



تاریخ ثبت: ۲۰ شهریور ۱۳۹۰

تعداد اخبار موجود: ۲۶ خبر

فهرست

- ۱ - ۱۰ نکته که دندانپزشکان به شما نمی گویند - پزشکی دات نت
- ۲ - مدیر عامل شرکت تولید کننده غذاهای پی، کی، بیو خواستار شد: حمایت بیشتر وزارت بهداشت از تولیدکنندگان داخلی - [خبرگزاری اسپنا](#)
- ۳ - گشاد شدن عروق قلب از عوارض مصرف داروهای جنسی است - [خبرگزاری مهر](#)
- ۴ - نسرین سلطان خواه در کمیسیون بهداشت و درمان مجلس - [خبرگزاری اسپنا](#)
- ۵ - درمان سل با مشکلات عمده ای روبه رو شده است - سلامت نيوز
- ۶ - اوار این بیمارستان ها کی بر سر مردم خراب می شود؟ - [فردا نيوز](#)
- ۷ - اغلب مدارس کشور شرایط نگهداری شیر را ندارند - [خبرگزاری ایرنا](#)
- ۸ - عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران: دانستن خطای پزشک حق بیمار است آمار خطاهای پزشکی در کشور از دیگر کشورها بیشتر نیست - [خبرگزاری اسپنا](#)
- ۹ - ممنوعیت عرضه سالاد و سبزیجات خام در رستوران ها و اغذیه فروشی های اصفهان - [خبرگزاری آریا](#)
- ۱۰ - دانش آموزان دیابتی حتما آمبول گلوکاگن را در مدرسه همراه داشته باشند - [خبرگزاری ایرنا](#)
- ۱۱ - [الو مردم سالاری](#) - روزنامه مردم سالاری
- ۱۲ - [الو شرق](#) - روزنامه شرق
- ۱۳ - [بیمارستان های خصوصی و شرکت های بیمه به توافق نهایی نزدیک می شوند](#) - روزنامه اطلاعات
- ۱۴ - سلامت ایرانی، مدیریت وطنی، الگوی آمریکایی - روزنامه جمهوری اسلامی
- ۱۵ - صدای شما - روزنامه جمهوری اسلامی
- ۱۶ - [عصیان نشو آسم می گیری](#) - قاصد نيوز
- ۱۷ - ذات الریه شایعترین عارضه آنفلوآنزا است - [پزشکان ایران](#)
- ۱۸ - [یکوب و سیاز بیمارستانی!](#) - [همیشهری آنلاین](#)
- ۱۹ - سال گذشته صورت گرفت؛ هزینه یک میلیارد تومانی برای درمان اتباع خارجی - [خبرگزاری فارس](#)
- ۲۰ - آیین نامه جدید اورژانس ها در انتظار ابلاغ وزیر بهداشت - [خبرگزاری ایلنا](#)
- ۲۱ - دانش پزشکی هر پنج سال بکار تغییر می کند - [خبرگزاری موج](#)
- ۲۲ - [غو توزیع قطره آهن شرخواران در مراکز بهداشتی تخلف آشکار است](#) - سلامت نيوز
- ۲۳ - [ایجاد رشته های جدید تغذیه سنتی و پرستاری سنتی](#) - [خبرگزاری سلامت ایرانیان](#)
- ۲۴ - [آمار رسمی شیوع نایابوری ایران امسال برای نخستین بار اعلام می شود](#) - [خبرگزاری سلامت ایرانیان](#)
- ۲۵ - [فاضلاب همراه با سبزیجات، مهمان سفره تهرانی ها!](#) - عنوان نيوز
- ۲۶ - [ریس مرکز نظارت بر درمان اعلام کرد: آیین نامه جدید اورژانس ها در انتظار ابلاغ وزیر بهداشت](#) - شبکه خبر دانشجو
- ۲۷ - [معاون آموزشی وزارت بهداشت: استان های مرزی کمترین تعداد دندانپزشک را دارد](#) - شبکه خبر دانشجو
- ۲۸ - [تصویب تبدیل مرکز تحقیقات گزارش و کید به پژوهشکده](#) - [باشگاه خبرنگاران](#)
- ۲۹ - [طناب زنی یک فعالیت بدنی کامل برای دانش آموزان است](#) - [خبرگزاری پانا](#)
- ۳۰ - [۲۰ هزار تخت بیمارستانی امسال هیات امنایی می شوند](#) - [خبرگزاری سلامت ایرانیان](#)
- ۳۱ - [وزارت بهداشت در خرید دسفرال تعلل کرد](#) - [خبرگزاری سلامت ایرانیان](#)
- ۳۲ - [تاکید بر جمع آوری نمک های دریاچه ارومیه/نازهم جلسه درمانی مسئولان](#) - سلامت نيوز
- ۳۳ - [دسفوناک، فرآورده ای منطبق با استانداردهای ملی و بین المللی](#) - [خبرگزاری مهر](#)
- ۳۴ - [سونامی خاموش «آلزایمر» در راه است](#) رییس اداره سلامت سالمندان وزارت بهداشت: خدمات و بیمه سالمندی با مشکل روبروست بستریسازی مناسب برای دوران سالمندی ضرورست - [خبرگزاری اسپنا](#)
- ۳۵ - یکی از عوامل اپیدمی رفلاکس در کشور، نترات است - [خبرگزاری ایرنا](#)
- ۳۶ - [بحران وبا پایان نیافته است](#) - [ایمنا](#)

پزشکی دات نت

۱ - ۱۰ نکته که دندانپزشکان به شما نمی گویند
پزشکی دات نت - هیچ گاه در زمان بحران های جسمی، روحی و حتی خستگی زیاد به دندانپزشکی نروید. اینگونه مسائل می تواند با کاهش آستانه تحریک پذیری، منجر به افزایش احساس درد شده و در نهایت نارضایتی شما را از روند درمان در پی داشته باشد.

* وقتی خسته اید، رفتن به دندان پزشکی را فراموش کنید
هیچ گاه در زمان بحران های جسمی، روحی و حتی خستگی زیاد به دندانپزشکی نروید. اینگونه مسائل می تواند با کاهش آستانه تحریک پذیری، منجر به افزایش احساس درد شده و در نهایت نارضایتی شما را از روند درمان در پی داشته باشد.

* به موقع حاضر باشید
سر وقت و بدون تاخیر در مطب حاضر شوید. با این کار نه تنها به دندانپزشک خود نشان می دهید که به وقت او و درمان خود احترام می گذارید، بلکه می توانید به او برای انجام درمان وقت کافی و بدون عجله بدهید.

* کمی صبور باشید
در سالن انتظار صبور باشید. در صورتی که درمان بیمار قبلی به درازا کشید و در راس ساعت مقرر پذیرش نشدید، آرامش خود را حفظ کنید.

* فقط یک تیم دندانپزشکی را انتخاب کنید
سعی کنید تمام درمان های دندانپزشکی خود را در یک محل مورد اطمینان انجام بدهید. انجام درمان های دندانپزشکی در محل های متفاوت و توسط دندانپزشکان مختلف می تواند باعث نداخل درمان شما شده و شما را درگیر انتخاب های سلیقه ای کند.

* زمان بدهید تا نتیجه بگیرید
نباید انتظار داشته باشید که درمان های پروتز و زیبایی دندانپزشکی یکباره ظاهر شما را تغییر دهد. گاهی اوقات برای عادت کردن به درمان خود (پروتز و یا زیبایی) به زمان احتیاج خواهید داشت. به خود و دندانپزشک تان زمان بدهید.

حتی پس از بعضی از درمان های دندانپزشکی تا چند روز احساس درد طبیعی است، این امر دلیلی برای زیر سوال بردن کار دندانپزشک تان نیست.

* به دندان های خود احترام بگذارید
اکثر درمان های دندانپزشکی به مواظبت و مراقبت شما از درمان انجام شده بستگی کامل دارد. بنابراین آنها را رعایت کنید.

* جدی بگیرید
فراموش نکنید هرچه زودتر برای درمان های دندانپزشکی خود مراجعه کنید، شما ساده تر، با هزینه کمتر و دوام بیشتر خواهد بود.

* مقایسه نکنید
نباید هیچ گاه هزینه و درمان دندانپزشکی که برای شما انجام شده را با هزینه و درمان دندانپزشکی که برای دیگران انجام شده (حتی درمان های مشابه) مقایسه کنید. چراکه به نظر شما ممکن است درمان مشابه باشد، ولی به یاد داشته باشید هزینه پرداختی تابعی از پیچیدگی درمان، شیوه درمان، مدت زمان، کیفیت مواد و وسایل دندانپزشکی، لابراتوار و... و در نهایت تبحر و تعهد دندانپزشک است.

* با دندانپزشک خود راحت باشید
اگر از دندانپزشکی می ترسید و یا نسبت به مرحله خاصی از درمان (مانند: تزریق، تراش، صدای توربین، بو و مزه مواد دندانپزشکی) احساس خوبی ندارید، بدون خجالت و با اعتماد به نفس حتما به دندانپزشک خود بگویید. ابراز ترس، نگرانی و ناراحتی شما از دندانپزشکی به دکترتان این آگاهی را می دهد که باید به شما بیشتر توجه کرده و یا از روش های کم کردن استرس استفاده نماید.

* از مراحل درمان خود آگاه باشید
بعضی از درمان های دندانپزشکی وابسته به یکدیگر و تفکیک ناپذیرند. حتما از مراحل، چگونگی، مدت زمان و تعداد جلسات درمان و همچنین هزینه های مربوطه اطلاع کامل پیدا کنید. (در حین درمان های دندانپزشکی ممکن است کار پیش بینی نشده ای رخ بدهد که کار را طولانی تر کند، این امر نباید باعث تردید و عدم اطمینان شما به دندانپزشک بشود.) این مطلب را در سایت خود درج کنید"



۲ - مدیر عامل شرکت تولید کننده غذاهای پی.کی.یو خواستار شد: حمایت بیشتر وزارت بهداشت از تولیدکنندگان داخلی

خبرگزاری ایسنا - مدیرعامل شرکت تولید کننده غذاهای بیماران پی.کی.یو خواستار حمایت بیشتر **وزارت بهداشت** از تولید کنندگان داخلی غذاهای این بیماران شد و گفت: هر چه قدر **وزارت بهداشت** مساعدت بیشتری کند، مبتلایان به پی.کی.یو از غذای مخصوص خود زودتر بهره مند می شوند و عوارض این بیماری در آنان کاهش پیدا می کند. دکتر مرتضی سیفتی در گفت و گو با خبرنگار بهداشت و درمان ایسنا، افزود: مجوز تولید آرد مخصوص غذای بیماران پی.کی.یو را سال ۸۸ از وزارتخانه های صنایع و بهداشت دریافت کردیم اما برای عرضه محصولات جدید خود مانند جایگزین تخم مرغ، پوره سیب زمینی و عصاره گوشت، جایگزین ماست نیاز به مجوز **وزارت بهداشت** داریم. وی گفت: برای عرضه محصولات جدید خود از سازمان غذا و داروی **وزارت بهداشت** درخواست اعطای مجوز کرده ایم و آنان در حال انجام مراحل کارشناسی برای صدور مجوز هستند. در این شرایط از این سازمان درخواست می کنیم که مجوز های لازم برای عرضه این محصولات را هرچه سریع تر صادر کنند علاوه بر آن در صورت امکان تولید کنندگان غذا های مبتلایان به پی.کی.یو را از نظر مالی حمایت کند. سیفتی تاکید کرد: مصرف غذای مخصوص با میزان سلامتی مبتلایان به پی.کی.یو ارتباط مستقیم دارد چون استفاده از غذاهای معمولی باعث افزایش میزان فنیل آلانین در خون آن ها می شود و همین امر عقب ماندگی جسمی و ذهنی آنان را در پی دارد. البته مصرف غذای مخصوص باعث کاهش بی قراری مبتلایان به پی.کی.یو که دچار عقب ماندگی ذهنی شده اند نیز می شود. وی درباره صادرات غذاهای مبتلایان به پی.کی.یو گفت: برخی از کشورها محصولات ما را آزمایش و از کیفیت و طعم آن احساس رضایت کرده و درخواست تولید مشترک این نوع غذا ها را به ما داده اند. سیفتی در پایان از برگزاری نمایشگاه غذای مخصوص مبتلایان به پی.کی.یو طی چند ماه آینده خبر داد و اظهار کرد: در این نمایشگاه محصولات ایرانی در کنار محصولات خارجی در معرض قضاوت مردم قرار می گیرد البته غذاهای مخصوص این بیماران را نباید با غذاهای افراد عادی بلکه باید با محصولات مشابه مقایسه کرد. انتهای پیام



۲ - گشاد شدن عروق قلب از عوارض مصرف داروهای جنسی است خبرگزاری مهر - کارشناس اداره قلب و عروق **وزارت بهداشت**، یکی از عوارض مصرف داروهای جنسی را گشاد شدن عروق قلب از طریق ایجاد پرخونی عنوان کرد.

دکتر ابوالقاسم رضوانی در گفتگو با خبرنگار مهر به عوارض ناشی از مصرف داروهای جنسی اشاره کرد و گفت: استفاده از این داروها منجر به پرخونی شده و همین مسئله باعث می شود که عروق قلب گشاد شود. این اتفاق در بیماران قلبی که داروی نیتروگلیسرین (زیربزایی) می خورند دوچندان می شود. زیرا داروی زیربزایی برای گشاد شدن عروق قلب بیمار استفاده می شود و در نتیجه با مصرف داروهای جنسی در بیماران قلبی، عروق به طور فزاینده ای گشاد شده و خون رسانی در بیمار قلبی دچار اختلال می شود. وی همچنین استفاده از داروهای جنسی برای جلوگیری از انزال زودرس را خطرناک توصیف کرد و افزود: شاید استفاده از این داروها در کوتاه مدت باعث احساس سرخوشی فرد شود اما به دلیل ایجاد وابستگی، فرد مجبور است دوز دارو را زیاد کند تا به خواسته خودش برسد و همین مسئله ایجاد اعتیاد می کند. این کارشناس اداره قلب و عروق **وزارت بهداشت** با تاکید بر اینکه ترکیبات آمفتامینها باعث افزایش فشارخون می شود، گفت: یک سری از داروهای جنسی منجر به بروز فشار خون می شود که بهتر است افراد برای استفاده از این داروها با پزشک مشاوره کنند.



۴ - نسرین سلطان خواه در کمیسیون بهداشت و درمان مجلس خبرگزاری ایسنا - معاون علمی و فناوری رییس جمهور با حضور در کمیسیون بهداشت و درمان، گزارشی را به اعضای این کمیسیون ارائه کرد.

انوشیروان محسنی بندپی در گفت و گو با خبرنگار پارلمانی خبرگزاری دانشجویان ایران (ایسنا)، با اعلام خبر حضور معاون علمی و فناوری ریاست جمهوری در جلسه دیروز این کمیسیون، گفت: نسرین سلطان خواه با حضور در این کمیسیون گزارشی از گیاهان دارویی ارائه کرد.

سلامت نیوز

۵ - درمان سل با مشکلات عمده ای روبه رو شده است سلامت نیوز -

با توجه به ایجاد و افزایش گونه های مقاوم به آنتی بیوتیک ها در سال های اخیر و مقاومت دارویی مایکو باکتریوم، درمان سل با مشکلات عمده ای رو به رو شده است.

بیمان درویشی متخصص بیماری های عفونی و پزشک هماهنگ سل در گفتگو با باشگاه خبرنگاران تصریح کرد: باسیل سل، مایکوباکتریوم توبرکلوزیس یا باسیل کخ نام دارد و به دلیل انتقال فرد به فرد و میزان بالای مرگ و میر آن همواره مورد توجه بوده است.

وی گفت: بیماری سل در کشورهای جهان سوم از معضلات عمده بهداشتی است و در مناطقی از ایران نیز شیوع آن کم نیست. درویشی افزود: مرض سل یا توبرکلوزیس یکی از بیماری های مهلک در جهان است که **درمان** مناسب و زودرس آن بسیار با اهمیت است.

وی با بیان اینکه در سال های اخیر عوامل متعددی موجب ایجاد مشکل در روند **درمان** سل شده است تاکید کرد: با توجه به ایجاد و افزایش گونه های مقاوم به آنتی بیوتیک ها در سال های اخیر و مقاومت **دارویی** مایکو باکتریوم ها **درمان** سل با مشکلات عمده ای رو به رو شده است.

این پزشک هماهنگ کننده سل تصریح کرد: در مجموع باید گفت که **درمان** سل مشکل است و به دوره های طولانی استفاده از آنتی بیوتیک ها نیاز دارد که البته مقاومت **دارویی** به این آنتی بیوتیک ها روند **درمان** بیماری را با مشکل روبرو کرده و به تاخیر می اندازد.

درویشی یادآور شد: **درمان** به موقع سل و پرهیز از مصرف خودسرانه آنتی بیوتیک ها از جمله مهمترین راهکارهای پیشگیری از ایجاد گونه های مقاوم سل و کاهش اثر بخشی **درمان** این بیماری است.

وی خاطر نشان کرد: معضل وحشتناک سل مقاوم به **درمان** در جامعه یکی از نگرانی های عمده مورد بیماری سل است که باید برای برطرف کردن آن و جلوگیری از مقاومت های شدید **دارویی** اقدامات عملی تر و جدی تری صورت گیرد.

****تعدیل هزینه های درمان** از راه های مهم پیشگیری از ایجاد سل مقاوم به **درمان** است

در ادامه واحدی متخصص داخلی افزود: راه پیشگیری صحیح و **درمان** کامل و دقیق سل بسیار مهم است و در کنترل این بیماری همواره باید مورد توجه قرار گیرد.

وی گفت: **درمان** ناقص سل می تواند سبب ایجاد نمونه مقاوم و **درمان** شده که این امر اجتماع را درگیر خود کرده و عواقب خطرناکی به دنبال خواهد داشت.

واحدی تاکید کرد: با توجه به اینکه **درمان** شش ماهه تا یک ساله سل به طور کامل و دقیق بسیار مهم بوده و اگر افراد مبتلا به طور کامل تحت **درمان** و بررسی قرار گیرند، می توان درصد بالایی از ایجاد نمونه مقاوم به **درمان** در جامعه پیشگیری کرد.

وی با بیان اینکه تعدیل **هزینه** های **درمان** از راه های مهم پیشگیری از ایجاد سل مقاوم به **درمان** است تاکید کرد: در واقع با توجه به اینکه اغلب افراد مبتلا به سل دارای وضعیت مالی مساعدی نیستند بنابراین بهتر است که **هزینه** های **درمان** را تعدیل نموده و افراد مبتلا تا آخرین روز **درمان** تحت کنترل باشند تا با معضل خطرناک سل مقاوم به **درمان** در جامعه روبرو نشویم.

واحدی گفت: استقرار برنامه کنترل دقیق تر در کنار تشخیص سریع گونه های مقاوم **دارویی** و عفونت های چند مقاومتی نقش قابل ملاحظه ای در کاهش شیوع مقاومت های آنتی بیوتیکی داشته و به برطرف شدن معضل بیماری سل در جامعه رفع و دشواری **درمان** این بیماری کمک زیادی خواهد کرد.




۶ - آوار این بیمارستان ها کی بر سر مردم خراب می شود؟

فردا نیوز - بیمارستان های امام خمینی (ره) با نزدیک به ۸۰ سال قدمت، سینا با بیش از ۸۰ سال و بیمارستان اکبر آبادی با ۸۶ سال قدمت، در این میان رکورد دار هستند.

این بیمارستان ها نه تنها در زمان زلزله دچار حادثه می شوند بلکه در شرایط فعلی نیز توانایی ارائه خدمات مطلوب به بیماران را ندارند. گفته می شود ایران سومین کشور آسیب پذیر در برابر حوادث طبیعی است، آمار ها نشان می دهد که از ۴۳ حادثه دنیا ۳۴ حادثه در کشور ما رخ می دهد، وقوع سالانه صد ها نوع حادثه طبیعی در ایران بر این موضوع صحه می گذارد کار شناسان سال هاست که نسبت به پیامدهای وقوع زلزله در نقاط مختلف کشور و به ویژه تهران هشدار می دهند، بار ها شنیده ایم که وقوع زلزله در تهران حتمی است و هر بار نیز با پررنگ شدن این موضوع، برای مدتی کوتاه، برنامه ها و راه کارهایی روی کاغذ نوشته و کمی بعد، به دست فراموشی سپرده می شود.

