



بازداشت ۴ نفر در رشت

رئیس دانشگاه علوم پزشکی گیلان با اشاره به حادثه آتش سوزی بیمارستان قائم در رشت گفته است که اعتبار پروانه بهره‌برداری بیمارستان قائم تا سال ۱۴۰۷ بوده و موقتاً تعطیل است. به گفته محمدتقی آئشویی، قاضی ویژه تاکنون ۴ نفر را در رابطه با این پرونده بازداشت کرده و نتیجه تحقیقات و بررسی‌های به عمل آمده، مشخص می‌شود. او در این باره گفت: «در زمان وقوع حادثه آتش سوزی در نخستین ساعات بامداد، ۱۲۲ بیمار در این بیمارستان خصوصی بستری بودند. در جریان وقوع حریق، با کمک نیروهای امدادی، اورژانس و هلال احمر، ۱۱۸ بیمار را انتقال دادیم.» رئیس دانشگاه علوم پزشکی گیلان ادامه داد: «میانگین سن فوتی‌ها ۷۶ سال بوده و هیچ کودکی را از دست ندادیم. البته علت دقیق مرگ باید توسط پزشکی قانونی استان اعلام شود.» او با بیان اینکه در حال حاضر برخی از بیماران مرخص شده و تعدادی دیگر نیز در حال ترخیص‌اند، گفت: «تعدادی از بیماران همچنان به دستگاه وصل هستند، لذا تا بهبودی کامل بستری خواهند بود. همچنین ۵ نفر از کادر درمان بیمارستان قائم نیز بر اثر دود غلیظ بستری شدند.»



فوت ۵۵۰ نفر در حج

بیش از ۵۵۰ نفر در حج جان خود را از دست دادند. به گزارش خبرآنلاین، منابع رسمی در عربستان از فوت بیش از ۵۵۰ زائر در طول مراسم حج اطلاع دادند که نشان دهنده ماهیت طاقت‌فرسای سفر حج است که امسال در گرمای سوزان انجام شد. دو دیپلمات عرب به خبرگزاری فرانسه اعلام کردند که دست‌کم ۲۲۲ نفر از جان‌باختگان، مصری بودند که «بیشتر» آنها در اثر گرما جان باخته‌اند، البته کل این آمار به سردخانه بیمارستانی در محله المعیسم مکه مربوط است. این دیپلمات‌ها از مرگ دست‌کم ۶۰ اردنی نیز خبر دادند که در مقایسه با آمار رسمی ۴۱ نفری که اوایل روز سه‌شنبه از سوی اردن اعلام‌شد، بیشتر است. براساس گزارش‌های رسانه‌های خبری، مجموع مرگ‌ومیر در حج که تاکنون توسط چندین کشور تأیید شده به ۵۷۷ نفر رسیده است. رئیس جمعیت هلال احمر ایران نیز در آخرین اظهارنظر شمار جان‌باختگان ایرانی در حج را ۱۱ نفر اعلام کرده و گفته بود، بعضی از آنها در اثر گرم‌زدگی جان باخته‌اند. طبق یک مطالعه که ماه گذشته در عربستان منتشر شد، درجه حرارت در منطقه‌ای که مناسب حج انجام می‌شود هر دهه ۰/۴ درجه سانتی‌گراد (۰/۷۲ فارنهایت) افزایش می‌یابد و حج به‌طور فزاینده‌ای تحت تأثیر آب و هوای بد قرار می‌گیرد.

ادامه سر مقاله

از این‌روست که در نیمه دوم راه انتخابات، باید بیش از پیش بر شعار اصلی و اصل پزشک‌پای فشرده و از «همه برای ایران» ایران‌نویز «همه» سخن گفت. فراموش نکنیم حق گرفتنی است و با افعال و کنار نشستن و علیه وضع و ساختار موجود سخن گفتن، به دست نمی‌آید. چنان‌که ظرف در سخنرانی دیروز خود در اصفهان گفت، با در خانه نشستن و رای ندادن، صرفاً و عملاً کاری نمی‌کنیم جز «رای دادن به اقلیت مدعی پرگو»-یسی که جز رویبافی برنامه‌ای برای اکران کشور دارد و جز طلبکاری و حمله به منتقدان، کارنامه‌ای از عملکرد سه‌ساله دولت و چهارساله مجلس در دوران یک‌دست‌سازی و خالص‌سازی به دست می‌دهد. نه باید نالید شد و نه باید کار را تمام‌شده نباشد و نه باید از حملات اقتدارگرایان داخلی و رویپاداران خارجی هراس داشت. این راه دشوار را باید تا به انتها رفت و باید تا جایی که توان و امکان هست، تلاش کرد. با این امید که این تلاش و حرکت ملی، نتایج مفید و مؤثر برای ملک و ملت در پی داشته باشد...

