خبر

دانشگاه‌ها برای نیم‌سال دوم حضوری شد

• معاون آموزشی وزارت علوم با ابلاغ بخش‌نامه‌ای دانشگاه‌ها را ملزم به ازسرگیری آموزش حضوری همه مقاطع تحصیلی از نیم‌سال دوم تحصیلی ۱۴۰۰-۱۴۰۱ کرد. در نامه علی خاکی‌صدیق به رؤسای دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی آمده است: «با توجه به مصوبه ستاد ازسرگیری آموزش حضوری دانشجویان در تاریخ ۲۰ دی جاری درخصوص حضوری‌شدن آموزش در مقاطع مختلف تحصیلی و دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی و نیز حاصل مذاکرات به‌عمل‌آمده در نشست رؤسای دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی با حضور مقام عالی وزارت در چهارشنبه ۲۲ دی، لازم است هماهنگی لازم برای اقدامات مرتبط با درنظرگرفتن همه شرایط و الزامات اقتصادی آن دانشگاه و مؤسسه آموزش عالی در اجرای مصوبه انجام بگیرد». براساس‌این همه کلاس‌های آموزشی دانشجویان در دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی و همه مقاطع تحصیلی از نیم‌سال دوم ۱۴۰۰-۱۴۰۱ به صورت حضوری برگزار خواهد شد.

ادامه از صفحه اول

احیای برجام یا توافق موقت؟

جزئیات توافق هسته‌ای موسوم به برجام با همه انتقادهایی که ممکن است بر آن وارد باشد، کاملا مشخص است. اما اطلاعات شفافی درباره توافق موقت تاکنون ارائه نشده و به صراحت می‌توان گفت چنین طرحی اگرچه رافع بخشی از مشکلات، لغو تحریم‌ها و آزادسازی منابع مسدودشده کشور است، ولی راه‌حلی دائمی برای کشور و برون‌رفت از چالش هسته‌ای نیست و شرکت‌های بزرگ جهان در پرتو چنین طرحی ریسک حضور در بازار ایران را قبول نخواهند کرد. به بیان دیگر توافق موقت در تحلیل نهایی در حکم «مسکن» است که رافع مشکلات نبوده و قادر به پرکردن چاله‌های عظیم اقتصاد کشور نخواهد بود و در بهترین حالت گشایشی ناپایدار در وضعیت اقتصادی کشور را در پی خواهد داشت. فارغ از نگرش به دولت‌ها، مهم‌ترین دغدغه مردم رهایی از وضعیت بی‌ثباتی اقتصادی، تورم، بی‌کاری، تبعیض، ویژه‌خواری، فساد گسترده و ساختاری و آینده مبهم برخاسته از این شرایط برای نسل جوان کشور است. تحقق این مهم در سیاست داخلی عزم راسخ مسئولان برای مبارزه با فساد و در سیاست خارجی عادی‌سازی روابط با جهان است. راه‌حل عوامل داخلی را به اهل فن آن واگذار می‌کنم، اما مؤلفه‌های راهبرد تعامل سازنده با جهان کاملا روشن است. راهی است که دیگر کشورهای جهان آن را تجربه کرده و اثرات مثبت آن را در توسعه اعجازانگیز اقتصادی به عیان مشاهده می‌کنند. ویتنام به عنوان یکی از قربانیان اصلی جنایات آمریکا، نمونه روشنی پیش‌روی ماست. برجام حاصل ۲۲ ماه مذاکره فشرده و نفس‌گیر بر اساس همین منطق بهترین گزینه و کم‌هزینه‌ترین راهکار برون‌رفت از مناقشه‌ای بود که در دو دهه کشور را گرفتار کرده و ضربات جبران‌ناپذیری به رشد و توسعه کشور زده بود. برجام در واقع راه‌حل میانه‌ای بود که با رویکرد «تعامل با جهان و بر اساس منطق برد-برد از طریق دیپلماسی مصالحه بین ایران و قدرت‌های بزرگ بین‌المللی جهان» به دست آمد. موضوع مصالحه هم مشخص بود. اطمینان‌یابی غرب و دیگر قدرت‌های جهان از صلح‌آمیزبودن برنامه هسته‌ای ایران و رهایی ایران از قطع‌نامه‌های الزام‌آور شورای امنیت، لغو تحریم‌ها و عادی‌شدن مناسبات با جهان. بارها گفته شده باید فارغ از نگرش سیاسی به رویکرد دولت‌ها به شمول دولت جناب رئیسی، از هر اقدامی که راهگشای خروج کشور از وضعیت کنونی است، استقبال کرد. سیاست خارجی کشور بر اساس نص قانون اساسی امری حاکمیتی و ملی است که به طور طبیعی باید فارغ از اینکه کدام دولت و با چه گرایش سیاسی زمام امور اجرائی را در دست دارد، توسط شورای عالی امنیت ملی به عنوان بالاترین نهاد تصمیم‌سازی کشور تعیین شود. براساس اصل ۱۵۲ قانون اساسی «سیاست خارجی جمهوری اسلامی ایران بر اساس نفی هرگونه سلطه‌جویی و سلطه‌پذیری، حفظ استقلال همه‌جانبه و تمامیت ارضی کشور، دفاع از حقوق همه مسلمانان و عدم تعهد در برابر قدرت‌های سلطه‌گر و روابط صلح‌آمیز متقابل با دول غیرمحارب استوار» تعیین شده و بر اساس اصل ۱۵۳ همین قانون «هرگونه قرارداد که موجب سلطه بیگانه بر منابع طبیعی و اقتصادی، فرهنگ، ارتش و دیگر شئون کشور شود ممنوع اعلام شده است». طرفه آنکه در این سند بالادستی به هیچ کشوری به عنوان دوست و یا دشمن دائمی اشاره نشده است. هرچند نقش دولت‌ها و نوع نگاه آنان به جهان در پیشبرد سیاست خارجی نظام را نمی‌توان انکار کرد. کمااینکه اثرات آن را در دوره‌های مختلف چند دهه گذشته مشاهده کرده‌ایم و نمی‌توان بین رئیس دولتی که قطع‌نامه‌های شورای امنیت سازمان ملل را «ورق‌پاره» می‌خواند و با رویکرد نابخردانه کشور را در چنبره ظالمانه‌ترین تحریم‌ها گرفتار کرد، با رئیس‌جمهوری که اصل را بر تعامل با جهان می‌داند، تفاوتی قائل نشد. با این وجود وظیفه دستگاه‌های نظارتی و حافظان قانون اساسی باید اجرای نص طابق‌النعل این سند بالادستی فارغ از گرایش سیاسی دولت‌هایی باشد که با انتخابات برمی‌آیند و پس از چهار یا هشت سال کنار می‌روند.

