

خبرخوان

احتمال سوء‌استفاده برخی خیریه‌ها از معافیت‌های مالیاتی

ایلنا: رئیس مرکز مشارکت‌های مردمی بهزیستی گفت: مرکز مراجع صدور مجوز مؤسسات خیریه تا امروز مجوز فعالیت حدود چهار هزار مؤسسه خیریه را در سراسر کشور صادر کرده است.
محمدجواد حسینی، درباره فعالیت و نحوه نظارت بر مؤسسات خیریه ادامه داد: «این مؤسسات در قالب ۱۳ ماده از بند ۲۶ قانون مربوط به مقررات مالی دولت، مجوزهای لازم را از سازمان مربوطه دریافت می‌کنند. فعالیت‌های تخصصی این سازمان شامل خدمات به افسردارای معلولیت، توانبخشی، خدمات اجتماعی، کاهش آسیب‌های اجتماعی، نگهداری کودکان و خدمات اشتغال در بخش‌های مختلف است. آنها می‌توانند در قالب‌های مختلف پروانه فعالیت اخذ کرده و خدمات خود را ارائه دهند. ما در ذیل مؤسسات خیریه، خدمات متنوعی را به جامعه هدف خود ارائه می‌دهیم».
به گفته او، هر مؤسسه خیریه که از سوی سازمان مربوطه مجوز دریافت می‌کند، صلاحیت و دسترسی اعضای تخصصی آن بررسی می‌شود. پس از انجام این بررسی‌ها و تأیید صلاحیت، براساس اساسنامه مشخص و با هیئت امنای مشخص، پروانه فعالیت مؤسسه صادر می‌شود: «در پروانه فعالیت، اطلاعاتی شامل اعضا، آدرس مؤسسه، تلفن مؤسسه و حساب مشارکتی مؤسسه که قصد دارد با مشارکت مردم فعالیت‌های خیریه انجام دهد، ثبت می‌شود. تمام مؤسسات خیریه موظف هستند از افرادی که به عنوان مؤسسه خیریه از آنها کمک مالی دریافت می‌کنند، درخواست کنند تا اسناد و مدارک مرتبط خود را ارائه دهند؛ بنابراین اگر فردی به مؤسسه‌ای مراجعه کند، ممکن است برای او سؤال‌هایی پیش بیاید که آیا این مؤسسه دارای مجوز رسمی است و آیا واقعا در زمینه کار خیر فعالیت می‌کند یا خیر».
براساس اعلام او، مؤسسات خیریه‌ای که از سازمان مجوز دریافت کرده‌اند، باید تمام مدارک لازم را در اختیار داشته باشند. اعضای مؤسسه، اهداف آن و آدرس مؤسسه باید به صورت مشخص تعیین شده باشند، به این معنا که هریک از این چهار هزار مؤسسه دارای یک دفتر مشخص هستند که می‌توان به آن مراجعه کرد و مدارک آنها را بررسی کرده و به صحت آنها رسیدگی کرد. او تأکید کرد: «این احتمال وجود دارد که مانند هر حوزه دیگری، برخی مؤسسات خیریه از فرصتی که معافیت‌های مالیاتی ارائه می‌کند، سوءاستفاده کنند. در این خصوص، نظارت بر این موضوع بر عهده دستگاه‌های نظارتی مالی است. حوزه‌های مالی، علمی و محاسبات و همچنین نهادهای مربوط به حسابرسی کشور می‌توانند به طور جدی به این موضوع ورود کرده و بررسی‌های لازم را انجام دهند تا مشخص شود که آیا تخلفات احتمالی مالی مانند پول‌شویی، در این حوزه اتفاق می‌افتد یا خیر؟».
حسینی با بیان اینکه میزان مشارکت‌کنندگان به طور کمی کاهش نیافته است، ادامه داد: «قاعدتا با توجه به شرایط اقتصادی فعلی ممکن است میزان تراکنش‌ها و مشارکت‌های مالی کمی کاهش یافته باشد. به‌ویژه در وضعیت اقتصادی کنونی، برخی افراد ممکن است با مشکلات بیشتری مواجه شده باشند و تأمین نیازهای انسانی مانند مسکن برای آنها دشوارتر شده باشد. بااین‌حال این‌طور نیست که بگوییم وضعیت اقتصادی به‌طورکلی باعث کاهش مشارکت مردم می‌شود. زیرا مردم ما معمولا با نیتی خیرخواهانه مشارکت خود را انجام می‌دهند».

