

نگاه

آسیب به مواریث تاریخی

محمد رضا نسب‌عبد‌الهی دانشجوی ارشد باستان‌شناسی

● مواریث فرهنگی و تاریخی ما ایرانیان اگر در قرن‌ها پیش از این، بر اثر جنگ‌ها و لشکرکشی‌ها و کشورگشایی‌ها با آسیب مواجه می‌شدند اما امروزه که جنگی در میان نیست باز هم روز باید تن و روح‌شان بلرزد که مبدا یکی طرح توسعه و امثال این در دست گیرد و زخم بر پیکرشان زند و بنیان‌شان را براندازد.
در این میان، نهادهای مذهبی که اتفقا باید اطلاق‌مدارانه‌تر رفتار کنند و مدافع حفظ بناها و بافت‌های تاریخی باشند، واقعا چرا؟
چرا یک نهاد مذهبی یا متولی یک حرم و امامزاده، توسعه را در این می‌بیند که خانه‌های تاریخی اطراف حرم را تخریب کرده، جایش پارکینگ و مجتمع تجاری بسازد؟ این اسمش خودزنی است، برانداختن میراث فرهنگی و تاریخی اطراف بناهای مذهبی است، تهی‌کردن امامزاده و حرم از هویت پیرامونی‌اش است که طی قرن‌ها شکل گرفته است، متأسفانه نهادهای مذهبی و نهادهایی که به گونه‌ای «انقلابی» قلمداد می‌شوند، نتوانسته‌اند به درک درستی از هویت فرهنگی و ارزش بافت‌های تاریخی دست پیدا کنند.
این دسته از نهادها برای تجاری‌سازی، ساخت‌وسازهای مختلف و امثال این حاضرند ترکیب و هویت بافت‌های تاریخی را از بین ببرند، بی‌آنکه بدانند این رفتارها چه آسیب‌های هولناکی در برانداختن هویت فرهنگی شهرها به جای می‌گذارد.
نمونه آن را می‌توان در مشهد دید؛ بافت ارزشمند اطراف حرم قربانی همین نگاه شد و کلی ساختمان بی‌ریخت به جای یک بافت فرهنگی ارزشمند سر برآورد.
نمونه دیگرش شیراز است؛ بافت تاریخی اطراف حرم شاهچراغ در سال‌های گذشته دستخوش تخریب‌های فراوانی شد و به جای خانه‌های بازارش و تاریخی، پارکینگ و واحدهای تجاری سر برآورد.
تأسف‌بار است این حجم از ناآگاهی که سبب ازبین‌رفتن بافت‌های تاریخی و فرهنگی و بازارش شده است.
دکتر حکمت‌الله ملاصلحی از باستان‌شناسانغدغمند چند سال پیش گفته بود: «در اروپا این کلیسائیان بوده‌اند که در صف مقدم بسط و گسترش جهانی تاریخ، فرهنگ و ارزش‌های اروپایی ایستاده‌اند.
اینک لشکری از آباب کلیسا، هم کلیسای مذهب کاتولیک ژمی و هم پروتستان در همه قاره‌ها به فعالیت‌های علمی به‌ویژه در حوزه‌های علوم انسانی و فرهنگی و قوم‌شناسی و باستان‌شناسی مشغول‌اند [اما] روحانیون ما نهنتها به تخریب مآثر تاریخی و مواریث فرهنگی حساس نیستند، بلکه با نهایت تأسف و تأثر می‌باید اذعان کرد که طی دهه‌های اخیر در تخریب آثار و سهمیم نیز بوده‌اند.
انسان‌ها به هر میزان بیدارتر، آگاه‌تر، حساس‌تر و به هر میزان خا و بی‌خبرتر، خطرخیزتر».
در ایران کدام نهاد مذهبی را سراغ داریم که در دفاع از آثار فرهنگی و تاریخی پیشگام باشد و غدغده حفظ این مآثر را داشته باشد؟
به جز بافت‌های تاریخی در ایران در بناهای تاریخی هم که این نهادها متولی هستند مانند بناهای مذهبی، اقدامات مخربی انجام شده، از نوسازی بنای تاریخی گرفته تا تخریب.
در مساجد تاریخی، بناهای مذهبی، بقعه‌ها و امثال اینکه میراث ملی همگان است، گاه آن‌قدر دست برده می‌شود و آن‌قدر پیراسته و آراسته می‌شوند که دیگر نشانی از هویت تاریخی‌شان ندارند
و گویی که امروز و دیروز سر برآورده باشند.
افزون بر اینها، گاهی نهادهای خاص هنگامی که توجه مردم را به یک اثر فرهنگی و تاریخی می‌بینند، می‌خواهند سایه سیطره مذهبی بر آن بگسترزند.
سر برآوردن ناگهانی امامزاده در حریم تخت جمشید و نمونه‌هایی از این دست، نشان می‌دهد که در ناآگاهی عمیقی فیرو افتادند و به اشتباه گمان می‌کنند این خدمت به دین است، درحالی‌که نیست.
کاش روزی برسد که نهادهای مذهبی و انقلابی در مملکت ما دریافت درستی از تاریخ و آثار تاریخی داشته باشند و از رفتارها و تصمیم‌های خیرت‌آور در مواجهه با مآثر تاریخی پرهیز کنند.