به گزارش خبرنگار اجتماعی فردا، کار شناسان می گویند در صورت وقوع زلزله در تهران بیش از ۳ میلیون نفر در همان دقائق اولیه جان خود را از دست می دهند و صد ها هزار نفر نیز مجروح می شوند، اما پرسشی که در این میان مطرح می شود این است که آیا بیمارستان های کشور در صورت وقوع زلزله توانایی پذیرش این مصدومان را دارند؟! پاسخ البته و به اذعان مسوولان **وزارت بهداشت** منفی است. چرا که در صورت وقوع زلزله، وضعیت بیمارستان های کشور به ویژه در تهران، همانند سایر ساختمان هاست و به طور قطع با ریزش مواجه می شوند.

بیش از این بار ها مسوولان **وزارت بهداشت** نسبت به این موضوع اطلاع رسانی کرده اند. مطالعات سال ۸۵ تا ۸۶ **وزارت بهداشت** بروی ۵۴۵ بیمارستان شامل ۸۶ هزار تخت بیمارستان، نشان می دهد ۸۸ درصد بیمارستانهای کشور دربرابرخطرزلزله آسیب پذیر هستند.

وزیر بهداشت نیز با کمی اختلاف در آمار، فرسوده بودن ۷۵ درصد بیمارستان ها را تایید می کند. به هر حال فرسودگی بیمارستان ها موضوعی نیست که با انکار مسوولان مواجه شود.

آمار ها نشان می دهد ۳۰۰ بیمارستان فرسوده و غیرمقاوم تشخیص داده شده اند که با ضعیف ترین زلزله فرو می ریزند. هر یک از ما به طور قطع چندین بار گذرمان به بیمارستان های دولتی خورده است، فرسودگی از ساختمان و اتاق ها و دیوار ها و تجهیزات پزشکی فریاد می زند. البته این موضوع تنها محدود به ساختمان بیمارستان ها نمی شود، تخت های بیمارستانی نیز بدلیل کهنه

بودن و استاندارد نبودن، تا کنون مشکلاتی را برای بیماران ایجاد کرده است، به طوریکه از مجموع ۷۰ هزار تخت بیمارستانی در کشور، حدود ۵۰ تا ۶۰ هزار عدد از آن‌ها شرایط لازم استفاده در مقابل زلزله را ندارند. پایتخت از قافله جاماند!

سیاست وزارت بهداشت برای برطرف کردن مشکل بیمارستان‌های فرسوده، جایگزین کردن بیمارستان جدید است نه مقاوم سازی، چرا که به اعتقاد آن‌ها هزینه مقاوم سازی یک بیمارستان فرسوده ۱۲۹ درصد هزینه ساخت یک بیمارستان جدید است. با اینکه به اذعان وزیر بهداشت بیشتر بیمارستان‌های تهران در صورت وقوع بلایای طبیعی فرومی‌ریزد، اما به نظر می‌رسد روند اینجایگزینی‌ها اگر نگوییم در کل کشور، در پایتخت بسیار کند است. چرا که بیمارستان‌های فرسوده‌ای همانند، امام خمینی (ره)، سینا، اکبرآبادی، طالقانی، شریعتی و... با قدمتی بالای ۵۰ سال همچنان بیماران را پذیرش کرده و خبری از تاسیس بیمارستان جدید نیست!

در سال ۸۵، مجلس شورای اسلامی تبصره‌ای را به ماده ۲۶ قانون نوسازی و عمران شهری اضافه کرد که طی آن مقرر کرد: از صندوق ذخیره ارزی، برای سه اولویت که یکی از آن‌ها مقاوم سازی بیمارستان‌های بالای ۵۰ سال قدمت، برداشت شود. اما با گذشت بیش از ۵ سال از این مصوبه، پایتخت همچنان با معضل بیمارستان‌های فرسوده مواجه است. انوشیروان محسنی بندپی، نایب رییس کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی، با اشاره به این قانون به فردا می‌گوید: در زمان وقوع زلزله یکی از اماکنی که باید از بالا ترین استحکام و مقاومت برخوردار باشد، بیمارستان‌ها هستند در این زمینه نیز قوانینی تصویب شده است.

او، سیاست کشور را جایگزین کردن بیمارستان‌های جدید عنوان می‌کند. تاسیس این بیمارستان‌ها با هماهنگی، معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی و وزارت بهداشت در دستور کار قرار گرفته است.

نماینده مردم نوشهر و چالوس در مجلس شورای اسلامی، وضعیت احداث بیمارستان‌های جایگزین در مازندران را بسیار قابل توجه عنوان می‌کند با این حال این روند را در پایتخت ضعیف توصیف می‌کند.

متاسفانه در مقاوم سازی، بازسازی و تاسیس بیمارستان‌های جایگزین در تهران موفق نبوده ایم، کند بودن روند عملیات‌های اجرایی و اختصاص نیافتن اعتبار از وزارت مسکن و شهرسازی برای انجام این پروژه‌ها در تهران یکی از دلایل عقب بودن پایتخت از شهرهای دیگر کشور است.

بی‌توجهی به وضعیت بیمارستان‌های تهران در حالی رخ می‌دهد که کارشناسان سال‌هاست نسبت به وقوع زلزله بزرگی در تهران هشدار داده‌اند. طبق برآوردهای انجام شده ۵۵ میلیارد تومان اعتبار برای مقاوم سازی بیمارستان‌ها نیاز است.

بنابراین برای ایمن سازی این تعداد بیمارستان فرسوده باید اعتبارات ویژه‌ای از سوی دولت اختصاص یابد درحالی‌که درلایحه بودجه سال ۹۰ اعتبار خاصی برای مقاوم سازی بیمارستان‌های فرسوده در نظر گرفته نشده است.

پیش از این رییس کمیسیون عمران شورای شهر تهران با هشدار نسبت به فرسودگی بیمارستان‌های تهران، از بی‌توجهی وزارت بهداشت نسبت به این موضوع گلایه کرده بود. در سال ۸۲ طرحی تهیه شده که طبق آن باید عناصر حیاتی مقاوم سازی می‌شد و دستگاه‌های مختلف مشمول این طرح شدند، ادامه داد که وزارت بهداشت حرکت‌هایی را آغاز کرد اما در ادامه متوقف شد. همچنین قرار شد شهرداری دستورالعمل‌هایی را برای مقاوم سازی بیمارستان‌ها تصویب کند اما نماینده وزارت بهداشت از حضور در این جلسات تخصصی دیدگاه خودداری می‌کنند و این نشان می‌دهد که مقاوم سازی بیمارستان‌ها چقدر برای آن‌ها بی‌اهمیت است.

بلاتکلیفی بیمارستان‌های فرسوده البته تنها دلیل بی‌توجهی یک وزارتخانه نیست، به گفته نایب رییس کمیسیون بهداشت مجلس، متاسفانه الگوی غیرمنظم ساخت و ساز که از سوی شهرداری در پیش گرفته شده بود، شرایطی را ایجاد کرده که در صورت وقوع زلزله، نه تنها بیمارستان‌ها که خیابان‌ها نیز فرو می‌ریزند و دیگر راهی برای انتقال مصدومان به بیمارستان نمی‌ماند. او معتقد است که بیمارستان‌ها نقطه امن هستند که باید در برابر زلزله ۸ و ۹ ریشتری نیز مقاوم باشند اما متاسفانه این شرایط بر بیمارستان‌ها حاکم نیست. محسنی با اشاره به اینکه بیش از ۵۰ درصد بیمارستان‌های کشور استحکام اولیه در برابر زلزله را ندارند، تاکید می‌کند: باید تمام این بیمارستان‌ها تا ۵ سال دیگر از استانداردهای لازم برخوردار شوند.

* بیمارستان‌های امام، سینا و اکبر آبادی رکوارد دارند

بیمارستان‌های فرسوده در تهران فراوانند، به گفته دبیر کل خانه پرستار بسیاری از بیمارستان‌های تهران فرسوده هستند و بالای ۵۰ سال قدمت دارند. بیمارستان‌های امام خمینی (ره) با نزدیک به ۸۰ سال قدمت، سینا با بیش از ۸۰ سال و بیمارستان اکبر آبادی با ۸۶ سال قدمت، در این میان رکوورد دار هستند. این بیمارستان‌ها نه تنها در زمان زلزله دچار حادثه می‌شوند بلکه در شرایط فعلی نیز توانایی ارائه خدمات مطلوب به بیماران را ندارند.

محمد شریفی مقدم، دبیرکل خانه پرستار از وضعیت بیمارستان‌های امام خمینی (ره) انتقاد کرده و به فردا می‌گوید: ۸۰ سال پیش وضعیت بیمارستان‌های امام از نظر فیزیکی، تاسیساتی و فرهنگی جوابگوی بیماران بود اما اکنون شرایط این بیمارستان‌ها به گونه‌ای است که نگهداری از آن‌ها دیگر مقرون به صرفه نیست.

او ادامه می‌دهد: این بیمارستان‌ها در زمان جنگ جهانی دوم ساخته شده از این رو درهای ورود و خروج فراوانی دارد، اما اکنون ۱۰۰ نگهبان نیز نمی‌تواند ورود و خروج به آن را کنترل کند.

دبیر کل خانه پرستار بر این نکته تاکید می‌کند که بیمارستان‌ها امام دیگر کارایی گذشته خود را از دست داده است. پراکندگی بخش‌های مختلف برای بیماران مشکلاتی ایجاد کرده است، یک بیمار برای خارج شدن از بخش و دادن آزمایش باید دو کیلومتر پیاده‌روی کند، سقف سالن‌ها بسیار بلند است و مصرف فراوان انرژی دارد، سالن‌ها تخت‌های ۱۲ نفره دارند که با رفاه بیماران مطابقی ندارد. ساختمان آنقدر فرسوده و قدیمی است که توانایی استفاده از دستگاه‌های جدید را ندارد.

به گفته شریفی مقدم، وضعیت بیشتر بیمارستان‌های قدیمی مشابه بیمارستان‌های امام است که با توجه به فرسودگی بیمارستان‌ها و مشکل در ارائه خدمات درمانی در شرایط عادی، در زمان زلزله به طور قطع تمامی آن‌ها فرو می‌ریزند.

او بر این نظر است که بیمارستان‌های بالای ۲۰ سال قدمت را نمی‌توان مقاوم سازی کرد چرا که این بیمارستان‌ها از اساس با مشکل ساخت و مقاوم بودن در برابر زلزله مواجه هستند. ۸۰ درصد بیمارستان‌های دولتی بالای ۳۰ سال قدمت دارند و باید جایگزین شوند.



۷ - اغلب مدارس کشور شرایط نگهداری شیر را ندارند

خبرگزاری ایرنا - رییس اداره بهداشت مواد غذایی و بهسازی اماکن عمومی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی گفت: اغلب مدارس کشور شرایط نگهداری شیر را ندارند بنابراین به مدیران این آموزشگاه ها توصیه می شود برای دانش آموزان خود،

محسن فرهادی در گفت و گو با خبرنگار اجتماعی ایرنا افزود: تا زمانی که در شیراستریلیزه باز نشود می توان آن را حتی خارج از یخچال هم نگهداری کرد.

وی اظهار داشت: اما شیرهای پاستوریزه فقط سه تا پنج روز پس از تولید، قابلیت ماندگاری دارد بنابراین یا باید شیرهای استریلیزه تهیه شود یا در صورت تهیه شیر پاستوریزه، سریع و مستقیما به دانش آموزان تحویل داده شود.

رییس اداره بهداشت مواد غذایی و بهسازی اماکن عمومی **وزارت بهداشت،** خاطرنشان کرد با شروع سال تحصیلی جدید، کارشناسان **وزارت بهداشت** نظارت بر چرخه انتقال شیر مدارس را از در کارخانه تا نیمکت های مدرسه را انجام می دهند.

فرهادی گفت: کارخانه های تولیدی شیر قبل از تولید شیر و عقد قرارداد با مدارس باید از **وزارت بهداشت** و دانشگاه های علوم پزشکی، مجوزهای لازم را دریافت کنند.

وی افزود: حدود چهار هزار کارشناس بهداشتی بر شیوه بهداشت انتقال چرخه شیر مدارس، نظارت می کنند.

فرهادی به مدرسه ها توصیه کرد بطور جدی از نگهداری شیرهای پاستوریزه در مدارس، خودداری کنند.

اجتماعم**۹۱۸۵** **۱۵۶۹** انتهای خبر / خبرگزاری جمهوری اسلامی (ایرنا) / کد خبر ۳۰۵۷۴۳۰۹



۸ - عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران: دانستن خطای پزشک حق بیمار است آمار خطاهای پزشکی در کشور از دیگر کشورها بیشتر نیست

خبرگزاری ایسنا - یک عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران با تاکید بر اینکه آمار کشور ما در زمینه خطاهای پزشکی بیشتر از آمار دیگر کشورها نیست، گفت: اگر در زمینه ارائه آمار خطاهای پزشکی نگرانی وجود دارد به دلیل برخورد غیر حرفه ای و غیر منطقی است که در مواجهه با این موضوع می شود.

دکتر احمد کاویانی در گفت و گو با خبرنگار بهداشت و **درمان** ایسنا - منطقه دانشگاه علوم پزشکی تهران با بیان اینکه آمار از خطاهای پزشکی در کشور وجود ندارد، اظهار داشت: در همه دنیا از جمله ایران خطاهای پزشکی وجود دارد اما نحوه ارائه آمار در این زمینه تا حد زیادی بستگی به نحوه برخورد با این مسئله دارد.

وی ادامه داد: وقتی گروه هایی در کشور مترصد گرفتن نقطه ضعف از یک سیستم هستند تا کل آن را زیر سوال ببرند این موجب می شود صاحبان این سیستم نگران باشند که کمترین خطایی از آن سیستم افساء نشود.

کاویانی تصریح کرد: اگر فرهنگ مواجهه با این موضوعات در رسانه ها به ویژه صدا و سیما افزایش پیدا کند ارائه آمار در زمینه خطاهای پزشکی قطعاً جامعه پزشکی را در راستای پیشگیری و کاهش دادن خطاها کمک خواهد کرد.

وی با بیان اینکه آمار خطاهای پزشکی در کشور نسبت به کشورهای منطقه به هیچ وجه بالا نیست و حتی در صورت انتشار قابل مقایسه با کشورهای غربی خواهد بود، گفت: وقتی برای یک مورد خطای پزشکی در ده میلیون نفر، رسانه ها و صدا و سیما طوری برخورد می کنند که گویا یک فاجعه ملی اتفاق افتاده است طبیعتاً جامعه پزشکی از اینکه حتی این موارد کم هم منتشر بشود می هراسد.

این عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران تصریح کرد: دانستن خطای پزشک حق بیمار است و جزو آموزش های **اخلاق پزشکی** است که باید در دانشکده ها تدریس شود و اگر با خطاهای پزشکی مانند خیلی از پدیده های اجتماعی درست رفتار نشود امکان اجرای این اصل **اخلاق پزشکی** وجود ندارد.

دکتر کاویانی در ادامه اظهار داشت: نباید توقع داشت تنها پزشکان اخلاق حرفه ای را رعایت کنند و در سایر بخش ها و رسانه ها این اخلاق رعایت نشود و اگر اشخاصی می خواهند با هم تسویه حساب سیاسی بکنند مسائلی بهداشتی را وجه مسامحه قرار دهند.

وی افزود: اگر همه به اخلاق حرفه ای و وظایفی که دارند پایبند باشند قطعاً اعلام خطای پزشکی به صورت فردی به بیمار و یا به صورت آمار کلی در سطح جامعه نه تنها هیچگونه نگرانی ندارد و اشکالی برای جامعه پزشکی ایجاد نمی کند، بلکه برای آگاهی افراد جامعه از کیفیت خدمات پزشکی بسیار کمک کننده است و موجب می شود سیستم سلامت کشور نقاط ضعف را شناسایی و برای از رفع آن تلاش کند.

این عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران بیان کرد: اعلام یک آمار در زمینه خطاهای پزشکی می تواند فایده های زیادی برای جامعه داشته باشد اما منوط به این است که تمام طرف های درگیر موضوع با این مساله حرفه ای برخورد کنند نه اینکه فقط از جامعه پزشکی انتظار برخورد حرفه ای برود.

دکتر کاویانی با بیان اینکه خطاهای پزشکی در هر مرحله ای از **درمان** می تواند اتفاق بیفتد اما نتیجه آن متفاوت است و اهمیت دارد، اظهار داشت: خطای پزشکی در مرحله تشخیص روماتیسم مفصلی همانقدر احتمال وقوع دارد که حین جراحی فرد ممکن است اتفاق بیفتد اما در مثال دوم خطای پزشکی موجب فاجعه برای بیمار می شود ولی در مثال اول برای بیمار تنها صدمات کمی را به دنبال دارد.

وی با بیان اینکه از مرحله تشخیص گرفته تا **درمان** و پیگیری امکان وقوع خطای پزشکی وجود دارد، ادامه داد: چون آمار رسمی در این زمینه موجود نیست تقسیم بندی اینها نیز میسر نیست اما می توان گفت آن خطاهایی بیشتر روی بیماران تأثیر می گذارند که در مراحل حساستری اتفاق می افتند.

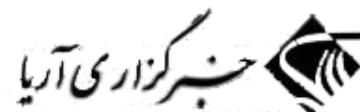
این عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران عمده ترین عوامل تاثیرگذار بر افزایش خطاهای پزشکی را دانش فنی پزشکان و آشنایی آنها با اصول **اخلاق پزشکی** دانست و گفت: اگر پزشکان طبق اصول حرفه ای عمل و اصول را رعایت کنند این خطا به صورت قابل توجهی کاهش می یابد ولی در نهایت اجتناب ناپذیر است و هیچ جامعه ای نمی تواند کاملاً خطا را از سیستم خود حذف کند. دکتر کاویانی با تأکید بر اینکه برای کاهش خطاهای پزشکی از چند منظر باید اقدام شود، افزود: در مرحله اول باید کسانی وارد دانشگاه شوند که واقعا به این رشته علاقه مندند و دوم اینکه دانشگاه های علوم پزشکی کشور باید نسبت به تربیت پزشک با کیفیت بهتر اقدام کنند و در رشته های پزشکی به لحاظ آموزش علمی و اخلاقی توجه بیشتری کنند.

وی در ادامه اظهار داشت: درصدی از دانشجویهای پزشکی با یک تصورات رویایی وارد این رشته می شوند بدون اینکه کمترین علاقه و استعداد مربوط به این رشته را داشته باشند بنابراین بدیهی است که پس از ورود به دانشگاه نسبت به کسی که خود را استعداد یابی کرده و با توجه به علاقه خود وارد دانشگاه شده ضعیف تر عمل می کنند.

این عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران گفت: یک پزشک باید به لحاظ مالی زندگی درخوری داشته باشد و از امنیت شغلی و درآمد مناسبی برخوردار باشد تا بتواند با ذهن آرام و متمرکز به حرفه خود بپردازد.

وی ادامه داد: اگر پزشکی در وضعیت مطلوب شغلی و اقتصادی قرار نگیرد احتمال بروز خطا و انجام اعمالی که انگیزه آن کمک به بیمار نباشد افزایش می یابد بنابراین دود این موضوع که پزشکی شغل یا درآمد کافی نداشته باشد مستقیماً به چشم بیمار می رود و اگر سیستم سلامت کشور این را نپذیرد درصدی از پزشکان وارد این خطاها می شوند.

انتهای پیام



۹ - ممنوعیت عرضه سالاد و سبزیجات خام در رستوران ها و اغذیه فروشی های اصفهان خبرگزاری آریا - مدیر مرکز بهداشت شماره دو اصفهان پیرو بخشنامه اخیر وزارت بهداشت ، **درمان** و آموزش پزشکی مبنی بر ممنوعیت عرضه سالاد و سبزیجات خام در رستوران ها و اغذیه فروشی ها از اجرای دقیق این بخشنامه در منطقه تحت پوشش این مرکز خبر داد.

به گزارش خبرگزاری آریا، دکتر علی پارسا گفت: بلافاصله پس از صدور بخشنامه وزارتخانه ، کارشناسان بهداشت محیط این مرکز ضمن تشدید کنترل های بهداشتی خود بر رستوران ها و اغذیه فروشی ها ، این موضوع را در دستور کار قرار داده و در حال حاضر مشغول بازدید و ابلاغ این دستورات عمل به متصدیان این واحدهای صنفی هستند.

دکتر پارسا ضمن موقتی خواندن این ممنوعیت، تصریح کرد: این اقدام با توجه به مقطع زمانی اواخر تابستان که با احتمال افزایش ابتلای شهروندان به بیماری های منتقله از آب مخصوصاً وبا (التور) مواجه می شویم و به منظور پیشگیری از وقوع بیماری التور و حصول اطمینان بیشتر از تامین سلامتی شهروندان به مرحله اجرا گذاشته شده است و تا اطلاع ثانوی متصدیان رستوران ها و اغذیه فروشی ها به هیچ وجه حق عرضه سبزیجات و سالاد خام همراه غذا را ندارند و در صورت مشاهده هرگونه تخلف با متخلفین مطابق قوانین رفتار خواهد شد.