حاکمیتی هم‌موضوع دیگری است. پزشکان عمومی احساس اینکه اجر کافی ندارند در میان‌شان بر جسته است و پزشکان متخصص می‌گویند، توانایی داریم اما دستگاه‌ها و امکانات کافی در ایران نداریم.»

طغیان خودکشی

عباس وثوق، عضو هیئت علمی مؤسسه ملی تحقیقات سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران و متخصص پزشکی اجتماعی، سخنران دیگر این نشست بود. او با پرداختن به سیر تحولی شبکه بهداشت جامعه خدمات سلامت از دهه ۴۰ تاکنون به بحث خودکشی پزشکان پرداخت. وثوق گفت که اپیدمی در این باره در میان نیست ولی در حال حاضر در ایران طغیان خودکشی را شاهدیم و به همین دلیل ضرورت این مسئله در دستور کار قرار گرفته است: «از جمله اقدامات انجام‌شده در این زمینه برنامه ملی سلامت روان است که تعهدات سیاسی و منابع مالی برای آن در نظر گرفته شد و سبب شد در شبکه بهداشتی و درمانی دسترسی به روانشناس بالینی اضافه شود.» به نظر وثوق، این موضوع کمک‌دهنده است ولی کافی نیست. به گفته او، با نگاه به رویکرد سیستمی، یعنی تغییر سیاست‌ها و قوانین مثل کشور آمریکا برای کادر درمان، تغییر بسته‌های ساختاری، اشتراک اهداف و کارکرد سه‌سازمان نظام پرستاری، نظام روانشناسی و نظام پزشکی کارساز است: «از آنجایی که در جامعه پزشکی در کل دنیا سیستم مشکلات بسیاری دارد و مدخله در آن دستور است، باید با آزمون و پایلوت پیش رفت.»

او با اشاره به پیشینه شبکه بهداشت و درمان در کشور اظهار کرد: «پیشینه شبکه بهداشت و درمان ایران به تلاش‌هایی برمی‌گردد که اواخر دهه ۴۰ و اوایل دهه ۵۰ انجام شد. بعد از انقلاب نیز کمی مدل آن را تغییر دادیم و در نهایت به یک شبکه بهداشت و درمان تبدیل شد. در طول ۲۰ سال گذشته نیز به‌دنبال این بودیم که این شبکه به شبکه جامع خدمات‌همگانی سلامت تبدیل شود. من در حال حاضر معتقد نیستم که با یک اپیدمی در این مسئله (خودکشی پزشکان) روبه‌رو هستیم، اما داده‌ها نشان می‌دهد که طغیانی در حال رخ‌دادن است. این موضوع نیز غیرقابل پیش‌بینی نبود. یکی از عواقب اختلالات اقتصادی مانند تورم، گرانی، فشار اجتماعی حاصل از آن و تحریم‌های سیاسی و اجتماعی در همه‌جامه مسئله افزایش افکار و اقدام به خودکشی است؛ بنابراین قابل پیش‌بینی بود.» او اضافه کرد: ما این مسئله را در کادر بهداشتی هم داریم و فقط مربوط به پزشکان نیست. آنها جمعیت‌شان درشت‌تر است، اما اصدای کافی و در نهایت دسترسی ندارند و نباید آن‌را به مسئله پزشکان محدود کنیم. کار در حوزه سلامت مالیات مضاعف دارد؛ یعنی ما به‌دلیل این شرایط، به غیر از مالیات پلکانی قاصدک و شاپرک، نوعی مالیات جسمی و روانی هم پرداخت می‌کنیم که نتیجه آن همین عواقبی است که مشاهده می‌شود. وثوق در ادامه به مطالعه دکتر نوربالا در خصوص آمار اختلالات سلامت روان هم اشاره کرد و گفت: در این پژوهش که در سال ۹۰ انجام شده بود، میزان اختلالات سلامت روان نیازمند مداخله ۲۳/۶ درصد بود، اما من شنیده‌ام که این رقم در سال ۹۹ به ۲۹/۷ درصد رسید، البته هنوز پژوهشی در این زمینه ندیده‌ام. در سال ۹۰ مطالعه‌ای به‌نام «بهره‌مندی از خدمات سلامت روان» انجام شد که نشان می‌داد ۷۰ درصد کسانی که دچار اختلالات سلامت روان بودند، به این خدمات نیاز داشتند. در آن زمان برنامه‌های به‌نام برنامه ملی سلامت روان طراحی کردیم که یکی از استراتژی‌های آن، توسعه خدمات سلامت این حوزه بود و این پنجره فرصت باز شد و در دوره وزارت بهداشت حسن هاشمی، به‌واسطه منابع مالی‌ای که به دست آمد، توانستیم دسترسی به روانشناس بالینی را به شبکه‌های بهداشت و درمان اضافه کنیم. در نهایت حدود ۲۴۰۰ تا ۲۵۰۰ نفر از روانشناسان بالینی در این فضا حضور پیدا کردند. علاوه بر این حدود ۱۵۰۰ نفر متخصص تغذیه بالینی هم به این شبکه‌ها اضافه کردیم که قبل از آن نداشتیم.

