روزنامه سپید
تنها روزنامه پزشکی ایران
سال ۱۱ ■ شماره ۶۴۶ ■ سه‌شنبه ۱۰ شهریور ۱۳۹۴ ■ ۱۶ صفحه ■ ۱۰۰۰ تومان

لزوم ایجاد پوشش بیمه‌ای سراسری برای خدمات دندان‌پزشکی

طرح موظفی، راهکار ماندگاری دندان‌پزشکان در مناطق محروم نیست

■ صفحه ۷

کارشناسان در گفت‌وگو با سپید بررسی کردند

اما و اگرهای بیمارستان تخصصی زنان

■ صفحه ۳

حسین قناعتی: دانشجویان به شوخی می‌گویند آموزش آفریقایی، امتحان آمریکایی

افزایش تعداد دستیاران، تنها به بحران موجود دامن می‌زند

ظرفیت پذیرش دستیار رادیولوژی در دانشگاه تهران ۱۲ نفر بود، اما در سال ۸۸ یک‌باره به ۲۴ نفر رسید، متأسفانه الان حدود ۱۰۰ نفر دستیار رادیولوژی در دانشگاه تهران هستند. امسال ظاهرا این عدد پذیرش به حدود ۴۰ نفر می‌رسد. این مسئله باعث می‌شود، کیفیت آموزش کاهش یابد و سطح کنترل ما بر بخش کمتر شود. من از مسئولان وزارت بهداشت خواهش می‌کنم بخشی از داوطلبانی را که در آزمون دستیاری سال جاری پذیرفته می‌شوند در بهمن یا سال بعد جذب کنند تا کمی از فشارهای ایجادشده بر بیمارستان و دانشگاه کاسته شود...

■ صفحه ۶

نهایتا چه چیزی در برنامه ششم تصویب خواهد شد؟

مجلس بر سر دوراهی: تجمیع یا تفکیک بیمه‌ها

محجوب: «با تمام برنامه‌های وزارت بهداشت مخالف هستم و آن را تلاش وزارتخانه برای سروری سفیدپوشان بر جامعه می‌داند. وزارت بهداشت تلاش می‌کند، تصدی همه امور را به دست گیرد و با کمرنگ ساختن بیمه‌ها و تجمیع آن، همه امور را به دست گیرد اما مگر می‌شود، فروشنده و خریدار خدمات یکی باشد؟ پزشکان و همه ما و مسئولان خادم مردم هستند. یکسان‌سازی منابع بیمه به ضرر قشر کارگر است و این موضوع نمی‌تواند نتیجه خوبی دهد. مگر اینکه به رایگان شدن خدمات برای همه بینجامد که چنین روندی مدنظر وزارت بهداشت نیست...»

■ صفحه ۵

وزیر بهداشت: آیه یأس نخوانید طرح تحول سلامت زمین نمی‌خورد

■ صفحه ۵

مردم دنیا بیشتر عمر می‌کنند اما نه لزوما با سلامت

■ صفحه ۱۳

کمبود پزشک، آمریکایی‌ها را به طرف پرستاران سوق داده است

■ صفحه ۱۴

news.sepid@gmail.com
ایمیل مقالات، نقدها و سوژه‌های پیشنهادی خود را برای ما ارسال کنید

خبرسازان

مهدی هاشمی سکه‌ها را برای چه می‌خواست؟

درباره «اظهارات سخنگوی قوه قضاییه مبنی بر کشف موبایل و ۳۰ سکه از مهدی هاشمی در جریان بازرسی از بندهای ۷ و ۸ اوین، سیدمحمود علیزاده طباطبایی، وکیل وی، گفت: «موبایل و سکه‌هایی که موکلم در اوین به همراه داشته، به‌هنگام ورود به بازداشتگاه اوین صورت جلسه شده بود.» وی افزود: «قابل توجه این است که زمانی که مهدی هاشمی را به زندان تحویل دادیم مقداری پول و تعدادی سکه گرمی همراهش بود که تمامی آنها صورت جلسه شد و زمانی که دلیل حمل آن را از مهدی جویا شدند گفت که می‌خواهم در اعیاد تحت عنوان عیدی به دیگران بدهم.» وی همچنین مدعی شد که نسبت به موکلش بیطرفانه عمل نمی‌شود و اجازه ندادن برای ملاقات حضوری را که به درخواست مادر مهدی هاشمی بوده است، مورد انتقاد قرار داد. گفتنی است اظهارات محسنی‌اژه‌ای با تیترهایی از قبیل «صرافی رفسنجانی!» دیروز در صفحه اول روزنامه‌های مخالف منعکس شده بود.■

پیگیری برای آزادی سیدمصطفی تاج‌زاده

وکیل مدافع مصطفی تاج‌زاده گفت که پیگیر آزادی موکلش با استناد به ماده ۱۳۴ قانون جدید مجازات اسلامی است. هوشنگ پوربابایی در گفت‌وگویی با خبرگزاری ایسنا اعلام کرد: «طبق ماده ۱۳۴ قانون جدید مجازات اسلامی، موکلم نباید بیشتر از مجازات اشد را که شش سال حبس با لحاظ پرونده اخیر است، را تحمل کند.» وی با بیان اینکه «موکلم از ۲۳ خرداد سال ۸۸ در زندان بوده است»، گفت: «در پرونده موکلم مجازات‌های یک سال و شش سال حبس وجود داشت، البته مجازات شش سال حبس شود شامل یک و پنج سال حبس بود که در این پرونده پنج سال حبس برای وی در نظر گرفته شد. پرونده جدید موکلم نیز شامل یکسال حبس بود که این مجازات را هم تحمل کرده است. بر همین اساس باید اشد مجازات در مورد وی اعمال می‌شد.» این در حالیست که تاج‌زاده دیروز پس از مدتی مرخصی به زندان بازگشت.■

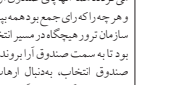
علم‌الهدی، سفارت انگلیس، فروغی و وثوق‌الدوله‌ها...

آیت‌الله سید احمد علم‌الهدی، امام جمعه مشهد، در همایشی با موضوع «همدلی، مقاومت و پاسداری از حریم ولایت» که به مناسبت سالگرد شهادت شهیدان رجایی و باهنر در مسجد سید اصفهان برگزار شد؛ معیار سنجش و ارزشیابی مردم نسبت به کارنامه مدیریت اجرایی دولت‌های مختلف در شهر بیرو هر سال را مؤلفه‌هایی غیر از فعالیت اقتصادی، فرهنگی، اجتماعی و سیاست داخلی و خارجی دانست و ادامه داد: «شاخص کارنامه دولت که از طرف مردم سنجیده می‌شود این است که دولتمرد نظام جمهوری اسلامی چقدر تابع امر رهبری است و با چه کیفیتی در عملیات اجرایی دولت از رهبری پیروی می‌کند.» علم‌الهدی با انتقاد از گشایش سفارت انگلیس و صدور مجوز فعالیت BBC افزود: «شما مردمی هستید که تصمیم می‌گیرید محمدعلی فروغی‌ها بر سر کار بیایند یا خیر، من کاری با احراب ندارم اما اگر کسی با رهبری زاویه دارد؛ وثوق‌الدوله این مملکت خواهد شد.»■

گفتارسیاسی

چه کسانی از صندوق رأی واهمه‌دارند؟

رییس‌جمهور در دومین کنگره بین‌المللی ۱۷ هزار شهید ترور تصریح کرد: «رژیم صهیونیستی، گروه‌های افراطی و تروریست، از صندوق رای واهمه دارند و مرگ خود را در کنار صندوق رای می‌بینند.» وی افزود: «گروه‌های تروریستی چه آنهایی که تشکیلاتی را در اختیار دارند و چه آنهایی که رژیمی را در اختیار گرفته‌اند و چه آنهایی که بر مبنای زدن ماسک اعتقادی به کشتار دیگران می‌پردازند، از استقبال و رای مردم و از خواست مردم محرومند. در منطقه اشغالی فلسطین هم اگر رژیم غاصب صهیونیستی حاضر برپایی صندوق رای شود. همه مردم از جمله مسلمانانی که از دیرباز در فلسطین زندگی می‌کردند و یهودی‌هایی که زندگی می‌کردند و همچنین مسیحیانی که در این سرزمین زندگی می‌کردند همه آنها پای صندوق آرا جمع شوند و هر چه را که رای جمع بود همه بپذیرند. رژیم و سازمان ترور هیچگاه در مسیر انتخاب نخواهد بود تا به سمت صندوق آرا بروند. آنها به جای صندوق انتخاب، به‌دنبال ارهاب و ارعاب هستند و از دیگر سو همه آنهایی که مسیر ترور



را انتخاب کرده‌اند، صلح و مفاهمه و مذاکره را خیانت می‌دانند و مسیر آنها مسیر خشونت و افراط است. آنها می‌گویند سفید سفید یا سیاه سیاه یا زیبای مطلق یا زشت مطلق. چیزی به عنوان حدوسط برای آنها وجود ندارد چرا که در مذاکرات و تفاهم باید به میانه رسید و آنها راه میانه‌ای را قبول دارند و نه رنگی به جز سیاه و سفید را می‌فهمند.»

اقدامات امروز داعش قبلا در ایران انجام شده است

روحانی با یادآوری تروریهایی که در ابتدای انقلاب صورت می‌گرفت، تصریح کرد: «شاید الان خشونت‌های داعش در ملا عام برای افراد غیرعادی باشد، ولی در همین تهران منافقان فردی را که کار انتظامی و امنیتی می‌کرد به خانه‌اش رفتند و پوست وی را کندند. خشونت و وحشی‌گری‌هایی که گروه‌ها در ابتدای انقلاب کردند، بی‌نظیر بود. کاری که داعش هم‌اینک می‌کند قبلا در ایران صورت می‌گرفته است. کجا سابقه دارد که رئیس قوه قضاییه، وزراء و نمایندگان مجلس در یک ترور وحشیانه ترور شود؟ و در مدت کوتاهی رئیس جمهور و نخست‌وزیر را به شهادت برسانند؟ جزو اولین تروروها، ترور یک عالم بنام در جهان اسلام و بنام علامه شهید مطهری بود که جرمش تحقیق و سخن حق گفتن بود.»

گروهک‌های تروریستی از کجا تامین می‌شوند؟

روحانی ادامه داد: «زمانی ترور و تروریسم از این خواهد رفت که همه در صف مقابله با تروریسم قرار بگیرند و اراده قاطعی برای نابودی تروریسم انجام گیرد ممکن است کشوری در مقطعی یک گروه تروریستی را ابزار کار خود بداند اما آتش افروزان بدانند این آتش دیر یا زود دامن آن‌ها را هم خواهد گرفت.» وی در ادامه پرسید: «گروه‌های تروریستی که امروز وجود دارند از کجا تامین می‌شوند؟ چطور می‌توانند نفت بفروشند، مگر نفت مواد مخدر است که کسی آن را در جایی مخفی کند؟ ده‌ها تانکر نفت با هم حرکت می‌کنند. آنها که می‌گویند ماهواره‌های ما حتی شماره پلاک ماشین‌ها را هم می‌گیرد چطور نفت می‌خرند و می‌فروشند که آنها اطلاع ندارند؟ گروه‌های تروریستی تمام آثار باستانی را می‌گیرند و با واسطه‌هایشان در بازارهای جهانی می‌فروشند. آیا اینها چیزهایی است که در دنیا مخفی باشد؟ چرا این کشورها برابر گروه‌های تروریستی از دید اطلاعاتی، مالی و عملیاتی متحد نمی‌شوند و اقدام جدی انجام نمی‌دهند؟ چون لابد فکر می‌کنند در منطقه ما اختلاف و کشتار میان کشورهای منطقه و مسلمان به نفع آنهاست.»■

گزارش سیاسی روز

پس از برگزاری نشست خبری و احضار به دادسرا منتشر شد

اخبار ضد و نقیض درباره دبیر کل حزب اتحاد ملت

«دبیر کل حزب اتحاد ملت ایران اسلامی عصر دیروز ساعاتی پس از برگزاری نخستین نشست خبری این حزب جدیدالتأسیس اصلاح‌طلب بازداشت شد.» این خبری بود که آن را اولین بار خبرگزاری فارس ساعت ۱۶/۳۰ دیروز منتشر کرد و بازداشت شکوری‌راد را به اظهارات وی درباره «فتنه» مرتبط ساخت. وی دیروز در جریان نشست خبری در پاسخ به سوال خبرگزاری فارس که از وی درباره مسائل سال ۸۸ سوال کرده بود، ابراز داشت: «رویکرد حزب اتحاد ملت ایران این است که در مورد مسائلی که در گذشته بوده و تلخی‌های زیادی داشته مطلبی مطرح نکند و نگاه حزب اتحاد ملت نگاه به آینده است.» دبیرکل حزب اتحاد ملت ایران با بیان اینکه «در متون حقوقی ما واژه «فتنه» تعریف نشده است و ما دریافتی از این واژه نداریم»، عنوان کرد: «مبنای ما قانون است و ما حزب اتحاد را پاسدار اصل نظام و جمهوری اسلامی و ارکان نظام می‌دانیم. ارکان نظام هم باید طوری عمل کنند که اعتماد مردم به نظام حفظ شود و به این اعتماد خدشه‌ای وارد نشود.» وی تاکید کرد: «ما گذشته را به رخ نمی‌کشیم و به بحث نمی‌گذاریم و معتقدیم این مباحث به نفع کشور نیست و در جلسات خود از این بحث عبور می‌کنیم و نگاه به آینده داریم.» سایت مشرق هم در این باره در خبری نوشت: «علی شکوری‌راد عضو حزب منحله مشارکت محکوم فتنه ۸۸ توسط مراجع قضایی بازداشت شد. مرجع قضایی علت بازداشت وی را اصرار بر تخلفات قبلی و اقدامات فتنه‌گرانه اعلام کرده است. شکوری راد عضو حزب منحله مشارکت و حامی یکی از سران فتنه در حوادث سال ۸۸ است. وی به اتهام مسایل امنیتی در ۲۰ مهرماه ۱۳۸۹ بازداشت شد. وی قبلا اعلام کرده بود که جرمی به نام فتنه نداریم.»

تکذیب بازداشت از سوی حزب اتحاد

درحالیکه خبر بازداشت از سوی رسانه‌هایی چون خبرگزاری ایرنا هم منعکس شده بود، ساعت نوزده دیروز یک عضو شورای مرکزی حزب اتحاد ملت ایران اسلامی به خبرگزاری ایسنا گفت: «خبر بازداشت دبیر کل حزب اتحاد ملت ایران اسلامی کذب محض است که برخی برای جوسازی رسانه‌ای آن را منتشر کردند.» غلامرضا انصاری افزود: «مطالبی که در ارتباط با بازداشت علی شکوری راد عنوان شده صرفاً سوءاستفاده برخی رسانه‌ها از فضای ایجاد شده است.» وی با بیان اینکه خبر بازداشت شکوری راد جوسازی و کذب محض است، ادامه داد: «آقای شکوری راد هفته گذشته برای تشکیل یک تعاونی، عدم سوء پیشینه خود را دریافت کردند و هیچ پرونده‌ای از گذشته ندارند.» این عضو شورای مرکزی حزب اتحاد ملت ایران اسلامی افزود: «آقای شکوری راد امروز پس از نشست خبری حزب اتحاد ملت ایران اسلامی به همراه یکی دیگر از اعضای این حزب جهت تکمیل مراحل قانونی رفع ممنوع الخروجی‌شان به اوین رفته بودند و اصلاً بازداشت نشده بودند که بخواهند با وثیقه آزاد شوند.»

آذر منصوری: حضور در دادسرا ربطی به مصاحبه نداشت

آذر منصوری، عضو شورای مرکزی حزب اتحاد ملت، هم دلیل مراجعه شکوری‌راد به دادسرا را پیگیری موضوع ممنوع‌الخروجی و طولانی شدن روند بررسی دانست و تأکید کرد که این مساله ارتباطی با مصاحبه نداشته است. شکوری‌راد که ۱۰ روز قبل در نخستین کنگره این حزب به دبیرکلی انتخاب شد، در حالی نخستین نشست خبری خود را دیروز برگزار کرد که در این مدت، فعالیت این حزب با هشدارها و واکنش‌های تند رسانه‌ها و سخنگویان جریان راست همراه بوده است تا آنجا که روزنامه‌هایی همچون کیهان، از برگزاری کنگره این حزب که اغلب اعضای آن سابقه عضویت در شورای مرکزی و ارکان جبهه مشارکت را دارند؛ به‌عنوان «بازگشت فتنه‌گران» یاد کرد. در پی این واکنش‌ها بود که دبیرکل اتحاد ملت ایران در نشستی خبری ابهامات به‌وجودآمده درباره فعالیت این حزب و چگونگی تعامل آن با ارکان نظام را تبیین کند.

شکوری‌راد: با بزرگان نظام تعامل خواهیم داشت

دبیرکل حزب اتحاد ملت ایران در نشست خبری دیروز خود با اشاره به تجربه سال‌های گذشته اظهار داشت: «حزب اتحاد ملت ایران اسلامی بر اساس این تجارب پایه‌گذاری شده و بر اساس این تجارب هم بایزرگان نظام تعامل خواهیم داشت.» شکوری‌راد با تاکید بر اینکه «ما ارکان نظام را به رسمیت می‌شناسیم»، تصریح کرد: «ممکن است با برخی در این ارکان اختلاف نظر داشته باشیم، اما خود را پاسدار ارکان نظام می‌دانیم و با کسانی که در این ارکان هستند و با آنها اختلاف نظر داریم، تعامل می‌کنیم.» وی افزود: «تلاش داریم که در جامعه متکثر از فرصت وجود مخالفان استفاده کنیم؛ چراکه وجود مخالفان باعث خواهد شد پایه‌های فکری ما قوی‌تر شود و با این رویکرد افق آینده ما روشن است و یقینا تجربه‌های ما به جامعه منتقل می‌شود و ما از این تجربه‌ها استفاده می‌کنیم و آینده را خواهیم ساخت.» دبیرکل حزب اتحاد ملت ایران در ادامه اعلام کرد: «اگر ظرفیت‌های گذشته محدود شدند، با گشایش بعد از انتخابات ظرفیت‌های جدید به دست آمده است و حزب اتحاد ظرفیتی جدید برای افرادی است که امکان سازماندهی نداشتند. به همین دلیل بعد از اعلام موجودیت تقاضای عضویت زیادی به حزب آمد و امروز هم تقاضاهای زیادی برای عضویت در این حزب وجود دارد که امیدواریم بتوانیم به این تقاضاها پاسخ دهیم.» شکوری‌راد یادآور شد: «به خاطر نویابودن حزب ممکن است برخی جواب‌ها با نظر کلی حزب تفاوت داشته باشد، اما با توجه به جایگاه حقوقی من، به‌عنوان دبیرکل حزب، دیدگاهم می‌تواند نظر پایه‌ای و نه نظر نهایی حزب باشد.» دبیرکل حزب اتحاد ملت ایران درباره نگاه این حزب به سیدمحمد خاتمی، رئیس دولت اصلاحات، و محدودیت‌های ایجادشده برای وی اظهار داشت: «حزب اتحاد ملت ایران خود را اصلاح‌طلب و رئیس دولت اصلاحات را لیدر اصلاحات می‌شناسد و محوریت ایشان را به رسمیت شناخته و آن را تقویت می‌کند.» شکوری‌راد با اشاره به پیام حاتمی به کنگره حزب اتحاد ملت یادآور شد: «در آینده هم ارتباط بیشتری با ایشان خواهیم داشت.»

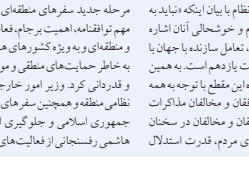
به قانون تمکین می‌کنیم

شکوری‌راد در پاسخ به سوال خبرنگاری درباره احتمال مخالفت کمیسیون ماده ۱۰ احزاب با برخی از اعضای شورای مرکزی حزب اتحاد گفت: «ما در مقابل قانون تمکین می‌کنیم و رفتار قانونی خواهیم داشت و با تعامل مسیر گرفتن مجوز را پیگیری می‌کنیم. با این حال هیچ یک از اعضای شورای مرکزی حزب اتحاد ملت مشمول مواردی که امکان ردصلاحیت آنها را به وجود بیاورند نیستند، اما این مساله نمی‌تواند مانعی پیش‌روی حزب باشد.»■

هشدار عضو جامعه روحانیت مبارز: خطر اتحاد ملت از مشارکت بیشتر است

در این حال، یک عضو جامعه روحانیت مبارز با بیان اینکه «حزب اتحاد ملت با روش‌های جدید اهداف حزب منحله مشارکت را تعقیب خواهد کرد»، مدعی شد: «هدف جریان متصل به حزب اتحاد ملت تغییر در ساختار نظام است.» حسین ابراهیمی در گفت‌وگو با خبرگزاری مهر با اشاره به تشکیل حزب اتحاد ملت ایران و حضور اعضای حزب مشارکت در ساختار شورای مرکزی آن گفت: «در واقعیت این حزب قصد دارد همان مشی جبهه مشارکت را دنبال کند، اما تا حدود زیادی برخی روش‌ها را تغییر داده؛ اگر چه هدف همان هدف است، اما گفتمان به گونه‌ای تدوین خواهد شد که جریانات و اتفاقات گذشته به وقوع نپیوندد.» وی افزود: «هدف جریان متصل به حزب اتحاد ملت ایران تغییر در ساختار نظام است، منتها با شیوه‌های جدید و روش‌های نو اهداف خود را تعقیب خواهد کرد.» ابراهیمی با بیان اینکه «بعید است اعضای این حزب به مانند سابق و مثل جبهه مشارکت سر و صداهای سال ۸۸ را تکرار کنند.» تاکید کرد: «خط شیوه فعلی اینها از روش‌های گذشته‌شان بیشتر خواهد بود؛ یعنی به گونه‌ای عمل می‌کنند که جامعه را فریب دهند تا سوابق آنها فراموش شود. این جریان بدون اینکه بخواهد سر و صدا راه بیندازد، اهداف قبلی خود را تعقیب و از ابزارهای موجود استفاده خواهد کرد؛ زیرا عناصر شان در دولت حضور دارند؛ به همین دلیل می‌توانند با تدبیر بهتری نسبت به گذشته وارد صحنه شوند.» وی با تأکید بر اینکه «تمام گفتمان این جریان با گذشته متفاوت خواهد بود»، گفت: «اعتدالی که آنها در مورد‌ش صحبت می‌کنند مبنای اسلامی ندارد. در واقع، آنها با این شعار دنبال چیز دیگری هستند و می‌خواهند دلسوزان و علاقه‌مندان به نظام را از صحنه خارج کنند.» ابراهیمی در ادامه این گفت‌وگو از برنامه اصلاح‌طلبان علیه شورای نگهبان خبر داد و ادعا کرد: «خیلی از اصلاح‌طلبان به خصوص فعالین سابق مشارکت که امروز در پوشش حزب اتحاد ملت هستند، کاندیداهایشان را در چند هر محله معرفی خواهند کرد و چندین لیست را نام‌زد خواهند داد تا هر چقدر شورای نگهبان رد صلاحیت کند، باز نیرو داشته باشند. این مساله باعث این خواهد شد که به طور طبیعی علیه شورای نگهبان جوسازی شود.» وی با بیان اینکه «جریان مذکور قصد دارد حجم رد صلاحیت‌های خود را زیاد کند»، خاطر نشان کرد: «این جریان قصد دارد کاری کند که در نهایت یک لیست در صحنه باقی بماند، اما در نهایت رد صلاحیت‌های آنها به قدری خواهد شد تا بتوانند صلاحیت شورای نگهبان را در افکار عمومی بشکنند.»

هاشمی رفسنجانی در دیدار با ظریف: کار شما در تاریخ می‌ماند



رئیس مجمع تشخیص مصلحت نظام تأکید کرد: «جمهوری اسلامی ایران می‌تواند برای ایجاد وحدت منطقه‌ای و به دنبال آن ثبات و آرامش در کل جهان، نقش مؤثر و مفیدی ایفا کند، چرا که مقابله با خشونت، جنگ و تروریسم، به نفع همه کشورهای جهان است.» آیت‌الله هاشمی رفسنجانی در دیدار وزیر امور خارجه، با تأکید بر اهمیت هنر دیپلماسی در مذاکرات سیاسی، از عملکرد وزارت امور خارجه، مخصوصاً تیم مذاکرات هسته‌ای و به‌ویژه شخص محمد جواد ظریف تشکر کرد و گفت: «اثبات حقانیت ایران که سابقه سیزده ساله بهانه‌گیری‌های غرب را داشت، در مذاکراتی که بزرگان دیپلماسی شش کشور قدرتمند جهان حضور داشتند، کار ساده‌ای نبود.» رئیس مجمع تشخیص مصلحت نظام با بیان اینکه «نباید به خاطر تندروی‌های یک اقلیت محدود دلسرد شوید»، به اقبال عمومی مردم و خوشحالی آنان اشاره کرد و گفت: «تنش‌زدایی، خنثی کردن و مقابله با سیاست شوم ایران‌هراسی، تعامل سازنده با جهان با حفظ عزت، حکمت و اقتدار، از جمله خصوصیات و هنر دیپلماسی در دولت یازدهم است. به همین دلیل، کار شما در تاریخ ایران ماندگار خواهد بود و مطمئن باشید آینده درباره این مقطع با توجه به همه شرایط قضاوت خواهد کرد.» هاشمی رفسنجانی، با یادآوری سخنان موافقان و مخالفان مذاکرات هسته‌ای در پارلمان، سنا و دولت آمریکا، گفت: «بسیار مهم است که موافقان و مخالفان در سخنان خویش بر توانایی‌های ایران تأکید می‌کنند که این نتیجه جز با صبوری‌های مردم، قدرت استدلال تیم هسته‌ای و حقانیت انقلاب اسلامی به دست نمی‌آمد.» وی ضمن تأکید بر ضرورت پیگیری اجرای کامل توافق هسته‌ای تا حصول به نتیجه نهایی و رفع کامل تحریم‌های ظالمانه علیه کشورمان، به شرایط حساس منطقه و تحولات جاری در آن اشاره کرد و گفت: «از دستگاه دیپلماسی کشور انتظار می‌رود با قدرت و اقتدار برای کمک به حل معضلات و بحران‌های منطقه‌ای در جهت تقویت همگرایی و افزایش همکاری و همسویی کشورهای منطقه علیه پدیده شوم تروریسم و کنترل دامنه‌ی آن تلاش و جدیت مضاعفی به عمل آورند.» بر اساس این گزارش، محمد جواد ظریف نیز در این دیدار که در آستانه آغاز مرحله جدید سفرهای منطقه‌ای وی صورت گرفت، ضمن ارائه گزارشی از روند مذاکرات، نکات مهم توافقنامه، اهمیت برجام، فعالیت‌ها و برنامه‌های وزارت امور خارجه برای اصلاح نگاه بین‌المللی و منطقه‌ای و به ویژه کشورهای همسایه به جمهوری اسلامی، از رئیس مجمع تشخیص مصلحت نظام به خاطر حمایت‌های منطقی و مواضع اصولی و مترقی ایشان به ویژه در طول مذاکرات هسته‌ای تشکر و قدردانی کرد. وزیر امور خارجه همچنین با ارائه گزارشی از آخرین وضعیت و شرایط سیاسی و نظامی منطقه و همچنین سفرهای منطقه‌ای خود و فعالیت‌های دیپلماتیک کشورمان برای تبیین مواضع جمهوری اسلامی و جلوگیری از خشونت و جنگ در منطقه، خواستار ادامه حمایت‌های آیت‌الله هاشمی رفسنجانی از فعالیت‌های وزارت خارجه شد.■

اخبار

حمایت ۷۵ عضو پیشین کنگره از توافق

نشریه پولیتیکو: ۷۵ تن از قانون‌گذاران پیشین کنگره آمریکا در نامه‌ای خطاب به اعضای کنگره با هشدار درباره اینکه «به شکست کشاندن توافق نامه هسته‌ای منجر به افزایش احتمال رویارویی نظامی می‌شود»، اعلام کردند: «حمایت از توافقنامه هسته‌ای بدون مخاطره نخواهد بود. اما این خطرات باید با محتوای خطراتی که ممکن است بارد توافقنامه رخ دهد؛ مقایسه شود.» این نامه به امضای چهار تن از اعضای پیشین جمهوری‌خواه کنگره نیز رسیده است.

فقط یک دکل نبود

ایلنا: نادر قاضی‌پور، نماینده ارومیه گفت: «تخلفات گسترده‌ای در معاملات دکل‌های نفتی صورت گرفته است و این تخلفات تنها مربوط به یک مورد دکل موسوم به «فورچونا» نمی‌شود.» وی در مورد بازداشت م. ش، متهم پرونده دکل نفتی و به میان آمدن اسامی دیگر در این پرونده، اظهار داشت: «به هر حال این تخلفات به‌صورت شبکه‌ای انجام می‌شود و هنگامی که یکی از آنها اختلاف نظر داریم، تعامل می‌کنیم.» وی افزود: «تلاش داریم که در جامعه متکثر از فرصت وجود مخالفان استفاده کنیم؛ چراکه وجود مخالفان باعث خواهد شد پایه‌های فکری ما قوی‌تر شود و با این رویکرد افق آینده ما روشن است و یقینا تجربه‌های ما به جامعه منتقل می‌شود و ما از این تجربه‌ها استفاده می‌کنیم و آینده را خواهیم ساخت.» دبیرکل حزب اتحاد ملت ایران در ادامه اعلام کرد: «اگر ظرفیت‌های گذشته محدود شدند، با گشایش بعد از انتخابات ظرفیت‌های جدید به دست آمده است و حزب اتحاد ظرفیتی جدید برای افرادی است که امکان سازماندهی نداشتند. به همین دلیل بعد از اعلام موجودیت تقاضای عضویت زیادی به حزب آمد و امروز هم تقاضاهای زیادی برای عضویت در این حزب وجود دارد که امیدواریم بتوانیم به این تقاضاها پاسخ دهیم.» شکوری‌راد یادآور شد: «به خاطر نویابودن حزب ممکن است برخی جواب‌ها با نظر کلی حزب تفاوت داشته باشد، اما با توجه به جایگاه حقوقی من، به‌عنوان دبیرکل حزب، دیدگاهم می‌تواند نظر پایه‌ای و نه نظر نهایی حزب باشد.» دبیرکل حزب اتحاد ملت ایران درباره نگاه این حزب به سیدمحمد خاتمی، رئیس دولت اصلاحات، و محدودیت‌های ایجادشده برای وی اظهار داشت: «حزب اتحاد ملت ایران خود را اصلاح‌طلب و رئیس دولت اصلاحات را لیدر اصلاحات می‌شناسد و محوریت ایشان را به رسمیت شناخته و آن را تقویت می‌کند.» شکوری‌راد با اشاره به پیام حاتمی به کنگره حزب اتحاد ملت یادآور شد: «در آینده هم ارتباط بیشتری با ایشان خواهیم داشت.»

به قانون تمکین می‌کنیم

شکوری‌راد در پاسخ به سوال خبرنگاری درباره احتمال مخالفت کمیسیون ماده ۱۰ احزاب با برخی از اعضای شورای مرکزی حزب اتحاد گفت: «ما در مقابل قانون تمکین می‌کنیم و رفتار قانونی خواهیم داشت و با تعامل مسیر گرفتن مجوز را پیگیری می‌کنیم. با این حال هیچ یک از اعضای شورای مرکزی حزب اتحاد ملت مشمول مواردی که امکان ردصلاحیت آنها را به وجود بیاورند نیستند، اما این مساله نمی‌تواند مانعی پیش‌روی حزب باشد.»■

دیدار کارگزاران با خاتمی

فارس: محمد قوچانی، عضو شورای مرکزی حزب کارگزاران، از دیدار تشکل متبوعش با رئیس‌جمهور اصلاحات خبر داد و گفت: «این جلسه که صبح دوشنبه (دیروز) برگزار شد، پیرامون نوسازی حزب کارگزاران تبادل نظر صورت گرفت. همچنین مساله انتخابات مجلس و خبرگان و بررسی مسائل داخلی و بین‌المللی نیز از محورهای این جلسه بوده است.»

واکنش به شایعه پاک کردن شعار «مرگ بر آمریکا»

فارس: روابط عمومی سازمان بسیج دانشجویی در واکنش به اخبار منتشرشده مبنی بر پاک کردن شعار «مرگ بر آمریکا» از روی دیوارهای لانه جاسوسی سابق اطلاعیه‌ای صادر و در آن عنوان کرد: «این شعار با خون شهیدان این مرز و بوم تحریر شده است و چه خام خیال‌اند کسانی که امید حذف آن را در سر می‌پرورانند.»

می‌توانستیم بمب اتمی بسازیم

شبکه خبری العالم: رئیس سازمان بسیج مستضعفین کشور گفت که دشمنی ایران و آمریکا عمیق است و با گفت‌وگو قابل حل نیست. محمدرضا نقدی افزود: «اگر می‌خواستیم بمب اتمی بسازیم می‌توانستیم این کار را انجام بدهیم؛ اما تصمیم نداریم چنین کاری انجام دهیم. بر اساس فتوای رهبری تسلیحات کشتار جمعی از جمله بمب اتم حرام است.»

مداحان می‌توانند لیست بدهند

نامه‌نیوز: علی مطهری در مورد برخی اخبار مبنی بر ارائه لیست توسط مداحان در انتخابات مجلس دهم، گفت: «منع قانونی برای این موضوع وجود ندارد و می‌توانند این کار را انجام دهند.»■

چهره‌ها

مناطق محروم کشور همچنان کمبود پزشک دارند

معاون درمان وزیر بهداشت گفت: «اگرچه در جریان طرح تحول نظام سلامت تعداد پزشکان متخصص تمام وقت در مناطق محروم سه برابر شده است، اما همچنان در برخی مناطق دورافتاده و محروم با کمبود پزشک مواجه هستیم که امیدواریم بخشی از این کمبود در مهرماه با توزیع پزشکان متخصص جبران شود.» محمد آقاجانی افزود: «برای جبران این کمبود نباید از طرح اجباری خدمت ویژه پزشکان استفاده کنیم چراکه طرح اجباری برای خدمت پزشکان زیبنده جامعه پزشکی نیست.

ولی باید تعرفه‌های پزشکی به‌گونه‌ای تضمین شود که خود پزشکان با اشتیاق فراوان برای خدمت به مناطق محروم بروند.» به گفته آقاجانی اکنون هزار و ۴۰۰پزشک متخصص در شهرهای کمتر توسعه درحال خدمت هستند و با گذشت یکسال از اجرای طرح تحول سلامت، اشتیاق پزشکان مستقر در مناطق محروم درراستای اجرای طرح تحول نظام سلامت در مناطق محروم فراوان است.■

بدهی میلیاردی دولت قبل به تامین اجتماعی

مدیرعامل سازمان تامین اجتماعی با اشاره به بدهی دولت به تامین اجتماعی، گفت: «بدهی دولت در دوره نهم و دهم به‌صورت فزاینده‌ای افزایش یافت و نهایتا با ۶۰هزار میلیارد بدهی در سال۹۲ تحویل دولت جدید داده شد.» سیدتقی نوربخش در واکنش به مشکلات بیمه‌ای بیمارستان‌ها، اظهار داشت: «طبق قانون ۶۰درصد بیمه بیمارستان‌ها باید توسط سازمان تامین اجتماعی پرداخت شود، اما عقب ماندگی‌های مالی سبب اختلالات مالی در این مدت شده است. البته درحال حاضر بدهی بیمه تمام داروخانه‌ها تا ابتدای اردیبهشت سال‌جاری و پزشکان تا اول خرداد پرداخت شده است، اما درمورد بیمارستان‌ها عقب‌تر هستیم که تا پایان شهریور سال‌جاری، جبران خواهیم کرد.» نوربخش گفت: «میزان سوددهی شرکت‌های بیمه‌گر نسبت به وضعیت اقتصادی و بازار سرمایه قابل قبول است.»■

کمبود تخت مراقبت‌های ویژه بیماران را به بخش خصوصی سوق می‌دهد

عضو کمیسیون بهداشت مجلس با انتقاد از کمبود تخت‌های مراقبت‌های ویژه در بیمارستان‌های دولتی، گفت: «این مساله باعث شده تا بیماران به اجبار به بخش‌های خصوصی مراجعه کنند.» عابد فتاحی افزود: «از مشکلات عمده اکثر استان‌ها باتوجه به افزایش ناراحتی‌های قلب و عروقی کمبود تخت‌های مراقبت‌های ویژه است که متاسفانه با استانداردهای دنیا فاصله زیادی داریم. از این رو بعضی بیماران از بیمارستان‌های دولتی به بخش‌های خصوصی انتقال داده می‌شوند که در این فاصله زمانی برای انتقال بیمار ممکن است جان بیمار نیز به خطر افتد.» فتاحی تصریح کرد: «متاسفانه در برخی استان‌ها بخش‌خصوصی وجود ندارد و کمبود تخت‌های مراقبت‌های ویژه در مراکز دولتی استان‌ها، منجر به سرگردانی بیماران می‌شود و لذا باید رفع این معضل جزو اولویت‌های وزارت بهداشت قرار گیرد.»■

۱۰سال با نظام سلامت

علت بیکاری پزشکان ایرانی در شبکه بهداشت و درمان

صدقیانی رئیس انجمن اداره امور بیمارستان‌ها علت بیکاری اغلب پزشکان را در شبکه بهداشتی و درمانی دانست و افزود: «جامعه بیشتر نیازمند پزشک عمومی است و این در حالیست که گرفتار پدیده غلطی چون عدم احترام به پزشک عمومی شده‌ایم. لذا پزشکان عمومی همواره سعی درکسب تخصص دارند.» وی افزود: «با تعمیق در این مساله به خوبی در می‌یابیم که هیچ برنامه ریزی در تربیت و جذب پزشک نشده است.» ● ۱۳۸۴

نمی‌توان کل حوزه سلامت را به بخش خصوصی واگذار کرد

باهنر نایب رییس مجلس شورای اسلامی با تاکیدبر ضرورت سرمایه‌گذاری بخش خصوصی در حوزه سلامت گفت: «نمی‌توان کل بخش سلامت را به بخش خصوصی واگذار کرد و نقش هدایت کننده دولت در این زمینه لازم است.» ● ۱۳۸۷

مراکز معین بیمه‌ای فاقد ضوابط قانونی است

شهاب‌الدین صدر رییس کل سازمان نظام پزشکی کشور در باره طرح «مراکز معین بیمه‌ای» گفت: «سازمان نظام پزشکی بر این باور است که تاسیس این مراکز نه‌تنها فاقد ضوابط قانونی بوده که با سیاست‌های نظام سلامت، اصول چشم‌انداز و سیاست‌های برنامه پنج ساله منافات دارد، بنابراین به سازمان تامین اجتماعی توصیه می‌شود تا قبل از اتمام مرحله آزمایشی، اجرای طرح را متوقف کند.» ● ۱۳۸۷

راه‌اندازی اداره سلامت اجتماعی به‌زودی در معاونت سلامت

محمدباقر زفرقندی مدیرکل دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد از راه‌اندازی اداره سلامت اجتماعی در معاونت سلامت وزارت بهداشت خبر داد. وی گفت: «ایجاد عدالت در دسترسی به خدمات، دفاع از شأن و منزلت و حقوق بیماران و خانواده‌های آنان و ارائه خدمات به اقشار آسیب‌پذیر جامعه مانند کودکان، زنان و افراد حاشیه‌نشین و بی‌بضاعت از جمله اقدامات این دفتر در راستای عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت هستند.» ● ۱۳۸۷

آیین‌نامه اجرایی نحوه اداره بیمارستان‌ها ابلاغ شد

رئیس‌جمهور با هدف ساماندهی امور بیمارستان‌ها و نظارت بر نحوه اداره آنها، آیین نامه‌ای را ابلاغ کرد که بر اساس آن نحوه تعیین هیات امنا، گردش مالی آنها و نظارت بر این امور را تعیین کرده است. ● ۱۳۸۸

بازگشت آرامش به بازار دارو

رسول دیناروند رییس جدید سازمان غذا و دارو بازگرداندن آرامش به بازار دارویی کشور را به‌عنوان مهم‌ترین اولویت کاری‌اش اعلام کرد و گفت: «دولت تصمیمات جدیدی برای حل مشکلات دارویی اتخاذ کرده است. امیدواریم با حمایت دولت، مشکلات را هر چه سریع‌تر حل کنیم.» ● ۱۳۹۲

بسته جدید وزارت بهداشت برای آموزش پزشکی در طرح تحول

امیرمحسن ضیایی معاون آموزشی وزارت بهداشت گفت: «به دنبال طراحی یک بسته آموزشی سلامت هستیم تا تاثیرات طرح تحول سلامت بر حوزه آموزشی و درمان را مثبت کنیم.» ● ۱۳۹۳

کارشناسان در گفتگو با سپید بررسی کردند

اما و اگرهای بیمارستان تخصصی زنان

■ محسن طاهرمیرزایی

پزشک محرم باشد یا نباشد، ساختار فرهنگی جامعه ما به‌گونه‌ای است که برخی زنان مراجعه به پزشک زن را مناسب‌تر می‌دانند تا جایی که در مواردی ترجیح می‌دهند، نزد پزشک مرد نروند و بیماری خود را تا مدت‌ها پنهان کنند که گاهی، همین موضوع موجب وخامت بیشتر حال آنها می‌شود. یکی از زنان که برای انجام عمل سزارین به بیمارستانی دولتی مراجعه کرده بود، می‌گفت: «زمانی که وارد اتاق عمل شدم، از اینکه تعداد زیادی از کادر پزشکی آنجا مرد بودند، یکه خوردم. چرا که انتظار نداشتم در بخش ویژه زنان شاهد حضور کادر پزشکی مرد باشم.» وی که ادعا می‌کرد پوششی که بیمارستان برای ورود به اتاق عمل در اختیار او گذاشته، به هیچ‌عنوان مناسب نبوده، ادامه داد: «فقط یک کلاه بر سر داشتم و تمام گردنم نمایان بود، همچنین شلی را که به عنوان مانتو به من داده بودند بسیار نامناسب و موجب نمایان شدن بخشی از بدنم شده بود.»

بیمارستان‌های ویژه زنان تا پیش از این با عنوان «زایشگاه» یا «بیمارستان تخصصی زنان» شهرت داشت و به امور بارداری و زایمان زنان می‌پرداخت، اما آبان سال ۸۵ بود که هیات وزیران طرحی را درباره لزوم جداسازی بیمارستان‌های زنان و مردان به تصویب رساند که متعاقب آن رویکرد وزارت بهداشت شکل دیگری به خود گرفت و قرار شد که این بیمارستان‌ها تمامی خدمات تخصصی و عمومی را به بیماران زن ارائه دهند. به این ترتیب بیمارستان مهدیه به عنوان اولین بیمارستان تخصصی و فوق‌تخصصی ویژه زنان فعالیت خود را از بهمن سال ۸۶ با عنایت به این طرح از سر گرفت و پس از آن در پاییز سال ۸۸ بیمارستان میرزاکوچک خان به بیمارستان زنان تغییر نام داد و به عنوان دومین بیمارستان جامع تخصصی زنان فعالیت خود را آغاز کرد. اگرچه بعدها بیمارستان‌های آرش، مهدیه و نجمیه نیز به این لیست اضافه شدند، اما هیچ‌گاه اصل طرح که با نام انطباق جنسیتی بیمارستان‌ها بود اجرایی نشد و همچنان ایجاد بیمارستان‌هایی با این ویژگی که تمام پرسنل آن زن باشند، در افعا به سر می‌برد. کمبود نیروی متخصص زن برای سونوگرافی و اورژانس و استفاده از کادر مرد در جراحی سزارین مادران باردار گواه بر این مدعا و از عوامل اصلی نارضایتی برخی زنان هنگام مراجعه برای درمان به این کلینیک‌ها و بیمارستان‌هاست.

حالا و بعد از گذشت این همه سال وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از راه‌اندازی بیمارستان‌های تخصصی زنان در کشور خبر داد. وی با بیان اینکه قصد داریم بیمارستان‌هایی ویژه برای انواع تخصص‌های مورد نیاز بانوان راه‌اندازی کنیم، گفت: «البته برای رسیدن به این هدف راه طولانی در پیش است.» اگرچه نکته حائز اهمیت در این نوع بیمارستان‌ها که تاکنون اجرایی نشده، زن بودن تمامی کادر درمانی از جمله پزشکان، متخصصان، کارمندان و... است، اما هاشمی تاکید کرد که راه‌اندازی بیمارستان تخصصی بانوان در راستای تفکیک جنسیت نیست. وی با اشاره به اینکه بیمارستان‌های ویژه بانوان در سایر کشورها نیز وجود دارد، تصریح کرد: «امیدوارم نخستین بیمارستان از این نوع در قم و سیستان و بلوچستان دایر شود و اگر بخش خصوصی و خیرین به این بخش ورود پیدا کنند، تسهیلات لازم در اختیار آنها قرار می‌گیرد.»

اجرای طرح به صلاح نیست

برخی کارشناسان اما دید مثبتی به فرجام راه‌اندازی بیمارستان تخصصی زنان ندارند. رئیس انجمن علمی مامایی ایران در گفت‌وگو با خبرنگار سپید با یادآوری اینکه بحث بیمارستان جامع زنان سال‌های گذشته نیز مطرح شد، گفت: «ما نمی‌دانیم که این تصمیم برمبنای کدام مطالعه میدانی درخصوص ارائه خدمات ویژه زنان اتخاذ شده است؟» ناهید خداکرمی با بیان اینکه این طرح همان تفکیک جنسیتی است که ما اجرای آن را به صلاح نمی‌دانیم، تصریح کرد: «متخصصین زن نه تعداد مورد نیاز برای ارائه خدمت در این بیمارستان‌ها نداریم و بهتر است به جای بیمارستان جامع، همان بیمارستان‌های تک تخصصی را اصلاح و اجرا کنیم.» وی ادامه داد: «در حال حاضر روسای همین بیمارستان‌های تک‌تخصصی نیز مرد هستند، پس چطور می‌خواهیم یک بیمارستان جامع زنان تاسیس کنیم؟» وی ضمن انتقاد از نگاه مردمحور سیاست‌گذاران و مسئولین اجرایی کشور، خاطرنشان کرد: «این افراد در حالی تصمیمات مردانه برای زنان می‌گیرند که اصلا مدیریت زنان را برنمی‌تابند. چراکه اگر این چنین بود، لااقل بیمارستان‌های تک تخصصی ما توسط زنان اداره می‌شد. این طرح نیز یک تصمیم‌گیری مردانه است که برای زنان گرفته می‌شود و خیلی به صلاح نیست. چراکه این حق بیمار است که خود محل مراجعه را انتخاب کند و پزشک نیز محرم اوست و مرد یا زن بودن او اصلا فرقی ندارد. چراکه همه پزشکان سعی می‌کنند حد و حدود حریم زنان حفظ شود. با تاسیس بیمارستان‌های جامع زنان، هزینه سنگینی به نظام سلامت کشور تحمیل خواهد شد.»

اجرای طرح به صلاح است

عضو کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی معتقد است که تفکیک جنسیتی نه‌تنها در شرع مقدس اسلام اشکالی ندارد، بلکه به آن توصیه هم شده است. احمد آریایی‌نژاد در گفت‌وگو با خبرنگار سپید با بیان اینکه بنده یک پزشک هستم که با مسائل فقهی این رشته آشنایی دارم، گفت: «درصورتی که ساخت بیمارستان تخصصی زنان با امکانات مطلوب ممکن باشد، طرح خوبی است. در غیر اینصورت باید زمینه‌سازی برای اجرای آن انجام شود.» وی با بیان اینکه بیماران خانم راحت‌تر هستند که به پزشکان زن متبحر مراجعه کنند، تصریح کرد: «ما می‌توانیم بار مراجعین را به نحوی پیش ببریم که پزشکان زن در قسمت‌هایی که توان دارند، به بالاترین درجه بهره‌دهی برسند. آنها هم راحت هستند و مشکل خاصی نخواهند داشت. واضح است که وقتی یک پزشک خانم دارای تبحر کافی باشد، خانم‌ها خیلی راحت‌تر هستند که به آنها مراجعه کنند.»

