گزارش

استان‌های شمالی زیرپسماندها

ادامه از صفحه ۸

از سویی کارخانجات کمپوست (برخی از آنها چندین بار توسط مسئولان کلنگ‌زنی شده‌اند) یا اساسا اجرا نشده‌اند یا در صورت اجرا، به دلیل اجرانکردن تفکیک از مبدأ و ضعف مدیریت تجارب موفقی نداشته‌اند. شاید همین تجارب ناموفق و برخی اخبار درباره احتمال بروز فساد در معاملات مربوط به خرید این دستگاه‌ها، سبب شده‌اند به یکی از روش‌های مرسوم مدیریت پسماند که در بسیاری مناطق جهان از جمله روستاهای اروپا و برخی شهرها و روستاهای کوچک ژاپن تجارب موفقی به جا گذاشته‌اند، بدبینانه نگریسته شود. تجارب گذشته نشان داده است که انتخاب محل دفن، خرید زباله‌سوزها و تجهیزات و قراردادهای پیمانکاری گاهی به دلیل منافع شخصی یا گروهی از رعایت الزامات علمی و محیط‌زیستی دور مانده است.

تجربه جهانی استفاده از ریجکت‌سوزها

بخشی از پسماندهای هر سکونتگاهی غیرقابل بازیافت، غیرقابل کمپوست و بازیابی است مانند تنظیفات پارچه‌ای، چرم، کیسه‌های نایلونی و... (براساس گزارش طرح جامع مدیریت پسماند استان گیلان تقریبا کمتر از ۱۰ درصد پسماندهای شهری در این دسته قرار می‌گیرند که طبیعتا در مناطق روستایی این مقدار کمتر است). تجارب جهانی، استفاده از ریجکت‌سوزهای کوچک‌مقیاس را به عنوان مرحله‌ای در امکان تکمیل چرخه مدیریت پسماند در نظر می‌گیرد. قبل از پرداختن به تجارب جهانی لازم است، بررسی مختصری از تفاوت‌های زباله‌سوز و ریجکت‌سوز داشته باشیم. در مواجهه با پسماندهای غیرقابل بازیافت، دو رویکرد رایج وجود دارد: زباله‌سوز (Waste-to-Energy) و ریجکت‌سوز (Reject-to-Energy). در زباله‌سوزها کل پسماند شهری (تر و خشک) سوزانده می‌شود. این روش پرهزینه، عموما دارای آلایندگی بیشتر و نیازمند تجهیزات و راهبری پیچیده است و باعث از بین رفتن مواد بازیافت‌پذیر نیز می‌شود، در صورتی که در ریجکت‌سوزها فقط بخش غیرقابل بازیافت زباله‌ها سوزانده می‌شود. قبل از آن، مواد بازیافت‌پذیر و تر جدا شده و به تولید کود یا بیوگاز اختصاص می‌یابند. این روش حجم زباله دفنی را کاهش داده، انرژی به‌دست‌آمده بیشتر و آلایندگی کمتری دارد و به چرخه بازیافت آسیب نمی‌زند. ضمن اینکه علاوه بر اینکه پیش‌نیاز استفاده از ریجکت‌سوز اجرای کامل تفکیک از مبدأ است، نسبت به سوزاندن در محیط باز که عموما توسط خود مردم در روستاها انجام می‌شود در صورت عملکرد و راهبری علمی و درست برخی آلاینده‌ها مانند دی‌اکسین‌ها تشکیل نشده و سایر آلاینده‌ها نیز کمتر تولید می‌شوند. در دستورالعمل ابلاغی مورخ ۹۶/۰۸/۰۱ سازمان حفاظت محیط زیست به ادارات کل استانی، ریجکت‌سوزها به عنوان مرحله تکمیلی حلقه مدیریت پسماند حسب شرایط اقتصادی، اجتماعی، جغرافیایی و فرهنگی مورد تأیید و حتی توصیه قرار گرفته‌اند تا با بازیابی انرژی از طریق فرایندهای تبدیل حرارتی از پسماندهای غیرقابل بازیافت به عنوان راهکاری در مدیریت پایدار پسماند عمل کنند. یونپ در سال ۲۰۲۰ اعلام کرده حدود ۳۸ درصد کل زباله‌ها در جهان غیرقابل کنترل دانسته شده‌اند که یا دفن می‌شوند یا در فضای باز