



تاریخ ثبت: ۲۶ شهریور ۱۳۹۰

تعداد اخبار موجود: ۴۵ خبر

فهرست

- ۱ - تغذیه نامناسب، مادران باردار را در معرض خطر زایمان نوزادان کم وزن و کوتاه قد قرار می دهد - خیرگزاری آریا
- ۲ - دانشگاه ها و نقرات برتر سومین المپیاد علمی دانشجویان علوم پزشکی مشخص شدند - خیرگزاری آریا
- ۳ - معاونت غذا و داروی اهواز اعلام کرد؛ هشداری نسبت به مصرف داروی ۰۰۷ در خوزستان - خیرگزاری فارس
- ۴ - استفاده از میان وعده های غیرخانگی موجب اضافه وزن دانش آموزان می شود - خیرگزاری آریا
- ۵ - سالانه ۱۲ هزار مورد ابتلا به تب مالت در کشور ثبت می شود - خیرگزاری آریا
- ۶ - با اعلام ممنوعیت انتقال دستاران ایرانی خارج از کشور به دانشگاه های داخل دسر شورای آموزش پزشکی خبر داد: ارزیابی متقاضیان انتقال فقط به عنوان متخصص - خیرگزاری اسنا
- ۷ - تامین اجتماعی ۲۶ میلیارد تومان از وزارت بهداشت طلب دارد - خیرگزاری ایلنا
- ۸ - مراکز ترک اعتیاد مطابقت با استانداردهای وزارت بهداشت است - خیرگزاری سلامت ایرانیان
- ۹ - مسئولان وزارت بهداشت برای جلوگیری از افزایش قیمت دارو چاره اندیشی کنند - سلامت نیوز
- ۱۰ - وجود دستگاه بت برای درمان بیماران سرطانی، ضروری است - خیرگزاری آریا
- ۱۱ - دانشگاه های برتر علوم پزشکی کشور معرفی شدند - ارم نیوز
- ۱۲ - کمیود تخت بیمارستانی در ملارد - باشگاه خبرنگاران
- ۱۳ - براساس تازه ترین ارزیابی وزارت بهداشت دانشگاه های برتر علوم پزشکی کشور معرفی شدند جدول کامل رتبه بندی ۴۶ دانشگاه علوم پزشکی تابعه وزارت بهداشت - خیرگزاری اسنا
- ۱۴ - یک پزشک متخصص بیمارستان LGH لاهو پاکستان؛ پزشکان خارجی در ایران حق فعالیت ندارند - خیرگزاری فارس
- ۱۵ - انتخاب میان وعده مناسب نقش مهمی در سلامت دانش آموزان دارد - ایمن
- ۱۶ - تناقض گویی وزارت بهداشت در مورد داروی جدید ام اس - سلامت نیوز
- ۱۷ - فارس/راه اندازی نخستین کلینیک تخصصی ارائه مراقبت های ادغام یافته سلامت سالمندان کشور در شیراز - باشگاه خبرنگاران
- ۱۸ - نیشستن های طولانی احتمال خونریزی بعد از جراحی پروستات را افزایش می دهد - سلامت نیوز
- ۱۹ - کمیود نیروی انسانی علت بکارگیری همراه بیمار در بیمارستانهاست - سلامت نیوز
- ۲۰ - رتبه دانشگاه علوم پزشکی بوشهر در کشور جدول - ارم نیوز
- ۲۱ - مرکز مطالعات و تحقیقات سلول های بنیادی در تبریز ایجاد می شود - خیرگزاری آریا
- ۲۲ - مسئولان، رئیس جمهور و هیات دولت باید حساسیت بیشتری نسبت به تحقق طرح پزشک خانواده پیدا کنند - خیرگزاری مجلس
- ۲۳ - ارباب/برگزاری جشنواره گلواژه های اثر ویژه تحلیل از خیرین سلامت استان مرکزی - وزارت بهداشت
- ۲۴ - چه کسی ویا را وارد ایران کرده است؟ - جهان نیوز
- ۲۵ - مردم قشمر در انتظار تامین بودجه بیمارستان پیامبر اعظم توسط وزارت بهداشت و درمان - مرکز امور مناطق آزاد
- ۲۶ - رئیس اورژانس کشور؛ میانگین زمان حضور اورژانس در تهران ۵/۱۲ دقیقه است - خیرگزاری اسنا
- ۲۷ - قائم مقام ستاد مبارزه با مواد مخدر در گفتگو با آریا: مراکز ترک اعتیاد مطابق با استانداردهای وزارت بهداشت است - خیرگزاری آریا
- ۲۸ - مشکلات حوزه بهداشت و سلامت رشت/ معضل زباله و تخت های بیمارستانی - خیرگزاری مهر
- ۲۹ - بچه های کم فردا - همشهری آنلاین
- ۳۰ - با تاکید بر وجود مشکلات اجرای پزشک خانواده مخیر کمیسیون بهداشت: مسئولان، رئیس جمهور و هیات دولت باید حساسیت بیشتری نسبت به تحقق این طرح پیدا کنند - خیرگزاری اسنا
- ۳۱ - در راستای ارائه خدمات درمانی صورت گرفت؛ اعزام تیم های پزشکی به مناطق محروم قزوین - خیرگزاری فارس
- ۳۲ - مدیر کل سلامت روان وزارت بهداشت در گفت و گو با فارس: خدمات بهداشت روان به میزان کافی در دسترس مردم نیست - خیرگزاری فارس
- ۳۳ - تناقض گویی وزارت بهداشت در مورد داروی جدید ام اس - خیرگزاری مهر
- ۳۴ - ویا یا کسی شوخی ندارد - مهر پرس
- ۳۵ - پایان کابوس قطع پای سماران دنیای با کمک مگس ها! موفقیت محققان ایرانی در درمان زخم های عفونی با «لارو مگس» - خیرگزاری اسنا
- ۳۶ - الو شرق ۸۸۶۵۴۳۹۰ - روزنامه شرق
- ۳۷ - مصوبه وزارت بهداشت برای بخش مراقبت های ویژه نوزادان ماه آینده اجرایی می شود - روزنامه خراسان
- ۳۸ - مرگ های زودرس؛ ارمغان آلودگی هوا برای ساکنان کلان شهرها - روزنامه خراسان
- ۳۹ - شربت تریاک توزیع نمی شود - همشهری آنلاین
- ۴۰ - پاسخ دانشگاه علوم پزشکی تهران به یک گزارش همشهری - همشهری آنلاین
- ۴۱ - جالش توزیع شربت تریاک - همشهری آنلاین
- ۴۲ - هشدار وزارت بهداشت به مراکز تحقیقاتی دارای مواد مخدر - اعتدال
- ۴۳ - نتایج رتبه بندی پژوهشی دانشگاه های علوم پزشکی / جدول برترین دانشگاهها - خیرگزاری مهر
- ۴۴ - سازمان بهداشت جهانی در خصوص افزایش موارد بیماری توپیکولوز در اروپا هشدار داد - پزشکان بدون مرز
- ۴۵ - جراحی میکروسکوپی دهان و دندان - پزشکان ایران



۱ - تغذیه نامناسب، مادران باردار را در معرض خطر زایمان نوزادان کم وزن و کوتاه قد قرار می دهد خبرگزاری آریا - مادرانی که به اندازه کافی انرژی دریافت نمی کنند، در معرض خطر زایمان نوزادان کم وزن و کوتاه قد قرار دارند و موفقیت آنان در تداوم شیردهی کمتر است.

به گزارش آریا به نقل از روابط عمومی **وزارت بهداشت**، انجمن ترویج تغذیه با شیر مادر اعلام کرد: اگر مادران در دوران بارداری افزایش وزن مناسب نداشته باشند، روابط عاطفی بین مادر و شیرخوار در بدو تولد و دو سال اول زندگی با اشکال و به سختی برقرار می شود.

بنابراین گزارش، استفاده از منابع دارای ملح و روی باعث افزایش وزن زمان تولد نوزاد می شود و اجرای یک برنامه غذایی متعادل و متنوع با استفاده از گروه های مختلف غذایی می تواند تمام نیاز های تغذیه ای مادر و جنین را تأمین کند به جز نیاز به آهن و اسید فولیک که باید از طریق دریافت مکمل های آن جبران شود.

این گزارش می افزاید: در دوران بارداری به دلیل افزایش حجم خون مادر و رشد جنین و جفت، نیاز به آهن و اسید فولیک افزایش می یابد لذا اهمیت دریافت این مکمل ها در پیشگیری از کم خونی، ضعف و ناتوانی مادر، زایمان زودرس و نقص سیستم عصبی جنین بوده و موجب تکامل و مقاومت سیستم ایمنی او می شود.

این گزارش حاکیست، بارداری های مکرر به خصوص با فواصل کم و در سنین پایین ذخائر آهن بدن مادر را کاهش می دهد و زنان باردار که سابقه کم خونی فقر آهن ندارند می توانند از زمان شروع حاملگی، حتی از ۲ تا ۳ ماه قبل از بارداری، روزانه یک قرص اسید فولیک و از پایان ماه چهارم تا چهار ماه پس از زایمان روزانه یک عدد قرص آهن مصرف کنند تا از بروز عوارض ذکر شده پیشگیری شود.

بنابر اعلام انجمن ترویج تغذیه با شیر مادر، استفاده از نمک پیدار به میزان لازم در دوران بارداری، احتمال سقط خود به خود را کاهش داده و در هوش، شنوایی و بینایی نوزاد تأثیر گذار خواهد بود.

بر اساس این گزارش، استفاده از ویتامین D برای جذب کلسیم از روده ها ضروری است که در دوران بارداری با مصرف مکمل های حاوی این ویتامین و یا در معرض نور خورشید قرار گرفتن، تأمین می شود.



۲ - دانشگاه ها و نفرات برتر سومین المپیاد علمی دانشجویان علوم پزشکی مشخص شدند خبرگزاری آریا - مراسم اختتامیه سومین المپیاد علمی دانشجویان علوم پزشکی سراسر کشور با معرفی نفرات برتر در حیطه های انفرادی و گروهی برگزار شد.

به گزارش آریا به نقل از روابط عمومی **وزارت بهداشت**، سلطانی عربشاهی، دبیر علمی المپیاد با اشاره به طول کشیدن زمان اعلام نتایج حیطه انفرادی دلیل آن را تصحیح هر برگه توسط سه استاد بیان کرد.

وی با اشاره به اینکه در اعلام نتایج هر چهار حیطه دقت و وسواس زیادی انجام شده است افزود: در این دوره به جای ۶ تیم، ۹ تیم به مرحله نهایی راه یافتند که کار داوری را مشکل تر می کرد.

در ادامه دکتر منجمی، عضو کمیته فنی المپیاد در سخنانی با بیان اینکه در پزشکی هدف نهایی و اعلاء، حل مشکل بیمار است و تا زمانی که مشکل حل نشود پزشکی ناتمام است، گفت: تأکید ما در کمیته فنی بر حل مساله و استدلال است که این مساله به حیطه های مختلف دیگر تسری پیدا کرد.

وی رایانه ای کردن تصحیح آزمون های استدلال بالینی را از کارهای بزرگ این المپیاد دانست و گفت: یکسان نبودن سطح آموزش و تفاوت در برگزاری آزمون های غربالگری باعث شده تا ما امسال تصمیم به طراحی نرم افزاری بگیریم که همه فرآیندهای المپیاد را در اختیار دانشگاه ها قرار می دهد.

رشیدیان نیز به نمایندگی از اعضای کمیته داوری فرآیند کار داوری، طراحی سوال، شکل آزمون و تصحیح آن را فرآیند خسته کننده ای عنوان کرد و گفت: گروه داوری فشار زیادی را در المپیاد متحمل شد.

بر اساس این گزارش دکتر محقق هم نگاه برتر و برگزیده **وزارت بهداشت** به المپیاد علمی را که تجلی گاه تلاش های علمی و فرهنگی و معنوی در دانشگاه هاست موجی دانست که برای تقویت روحیه همکاری و مهارت های ارتباطی است.

وی افزود: ۲۳ دانشگاه به نوعی در این المپیاد رتبه آوردند که که نشان می دهد در این رقابت تمرکز فقط بر روی دانشگاه های تیپ ۱ نبوده است و رتبه خوب دانشگاه های مناطق محروم جای تقدیر دارد.

در ادامه نیز مراسم انتقال پرچم میزبانی از دانشگاه علوم پزشکی تهران به دانشگاه علوم پزشکی تبریز برگزار شد و دکتر لاریجانی پرچم المپیاد را به دکتر یعقوبی تحویل داد.

اجرای هنری دو آهنگ توسط گروه آوای دستان در ادامه مراسم اختتامیه، شور و حال خاصی را در فضای سالن همایش های رازی در پردیس همت ایجاد کرد.

اهدای جوایز به برگزیدگان چهار حیطه مختلف سومین المپیاد علمی دانشجویان سراسر کشور بخش پایانی این مراسم بود. اسامی دانشگاه های برگزیده در مرحله گروهی سومین المپیاد علمی دانشجویان علوم پزشکی کشور به شرح زیر اعلام شد:

در حیطة استدلال بالینی به ترتیب دانشگاه های علوم پزشکی، آذربایجان غربی، اهواز، تبریز، شیراز، شهید بهشتی و گیلان، در حیطة تفکر علمی در علوم پایه، تهران(۱)، اصفهان، شاهد، کرمان، تهران(۲) و آذربایجان غربی، در حیطة مدیریت در نظام سلامت دانشگاه های علوم پزشکی مشهد، شیراز، تهران(۱)، کرمان، اصفهان و تبریز، درحیطة نوآورانه با موضوع **اخلاق پزشکی** هم دانشگاه های علوم پزشکی شاهد، شهید بهشتی، تهران(۱)، همدان، شیراز و آذربایجان غربی به ترتیب در رده ای اول تا ششم جای گرفتند.

در بخش انفرادی در حیطة تفکر علمی در علوم پایه:

حسین فرضی از دانشگاه علوم پزشکی تهران اول، زهرا کارجو از دانشگاه علوم پزشکی اردبیل دوم و نیما شکرریز فومنی از دانشگاه علوم پزشکی تهران اول تا سوم شدند.

در مرحله انفرادی حیطة مدیریت در نظام سلامت:

شهاب حافظی از دانشگاه علوم پزشکی مشهد، اول، جواد شاه محمدی از دانشگاه علوم پزشکی شیراز، دوم و صادق غفاریان از دانشگاه علوم پزشکی مشهد سوم شدند.

در آزمون انفرادی حیطة نوآورانه **اخلاق پزشکی**:

کیانا حسن پور از دانشگاه علوم پزشکی تهران، اول، سید حسین آقایان گل کاشانی از دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دوم و سمانه سراییان از دانشگاه علوم پزشکی تهران سوم شدند.

در انفرادی حیطة استدلال بالینی:

پیام افتخاری میلانی از دانشگاه علوم پزشکی تبریز، اول، محمد تقوایی از دانشگاه علوم پزشکی تهران، دوم و سهند حمیدی از دانشگاه علوم پزشکی گیلان سوم شدند.

گفتنی است: این مراسم روز پنج شنبه ۲۴ شهریور، با حضور دکتر لاریجانی، رییس دانشگاه علوم پزشکی تهران و رییس

سیاستگذاری **وزارت بهداشت**، دکتر محقق، معاون آموزشی **وزارت بهداشت** و دکترها ایزدی، یعقوبی و گرشاسبی به ترتیب روسای دانشگاه های علوم پزشکی شیراز، تبریز و شاهد و نیز جمعی از دانشجویان سراسر کشور برگزار شد و از نفرات برتر و گروه های برتر چهار حیطة علمی این المپیاد تقدیر شد.



Fars News Agency

۲ - معاونت غذا و داروی اهواز اعلام کرد؛ هشدار نسبت به مصرف داروی ۰۰۷ در خوزستان خبرگزاری فارس - مدیر نظارت بر دارو و مخدر دانشگاه علوم پزشکی اهواز نسبت به مصرف داروی ۰۰۷ که با عنوان **درمان لاغری و بدنسازی در سطح استان مصرف می شود هشدار داد.**

به گزارش خبرگزاری فارس از اهواز به نقل از روابط عمومی معاونت غذا و داروی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، حسین بزرگ اظهار داشت: **داروی ۰۰۷** فاقد هرگونه مجوز **وزارت بهداشت** و **درمان** بوده و به همین دلیل از نظر سلامت و ایمنی **داروی** مورد تایید هیچ مرجع قانونی نیست.

وی تصریح کرد: **داروهای فاقد مجوز وزارت بهداشت و درمان** به علت نامشخص بودن ترکیبات موثره موجود، نامعلوم بودن محل تولید، عدم نظارت بر شرایط ساخت، عدم اطمینان از تاریخ تولید و انقضاء درج شده، شرایط نگهداری و حمل و نقل آن غیرقابل استفاده است.

بزرگ با اشاره به اینکه شهروندان باید در هنگام خرید **دارو** به مشخصات آن توجه کنند، به مصرف کنندگان **دارو** توصیه کرد: **دارو** باید حتماً از **داروخانه** طبق تجویز پزشک تهیه شود و مصرف کنندگان **دارو** از مراجعه به مراکز غیر از **داروخانه** اکیداً خودداری کنند.



۲ - استفاده از میان وعده های غیرخانگی موجب اضافه وزن دانش آموزان می شود خبرگزاری آریا - استفاده بی رویه از میان وعده های غیرخانگی مانند انواع کیک، بیسکویت، آبمیوه صنعتی، شکلات و آبنبات موجب اضافه وزن دانش آموزان می شود.

به گزارش سرویس اجتماعی آریا به نقل از وب دا، دفتر بهبود تغذیه جامعه **وزارت بهداشت**، **درمان** و آموزش پزشکی اعلام کرد: در رژیم غذایی دانش آموزان معمولاً مقادیر زیادی فرآورده های غلات وجود دارد اما اغلب این فرآورده ها شامل شیرینی، کیک های صبحانه، غلات شیرین شده و غلات تصفیه شده دیگر است که قند و چربی زیادی دارند و مصرف بی رویه آنها سبب اضافه وزن می شود.

بنابراین گزارش، والدین باید دقت کنند تا غلات کامل را در اختیار کودکان و نوجوانان خود قرار دهند زیرا نسبت به غلات تصفیه شده، فیبر، ویتامین و مواد معدنی بیشتری دارند و نان سنگک و ماکارونی سبوس دار نمونه های محصولات تهیه شده از غلات کامل هستند.

این گزارش می افزاید، لبنیات نیز منابع بسیار خوب کلسیم هستند که در محکم سازی استخوان ها به ویژه در دوران رشد اهمیت بسیار زیادی دارند، به همین دلیل باید توجه خاصی به این دسته مواد در رژیم غذایی روزانه کودکان و نوجوانان شود.

گفتنی است: از آنجا که میزان چربی های اشباع در محصولات لبنی بالا است توصیه می شود از محصولات لبنی پرچرب استفاده نشود. شیر، ماست و انواع پنیر به همراه نان از میان وعده های مناسب برای دانش آموزان هستند.

بنابر اعلام دفتر بهبود تغذیه جامعه، مغزها نیز میان وعده های مناسبی هستند و در عین حال از کالری قابل توجهی برخوردارند و در کودکان و نوجوانان دارای اضافه وزن و چاق باید در مصرف مغزها احتیاط کرد، بهتر است از مغزهای شور استفاده نشود.



۵ - سالانه ۱۲ هزار مورد ابتلا به تب مالت در کشور ثبت می شود خبرگزاری ایرنا - رییس اداره بیماری های قابل انتقال بین انسان و حیوان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اعلام کرد: سالانه ۱۲ هزار مورد بیماری تب مالت در کشور ثبت می شود.

محمدرضا شیرزادی روز شنبه در گفت و گو با خبرنگار ایرنا افزود: تب مالت، یک بیماری بومی است که تمام استان های کشور به این بیماری آلوده هستند. وی اضافه کرد: تنها راه پیشگیری از شیوع بیماری تب مالت، آموزش جامعه و مصرف نکردن فرآورده های لبنی غیرپاستوریزه است. رییس اداره بیماری های قابل انتقال بین انسان و حیوان وزارت بهداشت، خاطر نشان کرد: امسال به دلیل واکسیناسیون گسترده دام ها توسط سازمان دامپزشکی، میزان شیوع ابتلا به تب مالت در مقایسه با سال های گذشته کاهش پیدا کرده است. شیرزادی یادآور شد: تب مالت یکی از مهم ترین بیماری های مشترک بین دام و انسان -ژئونوز- است که علامت بروز این بیماری در دام ها، سقط جنین است اما ممکن است گاهی این علامت نیز بروز نکند. به گفته وی، باکتری بیماری تب مالت در خون، ادرار، لاشه و مدفوع دام باقی می ماند و در تماس با انسان، منتقل می شود؛ همچنین خوردن محصولات دامی غیرپاستوریزه مانند شیر یا پنیر نیز موجب انتقال این بیماری می شود. اجتمام**۹۱۸۵ خبر / خبرگزاری جمهوری اسلامی (ایرنا) / کد خبر ۳۰۵۶۷۶۷۷



۶ - با اعلام ممنوعیت انتقال دستیاران ایرانی خارج از کشور به دانشگاه های داخل دبیر شورای آموزش پزشکی خبر داد: ارزیابی متقاضیان انتقال فقط به عنوان متخصص

خبرگزاری ایسنا - دبیر شورای آموزش پزشکی و تخصصی وزارت بهداشت از ممنوعیت انتقال دانشجویان ایرانی شاغل به تحصیل در دوره دستیار خارج از کشور به دانشگاه های داخل کشور خبر داد. تهران

سرویس: آموزشی
دبیر شورای آموزش پزشکی و تخصصی وزارت بهداشت از ممنوعیت انتقال دانشجویان ایرانی شاغل به تحصیل در دوره دستیار خارج از کشور به دانشگاه های داخل کشور خبر داد. سید امیر محسن ضیایی در گفت و گو با خبرنگار صنفی آموزشی خبرگزاری دانشجویان ایران (ایسنا)، با بیان اینکه انتقال و مهمانی دستیارانی که از سال ۲۰۰۸ میلادی تحصیل خود را در دوره تخصصی پزشکی شروع کنند به داخل کشور ممنوع است، اظهار کرد: این دسته از دانشجویان متقاضی انتقال، می توانند پس از اتمام درس در صورتی که ۸۰ درصد برنامه آموزشی آن کشور با برنامه آموزشی داخل مطابقت داشته باشد، در بخش مربوطه ارزیابی شوند. دبیر شورای آموزش پزشکی با تاکید بر اینکه دانشجویان دوره دستیار نمی توانند به هیچ عنوان برای ادامه تحصیل به دانشگاه های داخل کشور انتقال یابند، خاطر نشان کرد: بر این اساس این دسته از متقاضیان فقط به عنوان متخصص، مشروط به تطابق ۸۰ درصد برنامه آموزشی آن کشور با داخل از کشور ارزیابی می شوند. انتهای پیام



۷ - تامین اجتماعی ۲۶ میلیارد تومان از وزارت بهداشت طلب دارد خبرگزاری ایرنا - شرکت های دارویی متعلق به سازمان تامین اجتماعی ۱۹۱ میلیارد تومان از وزارت بهداشت طلب دارند و سازمان ۱۱ میلیارد تومان نیز بابت حوادث ترافیکی از وزارت بهداشت طلب دارد.