آریایی‌نژاد با تاکیدبر اینکه مسائل مختلفی در راه‌اندازی این نوع بیمارستان‌ها دخیل هستند، خاطرنشان کرد: «ما باید فقه و فرهنگ خود را با ما متفاوت باشد. اجرای این طرح اگر بارمالی زیادی نداشته باشد، هیچ اشکالی ندارد و توصیه نیز می‌شود. به شرط اینکه کارشناسی‌های مختلف آن انجام و تعداد متخصصین مورد نیاز تامین شود.» وی اضافه کرد: «هم‌اکنون متخصصان مرد در بخش زنان و زایمان ارائه خدمت نمی‌کنند و فقط پزشکان قدیمی در این حوزه باقی مانده‌اند که اگر آنها هم کناره‌گیری کنند، پزشکی در این بخش باقی نمی‌ماند. چراکه در سال‌های اخیر جذب این رشته‌ها فقط از میان بانوان انجام شده است. حتی پزشکان بسیاری از بیماری‌های دیگر نظیر داخلی و ... نیز می‌توانند از میان بانوان انتخاب شوند.» این عضو کمیسیون بهداشت و درمان مجلس با اشاره به اینکه امروز بانوان حدود ۶۰ درصد حجم دانشجویان ما را تشکیل می‌دهند، اظهار کرد: «بنابراین فکر نمی‌کنم با اجرای این طرح در سال‌های آینده به مشکل بخوریم و تبعاتی دامنگیر نظام سلامت ما شود.»

نباید احساسی برخورد کنیم

رئیس بیمارستان شریعتی معتقد است نباید واکنش‌ها به اجرای این طرح از روی احساسات باشد. احمدرضا سروش با تاکیدبر اینکه دو گروه خانواده‌ها و کسانی که تجربه راه‌اندازی و اداره این بیمارستان‌ها را در کارنامه دارند، باید در این حوزه نظر دهند، گفت: «نباید زیاد تحت تاثیر جو قرار بگیریم و طرح خوب را بد و طرح بد را خوب معرفی کنیم. این طرح فعلا باید نقد شود تا نقاط ضعف و قوت آن مشخص شود. ضمن اینکه باید شرایط کلی کشور و میزان نیاز مردم در این حیطه نیز مدنظر قرار گیرد.» وی با بیان اینکه طرح باید به صورت علمی دنبال شود تا نتایج نهایی آن راضی‌کننده باشد، خاطرنشان کرد: «موافقان و مخالفان نباید تحت تاثیر احساسات قرار گیرند. از یک طرف نباید شیفته اجرای طرح شد و از طرف دیگر نیز نباید خیلی نسبت به آن خرده بگیریم.» وی ضمن تاکیدبر بررسی دقیق مشکلات بیمارستان‌های زنان موجود در کشور، تصریح کرد: «به نظر می‌رسد که مردم از احداث بیمارستان‌های مستقل زنان استقبال کنند. اکثر مردم مایل هستند هنگام مراجعه به بیمارستان‌ها، سرویس‌ها و خدماتی دریافت کنند که مطابق با باید، فرهنگ و آرمان‌های آنها باشد. اما اگر بتوانیم در کنار همه این مسائل بهترین سرویس علمی را نیز به بیمار ارائه دهیم، موفق‌تر خواهیم بود.» سروش اضافه کرد: «هم‌اکنون بیمارستان محب پاس، آرش و مهدیه احداث شده و به نظر من ابتدا باید شرایط و ویژگی‌های این بیمارستان‌ها مورد بررسی قرار گیرد و میزان رضایتمندی مردم نیز به دست آید.» رئیس بیمارستان شریعتی در ادامه ضمن اشاره به مشکلات احداث بیمارستان‌های مختص زنان، اظهار کرد: «خدمه زن امکان و توانایی جابه‌جایی مریض ندارد. ازطرفی بیمارستان نیازمند نیروی تاسیساتی، خدماتی و ... است که به هرحال مردان برای این مشاغل مناسب‌ترند. همچنین ممکن است لازم شود که گاهی به منظور ارائه خدمات تخصصی و فوق تخصصی، مردان نیز دعوت به کار شوند، اما از این جهت که بیمار مرد در آن بیمارستان بستری نمی‌شود، می‌تواند برای خانم‌ها مناسب باشد. یعنی می‌توان کادر خدماتی این نوع بیمارستان‌ها را از میان مردان و بیماران را از زنان انتخاب کرد.» سروش با تاکیدبر اینکه بیمارستان شریعتی به خواست مردم احترام می‌گذارد و مردم در هنگام مراجعه به آن قدرت انتخاب دارند، تصریح کرد: «اینجا درمانگاه‌هایی داریم که هر دو پزشک مرد و زن را دارد و بیمار قادر به انتخاب است. بیماراتی داریم که درخواست معاینه از سوی پزشک زن دارند و ما هم سعی می‌کنیم پزشک خانم برای آنها مهیا کنیم.» وی در پایان گفت: «اگر بتوانیم شرایط و امکاناتی فراهم کنیم که درنهایت به آرامش مردم منتج شود، به نظر من طرح خوبی است. اما باز هم باید بیمارستان‌های موجود در این زمینه را مورد نقد قرار داد. در هرصورت کسی نمی‌تواند منکر این باشد که مردم از این بیمارستان‌ها استقبال خواهند کرد.»■

گزارش

ابلاغ سند مدیریت، جدیدترین تحول در اورژانس کشور

سپید: اورژانس یکی از بخش‌های نظام سلامت کشور است که بعد از اجرایی شدن طرح تحول، دستخوش نوسانات زیادی شد. راه‌اندازی ۱۵ پایگاه هوایی اورژانس، اگرچه به شکل خرید خدمت از شرکت‌های هوانیروز بود و علی‌رغم وعده‌ها مبنی بر افزایش تعداد پایگاه‌های آن به عدد ۴۵، هنوز هم روی رقم ۱۵ مانده، اما همین هم یک اتفاق بزرگ به حساب می‌آید.

البته فرسودگی ناوگان آمبولانس زمینی یکی از بهانه‌های اصلی این ارگان در توجیه برخی کم‌کاری‌ها در ارائه خدمات بود که اختصاص مبلغ ۱۵۰ میلیارد تومان به منظور تامین آمبولانس‌های جدید، گذشته از اینکه چندبرصد این رقم به برای خرید آمبولانس تعلق گیرد، اما افق جدیدی را روی فعالیت این نهاد حیاتی باز کرد. درواقع مقرر شد که درآمد حاصل از افزایش ۵ درصد عوارض خودروهای سواری تا سقف ۱۵۰ میلیارد تومان به منظور تامین آمبولانس مورد نیاز اورژانس در اختیار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار گیرد.

البته در این میان اهمیت اورژانس پیش‌بیمارستانی نیز فراموش نشد و وزیر بهداشت تصمیم گرفت به منظور بررسی وضعیت این بخش، بازدیدهای سرزده‌ای را از چند بیمارستان انجام دهد که خروجی این بازدیدها خیلی مطلوب نبود و حسن هاشمی را مجبور کرد که به مسئولان این بخش‌ها دو هفته فرصت دهد تا با رفع کمبودها و ارتقای کیفیت خدمات، وضعیت اورژانس این بیمارستان‌ها را بهبود بخشند. وی سپس ارتقا و گسترش اورژانس بیمارستانی را مهمترین ماموریت وزارت بهداشت در سال ۹۴ عنوان کرد.

اما جدیدترین تحول در این حوزه نیز سند مدیریت اورژانس است که به گفته رئیس مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی کشور تا پایان سال تدوین و ابلاغ می‌شود.

امین صابرینا از توسعه ساختاری در ۱۲۰ اورژانس بیمارستانی خبر داد و گفت: «سند مدیریت اورژانس کشور تا پایان امسال تدوین و به دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور ابلاغ می‌شود.» وی از تبدیل مراکز بهداشتی درمانی روستایی به اورژانس پیش بیمارستانی در کشور با هدف هم‌افزایی و نگاه به مناطق محروم خبر داد و افزود: «این اقدام از جمله خدمات دولت تدبیر و امید در جهت خدمت‌رسانی به مناطق محروم کشور است.» وی در ادامه افزود: «با انجام نقطه‌یابی در ۴۲ نقطه از کشور، طرح اورژانس هوایی به فاصله هر ۱۵۰ کیلومتر از سطح جاده‌های کشور را پوشش می‌دهد و تا سال آینده به صورت صد در صد پوشش هوایی را در سطح کشور خواهیم داشت.»

صابری‌نیا درخصوص بهسازی آمبولانس‌های فرسوده نیز گفت: «تا پایان امسال ۸۰۰ دستگاه آمبولانس جدید به این ناوگان افزوده می‌شود که اورژانس شهرستان فسا نیز از این آمبولانس‌ها بهره خواهد برد.» رئیس مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی کشور با اشاره به کمبود بیش از ۱۰ هزار نیرو در اورژانس کشور گفت: «برای اخذ مجوز جذب نیرو نیز با سازمان برنامه‌ریزی مکاتبه شده است.»■

اخبار

۶۵هزار زائر ایرانی حج در خطر ابتلا به بیماری مرس هستند

ایرنا: عضو کمیته کشوری کرونا ویروس وزارت بهداشت شیوع ویروس کرونا و عامل بیماری مرس را در عربستان جدی دانست و گفت: «درحال حاضر زائران ایرانی حج در خطر ابتلا به این بیماری هستند و باید اصول ایمنی را برای پیشگیری از ابتلا و ورود آن به کشور رعایت کنند.» مسعود مردانی افزود: «آخرین اطلاعات وزارت بهداشت نشان می‌دهد که حدود ۱۶ نفر در عربستان به عفونت ویروس کرونا مبتلا شده‌اند و بیشتر آنان در شهر ریاض هستند، اما مواردی از این بیماری در شهرهای مکه، مدینه و جده نیز گزارش شده است. البته تعداد مبتلایان به این بیماری در عربستان مهم نیست بلکه مهم این است که این ویروس اکنون در این کشور وجود دارد و بیماری بومی عربستان شده است و اگر نکات بهداشتی رعایت نشود، زائران ایرانی و هر کشور دیگر ممکن است به این بیماری کشنده مبتلا شوند.» مردانی ادامه داد: «مرس هنوز درمان قطعی ندارد و بیش از ۵۰درصد مبتلایان به ویروس کرونا براثر این بیماری جان خود را ازدست می‌دهند. بنابراین خطر ابتلا زائران ایرانی که درحال تشرف به عربستان هستند را تهدید می‌کند.»

لزوم فراخوان اهدای کلیه توسط وزارت بهداشت

فارس: عضو کمیسیون بهداشت مجلس با اشاره به آمادگی این کمیسیون جهت رفع خلأهای قانونی در زمینه خرید و فروش کلیه، گفت: «افزایش تعامل دولت و مجلس جهت جلوگیری از فروش غیرقانونی کلیه ضرورت دارد.» احمد آریایی‌نژاد اظهار داشت: «در موضوع فروش کلیه مجاز و پسندیده نیست که اطلاعیه‌هایی در دیوارهای سطح شهر مبنی بر فروش کلیه به‌صورت غیرقانونی مشاهده شود.» آریایی‌نژاد با تاکیدبر لزوم فراخوان اهدای کلیه و سایر اعضای بدن به خانواده‌های دارای عضو مرگ مغزی توسط وزارت بهداشت، گفت: «بسیاری از خانواده‌هایی که یکی از اعضا آنها دچار مرگ مغزی شده نسبت به پیوند اعضای عزیزانشان اقدام می‌کنند ولی این موضوع هر چند که فرهنگ آن در جامعه ما رو به رشد بوده ولی نیاز به نهادینه شدن دارد.» آریایی‌نژاد با بیان اینکه خلأقانونی در زمینه فروش کلیه در کشور نداریم، گفت: «درصورتی که چرخه اقتصادی رونق بیشتری داشته باشد، افراد نیازمند کمتر جهت رفع مشکلات اقتصادی خود اقدام به فروش کلیه می‌کنند.»

یارانه داروهای خاص حذف نمی‌شود

آنا: وزیر بهداشت درخصوص حذف یارانه بیماران خاص، گفت: «شایعه‌پردازی در این زمینه بسیار است، جهت‌گیری ما به سمت رفاه مردم بوده است و امکان ندارد از خدمات ما کاسته شود.» سیدحسن هاشمی افزود: «امیدواریم تا پایان سال بتوانیم خدمات جدیدی به بیماران خاص ارائه دهیم. البته بستگی به منابعی که به بیمه، داده می‌شود نیز دارد و اگر پول‌ها به موقع به بیمه ارائه شود، قطعا خدمات جدید به این بیماران خواهیم داشت.»

دسته‌بندی مکمل‌ها و مصرف منطقی آنها

ایفدونا: مدیرکل نظارت و ارزیابی فرآورده‌های طبیعی، سنتی و مکمل سازمان غذا و دارو گفت: «درحال حاضر عطش اولیه برای مصرف مکمل‌ها در چهار تا پنج سال گذشته کنترل و امروز مصرف آنها، منطقی‌تر شده است.» امیرحسین جمشیدی با بیان اینکه همه مکمل‌های دارای مجوز با درخواست کننده مجوز، دسته‌بندی شده‌اند، خاطرنشان کرد: «طراحی و دسته‌بندی مکمل‌ها از دو سال گذشته آغاز شده و در سال گذشته نیز جدول‌های آن به‌روز رسانی شده است و بسیاری از اعداد آن باتوجه به نژاد ایرانی و شرایط تغذیه، تغییر یافته است.■

نبض اقتصاد

در دولت قبل قیمت زمین ۹ برابر و بهای مسکن ٦ برابر شد

وضعیت مسکن و رکود چندین ساله آن در اولویت برنامه‌های دولت برای خروج از رکود است. موضوعی که با به سرانجام رسیدن مذاکرات اتمی و در پی آن برداشته شدن تحریم‌ها در آینده‌ای نزدیک سرعت بیشتر چرخ اقتصاد کشور چرخه‌های بازار را کاد مسکن را نیز به تحرک وا خواهد داشت. البته در حوزه مسکن برنامه‌های میان‌مدت و کوتاه‌مدتی در دست انجام است که تابه‌حال به‌کندی به آنها عمل شده است. در همین ارتباط عباس آخوندی در جلسه بررسی جایگاه مسکن در برنامه ششم توسعه و آینده بازار مسکن با بیان اینکه ازنظر اقتصادی بخش مسکن باید همزمان در دو حوزه اقتصاد کلان و خرد بررسی شود، افزود: «ازآنجاکه ارقام موردبررسی در اقتصاد کلان به دلیل بزرگی گمراه‌کننده هستند، باید جایگاه مسکن در اقتصاد خرد و خانواده نیز حتماً لحاظ شود.»

وی اظهار داشت: «از طرفی می‌گوییم بیش از یک و نیم میلیون خانه خالی از سکنه در تهران داریم و از طرف دیگر ازنظر اقتصاد خرد بسیاری از مردم تهران نه خانه مناسب دسترسی ندارند؛ بنابراین به یک تحقیق کامل برای بررسی تقاضای مسکن ازنظر اقتصاد خرد در کشور نیاز داریم.»

وزیر راه و شهرسازی با بیان اینکه مشکل لحاظ نکردن اقتصاد خرد در بررسی‌ها سبب شده است که انبوه‌سازان نیز به ساخت خانه‌های لوکس روی بیاورند و به همین دلیل در بخش خانه‌های اقشار متوسط دچار کمبود شده‌ایم، گفت: «انبوه‌سازان به دلیل آنکه در بررسی‌های خود فکر می‌کردند با فروش خانه‌های لوکس سود زیادی می‌توانند به دست بیاورند و رویای فروش آن‌ها را داشتند خانه‌های چند صد متری ساختند که اثری در خانه‌دار شدن عموم مردم نداشت و از طرفی نیز در فروش خانه‌های ساخته‌شده ناکام ماندند که این از عوارض کلان نگری بدون در نظر گرفتن اقتصاد خرد است.» وی نکته بعدی در بررسی آینده بازار مسکن را موضوع قیمت زمین در مسکن دانست و افزود: «قیمت زمین در اقتصاد مسکن ۶۰ درصد ارزش واحد مسکونی را تشکیل می‌دهد. این مسئله در مناطق گران‌قیمت تهران نزدیک به ۹۵ درصد است، وقتی در منطقه‌ای از تهران قیمت ساخت هر واحد مسکونی به ۱۵ میلیون تومان به ازای هر مترمربع می‌رسد، نشان می‌دهد که حتی اگر از لوکس‌ترین اجناس در ساخت خانه استفاده‌شده باشد نهایتاً متری دو میلیون تومان هزینه تمام‌شده ساخت خواهد بود و مابقی قیمت زمین است.»

آخوندی با اشاره به فرمایشات حضرت امام خمینی (ره) در اوایل انقلاب که گفتند باید به‌حایی برسیم که قیمت زمین به صفر برسد، اذعان کرد: «در این سال‌ها نه‌تنها قیمت زمین صفر نشد بلکه شیب قیمت زمین نیز بیشتر از شیب افزایشی قیمت مسکن شد.»

وی تأکید کرد: «عمده‌ترین دلیل افزایش غیرقابل‌کنترل قیمت زمین در این سال‌ها رفتار کلایی با قوانین در دستگاه‌های مربوط است. وقتی قانون و ضابطه را می‌توان فروخت، نهایتاً آنچه فروخته می‌شود مجوزهای قانونی است که سبب افزایش قیمت زمین می‌شود. قیمت زمین تابع کلایی شدن قوانین است البته سایر قوانین هم کلایی است ولی در خصوص زمین و ملک این مسئله نمود بیشتری دارد که به مشکل ضعف حکمروایی شهری برمی‌گردد.»

وزیر راه و شهرسازی بابیان اینکه دولت قبل فکر می‌کرد اگر مسکن مهر ساخته شود، قیمت زمین صفر خواهد شد و همواره یکی از شعارهای آن‌ها این بود که قیمت زمین را صفر کردیم، خاطرنشان کرد: «علی‌رغم این شعارها قیمت زمین در دولت قبل ۹ برابر رشد کرد و قیمت مسکن ۶ برابر. بنابراین باید نظام مدیریت مالی شهری و شهرداری منضبط شود؛ در غیر این صورت هرگز مشکل افزایش قیمت زمین حل نخواهد شد.»

آخوندی مسئله مسکن را مشکل عمده شهرهای بزرگ دانست و گفت: «باید به این سؤال پاسخ دهیم که آیا قرار است در برنامه ششم توسعه بازهم خانه بسازیم؟ البته بسیاری از پاسخ دادن به این سؤال طفره می‌روند؛ اما باید به این نکته توجه کنیم که اساساً منابع زیستی تهران برای زندگی بیش از هفت میلیون نفر کفاف نمی‌دهد و این نگرانی از دهه ۴۰ وجود داشته و همچنان وجود دارد.»■

خبرخوان

اجاره خانه ۱۳ درصد اضافه شد

در ماه گذشته شاخص اجاره مسکن در شهر تهران و کل مناطق شهری کشور را افزایش همراه بود. آمار بانک مرکزی از تحولات قیمت و حجم معاملات بازار مسکن در شهر تهران در مرداد ماه نشان می‌دهد که شاخص اجاره مسکن در شهر تهران در مقایسه با ماه مشابه سال قبل ۱۱/۲ درصد و در کل مناطق شهری ۱۲/۹ درصد افزایش داشته است. این در حالی است که میزان رشد اجاره‌ها در مجموع با روند کاهشی همراه شده است. در ماه موردبررسی متوسط قیمت خرید و فروش یک مترمربع زیربنای واحد مسکونی معامله‌شده از طریق بنگاه‌های معاملات ملکی شهر تهران ۳/۵ میلیون تومان بوده که نسبت به ماه قبل ۰/۳ درصد و در مقایسه با ماه مشابه سال گذشته ۲/۸ درصد کاهش دارد. بنا بر آخرین آمار بانک مرکزی، تعداد معاملات آپارتمان‌های مسکونی شهر تهران به ۱۳/۱ هزار واحد رسید که نسبت به تیرماه ۱۱/۶ و نسبت به مرداد سال گذشته ۳/۲ درصد رشد دارد. این در حالی است که بررسی توزیع تعداد واحدهای مسکونی معامله‌شده به تفکیک عمر بنا در مردادماه سال جاری حاکی از آن است که واحدهای نوساز تا ۵ سال ساخت با سهم ۲/۸ درصدی بیشترین حجم از واحدهای مسکونی معامله‌شده را به خود اختصاص داده‌اند. این سهم در مقایسه با مرداد سال گذشته ۲/۷ درصد کاهش دارد. همچنین در پنجمین ماه امسال در میان مناطق ۲۲ گانه شهرداری تهران، بیشترین متوسط قیمت یک مترمربع زیربنای مسکونی معامله‌شده حدود ۷/۶ میلیون تومان و مربوط به منطقه یک و کمترین آن با دو میلیون تومان و مربوط به منطقه ۱۸ است.

سیستم مالیاتمان ۴۰ سال از دنیا عقب است

نحوه مالیات‌گیری در کشورهای درحال‌توسعه‌ای چون ایران که به‌خصوص متکی به درآمدهای نفتی هستند چالش همیشگی اقتصاد بوده است. این موضوع و درعین‌حال نظام کهنه مالیاتی کشور موضوعاتی بود که رئیس سازمان امور مالیاتی کشور بدان پرداخته و از عقب‌ماندگی ۴۰ ساله سیستم مالیاتی کشور خبر داده است. علی عسکری در مراسم افتتاح ساختمان شهید مطهری سازمان امور مالیاتی البرز گفت: «کشور ایران در زمینه اخذ مالیات از عقب‌ماندگی ۴۰ ساله رنج می‌برد که باید این وضعیت را اصلاح کنیم.» معاون وزیر امور اقتصادی و دارایی افزود: «بحث اقتصاد بدون نفت در ایران از سال ۱۳۴۶ مطرح شد و با اصلاحیه‌هایی که در قوانین مالی کشور ایجاد شد قرار بود کشور بدون وابستگی به نفت اداره شود و در این راستا مدرن‌ترین تجهیزات سخت‌افزاری دنیا نیز در سال ۵۲ خریداری شد.» عسکری تصریح کرد: «اما گران شدن نفت در سال ۱۳۵۳ موضوع اقتصاد بدون نفت را به حاشیه برد و اقتصاد به‌شدت به نفت وابسته گردید تا اثرات آن همچنان در کشور مشهود باشد.» وی ادامه داد: «اقتصاد کشور باید متکی به نفت نباشد و به‌سمت درآمدهای پایدار برود که مالیات یکی از این درآمدهای پایدار است و می‌توان به‌خوبی به آن اتکا کرد.» رئیس سازمان امور مالیاتی کشور یادآور شد: «اقتصاد ایران اقتصاد کوچکی نیست و گردش مالی زیادی در آن صورت می‌گیرد به همین دلیل مالیات به‌خوبی می‌تواند جوابگوی درآمد کشور باشد.»■

بازشناسی دلایل ایجاد فساد اقتصادی و راه‌کارهای مقابله با آن

ریشه‌های فساد اقتصادی در سیاست است

■سجاد خداکرمی

فساد اقتصادی و مالی و پیچیدگی‌های آن، کار بررسی و موشکافی را در این زمینه کمی سخت می‌کند؛ اما آنچه دراین‌بین واضح می‌نماید وجود این وجه از فساد در کشور آن‌هم به‌گونه‌ای نظام‌مند است. باید توجه داشت که موضوع فساد اقتصادی به یک پاچند اختلاس بزرگ و کوچک ختم نمی‌شود؛ بلکه برای درک بهتر این موضوع نیاز به درک جامعی از پدیده فساد است. برای درک بهتر شرایط تحقق فساد باید خاطرنشان کرد که فساد مساوی است با انحصار به‌اضافه مصلحت‌طلبی. بنابراین اگر انحصار قدرت و ثروت و نیز عدم پاسخگویی به افکار عمومی و دستگاه‌های نظارتی واقعی، تحقق پیدا کنند مساوی خواهد بود با وقوع پدیده‌ای به نام فساد. همچنین دراین‌بین مناسباتی نیز در کانون‌های قدرت و ثروت آن‌هم در سطوح بالا وجود دارد که تشخیص این مناسبات نیز به درک هرچه بهتر از چگونگی شکل‌گیری و وقوع و همچنین برخورد با این پدیده کمک می‌کند.

درحالی‌که هرچند وقت یک‌بار نمونه‌های جدیدی از فساد اقتصادی از پرده بیرون می‌افتد تابه‌حال آن گونه که باید توجهی به گستردگی دامنه، ابعاد و عمق فساد اقتصادی در کشور صورت نگرفته است و به همین خاطر نیز اقدامات صورت گرفته برای مقابله با آن چندان تناسبی با پیچیدگی‌های بسیار آن نداشته‌است. موضوع فساد اقتصادی پس از رفتن دولت‌های نهم و دهم بیش از گذشته و با ابعادی پیش از پیش قرار گرفت؛ اما موضوع برخورد با آن تنها به برخورد با مفسدین اقتصادی منتهی شد و به ریشه‌های عوامل و درمجموع به‌گونه‌ای ساختاری به مبارزه با اصل موضوع فساد اقتصادی پرداخته نشده است نبود نگرش سیستمی به فساد و ضعف در ساختارشناسی آن پاشنه آشیل اصلی برخورد با این مقوله به نظر می‌رسد. پرواضح است تا آن، هنگام که به‌جای برخورد باریشه‌ها به برخورد با مظاهر آن پرداخته می‌شود این غول هزار سر روزبه‌روز قدرتمندتر به مکیدن خون اقتصاد کشور ادامه خواهد داد و این نحوه برخورد به‌مانند این است که درد سرطان را با مرفین ساکت کنند.

حسین راغفر اقتصاددان و عضو هیئت علمی دانشگاه الزهرا در تحلیل چگونگی شکل‌گیری فساد معتقد است:

«یکی از زمینه‌های ایجاد و رشد فساد کج کاری‌های نهادهای قدرت و ثروت است» وی همچنین به بیان لایه‌های سه‌گانه‌ای از تولید فساد می‌پردازد و می‌افزاید: «در ساختار سیاسی سه سطح فردی، نهادهای میانی و سطح کلان و ساختارهای کلان می‌توانند مولد فساد باشند.» وی در تبیین این سه‌محور می‌افزاید: «سطح فردی که درواقع سطح خرد است، به رفتارهای غلط فردی مربوط می‌شود و آنجایی است که افراد مبادرت می‌کنند به انجام کار خطا و سوءاستفاده‌هایی که از منابع عمومی انجام می‌دهند. در دومین سطح، نهادهای میانی‌اند که به کارکردهای این نهادها مرتبط می‌شود و سطح کلان که به رفتار و عملکرد ساختارها بازمی‌گردد.»

وی همچنین معتقد است: «رفتار فردی متأثر از عملکرد ساختار صورت می‌گیرد و اینکه ساختار است که امکان را برای افراد فراهم می‌آورد. با این حساب اگر فساد را محصول کارکرد ساختارها و نهادها بدانیم و از این زاویه به تحلیل فساد بپردازیم، می‌توانیم بررسی کنیم که چرا فساد محقق می‌شود و چگونه بایستی با آن مبارزه کرد.»

وی در ارتباط با عوامل مصداقی در به وجود آمدن فساد اقتصادی معتقد است: «نظام پولی و مالی کشور، نحوه اعطای تسهیلات بانکی و ارزی همگی باید مورد نظارت قرار بگیرند. چرا که همگی این مواردبه اموال عمومی بازمی‌گردد و قادر است ثروتمندهای نوظهوری در کشور ایجاد کند. یکی دیگر از دلایل به وجود آمدن مفاسد اقتصادی در کشور وابستگی اقتصاد به درآمدهای نفتی است. پس از انقلاب دولت‌های مختلفی با تابلوها، شعارها و سلایق مختلف روی کار آمدند اما کارکرد همگی آن‌ها در حوزه اقتصادی تقریباً مشابه بوده و در همگی آن‌ها وابستگی به نفت کاملاً مشهود بوده است. متأسفانه دولت‌ها همگی دخل و خرجشان را با درآمدهای نفتی انجام می‌دهند و این در حالی است که در کشورهای توسعه‌یافته ۹۸ درصد درآمدهای دولت از مالیات است. البته این موضوع به معنای فشار مالیاتی به مردم نیست بلکه دولت‌ها در کشورهای توسعه‌یافته همچون بخش خصوصی فعالیت اقتصادی برایشان مهم است. عدم وابستگی به تولید ملی در دولت‌ها باعث شده است که نوعی خودکامگی در رفتارها و سیاست‌هایشان وجود داشته باشد. به‌عنوان‌مثال ۱۰ سال پیش رقم یک فساد اقتصادی نزدیک به چند ده میلیارد تومان بود، اما در آمدهای افسانه‌ای ۸۰۰ میلیارد دلاری دولت رقم فسادهای اقتصادی هم جهش پیدا کرد و به فساد اقتصادی سه هزار میلیارد تومانی و چند هزار میلیارد تومانی دیگر رسیده‌ایم.»

وی همچنین می‌افزاید: «البته که در این سال‌ها تحریم‌ها نیز در به وجود آمدن مفاسد اقتصادی نقش داشته‌اند؛ اما سیاست‌ها و تصمیم‌های نادرست و عدم انتخاب مدیران شایسته باعث شد که در نهایت منافع باندی و جناحی به منافع ملی ارجحیت پیدا کند و شاهد افت محسوس در کارآمدی مدیران باشیم.»

راغفر در ارتباط با تأثیر گرایش‌های اقتصادی در نحوه برخورد با فساد در کشور که برخی اوقات موضوع نزاع میان برخی در جهت چگونگی مبارزه با فساد است معتقد است: «به‌صرف اینکه مدیریت اقتصادی کشور مبتنی بر اقتصاد بازار آزاد باشد یا اینکه یک رویکرد نهادی بر اقتصاد کشور حاکم باشد به‌تنهایی کافی نیست، بلکه نیازمند اصلاحات اساسی در ساختارهای اقتصادی کشور و همچنین نیازمند حضور نهادهای قدرتمند نظارتی هم در حاکمیت و هم در جامعه هستیم.»

وی در ارتباط با ابزارهای نظارتی که بر سر راه فساد در کشور و مبارزه با آن می‌توانند تأثیرگذار باشند می‌گوید: «نظام قضایی یکی از نهادهای بسیار مهم است که در این زمینه کارکرد مناسب آن می‌تواند محیط اقتصاد کشور را در برابر فساد مقاوم بسازد یا برعکس اگر عملکرد مناسبی در این زمینه نداشته باشد می‌تواند راه را برای ایجاد فسادهای گسترده باز کند. نهاد مهم و تأثیرگذار دیگر در این زمینه نهاد مالکیت خصوصی است که هم می‌تواند نقش خیلی مهمی در شکل‌گیری یک جامعه عاری از فساد داشته باشد و هم اینکه در صورت عملکرد ناصحیح خود موجب رشد فساد در کشور شود. همچنین نظام مالیات‌ستانی می‌تواند یک نظام مؤثر در کنترل فساد باشد یا اینکه خود زمینه‌ساز رشد فساد باشد.»

وی در ادامه می‌افزاید: «درمجموع همه این عوامل متعدد در کارند و اگر در جامعه‌ای فساد وجود دارد قطعاً بایستی به دنبال توجه به نهادهایی بود که می‌توانند تنظیم‌گر رفتارهای فردی، کارکردهای نهادی و همچنین عملکرد ساختاری در جوامع باشند. ازجمله این نهادهای تأثیرگذار رسانه‌های، احزاب، نهادهای مدنی آزاد هستند که این هامسئولیت تنظیم نظارت‌های بیرونی را بر عهده دارند و نهادهای مردمی هستند که نظارت بر عملکرد اصحاب قدرت را فراهم می‌کنند.»

خوش‌چهره استاد اقتصاد دانشگاه تهران نیز در همین زمینه معتقد است:

«نارسایی‌های سیاسی در حوزه نظارت، کنترل و تصمیم‌گیری نشان می‌دهد راه برای شکل‌گیری مفاسد اقتصادی به‌طور رقم‌های غیرقابل‌تصوری بازاست.»

خوش‌چهره به نظارت دستگاه‌های حاکمیتی دراین باره اشاره می‌کند و معتقد است: «ازآنجایی‌که کنترل، هدایت، برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری درباره این موضوع بر عهده دولت است، همگی انگشت اشاره‌شان را به سمت دولت می‌گیرند. از سوی دیگر مجلس شورای اسلامی هم طبق قانون اساسی نقش برجسته‌ای در حوزه نظارتی دارد و باید بر منابع و امکانات دولت نظارت لازم را داشته باشد. به‌طور مثال دولت مرا در باره لوایح بودجه که وقایع اقتصادی آینده کشور را رقم می‌زند، تنها به مجلس پیشنهاد می‌دهند اما این مجلس است که این پیشنهادها را به قانون تبدیل می‌کند و نحوه هزینه کرد دستگاه‌های دولتی را روشن می‌کند. درنتیجه درباره ضعف‌های کنترل و نظارتی تنها دولت نیست که مقصر است بلکه هر سه قوه در این موردوظیفه دارند.»

راغفر نیز در پایان اشاره می‌کند که برای برخورد با فساد در ایران مادامی که به مقوله فساد به شکلی فراجناحی و ملی توجه نشود نمی‌توان انتظار داشت اقدام مؤثری صورت گیرد و می‌افزاید: «مسئله فساد ماهیتاً یک امر سیاسی است؛ اگرچه نتایج اقتصادی در پی دارد. اما در اصل اسباب شکل‌گیری‌اش در سیاست ریشه دارد. بنابراین راه‌حل‌های آن هم باید در اینجا باید راه‌حل‌های سیاسی باشد و نقش ساختارهای قدرت در اصلاح نهادها و تأثیرگذاری آن‌ها بر روی ساختارها می‌تواند تنظیم‌کننده موضوع مبارزه با فساد باشد.»

البته ابعاد سیاسی برخورد با فساد موضوعی مهم و مفصل است و نیاز است که به‌جد آن پرداخته شود در بیان بخش کوچکی از از تأثیر عوامل سیاسی در ایجاد فساد می‌توان گفت که کانون‌های قدرت برای تأمین منافعشان سعی می‌کنند سیستم را از تعادل منطقی خارج کنند تا روزنه‌ای برای انحرافات بزرگ باز شود. این موضوع خود به‌تنهایی گویای اهمیت بازشناسی و اصلاح عوامل سیاسی مؤثر در ایجاد فساد است که یکی از دلایل اصلی کم پرداختن به آن نیز به ضعف نظارت و کنترل دستگاه‌های نظارتی بیرونی چون رسانه‌ها بازمی‌گردد که البته با محدود بودن این ابزار مهم نمی‌توان انتظار چندانی نیز از آن داشت.■

انواع سکه و طلا	قیمت (تومان)
سکه تمام‌طرح قدیم	۹۲۱/۰۰۰
نیم سکه	۴۷۱/۰۰۰
ربع سکه	۲۶۰/۰۰۰
طلا (گرمی)	۱۷۱/۰۰۰

انواع ارز	قیمت (تومان)
دلار	۳/۴۱۰
یورو	۳/۸۶۰
پوند	۵/۲۶۰
درهم	۹۴۰

ویترین

توتال در ایران پمپ‌بنزین می‌سازد

موضوع کمبود جایگاه‌های عرضه سوخت از مشکلات چندین ساله شهرهای بزرگ و کلان‌شهرهاست. موضوعی که در پی بازشدن فضا در عرصه اقتصاد و حضور و مذاکرات شرکت‌های مختلف داخلی و خارجی برای مرتفع شدن آن در دست بررسی و اقدام است. در همین زمینه مدیر بازرگانی شرکت ملی پخش فرآورده‌های نفتی ایران با اشاره به تمایل شرکت‌های نفتی جهان ساخت جایگاه سوخت در دوران پساتحریم، اعلام کرد: «احتمال لغو تحریم‌ها و آزادسازی قیمت‌ها انگیزه خارجی‌ها برای جایگاه سازی را افزایش داده است.» محمدرضا مظلومی در تشریح سیاست‌های جدید احداث جایگاه‌های جدید سوخت در ایران در دوران پساتحریم، بابیان اینکه اخیراً دستورالعمل جدید احداث جایگاه سوخت در کشور ابلاغ‌شده است، اظهار داشت: «بر اساس دستورالعمل جدید، ساخت جایگاه‌های جدید بنزین و گازوئیل در کشور باید به‌صورت انبوه و توسط شرکت‌های برند و معتبر انجام شود.» وی با اشاره به برنامه ویژه برند سازی در حوزه ساخت جایگاه و ارائه خدمات سوخت‌رسانی به مردم در استان‌های مختلف کشور، تأکید کرد: «پیش‌بینی می‌شود با شکل‌گیری برندهای جدید و آغاز ساخت جایگاه‌های انبوه، مشکلات کمبود جایگاه سوخت در برخی از کلان‌شهرهای کشور به‌ویژه تهران برطرف شود.» مظلومی در پاسخ به پرسشی مبنی بر اظهار تمایل احتمالی شرکت‌های بزرگ بین‌المللی نفت جهان برای ساخت جایگاه سوخت در ایران در دوران پساتحریم، اظهار داشت: «تاکنون شرکت توتال فرانسه به همراه شریک ایرانی خود به‌صورت غیرمستقیم مذاکراتی را به‌منظور ساخت جایگاه سوخت در کشور انجام داده است.»

کمپین ضدانقلابی نخریدن خودرو

موضوع قیمت خودرو و همچنین کیفیت پایین محصولات داخلی صنعت خودروی کشور بحث داغ این روزها در محافل اقتصادی و مردم است. وزیر صنعت، معدن و تجارت روز گذشته طی سخنانی در یک نشست خبری در همین ارتباط، بابیان اینکه از یک دستگاه خودروی ۹ هزار دلاری حدود ۲ هزار دلار ارزری وجود دارد، بنابراین عمده هزینه‌های ناشی از تولید خودرو داخلی است که این هزینه‌ها نیز تنها تورم بوده است، گفت: «تصور من بر این است که اگر خودروسازان قیمت رانثابت نگه داشته‌اند، در عمل به مفهوم کاهش قیمت خودرو است.» محمد نعمت‌زاده افزود: «در روزهای گذشته دو جلسه درباره اصلاح ساختار مالی خودروسازان برگزار و گزارش آن نیز به بانک مرکزی ارسال‌شده که بر مبنای این گزارش، برنامه اصلاح ساختار مالی و کاهش هزینه‌های خودروسازان در سه مقطع سال ۹۴، ۹۵ و ۹۶ تدوین شده است. ضمن اینکه خودروسازان برای افزایش بهره‌وری تولید و کاهش هزینه‌ها برنامه دارند.» همچنین نعمت زاده بابیان اینکه به دنبال گران کردن خودروهای داخلی نیستیم، گفت: «کمپین نخریدن خودروهای داخلی گناه و خلاف است و هر کس این را بگوید ضدانقلاب است؛ چرا که حمایت از کمپین در شرایط فعلی به‌هیچ‌وجه معنا ندارد.»■

استخدام نگهبان
با ضامن معتبر
آگهی استخدام
جهت کسب اطلاعات بیشتر از ساعت ۱۰ الی ۱۷
روزهای شنبه تا چهارشنبه
با تلفن ۱-۲۲۸۹۰۹۳۰ تماس بگیرید

آمار

۲۰/۰۰۰/۰۰۰

معاون امور بین‌الملل و حقوقی پلیس فتا از کشف ۲۰ میلیون قلم داروی غیر مجاز در کشور خبر داد. سرهنگ حسین رمضانی در تشریح چگونگی این کشف اظهار داشت: «در این عملیات که با همکاری وزارت بهداشت، دادستانی، دفتر اینترپل تهران و همچنین گمرک کشور برگزار شد، با رصد بیش از ۱۸ هزار و ۵۰۰ وب‌سایت بیش از ۱۰۰ سایت شناسایی و ۹۰ نفر در این ارتباط دستگیر شدند.» رمضانی با بیان اینکه این عملیات با همکاری پلیس بین‌الملل انجام شده است، گفت: «ارزش ریالی داروهای مکشوفه در ایران ۱۴ میلیارد ریال برآورد شده که در میان اقلام مکشوفه بیش از ۱۳۱ هزار قفره تجهیزات پزشکی غیرمجاز، ۹۵۰ هزار گرم داروهای مکمل و ۹۸ هزار قرص و آمپول غیرمجاز بوده است.» وی خاطرنشان کرد: «در حال حاضر هیچ مجوزی در کشور برای فروش در بستر سایبری وجود ندارد. لذا از مردم می‌خواهیم که به هیچ وجه نیازهای دارویی خود را از طریق اینترنت دارو تامین نکنند.»

۱۲

مدیرکل دفتر سلامت جمعیت و خانواده وزارت بهداشت از راه‌اندازی ۱۲ کلینیک جنسی از مهرماه در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور خبر داد. محمداسماعیل مطلق در تشریح چگونگی راه‌اندازی این کلینیک‌ها اظهار کرد: «برای اجرای این برنامه وزارت بهداشت باید مجموعه خدماتی را در مرکز بهداشتی و درمانی قرار دهد. ضمن اینکه پرداخت هزینه‌ها را نیز وزارت بهداشت انجام خواهد داد. بر این اساس با دانشگاه‌های علوم پزشکی هماهنگی انجام شده و تاکنون ۱۲ دانشگاه اعلام آمادگی کرده‌اند.» مطلق با بیان اینکه برنامه وزارت بهداشت این است که سال بعد این برنامه را در ۵۷ دانشگاه و دانشکده علوم پزشکی انجام دهد، افزود: «در مرحله اول قرار است مقداری برای راه‌اندازی کلینیک‌های جنسی هزینه شود تا این خدمت رایگان انجام شود یا با دفترچه بیمه صورت گیرد.»

۵

مدیرکل نظارت بر دارو و مواد مخدر سازمان غذا و دارو گفت: «هم‌اکنون صنعت داروسازی کشور ۵ برابر نیاز کشور توان تولید دارو دارد.» مهدی پیرصالحی با بیان اینکه صنعت داروسازی ایران از لحاظ تبراز تولید در بهترین شرایط خود قرار دارد اظهار داشت: «در حال حاضر صنعت داروسازی بیش از ۹۷ درصد داروهای کشور را تولید می‌کند و در داروهای «بابو تک» جز کشورهای پیشتاز است.» پیرصالحی با اعلام اینکه بازار ایران گنجایش تولید شرکت‌های داروسازی را ندارد، افزود: «این امر موجب رقابت منفی در داخل کشور می‌شود. بنابراین لازم است صنایع تمام تلاش خود را در ارتقا کیفیت و ورود به بازارهای خارجی انجام دهند.» پیرصالحی با اشاره به اینکه صنایع داروسازی روی بحث‌های GMP کار می‌کنند و مذاکرات و مراوداتی نیز در خصوص صادرات دارند؛ خاطرنشان کرد: «متاسفانه صادرات ما نسبت به واردات دارویی کمتر است و حدود یک میلیارد دلار واردات دارویی داریم در حالی که میزان صادرات ۱۸۰ میلیون دلار است.»

گزارش

تغییر رویکرد هلال احمر از درمان به پیشگیری

■ بلاشاهی

معاون بهداشت، درمان و توانبخشی جمعیت هلال احمر با تاکید بر اینکه فعالیت‌های داوطلبانه باید از صرف طبابت و ارائه دارو خارج شود گفت: «باید در روند اقدامات خود به سمتی حرکت کنیم که اثر ماندگاری داشته باشد و تنها در قالب آموزش می‌توان به آن دست یافت.»

در مراسمی که در بیمارستان «نورافشار» برگزار شد از ۳۰۰ پزشک داوطلب منتخب در برنامه‌های سلامت محور سازمان داوطلبان هلال احمر قدردانی شد. پزشکانی که سال‌ها بدون انتظار مالی بیماران را درمان کردند.

حدود ۱۸ هزار پزشک و پیراپزشک به عنوان عضو داوطلب با سازمان داوطلبان همکاری دارند که در سال گذشته بیش از ۱۵ هزار نفر از این پزشکان در برنامه‌های سلامت محور از جمله کاروان‌های سلامت و پروژه‌های بهداشتی و درمانی شرکت کرده‌اند. به طوری که سال گذشته دو هزار کاروان سلامت به ۱۲ استان کشور اعزام شده است.

آنطور که فرحناز رافع، رئیس سازمان داوطلبان هلال احمر گفته است: «فعالیت‌هایی که توسط پزشکان داوطلب انجام می‌شود در راستای ماموریت جمعیت هلال احمر و استراتژی فدراسیون بین‌المللی صلیب‌سرخ است.» وی در سخنان خود بر اهمیت مشارکت سازمان‌های مردم‌نهاد نیز اشاره کرد و افزود: «اگر مردم در این امور مشارکت نداشته باشند، هیچ دولتی نمی‌تواند حتی در حوزه اقتصادی، سیاسی و اجتماعی موفق شود.»

رافع همچنین بر توجه به طب سالمندی تاکید کرد و این نکته را یادآور شد که روز به روز تعداد سالمندان در کشور بیشتر می‌شود و جامعه ما به سمت سالمندی حرکت می‌کند. بنابراین باید حرکتی را شروع کرد تا شاید باعث فعالیت هر چه بیشتر سمن‌ها، افراد مسئول و سایر دستگاه‌های اجرایی شود.

وی پیشگیری از سرطان‌های شایع را از دیگر اقدامات مهم این حرکت برشمرد و گفت: «انجمن‌ها و سازمان‌های مردم نهاد بسیاری در این زمینه با ما همکاری کردند که در قالب آموزش به داوطلبان به مردم ارائه شد. همچنین آموزش امداد و کمک‌های اولیه، اصلاح و بهبود روش تغذیه برای پیشگیری از بیماری‌ها از جمله فشار خون، دیابت و بیماری‌های قلبی و عروقی از دیگر اقدامات موثر بوده است.»

رئیس سازمان داوطلبان هلال احمر با بیان اینکه امسال سفرنامه سلامت و امید در ۱۰ استان دیگر آغاز خواهد شد افزود: «سال گذشته در ۱۲ استان سفرنامه اجرا شد که امسال قصد داریم این اقدام را با رویکرد پیشگیری از بیماری‌های قلبی و عروقی، فشار خون، دیابت، خود مراقبتی و اصلاح بهبود روش‌های تغذیه و تغییر سبک زندگی انجام دهیم.»

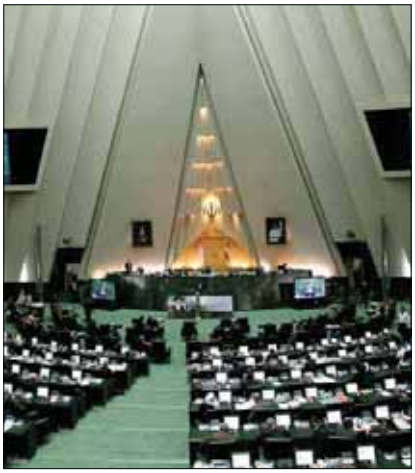
وی همچنین حمایت از بهبود یافتگان حوزه‌هایی از جمله اعتیاد و سرطان را از رویکردهای جدید عنوان کرد و گفت: «برنامه‌ریزی‌هایی در حوزه معاونت اجتماعی صورت گرفته و امسال برنامه‌هایی تحت عنوان طرح پنجره‌های امید طراحی شده است.»

