

## یادداشت

## آتش؛ خادم خوب زمستان و ارباب بد تابستان

**ابراهیم احمدیان**

هنوز اردیبهشت به پایان نرسیده که آتش به مراتب و جنگل‌ها افتاده است، یکی از اولین‌ها را خود در منطقه مرزی قصر شیرین در نیمه دوم اردیبهشت شاهد بودم. با وجود تلاش مأموران اطفای حریق، آتش تا جایی که خواست سوزاند و از بر بین کرد. غالباً آتش تا آنجا که به نقطه‌ای برسد که دیگر خود نتواند پیش برود، می‌سوزاند و تأثیر مأموران اطفای حریق ناچیز است. ناگامی در خاموش‌کردن آتش، به فقر نیروی انسانی و تجهیزات و از آن مهم‌تر، ویژگی‌های طبیعی منطقه درگیر بازمی‌گردد؛ وجود موانع طبیعی مثل سنگ و تپه و پستی و بلندی نمی‌گذارد خودروی حامل آب به آتش برسد و حتی جابه‌جایی برای افراد پیاده هم بسیار کند و سخت است، درحالی‌که آتش و باد بسیار سریع است. از جوانب و نقاط بی شمار عمل می‌کنند. حتی وقتی گمان می‌بریم آتش‌سوزی پایان یافته، ساعاتی بعد آتشی از زیر خاکستر سر برمی‌آورد. کورکردن کامل آتش ممکن نیست و بسیار رخ داده که آتشی که خاموش شده باز درگفته است. هجوم انگشت‌شمار مأموران با کیسه‌های آب بر پشت بیشتر شبیه یک شوخی با آتش‌های مهیب طبیعت است. مأموران اگر بر اثر پیاده‌روی طولانی و کوهپیمایی در گرما و تلبه‌نزدن سخت و جانک‌آب‌پاش خسته و درمانده نشوند (که می‌شوند) تنها می‌توانند زیر پنج درصد مؤثر باشند. استفاده مؤثر از بالگرد اطفای حریق نیز فعلاً برای کشور ما مقدور نیست.
بیشترین استفاده‌های که تاکنون از بالگرد شده است، انتقال نیروی انسانی اطفا‌ی حریق به مناطق صعب‌العبور بوده نه آب‌پاشی هوایی روی آتش. وانگهی سازمان‌های مسئول در جنگل و مرتع و حتی وحش، بالگرد ندارند و باید اجاره کنند و بودجه‌ای برای این کار نیست. راه چاره چیست؟ یک راه وجود دارد: نگذاریم آتش روشن شود یا اگر روشن شد، نتواند پیش برود. برای رسیدن به این هدف لازم است در طول سال به‌ویژه در ماه‌های اسفند، فروردین و اردیبهشت کارهایی انجام شود. یکی از کارها، ایجاد خط ضد آتش است. غالب مناطق مستعد آتش‌سوزی شناخته‌شده و مشخص‌اند. در بخشی مهم از جنگل‌های کشور، عملاً دست‌کم در بسیاری از نقاط جنگل‌های زاگرس، آتش از طریق علفویه و گیاه قابل اشتعال کف زمین پیش می‌رود و از این درخت به آن درخت می‌رسد. یک راه محرب و مؤثر این است که در فضلی که گیاه روینده و در حال خشک‌شدن است، با وسیله‌ای همچون لودر یا حتی گاواهن تراکتور خط ضد آتش ایجاد شود؛ یعنی با لایه‌برداری با لودر یا شخم‌زدن یا تراکتور خطی بدون گیاه ایجاد شود و مناطق را هم جدا شوند تا در صورت وقوع آتش‌سوزی، همه مرتع مسوزد یا در این نقاط قابل کنترل و خاموش‌کردن باشند. سال گذشته اداره محیط زیست قصر شیرین در پناهگاه حیات وحش قراویز چنین کرد و در جلوگیری از آتش‌گرفتن مرتع آهوها بسیار مؤثر بود.
برای انجام‌دادن چنین طرح‌هایی نیروی انسانی، بودجه و تجهیزات لازم و ضروری است که در هر اداره مسئول واحدی در تمام سال آماده‌ی روشن‌شدن آتش باشد. تجربه نشان داده که وجود دستگاه راه‌اسازی ادارات ضروری است و نمی‌توان چندان روی اجاره دستگاه حساب باز کرد. ولی تقریباً هیچ اداره محیط زیست یا منابع طبیعی‌ای چنین وسایلی ندارد. در بسیاری از کشورها در تمام سال برای چند ماه گرم تابستان کسب آمادگی می‌کنند نه اینکه بعد از روشن‌شدن آتش بر چند محیط‌بان و نیروی مردمی و تعدادی کیسه آب بر پشت به جنگ آتش‌های مهیب بروند. در کشور پرتغال، گروه‌های اطفای حریق در زمستان بیشتر فعال‌اند و حتی به‌صورت کنترل‌شده، برخی مراتع را می‌سوزاند و درخت قطع می‌کنند تا آتش در تابستان نتواند پیش برود. یک روشیایی وجود آتش‌های حریق در پرتغال می‌گوید: «آتش در سرما خادم خوبی است اما وقت تابستان ارباب بدی می‌شود؛ بنابراین ما باید آن را در زمستان هوشمندانه به کار بگیریم.»

