



سپید بررسی می کند

آیا امکان حذف طرح اجباری پزشکان وجود دارد؟ ۱۲

رییس انستیتو پاستور ایران در نشست خبری:

چه بسا ایران پیش از دیگر کشورها

به واکسن کرونا دست یابد ۷

آیاسی تی اسکن می تواند کووید-۱۹

را تشخیص دهد؟ ۱۹

وزیر بهداشت ضمن تاکید بر رعایت حداکثری پروتکل ها اعلام کرد

برگزاری مراسم احیا از ۲ شب تا ۲ بامداد ۲

معاون پرستاری وزیر بهداشت در آستانه روز جهانی پرستار

۶۵ درصد پرستاران ایران در خط مقدم

مبارزه با کرونا هستند ۱۱

برگزاری مراسم احیاء از ۱۲ شب تا ۲ بامداد

با فاصله‌گذاری استفاده کنند.»

نمکی ادامه داد: «اگر مساجدی هستند که ممکن است به دلیل حضور مداحان خوش صوت و معروف ما شلوغ شود، مراسم را در فضاهای بزرگ‌تر مانند ورزشگاه‌ها برگزار کنند تا اگر جمعیت بیشتری جمع شد، مشکلی از نظر فضا نداشته باشیم و سایر مواردی که در پروتکل آمده را مو به مو اجرا کنند تا بتوانیم به استناد به اینکه در شب‌ها با کمترین خطر و بیشترین ارج و قرب مومنین نزد خداوند، بتوانیم مساجد و مراکز دینی و مذهبی را باز نگه داریم.»

وزیر بهداشت درباره بازگشایی آستان‌های مقدس نیز گفت: «ما و همکارانمان در این زمینه به جمع‌بندی رسیدیم که بنابر دلایلی آن‌ها را بازگشایی نکنیم. گرچه جناب آقای مروی از آستان مقدس حضرت امام رضا (ع)، آقای شهری از آستان مقدس حضرت عبدالعظیم، آقای دستغیب از آستان مقدس شاه چراغ (ع) و آقای سعیدی از آستان مقدس حضرت معصومه (س) مرتب با ما در تماس بودند و دوست داشتند در این صحن‌ها هر چه زودتر بر روی مردم باز شود، اما ما در نگاه کارشناسی هنوز به این مجموعه نرسیدیم.»

وی تاکید کرد: «نگرانی ما از فوج مسافرین عشاق اهل بیته است که بعد از مدت‌ها سفر نکردند و بعد از بازگشایی این صحن‌ها به شوق و ذوق زیارت راه بیفتند و تراکمی را ایجاد کنند و خدایی نکرده برای ما و خودشان زحمت را مضاعف کنند.»

وزیر بهداشت گفت: «در زمینه بازگشایی آستان‌های مقدس مجدداً روز چهارشنبه، جلسه‌ای داریم و نتیجه‌ا را به استحضار مردم می‌رسانیم و امیدواریم بتوانیم در فضای مناسب‌تر هر چه زودتر در صحن و سراهای اهل بیت (ع) و آستان‌های مقدس را بر روی مشتاقان این آستان‌ها باز کنیم.»



همراه ما خواهد بود، تاکید کرد: «البته برای این اقدام شروطی هم گذاشتیم که خواهش می‌کنم مردم به شدت به این شروط پایبند باشند تا خدایی نکرده هر گونه تنش و افزایشی را درباره بیماری به حساب این تصمیم بنده و همکارانم نگذارند.»

