

درباره مقابله با گسترش کرونا، مواجهه با قله چهارم بیماری در ایران

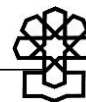
معاونت مطالعات اجتماعی

کد موضوعی: ۲۱۰
شماره مسلسل: ۱۷۶۰۰
تیرماه ۱۴۰۰

به نام خدا

فهرست مطالب

۱.....	چکیده
۲.....	مقدمه
۳.....	توصیف وضعیت بروز و شیوع کووید- ۱۹ در کشور (قله چهارم).....
۷.....	راهبردهای مواجهه با کووید- ۱۹ در ایران
۹.....	ارزیابی مقابله با کرونا در ایران (در آستانه قله چهارم بیماری).....
۱۴.....	جمع‌بندی و پیشنهادها.....
۱۸.....	پیوست‌ها.....



درباره مقابله با گسترش کرونا، مواجهه با قله چهارم بیماری در ایران

چکیده

بعد از گذشت بالغ بر یک سال از بروز کرونا در ایران و پشت سر گذاشتن سه قله، این بیماری به طور نسبی به کنترل درآمد. با وجود این بعد از این مدت و تجربیات زیادی که در زمینه روش‌های مقابله با گسترش بیماری در ایران و دنیا کسب شده است کشور با قله دیگری از بیماری مواجه شد که شدیدتر از قله‌های قبلی هم هست. مجموعه‌ای از عوامل، از جمله نزدیک شدن به سال جدید (سال ۱۴۰۰) و متعاقب آن خریدهای عید، سفرهای نوروزی و همچنین شیوع ویروس انگلیسی در کشور و کاهش رعایت پروتکل‌ها، زمینه جهش مجدد موارد ابتلا به بیماری را ایجاد کرد.

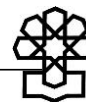
البته برای جلوگیری از گسترش بیماری، دولت و ستاد ملی مقابله با کرونا اقدام‌هایی را نیز انجام داد و مصوباتی نیز ابلاغ شد، ولی به نظر می‌رسد که تصمیمات اتخاذ شده به اندازه کافی در مقابله با بیماری کارآمد نبودند. به عبارتی تصمیمات و اقدام‌های مقابله با کرونا در این مرحله از بیماری با نقاط ضعفی مواجه بودند. از اهم ضعف‌ها می‌توان به این موارد اشاره کرد: «عدم اتخاذ تصمیمات قاطعانه که باعث شد تا فرصت طلایی نوروز برای اجرای اقدامات اثربخش از دست برود»، «تصمیم‌گیری نابهنگام از جمله در خصوص ممنوعیت مسافرت‌ها و محدودیت کسب و کارها»، «ضعف حمایت‌های اجتماعی و اقتصادی و فقدان سازوکارهای مناسب اجرایی و نظارتی برای اعمال محدودیت‌ها»، «تأخیر در بستن مرزهای کشور»، «چندصدایی و تناقض‌گویی مسئولان در خصوص وضعیت بیماری در کشور»، «رویکرد مبتنی بر توصیه و تمنا در خصوص فاصله‌گذاری اجتماعی به جای تصمیمات دارای ضمانت اجرایی». البته علاوه بر نقاط ضعف فوق، موضوع مقابله با این بیماری در کشور با اشکالات دیگری از جمله: «ترکیب ناقص و فرایندهای تصمیم‌گیری انحصاری در ستاد ملی مقابله با کرونا»، «ظرفیت پایین تست‌گیری» و «فرایند کند واکسیناسیون» نیز مواجه است. در مجموع به منظور ارتقای وضع موجود، موارد ذیل توصیه می‌شود:

- تقویت ساختار ستاد ملی مقابله با کرونا (از جمله تقویت نقش کمیسیون‌های ذی‌ربط مجلس و همچنین سازمان پدافند غیرعامل)،
- بازنگری فرایندهای تصمیم‌گیری ستاد ملی کرونا با محوریت تصمیم‌گیری جمعی و مبتنی بر شواهد،
- بازنگری در خصوص شیوه‌های اطلاع‌رسانی با محوریت مرجع واحد برای جلوگیری از چندصدایی و تناقض‌گویی،

- اعمال هرگونه محدودیت فاصله اجتماعی مبتنی بر تدوین پروتکل‌های شفاف، ساده و همراه با ضمانت اجرایی،
- طراحی بسته حمایت‌های اقتصادی و اجتماعی مؤثر جهت پشتیبانی از گروه‌های متأثر از محدودیت‌های فاصله‌گذاری اجتماعی و پیش‌بینی اعتبارات لازم برای اجرای آن،
- طراحی و اجرای سازوکارهای اجرایی بازدارنده و دارای ضمانت اجرایی، مبتنی بر مداخلات هوشمند، نرم و همراه با جریمه بازدارنده برای تخطی‌کنندگان از قرنطینه،
- تقویت ظرفیت تست‌گیری،
- تقویت ظرفیت روزانه توزیع واکسن، ثبت برخط همه واکسن‌های تزریق شده، آگاهی‌بخشی به جامعه در خصوص اینکه واکسن‌های داخلی دارای ایمنی و اثربخشی کافی هستند،
- تقویت نظام مراقبت بیماری‌ها و زیرساخت‌های رصد و تشخیص جهش‌های جدید ویروس کرونا،
- استفاده از تجربیات مدیریتی کشورهای موفق در خصوص کنترل بیماری،
- برنامه‌ریزی در خصوص بازیابی اجتماعی به‌منظور کاهش آسیب‌های ناشی از بیماری و همچنین تقویت سرمایه اجتماعی در جامعه.

مقدمه

پانزده‌ماه از شیوع ویروس کووید-۱۹ در دنیا می‌گذرد و بالغ بر ۱۵۰ میلیون نفر مبتلا و بیشتر از ۳ میلیون و ۲۰۰ هزار نفر نیز بر اثر آن جان باخته‌اند. کارشناسان و نهادهای بین‌المللی تأکید زیادی بر تقویت سیاست‌های پیشگیری از انتشار این ویروس دارند. برخی دولت‌ها با اقدام‌های اثربخش موفقیت چشمگیری در مهار بیماری داشته‌اند، ولی برخی هنوز درگیر قله‌های بیماری هستند. در ایران از همان ابتدا امکانات کشور به‌منظور مقابله با این بیماری به‌کار گرفته شد. گرچه در مقاطع مختلف با قله‌های بیماری مواجه بودیم، ولی بیماری به‌طور نسبی به کنترل درآمد. بعد از گذشت این مدت و تجربیات زیادی که در زمینه روش‌های مقابله با گسترش بیماری در ایران و دنیا کسب شده است: کشور با قله چهارم بیماری مواجه شد که شدیدتر از قله‌های قبلی هم هست. کارشناسان بر این عقیده هستند که در صورت عدم تغییر رویکرد به سمت اقدام‌های به‌موقع و اثربخش، قله‌های دیگری هم در انتظار کشور خواهد بود و شیوع بیماری به این قله ختم نخواهد شد. در این گزارش ضمن مروری بر وضعیت ابتلای به بیماری در قله چهارم بیماری در کشور، تصمیمات ستاد مقابله با کرونا در دوره منتهی به این قله مورد ارزیابی قرار گرفته است.

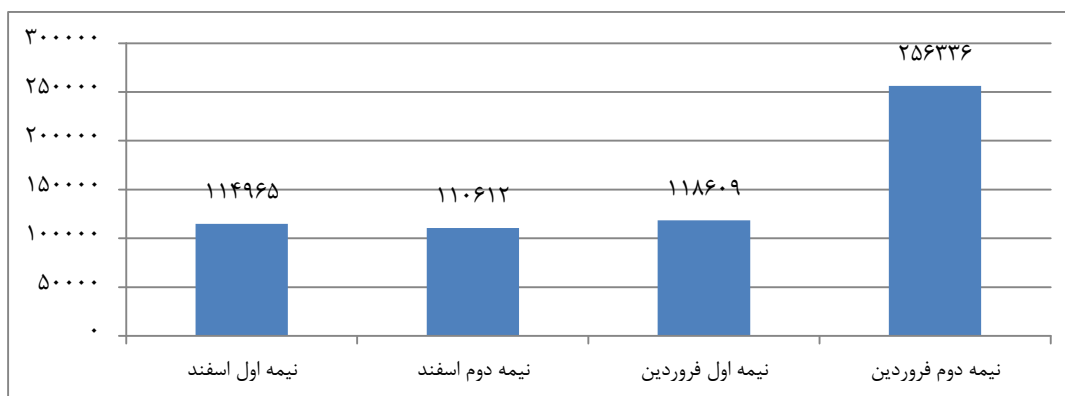


توصیف وضعیت بروز و شیوع کووید-۱۹ در کشور (قله چهارم)

الف) وضعیت کل کشور: براساس آمار منتشر شده، تا تاریخ ۲۸ فروردین ماه ۱۴۰۰ در کشور حدود دو میلیون و دویست هزار نفر به کووید-۱۹ مبتلا شدند و بالغ بر ۶۶ هزار نفر نیز بر اثر ابتلا به آن جان باختند. روند بروز بیماری از اسفندماه ۱۳۹۹ نشان می‌دهد که موارد جدید بیماری در نیمه دوم ماه مذکور نسبت به نیمه اول آن حدود ۳/۷ درصد کاهش پیدا کرده و از ۱۱۴۹۶۵ نفر به ۱۱۰۶۱۲ نفر کاهش یافته است، ولی در نیمه اول فروردین ماه ۱۴۰۰ با رشد ۷ درصدی نسبت به نیمه دوم اسفندماه ۱۳۹۹، به ۱۱۸۶۰۹ نفر رسیده است.