## ادامه از صفحه ۴

## غننامه فرود (۵)

در این هنگام توس همراه با گودرز و گیو وارد دژ شدند و چون به بالین فرود آمدند و مادر را دیدند که این‌گونه زار زشته شده و بهرام را دیدند که با دیده‌ای پراشک از سر پیکر آن مادر و فرزند نشسته است و در کنار او زنگه شاوران مویه می‌کند و فرود را پهلوانی دید که چون درختی تاور بر زمین افتاده است و چهره چون ماه او را بدید که چهره سیاوش در برابر نگاهش تازه شد، از اندوه فرود برده شد و بر او زار بگریست و شگفت‌زده بدید که گودرز و گیو از این کشتار تا چه حد غمین و پشیمان‌اند. و دگروار اطفای حریق در پرتغال می‌گوید: می‌گشاید که شتاب‌بوزرین و خشم‌آوردن، پشیمانی به بار آورد و گودرز و سرزنش و گواژه به توس و گیو گفت: «فرمانده سپاه شایسته نیست که خشم گیرد و تندی کند، با این زودخشمی، جوانی برومند از خاندان کینایی این چنین به خاک‌وخون کشیدید و زرسب و ریو را نیز از دست بدادید.» توس چون این تلخگامی‌ها را بدید، فرمان داد تا دخمه‌ای شامخور بیاراستند و آن را با گل و مشک و کافور بیاغشتند و مادر و فرزند را در آن دخمه به جای نهادند. چنین گفت گودرز با توس و گیو، همان نامداران و گردان نیوا که تندی نه کار سپهبد بود، سپهبد که تندی کند بد بود؛ هنر بی‌خرد در دل مرد تند/ چو تیغی که سرد ز زنگار کند

مرضیه نوری: حدود یک ماه پیش در محله نعمت‌آباد تهران، دو معتاد بی‌خانمان در برخورد با قطار دچار حادثه شدند؛ یکی شان پایش را از دست داد و دیگری در زیر قطار ای شد و مرد. این اولین بار نیست که چنین حوادثی رخ می‌دهد و قطعاً آخرینش هم نخواهد بود. معتادان بی‌خانمانی هستند که در زیر زمین و کانال‌های فاضلاب‌ها، بیابان‌های اطراف شهر و حاشیه بزرگراه‌ها زندگی می‌کنند؛ آن‌هم در شرایط بسیار بد و خطرناک. هر لحظه ممکن است هرکدام به دلیلی بمیرند؛ به‌خاطر آلودوز، بیماری و نبود بهداشت، حوادثی مانند تصادف یا هر چیز دیگری. خبر خیلی از این مرگ‌ها هیچ‌وقت رسانه‌ای نمی‌شود و به گوش ما نمی‌رسد. این معتادان همان‌هایی هستند که از فضاهای شهری رانده شده‌اند و به حاشیه شهرها یا مکان‌های دور از دسترس پناه برده‌اند تا از طرح‌های جمع‌آوری معتادان متجاهر و محکوم‌شدن به درمان اجباری فرار کنند. این انسان‌های بی‌دفاع کف هرم جامعه در میانه شهرها جایی ندارند و نابودی سرنوشت محکوم آنهاست، اگر بی‌توجهی و مقابله با برنامه‌های «کاهش آسیب» ادامه پیدا کند.

