اخبار کوتاه

۵۵ بیمار کرونایی دیگر جان باختند

بر اساس اعلام مرکز روابط عمومی‌وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۵۵ بیمار مبتلا به کووید-۱۹ در کشور جان خود را از دست دادند و مجموع جان باختگان این بیماری، به ۱۴۳ هزار و ۳۸۷ نفر رسید. به گزارش وبدا، از شنبه تا ۳۰ مردادماه ۱۴۰۱ و بر اساس معیارهای قطعی تشخیصی، ۳۲۴۵ بیمار جدید مبتلا به کووید-۱۹ در کشور شناسایی و ۸۳۴ نفر از آنها بستری شدند.

مجموع بیماران کووید-۱۹ در کشور به ۷ میلیون و ۵۰۶ هزار و ۶۱۴ نفر رسید. تا کنون ۷ میلیون ۲۳۳ هزار و ۶۴۸ نفر از بیماران، بهبود یافته و یا از بیمارستانها ترخیص شده‌اند.

۱۳۴۲ نفر از بیماران مبتلا به کووید-۱۹ در بخش‌های مراقبت‌های ویژه بیمارستانها تحت مراقبت قرار دارند. تا کنون ۵۳ میلیون و ۶۴۷ هزار و ۵۳۵ آزمایش تشخیص کووید-۱۹ در کشور انجام شده است.

تا کنون ۶۴ میلیون و ۹۲۰ هزار و ۵۲۳ نفر دوز اول، ۵۸ میلیون و ۲۹۷ هزار و ۹۶۵ نفر دوز دوم و ۳۰ میلیون و ۳۷۹ هزار و ۸۰۳ نفر، دوز سوم و بالاتر واکسن کرونا را تزریق کرده اند و مجموع واکسن‌های تزریق شده در کشور به ۱۵۳ میلیون و ۵۹۸ هزار و ۲۹۱ دُز رسید. همچنین ۶۸ هزار و ۸۲۴ دوز واکسن کرونا در کشور تزریق شده است. در حال حاضر ۱۰۶ شهرستان در وضعیت قرمز، ۱۵۶ شهرستان در وضعیت نارنجی، ۱۷۳ شهرستان در وضعیت زرد و ۱۳ شهرستان در وضعیت آبی قرار دارند.

صندوق بازنشستگی کشوری اعلام کرد

افزایش حقوق و بیمه تکمیلی درمان مهم‌ترین مطالبه بازنشستگان کشوری از دولت

صندوق بازنشستگی کشوری اعلام کرد: براساس آخرین نتایج طرح رضایت سنجی بازنشستگان و وظیفه بگیران صندوق بازنشستگی کشوری، افزایش میزان حقوق، بیمه تکمیلی درمان همانند شاغلان و بهبود بیمه تکمیلی درمان به ترتیب مهم ترین مطالبات بازنشستگان کشوری از دولت، دستگاه محل خدمت و صندوق بازنشستگی کشوری است.

به گزارش ایرنا از صندوق بازنشستگی کشوری، طرح رضایت سنجی از بازنشستگان و وظیفه بگیران تحت پوشش این صندوق از دی ماه سال ۱۴۰۰ با دستور مدیرعامل صندوق بازنشستگی کشوری به صورت هفتگی و از طریق تماس تلفنی در قالب نمونه گیری تصادفی از بازنشستگان سراسر کشور در حوزه‌های مختلف از جمله مطالبات بازنشستگان از سه نهاد دولت، صندوق بازنشستگی کشوری و دستگاه‌های اجرایی محل اشتغال عملیاتی شده است.

براساس جدیدترین نتایج این طرح که در دو هفته منتهی به مردادماه ۱۴۰۱ از مجموع ۳۵۴ بازنشسته و وظیفه بگیر کشوری انجام شده است، ۲۴۰ نفر معادل ۶۷.۸درصد درخواست افزایش میزان حقوق و ۱۴۷ نفر معادل ۴۱.۵درصد نیز استمرار سالانه متناسب سازی ۹۰ درصد حقوق بازنشستگی با شاغلان همتراز را به عنوان مهم ترین مطالبه خود از دولت سیزدهم اعلام کردند. همچنین افزایش سطح پوشش تعهدات بیمه درمان تکمیلی ۲۷.۷درصد، اعطای مزایای رفاهی دستگاه‌های اجرایی به بازنشستگان همانند شاغلان۱۲.۴ درصد، پرداخت به موقع حقوق با ۹درصد، اشتغال فرزندان بازنشستگان ۸.۵درصد، رسیدگی به بازنشستگان مستاجر و بدون مسکن ۴درصد و پرداخت وام ۲درصد به عنوان مطالبات بازنشستگان از دولت سیزدهم مطرح شده است.

از سوی دیگر، ۱۰۱نفر معادل ۲۸.۵ درصد از بازنشستگان کشوری که به نظرسنجی هفتگی صندوق بازنشستگی کشوری پاسخ دادند، ارایه خدمات بیمه تکمیلی درمان همانند شاغلان را به عنوان مهم ترین مطالبه خود از دستگاه‌های اجرایی محل خدمت اعلام کردند.

