



بولتن خبری شماره : ۵۷

تاریخ ثبت : ۱۳۸۹/۰۸/۰۱

تعداد اخبار موجود : ۵۱ خبر



---

## عناوین اخبار

---

- ۱- **اطلاعات:** استمداد از وزیر بهداشت و درمان برای جلوگیری از تخریب زایشگاه منطقه محروم شبانکاره
- ۲- **اطلاعات:** ضرورت آموزش رفتار با بیماران
- ۳- **جمهوری اسلامی:** طرح خود اکتائی بیمارستان‌های دولتی و پیامدهای آن
- ۴- **کیهان:** نزاع با کادر درمان
- ۵- **کیهان:** تجدید آزمایش!!
- ۶- **خراسان:** انتقاد رئیس سازمان نظام پزشکی از اجرایی نشدن قانون هیئت امنایی شدن بیمارستان‌ها
- ۷- **خراسان:** دلایل گرایش دختران و زنان به اعتیاد
- ۸- **تهران امروز:** استفاده از خدمات روحانیون در مدارس و بیمارستان‌ها
- ۹- **مردم سالاری:** وزارت بهداشت از توان بالقوه کمیسیون بهداشت مجلس استفاده چندانی نمی کند
- ۱۰- **جام جم:** تزریقی‌ها، دردهای بی‌درمان شده‌اند
- ۱۱- **جام جم:** مشکلات بین‌های زیر تیغ رفته
- ۱۲- **جام جم:** افزایش ظرفیت؛ مشکل تازه رشته‌های پزشکی

- ۱- **مهر:** نمایشگاه توانمندیهای کشور در حوزه گردشگری سلامت برپا می‌شود
- ۲- **میراث آریا:** منازل خود را ایمن‌سازی کنید
- ۳- **فارس:** درمان بیماری‌های اعصاب و روان به کمک آیات قرآن
- ۴- **ایرنا:** وزیربهداشت از بیمارستان ۱۰۱ تختخوابی نوشهر بازدید کرد
- ۵- **ایرنا:** وزیر بهداشت از بیمارستان ثامن الائمه گلوگاه استان مازندران بازدید کرد
- ۶- **مهر:** باحضور وزیر بهداشت؛ نخستین پایگاه امداد هوایی کشور در آمل افتتاح شد

- ۷- **ایرنا** : دانشگاه صنعتی شریف با انجمن تله مدیسین آمریکا همکاری می کند
- ۸- **ایسنا** : راه اندازی بخش خون شناسی و سرطان در خرم آباد تا آذر ماه
- ۹- **ایسنا** : چگونه می توان کلسترول خون را پایین آورد؟
- ۱۰- **ایسنا** : کم تحرکی معضل اصلی سلامت زنان در کشور/ بروز سالانه حدود ۷ هزار مورد سرطان پستان در زنان ایرانی
- ۱۱- **ایسنا** : تماس باخون آلوده و رفتار پرخطر از راه های ابتلا به هپاتیت B است/ نبودن نظام مراقبت برای مبتلایان به هپاتیت B و C از ضعف های موجود در این زمینه است
- ۱۲- **ایسنا** : استانداردهای ملی سازمان انتقال خون بازنگری می شود
- ۱۳- **ایرنا** : توصیه های خانوادگی مانع درمان به موقع سرطان معده می شود
- ۱۴- **ایسنا** : با انتقاد از عدم همکاری بیمه ها در زمینه درمان سرطان؛ بیمه ها اعتقادی به پرداخت هزینه های پیشگیری و غربالگری سرطان ندارند
- ۱۵- **ایرنا** : نخستین بازی رایانه ای با رویکرد پیشگیری از اعتیاد تولید می شود
- ۱۶- **ایرنا** : تولید داروی بتاپویتین برای نخستین بار در کشور
- ۱۷- **ایرنا** : بیشترین مسمومیت ها در کشور مربوط به مسمومیت های دارویی است
- ۱۸- **ایرنا** : روابط وزارتخانه های بهداشت و درمان ایران و ترکیه گسترش می یابد
- ۱۹- **مهر** : نظام سلامت در هیچ جای دنیا برای مردم هزینه بر نیست
- ۲۰- **مهر** : استخدام ۲۲ هزار پرستار در انتظار مصوبه مجلس است
- ۲۱- **فارس** : دبیر اجرایی همایش نگاه جامعه به صرع: سالانه ۳۰ هزار نفر در کشور به بیماری صرع مبتلا می شوند
- ۲۲- **مهر** : وزیر بهداشت با مادر شهید کشوری دیدار کرد
- ۲۳- **فارس** : سیستم های بهداشتی احساس امنیت را ایجاد می کند
- ۲۴- **فارس** : اورژانس های کشور ۷ هزار متخصص اورژانس نیاز دارند
- ۲۵- **ایسنا** : پرداخت تمامی مطالبات داروخانه ها، پزشکان و دندانپزشکان ظرف ۱۰ روز آینده
- ۲۶- **ایرنا** : برنامه های پزشکان خانواده باید در استانها متفاوت باشد
- ۲۷- **ایرنا** : حدود ۶۰ درصد افراد، کمبود ویتامین D دارند
- ۲۸- **ایرنا** : دستکش و بند ساعت می تواند باعث بروز حساسیت پوستی شود
- ۲۹- **ایرنا** : مشاور وزیر بهداشت: اولین عامل مرگ و میر در کشور، بیماری قلبی است
- ۳۰- **ایرنا** : معاون وزیر بهداشت: ۶۰ بیمارستان آمادگی ارائه خدمات درمانی به بیماران خارجی را دارند
- ۳۱- **مهر** : جزئیات کنکور دکتری تخصصی پزشکی / محرومیت داوطلبان بدون نمره زبان
- ۳۲- **مهر** : محسنی بندپی: نگرانی کمیسیون بهداشت مجلس از عدم کارایی برنامه پنجم
- ۳۳- **فارس** : بیمارستان محمودآباد بهمن امسال افتتاح می شود
- ۳۴- **مهر** : ۱۰۰ دستگاه اتوبوس آمبولانس به مراکز درمانی واگذار می شود
- ۳۵- **فارس** : خالکوبی خطر ابتلا به هپاتیت C را افزایش می دهد
- ۳۶- **فارس** : تجویز برخی از خدمات تشخیصی برای بیماران بیهوده است

۳۷- **ایرنا** : پیشگیری از مسمومیت گاز منوکسیدکربن از اولویت های وزارت بهداشت است

۳۸- **فارس** : حاجبی در گفت‌وگو با فارس خبر داد: تدوین طرح مداخله همسرآزاري در وزارت بهداشت

۳۹- **مهر** : بیمارستانها برای درد بیمار ارزش قائل نیستند

## روزنامه ها

منبع خبر : اطلاعات

نوع خبر : پیامهای مردمی

مورخ : ۱۳۸۹/۰۸/۰۱

اطلاعات

### استمداد از وزیر بهداشت و درمان برای جلوگیری از تخریب زایشگاه منطقه محروم شبانکاره

«شبانکاره» از بخش‌های بزرگ استان بوشهر است که میان ۲ شهرستان گناوه و برازجان واقع شده است و گفته می‌شود زایشگاه تنها مرکز بهداشت و درمان این بخش به اضافه منازل پزشکان آن که قدمت ۱۹ ساله دارد، با رأی دادگاه به نفع مالک زمین آن، در معرض خطر تخریب قرار گرفته است و در صورت عدم پرداخت غرامت به مالک زمین از سوی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر و خودداری دانشگاه از این رأی، فاجعه بهداشتی و درمانی بزرگی در این منطقه کوهستانی با داشتن چندین روستا و نبود مسیر رفت و آمد مناسب، روی خواهد داد که در این صورت اگر خانم بارداری بر اثر تخریب و عدم فعالیت زایشگاه شبانکاره فوت کند، معلوم نیست که چه کسی مسئول خواهد بود؟

از وزیر محترم بهداشت و درمان انتظار می‌رود که با صدور دستورات لازم، از تخریب زایشگاه شبانکاره و همچنین منازل سازمانی پزشکان این بخش جلوگیری کنند. ۷/۳۹

شبانکاره (استان بوشهر) - پژمان

منبع خبر : اطلاعات

نوع خبر : پیامهای مردمی

مورخ : ۱۳۸۹/۰۸/۰۱

اطلاعات

### ضرورت آموزش رفتار با بیماران

خانم وزیر بهداشت و درمان در نامه‌ای به نیروی انتظامی، خواستار استقرار مأموران این نیرو در مراکز درمانی شده است تا پزشکان و پرستاران در مقابل اعتراض‌های خشونت بار بیماران و همراهان آنان نسبت به روند مداوا و بهبودی بیماران، توان مقاومت و حفاظت از خود را داشته باشند. به نظر من ضمن آن که رعایت احترام و حفاظت از جان کادر پزشکی مراکز درمانی کاملاً ضروری است، جا دارد وزارت بهداشت و درمان و دانشگاه‌های علوم پزشکی کلاس‌هایی را هم برای یادآوری چگونگی برخورد با بیماران و همراهان دردمند آنان تشکیل دهند تا با اصلاح برخی خطاها و ناهنجاری‌های رفتاری احتمالی کادر پزشکی و پرستاری، از وقوع حوادث تلخ در بیمارستان‌ها و درمانگاه‌ها پیشگیری به عمل آید.

یک پزشک

منبع خبر : جمهوری اسلامی

جمهوری اسلامی

مورخ : ۱۳۸۹/۰۸/۰۱ نوع خبر : پیامهای مردمی

### طرح خود ا تکائي بیمارستان هاي دولتي و پیامدهاي آن

چند سال پیش که طرح خود ا تکايي بیمارستان هاي دولتي به اجرا در آمد بسیاری از کارشناسان هشدار دادند که این طرح نتایج منفي خواهد داشت و لذا در عمل این طرح نه تنها بیمارستان هاي دولتي را بیش از پیش با کمبود امکانات روبه رو کرد بلکه هیچ فرصتي براي نوسازي تجهیزات فرسوده بیمارستان هاي دولتي هم به وجود نیامد. حالا پس از آن آزمون و خطاي زیانبار بهتر است براي بهینه سازي بیمارستان هاي دولتي و نوسازي تجهیزات آن اعتبار کافي اختصاص یابد. يك پزشك - تهران

منبع خبر : کیهان

کیهان

مورخ : ۱۳۸۹/۰۸/۰۱ نوع خبر : پیامهای مردمی

### نزاع با کادر درمان

۴ وقتی هر هفته خبر درگیری و نزاع در داخل بیمارستان ها تیترو روزنامه هاي کشور مي شود که آخرین آن درگیری در بیمارستان رازی رشت بود چگونه از امنیت همسر پرستار خود در مراکز درمانی مطمئن باشیم؟ ۰۹۱۹---۶۶۵۰

منبع خبر : کیهان

کیهان

مورخ : ۱۳۸۹/۰۸/۰۱ نوع خبر : پیامهای مردمی

### تجدید آزمایش!!

۴ یکی از دکترهای متخصص در بیمارستان دولتي اهواز نتیجه آزمایش هاي انجام شده در تهران را قبول نمی کند و ما را مجبور کرده که برای آزمایش به بیمارستان خصوصي که در آنجا کار مي کند مراجعه بکنیم. بنویسید این شیوه کسب درآمد و تجارت برای قشر تحصیل کرده پزشك زیبنده نیست. ۰۹۱۶---۱۴۰۷

منبع خبر : خراسان

خراسان

مورخ : ۱۳۸۹/۰۸/۰۱ نوع خبر : خبر

### انتقاد رئیس سازمان نظام پزشکی از اجرائي نشدن قانون هیئت امنایی شدن بیمارستان ها

رئیس سازمان نظام پزشکی کشور با انتقاد از اجرا نشدن قانون هیئت امنایی شدن بیمارستان ها گفت: در بودجه سال ۸۸ و همچنین بودجه سال ۸۹ قانون بیمارستان هاي هیئت امنایی گنجانده شده بود که متاسفانه تاکنون اجرائي نشده است و خبري هم از آن نیست.

شهاب الدین صدر افزود: متاسفانه بیمه هاي ما کارآمد نیستند و همواره حجم بالایی از مطالبات از بیمه ها به صورت معوق وجود دارد که پرداخت آن توسط بیمه ها به آینده اي نامعلوم موکول می شود. به گفته این عضو کمیسیون بهداشت در حال حاضر ۶۰ درصد هزینه هاي درمان را مردم می پردازند در صورتی که باید این رقم به ۳۰ درصد کاهش یابد.

## دلایل گرایش دختران و زنان به اعتیاد

هرچند طبق آمارها تعداد زنان معتاد بسیار کمتر از مردان معتاد است و زنان به دلیل ویژگی‌های شخصیتی و روانی، مقاومت بالاتری نسبت به آسیب‌های اجتماعی از جمله اعتیاد نشان می‌دهند اما در بیشتر خانواده‌هایی که مادر معتاد است، فرزندان بزهکار و دچار آسیب‌های اجتماعی می‌شوند. از طرفی الگوی مصرف مواد چند سالی است که تغییر کرده است و با ورود موادمخدر صنعتی و محرک‌ها زنان و دختران هدف قرار گرفته‌اند و آسیب‌های ناشی از این مواد بر آن‌ها به مراتب بیش از مردان معتاد است.

## پیامدهای اعتیاد زنان

مدتی است که کارشناسان نسبت به افزایش اعتیاد در زنان هشدار می‌دهند. جانشین دبیر کل ستاد مبارزه با مواد مخدر در گفت‌وگو با ایسنا اعلام کرده است که مطالعات سال ۸۶ نشان می‌دهد که حدود ۵,۲ تا شش درصد جامعه آماری معتادان کشور را زنان تشکیل می‌دهند، با توجه به تغییر الگوی مصرف مواد مخدر و گرایش به مصرف مواد محرک به نظر می‌رسد جامعه آماری معتادان زن به هشت درصد افزایش یافته است. در همین خصوص یکی از مددکاران اجتماعی، درباره پیامدهای اجتماعی اعتیاد زنان به خراسان می‌گوید: زنان معتاد آسیب‌های بسیار بیشتری می‌بینند و دامنه تخریب اعتیاد در آنان بسیار گسترده‌تر از مردان است. زیرا یک زن معتاد تمامی ابعاد خانواده را درگیر می‌کند و فرزندان به طور مستقیم درگیر اعتیاد مادر می‌شوند. برخلاف مردان، زنان اغلب توسط غیرهم‌جنس خود به اعتیاد دچار می‌شوند. در واقع مردان برای سوءاستفاده از زنان و دسترسی آسان به موادمخدر، زنان اطراف خود را معتاد می‌کنند.

لیلی ارشد در ادامه می‌افزاید: یک زن معتاد از برآورده کردن تمامی نیازهایش محروم است و هیچ جایگاهی در جامعه ندارد. محرومیت‌های زنان معتاد، روند درمان و بهبود آن‌ها را دشوار می‌کند. بیشتر زنان معتاد مجبورند برای تامین هزینه اعتیاد خود یا همسرانشان به هر کاری تن دهند و دست به رفتارهایی بزنند که در شأن یک زن نیست. اعتیاد بسیاری از زنان از روابط گسسته ناشی از ازدواج‌های موقت و خانواده‌هایی که یکی از والدین مصرف‌کننده مواد هستند، نشأت می‌گیرد. دکتر بابک سارنگ نیز درمانگر اعتیاد در این باره به خراسان می‌گوید: عموم مصرف‌کنندگان بنا به دلایلی نظیر افزایش توان جسمی، جنسی، کاهش اضطراب، درمان اختلالات روانی، کاهش آلام جسمی و زنان مصرف‌کننده متعاقب درخواست همسر یا دوست خود اقدام به مصرف می‌کنند. طی چند سال گذشته الگوی مصرف دچار تغییراتی شده و زنان گروه هدف هستند و از طرفی محرک‌هایی مثل کریستال، شیشه و متامفتامین‌ها بیشتر طرفدار دارد که این مسئله بسیار نگران‌کننده است. وی تأکید می‌کند: متأسفانه بسیاری از زنان که اقدام به مصرف این مواد می‌کنند، دچار بی‌نظمی در عادت ماهیانه می‌شوند و به دلیل داشتن شرکای جنسی متعدد، بیشتر در معرض خطر حاملگی‌های ناخواسته قرار می‌گیرند. این دسته از زنان اگر فرزند داشته باشند متأسفانه نخواهند توانست نقش تربیتی و مادری خود را ایفا کنند، بنابراین فرزندان خانواده بیشترین صدمات را متحمل خواهند شد.

از طرف دیگر زنان به دلایل فیزیولوژیک سیستم ایمنی ضعیف‌تری دارند و نسبت به مردان در معرض عفونت‌های بیشتری قرار می‌گیرند و به همین دلیل بیشتر به امراضی مانند HIV مبتلا می‌شوند. طبق آمارها بیش از ۵۰ درصد این افراد از طریق افراد غیرهم‌جنس و شریک جنسی خود با مواد محرک آشنا و به این ترتیب آلوده شده‌اند.

هم‌چنین حسین باهر، جامعه‌شناس، درباره یکی از مهم‌ترین عوارض اعتیاد به موادمخدر صنعتی به فارس می‌گوید: اعتیاد به موادمخدر صنعتی موجب از بین رفتن قشر خاکستری مغز می‌شود و حافظه را از بین می‌برد و سقط جنین و تولد کودک عقب‌مانده هم از دیگر عوارض آن است. به عقیده وی زنان به دلایل مختلف از جمله اثبات توانایی‌های خود به مردان، بی‌بند و باری، نبود نظارت خانواده‌ها، دسترسی نداشتن به سرگرمی‌های سالم و شرکت در جمع‌های دوستانه ناسالم به اعتیاد رومی‌آورند. دکتر علی محمد صادقی پور مسئول دفتر پیش‌گیری از آسیب‌های اجتماعی بهزیستی استان یزد در خصوص رواج مواد اعتیادزای جدید در میان زنان به ایسنا گفت: مردان با این اعتقاد که مواد مخدر مانند تریاک باعث کاهش درد و جلوگیری از انزال زودرس می‌شود، گرایش بیشتری به این مواد دارند. در حالی که زنان با تصور لاغرشدن، افزایش تمایلات جنسی و ایجاد نوعی شور و هیجان پسرانه گرایش بیشتری به مصرف مواد روان‌گردان دارند. از

سویی مردان به دلیل این که مصرف مواد روان گردان سبب شکسته شدن حرمت های روابط جنسی و تحریکات جنسی می شود، برای سوءاستفاده از زنان در صدد ترویج این مواد در میان آن ها هستند. بنابراین افزایش اعتیاد در زنان ریشه در هیجان طلبی، مبارزه جویی با مردان، تغییر الگوی مصرف، آسان شدن مصرف مواد و سودهای کاذبی که از فروش به دست می آید، دارد. ارشد درباره لزوم آموزش و اطلاع رسانی درباره آثار زیان بار مصرف مواد روان گردان می گوید: آموزش و اطلاع رسانی درباره مواد روان گردان باید از طریق رسانه ملی بیشتر و واقعی تر باشد و از طرفی باید در مدارس بچه ها را از وجود این مواد آگاه کنیم. تصور نادرست رایج این است که اگر کسی درباره مواد روان گردان اطلاعی نداشته باشد، مبتلا هم نمی شود. در صورتی که ثابت شده است فقط آگاهی از خطرات و عواقب این مواد روان گردان است که افراد را از خطر دور می کند.

#### فاجعه برای دختران

هنوز بسیاری از جوانان نمی دانند شیشه اعتیادآور است و این مسئله برای دختران جوان ما فاجعه است. زیرا عواقب مصرف موادی هم چون شیشه در آنان به مراتب بیشتر از پسران است. بنابراین برنامه ریزان و سیاست گذاران ما در حوزه حمایتی باید تلاش کنند با فراهم آوردن بازوهای حمایتی از آنان و شکل گیری ارتباطات بین بخشی این معضلات را برطرف کنند. ارشد تأکید می کند: آمارها نشان می دهد مصرف متامفتامین ها رو به گسترش است. این در حالی است که در آزمایش های پیش از ازدواج، آزمایش مورفین انجام می شود اما متامفتامین نه. متأسفانه اغلب جوانان تصور می کنند مصرف تفنی و گهگاهی این مواد اعتیادآور نیست، در صورتی که اثر تخریبی این مواد به مراتب بیش از مواد مخدر غیرصنعتی است. دکتر سارنگ معتقد است: اعتیاد یک بیماری مزمن است و درمان آن مستلزم پی گیری و زمان طولانی است. اگر این دوره طولانی طی نشود و شرایطی مثل حمایت خانوادگی، حمایت اجتماعی، قطع ارتباط با دوستان، قطع ارتباط با مواد از هر طریقی که پیشتر رخ داده به وجود نیاید، طبیعی است که روند ترک آن طور که باید طی نمی شود و در مراحل درمان تأثیرگذار است.

درمان ستون های مختلفی دارد و ما هر قدر بتوانیم خانواده را درگیر کنیم، بهتر موفق می شویم فرد را از مواد دور نگه داریم. وی تأکید می کند: آمارها نشان می دهد دارو درمانی به تنهایی درصد موفقیت را پایین می آورد و درمان های غیردارویی، حمایتی و روان درمانی به کمک فرد می آید تا بهتر بتواند روند درمان را طی کند.

#### اعتیاد به مواد مخدر صنعتی

اعتیاد به مواد مخدر صنعتی موجب از بین رفتن قشر خاکستری مغز می شود و حافظه را از بین می برد و سقط جنین و تولد کودک عقب مانده هم از دیگر عوارض آن است.

زنان به دلایل مختلف از جمله اثبات توانایی های خود به مردان، بی بند و باری، نبود نظارت خانواده، دسترسی نداشتن به سرگرمی های سالم و شرکت در جمع های دوستانه ناسالم به اعتیاد رو می آورند. اعتیاد یک بیماری مزمن است و درمان آن مستلزم پی گیری و زمان طولانی است.

منبع خبر: تهران امروز

نوع خبر: گزارش

مورخ: ۱۳۸۹/۰۸/۰۱



#### استفاده از خدمات روحانیون در مدارس و بیمارستان ها

آیا استفاده از اعتبار روحانیت برای برون رفت از انتقاد منتقدان موثر واقع خواهد شد؟

گروه اجتماعی: وزیر بهداشت دیروز از برنامه های آینده اش برای حضور روحانیون در بیمارستان ها به ویژه برای بیماران صعب العلاج خبر داد.

مشاور وزیر و دبیر ستاد همکاری های آموزش و پرورش و حوزه علمیه هم دیروز اعلام کرد طرح حضور روحانی در مدارس سطح کشور در صورت اعلام آمادگی ائمه جماعات مدارس اجرا می شود.

در این طرح «روحانی مدرسه» به نوع تربیت دانش آموزان توجه دارد و تربیت دینی دانش آموزان را در مدارس مدیریت می کند. حجت الاسلام علی ذوعلم در گفت و گو با ایلنا با اشاره به جزئیات طرح جدید این وزارتخانه برای حضور مستمر و دائمی روحانیون در مدارس اعلام کرد: «در حال حاضر پس از بررسی های بسیار، به این

نتیجه رسیده ایم که مشکلات تربیتی دانش‌آموزان با حضور روحانیون در مدارس رفع می‌شود که در حال حاضر متأسفانه عدم هماهنگی عوامل مدرسه با یکدیگر مشکلاتی را ایجاد کرده است که امروزه نماز جماعت بریده‌هایی از این زنجیر است و حضور طلبه و روحانیون در نماز جماعت مدارس یک حضور حداقلی است. «او از اینکه در برخی مدارس نماز جماعت با حضور تعدادی انگشت شمار از دانش‌آموزان برپا می‌شود اظهار تأسف کرد و گفت: «کار ما صوری و زوری نیست و تلاش می‌کنیم که حضور حداقلی امام جماعت به حداکثر برسد.» به گفته ذوعلم در این طرح مسئولیت روحانی مدرسه جدا از مسئولیت مسئولان، مدیر، معاون، مربی پرورشی، مداح و امام جماعت است به این معنا که این روحانی به نوع تربیت دانش‌آموزان توجه دارد و تربیت دینی دانش‌آموزان را مدیریت می‌کند.