وی از شهروندان نیز خواست در این مورد مثل همیشه با مرکز بهداشت همکاری نموده و به منظور حفظ سلامتی خود تا اطلاع ثانوی از مصرف سالاد و سبزیجات خام در رستوران ها خودداری نمایند.

دکتر پارسا تأکید کرد بدیهی است این ممنوعیت شامل منازل نیست و شهروندان پس از شستشو و ضدعفونی صحیح سبزی و میوه جات می توانند این مواد غذایی مفید را مصرف نمایند.

وی در پایان شماره تلفن های ۶۶۹۳۱۲۱ و ۰۹۶۷۸ را آماده دریافت گزارشات و شکایات مردمی در زمینه مشکلات بهداشتی آب و مواد غذایی اعلام کرد.

شایان ذکر است وبا یک بیماری حاد اسهالی است و از طریق مدفوعی - دهانی منتقل می شود و در صورت عدم **درمان** کشنده است.



۱۰ - دانش آموزان دیابتی حتماً آمپول گلوکاگن را در مدرسه همراه داشته باشند خبرگزاری ایرنا - کارشناس اداره دیابت وزارت بهداشت، **درمان** و آموزش پزشکی به دانش آموزان مبتلا به دیابت توصیه کرد هنگام رفتن به مدرسه حتماً آمپول گلوکاگن را همراه خود داشته باشند.

شهین یاراحمدی روز چهارشنبه در گفت و گو با خبرنگار ایرنا افزود: دانش آموزان به ویژه هنگام زنگ های ورزش یا شرکت در مسابقات ورزشی حتماً باید آمپول گلوکاگن را داشته باشند تا هنگام افت قند خون از آن استفاده کنند.

وی اضافه کرد: دانش آموزان دیابتی هنگام رفتن به مدرسه باید صبحانه بخورند و از انسولین نیز استفاده کنند.

کارشناس اداره دیابت وزارت بهداشت خاطرنشان کرد: خوردن میان وعده برای دانش آموزان دیابتی ضروری است و آنان به فاصله هر سه ساعت یک بار باید یک میان وعده شامل میوه یا لقمه نان و پنیر و سبزی یا آجیل به ویژه بادام زمینی بخورند.

یاراحمدی گفت: دانش آموزان دیابتی مانند سایر دانش آموزان می توانند در فعالیت های ورزشی شرکت کنند اما اولیای مدرسه و

همکلاسی هایش باید از بیماری آنها مطلع باشند تا چنانچه این دانش آموزان دچار افت قند خون شدند، بتوانند به آنها کمک کنند. وی یادآور شد: اگر دانش آموزان دیابتی پس از ساعت ۱۲ نیز در مدرسه می مانند حتما باید ناهار را همراه داشته باشند. وی تاکید کرد: مصرف تنقلات نه تنها به دانش آموزان دیابتی بلکه به هیچ یک از دانش آموزان توصیه نمی شود. کارشناس اداره دیابت وزارت بهداشت با بیان اینکه آمار دقیقی از دانش آموزان دیابتی در کشور در دست نیست، گفت: تقریباً ۱۰ درصد بیماران دیابتی مبتلا به دیابت نوع یک - که ابتدا به آن از دوران کودکی آغاز می شود- هستند. اجتمام**۹۱۸۵** انتهای خبر / خبرگزاری جمهوری اسلامی (ایرنا) / کد خبر ۳۰۵۷۳۹۶۳

روزنامه مردم سالاری

۱۱ - الو مردم سالاری

روزنامه مردم سالاری -

عدم رعایت بهداشت در ساندویچ فروشی ها صاحب بعضی از ساندویچ فروشی ها بدون رعایت بهداشت کافی به شهروندان ساندویچ می فروشند، مانند اغذیه فروشی واقع در خیابان ولی عصر- خیابان شمس. ضرورت دارد بازرسی وزارت بهداشت نظارت کافی در این خصوص به عرضه مواد خوراکی داشته باشد. علی زاده

روزنامه شرق

۱۲ - الو شرق

گرانی قرص های لیورگل: چرا قرص لیورگل ۱۴۰ برای درمان بیماری های هیپاتیت حاد و مزمن، سیروز کبدی، تقویت کننده اعمال کبدی و پیشگیری کننده از آسیب های کبدی را باید به قیمت پنج هزار و ۲۰۰ تومان تهیه کنیم. در صورتی که اگر این قرص تحت پوشش بیمه باشد، بیمه شده می تواند با دفترچه طبق تعرفه مشخص خریداری کند. بسیاری از بیمارانی که کبد چرب دارند باید روزی دو عدد از این قرص ها را میل کنند و چون زمان مصرف قرص لیورگل حداقل شش ماه است، ضرورت دارد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی این قرص ها را با تعرفه بیمه در اختیار بیمه شدگان قرار دهد.

روزنامه اطلاعات

۱۲ - بیمارستان های خصوصی و شرکت های بیمه به توافق نهایی نزدیک می شوند

روزنامه اطلاعات - ۹۰ درصد توافقات بین بیمارستان های خصوصی و شرکت های بیمه انجام گرفته است. به گزارش روابط عمومی وزارت بهداشت چندی پیش بخشی از بیمارستان های خصوصی درخصوص بیمه های تکمیلی به طور یک جانبه قرارداد خود را با شرکت های بیمه لغو کردند که با شرکت های بیمه لغو کردند که

۹۰ درصد توافقات بین بیمارستان های خصوصی و شرکت های بیمه انجام گرفته است.

به گزارش روابط عمومی وزارت بهداشت چندی پیش بخشی از بیمارستان های خصوصی درخصوص بیمه های تکمیلی به طور یک جانبه قرارداد خود را با شرکت های بیمه لغو کردند که این امر نگرانی هایی را در پی داشت. علیرضا اولیایی منس مدیرکل دفتر ارزیابی فناوری، تدوین استاندارد و تعرفه خدمات وزارت بهداشت گفت: در آخرین جلسه بین نمایندگان بیمه ها و بیمارستان های خصوصی مقرر شد بیمه ها مطالبات این بیمارستان ها را حداکثر ظرف مدت دو ماه پرداخت کنند. وی افزود: تعرفه های بخش درمان بیمارستان های خصوصی نیز طبق مصوبه سال ۹۱ دولت به آن ها پرداخت خواهد شد. این مقام مسئول در وزارت بهداشت با اشاره به این که وزارت بهداشت به عنوان سیاستگذار و ناظر، مواردی نظیر اختلاف بیمه ها با بیمارستان های خصوصی را برای جلوگیری از سرگردانی مردم و ضرر و زیان آن ها پیگیری خواهد کرد، گفت: برخی موارد در قانون برنامه پنجم توسعه وجود دارد مثل بحث جمع بیمه ها که با اجرایی شدن آن ها این مشکلات هم دیگر به وجود نخواهد آمد. وی با بیان اینکه آخرین جلسه نمایندگان بیمه ها و بیمارستان های خصوصی در دفتر معاون درمان برگزار خواهد شد، گفت: در این جلسه تفاهم نامه ای بین بیمه ها و بیمارستان های خصوصی امضا می شود که تمام موارد اختلافی را در برخواهد گرفت.

روزنامه جمهوری اسلامی

۱۲ - سلامت ایرانی، مدیریت وطنی، الگوی آمریکایی روزنامه جمهوری اسلامی -

در حوزه مدیریت منابع ۳ مولفه حاکمیت دارد که حوزه سلامت نیز از آن مستثنی نیست و باید به دقت به این سه مولفه توجه شود.

۱- تولید منابع ۲- تخصیص منابع ۳- مدیریت منابع

منظور از منبع در همه حوزه های مدیریتی از جمله سلامت، نیروی انسانی، لوازم و تجهیزات و منابع مالی است. در این مقال سعی می کنم تبیین مختصری بر ۳ مولفه فوق در حوزه سلامت داشته باشم و اگر خدا بخواهد راهنمایی هایی در این زمینه، امید است که مقبول "او" و انشاءالله شما افتد.

منابع سلامت در حال حاضر در کشور مشتمل است بر بودجه های حاکمیتی (عمومی) که از منابع ملی حاصل می شود و این همه پولی است که از بیت المال با هدایت قوت محترمه در این زمینه مصرف می شود و دوم پولی که مردم از جیب خود می پردازند، به جز این دو منبع خزانه معتبر دیگری به سلامت نیامده است. بودجه های ملی (عمومی) در قالب بیمه های همگانی از کیسه دولت و در قالب بیمه های خصوصی و نیمه خصوصی باز هم از کیسه بیت المال تامین می شود و هر چند صباحی هم برحسب فشارهای سیاسی، اجتماعی منبع موقت جدیدی شکل می گیرد مثل بودجه برای بعضی بیماری های خاص که آن هم از کیسه (های) عمومی است. بودجه ای که مردم از جیب می پردازند هم از نان و گوشت و رفاه و تامین نیازهای اجتماعی آنهاست که براساس قانون برنامه پنج ساله و چهارم و پنجم توسعه قرار بوده است. از ۳۰ درصد تجاوز نکند اما در حال حاضر حداقل ۶۰ درصد هزینه های سلامت را شامل می شود و در بعضی بیماری ها به ۸۰ درصد هم می رسد. این منبع مالی سلامت، در دنیا وضعیت چطور است بدون اینکه ذکر نام کشوری شود همه از منابع عمومی تولید (GDP) درصدی را به این امر اختصاص می دهند اما این درصد معمولاً از منابع ویژه ای تامین شود و عوامل خطر سلامتی بیشترین تامین کننده این منبع مالی برای حاکمیت آن کشورها هستند، مثلاً در آمریکا و بسیاری از کشورهای اروپای شمالی برای مواد دخانی ۵۰۰ درصد مالیات تعیین می شود و ۹۰ درصد این مالیات به حوزه سلامت برمی گردد. همچنین است برای مشروبات الکلی، مواد خوراکی مضر یا شرکت های اتومبیل سازی و هواپیماسازی و برحسب دخالتی که در تخریب سلامت فرد و جامعه دارند.

درصد اختصاص داده شده یا مصرف شده از سرانه درآمد ناخالص ملی در کشورها متفاوت است.

در کشورهای غربی این رقم بین ۷/۵ تا حدود ۱۵ درصد است. کشور آمریکا با تامین قریب ۱۵ درصد از درآمد ناخالص ملی خود برای حوزه سلامت (اگر چه در بعضی مدارک تا ۲۰ درصد ذکر شده است) بیشترین درصد را به این امر اختصاص داده است و کشورهای اروپای شرقی و میانی با حدود ۷/۵ درصد کمترین را. این رقم در کشورهای همسایه هم مهم و از یک درصد تا حدود ۱۰ درصد متفاوت است. اگرچه درصد تخصیص داده شده از سرانه ناخالص ملی برای سلامت در کشورهای غربی متفاوت است نکته مهم تر اینکه میزان آنها هم متفاوت است. مثلاً کشور انگلستان که در زمان حکومت آقای بلر ۷/۲ درصد را برای سلامت مصرف می کرد، با قول ایشان مقرر شد به حدود ۹ درصد برسد که هنوز نرسیده است اما این تعداد سهمی از درآمد ناخالص ملی است که قریب نصف سرانه آمریکایی است (حدود ۱۶ هزار دلار در قبال ۲۲ هزار دلار) از دقیق نبودن ارقام پوزش می خواهم. منظور این است که درصد مصرفی از درآمد ناخالص ملی یک شاخص ملی سلامت است نه حجم آن زیرا آمریکا که بیشترین درصد را مصرف می کند و با وجود اینکه میزان بودجه نیز به دلیل بالابودن درآمد سرانه بسیار بالاست، عقب افتاده ترین کشور غربی در حوزه سلامت است. یعنی اگر چه ۲ برابر سایر کشورهای اروپایی (۱۵ درصد در قبال ۷/۵ درصد) پول مصرف می کنند و حجم پول آن نیز حدود ۲ برابر است (مبلغ مصرفی حدود ۴ برابر می شود) سی و دومین کشور از نظر عدالت در سلامت در بسیاری از منابع مدیریتی غرب معرفی شده است. اینجا همان کشوری است که حدود ۴۰ میلیون نفر بی خانمان دارد که از هیچ پوششی برای سلامت برخوردار نیستند. علت این تناقض در بخش اول عرایض بنده یعنی "تامین منبع" نیست بلکه در بخش دوم و سوم یعنی تخصیص منبع و مدیریت آن است که در فصل خود بیان خواهم کرد و این همان نگرانی است که در کشور ما نیز وجود دارد یعنی بودجه ایرانی مدیریت ایرانی داشته باشیم اما برای سلامت مردم از الگوی آمریکایی استفاده کنیم. این اتفاقی است که بیشتر در حوزه سیاست با فراوانی کمتر در حوزه اجرا و اغلب اوقات در حوزه تخصصی (جامعه پزشکی به طور اعم) اتفاق می افتد که با مصادیق مطرح خواهم کرد. در حال حاضر سهم سلامت از درآمد ناخالص ملی در کشور بین ۵/۷ تا ۶ درصد است که لازم است حدود ۲ درصد حداقل به آن اضافه شود اما واقعیت این است که این موضوع همه مساله منابع سلامت در ایران نیست و تامین منبع تنها در تامین بودجه خلاصه نمی شود بلکه نیروی انسانی و لوازم، تجهیزات و دارو... همه از منابع هستند. در مورد نیروی انسانی آنچه اهمیت دارد اولاً تولید و حضور نیروی انسانی در جایگاه خدمتی است دوم اثربخشی آن نیز در آن جایگاه است یعنی هم نیرو باید تولید شده باشد و هم باید خدمت اثربخش داشته باشد. در حوزه سلامت نیرو در جمهوری اسلامی ایران تقریباً به حد کفاف تولید شده است و این مجموعه کادر جامعه سلامت را شامل می شود. ارقام کاملاً قابل مقایسه با کشورهای غربی است و می توان این مولفه را تا حدودی مطلوب ارزیابی کرد اما نکته اساسی در تولید نیرو عدم توازن پاسخگویی به نیازهای جامعه است. به عنوان مثال آنچه ضرورت تحقیق به عنوان اساس توسعه است در تربیت نیروی انسانی رعایت نمی شود و یا نیروهای تولید شده به امان خدا رها می شوند. کسی پس از تربیت نیرو مسوولیت پیگیری عملکرد و ارتقای کیفی کار او را ندارد. این نقطه ضعف ها از باب کمیت نیرو نیست بلکه در قالب همان مولفه سوم یعنی مدیریت منابع می گنجد. وضعیت لوازم و تجهیزات شاخص های با اشکالی در این مقوله هستند. در کشور ما تقریباً با قاطعیت می توان گفت که اولویت بندی مبتنی بر عدالت در تامین لوازم و تجهیزات وجود ندارد، در لایحه برنامه پنج ساله چهارم در قالب ماده ۹۰ این مولفه برای برقراری عدالت دیده شد که متاسفانه بالا بی گروه های دیگر که سخنانشان "کلمه الحق براد بها الباطل" بود، با اضافه کردن تبصره ای به آن در مجلس شورای اسلامی به بادفارت و امروز محصول عدم تصویب این ماده را در شاخص های عدالت در سلامت می بینیم که متاسفانه ایران عزیز را در رده پایین ترین کشورهای جهان به خاطر عدالت در سلامت قرار داده است.

در لایحه و قانون برنامه پنجم که اثری از این شاخص نبود.

مصادیق روشن است. گاهی لوازم و داروهای ضروری که می تواند اثربخشی بالایی در تامین سلامت مردم داشته باشد در کشور یافت نمی شود یا با تامین پاران یافته نمی شود، اما همه در تلاش هستند که از داخل و خارج اینترفرون تهیه کنند یا فلان داروی گران را برای بیماران سرطانی تهیه کنند مبادا از قافله علم! عقب بیفتیم. اصلاً شاخص های ارزشیابی در مقوله نیازهای مردم

نیست. هرگز فراموش نمی کنیم وقتی مسوولان سازمان ملی سلامت انگلستان (NHS) مهمان جمهوری اسلامی ایران بودند و از سفر اصفهان برمی گشتند، به من گفتند چقدر شما دستگاه های مختلف تصویربرداری مثل MRI و ارزیابی استخوان و... دارید؟ مثل فروشگاه هایی که برای فروش اجناس خود تبلیغات می کنند ما در اصفهان شاهد تابلوهای معرفی این دستگاه ها بودیم، و بعد هم اعلام کردند که اینجا از لندن بیشتر این دستگاه ها را دارد. باز هم ذکر کنم اینکه در کشوری دستگاهی وجود داشته باشد خیلی مهم نیست اما اینکه از آن دستگاه در جهت سلامت مردم استفاده نشود یا کارایی کمی داشته باشد اشکال دارد. به عنوان مثال هر چه دستگاه، HPLC در دانشکده های داروسازی و بهداشت و بخش خصوصی و دولتی زیاد باشد خوب است اما اگر کار نکنند یا کار موثر نکنند اشکال دارد، وقتی در آن طرف دنیا ادامه تحصیل می کردم به دستگاهی برخورد کردم (CAS SYSTEM) که می توانست توده نوکلئوتید را در دورن سلول مشخص و شکل و قیافه آن را نشان دهد، به همین جهت تشخیص سرطان از غیر آن آسان بود، به فکر افتادم برای ایران هم این دستگاه را تهیه کنم و تصور می کردم کشف بزرگی کرده ام، در اولین بررسی معلوم شد که در ایران در آن زمان حداقل ۲۰ ففره از این دستگاه وجود دارد که هیچ کدام دقت فرماید هیچ کدام کار نمی کنند. از طرف وزارت محترم رفاه و تامین اجتماعی درخواست شد که گروهی نحوه استفاده از دستگاه MRI را در بررسی ضایعات ستون فقرات ارزشیابی کنند که بنده هم توفیق حضور در آن گروه را داشتم. نتایج حاصله از تحقیق باورکردنی نیست! احتمالاً امروز وضعیت هم بدتر شده است، در ایران ۹۴/۷ درصد از MRI های ستون فقرات به دلیل درد حاد کمر و گردن گرفته می شود که از نظر علمی درست نیست و نباید برای بررسی درد حاد از MRI استفاده کرد. این نتایج عجیب و غریب به وزارت محترم رفاه و بهداشت منعکس شد اما آب از آب تکان نخورد بنابراین در بحث تامین منابع آنچه در حوزه لوازم و تجهیزات است گرفتاری های عمیق دارد. از آن طرف موضوع بگویم، در تمام جنوب و جنوب غربی تا جنوب شرقی یعنی از حدود کهگیلویه و بویراحمد تا بوشهر و هرمزگان و سیستان و بلوچستان و خراسان جنوبی یک دستگاه رادیوتراپی برای بیماران سرطانی وجود ندارد و بیمار فلک زده در این استان ها باید برای گرفتن خدمت به استان دیگری سفر کنند یا انجام یک ماموگرافی برای بسیاری از زنان کشورمان در شهرستان امکان پذیر نیست تا چه رسد به اینکه آرزوی غربالگری سرطان پستان را داشته باشیم. و ده ها نمونه دیگر که از تطویل کلام نگران می شوم. بنابراین در بخش تامین منابع برای سلامت وطنی نیازمند تغییرات جدی هستیم. در اینجا باید مدیریتی اعمال شود که همه ابعاد را برای کمک به سلامت مردم پوشش دهد و از گرفتن الگوهای خشک بیگانه به شدت احتراز شود.

در مورد بودجه حوزه سلامت که در حال حاضر قریب ۶ درصد سرانه ناخالص ها را شامل می شود باید همگان تلاش و سلامت مردم را باور کنند تا این رقم را به ۸ درصد برسانند. این یک قدم اساسی است و از اولویت های ملی جمهوری اسلامی ایران به حساب می آید.

برای تامین این منبع مالی ضرورت دارد که از فلسفه "در هم" میوه فروشی ها احتراز کنیم. باید هر کس به اندازه وسیع خودش در سلامت خود و خانواده اش شریک شود و نه همه به یک اندازه. در حال حاضر ما یک سرانه تعیین می کنیم و فقیر و ثروتمند جملگی باید همان یک مبلغ را تامین کنند به همین دلیل است که این امر از عدالت به دور است و با احکام قانونی در قانون اساسی و ساختار جمهوری اسلامی و علم روز مدیریت سلامت جهان و عقل دلسوزانه تطابق ندارد. ضرورت تغییر در این زمینه از اولویت هاست. به خاطر دارم روزی را که برای اصلاح این عملکرد نادرست موضوع در شورای عالی بیمه مطرح و نتیجه هم به تصویب رسید و سازمان مدیریت و برنامه ریزی روز مکلف شد که روش اجرا را تعیین کند، اما باز هم خبری نشد و توسن بی عدالتی همچنان یکه تاز میدان سلامت باقی ماند، اگر چه اخیراً قانون جدید تلاش در جهت اصلاح آن دارد.