خبر

آماده‌سازی مصلاي امام خمیني (ره) به منظور برپایی نماز جمعه

● شهردار منطقه ۷ از اجرای اقدامات و تمهیدات ویژه به منظور برپایی نماز جمعه در مصلاي بزرگ امام خمینی (ره) برای اولین بار پس از شیوع ویروس کووید۱۹ خبر داد.
به گزارش روابطعمومی شهرداری منطقه ۷، سمیه حاجوی با بیان این مطلب افزود: با توجه به تصمیم ستاد مقابله با کرونا مبنی بر تعطیلی اماکن عمومی برای جلوگیری از شیوع ویروس کرونا و در پی آن عدم برگزاری مراسم نماز جمعه، برگزاری این فریضه دینی در صلا نیز متوقف شد.
وی با اشاره به آغاز برپایی نماز جمعه در مصلاي امام خمینی (ره)، خاطرنشان کرد: نظافت، شست‌وشوی صحن و پله‌ها، جمع‌آوری شاخ و برگ، تخلیه مخازن، شست‌وشوی تمامی المان‌های شهری و ترافیکی و همچنین شست‌وشو و پاک‌سازی همه انهار تنها بخشی از اقداماتی بود که از سوی این منطقه در هفته جاری در مصلاي امام خمینی(ره) انجام شد.

نیلوفر حامدی؛ پس از پزشکان عمومی، ماماها بیشترین اعضای سازمان نظام پزشکی ایران را تشکیل می‌دهند. تا به امروز حدود هفت‌هزارو ۵۰۰ پروانه دفتر کار مامایی در کشور صادر شده است که اغلب آنها فعال هستند.
با وجود آنکه مامایی از معدود رشته‌های گروه پزشکی است که از سال ۱۳۰۷ خدماتش نظام‌مند شده و دارای شرح وظایف مصوب است اما آشفتنگی در این صنف وری تصور است.
آشفتنگی‌ای که از شرح وظیفه آنها در بیمارستان‌ها آغاز می‌شود، به اختصاص یافتن تعرفه‌های زایمان بسط پیدا می‌کند و روشن است به محض اینکه تضاد منافع یک گروه با گروهی دیگر خودنمایی می‌کند، آن کسی که قدرت بیشتری در دست دارد، جوان بیشتری هم خواهد داد.
اما نکته قابل توجه آنکه آسیب‌های موجود در این آشفته‌بازار تنها متوجه ماماها نمی‌شود؛ این گزارش نشان می‌دهد که چگونه بی‌برنامگی‌های متعدد و اجرانشدن بخش‌نامه‌های قانونی و دولتی در مواجهه با ماماها، زنان باردار و نوزادان‌شان را به قربانیان جدی یک منازعه بزرگ بدل می‌کند.