ارائه خدمات تفریحی و گردشگری همانند شاغلان با ۲۳.۴ درصد، استفاده از مزایای نقدی و غیر نقدی همانند شاغلان با ۲۳.۲درصد و توجه به معیشت بازنشستگان در کنار خدمات صندوق با ۱۷.۵درصد در جایگاه‌های بعدی مطالبات بازنشستگان کشوری از دستگاه‌های اجرایی بوده است.

در ادامه، تکریم، احترام، پاسخگویی با ۱۴.۷، ارائه وام به بازنشستگان خود ۱۳درصد، جویا شدن از حال بازنشسته ۷.۹درصد، استفاده از تجربیات بازنشستگان و به کارگیری آنان ۵.۱درصد، استخدام فرزندان بازنشستگان ۴.۵درصد و مکان خرید اقساطی ۲.۸درصد از دیگر خواسته‌های بازنشستگان کشوری از دستگاه‌های اجرایی است.

نتایج این نظرسنجی نشان می‌دهد که ۱۸۷ نفر از بازنشستگان کشوری یعنی ۵۲.۸درصد از پاسخ دهندگان، خواستار بهبود خدمات بیمه تکمیلی درمان صندوق بازنشستگی کشوری هستند. ۱۵۱نفر معادل ۴۲.۷درصد بهبود خدمات وام‌ها (ضروی، ازدواج، پایان نامه) ۷۷نفر معادل ۲۱.۸درصد بهبود خدمات رفاهی و گردشگری و ۳۶نفر معادل ۱۰.۲درصد نیز بهبود خدمات فروشگاهی را به عنوان مطالبه خود از صندوق بازنشستگی کشوری مطرح کردند.

بهبود خدمات خرید تقسیطی با ۶.۵درصد، بهبود سرعت در صدور احکام ۲.۳درصد و بهبود خدمات بیمه عمر و حادثه ۱.۴درصد در جایگاه‌های بعدی مطالبات بازنشستگان از صندوق بازنشستگی کشوری قرار دارد.

بنیاد شهید دو هزار میلیارد تومان به بیمه دی بدهکار است

معاون بهداشت و درمان بنیاد شهید و امور ایثارگران گفت: با توجه به اینکه طی ۳ الی ۴ سال آینده ۵۰ درصد ایثارگران در سن سالمندی هستند، راه‌اندازی خانه‌های ایثار را در دستور کار قرار داده‌ایم.

عبدالرضا عباسپور، معاون بهداشت و درمان بنیاد شهید و امور ایثارگران در نشست خبری خود که دیروز برگزار شد، گفت: برای اینکه در درمان ایثارگران مدیریت داشته باشیم هرم سلامت تعریف شده است، تا بتوانیم همه خدمات را ارایه دهیم.

وی ادامه داد: همه ایثارگران تحت پوشش بیمه پایه که بیمه سلامت هستند قرار دارند و حدود ۹۵۰ هزار نفر را شامل می‌شود. سایر ایثارگران تحت پوشش دستگاه‌های مربوطه هستند.معاون بهداشت و درمان بنیاد شهید و امور ایثارگران تصریح کرد: یک میلیون و ۶۲۰ هزار نفر از ایثارگران تحت پوشش بیمه تکمیلی هستند. ایثارگران بدون نیاز به مراجعه به بنیاد از خدمات بیمه ای استفاده می‌کنند.

عباسپور درباره پایش سلامت ایثارگران گفت: با همکاری بیش از ۱۴۰۰ پزشک عمومی‌در کشور که با بنیاد در قرارداد هستند خدمات ارائه می‌دهیم. جانبازان بیش از ۵۰ درصد، پدران و مادران و همسران شهید و ایثارگران صعب العلاج تحت پایش سلامت هستند. پایش سلامت برای ۲۱۰ هزار نفر شامل می‌شود که در سال گذشته ۱۴۹ هزار نفر پایش شدند و از ابتدای سال بیش از ۶۵ هزار نفر از ابتدای سال پایش سلامت شده اند.وی اردوهای تفریحی و درمانی گفت: ضمن شرکت در این اردوها آموزش به این افراد ارائه می‌شود. او درباره راه‌اندازی کلینیک‌های تخصصی گفت: در بیمارستان خاتم‌الانبیا و ساسان کلینیک‌های تخصصی راه اندازی کرده ایم و خدمات تخصصی به ایثارگران در این کلینیک‌ها پرداخت می‌شود.همچنین در طی چند سال گذشته متخصصانی در زمینه درمان بیماران شیمیایی شناسایی و به ایران دعوت کرده بودیم تا ضمن آموزش به پزشکان ایرانی درمان ایثارگران را نیز انجام دهند.