کمبود شدید پرستار در کشور

رئیس کل سازمان نظام پرستاری گفت: «کمبود شدید پرستار در کشور، به علت استخدام و نگهداشت ناکافی نیروها، به یکی از مشکلات اصلی نظام سلامت تبدیل شده است. در حال حاضر تعداد پرستاران در بیمارستان‌ها حدود نصف استاندارد جهانی است. پرستاران که عمدتا زنان هستند، مجبور به اضافه‌کار اجباری می‌شوند».
احمد نجاتیان ادامه داد: «سالمندشدن جمعیت، افزایش بیماری‌های مزمن و پرهزینه‌بودن بستری در بیمارستان‌ها، سبب شده است که در دنیا مراقبت از بیمارستان‌ها به سطح جامعه کشیده شود و موضوع «خودمراقبتی» در دستور کار جدی قرار گیرد».
او افزود: «در حوزه معوقلات و مطالبات نیز نگرانی‌هایی وجود دارد؛ هرچند دولت در حد توان خود برای پرداخت آنها تلاش کرده است. همچنین نبود عدالت در توزیع منابع و جایگاه‌های تصمیم‌گیری در نظام سلامت از جمله مشکلاتی است که جامعه پرستاری با آن مواجه است».

چرا درمان اعتیاد موفق نیست؟

ایسنا: مدیر کل درمان ستاد مبارزه با مواد مخدر، نبود نظارت کافی بر فعالیت برخی مراکز درمان اعتیاد را یکی از دلایل اصلی موفق‌نبودن درمان می‌داند و می‌گوید: «اینکه آمار بهبودی معتادان در کشور پایین است به معنی آن است که اتفاقی در حوزه درمان اعتیاد رخ داده است. اگرچه ستاد همه پزشکسانی را که در حال طبابت معتادان هستند، عضو خانواده خود می‌داند اما چرا تاکنون نتوانسته‌ایم در این زمینه موفق باشیم؟ به نظر می‌رسد این موضوع ناشی از نبود نظارت کافی بر فعالیت برخی مراکز درمان اعتیاد، عدم تدوین دستورالعمل‌های مناسب و انحراف پزشکان در زمینه درمان بیماران است و لذا در مجموع رضایت کافی در زمینه درمان معتادان وجود ندارد».
سلیمان عباسی، در همین راستا اعلام کرد که رویکرد فعلی ستاد در حوزه درمان ستاد مبارزه با مواد مخدر، دریافت نظرات و پیشنهادات پزشکان در این حوزه، همکاری پزشکان با ستاد و تغییر روش‌های درمانی است. علاوه بر این نیز فرایند شفاف‌سازی ایجاد کرده‌ایم که هر مرکز درمانی باید اطلاعات کامل شامل نام، آدرس، صاحب نام، امتیاز و وضعیت بیماران را در سامانه‌ای ثبت کند. متأسفانه برخی مراکز بیش از یک مجوز دارند که باعث سوءاستفاده و افزایش غیرقانونی سهمیه متادون می‌شود که موجب شده پزشک نتواند به‌طور کامل بر بهبودی بیماری تمرکز کند و ستاد مخالف این روند است. او همچنین از رویکرد جدید این ستاد در رتبه‌بندی و ارزیابی عملکرد پزشکان خبر داد و گفت: «در فرایند صدور و تمدید مجوز فعالیت، میان پزشک‌انی که با هدف درمان واقعی بیماران فعالیت می‌کنند و آن‌هایی که نگاه صرفا تجاری به درمان اعتیاد دارند، تمایز قائل خواهیم شد؛ پزشک‌انی که آمار موفقیت درمانی بالاتری دارند، از حمایت‌های بیشتری برخوردار خواهند شد. درحالی‌که فعالیت مراکز فاقد عملکرد مؤثر و شفاف، با محدودیت و نظارت سخت‌گیرانه‌تری همراه خواهد بود».
عباسی با اشاره به ضرورت به‌روزرسانی پروتکل‌های درمانی با توجه به تنوع مواد مخدر، افزود: «با تغییرات اساسی در الگوی مصرف مواد مخدر در منطقه و به‌ویژه پس از آغاز تولید مواد مخدر صنعتی در کشور افغانستان، ایران نیز با چالش‌های جدید در حوزه مقابله و درمان اعتیاد مواجه شده است. از این رو با توجه به تنوع مصرف مواد مخدر در کشور و مواد صنعتی و روانگردان که به طور روزافزون در حال افزایش هستند، وزارت بهداشت و درمان موظف است براساس نوع و میزان مصرف، پروتکل‌های درمانی خاص هر ماده را تدوین کند».
او ادامه داد: «وظیفه طراحی این پروتکل‌ها به صورت تخصصی بر عهده ستاد مبارزه با مواد مخدر نیست، اما ما بر حسب وظایف، پروتکل‌های درمانی را با همکاری و هماهنگی وزارت بهداشت تنظیم می‌کنیم. هم‌اکنون وزارت بهداشت در حوزه درمان کمیت تخصصی دارد که به تدوین پروتکل‌های درمانی می‌پردازد».

