شرق روزنامه
aparat:tasvirshargh | Telegram:SharghDaily | www.sharghdaily.com | youtube:sharghdaily | twitter:sharghdaily1 | instagram:sharghdaily1

گزارش خبری

کمبودهای شدید و ورود دولت به مشکلات اضطراری پرستاران

ایسنا: کمبود نیرو، قراردادهای شرکتی و موقت، شیفت‌های کار طولانی و اضافه‌کاری‌های اجباری، دستمزد کم و نابرابری مزدی، پرداخت‌های نامنصف در قبال انتظاری ۱۵ ساله برای اجرای یک قانون، مهاجرت و... نقطه مشترک زندگی شغلی و حرفه‌ای پرستاران در چندین سال اخیر است؛ چالش‌هایی که ورود دولت چهاردهم به مطالبات اضطراری پرستاران را از همان روزهای ابتدای کار کابینه به دنبال داشت. اکنون بالغ بر ۲۰۰ پرستار بیمارستانی در کشور و اعضای و از مقطع دانشجویی تا بازنشستگی حدود ۲۵۰ هزار پرستار در کشور داریم و به ادعای مسئولان «پرستاری» قلب نظام سلامت است و پرستاران در گرودا، هوای آلوده، نوروز و روزهای تعطیل و غیرتعطیل کار کرده‌اند. خدمات آنها لحظه‌ای متوقف نمی‌شود و ۲۴ ساعته در حال ارائه است. احمد نجاتیان، رئیس کل سازمان نظام پرستاری، درباره اجرای قانون ارتقای بهره‌وری گفت: «ناهمتی ساعت کاری» و «بازنشستگی در قالب مشاغل سخت و زیان‌آور» در قانون ارتقای بهره‌وری لحاظ شده است. بررسی‌ها بیانگر این است که در ارتباط با کاهش ساعت کاری در بخش دولتی مشکلی وجود ندارد. اما این موضوع در بخش خصوصی اجرا نمی‌شود. براساس قانون ارتقای بهره‌وری، پرستاری جزء مشاغل سخت و زیان‌آور است و پرستاران می‌بایست از مزایای حمایتی و زیان‌آوری مانند بازنشستگی با ۲۰ سال سابقه کار بهره‌مند شوند. براساس قانون کار، پرستاران شاغل در بخش خصوصی می‌توانند با ۲۰ سال سابقه کار و دریافت ۳۰ رحق حقوق بازنشسته شوند، اما این قانون برای پرستاران بخش دولتی اجرا نمی‌شود. در متن قانون آمده است که پرستاران بخش دولتی با ۲۵ سال سابقه کار می‌توانند بازنشسته شوند. با توجه به اینکه کلمه «می‌توانند» در متن قانون آمده است، بسیاری از دانشگاه‌های علوم پزشکی با توجه به کمبود پرستاری به این قانون توجه نمی‌کنند.

قانون تعرفه‌گذاری خدمات پرستاری نیز در سال ۸۶ به تصویب رسید اما اجرای این قانون ۱۵ سال زمان برد و در سال ۱۴۰۱ مصوب شد. این قانون می‌گوید پرستاران حدود ۷۰۰ خدمت انجام می‌دهند و خواسته قانون این است که این قوانین مانند خدمات گروه پزشکی، واگذار کردن ارزش‌های نسبی خدمات نیز. به این اساس، به خدمات وزن داده شده و ارزش آن مشخص می‌شود و مبنای پرداخت خواهد بود. رئیس کل سازمان نظام پرستاری درباره این‌باره نیز می‌گوید نرخ تعرفه‌های پرستاری قابل قبول نیست و طبق اعلام وزارت بهداشت، این عدد حدود شش میلیون تومان است. از طرف دیگر، این روزها که در فصل بودجه قرار داریم، موضوع تعرفه‌های پرستاری و پزشکی در کانون توجه قرار گرفته و پرستاران به عباس عباسی، معاون پرستاری وزارت بهداشت، تعرفه‌های پرستاری سال آینده برمبنای نرخ تورم لحاظ می‌شود. عبادی در گفت‌وگویی اعلام کرد: جلسه شورای عالی بیمه، روز شنبه ۵ آبان‌ماه برگزار شد و هرچند به جزئیات موضوع تعرفه‌های پرستاری ورود نشد، اما کلیات تعرفه‌های پرستاری تعیین و مقرر شد پیشنهاد شورای عالی بیمه براساس تورم به هیئت دولت ارسال شود. اگرچه نرخ تورم مبنای تعیین تعرفه‌های پرستاری در سال آینده در نظر گرفته شده، پرستاران با فرومل مد نظر شورای‌عالی بیمه برای تعیین تعرفه‌ها موافق نیستند. به گفته نجاتیان، برخی تعرفه‌های نظام سلامت در سال‌های گذشته رشد خوبی داشته‌اند. سازمان نظام پرستاری تقاضا دارد که تعرفه‌های پرستاری در یک دوسال آینده به‌طور ویژه در کانون توجه قرار گیرد تا شاید به واسطه افزایش تعرفه‌ها بتوان جذابیت‌های بیشتری برای ماندگاری پرستاران ایجاد کرد. باید گفت کمبود نیروی انسانی سال‌هاست از مطالبات اساسی و مزمن در حوزه پرستاری است و سازمان نظام پرستاری در دوره‌های مختلف همواره تأکید داشته که کمبود ۱۰۰ هزار نیروی پرستار در کشور شده و پرستاران به بدیده اضافه‌کاری اجباری گرفتار شوند تا ارائه خدمات مرافقتی روی زمین نماند. رئیس کل سازمان نظام پرستاری درباره کمبود پرستار در کشور معتقد است کمبود ۱۰۰ هزار نیروی انسانی در بخش پرستاری به این معناست که پرستارانی که درحال‌حاضر در نظام بهداشتی کشور به ارائه خدمات می‌پردازند، می‌بایست جزو کمبود نیروی انسانی حوزه پرستاری را به دوش کشند. نباید تصور کرد که فقط پرستاران، جزو کمبود نیروی انسانی را به دوش می‌کشند، بلکه این موضوع گریبان‌گیر مردم نیز می‌شود و کاهش کیفیت خدمات درمانی را به جان می‌گیرند. از طرفی نیز روند کاهش پرستاران در سال‌های گذشته سبب شده نسبت پرستار به تخت به مرز ۱.۱ برسد و درحال‌حاضر نسبت پرستار به تخت به یک یا ۰.۹ رسیده است.