با این اقدام بحث اعزام به خارج به حدود یک الی دو نفر کاهش پیدا کرده است ما تلاش کردیم خدمات درمانی را در کشور ارائه دهیم.وی درباره افزایش تخت‌های بیمارستانی گفت: دو هزار تخت به بیماران خدمت ارائه می‌دهد و تلاش داریم این تعداد را به ۷ هزار نفر برسانیم. همچنین نیاز ما به تخت روانپزشکی است در حال حاضر هزار تخت در ده بیمارستان برای بنیاد خدمت ارائه می‌دهد تلاش می‌کنیم این تعداد را به ۴ هزار تخت افزایش دهیم و در سال جاری ۳۰۰ تخت اضافه خواهد شد.

عباسپور تصریح کرد: ۲۰ درصد جامعه ایثارگران در سن سالمندی هستند در ۳ الی ۴ سال آینده ۵۰ درصد ایثارگران در سن سالمندی هستند از همین رو ایجاد خانه‌های ایثار از برنامه‌های ما است که ظرف دو سال آینده در ۱۲ استان راه اندازی خواهد شد. وی ادامه داد: همچنین باتوجه به اینکه ترابری درمان نیاز به به روز رسانی دارد افزایش آمبولانس را در دستور کارقرار دادیم ۱۹ دستگاه خریداری کردیم و تا پایان سال ۵۰ دستگاه خریداری خواهد شد.به روزرسانی تجهیزات پزشکی ایثارگران از برنامه‌های ما است.به گفته وی بنیاد شهید در حال حاضر دو هزار میلیارد تومان به بیمه دی بدهکار است.

آیا سیاست بچه‌دار شدن با زور و اجبار، نتیجه می‌دهد؟

رویای افزایش جمعیت با ممنوعیت فروش داروی ضدبارداری!

گروه اجتماعی- سعید تهرانی: تشویق زوجین به بچه دار شدن و افزایش جمعیت که با نصب بیلبوردهای «فرزند بیشتر، زندگی بهتر» شروع شده بود، با ممنوعیت فروش داروی ضد بارداری در داروخانه‌ها وارد فاز تازه ای شد تا در کنار بسیاری از مسائل اجباری، مردم در ایران بچه دار شدن با زور و اجبار را هم تجربه کنند!

نوزدهم مهرماه سال ۱۳۹۱، زمانی که هنوز «فرزند کمتر، زندگی بهتر» یا دو بچه کافیست، شعار آشنای مردم بود، رهبر انقلاب در سخنانی، بر تغییر این سیاست تاکید کردند: «یکی از خطاهائی که در اواسط دهه هفتاد انجام شد، ادامه سیاست کنترل جمعیت بود که این اشتباه باید جبران شود زیرا نسل جوان عامل اصلی پیش روندگی کشور است. البته اجرای سیاست کنترل جمعیت در اوائل دهه هفتاد کار صحیحی بود اما ادامه آن از اواسط دهه هفتاد اشتباه بود و مسئولین کشور و از جمله رهبری در این اشتباه سهیم هستند و باید از خداوند طلب عفو کنند.»

پس از آن بود که موضوع قابلیتهای ایران برای داشتن جمعیتی دو برابر جمعیت کنونی مورد توجه قرار گرفت. رهبر انقلاب در مقاطع زمانی مختلف از جمله در مرداد ماه سال ۹۸ این موضوع را بیان کردند: «افزایش فرزند باید به‌صورت یک فرهنگ دربیاید. شما ببینید، در بعضی از کشورهای غربی ــ مثلاً در آمریکا ــ خانواده‌ای پانزده تا بچّه دارند، بیست تا بچّه دارند و از این قبیل، تشویق می‌شوند و هیچ‌کس مذمّتشان نمی‌کند. امّا نوبت به کشور ما که می‌رسد، این طرف قضیّه تشویق می‌شود، [یعنی] کم‌فرزندی و مانند اینها، بنابراین این هم یک نکته است که ان‌شاءالله باید مورد توجّه باشد».

نظرات رهبر انقلاب درباره ضرورت افزایش جمعیت، ناشی از نگرانی از کاهش جمعیت کشور و رشد منفی آن در صورت تداوم وضعیت کنونی در سالهای آتی است. چراکه سیر شتابان رشد جمعیت در دو دهه اخیر در کشور بسیار کند شده است. هرچند هنوز با رسیدن به رشد منفی جمعیت – موضوعی که کشورهای شمال اروپا و برخی کشورهای غربی با آن مواجه هستند – فاصله داریم، اما تداوم این روند می‌تواند موجب رسیدن به آن نقطه شود و همین امر موجب هشدار رهبری شد تا در درازمدت، این موضوع موردتوجه قرار گیرد. اما همان کسانی که مطالبات رهبری را از روشهای اشتباه پیگیری می‌کنند، این بار هم روشهای اشتباه به دنبال تحقق این هدف هستند.

در تازه ترین نمونه، ممنوعیت فروش داروهای ضد بارداری در اغلب داروخانه‌ها موجب سردرگمی‌مردم شده است. فروش قرص‌های ضد بارداری اورژانسی از جمله قرص الا، قرص تنسی، قرص لوونورژسترول، قرص یولی پریستال استات بدون نسخه پزشک ممنوع شده است تا شاید از این طریق روند فرزندآوری در کشور رشد کند!