در نشست نمایندگان متخصصان طرحی در مناطق محروم با اصحاب رسانه مطرح شد:

از حقوق پایین تا مالیات پلکانی

ما سرمایه این کشور هستیم چرا باید از ایران برویم؟

شرق: مدتی است که جامعه پزشکی هم به صنف معترض نسبت به حقوق خود اضافه شده است و در یک سال اخیر با اخبار متعددی از نارضایتی رزیدنت‌ها یا پزشکان عمومی روبه‌رو شده‌ایم. این بار، نوبت به متخصصان طرحی ضریب کا در مناطق محروم رسیده تا از دغدغه‌های کاری خود بگویند؛ شغلی که مشخصا با جان مردم سروکار دارد و همین موضوع هم حساسیتش را دوصدچندان می‌کند. از همین‌رو، روز گذشته نشست هم‌اندیشی نمایندگان متخصصان طرحی ضریب کا در مناطق محروم با تعدادی از اصحاب رسانه در محل این سازمان برگزار شد. نمایندگان متخصصان طرحی در مناطق محروم در این نشست به فقدان شرایط مطلوب کاری و همچنین نبود جذابیت به‌منظور ماندگاری پزشکان طرحی در مناطق محروم تأکید کردند، از مطالبات حقوقی خود گفتند و نسبت به استمرار این وضعیت برای حوزه سلامت کشور هشدار دادند.