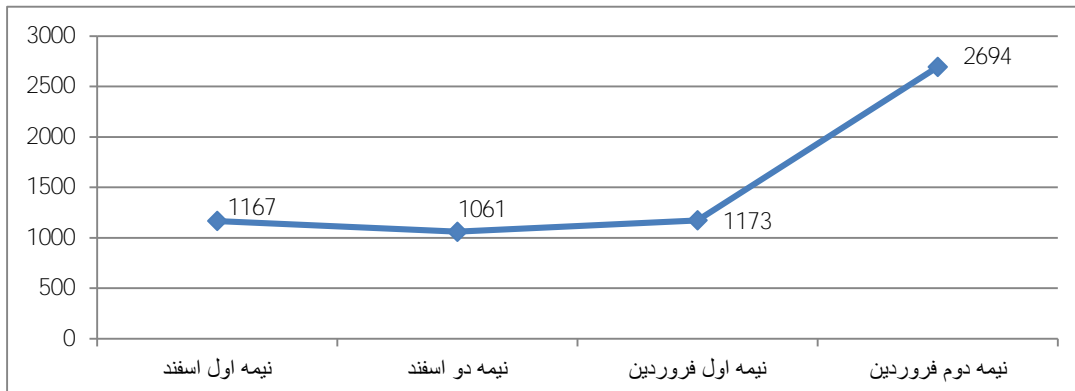
میزان ابتلا در نیمه دوم فروردین ماه با یک جهش ۱۱۶ درصدی مواجه شد، به طوری که به ۲۵۶۳۳۶ نفر افزایش یافت. موارد مرگ ناشی از بیماری نیز به ترتیب در نیمه اول و دوم اسفندماه ۱۳۹۹، ۱۱۶۷ و ۱۰۶۱ نفر و در واقع کاهشی بوده، ولی در نیمه دوم فروردین ماه ۱۴۰۰ (۱۵-۲۶ فروردین) نسبت به نیمه اول ماه مذکور حدود ۱۳۰ درصد افزایش و از ۱۱۷۳ نفر به ۲۶۹۴ نفر افزایش یافته است. تعداد مرگ و میر در نیمه اول فروردین ماه ۱۴۰۰ نسبت به نیمه دوم اسفندماه ۱۳۹۹ نیز حدود ۱۱ درصد افزایش داشته است. نمودار ۱ و ۲ به ترتیب موارد جدید ابتلا به کووید-۱۹ و مرگ ناشی از ابتلا به آن را در نیمه های اول و دوم اسفندماه ۱۳۹۹ و فروردین ماه ۱۴۰۰ در ایران نشان می‌دهد.

نمودار ۱. تعداد موارد جدید ابتلا به کووید-۱۹ در ایران (اسفند ۱۳۹۹ و فروردین ۱۴۰۰)



Source: www.worldometers.info/coronavirus.

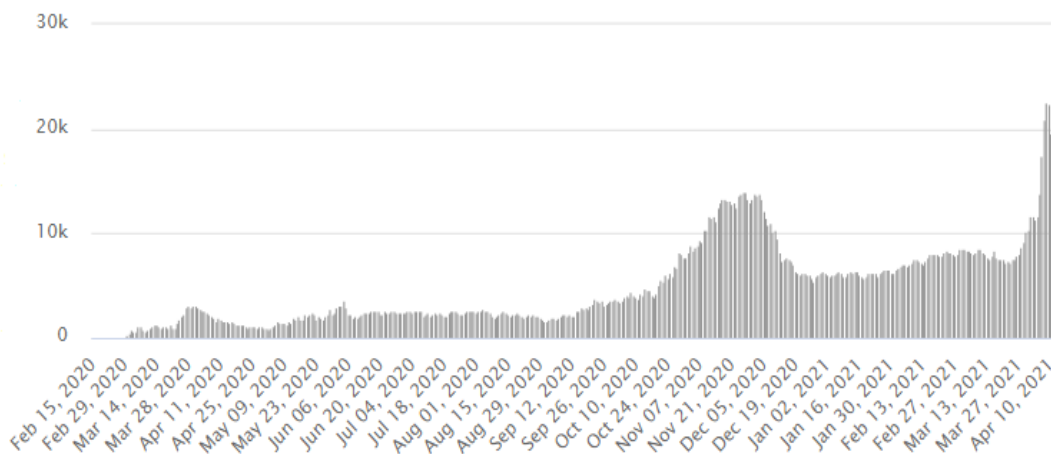
نمودار ۲. تعداد مرگ ناشی از ابتلا به کووید-۱۹ در ایران (اسفند ۱۳۹۹ و فروردین ۱۴۰۰)



مأخذ: همان.

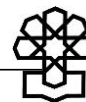
همان‌طور که نمودار ۳ نشان می‌دهد تعداد مبتلایان روزانه در قله چهارم بیماری به شدت افزایش پیدا کرده است و درحالی که هنوز به قله نرسیده است چند برابر بیشتر از قله‌های اولیه ابتلاست. بدین صورت که حداکثر تعداد مبتلایان روزانه در قله‌های اول، دوم و سوم بیماری به ترتیب ۳۱۰۰ نفر، ۳۵۰۰ نفر و ۱۴ هزار نفر بوده است، ولی در قله چهارم بیماری از مرز ۲۵ هزار نفر روزانه عبور کرده است.

نمودار ۳. تعداد موارد ابتلای روزانه به کووید-۱۹ در طول قله‌های اول تا چهارم بیماری در کشور



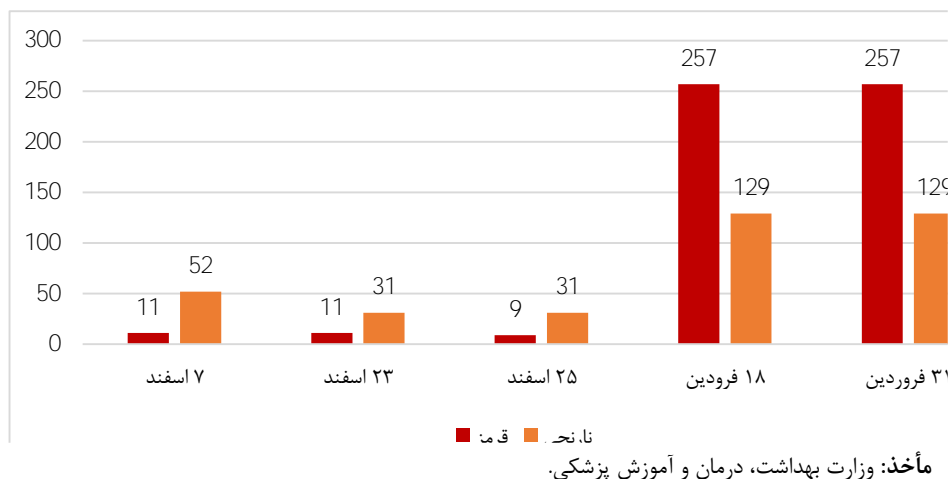
مأخذ: همان.

ب) وضعیت استان‌ها و شهرستان‌ها: استان‌های کشور از نظر وضعیت ابتلای جمعیت به بیماری، در چهار دسته رنگ‌بندی قرمز (خیلی پرخطر)، نارنجی (پرخطر)، زرد (خطر متوسط) و آبی (کم‌خطر) قرار گرفته‌اند. در وضعیت زرد، مشاغل سطح ۴ تعطیل می‌شوند، در وضعیت نارنجی مشاغل سطح ۳ و ۴ و در وضعیت قرمز همه مشاغل، بجز مشاغل ضروری سطح ۱ تعطیل می‌شوند (عناوین مشاغل هر کدام



از سطوح شغلی مذکور در پیوست ۱ آورده شده‌اند). همچنین خروج خودروهای بومی از شهرستان‌های نارنجی و قرمز و ورود خودروهای غیربومی به شهرستان‌های نارنجی و قرمز ممنوع شدند. همان‌طور که نمودار ۴ نشان می‌دهد مجموع شهرستان‌های نارنجی و قرمز در طول ماه‌های اسفند ۱۳۹۹ و فروردین ۱۴۰۰، از ۶۳ شهرستان به ۳۸۶ شهرستان افزایش یافته‌اند.

نمودار ۴. وضعیت شهرستان‌های با رنگ قرمز و نارنجی (۷ اسفند الی ۳۱ فروردین)



ج) وضعیت بیماری در ایران در مقایسه با دنیا: تا تاریخ ۴ اردیبهشت‌ماه ۱۴۰۰ ایران در بین ۱۴ کشور اول از لحاظ میزان ابتلا به کووید-۱۹ و در میان کشورهای با بیشترین مبتلا، از نظر ابتلا به ازای هر ۱ میلیون نفر در رتبه یازدهم قرار گرفته است. این درحالی است که از نظر ابتلا در یک هفته منتهی به تاریخ فوق یعنی از روز ۲۹ فروردین تا چهارم اردیبهشت‌ماه ۱۴۰۰ در بین هفت کشور اول دنیا قرار گرفته است. ضمناً گرچه مجموع مبتلایان کشورهای روسیه، انگلستان، ایتالیا، اسپانیا، آلمان، آرژانتین، کلمبیا و لهستان از ایران بیشتر هستند، ولی در هفته منتهی به ۴ اردیبهشت‌ماه تعداد موارد جدید در ایران از کشورهای مذکور بیشتر بوده است.

