



تاریخ ثبت: ۲۸ شهریور ۱۳۹۰

تعداد اخبار موجود: ۶۳ خبر

فهرست

- ۱ - معاون آموزشی دانشکده طب سنتی دانشگاه تهران خیر داد: راه اندازی در مانگاه طب سنتی در دانشکده تا سیال ۹۱ ایجاد رشته های تغذیه سنتی، تاریخ پزشکی و پرستاری سنتی - خیرگزاری اسپنا
- ۲ - حضور دفتر سلامت وزارت آموزش و پرورش در همایش روز جهانی هاری - خیرگزاری بانا
- ۳ - زنگ خطر کاهش مصرف شیر در کشور به صدا درآمد - سلامت نيوز
- ۴ - مجاسبه هزینه درمان افزایش کم درآمد - خیرگزاری سلامت ایرانیان
- ۵ - اول مهر، آخرین مهلت اجرای قانون کاهش ساعت کار پرستاران - خیرگزاری موج
- ۶ - نگاهی به بیمارستان رضوی یکی از پیشرفته ترین مراکز درمانی خاورمیانه در مشهد - خیرگزاری ایرنا
- ۷ - انتقاد رییس انجمن بیماران کلیوی از افزایش ۲ برابری قیمت داروی «سلسیت» - خیرگزاری اسپنا
- ۸ - رییس هیئت مدرسه انجمن تالاسمی ایران: وزارت بهداشت قبل از ورود داروهای جدید مطالعات بالینی آن را انجام دهد - خیرگزاری فارس
- ۹ - کارخانه تولید داروی ام اس زیر ذره بین مجلس - سلامت نيوز
- ۱۰ - نگرانی کمسیون بهداشت از واردات دارو - تانیاک
- ۱۱ - سیالانه ۱۲۰ هزار نفر در کشور دچار حیوان کزیدگی می شوند - خیرگزاری ایرنا
- ۱۲ - سلام ایران - روزنامه ایران
- ۱۳ - هوای قلیتان را داشته باشید - خیر آنلاین
- ۱۴ - خدمات درمانی متناسب با وضعیت هر فرد معتاد در مراکز اقامتی اجباری ارائه می شود - خیرگزاری ایرنا
- ۱۵ - اول مهر، آخرین مهلت اجرای قانون کاهش ساعت کار پرستاران - خیرگزاری مهر
- ۱۶ - تأمینی در گفت و گو با فارس مطرح کرد نگرانی کمسیون بهداشت مجلس از واردات دارو به کشور - خیرگزاری فارس
- ۱۷ - یک فوق تخصص اطفال در گفت و گو با فارس مطرح کرد لزوم تریق واکسین آنفلوآنزا به خردسالان در مهدهای کودک - خیرگزاری فارس
- ۱۸ - مسئول حیطه اخلاق پزشکی سومین المیاد علمی دانشجویان: المیاد امسال در نهایت انضباط، دقت و بی طرفی برگزار شد - خیرگزاری اسپنا
- ۱۹ - رییس اداره سلامت دهان و دندان وزارت بهداشت: سلامت دهان و دندان تمام دانش آموزان بدو ورود به مدرسه بررسی شد مصرف شیرینی جات در مدارس به حداقل ممکن کاهش باید - خیرگزاری اسپنا
- ۲۰ - رییس دانشگاه علوم پزشکی اردبیل خیر داد: هزینه ۱۰ میلیارد تومان برای خرید تجهیزات پزشکی در اردبیل - خیرگزاری فارس
- ۲۱ - بیماری های منتقله از غذا به مهمترین چالش بهداشتی تبدیل شده اند - باشگاه خبرنگاران
- ۲۲ - کوتاهی های پزشکی در برخی بیمارستانهای همدان ابیدمی شده است - خیرگزاری بانا
- ۲۳ - نوع آنتی بیوم های درمانی و پروبیوتیک های جدید تولید داخل اعلام شد - خیرگزاری ایرنا
- ۲۴ - فرماندار اردبیل: تکلیف بیمارستان سوختگی اردبیل در دولت دهم تعیین می شود - خیرگزاری فارس
- ۲۵ - گاهی تنبه لازم است - روزنامه جام جم
- ۲۶ - دیر تشخیص بدهید، راه برگشت ندارید! - روزنامه جام جم
- ۲۷ - صدای شما - روزنامه جمهوری اسلامی
- ۲۸ - بی توجهی وزارت بهداشت به یک خطر جدی - روزنامه تهران امروز
- ۲۹ - افت کیفیت محصولات غذایی پس از هدفمندی بارانه ها - ایمنیا
- ۳۰ - هنوز یک ریال از ۲ هزار میلیارد تومان بودجه بخش سلامت پرداخت نشده است - آفتاب نيوز
- ۳۱ - درخشش کمیته تحقیقات دانشجویی واحد پزشکی تهران - روزنامه فرهیختگان
- ۳۲ - جایگاه ایران در تولید علوم پزشکی دنیا ۲ رتبه صعود کرد - شفاف
- ۳۳ - وب در نتیجه آباری سبزیجات با فاضلاب - افکارنیوز
- ۳۴ - ساخت دو بازی رایانه ای سلامت آغاز شد - خیرگزاری سلامت ایرانیان
- ۳۵ - زیبایی با قسطی ۷۰۰ هزار تومان - خبرنگارنامه دانشجویان ایران
- ۳۶ - نایب رییس هیئت مدیره نظام پرستاری استان قم خواستار شد: ترویج فرهنگ اهدا عضو در کشور - خیرگزاری فارس
- ۳۷ - رییس اداره بیماری های آب، غذا و عفونت های بیمارستانی وزارت بهداشت: نظام مراقبتی کنترل عفونت های بیمارستانی افزایش می یابد - شبکه خبر دانشجو
- ۳۸ - آخرین وضعیت دارو در کشور بررسی می شود - خیرگزاری مهر
- ۳۹ - اجازه نمی دهیم مشکلات وزارت بهداشت به گردن بیمه ها انداخته شود - خیرگزاری مهر
- ۴۰ - حق انتخاب بیمارستان برای زایمان با دکتر است یا مادر؟ - مجلات همشهری
- ۴۱ - تالاسمی منور هرگز به تالاسمی ماژور تبدیل نمی شود - وب دا
- ۴۲ - نماینده مردم رشت در مجلس: استان گیلان از شاخص های خوبی در زمینه بهداشت برخوردار است - خیرگزاری اسپنا
- ۴۳ - ناهماهنگی در وزارت بهداشت کام تالاسمی ها را تلخ کرد - سلامت نيوز
- ۴۴ - ۱۵ درصد سرطان های کشور سرطان پوست است - خیرگزاری آریا
- ۴۵ - مدیرکل سلامت روان وزارت بهداشت در گفت و گو با فارس اعلام کرد برخورد تبعیض آمیز بیمه های تکمیلی با بیماران روانی پزشکی - خیرگزاری فارس
- ۴۶ - انواع واکسین های جدید بیماری های واگیر و غیر واگیر تولید داخل اعلام شد - خیرگزاری ایرنا

- ۴۷ - [داروهای رایگان بیماران کلیوی بولی شد - عصر ایران](#)
- ۴۸ - [در گفت و گوی اختصاصی فارس با معاون درمان وزارت بهداشت اعلام شد سامانه نظام جامع خدمات درمانی تا ۵ سال آینده در کشور مستقر می شود - خیرگزاری فارس](#)
- ۴۹ - [اجرای طرح بهادیر برای اولین بار در کشور در شهر توریستی سرعین - خیرگزاری آریا](#)
- ۵۰ - [وزیر بهداشت به مجلس می رود - خیرگزاری سلامت ایرانیان](#)
- ۵۱ - [طرح دکترای حرفه ای فیزیوتراپی کارشناسی نیست - خیرگزاری مهر](#)
- ۵۲ - [ریس بخش گوش، حلق و بینی مرکز آموزشی درمانی الزهرا\(س\) اصفهان: نوزادان ناشنوا مناسب ترین کاندیدا کاشت حلزون گوش هستند ضرورت انجام تست های شنوایی سنحی در بدو تولد - خیرگزاری اسنا](#)
- ۵۳ - [سیالنه ۱۷ میلیون مرگ قلبی در جهان رخ می دهد - خیرگزاری سلامت ایرانیان](#)
- ۵۴ - [افزایش مرخصی سالیانه برای پرستاران بیمارستان های سوانح سوختگی و روانی - خیرگزاری سلامت ایرانیان](#)
- ۵۵ - [قانون و سزارین - مجلات همشهری](#)
- ۵۶ - [* ورود نارنگی های ناکارا و زائبی به بازار* مهاجران: تحریم سبزی زبان زیادی به کشاورزان زد - خیرگزاری اسنا](#)
- ۵۷ - [ابلاغیه جدید رییس جمهور برای درمان اینارگران - فاش نيوز](#)
- ۵۸ - [۱۴ مرکز اقامتی اجاری درمان تا پایان سال ۹۰ راه اندازی می شود - خیرگزاری برنا](#)
- ۵۹ - [پاکسازی محیط های دانشگاهی از مواد دخانی از اخطار وزیر تا محرومیت دانشجوی سبکاری دانشجوی پزشکی خاطی علاوه بر سبگار، مواد مخدر مصرف می کرد - خیرگزاری اسنا](#)
- ۶۰ - [گرسنگان یکی پس از دیگری در آغوشم جان می دادند - وب دا](#)
- ۶۱ - [غربالگری بیماری «فنیل کتونوری» برای نوزادان سراسر کشور تصویب شد - خیرگزاری سلامت ایرانیان](#)
- ۶۲ - [حضور ۲۹۵۰ داوطلب در آزمونهای دانشنامه پزشکی رکورد بود - باشگاه خبرنگاران](#)
- ۶۳ - [اعضای بیمار مرگ مغزی در دشتستان بوشهر به بیماران نیازمند اهدا شد - وب دا](#)



خبرگزاری دبیران ایران

۱ - معاون آموزشی دانشکده طب سنتی دانشگاه تهران خبر داد: راه اندازی **درمانگاه طب سنتی** در دانشکده تا سال ۹۱ ایجاد رشته های تغذیه سنتی، تاریخ پزشکی و پرستاری سنتی

خبرگزاری ایسنا - معاون آموزشی دانشکده طب سنتی دانشگاه علوم پزشکی تهران از راه اندازی بخش بستری دانشکده در آینده نزدیک خبر داد و گفت: به منظور **درمان بیماران** و آموزش دانشجویان به روش طب سنتی، این **درمانگاه** در **بیمارستان سینا** تا اوایل سال ۹۱ راه

اندازی می شود.

منصور کشاورز در گفت و گو با خبرنگار صنفی آموزشی ایسنا - منطقه علوم پزشکی تهران، با اشاره به اینکه دانشکده طب سنتی از دانشکده های جدید دانشگاه است، افزود: این دانشکده از سال ۱۳۸۶ با همکاری دانشگاه های شاهد، شیراز، شهید بهشتی و ایران تاسیس شد و اولین فعالیت آموزشی خود را با پذیرش دانشجوی طب سنتی در مقطع کارشناسی ارشد آغاز کرد. وی در ادامه با بیان اینکه در حال حاضر دو رشته طب سنتی و **داروسازی سنتی** در دانشکده وجود دارد، گفت: ورودی های رشته طب سنتی از بین فارغ التحصیلان پزشکی عمومی و **داروسازی سنتی** از فارغ التحصیلان **داروسازی** انتخاب شده اند. کشاورز در ادامه از راه اندازی رشته های جدید تغذیه سنتی، تاریخ پزشکی و پرستاری سنتی در دانشکده خبر داد و تصریح کرد: بر اساس برنامه صورت گرفته، این رشته ها در مقطع کارشناسی ارشد و دکترای تخصصی راه اندازی می شود و هم اکنون در حال مذاکره با **وزارت بهداشت** جهت تصویب و راه اندازی هر چه سریع تر این رشته ها هستیم.

معاون آموزشی دانشکده طب سنتی دانشگاه علوم پزشکی تهران ادامه داد: این رشته ها بر اساس نیاز سنجی و ضرورت تاسیس می شوند و امیدواریم مسئولان با توجه و نگاه ویژه به آن، این نیازسنجی ها را با فوریت ویژه انجام دهند.

وی در ادامه با اشاره به فارغ التحصیلی اولین دوره دانشجویان دانشکده طب سنتی تا پایان سال جاری، خاطر نشان کرد: این فارغ التحصیلان می توانند به دو شیوه جذب در دانشکده بصورت هیات علمی یا متخصص طب سنتی و **داروساز سنتی** در بازار، فعالیت **درمانی** و آموزشی خود را شروع کنند.

معاون آموزشی دانشکده طب سنتی دانشگاه علوم پزشکی تهران، راه اندازی محیط آموزشی بالینی برای دانشجویان دانشکده را از نیازهای اساسی آموزشی در دانشکده عنوان کرد و گفت: در حال حاضر هیچ **درمانگاه** و بخش بالینی در دانشکده برای ارائه خدمات **درمانی** به مردم و آموزش تئوریک دانشجویان وجود ندارد به این منظور علاوه بر تصمیم گیری در راه اندازی چندین **درمانگاه** در دانشکده، **درمانگاهی** به این منظور تا اوایل سال آینده در **بیمارستان سینا** راه اندازی می شود.

کشاورز همچنین در خصوص امکانات آموزشی دانشکده جدید طب سنتی، خاطر نشان کرد: این دانشکده مجهز به جدیدترین تکنولوژی های آموزشی روز است، به طوری که هر دانشجو دارای کامپیوتر شخصی در کلاس هاست و با این وجود تلاش می شود در این زمینه دانشجویان هیچ کمبودی را احساس نکنند.

وی در پایان استقبال دانشجویان از رشته های طب سنتی را بسیار قابل قبول ارزیابی کرد و گفت: به دلیل تلفیقی بودن رشته های طب سنتی با طب مدرن و قدیم، دانشجویان متمایل به هر دو رشته پزشکی استقبال خوبی از این رشته ها به عمل آوردند. انتهای پیام



www.pana.ir

خبرگزاری پانا

Pupils Association News Agency

۲ - حضور دفتر سلامت وزارت آموزش و پرورش در همایش روز جهانی هاری

خبرگزاری پانا - دفتر سلامت وزارت آموزش و پرورش در پنجمین همایش روز جهانی هاری شرکت خواهد کرد.

حضور دفتر سلامت وزارت آموزش و پرورش در همایش روز جهانی هاری

خبرگزاری پانا: دفتر سلامت وزارت آموزش و پرورش در پنجمین همایش روز جهانی هاری شرکت خواهد کرد.

به گزارش خبرنگار آموزش و پرورش پانا، پنجمین همایش روز جهانی هاری ششمین همایش روز جهانی هاری شرکت خواهد کرد. وزارت آموزش و پرورش و مرکز تربیت بدنی و سلامت و نیروی هوایی ارتش جمهوری اسلامی ایران برگزار خواهد شد.

در شعار برگزاری این همایش آمده است: با تلاش همگانی به سوی ریشه کنی هاری برویم و آگاهی بهترین راه برای مقابله با هاری است.

این همایش ششمین همایش سال جاری در سالن آمفی تئاتر شهید رستم پور در **بیمارستان** بعثت نیروی هوایی برگزار خواهد شد. گفتنی است، آموزش و پرورش یکی از بهترین بستر های جلوگیری از بیماری های مختلف از سطح مدارس تا خانواده است.

سلامت نیوز

۲ - زنگ خطر کاهش مصرف شیر در کشور به صدا درآمد
سلامت نیوز - پیش از حذف یارانه شیر، بسیاری از مسئولان وزارت بهداشت، کمیسیون بهداشت مجلس، پزشکان، متخصصان تغذیه و صنایع لبنی و به طور کلی، تمام کسانی که دست اندرکار سلامت جامعه بودند،

بارها و بارها نسبت به پیامدهای حذف یارانه شیر هشدار دادند. یکی از نمایندگان مجلس در مصاحبه ای به صراحت اعلام کرد، "حذف یارانه شیر، هزینه های درمانی دولت را افزایش می دهد." برخی از کارشناسان از تجربه موفق کشورهای توسعه یافته در زمینه پرداخت یارانه به صنایع لبنی و کاهش بیماری ها در جامعه و کمک به اقتصاد ملی سخن گفتند. برخی پیشنهاد پرداخت یارانه به صنایع لبنی را مطرح ساختند. طرحی که باعث کاهش قیمت تمام شده فرآورده های لبنی می شد و در نهایت هم صاحبان صنایع از آن بهره می بردند و هم مصرف کنندگان قادر بودند، محصول نهایی را با قیمت مناسب خریداری کنند و ...

چنین واکنش هایی از سوی مسئولان و کارشناسان، سبب شد تا خبر حذف یارانه شیر، چندین بار از سوی مسئولان و کارشناسان، تکذیب شود. کار به جایی رسید که به دلیل سیل مخالفت ها و انتقادات به این طرح، زمان حذف یارانه شیر به تعویق افتاد.

مسئولان مربوط در مصاحبه های خود با خبرنگاران، خبر از واریز وجه نقد به جای یارانه حذف شده به حساب خانواده ها دادند. وعده ای که هر چند محقق نشد، واکنش های کارشناسی مختلفی را برانگیخت. عمده این واکنش ها نیز منفی بود. رییس جامعه پزشکان متخصص داخلی ایران با ابراز نگرانی از اینکه حتی اگر وجه نقدی به صورت یارانه مواد لبنی به خانوارها پرداخت گردد، این یارانه صرف دیگر هزینه های جاری زندگی - و نه خرید و مصرف فرآورده های لبنی به ویژه شیر - شود، نسبت به شیوع بیماری های ناشی از کاهش مصرف شیر که شایع ترین آن پوکی استخوان است، هشدار داد.

با تمام اینها، یارانه شیر حذف شد و در خبرها از قول تولید کنندگان صنایع لبنی اعلام شد، به دنبال حذف یارانه ها و افزایش قیمت محصولات لبنی، مصرف این فرآورده ها تنها در تهران به نصف کاهش یافته است. به اعتقاد کارشناسان مربوط، این امر زنگ خطر جدی برای سلامت جامعه به شمار می رود. به بهانه حذف یارانه شیر و گرانی محصولات لبنی و کاهش مصرف این فرآورده ها، گفت و گویی با سرکارخانم دکتر ریابه شیخ السلام اپیدمیولوژیست، عضو هیات علمی وزارت بهداشت و مدیرتارنمای آموزشی تغذیه و سلامت (بهسایت) داشته ایم که در پی می آید.

• خانم دکتر در ابتدا بفرمایید، چرا محصولات لبنی و به ویژه شیر تا این حد از درجه اهمیت برخوردار است تا جایی که می توان در سید غذایی، شیر را در ردیف فرآورده های استراتژیک غذایی مانند نان قرار داد؟

شیر نه تنها از نظر کلسیم بسیار غنی است که به عنوان یک غذای کامل نیز محسوب می شود. این فرآورده تقریباً کلیه نیازهای مواد مغذی انسان را تامین می کند. وجود ترکیباتی مثل ویتامین D، لاکتوز و ترکیبات پروتئینی فسفردار، نه تنها باعث جذب بیشتر کلسیم می شود که شرایط لازم را برای جذب فسفر شیر را فراهم می کند. فسفر شیر برای تراکم استخوان ها ضروری است و از پوکی استخوان جلوگیری می کند. از همین روست که شیر، مناسب ترین ترکیب غذایی تامین کننده کلسیم افراد به ویژه زنان و سالمندان محسوب می شود.

• آثار کوتاه مدت و بلند مدت کاهش مصرف شیر را چگونه ارزیابی می کنید؟

شیر و فرآورده های شیری کم چرب، جزو غذاهای مفید و سلامت بخش محسوب می شوند و تغذیه سالم، زیر بنای سلامت یک جامعه سالم و توانمند است. شیر و فرآورده های آن به عنوان منبع غنی از کلسیم باید همیشه در سید و سفره غذایی خانوار ها باشد. کلسیم از عناصر مغذی ضروری برای رشد و استحکام استخوان ها و دندان ها است. در صورتی که در برنامه غذایی روزانه کلسیم به مقدار کافی و مورد نیاز بدن وجود نداشته باشد، بدن دچار کمبود کلسیم و استخوان ها شکننده می شود و ممکن است با ضربات کوچک و حتی خودبخود بشکنند.

کمبود کلسیم هنگام تشکیل دندان ممکن است، منجر به استحکام ناکافی دندان ها و افزایش خطر پوسیدگی آن شود. کمبود کلسیم در کودکان موجب کاهش رشد نیز می شود. مطالعات نشان داده، افرادی که در طولانی مدت از رژیم غذایی با مقدار کم کلسیم استفاده کرده اند در مقایسه با افرادی که در همان منطقه از رژیم غذایی حاوی مقدار کافی کلسیم پیروی کرده اند، کوتاه قدرتر هستند. این بررسی ها حاکی از آن است که کمبود کلسیم ممکن است، یکی از عوامل کمک کننده در کاهش رشد باشد. علاوه بر پوکی و نرمی استخوان، ایجاد تشنج به علت کاهش میزان کلسیم خون از دیگر عوارض کمبود کلسیم است.

کاهش مصرف این فرآورده در زنان به ویژه در دوران بارداری، شیردهی، یائسگی و سالمندی منجر به عوارض متفاوتی میشود. کمبود کلسیم در دوران بارداری موجب میشود که کلسیم مورد نیاز جنین از استخوان ها و حتی دندان های مادر برداشت شود؛ بهمین دلیل در مناطقی که کمبود کلسیم شایع است، زنان در دوران بارداری یک یا دو دندان خود را از دست می دهند. نرمی و پوکی استخوان از عوارض مشهود کمی دریافت کلسیم است. هر چند پوکی استخوان در مردان هم وجود دارد، اما کاهش مصرف شیر در کودکان دختر و پسر در دوران رشد موجب کاهش ذخایر کلسیم و کندی رشد آنان می شود.

علاوه بر این موارد، بانک استخوان می بایست در سنی سال اول زندگی از چنان ذخیره مناسبی برخوردار باشد که بدن بتواند در دوران های بعدی که جذب کلسیم کاهش می یابد با ذخایر قبلی توانایی ترمیم استخوانی را داشته باشد. مردان و زنانی که در دوران کودکی در بانک استخوانی خود برای سال های آتی عمر، کلسیم ذخیره نکرده اند، دچار شکستگی های زود رس ناشی از تخریب استخوان ها و یا بعبارت دیگر پوکی استخوان می شوند.

زنان باردار و شیرده نیز در صورت مصرف کم و ناکافی شیر نمی توانند به رشد و تکامل کودک خود کمک کنند. کمبود کلسیم در کودکان موجب نرمی استخوان می شود و این مساله به صورت یک معضل در نسل های آینده آثار جبران ناپذیری برجای خواهد

گذاشت.

• روزانه چه میزان کلسیم برای بدن لازم است ؟

شیر و مواد لبنی شامل ماست، پنیر، کشک از منابع غذایی غنی از کلسیم به شمار می روند و با مصرف روزانه آنها به مقدار کافی، نیاز بدن به کلسیم تامین می شود. شیر و لبنیات کم چرب بیشتر از انواع پرچرب دارای کلسیم است. یک لیوان شیر بطور تقریبی دارای ۳۰۰ میلی گرم کلسیم است و اگر یک فرد بزرگسال در روز ۲ تا ۳ لیوان شیر مصرف کند، نیاز کلسیم وی تامین می شود. بعضی از افراد طعم شیر را دوست ندارند و یا نمی توانند آن را تحمل کنند. این افراد که بیشتر در معرض خطر ابتلا به پوکی استخوان قرار دارند، می بایست، بجای شیر از جایگزین های آن مثل ماست، پنیر و کشک (کم نمک) بیشتر استفاده کنند. دوقطعه پنیر معادل ۴۵ تا ۶۰ گرم (به اندازه دو قوطی کبریت) یا یک لیوان ماست و یا یک لیوان کشک، تقریباً معادل یک لیوان شیر کلسیم دارد.

در دوران بلوغ به دلیل سرعت رشد استخوانی، روزانه ۲ واحد از گروه شیر و لبنیات باید مصرف شود. زنان باردار و شیرده هم نیاز بیشتری به کلسیم دارند و باید روزانه ۳ واحد از این گروه مصرف کنند. افراد بزرگسال روزانه ۲ واحد از گروه شیر و فرآورده های آن می بایست، مصرف کنند. یک واحد از این گروه معادل یک لیوان شیر یا یک لیوان ماست و یا ۴۵ تا ۶۰ گرم پنیر (دوقوطی کبریت) و یا ۳/۴ لیوان کشک مایع است. ارزش غذایی موادی که در این گروه قرار دارند، یکسان بوده، می توان این مواد غذایی را به راحتی جایگزین یکدیگر کرد.

در کشور ما تحقیقات انجام شده توسط دفتر بهبود تغذیه در معاونت سلامت، وزارت بهداشت، مرکز تحقیقات غدد دانشگاه تهران و مرکز تحقیقات غدد دانشگاه شهید بهشتی، بیانگر کمبود نگران کننده ویتامین D در کشور است. با توجه به اینکه یکی از راه های تامین ویتامین D مورد نیاز گروه های مختلف سنی، افزایش مصرف سرانه شیرو مغذی کردن شیر با ویتامین D است، آیا در کشور ما نیز شیر و یا سایر فرآورده های شیری با این ویتامین غنی می شود ؟

شیر همواره به عنوان یکی از مهم ترین منابع غنی از ویتامین D و کلسیم شناخته شده است. در حالیکه ویتامین D موجود در شیر به علت حلالیت در چربی طی فرآیند چربی گیری برای تهیه خامه و کره از شیر جدا می شود. بنابراین در شیرهای مصرفی، مقدار ویتامین D کمتر از حد مورد انتظار است. مقداری از ویتامین های شیر طی فرآیند پاستوریزه کردن و گرمادهی از دست می رود. از طرف دیگر از آنجا که برای جذب کلسیم در بدن به وجود ویتامین D نیاز است با افزودن این ویتامین به شیر می توان به جذب کلسیم نیز کمک کرد. این امر به ویژه در گروه های پرخطر که از شیر به عنوان منبع کلسیم استفاده می کنند، اهمیت دارد. توصیه می شود با غنی سازی شیر، کمبود ویتامین D در بخش عمده جامعه را به ویژه افراد در معرض خطر از قبیل کودکان زیر پنج سال، خانم های باردار و افراد مسن مرتفع کرد. البته در سال های گذشته -حدود ۷ یا ۸ سال پیش- که نتیجه تحقیقاتی که به آنها اشاره کردید، منتشر شد، تصمیم جدی برای افزودن ویتامین D به شیر گرفته شد و حتی یکی دو کارخانه هم اقدام کردند ولی متأسفانه بعد ها توجهی به ادامه این برنامه صورت نگرفت.

• و سخن آخر؟

همه اینک در کشورهای پیشرفته دنیا از جمله در امریکا که سرانه مصرف شیر و فرآورده های آن بسیار بالاتر از ایران است، دولت ها به این محصولات یارانه داده، تلاش می کنند، قیمت این محصولات را ثابت نگه دارند. در این کشورها، حساسیت روی فرآورده های لبنی به ویژه شیر بیش از سایر محصولات است تا جایی که تغییر بسیار اندک قیمت شیر، مشروط به تصویب در پارلمان یا تایید دولت است.

این در حالیست که نتایج یک تحقیق که حدود ده سال قبل در انستیتو تحقیقات تغذیه و صنایع غذایی کشور انجام شد، بیانگر این بود که هر ایرانی روزانه به طور متوسط ۱۳۹ گرم (حدود نصف یک لیوان) لبنیات مصرف می کند. حتی در برخی استان های کشور مانند سیستان و بلوچستان و هرمزگان این رقم روزانه ۸۲ گرم (کمتر از یک استکان) است. بر اساس آمار فائو (سازمان خوارو بار و کشاورزی) در کشور کویت، مصرف روزانه لبنیات ۴۸۴ گرم (معادل ۲ لیوان) برآورد شده است.

پایین بودن سرانه مصرف مواد لبنی به ویژه شیر در کشور، دفتر بهبود تغذیه در وزارت بهداشت را بر آن داشت تا با درخواست های مکرر و ملاقات با مسوولان وقت، یارانه ای از طرف سازمان مدیریت برای تحویل شیر رایگان در مدارس اختصاص یابد. اجرای طرح شیر مدرسه که با همکاری صمیمانه وزارت جهاد کشاورزی، وزارت آموزش و پرورش و صنایع لبنی شکل گرفت، راهی برای فرهنگ سازی در زمینه اصلاح الگوی مصرف و افزایش سرانه مصرف بود.

اما متأسفانه با حذف یارانه شیر و کاهش کیفیت شیر مدرسه این خطر احساس می شود که تلاش هایی که برای افزایش و فرهنگ سازی برای مصرف بیشتر صورت گرفته بود، همه از بین برود. انتظار می رود، لطمه این اقدام در آینده ای نه چندان دور هم به دولت- برای ارائه خدمات درمانی- وارد شود و هم به مردم. هر چند با ابراز تأسف باید گفت، این لطمه بیشتر به مردم آسیب خواهد زد، چرا که بخش عمده هزینه های درمانی را می بایست مردم از جیب خود بپردازند.

لطمه های این اقدام در آینده، گریبانگیر شرکت های بیمه گر نیز خواهد شد. در جایی که دولت باید، برای پیشگیری از بیماری ها، سرمایه گذاری را اولین اولویت خود دانسته، سیاست گذاری هایی را بمنظور حفظ و ارتقای سلامت مردم در دستور کار خود قرار دهد، شاهد حذف یارانه شیر و دیگر محصولات لبنی هستیم.

در حالی که انتظار می رفت، دولت با افزایش مالیات سنگین برای کالاهای غذایی نامناسب که بروز و شیوع بیماری ها را افزایش می دهد و بهره برداری از این در آمد، برای پرداخت یارانه به غذاهای سلامت بخش، از بار بیماری ها کاسته، موجبات رشد جامعه ای سالم و توانمند را برای داشتن فردایی بهتر فراهم آورد، باید منتظر پیامدهای منفی افزایش بهای فرآورده های لبنی به اشکال مختلف از جمله، ابتلای جامعه به بیماری های مختلف، از کارافتادگی، کاهش بهره وری و کاهش امید به زندگی باشیم.

خبرگزاری سلامت ایرانیان

۴ - محاسبه هزینه درمان اقبال کم درآمد
خبرگزاری سلامت ایرانیان - مبنای محاسبه هزینه درمان اقبال کم درآمد جامعه در مراکز درمانی تامین اجتماعی که تحت پوشش بیمه تامین اجتماعی قرار ندارند، تعرفه دولتی خواهد بود.
 مدیرکل درمان مستقیم سازمان تامین اجتماعی اعلام کرد:
 محاسبه هزینه درمان اقبال کم درآمد
 مبنای محاسبه هزینه درمان اقبال کم درآمد جامعه در مراکز درمانی تامین اجتماعی که تحت پوشش بیمه تامین اجتماعی قرار ندارند، تعرفه دولتی خواهد بود.
 دکتر عبدالکریم چوبساز مدیرکل درمان مستقیم سازمان تامین اجتماعی با بیان این خبر گفت: با توجه به وضعیت اجتماعی و اقتصادی و وضعیت معیشتی مردم حداقل تعرفه غیردولتی به شورای پزشکی مدیریت درمان تامین اجتماعی استان ها تفویض اختیار شد تا در مناطق محروم دو برابر و در مناطق برخوردار ۳ برابر تعرفه دولتی محاسبه شود. سقف تعرفه براساس مصوبه هیات وزیران در استان ها در کمیته ای متشکل از رییس دانشگاه علوم پزشکی، رییس نظام پزشکی استان و یک نماینده از سازمان های بیمه گر استان تعیین شده و پس از تایید استاندار توسط وی ابلاغ می شود.
 وی افزود: جهت رفاه حال و حمایت از اقبال آسیب پذیر و پیشگیری از بروز هرگونه وقفه در ارائه خدمات درمانی، مصدومان حوادث ترافیکی، بیمه شدگان بیمه روستاییان، مددجویان کمیته امداد امام خمینی (ره) و بیماران دیالیزی، ارائه خدمات براساس تعرفه دولتی خواهد بود.
 مدیرکل درمان مستقیم اظهار داشت: همچنین در شهرهایی که بیمارستان های تامین اجتماعی تنها مرکز بستری ارائه دهنده خدمات درمانی به مردم هستند، ملاک عمل در بخش بستری تعرفه بخش دولتی است.
 وی در پایان با تاکید بر اینکه بیش از ۸۵٪ از مراجعین به مراکز درمانی تامین اجتماعی، بیمه شدگان این سازمان هستند که کلیه خدمات درمانی برای این بیماران رایگان است، گفت: سازمان تامین اجتماعی براساس قانون، نهاد عمومی غیردولتی است و دستورالعمل فوق در مورد بیماران است که تحت پوشش بیمه تامین اجتماعی قرار ندارند که مبنای محاسبه هزینه درمان این افراد مصوبه هیات وزیران در بخش غیردولتی خواهد بود.