وی افزود: «مطمئنم مردم بیش از همه مراعات خواهند کرد. بر همین اساس افراد مسن، افراد مبتلا به بیماری‌های زمینه‌ای و کودکان به این اماکن نروند. در عین حال افرادی که حضور پیدا می‌کنند فاصله‌گذاری یک متر را با دیگران رعایت کنند، ماسک و دستکش به همراه داشته باشند، قرآن و مهر و سجاده را از خانه با خود ببرند. در مساجدی که فضای درونی کمی دارد، در شبستان‌ها و فضای بیرون که اولویت هم با فضاهای باز است،

باز کنیم. البته ایشان همواره از مصوبت ستاد ملی مقابله با کرونا و رعایت پروتکل‌ها حمایت کردند و هرگز از طرف ایشان در هیچ عرصه‌ای تحت هیچ فشاری قرار نگرفتیم. ایشان با هم تاکید فرمودند که اگر راهی وجود دارد و پروتکل‌ها اجازه می‌دهند، این اتفاق بیفتد. بر همین اساس بعد از فرمایش ایشان جلسه‌ای را با همکارانمان گذاشتیم و یک جمع‌بندی تازه‌ای انجام شد تا بتوانیم در شب‌های قدر با رعایت پروتکل‌های حداکثری بتوانیم بین ساعت ۱۲ شب تا ۲ بامداد مراسم احیاء شب‌های با عظمت قدر را با حضور مومنان داشته باشیم.»

وزیر بهداشت با بیان اینکه تردید نداریم همانطور که تا امروز مرحمت الهی ما را در مهار بیماری کمک کرد، قطعاً دعای مومنین در مهار بیشتر بیماری

وزیر بهداشت با اشاره به پروتکل‌های تدوین شده برای برگزاری مراسم لیلی قدر در مساجد، گفت: «جلسه‌ای را با همکارانمان گذاشتیم و جمع‌بندی تازه‌ای انجام شد تا بتوانیم در شب‌های قدر با رعایت پروتکل‌های حداکثری بتوانیم بین ساعت ۱۲ شب تا ۲ بامداد مراسم احیاء شب‌های با عظمت قدر را با حضور مومنان داشته باشیم.»

به گزارش سپید به نقل از ایسنا، سعید نمکی با اشاره به وضعیت کرونا در کشور، گفت: «خوشبختانه در کل کشور در زمینه بیماری و به وضعیت مطلوب‌تری رسیده‌ایم. در روزهای ابتدایی هم اعلام کردم که سه فاز مدیریت بیماری، کنترل بیماری و در نهایت فاز مهار بیماری را در پیش داریم. خوشبختانه در بسیاری از مناطق کشور از فاز مدیریت به فاز کنترل رسیدیم و در برخی جاها نیز به فاز مهار رسیده‌ایم که آن هم با کمک همه عزیزان و تمام مردم شریف و تمام دستگاه‌ها و ارگان‌های مختلفی که به ما کمک کردند، میسر شد.»

وی با بیان اینکه خواهش از مردم این است که واقعاً رعایت کنند، افزود: «در برخی از استان‌هایی که فاصله‌گذاری هوشمند مقداری رعایت نشد و یک مقدار مردم فکر کردند، همه چیز عادی است، متأسفانه داریم ضرر می‌کنیم. باید توجه کرد که بزرگ‌ترین خطای استراتژیک در این دوره این است که فکر کنیم که کرونا جمع و جور و تمام شده است؛ چرا که هر آن ممکن است به شرایط قبل بازگردیم و این واقعاً برای ما یک پدیده خطرناک و مهلکی است که این افتخار بزرگ را فدای بی‌خیالی کنیم.»

نمکی درباره بازگشایی مساجد برای شب‌های قدر، گفت: «پیرو توصیه مقام معظم رهبری و دغدغه‌های که اعلام کردند مبنی بر اینکه اگر راهی وجود دارد و اگر با پروتکل‌های سخت‌گیرانه‌تری می‌توان اقدامی کرد، مساجد را بر روی مومنان در شب‌های قدر

سخنگوی وزارت بهداشت اعلام کرد

۱۴۸۱ ابتلای و ۴۸ فوتی کرونا در کشور

نگران‌کننده است. جهانپور همچنین گفت: «در طول ۲۴ ساعت گذشته در ۱۴ استان، موارد فوتی نداشته‌ایم و در ۵ استان نیز فقط یک مورد فوتی ثبت شده است.»