رافع با بیان اینکه بیش از یک میلیون نفر در سال گذشته توسط پزشکان داوطلب به صورت رایگان ویزیت شدند و خدمات سلامت، بهداشتی و درمان دریافت کرده‌اند، ابراز امیدواری کرد که تعداد پزشکان بیشتری در این حرکت بزرگ بین‌المللی حضور داشته باشند تا بتوانیم درد و رنج جامعه را کاهش دهیم و در مسیر پیشگیری و توسعه و افزایش شاخص‌های اجتماعی با محوریت سلامت گام برداریم.■

نهایتا چه چیزی در برنامه ششم تصویب خواهد شد؟

مجلس بر سر دوراهی: تجمیع یا تفکیک بیمه‌ها

■ سمیه متقی



«تجمیع منابع سلامت» به عنوان یکی از موضوعات قابل تامل و مهم این حوزه، بارها و بارها مورد نقد و ارزیابی صاحب‌نظران قرار گرفته و البته نظرات گوناگون و موضع گیری متفاوتی در قبال آن وجود دارد. این رویکرد، آن زمان بحث‌برانگیزتر می‌شود که بدانیم اتفاق نظر بر این است که عبور قطار سلامت آن بدون گذر از ایستگاه «تجمیع بیمه‌ها» امکان پذیر نیست. موضوعی که چندی پیش حسن هاشمی، وزیر بهداشت نیز به آن اشاره کرد و گفت: «تجمیع بیمه‌ها در برنامه پنجم توسعه پیش‌بینی شده بود، اما نه به عنوان تکلیف دولت و این مساله موجب شد تا منابع بخش سلامت تجمیع نشود.» وزیر بهداشت بر این باور است که باید در برنامه ششم توسعه به جای اختیار و اجازه دستور صریح و قاطعی برای تجمیع منابع مالی بخش سلامت کشور پیش بینی و مجلس آن را تصویب کند تا دولت هر چه سریعتر در این زمینه اقدام شایسته ای انجام دهد. با توجه به اینکه در سال پایانی اجرای برنامه پنجم توسعه هستیم و با تمام تلاش و کوشش وزارت بهداشت، تاکنون تجمیع بیمه‌ها محقق نشده و احتمالا تا پایان برنامه ۵ ساله مذکور هم دستیابی به این مهم امکان‌پذیر نیست. بر همین اساس دانستن نحوه ورود مناسب به این موضوع در برنامه ششم (تکلیف یا اجازه) حائز اهمیت است. البته پیش از آن باید به این نکته اشاره شود که در بند «ب» ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه آمده است: «به دولت اجازه داده می‌شود بخش‌های بیمه‌های درمانی کلیه صندوق‌های موضوع ماده (۵) قانون مدیریت خدمات کشوری و ماده (۵) قانون محاسبات عمومی کشور را در سازمان بیمه خدمات درمانی ادغام نماید. تشکیلات جدید «سازمان بیمه سلامت ایران» نامیده می‌شود. کلیه امور مربوط به بیمه سلامت در این سازمان متمرکز می‌شود.»

تجمیع منابع، شفاف‌سازی هزینه‌کرد را به همراه دارد

با توجه به توضیحات پیشین، به سراغ نمایندگان مجلس رفتیم تا از چند و چون ضروریات برنامه ششم در حوزه منابع آگاه شویم. در این زمینه، عبدالرحمن رستمیان، نایب رئیس کمیسیون بهداشت مجلس، در گفتگو با سپید با بیان اینکه واقعا خوب است این موضوع به عنوان تکلیف در برنامه توسعه ششم در نظر گرفته شود، وی خاطرنشان کرد: «این رویکرد، کاملا علمی است و ما امیدواریم بتوانیم مسیر را برای تحقق این هدف هموار سازیم.»

وی در ادامه افزود: «تجمیع منابع نظام سلامت از موضوعاتی بود که در برنامه پنجم توسعه مدنظر قرار گرفت و ما پیگیر آن هستیم. در جلسه قبلی کمیسیون با وزیر کار، من به این موضوع اعتراض کردم و قرار شد در این زمینه جلسه‌ای دیگر با دکتر ربیعی داشته باشیم.» نایب رئیس کمیسیون بهداشت مجلس با بیان اینکه به نظر می‌آید همه اعضای کمیسیون با این نظر که منابع نظام سلامت هر سال تجمیع شود، موافق هستند، گفت: «اگر چنین شود می‌توانیم سیاست‌گذاری مناسبی در این زمینه داشته باشیم. در حال حاضر پول‌های ما در این حوزه متفرق است و هماهنگ عمل نمی‌کنیم و متاسفانه حتی گاهی عادلانه هم رفتار نمی‌شود و حتی شاهد تفاوت در بیمه‌های پایه هم هستیم.» رستمیان با تاکید بر این موضوع که تجمیع منابع سلامت از ضروریات پیشبرد برنامه‌های این حوزه است، گفت: «ایده‌واریم چنین اتفاقی بیفتد و ما در این بستر حرکت کنیم. این موضوع هم در برنامه ششم توسعه و هم در بودجه‌بندی سال‌های آتی مدنظر قرار خواهد گرفت.» وی افزود: «این تجمیع منابع نیازمند تجمیع بیمه‌هاست و در حال حاضر برخی بیمه‌ها از جمله تامین اجتماعی، مجموعه‌ای از املاک را دارا هستند که به گذشته بازمی‌گردد، بنابر آنچه در حال پیگیری است این است که این املاک به نظام هزینه کرد سلامته وارد نمی‌شوند. البته بر مبنای نظام هزینه کرد سلامته همه حق بیمه یکسان پرداخت خواهند کرد.» رستمیان در ادامه با بیان اینکه در شرایط کنونی تامین اجتماعی ۷ درصد حقوق و بیمه سلامت ایرانیان ۶ درصد حقوق را به عنوان حق بیمه دریافت می‌کند، تصریح کرد: «در ابتدا نیاز است این ارقام یکسان شود و با برآورده شدن این پیش‌نیاز، تجمیع بیمه‌ها انجام گیرد و این تجمیع بستر لازم را برای تجمیع منابع سلامت فراهم می‌کند.» نایب رئیس کمیسیون بهداشت مجلس با اشاره به کاهش تصدی‌گری بیمه‌ها با تجمیع آن، گفت: «در چنین شرایطی شفافیت ایجاد می‌شود و صندوق‌های بیمه به فعالیت‌های دیگر مشغول نمی‌شود و منابع بیمه‌ای به بخش‌های دیگر داده نمی‌شود. اگر همه پول‌ها یک جا بیاید، می‌توان ابتدا و انتهای پول و مصرف‌ها و هزینه کردهای آن را دید و نظارت کرد.»

کاهش اختلاف وزارت بهداشت و بیمه‌ها

علاوه بر این درباره آثار تجمیع منابع سلامت بر این حوزه سلیمان عباسی، عضو کمیسیون مجلس نیز نظراتی داشت. وی در این زمینه به سپید گفت: «وقتی منابع حوزه سلامت یک کاسه شود، برنامه‌ریزی برای آن آسان‌تر می‌شود. در چنین شرایطی هم افراد تحت پوشش مشخص است و هم نحوه پوشش بیمه‌ای قابل بررسی است.» وی در ادامه تاکید کرد: «مطالبات پزشکان و پرستاران و به عبارتی فعالان حوزه درمان قابل پیگیری است و نحوه پرداخت‌ها آسان‌تر می‌شود. از طرفی در راستای ارتقای پوشش بیمه‌ای با مشکلات کمتری مواجه خواهد شد.»

عباسی با بیان اینکه چنین روندی می‌تواند اختلافات وزارت بهداشت و بیمه‌ها را از بین ببرد، گفت: «این موضوع عاملی برای پیشبرد اهداف حوزه سلامت و برنامه‌هایی که وزارت بهداشت پیگیر آن است و در اسناد بالا دستی و برنامه‌ها مطرح است، خواهد شد.» وی در پایان با بیان اینکه، باید به وعده‌ها عمل کرد و برای تحقق اهداف تلاش کرد، تصریح کرد: «بالاخره بیمه‌ها باید ساماندهی شود، با تجمیع بیمه‌ها به این اهداف نزدیکتر می‌شویم، به شرط آنکه به پوشش دهی توجه لازم شود و این موضوع به ارتقای کیفیت خدمات منجر شود نه خلاف آن. نتیجه آن هم کاهش پرت هزینه‌هاست.»

تجمیع منابع سلامت و افزایش ارزش دفترچه‌ها

در این میان، عابد فتاحی نیز با بیان اینکه تجمیع بیمه‌ها و تحقق هدف تجمیع منابع سلامت، عامل افزایش ارزش دفترچه بیمه می‌شود، تصریح کرد: «ما با تجمیع منابع سلامت می‌توانیم نظارت دقیقی بر نحوه هزینه کردها داشته باشیم و از مصرف بی‌جهت آن جلوگیری کنیم.» وی در ادامه با بیان اینکه بسیار خوب است این موضوع به عنوان یک تکلیف در برنامه ششم توسعه برای دولت مطرح شود، افزود: «البته تجمیع بیمه‌ها مخالفانی دارد و این موضوع بر هیچکسی پوشیده نیست. حال این سئوال را باید از این افراد پرسیم که وقتی شما علت اصلی را بیمارستان‌های خود عنوان می‌کنید، تا چه زمان می‌توانید آن را سربا نگه دارید. آیا واقعا توان رایگان نگه‌داشتن آن را دارید.» فتاحی تصریح کرد: «باید عدالت در جامعه رعایت شود، این هم نوعی بی‌عدالتی است حتی اگر رایگان باشد. البته در حال حاضر تجمیع به استثنای بیمه افراد مسلح (برای چند سال) و اطلاعات است. در برنامه ششم ما نیازمند چنین تکلیفی هستیم و باید به این موضوع به صورت دقیق پرداخته شود تا شاهد تکمیل روند و تاثیرگذاری بیمه‌ها باشیم و تجمیع بیمه‌ها تنها راه رسیدن به تجمیع منابع سلامت برای تحقق اهداف حوزه سلامت است.»

تجمیع در شرایط فعلی قابل اجرا نیست

در شرح شرایط فعلی حوزه سلامت، چندی پیش رسول خضری این گونه به موضوع ورود کرد و نوشت: «در مورد بن بست منابع در حوزه سلامت که از یک طرف ناشی از نارضایتی پزشکان از تعرفه‌های پزشکی با وجود افزایشی است که در آن رخ داده و از سوی دیگر ناشی از خالی شدن منابع مالی بیمه‌هاست، به عقیده من نخستین کار این است که منابع مالی بیمه‌ها را تجمیع و به اصطلاح یک کاسه کنیم.»

وی در ادامه افزود: «تجمیع خود بیمه‌ها هر چند در برنامه پنجم توسعه آمده، اما در وضعیت فعلی قابل اجرا به نظر نمی‌رسد. چرا که با توجه به حق بیمه متفاوتی که این بیمه‌ها می‌گیرند، یکی ۵ درصد، یکی ۷ درصد و... این امکان وجود ندارد. با این حال تجمیع منابع و رحدت رویه یکسان و تامین منابع پایدار کاملا قابل حصول‌اند. از همه اینها مهم‌تر به نظر من مدیریت بر هزینه‌هاست. ما منابع به اندازه کافی داریم اما مهم این است که این منابع را به چه شکلی می‌خواهیم هزینه کنیم.» وی با بیان اینکه در بحث مدیریت هزینه‌ها نیاز به یک تحول داریم، تاکید کرد: «اگر نظر شخصی من را در مورد طرح تحول سلامت بخواهند و بگویند که یک مورد تاثیرگذار را مشخص کنم، می‌گویم تحول در مدیریت هزینه‌ها، که اگر این مساله اصلاح بشود، بقیه مسائل هم قابل حل خواهد بود و گرنه در سایر مسائل دچار مشکل خواهیم شد چون منابع محدود است و درمان هم یک چاه و بیل است.»

با تمام برنامه‌های وزارت بهداشت مخالف هستم

البته مخالفان تجمیع منابع سلامت که با تجمیع بیمه‌ها محقق می‌شود، در همین مجلس و میان بهارستان نشینان هم کم نیستند، بسیاری از اعضای کمیسیون اجتماعی از جمله علیرضا محجوب و عبدالرضا مصری مخالف این رویه هستند، تا جایی که «محجوب اعلام می‌کند: «با تمام برنامه‌های وزارت بهداشت مخالف هستم و آن را تلاش وزارتخانه برای سروری سفیدپوشان بر جامعه می‌داند.» وی همچنین به سپید گفت: «وزارت بهداشت تلاش می‌کند، تصدی همه امور را به دست گیرد و با کمرنگ ساختن بیمه‌ها و تجمیع آن، همه امور را به دست گیرد اما مگر می‌شود، فروشنده و خریدار خدمات یکی باشد؟ پزشکان و همه ما و مسئولان خادم مردم هستند.»

وی در ادامه افزود: «یکسان سازی منابع بیمه به ضرر قشر کارگر است و این موضوع نمی‌تواند نتیجه خوبی دهد. مگر اینکه به رایگان شدن خدمات برای همه بینجامد که چنین روندی مدنظر وزارت بهداشت نیست.» با توجه به اظهارات این نمایندگان، تجمیع منابع حوزه سلامت کار را برای همه آسان می‌کند و از آتش بحث‌ها و تنش‌های این حوزه که معمولا بر سر بودجه و نحوه هزینه کرد آن است، می‌کاهد. تا جایی که حتی شاید به این جریان «کی بود کی بود من نبودم» حوزه سلامت که معمولا با افزایش نارضایتی بیمارستان‌ها از عدم پرداخت بدهی بیمه‌ها همراه است، پایان می‌دهد. البته فارغ از انتقادات مخالفان این موضوع که باید به صورت دقیق به آن پرداخته شود و کار کارشناسی بر آن انجام بگیرد، همه چیز منوط به مدیریت هزینه‌هاست، که براساس اشارات این نمایندگان نیاز به تحول دارد.■

وزیر بهداشت: آیه یأس نخوانید، طرح تحول سلامت زمین نمی‌خورد

وزیر بهداشت درباره طرح تحول سلامت گفت: «این طرح با قوت ادامه پیدا می‌کند و بعضی‌ها آیه یأس نخوانند و نگویند که این طرح منابعش تأمین نمی‌شود یا ممکن است وسط راه زمین بخورد، آن‌ها از اول مخالف بودند.»

به گزارش مهر، سید حسن هاشمی پس از نشست هیئت دولت در جمع خبرنگاران با اشاره به اینکه هیچ خدمتی کاهش نخواهد یافت، افزود: «به شایعات در رسانه‌های مجازی توجه نکنید و امیدواریم تا آخر سال خدمات جدیدی اضافه شود، دوستان ما دارند مطالعه می‌کنند که این مسئله بستگی به منابعی دارد که به موقع تحویل بیمه‌هامی شود.»

وی در خصوص روند اجرای طرح تحول نظام سلامت، گفت: «این طرح باقوت ادامه پیدا می‌کند و بعضی‌ها آیه یاس نخوانند و نگویند که این طرح منابعش تأمین نمی‌شود و یا ممکن است وسط راه زمین بخورد، آن‌ها از اول مخالف بودند.»

هاشمی ادامه داد: «برای ما مهم مردم هستند که خوشحال می‌شوند.»

وزیر بهداشت با تاکید بر اینکه پرداخت از جیب مردم در طرح تحول سلامت کاهش پیدا کرده است، گفت: «۱۰ میلیون نفر بیمه شدند، ۸ میلیون در حاشیه شهرها تحت پوشش خدمات بهداشتی قرار گرفتند و حداقل بیش از نیم میلیون زایمان طبیعی انجام شده است.»

هاشمی ادامه داد: «در عین حال مقیم شدن پزشکان، حضور پزشکان در مناطق محروم، ۴۰۰۰ متخصص که توزیع شدند، انواع واکسن و دارو و حمایت از بیماران صعب‌العلاج بخشی از اقداماتی است که در قالب این طرح انجام شده است.»

وزیر بهداشت افزود: «ساخت و تجهیز نزدیک به ۲۰۰۰ خانه بهداشت و بیش از ۷۰۰ میلیارد تجهیزات پزشکی که تحویل بیمارستان‌های دولتی شده از دیگر دستاوردهای طرح است که این آمار به صورت کامل ارائه شده است.»

وی در واکنش به حذف یارانه بیماران خاص، گفت: «در چارچوب رفاه بیشتر مردم امکان ندارد از خدماتی که تاکنون ارائه شده چیزی کاسته شود و اگر اضافه نشود، کمتر نخواهد شد.»■

اخبار

تامین هیات علمی وزارت بهداشت با ۲ فراخوان

ایرنا: رئیس مرکز امور هیات علمی وزارت بهداشت از برگزاری دو فراخوان جذب هیات علمی طی شهریور و اسفند سال‌جاری خبر داد. سید علی حسینی گفت: «دانشگاه‌های علوم پزشکی وابسته به وزارت بهداشت دارای حدود ۱۷ هزار عضو هیات علمی رسمی و پیمانی هستند. علاوه بر این حدود دوهزار عضو هیات علمی به‌عنوان متعهد خدمت در دانشگاه‌های علوم پزشکی به‌ویژه در دانشگاه‌های غیربرخوردار اشتغال به کار دارند». حسینی افزود: «به‌منظور تکمیل کادر هیات علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در سال‌جاری، دو فراخوان جذب هیات علمی در شهریور و اسفند پیش‌بینی شده است که در سامانه جذب هیات علمی وزارت بهداشت به نشانی http://aac.behdasht.gov.ir درج می‌شود.» رئیس مرکز امور هیات علمی وزارت بهداشت اظهار داشت: «پیش‌بینی شد در سال‌جاری از محل مجوزهای جدید و مجوزهای باقیمانده از سال‌های قبل، تعداد قابل توجهی عضو هیات علمی در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور جذب شوند. ضمنا جزئیات مربوط به فراخوان شهریور به‌زودی در سامانه مرکز امور هیات علمی معاونت آموزشی وزارت بهداشت درج می‌شود.»

تعرفه‌های درمان در مجموع ۹ درصد افزایش یافته

فارس: معاون درمان وزارت بهداشت با اشاره به افزایش ۹ درصدی تعرفه‌های درمان گفت: «تغییر تعرفه‌ها در سال آینده به بودجه سازمان‌های بیمه‌گر پایه بستگی دارد.» محمد حاجی‌آقا جانی در رابطه با ویرایش تعرفه‌های درمان اظهار داشت: «این مساله نهایی شده و میزان تعرفه‌ها نیز ابلاغ شده است.» وی با اشاره به اینکه تعرفه‌های جدید درمان از ابتدای سال ۹۴ اعلام و درحال اجرا است، افزود: «امسال تغییر مجدد در میزان تعرفه‌ها نخواهیم داشت و مجموع تعرفه‌ها در بخش دولتی امسال ۹ درصد بیشتر شده است.» معاون درمان وزارت بهداشت اظهار داشت: «برای تعیین میزان تعرفه‌های درمان در سال آینده باید منتظر بمانیم که بودجه سال آتی چگونه خواهد بود. البته باید تاکید کرد که تنظیم تعرفه‌ها در سال بعد متناسب با بودجه سازمان‌های بیمه‌گر در سال ۹۵ خواهد بود.»

بیمه ۵۲۵ هزار قالیباف و هنرمند صنایع دستی

مهر: مدیرکل بیمه‌های سازمان تامین اجتماعی از بیمه ۵۲۵ هزار قالیباف و هنرمند صنایع دستی خبر داد و گفت: «بیمه افرادی که به این عنوان بیمه شده‌اند اما دیگر در این رشته‌ها فعالیت نمی‌کنند، حذف می‌شود.» سیروس نصیری افزود: «از این تعداد ۱۲ درصد افراد شاغل در رشته‌های مرتبط با صنایع دستی و ۹۸ درصد نیز شاغلین قالیباف هستند که تحت پوشش بیمه قرار گرفته‌اند.»

ارتقا دانش دانشجویان پزشکی با کمک دانشگاه آزاد

ایسنا: وزیر بهداشت با بیان اینکه شبکه گسترده دانشگاه آزاد می‌تواند یکی از بهترین‌ها در عرصه پزشکی باشد، گفت: «باید سعی کنیم تا با تکیه بر کمک دانشگاه آزاد کمبودهای حوزه کارشناسی، تحصیلات تکمیلی و فوق تخصصی مرتفع شده و دانشجویان پزشکی را از نظر دانش نظری و مهارت‌های عملی ارتقا دهیم.» سید حسن هاشمی با بیان اینکه عمده اختلاف نظر وزارت بهداشت با دانشگاه آزاد مربوط به رعایت استانداردهای آموزشی است، تصریح کرد: «اگر این استانداردها رعایت شود مراکز دولتی و دانشگاه‌های خصوصی هر دو در یک راستا حرکت خواهند کرد.» هاشمی افزود: «وزارت بهداشت نیازی نیست در بسیاری از حوزه‌ها خودش مستقیما تصدی‌گری کند بنابراین وزارت بهداشت باید مجوز بدهد و بر رعایت استانداردها نظارت داشته باشد. همچنین تلاش کند تا بخش خصوصی مانند دانشگاه آزاد نه تنها در حوزه آموزش بلکه حوزه خدمات نیز حضور فعالی داشته باشد.»■

گزارش

تحقیقی در مورد آثار مخرب برخورد نامناسب با پزشک

بسیاری از ما زمانی که به مطب پزشک یا بیمارستان‌ها رجوع می کنیم با برخوردهای نادرست برخی از همراهان بیمار با پزشکان مواجه می شویم. بسیاری از افراد خود را به این صورت توجیه می کنند که به دلیل نگرانی شدیدی که دارند، نمی توانند کوچک‌ترین خطری که سلامت بیمارشان را تهدید می کند را بپذیرند. اما به تازگی دانشمندان کشف کرده‌اند که این نگرانی بیش از حد به‌جای کمک به بیمار، ممکن است به ضرر او تمام شود.

به گزارش مهر دانشمندان دریافته‌اند، رفتار اطرافیان بیمار بر ساختار تصمیم‌گیری پزشکان تأثیر داشته و موجب می‌شود تا آن‌ها نتوانند تصمیم درست‌تری برای بیمار اتخاذ کنند و مسلماً بر فرایند بهبود بیمار تأثیر خواهد داشت.

همان‌طور که می‌دانیم پزشک نیز مانند سایر انسان‌های دیگر تحت شرایط محیط کار خود قرار می‌گیرد و نتایج آزمایش‌هایی که به‌تازگی در باب تأثیر رفتار بیمار بر روی عملکرد پزشکان انجام گرفته، نشان‌دهنده این نکته است که رفتار بد و خشونت‌آمیز بیمار و اطرافیانش با پزشک روی روند تشخیص و درمان بیماری به‌وسیله پزشک تأثیر بسزایی خواهد گذاشت. به عبارت ساده‌تر، هرچقدر که پزشک در هنگام مراقبت از بیمار، آرامش بیشتری داشته باشد می‌تواند تصمیم بهتر و مناسب‌تری را اتخاذ کند. بااینکه بسیاری از پزشکان سعی در درک حال و شرایط بیمارها دارند و برخی معتقدند که بیمار در شرایط مساعدی نیست و همراهان بیمار در شرایطی هستند که بسیار نگران احوال مریض هستند. اما پزشک نیز به‌عنوان یک انسان در شرایطی قرار می‌گیرد که تشخیص و درمان برایش در چنین شرایطی سخت می‌شود.

از نمونه تحقیقاتی که دانشمندان برای بررسی این موضوع انجام داده‌اند، این است که به سراغ محیط‌های بیمارستانی رفته و از نمونه‌های واقعی استفاده کردند. در این آزمایش ۲۴ گروه پزشکی مسئول مراقب از نوزادی قرار گرفتند که با بیماری NEC(انترکولیت نکروزان) به دنیا آمده بود. این بیماری موجب التهاب روده شده و حتی ممکن است باعث مرگ شود. مراقبت‌های انجام‌شده توسط این گروه به‌خوبی موردبررسی قرار گرفت. نتایج حاکی از این بود که گروه‌هایی که قبل از آزمایش توسط والدین یا پستگان نوزاد مورد توهین قرار گرفته بودند، در ارائه خدمات مراقبتی از جمله تشخیص و درمان بیماری، نسبت به سایر گروه‌ها ضعیف‌تر عمل کردند.

همچنین در برخی دیگر از تحقیقات، دانشمندان به این نتیجه رسیده‌اند که میزان اعتمادی که بیماران به پزشک خود دارند بر نحوه درمان و بهبودی تاثیر بسیار بالایی دارد.

در یکی از تحقیقاتی که انجام شده است دانشمندان تعدادی از بیمارانی که به زخم معده مبتلا هستند را به دو گروه تقسیم کردند.

به گروه اول دارو نما دادند و پزشک معالج به آنها قول بهبودی کامل را داد. به گروه دیگر داروهای زخم معده را دادند و پزشک معالج امکان بهبودی را با مصرف این دارو ها به این بیماران اعلام کرد. نتایج در این تحقیق نشان داد که بیشتر بیمارانی که دارو نما خوردند، بهبود یافتند.

بر همین اساس میزان اعتمادی که بیمار به پزشک معالج خود دارد نیز بر نحوه درمان و بهبود او بسیار تاثیر گذار است. البته این موضوع که این امر از سوی پزشکان به‌صورت عمدی انجام می شود را نمی توان به اثبات رساند. بر اساس این نتایج بیشتر به نظر می رسد که ساختار عصبی پزشک بر اثر برخورد با توهین همراهان می تواند موجب ناآرامی و تمرکز او شود که این امر به‌صورت مستقیم بر روی تصمیم‌های او اثرگذار خواهد بود.■

نظام پرستاری

کاهش قیمت خدمات درمانی با اجرایی شدن تعرفه‌های پرستاری

عضو شورای‌عالی نظام پرستاری در خصوص اجرایی شدن تعرفه‌های پرستاری گفت: «اجرای این امر موجب کاهش قیمت‌ها در ارائه خدمات پزشکی خواهد شد، که این مسئله به نفع جیب بیمار، سازمان بیمه‌گر و ارائه‌دهندگان این خدمات است.»

سعید لک در خصوص تعویق اجرای تعرفه‌ها افزود: «باوجودآنکه قانون تعرفه‌گذاری خدمات پرستاری مصوب تیر سال ۸۶ با اکثریت قاطع آرا مجلس شورای اسلامی است، چنین به نظر می‌آمد که بعد از گذشت ۶ماه از تصویب آن به مرحله اجرایی می‌رسد، ولی متأسفانه در طی این ۸ ساله، برخی اختلاف‌نظرها مانع اجرایی شدن این تعرفه‌ها شده است.»

وی توضیح داد: «با رایزنی‌های که انجام‌شده توسط سازمان نظام پرستاری بالاخره بسته‌های تعرفه‌های خدمات پرستاری از وزارت بهداشت به شورای‌عالی بیمه ارسال‌شده است، تا اینکه با فوریت به این مسئله رسیدگی شود.»

به گزارش روابط عمومی نظام پرستاری لک افزود: «انتظار ما این است وزارت رفاه و شورای‌عالی با دید ویژه‌ای به تعرفه‌های خدمات پرستاران نگاه کند.»

عضو شورای‌عالی نظام پرستاری در پایان متذکر شد: «اگر خدمات تعرفه پرستاری در کشور خوب اجرا شود می‌تواند یک برند و الگو در جامعه پرستاری دنیا شناخته شود.»

کمبود ۲۰۰ هزار نیروی پرستار

معاون پرستاری وزارت بهداشت از کمبود ۲۰۰ هزار نیرو در گروه پرستاری خبر داد. محمد میرزابیگی به تشریح برنامه‌ها و اقدامات وزارت بهداشت در حوزه پرستاری پرداخت و گفت: «در این دوره از عمر وزارتخانه، تاکنون ۴۵ برنامه در حوزه پرستاری کلید خورده است. همچنین بیش از ۲۰ بخشنامه با امضای وزیر و معاونان وزارت بهداشت در رابطه با پرستاری به دانشگاه‌های علوم پزشکی ابلاغ شده است.»

وی با عنوان این مطلب که پرستاری بالینی در کشور ما آن‌طور که باید و شاید کارایی ندارد، گفت: «پرستاری بالینی ما خیلی تئوریک است و همین فاصله بین آموزش و بالین باعث گله‌مندی شده است.»

میرزا بیگی در ادامه به تربیت نزدیک به ۶۰ هزار پرستار در مقاطع کارشناسی، کارشناسی‌ارشد و دکتری در ۱۸۵ دانشگاه‌پرستاری کشور اشاره کرد و گفت: «در حال حاضر با کمبود ۲۰۰ هزار نیرو در گروه پرستاری مواجه هستیم.»

وی در ادامه به موضوع تربیت کمک بهاران برای جذب در بیمارستان‌ها اشاره کرد و گفت: «متأسفانه گزارش‌های ما از بیمارستان‌ها نشان داد که تربیت دوره چهارماهه کمک بهاری واجد شرایط لازم نبوده و از همین رو تصمیم گرفتیم دوره یک‌ساله را جایگزین کنیم.»

میرزا بیگی همچنین در خصوص جذب کمک بهار در بیمارستان‌ها، گفت: «هرگز قرار نبوده کمک بهار جایگزین پرستار شود، زیرا پرستاری ۵۱۷ خدمت تعریف‌شده دارد که از این بین ۳۲ وظیفه بر عهده کمک بهار است و کمک بهاران در بیمارستان‌ها زیر نظر پرستاران وظایف خود را انجام می دهند.»■

دانشجویان به شوخی می‌گویند آموزش آفریقایی، امتحان آمریکایی

افزایش تعداد دستیاران، تنها به بحران موجود دامن می‌زند

■ مینا دارابی

حسین قناعتی استاد رادیولوژی دانشگاه علوم پزشکی تهران می‌گوید بحران کیفیت آموزش پزشکی را تهدید می‌کند. او هم مثل هر استاد و پیشکسوتی که سال‌های زیادی برای تربیت نیروهای متخصص تلاش کرده نگران است، نگران سلامت مردم و آینده دانشجویانش. قناعتی می‌گوید اگر برنامه‌ریزی در امور آموزش پزشکی به همین منوال ادامه پیدا کند، خطرات جدی این حوزه را تهدید می‌کند.

● ظرفیت پذیرش آزمون دستیاری سال جاری با افزایش بی‌سابقه‌ای همراه بود، با توجه به اینکه شما یکی از اعضای هیئت بورد تخصصی وزارت بهداشت هستید، آیا از این افزایش مطلع بودید؟

بله. بحث افزایش ظرفیت آزمون دستیاری در سال جاری با اعضای هیئت بورد و گروه‌های رادیولوژی به‌عنوان صاحبان فرایند مطرح‌شده بود. اعضا هم نظرات خود را مطرح کرده بودند اما بعد از انتشار دفترچه انتخاب رشته متوجه شدیم که این نظرخواهی ما تأثیری نداشته است. من به‌عنوان یکی از اعضای هیئت بورد تخصصی رادیولوژی درک می‌کنم که ما با کمبود رادیولوژیست مواجه هستیم اما اعتقاد دارم افزایش ظرفیت بی‌رویه نه تنها مفید نیست و عوارض زیادی دارد.

● ظرفیت واقعی دانشگاه تهران برای پذیرش دستیار رادیولوژی چند نفر است؟ فکر می‌کنید این اتفاق چه تأثیری در برداشت داوطلبان و روند تحصیل آن‌ها خواهد داشت؟

ظرفیت پذیرش دستیار رادیولوژی در دانشگاه تهران ۱۲ نفر بود اما در سال۸۸ یک‌باره به ۲۴ نفر رسید متأسفانه الان حدود ۱۰۰ نفر دستیار رادیولوژی در دانشگاه تهران هستند. امسال ظاهرا این عدد پذیرش به حدود ۴۰ نفر می‌رسد. این مسئله باعث می‌شود کیفیت آموزش کاهش یابد و سطح کشتر ما بر بخش کمتر شود. من از مسئولان وزارت بهداشت خواهش می‌کنم بخشی از داوطلبانی که در آزمون دستیاری سال جاری پذیرفته می‌شوند را در بهمن یا سال بعد جذب کنند تاکمی از فشارهای ایجادشده بر بیمارستان و دانشگاه کاسته شود. امیدوارم باوجود این اختلاف‌نظرها مسئولان وزارت بهداشت تصور نکنند قصد نداریم با آن‌ها همکاری کنیم. حاضر نشدن دستیاران در جلسه آزمون دستیاری یک واکنش احساسی بود در شرایطی که دستیاران با تغییرات اخیر آینده خود را نامعلوم می‌بینند و احساس بلاتکلیفی می‌کنند، زمینه بروز چنین واکنش‌های احساسی افزایش می‌یابد. بنابراین افزایش غیرمنطقی تعداد دستیاران بدون فراهم کردن زیرساخت‌های لازم مثل اعضای هیئت‌علمی و تجهیزات نظام آموزش پزشکی را با مشکلات زیادی مواجه خواهد کرد.

● شما در حالی از نبود زیرساخت‌های لازم برای پذیرش دستیار سخن می‌گویید که بروز رسانی تجهیزات بیمارستان‌ها یکی از مهم‌ترین اهداف و دستاوردهای طرح تحول نظام سلامت عنوان‌شده است، مگر تجهیزات موردنیاز رشته رادیولوژی در دانشگاه تهران در چه سطحی است؟

یکی از چالش‌های پیش رو برای تربیت دستیار، کمبود دستگاه‌های موردنیاز است. بیشتر مراکز رادیولوژی دانشگاهی حتی در تهران صلاحیت نیستند اما هیئت بورد ناچار است این مراکز را همچنان دارای صلاحیت اعلام کند و آن‌ها را در این وضعیت نگهدارد تا روند آموزش مختل نشود. برای مثال برای بهسازی مرکز تصویربرداری بیمارستان امام خمینی که من ریاست آن را به عهده دارم دست‌کم به ۲۰ میلیارد تومان بودجه نیاز است. درحالی‌که فرسودگی دستگاه‌های سی‌تی‌اسکن، ام‌آر‌آی، سونوگرافی و آنژیوگرافی به دلیل مراجعه زیاد بیمار بعد از اجرای طرح تحول سلامت افزایش پیداکرده، تلاش مسئولان دانشگاه علوم پزشکی تهران برای حل مشکل همچنان ادامه دارد.

● رئیس مرکز سنجش آموزش پزشکی در گفتگو با سپید در خصوص دلیل افزایش ظرفیت پذیرش دستیار به ایجاد انحصار از سوی متخصصان رادیولوژی اشاره کرده بود و گفته بود با این کار مرزهای این انحصار شکسته می‌شود. اما سوال من این است، آیا انحصاری که در این رادیولوژی ایجادشده از سوی دستیاران و متخصصان جوان ایجادشده است؟

متأسفانه برخی افراد نظرات شخصی خود را در برنامه‌ریزی اعمال می‌کنند و این اعمال سلیقه شخصی در برنامه‌ریزی‌ها به کرات دیده می‌شود که اتفاق خوبی نیست. به نظر می‌رسد سخنان یکی از مسئولان درخصوص چرایی افزایش پذیرش در رشته رادیولوژی درست نباشد چون کسانی که رشته رادیولوژی را انتخاب می‌کنند، از بهترین داوطلبان آزمون تخصص هستند. از سوی دیگر اهمیت این رشته بسیار زیاد است و ما باید پاسخگوی بسیاری از درمان‌ها و تشخیص‌ها باشیم. قبلا تخصص داخلی به‌عنوان مادر طب شناخته می‌شد و اگر امروز بگوییم رادیولوژی مادر پزشکی مدرن است، گزافه نگفته‌ایم چون بخش مهمی از اقداماتی که پزشکان انجام می‌دهند، براساس نتایجی است که رادیولوژیست‌ها در اختیار آنان می‌گذارند. به همین دلیل بنا داریم فوق تخصص برخی از گرایش‌های این رشته را در کشورمان راه‌اندازی کنیم چون یک رادیولوژیست عمومی نمی‌تواند پاسخگوی تمام درخواست‌ها باشد و جای خالی فوق تخصص رادیولوژی احساس می‌شود.

● فکر می‌کنید افزایش ۵۶ درصدی ظرفیت پذیرش دستیار از سوی وزارت بهداشت چه تأثیری بر رفتار بیماران خواهد گذاشت؟

درواقع افزایش ظرفیت بیش از این بوده است هرسال انتقال از خارج از کشور و سهمیه مدیران و.... نیز به آن اضافه می‌شود. این میزان افزایش ظرفیت ما را با پیامدی نظیر مراجعه چندباره بیماران به مراکز رادیولوژی مواجه خواهد کرد بر ای مثال من با خانم باردار ی مواجه می‌شوم که ۸ بار سونوگرافی کرده درحالی که هیچ کدام واضح نیست و انجام این تعداد سونوگرافی برای یک خانم باردار بسیار زیاد است.

این اتفاق بارها رخ داده که بیماران با تعداد زیادی عکس به ما مراجعه می‌کنند و هرچقدر این مدارک را بررسی می‌کنیم به نتیجه نمی‌رسیم ضعف آموزشی و پایین بودن سطح کیفی آموزش دلیل اساسی آن است.

● به نظر شما دستاورد آموزش پزشکی که نسبتا طولانی است، چه باید باشد؟

هدف آموزش پزشکی تربیت دانشجویی است که تعداد کافی بیمار درمان و معالجه کند. از مهارت‌های لازم برخوردار باشد و به‌درستی مورد ارزیابی قرار گرفته باشد. نکته دیگر آموزش طبیب حکیم است که درگذشته در این حوزه بسیار موفق بودیم اما امروز اخلاق پزشکی لطمه خورده است. یکی از علل آن ضعف برنامه‌ریزی است.

● ارزیابی صحیح دستیاران یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های نظام آموزش پزشکی می‌باشد. جایگاه ابزارهای مهارت سنجی و ارزشیابی متخصصان گروه پزشکی کشور را چگونه ارزیابی می‌کنید؟

تقریبا تمام دستیارانی که در آزمون دستیاری پذیرفته می‌شوند، بالاخره فارغ‌التحصیل می‌شوند. به نظر می‌رسد نظام آموزش پزشکی نسبت به ارزشیابی بی‌تفاوت است چون بین دستیارانی که بیمارهای زیادی را درمان می‌کنند و کسانی که فقط در کتابخانه‌ها حضور دارند با دستیارانی که اصلا درس نمی‌خوانند فرقی نیست. وزارت بهداشت موظف است این بی‌تفاوتی نسبت به ارزشیابی در نظام آموزشی را جدی بگیرد چون زمینه‌ساز کاهش انگیزه دستیاران و افرادی می‌شود که از نظر علمی در سطح بالایی قرار دارند و درنهایت از سطح آموزش کیفی نیز کاسته می‌شود. سنجش و ارزشیابی به‌جای یک امتحان در پایان دوره آموزشی باید در طول دوره انجام شود تا اساتید بتوانند افرادی که توانایی‌های لازم یک متخصص را ندارند را به‌درستی شناسایی کنند. این مسئله تنها مختص آزمون دستیاری نیست حتی امتحانات بورد و پری بورد که من افتخار حضور در هیئت آن را دارم، هنوز به استانداردهای مطلوب خود نرسیده است که نیازمند تلاش بیشتر و ارتقای شاخص‌ها با کمک همکاران است. یک مسئله دیگر عدم انطباق روند آموزش با شیوه ارزشیابی‌هاست. برخی از دانشجویان در مثالی به شوخی می‌گویند آموزش آفریقایی، امتحان آمریکایی. من به یاد دارم که در دوران دستیاری تقریبا به‌صورت مستقل بار آمدیم و کسی آموزش سیستماتیک به ما ارائه نکرد. خوشبختانه درحالی‌که حاضر شرایط بهتر شده و در تلاش هستیم حداقل در بیمارستان امام خمینی آموزش دقیق‌تر و باکیفیت بهتری انجام شود.

● اگر قرار باشد پیامدهای احتمالی افزایش ظرفیت دستیاری را شرح دهید، فکر می‌کنید چه نکات دیگری حائز اهمیت است؟

مامنکر کمبود رادیولوژیست در کشور نیستیم اما افزایش ظرفیت پذیرش در آزمون دستیاری بدون اطلاع گروه‌ها که صاحب فرایند هستند آن‌هم در شرایطی که من خستگی را بین اعضای هیئت‌علمی می‌بینم می‌تواند پیامدهای دیگری نظیر بازنشستگی زودتر از موعد اساتید را دربی داشته باشد.

بارها از زبان اساتید شنیده‌ام که می‌گویند وقتی سابقه کار ما به اتمام رسد، از دانشگاه می‌رویم. اما این رویکرد برای استادی که باید در محیط دانشگاه و بیمارستان با عشق، ایثار و محبت کار کند و آموزش دهد مناسب نیست. نباید اجازه دهیم بی‌برنامگی، فشار و تواتر در برنامه‌ریزی سبب شود اساتیدمان ناامید شوند و تصور کنند بهتر است در سازمان‌های دولتی فقط بخش‌های موظفی‌شان را انجام دهند و در حیطه‌های اختیاری که محل بروز خلاقیت و برنامه‌ریزی است، ورود نکنند. البته بخشی از ایرادات هم به عملکرد ما برمی‌گردد. اگر ما اساتید رادیولوژی و اعضای گروه این رشته با روش صحیح برنامه‌ریزی کرده بودیم، صحیح پایش کرده بودیم و بر انجام کارمان به نحو مطلوب اصرار داشتیم، شاید شرایط بهتر بود اما من با اطمینان می‌گویم یکی از اقداماتی که کیفیت این رشته و آموزش پزشکی را مخدوش خواهد کرد، افزایش بی‌رویه ظرفیت‌هاست که مسئولان از سر دلسوزی قصد اجرای آن را دارند اما باید بدانند که پیامد این رویداد، افزایش پروسیجرهای درمانی و سنگین‌تر شدن بار درمان‌های مکرر و پرهزینه بر دوش مردم خواهد بود.

سخن آخر:

در حال حاضر افزایش تعداد دستیاران تنها به بحران موجود دامن می‌زند. ما اساتید نیز باید بدانیم که در وقوع این شرایط مقصریم. در پایان اعلام می‌کنم که آموزش پزشکی با بحران کیفیت روبروست و اگر به سیاست‌گذاری‌های آموزش پزشکی توجه کارشناسی نشود، کیفیت آموزش افت خواهد کرد و اهدافی که در نظر داریم، محقق نمی‌شوند.■

یادداشت

مسئولین به فکر پزشک‌ها نیز باشند

در سال‌های اخیر حوزه سلامت یکی از مهم‌ترین حوزه‌ها در کشورمان بوده است. پزشک‌ها که نقش عمده و بسزایی در این بخش داشته‌اند با مسائل مختلفی روبه‌رو هستند. از جمله مسائلی که پزشکان به‌خصوص پزشکان تازه‌کار با آن سرکار دارند ورود طرحی است که می گذرانند. پزشکی از معدود رشته‌هایی است که فارغ‌التحصیلان آن موظف هستند درازای آموزشی که در دانشگاه‌ها می‌بینند طرح‌هایی را در مناطق محروم بگذرانند. و این دوره برای هریک از آن‌ها به‌راحتی انجام نمی گیرد و همواره برای آن‌ها سختی‌هایی را به همراه دارد.

در همین لحظه پزشکانی هستند که در دورترین نقطه کشورمان در حال خدمت است. در مناطقی که بسیاری از امکانات معمول را خیلی به‌ندرت دارد. مکانش صعب‌العبور است و زندگی بسیار دشوار است. درحالی که تنها به این مسائل ختم نمی‌شود و در این شغل همواره پزشکان در حال آموزش و یادگیری هستند. چه بسیار پزشکانی که شب‌ها کتاب‌های حجیمی را برای درمان بیماران خود مطالعه می‌کنند. بااین وجود بسیاری از پزشکان که دوره طرح را به این مناطق می‌روند، نه تنها با اشتیاق بلکه با لاجبار می‌روند، درحالی که این امر با ذات این شغل منافات دارد. و این تنها به دلیل تغییراتی است که در طول زمان نه تنها در جامعه ما بلکه در کل جهان رخ داده است. زیرا دیگر همانند گذشته نیست که پزشکان به بعد معنوی بیشتر اهمیت بدهند و از این شغل امرار معاش نکنند. بلکه آن‌ها زمان زیادی را صرف تحصیل می‌کنند و علاوه بر بعد معنوی می‌خواهند زندگی‌شان را از این راه تأمین کنند. پزشکانی که در مناطق محروم با دستمزدهای پایین هستند که موجب شده انگیزه‌شان برای فرستاده شدن و اشتغال در این مناطق کم باشد و به‌اجبار به‌سوی این مناطق بروند. و همان‌طور که مسئولین نگران این هستند تا به دلیل آموزش رایگانی که به پزشکان می‌دهند باید آن‌ها برای کشور خدمت کنند، باید به فکر انگیزه پزشکان جوان نیز باشند، تا آن‌ها بتوانند به‌درستی به انجام وظیفه‌شان بپردازند.■

دانشگاه

● **تهران:** رئیس مرکز سنجش آموزش پزشکی از انتشار فهرست پذیرفته شدگان نهایی آزمون دستیاری پزشکی در دوشنبه نهم شهریورماه از طریق سایت سنجش آموزش پزشکی به نشانی www.sanjeshp.ir خبر داد. محمدحسین پورکاظمی بیان اینکه به طور کلی ۳۱۰۲ نفر در این آزمون پذیرفته شده اند،افزود: «در این آزمون ۲۰۰۴ نفر سهمیه آزاد،۵۲۷نفر سهمیه بومی مناطق محروم،۴۲۴نفر سهمیه ایثارگران،۱۹نفر مازاد نیروهای مسلح و بورسیه دانشگاه بقیه‌الله،۲۸نفر مازاد استعداد درخشان، پذیرفته شده اند.» وی ادامه داد: «طرفیت پذیرش نسبت به سال گذشته ۸/۵درصد(پنج ممیز هشت درصد)،اضافه شده و با اینکه ظرفیت پذیرش مناطق محروم امسال ۳۰درصد اضافه شد،میزان پذیرش آزاد(بدون سهمیه)نزدیک به سال گذشته است.» به گزارش خبرگزاری ایسنا رئیس مرکز سنجش آموزش پزشکی کشور گذشته ظرفیت پذیرش این دوره را ۳۲۱۹ نفر اعلام کرده بود، در خصوص دلیل کاهش ظرفیت پذیرش و اختلاف رقم اعلام‌شده گفت: «برخی دانشگاه‌ها زیر بار افزایش ظرفیت اضافه نرفتند.»

● **شهرکرد:** رئیس دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی چهارمحال و بختیاری از تلاش در راستای ارتقای شاخص‌های بهداشتی و درمانی استان در آینده نزدیک خبر داد و گفت: «با بهره‌برداری از طرح‌های در دست اجرا و انجام برنامه‌هایی که در این دانشگاه در حال انجام است، شاخص‌های بهداشتی و درمانی استان به نرم‌های کشوری نزدیک می‌شود.» مرتضی‌هاشم‌زاده گفت: «در طول دو سال گذشته اقدامات قابل توجهی نظیر راه‌اندازی بخش‌های پیوند کلیه، استنت گذاری(باز کردن رگ‌های قلبی با فنر)، ای ارسی پی(خروج سنگ از صفرا بدون جراحی) و سی‌سی‌یو، آی سی یو در بیمارستان‌های استان انجام‌شده که در ارتقای شاخص‌های درمانی استان تأثیر بسزایی داشته است.» وی بیان کرد: «در طول دو سال گذشته باوجود کمبود اعتبارات، برخی پروژه‌های مهم نیمه‌کاره استان نظیر طرح توسعه بیمارستان آیت‌الله کاشانی شهرکرد، بیمارستان لردگان، مرکز بهداشت بروجن و کوهرنگ تکمیل شد و برخی پروژه‌های عظیم نظیر مرکز درمانی بیماران سخت‌درمان و سرطانی بیمارستان هاجر شهرکرد نیز با چهارهزار و ۵۰۰ مترمربع زیربنا کلنگ‌زنی شده است.»

● **تهران:** دبیر کمیته تحقیق و توسعه معاونت آموزشی در حاشیه همایش معاونین و مدیران آموزشی دانشگاه‌های علوم پزشکی گفت: «با طرح و تصویب برنامه جامع آموزش عالی سلامت در شورای معاونین وزارت بهداشت نقشه راه و خط‌مشی کلی حوزه معاونت آموزشی در طول ۳ سال آینده در قالب ۱۲ سیاست مشخص شد.» عطاءالله پور عباسی افزود: «این برنامه در جشنواره شهید مطهری و در نشست رؤسا و معاونان آموزشی دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور هم مطرح شد و زمینه‌های تدوین کلیه برنامه‌ها و امور حوزه آموزش علوم پزشکی کشور حول ۱۲ سیاست کلی برنامه جامع آموزش عالی سلامت فراهم آمد.» وی با تأکید بر اینکه تدوین بسته‌های تحول و نوآوری، گام آخر در برنامه‌ریزی نخواهد بود، بیان کرد: «این بسته‌ها محورهای حرکت را روشن کرده‌اند، اما تا اجرا هنوز چند گام دیگر باقی است. مهم‌ترین آن‌ها طراحی برنامه‌های عملیاتی و پروژه‌های مرتبط برای تحقق محورهای مختلف بسته‌های یازده‌گانه است، که با سازوکاری که طراحی‌شده، پروژه‌های ارسالی از سوی دانشگاه‌ها در راستای تحقق اهداف بسته‌ها مورد ارزیابی و اجرای آنها مورد حمایت قرار خواهد گرفت.■

دارو

خطر تکرار فاجعه ترامادول، اُکسی‌کِدون»

فارس: توزیع داروهای ترک اعتیاد مطابق اعلام ستاد مبارزه با مواد مخدر در مراکزی به غیر از مراکز ترک اعتیاد ممنوع است و این ممنوعیت شامل حال داروخانه‌ها نیز می‌شود. در حالی‌که ستاد مبارزه با مواد مخدر بارها داروخانه‌ها را از فروش داروهای ترک اعتیاد منع کرده است، اما اخیراً سازمان غذا و دارو در بخشنامه‌ای به امضای مدیرکل نظارت و ارزیابی دارو و مواد مخدر این سازمان رسیده، اجازه توزیع داروی‌های بوپرونورفین، نالوکسان و «اُکسی‌کدون» را به داروخانه‌ها داده است. داروی بوپرونورفین یک داروی ترک اعتیاد محسوب می‌شود که بعد از متادون پرمصرف‌ترین داروی ترک اعتیاد کشور به شمار می‌رود.