«تجاوز یک بار رخ می‌دهد، اما ترکش‌های آن بارها و بارها قلب بازمانده را می‌شکافد»؛ این را دختری تعریف می‌کند که سه سال آرژاکر، فاصله حدودا ۹۰۰کیلومتری یک شهرستان تا تهران را گز می‌کرد تا بتواند پرونده شکایت تجاوزی را که باز شده بود، پیگیری کند. او یکی از چند دختری بود که با طرح دعوی از یک آزارگر جنسی، حالا باید در حق و حقوق خود انقلاب در جست‌وجوی حقیقت و عدالت

مکانیسم دفاعی، خواهان حذف است

«شین» فقط به این دلیل گفت‌وگو در این‌باره را می‌پذیرد که صدای او به گوش جامعه‌ای برسد که هنوز فاصله زیادی تا درک کامل بازمانده آزار جنسی دارد: «روند پیگیری حقوقی پرونده، باری بود بر دوش من و سایر دخترانی که تا به اینجا هم رنج زیادی متحمل شده بودیم. مکانیسم دفاعی بدن انسان به طور ناخودآگاه، همواره تلاش می‌کند خطرات تلخ را پاک کند. این روشی است برای بدن و ذهن تا بر رنجی که در گذشته تجربه کرده است، فائق آید و به زندگی برگردد. اما در تجربه‌ای که من پشت سر گذاشتم، نه‌تنها نمی‌توانستم هیچ بخشی را پاک کنم، بلکه به دلیل پیگیری حقوقی، ناچار بودم مستمرا و مکررا همه آنچه را که پشت سر گذاشته بودم، هم دلیل بیاروم و ثبت کنم و بدتر اینکه آن را باید برای وکیل، قاضی و بازپرس هم تعریف می‌کردم؛ آن‌هم نه یک بار، بلکه این فرایند بارها تکرار می‌شد و شاید باورتان نشود اگر بگویم که تکرار هزارباره آن نیز سبب نمی‌شد ماجرا برایم کم‌ترنگ شود. با هر بار تعریف‌کردن این ماجرا، انکار تمام بدنم یک‌مرتبه دیگر در فضای آسیب و تنش قرار می‌گرفت».
او که در سال‌های اخیر به شکل فشرده و جدی از کمک حرفه‌ای روان‌پزشک و روان‌کاو بهره گرفته است، درباره اهمیت دوره‌های سلامت روان می‌گوید: «یکی از ویژگی‌های مهم تجربه این آزارها، این است که به طور هم‌زمان بدن و روان انسان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. به همین دلیل هم خیلی مهم است بازماندگان چنین آسیب‌های دشواری تحت نظر متخصصانی که به این حوزه مسلط هستند، قرار بگیرند. قوی‌ترین افراد هم ممکن است تحت ترکش‌های به‌جامانده از تجاوز، تا مرز فروپاشی کامل روانی پیش روند و بدتر اینکه این ترومای شدید، به شکل بدن‌مند هم خود را بروز می‌دهد».