حدود یک هفته پیش حسین رحیمی، فرمانده انتظامی تهران، در حاشیه‌ی اجباری «طرح ظرف» برای چندمین بار از وجود مراکز کاهش آسیب در شهرها گلایه کرد: «چرا سه سال و نیم است که فریاد می‌زنیم ۱۲ مرکز کاهش آسیب و متادون درمانی و گرمخانه در محله شوش، مولوی و هرندی داریم؛ مراکز دیگری که در کنار خانه‌های مردم ساخته شده است و روزانه بالغ بر چهار هزار نفر به این مراکز مراجعه می‌کنند، باید این مراکز از محل زندگی مردم جمع‌آوری شود؛ اما کسسی اعتنایی نمی‌کند و جای تأسف دارد که تاکنون کاری در این زمینه صورت نگرفته است. این مراکز باید به خارج از شهر منتقل شود». شهرام شیرازی، مدیرانگر اعتبار و فعال حوزه کاهش آسیب، در گفت‌وگو با «شرق» توضیح می‌دهد که برنامه‌های کاهش آسیب چیست و چرا مراکز کاهش آسیب نباید به خارج از شهرها منتقل شود.

**کاهش برنامه‌های «کاهش آسیب» چیست و قرار است چه کاری انجام دهند؟**

برنامه‌های کاهش آسیب، خدماتی را در خود جا داده است که احتمال خطر برای فرد مصرف‌کننده مواد، خانواده او و جامعه به حداقل ممکن برسد؛ برای مثال از گسترش

ویروس HIV و بیماری ایدز، هپاتیت و مشکلاتی که پس از این بیماری‌ها ممکن است به وجود بیاید، پیشگیری شود و اوردوز را در بیماران تا حد ممکن کاهش دهد. کاهش آسیب، پلی بین پاتوق مصرف‌کننده‌ای که رفتار پرخطر دارد و سیستم بهداشتی- درمانی است. کاهش آسیب تنها یک برنامه بهداشتی- درمانی نیست بلکه یک نگاه اجتماعی به مسئله اعتیاد است. کاهش آسیب، یک فلسفه زندگی است و به کرامت انسانی، بسیار احترام می‌گذارد. اگر یک مصرف‌کننده مواد از چرخه مصرف خارج شود، ایدئال است. اما مبنای برنامه‌های کاهش آسیب بر این اصل استوار است که باید بپذیریم بخشی از معتادان هرگز از چرخه مصرف خارج نمی‌شوند و باید به آنها خدمات‌رسانی شود.

**ک اولین مرکز کاهش آسیب چه زمانی در کشور راه‌اندازی شد؟**

اولین مرکز کاهش آسیب در کشور حدود سال ۱۳۸۲ یعنی ۱۸ سال پیش راه‌اندازی شد و بعد از آن سازمان‌های غیردولتی هم پای کار آمدند

و این مراکز گسترش پیدا کرد؛ البته در آن زمان سیاست‌گذاران وقت دستگاه‌های مرتبط یعنی ستاد مبارزه با مواد مخدر، وزارت بهداشت، مجمع تشخیص مصلحت نظام و سازمان بهزیستی با برنامه‌های کاهش آسیب همراه بودند و حمایت آنها از این برنامه‌ها باعث شد اصطلاح کاهش آسیب در کنار درمان در قانون

## جامعه

تلاش‌ها برای تعطیلی مراکز کاهش شهرها ادامه دارد

# از ترک اعتیاد اجباری تا اخراج از شهر



عکس: مهرازان رضایی، فارس

است. به نظر شما درمان اجباری جقدر اثربخشی دارد و چه زمانی مصرف‌کننده مواد کاندیدای درمان اجباری است؟