در کنار این دارو، مسکن «اُکسی‌کدون» نیز به عنوان یک مسکن حاوی مخدر در داروخانه‌ها توزیع خواهد شد، دارویی کد کارکردی مشابه کدئین و ترامادول دارد.

هنوز معضل مصرف ترامادول در کشور یکی از معضلات جدی در سومصرف مواد مخدر محسوب می شود. این مشکل به حدی جدی شد که ستاد مبارزه با موادمخدر با همکاری وزارت بهداشت جلوی توزیع ترامادول در داروخانه‌ها را گرفت تا دیگر هیچ داروخانه‌ای مجاز به فروش ترامادول نباشد. علیرضا جزینی، قائم مقام ستاد مبارزه با مواد مخدر در مصاحبه‌های متعددی این موضوع را یکی از اقدامات موثر این ستاد معرفی کرده و اظهار امیدواری کرده که با نظارت دقیق بر توزیع ریتالین، سومصرف این دارو نیز به معضل تبدیل نشود.

نظارت سفت و سخت وزارت بهداشت و در مقام بالاتر ستاد مبارزه با مواد مخدر موجب شده تا فروش ریتالین با نسخه پزشک، درج آدرس محل سکونت و کپی شناسنامه صورت بگیرد اما با این حال طبق اعلام مسئولان، مصرف ریتالین در شب‌های امتحان در میان دانشجویان به شدت افزایش می‌یابد. اکنون سازمان غذا و دارو به داروخانه‌ها توصیه کیذ کرده است که در فروش «اُکسی‌کدون» تمام جوانب احتیاط را داشته باشند تا سواستفاده از دارو نشود.

اگر چه تجربه ریتالین نشان داده است که نظارت‌ها چندان موثر نیست. نکته قابل توجه دیگر این است که با توجه به رونوشت‌هایی که از این بخشنامه صادر شده است، هیچ هماهنگی با ستاد مبارزه با مواد مخدر انجام نشده و این ستاد به عنوان متولی اصلی مبارزه، درمان و پیشگیری در حوزه اعتیاد خبری از این بخشنامه نداشته است. عبدالمجید چراغعلی، رئیس دانشکده داروسازی دانشگاه بقیةالله(عج) در مورد داروی «اُکسی‌کدون» گفت: «این دارو یک مسکن مخدر به مانند داروهای کودئین و مورفین است.» وی در مورد اینکه گفته می‌شود این دارو پیش‌ساز هروئین است تأکید کرد: «تمامی داروهای مخدر موجود از لحاظ شیمیایی قابلیت تبدیل به هروئین را دارند و این مختص تنها «اُکسی‌کدون» نمی‌شود.» رئیس دانشکده داروسازی دانشگاه بقیةالله(عج) از موافقان توزیع این دارو در داروخانه‌ها به شمار می‌رود و در مورد علت موافقت خود می‌گوید: «در ایران میزان مصرف داروهای مخدر ضد درد وضعیت مطلوبی ندارد و دلیل این امر این است که به علت پیامدهای این داروها همیشه نگاه احتیاط‌آمیزی بر توزیع این دارو حاکم بوده است.»

وی ادامه می‌دهد: «واقعیت این است که این نوع داروها برای تسکین درد تعدادی از بیماران لازم و ضروری هستند، البته در توزیع آنها باید جوانب احتیاط را رعایت کرد.»

به گفته چراغعلی، «اُکسی‌کدون» هم به مانند مورفین و کودئین باید تحت نظر پزشک مصرف شود، چرا که مصرف خودسرانه آن موجب می شود که بیماری که ریسک اعتیاد را پیدا کرده، به ورطه اعتیاد بیفتد.■

خدمات درمانی

دفع موفق ۹۰ درصد پسماندهای بیمارستانی

رئیس مرکز سلامت محیط و کار با اشاره به دفع ۹۰ درصد پسماندهای بیمارستانی گفت: «۱۰ درصد بیمارستان‌های کشور هنوز به استانداردهای مورد نظر از لحاظ دفع پسماند نرسیده‌اند.» به گزارش فارس، خسرو صادق‌نیت ضمن بیان اینکه خوشبختانه در بیمارستان‌ها اقدامات خوبی در جهت رفع پسماندهای بیمارستانی طی سالیان اخیر انجام شده است، افزود: «هم اکنون ۴ نوع زباله بیمارستانی شبه خانگی، عفونی، تیز و برنده و شیمیایی با تجهیز بیمارستان‌ها به دستگاه‌های استاندارد دفع می‌شوند.»

وی ادامه داد: «دو اقدام اساسی در بیمارستان‌ها در این خصوص انجام می‌شود. یکی تفکیک صحیح پسماندها و دیگری بی‌خطرسازی پس از تفکیک با دستگاه‌های استاندارد که این دستگاه‌ها تایید محیط زیست را هم گرفته‌اند.» وی تصریح کرد: «۱۰ درصد بیمارستان‌های کشور هنوز به استانداردهای مورد نظر ما نرسیده‌اند. در برخی از این بیمارستان‌ها تعداد محدودی دستگاه نیز خریداری شده ولی هنوز نصب نشده‌اند.» صادق‌نیت در مورد نظارت بر دفع پسماندهای بیمارستانی بیان داشت: «سه لایه نظارت وجود دارد که اولین آنها توسط کارشناس بهداشت محیط مقیم در بیمارستان صورت می‌گیرد.» وی افزود: «نظارت کارشناسان بهداشت محیط معاونت بهداشت دانشگاه های علوم پزشکی‌ها و در نهایت نظارت ستادی لایه‌های بعدی این نظارت‌ها هستند.»

بهره‌برداری و رونمایی از داروهای نوترکیب

ایرنا: وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با اشاره به تلاش متخصصان داخلی برای ساخت داروهای مورد نیاز کشورمان گفت: «بهره‌برداری و رونمایی از چند قلم دارویی نوترکیب تا آخر سال انجام می‌گیرد.» سیدحسن هاشمی در حاشیه جلسه هیات دولت این مطلب را اعلام کرد و افزود: «این داروهای نوترکیب که گران‌قیمت محسوب می‌شود و تامین آن از خارج از کشور یکی از مشکلات بود، در داخل مورد بهره‌برداری واقع می‌شود.» وی در ادامه درخصوص طرح تحول سلامت نیز گفت: «این طرح با قوت ادامه می‌یابد و مردم از این موضوع خوشحال هستند که جامعه پزشکی نیز به این طرح تحول سلامت افتخار می‌کند.»

بهره‌برداری بیمارستان خیریه شهرستان فراهان استان مرکزی

ایرنا: بیمارستان خیریه شهرستان فراهان همزمان با هفتمین روز از هفته دولت با حضور استاندار مرکزی به بهره‌برداری رسید. این بیمارستان در زمینی به مساحت دو هزار و ۵۰۰ متر مربع و سه هزار و ۲۰۰ متر زیر بنا در دو طبقه و با اعتباری بالغ بر یک میلیارد و ۷۰۰میلیون ریال از سوی خیران احد خسروانی و صبا ساخته شده است. عملیات تجهیز این بیمارستان نیز از سوی دانشکده علوم پزشکی اراک با اعتباری بالغ بر یک میلیارد و ۵۰۰میلیون ریال انجام شده است.

بیمارستان خیریه شهرستان فراهان ۳۲ تخته و دارای بخش‌های جراحی، زنان و زایمان، کودکان، عفونی، داخلی، آزمایشگاه، رادیولوژی و دیالیز است. ■

لزوم ایجاد پوشش بیمه‌ای سراسری برای خدمات دندان‌پزشکی

طرح موظفی، دندانپزشکان را ماندگار در مناطق محروم نمی‌کند

دهمین کنگره سراسری دندان‌پزشکان عمومی ایران باهدف آموزش، پیشگیری و ماندگاری درمان در دندان‌پزشکی در حال برگزاری است. به همین بهانه از باقر شهنی‌زاده، رئیس هیئت‌مدیره انجمن دندان‌پزشکان عمومی ایران، پرسیدیم که نقش انجمن‌ها به‌عنوان نهادهای صنفی مستقل در برنامه‌ریزی‌ها و سیاست‌گذاری‌ها چیست.

محمدباقر شهنی‌زاده: انجمن‌ها رانهادهای مدنی مستقلی می‌دانند که در راستای دفاع از منافع هر گروه فعالیت اجتماعی می‌کنند. از این رو، نقش انجمن‌ها در فرایند سیاست‌گذاری‌ها را بسیار مهم می‌داند. وی در حاشیه نشست خبری که به مناسبت دهمین کنگره سراسری دندان‌پزشکان عمومی ایران برگزار شده بود، تصریح می‌کند: «درحالی‌که انجمن‌ها برای منافع گروه خود فعالیت می‌کنند، مردم هم از این منافع بهره‌مند می‌شوند.

برای مثال وقتی انجمنی اقدام به برگزاری کنگره می‌کند، دانش و سطح علمی پزشکان بالا می‌رود و این مسئله باعث می‌شود خدمات درمانی بهتری به مردم ارائه کنند. بنابراین افرادی که تحت نظارت پزشکی که در این کنگره شرکت کرده باشد، درمان می‌شوند. از خدمات درمانی با کیفیت بالاتری بهره‌مند می‌شوند.»

برای تعرفه‌گذاری‌ها از انجمن‌های پزشکی نظرخواهی نمی‌شود

وی به موضوع تعرفه‌گذاری اشاره می‌کند و می‌گوید: «انجمن‌ها در زمینه‌های صنفی می‌توانند نقش مهمی ایفا کنند. برای مثال اگر قرار است تعرفه‌ای نوشته شود، انجمن‌ها هم باید طرف مشورت باشند چون در این صورت راه‌یابی به نتایج نهایی بسیار سریع‌تر خواهد بود.

این در حالی است که انجمن‌ها تاکنون به‌عنوان سازمان‌های مشاور یا همراه یا هم‌مسیر در تعرفه گذاری‌ها مورد مشورت قرار گرفته‌اند.» شهنی زاده بابیان اینکه متأسفانه ما تنها از تغییرات تعرفه در حد یک اعلام رسمی، اطلاع پیدا می‌کنیم، می‌افزاید: «بارها اعلام شده که بنداریم تعرفه‌ها استانداردسازی شود اما هیچ اتفاقی نمی‌افتد و این طرح‌ها بعد از مدتی رها می‌شود.»

رئیس هیئت‌مدیره انجمن دندان‌پزشکان عمومی ایران می‌گوید موارد‌ی هست که درصورت رعایت آن می‌توان سیاست‌گذاری‌ها را مؤثرتر پیش‌برد. شهنی‌زاده در همین خصوص می‌گوید: «گروه‌هایی که فرایند تعرفه‌گذاری را پیش‌می‌برند باید کارشناس و خبره باشند، از مطالعات جهانی صورت گرفته در این حوزه‌ها آگاهی داشته باشند و پایه برنامه‌ریزی‌های خود را براین اساس بگذارند. از سوی دیگر وجود ثبات اقتصادی در نرخ ارز، امکان تحقق درجه‌بندی کیفی خدمات درمانی بخش‌های مختلف از دیگر مواردی است که باید در تحقق طرح تعرفه گذاری مؤثر باشد.»

لزوم ایجاد پوشش بیمه‌ای سراسری برای خدمات دندان‌پزشکی

شهنی‌زاده یکی دیگر از چالش‌های دندان‌پزشکان را پوشش بیمه‌ای می‌داند و تصریح می‌کند: «درصورتی‌که بخشی از هزینه‌ها به عهده بیمه باشد، یقینا دندان‌پزشکان می‌توانند نقش بهتری در حفظ سلامت جامعه ایجاد کنند.» وی ادامه می‌دهد: «بعضی از کارکنان بخش دولتی از بیمه خوبی برخوردارند یا مراکز درمانی مجهزی دارند که آن مراکز تمام یابخشی از خدمات دندان‌پزشکی را ارائه می‌کنند. برخی از سازمان‌ها تمام هزینه‌های درمانی دندان‌پزشکی کارکنان و برخی دیگر تنها بخشی از آن را پرداخت می‌کنند.»

شهنی‌زاده پوشش بیمه‌ای سراسری برای خدمات دندان‌پزشکی را یک اقدام اساسی در حفظ سلامت دهان و دندان می‌داند و می‌گوید: «مردم، بدون پوشش بیمه، توان پرداخت هزینه‌های دندان‌پزشکی را ندارند و متأسفانه باعث کاهش سلامت دهان مردم می‌شود. در سال ۱۳۶۰ میزان پوسیدگی دهان و دندان ۱/۸ بود که در سال ۹۲ به شش دندان پوسیده، پرشده و یا کشیده شده رسید. این در حالی است که این آمار در برخی کشورها صفر است. بنابراین اگر بیمه دندان‌پزشکی با یارانه خوبی اقدام شود، میزان بالای آسیب‌پذیری و پوسیدگی زایی دندان‌ها کاهش خواهد یافت و می‌توان این آمار بالای دندان‌های پوسیده را مدیریت کرد.»

اجرای طرح موظفی، دندان‌پزشکان را در مناطق محروم ماندگار نمی‌کند

کمبود حضور دندان‌پزشک در مناطق دورافتاده و تراکم آن‌ها در شهرهای بزرگ موضوع دیگری بود که از شهنی‌زاده سؤال کردیم. وی در این خصوص می‌گوید: «اجرای طرح‌های موظفی و تعهد به ارائه خدمت تا چند برابر سال‌های تحصیل از برنامه‌هایی است که نتوانسته جاذبه داشته باشد چون پزشک که در مناطق محروم فعالیت می‌کند، به دلیل کمبود امکانات پزشکی نمی‌تواند بسیاری از خدمات درمانی را ارائه کند.

از سوی دیگر پزشکان در زندگی خود به خدماتی نیاز دارند که اغلب در شهرهای بزرگ وجود دارد. به همین دلیل من فکر می‌کنم در شرایطی که نمی‌توان خدمات رفاهی را در شهرهای دیگر ایجاد کرد و طرح موظفی هم جاذبه ایجاد نکرده است، باید جاذبه‌های دیگری را برای مدیریت نیروی انسانی دندان‌پزشکان اندیشید.»

اشاره به اینکه انواع قالب‌گیری، دندانپزشکی زیبایی، ایمپلنت‌ها و مباحث مربوط به بهداشت و پیشگیری از نمونه موضوعات این پنل هاست می‌افزاید: «یکی دیگر از مهم‌ترین مباحث این همایش آنکولوژی دندانپزشکی است که در ارتباط با بیماراتی است که تحت شیمی درمانی و رادیوتراپی قرار دارند. جلسات پرسش و پاسخ نیز برای تبادل نظر و بحث در زمینه‌های کاربردی و علمی دندان‌پزشکان در این همایش برگزار می‌شود.» شهنی زاده بابیان اینکه شعار این کنگره نقش اخلاق و اقتصاد در دندان‌پزشکی است و در پنلی مسائل اخلاقی و اقتصادی دندان‌پزشکی نیز برگزار می‌شود، می‌گوید: «۴۵۰ مقاله به دفتر این کنگره ارسال‌شده که این مقالات در ۱۰ رشته تخصصی تقسیم و حدود ۲۰۰ مقاله برای ارائه و سخنرانی در کنگره انتخاب‌شده است. همچنین ۳۲ مقاله در سالن‌های جداگانه‌ای در پنل‌های تخصصی ارائه خواهد شد و ۴۲ مقاله در قالب پوستر به نمایش درخواهد آمد. همچنین امتیاز بازآموزی این کنگره ۲۰ امتیاز و برای تمام گروه‌های تخصصی منظور می‌شود.» وی در بخش دیگری از سخنانش در این نشست دندان‌پزشکان عمومی و بهداشت‌کاران و سربازان واقعی حل مشکل پیشگیری از بیماری‌های دهان و دندان عنوان می‌کند و می‌گوید: «در حال حاضر به اندازه کافی دندان‌پزشک عمومی در کشور وجود دارد که می‌توانیم آن‌ها را از طریق انجمن و شبکه گسترده دهان و دندان سازمان‌دهی کرده و به مناطق مختلف کشور بفرستیم اما ما با نهادهای مسئول در این زمینه ارتباطی نداریم و آن‌ها از کمک انجمن‌ها استفاده نمی‌کنند.» وی با اشاره به پروژه سلامت دهان و دندان که برای نوجوانان ۶ تا ۱۲ ساله از سوی وزارت بهداشت در حال اجراست، تصریح می‌کند: «به اعتقاد من در ابتدا باید سطح معیشت بالا برود و برنامه‌ریزی‌ها به نحوی باشد که کسانی که صاحب دندان می‌شوند، دچار آسیب نشوند، کسانی که دندان آسیب‌دیده دارند، آموزش ببینند و رشد آسیب را متوقف کنند و درنهایت گروه آسیب‌پذیر جامعه که توانی درمان دندان‌های خراب‌شده و رعایت بهداشت را ندارد با حضور در مراکز درمانی، درمان شود.» رئیس هیئت‌مدیره انجمن دندان‌پزشکان عمومی ایران بابیان اینکه ما آمادهایم تا در هرجایی که دولت احساس نیاز کرد با فراخواندن دندان‌پزشکان نیازهای درمانی موجود را برآورده کنیم، ادامه می‌دهد: «دفترچه خدمات درمانی برای ارائه خدمات درمانی نظیر کشیدن دندان، پر کردن سطحی، رادیوگرافی و فیشور سیلانت جزو آنهاست و من امیدوارم این اتفاق بیفتد تا اینکه دیگر شاخص پوسیدگی دندان افزایش پیدا نکند.» وی در خصوص ضرورت راهکارهای پیشگیری می‌گوید: «متأسفانه ما اکثر اوقات به جای توجه به پیشگیری درمان می‌کنیم، بنابراین ضرورت دارد، دولت در مواردی افراد را وادار کند که شبیه همان برنامه واکسیناسیون، بهداشت کاران و دندان‌پزشکان صرفا تمام زمان خود را صرف آموزش کنند.» شهنی‌زاده درپایان تصریح می‌کند: «ما به دندان‌پزشکان آموزش پیشگیری نمی‌دهیم، درحالی که پیشگیری راه‌حل افزایش سلامت دهان و دندان است که رسانه‌ها با برگزاری کلیپ، نمایش و میزگردها باید در خصوص راهکارهای پیشگیری از آسیب‌دیدگی دندان‌ها اطلاع‌رسانی کنند.■

اولویت پیشگیری در مباحث آموزش دندان‌پزشکی

رئیس هیئت‌مدیره انجمن دندان‌پزشکان عمومی ایران در پاسخ به این سؤال که به‌عنوان یک فعال صنفی ضرورت‌های آموزش پزشکی را چگونه ارزیابی می‌کنید، تصریح می‌کند: «انجمن‌ها و هم دانشکده‌های پزشکی باید به‌صورت جدی به موضوع پیشگیری ورود پیدا کنند و اجرای طرح ملی آموزش بهداشت را جزو وظایف خود بدانند. همچنین ارائه سی‌دی‌های آموزشی در سالن‌های انتظار، مطب‌ها و مراکز تجمع دانشجویان و دانشگاهیان و سازمان‌هایی مثل کارخانه‌ها و دبیرستان‌ها با آموزش راه‌های پیشگیری و رعایت بهداشت دهان و دندان می‌تواند به ارتقای سطح سلامت جامعه کمک کند.»

دهمین کنگره با شعار نقش اخلاق و اقتصاد در دندان‌پزشکی

رئیس هیئت‌مدیره انجمن دندان‌پزشکان عمومی ایران طی سخنانی در این نشست خبری، برگزاری کنگره‌ها را یکی از بهترین راه‌های دستیابی به دانش روز دنیا می‌داند و تصریح می‌کند: «دهمین کنگره انجمن دندان‌پزشکان عمومی ایران با همکاری اداره کل تجهیزات پزشکی از ۱۰ تا ۱۳ شهریور جاری در ۶ سالن در برج میلاد برگزار خواهد شد و در هرکدام از این سالن‌ها ۴ پنل تخصصی در روز خواهیم داشت که درمجموع ۵۲ پنل طی ۳ روز در این همایش برگزار خواهد شد که بیش از ۲۲۰ سخنران در این پنل‌ها به سخنرانی و بحث و تبادل‌نظر در موضوعات مربوط به مسائل روز دندانپزشکی می‌پردازند.» وی ضمن بیان اینکه همزمان با این کنگره نمایشگاه آخرین دستاوردهای محصولات دندان‌پزشکی جهان نیز برگزار می‌شود، می‌افزاید: «پنج پنل تحقیقات و نوآوری نیز در این همایش به محققان جوان و پژوهشگران اختصاص داده‌شده است، همچنین تعدادی کارگاه خواهیم داشت که در برخی از آن‌ها برای نمونه بر روی بیماران اعمال جراحی انجام خواهد شد.» همچنین جلیل صدر دبیر علمی دهمین کنگره دندان‌پزشکان عمومی ایران با اشاره به اینکه انواع قالب‌گیری، دندانپزشکی زیبایی، ایمپلنت‌ها و مباحث مربوط به بهداشت و پیشگیری از نمونه موضوعات این پنل‌ها است می‌افزاید: «یکی دیگر از مهم‌ترین مباحث این همایش آنکولوژی دندانپزشکی است که در ارتباط با بیماراتی است که تحت شیمی درمانی و رادیوتراپی قرار دارند. جلسات پرسش و پاسخ نیز برای تبادل نظر و بحث در زمینه‌های کاربردی و علمی دندان‌پزشکان در این همایش برگزار می‌شود.» شهنی زاده بابیان اینکه شعار این کنگره نقش اخلاق و اقتصاد در دندان‌پزشکی است و در پنلی مسائل اخلاقی و اقتصادی دندان‌پزشکی نیز برگزار می‌شود، می‌گوید: «۴۵۰ مقاله به دفتر این کنگره ارسال‌شده که این مقالات در ۱۰ رشته تخصصی تقسیم و حدود ۲۰۰ مقاله برای ارائه و سخنرانی در کنگره انتخاب‌شده است. همچنین ۳۲ مقاله در سالن‌های جداگانه‌ای در پنل‌های تخصصی ارائه خواهد شد و ۴۲ مقاله در قالب پوستر به نمایش درخواهد آمد. همچنین امتیاز بازآموزی این کنگره ۲۰ امتیاز و برای تمام گروه‌های تخصصی منظور می‌شود.» وی در بخش دیگری از سخنانش در این نشست دندان‌پزشکان عمومی و بهداشت‌کاران و سربازان واقعی حل مشکل پیشگیری از بیماری‌های دهان و دندان عنوان می‌کند و می‌گوید: «در حال حاضر به اندازه کافی دندان‌پزشک عمومی در کشور وجود دارد که می‌توانیم آن‌ها را از طریق انجمن و شبکه گسترده دهان و دندان سازمان‌دهی کرده و به مناطق مختلف کشور بفرستیم اما ما با نهادهای مسئول در این زمینه ارتباطی نداریم و آن‌ها از کمک انجمن‌ها استفاده نمی‌کنند.» وی با اشاره به پروژه سلامت دهان و دندان که برای نوجوانان ۶ تا ۱۲ ساله از سوی وزارت بهداشت در حال اجراست، تصریح می‌کند: «به اعتقاد من در ابتدا باید سطح معیشت بالا برود و برنامه‌ریزی‌ها به نحوی باشد که کسانی که صاحب دندان می‌شوند، دچار آسیب نشوند، کسانی که دندان آسیب‌دیده دارند، آموزش ببینند و رشد آسیب را متوقف کنند و درنهایت گروه آسیب‌پذیر جامعه که توانی درمان دندان‌های خراب‌شده و رعایت بهداشت را ندارد با حضور در مراکز درمانی، درمان شود.» رئیس هیئت‌مدیره انجمن دندان‌پزشکان عمومی ایران بابیان اینکه ما آمادهایم تا در هرجایی که دولت احساس نیاز کرد با فراخواندن دندان‌پزشکان نیازهای درمانی موجود را برآورده کنیم، ادامه می‌دهد: «دفترچه خدمات درمانی برای ارائه خدمات درمانی نظیر کشیدن دندان، پر کردن سطحی، رادیوگرافی و فیشور سیلانت جزو آنهاست و من امیدوارم این اتفاق بیفتد تا اینکه دیگر شاخص پوسیدگی دندان افزایش پیدا نکند.» وی در خصوص ضرورت راهکارهای پیشگیری می‌گوید: «متأسفانه ما اکثر اوقات به جای توجه به پیشگیری درمان می‌کنیم، بنابراین ضرورت دارد، دولت در مواردی افراد را وادار کند که شبیه همان برنامه واکسیناسیون، بهداشت کاران و دندان‌پزشکان صرفا تمام زمان خود را صرف آموزش کنند.» شهنی‌زاده درپایان تصریح می‌کند: «ما به دندان‌پزشکان آموزش پیشگیری نمی‌دهیم، درحالی که پیشگیری راه‌حل افزایش سلامت دهان و دندان است که رسانه‌ها با برگزاری کلیپ، نمایش و میزگردها باید در خصوص راهکارهای پیشگیری از آسیب‌دیدگی دندان‌ها اطلاع‌رسانی کنند.■

گزارش

کاهش ۴۰ درصدی ارزبری با تولید فناوری سلامت

مدیرکل دفتر توسعه فناوری سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی گفت: «۱۵ درصد تولید محصول در حوزه فناوری سلامت، سبب کاهش ۴۰ درصدی ارزبری در این حوزه شده است.»

حسین وطن‌پور در نشست خبری به مناسبت برگزاری اولین گردهمایی مدیران شرکت‌های دانش‌بنیان حوزه سلامت با بیان اینکه ارزشیابی فناوری دانشگاه‌ها در سال ۹۴ آغاز شده است، افزود: «تایش از این دانشگاه‌ها بر اساس تعداد مقالات، کنگره‌ها و مجلات علمی رتبه‌بندی می‌شدند، اما در حال حاضر این رتبه‌بندی بر اساس میزان فناوری‌ها و تولید محصولات در حوزه فناوری صورت می‌گیرد.»

وطن‌پور افزود: «کمیته‌های متعددی متشکل از کارشناسان و فناوران دانشگاه‌ها در حوزه‌های مختلف در دفتر توسعه فناوری تشکیل شده است که در طول سال با اطلاعاتی که از دانشگاه‌ها و نیاز بازار دارد فهرستی را فراهم و فراخوان‌هایی را بر این اساس اعلام می‌کند.» وطن‌پور گفت: «دفتر توسعه فناوری سلامت طی سه سال گذشته بالغ بر ۱۰۰ میلیارد تومان برای طرح‌های مراکز رشد، کلین روم‌ها (اتاق های تمیز) و شرکت‌های دانش‌بنیان هزینه کرده است.» مدیرکل دفتر توسعه فناوری سلامت اظهار کرد: «چهار صندوق در اختیار وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی است که در تولید محصول مشارکت، خریداری و همچنین به این شرکت‌ها وام می‌دهند. به گفته وطن‌پور، بین ۳۰۰ میلیون تا بیش از یک میلیارد تومان به شرکت‌هایی که طرح کسب و کار آنها مورد تایید قرار گرفته است، تسهیلات اعطا می‌شود.» وی در مورد استفاده شرکت‌های دانش‌بنیان از پارک‌های علم و فناوری گفت: «استفاده این شرکت‌ها از پارک‌های علم و فناوری در شورای فناوری سلامت وزارت بهداشت مطرح شده است و امیدواریم یکی از دستاوردهای گردهمایی مدیران شرکت‌های دانش‌بنیان، تفاهم‌نامه‌ای بین وزارت علوم و وزارت بهداشت در این زمینه باشد.» «وطن‌پور ممیزان موفقیت شرکت‌های دانش‌بنیان فعال در حوزه تولید دارو را قابل توجه دانست و گفت: «این شرکت‌ها در سال گذشته بیش از ۴۰ میلیارد تومان درآمد داشته‌اند و به منظور حمایت بیشتر از این شرکت‌ها، ۴۰ غرفه در اختیار پرفروش‌ترین این شرکت‌ها در حاشیه برگزاری این گردهمایی اختصاص یافته است.» مدیرکل دفتر توسعه فناوری‌های سلامت اظهار کرد: «در حوزه شرکت‌های دانش‌بنیان، برزگترین مصرف‌کننده وزارت بهداشت است که در زمینه تولید و خرید محصول، این شرکت‌ها را حمایت می‌کند و در طرح تحول سلامت اولویت را به خرید داخل داده و تمام بیمارستان‌ها را محدود به خرید محصول از شرکت‌های دانش‌بنیان ثبت شده، کرده است.» وطن‌پور افزود: «همچنین در شورای فناوری سلامت به تازگی مقرر شده است که محصول شرکت‌های دانش‌بنیان به شرط دریافت گواهینامه داخلی از سازمان غذا و دارو و اداره تجهیزات پزشکی، در اولویت خرید قرار گیرند.» وی ادامه داد: «علاوه بر این، برای حمایت از شرکت‌های دانش‌بنیان نمونه اول محصولاتی که در حوزه حاکمیتی محسوب می‌شوند مانند ربات جراح و ربات سورنا را خریداری کرده‌ایم.»■

اخبار

● **بازدید معاون غذا و داروی دانشگاه علوم پزشکی کردستان:** بنا بر گزارش روابط عمومی دانشگاه کردستان، معاون غذا و داروی دانشگاه علوم پزشکی کردستان از کارخانجات تولید عرقیات و اسانس گیاهی، واقع در شهرک صنعتی شماره یک شهرستان سنندج بازدید به عمل آورده است. این بازدید که به مناسبت هفته دولت و با حضور رئیس و کارشناسان اداره نظارت و ارزیابی فراورده‌های غذایی انجام شد، باهدف بررسی وضعیت فنی و بهداشتی کارخانجات مذکور و ارزیابی مشکلات صنایع تولیدی صورت گرفت. حسن‌زاده در خصوص توسعه زمینه‌های فعالیت تولیدی، راه‌اندازی واحد تحقیق و توسعه و رفع نواقص موجود راهکارهایی را به مدیر عامل و مسئول فنی شرکت‌ها ارائه کرد.

●●●

● **برگزاری دوره آموزشی بسته‌بندی مواد غذایی در دانشگاه علوم پزشکی گیلان:** بنا بر اعلام معاونت غذا و داروی دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره آموزشی «بسته‌بندی مواد غذایی» توسط معاونت غذا و دارو در سالن اجتماعات دانشکده پرستاری و مامائی دانشگاه علوم پزشکی گیلان برگزار شد. در این دوره آموزشی که با شرکت کارشناسان نظارت بر مواد غذایی و بهداشتی ستاد و آزمایشگاه کنترل معاونت غذا و دارو، کارشناسان شبکه‌های بهداشت و درمان استان و مسئولین فنی کارخانجات تولیدی تشکیل گردید، در خصوص انواع بسته‌بندی، پلیمرها و کاربردهای آنها در صنعت غذا و ظروف فلزی مورد استفاده در بسته بندی مواد غذایی، مطالبی بیان شد.

●●●

● **عطاری‌ها حق فروش هیچ دارویی را ندارند:** معاون وزیر بهداشت و رئیس سازمان غذا و دارو با بیان اینکه متاسفانه در عطاری‌ها کالاهای غیرمجاز عرضه می‌شود، اظهار داشت: «عطاری فروشگاهی است که حق فروش هیچ دارویی را ندارد.» رسول دیناروند گفت: «در عطاری‌ها نباید داروهای گیاهی، شیمیایی و داروهای مخدر فروش داشته باشد.» وی افزود: «عطاری فروشگاهی است که می‌تواند گیاهان دارویی موثر و بی‌خطر را عرضه کند، اما متاسفانه برخی عطاری‌ها پا را فراتر گذاشته‌اند.» رئیس سازمان غذا و دارو در ادامه اظهار داشت: «البته در همه استان‌ها دستورالعمل بازرسی داریم و در صورت مشاهده کوچک‌ترین تخلفی نیز با آنها برخورد می‌کنند و در برخی استان‌ها خوشبختانه عملکرد خوبی داشته‌ایم و دانشگاه‌ها توانسته‌اند ساماندهی کنند.»

●●●

● **درخواست سازمان غذا و دارو از نهادهای فرهنگی:** فرهنگ‌سازی در بین مردم برای شناساندن محصولات مجاز و اصل از تقلبی و قاچاق تاثیر بسیاری دارد که مردم هیچ تفاوتی بین کالای با برچسب اصالت و بدون برچسب قائل نیستند. برای این فرهنگ‌سازی حضور و همکاری نهادهای فرهنگی کشور با سازمان غذا و دارو بسیارضروری است. معاون نظارت و برنامه‌ریزی سازمان غذا و دارو با اعلام این مطلب گفت: «متاسفانه وقتی در بازار برچسب تقلبی می‌بینیم که بر روی محصولات قاچاق و تقلبی درج می‌شود و موقعی که شکایت‌هایی صورت می‌گیرد، این سوال مطرح می‌شود که این موضوع از چه طریق باید پیگیری شود. باید گفت که ما در وزارت بهداشت پلیس نیستیم که متخلفان را پیدا کنیم که چه کسی این برچسب‌های تقلبی را تولید و عرضه می‌کند.» اکبر عبدالهی‌فر اصل گفت: «نهادها وارگان‌های مختلف از جمله نیروی انتظامی و قوه قضائیه در زمینه پیگیری از تقلبات می‌توانند کمک کنند و وزارت بهداشت نیز می‌تواند به صورت کارشناسی همکاری‌های لازم را داشته باشد.» ■

مهمانان خارجی که به کنگره بین المللی میکروب شناسی نیامدند

چرا هیچ سوالی در پایان سخنرانی‌ها طرح نمی‌شود؟

■ بری‌ناز قاسمی

میکروب‌شناسی در بسیاری از زمینه‌های مختلف پزشکی، صنعتی و زیستی تأثیر بالایی دارد. برای نوشیدن آب سالم، داشتن کودهای مناسب شیمیایی و محصولات غذایی ارگانیک و همچنین واکسن‌های بیماری‌های مختلف باید به این حوزه از دانش‌های علوم‌پایه روی آورد و از آنان یاری جست. در همین زمینه دانشمندان و اساتید میکروب‌شناسی در شانزدهمین کنگره این دانش گرد هم آمدند و به بررسی موضوعات مورد نظر که این حوزه در کشور دارد، پرداختند.

کنگره بین‌المللی میکروب‌شناسی امسال گویا با سال‌های پیش تفاوت دارد. این کنگره که هفته گذشته در مرکز همایش‌های بین‌المللی دانشگاه شهید بهشتی تهران برگزار شد، امسال با همکاری سازمان‌هایی مانند شرکت آب و فاضلاب، بهداری کل ناجا و بیش از ۱۰ بیمارستان، پنل‌هایی تخصصی برای آموزش این بخش‌ها در نظر گرفته بود. محمدمهدی فیض آبادی که در سخنرانی خود در مراسم افتتاحیه دلیل اصلی این همکاری را پررنگ شدن نقش دانش میکروب‌شناسی خوانده بود، گفت: «باید نقش کارکردهای میکروب‌شناسی پررنگ‌تر باشد و ارتباط انجمن با مراکز تخصصی مرتبط افزایش پیدا کند، همچنین در بحث آموزشی، مشکلات بسیار زیادی داریم و با وجود تعداد بالای فارغ التحصیلان این رشته، جایگاه مناسبی برای این افراد پیش بینی نشده است و خلأیه کارگیری میکروب‌شناسان در بسیاری از حوزه‌ها احساس می‌شود.» فیض‌آبادی در همین مورد در رابطه با نبود آزمایشگاه کافی میکروب‌شناسی در بیمارستان‌ها گفت: «هنوز آزمایشگاه‌های میکروب‌شناسی در بسیاری از بیمارستان‌ها شکل نگرفته است و جای بسیاری از روش‌های مدرن تشخیص طبی در مراکز درمانی خالی است.»

در این کنگره علاوه بر بهداشت مراکز انتظامی و میکروب‌شناسی آب به مسائل دیگری مانند عفونت‌های بیمارستانی و بیماری‌های نوپدید و بازپدید پرداخته شده بود. فیض‌آبادی عفونت‌های بیمارستانی در کشور را بین ۲ تا ۵ درصد اعلام کرد و علت این رقم بالا را تجویز و مصرف خودسرانه آنتی بیوتیک دانست. وی سل و تب مالت را جزو بیماری‌های بازپدید عنوان کرد و در این باره در مراسم افتتاحیه گفت: «هنوز تب مالت یکی از بیماری‌های مشکل ساز است که از نظر فراوانی در رتبه اول یا دوم بیماری‌های باکتریایی قرار دارد. تب مالت وضعیت بغرنج‌تری نسبت به سل دارد، چرا که از جمله بیماری‌های مشترک بین دام و انسان است.» رئیس کنگره در همین مراسم در رابطه با میکروب‌شناسی آب با اشاره به اینکه در کنگره به بررسی کنترل کیفی و مشکلات آب موجود در کشور پرداخته خواهد شد، بیان کرد: «اداره آب و فاضلاب ۴۲ آزمایشگاه در تهران دارد که به صورت مرتب سلامت آب را کنترل می‌کند و باید توجه داشت که فضاسازی که درباره ناسالم بودن آب تهران صورت گرفته درست نیست و آب آشامیدنی تهران از نظر میکروب شناسی سالم است.» وی در انتها در رابطه با مقاومت‌های میکروبی به وجود آمده گفت: «مقاومت میکروبی هزینه‌های بسیاری را به سیستم بهداشتی و درمانی تحمیل کرده و میزان مرگ و میر ناشی از عفونت‌ها با این مقاومت‌ها را بالا برده است. افزایش مقاومت‌های میکروبی، روند دسترسی به داروهای قوی‌تر ضد میکروبی را هر روز مشکل‌تر می‌کند و داروهای فعلی را از کارآمدی می‌اندازد، از آنجایی هم که مصرف خودسرانه آنتی بیوتیک‌ها از عوامل افزایش مقاومت میکروبی است و تولید آنتی‌بیوتیک جدید نیز آسان نیست، برخی از میکروب‌ها نیز به آنتی بیوتیک‌ها مقاوم شده‌اند.»

به گفته عبدالرزاق هاشمی، دبیر اجرایی کنگره شانزدهم، به همین علت است که محورهای اصلی این کنگره را مواردی چون مقاومت‌های میکروبی، بیماری‌های مشترک انسان و دام، واکسن، ترکیبات طبیعی ضدمیکروبی و میکروب‌شناسی آب تشکیل می‌دهند. در این کنگره همچنین سه سمپوزیوم میکروب‌شناسی آب، با همکاری شرکت آب و فاضلاب ایران، سمپوزیوم ترکیبات طبیعی ضدمیکروبی با همکاری پژوهشکده گیاهان دارویی دانشگاه شهید بهشتی و میکروب‌شناسی مواد غذایی با حضور کارشناسان ارشد مراکز کنترل کیفی سازمان غذا و دارو برگزار شد. هاشمی در پاسخ به نوع همکاری این سازمان‌ها به خبرنگار سپید گفت: «ما به عنوان برگزارکنندگان این کنگره در انجمن، خود از کارکنان این سازمان‌ها محسوب می‌شویم. به همین علت است که با جزئیات کار و کیفیت این سازمان‌ها آشنایی داریم و به راحتی می‌توانیم آنان را بررسی کنیم و از طرف مقابل آنان نیز این اجازه را به ما بدهند. برای مثال سازمان آب و فاضلاب با اجاره غرفه جزو حامیان مالی کنگره به حساب می‌آمد اما سازمان نیروی انتظامی نقشی در حمایت نداشت و ما از سوی کنگره آنان را دعوت کردیم تا به این مسائل توجه داشته باشند.» هاشمی در رابطه با اینکه باقی درآمد کنگره از کجا تأمین می‌شود گفت: «تعداد حامیان مالی ما کم است و درآمد تنها از اجاره فضای نمایشگاه‌ها و دانشجویانی که مقاله ارائه می‌دهند به دست می‌آید.» هاشمی در رابطه با اینکه چرا کنگره میکروب‌شناسی تعداد کمی مهمان و سخنران خارجی دارد، توضیح داد: «این قضیه به علت پایین بودن سطح کیفی کنگره و فعالان حوزه میکروب‌شناسی نیست. اتفاقاً میکروب‌شناسی از قدیمی‌ترین بخش‌های علوم پایه است و در بسیاری از موارد مثل پزشکی، کشاورزی، دارو و واکسن‌سازی، غذا و محصولات صنعتی نیز فعالیت دارد. مسئله اینجاست که با دیدگاه غلطی که بسیاری از رسانه‌های خارجی برای افراد درست کرده‌اند، خیلی از مدعوین، تحت تأثیر این فضا علاقه‌ای برای حضور در ایران نیز ندارند و دعوت ما را برای حضور در کنگره‌های ایرانی نمی‌پذیرند. البته باید در نظر داشت افرادی که در سال‌های گذشته مهمان ما بودند با دیدن شرایط و سطح کیفی کنگره قطعاً سالهای بعد نیز به ایران می‌آمدند. فضای سیاسی هم تا حد بالایی تعدیل شده و می‌توان به حضور بیشتر مهمانان خارجی در سال‌های بعدی امیدوار بود.» با این همه با توجه به حضور بالای شرکت‌کنندگان خارجی در دیگر کنگره‌های علمی کشور، باید در نظر داشت این رقم می‌توانست از رقم کنونی بالاتر باشد. در همین مورد به سراغ پروفسور ویلیام ون هوون، استاد دانشگاه لیدن هلند رفتیم. وی در رابطه با کیفیت و سطح علمی برنامه‌های کنگره و آنچه از آن انتظار داشت، به خبرنگار سپید گفت: «از آنجایی که این کنگره بین‌المللی است، من در ابتدا انتظار داشتم کنگره به زبان انگلیسی برگزار شود، اما این اتفاق نیفتاد و ما با دستگاه‌های ترجمه همزمان با دشواری‌های بالایی مواجه هستیم.» پروفسور کامیل لویشت، استاد انستیتو پاستور فرانسه نیز در پاسخ به همین سؤال گفت: «مشکل من در اینجا، بخش پرسش و پاسخ پنل‌های تخصصی است. هدف اصلی ما در برگزاری کنگره‌ها به وجود آمدن یک فضای تعاملی است. من می‌خواهم با دانشجویان حاضر دانشمندان این کشور آشنایی بیشتری پیدا کنم و این زمان تنها در بخش پرسش و پاسخ گنجانده شده است. متأسفانه زمانی که سخنرانی ما در این بخش به اتمام می‌رسد، فردی سؤالی ندارد و من مطمئن نیستم علت این موضوع چه چیزی می‌تواند باشد. یا دانشجویان علاقه‌ای به مباحثی که من مطرح می‌کنم ندارند و یا متوجه آن نشده‌اند. در هر دو صورت من نمی‌توانم با آنان ارتباط برقرار کنم.» هر دوی این اساتید در کنگره‌های پیشین نیز حضور داشته‌اند و سطح کیفی کنگره را خوب و مناسب با جایگاه علمی ایران می‌دانند. از لویشت خواسته شده بود تا در رابطه با واکسن و میکروب‌شناسی آن در ایران سخنرانی داشته باشد و ون هوون در رابطه با عفونت‌های بیمارستانی که امکان پخش آن وجود دارد صحبت کرد، چرا که این تازه‌ترین پژوهش وی بود و با پنل تخصصی کنگره میکروب‌شناسی هماهنگی داشت.

در کنگره بین‌المللی میکروب‌شناسی همچنین از پیشکسوت‌های این حوزه به عنوان الگوهای برتر کشور تقدیر شد. یکی از این افراد پرویز یوسفی مشعوف، استاد دانشگاه علوم پزشکی همدان است. وی در رابطه با فعالیت‌های خود در طی سالهای گذشته می‌گوید: «وظیفه اصلی ما تدریس و تربیت دانشجویان در رشته‌های پزشکی و دندانپزشکی و داروسازی و پیراپزشکی است. در سال ۷۹ توانستیم رشته کارشناسی ارشد و سال ۹۲ رشته PhD را برای میکروب‌شناسی تأسیس کنیم. همچنین بخش تحقیقاتی تب مالت را در شهر همدان راه‌اندازی کردیم و روی میکروب‌شناسی تب مالت منطقه نیز اطلاعات زیادی کسب کردیم که همگی منتشر شده است.» از یوسفی مشعوف که در جهاد دانشگاهی و تأسیس مرکز تشخیص آزمایشگاهی مرجع نیز فعالیت داشته است، به عنوان پیشکسوت در شانزدهمین کنگره بین‌المللی معرفی و تقدیر شده است.

در نهایت می‌توان گرفت در این کنگره با وجودی که بخش بین‌الملل آن شاید جایگاه بیشتری برای فعالیت دارد، اما همکاری انجمن با سازمان‌های دولتی و خصوصی و کمک و اطلاع‌رسانی به آنان، از موارد بسیار مثبتی است که در این زمینه انجام شده است.■

پیام کنگره

گفت‌وگو در زمینه میکروب‌شناسی

کنگره بین‌المللی میکروب‌شناسی ایران یکی از برجسته‌ترین و فاخرترین کنگره‌های علمی کشور در نوع خود است که همه‌ساله موجب گردهمایی صدها میکروبشناس ایرانی از اقصی نقاط کشور می‌شود. شانزدهمین کنگره میکروب‌شناسی ایران همانند سال‌های گذشته با سازماندهی و مدیریت انجمن میکروب‌شناسی ایران برگزار شد که در طی آن و به‌طور همزمان سمپوزیوم‌ها و کارگاه‌های آموزشی متنوعی با مدیریت علمی دانشمندان برجسته ایرانی تشکیل می‌شود. آرمان اساسی این گردهمایی بین‌المللی ایجاد زمینه‌های گفت‌وگو و تبادل جامع نظرات، تجارب و دانش علمی در بخش‌های مختلف میکروب‌شناسی است. نظام‌های علمی مختلف میکروبیولوژی پزشکی، اعم از میکروب‌شناسی بالینی، گیاهان دارویی و خواص ضدمیکروبی آنها، میکروبیولوژی محیطی، میکروبیولوژی مواد غذایی، میکروبیولوژی صنعتی و کشاورزی، میکروب‌شناسی مولکولی، میکروب‌شناسی زنوزیس و بیماریهای عفونی نوپدید، بیوتکنولوژی، تنوع گونه‌ای و سیستماتیک میکروبی، بیورمیدیشن و بسیاری از موضوع‌های میکروبیولوژی مدرن امروز دنیا مورد بحث و تبادل نظر قرار گرفت و چالش‌های مختلف پیش روی امروز کشور در زمینه میکروبشناسی پزشکی مورد کنکاش و بازبینی همه دست‌اندرکاران و به ویژه نسل جوان دانشمندان ایرانی گذاشته شد.

درگفت‌وگو با فیض‌آبادی، رئیس کنگره میکروب‌شناسی

جای آزمایشگاه میکروب‌شناسی در بیمارستان است، نه دانشگاه

در حاشیه کنگره میکروب‌شناسی در رابطه با شرایط قشر پژوهشگر و مشکلات ؟ با محمدمهدی فیض‌آبادی به پای گفت‌وگو نشستیم. سخنان وی را در مورد وضعیت دانش میکروب‌شناسی در کشور و دعوت از میهمانان خارجی را می‌خوانید.

