روزنامه سپید
تنها روزنامه پزشکی خاورمیانه
سال ۱۴ ■ شماره ۱۳۷۱ ■ یکشنبه ۳۰ دی ۱۳۹۷
www.sepidonline.ir

طی احکام جداگانه‌ای از سوی سرپرست وزارت بهداشت؛

معاونین تحقیقات و فناوری و آموزشی وزارت بهداشت ابقا شدند

■ صفحه ۲

رئیس شورای عالی و سرپرست سازمان نظام پزشکی:

مراکز پزشکی سوپرمارکت نیستند

■ صفحه ۴

روی خط سپید

حضور سرپرست وزارت بهداشت در جلسه شورای عالی نظام پزشکی

■ صفحه ۲

مدیرکل تجهیزات پزشکی وزارت بهداشت:

حوزه‌های تجهیزات و دارو باید از هم تفکیک شوند

■ صفحه ۳

اولتیماتوم سازمان غذا و دارو به شرکت‌های دارویی

توقف تولید مواد اولیه باید از ۳ ماه قبل اعلام شود

■ صفحه ۳

واکنش نظام پزشکی به دو مصوبه مالیاتی پزشکان

■ صفحه ۴

خانه ملت

امینی فرد، نایب رئیس کمیسیون بهداشت مطرح کرد

تجمیع بیمه‌ها به صورت مجازی

نایب رئیس کمیسیون بهداشت مجلس با بیان اینکه تجمیع بیمه‌ها در شرایط کنونی کشور به دلیل دریافت سرانه‌های متفاوت امکانپذیر نیست تاکید کرد: «برای بهره‌مندی از منافع این طرح باید در حوزه‌های مشترک، تجمیع مجازی بیمه‌ها را انجام دهیم.»

محمد نعیم امینی فرد در واکنش به اظهارنظر سرپرست وزارت بهداشت مبنی بر اینکه بیمه‌های درمانی کشور مثل بیمه سلامت و تامین اجتماعی به عنوان دو سازمان بیمه‌گر بزرگ از منابع کاملا متفاوتی تامین اعتبار می‌شوند و جایگاه آنها مجزا است و تجمیع آنها به صلاح کشور نیست، گفت: «اصل تجمیع بیمه‌ها تجربه موفقیت‌آمیزی در کشورهایی است که به لحاظ سیستم بیمه‌ای در حوزه بهداشت و درمان از شاخص‌های بالایی برخوردار هستند.»

نماینده مردم ایرانشهر در مجلس شورای اسلامی، ادامه داد: «البته این موضوع که در شرایط کنونی کشور تجمیع بیمه‌ها امکانپذیر نیست، واقعیت دارد، چرا که ما سرانه‌های متفاوتی را از افراد و گروه‌های جمعیتی تحت پوشش بیمه‌های مختلف دریافت می‌کنیم و این در حالی است که تجمیع بیمه‌ها الزاماتی دارد که اولین آنها یکسان بودن دریافت سرانه‌ها است.» وی تصریح کرد: «اگر از بُعد دریافت سرانه‌های متفاوت توسط بیمه‌ها به موضوع تجمیع بیمه‌ها نگاه کنیم، اظهارنظر سرپرست وزارت بهداشت و درمان منطقی و توجیه‌پذیر است، کما اینکه این موضوع سه سال قبل هم مطرح شد و به نتیجه مشخصی نرسید.»

امینی فرد اظهار کرد: «البته اینکه ما به این سمت حرکت کنیم که در آینده بتوانیم بیمه‌ها را تجمیع کنیم، موضوعی است که در مورد آن بین کارشناسان اقتصاد سلامت و حوزه بهداشت و درمان اتفاق‌نظر وجود دارد.» وی یادآور شد: «تجمیع بیمه‌ها منافعی بسیاری را به همراه دارد، ضمن اینکه اگر در شرایط کنونی کشور اجرای آن امکانپذیر نیست، باید در حوزه‌های مشترک تجمیع مجازی بیمه‌ها را در برخی بخش‌ها انجام دهیم تا از این منافع بهره ببریم.»

امینی‌فرد با اشاره به اقداماتی که در پی تجمیع مجازی بیمه‌ها صورت می‌گیرد، تاکید کرد: «هم‌اکنون باید همپوشانی بیمه‌ای را از بین ببریم و سیاست‌های واحدی را در حوزه ارائه خدمات بهداشت و درمان پیگیری کنیم و این اقداماتی است که می‌توان در جهت تجمیع مجازی برخی جنبه‌های بیمه‌ای انجام داد.»■

نیکفر، عضو کمیسیون بهداشت:

خودکفایی در تولید داروهای گیاهی به رونق اقتصادی می‌انجامد

عضو کمیسیون بهداشت مجلس، با یادآوری اینکه تامین گیاهان دارویی از ایران برای تولید دارو باعث رونق اقتصادی بسیاری از کشورها شده است، تاکید کرد: «ما باید در حوزه تولید داروی گیاهی و طب سنتی به خودکفایی برسیم و مردم را از سود ناشی از آن محروم نکنیم.»

ذبیح‌الله نیکفر لیالستانی در مورد انتشار خبری از سوی رئیس دانشکده طب سنتی ایران مبنی بر ساخت ۲۰ سلامتکده طب سنتی، گفت: «هم‌اکنون سایر کشورها در حوزه طب سنتی و عرضه داروهای گیاهی اقدامات موثری انجام می‌دهند که برای آنها ارزش افزوده به همراه دارد و از این طریق به اشتغالزایی و ارتقای حوزه اقتصادی می‌پردازند، و این در حالی است که گیاهان دارویی مورد نیاز آنها به صورت عمده از ایران صادر می‌شود.»

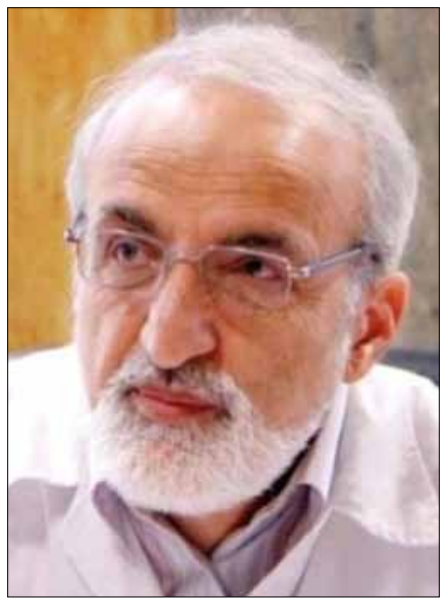
نماینده مردم لاهیجان ادامه داد: «اغلب داروهای شیمیایی که از دیگر کشورها وارد می‌کنیم، درصد بالایی از مواد اولیه آنها گیاهی و فرمول ساختشان برگرفته از طب سنتی است، بنابراین لازم است که ما در زمینه طب سنتی که دانشمندان ایرانی مبدع آن بوده‌اند و ایران سوابق درخوری در این زمینه در تاریخ دارد، به خودکفایی برسیم و مردم را از سود قابل‌توجهی که تولید داروهای گیاهی می‌تواند برای کشور به همراه داشته باشد، محروم نکنیم.»

وی تصریح کرد: «آنچه مسلم است طب سنتی باید مکمل طب مدرن قرار گیرد، چرا که هیچ کدام از آنها به تنهایی نمی‌توانند تمام مشکلات موجود در حوزه سلامت را برطرف کنند، بنابراین لازم است دانش و تجربیات حاصل از این دو طب در کنار هم استفاده شود.» نیکفر یادآور شد: «یکی از اقدامات موثری که در این حوزه انجام شده، این است که پزشکان عمومی دوره‌هایی را تحت عنوان طب سنتی می‌گذرانند و با تلفیق دانش و تجربیات طب مدرن و سنتی به ارائه خدمات در حوزه سلامت می‌پردازند.»

وی با انتقاد از تبلیغات فعالیت برخی در فضای مجازی تحت عنوان طب اسلامی، تاکید کرد: «فعالیت آزادانه این گونه افراد شیاد تحت عنوان طب اسلامی در فضای مجازی که با ادعای استناد به روایات به درمان بیماران می‌پردازند، مورد تایید نیست و قطعا وزارت بهداشت باید بر این نوع تبلیغات نظارت کرده و بر آن حساس باشد، چرا که گزارش‌هایی مبنی بر آسیب به بیماران در پی اعتماد به این افراد به دلیل تاخیر در روند درمان به ویژه برای بیماران سرطانی ارائه شده است.» نیکفر عنوان کرد: «هم‌اکنون تنها افرادی باید بتوانند در این حوزه فعالیت کنند که دوره‌های لازم را گذرانده باشند و مجوز لازم را از وزارت بهداشت یا مراکز آموزشی تحت پوشش آن تحت عنوان طب ایرانی-اسلامی دریافت کرده باشند.»■

طی احکام جداگانه‌ای از سوی سرپرست وزارت بهداشت؛

معاونین آموزشی و تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت ابقا شدند



سرپرست وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی طی احکام جداگانه‌ای باقر لاریجانی را در سمت معاون آموزشی و رضا ملک‌زاده را در سمت معاون تحقیقات و فناوری این وزارتخانه ابقا کرد.

اهمیت به مدل آموزشی جامعه‌نگر

به گزارش سپید، در متن حکم سعید نمکی خطاب به باقر لاریجانی آمده است: «با توجه به سوابق ارزشمند علمی و اجرایی جنابعالی در عرصه‌های مختلف، بدین وسیله به‌عنوان معاون آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ابقا می‌شوید.»

گرچه گام‌های دوراندیشانه و موثر جنابعالی در سال‌های اخیر دستاورهای ارزشمندی در آن حوزه پراهمیت به همراه داشته، مع‌الوصف مبتنی بر شیوه گذشته اینجانب در صدور احکام مطالبات کارشناسان این حوزه را یادآور می‌شوم.

۱- سال‌های پس از انقلاب اسلامی با توسعه آموزش پزشکی دستاوردهای ارزشمندی در تربیت نیروی انسانی مورد نیاز در راستای خودکفایی کشور به دست آمد که این گسترش علاوه بر جبران کاستی‌های گذشته در تامین نیروی انسانی، اثربخشی فراوانی در مدیریت نظام سلامت و دسترسی به شاخص‌های ارزنده این عرصه نیز داشت، مع‌الوصف پس از سال‌ها بازنگری دقیق در شیوه اداره دانشگاه‌ها تعداد رشته‌های تحصیلی و تعداد دانشجویان مبتنی بر نیاز سنجی سال‌های آتی کشور، ضروری است که منابع محدود کشور را صرف تربیت نیروهایی نکنیم که در آینده جایگاهی برایشان در نظام ارائه خدمت تعریف نکرده‌ایم.

۲- اینجانب به همراه بعضی از دوستان در طراحی مدل آموزشی جامعه‌نگر (COME) حدود سی سال پیش تلاش کردیم و هدفمان تقویت آموزش‌های جامعه محور (Community based learning) به جای بیمارستان‌محور (Hospital based learning) بود. متاسفانه هنوز اکثر رشته‌های تحصیلی از این شیوه آموزشی محرومند و این خود عاملی است تا دانش‌آموختگان ما با مشکلات جامعه و نظام ارائه خدمت بیگانه باشند. رسالت ما برداشتن دیوار بین دانشگاه و مردم است که امیدوارم جنابعالی و همکاران ارجمندتان بیشتر بدان بپردازید.

۳- سیاست سال‌های اخیر، افزایش تحصیلات تکمیلی و برچیدن دوره‌های کوتاه‌مدت است، این شیوه تربیت نیروی انسانی علاوه بر تحمیل هزینه سنگین، اثربخشی هزینه کرد را زیر سوال می‌برد و زیرساخت‌های نظام ارائه خدمت را که در سال‌های اخیر با هزینه فراوان تهیه شده، به دلیل عدم حضور نیروی انسانی ماهر و مورد نیاز بلااستفاده می‌گذارد. تربیت نیروهای پرستاری و پیراپزشکی مورد نیاز کشور از این مقوله است. باتوجه به منابع محدود باید دوره‌ها را کوتاه‌تر، مهارت‌ها را افزون‌تر و نیروی انسانی را کارآمدتر کنیم.

۴- استفاده از ظرفیت بی‌بدیل اندیشمندان دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور در سیاست‌گذاری‌های کلان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی سرمایه عظیمی است که غفلت از آن خسرانی جبران‌ناپذیر خواهد بود. لذا انتظار می‌رود دانشگاه‌های ما اتاق فکر کشور برای برنامه‌ریزی‌های کلان باشند که جنابعالی می‌توانید موارد مهم در کلیه حوزه‌ها را با همکاران ارجمند دانشگاهی در میان بگذارید و نقطه نظرات ایشان را جمع‌بندی و به عنوان نقشه راه به اینجانب ارائه فرمائید.

۵- مستحضرید امروز بیماری‌های واگیردار نوظهور، بیماری‌های غیر واگیر و مؤلفه‌های اجتماعی موثر بر سلامت (SDH) مواردی است که نظام سلامت را مورد تهدید جدی قرار می‌دهد. آموزش و آشنایی دانشجویان با پدیده‌های فوق در آینده می‌تواند در کاهش ابتلا و مرگ و میر ناشی از این موارد بسیار موثر باشد.

۶- توسعه پزشکی خانواده و نظام ارجاع که اجزای تفکیک ناپذیر یکدیگرند، به دلیل کمبود پزشک خانواده معطل مانده، ضروری است با استفاده از ظرفیت کم نظیر پزشکان عمومی و گذراندن دوره‌های کوتاه مدت از خیل عظیم پزشکان عمومی آموزش دیده در این عرصه بهره ببریم. منتظر ماندن برای فارغ‌التحصیلی متخصص پزشک خانواده، سال‌ها این پروژه عظیم ملی را معطل خواهد گذاشت، گرچه فارغ‌التحصیلان دوره تخصصی مذکور نیز می‌توانند به عنوان هسته‌های مرکزی آموزش و پایش مستمر این فعالیت بکار گرفته شوند. ضمنا آموزش پزشکی خانواده نیز باید جزو لاینفک دوره پزشکان عمومی باشد.

۷- جهت تغییر سبک زندگی مردم در راستای کاستن از بار بیماری‌ها لازم است بسته‌های آموزشی با زبان قابل درک را برای گروه‌های هدف در جامعه تهیه کنیم. رسالت ما علاوه بر آموزش دانشجویان و دستیاران آموزش همگانی در راستای کاهش مشکلات نظام سلامت نیز هست و غفلت از این رسالت اجتماعی مردم را به ناچار به دام آموزش‌ها و تبلیغات غیر علمی و غیرحرفه‌ای سایت‌های رنگارنگ و بی‌محتوا خواهد انداخت.

۸- این روزها مواردی مبنی بر تفکیک آموزش پزشکی از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و ادغام آن در وزارت علوم، تحقیقات و فناوری مطرح می‌شود. این رویکرد با توجه به ضرورت بهره‌گیری آموزش پزشکی از فضا و عرصه بهداشت و درمان تفکیک آموزش از این دو حوزه مهم را غیرممکن می‌کند. لذا جهت مقابله با این رویکرد غیرمنطقی ضروری است جنابعالی و همکارانتان مستندات کافی جهت توجیه عدم امکان این سه جزء تفکیک‌ناپذیر فراهم کنید.

امید است با اتکال به خداوند بزرگ و پیروی از مشی اعتدال دولت تدبیر و امید در پیشرفت امور مؤید باشید.»