درحال حاضر سازمان تامین اجتماعی ۲۶ میلیارد تومان است. ایلنا: برنامه نبض شبکه ۶ سیما، شب گذشته با موضوع بدهی متقابل سازمان تامین اجتماعی و وزارت بهداشت و پزشک خانواده و با حضور رحمت ... حافظی مدیرعامل سازمان تامین اجتماعی، قاضی زاده عضو کمیسیون بهداشت مجلس، محقق نماینده وزارت بهداشت و تماس تلفنی امامی رضوی معاون درمان وزارت بهداشت و شریعتی نماینده وزارت بهداشت برگزار شد.

به گزارش خبرنگار ایرنا، رحمت ... حافظی مدیرعامل سازمان تامین اجتماعی با بیان اینکه طی ۴۱۰ روز گذشته گامهای خوبی در

این سازمان برداشته شده است، خاطرنشان کرد: با این حال ما مدعی نیستیم که در شرایط ایده آل هستیم.

وی با اشاره به مراجعه ۵۰ میلیون و ۴۷۰ هزار مراجعه کننده به مراکز درمانی تامین اجتماعی در سال گذشته گفت: یکم مهرماه سال ۱۳۸۹ وزیر بهداشت طی مصاحبه ای از طلب ۹۰۰ میلیارد تومانی وزارت بهداشت از بیمه ها خبر داده بود که هفته گذشته وزیر بهداشت این عدد را ۲۵۰ میلیارد تومان عنوان کرد که سهم سازمان تامین اجتماعی ۱۷۶ میلیارد تومان است.

حافظی با تاکید بر اینکه شرکت های دارویی متعلق به سازمان تامین اجتماعی ۱۹۱ میلیارد تومان از وزارت بهداشت طلب دارند و سازمان ۱۱ میلیارد تومان نیز بابت حوادث ترافیکی از وزارت بهداشت طلب دارد، اظهار داشت: در حال حاضر سازمان تامین اجتماعی ۲۶ میلیارد تومان از وزارت بهداشت طلب دارد.

وی با اشاره به قانون برنامه بودجه سال ۹۰ گفت: در این برنامه مقرر شد که ۳۰۰ میلیارد تومان بابت بدهی سازمان تامین اجتماعی به وزارت بهداشت شرکت هایی که قرار است به سازمان واگذار شود به همین مبلغ به وزارت بهداشت واگذار شد.

حساب خود را با وزارت بهداشت تقریباً به صفر رسانده ایم

حافظی با بیان اینکه در زمان مسوولیتم در معاونت وزارت بهداشت معتقد به پیش پرداخت ۲۵ درصدی از سازمان بیمه ای بودم، گفت: حالا نیز به این موضوع اعتقاد دارم اما سازمان تامین اجتماعی در جهت پرداخت بدهی های خود گام های بلندی را برداشته است و در حال حاضر حساب خود را با وزارت بهداشت تقریباً به صفر رسانده ایم.

در ادامه این برنامه امامی رضوی معاون درمان وزارت بهداشت به صورت تلفنی گفت: محاسبات مدیرعامل سازمان تامین اجتماعی مبنایش با هم متفاوت است و اعداد ذکر شده قابل بحث است.

قرار شده معاونت نظارت راهبردی ریاست جمهوری تفاوت تعرفه ها را جبران کند

وی با انتقاد از نبود تعرفه واقعی در سال ۹۰ گفت: قرار شد که معاونت نظارت راهبردی ریاست جمهوری تفاوت تعرفه ها را جبران کند که متأسفانه این گونه نشده است.

پس از اظهارات امامی رضوی معاون وزارت بهداشت، حافظی مدیرعامل سازمان تامین اجتماعی این پرسش را از امامی رضوی مطرح کرد که اگر بدهی وزارت بهداشت به شرکت های دارویی ارتباطی به وزارت بهداشت ندارد پس سازمان تامین اجتماعی باید این مبلغ را از چه کسی دریافت کند؟ که معاون درمان وزارت بهداشت حرفی برای گفتن نداشت و صحبت های حافظی را قبول کرد.

تعرفه ها واقعی تعیین نمی شود

در ادامه این برنامه زنده در سیما، قاضی زاده عضو کمیسیون بهداشت مجلس گفت: در گذشته سازمان تامین اجتماعی توانایی مالی بیشتری داشت و ورودی آن نسبت به خروجی اش بیشتر بود.

وی با بیان اینکه تعرفه ها واقعی تعیین نمی شود، اظهار داشت: دولت و بیمه ها نقشی عمده ای در این موضوع دارند چرا که ترکیب شورای عالی بیمه درست نیست.

قاضی زاده تاکید کرد: به نظر من رئیس جمهور باید در جلسه ای با وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی و وزیر بهداشت این مشکلات را مرتفع کنند در حالی که در حال حاضر عزم جدی از سوی دولت برای حل این مشکلات وجود ندارد.

در ادامه مدیرعامل سازمان تامین اجتماعی با بیان اینکه گفته آقای قاضی زاده مبنی بر این که عزم جدی برای رفع مشکلات نیست را قبول ندارم، خاطرنشان کرد: سازمان تامین اجتماعی برنامه نرم افزاری طی ۲ ماه آینده طراحی خواهد کرد که بر روی سایت رسمی تامین اجتماعی قابل دسترسی خواهد باشد تا از این طریق شفاف سازی شود و مانع بهانه گیری ها باشیم.

حافظی با تاکید بر اینکه اجازه نمی دهیم مشکلات وزارت بهداشت به گردن سازمان های بیمه ای انداخته شود، تصریح کرد: مسوول تاخیر در پرداخت کارانه های وزارت بهداشت سازمان تامین اجتماعی نیست و این موضوع در سفرهای استانی مدیریت تامین اجتماعی به صورت مستند ثابت شده است.

پس از اظهارات حافظی، محقق نماینده وزارت بهداشت با بیان اینکه می خواهم بحث را از موضوع بدهی ها خارج کنم، اظهار داشت: در طول تاریخ سازمان تامین اجتماعی همواره شاهد بدهی این سازمان به بیمارستان های دولتی بودیم در حالی که تامین اجتماعی باید تمام عیار در خدمت نظام سلامت کشور باشد.

سرنه درمانی بیمه شدگان تامین اجتماعی پرداخت نمی شود

این اظهارات محققى در حالى است كه وى توضیحى نداد كه چرا سهم سرانه **درمانى** بیمه شدگان تامین اجتماعی به این سازمان پرداخت نمى شود.

محققى تاخیر سه ماه و نیم سازمان تامین اجتماعی در پرداختى خود به **وزارت بهداشت** را باعث تاثیر منفى در **وزارت بهداشت** دانست و گفت: منطقی است كه **بیمارستان** هاى **وزارت بهداشت** با وجود كمبود منابع مالی در وظيف خود اولويت بندى داشته باشند.

پس از آن حافظى مدیرعامل سازمان تامین اجتماعی خطاب به محققى نماینده **وزارت بهداشت** گفت: اگر سازمان ۱۷۶ میلیارد تومان به **وزارت بهداشت** پرداخت كند مشكلات حل مى شود؟ كه محققى در پاسخ گفت: خير. كه بعد حافظى افزود: بنابراین نباید فرافكنى كرده و بیمه هاى را ناعادلانه زیر سوال برد.

پس از اظهارات مدیرعامل سازمان تامین اجتماعی، محققى نماینده **وزارت بهداشت** خدمات **درمانى** سازمان تامین اجتماعی را به ۴ بخش **درمان** مستقیم، قرار داد با **وزارت بهداشت**، قرار داد با بخش خصوصى و سایر بیمه ها و مراجعات مردم به **بیمارستان** هاى تامین اجتماعی تقسیم كرد و گفت: تامین اجتماعی خود را غیر دولتى مى داند و معتقد است كه مشمول **تعرفه** غیر دولتى است اما ما اعتقاد داریم كه این مقوله غیر قانونى است زیر **وزارت بهداشت** سیاست گذار است.

پس از آن حافظى مدیرعامل تامین اجتماعی خطاب به محققى گفت كه آیا تامین اجتماعی دولتى است؟ كه محققى گفت: دولتى هم هست كه حافظى گفت: این طور نیست .

پس از آن مجرى برنامه از قاضى زاده عضو **كمیسیون بهداشت** و **درمان** مجلس پرسید كه تامین اجتماعی دولتى است یا خير؟ كه قاضى زاده گفت: نهاد عمومى غیر دولتى است اما از تسهیلات بیت المال هم استفاده مى كند اما طرح این موضوع در حال حاضر مشكلى را حل نمى كند.

۸۵ درصد مراجعان مراکز **درمانى** تامین اجتماعی، بیمه شدگان خور سازمان هستند

پس از این حافظى مدیرعامل سازمان تامین اجتماعی با اشاره به اینکه قانون گذار صراحت دارد كه تامین اجتماعی از محل حق بیمه ها اداره مى شود و ردیف بودجه دولتى ندارد، اظهار داشت: سازمان در موضوع تعیین **تعرفه** مصوبات ابلاغى دولت را اجرا مى كند و این در حالى است كه ۸۵ درصد از مراجعان به مراکز **درمانى** سازمان، بیمه شدگان خود تامین اجتماعی هستند و ۱۵ درصد شامل بقیه افراد مى شود كه برخى از این ۱۵ درصد هم مشمول سایر بیمه ها هستند.

پس از اظهارات مدیرعامل سازمان تامین اجتماعی، محققى نماینده **وزارت بهداشت** گفت: اگر قیمت خدمات تمام شده **بیمارستان** هاى تامین اجتماعی ۴۶ است چرا سازمان از **وزارت بهداشت** با قیمت ۱۰ خرید خدمت مى كند؟

پس از این اظهارات شهرداری رییس **كمیسیون بهداشت** مجلس به صورت تلفنى گفت: از وزیر تعاون، كار و رفاه اجتماعی مى خواهیم كه طى ۴۸ ساعت بخشنامه مربوط به **تعرفه** سازمان تامین اجتماعی لغو شود كه اگر این اتفاق نیفتد مجلس وزیر را استیضاح مى كند.

بعد از اظهارات شهرداری، حافظى مدیرعامل سازمان تامین اجتماعی گفت: زمانى پرداختى از جیب مردم زیاد شد كه طبق مصوبه مجلس **تعرفه** گذارى به بخش خصوصى يعنى سازمان نظام پزشكى واگذار شد.

پس از این اظهارات رییس **كمیسیون بهداشت** مجلس گفت: درخلى از شهرستان ها تنها **بیمارستان** موجود شهر، **بیمارستان** تامین اجتماعی است.

این اظهارات شهرداری رییس **كمیسیون بهداشت** مجلس در حالى است كه وى به این موضوع اشاره نكرد كه در دولت هاى گذشته و بیشتر با فشار سیاسى نمایندگان مجلس، **بیمارستان** هاى شهر ها توسط سازمان تامین اجتماعی ویا بودجه بیمه شدگان تامین اجتماعی ساخته شده كه توجیه كارشناسى نداشته و در حقیقت سازمان تامین اجتماعی، كارگران و بازنشستگان این سازمان جور **وزارت بهداشت** را كشيده است.

در ادامه مدیرعامل سازمان تامین اجتماعی گفت: متولى نباید ارزش یاب هم باشد چون خود منتفع است در حالى كه مى توان مثل واگذارى صدور گذرنامه به بخش خصوصى تعیین **تعرفه** را هم به همین منوال كرد اما در هر صورت سازمان تامین اجتماعی برای رفع

ابهام از معاون حقوقی ریاست جمهوری استعلام خواهد گرفت که دیگر بهانه ای وجود نداشته باشد.

پس از این اظهارات، مجری برنامه موضوع پزشک خانواده را با مدیرعامل سازمان تامین اجتماعی مطرح کرد که حافظی پزشک خانواده را نجات بخش نظام سلامت کشور دانست و گفت: به طور مثال با وجود آمادگی سازمان در خوزستان برای اجرای این طرح شاهدیم که به جای ۱۰ شهرکار در ۴ شهر شروع شده است و مواردی از این قبیل.

سپس محققی نماینده **وزارت بهداشت** گفت: پزشک خانواده از سیاست های نظام سلامت است و دولت **وزارت بهداشت** باید همراهی کنند که این طرح ملی روی زمین نماند و مطابق برنامه پیش رود.

محقق پاسخی به موارد کم کاری مطرح شده **وزارت بهداشت** از سوی مدیرعامل سازمان تامین اجتماعی نداد.

پس از آن شریعتی نماینده **وزارت بهداشت** به صورت تلفنی گفت: به نظر می رسد مدیرعامل تامین اجتماعی پزشک خانواده در شهر و روستا را اشتباه گرفته است.

بنابه گزارش خبرنگار ایلنا، این نشست با حضور یک نماینده از سازمان های بیمه ای (مدیر عامل سازمان تامین اجتماعی) یک نماینده **وزارت بهداشت** و یکی از اعضای **کمیسیون بهداشت** مجلس و ۲ نفر از مسوولان **وزارت بهداشت** به صورت تلفنی برگزار شد که به نظر می رسد مسوولان شبکه ۶ سیما با این چیدمان خود به صورت آشکارا از **وزارت بهداشت** حمایت کرده و اصل بی طرفی رسانه را رعایت نکردند.

خبرگزاری سلامت ایرانیان

۸ - مراکز ترک اعتیاد مطابق با استانداردهای **وزارت بهداشت** است

خبرگزاری سلامت ایرانیان - طاها طاهری در خصوص برخی اظهار نظر ها در مورد نگرانی از استاندارد نبودن مراکز ترک اعتیاد در کشور را بی مورد دانست و آن را مطابق با استانداردهای لازم عنوان کرد.

مهندس طاها طاهری قائم مقام ستاد مبارزه با مواد مخدر در گفتگو با خبرنگار اجتماعی آریا ضمن بیان مطلب فوق اظهار داشت: مراکز ترک اعتیاد طبق ماده ۱۶ قانون در حال احیاء شدن بوده و اجرا می شود.

وی در خصوص اظهار نظر ها در خصوص استاندارد مراکز ترک اعتیاد نیز به خبرنگار ما گفت: این مراکز مطابق با استاندارد ها و پروتکل هایی است که به تایید **وزارت بهداشت**، **درمان** و آموزش پزشکی رسیده است.

گفتنی است چندی پیش دکتر عباس صداقت رییس اداره ایدز **وزارت بهداشت** در گفتگویی با خبرنگار **بهداشت و درمان** آریا گفته بود که کمپ های **درمان** اعتیاد را نمی توان کاملاً با شروع موج سوم ایدز ارتباط داد و در واقع نگرانی ما در خصوص کمپ ها به دلیل تاثیر آن بر بازگشت موج دوم بیماری ایدز در کشور است.

رییس اداره ایدز عنوان کرده بود که پیشنهاد ما به دادگاه ها در مورد معتادان، تشکیل دادگاههای **درمان** مدار است؛ به این معنا که وقتی یک معتاد دستگیر می شود او را مشروط کنند تا تحت پوشش مراکز ترک اعتیاد شود و تا زمانی که به طور کامل **درمان** شود از جریمه معاف باشد، با این روش می توان کمک بسیاری به معتادان نمود و از بازگشت موج دوم بیماری ایدز به کشور جلوگیری کرد.

قائم مقام ستاد مبارزه با مواد مخدر نیز در واکنش به این اظهارات عنوان کرد: احتمالاً ایشان اطلاعات کافی در خصوص مراکز ترک اعتیاد ندارد و اطلاعات رییس اداره ایدز **وزارت بهداشت** را در این زمینه ناکافی عنوان کرد.

سلامت نیوز

۹ - مسوولان **وزارت بهداشت** برای جلوگیری از افزایش قیمت **دارو** چاره اندیشی کنند

سلامت نیوز - عضو کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی، گفت: افزایش قیمت دارو ها در حال حاضر به شکلی بیش از پیش باعث افزایش میزان پرداخت هزینه های درمانی از سوی مردم می شود در حالی که باید تمهیداتی برای جلوگیری از افزایش قیمت دارو پیش بینی شود.

بشیر خالقی در گفت و گو با خانه ملت، گفت: بالا رفتن نرخ ارز از دلایل افزایش ۱۰ تا ۳۰ درصدی میزان قیمت دارو های پرفروشی همچون آنتی بیوتیک ها، آمپول ها و سرم های تزریقی، شربت های سینه و دارو های سرماخوردگی شده است.

نماینده مردم خلخال و کوثر در مجلس، ادامه داد: افزایش قیمت دارو ها در حال حاضر به شکلی بیش از پیش باعث افزایش میزان پرداخت هزینه های درمانی از سوی مردم می شود در حالی که باید تمهیداتی برای جلوگیری از افزایش قیمت دارو پیش بینی شود.

وی تصریح کرد: افزایش میزان قیمت داروهای مصرفی مردم در داروخانه‌های کشور در حالی است که بارها مسئولان وزارت بهداشت نسبت به عدم افزایش قیمت داروها به دلیل اجرای هدفمندی یارانه‌ها هشدار داده بودند.



۱۰ - وجود دستگاه پت برای درمان بیماران سرطانی، ضروری است
 خبرگزاری ایرنا - عضو هیات علمی و سرپرست بخش پزشکی هسته‌ای بیمارستان شهید رجایی تهران گفت: با وجود آنکه بکارگیری دستگاهی موسوم به 'پت' برای درمان و تشخیص بیماری‌های سرطانی، حسن‌فیروزآبادی در گفت و گو با خبرنگار اجتماعی ایرنا افزود: دستگاه پت می‌تواند تومورهای سرطانی را زمانی که در اندازه‌های کوچک و دو میلی‌متری است، کشف کند. وی اظهار داشت: این تشخیص زودرس هم موجب عمر بیشتر بیمار شده و هم هزینه کمتری برای درمان به بیمار تحمیل می‌کند و در نهایت از نظر اقتصادی به نفع کشور خواهد بود. سرپرست بخش پزشکی هسته‌ای بیمارستان شهید رجایی خاطرنشان کرد اکنون سالانه صدها نفر برای استفاده از کاربردهای دستگاه‌های پت به کشورهای خارجی مانند ترکیه می‌روند. فیروزآبادی گفت: این درحالی است که پزشکی هسته‌ای در ایران قدمتی طولانی‌تر از کشوری مانند ترکیه دارد. وی افزود: اکنون ورود دو دستگاه پت به کشور در حال پیگیری است و امیدواریم این دستگاه‌ها به زودی در بیمارستان شهید رجایی مستقر شود. سرپرست بخش پزشکی هسته‌ای بیمارستان شهید رجایی اظهار داشت: در زمینه دارو در پزشکی هسته‌ای - داروهای رادیو اکتیو- با مشکل خاصی روبرو نیستیم و این داروها به اندازه کافی در کشور تولید می‌شود. فیروزآبادی یادآور شد اکنون روزانه ۳۰ نفر برای استفاده از خدمات پزشکی هسته‌ای به بیمارستان شهید رجایی مراجعه می‌کنند. اجتمام**۹۱۸۵** *۱۵۶۹* انتهای خبر / خبرگزاری جمهوری اسلامی (ایرنا) / کد خبر ۲۰۵۶۷۵۹۹

ارم نیوز

۱۱ - دانشگاه‌های برتر علوم پزشکی کشور معرفی شدند
 ارم نیوز - نتایج رتبه بندی حاصل از ارزشیابی فعالیت‌های پژوهشی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در سال ۸۹ از سوی معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اعلام شد. به گزارش خبرنگار پژوهشی ایسنا، این رتبه بندی که هر ساله توسط معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام می‌شود، بر اساس شاخص‌هایی شامل تعداد اعضای هیات علمی، پژوهشگر تطبیق یافته، حاکمیت و رهبری دانشگاه‌ها، محور توانمندسازی، محور تولید دانش و محور تحقیقات دانشجویی، بودجه‌های پژوهشی و نسبت بودجه پژوهش به کل بودجه دانشگاه و نسبت بودجه طرح‌های مصوب به بودجه دانشگاه صورت می‌گیرد.

بر اساس ارزشیابی سال ۸۹ مراکز تحقیقاتی و دانشگاهی علوم پزشکی، هشت دانشگاه در تپ یک، ۲۴ دانشگاه در تپ دو و ۱۴ دانشگاه در تپ سه قرار گرفته‌اند که این تقسیم بندی بر اساس تعداد اعضای هیات علمی صورت گرفته است.

بر اساس آخرین رتبه بندی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در میان دانشگاه‌های تپ یک، دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، شهید بهشتی و اصفهان رتبه اول تا سوم را کسب کردند.

مقایسه رتبه دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در سال ۸۹ نسبت به سال ۸۸ نشان می‌دهد دانشگاه علوم پزشکی اصفهان از رتبه ششم در سال ۸۸ به رتبه سوم در سال ۸۹ ارتقا یافته، در حالی که دانشگاه علوم پزشکی شیراز از رتبه سوم به رتبه چهارم تنزل کرده است.

در گروه دانشگاه‌های تپ دو هم دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، دانشکده علوم پزشکی تربیت مدرس و دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مازندران و در تپ سه دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهرکرد، کردستان و بوشهر به ترتیب موفق به کسب رتبه‌های اول تا سوم شدند.

در گروه دانشگاه‌های علوم پزشکی تپ ۲ دانشکده علوم پزشکی تربیت مدرس توانسته نسبت به رتبه بندی سال ۸۸ با یک پله صعود جای دانشگاه علوم پزشکی مازندران را بگیرد.

به گزارش ایسنا، مقایسه رتبه دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در سال ۸۹ نسبت به سال ۸۸ نشان می‌دهد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی به یک رشد چشمگیر توانسته نسبت به رتبه بندی سال ۸۸ از رتبه دوازدهم به رتبه پنجم دانشگاه‌های علوم پزشکی تپ ۲ صعود کرده و جای دانشگاه علوم پزشکی همدان را بگیرد.

دانشگاه علوم پزشکی همدان در رتبه بندی سال ۸۹ در جایگاه ششم قرار دارد.

دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه نیز با سه پله صعود در رتبه بندی سال ۸۹ در جایگاه هشتم قرار گرفت؛ این در حالی است که دانشگاه علوم پزشکی ارومیه با چهار پله نزول از جایگاه هفتم در رتبه بندی سال ۸۸ به رتبه یازدهم در رتبه بندی سال ۸۹ تنزل داشته است.

از نکات قابل توجه رتبه بندی سال ۸۹ نزول دانشگاه علوم پزشکی یزد است که در از جایگاه ششم رتبه بندی سال ۸۸ به جایگاه نهم رتبه بندی سال ۸۹ تنزل یافته است. همچنین دانشگاه علوم پزشکی قزوین که در رتبه بندی سال ۸۸ رتبه نهم را داشت در رتبه بندی سال ۸۹ به جایگاه سیزدهم بسنده کرده است.

در دانشگاه های علوم پزشکی تیپ ۳ بیشترین رشد برای دانشگاه علوم پزشکی ارتش است که از جایگاه سیزدهم رتبه بندی سال ۸۸ به جایگاه هشتم رتبه بندی سال ۸۹ صعود کرده است.

در عین حال بیشترین نزول هم برای دانشگاه علوم پزشکی جهرم رقم خورده است به طوری که از جایگاه ششم در سال ۸۸ به رتبه دوازدهم تنزل یافته است.



باشگاه خبرنگاران

۱۲ - کمبود تخت بیمارستانی در ملارد

باشگاه خبرنگاران - سرانه رشد در شهرستان ملارد ۷/۷ درصد است و با توجه به جمعیت ۲۰۰ هزار نفری هنوز این شهرستان حتی از یک تخت بیمارستانی هم محروم است.

علی اصغر عین آبادی سرپرست معاونت برنامه ریزی فرمانداری شهرستان ملارد در گفتگو با خبرنگار باشگاه خبرنگاران گفت: شهرستان ملارد از شهرستان های تازه تأسیس استان تهران است و با وسعت ۹۶۰ کیلومتر که در سال ۸۸ طبق مصوبه هیئت دولت از شهرستان شهریار جدا شد و از بخش به فرمانداری ارتقا پیدا کرده است. وی افزود: اهمیت رسیدگی به وضعیت شهرستان از جمله بهداشت و درمان از نظر رشد جمعیتی آن حائز اهمیت است. وی افزود: متأسفانه این شهرستان حتی از یک تخت بیمارستانی هم محروم بوده که توجه ویژه مسئولان وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی را می طلبد. عین آبادی ادامه داد: با توجه به سفر دولت خدمتگذار به شهرستان، مصوبات خوبی برای رشد و پیشرفت شهرستان به تصویب رسید که از جمله مصوبه احداث بیمارستان ۱۶۰ تخت خوابی اشاره کرد که زمین این بیمارستان تحویل شبکه بهداشت و درمان قرار گرفت و عملیات ساخت بیمارستان مذکور در دست اجرا است. ح/



۱۲ - براساس تازه ترین ارزیابی وزارت بهداشت دانشگاه های برتر علوم پزشکی کشور معرفی شدند جدول کامل رتبه بندی ۴۶ دانشگاه علوم پزشکی تابعه وزارت بهداشت

خبرگزاری ایسنا - نتایج رتبه بندی حاصل از ارزیابی فعالیت های پژوهشی دانشگاه های علوم پزشکی کشور در سال ۸۹ از سوی معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اعلام شد. وزارت بهداشت هیچ یک از مسائل مربوط به واردات دارو از آرژانتین که گفته می شود بدون مطالعات بالینی وارد کشور شده است را قبول ندارند و می گویند ممکن است مقداری دارو آن هم به دلیل قاچاق که به علت عدم نظارت کافی از چشم مسئولان دور مانده، در داروخانه ها وجود داشته باشد.

اما چندی قبل رییس سازمان غذا و دارو در حاشیه همایش انجمن داروسازان به خبرنگاران گفته بود که "توزیع محدود داروی جدید ام اس به منظور انجام مطالعات بالینی انجام شده است."

اظهار نظر مقام ارشد سازمان غذا و دارو در مورد توزیع داروی جدید ام اس، به این معنا است که این دارو با نظارت مسئولان دارویی وزارت بهداشت وارد داروخانه ها شده و نمی تواند قاچاق باشد.

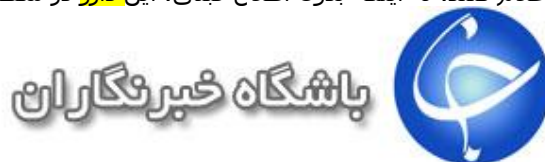
البته شیبانی به این مطلب هم اشاره کرده بود که مقدار داروی توزیع شده در سطح داروخانه ها بسیار ناچیز است.

این در حالی است که تعدادی از اعضای کمیسیون بهداشت و درمان مجلس نسبت به واردات داروهای خاص واکنش نشان داده و خواستار نظارت شدیدتر وزارت بهداشت به واردات این قبیل داروها شده اند.

دکتر علی اصغر حسینی، عضو کمیسیون بهداشت و درمان مجلس با عنوان این مطلب که وزارت بهداشت حق ندارد یک دارو را به

منظور انجام مطالعات بالینی بر روی بیمار توزیع کند، گفته است که "مگر مردم موش آزمایشگاهی هستند که بخواهند دارو را روی آنها آزمایش کنند."

حسنی عنوان داشته است که "قرار بود بیماران داوطلب به صورت کتبی آمادگی خود را برای دریافت دارو آن هم به صورت رایگان اعلام کنند. نه اینکه بدون اطلاع قبلی، این دارو در سطح داروخانه ها عرضه شود."



۱۷ - فارس // راه اندازی نخستین کلینیک تخصصی ارائه مراقبت های ادغام یافته سلامت سالمندان کشور در شیراز باشگاه خبرنگاران - نخستین کلینیک تخصصی ارائه مراقبت های ادغام یافته سلامت سالمندان کشور در شیراز راه اندازی شد.

به گزارش خبرنگار باشگاه خبرنگاران؛ مدیر گروه سلامت خانواده و جمعیت دانشگاه علوم پزشکی شیراز گفت: سالمندان کشور پس از مراجعه به مراکز بهداشتی و درمانی هر شهرشان در صورت نیاز به خدمات تخصصی و فوق تخصصی به این کلینیک ارجاع داده می شوند. فریبی مرادی ادامه داد: در حال حاضر حدود هفت و نیم درصد جمعیت استان فارس را سالمندان بالای ۶۰ سال به خود اختصاص می دهند که نیازمند مراقبت های بهداشتی و آموزشی شیوه زندگی سالم می باشند و دانشگاه شیراز از سال ۸۴ آموزش شیوه زندگی سالم و از سال ۸۶ ارایه خدمات بهداشتی و درمانی به سالمندان را آغاز کرده است که در بازدید کارشناسان اداره سالمندان وزارت بهداشت در ماه جاری خدمات ارایه شده در زمینه سلامت سالمندان در شیراز به عنوان الگوی کشوری معرفی شد. وی گفت: با توجه به روند رو به افزایش جمعیت سالمندی در دنیا و کشور در نظر گرفتن خدمات و تسهیلات مناسب برای این گروه سنی ضروری است.

مدیر گروه سلامت خانواده و جمعیت دانشگاه علوم پزشکی شیراز اظهار داشت: با توجه به اینکه شاخص سلامت جمعیت سالمندی به عنوان یکی از شاخص های توسعه محسوب می شود دانشگاه با اجرای طرح هایی سعی در بالا بردن این شاخص دارد که آموزش کارکنان بهداشتی و پزشکان به منظور ارایه خدمات به سالمندان از جمله آنهاست. در حال حاضر تمامی مراکز بهداشتی و درمانی شیراز افراد بالای ۶ سال را تحت خدمات بهداشتی و درمانی قرار می دهند. /گ

سلامت نیوز

۱۸ - نشست های طولانی احتمال خونریزی بعد از جراحی پروستات را افزایش می دهد سلامت نیوز - سوپروایزر اتاق عمل اورولوژی بیمارستان لبافی نژاد گفت: از مراقبت های بعد از عمل جراحی پروستات در منزل تشویق بیمار به راه رفتن است چون نشستن های طولانی شانس خونریزی و ناراحتی ها را افزایش می دهد.

جلال الدین رحمانی در گفت و گو با سازمان نظام پرستاری اظهار کرد: همچنین هنگام مراقبت از بیمار در منزل برای جلوگیری از بروز یبوست و زور زدن زیاد در بعد از عمل جراحی پروستات باید از ملین دارویی یا طبیعی استفاده شود.

وی ادامه داد: باید به این بیماران ورزش عضلات لگنی برای بهبود کنترل مثانه پس از خروج سوند آموزش داده شود و از مصرف الکل، قهوه، غذاهای تند و ادویه جات خودداری شود.

سوپروایزر اتاق عمل اورولوژی بیمارستان لبافی نژاد افزود: هر شکایتی مانند خونریزی، عبور لخته های خون، کاهش جریان ادرار، احتباس ادرار و عفونت ادراری باید به پزشک اطلاع داده شود.

رحمانی گفت: غده پروستات جزئی از سیستم ادراری تناسلی مردان است که در زیر مثانه و اطراف مجرای ادراری واقع شده است و بزرگی خوش خیم پروستات شایع ترین تومور در مردان است.

وی یادآور شد: پس از بزرگی پروستات بافت این غده بر روی مجرای ادراری فشار وارد کرده و سبب بروز علائم ادراری می شود و علائم آن غالباً در حدود ۶۰ سالگی تظاهر می کند.

سوپروایزر اتاق عمل اورولوژی بیمارستان لبافی نژاد ادامه داد: تکرر ادرار، کاهش فشار جریان ادرار، زورزدن هنگام ادرار، حالت عدم

توانایی در نگهداشتن ادرار، احساس عدم تخلیه کامل ادرار، شب ادراری، بی اختیاری و قطره قطره کردن ادرار پس از پایان ادرار از علائم و نشانه های بزرگی پروستات است.

سلامت نیوز

۱۹ - کمبود نیروی انسانی علت بکارگیری همراه بیمار در بیمارستانهاست - سلامت نیوز -

مدیر پرستاری بیمارستان لبافی نژاد گفت: اگر چه با حضور همراه بیمار در بخش مخالف هستیم اما گاهی به علت کمبود نیروی انسانی ناچار به استفاده از کمک همراه بیمار هستیم. توران گل نژاد در گفت و گو با نظام پرستاری کشور اظهار کرد: همواره تلاش می شود تا در بخش های مراقبتهای ویژه به میزان کافی پرستار بر بالین بیمار حضور داشته باشند با این وجود تعداد نیروی انسانی اعم از پرستار، کمک بهیار، خدمات و منشی کافی نیست.

وی ادامه داد: در بخش های مراقبت ویژه به ازای هر تخت بیشتر از ۲ پرستار و کادر مراقبتی حضور دارند، اما در بخشهای عادی بستری نسبت استاندارد پرستار به تخت رعایت نمی شود.

مدیر پرستاری بیمارستان لبافی نژاد وابسته به تأمین اجتماعی با تأکید بر ضرورت رعایت این نسبت ها (نیروی انسانی به تخت) در بخش های ویژه و اورژانس ادامه داد: در بخش های بستری عادی مجبوریم از کمک همراه استفاده شود.

گل نژاد گفت: کمیته های اخلاق پرستاری جزو کمیته های اجباری در همه بیمارستانهاست که به وسیله آنها به شکایات بیماران رسیدگی و سیاست های تنبیهی و تشویقی و تدابیر مدیریتی اتخاذ می شود.

به گفته وی، این مرکز درمانی نیز نظیر سایر مراکز درمانی از کمبود نیروی انسانی رنج می برد.

ارم نیوز

۲۰ - رتبه دانشگاه علوم پزشکی بوشهر در کشور + جدول ارم نیوز - نتایج رتبه بندی حاصل از ارزشیابی فعالیتهای پژوهشی دانشگاههای علوم پزشکی کشور در سال ۸۹ از سوی وزارت بهداشت اعلام شد و دانشگاه های علوم پزشکی تهران،

بقیه الله و شهرکرد رتبه اول را در میان سه تیب دانشگاهی کسب کردند. به گزارش "سوک" به نقل از مهر؛ این رتبه بندی در سه گروه دانشگاههای علوم پزشکی تیب یک، تیب دو و تیب سه و براساس ارزشیابی صورت گرفته از فعالیتهای پژوهشی دانشگاههای علوم پزشکی کشور در سال ۸۹ اعلام شده است.

هر ساله معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت به ارزشیابی فعالیت های پژوهشی دانشگاهها و موسسات مرتبط با وزارت بهداشت می پردازد و دانشگاههایی که در این رتبه بندی، حائز رتبه های برتر می شوند در جشنواره تحقیقات علوم پزشکی رازی مورد تقدیر قرار می گیرند.

گروه نظارت و ارزشیابی معاونت تحقیقات و فناوری برای جداول رتبه بندی چهار شاخص اصلی را در نظر می گیرد که از آن جمله می توان به محور حاکمیت و رهبری دانشگاه ها، محور توانمندسازی، محور تولید دانش و محور تحقیقات دانشجویی اشاره کرد.

تعداد اعضای هیئت علمی، تعداد پژوهشگر تطبیق یافته، بودجه های پژوهشی و نسبت بودجه به پژوهش به کل بودجه دانشگاه، نسبت بودجه طرحهای مصوب به بودجه دانشگاه نیز از دیگر مواردی است که در رتبه بندی اعلام شده است.

همچنین وضعیت انتشار تولیدعلم دانشگاه، وضعیت مقالات چاپ شده در مجلات علمی پژوهشی داخلی، وضعیت مقالات چاپ شده در مجلات معتبر خارجی در این شاخصها ارزشیابی شده اند.

خلاصه جدول رتبه بندی ارزشیابی فعالیتهای پژوهشی دانشگاههای علوم پزشکی تیب یک در سال ۸۹



۲۱ - مرکز مطالعات و تحقیقات سلول های بنیادی در تبریز ایجاد می شود

خبرگزاری ایرنا - معاون تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی تبریز از ایجاد مرکز مطالعات و تحقیقات سلول های بنیادی و سلول درمانی در این شهر خبر داد. ۱۰:۱۶-۲۶/۰۶/۱۳۹۰

محمدرضا رشیدی روز شنبه در گفت و گو با خبرنگار ایرنا افزود: این مرکز شامل دو بخش علوم پایه و بالینی خواهد بود که بخش مطالعات پایه در ساختمانی متشکل از شش آزمایشگاه تحقیقاتی و قسمت های اداری، در محوطه بیمارستان امام رضا (ع) احداث شده است.

وی ادامه داد: در مرحله اول دو میلیارد ریال اعتبار برای خرید تجهیزات مورد نیاز این مرکز هزینه شده و تا یک ماه آینده به بهره برداری می رسد.

وی اضافه کرد: برای ایجاد بخش بالینی که قسمت مغز استخوان آن در بیمارستان شهید قاضی و قسمت قلب در بیمارستان شهید مدنی است، در حال حاضر پنج میلیارد ریال اعتبار جهت راه اندازی بخش های سلول درمانی قلب و اتاق های تمیز آن اختصاص یافته است.

رشیدی افزود: هدف از ایجاد بخش بالینی استفاده از یافته ها و دستاوردهای حاصل از مطالعات و تحقیقات پایه سلول های بنیادی در درمان بیماری های قلب و عروق و پیوند مغز استخوان است.

وی با اشاره به برنامه تولید آنتی بادی های مونوکلونال به عنوان یکی دیگر از برنامه های کلان دانشگاه افزود: دانشگاه علوم پزشکی تبریز به عنوان یکی از دانشگاه های پایلوت جهت ایجاد اتاق های تمیز برای تولید آنتی بادی های مونوکلونال از طرف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انتخاب شده است.

وی یادآور شد: اتاق های تمیز فضاهایی هستند که با استانداردهای خاص ایجاد شده و در آنها شرایط و استانداردهای لازم برای تولید محصولات قابل استفاده در درمان و یا بالین مهیا می باشد.

وی اظهار کرد: آنتی بادی های مونوکلونال جزو داروهای بیولوژیک و از نظر استراتژیک، کارآمدی درمانی و ارزش اقتصادی جزو فرآورده های دارویی بسیار مهم و با ارزش است.

معاون تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی تبریز گفت: مرکز تولید آنتی بادی های مونوکلونال این دانشگاه در کنار مرکز رشد بیوتکنولوژی دارویی و آزمایشگاه های تحقیقاتی مربوطه قرار گرفته و این مجموعه تا پایان سال جاری به بهره برداری می رسد.

وی افزود: هم اکنون ۱۸ مرکز تحقیقاتی در دانشگاه علوم پزشکی تبریز وجود دارد و شش مرکز تحقیقات نیز در حال تصویب نهایی است.

رشیدی ادامه داد: از جمله این مراکز می توان به مرکز تحقیقات کاربردی دارویی و مرکز تحقیقات نانوتکنولوژی دارویی اشاره کرد که همواره رتبه های برتر کشور در جشنواره ملی رازی را از آن خود کرده اند.

۳۰۵۶۷۴۵۲ / کد خبر ۵۸۷/۵۹۲/۸۱۲۰ / خیرگزاری جمهوری اسلامی (ایرنا) /



۲۲ - مسئولان، رئیس جمهور و هیات دولت باید حساسیت بیشتری نسبت به تحقق طرح پزشک خانواده پیدا کنند خبرگزاری مجلس - عضو هیات رئیسه کمیسیون بهداشت و درمان مجلس گفت: طرح پزشک خانواده و سیستم ارجاع هم اکنون در شرایط خوبی قرار ندارد.

به گزارش گروه دریافت خبر خبرگزاری خانه ملت، www.icana.ir حسن تامینی لیجایی، درباره مشکلات پیش روی طرح پزشک خانواده تصریح کرد: پزشک خانواده در اصل یک سیستم ارجاع است که تمام کشورهای که در بخش بهداشت و

درمان حرفی برای گفتن دارند، این سیستم را به اجرا درآورده اند و مسوولان ایرانی هم مدت هاست به دنبال اجرای کامل این طرح در سطح کشور است.

وی با بیان این که طرح پزشک خانواده و سیستم ارجاع چند سالی است در برخی استان های کشور به اجرا درآمده است، اظهار کرد: به طور مثال در استان گیلان این در حال اجراست و توانستیم با تلاش هایی که انجام شده حتی

پزشک خانواده را به صد درصد برسانیم، اما با توجه به مشکلاتی که در راستای پرداخت هایی که باید صورت می گرفت به وجود آمد، عملا خیلی از فعالان سیستم ارجاع و پزشک خانواده ناراضی شده و از سیستم خارج شدند.

به گفته مخبر کمیسیون بهداشت و درمان؛ علاوه بر عدم پرداخت به موقع، یکسری اختلافات میان وزارت بهداشت و وزارت رفاه وقت به وجود آمد که اجرای این طرح را با مشکل مواجه کرد، وزارت بهداشت به عنوان مجری و سیاست

گذار معتقد بود باید اختیارات مالی هم داشته باشد اما اختیارات مالی در پزشک خانواده به وزارت رفاه واگذار شده بود لذا این ناهماهنگی عملا باعث بروز مشکلاتی در روند اجرای سیستم ارجاع و پزشک خانواده شد.

تامینی لیجایی با اشاره به اقدامات کمیسیون بهداشت و درمان مجلس در خصوص ایجاد هماهنگی هایی میان وزارتین بهداشت و رفاه، خاطرنشان کرد: با ایجاد این هماهنگی ها قرار شد پرداخت ها در موعد مقرر انجام گیرد و

طرح پزشک خانواده به صورت پایلوت در سه استان کشور به صورت کامل اجرا شود تا نواقص و اشکالات آن مشخص و رفع شود و سپس به کل کشور تعمیم یابد اما متاسفانه ادامه اختلافات میان وزارت رفاه و بهداشت و عدم

هماهنگی ها باعث بروز نگرانی هایی شده است.

وی در ادامه با تاکید بر این که حتی ممکن است این طرح پزشک خانواده با شکست مواجه شود، گفت: متاسفانه مشکلات پیش روی اجرای این طرح به گونه ای است که حتی شاید طی چند سال آینده اعلام شود طرح پزشک

خانواده دیگر نمی تواند اجرا شود، در حالی که همه مسئولان بر اجرایی شدن آن اتفاق نظر دارند، به نحوی که هم در قانون برنامه پنجم آمده و هم در بودجه سال ۹۰ توسط رئیس جمهور اعلام شد که پزشک خانواده باید در تمام

کشور به اجرا در آید، اما اگر قرار است طرح پزشک خانواده و سیستم ارجاع اجرایی شود هم اکنون باید مشکلات و نواقص رفع شود تا بتوانیم آن را با موفقیت بیشتری دنبال و پیش ببریم.

عضو هیات رئیسه کمیسیون بهداشت و درمان در خاتمه خاطرنشان کرد: متاسفانه هم اکنون شرایط خوبی در روند اجرای طرح پزشک خانواده و سیستم ارجاع وجود ندارد لذا باید یکسری امکانات فراهم شود و مسئولان، رئیس

جمهور و هیات دولت حساسیت بیشتری نسبت به تحقق کامل این طرح پیدا کنند، اگر توجهات کافی صورت گیرد طی یک سال به راحتی می توان این طرح را به اجرا درآورد.
منبع: ایسنا

وزارت بهداشت

۲۲ - اراک/برگزاری جشنواره گلاوزه های ایثار ویژه تجلیل از خیرین سلامت استان مرکزی
وزارت بهداشت - قائم مقام وزیر بهداشت در استان مرکزی و رییس دانشگاه علوم پزشکی اراک از برگزاری همایش گلاوزه های ایثار ویژه خیرین سلامت استان مرکزی در اراک خبر داد.
خطای (۱۰۲) ! قالب صفحه جستجو انتخاب نشده است.



۲۴ - چه کسی وبا را وارد ایران کرده است؟

جهان نیوز -

پانزدهم شهریور ماه بود که رییس مرکز مدیریت بیماری های واگیردار وزارت بهداشت نسبت به شیوع وبا در کشور هشدار و در عین حال از ممنوعیت عرضه سبزیجات در رستوران ها و اغذیه فروشی ها خبر داد. چند روزی از اعلام این خبر نگذشته بود که کار شناسان از مردم خواستند تا سبزیجات را حتی در منازل نیز استفاده نکنند.