● انجمن علمی میکروب‌شناسی در حال حاضر با چه مشکلاتی روبه‌رو است؟

انجمن علمی میکروب‌شناسی انجمنی غیردولتی است. از طرفی هزینه برگزاری کنگره با حضور مهمانان خارجی نیز بالاست و ما مجبوریم از انجمن‌های علمی اروپایی دعوت کنیم که از سمت ارگان خاصی حمایت می‌شوند تا هزینه سفر آنان کم شود. خیلی از آنان این هزینه را تقبل می‌کنند و خیلی نیز قبول نمی‌کنند با هزینه شخصی به ایران بیایند و حتماً باید با بهترین امکانات و به هزینه ما به ایران سفر کنند. متأسفانه تعدادی هم ایران و دستاوردهای پژوهشی آنان را قبول ندارند و معتقدند ستاره‌های آنان به لحاظ درجات کیفی علمی از ستاره‌های پژوهشگران ایرانی بیشتر است و برای شرکت در کنگره به ایران سفر نمی‌کنند. به همین خاطر ما اصراری نداریم افرادی که کشور ما را کوچک می‌شمارند در اینجا حضور داشته باشند. هرچقدر هم که شخصیت علمی یک فرد بالا باشد ما این هزینه را برای حضور او در ایران نمی‌پردازیم.

● مهمانان خارجی بر چه اساسی دعوت شده‌اند؟

ما در انجمن بر اساس معیارهای خاصی مهمانان را انتخاب می‌کنیم. یکی اینکه سفر آنان به ایران، کمترین هزینه را داشته و مطالب آنها برای ارائه در کنگره مفید و به روز باشد. همچنین رابطه آنها با کشور ایران دوستانه باشد و خود آنان علاقه‌مندی بیشتری برای سفر به ایران نشان دهند. هدف در اینجا بیشتر تبادل اطلاعات از منظر علمی، تجربه و داشتن گفتمان فرهنگی با مردم ایران است که در این کنگره اتفاق هم افتاده است. برای مثال تعدادی از مهمانان پیش ازاین بارها به ایران سفر کرده و در کنگره شرکت کرده بودند. بیشترین تعداد شرکت‌کننده از کشور آلمان بود، به این علت که مؤسسه آموزشی آلمان بخشی از سفر این افراد را پرداخت کرده است.

● با وجودی که کنگره میکروب‌شناسی شانزدهمین سال خود را در بین‌المللی بودن طی می‌کند، چطور برخی از انجمن‌های علمی خارجی کشور ایران را قبول ندارند؟

موضوع به این شکل است که نگاه مثبتی که باید به میکروب‌شناسی و این دانش، و فایده‌ای که در حوزه درمان و تشخیص می‌تواند داشته باشد در کشور وجود ندارد. میکروب‌شناس با خیلی از فناوری‌های میکروبی و تکنیکی آشناست و در رابطه با آنان پژوهش‌های بسیاری انجام می‌دهد. اما جای این تحقیقات و پژوهش‌ها در بیمارستان است تا حالت کاربردی به خود بگیرد. در صورتی که این راه در ایران برای پژوهشگر میکروب‌شناسی بسته است. به هر صورت افراد بسیاری هستند که نظرات متفاوتی دارند. این افراد که مخالف حضور میکروب‌شناسی در بیمارستان‌ها هستند، فکر می‌کنند این حوزه چیزی نیست که ما به آن می‌پردازیم و تنها آن است که خود می‌دانند. این نظر مخالف، فعالیت حوزه میکروب‌شناسی را زیاده‌خواهی و زیاده‌طلبی می‌دانند و نمی‌خواهند میدان را برای سایر رشته‌ها باز نگه دارند.

● یعنی به نظر آنان میکروب‌شناسی اهمیت زیادی ندارد؟

برعکس، می‌دانند که این حوزه می‌تواند اهمیت و کاربرد بسیار بالایی داشته باشد. بیمارستان‌ها ما در زمینه رفع عفونت‌ها و پژوهش روی میکروب‌ها مشکل دارند. زمانی هم که از ما کمک می‌خواهند ما دریغ نمی‌کنیم و شفاهاً به پزشکان مشاوره می‌دهیم. اما در بیمارستان، و جایی که باید مستقر باشیم و خدمات را به نحو بسیار مؤثرتری ارائه دهیم، راه برای ما بسته است. آزمایشگاه‌های خصوصی در حال انجام فعالیت هستند و درآمد خوبی نیز دارند اما هر کسی نمی‌تواند از پس هزینه‌های آزمایشگاهی برنیاید. به همین دلیل این سؤال پیش می‌آید که آیا طرح تحول سلامت این هزینه‌ها را حمایت می‌کند؟ و اگر می‌خواهد حمایت کند، بودجه‌اش را از کجا می‌خواهد تأمین کند؟ در صورتی که این خدمات با نازل‌ترین قیمت می‌تواند توسط کادر ورزیده دانشگاهی به بیمارستان و مردم ارائه شود. سؤال اینجاست که چرا زمانی که فردی در علوم آزمایشگاهی تخصص دارد نباید در بیمارستان از طریق دانشگاه فعالیت داشته باشد. پس چرا اجازه فعالیت‌های آزمایشگاهی میکروب‌شناسی در جای اصلی آن یعنی بیمارستان داده نمی‌شود؟ یا جایی که بودجه کار باید تأمین شود میکروب‌شناسی را باور ندارد و به پروژه وارداتی یا مشاوره‌های وارداتی متکی است؟ بنابراین پژوهشگر خلاق و مبتکر ما چه زمانی می‌تواند از یافته‌های خود استفاده کند؟

● در حال حاضر در بیمارستان‌ها بخش میکروب‌شناسی نداریم؟

متأسفانه خیر. کارهای تخصصی میکروب‌شناسی در بیمارستان‌های ما نیست. در دانشکده‌ها هست و هنوز وارد بیمارستان‌ها نشده است. در آزمایشگاه‌های بیمارستان‌ها کارهای روتین و قدیمی انجام می‌شود که جنبه تشخیصی دارند. دانش و امکانات آنان در اندازه یک آزمایشگاه تخصصی میکروب‌شناسی نیست.■

دکتر علیرضا ناطقیان
فوق‌تخصص عفونی اطفال

به استانداردهای جهانی نزدیک می‌شویم

در شانزدهمین کنگره میکروب‌شناسی دانشگاه شهید بهشتی تهران، پنل تخصصی عفونت‌های بیمارستانی در رابطه با بررسی نقش عفونت‌های بیمارستانی و آنتی بیوتیک‌های جدید تشکیل شد و افراد شرکت‌کننده در این پنل عمدتاً در ارتباط با جراحی‌های بیمارستانی و بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان فعال بودند. در این پنل از آمارهای عفونت‌های به وجود آمده در جراحی‌ها و میزان بیماری‌های عفونی که در قالب بیماری‌های کلیوی خود را نشان می‌دهند، ارائه شد. همچنین آمارهای عفونت‌های بیمارستانی از سوی مرکز مدیریت بیماری‌ها نیز ارائه شد. طبق این آمار میزان عفونت‌های بیمارستانی کشور حدود ۱/۱ درصد مشخص شده‌اند. از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی این رقم با چیزی که باید باشد، تفاوت دارد، اما جای امیدواری است که شرایط گزارش‌دهی روزبه‌روز بهتر شود. استانداردها این میزان عفونت را بطور تخمین زده شده که بین ۹ تا ۱۰ درصد عفونت در بیمارستان‌های عمومی، وجود داشته باشد. در حال حاضر، در دانشگاه‌ها و پژوهش‌های آکادمیک که این میزان را ارزیابی می‌کنند، آمارها نزدیک به این رقم گزارش می‌شود. بدین معنی که در اینجا بیماری پایی به خوبی صورت می‌پذیرد. البته هنوز مکان‌هایی هستند که در آنها اهمیت مسئله درک نشده و دقت کافی نیز برای رعایت بهداشت کامل وجود ندارد.

در ایران ما از میان چهار عفونت موجود، بیشترین عفونت را در عفونت خونی و سیستم ادراری داریم. از سوی دیگر جرم‌ها یا میکروب‌هایی که ایجاد عفونت ادراری می‌کنند را به دقت شناسایی کرده‌ایم. بیشترین باکتری‌هایی که عامل عفونت ادراری در افراد گزارش شده، باکتری «E-coli» و پس از آن «آسینتوباکتر» است. در این میان، باکتری‌های مقاوم ما را با مشکل مواجه می‌کنند. و ما با اعمال راهکارهای درست و دستورالعمل‌های مشخص باید بتوانیم با مقابله با آنان با عوارض عفونت بیماران در بیمارستان مواجه نشویم.

اینکه چه بیمارستانی چند درصد عفونت بیمارستانی در خود دارد، بسته به نوع بیمارستان و تخصص آن متفاوت است. مشخص است که در بیمارستان‌های سوختگی سطح عفونی بالاتری دیده می‌شود و در بخش‌های ICU و بخش نوزادان بیمارستان نیز این درصد عفونت بالا می‌رود. اما اگر بخواهیم بررسی کنیم متوجه می‌شویم بیشترین میزان عفونت را در بیمارستان‌ها افراد مسن و کهنسال دارند. با وجودی که عفونت در بین تا ۵۰ تا ۵۰ سال بیشتر شایع است و افراد کوچکتر با بزرگتر گردد در این طیف در معرض عفونت کمتری قرار دارند، اما اگر به علل بستری‌های افراد مسن در توجه کنیم، این عفونت بیشتر است.■

بهمن تیرانی
استاد بازنشسته انستیتو پاستور ایران

باید به سرمایه‌گذاری مشترک جهانی روی بیاوریم

میکروب‌شناسی، علمی چند جنبه‌ای است و نمی‌توان آن را در دانشگاه یا آزمایشگاه محصور کرد. برای مثال ساختن واکسن و فراورده‌های دارویی که از میکروب درست می‌شود، نمی‌تواند تنها در این نهاد جا داشته باشد. در حال حاضر نیز از پژوهشگران ما به صورت کامل از این صنعت در کشور استفاده می‌شود. درآمد حاصله از فروش فراورده‌های واکسن در سال پنج برابر درآمد حاصله از فروش نفت ایران است. چرا که نیاز به این حوزه از دانش حیاتی است. میکروب‌شناسی پزشکی جنبه بسیار کوچکی از این دانش است. با این وجود در دوره‌های آموزش پزشکی به دانشجویان به میزان بسیار پایینی از دانش میکروب‌شناسی تدریس می‌شود. متأسفانه در حال حاضر هنوز پنی سلین در ایران تولید نشده است. مواد اولیه و پایه داروها از کشورهای مختلف مثل چین و هند به ایران آورده می‌شود و پس از کمی تغییر و بررسی به فروش گذاشته می‌شود.

مسئله اصلی این است که سرمایه‌داری جهانی نمی‌خواهد ما به این مرحله از خودکفایی برسیم که این داروها و آنتی بیوتیک‌ها را تولید کنیم. چرا که با تولید این مواد و داروها بازار کشورهای اطراف خود را نیز خواهیم داشت و همین موضوع باقی کشورهای سرمایه‌داری را نگران می‌کند. از سوی دیگر عدم تجربه کافی در این زمینه، عامل دیگری برای ترجیح به واردات مواد اولیه دارو در کشور است. پیشنهاد من این است که در حال حاضر، که شرایط سیاسی کشور به سمت خوبی پیش رفته و فضای بازتری برای ورود باقی کشورها و سرمایه‌های خارجی به روی جامعه کنونی باز شده، از این فرصت مناسب نهایت استفاده را کرده و بازار و دانش میکروب‌شناسی را به سمت سرمایه‌گذاری دوجانبه پیش ببریم. به این صورت که کارخانجات تولیدکننده مواد اولیه دارو با ۴۹ درصد میزان سرمایه‌گذاری در کشور شروع به کار کنند و ۵۱ درصد باقی را از دانشمندان و کارگران ایرانی استفاده شود. البته این فضا به تازگی باز شده و می‌توان امید بیشتری به تحقق این سرمایه‌گذاری مشترک داشت. هرچند نکته مهم در این قرارداد و طرفه همان رعایت درصد بیشتر ایران در معامله است.

این تجارت جهانی بسیار می‌تواند برای پیشرفت و خودکفایی کشور در تهیه و تولید دارو مفید باشد. البته تحقق این همکاری مشترک در گرو خواست کشورهای خارجی و حمایت بیشتر دولت از پژوهشگران و دانشمندان ایرانی است. این قضایا با افزایش سطح کیفی علم در ایران آینده بسیار روشن‌تری را برای میکروب‌شناسی ایران تضمین می‌کند.■

هاوس کلاب، تجربه‌ای برای ریشه‌دار شدن بینش صحیح در آموزش پزشکی

«دکتر معالج بیمار، ما هستیم؛ نه دکتر هاوس»

■ فرانک کلانتری

پوستر و متنی که برای معرفی کارگاه برایم ارسال شده بود هم جذاب بود و هم ایجاد سؤال می‌کرد. این جمله از متن ارسالی چشمم را گرفت «دکتر معالج بیمار، ما هستیم؛ نه دکتر هاوس». وقتی وارد جلسه شدم خودم را بین دانشجویانی بانگیزه و جوان دیدم که قرار است پزشک‌های متبحر آینده باشند. مسئولین برگزاری کارگاه قبل از شروع رسمی کارگاه، نکات بالینی یک قسمت از سریال را با دقت انتخاب کرده و پس از ویرایش، بخش‌های مرتبط با بیمار معرفی شد و نکات بالینی را از جمله علائم اولیه بیمار، تشخیص‌های افتراقی، سیر بیماری، نحوه و یک دتشخیصی به بیمار و تشخیص نهایی که از فیلم استخراج شده بود، در قالب اسلاید دسته‌بندی کرده بودند. کارگاه توسط نسترن مقبولی اداره می‌شد و دانشجویان به چند گروه تقسیم شدند. در هر گروه یک نفر از دانشجویان که تجربه بالینی بیشتری داشت، به‌عنوان تسهیلگر انتخاب می‌شد تا در زمان کار گروهی بحث را به سمت مناسبی هدایت کند و در کنار بحث‌ها اطلاعات بالینی مرتبط را به هم گروهی‌هایش انتقال دهد. ابتدا سریال به صورت بخش بخش، پخش شد و در یک تعامل دو طرفه، سعی می‌شد تمام نکات آموزشی در مورد بیمار معرفی شده، مطرح و مورد بحث قرار گیرد. در طول جلسه، یک کارگروهی در نظر گرفته شد و طی آن از دانشجویان خواسته شد با توجه به آنچه دیده‌اند تشخیص‌های افتراقی را که به نظرشان می‌رسد، یادداشت کنند. این فرایند در قالب یک بحث گروهی هدایت شده، توانایی تشخیص بالینی دانشجو را به چالش می‌کشید، با این هدف که دانشجو قبل از ورود داستان، به تشخیص نهایی نزدیک شود. در پایان کار گاه با مشخص شدن نوع بیماری، اطلاعات کاملی درباره آن بیماری ارائه شد. به‌علاوه برای ترویج یک فرهنگ مناسب در اخلاق پزشکی و نیز ایجاد یک نگاه واقع گرایانه در دانشجویان، موارد اخلاقی پزشکی قابل بحث توسط دانشجویان مطرح و مورد بحث و گفت و گو قرار گرفت. برای آشنا شدن و نزدیک‌تر شدن به اهداف و مقاصد این کارگاه با مجری کارگاه «نسترن مقبولی» و مسئول اجرایی کارگاه «مهدیس مروتی» گفت‌وگویی انجام دادیم:

■ **مهدیس مروتی مسئول کمیته تخصصی آموزش پزشکی انجمن دانشجویان پزشکی ایران**

● در مورد هدفتان برای برگزاری این جلسات و نحوه اجرایش بگویید.

کمیته تخصصی آموزش پزشکی (اسکومی) باهدف افزایش اطلاعات دانشجویان از موضوعات آموزش پزشکی و همچنین ابداع و گسترش روش‌های نوین آموزش پزشکی فعالیت می‌کند و در راستای نیل به این هدف پروژه‌های گسترده‌ای را به ثمر رسانده است. بحث و بررسی سریال HouseClub از جمله این پروژه‌هااست که با روش Oriented Peer Assistant Learning یا همان Oriented PAL اجرایی شود.

باید گفت که امروزه دانشجویان پزشکی با چالش‌های بیشتری نسبت به گذشته روبه‌رو هستند. پیشرفت سرسام‌آور علم پزشکی، باعث تزریق حجم بسیار و سیعی از اطلاعات به این علم شده که پزشکان را مجبور می‌کند تا برای به‌روز ماندن در این حرفه، ملزم به اینباشتن اطلاعات زیادی در ذهن خود شوند. پس چالش امروز دانشجوی پزشکی علاوه‌بر مسئولیت‌پذیر بودن، داشتن علاقه فراوان و اشتیاقی سیری‌ناپذیر برای یادگرفتن و به خاطر سپردن است. از سوی دیگر تاریخ کشورمان نام طبیبان بزرگی چون ابن‌سینا، رازی و جرجانی را در خود دارد که علاوه‌بر طبابت، نگاهی نکته‌سنج بر بالین بیمار داشتند.

موضوع مورد توجه دیگر، بحث اخلاق پزشکی است. اهمیت دادن به ارتباط صحیح و محترمانه با بیمار و اهمیت دادن به نظر و احساسات او، موضوعی است که باید از ابتدای تحصیل علم پزشکی، مورد توجه یک دانشجوی پزشکی باشد.

در کل می‌توان گفت که اهداف این پروژه عبارتند از:

۱) ایجاد علاقه و نشاط در دانشجویان به کمک رسانه و هنر

۲) تقویت قدرت تشخیص بالینی دانشجو در قالب کار گروهی

۳) تقویت حس ریزبینی و نکته‌سنجی در نگاه دانشجو

● با توجه به اینکه فیلم و سریال‌های زیادی در زمینه پزشکی ساخته شده‌اند، چرا سریال دکتر هاوس را انتخاب کردید؟

هدف اصلی از برگزاری چنین کارگاه‌هایی، آموزش با کمک هنر سینما در قالب کارهای گروهی است و نه فقط تماشای فیلم یا سریال. در بین سریال‌هایی که در رابطه با علم پزشکی هستند، سریال دکتر هاوس دارای بار علمی بیشتر و درام در حد تعادل است. همچنین این سریال برای پخش در کارگاه نیاز به ویرایش با حذفیات کمتری دارد و پیوستگی داستان به خوبی حفظ می‌شود.

● جرقه اولیه این ایده از کجا به ذهنتان رسید؟

پروژه HouseClub یکی از پروژه‌های کشوری کمیته تخصصی آموزش پزشکی (اسکومی) وابسته به انجمن دانشجویان پزشکی ایران (ایمسا) است. ایده اولیه این پروژه در تیم انجمن دانشجویان پزشکی ایران در واحد دانشگاه علوم پزشکی شیراز کلید خورد. پس از انجام مراحل لازم برای آموزش اعضای اسکومی در سایر واحدهای کشور، تبدیل به پروژه کشوری شد و اکنون در ۸ دانشگاه علوم پزشکی کشور که عضو انجمن دانشجویان پزشکی ایران هستند، اجرایی شود.

● استقبال دانشجویان از این گردهمایی چطور بوده و چقدر شما و دوستانتان به هدفی که در نظر داشتید، نزدیک شدید؟

سریال دکتر هاوس در بین دانشجویان پزشکی ایران، یک سریال شناخته‌شده و محبوب بوده و به‌دلیل نحوه اجرای این کارگاه که به صورت بحث گروهی، تفکر، تعمق برای رسیدن به پاسخ صحیح و توضیح علائم مختلف بیماری است، مورد توجه بسیاری از دانشجویان قرار گرفته است. شرکت در این کارگاه رایگان است اما همواره ظرفیت شرکت محدود است و ثبت‌نام به عمل می‌آید.

● از مشکلاتی که تاکنون برای برگزاری این گردهمایی با آن مواجه بودید، بگویید؟

ترجیح تیم اسکومی در دانشگاه علوم پزشکی تهران، این است که همه دانشجویان پزشکی در مقاطع مختلف تحصیلی، بتوانند در این کارگاه حضور یابند، اما به‌دلیل تعدد امتحانات در این رشته و تقارن زمانی امتحانات مقاطع مختلف، تعیین یک زمان مناسب برای شرکت اکثر دانشجویان اندکی مشکل است.

● کمیته برگزاری این کارگاه تاکنون چه برنامه‌هایی را در سابقه کاری خود داشته است؟

از جمله مهم‌ترین پروژه‌های اجرا شده توسط این شاخه، می‌توان به دوره طولی آموزشی نشر آموزش پزشکی (دانا) اشاره کرد. دیگر پروژه‌های اجرا شده توسط این تیم هم عبارتند از:

۱- دوره گذر از دبیرستان به دانشگاه، ویژه دانشجویان پزشکی ورودی ۹۳ در مهرماه سال ۱۳۹۳ با هدف آشنایی دانشجویان با دانشگاه در بدو ورود

۲- تشکیل کمیته مشترک هنر در آموزش پزشکی با هدف آموزش پزشکی به کمک هنر (کاریکاتور، ساخت انیمیشن و...)

● فکر می‌کنید برای بهتر برگزار شدن این جلسات باید چه کرد؟

از جمله برنامه‌های تیم اسکومی برای کارگاه‌های بعدی هاوس کلاب، ارزیابی این کارگاه از دید گاه شرکت کنندگان است. به این صورت که قبل از کارگاه آزمون کوتاهی از دانشجویان گرفته شود و میزان دانش آنها در باره موارد می‌که قرار است در کارگاه مورد بحث قرار گیرند، سنجیده شود. علاوه بر آن، آزمونی بعد از پایان کارگاه گرفته می‌شود و با مقایسه نتایج دو آزمون، میزان اثر گزاری کارگاه در یادگیری دانشجویان مورد بررسی قرار می‌گیرد.

■ **نسترن مقبولی مدرس مجری کارگاه هاوس کلاب**

● این کارگاه چندمین کارگاهی است که برگزار شده است؟

سومین کارگاه برگزار شده و دومین کارگاهی است که من اجرایش را به عهده دارم.

● دغدغه شما برای برپایی چنین کارگاه‌هایی، سینما هم هست یا صرفا مقاصد علمی دارید؟

سینما دغدغه ما نیست و حتی یکی از نگرانی‌های خودمن این است که چون دانشجویان سال‌های پایین‌تر با محیط بالینی برخورد نداشته‌اند، با دیدن این دست سریال‌ها برایشان این ذهنیت پیش بیاید که محیط بیمارستان هم شبیه محیطی است که در سریال می‌بینند. به خصوص اینکه فیلم و سریال ایرانی مناسب نداریم که محیط کاریشان به فضایی که دانشجوها قرار است در آینده تجربه کنند، نزدیک تر باشد. بنابراین ناچار از این سریال استفاده کردیم.

● از نظر شما سریال دکتر هاوس به لحاظ علمی چقدر به واقعیت نزدیک است؟

بحث کلینیکال سینکینک در این سریال به شکل خیلی علمی اتفاق افتاده، مرحله به مرحله آن چیزی را که واقعا درست و به جاست، نشان می‌دهد و هیچ فیلم و سریال ایرانی که اتقدر خوب ساخته شده باشد، نداریم.

● چرا شما سراغ فیلم‌های آموزشی مستند برای برگزاری کارگاه نمی‌روید؟

فیلم آموزشی در مورد معاینات و گرفتن شرح حال هست، متهافیلم‌هایی از این دست آن جاذبه لازم را ندارند. این سریال را برای کارگاه انتخاب کردیم، چون جنبه درماتیک دارد و باعث درگیر شدن بیشتر دانشجویان می‌شود.

● دقیقا هدفتان از برگزاری این کارگاه چیست؟

بیشتر هدفمان نزدیک کردن دانشجوها با فضای بیمارستان و محیط عملی است. حالا چه با مثال‌زدن و بیان تجربیات شخصی تا نمایش فیلم و تحلیل از نظر پزشکی.

خیلی از دانشجویان پزشکی فکر می‌کنند که علوم پایه و دوره پیش کارورزی، درس‌هایی هستند که باید گذرانده شوند تا به مرحله بالین برسند، در حالیکه خیلی بهتر است از این اشتباه دربیایند. آنها باید بدانند همین‌ها است که پایه و اساس سواد علمی آنها را می‌سازد. هدف شخص من این است که آنها را متوجه این موضوع کنم که بدون درک درست این مباحث، در مرحله بالینی نمی‌توانند درست عمل کنند. این مشکلاتی است که من در بین هم‌روده‌ای‌ها و سال‌بالایی‌های خودم دیدم و لمس کردم و با برپایی این کارگاه‌ها سعی می‌کنیم قبل از اینکه دانشجوها وارد مرحله بالین شوند، آنها را آگاه کنیم، با این دید وقتی وارد مرحله کارورزی می‌شوند، حداکثر استفاده را از فرصت‌هایشان می‌کنند و متوجه می‌شوند درس‌هایی که می‌خوانند، واقعا مهم بوده است.

● اغلب، ذهنیت مردم درباره کسانی که در تحصیلاتشان خیلی موفق هستند این است که آنها تک‌بعدی هستند و اطلاعاتشان در مورد بقیه چیزها چندان نیست. نظرشما در مورد این دیدگاه چیست؟

به‌نظرم هر دو نوعش را بین همکلاسی‌ها داریم، دوستانی هستند که بیشتر تمرکزشان را روی درس می‌گذارند و در رشته پزشکی فوق‌العاده هستند. به نوعی انتخابشان این است که روی علاقه و درس پزشکی تمرکز کنند. اما جور دیگرش هم بین دانشجوها فراوان هستند که هم در رشته پزشکی موفقند و هم به‌طور مثال یک نوازنده عالی و حرفه‌ای هستند. من این مسئله را بیشتر نوعی انتخاب می‌دانم تا ناتوانی.

● از مراحل کار کارگاه بگویید.

در ابتدای کارگاه در باره مقاله‌های مفیدی که خودم جمع‌آوری کرده‌ام، توضیح می‌دهم و در بین توضیحات تجربیات شخصی خودم را با دوستان به اشتراک می‌گذارم. بعد نمایش قسمت‌هایی از فیلم است که برای دوستان تازگی دارد، یعنی شرکت کنندگان نمی‌دانند قرار است چه قسمتی نمایش داده بشود تا پیش فرضی نداشته باشند. قسمت مورد نظر فیلم را نمایش می‌دهیم و بعد فیلم را مرحله به مرحله قطع می‌کنیم. بچه‌ها، که قبلا به گروه‌های مختلف متشکل از روروی‌های متفاوت تقسیم شده‌اند، با هم صحبت می‌کنند و نظرات‌شان رابیان می‌کنند و تا آن مرحله تشخیص‌های افتراقی می‌دهند. خوبی اینکه از رووی‌های مختلف حضور دارند این است که به‌طور مثال یکی از دوستان که به‌تازگی آناتومی را گذرانده، ذهنش ناخودآگاه خیلی به آن سمت می‌رود و از جنبه آناتومی به ماجرا نگاه می‌کند یا دوست دیگری که مثلا درسی از فیزیوپاتولوژی (فرضا بخش کلیه) را تازه گذرانده، خیلی به جنبه کلیه توجه می‌کند و جالب این است که نظرات متفاوت دریافت می‌کنیم. در واقع هر کس با سطح علمی خودش به ماجرا نگاه می‌کند و نتیجه خوب اینکه یک دانشجوی علوم پایه متوجه می‌شود، با سطح علمی خودش می‌تواند نظراتی داشته باشد و گاهی اوقات نظراتش درست از آب در می‌آید و اینگونه کاربرد عملی مطالبی که آموخته را درک می‌کند.

● غیر از این کارگاه، برنامه‌ها و جشنواره‌های هنری دیگری برای بچه‌های پزشکی برگزار می‌شود؟

بله. انجمن‌هایی داریم که اساتید آنها را اداره می‌کنند. به‌طور مثال یکی از برنامه‌ها به این صورت برگزار می‌شود که هر چند ماه یک‌بار، یک فیلم مرتبط با پزشکی در دانشگاه میان دانشجویان پخش می‌شود و سپس اساتید از منظر پزشکی در باره‌شان صحبت می‌کنند. همین مرکز ارشد استعدادهای درخشان، که کارگاه ما در آن برگزار می‌شود، یک مسئول هنری دارد که با بهانه‌های مختلف برنامه‌های متفاوت هنری برای دانشجوها ترتیب می‌دهد. علاوه بر آن گروه‌های تئاتر داریم و گاهی کارگاه‌های نقاشی برگزار می‌شود و برنامه‌هایی از این دست. همین‌طور سال گذشته جلساتی داشتیم که با موضوعات اخلاق پزشکی برگزار می‌شد که در این جلسات به وسیله هنر تئاتر کارگاه‌هایی از طنز هم داشت، سعی می‌شد مسائل جذاب‌تر آموزش داده شود■

استفاده از فرصت برای افزایش سطح سواد سلامت عمومی

حفظ جان بیمار مهم‌تر از تشخیص بیماری‌های نادر است

■ ترجمه: امیر صدری

اندرو هولتز نویسنده کتاب «دانش پزشکی در سریال دکتر هاوس» در مورد کتابی که در مورد این سریال نوشته، توضیح می‌دهد

● چرا کتابی راجع به یک سریال نوشتید؟

اول به‌خاطر اینکه میلیون‌ها نفر، هر قسمت این سریال را تماشا می‌کردند و می‌کنند و تقریبا همه آنها در انتهای هر قسمت از خودشان می‌پرسیدند: «یعنی این واقعی بود؟» من سعی کردم که توضیح بدهم که آیا این اتفاقات ممکن است در واقعیت رخ بدهند یا اینکه خیالی هستند.

دلیل دوم اینکه سریال‌های بسیار محبوب با تم‌های پزشکی بر اعتقادات و باورهای عمومی مردم تاثیر می‌گذارند. درست است که بینندگان می‌دانند که این یک سریال است و بالاخره فانتزی در آن وجود دارد، اما به هر حال بسیاری از مسائل نمایش داده شده در این چنین سریال‌هایی جزو باور مردم می‌شوند. برای مثال تحقیقات متعدد نشان داده که بعد از پخش سریال‌های بخش اورژانس و گری آناتومی، تعداد زنانی که برای انجام معاینات غربالگری سرطان پستان مراجعه کردند، بیشتر شده و تشخیص سرطان پستان در بسیاری موارد در مراحل زودتر گذاشته شده است.

● اتفاقاتی که در قسمت‌های مختلف سریال می‌افتاد در جهان واقعی هم اتفاق می‌افتد؟

تقریبا تمام داستان‌های سریال بر اساس بیماری‌هایی نوشته شده‌اند که وجود دارند و افرادی به آنها مبتلا می‌شوند، ممکن است که این بیماری‌ها بسیار نادر باشند اما وجود دارند، اما موضوع مهم این است که در اکثر موارد تشخیص‌های این چنینی پس از مرگ بیمار اتفاق می‌افتد و نه اینکه پزشک بر بالین بیمار بتواند این تشخیص را بدهد. من در مورد این حالات در کتابم توضیح داده‌ام و نوشته‌ام که در کجاها واقعیت رعایت شده و کدام موارد چندان اساس علمی و پزشکی ندارند.

باید بگویم که کتابم را به این دلیل نوشتم که می‌خواستم روی فرهنگ عام تاثیر بگذارم و در مورد برخی مسائل پزشکی و سلامتی به عموم آگاهی بدهم، سریال دکتر هاوس باعث جلب توجه عمومی به پزشکان و بیماری‌ها شد و من سعی کردم از این فرصت استفاده کنم و براساس مطالب طرح شده در سریال در مورد موضوع بیماری‌ها و روند تشخیص بیماری‌ها و چگونگی رسیدن به تشخیص توسط پزشکان و روندهای پاراکلینیکی صحبت کنم.

بعضی از موارد بود که برای خود من هم بسیار جالب بود و باعث شد در مورد آنها تحقیق کنم، مثلا نوجوانی که به ویروس جهش یافته سرخک مبتلا شد یا زن باردادی که برایش تشخیص سرطان ریه گذاشته شد و او باید تصمیم می‌گرفت که شیمی درمانی را به‌رغم

خطر برای جنین شروع کند یا نه، در یک مورد هم به نامه وارده‌ای در مجله لانست برخوردم که پزشکی در پرتغال درباره احتمال انتقال «بیماری خواب» از طریق رابطه جنسی حرف زده شده بود و در یکی از قسمت‌های سریال تقریبا مشابه همین موضوع مطرح شده بود که برایم خیلی جالب بود.

با پرداختن به این موضوع سعی کردم به خوانندگان کتابم این دید را بدهم که چطور فیلمنامه‌نویسان از یک موضوع علمی و واقعی استفاده می‌کنند تا داستانی جذاب و پرهیجان شکل دهند.

● برخی رفتارهای گرگ هاوس در سریال و مثلا مصرف داروی خاص یا ارتباط او با همکارانش سروصدای زیادی را موجب شد. نظر شما در این مورد چیست؟

بخشی از کتابم را به موضوع اخلاق پزشکی اختصاص دادم، به موضوع مصرف سیگار یا مواد روانگردان در بین کادر درمانی و چگونگی رفتار و ارتباط میان افراد حاضر در بیمارستان که در سریال چگونه به این موارد پرداخته شده و در واقعیت باید چگونه باشد. اتفاقا این بخش از سریال بسیار جذاب است و بسیاری از انتقادات به طرح موضوعات این چنینی در سریال بوده است■

منبع: ساکرامنتو هرالد

داستان کوتاه

بهترین و بدترین قسمت‌های دکتر هاوس از نگاه پزشکی

مستندات پزشکی یا تخیلات نویسنده‌ها؟

■ ترجمه: سیمین هاشمی

دکتر اسکات موریسون پزشک سابق نیروی هوایی و پزشک بیمارستان اوفالن به همراه تیمی از متخصصان این بیمارستان به محض پخش شدن هر قسمت سریال House.M.D نقدی از لحاظ علمی بر سریال می‌نوشتند که بسیار هم مورد توجه قرار می‌گرفت. در انتهای پخش سریال هم بهترین قسمت‌های سریال و نیز بدترین قسمت‌های سریال از لحاظ طرح موضوعات پزشکی و صحت داشتن این موضوعات، توسط این گروه معرفی شدند.

بهترین قسمت‌ها:

فصل دوم- اپیزود ۱۵: بدون مدرک

این از آن بخش‌هایی است که هر پزشکی آن را دوست خواهد داشت. کار اکتر اصلی مردی به نام باب است که دچار تورم ناگهانی زبان می‌شود. تشخیص‌های احتمالی تیم پزشکی از ALS تا واکنش ایمنی بعد از عفونت ویروسی متفاوت است. در حالی که برخی نشانه‌ها به بیماری اتوایمن شبیه است اما در نهایت گروه پزشکی علت را کشف کردند، مسمومیت با طلا! در واقع همسر باب مشغول مسموم کردن او با داروهای درمان آرتریت حاوی آهن است.

فصل سوم- اپیزود ۵: حماقت عشاق:

یک زن جوان دچار شوک آنافیلاکتیک می‌شود، همسر او هم بعد از دچار درد قفسه سینه و تپش قلب می‌شود. مطالعات نشان می‌دهد این دو که نسبت خانوادگی دارند، دچار حالت ژنتیکی موسوم به آنژیوادمای ارثی هستند.

فصل دوم- اپیزود یک، بدپیرش:

مردی که به شدت مورد تهدید قرار گرفته بود، حین ورزش کردن به زمین می‌افتد و می‌میرد، مطالعات گروه پزشکی نشان می‌دهد که او برخلاف تصورات دچار نوعی تومور نادر بوده و به علت آن مرده است.

بدترین قسمت‌ها:

فصل ششم، اپیزود ششم:

دو دختر جوان، به مهمانی یک گروه موسیقی راک می‌روند، فردای آن روز یکی از این دختران دچار تورم اندام‌ها می‌شود و به بیمارستان فرستاده می‌شود و توسط دکتر هاوس ویزیت می‌شود. تشخیص اولیه رابدومیلوزیس است اما بعد یکی از پزشکان به این نتیجه می‌رسد که به دختر توسط اعضای گروه موسیقی یک ماده مخدر صنعتی داده شده و این عارضه دارو است، اما در نهایت موضوع یک عفونت ساده با کتریایی ناشی از خوردن صدف است.

در حالی که دکتر ویلیامسون متخصص بیماری‌های عفونی می‌گوید که مشکل اصلی این قسمت از لحاظ پزشکی این است که علائم دختر اصلا شبیه علائم مسمومیت با صدف نیست، دارویی هم که علامت‌هایی که دکتر می‌گوید را ایجاد کند وجود ندارد، و جالب اینکه با سی‌تی اسکن نمی‌توان تشخیص داد بیمار راست می‌گوید یا دروغ (چیزی که در این قسمت نشان داده می‌شود.)

فصل هفتم، اپیزود شانزدهم:

یک گاوسوار نمایشی در حین گاوسواری بیهوش می‌شود، دکتر هاوس همانجا حاضر است، او تشخیص آنوریسم آئورت را برای بیمار می‌گذارد و با فشار به قفسه سینه تشخیص خود را ثابت می‌کند و بیمار را نجات می‌دهد، اما قطعا این راه تشخیص آنوریسم نیست.

فصل پنجم، اپیزود ۲۳:

یک رقصنده، با له با حالت بد، بستری می‌شود، تشخیص او عفونت قلبی است، بدون اینکه ریه‌ها دچار عفونت باشند یا حالت سپتی سمی رخ داده باشد، او دچار این علائم می‌شود و این با واقعیت جور در نمی‌آید.

فصل سوم، اپیزود ۲۴:

زوجی با قایق بادبانی از کوبا به آمریکا می‌آیند، زن با تب بالا بستری می‌شود، تشخیص اولیه عفونت و سپتی سمی است و بعد تشخیص ام اس برای زن گذاشته می‌شود، تازه بعد از همه این تشخیص‌ها متوجه می‌شوند او دچار باز بودن دیواره بین بطنی است■

منبع: ورایتی

سینما سپید

«انارهای نارس» در شبکه نمایش خانگی

فیلم سینمایی «انارهای نارس»، به تهیه کنندگی و کارگردانی مجیدرضا مصطفوی، توسط موسسه هنرهای تصویری سوره، در شبکه نمایش خانگی توزیع شد. این فیلم، پیش از این در جشنواره بین‌المللی فیلم فجر در بخش مسابقه سودای سیمرغ و نگاه نو حضور داشت و نامزد ۲ سیمرغ بلورین شد. همچنین این فیلم درجشن سینمایی حافظ، نامزد دریافت تندیس بهترین کارگردانی، بهترین بازیگر زن و بهترین فیلمبرداری شد که آنا نعمتی تندیس بهترین بازیگر زن سینما را کسب کرد. «انارهای نارس» در هفدهمین جشن خانه سینما، نامزد دریافت تندیس بهترین فیلمنامه نیز شده است. این فیلم اواخر شهریور به عنوان نماینده سینمای ایران در بخش مسابقه جشنواره بین‌المللی فیلم «فوکونوکا» ژاپن حضور دارد. آنا نعمتی، پژمان بازغی، مهران رجبی، قطب‌الدین صادقی و رابعه مدنی از بازیگران اصلی فیلم هستند.■

تئاتر سپید

اجرای حکم مرادخانی در «ترنابازی»

علی مرادخانی معاونت هنری وزارت ارشاد و مهدی شفیعی مدیرکل هنرهای نمایشی شامگاه یکشنبه، از هفدهمین جشنواره نمایش‌های آیینی و سنتی، در سال‌های سنگلج، محراب، تئاتر شهر و تالار حافظ، بازدید کرد. مرادخانی در خصوص اهمیت پرداخت به آیین‌ها در نمایش‌های صحنه‌ای، بیان کرد: برنامه‌های کلاتی در خصوص جذب توریست و تعامل فرهنگی با دنیا در دستور کار دولت قرار گرفته است و در این خصوص ضروری می‌دانم که جایی را برای اجرای آیین‌ها و نمایش‌های سنتی ایران به صورت ثابت و مستمر بنا کنیم تا ضمن پذیرایی از میهمانان خارجی، نمایش‌ها و آیین‌های ایرانی، به آنها معرفی شود.» در ادامه، حاکم‌بازی «ترنا» از داود فتحعلی بیگی خواست تا برای معاونت هنری وزارت ارشاد حکمی تعیین کند و فتحعلی بیگی از این مقام مسئول قول حمایت و پیگیری برای ایجاد جایگاه ثابت، جهت اجراهای دائمی نمایش‌ها، آیین‌ها و بازی‌های سنتی را گرفت.■

موسیقی سپید

کنسرت‌هایی برای بانوان

در روزهای پایانی تابستان که سالن‌های کنسرت پایتخت میزبان کنسرت‌های مختلف است، بانوان فعال در عرصه موسیقی نیز حضور پررنگی در این اجراها دارند. گروه «ستاره قطبی» که خوانندگانش، به زبان‌های مختلفی در زمینه موسیقی پاپ، برنامه اجرا می‌کنند، چهار خواننده به زبان‌های فارسی، عربی، هندی و انگلیسی دارد و قرار است ۱۹ شهریورماه، ساعت ۱۵ در تالار وحدت روی صحنه برود. تالار وحدت ۲۶ و ۲۷ شهریورماه ساعت ۱۵، میزبان گروه موسیقی «ژیوار» است که مخاطبان، بیشتر این گروه را با اجرای قطعات کردی می‌شناسند. ژیوار شیخ‌الاسلامی خواننده گروه خواهد بود و فرشاد رستمی قطعاتی را برای این گروه تنظیم کرده است. این کنسرت در دو بخش فارسی و کردی روی صحنه خواهد رفت. گروه «نوشه» با همراهی نوازندهٔ معروف کمانچه خود یعنی نیوشا بربمانی، قرار است ۲۱ شهریور در فرهنگسرای نیاوران، به روی صحنه برود. این کنسرت صرفا ویژه بانوان نیست و به صورت هم‌خوانی برگزار می‌شود. خواننده اصلی گروه نیما رئیسی است که قرار است، تعدادی از قطعات خاطره‌انگیز را برای مخاطبان اجرا کند.■

گزارش اختصاصی سپید از مراسم رونمایی کتابی درباره مرتضی پاشایی

روزنامه‌ها پیشگام ثبت پدیده‌های اجتماعی هستند

■ هادی عیار

در جوامع پیشرفته پس از وقوع حادثه‌ای اجتماعی به سرعت رسانه‌ها وارد کار شده و به پوشش ابعاد مختلف آن می‌پردازند. هر کدام از رسانه‌ها به واسطه امکانات خود در مرحله‌ای به این موضوع می‌پردازند. روزنامه‌ها به واسطه سرعت چاپ پیشگام بررسی پدیده‌های اجتماعی هستند و از سوی دیگر به دلیل دارا بودن خصیصه گزارشی اطلاعات بسیاری را درباره آن پدیده ثبت می‌کنند. پس از رسانه‌ها و بعد از گذشتن مدت زمانی مجامع علمی و دانشگاهی هستند که لازم است وارد این موضوع شوند و به بررسی ابعاد جامعه شناختی، ارتباطاتی و... موضوع بپردازند. نکته مهمی که در این زمینه وجود دارد این است که اگر رسانه‌های نخست یعنی روزنامه‌ها کار خود را به درستی انجام ندهند، مقالات و پژوهش‌های علمی به دلیل نداشتن داده‌های اولیه، نمی‌توانند کار خود را به درستی پیش ببرند. بر اساس این حرف می‌توان یکی از دلایل کمبود مقالات و پژوهش‌های علمی در ایران را کم کاری و خطای روزنامه‌ها در بازتاب درست پدیده‌های اجتماعی مانند پدیده پاشایی و ارائه داده‌های اولیه، بسیار برای ثبت شدن در تاریخ دانست. کتاب «یکی بود، یکی نبود–مرتضی پاشایی–» یکی از منابعی است که با نگاهی ژورنالیستی وقایع ان دوره را ثبت کرده تا برای آیندگان منبعی باشد که با استناد به آن بتوان کارهای علمی و پژوهشی در این زمینه انجام داد.

مراسم رونمایی از کتاب «یکی بود، یکی نبود–مرتضی پاشایی؛ یک تحلیل اجتماعی – ارتباطی» صبح دیروز، نهم شهریور در فرهنگسرای رسانه برگزار شد. در این مراسم رونمایی، دکتر مهدی محسنیان‌راد، پژوهشگر ارتباطات و رسانه، دکتر مسعود کوثری، پژوهشگر ارتباطات اجتماعی و اسماعیل رمضانی، نویسنده کتاب حضور داشته و بازتاب واکنش‌های مرگ «مرتضی پاشایی» خواننده فقید موسیقی پاپ کشورمان را از ابعاد فرهنگی، اجتماعی و رسانه‌ای تحلیل و بررسی کردند. کتاب «یکی بود، یکی نبود» به قلم اسماعیل رمضانی به بازتاب واکنش‌های مرگ مرتضی پاشایی در بیست و سوم آبان ۱۳۹۳ خورشیدی به عنوان یک پدیده اجتماعی در جامعه ما با دید تحلیلی پرداخته است. این کتاب در یک مقدمه، سه فصل و ۱۲۰ صفحه تدوین و توسط انتشارات سیمای شرق به چاپ رسیده است. در مقدمه این کتاب نویسنده در مورد انگیزه خود از نوشتن این کتاب، بر این باور است که تحلیل گران اجتماعی به دلیل عقب بودن از جریان مرگ مرتضی پاشایی قادر به ارائه تحلیلی جامع در مورد آن نیستند. در ابتدای این مراسم امیرعباس تقی‌پور، مدیرمسئول ماهنامه مدیریت ارتباطات به عنوان مجری این میزگرد با بیان اینکه بهتر است جلسه بدون مقدمه شروع شود و بیشتر از سخنان اساتید استفاده کرد، از مهمانان دعوت کرد تا در میزگرد شرکت کنند.

ضرورت مکتوب کردن پدیده پاشایی

رمضانی به عنوان نویسنده کتاب در ابتدای سخنان خود با اشاره به اینکه قبل از همه عناوین همچون استاد دانشگاه، محقق، جامعه شناس یا هر عنوان دیگری دوست دارد به عنوان یک روزنامه‌نگار شناخته شود و نگاهش در این کتاب نیز نگاهی روزنامه‌نگارانه بوده است، گفت: «انگیزه اصلی من از نوشتن این کتاب این بود که بدانم چرا جامعه دانشگاهی ما از نوشتن چنین کتاب‌هایی پرهیز می‌کنند؟ می‌توانیم پدیده پاشایی را با پدیده مرگ پرنسس دایانا مقایسه کنیم. پس از آن اتفاق در جامعه غرب تعداد زیادی مقاله دانشگاهی، مطالب روزنامه ای و کتاب تحلیلی به چاپ رسید اما در کشور ما کمتر در این زمینه کاری انجام شده است. هدف اصلی من از این کار این بود که این واقعه را مکتوب کنم تا اگر ۵۰ سال دیگر تحقیقی در این زمینه انجام شد، سندی مکتوب درباره آن داشته باشیم.