سوزانده می‌شوند. بین ۴۰۰ هزار تا یک میلیون نفر در سال در کشورهای در حال توسعه به دلیل نبود مدیریت درست پسماندها از بین می‌روند. تا دهه ۱۹۵۰ میلادی، ژاپن در عمل جامعه‌ای بازیافت‌محور بود؛ به‌گونه‌ای که درصد بیشتری از پسماندها نسبت به امروز بازیافت می‌شد. اما با آغاز رونق اقتصادی پس از جنگ جهانی دوم، کارخانه‌ها شروع به تولید حجم زیادی از پسماندهای صنعتی کردند و پروژه‌های توسعه شهری نیز مقدار قابل توجهی زباله ساختمانی تولید می‌کردند. در نتیجه، حجم پسماند در ژاپن طی ۲۰ سال حدود پنج برابر افزایش یافت و از ۸.۹ میلیون تُن در سال ۱۹۶۰ به ۴۳.۹ میلیون تُن در سال ۱۹۸۰ رسید که برای مدیریت این حجم عظیم زباله، شهرداری‌های بزرگ و کوچک در سراسر کشور مبالغ هنگفتی از مالیات عمومی را صرف ساخت زباله‌سوزها کردند. سرعت افزایش زباله‌ها به‌قدری زیاد بود که حتی سیستم‌های جمع‌آوری نیز توان همگام‌شدن با آن را نداشتند. اما از دهه ۱۹۸۰به بعد و هم‌زمان با برنامه‌های آموزشی مدیریت پسماند رفته رفته نیاز به زباله‌سوز کاهش یافت، در عین حال با توجه به ترکیب زباله منطقه (۳۰ درصد زباله تر) شهرداری‌ها با ارائه کمک‌های مالی، مردم را ترغیب به تبدیل این زباله‌ها به کمپوست کردند که با مشارکت ۹۷درصدی مردم (مقایسه کنید با مشارکت ۱۰درصدی در گیلان) تعداد کمتری از دولت‌های محلی به سوزاندن زباله در فضای باز ادامه دادند و سیاست‌های مدیریت پسماند به صورت جدی‌تری دنبال شد. در راستای همین رویکرد، شهر کامیکاتسو در سال ۲۰۱۷ پروژه‌ای را آغاز کرد که بر اساس آن، به خانواده‌های دارای نوزاد تا یک‌سالگی «بسته‌های آغازین پوشک پارچه‌ای» اهدا می‌شود. برخلاف پوشک‌های یک‌بارمصرف که باید سوزانده شوند، پوشک‌های پارچه‌ای قابل شست‌وشو و استفاده مجدد هستند و از این طریق به کاهش زباله کمک می‌کنند. در حقیقت وقتی با حجم انبوهی از زباله‌های رهاشده مواجه شدند با استفاده توأمان از تکنولوژی و کار فرهنگی مسئولانه، مستمر، جدی و مداوم به سمت برنامه پسماند صفر حرکت کردند. تجربه موفق استفاده از ریجکت‌سوزها در روستاهای اتحادیه اروپا و همچنین روستای کامیکاتسو (Kamikatsu) ژاپن بسیار مورد توجه قرار گرفته است. روستای کامیکاتسو با جمعیتی حدود ۱۵۰۰ نفر، به عنوان اولین «شهر بدون زباله» ژاپن شناخته شده است. بیش از ۸۰ درصد از پسماندها بازیافت یا کاهش یافته‌اند و سوزاندن فقط محدود به مواد غیرقابل بازیافت مانند پوشک‌های یک‌بارمصرف و PVC است. طی یک برنامه زمانی میان‌مدت، اجرای سیستم بازیافت با ۴۵ دسته مختلف پسماند و پایش سختگیرانه عملکرد، نمونه‌ای از موفقیت ریجکت‌سوز در مقیاس کوچک و محلی را به نمایش گذاشته است. کشورهای فرانسه و آلمان در اروپا و همچنین سنگاپور و مالزی در آسیا که هرکدام در دهه‌هایی با حجم انبوهی از زباله‌های غیرقابل بازیافت خانگی مواجه بوده‌اند، ناچار به استفاده از ریجکت‌سوز و حتی زباله‌سوزهای کوچک‌مقیاس شده‌اند و همانند تجربه کامیکاتسو با افزایش بازیافت، کمپوست و تفکیک از مبدأ نیاز به استفاده از زباله‌سوزها را کاهش داده‌اند.