درمان اجباری در کشور از ابتدای انقلاب به اشکال مختلفی وجود داشته است؛ گاهی با زندانی‌کردن معتادان، راه‌اندازی اردوگاه‌های کار اجباری ازجمله شورآباد و حتی تبعید تعدادی از معتادان به جزیره فارور و حالا هم که مراکز ماده ۱۶ یا تبصره دو ماده ۱۶ جایگزین شیوه‌های قبلی شده است. رضایت بیمار مصرف‌کننده مواد به درمان بسیار مهم است و نقش اصلی را در میزان اثربخشی درمان و ماندگاری بیمار در پاک‌ی بازی می‌کند. یعنی باید به شیوه‌های مختلف تلاش کرد بیمار خودش تمایل به ترک پیدا کند. البته این قانون یک استثنا دارد؛ زمانی که بیمار مرتکب خشونت‌ی شود به طوری که سلامت خود یا دیگری را به خطر بیندازد. در این صورت می‌توانیم بگوییم که این فرد در شرایط پیشرفته بیماری است و احتمالاً به‌جز بیماری اعتیاد، اختلالات روان‌پزشکی دیگری هم دارد و نیازمند خدمات اوزرناسی درمان است. فقط در چنین حالتی می‌توان گفت که درمان اجباری لازم است. برای همین سیستم جمع‌آوری معتادان از خیابان‌های شیوه‌های که برای درمان اجباری می‌شوند و نمی‌توانیم بگوییم که این افراد مرتکب خشونت‌ی شده‌اند. ضمن اینکه فردی که کاندیدای درمان اجباری است، کسی است که بیش از هر چیز به مداخلات روان‌پزشکی نیاز دارد. نگهداری این بیماران با شیوه کنونی در مراکز ماده ۱۶ این بیماران را درمان نمی‌کند، فقط مدتی از جامعه دور نگه می‌دارد.

**نتیجه‌گیری من از صحبت‌های شما این است که بسیاری از معتادانی‌که در مراکز درمان اجباری نگهداری می‌شوند، در واقع مخاطبان برنامه کاهش آسیب هستند.**

اگر دقیق‌تر بخواهم بگویم بخشی از این مددجویان مخاطب انواع برنامه‌های درمان اختیاری مانند کمپ‌های ماده ۱۵، مراکز درمان سرپایی اعتیاد و… هستند. تعدادی از این مددجویان هم که مبتلایی به درمان ندارند که اتفاقاً تعدادشان هم کم نیست، گروه هدف برنامه‌های کاهش آسیب می‌شوند. برنامه‌هایی که بسیار ارزان‌قیمت است و بار مالی زیادی بر دوش دولت نمی‌گذارد، اما دولت به جای اینکه بودجه کمی خرج کند و دولت به اثربخشی بهتری برسد، پول بیشتری خرج می‌کند برای برنامه‌هایی که اثربخشی‌اش بسیار اندک است. چرا؟ چون همان‌طور که گفتید با درمان اجباری می‌توانند معتادان را به‌طور موقت از سطح شهر جمع‌آوری کرده و چهره شهر را به قول خودشان زیا کنند. اما این شیوه کاملاً غیرمنطقی است؛ چون با این راه‌حل گرفتار چرخه دستگیری و رهاکردن و دوباره دستگیرکردن معتادان شده‌اند. آنها نمی‌توانند معتادان را تا ابد در این مراکز نگه دارند و چون افرادی که در این مراکز نگهداری می‌شوند تمایلی به درمان ندارند، پس از آزادی دوباره به مصرف مواد روی می‌آورند.

**آ البته مسئولان می‌گویند برای اینکه معتادان نگهداری‌شده در مراکز درمان اجباری دوباره به چرخه اعتیاد بازنگردند راهکارهایی اندیشیده‌اند. مثلاً زمان نگهداری‌شان در مراکز ماده ۱۶ بیشتر شده و در این مدت به آنها مهارتی می‌آموزند که پس از ترخیص بتوانند شغلی برای خود دست‌وپا کنند و دوباره به دنبال مصرف مواد نروند. آیا این اقدامات می‌تواند باعث شود که میزان اثربخشی درمان اجباری افزایش پیدا کند؟**

در پاسخ به شما باید بگویم خانه از پای‌بست ویران است، خواجه در بند نقش ایوان است، همان‌طوری که گفتم رضایت به قطع مصرف

مواد نقش اصلی را در درمان اعتیاد دارد. در درمان اجباری این اصل اساسی فراموش شده و به همین دلیل هم هست که میزان موفقیت در درمان در این مراکز این‌قدر پایین است. اما مسئولان دوست دارند دلایل شکست درمان را در مسائل دیگر جست‌وجو کنند و آن را به موضوعات دیگر نسبت می‌دهند. واقعیت این است که مدل‌های درمان اجباری در دنیا امتحان شده و اثربخشی نداشته و تا حدود زیادی منسوخ شده است. اما چرا این شیوه همچنان در ایران طرفدار دارد جای سؤال است!