جدول ۱. مقایسه وضعیت ابتلا به کووید-۱۹ و مرگ و میر ناشی از آن در ایران با کشورهای دیگر (تا ۴ اردیبهشت ۱۴۰۰)

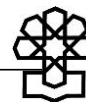
ردیف	کشور	تعداد کل مبتلایان - تا چهارم ۲۱ اپریل ۲۰۲۱ (۴ اردیبهشت ماه ۱۴۰۰)	تعداد کل مبتلایان به‌ازای هر یک میلیون نفر جمعیت - تا چهارم ۲۱ اپریل ۲۰۲۱ (۴ اردیبهشت ماه ۱۴۰۰)	تعداد مرگ و میر - تا چهارم ۲۱ اپریل ۲۰۲۱ (۴ اردیبهشت ماه ۱۴۰۰)
۱	آمریکا	۳۲۷۸۹۶۵۳	۹۸۵۹۲	۱۷۶۲
۲	هند	۱۶۹۵۱۷۶۹	۱۲۱۸۷	۱۳۸
۳	برزیل	۱۴۳۰۸۲۱۵	۶۶۹۲۸	۱۸۲۲
۴	فرانسه	۵۴۷۳۵۷۹	۸۳۷۰۵	۱۵۷۱
۵	روسیه	۴۷۵۳۷۸۹	۶۲۵۶۳	۷۳۹
۶	ترکیه	۴۵۹۱۴۱۶	۵۳۹۶۹	۴۴۷
۷	انگلستان	۴۴۰۳۱۷۰	۶۴۵۸۶	۱۸۶۹
۸	ایتالیا	۳۹۴۹۵۱۷	۶۵۴۰۱	۱۹۷۱
۹	اسپانیا	۳۴۶۸۶۱۷	۷۴۱۶۴	۱۶۵۹
۱۰	آلمان	۳۲۸۶۱۸۷	۳۹۱۲۰	۹۷۶
۱۱	آرژانتین	۲۸۴۵۸۷۲	۶۲۵۰۲	۱۳۵۰
۱۲	کلمبیا	۲۷۵۷۲۷۴	۵۳۷۲۴	۱۳۸۱
۱۳	لهستان	۲۷۵۱۶۳۲	۷۲۷۷۰	۱۷۲۵
۱۴	ایران	۲۳۷۷۰۳۹	۲۸۰۱۰	۸۱۴

Source: www.worldometers.info/coronavirus.

جدول ۲. مقایسه وضعیت ابتلا به کووید-۱۹ و مرگ و میر ناشی از آن در ایران با کشورهای دیگر به ازای هر یک میلیون نفر جمعیت (تا ۴ اردیبهشت ۱۴۰۰)

ردیف	کشور	تعداد کل مبتلایان	تعداد کل مبتلایان به‌ازای هر یک میلیون نفر جمعیت	تعداد مرگ و میر به‌ازای هر یک میلیون نفر جمعیت
۱	هند	۲۰۸۰۷۷۳	۱۴۹۶	۱۰
۲	آمریکا	۴۳۴۳۷۳	۱۳۰۶	۱۵
۳	برزیل	۴۰۳۷۶۸	۱۸۸۹	۸۲
۴	ترکیه	۴۰۰۷۸۱	۴۷۱۱	۲۸
۵	فرانسه	۲۱۶۶۲۵	۳۳۱۳	۳۲
۶	آرژانتین	۱۶۶۰۲۴	۳۶۴۶	۴۶
۷	ایران	۱۶۴۶۷۶	۱۹۴۱	۳۲

مأخذ: همان.



راهبردهای مواجهه با کووید-۱۹ در ایران

الف) دنیا: در دنیا سه راهبرد کاهش آسیب، کنترل فعال و راهبرد تهاجمی یا سرکوب قاطع برای مقابله با کرونا مورد استفاده قرار گرفته است که به شرح ذیل توضیح داده شدند:

- **راهبرد کاهش آسیب:** طبق این راهبرد جداسازی داوطلبانه افراد دارای علائم بیماری به منظور آرام کردن روند گسترش بیماری و متعاقب آن فرصت کافی برای واکنش نظام بهداشتی درمانی در دستور کار قرار می‌گیرد؛ با این فرض که نهایتاً بخش عمده جامعه به بیماری مبتلا خواهند شد و ایمنی جمعی محقق می‌شود. گرچه این روش به دلیل عدم تعطیلی فعالیت‌ها هزینه‌های اقتصادی به ظاهر کمتری دارد، ولی به دلیل افزایش طول مدت بیماری، فشار زیادی به نظام بهداشتی درمانی تحمیل می‌شود و از این حیث پیامد زیادی برای جوامع دارد.

- **راهبرد کنترل فعال:** این راهبرد مبتنی بر تست‌گیری وسیع، رهگیری و ردیابی افراد ناقل و تماس‌های ایشان است تا افراد مبتلا شناسایی و تحت درمان و قرنطینه قرار گیرند. کره جنوبی از کشورهایی است که از این طریق به مقابله با بیماری پرداخت و توانست عملکرد مناسبی را نیز از خود نشان دهد.

- **راهبرد سرکوب قاطع:** این راهبرد مبتنی بر تعطیلی کسب‌وکارها و الزام مردم به ماندن در خانه است و براساس آن فعالیت‌های اقتصادی بجز موارد ضروری تعطیل می‌شوند. هدف از اجرای این راهبرد قطع سریع اپیدمی است، کشور چین با این راهبرد توانست بیماری را به کنترل خود درآورد.

ب) ایران: به نظر می‌رسد رویکرد ایران در مقاطع اولیه مواجهه با بیماری، «ایمنی جمعی» بوده است؛ صحبت‌های رئیس‌جمهور در ستاد ملی مقابله با کرونا در نشست مورخ ۲۸ تیرماه ۱۳۹۹ ستاد مذکور با استناد به نظرات معاون وقت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت، مبنی بر اینکه نهایتاً ۶۰ تا ۷۰ درصد مردم، کرونا خواهند گرفت، ولی باید به تدریج مبتلا شوند و از طرفی اشاره رئیس‌جمهور به این مسئله که کشورهای آلمان و انگلیس هم آمار فوق را اعلام می‌کنند فرض در دستور کار قرار داشتن ایمنی جمعی را تقویت می‌کند. با این حال با افزایش سرعت انتشار بیماری، رویکرد تغییر کرد و ضمن تقویت بیماریابی، در راستای ایجاد فاصله اجتماعی، محدودیت‌هایی در دستور کار قرار گرفت.

در مجموع، اقدام‌های مربوط به فاصله اجتماعی و همچنین بیماریابی، در ابتدای دوره شیوع بیماری در کشور کافی نبود، ولی تدریجاً تقویت شد. البته محدودیت‌ها به‌طور کامل اجرا نشد و به دلیل پیامدهای اقتصادی آن، تدریجاً کنار گذاشته شد. بدین ترتیب گرچه با سه قله بیماری مواجه شدیم، ولی به هر حال بیماری به کنترل نسبی درآمد به طوری که در دی‌ماه و بهمن‌ماه ۱۳۹۹ آرامش نسبی به مراکز درمانی کشور بازگشت و شرایط متعادل شد. تجربه کشور نشان می‌دهد هر زمانی فاصله‌گذاری اجتماعی و محدودیت‌های کرونایی اعمال شد میزان شیوع کرونا در کشور کاهش یافت و کشور به وضعیت پایداری رسید.

با این حال مجموعه‌ای از عوامل، از جمله نزدیک‌شدن به سال جدید (سال ۱۴۰۰) و متعاقب آن

خریدهای عید، سفرهای نوروزی و همچنین شیوع ویروس انگلیسی در کشور و کاهش رعایت پروتکل‌ها، باعث شد که بیماری مجدداً گسترش یابد. در این راستا دولت و ستاد ملی مقابله با کرونا اقداماتی را نیز انجام داد و مصوباتی نیز ابلاغ شد، ولی همان‌طور که در توصیف وضعیت بروز بیماری مشاهده شد، به نظر می‌رسد که تصمیمات اتخاذ شده به اندازه کافی در مقابله با بیماری کارآمد نبودند. سیاست‌های مقابله با کرونا براساس مصوبات ستاد ملی مقابله با کرونا و همچنین اظهارنظرهای مسئولان ذی‌ربط در دوره زمانی اسفندماه ۱۳۹۹ و تعطیلات فروردین‌ماه ۱۴۰۰ در شکل ۱ به تصویر کشیده شده است.

جدول ۳. سیاست‌های مقابله با کرونا براساس مصوبات ستاد ملی مقابله با کرونا و همچنین اظهارنظرهای مسئولان ذی‌ربط در دوره زمانی اسفندماه ۱۳۹۹ و تعطیلات فروردین‌ماه ۱۴۰۰

بستن مرز خوزستان با عراق، ممنوعیت تردد بین شهری استان خوزستان و محدودیت تردد به استان خوزستان، مقرر شد نیروی انتظامی طرح ویژه‌ای برای کنترل تردد افراد دارای تست مثبت کرونا در جاده‌های کشور (با ارتباط و اتصال اطلاعات نیروی انتظامی و وزارت بهداشت) ارائه کند. ^۱ درخواست وزیر بهداشت جهت بستن مرز استان‌های کرمانشاه و ایلام با عراق. ^۲	۱۳۹۹/۱۲/۰۲
ممنوعیت تمامی تردها و سفرها به شهرهای با وضعیت قرمز و نارنجی. ^۳ بررسی دستورالعمل هماهنگی مدیریت و مسئولیت‌پذیری سفرهای نوروزی در شرایط کرونا در جلسه رؤسای کمیته‌های تخصصی ستاد ملی مقابله با کرونا به ریاست رئیس‌جمهور. ^۴	۱۳۹۹/۱۲/۱۵
اعلام شهرهای جدید با رنگ‌بندی قرمز و نارنجی. تعیین ۷۲ ساعت فرصت برای بازگشت مسافرینی که از قبل به شهرهای قرمز و نارنجی جدید سفر کرده‌اند. ^۵	۱۴۰۰/۰۱/۰۱
ممنوعیت خروج خودروهای بومی از شهرستان‌های نارنجی و قرمز و ورود خودروهای غیربومی به شهرستان‌های نارنجی و قرمز. ^۶ تعطیلی مشاغل سطح ۳ و ۴ در مناطق با وضعیت نارنجی (پرخطر). تعطیلی همه مشاغل (بجز موارد ضروری سطح ۱) در مناطق با وضعیت قرمز (خیلی پرخطر). ^۷	۱۴۰۰/۰۱/۰۷
تصمیم ستاد مقابله با کرونا مبنی بر آزاد بودن برگزاری مراسم مذهبی در شهرهای آبی و زرد با رعایت دقیق پروتکل‌ها و ممنوعیت آن در شهرهای با وضعیت نارنجی و قرمز. ^۸ نامه وزیر بهداشت به وزیر کشور و فرمانده قرارگاه عملیاتی ستاد مبارزه با بیماری کرونا مبنی بر ضرورت توقف یک هفته‌ای ایاب و ذهاب از طریق مرزهای زمینی و هوایی با کشور ترکیه، اجازه ورود و خروج شهروندان ایرانی در ترکیه و همچنین اتباع کشور ترکیه در ایران با رعایت پروتکل‌های مربوطه و انجام تست PCR و اطمینان از عدم آلودگی آنها و ضرورت قرنطینه برای موارد مشکوک یا مثبت هم‌وطنانی که از مرزهای زمینی و هوایی ترکیه وارد کشور می‌شوند. ^۹	۱۴۰۰/۰۱/۱۴