این افراد که بر اساس آرای پزشکان حاضر در گروه‌های مختلف انتخاب شده‌اند، در این نشست به نمایندگی از سایر همکاران خود از دغدغه‌های پنهان خود پرده برداشتند. علی سلحشور، متخصص بیهوشی، نخستین نماینده بود. او صحبت‌هایش را با اشاره به دوران تحصیل، دانشگاه، رزیدنتی و دوره طرح آغاز کرد: در ابتدای این نشست جا دارد به نکته‌ای مهم اشاره کنیم و آن هم اینکه وقتی در این جلسه از پزشک حرف می‌زنیم، روی صحبت ما نه درباره آن دسته از پزشکان باسابقه‌ای که مطب‌هایشان در بهترین مناطق شهر است و نوبت ویزیت‌هایشان فصلی و حتی سالانه است، بلکه می‌خواهیم درباره پزشکان متخصصی صحبت کنیم که به‌تازگی فارغ‌التحصیل شده‌اند و باید دوره طرح خود را در مناطق محروم بگذرانند؛ یعنی پزشکان جوان طرح ضریب کا.

همه ما متولدین دهه ۶۰ هستیم. در همان روزهای سخت بزرگ شدیم و مدرسه رفتیم. در یکی از سخت‌ترین دوران‌های آزمون کنکور کشوری شرکت کردیم و به سختی توانستیم در رشته‌ای که دوست داشتیم و در دانشگاه‌های برتر کشور قبول شویم. حدود هفت سال زمان برد تا بتوانیم دوره پزشکی عمومی را بگذرانیم و سپس دوره طرح را آغاز کردیم که برای پسران سربازی هم بود. دو سال تمام با حقوق ۵۰ یا صد هزار تومانی زندگی کردیم. پس از آن در آزمون دستیاری شرکت کردیم و پس از قبولی دشوارترین سال‌های عمرمان را به‌عنوان رزیدنت گذراندیم؛ سال‌هایی که صبح تا شب کار می‌کردیم و نهایت دریافتی‌مان سه میلیون تومان بود. سپس در دوره تخصص شرکت کردیم و حالا هم طرحمان در مناطق محروم آغاز شده است؛ یعنی پس از سال‌ها درس‌خواندن مستمر و رسیدن به مرحله تخصص حالا هر کدام از ما حدود ۳۵ تا ۴۰ سال داریم و در چنین شرایطی حقوق ثابت ما بین هشت تا ۱۰ میلیون تومان است.

پزشکانی که برخی از ما مجرد هستیم و باید تازه در میانسالی آینده خودمان را بسازیم یا متأهل و گاهی دارای فرزند هستیم و هزاران بحران زندگی در این شرایط اقتصادی پیش‌رویمان قرار دارد، در سخت‌ترین شرایط ممکن باید هر ماه ۲۳ روز را در مناطق محروم بگذرانیم و حقوق ما خیلی اوقات تنها خرج رفت‌وآمدمان می‌شود. می‌خواهیم بدانیم ما به‌عنوان پزشک چطور می‌توانیم با این وضعیت حقوقی، آینده‌ای روشن برای خودمان بسازیم؟

او ادامه داد: نه‌تنها مردم و مسئولان بلکه حتی خانواده‌های خودمان هم نمی‌دانند وضعیت حقوق و درآمد ما چقدر است. همه تا اسم پزشک را می‌شنوند، یاد آن عده‌ای می‌افتند که درآمد کلان به دست می‌آورند و در مطب‌های خصوصی خود کار می‌کنند. اما ما جوانان که با کلی امید و سرمایه‌گذاری برای زندگی خودمان به اینجا رسیده‌ایم، حتی توان ساختن آینده‌ای را هم که این همه سال برایش تلاش کرده‌ایم، نداریم. همه حرف ما هم این است که باید تناسبی بین تلاش افراد و زحمتشان با دریافتی‌ها وجود داشته باشد.