بررسی وظایف ماماها در همان مرحله نخست با ابهام روبه‌رو است.
در حالی‌که زایمان‌های طبیعی باید در اختیار این صنف باشد، ما شاهد آن هستیم که همین اتفاق ساده هم در بدو ماجرا رخ نمی‌دهد. متخصصان زنان جای ماماها را می‌گیرند. «ناهدید خداکریمی» رئیس انجمن علمی مامایی ایران با اشاره به آمارها در ایران، به «شرق» می‌گوید: «فرایند زایمان در حالت عادی بین ۸ تا ۱۲ ساعت زمان می‌برد. نکته مهم در این مدت زمانی این است که ماما باید با مراقبت و حمایت فیزیکی و روانی در کنار مادر باشد تا این ساعات با کمترین تنش و دشواری ممکن به پایان برسد.
براساس استانداردهای جهانی ۸۵ درصد زایمان‌ها بدون مشکل خاصی روند خود را طی می‌کنند و تنها ۱۵ درصد از آنها با زایمان زودرس، سزارین یا بروز مشکلات در قلب جنین روبه‌رو می‌شوند.
بر همین اساس هم مدیریت اتاق زایمان در ۸۵ درصد گروه نخست باید بر عهده ماما باشد و ۱۵ درصد هم که نیازهای تخصصی دارند باید تحت نظر پزشکان متخصص زنان و زایمان بمانند.
در گروه نخست که قرار است زایمان فیزیولوژیک (موسوم به زایمان طبیعی) انجام شود حضور ماما به منظور استفاده از روش‌های آداب کاهش درد و حمایت زن باردار جزء مهم‌ترین وظایف محسوب می‌شود.
اما در ایران از همان ابتدا آمارها با استانداردهای جهانی همخوان نیست، به طور مثال، آمار زایمان‌های سزارین در ایران اگرچه در سال اخیر کاهش یافته است اما کمکان این نوع زایمان با حدود ۵۴ درصد از زایمان‌های کل کشور، از استانداردهای جهانی بالاتر است.
همچنین در مقابل، استانداردها لزوم حضور ۳۰ نفر ماما به ازاری هر تولد زنده را مورد تأکید قرار داده است.
این در حالی است که این عدد در ایران هفت ماما به ازای هر تولد زنده است که همین تعداد هم در بسیاری از بیمارستان‌ها اجرا نمی‌شود.»

بیمارستان‌های دولتی مامای همسره به مادران نمی‌دهند

به گفته خداکریمی، در برخی از اتاق‌های زایمان دیده شده که تنها دو ماما حاضر بودند.
همین موضوع هم یکی از بزرگ‌ترین مشکلات اتاق‌های زایمان چه برای کادر درمان و چه برای مادران به حساب می‌آید: «در دوران وزارت خاندن دستچردی در وزارت بهداشت با توجه به اشرافی‌که خودش در این امر داشت، طرحی تحت عنوان مامای همراه را مصوب کرد.
طرحی که حضور مامای همراه برای زنان در اتاق زایمان را الزامی کرده بود.
این اتفاق در حال حاضر در بیمارستان‌های خصوصی رخ می‌دهد اما در بیمارستان‌های دولتی‌که هزینه زایمان رایگان است، نهنتها مامای همراهی در کار نیست بلکه اگر مادر چنین درخواستی هم داشته باشد به این خواسته وقتی نهاده نخواهد شد.
با اینکه هزینه آن هم که حدود ۶۰۰ هزار تومان می‌شود برای عموم خانواده‌ها چندان سنگین نیست اما بیمارستان‌های دولتی و بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی بی‌زار آن نمی‌روند.»

اما مامای همراه از نظر خداکریمی تنها کاهلی سیستم درمان در بخش دولتی و در قبال زنان باردار نیست: «پیرو طرح تحول سلامت در هدف ششم، موضوع ترویج زایمان طبیعی مطرح شده بود.
در همین طرح که مربوط به دوران وزارت قاضی‌زاده‌اشمعی بود، حاکمیت به دنبال ترویج زایمان طبیعی، استانداردسازی اتاق‌های زایمان را در دستور کار قرار داد.
اینکه اتاق‌های خصوصی برای حضور همسران زنان در زمان زایمان ممکن باشد.
اینکه فضای فیزیکی اتاق زایمان باید توسعه یابد.
اما نه این موضوع و نه تأمین نیروی انسانی کافی برای اتاق‌های زایمان مورد توجه قرار نگرفته است.
نه‌تنها ماما برای انجام امور خود به واسطه کمبود نیرو به‌شدت تحت فشار است، بلکه بیمارستان‌ها، وظایفی از جمله غربالگری کووید۱۹ و پایش سلامت خانواده‌ها و امثالهم را هم بر عهده ماماها می‌گذارند.
درواقع زمانی‌که باید از اختیار ماما و زن باردار باشد که وضعیت فیزیکی‌اش رصد و

جامعه

گزارش «شرق» از تعقیب رد پول در اتاق‌های زایمان

زنان باردار قربانی تعارض منافع سیستم پزشکی؟



عمل‌رسانی‌درسی‌توی‌است،‌معمول‌آنها‌در‌بیمارستان‌های‌متخصص‌زنان‌با‌ماماها‌که‌در‌این‌صورت‌درمان‌می‌شوند.