وی با بیان اینکه بیش از ۷۵ درصد موارد شناسایی شده جزو موارد سرپایی و موارد غیر بیمارستانی هستند، افزود: «از بین موارد بستری تهران و خوزستان صدرنشین هستند و خوزستان کماکان در وضعیت قرمز بیماری است. تمهیدات لازم به خصوص در مناطق بیشتر درگیر خوزستان صورت گرفته است و انتظار داریم در روزهای آتی با کاهش تدریجی موارد در این استان مواجه شویم.»

جهانپور با بیان اینکه موضوع فاصله‌گذاری هوشمند و فیزیکی همچنان در دستور کار ما در همه نقاط کشور است، گفت: «با توجه اینکه سراسر دنیا وارد فاز بازگشایی تدریجی شده‌اند، قاعدتاً بازهم نکات حفاظت فردی و رعایت موازین بهداشتی فردی و عمومی بسیار اهمیت دارد.»



سخنگوی وزارت بهداشت افزود: «در ۲۷۱۳ نفر از بیماران مبتلا به کووید ۱۹ در وضعیت شدید این بیماری تحت مراقبت قرار دارند.» به گفته وی، تا کنون ۶۱۵ هزار و ۴۷۷ آزمایش تشخیص کووید ۱۹ در کشور انجام شده است. وی همچنین تاکید کرد که وضعیت استان خوزستان کماکان

سخنگوی وزارت بهداشت از شناسایی ۱۴۸۱ مورد جدید کووید ۱۹ در کشور خبر داد و گفت: «در طول ۲۴ ساعت گذشته در ۱۴ استان، موارد فوتی ناشی از این بیماری نداشته‌ایم و در ۵ استان نیز فقط یک مورد فوتی ثبت شده است.»

به گزارش سپید، کیانوش جهانپور گفت: «از دیروز دوشنبه تا امروز ۲۳ اردیبهشت ۱۳۹۹ بر اساس معیارهای قطعی تشخیصی ۱۴۸۱ بیمار جدید مبتلا به کووید ۱۹ در کشور شناسایی شد.»

وی افزود: «مجموع بیماران کووید ۱۹ در کشور به ۱۱۰۷۶۷ نفر رسید.»

جهانپور همچنین گفت: «متأسفانه در طول ۲۴ ساعت گذشته، ۴۸ بیمار کووید ۱۹ جان خود را از دست دادند. به این ترتیب مجموع جان باختگان این بیماری به ۶۷۳۳ نفر رسید.»

وی گفت: «خوشبختانه تا کنون ۸۸۳۵۷ نفر از بیماران، بهبود یافته و ترخیص شده‌اند. ایران در فهرست پنج کشور اول دارای بالاترین بهبودیافتگان ناشی از این بیماری است.»

نحوه محاسبه تعرفه‌ها، مغایر با مصالح نظام سلامت است

تلاش دولت محترم و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و جامعه اینارگر پزشکی کشور را به خود جلب کرد، افزایش سرانه در سال ۱۳۹۸ اتفاق نیفتاد. افزایش تعرفه سال ۱۳۹۹ نیز بر مبنای همان تعرفه ابتدای سال ۱۳۹۸ انجام گرفته است. اگر چه در حال حاضر شاهد تلاش ارزنده‌ای در حوزه معاونت بهداشتی و با هدایت آن مقام محترم هستیم که مبلغ ریالی افزایش ۱۰ درصد سرانه سال ۱۳۹۸ به پزشکان خانواده شهری دو استان فارس و مازندران پرداخت شود ولی شایسته است این تلاش با تثبیت این افزایش به عنوان «سرانه سال ۱۳۹۸» و محاسبه سرانه سال ۱۳۹۹، بر اساس کل عدد سرانه سال ۱۳۹۸ انجام پذیرد.