به گزارش فردا، آنچه در تمام خبر ها و هشدارهای مسوولان درباره شیوع وبا مشترک بود، نقش پر رنگ اتباع بیگانه در انتقال و شیوع این بیماری واگیردار است. اتباعی که برای تكدی گری به وفور بر سر چهار راه ها دیده می شوند. اگر تا پیش از این افغان ها به عنوان اتباع بیگانه به شمار می رفتند، اینک اما با بالا رفتن جاذبه های ایران برای تكدی گری، اتباع پاکستانی نیز به جمع آن ها پیوسته اند! روند مهاجرت اتباع افغان به کشور از بیش از ۳۰ سال پیش آغاز شده، اینک اما آن ها همراه با اتباع پاکستانی به عنوان تهدیدی برای سلامتی ایرانیان به شمار می روند. هر چند که به گفته مسوولان، تنها اتباع غیرمجاز، بدلیل کنترل نشدن، حامل انواع بیماری ها هستند.

اواسط شهریور ماه رییس مرکز مدیریت بیماری های واگیردار وزارت بهداشت، عامل شیوع وبا را اتباع بیگانه اعلام کرده بود. ورود غیرقانونی اتباع کشورهای همسایه و مسافرت های غیرقانونی ساکنان مناطق مرزی به این کشور ها و ابتلای آن ها به بیماری وبا، عامل بیماری وبا در کشور طی سال جاری بوده است. او همچنین وجود اتباع بیگانه در مزارع کشاورزی را نیز خطر دیگری برای سلامتی ایرانیان عنوان کرده بود.

وزیر بهداشت نیز با دکتر گویا هم نظر است و ورود غیرقانونی اتباع بیگانه را عامل بروز وبا در کشور می داند. پیگیری های وزارت بهداشت نشان داد منشا ابتلای ان بیماری، آلوده بودن سبزی ها و صیفی ها با ورود غیرقانونی اتباع بیگانه است.

اوایل مرداد ماه امسال بود که عضو کمیته کشوری مبارزه با بیماری های عفونی کشور تعداد مبتلایان رسمی به وبا را ۱۸ نفر عنوان کرده بود، اینک با گذشت بیش از یک ماه، او تعداد مبتلایان را بسیار بیش از این عنوان می کند. او درگفت و گو با فردا در عین حال با اشاره به تذکر وزارت بهداشت برای انجام نشدن هیچگونه مصاحبه ای در این زمینه، تعداد مبتلایان را بسیار بیشتر از آمارهای قبلی اعلام می کند.

او نیز عامل این بیماری را اتباع بیگانه می داند. اتباع بیگانه عمدتاً از کشورهای فقیر وارد کشور می شوند، این افراد با بهداشت فردی و اجتماعی بسیار ضعیف، بیماری هایی دارند که در روند مهاجرت خود به ایران، افراد دیگر را نیز مبتلا می کنند.

دکتر مسعود مردانی، راه انتقال وبا را از راه مدفوع انسانی عنوان می کند. انتقال مدفوع به دهان فرد منجر به بیماری باکتریایی وبا می شود.

با اینکه وزارت بهداشت تاکید می کند که اتباع بیگانه عامل شیوع وبا هستند، انوشیروان محسنی بندپی، نایب رییس کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی، معتقد است که تنها اتباع بیگانه مقصر نیستند. او به فردا می گوید: عامل بیماری وبا، باکتریایی است که می تواند از فاضلاب های انسانی و یا آبیاری مزارع با فاضلاب ها، به افراد منتقل شود.

او تاکید می کند: افرادی که مبتلا به وبا هستند، در شیوع این بیماری نقش دارند، با این حال نباید تمام مشکلات را به پای اتباع بیگانه گذاشت.

به گفته نایب رییس کمیسیون بهداشت مجلس، شیوع وبا در فصل تابستان دور از انتظار نیست، این موضوع بویژه در روستاهای

استان خراسان جنوبی و استان های مرز نشین تشدید شده و مواردی از ابتلا به وبا در این استان ها دیده شده است، به هر حال اتباع بیگانه در شیوع این بیماری مزید بر علت شده است.

محسنی بندپی، گزارش های وبا در سال جاری را نسبت به سال های گذشته جدی تر می داند. در برخی سال ها، ما اصلا با موضوع وبا مواجه نبودیم، البته این موضوع به نبود آزمایشگاه های ویژه و گزارش های **وزارت بهداشت** ارتباط دارد.

به گزارش فردا، چند روزی پیش از آنکه **وزارت بهداشت** نسبت به شیوع وبا در کشور اطلاع رسانی کند، رییس اداره بهداشت آب و فاضلاب مرکز سلامت محیط و کار **وزارت بهداشت** از آبیاری حدود ۶ هزار هکتار از مزارع جنوب تهران با فاضلاب ها خبر داده بود. همین موضوع سبب شد تا مسوول **وزارت بهداشت** در این حوزه، از این موضوع نیز ابراز نگرانی کند. در صورتی که این مدفوع وارد فاضلاب شود و چنانچه از این فاضلاب برای آبیاری مزارع کشاورزی بویژه سبزیجات و صیفی جات استفاده شود، آلودگی این سبزیجات را به دنبال داشته و به این ترتیب بیماری وبا از این کانون می تواند به دیگران منتقل شود. در مجموع آبیاری سبزیجات با فاضلاب خلاف قانون است و متخلفان در این زمینه به مراجع قضایی معرفی می شوند.

بدین ترتیب علاوه بر اتباع بیگانه، این بار عاملان آبیاری مزارع با آب فاضلاب مطرح شد.

هر چند که معاون وزیر جهاد کشاورزی با قطعیت آن را تکذیب می کند، با این حال این موضوع تا جایی جدی شد که رییس کمیته محیط زیست شورای شهر تهران، با اشاره به این موضوع تاکید کرد که مزارع جنوب تهران سالهاست با فاضلاب آبیاری می شوند. اقدامی که به گفته مدیر کل سلامت محیط و کار **وزارت بهداشت**، آن را عاملی در شیوع وبا در کشور می داند. بزرگ ترین نگرانی ما در مورد شیوع وبا در کشور آبیاری مزارع صیفی در برخی استانهای شرقی کشور با فاضلاب است.

عضو کمیته کشوری مبارزه با بیماری های عفونی نیز درباره آبیاری مزارع با فاضلاب، تاکید می کند: چنانچه سبزیجات و صیفی جات از فاضلاب تغذیه شوند، این موضوع نه تنها منجر به انتقال وبا می شود بلکه می تواند مسبب بیماری های انگلی، روده ای و حتی سرطانی شود.

نایب رییس **کمیسیون بهداشت** و **درمان** مجلس نیز در این باره به لزوم بازرسی **وزارت بهداشت** از منابع آب و فاضلاب اشاره می کند. سند راهبردی کیفیت آب آشامیدنی تهیه شده که در صورت تصویب می توان منابع آبی را کنترل کرد.

بدین ترتیب با گسترش نگرانی ها از شیوع وبا در کشور، رییس مرکز مدیریت بیماری های واگیر **وزارت بهداشت** از تمام دست اندرکاران جمع آوری اتباع بیگانه غیرمجاز از جمله استانداران، فرمانداران و مسئولان نیروی انتظامی خواست که در امر جمع آوری اتباع بیگانه غیرمجاز بویژه در مزارع کشاورزی تلاش خود را به کار گیرند.

عضو کمیته کشوری مبارزه با بیماری های عفونی نیز معتقد است که باید اقدامات جدی تری برای کنترل مرز ها صورت گیرد. متأسفانه کنترل ها بسیار ضعیف است این در شرایطی است که ما مرزی برای کنترل کردن نداریم و همین موضوع باعث ورود غیرقانونی اتباع بیگانه به کشور و انتقال بیماری ها می شود.

نایب رییس **کمیسیون بهداشت** و **درمان** مجلس نیز با اشاره به تماس های خود و رییس کمیسیون **وزارت بهداشت**، تاکید می کند: از مسوولان **وزارت بهداشت** خواسته ایم که تمام موارد تشخیص بیماری وبا را به کمیسیون گزارش کنند.

او درباره اقدامات کنترلی نیروی انتظامی برای کنترل مرز ها، می گوید: نیروی انتظامی برای کنترل مرز ها از مجلس درخواست اعتبار کرده است، آن ها نیز اقداماتی انجام داده اند، نمی توان گفت که در ورود غیرقانونی اتباع به کشور نیروی انتظامی مقصر است.

مرکز امور مناطق آزاد

۲۵ - مردم قشم در انتظار تامین بودجه بیمارستان پیامبر اعظم توسط وزارت بهداشت و درمان
مرکز امور مناطق آزاد - مدیرعامل سازمان منطقه آزاد قشم گفت: سهم ۴۰ درصدی سازمان منطقه آزاد قشم در ساخت بیمارستان پیامبر اعظم (ص) به پایان رسید و مردم قشم در انتظار تامین بودجه این بیمارستان توسط وزارت بهداشت و درمان هستند.

براساس این گزارش، مهندس سید رضا موسوی در جمع خبرنگاران اظهار داشت: با توجه به اجرای تعهدات سازمان منطقه آزاد قشم در خصوص اجرای پروژه **بیمارستان**، ۶۰ درصد سهم **وزارت بهداشت** در راستای تکمیل این **بیمارستان** که یکی از نیازهای اساسی و جدی مردم این منطقه است که باید در کمترین زمان ممکن اجرایی شود.

مدیرعامل سازمان منطقه آزاد قشم ادامه داد: جزیره قشم با جمعیت ۱۲۰ هزار نفری خود علاوه بر توسعه روز افزون در تمام ابعاد در بخش بهداشت و **درمان** نیز به **بیمارستان** هایی مجهز نیاز دارد.

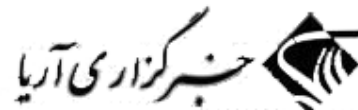
مهندس موسوی با اشاره به ماده ۱۱۲ برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور خاطرنشان کرد: براساس این بند از برنامه پنجم توسعه، تمام اختیارات دستگاه های اجرایی در مناطق آزاد کشور از جمله **وزارت بهداشت** و **درمان** به مدیران عامل این مناطق واگذار می شود. وی بیان داشت: سازمان منطقه آزاد قشم بر اساس این ماده قانونی آمادگی خود را برای ادامه ساخت و تجهیز این پروژه بهداشتی و درمانی با تفویض اختیارات **وزارت بهداشت** و **درمان** اعلام می کند. وی یادآور شد: سازمان منطقه آزاد قشم سال ۸۸ با ساخت اورژانس مجهز در **بیمارستان** حضرت فاطمه الزهرا (س) شرایط نسبتاً خوبی را برای امور **درمانی** مردم این منطقه فراهم کرد. مدیر عامل سازمان منطقه آزاد قشم با اشاره به تفویض اختیارات **وزارت بهداشت** و **درمان** به سازمان منطقه آزاد قشم گفت: با توجه به تردد بالای مسافران و گردشگران به این جزیره که در ایام نوروز آمار آنان به ۲ میلیون نفر نیز می رسد تکمیل زود هنگام این پروژه بسیار حائز اهمیت است.

مهندس موسوی در پایان تصریح کرد: اینک که سهم ۴۰ درصدی سازمان منطقه آزاد قشم از ساخت این **بیمارستان** رو به اتمام است، همگان انتظار دارند که سهم ۶۰ درصدی **وزارت بهداشت** در راستای تکمیل این **بیمارستان** در کمترین زمان ممکن اجرا و با جدیت دنبال شود. جزیره پهناور قشم با مساحتی نزدیک به یک هزار و ۵۰۰ کیلومتر مربع نه تنها بزرگترین جزیره در ایران بلکه از بسیاری از کشورهای مستقل جهان نیز بزرگ تر است. این جزیره عظیم در تنگه استراتژیک هرمز واقع شده و فاصله آبی شهر قشم از بندرعباس ۲۲ کیلومتر و نزدیک ترین فاصله آبی جزیره قشم با استان هرمزگان، کمتر از ۲ کیلومتر در حد فاصل بندر لافت و روستای پهل (از توابع بندر خمیر) است.



۲۶ - رییس اورژانس کشور: میانگین زمان حضور اورژانس در تهران ۵/۱۲ دقیقه است
خبرگزاری ایسنا - رییس اورژانس کشور از حضور ۱۲/۵ دقیقه ای ماموران اورژانس پیش بیمارستانی در صحنه حوادث در تهران خبرداد. غلامرضا معصومی در گفت و گو با خبرنگار «حوادث» خبرگزاری دانشجویان ایران (ایسنا)،
تهران

سرویس: اجتماعی - حوادث
 رییس اورژانس کشور از حضور ۱۲/۵ دقیقه ای ماموران اورژانس پیش بیمارستانی در صحنه حوادث در تهران خبرداد. غلامرضا معصومی در گفت و گو با خبرنگار حوادث خبرگزاری دانشجویان ایران (ایسنا)، در مورد استاندارد حضور زمان اورژانس پیش بیمارستانی بر سر صحنه حادثه با بیان اینکه بر اساس برنامه چهارم توسعه استاندارد رسیدن اورژانس پیش بیمارستانی بر سر صحنه حادثه باید به زیر ۱۵ دقیقه می رسید گفت: با اتمام برنامه چهارم و آغاز برنامه پنجم توسعه میانگین حضور اورژانس پیش بیمارستانی در جاده های اصلی به ۱۴/۵ دقیقه رسیده است. وی در مورد بحث میانگین حضور اورژانس پیش بیمارستانی در شهر تهران با بیان اینکه بر اساس برنامه باید تا پایان برنامه چهارم میانگین حضور اورژانس پیش بیمارستانی به زیر ۱۱ دقیقه کاهش می یافت گفت: به علت مشکلات موجود از جمله ترافیک در شهر تهران این مهم محقق نشد و در حال حاضر میانگین حضور اورژانس در شهر تهران ۱۲/۵ دقیقه است. رییس اورژانس کشور با بیان اینکه میانگین حضور اورژانس در شهرهای بزرگ باید به زیر ۱۰ دقیقه کاهش می یافت گفت: این رقم در حال حاضر و در برنامه پنجم به ۹/۵ دقیقه رسیده است. به گفته وی در شهرهای کوچک نیز باید میانگین حضور به زیر هشت دقیقه کاهش می یافت که این مهم میسر و اورژانس در شهرهای کوچک پس از هفت دقیقه از اعلام تماس بر سر صحنه حاضر می شود. وی در مورد میانگین ۱۲/۵ دقیقه ای اورژانس در تهران به کمبودات و ترافیک اشاره کرد و به ایسنا گفت: بر اساس برنامه چهارم توسعه باید تا آغاز برنامه پنجم، ۱۶۵ پایگاه اورژانس در تهران بزرگ احداث می شد که در حال حاضر ۱۳۰ پایگاه فعال است. معصومی با بیان اینکه در سال جاری تکمیل اورژانس پیش بیمارستانی در دستور کار **وزارت بهداشت** قرار دارد گفت: اورژانس در پوشش امدادی شهر تهران با کمبود ۲۵ پایگاه روبرو است که بر اساس برنامه ریزی های صورت گرفته امسال این عقب ماندگی جبران خواهد شد. انتهای پیام



۲۷ - قائم مقام ستاد مبارزه با مواد مخدر در گفتگو با آریا: مراکز ترک اعتیاد مطابق با استانداردهای وزارت بهداشت است
خبرگزاری آریا - طاها طاهری در خصوص برخی اظهار نظر ها در مورد نگرانی از استاندارد نبودن مراکز ترک اعتیاد در کشور را بی مورد دانست و آن را مطابق با استانداردهای لازم عنوان کرد.

مهندس طاها طاهری قائم مقام ستاد مبارزه با مواد مخدر در گفتگو با خبرنگار اجتماعی آریا ضمن بیان مطلب فوق اظهار داشت: مراکز ترک اعتیاد طبق ماده ۱۶ قانون در حال احیاء شدن بوده و اجرا می شود. وی در خصوص اظهار نظرها در خصوص استاندارد مراکز ترک اعتیاد نیز به خبرنگار ما گفت: این مراکز مطابق با استانداردها و پروتکل هایی است که به تایید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی رسیده است. گفتنی است چندی پیش دکتر عباس صداقت رییس اداره ایدز وزارت بهداشت در گفتگویی با خبرنگار بهداشت و درمان آریا گفته بود که کمپ های درمان اعتیاد را نمی توان کاملاً با شروع موج سوم ایدز ارتباط داد و در واقع نگرانی ما در خصوص کمپ ها به دلیل تاثیر آن بر بازگشت موج دوم بیماری ایدز در کشور است. رییس اداره ایدز عنوان کرده بود که پیشنهاد ما به دادگاهها در مورد معتادان، تشکیل دادگاههای درمان مدار است؛ به این معنا که وقتی یک معتاد دستگیر می شود او را مشروط کنند تا تحت پوشش مراکز ترک اعتیاد شود و تا زمانی که به طور کامل درمان شود از جرمه معاف باشد، با این روش می توان کمک بسیاری به معتادان نمود و از بازگشت موج دوم بیماری ایدز به کشور جلوگیری کرد. قائم مقام ستاد مبارزه با مواد مخدر نیز در واکنش به این اظهارات عنوان کرد: احتمالاً ایشان اطلاعات کافی در خصوص مراکز ترک اعتیاد ندارد و اطلاعات رییس اداره ایدز وزارت بهداشت را در این زمینه ناکافی عنوان کرد.



۲۸ - مشکلات حوزه بهداشت و سلامت رشت / معضل زباله و تخت های بیمارستانی

خبرگزاری مهر - نماینده مردم رشت در مجلس با تشریح وضعیت حوزه بهداشت و سلامت شهرستان رشت، معضل دفن زباله و کمبود تخت های ویژه بیمارستانی را مهمترین کاستی های این شهرستان عنوان کرد.

مشکلات حوزه بهداشت و سلامت رشت/ معضل زباله و تخت های بیمارستانی رشت - خبرگزاری مهر: نماینده مردم رشت در مجلس با تشریح وضعیت حوزه بهداشت و سلامت شهرستان رشت، معضل دفن زباله و کمبود تخت های ویژه بیمارستانی را مهمترین کاستی های این شهرستان عنوان کرد.

حسن تأمین در گفتگو با خبرنگار مهر گفت: سایت دفن زباله سراوان این شهرستان دیگر کنشش ندارد و آلودگی های زیادی نیز ایجاد کرده است.

وی با اعلام اینکه زباله باید با فناوری های نوین بازیافت و تبدیل به محصولات جدید شود، افزود: زباله را در دنیا به عنوان طلایی کثیف می شناسند.

وی با اشاره به اینکه وضعیت بهداشتی زباله یکی از مولفه های اساسی در تأمین بهداشت عمومی است، اظهار داشت: مدت ها شهر رشت کارخانه کمپوست دارد اما در این کارخانه به دلیل ناقص بودن فرآیند تبدیل زباله به کود آلی انجام نمی شود. نماینده مردم رشت همچنین با اعلام اینکه مهمترین مشکل ساخت تصفیه خانه فاضلاب شهر رشت و ۱۰ تصفیه خانه دیگر شهرهای استان کمبود اعتبار است، گفت: با توجه به اهمیت تصفیه خانه فاضلاب در سلامتی عمومی و حفظ محیط زیست باید این مشکل هرچه سریعتر رفع شود.

مردم از کمبود تخت های ویژه بیمارستانی ناراضی هستند.

وی در ادامه با اشاره به اینکه مردم از کمبود تخت های ویژه بیمارستانی ناراضی هستند، افزود: میزان حوادثی نظیر بلایایی طبیعی، سقوط از ارتفاع، حوادث حین کار و رانندگی از یک طرف و نیز بیماریهای قلبی عروقی، انواع سکنه ها و بیماریهای خاص از سوی دیگر سبب شده که نیاز به تخت های ویژه بیمارستانی بیشتر احساس شود. تأمین تعداد تخت های ICU را بالای چهارهزار عدد ذکر کرد و اظهار داشت: سالانه حدود دو میلیون نفر در اثر حوادث ترافیکی و غیرترافیکی نیازمند بخش مراقبت ویژه مراکز درمانی کشور می شوند که اکثر این تخت ها غیرفعال و با غیراستاندارد است.

وی گفت: طی یک سال اخیر به تخت های مراقبت های ویژه بیمارستانی توجه ویژه ای شده و افزون بر سه هزار تخت به این بخش اضافه شده است.

سخنگوی کمیسیون بهداشت و درمان دلیل عمده کمبود تخت در بخش مراقبت های ویژه را هزینه بالا دانست و افزود: هزینه بالای هر تخت ICU به ۲۵۰ میلیون تومان می رسد و این به غیر از در نظر گرفتن دستمزد و پرسنل بخش مراقبت های ویژه است.

وی در ادامه با اشاره به اینکه امسال در بودجه سال ۹۰ برای تخت های ویژه بیمارستانی توجه خوبی شده است، اظهار امیدواری کرد: با افزایش تخت های ویژه ICU مشکلات مردم تا حد قابل توجهی رفع شود.

ISSN 1735-6393



۲۹ - بچه های کم فردا

همشهری آنلاین - با هم بزرگ شدیم، مدرسه رفتیم، در کلاس های دونوبته، سه نفری در یک نیمکت نشستیم و روزهای بی امکانات جنگ را سپری کردیم.

نوبت دانشگاه که شد، بعضی همامان چند سال پشت کنکور ماندیم و به دانشگاه های دولتی و تازه تاسیس آزاد رفتیم. بعد گفتند تعداد دختران زیاد تر از پسران است؛ بعضی ها ازدواج کردند و بعضی ها برای کسب مدارج عالی راهی دانشگاه هاشدند. هر چه بود

گذشت و همچنان می‌گذرد. اگر مولفه‌هایی مانند افزایش سن ازدواج و تأخیر در سن زادآوری را در نظر بگیریم حالا دهه شصتی‌ها به مرحله‌ای رسیده‌اند که پس از ازدواج می‌خواهند بچه‌دار شوند.

روزبه روز بر تعداد کسانی که آگاهانه می‌خواهند یک بچه داشته باشند بیشتر می‌شود. روند رو به کاهش مولید به جایی رسیده است که کارشناسان معتقدند زنگ خطر تجدید نسل به صدا درآمده است. میانگین نرخ باروری کل در کشور ۸/۱ درصد است و این یعنی به ازای هر زن و مرد فقط ۸/۱ فرزند جایگزین می‌شود. وقتی این عدد ۲ و بیشتر باشد می‌توان امیدوار بود که همین تعداد از افراد تکرار شوند و جمعیت کم نشود. کاهش و یا افزایش جمعیت بسته به سیاست‌های کلان جامعه، تغییر می‌کند. این سیاست‌ها، به دنبال رفاه بیشتر برای نسل‌های بعدی، تأمین امنیت و... هستند. در این گزارش نگاهی داشته‌ایم به مسئله جمعیت مطلوب و سیاست‌های جمعیتی پیش‌رو.