حاصل پژوهش باید در توانمندی اقتصاد ملی موثر باشد

سعید نمکی همچنین در حکمی خطاب به رضا ملک زاده آورده است:

جناب آقای دکتر رضا ملک زاده

مفتخریم از دانش، تجربه و خدمات ارزنده جنابعالی در جایگاه معاونت تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کماکان بهره‌مند شویم.

گرچه حضور ارزشمند حضرتعالی در سال‌های اخیر دست آوردهای گرانقدر و آبرومندانه‌ای در عرصه پژوهشی به همراه داشته مع‌الوصف مواردی که به ذهن اینجانب می‌گذرد جهت یادآوری به استحضار می‌رسد:

۱- گرچه چاپ مقالات به عنوان شاخص تاثیرگذار در ارزیابی جایگاه علمی کشور محسوب می‌شود، مع‌الوصف حاصل پژوهش علاوه بر مقالات ارزشمند باید محصولاتی باشد که بتواند بر توانمندی اقتصاد ملی موثر باشد. تعریف اولویت‌های پژوهشی بر مبنای فناوری‌های نو، یافتن راهکارهایی برای تشخیص زودرس بیماری‌ها، داروهای نوترکیب، شیوه‌های جدید پیشگیری و ده‌ها مورد دیگر، اولویت‌های پژوهشی امروز ما به عنوان کشور درحال توسعه است که شرایط‌مان با کشورهای توسعه یافته از یک سو و کشورهای عقب مانده از توسعه از سوی دیگر متفاوت است.

۲- بار بیماری‌ها (Burden of diseases) امروز تلنبار ندیدن‌های دیروز ماست، سیمای همه‌گیری بیماری‌ها در کشورهایی همچون ما متفاوت از کشورهای توسعه یافته است. لذا آینده‌پژوهی در مورد بار بیماری‌های آتی می‌تواند از هزینه‌های سنگین تحمیل به نظام سلامت بکاهد. لذا هرگونه هزینه در این راستا سرمایه‌گذاری ارزنده است، که اگر برمبنای یافتن عوامل خطر و دادن اطلاعات و ارائه راهکارهای مناسب به نظام ارائه خدمت باشد از آوار سهمگین عوارض بیماری‌های نوظهور نجاتمان خواهد داد.

۳- مراکز تحقیقاتی متعدد کشور هنوز با بی‌خبری از یکدیگر به شکل جزیره‌ای عمل می‌کنند. پیوستن آنها به یکدیگر، هم‌افزایی و استفاده از امکانات مشترک و تکمیل فعالیت‌های هر کدام توسط دیگر مراکز، رسیدن به محصولات ارزشمند موثر در اقتصاد ملی را سهل‌تر و هزینه‌ها را کاهش خواهد داد. متاسفانه تجهیزات متعدد در مراکز مختلف داریم که با راندمان بسیار کم مورد استفاده قرار می‌گیرد و حق استفاده دیگران را میسر نمی‌سازد.

۴- امروز با فشار مولفه‌های اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و زیست‌محیطی بر سلامت، همکاری مراکز تحقیقاتی بیرون از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را می‌طلبد. لذا مشارکت در پروژه‌های تحقیقاتی با دانشگاه‌ها و مراکز وزارت علوم، تحقیقات و فناوری و مراکز نیمه دولتی و خصوصی و بهره‌مندی از ظرفیت چشمگیر مراکز تحقیقاتی بیرون از کشور به خصوص آنها که توسط هموطنانمان اداره می‌شوند، سرعت فعالیت‌های تحقیقاتی و اثربخشی آن بر نظام سلامت را خواهد افزود.

۵- گرچه سهم ما از GDP از منابع ملی هنوز با آنچه باید باشد فاصله چشمگیر دارد مع‌الوصف مستحضرید در کشورهای توسعه یافته نیز حداکثر سهم پژوهش از تولید ناخالص داخلی از محل منابع دولتی بیشتر از یک درصد نیست. ورود مقتدرانه بخش خصوصی در امر تحقیق و توسعه به سهم پژوهش می‌افزاید. به کارگیری شرکت‌های دانش‌بنیان، پارک‌های علم و فناوری و مشارکت بخش خصوصی تنها راه گذر از شرایط کنونی است که امیدوارم با همت جنابعالی و همکاران ارجمندتان فراهم شود.

توفیق حضرتعالی را از خداوند بزرگ مسئلت دارم.■

حضور سرپرست وزارت بهداشت در جلسه شورایعالی نظام پزشکی

شورایعالی نظام پزشکی روز گذشته تشکیل جلسه داد و سرپرست وزارت بهداشت شخصا در این جلسه شرکت کرد.

به گزارش سپید، رئیس شورای عالی و سرپرست سازمان نظام پزشکی در جلسه شورایعالی نظام پزشکی که با حضور سعید نمکی برگزار شد گفت: «دکتر نمکی از پختگی و تجربه لازم در حوزه بهداشت، پزشک خانواده و حوزه اقتصاد سلامت برخوردار بوده و صاحب نظر و صاحب سبک در عرصه نظام سلامت است.» وی افزود: «با توجه به این که ایشان در رده‌ها و بخش‌های مختلف حوزه سلامت مشغول به فعالیت بوده‌اند و آشنایی کامل با نقاط ضعف، قوت و چالش‌های این حوزه را دارند گفتند: «بدیهی است سازمان نظام پزشکی به عنوان بزرگ‌ترین نهاد مدنی و صنفی جامعه پزشکی می‌تواند یک همکار خوب در جهت تحقق اهداف و برنامه‌های پیش رو و مثبت حوزه سلامت باشد.» وی با اشاره به شرایط ناشی از تحریم‌ها بر کشور اضافه کرد: «در درجه اول باید به فکر رفع مشکلات سلامت مردم بود و بعد از آن وظیفه‌ای که داریم حفظ شأن و منزلت جامعه پزشکی است که موجب حفظ سرمایه اجتماعی نظام سلامت خواهد بود و نباید به حرمت آنها خدشه‌ای وارد شود زیرا هر گونه بی‌احترامی به این جامعه در واقع زیر سوال بردن اعتماد مردم و تخریب این سرمایه اجتماعی است و موجب اختلال در پروسه درمان می‌شود.»سرپرست سازمان نظام پزشکی تصریح کرد: «باید آسیب شناسی‌های لازم در این زمینه انجام شود و هر جا لازم باشد ترمیم‌هایی انجام دهیم و این مستلزم تلاش و مبارزه بیرونی و پالایش درونی است.» ظفرقندی خاطرنشان کرد: «متاسفانه عده قلیلی که در جامعه پزشکی تخلف می‌کنند حیثیت کل حرفه را زیر سوال می‌برند و این سبب می‌شود تا بعضی رسانه ها هر نوع تخلفی را به کل جامعه پزشکی تعمیم دهند که یکی از مصادیق آسیب به شأن و منزلت جامعه پزشکی همین مسئله است.»

وی تاکید کرد باید با وحدت و انسجام برای حل معضلات مختلف جامعه پزشکی از جمله بحث تعرفه واقعی، مشکلات بیمارستان‌ها، ناکارآمدی بیمه‌ها و .... کار کنیم و رسیدگی به مشکلات سلامت مردم را وجهه اهتمام خود قرار دهیم.»

برای تدوین گایدلاین‌ها نیازمند کمک نظام پزشکی هستیم

بنابراعلام روابط عمومی سازمان نظام پزشکی، در ادامه این نشست سرپرست وزارت بهداشت ضمن تشکر و قدردانی از زحمات دکتر حسن قاضی‌زاده هاشمی وزیر سابق بهداشت با عنوان این مطلب که کشور روزهای سخت اقتصادی را طی می‌کند، بیان کرد: «در نظام سلامت نیز دچار مشکلاتی هستیم و این امکان وجود دارد که هر لحظه با گردبادهایی مواجه شویم اما یکی از ارکان اصلی مدیریت نظام سلامت سازمان نظام پزشکی است که بنده شخصا هیچ‌گاه به عنوان یک سازمان صرفا مدافع حقوق صنف به آن نگاه نکرده‌ام بلکه این سازمان صنفی است که سلامت مردم را اداره می‌کند و یک رسالت فراسازمانی و فراصنفی به عنوان طبیب و عضو تیم نظام سلامت بر عهده دارد.»

سرپرست وزارت بهداشت با اشاره به امکان بروز آسیب‌های نظام سلامت از تحریم‌ها افزود: «در آینده نیازمند مشارکت بین بخشی عظیمی هستیم که اگر مراقبت‌های لازم را در این زمینه انجام ندهیم و مشارکت بین بخشی را طلب نکنیم هر روز با یک جریان تازه روبرو خواهیم بود.» وی ادامه داد: «اگر تلاش کنیم تا نظام سلامت را به مدارس ببریم و آموزش الگوهای لازم را از مدارس آغاز کنیم دیگر نیازی به این نیست که بار بیماری‌ها را از طریق ویزیت متخصصان در فیلدهای مختلف پزشکی شناسایی کنیم.»

نمکی ادامه داد: «اگر پزشکی خانواده و سیستم ارجاع و نظام پرداخت را مدیریت می‌کردیم هزینه‌های طرح تحول نظام سلامت هزینه‌هایش منطقی‌تر می‌شد که امروز نیز باید با همکاری و هماهنگی هم به این مهم بپردازیم. ایشان دلیل به کار بردن پزشکی خانواده را انجام کار گروهی تمامی اعضای کادر درمان در این طرح دانست و آن را یک کار تیمی دانست.»

سرپرست وزارت بهداشت با اشاره به این که باید از ظرفیت‌های پزشکان عمومی در پیاده‌سازی پزشکی خانواده و نظام ارجاع بهره‌مند شویم، خاطرنشان کرد: «برای تدوین گایدلاین‌ها باید سازمان نظام پزشکی به عنوان قوی‌ترین ساختار صنفی به ما کمک کند و نیز باید ساختار مناسب نظارت بر گایدلاین‌ها را برای اجرا در بیمه‌ها ایجاد کنیم.»

وی به مشکلات حوزه داروسازی نیز اشاره کرد و گفت: «در صنعت داروسازی کشور اتفاقات نامبارکی رخ داده که باعث آسیب این صنعت شده است و با واردات دارو صنعت داخلی را لگدمال کرده‌ایم و این در حالی است که حدود ۵۵۰ میلیون دلار ارز برای داروی ساخت داخل در نظر گرفته شده و حدود ۱/۳ میلیارد دلار برای واردات دارو اختصاص داده شده است که توازن و تعادلی در این بین مشاهده نمی‌شود.»

نمکی با تاکید بر این که صنعت داروی کشور حرفهای زیادی برای گفتن دارد تصریح کرد: «نه تنها به صنعت دارو کمکی نکرده‌ایم بلکه فیلترهایی هم برای همکاران داروساز ایجاد کردیم. البته می‌توان صنعت دارویی کشور را با امکانات موجود ظرف مدت یک‌سال دگرگون کرد. قیمت داروها نیز باید اصلاح شود چون انقباضی است اما مشروط بر این که بیمه‌ها هزینه‌ها را تقبل کنند و باری بر دوش مردم نباشد.»

وی در بخش دیگری از سخنان خود به آلوده شدن نگاه‌ها نسبت به جامعه پزشکی اشاره کرد و گفت: «مقداری از این نگاه آلوده از درون حاصل شده و مقداری از آن هم از بیرون نشأت گرفته که باید با همکاری هم نسبت به رفع آن تلاش کنیم.»

سرپرست وزارت بهداشت تاکید کرد: «باید مکانیزم‌هایی در سازمان نظام پزشکی تعریف شود تا همه بدانند که اگر کوچک‌ترین تظلمی روی دهد فورا به آن رسیدگی خواهد شد و نیاز به مرجعی خارج از سازمان نظام پزشکی نداریم و مسائل حرفه در درون خودمان حل و فصل خواهد شد.» وی خاطرنشان کرد: «وزارت بهداشت در درجه اول متولی سلامت مردم است و باید با همکاری سازمان نظام پزشکی در جهت احقاق حقوق شهروندی گام برداریم و اجازه ندهیم تا مسائل پزشکی خارج از حرفه به بحث و بررسی گذاشته شود.»

نمکی در پایان یاد آور شد: «باید توسعه خدمات بستری و سرپایی را متوازن با هم جلو ببریم که می توان یک پروتکل در این زمینه تعریف کرد و از ظرفیت و توان انجمن‌های علمی و سازمان نظام پزشکی با تشکیل یک اتاق فکر استفاده کرد.»■

گلایه مدیرکل تجهیزات پزشکی وزارت بهداشت

حوزه تجهیزات و دارو باید از هم تفکیک شود

مدیرکل تجهیزات پزشکی وزارت بهداشت با بیان اینکه حوزه تجهیزات پزشکی باید به‌صورت مستقل دیده شود، گفت: «ساختار این حوزه هنوز زیرمجموعه سازمان غذا و دارو بوده و نیاز است به‌صورت مستقل و جزو ارکان وزارتخانه دیده شود؛ بنابراین حوزه تجهیزات پزشکی و دارو باید از هم تفکیک شوند.»

به گزارش سپید، رضا مسائلی با بیان اینکه در سال گذشته میزان صادرات تجهیزات پزشکی از ۲۴ به ۲۴۰ میلیون دلار در سال جاری افزایش یافته است، افزود: «برای اینکه ۲۴ میلیون دلار تبدیل به ۲۴۰ میلیون دلار شود پشتوانه رسانه‌ای خیلی لازم و مهم است و ما در این راستا اهداف مهمی داریم که نیاز است رسانه‌ها با انگاره سازی مثبت در این زمینه ما را یاری کنند.»

تولید ۲۸۰ هزار قلم تجهیزات در داخل

وی عدم دسترسی به منابع اطلاعاتی آنلاین، دقیق و قابل‌اتکا، مصوبات متعدد و متناقض مراجع تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری، عدم تعیین سیاست‌های کلان ارزی در سال ۹۸، بدهی مراکز درمانی به تأمین‌کنندگان تجهیزات پزشکی، افزایش قابل‌توجه قیمت تجهیزات پزشکی و عدم سنخیت ساختار سازمانی با مسئولیت‌های محوله در ستاد و دانشگاه‌ها را از مهم‌ترین چالش‌های پیش روی حوزه تجهیزات پزشکی دانست.