دچار اختلال روان‌تنی شدم

«میم» از دیگر شاکیان این پرونده نیز با تأیید همین تجربه مشترک و با اشاره به یکی از دوره‌های سخت اوایل بازگشایی پرونده می‌گوید: «ماه دومی بود که شکایت را ثبت کرده بودیم. آن روزها نمی‌دانستم دست‌کم این پرونده تا سه سال ادامه خواهد داشت. مدام در دادگاه حاضر می‌شدم و باید برای وکیل و قاضی آنچه را پشت سر گذاشته بودم، تعریف می‌کردم. از نظر روانی واقعا فرسوده شده بودم و شب‌هایم را با کابوس صبح می‌کردم. سال ۱۴۰۰ کرونا فروکش کرده بود که من به طور کامل واگهانی به‌شدت مریض شدم. فکر کردم کرونا گرفته‌ام. برای تست راهی آزمایشگاه شدم، اما تست کرونا مثبت نشد. پزشک‌ها گفتند طبیعی است و خیلی‌ها به این بیماری مبتلا می‌شوند، اما آزمایش آنها منفی می‌شود. درمان معمول کرونا را ادامه دادم، اما بعد از گذشت هشت روز هیچ بهبودی ایجاد نشد. حتی اسکن ریه دادم از ترس اینکه بیماری جدی شده باشد. اسکن ریه هم هیچ اثری از کرونا نشان نداد. تا اینکه روان‌پزشکی که از پیش او را می‌شناختم تشخیص اختلال سایکوسوماتیک داد».

اختلال روان‌تنی یا سایکوسوماتیک، یک اختلال ذهنی است که باعث به وجود آمدن علائم و تظاهرات جسمی می‌شود و این علائم را نمی‌توان با بیماری‌های جسمی توجیه کرد. افراد دچار این اختلال ممکن است درباره علائم خود احساس نگرانی بیش از حد داشته یا زیاد به آن فکر کنند که باعث می‌شود در نهایت روی عملکرد طبیعی آنها تأثیر بگذارد. نزدیک سه ماه زمان برد تا «میم» دریابد این بیماری چگونه است و چطور باید با آن کنار بیاید: «در لحظه به لحظه مکاشفه این بیماری، با خودم فکر می‌کردم تجاوز یک بار رخ می‌دهد، اما ترکش‌های آن بارها و بارها قلب بازمانده را می‌شکافد. بدن من آسیب دید، روانم زخمی شد و حالا بعد از چند سال تازه خودم را مجددا پیدا کرده‌ام».

جامعه، بازمانده تجاوز را به عنوان قربانی می‌بیند

یکی دیگر از زان‌ی که سال‌ها پیش و در نخستین



گفت‌وگوی «شرق» با بازماندگان پرونده‌های تجاوز: از احساس تحقیر تا پروسه‌های طولانی شکایت یک بار تجاوز می‌کنند، ما هزار بار می‌میریم

«ماه دومی بود که شکایت را ثبت کرده بودیم. آن روزها نمی‌دانستم دست‌کم این پرونده تا سه سال ادامه خواهد داشت. مدام در دادگاه حاضر می‌شدم و باید برای وکیل و قاضی آنچه را پشت سر گذاشته بودم، تعریف می‌کردم»

