

نیازی را به محروم‌ترین بخش‌های جامعه ارائه می‌دادند و از زمانی که رفتند دیگر نیستند و جای آنها خالی مانده است. مشکل این است که صدای ناب‌خوردان به کسی نمی‌رسد و نتیجه این می‌شود که مردم برای تسکین درد دندان، از روغن ترمز یا تریاک استفاده می‌کنند.» مسئله برای کاظمیان، فقر و نابرابری است: «این نشان‌دهنده مشکلی پایه‌ای است که مردم، دسترسی به خدماتی که بتوانند هزینه آن را پرداخت کنند، ندارند و ممکن است به جادو هم رویاوبزند.»

#### ▼ خدمات دندانپزشکی، زیر تیغ منافع

شاهرخ قیصری، مشاور رئیس و دبیر شورای عالی دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز، یکی از بهداشتکاران نسل اول بوده که در روستاها کار کرده است. او هم از خالی بودن مراکز بهداشتی و درمانی روستایی زیر ۱۰ هزار نفر به «هم‌میهن» خبر می‌دهد که طبق قانون بهداشتکاری دهان و دندان، بهداشتکاران موظف بودند در آن مرکز انجام وظیفه کنند و حالا دسترسی مردم به خدمات در آن مراکز کاهش پیدا کرده است: «علاوه بر اینکه بیماران ناچارند به مراکز دیگری در شهرستان‌های اطراف یا مرکز شهرستان مراجعه کنند و علاوه بر هزینه خدمات دندانپزشکی، هزینه رفت‌وآمد و غیبت از کار هم به آنها اضافه خواهد شد.» در زمان فعالیت او به‌عنوان بهداشتکار دهان و دندان در شبکه بهداشت و درمان وضعیت اقتصادی شرایط فعلی را نداشت: «به‌همین دلیل هم وجود یک بهداشتکار در سیستم درمانی، نقایضت بیشتری داشت. چون شرایط اقتصادی به‌نجوی بود که سیستم بهداشت و درمان شهرستان همه وسایل مورد نیاز یک بهداشتکار دهان و دندان را برای انجام خدمات پایه فراهم می‌کرد.» او در مقابل، فراهم‌نبودن شرایط اسکان برای برخی از بهداشتکاران روستایی که بومی نبودند را نقطه‌ضعف آن سیستم می‌داند: «بهداشتکاران در روستا کار می‌کردند و مراکز روستایی باید به‌نیازهای مردم پاسخ می‌دادند و نیازهای مردم فراتر از یک‌نفر بهداشتکار دهان و دندان بود. نیاز داشتیم که شیفث عصر هم فعال شود. اما تا زمانی که من به‌یاد دارم، اجازه این کار داده نمی‌شد.» در آن زمان ساخت دندان مصنوعی متحرک در کوریکولوم تحصیلی بهداشتکاران، آموزش داده می‌شد و قیصری معتقد است، همین موضوع باعث شده بود آنها به‌سمت ساخت پروتز به‌صورت غیرقانونی بروند و درآمد بیشتری برای خودشان ایجاد کنند: «دولت‌های مختلف پس از انقلاب همواره مایل به ارتقای سلامت دهان و دندان در روستاها بودند و آنچه مانع تربیت دوباره بهداشتکاران شده، انجمن‌های صنفی و تشکل‌های غیردولتی مربوط به دندانپزشکی است که البته این شامل برخی از آنها که نفوذ داشتند، می‌شود. ازسوی دیگر، شرکت‌هایی که در اقتصاد دندانپزشکی تأثیرگذار هستند، منافع‌شان ایجاب می‌کند که کارهای مربوط به پیشگیری، گسترش پیدا نکنند. چون آنها روی تجهیزات، مواد و وسایلی کار می‌کنند که افراد ابرای انجام کامپوزیت، لمینیت، ایمپلنت و دیگر موارد زیبایی تشویق می‌کند. اینها کسانی هستند که دولت را تحت فشار می‌گذارند. نهادهای صنفی هم استدلال می‌کنند که دندانپزشک به تعداد زیادی تربیت می‌شود که استدلال درستی است و می‌گویند، اگر دولت بتواند آنها را به‌صورت عادلانه توزیع کند نیازی به حضور بهداشتکار نیست.» این استدلال بیش از ۳۰ سال است مطرح می‌شود و همچنان مشکل پابرجاست: «بیشتر فارغ‌التحصیلان این رشته، دختر هستند و براساس قوانین مذهبی و قوانین جاری کشور، دختر تا زمانی که مجرد است، تحت قیومت پدر و پس از ازدواج تحت قیومت همسر است و باید با اختیار آنها محل سکونت‌اش را تعیین کند. به‌همین دلیل آنها غالباً تمایلی به کار در روستا ندارند. ازسوی دیگر، زیرساختی در روستاها فراهم نیست که یک غیربومی، چه پسر و چه دختر تحصیلکرده دندانپزشک، بتواند پس از فارغ‌التحصیلی در روستاها اقامت کند. به‌همین دلیل این چرخه معیوب همچنان ادامه دارد و انجمن‌های صنفی مانع تربیت نیروهای حد واسط توسط دولت هستند و ازسوی دیگر، شرایط برای استقرار دندانپزشکان در مراکز روستایی فراهم نیست.»