به ترتیبی که در مورد کلیت تعرفه‌های خدمات سال ۱۳۹۹ به عرض مقامات عالی‌رتبه کشور رسانیده شده است، سازمان نظام پزشکی خواستار بازنگری در

سرانه سال ۱۳۹۹ پزشکان خانواده است. حال که هشتمین سال دوره حاضر اجرای طرح پزشک خانواده شهری را شاهد هستیم، با شناختی که از دیدگاه‌های سلامت محور و جامعه‌نگر حضرت تعالی در دست است، انتظار می‌رود ضمن حمایت از روش محاسبه سرانه بر مبنای اجزای «فنی» و «حرفه‌ای» به شیوه فوق‌الذکر، در راستای رفع مشکلات و تنگناهای حقوقی، و تسهیل ارائه خدمات پزشکان خانواده، دستور بفرمائید در قراردادهای سازمان‌های بیمه‌گر با این همکاران و ارتباط مسئولین و متولیان طرح با آحاد تیم پزشک خانواده شهری، بازنگری لازم، با بهره‌گیری از تجارب این هشت سال انجام پذیرد.

در پایان لازم می‌دانم موقتاً، به عرض برساند سازمان نظام پزشکی بر مبنای قانون تشکیل سازمان، آمادگی کامل دارد در راستای همکاری و مشاوره در خصوص ارتقای ساختار و استقرار پزشکی خانواده در سراسر کشور، از هر گونه همکاری و همگرایی با متولیان سلامت جامعه استقبال نماید.

دکتر محمدرضا ظفرقندی

رئیس کل سازمان نظام پزشکی ■



قرار گیرد. مطابق مواد ۸ و ۹ قانون احکام دائمی بر نامه‌های توسعه کشور، در تعیین تعرفه‌های خدمات سلامت در هر سال، قیمت تمام شده واقعی باید مبنای محاسبه قرار گیرد. در اجرای این روش، باید در تعرفه‌های هر سال جزء «فنی» معادل افزایش تورم سالیانه بر اساس اعلام بانک مرکزی، و نیز جزء «حرفه‌ای» معادل رشد رسمی دستمزدهای سالیانه مصوب شورای عالی کار افزایش یابد.

چنانچه استحضار دارید، بر شد سرانه پزشک خانواده شهری استان‌های مازندران و فارس طی سالیان اخیر، بر مبنای روش علمی فوق انجام نگرفته و در حال حاضر نیز با اعلام تعرفه‌های سال ۹۹، از قیمت تمام شده واقعی بسیار عقب مانده است. یادآور می‌گردد که در سال ۱۳۹۵ اساساً رشدی در میزان سرانه صورت نگرفت و این نقصان در سال‌های بعد نیز جبران نشده است.

در نیمه سال ۱۳۹۸ از سوی حضرت تعالی و معاونت بهداشتی محترم و ستاد مرکزی پزشک خانواده کشور، حرکت امید بخشی به جریان افتاد تا ۱۰ درصد سرانه سال ۱۳۹۸ افزایش یابد. ولی متأسفانه با بروز بحران کرونا که تمامی توجه و

ارزیابی کرده و از مقام محترم ریاست جمهوری و هیأت دولت، تجدیدنظر در تعرفه‌های اعلام شده سال ۱۳۹۹ را خواستار شده است. با استناد به تبصره ماده ۱۷ قانون بیمه همگانی که سازمان نظام پزشکی را در کنار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی یکی از ارکان همکار در تدوین مقررات و نظارت بر امور بیمه خدمات درمانی همگانی دانسته است، در موضوع پزشک خانواده، تحت عنوان «حق مدیریت بر عملکرد و سلامت محله» تبصره ماده ۱۵ قانون بیمه همگانی، سازمان برنامه و بودجه را مکلف کرده است که علاوه بر تعیین منابع پایدار، سهم دولت را متناسب با تعداد افراد بیمه شده (تحت پوشش پزشک خانواده) به صورت کمک‌دردیف‌های خاص در قانون بودجه منظور نماید. قطعاً استحضار دارید که در نظام‌های سلامت مبتنی بر پزشکی خانواده سهمی از GDP به صورت per capita، به امر بهداشت مردم اختصاص می‌یابد. سهم پزشک خانواده هم کسر سهمی از این سهم است که باید کارشناسانه تعیین شود. علاوه بر آن در تعیین سرانه پزشکان خانواده باید دو جزء «فنی» و «حرفه‌ای» نیز مورد توجه و محاسبه