۱. وبسایت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به نشانی www.behdasht.gov.ir، کد خبر: 223554
 ۲. وبسایت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به نشانی www.behdasht.gov.ir، کد خبر: 223550
 ۳. وبسایت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به نشانی www.behdasht.gov.ir، کد خبر: 224249
 ۴. وبسایت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به نشانی www.behdasht.gov.ir، کد خبر: 224249
 ۵. وبسایت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به نشانی www.behdasht.gov.ir، کد خبر: 224969
 ۶. وبسایت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به نشانی www.behdasht.gov.ir، کد خبر: 225175
 ۷. وبسایت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به نشانی www.behdasht.gov.ir، کد خبر: 225175
 ۸. وبسایت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به نشانی www.behdasht.gov.ir، کد خبر: 225369
 ۹. وبسایت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به نشانی www.behdasht.gov.ir، کد خبر: 225371

۱. وبسایت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به نشانی www.behdasht.gov.ir، کد خبر: 223554
 ۲. وبسایت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به نشانی www.behdasht.gov.ir، کد خبر: 223550
 ۳. وبسایت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به نشانی www.behdasht.gov.ir، کد خبر: 224249
 ۴. وبسایت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به نشانی www.behdasht.gov.ir، کد خبر: 224249
 ۵. وبسایت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به نشانی www.behdasht.gov.ir، کد خبر: 224969
 ۶. وبسایت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به نشانی www.behdasht.gov.ir، کد خبر: 225175
 ۷. وبسایت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به نشانی www.behdasht.gov.ir، کد خبر: 225175
 ۸. وبسایت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به نشانی www.behdasht.gov.ir، کد خبر: 225369
 ۹. وبسایت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به نشانی www.behdasht.gov.ir، کد خبر: 225371



ارزیابی مقابله با کرونا در ایران (در آستانه قله چهارم بیماری)

همان‌طور که قبلاً اشاره شد علی‌رغم ناکافی بودن اقدام‌های فاصله اجتماعی و همچنین بیماریابی در اوایل شیوع بیماری در کشور ولی به تدریج این اقدام‌ها تقویت شدند و بیماری به کنترل نسبی درآمد. ضمناً مواردی از قبیل ارتقای سطح فرماندهی ستاد مقابله با کرونا به ریاست‌جمهوری، تقویت تولید و تأمین تجهیزات حفاظت شخصی و کیت‌های تشخیصی، مشارکت نیروهای نظامی و انتظامی، رسانه‌ها و همچنین نیروهای داوطلب و بسیج مردمی به عرصه مقابله با بیماری و ... از اقدام‌های مثبتی هستند که طبیعتاً در طی دوران مقابله با بیماری بسیار کمک‌کننده بودند. با این حال همان‌طور که آمارها نشان داد، مجدداً جهش موارد ابتلا به بیماری و ورود به قله چهارم آن رخ داد موجهی که در مقایسه با قله‌های قبلی، تعداد به مراتب بیشتری از هموطنان به بیماری مبتلا شدند.

نقاط ضعف تصمیمات و اقدام‌های مقابله با کرونا در این مرحله از بیماری به شرح ذیل قابل بیان هستند:

- **عدم اتخاذ تصمیمات قاطعانه:** در طول ماه‌های اخیر مسئولان مقابله با کرونا در کشور، مکرراً نسبت به عادی‌انگاری کرونا و کاهش میزان رعایت پروتکل‌های بهداشتی توسط مردم انتقاد کرده‌اند. در اوایل اسفندماه ۱۳۹۹ سخنگوی ستاد مقابله با کرونا به این مسئله اشاره کرد که رعایت پروتکل‌ها بیش از ۱۴ درصد کاهش پیدا کرده است.^۱ از طرفی اعلام شد ویروس انگلیسی در تمام استان‌های کشور شیوع یافته است.^۲

موارد فوق به منزله **زنگ خطری** بود تا تدابیر مقابله با شیوع کرونا در کشور تشدید شود. با وجود این تصمیمات اتخاذ شده صرفاً محدود به ممنوعیت سفر به شهرهای نارنجی و قرمز بود و ضمن فعالیت کسب‌وکارها و تجمعات مردمی برای خریدهای نروزی، سفر به شهرهای زرد و آبی نیز بلامانع بود. البته در میان شهرهای زرد و آبی، شهرهایی به چشم می‌خوردند که از قبل انتظار می‌رفت پذیرای مسافران زیادی باشند، مثل شهرهای استان‌های شمالی، استان خراسان رضوی، فارس و اصفهان؛ ولی ورود مسافر به آنها ممنوع اعلام نشد که بسیار قابل تأمل است. مجاز بودن سفرهای نروزی به شهرهای زرد و آبی نیز در حالی اعلام شد که مسئولان وزارت بهداشت با تأیید شیوع گسترده ویروس جهش یافته انگلیسی در سراسر کشور درباره بحرانی‌تر شدن کرونا به دلیل سفرها هشدار داده بودند. لذا این‌گونه می‌توان گفت که مسئولان نیز خود دچار ساده‌انگاری وضعیت بودند و از طرف دیگر مسائل اقتصادی و گردشگری را بر سلامت مردم در اولویت قرار دادند؛ مسئله اخیر در تعارض با منویات مورد تأکید مقام معظم رهبری در جلسه با اعضای ستاد مقابله با کرونا در سال ۱۳۹۹ است؛ ایشان با اشاره به جنبه‌های سلامت‌محور، امنیتی و اقتصادی تصمیم‌گیری‌ها در باره بیماری کرونا و احتمال تعارض

1. www.tasnimnews.com/fa/news/1399/12/02/2456462/

2. www.irna.ir/news/84246589/

این جنبه‌ها با یکدیگر، تأکید کردند: «از آنجایی که جنبه‌های اقتصادی و امنیتی نیز نشئت گرفته از همین بیماری است، بنابراین اصل و اولویت در تصمیم‌گیری‌ها سلامت مردم است»^۱.
در مجموع، این‌گونه می‌توان گفت که عدم اتخاذ تدابیر اثربخش و متناسب با وضعیت موجود، در روزهای قبل و بعد از آغاز سال نو باعث شد تا دوره تعطیلات نوروز که به عبارتی فرصت طلایی برای اجرای اقدام‌های اثربخش بود از دست برود.

- **تصمیم‌گیری نابهنگام:** اگر چه هفته آخر اسفندماه ۱۳۹۹ اعلام شد که ویروس انگلیسی در ۲۸ استان کشور به گردش درآمده است، ولی ممنوعیت مسافرت‌ها (البته صرفاً به شهرهای نارنجی و قرمز) در روز یکم فروردین‌ماه ۱۴۰۰ ابلاغ شد؛ این درحالی است به دلیل تعطیل بودن روزهای ۲۹ و ۳۰ اسفندماه ۱۳۹۹ (کلان‌شهر تهران ۵ شنبه ۲۸ اسفند ماه نیز تعطیل بود) بسیاری از مردم تا قبل از آغاز سال جدید به مسافرت رفته بودند و لذا زمانبندی تصمیم‌ها بسیار جای تأمل دارد. ممنوعیت فعالیت اصناف نیز از هفته دوم فروردین‌ماه اعلام شد و با توجه به اینکه بسیاری از اصناف در دو هفته اول فروردین تعطیل هستند و یا فعالیت چندانی ندارند و از طرف دیگر اوج ازدحام افراد در اصناف، مربوط به هفته دوم اسفندماه (۱۳۹۹) و به دلیل خریدهای سال نو بود، لذا بدیهی بود که ممنوعیت فعالیت‌ها در هفته دوم فروردین‌ماه تأثیر قابل ملاحظه‌ای در کنترل بیماری نداشته باشد.

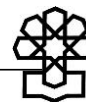
- **ضعف حمایت‌های اجتماعی و اقتصادی و فقدان سازوکارهای مناسب اجرایی و**

نظارتی برای اعمال محدودیت‌ها: با توجه به تنزل سطح اقتصادی اقشار جامعه به دلایل مختلف در سال‌های اخیر، انتظار می‌رفت که دولت ضمن تعیین برنامه جامع در مورد حمایت‌های اجتماعی-اقتصادی، به جای تعطیلی کامل کسب‌وکارها (یعنی انتخاب ساده‌ترین راهکار)، اصول و پروتکل‌هایی برای فعالیت ایشان تعیین می‌کرد و همچنین بر حسن اجرای آنها نظارت می‌کرد که ضمن کاهش فشار بر مشاغل، احتمال انتقال ویروس نیز به حداقل می‌رسید.