دندانپزشکان طرحی، که از خانواده جدا می‌شوند و می‌خواهند در یک مرکز روستایی طرح‌شان را بگذرانند، محل اقامت و شرایطی برای رفاه می‌خواهند: «پس از همه‌گیری کرونا و وقفه‌ای که در تحصیل دانشجویان دندانپزشکی ایجاد شده، از نظر عملی کارورزی و کارآموزی مناسبی نداشتند و زمانی که به مرکز روستایی می‌روند که فقط خودشان در آنجا هستند و باید با مشکلات مواجه شوند، با بحران روبه‌رو می‌شوند. نکته حائز اهمیت دیگر این است که تعداد دختران در این رشته، بیشتر از پسران است و پسران هم معمولاً به‌سربازی می‌روند و در نهایت دختران بیشتر برای گذراندن طرح مراجعه می‌کنند و آنها هم نیازمند حداقل امکانات برای زندگی در مناطق دورافتاده و دوردست هستند. بیشتر آنها هم بومی روستایی نیستند و همه این دلایل است که شرایط سختی را برای دانشجویان طرحی فراهم می‌کند.» او معتقد است، مسائل مربوط به دندانپزشکی را نباید از سیاست‌گذاری‌های کلی مربوط به سلامت در کشور جدا کرد: «در حوزه دندانپزشکی، سیاست‌گذاری باید به‌صورت هم‌زمان برای آموزش، بهداشت و درمان صورت بگیرد. اگر بودجه عظیمی صرف آموزش می‌شود، شاید بهتر باشد تعدادی از دانشکده دندانپزشکی را در سیستم رایگان و دولتی نگه دارند و بقیه با پرداخت هزینه امکان تحصیل داشته باشند. به این شکل بودجه عظیمی که صرف این کار می‌شود به دندانپزشکان اختصاص پیدا می‌کند و از آنها می‌توان درخواست خرید خدمت داشت.» با انجام این کار، می‌توان از محل اعتبارات دانشگاه‌ها به دندانپزشکان حقوق مکفی داد و از آنها خواست در منطقه کمر خوردا خرید خدمت کنند: «در دوره فعلی شورای سلامت دهان تشکیل شده و مشاور وزیر مصوب کرده که تمام سیاست‌گذاری‌ها به‌صورت هماهنگ در شورا مطرح و به تصویب برسد که همه جواب دیده شود. ازسوی دیگر با استدلال محکم، شورا را پس از دو سال متقاعد کردند که اگر سیستم نتوانست دندانپزشکان را در مناطق روستایی مستقر کند، بتوانند مجوز تربیت بهداشتکار دهان و دندان را بگیرند و اقدامات لازم را برای آن انجام دهند.»