مسائلی با بیان اینکه از ۵۰۰ هزار نوع محصول تجهیزات پزشکی در دنیا ۲۸۰ هزار قلم آن در کشورمان تولید داخلی شده و به ثبت رسیده است، گفت: «ثبت ۲۸۰ هزار قلم در ایران نشانه تنوع و گستردگی حوزه تجهیزات پزشکی است.» وی با یادآوری اینکه بر اساس قانون وظیفه نظارت و مجوز ورود، ساخت و تولید تجهیزات پزشکی با وزارت بهداشت است، افزود: «اندازه بازار تجهیزات پزشکی ایران اعم از تولید و واردات کمتر از یک درصد بازار دنیا است و اگر قرار باشد از تولیدکنندگان حمایت کنیم باید آنها در فضای رقابتی قرار گرفته و به صادرات توجه داشته باشند.» مسائلی اجباری کردن CE (استانداردهای بین‌المللی تجهیزات پزشکی) را از اقدامات بسیار مهم حوزه خود دانست و گفت: «در سال ۹۷ انقلابی در نظام تنظیم تجهیزات پزشکی رخ داد به‌گونه‌ای که نظام کنترل کیفی ما مبتنی بر اتحادیه اروپا بوده و مقرراتی که تولیدکننده باید در اتحادیه اروپا رعایت کند و نشان CE دریافت می‌کند را باید در ایران نیز رعایت کند و این مهم برای همکاری دو طرف ایرانی و کشورهای اروپایی بسیار ارزشمند است و ما زیرساخت‌های قابل‌اتکای آن را از لحاظ علمی و فنی فراهم کرده‌ایم.» وی ادامه داد: «یکی از مشکلات این حوزه این است که استانداردهای ما مبتنی بر استانداردهای جهانی نیست، اما ما برای رفع این مشکل CE را اجباری کردیم و به دنبال آن فشار بسیار زیادی به تولیدکننده وارد شد اما نتیجه‌بخش بود و تولیدکنندگان به مرحله صادرات تولیدات خود به دیگر کشورها رسیده‌اند.» مسائلی یادآور شد: «برای کاهش این فشارها پیگیری‌هایی را از طریق معاونت علمی ریاست جمهوری و صندوق‌های سرمایه‌گذاری در حوزه صنعت داشتیم و نسبت به ارائه وام کم‌بهره و بلاعوض به تولیدکنندگان اقدام و درواقع زیرساخت ایجاد CE را تقویت کردیم.» مدیرکل امور تجهیزات و ملزومات پزشکی افزود: «اجباری کردن CE در شرایط فعلی و با توجه به تحریم‌ها بسیار مشکل بود، اما بر این باور هستیم که باید به پیشرفت کشور کمک کرد و نباید اجازه داد در فعالیت‌های کشور خللی ایجاد شود؛ البته آمار و اطلاعات موجود هم بیانگر این است که تولیدکنندگان در این چارچوب حرکت کرده‌اند. ضمناً اگر شرکتی تاکنون نسبت به دریافت CE اقدام نکرده آن را تعطیل نکردیم بلکه از آنها تعهد گرفته‌ایم تا در مدت معینی نسبت به اخذ این استاندارد اقدام کنند.»

مسائلی با یادآوری افزایش مشاوران تولید در سال جاری، گفت: «افرادی را تعیین و شرکت‌هایی را تعریف کردیم و وظیفه این شرکت‌ها ارائه مشاوره به تولیدکنندگان است که به آنها در زمینه خط تولید و نحوه سرمایه‌گذاری در این زمینه مشاوره و راهنمایی‌های مناسب را برای دریافت (ISO) ارائه می‌کنند.»

رشد ۹ درصدی بازار تجهیزات

مدیرکل امور تجهیزات و ملزومات پزشکی وزارت بهداشت نرخ رشد بازار تجهیزات پزشکی را ۹.۱ درصد دانست و گفت: «این رشد بیانگر وجود ظرفیت‌های بالا و نیروهای متخصص و جوان در کشور است؛ ۳۰ درصد تجهیزات پزشکی تولید داخل است و این امر حکایت از جذابیت این صنعت برای سرمایه‌گذاران دارد.» وی با انتقاد از اینکه همیشه پس از کلمه تجهیزات پزشکی عناوینی مانند قاچاق، تقلبی، بی‌کیفیت، رانت و سوءاستفاده و تاریخ مصرف گذشته انگاره سازی شده و مخاطب به دنبال شنیدن چنین کلماتی است، گفت: «درحالی‌که این حوزه نیاز بسیار زیادی به انگاره سازی مثبت دارد و پس از کلمه تجهیزات باید عناوینی مانند فناوری، مهندسی جوان، نخبگان، توانمندی و صادرات انگاره سازی شود و نقش رسانه در این رابطه بسیار تأثیرگذار است.»

مسائلی با تأکید بر اینکه تولیدات تجهیزات پزشکی در مقایسه با ۱۰ سال گذشته غیرقابل مقایسه است، تصریح کرد: «در اصفهان دستگاه شتاب‌دهنده خطی درمان داریم که این دستگاه تنها در کشورهایی مانند آمریکا، سوئد و چین ساخته و تولید می‌شود. قبل از انقلاب تنها یک کارخانه تجهیزات پزشکی داشتیم اما در حال حاضر تولید تجهیزات پزشکی با رشد فراوانی در حال پیشرفت بوده و هزاران تولیدکننده داخلی، شرکت‌های دانش‌بنیان و متخصصان جوان و دانشمند کشورمان در این بخش فعال هستند.»

فعالیت بیش از ۱۰۰۰ شرکت تولیدی

مسائلی با یادآوری فعالیت بیش از ۱۰۰۰ شرکت تولید تجهیزات پزشکی در کشور، گفت: «این در حالی است که تنها ۹۴ شرکت تولیدکننده دارو در کشور داریم. شرکت‌های تجهیزات پزشکی صد در صد خصوصی هستند و ارتباطات آنها بسیار شکننده بوده و برای تأمین منابع، تلاش زیادی می‌کنند و درواقع فضای فعالیت در حوزه تجهیزات نسبت به دارو بسیار شفاف‌تر است.»

مدیرکل امور تجهیزات و ملزومات پزشکی وزارت بهداشت با بیان اینکه حوزه تجهیزات پزشکی باید به‌صورت مستقل دیده شود، گفت: «ساختار ما هنوز زیرمجموعه غذا و دارو بوده و نیاز است به‌صورت مستقل و جزو ارکان وزارتخانه دیده شود که برای تحقق این مهم رسانه‌ها و نمایندگان مجلس می‌توانند بسیار تأثیرگذار باشند؛ بنابراین حوزه تجهیزات پزشکی و دارو باید از هم تفکیک شوند. دارو صنعت مهمی است و جایگاه خود را دارد اما ظرفیت‌ها و زیرساخت‌های حوزه تجهیزات پزشکی نیز باید به‌درستی معرفی شود.»■

رئیس سازمان غذا و دارو خبر داد

رونمایی از ۴۰ داروی جدید در دهه فجر

رئیس سازمان غذا و دارو از کمبود ۲۱ قلم دارو در کشور خبر داد و گفت: «در زمینه داروی بیماران خاص و عمومی در دهه فجر ۴۰ داروی جدید به بهره‌برداری می‌رسد.»

به گزارش سپید به نقل از ایدانا، مهدی پیرصالحی در مورد داروهای جدید بیماران گفت: «در زمینه‌های مختلف دارویی اعم از داروی بیماران خاص و عمومی در دهه فجر، ۴۰ داروی جدید به بهره‌برداری می‌رسد.»

وی ادامه داد: «همچنین در بحث مواد اولیه نیز اقداماتی در دست انجام است به‌طوری‌که در بخش‌های مختلف دارویی، با این اقدام سعی خواهیم کرد در بحث داروهای خارجی که در بازار بوده، کاهش قیمتی محسوسی ایجاد شود.»

رئیس سازمان غذا و دارو تأکید کرد: «در داروهای عمومی تا ۳۰ درصد و داروهای بیماران خاص حداقل ۴۰ درصد کاهش قیمت خواهیم داشت که البته در برخی موارد، این کاهش قیمت به ۶۰ درصد نیز می‌رسد.»

پیرصالحی درباره کمبودهای دارویی اظهار داشت: «قطعاً تحریم‌ها مشکلاتی ایجاد می‌کند به‌طوری‌که در حال حاضر با کمبود ۲۱ قلم دارو مواجه هستیم اما تمام دست‌اندرکاران صنعت دارویی کشور تلاش می‌کنند تا کمترین اختلاف ایجاد شود.»

وی با اشاره به اینکه تمام تلاشمان را می‌کنیم تا کمترین کمبود دارویی را در کشور داشته باشیم، گفت: «سعی می‌کنیم تا هم دارو باشد و هم با قیمت مناسب عرضه شود اما در برخی شرایط ترجیح می‌دهیم مقداری قیمت را اصلاح کنیم تا بتوانیم آن دارو را در بازار عرضه کنیم. در چنین شرایطی شاید کمی قیمت‌ها تغییر کند اما قطعاً به قیمت خارجی نخواهیم رسید.»■

اولتیماتوم مدیرکل داروی سازمان غذا و دارو به شرکت‌های دارویی

توقف تولید مواد اولیه باید از ۳ ماه قبل اعلام شود

مدیرکل امور دارو و مواد تحت کنترل سازمان غذا و دارو در واکنش به گزارش‌هایی مبنی بر توقف تولید برخی از مواد اولیه دارویی از سوی برخی شرکت‌ها از کلیه شرکت‌های تولیدکننده مواد اولیه دارویی و ملزومات بسته‌بندی خواست که در صورت تصمیم به عدم تولید هر یک از مواد اولیه در شرکت مربوطه، موضوع طی نامه رسمی از ۳ ماه قبل به این اداره کل اعلام و از بروز هرگونه کمبود دارویی جلوگیری شود.

به گزارش سپید، در اطلاعیه مدیرکل امور دارو و مواد تحت کنترل سازمان غذا و دارو به مدیران شرکت‌های تولیدکننده مواد اولیه دارویی و ملزومات بسته‌بندی که در اختیار ایسنا قرار گرفت، آمده است: «با توجه به بررسی‌های به‌عمل‌آمده و گزارش‌های واصله، اخیراً برخی از شرکت‌های تولیدکننده مواد اولیه دارویی بدون هیچ‌گونه اطلاع‌رسانی قبلی، تولید برخی از مواد اولیه خود را متوقف نموده که این امر در شرایط فعلی منجر به کمبودهای شدید در بازار دارویی کشور و عدم امکان تأمین به‌موقع دارو می‌گردد. لذا بدین‌وسیله اعلام می‌دارد در صورت تصمیم به عدم تولید هر یک از مواد اولیه آن شرکت، مقتضی است موضوع طی نامه رسمی از ۳ ماه قبل به این اداره کل اعلام تا امکان تأمین به‌موقع آن توسط شرکت‌های داروسازی فراهم گردد.

بدیهی است در صورت عدم اطلاع‌رسانی به‌موقع، عواقب ناشی از کمبود دارو در کشور بر عهده آن شرکت بوده و همچنین نام ماده اولیه مورد نظر از کتاب مقررات صادرات و واردات حذف خواهد شد.■

اخبار

درخواست عضو اتاق بازرگانی تهران از سازمان غذا و دارو

شرکت استفاده‌کننده از ذرت حیوانی را معرفی کنید

یک عضو اتاق بازرگانی تهران خواستار معرفی شرکت تولیدکننده اسنک پف‌کرده با استفاده از ذرت دامی شد.

به گزارش سپید به نقل از ایسنا، علی شریعتی با اشاره به لزوم اطلاع‌رسانی شفاف درباره اینگونه تخلفات در راستای جلوگیری از آسیب به سایر تولیدکنندگان، اظهار کرد: «سال گذشته نیز انتشار اخباری مبنی بر استفاده از روغن پالم در لبنیات باعث حذف ماست از سفره‌های مردم شد، درحالی‌که این شرایط باعث آسیب به سایر تولیدکنندگان و کارگران می‌شود و نتیجه آن تنها ضربه به صنعت است.»

وی با اشاره به اینکه طبق گفته سازمان غذا و دارو قرار بود تا پانزدهم دی‌ماه اسامی کارخانه‌های متخلف در تولید اسنک پف‌کرده حیوانی اعلام شود، گفت: «اکنون ۱۰ روز از موعد مقرر گذشته اما این اسامی هنوز منتشر نشده؛ این درحالی‌که است که اطلاع‌رسانی شفاف درباره نام، روند برخورد با کارخانه‌های متخلف و بازگشایی مجدد زیر نظر مسئولان ذی‌ربط؛ می‌تواند از بروز مشکلات بعدی برای واحدهای تولیدی دیگر جلوگیری کند.»

شریعتی خاطرنشان کرد: «مسئولیت تخلف صورت گرفته در واحدهای تولیدی بر عهده کارفرما، مسئول فنی یا کسی است که امرکننده خرید ذرت دامی به‌جای ذرت انسانی به‌عنوان ماده اولیه تولید اسنک پف‌کرده، بوده است.»

این عضو اتاق بازرگانی تهران با بیان اینکه این تخلف جنبه بهداشتی و جنبه اقتصادی دارد، اظهار کرد: «تولید اسنک پف‌کرده با استفاده از ذرت دامی یکی از معلول‌های سیاست غلط ارزی است، چراکه برای واردات نهاده‌های دامی ارز دولتی اختصاص داده شده و استفاده از آن بسیار ارزان‌تر تمام می‌شود.»■

مدیرکل امور فرآورده‌های آرایشی سازمان غذا و دارو عنوان کرد

برنامه حمایتی ویژه از فرآورده‌های تولید داخل

مدیرکل امور فرآورده‌های آرایشی و بهداشتی سازمان غذا و دارو از برنامه ویژه این اداره کل به‌منظور حمایت از تولید داخل و مقابله با کالای قاچاق خبر داد.

به گزارش سپید، عبدالعظیم بهفر با اشاره به برنامه اداره فراورده‌های آرایشی و بهداشتی برای حمایت از کالای ایرانی و تولید ملی، اظهار کرد: «این برنامه به‌منظور صیانت از سلامت مردم؛ با همکاری معاونت‌های غذا و داروی سراسر کشور، ستاد مبارزه با قاچاق کالا و ارز و با هدف مقابله با عرضه و فروش کالاهای قاچاق در سطح بازار اجرا می‌شود.»

وی افزود: «این برنامه و برنامه‌های آموزشی و فرهنگی، مضرات و خطرات خرید و استفاده از کالاهای قاچاق و تقلبی را یادآور می‌شود تا مردم ضمن آگاهی از مخاطرات آن، به کاهش حجم تقاضای قاچاق منجر شود.»

بنابر اعلام روابط عمومی سازمان غذا و دارو، بهفر با تأکید بر اینکه کاهش قاچاق کالاهای آرایشی و بهداشتی بدون مشارکت عمومی مردم امکان‌پذیر نیست، عنوان کرد: «در حال برنامه‌ریزی‌های گسترده‌ای برای جذب حداکثری مشارکت مردم در این راستا هستیم.»

مدیرکل امور فرآورده‌های آرایشی و بهداشتی اضافه کرد: «علاوه بر جلب همکاری عموم مردم در این برنامه ویژه، در نظر داریم تا از ظرفیت‌های مناسب انجمن‌های صنفی تولید و واردات نیز بهره‌مند شویم. عقیده داریم قاچاق کالاهای آرایشی علاوه بر آسیب رساندن به تولید ملی و لطمه زدن به اقتصاد واردکنندگان قانونی، تهدیدی برای سلامت مردم محسوب می‌شود.»