ما نه به اندازه یک دوره لیسانس یا فوق‌لیسانس که هرکداممان در صورتی که مستمر درس خوانده باشیم و تمام مراحل را بدون توقف پشت سر گذاشته باشیم، یعنی به‌جز شش سال اول، زندگی‌مان را وقف علم کرده‌ایم. حال باید خدمتی به مردم ارائه بدهیم، اما با شرایطی که برای ما ایجاد کرده‌اند، چه مردمی که قرار است از ما خدمت دریافت کنند و چه ما که خود عضوی از مردم هستیم و باید خدمتگزارشان باشیم، از اوضاع موجود متضرر می‌شویم. وقتی در مناطقی خدمت می‌کنیم که حتی معلم وجود ندارد، حقوق کافی نداریم، امکانات کار و زندگی نداریم و هر بار در شبکه‌های اجتماعی می‌شنویم که یک مسئولی می‌گوید اگر دلتان نمی‌خواهد از کشور بروید، نباید بی‌انگیزه شویم؟ نباید تمایل به فعالیت در عرصه خصوصی داشته باشیم؟

شغل پزشکی پردرآمد نیست؛ اما برای دولت درآمدزاست

در ادامه این نشست، سینا سیدی‌پور، متخصص جراحی عمومی، از مردم مناطق محروم گفت که با این وضعیت همیشه در انتظار یک پزشک متخصص باتجربه باقی خواهند ماند: دوست دارم ابتدای صحبت‌هایم به این نکته اشاره کنم که مشکلات و بحران‌ها در جامعه پزشکی تنها محدود به ما نیست. پزشکان عمومی و رزیدنت‌ها هم به‌شدت مشکل دارند؛ اما به نظر می‌آید که در این مدت صدای جامعه ما یعنی پزشکان جوان طرح ضریب کا شنیده نشده و مردم اطلاعی از آنچه بر سر ما می‌آید، ندارند. ما، پزشکان جوانی که تازه طرح‌مان را آغاز کرده‌ایم، از ۱۸سالگی یک ساک به دست گرفتیم و برای هر دوره و طرحی از یک شهر به شهر و روستای دیگر نقل مکان کردیم. مدت‌هاست که از خانواده خودمان جدا مانده‌ایم و با توجه به درگیری‌های درسی و کاری که داشتیم، خیلی از ما اساسا وقت و فرصت و سرمایه‌ای برای تشکیل زندگی و خانواده خودمان را نداشته‌ایم؛ اما حرفی که می‌خواهم اینجا درباره‌اش صحبت کنم، این است که چرا در کشور ما نیروی متخصص به مناطق محروم اعزام می‌شود؛ اما آنجا نمی‌مانند؟ چه اتفاقی رخ می‌دهد که پزشکان هر روز به امید پایان دوران طرح وقت می‌گذرانند؟ فارغ از اینکه چه به ما می‌گذرد سؤال دیگر این است که چرا باید این معضل جدی وجود داشته باشد که مناطق محروم نتوانند از حضور پزشکان متخصص بهره ببرند؟ پزشکان متخصصی که تجربه داشته باشند، مردم و محیط محلی را بشناسند و مردم هم بتوانند به آنها اعتماد کنند؟

او با تشریح وضعیت مالیات‌ها بر حقوق و کارانه پزشکان عنوان کرد: همکارم از وضعیت حقوق برای شما گفت؛ اما همه ماجرا همین نیست. یکی از بزرگ‌ترین مشکلاتی که در دریافتی‌های ما وجود دارد، مربوط به مالیات است. جدیدترین شکل مالیاتی که برای ما در نظر گرفته‌اند، مالیات پلکانی است. در این طرح در نظر داشتند که کاری کنند تا پزشک از یک درآمدی بیشتر به دست نیاورد. این طرح که بر کارانه ما وضع می‌شود، به این شکل است که از ۱۰ میلیون نخست حقوق پزشک ۶۰ درصدش به او تعلق می‌گیرد و این درصد تا درآمد ۶۰ میلیونی همین‌طور افزایش می‌یابد. فارغ از اینکه ۹۰ درصد پزشکان طرح اصلا به این عددها نمی‌رسند و کارانه‌های‌شان در همان مرحله نخست یعنی پنج تا ۱۰ میلیون باقی می‌ماند؛ اما آن ۶۰ درصد هم به این معنی نیست که ما شش میلیون از کارانه را دریافت می‌کنیم. نکته اول اینکه می‌گویند از این ۶۰ درصد ۹۰ درصدش قابل پرداخت است. رقم باقی‌مانده می‌شود پنج‌میلیون‌و ۴۰۰ هزار تومان. از این رقم ۳۰۰ هزار تومان کسر می‌شود. این‌طور برایتان بگویم که اگر یک پزشک ۴۰ میلیون کارکرد داشته باشد، تنها ۱۳میلیون‌و ۷۵۰ هزار تومان به او پرداخت می‌شود. تازه این رقم نه همان زمان بلکه بین شش تا ۱۸ ماه طول می‌کشد تا به دستش برسد. نکته جالب اینکه این مالیات نه از سوی اداره امور مالیاتی بلکه مشخصا از سوی خود وزارت بهداشت وضع شده و مجددا دریافتی نهایی ما از سوی سازمان مالیات هم ۱۰ درصد کاهش خواهد داشت. در واقع این‌طور برایتان بگویم که شغل ما پردرآمد نیست؛ بلکه درآمدزایی بالایی دارد که به جیب خودمان هم نمی‌رود. نتیجه این وضعیت چیست؟ انتقال پزشکان از حوزه دولتی به حوزه خصوصی که ضررش هم به مردم می‌رسد.