او مدیر مدرسه را راهبر آموزشی و پرورشی مدرسه دانست و گفت: «متأسفانه تعدادی از مدیران مدارس از نظر ذوق و سلیقه با ما تفاوت دارند و ما نمی‌توانیم با بخشنامه خواسته‌های خود را به آنان تحمیل کنیم از این رو باید به دنبال راه کارهای جدید در قالبی کوتاه و بلند مدت باشیم و بتوانیم آنان را با خود همراه کنیم.»

### حضور روحانیون در مدارس

علی ذوعلم با تأکید بر این که وجود روحانی مدرسه به ما کمک می‌کند تا در مدارس تربیت دینی مستمر داشته باشیم و بتوانیم به فرهنگ غربی مدارس غلبه کنیم، ادامه داد: «در حال حاضر اشکالاتی در کار اعزام مبلغ به مدارس وجود دارد. دانش‌آموزان این برهه از زمان حسابگر هستند، نباید این باور در میان دانش‌آموزان تقویت شود که یک روحانی یا مبلغ برای اقامه نماز در مدارس هزینه دریافت می‌کند، در واقع آموزش‌وپرورش باید این هزینه را در اختیار مرکز اعزام کننده قرار دهد.»

معاون پرورشی و تربیت بدنی وزارت آموزش و پرورش نیز چندی پیش با اشاره به اینکه حضور روحانیون در مدارس سابقه موفقی در اوایل انقلاب اسلامی داشته است گفت: «ما برای اشاعه فرهنگ اسلامی و طراقت‌های اخلاقی دین اسلام به دانش‌آموزان گزینه‌ای مناسب‌تر از روحانیون نداریم.» علی اصغر یزدانی ادامه داد: روحانیون به عنوان مبلغین دینی می‌توانند تأثیرات ماندگاری را در روح و روان دانش‌آموزان به عنوان نیروهای انسانی و آینده‌سازان انقلاب اسلامی داشته باشند. این امر در حال حاضر در حال پیگیری و امیدواریم که در کمیسیون ویژه بررسی شود تا از حضور سبز روحانیون در مدارس بهره‌مند شویم.

به گفته او در طرح استقرار روحانیون در مدرسه، روحانیون به اقامه نماز جماعت و پاسخگویی به سوالات و شبهات دینی دانش‌آموزان و اقدامات فرهنگی و پرورشی می‌پردازند. محمد تقی فخریان دبیر کل اتحادیه انجمن‌های اسلامی دانش‌آموزان نیز پیش از این از اعزام ۳۰۰ طلبه از آقایان جوان و ۱۰۰ طلبه از زنان جوان به مدارس خبر داده بود.

به گفته وزیر آموزش و پرورش همچنین قرار است طی سه سال آینده بیش از ۵۰ هزار مدرسه قرآنی در سراسر کشور ایجاد شود. آیت الله مرتضی مقتدایی، مدیر حوزه علمیه قم نیز برگزاری نمازجماعت در مدارس، رفع شبهات دانش‌آموزان، راهنمایی دانش‌آموزان در انتخاب مرجع تقلید، آموزش شرعیات و واجبات را از جمله مواردی دانست که حوزویان قادرند با آموزش و پرورش مشارکت داشته باشند.

او در چهارمین نشست سالانه ستاد همکاری‌های حوزه و آموزش و پرورش با ارائه گزارشی خواستار تاسیس رشته تخصصی تعلیم و تربیت اسلامی در حوزه‌های علمیه شد و گفت: «ما پیشنهاد تاسیس سازمان مدارس اسلامی وابسته به حوزه‌های علمیه را نیز ارائه کرده ایم.»

او با اشاره به حضور روحانیت در دستگاه‌های مختلف نظام از جمله دستگاه‌های اجرایی، قضایی، دانشگاه‌ها، ارتش و سپاه گفت: امروز روحانیان در دستگاه‌های مختلف حضور دارند و وظیفه روحانیان و علماست که در مدارس و آموزش و پرورش حضوری جدی و فعال داشته باشند. آموزش و پرورش یکی از بهترین زمینه‌های تبلیغی برای طلاب و روحانیون است. «آیت الله مقتدایی صرف حضور تبلیغی روحانیون در مدارس را کافی ندانست و افزود: «باید به گونه‌ای برنامه ریزی شود که در هر مدرسه‌ای یک روحانی حضور داشته باشد.»

مدیر حوزه‌های علمیه قم گفت: «حدود ۲۰ هزار نفر طلبه خواهر در حوزه‌های علمیه خواهران سراسر کشور داریم که حضور یک خانم فاضله محجبه در مدرسه خود یک تبلیغ است و الگو برای دختران دانش‌آموز قرار می‌گیرد. وجود یک روحانی در مدرسه گاهی به عنوان امام جماعت یا مبلغ کافی نیست بلکه باید در این زمینه برنامه‌ریزی شود که در هر مدرسه‌ای حتی دو ساعت در روز یک روحانی برای مشاوره، بیان فضایل اخلاقی و غیره وارد شوند.» همچنین از آغاز مهر موضوع استخدام ۲۵ هزار مدرس حجاب در مدارس دخترانه مطرح شده است. مه‌ری سوزی، مدیر کل امور زنان وزارت آموزش و پرورش در زمان اعلام این خبر تأکید کرد: «این یکی از راهکارهای آموزش و پرورش برای گسترش طرح حجاب و عفاف است.» حضور روحانیون در وزارتخانه‌های دولتی در حالی مطرح می‌شود که بیشتر این خبرها برای آرامش بخشی یا افناع منتقدان دولت است و هیچ‌گاه عملی نشده است. به عنوان مثال در بخش آموزش‌وپرورش هر بار که حاج بابایی در مورد وضعیت حجاب یا عدم توجه به مسائل دینی در مدارس از سوی مجلسیان اصولگرا مورد انتقاد قرار گرفت، بلافاصله خبری ارزشی منتشر شد. «۲۵ هزار مدرس حجاب در مدارس دخترانه استخدام می‌شوند» طرح‌هایی بدون پشتوانه مالی و قانونی و تنها برای رفع انتقادات. بی آنکه به تأثیر گذاری خبرهای بدون پشتوانه اندیشیده شود یا طرح‌هایی مثل حضور روحانیون بر بالین بیماران که بیشتر معطوف به مسیحیت است. شاید این گونه اخبار برای برون رفت دولتیان از استیضاح یا سوال مناسب باشد اما چه کسی به اعتبار روحانیت که برای مردم ایران همواره مورد احترام بوده است، می‌اندیشد.



## وزارت بهداشت از توان بالقوه کمیسیون بهداشت مجلس استفاده چندانی نمی کند

مدتی است که بحث درمان، بهداشت، پزشک و دارو به بحث روز تبدیل شده و به جرات می توان ادعا کرد کمتر کسی را می توان یافت که از مباحث بهداشتی و درمانی رضایت داشته باشد. افراد کم درآمد به واسطه ناتوانی مالی مجبور هستند از مراکز درمانی بیمه ای یا دولتی استفاده کنند که به دلیل امکانات کم و نوبت های طولانی، مدت ها در انتظار می مانند یا باید از شب قبل بیایند و در صف بخواهند تا نوبتشان برسد. افراد توانمند نیز اگر چه پول برایشان معنا و مفهومی ندارد اما باز هم فریادشان از گرانی هزینه های درمان به آسمان است. برای پاسخ به این سوالات با دکتر محمد طاباطبای طرفی، نماینده نطنز و قمصر در مجلس شورای اسلامی به گفت و گو نشسته ایم که مشروح آن در ادامه آمده است:

نظر شما در مورد وضعیت بهداشت و درمان کشور چیست؟

در سال ۱۳۷۳ به عنوان یک پزشک در این جامعه کار کردم. به دلخواه خودم استان لرستان را برای کار انتخاب کردم. به دلیل اینکه تحصیلات من در آن زمان مجانی بود. یعنی واقعا مجانی بود، نه مثل الان که شعارش مجانی است. شما بچه ات به مدرسه دولتی هم که می رود در سال باید ۵۰۰ الی ۶۰۰ هزار تومان بدهی. ولی چون تحصیلاتم در آن زمان مجانی بود و می دانستم که مالیات برای کارگر و کارمند است و دانه درشت ها مالیات نمی دهند، احساس دین می کردم. خودم به لرستان رفتم. وقتی به آنجا رفتم، در بیمارستان هنوز پزشک هندی کار می کرد. ما سه پزشک بودیم که یکی هندی و یکی بنگلادشی بود و یک نفر من که ایرانی بودم. ولی چهار سال بعد که از الیگودرز می آمدم، دیگر پزشک بنگلادشی نداشتیم و این شاید یک افتخار بود.

آیا در آن زمان هم ادعای تحقق بهداشت و درمان مطرح می شد؟

همیشه آمارها و شاخص های بهداشتی در کل کشور ایراد داشته است. یکی از اشتباهات بزرگی که در گذشته شد، این بود که ایران را فقط در تهران، اصفهان، تبریز و مشهد دیدند. در صورتی که وقتی از توسعه و پیشرفت یک کشور حرف می زنیم همه جایش باید با هم توسعه پیدا کند. توسعه نامتوازن یکی از مشکلاتی است که کشورهای در حال توسعه و از جمله ایران همواره با آن دست به گریبان هستند.

توسعه نامتوازن یعنی چه؟

توسعه نامتوازن یعنی اینکه امروزه ما در زمینه جراحی های پیشرفته در تمام دنیا حرف برای گفتن داریم، ولی در بعضی از استانهایمان اسهال هنوز مردم را می کشد و این معنای توسعه نامتوازن است، مثل کسی که دور یک بازویش ۵۱ سانتی متر و دور بازوی دیگریش ۱۷ سانتی متر باشد. این یک چیز نامتعادلی است. اما کل شاخص های بهداشتی مان را که نگاه کنید با ۲۰ سال پیش قابل قیاس نیست. البته یک چیز را نباید از یاد ببریم و آن این است که تمام این پیشرفت ها، حاصل اعجاز آفرینی ما هم نبوده است. اگر در ۲۰ سال پیش به شما می گفتند که یک وسیله مثل قوطی کبریت را در جیبتان می گذارید و می توانید با آن سر دنیا صحبت کنید، بی شک می خندیدید و باورتان نمی شد. ولی الان می بینید که یک گوشی موبایل در جیبتان است و هر وقت بخواهید با کل دنیا در تماس هستید. بنابراین پیشرفت هایی که دنیا در این ۲۰ سال داشته به ما کمک کرده که در کنار یک سری از این طرح ها، بتوانیم پیشرفت بیشتری داشته باشیم.

یعنی ما در مقایسه با جهان به نقطه مطلوب نرسیده ایم؟

متأسفانه ما تقریباً همواره با سو «مدیریت دست به گریبان بوده ایم و تقریباً هیچ زمانی نبوده که این سو «مدیریت را نداشته باشیم. آن چیزی که به عنوان یک پزشک تصور می کنم این است که اگر در بعضی جاها کوشش شده به خاطر پیشرفت های دنیا بوده است. زمانی که من شروع به کار طبابت کردم، بعضی از روستاهای لرستان هنوز حاده نداشت. یعنی ما تا آخرین جایی که می توانستیم با اتومبیل دو دیفرانسیل جیب می رفتیم و از آن پس ماشین را پارک می کردیم تا از روستای مورد نظر با قاطر می آمدند تا داروها و وسایل پزشکی را بار کنیم و ببریم. تازه ۲ ساعت راه می رفتیم تا به آن روستا برسیم. اما الان آن روستا یا راه دارد، یا اگر هم راه نداشته باشد شرایط طوری است که می توانیم با هلیکوپتر هلال احمر خدمات رسانی کنیم. ولی در آن موقع باید با جیب و قاطر دارو را به روستا می رساندیم و این باعث خوشحالی است.

با این شرایط اکنون باید روستاها بهشت باشد در حالی که روستاهایی از کمبود دارو و درمان گلایه دارند...

یک سری از مشکلاتی که الان با آن دست به گریبان هستیم ناشی از این است که بین مقوله بهداشت و درمان اختلاف زیادی وجود دارد و حتی در مقوله درمان، یک سری دردهایی داریم و آن درد این است که نمی بایست متولیان آموزش و متولیان درمان از یک جنس باشند. اکنون تفاوت مقوله های بهداشتی و درمانی، همان جمله معروف است که در بهداشت سعی می کنیم جلوی بروز بیماری را بگیریم چون کم هزینه تر است. ولی در درمان، بیماری بروز کرده و در واقع جلوی توسعه عوارضش را می گیریم و باز هم جلوی خود بیماری را نمی گیریم. پس طبیعتاً در هر جامعه ای به خصوص در جامعه توسعه نیافته یا در حال توسعه، اهمیت بهداشت خیلی بیشتر از درمان

است.

چه تفاوتی بین جوامع پیشرفته و درحال توسعه در مقوله بهداشت است مگر نه اینکه تعاریف شما عمومیت دارد؟

مشکل جوامع در حال توسعه یا توسعه نیافته این است که پولی ندارند تا اگر بیماری بروز کرد، خرج کنند. امکان دارد یک واکسن پنج دلار باشد و با تزریق آن جلوی یک بیماری گرفته شود. ولی اگر مثلا بچه ای به دنیا آمد و به فلج کودکان مبتلا شد تا جلوی عوارضش را بگیرد هزاران دلار خرجش می کنید. پس در کشورهای مثل ما و توسعه نیافته تر از ما، بهداشت باید همیشه مهمتر از درمان باشد. اما به خاطر اینکه در بعضی از ادوار گذشته، وزرای ما دیدشان این طور بوده به مشکل خورده ایم. به عنوان مثال آقای مرندی که هشت سال وزارت بهداشت و درمان این کشور را دست داشت و دیدگاهش نیز بهداشتی بود و در زمان وزارتش نیز خیلی از تغییرات بهداشتی به وجود آمد که غیر قابل انکار است اما یک تعادل در مدیریت وجود نداشت.

منظور شما از نبود تعادل در مدیریت بهداشت و درمان کشور چیست؟  
منظور این است که وزرای که بر مسند کار آمده اند بعضی صرفا دیدگاه بهداشتی داشتند و درمان و آموزش را پاسوز کردند و بعضی ها برعکس دیدگاه درمانی داشته و بهداشت را قربانی کردند. در حالی که نیاز به یک تعادل داریم.

به نظر شما باید چگونه مدیریت می شد؟

قبول دارم که انتقاد کردن آسان است و باید راه حل ارائه کرد. اما راه حل این است که ما باید در کادر وزارت بهداشت و درمان یک تعادل داشته باشیم. یعنی هم دیدگاه آموزشی درمانی و هم دیدگاه بهداشتی وجود داشته باشد و هیچکدام را فدای آن یکی نکنیم. چون باز همان مقوله توسعه نا متعادل برپایمان بروز می کند.

تاکنون بحث بر سر بهداشت بود، اکنون از وضعیت درمان بگویید؟

اکنون جامعه از مقوله درمان دلخون است و فریادش به آسمان بلند است. اما به چه صورت مردم دچار مشکل می شوند؟ هنگامی که مردم به مراکز درمانی مراجعه می کنند دو یا سه سیستم جلوی پایشان است که شامل سیستم های خیریه، سیستم های دانشگاهی و سیستم های آزاد می شود. سیستم های دانشگاهی مشکلات عدیده ای دارد. امروزه بار زیادی روی دوش درمان دانشگاهی است و بیمه ها به آنها بدقولی می کنند. اگر چه هزینه های این مراکز پایین تر است اما معضل در نوبت ماندن مریض را دارند و به خاطر سنگینی کار، کادر درمانی اش مقداری بداخلاقی می کند و در مواردی بسیار شان مردم رعایت نمی شود.

آیا ارزانی باعث کاهش کیفیت خدمات درمانی نمی شود؟

همیشه این طور نیست. بلکه بعضی وقتها نتایج درمان دانشگاهی بهتر است. زیرا سیستم دانشگاهی مجبور است جوابگو باشد و نکات به روز پروتکل های دنیا را رعایت کند. باید در مقابل کاری که انجام می دهد جوابگو باشد. اما سیستم های خیریه که بین بخش خصوصی و دانشگاهی قرار می گیرد. یک مثال برایتان می زنم. الان در بیمارستان امام خمینی تهران که من پیش از اینکه به مجلس بیایم در بخش جراحی قلبش مشغول بودم (من متخصص بیهوشی هستم و گرایش بیهوشی برای جراحی قلب بوده و مسوول آی سی یو جراحی قلب بودم و اتاق عمل هم می رفتم) یک عمل به اصطلاح عروق قلب که به آن عمل قلب باز می گوئیم در بیمارستان امام خمینی که هیچ بیمه ای هم ندارد، هزینه اش زیر یک میلیون تومان می شود ولی در بخش خصوصی بالای ده میلیون تومان هزینه اش می شود. ببینید، این تفاوت خیلی زیادی دارد، در صورتی که در نتیجه اینها هیچ تفاوت معناداری نیست. اگر هم یک درصد کوچکی بخش خصوصی بهتر است به خاطر این است که بخش خصوصی گلچین می کند.

گلچین کردن بیمار قلب چگونه است؟

قبل از اینکه قلب یک مریض را برای جراحی باز کنیم، توسط اکو می توانیم بفهمیم که قدرت قلبش چقدر است. بیمارستان های خصوصی معمولا قدرت پمپاژ زیر ۵۰ درصد را قبول نمی کنند زیرا فردی که قدرت پمپاژ قلبش بالای ۵۰ درصد است مسلم است که بدنش بهتر جراحی را تحمل می کند و نتیجه عمل بهتر می شود. مثل آدم خوش بنیه ای می ماند که بخواهید آن را جراحی کنید. خوب این آدم خوش بنیه بهتر از فرد ضعیف لاغر سو تغذیه ای جواب می دهد. در نتیجه بیمارستان خصوصی بیمارها را گلچین می کند و آن بیماری که احتمال موفقیتش بهتر است را انتخاب می کند. پولی خوبی هم در سیستم خصوصی به خصوص در کلانشهر تهران گرفته می شود و نتیجه اش هم خوب است. چون بیمار انتخاب می شود. ولی بیمارستان دانشگاهی که بعضی ها عمده آن را به چالش می کشند نمی تواند هر بیماری را رد کند بلکه هر مریضی که بیاید باید پذیرفته شود. چرا؟ چون گیت آخر است. امروزه در بخش قلب بیمارستان امام خمینی می بینید که قدرت قلب فرد زیر ۳۰ درصد است و جراحی می شود، در حالی که یکی از اینها در بخش خصوصی عمل نمی شوند برای اینکه احتمال دارد این قلب نتواند آن عمل سنگین را تحمل کند و احتمال فوت و مسایل بعدی وجود دارد. بحث بعدی هزینه های درمان بیش از حدی است که به مردم تحمیل می شود. برای آنکه وحدتی در سیاستگذاری و نظارت وجود ندارد. زیرا بیمه ها وحدت رویه ندارند. به عنوان مثال یک نفر بیمه تامین اجتماعی است و می رود در بیمارستان شهید لواسانی جراحی قلب می کند و هیچ هزینه ای نمی پردازد. یک نفر دیگر بیمه اش خدمات درمانی است و همان عمل را انجام می دهد باید ۶۰۰ هزار تومان پردازد. پس وحدت رویه ای بین بیمه ها نیست، زیرا وحدت رویه ای در سیاستگذاری و نظارت نیست.

یکی از مسایل درمانی پزشک است، در این مورد نظرتان چیست؟

مساله اول بحث کمبود یا زیادی پزشک است که به مقوله تربیت پزشک در دانشگاه ها باز می

گردد. الان وقتي مي گوييد چرا بعضي از شهرستانها پزشك ندارد، فوري مي گويند بايد نيروي بيشتر تربيت كنيم. دنياي امروزه دنياي آمار و مطالعات است. مثلا وقتي قرار است محله اي را مطالعه كنيد، مي گوييد به ازاي آن مقدار خانوار، يك مدرسه بايد داشته باشيم يا اين مقدار خدمات شهرداري ارايه شود. اما در بخش درمان الان سالهاست ثابت شده كه به ازاي چند نفر جمعيت يك طبيب لازم است، يا به ازاي چند نفر جمعيت يك پرستار لازم است، همانطور كه مشخص است به ازاي هر چند نفر سرانه، فضاي سبز بايد چقدر باشد. در بحث درمان الان نسبت به كشورهاي هم عرض خودمان از همه جلوتر هستيم. يعني به اندازه كافي در ايران پزشك داريم و اگر بخواهيم بيشتر از اين پزشك تربيت كنيم در واقع بيكارهايمان را افزايش داده ايم.

اگر اين طور است چرا بسياري از قسمت هاي كشور به ويژه مناطق محروم پزشك ندارد؟ به خاطر اين است كه در واقع مي خواهيم در خيلي از جاها، قانون جاذبه را دوباره كشف كنيم. وقتي دانشجو تربيت مي كنيم به او مي گوييم براي بخش داخلي از كتاب هاريسون استفاده كند كه اين كتاب يك كتاب آمريكايي است. براي جراحي به دانشجو مي گوييم كتاب شوورترز را بخواند و باز هم اين كتاب آمريكايي است. براي كودكان مي گوييم كتاب نلسون را بخواند كه باز هم كتابي آمريكايي است. ولي وقتي مي آييم كارهاي بهداشتي درماني را انجام بدهيم، ديگر نگاه نمي كنيم كه آمريكا مديريت را چه كار کرده است. مگر همه آمريكا لس آنجلس يا نيويورك است؟ خير. آمريكا صحرای نوادا را هم دارد، مناطق سردسير شمال را هم دارد اما مهم آن است كه پزشك را به گونه اي تربيت کرده كه در سطح كشور خوب توزيع مي كند.

چرا در ايران پزشك حاضر نيست به مناطق محروم برود در حالي كه در كلانشهرها بيكار مي ماند؟ ببينيد ما نمي توانيم انتظار داشته باشيم پزشكي كه در كرج كار مي كند، همان قدر از مديريت كشور انتظار حقوق و مزايای داشته باشد كه اگر در گاویندي در منطقه جنوب غربي كشور يا در سراوان در جنوب شرقي كار كرد، انتظار داشته باشد. از شما مي پرسيم آیا به نظر شما بايد هر دو اينها در يك اندازه حقوق و مزايای بگيرند؟ البته كه اين طور نيست. اما سيستم مديريتي بهداشت و درمان ما فقط مي خواهد با زور كارش را پيش ببرد. به عبارت بهتر مي خواهد بدون اينكه هيچ امتيازي بدهد فقط به زور متوسل شود و پزشك را براي كار به آنجا بفرستد. مگر پزشك چه تفاوتی با كارگر يا مشاغل ديگر دارد كه براي كار در مناطق محروم بايد برايش فرش قرمز بهن كردد؟

در تمام كشورها براي بعضي از گروه ها احترام قابل هستند. يك جوان وقتي در سن ۱۸ سالگي به دانشگاه مي رود، براي دوره پزشك عمومي هفت الي هشت سال از بهترين دوران زندگي و جواني اش را مي گذارد، براي اينكه بتواند به مردم خدمات بدهد. اما اين را كه نبايد توي سرش زد. اين جوان هم براي خودش آرزوهايي دارد. وقتي او را به يك جاي دوردست مي فرستيد، بايد نيازهايش نيز برآورده شود. بايد بداند وقتي بچه اش هفت ساله شد و مي خواهد بچه اش را در مدرسه اي ثبت نام كند، يك اندوخته يا يك توانايي دارد كه اگر از منطقه محروم به منطقه بهتر آمد، بتواند بچه اش را در مدرسه بگذارد. وقتي نخواهيد اين مخارج را بر آورده كنيد، آن پزشك هم به مناطق محروم نمي رود. سوال من اين است كه چرا مي خواهيم شيپور را از سر گشادش بنوازيم و به جاي راهكار منطقي، به زور متوسل شويم.