مشاور رسانه ای سازمان غذا و دارو نیز این موضوع را تایید کرده و گفته: فروش داروهای ضد بارداری بلامانع است اما داروخانه‌ها نباید این دارو را به صورت آزاد و بدون تجویز پزشک در اختیار مردم قرار دهند.

بر اساس اعلام مدیرکل امور دارو و مواد تحت کنترل سازمان غذا و دارو، در راستای اجرای ماده ۵۱ قانون جوانی جمعیت، ارائه داروهای جلوگیری از بارداری در داروخانه‌های کشور، باید با تجویز پزشک باشد. قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت، آبان ماه سال گذشته در مجلس تصویب شد. در این قانون مشوق‌هایی برای فرزندآوری در نظر گرفته شده که یا جنبه تشویقی چندانی ندارد یا این که فعلا در اولویت اجرا نیست. از جمله طبق ماده ۲، «وزارت راه و شهرسازی مکلف است امکان استفاده مجدد از امکانات دولتی مربوط به تأمین مسکن خانوار را برای خانوادهها پس از تولد فرزند سوم و بیشتر فراهم آورد و این خانوادهها میتوانند صرفاً برای بار دوم از کلیه امکانات دولتی در این خصوص استفاده نمایند.»

پرداخت انواع تسهیلات مسکن با هدف تشویق فرزندآوری خانوادهها از دیگر مواد این قانون است. همچنین «بانک مرکزی جمهوری اسلامی‌ایران مکلف است برای متولدین سال ۱۴۰۰ به بعد، از طریق کلیه بانکها و مؤسسات اعتباری از محل پس انداز و جاری قرضالحسنه نظام بانکی و حذف تسهیلات قرضالحسنه ازدواج متقاضیان بالای پنجاه سال سن، نسبت به پرداخت «تسهیلات قرضالحسنه تولد فرزند» اقدام نماید. مبلغ این تسهیلات برای تولد فرزند اول یکصد میلیون (۱۰۰.۰۰۰.۰۰۰)ریال، فرزند دوم دویست میلیون (۲۰۰.۰۰۰.۰۰۰) ریال، برای تولد فرزند سوم سیصد میلیون (۳۰۰.۰۰۰.۰۰۰)ریال، فرزند چهارم چهارصد میلیون (۴۰۰.۰۰۰.۰۰۰) ریال و فرزند پنجم و بالاتر پانصد میلیون (۵۰۰.۰۰۰.۰۰۰)ریال بدون الزام به سپردهگذاری مشمولان با ششماه دوره تنفس به ترتیب با دوره بازپرداخت سه تا هفت سال و أخذ یک ضامن معتبر و سفته تعیین میشود. متقاضیان حداکثر تا دوسال پس از تولد میتوانند درخواست دریافت وام را ثبت نمایند.»

جالب اینجاست که این وامها، همراه با بازپرداخت است درحالیکه در کشورهایی که به دنبال افزایش جمعیت هستند، این وامها بلاعوض پرداخت می‌شود!

تفزایش مرخصی زایمان، افزایش خوابگاههای دانشجویی متاهلی از جمله مشوق‌های عجیب این قانون است اما عجیبتر از آن ماده ۲۵ این قانون است که این مشوقها را برای فرزندآوری در نظر گرفته است:

الف ـ نیم بها بودن ورودی کلیه اماکن و بناهای تاریخی ـ فرهنگی و موزه‌های تابعه وزارت میراث فرهنگی، صنایع دستی و گردشگری و دستگاههای اجرائی موضوع ماده (۵) قانون مدیریت خدمات کشوری.

ب ـ نیم بها بودن خدمات حمل و نقل عمومی‌شهری و تعرفه‌های فرهنگی، ورزشی و تفریحی شهرداری‌ها و دستگاههای اجرائی موضوع ماده (۵) قانون مدیریت خدمات کشوری.

پ ـ نیم بها بودن بلیط سینماها هر ماه یکبار

ت ـ تخفیف بیستدرصدی(۲۰٪) دوره‌های آموزشی، تربیتی و هنری کانون پرورش فکری کودکان و نوجوانان برای استفاده فرزندان

اما به نظر می‌رسد که قانونگذار، خودش هم می‌دانست که این مواد قانونی، نمی‌تواند مردم را به فرزندآوری ترغیب کند و به همین دلیل در مواد بعدی، به اجبار روی آورده است!

ماده۵۱ ـ هرگونه توزیع رایگان یا یارانهای اقلام مرتبط با پیشگیری از بارداری و کارگذاشتن اقلام پیشگیری و تشویق به استفاده از آنها در شبکه بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاههای علوم پزشکی ممنوع می‌باشد.

تبصره ـ هرگونه ارائه داروهای جلوگیری از بارداری در داروخانه‌های سراسر کشور و شبکه بهداشت و کارگذاشتن اقلام پیشگیری، باید با تجویز پزشک باشد.