در مورد تربیت نیروی انسانی توجه به همه نیازها در حوزه های آموزشی، پژوهشی، خدمت و فن آوری الزامی است و یک بعدی اندیشیدن نمی تواند ما را به یک کشور پیشرفته و پاسخگو به نیازهای مردمان نزدیک کند، بهتر از آن هم احساس مسوولیت در قبل تربیت نیروهاست. دانشگاه ها باید ساختاری مسوولانه در قبال جامعه داشته باشند نه اینکه فراموش کنند پیگیری عملکرد نیروها هم از وظایف آنهاست. در مورد وسایل، دارو و تجهیزات واقعا انقلابی عادلانه و دلسوزانه الزامی است تا کشور را از بازار مکاره ای که به معنای واقعی درست شده است نجات دهد. ورود به مقوله سرمایه های مصرفی در امر دارو تجهیزات و روش ها بسیار طولانی است اما حتی می توان گفت که روش فعلی پاسخگوی نیازهای جامعه نیست.

اما مولفه دوم که تخصیص منابع است، در حوزه سلامت چهره ای مخدوش تر از بعد اول که تامین منابع است، دارد. منظور این است که به هر حال آنچه به عنوان منبع در حوزه سلامت وارد می شود اصلاً برای پاسخگویی به نیازهای مردم تقسیم نمی شود. عرف است و همگان در کلام و سخنرانی بیان می کنیم که پیشگیری مقدم بر درمان و اولی است و می گوئیم تحقیق از ضروری های توسعه است و یا آموزش را سرمایه گذاری معرفی می کنیم نه هزینه اما در عمل چنین نیست. ذکر چند مثال کمک کننده است. در حوزه مدیریت سلامت به صورت قانون است که ۳۰ درصد از بودجه های وارده باید برای پیشگیری از بروز بیماری ها هزینه شود و این در حالی است که هیچ نهاد و ارگان دیگری برای ناسلامتی مردم سرمایه گذاری نکند و اما واقعیت متفاوت است، به عنوان مثال امروز که بیماری های غیرواگیر همچون دیابت و فشارخون و بیماری های قلبی و سرطان و... معضل اصلی سلامت کشور است از شیپور نهادهای متولی هیچ صدایی برای پیشگیری در نمی آید. اینجا کار از نظر برنامه ریزی آسان تر است و با بودجه کمی می توان جامعه را در حد مند کرد که خودشان موضوع پیشگیری را پیگیری کنند اما چون اجرای آن سخت است و دیگران باید انجام دهند، مسوولان هم سکوت را پذیرفتند نه تنها ۳۰ درصد بودجه مصرفی برای پیشگیری مصرف نمی شود، بلکه آنچنان غول بی شاخ و دم تشخیص و درمان را تربیت کرده ایم که اگر ده ها برابر بودجه فعلی را نیز در حلقوم او بریزیم باز هم فریاد "هل من مزید" بلند است. و ما هم از ترس صندلی یا سروصدای های تجارت و جهالت دهان بسته و هیچ نمی گوئیم. مصداق کوچکی را بیان کنم که قبلاً در مقاله "شکر ستان تجارت" به آن اشاره کرده بودم. در حوزه سلامت شکر به همراه نمک و هرویین ۳ پودر سفید شیطانی معرفی می شوند، یعنی واقعا هر سه مضر به حال مردم اما چه می شود که هنوز هم که به حمدالله علم در کشور پیشرفت کرده روش غیرعلمی دادن سوبسید به شکر یا تشویق مصرف آن را وجهه همت قرار داده ایم و کسی نمی داند کالری حاصل از قند ساده چه بلایی سر مردم این مملکت آورده است، آیا کسی قیافه های تپل و باوزن اضافه نوجوانان ایرانی را نمی بیند و آیا خبر ندارد که در آینده ای نه چندان دور این نوجوانان مشتری مستمر تخت های بیمارستانی برای بیماری های قلب و عروق و سرطان و... هستند یا خبر داریم که تخت های بیمارستانی را برای پذیرش آنها آماده می کنیم!

اینکه می گوئیم شیپور پیشگیری خاموش است، عملکرد بعضی نهادهای مسوول در این زمینه بسیار روشن است. این عملکرد هم مربوط به دولت امروز و دیروز نیست. هنوز ساختار حکومتی، سلامت را محور توسعه نشناخته و گاهی آنچنان تسلیم تجارت است

که گویی اصرار بر تخریب ساختار سلامتی مردم دارد. به خاطر دارم وقتی جنگ علیه شکر و روغن را شروع کرده بودیم شنیدیم که گفتند مخالفت با واردات شکر تقریباً خلاف شرع! است. در کشور ما از نمک به عنوان ماده نگهدارنده هم استفاده می شود نه فقط طعم دهنده، تفاوت این دو از زمین تا کیهانشان است. اگر تصمیم بگیرید با خانم و بچه ها به یک رستوران بروید و معادل یک پنجم درآمد ماه خود را خرج کنید، امکان ندارد هیچ غذایی را پیدا کنید که نمک آن با استاندارد سلامتی هماهنگ باشد. پنیرفروش ها و ماست بندها، کنسروسازان و بقیه هم بر کمک رستوران چی ها آمده اند و شما حق انتخاب ندارید. میزان مصرفی نمک برای یک انسان برحسب جغرافیای محل سکونت ۲-۱ گرم در روز است. ما میانگین مصرفی حدود ۱۵ گرم داریم. آیا اگر این همه سروصدا که از رسانه های همگانی می شنویم که بیمار سکتة مغزی و قلبی که سابقه فشارخون داشته است پشت در آبی سی و سی و سی یو مانده و تخت نداریم نمی توانند سر شیور را کج کنند چرا او سکتة کرده است. روزی به یکی از مسوولان سلامت کشور عرض کردم، پولی را که به عنوان سوسپسید خرج داروهای شیمیایی سرطان می کنید و اثربخشی این هزینه برای متخصصان امر روشن است می تواند در زمینه پیشگیری معجزه کند، گفت می دانیم اما نمی توانیم! که من گفتم می دانید اما نمی کنید! سلامت وطنی را این گونه تعریف کردن با مدیریتی آن گونه که نامین سلامت نکند اگر الگوی سلامت آمریکایی را هم انتخاب کند، تشخیص و درمان محدود می شود و آن می شود که شده است.

وضعیت نیروی انسانی از بودجه آن هم بدتر است، نیروهای پیشگیری کننده خلاصه شده اند در کارکنان پیرا پزشکی و سهم پیشگیری از نیروهای متخصص بسیار بسیار اندک است.

تخصیص نامناسب منابع در حوزه پیشگیری و تشخیص و درمان از مصادیق بارز انحراف منابع در حوزه سلامت است اما وضعیت در حوزه تشخیص و درمان بسیار نامناسب تر است. همکاران گروه پزشکی سالانه تعداد زیادی از هم وطنانمان را ویزیت می کنند که از کشورهای غربی به ایران، آمده اند، تقاضای آنها انجام آزمایشات گوناگون و عکس برداری های متنوعی است که طلب می کنند تا از سلامت خود مطمئن شوند. وقتی از آنها پرسیده می شود چرا در کشورهای محل سکونت این اقدام را نمی کنید، همه یک جواب دارند؛ آنجا نمی توانیم به پزشک متخصص مراجعه کنیم، آنجا عکس نمی نویسند، آزمایش کنترل نمی کنند و... این چهره علمی و درست تخصیص منابع در حوزه سلامت غرب است. هیچ کشوری واقعا هیچ کشوری در بین کشور غربی پیدا نمی شود که چنین بازاری برای بلع سرمایه های مردم و دولت طراحی شده باشد. در ایران هر کس می تواند به هر پزشکی مراجعه کند و هرگونه که طالب است، کنترل شود، شاید مهم ترین مانع نوبت پزشکان متخصص باشد اما در غرب چنین بازاری وجود ندارد، سطح بندی خدمات برای تخصیص و مدیریت درست منابع از اولویت های حوزه سلامت است بر اساس استانداردهای مدیریتی، سهم نیروی انسانی در تشخیص و درمان بین ۷۰-۶۰ درصد از بودجه سلامت است. یعنی هر آنچه منبع برای سلامت فراهم شده است باید پیش از ۶۰ درصد به نیروی انسانی برگردند اما در کشور ما چنین نیست و این سرمایه گذاری های تجهیزاتی و مکانی فلان است که پول طلب می کند. متخصص رادیولوژی به دلیل حرمت علمی خودش پول مناسب دریافت نمی کنند بلکه به دلیل دستگاه فلان است که پول می گیرد. متخصص داخلی و جراحی و... هم سهم بیشتری از وجوه دریافتی را باید برای سرمایه گذاری دستگاه ها و...؟ هزینه کنند و این است که گاهی رویه های نامناسب جبران مافات در حوزه سلامت کشور شکل می گیرد. ۴۰-۳۰ درصد هزینه باید در بخش دارو و تشخیص های پاراکلینیک مصرف شود که این رقم در ایران گاهی به بیش از ۵۰ درصد می رسد. همه همکاران ارجمند صفحات رنگین و مکرری از آزمایشاتی را که برای یک بیمار نوشته است می توانند ببینند که یا اصلاً توسط نویسندة ملاحظه شده است. اثربخشی برای بیماری که پول آن را پرداخت کرده است نداشته است همچنین است برای امور تصویربرداری. طبیعتاً وقتی اصل به سرمایه گذاری روی آزمایشگاه و دستگاه باشد، سرمایه گذار به محلی می رود که می تواند این هزینه ها را دریافت کند و این می شود که استان های محروم فاقد این منابع و به تبع آن فاقد نیروی انسانی مورد نیاز هستند. از طرف دیگر این امکانات و تجهیزات به قول مسوول ملی سلامت انگلستان در شهرهای بزرگ باعث می شود که راه های غیراصولی و غیرعلمی و یا حداقل غیر ضروری جلب مشتری انتخاب شود آن وقت جامعه پزشکی کشور باید در حسرت غربالگری مثلاً سرطان پستان یا گردن رحم بماند اما ۹۴/۷ درصد از MRI های ستون فقرات به طور غیرعلمی برای درد حاد انجام شود.

خلاصه کلام اینکه در تخصیص منابع برای تامین سلامت وطنی حتی از الگوی آمریکایی (منظورم الگوی سلامت در کشورهای غربی است) استفاده نمی کنیم و آن را به بازار آزاد مطلق مبتنی بر تقاضا و عرضه واگذار کرده ایم. این گونه عمل کردن یعنی سلامت را به بازار آزاد سپردن تقریباً به کشور ما اختصاص دارد و همه جای دنیا حاکمیت بر این بازار نظر خاص نظارتی دارد اما مقوله سوم که مدیریت منابع است وضعیتی جدا از دو مقوله اول دارد، مدیریت منابع یعنی آنچه را در خزانه سلامت به هر شکل وارد کرده ایم به نحو مطلوب و با اثربخشی برای سلامت مردم هزینه کنیم. به همین جهت مدیریت منابع در حقیقت از وظایف حاکمیت حوزه سلامت است. در این حوزه با طراحی راهکارهای بالینی روشن مناسب ترین روش های تشخیص و درمان بیماری ها را ارائه می دهند و از آن پشتیبانی می کنند. گروه پزشکی اگر از این روش های علمی تبعیت کنند توسط حاکمیت پشتیبانی می شوند و باید در مقابل بیمار و حاکمیت پاسخگو باشند که این پاسخگویی گاهی در قالب توضیحات پرونده بیمار است و گاهی حتی به روش های سخت تر و محکم تر تبدیل می شود. پیش فراول این اندیشه آمریکایی ها هستند. وقتی دستگاه سی تی اسکن اختراع و وارد بازار کار شد آنها متوجه شدند اگر چه این دستگاه برای تشخیص خیلی از بیماری ها و توده ها و تومورها در داخل بدن که تا آن تاریخ دسترسی مناسبی به آنها نبود مفید است، اما استفاده غیرمعمول از آن موجب هدر رفتن بودجه ها و ضربه های تلخی به سلامت بیمار می شود و از طرف دیگر با از بین رفتن سرمایه های فردی و ملی ابعاد دیگر خدمات اجتماعی هم دچار نقصان می شود یعنی نه تنها به سلامت کمک نمی شود بلکه رفاه، مسکن و شادی، سفر و... غیره هم تحت تاثیر قرار می گیرد. به همین دلیل مجلس ملی سنای آمریکا موسسه AHRQ را برای کنترل کیفی خدمات سلامت تاسیس کرد یعنی مجلس خود را مکلف دانست که از هزینه ها و اثربخشی آنها در حوزه سلامت مراقبت کند. این سازمان با طراحی های علمی راهکارهای بالینی این وظیفه را در حدود ۵۰-۴۰ سال گذشته در آمریکا پیاده کرد. موسسه AHRQ با مشکل بزرگی مواجه بود و آن قانون اساسی آمریکا برای تشویق تجارت آزاد و بازار آزاد، که در آنجا سلامت هم از این امر مستثنی نشد. به همین جهت نمادهای مدنی در حوزه سلامت شکل گرفتند و آنها در قالب انجمن های علمی، ملی و محلی راهکار بالینی ارائه دادند و دولت که مکلف به اجرای قانون اساسی و قوانین دیگر مرتبط به آنها بود از قافله عقب ماند. در نتیجه این راهکارهای بالینی وارد بازار سلامت شدند و شرکت های بیمه گر متعددی برحسب راهکارهایی که می پذیرفتند قرارداد بیمه می بستند و دولت با عقب نشینی تدریجی تنها راهکارهای خود را در قالب بیمه ملی پایه آمریکایی ها که به Medicare معروف است قابل قبول دانست و پشتیبانی کرد و هنوز هم ادامه دارد. نتیجه این بازار آزاداندیشی این شد که امروز می بینیم و با صراحت و قدرت می گوئیم آمریکایی ها عقب مانده ترین کشور در حوزه سلامت در بین

کشورهای صنعتی هستند. همان طور که قبلا نوشتیم آمریکایی ها هم از نظر درصد از بودجه ناخالص ملی (۲۰-۱۵ درصد) و هم از نظر میزان پول، بیشترین سرمایه گذاری را در حوزه سلامت دارند اما کمترین نتیجه را گرفته اند، به نحوی که در حال حاضر ۴۰ میلیون نفر در آنجا تحت پوشش هیچ بیمه ای نیستند و فریاد مردم در حوزه سلامت بلند است و بزرگ ترین چالش داخلی در سیاست آمریکا محسوب می شود که در هر دوره انتخابات این سروصدا ها به اوج می رسند و همه قول اصلاح آن را می دهند. در آمریکا همان انجمن های علمی سردمدار تعیین نحوه **هزینه** هستند که چون دست بر آتش ندارند، تنها به این بازار مکاره دامن می زنند. همین وضعیت باعث شد که آقای کلینتون در دوران ریاست جمهوری خود با ارائه لایحه کنترل بازار سلامت به مجلس سعی کند سروسامانی به سلامت ساکنان آمریکا بدهد، اما با مخالفت کارتل های بزرگ **دارویی** و تجهیزاتی و مخالفت های سیاسی حزب جمهوری خواه موفق به تصویب لایحه نشد. اخیرا آقای اوپاما پس از پیروزی در انتخابات مجددا لایحه اصلاح نظام سلامت را به مجلس برد و این بار با پیگیری مستمر خود و جلب همکاری همه نمایندگان جمهوری خواه و بالطبع محافظه کار موفق شد که لایحه سلامت را به تصویب برساند. در شب مقدم به روزی که قرار بود لایحه در مجلس سنا مطرح شود آقای اوپا تمام شب را با عده ای از فقرا و سیاهپوستان در دفتر خود ماند و با تماس های تلفنی با نمایندگان مجلس به ویژه اعضای جمهوری خواه نظر همگان را جلب کرد و موفق شد فردا صبح لایحه را در مجلس به تصویب برساند.

این لایحه در طول ۱۵ سال نظام سلامت را در چارچوب قابل کنترل تعریف می کند و اثربخشی **هزینه** خدمات سلامت اصل کلی آن می شود. دیگر در آنجا تنها با ارائه راهکاری علمی که هنوز پایه شاهدهی ندارند نمی توان طبابت کرد. آثار این لایحه در یکی، دو سال گذشته در آمریکا در حال نمایان شدن است.

الگوی شکست خورده آمریکا در حوزه سلامت که با پول زیاد نتیجه کمتری را می گیرد امروز الگوی کشور ما شده است، هر **دارویی** که در دنیا تولید می شود و در قالب یکی، دو تریال علمی با **هزینه** های رایگان در آنجا آزمایش می شود در ایران با پول دولت و ملت به خورد مردم می رود یا نحوه استفاده از دستگاه ها و آزمایش ها و... موضوع پیچیده ای است و گاهی در حدی پیچیده می شود که حتی نمی توانیم از آن دفاع کنیم زیرا فلسفه قدرت "کلمه الحق براد بهالباطل" در مقابل ما قرار گرفته است. چند روز پیش در جلسه ای کارشناسی نشسته بودم که همکار محترم رادیولوژیستی می گفت چرا کاری نمی کنید که مردم همه ماموگرافی بگیرند و غربالگری کنند! حتی در یک منطقه محدود! توضیح دادم که این کار حساب و کتابی دارد اما به نظرم ایشان قبول نکرد. یعنی حتی در جلسه کارشناسی هم نمی شود واقعیت را به خوبی و روشنی بیان کرد، چون دولت وارد ماجرا نشده است. آن وقت فهمیدم که ماجرای گالیله و گردی زمین چگونه پیش می آید، بنابراین ساکت شدم و آنها هم آن کردند که نباید. البته این به آن معنی نیست که آنها که می دانند تغییر رویه بدهند و هم رنگ جماعت شوند تا رسوا نشوند، بلکه به آن معنی است که باید مثل گالیله بهای سنگین تری بپردازند. خداوند از ایشان قبول کند و فلکلیکی باشد برای مسوولان که زودتر آن کنند که باید و سلامت مردم را دستخوش دلبستگی به چند مقاله و تریال نکنند.

اروپایی ها وضعیت بهتری دارند و اصلا تسلیم الگوی آمریکایی در سلامت نشدند. انگلیسی ها پیش قراول این رفتار هستند. از حدود ۲۰ سال قبل مجلس ساختار منسجمی را طراحی کردند و تمام ساختار سلامت را در حیطه دولت درآوردند. با تاسیس سازمان ملی سلامت انگلستان (NHS) همه چیز در کنترل دولت درآمد.

یعنی در یک کشور با اقتصاد کاملا آزاد و نظام سرمایه داری تنها حوزه سلامت است که اقتصاد بسته، سوسیالیستی (به قول امروزی ها) و نظام حساب کتاب دار دارد. بیش از ۹۷ درصد خدمات سلامت در انگلیس در قالب این ساختار ارائه می شود و آقای نخست وزیر و یک سکنه معمول انگلیسی با هم مساوی هستند، در آنجا بر نظام ارجاع بین پزشک خانواده و گروه های تخصصی به خوبی و با شدت رعایت می شود. برای تعیین استانداردها که همه ملت انگلیس باید آن را قبول و رعایت کنند یا جامعه پزشکی جز آن نمی تواند مسیری را طی کند، پس از طی مراحل مختلف نهایتا سازمان NICE شکل گرفت. این موسسه مسوول تعیین راهکارهای علمی بالینی در حوزه سلامت است. مصوبات آن حکم قانون دارد و هیچ کس نمی تواند از آن تبری جوید. این انگلیس است که معمولا جزو ۲-۳ کشور اول جهان در عدالت در سلامت است در حالی که بودجه مصرفی آن (حدود ۸ درصد GDP) هم از نظر درصد و هم از نظر میزان پول مصرفی بسیار کمتر از آمریکاست.

انگلیسی ها بعدا در استرالیا و به نحوی در کانادا اشکالات دولتی بودن خود را حل کردند و در آنجا اگرچه همان استانداردهای علمی هدایت شده و نظام ارجاع و پزشک خانواده وجود دارد اما گردانندگان این نظام بیشتر بخش خصوصی هستند. به هر حال نظارت دولت و حاکمیت در حد بسیار بالایی در استرالیا و کانادا حاکم بر حوزه سلامت است و تفاوتی با انگلیس ندارد. در اسکانلند بغل گوش انگلیسی ها و به دلیل همان روابط سیاسی اجتماعی با حکومت مرکزی خودشان موسسه دیگری را به این منظور تاسیس کردند (Sign) که راهکارهای بالینی مربوط به انگلیس را مجددا ارزشیابی می کنند و برحسب صلاحدید تصمیم به اجرا می گیرند یا استاندارد جدیدی ارائه می دهند. مطمئنا نمی توانیم بگوییم که دولت های انگلیس، کانادا، استرالیا، اسکانلند و... به سلامت مردمشان کم توجهند و تاریخ هم نشان داده است که سلامت آنها بهتر تامین شده است و از کشور ثروتمندی چون آمریکا هم جلوتر هستند.