اعتماد بین مردم و جامعه پزشکی از بین رفته است و متأسفانه مردم نمی‌دانند ما هم مثل خود آنها سختی می‌کشیم. وزارت بهداشت، دولت، بیمه و نهادهایی که پول به دست می‌آورند، کنار رفته‌اند و ما پزشکان و مردم را مقابل یکدیگر قرار داده‌اند. من مدارک جراحی را دارم که ۲۰ میلیون تومان هزینه داشته و از این مبلغ تنها ۷۵۰ هزار تومان به جیب پزشک رفته است، اما مردم این واقعیت‌ها را نمی‌دانند. مطالبات ما افزایش حقوق، حذف مالیات پلکانی، اجرای مصوبات به صورت یکسان در تمامی دانشگاه‌ها و ایجاد تسهیلات برای زندگی و کار در مناطق محروم است.

برای ۳ ماه کار در مرز ایران و افغانستان، ۹ میلیون و ۷۰۰ هزار تومان کارانه گرفتم

سپس نوبت به محمدحسین اسدی، متخصص رادیولوژی، رسید که با مصادیق عینی سعی داشت وضعیت پزشکان مناطق محروم را تشریح کند: تا به اینجا همکارانم به نکات متعددی اشاره کرده‌اند و من سعی دارم به برخی مصادیق این نکات بپردازم. مدتی است که مسئولان از افزایش ظرفیت پزشکی عمومی و تخصصی در دانشگاه‌ها می‌گویند. بهانه‌شان هم این است که کشور با کمبود پزشک مواجه است؛ اما آیا واقعا مشکل کشور در حوزه سلامت کمبود پزشک است؟ از نگاه ما که سال‌هاست در این حوزه فعالیت داریم و همکاران‌مان را می‌بینیم و در دورترین و مرزی‌ترین نقاط کشور خدمت کرده‌ایم، مشکل نه کمبود نیرو بلکه توزیع نامناسب نیروهاست. همین الان ما در کشورمان پزشکان بی‌کاری داریم که حاضر هم هستند در مناطق محروم فعالیت کنند و فقط کافی است اندکی امکانات در اختیارشان قرار گیرد.