فاجعه‌ای تمام‌عیار

بدیهی است در دنیای ایدئال انتظار این بوده که با اجرای کامل و جامع حلقه‌های اولیه مدیریت پسماند طی حداقل ۲۵ سال اخیر که بودجه‌های مناسبی برای فرهنگ‌سازی اختصاص یافته، تعداد فعالان و سمن‌های محیط‌زیستی رشد بسیار بالایی داشته و بسیاری از سمن‌ها به صورت تخصصی روی مسئله پسماند کار می‌کنند، اکنون کشور در مرحله‌ای می‌بود که با افزایش 5R، شاهد کاهش چشمگیر حجم زباله‌ها، تعطیلی محل‌های دفن غیربهداشتی، استانداردسازی محل‌های دفن، کاهش نیاز به استفاده از تکنولوژی زباله‌سوز به‌ویژه در مناطق شمالی بودیم، ولی متأسفانه شرایطی که در حال حاضر کشور و به‌ویژه استان‌های شمالی با آن مواجه‌اند، با چشم‌انداز ایدئال فاصله‌ای غیرقابل چشم‌پوشی دارد و به یک فاجعه تمام‌عیار بیشتر می‌ماند (دلایل این موفق‌نبودن خود بحث مفصلی است که در این مقاله نمی‌گنجد). بدیهی است اگر با همین شیوه‌های مدیریتی و راهکارهای نیمه‌تمام و ناقص اجراشده و حرکت‌های نمایشی و فانتزی‌های عجیب حرکت کنیم، قطعا نه‌تنها به نقطه مطلوب نخواهیم رسید، بلکه شرایط روز به روز فاجعه‌بارتر خواهد شد. راه‌حل در اجرای ترکیبی از روش‌های فنی، فرهنگی و البته شجاعت مدیریتی، از توسعه زیرساخت‌های بازیافت، فرهنگ‌سازی، استفاده از تجهیزات و فناوری‌ها با رعایت کیفیت خوراک ورودی طبق استانداردهای تعریف‌شده، توأم با مشارکت آگاهانه، مستمر و فعال مردم، شفافیت مالی در خرید تجهیزات و مقابله با تعارض منافع، همچنین پایش و نظارت دقیق عملکرد و خروجی تکنولوژی‌ها و تجهیزات مورد استفاده توسط مراجع ذی‌ربط از دهیاری‌ها و شوراهای محلی تا ادارات کل حفاظت محیط زیست استان‌هاست. فقط با رعایت این اصول و احترام به مدیریت خرد و محلی، می‌توان گیلان را از زیر آوار پسماندها رهانید، سلامت محیط زیست و خاک کشاورزی را حفظ کرد و از انرژی نهفته در پسماندها بهره برد.

گزارش «شرق» از بحران دسترسی به انسولین در گفت‌وگو با بیماران، متخصصان و مسئولان

رنج مداوم بیماران دیابتی

«قبلا برای یکی از داروها ۳۰ هزار تومان پرداخت می‌کردم، اما حالا برای همان دارو باید ۷۰۰ تا ۸۰۰ هزار تومان هزینه کنم. سهم بیمه کم شده ولی هنوز شاید حدود ۸۰ درصد هزینه انسولین را پوشش می‌دهند»

مریم لطفی: «یگانه»، زن جوانی با دیابت نوع یک، هر ماه در جست‌وجوی انسولین است؛ دارویی که برای او و بسیاری دیگر، «شیشه عمر» است. میلیون‌ها بیمار دیابتی در ایران هر روز همین اضطراب را تجربه می‌کنند؛ زندگی‌شان به دارویی وابسته است که گاهی در داروخانه‌ها پیدا نمی‌شود و گاهی قیمتش چند برابر است. آمارهای رسمی وزارت بهداشت نشان می‌دهد که بیش از شش تا هشت میلیون نفر در ایران به دیابت و بین چهار تا شش میلیون نفر دیگر به پیش‌دیابت مبتلا هستند و پیش‌بینی‌ها حاکی از افزایش این آمار تا ۱۰ تا ۱۲ میلیون نفر تا سال ۲۰۳۰ است. با توجه به رشد روزافزون جمعیت دیابتی‌ها، دسترسی به داروهای حیاتی برای کنترل بیماری و پیشگیری از عوارض جدی، به یکی از اولویت‌های نظام سلامت تبدیل شده است. پژوهش‌ها و پیمایش‌های ملی مانند مطالعه «استپس» نشان می‌دهد که حدود ۱۴ درصد از جمعیت بالای ۲۵ سال کشور به دیابت مبتلا هستند و حدود ۱۳ درصد نیز در مرحله پیش‌دیابت قرار دارند؛ آماری که ضرورت اتخاذ سیاست‌های حمایتی و پایداری در دسترسی به دارو را برجسته می‌کند.