این عضو هیئت علمی مؤسسه ملی تحقیقات سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران در ادامه با اشاره به اینکه ما پزشکان عمومی خود را در زمینه سلامت روان تربیت نمی‌کردیم، گفت: «با وجود اینکه بارها گفته شده که پزشک نباید خودش را درمان کند، اما این کار را انجام می‌دهیم و ۵۰ درصد پزشکان خوددرمانی می‌کنند. تغییر این باور کار پیچیده‌ای است. دکتر نبئی در سال‌های ۸۸ و ۸۹ مطالعه‌ای روی پزشکان هیئت علمی بیمارستان امام خمینی، سینا و قزوینی انجام داد که نشان می‌داد حال آنها خوب نیست و اختلال سلامت روان در آنها شایع است، ورزش نمی‌کنند، مرخصی سالانه نمی‌روند و متوسط مرخصی سالانه آنها ۲۵ روز بوده است. این رویه به نوعی عادت تبدیل شده و به فرهنگ سازمانی آموزش پزشکی ما منتقل می‌شود. مداخلاتی که ما پیشنهاد می‌کنیم ممکن است شواهدی آن‌را پوشش ندهد، اما باید با نگاه پایلوت انجام شود.»

او به تأثیر مثبت پایش دائم وضعیت پزشکان اشاره کرد و ادامه داد: «قرار شد در قانون هفتم توسعه پنج درصد بودجه‌های بیمه‌ها به مسئله پیشگیری اختصاص داده شود؛ بنابراین اگر مدلی برای تدارک خدمات و پیشگیری از خودکشی در یک گروه هدف وجود داشته باشد، قاعدتاً آنها باید استقبال کنند. علاوه بر این سال‌ها پیش الگویی به‌نام سراج طراحی شده و در حال گسترش است و در دولت سیزدهم دستور توسعه آن داده شد. در این سیستم خدمات سلامت روان به‌صورت رایگان فراهم می‌شود و شامل یک تیم سلامت است و یک بازاری مشارکت مردمی برای انگ‌زدایی و افزایش سواد سلامت مردم دارد.»

میان دانشجویان پزشکی، خودکشی را ۴ برابر می‌کند. حرفه پزشکی و دانشجویی پزشکی و دست‌یاری یک حرفه پرخطر است. در سطح محیط کار، کم بودن کار تیمی و مواجهه دائم پزشکان با اخبار بد مثل مرگ، لاعلاج بودن، اضطراب و بیماری در مراجعان در خودکشی بسیار تأثیرگذار است. کمال طلبی، توجه به جزئیات، احساس زیاد وظیفه، درخواست مؤسسات از آنها برای بهترین بودن و تمایل نداشتن به گرفتن کمک‌های تخصصی از دیگر دلایل فردی خودکشی در این گروه است. زنان پزشک، نقش دوگانه‌ای دارند؛ باید هم در بیرون پزشک تمام و کمال باشند، هم در خانه خانه‌داری کنند که این نقش مضاعف فشار بیشتری به آنها وارد می‌کند. فضای حرفه پزشکی فضای مردسالارانه‌ای است و زنان برای اثبات توانایی‌هایشان باید فشار بیشتری تحمل کنند.»