نیلوفر حامدی

باشد. جنجال اخیر درباره طرح دعوی یک پرونده تجاوز جنسی، بار دیگر مناقشات درباره این موضوع را در سطح جامعه برجسته کرده است. گفت‌وگو با بازماندگان آزار جنسی نشان می‌دهد گرچه آنها یک‌مرتبه تحت این خشونت قرار گرفته‌اند، اما در ادامه مسیر و به عنوان

روزهای آغاز جنیش «#من_هم»، روایت آزار جنسی از یکی از هنرمندان منتشر کرده بود. رویارویی با جامعه را یکی از جدی‌ترین چالش‌های پیش‌رو می‌داند: «جامعه از شما به عنوان کسی که تجربه آزار جنسی را پشت سر گذاشته، انتظار دارد رویه‌ای خراب داشته باشید و کاملا در نقش قربانی رفتار کنید. به‌ویژه وقتی با هویت خودتان روایت منتشر می‌کنید، اوضاع پیچیده‌تر و سخت‌تر هم می‌شود. این مسئله برای من از همه سخت‌تر بود. انکار کسی دلش نمی‌خواهد تو را سرپا ببیند و ترجیح می‌دهد همیشه از تو و هویت با عنوان «همان زنی که فلانی آزارش داده» حرف بزند».
«سین» مسئله مجازات حقوقی را هم در این مسیر بسیار مؤثر می‌داند: «از نسوی دیگر، گاهی جامعه از بازمانده انتظار دارد از حریم خصوصی آزارگر هم حمایت کند. درحالی‌که عملا این موضوع در توان بازمانده نیست. یا مثلا شما تصور کنید مجازات تجاوز در کشور ما اعدام است و من و خیلی‌های دیگر هیچ تمایلی به این نداریم که آن فرد اعدام شود، اما از نظر قانونی، هیچ روش مجازات دیگری هم برای محکوم به این جرم وجود ندارد».
«فرهنگ تجاوز»، فرهنگی است که در آن خشونت جنسی امری عادی انگاشته می‌شود و مقصر آزاردیدی، خود بازمانده است. بحث صرفا از خود خشونت جنسی نیست، بلکه از هنجارها و نهادهای فرهنگی است که حامی متجاوز و موافق معافیت او از مجازات است، بازمانده را شرمسار می‌کند و از زنان می‌خواهد برای در امان ماندن از تعرض جنسی، ازخودگذشتگی غیرمنطقی نکنند. فرهنگ تجاوز، زنان را تحت فشار می‌گذارد تا آزادی‌ها و فرصت‌های خود را فدای امنیت‌شان کنند؛ زیرا بار تأمین امنیت را بر دوش زنان می‌گذارد و در صورت شکست در این راه، آنها را مقصر می‌انگارد. در نتیجه، بعضی فرصت‌ها را از زنان می‌گیرد و دستیابی به برخی دیگر را هم منوط به رعایت نکات ایمنی پرهزینه می‌کند. در چنین شرایطی، خلاهای قانونی هم شرایط را برای بازمانده دشوارتر می‌کند.

احساس تحقیر در شدیدترین حالت ممکن

مهسا اسداله‌نژاد، جامعه‌شناس و پژوهشگر، ورود به موضوع فرهنگ تجاوز را با یک پرسش آغاز می‌کند: «چه چیز خشونت جنسی بر بدن را متمایز از خشونت روحی- روانی می‌کند؟». او در تبیین این پاسخ می‌گوید: «بی‌تردید باید پاسخ داد خود بدن، بدنی که حافظه‌ای ماندگارتر و مادی‌تری از آگاهی ما دارد. در واقع خشونت زمانی شناسایی‌پذیرتر و درعین‌حال مادی‌تر می‌شود که پای فیزیک شخص در میان باشد. خشونت فیزیکی، همان شکلی از خشونت است که نخستین استادگی‌ها در برابرش صورت می‌گیرد؛ چراکه فرض بر این است که دفاع از فیزیک یک فرد، جسمانیات او، دفاع از مبنای فردیت یک فرد در جامعه است. زمانی که بدن فرد تحت خشونت قرار می‌گیرد، فرد احساس ا‌هم‌گسیختگی خود با جهان پیرامونش را تجربه می‌کند؛ بدنی که در وضعیت بازشناسی درون یک رابطه از آن مراقبت می‌شود، در موقعیت خشونت جنسی، دسترسی به خواست‌ها و نیازهایش را از دست می‌دهد و حتی از بی‌تعلقی نسبت به خود و سردرگمی در نسبت با جهان در فرد پدید می‌آید».