رنج مداوم بیماران دیابتی

آمارها نشان می‌دهد میلیون‌ها نفر در کشور با دیابت یا پیش‌دیابت دست‌وپنجه نرم می‌کنند؛ اما این اعداد زمانی ملموس می‌شوند که زندگی روزمره بیماران را دنبال کنیم. یگانه، زن جوانی است که سال‌هاست با دیابت نوع یک زندگی می‌کند؛ بیماری‌ای که بدن در آن دیگر توانایی تولید انسولین ندارد و حیات بیمار وابسته به تزریق روزانه این داروست. او سال‌هاست، هر بار برای تهیه انسولین، اضطراب تکرارشونده‌ای را تجربه می‌کند؛ اضطرابی که از زمان خروج آمریکا از برجام و بازگشت تحریم‌ها شدت گرفته و به گفته او: «دیگر هیچ‌وقت فروکش نکرده است». پیداکردن انسولین برای یگانه کاری ساده و روزمره نیست. او به «شرق» می‌گوید که هر ماه که زمان خرید دارو فرا می‌رسد، اضطراب سراپایش را می‌گیرد؛ نمی‌داند این‌بار در کدام داروخانه می‌تواند انسولین‌هایش را بیابد. او از دو نوع انسولین استفاده می‌کند؛ یکی «نوویپد» برای اثر سریع و دیگری «توجئو» که اثر طولانی‌مدت دارد. اما یافتن هر دو نوع در یک داروخانه، تقریبا ناممکن است. برای همین، هر بار باید در سامانه دارویاب جست‌وجو کند، با داروخانه‌ها تماس بگیرد تا مطمئن شود موجودی دارند و سپس مسیرهای طولانی را طی کند تا شاید در گوشه‌ای از شهر دارویش را پیدا کند. داروخانه‌های مرکز شهر معمولا پاسخ منفی می‌دهند. گاهی ناچار است تا شرق تهران، اوپال یا حتی شهرری برود تا دارویی را که نیاز دارد، بیابد. او می‌گوید «لانتوس»، یکی از انواع انسولینی که پیش‌تر مصرف می‌کرد، چنان کمیاب شد که پزشکش ناچار شد درمان او را به «توجئو» تغییر دهد؛ نه به دلیل انتخاب علمی، بلکه صرفا برای در دسترس بودن. یگانه می‌گوید هیچ‌گاه اجازه نداده انسولینش تمام شود، چون می‌داند حتی چند روز بدون تزریق دارو، به معنی رفتن به کماست. برای همین دو یا سه روز مانده به پایان دارویش، جست‌وجو را آغاز می‌کند تا مبادا دچار کمبود شود. اما این جست‌وجو همیشه با شرمندگی داروخانه‌دارها همراه است: «خیلی وقت‌ها وقتی تماس می‌گیرم و می‌گویند نداریم، از صدایشان پیداست که خودشان هم ناراحت‌اند. می‌گویند شرمنده‌ایم، نداریم، ببخشید. انگار درد ما را می‌فهمند ولی کاری از دستشان برنمی‌آید». او هرگز از بازار آزاد خرید نکرده، هرچند در دوره‌ای کوتاه یکی از اقوامش مجبور شد دارو را آزاد تهیه کند. در برخی داروخانه‌ها نیز فروش «آزاد» پیشنهاد شده، اما یگانه آن را نپذیرفته است. تفاوت قیمت‌ها چشمگیر است؛ هر قلم انسولین در حالت آزاد حدود ۱۵۰ تا ۲۴۰ هزار تومان است، درحالی‌که در نسخه بیمه‌ای، هزینه نهایی برای او حدود ۸۰ هزار تومان تمام می‌شود. همین اختلاف باعث می‌شود بیماران دیابتی که باید ماهانه چند قلم دارو تهیه کنند، فشار مالی شدیدی را متحمل شوند.

اضطراب همیشگی در سایه کمبود دارو

یگانه در هر ماه برای خرید انسولین‌هایش حدود ۸۰ هزار تومان می‌پردازد، اما هزینه نوار تست قند خون که باید به صورت روزانه استفاده کند، به بیش از ۳۵۰ هزار تومان رسیده است. او می‌گوید شاید در ظاهر این هزینه‌ها به اندازه بیماران سرطانی یا مبتلایان به بیماری‌های خاص «فجیع» نباشد، اما اگر مجبور شود همه اقلام انسولین را به‌صورت آزاد تهیه کند، مبلغ پرداختی به دو میلیون تومان در ماه می‌رسد؛ عددی که برای بسیاری از بیماران، غیرقابل تأمین است. او از استرسی می‌گوید که هر ماه با تجدید نسخه‌اش سراغش می‌آید؛ اضطرابی که به‌معنای واقعی کلمه، بدنش را می‌لرزاند. وقتی بالاخره موفق می‌شود دارو را تهیه کند، تازه متوجه می‌شود که از شدت فشار عصبی، بدنش منقبض شده و تمام عضلاتش درد می‌گیرد. می‌گوید «خستگی» حالا بخش همیشگی زندگی‌اش شده است؛ خستگی از بیماری، از بی‌ثباتی بازار دارو و از اضطرابی که هرگز پایان نمی‌گیرد. کمبود نوار تست قند، معضل دیگری است که زندگی روزمره او را مختل کرده است. در میان تمام داروخانه‌های اطراف خانه‌اش، فقط یکی از آنها نوار سازگار با دستگاه او را دارد؛ هر برند دستگاه، نوار مخصوص خود را می‌خواهد و نبود آن عملا دستگاه را بلااستفاده می‌کند. همین مسئله باعث می‌شود او با هر بار تمام‌شدن نوار، دچار اضطراب تازه‌ای شود. تأثیر بحران کمبود دارو فقط بر خودش نیست، خانواده‌اش نیز درگیر این اضطراب دائمی‌اند. برای یگانه این وضعیت چیزی فراتر از دشواری جسمی است؛ نوعی فرسودگی روانی و بی‌اعتمادی به نظام تأمین دارو که به گفته او «انصاف نیست». از نگاه او، مشکل اصلی در درک‌نشدن رنج بیماران است: «کسانی که مسئول‌اند، چون خودشان هیچ‌وقت این اضطراب را تجربه نکرده‌اند، نمی‌دانند ما چه می‌کشیم. آنها همیشه راهی برای تهیه دارو دارند، پس کمبود را احساس نمی‌کنند». او هنوز نسبت به استفاده از انسولین‌های ایرانی تردید دارد. بسیاری از بیماران، به گفته او، پس از تزریق انواع داخلی دچار افت شدید قند و بیهوشی شده‌اند. برای همین، حتی با دشواری فراوان، همچنان به دنبال یافتن انسولین خارجی است؛ ریسکی که به قیمت صرف زمان، انرژی و اضطراب، اما با اطمینان از سلامت خودش، آن را به جان می‌خرد.