ماده۵۲ ـ عقیم سازی دائم زنان و مردان و یا مواردی که احتمال برگشت پذیری در آنها ضعیف یا بسیار دشوار باشد (همچون بستن لوله‌ها) ممنوع است. عقیم سازی زنان در مواردی که بارداری برای مادر خطر جانی دارد یا ضرر مهم همچون عوارض جسمی‌جدی یا حرج (مشقت شدید غیر قابل تحمل) چه در دوران بارداری چه بعد از زایمان ایجاد میکند و راه دیگری هم وجود نداشته باشد و دفع ضرر یا حرج مذکور با پیشگیریهای موقت امکانپذیر نباشد، از این امر مستثنی می‌باشد.

ماده۵۳ ـ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است حداکثر سهماه پس از لازم الاجراشدن این قانون، کلیه دستورالعمل‌های صادره مرتبط با بارداری و سلامت مادر و جنین که پزشکان و کارکنان بهداشتی ـ درمانی یا مادران را به سقط جنین توصیه کرده یا سوق می‌دهد، حذف نموده مگر مواردی که جان مادر در خطر باشد.

ماده۵۶ ـ سقط جنین ممنوع بوده و از جرائم دارای جنبه عمومی‌می‌باشد و مطابق مواد (۷۱۶) تا (۷۲۰) قانون مجازات اسلامی‌و مواد این قانون، مستوجب مجازات دیه، حبس و ابطال پروانه پزشکی است. مادر صرفاً در مواردی که احتمال بدهد شرایط زیر محقق می‌شود، می‌تواند درخواست سقط جنین را به مراکز پزشکی قانونی تقدیم نماید.

وضعیت اقتصادی، مانع مهم افزایش فرزندآوری

به نظر می‌رسد مسئولان به جای نگارش و تدوین این قانون طولانی و بی حاصل که اجبار در آن جایگاه برجسته ای دارد و موارد تشویقی آن چندان جنبه ترغیب کننده ندارد، باید روی بهبود وضعیت اقتصادی کشور برنامه ریزی می‌کردند که در این صورت نتیجه بهتری حاصل می‌شد!

مهمترین مشکل زوجهایی که تمایل به فرزندآوری دارند اما از این اقدام خودداری می‌کنند، ابهام در چشم انداز آینده اقتصادی و وضعیت نامطلوب معیشتی است که موجب شده در تامین هزینه‌های فرزند، دچار چالش شوند و اگر هم اقدام به فرزندآوری کنند، به یک یا نهایتا دو فرزند بسنده کنند. در حالیکه اگر اوضاع اقتصادی کشور مطلوب بود و چشم انداز روشنتری پیش روی خانواده‌ها قرار داشت، شاید بسیاری از زوجین، به خواست خود اقدام به فرزندآوری بیشتر می‌کردند. اما آنچه در قانون جوانی جمعیت آمده، فاقد مشوق‌هایی است که بتواند خانواده‌ها را به فرزندآوری ترغیب کند و جذابیت زیادی برای خانواده‌ها ندارد. گویا اجبار به فرزندآوری از طریق قانون، مانند بسیاری از موارد دیگری که در کشور ما جنبه اجبار و سلب اختیار مردم را دارد، همچنان نقش اول را ایفا می‌کند.

شباهت علائم آبله میمونی و آبله مرغان

رئیس گروه مدیریت بیماری‌های قابل انتقال بین انسان و حیوان وزارت بهداشت درباره موارد مشکوک ابتلا به آبله میمونی که باید مورد رصد و آزمایش بیشتر قرار گیرند، گفت: آزمایش با کیت‌های تشخیصی آبله میمونی از کسانی گرفته می‌شود که جزو موارد محتمل بیماری باشند. موارد مشکوک شامل کسانی است که دارای علائم بالینی تب، سردرد شدید، دردهای عضلانی، کمردرد، ضعف، تورم غدد لنفاوی و بثورات پوستی باشد.

دکتر بهزاد امیری در گفت‌وگو با ایسنا، با تاکید بر اینکه درحال حاضر از نظر کیت تشخیصی آبله میمونی در کشور هیچ مشکلی وجود ندارد، گفت: پیش‌بینی لازم جهت تهیه و تامین امکانات تشخیصی آبله میمونی از جمله کیت‌های تشخیصی از مدت کوتاهی بعد از این که سازمان بهداشت جهانی مواردی از این بیماری را در سایر کشورها را گزارش داد، در کشور فراهم شد. این امکانات در حدود ۱۲ قطب دانشگاهی و آزمایشگاه انستیتو پاستور فراهم است.

وی افزود: در آینده نزدیک این قطب‌های آزمایشگاهی افزایش خواهد یافت تا ان‌شاءالله بتوانیم در همه مراکز استانی امکانات تشخیصی فراهم شود.

او تاکید کرد: آزمایش با کیت‌های تشخیصی آبله میمونی از کسانی گرفته می‌شود که جزو موارد محتمل بیماری باشند. موارد مشکوک شامل کسانی است که دارای علائم بالینی تب، سردرد شدید، دردهای عضلانی، کمردرد، ضعف، تورم غدد لنفاوی و بثورات پوستی باشد. در صورتی که یک رابطه اپیدمیولوژیک میان بیمار و بیماری وجود داشته باشد که یعنی بیمار با این علائم، مسافرتی به خارج از کشور داشته باشد یا تماس با موارد محتمل یا قطعی آبله میمونی داشته باشد و یا فردی که رابطه جنسی خارج از خانواده داشته باشد، مورد محتمل شمرده شده و حتما نمونه آزمایشگاهی از این افراد گرفته می‌شود.