به گفته او، این مسئله که حافظه بدن از حافظه ذهن جان‌سخت‌تر است، پرده از اهمیت شکلی از بازشناسی فرد در جامعه برمی‌دارد که به‌سادگی مرتبط است با قسمی «یکپارچگی بدن»؛ با پیوندداشتن شخص با بدن خودش: «در تجاوز، به عنوان شکل حدی خشونت جنسی بر بدن، نسبت منسجم فرد با بدنش از دست می‌رود یا دچار مسئله می‌شود. بدن برای فرد بیگانه می‌شود. فردی که در بازشناسی بدن خود در رابطه‌ای شکست می‌خورد و بدنش با تجربه تجاوز روبه‌رو می‌شود، در مرحله اولیه بازشناسی در اجتماع شکست خورده است؛ چراکه پیوند او با خودش دچار مسئله شده و تصویری که او از اختیار بر بدنش و حفظ یکپارچگی بدنش دارد، مخدوش شده

است. هرچقدر خشونت موجود در این تجربه بیشتر باشد، حس بی‌تعلقی و سردرگمی شدیدتر است».
اسداله‌نژاد معتقد است اهمیت این‌ شکل از انسجام بدن، حفظ یکپارچگی بدن، چیزی است که با رضایت‌مندی صرف قابل توضیح نیست: «با بهتر بگویم رضایت برای توضیح چگونگی دستیابی به این انسجام و یکپارچگی کفایت نمی‌کند. رضایت فقط سطحی از حفظ یکپارچگی بدنی را توضیح می‌دهد، اما در توضیح چرایی به مخاطره افتادن آن در سطوح دیگر ناتوان است. اینجاست که مواردی مانند تجاوز در پیمان ازدواج یا تجاوز در صورت توقف رضایت‌مندی اما تداوم رابطه نیز مطرح می‌شود. این موارد، بالاخص از حیث حقوقی، به‌سادگی شناسایی‌پذیر نیستند؛ زیرا اصل بر رضایت پیشینی و همواره است؛ زیرا اینکه اگر فرد نمی‌خواست، وارد این مناسبت نمی‌شد یا گزاره‌هایی از این دست. روشن است که میزان خشونت اعمال‌شده در این موارد کمتر است، اما حقیقت ماجرا اینجاست که زبان رضایت نمی‌تواند به‌خوبی نشان دهد نسبت فرد با بدنش چگونه است و بنابراین این مسئله مغفول می‌ماند که چطور انسجام بدنی فرد در صورت رعایت‌نکردن بازشناسی در یک رابطه و برآورده‌نشدن نیازها و خواست‌های فرد در رابطه از دست می‌رود. فرد ممکن است در انجام افعال بسیاری احساس نارضایتی با رضایت داشته باشد، اما حس نکند تبعات آن فعل تا مدت‌ها با او می‌ماند».