آنها در کشور اضافه می‌کند: «حدود ۴۰ هزار ماما در کشور ما وجود دارد. بسیاری از آنها مجبور شده‌اند سراغ پرستاری بروند که کار غیرتخصصی آنهاست. برخی دیگر از کشور مهاجرت می‌کنند و عده‌ای هم اساسا سراغ تزریق‌ات رفته‌اند. درحالی‌که ماماها یکی از بزرگ‌ترین سرمایه‌ها نظام سلامت و بهداشت کشور و یکی از اصلی‌ترین بازوهای مرتبط با سیاست‌های جمعیتی هستند ولی به توجهی به آنها نمی‌شود.
در مقابل، متخصصان هم قدرت بیشتری دارند هم به هزاران دلیل مختلف جامعه به آنها اعتماد بیشتری دارد. نتیجه می‌شود اوضاع فعلی‌که با آن مواجه هستیم، به نظر، معاونت درمان وزارت بهداشت هم باید در زمینه افزایش اعتمادسازی نسبت به ماماها در جامعه بیشتر فعالیت کند.»

تجربه یک مامای ایرانی در انگلستان:
اینجا رقابتی بین ماما و متخصص زنان وجود ندارد

اما از آنجایی‌که همواره با مقایسه می‌توان تصویر درست‌تری از وضع موجود به دست آورد، بد نبود که با ساختار کشور دیگری که از نظر رعایت اصول به استانداردها نزدیک‌تر است هم آشنا شویم.
شهلا بختیاری، مامایی است که در یکی از بیمارستان‌های انگلستان کار می‌کند. او در توصیف نقش ماماها در بریتانیا به «شرق» می‌گوید: «ماماها در بریتانیا به طور کلی با ر‌زایشگاه‌ها کار می‌کنند یا با maternity unit فعال هستند.
این امر هم خود شامل دو بخش مجزا است.
اولی مامای بیمارستان و دومی مامای جامعه.
مامای بیمارستان که وظیفه‌اش روشن است و در اتاق زایمان و در بخش انتی‌ناتال مرتبط با دوران بارداری و بعد از زایمان کار می‌کند.
درواقع اینها اساسا پرستارند و مدیریت همه افرادی که در فرایند زایمان و پس از زایمان که بخش ITU نامیده می‌شود، در کنار مادر حضور دارند، ماما هستند.
در اینجا حتی سونوگراف‌ها هم ماما هستند.
اما گروه دوم که مامای جامعه معرفی می‌شوند در مرکز بهداشت‌ها و کلینیک مراقب‌های بارداری و بعد از زایمان کار می‌کنند و اگر زایمان با منزل باشد به منزل برای زایمان می‌روند و همچنین شیفت آنکال برای زایمان در منزل دارند.»

با این وضعیت این پرسش به وجود می‌آید که پزشکان متخصص زنان در چه مرحله‌ای از بارداری حضور دارند؟
در واقع مدیریت بارداری با کدامیک از حوزه‌های کاری است؟
بختیاری توضیح می‌دهد که بارداری‌های همراه با ریسک زمانی است که متخصص زنان به تیم اضافه می‌شود: «متخصصان زنان زمانی حاضر می‌شوند که مشکلی رخ دهد یا زن باردار در شرایط ریسک بالا قرار داشته باشد.
در این صورت زن و جنین از همان ابتدا تحت مراقبت متخصص زنان هستند.
ای ریسک باشد از اول تحت مراقبت آنها هستند.
برای چنین افرادی فارغ از تخصصی زنان بسته به اینکه مادر چه مسئله‌ای دارد، متخصص دیابت یا قلب‌عروقی هم طی فرایند بارداری نقش دارد.
باوجوداین، در همه این تیم‌ها ماما هم حضور داشته و اتفاقا نقش فعالی هم دارد.
در مقابل زنانی با ریسک پایین شاید از ابتدا تا انتهای روند بارداری و زایمان حتی یک بار هم سراغ متخصص زنان نروند.»