رئیس کل سازمان نظام پزشکی کشور در نامه‌ای به وزیر بهداشت، ضمن اعلام نارضایتی این سازمان از تعرفه خدمات تشخیصی درمانی سال ۹۹، خواستار مساعدت و همراهی بیشتر دولت در موضوع سرانه پزشکی خانواده شد. به گزارش سید، متن نامه محمدرضا ظفرقندی به این شرح است:

همکار گرامی جناب آقای دکتر سعید نمکی مقام محترم وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

با سلام و احترام

احتراماً، با آرزوی قبولی طاعات و عبادات، و با تقدیر از مساعی و اهتمام جنابعالی و همکاران خدمتگزار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، به ویژه در ماه‌های اخیر و مبارزه با اپیدمی کووید-۱۹، و همانطور که مستحضرید و بررسی گزارش‌های واصله از سراسر کشور، مبین این حقیقت آشکار است که غربالگری بیماری کووید-۱۹ و ارائه خدمات اولیه سلامت در دو استان پیشناظر طرح پزشک خانواده، یعنی فارس و مازندران، با نتایج مطلوب و قابل قبولی مواجه بوده است. خوشبختانه همکاران فعال در تیم‌های پزشک خانواده و مسئولین شبکه‌های بهداشت و درمان و دانشگاه‌های علوم پزشکی دو استان فوق‌الذکر، از جمله موفق‌ترین اجزای نظام سلامت کشور در مبارزه با کووید-۱۹ بوده‌اند و متأسفانه بسیاری از این عزیزان با نثار جان‌های پاک خویش، از شهیدای سلامت مردم هستند. تجربه حاضر، نشان‌دهنده صحت نظرات جنابعالی در بر نامه‌ریزی برای گسترش این سیستم در سایر استان‌های ایران و برخورداری شمار بیشتری از مردم، از مزایای پزشکی خانواده و خدمات اولیه سلامت است.

متأسفانه، اعلام تعرفه‌های خدمات سلامت در سال ۱۳۹۹، انتظارات بر حق جامعه پزشکی را برآورده نکرده و سازمان نظام پزشکی این نحوه محاسبه تعرفه‌های خدمات بهداشتی و درمانی را به دلیل خطرافت کیفیت خدمات سلامت و افزایش پرداخت از جیب مردم مغایر با مصالح نظام سلامت کشور

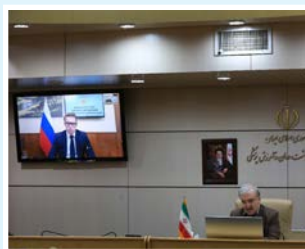
در گفت‌وگوی ویدئوکنفرانسی وزیر بهداشت دو کشور مطرح شد

تاکید بر ضرورت همکاری‌های ایران و روسیه در مبارزه با کووید ۱۹

دو کشور تاکید کرد. در این گفت‌وگو، میخائیل مورشاکو، وزیر بهداشت روسیه نیز اقدامات بهداشتی و درمانی روسیه به ویژه کنترل مرزها، تجهیز بیمارستان‌ها، تدوین و ابلاغ پروتکل‌های بهداشتی و درمانی به عموم مردم، پرسنل و مراکز موسسات و نیز اقدامات درمانی را تشریح کرده و اذعان داشت: «محدودیت‌های فیزیکی اعمال شده، آثار اقتصادی را به همراه داشته است. وی در ادامه روابط استراتژیک ایران و روسیه را بسیار خوب بیان کرد و بر توسعه مناسبات و همکاری‌های متقابل در زمینه‌های مختلف بهداشتی و تحقیقاتی به ویژه دارو و واکسن، تاکید کرد. ■

در زمینه مبارزه با کووید ۱۹ و حمایت از سازمان جهانی بهداشت، اقدامات جمهوری اسلامی ایران در چارچوب بسیج ملی مبارزه با کرونا، فاصله گذاری اجتماعی و سپس بازگشایی تدریجی کسب و کارها در چارچوب ابتکار فاصله‌گذاری هوشمند را تشریح کرده و این اقدامات را زمینه‌ساز کاهش بار بیماری و مرگ و میر در ایران، دانست.