این‌یاور است که مانند بسیاری دیگر از کشورها، در ایران هم خدمات دندانپزشکی به مکانیزم‌های بازار آزاد سپرده شده و نقش دولت در آن کم شده است. او یکی از تبعات این مسئله را خودکشی دندانپزشکان طرحی می‌داند و به «هم‌میهن» می‌گوید: «در حال حاضر جایگاه دولت در این حد است که دانشجویان فارغ‌التحصیل طرحی را که بیشتر دختران مجرد هستند دو سال طرح اجباری می‌فرستند. پسران به‌سربازی می‌روند و دختران متأهل هم در شهر خودشان باقی می‌مانند. این بخش عمده مداخله دولت در ارائه خدمات عمومی دندانپزشکی است که به‌هزارویک دلیل دچار مشکل است و یکی از تبعات آن خودکشی دندانپزشکان طرحی است.» دغدغه و نگرانی او این است که پوشش همگانی خدمات دندانپزشکی مغفول مانده، به بازار آزاد سپرده شده و مردم نمی‌توانند نیازهای پایه و ضروری را دریافت کنند: «منظور از پوشش خدمات کارهای گران‌قیمتی مانند ایمپلنت یا خدمات زیبایی نیست. مسئله این است که اگر دندان فرد دچار پوسیدگی شد، او امکان ترمیم آن را داشته باشد.» او سال ۱۳۷۸ وارد دانشگاه شده و می‌گوید، در آن‌زمان تعدادی از هم‌دوره‌های آنها، همان بهداشتکاران دهان و دندان بودند که برای دریافت مدرک دکتری آزمون دادند و به دانشگاه امده بودند: «این مسئله در جامعه دندانپزشکی واکنش برانگیز شد و می‌گفتند، کسانی که کاردانی داشتند در حال تبدیل شدن به دندانپزشک هستند. درحالی که نقاط مثبت و منفی را باید با هم دید.» از نگاه او، نقطه مثبت این بود که آنها افراد بومی‌ای بودند که در منطقه خودشان خدمات پایه مانند کشیدن یا ترمیم دندان را انجام می‌دادند و شش سال پوشش همگانی به این شکل تامین شد: «آخرین توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت هم از همین جنس است و می‌گوید، شما نیاز نیست برای همه کارهای درمانی، دندانپزشک تربیت کنید. شما می‌توانید خدمات پایه را به کسانی با تحصیلات کمتر بسپارید تا در مان آزان تر ارائه دهید. نیرویی که به‌جای شش سال، دو سال تحصیل کرده و با تعرفه پایین‌تر آمادگی خدمت در منطقه بومی خودش را دارد.»