برای بیشتر آشناشدن با آنچه از امکانات و زندگی پزشکی و کار در این مناطق می‌گوییم، باید چند مثال بزنم. من در حوالی زهک جایی نزدیک مرز ایران و افغانستان خدمت کرده‌ام. جایی که به‌سختی می‌توانستید اطراف خود حتی یک ساندویچ‌فروشی پیدا کنید. همسر من به خاطر نبود امکانات مناسب در همین منطقه دچار سقط جنین شد و پزشکان بسیاری را می‌شناسم که به همین مشکل دچار شدند. گاز یا نیست یا اگر هست نمی‌توان به آن اعتماد کرد و هر آن امکان دارد موقع آشپزی قطع شود. جاده‌ها و زیرساخت‌های راه و حمل‌ونقل افتضاح است. همکاران زیادی داشتیم که حین تردد دچار سانحه‌های جدی، آسیب و حتی معلولیت شدند یا جانشان را از دست دادند. چیزی به‌عنوان آب لوله‌کشی وجود ندارد. یا باید بخرید یا آب بیاورید. من خودم مدت‌ها دبه آب حمل می‌کردم. رفاه که هیچ، تنها روستاهایی است با چند عدد مسجد؛ اما به جز این موارد که مرتبط با زندگی شخصی است، در فضای کاری هم امکاناتی وجود ندارد. بیمارستان که نیست و در بهترین حالت درمانگاهی دارید با چند عدد تخت. خبری از لوازم جراحی نیست. دستگاه‌های ساده درمانی را نداریم. بعد به چنین جایی متخصص زنان می‌فرستند، خب آن متخصص چطور باید جراحی کند وقتی هیچ امکاناتی ندارد؟ اسدی همچنین به اجرانشدن آیین‌نامه هم خرده گرفت: به جز این موارد، آیین‌نامه‌هایی که وجود دارد و مثبت است هم رعایت نمی‌شود. به طور مثال، طرح ماندگاری که طرحی تشویقی بود و قرار شد به پزشکانی تعلق گیرد که پس از پایان طرح هم در همان منطقه می‌ماندند، به خود من که چند ماه بیشتر کار کردم پرداخت نشد. آنکالی که باید به پزشکان به ازای هر شب بیداربودن داده شود پرداخت نشد. طرح ماندگاری را وزارت بهداشت باید پرداخت کند و هزینه آنکالی هم با شبکه‌های بهداشت و درمانگاه‌هاست. تازه کسورات هم شامل درآمد ما می‌شود. مثلا بیمه نسخه را می‌بیند و به هزاران بهانه که فلان بخش خط‌خوردگی دارد ۱۰ تا ۲۰ درصد از حقوق ما کم می‌کند. کارانه خود من برای سه ماه در کنارک سیستان و بلوچستان ۹میلیون و ۷۰۰ هزار تومان بود.

۲۴ ساعت کشیک می‌مانیم بعد فلان نماینده مجلس می‌گوید نمی‌خواهید از ایران بروید

مریم موسوی متخصص زنان و تنها نماینده زن در بین این پزشکان بود. او از دشواری‌های زندگی در حالت تجرد و تأهل در مناطق محروم و در فقدان امکانات لازم زندگی و کار گفت: شاید باورتان نشود اگر بگویم خیلی از زندگی‌های خانوادگی با همین طرح‌ها متلاشی شده است. مجرد باشید سختی‌های خودش را دارد. مثلا اینکه بعضی‌ها پدر و مادر پیر خود را هم با خود می‌برند تا وسط یک بیابان که با فرهنگ مردمش هم آشنایی ندارند تنها نباشند. متأهل باشید هم به شکل دیگری سخت است. پزشک زنی که دو فرزند دارد. این بچه‌ها با هم فاصله سنی دارند و مثلا جایی که برای طرح رفته مدرسه مناسب ندارد. خیلی از آنها همه حقوقشان را پای پرستار بچه خرج می‌کنند. بعضی‌ها شوهرشان هم از کارش دست می‌کشد تا در کنار بچه‌ها بماند و با هم به منطقه طرح می‌روند و برخی دیگر با همین موضوعات زندگی‌هایشان را از دست می‌دهند. ما به شهرهایی می‌رویم که محل تبعید است و قطعا زندگی در چنین محیطی کار ساده‌ای نیست.

او با گلایه از مدیرانی که به پزشکان معترض می‌گویند از ایران بروند، گفت: فارغ از این موارد همان‌طور که همکارم هم اشاره کرد ما امکانات لازم را هم نداریم. مشکل نه کمبود پزشک که کمبود امکانات است. با این حساب اتلاف هزینه رخ می‌دهد. ما دلسرد می‌شویم و نمی‌توانیم در کنار بیمار پرانرژی باشیم. از آن طرف هم که مسئولین می‌خواهند ادعا کنند که هزینه درمان کم است اما از جیب ما برایش مایه می‌گذارند. ۲۴ ساعت کشیک می‌دهیم. سختی راه و دوری از خانواده و هزاران توهین را تحمل می‌کنیم. بی‌پولی می‌کشیم. بدن و روانمان تخریب می‌شود بعد می‌بینیم که فلان نماینده مجلس گفته اگر نمی‌خواهید بروید. کجا بروم؟ من اگر می‌خواستم از ایران بروم که این همه زحمت نمی‌کشیدم. همان ۱۸سالگی یا می‌رفتم یا رشته و شغلی را انتخاب می‌کردم که پول داشته باشد. من می‌خواهم به کشور و مردم خودم خدمت کنم. اگر قرار بود بیماران کشور دیگری را ببینم که کاری برایم نداشت. خیلی از ما همین الان هم به راحتی می‌توانیم برویم اما مانده‌ایم چون مردم و خانواده و کشور خودمان را دوست داریم. ما سرمایه این کشور هستیم. در دانشگاه‌های دولتی درس خوانده‌ایم و دولت برای ما هزینه کرده است. چرا باید این سرمایه دودستی به کشورهای عربی تحویل داده شود؟