اروپای شمالی با روش های دیگری استانداردهای حوزه سلامت را تعریف و تبیین کرده است که منطبق بر ساختارهای اجتماعی خودشان است. مثلا در سوئد موسسه ملی استاندارد سلامت (SBU) وجود دارد. راهکارهای مصوب این موسسه در کشور سوئد که معمولا به عنوان اولین کشور در عدالت در سلامت معروف است لازم الاجراست. این مصوبات مبتنی بر **هزینه** اثربخشی خدمات تشخیصی **درمانی** سلامت است و نباید از آن منحرف شوند. سایر کشورهای شمال اروپا (اسکاندیناوی) نیز معمولا از سوئد تبعیت می کنند و یا در مواردی تغییراتی در آن می دهند (مثل نروژ، فنلاند، هلند و...)، اما به هر حال استاندارد روشنی دارند که کاملا **هزینه** اثربخشی آن را محاسبه کرده اند.

در آنجا حساب کارهای تحقیقاتی چه در قالب یک مقاله علمی یا یک تریال و... باشد از حساب عملکردهای واقعی مجزاست، کارهای تحقیقاتی از جیب مردم یا بودجه ملی سلامت مصرف نمی شوند بلکه از بودجه تحقیقاتی استفاده می کنند و وقتی بیماری یا یک بیماری در قالب یک کار تحقیقاتی و یا تریال قرار می گیرد (آن هم با موافقت خودش)، یک ریال از جیب نمی پردازد و تمام **هزینه** های جانبی آن هم (مثل رفت و آمد و خوراک و...) از بودجه تحقیقات مصرف می شود اما ما در ایران همان تریال ها را مبنای عملکرد قرار می دهیم آن هم نه یکپارچه بلکه هر طبعی یا هر مرکزی برحسب سلیقه علمی و عملی خودش اقدام می کند. در آلمان هم ساختار سلامت به طور مطلق تحت نظارت دولت است و هیئات اگر کسی از آنها تخلف کند، بسیاری از **داروهای**

که سازندگان آن کشورهای غربی هستند در آنجا مصرف نمی شوند به علت **هزینه** اثربخشی ای که دارند، اما در بازار مکاره سلامت ایران همه چیز در هر جا مصرف می شود و به قول معروف اگر برای مردم آب ندارد برای شرکت های تجاری که نان دارد. اخیرا تب تعیین استاندارد در وزارت محترم بهداشت هم بالا گرفته است و گروه های مختلفی در حال تبیین "طب مبتنی بر شواهد" و تفکیک عمل از تحقیق و تعیین راهکار هستند، اما به نظر هنوز آن اعتقاد سیاسی لازم که باید از این اندیشه ها پشتیبانی کند شکل نگرفته است و این به آن معنی است که هنوز زود است امید داشته باشیم در طبقه بندی کشورها در عدالت در سلامت از ته لیست جابجا شویم.

نکته دیگری که به نظر در این زمینه غیرمرتبط می آید، اما موثر در اصلاح امور است ساختارهای "قضا" در حوزه پزشکی است. این ساختارها معمولا در سازمان محترم نظام پزشکی و یا سازمان محترم پزشکی قانونی به عنوان مشاوران "قضا" شکل می گیرد و نهایتا منجر به صدور رای می شود. از آنجا هم مبنای قضاوت بیشتر تزیال ها و یا حتی راهکارهای بالینی است که در وضعیت فعلی کشور قابلیت اجرایی در ایران را ندارند و اگر طبیبی بخواهد ضوابط مبتنی بر شواهد را در طبابت پیاده کند در آنجا گرفتار می شود و این مساله ای است که باید در گفتار دیگری مفصلا مورد بحث قرار گیرد.

*در بخش تامین منابع برای سلامت و وطنی نیازمند تغییرات جدی هستیم

*در مورد بودجه حوزه سلامت که در حال حاضر قریب ۶ درصد سرانه ناخالص ها را شامل می شود باید همگان تلاش و سلامت مردم را باور کنند تا این رقم را به ۸ درصد برسانند

*در مورد تربیت نیروی انسانی توجه به همه نیازها در حوزه های آموزشی، پژوهشی، خدمت و فن آوری الزامی است و یک بعدی اندیشیدن نمی تواند ما را به یک کشور پیشرفته و پاسخگو به نیازهای مردمان نزدیک کند

*در حوزه مدیریت، سلامت به صورت قانون است که ۳۰ درصد از بودجه های وارده باید برای پیشگیری از بروز بیماری ها **هزینه** شود و این در حالی است که هیچ نهاد و ارگان دیگری برای ناسلامتی مردم سرمایه گذاری نکند و اما واقعیت متفاوت است *هنوز ساختار حکومتی، سلامت را محور توسعه نشناخته و گاهی آنچنان تسلیم تجارت است گویی اصرار بر تخریب ساختار سلامتی مردم دارد. به خاطر دارم وقتی جنگ علیه شکر و روغن را شروع کرده بودیم شنیدیم که گفتند مخالفت با واردات شکر تقریبا خلاف شرع! است

* اگر تصمیم بگیری با خانم و بچه ها به یک رستوران بروید و معادل یک پنجم درآمد ماه خود را خرج کنید، امکان ندارد هیچ غذایی را پیدا کنید که نمک آن با استاندارد سلامتی هماهنگ باشد

*روزی به یکی از مسئولان سلامت کشور عرض کردم، پولی را که به عنوان سوبسید خرج **داروهای** شیمیایی سرطان می کنید و اثربخشی این **هزینه** برای متخصصان امر روشن است می تواند در زمینه پیشگیری معجزه کند، گفت می دانیم اما نمی توانیم! که من گفتم می دانید اما نمی کنید!

روزنامه جمهوری اسلامی

۱۵ - صدای شما

روزنامه جمهوری اسلامی -

* علی خرسندی از تهران: بسیاری از نقاط تهران به محل عرضه آب میوه های فله ای آب زرشک و آب آلبالوی غیربهداشتی تبدیل شده است. از مسئولین **وزارت بهداشت**، **درمان** و آموزش پزشکی، درخواست **رسیدگی** دارم.

قاصد نیوز

۱۶ - عصبانی نشو آسم می گیری

قاصد نیوز - رییس اداره آسم و آلرژی وزارت بهداشت گفت: تنگی نفس در افرادی که هنگام عصبانیت دچار تنگی نفس می شوند، حتما منجر به بروز آسم نمی شود، چرا که آسم یک بیماری ژنتیکی است.

به گزارش قاصد، مهدی نجمی رییس اداره آسم و آلرژی **وزارت بهداشت** با بیان این مطلب که آسم شغلی، شایعترین بیماری تنفسی است، افزود: آسم شغلی بیشتر در افرادی که در محیط های کاری در معرض استنشاق مواد خاص قرار می گیرند، به وجود می آید، همچنین این بیماری بیشتر در کشور های درحال توسعه و صنعتی مشاهده می شود.

نجمی ادامه داد: تنگی نفس در افرادی که هنگام عصبانیت دچار این عارضه می شوند، حتما منجر به بروز آسم نمی شود، چرا که آسم یک بیماری ژنتیکی است. در واقع می توان گفت که تنگی نفس زمینه ساز بروز آسم نیست.

رییس اداره آسم و آلرژی **وزارت بهداشت** افزود: افراد تندخو، حساس و تحریک پذیر در مواجهه با هیجانات، دچار احساس درد در قفسه سینه، تنگی نفس می شوند، اما این علائم نشان گر آسم و بروز آن در آینده نیست.

پزشکان ایران

۱۷ - ذات الریه شایعترین عارضه آنفلوانزا است

پزشکان ایران - رییس مرکز مدیریت بیماری های واگیر وزارت بهداشت گفت: ذات الریه شایعترین عارضه آنفلوانزا است که نیازه بستری دارد. موارد خفیف آن بسیار زیاد است.

متأسفانه در بسیاری اوقات افراد مبتلا می شوند، اما به بیمارستان مراجعه نمی کنند.

به گزارش خبرنگار اجتماعی فارس، محمدمهدی گویا صبح امروز در حاشیه همایش آنفلوانزای خوکی اظهار داشت: مهمترین علامت آنفلوانزای خوکی تب، سرفه، گلودرد و کوفتگی بدن است و در بعضی موارد به اسهال و استفراغ نیز می رسد.

وی تصریح کرد: فرم عادی آنفلوانزای خوکی تاکنون موجب مرگ نشده است، اما موارد فوت بیشتر در افرادی دیده می شود که بیشتر دارای بیماری های زمینه ای از جمله نارسایی کلیه، دیابت، بیماری های مزمن ریوی به ویژه آسم و افرادی که درمان های ویژه سرطان دریافت کرده اند، مبتلایان به عفونت ایدز و زنان باردار بوده است. گویا افزود: هرکس یک بار به این بیماری مبتلا شود امکان ابتلای مجدد به آن وجود ندارد، اما امکان دارد به انواع دیگر آنفلوانزا دچار شود که در صورت ابتلا به فرم شدید، فرد باید داری ضد ویروسی را به مدت ۱۰ روز در بیمارستان مصرف کند.



۱۸ - بکوب و بساز بیمارستانی!

همشهری آنلاین - دولت اخیراً طرح مقاوم سازی بیمارستان ها را مقرون به صرفه ندانسته و طرح بازسازی یا به عبارت دیگر تخریب بیمارستان های قدیمی و ساخت بیمارستان های جدید با امکانات روز را مد نظر قرار داده است.

وزیر بهداشت پیش تر در این باره گفته بود: مقاوم سازی بیمارستان های فرسوده مقرون به صرفه نیست زیرا هزینه آن از اعتبار مورد نیاز برای ساخت یک بیمارستان کاملاً نوساز بیشتر است به طوری که مقاوم سازی یک بیمارستان فرسوده ۱۲۰ درصد هزینه ساخت یک بیمارستان نوساز اعتبار می خواهد. او درباره راه حل دولت برای بازسازی بیمارستان های فرسوده نیز گفته بود: آخرین راه حلی که برای رفع این مشکل در شرایط فعلی به آن رسیدیم، ساخت بیمارستان های مشارکتی با مشارکت بانک هاست که یک نمونه موفق آن ساخت بیمارستان محب در کنار بیمارستان دولتی هاشمی نژاد است که با تعرفه ۳/۶ برابر با تعرفه دولتی کار می کند و پرسنل آن هم همان پرسنل دولتی بیمارستان هاشمی نژاد هستند.

از آنجایی که بیمارستان های فرسوده و امکانات نه چندان به روز این بیمارستان ها از معضلات روز جامعه سلامت محسوب می شود، در گفت و گویی با عبدالعزیز جمشیدزهی نماینده سراوان و عضو کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی، به این معضل و آینده ساخت یا بازسازی بیمارستان های فرسوده پرداخته ایم.

• وجود بیمارستان های فرسوده در سطح کشور یکی از بزرگ ترین چالش های نظام سلامت کشور محسوب می شود. آیا طرح هایی برای حل این معضل در نظر گرفته شده است؟

هم اکنون بیمارستان های متعدد فرسوده ای در سطح کشور وجود دارند که نیاز به بازسازی دارند و سالانه هزینه های هنگفتی صرف مرمت آنها می شود. این هزینه از بیت المال و از جیب مردم صرف رسیدگی به بیمارستان های فرسوده می شود. لازم است که در این زمینه تجدید نظر شود و حداقل اعتباری به منظور بازسازی بیمارستان های فرسوده در نظر گرفته شود.

• آیا مجلس طرحی برای این موضوع در نظر گرفته است؟

تا کنون در مجلس تصمیم خاصی در این باره گرفته نشده است. مسئولین وزارت بهداشت و درمان خود می توانند پیگیر این قضیه باشند. می توان هزینه بازسازی و ساخت مراکز بهداشتی و درمانی را از محل اخذ مالیات و عوارض بر سیگار تامین کرد. عوارض و مالیات سیگار سال گذشته نه به وزارت بهداشت و نه به استان ها پرداخت شد. اغلب مراکز بهداشتی و درمانی از آنجا که پیش از انقلاب و برخی حدود ۳۰ سال پیش از پیروزی انقلاب ساخته شده اند اما امروزه با گسترش جمعیت شهری و روستایی در کشور هنوز آنگونه که باید و شاید مراکز بهداشتی و درمانی توسعه نیافته اند و اغلب فرسوده هستند. اکنون با توجه به توسعه جمعیت نیاز به توسعه مراکز و خدمات درمانی و بهداشتی به ویژه در روستاها احساس می شود. ما برای اجرای طرح های پزشکی جدید که از اهداف انقلاب هستند و در سال های پس از انقلاب برنامه ریزی آنها انجام گرفته فضای کافی و مناسب در اختیار نداریم.

• وزارت بهداشت چه اقداماتی را در این زمینه انجام داده یا می تواند انجام دهد که نداده است؟

در کل، بودجه سلامت طی سال های اخیر در حد نیاز نظام سلامت کشور نبوده است. ابتدای تشکیل مجلس هشتم نظر و تلاش کمیسیون بهداشت و درمان این بود که بودجه های سلامت در اولویت و حداقل ۵ اولویت اول قرار بگیرند. این کاری است که در کمیسیون انجام گرفته است. با توجه به فصل بندی هایی که در سال گذشته در بودجه انجام گرفته است تصور می کنم وضعیت بودجه بخش سلامت از گذشته بهتر بوده است.

• بازسازی بیمارستان های فرسوده را ضروری می دانید یا اینکه باید بیمارستان های جدیدی جهت پاسخگویی به نیازهای روز جامعه ساخته شود؟

منظور از بازسازی تخریب و دوباره ساختن است.

• خیر منظورم تعمیر است.

بازسازی با مرمت فرق می کند، این چیزی که شما می گوید مرمت است اما بازسازی بیمارستان های قدیمی به معنای تخریب و دوباره ساختن بنای ساختمان آنهاست.

• پس نظر شما تخریب بنای قدیمی بیمارستان و ساختن بنای جدید و با امکانات به روزتری به جای آن است.

بله الان سیستم های جدید با سیستم های قدیم تفاوت دارد. به عنوان مثال نقشه های بیمارستان هایی که مناسب امروز هستند بسیار با نقشه بیمارستان هایی که در گذشته و سال ها قبل ساخته می شدند، تفاوت دارند. تکنیک های جدید ساخت وسایل و امکانات جدید و به روزی باید برای بیمارستان ها در نظر گرفته شوند؛ بنابراین ما باید برنامه ریزی به روز داشته باشیم. نمی توان تکنیک های جدید را روی ساختمان های قدیمی بیمارستان ها پیاده کرد.

۱۹ - سال گذشته صورت گرفت؛ هزینه یک میلیارد تومانی برای درمان اتباع خارجی خدمات بهداشتی به بیماران اتباع خارجی ساکن اصفهان،

به گزارش خبرگزاری فارس از اصفهان، شاهین شیرانی بعد از ظهر امروز در بازدید سفر، نمایندگان دیپلماتیک و رؤسای آژانس های سازمان ملل در مرکز بهداشتی **درمانی** و مرکز همودیالیز حضرت آیت الله ناصر، اظهار داشت: تأمین سلامت و ارائه خدمات به مردم و اتباع خارجه صرف نظر از هر نژاد، دین و قوم یکی از وظایف دینی و شرعی مسئولان نظام سلامت است. وی بیان داشت: در حال حاضر چهار بیمار با تابعیت افغانی بستری در بخش دیالیز مرکز آیت الله ناصر هستند و همانند سایر بیماران از همه امکانات و تجهیزات استفاده می کنند.

رییس دانشگاه علوم پزشکی اصفهان تصریح کرد: مرکز بهداشتی و **درمانی** حضرت آیت الله ناصر بر خوار و میمه اصفهان با پروسیجرهای **پرهزینه** دیالیز به همت یک خیر و با همکاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان برای کمک به **درمان** بیماران ساخت شد. وی ادامه داد: این مرکز با **هزینه** ای بالغ بر ۵ میلیارد ریال راه اندازی و تجهیز شد و روزانه به بیماران دیالیزی اعم از داخلی و اتباع خارجه خدمات **درمانی** و دیالیز ارائه می کند.

شیرانی با اشاره به اینکه در حال حاضر ۵ میلیون اصفهانی تحت پوشش بهداشت و **درمان** دانشگاه علوم پزشکی هستند، بیان داشت: با توجه به اینکه تأمین سلامت و بهداشت مردم هر استان در دست دانشگاه علوم پزشکی اصفهان است، بنابراین این دانشگاه نظارت بر کارخانجات تولید و توزیع مواد غذایی، آرایشی و بهداشتی، واکسیناسیون کودکان و بزرگ سالان، کنترل سلامت آب و هوا فراهم آوردیم.

رییس دانشگاه علوم پزشکی اصفهان اضافه کرد: مرکز **درمانی** آیت الله ناصر با داشتن ۹ تخت فعال دیالیز و ظرفیت گنجایش ۱۰۰ بیمار، روزانه در دو نوبت به ۱۸ بیمار خدمات دیالیزی ارائه می کند. در این بازدید ۴۰ نفر از مقامات دولتی، سفر، نمایندگان دیپلماتیک و رؤسای آژانس های سازمان ملل به منظور بررسی نحوه ارائه خدمات بهداشتی و **درمانی** به بیماران اتباع خارجه در ایران از مرکز بهداشتی **درمانی** و مرکز همودیالیز حضرت آیت الله ناصر شبکه بهداشت و **درمان** شهرستان بر خوار بازدید کردند.

ایبنا خبرگزاری کارین

۲۰ - آیین نامه جدید اورژانس ها در انتظار ابلاغ وزیر بهداشت
خبرگزاری ایبنا - رییس مرکز نظارت بر **درمان** از ادامه بازرسی ها از اورژانس های کشور خبر داد و گفت: «آیین نامه جدید اورژانس ها در انتظار ابلاغ **وزیر بهداشت، درمان** و آموزش پزشکی است .

رییس مرکز نظارت بر **درمان** از ادامه بازرسی ها از اورژانس های کشور خبر داد و گفت: آیین نامه جدید اورژانس ها در انتظار **وزیر بهداشت، درمان** و آموزش پزشکی است .

ایبنا: رییس مرکز نظارت بر **درمان** از ادامه بازرسی ها از اورژانس های کشور خبر داد و گفت: آیین نامه جدید اورژانس ها در انتظار ابلاغ **وزیر بهداشت، درمان** و آموزش پزشکی است .

"سیدسجاد رضوی" افزود: آیین نامه جدید تدوین شده در پی بازدیدهای مکرر از اورژانس **بیمارستان** ها صورت گرفته و حاوی نقاط ضعف این بخش ها و برای رفع آنهاست.

وی افزود: این آیین نامه توسط معاون **درمان** در شورای معاونان **وزارت بهداشت، درمان** و آموزش پزشکی مطرح شده و منتظریم تا دکتر دستجردی آن را ابلاغ کند تا اجرایی شود.

خبرگزاری موج

۲۱ - دانش پزشکی هر پنج سال یکبار تغییر می کند
خبرگزاری موج - به گزارش موج به نقل از روابط عمومی **وزارت بهداشت، درمان** و آموزش پزشکی، باقر لاریجانی افزود: در جهانی که بیش از ۲۰ هزار دانشگاه در حوزه پزشکی وجود دارد لازم است تلاش های خود را برای ارتقای رتبه دانشگاه افزون تر کنیم.