سازمان نظام پرستاری معتقد است «کمبود پرستار» یک مشکل صنفی نیست، بلکه مشکل نظام سلامت است و بزرگ‌ترین مشکل آن هم به حساب می‌آید. از طرف دیگر سیستم بهداشتی و درمانی برخی کشورها، اضافه‌کار را یک موضوع ناهنجار قلمداد می‌کنند و اضافه‌کار در نظام سلامت را ممنوع اعلام کرده‌اند. هدف آنها از ممنوع اعلام‌کردن اضافه‌کار در نظام سلامت این است که افراد شاغل در نظام سلامت از زمان کافی برای استراحت‌کردن برخوردار باشند تا خدمات را به‌خوبی ارائه دهند. این در حالی است که پرستاران به دلیل کمبود نیرو مجبور به اضافه‌کاری‌های اجباری هستند. البته گفته می‌شود که کمبود نیروی بهداشتی و درمانی و از جمله پرستاری معضلی جهانی است و فقط مختص ایران نیست.

پرداخت‌های دیرهنگام و مطالبات چندین ماهه از دیگر مشکلات پرستاران بود و بنا بر اظهارات رئیس کل سازمان پرستاری، متوسط میزان معوقات کارانه پرستاران حدود هفت ماه است؛ یعنی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور به‌طور متوسط تا پایان فروردین‌ماه نسبت به پرداخت معوقات کارانه پرستاران اقدام کرده‌اند. همچنین متأسفانه برخی دانشگاه‌های علوم پزشکی در زمینه پرداخت کارانه وضعیت مناسبی ندارند و مطالبات پرستاران در این دانشگاه‌ها به بیش از ۱۳ ماه می‌رسد. بررسی‌ها نیز بیانگر این است که متوسط مطالبات پرستاران در ارتباط با اضافه‌کاری حدود دو تا سه ماه است که البته طلب دو تا سه‌ماهه پرستاران در حوزه اضافه‌کاری می‌تواند طبیعی قلمداد شود؛ چراکه محاسبه اضافه‌کار پرستاران به زمان نیاز دارد. در همین راستا، دکتر محمدرضا ظفرقندی طی مدت حضورش در وزارت بهداشت چندین مرتبه اعلام کرده که از زمانی که وارد دولت شده‌ایم، یکیر مطالبات پرستاران بودیم و چندین بار در جلسه هیئت دولت این بحث را با رئیس‌جمهور مطرح کردیم و ایشان نیز به مبادی ذی‌ربط برای انجام سریع‌تر مطالبات تأکید کرد. وزیر بهداشت با بیان اینکه مبالغ قابل توجهی در دو مرحله (مرحله اول هفت همت و مرحله دوم ۲.۵ همت) برای پرداخت مطالبات معوقه پرستاران پرداخت شده، گفته است: بسیاری از پرداخت‌های پرستاران هشت تا ۹ ماه عقب مانده و به تأخیر افتاده بود. اما توانستیم معوقات را پرداخت کنیم و به‌طور متوسط آن را به اوایل سال ۱۴۰۳ رسانده‌ایم. یعنی از مهرماه ۱۴۰۲ این مطالبات اصلاح شده و زمان پرداختی به دانشگاه‌های علوم پزشکی به خرداد هم رسیده است. ظفرقندی با یادآوری اینکه در مورد اصلاح فرمول و میزان اضافه‌کاری پرستاران جلسات اداری و اجرایی و استحقاقی و برنامه و بودجه برگزار کردیم نیز گفته است: در این رابطه نتایج مثبتی حاصل شده و مبلغ اضافه‌کاری به‌زودی ابلاغ خواهد شد. با پیگیری‌های فراوان توانستیم میزان اضافه‌کاری پرستاران را طی فرمولی اصلاح کنیم و به میزان قابل توجهی افزایش دهیم. اکنون نیز با ورود دولت چهاردهم به مشکلات مزمن پرستاران و از جمله شخص رئیس‌جمهور به عنوان فردی آشنا به مسائل نظام سلامت و انجام اقداماتی در این زمینه، بارقه امیدی را سرای رفع درهای تاریخی حوزه پرستاری کشور ایجاد شده است و در مورد مطالبات پرستاران و رفع دغدغه‌های آنها طی مدت فعالیت دولت جدید اتفاقات خوبی افتاده و امید است که با توجه به عزم دولت و وزارت بهداشت، در روز پرستار اخبار خوشی حاصل باشد؛ به‌ویژه در حوزه پرداخت‌های پرستاری، اعداد و ارقام اضافه‌کاری‌ها، مجوزهای استخدامی و اجرای قوانین بر زمین مانده و... بشنویم.