**آ آیا درمان اجباری مانعی برای ارائه خدمات کاهش آسیب به مصرف‌کنندگان مواد ایجاد می‌کند؟**

بله. حتما. جمع‌آوری معتادان متجاهر و درمان اجباری فعالیت‌های مراکز کاهش آسیب را با مشکل مواجه کرده است. کنشگران حوزه کاهش آسیب که در بیشتر مواقع معتادان بهبودیافته‌ای هستند که با سازمان‌های مردم‌نهاد همکاری می‌کنند، با تلاش و کوشش بسیار سعی می‌کنند اعتماد مصرف‌کنندگان مواد را جلب و به آنها خدمات‌رسانی کنند؛ این در حالی است که طرح‌های جمع‌آوری معتادان متجاهر باعث می‌شود اعتماد مصرف‌کنندگان مواد به فعالان عرصه کاهش آسیب کم‌رنگ شود. معتادان بی‌خانمان دیگر نمی‌توانند به کسی اعتماد کنند و نمی‌توانند بین کسانی که با کوله‌پشتی برای خدمات‌رسانی نزد آنها می‌روند با افرادی که قصد دستگیری آنها را دارند فرقی بگذارند. بنابراین فرایند خدمات‌رسانی دچار اختلال می‌شود. از طرف دیگر جمعیت هدف روز به روز سخت‌تر در دسترس قرار می‌گیرد و دیگر نمی‌توان به آنها خدمات ارائه کرد. اتفاق دیگری که می‌افتد، این است که معتادان از ترس دستگیری مجبور می‌شوند مدام جابه‌جا شوند و پاتوق‌های مصرف مواد از بین می‌رود و پاتوق‌های جدید شکل می‌گیرد و بیماران در سطح شهر پراکنده می‌شوند. **ک با توجه به اینکه از طرفی تحریم‌ها و ویروس کرونا وضعیت معیشتی و روانی شهروندان را بدتر کرده و از طرف دیگر قیمت مواد مخدر افزایش یافته است که می‌تواند منجر به تغییر الگوی مصرف و افزایش اعتیاد تریقی شود، برنامه‌های کاهش آسیب در شرایط فعلی چه جایگاهی باید در کشور پیدا کند؟**

وقتی قیمت مواد مخدر افزایش پیدا می‌کند و وضعیت معیشت مردم بدتر می‌شود، تغییر الگوی مصرف، افزایش رفتارهای پرخطر و خشونت امری بدیهی است. وقتی معتادی که اجبار به مصرف دارد، پول کافی برای تهیه مواد مورد نیازش نداشته باشد، یا استراتژی را می‌بیش می‌گیرد که با هزینه کمتر مواد مورد نیاز را تأمین کند یعنی به اعتیاد تریقی روی می‌آورد یا اینکه برای تأمین هزینه مواد، رفتارهای پرخطر جنسی‌اش افزایش پیدا می‌کند یا برای تهیه پول مواد سراغ دزدی، زورگیری و… می‌رود. این تصور که با افزایش قیمت مواد، معتادی که اجبار به مصرف دارد به درمان تمایل پیدا می‌کند، ساده‌انگاری است. آنچه اتفاق می‌افتد افزایش آسیب‌های اجتماعی است. در چنین شرایطی ارائه خدمات کاهش آسیب به بیماران است که می‌توانند چنین بحران‌هایی را تا حدودی کنترل کند. اما حتی در این شرایط هم در کشور ما برنامه‌های کاهش آسیب مورد بی‌مهری قرار می‌گیرد. کویا کاهش آسیب، فرزند ناخوانده سیستم شده است. درست است که به‌ظاهر، سرپرست دارد ولی اصلاً سرپرستی خوبی ندارد. کاهش آسیب، برنامه‌ای است که نزدیک به ۲۰ سال در این کشور قدمت دارد. طبق قانون باید باشد. طبق مدارک و مستندات علمی هم داخلی و هم خارجی، به پاسخ مناسب رسیده است اما درست در زمانی که باید تقویت شود تا آسیب‌ها کاهش پیدا کند، به حاشیه رانده می‌شود.