آيا وضعيت بهداشت و درمان در استان هاي محروم را از نزديك ديده ايد؟ واقعا به چه شكل است؟ چند هفته پيش به اتفاق چند نفر ديگر از نمايندگان كميسيون بهداشت و درمان به كشور كنيا رفته بوديم و حتي در خود ناپروبي كه مركز كنياست از مراكز درماني يك سري از محله هايش بازديد كرديم. من به جرات مي توانم بگويم كه به هيچ عنوان قابل قياس با مناطق حاشيه شهر تهران نيست. يعني در بدترين منطقه حاشيه تهران، بدترين و كم امکانات ترين مراكز بهداشتي درماني مان از آنها جلوتر است. ولي بايد ببينيم كه كشور ما از نظر درآمد در چه جايگاهي است و آنها در چه جايگاهي هستند. البته ما كل آمارهاي بهداشتي مان در مقايسه با دو الي سه دهه پيش رشد داشته و از سوي ديگر مرگ و مير نوزادان هنگام تولد كه نکته خيلي مهمي است و در واقع جزو شاخص هاي پيشرفتگي است، مرگ و مير مادران باردار، مرگ و مير كودكان زير يك سال و مواردی از این دست در دو - سه دهه اخير روند نزولي داشته و این يعني ما در اجرائي سياست هاي بهداشتي مان موفق بوده ايم. ولي در مسایل درماني نوسانات خيلي بيشتر داشته ايم. به عنوان مثال وقتي به مقوله آموزش برمي گرديم نمي بايست درمان و آموزش را با هم قاطي كنيم ولي الان قاطي است. البته اين نکته را هم فراموش نكنيد كه دانشگاه علوم پزشكي هم بايد جوابگوي درمان باشد. امروزه بیمارستان هاي تحت پوشش علوم پزشكي هم بايد آموزش بدهد و هم درمان كند. امروزه بیمارستان امام خميني(ره)، شريعتي، فارابي و امثال اينها به نسبت، مراكز درماني بزرگي هستند اما اشكال اينجاست كه اينها هم بايد مراكز درماني باشند و هم دانشجو آموزش بدهند.

چه اشكالي دارد كه هم بيماران درمان شوند و هم دانشجويان آموزش داده شوند؟ اشكال در اين است كه وقتي مي خواهيد دانشجو آموزش بدهيد بايد در تخت هاي درماني طوري مريض انتخاب كنيد كه از انواع و اقسام بيماري هاي مختلف وجود داشته باشد. چه اين بيماري ها نادر و چه بيماري هاي شايع باشد. زيرا اين دانشجوي پزشكي بايد همه چيز را بداند. اما وقتي نگاه به نيازهاي جامعه مي كنيد، مثلا در فصل تابستان تعداد زيادي بيمارهاي اسهال، استفراغ و مسموميت داريد، حال اگر بخواهيد جوابگوي درمان باشيد بايد تمام تخت ها را به بيماري هاي شايع و رايج اختصاص بدهيد و بيماران شايع و رايج را بستري كنيد، اکنون آن كسي را كه آموزش مي دهيد به آموزشش لطمه زده ايد. از سوي ديگر اگر بخواهيد به فكر آموزش باشيد، به درمان لطمه زده ايد، زيرا جامعه از بخش درمان تخت هاي بيشتر را براي مداوا مي خواهد. به همين

دلیل باید توازن بیشتری بیاوریم. امروزه بحث بیمارستان های هیات امنایی که مطرح می شود پیرو همین قضیه است. ولی متأسفانه آن انگیزه ای که باید باشد و اهمیتی که کار را پیگیری کند ، هنوز آنقدر جدی نیست. چون ما باید همه این مسایل را با هم لحاظ کنیم. یعنی نباید مسایل بهداشتی را دور کنیم و به مسایل درمانی توجه داشته باشیم چون از نیازهای پایه است. بلکه باید به فکر این هم باشیم که این مردم در آینده نیاز به طبیب خوب دارند پس باید به فکر آموزش هم باشیم. به عبارت بهتر باید به سه مقوله آموزش، بهداشت و درمان به تفکیک نگاه کنیم، اما متأسفانه به دلیل اختلاف هایی که وجود دارد و این که بسیاری از مدیریت ها دید جامعه نگری ندارند، اکثر مدیریت هایمان يك یا دو قسمت را مخفی می گذارند و این باعث آسیب به نظام بهداشتی و درمانی کشور می شود.

این صحبتها حکایت از نیاز به قانون ، بودجه، مدیریت و تعامل دارد، آیا اکنون وزارت بهداشت برای حل مشکلات تعامل لازم را با مجلس دارد؟

اول اینکه می توانم ادعا کنم کمیسیون بهداشت و درمان مجلس هشتم از نظر تحصیلی و علمی وزین ترین کمیسیون مجلس است، زیرا حداقل مدرک تحصیلی در این کمیسیون دکتر است. اکنون در کمیسیون بهداشت و درمان متخصص، فوق تخصص و دکتری پی.اچ.دی داریم. بنابراین هیچ کمیسیونی را در مجلس پیدا نمی کنید که از نظر تخصص و پایه تحصیلی بالاتر از کمیسیون ما باشد. یعنی ۲۱ نفر نماینده آنجا نشسته اند که حداقل مدرک تحصیلی شان دکتر است که از طبیب عمومی شروع می شود و به پی.اچ.دی ختم می شود به نوعی که متخصص و فوق تخصص در رشته های عمومی تا جراحی در رشته های مختلف در این کمیسیون عضو هستند. لذا دیگر نیازی به اثبات توانمندی علمی و عملی ندارد. اما کارایی اش يك مقداری کمتر از کمیسیون های دیگر است، زیرا این افراد عادت کرده اند که از آنها پرسیده شود و بی جهت حرف نزنند. حسن دیگری که کمیسیون بهداشت مجلس هشتم دارد این است که ما سابقه ۱۲ سال وزارت را در این کمیسیون داریم، بدین معنا که دکتر مرندی هرچند که تجربه شکست خورده داشته باشد، اما تجربه ای ارزشمند است چون لازم نیست که حتما تجربه موفقیت آمیز باشد، بلکه این تجربه ها هم ارزش دارد زیرا دوباره هزینه ای صرف نمی شود تا دوباره همان راه را بروند و شکست بخورند. دکتر پزشکیان نیز سابقه وزارت خوبی دارند. دکتر صدر رییس پزشکی قانونی بود و رییس نظام پزشکی است. بنابراین اعضای این کمیسیون هر کدامشان رییس دانشگاه بوده یا تجربه خاصی داشتند یا در معاونت خاصی مشغول بودند یا سابقه چند ساله ای در حوزه های مرتبط داشتند. رییس نظام پزشکی یا رییس بیمارستان یا رییس پزشک قانونی بوده اند. بنابراین الان سابقه ۱۲ سال وزارت در کمیسیون بهداشت و درمان مجلس هشتم خوابیده است و به خاطر همین مهم ، انتظار داشتیم که حداقل در شروع کار دولت دهم، حداقل در مسایل بهداشتی و درمانی این مملکت از کمیسیون استفاده خیلی بهینه تری شود (چون می دانید که دولت نهم تشکیل شده بود که مجلس هشتم شروع به کار کرد ولی مجلس هشتم داشت کار می کرد که دولت دهم تشکیل شد) ولی آنطوری که باید و شاید ، وزارت بهداشت و درمان از این توان بالقوه استفاده ای نکرد.

باید وزارت بهداشت و درمان چه کار می کرد که نکرده است؟

توجه به توانمندی و استفاده از تجربیات ذخیره شده در این کمیسیون که البته چیز کمی نیست. اکنون راهی را که وزیر بهداشت می رود ۲ تن از نمایندگان حاضر در کمیسیون رفته اند! اما با کمال تأسف حتی در بعضی از تصمیم گیری ها، تصمیماتی گرفته شد بدون اینکه کمیسیون بهداشت و درمان اطلاعی داشته باشد.

چرا کمیسیون با استفاده از ابزارهای خاص همچون تذکر ، سوال و حتی استیضاح، به وزارت بهداشت هشدار نداد؟

من به عنوان دبیر و یکی از اعضای هیات ریسه کمیسیون بهداشت و درمان حداقل این را می توانم بگویم که ما به خاطر درک شرایط سیاسی مملکت و بعضی از ملاحظات دیگر در واقع سر جنگی با وزارتخانه نداریم و خیلی از نظراتی که گفته شده نیز نظرات خیر خواهانه بوده است. خیلی از جاها برخورد کمیسیون برخوردی حمایتی بوده و حتی خیلی از اعضا سعی کردند فضای سیاسی را برای وزیر آرام کنند. بی شک همگان میدانند که مساله بهداشت و درمان يك مساله بزرگ برای مردم و کشور است و در هر حوزه انتخاباتی مساله بهداشت و درمان وجود دارد و به همین دلیل، هفته ای چند سوال از وزیر مطرح می شود. ولی خیلی از اعضای کمیسیون بهداشت و درمان، فرد به فرد و چهره به چهره به عنوان سوال کننده و منتقد وارد بحث می شوند و مشکلات و تگناها را می گویند تا تعاملی را به وجود آورده و آرامشی را برای وزیر و وزارتخانه تدارک ببینند. تا آنها نتوانند از این رهگذر حرکت بهتری داشته باشند. اما متأسفانه این گزاره دو طرفه نیست. یعنی آنقدر که کمیسیون راه را برای وزیر و وزارتخانه در مجلس صاف می کند، عکسش صادق نیست. یعنی آنطوری که انتظار داشتیم تا حداقل در مشاوره ها مورد نظر باشیم چنین چیزی نبوده است.

اما قانون چنین چیزی برای وزیر و وزارت بهداشت تعریف نکرده است، آیا این توقع قدری بالا نیست؟ بی شک همگان می دانند که مجلس نباید به کسی جواب بدهد بلکه در مقام ناظر باید بپرسد، اما وزیر و معاونت های آن باید جوابگو باشند. ما انتظار نداریم که مجلس در مسایل اجرایی تصمیم بگیرد، ولی این انتظار را داریم که به خاطر تخصص، توانمندی و تجربیاتی که در این کمیسیون وجود دارد حداقل مشاور باشیم. چرا؟ چون ما هم از ملت همین کشور هستیم و ما هم درد و مشکلات همین مردم را داریم ولی آنطوری که باید و شاید، کمیسیون بهداشت و درمان مشاور وزارت بهداشت و درمان نیست که با کمال تأسف این جای انتقاد دارد.

## تزریقی‌ها، دردهای بی‌درمان شده‌اند

کدام‌تان می‌توانید ادعا کنید تا به حال یکی از آن معتادان آفتاب سوخته را در ویرانه‌ها ندیده‌اید، همان‌ها که بوی دود و زباله می‌دهند و گیج و خسته زیر لب فحش نثار رهگذران می‌کنند، کدام‌تان از آنها نترسیده‌اید، از رگ‌های سیمی شده‌شان، از کیبدهای تزریق روی تن‌شان، از امکان زورگیری‌شان وقتی سرنگ خون‌آلودی در دست دارند و خماری گریبان‌شان را گرفته است، یا وقتی نشئه‌اند و هوس می‌کنند سر به سر بچه مدرسه‌ای و زنها بگذارند؟ کدام‌تان می‌توانید ادعا کنید به سرانجام آنها و خطری که برای جامعه دارند، فکر نکرده‌اید؟

۲۰۰ هزار نفر معتاد تزریقی پرخطر در کشوری با حدود ۷۳ میلیون نفر جمعیت شاید به گمان برخی خوانندگان این یادداشت، رقمی ناچیز به نظر برسد اما همین گروه به ظاهر اندک، صاحب بالاترین نرخ ابتلا به ایدز در جمعیت‌شان هستند و به همین نسبت در شیوع آن هم نقش دارند، آنها مبلغان اعتیاد تزریقی محسوب می‌شوند.

اما واقعیت این است که پلیس در همه سال‌هایی که از اجرای طرح‌هایی برای جمع‌آوری این گروه‌ها از سطح شهر خبر داده، در مراحل بعدی ساماندهی‌شان، با مشکل مواجه شده است به‌طوری که آنها در مقطع کوتاهی از زمان، به زندان‌ها سپرده شدند و پس از آن که سازمان زندان‌ها هم از نگهداری‌شان سر باز زد، به مراکز اجباری درمان اعتیاد یا کمپ‌های درمانی سازمان‌های مردم‌نهاد فرستاده شدند در حالی که مراکز اجباری درمان اعتیاد مفید واقع نشدند؛ چون هیچ معتادی با ضرب و زور، اعتیاد را ترک نمی‌کند و از سویی دیگر سازمان‌های مردم‌نهاد هم نمی‌توانند این گروه‌ها را برخلاف میل‌شان در کمپ‌ها نگه دارند و به این ترتیب، آنها مدتی کوتاه پس از دستگیری به خیابان برمی‌گردند و این همان گره کوری است که پلیس را از دستگیری‌های مکرر ژولیده‌های خرابه‌نشین در سطح کشور ناامید کرده است تا جایی که این ناامیدی اخیراً از زبان سردار ساجدی‌نیا، فرمانده انتظامی تهران بزرگ نیز مطرح شد و او به متولیان مبارزه با درمان اعتیاد نهییب زد که پلیس آماده جمع‌آوری معتادان پرخطر است، اما باید محلی برای نگهداری و انتقال آنها وجود داشته باشد.

اعتراف این مقام ارشد پلیس ثابت می‌کند، هنوز برنامه مشخصی برای ساماندهی این گروه از معتادان در نظر گرفته نشده است و طرح‌های ضربتی برای جمع‌آوری‌شان از سطح شهر، جز بار مالی و هدر دادن وقت و انرژی نیروی انتظامی، حاصل دیگری نداشته است.

## مریم یوشی زاده / گروه جامعه

## مشکلات بینی‌های زیر تیغ رفته

بینی یکی از مهم‌ترین اعضای بدن در حفظ سلامت است که دارای فیزیولوژی بسیار پیچیده‌ای است و وظایفی از قبیل حس بویایی، تنظیم دما، تنظیم رطوبت، تصفیه ذرات هوا و ایفای نقش در تکلم را به عهده دارد.

امروزه بسیاری بدون هیچ گونه آگاهی نسبت به این عضو بدن، صرفاً به دلیل نازیب بودن بینی یا بیشتر زیبا شدن راضی می‌شوند برای اصلاح و زیبایي زیر تیغ جراحی برونند، بی‌آن‌که اطلاعاتی از عواقب پس از عمل جراحی داشته باشند.

دکتر علی اصغر پیوندی، جراح و متخصص گوش و حلق و بینی در گفت‌وگو با «جام‌جم»، مهم‌ترین عملکرد بینی را ایجاد راه هوایی برای تنفس طبیعی عنوان کرده و می‌گوید: کوچک‌ترین تغییر در مجرای تنفسی بینی، می‌تواند موجب مقاومت قابل ملاحظه‌ای در برابر عبور هوا شود به طوری که

اگر قطر مسیر عبور هوایی تنفسی از راه بینی به نصف کاهش پیدا کند، مقاومت هوایی بینی ۱۶ برابر می‌شود.

وی خاطر نشان می‌کند: تنظیم دمای هوا، زمانی صورت می‌گیرد که هوای استنشاقی از روی سطح بینی که حاوی شبکه غنی مویرگی است، می‌گذرد که صرف نظر از حرارت هوای تنفسی، دمای هوا در حلق به ندرت بیش از ۴ درجه نسبت به دمای طبیعی بدن نوسان دارد.

به گفته این عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بینی نقش مهمی در تکلم دارد و موجب افزایش رزونانس (تشدید) صدا می‌شود به طوری که در موقع گرفتگی بینی، صدای «میم» به صورت «با» و صدای «نون» به شکل «دال» ادا می‌شود.

تنفس حیاتی‌ترین عملکرد زندگی است که نتیجه آن رسیدن اکسیژن به بافت‌های بدن است و هنگامی که تنفس از مسیر طبیعی خود از راه بینی منحرف شود، عوارض آن تمام بافت‌های بدن را تحت تأثیر قرار می‌دهد و شخصی که تنفس از راه بینی را از دست بدهد نه تنها در زندگی فردی بلکه در زندگی اجتماعی‌اش نیز دچار مشکل می‌شود.

این جراح پلاستیک بینی با اشاره به این که بی‌حالی، خواب آلودگی، کسالت، بی‌حوصلگی و عصبی بودن از عوارض اختلال در تنفس به شمار می‌رود، می‌افزاید: محرومیت از تنفس بینی می‌تواند خشکی مجاری تنفسی و ضعف سیستم دفاعی را نیز در پی داشته باشد.

دکتر پیوندی با بیان این که تنفس دهانی مزمن باعث می‌شود تا دندان‌ها جرم گرفته، زبان خشک و شخص دچار بوی بد دهان شود، می‌گوید: تنفس دهانی می‌تواند سبب ایجاد خشکی، زخم و درد در ناحیه حلق و در نتیجه ایجاد توده در گلو شود.

وی دو علت شایع مشکلات تنفسی در بیماران داوطلب جراحی پلاستیک بینی را انحراف تیغه بینی و رشد بیش از اندازه شاخک‌های بینی دانسته که همزمان با جراحی پلاستیک بینی قابل اصلاح هستند، ولی علت سوم که شامل پولیپ‌های بینی و سینوزیت مزمن است، لازم است در مرحله جداگانه‌ای، پیش از انجام جراحی پلاستیک بینی، تحت درمان مناسب قرار بگیرد.

به گفته این پزشک متخصص، جراحی پلاستیک بینی را می‌توان جزو چند جراحی شایع در جهان دانست، چرا که بینی عضوی مرکزی در صورت محسوب می‌شود که هرگونه اشکال و ناهنجاری در آن می‌تواند بقیه اعضای صورت را تحت تأثیر قرار دهد به همین دلیل بسیاری از بیماران پس از انجام عمل جراحی بینی خود احساس می‌کنند بقیه اعضای بدنشان نیز دستکاری شده است و برعکس اگر جراحی موفقیت‌آمیز نباشد، تناسب تمام قسمت‌های صورت به هم می‌ریزد.

## عوارض جراحی

دکتر پیوندی عوارض جراحی بینی را به دو دسته تقسیم کرده و می‌افزاید: در عوارض تنفسی معبر عبور هوا، پس از عمل تنگ می‌شود و فرد مجبور می‌شود مدام از دهان نفس بکشد و همین امر عاملی می‌شود تا فرد دچار صدایی تو دماغی شود و به خاطر مشکلات چسبندگی بینی باید به طور مداوم ترشحات بینی خود را پاک کند، اما عارضه دوم که مربوط به ظاهر بینی می‌شود به دلیل کم یا زیاد برداشتن بافت‌های بینی است و ممکن است در عمل جراحی، پرده‌های بینی بیش از حد کوچک شده باشد یا این‌که غضروف‌های نوک بینی بیش از حد کم شود که باعث ایجاد چال‌هایی عمیق می‌شود.

وی اظهار می‌کند: تجربه نشان می‌دهد که اغلب بیماران، علاقه‌ای به مصنوعی به نظر رسیدن بینی خود ندارند، چرا که در جامعه ما پذیرش یک بینی طبیعی بزرگ قابل قبول‌تر از یک بینی جراحی شده کوچک است، بنابراین در جراحی‌های بینی باید سعی شود حداقل دستکاری روی بینی صورت بگیرد و برای از بین رفتن عوارض نیز باید از برداشتن بسیار بافت‌ها پرهیز کرد.

در هر صورت جراحی بینی با توجه به استقبال زیاد از آن در جهان، همچون معادله‌ای چند مجهولی است که باید تمام فاکتورهای لازم آن را در نظر گرفت و پس از عمل با پیگیری‌های صحیح، از عوارض جدی آن جلوگیری کرد.

همچنین باید دانست که انگیزه افراد از انجام چنین جراحی چیست، چون گاهی اوقات جوانان انگیزه‌ای کافی برای این جراحی ندارند و صرفاً به اصرار دیگران تن به آن می‌دهند که نمی‌تواند دلیل توجیه‌کننده خوبی باشد.

## افزایش ظرفیت؛ مشکل تازه رشته‌های پزشکی

مشکلات دانشجویان پزشکی کم نبود که حالا ناهماهنگی در پذیرش دانشجو از سوی سازمان سنجش با ظرفیت‌های موجود دانشگاه‌های علوم پزشکی نیز به آن اضافه شده است.

اتفاقا این بار خود وزیر بهداشت به عنوان منتقد این وضع اعتراض می‌کند که سازمان سنجش بیش از تعداد ظرفیتی که اعلام کرده‌ایم دانشجو پذیرفته و میزان آن در دانشگاه‌های مختلف متفاوت بوده است.

اعتراض مرضیه وحیددستجردی از این جهت است که امکانات موجود جوابگوی جمعیت دانشجویی پذیرفته شده نخواهد بود. او می‌گوید: از آنجا که بودجه، امکانات آموزشی و آزمایشگاه‌های ما بسیار محدود است دانشگاه‌ها با مشکلات عدیده‌ای بویژه در زمینه خوابگاه‌ها روبرو شده‌اند که برای سال آینده باید سازمان سنجش بر اساس ظرفیت اعلامی ما دانشجو بپذیرد.

بر این اساس، ظرفیت‌های امسال همچنان بدون تغییر خواهند ماند، مشکلی برای پذیرفته‌شدگان کنکور امسال رخ نخواهد داد. با این حال، حل مشکل در حالی به سال بعد موکول می‌شود که تعداد دانشجویان پذیرفته شده در رشته‌های پزشکی امسال، دست کم ۶ تا ۷ سال باید جور این کمبودهای ناشی از اضافه ظرفیت را در دانشگاه‌ها بکشند و از طرفی ضعف‌های موجود در کیفیت آموزش این سال‌ها، بعدها جوابگوی نظام درمانی و سلامت نیز نخواهد بود.

### پذیرش ۱۲۰ دانشجو به جای ظرفیت ۶۰ نفری

حالا که وزیر بهداشت هم صدایش درآمده، مسوولان و روسای دانشگاه‌های علوم پزشکی يك ماه بعد از شروع سال تحصیلی دانشجویی انتقادات را شروع کرده‌اند. در همین خصوص مدیر گروه شیمی دارویی دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی تهران با بیان این‌که تعداد اعضای هیات علمی متناسب با افزایش تعداد دانشجو رشد پیدا نکرده است، می‌گوید: کمبود بودجه بزرگترین عامل در عدم جذب نیروی متخصص در گروه است. دکتر محسن امینی در گفت‌وگو با ایسنا، با انتقاد از این‌که استانداردهای آموزشی رعایت نمی‌شود، ادامه می‌دهد: طبق بررسی‌های کارشناسانه در سال تحصیلی جدید، ۶۰ دانشجو درخواست دا شتیم اما وزارت بهداشت ظرفیت را به ۸۰ دانشجو رسانده و این در حالی است که ۱۰۷ دانشجو پذیرفته شده‌اند که با انتقالی‌ها به ۱۲۰ نفر خواهند رسید و این موجب عدم ارائه آموزش صحیح به آنها می‌شود. وی با اشاره به این‌که تناسب نداشتن استاد و دانشجو در کیفیت آموزش تاثیر منفی می‌گذارد، اظهار می‌کند: در کلاس‌هایی که با ۱۰۰ تا ۱۱۰ دانشجو تشکیل می‌شود استاد نمی‌تواند روند تحصیلی دانشجو را دنبال کند و در نتیجه دانشجو دچار افت تحصیلی می‌شود.

امینی می‌گوید: در حال حاضر ۶۴ عضو هیات علمی در گروه برای تمامی دوره‌ها وجود دارد و این در حالی است که ۳۰ سال پیش، بدون در نظر گرفتن دوره تخصصی همین تعداد استاد را برای ۲۰ دانشجو داشتیم؛ ولی در حال حاضر همین تعداد استاد برای ۱۱۰ دانشجو است.

این مدیر گروه با بیان این‌که ارتقای سطح کیفی و کمی فعالیت‌های پژوهشی و آموزشی گروه بستگی به افزایش نیروی متخصص دارد، می‌افزاید: به علت تعدد کلاسها يك استاد ناچار است ۲ یا ۳ کلاس را اداره کند و این باعث می‌شود که استاد از فعالیت‌های پژوهشی خود یا دانشجویانی که تز دارند صرفنظر کند و نظارت کمتری در آزمایشگاه داشته باشد. امینی در خصوص تجهیزات آزمایشگاهی خبرهای بهتری دارد و می‌گوید: با توجه به بودجه‌ای که مسوولان در سال‌های اخیر به دانشکده داروسازی تهران اختصاص داده‌اند در زمینه تجهیزات آزمایشگاهی مشکلی نداریم و حتی با وجود تحریم توانسته‌ایم دستگاه خریداری کنیم.