خبرگزاری موج

۵ - اول مهر، آخرین مهلت اجرای قانون کاهش ساعت کار پرستاران
خبرگزاری موج - به گزارش موج، از زمان برگزاری آزمون استخدام پرستاران در ۶ اسفند ۸۹ وزیر بهداشت چندین نامه به دانشگاه های علوم پزشکی نوشته بود و تاکید کرده بود که به هر نحو ممکن قانون ارتقای بهره وری و کاهش ساعت کاری پرستاران در اسرع وقت اجرا شود،



۶ - نگاهی به بیمارستان رضوی یکی از پیشرفته ترین مراکز درمانی خاورمیانه در مشهد
خبرگزاری ایرنا - مشهد - خیابانهای محوطه بیمارستان رضوی با نام گلهای کاشته شده در آن همانند 'زنبق، لاله و ارکید' نامگذاری شده و این فضای سبز رنگارنگ از در ورودی تا رسیدن به بخشهای درمانی مجهز، استقبال از ورودی اصلی بیمارستان رضوی توسط گروه تکریم با لباسهای متحدالشکل و مسلط به زبان انگلیسی و عربی صورت می گیرد.
 به گزارش خبرنگار ایرنا، بیمارستان فوق تخصصی رضوی متعلق به آستان قدس رضوی که از سال ۱۳۸۴ فعالیت خود را در مشهد آغاز کرده است هم اکنون به عنوان یک مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی منحصر به فرد در سطح ایران و خاورمیانه شناخته می شود.
 توجه به آسایش روحی و روانی بیماران و خانواده های آنان در ساخت و طراحی تمام فضاهای درمانی و محوطه بیمارستان رضوی مشهد اعم از توجه به روانشناسی رنگها، تابلوهای خاص نصب شده بر دیوارها، رنگ پرده ها، مبلمان و دکوراسیون بخشها همه و همه محیط درمانی متمایزی را ارائه کرده است.
 به گفته کارشناسان، کیفیت خدمات درمانی در بیمارستان فوق تخصصی رضوی که به نام حضرت ثامن الحجج (ع) متبرک شده است با برخورداری از آخرین تجهیزات پزشکی و درمانی همسطح و در رقابت با پیشرفته ترین مراکز درمانی جهان قرار دارد.
 این در حالی است که به اعتقاد مسوولان این بیمارستان، نرخ خدمات درمانی ارائه شده در این مرکز مناسب اقبال مختلف است و با پذیرش دفترچه های درمانی بیماران نرخ خدمات با سایر بیمارستانهای خصوصی مشهد برابر است.
 همچنین به رغم سالهای اندک که از آغاز فعالیت بیمارستان رضوی می گذرد هم اکنون این مرکز درمانی با برگزاری کنگره های پزشکی گوناگون اعم از داخلی و بین المللی و همچنین انجام عملهای جراحی نادر و پیشرفته شهرتی جهانی یافته است.
 چهارمین کنگره بین المللی جراحی قلب و عروق با حضور افزون بر ۱۵۰ جراح و پزشک برجسته قلب از ۴۲ کشور جهان به تازگی در بیمارستان رضوی برپا شد و همزمان با برگزاری این کنگره، مشهد میزبان هشتمین اجلاس گروه قلب اروپا و آسیا برای نخستین بار در منطقه بود.

گفتگوی خبرنگار پزشکی ایرنا با پزشکان و جراحان شرکت کنندگان در کنگره های بین المللی **بیمارستان رضوی** طی سالهای اخیر نشان می دهد که اکثر آنها پیشرفتها و تجهیزات پزشکی این **بیمارستان** را منحصر به فرد و همسطح **بیمارستانهای** پیشرفته دنیا عنوان می کنند.

بیمارستان رضوی هم اکنون به عنوان پایلوت **توریسم درمانی** در سطح کشور معرفی شده و قرار است با انعقاد تفاهم نامه ای با انجمن قلب اروپا و آسیا این **بیمارستان** به عنوان پایگاه آموزشی جراحی قلب منطقه معرفی شود. در این ارتباط رییس انجمن قلب اروپا و آسیا معتقد است: **بیمارستان رضوی** دارای قابلیت های بسیاری است و تاکنون به پیشرفتهای قابل توجهی در زمینه **درمان** و جراحی های قلب و عروق دست یافته است.

پروفسور سوئیروس پاراپا افزود: **بیمارستان رضوی** مشهود در رشته قلب و عروق به عنوان یک پایگاه آموزشی و پژوهشی در سطح منطقه و دنیا مطرح است.

رییس **بیمارستان** فوق تخصصی رضوی مشهد هم گفت: این **بیمارستان** که از بهمن ماه سال ۱۳۸۴ فعالیت خود را آغاز کرد با زیربنای ۵۶ هزار مترمربع در پنج طبقه و مطابق با استانداردهای روز دنیا ساخته شده است. دکتر سعید عبدالحسینی افزود: هم اکنون ضرب اشغال تخت در **بیمارستان رضوی** با ۲۲۰ تخت فعال بین ۸۰ تا ۸۵ درصد است. وی ادامه داد: هم اکنون عملیات ساخت مرحله دوم این **بیمارستان** با ۲۲۰ تخت جدید در حال اجرا است که طی سال آینده به بهره برداری می رسد.

او گفت: عملیات ساخت **بیمارستان رضوی** از نظرات فنی مشاوران داخلی و خارجی کمک گرفته شده و این **بیمارستان** با بهترین سازه ها و مطابق با استانداردهای ملی و ایمنی کامل نسبت به حوادث طبیعی بنا شده است. رییس **بیمارستان** فوق تخصصی رضوی مشهد با بیان اینکه رویکرد **بیمارستان** طبق توصیه تولیت آستان قدس رضوی آموزشی، پژوهشی و **درمانی** است افزود: طی سالهای اخیر **بیمارستان رضوی** با گام نهادن در این مسیر جایگاه خود را به عنوان یک مرکز **درمانی** و پژوهشی در سطح کشور و بین المللی ارتقا داده است.

دکتر عبدالحسینی از برگزار ۳۵ کنگره پزشکی در **بیمارستان رضوی** خبر داد و افزود: بیش از ۲۰ مورد از این کنگره ها در سطح بین المللی و در رشته های مختلف پزشکی نظیر قلب و عروق، مغز و اعصاب، زنان و زایمان، بیماری های گوارشی و داخلی برگزار شده است.

وی اظهار داشت: پارسال ۱۴ کنگره پزشکی در **بیمارستان** فوق تخصصی رضوی برگزار شد که ۹ مورد از این کنگره ها به صورت بین المللی و در سطح گسترده با موضوعات مختلف پزشکی بوده است.

او با بیان اینکه **بیمارستان** فوق تخصص رضوی مجهز به تمام بخشهای پیشرفته پزشکی است افزود: واحدهای MRI، پزشکی هسته ای، بخش کت لب یا کاتتریسیم قلبی، بخشهای آی.سی.یو، سی.سی.یو و ان.آی.سی.یو پیشرفته، بخش آندوسکوپی، کلینیک چکاپ، دو دستگاه سی.تی.اسکن مجهز و بخش بازتوانی قلب از جمله امکانات **درمانی** منحصر به فرد این **بیمارستان** است. وی گفت: خدمات ارائه شده در برخی از بخشهای این **بیمارستان** مانند جراحی اعصاب، قلب و کلینیک چکاپ در سطح کشور و منطقه بی نظیر است.

رییس **بیمارستان رضوی** از انجام دو هزار عمل جراحی قلب در این **بیمارستان** خبر داد و افزود: انجام این تعداد عمل جراحی نشانگر توانمندی و سطح بالای جراحی قلب در **بیمارستان رضوی** طی مدت فعالیت آن بوده است.

دکتر عبدالحسینی گفت: انجام چکاپ کامل پزشکی با مجهزترین فناوری روز دنیا یکی از خدمات تخصصی ارائه شده در این **بیمارستان** است که در سطح کشور و همچنین منطقه منحصر به فرد می باشد.

وی افزود: معاینات چکاپ پزشکی این **بیمارستان** با قیمت یک هشتم کشور کانادا انجام می شود که این امر نقش مهمی در استقبال بیماران سایر کشورها از دریافت خدمات **درمانی** با کیفیت مطلوب و پرداخت **هزینه** کمتر **بیمارستان رضوی** دارد.

او با بیان اینکه این **بیمارستان** به عنوان پایلوت **توریسم درمانی** در کشور معرفی شده است گفت: **بیمارستان رضوی** هم اکنون پذیرای بیمارانی از کشورهای ترکمنستان، تاجیکستان و سایر کشورهای عربی و آسیای میانه است.

وی افزود: با بهره برداری از تختهای جدید **بیمارستان**، شاهد افزایش بیماران مراجعه کننده از سایر کشورها در این مرکز **درمانی** خواهیم بود.

او از معرفی شدن **بیمارستان رضوی** به عنوان پایگاه آموزشی قلب منطقه خبر داد و افزود: با انعقاد تفاهم نامه بین انجمن قلب اروپا و آسیا و **بیمارستان رضوی** در آینده نزدیک تمام آموزشهای مربوط به جراحی قلب و رشته قلب و عروق منطقه در **بیمارستان رضوی** مشهد انجام می شود. ک/۴



۷ - انتقاد رییس انجمن بیماران کلیوی از افزایش ۲ برابری قیمت داروی «سلسپت»
خبرگزاری ایسنا - رییس انجمن حمایت از بیماران کلیوی با انتقاد از دو برابر شدن قیمت داروی «سلسپت» گفت:
بیش از این ۲۴۰ حب از این دارو به قیمت ۲۰ هزار تومان عرضه می شد که این قیمت در حال حاضر برای بیمه شدگان خدمات درمانی ۶۳ هزار تومان.

رییس انجمن حمایت از بیماران کلیوی با انتقاد از دو برابر شدن قیمت **داروی سلسپت** گفت: بیش از این ۲۴۰ حب از این **دارو** به قیمت ۳۰ هزار تومان عرضه می شد که این قیمت در حال حاضر برای بیمه شدگان خدمات **درمانی** ۶۳ هزار تومان شده است. مصطفی قاسمی در گفت و گو با خبرنگار بهداشت و **درمان** ایسنا، افزود: متأسفانه با حذف **داروی سلسپت** و دو برابر شدن قیمت آن، **هزینه** های بیماران پیوندی برای تهیه **داروهایشان** افزایش یافته است و آنان در این زمینه با مشکلات جدی مواجه شده اند این درحالیست که تا پایان سال ۸۹ سلسپت رایگان در اختیار بیماران کلیوی قرار می گرفت ولی در ابتدای سال جاری قیمت آن به ۳۰ هزار تومان افزایش یافت.

وی خواستار مساعدت **وزارت بهداشت** بویژه سازمان غذا و **دارو** برای حل هر چه سریع تر این مشکل شد.

رئیس انجمن حمایت از بیماران کلیوی با بیان اینکه داروهای جدید بیماران کلیوی بدون انجام مطالعات بالینی وارد بازار دارویی کشور شده اند، مدعی شد: داروهای جدید بیماران کلیوی با وجود عرضه شدن به قیمت پایین، کیفیت لازم را ندارند. صندوق های بیمه نیز متأسفانه به قیمت های دارو اهمیت می دهند نه کیفیت آن چرا که این صندوق ها داروهای ارزان تر را بدون توجه به کیفیت دارو تحت پوشش قرار داده اند.

قاسمی در پایان تأکید کرد: انجمن حمایت از بیماران کلیوی از شکسته شدن انحصار داروی سلسپت استقبال می کند اما باید داروهای جدید پس از انجام مطالعات بالینی وارد بازار شوند.



Fars News Agency

۸ - رئیس هیئت مدره انجمن تالاسمی ایران: وزارت بهداشت قبل از ورود داروهای جدید مطالعات بالینی آن را انجام دهد

خبرگزاری فارس - رئیس هیئت مدره انجمن تالاسمی ایران گفت: با توجه به عوارض جانبی بالای داروس دسفوناک برای بیماران تالاسمی از وزارت بهداشت می خواهیم اگر داروی جدیدی قرار است وارد بازار شود ابتدا کارآزمایی های بالینی آن به طور کامل انجام دهند تا بیماران دچار مشکل نشوند.

به گزارش خبرگزاری فارس، مجید آراسته اظهار داشت: همواره بحث دارو و درمان به عنوان یکی از معضلات جامعه بشری بوده و در این بین بیماران مزمن و صعب العلاج مورد توجه ویژه قرار داشته است. از طرفی کشور ما نیز در این زمینه تلاش های فراوانی داشته و در طی سال های گذشته بر مبنای کاهش مسائل و مشکلات درمانی این جمع قدم های بزرگی برداشته شده است. وی افزود: تالاسمی نیز یکی از این بیماری ها بوده که در کشور ما در گروه بیماران خاص، مزمن و صعب العلاج قرار داشته و با تلاش های فراوان سعی شده است تا با ارائه بسته های درمانی و حمایتی تعریف شده توسط وزارت بهداشت و همکاری و مشارکت پزشکان درمانگر، پرستاران، انجمن تالاسمی ایران، بیماران و خانواده جمع و همکاری بین بخشی با سازمان های بیمه گر، جمعیت تالاسمی کشور توانسته است به حداقل خواسته های خود رسیده و با امید به آینده ای روشن تر در اجتماع قدم بردارد.

آراسته گفت: داروهای آهن زدای تالاسمی در گروه داروهای خاص قرار داشته که برای درمان بیماران تالاسمی توسط وزارت بهداشت و درمان تهیه و در اختیار بیماران قرار می گیرد.

وی تصریح کرد: از سال ۱۳۸۷ دارویی به نام دسفوناک وارد عرصه درمانی این گروه شد که در همان ابتدا ابهاماتی برای پزشکان، بیماران و انجمن تالاسمی ایجاد کرد و پیشنهاد شد که جهت شفاف سازی و کاهش دغدغه بیماران نسبت به انجام مطالعه بالینی اقدام و سپس در خصوص توزیع و مصرف آن اقدام شود.

وی ادامه داد: متأسفانه اقدامی برای اجرای مطالعه توسط شرکت (ر) به دلیل قوانین ژنریک، صورت نپذیرفت و دارو در کشور فرانسه تولید و به ایران ارسال و توزیع شد که در پی اعتراضات و مشکلات بیماران تالاسمی و کاهش میزان مصرف داروی آهن زدا که نگرانی در آینده درمانی این بیماران ایجاد کرد و باعث به خطر افتادن تلاش های صورت گرفته در سال های قبل برای پذیرش درمان های آهن زدایی در جمعیت تالاسمی کشور به عنوان یک چالش دارویی و درمانی مطرح و مکاتبات متعدد انجام نشست های فنی و تخصصی برگزار شد.

آراسته یادآور شد: در نهایت با توجه به کارشناسی های انجام شده توسط مسئولان مربوطه اعلام شد تا هر چه سریعتر نسبت به انجام مطالعه بالینی برای داروی دسفوناک اقدام شود که در نهایت مقدمات اولیه برای شروع این مطالعه توسط انجمن خون و سرطان اطفال کشور انجام شد و از شهریور ۱۳۹۰ ابتدا در تهران شروع و سپس در بیش از ۱۰ مرکز تالاسمی کشور انجام می شود.

وی گفت: سوال اینجاست که چرا به یکباره توقف موقت اجازه ورود این دارو یا توقف ساخت این دارو در آینده در کشور تا تعیین کیفیت درمانی دارو متعاقب مطالعه بالینی و کسب نتایج، به این صورت ایجاد نگرانی کرد و بحث حمایت از تولید داخل و مسائل اضطراب در بیماران و نبود دارو مطرح شده است؟

آراسته یادآور شد: در حالی که در طی سه سال گذشته دائماً برای رفع اضطراب و نگرانی درخواست های متعددی شده که جواب شفاف و قانع کننده ای دریافت نشد.

رئیس هیئت مدیره انجمن تالاسمی خاطرنشان کرد: قطع موقت خرید دارو تا انجام مطالعه بالینی و کسب نتیجه یک اقدام علمی و منطقی است و می تواند از بروز بسیاری از مسائل و مشکلات بعدی در چرخه درمان بیماران تالاسمی جلوگیری کند و پس از ارزیابی و سنجش اطلاعات حاصله از اجرای طرح، نسبت به فرآیند های بعدی توسط اساتید و مسئولان امر تصمیم گیری شود. وی اضافه کرد: شرکت دارویی (ر) تاکنون داروی دسفوناک را در ایران تولید نکرده و طبق اعلام نظر مسئولان آن شرکت، در نیمه دوم سال ۱۳۹۰ نسبت به راه اندازی خط تولید این دارو اقدام می شود.

آراسته یادآور شد: داروی دسفوناک توزیع شده در کشور توسط وزارت بهداشت و درمان و از بودجه و یارانه اختصاص یافته برای بیماران خاص خریداری شده و تاکنون هیچ داروی رایگانی توسط این شرکت دارویی در اختیار مراکز تالاسمی کشور قرار داده نشده است.

آراسته در پاسخ به این سوال که آیا انجمن تالاسمی تاکنون نسبت به اعلام مشکلات بیماران تالاسمی با داروی دسفوناک اقدامی انجام داده یا خیر، گفت: از همان ابتدای امر در خصوص نحوه ورود این دارو به چرخه درمانی بیماران تالاسمی انتقادات و اشکالاتی مطرح و درخواست انجام مطالعه بالینی برای این دارو ارائه شد.

وی گفت: در دوره مدیریت قبلی معاونت غذا و دارو به جواب مشخصی نرسیدیم، اما در دوره جدید بیش از ۱۴ نشست فنی و تخصصی با حضور گروه های مختلف همچون مسئولان وزارت بهداشت و درمان، پزشکان، داروسازان، کارخانجات دارویی، اساتید دانشگاهی، شرکت های توزیع کننده دارو، بیماران و انجمن تالاسمی برگزار و در نهایت تصمیم نهایی برای انجام مطالعه بالینی گرفته شد.

وی گفت: بنابراین اقدام اخیر **وزارت بهداشت** خلق الساعه نبوده و طی یک روند کاملاً دقیق و منطقی صورت پذیرفته است که امیدواریم در خصوص تمام **داروهای حساس** و کلیدی در کشور مورد نظر قرار گیرد. آراسته در پاسخ به این سوال که علت بروز مشکل فعلی در چرخه **دارویی** بیماران تالاسمی چیست ادامه داد: ورود غیرکارشناسانه **داروی** دسفنوناک، عم آموزش و بازاریابی مناسب، عجله در توزیع **دارو** بدون بسترسازی اولیه، تلاش برای قطع یکباره **داروی** دسفنوناک توسط شرکت های **دارویی** و عدم توجه به مسائل روحی- روانی بیماران، مجموعه عواملی بود که باعث بروز این روند شده است. وی درباره میزان **داروی** دسفنوناک وارد شده و توزیع شده در کشور و سود حاصل برای شرکت واردکننده ادامه داد: اطلاعات دقیقی در این خصوص نداریم اما به نظر می رسد بیش از ۱۱-۱۰ میلیون ویال **داروی** دسفنوناک در سه سال گذشته در کشور توزیع شده است. آراسته همچنین در پاسخ به این سوال که آیا واقعا این **دارو** هیچ عارضه ای برای بیماران تالاسمی نداشته است نیز گفت: متأسفانه جمعی از بیماران با عوارضی همچون خارش و کبیر روبرو شده عده ای از عدم کاهش آهن خون **شکایت** داشته که طی مکاتبات متعدد به دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور، **وزارت بهداشت** و انجمن تالاسمی ایران اعلام که تمام آن در اختیار مسئولان مربوطه برای ارزیابی قرار گرفته است.

سلامت نیوز

۹ - کارخانه تولید داروی ام اس زیر ذره بین مجلس سلامت نیوز - سخنگوی کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی، از تشکیل کمیته ای برای بازدید از کارخانه های تولید داروی ام اس در هفته آینده خبر داد. حسن تأمینی لیجایی در گفت و گو با خانه ملت در تشریح مباحث مطرح شده در نشست امروز ۲۷ شهریور - **کمیسیون بهداشت و درمان** مجلس اظهار کرد: بحث اصلی امروز کمیسیون که با حضور معاون غذا و **دارو** **وزارت بهداشت** برگزار گردید، حول محور واردات **دارو** از کشورهای خارجی به خصوص کشور آرژانتین بود. نماینده مردم رشت در مجلس، افزود: سئوال اصلی اعضای کمیسیون این بود که **داروها** آیا در ایران تولید می شود و یا اینکه از آرژانتین وارد و فقط در ایران بسته بندی می شود. وی با اعلام نظر معاون غذا و **دارو** **وزارت بهداشت** مبنی بر اینکه ایران علم تولید **داروها** را دارد، گفت: آقای شیبانی معتقد است باید واردات **دارو** به کشور را در کنار توجه بیشتر به تولیدات داخل کاهش دهیم. تأمینی لیجایی با اشاره به توزیع **داروهای** ام اس در **داروخانه** ها بدون آزمایش های بالینی تصریح کرد: یکی از موارد مورد **اعتراض** نمایندگان، این مسئله بود که معاون غذا و **دارو** **وزارت بهداشت** اعلام کرد که تمامی آزمایش ها روی **داروهای** ام اس صورت گرفته در صورتی که گزارشات رسیده چیزی غیر از این را نشان می دهد. این عضو هیئت رئیسه **کمیسیون بهداشت و درمان**، ادامه داد: به همین دلیل کمیته ای متشکل از برخی اعضای **کمیسیون بهداشت** هفته آینده از کارخانه های تولید **داروهای** ام اس بازدید خواهد کرد.

تابناک

۱۰ - نگرانی کمیسیون بهداشت از واردات دارو تابناک - سخنگوی **کمیسیون بهداشت و درمان** مجلس از بررسی موضوع واردات **دارو** به کشور در جلسه کمیسیون متبوعش خبر داد و گفت که اعضای کمیسیون در این جلسه نگرانی خود را از واردات **دارو** به کشور اعلام کردند. حسن تأمینی نماینده مردم رشت و سخنگوی **کمیسیون بهداشت و درمان** مجلس شورای اسلامی در گفت و گو با فارس با اشاره به جلسه اعضای کمیسیون متبوعش، از بررسی آخرین وضعیت **دارو** در کشور و واردات **داروهای** خارجی در این جلسه خبر داد. وی افزود: در این جلسه موضوع واردات **دارو**، شیمی **دارو** و **داروهای** MS با حضور معاون غذا و **دارو** **وزارت بهداشت** و مدیرکل **داروی** این وزارتخانه مورد بحث و بررسی قرار گرفت. سخنگوی **کمیسیون بهداشت و درمان** مجلس بر همین اساس یادآور شد: در این جلسه مباحث و موضوعات بسیار خوبی مطرح شد و نمایندگان عضو کمیسیون نیز دغدغه هایی نسبت به واردات **دارو** به کشور داشتند که آنها را مطرح کردند و انتقادات و پیشنهادهایشان را نیز بیان کردند. به گفته وی، بحث عمده این جلسه موضوع واردات **دارو** به کشور بود در حالی که هم اکنون ۹۵ درصد **داروی** مورد نیاز در داخل کشور تولید می شود اما باز هم واردات داریم، به همین دلیل مقرر شد ارزیابی ها و بررسی هایی در این زمینه انجام شود تا انشاءالله واردات **دارو** به کشور کاهش یابد. تأمینی در خاتمه گفت: مسئولان حاضر در این جلسه توضیحات بسیار خوبی پیرامون موضوع واردات **دارو** ارائه دادند.



۱۱ - سالانه ۱۲۰ هزار نفر در کشور دچار حیوان گزیدگی می شوند
خبرگزاری ایرنا - رییس اداره بیماری های قابل انتقال بین انسان و حیوان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
گفت: سالانه ۱۲۰ هزار نفر در کشور دچار حیوان گزیدگی می شوند که حدود پنج هزار نفر آنان به دلیل عدم مراجعه به موقع به مراکز درمانی،

محمدرضا شیرزادی در گفت و گو با خبرنگار اجتماعی ایرنا با بیان اینکه بروز بیماری هاری در افراد حیوان گزیده، بسیار بالا است، افزود: بیماری هاری، نوع بیماری است که **درمان** ندارد و فرد در اثر ابتلا به این بیماری، جان خود را از دست می دهد بنابراین فقط باید از بروز این بیماری پیشگیری کرد.

وی اظهار داشت: بیماری هاری در وحوش شایع است و از طریق آنان به حیوانات اهلی به ویژه سگ سرایت کرده و در اثر حیوان گزیدگی نیز به انسان منتقل می شود.

رییس اداره بیماری های قابل انتقال بین انسان و حیوان **وزارت بهداشت** خاطرنشان کرد **هزینه** قابل توجهی از بودجه **وزارت بهداشت** صرف پیشگیری از بیماری هاری در کشور می شود و مراکز بهداشتی و **درمانی** سراسر کشور به صورت ۲۴ ساعته، امکانات پیشگیری از این بیماری شامل واکسن و سرم را در اختیار افراد دچار حیوان گزیدگی قرار می دهند. شیرزادی از هموطنان خواست به محض اینکه دچار حیوان گزیدگی شدند به سرعت به مراکز **درمانی** مراجعه کنند و اقدامات پیشگیری از ابتلا به هاری را انجام دهند.

روزنامه ایران

۱۲ - سلام ایران

روزنامه ایران -

فوریت ۴۵ دقیقه ای: در تاریخ ۹ شهریورماه در **درمانگاه** محمدرسول الله شیراز یک درگیری رخ داد و پلیس ۱۱۰ پس از گذشت ۴۵ دقیقه در محل درگیری حاضر شد. مگر نه اینکه پلیس باید به فوریت و ظرف مدت زمان کمتر از ۱۰ دقیقه خود را به محل حادثه برساند؟

محمدی پور - شیراز - ۱۰۹۲۱

ویزیت های همزمان: بعضی از پزشکان به طور همزمان اقدام به ویزیت چند بیمار با هم می کنند. پزشک محرم است و بیمار باید در مقابل وی احساس امنیت کند شاید مایل نباشد حتی نزدیکترین فرد به وی از بیماری اش مطلع شود. با این شرایط احساس امنیت از بین می رود. از نظر شرعی هم درست نیست. از مسئولین **وزارت بهداشت** تقاضای پیگیری دارم.
 کیانی - اصفهان - ۱۰۹۳۷



۱۲ - هوای قلبان را داشته باشید

خبر آنلاین -

شاید به نظر تکراری بیاید، شاید هم تکرار آنچه می خواهیم بگوییم در عمل برای بسیاری که گوش شنوا ندارند بی فایده باشد. ولیکن آنچه می گوییم آنقدر مهم و حیاتی است که می تواند مانع از مرگ و میر بسیاری از جوانان و میانسالان در جامعه کنونی ما بشود. آمار مرگ و میرهای ناشی از سکته های قلبی در کشورمان به تصادفات رانندگی پهلو می زند. تاسف بارتر آن که سن این نوع مرگ و میرها هم از ۵۰ تا ۶۰ سال در دهه گذشته به ۳۰ تا ۴۰ سال در یکی دو سال اخیر رسیده است. با این همه باز هم تصور می کنید که توجه به این آمارها که عمده عامل افزایش شان به شیوه تغذیه، نداشتن تحرک روزانه، افزایش مصرف دخانیات، آلودگی فلج کننده هوا و افزایش عوامل استرس زا باز می گردد ارزش بررسی و توجه مکرر را ندارد؟ اگر زنگ های خطر ناشی از افزایش بیماری های مزمن قلبی و عروقی در کشورمان به صورت مکرر به صدا در نیاید، خیلی ها که شاید خود ما هم جزو آنها باشیم، متوجه نمی شویم که بسیاری از ضرورت های زندگی سالم را از یاد برده ایم. اهمیت و ضرورت ریشه یابی افزایش بی سابقه سکته های قلبی و ارائه راهکارهای پیشگیری از آنها، ما را بر آن داشت تا پای صحت دکتر محمدرضا محمد حسینی، متخصص قلب و عروق، عضو انجمن آرترواسکلروز و نیز معاون پژوهشی مرکز تحقیقات قلب و عروق کشور بنشینیم.

بگذارید گفت و گویمان را از لحظه ای شروع کنیم که فرد دچار حمله یا سکته قلبی می شود. آن لحظه و دقایق سرنوشت ساز پس از آن را برایمان به تصویر بکشید.

حمله های قلبی یا سکنه قلبی معمولا با درد شدید در قفسه سینه شروع می شود و به صورت تنگی نفس و ضعف و بی حالی، تهوع و استفراغ و گاهی حتی بدون هیچ علامتی می تواند اتفاق بیفتد، ولی عمدتا سکنه با دردی شدید در قفسه سینه یا در ناحیه پایین آن، حول و حوش معده همراه است که گاهی به فک و بازوی چپ نیز انتشار پیدا می کند.

گفته می شود این درد، شدیدترین دردی است که یک فرد می تواند در طول زندگی اش تجربه کند. طول زمان درد هم در سکنه های قلبی بیش از ۲۰ دقیقه می تواند طول بکشد. البته با انجام اقداماتی می توان در همان دقایق نخست به کاهش این درد طاقت فرسا که ممکن است ساعت ها ادامه پیدا کند، کمک کرد. بهترین و موثرترین اقداماتی که می شود برای کسی که دچار حمله قلبی شده سرعت انجام داد چه هستند؟ اگر این حمله قلبی را شخص به تنهایی تجربه کند و قرص ها یا داروهایی چون قرص های زیر زبانی یا اسپری های زیر زبانی را در دسترس دارد باید بسرعت استفاده کند و اگر در دسترس ندارد باید تلفنی با مراکز اورژانس تماس بگیرد و از مراجعه شخصی به بیمارستان یا مرکز درمانی پرهیز کند.

چرا و در چه شرایطی مرگ آنی تنها نتیجه یک حمله قلبی می شود؟ مرگ آنی در چنین مواردی یعنی فوت شخص در دقایق یا ساعت های اولیه پس از حمله قلبی، بر اثر اختلال در ریتم قلب (آریتمی های کشنده) که ۲۰ درصد از بیماران قلبی به این شکل جان خود را از دست می دهند، قبل از این که به بیمارستان برسند. در چنین شرایطی شخص بلافاصله هوشیاری اش را از دست می دهد. اگر چنین شخصی ضربه خود را از دست بدهد، ما تنها ۲ تا ۶ دقیقه فرصت خواهیم داشت تا او را از مرگ نجات دهیم. دسنة دیگر از مرگ ها بر اثر سکنه قلبی در بیمارستان و به دنبال نارسایی پمپاژ قلب (خون رسانی به قلب) اتفاق می افتد. در واقع این دسنة از بیماران دچار مرگ های ناخیزی می شوند.

چرا آمار سکنه قلبی، بخصوص در میان جوان ها در کشورمان بشدت بالا رفته؟ آمار واقعی و رسمی در این زمینه چقدر با هم متفاوتند؟

در حال حاضر در کلانشهری همچون تهران، روزانه ۱۰۰ نفر جان خود را بر اثر سکنه های قلبی از دست می دهند. ولی آمار رسمی در مورد سکنه های قلبی نداریم، آماری که هست تنها مبتنی به آن چیزی است که وزارت بهداشت اعلام می کند.