با این حجم کاری، موضوع درآمد و تعرفه‌های حقوقی این اصناف شغلی هم جای توجه خواهد داشت.
حال آنکه اساسا رقابتی بر سر درآمد و تعداد بیمار وجود ندارد.
این مامای ساکن انگلستان توضیح می‌دهد: «پرستل بیمارستان به هیچ عنوان با مسائل مالی درگیر نیستند چون تمامی خدمات رایگان است.
به طور کلی سیستم بهداشت و درمان اینجا به شکلی است که رقابتی بر سر گرفتن بیمار برای رسیدن به حقوق بیشتر وجود ندارد و در نتیجه متخصصان خانواده‌های مختلف ارگده با یکدیگر همکاری می‌کنند اما رقابتی با هم ندارند.

اینجا تمامی خدمات رایگان است و هزینه درمان یک بیمار سرطانی با یک بیمار مبتلا به اختلالات روانی یا کسی که سرما خورده است تفاوتی ندارد.
همچنین بیماران هزینه‌ای برای خدماتی از جمله سی‌تی‌اسکن، ام‌آر‌آی، ویزیت پزشک یا بستری‌شدن در بیمارستان پرداخت نمی‌کنند.
به همین شکل هم درمان تازایی‌با زایمان طبیعی و هم سزارین رایگان است.
ما به عنوان پرستل خدمات درمان هیچ ارتباطی با سیستم مالی بیمارستان نداریم.
مثلا شنیده‌ام که در ایران می‌گویند اول فلان فیش را واریز کن و بعد بی تا تخت بدیم.
غم‌انگیزتر از چنین چیزی برای کسی که خودش با عزیزش بیمار است وجود دارد؟
ما اصلا نمی‌دانیم تعرفه چیست.»
و می‌گوید اساسا تفاوت‌های این‌چنینی وجود ندارد: «اینجا کار تیمی به معنای واقعی انجام می‌شود.
متخصص مفهومی تحت عنوان سلسله مراتب شغلی وجود دارد اما در نهایت همه با هم کار می‌کنند و هر کسی نقش خودش را ایفا می‌کند.
نگاه جامعه هم مثبت و مسأوی است چون می‌دانند که اساسا حیطه شغلی متفاوت داریم.
ماما تمرکزش بر زایمان‌های طبیعی و مراقبت پایین است و متخصص قرار است درباره زنان باردار با ریسک بالا باشد.»

است، متخصصان صریحا نوشته‌اند که به مادر اجازه استفاده از مامای همراه را نمی‌دهیم.
درخواستی‌که حتی دیوان عدالت اداری هم به آن ورود کرد و در نهایت، براساس بخش‌نامه توسط رئیس دانشگاه رد شد.

بی‌توجهی بیمه به نسخه ماماها تخطف است

در واقع شکلی از تعارض منافع از سوی متخصصان زنان با ماماها در این جدال دیده می‌شود؛ چه در پرداخت تعرفه ماماها و چه استفاده از مامای همراه این تعارض منافع خودنمایی می‌کنند.
روی دیگر این تعارض منافع را شاید بتوان در بخش بیمه‌ای کشور بررسی کرد.
انجا که با وجود مصوبه شورای عالی بیمه در سال گذشته برای پوشش بیمه‌ای خدمات مامایی، تجربه زنان باردار و همچنین ماماها از مخالفت سازمان‌های بیمه برای بستن قرارداد با ماماها و پوشش بیمه‌ای نسخه الکترونیکی آنها خبر می‌دهد.
مصوبه هفتادونهمین جلسه شورای عالی بیمه سلامت کشور که با حضور سعید نمکی، وزیر بهداشت وقت برگزار شده بود، پوشش بیمه‌ای ویزیت کارشناس و کارشناس ارشد مامایی در قالب طرح نسخه الکترونیک به تصویب رسید.
امضای سازمان نظام پزشکی، وزیر بهداشت، وزیر کار، وزیر اقتصاد، سازمان تأمین اجتماعی و سازمان بیمه سلامت کشور هم در این مصوبه وجود دارد اما اجرا نمی‌شود.
ماریا صادقی، رئیس جمعیت ماماها ایران، با اشاره به این معضل به «شرق» می‌گوید: «ما برای زن باردار نسخه می‌نویسیم؛ اما نسخه‌های الکترونیک‌مان پوشش داده نمی‌شود.
درحالی‌که در یک مرکز تخصصی حرفه‌ای حضور دارم و فعالیت می‌کنم اما وقتی زنان باردار به ما مراجعه می‌کنند و همچنین در مقابل سازمان بیمه ارزشی ندارد، مجبور می‌شوند سراغ متخصص زنان بروند.»