وی خاطرنشان کرد: «مردم باید بدانند برای جلوگیری از خطرات و آسیب‌های احتمالی کالاهای قاچاق و تقلبی این محصولات را تنها از داروخانه و فروشگاه‌های معتبر خریداری و اصالت کالای خریداری‌شده را از سامانه TTAC استعلام کنند.»■

اخبار

ظرفیت آزمون پذیرش دستیار فلوشیپ پزشکی اعلام شد

تعداد ۴۲۱ نفر در آزمون پذیرش دستیار دوره های تکمیلی تخصصی (فلوشیپ) پزشکی پذیرفته می‌شوند.
به گزارش سپید، فرایند ثبت نام در این آزمون، روزهای ۶ تا ۱۸ بهمن ماه ۹۷ در سامانه مرکز سنجش آموزش پزشکی به نشانی اینترنتی www.sanjeshp.ir آغاز می‌شود.
داوطلبان می‌توانند با توجه به رشته تخصصی پیش‌نیاز و در نظر گرفتن وضعیت شرکت در آزمون نسبت به انتخاب یک رشته و دانشگاه اقدام کنند.
بنابر اعلام مرکز سنجش آموزش پزشکی، این آزمون اردیبهشت ماه ۹۸ برگزار می‌شود.■

مدیرکل دفتر توانمندسازی پرستاری وزارت بهداشت خبر داد

تعرفه‌گذاری خدمات پرستاری روی میز کمیسیون تلفیق

مدیرکل دفتر توانمندسازی پرستاری وزارت بهداشت با اشاره به اجرای تعرفه‌های پرستاری در منزل به صورت آزمایشی در دو استان گفت: «تعرفه‌گذاری خدمات پرستاری بیمارستانی منوط به تصمیم کمیسیون تلفیق مجلس برای تأمین اعتبار است.»
به گزارش سپید، احمد نجاتیان مدیرکل دفتر توانمندسازی پرستاری وزارت‌بهداشت‌درگفت‌وگوبافارس،اظهارداشت:«درحوزه‌تعرفه‌های پرستاری در منزل مشکل تا حدود زیادی حل شده و تعرفه‌ها تدوین و به تصویب دولت رسید که ا کنون در حال اجرای پایلوت آن برای پوشش بیمه‌ای هستیم.»وی افزود:«در حال حاضر این مساله در همدان و کرمان با حمایت بیمه سلامت آغاز شده و برای تهران بیمه تامین اجتماعی ورود می‌یابد و امیدواریم بزودی این مساله به صورت کامل محقق شود.» مدیرکل دفتر توانمندسازی پرستاری وزارت بهداشت ادامه داد: «در زمینه تعرفه پرستاری در بیمارستان وزارت بهداشت با همکاری سازمان نظام پرستاری بسته خدمتی را تدوین و استاندارد خدمت در این زمینه تهیه شده است و به شورای عالی بیمه ارائه آن صورت گرفت.» نجاتیان با اشاره به اینکه پیشنهاد نظام پرستاری دو هزار میلیارد تومان برای بودجه اجرای تعرفه پرستاری در بیمارستان است، گفت: «ما این موضوع را با سازمان برنامه و بودجه پیش‌بینی کردیم ولی متاسفانه در بودجه سال ۹۸ به دلیل مشکلات مالی کشور این مساله دیده نشد ولی مجلس قول داد که در کمیسیون تلفیق این موضوع را در نظر گیرد و امیدواریم مشکل در این زمینه برطرف شود.» وی خاطرنشان کرد: «کمیسیون بهداشت طی جلساتی که با مسئولین حوزه پرستاری داشته قول مساعد داده که این مساله را در کمیسیون تلفیق پیگیری کند. البته مساله تامین بودجه استخدام پرستاران نیز در این کمیسیون مدنظر است.»
وی با تاکید بر اینکه زمینه اجرای این مساله باید فراهم شود باید گفت: «بسته خدمتی در نظر گرفته شده و پیشنهاد تعرفه نیز صورت گرفته که کمیسیون تلفیق در حال بررسی جزئیات است و اگر این موضوع محقق شود در بودجه سال ۹۸ اعتبار لازم به بیمه‌ها ارائه خواهد شد تا تعرفه‌ها را در حوزه پرستاری پرداخت کنند.»■

خلأهای قانونی مشکل درمان ناباروری کشور

نائب رئیس هیأت مدیره انجمن ناباروری ایران با اشاره به تشکیل مجمع عمومی و فوق‌العاده در مورد بررسی چالش‌های حقوقی و قانونی درمان ناباروری با حضور پزشکان متخصص گفت: «ورود وزارت بهداشت برای رفع این چالش‌ها ضرورت دارد.»
مهناز اشرفی، در ارتباط با مشکلات درمان ناباروی اظهار داشت: «علی‌رغم تلاش‌های صورت گرفته درامر درمان ناباروری در کشور طی ۲۰ سال گذشته پزشکان با مسائل و مشکلات فراوانی مواجه بوده‌اند.»
وی با اشاره به خلاءهای قانونی فراوان در امر درمان ناباروری گفت: «به دلیل این مشکل بسیاری از مراکز ناباروری مجبور می‌شوند که فعالیت خود را و به سختی در امر ناباروری در موضوعات اهدای تخمک، جنین و رحم اجاره ای انجام دهند.»
نایب رئیس هیأت مدیره انجمن ناباروری ایران بیان داشت: «این مشکلات بارها به وزارت بهداشت و مسئولین اعلام شده و تلاش صورت گرفته تا خلأهای موجود از پیش راه برداشته شوند.»
اشرفی گفت: «بر همین اساس و به دلیل مشکلات قانونی موجود قرار بر این شد تا انجمن ناباروری ایران جلسه مجمع عمومی و فوق العاده را تشکیل دهد و پیرو این مسئله از دبیر انجمن کمیسیون‌ها دعوت به عمل آمد و تشکیل مجمع نیز دو بار در روزنامه های کثیرالانتشار اعلام شد.» وی با اشاره به اینکه دبیر کمیسیون انجمن‌ها نماینده‌ای از وزارت بهداشت است، گفت: «متاسفانه علی رغم اعلام قبلی دبیر کمیسیون انجمن‌ها در جلسه‌ای که امروز در تهران برگزار شد شرکت نکرد و این در حالی است که ۹۰ متخصص از نقاط دور و نزدیک کشور جهت شرکت در این جلسه حضور یافته بودند.»
اشرفی ضمن انتقاد به عدم حضور نماینده وزارت بهداشت در این مجمع و گفت: «ورود وزارت بهداشت به این حوزه امری ضروری است.»■

سرپرست و رئیس شورای عالی نظام پزشکی:

مراکز پزشکی سوپرمارکت نیستند

رئیس شورای عالی نظام پزشکی گفت: «مصوبه مجلس مبنی بر الزام نصب صندوق فروشگاهی در مراکز پزشکی با نصب کارتخوان فرق دارد. چنین مصوبه‌ای نادرست است زیرا کار طبابت با کار یک سوپرمارکت فرق می‌کند و نظام پزشکی با این مصوبه مخالف است.»
به گزارش سپید، محمدرضا ظفرقندی در گفت‌وگو با ایرنا افزود: «طرحی که در کمیسیون تلفیق مجلس شورای اسلامی تصویب و ارائه شده است، الزام به نصب صندوق فروشگاهی است نه کارتخوان. چون اکنون کارتخوان در اکثر مطب‌های پزشکان وجود دارد، اما در متن ذکر شده الزامی برای وجود و استفاده از صندوق فروشگاهی است یعنی صندوق اخذ پول به صورت مکانیزه باشد بعد هم ارائه فاکتور و رسید فراهم شود که این دو با هم متفاوت است.»
وی معتقد است:«وظایف و اختیارات سازمان نظام پزشکی در قانون تشکیل این سازمان برشمرده شده و قانونگذار عملا اختیاری برای ایجاد الزامات و نیز امکان دستور و نظارت برای صاحبان حرف پزشکی و وابسته در این مقوله و در مطب‌ها قائل نشده است. حتی قوانین جاری کشور به ویژه ماده ۲۷۴ اصلاحی قانون مالیات‌های مستقیم در مقام اشاره به جرایم مالیاتی استفاده از دستگاه کارتخوان توسط مشمولان و مودیان را الزام و اجبار و خودداری از آن را بزه قلمداد نکرده است. بنابراین ابلاغ این امر به عنوان دستور یا تکلیف از طرف سازمان نظام پزشکی محل ایراد است.»

رفتار با جامعه پزشکی مانند سوپرمارکت‌ها نباشد

وی تصریح کرد: «اعتقاد داریم اساسا کار طبابت و خدمات پزشکی از نوع فروش نیست که بخواهد ارزیابی آن از طریق صندوق فروشگاهی صورت گیرد، این سوء برداشت اشتباه است و این موضوع برای تمام مطب ها و تمام خدمات پزشکی مشکل ساز است چون مقوله پزشکی یک مقوله خدمتی و درمانی است و فروش نیست که مانند سوپرمارکت با آن رفتار شود و دچار مشکل و تنش در جامعه پزشکی خواهد شد.»
ظفرقندی ادامه داد: «در این موضوع دیدگاه سازمان نظام پزشکی این است که تمرکز این بحث و الزام آن برای جامعه پزشکی نشان از یک دیدگاه نامناسب و غیرمنطقی به صنف پزشکی است. بحث این است که اگر الزامی در مجلس برای همه اقشار ایجاد شود یک موضوع است، اما اگر جامعه پزشکی را مدنظر داشته باشد یک دیدگاه ناصحیحی است و نظام پزشکی با این موضوع مخالف است.»

پرداخت مالیات پزشکان شفاف است

سرپرست سازمان نظام پزشکی در پاسخ به این سوال که آیا این موضوع صحت دارد که نصب کارتخوان در مطب‌ها برای جلوگیری از فرار مالیاتی است، اظهار داشت: «اکثریت جامعه پزشکی در حوزه بیمارستانی و مطب‌ها مالیات را از تمام صنوف بهتر و شفاف‌تر پرداخت می‌کنند.»
وی اضافه کرد: «یکی از صنوفی که به اعتراف سازمان امور مالیاتی کشور همیشه مالیات را به موقع پرداخت کرده‌اند، صنف پزشکان هستند. اینکه گفته می‌شود پزشکان مالیات خودشان را پرداخت نمی‌کنند، صحیح نیست.»
ظفرقندی اظهار داشت: «با توجه به اینکه دسترسی به حساب‌های بانکی مشمولان مالیاتی در رسیدگی بر درآمد و تعیین مالیات برای وزارت اقتصاد و دارایی وجود دارد، عدم استفاده از کارتخوان آن هم در شرایطی که وجوه در گردش بسیاری از پزشکان و سایر اعضای سازمان در اقصی نقاط کشور بسیار کم است نمی‌تواند نشانه متقضی بر انتساب فرار مالیاتی به پزشکان باشد.»
سرپرست سازمان نظام پزشکی ادامه داد: «تاکنون هیچ‌گونه مطالعه یا بررسی آماری دقیق در خصوص تعداد موسسات پزشکی یا پزشکانی که از دستگاه کارتخوان استفاده نمی‌کنند صورت نگرفته است. به نظر می‌رسد چنانچه این عده در اقلیت باشند محلی برای مناقشه در این خصوص نخواهد بود، به ویژه که اشتغال همزمان در چند مطب یا مراکز پزشکی یا ارائه خدمات به صورت شیفتی در مراکز درمانی و سایر موارد نیز باید مورد توجه دقیق قرار گیرد.»

۵ درصد رشد تعرفه‌های پزشکی اما ۲۰ درصد نرخ تورم

ظفرقندی ادامه داد: «تعرفه حوزه پزشکی در دو سال گذشته فقط حدود ۵ درصد رشد داشته است در حالی که نرخ تورم طبق اعلام رسمی وزارت اقتصاد بیش از ۲۰ درصد رشد دارد، دستمزدها و هزینه‌ها باید بسیار بالاتر باشد بنابراین در چنین شرایطی افزایش بی‌رویه مالیات می‌تواند بسیاری از مطب‌ها و دستگاه‌های خدمات‌رسان پزشکی و بیمارستانی را دچار مشکلات و ورشکستگی کند.»
وی خاطرنشان کرد: «اگر چه درآمدهای خدمات پزشکی اکثرا باید از طریق بیمه‌ها تامین شود، چه بیمه تامین اجتماعی چه بیمه سلامت، در صورتی که پرداخت بیمه‌ها به بیمارستان‌ها و مطب‌ها مدت‌ها است به تعویق افتاده است. در مورد برخی بیمه‌ها پرداخت‌ها مربوط به سال ۹۶ است.»
رئیس شورای عالی نظام پزشکی گفت: «درباره مالیات بحثی مطرح می‌شود که مالیات حقوق و مطالباتی را که هنوز دریافت نکرده‌اید پرداخت کنید، چون هنوز بسیاری از مراکز درمانی و بیمارستانی، مطالبات خود را از بیمه‌ها از سال ۹۶ و حتی ۹۷ دریافت نکرده اند، اما مالیات آن گرفته شده است.»
به گفته وی، الزامی وجود دارد که مالیات بایستی پرداخت شود؛ اینها نکاتی است که ظلم مضاعفی به جامعه پزشکی وارد می‌کند وقتی اقتصاد سلامت آسیب ببیند، مطالبات بیمارستان‌ها پرداخت نشود کاهش کیفیت خدمات را مشاهده خواهیم کرد و به مردم و جامعه پزشکی آسیب وارد می‌شود.»■