با این حال بر اساس آنچه در رسانه ها گفته می شود، سن سکنه های قلبی در کشور کاهش یافته است. علت آن هم به چاقی، افزایش وزن و بی تحرکی افراد در سنین بالای ۲۵ سال در کشورمان باز می گردد. در واقع اختلالات تغذیه ای با رشد روز افزون فست فودها و دسترس آسان مردم به آنها و همین طور دسترسی به سیگار ارزان، از دلایل اصلی افزایش آمار سکنه ها و بیماری های قلبی و حتی سایر بیماری های کشنده در کشور است. حتی سازمان بهداشت جهانی پیش بینی کرده است در کشورهای در حال توسعه بخصوص کشورهای مثل ما، در سال ۲۰۲۰ بیماری های قلبی حالت اپیدمی پیدا می کند و بسیاری از مردم، دچار چاقی و تصلب شرایین خواهند بود.

به علاوه از بعد دیگر ما وابستگی مان به کشور های پیشرفته برای تامین دستگاه های تشخیصی و درمانی در حوزه قلب (اکو، آنژیوگرافی و اکو کاردیوگرافی) بیشتر خواهد شد.

در زمینه امکانات و تجهیزات درمانی چه کمبودهایی وجود دارد؟ از آنجا که هزینه های درمانی در حوزه قلب خیلی هم سنگین است، پس عمده اقبال مردم تا چه اندازه می توانند از خدمات درمانی در حوزه قلب استفاده کنند؟

تجهیزات درمانی بیماران قلبی، به غیر از داروهایشان که به نسبت داروهای شیمی درمانی، بسیار ارزان است، خیلی پرهزینه هستند. بی شک ارائه خدمات تشخیصی و درمانی در حوزه قلب هم برای مردم، بخصوص در بیمارستان های خصوصی بسیار گران و سرسام آور است. البته بیمه ها نسبتا در این زمینه حمایت می کنند. با این حال سقف بیمه ها برای جراحی قلب، پایین است و برای بیماری های خاص، باید سقف پوشش بیمه ای افزایش پیدا کند تا جایی که بیماران قلبی دیگر دغدغه کیفیت و نحوه ارائه خدمات را به واسطه دغدغه های مالی احساس نکنند.



۱۴ - خدمات درمانی متناسب با وضعیت هر فرد معتاد در مراکز اقامتی اجباری ارایه می شود خبرگزاری ایرنا - مدیر کل درمان و حمایت های اجتماعی ستاد مبارزه با مواد مخدر گفت: خدمات درمانی متناسب با وضعیت هر فرد معتاد در مراکز اقامتی اجباری درمان،

به گزارش روز دوشنبه خبرنگار اجتماعی ایرنا، محمدباقر صابری زرفرقدی افزود: براساس شیوه نامه و پروتکل تدوین شده، مراقبت های درمانی در این مراکز به صورت درمان های جایگزین در دستور کار قرار خواهد گرفت.

وی با بیان اینکه جمع آوری افراد پرخطر در مکانی محدود بدون توجه و اعمال مداخلات علمی و درست می تواند آسیب زا باشد، اظهار داشت: آنچه در کشورهای دیگر یا در گذشته به صورت موردی در ایران با عنوان طرح جمع آوری معتادان و با ایجاد کمپ ها انجام می شد با رویکرد جدید مراکز درمان اجباری کاملاً متفاوت است.

صابری زرفرقدی ادامه داد: در گذشته افراد معتاد به زندان می رفتند و حضور اینگونه افراد در زندان ها منشا خطرات بهداشتی زیادی بود اما اکنون با راه اندازی کلینیک های مثلثی و برنامه های درمان نگهدارنده در زندان، نظام بهداشتی کشور توانست این خطر بالقوه را در زندان ها به حداقل ممکن کاهش دهد که البته اقدامات صورت گرفته در زندان ها مورد تایید مجامع بین المللی بوده

است.

وی تصریح کرد محوریت تیم پزشکی در مرکز **درمان** اجباری، شانس بروز رفتارهای پرخطر را به حداقل ممکن خواهد رساند و با اجرای دقیق پروتکل نباید نگرانی در مورد اشاعه عفونت‌هایی مثل HIV وجود داشته باشد.

صابری با تأکید بر اینکه مرکز **درمان** اجباری کمپ (اردوگاه) نیست، گفت: این مراکز به عنوان یک مرکز **درمان** اقامتی، همه خدمات **درمانی** را متناسب با وضعیت هر فرد و توسط تیم پزشکی کارآموزده ارائه می‌کند.

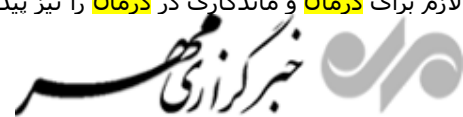
وی در خصوص اینکه افرادی که دارای رفتارهای پرخطر هستند و به صورت متراکم در یک جامعه حضور دارند، افزود: این افراد ممکن است با رفتارهای پرخطر از جمله تزریق مشترک مواجه شوند و در این صورت HIV افزایش می‌یابد ولی می‌توان مکان‌هایی را راه اندازی کرد که انجام رفتارهای پرخطر را به حداقل ممکن رسانند.

صابری زفرقندی تصریح کرد با توجه به توسعه مراکز **درمان** و کاهش آسیب و تشکیل گروه‌های سیار باز هم شاهد وجود معتادانی در جامعه هستیم که معمولاً در مکان‌هایی به صورت متراکم زندگی می‌کنند و هیچگونه کنترلی بر رفتارهای پرخطر آنان مثل تزریق مشترک و بی‌مبالاتی جنسی وجود ندارد و به دلایلی دامنه حضور این گروه نیز در حال گسترش است.

وی یادآور شد ماده ۱۶ قانون جدید مبارزه با موادمخدر برای این گروه تعیین تکلیف کرده است و دولت موظف است با **هزینه** ای که پرداخت می‌کند نسبت به **درمان** اینگونه افراد اقدام کند.

صابری زفرقندی ادامه داد: خطری از نظر ورود موادمخدر یا سرنگ آلوده به مراکز **درمانی** وجود نخواهد داشت و همه افراد تحت **درمان** های نگهدارنده هستند و اصولاً تقاضایی برای دریافت مواد وجود نخواهد داشت تا کسی خطر نقل و انتقال مواد به داخل مرکز را به جان بخرد.

وی گفت: در این مراکز تمرکز بر **درمان** است و همه افراد مقیم گروه هدف همگونی هستند که با مداخلات روانشناختی انگیزه‌های لازم برای **درمان** و ماندگاری در **درمان** را نیز پیدا خواهند کرد و هیچکس نمی‌تواند تأثیر **درمان** های اقامتی را انکار کند.



۱۵ - اول مهر، آخرین مهلت اجرای قانون کاهش ساعت کار پرستاران

خبرگزاری مهر - بر اساس دستور وزیر بهداشت، همه دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور موظفند حداکثر تا اول مهر قانون ارتقای بهره‌وری نیروهای بالینی نظام سلامت را اجرا کنند.

به گزارش خبرگزاری مهر، از زمان برگزاری آزمون استخدام پرستاران در ۶ اسفند ۸۹ **وزیر بهداشت** چندین نامه به دانشگاه‌های علوم پزشکی نوشته بود و تأکید کرده بود که به هر نحو ممکن قانون ارتقای بهره‌وری و کاهش ساعت کاری پرستاران در اسرع وقت اجرا شود اما به علت برخی شبهه‌ها و سئوالاتی که برای دانشگاه‌های علوم پزشکی مطرح بود، اجرای قانون به تأخیر افتاد.

تعلق نگرفتن مزایای قانون ارتقای بهره‌وری به پرستاران قراردادی، محدودیت اضافه کار در بیمارستان‌های دولتی و خصوصی و گرفتن تعهدنامه از پرستاران نمونه ای از این شبهات بود.

بر این اساس با دستور **وزیر بهداشت** کمیته ای برای پیگیری اجرای این قانون تشکیل شد که در جلسات اول آن نیز **وزیر بهداشت** حضور یافت و بعد از آن مسئولیت پیگیری موضوع به معاون **درمان** و معاون توسعه **وزارت بهداشت** موکول شد تا با همکاری سازمان نظام پرستاری که با حضور رییس کل سازمان نظام پرستاری و رییس شورای عالی نظام پرستاری پیگیری می‌شد، اجرای این قانون به سرانجام برسد.

همچنین با دستور **وزیر بهداشت** به همه دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور اجازه داده شد، به ازای نیروهای پرستار قراردادی، طرحی و تبصره ای که قبلاً در دانشگاه علوم پزشکی مشغول به کار بوده اند و اکنون با شرکت در آزمون استخدامی تبدیل وضعیت شده اند، به همان میزان نیروی قراردادی جدید استخدام کنند. توافق دیگر نیز درباره ایام تعطیل و شیفت شب بود که مطابق قانون فعالیت پرستاران با ضریب ۱,۵ برابر محاسبه می‌شود و با توافق مسئولان **وزارت بهداشت** و سازمان نظام پرستاری مصوب شد تمام ایام تعطیل تقویمی و روزهایی که دولت تعطیل رسمی اعلام می‌کند، مشمول این قانون باشد و ساعت کاری از ۷ بعداز ظهر تا ۷ صبح نیز شیفت شب محسوب می‌شود به این ترتیب اختلاف نظر دانشگاه‌های علوم پزشکی در تفسیر این بند قانونی نیز حل شد.



۱۶ - تأییدی در گفت و گو با فارس مطرح کرد نگرانی کمیسیون بهداشت مجلس از واردات دارو به کشور
خبرگزاری فارس - سخنگوی کمیسیون بهداشت و درمان مجلس از بررسی موضوع واردات دارو به کشور در جلسه کمیسیون متبوعش خبر داد و گفت که اعضای کمیسیون در این جلسه نگرانی خود را از واردات دارو به کشور اعلام کردند.

حسن تأییدی نماینده مردم رشت و سخنگوی کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی در گفت و گو با خبرنگار پارلمانی خبرگزاری فارس با اشاره به جلسه اعضای کمیسیون متبوعش، از بررسی آخرین وضعیت **دارو** در کشور و واردات **داروهای** خارجی در این جلسه خبر داد.

وی افزود: در این جلسه موضوع واردات **دارو**، شیمی **دارو** و **داروهای** MS با حضور معاون غذا و داروی **وزارت بهداشت** و مدیرکل **داروی** این وزارتخانه مورد بحث و بررسی قرار گرفت.

سخنگوی کمیسیون **بهداشت** و **درمان** مجلس بر همین اساس یادآور شد: در این جلسه مباحث و موضوعات بسیار خوبی مطرح شد و نمایندگان عضو کمیسیون نیز دغدغه‌هایی نسبت به واردات **دارو** به کشور داشتند که آنها را مطرح کردند و انتقادات و

پیشنهادتشان را نیز بیان کردند. به گفته وی، بحث عمده این جلسه موضوع واردات دارو به کشور بود در حالی که هم اکنون ۹۵ درصد داروی مورد نیاز در داخل کشور تولید می شود اما باز هم واردات داریم، به همین دلیل مقرر شد ارزیابی ها و بررسی هایی در این زمینه انجام شود تا انشاءالله واردات دارو به کشور کاهش یابد. تأییدی در خاتمه گفت: مسئولان حاضر در این جلسه توضیحات بسیار خوبی پیرامون موضوع واردات دارو ارائه دادند.



۱۷ - یک فوق تخصص اطفال در گفت و گو با فارس مطرح کرد لزوم تزریق واکسن آنفلوانزا به خردسالان در مهدهای کودک

خبرگزاری فارس - یک فوق تخصص اطفال گفت: به والدینی که فرزندان خردسالشان به مهد کودک می روند، توصیه می شود تا فرزندان خود را در مقابل بیماری آنفلوانزا واکسینه کنند چرا که این بیماری برای گروه سنی خردسالان خطرناک است.

عبدالرضا استقامتی، فوق تخصص اطفال در گفت و گو با خبرنگار بهداشت و درمان باشگاه خبری فارس توانا با اشاره به بازگشایی مدارس، پاییز را فصل انتقال عفونت های تنفسی و گوارشی دانست و گفت: توصیه مهم پزشکان به خانواده ها این است که اگر احساس می کنند فرزندانشان به عفونت های تنفسی و گوارشی مبتلا شده اند، ضمن رعایت اصول بهداشتی، تا پایان دوره نقاهت آنها را به مدرسه نفرستند، به خصوص در عفونت های تنفسی که از طریق تماس با قطرات و ذرات تنفسی در هنگام سرفه و عطسه منتقل می شود.

وی نقش خانواده ها را در آموزش های بهداشتی به فرزندانشان مهم ارزیابی کرد و افزود: شست و شوی مکرر دست ها به کنترل این عفونت ها کمک می کند همچنین استفاده از ماسک، داشتن دستمال کاغذی فردی، دفع دستمال های کاغذی در ظروف زباله در بسته و فرض ندادن وسایل شخصی به افراد دیگر به جلوگیری از انتقال بیماری ها و عفونت ها کمک می کند. عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران درباره عفونت های گوارشی اظهار داشت: باید به کودکان آموزش دهیم که از دستفروشان مواد غذایی خریداری نکنند و از مواد غذایی بسته بندی شده استفاده کنند البته بهتر است آنها تغذیه خود را از منزل به همراه خود بیاورند.

وی ادامه داد: دانش آموزان بهتر است که از صابون مایع یا ژل ضدعفونی کننده دست، بعد از استفاده از سرویس بهداشتی و دست زدن به میزها و نیمکت های مدارس استفاده کنند؛ این مراقبت ها کمک می کند تا عفونت های گوارشی و تنفسی که فصل آن آغاز شده است، کمتر دانش آموزان را در مدارس بیمار کند.

استقامتی تأکید کرد: به والدین، خصوصاً آنهایی که فرزندان خردسالشان به مهدهای کودک می روند، توصیه می شود تا فرزندان خود را در مقابل بیماری آنفلوانزا واکسینه کنند؛ استفاده از واکسن آنفلوانزا کمک می کند تا این بیماری و عفونت های شبیه به آن در اطفال ایجاد نشود اما این موضوع هیچ تأثیری در پیشگیری از سرماخوردگی کودکان ندارد. وی گفت: آنفلوانزا برای گروه های سنی پایین خطرناک است، به خصوص آن دسته از اطفال که بیماری های زمینه ای مانند آسم، دیابت و بیماری کلیوی مزمن دارند و کسانی که مجبورند از ترکیبات آسپیرین برای درمان استفاده کنند؛ بهتر است واکسن آنفلوانزا دریافت کنند تا مانع از بروز بیماری در این گروه خاص شود.

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران درباره واکسن های موجود در داروخانه ها نیز گفت: واکسن های آنفلوانزای متعددی در کشور موجود است و همه آنها توسط سازمان غذا و داروی وزارت بهداشت کنترل می شود؛ واکسن هایی که مجوز توزیع دارند برای مصرف مشکلی ندارند اما بهترین واکسن، واکسن های نسل چهارم است که ضمن ایمنی بخشی بیشتر، کمترین عارضه را برای مصرف کننده دارد.



۱۸ - مسئول حیطه اخلاق پزشکی سومین المپیاد علمی دانشجویان: المپیاد امسال در نهایت انضباط، دقت و بی طرفی برگزار شد

خبرگزاری ایسنا - مسئول حیطه اخلاق پزشکی سومین المپیاد علمی دانشجویان علوم پزشکی کشور با بیان اینکه تا حدی که توان بشری اجازه می داد قضاوت المپیاد با دقت تمام انجام شد،

مسئول حیطه اخلاق پزشکی سومین المپیاد علمی دانشجویان علوم پزشکی کشور با بیان اینکه تا حدی که توان بشری اجازه می داد قضاوت المپیاد با دقت تمام انجام شد، گفت: المپیاد امسال در نهایت انضباط، دقت و بی طرفی لازم برگزار شد و دانشجویان دچار هیچ شبهه ای نشدند.

کیارش آرامش در گفت و گو با خبرنگار صنعتی آموزشی ایسنا - منطقه علوم پزشکی تهران، با بیان اینکه آزمون علمی امسال با رعایت اخلاقیات لازم برگزار شد، افزود: با اینکه المپیاد امسال در نهایت انضباط، دقت و بی طرفی لازم برگزار شد، اما احتمال اینکه استادی برگه دانشجویی را که ۵ سال پی در پی می شناسد و می بیند به روش دقیق تری تصحیح کند، وجود دارد. وی در ادامه با تأکید بر اینکه شرکت کنندگان این دوره از آزمون همه نخبه و توانا بودند، تصریح کرد: همه دانشجویان انتظار کسب رتبه های اول را داشته اند و همه ۵۴۹ شرکت کننده با اختلاف نمره بسیار پایینی در این رده بندی قرار گرفتند.

مستول حیطة اخلاق پزشکی سومین المپیاد علمی دانشجویان کشور با اشاره به اینکه اعتراض مشخصی از این المپیاد صورت نگرفته است، اظهار کرد: بیشترین اعتراضات دانشجویان کلی بود و خواستار تصحیح دوباره برگه های خود بودند که ما با بررسی دوباره نمرات اعلام شده، اشتباه انسانی در آن را به حداقل رساندیم.

وی ادامه داد: ساختار المپیاد در حال حاضر قابل قبول و استاندارد است؛ اما می توان آن را با یک سری اصلاحات لازم دقیق تر و استانداردتر کرد.

آرامش در پایان پیشنهاد داد: بهتر است فرآیند سنجش به جای یک هفته در یک فرصت طولانی تری برگزار شود تا دانشجویان از ابعاد مختلفی مورد سنجش و آزمون قرار گیرند.

انتهای پیام



۱۹ - رییس اداره سلامت دهان و دندان وزارت بهداشت: سلامت دهان و دندان تمام دانش آموزان بدو ورود به مدرسه بررسی شد مصرف شیرینی جات در مدارس به حداقل ممکن کاهش یابد
خبرگزاری ایسنا - رییس اداره سلامت دهان و دندان وزارت بهداشت از بررسی کامل سلامت دهان و دندان دانش آموزان بدو ورود به مدرسه در سراسر کشور خبر داد. دکتر محمدحسین خوشنویسان در گفت و گو با
 رییس اداره سلامت دهان و دندان وزارت بهداشت از بررسی کامل سلامت دهان و دندان دانش آموزان بدو ورود به مدرسه در سراسر کشور خبر داد.

دکتر محمدحسین خوشنویسان در گفت و گو با خبرنگار بهداشت و درمان ایسنا، با اشاره به برنامه سنجش سلامت دهان و دندان دانش آموزان بدو ورود به مدرسه در سال جاری گفت: اداره سلامت دهان و دندان وزارت بهداشت امسال در برنامه سنجش دانش آموزان بدو ورود به مدرسه شرکت فعال داشت. به این ترتیب تمام دانش آموزان بدو ورود به مدرسه کشور مورد معاینات دهان و دندان قرار گرفتند.

ارایه اطلاعات دقیق از وضعیت سلامت دهان و دندان کودکان کشور به زودی

وی افزود: بر این اساس به زودی اطلاعات دقیقی در رابطه با وضعیت سلامت دهان و دندان کودکان در سن ورود به مدرسه به دست می آید.

مصرف شیرینی جات در مدارس به حداقل ممکن کاهش یابد

رییس اداره سلامت دهان و دندان وزارت بهداشت با تاکید بر آن که مصرف شیرینیجات در مدارس باید به حداقل ممکن کاهش یابد، ادامه داد: در مدارس باید ترجیحا از مواد غذایی مانند میوه، نان و پنیر و سبزی و مواد این چنینی استفاده شود تا مشکل پوسیدگی دندان به حداقل ممکن کاهش یابد.

انجام اقدامات درمانی برای دندان ۶ کودکان ۶ تا ۱۲ ساله با تعرفه دولتی در بخش دولتی و خصوصی

دکتر خوشنویسان به بیمه دندان ۶ کودکان ۶ تا ۱۲ ساله کشور اشاره کرد و گفت: بیمه دندان ۶ این کودکان چند سالی است که تصویب شده اما متاسفانه به خوبی اجرایی نشده است. امیدواریم با برنامه سنجش سلامت دهان و دندان دانش آموزان بدو ورود به مدرسه، دانش آموزانی که به اقدامات درمانی برای دندان ۶ نیاز دارند بلافاصله برای انجام درمان لازم به بخش دولتی و یا خصوصی ارجاع داده شوند.

به گفته وی، اقدامات مربوط به درمان و ترمیم دندان ۶ کودکان ۶ تا ۱۲ ساله در بخش دولتی و در مراکز بهداشتی - درمانی با تعرفه های دولتی انجام می شود. همچنین به منظور ایجاد دسترسی بیشتر برای انجام این اقدامات درمانی، کودکان ۶ تا ۱۲ ساله می توانند برای ترمیم دندان ۶ به بخش خصوصی نیز مراجعه کنند و تنها با پرداخت فرانشیز (۳۰ درصد کل هزینه) اقدامات درمانی لازم را برای دندان ۶ انجام دهند.

کشیدن زودرس دندان شیری عاملی برای رشد نامنظم دندان ها

رییس اداره سلامت دهان و دندان وزارت بهداشت گفت: بهتر است زمانی که برای ترمیم دندان ۶ به مطب های دندانپزشکی مراجعه می کنند، معاینه کاملی از وضعیت دهان و دندان آنها نیز صورت گیرد تا والدین در جریان سلامت دهان و دندان آنها قرار گیرند؛ چرا که در غیر این صورت و با پوسیده شدن دندان ها، کشیدن زودرس دندان شیری سبب می شود که فک به اندازه کافی رشد نکند. به این ترتیب کشیدن زودرس و یا زود از دست دادن دندان شیری یکی از علت های رشد دندان های نامنظم و نیاز به انجام ارتودنسی است.

مراقبت از دندان ها از زمان رویش دندان آغاز می شود

وی به والدین توصیه کرد که برای بررسی وضعیت سلامت دهان و دندان کودکان خود برنامه منظمی داشته باشند و گفت: استفاده روزانه ۲ مرتبه از مسواک (صبح پس از صرف صبحانه و شب قبل از خواب)، نخ دندان و همچنین استفاده از دهانشویه یا آب نمک به منظور حفظ سلامت دهان و دندان لازم است. ۳۰ درصد تمیز کردن دندان ها با نخ دندان است و شب هنگام استفاده از دهانشویه یا آب نمک از اهمیت زیادی برخوردار است چرا که در شب ترشح بزاق متوقف می شود و در صورت استفاده از دهانشویه، محیط برای رشد میکروب ها نامساعد می شود.

وی در این باره ادامه داد: توجه به استفاده از مسواک، نخ دندان و دهانشویه یا آب نمک موضوعی است که در کشورهای پیشرفته انجام شده و نتایج آن مشخص شده است. دستیابی به چنین نتایجی در ایران نیز به شرط آن که والدین این موضوع را برای خود و فرزندان شان جدی بگیرند، شدنی است.

رییس اداره سلامت دهان و دندان وزارت بهداشت با تاکید بر لزوم توجه به سلامت دهان و دندان کودکان از سوی والدین گفت:

مراقبت از دندان ها از زمان رویش دندان ها آغاز می شود، طرح مباحثی نظیر این که جنس دندان کودکان خوب نیست، جنس بد دندان ارثی است و مباحثی از این قبیل از نظر ما صحیح نیست.

وی در پایان گفت: تا سن ۳ سالگی، والدین مسوول مسواک زدن کودکان هستند. از ۳ سالگی به بعد نیز مسواک زدن باید با نظارت کامل والدین انجام شود. والدین باید نوعی حالت تفریحی برای مسواک زدن کودک ایجاد کنند تا کودک به راحتی آن را بپذیرد. انتهای پیام



۲۰ - رییس دانشگاه علوم پزشکی اردبیل خبر داد: هزینه ۱۰ میلیارد تومان برای خرید تجهیزات پزشکی در اردبیل خبرگزاری فارس - رییس دانشگاه علوم پزشکی اردبیل گفت: در دو سال اخیر بیش از ۱۰ میلیارد تومان برای خرید تجهیزات پزشکی و درمانی در بیمارستان های استان اردبیل هزینه شده است.

فرهاد پورفرضی امروز در گفت و گو با خبرنگار فارس در اردبیل اظهار داشت: دانشگاه علوم پزشکی اردبیل تنها دانشگاه وزارت بهداشت و علوم است که در رتبه بندی جهانی و در ارزیابی منابع دیجیتالی حائز رتبه برتر شده است. وی بیان داشت: با تلاش های انجام شده شاخص سلامت در این استان از میانگین کشوری بالاتر بوده و در وضعیت مطلوبی قرار دارد.

فانم مقام وزیر تصریح کرد: شاخص مرگ و میر نوزادان در این استان ۸٫۵ در هزار نفر است در حالی که این رقم پایین تر از میانگین ۱۳ در هزار نفر کشوری است.

رییس دانشگاه علوم پزشکی اردبیل اظهار داشت: استان اردبیل در کاهش مرگ و میر نوزادان و همچنین مادران در شاخص پایین تری از میانگین کشوری قرار دارد به طوری که کمتر از یک دهم درصد آمار مرگ و میر مادران را شاهد هستیم. این مسئول بیان داشت: ۵۷۰ هزار نفر در سال ۸۴ زیر پوشش نظام پزشک خانواده قرار گرفته اند به طوری که امسال در شهرهای زیر ۱۰۰ هزار نفر استان طرح پزشک خانواده در حال اجراست.

پورفرضی با یادآوری اینکه در بخش زایمان بیش از ۹۸ درصد کارها به دست نیروهای متخصص و ماما انجام می شود، ابراز داشت: با هدف توسعه بهداشت خانواده به ویژه ارتقای آگاهی زنان در تمام شبکه های بهداشتی استان، زنان باردار تحت معاینه متخصصان قرار گرفته به طوری که از ۵۴۰ مورد مراجعه ۵۲۰ مورد معاینه و زایمان از طریق متخصصان و افراد زیده انجام شده است. وی گفت: در دولت نهم و دهم حضور متخصصان و پزشکان فوق تخصص در رشته های مختلف افزایش یافته به طوری که در اغلب بیمارستان ها بخش مورد نیاز را راه اندازی کردیم و در مرکز استان نیز بخش جراحی قلب و عروق و آنژیوگرافی راه اندازی شده است.

این مسئول در ادامه از افزایش پایگاه های اورژانس جاده ای از ۱۵ پایگاه به ۳۲ پایگاه اورژانسی خبر داد و بیان داشت: میانگین حضور نیروهای امداد و نجات بر سر بالین بیمار در شهر ها پنج دقیقه و ۴۵ ثانیه است در حالی که در حوزه برون شهری این میانگین ۹ دقیقه و سه صدم ثانیه است.

رییس دانشگاه علوم پزشکی اردبیل در پایان سخنان خود از فعال بودن ۶ هزار و ۳۰۰ نفر نیروی انسانی در بخش بهداشت و درمان استان خبر داد و گفت: یک هزار و ۶۶۲ نفر از این افراد در شش سال اخیر استخدام شده اند که ۴۴۰ نفر نیز اسفند سال قبل پذیرش شدند.



۲۱ - بیماری های منتقله از غذا به مهمترین چالش بهداشتی تبدیل شده اند باشگاه خبرنگاران - گزارش های جهانی نشان می دهند که با توجه به روند رو به گسترش بیماری های منتقله از غذا در سالهای اخیر، این بیماری ها به مهمترین چالش های بهداشتی در جهان تبدیل شده اند.

علیرضا داوری نسبت کارشناس ارشد مبارزه با بیماری ها در گفتگو با خبرنگار باشگاه خبرنگاران تصریح کرد: عوامل تغذیه ای به صورت مستقیم و غیر مستقیم عامل بروز بسیاری از بیماری ها اعم از واگیر، غیر واگیر، حاد و مزمن هستند و هر روز ابعاد جدیدی از این ارتباط کشف می شود.

وی گفت: ارتباط بین مواد غذایی آلوده و بروز بیماری های مرتبط با آن بخصوص بیماری های عفونی مختلف و مسمویت های غذایی موضوعی است که همچنان مورد توجه کارشناسان، متخصصان، مسئولان و آحاد افراد جامعه قرار دارد. داوری نسبت با بیان اینکه برخلاف بسیاری از تصورات شیوع بیماری های منتقله از غذا در بسیاری از مناطق دنیا بیشتر شده است، تاکید کرد: گزارش های جهانی نشان می دهند که با توجه به روند رو به گسترش بیماری های منتقله از غذا در سالهای اخیر، این بیماری ها به مهمترین چالش بهداشتی در جهان تبدیل شده اند.

وی گفت: بیماری های منتقله از غذا عوارض و اثرات مختلفی بر پیکره جوامع وارد می کنند که این عوارض ممکن است سیستم بهداشتی و درمانی را به شدت درگیر خود کرده و از توجه به سایر مشکلات و معضلات بهداشتی باز دارد.

داوری نسب یاد آور شد: براساس گزارش های موجود، بیماری های منتقله از غذا همه ساله سبب ابتلا و مرگ و میر میلیون ها نفر در سراسر جهان شده و هزینه های قابل توجهی را به جامعه، خانواده ها و دولت تحمیل می کند.

وی خاطر نشان کرد: با توجه به روند رو به گسترش بیماری های منتقله از غذا در سطح جهان، دولت ها و مسئولان بهداشتی در سراسر جهان باید چاره اندیشی کرده و قبل از بروز مشکلات و عوارض شدیدتر راهکارهایی برای کاهش شیوع این بیماری ها پیدا کند.

****کودکان زیر ۵ سال، بیشترین آمار ابتلا به بیماری های منتقله از غذا در ادامه قاسم طاهری کارشناس ارشد مبارزه با بیماری ها گفت: اگر چه بیماری های منتقله از غذا در تمام گروه های سنی دیده می شوند، اما آمار ابتلا به این بیماری ها در کودکان بیشتر است. وی تاکید کرد: براساس مطالعات انجام شده در داخل و خارج کشورمان، کودکان زیر ۵ سال، بیشترین آمار ابتلا به بیماری های منتقله از غذا را تشکیل داده که عمده این کودکان در کشورهای فقیر، کمتر توسعه یافته و در حال توسعه زندگی می کنند.**

طاهری با بیان اینکه کودکان به بیماری های منتقله از آب و غذا سبب مرگ و میر قابل توجه کودکان در برخی از نقاط دنیا شده است، یاد آور شد: متأسفانه شرایط بهداشت آب و غذا در مناطقی همچون آفریقا به اندازه ای ناسالم است که اغلب کودکان بارها و بارها به بیماری های عفونی مختلف دچار شده و تعداد زیادی از آنها در نتیجه این بیماری ها جان خود را از دست می دهند.

وی گفت: آمار ابتلا و مرگ و میر قابل توجه ناشی از بیماری های منتقله از آب و غذا در برخی از مناطق دنیا در حالی است که تنها با مصرف **هزینه** اندک می توان جلوی بسیاری از موارد ابتلا و مرگ و میر را گرفت.

طاهری خاطر نشان کرد: درد شکم، تهوع و استفراغ، اسهال حاد آبکی و اسهال خونی از جمله مهمترین علائم و نشانه های مرتبط با بیماری های منتقله از غذا است که در صورت مشاهده این علائم بخصوص در کودکان باید به سرعت به پزشک مراجعه کرده و تحت **درمان** قرار گرفت. /ح



www.pana.ir

خبرگزاری پانا

Pupils Association News Agency

۲۲ - کوتاهی های پزشکی در برخی بیمارستانهای همدان اپیدمی شده است خبرگزاری پانا - همسر مادر جوانی که در اثر قصور پزشکی پس از عمل سزارین در همدان جان باخت گفت: عدم احساس مسئولیت پزشک و کادر درمانی بیمارستان تامین اجتماعی همدان باعث مرگ همسرم شد.

کوتاهی های پزشکی در برخی بیمارستانهای همدان اپیدمی شده است

خبرگزاری پانا: همسر مادر جوانی که در اثر قصور پزشکی پس از عمل سزارین در همدان جان باخت گفت: عدم احساس مسئولیت پزشک و کادر درمانی بیمارستان تامین اجتماعی همدان باعث مرگ همسرم شد.