شایان ذکر است بسیاری از کشورها به منظور مقابله با تأثیرات منفی اقتصادی اجتماعی همه‌گیری کووید-۱۹، همزمان با ایجاد محدودیت‌ها طرح‌های حمایتی مختلفی را نیز اجرا کرده‌اند؛^۲ این مهم از عوامل اصلی تاب‌آوری مردم و همراهی آنها در رعایت محدودیت‌های اعمال شده به شمار می‌رود. این برنامه‌ها شامل اقدام‌های حمایتی از اشتغال، کمک‌های نقدی و غیرنقدی، بیمه‌های اجتماعی برای فقرا، گروه‌ها و شرکت‌های آسیب‌پذیر به منظور کمک به آنها برای فائق آمدن بر چالش‌های ناشی از بیماری کووید-۱۹ بوده است. این درحالی است که در کشور ما حمایت‌های اجتماعی اقتصادی در سطح مناسبی برای گروه‌های تحت تأثیر صورت نگرفته است. در میدان عمل به دلیل عملیاتی نبودن

1. <https://farsi.khamenei.ir/others-note?id=46762>

2. Abdoul-Azize, Hamidou Taffa, and Rehab El Gamil. "Social protection as a key tool in crisis management: learnt lessons from the COVID-19 pandemic." *Global Social Welfare* 8.1 (2021): 107-116.



محدودیت تعطیلی کامل کسب و کارها به دلیل مواجهه ایشان با فشارهای اقتصادی و ضعف در حمایت‌های اقتصادی اجتماعی، محدودیت‌های در نظر گرفته شده نیز به صورت ناقص اجرا شدند و موارد بسیاری از تخطی از آنها در سطح جامعه مشاهده شده است. برای مثال به دلیل تجمع مشتریان در فضای نیمه‌باز مغازه‌ها، حتی شرایط مناسب‌تری برای انتقال ویروس بین افراد ایجاد شد و در مواردی شاهد فعالیت برخی مشاغل سطح چهار (مثل شهربازی‌ها) نیز بوده‌ایم.

- **تأخیر در بستن مرزهای کشور:** در آستانه سال نو، مسافرت‌های زیادی بین ایران و کشورهای همسایه از جمله ترکیه انجام می‌شود، ولی تصمیم به توقف ایاب و ذهاب به کشور مذکور بسیار دیر هنگام (۱۴ فروردین ماه) انجام شد؛ این در حالی است که ترکیه یکی از کشورهای با شیوع ویروس کووید-۱۹ در منطقه است که ویروس کرونای انگلیسی نیز در آن شایع شده بود.

چندصدایی و تناقض‌گویی مسئولان: علاوه بر عادی‌نگاری، چندصدایی و تناقض‌گویی مسئولان نیز از مسائل مبتلابه در نحوه مقابله با بیماری در کشور به‌شمار می‌رود. نمونه بارز و مهم آن اعلام پایان قله بیماری کرونا از سوی رئیس‌جمهور در روز هفتم فروردین ماه ۱۴۰۰ است،^۱ در حالی که یک هفته بعد از آن وزارت بهداشت خبر از حتمی بودن پیک چهارم کرونا در کشور از طریق ارسال پیامک به شهروندان داد. این وضعیت در مورد اقدام‌های دولت در رابطه با ارزیابی دقیق از خطر^۲ برای مشخص شدن ابعاد و پیامدهای بیماری، تردید ایجاد می‌کند. متعاقب ارزیابی خطر لازم است اقدام‌های مؤثر در رابطه با ارتباطات و اطلاع‌رسانی خطر^۳ نیز در دستور کار قرار گیرد که در آن سعی می‌شود بین آنچه مردم می‌دانند، احساسی که دارند، کاری که در پاسخ به شیوع بیماری انجام می‌دهند با آنچه که باید بدانند، احساس نمایند و انجام دهند ارتباط ایجاد شود تا طغیان بیماری به کنترل درآید. ارتباطات خطر از آن حیث مهم است که درک کمتر از حد خطر در همه‌گیری از سوی جامعه منجر به رفتارهای بی‌باکانه مثل عدم رعایت پروتکل‌های احتیاطی می‌شود و احساس خطر بیش از حد نیز پیامدهایی نظیر دستپاچه شدن افراد و هجوم ناگهانی به مراکز درمانی می‌شود که کمبود دارو، تخت و خستگی نیروهای درمانی را به دنبال دارد. سازمان بهداشت جهانی از ابتدای همه‌گیری کشورها را به ارزیابی مداوم خطر و برنامه‌ریزی مداخلات خود بر آن اساس توصیه کرده است. مبنای تدوین سناریو (ابزاری برای تجسم آینده در شرایط مخاطره که تصمیم‌گیران را نسبت به اقدامات و تصمیمات صحیح راهنمایی می‌کند) نیز همین ارزیابی و تحلیل خطر است.

- **تصمیمات فاقد ضمانت اجرایی:** از ابتدای شیوع بحران کرونا اجرای راهکارهای

جداسازی، قرنطینه و فاصله اجتماعی به‌عنوان رویکرد اصلی از سوی کارشناسان و متخصصان

1. www.mehrnews.com/news/5176433/

2. Risk Assessment

3. Risk communication

این حوزه در دنیا مورد تأکید قرار گرفته است. راهکارهایی که باید براساس تعاریف مشخص، ارزیابی جوانب اجرایی و براساس سازوکارهایی اجرایی اتخاذ شوند. به نظر می‌رسد در دوره‌های مختلف مواجهه با بیماری به خصوص در آستانه قله چهارم، این مسئله به طور جدی مورد توجه قرار نگرفت. به عبارت دیگر محور سیاست‌های فاصله‌گذاری در کشور بیشتر **توصیه و تمنا** برای عدم مسافرت مردم و یا رعایت پروتکل‌هاست تا سازوکارهای با ضمانت اجرایی کافی. مرور اظهارات مسئولان بر این ادعا صحه می‌گذارد. برای مثال ضمن عدم اتخاذ تدابیر اثربخش در مورد سفر به شهرهای آبی و زرد که تعداد بیشتری از شهرهای کشور را شامل می‌شد، عمدتاً به توصیه و التماس جهت رعایت پروتکل‌ها و مسافرت نکردن بسنده شد. ضمناً اعلام شد که کسانی که سفر رفته‌اند تا ۵ روز نباید رفت و آمد داشته باشند، ولی این تصمیم نیز به دلیل عدم پیش‌بینی سازوکار اجرایی به هیچ عنوان ضمانت اجرایی نداشت.^۱

مسئله قابل توجه دیگر، آمار اعلامی وزارت بهداشت مبنی بر نقض قرنطینه توسط ۱۵ هزار فرد کرونا مثبت در تعطیلات نوروز است. این آمار در شرایطی اعلام شد که این افراد براساس کد ملی شناسایی شده بودند، ولی هیچ سازوکار بازدارنده‌ای به منظور جلوگیری از مسافرت و گردش این افراد در جامعه پیش‌بینی نشده بود. در واقع دولت می‌توانست به راحتی با استفاده از اطلاعات در دسترس در مورد آنها بدون اتخاذ هیچ‌گونه مداخله سخت و هزینه‌بر (مثلاً استقرار نیروی انسانی)، صرفاً با استفاده از مداخله نرم و فعالانه یعنی رصد تردها و اعمال جریمه بازدارنده برای ناقضان قرنطینه، از انتشار ویروس توسط آنها جلوگیری به عمل آورد. جریمه‌ای که برای این افراد تعیین شد، نه از نظر میزان آن بازدارنده بود (۲۰۰ هزار تومان) و نه از نظر زمان اعلام (روز ۱۴ فروردین ماه ۱۴۰۰).^۲

شایان ذکر است علاوه بر ضعف‌هایی که در رابطه با سیاست‌های کنترل کرونا در آستانه مواجهه قله چهارم کرونا شاهد بودیم، موضوع مقابله با این بیماری در کشور با اشکالات دیگری نیز مواجه است؛ اهم ایرادهای مذکور به شرح ذیل هستند:

- **ترکیب ناقص و فرایندهای تصمیم‌گیری انحصاری در ستاد ملی مقابله با کرونا:** مدت زمان زیادی از نمایندگان مردم در مجلس شورای اسلامی در این ستاد عضو نبود و اخیراً نیز صرفاً یک نفر (از اعضای کمیسیون بهداشت و درمان) به عضویت ستاد مذکور درآمده است ولی سایر کمیسیون‌های ذی‌ربط یعنی کمیسیون‌های اجتماعی، امنیت ملی و اقتصادی عضوی در ستاد ندارند، همچنین نماینده‌ای از سازمان پدافند غیرعامل کشور در ستاد حضور ندارد. به گفته برخی از اعضای ستاد مقابله با کرونا، تصمیم‌گیری در خصوص مصوبات ستاد مذکور نیز براساس رأی‌گیری اعضا



نیست و به صورت فردی توسط ریاست‌جمهور جمع‌بندی و اعلام می‌شود.