دقیق‌تر این است که تجاوز را نمی‌شود صرفا در چارچوب رضایت‌داشتن-رضایت‌نداشتن ببینیم: «این چارچوب بیانگر یک زبان حقوقی است که برای توضیح اجتماعی و مکفی آنچه بر بدن می‌رود، ناکافی به نظر می‌رسد. نیاز است تا تجاوز را در چارچوب احساس تحقیر بدن، کوچک‌انگاشتن ارزش آن و از دست رفتن پیوند بدن با نیازها و خواست‌های فرد نیز معنا کرد. تحقیر آثار ماندگارتر و دست‌یافتنی‌تری نسبت به رضایت‌داشتن دارد. ممکن است فرد در فعلی، نبود رضایت داشته باشد، اما تحقیر نشود و برعکس ممکن است در فعلی به‌ظاهر احساس رضایت داشته باشد و تحقیر نشود. تحقیرشدن احساسی مرتبط با عزت‌نفس افراد در اجتماع است؛ اینکه افراد دارای ارزش وجودی هستند. بازشناسی روبه‌روی احساس تحقیر قرار می‌گیرد. در تجاوز، به عنوان شکل حدی خشونت جنسی، آنچه بر جا می‌ماند، احساس تحقیرشدن در شدیدترین حالت ممکن است؛ تحقیری که احتمالا در دیگر مناسبات اجتماعی نیز تجربه می‌شود».

ایمن جامعه‌شناس معتقد است بی‌تفاوتی نسبت به تحقیر، به سرایت آن کمک می‌کند: «اینجاست که می‌شود از فرهنگ تجاوز سخن گفت؛ فرهنگی که در آن تحقیرشدن و تحقیرکردن، میل به کوچک‌انگاشتن

نیازها و خواست‌های دیگری طبیعی و عادی به نظر می‌رسد. در فرهنگ تجاوز که از سطح صرفا حقوقی فراتر می‌رود و مسئله دیگر یک سطح مشخص نیست، تجاوز از سطح مناسبات بینافردی فراتر می‌رود و دلالت‌های پیچیده‌تر و متعددی می‌یابد؛ هر جایی که اختیار فرد بر بدنش در موقعیتی کم‌رنگ و بازشناسی خواست‌ها و نیازهایش انکار می‌شود، حتی از تجاوز تداعی می‌شود؛ از دست رفتن انسجام و یکپارچگی بدنی که پیش‌شرط انسجام اجتماعی و داشتن احساس کرامت انسانی در جامعه است».

مهسا اسداله‌نژاد، جامعه‌شناس و پژوهشگر: در فرهنگ تجاوز که از سطح صرفا حقوقی فراتر می‌رود و مسئله دیگر یک تجاوز است، تحقیر در بدش تجاوز می‌شود. محسب مناسبات بینافردی، فراتر از سطح حقوقی قرار می‌گیرد و دلالت‌های پیچیده‌تر و متعددی می‌یابد؛ هر جایی که اختیار فرد بر بدنش در موقعیتی کم‌رنگ و بازشناسی خواست‌ها و نیازهایش انکار می‌شود، حتی از تجاوز تداعی می‌شود؛ از دست رفتن انسجام و یکپارچگی بدنی که پیش‌شرط انسجام اجتماعی و داشتن احساس کرامت انسانی در جامعه است».

خبرهای روز

نگرانی از افزایش ابتلا به «آج‌آی‌وی»

ایسنا: سازمان جهانی بهداشت (WHO) در منطقه غرب اقیانوس آرام نسبت به «افزایش شدید» موارد ابتلا به ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV) در فیلیپین، فیجی و پاپوا گینه نو در سال‌های اخیر «با پیام‌هایی برای امنیت ملی و منطقه‌ای»، ابراز نگرانی کرده است. در جلسه اخیر در فیجی که وزرای بهداشت ۳۸ کشور و منطقه در منطقه غرب اقیانوس آرام و همچنین شرکای جامعه مدنی و توسعه را گرد هم آورد، سازمان جهانی بهداشت و برنامه مشترک سازمان ملل متحد در زمینه ایدز آسیا و اقیانوسیه برای مقابله با بحران آج‌آی‌وی در منطقه در بحبوحه افزایش آیدمی‌های ملی و یافتن راه‌حلهایی برای تسریع پیشرفت در پیشگیری از این بیماری تشکیل جلسه دادند. در فیجی در این جلسه اشاره شد که عفونت‌های جدید در طول دهه گذشته ۱۰ برابر افزایش یافته است؛ از جمله افزایش شدید در سال ۲۰۲۴. مصرف مواد مخدر تزریقی به عنوان یک عامل اصلی شناسایی شده است و احتمال سرایت عفونت به سایر کشورهای جزیره‌ای اقیانوس آرام وجود دارد. به گزارش شینخوا، از سال ۲۰۱۰ تا ۲۰۲۴، عفونت‌های جدید در فیلیپین تقریبا شش برابر شده است. «سایا مانو پیوئالا»، مدیر منطقه‌ای سازمان جهانی بهداشت در غرب اقیانوس آرام، با تأکید بر لزوم رویکردهای استراتژیک و هدفمند برای پیشگیری، آزمایش و درمان متناسب با شیوع‌های خاص و جمعیت‌های آسیب‌دیده، گفت: همان‌طور که وضعیت در سراسر غرب اقیانوس آرام به‌وضوح نشان می‌دهد، آج‌آی‌وی «تمام» شده است.