همسر این قربانی در گفتگو با خبرنگار استان های خبرگزاری پانا در همدان بیان کرد: همسرم در حمل وضع دوم به سر می برد که به تشخیص پزشکی برای عمل سزارین در تاریخ هفتم شهریور ماه به محل بیمارستان تامین اجتماعی همدان فرستاده شد که در روز عید فطر پس از ترخیص، احساس درد در ناحیه شکم داشت که به بیمارستان منتقل شد. وی افزود: در ابتدا به هنگام مراجعه به بیمارستان تامین اجتماعی در بخش اورژانس هیچ گونه رسیدگی به همسرم نشد در حالی که همسرم بیمار این بیمارستان بود و مسئولان آن مکان به ویژه دکتر این اورژانس برخلاف وظیفه پزشکی خود و رسیدگی همسرم را راهی بخش زایشگاه کردند. وی یکی از دلایل اصلی که موجب این فاجعه شد را عدم احساس مسئولیت بخش اورژانس تامین اجتماعی همدان اعلام کرد و گفت: در صورت گرفتن یک آزمایش، از عمق فاجعه کاسته می شد اما متأسفانه این پزشک حتی از معاینه کردن همسرم امتناع کرد. همسر این قربانی ادامه داد: سپس به بیمارستان فاطمیه مراجعه کردیم که به دلیل عمل سزارین همسرم در تامین اجتماعی آنان نیز از پذیرفتن وی امتناع ورزیدند. وی گفت: با پیگیریهای انجام شده عمل جراحی در ناحیه شکم او انجام شد اما متأسفانه به نتیجه رسیدند که روده همسرم به هنگام سزارین دچار پارگی شده و به دلیل انجام ندادن وظایف پزشک مورد نظر همسرم، محتویات روده وارد خون شد که او را از پای درآورد. وی بیان کرد: با اطلاع رسانی نقش مهمی در جامعه دارند چرا که با اطلاع رسانی می توان از این گونه قصورات کاهش داد تا سطح رضایتمندی مردم افزایش یابد. همسر قربانی کوتاهی پزشکی تاکید کرد: به دلیلی که همسرم متوجه قصور پزشک شد در زمان زنده بودن خود از من خواست تا شکایت را ادامه دهم و تا زمانی که به نتیجه نرسیم پیگیر خواهم بود چرا که من دختری شش ساله دارم که از روز فوت مادرش بی قرار است و وابستگی شدیدی به مادر دارد. وی اظهار کرد: دخترم هر روز بی قرار می کند، در نهایت مظلومیت باید احساسات فرزندم قربانی بی رحمی و انجام ندادن وظایف یک پزشک شود که مسئولیت خود را انجام نداده است. وی خاطر نشان کرد: در شهریور ماه امسال فرزندم پسری متولد شد که باید سالهای سال بدون محبت مادری بزرگ شود و حسرت آغوش گرم مادر را به همراه خود داشته باشد و قربانی بی رحمی پزشکان و عدم مسئولیت آنها شود. همسر این قربانی پزشکی تاکید کرد: یکی از دلایلی که باعث مرگ همسرم شده علاوه بر قصور پزشک او و عدم مسئولیت دکتر اورژانس، عدم مسئولیت کادر پزشکی بیمارستان تامین اجتماعی است. وی اظهار کرد: همسرم دارای فوق لیسانس زبان و ادبیات فارسی و تنها دختر خانواده بود که این موضوع بسیار درد آور است.



۲۲ - نوع آنتی سرم های **درمانی** و پروبیوتیک های جدید تولید داخل اعلام شد
خبرگزاری ایرنا - مدیرکل دفتر توسعه فناوری سلامت معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت، **درمان** و آموزش پزشکی گفت: نوع آنتی سرم های **درمانی** عقرب کزیدگی و مارکزیدگی و همچنین پروبیوتیک ها جدید تولید داخلی این وزارتخانه اعلام شد.

حسین کیوانی روز دوشنبه در گفت و گو با خبرنگار اجتماعی ایرنا افزود: آنتی سرم های عقرب گزیدگی برای **درمان** چهار گونه عقرب موجود در ایران تولید شده است. وی با بیان اینکه آنتی سرم های مارگزیدگی نیز برای مارهای موجود در ایران تولید شده است، گفت: از آن جایی که **وزارت بهداشت** به دنبال کیفیت محصولات **دارویی** است بر اساس فناوری های نوین، سرم هایی تولید کرده است که عوارض کمتری داشته باشد. کیوانی اضافه کرد برای برخی از مارها مثل مار دریایی، آنتی سرم نداریم بنابراین در راستای بومی کردن این سرم باید با اصلاح دانش فنی، این سرم ها تولید شود. وی با بیان اینکه این سرم ها مشمول پارانه دولتی می شود و برای بیماران رایگان است، گفت: این سرم ها برای مبارزه با سمومی که ممکن است به ندرت وجود داشته باشد، تولید شده است. مدیرکل دفتر توسعه فناوری سلامت معاونت تحقیقات و فناوری **وزارت بهداشت**، **درمان** و آموزش پزشکی درباره تولید پروبیوتیک ها (داروهایی با منشأ طبیعی و برای **درمان** بیماری های گوارشی) گفت: برای تولید پروبیوتیک ها، فعالیت هایی انجام شده اما کار منسجمی انجام نشده است. کیوانی با بیان اینکه واردات پروبیوتیک ها بسیار زیاد است، گفت: در راستای سیاست سازمان بهداشت جهانی و **وزارت بهداشت** برای کاهش استفاده آنتی بیوتیک ها، پروبیوتیک ها تولید می شود که این **داروها** برای صنایع لبنی بسیار مفید بوده چرا که ارزش غذایی مواد لبنی را افزایش می دهد. وی ادامه داد: در راستای تولید پروبیوتیک ها، قرص و کپسول هایی برای جلوگیری از اسهال، بیماری های قارچی در بانوان و افزایش اثرات شیر خشک تولید شده است. **اجتماع**۹۱۰۵** انتهای خبر / خبرگزاری جمهوری اسلامی (ایرنا) / کد خبر ۳۰۵۷۰۵۶۹**



۲۲ - فرماندار اردبیل: تکلیف بیمارستان سوختگی اردبیل در دولت دهم تعیین می شود
خبرگزاری فارس - فرماندار شهرستان اردبیل گفت: تکلیف احداث بیمارستان تروما (سوختگی اردبیل) تا پایان دوران خدمتگزاری دولت نهم تعیین شده است و به سرانجام می رسد.

به گزارش خبرگزاری فارس از اردبیل، یوسف اکبری در مراسم تجلیل از بهروزان در بیمارستان امام خمینی (ره) اردبیل اظهار داشت: در سفر اخیر هیئت دولت به استان اردبیل و در جلسه شورای اداری که با حضور وزیر معین مرکز استان، وزیر بهداشت و درمان برگزار شد، خواستار تکمیل بیمارستان تروما اردبیل شدیم که وحید دستجردی قول مساعد برای تکمیل این بیمارستان تا پایان دولت دهم داد.

وی با یادآوری این که در حوزه سلامت و بهداشت در شش سال گذشته در استان اردبیل کاری انقلابی انجام شده است، تصریح کرد: در همین مدت علاوه بر تکمیل بیمارستان امام و راه اندازی واحدهای مختلف جراحی قلب، توراکس و برخی دیگر از بخش ها سعی کردیم شایسته ترین خدمات را به مردم به ویژه بیماران و خانواده های آنها ارائه کنیم که افتتاح هتل اینگ بیمارستان امام اردبیل از جمله آنها است.

اکبری خاطر نشان کرد: با راه اندازی این مجموعه اردبیل به صورت شایسته میزبان بیماران خارج از کشور است که با کمترین دغدغه می توانند در این بخش اسکان یافته و در کنار بیماران خود به مداوا و مراقبت اقدام کنند.

به گزارش فارس، فرماندار اردبیل در ادامه سخنان خود به ضرورت برگزاری جشن بزرگ تکمیل شبکه های درمانی روستایی در استان اردبیل اشاره کرد و ادامه داد: با همراهی کادر پزشکی در سال های اخیر سرعت عمل خوبی را در حوزه خدمت رسانی در بخش **درمان** و **دارو** شاهد بودیم به طوری که پرستاران و بهروزان توانستند با خدمات شبانه روزی خود بسیاری از افراد بستری شده را مراقبت کرده و سلامتی آنها را بازگردانند.

این مقام مسئول با بیان این که بعد از پیروزی انقلاب توجه ویژه ای به مراکز بهداشتی شده است، اضافه کرد: احداث خانه های بهداشت در مراکز روستایی محروم از جمله این اقدامات است که در دولت نهم و دهم با قوت و قدرت بیشتر انجام شده است. وی یکی از اقدامات ماندگار دولت خدمتگزار را در حوزه ارتقای شاخص های سلامت تشکیل هسته های پزشک خانواده در جامعه و در بین خانواده ها اعلام کرد و گفت: این کار سبب شده است تا خانواده ها به امنیت بیشتر بهداشت و سلامت خود بیندیشند و در این زمینه اقدامات مفیدی را برای ارتقای وضعیت بهداشتی و **درمانی** انجام دهند.

به گزارش فارس، در این مراسم رییس مرکز بهداشت استان در سخنانی افزود: با حضور به موقع و مؤثر پزشکان، پرستاران و بهروزان در مراکز بهداشتی آمار مرگ و میر در استان اردبیل کاهش چشمگیر یافته است.

منوچهر براک در ادامه سخنان خود تصریح کرد: استان اردبیل از نظر شاخص سلامتی به ویژه کاهش مرگ و میر مادران و نوزادان در جایگاه مناسبی قرار دارد به طوری که از میانگین کشوری نیز تعداد مرگ و میرها در مادران و نوزادان پایین تر است. وی در پایان سخنان خود خاطر نشان کرد: امسال تمام سعی خود را به کار بستیم تا با تکمیل و بهره برداری پروژه های نیمه تمام چرخه بهداشت و سلامت استان را با راه اندازی خانه های بهداشت تکمیل کرده و جشن استقلال و بهره برداری کامل از شبکه بهداشت را در استان برپا کنیم.

روزنامه جام جم

۲۵ - گاهی تنبیه لازم است

روزنامه جام جم - اولین بار، اردیبهشت امسال بود که وزیر بهداشت از محرومیت دانشجویان پزشکی سیگاری از تحصیل خبر داد. حالا بعد از ۴ ماه اولین دانشجوی پزشکی سیگاری بطور موقت (دو ترم) از تحصیل محروم شده است.

براساس شیوه نامه اجرایی انضباطی دانشجویان علوم پزشکی که به همه دانشگاه های علوم پزشکی ابلاغ شده است، استعمال دخانیات در دانشگاه و اماکن مرتبط در زمره تخلفات اخلاقی است و باید مورد رسیدگی قرار گیرد. هر چند در اغلب خبرهای اعلام شده تنها به سیگاری بودن این فرد اشاره شده اما وحید صرامی، معاون فرهنگی معاونت دانشجویی وزارت بهداشت در گفت و گو با ایسنا به استعمال مواد مخدر و سیگار در خوابگاه از سوی این دانشجو هم اشاره کرده است. به گفته او در ابتدا به این دانشجو تذکرات لازم داده شد، ولی او ترتیب اثر در رویه خود نداده و تخلف خود را در خصوص مصرف مواد مخدر و سیگار تکرار کرده بود. اگر از بحث مصرف مواد مخدر و لازم الاجرا بودن محرومیت موقت این گونه دانشجویان بگذریم، به واکنش ها در خصوص محرومیت دانشجوی سیگاری می رسیم. در حالی که برخی از این اقدام وزارت بهداشت دفاع کرده و از آن به عنوان یک اقدام شفاف و قاطع نسبت به دانشجوی پزشکی سیگاری یاد کرده اند، برخی نیز واکنش های مخالف با این گونه برخوردها از خود نشان داده اند. این عده معتقدند محرومیت از تحصیل برای دانشجوی مصرف کننده سیگار یا مواد مخدر راهکار مناسبی نیست و باید بیش از هر چیز به اقدامات فرهنگی و بازدارنده نسبت به چنین مسائلی تمرکز کرد. اما باید به مخالفان چنین محرومیت هایی یادآور شد که حضور دانشجوی سیگاری یا معتاد در محیط دانشگاه یا خوابگاه می تواند عاملی جهت مصرف چنین موادی برای سایر دانشجویان باشد، بنابراین محرومیت موقت در این خصوص سبب می شود تا از یک سو فرصتی دوباره برای دانشجوی خاطی ایجاد شود و از سوی دیگر برای دانشجویانی که زمینه گرایش به چنین مسائلی را دارند، به گونه ای عامل بازدارنده محسوب شود. اوبد طالبیان / جام جم

روزنامه جام جم

۲۶ - دیر تشخیص دهید، راه برگشت ندارید!

روزنامه جام جم - بیماری بی رحمی است، شاید موهای کودک تان را بور کند، شاید توان حرف زدن را از او بگیرد، شاید او را گنگ و گیج و ناتوان کند، شاید جسمش را نحیف کند یا.

تشخیص دیر هنگام فنیل کتون اوری سبب آسیب های جدی به مغز و عقب ماندگی کودکان می شود دیر تشخیص دهید، راه برگشت ندارید! بیماری بی رحمی است، شاید موهای کودک تان را بور کند، شاید توان حرف زدن را از او بگیرد، شاید او را گنگ و گیج و ناتوان کند، شاید جسمش را نحیف کند یا... اما پادان باشد، هیچ بیماری مودی نمی تواند در برابر اراده انسان ها برای درمان تاب بیاورد و اگر شما هم به این اصل معتقد هستید پس باید باور کنید که فنیل کتون اوری هم قابل کنترل است. بیماری فنیل کتون اوری یا پی کی یو بیماری است که هنوز هم در کشور ما بسیاری از خانواده ها با آن غریبه و کمتر اسمش را شنیده اند. این بیماری مادرزادی متابولیکی به دلیل کمبود نوعی آنزیم در بدن ایجاد می شود؛ آنزیمی که نبودش اختلالات عجیب و خطرناکی را در مغز و پوست بوجود می آورد و خوردن گوشت را برای مبتلایان به این بیماری مضر می کند. جالب است بدانید که در کمتر از ۳ دهه پیش بیماری فنیل کتون اوری هنوز در کشور ما چندان شناخته شده نبود و کمتر منبع معتبر علمی در اختیار خانواده هایی که کودکی مبتلا به این بیماری داشتند قرار می گرفت و حتی گاهی بیماری آن قدر دیر تشخیص داده می شد که حتی پس از تشخیص، کنترل وضعیت بیمار دشوار می شد.

نشانه های عجیب یک بیماری مرموز

براساس پژوهشی که چندی پیش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی منتشر کرده است نوزادانی که با بیماری فنیل کتون اوری متولد می شوند معمولاً در بدو تولد نشانه خاصی ندارند و بیماری مرموزشان با گذشت زمان خودش را نشان می دهد و والدین با گذشت چند ماهی از تولد نوزاد، نخستین نشانه ها را تشخیص می دهند و می فهمند کودک آنها توانایی سخن گفتن ندارد، عرق و ادرارش بویی به شدت ناخوشایند دارد، استفراغ می کند، رنگ موهای او تغییر می کند و بور می شود، بهانه گیر، عصبی و کج خلق است و توجهی به اطرافیان ندارد، او با همسالانش بازی نمی کند، نمی تواند بنشیند و روی پوستش ضایعاتی غیر عادی دارد.

تشخیص بیماری فنیل کتون اوری در هفته های نخست بیماری حتی برای پزشکان هم دشوار است و همین تاخیر در تشخیص، گاه سبب آسیب جدی به مغز و حتی نوعی عقب ماندگی ذهنی می شود. مهم ترین مساله در مواجهه با کودکان مبتلا به فنیل کتون اوری تشخیص بیماری آنها پیش از پایان هفته دوم تولد و تنظیم رژیم غذایی ویژه برای آنهاست. هر چه بیماری زودتر تشخیص داده شود و برنامه غذایی زودتر اعمال شود، امکان موفقیت در کنترل این بیماری بیشتر است.

فراموش نکنید بیمار مبتلا به فنیل کتون اوری که بیماری اش زود تشخیص داده شده و پرهیز های غذایی لازم را در رژیم غذایی اش رعایت کرده است ناتوان نیست و می تواند مثل یک انسان سالم به فعالیت های اجتماعی بپردازد. حتماً آن بیمار فنیل کتون اوری را به یاد دارید که چندی پیش، گزارشی درباره اش منتشر کردیم که به دلیل درمان و رعایت رژیم غذایی، به زندگی عادی برگشته و حتی در کنکور کارشناسی ارشد، رتبه برتر را کسب کرده بود.

آرزوی تان برآورده شد!

بر اساس گزارش وزارت بهداشت از هر ۸ هزار کودک متولد شده در کشور، دست کم یک کودک مبتلا به فنیل کتون اوری است. همیشه پیشگیری از درمان بهتر است و اگر والدین پیش از ازدواج به مشاور ژنتیک سری بزنند می توانند خطر ابتلا به این بیماری در فرزندشان را کاهش دهند، اما حتی اگر والدین به مشاور هم مراجعه نکرده باشند و کودکی با پی کی یو متولد شده باشد، یک

آزمایش ساده خون می تواند بیماری را پیش از آن که آسیب های جدی به بدن وارد کند و سبب افت هوش شود برای پزشکان قابل تشخیص کند.

به نظر تان خوب نمی شد اگر چنین آزمایشی به صورت برنامه ای برای غربالگری کودکان مبتلا به فنیل کتون اوری در سراسر کشور انجام می شد؟ آرزوی شما برآورده شد! روز گذشته دکتر کورش اعتماد، رییس مرکز مدیریت بیماری های غیرواگیر وزارت بهداشت در گفت و گو با ایسنا از تصویب برنامه غربالگری این بیماری در کشور خبر داد و گفت به زودی این برنامه در دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور اجرا خواهد شد و اگر این آزمایش ها در کشور انجام شوند شاید دیگر هیچ کودکی به دلیل دیر تشخیص دادن این بیماری، آسیب مغزی نبیند.

مریم یوشی زاده / جام جم

روزنامه جمهوری اسلامی

۲۷ - صدای شما

* یکی از کارکنان بیمارستان: در پرداخت کارانه به کارکنان بیمارستان شهیدای یافت آباد، متاسفانه تبعیض وجود دارد که از مسئولان این بیمارستان انتظار می رود عدالت را در این باره رعایت کنند.

روزنامه تهران امروز

۲۸ - بی توجهی وزارت بهداشت به یک خطر جدی

روزنامه تهران امروز - دعا کنیم زلزله تهران تا ساخت بیمارستان های جدید نیاید!

وضعیت فیزیکی بسیاری از بیمارستانهای تهران در شرایطی است که با کوچک ترین تکان و زمین لرزه تخریب می شود. این در حالی است که بیمارستانها در چنین مواقعی باید علاوه بر خدمات رسانی، پناهگاهی ایمن برای مصدومان باشند. وزیر بهداشت عنوان داشته که اکثر بیمارستانهای تهران با وقوع زلزله فرو خواهند ریخت. این در حالی است که سیاست این وزارتخانه ساخت بیمارستانهای جدید به جای مقاوم سازی بیمارستانهای فرسوده است.

تهران روی گسل زلزله

بررسیها و اظهارات کارشناسی نشان می دهد تهران روی گسل زلزله قرار دارد و از این رو، باید همواره از آمادگی لازم در مواجهه با وقوع زمین لرزه برخوردار بود. بنابراین، یکی از مکانهای امن و ایمن در چنین مواقعی، بیمارستانها هستند. دکتر مهدی زارع، معاون پژوهشگاه بین المللی زلزله شناسی و مهندسی زلزله، مناطق شمالی تهران را با توجه به وجود گسلهای فعال، تراکم جمعیت و بافت فشرده شهری در صدر مناطق پر خطر به لحاظ وقوع زلزله توصیف کرد و افزود: فلات و پهنه لرزه خیز ایران به طور تقریبی هر ۱۰ سال یک زلزله شدید با بزرگای ۷ ریشتر به بالا را تجربه می کند که در حال حاضر بیش از ۱۴ سال از وقوع زلزله بالای ۷ ریشتری کشور گذشته است و بنابراین وقوع زلزله شدید محتمل است.

ساخت بیمارستان های جدید

این در حالی است که مهندس سید محمدمهدی کلانتریان، مدیرکل دفتر توسعه منابع فیزیکی و امور عمرانی وزارت بهداشت گفته است که این وزارتخانه به جای مقاوم سازی بیمارستانهای فرسوده، جایگزینی این بیمارستانها را در دستور کار دارد و اکنون ۲۴۵ بیمارستان در سطح کشور در حال ساخت است که حدود ۲۵ هزار و ۹۰۰ تخت بیمارستانی را شامل می شود. وی با اشاره به مطالعه انجام شده در زمینه آسیب پذیری بیمارستان های کشور در برابر زلزله و استخراج اطلاعات فنی در خصوص استحکام و مقاومت بیمارستانهای موجود در برابر زلزله، عنوان داشته که دو راه حل در مورد بیمارستانهای فرسوده کشور مورد بررسی قرار گرفت که یک راه آن بود که بیمارستانهای موجود در برابر زلزله مقاوم شوند و دیگر آنکه بیمارستانهای جدید طراحی و جایگزینی بیمارستانهای فرسوده شوند.

اما نکته ای که در این بین وجود دارد، زمان احداث و بهره برداری از بیمارستان های جدید است. زیرا با توجه به بودجه و اعتباراتی که وزارت بهداشت دارد، قطعاً نمی توان امیدوار بود که این وزارتخانه با بودجه ای که دارد بتواند در کمترین زمان ممکن نسبت به جایگزینی بیمارستانهای فرسوده تهران از طریق ساخت بیمارستانهای جدید اقدام کند.

زلزله تهران شوخی نیست

عزیزالله رجب زاده، رییس سازمان پیشگیری و مدیریت بحران شهر تهران با اشاره به فرسودگی شریانهای حیاتی و واحد های مسکونی و همچنین زمان بر بودن غلبه بر تمامی این مشکلات، عنوان داشته است که هنوز احتمال وقوع زلزله را جدی نگرفته ایم و زمین لرزه تهران را باور نداریم.

وی، نشانه جدی نگرانی این بحران را ضعفهای موجود در ساخت و سازها، عدم آموزش مردم و کافی نبودن میزان تلاشها در این حوزه نسبت به مخاطره موجود عنوان کرده است. این درحالی است که وزیر بهداشت، فرسوده بودن بیمارستانهای پایتخت را مهم ترین معضل نظام سلامت عنوان داشته و گفته است که در حال حاضر ۸۰ درصد از بیمارستانهای شهر تهران دارای بافتهای فرسوده هستند و باید تدابیر جدی اندیشیده شود. احمد صادقی، رییس جمعیت هلال احمر استان تهران با بیان اینکه گسلهای فعال زیر پایتخت با کسی شوخی ندارند و نمی توان ادعا کرد زلزله بزرگ تهران رخ نمی دهد گفته است که برای اینکه در زمان وقوع زلزله

بتوانیم امداد رسانی کنیم باید سه میلیون تهرانی پایتخت را ترک کنند. وی این موضوع را هم مورد اشاره قرار داده است که در زمان وقوع زلزله در تهران امداد زمینی امکان پذیر نیست ولی اینکه گفته می شود امداد هوایی در زلزله تهران تنها راهکار است آن هم غلط است چون ساختمانهای بلند مانع از فرود بالگردها شده و خود ساختمانها هم بر اثر زلزله آسیب پذیر هستند. از سوی دیگر، دکتر حسن امامی رضوی معاون درمان وزارت بهداشت با عنوان این مطلب که بحث فرسودگی بیمارستانهای شهر تهران امر بسیار مهمی بوده و نیاز به بازسازی دارد، گفته است که بیمارستانهای موجود تهران به طور معمول در مواقع بحران، ارائه خدمات را به صورت جاری از دست خواهند داد.

ایمانا

۲۹ - افت کیفیت محصولات غذایی پس از هدفمندی بارانه ها

ایمانا - گزارش های سازمان استاندارد و تحقیقات صنعتی از کنترل کیفیت محصولات غذایی این روز ها، حاوی اخبار تکان دهنده ای است؛ گزارشاتنی که اغلب،

اگر روزگاری عرضه معما گونه گوشت چرخ کرده با یک پنجم قیمت واقعی، تنها به برخی قصابی های جنوب شهر محدود بود امروز به یمن افول سطح نظارت دولت، پای این نوع محصولات به سفره اغلب ایرانیان باز شده است . به گفته یکی از کارشناسان سازمان استاندارد ، سودجویان در تازه ترین ترفند خود اسکلت فاقد گوشت مرغ را در سطحی انبوه در چرخ گوشت می ریزند و به دلیل شباهت رنگ قرمز مغز استخوان مرغ با رنگ گوشت در تولید فرآورده های گوشتی مانند همبرگر، کباب کوبیده یا در سوسیس و کالباس مورد استفاده قرار می دهند. این کارشناس همچنین به واردات رب گوجه فرنگی از چین نیز اشاره کرد که البته در مسیر ارسال به کارخانه ها کپک می زند و با همان وضعیت وارد خط تولید می شود. او البته کاهش کیفیت محصولات صنایع غذایی کشور را به افزایش هزینه های تولید پس از اجرای قانون هدفمند سازی بارانه ها مرتبط دانست و گفت در چنین شرایطی که حوزه سلامت و درمان در چنین وضعیت نابسامانی قرار دارد، کنترل کیفی محصولات نهایی از افزایش تخلفاتی از این دست پیشگیری خواهد کرد.



۲۰ - هنوز یک ریال از ۲ هزار میلیارد تومان بودجه بخش سلامت پرداخت نشده است

آفتاب نیوز - عضو کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی، اجرا نشدن قانون تعرفه گذاری خدمات پرستاری را ناشی از کمبود اعتبارات عنوان کرد و گفت: معاونت نظارت راهبردی رییس جمهوری در تخصیص بودجه های سلامت مشکل دارد و در واقع سیاست هایی را اعمال می کند که به ضرر مردم است. عضو کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی، اجرا نشدن قانون تعرفه گذاری خدمات پرستاری را ناشی از کمبود اعتبارات عنوان کرد و گفت: معاونت نظارت راهبردی رییس جمهوری در تخصیص بودجه های سلامت مشکل دارد و در واقع سیاست هایی را اعمال می کند که به ضرر مردم است. به گزارش آفتاب، "انوشیروان محسنین بندپی" در گفت وگو با خانه ملت با انتقاد از اجرا نشدن قانون تعرفه گذاری خدمات پرستاری اظهار کرد: منابع مالی ناشی از اجرای این قانون را باید آقای عزیزم معاونت نظارت راهبردی رییس جمهوری تخصیص می داد.

نماینده نوشهر و چالوس در مجلس افزود: مناسبانه گویا ایشان در تخصیص بودجه های سلامت مشکل دارد، در واقع سیاست هایی را اعمال می کند که به ضرر مردم و اجرای قانون است.

عضو هیئت رییس فراكسیون مبارزه با دخانیات مجلس، با اشاره به اختصاص ۳ هزار میلیارد تومان به بخش سلامت در بودجه سال ۹۰ تصریح کرد: ۶ ماه از سال گذشته؛ اما حتی یک ریال هم از این مبلغ اختصاص داده نشده است، اینها باعث می شود مطالبه های پرستاران، انگیزه ماندگاری پزشکان در بیمارستان ها همه با علامت سوال مواجه باشد.

به گفته محسنی بندپی، استخدام پرستاران نیز با ابهام مواجه شده، این در حالی است که مسئولان باید بدانند که هزینه نکردن در بخش سلامت صرفه جویی نیست بلکه سرمایه گذاری بر روی نیروی سالم و کارآمد است. طرح تعرفه گذاری خدمات پرستاری در تاریخ ۸۶/۴/۱۲ در صحن مجلس شورای اسلامی با تصویب اکثریت آراء نمایندگان به صورت قانون در آمد و برای تهیه آیین نامه اجرایی به دولت ابلاغ شد. این در حالیست که پس از گذشت چهار سال از ابلاغ این قانون، هنوز اجرایی نشده است.

روزنامه فرهیختگان

۲۱ - درخشش کمیته تحقیقات دانشجویی واحد پزشکی تهران

روزنامه فرهیختگان - سرپرست کمیته تحقیقات دانشجویی واحد پزشکی تهران گفت: اعضای کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران با حضور در دوازدهمین کنگره پژوهشی بین المللی سالیانه دانشجویان علوم پزشکی ایران،

با ارائه هشت مقاله به صورت سخنرانی و پوستر موفق به دریافت عناوین برتر و کسب جوایز و لوح یادبود شدند. دکتر شهرزاد خاکپور افزود: در این کنگره که به مدت چهار روز در شهریورماه به میزبانی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان برگزار شد، اعضای کمیته تحقیقات دانشجویی واحد پزشکی تهران، شش مقاله به صورت پوستر و دو مقاله به صورت سخنرانی ارائه کردند؛ مریم محسنی کیا دانشجوی سال چهارم رشته پزشکی و گلاره ربیع صالحی دانشجوی رشته زیست شناسی (سلولی مولکولی) با ارائه سخنرانی در زمینه علوم پایه و میثم اخلاق دوست، شیدا کاظمی، سید محمد جواد میرلوحی، افسانه عظیم پور و نازیلاسادات سید فروتن با ارائه پوستر از اعضای فعال کمیته تحقیقات دانشجویی واحد پزشکی تهران هستند که از این میان گلاره ربیع صالحی به عنوان سخنران برگزیده در زمینه علوم پایه و مقاله افسانه عظیم پور دانشجوی مقطع کارشناسی ارشد رشته پرستاری به عنوان پوستر برگزیده در زمینه پرستاری و مامایی انتخاب شد. گفتنی است مراسم اختتامیه دوازدهمین کنگره پژوهشی دانشجویان علوم پزشکی با حضور معاون دانشجویی فرهنگی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی خانم دکتر ترکستانی، مسوولان استان و نمایندگان مردم اصفهان در مجلس شورای اسلامی، ریاست دانشگاه و سایر اساتید و دانشجویان نخبه کشور در سالن ورزشی شهید موحدی دانشگاه برگزار شد. خاکپور افزود: کمیته تحقیقات دانشجویی واحد پزشکی تهران زیر نظر حوزه معاونت پژوهش و فناوری و با هدف حمایت از فعالیت های پژوهشی و گروهی دانشجویان، تقویت روحیه پژوهش در جهت کارایی و بالندگی علمی و راهنمایی و توانمندسازی دانشجویان فعالیت می کند. سرپرست کمیته تحقیقات دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران گفت: هرچند از زمان تشکیل کمیته تحقیقات دانشجویی مدت زمان زیادی نمی گذرد، ولی اعضای علاقه مند و فعال این کمیته در کمتر از یک سال از شروع فعالیت خود در چهاردهمین کنگره بین المللی علوم پزشکی تبریز و چهارمین کنگره شبکه همکار شمال کشور در دانشگاه علوم پزشکی بابل به عنوان داور، ارائه مقالات به صورت سخنرانی و پوستر حضور یافته اند. وی افزود: نگارش کتاب و مقاله نویسی، برگزاری کارگاه های آموزشی و برگزاری تورهای یک روزه آموزشی از جمله فعالیت های کمیته دانشجویی واحد پزشکی تهران است. وی همچنین ابراز امیدواری کرد با حمایت های مالی و معنوی دانشگاه از اهداف و برنامه های این کمیته بتوانیم در آینده ای نزدیک شاهد پیشرفت های چشمگیر علمی و پژوهشی دانشجویان در مجامع علمی و تحقیقاتی ملی و بین المللی باشیم. شایان ذکر است از دارندگان مقالات برتر در این مراسم تقدیر به عمل آمد و به شرکت کنندگان جوایز و لوح یادبود اهدا شد.

اتاق شیشه ای خبر
شفاف

Shafaf.ir

۲۲ - جایگاه ایران در تولید علوم پزشکی دنیا ۲ رتبه صعود کرد

شفاف - معاون تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت اعلام کرد: جایگاه ایران در تحقیقات و تولید علوم پزشکی دنیا ۲ رتبه صعود کرد و از رتبه ۲۶ به رتبه ۲۴ ارتقا یافت.