با این‌حال جامعه دندانپزشکی مقابل قانون بهداشتکاری دهان و دندان ایستاد: «برخی از دلایل آنها هم قابل درک بود. آنها می‌گفتند، کیفیت خدمات چیزی نیست که انتظار داریم و این مسئله همدلی برانگیز است.» اجرای این قانون متوقف شد، اما جامعه دندانپزشکی می‌داند که نیروی حد واسط چیزی نیست که بشود با آن مقابله کرد و به‌همین دلیل هم یک ایده جایگزین ارائه کردند: «آنها گفتند به‌جای بهداشتکاران، نیروی حد واسط بهداشتی تربیت شود و منظور از این نیرو این است که آنها کارهای پیشگیری انجام دهند، نه کارهای درمانی. به‌تبعییری، توربین در دهان مریض نبرند و خدمات درمانی نباید به آنها سپرده شود.» اما نیروی حد واسط بهداشتی نمی‌تواند به پوشش همگانی درمان و نیازهای فوری مردم جواب دهد: «چون شب دندان مردم درد می‌گیرد و نمی‌دانند به چه کسی باید مراجعه کنند یا اگر هم بدانند به چه کسی باید مراجعه کنند، هزینه آن بسیار گران است. چند باری به اسم‌های مختلف، نیروی حد واسط بهداشت‌گیری شد اما تجربه‌های ناموفقی بود چون نمی‌دانستند در شبکه درمان باید چه کاری انجام دهند. مردم نیازهای درمانی داشتند و آنها باید کارهای پیشگیرانه و آموزشی انجام می‌دادند.» یکی دیگر از راهکارها ایجاد پوشش بیمه‌ای برای خدمات دندانپزشکی بود: «خدمات دندانپزشکی در همه جای دنیا جزو خدمات گران محسوب می‌شود و بیمه برای برآمن از پس این هزینه‌ها عموماً با مشکل روبه‌روست. ازسوی دیگر بیمه کردن برخی از خدمات دندانپزشکی بسیار دشوار است. در منطق بیمه، آنها بیماری‌هایی را پوشش می‌دهند که امکان ابتلا به آنها کم باشد. اما شیوع بیماری‌های دندانپزشکی بسیار زیاد است و پوسیدگی دندان شایع‌ترین بیماری دنیاست.» شیوع بالا و گران بودن خدمات دندانپزشکی باعث می‌شود که بیمه‌ها امکان پوشش دهی آنها را نداشته باشند: «به‌همه این دلایل من فکر می‌کنم، سطحی از نیروی حد واسط درمانی مورد نیاز است.» کاظمیان بر این‌یاور است که خدمات دندانپزشکی، بیشتر به‌سمت خدمات زیبایی و لوکس رفته و در شهرهای بزرگ متمرکز شده است: «زمانی که منطق بازار آزاد بر این بخش حاکم باشد، دودوتا چهارتای آنها هم پیش می‌رود. شما انتظار ندارید یک کمپانی لوکس در یک منطقه ناب‌خوردار شعبه‌بزند.» عضو کارگروه تخصصی سازمان جهانی بهداشت برای تدوین سند استراتژی سلامت‌دهان می‌گوید، باشکست بازار مواجه شده ایم: «یک مسئله، دسترسی به دندانپزشک و مسئله دیگر، مقرون به‌صرفه‌بودن خدمات است. احتمال رفتن دندانپزشکان به مناطق کمر خوردا، کم و کمتر شده اما به فرض اینکه آنها به این مناطق هم بروند، مردم توان پرداخت تعرفه‌ای که در نظر گرفته‌شده را ندارند.» او راه حل را ورود دولت به این مسئله و تربیت حد واسط درمانی می‌داند: «زمانی که مردم نیاز فوری به خدمات دهان و دندان دارند، باید بتوانند این خدمات را دریافت کنند و این جز حقوق پایه آنهاست. بیماری‌های دهان و دندان شیوع بالایی دارد و به‌همین دلیل با مسئله جدی نابرابری مواجهیم.» به گفته او، نابرابری معیشتی در مسئله خدمات دهان و دندان، تبدیل به نابرابری منزلتی شده است: «چون تنهایی‌اش را مردم می‌توانند به خدمات دندانپزشکی دسترسی داشته باشند و این یعنی، ماشکلی از طبقه‌بندی اجتماعی را در ظاهر دندان آنها می‌توانیم ببینیم.»

کاظمیان از بهداشتکارانی می‌گوید که در نهایت پزشک شدند: «آنها کسانی بودند که شش سال در مناطق محروم خدمت ارائه می‌کردند اما پس از شش سال از این مناطق بیرون آمدند و کسی هم جایگزین آنها نشد و کمبود درمانی آنها حس می‌شود.» مسئله او ناب‌خوردا ترین افرادی هستند که تا زمان اجرای قانون بهداشتکاری دهان و دندان، به‌سلحی از خدمات دسترسی داشتند و الا آن دسترسی را ندارند:

«جامعه دندانپزشکی می‌گوید که آنها خدمات با کیفیت ارائه نمی‌دادند اما صحت‌سنجی این ادعا کار ساده‌ای نیست و من درباره آن تردید دارم.» او منکر اشکالاتی که می‌تواند در این زمینه وجود داشته باشد، نیست: «حتماً مشکلاتی وجود داشته و درصدی از آنها هم مانند دندانپزشکان کاری با کیفیت پایین‌تر ارائه می‌دادند، اما در نهایت یک

دهان و دندان در مناطق محروم خدمت کردند اما پس از شش‌سال، مرکز خالی شد و کسی جایش نیامد و هنوز هم خالی است.» رکن خطاب به نمایندگان مجلس می‌گوید، اگر می‌خواهند به این کشور خدمت کنند؛ با کارشناسان وزارت بهداشت حرف بزنند، اشکالات قانون را در بیاورند، اصلاحیه بزنند و دوباره بهداشتکار تربیت کنند: «اما بهداشتکاری که مانند سهمیه عدالت آموزشی، نتواند از خدمت قرار کند.»