او در ادامه گفت که باتوجه به این فراتحلیل‌ها می‌توان راه‌هایی برای پیشگیری از خودکشی پیدا کرد: «به‌نظر می‌رسد، باید کلاً استرس محیط کار و ساعت کار کمتر، تعادل بین کار و زندگی برقرار شود، این افراد مکرراً از حیث سلامت روان ارزیابی شوند و برابری بین زنان و مردان افزایش پیدا کند. کاهش دسترسی به داروهای مرگبار میان پزشکان افسرده، یکی دیگر از راه‌های پیشگیری است. از کمک گرفتن باید انگ‌زدایی و آموزش پزشکی هم باید بازبینی شود.» رفیعی گفت که در ایران خودکشی روند فزاینده‌ای دارد: «آمار خودکشی در کشور ما محرمانه است اما جسته و گریخته شنیده‌ایم که خودکشی به‌طور کلی در ایران افزایش پیدا کرده است؛ خودکشی پزشکان، دانشجویان و دستیاران براساس شواهد پراکنده بین ۱۳ تا ۱۶ مورد در دو، سه ماه اخیر بوده است. این نشان‌دهنده افزایش این موارد است. انجمن روانپزشکان با وزیر بهداشت در این باره سه مکانیه کرده است، اما هیچ واکنش و جوابی در این باره نگرفته‌ایم.»

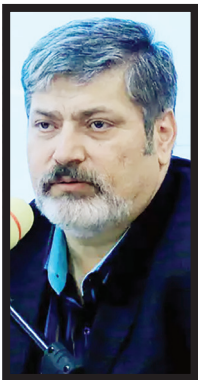
تجربه بیشترین هیجان‌ات منفی در ایران

سخنران دیگر این نشست مهرداد عربستانی، دکتری انسان‌شناسی بود. او به نظرسنجی‌های بین‌المللی پرداخت که طبق آن، ایرانی‌ها از نظر شدت تجربه هیجان‌ات منفی مانند خشم، استرس و تجربه ناکامی، اولین تا سومین جایگاه را به خود اختصاص داده‌اند: «اما وقتی سخن از خودکشی رزیدنت‌ها بوده به این معنا نیست که این مسئله در میان اقشار دیگر نیست، این موضوع که از قدیم‌الایام پزشکان به‌دلیل جایگاه ویژه خود به‌عنوان سرمایه انسانی مهمی قلمداد می‌شدند، منجر به این می‌شود که خودکشی یک رزیدنت بیشتر توجه جلب می‌کند و درک ما را از میزان خودکشی دچار اختلال و سوگیری شناختی می‌کند.» او با اشاره به نپرداختن و در دسترس نبودن تجربه زیسته اقشار خاص و اینکه اطلاعات کاملی از علت‌شناسی در میان نیست، درک دقیق این مسئله را در این قشر دشوار دانست. این انسان‌شناس در ادامه گفت که تنزل جایگاه پزشکی در میان مردم، تنزل منزلت پزشکان، در دسترس بودن اطلاعات دارویی، بی‌نیازی نسبی مردم به این گروه با توجه به وجود فضای اطلاعاتی مجازی، ادغام طب سنتی و همینطور آموزش‌های پزشکی (ایجاد عدم تناسب با انتظارات فرد تازه‌وارد به این رشته از خودش و مواجه شدن با شرایطی که انتظارش نداشته است)، همگی سبب ایجاد حس ناراضی‌تری در آحاد بیشتر در این قشر شده است. او در توضیح بیشتر گفت: «براساس نظرسنجی‌های بین‌المللی تا سال ۲۰۱۷، ایران کشوری است که مردم بیشترین تکرار هیجان‌ات منفی را در آن تجربه می‌کنند؛ هیجان‌اتی مثل خشم، استرس و ناامیدی که با خودکشی همبستگی دارد. آنقدر این آمار تکان‌دهنده است که در ۲۰ کشور دنیا، ایران بین رتبه اول تا سوم بوده است و این بر تمایل به افکار خودکشی و ناکامی تأثیر گذاشته است. نکته دیگر تصور ما درباره خودکشی است که غالباً از طریق شبکه‌های اجتماعی به ما می‌رسد. شبکه‌های اجتماعی با الگوریتمی کار می‌کنند که کاربر را درگیر کنند و این می‌تواند سوگیری شناختی درباره خودکشی بین کاربران ایجاد کند. شاغلان پزشکی معمولاً افراد با استعدادی‌اند که سرمایه‌گذاری زیادی روی آنها انجام شده و جایگاه خوبی دارند. بنابراین خودکشی آنها فی‌نفسه از لحاظ اجتماعی کارکردی حائز اهمیت است. از طرف دیگر تجربه زیسته پزشکان به خوبی ثبت و ضبط شده و این بدان دلیل است که اقشار ممتاز اجازه نمی‌دهند کسی درباره‌شان تحقیق کند و فقط کسانی می‌توانند درباره‌شان تحقیق کنند که داخل سیستم آنها باشد.» او ادامه داد: «سیستمی که یک پزشک را پزشک می‌کند یا دانشجویی را به مقام استادی می‌رساند، معمولاً ناگفته‌باقی می‌ماند کسی از پشت‌صحنه آنها خبری ندارد. باید مطالعه درباره این صنف از طریق خودشان و درونی انجام شود تا این تجربه زیسته ثبت شود و این فقط منحصر به اطبا نیست؛ قطعاً پرستاران هم بسیار تحت فشارند، همچنین دیگر افراد کادر درمان که پشت‌درهای بسته کار می‌کنند.»