مصطفی قانعی افزود: طی یک سال گذشته تمام دانشگاه های علوم پزشکی کشور از نظر تولیدات علمی بین ۲۰ تا ۳۰ درصد رشد داشتند و همین مسئله باعث ارتقا رتبه ایران از نظر تولید مقالات و تولیدات علوم پزشکی در دنیا از رتبه ۲۶ به رتبه ۲۴ شد که اگر این روند ادامه پیدا کند می توانیم به موقع به اهداف سند چشم انداز بیست ساله کشور برسیم. وی ادامه داد: دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی کشور در مجموع به ۲ دسته دانشگاه های تیب یک، دو و سه تقسیم می شوند که بر اساس آخرین رتبه بندی و امتیاز بندی این دانشگاه ها از نظر تحقیق و پژوهش، در بین دانشگاه های تیب یک دانشگاه علوم پزشکی تهران با کسب ۶۰ هزار امتیاز با فاصله زیاد در رتبه اول قرار گرفته است. قانعی گفت: در بین دانشگاه های تیب ۲ نیز دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله با ۱۰ هزار امتیاز و فاصله کم نسبت به رتبه بعدی در جایگاه نخست ایستاد و در بین دانشگاه های علوم پزشکی تیب ۳ نیز دانشگاه شهرکرد با فاصله اندک نسبت به بوشهر و کردستان در جایگاه اول قرار گرفت.

وی اضافه کرد: نکته قابل توجه در رتبه بندی جدید تحقیقات دانشگاه های علوم پزشکی ارتقا ۳ رتبه ای دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در بین دانشگاه های تیب یک است که توانست امسال در رتبه سوم قرار گیرد. معاون وزیر بهداشت افزود: شاخص هایی که در رتبه بندی دانشگاه های علوم پزشکی مد نظر است یک مدیریت تولید علم با همان حاکمیت و رهبری است، دوم تولید مقاله، کتاب و فناوری است، شاخص مهم دیگر توانمندسازی و آموزش اعضای هیئت علمی است، شاخص مهم دیگر نیز تحقیقات دانشجویی و فعالیت دانشجویان دانشگاه در امر تحقیق است. وی همچنین از ارسال آیین نامه تشکیل شرکتهای دانش بنیان به دولت خبر داد و گفت: منتظر تصویب و ابلاغ این آیین نامه از سوی دولت هستیم تا آن را اجرا کنیم.

افکارنیوز

۲۲ - وبا در نتیجه آبیاری سبزیجات با فاضلاب

افکارنیوز - رییس مرکز مدیریت بیماری های واگیر وزارت بهداشت گفت: «با توجه به اینکه کانون های انتقال بیماری وبا، مزارع کشاورزی هستند، استفاده از سبزیجات در رستوران ها و اغذیه فروشی ها تا اطلاع ثانوی ممنوع است.

رییس مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر **وزارت بهداشت** گفت: با توجه به اینکه کانون‌های انتقال بیماری ویا، مزارع کشاورزی هستند، استفاده از سبزیجات در رستوران‌ها و اغذیه‌فروشی‌ها تا اطلاع ثانوی ممنوع است. ... دکتر محمدمهدی گویا گفت: شروع بیماری ویا در کشور در سال جاری به دنبال ورود اتباع کشورهای همسایه به صورت غیرقانونی و همچنین مسافرت‌های غیرقانونی ساکنان مناطق مرزی به کشورهای همسایه و ابتلا آنها به بیماری پس از بازگشت به کشور بوده است. وی افزود: یکی از اماکنی که اتباع بیگانه برای اشتغال به آن روی می‌آورند، مزارع کشاورزی و به خصوص مناطقی است که در آنها سبزی کاری و صیفی کاری وجود دارد. دکتر گویا افزود: در این رابطه اقدامات جدی صورت گرفته است تا بتوان آنها را شناسایی و در صورت ابتلای آنها به بیماری، تحت **درمان** و سایر مراقبت‌های بهداشتی قرار گیرند اما به دلیل پراکندگی شان در استان‌های مختلف و گستردگی این مزارع امکان دسترسی به همه آنها میسر نیست و به همین دلیل این مزارع به کانون‌های انتقال بیماری ویا تبدیل شده‌اند. رییس مرکز مدیریت بیماری‌ها با بیان اینکه عامل ایجادکننده این بیماری‌ها از طریق مدفوع فردآلوده وارد فاضلاب‌ها می‌شود، گفت: چنانچه از این فاضلاب برای کاشت سبزیجات و صیفی‌جات استفاده شود، باعث آلودگی آنها شده و از این کانون می‌تواند بیماری را به دیگران انتقال دهد.

دکتر گویا با تأکید بر اینکه بررسی‌های ما نشان می‌دهد مهم‌ترین و اصلی‌ترین راه انتقال بیماری ویا در کشور، سبزیجاتی هستند که با فاضلاب خام آبیاری می‌شوند، خاطرنشان کرد: این اقدام خلاف قانون است و کسانی که دست به چنین اقدامی می‌زنند به مراجع قضایی معرفی خواهند شد تا برخوردهای قانونی لازم با آنها صورت گیرد.

خبرگزاری سلامت ایرانیان

۳۴ - ساخت دو بازی رایانه ای سلامت آغاز شد

خبرگزاری سلامت ایرانیان - مسوول فناوری‌های نوین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از ساخت دو بازی رایانه ای حرفه ای سلامت برای نخستین بار در کشور خبر داد.

امیرحسین اسدی ضمن اعلام این خبر اظهار داشت: یکی از این بازی‌ها در رابطه با تغذیه و برای گروه سنی کودک و نوجوان است و در این بازی نوجوانی در یک جزیره سلامت قرار گرفته است که مهاجمان جزیره‌های اطراف به عنوان ویروس می‌خواهند به جزیره او حمله کرده و آن‌ها را بیمار کند.

وی خاطرنشان کرد: نوجوان در این بازی در ازای خوردن میوه و شیر، به زره و خنجر تجهیز می‌شود و سپس به مقابله با مهاجمان می‌پردازد.

اسدی گفت: در بازی دیگر که در فضای مدرن تری طراحی و در سه سطح ابتدایی، راهنمایی و دبیرستان تعریف شده است، شخصیتی وارد شهر بازی می‌شود که وسایل بازی آن به شکل اعضای بدن ساخته شده است؛ بطور مثال سرسره آن شبیه مری است.

مسوول فناوری‌های نوین **وزارت بهداشت** افزود: هدف از طراحی این بازی، آموزش آناتومی و غذاهای مفید برای سلامتی است چراکه شخصیت بازی برای بازی کردن با وسیله ای مانند چرخ و فلک باید غذاهای مخصوصی بخورد یا برای رد شدن از بازی هفت خون رستم، باید واکسن بزند و اصول سلامتی را رعایت کند.

وی خاطرنشان کرد: بازی نخست که در فضای چرخ و فلک بازی اتفاق می‌افتد بصورت شبکه ای است به آن معنا که چند نفر همزمان می‌توانند در این بازی شرکت کنند اما بازی دوم که در شهر بازی اتفاق می‌افتد، تک نفره است.

اسدی با بیان اینکه هنوز اسم خاصی برای این دو بازی در نظر گرفته نشده است، یادآور شد: تلاش می‌شود این بازی‌ها، دی ماه سال جاری وارد بازار شود.

خبرنامه دانشجویان ایران

۳۵ - زیبایی با قسطی ۷۰۰ هزار تومان

خبرنامه دانشجویان ایران -

هزینه هر جلسه لیزر صورت ۱۲۰ هزار تومان است. البته در جلسان ۵ و ۶ یک سوم **هزینه** دریافت می‌شود و جلسات ۷ و ۸ رایگان است.

" به گزارش باشگاه جوانی برنا، این روزها پیشرفت تکنولوژی در بیشتر ارکان زندگی آدم‌ها تأثیر گذاشته و چند وقتی است که پای این تکنولوژی‌های نوین به دنیای پزشکی هم باز شده است تا بیمار در نهایت رنج کمتری را متحمل شود. اما همین تکنولوژی نوین در برخی موارد به بازاری برای سودجویان بدل شده تا به بهانه استفاده از آن‌ها، **هزینه** بیشتری دریافت کنند.

استفاده از انواع لیزر در **درمان** بیماری‌ها چند وقتی است که طرفداران خاص خودش را دارد و جالب این جاست که نرخ ثابتی هم ندارد و نسبت به محلی که این خدمات ارائه می‌شوند متفاوت است و در بیشتر موارد هم مورد استفاده قرار می‌گیرد از کوچک کردن شکم و برداشتن موهای زائد گرفته تا از بین بردن جای جوش و خال و ... محبوب، مدیر یکی از این موسسات است که برای جلب مشتری بیشتر تخفیفات خاصی هم ارائه می‌کند. وی درباره استفاده از لیزر برای برداشتن موهای زائد می‌گوید: **هزینه** هر جلسه لیزر صورت ۱۲۰ هزار تومان است. البته در جلسات ۵ و ۶ یک سوم **هزینه** دریافت می‌شود و جلسان ۷ و ۸ رایگان است. برای دست ۲۶۰ هزار و برای پا هم ۲۵۰ هزار تومان برای هر جلسه باید پردازید.

اگر مشکل هر مونی نداشته باشید **هزینه** کمتری دریافت خواهیم کرد. این را علیزاده، مدیر یکی از موسسات می گوید و توضیح می دهد: حداقل باید ۵ جلسه به موسسه مراجعه کنید و **هزینه** ها بر اساس میزان موهای زائد تعیین می شود و شاتی ۷۰۰ تومان است!

بیشتر که اصرار می کنی می گوید: نمی توان این طوری قیمت داد. مشاوره ما رایگان است و بعد از معاینه پزشک قیمت را تعیین می کند.

ما فقط به صورت پکیج کار می کنیم. این را "سما" مدیر یکی از این موسسات می گوید و توضیح می دهد: دوره **درمان** ۶ جلسه است و دو جلسه آخر رایگان است. قیمت یک دوره کامل برای رفع موهای زائد با ۶۴۰ هزار تومان و برای دست هم ۲۲۰ هزار تومان است که البته می توانید به صورت قسطی پرداخت کنید. اگر چند پکیج را هم با هم بردارید تخفیف ویژه خواهیم داشت.

نرخ استفاده از لیزر در **درمان** چاقی و لاغری به مراتب بالاتر است و به قول قاسمی، مدیر یکی از این موسسات بر اساس میزان چربی اضافه تعیین می شود.

وی درباره نحوه کار لیزر برای **درمان** چاقی می گوید: **درمان** با این نوع لیزر یک جلسه طول می کشد و و همزمان با از بین بردن چربی ها، پوست موضع هم محکم و سفت می شود. درد آن مثل سر سوزن است و بعد از انجام کار ممکن است تا چند روز درد وجود داشته باشد اما خطرات لیپوساکشن را ندارد!

از **هزینه** اش که می پرسی می گوید: **هزینه** **درمان** چاقی شکمی با این نوع لیزر یک تا دو میلیون تومان است. برای اطلاع خودتان می گویم، هیچ لیزری صد درصد نیست! این را بهارزاده مدیر یکی از موسسات می گوید و ادامه می دهد: با این حال ۸۰ درصد موهای زائد با استفاده از لیزر قابل **درمان** است و ۲۰ درصد باقی هم به صورت موهای کرکی است که از لحاظ زیبایی مشکلی ایجاد نمی کند.

از **هزینه** ها که می پرسی می گوید: برای صورت، **هزینه** **درمان** شاتی محاسبه می شود که هر شات ۶۰۰ تومان است و برای بدن باید پکیج را خریداری کنید که با ۱۰ درصد تخفیف محاسبه می شود.

انجام انواع اعمال جراحی با لیزر، از بین بردن چین و چروک، لک و آبله، تغییر رنگ پوست، جوان سازی پوست و رفع ترک کف دست و کف پا از جمله ابتکاراتی است که این موسسات برای جلب مشتری بیشتر ارائه می کنند. با این حال به نظر می رسد که هر موسسه برای تعیین قیمت نهایی ارائه خدمات، تابع قوانین خودش است و بر اساس منطقه و شاید **هزینه** جا نرخ را تعیین می کند.

جالب این جا است که در بیشتر این موسسات افرادی که اقدام به انجام این امور می کنند پزشک نیستند و تنها در تعداد کمی از آنها پزشک متخصص کار را انجام می دهد.

این که لیزر تا چه اندازه در **درمان** بیماری ها موثر است موضوع این گزارش نیست اما قریب به اتفاق موسساتی که خدمات لیزر ارائه می کنند با آب و تاب از کارکرد این تکنولوژی تعریف می کند، در حالی که به نظر می رسد در بیشتر این موسسات از لیزر برای تبلیغات آن هم به عنوان تکنولوژی همه کاره و البته پولساز استفاده می شود و جنبه **درمانی** آن در رتبه بعدی قرار دارد...

خبرگزاری فارس

Fars News Agency

۲۶ - نایب رئیس هیئت مدیره نظام پرستاری استان قم خواستار شد: ترویج فرهنگ اهدا عضو در کشور

خبرگزاری فارس - نایب رئیس هیئت مدیره نظام پرستاری استان قم گفت: بعضی از اعضای مهم و حیاتی بدن که برای بقا انسان لازم و ضروری است، جایگزین مناسبی ندارند و **پیوند اعضا** تنها راه **درمان** است.

ولی الله صمدی امروز در گفت و گو با خبرنگار فارس در قم، با اشاره به اهمیت **پیوند اعضا** در کشور اظهار کرد: در حال حاضر بیش از یک میلیون نفر در جهان از **پیوند اعضا** بهره مند شدند که بقای تعدادی از این افراد به بیش از ۲۵ سال رسیده است و بقای پنج ساله برای اغلب اعضای پیوندی نیز بیش از ۷۰ درصد است.

وی با اشاره به عدم فرهنگ سازی و اطلاع رسانی مناسب در زمینه پیوند عضو در کشور گفت: با وجود تعداد زیادی از بیماران مرگ مغزی در بخش های ICU بیمارستان ها، اکثر خانواده ها رضایت به **پیوند اعضا** نمی دهند.

صمدی تاکید کرد: تعداد بسیاری از هموطنان به دلیل بیماری و نارسایی ارگان های حیاتی مانند قلب، ریه، کبد، کلیه و دیگر اعضا برای ادامه زندگی به **پیوند اعضا** نیاز دارند.

نایب رئیس هیئت مدیره نظام پرستاری استان قم عنوان کرد: **پیوند اعضا** مجوز شرعی نظر مراجع عظام تقلید و قانونی نظر مجلس شورای اسلامی را دارد.

وی در ادامه با اشاره به اینکه هیچ تغییر ظاهری در جسم فرد دهنده عضو ایجاد نخواهد شد، تصریح کرد: تمام **هزینه** های مربوط به اهدای عضو بیمار مرگ مغزی بر عهده **وزارت بهداشت** و **درمان** است و هیچ **هزینه** ای توسط افراد پرداخت نخواهد شد.

صمدی در پایان گفت: دانشگاه علوم پزشکی قم از ابتدای سال ۱۳۹۰ تاکنون پنج بیمار مرگ مغزی را پس از اخذ رضایت از خانواده این بیماران به منظور **پیوند اعضا** به تهران اعزام کرده است که اعضا این بیماران زندگی مجددی به سه تا پنج بیمار منتظر **پیوند اعضا** بخشیده است.

شبکه خبر دانشجو

۲۷ - رییس اداره بیماری های آب، غذا و عفونت های بیمارستانی وزارت بهداشت: نظام مراقبتی کنترل عفونت های بیمارستانی افزایش می یابد

شبکه خبر دانشجو - رییس اداره بیماری های آب، غذا و عفونت های بیمارستانی وزارت بهداشت گفت: در راستای کنترل عفونت های بیمارستانی، نظام مراقبتی کنترل عفونت های بیمارستانی افزایش می یابد.

رییس اداره بیماری های آب، غذا و عفونت های بیمارستانی وزارت بهداشت: نظام مراقبتی کنترل عفونت های بیمارستانی افزایش می یابد. رییس اداره بیماری های آب، غذا و عفونت های بیمارستانی وزارت بهداشت گفت: در راستای کنترل عفونت های بیمارستانی، نظام مراقبتی کنترل عفونت های بیمارستانی افزایش می یابد.

دکتر حسین معصومی اصل در گفت و گو با خبرنگار علمی خبرگزاری دانشجو، با بیان اینکه عفونت های بیمارستانی در تمامی بیمارستان های دنیا وجود دارد، گفت: آمار متفاوتی در بیمارستان های مختلفی که از نظر رعایت بهداشت برنامه ریزی کرده اند، وجود دارد.

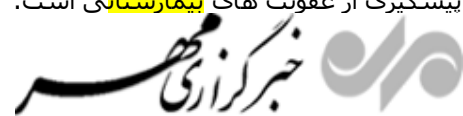
وی تصریح کرد: طبق نظام مراقبتی که از سال ۱۳۸۵ در حوزه عفونت بیمارستانی تنظیم شد در یک درصد بیمارستان های کشور این نظام برقرار شد که درصدا افزایش این نظام مراقبتی در بیمارستان های بیشتری هستیم.

معصومی بیان داشت: طبق پیش بینی ها عفونت های بیمارستانی کشور حدود ۱۰ درصد است که این وضعیت در کشورهای توسعه یافته صنعتی ۵ تا ۱۰ درصد و در کشورهای در حال توسعه در مواردی تا ۲۵ درصد نیز بوده است.

رییس اداره بیماری های آب، غذا و عفونت های بیمارستانی وزارت بهداشت تصریح کرد: در حال حاضر حدود ۸۰۰ بیمارستان در کشور داریم که نیمی از آنها تحت پوشش نظارت مراقبتی کنترل عفونت های بیمارستانی قرار دارند.

وی یادآور شد: یکی از مهمترین بحث های این حوزه ایجاد مقاومت های ضد میکروبی است که به صورت مشکل جهانی در آمده به طوری که سازمان بهداشت جهانی خواستار برنامه ریزی های بسیاری در این حوزه شده است. معصومی در پایان خاطرنشان کرد:

توصیه ما به مردم رعایت بهداشت شخصی در محیط بیمارستان می باشد که در این راستا شستن مداوم دست ها مهمترین راه پیشگیری از عفونت های بیمارستانی است.

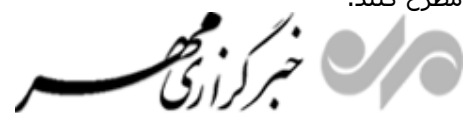


۲۸ - آخرین وضعیت دارو در کشور بررسی می شود

خبرگزاری مهر - آخرین وضعیت تولید دارو در کشور در جلسه روز امروز یکشنبه کمیسیون بهداشت و درمان مجلس و با حضور رییس سازمان غذا و دارو بررسی می شود.

به گزارش خبرگزاری مهر، دکتر علی اصغر حسینی عضو کمیسیون بهداشت و درمان مجلس با اعلام این خبر گفت: در این جلسه آخرین وضعیت تولید دارو در کشور و واردات داروهای خارجی مورد بررسی قرار می گیرد.

وی افزود: قرار است در این جلسه گزارش مفصلی در خصوص وضعیت دارو در کشور ارائه شود و نمایندگان نیز سئوالات خود را مطرح کنند.



۲۹ - اجازه نمی دهیم مشکلات وزارت بهداشت به گردن بیمه ها انداخته شود

خبرگزاری مهر - مدیرعامل سازمان تامین اجتماعی با تاکید بر اینکه اجازه نمی دهیم مشکلات وزارت بهداشت به گردن سازمانهای بیمه ای انداخته شود، گفت: مسئول تاخیر در پرداخت کارانه های وزارت بهداشت،

سازمان تامین اجتماعی نیست.

به گزارش خبرگزاری مهر، دکتر رحمت الله حافظی 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.

وی با تاکید بر اینکه شرکتهای 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، اظهارداشت: در حال حاضر سازمان تامین اجتماعی ۲۶

میلیارد تومان از وزارت بهداشت طلب دارد. حافظی 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 شرکتهایی که قرار است به سازمان واگذار شود به همین

مبلغ به وزارت بهداشت واگذار شود. وی با بیان اینکه در زمان مسئولیتیم 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 بدهیهای خود گامهای بلندی را برداشته است و در حال حاضر حساب خود را با وزارت بهداشت تقریباً به صفر رسانده ایم. در ادامه مدیرعامل

سازمان تامین اجتماعی با تاکید بر اینکه اجازه نمی دهیم مشکلات وزارت بهداشت به گردن سازمانهای بیمه ای انداخته شود، تصریح کرد: مسئول 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. وی با اشاره به اینکه قانون گذار صراحت دارد که تامین اجتماعی از محل حق بیمه ها اداره می شود و ردیف بودجه دولتی ندارد، اظهار داشت: سازمان در موضوع تعیین تعرفه مصوبات ابلاغی دولت را اجرا

می کند و این در حالی است که ۸۵ درصد از مراجعان به مراکز درمانی سازمان، بیمه شدگان خود تامین اجتماعی هستند و ۱۵ درصد شامل بقیه افراد می شود که برخی از این ۱۵ درصد هم مشمول سایر بیمه ها هستند.

مجلات همشهری

۴۰ - حق انتخاب بیمارستان برای زایمان با دکتر است یا مادر؟

مجلات همشهری - انتخاب بیمارستان برای یک خانم باردار که در آستانه وضع حمل قرار دارد، یکی از دغدغه های مهم تلقی می شود. بسیاری بر این باورند که وضعیت اقتصادی خانواده هاست که انتخاب بیمارستان و حتی پزشک دوران بارداری را رقم می زند.

همشهری تندرستی/شماره ۲۷/ پریسا اصولی:

انتخاب بیمارستان برای یک خانم باردار که در آستانه وضع حمل قرار دارد، یکی از دغدغه های مهم تلقی می شود. بسیاری بر این باورند که وضعیت اقتصادی خانواده هاست که انتخاب بیمارستان و حتی پزشک دوران بارداری را رقم می زند.

به عنوان مثال بسیاری از پزشکان خود را ملزم نمی کنند که طرف قرارداد بیمه باشند و گروه عمده ای از آنها فقط در بیمارستان های خصوصی عمل زایمان را انجام می دهند و از آنجا که زایمان سزارین در این بین پولسازتر است، ترجیح می دهند که حتی الامکان به سراغ زایمان طبیعی نروند.

البته طیف وسیعی از متخصصان زنان و زایمان در چندین بیمارستان کار می کنند و این شما هستید که برحسب بودجه مالی تان یکی از بیمارستان ها را انتخاب می کنید اما گاهی نیز پیش می آید پزشکی که شما او را انتخاب کرده اید، فقط با یک بیمارستان خصوصی یا گران قیمت قرارداد دارد و راه انتخابی برایتان باقی نمی ماند و حتی اگر بیمه هم باشید، در بسیاری از این بیمارستان ها نمی توانید از امکانات بیمه استفاده کنید. خصوصی بهتر است یا دولتی؟

رضایت از زایمان دارای مفهومی نسبی است و هر شخص متناسب با شرح حال خودش، رضایت را تعریف می کند اما اجرای تسهیلاتی مشترک در زمان زایمان موجب افزایش میزان رضایت زن باردار می شود. اقداماتی مانند حضور همسر هنگام زایمان، هم اتاقی مادر و نوزاد، شیردهی بلافاصله پس از زایمان، ترخیص زودتر، مکان زایمان و... که تامین هر چه بهتر این نیازها و شناخت آئتم های آن می تواند افزایش رضایت مادران از زایمان را به همراه داشته باشد.

این پیامد منافع زیادی از جمله گرایش بیشتر زنان به زایمان طبیعی و به تبع آن افزایش سلامت مادران و نوزادان را به همراه دارد. در همین رابطه چندی پیش مطالعه ای در دانشگاه علوم پزشکی ایران صورت گرفت تا نقایص موجود و عواملی که باعث ناراضی زان می شود، مشخص شود و با در میان گذاشتن آنها با مسوولان و رؤسای مراکز و بیمارستان ها در جهت رفع آنها اقدامات لازم صورت گیرد.

در واقع هدف اصلی در انجام این تحقیق مقایسه میزان رضایت زنان از زایمانشان در بیمارستان دولتی و خصوصی بود. این مطالعه به صورت توصیفی- تحلیلی و به طور مقطعی روی ۴۰ نفر (۲۰ نفر از زنان فارغ شده در بیمارستان خصوصی و ۲۰ نفر در بیمارستان دولتی) که به طور تصادفی انتخاب شدند از طریق پرسشنامه ای انجام گرفت که شامل بعضی از آئتم های رضایت در زنان از زایمانشان بود، مثل زمان اولین شیردهی (حتی الامکان در نیم ساعت اول زایمان)، در آغوش داشتن نوزاد بلافاصله پس از زایمان، کیفیت فضای زایمان، روش های کمکی کاهش درد هنگام زایمان، حضور یکی از افراد خانواده به خصوص همسر در کنار مادر هنگام زایمان و... و به این ترتیب میزان رضایت مادران از زایمان خود در بیمارستان خصوصی و دولتی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج این تحقیق نشان داد ۶۰ درصد مراجعه کنندگان به بیمارستان دولتی و صددرصد مراجعه کنندگان به بیمارستان خصوصی از زایمان خود رضایت داشته اند. به اعتقاد دست اندرکاران این تحقیق، تفاوت رضایت مندی از زایمان با چگونگی زایمان و کارایی کارمندان و پزشکان محیط اطراف مادران ارتباط دارد.

با ایجاد همکاری های بیشتر بین بخشی و برون بخشی بین بیمارستان های دولتی و خصوصی مانند داشتن امکان استفاده از دستگاه های موجود در بیمارستان خصوصی که در بیمارستان های دولتی موجود نیست و همچنین پذیرش تعدادی از بیماران بیمارستان دولتی توسط بیمارستان خصوصی در مواقعی که بیمارستان دولتی به علت پذیرش زیاد بیمار قادر به ویزیت به موقع همه بیماران نیست، البته با همان میزان هزینه بیمارستان دولتی و... می توان گامی در جهت رضایت مادران و بیماران از دوران بستری در بیمارستان و درمان برداشت.

اما نمی توان این نکته را فراموش کرد که سزارین همچنان پشیمتاز است. این در حالی است که اگر شرایط به گونه ای فراهم شود تا مادر در بیمارستان احساس آرامش کند، کمتر دلیلی پیدا می کند تا خود را به عمل سزارین بسپارد و در شرایط بهتری زایمان طبیعی را انجام می دهد. حالا این سوال مطرح می شود که آیا مسوولان مربوطه برای مادران چنین شرایطی را ایجاد کرده اند؟

هزینه ها سر به فلک می کشد

چگونگی رفتار پرستاران و کادر درمان از زمان پذیرش تا ترخیص، امکانات رفاهی و درمانی بیمارستانی برای مادر و نوزاد، تمیزی بیمارستان و توجه به نیازهای کودک و مادر در بیمارستان از جمله عواملی است که بیمارستان ها را در درجات مختلف قرار می دهد؛ هرچند که این درجه بندی حرفه ای نیست و فقط براساس کیفیت و امکانات بیمارستان انجام می شود.

از طرفی نوع بیمارستان، مدت اقامت بیمار در بیمارستان، خدمات بهداشتی و پزشکی ارائه شده به بیمار، شهرت پزشک و توافق بیمار و پزشک نیز در تعیین هزینه انواع زایمان مؤثر است.

هزینه زایمان طبیعی در **بیمارستان** های دولتی از ۵۰ هزار تومان تا ۱۲۰ هزار تومان و **هزینه** زایمان به شیوه سزارین ۲۰۰ تا ۴۰۰ هزار تومان است اما در **بیمارستان** های خصوصی و نیمه خصوصی تفاوت **هزینه** ها چشمگیرتر است؛ به گونه ای که **هزینه** زایمان سزارین در تعدادی از **بیمارستان** های نیمه خصوصی تهران به بیش از یک میلیون تومان و در تعدادی از **بیمارستان** های لوکس و درجه یک به بیش از ۲ میلیون تومان نیز می رسد که شامل **هزینه** **بیمارستان** (اتاق عمل، دارو و بیهوشی) و دستمزد جراح و کمک جراح و مبلغی است که **بیمارستان** برای حق جراح دریافت می کند.

در واقع کسانی که می خواهند پزشک خاصی زایمان آنها را انجام دهد، باید هر مبلغی که پزشک تعیین می کند، به او بپردازند؛ هیچ قانون مشخصی در این زمینه وجود ندارد. حتی استانداردهایی مثل استاندارد نیروی انسانی، استاندارد وضعیت فیزیکی ساختمان **بیمارستان**، استاندارد تجهیزات پزشکی، استاندارد خدمات اجتماعی و بیمه و استاندارد آموزش های دوران بارداری می توانند مورد بررسی قرار بگیرند و به **هزینه** ها بیفزایند. اگر بخواهیم این مساله را با توجه به استانداردهای نیروی انسانی مطرح کنیم، متأسفانه باید بگویم ایران از استانداردهای جهانی بسیار عقب است.

عدم پوشش بیمه ها در زایمان طبیعی

طبق استاندارد جهانی، زن باردار وقتی وارد بخش زایمان می شود، باید برای او ۱/۴ ماما، یعنی سه ماما برای دو زانو وجود داشته باشد. به بیان دیگر به ازای هر هزار تولد زنده در سال، بین ۲۰ الی ۵۰ ماما باید حضور داشته باشد. اگر یک **بیمارستان** ۱۰۰ زایمان در سال داشته باشد، به ازای این ۱۰۰ زایمان باید حداقل ۲۰ ماما وجود داشته باشد که با یک نگاه سطحی به **بیمارستان** های خودمان می بینم که این استانداردها با واقعیات بسیار فاصله دارد؛ به طوری که در یک **بیمارستان** دولتی با ۲ هزار زایمان در سال، ۱۱ الی ۱۴ ماما به کار مشغولند و در بخشی که مادر در حال درد کشیدن است، به ازای هر پنج الی هشت مادر، یک ماما آماده خدمت است.

شاید هم همه مشکلات به ضعف بیمه ها برمی گردد. فراموش نکنیم **هزینه** عمل سزارین چهار تا شش برابر عمل زایمان طبیعی است که همه اش به دوش بودجه سلامت کشور می افتد. متأسفانه بر بخش خصوصی هم نظارت کمتر است و مشخص نیست استانداردها در آن دقیقاً به چه صورت است.

کسانی هم که به این بخش مراجعه می کنند، خود به خود به سمت زایمان سزارین هدایت می شوند؛ به طوری که بیش از ۸۰ تا ۹۰ درصد آنها سزارین می کنند. از طرفی حضور ماما در بخش زایمان و بر بالین مادر، به معنای احترام به مادر و همدردی با اوست.

طبق استانداردهای جهانی، از بدو ورود مادر به **بیمارستان** تا دو ساعت بعد از زایمان، مادر به هیچ وجه نباید تنها بماند. حداقل فضای مورد نیاز مادر با نوزاد نیز ۲۰ متر به اضافه اتاقی است که همراه مادر در آن استراحت کند و به آرامش روحی و روانی برسد که این مساله در **بیمارستان** های ما نادیده گرفته می شود و بعضاً می بینیم که سه زانو در یک اتاق بستری می شوند و خیری از آرامش و سکوت نیست.

حتی در **بیمارستان** های استاندارد و مطلوب دنیا اتاقی به نام اتاق مشاوره وجود دارد که در طول مدتی که خانواده منتظر مرخص شدن مادر از **بیمارستان** هستند، به آنها مشاوره داده می شود.

این در حالی است که متأسفانه با وجود سازمان های بزرگ بیمه ای که در کشورمان داریم، پوشش بیمه همچنان به صورت سنتی و غیراستاندارد ارائه می شود. در همه جای دنیا، مراقبت ها، مشاوره ها و آموزش های پیش از زایمان، کلیه مراقبت های زمان زایمان و مراقبت ها و مشاوره های بعد از زایمان، همگی تحت پوشش بیمه قرار می گیرند در حالی که بیمه های ما، مراحل ساده زایمان طبیعی را به طور کامل تحت پوشش خود قرار نمی دهد.