رئیس گروه مدیریت بیماری‌های قابل انتقال بین انسان و حیوان وزارت بهداشت با تاکید بر اهمیت شناسایی شدن این افراد، توضیح داد: گاهی ممکن است بثورات پوستی به تعداد محدود در بدن وجود داشته باشد که آنها هم در نواحی باشد که با لباس پوشیده شده باشد یا خود بیمار هم از وجود این بثورات آگاه نباشد که در این صورت آگاهی کافی ندارد تا برای اقدامات تشخیصی و درمانی مراجعه کند.

او درباره احتمال تبدیل شدن بیماری آبله میمونی به پاندمی‌جهانی، تصریح کرد: با توجه به اینکه راه انتقال آبله میمونی متفاوت از کرونا است و شرایط انتقال آن به سهولت کرونا نیست، اگر این الگوی فعلی تغییری نکند، بر اساس اعلام سازمان بهداشت جهانی شیوع جهانی بالای این بیماری را متصور نیستیم.

امیری با اشاره به شباهت علائم آبله میمونی و آبله مرغان، بیان کرد: ۴۰ درصد کسانی که آزمایش شدند موارد مبتلا به آبله مرغان بودند. اگر رابطه اپیدمیولوژیکی برای انتقال بیماری وجود نداشته باشد، وجود علائم بالینی به تنهایی برای ما مشخص کننده بیماری نیست. آبله میمونی برخلاف کرونا از طریق هوا منتقل نمی‌شود که قرار باشد تعداد افراد زیادی در معرض خطر باشند.

وی با تاکید بر اینکه کسانی که دارای رابطه اپیدمیولوژیک برای ابتلا به بیماری هستند و یا کسانی که علائم بیماری را دارند باید به مراکز منتخب بهداشتی درمانی مراجعه کنند، گفت: برای اقدامات تشخیصی در حوزه آبله میمونی همان مراکز جامع خدمات سلامت منتخبی که در تشخیص کرونا فعال بودند را در نظر گرفتیم که با مراجعه به این مراکز اقدامات تشخیصی رایگان انجام می‌شود.

وی درباره نحوه نمونه گیری از افراد مشکوک بیماری، بیان کرد: اگر هنوز بثورات پوستی ایجاد نشده باشد ولی فرد علائم عمومی‌مانند تب، بدن‌درد یا تورم غدد لنفاوی داشته باشد، نمونه‌گیری مشابه کرونا از حلق و بینی خواهد بود. از زمانی که بثورات پوستی ایجاد شود از محل زخم نمونه‌گیری می‌شود.

او درباره راه‌های انتقال ویروس آبله میمونی نیز تصریح کرد: این بیماری از طریق هوابرد انتقال داده نمی‌شود، اما احتمال انتقال به شکل دراپلت یا قطرات تنفسی وجود دارد. البته به عنوان مثال در مورد یک بیمار که در بیمارستان بستری است و قرار است اقداماتی مانند اینتوبه (لوله‌گذاری داخل نای)، احیای قلبی و ریوی بگیرد و یا اقدامی‌برایش انجام شود که منجر به تولید آئروسل(افشانه) شود، امکان انتقال هوابرد وجود دارد، اما این راهِ معمولِ انتقال بیماری شناخته نمی‌شود.

وی تاکید کرد: انتقال ویروس از طریق دراپلت یا قطرات تنفسی حداکثر تا دو متر امکان پذیر است، اما انتقال هوابرد یعنی خیلی سریع‌تر ویروس منتقل شود که در واقع شاید افراد ساکن در یک اتاق بتوانند مبتلا شوند. البته در مورد آبله میمونی عنوان می‌شود که امکان انتقال هوابرد چندان مطرح نیست، مگر اینکه در یک مکان درمانی اقداماتی شکل گیرد که منجر به تولید افشانه شود که در این صورت امکان انتقال هوابرد به وجود می‌آید.

دور باطل «جمع‌آوری معتادان متجاهر»

طرح پاکسازی معتادان متجاهر در محله‌های آسیب‌خیز از سال ۹۷ اجرا و طی آن حدود ۷۰ هزار معتادمتجاهر و افراد ناهنجار از محله‌هایی چون مولوی، هرندی و شوش تهران جمع آوری شده؛ علاوه بر این با نگاهی به دیگر آمارهای ارائه شده مسئولان از جمله وجود ۲۰ هزار معتاد متجاهر در تهران و یا ۹۰۰۰ معتاد «رها شده» در پایتخت، به نظر می‌رسد موضوع ساماندهی معتادان متجاهر در دور باطلی گرفتار شده که باوجود مشخص بودن وظایف دستگاه‌ها، هنوز مسیر برای متولیان امر روشن نیست.