نقش سرایت روانی و رسانه‌ها در وقوع پدیده پاشایی

در ادامه مهدی محسنیان راد با بیان ضرورت پیشگامی نگاه روزنامه نگارانه به نگاه علمی و تحقیقی درباره پدیده‌ای اجتماعی گفت: «متاسفانه روزنامه‌های امروز ما برای مطالب تحقیقی خود کمتر از دو روز وقت می‌گذارند. محدودیت‌های مختلف روزنامه نگاری در ایران جای خود، اما روزنامه به عنوان پیشگام رسانه‌های نوشتاری در ثبت یک پدیده باید بیشتر از این برای نقش و کارکرد خود در جامعه ارزش قائل باشد. درباره رابطه جامعه علمی و پدیده‌های اجتماعی نیز باید گفت به نظر من دانشگاه‌ها از وقوع پدیده پاشایی تعجب نکردند. لازم نیست کسی از جامعه دانشگاهی بگوید اگر مرتضی پاشایی فوت کند چنین اتفاقی برایش می‌افتد. من تا قبل از وقوع این اتفاق پاشایی را نمی‌شناختم اما با شنیدن این خبر معادلاتی را کنار هم چیدم که از قبل پیش‌بینی کرده بودم و این پدیده مصداق همان معادلات بود. از جمله این معادلات می‌توان به پدیده سرایت روانی اشاره کرد. سرایت روانی به این معنا است که محرکی باعث بروز واکنشی در ما می‌شود، این واکنش به صورت محرکی به سمت اطرافیان ما می‌رود و باز واکنشی دیگر، اما این بار به شکل جمعی به وجود می‌آورد، این فرایند همینطور بزرگ و بزرگ‌تر می‌شود و ممکن است در نهایت به شکل یک محرک اجتماعی دوباره به خود من برگردد و این چرخه همینطور ادامه پیدا کند، چیزی شبیه به نظریه ماریچ سکوت در علم ارتباطات. سرایت روانی را می‌توان در پدیده توهین روزنامه ایران به هم وطنان آذری زبان نیز دید. از سوی دیگر در گذشته سرایت روانی در جغرافیا و محیطی مشخص رخ می‌داد، امروزه اما در پدیده‌هایی مانند پاشایی به واسطه رسانه‌های اجتماعی تعاملی، آن سقف جغرافیایی نیز دیگر وجود ندارد و این موضوع موجب تسریع در شکل گیری پدیده‌هایی مثل پدیده پاشایی می‌شود.»

وی در ادامه در جواب استدلال نویسنده کتاب درباره فاصله گرفتن نخبگان با توده مردم گفت: «به نظر من در این استدلال سوتفاهمی صورت گرفته است. در تعریف واژه نخبه کسی که نگران مردم است آورده شده است. بر اساس این تعریف بسیاری از کسانی که ما صحبت از فاصله گرفتن آنها از بدنه جامعه می‌کنیم اصلاً نخبه نیستند. کشیش یک کلیسا قبل از همه نگران عیسی است تا مردم و یک تاجر بیش از همه نگران بازار سرمایه است تا مردم. بنابراین به یک کشیش یا تاجر در نقش‌هایی که دارند نمی‌توان گفت نخبه. موضوع دیگری که وجود دارد اینکه یکی دیگر از دلایل این موضوع سوتفاهم ما در اصرار بر وحدت کلمه است و ما مدام اصرار داریم همه را یک شکل کنیم، مگر یادتان نیست دهه شصت ماشین‌ها را متوقف می‌کردند و داشبورد آنها را برای پیدا کردن کاست می‌گشتند. پدیده پاشایی برخاسته از همان داشبورد گشتن است. هنگامی که چنین برخوردهایی می‌شود، ناگهان جامعه به شکل پدیده پاشایی به این نوع برخوردها ذهن کجی می‌کند. اما درباره اشکالات کتاب. در نقد کتاب نیز باید بگویم در جایی از کتاب گفته شده که رسانه مقدار نیرویی است که زه کمان رامی کشد و آن را بر هدف می‌نشاند. هر چه این نیرو بیشتر باشد، هم تیر زودتر بر هدف می‌نشیند و هم نتیجه مطلوب‌تر خواهد بود. به نظر من اصلاً اینطور نیست. این حرف همان نظریه مسخره تزریقی دوره گویلز است که رسانه هرچه بخواهد در ذهن مخاطب فرو می‌کند. این نظریه سال‌هاست مطرود شده و دیگر جواب نمی‌دهد. اگر این نظریه جواب می‌داد امروزه ۷۱ درصد جامعه ماهوار نداشتند.»

شکل‌گیری اجتماعات لحظه‌ای در ایران

در ادامه این میزگرد عبدالله کوثری به بررسی بعد جامعه شناختی پدیده پاشایی پرداخت و مؤلفه‌های پدیده شدن پاشایی را برشمرد و گفت: «به گمان من در جامعه ایرانی مؤلفه ضد شهرت کار می‌کند تا شهرت. اگر پاشایی شخصیت مشهوری بود چه بسا اجازه برگزاری مراسمی با آن گستردگی و تبلیغ در رسانه‌های رسمی را پیدا نمی‌کرد، اما دارا بودن ویژگی ضد شهرت در پاشایی به وقوع این پدیده کمک کرد. در جواب چرایی پدیده شدن پاشایی باید گفت در همان دوران صحبت‌های بسیاری از سوی کارشناسان حوزه‌های مختلف در این بارمشد. نظر من اما به عنوان یک جامعه شناس این است که در وهله نخست مردم ما از عرصه سیاسی به عرصه اجتماعی کوچ کرده‌اند. عرصه اجتماعی در واقع همان چیزهایی است که با زندگی روزمره ما گره خورده است. نکته دیگر اینکه جامعه ما به سمت اجتماعات لحظه‌ای گرایش پیدا کرده است. پیش‌بینی من این است که در آینده نیز موج‌های دیگری همچون پدیده پاشایی خواهیم داشت که همچون این پدیده ناگهانی بروز می‌کنند و پس از مدتی جای خود را به موج دیگری می‌دهند. از موج کمپین آب یخ به موج تراشیدن سر به نشانه همراهی با معلم گرد، از موج پاشایی به موج نخریدن خوردو صفر. یکی دیگر از دلایل پدیده شدن پاشایی اسطوره مرگ سیاوش می‌تواند باشد، مرگ جوانی هنرمند به دلیل اتفاقی ناگهانی مثل سرطان خودبه خود می‌تواند بر تسریع همه گیر شدن این موج کمک کند.»

در پایان این مراسم امیر لعلی، مدیر انتشارات سیمای شرق خاطرنشان کرد: «آنچه مسلم است این است که شاید وقت آن رسیده که در نقی رسانه‌های غیر رسمی یک بازنگری داشته باشیم.» سپس کتاب «یکی بود، یکی نبود–مرتضی پاشایی–یک تحلیل اجتماعی – ارتباطی» با حضور اساتید ارتباطات و جامعه‌شناسی و نیز اهالی رسانه توسط مهدی محسنیان‌راد و اسماعیل رمضانی رونمایی شد.■

پیشخوان

«آتن_مسکو» در تئاتر باران

نمایش «آتن_مسکو» با حضور صحرا فتحی، سوگل قلاتیان و حوریه میرمحمدی از ۱۵ شهریور ماه، در تئاتر باران به صحنه می‌رود. اشکان تفنگ سازان که کارگردانی این نمایش را برعهده دارد، درباره این اثر توضیح داد: «این نمایشنامه از نوشته‌های اودوکیموس تسولاکیدیس، از نویسندگان تئاتر یونان است که بازخوانی مدرنی از نمایشنامه «سه خواهر» آنتوان چخوف است. در این نمایشنامه یک دیدار نابهنگام موقعیت اصلی نمایش را شکل می‌دهد. و سه خواهر طی این دیدار در معرض مواضع و مسائل زن معاصر در جهان امروز قرار می‌گیرند.»

لغو کنسرت کامکار در مهاباد و سقز

تور کنسرت‌های گروه اردشیر کامکار در شهرهای مهاباد و سقز به دلیل بی‌برنامگی برخی کنسرت گذاران لغو شد. و حیدتاج، خواننده گروه در اینباره بیان کرد: «متاسفانه به دلیل بی‌برنامگی که تهیه کننده کنسرت‌های گروه در شهرهای سقز و مهاباد، در نحوه عقد قرارداد و برنامه‌ریزی‌های لازم داشت، استاد کامکار تصمیم گرفت که تور کنسرت‌های شهرستان گروه لغو شود، چرا که تجربه نشان داده با عقد قرارداد شفاهی، نمی‌توان کاری را به سرانجام رساند. البته به دلیل بلیت‌فروشی در بوکان، کنسرت گروه در این شهر برگزار خواهد شد.»

نوربخش جانشین شجریان شد

قرار بود محمدرضا شجریان در کنار سایر پیشکسوتان آواز ایران، بخش آواز جشنواره جوان راداوری کند، اما صبح دیروز و با آغاز این جشنواره، اعلام شد که این هنرمند به علت بیماری نمی‌تواند در این جشنواره حضور داشته باشد. به همین دلیل، حمیدرضا نوربخش به عنوان جانشین شجریان در کنار افرادی مانند شهرام ناظری، علی‌اصغر شاهزیدی، رامبد صدیف و نصرالله ناصح‌پور این بخش جشنواره را داوری می‌کند.■

عکس نوشت: سید علی طباطبایی بازیگر جوان سینما و تلویزیون شامگاه یکشنبه، به دلیل ایست قلبی، دار فانی را وداع گفت. سیدعلی طباطبایی متولد ۱۳۶۲ و پسر سیدکمال طباطبایی تهیه کننده سینما و تلویزیون است که با حضور در مجموعه «قلب یخی» و «بچه‌های نسیتابد»، مورد توجه مخاطبان به ویژه جوانان و نوجوانان قرار گرفته بود. از دیگر آثار او می‌توان به فیلم‌های «سالاد فصل»، «ساعت ۲۵»، «آماده باش» و «اسب سفید پادشاه»، اشاره کرد. پیکر زنده‌یاد علی طباطبایی، امروز در بهشت زهرای تهران، به خاک سپرده می‌شود.■

محیط زیست

مقابله با مگس‌های سفید، منتظر تأمین اعتبار

معاون سازمان حفظ نباتات با بیان اینکه سفید بالک‌ها یا مگس‌های سفید مانند سال گذشته در پایتخت حالت طغیانی پیدا کرده‌اند، گفت: «براساس تفاهم‌های صورت گرفته بین شهرداری و موسسه تحقیقاتی گیاه‌پزشکی، اجرای طرح مبارزه با سفیدبالک‌ها در انتظار تأمین اعتبار از سوی شهرداری است.»

یحیی ابطالی با اعلام اینکه بالک‌ها یا مگس‌های سفید مانند تابستان سال گذشته و به دلیل گرمای زیاد در سطح شهر تهران حالت طغیانی پیدا کرده‌اند، از تأمین اعتبار نشدن اجرای طرح مقابله با این آفت‌های درختی از سوی شهرداری انتقاد کرد و افزود: «سفید بالک‌ها می‌توانند از سه طریق برای گیاهان مشکل ایجاد کنند؛ به‌گونه‌ای که می‌توانند ناقل ویروس باشند یا اینکه با نشستن پشت برگ‌های گیاه، ضمن تغذیه از شیره گیاهی با ترشح ماده چسبنده روی آن باعث نشستن گرد‌وغبار و ایجاد قارچ روی گیاه شوند و درنتیجه باعث محدود شدن عملیات فتوسنتز گیاه می‌شوند.» به گفته معاون کنترل و مبارزه با آفات، سفید بالک‌ها برای انسان نمی‌توانند خطرآفرین باشند، اما یک مزاحمت اجتماعی برای شهروندان تلقی می‌شوند که حالت طغیانی آن در سطح شهر نگرانی آن‌ها را به همراه دارد. ابطالی اظهار کرد: «در صورت تأمین اعتبار و شناسایی سفید بالک‌های موجود در پایتخت، راحت‌تر می‌توان توصیه‌های فنی برای کنترل جمعیت آن‌ها و از بین بردنشان ارائه داد.» وی عنوان کرد که سفید بالک‌ها در سطح مزارع و باغ‌های پایتخت نیز حضور زیانباری دارند، اما با توجه به شناسایی و مبارزه با آن‌ها هیچ مشکلی را برای تولیدات کشاورزی ایجاد نمی‌کنند. معاون کنترل و مبارزه با آفات توصیه کرد که شهرداری برای کنترل جمعیت این آفت بیشتر از تله‌های فرمونی استفاده کند و در صورت طغیانی شدن جمعیت آن‌ها در منطقه‌ای از سم‌پاشی‌های غیرشیمیایی و بی‌خطر استفاده کند.■

آموزش‌وپرورش

برخورد با والدینی که مانع تحصیل فرزندان می شوند

معاون آموزش ابتدایی وزارت آموزش‌وپرورش با اعلام اینکه در تدوین برنامه ششم توسعه پیشنهاد داده‌ایم از پایه اول ابتدایی تا پایه نهم متوسطه تحصیل اجباری شود، گفت: «اجباری شدن تحصیل در برنامه چهارم توسعه عنوان شده است و در قانون حمایت از کودکان و نوجوانان نیز آمده است.» محمد دیمه‌ور با اعلام اینکه اگر خانواده‌ها از فرستادن فرزندانشان به مدارس خودداری کنند، مراجع قضایی با آنان برخورد خواهند کرد، تصریح کرد: «در تدوین برنامه ششم توسعه پیشنهاد داده‌ایم از پایه اول ابتدایی تا پایه نهم متوسطه تحصیل اجباری شود چراکه تحصیل در گروه‌های سنی مختلف، از اولویت‌های نخست نظام آموزش‌وپرورش کشور است.»

وی با تاکید بر اینکه اجباری شدن تحصیل در برنامه پنجم توسعه نیامده است و قانون نیز جریمه سنگینی برای خانواده‌ها در نظر نگرفته است، ادامه داد: «اگر خانواده‌ای مانع تحصیل فرزندش شود، جریمه نقدی در حد یک‌میلیون تومان در نظر گرفته شده است با آن خانواده علاوه بر برخورد‌های جریمه‌ای، برخورد‌های قضایی نیز صورت می‌گیرد.»

وی خاطرنشان کرد که در برنامه ششم توسعه پیشنهاد اجباری شدن تحصیل و مجازات سنگین برای خانواده‌هایی که از تحصیل فرزندانشان جلوگیری می‌کنند، داده شده است که امیدواریم در این برنامه گنجانده شود. دیمه‌ور همچنین از تغییر ساختار نظام آموزشی کشور خبر داد و اعلام کرد که امسال یک‌چهارم معلمان دوره متوسطه کلاس درس ندارند آن‌هم در شرایطی که الگوهای برتر تدریس یکی از شاخص‌های مؤثر در بحث رتبه‌بندی معلمان است. معاون آموزش ابتدایی وزارت آموزش‌وپرورش عنوان کرد که تعدادی از معلمان که در دوره دوم متوسطه حضور دارند، در گذشته در پایه ابتدایی تدریس می‌کردند، از همین رو برای معلمانی که از دوره متوسطه به ابتدایی منتقل می‌شوند، دوره‌های توجیهی و آموزشی برگزار می‌کنیم که این مشکلات ناشی از عوارض تغییر نظام آموزشی در چهار سال گذشته بوده است.■

خبرخوان

● سردار اسکندر مؤمنی، جانشین فرمانده نیروی انتظامی از کشف بیش از ۲۴۰ تن انواع مواد مخدر در سال جاری خبر داد و گفت: «بیش از ۷۷ درصد این کشفیات در چهار استان شرقی و مرزی کشور به‌دست آمده است.» به گفته وی، سهم ۷۷ درصدی استان‌های مرزی از این کشفیات نشان‌دهنده این است که مبارزه با مواد مخدر از نقاط صفر مرزی آغاز شده است. وی همچنین درباره برنامه ناجا برای بخشودگی احتمالی بخشی از جرائم رانندگی، اعلام کرد: «هرگونه بخشودگی جرائم باید از سوی نمایندگان مردم تصویب شود و تاکنون نیز دو سه باری این اتفاق افتاده است. ضمن اینکه ما نیز امسال این پیشنهاد را ارائه می‌دهیم و امیدواریم شاهد بخشودگی جرائم‌هاشیم.»

● رحمت‌الله حافظی، رئیس کمیسیون سلامت شورای شهر تهران با اعلام اینکه گرم شدن هوا و کاهش رطوبت از دلایل زرد شدن زودهنگام برگ درختان پایتخت است، گفت: «این موضوع در کمیته محیط‌زیست شورا در حال مطالعه و بررسی است و در نگاه اول این مسئله به تغییر اقلیم برمی‌گردد. گرم شدن هوا و کاهش میزان رطوبت و کاهش منابع آب‌های زیرزمینی باعث این رویداد شده است.» به گفته وی، این موضوع در تهران نسبت به گذشته شدت قابل توجهی داشته است، که در صورت ادامه این روند حتی اگر در سال‌های آینده بارش‌های خوبی هم داشته باشیم، دیگر منابع زیرزمینی برای ذخیره این بارش‌ها نداریم و این زنگ خطری برای دستگاه‌های ذی‌ربط است.

● فرزاد پارسیان هوشیار، رئیس سازمان رفاه شهر تهران از راه‌اندازی خیابان مشاغل تهران قدیم در پایتخت خبر داد و اعلام کرد: «۷۰ شغل درآمدزای قدیمی همچون نعل کوبی، زین سازی و غیره شناسایی شده‌اند که به‌صورت پایلوت در دو خیابان باب همایون ۱۵ خرداد و اراضی عباس‌آباد اجرایی می‌شود.»

● سازمان ثبت اسناد و املاک کشور اعلام کرد که در چهارماه نخست امسال ۴ میلیون و ۱۱۹ هزار و ۴۸۴ فقره انواع اسناد رسمی در دفاتر اسناد رسمی سراسر کشور صادر شده است. این آمارها نشان داده است که در این مدت ۲۲۰ هزار و ۶۳۵ ازدواج ثبت یا کاهش ۸ درصدی و ۴۹ هزار و ۴۳۳ طلاق یا کاهش یک‌درصدی به نسبت مدت مشابه سال قبل در دفاتر رسمی ازدواج و طلاق کشور و سامانه ثبت وقایع ازدواج و طلاق ثبت شده است.

● سعید اوحدی، رئیس سازمان حج و زیارت با بیان اینکه خدمات پزشکی به حجاج در شرایط بسیار مطلوبی ارائه می‌شود، گفت: «خوشبختانه تا امروز موردی از ابتلا به ویروس کرونا در شهرهای مکه و مدینه مشاهده نشده است و زائران در سلامت کامل بسر می‌برند و تاکنون شاهد هیچ‌گونه بیماری تنفسی در میان زائران کاروان‌های ایرانی نبوده‌ایم.» وی همچنین از افزایش ۲۰ درصدی پزشکان زن در حج امسال اشاره و عنوان کرد: «تمامی خدمات پزشکی به بانوان زائر توسط پزشکان زن ارائه می‌شود.»

● محمد امید، معاون اشتغال کمیته امداد امام خمینی (ره) درباره جزئیات وام‌های پرداختی به مددجویان تحت پوشش گفت: «امسال وام‌ها حداقل به هفت میلیون تومان و حداکثر به ۷۵ میلیون تومان افزایش یافته است.» به گفته وی، بودجه سالانه کشور در سال ۹۴-۹۳ مبلغ دو هزار میلیارد تومان از سهمیه قرض‌الحسنه برای ۲۰ بانک در نظر گرفته شده است و میزان وام پرداختی تا سال گذشته برای افراد ۱۵ میلیون و امسال وام‌های گروهی تا ۷۵ میلیون افزایش می‌یابد. بر این اساس، رقم وام پرداختی به هر فرد نیز به سقف ۲۰ میلیون تومان افزایش یافته است.■

۴ هزار هکتار بافت فرسوده پایتخت را به بمب ساعتی بدل کرده است

کاش این خانه‌ها هرگز نلرزند!

■چکاوک ابراهیمی

همین که مرداد ماه سال جاری به پایان رسید، رکورد وقوع زلزله در طول یک ماه در کشور شکسته شد. ایران ۱۹۶ بار لرزید و سهم تهرانی‌ها از شمار لرزش‌های زمین شد، ۱۵ زلزله. آن‌هم در شرایطی که بافت فرسوده به‌قدری در تهران ریشه دوانده که حدود ۴ هزار هکتار از مساحت کل پایتخت، از خانه‌هایی انباشته شده است که در برابر کوچک‌ترین لرزشی حتی کمتر از ۲/۵ ریشتر نیز تاب‌وتوان ندارند. فرسودگی هایی که در برخی از مناطق و محله‌های شهر به ۹۰ درصد نیز رسیده است و باگذشت هرسال بیش از پیش می‌شود، تا جائی که امروز از منظر کارشناسان شهرسازی بافت فرسوده تهران به بمبی ساعتی و خفته در دل شهر بدل شده است و هر آن ممکن است شهر و ساکنانش را بلعد. اما علت این راکه این بافت فرسوده با وجود تخصیص تسهیلات متنوع، همچنان تهدیدی جدی برای شهر است می‌توانیم در برنامه‌ریزی‌های ضعیف و موازی کاری‌های سازمان‌ها و دستگاه‌های ذی‌صلاح ریشه‌یابی کنیم، بماند که روند نوسازی خانه‌های از نفس افتاده شهر، خود به منبع درآمد و سودجویی انبوه‌سازانی بدل شده است که همواره در صف اول دریافت تسهیلات نوسازی بافت فرسوده می‌ایستند.

ضعف دستگاه‌های متولی و پاسکاری وظایف

براساس آخرین آمارهای اعلام‌شده از سوی وزارت مسکن و شهرسازی، هم‌اکنون حدود ۶۵ هزار هکتار بافت فرسوده در کشور وجود دارد که حدود ۴ هزار هکتار آن متعلق به تهران است. درحالی‌که شعار نوسازی و احیای بافت‌های فرسوده کشور از برنامه سوم توسعه آغاز شد و در برنامه چهارم و پنجم توسعه نیز رسیدگی به این معضل در اولویت اجرایی متولیان امر قرار گرفت، اما واقعیت این است که نوسازی بافت‌های فرسوده طی سال‌های اخیر هنوز در پیچ‌وخم‌های تأمین اعتبار و نبود تعامل مطلوب بین سازمان‌های مسئول مانده است.

بر اساس آمارهای وزارت مسکن، از ابتدای سال ۸۴ تا پایان سال گذشته حدود ۵ هزار و ۵۰۰ هکتار بافت فرسوده شهری احیا و نوسازی شده است. در این شرایط است که بسیاری از کارشناسان و صاحب‌نظران معتقدند عملکرد سازمان‌های متولی مانند وزارت مسکن و شهرداری‌ها در نوسازی بافت‌های فرسوده تاکنون قابل دفاع نیست و عملکرد شهرداری تهران نیز به‌قدری دچار ضعف‌های اجرایی و برنامه‌ریزی‌هایی در جهت مشارکت‌پذیری شهروندان است که با وجود تمام این تلاش‌ها، این معضل همچنان به قوت خود باقی است. درواقع اگرچه در خصوص بافت‌های فرسوده، حرف‌های بسیاری گفته‌شده و طرح‌های مختلفی به تصویب رسیده است، اما حتی مسئولان نیز اذعان می‌کنند که دریحث نوسازی بافت‌های فرسوده کشور از حرف تا عمل فاصله بسیاری وجود دارد و اگر گامی هم در این مسیر برداشته‌شده از اثربخشی لازم برخوردار نبوده است. در همین زمینه محمد سعید ایزدی، مدیر عامل شرکت عمران و بهسازی شهری ایران در خصوص ارائه تسهیلات به محدوده‌ها و محلات هدف و احیا و بهسازی شهری اعلام کرده است که تعداد و میزان وام تسهیلات نوسازی شهری، با توجه به اولویت برنامه نوسازی و بهسازی در طرح جامع مسکن افزایش یافته است. به‌طوری که بر اساس مصوبه سال گذشته، افزایش تسهیلات نوسازی بافت‌های فرسوده فقط شامل حال ساکنان محله می‌شود و به آن‌ها پرداخت خواهد شد. به گفته وی، سقف این تسهیلات در کلان‌شهرها به ۵۰ میلیون تومان و در شهرهای بالای ۲۰۰ هزار نفر به ۴۰ میلیون تومان و در سایر شهرها به ۳۰ میلیون تومان افزایش یافته است. افزایشی که به گفته کارشناسان حوزه شهرسازی نه موجب رونق بازار نوسازی خانه‌های فرسوده می‌شود و نه عامل تشویقی برای شهروندان به‌منظور تسریع نوسازی خانه‌های از نفس افتاده شهر است. هرچند که به گفته ایزدی، سقف تسهیلات نوسازی بافت‌های فرسوده بارشد ۲۰ میلیون تومانی تخصیص می‌یابد.

بافت فرسوده نه منشور دارد و نه بودجه مشخص

«بافت فرسوده همچنان متولی مشخصی ندارد و همچون کودک یتیمی، در کوچه‌پس‌کوچه‌های تهران، جولان می‌دهد. مسئله مهمی که بارها مورد تاکید و انتقاد کارشناسان حوزه ساخت‌وساز قرار گرفته و از آن به‌عنوان تهدیدی جدی یاد شده است که هرلحظه جان شهروندان را تهدید می‌کند، اما همچنان گرفتار پاس‌کاری وظایف بین نهادهای مربوطه است.» این انتقاد را صمد ذواشتیاق، کارشناس شهرسازی و یکی از نویسندگان طرح تفصیلی پایتخت در حالی به سپید می‌گوید که معتقد است از یک‌سو دولت و در رأس آن وزارت مسکن و شهرسازی تاکنون حمایت‌های مشخص و دقیقی از روند نوسازی‌ها به‌عمل نیاورده‌است و از سویی دیگر، شهرداری نتوانسته حتی با ارائه بسته‌های تشویقی و حمایتی، موفقیتی در اشتیاق مردم به تخریب و ساخت بناهای جدید حاصل کند. تا جایی که امروز به‌جای افزایش، شاهد کاهش روند نوسازی‌ها هستیم.

وی با تاکید بر اینکه این نکات، از مهم‌ترین دلایل کندی روند نوسازی بافت فرسوده تهران است، انگشت انتقاد کم‌کاری‌ها را به سمت دولت، شهرداری و سپس رسانه‌ها نشانه می‌رود و می‌گوید: «با وجود آنکه ایران یکی از کهن‌ترین کشورهای دنیا در زمینه ساخت‌وساز است، اما امروز در این زمینه نه منشوری تهیه شده و نه بودجه مناسبی به ۳ هزار و ۷۶۸ هکتار بافت فرسوده که بیش از یک و نیم میلیون تهرانی را در خود جای داده، تخصیص یافته است.» وی تاکید می‌کند که یکی از مشکلات کنونی تهران این است که به‌جای آنکه شاهد رونق نوسازی باشیم، روزبه‌روز شاخص‌های آماری این حوزه رو به کاهش است. چراکه مشکلات اقتصادی خانواده‌ها، تحریم واردات کالاها، گرانی مصالح ساختمانی و حتی بالا بودن شاخص نرخ تورم، میل به نوسازی خانه‌های فرسوده را از مردم گرفته است. البته بسیاری از منتقدان کسادی بازار احیای بناهای فرسوده معتقدند، نبود اشتیاق مردمی، در توان اندک رسانه‌ها در اقناع شهروندان ریشه‌دارد. به گفته ذواشتیاق، همچنان ریزدانگی، نفوذناپذیری و عدم استحکام فنی، سه شاخصه مهمی هستند که در بیش از ۵۰ درصد محلات تهران به چشم می‌خورند و حجره معضلات کنونی شهرند، اما مشکل اصلی در مهاجرت‌ها و سکنی گزینی در بخش‌های حاشیه‌ای است که سبب شده فرسودگی‌ها در تهران بیش از پیش گسترش یابد و وضعیت املاک را از حالت استاندارد خارج و بیشتر به بافت فرسوده شبیه کنند.

ضعف‌های نظارتی عامل سوءاستفاده انبوه‌سازان

درست است که بهسازی بافت‌های فرسوده یکی از سیاست‌های عمده وزارت راه و شهرسازی برای سال آینده است و در جهت دیگر شهرداری نیز در تلاش است با تخصیص و اجرای طرح‌های مشوق، شهروندان را ترغیب به نوسازی خانه‌های فرسوده‌شان کند، به‌طوری‌که سقف تسهیلات ساخت مسکن تا ۵۰ میلیون تومان در مناطق شهری افزایش یافته است، اما اولویت تخصیص بودجه نوسازی، انبوه‌سازان هستند. انبوه‌سازانی که سبب شده‌اند، بازار سوءاستفاده از تجمیع خانه‌های فرسوده بیش‌ازپیش رونق یابد به‌طوری‌که به گفته محمد سالاری، رئیس کمیسیون شهرسازی شورای شهر، امروز در روند نوسازی بافت فرسوده، زیک سو شاهد اشتیاق کم شهروندان برای نوسازی خانه‌ها به دلیل نبود امکانات لازم در روند نوسازی هستیم. از سویی دیگر، انبوه‌سازان در تلاش اندیلی کیفیت‌ترین مصالح ساختمانی و در کمترین زمان ممکن، خانه‌هایی بسازند که خود عامل تشدید «فرسودگی و نبود ایمنی و استحکام بناد رشهر هستند. خانه هایی که جان‌ها نه تنها ساکنان همان واحد ساختمانی، بلکه ساختمان‌های مجاور را نیز به خطر می‌اندازند. معضل مهمی که به اعتقاد وی، ریشه در نبود نظارت‌های دقیق و کارآمد کارشناسان و ناظران ساخت شهرداری در روند نوسازی‌ها دارد و بازار سودجویان را بیش‌ازپیش رونق بخشیده است.

سایه سنگین زلزله بر سر فرسودگی‌های شهر

براساس مطالعات و بررسی‌های انجام‌شده مهم‌ترین تهدید بافت‌های فرسوده خطر وقوع زلزله است و معقول‌ترین و کارآمدترین راه برای کاهش آسیب زلزله، بازسازی بافت‌های فرسوده است که چندان با حمایت و استقبال نهادهای ذی‌ربط در دولت مواجه نشده است. وضع نامناسب تهران به‌رغم همه تلاش‌هایی که برای بهسازی آن صورت گرفته معلول صدها عامل کوچک و بزرگ است که در فرآیندی تاریخی شکل گرفته که این مشکلات می‌تواند در آینده نیز منشأ تهدیداتی علیه پایتخت باشد. سال ۸۰ بود که مطالعات شهرداری و موسسه زلزله‌شناسی ژاپن نشان داد که فعال شدن گسل‌های تهران، این شهر را متحمل خسارت‌های بسیاری می‌کند و لذا باید تدبیری برای نوسازی بافت‌های فرسوده کشور و به‌خصوص تهران اندیشیده شود، اما با گذشت بیش از ۱۴ سال از آن زمان و با وجود تخصیص اعتبارات و اجرای طرح‌های متعدد برای حذف بافت‌های فرسوده، هنوز این بافت‌ها باقی‌اند و این معضل حل نشده است. این درحالی است که به اذعان مسئولان شهرداری هم‌اکنون ۷۰ درصد ساختمان‌ها در حال ساخت و به عبارتی نوسازی هستند. هرچند که به گفته کارشناسان شهرسازی و در رأس آنان، محمد سالاری، رئیس کمیسیون شهرسازی شورای شهر تهران، همین نوسازی‌ها نیز به دلیل رعایت نکردن استانداردهای لازم، جزء ساختمان‌های فرسوده محسوب می‌شوند و این امر ناشی از عدم توفیق نسبی از اجرای صحیح و استاندارد نوسازی بافت‌های فرسوده است. اما آنچه در این میان نگران‌کننده است، وضعیت نامطلوب ۴ هزار هکتار بافت فرسوده کلان‌شهر تهران است که همانند یک بمب ساعتی برای ساکنان آن عمل خواهد کرد و حدود ۱۵ درصد جمعیت کنونی تهران و حتی بیشتر را در دل خود جای داده است. معضلی که با توجه به آسیب‌های فردی و اجتماعی که با خود به همراه دارد، سال‌هاست که نام تهران را همراهی و شهروندانش را تهدید می‌کند و شاید به همین دلیل است که همواره طرح‌های مختلفی از سوی شهرداری و دیگر سازمان‌های مسئول برای برون‌رفت این کلان‌شهر از چنین مشکلی پیشنهاد شده و حتی تا حدودی در جاده اجرایی شدن پیش رفته است اما سرانجام آن جز با برجا بودن این مشکل نبوده ونیست.■

حوادث

اعتیاد جان ۹۳۹ نفر را در چهارماه گرفت

بر اساس آمار سازمان پزشکی قانونی در چهارماه نخست سال جاری ۹۳۹ نفر براثر سوءمصرف مواد مخدر در کشور جان خود را از دست دادند. مرگ‌هایی که نسبت به سال گذشته ۰/۲ درصد افزایش یافته است به‌طوری که بر اساس آمارها در چهارماه نخست سال گذشته، ۹۳۷ نفر جان خود را بر اثر اعتیاد به انواع مواد مخدر جان خود را از دست داده‌اند. بر اساس گزارش پزشکی قانونی کشور، از تعداد کل کشته‌شدگان چهارماه نخست سال جاری، ۸۳۸ نفر مرد و ۱۰۱ نفر زن بوده‌اند.

همچنین بر اساس آمارها در چهارماه نخست امسال، استان‌های تهران با ۲۴۰ نفر، خراسان رضوی با ۱۲۲ نفر و اصفهان با ۶۲ نفر بیشترین آمار مرگ‌های ناشی از مصرف مواد مخدر را به خود اختصاص داده است. استان‌های بوشهر با ۳ نفر، آذربایجان غربی و گلستان با ۴ نفر و خراسان جنوبی و مرکزی با ۵ نفر نیز کمترین آمار تلفات سوءمصرف مواد مخدر را داشته‌اند. همچنین در استان کهگیلویه و بویراحمد در این مدت هیچ مورد مرگ ناشی از سوءمصرف مواد مخدر گزارش نشده است.

بر اساس گزارش سازمان پزشکی قانونی بیشترین متوفیان سوءمصرف مواد مخدر تحت تأثیر مسمومیت حاد ناشی از مواد مخدر جان خود را از دست داده‌اند؛ به‌نحوی که آمار تلفات ناشی از مسمومیت حاد در چهارماهه نخست امسال ۵۱۰ نفر بوده است که از این میزان ۴۶۴ مرد و ۴۶ زن بوده‌اند. نکته حائز اهمیت آن است که مرگ ناشی از مسمومیت حاد ۵۴/۳ درصد از کل تلفات اعتیاد را در برمی‌گیرد.

ضمن آنکه بر اساس آمارهای سازمان پزشکی قانونی پس از مسمومیت حاد، عوارض مصرف طولانی باعث مرگ زنان و مردان شده‌اند. به‌طوری‌که ۲۹۵ نفر بر اثر عوارض ناشی از مصرف طولانی انواع مواد مخدر جان سپرده‌اند. از این میزان نیز ۲۵۷ نفر مرد و ۳۸ نفر زن بوده‌اند. مصرف روان‌گردان‌ها نیز منجر به مرگ ۱۳۴ زن و مرد شده است، به‌طوری‌که ۱۱۷ نفر مرد و ۱۷ نفر زن بر اثر مصرف روان‌گردان‌ها جان سپرده‌اند. آمارهای سازمان پزشکی قانونی همچنین مشخص کرده است که بیشترین تلفات ناشی از مصرف مواد مخدر مربوط به تیرماه بوده است به‌طوری‌که در این ماه ۲۷۳ نفر بر اثر سوءمصرف مواد جان خود را از دست دادند که از این تعداد ۲۴۲ نفر مرد و ۳۱ نفر زن بودند. نکته حائزاهمیت آن است که در بررسی‌های آماری سازمان پزشکی قانونی مشخص شده است؛ که در سال جاری کمترین آمار تلفات اعتیاد مربوط به فروردین‌ماه بوده است؛ به‌طوری‌که در نخستین ماه از سال جاری ۱۹۹ نفر بر اثر مصرف مواد مخدر جان داده‌اند که نسبت به سایر ماه‌های سال کمترین آمار را به خود اختصاص داده است.■

مشترک روزنامه «سپید» شوید

۵۰ درصد تخفیف تا پایان شهریور ۹۴

برای دریافت روزنامه سپید در کلیه کشور (به جز تهران و کرج)
۱۰ هزار تومان به شماره کارت ۶۲۷۴۱۲۱۱۴۰۰۷۵۶۸۰ بانک اقتصاد نوین
در وجه نشریه سپید واریز و شماره فیش واریزی را
به همراه آدرس به تلفن ۹-۲۲۸۸۷۳۵۷ اعلام نمایید.
● ضمناً هزینه ارسال روزنامه جداگانه محاسبه و آن اضافه می شود.
این هزینه اشتراک یک ماه شماست.

هشداری جدی برای مصرف دی‌متیل فومارات

WHO: مقامات بهداشتی بریتانیا هشدار دادند قبل از شروع درمان با دی‌متیل فومارات در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس (MS) عود کننده، باید شمارش کامل گلبول‌های خونی انجام شده و پس از آغاز درمان نیز هر ۶ تا ۱۲ ماه، تکرار شوند. در صورت بروز لکوانسفالوپاتی مولتی فوکال پیشرونده (PML) نیز باید درمان فوراً متوقف شود. دی‌متیل فومارات برای درمان بیماری مالتیپل اسکلروزیس عود کننده در بزرگسالان تجویز می‌شود. کارآزمایی‌های بالینی نشان داده‌اند که دی‌متیل فومارات می‌تواند باعث بروز لنفوپنی شدید و تا حدود ۳۰ درصد کاهش شمارش لنفوسیت‌ها نسبت به وضعیت پایه شود. داروهایی که حاوی دی‌متیل فومارات و دیگر استرازهای فوماریک اسید هستند، برای درمان پسوریازیس در بریتانیا تأیید به ندارند، اما گاهی تحت عناوین دیگری مورد استفاده قرار می‌گیرند. در این صورت، باید بیماران از نظر بروز لنفوپنی شدید و طولانی و عفونت‌های شدید فرصت‌طلب به‌طور مرتب پایش شوند.■

تائید سیستم G5 برای پایش مداوم گلوکز

Medscape: سازمان غذا و داروی آمریکا اعلام کرد نخستین سیستم پایش مداوم گلوکز (CGM) را تائید کرده است که داده‌ها را مستقیماً به یک تلفن هوشمند می‌فرستند و به گیرنده جدا گانه‌ای نیاز ندارد. این سیستم که Dexcom Mobile CGM G5 نام دارد، در ۲۵ آگوست برای استفاده در بزرگسالان و کودکان بالای ۲ سال پذیرفته شده است. با کاربرد این تکنولوژی بلوتوثی بدون نیاز به سیم، وسیله مورد تائید اطلاعات سطح گلوکز خون را در زمان و مستقیما به اپلیکیشنی روی وسایلی می‌فرستند که با سیستم iOS کار می‌کنند.. دستگاه‌هایی که با سیستم عامل اندروئید کار می‌کنند، اوایل سال آینده می‌توانند این اپلیکیشن را داشته باشند.

همانند دستگاهی که قبل از G5 وارد بازار شده بود، یعنی system G4، این دستگاه اجازه می‌دهد همزمان ۵ نفر به آن دسترسی داشته باشندو اطلاعات را تعقیب کنند، مثلا والدین و دیگر مراقبان بیمار. از سوی دیگر، سطح گلوکز خون از راه دور کنترل می‌شود تا هشدارهای مربوط به اختلال در سطح گلوکز خون به موقع فرستاده شوند.

مانند همه سیستم‌ها پایش مداوم گلوکز، سیستم G5 روند اطلاعات مربوط به سطح گلوکز خون را ثبت می‌کند، اما همچنان گرفتن نمونه خون از نوک انگشت برای تعیین میزان نیاز به انسولین و برای کالیبراسیون سیستم مورد نیاز است.

Dexcom امیدوار است از اواخر سپتامبر ۲۰۱۵، این دستگاه را وارد بازار کند. افرادی که قبل از اول آگوست ۲۰۱۵، system G4 را خریداری کرده بودند، می‌توانند بدون هزینه، دستگاهشان را به G5 ارتقا دهند.■

خبر

کشف زیرگروه‌های آسم و درمان‌های جدید

Medscape: براساس آخرین یافته‌های دانشمندان آمریکایی از دانشگاه سان‌فرانسیسکوی جنوبی، درک تازه از زیرگروه‌های مختلف آسم در بیماران مبتلا به آسم آلرژیک شدید ممکن است راه ابداع و ارتقای درمان‌های بیولوژیک را هموار کند تا با اثربخشی بیشتری، پاسخ‌های التهابی خاص را که در هر فردی به‌طور جداگانه رخ می‌دهند، مهار کند.

هرچند اکثر بیماران مبتلا به آسم می‌توانند وضعیت خود را با درمان‌های استنشاقی مدیریت کنند، تقریبا ۱۰ درصد از بیماران به درمان استروئیدهای استنشاقی مقاوم هستند و به مراقبت‌های ویژه‌ای نیاز دارند. این بیماران، همان گروه هدف درمان‌های بیولوژیک جدید هستند. درمان‌های جدید هزینه بالاتری دارند، اما بیمارانی را درمان می‌کنند که به هزینه‌های بالای مراقبت نیاز دارند.

در حال حاضر، تنها درمان بیولوژیکی تأیید شده برای آسم، اومالیزوماب (omalizumab)، با نام تجاری Xolair و ساخت ۲ شرکت دارویی Genentech/ Novartis است. این دارو، درواقع، آنتی‌بادی انسانی به ایمونوگلوبولین E است.

Genentech و دیگر کمپانی‌ها مشغول ارتقای نسل دوم داروهای بیولوژیکی برای درمان آسم هستند که راه‌های التهابی خاص را هدف قرار می‌دهند. البته هنوز این داروها برای درمان بیماران به‌طور وسیع مورد استفاده قرار نگرفته‌اند، اما در کارآزمایی‌های بالینی، زیرگروه‌هایی از بیماران دیده شده‌اند که از این داروها نفع برده و زیرگروه دیگری، هیچ‌گونه منفعتی از آنها نبرده‌اند. ما باید دقیقا بفهمیم که چرا بین بیماران مختلف، این تفاوت‌ها وجود دارد.■

ریتالین و خطر بروز پریاپیسم

Medscape: سازمان بهداشت کانادا اعلام کرد اطلاعات دارویی مربوط به محصولات متیل‌فنیدیت که تحت نام‌های تجاری بیفنتین (Biphentin)، کنسرتا (Concerta) و ریتالین به فروش می‌رسند، باید به‌روز رسانی شده و خطر بروز پریاپیسم هم به آنها اضافه شود.

محصولات متیل‌فنیدیت برای درمان اختلال نقص توجه ـ بیش‌فعالی در بزرگسالان و کودکان ۶ سال به بالا تجویز می‌شوند. پریاپیسم نیز وضعیتی نادر اما عارضه جانبی جدی است که به درمان فوری نیاز دارد تا از اثرات احتمالی طولانی‌مدت آن روی پنیس جلوگیری شود. سازمان غذا و داروی آمریکا نیز در این زمینه هشدارهای لازم را داده است و از بیماران و پزشکان خواسته تا در این مورد کاملاً آگاه باشند. تاکنون یک گزارش از بروز پریاپیسم به‌دنبال مصرف محصولات متیل‌فنیدیت منتشر شده و موارد کمی نیز از بروز این عارضه در کل دنیا دیده شده است. در نزدیک به نیمی از این بیماران، به احتمال زیاد، محصولات متیل‌فنیدیت مسبب بروز این عارضه بوده‌اند. اغلب بروز پریاپیسم در طول درمان با محصولات متیل‌فنیدیت، پس از افزایش دوز دارو یا توقف مصرف دارو، حتی برای مدت کوتاهی، دیده شده است.■

هپاتیت C: از تشخیص تا درمان (۲)

درمان را کی و چگونه آغاز کنیم؟

■ترجمه: ارغوان حاج‌شیخ‌الاسلامی

مسلما درمان بیماران مبتلا به عفونت با ویروس هپاتیت C هدف نهایی ماست. با درمان این بیماری، نه تنها عفونت با ویروس هپاتیت C برطرف می‌شود بلکه از پیشرفت آسیب کبدی نیز جلوگیری می‌شود، به دنبال درمان، از خطر بروز سرطان کبد و مرگ و میر در بیماران کاسته می‌شود و احتمال نیاز پیدا کردن به پیوند کبد نیز کاهش می‌یابد. در شماره گذشته، در مورد نحوه ارزیابی بیماری‌های مربوط به ویروس هپاتیت C و عوارض آنها، اخذ شرح‌حال و بررسی عمومی اولیه بیمار و قسمتی از بررسی وضعیت بالینی بیمارانِ نظر گذشت. در ادامه، به دیگر مباحث این موضوع پرداخته خواهد شد.

نوشتار حاضر بر اساس آخرین دستورالعمل تشخیص و درمان هپاتیت مزمن سی که توسط انجمن آمریکایی مطالعه بیماری‌های کبدی و جامعه متخصصان عفونی ایالات متحده ارائه شده، انتخاب شده است. از آنجا که با ساخت و ارائه داروهای موثر و جدیدتر، این دستورالعمل به سرعت در حال تغییر است، این دستورالعمل مرتبا روزآمد می‌شود. در زمان نیاز به اطلاع از آخرین دستورالعمل، می‌توانید به آدرس اینترنتی www.hcvguidelines.org مراجعه کنید. اولین آزمون در روش‌های تشخیصی، فیبرواسکن نامیده می‌شود که نوعی سونوگرافی است که میزان انعطاف‌پذیری بافت کبد را می‌سنجد. انعطاف‌پذیری بافت کبد به میزان فیبروز موجود در این عضو مربوط است و با استفاده از این آزمون سریع، می‌توان به صورت غیرمستقیم میزان فیبروز موجود در کبد را اندازه‌گیری کرد. آزمون غیرتهاجمی دیگر، فیبرو تست نامیده می‌شود که شامل ۵ آزمایش خون است. نتایج به دست آمده از این آزمایش‌ها وارد فرمولی خاص می‌شود و امتیازی نهایی به دست می‌آید که با امتیاز استاندارد فیبروز رابطه دارد و بر حسب معیار قابل استفاده از F1 تا F4 یا از F1 تا F6 بیان می‌شود.

محاسبه نمایه نسبت AST به پلاکت یا اندکس APRI نیز راه دیگری برای تخمین میزان فیبروز است. برخی از صاحب‌نظران این نمایه را فیبرواسکن فقرا می‌نامند، چون به راحتی به دست می‌آید و نیاز به استفاده از دستگاه‌های خاص و صرف هزینه‌های بالا ندارد. منظور از انجام تمامی ارزیابی‌های فوق این است که دریابیم آیا بیمار از درمان سود خواهد برد یا خیر.

برای رسیدن به پاسخ این پرسش، باید نکات زیر را در نظر گرفت. اول، میزان فیبروز کبدی است. آیا میزان فیبروز کبدی بیمار به حد نگران کننده‌ای مانند مرحله ۳ (یا حتی در برخی موارد مرحله ۲) رسیده است؟ آیا فرد دچار بیماری همراه دیگری نیز هست که امید بقای وی را محدود می‌سازد؟ بسیار مهم است که بدانیم بقای مورد انتظار برای بیمار بیشتر توسط هپاتیت C تهدید می‌شود یا اینکه بیماری همراه دیگر امید بقای وی را به شدت محدود کرده است. در صورتی که بیماری زمینه‌ای سبب کاهش شدید امید بقای فرد شده باشد، ارائه درمان ضد هپاتیت C منطقی نخواهد بود. به عنوان مثال، بیمار ۸۵ ساله‌ای که از نارسایی شدید قلبی در رنج است، امید بقای درازمدتی ندارد و درمان هپاتیت C سودی برای وی به همراه ندارد و تفاوت مهمی در شرایط وی ایجاد نخواهد کرد، اما برعکس، فرد ۷۵ ساله سیروتیکی که از سایر لحاظ کاملاً سالم و سرپاست، ممکن است بدون مشکل کبدی امید بقایی بیش از ۱۰ سال داشته باشد، بنابراین درمان هپاتیت C در این بیمار، حتی با وجود سیروز کبدی کاملاً عاقلانه خواهد بود. تمامی نکات فوق باید هنگام تصمیم‌گیری برای درمان بیماران مبتلا به هپاتیت C در نظر گرفته شده و ارزیابی شوند.