- **ظرفیت پایین تست‌گیری:** ظرفیت تست‌گیری ایران کمتر از ۲۰۰ هزار تست به ازای یک میلیون نفر جمعیت است درحالی که کشورهای موفق در کنترل بیماری نظیر سنگاپور حدود دو میلیون و هنگ‌کنگ، حدود ۱ میلیون و ۵۰۰ هزار تست به ازای هر یک میلیون نفر جمعیت انجام می‌دهند.^۱

- **فرایند کند واکسیناسیون:** تزریق واکسن در جمعیت به‌کندی پیش می‌رود به طوری که علی‌رغم اینکه طبق برنامه واکسیناسیون، پیش‌بینی شده بود تا آخر سال ۱۳۹۹، یک میلیون و سیصد هزار نفر در کشور واکسینه شوند که حدود ۱/۵ درصد جمعیت کشور را شامل می‌شود، ولی تا تاریخ ۲۷ اردیبهشت‌ماه ۱۴۰۰ که حدود دو ماه از زمان‌بندی مذکور نیز گذشته است، در مجموع حدود ۲ میلیون و ۴۰۰ هزار دوز واکسن تزریق شده و از این میزان نیز فقط حدود ۳۸۸ هزار نفر دوز دوم را تزریق کرده‌اند؛ یعنی کمتر از ۰/۵ درصد هر دو دوز واکسن را تا تاریخ فوق دریافت کرده‌اند. بنابراین بین برنامه وزارت بهداشت و واکسیناسیون در کشور اختلاف قابل‌توجهی وجود دارد. آمارها حاکی از وضعیت نامناسب ایران از نظر تعداد دوز واکسن تزریق شده به‌ازای هر ۱۰۰ نفر در مقایسه با کشورهای عضو دفتر منطقه‌ای مدیریتانه شرقی سازمان بهداشت جهانی^۲ است (پیوست ۲). ظرفیت تزریق روزانه واکسن^۳ نیز بین ارقام حدود ۵۰ هزار تا ۱۵۰ هزار دوز متغیر است که با توجه به اختلاف تقریباً هفتصد هزار دوزی بین واکسن‌های توزیع شده (حدود ۳ میلیون و صد هزار دوز) و تعداد دوزهای تزریق شده (حدود ۲ میلیون و ۴۰۰ هزار دوز)، ضروری است ظرفیت تزریق واکسن تقویت شود. شایان ذکر است به‌منظور تکمیل فاز اول و دوم برنامه واکسیناسیون وزارت بهداشت یعنی تزریق حدود ۱۳/۵ میلیون دوز تا تیرماه ۱۴۰۰، لازم است طی دو ماه پی‌رو روزانه حدود ۴۵۰ هزار دوز واکسن در کشور تزریق شود.

سایر چالش‌هایی که در رابطه با واکسیناسیون وجود دارد عبارتند از: نبود برنامه جامع از پیش‌تدوین شده که شرایط اضطراری و پاندمی را نیز مورد توجه قرار داده باشد (چالش عدم آمادگی کشورها در خصوص ابعاد مختلف مقابله با کووید-۱۹ در مورد بسیاری از کشورهای جهان وجود داشت)،^۴ عدم رعایت اولویت‌بندی برنامه واکسیناسیون،^۵ عدم استفاده شایسته از فناوری برخط در ثبت

منبع: www.worldometers.info/coronavirus/country/iran

۱. طبق آمار ۲۷ اردیبهشت‌ماه ۱۴۰۰

2. WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean.

۳. براساس آمار اعلام شده در وبسایت وزارت بهداشت به نشانی www.behdasht.gov.ir در هفته منتهی به ۲۷ اردیبهشت‌ماه ۱۴۰۰.

۴. برنامه‌های موجود جهت واکسیناسیون برای تعداد دوزهای محدود و ایمن‌سازی در برابر آندمی‌های معمول هستند.

۵. طبق برنامه وزارت بهداشت در فاز اول و دوم که تزریق واکسن تا تیرماه را دربرمی‌گیرند مقرر شده است که کارکنان بهداشتی درمانی خط اول، افراد بسیار پرخطر، افراد مسن، افراد دارای حداقل یک بیماری زمینه‌ای واکسن دریافت کنند، درحالی که هنوز تزریق واکسن برای گروه‌های فوق کامل نشده است. تزریق واکسن گروه‌های خارج از اولویت فوق مثلاً کارکنان سازمان‌های بهداشتی که در خط اول قرار ندارند، آن دسته از اعضا سازمان‌های پرستاری و پزشکی که در خط اول درمان مشغول به فعالیت نیستند (صرفاً دارای شماره عضویت در اصناف مذکور هستند) در حال انجام است.

واکسن^۱، عدم شفافیت در مورد آمار روزانه واکسیناسیون (تعداد دوز تزریقی برای هر کدام از گروه‌های دریافت‌کننده)، نگرانی‌های ایجاد شده در رابطه با اظهاراتی مبنی بر واکسیناسیون پولی، با ورود بخش خصوصی به عرصه واردات واکسن به کشور.^۲

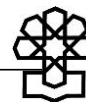
جمع‌بندی و پیشنهادها

در مدت شیوع ویروس کووید-۱۹ در کشور، همه امکانات به‌منظور مقابله با این بیماری بسیج شدند و علی‌رغم چالش‌هایی که در ابتدا وجود داشت، ولی رفته‌رفته اقدام‌ها تقویت شد، به‌طوری که بعد از پشت سر گذاشتن سه قله بیماری، آرامش نسبی بر مراکز پذیرش بیماران مبتلا به بیماری کرونا حاکم شد. با وجود این با نزدیک شدن به سال ۱۴۰۰، آغاز سفرهای نوروزی، کاهش رعایت پروتکل‌ها، تجمعات در بازارها و مراکز خرید و همچنین شیوع ویروس انگلیسی در کشور، ایجاد قله جدید بیماری دور از انتظار نبود. در این شرایط لازم بود تدابیر دقیقی جهت جلوگیری از مواجهه با این قله اتخاذ شود. در این راستا دولت و ستاد ملی مقابله با کرونا تصمیماتی گرفته شد که ممنوعیت سفرها به شهرهای با وضعیت قرمز و نارنجی، تعطیلی مشاغل و بستن مرزهای خوزستان از جمله آنها هستند. این درحالی است که طبق تجربه قبلی انتظار می‌رفت تصمیمات سخت‌گیرانه‌تری از طرف دولت اعمال شود.

با وجود این همان‌طور که آمار جهش‌گونه ابتلا و همچنین روند صعودی مرگ و میر ناشی از بیماری نشان داد، کشور وارد قله چهارم بیماری شد؛ قله‌ای که میزان ابتلا در آن چند برابر بیشتر از قله‌های قبلی بیماری بوده است. هرچند تلاش‌های خوبی در مقابله با بیماری از ابتدای بروز آن در کشور انجام شده است، بررسی تصمیمات اتخاذ شده در دوره مواجهه با قله چهارم نشان می‌دهد که در مورد برخی از آنها به‌لحاظ کیفیت و زمانبندی لازم بود دقت بیشتری صورت می‌گرفت.

طبیعتاً با توجه به چشم‌اندازی که در دنیا وجود دارد از جمله در مورد واکسیناسیون عمومی در مقابله با کرونا، در آینده‌ای نه چندان دور این پاندمی نیز در دنیا فروکش خواهد کرد، ولی لازم است تا با بهره‌گیری از آنچه در مدت شیوع بیماری در کشور آموخته‌ایم و همچنین تجربه کشورهای موفق در این‌باره، در ادامه راه مقابله با بیماری، سیاست‌های بموقع و اثربخش در سه بخش سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری، اجرا و نظارت، در دستور اجرا قرار گیرند تا هزینه مقابله با بیماری و مدیریت پیامدهای آن به حداقل برسد. چالش‌هایی نیز در این راستا وجود دارد، از جمله سرعت پایین واکسیناسیون در کشور، ایرادهای ساختاری و فرایندی ستاد ملی مقابله با کرونا، ظرفیت پایین تست‌گیری، عدم اتخاذ

۱. به‌دلیل اینکه فرایند ثبت واکسن در سامانه بدن شکل است که در ابتدا به‌صورت دستی وارد می‌شود و بعد از پایان روز اداری و حتی در مواردی چند روز بعد وارد سامانه می‌شود پایش وضعیت به‌صورت برخط و لحظه به لحظه امکانپذیر نیست.
۲. این اظهارات نگرانی‌هایی را پیرامون کاهش دسترسی برخی افشار، ایجاد نابرابری و تبعیض بین افراد جامعه در اجرای واکسیناسیون، نقض اولویت‌بندی‌های سند واکسیناسیون، ایجاد بازار سیاه و تقلب و ... به‌وجود آورده است.



راهکارهای بازدارنده برای جلوگیری از گردش افراد مبتلا در جامعه و ... که باید برای آنها نیز تدابیر لازم اندیشیده شود. جهت ارتقا وضع موجود پیشنهاد می‌شود:

- **تقویت ساختار ستاد ملی مقابله با کرونا** : به طوری که حضور نمایندگان مردم و همچنین نهادهای ذی‌ربط نیز در آن تقویت شود؛ در این راستا لازم است نمایندگانی از کمیسیون‌های اجتماعی، بهداشت و درمان، امنیت ملی و اقتصادی مجلس شورای اسلامی و همچنین نماینده سازمان پدافند غیرعامل نیز به این ساختار اضافه شود.

- **بازنگری فرایندهای تصمیم‌گیری ستاد ملی کرونا** : بدین ترتیب که ضمن ایجاد کمیته‌های علمی و فنی متشکل از نمایندگان مستقل گروه‌های صاحب‌نظر در حوزه‌های ذی‌ربط (از جمله سیاست‌گذاری و مدیریت سلامت، سلامت در بلایا و حوادث، جامعه‌شناسی و روانشناسی، اپیدمیولوژی، آموزش سلامت، پدافند غیرعامل و...) جهت کارشناسی‌های علمی پیرامون ارزیابی مخاطرات، تعیین سناریوهای مختلف، ارائه پیشنهادها منطقی، تدوین بسته اطلاع‌رسانی خطر و ...، فرایند شفاف‌تری برای تصمیم‌گیری جمعی و مبتنی بر شواهد در ستاد ملی مقابله با کرونا، تعیین شود و مبنای اتخاذ تدابیر ستاد مذکور قرار گیرد؛

- **بازنگری در خصوص شیوه‌های اطلاع‌رسانی**: به طوری که مرجع ارائه اطلاعات به جامعه در خصوص وضعیت بیماری و ابعاد مختلف آن (واکسیناسیون، محدودیت‌ها و...) به صورت واحد و مشخص اعلام شود و مسئولان از چندصدایی و تناقض‌گویی پرهیز کنند. لازم است اطلاع‌رسانی به جامعه به گونه‌ای باشد که ضمن اینکه در سطح وسیع به بیماری حساس بمانند، از سردرگمی و همچنین عادی‌انگاری نسبت به وضعیت بیماری نیز پیشگیری شود؛

- **اعمال هرگونه محدودیت فاصله اجتماعی مبتنی بر تدوین پروتکل‌های شفاف، ساده و همراه با ضمانت اجرایی**

- **طراحی بسته حمایت‌های اقتصادی و اجتماعی مؤثر جهت پشتیبانی از گروه‌های متأثر از محدودیت‌های فاصله‌گذاری اجتماعی و پیش‌بینی اعتبارات لازم برای اجرای آن؛**

- **طراحی و اجرای سازوکارهای اجرایی بازدارنده و دارای ضمانت اجرایی، مبتنی بر مداخلات هوشمند، نرم و همراه با جریمه بازدارنده برای تخطی‌کنندگان از قرنطینه؛**

- **تقویت ظرفیت تست‌گیری**: افزایش ظرفیت تست‌گیری، به موازات آن بهبود ردیابی و پیگیری مستمر موارد تماس و قرنطینه مبتلایان. در این راستا طرح شهید سلیمانی نیز به دلیل ظرفیت‌هایی که به موجب آن می‌توان ایجاد نمود فرصت مناسبی برای بهره‌مندی نظام سلامت به‌شمار می‌رود؛ لذا پیشنهاد می‌شود براساس ارزیابی طرح مذکور و شناسایی نقاط قوت و قابل بهبود آن، در راستای حداکثرسازی استفاده از فرصت‌هایی که دارد برنامه‌ریزی شود.