زن باردار هم در گفت‌وگو با «شرق» این مسئله را تأیید کردند که نسخه‌ای‌که ماما به آنها داده بود، در دفاتر بیمه فاقد ارزش بود.
چرا این اختلال را از رئیس دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت پرسیدیم:
سجاد رضوی در گفت‌وگو با «شرق» ضمن تأیید ابلاغ مصوبه مورد اشاره به سازمان‌های بیمه، بی‌توجهی نسبت به آن را تخطف بیمه‌های اعلام کرد: «ما مدت‌هاست سازمان بیمه این موضوع هستیم.
مصوبه به سازمان‌های بیمه هم ابلاغ شده است و اگر از نسخه الکترونیک ماماها سر باز می‌زنند، قطعا تخلف مرتکب شده‌اند؛ اما باید یک نکته مورد توجه قرار گیرد.
در بسیاری از موارد زنان باردار به ماما مراجعه می‌کنند و پیرو دستور او سونوگرافی می‌دهند؛ اما به هر دلیلی سراغ پزشک متخصص هم می‌روند و پزشک زنان می‌گوید که این سونوگرافی مورد قبول من نیست و باید دوباره سونوگرافی بدهی.
بیمه‌ها در شرایط عادی هزینه دو سونوگرافی در طول ۹ ماه را متقبل می‌شوند؛ اما وقتی تعداد سونوگرافی بالا برود، دیگر ممکن نیست.
همین مورد را در نظر بگیرید و تصور کنید که در سایر نسخه‌ها هم این اتفاق می‌افتد.

در غیر این صورت برای نظام درمان، سیستم بیمه و همچنین خود خانواده‌ها به‌صرفه‌تر است که نسخه‌های ماماها لحاظ شود.
چون اصولا ارزان‌تر هستند.
در تمام دنیا هم عموما در طول بارداری ماما اوضاع را مدیریت می‌کند و در شرایط خاص از متخصص زنان کمک می‌گیرد؛ اما متأسفانه در کشور ما این اتفاق رخ نمی‌دهد.»

رضوی‌ا از زنان و ماماها می‌خواهد که دفاتر بیمه‌ای متخلف را به وزارت بهداشت معرفی کنند: «اگر همه چیز در سامانه نسخه الکترونیک ثبت شود و بیمه‌ها به آن بی‌توجهی کنند، تخلف کرده‌اند.
پس لطفاً خانواده‌ها و ماماها در معرفی این متخلفان همکاری کنند.»
رئیس دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت با اشاره به اهمیت کار ماماها در دنیا و ضرورت توجه به

مهارت‌های مرتبط با بارداری خوشایند به او آموزش داده شود معطوف به کار غیر می‌شود.»

رئیس انجمن علمی مامایی ایران با اشاره به ویدئویی که چندی پیش در شبکه‌های اجتماعی منتشر شد و نشان از پرخاش یکی از پرسنل کادر درمان با یک زن باردار داشت، اینها را تنها خشونت‌های آشکار علیه زنان باردار می‌داند: «بسیاری از ما آن ویدئو را دیدیم و قریب‌ها و تندی‌هایش را هم شنیدیم.
اما شاید باورتان نشود اگر بگوییم اینها خشونت‌های آشکار علیه زنان است.
اما خشونت‌های پنهانی هم وجود دارد که اساسا جامعه از آن بی‌خبر است.
همین سال گذشته، حدود هزار زن به دلیل عوارض حین یا پس از سزارین به‌خصوص چسبندگی جفت در سزارین‌های تکراری رحم خود را از دست دادند.
بدزبانی اگر خشونت عیان باشد، چنین رفتاری را یک زن باردار خشونت پنهانی است که عوارض جبران‌ناپذیری هم دارد.
اما چون رصد و بررسی نمی‌شود، کسی هم به آن واکنش نشان نمی‌دهد.»