از ۲۰ میلیون هزینه جراحی در بیمارستان، ۷۵۰ هزار تومان به جیب پزشک رفت

در ادامه سلحشور در پاسخ به پرسش خبرنگاری مبنی بر مطالبات فعلی عنوان کرد: اعتماد بین مردم و جامعه پزشکی از بین رفته است و متأسفانه مردم نمی‌دانند که ما هم مثل خود آنها سختی می‌کشیم. وزارت بهداشت، دولت، بیمه و نهادهایی که پول به دست می‌آورند کنار رفته‌اند و ما پزشکان و مردم را مقابل یکدیگر قرار داده‌اند. من مدارک جراحی را دارم که ۲۰ میلیون تومان هزینه داشته و از این مبلغ تنها ۷۵۰ هزار تومان به جیب پزشک رفته است. اما مردم این واقعیت‌ها را نمی‌دانند. مطالبات ما افزایش حقوق، حذف مالیات پلکانی، اجرای مصوبات به صورت یکسان در تمامی دانشگاه‌ها و ایجاد تسهیلات برای زندگی و کار در مناطق محروم است.

او همچنین خبر از برقراری فعالیت جدی صنفی در این حوزه داد: به زودی قرار است کارگروهی در نظام پزشکی تشکیل شود تا به مطالبات این صنف بپردازیم. تا به امروز هم نامه‌های زیادی به وزارت بهداشت و مسئولین نوشته‌ایم. حتی با چند نفر از نمایندگان مجلس هم دیدار کردیم و خیلی از آنها هم حتی نمی‌دانستند که اوضاع ما چقدر اسفناک است. امیدواریم که بتوانیم طی اقدامات صنفی حقوق خودمان را زنده کنیم تا مردم هم بتوانند به شکل بهتری از خدمات پزشکی و سلامت بهره ببرند.

دریچه

پای یک بیماری واگیردار دیگر به ایران باز شد؟

• **ایسنا:** رئیس گروه مدیریت بیماری‌های قابل انتقال بین انسان و حیوان وزارت بهداشت، توضیحاتی درباره بیماری سالک و نحوه بروز آن ارائه کرد و گفت: از ابتدای سال ۱۴۰۰ تا انتهای آذرماه ۱۰هزار و ۵۰۸ بیمار جدید مبتلا به سالک در کشور شناسایی شده‌اند و استان‌های اصفهان، فارس، خوزستان، سمنان، خراسان رضوی و گلستان بیشترین موارد ابتلا به این بیماری را داشتند.

دکتر بهزاد امیری درباره بیماری لیشمانیوز جلدی یا سالک، گفت: سالک یک بیماری انگلی است که از نیش یک پشه کوچک به نام پشه خاکی به انسان منتقل می‌شود. در صورتی که پشه آلوده باشد هنگام خون‌خواری این انگل را به بدن انسان انتقال می‌دهد. مخزن این انگل در شیوع سالک مرطوب یا روستایی، جوندگان یا موش‌های صحرایی هستند که این انگل از بدن آنها به این پشه‌های ماده انتقال پیدا کرده است. پشه خاکی در لانه جوندگان وارد شده و از خون آنها تغذیه می‌کند. چنانچه محل زندگی پشه خاکی یا مخزن این بیماری به محل زندگی انسان نزدیک باشد، احتمال شیوع بیماری در انسان‌ها هم افزایش می‌یابد.