حرکت تند چرخ‌های صنعتی و زندگی مدرن، آهنگ رشد جمعیت را تغییر داد و برای همین مدت‌هاست جمعیت مطلوب، دغدغه سیاستمداران کشورها شده. جمعیت مطلوب لزوماً به معنای تعداد جمعیت کم نیست؛ چرا که جمعیت کم در برخی کشورهایی که وسعت زیاد دارند و یا جمعیت سالخورده‌شان بیشتر از نیروی کار است چندان مطلوب به نظر نمی‌رسد و در واقع نمی‌تواند کفاف امور جاری‌شان را بدهد. این کشورها معمولاً مجبور می‌شوند مهاجرانی را با تفاوت‌های فرهنگی فراوان بپذیرند که آن‌هم مشکلات خاص خودش را خواهد داشت.

جمعیت مطلوب لزوماً به معنای جمعیت زیاد هم نیست. اگرچه زیاده‌بودن جمعیت می‌تواند تأثیرات مثبتی چون افزایش تولید، تداوم اقتدار ملی و نفوذ فرهنگی و اقتصادی در جهان و... به همراه داشته باشد اما زیاده‌ی بیش از حد جمعیت نیز باعث کاهش امکانات و نابرابری در تقسیم آنها و تضاد‌های طبقاتی و... می‌شود. مهم‌ترین مثال در این زمینه کشور چین است که با وجود جمعیت زیاد و افزایش تولید اقتصادی، همه افراد و بخش‌های کشور از توسعه یکسانی برخوردار نیستند.

جمعیت مطلوب از کشوری به کشوری دیگر نیز فرق می‌کند و عواملی مانند منابع انسانی، طبیعی و اقتصادی در آن تأثیر گذارند. به طور مثال برای کشورهای غربی که در دوره کهنسالی و نرخ باروری منفی به سر می‌برند جمعیت مطلوب جمعیتی است که گروه‌های سنی مختلف و به خصوص جوان و میانسال در آن حضور چشمگیری پیدا کنند تا بتوانند بار تکفل افراد بالای ۶۵ سال و زیر ۱۵ سال کمتری را به راحتی برعهده بگیرند.

علی‌اکبر محزون، مدیرکل دفتر آمار و اطلاعات جمعیتی سازمان ثبت احوال معتقد است که جمعیت مطلوب و مناسب نسبت معینی با کیفیت زندگی دارد. او می‌گوید: برای تعیین کیفیت زندگی، برنامه توسعه سازمان ملل (UNDP) شاخص‌هایی ارائه داده است. یکی از این شاخص‌ها شاخص توسعه انسانی است که در ایران همواره با رشد کمی جمعیت، روند رو به رشدی داشته است. سازمان ملل کشورها را بر این اساس به چهار گروه پایین، متوسط، بالا و بسیار بالا دسته‌بندی می‌کند. از سال ۱۹۸۰ این شاخص ملاک دسته‌بندی کشورها بوده است. برای ایران این رتبه از سال ۱۹۹۰ تا سال ۲۰۰۹ در حد متوسط بوده است اما در گزارش سال ۲۰۱۰ وارد رده بالا شده‌ایم که نشان می‌دهد مدیریت کمیت و کیفیت جمعیت به خوبی صورت گرفته است.

وی معتقد است که حد مطلوب کیفیت با توجه به منابع موجود در کشور به راحتی قابل تأمین است و به هیچ وجه محدودیت ندارد. محزون می‌گوید: کشور ما هیچ‌گاه با گره اقتصادی خاصی که نتواند از عهده برطرف کردن آن برآید مواجه نشده است؛ به این معنا که توانسته در ضمن دو برابر شدن جمعیت پس از انقلاب، کمیت و کیفیت را با هم مدیریت کند. علاوه بر منابع کافی، وسعت سرزمین نیز به ما اجازه گسترش جمعیت را می‌دهد. شاخص تراکم زمینی که براساس پایه‌های توسعه (آب و خاک) و یا همان اراضی کشاورزی تعریف می‌شود در ایران وضعیت مطلوبی دارد. نسبت جمعیت به اراضی کشاورزی (۱۸ میلیون هکتار به جمعیت ۷۵ میلیون نفر) چیزی حدود ۴ نفر در هر ۱۰ هزار متر مربع است. اصلی‌ترین مشکل، مدیریت منابع است که در بحث‌های محیط زیستی خود را نشان می‌دهد. به طور مثال تجمع حوزه آبریز داخلی مشکل کمبود آب برای اراضی را رفع می‌کند. خانم علیزاده، کارشناس سازمان ثبت احوال در مورد جمعیت مطلوب می‌گوید: ایده حد مطلوب جمعیت به دنبال اعلام تعداد مشخص جمعیت نیست ولی بر این اساس است که جمعیت باید به گونه‌ای باشد که افراد جامعه از لحاظ اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و... تأمین باشند. بایستی مراقب ساختارهای سنی جمعیت باشیم تا بار تکفل افراد جامعه بر دوش تعداد کمی از افراد یا دولت‌ها نیفتد. در واقع حد متناسب جمعیت با توجه به منابع و امکانات موجود، رشد اقتصادی، واردات و صادرات، ویژگی‌های فرهنگی و... تعریف می‌شود و بیشتر با رفاه اجتماعی و اقتصادی افراد سروکار دارد.

سیاستگذاری‌ها برای رسیدن به حد مطلوب جمعیت از اهمیت زیادی برخوردار است. این سیاست‌های تشویقی و تنبیهی است که باعث می‌شود جمعیت مانند دهه ۶۰ افزایش پیدا کرده یا مانند این سال‌ها به دلیل سیاست‌های کنترل مولید کاهش پیدا کند. خوب یا نامناسب بودن این سیاست‌ها را معضلات و مشکلاتی که ۱۰ سال بعد از اعمال آنها در جامعه ایجاد شده می‌توان تشخیص داد. مشکلاتی مانند کار، مسکن، تعلیم و تربیت و... که گریبان نسل‌های متولد دهه‌های ۶۰ و ۷۰ را گرفته، ناشی از سیاست افزایش مولید در سال‌های بعد از جنگ است. از طرفی دیگر سیاستی که بعدها برای کاهش مولید استفاده شد منجر به کاهش نرخ باروری کل به ۸/۱ شده است.

علی‌اکبر محزون می‌گوید: سیاست‌های جمعیتی بیش از همه نیازمند متولی است. برنامه اول توسعه نخستین و آخرین برنامه‌ای بود که به سیاست‌های جمعیتی پرداخت. پس از آن این سیاست‌ها منحصر به بخش خاصی در **وزارت بهداشت** آن‌هم با رویکرد کنترل مولید شد در صورتی که این سیاست‌ها فراگیرتر از این مواردند. به نظر من زمان بازنگری در تنها سیاست موجود کنترل مولید رسیده؛ ضمن اینکه همان برنامه نیز از اهداف اصلی خود منحرف شده است. قرار بود در سال ۹۰ به میانگین ۴ فرزند برسیم در حالی که هم‌اکنون به حدود ۸/۱ رسیده‌ایم. این نشان می‌دهد که رصد جمعیتی در خلال این برنامه به هیچ عنوان صورت نگرفته است. سازمان ثبت احوال امکان رصد کردن لحظه به لحظه را در پایگاه داده‌های این سازمان فراهم کرده است و سیاستگذاران می‌توانند از آن برای برنامه‌ریزی استفاده کنند.

وی در مورد ویژگی سیاست‌های جمعیتی جدید می‌گوید: این سیاست‌ها بایستی به گونه‌ای باشد که کنترل مولید کنار گذاشته شود. مقام معظم رهبری نیز در آخرین جلسه خود در این زمینه، پیشنهادهایی ارائه داده‌اند. برای رسیدن به جمعیت مطلوب و متناسب با در نظر گرفتن ابعاد مختلف بایستی همه دستگاه‌ها را به همکاری طلبید. از خانواده‌ها حمایت‌های لازم صورت بگیرد و موانع اجتماعی، اقتصادی برای رسیدن به جمعیت مطلوب حذف شود. سیاست‌های مداخله‌ای مثبت می‌تواند در گذار سنی بعدی که براساس سالخوردگی تعیین می‌شود تأثیر بگذارد. جمعیت آمادگی باروری را دارد و از این قابلیت اگر الان استفاده شود

می توان نتیجه آن را ۲۵-۲۰ سال دیگر، زمانی که جمعیت فعلی به سالخوردگی رسیده و گذار جمعیتی جدید شکل می گیرد، مشاهده کرد.

علی‌زاده در باره نرخ باروری کلی استان ها در سال ۸۵ می گوید: براساس آمار های ثبتی سازمان ثبت احوال نرخ باروری کلی استان ها در سال ۸۵ نشان می دهد که به ترتیب استان های اصفهان، تهران، گیلان، مازندران، سمنان، مرکزی و قزوین پایین ترین نرخ باروری و سیستان و بلوچستان با ۳/۵ فرزند و پس از آن خراسان جنوبی، هرمزگان، کهگیلویه و بویر احمد، خراسان شمالی، خوزستان و گلستان بیشترین نرخ باروری را داشته اند. نرخ باروری کل برای مقایسه، رقم ۱/۸ فرزند است. با فرض ثابت بودن نرخ باروری ۱/۲۵ فرزند، حدود ۵۶ سال دیگر جمعیت ایران به رقم ۱۵۰ میلیون نفر خواهیم رسید؛ علی اکبر محزون در این باره می گوید: حتی اگر نخواهیم به دو برابر شدن جمعیت در کوتاه مدت فکر کنیم، بایستی به طور حتم برای ترمیم ساختار سنی جمعیت کاری انجام بدهیم. به این معنا که جمعیت جایگزین که منجر به تامین نیروی جوان و میانسال برای کار در نسل های بعد می شود بایستی تامین شود. هر کشوری برای پرچاندن چرخ های اقتصادی نیاز به نیروی جوان و میانسال دارد و الا نسبت بار تکفل جامعه (نسبت جمعیت ۱۵ تا ۶۵ سال به جمعیت زیر ۱۵ و بالای ۶۵ سال) به شدت افزایش می یابد. به این معنا که در حال حاضر هر ۱۰۰ نفر از جمعیت ۱۵ تا ۶۵ سال نیاز ۴۳ نفر از افراد زیر ۱۵ و بالای ۶۵ سال را تامین می کنند. اما در صورت کاهش جمعیت جوان و میانسال این رقم بسیار بیشتر خواهد شد. با توجه به این روند فرزندآوری که از سال های قبل داشته ایم و همچنین پیش بینی های موجود درباره نرخ افزایش جمعیت در سال های آینده، وضعیت کسانی که ۲۵-۲۰ سال دیگر سالخورده خواهند شد و بار تکفلشان را جامعه کم جمعیت آینده بر عهده خواهد داشت در هاله ای از ابهام قرار دارد. کاهش مولد و تک فرزندی تبعات خانوادگی بسیاری نیز دارد. علی‌زاده در مورد آینده ای که خانواده های تک فرزند تجربه خواهند کرد معتقد است: علاوه بر تأثیرات منفی که کاهش باروری بر جایگزینی جمعیت دارد باید به مشکلات فرهنگی آن نیز توجه کرد. تعداد زیادی از بچه های نسل تک فرزند ها معنای خاله، عمه، عمو و دایی را درست درک نخواهند کرد. در آن زمان فرد مناسب برای ازدواج کسی است که دارای خواهر و برادر باشد تا فرزند مفهوم فامیل و خاله و عمه و... را درک کند. همچنین باید مسئله فوت را هم در نظر گرفت چرا که علاوه بر تبعات روحی شدیدی که به همراه دارد امکان جایگزینی به راحتی وجود ندارد.



۲۰ - با تاکید بر وجود مشکلات اجرای پزشک خانواده مخبر کمیسیون بهداشت: مسئولان، رئیس جمهور و هیات دولت باید حساسیت بیشتری نسبت به تحقق این طرح پیدا کنند
خبرگزاری ایسنا - عضو هیات رئیسه کمیسیون بهداشت و درمان مجلس با تاکید بر این که طرح پزشک خانواده و سیستم ارجاع هم اکنون در شرایط خوبی قرار ندارد، گفت: اگر مشکلات پیش روی این طرح رفع نشود حتی ممکن است این طرح با شکست مواجه شده و ادامه.
 تهران

سرریس: مجلس
 عضو هیات رئیسه کمیسیون بهداشت و درمان مجلس با تاکید بر این که طرح پزشک خانواده و سیستم ارجاع هم اکنون در شرایط خوبی قرار ندارد، گفت: اگر مشکلات پیش روی این طرح رفع نشود حتی ممکن است این طرح با شکست مواجه شده و ادامه نیابد. حسن تأمینی لیجایی در گفت و گو با خبرنگار خبرگزاری دانشجویان ایران (ایسنا)، درباره مشکلات پیش روی طرح پزشک خانواده تصریح کرد: پزشک خانواده در اصل یک سیستم ارجاع است که تمام کشورهای که در بخش بهداشت و درمان حرفی برای گفتن دارند این سیستم را به اجرا درآورده اند و مسوولان ایرانی هم مدت هاست به دنبال اجرای کامل این طرح در سطح کشور است.

وی با بیان این که طرح پزشک خانواده و سیستم ارجاع چند سالی است در برخی استان های کشور به اجرا درآمده است، اظهار کرد: به طور مثال در استان گیلان این در حال اجراست و توانستیم با تلاش هایی که انجام شده حتی پزشک خانواده را به صد درصد برسانیم، اما با توجه به مشکلاتی که در راستای پرداخت هایی که باید صورت می گرفت به وجود آمد، عملاً خیلی از فعالان سیستم ارجاع و پزشک خانواده ناراضی شده و از سیستم خارج شدند. به گفته مخبر کمیسیون بهداشت و درمان، علاوه بر عدم پرداخت به موقع، یکسری اختلافات میان وزارت بهداشت و وزارت رفاه وقت به وجود آمد که اجرای این طرح را با مشکل مواجه کرد، وزارت بهداشت به عنوان مجری و سیاست گذار معتقد بود باید اختیارات مالی هم داشته باشد اما اختیارات مالی در پزشک خانواده به وزارت رفاه واگذار شده بود لذا این ناهماهنگی عملاً باعث بروز مشکلاتی در روند اجرای سیستم ارجاع و پزشک خانواده شد. تأمینی لیجایی با اشاره به اقدامات کمیسیون بهداشت و درمان مجلس در خصوص ایجاد هماهنگی هایی میان وزارتین بهداشت و رفاه، خاطرنشان کرد: با ایجاد این هماهنگی ها قرار شد پرداخت ها در موعد مقرر انجام گیرد و طرح پزشک خانواده به صورت پایلوت در سه استان کشور به صورت کامل اجرا شود تا نواقص و اشکالات آن مشخص و رفع شود و سپس به کل کشور تعمیم یابد اما متأسفانه ادامه اختلافات میان وزارت رفاه و بهداشت و عدم هماهنگی ها باعث بروز نگرانی هایی شده است.

وی در ادامه با تاکید بر این که حتی ممکن است طرح پزشک خانواده با شکست مواجه شود، گفت: متأسفانه مشکلات پیش روی اجرای این طرح به گونه ای است که حتی شاید طی چند سال آینده اعلام شود طرح پزشک خانواده دیگر نمی تواند اجرا شود، در حالی که همه مسئولان بر اجرایی شدن آن اتفاق نظر دارند، به نحوی که هم در قانون برنامه پنجم آمده و هم در بودجه سال ۹۰ توسط رئیس جمهور اعلام شد که پزشک خانواده باید در تمام کشور به اجرا در آید، اما اگر قرار است طرح پزشک خانواده و سیستم ارجاع اجرایی شود هم اکنون باید مشکلات و نواقص رفع شود تا بتوانیم آن را با موفقیت بیشتری دنبال و پیش ببریم.

عضو هیات رییس کمیسیون بهداشت و درمان در خاتمه خاطرنشان کرد: مناسبانه هم اکنون شرایط خوبی در روند اجرای طرح پزشک خانواده و سیستم ارجاع وجود ندارد لذا باید یکسری امکانات فراهم شود و مسئولان، رییس جمهور و هیات دولت حساسیت بیشتری نسبت به تحقق کامل این طرح پیدا کنند، اگر توجهات کافی صورت گیرد طی یک سال به راحتی می توان این طرح را به اجرا درآورد.

انتهای پیام

خبرگزاری فارس

Fars News Agency

۲۱ - در راستای ارائه خدمات درمانی صورت گرفت؛ اعزام تیم های پزشکی به مناطق محروم قزوین خبرگزاری فارس - تیم های پزشکی و درمانی به منظور خدمات رسانی به مردم مناطق محروم استان از جمله منطقه رازمیان و الموت به این مناطق اعزام شدند.

به گزارش خبرگزاری فارس از قزوین به نقل از روابط عمومی سپاه استان قزوین، تیم های پزشکی و درمانی به منظور خدمات رسانی درمانی به مردم مناطق محروم استان از جمله منطقه رازمیان و الموت توسط سازمان بسیج جامعه پزشکی به این مناطق اعزام شدند.

این تیم ها شامل شش تیم تخصصی پزشکی جراحی چشم، زنان و زایمان، داخلی، اطفال، پوست و ارتوپد متشکل از ۱۰ پزشک متخصص و ۱۰ پزشک عمومی برای ویزیت مردم مناطق محروم الموت و رازمیان به این مناطق اعزام شدند. این گزارش می افزاید: هدف از اجرای این حرکت ارزشمند درمانی خدمت به مناطق محروم است؛ همه ساله این تیم های پزشکی با شرکت اعضای جامعه پزشکی استان به مناطق محروم اعزام می شوند تا مردم این مناطق بتوانند با کمترین هزینه و به صورت رایگان مسائل و مشکلات بهداشتی و درمانی خود را با تیم های پزشکی مطرح و تحت درمان قرار گیرند.

تاکنون در شش ماه اول سال بیش از ۲ هزار نفر از این طریق ویزیت شده اند. همچنین به گزارش روابط عمومی سپاه استان قزوین جلسه هماهنگی اردوهای راهیان نور بسیج دانش آموزی با حضور فرمانده سپاه استان و مدیرکل آموزش و پرورش و جمعی دیگر از مسئولان در محل کانون رشد قزوین برگزار شد.

فرمانده سپاه استان قزوین در این جلسه بیان کرد: امروز راهیان نور مهم ترین حرکت فرهنگی برای ترویج فرهنگ شهادت و ایثار است و همه باید با تمام توان در راستای ارتقای سطح کیفی این اردوها تلاش کنند.

سالار آبنوش افزود: نسل جوان ما امروز نیازمند این است که با تاریخ ارزشمند این نظام و انقلاب بیشتر آشنا شود و هر مسئولی در هر جایگاهی که قرار دارد می تواند به نقش ارزنده خود در راستای انتقال فرهنگ ناب شهادت و ایثار عمل کند.

مدیرکل آموزش و پرورش استان قزوین نیز اظهار کرد: شهادت دو نفر از پاسداران دلیر سپاه استان قزوین در درگیری اخیر علیه گروهک تروریستی پژاک نشانگر همین واقعیت است که هنوز بعد از گذشت سال ها از دوران دفاع مقدس، روحیه شهادت طلبی

زنده است و جوان های ما با ولایت مداری در خط مقدم مبارزه با کفر و الحاد هستند.

جعفر حبیبی یادآور شد: اداره کل آموزش و پرورش استان همراه با سپاه و بسیج در راستای برگزاری هر چه بهتر اردوهای راهیان نور تلاش می کند و این افتخار بزرگ را بار دیگر در کارنامه عملکرد خود ثبت خواهد کرد.

حجت شمامی رییس سازمان بسیج دانش آموزی و فرهنگیان استان قزوین در این جلسه گفت: اردوهای راهیان نور بسیج دانش آموزی در سال جاری از مهر ماه آغاز و تا اردیبهشت سال آینده ادامه خواهد داشت.

انتهای پیام/خ ۳۰ اخبارمرتبط: ○ اعزام تیم های پزشکی به نقاط محروم و صعب العبور سیستان و بلوچستان

خبرگزاری فارس

Fars News Agency

۲۲ - مدیر کل سلامت روان وزارت بهداشت و گو با فارس: خدمات بهداشت روان به میزان کافی در دسترس مردم نیست

خبرگزاری فارس - مدیر کل سلامت روان وزارت بهداشت گفت: اکثریت افرادی که نیاز به خدمات بهداشت روان دارند از این خدمات محروم هستند و خدمات بهداشت روان به اندازه لازم در دسترس نیست.

عباسعلی ناصحی در گفت و گو با خبرنگار بهداشت و درمان فارس، اظهار داشت: یکی از مهمترین برنامه های وزارت بهداشت در حال حاضر گسترش مراکز خدمات بهداشت روان شهری است که تحت عنوان مراکز خدمات بهداشت روان مبتنی بر جامعه شناخته می شود.

وی افزود: تحقیقات ما و آمارهای سازمان بهداشت جهانی نشان می دهد که اکثریت افرادی که نیاز به خدمات بهداشت روان دارند از این خدمات محروم هستند که البته این موضوع علل مختلفی دارد.

ناصری تصریح کرد: یکی از علل این موضوع این است که خود بیماران برای دریافت این خدمات مراجعه نمی کنند. از دلایل مهم این موضوع وجود انگ برای بیماران روانی است، همچنین از دیگر علل محروم ماندن این افراد این است که خدمات بهداشت روان ما به اندازه لازم در دسترس نیست.

وی اضافه کرد: ارائه این خدمات نیازمند وجود روانپزشک، روانشناس، مراکز درمان سرپایی و بستری کافی است که متأسفانه تعداد آنها در کشور کم است و به علت کمبود این موارد اکثر افرادی که به خدمات بهداشت روان دارند این خدمات را دریافت نمی کنند.

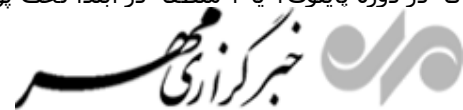
ناصحنی ادامه داد: برای حل این مشکل و با تحقیقاتی که در سطح کشور انجام دادیم به این نتیجه رسیدیم. برای اینکه افراد بیشتری تحت خدمات بهداشت روان قرار گیرند نیاز به تأسیس مراکز بهداشت روان مبتنی بر جامعه داریم. این مراکز در سطح شهرها تأسیس می شود و دارای تیم درمانی کاملی هستند و خدمات را با فاصله و واسطه کمتری به مردم ارائه می دهند.

وی با بیان اینکه دسترسی مردم به این خدمات آسان است تصریح کرد: تحقیقات نشان می دهد اگر این پروژه به خوبی انجام شود تعداد افراد بیشتری تحت مراقبت بهداشت روان قرار می گیرند و هزینه های این حوزه کاهش چشمگیری پیدا می کند و از طرفی نیاز به بستری افراد کمتر می شود.