کمپ‌های ترک اعتیاد چقدر موفق بوده‌اند؟

«لبی که به وافور بخورد با کافور شسته می‌شود؛ این جمله را از گذشته به کسانی که بارها و بارها قصد ترک اعتیاد می‌کردند به نتیجه نمی‌رسیدند می‌گفتند. در ابتدا برای ترک اعتیاد روش‌های سنتی متداول بود و دست‌وپای فرد را می‌بستند و آن‌قدر نگهش می‌داشتند تا به‌اصطلاح سم و مخدر از بدنش بیرون بریزد که گاه به دلیل غیرعلمی‌بودن این کار، مرگ را نیز به همراه داشت. در سال‌های اخیر معتادان را بیمار شناختند و کمپ‌های ترک اعتیاد. کلینیک‌ها و مطب‌ها همگی با هدف ترک‌دادن معتادان به صورت علمی آمدند و شعارهایی مانند «برگشت به زندگی سالم و بدون مواد مخدر» یا «اعتیاد یک بیماری درمان‌پذیر است» دادند. اما تا به‌فند در حاشیه شهرها و افشار آسیب‌پذیر، بلکه حتی در سطح شهر و افشار تحصیل‌کرده با بر آمد بالا هم می‌توان آنها را دید. در این گزارش بررسی می‌کنیم چقدر به شعارهای ترک اعتیاد و برگرداندن معتادان به جامعه عمل شده و چقدر راهی که برای برگشت به زندگی سالم ارائه دادند، موفق بوده است.

۱۸ سال در کمپ‌ها ممنوع اعلام شده است. صفائی درباره این موضوع گفت: کمپ‌ها، چه خصوصی و چه دولتی، اجازه پذیرش زیر ۱۸ سال را ندارند. افراد زیر ۱۸ سال باید ابتدا به بخش پیشگیری سازمان بهزیستی بروند تا برنامه‌ای برای‌شان در نظر گرفته شود و سپس باید به کانون اصلاح و تربیت بروند.

کمپ‌های غیرقانونی

مراکز ترک اعتیاد باید از سازمان‌های ذی‌صلاح مجوز دریافت کنند. وجود مشاور و پزشک در آنها الزامی است و ایمنی این مراکز به دلیل وجود افراد ضعیف و آسیب‌پذیر باید تأمین شود. همه اینها در حالی است که سال گذشته خبر آتش‌سوزی در کمپ «شام اول رهایی» شهر لنگرود منتشر شد. تعداد کشته‌شدگان بیش از ۳۰ نفر اعلام شد و مصدومان بیش از ۱۰ نفر بودند. ایمن کمپ در ابتدا غیرقانونی بوده و بعد مجوز دریافت کرده و مدیریت آن را شخص دیگری بر عهده گرفته بود. کمپ‌های غیرقانونی برای معتادان سختی و اغلب خشونت‌آمیز دارند و خود بنا دوباره دادن مواد مخدر زمان ترک را بلندتر یا به طور کل فرد را ناامید می‌کند. بعضی دیگر هم معتادان را از مواد مخدر ترک می‌دهند و به دارو معتاد می‌کنند. کمپ‌های غیرقانونی پزشکی وجود ندارد. در نتیجه خطرانی در هنگام محرومیت از مواد مخدر پیش می‌آید. نبود مشاور و روان‌شناس نیز فرد را از لحاظ ذهنی آماده ترک نمی‌کند و حتی اگر مصرف مواد مخدر را ترک کند، باز به آن برمی‌گردد.