- توجه به موارد ذیل در خصوص واکسیناسیون:

۱. انجام تمهیدات لازم جهت تقویت ظرفیت روزانه توزیع واکسن به روزانه ۴۵۰ هزار دوز،
۲. ثبت برخط همه واکسن‌های تزریق شده،
۳. انجام اقدامات لازم جهت ایجاد اطمینان در خصوص کیفیت و ایمنی واکسن‌های تولید داخل در میان افراد جامعه،
۴. اعلام روزانه نوع و میزان واکسن‌های تزریق شده براساس گروه‌های مختلف جمعیتی دریافت‌کننده واکسن،
۵. هرگونه ورود بخش خصوصی به عرصه واردات واکسن مشروط به این الزامات باشد: ثبت واکسن در سامانه توزیع واکسن وزارت بهداشت، قرار گرفتن در اختیار دولت جهت توزیع توسط صرفاً دولتی، رایگان و براساس اولویت‌های سند ملی واکسیناسیون، نظارت دقیق بر قیمت و کیفیت واکسن‌های وارداتی، ایفای نقش صرفاً کمکی بخش خصوصی برای مقابله با تحریم‌ها (نه رقیب دولت)، تعیین سقف واردات متناسب با برنامه زمانبندی ورود تولیدات داخلی به زنجیره توزیع واکسن.

- تقویت نظام مراقبت بیماری‌ها و زیرساخت‌های رصد و تشخیص جهش‌های جدید

ویروس کرونا: این مهم به‌منظور شناسایی بموقع جهش‌های ویروس و اقدامات سریع جهت جلوگیری از ورود و گسترش آنها در سطح کشور اهمیت دارد؛

- استفاده از تجربیات مدیریتی کشورهای موفق: برخی از این کشورها همچون چین

روابط خوبی با ایران دارند و می‌توان از تجارب موفق آنها به منظور کنترل کرونا بهره‌مند شد.

کلام آخر: با توجه به اینکه بیماری کووید-۱۹ به‌عنوان یک مسئله زیستی و اجتماعی مطرح

است که علل و پیامدهای سیستمی دارد، لذا لازم است عوامل اجتماعی، فرهنگی و روانی مؤثر بر آن شناسایی شوند. برخلاف حوادثی نظیر زلزله که بیشترین آسیب متوجه محیط‌زیست و اقتصاد است ولی در پاندمی‌ها بیشترین آسیب متوجه افراد، رفتارها و تعاملات اجتماعی آنهاست.

بنابراین به‌منظور کاهش آسیب‌های مختلف اجتماعی به افراد جامعه و همچنین تقویت سرمایه

اجتماعی لازم است نسبت به **بازیابی اجتماعی** اقدام شود؛ اگرچه در دوران شیوع کووید-۱۹ تلاش برای نجات و محافظت از جان افراد بسیار مهم است، اما باید همزمان به فکر بازیابی (بازسازی و بازتوانی) در شرایط کنونی و آمادگی و تاب‌آوری بیشتر در آینده نیز بود. تاب‌آوری توانایی یک سیستم در جذب تنش‌ها بدون تغییر در ساختار اساسی یا عملکرد آن است به‌طوری که سیستم را به حالت دیگری جهت رسیدن به سازگاری و یا تعادل سوق می‌دهد.

حمایت اجتماعی، اعتماد، تعهد، مشارکت اجتماعی و حمایت‌طلبی از اجزا مهم پنج‌گانه بازیابی



اجتماعی محسوب می‌شوند.^۱

از حیث حمایت اجتماعی، توجه به جهت‌دهی منابع مالی و جبران خسارات به سمت رویکردهای ارتقایی، پیشگیرانه و غربالگری در کنار فعالیت‌های درمانی و توانبخشی برای بازیابی اجتماعی نیاز است. بعد اعتماد اجتماعی، به معنای اعتماد افراد در یک اجتماع به یکدیگر و اعتماد به دولت است. مردم وقتی وارد تعامل و همکاری با مجموعه دولت می‌شوند به تدریج به رعایت رفتارهای بهداشتی فردی و جمعی می‌پردازند و از حجم انتقادات کاسته می‌شود که به نوبه خود زمینه‌های همکاری مردم را فراهم می‌سازد. در مورد مقوله تعهد اجتماعی باید به این نکته اشاره کرد که حوادث و بلاها فرصت مناسبی برای اندازه‌گیری تعهد اجتماعی هستند. فقدان تعهد اجتماعی و یا پایین بودن آن در زمان بروز بلاها بسیار خطرناک است، زیرا در زمانی که دولت و اجتماع به بیشترین میزان همکاری مردم نیاز دارد، افرادی از ضعف دولت استفاده می‌کنند و می‌توانند آسیب‌های جدی مادی و اجتماعی به جامعه وارد آورند، لذا توجه به این بعد بسیار اهمیت دارد.

مشارکت‌دادن افراد و گروه‌های جامعه در بازیابی اجتماعی از طریق راهبردهایی چون توانمندسازی مردم، مجریان و مشاوران، سازمان‌های غیردولتی (سمن‌ها)، ارائه‌دهندگان خدمت و سایر ذی‌نفعان براساس ضوابط و اولویت‌ها، تقویت و آموزش فرهنگ کار تیمی، اصلاح ضوابط برای مشارکت فعال ظرفیت‌های داوطلبانه، ایجاد درگاه اینترنتی برای برقراری ارتباط با مردم و سایر ذی‌نفعان باید در دستور کار قرار گیرد.

حمایت‌طلبی نیز از طریق برنامه‌های درون‌بخشی و برون‌بخشی و با استراتژی‌های مختلفی نظیر؛ سخنرانی و تهیه فیلم و ... برای جلب تعهد سیاسی و کسب حمایت مسئولان و مردم از برنامه‌های بازیابی اجتماعی صورت می‌گیرد. تدوین مستندات موفق و مؤثر حمایت‌طلبی در حیطه‌های بازیابی اجتماعی و انتشار آن برای هر یک از سازمان‌های مرتبط، برگزاری جلسات مستمر با افراد دارای نفوذ برای جلب مشارکت و آشنایی آنان با انواع مداخلات مؤثر بازیابی اجتماعی نیز می‌تواند به ارتقای جایگاه بازیابی اجتماعی در بحران‌های مختلف کمک کند.

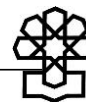
در صورتی که عناصر بازیابی به‌طور موفق در جامعه به کار گرفته شوند، جوامع به احتمال زیاد در برابر بلاهای آینده و شرایط اضطراری، تاب‌آور و مقاوم‌تر می‌شوند. در این صورت، روابط ایجاد شده در این موقعیت‌ها، انعطاف‌پذیر خواهند بود. این روابط به‌عنوان بخشی از بازیابی جامعه ایجاد می‌شود و همچنین افراد جامعه می‌توانند به‌خوبی اطلاعات و تجربیات را به اشتراک گذارند. در این صورت شاهد سطح بالایی از ظرفیت‌های داوطلبانه، انسجام قوی اجتماعی و توانایی بسیج مؤثر در هنگام حوادث و بلاها خواهیم بود.

۱. حمیدرضا خانکه و همکاران، «مدیریت جامع خطر رخدادهای بیولوژیک در نظام سلامت با تأکید بر کووید-۱۹» صدخانه اجتماعی کووید-۱۹. انتشارات دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی.