**ک با توجه به شرایط موجود اگر شما روی صندلی سیاست‌گذاری نشسته بودید، برای مدیریت بحران‌های موجود چه می‌کردید؟**

از برنامه‌های کاهش آسیب حمایت می‌کردم. سهم بودجه‌اش را افزایش می‌دادم و آن را به جایگاهی که در قانون برای آن تعیین شده است، بازمی‌گرداندم. به جای گسترش درمان اجباری و توسعه مراکز ماده ۱۶ بر اساس نیاز، مراکز کاهش آسیب را توسعه می‌دادم. به جای ترساندن مردم از معتادان بی‌خانمان، به‌گونه‌ای فرهنگ‌سازی می‌کردم که در هر محله‌ای یک مرکز کاهش آسیب راه‌اندازی شود. خیران را تشویق می‌کردم در این حوزه ورود کنند. به جای اینکه با تبلیغات مستقیم و غیرمستقیم در شهروندان این باور را ایجاد کنم که معاد برهم‌زننده نظم خانواده و جامعه است چون دزد و قاتل و محل امنیت و آرامش است، سعی می‌کردم این فرهنگ را نهادینه کنم که فرد معاد به تنهایی مقصر نیست و عوامل متعددی دست به دست هم داده‌اند تا او به این وضعیت گرفتار شود. بنابراین باید دست به دست هم بدهیم تا بتوانیم او را به زندگی بازگردانیم. اگر در یک جمله بخواهم بگویم سعی می‌کردم بین شهروندان و مصرف‌کنندگان مواد صلح و دوستی ایجاد کنم.