هزینه‌های ترک اعتیاد

هزینه‌های ترک اعتیاد در استان‌ها و شهرهای مختلف متفاوت است. این هزینه در شهرهای بزرگ و مناطق به‌اصطلاح بالای شهر به مراتب بیشتر می‌شوند. کمپ‌های اجباری برای افرادی که از خیابان‌ها به اتجا منتقل می‌شوند اغلب رایگان هستند، اما در صورت تماس از طرف خانواده هزینه‌ای در حدود سه میلیون تا هفت میلیون تومان دریافت می‌شود. انتقال به کمپ با یا آمبولانس خصوصی با تیم اعزامی از سوی خود مرکز انجام می‌شود؛ هزینه این کار بین یک میلیون تا پنج میلیون تومان متغیر است. کمپ‌های خصوصی هزینه بالایی مصوب بهزیستی دارند و با افزایش امکانات و وسایل رفاهی مبلغ بیشتری دریافت می‌کنند. یک مرکز ترک اعتیاد خصوصی در شمال تهران برای دوره ۲۱روزه از افراد، ازجمله پیداکردن کمپ با کلینیکی معتبر برای فرد زیر ۱۸ سال، تعدادی از افرادی که در سن کم به کمپ‌ها رفته‌اند، می‌گویند هرچه را که بلد نبودند و به آن اعتیاد ندداشتند، در این مکان کشف کرده‌اند و به آن آلوده شده‌اند. در کشورهای دیگر برای ترک اعتیاد با مواد مخدر با الکل زیر ۱۸ سال کلینیک‌هایی تخصصی وجود دارند؛ مراحل ترک اعتیاد مانند سرد‌ماپی و... در سنین پایین و بزرگ‌سالان تفاوتی ندارد اما نوع برخورد و محل نگهداری فرق دارد. در ایران کمپ تخصصی نوجوانان و کودکان وجود ندارد و در پذیرش با نیدیرفتن در کمپ‌های بزرگ‌سالان قطعیتی نیست. بعضی کمپ‌های خصوصی پذیرش دارند اما محل نگهداری یک کودک ۴۱سااله یا فود ۴۰سااله فرقی ندارد. این در حالی است که پذیرش افراد زیر

کمپ‌های اجباری

سکانسی از فیلم سینمایی «ابد و یک روز» هنگامی‌که محسن (نوید محمدزاده) را با اطلاعی که پدرش مرتضی (پیمان معادی) داده در یک حصار ناگهانی به‌زور از خانه می‌برند و او به چرا چنگ می‌زند و برای کمک نقلا می‌کند. تداعی رفتن به کمپ اجباری است. از آنجا که معتادان در ایران بیمار شناخته می‌شوند، برای درمان آنها کمپ‌هایی توسط سازمان بهزیستی دایر شده است. نیروی انتظامی در گشت‌هایش معتادان را جمع‌آوری می‌کند و به این کمپ‌ها انتقال می‌دهد. افراد نیز می‌توانند به خواست خود به آنجا بروند. بعضی از آنها رایگان هستند یا مبلغ کمی دریافت می‌کنند اما برای انتقال بیمار هزینه‌ای از حدود ۷۰۰ هزار تومان به بالا با توجه به مسافت طی‌شده می‌گیرند. خدمات رفاهی در آنها به اندازه کمپ‌های خصوصی خوب نیست. بعضی نیز از وضعیت بد غذا، کمبود جا و بدرفتاری کارکنان شکایت می‌کنند. گزارش‌هایی از کتک‌خوردن، تبعیض و تحقیرشدن، دادن دوباره مواد مخدر و حتی آزارهای جنسی از این کمپ‌ها بیرون آمده است. در قضوکلو با سعید صفائی، کارشناس حوزه اعتیاد، از نتیجه حضور در این کمپ‌ها پرسیدیم؛ از نظر میزان موفقیت، کمپ‌هایی که مربوط به ماده ۱۶ قانون مبارزه با مواد مخدر هستند با همان کمپ‌های اجباری پنج درصد است، یعنی از هر صد نفر پنج نفر. فرض‌های بسته که همه یک می‌مانند. مهم بعد از آن است. میزان موفقیت را باید زمانی سنجید که شخص از کمپ بیرون رفته و پس از یک سال وضعیت او بررسی شود که حداکثر پنج درصد افراد بعد از این مدت یک ماندانداد.

او درباره مشکلاتی که برای افراد در این کمپ‌ها پیش می‌آید نیز گفت: افراد می‌توانسته به‌خاطر مشکلات داخل کمپ‌های ترک اعتیاد به نهادهای مربوطه شکایت کند. اگر کمپ زیر نظر نیروی انتظامی باشد، می‌توانند به همان‌جا شکایت کنند و می‌توانند به سازمان بهزیستی یا ستاد مبارزه با مواد مخدر نیز شکایت کنند.