واکنش نظام پزشکی به دو مصوبه مالیاتی پزشکان

نایب‌رییس اول شورای‌عالی نظام پزشکی با اشاره به دو مصوبه اخیر کمیسیون تلفیق مجلس شورای اسلامی درباره الزام پزشکان به نصب پایانه‌های فروشگاهی و کسر ۱۰ درصد از حق‌الزحمه آنها از سوی مراکز درمانی به عنوان مالیات، گفت:«معتقدیم که جامعه پزشکی قطعا باید مالیات پرداخت کند، اما باید شرایط پرداخت مالیات عادلانه باشد.»
به گزارش سپید، عزت‌الله گل‌علی‌زاده در گفت‌وگو با ایسنا، با اشاره به دو مصوبه کمیسیون تلفیق مجلس شورای‌اسلامی درباره مالیات پزشکان، گفت: «متاسفانه نگاهی که در حال حاضر به ویژه در بین برخی مسئولین و نمایندگان مجلس، وجود دارد به نوعی جو ضد پزشک را ایجاد کرده است؛ در حالی‌که این تصویر از پزشکان درست نیست. باید پرسید که در این مملکت چند نفر از پزشکان فرار مالیاتی دارند؟ در سایر مشاغل فرار مالیاتی چقدر است؟. بنابراین تصویر برخی‌ها از جامعه پزشکی تصویری غلط بوده و به‌تبع آن برخوردشان هم اشتباه است.»
وی تاکید کرد: «دوستان بیایند و به صورت شفاف بگویند که چند درصد از پزشکان فرار مالیاتی دارند و وضعیت سایر اصناف چگونه است؟ طبق اطلاعات، قاطعانه می‌گویم که همکاران ما جزو منظم‌ترین و منضبط‌ترین گروه‌ها در زمینه پرداخت مالیات هستند. در سنوات گذشته توافق‌نامه‌هایی برای پرداخت مالیات پزشکان ایجاد می‌شد و همکاران ما بر اساس آن توافق‌نامه‌ها مالیات‌شان را می‌پرداختند.»
گل‌علی‌زاده با بیان اینکه به هر حال قطعا اقلیتی هم در جامعه پزشکی هستند که رانت اطلاعاتی و سیاسی داشته و یا بر اساس روابطی که با ممیزی‌های ادارات مالیاتی برقرار می‌کنند، قوانین را دور می‌زنند، گفت: «حال نباید رفتار درصد اقلیتی در جامعه پزشکی را به پای اکثریت همکاران ما نوشت. باید توجه کرد که سازمان نظام پزشکی دارای ۲۲۰ هزار عضو است که از این تعداد ۱۲۰ هزار نفر گروه پزشکی هستند و بقیه در سایر گروه‌ها قرار دارند. حال بسیاری از همکاران ما در گروه پزشکی بیکار هستند، بسیاری از آنها هم در سیستم دولتی کار می‌کنند و مالیات‌شان به طور مرتب از حقوق و کارانه‌هایشان کسر می‌شود. از طرفی برخی همکاران‌مان طرف‌قرارداد با بیمه‌ها بوده و مالیات‌شان کسر می‌شود.»
وی با بیان اینکه از طرفی همکاران ما ماه‌هاست که از بیمه‌ها طلبکارند، ادامه داد: «حال جالب این است که در حساب‌های مالیاتی این طلب‌ها به عنوان درآمد پزشکان لحاظ می‌شود. یعنی مالیات را بر اساس درآمدی که هنوز محقق نشده، محاسبه می‌کنند.»نایب‌رییس اول شورای‌عالی نظام پزشکی درباره مصوبه کمیسیون تلفیق مجلس شورای اسلامی مبنی بر الزام پزشکان به نصب سامانه‌های فروشگاهی در سال آینده، گفت: «اولا هر چه که بتواند ارائه خدمت به مردم را در هر حوزه‌ای تسهیل کند، مناسب است و باید نگاه‌مان به سمت مردم باشد؛ حال می‌خواهد این تسهیلات در زمینه نصب سامانه فروشگاهی باشد یا در حوزه صدور مجوز. شما دقت کنید که اگر کسی مجوز بخواهد، چه بلایی در سیستم بروکراسی اداری بر سرش می‌آید. باید توجه کرد که تبصره دو ماده ۱۶۹ قانون مالیاتی مستقیم درباره این موضوع اشاره کرده است که سازمان امور مالیاتی موظف است که به تدریج و بر اساس اولویت اشخاص مشمول حکم این تبصره را تعیین و اعلام کند.»
گل‌علی‌زاده تاکید کرد: «باید توجه کرد که پزشک معامله انجام نمی‌دهد و رابطه خرید و فروشی با بیمار ندارد، بلکه به بیمار خدمت ارائه می‌دهد. بنابراین اگر قرار است اولویتی هم باشد، این اولویت باید در سایر مشاغل انجام و زیرساخت‌های آن فراهم شود و بعد سراغ گروه پزشکی بیایند. البته ما تابع قانون نظام صنفی نیستیم، بلکه نظام پزشکی قانون مستقلی دارد.»وی همچنین درباره مصوبه دیگر کمیسیون تلفیق مبنی بر کسر ۱۰ درصد از حق‌الزحمه پزشکان از سوی مراکز درمانی و واریز مستقیم آن به حساب سازمان امور مالیاتی، گفت: «باید پرسید این ۱۰ درصد از کجا آمده است؟ احتمالا از تبصره یک ماده ۸۶ قانون مالیات مستقیم چنین برداشتی شده است. در این قانون اعلام شده اگر مرکز درمانی با پزشکی طرف قرارداد است، به غیر از حقوق پزشک، می‌تواند مستقیما ۱۰ درصد از دریافتی‌اش کم و به حساب سازمان امور مالیاتی واریز کند، اما باید پرسید در اینجا تکلیف کسانی که مشمول معافیت مالیاتی هستند چه می‌شود؟. به هر حال ممکن است پزشکی رابطه قراردادی با هیچ مرکزی نداشته باشد و به صورت موردی هفته‌ای یک روز در یک بیمارستان یا مرکز درمانی کار کند و مشمول معافیت مالیاتی باشد، حال بیمارستان از کجا باید بفهمد که این مشمول معافیت مالیاتی هست یا خیر؟»
گل‌علی‌زاده همچنین اظهار کرد: «بنابراین باید یک قانون مالیاتی مشخص وضع شود و بر اساس آن مالیات را کسر کنند. قبلا سیستم مالیات پلکانی را هم داشتیم و اگر این کسر ۱۰ درصدی هم اعمال شود، به نوعی مالیات مضاعف برای پزشکان اطلاق خواهد شد. البته ما معتقدیم که جامعه پزشکی قطعا باید مالیات پرداخت کند، اما باید شرایط پرداخت مالیات عادلانه باشد.»وی با تاکید بر اینکه اگر درصد قلیلی از پزشکان فرار مالیاتی دارند، نباید به پای همه نوشته شود، افزود: «در عین حال این درصد قلیل باز هم می‌توانند قانون را دور بزنند. این فرار مالیاتی در اصناف و مشاغل دیگر به مراتب بیشتر است و دلیلش عدم شفافیت سیستم اطلاعاتی است. متاسفانه برخی افراد بر اساس ارتباطی که با ممیزین سازمان امور مالیاتی برقرار می‌کنند، راحت قوانین را دور می‌زنند.»
گل‌علی‌زاده همچنین گفت: «همکاران ما تاکنون نشان دادند جزو منظم‌ترین پرداخت‌کنندگان مالیات هستند. ما هم معتقدیم که مالیات باید به صوت عادلانه اخذ شود. از طرفی بسیاری از همکاران ما در مراکز درمانی به صورت موردی کار می‌کنند. این همکاران از حقوق اولیه قانون کار هم محرومند و نه قراردادی دارند و نه حق بیمه‌ای از آنها کسر می‌شود. همکاران متخصصی هستند که یکسال کار کرده‌اند، اما حقوق ماهیانه خود را دریافت نکرده‌اند و منتظرند تا بعد از یکسال کارانه‌شان را دریافت کنند. حال بر اساس همان کارانه هم مالیات کسر می‌شود و این ظلم مضاعفی برای کسانی است که با شرافت کار می‌کنند. البته آنچه که در کمیسیون تلفیق مجلس مطرح شده، به صورت پیشنهاد است و بعد از بررسی در کمیسیون‌های تخصصی، نهایتا باید در صحن مجلس به رای گذاشته شود.»■

دکتر رابرت فرنام، دارای بورد تخصصی اعصاب و روان درباره اعتیادهای اینترنتی می گوید

با اعتیاد به فضای مجازی چه کنیم؟

مرجان یشایایی

دنیای مجازی به کشورمان وارد شد، بی‌آنکه سازوکارهای درست استفاده از آن را بدانیم. عین همان اتفاقی که درباره اتومبیل و رانندگی افتاده است. اتومبیل‌های آخرین مدل را بدون داشتن فرهنگ رانندگی می‌رانیم. با دکتر رابرت فرنام، دارای بورد تخصصی اعصاب و روان و عضو کارگروه اعتیاد رفتاری مرکز ملی مطالعات ایران در این مورد گفت‌وگو کرده‌ایم.

اولین عارضه اعتیاد به بازی افت عملکرد است؛ افت تحصیلی چشمگیر و بروز بیشتر برخی اختلالات مانند افسردگی و اضطراب

آیا هر عادتی اعتیاد است؟

سلامت: تفاوت فردی که به بازی‌های رایانه‌ای اعتیاد دارد با فردی که ما او را معتاد نمی‌دانیم، چیست؟

مهم‌ترین تفاوت این دو فرد اشتغال ذهنی است. فرد معتاد به بازی یا گیم وقتی هم که مشغول بازی نیست مدام به آن فکر می‌کند و این اشتغال ذهنی مدام غالب فعالیت‌های زندگی‌اش را به خود اختصاص می‌دهد، مثلا همان‌طور که راه می‌رود به آن فکر می‌کند که امشب چه گیمی بازی کنم یا مثلا اگر در بازی دیشب چنین کاری می‌کردم، نتیجه بهتر می‌شد. وجه تمایز بسیار واضحی بین اشتغال ذهنی مدام و عادت روزانه وجود دارد، مثلا عادت روزانه این است که مسواک می‌زنید و بعد تمام می‌شود و دنبال بقیه کارهای روزانه خود می‌روید و نگران مسواک دفعه بعد نیستید، اما اشتغال ذهنی یعنی اینکه وقتی به کار دیگری مشغولید، به آن موضوع خاص فکر می‌کنید.

مورد دیگر که اعتیاد به بازی‌های آنلاین را شبیه اعتیاد می‌کند، علائم ترک است. فردی که اعتیاد به گیم یا شبکه‌های اجتماعی دارد، با قطع این ارتباط چند روز بی‌قرار، عصبی و مضطرب است. حتی بعضی‌ها غمگین می‌شوند و احساس می‌کنند حالشان بد است. در اعتیاد به بازی‌های آنلاین این رفتارها خیلی شدیدتر است و حتی می‌تواند به شکل پرخاشگری بروز کند یا اینکه خواب شخص به هم بریزد یا در حد بالینی افسرده شود.

گزارش‌های زیادی داریم که بچه‌هایی که گیم را کنار گذاشته‌اند یا به زور از آنها گرفته شده، به پدر خود حمله کرده‌اند یا حتی مواردی داشتیم که برای تهیه منابع مالی برای ادامه بازی دچار قتل والدین شده یا دوستان خود را کتک زده‌اند. به نظر می‌آید این رفتار سیستم بیولوژیک افراد مستعد را دستکاری می‌کند و این دستکاری همان بلایی را بر سر شخص می‌آورد که مواد بر سر معتاد می‌آورد؛ دست فرد به هر دلیل به بازی نمی‌رسد و به همین دلیل پرخاشگر می‌شود.

رفتارها در اعتیاد به بازی بسیار شبیه اعتیاد است. در اعتیاد به بازی هم مادقیقا مانند اعتیاد به مواد پدیده تحمل را می‌بینیم؛ یعنی فرد در طول زمان برای لذت بردن میزان استفاده را افزایش می‌دهد و زمان بیشتری را صرف بازی می‌کند. پژوهشی که در ایران با کمک یک موسسه بین‌المللی خارجی انجام گرفت، نشان داد برای تعریف اعتیاد به بازی آنلاین یک خط برش ۴ تا ۶ ساعت را می‌توانیم قائل شویم؛ به این معنی که افرادی که روزانه بیش از ۴ تا ۶ ساعت بازی می‌کنند، وارد فاز اعتیادی شده‌اند. این افراد به عنوان یک معتاد جدی نیاز به درمان دارند. پدیده تحمل فقط به زمان بستگی ندارد. نوع بازی و شکل بازی هم می‌تواند پیچیده‌تر شود یا تغییر کند. پدیده دیگر مشابه با اعتیاد به مواد، شکست فرد در کنترل شخصی است. فردی می‌گوید، من از امروز قول می‌دهم سیگار نکشم، اما این قول را بارها می‌شکند یا مثلا از امروز حتما رژیم می‌گیرم، اما هفته بعد می‌گوید حالا یک بار پیتزا خوردن اشکال ندارد و به این ترتیب چرخه تصمیم شکسته می‌شود. همین موضوع را در بازی‌های آنلاین می‌بینیم که شخص برای کنترل ساعات بازی ناموفق است، مثلا می‌خواهد یک یا دو هفته جلوی خود را بگیرد، اما نمی‌تواند و این مساله ادامه پیدا می‌کند. شکست‌های متعدد در کنترل ساعات بازی یکی از معیارهای تشخیصی ماست.

توصیه‌ها

سلامت: چه باید کرد؟

تشخیص اعتیاد به بازی تنها برعهده متخصص است و برفرض تشخیص، اصولی وجود دارد که باید زیر نظر متخصص انجام گیرد که استفاده از دارو و شرکت در دوره‌های درمانی گروهی و انفرادی از آن جمله است. برخی افراد به واسطه شغلشان باید مدام در دنیای مجازی باشند. درباره این افراد دنیای مجازی را قطع نمی‌کنیم، بلکه آن را مدیریت می‌کنیم. تکنیک‌های زیادی برای افراد معتاد طراحی شده، اما بیشتر افراد معتاد نیستند و تنها عادت به استفاده از فضای مجازی دارند. همان‌طور که گفتم، طیفی از این تعریف‌ها وجود دارد. بعضی افراد هستند که چند دقیقه‌ای به حکم تفریح بازی می‌کنند، بعضی‌ها هم معتاد به بازی هستند، اما افراد بیشتری در وسط این طیف قرار می‌گیرند که وقت و زمان بیشتری را صرف بازی می‌کنند که به آنها «بیش‌مصرف‌کننده‌های بیمار» می‌گوییم. این افراد را با استفاده از برخی تکنولوژی‌ها می‌توان مدیریت کرد یا اشتغال بیش از حد به بازی را دلیل‌یابی کرد، مثلا ممکن است دلیل بازی بیش از حد افسردگی باشد یا زن و شوهری که به دلیل بازی زیاد یکی از آنها احساس دوری می‌کند، دلیل دیگری مانند برخی مشکلات زناشویی پشت دوری آنها وجود دارد و از ارتباطی خراب فرار می‌کنند که دلیل آن را باید فهمید.

نوجوانی که افسرده است یا مادر بسیار کنترل‌کننده‌ای دارد، ترجیح می‌دهد به دنیای مجازی پناه ببرد. در طیف غیربیمار در بسیاری موارد باید در جستجوی دلایل عمیق‌تری مانند استرس‌های تحصیلی باشیم.

سلامت: شدت عمل تا چه حد ممکن است موثر باشد؟

اگر طرف ما یک معتاد به بازی باشد، هیچ اثری ندارد. درباره بیش‌مصرف‌کننده‌های غیربیمار هم اگر دلیل روآوردن زیاد به بازی پیدا نشود، باز هم اتفاقی نخواهد افتاد، مثلا برای تخلیه استرس بهتر است ورزش کرد.

مفهوم گسترده اعتیاد

سلامت: آقای دکتر! اعتیاد یعنی چه؟

مفهومی در روان‌پزشکی و روان‌شناسی وجود دارد، به نام «اعتیاد» که مفهوم بسیار گسترده‌ای دارد. تا حدود ۸ سال پیش، تقسیم‌بندی‌های جهانی بر این باور بودند که اعتیاد تنها سوءمصرف مواد یا مصرف نوعی ماده است. از حدود ۲۰ سال پیش، پژوهش‌هایی پیدا شدند درباره اعتیادهای غیرمرتبط با مصرف مواد؛ یعنی به دلیل اتفاقاتی رفتارهایی از شما سر می‌زند که می‌توانند در آینده از حالت عادت خارج شوند و کنترل زندگی شما را در دست بگیرند که به آنها «اعتیادهای رفتاری» می‌گویند. اعتیادهای رفتاری در ۲۰ سال گذشته بسیار مورد توجه قرار گرفتند و پژوهش‌های زیادی درمورد آنها انجام گرفت. همین موضوع سبب شد که از حدود سال ۲۰۱۳ میلادی در تقسیم‌بندی‌های بین‌المللی روان‌پزشکی آمریکا، گروه‌هایی اضافه شوند تحت عنوان «اعتیادهای غیرمرتبط با مواد» که شایع‌ترین آن بیماری قمار یا قماربازی بیمارگونه است و دومین گروه در این تقسیم‌بندی، اعتیاد به بازی‌های آنلاین است. در تقسیم‌بندی بیماری‌های سازمان جهانی بهداشت که سال آینده منتشر خواهد شد، اعتیاد به بازی یازدهمین بیماری شناخته‌شده است که خود شامل ۲ زیرگروه است؛ اول زیرگروه بازی‌های آفلاین یا بازی‌های غیرمرتبط با اینترنت و دیگری زیرگروه بازی‌های آنلاین یا بازی‌های مرتبط با اینترنت.