مصرف دارو؛ دو برابر مصرف به‌ازای جمعیت

ایلنا: مدیرعامل سازمان بیمه سلامت گفت: مصرف داروی کشور بیش از دو برابر مصرف دارو به‌ازای جمعیت است.
محمدمهدی ناصحی با بیان اینکه متأسفانه مصرف دارو در کشور بیش از دو برابر مصرف دارو به‌ازای جمعیت ماست، گفت: «در هر نسخه دارویی، بیش از چهار قلم دارو داریم که استاندارد ما زیر دو قلم است. غیر از داروهایی که در کنار نسخ اصلی نوشته می‌شوند او اکنون ۴.۳ میانگین کشوری ماست». او با اشاره به رازنه‌های بالینی گفت: این دستورالعمل‌ها و آیین‌نامه‌ها در تجویز و مصرف منطقی دارو بسیار کمک می‌کند. ناصحی با بیان اینکه کارآمدی بیمه‌ها می در بخش‌های دولتی بیشتر است، افزود: «در بخش خصوصی نیز صندوق کارکنان دولت پوشش می‌دهد ولی از آنجا که باید تعرفه دولتی پوشش داده شود، بنابراین آثار پوشش بیمه در بخش خصوصی کم است و یعنی بیشتر هزینه‌ها را باید خود فرد پرداخت کند». او ادامه داد: «اعتقاد ما این است بیمه سلامت با سازمان‌های دیگر بیمه پایه، یک جا و ادغام شوند و شکل آنها را دولت اصلاح کند؛ نمی‌گویم فیزیکال ادغام شوند، حتی اگر شده به صورت مجازی صندوق‌های مشترکی باشند که خدمات را بتوانیم با قیمت مناسب، به موقع و درست خریداری کنیم».
ناصری ادامه داد: «سامانه ۱۶۶۶ به صورت ۲۴ساعته پاسخ‌گو است. مردم می‌توانند با این سامانه تماس بگیرند و هر مشکلی در زمینه بیمه داشتند یا مشکلاتی در گرفتن خدمت در بخش دولتی و خصوصی داشتند، اطلاع دهند».

اجرای برنامه ملی کنترل بوکی استخوان

معاون بهداشت وزارت بهداشت، از ادغام برنامه ملی کنترل بوکی استخوان در نظام مراقبت‌های اولیه سلامت (PHC) خبر داد.
علیرضا رئیسی گفت: «این اقدام با هدف ارتقای مراقبت از سالمندان و کاهش عوارض ناشی از بوکی استخوان در دستور کار قرار گرفته است. با اجرای این طرح ادغام برنامه ملی کنترل بوکی استخوان در نظام مراقبت‌های اولیه سلامت، خدمات پیشگیری، تشخیص زودهنگام و درمان بوکی استخوان در خانه‌های بهداشت و پایگاه‌های سلامت ارائه می‌شود تا دسترسی عادلانه مردم به خدمات مرتبط افزایش یافته و از بروز شکستگی‌های ناشی از استئوپورز پیشگیری شود».