کمپ‌های خصوصی

کمپ‌های خصوصی همچنان زیر نظر سازمان بهزیستی‌اند اما برخلاف نوع دولتی، هزینه دریافت می‌کنند. طبق تعرفه پایه سازمان بهزیستی سال ۱۴۰۳ در یک دوره ۲۱روزه در مراکز ترک اعتیاد خصوصی تهران دو میلیون و ۷۵۹ هزار تومان دریافت می‌شود. در مناطق مختلف هر شهر با توجه به امکانات کمپ این هزینه متغیر است. بعضی از آنها استخر، سونا و جکوزی، زمین بازی، سالن ورزشی و برنامه‌های هنری و تفریحی دارند. اتاق‌های خصوصی نیز برای افراد با هزینه جداگانه موجود است. البته هیچ‌یک از این امکانات و هزینه‌ها به نظر نه ترک اعتیاد را تضمین می‌کنند و نه از بدرفتاری کارکنان یا آزار و اذیتشان جلوگیری کرده است. در همین باره صفائی می‌گوید: حداکثر میزان موفقیت در این کمپ‌ها ۱۰ درصد است. نکته در سطح آموزش است که باز هم به سازمان بهزیستی برمی‌گردد که ضعیف عمل کرده است و آن‌جان که باید و شاید توانسته پرسنل و مدیران ایس مراکز را آموزش دهد. بحث دیگر هزینه‌ای است که این کمپ‌ها می‌گیرند و خرجی که می‌کنند. گاهی اینها با هم جور درنمی‌آیند. شخصی می‌خواهد برای ۲۱ روز در مرکزی بماند و مبلغ به ما چهار میلیون می‌پردازد. صبحانه، ناهار، شام، هزینه آب و برق و گاز و... خیلی بیشتر از این مبالغ می‌شود. این هزینه‌ها از آن جیزهایی بود که قرار بود سازمان بهزیستی آن را برداخت کند و متأسفانه با دیر پرداخت می‌شود یا اصلا پرداخت نمی‌شود. همین هم رسیدگی را کم می‌کند. فرم سومی هم از کمپ‌های ترک اعتیاد وجود دارد که هزینه بالاتری می‌گیرند و کیفیت رسیدگی، تغذیه و برنامه‌هایشان بهتر است و ماندگاری بیشتری دارند؛ این کمپ‌ها عموما در همه‌جای دنیا سعی می‌کنند امکانات و کیفیت بالا ارائه بدهند و براساس آن هزینه دریافت کنند. اگر مردم توان پرداخت نداشته باشند، بیمه‌ها و دولت‌ها کمک می‌کنند. دولت ما آن‌قدر از لحاظ مالی کمک‌کننده نیست.

انجمن‌های مردمی

انجمن معتادان گمنام (NA) انجمنی بین‌المللی برای ترک اعتیاد و بازیروری است. از نامش پیداست که فرد لزومی به بیان نام خود نداره و به‌اصطلاح «گمنام» است. در این انجمن ترک اعتیاد بدون دارو انجام می‌شود. جلسه‌های مادام‌العمر برای آنها برگزار می‌شود و هرکجا که باشند، هم حضوری و هم آنلاین امکان شرکت دارند. انجمن‌های دیگری نیز در این زمینه فعالیت می‌کنند که بعضی با دارو و بعضی بدون آن ترک اعتیاد را انجام می‌دهند. در این دوره‌ها بیا هزینه کمی دریافت می‌شود یا رایگان‌اند. این دوره‌ها بدون اجبار و با اراده و خواست خود فرد پیش می‌روند.

در بعضی از جلسات انجمن‌ها وجود همراهی مانند همسر الزامی است تا این دوره را به‌تنهایی نگذرانند. صفائی درباره تأثیرگذاری و ماندگاری درمان این دوره‌ها گفت: اگر به صورت غیرتخصصی و غیرعلمی وارد کنند، بیشتر کار را خراب می‌کنند. اینجا بحث اراده نیست. بحث فشار روحی و روانی است؛ این وضعیت درمان و دارو می‌خواهد. برای تجویز دارو هم باید حتما از وزارت بهداشت مجوز داشته باشند و جز این غیرقانونی است.

در مراکز سرپایی بدون بستری هم باید روان‌پزشک، روان‌شناس، پرستار و پزشک باشد؛ یعنی یک تیم باشند تا کار را اجرائی کنند. شخص خود به تنهایی نمی‌تواند کاری انجام دهد.

آمار مراکز درمان اعتیاد تحت پوشش سازمان بهزیستی کشور و تعداد خدمات‌گیرندگان این مراکز در سال‌های ۱۴۰۰، ۱۴۰۱ و ۱۴۰۲ و گزارش مرکز آمار ایران از وضعیت اجتماعی و فرهنگی ایران در سال ۱۴۰۲ و مراکز و پذیرش درمان اعتیاد به مواد مخدر و روان‌گردان‌ها را در جدول‌های زیر می‌توانید مشاهده کنید. با نگاهی به این آمارها می‌توان کاهش تعداد مراکز درمانی و پیشگیری مرتبط با اعتیاد یا وجود افزایش تعداد مراجعین را دریافت کرد. از صفائی درباره کاهش تعداد مراکز ترک اعتیاد یا وجود تعداد بالای مراجعین پرسیدیم: کم‌شدن تعداد مراکز بحث مالی و عدم توجه سازمان بهزیستی به این موضوع است. این باعث می‌شود مراکز نتوانند ادامه دهند و تعطیل می‌شوند. صاحب کمپ در دو سه ماه اول از جیب خودش هزینه می‌کند و از سازمان بهزیستی نمی‌تواند پولی بگیرد. در نتیجه تعطیل می‌کنند.