سلامت: این روند چگونه اتفاق افتاده است؟

بعد از اینکه این مفهوم هم مورد پذیرش تقسیم‌بندی‌های آکادمی روان‌پزشکی آمریکا قرار گرفت و هم سازمان جهانی بهداشت آن را به عنوان یک بیماری پذیرفته است، به این نقطه می‌رسیم که دقیقا در این نوع بیماری چه اتفاقی در حال افتادن است. از زمانی که تکنولوژی وارد زندگی انسان شد، انسان را مستعد ابتلا به برخی بیماری‌ها کرد، مثلا اتومبیل باعث افزایش تصادفات و ضرب‌وجرح انسان‌ها شد. درواقع تعامل با تکنولوژی هم آسیب‌هایی را از جنبه‌های روانی برای انسان به دنبال داشت. به وضوح می‌بینیم افرادی ساعت‌ها پای تلویزیون می‌نشینند و معتاد به تلویزیون هستند یا شایع‌تر از آن در حال حاضر، اعتیاد به گوشی‌های همراه یا شبکه‌های مجازی است؛ ورود به شبکه‌های مجازی و پرسه زدن در آنها برای مدت طولانی. اصطلاح اعتیاد به تکنولوژی نوعی اختلال وابستگی بیمارگونه یا گذاشتن زمان زیاد با دنیای مجازی است.

داستان از اینجا شروع می‌شود که تکنولوژی به صورت خاص دسترسی خیلی بالاتری برای آنچه فرد دوست دارد، فراهم می‌کند و درواقع این اتفاق وقتی پررنگ‌تر شد که تکنولوژی وارد فاز تعاملی شد و از حالت یکطرفه بیرون آمد، مثلا شما تنها تلویزیون را تماشا می‌کنید یا رادیو را گوش می‌دهید اما خودتان نمی‌توانید بر آنها تاثیری بگذارید و ارتباط این ۲ رسانه با شما یکطرفه است. از زمان ایجاد اینترنت و شبکه‌های مجازی که شما توانستید سوال کنید و پاسخ بگیرید و از وقتی توانستید انتخاب کنید که دنیای مجازی چه چیزی به شما بدهد، اعتیاد به رسانه و تکنولوژی شکل بیشتری از اعتیاد به خود گرفت. از دهه ۹۰ اصطلاحی پیدا شد به نام «اعتیاد به اینترنت» که بعدها به این صورت اصلاح شد که اینترنت نوعی ابزار است. آنچه که اعتیادآور است، نحوه تعامل فرد با محتوای داخل آن است و از اینجا بیماری‌ای سر برآورد که به آن «اعتیاد به بازی‌های آنلاین» می‌گوییم.

سلامت: سیستم‌های درمانی چطور به مفهوم اعتیاد رسیدند؟

این اصطلاح از آنجا مورد توجه قرار گرفت که برخی افراد به دلیل بازی‌های آنلاین به طور جدی دچار مشکل شدند، مثلا مواردی از مرگ گزارش شد. در هند، نوجوانی ۳ روز بدون وقفه بازی کرده و در پایان ۳ روز از دنیا رفته بود یا مواردی از تشنج بعد از ساعت‌های طولانی بازی گزارش شد. این گزارش‌ها کم‌کم سیستم بهداشتی را حساس کرد که ماجرایی در این بازی‌های آنلاین وجود دارد که دیگر طبیعی نیست. متخصصان تلاش کردند این حالات را تعریف و تفسیر کنند. پژوهش‌های علمی زیادی انجام شد. برخی از این مطالعات آن را اختلال کنترل تکانه دانست؛ یعنی فرد میل می‌کند و نمی‌تواند جلوی خودش را بگیرد، اما پژوهش‌هایی که مغز انسان را براساس فیزیولوژی کارکرد آن بررسی می‌کند، نشان داد سیستم مغزی درگیر در اعتیادهای رفتاری، خیلی شبیه سیستم درگیر در اعتیاد به مواد است که به آن «سیستم ریوارد» یا «سیستم بازخورد لذت» می‌گوییم. درواقع سیستم لذت شخصی به فرد بازخورد می‌دهد که آن رفتار خاص را ادامه دهد. به دنبال یافته‌های علوم اعصاب بود که محققان اعتیاد به بازی‌های آنلاین را نوعی اعتیاد دانستند و برخی معیارهای تشخیصی برای آن گذاشتند بر این اساس که اعتیاد به بازی‌های آنلاین در دنیای مجازی یک اعتیاد رفتاری است که مهم‌ترین شاخصه آن استفاده بیش از حد یا وسواس‌گونه از این بازی‌هاست که می‌تواند زندگی روزانه شخص را دچار اشکال کند.

عوارض اعتیاد به فضای مجازی را بشناسیم

سلامت: عوارض اعتیاد به بازی چیست؟

اولین عارضه افت عملکرد است؛ افت تحصیلی چشمگیر و بروز بیشتر برخی اختلالات مانند افسردگی و اضطراب. به نظر می‌رسد، افرادی که اضطراب اجتماعی دارند و مایل به حضور در جمع نیستند، بیشتر مستعد ابتلا به اعتیاد اینترنتی هستند. گروه دیگری که بازی با گیم را دوست دارند، افرادی هستند که تمرکز خوبی ندارند. بچه‌های بیش‌فعال خیلی مستعد به اعتیاد به گیم هستند. بر اساس پژوهش جدیدی که در همین رابطه انجام شده، افراد اوتیستیک که در تعاملات اجتماعی دچار مشکل هستند یا روابط اجتماعی لذتی به آنها نمی‌دهد یا برخی شخصیت‌ها مانند شخصیت‌های وسواسی هم جزو مستعدان اعتیاد به گیم تعریف می‌شوند. پژوهش‌های دیگر نشان می‌دهند، اعتیاد به بازی‌های آنلاین اختلال جوانان و نوجوانان است و به نظر می‌رسد با افزایش سن این تمایل کم می‌شود، هرچند یافته‌های جدید نشان می‌دهند نوجوانان معتاد به بازی‌های رایانه‌ای با افزایش سن همچنان معتاد به بازی باقی می‌مانند.

در کشورهای توسعه‌یافته مدارس درباره نحوه تعامل با دنیای مجازی به دانش‌آموزان آموزش می‌دهند. در این کشورها نحوه استفاده از رایانه آموزش داده نمی‌شود. آنها کار با محتوای داخل رایانه را به شخص آموزش می‌دهند. این نقطه ضعف اساسی در سیستم آموزشی ما وجود دارد.

سلامت: آیا این عوارض درمان هم دارد؟

پژوهش‌ها نشان می‌دهند باید به سمت درمان اعتیاد به بازی یا گیم رفت. آلمان و آمریکا از کشورهای پیشرو در زمینه این درمان هستند و بسته‌های درمانی برای این افراد طراحی می‌کنند. در برخی کشورها با تشدید علائم اعتیاد علاوه بر مراکز درمان سرپایی، افراد در بیمارستان‌هایی که برای این کار ساخته شده، بستری می‌شوند.

سلامت: خانواده‌ها مرتب به فرزند خود می‌گویند که کار با گوشی دیگر کافی است. این گفته تا چه حد بر میزان بازی‌های فرزند تاثیر دارد؟

درواقع تاثیر این حرف‌ها مانند ترک سایر اعتیادهاست. خانواده مدام به فرد سیگاری می‌گوید، سیگار بس است و او هم قبول می‌کند، اما باز هم ادامه می‌دهد. بعد خوراکی‌های مختلف مانند آدامس ترک سیگار، تخمه و آب‌پرتقال را جایگزین می‌کند، اما بعد از مدتی هم جایگزین‌ها را مصرف می‌کند و هم سیگار می‌کشد. اعتیاد بیماری بسیار پیچیده‌ای است که با «نکن» درمان نمی‌شود. خانواده‌ها باید بپذیرند با پدیده‌ای روبرو هستند که نیاز به درمان دارد.

بیوه‌های اینترنتی در راه هستند

سلامت: خانواده‌ها بیشتر به چه دلیل به درمانگران مراجعه می‌کنند؟

اتفاق دیگری که بیش از سایر اتفاقات خانواده‌ها را حساس می‌کند و دلیل مراجعه آنها به کلینیک‌های روان‌درمانی است، این است که شخص علاقه خود را به سایر امور زندگی از دست می‌دهد، مثلا تا قبل از آن با خانواده به دیدن اقوام یا گردش یا مهمانی می‌رفته یا فوتبال بازی می‌کرده، اما با بروز علائم اعتیاد کم‌کم برای همراه نشدن با خانواده عذر و بهانه‌های گوناگون می‌تراشد تا بازی کند. به تدریج از نشستن کنار خانواده هم دوری می‌کند و ترجیح می‌دهد با تلفن‌همراه یا لپ‌تاپ خود مشغول شود و این روند ادامه پیدا می‌کند تا حدی که کاملا منزوی می‌شود. مواردی در آسیای جنوب شرقی گزارش شده که دانشجویی چند ماه از محیط‌های درسی دور بوده و وقتی سراغش را می‌گیرند، می‌بینند در اتاق آشفته و نامرتبی پر از جعبه‌های پیتزا و غذاهای سفارشی در این چند ماه فقط نشسته و گیم بازی کرده. اصطلاحا می‌گویند این فرد «غوطه‌ور» شده است. این دور شدن از ارتباطات و زندگی روزمره، خانواده‌ها را بیش از علائم دیگر حساس می‌کند و در این مرحله به ما مراجعه می‌کنند.

یکی از معیارهای دیگر که به تشخیص بسیار کمک می‌کند، این است که فرد معمولا به اختلال رفتاری خود آگاه است که مثلا افت تحصیلی پیدا کرده یا ارتباطاتش ضعیف شده یا شغل خود را از دست داده، اما با وجود این آگاهی، رفتار اعتیادی ادامه پیدا می‌کند و بر سایر رفتارها غالب می‌شود.

تفاوتی که با اعتیاد به مواد دارد این است که اعتیاد به مواد معمولا ادامه‌دار است، اما اعتیادهای آنلاین ممکن است منقطع باشند. فرد می‌تواند مثلا برای ۶ ماه رفتار اعتیادی از خود نشان ندهد. بعد دوباره به همان روال برگردد. این قطع‌ووصل در اعتیادهای رفتاری بیشتر از اعتیاد به مواد دیده می‌شوند.

از شباهت‌های دیگر این دو نوع اعتیاد این است که مانند یک معتاد به مواد که سر خانواده کلاه می‌گذارد، دروغ می‌گوید و مواد خود را پنهان می‌کند، معتادان رفتاری هم دست به پنهانکاری و دروغ می‌زنند. می‌گویند ۵ دقیقه بازی می‌کنم، اما این ۵ دقیقه تبدیل می‌شود به ۴ ساعت یا سر کلاس بازی می‌کنند یا قرار است کلاس ورزش بروند، اما در وقت ورزش پنهانی بازی می‌کنند یا در ساعاتی که باید در کلاس زبان باشند، پنهانی در کافی‌نت بغل کلاس مشغول بازی می‌شوند. آخرین معیار تشخیص که در اعتیاد به دنیای شبکه‌های اجتماعی هم می‌بینیم، این است که شخص یاد می‌گیرد ابتدا این کار را به دلیل لذت، وسوسه و هیجان آن انجام دهد، اما بعد رفتار کارکرد دیگری پیدا می‌کند و برای فرار از تنش و کاهش خلق منفی به کار گرفته می‌شود. درواقع رفتار کشف می‌شود و فرد به خودش می‌گوید، وقتی حالم گرفته یا زمانی که عصبی هستم یا مضطربم، بازی حالم را بهتر می‌کند. این کشف موضوع را پیچیده‌تر می‌کند. اول تجربه لذت است و بعد کمک و خدماتی که بازی در اختیار کاربر می‌گذارد و این استفاده در این مرحله تشدید می‌شود. بعد از آن به تعبیر ما روان‌پزشکان مرحله دوم بیماری شروع می‌شود. بیماری به سمتی می‌رود که فرد نه برای رفع نیاز یا لذت، بلکه برای درمان و حال خوب خود بازی می‌کند. از این مرحله بیماری به شدت به سرپایینی می‌افتد، مثلا فرد درس نمی‌خواند، شغل خود را از دست می‌دهد، اخراج می‌شود و همسرش طلاق می‌گیرد. اصطلاحی در مداخلات زن‌وشوهر داریم به نام «بیوه اینترنتی»

سلامت: لطفا درباره طلاق‌های اینترنتی بیشتر بگویید.

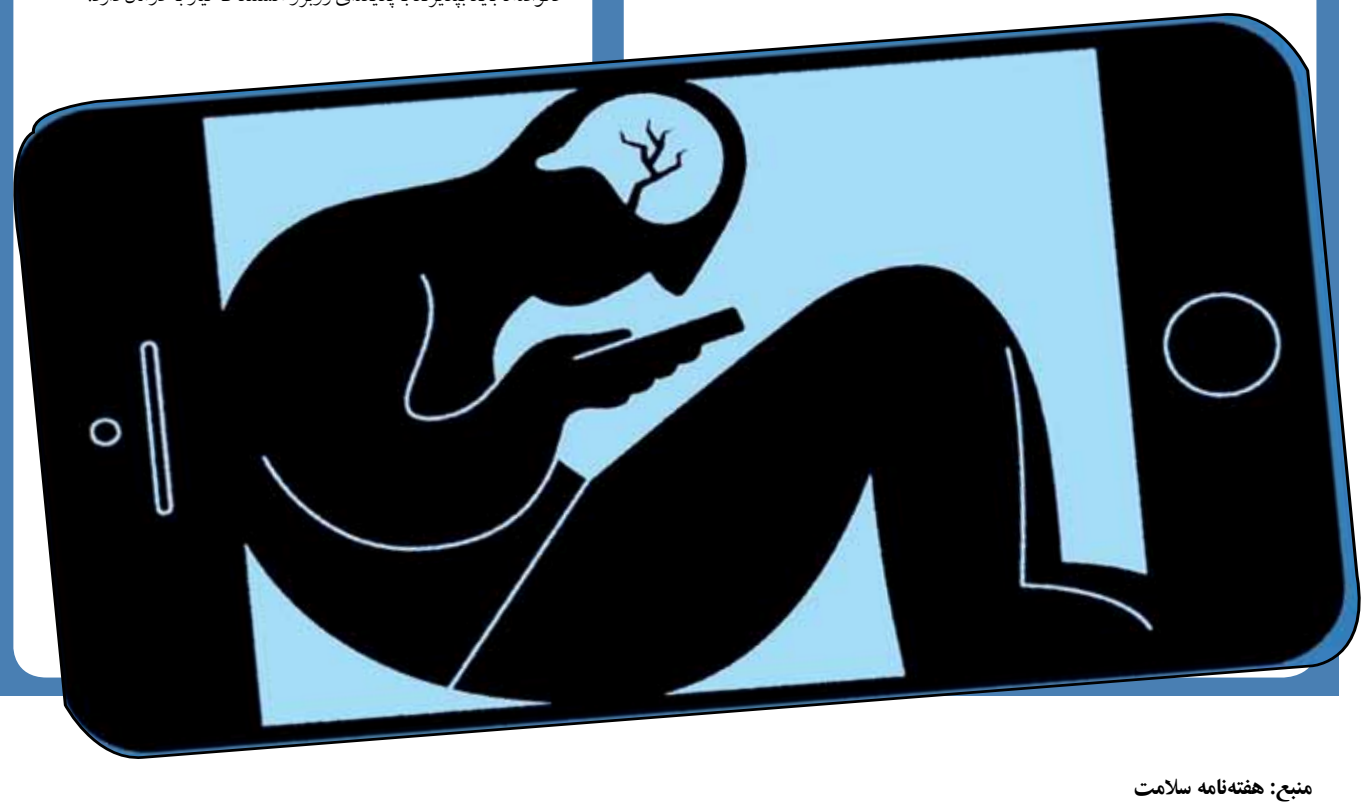
در موارد طلاق‌های اینترنتی زن شاکی می‌گوید، شوهر خوبی است، ولی مادیگر باهم زندگی نمی‌کنیم. شوهرم مرتب جلوی لپ‌تاپش به کاری مشغول است و من هم زندگی خودم را می‌کنم. تا زمانی که صدایش نکنم، خوب و خوش‌اخلاق است، اما به محض آنکه از پای دستگاه صدایش بزنم، عصبانی می‌شود. همسران در این مرحله مشکلات زناشویی پیدا می‌کنند.