کمبود نیرو، بیکاری، افزایش ظرفیت!

کمبود نیروی پزشکی در سال‌های دهه ۶۰ سبب شد تا در جهت رفع این مشکل پزشکیان از کشورهای پاکستان و هند نیز در کشور ما طبابت کنند. با سیاستگذاری جدید وزارت بهداشت از ابتدای دهه ۷۰ ظرفیت پزشکی در کشور چند برابر شد و این افزایش توانست تا میزان زیادی کمبود نیرو در گروه‌های پزشکی را جبران کند. اما حالا در سال‌های پایانی دهه ۸۰ این مشکل به شکل دیگری وجود دارد. در واقع از یک سو کمبود نیرو پزشکی در مناطق محروم کاملاً محسوس است و از طرفی کمبود اعتبارات و تسهیلات برای جذب پزشکیان در این مناطق سبب بیکاری آنها در کشور شده است. در واقع اگر استاندارد (در حد معمول و حتی کمتر از متوسط) یک پزشک (عمومی) به ازای هر هزار نفر را در نظر بگیریم با توجه به جمعیت ۷۰ میلیونی فعلی و جمعیت ۸۰ هزار نفری پزشک عمومی کشور، آمار چندان بدی نداریم.

اما مساله اینجاست که به علت توزیع نامناسب پزشکیان در کشور و مایل نبودن پزشکیان به فعالیت در مناطق محروم و در نظر گرفتن بیکاری پزشکیان عمومی، با توجه به افزایش ظرفیت‌ها وضعیت مناسبی نداریم. در سایر گروه‌های پزشکی شامل متخصصان، داروسازان و دندانپزشکان نیز وضعیت تقریباً مشابه است. با این تفاسیر مشکل از یک سو نیاز به گروه‌های پزشکی در مناطق محروم است و از طرفی پذیرش نامناسب دانشجویان پزشکی با توجه به ظرفیت‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی.

### کیفیت آموزش فدای ظرفیت

وزیر بهداشت در اعتراض به اقدام سازمان سنجش می‌گوید که این سازمان که زیر نظر وزارت علوم فعالیت می‌کند باید به ظرفیت‌ها دقت داشته باشد؛ چرا که اگر غیر از این باشد دانشگاه‌های ما نمی‌توانند خدمات آموزشی و رفاهی ارائه دهند. ارائه خدمات آموزشی در حالی مطرح می‌شود که در حال حاضر کیفیت خدمات آموزشی بیش از هر چیز دیگر از سوی دانشجویان رشته‌های علوم پزشکی مطرح می‌شود.

یکی از دانشجویان سال آخر پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی تهران با تاکید بر مشکلات آموزشی این دانشجویان در بیمارستان‌ها، می‌گوید: در بیمارستان‌ها آموزش دانشجویان فدای کارهای روزانه بخش و رسیدگی به بیماران می‌شود و اکثر دانشجویان به جای آموزش صحیح، ساعت‌ها مشغول به اداره کردن بخش‌ها هستند.

این دانشجویان افزایش ظرفیت‌ها را خطری برای قربانی شدن کیفیت آموزشی می‌دانند و معتقد است: کیفیت آموزش رشته‌های پزشکی باید ارزیابی مجدد شود.

با این مقایسه وزارت بهداشت باید از یک سو نیاز مناطق محروم به پزشک را با سیاستگذاری‌های تشویقی جبران کرده و از سوی دیگر مشکل ظرفیت‌های افزایش یافته را در مقابل امکانات آموزشی مناسب و ارتقای کیفی برطرف سازد.



**نمایشگاه توانمندیهای کشور در حوزه گردشگری سلامت برپا می‌شود**

نمایشگاهی از توانمندیهای کشور در حوزه گردشگری سلامت، در حاشیه کنفرانس گردشگری سلامت کشورهای اسلامی که از ۱۱ تا ۱۳ آبان در بیمارستان رضوی مشهد برگزار می‌شود برگزار می‌شود.

به گزارش خبرگزاری مهر، سه استان خراسان رضوی، فارس و اردبیل در نمایشگاه جانبی کنفرانس گردشگری سلامت حضور خواهند یافت تا با عرضه توانمندی‌های کشور مسیری به سوی رشد و تعالی این شاخه از صنعت گردشگری گشوده شود.

در غرفه‌های این نمایشگاه ظرفیت‌های گردشگری سلامت کشور از جمله مراکز درمانی، چشمه‌های آبگرم، بسترهای ایجاد دهکده‌های سلامت و ... معرفی می‌شوند.

نخستین کنفرانس گردشگری سلامت کشورهای اسلامی، با همکاری وزارت بهداشت، اتاق بازرگانی، صنایع و معادن ایران، سازمان میراث فرهنگی، صنایع دستی و گردشگری و سازمان نظام پزشکی ایران از ۱۱ تا ۱۳ آبان ماه با هدف معرفی و برجسته ساختن توانمندی‌ها و کیفیت خدمات درمانی کشورهای اسلامی در بیمارستان رضوی مشهد برگزار می‌شود.

در این کنفرانس مقامات ارشد سازمان کنفرانس اسلامی، مسئولان بانک توسعه اسلامی، اتاق بازرگانی و صنایع اسلامی، برخی وزرای بهداشت و مسئولان دست‌اندرکار اعزام بیمار کشورهای اسلامی، تشکل‌ها و سازمانهای تخصصی مرتبط با اعزام و جذب بیماران، مسئولان وزارت بهداشت، وزارت امور خارجه، سازمان میراث فرهنگی و سازمان نظام پزشکی، روسای بیمارستانها و مراکز درمانی منتخب و آژانس‌های مسافرتی فعال در حوزه گردشگری سلامت حضور دارند.

**منازل خود را ایمن‌سازی کنید**

مرکز اطلاع‌رسانی داروها و سموم معاونت غذا و داروی وزارت بهداشت از مردم خواست با دریافت آموزش عمومی نحوه استفاده از داروها و مواد شیمیایی، محیط زندگی خود را برای پیشگیری از مسمومیت‌ها در کودکان ایمن‌سازی کنند.

به گزارش میراث آریا (chtn) مرکز اطلاع‌رسانی داروها و سموم معاونت غذا و داروی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در هفته پیشگیری از مسمومیت‌ها اعلام کرد: طبق گزارش سازمان‌های ذیربط از جمله پزشکی قانونی بیشترین درصد مسمومیت‌ها، مسمومیت ناشی از مونواکسیدکربن و مسمومیت‌های دارویی است و لازم است هموطنان برای پیشگیری از ابتلا به مسمومیت نحوه استفاده و نگهداری صحیح فرآورده‌های دارویی و جلوگیری از مسمومیت با مونواکسیدکربن را بیاموزند.

بنابراین گزارش استفاده از ظرف Chid proof در بسته‌بندی‌های دارویی و شیمیایی، الصاق برچسب کامل بر روی بسته‌بندی مواد شیمیایی و شوینده، همکاری در جایگزینی سموم بسیار خطرناک با سموم با خطر کمتر در مصارف خانگی، اقدامات دیگر در جهت کاهش بروز مسمومیت‌ها در افراد جامعه هستند.

گفتنی است شعارها و پیام‌های آموزشی مرتبط با این هفته در سایت مرکزی اطلاع‌رسانی داروها و سموم به نشانی [www.dpic.ir](http://www.dpic.ir) برای عموم قابل دسترسی است.

**درمان بیماری‌های اعصاب و روان به کمک آیات قرآن**

وزیر بهداشت از وجود طرح‌هایی در مراکز تحقیقاتی وزارت بهداشت در زمینه استفاده از آیات قرآن به منظور بیماری‌های روان و اعصاب در پاسخ به فارس خبرداد.

مرضیه وحید دستجردی در گفت‌وگو با خبرنگار بهداشت و درمان فارس اظهار داشت: بسیاری از مسائل روانی و اعصاب از نبود آرامش ناشی می‌شود که خواندن قرآن و گوش دادن به آن که زیباترین موسیقی‌ها هم است می‌تواند آرامش را ایجاد کند.

وی با بیان اینکه با توجه به آیات قرآن در می‌یابیم که دل‌ها فقط با یاد خدا آرامش می‌یابد، تصریح کرد: اگر بتوانیم این آرامش را وارد قلب کنیم بسیاری از مشکلات روانی و رفتاری جلوگیری می‌شود و حتماً می‌توانیم از آیات قرآن در درمان بیماری‌های روان و اعصاب استفاده کنیم.

وحید دستجردی توسعه فرهنگ قرآنی را از برنامه‌های وزارت بهداشت خواند و گفت: قرآن باید در بیمارستان‌ها به صورت قابل استفاده برای بیماران وجود داشته باشد همچنین حضور روحانیون بر بالین بیمار بخصوص بیماران صعب‌العلاج از برنامه‌های آینده وزارت بهداشت است.

۷/۳۰

منبع خبر : ایرنا مورخ : ۱۳۸۹/۰۸/۰۱ نوع خبر : خبر

#### وزیر بهداشت از بیمارستان ۱۰۱ تختخوابی نوشهر بازدید کرد

وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به همراه جمعی از مسوولان کشوری، استانی و نمایندگان مردم نوشهر و چالوس در مجلس شورای اسلامی روز جمعه از بیمارستان ۱۰۱ تختخوابی 'شهید بهشتی' نوشهر دیدن کرد.

به گزارش ایرنا، دکتر مرضیه وحید دستجردی از بخش‌های مختلف این بیمارستان از جمله بخش‌های اورژانس، اتاق عمل، رادیوگرافی و پرستاری بازدید کرد و از نزدیک با مسایل و مشکلات فراروی این مرکز درمانی آشنا شد.

'حدیث گردکلی' مدیر شبکه بهداشت و درمان نوشهر در جریان این بازدید، با اشاره به گردشگر پذیر بودن منطقه، کمبود امکاناتی نظیر کادر پزشکی متخصص، کادر پرستاری و پرداخت نشدن بموقع مطالبات پرستاران و سایر پرسنل را از مشکلات این بیمارستان برشمرد و برای رفع این مشکلات خواستار مساعدت وزیر بهداشت شد.

در ادامه 'نوشیروان محسنی' نماینده مردم نوشهر و چالوس در مجلس شورای اسلامی با اشاره به استقرار دو مرکز بهداشتی و درمانی در بخش بیلاقی و کوهستانی 'کجور' واقع در ۷۵ کیلومتری جنوب شرقی نوشهر خواستار اختصاص دو دستگاه آمبولانس برای این منطقه شد.

در پایان وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با اختصاص این دو آمبولانس موافقت کرد و قول مساعد داد تا بزودی این امر تحقق یابد.

این بیمارستان دارای بخش‌هایی از جمله درمان بستری، واحدهای پاراکلینیک، ویژه، مراقبت‌های قلبی و اتاق عمل است.

بازدید از بیمارستان شهرستان نور نیز از دیگر برنامه‌های سفر وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به استان مازندران است.

منبع خبر : ایرنا مورخ : ۱۳۸۹/۰۸/۰۱ نوع خبر : خبر

#### وزیر بهداشت از بیمارستان ثامن الائمه گلگاه استان مازندران بازدید کرد

وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی به همراه مسوولان استانی و کشوری صبح روز پنجشنبه در نخستین روز از سفر دو روزه خود به استان مازندران از بیمارستان ثامن الائمه شهرستان گلگاه بازدید کردند. به گزارش خبرنگار ایرنا، 'مرضیه وحید دستجردی' از بخش‌های مختلف بیمارستان ثامن الائمه گلگاه نظیر پاتولوژی، رادیولوژی و اورژانس بازدید به عمل آورد.

وی ضمن تقدیر از تلاش‌ها و فعالیت‌های کادر پزشکی از جمله پرستاران این مرکز درمانی از آنها خواست در راستای خدمات رسانی مطلوب‌تر به شهروندان از خود تلاش و

**جدیت بیشتری نشان دهند تا شاهد رضایت مردم باشیم.**  
وزیر بهداشت علاوه بر بازدید از این مرکز درمانی، از پدر سردار شهید حجازی که در این مرکز درمانی بستری بود، عیادت کرد و دستورات لازم را برای ارائه خدمات درمانی مناسب به کادر پزشکی این بیمارستان صادر کرد.  
افتتاح و بهره برداری پایگاه امداد هوایی جمعیت هلال احمر مازندران واقع در آمل، بازدید از برخی مراکز درمانی همچون بیمارستان شهدای بهشهر و مرکز بهداشت سورک از جمله برنامه های سفر دو روزه وزیر بهداشت به مازندران است.  
بیمارستان ثامن الائمه ۳۲ تختخوابی گلگاه از جمله مصوبات سفرهای استانی هیات دولت به استان مازندران بوده که در سال گذشته به بهره برداری رسیده است.  
در این مرکز درمانی علاوه بر بخش اورژانس، درمانگاه های تخصصی داخلی، اطفال، زایمان، جراحی، زایشگاه، راپولوژی، پاتولوژی، سونوگرافی و آزمایشگاه راه اندازی شده و مورد استفاده شهروندان قرار می گیرد. ۷/۲۹

منبع خبر : مهر

مورخ : ۱۳۸۹/۰۸/۰۱ نوع خبر : خبر

#### **باحضور وزیر بهداشت؛ نخستین پایگاه امداد هوایی کشور در آمل افتتاح شد**

نخستین پایگاه امداد هوایی کشور با حضور وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در آمل افتتاح شد.

رئیس مرکز مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی کشور در این خصوص به خبرنگار مهر گفت: ۱۱ پایگاه امداد هوایی به صورت فعال و غیرفعال در کشور وجود دارد ولی هیچکدام از هلیکوپترها متعلق به وزارت بهداشت نیست.

غلامرضا معصومی افزود: این هلیکوپتر مستقر در این پایگاه هوایی نخستین هلیکوپتر وزارت بهداشت در پایگاه های امداد هوایی کشور است.

وی هزینه خرید این هلیکوپتر را ۱۱ میلیارد تومان اعلام کرد و اظهار داشت: زمین این پایگاه اهدایی است و تنها ۴۰۰ میلیون تومان جهت زیرسازی آن هزینه شده است.

به گفته وی این پایگاه امداد هوایی جهت پوشش شمال کشور بوده و به علت مرکزیت شهرستان آمل در نزدیکی به جاده های پرتردد کشور در این منطقه واقع شده است.

در این مراسم افتتاحیه علاوه بر وزیر بهداشت دو تن از معاونین ایشان، دبیر مجمع نمایندگان مجلس شورای اسلامی، نمایندگان مردم شهرستانهای آمل و نماینده مردم نوشهر و چالوس، معاون عمرانی استاندار مازندران، معاون برنامه ریزی استاندار مازندران و دیگر مسئولان شهری و استانی حضور دارند  
۷/۳۰

منبع خبر : ایرنا

مورخ : ۱۳۸۹/۰۸/۰۱ نوع خبر : خبر

#### **دانشگاه صنعتی شریف با انجمن تله مدیسین آمریکا همکاری می کند**

راهکارهای همکاری علمی، پژوهشی و فناوری در دیدار روسای دانشگاه صنعتی شریف و انجمن تله مدیسین آمریکا بررسی شد

به گزارش روز چهارشنبه ایرنا از روابط عمومی دانشگاه صنعتی شریف، رضا روستا آزاد سرپرست دانشگاه صنعتی شریف و 'دیل الورسون' رییس انجمن تله مدیسین و استاد دانشگاه نیومکزیکو آمریکا پس از تبادل نظر و بررسی روش های مختلف همکاری بر انجام پروژه های مشترک تاکید کردند.

این دیدار به میزبانی دانشگاه صنعتی شریف و با حضور اعضای پژوهشکده مهندسی پزشکی دانشگاه و رییس انجمن تله مدیسین آمریکا به همراه مدیر اجرایی انجمن و نینا آنتونیوتی، بنیانگذار تله مدیسین مرکز پزشکی مارشفیلد آلاسکا و گونترام آکن اشتاین، استاد نورولوژی و پژوهشگر تله مدیسین موسسه هلیوس آلمان برگزار شد.

روستا آزاد ضمن معرفی دانشگاه صنعتی شریف و توانمندی های علمی آن به عنوان یکی از برترین دانشگاه های کشور، از پتانسیل پژوهشکده مهندسی پزشکی و سیستم های سلامت دانشگاه و برنامه های کلان این پژوهشکده خبر دادند.

وی با اشاره به پیشرفت های روزافزون دانش پزشکی و لزوم ارتباط تنگاتنگ آن با علوم مهندسی و فنی از اشتراک گذاری تجارب طرفین در زمینه تله مدیسین و علوم مرتبط به عنوان یکی از روش های توسعه علمی و تعاملات بین نام برد.

در بخش بعدی این نشست احمدیان رییس پژوهشکده مهندسی پزشکی دانشگاه از راه اندازی مراکز درمانی خاص توسط دانشگاه صنعتی شریف در کشور خبر داد و همکاری انجمن تله مدیسین آمریکا را عاملی در توسعه این مراکز دانست.

ارتباط این مراکز با انجمن تله مدیسین آمریکا از طریق سیستم های ارتباطی راه دور، انجام مشورت های گروهی، تبادل دانش، تبادل استاد، تبادل فناوری های به دست آمده و برگزاری نشست های بین دو انجمن از جمله تفاهات این جلسه بود.

در پایان دکتر آلورسون با اعطای نشان سینه انجمن تله مدیسین آمریکا به حاضران از میهمان نوازی ایشان قدردانی کرد و روستا آزاد نیز با اعطای مجله علمی 'شریف' دانشگاه و مجله علمی 'ساینتیا ایرانیکا' و نشان سینه دانشگاه صنعتی شریف به میهمانان همکاری های روزافزون علمی را خواستار شد ۷/۲۹

منبع خبر : ایسنا

مورخ : ۱۳۸۹/۰۸/۰۱

نوع خبر : گزارش

#### راه اندازی بخش خون شناسی و سرطان در خرم آباد تا آذر ماه

معاون درمان دانشگاه علوم پزشکی لرستان از راه اندازی بخش خون شناسی و سرطان دانشگاه علوم پزشکی استان در خرم آباد خبر داد.

**دکتر سیاوش بیرانوند در گفت و گو با خبرنگار بهداشت و درمان ایسنا- منطقه لرستان** در این باره، گفت: بخش خون شناسی و سرطان دانشگاه علوم پزشکی لرستان تا اوایل آذر ماه سال جاری با حضور یک فوق تخصص خون شناسی در بیمارستان شهدای عشایر خرم آباد راه اندازی می شود.

وی با بیان اینکه دانشگاه تاکنون از بخش خون شناسی و سرطان به دلیل کمبود پزشک متخصص محروم بود، اظهار داشت: با پیگیری های انجام شده و جذب پزشک متخصص بخش خون شناسی و سرطان در استان ایجاد خواهد شد.

دکتر بیرانوند با تأکید بر اینکه آمار دقیقی از تعداد بیماران مبتلا به سرطان در استان وجود ندارد، یادآور شد: با راه اندازی این بخش می توان آمار دقیقی از تعداد بیماران مبتلا به سرطان در استان را تهیه کرد.

معاون درمان دانشگاه علوم پزشکی لرستان در خاتمه اظهار کرد: تاکنون بیماران سرطانی برای شیمی درمانی به استان های تهران و کرمانشاه اعزام می شدند که با راه اندازی این مرکز بخشی از مشکلات اعزام این بیماران در بیمارستان عشایر خرم آباد مرتفع می شود.

منبع خبر : ایسنا

مورخ : ۱۳۸۹/۰۸/۰۱

نوع خبر : گزارش

#### چگونه می توان کلسترول خون را پایین آورد؟

در سالهای اخیر احتمالاً راجع به کلسترول مطالب زیادی در روزنامه، مجله ها و حتی فیلمها شنیده اید. علیرغم این موضوع هنوز افراد زیادی هستند که نمی دانند کلسترول چیست و چگونه بر سلامتی اثر می گذارد و در صورت وجود کلسترول بالا چه اقداماتی باید انجام داد؟

**به گزارش سرویس «بهداشت و درمان» ایسنا،** کلسترول یک ماده نرم و مومی شکلی است که یک نوع چربی به شمار می رود و در خون و همه بافت های بدن شما وجود دارد. کلسترول در ساختمان غشای سلول ها، برخی هورمون ها و... شرکت دارد وجود آن برای

سلامت بدن ضروري است.

کلسترول بدن از دو راه به دست مي آید: راه اول و عمده ترين منبع کلسترول، کلسترولي است که کبد خود انسان توليد مي کند. راه دوم کلسترولي است که از خارج بدن تأمين مي شود و عمدتاً با خوردن غذاهاي حيواني مانند تخم مرغ، گوشت و شير فراهم مي شود. البته خوردن چربي هاي اشباع شده (نوع ديگري از چربي ها که بيشتر خا ستگاه حيواني دارند) نیز به توليد بيشتر کلسترول توسط بدن کمک مي نمايد.

### انواع کلسترول

کلسترول در جريان خون به دو شکل اصلي انتقال مي يابد: يکي کلسترول «بد» (کلسترول LDL که غلظت بالاي آن با افزايش رسوب کلسترول در ديواره رگ هاي خوني و تصلب شرايين (مستعد شدن براي بيماري هاي قلبي- عروقي) همراه است و بايد سعي شود که ميزان آن در خون کاهش يابد.

دوم کلسترول «خوب» (کلسترول HDL که با انتقال کلسترول اضافي خون به کبد، سبب دفع آن از بدن مي گردد. بنابراین غلظت هاي بيشتر «خوب» با بروز کمتر بيماري هاي قلبي- عروقي همراه است.

### عوامل مؤثر بر غلظت کلسترول خون

- نوع و مقدار مواد غذايي
- وزن بدن
- فعاليت بدني
- ارث، وراثت و ژن هاي نقش مهمي در وضعيت کلسترول خون دارند.
- سن و جنس: افزايش غلظت کلسترول خون معمولاً در حوالي ۲۰ سالگي آغاز مي شود. زنان پيش از يائسگي، غلظت کلسترول کم تري نسبت به مردان همسن خون دارند.

### اگر غلظت کلسترول خون بالا باشد، چه کار بايد کرد؟

اگر نتايج آزمايش خون خود را گرفتيد و کلسترول آن بالاتر از ميزان طبيعي بود. مضطرب نشويد! پزشک در اين رابطه به شما کمک خواهد کرد. اگر غلظت کلسترول خونتان در محدوده طبيعي باشد، پنج سال بعد اين آزمايش را تکرار نماييد.

آيا تنها کلسترول بالا باعث ابتلا به بيماري هاي قلبي- عروقي مي شود؟ خير. کلسترول بالا تنها يکي از عوامل خطرزا براي ابتلا به بيماري هاي قلبي- عروقي است. عوامل ديگر عبارتند از: سيگار کشيدن، بيماري قند (ديابت)، فشار خون بالا، جنس مذکر.

ترکيب شدن دو عامل يا بيش از دو تا از عوامل خطرزا ي قلبي- عروقي، احتمال پيدايش اين بيماري هاي را افزايش مي دهد.

### اگر غلظت کلسترول خون بالاتر از حد طبيعي باشد، چه بايد کرد؟

بهتر است بدانيد روزانه چه مقدار چربي مصرف مي کنيد. اگر اين مقدار بالاست، بايد ميزان چربي دريافتي را کاهش دهيد. براساس گزارش مرکز تحقيقات غدد و متابوليسم دانشگاه علوم پزشکي تهران، کاستن از ميزان چربي به ويژه چربي هاي اشباع شده، افزون بر اينکه راه خوبي براي کنترل غلظت کلسترول است، بک و وضعيت سلامت را نيز در فرد ايجاد مي کند. در افرا دي که غلظت کلسترول خون فقط با رژيم غذايي پايين نمي آيد، بايد از داروها استفاده نمود.

### چگونه مي توان کلسترول خون را پايين آورد؟

نخستين گام در کاهش کلسترول خون، رعايت رژيم غذايي مناسب و ورزش است. توجه داشته باشيد هر نوع ماده غذايي که بيش از مقدار مورد نياز مصرف شود، ممکن است به

چربی تبدیل و در بدن ذخیره گردد.