به گزارش ایسنا، در ماده ۸۰ قانون برنامه پنج‌ساله ششم توسعه برای سازمان بهزیستی، شهرداری و نیروی انتظامی‌در حوزه مقابله با اعتیاد تکالیفی در نظر گرفته شده است، به گونه‌ای که در بند ۳ این ماده قانونی آمده است که «از طریق وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی (سازمان بهزیستی) با همکاری شهرداری‌ها نسبت به بهره‌برداری و تکمیل مراکز نگهداری، درمان و کاهش آسیب معتادان متجاهر و بی‌خانمان و راه‌اندازی مراکز جامع توانمندسازی و صیانت اجتماعی برای معتادان بهبودیافته در استانها با رعایت احکام ماده (۷۰) این قانون اقدام کند. اداره این مراکز به عهده سازمان بهزیستی کشور یا شهرداری‌ها حسب مورد با بهره‌گیری از ظرفیت سازمان‌های مردم‌نهاد و بخش غیردولتی خواهد بود.»

همچنین نیروی انتظامی‌نیز موظف است «پس از اخذ دستور قضائی نسبت به جمع‌آوری این معتادان و تحویل آنها به این مراکز اقدام کند. ترخیص این افراد از مراکز مورد نظر با تأیید سازمان بهزیستی و با هماهنگی نیروی انتظامی‌و مقام قضائی خواهد بود.»

براین اساس اردیبهشت‌ماه سال جاری بود که پلیس از چرخه باطل معتادان متجاهر انتقاد کرد؛ به گونه‌ای که سردار حسین رحیمی، فرمانده انتظامی‌تهران بزرگ در بخشی از سخنان خود اظهار کرد «پلیس از سال ۹۷ که طرح پاکسازی معتادان متجاهر را در محله‌های شوش، مولوی، هرندی به اجرا در آورده است حدود ۷۰ هزار معتاد متجاهر و افراد ناهنجار را از این محله‌ها جمع کرده، این در حالیست که تنها حدود ۲۰ هزار معتاد متجاهر در تهران وجود دارد.» هرچند که در گذشته پاتوق این افراد آسیب‌دیده عموما محله‌هایی به‌نام و شناخته شده همچون خاک سفید، دره فرحزاد، شوش، هرندی و ... بود و به راحتی کلونی‌های معتادان و خانه‌های پلاک قرمز در محلات اینچنینی قابل مشاهده و رصد بود اما با اجرای طرح‌های ضربتی و جمع‌آوری معتادان تحت عناوین مختلف از جمله ساماندهی، پاکسازی و ... شاهد پراکنده شدن معتادان در سطح شهرها، از زیرپل‌ها و پارک‌ها گرفته تا حاشیه شهرها حتی قبرستانها بودیم. طرح‌هایی که بنابر اذعان مسئولان وقت، رضایت ساکنان این محلات را در پی داشت چرا که اینگونه قیمت ملک آنها با پاک کردن صورت مسئله اعتیاد تا حدی بالا می‌رفت اما در عوض داد کارشناسان را در خصوص عواقب و هشدارهای پراکنده کردن معتادان در سطح شهرها و معضلاتش را بدنبال داشت. یکی از هشدارهای کارشناسان در خصوص طرح‌های پاکسازی، انتقال و پخش شدن معتادان در سایر محلات بود و این بار دیگر شمال شهر و جنوب‌شهر نداشت چراکه گشتی کوتاه در پارکها و خیابان‌ها حاکی از این امر است؛ گویی که حضورشان اینبار از زیر پوست به پوسته‌های سطحی شهر و محله‌های مختلف نفوذ کرده، انتقالی که این بار بی‌ملاحظه از اینکه در کجای شهر و خیابان قرار دارند به صورتی آشکار در حال مصرف مواد مخدرند.

علی رغم اجرای طرح‌های جمع‌آوری معتادان متجاهر هنوز هم با این معضل اجتماعی روبرو هستیم، حضوری که با عادی شدن آن بی‌تفاوت روزانه از کنارشان می‌گذریم؛ دیگر نمی‌توان انتظار پاک شدن شهرها از این دسته از بیماران را داشت. عواملی همچون مسایل اقتصادی و اجتماعی به عنوان انگیزه‌هایی عنوان می‌شود که معتادان را به کلانشهرها می‌کشاند، موضوعاتی که در ادامه ضمن بررسی آنها، دلایل موفقیت و یا عدم موفقیت مانایی معتادان در درمان و همچنین وظایف دستگاه‌ها در این رابطه بیان می‌شود. در این راستا مصطفی‌هادی زاده، دبیر شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استان تهران با بیان اینکه درمان اعتیاد در کشور برعهده وزارت بهداشت و بخشی از این کار به سازمان بهزیستی واگذار شده است و وظیفه پلیس، جمع‌آوری معتادان متجاهر است، به ایسنا می‌گوید: براساس تبصره ۲ ماده ۱۵ قانون، تامین کلیه هزینه‌های درمان اعتیاد معتادان متجاهر بی‌بضاعت برعهده وزارت رفاه است، این در حالی است که این موضوع باید بیشتر مورد توجه قرار گرفته و انتظارات برآورده شود.