ناصحنی یادآور شد: با این وجود از یک طرف مردم تحت خدمات بیشتری قرار می گیرند و از طرف دیگر هزینه های خدمات بهداشت روان کمتر می شود. تجربه این کار در کشورهای اروپایی انجام شده است لذا این کار یکی از اولویت های اصلی معاونت بهداشتی قرار دارد.

وی گفت: بر همین اساس یک مرکز در سال گذشته در تهران افتتاح شده و مشغول به کار است و مرکز دوم هم اخیرا کارهای اجرایی آن انجام شده و در تهران آماده افتتاح می شود.

ناصحنی یادآور شد: الگوی دیگری در دست طراحی است که از اواخر امسال یا سال آینده در بقیه مناطق کشور راه اندازی می شود که در دوره پابلوت ۲ یا ۳ منطقه در ابتدا تحت پوشش قرار می گیرند و سپس کشوری می شود.



۳۲ - تناقض کوی وزارت بهداشت در مورد داروی جدید ام اس
خبرگزاری مهر - در حالی که مدیران سازمان غذا و دارو از توزیع داروی جدید بیماران ام اس به منظور انجام مطالعات بالینی خبر داده بودند اما رییس کمیسیون بهداشت و درمان مجلس از قول مسئولان وزارت بهداشت عنوان داشته که برخی از این داروها به صورت قاچاق وارد داروخانه ها شده است.

به گزارش خبرنگار مهر، توزیع داروی جدید بیماران ام اس در تعداد محدودی از داروخانه های خاص خبری بود که دکتر احمد شیپانی، رییس سازمان غذا و دارو آن را تأیید کرده و عنوان داشته است که این کار به منظور انجام مطالعات بالینی دارو بر روی تعدادی از بیماران صورت گرفته است. از سوی دیگر دکتر حسینعلی شهبازی رییس کمیسیون بهداشت و درمان مجلس در اظهارنظری که از قول مسئولان وزارت بهداشت عنوان کرده است که ممکن است مقداری از این دارو به صورت قاچاق وارد داروخانه ها شده باشد. این در حالی است که واردات داروهای خاص با تدابیر ویژه و تحت نظارت شدید مسئولان وزارت بهداشت وارد کشور می شود. یعنی نمی بایست باور داشت که داروهای خاص و هایتک بتواند از مسیرهای غیرقانونی و قاچاق وارد شوند. زیرا در این صورت، مصرف این داروها می تواند خطرناک باشد. رییس کمیسیون بهداشت و درمان مجلس در مصاحبه ای که در سایت خانه ملت منتشر شده است، از قول مسئولان وزارت بهداشت عنوان داشته که "مسئولان وزارت بهداشت هیچ یک از مسائل مربوط به واردات دارو از آرژانتین که گفته می شود بدون مطالعات بالینی وارد کشور شده است را قبول ندارند و می گویند ممکن است مقداری دارو آن هم به دلیل قاچاق که به علت عدم نظارت کافی از چشم مسئولان دور مانده، در داروخانه ها وجود داشته باشد." اما چندی قبل رییس سازمان غذا و دارو در حاشیه همایش انجمن داروسازان به خبرنگاران گفته بود که "توزیع محدود داروی جدید ام اس به منظور انجام مطالعات بالینی انجام شده است." اظهار نظر مقام ارشد سازمان غذا و دارو در مورد توزیع داروی جدید ام اس، به این معنا است که این دارو با نظارت مسئولان دارویی وزارت بهداشت وارد داروخانه ها شده و نمی تواند قاچاق باشد. البته شیپانی به این مطلب هم اشاره کرده بود که مقدار داروی توزیع شده در سطح داروخانه ها بسیار ناچیز است. این در حالی است که تعدادی از اعضای کمیسیون بهداشت و درمان مجلس نسبت به واردات داروهای خاص واکنش نشان داده و خواستار نظارت شدیدتر وزارت بهداشت به واردات این قبیل داروها شده اند. دکتر علی اصغر حسینی، عضو کمیسیون بهداشت و درمان مجلس با عنوان این مطلب که وزارت بهداشت حق ندارد یک دارو را به منظور انجام مطالعات بالینی بر روی بیمار توزیع کند، گفته است که "مگر مردم موش آزمایشگاهی هستند که بخواهند دارو را روی آنها آزمایش کنند." حسینی عنوان داشته است که "قرار بود بیماران داوطلب به صورت کتبی آمادگی خود را برای دریافت دارو آن هم به صورت رایگان اعلام کنند. نه اینکه بدون اطلاع قبلی، این دارو در سطح داروخانه ها عرضه شود."

مهر پرس

۳۴ - وبا با کسی شوخی ندارد
مهر پرس - اسهال یکی از شایع ترین علت های مراجعه بیماران به مراکز بهداشتی درمانی اعم از مطب ها، درمانگاه ها یا بیمارستان هاست. معمولا فصل شیوع اسهال را تابستان می دانند اما در فصول سرد سال نیز انواعی از اسهال های ویروسی شایع می شوند.

هر ساله بویژه در فصل تابستان درباره شیوع بیماری های وبا و شبه وبا (التور) که نوعی از اسهال های حاد عفونی هستند، مسائلی شنیده می شود. اما این بیماری ها چه ماهیتی دارند و آیا خطرناکند؟ و برای درمان آنها چه باید کرد؟ عامل ایجاد کننده وبا و علائم بیماری

عامل ایجاد وبا نوعی باکتری به نام ویبریو کلراست. این میکروب عمدتاً از طریق استفاده از آب آلوده به بدن انسان منتقل می‌شود. شبه وبا یا التور نیز میکروبی از همان خانواده ویبریو است که به نام التور شناخته می‌شود، راه انتقال آن نیز مشابه وباست.

این میکروب‌ها با ورود به روده باعث ایجاد التهاب در دیواره روده شده و اسهال آبیکی شدید ایجاد می‌کنند. این عفونت‌ها می‌توانند درد شدید و دوره بی شکم نیز در بیمار به وجود بیاورند و حتی تب و گاهی استفراغ نیز ایجاد می‌کنند.

اسهال این بیماران بسیار شدید است بطوری که بیماران دچار کم‌آبی و خشکی بدن می‌شوند و به علت دفع میزان زیادی از املاح (الکترولیت‌هایی مثل سدیم، پتاسیم و کلر)، اگر بیماران **درمان** نشوند شرایط بحرانی پیدا خواهند کرد. علائمی مثل خستگی، ضعف، بیحالی و خشکی دهان و مخاطات به علت از دست دادن آب و املاح بدن در این بیماران شایع است. تب می‌تواند تا ۳۹ درجه نیز برسد و باید کنترل شود.

چگونه می‌توان وبا یا شبه وبا را تشخیص داد؟

برای تشخیص وبا یا التور از سایر بیماری‌های اسهالی علائم بالینی به تنهایی کافی نیستند و با اینکه ممکن است با دیگر اسهال‌ها تفاوت‌هایی داشته باشند اما به علت احتمال همه‌گیری و زیاد بودن شدت بیماری، تشخیص قطعی در این بیماری اهمیت بسزایی دارد. برای بیماران مبتلا به اسهال حاد باید آزمایش‌های خونی انجام شود تا وجود عفونت میکروبی اثبات شود. در کنار آن باید آزمایشات بررسی کارکرد کلیه نیز انجام شود تا مشخص شود که آیا از دست دادن آب بدن باعث فشار بر کلیه شده است یا خیر؟

آزمایش مدفوع و کشت دادن آن در محیط‌های آزمایشگاهی خاص نیز برای اثبات وجود باکتری ویبریو (کلرا یا التور) معمولاً انجام می‌شود؛ که البته به ۱۴ روز زمان نیاز دارد.

درمان‌های لازم برای وبا چیست؟

اصلی‌ترین و مهم‌ترین اقدام در بیماران مبتلا به اسهال حاد (چه ویروسی و چه باکتریایی) بویژه در افرادی که مشکوک به ابتلا به وبا هستند، جایگزینی سریع آب و الکترولیت‌های بدن است. با این اقدام می‌توان جان بیمار را نجات داد و از آسیب رسیدن به ارگان‌هایی از قبیل کلیه در اثر کم‌آبی بدن جلوگیری کرد. با شروع جایگزینی مایعات بدن این بیماران، می‌توان به نمونه برداری برای آزمایش‌ها، کنترل تب، کنترل استفراغ و تجویز آنتی‌بیوتیک پرداخت. پزشکان در صورتی که احتمال بدهند بیماری در اثر یک عامل باکتریایی ایجاد شده است، حتی قبل از آماده شدن نتایج آزمایش‌ها نیز ممکن است اقدام به تجویز آنتی‌بیوتیک کنند. بسته به سن و شرایط بالینی و وضع ایمنی فرد بیمار ممکن است از یک تا ۵ روز **درمان** تزریقی در بیمار انجام شود و به دنبال آن آنتی‌بیوتیک‌ها را به صورت خوراکی ادامه داد. در بیمارانی که تهوع و استفراغ ندارند و می‌توانند آب بنوشند ممکن است نیاز به تزریق آنتی‌بیوتیک نیز پیدا نکنند و از همان ابتدا تحت **درمان** خوراکی قرار گیرند.

وقتی فردی از افراد خانواده شما دچار بیماری اسهالی شد می‌توانید برای وی اقدامات زیر را انجام دهید:

- از جایگزین شدن مقدار کافی آب و املاح در بدن وی مطمئن شوید؛

- برای جایگزینی آب از نوشاندن آب معمولی و آب میوه به تناوب می‌توان استفاده کرد؛

- برای جایگزینی املاح می‌توانید از پودرهای آماده همچون ORS استفاده کنید یا در منزل محلولی با استفاده از دو قاشق شکر و یک قاشق نمک در یک لیتر آب تهیه کنید، که تا حدودی جبران املاح از دست رفته را خواهد کرد؛

- از استفاده از **داروهای ضداسهال** مثل دیفنوکسیلات یا لوپرامید بدون صلاحیت پزشک معالج اکیداً خودداری کنید؛ این **داروها** نه تنها به بهبودی بیمار کمکی نمی‌کنند بلکه با جلوگیری از دفع اسهال در حقیقت مانع از دفع باکتری یا ویروس ایجادکننده اسهال نیز می‌شوند و می‌توانند منجر به تشدید بیماری و در مواردی ایجاد عوارض شدید روده پی شوند. پزشکان در صورتی که مطمئن شوند اسهال بیمار ناشی از علل عفونی نیست یا هنگامی که **درمان** آنتی‌بیوتیکی مناسبی برای بیمار آغاز شده باشد و در صورت پایدار ماندن و تشدید بودن اسهال ممکن است این **داروها** را برای بیمار تجویز کنند؛

- آنتی‌بیوتیک‌ها می‌توانند در **درمان** اسهال‌های عفونی از جمله وبا و التور مفید باشند. اما استفاده خودسرانه یا نامنظم از آنتی‌بیوتیک‌ها می‌تواند منجر به ایجاد مقاومت میکروبی شود که **درمان** بیمار را بسیار سخت خواهد کرد. اجازه دهید پزشک تان درباره نیاز به شروع آنتی‌بیوتیک برای شما تصمیم بگیرد؛

- اگر بیماری به همراه اسهال دچار تهوع و استفراغ نیز بود، به گونه‌ای که نمی‌توانست آب و نوشیدنی‌های دیگر برای جبران کم‌آبی بدن بنوشد، هر چه سریع‌تر وی را به یک مرکز **درمانی** برسانید تا مایعات بدنش را با محلول‌های تزریقی جایگزین کنند؛

- برای کنترل تب می‌توانید از قرص‌های استامینوفن و در صورتی که تهوع و استفراغ مانع از بلع آن می‌شد از شیاف‌های استامینوفن یا دیکلوفناک استفاده کنید؛

- درباره اسهال کودکان با دقت بیشتری مراقب آنها باشید چون به کم‌آبی بدن حساس‌ترند و زودتر دچار علائمی مثل خستگی و خواب‌آلودگی می‌شوند. در کودکان کوچک‌تر بیحالی و خواب‌آلودگی و همچنین زود متوقف شدن گریه یا کم شدن اشک نشان‌دهنده کم شدن آب بدن و نیاز به جایگزینی فوری آن با محلول‌های تزریقی، است. در حالی که کودکان بزرگ‌تر می‌توانند **شکایت** خود از تشنگی یا درد شکم را بیان کنند.

پیشگیری بهتر از **درمان** است

آب‌های آلوده مهم‌ترین راه انتقال وبا و التور است. همچنین سبزیجاتی که خوب شسته نشده باشند نیز می‌توانند انتقال‌دهنده بیماری باشند. انتقال خانگی وبا نیز در اثر رعایت نکردن بهداشت دست پس از استفاده از دستشویی به وجود می‌آید.

مهم‌ترین مسائلی که باید برای پیشگیری از وبا رعایت کرد:

- از آب‌های سطحی مثل رودخانه‌ها و چشمه‌ها و آب‌چاه‌های تصفیه نشده برای نوشیدن استفاده نکنید؛

- در صورت نیاز به مصرف آبی که احتمال آلودگی آن وجود دارد، آن را حتماً بجوشانید؛

- حتی الامکان از آب های بسته بندی شده در بطری استفاده کنید؛
- حتی به آب لوله کشی هم اطمینان نکنید و آن را بجوشانید؛
- از خوردن سبزیجات تازه در رستوران ها خودداری کنید؛
- در منزل حتما سبزیجات را با مواد شوینده مخصوص سبزیجات کامل بشوید؛
- از نظافت دست ها بویژه دست کودکان پس از استفاده از دستشویی چه در منزل و چه بیرون از منزل اطمینان حاصل کنید؛

- استفاده از بستنی ها، آمبویه ها و نوشیدنی های تهیه شده در مغازه ها که پاستوریزه نشده اند نیز می تواند باعث ابتلا به بیماری های عفونی شوند.

چه میکروب ها و ویروس هایی اسهال ایجاد می کنند؟

عوامل بیماریزای زیادی وجود دارند که باعث ایجاد دل پیچه و درد شکم و اسهال می شوند؛ انواع مختلفی از ویروس ها حتی آنهایی که باعث عفونت های تنفسی مثل سرماخوردگی و آنفلوآنزا می شوند نیز می توانند اسهال و علائم گوارشی ایجاد کنند. ویروس های عمده پی که اسهال ایجاد می کنند، شامل خانواده های مختلف ویروسی از قبیل انتروویروس ها، روتاویروس ها، آدنوویروس ها و ویروس های کوکساکسی A و B همگی می توانند اسهال های شدیدی به وجود بیاورند. از عوامل میکروبی تولید کننده اسهال می توان به ویبریو کلرا (عامل وبا)، انواع ای کولای (عامل اسهال مسافران)، انواع سالمونلا (عامل حصه)، شیکلا و کلیسیلا اشاره کرد که برخی از آنها مانند ویبریو اسهال های آبکی بسیار شدید و برخی مانند شیکلا اسهال های خونی و التهابی ایجاد می کنند. شیکلا و انواعی از ای کولای باعث ایجاد عارضه پی به نام سندرم همولیتیک-اورمیک می شوند، که در آن سموم آزاد شده از این میکروب ها باعث آسیب به کلیول های فرمز خون، کلیه ها و سیستم اعصاب شده و عوارض شدیدی برای بیمار ایجاد می کنند. انواعی از انگل های تک سلولی به نام آمیب ها که در اثر نوشیدن آب های تصفیه نشده به بدن منتقل می شوند نیز باعث ایجاد اسهال های خونی شدید شده و نیاز به **درمان** آنتی بیوتیکی دارند. انواع دیگری از انگل ها مانند ایزوسپورا و کریپتوسپوریدیوم نیز در افرادی که دچار ضعف سیستم ایمنی هستند باعث ایجاد بیماری اسهالی می شوند.

اعتماد-دکتر علی عربعلی



۲۵ - پایان کابوس قطع پای بیماران دیابتی با کمک مگس ها! موفقیت محققان ایرانی در **درمان** زخم های عفونی با «لارو مگس»

خبرگزاری ایسنا - استفاده از لارو مگس، زمینه **درمانی** مشترکی بین پزشکی و حشره شناسی است که تاکنون جان هزاران زخمی را در کشورهای مختلف نجات داده است، بدون این که این افراد نیاز به بستری شدن در **بیمارستان** یا اعمال جراحی داشته باشند.

تهران

سرویس: علمی

استفاده از لارو مگس، زمینه **درمانی** مشترکی بین پزشکی و حشره شناسی است که تاکنون جان هزاران زخمی را در کشورهای مختلف نجات داده است. بدون این که این افراد نیاز به بستری شدن در **بیمارستان** یا اعمال جراحی داشته باشند.

به گزارش خبرنگار علمی خبرگزاری دانشجویان ایران (ایسنا)، لارو **درمانی** (Maggot Therapy) که با استفاده از لارو نوعی حشره به نام *Lucilia Sericata* انجام می شود، برای **درمان** زخم های دیابتی، زخم های بستر، سوختگی، عفونت استخوان (استئومیلیت)، عفونت های بعد از عمل جراحی و *Carbuncle* کاربرد کاملاً موثری دارد.

لاروهای *L. sericata* که گویی برای **درمان** زخم ها خلق شده اند، تنها از قسمت های نکروزه و عفونی زخم تغذیه می کنند و هرگز به قسمت های زنده حمله نمی کنند.

تیمی از محققان کشورمان شامل یک پزشک ارتوپد، دو نفر حشره شناس و یک زیست شناس پس از سه سال مطالعه و تحقیق و بررسی این تکنیک در حیوانات، مرحله بالینی این روش را از دی ماه ۱۳۸۳ در **بیمارستان** بقیه الله الاعظم (عج) تهران آغاز کردند و تا کنون ۲۹ مورد لارو **درمانی** با موفقیت کامل انجام داده اند.

دکتر عباس میراب زاده، عضو هیات علمی سازمان پژوهش های علمی و صنعتی ایران و متخصص حشره شناس این تیم در گفت و گو با خبرنگار پژوهشی ایسنا، منطقه علوم پزشکی تهران در تشریح این روش **درمانی** و مزیت های آن نسبت به سایر روش های **درمان** زخم های عفونی اظهار کرد: لارو **درمانی** (Maggot Therapy) که با استفاده از لارو گونه ای مگس به نام *Lucilia Sericata* انجام می شود در **درمان** زخم پای دیابتی، زخم بستر، سوختگی، عفونت استخوان (استئومیلیت) و عفونت های بعد از عمل جراحی، زخم *Meningomyelocell*، زخم *Venous Stasis Ulcers*، قانقاریا، زخم *Buerger*، آبسه های عفونی پوستی، عفونت ناشی از زخم های سرطانی و سایر زخم ها کاربرد دارد.

وی افزود: نکته ظریفی که در این روش وجود دارد این است که این لاروها گویا تنها برای **درمان** چنین زخم هایی خلق شده اند؛ چرا که فقط از قسمت های نکروزه و عفونی زخم تغذیه می کنند و هرگز به قسمت های زنده حمله نمی کنند.

هزینه کمتر و **درمان** سریع تر زخم های عفونی از مزایای لارو **درمانی** است

دکتر میراب زاده در خصوص مزایای این روش گفت: در این روش نیازی به استفاده از آنتی بیوتیک، جراحی، بستری شدن در **بیمارستان**، بیهوشی و صرف **هزینه** های گزاف نبوده و تمام مراحل تحت نظر پزشک به راحتی در منزل قابل انجام است.

وی تصریح کرد: در این روش، ابتدا تخم مگس ها به وسیله مواد ضدعفونی کننده، ضدعفونی شده و پس از ارزیابی کیفی جهت اطمینان از استریل بودن به روی زخم عفونی بیمار قرار زده می شود.

عضو هیات علمی سازمان پژوهش های علمی و صنعتی ایران ادامه داد: افرادی که به زخم پای دیابتی مبتلا می شوند در بیمارستان بستری شده و تحت اعمال جراحی مختلف جهت پاک سازی زخم ها از عفونت و آلودگی، قرار می گیرند و لذا هزینه زیادی را چه از لحاظ بستری شدن و چه اتاق عمل، متحمل می شوند و در بعضی موارد جراح به علت عدم بهبودی زخم مجبور به قطع پا از زیر زانو می شود؛ در حالی که با استفاده از این روش درمان، بیماران دیابتی طی یک ماه تا حداکثر چهار ماه و در بیماران غیردیابتی از سه روز تا حداکثر ۲۰ روز، زخم مزمن بطور قطعی درمان می شود.

میراب زاده درباره خصوصیات این لاروها که باعث درمان سریع زخم های مزمن می شوند گفت: در بزاق لاروها آنتی بیوتیک Allantoin وجود دارد که روی طیف وسیعی از باکتری ها مؤثر است. لاروها همچنین آمونیاک و بیکربنات کلسیم ترشح میکنند که خاصیت میکروب کشی بالایی دارند و ضمناً pH زخم را به حدود ۸ تا ۵/۸ می رسانند که در این pH کلونیزه شدن باکتری ها به حداقل می رسد.

پژوهشگر این طرح افزود: در قسمت سر لاروها نیز موهای نوک تیز و فراوانی وجود دارد که برخورد فیزیکی آنها با میکروب ها سبب نابودی قسمت قابل توجهی از آنها می شود، لاروها موادی شبیه به اینترلوکین ۶ و ۱۰ ترشح می کنند که سبب تسریع در بهبودی زخم و بوجود آوردن فیبروبلاست ها می شوند.

وی در تشریح عملکرد این مگس های درمانگر گفت: فعالیت لاروها سبب بالا رفتن حرارت در زخم و موجب تسریع خون رسانی به زخم می شود، همچنین لاروها جنب و جوش و حرکات فراوانی در محل زخم دارند که سبب ماساژ زخم و خون رسانی بیشتر به زخم می شوند.

میراب زاده تصریح کرد: لاروها با فلاپ های دهانی، قسمت های نکروزه زخم را خراش داده و با ترشح آنزیم Proteolytic بافت های مرده را به حالت نیمه مایع درآورده و سپس آن را می مکند و به این ترتیب سبب پاکسازی و از بین رفتن قسمت های مرده زخم می شوند.

عضو هیات علمی سازمان پژوهش های علمی و صنعتی ایران ادامه داد: ترشح مداوم و زیاد بزاق لاروها از یک سو سبب شست و شوی زخم شده و از سوی دیگر قسمت اعظم باکتری هایی که مورد تغذیه لارو قرار گرفته، در قسمت اسیدی دستگاه گوارش لارو (pH=۳) از بین می رود.

میراب زاده با بیان این که بسیاری از پزشکان و کادر درمانی کشور از وجود این روش درمانی بی اطلاع هستند، گفت: در صورت حمایت مؤسسات مسؤؤل به راحتی می توان با هزینه ای بسیار کم، لاروی مورد نیاز برای درمان بیماران در سراسر کشور را تولید کرد.