تعرفه زایمان ماماها هیچ چه کسی می‌رود؟

اما تعقیب رد پول در اتاق‌های زایمان، اوضاع را با بحرانی جدید روبه‌رو می‌کند.
در زایشگاه‌ها با وجود اینکه ماماها علاوه بر انجام زایمان طبیعی، طیف متنوعی از خدمات را در بخش‌های دولتی ارائه می‌دهند، اما با وجود بخش‌نامه‌ای مبنی بر اختصاص یافتن ۱۵ الی ۲۰ درصد از تعرفه زایمان به ماما در زمان وزیر وقت دولت هشتم و سپس افزایش به ۳۰ درصد در زمان تحول سلامت، چنین تعرفه‌ای به ماماها در بیمارستان‌های دولتی اختصاص داده نمی‌شود.
در واقع با وجود بخش‌نامه‌هایی که صریحا در اختصاص ۱۰ و ۱۵ درصد هزینه زایمان برای ماماها خبر داده است، این بخش‌نامه‌ها در بیمارستان‌های دولتی تعریف‌شده نیستند.
دقیقا شبیه به ماماها همراه که در بیمارستان‌های دولتی جایی ندارند.
به عبارتی

زایمان را ماما انجام می‌دهد،

اما سهمی از تعرفه زایمانی به او تعلق نمی‌گیرد.
حال آنکه در صورت بروز مشکل قانونی در روند زایمان و شکایت و پیگیری‌های قضائی، ماما هم‌تراز با متخصص زنان محتمل پرداخت دیه می‌شود.
رئیس اداره مامایی معاونت درمان وزارت بهداشت اما معتقد است این‌تعرفه‌ها پرداخت می‌شوند.
دکتر فرح بابایی در پاسخ به پرسش «شرق» دراین‌باره می‌گوید: «در آخرین نامه ابلاغی از سوی معاونت درمان وزارت متبوع،

۳۵ درصد از مابه‌التفاوت ناشی از اعمال بند ۲ و ۳ ماده ۷ دستورالعمل پرداخت مبتنی بر عملکرد پزشکان و اعضای هیئت علمی به‌عنوان کارانه تسویقی زایمان طبیعی به کارکنان بلوک زایمان در نظر گرفته شده که همچنان به قوت خود باقی است و دانشگاه‌های علوم پزشکی ملزم به اجرای آن هستند.»

بابایی همچنین فقدان مامای همراه را به کرونا مرتبط می‌داند: «نظر به اهمیت حمایت روحی و روانی مادر باردار در هنگام زایمان، گسترش فرهنگ استفاده از خدمات مامای همراه در بیمارستان‌های دولتی و غیردولتی از سال ۸۹ در دستور کار وزارت متبوع قرار گرفت و در این زمینه بخش‌نامه‌های متعددی نیز به دانشگاه‌ها ارسال شده است؛ اما پس از شیوع بیماری کووید۱۹ به منظور جلوگیری از گسترش بیماری حضور همراه در تمامی بخش‌ها است.
جمله بخش‌های زنان و زایمان محدود شده است.
بدیهی است پس از فروکش‌کردن پاندمی، بهره‌مندی از خدمات مامای همراه طبق روال قبل خواهد بود.»
این پاسخ در حالی است که مقاومت در برابر استفاده از مامای همراه در برخی از نقطه‌های ایران تا نامه‌نگاری برخی از متخصصان زنان با رئیس دانشگاه علوم پزشکی هم پیش رفته است.
در یکی از این نامه‌ها که از اختیار «شرق» قرار گرفته

یادداشت

روز جهانی جلوگیری از خشونت علیه زنان

غلامعلی جعفرزاده‌ایمن‌آبادی*

● سازمان ملل متحد روز ۲۵ نوامبر مصادف با چهارم آذر را روز بین‌المللی مبارزه با خشونت علیه زنان اعلام کرده است.
مجمع عمومی سازمان ملل متحد خشونت علیه زنان را «هرگونه عمل خشونت‌آمیز بر پایه جنسیت که بتواند منجر به درحالی‌که ماماها یکی از بزرگ‌ترین سرمایه‌ها نظام سلامت و بهداشت کشور و یکی از اصلی‌ترین بازوهای مرتبط با سیاست‌های جمعیتی هستند ولی به توجهی به آنها نمی‌شود.
در مقابل، متخصصان هم قدرت بیشتری دارند هم به هزاران دلیل مختلف جامعه به آنها اعتماد بیشتری دارد. نتیجه می‌شود اوضاع فعلی‌که با آن مواجه هستیم، به نظر، معاونت درمان وزارت بهداشت هم باید در زمینه افزایش اعتمادسازی نسبت به ماماها در جامعه بیشتر فعالیت کند.»