**امیرضارکن مشاور وزیر بهداشت در امور دندانپزشکی: کسی که پرستاری می‌خواند و چندین سال در یک مرکزی پرستاری می‌کند، نمی‌تواند پزشک شود. می‌توان قانون بهداشتکاری را ادامه داد، اما اینکه قانونی باشد که امتحانی از آنها گرفته و کنکور را دور بزنند، غلط است. اگر این قانون سال ۶۰ تصحیح شود و این مسئله در آن آورده شود که آنها پس از شش‌سال باید دوباره کنکور بدهند و دندانپزشک شوند، ما مشکلی نداریم**

و حیدر رواقی، دندانپزشک و استاد دانشگاه بیرمنگام انگلستان که سال‌هاست در زمینه دسترسی به خدمات درمانی دندانپزشکی در جهان پژوهش می‌کند، قانون بهداشتکاری دهان و دندان را سرمایه ارزشمند شبکه بهداشت ایران می‌داند که بر خلاف منافع عمومی، در ۳۰ سال گذشته توسط مدیران دندانپزشک وزارت بهداشت تعطیل شده است. او به «هم‌میهن» می‌گوید، این قانون برخلاف ادعاهای مدیران دندانپزشک با علوم سلامت و درمان هماهنگی دارد: «تربیت در مانگرانی مانند بهداشتکاران دهان برای در مانگری در شبکه بهداشت، مهم‌ترین راهکار موجود برای حل دسترسی به درمان‌های ضروری بیماری‌های دهان است و تعطیل کنندگان قانون بهداشتکاری، مانعی جدی در راه گسترش خدمات درمانی در بخش دولتی بودند و در سال‌های گذشته با حذف بهداشتکاران دهان، صدها مرکز درمانی را به تعطیلی کشاندند و صدها هزار شهروند را از دسترسی به خدمات درمانی دولتی محروم کردند.» به گفته او، عموم مدیران دندانپزشک در وزارت بهداشت، صرف‌نظر از آنکه به کدام جناح سیاسی تعلق داشتند، درباره تعطیلی قانون بهداشتکاری دهان اتفاق نظر داشتند: «این مدیران گاهی با پنهانکاری درباره ظرفیت‌های قانون بهداشتکاری دهان، تصمیم‌گیرندگان بالادستی را به‌سمت روش‌های نادرست و پرهزینه مانند افزایش تعداد دانشکده‌های دندانپزشکی و تربیت دندانپزشکان بیشتر سوق دادند. مدیران دندانپزشک برای سرویش گذاشتن بر تعطیلی این قانون، با سوءاستفاده از قانون طرح اجباری دندانپزشکان، سال‌هاست جوانان دندانپزشک غیربومی را به مناطقی می‌فرستند که امکان استفاده از مهارت‌های آنها وجود ندارد.»

پیش‌تر، مصطفی مزدهی‌فرد، مسئول اندیشکده سلامت مرکز مطالعات راهبردی ژرفا در مصاحبه‌ای گفته بود، در خانه‌های بهداشت تنها از ۱۰ درصد توان یک دندانپزشک استفاده می‌شود و آنها باید خدمات بهداشتی‌ای را ارائه کنند که یک نیروی بهداشتکار دهان و دندان هم می‌تواند ارائه دهد: «بهداشتکار که از سیستم ارائه خدمات دندانپزشکی خارج شد، عملاً سراغ «دندانپزشکیزه کردن» سلامت دهان رفتیم. یعنی قبل از آن، یک نیروی حد وسط بومی در منطقه محروم بود که می‌توانست خدمات دندانپزشکی را با هزینه پایین به مردم این مناطق ارائه بدهد.» رواقی هم تعطیلی قانون بهداشتکاری در ایران را نمونه‌ای از حضور نگاه استعماری (کلونیالیستی) به‌ساکنان مناطق محروم در نظام‌های سلامت جهان می‌داند که براساس آن، صاحبان قدرت، الگویی را که هم‌راستا با منافع حرفه خودشان است؛ به‌رغم ناکارآمدی آن، به مناطق محروم تحمیل می‌کنند: «فرستادن اجباری جوانان دندانپزشک غیربومی به مناطق محروم، درحالی که امکان استفاده از مهارت‌های آنها وجود ندارد، به‌جای توانمندسازی جوامع محلی از طریق استخدام بهداشتکار بومی نمونه آشکاری از رویکرد استعماری در نظام‌های سلامت است. در این رویکرد دندانپزشکان جوان و مردم مناطق محروم قربانی می‌شوند تا انحصار درمانی حرفه دندانپزشکی برقرار بماند.» او با اشاره به لابی‌گری انجمن دندانپزشکان آمریکا برای ممانعت از حضور بهداشتکاران در مناطق روستایی این کشور و حذف بیمه دولتی در مان می‌گوید:

«رویکرد انحصارطلبانه برای حذف قانون بهداشتکاری دهان منحصر به ایران نیست.» استاد دانشگاه بیرمنگام علت این وضعیت را روابط گسترده و پیچیده مدیران دندانپزشک با حرفه، تجارت و آموزش دندانپزشکی می‌داند: «راه اجرای قانون بهداشتکاری دهان، دخالت مستقیم مدیران بالادستی وزارت بهداشت است که ارتباطی با حرفه دندانپزشکی نداشته باشند.»

چهارم آفرماه، در جلسه علنی مجلس، یکی از سوالاتی که اسدالله چراغی، نماینده دهلران، دره شهر، ابدانان و بدره از وزیر بهداشت پرسید این بود که علت عدم حضور دندانپزشکان مناطق محروم در محل‌های تعیین‌شده برای انجام تعهدشان چیست. پاسخ‌های وزیر درباره علت حضور نداشتن دندانپزشکان مناطق محروم در محل خدمت نمایندگان از قاتع کرد و آنها با اعلام رأی موافق، رضایت‌شان را اعلام کردند. در همان‌روز امیرضارکن، رئیس شورای برنامه‌ریزی سلامت دهان و دندان هم در پستی تلگرامی به سوالات اسدالله چراغی پاسخ داد. او در بخشی از پاسخ خود گفته بود: ۷۰ درصد دندانپزشکان شاغل در مراکز جامع سلامت شهری و روستایی در رده «متوسط و ضعیف» به وظایف خود عمل می‌کنند: «با جست‌وجو در سامانه سبب که عملکرد دندانپزشکان شاغل در مراکز جامع سلامت شهری و روستایی را به‌صورت دقیق و به‌روز نمایش می‌دهد، به‌خوبی مشخص می‌شود که متأسفانه اکثر همکاران دندانپزشک جوان من در انجام وظایف خود کم‌کاری می‌کنند و به‌طور متوسط روزانه در یک شیفت شش‌ساعته کمتر از دو خدمت انجام می‌دهند که اصلاً قابل قبول نیست و باعث کاهش دریافتی و نارضایتی مردم است. این گزارش به‌خوبی نشان می‌دهد ۳۰ درصد از همکاران جوان به‌خوبی به وظایف خود عمل می‌کنند و مابقی در رده متوسط و ضعیف از نظر کمیت کاری قرار دارند.» به گفته او، خرابی دستگاه‌ها، کمبود بیمار و مواد دندانپزشکی در بعضی از مراکز از دیگر دلایل این مسئله است.

**▼ نابرابری معیشتی به نابرابری منزلتی رسید**  
 علی کاظمیان، استادیار گروه سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی دانشکده دندانپزشکی مشهد و عضو کارگروه تخصصی سازمان جهانی بهداشت برای تدوین سند استراتژی سلامت دهان بر