وی با اشاره به برخی از افرادی که این روش بر روی آنها اجرا شده است گفت: دو تن از جانبازان جنگ تحمیلی یکی با زخم ۲۷ ساله و کاندیدای قطع پا از زیر زانو و دیگری با زخمی ۲۲ ساله و کاندیدای قطع پا از مچ پا استفاده از لارو درمانی طی ۱۷ روز به طور قطعی درمان شدند.

میراب زاده با اشاره به قدمت استفاده از لارو درمانی در بهبود زخم های عفونی رواج این روش از قرن ها قبل در برخی قبایل استرالیا، برمه و قوم مایا در آمریکا مرکزی خاطرنشان کرد: از قرن ۱۶ میلادی به بعد تاثیر لارومگس ها در درمان زخم های مجروحان در جبهه های جنگ گزارش شده و اولین بار در سال ۱۵۵۶، Pare Ambroise پزشک مخصوص هنری سوم در فرانسه اهمیت و اعجاز لارو مگس ها در درمان زخم را در جریان جنگ Saint Quentin گزارش کرد.

وی به ایسنا گفت: در سال ۱۹۲۰ در جریان جنگ جهانی اول، زخم های دو سرباز که به صورت بیهوش به مدت یک هفته در پشت جبهه بودند، نظر دکتر بائر، افسر پزشک ارتش آمریکا که برای مداوای زخمی های جنگ به جبهه های فرانسه اعزام شده بود را جلب کرد. وی در زخم های این سربازان تعداد زیادی لاروی مگس مشاهده کرد و دید که در بدن آنها اثری از تب و زخم های عفونی نیست.

نتایج مطالعات این پزشک آمریکایی پس از مرگش منتشر و بیش از ۹۰۰ پزشک و جراح در ۳۰۰ بیمارستان و مرکز درمانی از این روش برای معالجه ۷۵۰۰ زخم استفاده کردند.

تاییدیه FDA، پشتوانه جهانی لارودرمانی

دکتر میراب زاده ادامه داد: در سال ۱۹۸۹، دکتر شرمن، کارشناس حشره شناسی و پزشک با دو تخصص طب گرمسیری و بیماری های عفونی، این روش درمانی را در آمریکا مجدداً احیا و در سال ۲۰۰۴ میلادی سازمان غذا و داروی آمریکا (FDA) این روش را تایید کرد. نظر به این که استفاده از این روش، یقیناً از قطع عضو و مرگ بیماران که دچار زخم های مزمن هستند، جلوگیری می کند امید است که در آینده نزدیک، شاهد ترویج و تفهیم این موضوع در مجامع پزشکی کشور باشیم.

گفتنی است، در طرح لارو درمانی، دکتر مرتضی جان نثاری لادانی، به عنوان پزشک ارثوپد، دکتر عباس میراب زاده به عنوان حشره شناس، مهندس شهرام شریفی بروجردی به عنوان زیست شناس و مهندس مجید مشایخی به عنوان کارشناس ارشد حشره شناسی همکاری داشتند.

طرح لارو درمانی از طرح های مصوب صندوق حمایت از پژوهشگران کشور است.

از سال ۱۳۸۲ پرویش و استریل کردن لاروها در سازمان پژوهش های علمی و صنعتی ایران انجام و از همان سال درمان بیماران با این روش درمانی در بیمارستان بقیه الله الاعظم عج تهران انجام شده است.

انتهای پیام

روزنامه شرق

۲۶ - الو شرق ۸۸۶۵۴۳۹۰

ویزیت چند بیمار: **درمانگاه زنان بیمارستان** میلاد، چند بیمار را همزمان به اتاق می فرستند و نبود منشی در **درمانگاه** ها موجب شده بین بیماران درگیری ایجاد شود. از **مسوولان بیمارستان** تقاضا داریم به این موضوع **رسیدگی** کنند. همچنین برخورد یکی از متخصصان زنان با مراجعان خوب نیست. فاطمه از تهران.

روزنامه خراسان

۲۷ - مصوبه وزارت بهداشت برای بخش مراقبت های ویژه نوزادان ماه آینده اجرایی می شود
روزنامه خراسان - در بخش مراقبت های ویژه نوزادان در بیمارستان از نوزادان نارس مراقبت می شود. همچنین تأمین نیازهای نوزاد، پیشگیری از عفونت و تغذیه مخصوص نوزاد در این بخش انجام می شود و امکان دسترسی آسان و سریع به ابزار و تجهیزات تخصصی در این بخش فراهم است.

نوزادان نارس به مراقبت های ویژه نیاز دارند، از این رو در دستگاه های مخصوص انکیپاتور نگهداری می شوند و پرستاران و کارکنان این بخش که با نوزادان در تماس هستند، باید نکات بهداشتی را رعایت کنند تا از انتقال آلودگی و عفونت به نوزادان که سیستم دفاعی بدن آن ها ضعیف است، جلوگیری شود. همچنین به مادرانی که در این بخش با نوزاد خود در ارتباط هستند، باید آموزش های لازم بهداشتی و مراقبتی ارائه شود.

نوزادان کم وزن و نارس در بخش مراقبت های ویژه به مدد دستگاه های پیشرفته نگهداری می شوند تا به سن و وضعیت عادی برسند. رعایت کردن نکات بهداشتی یکی از ضروری ترین موارد روند بهبود این نوزادان به شمار می رود. برای تهیه گزارشی از وضعیت NICU **بیمارستان** بنت الهدی بجنورد به آن جا می روم. از قرار معلوم طبق مصوبه **وزارت بهداشت** قرار است بخش مراقبت های ویژه نوزادان در این **بیمارستان** دایر شود. جلوی در ورودی بخش چندین جفت دمپایی برای تعویض کفش های افرادی که می خواهند به بخش وارد شوند، گذاشته شده است. مادرانی که به این بخش می آیند تا از نوزادشان مراقبت کنند باید گان (لباس استریل) به تن کنند تا از بروز هر گونه آلودگی در این بخش جلوگیری شود. چندین نوزاد در دستگاه های مخصوص نگهداری می شوند و وضعیت جسمانی آن ها مانیتورینگ می شود. بعضی از مادران اجازه یافته اند تا از نوزاد خود مراقبت کنند. یکی از این مادران وضعیت **رسیدگی** به نوزادان را در این بخش مطلوب ارزیابی می کند و می گوید: آزمایش های مختلفی که برای روند **درمان** نوزادم ضروری است به موقع انجام می شود و مراقبت های لازم از او به عمل می آید. وی که خود را رازقی معرفی می کند، می افزاید: هنگامی که برای مراقبت از نوزادم با مشکلی مواجه شوم، از پرستاران بخش سوال می کنم و آن ها نیز مواردی را که نیاز است، آموزش می دهند.

ضرورت آموزش به مادران یکی از مادران آموزش های ارائه شده در باره شیوه برقراری ارتباط با نوزاد را خوب عنوان می کند و می گوید: چندی پیش نوزادم در بخش مراقبت های ویژه **بیمارستان** بجنورد بستری شد و در این مدت در داخل دستگاه قرار داشت و فقط زمان های لازم برای شیردهی می توانستم با او ارتباط برقرار کنم که در این مورد آموزش هایی نیز ارائه شد. وی که مایل به ذکر نام خود نیست، ادامه می دهد: در این بخش باید تمام امکانات و وسایل، استریلیزه و عاری از هر گونه میکروب باشد و کارکنان با استفاده از دستکش مخصوص هر نوزاد، پوشک وی را تعویض کنند، که این مسائل تا حدود زیادی در این بخش رعایت می شود. وی با بیان این که بسیاری از مادرانی که نوزاد نارس به دنیا می آورند از شیوه در آغوش گرفتن و ارتباط برقرار کردن با نوزاد بی اطلاع هستند، می افزاید: بعضی از مادران نیز سواد کافی ندارند و کارکنان این بخش باید به طور مستمر به آن ها آموزش دهند که چگونه بهداشت خود و نوزادشان را رعایت کنند تا بتوانند مدت **درمان** را تسریع بخشند. یکی دیگر از مادران، بی اطلاعی برخی از مادران را موجب به وجود آمدن مشکلات عدیده در آینده ذکر می کند و می گوید: نوزادان نارس در بخش مراقبت های ویژه در معرض پرتو اکسیژن مستقیم قرار می گیرند و برای آسیب ندیدن بینایی آن ها روی چشم نوزاد چسب زده می شود اما چندی پیش که نوزادم در این بخش بستری بود به دلیل نبود آگاهی، یکی از مادران، چسب چشمان نوزاد خود را برداشته بود. وی ادامه می دهد: به گفته پرستاران، قرار گرفتن طولانی مدت در معرض پرتو اکسیژن با دوز بالا در صورتی که چشم نوزاد به طور مستقیم در معرض آن باشد، باعث به وجود آمدن مشکلات بینایی در آینده می شود.

به استانداردها نزدیک هستیم

نوزادانی که کمتر از ۳۲ هفته سن داشته باشند، ریه های آن ها تکامل نیافته باشد، دچار نقایص مادرزادی، آنومالی، تشنج یا کم خونی باشند به اکسیژن مکمل و مانیتورینگ قلبی نیاز داشته باشند یا **داروهای** احیا در اتاق زایمان برای آن ها مصرف شده باشد، در بخش مراقبت های ویژه نگهداری می شوند. این مطالب را سرپرستار بخش ان.آی.سی.یو **بیمارستان** بنت الهدی بجنورد می گوید. وی می افزاید: این نوزادان توسط دستگاه ونتیلاتور، حمایت و تهویه مکانیکی می شوند. طاهره نودهی با اشاره به این که ۶ دستگاه ونتیلاتور در این بخش وجود دارد، اظهار می دارد: همچنین ۴ دستگاه انکیپاتور برای نگهداری از نوزاد وجود دارد که تنفس، رنگ و وضعیت نوزاد در آن در معرض دید کارکنان بخش است. وی ظرفیت پذیرش بیمار را ۸ نوزاد می داند و می افزاید: ۴ تخت احیا نیز در این بخش وجود دارد که می توان گفت در این رابطه در وضعیت مطلوبی قرار داریم و به استانداردها نزدیک هستیم.

تخت های بخش مراقبت های ویژه افزایش می یابد
 وی از افزایش تخت های NICU خبر می دهد و بیان می کند: با انتقال این بخش به مکان جدید در ماه آینده، طبق مصوبه وزارت بهداشت، تعداد تخت های NICU به ۱۸ تخت افزایش می یابد. نودهی به اجرای طرح KMC در بخش مراقبت های ویژه اشاره می کند و می گوید: در این طرح، مادر نوزاد را در آغوش می گیرد که به گفته وی، این کار برای نوزادانی که پزشک اجازه می دهد، قابل اجراست. وی درباره رعایت نشدن برخی نکات بهداشتی اظهار می دارد: عملکرد تمام کارکنان این بخش به طور تصادفی مورد پالایش قرار می گیرد و ملزم هستند از دستکش یک بار مصرف که روی تخت هر نوزاد وجود دارد، استفاده کنند. وی درباره آموزش به مادران نیز عنوان می کند: چگونگی شیردهی، ماساژ نوزاد و ارتباط با او به مادران آموزش داده می شود و قبل از این که مادران به

بخش مراقبت های ویژه ببینند، بسیاری از این آموزش ها در بخش زنان و زایمان به آن ها ارائه می شود، اما متأسفانه به دلیل مراجعه اقتشار مختلف با سطح سواد گوناگون، ممکن است بعضی از موارد به خوبی رعایت نشود.

روزنامه خراسان

۲۸ - مرگ های زودرس؛ ارمغان آلودگی هوا برای ساکنان کلان شهرها

روزنامه خراسان - بنا به گفته معاون سازمان محیط زیست هر سال به اواخر تابستان و اوایل پاییز که نزدیک می شویم زنگ خطر پدیده وارونگی هوا و افزایش آلودگی هوا در کلان شهرها به ویژه در شهر تهران به صدا درمی آید و اگر اقدامی در جهت مقابله و کاهش آن صورت نپذیرد سلامتی مردم به ویژه سالمندان،

کودکان، زنان باردار و بیماران قلبی - عروقی و بیماری های تنفسی در معرض خطر قرار می گیرد. براساس آمار **وزارت بهداشت** در زمان آلودگی هوا میزان مراجعه مردم به مراکز **درمانی** تا ۱۰ برابر نسبت به روزهای عادی افزایش می یابد علاوه بر این که شاهد افزایش مرگ های ناگهانی، بیماری های تنفسی، چشمی و پوستی هستیم.

سالانه ۸۰ هزار مورد مرگ و میر در کشور بر اثر عوامل محیطی روی می دهد

یک مسئول در **وزارت بهداشت** با اشاره به این که سالانه ۲ هزار و ۵۰۰ نفر در تهران در اثر آلودگی هوا جان خود را از دست می دهند گفت: بنا به گزارش سازمان بهداشت جهانی سالانه ۸۰ هزار مورد مرگ و میر در ایران بر اثر عوامل محیطی و آلودگی هوا روی

می دهد و باید در جهت کاهش آلودگی هوا اقدام کرد اما اقداماتی که تاکنون در این زمینه از سوی مسئولان و دست اندرکاران صورت گرفته کافی نبوده و نتوانسته است از میزان آلودگی هوا و عوارض آن بکاهد. طرح ۱۰ ساله کاهش آلودگی هوا که در سال ۷۹ تدوین و تصویب شد از جمله این طرح هاست که زمان آن در سال گذشته به پایان رسید بدون این که از آن فایده ای حاصل شود.

طرح دوم نیز در دولت در حال تصویب است اما به عقیده کارشناسان تا زمان تصویب آن نباید دست روی دست گذاشت و با الزام های اساسی مقابله با آلودگی هوا را دنبال کرد که شامل تسریع در خروج و جایگزینی خودروهای فرسوده، استانداردسازی سوخت، توسعه فضای سبز و توسعه حمل و نقل عمومی و... است. رییس مرکز سلامت محیط و کار **وزارت بهداشت** با اشاره به این

که یکی از شاخص های توسعه انسانی، وضعیت سلامت است گفت: براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت سالانه ۸۰ هزار مورد مرگ و میر در ایران به علت عوامل محیطی رخ می دهد. مرگ و میر بر اثر عوامل محیطی در کشورهای مختلف ۱۵ تا ۳۰ درصد مرگ و میرها را تشکیل می دهد که این آمار در ایران ۲۱ درصد است. البته میزان مرگ و میر بر اثر عوامل محیطی تا سال ۱۴۰۴ به

۸۰ نفر در صد هزار نفر باید کاهش پیدا کند. به گزارش ایسنا ندافی با اشاره به کیفیت هوای تهران اظهار کرد: براساس بررسی های انجام شده در سال ۸۹، کیفیت هوای تهران در هیچ یک از روزهای سال گذشته در حد خوب نبود و تنها ۴۸ روز هوای تهران در حد

کیفیت متوسط قرار داشت. در این شرایط سالانه ۲ هزار و ۵۰۰ نفر بر اثر آلودگی هوای شهر تهران دچار مرگ زودرس می شوند. وی با بیان این که در سیستم کشوری ما سیستم ثبت اطلاعات مرگ و میر ناشی از آلودگی هوا کامل نیست، گفت: در مناطقی از طبیعت، گاز رادون آزاد می شود که موجب ناراحتی های ریه و سرطان می شود تنها راه حفاظت آن این است که خانه هایی که

ساخته می شود قسمت پایین آن آزاد باشد. ندافی ادامه داد: هر سال گزارشی تحت عنوان کمی سازی اثرات بهداشت آلودگی هوای شهرها منتشر می کنیم که بر اثر آلودگی هوا چند نفر دچار مرگ زودرس شدند و چه تعداد مبتلا به بیمار قلبی و تنفسی شدند که برای شهر تهران ۲ هزار و ۵۰۰ نفر بود. به گزارش خبرگزاری مهر، یوسف رشیدی مدیرعامل شرکت کنترل کیفیت هوای

تهران خسارات مادی ناشی از آلودگی هوا بر سرمایه های ملی را نیز غیرقابل جبران دانست و گفت: این درحالی است که با نگاهی گذرا به تجارب کشورهای موفق در این زمینه کنترل و کاهش آلودگی هوا به این نکته می رسیم که شاه کلید مقابله با آلودگی هوا گسترش حمل و نقل عمومی است. رشیدی با اعلام این که دلیل ۸۰ درصد آلودگی هوای تهران وسایل نقلیه فرسوده یا

خودروهای ظاهرا جدیدی هستند که به میزان وسایل نقلیه فرسوده و بلکه بیشتر آلودگی تولید می کنند، اضافه کرد: البته موتورسیکلت ها نیز از وسایل نقلیه هستند که تولید آلودگی آنها بسیار بالاست. وی با انتقاد از کوتاهی در زمینه اجرای قوانین و مقررات مربوط به کاهش آلودگی هوا گفت: متأسفانه تلنباری از قوانین اجرا نشده و کلکسیونری از مقررات عملی نشده در این زمینه

در کشور وجود دارد که مورد بی توجهی قرار گرفته است. رشیدی با تاکید بر این که مهم ترین مشکل آلودگی هوا این است که اجرای قانون به شکل یک اولویت اصلی در کشورمان در نیامده، اضافه کرد: البته تا وقتی قوانین و مقررات مورد کم توجهی قرار بگیرد وضعیت از این بهتر نمی شود. وی با بیان این که ۶ آلاینده اصلی در هوای تهران به وفور وجود دارد، گفت: متأسفانه اخیرا آلاینده

جدید ذرات معلق با قطر ۲٫۵ میکرون نیز از کشورهای همجوار به آلاینده های هوای تهران اضافه شده است. محمد شاعری معاون سازمان محیط زیست نیز با اشاره به این که زنگ خطر آلودگی هوا اواخر تابستان و اوایل پاییز به دلیل احتمال پدیده وارونگی هوا در کلان شهرها به ویژه تهران به صدا درمی آید گفت: با آلودگی هوا خطر افزایش مرگ های ناگهانی، ایست های قلبی، بیماری های

تنفسی، چشمی و پوستی افزایش می یابد و باید هرچه زودتر اقداماتی برای کاهش آلودگی هوا صورت گیرد چرا که براساس آمار **وزارت بهداشت** در زمان آلودگی هوا میزان مراجعه مردم به مراکز **درمانی** تا ۱۰ برابر افزایش می یابد. ۱۰ راهکار برای کاهش آلودگی هوا

شاعری تصریح کرد: برای کاهش آلودگی هوا ۱۰ الزام و راهکار وجود دارد که باید اجرا شود. اولین اقدامی که باید صورت گیرد استانداردسازی خودروهاست و این که از استاندارد یورو ۲ به یورو ۴ ارتقا یابد دومین کاری که باید صورت گیرد تسریع در نوسازی ناوگان حمل و نقل است. در حال حاضر روند جایگزینی و نوسازی خودروهای فرسوده کند است و باید این روند سرعت بیشتری به خود بگیرد تا به همان نسبت آلودگی هوا نیز کاهش یابد. معاون سازمان محیط زیست افزود: براساس آمار در حال حاضر ۳۰ درصد

خودروهای فرسوده در شهر تهران از رده خارج شده اند و ۶۰ درصد خودروهای در حال تردد در تهران فرسوده هستند که نقش زیادی در آلودگی هوا دارند. بنا به گفته این مسئول ۸۰ درصد آلودگی هوا در تهران ناشی از عوامل متحرک نظیر خودرو و موتورسیکلت و ۲۰ درصد نیز ناشی از صنایع و مصارف خانگی است. شاعری با اشاره به این که ارتقای استانداردهای سوخت از یورو ۲ به یورو ۴ و ۵ و مدیریت و توسعه حمل و نقل عمومی از جمله دیگر راهکارها در کاهش آلودگی هواست گفت: براساس برآوردها سهم حمل و نقل عمومی در تهران ۲۵ تا ۳۰ درصد است که این مسئله با توسعه حمل و نقل عمومی و فرهنگ سازی در میان مردم باید به ۷۵ درصد

برسد که در این صورت بخش عظیمی از مشکلات ترافیکی و آلودگی هوای شهر تهران برطرف می شود. وی افزود: ادامه اجرای طرح زوج و فرد خودروها در محدوده ترافیک از جمله راهکارهایی است که باید با قوت ادامه یابد. معاون سازمان محیط زیست، توسعه فضای سبز در کلان شهرها به ویژه تهران را از جمله عوامل مهم در کاهش آلودگی هوای شهر تهران ذکر کرد و گفت: در حال حاضر سرانه فضای سبز در شهر تهران ۱۲ تا ۱۳ مترمربع است که باید به ۲ برابر افزایش یابد تا بتواند بخشی از آلودگی هوا و گرد و غبار را کاهش دهد. بنا به گفته این مسئول در سازمان محیط زیست مواد تهدیدکننده سلامت محیط زیست از جمله آزیست را از الزام های مهمی می داند که در کاهش آلودگی هوا دخالت مستقیم دارد و علاوه بر این که مردم نیز باید نسبت به این موضوع احساس تکلیف کنند و منتظر اقدامات دولتی در زمینه کاهش آلودگی هوا نباشند. به عنوان مثال کاهش تردهای غیرضروری با خودروهای شخصی و همچنین توجه به معاینه فنی خودرو می تواند نقش زیادی در کاهش آلودگی هوا داشته باشد. وی افزود: این راهکارها در قالب طرح جامع آلودگی هوا به دولت ارائه شده است و اما تا تصویب آن دولت می تواند برخی از مواد آن را به اجرا درآورد.



۳۹ - شربت تریاک توزیع نمی شود همشهری آنلاین - مدیر دفتر توسعه مشارکت های مردمی ستاد مبارزه با مواد مخدر با اشاره به تاخیر وزارت بهداشت در توزیع شربت تریاک، گفت:

امروز اگرچه شربت تریاک در انبارهای دانشگاه علوم پزشکی موجود است اما در راستای توزیع آن بین سازمان های مردم نهاد تاکنون اقدام جدی صورت نگرفته است. محمدمصدق فتح الهی به ایسنا، اظهار کرد: درحالی که حداقل ۳ هزار نفر، متقاضی دریافت این شربت هستند وزارت بهداشت اقدامی در راستای تامین آن انجام نداده است. برنامه شربت تریاک توسط ستاد و با حضور رییس جمهور تصویب شده است.



۴۰ - پاسخ دانشگاه علوم پزشکی تهران به یک گزارش همشهری همشهری آنلاین - در پی انتشار مطالبی در گزارش روز داروسازی در شماره ۵۴۷۸ مورخ ۹۰/۶/۵ روزنامه (در صفحه ۱۶)، سرپرست داروخانه های دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی تهران پاسخی به روزنامه همشهری ارسال کرده که عینا انتشار می یابد.