اگر کسی بخواهد فرزندش تحت نظارت ماما یا پزشک متخصص، در **بیمارستان** خصوصی و با زایمان طبیعی به دنیا بیاید، تحت پوشش بیمه قرار نمی گیرد. این مساله شامل ماماها هم هست که مطب خصوصی دارند و می توانند خیلی خوب از عهده مراقبت از مادر و طفل برآیند.

بنابراین سازمان های بیمه ما به بازنگری نیاز دارند. نکته مهم دیگر آموزش است. آموزش های پیش از زایمان مدت هاست در تمامی دنیا جا افتاده و جزو استانداردهای جهانی زایمان به شمار می آید اما این آموزش ها در ایران به صورت بسیار محدود در چند **بیمارستان** خاص ارائه می شود و هنوز عمومی نشده است.

قبل از بارداری به فکر مکان زایمان باشید

فراموش نکنید بسیاری از پزشکان - به ویژه پزشکان اسم و رسم دار - فقط در **بیمارستان** های خصوصی و نیمه خصوصی حضور دارند که اکثر این **بیمارستان** ها طرف قرارداد بیمه نیستند و در عین حال زایمان سزارین را توصیه می کنند که پرخرج تر است و بسیاری از خانواده ها از عهده تامین مخارج آن بر نمی آیند.

به همین دلیل توصیه می شود که خانم های باردار قبل از انتخاب **بیمارستان**، پزشک خود را انتخاب کنند و بدانند که این پزشک در کدام **بیمارستان** کار می کند، امکانات **بیمارستان** چگونه است و **تعرفه** ها چقدر و بر چه مبنایی است. اگر هم مایلید که در یک **بیمارستان** خاص فرزندان را به دنیا بیاورید، باید پزشکی را انتخاب کنید که در آن **بیمارستان** مشغول به کار است زیرا در غیر این صورت یا باید قید **بیمارستان** را بزنید یا پزشک معالجتان را حین دوران بارداری عوض کنید یا اینکه در مواقع بسیار ضروری **هزینه** زیادی را متقبل شوید تا پزشکتان هنگام زایمان شما در آن **بیمارستان** خاص حضور داشته باشد.

... و اما **بیمارستان** دوستدار مادر و کودک

بیمارستان های دوستدار مادر و کودک که سازمان جهانی بهداشت اجرای آن را به همه کشورهای عضو توصیه کرده از اوایل دهه ۷۰ در کشور ما راه اندازی شده اند. براساس این طرح، همه نوزادان باید در **بیمارستان** های کشور در کنار مادران خود قرار گیرند زیرا تماس ممتد پوست نوزاد با پوست مادر در یک ساعت اول تولد، نقش مهمی در تقویت روابط عاطفی مادر و نوزاد، فعالیت رحم و کاهش خونریزی مادر و نیز دمای بالاتر بدن و کربیه کمتر نوزاد دارد. در عین حال، معیارهای **درمانی** و بهداشتی سالی دوبار در **بیمارستان** ها پایش و ارزشیابی می شوند و در صورتی که رعایت نشوند، بیمه ها حق ندارند پول کامل را به آن **بیمارستان** پرداخت کنند.

در واقع **بیمارستان** دوستدار مادر و کودک مکانی است که وقتی هر مادری در هر زمانی از بارداری، زایمان و تا شش هفته پس از زایمان با هر وضعیتی از سلامتی به آن مراجعه کرد، خدمت اثربخش و کارآمد دریافت کند؛ به صورتی که سلامت جنین و نوزاد او در این مکان تامین شود و این حضور برای او خاطره ای خوشایند از فرایند بارداری و زایمان باقی بگذارد.

در عین حال، کاهش مرگ و میر مادران و نوزادان بر اثر عوارض بارداری و زایمان و پس از زایمان، کاهش میزان سزارین های غیرضروری، ترویج روش های مختلف زایمان طبیعی کم درد یا بی درد به گونه ای که مادران حق انتخاب داشته باشند، بهبود کیفیت خدمات **بیمارستانی** در فوریت های مامایی و زایمان، کاهش تاخیر در شروع **درمان** مادران در معرض خطر، طبیعی بودن روند زایمان، آزادی عمل و استقلال مادر و مسوولیت پذیری ارائه دهندگان و گیرندگان خدمت از جمله اهداف کلی این **بیمارستان** ها محسوب می شود.

از طرفی ارائه مراقبت های معمول دوران بارداری و زایمان و پس از زایمان براساس پروتکل های **وزارت بهداشت**، فراهم بودن کلاس های آمادگی زایمان برای مادران و همراهان آنها، انجام زایمان فیزیولوژیک به روش های کاهش درد، رعایت خلوت مادران (Privacy) و کمک به مادر برای شیردهی نوزاد از همان دقایق اولیه زایمان جزو خدمات مهم **بیمارستان** های دوستدار مادر و کودک است.

به عنوان مثال **بیمارستان** های نجمیه، مادران، مفرح، مدائن، آرش، امیرالمومنین (ع)، اقبال، میرزا کوچک خان، ولی عصر (ع) و... نمونه ای از این **بیمارستان** ها هستند.

تاریخ سزارین در ایران و جهان

اولین فردی که در تاریخ پزشکی سزارین را به ثبت رسانده، فرانسوا روست فرانسوی است و این موضوع به سال ۱۵۸۱ میلادی برمی گردد اما در نوشته های علمی - پزشکی در اواسط دهه ۱۷ به بعد این عمل جراحی باب شده است.

البته به علت مرگ و میر زیاد این عمل، تا اواخر قرن ۱۹ استفاده از آن محدود بود و با بهبود تکنیک های جراحی و بیهوشی، مراقبت های بهتر قبل و پس از عمل جراحی به ویژه در مورد عفونت ها و خونریزی ها در قرن بیستم، به عنوان راه دیگری برای تولد نوزادان شناخته شد.

درباره این موضوع که اصل لغت سزارین از کجا آمده است، سه روایت وجود دارد که هر یک دارای اشکالات متعدد است. یکی اینکه ژولیوس سزار به این ترتیب به دنیا آمده است، دوم اینکه نام این عمل از یک قانون رومی در قرن هشتم قبل از میلاد مسیح به دست آمده که زنی که در هفته های آخر بارداری در حال مرگ بوده برای نجات نوزادش دستور این عمل داده شده است و بالاخره اینکه این لغت در قرون وسطی از لغت لاتین به معنی بریدن مشتق است که این مورد منطقی تر است.

البته وجود داستانی در شاهنامه فردوسی مشخص می کند که شیوه زایمان سزارین در ایران قدمتی هزاران ساله دارد. در شاهنامه فردوسی، هنگامی که رودابه، همسر زال و مادر رستم قصد زایمان و به دنیا آوردن رستم را دارد به علت درشتی هیكل رستم با مشکل مواجه شده و درد بسیاری را متحمل می شود.

زال برای حل این مشکل و نجات جان همسر و فرزندش، از سیمرغ کمک می خواهد و این پرنده افسانه ای روشی که امروز به سزارین شهرت دارد را به زال آموزش می دهد. به همین دلیل در فرهنگ ایران این عمل نخستین بار برای زایش رستم انجام شده و ریشه نام رستم زایی یا رستمانه از آن داستان است.

از طرفی در اروپا مشابه این روایت برای تولد سزار نقل می شود و می گویند چون ژولیوس، قیصر روم به علت جنه بزرگ، در هنگام تولد مادرش را با مشکل مواجه کرد، مادر او را بی هوش کردند و با شکافتن پهلو او سزار را از شکم مادر بیرون آوردند. از اینجا بود که برای نخستین بار سزارین یعنی مانند سزار به عنوان عمل جراحی تولد نوزاد باب شد.

آمارها چه می گویند

براساس آمارهای معتبر تعداد سزارین ها در کشورهای پیشرفته در نیمه دوم قرن بیستم میلادی افزایش یافت به طوری که در ایالات متحده ۴ درصد کل زایمان ها در سال ۱۹۶۵ به ۳۰/۲ در سال ۲۰۰۵ رسیده است. این افزایش در بعضی از کشورهای اروپایی نیز دیده شده و به عنوان مثال در سوئد از ۱۲/۸ در سال ۱۹۹۴ به ۲۴/۲ درصد در سال ۲۰۱۰ رسیده است.

البته نمی توان این موضوع را نادیده گرفت که در کشورهای پیشرفته به دلیل عوارض و مرگ و میر بالای سزارین کوشش زیادی برای کاهش تعداد اعمال سزارین صورت گرفته است.

به طور مثال انجمن زنان و زایمان آمریکا در سال ۲۰۰۰ توصیه کرد که نسبت سزارین به کل زایمان ها تا سال ۲۰۱۰ به ۱۵/۵ درصد کاهش یابد و تا حدی نیز این موضوع به وقوع پیوست.

از طرفی نسبت سزارین در کشورهای اروپایی مانند نروژ، سوئد و اسکاتلند به ترتیب ۱۲/۸، ۱۰/۶ و ۲/۱۴ درصد از کل زایمان ها گزارش شده است. این در حالی است که تعداد سزارین ها در ایران بین ۴۰ تا ۶۰ درصد برآورد می شود و این رقم در بسیاری از **بیمارستان** های خصوصی به ۸۰ درصد هم می رسد.

در حالی که مسوولان بهداشتی **درمانی** و انجمن های علمی و صنفی در بسیاری از کشورهای پیشرفته سعی در کاهش تعداد سزارین دارند و داشتن نظر متخصص دوم و حتی سوم را در مورد انجام سزارین ضروری می پندارند و حتی تمایل داشتن خود بیمار را برای انجام سزارین دلیل کافی برای انجام این عمل جراحی بزرگ و پرخطر نمی دانند. تعداد سزارین در ایران به سرعت افزایش یافته و در صورت عدم بررسی و چاره اندیشی بیم آن می رود که در آینده نزدیک اغلب زایمان ها در شهرهای بزرگ توسط سزارین خاتمه یابد.

وب دا

۴۱ - تالاسمی مینور هرگز به تالاسمی مازور تبدیل نمی شود
 وب دا - تالاسمی مینور (خفیف) هرگز به تالاسمی مازور (شدید) تبدیل نمی شود و اساس بروز تالاسمی ارث است. به گزارش خبرنگار وب دا، اداره پیشگیری از بیماری های واگیر **وزارت بهداشت**، **درمان** و آموزش پزشکی اعلام کرد: تالاسمی مینور موقعی رخ می دهد که فردی یک ژن سالم را از یکی از والدین و یک ژن ناسالم را از والد دیگر به ارث برد که این فرد سالم نامل و یا همان مینور خواهد بود. این فرد بیمار نیست و زندگی عادی خواهد داشت زیرا حداقل یک ژن سالم دارد.
 بنابراین گزارش، تالاسمی مینور تنها با آزمایش خون تشخیص داده می شود و تنها نکته ای که لازم است این افراد رعایت کنند ضرورت انجام آزمایش های زمان ازدواج است.
 این گزارش حاکیست، تولد یک فرزند مبتلا به بیماری تالاسمی به هیچ عنوان دلیلی بر به دنیا آمدن کودک سالم در بارداری های بعدی نیست و کودکان مبتلا به بیماری تالاسمی، در هنگام تولد، کاملاً سالم به نظر می رسند ولی به تدریج با افزایش سن، علائم آشکار می شود.
 این گزارش می افزاید، این بیماری از سن ۶ ماهگی به بعد به صورت کم خونی متوسط تا شدید و رنگ پریده گی در کودک ظاهر می شود که ناشی از کاهش ساخته شدن هموگلوبین طبیعی و در نتیجه کوتاهی عمر گلبول های قرمز خون می باشد.
 گفتنی است: ضعف و بیقراری، عدم قدرت شیر خوردن، بی خوابی و بی اشتها، عدم افزایش وزن، بزرگی شکم به دلیل رشد بی رویه کبد و طحال و تغییر رنگ پوست از علائم بیماری تالاسمی است.
 بر اساس اعلام اداره پیشگیری از بیماری های واگیر، **درمان** متداول تالاسمی، تزریق مکرر خون و **داروهای** دفع کننده آهن اضافی در اندام های بدن از جمله کبد است و یکی دیگر از روش های جایگزین و مناسب که امروزه به جای تزریق خون استفاده می شود، پیوند مغز استخوان از فرد سالم به بیمار مبتلا به تالاسمی است. ۲۰۲/



۴۲ - نماینده مردم رشت در مجلس: استان گیلان از شاخص های خوبی در زمینه بهداشت برخوردار است
 خبرگزاری ایسنا - سخنگوی **کمیسیون بهداشت و درمان** مجلس گفت: استان گیلان رتبه های نخست بخش تخصصی و فوق تخصصی در انواع رشته های پزشکی در سطح کشور را دارد. به گزارش گروه دریافت خبر خبرگزاری دانشجویان ایران (ایسنا) - منطقه خزر، **کمیسیون بهداشت و درمان** مجلس گفت: استان گیلان رتبه های نخست بخش تخصصی و فوق تخصصی در انواع رشته های پزشکی در سطح کشور را دارد.
 به گزارش گروه دریافت خبر خبرگزاری دانشجویان ایران (ایسنا) - منطقه خزر، حسن تامینی لیچایی گفت: نیروهای نخبه در رشته های مختلف پزشکی در گیلان فعالیت دارند به گونه ای که هم اکنون این استان دارای پزشکان ماهر بومی و غیر بومی است. وی با اشاره به وضعیت سلامت و شاخص های بهداشتی در استان اظهار کرد: استان گیلان به لحاظ بهداشتی از شاخص های خوبی برخوردار است و از حیث مرگ و میر نوزادان و مادران از نرم جهانی و کشوری پایین تر است. وی با بیان اینکه وضعیت بخش های آی سی یو در گیلان از رشد ۲۰۰ درصدی برخوردار بوده است، گفت: باید بر ارتقای امکانات و تجهیزات پزشکی در استان توجه کافی کرد.
 وی با بیان اینکه برای توسعه طرح گردشگری سلامت دریا موقعیت خوبی است، گفت: گردشگری سلامت نوعی از گردشگری است که با هدف حفظ، بهبود و حصول مجدد سلامت جسمی و ذهنی فرد به مدتی بیش از ۲۴ ساعت و کمتر از یک سال صورت می گیرد.
 تامینی افزود: گردشگری سلامت شامل زیرمجموعه های متنوعی مانند گردشگری **درمانی** طبیعی، مراقبت و نفاخت، **درمان** های غیر متعارف، **درمان** های پزشکی، جراحی، کلینیکی، تشخیصی، **بیمارستانی**، طب سوزنی، انرژی **درمانی**، یوگا، مدیتیشن و گردشگری پیشگیرانه است.
 نماینده مردم رشت در مجلس با اشاره به تامین آب آشامیدنی مناطق روستایی این شهرستان یادآور شد: برخی از روستاها با مشکل کمبود آب مواجه هستند که باید مسئولان به این امر مهم توجه ویژه داشته باشند.

سلامت نیوز

۴۳ - ناهماهنگی در **وزارت بهداشت** کام تالاسمی ها را تلخ کرد
 سلامت نیوز - سازمان غذا و دارو و شخص **وزیر بهداشت**، در حالی دستور ممنوعیت توزیع **داروی** دسفوناک را به دلیل عوارض بالینی آن تا اطلاع ثانوی اعلام کرده اند که به گفته کارشناس مرکز مدیریت بیماری های خاص و **پیوند اعضای** این وزارت خانه،
 دسفوناک با وجود عوارض بالا همچنان توزیع می شود
 سازمان غذا و دارو و شخص **وزیر بهداشت**، در حالی دستور ممنوعیت توزیع **داروی** دسفوناک را به دلیل عوارض بالینی آن تا اطلاع ثانوی اعلام کرده اند که به گفته کارشناس مرکز مدیریت بیماری های خاص و **پیوند اعضای** این وزارت خانه، این **دارو** همچنان به فروش می رسد و بیماران می توانند از مراکز قبلی که این **دارو** را تهیه می کردند آن را خریداری کنند.

دکتر راضیه حنطوش زاده در گفت و گو با سینانیوز در پاسخ به این سوال که چرا **وزارت بهداشت** بعد از گذشت ۳ سال از مصرف **داروی دسفوناک** و **اعتراض** بیماران تالاسمی به اینکه مصرف این **دارو** عوارض دارد، تازه به فکر انجام آزمایشات بالینی افتاده گفت: برای ورود **داروی جدید** به مجموعه **داروهای کشور** قوانینی وجود دارد؛ **داروی دسفوناک** نیز بعد از گذراندن مراحل آزمایشگاهی از سوی معاونت **داروی وزارت بهداشت** تایید و آماده عرضه شد و ما به عنوان مرکز مدیریت بیماری های خاص و **پیوند اعضای** وزارت خانه تنها متولی **درمان** هستیم.

وی ادامه داد: اما پس از **اعتراض** بیماران تالاسمی و وجود عوارض این **دارو** که بیش از **داروی دسفرال** مصرفی آن ها بود و همچنین تایید پزشکان این حوزه و اینکه این **دارو** از نظر بالینی تفاوت هایی با **داروی دسفرال** داشت، انجام آزمایشات آغاز شد. در جریان این آزمایش، مشکلاتی مانند جلب رضایت بیماران از شرکت در این طرح و اعتماد ما به همکاری بیماران و پزشکان وجود داشت که با این حال در ۱۰ مرکز از سراسر کشور آزمایش انجام شد.

کار شناس مرکز مدیریت بیماری های خاص و **پیوند اعضای وزارت بهداشت** در مورد علت تاخیر در انجام آزمایشات گفت: **وزارت بهداشت، داروی**

اگر شرکت نوارتیس متعهد شود که دسفرال را به اندازه کافی تا پایان سال در اختیارمان قرار می دهد، از همان ساعت **داروی دسفوناک** از سطح **داروخانه** ها حذف می شود

دسفوناک را تایید کرده بود و ما نیز اجازه مصرف نکردن را نداشتیم. در مرحله بعد نیز پیدا کردن بیماران و مراکزی که در آزمایش ما مرکز همکاری کنند مشکل بود.

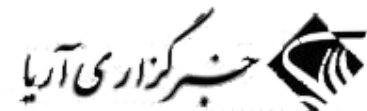
وی از آغاز انجام آزمایش بر **داروی دسفوناک** از هفته گذشته در تهران خبر داد و گفت: به نظر می رسد مراحل آزمایش این **دارو** ۲ ماه طول بکشد و بعد از دریافت اطلاعات از دانشگاه های علوم پزشکی و آنالیز داده ها، نتایج اعلام می شود.

دکتر حنطوش زاده در پاسخ به اینکه تا زمانی که آزمایشات انجام شود بیماران چه **دارویی** را باید مصرف کنند، افزود: طبق اعلام معاونت **دارویی وزارت بهداشت** که البته مکتوب نبوده، از امسال **وزیر بهداشت** دستور مستقیم داده تا انجام نشدن آزمایشات بالینی و اعلام نتایج، دسفوناک توزیع نشود. از طرفی شرکت نوارتیس به دلیل وجود تحریم های وارداتی توانست ۲/۵ میلیارد ویال دسفرال را که تعهد کرده بود، در ۶ ماه اول سال به **وزارت بهداشت** بدهد؛ بنابراین اگر بخواهیم دسفوناک را حذف کنیم دسفرال به اندازه کافی موجود نخواهد بود.

کار شناس مرکز مدیریت بیماری های خاص و **پیوند اعضای وزارت بهداشت** ادامه داد: اگر شرکت نوارتیس متعهد شود که دسفرال را به اندازه کافی تا پایان سال در اختیارمان قرار می دهد، از همان ساعت **داروی دسفوناک** از سطح **داروخانه** ها حذف می شود.

وی در مورد ادامه مصرف دسفوناک و عوارض آن گفت: دسفوناک به صورت اجباری یا انتخابی ۳ سال است که مصرف می شود. این **دارو** از نظر بیومولکولی تایید شده است اما از نظر بالینی عوارضی مانند خارش و مشکلات گوارشی ایجاد می کند. تقریباً ۵۰ درصد بیماران تالاسمی دچار عوارض مصرف **داروی دسفوناک** شده اند اما مصرف این **دارو** تاکنون باعث فوت هیچ بیماری نشده است.

دکتر حنطوش زاده گفت: بیماران همچنان می توانند از مراکز قبلی که دسفوناک را تهیه می کردند این **دارو** را خریداری کنند؛ چراکه توزیع آن قطع نشده است.



۴۴ - ۱۵ درصد سرطان های کشور سرطان پوست است
خبرگزاری آریا - سالانه ۷ تا ۹ هزار نفر در کشور مبتلا به سرطان پوست می شوند و ۱۵ درصد سرطان های کشور سرطان پوست است.

به گزارش آریا، معاون بهداشتی دانشکده علوم پزشکی این شهر با بیان این مطلب، گفت: با توجه به گسترش روز افزون پرتو های یونیزان و غیر یونیزان در زندگی روزمره افراد و همچنین کاربردهای مختلف آن در صنعت و نیز در معرض قرار گرفتن شاغلان با این پرتوها و همچنین بنا بر آمارها یکی از رایج ترین سرطان ها در جامعه سرطان پوست است.

صادقی که در حاشیه برگزاری کارگاه آموزشی بهداشت پرتوکاران با خبرنگار ما سخن می گفت، افزود: بالغ بر ۱۵ درصد سرطان های کشور را سرطان پوست تشکیل می دهد و سالانه ۷۰۰۰ تا ۹۰۰۰ نفر در کشور به سرطان پوست مبتلا می شوند.

وی اظهار داشت: در راستای آموزش کارشناسان بهداشت حرفه ای صنایع و کارخانجات، بهداشتیاریان و بهگران شهرستان نیشابور کارگاه آموزشی بهداشت پرتوکاران در محل سالن کنفرانس دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی **درمانی** به همت واحد بهداشت محیط و حرفه ای این معاونت برگزار گردید.

به گزارش آریا به نقل از روابط عمومی **وزارت بهداشت**، وی ادامه داد: در این کارگاه در خصوص آشنایی با پرتو های یونیزان و غیر یونیزان، اثرات زیان بار و بیماریهای شغلی این پرتو ها، اهمیت و راههای حفاظت پرتوکاران و نیز نحوه اندازه گیری پرتو ها بحث و گفتگو شد.



Fars News Agency

۴۵ - مدیرکل سلامت روان وزارت بهداشت در گفت و گو با فارس اعلام کرد برخورد تبعیض آمیز بیمه های تکمیلی با بیماران روانپزشکی

خبرگزاری فارس - مدیرکل سلامت روان وزارت بهداشت گفت: بیمه های مکمل خدمات روانپزشکی را تحت پوشش قرار نمی دهند و این موضوع تبعیض بسیار آشکاری است که در مورد بیماران روانپزشکی نسبت به خدمات بیماران غیر روانپزشکی وجود دارد.

مدیرکل سلامت روان وزارت بهداشت در گفت و گو با فارس اعلام کرد برخورد تبعیض آمیز بیمه های تکمیلی با بیماران روانپزشکی خبرگزاری فارس: مدیرکل سلامت روان وزارت بهداشت گفت: بیمه های مکمل خدمات روانپزشکی را تحت پوشش قرار نمی دهند و این موضوع تبعیض بسیار آشکاری است که در مورد بیماران روانپزشکی نسبت به خدمات بیماران غیر روانپزشکی وجود دارد. عباسعلی ناصحی در گفت و گو با خبرنگار بهداشت و درمان فارس اظهار داشت: متأسفانه پوشش خدمات بیمه در مورد خدمات سلامت روان کافی نیست و فقط پوشش بیمه در مورد ویزیت است اما در مورد این بیماران، خدمات بسیار زیادی وجود دارد که تحت پوشش بیمه نیستند.

وی با بیان اینکه از جمله این خدمات می توان مشاوره ها، انجام خدمات توانبخشی، بازتوانی و کاردرمانی و موسیقی درمانی را نام برد تصریح کرد: این موضوع باعث می شود هزینه های درمان و توانبخشی افزایش یابد و از جیب مردم برداشت شود. ناصحی تصریح کرد: مسئله بعدی داروهایی است که طرف دو، سه سال اخیر وارد بازار دارویی شده اند و تحت پوشش بیمه نیستند.

وی گفت: از طرف دیگر بسیاری از بیمه های مکمل خدمات روانپزشکی را تحت پوشش قرار نمی دهند و این موضوع تبعیض بسیار آشکاری است که در مورد بیماران روانپزشکی نسبت به خدمات بیماران غیر روانپزشکی وجود دارد. مدیرکل سلامت روان وزارت بهداشت خاطرنشان کرد: در مورد بیمارانی که به خدمات و بستری دراز مدت نیاز دارند بیمه ها پوشش کافی ندارند به طوری که آنها بستری بیش از ۵۶ روز را تحت پوشش قرار نمی دهند و اگر بیمار نیاز به بستری طولانی مدت داشته باشد باید هزینه اش از جیب خود پرداخت کند که برای بسیاری از بیماران امکانپذیر نیست.



۴۶ - انواع واکسن های جدید بیماری های واگیر و غیر واگیر تولید داخل اعلام شد خبرگزاری ایرنا - مدیرکل دفتر توسعه فناوری سلامت معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، گفت: انواع واکسن های جدید بیماری های واگیر و غیر واگیر که در داخل کشور تولید شده در سایت این وزارتخانه قرار گرفته است.

حسین کیوانی در گفت و گو با خبرنگار اجتماعی ایرنا با بیان اینکه واکسن آنفلوآنزا از جمله این واکسن های جدید است، افزود: این واکسن در شهریورماه سال آینده ۳۰ درصد ارزان تر از قیمت خارجی آن به فروش خواهد رسید. کیوانی افزود: واکسن غیر واگیر سرطان رحم برای زنان تولید می شود که قیمت آن ۵۰ درصد ارزان تر از نوع خارجی آن است. عناوین این واکسن ها در سایت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موجود است. **۱۰۵**۹۱۰۵۶۹**** انتهای خبر / خبرگزاری جمهوری اسلامی (ایرنا) / کد خبر ۳۰۵۶۹۶۳۵



۲۷ - داروهای رایگان بیماران کلیوی پولی شد عصر ایران - قاسمی با تاکید بر اینکه در حال حاضر حقوق بیماران ضایع شده است، گفت: متأسفانه دستهایی در کار است که نمی خواهد بازار دلالی دارو و تجهیزات پزشکی در بیماران کلیوی برچیده شود.

رییس انجمن خیریه حمایت از بیماران کلیوی ایران با انتقاد از گران شدن داروهای بیماران کلیوی و دیالیزی بعد از هدفمندی یارانه ها، گفت: داروهایی که قبلاً رایگان بود هم اکنون پولی شده است. مصطفی قاسمی در گفتگو با خبرنگار مهر از وضعیت اسفناک بیماران کلیوی و دیالیزی انتقاد کرد و افزود: همانطور که مقام معظم رهبری فرموده اند، بیمار نباید جز درد بیماری هیچ رنج دیگری داشته باشند. اما متأسفانه هم اکنون بیماران کلیوی و پیوندی در تامین داروهای مورد نیاز خودشان دچار مشکلات زیادی هستند.

وی با اعلام اینکه انجام یک پیوند کلیه در کشور بین ۱۰۰ تا ۱۵۰ میلیون هزینه برای دولت دارد، گفت: متأسفانه عدم دسترسی به دارو پس از عمل پیوند، باعث می شود که پیوند پس بزند و در نتیجه تمام زحمات هدر برود و بیمار هم تلف شود. قاسمی با بیان اینکه قرار بود بعد از اجرای قانون هدفمندی یارانه ها در کشور، داروهای بیماران دیالیزی و کلیوی رایگان شود، افزود: متأسفانه نه تنها این اتفاق نیفتاد بلکه آن دسته از داروهایی که به آنها یارانه تعلق می گرفت نیز ۲ برابر شده است. رییس انجمن خیریه حمایت از بیماران کلیوی ایران با انتقاد از شعارهایی که در حمایت از بیماران داده می شود، ادامه داد: متأسفانه اتفاق خاصی که منجر به بهبود وضعیت بیماران بشود رخ نداده است و هر آنچه شعار داده می شود فقط برای ذهنیت مردم است. وی از پا برجا ماندن مشکلات بیماران دیالیزی با سازمان بیمه خدمات درمانی خبر داد و افزود: بیمار کلیوی برای انجام پیوند می بایست هزینه ها را بپردازد و بعد از کلی دوندگی، مقداری از هزینه ها توسط بیمه خدمات درمانی پرداخت می شود. در حالی که بیمار پول ندارد که بخواهد هزینه کند.

قاسمی با تاکید بر اینکه در حال حاضر حقوق بیماران ضایع شده است، گفت: متأسفانه دستهایی در کار است که نمی خواهد بازار دلالی دارو و تجهیزات پزشکی در بیماران کلیوی برچیده شود.

وی با اعلام اینکه **داروی** ایرانی "سلسپت" برای بیماران کلیوی هم اکنون با دفترچه بیمه خدمات **درمانی** ۶۳ هزار تومان عرضه می شود، افزود: این **دارو** با بیمه تامین اجتماعی قبلاً رایگان بود ولی حالا بیمار باید ۴۳ هزار تومان پول بدهد. قاسمی با انتقاد از وارد کردن **داروی** جدیدی برای بیماران کلیوی، گفت: متأسفانه این **دارو** بدون هیچگونه مطالعه بالینی وارد بازار **دارویی** کشور شده است. در حالی که بیماران از مصرف **داروی** ایرانی "سلسپت" راضی هستند. وی با طرح این سؤال که مگر بیماران کلیوی موش آزمایشگاهی هستند که هر **دارویی** روی آنها آزمایش شود، افزود: از نمایندگان مجلس انتظار داریم مشکلات بیماران کلیوی را بررسی کنند که چرا باید بیماران خاص و صعب‌العلاج دچار این قبیل مشکلات شوند.



۴۸ - در گفت و گوی اختصاصی فارس با معاون **درمان** و **وزارت بهداشت** اعلام شد سامانه نظام جامع خدمات **درمانی** تا ۵ سال آینده در کشور مستقر می شود

خبرگزاری فارس - معاون درمان وزارت بهداشت اعلام کرد: سامانه نظام جامع خدمات درمانی مبتنی بر مراقبتهای اولیه، پزشک خانواده، پرونده الکترونیک سلامت ایرانیان،

در گفت و گوی اختصاصی فارس با معاون **درمان** و **وزارت بهداشت** اعلام شد سامانه نظام جامع خدمات **درمانی** تا ۵ سال آینده در کشور مستقر می شود

خبرگزاری فارس: معاون **درمان** و **وزارت بهداشت** اعلام کرد: سامانه نظام جامع خدمات **درمانی** مبتنی بر مراقبتهای اولیه، پزشک خانواده، پرونده الکترونیک سلامت ایرانیان، واقعی شدن **تعرفه** ها، خرید خدمت از بخش غیر دولتی و تشکیل سازمان بیمه سلامت ایرانیان در سراسر کشور اجرا می شود البته دولت برای هر سال اجرای این برنامه باید حداقل ۳ هزار میلیارد تومان بودجه اختصاص دهد.

حسن امامی رضوی در گفت و گو با خبرنگار بهداشت و **درمان** فارس، افزود: بر اساس قانون برنامه توسعه پنجم **وزیر بهداشت** موظف شده است سامانه و نظام جامع ارائه خدمات همگانی سلامت را در سراسر کشور مستقر کند، این سامانه مبتنی بر اجرای طرح پزشک خانواده، نظام ارجاع، تکمیل شبکه بهداشتی و **درمانی** کشور و سراسری شدن پرونده الکترونیک سلامت ایرانیان است.

وی ادامه داد: این سامانه اکنون به صورت ناقص در شبکه بهداشتی و **درمانی** کشور وجود دارد اما آنچه باید انجام شود استقرار و فراگیر شدن کل این سامانه در کشور است در حالی که اکنون پوشش خدمات بهداشتی و **درمانی** کشور در روستاها نسبتاً کامل اما در شهرها ناقص است.