شروع درمان ضد هپاتیت C: چه زمانی و در چه کسانی؟

درمان موفق هپاتیت C در حال حاضر تقریبا برای تمامی بیماران مبتلا امکان‌پذیر شده است. درمان موفق را رسیدن به «پاسخ ویروولوژیک پایدار (SVR)» شناخته می‌شود که به معنی یافت نشدن RNA ویروس در نمونه خون بیمار با گذشت حداقل ۱۲ هفته یا بیشتر از زمان پایان یافتن درمان دارویی است. پاسخ ویروولوژیک پایدار نشانه رفع عفونت با ویروس هپاتیت C است و مطالعات بزرگ آینده‌نگر که بیماران را برای مدت‌های طولانی پیگیری کرده‌اند، حکایت از تداوم این نتیجه حداقل برای ۵ سال پس از قطع درمان داشته‌اند. درمان عفونت با ویروس هپاتیت C، مزایای بسیاری برای بیماران به همراه دارد، از جمله کاهش میزان التهاب در کبد، پسرفت میزان فیبروز کبدی در اغلب بیماران و رفع سیروز در نیمی از بیماران اشاره کرد. همچنین پرفشاری پورت، بزرگی طحال و سایر نشانه‌های بالینی سیروز نیز در این گروه بهبود می‌یابد. با رسیدن به پاسخ ویروولوژیک پایدار، خطر ابتلا به سرطان سلول‌های کبدی تا ۷۰ درصد و مرگ و میر ناشی از مشکلات کبدی و نیاز به پیوند کبد تا ۹۰ درصد کاهش می‌یابد. درمان هپاتیت C همچنین سبب کاهش نشانه‌های خطیر خارج کبدی مانند واسکولیت کرایوگلوبولینمیک (که در ۱۵ درصد مبتلایان مشاهده می‌شود) و مرگ و میر ناشی از آنها می‌شود. لنفوم غیرهوجکین و سایر اختلالات لنفوپرولائتیو در بیمارانی که دچار هپاتیت مزمن سی هستند، پس از رفع عفونت با این ویروس در ۷۵ درصد موارد فروکش می‌کنند یا حتی برطرف می‌شوند. کاهش شدت این بیماری‌ها با درمان هپاتیت C، سبب کاهش میزان مرگ و میر کلی (و نه فقط مرگ و میر ناشی از اختلالات کبدی) بیماران بهبود یافته از این عفونت می‌شود. از سوی دیگر، با درمان عفونت هپاتیت C کیفیت زندگی بیماران و نیز سلامت جسمی، عاطفی و اجتماعی آنان نیز بهبود می‌یابد. شواهد موجود به شدت از درمان تمامی بیماران مبتلا به هپاتیت C حمایت می‌کند، مگر در افرادی که به دلیل ابتلا به سایر بیماری‌های همزمان غیرکبدی، امید به زندگی محدودی (کمتر از یک سال) دارند. اگرچه در بهترین حالت درمان باید در مراحل اولیه آسیب کبدی و قبل از پیشرفت فیبروز در این عضو و بروز عوارض آغاز شود، مزایای فوری درمان، بیشتر در بیماران در معرض خطر بالای بروز عوارض کبدی قابل مشاهده خواهد بود. از این رو، در صورت محدودیت دسترسی به درمان‌های موثر و امکان‌پذیر نبودن درمان تمامی افراد مبتلا، بهتر است ابتدا به درمان افراد در معرض خطر بالای بروز عوارض و نیز کسانی بپردازیم که احتمال انتقال بیماری به سایرین توسط آنان بالاست. افرادی که در معرض بالاترین خطر برای بروز عوارض قرار دارند، عبارتند از بیماران دچار فیبروز شدید کبدی یا سیروز کبدی جبران شده، دریافت‌کنندگان اعضای پیوندی، بیماران دچار کرایوگلوبولینمی نوع ۲ یا ۳ با نشانه‌های اختلال اعضا مانند واسکولیت و نیز بیماران دچار پروتئینوری، نشانگان نفروتیک یا گلومرولونفریت پرولیفراتیو. بیماران پرخطری که پس از این گروه در اولویت درمان قرار دارند، شامل افراد دچار فیبروز کبدی F2، عفونت همزمان با ویروس HIV-1 یا هپاتیت B ، بیماران مبتلا به سایر اختلالات کبدی مانند هپاتیت چرب غیرالکلی، بیماران دچار خستگی مفرط و ناتوان کننده، مبتلایان به دیابت نوع دو (مقاومت به انسولین) و افراد دچار پورفیری پوستی دیررس هستند. درمان با هدف کاستن از احتمال انتقال بیماری به سایر افراد، همچنین در معتادان تزریقی، مردان همجنسگرا، زندانیان، بیمارانی که برای درازمدت همودیالیز می‌شوند، زنان در سنین باروری که تمایل به حاملگی دارند و کارکنان ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی که نوع وظیفه ایشان احتمال انتقال بیماری را به دیگران فراهم می‌سازد، صورت می‌گیرد. هنگامی که دسترسی به درمان‌های جدید محدود باشد، باید بیماران را براساس اولویت تقسیم‌بندی کرده و به ترتیب به درمان آنان اقدام کرد. گزارش‌های اخیر نشان داده‌اند که آغاز درمان در بیماران دچار مراحل پایین‌تر فیبروز کبدی، سبب افزایش مزایای حاصل از رسیدن به پاسخ ویروولوژیک پایدار در آنان می‌شود. در یک مطالعه با دوره پیگیری طولانی، ۸۲۰ بیمار که میزان فیبروز کبد آنان در نمونه‌برداری از کبد برابر مرحله F0 یا F1 متاثر گزارش شده بود، به مدت بیش از ۲۰ سال پیگیری شدند. میزان بقای ۱۵ ساله در بیمارانی که به پاسخ ویروولوژیک پایدار رسیده بودند، در مقایسه با افرادی که اصلاً تحت درمان قرار نگرفته بودند یا درمانشان به شکست انجامیده بود، به طرز چشمگیری بالاتر بود (به ترتیب ۹۳ درصد در برابر ۸۸ درصد و ۸۲ درصد).■

ادامه دارد...

کمک پولیوویروس اصلاح شده به درمان سرطان پروستات پیشرفته؟

Medical Xpress: محققان دانشگاه دوک، در بررسی‌های خود دریافتند که ممکن است پولیوویروس اصلاح شده، همانطور که توانسته در درمان یک فرم کشنده از سرطان مغز موثر باشد، شاید به درمان سرطان پروستات پیشرفته متاستاتیک غیرقابل درمان نیز کمک شایانی کند. این درمان جدید و امیدوارکننده PVSRIPO نامیده می‌شود.

این ایده از آنجا آمده که در درمان تومور مغزی با PVSRIPO موفقیت‌هایی دیده شده است و شاید این روش درمانی اندیکاسیون استفاده در بدخیمی‌های سیستم عصبی غیرمرکزی هم داشته باشد. اگر پزشکان بتوانند سرطان پروستات را در مراحل اولیه و پیش از گسترش یافتن به دیگر نقاط بدن یا زمانی که تنها به بافت‌های اطراف گسترش یافته است، تشخیص دهند، میزان بقای بیماران مبتلا عالی است. زمانی که سرطان پروستات به مناطق دوررس می‌رسد، مانند غدد لنفاوی، استخوان‌ها، یا دیگر ارگان‌ها، پیش آگهی ضعیفی دارد. براساس گزارش انجمن آمریکایی سرطان، میزان بقای ۵ ساله موارد مبتلا به سرطان پروستات پیشرفته و متاستاتیک، تنها ۲۸ درصد است. در این حال، بدون آنکه امیدی به شفای بیمار وجود داشته باشد، پزشکان تلاش می‌کنند سرطان را مدیریت کنند و روند بدتر شدن بیمار را با خط طولانی از درمان‌های هورمونی، کموتراپی و رادیوتراپی به تاخیر اندازند. بنابراین، نیاز به درمان‌های جدید عمیقاً احساس می‌شود.

محققان این مطالعه، همراه با همکاران بیولوژیست و ویروولوژیست و اوروولوژیست خود و همچنین ابداع کننده پولیوویروس انکولیتیک، یعنی PVSRIPO، فکر می‌کنند یکی از این درمان‌های جدید می‌تواند پولیوویروس باشد. PVSRIPO، با کمک افزودن یک رینوویروس (ویروس مسبب در سرماخوردگی معمولی)، اصلاح و بی‌خطر شده است. ویروس مهندسی شده، به‌طور اختصاصی، سلول‌های تومورال را هدف می‌گیرد و تخریب می‌کند، در حالی که به سلول‌های سالم آسیبی نمی‌رساند. البته تخریب سلول‌های سرطانی که بوسیله ویروس صورت می‌گیرد، تنها عامل توجیه کننده پاسخ طولانی‌مدتی نیست که در بیماران مبتلا به تومور مغزی دیده شده است. محققان در این مطالعه توضیح می‌دهند: «در ابتدا، فکر می‌کردیم این ویروس است که سلول‌های تومروی را می‌کشد، اما بعد متوجه شدیم شاید چیزی فراتر از این اتفاق می‌افتد.» حالا، محققان تصور می‌کنند تومورهای آلوده شده به پولیوویروس، همزمان با مردن و از بین رفتن، ذره‌ها و پروتئین‌ها را به بیرون پرتاب می‌کنند و به این ترتیب، سرعت سیستم ایمنی را بالا بردهو به آن آموزش می‌دهند که در صورت عود یا گسترش تومور، به جنگ با آن روی آورند.

یافتن درمانی که ترکیبی از تخریب تومورها و ایمونوتراپی برای سرطان پروستات باشد، می‌تواند پیشرفت هیجان‌انگیزی در علم پزشکی به حساب آید. در حقیقت، سرطان پروستات تنها نوع تومور است که برای آن واکسن مورد تأیید سازمان غذا و داروی آمریکا وجود دارد. این واکسن، به نام Provenge، سرطان پروستات را درمان قطعی نمی‌کند، اما به سیستم ایمنی آموزش می‌دهد تا در بیمارانی که به درمان هورمونی پاسخ نمی‌دهند، به کنترل بیماری بپردازد. هدف مطالعه کنونی نیز این بوده که، مشخص کنند PVSRIPO می‌تواند فرم جدیدی از درمان ایمونوتراپی سرطان باشد برای سرطان پروستاتی که قبلاً غیرقابل درمان بوده است. در قدم نخست، محققان آزمایش‌های خود را روی مدل‌های موشی امتحان کردند. آنها نشانه‌هایی را دیدند که PVSRIPO نه‌تنها سلول‌های سرطانی را می‌کشد، بلکه قادر است وقایعی را در سیستم ایمنی به راه اندازد که منجر به حذف بیماری عود کننده یا متاستاتیک می‌شود.

این تیم تحقیقاتی، در حال حاضر، در حال آماده‌کردن مقدمات انجام یک کارآزمایی بالینی روی بیماران مبتلا به سرطان پروستات است.■

تازه‌ها

پیش‌بینی زایمان زودرس با میکروبیوم واژینال

Proceedings of the National Academy of Sciences: براساس آخرین یافته‌های محققان، ترکیب میکروبیوم واژن ممکن است به پیش‌بینی زایمان زودرس کمک کند. در واقع، وجود نوعی میکروبیوم واژینال، یعنی Lactobacillus-poor، هم رابطه دوز ـ پاسخ و هم ارتباط موقتی با زایمان زودرس نشان می‌دهد. آنالیزهای بیشتر از فراوانی گونه‌ها نشان می‌دهد فراوانی بیشتر از گاردنرلا همراه با فراوانی کم از لاکتوباسیلوس ممکن است به‌طور خاص، پیش‌بینی کننده زایمان زودرس باشد. نویسندگان این مقاله ذکر می‌کنند این مسئله ممکن است با حضور اورآپلاسما (Ureaplasma) نیز دیده شود.

در این مطالعه، محققان از میکروبیوم واژینال ۴۹ زن در طول بارداری، تقسیم شده در دو گروه جداگانه، ارزیابی هفتگی به عمل آوردند. در هر دو گروه، هم زایمان زودرس و هم زایمان به‌موقع دیده شد. زنان باردار، ۱۸ سال سن و بیشتر داشتند و نمونه‌ها از واژن، مدفوع، بزاق و لثه جمع‌آوری شد. در میان زنان گروه اول (۲۰ نفر)، ۱۱ مورد زایمان زودرس دیده شد. محققان دریافتند که در طول بارداری، ارتباطی در تنوع میکروبی میان افراد شرکت کننده وجود نداشت. اما از سوی دیگر، تنوع قابل توجهی در میکروبیوم خود هر فرد وجود داشت. آنالیز نمونه‌های واژینال، ۵ گروه میکروبی مجزا را مشخص کرد که غالب آنها، متعلق بود به گونه‌های Lactobacillus spp. در زنانی که نوع پنجم میکروبیوم واژینال لاکتوباسیلوس، یعنی Lactobacillus-poor وجود داشت، در مقایسه با Lactobacillus spp (فلور غالب واژن)، ارتباط قوی با زایمان زودرس دیده شد. این ارتباط از ابتدای بارداری آغاز و در تمام طول آن نیز وجود داشت. محققان همچنین متذکر می‌شوند که طول مدت و نسبت زمانی که فلور واژینال، Lactobacillus-poor باقی بماند، با سن بارداری کمتر در هنگام زایمان همراه است. گونه‌های گاردنرلا و اورآپلاسما نیز به مقدار زیادی در میکروفلور زنان در این گروه پنجم دیده شد.

محققان، از سوی دیگر، فلور واژینال زنان را در زمان پس از زایمان هم مورد بررسی قرار دادند و شاهد شیفت سریع در میکروفلور بودند. بیشتر از همه، کاهش در گونه‌های لاکتوباسیلوس دیده شد. اما افزایش در باکتری‌های غیرهوازی، مانند Prevotella و Anaerococcus نیز وجود داشت.

محققان در بخش دیگری از این مطالعه، ۹ زن را در طول زایمان و پس از آن، به‌عنوان یک مجموعه اعتبارسنجی برای ۳ عامل خطر که در گروه نخست شناسایی شدند، مورد ارزیابی قرار دادند. فلور واژینال Lactobacillus-poor (کمتر از ۵۰ درصد گونه‌های لاکتوباسیلوس)، فلور واژینال Lactobacillus-poor با فراوانی گاردنرلا و فلور واژینال Lactobacillus-poor با فراوانی اورآپلاسما. محققان دریافتند که ۴ زن مبتلا به فلور واژینال Lactobacillus-poor بودند و دو تن از آنها زایمان زودرس داشتند. همه این زنان، اورآپلاسما فراوان و یک مورد نیز همزمان گاردنرلای فراوان داشتند. هرچند این یافته‌ها با تعداد اندکی بیمار به دست آمده، داده‌ها پیشنهاد می‌کنند که پیامدهای نهایی بارداری می‌توانند با خصوصیات میکروبیوم در اوایل بارداری پیش‌بینی شوند.■

تاثیر رکود اقتصادی بر سلامت نوزادان

WebMD: بررسی‌ها نشان می‌دهد مشکلات اقتصادی به اندازه استعمال دخانیات و مصرف الکل در دوران بارداری به سلامت نوزاد آسیب وارد می‌کند. در این مطالعه که با هدف مشخص شدن پیامد فشارهای مالی در کشورهایی با اقتصاد پیشرفته بر سلامت نوزادان انجام گرفت، آشکار شد تاثیر سو مشکلات اقتصادی بر سلامت نوزاد می‌تواند به اندازه استعمال مواد دخانی و مصرف الکل توسط مادر در دوران بارداری باشد. در این بررسی، وضعیت نوزادانی که در زمان سقوط ناگهانی اقتصاد ایسلند در سال ۲۰۰۸ به دنیا آمده بودند، مورد مطالعه قرار گرفت. متخصصان مشاهده کردند، نوزادانی که در طول این بحران در سه ماه نخست دوران جنینی بودند، هنگام تولد نسبت به میانگین معمول ۱۲۰ گرم وزن پایین‌تری داشتند. همچنین احتمال آنکه هنگام تولد وزن آنان کمتر از حد متوسط باشد، ۳/۵ درصد بیشتر است. به‌علاوه، این نوزادان به طور کلی بیشتر در معرض بیماری‌های کودکان قرار دارند.■

واکسن متفاوت برای مقابله با آنفولانزا

Medscape: دو گروه از پژوهشگران آمریکایی در تحقیقاتی جداگانه موفق شده‌اند واکسنی را بسازند که به بخشی از ویروس آنفلوآنزا حمله می کند که در تمام گونه‌ها یکسان است. در واقع، ویروس آنفلوآنزا را می‌توان مثل یک آب‌نبات چوبی در نظر گرفت که یک سر و یک پایه دارد. در سر ویروس پروتئینی به نام هماگلوتینین قرار دارد. واکسن‌های آنفلوآنزای فعلی سر مولکول را هدف قرار می‌هند که در گونه‌های مختلف فرق دارد و بسیار دچار جهش و تغییر می‌شود.

اما آنها این بار به جای سر، به پایه مولکول حمله کرده‌اند، جایی که در تمام گونه‌های ویروس آنفلونزا ثابت است و بسیار کمتر هم دچار جهش می‌شود. نتایج تحقیق این دو گروه که به تازگی منتشر شده، نشان از موفقیت این واکسن جدید دارد. اکنون پژوهشگران باید این واکسن را روی انسان آزمایش کنند تا مطمئن شوند این روش در پیشگیری از بیماری موثر و بدون خطر است.

پروفسور جان آکسفورد متخصص ویروس شناسی دانشگاه لندن نتیجه این تحقیقات را «جهشی رو به جلو» و «هیجان‌انگیز» خواند اما تاکید کرد که آزمایش‌های انسانی و رسیدن واکسن به تولید انبوه، چند سال طول خواهد کشید. تا آن زمان همچنان واکسن‌های فعلی بهترین راه جلوگیری از ابتلا به گونه‌های شایع آنفلوآنزا در فصل زمستان خواهد بود. هر چند که در زمستان گذشته جهش در سر یکی از گونه‌های ویروس، H3N2، باعث شد کارآیی این واکسن کمتر از زمستان‌های دیگر باشد.■

خبر

افزایش شدید بروز دمانس

Medical Xpress: گزارش سازمان جهانی آلزایمر شمار کل بیماران دمانس را در سراسر جهان ۴۷ میلیون نفر اعلام کرده است که تعداد این بیماران به‌سرعت در افزایش است. به‌طور مثال، در آلمان ۱/۵ میلیون نفر به بیماری دمانس مبتلا هستند که بیشتر این افراد آلزایمر دارند.

بیماری دمانس به بیماری عمومی بزرگی تبدیل شده است. شمار بیماران مبتلا به دمانس به شدت افزایش می‌یابد. در حال حاضر در هر ۳/۲ ثانیه یک‌نفر در نقطه‌ای از جهان به این بیماری مبتلا می‌شود.

محققان سازمان جهانی آلزایمر (ADI) در گزارش سال ۲۰۱۵ خود در لندن، به این نکته اشاره کرده‌اند که شمار بیماران مبتلا به دمانس تا سال ۲۰۵۰ میلادی سه برابر می‌شود. آنها از دولت‌های جهان خواسته‌اند پیشگیری‌های لازم را برای مبتلا نشدن مردم به این بیماری انجام دهند.

کنفرانس جهانی آلزایمر در لندن اعلام کرده که در حال حاضر ۴۶/۸ میلیون نفر در سراسر جهان به دمانس مبتلا هستند. پیش‌بینی می‌شود که شمار این مبتلایان در سال ۲۰۳۰ به ۷۴/۱ میلیون نفر و در سال ۲۰۵۰ به ۱۳۱/۵ میلیون نفر برسد.

۶۰ درصد مبتلایان به دمانس در کشورهای فقیر دنیا زندگی می‌کنند. شمار بیماران دمانس در آسیا بیشتر از قاره‌های دیگر جهان است. متخصصان مخارج اجتماعی و اقتصادی این بیماری را بیش از ۷۰۰ میلیارد یورو در سال برآورد می‌کنند.

مارک وارتمن، رئیس سازمان جهانی آلزایمر، درباره گزارش این سازمان گفت: «دولت‌های جهان باید شرایط بهتری را برای مبتلایان به بیماری دمانس مهیا سازند.» او در ادامه گفت: «افزایش مخارج بیماران دمانس چالشی جدی برای سیستم بهداشتی و اجتماعی در سراسر جهان است.»

محققان بر این نظرند که گرچه مخارج بیماری دمانس بیشتر از شمار مبتلایان افزایش می‌یابد، این بیماری هنوز جدی گرفته نمی‌شود. مارتین پرینس، یکی از نویسندگان گزارش سازمان جهانی آلزایمر، در این باره می‌گوید: «ما در حال حاضر معتقدیم در آخرین گزارش سازمان جهانی آلزایمر در سال ۲۰۰۹ توسعه این بیماری را به اشتباه حدود ۱۲ تا ۱۳ درصد کمتر از حد واقعی برآورد کرده بودیم.»

دمانس به مجموعه‌ای از بیماری‌ها گفته می‌شود که به‌طور عمده در میان افراد مسن رواج دارد. در همه این بیماری‌ها تخریب پیش‌رونده سلول‌های عصبی مغز مشاهده می‌شود و اختلالاتی در حافظه و زبان بروز می‌کند. تغییرات روان‌شناختی و مختل شدن فعالیت‌های روزمره فرد از دیگر نشانه‌های این بیماری است. دلیل این بیماری هنوز به طور دقیق مشخص نشده است.■

انسولین، التهاب و ارتباط میان ذهن و جسم (۲)

داروهای ضدالتهاب در درمان افسردگی مفید هستند؟

■ ترجمه: نیلوفر شایسته

Medscape: اخیرا، در نشست جامعه آمریکایی روان‌پزشکی که در اونتاریوی کانادا برگزار شد، سمپوزیومی در رابطه با چگونگی تاثیر ذهن بر جسم و بالعکس برای شرکت‌کنندگان اجرا شد، با محوریت التهاب، افسردگی، داروها و بیماری. سخنرانی اول در این سمپوزیوم، با عنوان «انرژی‌ها و التهاب سلولی: کاربردها برای فرصت‌های مدلینگ بیماری برای اختلالات ارتباطی رایج» انجام شد که به ارتباط میان التهاب و افسردگی پرداخت. دیگر مباحث مطرح شده از نظر خواهد گذشت.

NSAIDs و افسردگی

سخنران دوم در این سمپوزیوم، دکتر چارلز ریسون بود. او پروفسور روانپزشکی و اکولوژی انسانی، از دانشگاه ویسکانسین و عنوان سخنرانی وی، «عوامل ضدالتهابی به عنوان ضدافسردگی: حقیقت یا شهامت؟» بود. وی در برابر اشتیاق بیش از حد در مورد ارتباط میان التهاب و بیماری های روانی، هشدار داد، حداقل در مورد درمان‌های فوری. انتقاد وی به یک متاآنالیز جدید بود که نتیجه‌گیری کرده بود داروهای ضدالتهابی غیراستروئیدی (NSAIDs) باعث تحریک cadherin-11 (مولکولی که اضطراب را در حیوانات کاهش می‌دهد، اما به هیچ‌عنوان در روند التهاب درگیر نیست» می‌شود. علاوه براین، مهارکننده‌های بازجذب سروتونین باعث افزایش بعضی سایتوکین‌های التهابی می‌شوند، مانند p11، که در حقیقت به‌نظر می‌رسد در پاسخ دپرسیون در مدل‌های حیوانی موثر و کمک‌کننده بوده‌اند. وی تاکید می‌کند که اثربخشی مایتوسیکلین ممکن است از طریق اثرات عمیق آن بر میکروبیوم روده‌ای رخ دهد، به طوریکه در مدل‌های حیوانی دیده شده تاثیر بزرگی بر خلق و خوی آنها داشته است.

به‌طور خلاصه، اثرات این عوامل ممکن است چیزی جز تاثیر آنها بر التهاب سیستم عصبی مرکزی نباشد. ما می‌دانیم که التهاب باعث دپرسیون شده و NSAIDs ممکن است افسردگی را که در اثر این التهاب ایجاد شده باشد، بهبود بخشد، اما NSAIDs نمی‌تواند دپرسیونی را که در بیماران سالم از نظر پزشکی ظاهر شده و التهاب غیرطبیعی ندارند، بهبود دهند.

دکتر ریسون، سپس به مرور یک مطالعه کلیدی پرداخت که در مورد تاثیر اینفلیکسیماب بر درمان دپرسیون مقاوم به درمان انجام شده بود. در این مطالعه، بیمارانی که بیماری التهابی نداشتند، به‌طور تصادفی به دو گروه دریافت کننده ۳ بار تزریق اینفلیکسیماب یا سالین (در بدو ورود به مطالعه، هفته ۶ و ۱۲) تقسیم شدند. بیش از ۵۰ درصد از بیماران مزایای قابل توجه اینفلیکسیماب را متحول کرده و به‌نظر می‌رسید درمان، زندگی‌شان را کرده است. اما وقتی محققان، حالت دو سو کور مطالعه را باز کردند، متوجه شدند اثر اینفلیکسیماب معادل دارونما بوده است.

دکتر ریسون، در انتها نتیجه‌گیری می‌کند که هرچند به نظر می‌رسد بعضی عوامل ضدالتهابی دارای نقش درمانی در زیر گروه‌هایی از افسردگی باشند که شواهدی از التهاب بالا هم دارند، اما ایده تجویز گسترده NSAIDs برای درمان وضعیت افسردگی، هنوز نابخته بوده و نیاز به شواهد بیشتری دارد. مزایای این دسته از داروها در افراد افسرده ناچیز بوده و عوارض آنها جدی هستند. وی تاکید می‌کند که سالانه بیش از ۱۰۰ هزار نفر، به علت استفاده از NSAIDs در بیمارستان بستری می‌شوند. سلکسیب خطر انفارکتوس میوکارد را بیش از ۲ برابر می‌کند و سالانه در حدود ۱۷۰۰۰ فرد مبتلا به آرتریت روماتویید در اثر عوارض گوارشی این داروها فوت می‌کنند.

البته راه‌های غیرداروی دیگری هم برای کاهش التهاب وجود دارند، مانند معنویت، رژیم غذایی مدیتریانه‌ای، ورزش، مدیتیشن، و پیشگیری از تروما در اوایل زندگی.

افسردگی و بیماری قلبی

سخنران سوم، دکتر استیون‌روز، از موسسه روان‌پزشکی نیویورک بود که سخنرانی خود را به «درمان دپرسیون در بیماری قلبی» اختصاص داد. وی تاکید کرد که افسردگی از طریق افزایش فعالیت سمپاتیک، افزایش تجمع پلاکتی، افزایش فعالیت محور هیپوتالامیک ـ هیپوفیز ـ آدرنال و کورتیزول، و افزایش سایتوکین‌های پیش‌التهابی، باعث صدمه عروقی می‌شوند.

افسردگی خطر بیماری عروق کرونر قلب را تا ۴ برابر برای اپیزودهای سندرمی دپرسیو بالا می‌برد و برای علایم ساب‌سندرمی دپرسیو، این خطر، ۱/۵ تا ۲ برابر می‌شود. علاوه براین، دپرسیون دوران کودکی، خطر سیگاری شدن را تا ۱۲ برابر بیشتر می‌کند. همچنین، افسردگی (و نه اضطراب یا خشم) مورتالیتی قلبی را پس از انفارکتوس میوکارد افزایش می‌دهد. التهاب و افزایش فعالیت پلاکتی، مکانیسم‌های مهم این اثر هستند. به‌طور کلی، بیماران افسرده، با افزایش ۴ برابری خطر مرگ و میر پس از MI مواجه هستند که این میزان خطر در ۶ ماه اول، از همه مواقع دیگر بیشتر است.

دکتر روز، مطالعه کلاسیک SADHEART را انجام داده که در آن، ۲۶۰ بیمار را به طور تصادفی تحت درمان با سرترالین (میانگین دوز: ۶۸/۸ میلی‌گرم در روز) یا دارونما قرار داده است. در ۱۶ هفته دوره مطالعه، آنها دریافتند که در بیماران تحت درمان به سرترالین نسبت خطر MI تا ۰/۷ کاهش یافته است. از سوی دیگر، نمره ترکیب حوادث قلبی‌عروقی نیز در این بیماران کاهش نشان داده است.

مزایای درمان علایم افسردگی با سرترالین در میان بیماران مبتلا به دپرسیون قبل از بروز MI (۷۳ درصد با سرترالین و ۴۳ درصد با دارونما)، در مقایسه با افرادی که دپرسیون آنها پس از بروز MI رخ داده بود (۶۳ درصد با سرترالین و ۵۷ درصد با دارونما)، بیشتر گزارش شد.

در ادامه این مطالعه، کارآزمایی بالینی دیگری تحت عنوان ENRICHD انجام شد که مورتالیتی را در بیش از ۲۰۰۰ بیمار مورد ارزیابی قرار داد. در این مطالعه، بیماران به گروه‌های دریافت کننده درمان شناختی ـ رفتاری (CBT)، به مدت ۶ ماه یا بدون CBT، قرار گرفتند. درمان با مهارکننده‌های بازجذب سروتونین هم صورت گرفت. به‌طور کلی، CBT تاثیری بر مورتالیتی بیماران نداشت، اما در گروه درمان با مهارکننده‌های بازجذب سروتونین، ۵۰ درصد کاهش در مورتالیتی قلبی‌عروقی دیده شد (۴/۵ درصد در برابر ۹/۸ درصد در گروه مقابل). البته چون در این مطالعه، بیماران به‌طور تصادفی به گروه‌های درمانی تقسیم نشده بودند، نمی‌توان رابطه علتی در این مطالعه به دست آورد.

البته اگر مهارکننده‌های بازجذب سروتونین مورتالیتی قلبی‌عروقی را کاهش می‌دهند، نمی‌توان تاثیر آنها را از مسیر ضدالتهابی توجیه کرد. در مقابل، این اثرات ضدپلاکتی این دسته از داروها است که در کاهش مورتالیتی تاثیرگذار هستند، زیرا پلاکت‌ها حاوی قسمت اعظمی از سروتونین بدن هستند.

نتیجه‌گیری کلی

این سخنرانی‌ها که در نشست اخیر جامعه آمریکایی روان‌پزشکی ارایه شدند، شواهد موجود را در زمینه اهمیت التهاب در بعضی جنبه‌های بیماری‌های خلقی خلاصه می‌کنند، اما این روابط به قدری پیچیده هستند که راه‌حل‌های آسان برای آنها، حداقل در زمان حاضر، موجود نیستند.■

مردم دنیا بیشتر عمر می‌کنند، اما نه لزوما با سلامت

■ ترجمه: مریم مرادی

MedicalNewsToday: نتایج به دست آمده از بانک داده‌ای ۱۸۸ کشور، نشان می‌دهند که از سال ۱۹۹۰، امید به زندگی مردم بیش از ۶ سال افزایش یافته، همانطور که امید به زندگی سالم نیز روند رو به رشدی را نشان می‌دهد. همچنین، بیماری ایسکمیک قلبی، عفونت‌های دستگاه تنفسی تحتانی و سکته‌مغزی، شایع‌ترین علل از دست‌رفتن سلامت در سراسر دنیا به شمار می‌روند. مردم در سراسر جهان حتی در بعضی از فقیرترین کشورها نیز دنیا عمر طولانی‌تری پیدا کرده‌اند. اما ترکیب پیچیده‌ای از بیماری‌های کشنده و غیرکشنده باعث می‌شود مقدار زیادی از سلامت افراد از دست برود.

باید این نکته را متذکر شد که، طی دهه گذشته، کاهش قابل ملاحظه‌ای در مرگ و میر و بروز بیماری در اثر HIV/AIDS و مالاریا رخ داده و شاهد پیشرفت‌های قابل توجهی در اختلالات واگیردار، مادر و کودک، نوزادان و تغذیه بوده‌ایم. همین امر، باعث ارتقای سطح سلامت در سراسر دنیا به‌طور معنی‌داری شده است. امید به زندگی جهانی در زمان تولد و برای هر دو جنس، ۶/۲ سال افزایش نشان می‌دهد (از ۶۵/۳ سال در سال ۱۹۹۰ به ۷۱/۵ سال در سال ۲۰۱۳)، درحالی‌که امید به زندگی سالم در زمان تولد، تا ۵/۴ سال ارتقا یافته است (از ۵۶/۹ سال در سال ۱۹۹۰ به ۷۱/۵ سال در سال ۲۰۱۳).

امید به زندگی سالم، تنها به معنای نبود مورتالیتی نیست، بلکه تاثیر وضعیت‌های غیرکشنده و سال‌های خلاصه‌شده زندگی با ناتوانی و سال‌های از دست رفته به علت مرگ زودرس را نیز شامل می‌شود. این افزایش درامید به زندگی سالم به اندازه رشد کلی امید به زندگی قابل توجه نیست. به‌عنوان یک نتیجه می‌توان گفت، مردم عمر طولانی‌تری پیدا کرده‌اند، اما همراه با بیماری و ناتوانی.

در این مطالعه، با عنوان «سال‌های زندگی با ناتوانی تعدیل شده (DALYs)، در سطح جهانی، منطقه‌ای و ملی برای ۳۰۶ بیماری و صدمه و امید به زندگی سالم در ۱۸۸ کشور: ۱۹۹۰–۲۰۱۳»، محققان به بررسی میزان از دست دادن سلامت کشنده و غیرکشنده در سراسر کشورها پرداخته‌اند. این مقاله که در نشریه Lancet به چاپ رسیده، بوسیله یک کنسرسیوم بین‌المللی از محققانی که در زمینه مطالعه بار جهانی بیماری کار می‌کنند، انجام شده و تحت راهنمایی دانشگاه واشنگتن قرار داشته‌اند.

نویسنده مسئول این مطالعه معتقد است: «پیشرفت‌های عظیمی در زمینه سلامت در کل دنیا رخ داده، اما چالش امروز آن است که راه‌های موثرتری برای پیشگیری یا درمان علل اصلی بیماری و ناتوانی پیدا کنیم.» در اکثر کشورها، تغییراتی که در امید به زندگی سالم در هردو جنس زن و مرد، بین سال‌های ۱۹۹۰ و ۲۰۱۳ دیده می‌شوند، قابل توجه و مثبت بوده‌اند، اما در ده‌ها کشور، مانند بوتسوانا، بلیز و سوریه، امید به زندگی سالم در سال ۲۰۱۳، خیلی بیشتر از سال ۱۹۹۰ نبوده است. در بعضی از آن کشورها، مانند آفریقای جنوبی، پاراگوئه و بلاروس، امید به زندگی سالم در واقع از سال ۱۹۹۰ کمتر هم شده است. انتظار می‌رود افرادی که در کشورهایی مانند لسوتو و سوازیلند، در سال ۲۰۱۳ به دنیا آمده‌اند، در مقایسه با افرادی که دو دهه قبل‌تر در این کشورها زاده شده‌اند، حداقل ۱۰ سال کمتر امید به زندگی سالم داشته باشند. مردم اهل کشورهایی مانند نیکاراگوئه و کامبوج، از سال ۱۹۹۰، افزایش قابل توجهی را در امید به زندگی سالم تجربه کرده‌اند (۱۴/۷ در مقابل ۱۳/۹ سال). اما مردم ساکن در بوتسوانا و بلیز، با عقب‌گردی که داشته‌اند، کاهش امید به زندگی سالم را نشان می‌دهند. تفاوت میان کشورها با بیشترین و کمترین میزان امید به زندگی سالم قابل توجه است. در سال ۲۰۱۳، لسوتو، کمترین (۴۲ سال) و ژاپن، بیشترین (۷۳/۴ سال) را در سراسر دنیا به خود اختصاص دادند. حتی در سطح منطقه‌ای هم اختلافاتی به چشم می‌خورد. کامبوجی‌ها و لائوسی‌هایی که در سال ۲۰۱۳ به دنیا آمده‌اند، امید به زندگی سالمی، به ترتیب، در حدود ۵۷/۵ و ۵۸/۱ سال دارند، اما افرادی که در نزدیک تایلند و ویتنام به دنیا آمده‌اند، می‌توانند نزدیک به ۶۷ سال در شرایط سالم زندگی کنند.

۱۰ کشور برتر با بیشترین میزان امید به زندگی سالم، عبارتند از: ژاپن، سنگاپور، آندورا، ایسلند، قبرس، اسرائیل، فرانسه، ایتالیا، کره جنوبی و کانادا.

۱۰ کشور پائین جدول در این زمینه، کشورهای زیر هستند: اسوتو، سوآزیلند، جمهوری مرکزی آفریقا، گینه بیسائو، زیمباوه، موزامبیک، افغانستان، چاد، سودان جنوبی و زامبیا.■

تازه‌ها

پرورش مغز انسان در آزمایشگاه

WebMD: دانشمندان دانشگاه اوهایو، در آمریکا، موفق شده‌اند مغز انسان را در آزمایشگاه پرورش دهند. این مغز با بلوغی به اندازه یک جنین پنج هفته‌ای، از سلول‌های پوست انسان ساخته شده است. این مغز که اندازه پاک‌کن سر یک مداد است، حاوی ۹۹ درصد ژن‌های موجود در مغز یک جنین پنج هفته‌ای است. این دستاورد بسیار بارزش، دانشمندان را قادر می‌سازد که به عنوان مثال اثر داروها را بر مغز انسان آزمایش کنند یا تحقیقات بیشتری روی بیماری‌هایی که به طور خاص به عصب‌های مغز مربوط است (مثل آلزایمر) داشته باشند.

روزنامه ایندیپندنت، از قول رنه آناند، استاد متخصص مغز و شیمی بیولوژی در دانشگاه اوهایو نقل کرده که «این (مغز) نه تنها شبیه یک مغز پیشرفته انسانی است، بلکه انواع سلول‌های متنوع آن تقریبا تمام ژن‌های مغز را داراست.» او ادامه می‌دهد: «برای مدتی بسیار طولانی، ما تلاش می‌کردیم که مشکل بیماری‌های پیچیده مغزی را که باعث درد و رنج‌های بسیاری می‌شوند، حل کنیم. قدرت این مدل مغزی ساخته شده از این جهت است که به ما این توانایی را می‌دهد، روش‌های بیشتری را برای درمان بیماری‌ها آزمایش کنیم.»

با آنکه سیستم گردش خون در این مغز کوچک وجود ندارد، سیستم عصبی، تمام بخش‌های مغز، انواع مختلف سلول‌های تشکیل‌دهنده مغز و حتی عصب‌های دریافت کننده بینایی را داراست. وجود این بخش‌ها به تحقیقات علمی روی مغز و اعصاب سرعت بسیار زیادی می‌بخشند.

دکتر آناند (و تیم تحقیقاتی دانشگاه اوهایو) بعد از آنکه تحقیقاتشان در خصوص بیماری اوتیسم روی مغز جوندگان کوچک باشکست روبه‌رو شد، به تلاش برای پرورش مغز انسانی در آزمایشگاه پرداختند: «علم ژنتیک می‌گوید که در حدود شصت ژن هستند که می‌توانند باعث بیماری اوتیسم شوند. اما، ما در همانجا مانده بودیم. از نظر ریاضی ما داده‌های کافی نداشتیم که بتوانیم آزمایش‌های خود را جلو ببریم. ما به یک مغز انسانی احتیاج داشتیم.» آناند موفق شد سلول‌های پوست انسان را به سلول‌های پرتوان (سلول‌های بنیادی قوی) تبدیل کند که قابل تبدیل شدن به هرگونه بافت زنده هستند.

پرورش این مغز پنج‌هفته‌ای، ۱۵ هفته طول کشیده است. آناند و همکارانش امیدوارند بتوانند این مغز را به اندازه مغز یک جنین دوازده هفته‌ای رشد دهند. آناند می‌گوید اگر بتوانیم تا هفته شانزده تا بیستم برویم، آن وقت، احتمالا آن یک‌درصد باقیمانده ژن‌ها هم رشد خواهند کرد.■

پژوهش

نگرانی از کاهش باروری بر درمان سرطان پستان اثر می‌گذارد

نگرانی از کاهش باروری سبب شده است، یک‌سوم از زنان مبتلا به سرطان پستان از مصرف تاموکسیفن خودداری کنند. هرچند همه آنها می‌دانند که تاموکسیفن دارویی است که احتمال عود بیماری را کم می‌کند.

مطالعه‌ای که توسط کارشناسان مرکز سرطان دانشگاه میشیگان صورت گرفته است، می‌گوید نگرانی از کاهش باروری سبب شده است، یک‌چهارم از زنانی که مصرف تاموکسیفن را شروع می‌کنند، پیش از پایان دوره درمان، دارو را کنار بگذارند.

ژاکلین جروس، سرپرست تیم تحقیق و جراح پستان در مرکز سرطان دانشگاه ماساچوست، می‌گوید: «مطالعات ما نشان می‌دهند، مسئله باروری تا چه حد برای بیماران جوان ما اهمیت دارد. باید راهی پیدا کنیم تا بتواند بین نگرانی بیماران جوان از کاهش باروری و درمان درستی که به مهار سرطان پستان بینجامد، پلی بزنیم.»

نتایج این مطالعه که در موسسه ملی سرطان منتشر شده است، با بررسی سوابق پزشکی ۵۱۵ زن پیش از یائسگی صورت گرفته است که به دلیل ابتلا به سرطان پستان تحت درمان بوده‌اند. به تمام این افراد که ابتلا به سرطان در آنها محرز شده بود، توصیه شده بود، تاموکسیفن مصرف کنند.

مطالعات قبلی نشان داده‌اند، مصرف ۵ سال تاموکسیفن می‌تواند خطر عود بیماری را ۴۷ درصد و مرگ بر اثر بیماری را ۲۶ درصد کاهش دهد. اطلاعات بیشتر می‌گویند، با ۱۰

سال مصرف این دارو احتمال عود دوباره بیماری و مرگ کاهش بیشتری پیدا می‌کند.

در این مطالعه، محققان مشاهده کرده‌اند، پیش از پایان دوره ۵ساله، ۱۳ درصد از زنان مصرف تاموکسیفن را کم کرده و ۱۶ درصد نیز مصرف آنرا قطع کرده‌اند که مهم‌ترین دلیل آن نگرانی از باروری در آینده عنوان شده است.

محققان برای تایید یافته‌های قبلی خود، با ۸۸ بیمار دیگر که تاموکسیفن را شروع نکرده یا مصرف آنرا نیمه‌کاره رها کرده‌اند، مصاحبه تلفنی انجام دادند. در این مصاحبه‌ها نیز بیماران ابراز کردند، نگرانی از کاهش باروری و عوارض جانبی، نخستین عاملی بوده که روی تصمیم بیماران در قطع یا کاهش مصرف تاموکسیفن موثر بوده است.

ترزا وودراف، متخصص سرطان، عقیده دارد این مطالعه گوشه‌های تاریک نگرانی‌های بیماران مبتلا به سرطان، درباره باروری را روشن می‌کند. ما در چارچوب «برنامه همکاری ملی پزشکان درباره باروری-سرطان»، نگرانی‌های زنان مبتلا به سرطان، برای باروری را مورد توجه قرار داده‌ایم. پزشک باید در زمان تشخیص، به بیمار درباره نقش حیات‌بخش تاموکسیفن اطمینان دهد.»

به زنانی که باید تاموکسیفن مصرف کنند، توصیه می‌شود، به دلیل عوارض این دارو برای جنین، در زمان مصرف، از بارداری خودداری کنند.

نویسندگان تحقیق عقیده دارند، جز این موضوع باید جلسات مشاوره‌ای با بیماران درباره خطرات کاهش مصرف یا کنار گذاشتن داروی تاموکسیفن هم برگزار شود.

جروسوس می‌گوید: «بیمارانی که خواهان باروری در آینده یا حفظ باروری خود هستند، به عنوان بخشی از برنامه درمان چندرشته‌ای باید در همان ابتدای تشخیص، به یک متخصص باروری ارجاع داده شوند. باید فضایی را به‌وجود آوریم که بیمار بتواند درباره نگرانی‌های خود با پزشکش گفت‌وگو کند. با ایجاد چنین فضایی ما می‌توانیم بیماران بیشتری را به پایان دوره درمان تاموکسیفن تشویق کنیم، حتی درشرایطی که این بیماران بدانند مصرف این دارو ممکن است باعث وقفه در بارداری آنها شود.»

مطالعه دیگری در حال انجام است تا دانسته شود آیا وقفه در مصرف تاموکسیفن همان اثر مصرف مداوم آنرا دارد یا خیر.■

منبع: Science News Online

کمبود بودجه، نظام سلامت عراق را تهدید می‌کند

■ ترجمه: مرجان یشایایی

برنامه‌های سلامت عراق شامل واکسیناسیون همگانی و تنظیم خانواده به دلیل کمبود بودجه در معرض تعطیلی یا کاهش شدید هستند.

کمبود بودجه سبب شده است، خدمات سلامت و درمان در عراق به صورتی چشمگیر کاهش یابد، اما مسئولان امیدوارند، کمک‌های بین‌المللی که کمک‌کنندگان تعهد کرده بودند، بتواند تا حدودی کاهش بودجه را جبران کند.

به گزارش سازمان جهانی بهداشت، ۸۴ درصد از کمک‌هایی که قرار بوده از طرف نهادهای بین‌المللی یا دولت‌ها به نظام درمانی عراق صورت پذیرد، بسیار کم یا قطع شده است. قطع کمک‌های خارجی شامل درمانگاه‌های دورافتاده یا اردوگاهی می‌شود که ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه، واکسیناسیون همگانی، خدمات تنظیم خانواده، مکمل‌های غذایی و نظارت بر شیوع و مدیریت بیماری‌ها هستند. پس از گذشت یک سال از زمانی که گروه داعش بخش‌هایی از خاک عراق را اشغال کرده است، دولت این کشور باوجود ۳میلیون عراقی که از خانه‌های خود رانده شده‌اند و بیش از ۲۵۰هزار پناهنده سوری که در جست‌وجوی امنیت وارد عراق شده‌اند، با بحران انسانی شدیدی روبه‌رو است.

برنامه جهانی غذا هفته قبل اعلام کرد که به دلیل کمبود بودجه مجبور است، کمک‌های خود را کم کند. کاهش این کمک‌ها از ۲۶ به ۱۶ دلار برای هر نفر باعث می‌شود که روزانه به‌جای ۸۰درصد، تنها ۴۰درصد از خانوارهای نیازمند کمک، بتوانند غذا دریافت کنند.

نگرانی دیگر مسئولان سلامت عراق شیوع بیماری‌های واگیردار است، چراکه بیشتر افراد بی‌خانمان در اردوگاه‌های موقتی با اماکن فاقد استانداردهای مناسب اسکان داده شده‌اند. سال گذشته، ۲ مورد فلج اطفال و یک مورد شیوع سرخک در عراق گزارش شدند. وبا در برخی مناطق گزارش شده و در ۵ سال گذشته، ۳ مورد شیوع آن دیده شده است.

الطاف موسانی، نماینده و رئیس عملیات اورژانس سازمان جهانی بهداشت در عراق، امیدوار است، پس‌از آنکه سازمان‌های کمک‌رسان وخامت اوضاع را برای کمک‌کنندگان بین‌المللی توضیح دادند، ارائه کمک‌ها به روال سابق بازگردد. «۹ ماه قبل اطمینان داشتیم که می‌توانیم، از عهده پاسخ‌گویی به مشکلات ضروری بهداشتی برآییم، زیرا نهادهایی مانند وزارت بهداشت عراق و سازمان‌های ملی و بین‌المللی برای مسائل بهداشتی و درمانی مردم رانده‌شده از خانه‌های خود و پناهندگان و جوامع میزبان سرمایه‌گذاری‌های چشمگیری کرده بودند. حالا، باوجود بسته شدن یا کاهش فعالیت خدمات درمانی و بهداشتی در بسیاری از اردوگاه‌ها، دستاوردهای قبلی ما درخطر قرار گرفته است.

در چند ماه گذشته، سازمان جهانی بهداشت چندین مرتبه درباره خطراتی که به‌واسطه کمبود بودجه می‌توانند متوجه سلامت و بهداشت این جوامع شوند، هشدار داده است. به گفته موسانی، کمک‌های برخی طرف‌ها مانند کره جنوبی، اداره کمک‌های بشردوستانه و حمایت غیرنظامی اتحادیه‌اروپا و آژانس توسعه بین‌المللی ایالات متحده جنبه حیاتی داشته است.

مجموع سرانه سلامت برای هر عراقی که تا پیش از تهاجم داعش سالانه ۲۶۵ دلار بوده، پس از تهاجم سخت کاهش یافته است. عراق در گذشته از درآمد سرشار نفت برخوردار بوده است، اما جنگ، فساد و کاهش نفت بنیه مالی و عملیاتی این کشور را به‌کلی تحلیل برده است.

پس از قطع مرتب برق در اوج موج گرما، هزاران عراقی در چند هفته گذشته علیه دولت تظاهرات کردند. موج گرمای ۵۰ درجه باعث افزایش کم‌آبی بدن، اسهال و شوک گرمایی شد.