کمپ‌های اختصاصی زنان

اعتیاد شاید در کلیشه‌ها مردان را هدف می‌کیرد، اما در واقعیت زنان هم درگیر آن می‌شوند. تعداد مصرف‌کنندگان زن در آمار کمتر از مردان است اما همچنان خطرناک است. تقریبا تمام ماده‌های مخدر بر ساردارى و نوزادان متولدنشده اثرگذارند. نوزادانی که بمادر معتاد داشته‌اند خود نیز با اعتیاد به دنیا می‌آیند. همچنین بمادر بیماری جسمی، معلولیت و ناتوانی شدید در کودک متولدشده می‌شوند. مواد مخدر می‌تواند وارد شیر مادر هم بشود و نوزاد را آلوده کند. اعتیاد زنان آنها را بیشتر در معرض خشونت و آزار جنسی قرار می‌دهد. اعتیاد زنان خود نمونه‌ای از آزار و خشونت است؛ تعدادی از زنان معتاد به اجبار شوهرها یا پدر و حتی زنان دیگر مجبور به مصرف مواد مخدر شده‌اند درحالی‌که تمایلی به مصرف آن نداشته‌اند. دیدگاه جامعه به زنان معتاد در مواردی که احتمال بدهد شرایط زیر محقق می‌شود، می‌تواند طردکننده است. کمپ‌هایی مختص زنان وجود دارند و انجمن‌های مردمی نیز

مراکز و پذیرش درمان اعتیاد به مواد مخدر و روان‌گردان‌ها

سال	مراکز مجاز درمان اعتیاد به مواد مخدر و روان‌گردان‌ها موضوع ماده ۱۵		مراکز نگهداری، درمان و کاهش آسیب معتادان موضوع ماده ۱۶ قانون و مجری تبصره ۲ ذیل آن	
	تعداد مراکز	تعداد افراد پذیرش شده	تعداد مراکز	تعداد افراد پذیرش شده
۱۴۰۰	۸۵۸۵	۱۴۹۱۹۹۹	۵۰۹	۱۰۸۵۷۰
۱۴۰۱	۸۳۳۵	۱۵۷۰۲۵۶	۴۹۴	۱۳۲۹۳۷
۱۴۰۲	۸۲۵۱	۱۵۸۱۲۹۱	۳۹۵	۱۴۹۰۲۲

مراکز درمان اعتیاد تحت پوشش سازمان بهزیستی کشور و تعداد خدمات گیرندگان این مراکز در سال‌های ۱۴۰۰و ۱۴۰۱ و ۱۴۰۲ مطابق گزارش مرکز آمار ایران از وضعیت اجتماعی و فرهنگی ایران

سال	جمع		
	مرکز	خدمت گیرنده (نفر)	
۱۴۰۰	۲۲۸۸	۵۵۵۶۳۱	
۱۴۰۱	۲۲۴۵	۶۵۹۰۳۱	
۱۴۰۲	۲۲۰۵	۶۶۲۱۳۶	

نگاهی کوتاه به پدیده سقط جنین در ایران

امیرحسین صفدری
پژوهشگر علم حقوق

پدیده سقط جنین یکی از مهم‌ترین پدیده‌های حقوقی، فقهی، اجتماعی، درمانی، فرهنگی و... در هر جامعه‌ای محسوب می‌شود. سقط جنین در اصطلاح عام یعنی عدم تکامل نطفه و در تعریف کلی‌تر آن، جنین موجودی است که هنوز در رحم مادر به رشد خود ادامه می‌دهد و سقط به بچه نارس یا مرده معنا شده است. البته پزشکان معتقدند سقط جنین یعنی اخراج عمدی یا مصنوعی یا خروج خود به خود حمل قبل از آنکه جنین قادر به زنده‌ماندن باشد که شامل خروج جنین قبل از هفته بیستم بارداری با وزن جنین کمتر از ۵۰۰ گرم است.

از منظر فقهی و قانونی تعریف دقیق و جامعی از سقط جنین ارائه نشده ولی با این حال در حقوق کیفری ایران سقط جنین، قبل از موعد طبیعی که جنین خارج از رحم زنده نگه داشته می‌شود، دو مقوله جدا از هم هستند و از نظر پزشکی قانونی ختم حاملگی قبل از موعد طبیعی را سقط گویند و از آن در صورتی است که جنین خارج از رحم مادر قادر به زندگی نباشد. خوشبختانه در اکثر کشورهای دنیا به این پدیده مهم پرداخته‌اند و در ایران هم به پدیده مهم سقط جنین نکته ویژه‌ای شده است.