مبارزه با سودجویی

یگانه خاطره‌ای از یکی از شب‌هایی دارد که برای پیداکردن انسولین راهی داروخانه‌ای در نقطه‌ای دور از محل کارش شد؛ تجربه‌ای که به گفته او «نمونه‌ای از بی‌نظمی و سودجویی در بازار دارو» است. او می‌گوید از طریق سامانه «دارویاب» داروخانه‌ای را در حوالی اتوبان جلال آل‌احمد پیدا کرده بود که اعلام کرده بود انسولین مورد نیازش را دارد: «زنگ زدم و گفتند موجود است. محل کارم ونک بود، اما شب رفتم تا دارو را تهیه کنم. تا رسیدم گفتند که انسولین فقط به صورت آزاد فروخته می‌شود چون بارکد دارو مشکل دارد و سیستم نمی‌تواند تأیید بیمه را بگیرد». یگانه از شنیدن این پاسخ شوکه شده است: «گفتم چرا پشت تلفن نگفتید؟ گفتند یادشان رفته. اما من مطمئن بودم بهانه است تا دارو را آزاد بفروشند». او می‌گوید صبح روز بعد با سامانه ۱۹۰ وزارت بهداشت تماس گرفته و موضوع را گزارش داده، اما هرگز از نتیجه پیگیری اطلاعی پیدا نکرده است. او می‌گوید این فقط یکی از ده‌ها تجربه‌ای است که بیماران دیابتی در مسیر تهیه انسولین با آن روبه‌رو می‌شوند: «ما بیماریم، اما باید با سیستم معیوب، بی‌نظمی، کمبود و گاهی سودجویی هم بجنگیم». او تأکید می‌کند که این وضعیت برای بیماران خارج از تهران به‌مراتب دشوارتر است: «من در پایتختم و این‌همه سختی متحمل می‌شوم. آنهایی که در سیستان‌وبلوچستان یا شهرهای کوچک‌ترند چطور باید انسولین پیدا کنند؟ خیلی از داروخانه‌های شهرستان‌ها اصلا انسولین ندارند و بیمار باید صدها کیلومتر برود به مرکز استان».

تولیدکنندگان داخلی، به ویژه در حوزه انسولین، قادر به ارائه قیمت رقابتی با نمونه‌های خارجی نیستند و این شرایط باعث می‌شود بیمار مجبور به انتخاب داروی خارجی شود. چنین سیاست‌هایی بیماران را در موقعیتی دشوار قرار داده و داروخانه‌ها در خط مقدم مواجهه با انتقادات و فشار بیماران قرار می‌گیرند.

حذف ارز ترجیحی انسولین

مشکل دسترسی به دارو و نوسانات قیمت، کارشناسان و پزشکان حوزه دیابت را نیز نگران کرده است. سعید کلباسی، رئیس هیئت‌مدیره انجمن دیابت ایران، درباره پیامدهای حذف ارز ترجیحی انسولین هشدار می‌دهد. او با اشاره به حذف ارز ترجیحی برای واردات انسولین رایزودگ، تنها انسولین ترکیبی تولید داخل با فرمول جهانی، هشدار داده است که این تصمیم می‌تواند پیامدهای جبران‌ناپذیری برای بیماران دیابتی به همراه داشته باشد. او گفته که با حذف ارز ترجیحی، قیمت این دارو به ۷۰۰ تا ۸۰۰ هزار تومان افزایش خواهد یافت و بسیاری از بیماران قادر به تهیه آن نخواهند بود. این امر می‌تواند منجر به بازگشت به دوران استفاده از انسولین‌های قدیمی‌تر با تزریق‌های متعدد روزانه، افزایش خطر افت قند خون، کاهش کیفیت زندگی و بروز عوارض بلندمدت مانند مشکلات کلیوی، چشمی و عصبی شود.