شمار سازمان‌هایی که حاضر شده‌اند در مناطق مورد مناقشه با داعش مانند استان انبار کار کنند انگشت‌شمار است. از طرف دیگر، ازآنجاکه عمده، خدمات درمانی که توسط طرف‌های خارجی ارائه می‌شوند، بر درمان موارد اورژانس تمرکز دارد، بیماری‌های غیر واگیردار مانند انواع سرطان‌ها کمتر موردتوجه قرار می‌گیرند. فابیو فورجیونه، سرپرست تیم پزشکان بدون مرز در عراق، می‌گوید: «ما نگران سلامت مردم رانده‌شده هستیم و درعین‌حال، منتظر موج جدید مردمی که از ترس داعش از شهر و خانه خود گریخته‌اند. هرجایی را که ببینید، نیازها وجود دارند و در چنین حالتی، پیشرفت، کاری است بسیارسخت. منتظریم دیگران بیایند و گونه‌ای از کار را بگیرند، تا بتوانیم جان افراد بیشتری را در خط مقدم نجات دهیم، اما چنین حرکتی را مشاهده نمی‌کنیم.»

سازمان پزشکان بدون مرز از جمله معدود سازمان‌هایی است که در مناطق خطرناک مانند استان انبار و شمال موصل تحت اشغال داعش و در مناطق مورد مناقشه بین بغداد و اربیل، پایتخت منطقه خودمختار کردستان عراق، هنوز فعال هستند.

سیل راندهشدگان از سرزمین مادری، این روزها، رو به‌سوی کردستان کمویش آرام آورده‌اند تا بتوانند از شبکه درمان آن بهره ببرند که آن‌هم خود زیر فشار شدید قرار دارد. فورجیونه می‌گوید: «ما نگران مردمی هستیم که خارج‌ازمرزهای منطقه خودمختار کردستان عراق هستند. آنها برای بستری شدن در بیمارستان باید مجوز بگیرند و همین اخذ مجوز ممکن است مداخلات بالینی و جراحی را به تاخیر بیندازد.»

«عراق با بدترین بحران انسانی روبه‌رو است و افزایش حمایت‌های جامعه جهانی کلید کاهش درد و رنج‌های مردم اینجاست.»■

منبع: Lancet Global Health

تبدیل بافت سرطانی به بافت سالم در آزمایشگاه

دانشمندان آمریکایی می‌گویند که راهی یافته‌اند که می‌تواند رشد ناهنجار سلول‌های سرطانی را متوقف و بافت مبتلا را به بافت سالم تبدیل کند.

به گفته آنها نتایج اولیه در مورد به‌کارگیری این شیوه در آزمایشگاه برای برخی از نهاجمی‌ترین انواع سرطان «بسیار امیدوارکننده» بوده است.

دانشمندان مایوکلینیک در این تحقیق، متوجه ارتباط چسبیدن سلولی (Cell adhesion) با ریزآران‌ای‌ها (microRNA) شدند، در حالی‌که تا به حال تصور می‌شد این دو ربطی به هم ندارند.

در چسبیدن سلولی، سلول به یک ماده یا سلول دیگر با استفاده از پروتئین‌هایی که نقش چسب را بازی می‌کنند، می‌چسبد.

ریزآران‌ای، مولکول‌های کوچک آران‌ای (با حدود ۲۲ نوکلئوتید) در سلول‌های گیاهی، جانوری و ویروس‌ها هستند که در کدگذاری نقش ندارند. این مولکول‌ها با تنظیم بیان ژن پس از رونویسی، ژن‌ها را خاموش می‌کنند. در ابتدا دانشمندان تصور می‌کردند پروتئین‌هایی که نقش چسب را بازی می‌کنند، فعالیت دیگری ندارند اما بعدا متوجه شدند که با چسباندن سلول‌هایی خاص به یکدیگر، پیغام توقف رشد سلول صادر می‌شود. علاوه بر این، دانشمندان نمی‌دانستند که چرا دو پروتئین E-cadherin و catenin p120 که نقش چسب سلول را بازی می‌کنند و به عنوان متوقف‌کننده رشد تومور شناخته می‌شوند، در تومورها هم وجود دارند و برای رشد تومور اهمیت دارند.

دانشمندان که علت این تناقض را نمی‌دانستند تصور می‌کردند که این پروتئین‌ها دو رو هستند، گاهی خوبند و باعث عملکرد طبیعی سلول می‌شوند و گاهی هم بد می‌شوند و به رشد تومور کمک می‌کنند. اما این تحقیق ثابت کرد پروتئینی به نام PLEKHA7 بین چسب سلولی و ریزآران‌ای‌ها ارتباط برقرار می‌کند.

وقتی سلول‌ها به هم می‌چسبند ریز آران‌ای‌ها پیغام توقف رشد را می‌دهند، اما وقتی سلول‌ها سرطانی هستند و چسبیدن سلولی مختل شده، ریزآران‌ای‌ها هم دچار بی‌نظمی شده و دیگر نمی‌توانند ژن‌ها را خاموش کنند.

هنری اسکوکرافت از مرکز تحقیقات سرطان بریتانیا می‌گوید که با اینکه این تحقیق مهم یکی از «اسرار» قدیمی زیست شناسی را روشن کرده اما در قضاوت نباید عجله کرد: «تا اینکه بفهمیم آیا این یافته‌ها در باره رشد سلول در آزمایشگاه به درمان سرطان کمک می‌کند یا نه، زمان خیلی زیادی مانده است. اما این قدم مهمی برای درک عملکرد سلول‌های به‌خصوصی در بدن است، اینکه کی رشد می‌کنند و کی رشد را متوقف می‌کنند.»■

کمبود پزشک، بیماران آمریکایی را به طرف پرستاران سوق داده است

■ ترجمه: ملیکا بهزادی

بیماران آمریکایی برای دست یافتن به یک درمان ارزان‌تر جایگزین، تمایل روزافزونی به مراجعه به پرستاران به‌جای پزشک پیدا کرده‌اند.

بعضی از متخصصان عقیده دارند این رویکرد راه‌حلی برای هزینه‌های بالای درمان و کمبود پزشک است. بنا بر گزارش انجمن دانشکده‌های پزشکی آمریکا در آینده نزدیک میزان کمبود پزشک از ۴۶هزار نفر تجاوز خواهد کرد.[1]

البته سایر افرادی که در رشته پزشکی فعالیت دارند، می‌گویند پزشکان تحت آموزش‌های دقیق‌تری قرارگرفته‌اند و پرستاران نمی‌توانند جایگزین کامل و مناسبی برای آنان باشند.

این در حالی است که به گفته انجمن پرستاران آمریکا، پرستاران باید علاوه بر دوره‌ای که برای گرفتن مدرک خود می‌بینند، یک دوره کارشناسی ارشد یا دکترا را هم بگذرانند. البته این آموزش‌ها کمتر از ۷ سال تحصیل یا ۱۰ هزار ساعت تجربه بالینی است که پزشکان پشت سر می‌گذارند. به‌همین دلیل ۲۹ ایالت آمریکا، فعالیت پرستاران را بدون نظارت پزشک ممنوع کرده‌اند. ربه‌کا جی. پتچین، یکی از اعضای هیئت‌مدیره انجمن پزشکی آمریکا می‌گوید: «باوجودی که در تامین پرستاران و پزشکان کمبود وجود دارد، افزایش مسئولیت‌های پرستاران راحل مناسبی برای کمبود پزشک نیست.» او ادامه می‌دهد: «وجود پرستاران در کنار گروه پزشکی ضروری است، اما آنها نمی‌توانند جایگزین تحصیل و تجربه پزشکان شوند.»

جودی استابلر که یک پرستار آمریکایی در ایالت یوتا است، به بعضی از محدودیت‌هایی که برای پرستاران قائل شده‌اند، اعتقاد دارد. او می‌گوید: «من بیماری داشتم که بیماری‌اش حادتر از آن بوده که بتوانم درمانش کنم و بنابراین او را به یک متخصص ارجاع دادم.»

اما این پرستار به دلیل اینکه توانایی درمان بیماری‌های ساده مانند سرماخوردگی، گرفتن عکس‌های رادیولوژی کوچک و نوشتن نسخه را دارد، برای تامین اقدامات پزشکی اولیه که افراد به آن نیاز دارند با قیمت کمتر، کلینیکی خصوصی تاسیس کرده است که بر آن هیچ پزشکی نظارت ندارد و این در ایالت یوتای آمریکا قانونی است.

البته او در کارهایش با یک پزشک که معتقد

است اداره یک کلینیک توسط یک پرستار مزایای زیادی دارد، مشورت می‌کند. این پزشک می‌گوید با تاسیس این کلینیک‌ها افرادی که تحت پوشش بیمه نیستند، دیگر نباید نگران هزینه‌های گزاف درمان باشند. او ادامه می‌دهد: «توانایی‌های هر شخص محدودیت‌های خاص خود را دارا است و نکته مهم این است که شخص، چه پزشک باشد و چه پرستار محدودیت‌های خود را بشناسد.»■

منبع: NBCNews

پانوشت:

۱) شرکت IHS در مارس ۲۰۱۵ مدل اقتصادی و پیش‌بینی خود را از میزان تامین و تقاضای پزشکان در آمریکا ارائه کرد.

این مدل بر اساس پیش‌بینی که انجمن دانشکده‌های پزشکی آمریکا از سال۲۰۱۳ تا ۲۰۲۵ تقاضا کرده بود، شکل گرفته است.

براساس این پیش‌بینی‌ها، اگرچه برنامه‌ریزی‌شده است که تامین پزشکان بین سال‌های ۲۰۱۳ تا ۲۰۲۵ افزایش یابد، تقاضای پزشکان رشد سریع‌تری از تامین آنها خواهد داشت و با سرعت بیشتری از عرضه آنها افزایش می‌یابد.

با توجه به روند رشد و سالخوردگی جمعیت، پیش‌بینی‌شده است تقاضای پزشکان در آمریکا ۱۷درصد افزایش یابد.

این بدین معناست که تا سال ۲۰۲۵ تقاضا برای پزشک در آمریکا به میزان ۴۶هزار تا ۹۰ هزار نفر افزایش خواهد یافت. حد پایین این گستره در صورتی تحقق پیدا خواهد کرد که مراکز و کلینیک‌های غیرپزشکی مانند خانه‌های مراقبتی بیمار محور (PCMH) و سازمان‌های درمانی پاسخگو یا (ACO) شکل بگیرند.

گزارش

آماده باشید!

گاهی اوقات، آزمایش‌هایی که برای پیدا کردن برخی مشکلات سلامتی بر روی جنین انجام می‌گیرند، باعث آشکار شدن مشکلات نهفته مادران باردار می‌شوند. در این موارد پزشکان باید به شکلی مناسب خبرهای ناخوشایند را به گوش مادران آینده برسانند.

آزمایش‌های مدرن می‌توانند از روی بخش کوچکی از DNA جنین که به جریان خون مادر نشت کرده است، برخی مشکلات ژنتیک در نوزاد آینده را مشخص کنند، اما همین آزمایش‌ها در ضمن توانایی آن را دارند که برخی مشکلات سلامت مادر، مانند مراحل ابتدایی سرطان یا برخی ناهنجاری‌های ژنتیکی وی را هم نشان دهند. پزشکان از سال ۲۰۱۱ از این روش‌های تشخیصی استفاده می‌کنند، اما با استفاده بیشتر از این روش‌ها، نتایج پیش‌بینی نشده بیشتر از قبل به چشم می‌آیند. از اواخر سال ۲۰۱۴، ۲۶ زنی که نتایج آزمایش‌های آنها طبیعی نبود، معلوم شد به سرطان مبتلا هستند. در ۱۰ مورد، نتایج آزمایش‌های پیش از زایمان ظن پزشکان را برانگیخت و درنهایت به تشخیص رسید.

دیانا بیانچی، مدیر موسسه تحقیقات مادران و نوزادان در مرکز پزشکی تافتز بوستون، در مطلبی که در نشریه نیچر منتشر کرده است، از پزشکانی که از این روش‌های آزمایشگاهی استفاده می‌کنند، خواسته است، مطمئن شوند که مادران به‌درستی از نتیجه آزمایش خود مطلع می‌شوند و پیش از شروع آزمایش در جریان آنچه قرار

است اتفاق بیفتد، قرار می‌گیرند.

«هم بیمار و هم ماما و هم پزشک گاه غافلگیر می‌شوند. در فرم‌های رضایتی که بیمار باید پر کند، به‌ندرت حرفی از احتمال یافتن برخی مشکلات سلامت مربوط به مادر به میان می‌آید.»

در ایالات متحده، پزشکان DNA مادر و جنین را می‌گیرند و فرمول ژنتیکی آنها را با یک ژنوم مرجع سالم مقایسه می‌کنند. این روش به درمانگران امکان می‌دهد که بتوانند شماره‌های اشتباه ژن‌ها، تکه‌های ژنی یا کروموزوم‌ها یا توالی ماده ژنتیکی نهفته در درون ژن‌های فردرا شناسایی کنند. نتیجه غیرطبیعی یعنی اینکه جنین به هر حال مشکل سلامتی دارد، اما گاه دی‌ان‌ای مادر دچار مشکل است. در مواردی هم که انعکاس رسانه‌ای داشته است، برای مثال برخی مادران متوجه برخی اشکالات در کروموزوم‌های جنسی شده‌اند که بر قدرت باروری آنها تاثیر گذاشته است. برای برخی دیگر تشخیص سندروم دی‌جورج داده شده است، نوعی اختلال ژنتیکی که باعث دشواری در آموزش، مشکلات قلبی و نقص ایمنی می‌شود.

صدف قائم‌مقامی، مسئول کمیته مشورتی علوم کالج سلطنتی ژنتیکولوژی و مامایی، می‌گوید: «از همان وقتی‌که انجام این آزمایش‌ها در انگلستان باب شده است، طوری عمل می‌شود که شانس اینکه پزشکان بتوانند به سلامت مادران پی ببرند، کاهش پیدا کرده است. برای مثال، آزمایش‌ها بر روی نقاص ژنتیکی مسبب سندروم داون تمرکز پیدا کرده است، نه انجام آزمایش‌های غربالگری برای موارد غیرطبیعی ژنتیکی.»

بیانچی عقیده دارد، در محتوای فرم‌هایی که زنان حامله پر می‌کنند، باید درباره نتایج غیرمنتظره آزمایش‌ها هم صحبت شود. در این صورت، امکان آن وجود دارد که زنان در جریان برخی اطلاعات قرار گیرند، برای مثال، وجود نوعی الگوی آشفته، ممکن است علامت وجود تومور در بدن مادر باشد. هم‌زمان، پزشکان باید برای مشکلاتی که ممکن است درنتیجه این آزمایش‌ها ایجاد شوند، آگاه باشند. اگر یافته‌های اتفاقی حاصل از آزمایش‌های پیش از تولد درباره سلامت مادران، درست مدیریت شود، به‌جای مضطرب کردن هزاران زن باردار، که مورد این آزمایش‌ها قرار می‌گیرند، می‌توان کیفیت درمان و امکان نجات زندگی فرد را افزایش داد.■

منبع: Guardian

تندرستی

جلوگیری از افزایش وزن در یائسگی

تغییرات هورمونی در هنگام یائسگی ممکن است زنان را با احتمال بیشتری در معرض افزایش وزن (تجمع چربی بیشتر در اطراف شکم نسبت به لگن و ران‌ها) قرار دهد. البته لزوما تغییرات هورمونی نیست که آغازگر افزایش وزن در یائسگی است، بلکه این افزایش وزن معمولا با سالمندی، تغییرات سبک زندگی و عوامل ژنتیکی هم مرتبط است. اضافه‌وزن در حین یائسگی یا پس‌از‌آن، رایج است و می‌تواند پیامدهای بهداشتی عمده‌ای داشته باشد. برای جلوگیری از افزایش وزن یائسگی این نکات را رعایت کنید:

❖ **مقدار زیادی ورزش کنید و** تمرین‌های قدرتی و تمرین‌های هوازی وارد برنامه روزانه معمول ورزشی‌تان کنید. با افزایش حجم عضلات، بدنتان کالری‌ها را به‌طور کارآمدتری می‌سوزاند و به‌این‌ترتیب کاهش وزن ساده‌تر می‌شود.

❖ **کمتر غذا بخورید.** برای حفظ وزن فعلی خود لازم است در طول دهه پنجاه زندگی‌تان، ۲۰۰ کالری از میزان کالری دریافتی روزانه‌تان کم کنید. برای کاهش کالری دریافتی، بدون اینکه در دریافت مواد مغذی دچار اشکال شوید، به چیزهای که می‌خورید و می‌نوشید، توجه کنید. میوه، سبزی و غلات کامل بیشتری بخورید. از منابع پروتئینی بدون چربی استفاده کنید.

❖ **از عزیزان و دوستانتان حمایت عاطفی بگیرید.** دور خودتان را پر کنید با دوستان و عزیزانتان که از تلاش‌های شما برای خوردن و رژیم غذایی سالم و افزایش فعالیت جسمی حمایت می‌کنند. با این افراد همراه شوید تا با هم تغییرات سبک زندگی را انجام دهید.

❖ **راه‌های سرگرم‌کننده‌ای برای سالم‌تر بود پیدا کنید،** مانند پیاده‌روی روزانه یا رفتن به کلاس یوگا، خوردن مکرر میوه‌های تازه، وعده غذایی اصلی‌تان را در رستوران با دوستان تقسیم کنید.■

چطور درست رژیم بگیریم؟

باید و نباید‌های سلامت تغذیه

■ **ترجمه: زینب کاظم‌خواه**

حذف کردن وعده‌های غذایی ممکن است به نظر راه میانبری برای از دست دادن وزن برسد، اما این کار می‌تواند به‌سرعت نتیجه معکوس داشته باشد. برخلاف باور عموم، حذف کردن وعده‌های غذایی از دست دادن وزن را تسریع نمی‌کند، بلکه تنها متابولیسم کندتر و به دنبال آن انتخاب‌های شما ضعیف‌تر خواهد بود. لوری روزنتال متخصص تغذیه در مدیریت وزن و چاقی در یک مرکز پزشکی در نیویورک با اعلام این مطلب، گفت: «هنوز بسیاری از ما در پی حذف یک وعده غذایی در روز هستیم.»

او توضیح می‌دهد: «وقتی ما به خودمان اجازه می‌دهیم به مرز «گرسنگی شدید» برسیم، به مصرف حجم بیشتری از پروتئین‌ها و خوردن بسیار سریع گرایش پیدا می‌کنیم. هرچقدر ما سریع‌تر بخوریم، احتمال کمتری وجود دارد که بتوانیم از نقطه‌ای که شروع کرده‌ایم به توقف کامل در خوردن برسیم.»

تحقیقات اخیر نشان می‌دهد که حذف کردن وعده‌های غذایی – که اغلب پرخوری را به دنبال دارد – می‌تواند با افزایش چربی در شکم ارتباط مستقیم داشته باشد و باعث مشکلاتی چون امراض قلبی و دیابت شود.

با ولع غذا خوردن، برای مثال هنگامی که در شهر گشت‌وگذار می‌کنید، طوری که به نظر می‌رسد که دارید از زمان استفاده بهینه می‌کنید، می‌تواند باعث افزایش وزن شود. درواقع پژوهشی که به‌تازگی صورت گرفته، نشان می‌دهد افراد رژیم‌گیرنده‌ای که در مسیر غذا می‌خورند، برای مثال زمانی که مشغول راه رفتن تا اداره‌شان هستند، با احتمال بیشتری ممکن است در طول روز پرخوری کنند.

محققان این نظریه را مطرح کرده‌اند که راه رفتن یکی از اشکال موثر حواس‌پرتی است که می‌تواند باعث غافل شدن از توانایی تشخیص مقدار غذایی که می‌خوریم و توجه به زمانی که احساس سیری می‌کنیم، شود.

درواقع در فرایندی که غذا می‌خوریم یا زمانی که روی غذایمان تمرکز نداریم، به دام خوردن بدون فکر می‌افتیم و و در این همان زمانی است که ما میزان غذای مصرف‌شده را تشخیص نمی‌دهیم.

زمانی که غذا می‌خوریم نیز نقشی در از دست دادن وزنمان دارد. محققان می‌گویند که خوردن پیش از خواب اغلب در نتیجه گرسنگی واقعی نیست و می‌تواند باعث پرخوری شود. رزنتال می‌گوید: «قبل از خوردن لقمه‌ای در شب یا چهارمین وعده غذایی از خودتان بپرسید که آیا واقعا گرسنه هستید یا به خاطر چیز دیگری می‌خورید. اگر مطمئن نیستید، مقداری آب یا نوشیدنی‌های بدون قند بنوشید. بدن ما اغلب میان گرسنگی و تشنگی نوسان می‌کند.»

تحقیقات نشان داده است که خوردن غذا بیرون از خانه نیز یکی از عوامل اضافه‌وزن است – وفست فود تنها عامل بد نیست. مطالعه‌ای نشان داده است که غذا خوردن در رستوران‌های با سرویس کامل نیز همین‌طور هستند – و در بعضی موارد، حتی این غذاها کمتر از فست‌فودهای بازار سالم هستند.

اغلب به بیرون غذا خوردن به چشم یک دورهمی جمعی نگاه می‌شود. بنابراین افراد وقت بیشتری را صرف خوردن تفریحی می‌کنند و این امر می‌تواند باعث شود که غذای بیشتری بخورند.

کارشناسان توصیه می‌کنند که هرچقدر که امکان دارد وعده‌های غذایی را در خانه بپزید و برنامه‌ای پیشاپیش قبل از رفتن به بیرون داشته باشید. توصیه‌های رزنتال به این شرح است: قبل از رسیدن به رستوران منو را چک کرده و سالم‌ترین گزینه را انتخاب کنید، درباره سالادها و سس‌های کنار آن سوال کنید و خوراک‌های پخته‌شده، کبابی، بریان یا بخار شده را انتخاب کنید.

قورت دادن سریع غذا می‌تواند باعث پرخوری شود زیرا این موضوع به بدنتان فرصت کافی برای تشخیص سیری نمی‌دهد. متخصصان می‌گویند، آرام کردن خود در طول وعده‌های غذایی کلید حفاظت از وزن سالم است.

وقتی کودک بودید والدینتان ممکن بود که همیشه به شما بگویند که بشقابتان را تمیز کنید، اما کارشناسان می‌گویند این پیشنهاد نباید دنبال شود. در سال ۱۹۵۰ «بشقابتان را تمیز کنید» معنای متفاوتی داشت. میزان پروتئین مصرفی در طول زمان بیشتر شد و اگر شما کودکان را تشویق به اعتماد به شاخص‌های محیطی مانند این‌که چقدر غذا در بشقاب‌هایتان است، بکنید، آنها توانمندی اعتماد به نشانه‌های درونی که بدانند آیا گرسنه یا سیر هستند را از دست خواهند داد. متخصصان توصیه می‌کنند که یک بشقاب کوچک متعادل، بهتراست از اینکه بقیه غذایتان را دور بریزید.

خرید مواد غذایی زمانی که گرسنه هستید می‌تواند شما را به گرفتن تصمیم‌های بدون فکر و روی‌هم انباشتن سبدتان پر از غذاهای ناسالم برساند.

رزنتال می‌گوید: «هرگز با معده خالی به فروشگاه مواد غذایی نروید. زمانی که گرسنه هستید این احتمال بیشتر وجود دارد که قربانی وسوسه شوید.»

او توصیه می‌کند که قبل از رفتن به فروشگاه یک غذا یا خوراکی مختصر مانند تکه‌ای میوه بخورید. همچنین قبل از خرید مواد غذایی لیستی تهیه‌کرده و بر اساس آن خرید کنید. برنامه‌ریزی، کلید موثری برای موفقیت در زندگی است و حتی زمانی که خوردن سالم پیش می‌آید تفاوتی نخواهد کرد. به هفته‌ای که در راه است نگاه کرده و ببینید که چه برنامه‌ای دارید – کارها، قرارها، تعهدات اجتماعی و غیره. بعد از آن برای هرروز وعده‌های غذایی را انتخاب کنید.■

منبع: CBS

بیشتر بدانیم

مدیریت داروهای بیماران سرطانی

هنگامی که از یکی از نزدیکان خود که سرطان دارد، مراقبت می‌کنید و بیمار باید داروهای بسیاری را باید دریافت کند، ممکن است دچار سردرگمی شوید. برای اینکه بتوانید انجام این کار را مدیریت کنید، به این نکات توجه داشته باشید:

❖ فهرستی به روز از داروهای بیمارتان تهیه کنید که شامل نام (در صورت امکان هر دو نام تجاری و ژنریک) و دوز دارو (از شمار میلی‌گرم در هر قرص)، برنامه زمانبندی برای دریافت هر دارو (چه زمان‌هایی در روز یا چه روزهایی در هفته دارو دریافت می‌شود)، دکتر تجویزکننده و دلیل تجویز هر دارو باشد.

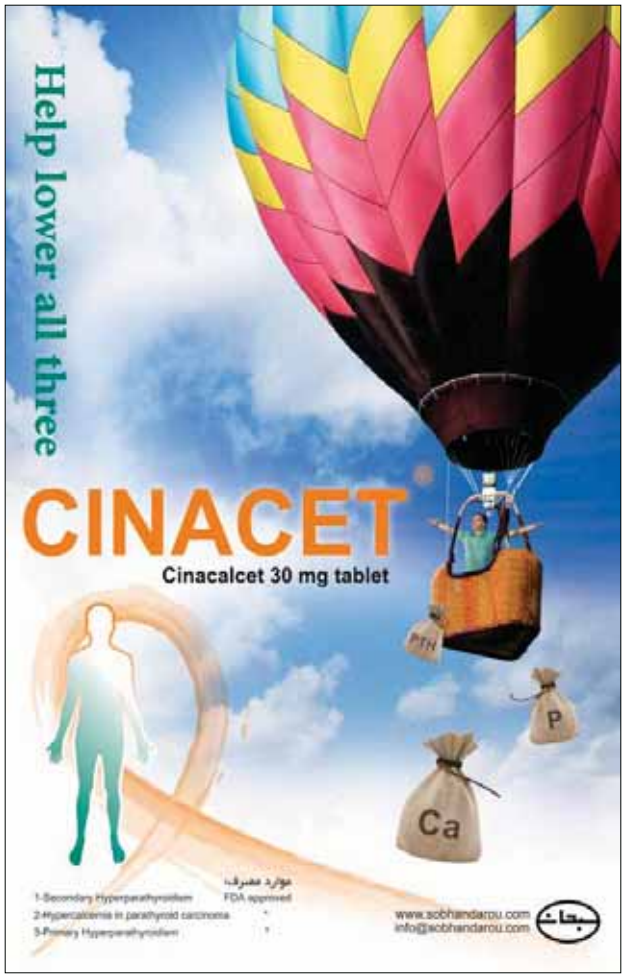
❖ فهرست داروها را در هنگام ویزیت‌های دکتر همراه داشته باشید، تا بتوانید آنها را به‌روز کنید و هنگامی که در نزد دکتر هستید یادداشت بردارید تا بتوانید تغییرات لازم را از لحاظ حذف یا اضافه شدن داروها یا تغییر دوز آنها را انجام دهید.

❖ داروهایی که بیمار به طور گهگاهی و «در صورت لزوم» دریافت می‌کند– برای مثال داروها برای درد، تب، خارش، یا خواب را هم در این فهرست وارد کنید.

❖ اطلاعات را در یک جا نگهدارید، برای مثال در یک دفترچه یا یک جعبه کوچک حاوی فایل‌ها.

❖ اطلاعات داروها را به طور الکترونیکی سامان دهید و اطمینان حاصل کنید آنها در جای امنی ذخیره شده‌اند و نسخه پشتیبان هم از آنها بگیرید.

❖ درباره بیماری عزیزتان، طرح درمانی و این که هر دارویی برای چه چیزی است، اطلاعات به دست آورید.■



تنها روزنامه پزشکی ایران
روزنامه سپید

● صاحب امتیاز: موسسه فرهنگی ابن‌سینای بزرگ
● مدیرمسوول: امیرعباس فتاح‌زاده
● زیر نظر شورای سردبیری
● چاپ: شرکت روانی روش‌مهر
● نشانی: تهران، خیابان دکترشریعتی، روبروی میرداماد، کوچه‌نیک، پلاک ۹
● پست الکترونیک: atgci_sepid@yahoo.com
● تلفن روابط عمومی: ۶-۲۳۸۸۷۳۵۰
● سازمان آگهی‌ها: ۲۴۵۸۱۱۱۲

صفحه آخر
۱۰ شهریور ۱۳۹۴ • شماره ۶۴۶

خدایا به ما ظرفیت و لیاقتی عطاکن که بتوانیم ناشر بخشی از خیری باشیم که تو اراده کرده‌ای در هستی نشر یابد»

چهره‌ها

«مترجم مغز انسان» درگذشت

البور ساکس، نورولوژیست و پژوهشگر انگلیسی که پژوهش‌هایش درباره‌شگفتی‌های مغز انسان را در کتاب‌هایی مانند «بیداری» گردآورده بود، در سن ۸۲سالگی درگذشت.

به گفته کیت ادگار، دستیارش، او روز یکشنبه در خانه‌اش در نیویورک فوت کرد. ساکس ماه فوریه اعلام کرده بود که به نوعی نادر از سرطان چشم مبتلاست که به کبدش سرایت کرده است.

این نورولوژیست از چشم یک‌نویسنده‌به‌برخی‌ازبیمارانش نگاه می‌کرد و دوست داشت دریابد عملکرد مغز انسان‌ها چگونه است.

کتاب او به نام «بیداری» داستان بیمارانی بود که سال‌ها بدون کمک و در سکون زندگی

می‌کنند.

براساس این کتاب فیلمی با بازی رابین ویلیامز ساخته شد که سال ۱۹۹۰ نامزد جایزه اسکار بود.

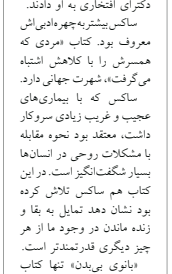
البور ساکس سال ۱۹۳۳ در شهر لندن به دنیا آمد. مادر و پدرش هر دو پزشک بودند. مادرش یکی از نخستین جراحان زن در انگلستان بود. البور در دوره نوجوانی یک شیمیدان آماتور باهوش بود.

بعدها وارد دانشگاه آکسفورد شد و سال ۱۹۵۴ مدرک کارشناسی‌اش را در رشته فیزیولوژی و زیست‌شناسی گرفت. به آمریکا رفت و استادیار عصب‌شناس کالج پزشکی آلبرت انیشتین شد و دکترای افتخاری به او دادند.

ساکس بیشتر به‌چهره‌ادبی‌اش معروف بود. کتاب «مردی که همسرش را با کلاهش اشتباه می‌گرفت»، شهرت جهانی دارد.

ساکس که با بیماری‌های عجیب و غریب زیادی سروکار داشت، معتقد بود نحوه مقابله با مشکلات روحی در انسان‌ها بسیار شگفت‌انگیز است. در این کتاب هم ساکس تلاش کرده بود نشان دهد تمایل به بقا و زنده ماندن در وجود ما از هر چیز دیگری قدرتمندتر است.

«بانوی بی‌بدن» تنها کتاب ساکس است که به فارسی ترجمه شده است. در این کتاب



غریب ساکس توضیح می‌دهد وقتی بخش‌هایی از مغز ما که اصلا خبر نداریم وجود دارد، عیب و ایراد پیدا کند چه بلایی سرمان می‌آید. این نویسنده، قوای اعجاب‌برانگیز ذهنمان را نشانمان می‌دهد و اینکه تا چه اندازه مهم است که این قوا با ظرافت تمام در تعادل باشند.

این کتاب برای همه کسانی نوشته شده،که هرازگاهی درد جست‌وجوی‌هویت‌راچشیده‌اند و حس کرده‌اند که چقدر ساده می‌شود این هویت را در لحظاتی خاص از دست داد. این کتاب پر از شگفتی است و خواننده را شگفت‌زده می‌کند.■

پروژه‌ای که در نهایت به نفع پژوهش پزشکی تمام شد

چالش آب یخ ۱۰۰ میلیون دلار درآمد داشت

■ مریم مهران‌فر

«چالش سطل آب یخ» که برای حمایت از تحقیق و پژوهش درباره بیماری ALS انجام شد، درآمدی معادل ۱۰۰میلیون دلار داشت. انجمن حمایت از بیماران ALS باهدف حمایت این بیماران در مقابل بیماری اسکرولز جانبی آمیوتروفیک تشکیل شد و برای جمع‌آوری کمک‌های مردمی کمپینی را آغاز کرد که در آن هر فرد پس از ریختن آب سرد روی خود نام سه نفر دیگر را که باید این کار را انجام بدهند، اعلام می‌کرد. این افراد ۲۴ ساعت وقت داشتند که یک سطل آب سرد روی خودشان بریزند. هر کس هم نمی‌خواست آب سرد روی خود بریزد، می‌توانست با پرداخت ۱۰۰ دلار این درخواست را رد کند. این مبلغ به انجمن حمایت ازبیماری ALSدرآمریکااهدامی‌شد. البته بسیاری از افراد هر دو کار را انجام دادند؛ یعنی هم یک سطل آب سرد روی خود ریختند و هم ۱۰۰ دلار را پرداخت کردند.

طبق آخرین خبری که هفته‌نامه تایم به نقل از انجمن ALS منتشر کرده است، این چالش صدمیلیون دلار درآمد داشته است. قبل از این‌هم به موسسات مرتبط به این بیماری کمک‌های دیگری شده‌بود. طبق آماری که انجمن بیماری‌های حرکتی و سلول‌های عصبی ارائه داده‌است، خبرین ۶ میلیون دلار به این انجمن کمک کرده‌اند. مبلغی هم که به موسسه توسعه‌درمانی ALS کمک شده، سه میلیون دلار است. یک میلیون یورو هم به بنیاد ALS در هلند داده شده است. به موسسه پروژه ALS هم ۵۰۰ هزار دلار رسیده است.

افراد مشهور زیادی از جمله مارک زوکربرگ، بیل گیتس، استیو بالمر، گروه کوک، فیل شیلر، جف بروس و دکتر دره با انتشار ویدئوهایی این کار را انجام دادند. ورزشکارانی مانند مارسلو، رونالدو، نیمار، لبرون جیمز، جرارد، مسی، پیکه و خیلی از ورزشکاران دیگر در این چالش شرکت کردند. در ایران نیز علی کریمی، علی دایی، رضا عطاران، مازیار فلاحی، ترانه علیدوستی، سحر دولتشاهی، باران کوثری، احسان خواجه‌امیری، امیر عابدزاده، بهرام رادان، رامبد جوان، رضا صادقی، فریدون زندی، محسن افشانی، محسن یگانه، مهناز افشار و... در این چالش شرکت کردند.

این کمپین و چالش سطل آب یخ متقدانی هم داشته است که بیشتر ایرانی هستند. علی ضیاء، جی‌لوید سامونل، سو شا مکانی، نیکی کریمی،حامد بهداد و الهام چرخنده‌این‌منتقدین بودند. نیکی کریمی در صفحه اجتماعی‌اش نوشته بود: «می‌شود در این کم آبی یک سطل آب را به هدر ندهیم. اگر قرار است که کمک کنیم، خودمان بوانکی انجام بدهیم. به این همه مراکزی که در کشورمان به کمک احتیاج دارند، رسیدگی کنیم.» الهام چرخنده هم در یادداشت بلند بالایی این چالش را زیرسوال برده بود. چرخنده گفته بود: «ما در این چالش فهمیدیم مردان ماهم در مقابل آب یخ استعداد جیغ زدن دارند! جا دارد برای تو دهنی به ستاره‌های هالیوود عرض کنم؛ اگر همین یک وجب روسری نبود، می توانستید ببینید که بانوی ایرانی مسلمان، وقتی با لگنی آب یخ خیس می‌شود چقدر جذاب تر از شما کافران خواهد بود!» حامد بهداد به دعوت محمدرضا شجریان به این چالش دعوت شده بود. او گفته بود پول را واریز می‌کند. این یعنی اینکه او حاضر نشده بود روی خودش آب بریزد.

بعد از کشته شدن یکی از مدعوین، تعداد منتقدان بیشتر شد. جوان ۱۸ ساله اسکاتلندی، کامرون لانکستر، پس از ریختن سطل آب بر روی خود، از ارتفاع ۲۵ متری به درون نهری پرید و جانش را از دست داد. مرگ این جوان اسکاتلندی باعث افزایش مخالفان این چالش شد. آنها معتقد بودند این چالش با هدف اصلی جلب توجه بین‌المللی به بیماری ALS فاصله گرفته و وسیله‌ای برای جلب توجه دیگران شده است.

ALS چیست؟

ALS اختلالی عصبی است که عملکرد عادی فرد و عضلات گردن و صورت را تحت تاثیر قرار می‌دهد. مبتلایان به این بیماری چند سال پس از تشخیص می‌میرند. در حال حاضر در امریکا ۳۰هزار نفر به این بیماری مبتلا هستند. این بیماری گاهی اندام‌های بدن و گاهی سیستم تنفسی و بلع را درگیر می‌کند که سیر بیماری در درگیری سیستم تنفسی و بلع، پیش‌رونده‌و در درگیری اندام‌ها، کند است. به گفته دانشمندان با پرداخت این پول‌ها، پروژه تحقیقاتی در دانشگاه جان هاپکینز آغازشده است. این دانشگاه یکی از مراکز تحقیقاتی است که کمک‌های مردمی در اختیارشان قرار می‌گیرد تا تحقیقات در این زمینه گسترش پیدا کند. نتایج یکی از مطالعات تحقیقاتی این دانشگاه که هفته گذشته در مجله science منتشر شد، پرده از موضوعی برداشت که سال‌هاست دانشمندان را درگیر خودکرده است :ناکارآمدی و مشکلات عملکردی در یک پروتئین یکی از علل این بیماری است. این تحقیقات تاکنون روی موش‌ها انجام‌شده است و به مطالعات گسترده‌تر برای کاربردی شدن نیاز دارد.

جاناتان لینگ یکی از محققان در حوزه ALSکه در دانشگاه جان هاپکینز فعالیت می‌کند، در ویدئویی که در یوتیوب منتشر کرده است، می‌گوید:«حتی کوچک‌ترین نتیجه‌ای می‌تواند به کند کردن روند بیماری کمک کند یا منجر به توقف این بیماری و خشنک شود.»

انجمن ALSمی‌گوید چالش آب یخ توسط پیت فرتز (Pete Frates) که پیش از این برای تیم بیسبال دانشگاه بوستون بازی می‌کرد، آغاز شد. پیت ۲۹ساله است و از سال ۲۰۱۲ به ALS مبتلا شده است. یکی از اهداف این چالش، معرفی این بیماری بود.■

خبر

عابدزاده دوباره زانویش را جراحی کرد

احمدرضا عابدزاده برای پنجمین بار زانویش را جراحی کرد. دروازه‌بان اسبق تیم ملی فوتبال ایران، سال‌هاست که با زانویش مشکل دارد و پیش از این جراحی‌هایی انجام داده بود.

روز جمعه قبل از بازی تیم‌های فوتبال ستارگان جهان و ایران، گفته شد که عابدزاده مصدوم شده است و نمی‌تواند بازی کند. برای طرفداران او شنیدن این خبر ناراحت‌کننده بود. اما وقتی او درون دروازه رفت، همه خوشحال شدند. شاید همه آنها حالا پشیمان شده باشند.

عابدزاده با همان پادرد‌ی که داشت، یک نیمه به زمین رفت و تا پایان ۴۵ دقیقه هم درون دروازه بود. عابدزاده سه گل خورد و در نیمه دوم تعویض شد. اما همین یک نیمه بازی، دوباره او را به بیمارستان برد. عابدزاده سال ۷۸ سنگین‌ترین جراحی را کرده و ۱۵ تکه استخوان از پای او خارج کرده بودند. سهراب کیهانی، جراح عابدزاده بود. او دیروز مرخص شد ولی طبق توصیه کیهانی، عابدزاده باید سه روز استراحت مطلق داشته باشد.■

آموزش بیماری‌های عفونی به دانش‌آموزان از طریق تحقیقات دانش‌آموزی

پژوهش‌های بزرگ در مدارس کوچک

■ پری‌ناز قاسمی

تابستان برای دانش‌آموزان نمادی از فصل استراحت و اوقات فراغت است. اما این روزها در دبیرستان دخترانه فرزانگان ۸ نیمکت‌ها و تخته‌های سیاه رونق خود را از دست نداده‌اند و هر روز میزبان دانش‌آموزانی هستند که برای انجام پژوهش درباره بیماری‌های عفونی و آموزش آن به همسالان خود به مدرسه می‌آیند و از اوقات فراغت خود اینگونه استفاده می‌کنند.

در این روزها اگر از هر نوجوانی بپرسیم ایدز چیست، ام اس با بدن چه می‌کند و هپاتیت C چگونه منتقل می‌شود، شاید دست‌وپاشکسته جوابی بدهد که زیاد هم درست نباشد. بااین‌حال نیاز نوجوانان به اطلاعات در رابطه با بیماری‌ها روزبه‌روز افزایش پیدا می‌کند. هر نوجوانی باید پیش از ورود کامل به جامعه و برخورد با موقعیت‌های پرخطر بیماری، با آگاهی کامل، از ابتلای خود به این نوع بیماری‌ها پیشگیری کند. بااین‌حال، این آموزش‌ها به سادگی صورت نمی‌پذیرد. طرح آموزش روش‌های انتقال و پیشگیری از ابتلا به بیماری‌ها و به‌خصوص بیماری‌های عفونی در گذشته در مدارس اروپایی و آفریقایی امتحان شده بود و با شکست مواجه شده بود. چراکه به هنگام آموزش این مدارس، بافت فرهنگی موجود در جامعه خود را در نظر نگرفته بودند. آموزش به دانش‌آموزان به علت نبود درک درست از مسائل نه‌تنها منتهی به دانشی درست نمی‌شد، بلکه باعث ترسی غیرموجه می‌شد که آنان را از ادامه این آموزش بازمی‌داشت.

از سال پیش بود که طرح آموزش نوجوانان با عنوان آموزش همسالان در دبیرستان دخترانه فرزانگان ۸ شروع شد. اما این بار این آموزش، چهره پژوهش به خود گرفت و مدیر پروژه، آقای مسعود نجفی کار تحقیقات بیوتکنولوژی پزشکی با دانش‌آموزان مدرسه فرزانگان هشت را شروع کرد. این دانش‌آموزان چون علاقه‌مندی بیشتری به علوم زیستی و پژوهش داشتند، توانایی بهتری برای آموزش این مسائل به همسالان خود دارند. در سال اول، تعداد دانش‌آموزان همکار پروژه ۹ نفر بود. امسال هم ۸ نفر درگیر کار تحقیق هستند.

درواقع به جای آنکه از ابتدا آموزش به صورت مستقیم صورت بگیرد، ابتدا در مورد ساختار ویروس و نحوه بیماری زایی آنها صحبت می شد. در گام بعد در مورد سیستم ایمنی و اثرات مخرب ویروس ایدز بر سیستم ایمنی کار می‌شد. در مرحله بعد از دانش‌آموزان درخواست می‌شد تا در ارتباط با موضوعات فوق کار تحقیقی کنند و آن را طی یک جلسه، با حضور همسالان خود ارایه دهند. پس از اینکه به این صورت با این ویروس آشنا می‌شدند در جلسه دیگری جوانب دیگر بیماری از جمله راه‌های انتقال مانند ازطریق خون، مایعات بیولوژیک مانند بزاق و تماس جنسی و روش‌های پیشگیری از این انتقال صحبت می‌شد.

پس از این آموزش، دانش‌آموزان در سطح مدرسه می‌توانستند مطالب مفید را به همسالان خوب منتقل کنند. مسعود نجفی، مجری طرح با بیان اینکه معمولا سردرگمی و کج‌فهمی دانش‌آموزان می‌شود، می‌گوید در این طرح اطلاعات از طریق پژوهش به‌دست می‌آید و اطلاعات مفیدی تلقی می‌شود. می‌گوید: «برای تشویق، دانش‌آموزان محقق در دانشگاه علوم پزشکی تهران طرح‌های خود را ارایه کردند و تایید به گرفتند. طرح‌های پژوهشی این دانش‌آموزان به جشنواره خوارزمی و دانشگاه صنعتی شریف ارائه شد. در آینده نیز علاقه داریم دانش‌آموزان را در کنگره‌های پژوهشی کشورهای دیگر شرکت دهیم.»

در گفت‌وگو با دانش‌آموزان گروه پژوهش این مدرسه، می‌شد برق اشتیاق را در چشمان آنها دید. اکثریت آنان در آینده، خود را پزشکی محقق تصور می‌کنند و با وجودی که گروهی از آنها درک کاملی از تعریف وظایف یک پژوهشگر و مشکلات حرفه‌ای آنان نداشتند، اما گروه دیگر با علم به اینکه این امکان وجود دارد که حوزه پژوهش را ترک کنند کار می‌کردند. هرچند تصمیم‌گیری‌هایی از این دست شاید خام و زودهنگام به نظر برسد، ولی می‌شد از صحبت‌هایشان فهمید که شناخت نسبی خوبی از این مسایل دارند. در مواجهه با محتوای پژوهش‌ها می‌شد این نتیجه را گرفت که تقریبا به صورت کامل به موضوع مورد پژوهش اشراف دارند و با وجودی که هیچ‌کدام به‌طور مستقیم روی بیماری‌های عفونی مورد نظر مطالعه‌ای نداشته‌اند اما به راحتی می‌توانند مدرس همسالان خود شوند.■

تصویر روز

اسحاق جهانگیری، معاون اول رئیس جمهوری بعد از جلسه دیروز هیات دولت جواب سوالات خبرنگاران را داد. او که به تازگی در بیمارستان بستری بود و آنژیوگرافی کرده است، ترجیح داد نشسته مصاحبه کند. مهر

سید محمدحسن حسینی، خبرنگار صداوسیمای ایران که چندی پیش در حملات سوریه مجروح شده بود، به کشور بازگشت. تسنیم

خبر درگذشت ناصر ملک‌مطیعی تکذیب شد. امین حیایی هم به ملاقات او رفته و قرار بود دیروز ملک‌مطیعی از بیمارستان مرخص شود.

اینستاگرام نیلوفرخوش‌خلق

شن درمانی؛ این روش سنتی برای درمان دردهای روماتیسمی، مفصلی و ناتوانی جنسی و بارداری در مصر توصیه می‌شود. بیماران برای درمان در شن داغ فرو می‌روند.

Reuters

تقویم

روز زلزله

● **۱۰ شهریور ۱۳۴۱ خورشیدی:** در یک از معروف‌ترین زلزله‌های تاریخ معاصر، شهرستان بوئین‌زهرای قزوین لرزید، ۲۹۴ روستا ویران شد، بسیاری از آثار و مکان‌های قدیمی و تاریخی منطقه از جمله قلعه باستانی رودک از بین رفت، بیشتر از ۲۰هزار نفر درگذشتند و حدود ۱۰۰هزار نفر آواره شدند تا یکی از مهیب‌ترین فجایع طبیعی شکل بگیرد. بوئین‌زهرا منطقه‌ای لرزه‌خیز است و روی گسل قرار دارد و زمین‌لرزه‌های دیگری هم در این منطقه ثبت شده است، از جمله زمین‌لرزه سال ۵۵۶ خورشیدی (تلفات نامعلوم)، زمین‌لرزه ۱۶ فروردین ۱۲۹۲ (با ۱۲۰۰ کشته) و زمین‌لرزه ۱ تیر ۱۳۸۱ (با ۲۹۱ کشته و ۱۵۰۰ زخمی). اما زلزله ۷/۲ ریشتری سال ۱۳۴۱ از همه این موارد سخت‌تر بود، طوری‌که سازمان صلیب‌سرخ جهانی و سازمان پزشکان بدون مرز هم به‌سرعت درگیر کار امدادرسانی آن شدند. با این حال، نام این زلزله با یک چیز دیگر هم گره خورده است: غلامرضا تختی. روز ۱۴ شهریور بود که تختی از تقاطع ولیعصر- بهشتی امروزی روبه پایین شهر به راه افتاد و برای زلزله‌زدگان کمک جمع کرد. روزنامه‌نگاران آن زمان از میزان استقبال مردمی به این حرکت، با تعابیری نظیر باریدن پول از آسمان یاد کرده‌اند.■

غلامحسین ملک‌عراقی