نگاه دین اسلام به پدیده سقط جنین

به طور کلی اسلام با سقط جنین مخالف است و این مسئله را می‌توان از آیات قرآن و روایات اهل بیت و نظر مراجع تقلید شیعه متوجه شد. اکثر مراجع تقلید درباره سقط جنین بیان کرده‌اند: سقط جنین عمدی شرعا حرام است. مگر آنکه استمرار حاملگی برای حیات مادر خطرناک باشد که در این صورت سقط جنین قبل از ولوج روح، اشکال ندارد، ولی بعد از دمیدن روح جایز نیست حتی اگر ادامه حاملگی برای حیات مادر خطرناک باشد. مگر آنکه استمرار بارداری، حیات مادر و جنین هر دو را تهدید کند و نجات زندگی طفل به هیچ وجه ممکن نباشد ولی نجات زندگی مادر به تنهایی با سقط جنین امکان داشته باشد.

دیدگاه قوانین موجود در ایران به پدیده سقط جنین

الف) قانون مجازات اسلامی مصوب۱۳۹۲: در ارتباط با موضوع سقط جنین و ابعاد حقوقی آن در ایران ابتدا باید به ماده ۶۲۲ قانون مجازات اسلامی بخش تعزیرات اشاره کنم که در این ماده قانون‌گذار ما درخصوص مجازات افرادی که به صورت عمدی باعث سقط جنین می‌شوند به صراحت می‌گوید: هرکس عالما و عامدا به واسطه ضرب یا اذیت و آزار زن حامله، موجب سقط جنین وی شود علاوه بر پرداخت دیه یا قصاص، حسب مورد به حبس از یک تا سه سال محکوم خواهد شد.

و در ماده ۶۲۳ قانون مجازات اسلامی بخش تعزیرات درخصوص دخالت افرادی که باعث سقط جنین می‌شوند نیز قانون‌گذار ما بیان می‌کند: هرکس به واسطه دادن ادویه یا وسایل دیگری موجب سقط جنین زن شود به شش ماه تا یک سال حبس محکوم می‌شود و اگر عالما و عامدا زن حامله‌ای را دلالت به استعمال ادویه یا وسایل دیگری نماید که جنین وی سقط شود به حبس از سه تا شش ماه محکوم شده، مگر اینکه ثابت شود این اقدام برای حفظ حیات مادر می‌باشد و در هر مورد حکم به پرداخت دیه مطابق مقررات مربوط داده خواهد شد.

درخصوص انجام عمل سقط جنین توسط پزشک در موارد غیرقانونی را زیرمبنی نیز قانون‌گذار ما برای مجازات این افراد سودجو در ماده ۶۲۴ قانون مجازات اسلامی بخش تعزیرات می‌گوید: اگر طبیب یا ماما یا داروفروش و اشخاصی که به عنوان طبابت یا مامایی یا جراحی یا داروفروشی اقدام می‌کنند وسایل سقط جنین فراهم سازند یا مباشرت به سقط جنین کنند به حبس از دو تا پنج سال محکوم خواهند شد و حکم به پرداخت دیه مطابق مقررات مربوط صورت خواهد پذیرفت. نکته مهمی که باید به آن اشاره کنم، این است که در فصل هفتم قانون مجازات اسلامی قانون‌گذار ما از ماده ۷۱۶ تا ۷۲۱ دیه جنین را در مراحل مختلف تکامل بیان کرده است.

ب) قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت مصوب ۱۴۰۰: قانون‌گذار ما در ماده ۵۶ این قانون بیان می‌کند: سقط جنین ممنوع بوده و از جرایم دارای احسان، مگر آنکه استمرار حاملگی برای حیات مادر خطرناک باشد که در این صورت سقط جنین قبل از ولوج روح، اشکال ندارد، ولی بعد از دمیدن روح جایز نیست حتی اگر ادامه حاملگی برای حیات مادر خطرناک باشد. مگر آنکه استمرار بارداری، حیات مادر و جنین هر دو را تهدید کند و نجات زندگی طفل به هیچ وجه ممکن نباشد ولی نجات زندگی مادر به تنهایی با سقط جنین امکان داشته باشد.

دیدگاه قوانین موجود در ایران به پدیده سقط جنین

الف) قانون مجازات اسلامی مصوب۱۳۹۲: در ارتباط با موضوع سقط جنین و ابعاد حقوقی آن در ایران ابتدا باید به ماده ۶۲۲ قانون مجازات اسلامی بخش تعزیرات اشاره کنم که در این ماده قانون‌گذار ما درخصوص مجازات افرادی که به صورت عمدی باعث سقط جنین می‌شوند به صراحت می‌گوید: هرکس عالما و عامدا به واسطه ضرب یا اذیت و آزار زن حامله، موجب سقط جنین وی شود علاوه بر پرداخت دیه یا قصاص، حسب مورد به حبس از یک تا سه سال محکوم خواهد شد.