### چه نکاتی را در برنامه غذایی خود باید در نظر گرفت؟

اولین قدم این است که چربی های آشکار در مواد غذایی را جدا کنید و چربی های اشباع یعنی چربی هایی که در دمای اتاق جامد هستند مانند شیر پرچربی، خامه، کره، پنیر پرچربی، پوست مرغ و چربی گوشت را کمتر مصرف نمایید.

سعی کنید میزان مصرف چربی به ویژه چربی های اشباع را در رژیم غذایی خود کاهش دهید.

از مصرف غذاهای چرب و با کلسترول بالا نظیر مغز، جگر، دل، کله پاچه، زرده تخم مرغ، سس های حاوی زرده تخم مرغ، کره، روغن نارگیل، روغن حیوانی، شکلات، شیرینی های خامه دار، کیک، سیب زمینی سرخ شده، سوسیس و کالباس اجتناب نمایید. به جای چپس از سیب زمینی «ساده پخته شده» استفاده کنید و برای طعم دادن مقدار کمی کره روی آن بگذارید یا اندکی نمک و فلفل به آن بیفزایید.

• ماهی، مرغ و حبوبات چربی مضر کمتری دارند و منابع غذایی خوبی هستند. البته از سرخ کردن ماهی و مرغ در مقدار زیادی روغن بپرهیزید. بهتر است ماهی و مرغ بصورت کبابی، آب پز یا بخار پز مصرف شوند.

• شیر و انواع لبنیات کم چربی مصرف کنید.

• سبزیجات و میوه ها چربی کمی دارند و همچنین یک منبع سرشار از ویتامین ها هستند، بنابراین از این مواد زیاد مصرف نمایید.

• در صورت استفاده از چربی، از چربی های غیراشباع مانند روغن ذرت، کنجد، آفتابگردان، سویا و زیتون استفاده کنید.

### پخت سالم غذا با چربی ها و روغن ها

نه تنها غذاهایی که انتخاب می کنید، باید از نوعی باشند که میزان چربی آنها کم است، بلکه باید طوری غذاها را بپزید که میزان چربی آنها نیز کم باشد.

• نخستین گام، مصرف کم روغن در حین پخت مواد غذایی است، برای زمانی که می خواهید گوشت یا ماهی بخورید، بهتر است آنها را در فر طبخ نمایید.

• تمام چربی های آشکار را جدا کنید و پوست مرغ را پیش از مصرف جدا نمایید. (پوست مرغ سرشار از چربی است)

• سس سالاد کم چربی و ترجیحاً بدون چربی مصرف کنید. بهتر است به جای سس سالاد از آب لیمو استفاده نمایید.

• از مصرف زیاد نمک بپرهیزید.

• به جای گوشت قرمز تا حد امکان از گوشت سفید به ویژه گوشت ماهی استفاده کنید.

• برای تهیه غذاهای خود از عدس، لوبیا، نخود و دیگر حبوبات بهره بگیرید.

• از نانهای با آرد سبوس دار مثل سنگک بیشتر استفاده کنید.

### راهنمای مصرف غذا

از این غذاها بیشتر استفاده کنید:

• شیر کم چرب (۲-۱ درصد چربی) یا بدون چربی، ماست (چربی ۲ درصد یا کمتر)، پنیرهای تهیه شده از شیر یا ماست بدون چربی

- قسمت های بدون چربی گوشت
- ماهی، گوشت مرغ و بوقلمون (بدون پوست) و به صورت کباب شده، نیم پز یا آب پز
- کیک و شیرینی کم چربی (بدون خامه و کرم)
- سس ماییز کم چربی، سس سالاد کم چربی (مصرف در حد متعادل)
- روغن آفتابگردان، روغن زیتون، روغن ذرت و روغن سویا (مصرف در حد متعادل)
- آجیل (گردو، بادام و...)

از این غذاها کمتر استفاده کنید:

- شیر پرچربی، پنیرهای پرچربی، خامه، بستنی، خامه ترش
- قسمتهای پرچربی گوشت (دنده)، انواع سوسیس، کالباس، مغز، کله پاچه، جگر، دل، زرده تخم مرغ، پیتزا
- گوشت بوقلمون روغن زده شده، گوشت مرغ یا ماهی سرخ شده، کنسرو ماهی، میگو
- کیک و شیرینی پرخامه

• سس مایونز و سس های سالاد معمولی (پرچربی)

• روغن نارگیل، روغن های جامد، کره، روغن حیوانی

راهنمای مصرف کربوهیدرات ها و مواد فیبر دار

از این غذاها بیشتر استفاده کنید:

- نان، غلات کامل، برنج، ماکارونی و غذاهای مشابه
- سبزی های تازه، کنسرو شده یا منجمد شده بدون سس مثل نخودفرنگی، سیب زمینی، ذرت، هویج، کلم، گوجه فرنگی، کدو
- میوه ها مانند سیب، انواع برگه، انواع توت، آلو، کشمش، پرتقال، انگور
- حبوبات از قبیل عدس و انواع لوبیا
- بیسکویت های کم چربی

از این غذاها کمتر استفاده کنید:

- بیسکویت های کرمدار و پرچربی، پیراشکی، شکلات و بستنی
- غلات طبخ شده با روغن نارگیل
- سبزی هایی که با سس های محتوی خامه یا کره طبخ شده باشند
- غذاهای سرخ شده
- انواع کیک های میوه ای، دسرهای مختلف
- غذاهایی که دارای مقدار زیادی گوشت باشند

## مصرف غذا بیرون از منزل

باید به دقت غذاهای روزانه خود را بررسی کنید. این کار را حتی زمانی که غذاهای بیرون از منزل را مصرف می کنید، نیز انجام دهید. انتخاب غذاهای کم چربی به معنی خوردن فقط نان و آب نیست. شما می توانید غذاهای متنوع و لذت بخشی میل کنید.

### روش های دیگر برای کاهش خطر بروز سکنه های قلبی و مغزی

در حالی که غلظت بالای کلسترول در پیدایش حملات قلبی و سکنه های مغزی نقش مهمی دارد، این عامل فقط یکی از عوامل خطرزای قلبی- عروقی است و عوامل خطرزای دیگر عبارتند از:

\* استعمال دخانیات: سیگار نکشید! سیگار یک عامل خطرزای بسیار مهم برای بیماریهای قلبی و سکنه های مغزی است.

\* فشار خون بالا: فشار خون را کنترل کنید، فشار خون بالا اغلب با رژیم غذایی و دارو کنترل می شود.

\* فقدان فعالیت های بدنی: در زندگی روزانه، برای انجام ورزش های منظم برنا مه ریزی کنید.

\* افزایش وزن بیش از حد: وزن طبیعی خود را حفظ کنید! در صورت وجود اضافه وزن، طبق نظر پزشک برای کاستن از وزن خود کوشش نمایید.

سیگار نکشید: اگر شما سیگاری هستید، قطعاً بهترین اقدام برای حفظ سلامتتان ترک سیگار است.

مهم ترین علت بیماری های قلبی- عروقی در افراد سیگاری، استعمال دخانیات است. در واقع ۳۰ درصد تمام مرگ و میرهای ناشی از آسیب عروق کرونر، مربوط به مصرف سیگار است. استعمال دخانیات میزان کلسترول خوب (HDL) را کم می کند. اگر سیگار می کشید و کلسترول خونتان بالاست یا دیگر عوامل خطرزا در شما وجود دارد، احتمال ابتلا به بیماری های قلبی-عروقی در شما زیاد است.

بنابراین با اراده خود بکوشید تا هرچه زودتر، مصرف سیگار را کم و سپس قطع نمایید.

\* کنترل فشار خون: فشار خون بالا اغلب با رژیم غذایی صحیح و تغییر شیوه زندگی کنترل می شود. در صورت نیاز، پزشک برای شما قرص های کاهنده فشار خون نیز تجویز خواهد کرد.

\* انجام فعالیت بدنی: فعالیت منظم ورزشی یکی از بهترین راه های مراقبت از قلب است. ورزش غلظت تریگلیسرید را کاهش می دهد و سطح کلسترول HDL یا کلسترول «خوب» را افزایش می دهد. ورزش باعث کاهش وزن و تقویت قلب می گردد. در مورد نوع ورزش با پزشک خود مشورت نمایید.

\* کاهش وزن: وزن متناسب یک عامل مهم در سلامت قلبی- عروقی است. اضافه وزن می تواند سبب افزایش کلسترول LDL و کاهش کلسترول HDL شود. با نظر پزشک خود و رعایت مواردی که ذکر شد، سعی کنید تا حد امکان اضافه وزن خود را کاهش دهید.

\* دیابت را جدی بگیرید: آیا می دانید که چاقی، سابقه خانوادگی دیابت، کم تحرکی و سیگار در پیدایش دیابت مؤثر هستند؟



کم تحرکي معضل اصلي سلامت زنان در کشور/ بروز سالانه حدود ۷ هزار مورد سرطان پستان در زنان ایرانی

رئیس اداره میانسالان وزارت بهداشت کم تحرکي را معضل اصلي سلامت زنان در کشور عنوان کرد و گفت: فعالیت فیزیکی کافی در پیشگیری و درمان بیماری های مختلف نقش بسزایی دارد به طوری که در کاهش هزینه های درمان و بالاخره کاهش مرگ و میر بسیار موثر است.

دکتر ربابه علامه در گفت و گو با خبرنگار بهداشت و درمان ایسنا، مهمترین علل مرگ و میر در زنان کشور بر اساس بررسی بار بیماری ها پس از حوادث و بلایای غیرمترقبه طبیعی و حوادث ترافیکی، بیماری های ایسکمیک قلب و بیماری های عروقی مغز عنوان کرد و گفت: ناتوانی های ناشی از بیماری های مزمن مانند دیابت، فشار خون و چاقی نیز به عنوان عوامل خطر بیماری های ایسکمیک با این بیماری ها افزایش می یابند.

وی در این باره ادامه داد: در میان سایر علل بیماری زا در زنان، مهمترین علت در بررسی ها به ترتیب اولویت شامل بیماری های اعصاب و روان بویژه افسردگی، بیماری های موسکولو اسکلتال بویژه کمردرد و آرتروز، کم خونی و پائیسگی خواهند بود که در گروه های سنی مختلف زنان رتبه آنها تغییر می کند. به عنوان مثال پائیسگی و مشکلات ناشی از آن در گروه سنی ۲۵ تا ۶۰ سال زنان رتبه دوم علل بیماری زا را به خود اختصاص می دهد و یا در گروه سنی دختران نوجوان آکنه بار بیشتری را همراه دارد.

علامه تاکید کرد: با توجه به مسئولیت و نقش های متعدد فیزیولوژیک خانوادگی و اجتماعی زنان باید به تنظیم خانواده به عنوان عامل موثر بر سلامت مادران، کاهش بارداری های ناخواسته و حاملگی های پرخطر و در نتیجه کاهش مرگ و میر مادران توجه کرد؛ چرا که نقش سلامت مادر در سلامت تمام اعضای خانواده و شاخص سلامت جامعه کاملاً مشخص است.

رئیس اداره سلامت میانسالان وزارت بهداشت در ادامه درباره سرطان های زنان در کشور ادامه داد: این بیماری همانطور که در دیگر کشورهای جهان جزو علل اصلي مرگ و میر است در ایران نیز بار اصلي سرطان های زنان را به خود اختصاص می دهد؛ بنابراین از اهمیت خاصی برخوردار است. رویکرد نظام سلامت کشور به این بیماری بر منطق علمی استوار است به طوری که در چند سال اخیر بخشی از توان نظام سلامت کشور صرف راه اندازی و توسعه نظام ثبت سرطان کشور شده و خوشبختانه در این عرصه که از مهمترین اقدامات اولیه در امر مبارزه با سرطان است به موفقیت بزرگی دست یافته است. به نحوی که امروز سیمای سرطان کشور کاملاً مشخص است و با پوشش ثبت بیش از ۸۲ درصد موارد بروز یافته سرطان هر سال ثبت می شود و در تمام استان های کشور تعداد و نوع سرطان های بروز یافته هر سال آن استان کاملاً مشخص است.

وی بیماری های پستان را در گروه شایع ترین بیماری های زنان در کشور عنوان کرد و افزود: سرطان پستان به عنوان شایع ترین سرطان زنان خسارت های فردی، خانوادگی و اجتماعی فراوانی را سبب می شود. طبق آمار موجود، سرطان پستان در ایران در زنان همچنان در رتبه اول قرار داشته و با بروز سالانه شش هزار و ۹۷۶ مورد بالاتر از موارد گزارش شده سرطان پوست است. به این ترتیب از اهمیت بسزایی در سلامت زنان برخوردار است.

وی با بیان این که تمام اولویت های سلامت زنان به نوعی با شیوه زندگی آنها در ارتباط است، ادامه داد: این امر در خصوص پیشگیری از بیماری ها اهمیت بسزایی دارد. فعالیت فیزیکی به عنوان یکی از جنبه های مهم شیوه زندگی سالم در کنار تغذیه سالم بسیار مهم است و در بررسی انجام شده برای تدوین سند راهبردی سلامت زنان نیز کمبود تحرک و فعالیت فیزیکی به عنوان معضل اصلي سلامت زنان و محور برنامه استراتژیک سلامت زنان گزارش شده است.

علامه در این باره ادامه داد: فعالیت فیزیکی کافی در پیشگیری و درمان بیماری های قلبی - عروقی و تصلب شریانی، سکنه قلبی و مغزی، فشار خون، چربی خون بالا، دیابت قندی، دیابت نوع ۲، پوکی استخوان، کمردرد، سنگ کیسه صفرا، بیماری های روحی - روانی، افزایش کیفیت زندگی، کاهش اثرات سالمندی، لذت بردن از زندگی، کمک به موثر بودن کار، کمک به توان خلاقیت، کمک به کاهش هزینه های زندگی و بالاخره کاهش مرگ و میر بسیار موثر است.

رئیس اداره سلامت میانسالان وزارت بهداشت، افزود: بررسی های انجام شده حاکی از آن است که میانسالان بویژه زنان میانسال از کمترین میزان فعالیت جسمانی بهره مند

هستند. تغییر این رفتارهای ناسالم به سالم نیازمند اتخاذ تدابیری در جهت دو استراتژی مهم است. بر این اساس ابتدا تغییر رفتار مبتنی بر جامعه از اهمیت بسزایی برخوردار است؛ چرا که پی‌تردید اتخاذ رفتارهای سلامت توسط انسان‌ها که از ویژگی مهم زندگی اجتماعی برخوردارند، بدون فراهم شدن شرایط محیطی و اجتماعی لازم مقدور و میسر نیست. بویژه آن که عمده عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر با عوامل اجتماعی موثر بر سلامت ارتباط دارد و تغییر در این عوامل بدون همکاری بین بخشی و مهم‌تر از آن همکاری و مشارکت مردم و تکنولوژی مناسب، عملی نیست.

علامه، تغییر رفتار مبتنی بر فرد را نیز از دیگر مباحث مهم در این زمینه عنوان کرد و گفت: این استراتژی نیازمند مسلط و مجهز شدن ارائه دهندگان خدمات بهداشتی به مهارت‌های مرتبط با مشاوره و آموزش متناسب با نیازهای مراجعه کنندگان و گیرندگان خدمات بهداشتی و ابزارهای مربوطه است. مشارکت تمام سازمان‌های مرتبط می‌تواند به غنای برنامه‌ها کمک کند.

وی با تأکید بر اهمیت موضوع سلامت برای آحاد جامعه گفت: تقریباً برای گروه‌های مختلف جمعیت برنامه‌های خاص پیش‌بینی و تعیین شده است. در این میان سلامت زنان از جهات مختلف اهمیت زیادی دارد بویژه آن که ناتوانی‌های احتمالی زنان در مقاطع سنی مختلف نه تنها کیفیت زندگی آنها را کاهش می‌دهد، بلکه سلامت زنان ضامن سلامت خانواده نیز هست. از طرف دیگر مدیریت سلامت اعضای خانواده نیز با زنان است.

منبع خبر: ایسنا مورخ: ۱۳۸۹/۰۸/۰۱ نوع خبر: گزارش

تماس با خون آلوده و رفتار پرخطر از راه‌های ابتلا به هپاتیت B است/ نبود نظام مراقبت برای مبتلایان به هپاتیت B و C از ضعف‌های موجود در این زمینه است

رئیس مرکز هپاتیت ایران در سالروز اطلاع‌رسانی بیماری هپاتیت (اول آبان ماه) گفت: تماس با خون آلوده، رفتار پرخطر و رعایت نکردن نکات بهداشتی از راه‌های ابتلا به بیماری هپاتیت B است.

دکتر سید مویدالدین علویان در گفت‌وگو با خبرنگار بهداشت و درمان ایسنا، افزود: افزایش آگاهی مردم، مهمترین راه پیشگیری و کنترل هپاتیت است البته امروزه دسترسی مردم به اطلاعات از طریق رسانه‌های مختلف مانند اینترنت، صدا و سیما، روزنامه‌ها و خبرگزاری‌ها، افزایش سطح سواد جامعه ایرانی و مهم‌تر از آن فعالیتهای مراکز علمی، دانشگاهی و تحقیقاتی باعث کنترل نسبی این بیماری در ایران شده است.

وی اضافه کرد: با واکسیناسیون عمومی هپاتیت B در کشور و اطلاع‌رسانی درباره راه‌های انتقال این بیماری، هپاتیت B در حال حاضر در ایران کنترل شده البته به اطلاع‌رسانی بیشتر نیاز است.

رئیس مرکز هپاتیت ایران با اشاره به آمار مبتلایان به هپاتیت B و C در ایران و جهان اظهار کرد: حدود ۴۰۰ میلیون نفر در جهان و حدود ۱ میلیون و ۲۰۰ هزار نفر در ایران به هپاتیت B مبتلا هستند. ۱۷۰ میلیون نفر نیز تعداد مبتلایان به هپاتیت C در جهان است که حدود ۳۰۰ هزار نفر از آنان را بیماران ایرانی تشکیل می‌دهند.

وی درباره مبتلایان به هپاتیت C گفت: افرادی که اعتیاد تزریقی و بیماری‌های خونی داشته و پیش از سال ۱۳۷۵ خون دریافت کرده‌اند از جمله مبتلایان به این بیماری هستند. بنابراین با اقداماتی چون تبدیل اعتیاد تزریقی به درمان خوراکی و افزایش آموزش به مردم می‌توان این بیماری را کنترل کرد. علاوه بر آن، با تلاش‌های صورت گرفته در سه سال اخیر از سوی وزارتخانه‌های بهداشت و رفاه و سازمان بهزیستی برای کنترل اعتیاد و اجرای برنامه کاهش آسیب، شیوع هپاتیت C در حال کنترل شدن است.

علویان در پایان در زمینه نحوه آمارگیری از مبتلایان به انواع هپاتیت در ایران اظهار کرد: اطلاعات موجود از طریق وزارت بهداشت اعلام می‌شود البته یکی از ضعف‌های موجود در این زمینه، نبود نظام مراقبت برای بیماران هپاتیت B و C و گزارش مستند و مورد به مورد این بیماری است البته این کار در کشورهای صنعتی اجرا شده و تأثیرگذار بوده است و امیدواریم نظام مراقبت در ایران نیز اجرا شود.

**استانداردهای ملی سازمان انتقال خون بازنگری می‌شود**

استانداردهای ملی بر اساس فاکتورهای چون وضعیت همه‌گیری و پراکندگی بیماری‌ها، جمعیت انسانی، زیر ساخت و امکانات و موقعیت جغرافیایی هر کشور تدوین می‌شود.

**به گزارش سرویس بهداشت و درمان ایسنا،** دکتر اردشیر تراب جهرمی مدیر تضمین کیفیت سازمان انتقال خون، منابع این استانداردها را دستاوردهای علمی متفاوت عنوان کرد، دستاوردهایی که بر اساس مزایا و معایب خاص خود شان و بر اساس زیر ساختهای فرهنگی، آموزشی، اقتصادی و علمی به عنوان استانداردهای ملی آن کشور مورد توجه قرار می‌گیرند.

به گفته وی، استانداردهای ملی سازمان انتقال خون تعیین کننده چارچوبهای کلی این سازمان است و دستورالعمل‌های مورد نیاز بر اساس این چارچوبها تهیه می‌شوند. بنابراین ضرورت دارد که هر چند سال یکبار مورد بازبینی قرار گیرند.

دکتر تراب جهرمی رو شهای تولید فرآورده‌های خونی، زنجیره‌های سرد، تعریف استانداردهای انتخاب کیسه خون و غیره را از جمله مواردی عنوان کرد که در این بازبینی‌ها مورد توجه قرار می‌گیرند.

**توصیه‌های خانوادگی مانع درمان به موقع سرطان معده می‌شود**

دبیر علمی پنجمین کنگره جراحان عمومی کشور با انتقاد از درمان‌های خانوادگی مرسوم در کشور، گفت: مراجعه دیر هنگام، خوددرمانی و اظهار نظر غیر تخصصی بستگان بیمار مانع از تشخیص و درمان به موقع سرطان معده می‌شود.

به گزارش گروه فرهنگی ایرنا از دبیرخانه پنجمین کنگره سراسری انجمن علمی جراحان عمومی ایران، 'رسول میرشریفی' روز جمعه با بیان اینکه از عوارض مراجعه دیر هنگام به پزشک متخصص، کاهش طول عمر بیماران مبتلا به سرطان است، افزود: با مراجعه به پزشک و تشخیص زودهنگام، درمان در مراحل اولیه بسیار موثر است.

وی اظهار داشت: درمان‌ها در مراحل پیشرفته بیماری سرطان معده، تسکینی و علامتی است و درمان اساسی در این مرحله وجود ندارد.

میرشریفی با بیان اینکه علایم و نشانه‌های سرطان معده اختصاصی نیست و گاهی مشابه سایر مشکلات گوارشی است، از متخصصان داخلی، گوارش و پزشکان عمومی خواست تا با انجام آندوسکوپی و ارجاع به موقع این افراد، برای انجام مراحل تشخیص و درمان آنان اقدام کنند.

وی گفت: سن شایع سرطان معده دهه پنجم و ششم زندگی است اما بروز این بیماری در سنین کمتر مانند دهه سوم زندگی افراد نیز غیرممکن نیست.

دبیر علمی پنجمین کنگره انجمن علمی جراحان استفاده از غذاهای حاوی نیتريت، مواد نگهدارنده، ماهی دودی، غذاهای سرخ کرده و آلودگی‌های زیست محیطی را از عوامل افزایش دهنده احتمال ابتلا به سرطان معده برشمرد.

براساس این گزارش، پنجمین کنگره سراسری انجمن علمی جراحان عمومی با رویکرد درمان و تشخیص سرطان‌های شایع در ایران نظیر سرطان‌های دستگاه گوارش ۱۹ تا ۲۱ آبان ماه سال جاری در هتل المپیک تهران برگزار می‌شود و شرکت در آن برای همگان آزاد است. ۷/۳۰

با انتقاد از عدم همکاری بیمه‌ها در زمینه درمان سرطان؛ بیمه‌ها اعتقادی به پرداخت هزینه‌های پیشگیری و

غربالکری سرطان ندارند

**رئیس انجمن سرطان ایران با انتقاد از نحوه برخورد بیمه‌ها در ایران با بیماری سرطان گفت: بیمه‌ها همکاری لازم را در زمینه درمان انجام نمی‌دهند. به علاوه نسبت به پرداخت هزینه‌های پیشگیری و غربالگری که در کشورهای پیشرفته دنیا شیوه‌ای مرسوم است،**

## اعتقادي ندارند.

به گزارش سرویس بهداشت و در مان ایسنا، دکتر عبدالله فضعلي زاده که در آستانه برپايي «ششمين همایش سالانه انجمن سرطان ایران» که ۲۶ تا ۲۸ آبان ماه امسال در تهران برگزار مي‌شود، سخن مي‌گفت با اعلام این مطلب افزود: نگرش سازمان تامین اجتماعي به جاي «سلامت محور بودن» توجه به امر درمان است.

وي اظهار داشت: حتي در درمان هم پوشش بیمه‌ها ناکافي است و با در نظر گرفتن این نکته که پیشگيري مقدم بر درمان است از بیمه‌ها انتظار عملکرد مطلوب‌تری مي‌رود.