وی ادامه می‌دهد: از سوی دیگر نیز باید کاری کرد تا معتادان غیر متجاهر به متجاهر تبدیل نشوند؛ بدین نحو که معتادانی که به صورت داوطلبانه خدمات درمان اعتیاد دریافت می‌کنند، تحت پوشش بیمه قرار گیرند. البته اداره کل بیمه سلامت استان تهران در این راستا اعلام آمادگی کرده و همکاری لازم را دارد؛ لیکن به دلیل اینکه ۹۵ درصد مراکز درمان اعتیاد داوطلبانه بخش خصوصی هستند، از اینکه بیماران خود را تحت پوشش بیمه قرار دهند کمتر استقبال می‌کنند، لذا ضرورت دارد دانشگاه‌های علوم پزشکی استان مراکز مذکور را ملزم به بیمه کردن بیماران کنند.به گزارش ایسنا،هادی زاده در پاسخ به این سوال که آیا معتادان متجاهری هستند که به دلیل شرایط و جاذبه پایتخت از شهرهای دیگر به تهران می‌آیند؟ می‌گوید: همانطور که تهران به عنوان پایتخت برای بسیاری از افراد جاذبه دارد، برای معتادان نیز دارای جاذبه است.

وی با بیان اینکه تشخیص معتاد متجاهر به لحاظ قانونی با مقام قضایی است، اما مقام قضایی می‌تواند از کارشناس برای این تشخیص کمک گیرد، تاکید می‌کند: نمی‌توان همه افرادی که در سطح خیابان در وضعیت نامناسبی قرار دارند را معتاد متجاهر دانست. زمانی که افراد در طرح‌های ساماندهی معتادان متجاهر جمع‌آوری می‌شوند، براساس بررسی‌های به‌عمل آمده نیمی‌از این معتادان فاقد سکونت‌گاه در تهران هستند.

هادی زاده می‌افزاید: وقتی فرد معتادی روی پله‌های سقوط اعتیاد قرار می‌گیرد، به جایی می‌رسد که در محله و منطقه‌های کوچک شناخته می‌شود. آنها به دلیل عدم اعتماد جامعه محلی و بعضا برای حفظ آبروی خانواده مجبور به ترک محله زندگی خود و وارد شهرهای بزرگ مانند تهران می‌شوند.

دبیر شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استان تهران در پاسخ به سوالی درباره جمع‌آوری ۷۰ هزار معتاد متجاهر از سال ۹۷ در محله‌های شوش، مولوی و هرندی و همچنین علت بازگشت معتادان بهبودیافته به چرخه اعتیاد، نیز به ایسنا می‌گوید: یکی از ویژگی‌های اصلی بیماری اعتیاد این است که این بیماری عودکننده است. در دنیا درمان قطعی اعتیاد بسیار محدود است.

وی با تاکید بر اینکه قطع مصرف و ترک اعتیاد، درمان اعتیاد نیست، می‌افزاید: کسی که اعتیاد را ترک می‌کند درمان نشده است. اعتیاد بیماری است که دوباره بازمی‌گردد و چیزی نیست که بگوییم فرد بعد از چند هفته قطع مصرف درمان شده است. معتاد متجاهر شرایط بسیار سختی دارد و معتادان متجاهر، معتادان آخرخطی هستند که شرایط خود را از دست داده و به نوعی از اجتماع و خانواده رانده شده‌اند.هادی زاده ادامه می‌دهد: در هیچ جای دنیا مشاهده نشده که معتادان متجاهر جمع‌آوری و صددرصد خوب می‌شوند. قطعا نگهداری معتادان متجاهر در مراکز ماده ۱۶ بهتر از حضور آنها در انظار عمومی‌و در کوچه و خیابان است. مسلما در مراکز ماده ۱۶ به معتادان خدمات مناسبی ارائه می‌شود.

دبیر شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استان تهران معتقد است که در بحث معتادان متجاهر باید واقع‌نگر بود، چراکه مراکز ماده ۱۶ بهتر از کوچه و خیابان هستند. زمانی که معتادان از مرکز ماده ۱۶ ترخیص می‌شوند، علیرغم همه تلاشها اگر دوباره به پاتوق برگردند چه باید کرد؟ باید آنها را دوباره به مرکز برگردانیم.

یعنی زمانی که می‌بینیم معتاد به وضعیت قبلی بازمی‌گردد، چاره‌ای نداریم جز اینکه او را به مراکز ماده ۱۶ بازگردانیم چراکه این افراد هم جزیی از عائله کشور هستند و باید برای آنها چاره اندیشی کرد. از سوی دیگر بسیاری از خانواده‌های این افراد حاضر به پذیرش آنها نیستند و برخی از آنها توان هزینه کرد برای عضو معتاد را ندارند تا او را تحت درمان مداوم قرار دهند، لذا چاره‌ای نیست جز اینکه آنها را به مراکز بازگردانیم.