انسولین هست، اما نه همیشه

امیر زند از بیماران دیابتی نوع یک است که به «شرق» می‌گوید در مقایسه با بسیاری از بیماران دیگر، برای تهیه انسولین کمتر با مشکل مواجه می‌شود؛ هرچند این «کم‌مشکل‌بودن» را حاصل تصمیمی ناگزیر می‌داند. او برای پرهیز از نوسان در دسترسی، به‌جای استفاده از برندهای خارجی، سراغ انسولین آسپارت ایرانی رفته است: «حدود سه، چهار ماه پیش فقط برای مدت کوتاهی انسولین پیدا نمی‌کردم، آن‌هم زمانی که حتی نوع ایرانی آن هم کمیاب شده بود. در مجموع اما چون از آسپارت ایرانی استفاده می‌کنم، کمتر دچار مشکل می‌شوم. انسولین‌های خارجی تقریبا نایاب‌اند، اما نوع ایرانی‌اش راحت‌تر پیدا می‌شود». او توضیح می‌دهد که بر اساس نسخه پزشک، بیمه ماهانه پنج قلم انسولین برایش مجاز شمرده است و همین مقدار، حداقل نیاز بدن او به شمار می‌رود: «اگر نسخه‌ام کامل تأمین نشود، تا آخر ماه انسولین کم می‌آورم. به همین دلیل ناچارم فقط داروخانه ۱۳ آبان دارو بگیرم». در مورد پوشش بیمه‌ای، امیر می‌گوید بخش عمده هزینه انسولین را صندوق بیماری‌های خاص و صعب‌العلاج پرداخت می‌کند، اما این حمایت در ماه‌های اخیر کاهش یافته است: «قبلا مثلا ۳۰ هزار تومان پرداخت می‌کردم، اما حالا برای همان دارو باید ۷۰۰ تا ۸۰۰ هزار تومان هزینه کنم. سهم بیمه کم شده، ولی هنوز شاید حدود ۸۰ درصد هزینه انسولین را پوشش می‌دهند». با این حال، او تأکید می‌کند که این حمایت فقط شامل انسولین می‌شود و تجهیزات جانبی، که به اندازه خود دارو برای بیماران حیاتی است، کاملا آزاد تهیه می‌شود: «سرنگ، سرِ سوزن و نوار تست هیچ‌کدام تحت پوشش نیستند. در حالی‌که شورای‌عالی بیمه مصوب کرده بخشی از هزینه نوار تست پرداخت شود، اما شرایطی گذاشته‌اند که عملا شدنی نیست. سنسور پایش قند هم فقط برای زیر ۱۶ سال‌ها به صورت اسمی بیمه است و آن‌هم هنوز اجرائی نشده است». او هزینه ماهانه صرف‌شده برای دیابت خود را با وجود بیمه تأمین اجتماعی و تکمیلی حدود دو تا سه میلیون تومان برآورد می‌کند: «این در حالی است که از ارزان‌ترین نوار تست استفاده می‌کنم، سنسور ندارم و فقط حداقل تجهیزات را می‌خرم. این حداقلِ ممکن برای زنده‌ماندن با دیابت است».

خستگی و ناامیدی در سایه کمبود دارو

او توضیح می‌دهد که گاهی این وضعیت به خستگی روانی و احساس ناامیدی شدید می‌انجامد و نگاه خود به واکنش مسئولان درباره بیماران دیابتی را تشریح می‌کند: «مسئولان صدای بیماران را می‌شنوند و از نیازهای ما اطلاع دارند، اما برای‌شان اهمیت ندارد». امیر زند نمونه‌ای از این ناکارآمدی را در زمینه بیمه تجهیزات دیابتی توضیح می‌دهد: «پس از سال‌ها تلاش، تصویب شد که نوار تست بیمه شود، اما بازپرداخت مشروط به آموزش شد و وزارت بهداشت هیچ سازوکاری برای آموزش ارائه نکرده است. حتی حداکثر بازپرداخت نوار تست برای بیمار دیابتی حدود ۱۵۰ هزار تومان است، درحالی‌که هر بسته نوار حداقل ۲۵۰ هزار تومان هزینه دارد. سنسور پایش قند هم بخشی از هزینه‌اش پوشش داده می‌شود، اما دریافت بازپرداخت به قدری کُند و ناقص است که تفاوتی با دریافت‌نکردن ندارد». او درباره انتخاب نوع خاصی از انسولین توضیح می‌دهد: «انسولین رپیدسولین ایرانی، جایگزینی مناسب برای انسولین نوپید است. هرچند شبیه اثر و دوز مصرفی آن متفاوت است، اما با کسب تجربه و تنظیم دقیق، می‌توان قند خون را کنترل کرد. در مقابل، انسولین پایه مانند بازالین که جایگزین ایرانی ندارد، اثر کوتاه‌مدت و ناپایدار دارد و کنترل قند با آن دشوار است. انسولین توژو نیز مشابه ایرانی ندارد و به‌همین‌دلیل نمی‌توان آن را جایگزین کرد». امیر زند اشاره می‌کند که تجربه طولانی او در مدیریت دیابت باعث شده توانایی تطبیق با انسولین‌های متفاوت را داشته باشد، درحالی‌که بیماران تازه‌کار ممکن است با این جایگزینی‌ها مشکل داشته باشند. به گفته او صدای بیماران دیابتی به مسئولان رسیده، اما یا اراده‌ای برای حل مشکلات وجود ندارد یا افراد فاقد تخصص لازم مسئول رسیدگی هستند: «انتظار غیرمنطقی از دولت برای تأمین تمام داروها و تجهیزات از بودجه عمومی ندارم، اما می‌توان با الگوبرداری از سازوکارهای بیمه‌ای کشورهای دیگر، فشار مالی بر بیماران کاهش یابد و خدمات بهتر ارائه شود».