به گفته عربستانی، موضوع دیگر تنزل جایگاه پزشکی است: «یک تحقیق داخلی نشان می‌دهد که پزشکان عمدتاً با چند چالش مواجهند که یکی پایین آمدن منزلت اجتماعی آنهاست، زمانی کار پزشکی در یک بلک باکس بود و حتی می‌توانست حکم فقهی را عوض کند، اما امروزه اطلاعات پزشکی آنقدر زیاد است و افراد خودشان خوددرمانی می‌کنند که بسیاری از پزشکان دچار چالش شده‌اند و احساس می‌کنند حرف‌شان دیگر اعتبار ندارد. اقبال به طب سنتی یا پشتوانه



حمید یعقوبی
رئیس جمعیت علمی
پیشگیری از خودکشی:
در ۱۰ سال اخیر
شاهد رشد قابل‌توجه
خودکشی در ایران
هستیم. در سال
۱۴۰۲ غیررسمی به ما آمار
دادند که حدود ۷
هزار نفر خودکشی
کرده‌اند که می‌شود
۸ در ۱۰۰ هزار نفر.
این آمار در سال
قبلش ۷ در ۱۰۰ هزار
نفر بوده است. اینها
مواردی است که در
پزشکی قانونی ثبت
و ضبط شده است.
به‌ازای هر خودکشی،
۲۰ برابر آن اقدام
به خودکشی بوده
است؛ یعنی ۱۳۳ به
۱۰۰ هزار



حسن رفیعی
عضو کمیته روانپزشکی
اجتماعی انجمن
روانپزشکان:
در یک فراتحلیل
دانشگاهی مشخص
شده که مرگ بر
اثر خودکشی میان
رزیدنت‌ها، یک‌ونیم
برابر دیگران است؛
«در باره اقدام به
خودکشی، در این
گروه دیده شده
آنهايي که تنهائي
کار می‌کنند، دوبرابر
اقدام به خودکشی
می‌کنند