>

سلامت نیوز

۲۲ - غو توزیع قطره آهن شیرخواران در مراکز بهداشتی تخلف آشکار است - سلامت نیوز -

رئیس اداره سلامت خانواده، جمعیت و مدارس **وزارت بهداشت** گفت: توزیع نشدن قطره آهن در خانه های بهداشت یک تخلف است و باید دانشگاه های علوم پزشکی قطره آهن، مولتی ویتامین و ویتامین AD را در مناطق زیر پوشش خود توزیع کنند. محمد اسماعیلی مطلق در گفت و گو با فارس در پاسخ به این پرسش که ظاهراً در برخی مناطق در خانه های بهداشت و مراکز بهداشتی و **درمانی** قطره آهن برای نوزادان و شیرخواران توزیع نمی شود اظهار داشت: **وزارت بهداشت** طی ۲ سال پیاپی بودجه میلیاردی را به دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور اختصاص داد تا دانشگاه ها برای خرید قطره آهن **هزینه** کنند و در اختیار مردم منطقه زیر پوشش خود قرار دهند که طبق برآورد ما این بودجه تا پایان امسال جوابگوست. وی افزود: حتی اعلام کردیم در صورت کمبود این بودجه برای خرید قطره های آهن، مولتی ویتامین و AD از اعتبارات استانی استفاده شود و این طرح جزو اولویت های **وزارت بهداشت** است و اگر موردی مشاهده شد که این طرح اجرا نمی شود حتماً باید به دانشگاه های علوم پزشکی گزارش شود تا بررسی و برخورد شود. اسماعیلی مطلق اضافه کرد: مضاف بر اینکه طی بازرسی های میدانی که از استان های مختلف انجام می دهیم این مهم اتفاق می افتد و تا به حال در خواستی مبنی بر نداشتن بودجه و تمام شدن ذخیره قطره آهن و مولتی ویتامینی که باید به نوزادان و شیرخواران تا سن ۲ سالگی داده شود دریافت نکرده ایم.

خبرگزاری سلامت ایرانیان

۲۲ - ایجاد رشته های جدید تغذیه سنتی و پرستاری سنتی

خبرگزاری سلامت ایرانیان - معاون آموزشی دانشکده طب سنتی دانشگاه علوم پزشکی تهران از راه اندازی رشته های تغذیه سنتی، تاریخ پزشکی و پرستاری سنتی خبر داد.

منصور کشاورز 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 با بیان اینکه در حال حاضر دو رشته طب سنتی و **داروسازی سنتی** در دانشکده طب سنتی 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 از راه اندازی رشته های جدید تغذیه سنتی، تاریخ پزشکی و پرستاری سنتی در این 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** برای 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 نیازسنجی 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 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 به صورت هیئت 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 کامپیو تر شخصی در کلاس هاست و با این وجود تلاش می شود در این زمینه دانشجویان هیچ کمبودی را احساس نکنند.

وی 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 داشته اند.

خبرگزاری سلامت ایرانیان

۲۴ - آمار رسمی شیوع ناباروری ایران امسال برای نخستین بار اعلام می شود

خبرگزاری سلامت ایرانیان - مدیر مرکز **درمان ناباروری** این سینا گفت: «طرح بررسی رسمی میزان شیوع ناباروری در کشور در حال اجراست و تا پایان سال نتایج این طرح ملی به تفکیک هر استان اعلام می شود.»

محسن صادق تبار اظهار داشت: بر اساس نیاز کشور در دو دهه اخیر مرکز **درمان** ناباروری ابن سینا از سال ۸۲ فعالیت خود را با در سه بخش جنین شناسی، زنان و اورولوژی آغاز کرد که از همان ابتدا بنا بر تشکیل کارگروهی از متخصصان مختلف برای بررسی راهکار **درمانی** مناسب بدون طی کردن پروکراسی اداری بود.

وی اضافه کرد: در حال حاضر نه تنها **درمان** ناباروری برای مردم سراسر کشور در این مرکز انجام می شود بلکه از کشورهای حاشیه خلیج فارس، تاجیکستان، ترکمنستان و حتی سوئد به دلیل کیفیت مناسب و **هزینه درمان** پایین نسبت به خارج از کشور برای معالجه به این مرکز مراجعه می کنند. و روزانه حدود ۴۰۰ تا ۵۰۰ نفر برای کارهای مختلف ناباروری به این مرکز مراجعه می کنند. مدیر مرکز **درمان** ناباروری ابن سینا **هزینه درمان** در کشور را یک چهارم تا یک پنجم کشورهای اروپایی عنوان کرد و گفت: در انگلیس **هزینه درمان** ناباروری بین ۱۰ تا ۲۵ هزار پوند است در حالی که این رقم در ایران بین ۲ تا ۵ میلیون تومان است.

صادق تبار در پاسخ به میزان شیوع ناباروری در ایران اذعان داشت: طی این طرح رسمی میزان شیوع ناباروری در کشور بررسی شده و تا پایان سال نتایج این طرح ملی به تفکیک هر استان اعلام می شود.

وی میزان موفقیت **درمان** ناباروری را در کشور ۲۵ تا ۳۰ درصد عنوان کرد و گفت: در حالی که نسبت موفقیت باروری در زوج بارور هم در ماه اول ۲۵ تا ۳۰ درصد است.

عنوان نیوز

۲۵ - فاضلاب همراه با سبزیجات، مهمان سفره تهرانی ها!

عنوان نیوز - شایعه شیوع و افزایش بیماری وبا در تهران قوت گرفته است هر چند مسئولین وزارت بهداشت می گویند شیوع وبا در کشور نگران کننده نیست، اما شواهد نگران کننده نیست، اما شواهد نشان می دهد که این شایعه به حقیقت نزدیک است.

" شایعه شیوع و افزایش بیماری وبا در تهران قوت گرفته است هر چند مسئولین وزارت بهداشت می گویند شیوع وبا در کشور نگران کننده نیست، اما شواهد نشان می دهد که این شایعه به حقیقت نزدیک است. همین چند روز پیش بود که رییس اتحادیه فروشندگان میوه و سبزی تهران اعلام کرد، فروش محصولات سبزیکاران در استان تهران متوقف شده است. خود این امر تاییدی بود بر بیماریزای بودن سبزی های تهران. حسین مهاجران درباره تاثیر خیرهای مربوط به شیوع وبا بر میزان فروش سبزیجات، گفت: در روزهای ابتدایی که خبر شیوع وبا اعلام شد، فروش سبزی کاملاً متوقف شد و مردم اصلاً سبزی نمی خریدند اما چند روزی است که بازار کمی بهتر شده و مصرف کنندگان به صورت مختصر خرید می کنند. وی افزود: در حال حاضر تا بازار به حالت اولیه بازگردد کمی زمان می برد اما تا هنگامی که بازار به حالت اولیه بازگردد زمان کشت تمام شده و همه زحمات سبزی کاران از بین می رود. ازسوی دیگر، گروهی از کارشناسان می گویند، سبزیهای تهران به دلیل آبیاری با فاضلاب ناقل بیماری وبا شده است. این عده معتقدند، از آنجا که حفر یک چاه حدوداً ۵۰ متری حداقل ۲۰ میلیون تومان **هزینه** دارد و کشاورزان باید ماهانه با وجود یارانه دولتی، حدود ۳۰۰ هزار تومان پول برق پرداخت کنند، استفاده از فاضلاب های شهری بهترین و پرمفعت ترین راه برای آنهاست. عدم نظارت سازمان حفاظت از محیط زیست و سازمان جهاد کشاورزی باعث شده است، فاضلاب شهری بدون هیچ تصفیه ای به وارد زمین ها در جنوب تهران شود و سبزی ها را آبیاری کند. همچنین گفته شده، برخی از کشاورزان که مسیر فاضلاب نزدیک به زمین هایشان نیست، فاضلاب را با تانکر به قیمت بسیار ارزان می خرند و پای سبزی ها و محصولات می ریزند. حاصل این آبیاری سبزی هایی می شود که پس از شستن و خرد کردن، با گذشت چند ساعت تیره و چروک می شوند. این مشخصه، تنها نشان دهنده خراب شدن سبزی برای دور ریختن نیست، مشخصه بیماری های عفونی و همچنین وابست که با فضولات انسانی به سبزی منتقل شده است. رییس کمیته محیط زیست شورای شهر می گوید برای جلوگیری از این روند تذکرات متعددی داده ایم و جلسات و رایزنی هایی با مسوولان جهاد کشاورزی داشته ایم و همچنان پیگیر هستیم اما هنوز نتیجه نداده است. البته رییس اتحادیه فروشندگان میوه و سبزی این مساله را رد می کند. او با رد استفاده از فاضلاب برای آبیاری مزارع سبزی کاری در جنوب تهران، گفت: آبیاری با فاضلاب برای کشاورزان نسبت به آب ساعتی به صرفه نیست، چون موجب رویش علف های هرز و ضایعات می شود و باید برای وجین زمین **هزینه** بیشتری را انجام دهند.

مهاجران تصریح کرد: در حال حاضر گزارشی از سود و زیان این کشاورزان در دست نیست و وزارت جهاد کشاورزی به عنوان متولی این بخش باید از کشاورزان حمایت کند و برآوردی از میزان ضرر و زیان به سبزیکاران ارائه دهد. در این میان **وزیر بهداشت** می گوید شیوع وبا در کشور نگران کننده نیست. دستچردی با اشاره به اینکه ایران در وضعیت مطلوبی در این زمینه قرار دارد، اظهار داشت: در راستای پیشگیری از این بیماری توزیع سبزی در تمامی رستوران های کشور ممنوع شده است. دستچردی اما آبیاری سبزیجات با پسماندهای شهری را رد نمی کند. از نظر وی آب های غیر بهداشتی و چاه، آبیاری سبزی و صیفی با پسماندهای شهری و ورود اتباع بیگانه به کشور را از دلایل اصلی بروز بیماری وبا در تهران است. از سوی دیگر رییس جهاد کشاورزی تهران به کلی کم کاری جهاد کشاورزی را رد می کند. محمد موسوی، رییس جهاد کشاورزی استان تهران درباره آبیاری زمین های کشاورزی با فاضلاب و احتمال شیوع وبا از طریق آبیاری به این شیوه به شرق، گفت: این موضوع ارتباطی به وبا ندارد و کنترل دقیق روی سبزی هایی که در بازار عرضه می شود، وجود دارد. در همین رابطه ستادی با عضویت فرماندار و نماینده **وزارت بهداشت** و **درمان** و سازمان جهاد کشاورزی برای کنترل بیماری وبا و نظارت بر محصولات کشاورزی تشکیل شده که کارش را انجام می دهد. او درباره کنترل آبیاری زمین های کشاورزی جنوب تهران با فاضلاب شهری جدا از مساله وبا نیز اظهار داشت: الان اطلاع جزئی ندارم و باید پیرسم و بررسی کنم اما با ورود اپیدمی وبا به کشور و شدت گرفتن نگرانی ها درباره این بیماری، موضوع جدی تر شده است. آن گونه که یکی از اعضای **کمیسیون بهداشت** مجلس می گوید، تقریباً تمام سبزی کاری های اطراف شهرهای بزرگ مانند تهران، کرج و مشهد با فاضلاب خام آبیاری می شوند و منشاء آلودگی هستند. امیر حسین قاضی زاده در این رابطه گفت: مسوول ساماندهی آب مزارع وزارت نیرو است و **وزارت بهداشت** نیز به عنوان متولی بهداشت جامعه باید در بهبود این موضوع تا اصلاح آن نظارت کند اما متأسفانه به علل مختلف از جمله کمبود منابع و نیرو این مساله هنوز حل نشده است و اعتبار کافی برای اصلاح آبیاری این مزارع اختصاص نیافته است. به گفته او، **وزارت بهداشت** تاکنون گزارش رسمی از شیوع و مرگ ناشی از وبا در کشور ارائه نکرده و نمایندگان مجلس هم اخبار را از رسانه ها می گیرند و اگر هم گزارشی ارائه شده در **کمیسیون بهداشت** قرائت نشده است. قاضی زاده افزود: البته

بیماری وبا یا التور یک بیماری بومی در کشور است که تقریباً هر سال در فصل تابستان و اوایل پاییز شیوع نسبی پیدا می کند معمولاً هم عامل ورود باکتری این بیماری را اتباع خارجی به کشور می آورند و آبیاری سبزی کاری ها با فاضلاب عامل شیوع و گسترش بیماری است. آنچه مسلم است، وبا به عنوان یک بیماری عفونی و همه گیر در حال شیوع در تهران و برخی دیگر از استانهای کشور است. برای پیشگیری از انتشار این بیماری باید از دلایل شیوع آن جلوگیری کرد، این دلایل هر چه باشد از ورود اتباع بیگانه به کشور گرفته تا آبیاری با آب آلوده، باید از آن ها جلوگیری شود. با وجود اینکه حتی **وزیر بهداشت** یکی از دلایل شیوع بیماری وبا را آبیاری مزارع سبزی کاری با فاضلاب می داند اما مسئولان در جهاد کشاورزی و سازمان محیط زیست به جای پیگیری در این زمینه و جلوگیری از انجام این اقدام، تنها کاری که می کنند انکار و یا اظهار بی اطلاعی است. در این میان **وزارت بهداشت** نیز اقدامی جدی برای برخورد با این مساله انجام نداده است و باید دید آیا تمهیداتی در این باره اندیشیده می شود یا در قرن بیست و یکم شاهد همه گیر شدن بیماری وبا در کشور خواهیم بود.

شبکه خبر دانشجو

۲۶ - رییس مرکز نظارت بر درمان اعلام کرد؛ آیین نامه جدید اورژانس ها در انتظار ابلاغ **وزیر بهداشت**

شبکه خبر دانشجو - رییس مرکز نظارت بر درمان از ادامه بازرسی ها از اورژانس های کشور خبر داد و گفت: آیین نامه جدید اورژانس ها در انتظار ابلاغ وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است.

به گزارش گروه علمی خبرگزاری دانشجو، دکتر سیدسجاد رضوی با اشاره به تدوین آیین نامه جدید گفت: این آیین نامه به دنبال بازدیدهای مکرر از اورژانس بیمارستان ها تدوین شده و حاوی نقاط ضعف این بخش ها و در جهت رفع آنهاست. وی افزود: آیین نامه جدید اورژانس ها توسط معاون درمان در شورای معاونان **وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی** مطرح شده و برای اجرای این آیین نامه منتظر ابلاغ آن توسط **وزیر بهداشت** هستیم. رییس مرکز نظارت بر درمان در پایان بر ادامه روند بازرسی از اورژانس های **بیمارستانی** تأکید و خاطر نشان کرد: این بازرسی ها در ایجاد شور و حال کاری در این بخش های **بیمارستانی** و مرتفع شدن مشکلات آنها مؤثر است.

شبکه خبر دانشجو

۲۷ - معاون آموزشی **وزارت بهداشت**: استان های مرزی کمترین تعداد دندانپزشک را دارد

شبکه خبر دانشجو - مناطق دوردست و مرزی کشور مانند استان های سیستان و بلوچستان، خوزستان و کردستان، به دلیل شرایط بد آب و هوا کمترین تعداد دندانپزشک را دارد.

به گزارش گروه علمی خبرگزاری دانشجو، دکتر محمد علی محقق با بیان اینکه یکی از مولفه های توسعه یافتگی در شهرهای بزرگ مواجه شدن با تجمع نیروهای انسانی است، گفت: در حال حاضر مناطقی در کشور وجود دارد که با وجود جمعیت بالا هیچ دندانپزشکی ندارد و بالعکس مناطقی هم در کشور هستند که تعداد دندانپزشک در آنها بیش از حد نیاز است. وی افزود: شهر تهران به ویژه مناطق شمالی آن بیشترین تعداد دندانپزشکان را دارد و در مقابل، مناطق دوردست و مرزی کشور مانند استان های سیستان و بلوچستان، خوزستان و کردستان، به دلیل شرایط بد آب و هوا کمترین تعداد دندانپزشک را دارد. معاون آموزشی **وزارت بهداشت** تصریح کرد: با تأکید بر اینکه جهت دهی و برنامه ریزی **وزارت بهداشت** باید به سمت برقراری تعادل باشد، اضافه کرد: یک بعد این جهت دهی در آموزش پزشکی است که معتقد به توسعه جغرافیایی بوده و سند آن نیز آماده شده و تمامی مولفه های تأثیرگذار را ارائه کرده است. محقق در خصوص بی کاری برخی از دندانپزشکان و نگرانی آن ها از استخدام نیروهای جدید گفت: مولفه نیروی انسانی تابع شرایطی از قبیل در حال توسعه بودن کشور و تغییر هرم سنی به سمت کهن سالی است؛ بنابراین ارائه خدمات سلامت دهان و دندان موضوعی جدی برای چنین جامعه ای است. وی با تأکید بر تغییر سیاست های **وزارت بهداشت** برای پذیرش داوطلبان بومی گفت: اولویت دادن به پذیرش داوطلبان بومی، استفاده از اختیارات قانونی برای حمایت از آن ها و ایجاد زمینه شغلی برای تامین نیروی انسانی در مناطق محروم از برنامه های **وزارت بهداشت** است. معاون آموزشی **وزارت بهداشت** در خصوص کمبود نیروی متخصص در **بیمارستان** ها و فشار کار زیاد روی دیگر نیروهای استخدامی و خستگی بیش از حد آن ها گفت: قبول دارم که آهنگ رشد علمی در مقاطع و رشته ها متفاوت بوده است، اما فضای توسعه برای همه رشته ها باز است و رشته ای وجود ندارد که امکان توسعه و ارتقا را نداشته باشد. محقق با بیان اینکه تحصیلات دوره های تکمیلی طبق برنامه پنج ساله پنجم توسعه باید به ۳۰ درصد می رسید، تصریح کرد: در حال حاضر به این جایگاه رسیده ایم و در سال های آینده نیز این آمار رشد می کند. وی خاطر نشان کرد: در حال حاضر ۵۲ موضوع در سطح PhD و در حیطه های مختلف آموزشی ارائه می شود.



۲۸ - تصویب تبدیل مرکز تحقیقات گزارش و کبد به پژوهشکده

باشگاه خبرنگاران - تبدیل مرکز تحقیقات بیماری های گوارش و کبد به پژوهشکده دانشگاه علوم پزشکی تهران در این دانشگاه به تصویب رسیده است و مسیر تصویب آن نیز در شورای گسترش وزارت بهداشت در حال ملی شدن است.

به گزارش خبرنگار باشگاه خبرنگاران حاضر در محل، دکتر لاریجانی رییس دانشگاه علوم پزشکی تهران در جمع خبرنگاران گفت: هم اکنون نزدیک به ۳۰۰ مرکز تحقیقاتی در کشور داریم، براساس پیش بینی ای که در نقشه علمی حوزه سلامت انجام شده است باید مراکز تحقیقاتی و پژوهشکده های مرتبط با حوزه سلامت توسعه بیشتری پیدا کنند. وی گفت: یکی از مراکز تحقیقاتی دانشگاه علوم پزشکی تهران که در رتبه بندی و ارزشیابی سال های متمادی توانسته رتبه های خوبی پیدا کند، مرکز تحقیقات گوارش و کبد این دانشگاه است. رییس دانشگاه علوم پزشکی تهران اظهار کرد: این مرکز علاوه بر ارتباطات علمی خوب توانسته در زمینه های تحقیقاتی موثر بر سلامت مردم نیز فعالیت کند. لاریجانی عنوان کرد: هم اکنون این مرکز در شرف تبدیل شدن به پژوهشکده است. پژوهشکده بیماری های گوارش در دانشگاه علوم پزشکی تهران مورد تصویب قرار گرفته و امیدواریم مسیر تصویب آن نیز در شورای گسترش وزارت بهداشت طی شود. /ط



www.pana.ir

خبرگزاری پانا

Pupils Association News Agency

۲۹ - طناب زنی یک فعالیت بدنی کامل برای دانش آموزان است

خبرگزاری پانا - مدیر آموزش تربیت بدنی وزارت آموزش و پرورش گفت: ورزش طناب زنی یک فعالیت بدنی کامل برای دانش آموزان ابتدایی محسوب می شود.

قاسم پوستین دوز در گفت و گو با خبرنگار آموزش و پرورش پانا، اظهار کرد: طناب زنی دومین طرح ملی پس از طرح شنا در وزارت آموزش و پرورش است.

وی افزود: در راستای منویات مقام معظم رهبری برای تحول بنیادین در آموزش و پرورش و پیگیری مستمر وزیر آموزش و پرورش و تلاش های قائم مقام وزیر و رییس مرکز تربیت بدنی و سلامت وزارت آموزش و پرورش دومین طرح ملی بعد از طرح شنا در پایه سوم ابتدایی مدارس کشور است.

وی ادامه داد: در سال گذشته بیش از یک میلیون دانش آموز در طرح شنا که با موفقیت به انجام رسید شرکت داشتند و اکنون طرح ملی طناب زنی در سال تحصیلی ۹۰-۹۱ در پایه چهارم ابتدایی مدارس کشور با دستورالعمل مدون و با حمایت وزیر آموزش و پرورش رسماً انجام می پذیرد.

پوستین دوز با بیان اینکه از هراستان کشور ۳ نفر معلم تربیت بدنی آقا و ۲ نفر معلم تربیت بدنی خانم برای آموزش حضور دارند، تصریح کرد: آموزش ها در دو مرحله به صورت جداگانه برای آقایان و خانم ها در مجموعه فرهنگی ورزشی شهید چمران رامسر برگزار می شود.