درخصوص نحوه و کیفیت ارائه خدمات دارویی توسط همکاران داروساز شاغل در مجموعه داروخانه های دانشکده داروسازی دانشگاه (سیزده آبان) به اطلاع می رساند همکاران داروساز در آن مجموعه توانسته اند استانداردهای نوینی از خدمات دارویی سالم و کارآمد را بر مبنای حرفه ای و اخلاق محوری به هموطنان عزیز ارائه کنند.

۲- درخصوص آمار و اطلاعات ارائه شده توسط منبع خبری مذکور مبنی بر عرضه ۷۰ درصدی داروی مصرفی بیماران توسط سه داروخانه دولتی، ماخذ و منبع اطلاعات توسط فرد مصاحبه شونده مشخص نیست. بدیهی است اخذ آمار و اطلاعات از شرکت های سراسری توزیع دارو و سازمان های بیمه گر برخلاف اطلاعات ارائه شده خواهد بود.

۳- انتساب بیکاری داروسازان و همچنین انحرافات متعدد به داروخانه های دولتی از دیگر فرازهای مصاحبه عنوان شده است. اولاً در حال حاضر کشور با کمبود داروساز روبه رو است که می توانید مستندات آن را از معاونت غذا و داروی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی استعلام کنید. ثانیاً درصورت صحت این ادعا چگونه سه داروخانه دولتی می توانند مسبب بیکاری در جامعه چنددهزار نفری داروساز باشند و درخصوص انتساب انحرافات متعدد به داروخانه های دولتی، این مطلب به هیچ وجه صحت ندارد.

همچنین حضور همکاران محترم داروساز (و دستیاران تخصصی رشته های مختلف داروسازی) به تعداد کافی و در اوقات مختلف فعالیت و خدمت در داروخانه و راه اندازی مجموعه فعال اطلاع رسانی دارو و سموم (DPIC) که از چند سال پیش اعلام شده است با هزینه بسیار بالا و با حضور داروسازان متخصص و اعضای هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران" به منظور ارائه خدمات و اطلاعات جامع و تخصصی به هموطنان عزیز و گروه های پزشکی دلیل و موید محکمی بر تعهد و التزام این مجموعه جهت ارائه مطلوب خدمات دارویی است و ذکر عبارت سرگردانی بیمار و عدم ارائه مطلوب خدمات و عدم درج دستورات دارویی زاییده تفکر مصاحبه شونده بوده و فاقد وجاهت است.

تکذیبیه رییس انجمن داروسازان ایران همچنین در ارتباط با گزارش مذکور، دکتر رهبر مژدهی آذر، رییس انجمن داروسازان ایران با ارسال نامه ای به همشهری، بخش هایی از مطالب منتشره را تکذیب کرد.



۴۱ - چالش توزیع شربت تریاک همشهری آنلاین - وزیر بهداشت می گوید: شربت تریاک به قدر کافی در سراسر کشور یافت می شود.

مجری طرح شربت تریاک تأکید می کند: هنوز برخی از مراکز توزیع شربت تریاک مجوز ندارند. رییس سازمان مردم نهاد کنگره ۶۰ می گوید: شربت تریاک مناسفانه هنوز در پیچ و خم های اداری گیر کرده است. این نشان می دهد که طرحی که ۲ سال پیش موافقت خود را از مقامات عالی کشور گرفت با ابهاماتی مواجه است. در این باره با دکتر صفاتیان مدیرکل سابق درمان ستاد مبارزه با مواد

مخدر که در زمان او طرح پالیوت شربت تریاک اجرا شد مصاحبه کرده ایم. وی هم اکنون در امر آموزش پزشکان با موضوع اعتیاد فعالیت می کند.

- وضعیت تولید و توزیع شربت تریاک در کشور چگونه است؟
موضوع شربت تریاک از سال ۸۵ در کشور مطرح شده است. در سال هایی که من مسئولیت **درمان**، بازپروری و حرفه آموزی را در ستاد بر عهده داشتم کار های پالیوت استفاده از شربت تریاک در گروه های مختلف انجام شد. این یکی از معدود برنامه های **درمان** است که در جلسه ستاد با حضور رییس جمهور برای اجرای سراسری مصوب شده است. متأسفانه طی ۳ سال گذشته با وجود اینکه پروتکل **درمانی** تدوین شد و آموزش های لازم نیز به پزشکان داده شد، انتظار می رفت شربت تریاک در ۴۰۰-۳۰۰ مرکز زیر نظر **وزارت بهداشت** در سراسر کشور توزیع شود اما متأسفانه طی یک سال و نیم پس از تأیید و موافقت مسئولان اتفاق خاصی صورت نگرفته است. این در حالی است که این شربت عمدتاً برای **درمان** کراک و تریاک استفاده می شود و مصرف کننده های این مواد مخدر بیشترین فراوانی را دارند.

- چندی پیش **وزیر بهداشت** تأکید کرد که این شربت در همه کشور وجود دارد؟
در **وزارت بهداشت** ۲ بخش مجزا مسئولیت شربت تریاک را بر عهده دارند. معاونت غذا و **داروی وزارت بهداشت** برای تولید شربت و معاونت **درمان** برای راه اندازی مراکز **درمانی** برای معتادانی که نیاز به **دارو** دارند و باید به آنجا مراجعه کنند. معاونت **دارو** هم نظر مثبتی نسبت به ماجرا داشت و هم برای تولید تلاش کرد. اما آن قسمت از **وزارت بهداشت** که باید با بدنه دانشگاه ها ارتباط برقرار کند و پروتکل ها و آیین نامه ها را بنویسد و اجرا کند و پزشکان را آموزش بدهد ضعیف عمل کرده است.

- پس عملاً تولید زیادی که **وزیر بهداشت** به آن اشاره کرده، منجر به دسترسی مصرف کننده به شربت تریاک نیست؟
بله. شربت تریاک به صورت ملی تولید می شود و در انبار ها وجود دارد ولی مهم این است که آن قسمت از بدنه معاونت **درمان** همکاری لازم را انجام نمی دهد.

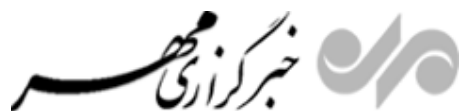
- مراکز **درمانی** که زیر نظر **وزارت بهداشت** فعالیت می کنند چه تعداد هستند؟
آمار دقیقی منتشر نشده است ولی همکاران و پزشکانی که من با آنها در تماس هستم با وجود اینکه مدت ها قبل در دانشگاه های علوم پزشکی ثبت نام کرده اند اما هنوز موفق به دریافت شربت نشده اند. بی نظمی موجود بایستی ریشه یابی و حل شود. وقتی می گوئیم **وزارت بهداشت**، منظور وزیر نیست. البته نظر مثبت مسئولان با اجرایی شدن طرح ۲ موضوع کاملاً متفاوت است.

- مراکز که به آنها اشاره شده لزوماً در دانشگاه های کشور بایستی برپا شوند؟
خیر. دانشگاه ها مجوز **درمان** و تجویز شربت تریاک را به مراکز و پزشکان می دهند.
- دلیل اینکه این شربت به مراکز بهزیستی داده نمی شود، چیست؟

براساس تجربه ای که من در مورد این دو سازمان دارم، بهتر است بهزیستی موضوع کمپ ها را به سامان برساند. به نظر من با توجه به تغییراتی که بهزیستی داشته و درون وزارت کار و تعاون و رفاه ادغام شده بهتر است به مسائل و مواردی که مربوط به حمایت های اجتماعی است بپردازد؛ چون بهزیستی در این زمینه تجربه بهتری دارد. این **دارو** مثل متادون است و **وزارت بهداشت** در این زمینه بر بهزیستی ارجح است اما اینکه **وزارت بهداشت** هنوز نتوانسته درست عمل کند موضوع دیگری است.

اعتدال

۲۲ - **هشدار وزارت بهداشت** به مراکز تحقیقاتی دارای مواد مخدر
اعتدال - وزارت بهداشت به تازگی با صدور یک بخشنامه به مراکز تحقیقاتی **دارویی** و پزشکی که مواد مخدر تأیید شده در اختیار دارند، از آن ها خواسته است نسبت به تأمین امکانات لازم برای تحویل امن و نگهداری حفاظت شده از این مواد به طور جدی اقدام کنند؛



۲۲ - نتایج رتبه بندی پژوهشی دانشگاه های علوم پزشکی / جداول برترین دانشگاهها
خبرگزاری مهر - نتایج رتبه بندی حاصل از ارزشیابی فعالیت های پژوهشی دانشگاه های علوم پزشکی کشور در سال ۸۹ از سوی وزارت بهداشت اعلام شد و دانشگاه های علوم پزشکی تهران،

بقیه الله و شهرکرد رتبه اول را در میان سه تپ دانشگاهی کسب کردند.
به گزارش خبرنگار مهر، این رتبه بندی در سه گروه دانشگاه های علوم پزشکی تپ یک، تپ دو و تپ سه و بر اساس ارزشیابی صورت گرفته از فعالیت های پژوهشی دانشگاه های علوم پزشکی کشور در سال ۸۹ اعلام شده است.
هر ساله معاونت تحقیقات و فناوری **وزارت بهداشت** به ارزشیابی فعالیت های پژوهشی دانشگاهها و موسسات مرتبط با **وزارت بهداشت** می پردازد و دانشگاههایی که در این رتبه بندی، حائز رتبه های برتر می شوند در جشنواره تحقیقات علوم پزشکی رازی مورد تقدیر قرار می گیرند.

گروه نظارت و ارزشیابی معاونت تحقیقات و فناوری برای جداول رتبه بندی چهار شاخص اصلی را در نظر می گیرد که از آن جمله می توان به محور حاکمیت و رهبری دانشگاه ها، محور توانمندسازی، محور تولید دانش و محور تحقیقات دانشجویی اشاره کرد. تعداد اعضای هیئت علمی، تعداد پژوهشگر تطبیق یافته، بودجه های پژوهشی و نسبت بودجه به پژوهش به کل بودجه دانشگاه، نسبت بودجه طرح های مصوب به بودجه دانشگاه نیز از دیگر مواردی است که در رتبه بندی اعلام شده است.

همچنین وضعیت انتشار تولید علم دانشگاه، وضعیت مقالات چاپ شده در مجلات علمی پژوهشی داخلی، وضعیت مقالات چاپ شده در مجلات معتبر خارجی در این شاخصها ارزشیابی شده اند. خلاصه جدول رتبه بندی ارزشیابی فعالیتها پژوهشی دانشگاههای علوم پزشکی تیب یک در سال ۸۹

پزشکان بدون مرز

۴۴ - سازمان بهداشت جهانی در خصوص افزایش موارد بیماری توبرکلوز در اروپا هشدار داد
پزشکان بدون مرز - سازمان بهداشت جهانی (WHO) در خصوص افزایش جدی موارد بیماری سل در اروپا هشدار داد. نگرانی ها از آنجا آغاز شد که سازمان بهداشت جهانی هشدار داد که در بسیاری از موارد، "سازمان بهداشت جهانی (WHO) در خصوص افزایش جدی موارد بیماری سل در اروپا هشدار داد. نگرانی ها از آنجا آغاز شد که سازمان بهداشت جهانی هشدار داد که در بسیاری از موارد، دیگر کاری از دست خانواده آنتی بیوتیک ها ساخته نیست. زیرا عامل سل در بدن بسیاری از افراد مبتلا، در برابر این داروها مقاوم شده و دوا و درمان بی اثر می شود. مخصوصاً در ۹ کشور اروپایی از جمله اوکراین، روسیه و جمهوری آذربایجان. به گزارش خبرنگار سایت پزشکان بدون مرز، بر اساس بیانیه صادره، تعداد موارد ابتلا به نوع مقاوم این بیماری نگران کننده بوده و در صورت عدم اتخاذ تدابیر لازم، بیماری می تواند منجر به مرگ هزاران نفر گردد. این سازمان در ادامه هشدار داد: تا زمانی که درمان تازه ای برای سل پیدا نشود، نیمی از مبتلایان که در برابر دارو مقاوم شده اند جان خود را از دست خواهند داد. فعلاً تنها راه درمان، پیشگیری از آن می باشد. مسئولین اظهار داشتند این بیماری که بعنوان یک بیماری قدیمی شناخته میشود، هرگز تماماً از بین نرفته است. توبرکلوز عموماً ریه ها را مورد حمله قرار می دهد و سالانه موجب مرگ ۱ ممیز ۷ میلیون تن در جهان می گردد. آنتی بیوتیک ها از جمله مواردی هستند که جلوی این بیماری را گرفته و جان شخص را نجات می دهند. متأسفانه سالانه ۱ میلیون و ۵۰۰ هزار نفر در جهان جان خود را به خاطر ابتلا به سل از دست می دهند. سازمان بهداشت جهانی (WHO) که نگران شیوع گسترده سل در جهان شده است، از سه شنبه برنامه تازه ای را برای مهار این بیماری در اروپا آغاز کرده است تا شاید بتواند در ۲ سال آینده جان ۱۲۰ هزار نفر را نجات دهد. برای این برنامه، ۵ هزار میلیارد دلار هزینه خواهد شد.

پزشکان ایران

۴۵ - جراحی میکروسکوپی دهان و دندان
پزشکان ایران - ورود جراحی های میکروسکوپی به حیطه جراحی های دهان، به ویژه جراحی های لثه و ایمپلنتولوژی اخیراً نتایج شگفت آوری به دنبال داشته است. به دلیل ظرافت مخاط دهان، جراحی هایی که در زمینه لثه و ایمپلنتولوژی برای پوشش سطح ریشه دندان انجام می شود یا جراحی هایی که به منظور باز کردن سینوس به کار برده می شود با بهره گیری از روش جراحی میکروسکوپی، نتایج رضایت بخشی را به همراه دارد.

جراحی های میکروسکوپی لثه و ایمپلنت (کاشت دندان) برای نخستین بار در کشور، همزمان با برپایی هفتمین کنگره انجمن پرودنتولوژی ایران که آبان ماه امسال در بیمارستان امام خمینی تهران برپا شد، انجام شد. دکتر علی اصغر میرعمادی متخصص رشته پرودنتولوژی و دبیر علمی هفتمین کنگره انجمن پرودنتولوژی ایران معتقد است؛ از مهم ترین مزایای روش جراحی با میکروسکوپ می توان به پارگی کمتر عروق، ترمیم سریع تر به دلیل انجام برش کوچک در محل جراحی، ترومای (صدمات) کمتر عمل جراحی و راحتی بیمار حین عمل اشاره کرد. وی با ابراز امیدواری از اینکه این شیوه به تدریج جای خود را به عنوان یک روش درمانی در پرودنتولوژی باز خواهد کرد، یادآور می شود؛ کاربرد جراحی های میکروسکوپی، بیشتر در مناطقی مانند بالا بردن کف سینوس در ایمپلنتولوژی و در مناطقی است که جراحی های لثه به منظور پوشاندن سطح ریشه انجام می شود، همچنین از این روش برای افرادی که به دلیل تحلیل استخوان فک قادر به استفاده از ایمپلنت با طول کافی نباشند، نیز می توان استفاده کرد. با وجود آنکه نتایج اقدامات انجام شده بیانگر موفقیت آمیز بودن این شیوه جراحی نسبت به شیوه های قدیمی تر دارد و با وجود تمام مزایایی که این روش نسبت به سایر روش های جراحی دارد، به دلیل گرانی ابزار میکروسکوپ، نمی توان از آن در سطح وسیع و به صورت گسترده استفاده کرد. از دیگر دستاوردهای رشته پرودنتولوژی و ایمپلنتولوژی، در زمینه کاربرد سلول های بنیادی دندان انسان در بافت های پرودنتال (لثه و بافت های نگهدارنده دندان) و کاربرد نانوتکنولوژی در درمان های پرودنتال است.

دکتر امیررضا رکن رییس هیات مدیره انجمن پرودنتولوژی ایران نیز از روش درمانی بسیار جدیدی به نام تیکوورتیکوتومی خبر داده، می افزاید؛ در این شیوه نوین امکان کوتاه کردن زمان درمان ارتودنسی به کمک روش جراحی فراهم شده است.

• نقش سواد سلامت در رشته پرودنتولوژی

ناآشنایی پزشکان و دندانپزشکان با مقوله سواد سلامت، آنها را در انتقال اطلاعات به بیماران ناتوان کرده است و ممکن است پزشک را در ارزیابی نتیجه به اشتباه اندازد به ویژه در مورد بیماری های غیرواگیر و مزمن که نیاز جدی به درک بیمار از بیماری خود و همکاری وی دارد. سواد سلامت عبارت است از مهارت کاربردی کردن اطلاعات مربوط به سلامت و انتقال آن به دیگران. به عبارت دیگر سواد سلامت توانمندسازی مردم در به کار بستن اطلاعات و دستورهای مربوط به سلامت و توانایی خواندن، فهمیدن و به کار بستن اطلاعات چاپ شده و همچنین فهمیدن و به کار بستن اطلاعات شفاهی مربوط به سلامت و هدایت شدن به منظور استفاده مناسب از خدمات سلامت عنوان می شود. بنابراین سواد سلامت در جامعه و در ارتباط با تک تک مردم شکل می گیرد و پزشکان و سایر کارکنان بخش سلامت با روش های مختلف در شکل گرفتن و تقویت آن در جامعه نقش دارند.

سواد سلامت از جمله مباحث نسبتاً جدیدی است که در برابر واژه سواد عمومی به کار برده می شود. سواد کاربردی شامل مجموعه یی از توانایی ها به منظور فهم و استفاده از یک سیستم است که سواد سلامت نیز جزئی از آن به شمار می رود. در واقع نوعی توانمند شدن مردم در امر استفاده از خدمات سلامت (شامل راه های سرایت و پیشگیری از بیماری ها، مراقبت از بیمار، به کار بستن دستورهای پزشک، استفاده از خدمات بیمه یی، توانبخشی و...) است. مردم باید سواد سلامت را آموزش ببینند. این امر برای ارتقای سلامت آنان ضرورت دارد. پزشکان، دندانپزشکان، داروسازان و سایر شاغلان حرفه پزشکی و بهداشتی نیز لازم است با این مقوله آشنا باشند. یعنی بدانند در جامعه یی که به حرفه های پزشکی و وابسته به آن اشتغال دارند، میزان سواد سلامت در چه حدی است؟ دکتر احمد حائریان عضو هیات علمی هفتمین همایش انجمن پرودنتولوژی ایران با تأکید بر اینکه داشتن اطلاعات لزوماً به معنای باسوادی فرد نیست، تصریح می کند؛ یکی از علل ناموفق بودن در بعضی از **درمان** های پزشکی، ناتوانی پزشک معالج در انتقال اطلاعات لازم به بیمار بوده که اهمیت این مساله، ضرورت پرداختن به مقوله سواد سلامت را بیش از پیش ضروری می سازد. وی اضافه می کند؛ سیستم آموزش سلامت محور به دلیل نگاه ویژه یی که به موضوع سلامت دارد، به بحث سواد سلامت بهای بیشتری می دهد تا جایی که این رشته در کشورهای پیشرفته، در سطوح کارشناسی ارشد دانشگاه ها تدریس می شود، ولی از جایی که نظام آموزش پزشکی و نظام ارائه خدمات ما سلامت محور نیست، موضوع سواد سلامت تاکنون مورد غفلت واقع شده است. نتایج مطالعه یی که (سال ۱۹۹۸) در امریکا انجام شد، حاکی از امکان هدر رفتن بین ۲۵ تا ۷۲ میلیارد دلار از بودجه بخش سلامت، به علت پایین بودن سواد سلامت در جامعه بود. پایین بودن سطح سواد سلامت به طور عمده باعث مراجعات مکرر و غیرضروری مردم به پزشک و همچنین طولانی شدن مدت اقامت بیماران در مراکز **درمانی** می شود که این امر سبب افزایش **هزینه** ها و به عبارت دیگر موجب هدر رفتن بخشی از بودجه بخش سلامت می شود.

دکتر حائریان ادامه می دهد؛ از آنجا که بیماری های پرودنتال (بیماری های لثه و بافت های نگهدارنده دندان) مانند بیماری دیابت، نیازمند کنترل و مراقبت مداوم است، ضروری به نظر می رسد متخصصان این رشته با آگاهی از چگونگی انتقال اطلاعات خود به زبان ساده و قابل فهم برای بیماران، بتوانند در مسیر **درمان**، بیماران را با خود همراه کرده تا نتیجه مطلوب و پایدار حاصل شود. همچنین موفقیت در **درمان** بیماری های پرودنتال (از جمله حذف پلاک میکروبی) تنها با پیشگیری از بازگشت عوامل ایجادکننده آن مقدور است که این موضوع، باردیگر بحث ضرورت کاربردی کردن سواد سلامت را در این حوزه از علم و حرفه پزشکی، مطرح می سازد.

• ناآگاهی از تخصص های رشته دندانپزشکی

با وجود تخصصی شدن رشته های دندانپزشکی، امروزه دندانپزشکان عمومی در تمامی حوزه های دندانپزشکی فعالیت می کنند و این نکته به دلیل ناآشنایی مردم با تخصص های رشته دندانپزشکی، برای آنان قابل تشخیص نیست. وظیفه انجمن های تخصصی به ویژه در زمینه دندانپزشکی، اطلاع رسانی به مردم در ارتباط با تفکیک حوزه های مختلف دندانپزشکی از یک سو و از سوی دیگر تعامل با سازمان نظام پزشکی کشور به منظور تعیین مرزهای این قبیل رشته هاست. رئیس سازمان نظام پزشکی کشور با تأکید بر آموزش های علمی برای پزشکان و دندانپزشکان در کشور از ممنوعیت ورود افراد آموزش ندیده و فاقد صلاحیت در امور دندانپزشکی خبر داده و می گوید؛ اگر فردی بخواهد در حوزه سلامت مردم وارد شود، باید پیش از ورود، آموزش های لازم را دیده، مهارت های ضروری را کسب کرده باشد.

وی در ادامه می افزاید؛ سازمان نظام پزشکی کشور به هیچ وجه به فرد یا گروهی که اطلاعات حرفه پزشکی ندارند، اجازه ورود به عرصه پزشکی را نمی دهد و از آنجا که از نظر تعداد متخصصان در کشور کمبودی نداریم، بنابراین به هیچ وجه پذیرفته نیست افرادی که به صورت تجربی وارد حوزه دندانپزشکی شده اند، به حوزه یی وارد شوند که با سلامت مردم سروکار دارد. رئیس سازمان نظام پزشکی کشور اظهار می دارد؛ خدمت به سلامت مردم مشخصات و شاخص های خود را داشته و ضروری است با مراقبت از حرفه های تخصصی پزشکی و دندانپزشکی از آینده این حرفه ها مراقبت کنیم.