#### خبرسازان



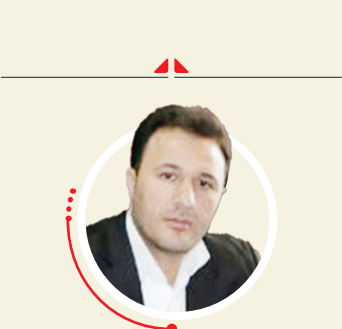
## آخرین آمار معلولیت در ایران

به گزارش ایسنا، جواد حسینی در نشست خبری روز گذشته سازمان بهزیستی درباره آخرین آمار معلولیت در کشور گفت: «در دنیا یک میلیارد و ۳۰۰ میلیون فرد دارای نوعی از معلولیت هستند و براساس آخرین برآوردها، ۱۰ میلیون و ۵۰۰ هزار نفر دارای معلولیت هستند. در دنیا معلولیت بالای ۱۵ درصد و حدود ۱۶ درصد شیوع دارد و در ایران با توجه به این عددی که گفتیم، نزدیک به ۱۲ درصد یا دقیقاً ۱۱/۸ درصد افراد دارای معلولیت هستند.» به گفته او، از نظر نوع معلولیت نیز در سطح دنیا ۱/۸ درصد، معلولان روان و رفتار هستند: ۴/۶ درصد از معلولان جسمی حرکتی، ۱/۸ درصد معلولان شنوایی، ۳/۶ درصد معلولان بینایی و معلولیت صوت و گفتار نیز شامل هشت‌دهم درصد هستند. در مجموع ۴۰/۷ درصد معلولیت‌ها علل ژنتیکی دارند که در ایران چهار میلیون و ۳۰۶ هزار نفر را شامل می‌شوند و ۵۹/۳ درصد معلولیت‌ها علت‌های اکتسابی دارند که ۶ میلیون و ۲۰۰ هزار معلول را تشکیل می‌دهند.»



## نگرانی از کندی ایمن‌سازی بازار تهران

مدیرعامل سازمان آتش‌نشانی تهران، روند ایمن‌سازی ۱۱ ساختمان در بازار بزرگ تهران را بسیار کند دانست و نسبت به وقوع حادثه در این محدوده هشدار داد. به گزارش ایسنا، قدرت‌الله محمدی درباره آخرین وضعیت ایمن‌سازی بازار بزرگ تهران توضیح داد و گفت: «جلسات متعددی با مسئولان مرتبط با ایمنی بازار، هیئت‌امنا و کسبه داشته‌ایم، اما کار به آن شکلی که انتظار داریم پیش نمی‌رود. سراهای زیادی در این محدوده نالایم هستند و تردد روزانه یک‌ونیم میلیون نفر در این فضا موجب نگرانی جدی ماست.» مدیرعامل سازمان آتش‌نشانی تهران اضافه کرد: «بخشی از کسبه، ایمن‌سازی را آغاز کرده‌اند و از آن‌ها تشکر می‌کنیم، اما سرعت این روند باید بسیار بیشتر شود. چرا که حادثه خبر نمی‌کند؛ یک اتصال ساده، سیم‌کشی‌ها می‌تواند آتش‌سوزی گسترده ایجاد کند، آن هم در شرایطی که مواد پلاستیکی و وپارچه‌ای با قابلیت اشتعال بالا در سراهای فراوان است.»



## تداوم آموزش غیر حضوری دانشگاه‌ها و مدارس تهران

دبیر کارگروه اضطرار آلودگی هوای استان تهران از تداوم آموزش غیر حضوری دانشگاه‌ها و مدارس این استان در روزهای نهم و دهم آذرماه به‌استثنای پنج شهرستان خبر داد. به گزارش ایلنا، حسن عباس‌نژاد اعلام کرد که طبق مصوبات کارگروه، مقرر شد مهدکودک‌ها و پیش‌دبستانی‌ها تعطیل و آموزش مدارس در تمام مقاطع در شهر و استان تهران به استثنای پنج شهرستان ملارد، رباط کریم، دماوند، فیروزکوه و پردیس طی روزهای یکشنبه و دوشنبه ۹ و ۱۰ آذرماه به‌صورت مجازی و در بستر شاد برگزار شود. او همچنین درباره فعالیت دستگاه‌های اجرایی مستقر در شهر تهران نیز گفت: «دستگاه‌ها به‌صورت دوسوم دورکار و یک‌سوم جهت ارائه خدمت به مردم و شهروندان عزیز به‌صورت حضوری فعال خواهند بود و دستگاه‌های امدادی، خدماتی، عملیاتی، نظامی و انتظامی و اورژانس از این مورد استثناء هستند.»