دکتر فضعلي زاده با اشاره به اینکه بیمه‌ها چندین برابر هزینه پیشگيري و غربالگري را براي درمان مي‌پردازند اما حاضر نیستند غربالگري و پیشگيري بیماران را تحت پوشش قرار دهند، یادآور شد: هزینه درمان يك بیمار سرطاني در مراحل اولیه ابتدا به بیماری کمتر از هزینه درمان وي در مراحل پیشرفته بیماری است.

وي گفت: بیمه‌ها باید در زمینه پیشگيري و غربالگري سرمایه‌گذاري کنند تا هم سطح سلامت جامعه افزایش یابد و هم زیان بیمه‌ها کمتر شود.

رئیس انجمن سرطان ایران با انتقاد از سیاست يك بام و دو هوا در بیمه‌ها تصریح کرد: در حالی که برخی موسسات بیمه کل هزینه‌های درمانی افراد زیر پوشش خود را در ارتباط با بیماران سرطاني تقبل مي‌کنند، بیمه‌های تامین اجتماعي و خدمات درمانی، هزینه‌های بیمه يك کارگر یا کارمند را که سهم بیمه خود را برابر میزان تعیین شده نیز می‌پردازد، بسیار کمتر پوشش بیمه‌ای می‌دهد.

وي خواستار خاتمه یافتن تبعیض بیمه‌ها در کشور شد و گفت: عملکرد ناکارآمد بیمه‌ها را در درمان بیماران سرطاني برخی موسسات خیریه می‌خواهند، جبران کنند که این اقدام به شیوه کنونی در کشور ائتلاف سرمایه است.

دکتر فضعلي زاده با غلط خواندن تقسیم پول بین بیماران سرطاني تصریح کرد: کمک افراد خیر می‌بایست صرف تاسیس مرکز پیشگيري، غربالگري و درمان سرطان شود.

وي گفت: هم اینک افراد خیر زیادی در کشور هستند که تمایل دارند به بیماران سرطاني کمک کنند، اما وجوه پرداختی از سوی این افراد صرف درمان بیماران سرطاني می‌شود نه اقدامات زیربنایی.

رئیس ششمین همایش انجمن سرطان ایران با اشاره به اینکه چنین اقدامات مقطعی، دور ریختن سرمایه است یادآور شد: کمک‌های مردمی برای در مان بیماران سرطاني می‌بایست، کانالیزه شود. به عبارتی، کمک‌های افراد نیکوکار باید در مکانی سرمایه گذاری شود که آن مرکز اقدامات زیر بنایی در زمینه پیشگيري، غربالگري و در مان را دنبال کند.

به گفته رئیس انجمن سرطان ایران، رویکرد «ششمین همایش انجمن سرطان ایران» توجه به نقش بیمه‌ها در درمان بیماران سرطاني است.

وي افزود: یکی از مباحثی که در ششمین همایش سالانه انجمن سرطان ایران مطرح خواهد شد، «اقتصاد سرطان» است که مسایل مطرح شده در زمینه نقش بیمه‌ها در پیشگيري، غربالگري و درمان سرطان و آثار و تبعات اقتصادی سرطان بر خانواده و جامعه را به بحث و بررسی خواهد گذاشت.

گفتنی است، ششمین همایش سالانه انجمن سرطان ایران با محوریت «عدالت در سلامت» و با هدف ارائه جدیدترین روشهای تشخیصی و درمانی این بیماری ۲۶ تا ۲۸ آبان ماه امسال در مرکز همایش‌های بین‌المللی رازی تهران برپا می‌شود

### نخستین بازی رایانه‌ای با رویکرد پیشگیری از اعتیاد تولید می‌شود

سرپرست سازمان بهزیستی کشور با اشاره به نقش ابزارهای چند رسانه‌ای مانند بازی‌های رایانه‌ای در آموزش پیشگیری از اعتیاد به انواع مخدر میان قشر کودک و نوجوان، از تولید نخستین بازی رایانه‌ای با رویکرد پیشگیری از اعتیاد توسط این سازمان خبر داد.

به گزارش روز جمعه ایرنا از بنیاد ملی بازی‌های رایانه‌ای، 'احمد اسفندیاری' در این باره افزود: ایده تولید این بازی حدود پنج ماه پیش ارایه شد که از سوی سازمان بهزیستی مورد استقبال قرار گرفت. سرپرست سازمان بهزیستی کشور اضافه کرد: علت اصلی روی آوردن به بازی‌های رایانه‌ای برای ارایه آموزش‌های مربوط به پیشگیری از اعتیاد به قشر کودکان و نوجوان، احساس جای خالی این موضوع در عرصه بازی‌های رایانه‌ای بود.

این مقام سازمان بهزیستی کشور اضافه کرد: در این بازی به بحث پیشگیری از اعتیاد در قالب رویکرد مهارت‌های زندگی پرداخته شده است.

اسفندیاری تصریح کرد: برای ساخت این بازی با سازمان‌ها و نهادهای مختلف مانند بنیاد ملی بازی‌های رایانه‌ای، کانون پرورش فکری کودکان و ستاد مبارزه با مواد مخدر رایزنی صورت گرفت و در نهایت تصمیم به تولید بازی گرفته شد.

سرپرست سازمان بهزیستی کشور با تأکید بر اینکه این بازی در راستای پیشگیری از اعتیاد مانند روی آوردن نوجوانان به دخانیات تولید می‌شود، افزود: در این بازی مواد مخدر به تصویر کشیده نمی‌شود بلکه مهارت‌های زندگی بصورت غیرمستقیم به قشر کودک و نوجوان آموزش داده می‌شود تا دچار اعتیاد نشوند.

این مقام مسوول سازمان بهزیستی کشور با بیان اینکه قرارداد آغاز تولید با موسسه سازنده منعقد شده است، گفت: این موسسه با همکاری بنیاد ملی بازی‌های رایانه‌ای انتخاب شده و تاکنون بیشترین همکاری را با بنیاد ملی بازی‌های رایانه‌ای داشته است.

اسفندیاری تصریح کرد: تاکنون سه جلسه درباره این بازی برگزار شده است که در این جلسات نمایندگان کانون پرورش فکری کودکان و نوجوانان، چند تن از کارشناسان و نماینده موسسه‌ای که کار تولید را برعهده دارد، حضور داشته‌اند.

سرپرست سازمان بهزیستی کشور گفت: وقتی قرار است یک چیزی از قشر کودک و نوجوان گرفته شود، باید جایگزینی برای آن پیدا کرد که امروزه بازی‌های رایانه‌ای به دلیل جذابیت زیاد و برخی ظرافت‌ها، بهترین جایگزین است.

اسفندیاری ادامه داد: سنین ۹ تا ۱۲ سالگی مرزی است که نوجوانان به سیگار روی می‌آورند و ما در این بازی قصد داریم با ارایه برخی مهارت‌ها از این مساله جلوگیری کنیم.

وی با بیان اینکه هنوز داستان بازی مشخص نیست، گفت: هنوز فانتزی و یا واقع‌گرایانه بودن داستان مشخص نشده است.

سرپرست سازمان بهزیستی کشور همچنین یادآور شد: با توجه به اینکه این کار نخستین تجربه سازمان بهزیستی کشور در عرصه بازی‌های رایانه‌ای محسوب می‌شود، این سازمان برای همکاری و تعامل با نهادهای فرهنگی ذی‌ربط به ویژه بنیاد ملی بازی‌های رایانه‌ای که با چالش‌ها و فرصت‌های این عرصه آشنا است، آمادگی کامل دارد.

اسفندیاری با بیان اینکه راه‌اندازی جشنواره مستقل و تخصصی بازی‌های رایانه‌ای با توجه به مخاطب گسترده این حوزه اجتناب‌ناپذیر است، گفت: باید عرصه‌ای برای معرفی تولیدات داخلی و شناسایی آثار مفید خارجی باشد و این مهم تنها در قالب رویداد رقابتی و معتبر امکان‌پذیر است.

منبع خبر: ایرنا مورخ: ۱۳۸۹/۰۸/۰۱ نوع خبر: گزارش

### تولید داروی بتاپویتین برای نخستین بار در کشور

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اعلام کرد: داروی بتاپویتین (اریتروپویتین نوع بتا) برای نخستین بار در کشور تولید و هفته گذشته به بازار دارویی کشور عرضه شد.

به گزارش روز چهارشنبه ایرنا از وزارت بهداشت، داروی بتاپویتین برای درمان کم‌خونی در بیماران نارسایی مزمن کلیوی که تحت دیالیز خونی منظم قرار دارند، استفاده می‌شود.

براساس این گزارش به منظور تولید و عرضه این داروی بیوتکنولوژی، پیش‌نویس مطالعه بالینی بتاپویتین در اواخر سال ۸۴ با کمک استادان نفرولوژی دانشگاهی تهیه شده و پس از اخذ مجوز کمیته اخلاق برای انجام مطالعه بر روی بیماران از کمیته کشوری اخلاق پزشکی، این مطالعات از مهرماه ۸۶ وارد مرحله اجرایی شد.

این گزارش حاکیست انجام مطالعات بالینی بتاپویتین در یکی از مراکز دیالیز زیر نظر یک تیم کامل پزشکی شامل نفرولوژیست، متخصص آمار، پرستار و فارماکولوژیست و به صورت دوسوکور بر روی صد بیمار دچار نارسایی مزمن کلیه تحت دیالیز منظم خونی انجام شد.

بنابه این گزارش، به موازات انجام کارآزمایی بالینی، بتاپویتین به یکی از مراکز بین‌المللی و معتبر به نام NIBSC در انگلستان ارسال شد تا با انجام روش‌های دستگامی و کروماتوگرافی، مولکول دارو از نظر ساختمان شیمیایی و اجزای تشکیل دهنده نیز مورد بررسی قرار گیرد. این گزارش می‌افزاید: گزارش نهایی مطالعه بالینی و تاییدیه مولکول دارو توسط مرکز بین‌المللی NIBSC در ابتدای سال ۸۹ برای اداره غذا و داروی وزارت بهداشت ارسال شد و اخذ تاییدیه نهایی و مجوز ورود به بازار در شهریور ماه ۸۹ صورت گرفت. براساس این گزارش، نتایج کارآزمایی بالینی نشان داد که بتاپویتین تولیدی با اریترپویتین نوع بتا استاندارد جهانی، از نظر کارایی برای درمان کم‌خونی در بیماران دچار نارسایی مزمن کلیوی تحت دیالیز خونی منظم کاربرد دارد و نیز از نظر بی‌خطری کاملاً همسنگ (Biosimilar) بوده و تفاوتی بین این دو دارو وجود ندارد. این گزارش یادآور شده است: نتایج مطالعه فوق در دوازدهمین کنگره بین‌المللی نفرولوژی، دیالیز و پیوند به زودی برای بررسی چاپ به یکی از مجلات معتبر بین‌المللی دیالیز و پیوند کلیه ارسال می‌شود. ۷/۲۸

منبع خبر: ایرنا مورخ: ۱۳۸۹/۰۸/۰۱ نوع خبر: گزارش

**بیشترین مسمومیت‌ها در کشور مربوط به مسمومیت‌های دارویی است**

### **مرکز اطلاع‌رسانی داروها و سموم در آغاز هفته پیشگیری از مسمومیت‌ها، مسمومیت‌های دارویی را ۹۰ درصد، مواد شیمیایی را ۷۰ و مواد غذایی و گزیدگی‌ها را يك درصد از مجموع مسمومیت‌ها اعلام کرد.**

به گزارش روز شنبه ایرنا از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، از بین ۱۳ هزار و ۳۰۰ تماس تلفنی دریافت شده در شش ماهه نخست سال ۸۸ توسط این مرکز ۲/۵ درصد آنها مربوط به مسمومیت، است که از این میزان ۶۰ درصد مسمومیت‌ها تصادفی و مابقی عمدی گزارش شده است.

بر این اساس، تعداد مسمومین بزرگسال مراجعه کننده به بیمارستان مرکزی مسمومیت‌ها (لقمان حکیم) ۳۰ هزار مورد در سال است که ۱۲ هزار نفر از این تعداد بستری می‌شوند. عمده‌ترین عوامل مسمومیت‌زا، داروها، گاز منوکسیدکربن، سموم دفع آفات، مواد شیمیایی، محصولات بهداشتی، شوینده و آرایشی در منازل، گیاهان سمی، فلزات سنگین، گزیدگی‌ها و غذای آلوده به سم هستند.

نامگذاری روزهای هفته پیشگیری از مسمومیت‌ها از شنبه اول تا جمعه هفتم آبان ماه شامل: پیشگیری از مسمومیت ناشی از گازها و منوکسیدکربن، پیشگیری از مسمومیت‌ها در اطفال، پیشگیری از مسمومیت ناشی از سو مصرف مواد در جوانان، پیشگیری از مسمومیت با مواد غذایی و گیاهان سمی، پیشگیری از بروز مسمومیت با سموم دفع آفات و مواد شیمیایی و شوینده خانگی، پیشگیری از مسمومیت ناشی از گزیدگی و پیشگیری از بروز مسمومیت‌های دارویی، است.

منبع خبر: ایرنا مورخ: ۱۳۸۹/۰۸/۰۱ نوع خبر: گزارش

**روابط وزارتخانه‌های بهداشت و درمان ایران و ترکیه گسترش می‌یابد**

آنکارا- توسعه مناسبات بهداشت و درمان ایران و ترکیه در دیدار دکتر 'محمد رضا نیک‌نام' قائم مقام وزیر بهداشت کشورمان در امور همکاری‌های بین‌المللی با قائم مقام وزیر بهداشت ترکیه مورد تأکید قرار گرفت.

به گزارش ایرنا از آنکارا، قائم مقام وزیر بهداشت کشورمان در امور همکاری‌های بین‌المللی به منظور نهایی کردن برنامه اجرایی تفاهم‌نامه مشترک بین وزارتخانه‌های ایران و ترکیه که در تابستان گذشته به امضا وزرای بهداشت دو کشور رسید، دوشنبه شب وارد آنکارا شد. 'جمشید زهی' نماینده سراوان در مجلس شورای اسلامی نیز هیأت ایرانی را در این سفر همراهی می‌کند.

برپایه این گزارش، در این ملاقات که عصر چهارشنبه انجام شد، طرفین در مورد برنامه پیشنهادی اجرایی جمهوری اسلامی ایران در زمینه ارتقای سطح همکاری‌های بهداشتی و چگونگی دستیابی به آن بحث و مذاکره کردند. در این ملاقات که بیش از ۲/۵ ساعت به طول انجامید، تعدادی از کارشناسان وزارت بهداشتی ترکیه نیز

حضور داشتند طرفین حول محورهای دارو، تجهیزات، درمان، امور بهداشتی، فوریتها و بحرانها، مسایل مربوط به خون و فرآورده های خونی، تحقیقات، آموزش، پزشك خانواده و اعزام بیمار به بحث و تبادل نظر پرداختند.

در جلسه یاد شده مقرر شد، ملاقاتهای کمیته های پیگیری به طور دوره ای در یکی از پایتختها صورت بگیرد.

در جلسه یاد شده همچنین زمان بندی و مرحله بندی تصمیمات مسولین پیگیری مورد بحث و توافق طرفین قرار و مقرر شد که مقرر شد گزارش پیشرفت آن طی سه ماه آینده تهیه شود.

هیات وزارت بهداشت و درمان جمهوری اسلامی ایران همچنین با وزیر بهداشت ترکیه نیز دیدار کرد. در این دیدار ' رجب آکداغ' وزیر بهداشت ترکیه ضمن ابراز خرسندی از توافقهایی صورت گرفته بین طرفین بر گسترش روابط بهداشتی و درمانی بین دو کشور تاکید کرد.

دکتر نیکنام قائم مقام وزیر بهداشت در امور بین المللی نیز در این دیدار از نهایی کردن برنامه اجرایی در راستای توافقهایی طرفین بعد از دیدار سالجاری وزیر بهداشت و درمان ترکیه از تهران و در طی مدت زمان کوتاهی ابراز خرسندی کرد.

وی با اشاره به تعدد و تنوع زمینه های همکاری بین دو کشور افزود: علاوه بر این زمینه ها، زمینه های متنوع دیگری نیز برای همکاریهای بهداشتی و درمانی بین دو کشور وجود دارد که این مساله نیز نمایانگر ظرفیت بالای امکان کار مشترک طرفین در حیطه بهداشت و درمان است.

در این دیدار در مورد همکاری در حوادث و بلاها، واکسن، تولید دارو و پزشك خانواده بحث و گفت و گو شد.

پیش از این دیدارها هیات ایرانی با رییس و برخی اعضای کمیسیون بهداشت و درمان مجلس ترکیه نیز دیدار و طی آن طرفین بر اهمیت گسترش روابط بین طرفین و نقش مجالس دو کشور در این زمینه تاکید کردند ۷/۲۹

منبع خبر : مهر مورخ : ۱۳۸۹/۰۸/۰۱ نوع خبر : گزارش

#### نظام سلامت در هیچ جای دنیا برای مردم هزینه بر نیست

رئیس کل سازمان نظام پزشکی ایران با تاکید بر اینکه نظام سلامت در هیچ جای دنیا برای مردم هزینه بر نیست، گفت: تمام بودجه سلامت حدود ۱۰ هزار میلیارد تومان است که این بودجه در برابر نیازها و مشکلات این حوزه بسیار ناچیز است.

به گزارش خبرگزاری مهر، دکتر سیدشهاب الدین صدر نایب در جمع اعضای سازمان نظام پزشکی استان همدان و برخی استانهای همجوار گفت: هیچ پزشکی حق ندارد یک ریال بالاتر از تعرفه مشخص شده از مردم پول بگیرد و ما حتی در برابر یک ریال هم کوتاه نخواهیم آمد.

وی با عنوان این مطلب که یکی از درخشان ترین کارنامه های پس از انقلاب اسلامی متعلق به جامعه پزشکی است افزود: با وجود کمبودها و چالشهای پیش روی جامعه پزشکی، پزشکان همواره در سالهای پس از انقلاب در عرصه های مختلف حضور افتخارآمیز داشتند و ما افتخار می کنیم که عضو جامعه پزشکی هستیم.

نایب رئیس مجلس در ادامه به موضوع تعرفه و کم بودن دستمزد پزشکان اشاره کرد و گفت: مشکل کشور ما مشکل تعرفه نیست و چالشی که ما با آن مواجه هستیم به دلیل برداشتهای غیرکارشناسی در نگاه به موضوع سلامت است.

وی با بیان این مطلب که نظام سلامت در هیچ جای دنیا برای مردم هزینه بر نیست، از سیستم بودجه ریزی در کشور در رابطه با نظام سلامت انتقاد کرد و گفت: سهم سلامت در کشور ما از درآمد خالص ملی بسیار کم است و از شاخص ها و اهداف محقق شده فاصله بسیاری دارد.

صدر به مشکلات جامعه پزشکی اشاره کرد و گفت: بالا بودن مطالبات مردم، ناکارآمدی بیمه ها و کمبود بودجه از بزرگترین مشکلاتی است که پزشکان با وجود این که هیچ تقصیری در به وجود آنان ندارند باید پاسخگوی آن باشد.

نایب رئیس مجلس با بیان این مطلب که تمام بودجه ای که برای سلامت در نظر گرفته می شود چیزی حدود ۱۰ هزار میلیارد تومان است گفت: این بودجه در برابر نیازها و مشکلات حوزه سلامت بسیار ناچیز است.

وی ادامه داد: به دنبال این هستیم تا افراد تحت پوشش بیمه هیچ هزینه ای برای درمان خود در بیمارستانها پرداخت نکنند.

صدر گفت: اگر بیمارستانها اعتبارات شان تامین شود به هیچ وجه نباید از مردم پولی بگیرند و این موضوع باعث می شود که اعتماد مردم به بیمارستان های دولتی افزایش یابد و نیازی به رجوع آنها به بیمارستانهای خصوصی نباشد.

وی در ادامه با انتقاد از اجرا نشدن قانون بیمارستانهای هیئت امنایی گفت: در بودجه سال ۸۸ و همچنین بودجه سال ۸۹ قانون بیمارستان های هیئت امنایی گنجانده شده بود که متأسفانه تاکنون اجرایی نشده و هنوز هم خبری از آن نیست.

نایب رئیس مجلس با بیان اینکه سلامت جزو امور زیربنایی است، افزود: در حال حاضر ۶۰ درصد هزینه های درمان را مردم پرداخت می کنند در صورتی که باید این رقم به ۳۰ درصد کاهش پیدا کند ۷/۳۰

منبع خبر : مهر مورخ : ۱۳۸۹/۰۸/۰۱ نوع خبر : گزارش

#### استخدام ۲۳ هزار پرستار در انتظار مصوبه مجلس است

وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی استخدام ۲۳ هزار پرستار را منوط به صدور مجوز مجلس شورای اسلامی دانست.

به گزارش خبرنگار مهر در ساری، مرضیه وحید دستجردی وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی ظهر پنجشنبه در حاشیه بازدید از مناطق درمانی ساری در جمع خبرنگاران اظهار داشت: در صورت صدور مجوز از سوی مجلس استخدام پرستاران در برنامه پنجم انجام خواهد شد.

وی افزود: این پرستاران برای بخش های تازه تاسیس و بیمارستانهای تازه ساخت در نظر گرفته شده اند.

وزیر بهداشت با اشاره به اینکه بیمارستانهای مازندران با کمبود تخت مواجه هستند گفت: مراکز درمانی مازندران از لحاظ پرستاری در وضعیت مطلوبی قرار دارد ولی از لحاظ اشغال تخت دارای مشکلاتی است.

وی تصریح کرد: مازندران دارای پزشکان متخصص خوبی بوده و در این خصوص از متوسط سطح کشوری نیز بالاتر است.

دستجردی با اشاره به اینکه بیشتر کمبود تخت ها در مراکز درمانی تازه ساخت است، خاطر نشان کرد: امیدواریم با برنامه ریزی لازم این مشکل برطرف شود.

به گفته وی اورژانس های بخش شرق مازندران که تا ظهر پنجشنبه بازدید شد در وضعیت مطلوبی قرار دارد.

وزیر بهداشت همچنین در پاسخ به سئوالی در خصوص وضعیت بیماران تالاسمی گفت: بیماران تالاسمی تحت پوشش قرار دارند و داروهای تولیدی داخل صد در صد در اختیار آنان قرار دارد.



وی ابراز امیدواری کرد که بر اساس برنامه ریزی صورت گرفته تلاش داریم هیچ نوزاد مبتلا به تالاسمی متولد نشود.

دستجردی در آغاز بازدید ۲ روزه خود از مراکز درمانی مازندران صبح روز پنجشنبه از اورژانس و مراکز درمانی شهرستانهای بهشهر، نکاح، ساری بازدید کرد.

وزیر بهداشت و درمان و آموزش پزشکی بعد از ظهر امروز پنجشنبه از مراکز درمانی و اورژانس سوادکوه، قائم شهر، بهنمیر و فریدون کنار، بابلسر بازدید خواهد کرد. ۷/۲۹

منبع خبر : فارس مورخ : ۱۳۸۹/۰۸/۰۱ نوع خبر : گزارش

#### دبیر اجرایی همایش نگاه جامعه به صرع: سالانه ۳۰ هزار نفر در کشور به بیماری صرع مبتلا می‌شوند

خبرگزاری فارس: دبیر اجرایی همایش نگاه جامعه به صرع با بیان اینکه در حال حاضر شیوع صرع افزایش پیدا کرده است، گفت: هر سال ۳۰ هزار نفر در کشور به بیماری صرع مبتلا می‌شوند که اغلب آنها کودکان هستند.

به گزارش خبرنگار اجتماعی باشگاه خبری فارس «توانا»، بیست و چهارمین همایش بیماری صرع با موضوع نگاه جامعه به صرع در تالار ابن سینا دانشگاه علوم پزشکی تهران برگزار شد.

سیدرضا حسینی سده سرپرست مرکز بهداشت جنوب تهران و دبیر اجرایی این همایش، هدف از برگزاری همایش "نگاه جامعه به صرع" را افزایش آگاهی مردم و انعکاس آن به جامعه از طریق تریبون‌های علمی نظیر دانشگاه علوم پزشکی، انجمن صرع ایران و رسانه‌ها دانست.