پیوست‌ها

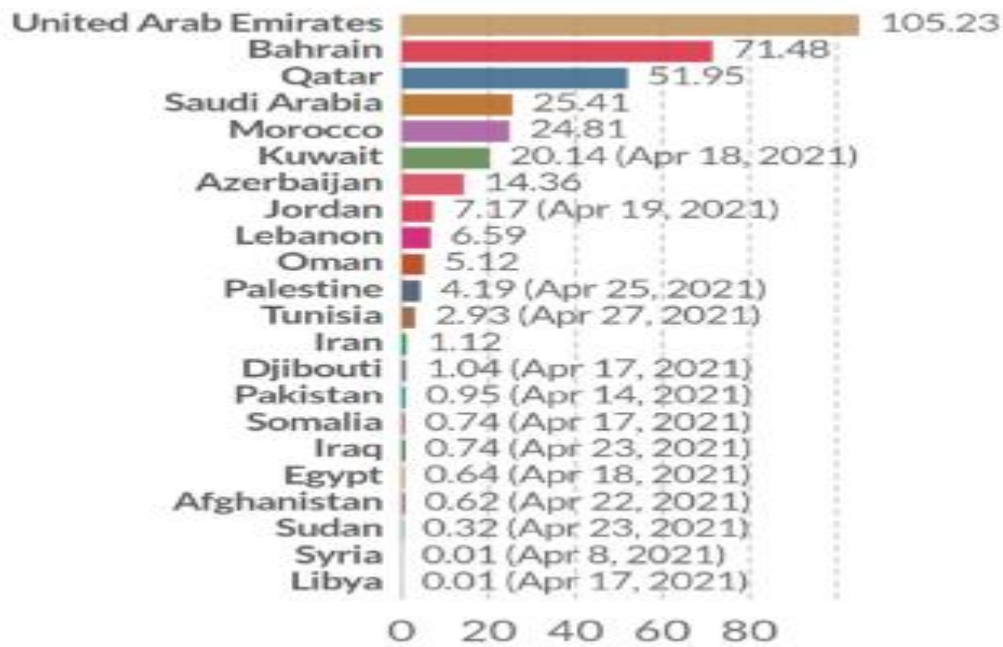
پیوست ۱. فهرست مشاغل گروه‌بندی چهارگانه
(براساس بخشنامه شماره ۱۸۳۱۶۵ مورخ ۱۳۹۹/۱۱/۱۸ وزارت کشور)

<p>فهرست مشاغل گروه یک و مشاغل ضروری که در هیچ‌یک از وضعیت‌های سه‌گانه تعطیل نمی‌شوند:</p> <ul style="list-style-type: none"> - کارخانه‌ها و کارگاه‌های تولیدی، مراکز صنعتی و معدنی، کشاورزی، شیلات، کشتارگاه، انبار و سردخانه عمومی؛ - مراکز زیرساختی و حیاتی، مراکز تأمین و توزیع آب، برق، گاز، مدیریت پسماند، فاضلاب و فعالیت‌های تصفیه و تهویه هوا، پالایشگاه‌ها و جایگاه‌های سوخت؛ - حمل‌ونقل عمومی کالا و مسافر برون‌شهری شامل ریلی، هوایی، جاده‌ای و دریایی؛ - کرایه خودرو بدون راننده، پارکینگ عمومی - مراکز نظامی، انتظامی و امنیتی؛ - فروشگاه‌های مواد غذایی، زنجیره‌ای، سوپرمارکت‌ها، میوه‌فروشی‌ها و سبزی‌فروشی‌ها، میادین میوه و تره‌بار؛ - مراکز تولید، نگهداری، توزیع و فروش محصولات پروتئینی و خدمات وابسته؛ - مراکز تولید و عرضه فراورده‌های لبنی و نانویی (تولید فراورده‌های نانویی)؛ - مراکز بهداشتی، درمانی، اورژانس و تأمین آمبولانس (دولتی و خصوصی) و مشاغل مشابه؛ - داروخانه‌ها، مراکز و فروشگاه‌های دامپزشکی، پخش دارو، عطاری و داروهای سنتی و بذر؛ - مراکز تهیه، تولید و طبخ مواد غذایی و خوراکی آماده و صرفاً بیرون‌بر (شامل تمام گروه‌های غذایی سرد، گرم، آشامیدنی، بستنی و آمیوه، خشکبار، شیرینی و مشاغل مشابه)؛ - خدمات اپراتورهای ارتباطی، خدمات الکترونیک و فعالیت‌های پستی؛ - شرکت‌های خدمات اینترنتی (اعم از تأمین‌کنندگان اینترنت، فروشگاه‌های اینترنتی و شرکت‌های خدماتی مبتنی بر اینترنت)؛ - رسانه‌های مکتوب و برخط و مشاغل مشابه؛ - مراکز نگهداری و خدماتی سالمندان، معلولین، جانبازان، مراکز توان‌بخشی، و مراقبتی، آسایشگاه‌ها؛ - تعمیرگاه‌های انواع خودرو، لوازم خانگی، الکترونیک، کامپیوتر و تأسیساتی، کلیه خدمات فنی و کارواش؛ - فروشگاه‌های انواع قطعات، لوازم یدکی، الکترونیک، صیادی، کشاورزی و تأسیساتی و سایر ملزومات مورد نیاز تولید؛ - فروشگاه‌های انواع مصالح ساختمانی (از قبیل گچ، سیمان، سرامیک، لوله و اتصالات)، محصولات فولادی (آهن و آلومینیم) و پاساژهای تخصصی نظیر لاستیک، قطعات یدکی، آهن‌آلات، کامپیوتر (به استثنای پوشاک، کیف و کفش و موبایل) و آهن‌آلات؛ - کارگاه‌های صنعتی (مانند جوشکاری و تراشکاری و مشابه آن)؛ - لیتوگراف، تایپ و تکثیر و دفاتر فنی مرتبط، دفاتر آگهی تبلیغاتی، فروشندگان کاغذ و مقوا؛ - خشکشویی‌ها؛ - مراکز فروش عینک‌های طبی؛ - فروش گل و گیاه تزئینی / طبیعی؛ - فروشگاه‌های لوازم ایمنی و آتش‌نشانی؛ - سینما خودرو/تئاتر خودرو؛ - مراکز اقامتی (شامل هتل، متل، مهمان‌پذیر، پانسیون و مشاغل مشابه)؛ - فروشگاه‌های مواد شیمیایی با کاربرد صنعتی و کشاورزی؛ - فعالیت تیم‌های ملی و لیگ‌های وابسته در رشته‌های مختلف؛ - غذا و ملزومات حیوانات خانگی، ملزومات و تجهیزات دامپزشکی 	<p>مشاغل گروه شغلی سطح یک (۱)</p>
--	---

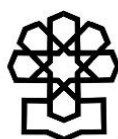


<p>فهرست مشاغل گروه دوم:</p> <ul style="list-style-type: none">- بوستان‌ها و مراکز تفریحی.- پاساژهای سرباز و سرپسته، بازارهای سرپوشیده، مراکز خرید و فروش بزرگ و بازارهای موقت (بازارهای روز و محلی)؛- فروش انواع خودرو، موتور و دوچرخه؛- مراکز شماره‌گذاری اتومبیل؛- آرایشگاه‌های مردانه و زنانه؛- مراکز فروش لوازم آرایشی و بهداشتی؛- مراکز فروش فرش و موکت، کف‌پوش‌ها، لوازم خانگی، تشک، پتو و روانداز، حوله و ملحفه، پارچه، پرده، مبلمان و ملزومات مرتبط (اداری-منزل)، لوستر و چراغ، کابینت، درب و پنجره، تهویه، صنایع دستی، تزیینات داخلی ساختمان؛- مراکز فروش کادویی، اسباب بازی و سرگرمی، لوازم‌التحریر؛ ظروف (چینی، کریستال، پلاستیک، بلورجات، ملامین)، لوازم التحریر، کتاب و مجله، محصولات فرهنگی و کمک آموزشی، تجهیزات مهندسی و نقشه‌برداری.- مراکز فروش انواع پوشاک، کیف و کفش، چرم و مصنوعات چرمی، خرازی، خیاطی؛- آتلیه و عکاسی؛ و خدمات فیلمبرداری؛- آژانس مشاور املاک؛- مراکز تهیه، توزیع و طبخ مواد غذایی، خوراکی، کافی شاپ، با پذیرش مشتری (شامل تمام گروه‌های مواد غذایی سرد، گرم، آشامیدنی، بستنی، آبمیوه، خشکبار، شیرینی)؛- ظروف یک‌بار مصرف؛- فروشندگان پرنده و ماهی‌های تزئینی؛- وسایل، ابزار ملزومات شکار و صیادی؛- فروشگاه ملزومات و تجهیزات بدنسازی و ورزشی؛- فروشندگان طلا، جواهر، نقره، سنگ‌های قیمتی، بدلیجات، ساعت.- رنگ ساختمانی، صنعتی و خودرو.- ظروف، صندلی، میز و سایر ملزومات کرایه‌ای؛- ابزار و یراق، قفل و لولا، وسایل توزین؛- فروش کالاهای دست دوم و سمساری؛- آموزشگاه‌های رانندگی.	<p>مشاغل گروه شغلی سطح دو (۲)</p>
<p>فهرست مشاغل گروه سوم:</p> <ul style="list-style-type: none">- تالارهای پذیرایی؛- استخرهای سرپوشیده و باشگاه‌های ورزشی؛- چایخانه‌ها و قهوه‌خانه‌ها بدون عرضه مواد دخانی (این گروه در کل ساعات شبانه روز تعطیل می‌باشند)؛- آموزشگاه‌های موسیقی و زبان با حضور ۱۰ نفر؛- موزه‌ها، سینماها، تئاترها؛- مهدهای کودک؛	<p>مشاغل گروه شغلی سطح سه (۳)</p>
<p>فهرست مشاغل گروه چهارم:</p> <ul style="list-style-type: none">- باغ‌وحش‌ها و شهرهای بازی؛- مراکز تفریحی آبی؛- گیمنت‌ها.	<p>مشاغل گروه شغلی سطح چهار (۴)</p>

پیوست ۲. تعداد دوز تزریق شده واکسن کووید-۱۹ به ازای هر ۱۰۰ نفر جمعیت در کشورهای دفتر مدیترانه شرقی سازمان بهداشت جهانی (EMRO)



Source: ourworldindata.org.



مرکز پژوهش‌ها
مجلس شورای اسلامی

شماره مسلسل: ۱۷۶۰۰

شناسنامه گزارش

عنوان گزارش: درباره مقابله با گسترش کرونا، مواجهه با قله چهارم بیماری در ایران

نام معاونت: مطالعات اجتماعی

تهیه و تدوین: محمد بختیاری علی‌آبادی

ناظران علمی: مهدی مختاری‌پیام، مریم جان‌قربان، کمیل قیدرلو

ویراستار تخصصی: —

ویراستار ادبی: —

واژه‌های کلیدی:

۱. کرونا

۲. قله چهارم

۳. ایران



تاریخ انتشار: ۱۴۰۰/۴/۲۳