## دریچه

## تاوان سنگین جامعه بابت مصرف داروهای اعتیادآور داروخانه‌ای

● دبیر کانون سراسری انجمن‌های صنفی مراکز سرپایی درمان اعتیاد کشور، نسبت به ابلاغ جدید دستورالعمل مسئولان سازمان غذا و دارو برای عرضه و توزیع داروهای مخدر در سطح داروخانه‌های کشور انتقاد کرد. به گزارش کانون سراسری انجمن‌های صنفی مراکز درمان سوءمصرف مواد، علی غلامی، دبیر کانون سراسری انجمن‌های صنفی مراکز سرپایی درمان اعتیاد کشور با اشاره به تاوان سنگین جامعه بابت مصرف داروهای اعتیادآور داروخانه‌ای (ترامادول، کلونازپام، دیازپام و جدیداً زولپیدم و اسی‌کدون) و پیش‌بینی روان‌شناسان و جامعه‌شناسان به شیوع روزافزون اعتیاد داروخانه‌ای و تبدیل اعتیاد سنتنی به اعتیاد داروخانه‌ای در آینده‌های نزدیک، به مصوبه غیرکارشناسی در جلسه ۱۳۶ ستاد مبارزه با مواد مخدر که هیچ‌کس زیر بار مسئولیت تصویب آن نرفت، اشاره کرد و گفت: بعد از اعتراض شدید نهاده‌ا و سازمان‌های مختلف همچون کمیسیون بهداشت و درمان و کمیسیون اجتماعی، مرکز پژوهش‌ها و هیئت‌رئیس مجلس شورای اسلامی، سازمان بهزیستی، مرکز ملی سازمان نظام پزشکی، با دستور رئیس‌جمهور محترم، شخص وزیر کشور مسئول بازنگری در این مصوبه شدند که تا این لحظه این بازنگری انجام نشده است. وی ادامه داد: پیرو دستور ریاست‌جمهور به وزیر کشور، معاون درمان ستاد مبارزه با مواد مخدر طی نامه‌ای به معاونت غذا و دارو با اشاره به نامه رئیس‌جمهور کنفرانس‌السابق خواستار توزیع داروهای تحت کنترل توسط معاونت‌های غذا و دارو بین مراکز درمان اعتیاد شدند. به دنبال آن کمیته درمان ستاد مبارزه با مواد مخدر به‌عنوان بالاترین کمیته کارشناسی تخصصی و تصمیم‌ساز حسب قانون ممنوعیت مطلق عرضه داروهای تحت کنترل را مصوب کرد. غلامی گفت: با این حال سازمان غذا و دارو به تاریخ سی‌ام شهریور ۹۹ ضابطه عرضه و توزیع داروهای تحت کنترل را ابلاغ کرد که با اعتراض گسترده صاحب‌نظران حوزه اعتیاد مواجه شد. پس از آن مجدداً کمیته درمان ستاد مبارزه با مواد مخدر ممنوعیت مطلق عرضه داروهای تحت کنترل را مصوب کرد و معاون درمان ستاد مبارزه با مواد مخدر طی نامه‌ای به تاریخ ۱۳۹۹/۱۰/۲۴ به معاونت غذا و دارو اعلام کرد که داروهای تحت کنترل تا روشن‌شدن موضوع مثل سال‌های گذشته از طریق معاونت‌های محترم غذا و دارو عرضه و توزیع شود. اما به تاریخ سی‌ام اردیبهشت ۱۴۰۰ معاونت غذا و دارو با امضای مدیر، داروهای تحت کنترل انتخاب داروخانه‌های منتخب جهت عرضه و توزیع داروهای تحت کنترل را ابلاغ کرد؛ نامه‌ای که باعث اعتراض شدید ستاد مبارزه با مواد مخدر و صاحب‌نظران حوزه اعتیاد شد. دبیر کانون سراسری انجمن‌های صنفی مراکز سرپایی درمان اعتیاد کشور با بیان این مطلب که به نظر می‌رسد عده‌ای در آخرین لحظات حضور وزیر داروساز در رأس هرم وزارت بهداشت می‌خواهند نهایت استفاده را بکنند، گفت: هرچند این‌گونه طرح‌های غیرکارشناسی و بدون پایه علمی که بدون اجرای طرح پایلوت برای متافع عده‌ای خاص بوده، محتم به شکست است. سؤال من از مسئولان مبدع این طرح این است که آیا موقع تصویب به جوانان کشور فکر کرده‌اید؟ با توجه به کاهش رشد جمعیت در کشور، جوانان گورهان ناپایی شده‌اند که باید در ادایت پرورش پیدا کنند. آیا علاقه‌ا نیست که این همه نذکرات نهاده‌ای علمی، سیاسی و اجرایی توجه شود؟

## خبر

## سالمندانی که هنوز پیامک واکنس دریافت نکردند، چه کنند؟

● ایسنا: سخنگوی ستاد ملی مقابله با کرونا درباره تعیین تکلیف سالمندانی که برای واکنس کرونا ثبت‌نام کرده‌اند، اما پیامک نوبت‌دهی را دریافت نکرده‌اند، تمهیدات پیش‌بینی‌شده برای انتخابت پیش‌رو، ماجرای واکنس‌نیاسیون کرده‌ای صداوسیما و… توضیح داد. دکتر علیرضا رئیسی، در بخشی از نشست خبری خود در پاسخ به پرسشی درباره افراد اولویت‌دار تزریق واکنس که با وجود ثبت‌نام در سامانه هنوز پیامک دریافت نکرده‌اند، گفت: قبلاً اعلام کردیم کسانی که با آنها تماس نگرفته‌اند، بیایند و ثبت‌نام کنند. اما درحال حاضر این روش را در پیش گرفته‌ایم که همه ثبت‌نام کنند و بعد ما بر اساس ثبت‌نام به آنها نوبت‌دهی می‌کنیم. خوشبختانه از دیروز روند خیلی خوب شده و بالای ۹۰ درصد رشد داشته است. افرادی که ثبت‌نام کرده‌اند، حتماً منتظر باشند. وی افزود: کسانی که ثبت‌نام کرده‌اند و به آنها پیامک نرذه‌اند تا پایان این هفته صبر کنند که قطعاً به آنها پیامک زده می‌شود؛ زیرا بر اساس نوبت‌دهی است و اگر چنانچه به آنها پیامکی زده نشد، به‌ویژه با بالای ۷۵ سال هستند، می‌توانند روز شنبه به یکی از مراکز تشریف ببرند و واکنسشان را دریافت کنند.