امیری درخصوص راه‌های درمان سالک نیز بیان کرد: خدمات تشخیصی و درمانی این بیماری به صورت رایگان در مراکز بهداشتی و درمانی ما انجام می‌شود. ابتدا برای تشخیص بیماری از زخم ایجادشده در بدن فرد که پس از گذشت ۱۰ روز بهبود نیافته است، نمونه‌گیری می‌کنند و تشخیص می‌دهند عامل زخم، انگل بیماری‌زای سالک است یا خیر. در صورت تشخیص سالک سه روش درمانی پیش‌روی پزشک وجود دارد. در روش اول اگر زخم کوچک و موضعی باشد با یک دستگاه موضع مدنظر را با نیتروژن مایع سرد می‌کنند که انگل از بین رود. در روش دوم که ترموتراپی نام دارد به موضع زخم دما می‌دهند. روش سوم و استانداردی که در مراکز بهداشتی و درمانی انجام می‌شود، استفاده از داروی گلوکانتیم به صورت آمپول است که در محل زخم تزریق می‌شود.

امیری ادامه داد: در برخی از بیماران که سیستم ایمنی ضعیف‌تری دارند، زخم ناشی از گزش پشه می‌تواند به کل بدن منتشر شود. در این افراد که زخم منتشر شده است آمپول گلوکانتیم به صورت عضلانی تزریق می‌شود. او همچنین تأکید کرد که خدمات مرتبط با درمان سالک در بخش خصوصی امکان‌پذیر نیست و به شکل کاملا رایگان در شبکه بهداشتی ارائه می‌شود. به گفته امیری، شاه‌علامت تشخیص این بیماری نیز بروز زخم و آزمایش آن است و تا پیش از بروز زخم بیمار علامت دیگری ندارد. با توجه به اینکه این انگل در بدن موش‌های صحرایی یا سایر جوندگان وجود دارد و پس از گزیده‌شدن آنها توسط پشه ابتدا به پشه و سپس به انسان منتقل می‌شود، هر زمان که این سیکل را متوقف کنیم می‌توانیم از ابتلا پیشگیری کنیم.

رئیس گروه مدیریت بیماری‌های قابل انتقال بین انسان و حیوان وزارت بهداشت با اشاره به اینکه علاوه بر مردم سیستم دولتی هم می‌تواند از گسترش سالک جلوگیری کند، تصریح کرد: وزارت بهداشت که در بحث تشخیص و درمان کمک می‌کند، اما سایر دستگاه‌ها می‌توانند در بخش‌های دیگر کمک کنند؛ به عنوان مثال کنترل جمعیت ناقلین و مخازن بیماری (جوندگان کوچک و موش‌های صحرایی) مهم است. در بحث جوندگان یک اقدام لانه‌کوبی و کنترل جمعیت آنهاست اما پیش از آن یک توصیه مهم به سایر سازمان‌ها داریم؛ اگر قرار است یک طرح توسعه‌ای اجرا کنیم باید پیوست سلامت آن را هم نگاه کنیم. امیری ادامه داد: از ابتدای سال ۱۴۰۰ تا انتهای آذرماه نیز ۱۰۵۰۸ بیمار جدید مبتلا به سالک شناسایی شده‌اند. البته احتمالا افرادی هم که زخم‌های جزئی داشتند ممکن است به شبکه بهداشتی مراجعه نکرده باشند و از این رو آمار موارد شناسایی‌شده کمتر از آمار واقعی موجود است. به ترتیب استان‌های اصفهان، فارس، خوزستان، سمنان، خراسان رضوی و گلستان بیشترین موارد ابتلا به سالک را داشتند. آخرین آمار ابتلا به سالک در شهرستان ورامین استان تهران هم ۳۸ مورد بوده است. رئیس گروه مدیریت بیماری‌های قابل انتقال بین انسان و حیوان وزارت بهداشت در پایان تأکید کرد: ابتلا به سالک در گروه سنی کودکان زیر پنج سال بیش از سایر گروه‌هاست؛ زیرا ممکن است کسانی که بومی یک منطقه هستند پس از یک بار ابتلا به بیماری تا پایان عمر بر علیه بیماری مقاوم شوند. البته این موضوع صددرصدی نیست؛ اما به همین دلیل بیشترین ابتلا در گروه سنی کودکان رخ می‌دهد.