مسئولیت پزشکان

پزشکان و داروسازان نیز با استناد به تجربه بیماران، ضرورت اقدامات حمایتی را یادآوری می‌کنند. این مشکلات، واکنش انجمن دیابت و پزشکان متخصص را نیز به دنبال داشته است. اسدالله رجب، بنیان‌گذار و عضو هیئت‌مدیره انجمن دیابت ایران، در گفت‌وگو با «شرق» وضعیت تأمین انسولین در کشور و چالش‌های بیماران دیابتی را تشریح می‌کند. او با اشاره به تجربه نزدیک به چهار دهه فعالیت در این حوزه، کمبود انسولین را مسئله‌ای همیشگی می‌داند که مدیریت مناسبی برای کاهش اثرات آن بر بیماران اتخاذ نشده بود. او تأکید می‌کند که وظیفه پزشکان، آموزش بیماران در مواجهه با جایگزینی دارو و اطمینان‌بخشی به آنهاست تا آرامش لازم برای ادامه درمان فراهم شود. او همچنین نگرش منفی درباره انسولین تولید داخلی را رد کرده و توضیح می‌دهد که همه داروهای مجوزدار استانداردهای لازم را دارند و بیمارانی که از انسولین ایرانی استفاده می‌کنند، با پایش مناسب و آموزش صحیح، می‌توانند درمان مؤثر دریافت کنند. او اضافه می‌کند که تغییر انسولین نیازمند دوره‌ای کوتاه برای سنجش حساسیت بدن بیمار به داروی جدید است و این فرایند یک تا دو هفته طول می‌کشد. او بر ضرورت ذخیره حداقل دو تا سه ماه داروی انسولین برای بیماران دیابتی تأکید می‌کند و با یادآوری تجربه همکاری با سازمان‌های بیمه‌ای و دفتر ریاست‌جمهوری در بیش از یک دهه گذشته، توضیح می‌دهد که برای حل این مشکل، سیاست توزیع دارو به گونه‌ای طراحی شده بود که بیماران بتوانند داروی مورد نیاز خود را برای حداقل دو تا سه ماه در منزل داشته باشند. او همچنین بر نقش پزشکان در حمایت از بیماران تأکید دارد: «تغییر دارو می‌تواند اضطراب و استرس ایجاد کند، اما وظیفه پزشک است که بیماران را آموزش دهد و آرامش لازم را به آنان بدهد». به گفته رجب، پاسخ‌های غیرحرفه‌ای یا برخورد سرد پزشکان با کمبود دارو، وضعیت بیماران را پیچیده‌تر می‌کند و لازم است اطلاع‌رسانی و هدایت صحیح برای بیماران انجام شود تا درمان آنها به طور مستمر و ایمن ادامه یابد.

محدودیت‌های بازار

محمود هادی‌پور، داروساز و داروخانه‌دار، در گفت‌وگو با «شرق» وضعیت دسترسی بیماران دیابتی به داروهای حیاتی در داروخانه‌ها را تشریح و به محدودیت‌های موجود در بازار دارویی ایران انتقاد می‌کند. او با اشاره به نقش نظام توزیع و مدیریت در این حوزه، توضیح می‌دهد که بیماران اغلب با کمبود دارو مواجه می‌شوند، حتی در شرایطی که تولید داخل موجود است، اما به دلایل اثرگذاری یا عادت بیماران، این داروها استفاده نمی‌شوند. هادی‌پور با انتقاد از محدودیت‌های واردات داروهای خارجی، تأکید می‌کند که تولیدکنندگان داخلی، به‌ویژه در حوزه انسولین، قادر به ارائه قیمت رقابتی با نمونه‌های خارجی نیستند و این شرایط باعث می‌شود بیمار مجبور به انتخاب داروی خارجی شود. به گفته او، چنین سیاست‌هایی بیماران را در موقعیتی دشوار قرار داده و داروخانه‌ها در خط مقدم مواجهه با انتقادات و فشار بیماران قرار می‌گیرند.