بیشتر افسردگی در میان قشر و کادر سلامت نسبت به جمعیت عمومی گفت. به عقیده او در سطح میانه، دسترسی به وسایل خودکشی و ناب‌خورداری‌ها هم مؤثرند. او در ادامه با اشاره به یک فراتحلیل انجام‌شده در این زمینه، تأکید کرد که اقدام به خودکشی در افرادی که انفرادی کار می‌کنند یا مصرف داروی بنزا و داروهای مشابه را دارند بیشتر است. او در ادامه از پرخطر بودن این رشته در سطح محیط کار و موضوع مؤلفه‌های شخصیتی افرادی که جذب این رشته می‌شوند گفت و معتقد بود، بودن در سطح محیط کار با استرس و قرارگیری در معرض اخبار ناگوار، رنج و عذاب بیماری و مرگ دیگران، دسترسی به دارو، انتظارات دیگران، عدم تعادل بین محیط کار و زندگی و نبود رضایت شغلی در خودکشی پزشکان مؤثرند. به گفته این روانپزشک، در سطح وزگی‌های شخصیتی افرادی که جذب این رشته می‌شوند، کمال طلبی، وظیفه‌مندی، نداشتن تمایل به کمک گرفتن از متخصص و پرداختن به جزئیات در خودکشی آنها مؤثر است. او در ادامه گفت که وقتی صحبت از خودکشی پزشکان و بقیه کادر پزشکی می‌شود، برخی این موضوع را مطرح می‌کنند که خودکشی میان دیگر قشرها هم وجود دارد و چرا باید به موضوع پزشکان جداگانه پرداخته شود: «آنها می‌گویند اینکه حالا در عرض ۳ ماه، ۱۳ رزیدنت خودکشی کرده‌اند، موضوع مهم و تعداد زیادی نیست؛ در حالی که اگر همین ۱۳ مورد را در کل جمعیت دستیاران که جمعیت‌شان ۲۰ هزار نفر است حساب کنیم، می‌بینیم که ۶۵ هزارم درصد آنها خودکشی کرده‌اند. این مشکل خاص ما هم نیست، خیلی جاهای دنیا وجود دارد. انجمن پزشکی آمریکا گزارش داده که از هر ۵ پزشک، دو نفرشان افسرده‌اند و دانشجویان پزشکی هم سبب‌برابر جمعیت عمومی خودکشی می‌کنند. پزشکان و دستیاران پزشکی به فراوانی در معرض فرسودگی شغلی، افسردگی و خودکشی قرار دارند. زنان پرستار هم دوبرابر جمعیت عمومی خودکشی می‌کنند.»

رفیعی در ادامه به سبب‌شناسی این موضوع پرداخت و گفت که باید ابتدا به سبب‌شناسی عمومی در این باره توجه شود: «بی‌هنجاری یکی از دلایل است؛ بی‌هنجاری وضعیتی است که هنجارهای موجود کفاف نمی‌دهند و آدم‌ها بر سر آنها توافق ندارند. یعنی موقعیت‌هایی اجتماعی به وجود آمده که هنوز برایشان هنجار تعریف نشده است. فساد به‌معنای فساد مالی، یکی دیگر از دلایل است؛ کشورهایی که فساد در آنها بیشتر است، خودکشی هم در آنها بیشتر است. مورد دیگر مربوط به جامعه‌انگیز شده است. رکود اقتصادی و تورم، نابرابری و فقدان یا تنزل مشارکت سیاسی هم با خودکشی رابطه دارند.» او ادامه داد: «در سطح میانه‌تر، دسترسی به وسایل خودکشی مهم است؛ این گروه به داروهای مرگبار دسترسی دارند. از طرف دیگر این گروه به خدمات درمان روان مراجعه نمی‌کنند. اخبار خودکشی هم به‌طور کنترل‌نشده‌ای منتشر می‌شود؛ به‌ویژه در فضای مجازی به‌صورت بی‌در و بی‌بکری این اتفاق می‌افتد.»

به گفته این روانپزشک، در یک فراتحلیل دانشگاهی مشخص شده که مرگ بر اثر خودکشی میان رزیدنت‌ها، یک‌ونیم برابر دیگران است: «در باره اقدام به خودکشی، در این گروه دیده شده آنهايي که تنهائي کار می‌کنند، دوبرابر اقدام به خودکشی می‌کنند. مطالعه دیگری هست درباره دانشجویان پزشکی که نشان می‌دهد افسردگی، خطر خودکشی را ۶ برابر می‌کند، و وجود اختلال روانپزشکی ۵ برابر و وجود استرس در