وی گفت: هم‌اکنون طرح ادغام بهداشت روان بیماران مبتلا به صرع در ۳ استان کشور در حال اجراست و روز به روز به مراجعه افراد به مراکز بهداشتی و درمانی افزوده می‌شود.

دبیر اجرایی همایش نگاه جامعه به صرع ادامه داد: تمام خانه‌های بهداشتی و درمانی از نظر علمی و عملی این آمادگی را دارند تا به بیماران صرعی خدمت‌رسانی کنند؛ ضمن اینکه تمام پزشکان و کارشناسان این مراکز آموزش‌های لازم را در این زمینه دیده‌اند.

حسینی سده تصریح کرد: آمار جهانی نشان می‌دهد که یک درصد از افراد در جوامع بشری مبتلا به صرع هستند که در این میان ۷۵ درصد از این جمعیت زیر ۲۰ سال قرار دارند و یک درصد در سن ۱۰ تا ۱۲ سالگی هستند همچنین از هر یک‌هزار کودک ۵ تا ۸ نفر مبتلا به صرع هستند.

وی با بیان اینکه بیماری صرع به شکل ضعیف و قوی نشان داده می‌شود و بیمار باید دانش خود را در خصوص این بیماری بالا ببرد، اظهار داشت: در حال حاضر شیوع صرع افزایش پیدا کرده و از هر ۲۰۰ نفر یک نفر حمله صرع را تجربه می‌کنند و هر سال ۳۰ هزار نفر در کشور به بیماری صرع مبتلا می‌شوند که اغلب آنها کودکان هستند.

سرپرست مرکز بهداشت جنوب تهران اضافه کرد: انگ‌زدایی باید از بیماران صرعی برداشته شود؛ بیماران صرعی می‌توانند ازدواج کنند، صاحب فرزند شوند و به فعالیت‌های روزانه و ورزشی خود ادامه دهند. ۷/۳۰

منبع خبر : مهر مورخ : ۱۳۸۹/۰۸/۰۱ نوع خبر : گزارش

#### وزیر بهداشت با مادر شهید کشوری دیدار کرد

وزیر بهداشت و درمان و آموزش پزشکی در نخستین روز از سفر خود به مازندران با مادر شهید خلیان کشوری دیدار کرد.

به گزارش خبرنگار مهر در کیا کلاه، وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی پس از بازدید از درمانگاه ۱۰ تختخوابی بخش کیاکلاه شهرستان قائم شهر به دیدار مادر شهید کشوری رفت.

مادر شهید کشوری در این دیدار با اشاره به اینکه حرف برای گفتن زیاد است، اظهار داشت: بخش کیاکلاه شهرستان قائمشهر دارای محرومیت های فراوانی است ولی در چند سال اخیر مورد توجه دولت قرار گرفته و حمایت های خوبی صورت گرفته است.

سید فاطمه سیلاخوری از پذیرش مسئولیت یک وزارتخانه از سوی یک خانم ابراز خرسندی کرد و گفت: در نامه به رئیس جمهور درخواست احداث بیمارستان ۵۰ تختخوابی را داده بودم ولی تنها مجوز ۱۰ تختخوابی را صادر کرده اند که در حال حاضر در حال ساخت است.

در این دیدار علاوه بر مقامات ارشد وزارت بهداشت استاندار مازندران نمایندگان قائمشهر، سواد کوه و جویبار و کیاکلاه و امام جمعه کیاکلاه حضور داشتند ۷/۲۹

منبع خبر : فارس مورخ : ۱۳۸۹/۰۸/۰۱ نوع خبر : گزارش

### سیستم‌های بهداشتی احساس امنیت را ایجاد می‌کند

معاون دانشگاه علوم پزشکی تبریز گفت: سیستم‌های بهداشتی و استفاده از آنها احساس امنیت را در میان مردم ایجاد می‌کند.

احمد کوشا امروز در گفت‌وگو با خبرنگار فارس در تبریز اظهار داشت: یکی از اصلی‌ترین وظایف مرکز بهداشت استان به عنوان یکی از معاونت‌های دانشگاه علوم پزشکی وظیفه دارد هر کاری را که در راستای حفظ و ارتقای سلامت مردم و جامعه است، انجام دهد.

وی تأکید کرد: انسان سالم کسی است که نه فقط از نظر جسمی بلکه از لحاظ روانی و اجتماعی و معنوی نیز در سلامت کامل باشد و ما معتقدیم جامعه‌ای که اعضای کاملاً سالم داشته باشد می‌تواند پویا و کارساز عمل کند.

معاون دانشگاه علوم پزشکی تبریز در ادامه با اشاره به اقدامات این مرکز درباره ارتقای سلامت گفت: مرکز بهداشت استان با اجرایی کردن اقداماتی چون ایجاد خانه‌های سلامت، اجرای طرح پزشک خانواده، خدمات سلامت جمعیت و خانواده، بهداشت دهان و دندان و ... توانسته است تا حدود زیادی میثت ایجاد سلامت در میان افراد جامعه را عملی کرده و مشکلات جسمی و روانی. اجتماعی افراد را رفع کند.

کوشا در ادامه به اهمیت بهداشت روانی جامعه و مردم اشاره کرد و با تأکید بر افزایش مبتلایان به افسردگی در استان افزود: امسال بیماری افسردگی اولویت استان تعیین شده است.

معاون دانشگاه علوم پزشکی تبریز تصریح کرد: مرکز بهداشت استان در نظر دارد با ایجاد مراکز مخصوص، ارائه آموزش‌ها و مشاوره‌های تخصصی در رابطه با مشکلات روانی و رفتاری مردم، سطح سلامت روانی افراد را ارتقا دهد چرا که جامعه سالم باید اعضای داشته باشد که از نظر روحی و روان در صحت و سلامت کامل باشند.

کوشا گفت: هم‌اکنون تعداد یک‌هزار و ۱۶۳ خانه بهداشت و ۲۷۶ مرکز بهداشتی و درمانی در سطح استان در حال خدمات‌دهی به مردم هستند و بدون شک این تعداد مرکز به نیروهای متخصص بیشتری نیاز دارد و این امر نیز تنها با مساعدت و همکاری ارگان‌های حمایتی مربوط به سیستم بهداشتی امکان‌پذیر خواهد بود.

معاون دانشگاه علوم پزشکی تبریز همچنین با بیان اینکه کمبود پزشک یکی از اصلی‌ترین مشکل طرح پزشک خانواده در تبریز است، اظهار داشت: به دلیل وجود مشکلاتی چون عدم افزایش حقوق پزشکان خانواده و عدم پذیرش آنان از سوی مردم، پزشکانی که برای این طرح در نظر گرفته می‌شوند

مدت زمان زیادی دوام نمی‌آورند و از سیستم خارج می‌شوند. وی اظهار کرد: در حال حاضر ۴۲۳ پزشک خانواده در این سیستم به انجام خدمت مشغول هستند که این تعداد به نسبت مراکز موجود و جمعیت روستایی، بسیار اندک است

منبع خبر : فارس مورخ : ۱۳۸۹/۰۸/۰۱ نوع خبر : گزارش

#### اورژانس‌های کشور ۷ هزار متخصص اورژانس نیاز دارند

وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی گفت: اورژانس‌های کشور به ۷ هزار نیروی متخصص در بخش طب اورژانس نیاز دارند.

به گزارش خبرگزاری فارس از آمل، مرضیه وحیددستجردی عصر جمعه در حاشیه افتتاح نخستین اورژانس هوایی کشور در آمل در جمع خبرنگاران با بیان اینکه هم اکنون یک هزار و ۸۵۰ پایگاه اورژانس در جاده‌های اصلی کشور مستقر هستند، افزود: بر اساس برنامه وزارت بهداشت این اورژانس‌ها در جاده‌های فرعی نیز مستقر می‌شوند. وی با اشاره به اینکه تعدادی اتوبوس آمبولانس و موتورلانس در اختیار دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور قرار می‌گیرد، تصریح کرد: توسعه این مراکز موجب تقویت این پایگاه‌ها می‌شود.

دستجردی با اعلام اینکه ساماندهی پایگاه‌های اورژانس در دستور کار این وزارتخانه قرار دارد، یادآور شد: با تشکیل کمیته تعیین تکلیف بیماران این اورژانس‌ها با پزشک متخصص اداره می‌شوند. وی با بیان اینکه تراکم در مراکز اورژانس‌ها را قبول داریم و درصد کاهش این بار ترافیکی هستیم، گفت: تنها ۸۰ متخصص طب اورژانس در کشور فعالیت می‌کنند که با فارغ‌التحصیلان این رشته این میزان به میزان ۸۵ نفر می‌رسد.

وزیر بهداشت با اعلام اینکه سعی می‌کنیم تمام اورژانس‌های کشور را به متخصص طب اورژانس مجهز کنیم، یادآور شد: در حال حاضر ۷ هزار متخصص طب اورژانس در کشور مورد نیاز است. وی افزود: به منظور دسترسی به نیروهای متخصص اورژانس بخش‌های تربیت‌کننده این نیروها در کشور افزایش خواهد یافت.

وزیر بهداشت و درمان که به منظور سفر دو روزه به مازندران سفر کرده بود شب گذشته مازندران را به مقصد تهران ترک کرد

منبع خبر : ایسنا مورخ : ۱۳۸۹/۰۸/۰۱ نوع خبر : گزارش

#### پرداخت تمامی مطالبات داروخانه‌ها، پزشکان و دندانپزشکان ظرف ۱۰ روز آینده

در پی ابلاغ پرداخت ۶۰۰ میلیارد ریالی صندوق تامین اجتماعی به مدیران درمان استان‌های سراسر کشور مبنی بر پرداخت مطالبات داروخانه‌ها، پزشکان و دندانپزشکان، کلیه مطالبات این مراکز از صندوق تامین اجتماعی ظرف ۱۰ روز آینده تسویه می‌شود.

به گزارش سرویس «اجتماعی» خبرگزاری دانشجویان ایران (ایسنا)، دکتر رحمت‌الله حافظی دستور پرداخت کلیه مطالبات داروخانه‌ها، پزشکان و دندانپزشکان را تا پایان مردادماه سال جاری به مدیران درمانی تامین اجتماعی سراسر کشور ابلاغ کرده و ظرف ۱۰ روز آینده تمامی مطالبات این مراکز پرداخت خواهد شد.

شایان ذکر است، با تسویه این مطالبات از این پس پرداخت‌ها از سوی صندوق تامین اجتماعی به روز می‌شود.

**برنامه های پزشکان خانواده باید در استانها متفاوت باشد**

معاون وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی گفت: برنامه های پزشکان خانواده باید در استانهای کشور متناسب با خصوصیات مردم آن استان باشد و بطور یکسان اجرا نشود.

'علیرضا مصدافی نیا' روز شنبه در گفت و گو با خبرنگار اجتماعی ایرنا افزود: به عنوان مثال، پزشکی که در استان سیستان و بلوچستان خدمت می کند باید خصوصیات آن استان و افراد آن را به خوبی بشناسد و با پزشکی که در استان کهگیلویه و بویراحمد فعالیت می کند، متفاوت باشد. وی با بیان اینکه مهارت پزشکان خانواده در مدیریت پیشگیری و کنترل بیماریها باید بسیار باشد، اظهار داشت: به همین منظور، پایه شیوه های آموزشی این پزشکان در دانشگاه های علوم پزشکی کشور آغاز می شود تا بتوانند رهبری تیم پزشکی را به عهده بگیرند. مصدافی نیا ادامه داد: این پزشکان باید بتوانند با جامعه ارتباط خوبی برقرار کنند و مباحث جامعه شناسی و روانشناسی را فرا گرفته باشند. وی با اشاره به اینکه انتظار وزارت بهداشت از پزشکان خانواده، کارایی مناسب است، گفت: این پزشکان باید عدالت محور باشند و به نظام آموزشی پاسخگو باشند. معاون وزیر بهداشت افزود: برنامه ای که در بحث پزشک خانواده مورد انتظار است، این است که مهارت های لازم را کسب و به مردم ارائه دهند و پزشک خانواده، هر شش ماه یکبار تغییر نکند

**حدود ۶۰ درصد افراد، کمبود ویتامین D دارند****فوق تخصص روماتولوژی و عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی گفت: حدود ۶۰ درصد افراد جامعه با کمبود ویتامین D روبه رو هستند.**

'محمد مهدی امام' روز شنبه در گفت و گو با خبرنگار اجتماعی ایرنا با بیان اینکه مصرف ویتامین D نقش مهمی در سلامت استخوانها دارد، افزود: کمبود ویتامین D در بدن، علاوه بر افزایش خطر پوکی و نرمی استخوان، خطر ابتلا به بیماریهایی مانند سرطان، سکت، آرتروز، دیابت و پارکینسون را افزایش می دهد. این فوق تخصص روماتولوژی اظهار داشت: بدن انسان، روزانه به ۸۰۰ تا یک هزار واحد از ویتامین D نیاز دارد. امام خاطر نشان کرد ویتامین D را می توان از منابع مختلفی مانند شیر، روغن آفتابگردان، جگر و نور آفتاب تامین کرد

**دستکش و بندساعت می تواند باعث بروز حساسیت پوستی شود**

متخصص ایمونولوژی پزشکی و مدیر مرکز طبی کودکان دانشگاه علوم پزشکی ایران گفت: دستکش و بندساعت از عواملی است که می تواند باعث بروز حساسیت پوستی شود.

'نیما رضایی' روز جمعه در گفت و گو با خبرنگار اجتماعی ایرنا افزود: سیستم ایمنی بدن گاهی عوامل بیگانه مانند دستکش و ساعت را به عنوان مزاحم نمی شناسد و با آن تطابق ایجاد می کند اما گاهی نیز در برابر آن واکنش آلرژیک نشان می دهد. وی، خارش، قرمزی، کهیر و التهاب پوست را از جمله نشانه های حساسیت پوستی برشمرد و اضافه کرد: حساسیت به اجسامی مانند دستکش و بندساعت به معنای ضعیف بودن سیستم ایمنی بدن نیست بلکه نشان دهنده واکنش بیش از اندازه بدن، است. وی خاطر نشان کرد: حساسیت های فصلی و آسم از دیگر بیماریهای مربوط به تحریک سیستم ایمنی بدن به شمار می روند که هنگام گرده افشانی درختان شیوع می یابند. این متخصص ایمونولوژی گفت: خارش و آبریزش بینی و قرمزی چشم از نشانه های بیماریهای آلرژیک هستند که تنها راه پیشگیری از ابتلا به آن دوری جستن از عوامل بیماری زاست.

رضایي خاطر نشان کرد: داروهایمانند 'آنتی هیستامین' یا 'اسپری های بینی' نمی توانند از ایجاد حساسیت پیشگیری کنند اما در کاهش علائم این بیماری موثرند.  
وی یادآور شد: استفاده از داروهای ضدحساسیت حتما باید با تجویز پزشک صورت گیرد ۷/۳۰

منبع خبر : ایرنا

مورخ : ۱۳۸۹/۰۸/۰۱ نوع خبر : مصاحبه

مشاور وزیر بهداشت: اولین عامل مرگ و میر در کشور، بیماری قلبی است

**مشاور وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با بیان اینکه روزانه ۳۷۸ نفر در کشور بر اثر بیماری قلبی می میرند، گفت: اولین عامل مرگ و میر در کشور، بیماری قلبی است.**

'حسن آقاجانی' روز جمعه در گفت و گو با خبرنگار اجتماعی ایرنا افزود: بیماری قلبی، اولین علت مرگ و میر و زنگ خطری در خصوص افزایش این بیماری در کشور است .  
وی با بیان اینکه مصرف نمک ، کشیدن سیگار، تغذیه نادرست و فشار خون بالا از مهمترین علل ابتلا به بیماری قلبی در کشور هستند، اظهار داشت: مصرف بالاتر از حد استاندارد نمک، عامل اصلی در بروز فشارخون بالا و بیماری قلبی است .  
آقاجانی با اشاره به اینکه ایرانیان روزانه سه برابر بیش از حد استاندارد نمک مصرف می کنند، گفت: مصرف میوه و سبزیها نیز در کشور در حد مطلوبی نیست و از این رو، توصیه می شود در روز، پنج وعده از این مواد غذایی استفاده شود.  
این متخصص قلب افزود: به دلیل سرعت زندگی شهرنشینی، ممکن است افراد فرصت طبخ غذایی سالم و خانگی را نداشته و به غذاهای آماده و فرآوری شده روی بیاورند.  
آقاجانی ادامه داد: این غذاها، چربی بالا، نیترات و مواد افزودنی دارند و معمولا چربی آنها اشباع شده و سبب چاقی و اضافه وزن می شوند.  
وی اظهار داشت: چاقی و اضافه وزن، عوامل بسیار تاثیرگذاری در بروز دیابت، فشارخون، سرطان و بیماری قلبی هستند و چنانچه افراد در روز، نیم ساعت پیاده روی یا ورزش کنند تا ۸۰ درصد در مقابل ابتلا به بیماری قلبی بیمه می شوند ۷/۳۰

منبع خبر : ایرنا

مورخ : ۱۳۸۹/۰۸/۰۱ نوع خبر : مصاحبه

معاون وزیر بهداشت : ۶۰ بیمارستان آمادگی ارائه خدمات درمانی به بیماران خارجی را دارند

**معاون درمان وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی از آمادگی ۶۰ بیمارستان دولتی و خصوصی برای جذب و درمان بیماران خارجی در کشور خبر داد و گفت :در این جهت دهکده سلامت در شیراز ایجاد می شود.**

به گزارش روز پنجشنبه خبرنگار اجتماعی ایرنا ، 'حسن امامی رضوی' افزود: پیشرفت های سریع دانش پزشکی در کشور پتانسیل های زیادی را برای جذب بیماران خارجی و گسترش گردشگری سلامت ایجاد کرده است و به همین علت روز به روز شاهد افزایش بیماران خارجی در کشور برای درمان هستیم.

وی با بیان اینکه بسترهای مناسبی نیز برای گسترش توریسم درمانی در کشور به وجود آمده است :  
به برخی مراکز درمانی واجد شرایط، این اجازه داده شده که ۱۰ درصد ظرفیت خالی خود را به جذب بیماران خارجی اختصاص دهند و از طرفی وزارت بهداشت از جذب تسهیلات بانکی به بیمارستانهای دولتی و خصوصی به منظور ایجاد امکانات آبرومند و استاندارد برای جذب بیمار خارجی حمایت می کند.

امامی رضوی ادامه داد: برخی بیمارستان های خصوصی از قبل توان و قابلیت جذب بیمار خارجی را داشتند اما در سالهای اخیر به طور مشخص مراکز خاص درمانی در مناطق ویژه از جمله مناطق خوش آب و هوا مانند اردبیل، سرعین، زنجان، شیراز و چند شهر دیگر که جاذبه های گردشگری هم دارند، متقاضی دریافت مجوز جذب بیمار خارجی شده اند.

وی تصریح کرد: وزارت بهداشت نیز از توسعه توریسم درمانی در کشور حمایت می کند و در همین راستا اقدامات لازم برای ایجاد یک دهکده سلامت در شیراز انجام شده است.

به گفته معاون درمان وزیر بهداشت ، بیمارستان های تک تخصصی و چند تخصصی که به جذب بیمار خارجی اقدام می کنند، خدمات درمانی را به بیماران ایرانی هم ارائه می کنند اما به طور طبیعی تعرفه

خدمات درمانی به بیماران خارجی از تعرفه‌های دولتی و در مواقعی حتی از تعرفه‌های نظام پزشکی که برای بیماران داخلی اعمال می‌شود، نیز بالاتر است چون دولت هیچ نوع پارانهای برای ارائه خدمات درمانی به بیماران خارجی پرداخت نمی‌کند.

امامی رضوی افزود: حداقل ۲۰ بیمارستان دولتی و خصوصی در تهران امکان جذب بیمار خارجی را دارند و حدود ۵۰ بیمارستان نیز در شهرهای دیگر می‌توانند به جذب بیمار خارجی اقدام کنند. بنابراین در حال حاضر بیش از ۷۰ بیمارستان و مرکز درمانی در کشور می‌توانند در زمینه توریسم درمانی فعال شوند که البته بین آنها ضعیف و قوی وجود دارد.

وی اظهار داشت: در رشته‌های مختلف پزشکی امکان جذب بیمار خارجی وجود دارد. از جمله انواع پیوندها، جراحی قلب، کبد، انواع جراحی‌های ارتوپدی مانند تعویض مفصل، پیوند مغز استخوان و درمان بیماری‌های چشم پتانسیل جذب بیمار خارجی در کشور وجود دارد.

معاون وزیر بهداشت تصریح کرد: مزیت مهم ایران در ارائه خدمات درمانی به بیماران خارجی تنوع و بالا بودن توان تخصصی پزشکان و جراحان ایرانی و تعداد زیاد آنها در اقصی نقاط کشور با اقلیم‌های آب و هوایی مختلف است که جاذبه‌های زیادی ایجاد کرده است.

وی ادامه داد: با این حال برای افزایش جذب بیماران خارجی و گسترش توریسم درمانی در کشور باید کیفیت بیمارستان‌های کشور را به خصوص از نظر ظاهر فیزیکی ارتقا دهیم. خدمات جانبی و رفاهی به بیماران خارجی نیز باید تقویت شود.

وی در پایان گفت: به همین دلیل نخستین کنفرانس گردشگری سلامت کشورهای اسلامی ۱۱ تا ۱۳ آبان با حضور نمایندگان از ۵۷ کشور اسلامی و مسئولان وزارت بهداشت، سازمان میراث فرهنگی و گردشگری، اتاق بازرگانی، مراکز درمانی و آژانس‌های مسافرتی کشور در بیمارستان رضوی مشهد برگزار می‌شود ۷/۲۹

منبع خبر: مهر مورخ: ۱۳۸۹/۰۸/۰۱ نوع خبر: مصاحبه

#### جزئیات کنکور دکتری تخصصی پزشکی / محرومیت داوطلبان بدون نمره زبان

رئیس مرکز سنجش آموزش پزشکی با اشاره به برگزاری آزمون ورودی دوره دکتری تخصصی (Ph.D) سال تحصیلی ۹۰ - ۸۹ در ۶ آبان ماه گفت: برای داوطلبانی که نمره زبان خود را تا ۴ آبان ارائه ندهند کارت ورود به جلسه صادر نمی‌شود.

دکتر جبرائیل نسل سراجی در گفتگو با خبرنگار مهر افزود: ۴ هزار و ۴۷۵ نفر در این آزمون ثبت نام کرده اند که از این میان ۲ هزار و ۵۵ نفر مرد و ۲ هزار و ۴۲۰ نفر زن هستند.

وی خاطرنشان کرد: داوطلبانی که موفق به ارائه نمره زبان خود نشده اند تا چهارم آبان فرصت دارند که نمره زبان انگلیسی را به مرکز سنجش اعلام کنند در غیر این صورت برای آنها کارت ورود به جلسه آزمون صادر نمی‌شود. همچنین در صورتی که مشخص شود فرد در اعلام نمره زبان خود دچار تخلف شده است در صورت قبولی نیز به هیئت رسیدگی به تخلفات آزمونها معرفی می‌شود.

نسل سراجی اظهار داشت: آزمون پذیرش دانشجوی مقطع دوره دکتری تخصصی (Ph.D) رشته‌های علوم پایه پزشکی و بهداشت، طب سنتی و مواد دندانی و متقاضیان اعزام به خارج از کشور ۶ آبان در شهرهای مشهد، تبریز، شیراز، تهران و تبریز و در ۷ حوزه دانشگاه‌های علوم پزشکی مشهد، تبریز، شیراز، تهران و تبریز، ایران و شهیدبهبشتی برگزار می‌شود.

وی با اشاره به رشته‌هایی که دارای بیشترین و کمترین داوطلب هستند به مهر گفت: رشته پرستاری با ۳۰۶ نفر، بهداشت باروری با ۲۴۰ نفر، زیست فناوری پزشکی با ۲۲۷ نفر و علوم تغذیه با ۲۲۱ نفر دارای بیشترین داوطلبان هستند رشته توکسین‌های میکروبی نیز با ۹ داوطلب کمترین میزان شرکت کننده را دارد. ۷/۳۰

منبع خبر: مهر مورخ: ۱۳۸۹/۰۸/۰۱ نوع خبر: مصاحبه

#### محسنی بندپی: نگرانی کمیسیون بهداشت مجلس از عدم کارایی برنامه پنجم

نایب رئیس کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی از نگرانی این کمیسیون از عدم کارایی برنامه پنجم خبر داد.