ادامه در صفحه ۱۱

خبرهای روز

فعالیت ۴ پاتوق سالمندی در تهران

سایت شهر: مدیر کل سلامت شهرداری تهران گفت: «شهرداری تهران تاکنون چهار مرکز ویژه سالمندان راه‌اندازی کرده و دو پاتوق جدید نیز در مناطق ۱۰ و ۲۰ به‌زودی افتتاح می‌شود». حمید صاحب با اشاره به راه‌اندازی مراکز ویژه سالمندان در سطح شهر ادامه داد: «شهرداری تهران با هدف ارتقای سلامت، نشاط اجتماعی و توانمندسازی سالمندان، فضاهایی را تحت عنوان سرای زندگی (فراهنگ) در سطح شهر تهران ایجاد کرده است. این مراکز خدمات متنوع فرهنگی، ورزشی و اجتماعی به سالمندان ارائه می‌دهند». او درباره سرای زندگی در بوستان نظامی گنجوی هم توضیح داد: «در گذشته گروهی از افراد به صورت داوطلبانه در این فضا فعالیت داشتند، اما پس از برگزاری مناقصه و حضور گروه‌های متخصص‌تر، واگذاری رسمی انجام شد. با این حال فعالیت این مرکز هیچ‌گاه متوقف نشده و خدمات‌رسانی به سالمندان همچنان ادامه دارد». مدیرکل سلامت شهرداری تهران درباره خدمات ارائه‌شده در این مراکز، گفت: «در سراهای زندگی برنامه‌های متنوعی مانند کتاب‌خوانی، خاطره‌گویی، کلاس‌های اصلاح حرکتی، فعالیت‌های فرهنگی و هنری و همچنین برنامه‌های آموزشی و سلامت‌محور از جمله حضور پزشک، کنترل فشارخون و برگزاری دورهمی‌های مناسبتی اجرا می‌شود. هدف اصلی، ایجاد فضایی امن و شاد برای حضور و تعامل اجتماعی سالمندان است تا از انزوا خارج شوند و احساس تعلق اجتماعی بیشتری داشته باشند».

بر اساس اعلام او، تاکنون سراهای زندگی در بوستان نظامی گنجوی، بوستان اوستا (منطقه ۱۱)، بوستان گلریز (منطقه ۲۱) و بوستانی در منطقه یک ایجاد شده است. همچنین راه‌اندازی دو سرای زندگی جدید در مناطق ۱۰ و ۲۰ در دستور کار قرار دارد. او این را هم افزود: «بزرگ‌ترین چالش ما تأمین فضای مناسب برای فعالیت‌های حوزه سالمندی در سطح مناطق است. با این حال، با همکاری شهرداران مناطق و پیگیری‌های متعدد، توانسته‌ایم مکان‌هایی برای توسعه این طرح اختصاص دهیم».

ممنوعیت مصرف خودسرانه امپرازول و پنتوپرازول

دو داروی پرمصرف امپرازول و پنتوپرازول که برای کاهش اسید معده و درمان مشکلاتی مانند رفلاکس و زخم معده تجویز می‌شوند، باید فقط زیر نظر پزشک مصرف شوند؛ چراکه مصرف خودسرانه یا طولانی‌مدت آنها می‌تواند عوارض قابل توجهی به همراه داشته باشد. سمیراسادات ابوالمعالی، عضو هیئت‌علمی دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی شیراز، گفت: «امپرازول و پنتوپرازول از داروهای مهارکننده پمپ پروتون هستند که با کاهش ترشح اسید معده، به درمان بیماری‌هایی مانند رفلاکس معده به مری، زخم‌های معده و اثنی‌عشر، عفونت هلیکوباکتر پیلوری (در کنار آنتی‌بیوتیک‌ها)، سندرم زولینگر-الیسون و پیشگیری از زخم معده ناشی از مصرف طولانی‌مدت مسکن‌هایی مثل ایبوپروفن و آسپرین کمک می‌کنند». او افزود: «تأثیر این داروها معمولا پس از چند روز مصرف مشخص می‌شود و برای دستیابی به نتیجه مطلوب باید به‌صورت منظم و در زمان مقرر مصرف شوند». ابوالمعالی با بیان اینکه پنتوپرازول معمولا برای سالمندان و افرادی که هم‌زمان چند دارو مصرف می‌کنند، گزینه ایمن‌تری است، گفت: «امپرازول ممکن است اثر داروی قلبی کلوپیدوگرل (پلاویکس) را کاهش دهد؛ بنابراین انتخاب بین این دو دارو باید حتما با نظر پزشک انجام شود».

این عضو هیئت‌علمی دانشگاه علوم پزشکی شیراز در مورد نحوه مصرف درست این داروها توضیح داد: «بهترین زمان مصرف امپرازول و پنتوپرازول، ۳۰ تا ۶۰ دقیقه پیش از صبحانه است و در برخی موارد با نظر پزشک تا دو بار در روز (صبح و شب) تجویز می‌شود؛ قرص باید به طور کامل بلعیده شود؛ از خردکردن یا جویدن آن خودداری کنید».