بین‌المللی اما ناگافی شامل:

- کنوانسیون رفع هرگونه تبعیض علیه زنان سال ۱۹۷۹

- کنفرانس جهانی حقوق بشر در سال ۱۹۹۳ و اعلامیه رفع خشونت علیه زنان که در این سند به طور ویژه به ماهیت اختلاف جنسی تاریخی و همیشگی برای فهم خشونت علیه زنان اشاره می‌کند
- کنفرانس بین‌المللی جمعیت و توسعه در سال ۱۹۹۴
- مجمع جهانی بهداشت در سال ۱۹۹۶ که خشونت را یک موضوع اصلی بهداشت عمومی خواند
- در سال ۱۹۹۹، سازمان ملل متحد پروتکل اختیاری کنوانسیون حذف همه انواع تبعیض علیه زنان را تصویب و ۲۵ نوامبر را به عنوان روز جهانی رفع خشونت علیه زنان تعیین کرد.
- اولین گزارش جهانی در مورد خشونت و بهداشت در سال ۲۰۰۲ و در ادامه بیانیه ۱۹۹۶ مجمع جهانی بهداشت صادر شد و این گزارش خشونت‌هایی‌که زنان را به شدت تحت تأثیر قرار می‌داد برجسته و عنوان کرد

- دبیر کل سازمان ملل متحد در سال ۲۰۰۶ اولین سند همه‌جانبه جامعی درباره هر نوع خشونت علیه زنان را صادر کرد

- اعلامیه کنوانسیون منع و مبارزه با خشونت علیه زنان و علیه خشونت خانگی سال ۲۰۱۱ شورای اروپا که دومین ابزار قانونی محلی خشونت علیه زنان و دختران است

- در سال ۲۰۱۳ کمیسیون مقام زن ملل متحد که در اجماع پذیرفته شد بر حذف و منع تمامی انواع خشونت علیه زنان و دختران به توافق رسید (قبل از آن چنین توافقی وجود نداشت)
- مجمع عمومی سازمان ملل متحد در سال ۲۰۱۳ اولین قطع‌نامه فراخوان به حمایت از افراد فعال حقوق بشر زنان را تصویب کرد و عوامل مؤثر بر خشونت‌های زنان در ایران شامل:

- عوامل زمینه‌ای؛ مانند سن، تعداد فرزندان، محل تولد

- عوامل اجتماعی؛ مانند میزان تحصیل، اعتیاد و نوع شغل همسر

- عوامل فرهنگی؛ مانند قومیت زوجین، فرادست‌انگاری مرد، تربیت خانوادگی، فرهنگ محل زیست

- عوامل خانوادگی؛ مانند پدرسالاری در خانواده همسر، مشاهده خشونت در خانواده همسر، تجربه خشونت در خانواده همسر

- عوامل اقتصادی؛ مانند میزان درآمد، میزان ثروت و دارایی، مسکن.

خشونت علیه زنان می‌تواند به شیوه‌های مختلف و ناشی از موقعیت‌های مختلف، رخ دهد:

- تجاوز جنسی: این جرم خشونت‌آمیز که بالاترین میزان را دارد از همه کمتر مورد توجه قرار گرفته است!

- تجاوز به همسر؛ کمکان در بسیاری از کشورها تجاوز به همسر قانونی است یا اینکه غیرقانونی است اما اغلب تحمل شده یا به‌عنوان حق همسر پذیرفته شده است

- خشونت خانگی: زنان بیشتر در معرض قربانی‌شدن توسط کسی‌که با آنها محرم هستند قرار دارند، که به طور کلی «خشونت محارم» نامیده می‌شود

- ازدواج اجباری: تأسف‌بار اینکه بعضا ازدواج اجباری در نتیجه جدال بین دو خانواده صورت می‌گیرد که جدال توسط گرفتن دختر از یک خانواده توسط خانواده دیگر «ختم یا حل‌وفصل» اختلاف و درگیری می‌شود

- سوءاستفاده مربوط به ترجیح جنسیت فرزند و عمدتا مطالبه فرزند پسر

- بدرفتاری یا بیوه‌ها و خاصه در تقسیم ارث و نادیده‌گرفتن حقوق آنان

- قوانین نابرابر؛ اصل ۱۱۵ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران که رجال را فقط مردان می‌داند. از

اتفاقات تلخ تاریخی در ایران از اسیدپاشی علیه حضور زن به صرف عدم تمکین ازدواج تا اعتراض به شغلی متفاوت داریم. ماما تمرکزش بر زایمان‌های طبیعی و مراقبت پایین است و متخصص قرار است

داده در صفحه ۱۱.