وی اضافه کرد: نهاد آموزش و پرورش مسئول تحقق بخشیدن به اهداف آموزش و پرورش در جامعه است و رسالت این کار و هدایت نسل جوان را به عهده دارد.

وی ادامه داد: آموزش و پرورش از یک سو مسئول انتقال میراث فرهنگی از نسلی به نسل دیگر است و مسئولیت شکوفایی استعداد ها، قابلیت ها، خلاقیت ها و تحقق معنویت و اخلاق در افراد را به عهده دارد و از سویی دیگر وظیفه دارد برای پیشرفت عرصه های علمی، اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و توسعه و گسترش فناوری پاسخگوی نیازهای جدید و متنوع دانش آموزان باشد، چرا که نسل جوان در اختیار آموزش و پرورش است.

مدیر آموزش معلمان، مربیان، داوران و مدیران تربیت بدنی مدارس کشور با اشاره به اینکه تربیت بدنی به عنوان بخشی از تعلیم و تربیت عمومی سهم عظیمی در اصول اهداف عمومی آموزش و پرورش و تندرستی نسل جوان و آینده ساز این مرز و بوم دارد، خاطرنشان کرد: ورزش های همگانی نقش مهمی در سلامت جامعه دارد که یکی از مزایای آن افزایش آگاهی های عمومی و ترویج فرهنگ ورزش در بین اقشار جامعه است.

*گسترش تربیت بدنی در آموزش و پرورش مهم و اساسی است

پوستین دوز گفت: پرداختن به ورزش های همگانی و دستیابی به نشاط و شادابی از شاخص های سلامت افراد جامعه به خصوص نسل جوان و گسترش تربیت بدنی در آموزش و پرورش مهم و اساسی است.

وی افزود: اغلب متخصصان تربیت بدنی و علوم ورزشی طناب زنی را یک فعالیت بدنی کامل می دانند و به دلیل ویژگی های آن فعالیت ورزشی این طرح به عنوان دومین طرح ملی در پایه چهارم ابتدایی در سال تحصیلی جاری اجرا خواهد شد.

وی تصریح کرد: دستورالعمل این طرح با امضای کیومرث هاشمی قائم مقام وزیر و رییس مرکز تربیت بدنی و سلامت وزارت آموزش و پرورش به استان های سراسر کشور ارسال شد.

همچنین در این مراسم حسن فدایی مسئول انجمن طناب زنی مدارس کشور در خصوص مسائل فنی این دوره گفت: رشته طناب زنی ورزش کم هزینه و علمی است؛ به طوری که تمام افراد جامعه در کمترین زمان و هزینه می توانند نیازهای خود را تامین کنند.

این ورزش برای پیشگیری و درمان بسیاری از بیماری ها مانند سنگ کلیه و پوکی استخوان بسیار مفید است.

انتهای خبر سرویس آموزش و پرورش / خبرگزاری پانا / کد خبر ۱۳۶۲۱۷

خبرگزاری سلامت ایرانیان

۲۰ - ۲۰ هزار تخت بیمارستانی امسال هیات امنایی می شوند
خبرگزاری سلامت ایرانیان - مشاور و معاون اجرایی معاونت درمان وزارت بهداشت با اشاره به تدابیر اتخاذ شده برای اداره بیمارستان ها به روش هیات امنایی، گفت: «برنامه ریزی های لازم برای هیات امنایی شدن ۲۰ درصد تخت های بیمارستانی در سال جاری صورت گرفته که تحقق این موضوع به اعتباری بالغ بر ۵۷۰ میلیارد تومان نیاز دارد.

منابع مالی هیات امنایی شدن بیمارستان ها در سال گذشته تامین نشد مشاور و معاون اجرایی معاونت درمان وزارت بهداشت با اشاره به تدابیر اتخاذ شده برای اداره بیمارستان ها به روش هیات امنایی، گفت: برنامه ریزی های لازم برای هیات امنایی شدن ۲۰ درصد تخت های بیمارستانی در سال جاری صورت گرفته که تحقق این موضوع به اعتباری بالغ بر ۵۷۰ میلیارد تومان نیاز دارد.

دکتر محمودرضا محقق با اشاره به چگونگی تحقق بیمارستان های هیات امنایی در کشور و تدابیر اتخاذ شده برای هیات امنایی شدن بیمارستان ها در سال جاری، گفت: از ابتدای امسال و در طی جلسات متعدد، دستورالعمل بیمارستان های هیات امنایی تدوین و از سوی مقام عالی وزارت در حال ابلاغ به دانشگاه هاست.

هیات امنایی شدن ۲۰ هزار تخت های بیمارستانی کشور در سال ۹۰ وی از برنامه ریزی های انجام شده برای اداره ۲۰ درصد تخت های بیمارستانی کشور به روش هیات امنایی در سال جاری خبر داد و گفت: به این ترتیب در صورت تخصیص مناسب و به موقع منابع در سال جاری حدود ۲۰ هزار تخت بیمارستانی (حدود ۵۰ بیمارستان بزرگ کشور) هیات امنایی خواهند شد.

معاون اجرایی معاونت درمان وزارت بهداشت درباره اعتبارات لازم برای هیات امنایی شدن ۵۰ بیمارستان در سال جاری گفت: برآوردهای اولیه حاکی از آن است که با پرداخت K3/6 و پایبند بودن بیمه ها به تعهدات خود، اعتباری بالغ بر ۵۷۰ میلیارد تومان برای هیات امنایی شدن ۵۰ بیمارستان در سال جاری لازم است.

سال گذشته منابع مالی هیات امنایی شدن بیمارستان ها تامین نشد وی درباره علت محقق نشدن بیمارستان های هیات امنایی در سال گذشته به ایسنا، گفت: قرار بود منابع لازم برای هیات امنایی شدن بیمارستان ها در سال گذشته از طریق بیمه ها به دانشگاه های علوم پزشکی و بیمارستان ها تزریق شود؛ اما متأسفانه این منابع تامین نشد. از طرف دیگر دستورالعمل بیمارستان های هیات امنایی باید به صورت مشترک میان وزارت بهداشت، وزارت رفاه سابق و معاونت برنامه ریزی و نظارت و راهبردی ریاست جمهوری تدوین می شد که این توافق مدت ها به طول انجامید و عملاً هیات امنایی شدن بیمارستان های منتخب در سال گذشته چندان عملیاتی نشد.

به گفته دکتر محقق، با توجه به قانون برنامه پنجم که صفر تا صد اقدامات مربوط به هیات امنایی شدن بیمارستان ها را در اختیار وزارت بهداشت قرار داده است، امسال با تمرکز بیشتری در این زمینه کار شده است. در مجموع اقدامات مربوط به هیات امنایی شدن بیمارستان ها به زودی نهایی می شود و به سمت اجرا حرکت خواهیم کرد.

مشاور و معاون اجرایی معاونت درمان وزارت بهداشت در خاتمه ابراز امیدواری کرد: معاونت برنامه ریزی و نظارت و راهبردی ریاست جمهوری منابع لازم برای هیات امنایی شدن بیمارستان ها را به موقع تخصیص دهد تا وزارت بهداشت بتواند انگیزه کافی را در پزشکان و بیمارستان ها ایجاد کند و مبحث اداره بیمارستان ها به روش هیات امنایی پیش رود.

خبرگزاری سلامت ایرانیان

۲۱ - وزارت بهداشت در خرید دسفرال نعلل کرد
خبرگزاری سلامت ایرانیان - حدود ۲ سال است که به دلیل مصرف دسفرنالک و عوارض آن، بیماران می ترسند دارو مصرف کنند و پزشکان معالج نیز کمتر دارو تجویز می کنند. این امر سلامت بیماران را به خطر انداخته است.

مسئول بخش هماتولوژی شرکت دارویی نوارتیس نسبت به کاهش مصرف دارو در بیماران تالاسمی هشدار داد و گفت: به دلیل نعلل وزارت بهداشت در ارائه درخواست دارویی به شرکت، دسفرال با کمیبود مواجه شد.

پژمان پارسی به خبرنگار سینانویز گفت: داروی exjade داروی جدید خوراکی است که ۵ سال است در دنیا مصرف می شود اما در ایران مدت ۲ سال است که در بازار آمده است.

وی ادامه داد: مشکل این دارو گران قیمت بودن آن است و با وجود تعلق گرفتن یارانه به این دارو بازهم هرگرم آن ۸ هزار تومان قیمت دارد و از ۱۸ هزار بیمار تالاسمی تنها حدود ۴۰۰ بیمار آن را مصرف می کنند. هزینه مصرف ماهانه این دارو با قیمت و یارانه جدید آن، ۲۰۰ هزار تومان است.

مسئول بخش هماتولوژی شرکت دارویی نوارتیس گفت: این دارو مشابه ایرانی نیز دارد که رایگان است اما بیماران اعتمادی به مصرف آن ندارند. به طور کلی از میان ۱۸ هزار بیمار تالاسمی حدود ۲ هزار بیمار، داروی نوع خوراکی را مصرف می کنند در حالی که در کشورهای پیشرفته حدود ۹۰ درصد از بیماران نوع خوراکی را استفاده می کنند.

پارسی در مورد مشکلات کمیبود داروی دسفرال که قرار است به جای دسفرنالک به مصرف بیماران برسد افزود: در تامین دسفرال مشکلاتی وجود دارد و دلیل آن نیز نعلل وزارت بهداشت در ارائه درخواست دارویی بوده است چراکه روند واردات دارو به سختی انجام می شود.

وی ادامه داد: از سوی دیگر مشکلی که وجود دارد در مورد داروی دسفرنالک تزریقی است چراکه عوارض داشته و بیماران تمایلی به

مصرف آن ندارند و شرکت تولید کننده آنکه در واقع وارد کننده است به وزارت بهداشت فشار می آورد که این دارو را در بازار بفروشد. مسئول بخش هماتولوژی شرکت دارویی نوآرتیس تصریح کرد: برای واردات دسفرال نیز برای اینکه مشکلی برای بیماران تالاسمی تا زمانی که داروی دسفرالک آزمایش نشده پیش نیاید، در برنامه خود تحویل این دارو را برای ۶ ماهه دوم سال در نظر داریم. پارسی در مورد میزان مصرف دسفرال توسط بیماران تالاسمی و کمبودهای احتمالی آن گفت: میزان مصرف این دارو با توجه به نیاز بیماران کم است. البته نیاز بیماران مشخص نیست اما حدود ۲ سال است که به دلیل مصرف دسفرالک و عوارض آن، بیماران می ترسند دارو مصرف کنند و پزشکان معالج نیز کمتر دارو تجویز می کنند. وی اظهار داشت: طبق برآورد ها در سال، بیماران به ۹ میلیون ویال دارو نیاز دارند اما میزان مصرف بیماران روز به روز در حال کم شدن است به طوری که هم اکنون بین ۵ تا ۶ میلیون ویال مصرف می شود. مسئول بخش هماتولوژی شرکت دارویی نوآرتیس در مورد داروی جدید exjade گفت: در مورد داروی دسفرال تخفیف خرید وجود دارد و قرار شده برای داروی جدید خوراکی exjade نیز یارانه بیشتر در نظر گرفته شود. باید شرکتهای بیمه گر به همراه وزارت بهداشت حمایت بیشتری را لحاظ کنند چراکه هزینه خرید هر گرم از این دارو باید ۴ هزار تومان باشد درحالی که هم اکنون با وجود تاثیرگذاری بالا و عوارض پایین، ۸ هزار تومان به فروش می رسد.

سلامت نیوز

۲۲ - تاکید بر جمع آوری نمک های دریاچه ارومیه/ بازهم جلسه درمانی مسئولان سلامت نیوز -

در حالیکه سطح دریاچه ارومیه به صورت چشمگیری کاهش یافته و پهنه های وسیع شوره زار در این ناحیه ایجاد شده، اداره کل محیط زیست آذربایجان شرقی بر جمع آوری نمک های سطح دریاچه ارومیه تاکید دارد. به گزارش سلامت نیوز به نقل از مهر، عبدالله رسولی، معاون نظارت و بازرسی اداره کل محیط زیست آذربایجان شرقی، در جلسه بررسی وضعیت دریاچه ارومیه با بیان اینکه این که تلاش سازمان محیط زیست بر مرتفع شدن مشکل قانونی جمع آوری نمک های سطح دریاچه ارومیه معطوف شده است افزود: با برداشت نمک از سطح دریاچه ارومیه مشکلات مربوط به احتمال بادهای نمکی از بین می رود.

رسولوی همچنین با بیان اینکه اراضی در معرض فرسایش قرار دارد، اظهار داشت: افزایش غلظت نمک موجود در آب دریاچه باعث کاهش شدید تراکم آرمیا شده و در نتیجه ظرفیت دریاچه برای پذیرش پرندگان آبی به شدت کاهش یافته است. وی با بیان اینکه ایجاد سدهای مرتعی با هدف تامین آب های مورد نیاز اطراف دریاچه ضروری است بر کنترل سیلاب ها، نمک شویی و استفاده از آنها برای کاهش استفاده از ذخایر زیرزمینی تاکید کرده و افزود: برای نجات دریاچه ارومیه نباید به موضوع انتقال آب اکتفا کنیم بلکه راهکارهای جانبی نیز باید مورد توجه باشد.

معاون نظارت و بازرسی اداره کل محیط زیست آذربایجان شرقی با اشاره به اینکه اکتفا به انتقال آب به دریاچه ارومیه تنها راه نجات این دریاچه نیست تصریح کرد: باید به روش های اصلاح کشت و استفاده از منابع محلی توجه جدی شود. رسولی با اشاره به اینکه استفاده از گونه های گیاهی ویژه آب شور در بستر دریاچه ارومیه نیز می تواند مورد توجه قرار گیرد که به صورت کمربند سبز و پس از آب شویی کاشت شود ادامه داد: بهره برداری اقتصادی از این گیاهان نیز می تواند انجام شود چرا که ۲۴ درصد تخم های این گیاهان حاوی روغن گیاهی است.

ضرورت ایجاد مرکز تخصصی تحقیقات دریاچه ارومیه

معاون نظارت و بازرسی اداره کل محیط زیست آذربایجان شرقی همچنین با اشاره به اینکه کاهش برخی هزینه ها از جمله هزینه های ایجاد باران های مصنوعی می تواند در فرآیند مدیریت منابع طبیعی رخ دهد بر ایجاد مرکز تحقیقات دریاچه ارومیه به صورت اختصاصی تاکید کرد و افزود: ظرفیت های لازم برای ایجاد این مرکز در استان وجود دارد و محلی موثق برای استناد به آمار و اسناد در این زمینه ایجاد شود و در صورت ایجاد این مرکز خواهیم توانست در زمینه نحوه کنترل منابع آبی، تغییر روش های کشت و نیز ارائه الگوی کشت های جدید عمل کنیم.

دبیر انجمن نجات دریاچه ارومیه نیز در این نشست گفت: محیط زیست به رسالت خود در احیای دریاچه ارومیه عمل نکرده و بایستی از تناقض گویی پرهیز کند.

مصطفی قنبری با بیان اینکه در زمینه دریاچه ارومیه تصمیمات مشخص و قابل اجرا باید اتخاذ شود، گفت: تاکنون تصمیمات متعددی در زمینه دریاچه ارومیه گرفته شده که به واسطه نداشتن زمینه اجرا و تضمین های لازم با مشکل مواجه بوده ایم. دبیر خانه کشاورز آذربایجان شرقی با بیان اینکه برای عمل به مصوبات باید همگرایی و همراهی لازم در میان ارگان های مختلف وجود داشته باشد تا شاهد ائتلاف بیش از پیش منابع آبی در حوزه آبریز دریاچه ارومیه باشیم، خواستار تعیین تکلیف اداره کل محیط زیست در زمینه دریاچه ارومیه شد و گفت: محیط زیست باید در زمینه رسالت خود تعیین تکلیف نهایی کند تا شاهد اقدامی عملی در این راستا باشیم.

وی با اشاره به اینکه محیط زیست باید در قبول مسئولیت دریاچه ارومیه با توجه به قدرت اجرایی خود تصمیمی جدی بگیرد ادامه داد: احیای دریاچه ارومیه باید با توجه به امکانات منطقه و مدیریت منابع صورت گیرد و مردم بومی خود در این زمینه پیشگام باشند و در طرح های ارائه شده باید منافع کشاورزان مورد توجه قرار گیرد تا شاهد همراهی کشاورزان باشیم.

احیای دریاچه ارومیه نیازمند همگرایی همگانی است

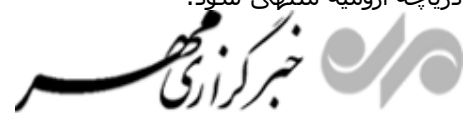
مدیرکل مدیریت بحران استانداری آذربایجان شرقی گفت: اگر آب های سدهای موجود نیز باز شود آب آنها به دریاچه ارومیه نخواهد رسید.

خلیل ساعی با بیان اینکه همایش نجات دریاچه ارومیه همزمان با روز کاهش بلایای طبیعی در تبریز برگزار می شود گفت: احیای دریاچه ارومیه به همگرایی همگانی نیاز دارد.

وی با بیان اینکه پاکسازی مسیرهای منتهی به دریاچه ارومیه الزامی گفت: باید مسیرها پاکسازی شوند تا آب براحتی در آن‌ها بدون هیچگونه تلفاتی جریان داشته باشد.

ساعتی با بیان اینکه در حال حاضر طرح پاکسازی و لایروبی مسیر رودخانه‌ها به مدت ۱۰ روز است که با همکاری سازمان آب منطقه‌ای آغاز شده است افزود: هم‌اکنون برگزاری سه جلسه در هفته به ریاست معاون عمرانی استاندار در زمینه احیای دریاچه ارومیه انجام می‌شود.

مدیرکل مدیریت بحران استانداری آذربایجان شرقی با بیان اینکه وضعیت فعلی دریاچه ارومیه برای هر آذربایجانی تاسف‌برانگیز است و باید در این زمینه مدیریت همگانی صورت گیرد افزود: استفاده از نظرات تخصصی تشکل‌های مردمی در همایش نجات دریاچه ارومیه در کنار نظرات متخصصان مورد توجه بوده و امیدواریم این همایش همزمان با روز کاهش بلایای طبیعی در تبریز به احیای دریاچه ارومیه منتهی شود.



۳۲ - دسفوناک، فرآورده‌ای منطبق با استانداردهای ملی و بین‌المللی خبرگزاری مهر - شرکت ایرانی تولیدکننده داروی بیماران تالاسمی (دسفوناک)، در پاسخ به منتقدان این فرآورده اعلام کرده است که این دارو مطابق با استانداردهای ملی و بین‌المللی در صنعت داروسازی است.

به گزارش خبرگزاری مهر، شرکت داروسازی روناک که داروی دسفوناک با مسئولیت این شرکت تولید می‌شود، در پاسخ به اظهارات و ادعاهایی که در ارتباط با مصرف داروی دسفوناک مطرح شده است، اعلام کرد: با توجه به اینکه به دفعات و در مقاطع مختلف درباره فرآورده "دسفوناک" که پروانه ساخت خود را مطابق با تمامی قوانین و ضوابط ملی و بین‌المللی داروسازی از وزارت بهداشت گرفته، مطالب و مستندات کافی ارائه شده است، این شرکت فایده‌ای در توضیح مکرر و ابهامات و بیان بدیهیات داروسازی در فضای رسانه‌ای موجود نمی‌بیند. زیرا در چنین مواردی که شاکای از جایگاه دفاع از حقوق مردم، معترض شرکت‌های داروسازی می‌شود که اصالتاً موسساتی تجاری و انتفاعی بوده و از محل تولید و فروش دارو کسب درآمد می‌کنند، معمولاً این شرکت‌های داروسازی هستند که با وجود تمام دلایل و مستندات علمی و قابل دفاع، باز هم در برابر شعار کلی، جذاب و صد البته مهم دفاع از حقوق بیماران و حفظ جان و سلامتی مردم، محکوم به شکست هستند و قبل از هر توضیحی، در نزد افکار عمومی، مجرم و مستوجب بازخواست تلقی می‌شوند.

با این وجود ذکر سه نکته ضروری به نظر می‌رسد.