*مدیریت نامناسب بر نظام سلامت کشور حاکم است

معاون **وزیر بهداشت** گفت: یکی از نقایص اصلی نظام سلامت کشور ما این است که دولتی-خصوصی است و مدیریت نامناسبی دارد اما در سامانه جامع سلامت ایرانیان که باید طراحی آن تا پایان امسال به اتمام برسد. این مشکلات بر طرف شود؛ سامانه جدید مبتنی بر واگذاری تصدی از بخش دولتی به بخش غیر دولتی و خرید خدمت راهبردی از بخش غیر دولتی انجام شود و **وزارت بهداشت** و دولت تا جای ممکن در جایگاه نظارت کننده و سیاستگذار قرار بگیرد.

امامی رضوی افزود: بر این اساس **وزیر بهداشت** موظف است سامانه نظام جامع خدمات **درمانی** را طراحی کند و با هماهنگی معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی ریاست جمهوری در شورای عالی سلامت به تصویب برساند و از سال دوم برنامه یعنی سال آینده اجرای آن باید آغاز شود به طوری که تا پایان برنامه توسعه پنجم در سراسر کشور مستقر شود. وی ادامه داد: در این سامانه به هیچوجه فرار نیست نظام سلامت دولتی باشد بلکه از ظرفیت بخش خصوصی استفاده می شود، تصدی ها تا جای ممکن از دولت به بخش غیر دولتی واگذار و با قیمت مناسب و واقعی خرید خدمت می شود. پرداخت ها نیز مبتنی بر عملکرد می شود.

معاون **وزیر بهداشت** اضافه کرد: این سامانه شامل همه دستگاههای که به نحوی ارائه خدمات **درمانی** دارند می شود و چتر این سامانه بر کل ارائه کنندگان خدمات **درمانی** در کشور گسترده می شود و بر اساس آن باید سازمان بیمه سلامت ایرانیان با ادغام بیمه های مختلف کشور شکل بگیرد که کار خرید خدمت را انجام می دهد.

وی ادامه داد: اگر طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع کند اجرا شود این سامانه نیز قابلیت اجرایی شدن نخواهد داشت و البته یکی از مهمترین مزایای این سامانه این است که با واقعی شدن **تعرفه** ها و پوشش مناسب بیمه ها سهم پرداخت از جیب مردم برای **هزینه** های سلامت از میزان فعلی که طبق بررسی ها ۵۴ درصد است کم می شود و باید به حدود ۳۰ درصد برسد.

*حمایت بیمه از خدمات سلامت خارج از سامانه ایرانیان قطع می شود

امامی رضوی گفت: نکته بسیار مهم این است اگر افرادی بخواهند خارج از این سیستم از خدمات **درمانی** استفاده کنند از خدمات و حمایتهای بیمه برخوردار نمی شوند و **هزینه** خدمات را باید از جیب خود بپردازند در واقع می تواند یک بازار آزاد خدمات **درمانی** هم برای افرادی که خودشان **هزینه** را پرداخت می کنند و از خدمات بیمه استفاده نمی کنند هم وجود خواهد داشت که بیشتر دهک های درآمدی بالای جامعه از آن استفاده خواهند کرد اما دولت مسئولیت تأمین سلامت و ارائه خدمات مناسب و استاندارد به آحاد ایرانیان را کماکان به عهده خواهد داشت و باید تضمین کند.

وی در پاسخ به این پرسش که اجرای این سامانه چقدر اعتبار می خواهد گفت: طراحی این سامانه **هزینه** چندانی ندارند اما اجرای آن مستلزم اجرای طرح پزشک خانواده و واقعی شدن **تعرفه** های خدمات تشخیصی و **درمانی** است که از نظر **وزارت بهداشت** ۳،۶ برابر **تعرفه** دولتی فعلی است.

وی ادامه داد: **بیمارستانهای** غیر دولتی نیز که در این سیستم جدید با این **تعرفه** ارائه خدمت می دهد و از آنان خرید خدمت می کنند از مزیت تضمین تعداد بیمار برخوردار می شود و از این طریق درآمد آنها جبران می شود.

* دولت ۳ هزار میلیارد تومان بدهد اجرا می کنیم

وی گفت: بر اساس محاسبات وزارت بهداشت اجرای این طرح بر اساس تعرفه های امسال برای هر سال ۳ هزار میلیارد تومان اعتبار می خواهد که البته در سالهای بعد باید بر اساس محاسبات روز مشخص شود و البته دولت و بیمه ها باید این هزینه را تأمین کنند تا اجرا شود.



۴۹ - اجرای طرح بهادیر برای اولین بار در کشور در شهر توریستی سرعین خبرگزاری آریا - رییس دانشگاه علوم پزشکی اردبیل از اجرای طرح بهادیر برای اولین بار در شهر توریستی سرعین خبر داد.

به گزارش آریا، پورفرسی رییس دانشگاه علوم پزشکی اردبیل گفت: شهر سرعین به لحاظ توریستی بودن، همه ساله پذیرای بالغ بر ۵ میلیون مسافر بوده و نظارت بیشتر را در جهت ارتقاء وضعیت بهداشت محیط این شهر می طلبد که در این راستا دانشگاه علوم پزشکی برای اولین بار در سطح کشور طرحی با عنوان طرح بهادیر (بازرسی اماکن در یک روز) با اولویت های بازرسی و ارائه آموزش چهره به چهره به متصدیان به هنگام بازدید اقدام کرده است.

فائز مقام وزیر در استان و رییس دانشگاه در ادامه افزود: در این طرح حدود ۸۵ بازرسی بهداشت محیط و عوامل اجرایی همزمان در سطح شهر توریستی سرعین به بازرسی همه اماکن عمومی استخرهای آبگرم، آیدرمانی ها و مراکز تهیه کردند که نتایج حاصله: بازدید از ۶۶۱ باب امکنه، ارائه آموزش به ۸۹۱ نفر از متصدیان به هنگام بازرسی، کشف، توقیف و جلوگیری از عرضه ۴ تن مواد غذایی فاسد، تاریخ گذشته و غیربهداشتی و صدور تعداد ۱۹۴ اخطار به بهداشتی برای متخلفان است.

به گزارش آریا به نقل از روابط عمومی وزارت بهداشت، پورفرسی با اشاره به اجرای موفقیت آمیز این طرح گفت: مقرر شد این طرح در تمامی شهرستانهای استان که حدود ۸۰۰ امکنه دارند به ترتیب اجرا شود و در شهرستانهایی که بیش از ۸۰۰ امکنه دارند، این طرح، با تفکیک صنوف در نوبت های متناوب به مرحله اجرا در آید.

خبرگزاری سلامت ایرانیان

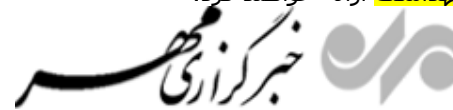
۵۰ - وزیر بهداشت به مجلس می رود خبرگزاری سلامت ایرانیان - برنامه های کمیسیون بهداشت مجلس بعد از هفته تعطیلی شامل گزارش رییس سازمان غذا و داروی وزارت بهداشت به مجلس می شود. هم چنین وزیر بهداشت این هفته برای پاسخ گویی به سوالات نمایندگان به مجلس می رود.

وزیر بهداشت طبق درخواست مجلس و کمیسیون بهداشت برای پاسخ گویی به سوالات نمایندگان به مجلس می رود. به گزارش خبرنگار سینا، مرضیه وحید دستجردی پس از تعطیلات دو هفته ای مجلس در کمیسیون بهداشت حاضر می شود و به سوالات ۱۶ نماینده پاسخ می دهد.

دکتر وحید دستجردی به سوال های محمدحسین فرهنگی، اقبال محمدی به نمایندگی از پنج نفر از نمایندگان سوال کننده، سیروس سازدار، محمدقیوم دهقانی، بهمن اخوان، یونس اسدی و حسن ونایی به نمایندگی از چهار نفر از نمایندگان سوال کننده پاسخ خواهد داد.

از برنامه های دیگر این هفته کمیسیون بهداشت، گزارش رییس سازمان غذا و داروی وزارت بهداشت درباره واردات دارو خواهد بود که امروز صورت می گیرد.

علاوه بر این مسئولان ستاد توسعه فناوری گیاهان دارویی و طب ایرانی گزارشی از عملکرد خود به نمایندگان حاضر در کمیسیون بهداشت ارائه خواهند کرد.



۵۱ - طرح دکترای حرفه ای فیزیوتراپی کارشناسی نیست خبرگزاری مهر - نماینده مردم تبریز در مجلس شورای اسلامی گفت: طرح دکترای حرفه ای فیزیوتراپی یا همان DPT طرح کارشناسی شده ای نیست.

به گزارش خبرنگار مهر، شکور اکبرنژاد پیش از ظهر یکشنبه در گفتگو با خبرنگاران اظهار داشت: اخذ مدرک دکترای منوط به سپری کردن مراحل تخصصی رشته فوق بوده و نمی توان تنها با گذراندن ۶۰ واحد اجازه طبابت به لیسانس های فیزیوتراپی داده و این نه به نفع جامعه پزشکی و همچنین بیماران نیست.

اکبر نژاد تصریح کرد: عده ای با فشار سیاسی به دنبال موافقت این طرح جهت اجرا در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می باشند، اما این طرح کارشناسی نشده است و من امیدوارم این اتفاق صورت نپذیرد.

نماینده تبریز در مجلس شورای اسلامی که در صحن مجلس در این مورد به **وزیر بهداشت** و آموزش پزشکی تذکر داده بود افزود: موافقت با این طرح عواقب جبران ناپذیری را به دنبال داشته و سایر لیسانسه های جامعه پزشکی نیز خواستار چنین طرح مشابهی برای اعطای مدرک دکترا و اجازه فعالیت در طبابت و افتتاح مطب را خواهند بود.

طرح دکترای حرفه ای فیزیوتراپی طرحی است که بر اساس آن لیسانس های فیزیوتراپی با گذراندن ۵۲ واحد درسی (۳۲ واحد کارآموزی + ۲۰ واحد پایه) مدرک دکترای حرفه ای دریافت کرده و بر اساس کوریکولوم DPT امکان ویزیت مستقیم همه بیماران و انجام مداخلات پزشکی و غیره را پیدا می کنند.

این طرح در جلسه **وزیر بهداشت** با معاونان و برخلاف نظر تمامی کارشناسان بدنه وزارت، شورای گسترش، معاونت **درمان**، معاونت آموزشی، دبیرخانه شورای تخصصی و کمیسیون معین مربوطه و هیئت های مورد به تصویب رسید.

گفتنی است، طرح مذکور با مخالفت جامعه پزشکی کشور همراه شده و جمعی از اساتید، متخصصان، پزشکان عمومی و دانشجویان پزشکی کشور با نوشتن نامه ای به **وزیر بهداشت**، خواستار جلوگیری از اجرای طرح DPT یا دکترای حرفه ای فیزیوتراپی در کشور شدند.



۵۲ - رییس بخش گوش، حلق و بینی مرکز آموزشی **درمانی الزهرا(س) اصفهان**: نوزادان ناشنوا مناسب ترین کاندیدا کاشت حلزون گوش هستند ضرورت انجام تست های شنوایی سنجی در بدو تولد

خبرگزاری ایسنا - رییس بخش گوش و حلق و بینی مرکز آموزشی **درمانی الزهرا(س) اصفهان** گفت: نوزادان ناشنوا و بزرگسالانی که شنوایی خود را از دست داده اند مناسب ترین کاندیدا برای کاشت حلزون گوش هستند.

رییس بخش گوش و حلق و بینی مرکز آموزشی **درمانی الزهرا(س) اصفهان** گفت: نوزادان ناشنوا و بزرگسالانی که شنوایی خود را از دست داده اند مناسب ترین کاندیدا برای کاشت حلزون گوش هستند.

سعید سهیلی پور در گفت و گو با خبرنگار بهداشت و **درمان** خبرگزاری دانشجویان ایران (ایسنا) منطقه اصفهان، با اشاره به اینکه گوش از نظر آناتومی از سه قسمت شامل گوش خارجی، گوش میانی و داخلی تشکیل شده است، اظهار کرد: کاهش شنوایی یا کری عبارت است از نقص در کارایی حس شنوایی به علت وجود اختلاف در این حس که ممکن است در یک گوش و یا در هر دو دیده شود.

وی با بیان اینکه از هر چهار هزار کودک متولد شده، کری ارثی در یک نفر دیده می شود، افزود: از هر هشت نفر یک نفر حامل ژن مغلوب کری است و نیمی از کاهش شنوایی ها در سنین کودکی علل ژنتیک دارد.

این فوق تخصص گوش با اشاره به ضرورت انجام تست های شنوایی سنجی در بدو تولد نوزادان گفت: انجام این تست ها اگرچه به صورت مطلوب و کامل در کشور انجام نمی شود، اما کمک شایانی به تشخیص ناشنوایی و کم شنوایی شدید در نوزادان می کند.

سهیلی پور بیان کرد: تست های تکمیلی شنوایی در نوزادانی انجام می شود که تست اولیه آنها مشکوک است و یا احتمال کری در این نوزادان بیش از سایرین است.

وی با اشاره به اینکه تمام افراد مبتلا به کاهش شنوایی نمی توانند کاندیدا کاشت حلزون شوند، تصریح کرد: مدت زمان ناشنوایی، عوامل اقتصادی، اجتماعی، سطح فرهنگی و شخصیتی بیمار، سلامت عمومی، ناشنوایی مادرزادی و توانمندی های گوش از جمله مشخصاتی است که قبل از انتخاب بیمار برای پیوند حلزون گوش مورد بررسی قرار می گیرد.

دانشیار دانشگاه علوم پزشکی اصفهان با بیان اینکه میزان بهبود شنوایی بعد از کاشت حدود ۷۰ درصد در نظر گرفته می شود، اضافه کرد: کاشت حلزون فقط در بیماران مبتلا به کری کامل، حسی عصبی دو طرفه انجام می شود و در بیماران مبتلا به کری یک طرفه یا کری های ناقص از سمعک یا سایر پروتزها استفاده می شود.

سهیلی پور با اشاره به اینکه در یک سال گذشته ۴۴ جراحی کاشت حلزون گوش در استان انجام شده است، خاطرنشان کرد: در حال حاضر بیش از ۱۲۰ نفر در لیست انتظار این جراحی هستند و متوسط انتظار بیماران برای کاشت حلزون گوش دو سال است.

وی عدم دسترسی آسان بیماران به پروتز حلزون برای این جراحی را تنها مشکل کاشت حلزون گوش در استان دانست و ادامه داد: **هزینه** بالای تهیه پروتز امکان خرید آن را برای بیماران مشکل می کند.

این متخصص گوش و حلق و بینی با بیان اینکه نیمی از **هزینه** خرید پروتز توسط مرکز کاشت حلزون ایران و مابقی آن را بیمار پرداخت می کند، اذعان کرد: پروتز حلزون کاملا وارداتی است و چون بخش دولتی این پروتز را به تعداد محدودی خریداری می کند در شهرستان ها نیز کم توزیع می شود.

سهیلی پور با اشاره به مطالعات انجام شده برای ساخت پروتز حلزون و یا بخش هایی از آن در کشور اظهار کرد: متأسفانه نمونه ایرانی و یا قطعه خاصی که بتوان از آن در بازسازی ها، تعمیرات و یا درعمل های مجدد استفاده شود ساخته نشده است.

وی با بیان اینکه سمعک بهترین گزینه برای **درمان** کم شنوایی بیماران است، افزود: با وجود سمعک هایی که کاملا در مجرای گوش قرار می گیرند در صورت امکان **درمان** بیمار با سمعک نیازی به انجام کاشت حلزون گوش در بیماران کم شنوا وجود ندارد.

رییس بخش گوش و حلق و بینی مرکز آموزشی **درمانی الزهرا(س)** با اشاره به نتایج رضایت بخش انجام این جراحی برای بیماران گفت: نتیجه کاشت حلزون در اطفالی که کری مادرزادی دارند و بزرگسالانی که به دلایل مختلف شنوایی خود را از دست داده اند بسیار قابل توجه است و همین امر موجب تمایل بسیار زیاد بیماران برای کاشت حلزون گوش شده است.

سهیلی پور با اشاره به دوره های آموزشی شش ماهه پس از کاشت حلزون گوش بیان کرد: این آموزش ها به بیماران کمک می کند تا مطلوب ترین نتیجه پس از انجام جراحی برای آنها حاصل شود.

وی با بیان اینکه آموزش های مربوط به توان بخشی شنوایی و استفاده از دستگاه به بیماران برای بازگشت به جامعه و فعالیت های روزمره کمک می کند، تصریح کرد: گفتار **درمانی** و آموزش مناسب به کودکانی که از کاشت حلزون بهره می گیرند سبب ایجاد توانایی مطلوب در گفتار آنها می شود اما باید تفاوت شیوایی بیان این افراد با افراد عادی را نیز مد نظر داشت.

این متخصص گوش و حلق و بینی با اشاره به اینکه کاشت حلزون در نوزادان بیش از سایر بیماران صورت می گیرد، اضافه کرد: در کاشت حلزون برای نوزادان به دلیل عدم رشد عقلی و ذهنی والدین آموزش های لازم برای استفاده و مراقبت از دستگاه را دریافت می کنند.

سهیلی پور با بیان اینکه کاشت حلزون نیاز به **درمان دارویی** بلند مدت ندارد، خاطرنشان کرد: آنتی بیوتیک و مسکن تنها **داروهایی** است که در هفته نخست پس از بیماری تجویز می شود و پس از عمل پیوند تنها نیاز به مراقبت از دستگاه توسط بیمار و بررسی و کنترل آن و توسط شرکت فروشنده وجود دارد.

وی با اشاره به اینکه نتایج این **درمان** در کودکان یک تا دو ساله مطلوب تر از سایر بیماران است، ادامه داد: به دلیل سپری شدن دوران آموزش در بیماران بزرگتر بهتر است این پیوند در کودکی و قبل از دو سالگی انجام شود اما نمی توان از تاثیرات مثبت این پیوند در سایر بیماران چشم پوشی کرد.

این فوق تخصص گوش با اشاره به محدودیت خرید پروتز حلزون گوش در کشور اذعان کرد: در حال حاضر این جراحی برای افرادی انجام می شود که بتوانند بیشترین استفاده را از کاشت حلزون گوش داشته باشند.

سهیلی پور با اشاره به راه اندازی مرکز تخصص پیوند گوش در اصفهان در آینده اظهار کرد: هم اکنون بیمارانی که توانایی مالی برای تهیه پروتز را داشته باشند برای کاشت حلزون گوش به تهران اعزام می شوند.

وی افزود: جلوگیری از ازدواج فامیلی و انجام تست های شنوایی سنجی در بدو تولد و به ویژه در نوزادان با احتمال بالای ابتلا به کری، نوزادان مبتلا به زردی، نوزادان زودرس و نوزادانی که در دوران بارداری با مشکلاتی مواجه بوده اند، موجب می شود کودکان ناشنوا کمترین آسیب را از ناتوانی خود ببینند.

انتهای پیام

خبرگزاری سلامت ایرانیان

۵۲ - سالانه ۱۷ میلیون مرگ قلبی در جهان رخ می دهد

خبرگزاری سلامت ایرانیان - رییس مرکز مدیریت بیماریهای غیر واگیر وزارت بهداشت گفت: «هر سال بیش از ۱۷ میلیون زندگی در دنیا به علت بیماریهای قلبی عروقی از دست می رود و ۸۲ درصد از این مرگ ها در کشورهای با درآمد کم و متوسط اتفاق می افتد.»

رییس مرکز مدیریت بیماریهای غیر واگیر **وزارت بهداشت** گفت: هر سال بیش از ۱۷ میلیون زندگی در دنیا به علت بیماریهای قلبی عروقی از دست می رود و ۸۲ درصد از این مرگ ها در کشورهای با درآمد کم و متوسط اتفاق می افتد. دکتر کوروش اعتماد با بیان اینکه تعداد زیادی از این مرگ ها به خصوص مرگهای ناگهانی با تغذیه مناسب، فعالیت بدنی منظم و مصرف نکردن دخانیات به طور چشمگیری قابل پیشگیری هستند، افزود: برای اینکه اهمیت این بیماری ها هر چه بیشتر بر جهانیان مشخص شود، روز جهانی قلب از سال ۱۳۸۰ برای توجه همگانی به اهمیت بیماری قلبی عروقی در جهان مطرح شد و هر سال به این مناسبت جشن گرفته می شود تا از این روز برای افزایش آگاهی عمومی نسبت به تهدید کننده های سلامت قلب و عروق و اهمیت روز افزون این بیماری ها و نقش شیوه زندگی سالم در سلامت قلب و عروق استفاده شود. وی با اشاره به اینکه این روز هر ساله توسط فدراسیون جهانی قلب در بیش از ۱۰۰ کشور اجرا می شود و میلیون ها شرکت کننده در سال خواهد داشت، گفت: همه باید بدانند تلاشهایی که برای مبارزه با بیماریهای قلبی عروقی (CVD) صورت می گیرد، نباید فقط محدود به سیاستگذاران و رهبران جهانی باشد و هر فردی که در این دنیا زندگی می کند می تواند از طریق یادگیری در باره عوامل خطر و به کارگیری قدم های ضروری برای کنترل عوامل خطر خود و افراد خانواده خود، روی کاهش بار بیماریهای قلبی عروقی موثر باشند.

اعتماد ادامه داد: خانواده یک جایگاه بی نظیر برای شروع فعالیتهایی برای ارتقاء سطح سلامت و رسیدن به هدف کاهش بار بیماریهای قلبی عروقی است. به همین علت امسال فدراسیون جهانی قلب و اعضاء آن برای رساندن پیام روز جهانی قلب بر خانه تکیه کرده اند زیرا می دانند اگر یک تغییر مختصر در رفتارهای افراد خانه اتفاق افتد، تمام مردم دنیا می توانند بیماری قلبی و سکتة مغزی را تا حدود زیادی پیشگیری و کنترل کنند و بدین ترتیب زندگی با کیفیت و طولانی تری داشته باشند.

رییس مرکز مدیریت بیماریهای غیر واگیر **وزارت بهداشت** گفت: این مناسبت به طور استثناء به جای آخرین یکشنبه سپتامبر هر سال، در روز پنج شنبه ۲۹ سپتامبر (۷ مهر) برگزار خواهد شد و هدف از برگزاری این روز، تشویق افراد به کنترل وضعیت سلامت قلبی خودشان و ایجاد تغییرات ساده در شیوه زندگی با فراهم کردن شرایط خانه برای حمایت از زندگی با قلبی سالم است چرا که قلب سالم در خانه ای سالم به دست می آید و دنیای سالم از خانه های سالم ساخته می شود.

اعتماد افزود: در این روز که مبنایی برای انجام فعالیتهایی در این زمینه در طول سال خواهد بود، بر ممنوعیت مصرف دخانیات در خانه، تامین مواد غذایی سالم در خانه، فعال بودن تمام اعضای خانواده و آگاهی همه اعضای خانه از مقدار فشارخون، قند خون و چربیهای خون تاکید شده است. در واقع باید خانه را محلی برای زندگی حامی قلب سالم بسازیم تا هم قلب سالم و هم دنیا سالم داشته باشیم.

خبرگزاری سلامت ایرانیان

۵۲ - افزایش مرخصی سالیانه برای پرستاران **بیمارستان** های سوانح سوختگی و روانی

خبرگزاری سلامت ایرانیان - پرستاران بیمارستان های سوختگی و روانی به علت سختی موجود در کارشان، از مزایای خاصی مثل افزایش دوبرابری مرخصی سالانه و تغییر در تعرفه شان برخوردار می شوند. پرستاران بیمارستان های روانی و سوانح سوختگی به علت پایین بودن میزان کارانه شان بیشتر از سایر پرستاران از مزایا برخوردار می شوند.

دکتر غضنفر میرزابیگی رییس کل سازمان نظام پرستاری در خصوص وضعیت پرستاران بیمارستان های روان پزشکی به خبرنگار سینا گفت: حقوق ثابت پرستاران در یک سطح مساوی قرار دارد، اما پرستاران بیمارستان های سوختگی و بیمارستان های روانی به علت سختی موجود در کارشان از امتیاز یک ماه مرخصی سالانه و حق صعوبت استفاده می کردند؛ اما در حال حاضر بحث کارانه این افراد مد نظر است و این اعتراض وجود دارد که پرستاران بیمارستان های روانی از کارانه پایینی برخوردار هستند. دلیل آن هم عدم انجام عمل جراحی در این بیمارستان هاست.

وی گفت: برای رفع این مشکل در تعرفه گذاری بخش روانی تغییراتی حاصل شده است و شکل جدیدی از تعرفه ها اعمال خواهد شد. علاوه بر این با ابلاغ قانون ارتقا و بهره وری، پرستاری جزء مشاغل سخت و زیان آور به شمار می آید و سرآمد آن، پرستاران بیمارستان های روانی و سوختگی قرار می گیرند که با این وضعیت از مرخص بیشتری برخوردار می شوند. با این حساب مرخصی سالانه آنان به دو ماه افزایش می یابد و از سایر امتیازاتی که در قانون مشاغل سخت و زیان آور وجود دارد هم برخوردار می شوند. در حال حاضر با تصویب قانون ارتقا و بهره وری، گرفتن دو ماه مرخصی در سال برای این گروه پرستاران برد بسیار خوبی بوده است. میرزابیگی درباره تفاوت کارانه های پزشکان و پرستاران گفت: متاسفانه این تفاوت همیشه وجود داشته است اما با تصویب قوانین جدید مربوط به تعرفه گذاری این مشکلات حل خواهد شد.

وی در پایان خاطرنشان کرد: قانون تعرفه گذاری به این معنی است که برای خدمات پرستاری، مابه التفاوت پزشکان و پرستاران محاسبه شود و بر اساس ساعت کار و کیفیت کاری که انجام می شود این تفاوت ها به حد قانونی برسد.

مجلات همشهری

۵۵ - قانون و سزارین

مجلات همشهری - نگرانی در مورد تاثیر افزایش جهانی سزارین انتخابی بر میزان مرگ و میر و اهمیت خطرانی که سلامت مادر و نوزاد را تهدید می کند، باعث شده تا کارشناسان بهداشتی نسبت به افزایش سزارین های انتخابی هشدار دهند.

همشهری تندرستی / شماره ۲۷ / مریم عزیزی:

براساس آمارهای مستند، در دهه گذشته انجام زایمان به روش سزارین افزایش قابل توجهی داشته و در بعضی نقاط جهان به بیش از ۵۰ درصد کل زایمان ها رسیده و این در حالی است که میزان اورژانس های مامایی افزایش نداشته.

در ایران نیز میزان زایمان سزارین به حدود ۲۵ درصد می رسد و در مجموع سه تا چهار برابر استاندارد جهانی در کشورمان سزارین انجام می شود. در این بین نگرانی در مورد تاثیر افزایش جهانی سزارین انتخابی بر میزان مرگ و میر و اهمیت خطرانی که سلامت مادر و نوزاد را تهدید می کند، باعث شده تا کارشناسان بهداشتی نسبت به افزایش سزارین های انتخابی هشدار دهند و پیامدهای این روند را مورد بررسی قرار دهند. یکی از علل افزایش میزان زایمان سزارین، افزایش تنوع و گوناگونی در اندازه لگن مادر و سر و جمجمه جنین در فرایند تولد است. به عبارتی در گذشته زایمان سزارین فقط در شرایط اضطراری و در صورت وجود مشکل طبی انجام می شد.

به عنوان مثال یکی از این موارد، زایمان سزارین در وضعیت های نامناسب جنینی از جمله وضعیت بریج است که بین سه تا چهار درصد بارداری ها را شامل می شود. بنابراین در چنین وضعیتی، سزارین ایمن تر از زایمان طبیعی است.

در نظر عموم مردم و در متون پزشکی، درخواست مادر به عنوان یکی از حقوق اساسی هنگام زایمان در نظر گرفته می شود؛ به شرطی که مادر کاملاً از خطرات آن آگاه باشد.

مثلاً ترس از درد زایمان، ترس از ایجاد اختلال عملکرد جنسی بعد از زایمان طبیعی، تصور راحت بودن زایمان سزارین و... از جمله عواملی هستند که زایمان سزارین انتخابی توسط مادر را رقم می زنند اما طبق قوانین اخلاق پزشکی هیچ متخصص زنان و زایمانی مجاز نیست که خانم باردار را به انجام زایمان سزارین انتخابی تشویق کند. براساس قوانین پزشکی، زایمان طبیعی به عنوان شیوه انتخابی زایمان در نظر گرفته شده است و در صورت انجام سزارین باید دلیلی محکم و علمی برای آن وجود داشته باشد و اصل سودرسانی و عدم ضرررسانی در انجام زایمان لحاظ شود.

در عین حال، قوانین اخلاق پزشکی، پزشک را ملزم می کند تا همه مراحل زایمان و شرایط احتمالی را برای خانم باردار توضیح دهد تا وی بتواند بهترین انتخاب را در نوع زایمان خود داشته باشد اما در صورت نبود توجیه برای انتخاب نوع سزارین، پزشک موظف است خانم باردار را از تصمیمی که گرفته، منصرف کند و تصمیم وی را ملاک نوع زایمان قرار ندهد.

قبل از انتخاب شیوه زایمان باید به دو سوال پاسخ داده شود. آیا زن باردار فقط به علت منفعت احتمالی برای جنین سزارین را می پذیرد؟ آیا متخصص زنان و زایمان، سزارین را فقط به دلیل سود مالی انجام می دهد و لزومی برای انجام سزارین نیست؟ در صورتی که جواب این سوال ها مثبت باشد، اخلاق پزشکی قادر است با پزشک برخورد کند چرا که ممکن است سلامت زن باردار و جنین به خطر بیفتد.



۵۶ - * ورود نارنگی های نیاگارا و ژاپنی به بازار* مهاجران: تحریم سبزی زبان زیادی به کشاورزان زد
 خبرگزاری ایسنا - نارنگی های نیاگارا و ژاپنی در راه هستند و تا ۱۰ روز دیگر وارد بازار می شوند؛ این نارنگی ها علیرغم رنگ سبز، طعم شیرینی دارند، در ساری تولید می شوند و تا مدتی دیگر وقتی درخت ها به بار بنشینند فراوانی آن ها بیشتر می شود.

نارنگی های نیاگارا و ژاپنی در راه هستند و تا ۱۰ روز دیگر وارد بازار می شوند؛ این نارنگی ها علیرغم رنگ سبز، طعم شیرینی دارند، در ساری تولید می شوند و تا مدتی دیگر وقتی درخت ها به بار بنشینند فراوانی آن ها بیشتر می شود.
 به گزارش خبرنگار اصناف خبرگزاری دانشجویان ایران (ایسنا) هلو شبرنگ نیز همچنان در بازار موجود است و کیلویی تا هزار و ۵۰۰ تومان به فروش می رسد.

براین اساس نرخ هلوی خوب به طور میانگین کیلویی هزار و ۵۰۰ تومان، هلو شبرنگ مغانی کیلویی دو هزار و ۵۰۰ تومان و انار نوبرانه کیلویی تا ۲۰۰ تومان است.

همچنین میوه های پاییز و زمستانه چون لیموشیرین میناب و نارنگی ساری به بازار آمدند که خیلی نوبرانه بوده و کیفیت مطلوب ندارند چرا که لیمو شیرین ها، تلخ و کم آب و نارنگی ها ترش هستند.

با توجه به فراوانی هلو شبرنگ در سال جاری این میوه ممکن است تا یک ماه دیگر در بازار باشد؛ گلابی نیز به طور نسبی در بازار موجود است و انواع انکور هم به فروش می رسد. انکور بی دانه سفید که به صورت کشمش تیزابی تهیه می شود و به سبزه معروف است کیلویی دو هزار تومان خریداری می شود و ۵۵۰ تا ۶۰۰ تومان سود دارد؛ این کشمش در ملایر، اراک و تاکستان تولید می شود و بسیار به صرفه است چرا که **هزینه** زیادی ندارند.

هندوانه و خربزه نیز در بازار موجود است اما با کاهش تولید خیار در سال جاری به دلیل اینکه سال گذشته خیارها زیاد خریداری نشدند و ماندند، قیمت خیار اکنون در بازار تقریباً دو برابر شده که البته با ورود خیارهای فصلی جنوب و خیارهای بوته ای به بازار در فصل آینده، قیمت آن کاهش پیدا می کند.