و در ماده ۶۲۳ قانون مجازات اسلامی بخش تعزیرات درخصوص دخالت افرادی که باعث سقط جنین می‌شوند نیز قانون‌گذار ما بیان می‌کند: هرکس به واسطه دادن ادویه یا وسایل دیگری موجب سقط جنین زن شود به شش ماه تا یک سال حبس محکوم می‌شود و اگر عالما و عامدا زن حامله‌ای را دلالت به استعمال ادویه یا وسایل دیگری نماید که جنین وی سقط شود به حبس از سه تا شش ماه محکوم شده، مگر اینکه ثابت شود این اقدام برای حفظ حیات مادر می‌باشد و در هر مورد حکم به پرداخت دیه مطابق مقررات مربوط داده خواهد شد.

ج) چنانچه پس از اخذ اظهارات ولی، جمیع شرایط زیر احراز شود: رضایت مادر، وجود جرح (مشقت شدید غیرقابل تحمل) برای مادر، وجود قطعی ناهنجاری‌های جنینی غیرقابل درمان، در مواردی که جرح مربوط به بیماری یا نقص در جنین است، فقدان امکان جبران و جایگزینی برای جرح مادر، فقدان نشانه‌ها و امارات ولوج روح، کمتر از چهار ماه بودن سن جنین، که ماده ۵۶ دارای ۴ تبصره است که در تبصره ۱ این ماده قانون‌گذار تأکید می‌کند: رای صادره ظرف یک هفته قابل اعتراض در شعبه یا شعب اختصاصی دادگاه تجدیدنظر، به ریاست قاضی با قضات ویژه منصوب رئیس قوه قضائیه در این امر است و دادگاه مذکور حداکثر باید ظرف یک هفته تصمیم خود را اعلام کند و در تبصره ۲ بیان می‌کند: بیمارستان‌های مورد تایید پزشکی قانونی موظف‌اند در موارد مجاز سقط، جنین‌ها پس از دستور قاضی و احراز عدم امارات و نشانه‌های ولوج روح، سقط جنین را اجرا کنند و اطلاعات مربوط را با رعایت اصول محرمانگی در پرونده الکترونیک سلامت بیمار و سایر اقدامات لازم در پرونده الکترونیک سلامت بیمار و با سامانه ماده (۵۴) این قانون ثبت و بارگذاری نمایند.

و در تبصره ۳ قانون‌گذار می‌گوید: سازمان پزشکی قانونی اطلاعات مربوط به کلیه مراحل درخواست سقط تا نتیجه آن، اعم از دلایل درخواست‌دهنده، اعضای کمیسیون، صدور یا عدم صدور مجوز و دلیل صدور مجوز را با رعایت اصول محرمانگی، در پرونده الکترونیک سلامت بیمار و با سامانه ماده (۵۴) این قانون ثبت و بارگذاری می‌کند و اطلاعات آن را هر سال در اختیار مجلس شورای اسلامی و شورای عالی انقلاب فرهنگی قرار می‌دهد.

در تبصره ۴ هم قانون‌گذار ما می‌گوید: چنانچه پزشک یا ماما یا داروفروش، خارج از مراحل این ماده وسایل سقط جنین را فراهم سازند یا مباشرت به سقط جنین نمایند علاوه بر مجازات مقرر در ماده (۶۲۴) قانون مجازات اسلامی بخش تعزیرات، پروانه فعالیت ایشان ابطال می‌شود. تحقق این جرم نیازمند تکرار نیست.

ب) ماده‌واحده سال ۱۳۸۴ درخصوص سقط‌درمانی: در ارتباط با نمونه‌های سقط جنین قانون‌گذار ما در سال ۱۳۸۴ ماده‌واحده‌ای را به قاضی عضو در کمیسیون مذکور با حصول اطمینان نسبت به یکی از موارد ذیل مجوز سقط قانونی را با اعتبار حداکثر ۵۱روزه صادر می‌نماید: الف) در صورتی که جان مادر به شکل جدی در خطر باشد و راه نجات مادر منحصر به سقط جنین بوده و سن جنین کمتر از چهار ماه باشد و نشانه‌ها و امارات ولوج روح در جنین نباشد. ب) در مواردی که اگر جنین سقط نشود مادر و جنین هر دو فوت می‌کنند و راه نجات مادر منحصر در اسقاط جنین است.

ج) چنانچه پس از اخذ اظهارات ولی، جمیع شرایط زیر احراز شود: رضایت مادر، وجود جرح (مشقت شدید غیرقابل تحمل) برای مادر، وجود قطعی ناهنجاری‌های جنینی غیرقابل درمان، در مواردی که جرح مربوط به بیماری یا نقص در جنین است، فقدان امکان جبران و جایگزینی برای جرح مادر،