- ۱- مراجع معتبر و جهانی دارویی نظیر FDA، EMEA و WHO، محصولات ژنریک شیمیایی تزریقی محلول و با مشخصاتی نظیر دسفوناک را نه فقط از انجام مطالعه بالینی بی‌نیاز، بلکه حتی از انجام آزمایش‌های هم‌ترازی زیستی نیز معاف می‌کنند. حال آن‌کسانی که در فضای رسانه‌ای و حساس این روزها و در قالب حمایت از بیماران ادعا می‌کنند که این دارو بدون مطالعه بالینی و تنها بر اساس روابط خاص و نه ضوابط موجود، روانه بازار شده و این ادعا را چنان با عنوان بزرگ تیترو می‌زنند که گویی تخلفی غیرقانونی و عظیم را کشف کرده‌اند، بهتر است به جای آن با رجوع به منابع علمی، ضرورت و لزوم قانونی این ادعا یعنی انجام مطالعه بالینی به عنوان پیش شرط ورود محصول ژنریک با مشخصات دسفوناک را اثبات کنند.
- ۲- داروی دسفوکسامین ذاتاً دارویی پرعارضه بوده و تزریق دائمی و مستمر آن، عوارضش را تشدید می‌کند. بنابراین آنانی که عوارض بالای دسفوکسامین را به فرآورده دسفوناک منسوب می‌کنند و فرآورده رقیب را عاری از عارضه معرفی می‌کنند بد نیست به مقالات متعددی که در ۵۰ سال گذشته درباره عوارض دسفوکسامین گزارش شده، رجوع و بعد درباره عوارض دسفوناک قضاوت کنند. شاید یکی از بهترین مستندات، نتیجه تحقیقی باشد که ۵ سال پیش توسط رییس وقت انجمن تالاسمی منتشر شد (زمانی که فقط داروی خارجی در دسترس بیماران بود). در این تحقیق آمده است که ۸۳ درصد افراد تالاسمی از عوارض ناشی از تزریق دسفوکسامین (برند اصلی دارو) شاکای بوده‌اند.
- ۳- عملیات احداث و تجهیز کارخانه این شرکت خصوصی از سال ۱۳۸۴ آغاز و پس از گذشت ۶ سال و با وجود حجم عظیم مشکلات عام پیش روی واحدهای تولیدی و خاص کارخانه‌های داروسازی که اهل فن به خوبی با آن آشنا هستند، به اتمام رسیده و آماده تولید محصولات تزریقی و با فناوری بالا است. مکان کارخانه این شرکت با رعایت استانداردهای روز اروپا، در ساوه (شهرک صنعتی کاوه - بلوار آزادگان - خیابان آزادگان دوم) بوده که در حال حاضر ۶۲ نفر در آن مکان مشغول کار هستند و در نیمه دوم سال جاری محصولات آن به تدریج روانه بازار خواهد شد.



۳۲ - سونامی خاموش «آلزیمر» در راه است رییس اداره سلامت سالمندان وزارت بهداشت: خدمات و بیمه سالمندی با مشکل روبروست بسترسازی مناسب برای دوران سالمندی ضروریست

خبرگزاری ایسنا - رییس اداره سلامت سالمندان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با اشاره به رشد جمعیت سالمندی در دنیا و ایران، سرعت پیش‌بردن جمعیت در کشورهای در حال توسعه را بیشتر از سایر کشورها عنوان کرد و گفت: بر این اساس کشورهای در حال توسعه برای بستری سازی دوران سالمندی فرصت کمتری دارند.

دکتر پریسا طاهری، متخصص طب سالمندی به مناسبت روز جهانی آلزیمر (۲۰ شهریور ماه) در گفت‌وگو با خبرنگار بهداشت و درمان خبرگزاری دانشجویان ایران (ایسنا)، آلزیمر را یکی از بیماری‌های شایع دوران سالمندی عنوان کرد و گفت: دنیا در حال پیش‌بردن است. در ایران نیز جمعیت جوان کشور به سرعت به سمت سالمندی پیش می‌رود. به این ترتیب سالمندی پدیده‌ای نیست که مختص ایران باشد. اما سرعت پیر شدن جمعیت در کشورهای در حال توسعه و از جمله ایران بیشتر از کشورهای توسعه یافته است.

وی با بیان اینکه پیش بینی ها حاکی از آن است که تا سال ۲۰۵۰ حدود ۲۵ درصد جمعیت کشور سالمند خواهند بود، گفت: برای اساس یک نفر از هر چهار نفر سالمند خواهند بود. همچنین ۸۰ درصد سالمندان در کشورهای در حال توسعه زندگی می کنند. به گفته طاهری، سالمند شدن جمعیت یک کشور نشان می دهد که برنامه های بهداشتی آن کشور موفق بوده است. در کشور ما نیز تلاش های زیادی در این زمینه صورت گرفته است و این تجربه به دست آمده است. بنابراین باید برنامه ریزی لازم برای جامعه سالمندی داشته باشیم.

وی ادامه داد: رشد جمعیت کشور در دهه ۶۰ زیاد بود و جوانان امروز تا ۴۰ - ۵۰ سال آینده به سنین سالمندی می رسند. در حال حاضر کشور با جامعه میانسالی که رو به سالمندی پیش می رود، روبروست. بر این اساس باید برنامه ریزی ها هدفمند باشد تا در آینده با چالش مواجه نشویم.

این متخصص طب سالمندان گفت: آلزایمر یکی از بیماری های دوران سالمندی است و عموماً انتظار نداریم که این بیماری در جوانان مشاهده شود. ۳۰ شهریور (۲۱ سپتامبر) به عنوان روز جهانی آلزایمر نیز فرصتی است تا به این بیماری بیشتر پرداخته شود. وی آلزایمر را یکی از انواع بیماری دمانس عنوان کرد و گفت: دمانس زوال عقل و اختلال شناختی پیش رونده است که به طور تدریجی باعث می شود حافظه، تفکر و قضاوت فرد از بین برود. حدود ۷۰ تا ۷۵ درصد انواع دمانس از تیپ آلزایمر است.

به گفته وی، فرد مبتلا به آلزایمر با اختلال در بیان، اشکال در پیدا کردن لغات، اختلال در عملکرد و علایمی از این قبیل مواجه است. سالمند مبتلا به آلزایمر علیرغم آنکه سالم است، نمی تواند عملکرد مناسبی داشته باشد. سالمند مبتلا به آلزایمر معمولاً مفهوم را از دست می دهد. این سالمندان عموماً سوالات تکراری می پرسند و اگر خانواده از روند تغییرات آلزایمر آگاه نباشد، دلواپسی ها و عکس العمل هایی را به دنبال خواهد داشت که می تواند باعث تشدید بیماری فرد می شود.

این متخصص طب سالمندی در توضیح اختلال در حافظه گفت: اختلال معمولاً در حافظه دور، نزدیک و یا حافظه اخیر رخ می دهد که سالمند مبتلا به آلزایمر دچار اختلال در حافظه اخیر می شود.

طاهری درباره روند فیزیوپاتولوژی بیماری دمانس گفت: شایع ترین علت این بیماری رسوب پروتئین آمیلوئید در مغز است که سبب می شود تغذیه سلول های مغزی با اختلال روبه رو می شود.

وی آلزایمر را در دو نوع زودرس و دیررس عنوان کرد و گفت: از آنجا که افزایش تعداد سالمندان در دنیا و از جمله در ایران پدیده ای طبیعی است، افزایش بیماری های این سنین و این موضوع که گفته می شود سونامی خاموش آلزایمر در حال وقوع است، عجیب نیست. بر این اساس در آینده با تعداد زیادی از سالمندان مبتلا به آلزایمر در دنیا روبرو خواهیم شد. اکنون (سال ۲۰۱۱) حدود ۲۵ تا ۲۶ میلیون مبتلا به دمانس در دنیا زندگی می کنند. از آنجا که احتمال بروز دمانس در افراد ۸۵ سال به بالا ۵۰ درصد است، در آینده به دنبال افزایش جمعیت سالمندی با افزایش بیماری های این سنین نیز روبرو خواهیم شد.

پیری به معنی ناتوانی و وابستگی نیست

طاهری در پاسخ به این سوال که آیا آلزایمر بخشی از سیر طبیعی پیر شدن است، گفت: این موضوع اشتباه رایجی است، پیری به معنی ناتوانی و وابستگی نیست بلکه سیر طبیعی زندگی است مرحله سالمندی یک مرحله طبیعی از زندگی است.

وی با تأکید بر آنکه فردی که دچار اختلال حافظه پیش رونده می شود باید سریع به پزشک مراجعه کند، گفت: کمبود ویتامین B12، اختلالات تیروئید، افسردگی، پوکی استخوان، بیماری های قلبی - عروقی، HIV، دیابت و فشارخون کنترل نشده، مصرف الکل، ضربه مغزی و ... می توانند این اختلالات را ایجاد کنند.

طاهری عامل سن را از عوامل ایجاد آلزایمر عنوان کرد و گفت: در سنین بالای ۸۵ سال احتمال بروز آلزایمر ۵۰ درصد است و در سنین پایین تر این احتمال به ۵ تا ۱۰ درصد کاهش می یابد. سابقه خانوادگی بروز آلزایمر نیز احتمال ابتلا در فرد را بیشتر از سایرین می کند. میزان سواد پایین نیز یکی از عوامل ایجاد آلزایمر است. همچنین جنس زن از ریسک فاکتورهای آلزایمر است. بنابراین زنانی که سابقه افسردگی **درمان** نشده، پوکی استخوان، بیماری های قلبی عروقی و بیماری هایی از این قبیل را دارند باید بیشتر از خود مراقبت کنند. مصرف برخی از **داروها** نیز باعث اختلال شناختی می شود که پزشک باید هنگام تجویز این **داروها** دقت داشته باشد. وی در این باره ادامه داد: ممکن است حتی افراد جوان نیز با اختلال حافظه مراجعه کنند. این افراد عموماً دچار دمانس کاذب هستند که لازم است سریع تشخیص داده شود. شایعترین علت این موضوع نیز افسردگی و اضطراب است.

چگونگی پیشگیری از آلزایمر

طاهری درباره چگونگی پیشگیری از بیماری آلزایمر گفت: برخی از بیماری های زمینه ساز آلزایمر، قابل پیشگیری هستند. از آنجا که استارت بیماری آلزایمر در میانسالی زده می شود باید از سال ها قبل به این فکر باشیم تا از بروز بیماری آلزایمر جلوگیری شود.

تغذیه مناسب، استفاده از میوه و سبزیجات، پرهیز از اضطراب و استرس، کنترل دیابت، چربی و چاقی و انجام فعالیت های اجتماعی، جسمی و ذهنی می تواند در کنترل و جلوگیری از بروز بیماری آلزایمر موثر باشد.

ارایه خدمات در سطوح مختلف به سالمندان و بیمه سالمندی با مشکل روبروست

سالمندان پس از بازنشستگی نباید خانه نشین شوند

وی تأکید کرد: بازنشستگی سالمندان مساوی با از کارافتادگی آنها نیست و سالمندان پس از بازنشستگی نباید خانه نشین شوند. در حال حاضر در زمینه ارائه خدمات در سطوح مختلف و همچنین بیمه سالمندی مشکل وجود دارد. ارایه خدمات به سالمندان باید چندوجهی باشد و ابعاد جسمانی، روانی، روحانی و اجتماعی را در بر بگیرد. مسایل مربوط به سالمندی باید به تفسیر نگریسته شوند که آلزایمر نیز بخشی از این تفاسیر است.

رئیس اداره سلامت سالمندان **وزارت بهداشت** در پایان تأکید کرد: آمادگی خانواده و آموزش به خانواده ها نقش بسیاری در بیماری آلزایمر دارد؛ چرا که بیماری آلزایمر بار زیادی را به جامعه و خانواده تحمیل می کند و فرد آلزایمری نمی تواند عملکرد طبیعی زندگی را دنبال کند.

انتهای پیام

۲۵ - یکی از عوامل اپیدمی رفلاکس در کشور، نبرتهای است خبرگزاری ایرنا - رییس پژوهشکده بیماری های گوارش دانشگاه علوم پزشکی تهران اعلام کرد مطالعاتی درباره افزایش رفلاکس - برگشت غذا از معده به مری - انجام شده و بررسی ها نشان می دهد احتمالا یکی از عوامل شیوع این اپیدمی،

به گزارش خبرنگار اجتماعی ایرنا، رضا ملک زاده روز سه شنبه در آیین افتتاح پژوهشکده بیماری های گوارش و کبد، افزود: رفلاکس معده یکی از شایع ترین بیماری های گوارش کشور به شمار می رود بطوریکه ۲۰ درصد مردم کشور این بیماری را دارند و مصرف این دارو زیاد است.

وی اظهار داشت: یکی دیگر از مهم ترین عوامل شیوع بیماری رفلاکس معده در کشور، عارضه چاقی است. رییس پژوهشکده بیماری های گوارش دانشگاه علوم پزشکی تهران خاطرنشان کرد مصرف برخی غذاها، چاقی لیوانی، سس گوجه فرنگی و انواع غذاهای آماده از جمله سوسیس و کالباس موجب چاقی و نیز ابتلا به رفلاکس معده می شود. ملک زاده گفت: مهمترین مساله در چاقی، پرخوری است؛ ایران در میان کشورهای منطقه از نظر بیماری های گوارش و کبد شناخته شده است.

وی افزود: بنابراین، این پژوهشکده در برنامه پنج ساله خود برنامه های پیشگیری از چند بیماری شایع گوارشی از جمله کبد چرب، سرطان مری، سرطان معده، سرطان روده بزرگ و بیماری هایپاتیت بی و سی را در دست اجرا دارد. به گفته رییس پژوهشکده بیماری های گوارش دانشگاه علوم پزشکی تهران، مهمترین نشانه بیماری کبد چرب آن است که افراد با بالا رفتن سن دچار سکت های قلبی و مغزی می شوند بنابراین با کنترل بیماری کبد چرب در حقیقت از سکت های نیز پیشگیری خواهد شد.

ملک زاده اظهار داشت: ۵۰ درصد علل مرگ و میر در کشور مربوط به سکت های مغزی و قلبی است. وی با اشاره به افزایش برخی سرطان ها از جمله سرطان پانکراس در کشور گفت: تاکنون روشی برای پیشگیری از سرطان های مری و معده در جهان یافت نشده است و ما در حال انجام طرح های تحقیقاتی برای یافتن این روش ها هستیم. رییس پژوهشکده بیماری های گوارش دانشگاه علوم پزشکی تهران افزود: با تولید قرص پلی پیل polypill توانسته ایم حداقل تا ۵۰ درصد مرگ و میرهای بیماری های قلبی و عروقی را در جامعه کاهش دهیم و این طرح اکنون نیز ادامه دارد. ملک زاده یادآور شد تاکنون ۱۱۰ فوق تخصص گوارش و کبد در دانشگاه علوم پزشکی تهران تربیت شده اند. وی خاطرنشان کرد این پژوهشکده با ۴۶ دانشگاه خارجی و ۲۸ دانشگاه داخلی همکاری مشترک در زمینه انتشار مقاله های علمی دارد؛ این پژوهشکده دارای بیشترین میزان تقدیرها در خاورمیانه در زمینه انجام تحقیقات علمی مرتبط با بیماری های گوارشی است.

ساختمان پژوهشکده بیماری های گوارش در سه بخش سرطان های گوارشی و کبدی، بیماری های خودایمنی و حرکتی لوله گوارش و بیماری های کبد، لوزالمعده و مجاری صفراوی در ۴۰۰ متر مربع با حضور معاون وزیر بهداشت و جمعی از مسوولان دانشگاه علوم پزشکی تهران در بیمارستان شریعتی، افتتاح شد. این ساختمان شامل بخش سرپایی، کلینیک فعال بیماران هایپاتیت و دارای پیشرفته ترین سیستم های گوارشی است.

ایمنا

۲۶ - بحران وبا پایان نیافته است

ایمنا - بحران بیماری وبا هنوز در استان های اطراف اصفهان به پایان نرسیده به همین دلیل بر اساس بخش نامه وزارت بهداشت، رستوران ها و اغذیه فروشی های این استان،

به گزارش ایمنا، مدیر بهداشت محیط استان اصفهان با بیان اینکه بخش نامه اجرایی مربوط به ممنوعیت عرضه سبزیجات و سالاد در رستوران ها و اغذیه فروشی ها از طریق اتحادیه این صنف به تمام مراکز اعلام شده است، افزود: ممنوعیت عرضه این مواد غذایی با تمام شدن بحران بیماری در استان های هم جوار ادامه دارد.

حسین صفاری با اعلام این نکته که بیماری وبا تا کنون در شهر اصفهان مشاهده نشده است، در خصوص تخلف برخی از مراکز نسبت به ارائه سبزیجات و سالاد به خبرنگار ایمنا گفت: این مراکز ملزم به رعایت بخش نامه ابلاغ شده هستند و در صورت تخلف، با آنها برخورد قانونی صورت گرفته و به دادگاه معرفی می شوند، در صورت تکرار این اقدام نیز مغازه آنها پلمپ می گردد. مدیر گروه بیماری ها در مرکز بهداشت استان اصفهان نیز با اشاره به اینکه در حوزه فعالیت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان هیچ موردی در خصوص بیماری وبا گزارش نشده است، خاطرنشان کرد: اعلام ممنوعیت عرضه سالاد و سبزیجات در رستوران ها و اغذیه فروشی های اصفهان بر اساس دستور وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بوده و همه دانشگاه های علم پزشکی کشور از جمله دانشگاه علوم پزشکی اصفهان موظف به اجرای آن کرده اند.

رضا فدایی زمان خاتمه این ممنوعیت را پایان ابتلا به این بیماری در سراسر استان های کشور عنوان کرد و افزود: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی زمان پایان این ممنوعیت را با توجه به وضعیت و شرایط این بیماری در کشور اعلام خواهد. سیستم بهداشتی به تنهایی نمی تواند در زمینه جلوگیری از ابتلا به بیماری وبا فعالیت کند و مردم، دستگاه های دولتی و رسانه ها به عنوان عاملان این سیستم می توانند در این اقدام به مسوولین کمک نمایند.

کرد. وی تاکید کرد: باید در این خصوص منتظر تصمیم وزارت بهداشت باشیم.

مدیر بهداشت محیط استان اصفهان با بیان اینکه بعضی از مسوولین رستوران ها نسبت به مدت زمان این ممنوعیت شاکی شده اند، یادآور شد: بهداشت محیط استان با توجه به محل مورد بازدید و تعداد نیروهای این مرکز به صورت دوره ای از رستوران ها و اغذیه فروشی ها در داخل و خارج از شهر بازدید می کنند که این بازدیدها از ۱۵ تا ۳۰ روز به طول می انجامند. صفاری ضمن تاکید بر اینکه هر یک از شهروندان باید خود، بازرس بهداشت محیط استان باشند و در صورت مشاهده هر گونه تخلف،

آن را از طریق شماره تلفن ۰۹۶۷۸ اطلاع رسانی کنند، بیان داشت: شهروندان نباید تحت هیچ شرایطی این مواد غذایی را در رستوران ها و اغذیه فروشی ها مصرف کنند.

وی با یادآوری این نکته که وظیفه بهداشت مسوولین محیط استان، هشدار دادن به مردم و آگاه نمودن آنهاست، خاطرنشان ساخت: مردم باید هوشیار بوده و به سیستم بهداشتی کمک کنند تا هیچ موردی در خصوص بیماری ویا در اصفهان پیدا نشده و در صورت مشاهده بتوان به سرعت با آن مقابله نمود.

مدیر بهداشت محیط استان اصفهان اظهار کرد: ما باید کنترل آب و مواد غذایی، سالادها و سبزیجات را در اماکن عمومی، مجامع مذهبی و اماکن بین راهی انجام دهیم واین فعالیت ما در حد هشدار و بازرسی های دوره ای است.

به گفته صفاری سیستم بهداشتی به تنهایی نمی تواند در این زمینه فعالیت کند و مردم، دستگاه های دولتی و رسانه ها به عنوان عاملان این سیستم می توانند در این اقدام به مسوولین کمک نمایند.

مدیر گروه بیماری ها در مرکز بهداشت استان اصفهان در خصوص علائم بیماری ویا به خبرنگار ایما گفت: افراد در صورت ابتلا به اسهال باید به سرعت به پزشک و مراکز بهداشتی درمانی مراجعه نمایند تا اقدامات لازم به منظور بهبودی آنها صورت گیرد.

فدایی به رعایت نکات مهم در خصوص پیشگیری از این بیماری اشاره و تصریح کرد: قبل و بعد از غذا حتما دستان خود را با آب و صابون بشویید و سبزیجات را در منزل با مواد ضد عفونی کننده شست و شو دهید همچنین در طول سفر از منابع آب نامطمئن استفاده نکرده و آب مورد نیاز را همراه خود ببرید.

وی اضافه کرد: شهروندان می توانند سبزیجات را با رعایت نکات مورد توجه در هنگام شست و شو و ضد عفونی کردن، در منزل خود استفاده نمایند ولی از مصرف سبزیجات و سالاد در مراکز اعلام شده حتما خودداری نمایند.