رئیس اتحادیه میوه و سبزی فروشان در گفت و گو با خبرنگار ایسنا با اشاره به منع ارائه سبزی در رستوران ها توسط **وزارت بهداشت** اظهار کرد: با این کار **وزارت بهداشت**، عموم مردم بدون این که بدانند چرا سبزی از رستوران ها حذف شد و چگونه باید سبزی را بشویند و مصرف کنند، دیگر سبزی نخریدند.

سید حسن مهاجران افزود: قبل از اعلام چنین خبری باید مردم را آگاه کرد؛ جا داشت مسوولان بنشینند و ببینند، سبزی آلوده از کجا آمده و کجا باید قرنطینه شود. برای مثال مردم باید سبزی را با آب نمک و مواد شوینده بشورند تا تمیز شود.

وی با تاکید بر این که مردم فکر می کنند هر کجا سبزی هست، وبا همان جاست، تصریح کرد: در حال حاضر تا بی نهایت به سرمایه کشاورز لطمه خورده و نابوده شده است به گونه ای که شش هزار واحد نیز سبزی را کلا کنار گذاشته اند.

مهاجران با بیان این که بار اول نیست که **وزارت بهداشت** این کار را می کند، گفت: با این روش به افراد خرده پا ضرر می رسد و بیچاره می شوند. بیشتر سبزی ها با چاه آبیاری می شوند؛ زمین ها اجاره ای هستند، کشاورز آب را ساعتی می خرد و بذر گران سبزی را می کارد تا سبزی ها را بفروشد اما اکنون سبزی ها روی دست کشاورزان مانده است.

رئیس اتحادیه میوه و سبزی فروشان در پایان خاطرنشان کرد: دو هفته قبل اعلام شد که رستوران ها حق توزیع سبزی ندارند، پس از آن سراسر کشور سبزی را تحریم کردند.

فاش نیوز

۵۷ - ابلاغیه جدید رئیس جمهور برای درمان اینارگران

فاش نیوز - رئیس جمهور قانونی را ابلاغ کرد که بر اساس آن صد درصد هزینه های درمانی اینارگران شاغل و بازنشسته و افراد تحت تکفل آنان به عهده دستگاه اجرایی و صد درصد هزینه های درمانی اینارگران غیرشاغل و افراد تحت تکفل آنان به عهده بنیاد شهید و امور اینارگران است.

به گزارش فاش نیوز به نقل از پایگاه اطلاع رسانی دولت ، در ابلاغیه رئیس جمهور به دستگاه های دولتی ، قانون اصلاح بند ب ماده (۴۴) قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه که در مجلس شورای اسلامی تصویب و به تأیید شورای نگهبان رسیده بود لازم الاجرا شد. بر اساس ماده واحده این قانون ، صد درصد **هزینه های درمانی اینارگران شاغل و بازنشسته و افراد تحت تکفل آنان** به عهده دستگاه اجرایی و صد درصد **هزینه های درمانی اینارگران غیرشاغل و افراد تحت تکفل آنان** به عهده بنیاد شهید و امور اینارگران است.

همچنین دولت موظف است اعتبار لازم برای اجرای این قانون را هر ساله در بودجه سنواتی پیش بینی نماید و در اختیار دستگاهها و صندوقهای بازنشستگی و بنیاد شهید و امور اینارگران قرار دهد.

بر این اساس ، در سال ۱۳۹۰ صد درصد **هزینه درمان** بازنشستگان غیرشاغل از ردیف اعتباری ۱۳۱۶۰۰ بنیاد شهید و امور اینارگران (مربوط به خدمات **درمان** اینارگران غیرشاغل) و اینارگران سایر دستگاهها از اعتبارات بیمه خدمات **درمانی** دستگاهها پیش بینی و پرداخت می شود. قانون اصلاح بند ب ماده (۴۴) قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه

۵۸ - ۱۲ مرکز اقامتی اجباری **درمان** تا پایان سال ۹۰ راه اندازی می شود خبرگزاری برنا - قائم مقام دبیرکل ستاد مبارزه با مواد مخدر از راه اندازی ۱۲ مرکز اقامتی اجباری **درمان** تا پایان سال ۹۰ خبر داد. . . .

قائم مقام دبیرکل ستاد مبارزه با مواد مخدر از راه اندازی ۱۲ مرکز اقامتی اجباری **درمان** تا پایان سال ۹۰ خبر داد. ۱۳۹۰ یکشنبه ۲۷ شهریور ساعت ۱۲:۰۹

" به گزارش سرویس اجتماعی برنا، مهندس طه طاهری با بیان مطلب افزود: به دنبال اجرای ماده ۱۶ اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر در بیش از ۸ نقطه کشور مراکز اقامتی اجباری **درمان** راه اندازی شده اند که ۴ نقطه آن به صورت رسمی افتتاح و کار خود را آغاز کرده و بقیه این مراکز نیز آماده سازی شده اند ولی هنوز افتتاح رسمی نشده اند. وی افزود: امیدواریم تا پایان سال ۹۰ این مراکز به ۱۴ نقطه برسد و تا سال ۹۱ تکلیف قانونی این بخش پایان یابد و در استان ها با توجه به ظرفیت هایی که استانداران و فرمانداران در استان ها ایجاد کرده اند، یک تحول چشمگیری در این زمینه رخ دهد. قائم مقام دبیرکل ستاد بیان داشت: تهران، پرمسئله دارترین وضعیت در شیوع مواد مخدر در کشور را دارا بود اما با همه مشکلات جدی که در زمینه راه اندازی مراکز اقامتی در این شهر وجود داشت، کار با سختی آغاز و بخشی از مشکلات این شهر در این زمینه حل شد.

طاهری گفت: در راستای اجرای ماده ۱۶ اصلاحیه قانون مزبور، جمع آوری معتادان پرخطر و **درمان** آنها یک مشکل جدی بود اما با مداخلات **وزارت بهداشت** همچون استقرار تیم پزشکی و پرستاری، ایجاد کلینیک های خصوصی و اورژانس و استقرار دکتر عمومی و عفونی، بخش زیادی از این مشکل حل شد و اکنون وضعیت نسبتاً خوبی در این بخش وجود دارد لیکن هنوز تا استانداردهای اولیه و مطلوب فاصله داریم.

وی در بخش دیگری از سخنان خود با اشاره به مرکز اقامتی شفق گفت: قبلاً در این مرکز یک هزار و ۸۰۰ نفر نگهداری و **درمان** می شدند اما اکنون این رقم به حدود ۸۷۰ نفر رسیده و مابقی مددجویان به کمپ ها منتقل شده اند.

قائم مقام دبیرکل ستاد تاکید کرد: مددجویان علاوه بر اینکه در مراکز اقامتی نگهداری و **درمان** می شوند می بایست در مدت **درمان** خود، مهارت های لازم زندگی را کسب کنند و همچنین به آنها حرفه آموزی، کار گروهی و اشتغال نیز آموخته شود، چرا که مدت نگهداری این افراد ۳ ماه است و باید سعی شود تا زحمتی که باعث شده آنان به پاکی برسند؛ به هدر نرود، لذا توجه به این مسئله لازم و ضروری است.

طاهری در ادامه، ماده ۱۵ اصلاحیه قانون مبارزه با مواد مخدر را یادآور شد و گفت: **درمان** معتادانی که لامکان نیستند و تظاهر به اعتیاد نمی کنند نباید با مداخله دولت صورت بگیرد باید به ماده ۱۵ اصلاحیه قانون مزبور که در واقع توسعه کلینیک های تخصصی، بخش خصوصی و مشارکت های مردمی است، توجه بیشتری شود.

وی تصریح کرد: باید به راهکارهای **درمانی** و حمایت از بهبودیافتگان توجه جدی شود تا مکانیزم های لازم در این زمینه صورت بگیرد. طاهری در بخش دیگری از سخنان خود با اشاره به توزیع شربت تنتور ایپوم گفت: متأسفانه علی رغم اینکه بخشی از توزیع این شربت در اختیار دانشگاه های علوم پزشکی قرار گرفته است اما به توفیق قابل قبولی در این بخش نائل نشده ایم، باید به توزیع این شربت همچون متادون توجه و نظارت بیشتری داشت تا به راحتی در دسترس متقاضی قرار گیرد.



۵۹ - پاکسازی محیط های دانشگاهی از مواد دخانی از اخطار وزیر تا محرومیت دانشجوی سیگاری دانشجوی پزشکی خاچی علاوه بر سیگار، مواد مخدر مصرف می کرد

خبرگزاری ایسنا - سال تحصیلی جدید دانشگاه های علوم پزشکی کشور در حالی آغاز می شود که محرومیت تحصیلی یک دانشجوی پزشکی به دلیل استعمال دخانیات می تواند نشان از عزم **وزارت بهداشت برای مقابله با استعمال مواد دخانی در دانشگاه ها و مراکز.**

سال تحصیلی جدید دانشگاه های علوم پزشکی کشور در حالی آغاز می شود که محرومیت تحصیلی یک دانشجوی پزشکی به دلیل استعمال دخانیات می تواند نشان از عزم **وزارت بهداشت** برای مقابله با استعمال مواد دخانی در دانشگاه ها و مراکز تابعه داشته باشد.

اگر چه شیوه نامه انضباطی دانشگاه های علوم پزشکی کشور که یکی از بندهای آن ممنوعیت استعمال دخانیات در دانشگاه های علوم پزشکی است در سال ۸۷ به دانشگاه ها ابلاغ شد، ولی با صدور حکم محرومیت تحصیلی یک دانشجوی پزشکی به دلیل استعمال مواد مخدر و سیگار، شیوه نامه مذکور نمود عینی به خود یافت.

دغدغه **وزارت بهداشت** برای پاکسازی محیط های علمی و **درمانی** از دود مواد دخانی را می توان از اظهارات اخیر مرضیه دستجردی دریافت، آنجا که تاکید کرده بود: دانشجویان علوم پزشکی که مبادرت به استعمال دخانیات کنند از تحصیل محروم می شوند. وی در عین حال اظهار داشت که این محرومیت همیشگی نیست و ممکن است به مدت یک یا دو ترم باشد چرا که دانشجویان پزشکی باید سرلوحه سلامت باشند.

وحید صرامی معاون فرهنگی معاونت دانشجویی **وزارت بهداشت** در گفت و گو با خبرنگار صنفی آموزشی خبرگزاری دانشجویان ایران (ایسنا)، با اشاره به محرومیت یک دانشجوی دوره بالینی رشته پزشکی از دو ترم تحصیل به دلیل استعمال مواد مخدر و سیگار در خوابگاه، گفت: در ابتدا به این دانشجو تذکرات لازم داده شد ولی او ترتیب اثر در رویه خود نداده و تخلف خود را مجدد تکرار کرده بود.

وی با بیان اینکه اتهام این دانشجوی خوابگاهی علاوه بر مصرف سیگار، توهین و مصرف مواد مخدر هم بوده است، اظهار کرد: این دانشجوی در ابتدا تذکرات انضباطی دریافت کرده بود ولی به دلیل بی توجهی به آن برای آن حکم صادر شده است. صرامی با تأکید بر اینکه روال ما به برخورد تربیتی است، در خصوص نحوه برخورد با مصرف قلیان در دانشگاه و خوابگاه، خاطرنشان کرد: مصرف قلیان هم برای ما همانند دیگر مواد دخانی است و با آن برخورد می کنیم، هر چند که تا کنون گزارشاتی مبنی بر مصرف آن ارائه شده است و با تذکر این موارد اصلاح شده اند. انتهای پیام

وب دا

۶۰ - گرسنگان یکی پس از دیگری در آغوشم جان می دادند
وب دا - بسیاری از کشورهای به طور اساسی کارهای زیربنایی در سومالی را آغاز کرده اند. حفر چاه تا عمق ۲۰۰ متر، آماده کردن زمین های کشاورزی برای کشت، آموزش دانش آموزانی که تنها موظف به خواندن قرآن بودند، ایجاد صنعت و شرایط شغلی با شهرها و روستاهای اطراف، ایجاد سیستم آبیاری قطره ای و کاشتن درختان مقاوم کویری و در یک کلام، بالا بردن شرایط زندگی سنتی وابسته به دام به منابع چندگانه، بخشی از این اقدامات است.

به گزارش وبدا در سفرنامه دکتر ناصر عمادی پزشک ایرانی که برای اعتلای نام ایران و ایرانی به همراه چند تن از همکارانش به قاره سیاه سفر کرده بود، آمده است:
 دردناکترین صحنه از یک آواره آن بود که می گفت: نزدیک دویست کیلومتر را با پای پیاده با چهار فرزندم حرکت کردم و هنگامی که به اردوگاه رسیدم، تنها یک فرزند پسر هفت ساله برایش مانده بود و در حالی که اشک می ریخت، می گفت: از تشنگی و گرسنگی، یکی پس از دیگری در آغوشم جان دادند و هر کدام را در مسیر های گوناگون دفن کردم و اکنون با تنها بازمانده ام به اینجا رسیدم. می دانید فرزند هفت ساله چه بر دست داشت؟ لوح چوبی قرآن. می دانید پدر فرزند از دست داده چه کرد؟ سجده شکر.

سه هفته پیش، فرصتی شد تا با همراهی تعدادی از پزشکان انسان دوست دیار ایران اسلامی، سفر دوباره آی به قاره آفریقا و کشور کنیا داشته باشیم. تفاوت این سفر آن بود که دیگر تنها نبودم و دیگران هم آمدند تا مرهمی بر دردهای درمندان و نیازمندان آفریقا باشیم.

گروه پزشکی با نام پیام آوران صلح و سلامت از ایران اسلامی بزرگ با هفت متخصص و یک پزشک عمومی و یک پرستار رهسپار کنیا شدیم و قرار شد هر کدام سفیر سلامتی برای نیازمندان آفریقایی از ملت بزرگ و کهن ایران باشیم.

دیدار با وزیر بهداشت کنیا

آقایان دکتر ایزدی متخصص عفونی، دکتر فویدل متخصص داخلی، دکتر اشعری متخصص قلب، دکتر سلیمانی جراح عمومی، خانم دکتر سلطانزاده متخصص اطفال، خانم دکتر صالحی متخصص زنان و دکتر چینی گرزاده با همراهی آقای اسدی، پرستار با برگزاری چهار کمپ پزشکی در منطقه کبیری از شهر نایروبی و شهر ساحلی مومباسا و در ادامه، دیدار با وزیر بهداشت کنیا و روسای دانشگاه های پزشکی نایروبی و آقاجان، توانستیم بخشی از نگرانی ها و دلبستگی های ملت ایران را به ملت و دولت کنیا و سومالی اظهار نماییم؛ هرچند در ملیت، نژاد، رنگ پوست و مذهب تفاوت هایی داریم.

با اینکه یک تا دو روز پیش از برگزاری هر کمپ، اطلاع رسانی کرده بودیم، شمار چشمگیری از بیماران برای درمان آمدند. ذوق و شوق پزشکان ایرانی و استقبال بیماران آنچنان انس و الفت مشترک و گسترده ای پدید آورد که همه آنها از ما قول دیدار دیگر را خواستار بودند. در مقابل پزشکان ایرانی هم تجربه نمودند که اگر نیت خالصانه و صادقانه، تنها برای خدمت به محرومان و درمندان باشد، خداوند متعال آنچنان برکت و حرکتی را عنایت می فرماید که به فاصله چند ساعت، می توانیم از یک قاره تا قاره دیگر در کنار بندگان نیازمند باشیم.

دیدار تیم پزشکی ایران با روسای دانشگاه های کنیا

اما در پایان سفر، فرصتی شد تا گزارشی از مناطق شمال شرقی کنیا، منطقه آوارگان سومالیایی تهیه کنیم؛ این را مدیون همکاری یکی از پزشکان شیعه کنیایی، جناب آقای دکتر شریف هستیم که همراهی ایشان در روستاهای پیرامون اردوگاه بزرگ داداب و منطقه وجیر، توانست زوایای این فاجعه را آشکار نماید.

اردوگاه بزرگ داداب در شمال شرقی کنیا در دل کویر بر پا شده و گنجایش نود هزار نفر را دارد. این در حالی است که تاکنون ۴۵۰۰۰۰ نفر از دو ملیت سومالی و کنیایی در آن اسکان یافته اند.

این اردوگاه با توجه به ورود موج مردم گرسنه و فحطی زده از دو کمپ به سه کمپ به نام های ایفو ۱ و ۲ و کمپ داکاهالی افزایش یافته است. بیشتر کشورهای دنیا با هماهنگی سازمان های بین المللی حضور گسترده ای در این فاجعه انسانی دارند. حضور کشور ترکیه بسیار چشمگیر بود، زیرا روزانه برای پنج هزار مسلمان افطاری و سحری می پختند و این یکی از چشمگیرترین فعالیت های انسانی ترک های مسلمان است که انتهای معرفت را به رخ همگان کشیدند.

اما چرا این منطقه (شمال شرقی کنیا هم مرز با سومالی) با این شرایط اسفناک روبه رو شد؟ مردم مسلمان بادیه نشین این مناطق در روستاهای متعدد اقماری از دو کشور کنیا و سومالی - که در شمال شرقی کنیاست - در جوار یکدیگرند، تنها از دام (گاو بز) و محصولات آن در سالها استفاده می کردند و در خانه های حصیری اسکان داشتند. تحصیلات آنان فراگیری قرآن بر لوح های چوبی بوده که آن را از مهمترین بخش جدایی ناپذیر خود می دانستند، به گونه ای که در مهاجرت از روستاهای فحطی زده به اردوگاه داداب، هرگز لوح های چوبی سنگین برنوشته شده با

قرآن را از خود دور نمی کردند. مهمترین مشکل این مردم که منجر به این فاجعه انسانی شد، آن بود که آنها تمام زندگی خود را وابسته به این حیوانات می دانستند و متأسفانه کمبود باران در سه سال اخیر، موجب خشکی صحرا و مرگ حیوانات خانگی شد؛ بنابراین، آنها مهمترین منبع ارتزاق را از دست دادند و همزمان چاه های سنتی ناکارآمد نعمت آب را هم از آنها دریغ کرد.

بنابراین، فقر و فقدان علمی و عملی از توسعه منابع دیگر ارتزاق همانند کشاورزی، صنعت، ایجاد قنات و حفر چاه عمیق موجب شد تا با مرگ حیوانات و خشک شدن چاه های سطحی به ناگهان همه امیدهای زندگی را از دست دهند و راهی جز مهاجرت به تنها مفر احتمالی یعنی اردوگاه داداب نداشته باشند.

مهمترین مناطق ورودی از سومالی به اردوگاه داداب از سه نقطه لیوبی، الواک و منطقه دیگر که نامش را به یاد نمی آورم، است. روزها در گرمای سوزان و برهوت با خانواده در راهند تا به این اردوگاه پیوندند. البته هر آواره، حق ورود به اردوگاه را ندارد و شاید روزها در روستاهای اطراف می مانند تا امکان ورود و اسکان آنها آماده شود، زیرا تدابیر شدید امنیتی طلب می کند افراد صرفاً آواره وارد این اردوگاه شوند.

دردناکترین صحنه از یک آواره آن بود که می گفت: نزدیک دویست کیلومتر را با پای پیاده با چهار فرزندم حرکت کردم و هنگامی که به اردوگاه رسید، تنها یک فرزند پسر هفت ساله برایش مانده بود و در حالی که اشک می ریخت، می گفت: از تشنگی و گرسنگی، یکی پس از دیگری در آغوشم جان دادند و هر کدام را در مسیرهای گوناگون دفن کردم و اکنون با تنها بازمانده ام به اینجا رسیدم. می دانید فرزند هفت ساله چه بر دست داشت؟ لوح چوبی قرآن. می دانید پدر فرزند از دست داده چه کرد؟ سجده شکر. (عکس ها)

سجده شکر در تشنگی و گرسنگی؛ این چه عشقی است؟

این متخصص پوست در ادامه سفرنامه خود که به تابناک ارسال کرده آورده است: آیا می دانید بچه های اردوگاه هنوز توپ ندیده بودند؟ یکی از آنها وقتی توپ را دید ترسید و گریه کرد، ولی دیری نپایید که تا ساعتها با توپ همدل و همراه شد.

صحنه دیگری که دل را بی اختیار گریان و اندوهگین از حال خودمان می نمود، نه از حال آنها، این بود که زنان مسلمان همان گونه که در عکس می بینید، با حجاب کامل و با لب های روزه در کنار مردان در نمازهای جماعتشان بودند.

از خود می پرسم: آقای دکتر عمادی، خانه نداری، آب و غذا نداری، زندگی خودت و خانواده ات در خطر هست، بیا نماز جماعت بخوانیم و روزه بگیریم، بعد برویم برای حل مشکل اقدام کنیم. انصاف حالش را داریم این کار را انجام بدهیم؟

بسیاری از کشورها که به طور اساسی کارهای زیربنایی را آغاز کردند. حفر چاه تا عمق ۲۰۰ متر، آماده کردن زمین های کشاورزی برای کشت، آموزش دانش آموزانی که تنها موظف به خواندن قرآن بودند، ایجاد صنعت و شرایط شغلی با شهرها و روستاهای اطراف، ایجاد سیستم آبیاری قطره ای و کاشتن درختان مقاوم کویری و در یک کلام، بالا بردن شرایط زندگی سنتی وابسته به دام به منابع چندگانه.

حضور مستمر مهندسان، کارشناسان کشاورزی و بهداشتی، معلمان و پرستاران و پزشکان و... که موجب دگرگونی در زندگی این انسان ها شود، بزرگترین و با ارزشترین هدیه به چشم ها و دل های منتظر آنهاست.

گفتنی است دکتر محمد حسین نیکام قائم مقام **وزیر بهداشت** در امور بین الملل در فراخوانی که چندی پیش در اختیار وبدا قرار داد، از کلیه پزشکانی که خواستار اعزام به سومالی برای انجام خدمات پزشکی به این مسلمانان محروم هستند خواست مشخصات فردی و تخصص خود را برای انجام مقدمات سفر و هماهنگی با وزارت امور خارجه به ایمیل آدرس:

خبرگزاری سلامت ایرانیان

۶۱ - غربالگری بیماری «فنیل کتونوری» برای نوزادان سراسر کشور تصویب شد
خبرگزاری سلامت ایرانیان - رییس مرکز مدیریت بیماری های غیرواگیر **وزارت بهداشت** از تصویب برنامه غربالگری بیماری «فنیل کتونوری» (pku) برای نوزادان سراسر کشور خبر داد و گفت:

غربالگری بیماری فنیل کتونوری برای نوزادان سراسر کشور تصویب شد

رییس مرکز مدیریت بیماری های غیرواگیر **وزارت بهداشت** از تصویب برنامه غربالگری بیماری فنیل کتونوری (PKU) برای نوزادان سراسر کشور خبر داد و گفت: غربالگری سراسری این بیماری در آینده نزدیک به دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور ابلاغ می شود.

دکتر کوروش اعتماد با اشاره به اجرای آزمایشی طرح غربالگری بیماری فنیل کتونوری در دو استان کشور، گفت: بررسی های لازم درباره نتایج حاصل از اجرای آزمایشی این غربالگری انجام شده است. نتایج این غربالگری در مرکز توسعه و ارتقای شبکه وزارت مطرح و مصوب شد که این طرح غربالگری به صورت ادغام یافته برای نوزادان سراسر کشور انجام شود.

رییس مرکز مدیریت بیماری های غیرواگیر **وزارت بهداشت** در توضیح بیماری فنیل کتونوری گفت: نوزادان مبتلا به این بیماری با کمبود آنزیم فنیل آلانین روبرو هستند و اگر رژیم غذایی مشخصی را رعایت نکنند به شدت به کاهش ضریب هوشی مبتلا می شوند؛ بر این اساس میزان فنیل آلانین در رژیم غذایی این بیماران باید بسیار محدود باشد. یک نوزاد از هر هشت هزار تولد زنده کشور به بیماری فنیل کتونوری مبتلاست

دکتر اعتماد بروز بیماری فنیل آلانین در کشور را یک در هر هشت هزار تولد زنده عنوان کرد و ادامه داد: در صورت تشخیص بیماری فنیل کتونوری در بدو تولد و رعایت رژیم غذایی خاص، می توان از افت ضریب هوشی این بیماران جلوگیری کرد. به این ترتیب این

نوزادان نیز می توانند مانند فردی عادی رشد یافته و ادامه تحصیل دهند. وی افزود: بیماری فنیل کتونوری به دلیل معلولیت و ناتوانی ذهنی که در مبتلایان به این بیماری بر جای می گذارد از اهمیت بسیاری برخوردار است؛ بر این اساس معاونت بهداشتی وزارت بهداشت برنامه غربالگری فنیل کتونوری برای نوزادان سراسر کشور را تصویب کرد که در آینده نزدیک ابلاغ خواهد شد.

رییس مرکز مدیریت بیماری های غیرواگیر وزارت بهداشت در پاسخ به سوال ایسنا درباره کیفیت غذای مبتلایان به بیماری فنیل کتونوری گفت: نیاز اصلی این بیماران شیر مصنوعی (شیرخشک) است که خوشبختانه با هماهنگی های خوبی که با معاونت غذای سازمان غذا و دارو برقرار است، در برآورد و واردات این محصولات هیچ مشکلی وجود ندارد و توزیع غذای این بیماران در کشور طبق آمار آرایه شده از سوی مرکز مدیریت بیماری های غیرواگیر صورت می گیرد.

دکتر اعتماد در پایان گفت: مشخصات مواد غذایی و استانداردهای لازم در این زمینه را به سازمان غذا و دارو اعلام می کنیم و سازمان غذا و دارو نیز این استاندارد ها را به کارخانه ها ابلاغ می کند. اما با توجه به اینکه این غذا ها اغلب رژیمی هستند و تعداد آن ها نیز محدود است طبیعتا ممکن است پس از مدتی آن غذا برای ذائقه فرد مبتلا خوشایند نباشد. در مجموع غذاهای تولید داخل این بیماران با قیمتی ارزان تر از انواع وارداتی در اختیار بیماران قرار می گیرد.



باشگاه خبرنگاران

۶۲ - حضور ۲۹۵۰ داوطلب در آزمونهای دانشنامه پزشکی رکورد بود باشگاه خبرنگاران - شرکت ۲۹۵۰ داوطلب در آزمون های دانشنامه فوق تخصصی و تخصصی پزشکی سال ۹۰ یک رکورد بود.

دکتر محمد علی محقق معاون آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در گفتگو با خبرنگار باشگاه خبرنگاران با بیان این مطلب گفت: در این دوره طیف وسیعی از پزشکان شرکت کردند که در دوره های قبل در هیچ دوره ای این تعداد شرکت کننده نداشته ایم.

وی افزود: تنوع رشته ها یکی دیگر از خصوصیات این دوره از آزمون های دانشنامه بود و در ۲۵ رشته تخصصی و ۲۱ رشته فوق تخصصی از داوطلبان در این آزمون ها امتحان به عمل آمد.

معاون آموزشی با اشاره به کیفیت برگزاری و سازماندهی مناسب برگزاری آزمون های امسال نسبت به دوره های قبل گفت: این کیفیت رشد قابل توجهی داشته و طیف وسیع تری از اعضای هیئت علمی دانشگاه های علوم پزشکی شامل حدود ۵۰ دانشیار و استاد طراح سوال آزمون ها بودند.

دکتر محقق در ادامه اظهار داشت: برخی از این استادان و اعضای هیئت های ممتحنه که پشتوانه های علمی این آزمون ها هستند برای نخستین بار در این هیئت ها شرکت کردند و دقت های طراحی سوال هم امسال مضاعف شده بود.

وی با اشاره به اینکه قبل از برگزاری آزمون ها در طول سال دبیرخانه آموزش پزشکی تخصصی فعال بوده است افزود: بسیاری از رشته ها بانک سوال داشتند ولی در اغلب رشته های امسال مسئولان فی البداهه طراحی شد و مدت طراحی سوال و کیفیت آن افزایش یافته و در قرنطینه کامل انجام شد.

وی ادامه داد: از نظر علمی نیز از منابع جدیدتر علمی برای طرح سوال استفاده شده و سطح علمی سوالات تحلیلی، تفسیری و مفهومی بوده و سوالاتی که حافظه ای بوده و تاکسونومی کمتری داشت استفاده نشدند.

وی ایجاد رقابت بین بوردها را مزیت دیگر آزمون های امسال دانست و گفت: در همایش هم اندیشی آزمون، رشته هایی که در دوره های قبل ممتاز بودند و کیفیت طراحی بهتری داشتند معرفی و تقدیر شدند و در مرحله کتبی آزمون، رشته های بیماری های داخلی و در بخش شفاهی نیز رشته جراحی عمومی رتبه بالاتری برخوردار شدند که توسط خانم دکتر دستجردی وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی تشویق شدند.

وی کیفیت رشته های دیگر مانند طب اورژانس را نیز خوب ارزیابی کرد و گفت: آزمون های شفاهی در این دوره ارتقای کیفیت بیشتری یافته و روش عمومی برگزاری آزمون شفاهی از تنوع زیادی برخوردار بوده و در بسیاری از رشته ها مانند جراحی عمومی زنان و زایمان تنوع قابل توجهی وجود دارد.

وی در پایان تاکید کرد: برای طراحی سوال در برخی رشته ها در سطح گسترده از امکانات دیجیتالی و رایانه نیز استفاده شد. گفتنی است، بیست و پنجمین آزمون دانشنامه فوق تخصصی و پنجاه و هشتمین آزمون تخصصی پزشکی در تاریخ ۲۴ شهریور سالجاری در دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی برگزار شد و آزمون های شفاهی نیز از ۲۷ تا ۲۹ شهریور در همین محل برگزار می شود، تاریخ اعلام نتایج نهایی این آزمون ها نیز چهارشنبه ۳۰ شهریور ماه و مراسم اختتامیه ۳۱ شهریور ماه سال جاری خواهد بود. /ح

وب دا

۶۲ - اعضای بیمار مرگ مغزی در دشتستان بوشهر به بیماران نیازمند اهدا شد
وب دا - خانواده یک بیمار مرگ مغزی اهل شهر وحدتیه دشتستان استان بوشهر اعضای بدن بیمار خود را به بیماران نیازمند اهدا کردند.

به گزارش خبرنگار وب دا این بیمار ۵۶ ساله که شش روز پیش بر اثر سانحه رانندگی دچار مرگ مغزی شده بود روز دوشنبه در بیمارستان ۱۷ شهریور برازجان اعضای بدن وی به بیماران نیازمند اهدا شد.

مسئول هماهنگ کننده امور پیوند اعضا در استان بوشهر در جمع خبرنگاران گفت: با تشخیص پزشکان متخصص بیمارستان ۱۷ شهریور برازجان و رضایت کامل خانواده این بیمار تحت عمل جراحی برداشت اعضا قرار گرفت.

حمید زنگنه افزود: در این عمل جراحی که برای نخستین بار در بیمارستان ۱۷ شهریور برازجان صورت با موفقیت انجام شد، کلیه ها و کبد فراهم آوری شده بیمار با همکاری پزشکان متخصص بیمارستان ۱۷ شهریور برازجان و تیم متخصص پیوند دانشگاه علوم پزشکی شیراز برداشته شد.

وی اضافه کرد: این اعضا برای پیوند به بیماران در لیست انتظار به مرکز پیوند اعضا استان فارس در شیراز منتقل شد.

متخصص مغز و اعصاب بیمارستان ۱۷ شهریور برازجان نیز گفت: این بیمار شش روز پیش با درصد هوشیاری بسیار پایین بعد از انتقال به بیمارستان با تشخیص خونریزی مغزی و آسیب فشرده مغز مورد عمل جراحی و اقدامات مختلف درمانی قرار گرفت.

دکترهادی نیکنام اظهار داشت: عدم پاسخ مثبت در برابر اقدامات جراحی و غیرجراحی و با انجام همه معاینات متخصصین مغز و اعصاب، داخلی و بیهوشی مرگ مغزی این بیمار تایید شد.