سلامت: این موارد در ایران چگونه است؟

دنیای دیجیتال در کشور ما حدود ۱۰ تا ۲۰ سال از دنیای دیجیتال کشورهای دیگر عقب‌تر است. به همین دلیل اعتیاد به گیم را در نوجوانان می‌بینیم و هنوز به دنیای بزرگسالی نرسیده است. به همین علت ما بیوه اینترنتی را کمتر در کشورمان می‌بینیم، هرچند به‌تدریج در دهه دوم و سوم زندگی پیدا می‌شوند، افت تحصیلی یا شکایت خانواده‌ها از اینکه فرزندشان مدام در حال بازی است بیشتر دیده می‌شود. باید در نظر داشته باشیم اعتیاد به گیم هم مانند تمام بیماری‌ها طیف‌های مختلفی دارد؛ یعنی ما طیف خفیف داریم، طیف متوسط و طیف شدید. مثال‌هایی که درمورد حمله به والدین یا فرار از مدرسه زدم، بیشتر طیف شدید هستند. از جمله افراد طیف شدید، آنهایی هستند که مثلا به همسر خود می‌گویند مشغول کار روی یک پروژه اینترنتی هستم، اما ساعت‌ها پای رایانه هستند اما هیچ بازدهی‌ای ندارند چون اتفاق دیگری در حال افتادن است. معتادان بازی ما الان بیشتر در سنین دانش‌آموزی هستند اما بزرگ می‌شوند.

سلامت: آیا مغز معتادان به بازی‌های آنلاین از نظر علمی با مغز بقیه افراد تفاوت دارد؟

در اینجا باید به پژوهش‌های علمی اشاره کنم. در این پژوهش‌ها مشاهده شد که غلظت بخش خاکستری مغز افرادی که بیش از حد به بازی آنلاین مشغولند در طولانی‌مدت کمتر می‌شود. تغییرات ساختاری و آناتومیکی را می‌توان به‌وضوح در مغز معتادان به گیم تشخیص داد. اندازه بخشی از مغز کوچک می‌شود، گیرنده‌های دوپامینی در بخش‌هایی از مغز کاهش پیدا می‌کنند و فعالیت نواحی بخش‌هایی از مغز معتادان به گیم بیشتر از فعالیت همان نواحی در افراد عادی است، مثل افرادی که در برابر بوی شیرینی از خود مقاومتی ندارند. درواقع حساس شدن بیش از حد به محرک‌ها را در افراد معتاد به گیم هم می‌بینیم. بخش‌هایی از مغز این افراد همواره بیدار است و دنبال بازی می‌گردد. یافته‌های فیزیولوژیک تکلیف را یکسره کرد و دهان مخالفان با تعریف اعتیاد را بست. ■



منبع: هفته‌نامه سلامت

پیشخوان

نبود آب آشامیدنی و سرویس بهداشتی در برخی مدارس

معاون تربیت‌بدنی و سلامت وزارت آموزش‌وپرورش درمورد مشکلات مدارس مناطق محروم گفت: «امروز باید مشکلات اولویت‌دار حوزه بهداشت مورد توجه قرار بگیرد که ازجمله آنها می‌توان به دسترسی نداشتن به آب آشامیدنی در برخی مدارس و جدا نبودن سرویس‌های بهداشتی از آبخوری‌ها اشاره کرد.» مهرزاد حمیدی با اشاره به شاخص‌های بهداشتی و اقدامات انجام‌شده در ۴ استان هدف آذربایجان غربی، سیستان و بلوچستان، کرمان و هرمزگان افزود: «پیشنهاد ما این است که مشکلات اولویت‌دار در این استان‌ها در حوزه بهداشتی مورد توجه قرار گیرد. تأکید ما این است که بحث جدا شدن سرویس‌های بهداشتی از آبخوری‌ها و مخصوصا آنهایی که آب آشامیدنی ندارند و آب تانکری باید به آنها برسد، مورد حمایت قرار بگیرد.»■

نمایشگاهی برای بیماران هموفیلی و ترومبوفیلی

نمایشگاه آثار آبرنگ یک گروه هنری مشهور در حمایت از بیماران هموفیلی و ترومبوفیلی در فرهنگسرای نیاوران در حال برگزاری است. استادان و هنرمندان برجسته گروه رنگاب در حمایت از بیماران هموفیلی و ترومبوفیلی در حرکتی مردمی اقدام به برپایی نمایشگاهی از آثار آبرنگ استادان این رشته در فرهنگسرای نیاوران کرده‌اند.
بر اساس این گزارش، این نمایشگاه با تلاش موسسه خیریه «مهتا» که یک سازمان مردم‌نهاد حامی بیماران هموفیلی و ترومبوفیلی است، در حال برگزاری است. لازم به ذکر است موسسه خیریه «مهتا» فعالیت خود را از سال ۹۳ و با هدف کمک به جمعیت ۱۰ هزار نفری ثبت‌شده بیماران هموفیلی و ترومبوفیلی آغاز کرده است.گفتنی است، آیین افتتاحیه نمایشگاه آثار آبرنگ روز جمعه ۲۷ دی‌ماه ۱۳۹۷ از ساعت ۱۶ تا ۲۰ بوده و علاقه‌مندان می‌توانند از تاریخ ۲۸ دی‌ماه لغایت ۴ بهمن‌ماه ۱۳۹۷ از ساعت ۱۰ تا ۲۰ برای بازدید به نشانی تهران، انتهای خیابان پاسداران، مقابل پارک نیاوران، فرهنگسرای نیاوران مراجعه کنند.■

دکتر حسین عرفانی، رئیس اداره مراقبت از بیماری‌های وزارت بهداشت

امسال افزایش موارد آنفلوانزا در حد انتظار بوده

ویروس آنفلوانزا می‌تواند در موقعیت‌های مختلف جهش پیدا کند و اگر این جهش شدید باشد، به آن «شیفت آنتی‌ژنیک» می‌گوییم و چنانچه این جهش نتیجه‌اش ویروسی باشد که با ویروس‌های قبلی تفاوت زیادی دارد چون عامل بیماری‌زای جدیدی به وجود می‌آید که بشر تجربه مواجهه با آن را نداشته، در برخی از افراد استعداد ابتلا پیدا می‌شود و با توجه به افزایش موارد ابتلا عوارض بیشتری بروز می‌کند. علاوه بر آن، برخی از این جهش‌ها خیلی کوچک هستند و طغیان‌های سالیانه بیماری ایجاد می‌کنند. به بیان دیگر، ویروس همان قبلی است ولی تغییرات کوچکی در آن ایجاد می‌شود بنابراین سیستم ایمنی بدن از قبل توانایی مقابله با این ویروس را داشته یا مبتلا نمی‌شوند یا اگر مبتلا شوند می‌تواند عوارض کمتری برای فرد مبتلا داشته باشد. با این تفاسیر، ما امسال مثل سال‌های گذشته و در ایران مثل دیگر کشورهای نیمکره شمالی زمین ابتدای فصل زمستان و اواخر پاییز احتمال می‌دهیم آنفلوانزای فصلی شایع شود. امسال هم جهش‌های خیلی کوچک در ویروس آنفلوانزا داشتیم. با توجه به نظام مراقبتی که داریم، به‌ویژه در مناطق سردخیز و در تهران، مناطقی از شمال غرب و شمال شرق کشور و غرب، مواردی در افزایش آنفلوانزا داشتیم ولی قطعا موارد ابتلا به سال گذشته و سال ۹۴ که با همه‌گیری شدیدی روبرو بودیم، نخواهد رسید.
ابتلا به آنفلوانزا امسال به صورت همه‌گیری شدید نیست، اما طغیان‌های محدودی را از موارد بیماری در کشور شاهد هستیم که با ماهیت عامل بیماری‌زا هماهنگی دارد و رخداد غیرطبیعی نیست. از سال‌ها قبل ابتدای فصل سرما؛ یعنی اواخر آذرماه و دی‌ماه انتظار داریم موارد آنفلوانزا افزایش یابد، امسال هم افزایش یافته است. نکته مهم این است که بالغ بر ۹۸ درصد موارد آنفلوانزا با استراحت در منزل و مصرف سوپ و مایعات گرم بهبود پیدا می‌کند و نیاز به آنتی‌بیوتیک هم ندارد ولی ما باید بدانیم این بیماری آنفلوانزای ساده است یا عفونت شدید آنفلوانزاست؟ در این زمینه ما می‌خواهیم مردم توانمند باشند و با خودمراقبتی بتوانند از روند بیماری جلوگیری کنند. بنابراین توصیه ما این است که اگر احساس ناخوشی همراه تب و سرفه داشتند حتما به پزشک مراجعه کنند. اگر پزشک به آنها توصیه کرد در منزل بمانند، این توصیه را جدی بگیرند تا هم خودشان زودتر بهبود یابند و هم بیماری به دیگران منتقل نشود. ۲ درصد موارد آنفلوانزا ممکن است شدت پیدا کند و به ذات‌الریه تبدیل شود. این موارد نیاز به بستری در بیمارستان و تجویز داروهای مناسب دارد. تعدادی از افراد جامعه نیز بیشتر در معرض خطر هستند، مثل کودکان زیر ۵ سال، خانم‌های باردار، افراد بالای ۵۰ تا ۶۰ سال، افرادی که بیماری‌های مزمن قلبی-عروقی و ریوی دارند یا افرادی که بیماری‌های متابولیک مثل دیابت دارند، افرادی که به مدت طولانی کورتون مصرف می‌کنند یا آسپیرین می‌خورند. توصیه این است این افراد قبل شروع فصل سرما واکسن آنفلوانزا بزنند ولی اجبار و الزام نیست. شهریور و مهر بهترین زمان تزریق واکسن آنفلوانزاست. برخی دیگر از افراد به غیر از افرادی که ذکر شد نیز در معرض خطر هستند؛ افرادی که در اورژانس‌ها و بیمارستان‌ها کار می‌کنند، محیط‌بان‌ها که با پرندگان در تماس هستند، دامپزشکان و افرادی که در مرغداری کار می‌کنند. توصیه ما به این افراد این است که واکسنشان را به موقع بزنند و حتما بهداشت فردی را رعایت کنند و اگر با علائم آنفلوانزا مواجه شدند، به پزشک مراجعه کنند. افرادی هم که بیمار نشده‌اند، برای پیشگیری بهداشت فردی را رعایت کنند و شستشوی درست دست‌ها را جدی بگیرند. همچنین یکی از نکات مهم این است که اگر فرد کوچک‌ترین علامتی از بیماری را داشت، روبوسی نکند. چنانچه فردی بیمار است، آداب سرفه و عطسه را رعایت کند و جلوی دهان و بینی را بگیرد و اگر به دستمال دسترسی نداشت، در آستین قسمت آرنج عطسه یا سرفه کند. همچنین افراد بیمار کمترین مراوده را با دیگران داشته باشند و اگر به اماکن عمومی می‌روند، ماسک بزنند تا بیماری منتقل نشود.
همان‌طور که بیان شد، از ۱۰۰ نفر بیمار ۹۸ درصد علائم سرماخوردگی معمولی دارند که با استراحت در منزل و مصرف مایعات بهبود پیدا می‌کنند ولی ۲ درصدی که تبدیل به عفونت حاد تنفسی می‌شود باید در بیمارستان بستری شوند. از تعدادی که بستری می‌شوند، برخی نیاز به آی‌سی‌یو دارند و درصد کمی فوت می‌کنند. امسال هم الگوی طبیعی بیماری داشتیم و موارد مرگ‌ومیر در حد انگشت‌شمار و اندک بوده است. در چند روز گذشته خبری از وزارت امور خارجه منتشر شد، مبنی بر اینکه به دلیل شیوع و موارد فوتی بیماری آنفلوانزا در کشور گرجستان، هموطنان از سفرهای غیرضروری به این کشور خودداری کنند. در این زمینه باید بگویم، آنچه ما در مرکز مدیریت بیماری‌ها رصد کردیم که این رصد براساس مقررات بهداشتی بین‌المللی است، در کشورهای همسایه ما از جمله گرجستان، افزایش غیرقابل‌انتظاری از بیماری آنفلوانزا نداشتیم یا گزارش نشده و خبری که وزارت امور خارجه داده باید از طریق خود این وزارتخانه اطلاع‌رسانی شود. آنچه ما بررسی کردیم، موارد آنفلوانزا خارج از حد انتظار نبوده است.■

۱۰ برابر شدن مصرف قلیان در دختران دانشجو

۳۵ تا ۴۰ درصد دانشجویان کشور تجربه مصرف قلیان را دارند و مصرف این ماده دخانی در دختران دانشجو ۱۰ برابر افزایش یافته است. همچنین ۲۰ تا ۲۵ درصد دانش‌آموزان دبیرستانی در کشور تجربه مصرف قلیان را دارند و مصرف دخانیات در نسل جوان ما افزایش قابل توجهی داشته است. این آمارها را رئیس شبکه ملی پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر در یک نشست خبری عنوان کرد ه و نسبت به افزایش مصرف مواد دخانی، به‌ویژه در نوجوانان و جوانان هشدار داده است. این درحالی است که کشور ما مفتخر به تصویب قانون جامع کنترل دخانیات بوده و یکی از کشورهایی است که معاهده بین‌المللی کنترل دخانیات را امضا کرده است ولی با گذشت بیش از ۱۰ سال از زمان تصویب این قانون که بندبند آن قرار بود مصرف مواد دخانی را در کشور کاهش دهد، همچنان روی کاغذ مانده. در چند سال اخیر، اما نگرانی‌ها به افزایش مصرف قلیان، به‌ویژه بین دختران نوجوان و جوان معطوف شده است. از آنجایی که قلیان قبح سیگار را ندارد، کم‌کم جایگاهش را در مهمانی‌ها و دورهمی‌ها باز کرده و انگار مصرفش بین زنان از سیگار پیشی گرفته است. این ماده دخانی که هر ۳۰ دقیقه مصرف آن معادل ۴۰ نخ سیگار است، هر روز با ترفندهای جدید شرکت‌های دخانی و با اشکال مختلف در مهمانی‌ها و کافی‌شاپ‌ها خودنمایی می‌کند و بسیار در دسترس است، در حالی که قلیان بسیار بیشتر از سیگار، سلامت زنان را تهدید می‌کند. در سال‌های اخیر عرضه قلیان از راه‌های معمول خارج شده و در فضای مجازی با تبلیغات فریبنده قلیان با طعم‌های مختلف و بسته‌بندی‌های متنوع در ۲۴ ساعت شبانه‌روز عرضه می‌شود و این مساله بسیار نگران‌کننده است. دکتر محمد رضا مسجدی، رئیس شبکه ملی پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر این جملات را در نشست خبری نخستین همایش شبکه ملی پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر بیان کرد و گفت:
«نتایج یک مطالعه در مراکز ترک اعتیاد زاهدان نشان می‌دهد ۹۰ درصد معتادان، اعتیادشان را با سیگار و قلیان آغاز کردند، این درحالی است که ما در کشور ۲ میلیون و ۷۰۰ هزار معتاد داریم که در سن جوانی و میانسالی هستند.» دبیر کل جمعیت مبارزه با دخانیات با گلایه از تخصیص ارز مبادله‌ای به سیگار تاکید کرد: «در حال حاضر در کشور مشکلات ارزی داریم و برای مایحتاج مردم باید ارز مبادله‌ای در نظر بگیریم، چطور می‌شود برای سیگار و توتون ارز مبادله‌ای تخصیص می‌یابد؟ از حاکمیت باید مطالبه کنیم که این کار را نکند.»