به گزارش خبرنگار مهر، انوشیروان محسنی بندپی بعدازظهر جمعه در حاشیه سفر وزیر بهداشت به

مازندران در جمع خبرنگاران مهر و ایرنا مردم نوشهر و چالوس در مجلس شورای اسلامی سلامت را یکی از دغدغه‌ها و نیازهای اساسی مردم دانست و یادآور شد: بخش سلامت یکی از اولویتهای مهم نظام محسوب می‌شود.

وی در خصوص مصوبات کمیسیون بهداشت و درمان در بخش برنامه پنجم توسعه کشور گفت: کمیسیون و وزارت بهداشت نسبت به کارآمد کردن برنامه پنجم توسعه اقدام کرده‌اند.

وی افزود: متأسفانه به واسطه اختلاف بین دولت و مجلس در برنامه پنجم برخی از مصوبات از "تکلیف" به "مجاز بودن" تبدیل شده که این امر نگرانی اعضای کمیسیون را پدید آورده است.

نایب رئیس کمیسیون بهداشت و درمان مجلس از ارسال نامه‌ای به مقامات ارشد نظام خبر داد و خاطرنشان کرد: اعضای کمیسیون طی نامه‌ای به رئیس جمهور و رئیس مجلس شورای اسلامی نگرانی‌های خود را در خصوص نحوه اجرای کاهش پرداخت هزینه بهداشت و درمان و محقق شدن ۳۰ درصد هزینه از سوی مردم اعلام کردند.

به گفته وی با تجدیدنظری که صورت گرفته به اهداف مورد نظر برنامه پنجم نخواهیم رسید.

وی در ادامه با اشاره به اینکه کمیسیون در خصوص کمبود نیروی انسانی در واحدهای بهداشتی و درمانی حساس شده است، تصریح کرد: کمبود نیرو در این بخش‌ها موجب فشار آمدن به کارکنان شاغل در مناطق درمانی می‌شود.

وی ادامه داد: به غیر از استخدام ۲۲ هزار پرستار، کمیسیون بهداشت بر تامین کمبود نیرو در اورژانس‌های پیش بیمارستانی و مراکز بهداشتی و درمانی نیز تاکید دارد.

محسنی بندپی فعال کردن بیمارستانهای هیئت امنایی را از برنامه‌های کمیسیون اعلام کرد و اظهار داشت: ۱۲۰ هزار تخت دولتی در بیمارستان‌های کشور وجود دارد که با وجود نیروهای متخصص و تشکیلات مناسب بهره برداری خوبی از این ظرفیت‌ها صورت نمی‌گیرد.

وی ادامه داد: در قانون بودجه سالهای اخیر بر استفاده از نیروهای متخصص تمام وقت با پرداخت دستمزد مناسب در بیمارستان‌ها تاکید شده است و با توجه به اینکه این امر از سوی رئیس جمهور ابلاغ شده است، جنبه اجرایی پیدا نکرده است.

### **تمام وقت شدن پزشکان موجب عدم فعالیت پزشکان در بیمارستانهای خصوصی شده است**

به گفته وی افزایش دستمزد و تمام وقت شدن پزشکان موجب ماندگاری و عدم فعالیت پزشکان در بیمارستان‌های خصوصی می‌شود.

نماینده مردم نوشهر و چالوس تاکید کرد: ضریب حقوقی ۳/۶ با مشارکت وزارت بهداشت و وزارت رفاه جهت افزایش حقوق پزشکان از سوی رئیس جمهور ابلاغ شده است ولی عدم اجرای آن موجب افزایش پدیده شوم زیرمیزی و دریافت پول از سوی پزشکان شده است.

به گفته وی یکی از مشکلات اساسی، واقعی نبودن تعرفه‌ها در بخش دولتی بوده و این امر هم به پایین بودن سرانه بهداشت مربوط می‌شود.

محسنی بندپی ادامه داد: در برنامه چهارم میزان سرانه بهداشت شفاف نبوده و مشکلاتی را در خصوص اجرای آن به وجود آورده است ولی در برنامه پنجم به سرانه بهداشت جدی‌تر پرداخت شده و برای واقعی کردن سرانه بهداشت و کاهش سهم مردم در پرداخت هزینه‌های درمانی و رسیدن به میزان ۳۰ درصد، برنامه‌های راهبردی تدوین شده است.

به گفته وی براساس برنامه پنجم و افزایش سالانه ۲۲/۵ درصد به اعتبارات سازمانهای بیمه‌گر و ۱۰ درصد به بودجه وزارت بهداشت، به مشکلات پرداخت‌ها و سهم واقعی مردم در هزینه‌های بهداشتی دست خواهیم یافت.

وزیر بهداشت و درمان و دیگر مسئولان وزارت بهداشت و استان در حال حاضر جهت افتتاح نخستین پایگاه امداد هوایی اورژانس کشور در آمل حضور یافتند. ۷/۳۰

**بیمارستان محمودآباد بهمن امسال افتتاح می‌شود**

وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی گفت: بیمارستان محمودآباد بهمن ماه افتتاح می‌شود.

مرضیه وحیددستجردی در حاشیه سفر به مازندران و در گفت‌وگو با خبرنگار فارس در شهرستان محمودآباد بیان داشت: بیمارستان محمودآباد دومین مصوبه سفر ریاست جمهوری به شهرستان محمودآباد بوده است که با پیگیری‌های به‌عمل آمده کار ساخت و تجهیز آن در بهمن ماه سال جاری به اتمام می‌رسد.

وی گفت: این پروژه ۷۵ درصد پیشرفت فیزیکی داشته که پیگیری‌های نماینده مردم این شهرستان در مجلس و تلاش‌های فرماندار این شهرستان و همچنین رئیس دانشگاه علوم پزشکی استان سهم بسزایی در راه اندازی این بیمارستان دارد.

وزیر بهداشت با انتقاد از عملکرد مدیران سابق این شهرستان گفت: بهره‌مندی از یک مرکز بهداشتی و درمانی در شهرستانی با جمعیت ۱۰۰ هزار نفری که به‌عنوان نخستین شهرستان ساحلی در مسیر پایتخت به سایر شهرهای مازندران است نیاز جدی است.

وی تأکید کرد: محمودآباد سالانه میزبان مسافران زیادی از اقصای کشور است که ساخت بیمارستان نیاز مبرم این شهرستان محسوب می‌شود.

وحیددستجردی خاطرنشان کرد: ۱۴ سال انتظار برای به ثمر رسیدن چنین پروژه‌ای اصلاً شایسته مدیران انقلابی نیست.

وی در این بازدید در گفتگویی با پیمانکار و مهندس ناظر این پروژه از آخرین روند ساخت و علل عقب ماندگی پروژه مطلع شد و مبلغ یک میلیارد و ۵۰۰ میلیون تومان برای ادامه ساخت و تجهیز این بیمارستان اختصاص داد.

دستجردی در حاشیه سفر به محمودآباد از پایگاه اورژانس ۱۱۵ و مرکز درمانی شهدای محمودآباد (بهداری هفتم تیر) بازدید کرد و در گفتگویی با پزشکان و پرستاران مشغول به کار در این مرکز درمانی از مشکلات و کمبودهای این درمانگاه آشنا شد و قول مساعد برای اختصاص تجهیزات بیشتر و رفاه حال شهروندان محمودآبادی داد.

**۱۰۰ دستگاه اتوبوس آمبولانس به مراکز درمانی واگذار می‌شود**

وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از واگذاری صد دستگاه اتوبوس آمبولانس برای حمل و انتقال سریعتر بیماران اورژانس به مراکز درمانی کشور تا پایان امسال خبر داد.

به گزارش خبرنگار مهر در آمل، مرضیه وحید دستجردی عصر جمعه در مراسم افتتاح نخستین پایگاه اورژانس هوایی ۱۱۵ کشور در آمل گفت: هم‌اکنون سه هزار و ۵۰۰ آمبولانس، موتورلانس و اتوبوس آمبولانس در کشور در خدمات رسانی به بیماران اورژانسی کشور فعال است.

وی با بیان اینکه در ۵ سال گذشته پایگاه‌های اورژانس جاده‌های و شهری کشور از ۶۰۰ پایگاه اکنون به هزار و ۷۵۰ پایگاه افزایش یافته است، تصریح کرد: زمان انتقال بیماران و مصدومان سوانح نیز از ۱۵ دقیقه در شهرها و کمتر از هشت دقیقه در جاده‌های کشور کاهش یافته و با این کاهش اورژانس کشور اکنون به استانداردهای جهانی رسیده است.

وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اضافه کرد: هم‌اکنون حدود ۱۰ هزار کادر درمانی در اورژانس جاده‌های شهری کشور مستقر هستند.



دستجردی با بیان اینکه برای سرعت در انتقال مصدومان در حوادث جاده ای و شهری نیاز به اورژانس هوایی در کشور بود و وزارت بهداشت برای این منظور براساس قرارداد با وزارت دفاع و نیروی انتظامی در مامورتهای حضور پیدا می کرد، گفت: با توجه به حوادث زیاد در جاده های کشور نیاز به ۴۷ مرکز امداد اورژانس و بالگرد هوایی است که امیدواریم نمایندگان مجلس شورای اسلامی در این خصوص با اختصاص بودجه بیشتر به این وزارتخانه این نیاز ضروری کشور را برطرف کنند.

وی با بیان اینکه احداث پایگاه های اورژانس هوایی ۱۱۵ در مناطق حادثه خیز کشور در کمیسیون تلفیق مجلس شورای اسلامی نیز مصوب شده است، خاطرنشان کرد: تا پایان امسال در بیشتر منطق پرحادثه کشور پایگاه اورژانس هوایی ۱۱۵ مستقر خواهد شد.

رئیس دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی مازندران در این مراسم با بیان اینکه پایگاه اورژانس هوایی آمل نخستین پایگاه ۱۱۵ کشور است، گفت: این پایگاه برای فوریت های پزشکی هوایی درجاده های مازندران به کارگیری می شود و به طور حتم در این استان می ماند.

محمد مهدی ناصحی گفت: هلی کوپتر ۲۱۴ به ارزش ۱۱۵ میلیارد ریال از شرکت پنجا به نام شبکه بهداشت و درمان آمل خریداری شد است.

وی افزود: این پایگاه درزمینی به حدود دوهکتار در فضای خالی پشت اورژانس آمل درخیابان طالقانی آمل واقع شده و شامل محل پت، آشپزخانه، ماشین آلات، محل حضور خلبانان و نیز تامین جایگاه سوخت رسانی هلی کوپتر امداد هوایی است.

فرماندار آمل تصریح کرد: هلی کوپتر ۲۱۴ با موتور قوی و وزن مناسب شش تخت کامل بیمار و ظرفیت نهایی حداقل ۱۶ مصدوم سرپایی را دارد. ۷/۳۰

منبع خبر : فارس مورخ : ۱۳۸۹/۰۸/۰۱ نوع خبر : مصاحبه

#### خالکوبی خطر ابتلا به هپاتیت C را افزایش می دهد

رئیس مرکز بهداشت چهارمحال و بختیاری گفت: خالکوبی خطر ابتلا به بیماری هپاتیت C را افزایش می دهد.

ناصر خسروی امروز در گفت و گو با خبرنگار فارس در شهرکرد با اشاره به یکم آبان ماه سالروز ملی اطلاع رسانی هپاتیت اظهار داشت: هپاتیت ویروسی یکی از عوامل مهم مرگ زودرس انسان بوده، این بیماری در ابتدا منجر به التهاب و ورم کبد می شود که شایع ترین انواع آن هپاتیت نوع A و B است. وی با اشاره به سایر انواع هپاتیت افزود: علاوه بر هپاتیت نوع A و B، هپاتیت نوع C، D، E و نیز وجود دارند.

خسروی با بیان اینکه کبد یکی از مهم ترین اعضای بدن انسان است که نقش حیاتی در زندگی افراد ایجاد می کند، تصریح کرد: وظیفه اصلی کبد، سم زدایی و میکروب زدایی از خون، حفظ سلامت فرد، ذخیره انرژی برای به حرکت درآوردن عضلات و کنترل قند خون و تنظیم کلسترول خون است. خسروی علائم شایع هپاتیت را مشابه علائم آنفلوآنزا دانست و گفت: تهوع، استفراغ، اسهال، بی اشتها، تب، خستگی، زردی چشم و پوست بر اثر تجمع بیلی روبین در خون، تیره شدن رنگ ادرار در اثر ورود بیلی روبین اضافی در ادرار از مهم ترین علائم هپاتیت محسوب می شوند.

وی با بیان اینکه هپاتیت A و E معمولاً از طریق آب و غذا وارد بدن می شوند، افزود: مصرف روغن های غیر طبیعی مایع و جامد و استفاده از خوراکی ها و داروهای شیمیایی از مهم ترین عوامل ابتلا به این نوع هپاتیت به شمار می روند.

رئیس مرکز بهداشت چهارمحال و بختیاری ادامه داد: هپاتیت نوع B از طریق آمیزش های جنسی، تزریق با سرنگ آلوده و تزریق خون آلوده و یا از طریق مادر باردار این عفونت به جنین انتقال می یابد. وی با بیان اینکه هپاتیت C از راه تزریق مواد مخدر داخل رگ، تزریق خون آلوده به فرد سالم انتقال

می‌یابد، افزود: این در حالی‌ست که هپاتیت نوع G از راه خون انتقال می‌یابد. خسروی تماس جنسی با فرد مبتلا به هپاتیت A، مسافرت به مناطقی که در آنجا این نوع هپاتیت شایع بود، استفاده از سرنگ‌های آلوده را از مهمترین پارامترهای ابتلای افراد به هپاتیت نوع A عنوان کرد.

رئیس مرکز بهداشت چهارمحال و بختیاری با بیان اینکه بی‌بندوباری جنسی، خالکوبی، بیماران هموفیلی، دریافت‌کنندگان خون آلوده و تزریق مواد مخدر آلوده را زمینه ابتلای افراد به هپاتیت نوع B را فراهم می‌کند، گفت: این در حالی‌ست که خالکوبی، دریافت خون آلوده و بیماران مبتلا به نارسایی کلیوی بیشتر در معرض خطر ابتلا به هپاتیت C هستند.

وی به عوامل پیشگیری از هپاتیت اشاره کرد و افزود: خودداری از مصرف روغن‌های غیرطبیعی و مواد شیمیایی، مراجعه سریع فرد مبتلا به هپاتیت به پزشک، رعایت بهداشت فردی و عمومی، واکسیناسیون هپاتیت B برای تمام نوزادان و شیرخواران، تفکیک ظروف مورد استفاده فرد مبتلا به هپاتیت را از جمله مهمترین مولفه‌های پیشگیری از هپاتیت عنوان کرد.

خسروی با بیان اینکه هپاتیت حاصل ویروس‌هایی است که می‌تواند عفونت را به سایر افراد خانواده انتقال دهد، تصریح کرد: افرادی که از وضعیت سلامتی مطلوبی برخوردار هستند با مراجعه سریع به پزشک بهبود یافته و تنها درصد کمی از افراد مبتلا به هپاتیت دچار نوع هپاتیت مزمن می‌شوند.

رئیس مرکز بهداشت چهارمحال و بختیاری با اشاره به عوارض احتمالی هپاتیت گفت: نارسایی کبد، سیروز کبد، سرطان کبد و در نوع هپاتیت مزمن مرگ از جمله این عوارض به شمار می‌روند.

وی آزمایش خون، نمونه‌برداری از کبد، استفاده از وسایل یک‌بار مصرف یا تفکیک ظروف افراد مبتلا به هپاتیت، شستشوی مرتب دست‌ها، خوردن هشت لیوان آب در شبانه‌روز و نخوردن الکل را از جمله عوامل موثر در درمان هپاتیت عنوان کرد.

منبع خبر: فارس مورخ: ۱۳۸۹/۰۸/۰۱ نوع خبر: مصاحبه

#### تجویز برخی از خدمات تشخیصی برای بیماران بهبوده است

رئیس دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی گفت: برخی از خدمات تشخیصی که برای بیماران تجویز می‌شود بهبوده است و باید برای استقرار حامیت بالینی در این زمینه تلاش کنیم.

به گزارش خبرنگار بهداشت و درمان فارس محمدرضا رزاقی در همایش آشنایی با مبانی حاکمیت بالینی اظهار داشت: باید برای نظام سلامت به گونه‌ای عمل کنیم که مردم در مراجعه به بیمارستان‌ها و دریافت خدمات با اطمینان عمل کنند و دستورالعمل‌هایی که در نظام سلامت به منظور ارتقا سطح سلامت وجود دارد اجرایی شود.

وی با بیان اینکه باید به سمتی برویم که درمان‌ها و فعالیت‌ها مبتنی بر شواهد بالینی باشد تصریح کرد: به همین منظور باید پاراکلینک را به کمک کلینیک بیاوریم.

رزاقی تصریح کرد: در طول سالیان اخیر با استفاده از ابزارها و تجهیزات که روز به روز در علوم پزشکی افزایش می‌یابد ممکن است این اتفاق افتاده باشد که از بالین و شواهد و اطلاعات بیمار دور افتاده باشیم و بیشتر به آزمایش‌ها و رادیولوژی‌ها و موارد تشخیصی دیگر پرداخته باشیم.

وی گفت: باید از این وضعیت پیشگیری کنیم چرا که بالین برای درمان مهم است و اصلا شاید در برخی موارد پاراکلینک برای بیماران نه تنها مهم نباشد بلکه برخی از آنها به بیمار صدمه بزند.

رئیس دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی با بیان اینکه باید با کم کردن برخی خدمات تشخیصی سرگردانی بیماران در مسیر درمان را کاهش دهیم گفت: در حال حاضر حدود ۴ سالی است که

مرکزي در دانشگاه تشکیل شده است و کارهاي مقدماتي براي تدوين طرح حاکمیت باليني انجام شده که امیدواريم هر چه زودتر به سمت اجراي آن حرکت کنیم. ۷/۲۹

منبع خبر : ایرنا

مورخ : ۱۳۸۹/۰۸/۰۱ نوع خبر : مصاحبه

#### پيشگيري از مسموميت گاز منوکسیدکربن از اولويت هاي وزارت بهداشت است

مسوول ستاد مرکزی اطلاع رسانی دارو و سموم وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی گفت: پيشگيري از مسموميت ناشي از گاز منوکسیدکربن در کشور از اولويت هاي این ستاد است.

'طلعت قانع' روز شنبه در گفت و گو با خبرنگار اجتماعي ایرنا به مناسبت هفته پيشگيري از مسموميت ها افزود: مسموميت هاي ناشي از گاز منوکسیدکربن يکي از شايع ترين مسموميت ها در کشور است که بويژه در فصل سرما افزايش مي يابد.

وي خاطرنشان کرد: امسال علاوه بر معرفي و شرح فعاليت ها و ظرفيت هاي مراکز اطلاع رسانی داروها و سموم و آموزش نحوه پيشگيري از مسموميت در کودکان و پيشگيري از بروز مسموميت هاي دارويي، تمرکز بيشتري روي موضوع پيشگيري از مسموميت ناشي از گاز منوکسیدکربن خواهد شد.

مسوول ستاد مرکزی اطلاع رسانی دارو و سموم وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی گفت: چاپ بسته هاي آموزشي و توزيع آن در مدارس، معابر و مکان هاي عمومي، سخنراني کارشناسان بهداشتي در جمع دانش آموزان و اوليائي آنان با موضوعات نحوه پيشگيري از مسموميت ها، اجراي مسابقه نقاشي در مدارس با همکاري صدا و سيماي استاني از جمله برنامه هايي است که براي پيشگيري از مسموميت ها در کشور اجرا مي شود.

قانع افزود: همچنين مسابقه نقاشي کودکان در سال جاري با موضوع 'من مسموم نمي شوم زيرا...' ، برگزار خواهد شد.

وي تصريح کرد رسانه ها در اطلاع رسانی مسموميت هاي غذايي و دارويي، نقش بسزايي ايفا مي کنند و مي توانند بيش از بيش به موضوع مسموميت ها بويژه مسموميت ناشي از گاز منوکسیدکربن، آموزش علايم و پيشگيري از وقوع آن ، بپردازند.

مسوول ستاد مرکزی اطلاع رسانی دارو و سموم وزارت بهداشت افزود: علاوه براین، بسته هاي آموزشي چاپ شده در دانشگاهها نيز بر این موضوع متمرکز خواهد شد.

منبع خبر : فارس

مورخ : ۱۳۸۹/۰۸/۰۱ نوع خبر : مصاحبه

#### حاجبي در گفت وگو با فارس خبر داد: تدوين طرح مداخله همسرآزاري در وزارت بهداشت

رئيس اداره سلامت روان وزارت بهداشت گفت: در حال حاضر با توجه به اهميت موضوع همسرآزاري تدوين طرح مداخلات لازم در موضوع همسر آزاري را توسط سيستم بهداشت کشور در نظر داريم.

احمدي حاجبي در گفت وگو با خبرنگار بهداشت و درمان فارس اظهار داشت: موضوع همسر آزاري از مهمترين مواردی است که اهميت بالايي دارد و مي توان گفت: نقش تأثیرگذاري در برخي طلاقها دارد اما بايد در نظر داشت: که کشور ما در این زمينه خيلي درگير نيست.

وي افزود: این معضل در برخي کشورها يك مشکل بزرگ محسوب مي شود اما در کشور ما چون به عنوان يك پديده بهداشتي عنوان مي شود برنامه هايي براي این معضل در نظر گرفته ايم.

حاجبي تصريح کرد: آموزش را در دو مقطع يکي عموم مردم از طريق افزايش دانش و توانمدي آنها در زمينه برقرار ارتباط بهتر بين همسران در نظر داريم و راه دوم آموزش پرسنل سيستم بهداشتي است که بتوانند موارد مختلف را خيلي خوب غربالگري کنند.

رئيس اداره سلامت روان وزارت بهداشت یادآور شد: آموزش پرسنل و مداخلات آنها براي غربالگري

طرح همسرآزاري از سطوح مختلف ساده تا بالاتر انجام خواهد شد اما هنوز اين مداخلات كشوري نشده است.

وي افزود: دستورالعمل اين مداخلات در دست طراحي است اميدواريم آينده نزديك در دو دانشگاه ايران و اهواز آنها را پايلوت كنيم. ۷/۳۰

منبع خير : مهر مورخ : ۱۳۸۹/۰۸/۰۱ نوع خير : مصاحبه

#### بیمارستانها برای درد بیمار ارزش قائل نیستند

رئیس بزرگترین مرکز پوست و لیزر ایران دلیل نارضایتی مراجعین و مردم از مراکز درمانی و بیمارستانها را ارزش ندادن به درد بیمار عنوان کرد و گفت: بیمارستانهای ما مشکل مدیریتی دارند.

مهندس ذبیح الله پناهی در گفتگو با خبرنگار مهر، مهمترین چالش و مشکل در نظام سلامت کشور را مدیریت بیمارستانها دانست و افزود: چرا فکر نمی کنیم که مشکل مراکز درمانی ما از مدیریت است.

وی با طرح این موضوع که چه اشکالی دارد وزیر بهداشت پزشک نباشد گفت: وزیر می تواند مشاورانی انتخاب کند که پزشک باشند.

رئیس کلینیک سعادت آباد همچنین با انتقاد از اینکه روسای بیمارستانها فقط از بین پزشکان انتخاب می شوند، ادامه داد: مشکل ما مدیریت بیمارستانی است که باعث شده بعد از گذشت چندین سال هنوز بیماران ناراضی از مراکز درمانی خارج شوند.

وی افزود: من معتقدم که مدیریت اکتسابی نیست بلکه ذاتی است. همه کارهای بزرگ از اول غیرممکن به نظر می رسیدند اما با مدیریت درست می توان آنها را انجام داد. ۷/۳۰

---

#### سایر منابع

---