با کنترل مصرف سیگار و قلیان، یک‌سوم سرطان‌ها کاهش می‌یابد

رئیس شبکه پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر اضافه کرد: «در حال حاضر قیمت سیگار گران‌تر شده ولی مالیات آن افزایشی نیافته و سودش در جیب واردکنندگان، تولیدکنندگان و واسطه‌گران می‌رود، در حالی که دولت می‌تواند با افزایش مالیات سیگار، برای تجهیز امکانات ورزشی و رفاهی هزینه کند.» به گفته دکتر مسجدی، اگر دولت به درستی از سیگار مالیات بگیرد، رقمی معادل ۲۰ هزار میلیارد تومان در سال جمع می‌شود که می‌توان آن را به آموزش‌وپرورش و ورزش کشور تزریق کرد. وی در ادامه به ارتباط بیماری‌های غیرواگیر و مصرف دخانیات در کشور نیز اشاره کرد: «۳۵۰ تا ۳۶۰ هزار مورد مرگ سالانه در کشور اتفاق می‌افتد که ۸۰ درصد علت آن بیماری‌های غیرواگیر است. سرطان نیز جزو بیماری‌های غیرواگیر است که در کشور رو به افزایش است، به طوری که ۳۶۵ هزار بیمار مبتلا به سرطان داریم و هر سال ۱۱۵ تا ۱۲۰ هزار بیمار جدید مبتلا به سرطان شناسایی می‌شود.» بر اساس مطالعات انجام‌شده اگر مصرف سیگار و قلیان را در کشور کنترل کنیم، یک‌سوم سرطان‌ها را می‌توان کاهش داد، این درحالی است که هزینه داروهای سرطان بیش از ۴ هزار میلیارد تومان در سال است و با گسترش مصرف قلیان در خانه‌ها نمی‌دانیم وضع ابتلا به سرطان در دانش‌آموزان، دانشجویان و دختران جوان چگونه خواهد بود!

دختران جوان قلیان را برای تفریح و تخلیه انرژی استفاده می‌کنند

قانون جامع مبارزه با دخانیات با ۶ بند در سال ۸۵ در مجلس شورای اسلامی به تصویب رسید و علاوه بر آن ایران، یکی از کشورهایی است که معاهده بین‌المللی مبارزه با دخانیات را امضا کرده است. کشورهایی که جزو این معاهده بین‌المللی هستند موظف‌اند در زمینه مبارزه با قاچاق مواد دخانی، افزایش مالیات بر سیگار، نصب تصاویر هشداردهنده روی پاکت‌های سیگار، ممنوعیت تبلیغ در رسانه‌های ملی و احداث کلینیک‌های ترک سیگار اقدام کنند اما این قانون همیشه نصف و نیمه اجرا شد و انگار هیچ گاه جدی گرفته نشد. دکتر محمد رضا معدنی، دبیر فراکسیون مبارزه با دخانیات مجلس و در گفت‌وگو با «سلامت» در مورد افزایش مصرف دخانیات با وجود قوانین سفت و سخت توضیح داد: «متاسفانه بعد از یک دهه از تصویب قانون جامع کنترل دخانیات، کاهش مصرف دخانیات را نداریم، علت این است که هر ساله شرکت‌های تولیدکننده مواد دخانی به مجلس می‌آیند و ترفندهایی را به کار می‌برند تا مالیات بر مواد دخانی افزایش پیدا نکند. از سوی دیگر، دکه‌های روزنامه‌فروشی سیگار و قلیان را می‌فروشند و هر نهاد که مسوول کنترل این قضیه است، به نحوی از زیر آن در می‌روند. علاوه بر آن، در رسانه ملی در فیلم‌ها و سریال‌ها، هنرپیشه‌های مشهور سیگار و قلیان می‌کشند، در حالی که الگوی جوانان هستند. همچنین مغازه‌هایی هم هستند که بدون مجوز، قلیان را دم منزل تحویل می‌دهند. در واقع صحبت مدیر عامل جمعیت بدون دخانیات این است که چون نوجوان و جوان امروز تفریحی برای تخلیه هیجاناتش ندارد، با وجود در دسترس بودن قلیان و سیگار، قاعدتا به سمت قلیان و سیگار می‌رود.» وی با اشاره به اینکه در مورد مصرف سیگار تفاوت فاحشی بین زنان و مردان وجود دارد، گفت: «در مورد قلیان آمار مصرف بین خانم‌ها و آقایان بسیار به هم نزدیک است، به گونه‌ای که ۷/۲۱ درصد مردان و ۲۱/۲ درصد خانم‌ها قلیان مصرف می‌کنند و نشان‌دهنده این است که عملکرد خوبی برای مبارزه با دخانیات در کشور نداشتیم.» دبیر فراکسیون مبارزه با دخانیات مجلس، با بیان اینکه قهوه‌خانه‌داران استدلال می‌کنند که باعث اشتغال‌زایی ۲ هزار نفر شده‌اند، تاکید کرد: «تا زمانی که قانون داریم ولی آن را اجرا نکنیم، آمار مصرف‌کنندگان مواد دخانی بین دختران و پسران ایرانی افزایش می‌یابد چون جوان امروزی دنبال تفریحی است که انرژی را تخلیه کند. با این وضعیت اقتصادی کجا برود! وقتی دکه‌ها به راحتی قلیان عرضه می‌کنند و در برخی سریال‌های پرطرفدار قلیان و سیگار می‌کشند، ما بگوییم قلیان بیماری‌زاست، در ذهن جوانان تضاد ایجاد می‌شود.» مدیر عامل جمعیت بدون دخانیات باز هم تاکید کرد که جوانان، به‌ویژه دختران جوان برای دور هم بودن و تفریح قلیان می‌کشند و افزود: «مراکز تفریحی باید به گونه‌ای باشد که جوانان توان پرداخت هزینه‌های آن را داشته باشند. در کشورهای پیشرفته امکانات ورزشی رایگان است، در کشور ما نیز شرایط باید به گونه‌ای باشد که جوانان به سالن‌های ورزشی بیایند، بعد استعدادهای ورزشی آنها شکوفا شده و به سرمایه ملی تبدیل می‌شود و برای کشور افتخار است ولی گسترش قلیان و سیگار چه افتخاری برای کشور دارد؟!»

با ورود زنان به مسابقات ورزشی، تعداد مدال‌های طلا افزایش یافت

مصرف دخانیات در سال ۸۵ بنابر اعلام شرکت دخانیات ۵۰ میلیارد نخ در سال بوده، در حالی که اکنون بالغ بر ۶۰ میلیارد نخ مصرف سالیانه سیگار است. مدیر عامل جمعیت مبارزه با دخانیات اعتقاد دارد، این آمار به این معناست که ما در زمینه مبارزه با دخانیات به هر شکل موفق عمل نکردیم: «یک زمان خانم‌ها اجازه ورود در مسابقات ورزشی را نداشتند ولی از زمانی که خانم‌ها ورود کردند در مسابقات ورزشی تعداد مدال‌های طلای ما افزایش یافت. همین خانم‌ها بودند که در عرصه‌های مختلف علمی و ورزشی افتخارآفرینی کردند. بنابراین برای اینکه بتوانیم مصرف دخانیات، به‌ویژه قلیان را بین دختران جوانمان کم کنیم، باید عرصه را برای شکوفایی استعدادهای جوانان فراهم کنیم.»

قلیان با بدن زنان چه می‌کند؟

همه می‌دانیم که دخانیات ماده سلامت‌محوری نیست و این قضیه بیشتر در مورد سیگار برایمان تبدیل به باور شده تا قلیان. به همین دلیل مصرف قلیان برای دختران و زنان ایرانی قبح سیگار را ندارد. نکته قابل توجه این است که تاثیرات قلیان برای سلامت زنان بیشتر از مردان است. دکتر نسیم سنجری، دبیر و نایب‌رئیس انجمن علمی متخصصان زنان و مامایی ایران در گفت‌وگو با «سلامت» درمورد تاثیر قلیان برسلامت زنان توضیح داد: «مصرف قلیان زمینه‌ساز بیماری‌های گوارشی، تنفسی، قلبی- عروقی و مشکلات دوران بارداری است. همچنین مصرف قلیان همه عوارض سیگار را دارد و هر ۱ ساعت مصرف قلیان معادل ۵ بسته سیگار دود وارد بدن می‌کند. ضمن اینکه قلیان عوارض منحصر به خود را نیز دارد.» به گفته وی، مصرف قلیان در زنان باعث کاهش قابلیت بارداری می‌شود و در مردان تحرک و عمر اسپرم را کاهش می‌دهد. از سوی دیگر، در قلیان فلزات سنگینی مثل آرسنیک، کروم، سرب و کبالت وجود دارد که همه این مواد وارد بدن می‌شود. این متخصص زنان اختلال در جذب کلسیم را از دیگر عوارض قلیان بر خانم‌ها ذکر کرد: «قلیان باعث اختلال در جذب کلسیم و ساخت استخوان و درنتیجه تسریع پوکی استخوان می‌شود. همچنین در دوران بارداری مصرف قلیان با افزایش احتمال سقط و وزن پایین نوزاد همراه است.» به گفته دکتر سنجری، مصرف قلیان، اختلالات هورمون‌های جنسی ایجاد می‌کند و بایائسگی زودرس مرتبط است. نکته دیگری که نایب‌رئیس انجمن متخصصان زنان به آن اشاره کرد، مصرف قلیان با بوها و طعم‌های مختلف است: «استفاده از مواد آروماتیک برای بودار کردن تنباکو، می‌تواند زمینه‌ساز سرطان باشد. ایجاد چین‌وچروک در پوست و کاهش وزن از عوارض دیگر استعمال دخانیات، به‌ویژه قلیان برای خانم‌هاست.»■

مصرف یک نوع داروی فشارخون منجر به سرطان می‌شود؟

اعلام اخباری مبنی بر سرطان‌زا بودن داروی فشارخون، موضوع تازه‌ای نیست و تقریبا اوایل تابستان، این خبر بسیار داغ شد. داروی «والسارتان» که برای کنترل فشارخون و کمک به پیشگیری از نارسایی قلبی تجویز می‌شود به دلیل دارا بودن یک نوع ماده شیمیایی خطرزا و تاثیر احتمالی این ماده در بروز بیماری سرطان از ۲۲ کشور جمع‌آوری شد. در همان زمان مسوولان سازمان غذا و دارو در کشورمان اعلام کردند این دارو در کشور ما مشکلی ندارد و در مواردی مواد اولیه آن مشکل داشت و جمع‌آوری شد. این درحالی است که این دارو در کشور ما جزو داروهای پرمصرف است و به دلیل آنکه بیش از ۱۰ میلیون نفر از مردم کشورمان مبتلا به فشارخون هستند، این نگرانی وجود دارد که برخی بیماران از ترس بیماری‌زا بودن داروی فشارخون از مصرف آن بپرهیزند و مهم‌تر آنکه آیا همه داروهای فشارخونی که طبق اعلام سازمان‌های بین‌المللی احتمال سرطان‌زایی آنها وجود دارد، از داروخانه‌ها جمع‌آوری شده‌اند؟ چند روز پیش مدیر کل داروی سازمان غذا و دارو در گفت‌وگو با ایرنا در مورد سلامت داروی لوزارتان گفته بود: «فقط در صورت مصرف ۱۰ سال از دوز ۳۶۰ میلی‌گرم لوزارتان با ماده اولیه مشخصی، ممکن است منجر به سرطان شود، اما در حال حاضر داروهای لوزارتان موجود در بازار مشکلی ندارند.» وی افزود: «در این رابطه سازمان غذا و داروی آمریکا اطلاعیه‌ای صادر و اعلام کرده که ماده اولیه این دارو که از یک یا دو منبع تهیه شده، در صورت مصرف ۱۰ سال با دوز ۳۶۰ میلی‌گرم، احتمال ابتلا به سرطان را به دنبال دارد.» دکتر محمد عبده‌زاده توضیح داد: «به همین علت سری ساخت مربوط به همه نمونه‌ها را به آزمایشگاه فرستادیم و فقط محصول یک کارخانه مشکل داشت که جمع‌آوری شده و لوزارتان‌های موجود در داروخانه‌های کشور مشکلی ندارند.» برای اینکه نگرانی‌ها در مورد داروی لوزارتان و والسارتان برای مصرف‌کنندگان برطرف شود، جزییات بیشتر را از دکتر طلعت قانع، داروساز و عضو هیات علمی سازمان غذا و دارو پیگیری کردیم. وی در این زمینه به «سلامت» گفت: «شرکت‌های تامین‌کننده مواد اولیه یا شرکت‌هایی که محصول نهایی را تولید می‌کنند، اگر متوجه یک اشکال در محصولشان شوند که این اشکال می‌تواند در بسته‌بندی و مواد اولیه و... باشد، محصول را به اصطلاح ریکال (جمع‌آوری) اعلام می‌کنند و به مردم هم اطلاع‌رسانی می‌شود که این محصول را با این تاریخ تولید مصرف نکنند. در مورد داروی لوزارتان و وارلسارتان شرکت تولیدکننده ماده اولیه متوجه ناخالصی به مقدار کم در محصولش شده و به همه اعلام کرده محصولی که در این تاریخ تولید شده، ممکن است بیماری‌زا و سرطان‌زا باشد. بنابراین از این محصول استفاده نکنید.» به گفته مدیر سابق مرکز پاسخگویی و اطلاعات دارویی ۱۴۹۰، تمام کارخانه‌هایی که از این ماده اولیه استفاده کرده بودند که به طور وسیع شامل تولیدکنندگان در آمریکا و اروپا و حتی کشور ما هم بود، موظف بودند این موضوع را به اطلاع همه برسانند و داروها را جمع کنند. دکتر قانع با بیان اینکه، این یک روند قانونی برای داروهای مشکل‌دار است، تاکید کرد: «تولیدکنندگان در کشور ما ممکن است از ۱۰ کارخانه ماده اولیه دارو تهیه کنند و همه آن مواد اولیه مشکل‌دار نبودند و فقط یک کارخانه مشکل داشته است.» وی توضیح داد: «شماره تولید محصول به همین منظور است که اگر محصول مشکل داشته باشد، جمع شود و تولیدکننده می‌تواند ماه بعد با یک ماده اولیه دیگر دارو را تولید کند.» عضو هیات علمی سازمان غذا و دارو با بیان اینکه ماده اولیه مشکل‌دار از کشور چین وارد شده بود، افزود: «ما هیچ دارویی که در چین به تولید نهایی رسیده باشد، وارد نمی‌کنیم، ولی مواد اولیه دارو از چین به همه کشورهای دنیا صادر می‌شود و شرکت‌های بزرگی مثل نوارتیس هم از چین ماده اولیه‌شان را می‌خرند و با مشاهده مشکل‌دار بودن، همان محصولشان را جمع کردند.»■

منبع: هفته‌نامه سلامت