نمکی با اشاره به اینکه خوشبختانه در سال‌های اخیر روابط خوبی بین وزارت بهداشت ایران و روسیه برقرار بوده، بر تلاش در راستای گسترش روابط و همکاری‌های همه جانبه به ویژه در زمینه‌های تحقیقاتی و پزشکی و همچنین، انتقال تجربیات



بهداشتی و تبادلات تجاری فی مابین، بیش از گذشته گسترش یابد. ■ نمکی با اشاره به ضرورت همکاری‌های دو کشور

وزارت بهداشت ایران و روسیه، در چارچوب مذاکرات روسای جمهوری ایران و روسیه و تاکید آنان برای همکاری‌های دو کشور در مبارزه با کووید ۱۹، به صورت ویدئوکنفرانسی گفت‌وگو کردند. به گزارش سید به نقل از وید، سعید نمکی، وزیر بهداشت کشورمان در گفت‌وگوی ویدئوکنفرانسی با وزیر بهداشت کشور روسیه، ضمن تبریک انتصاب میخائیل مورشاکو به سمت وزیر بهداشت روسیه از ارسال کمک‌های این کشور قدردانی کرده و افزود: «لازم است همکاری‌ها و تبادل تجربیات ایران و روسیه در مبارزه با ویروس کرونا و نیز با تلاش بیشتر کشورهای منطقه با رعایت پروتکل‌های

مدیرکل دفتر توسعه فناوری سلامت وزارت بهداشت محققان ایرانی به دانش تولید داروهای کرونا دست یافتند



مدیرکل دفتر توسعه فناوری سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از دستیابی محققان ایرانی به دانش تولید داروهای بیماری کرونا خبر داد.

به گزارش سپید، حسین وطن پور در گفت و گو با خبرنگار ایرنا اظهار داشت: «به محض تایید نتایج مثبت کارآزمایی بالینی توسط مسوولان مربوطه و تایید نهایی سازمان غذا و دارو، این مجموعه‌ها آماده تولید مواد اولیه و محصول نهایی هستند.» وی ادامه داد: «تولید انبوه این داروها منوط به تایید کمیته علمی ستاد ملی مقابله با کرونا و کسب مجوز از سازمان غذا و دارو دارد که این موضوع در حال پیگیری است.» مدیرکل دفتر توسعه فناوری سلامت وزارت بهداشت خاطر نشان کرد: «در حال حاضر منتظر نتایج نهایی گزارش‌ها و بررسی‌های کمیته علمی ستاد ملی مقابله با کرونا

هستیم و آنها باید اعلام کنند که از میان داروهای متعدد مطرح در درمان بیماری کرونا کدام دارو مورد تایید است تا شرکت‌های دانش بنیان اقدامات لازم برای تولید انبوه و ورود آنها به بازار فراهم کنند.» وطن پور همچنین به حمایت از چند شرکت تولید کننده دارو که دانش فنی این کار را دارند، اشاره کرد و گفت: «افزایش ظرفیت‌ها و جلوگیری از تاخیر در ورود به بازار از جمله دلایل حمایت از این شرکت‌ها است.» وی همچنین گفت: «در راستای سیاست‌های کلان کشوری از ساخت داروها و مواد اولیه دارویی حمایت می‌کنیم تا ضمن ارتقای دانش تولید دارو، بیماران از خدمات بهتری بهره‌مند شوند.»

مدیرکل دفتر توسعه فناوری سلامت وزارت بهداشت ادامه داد: «اعلاوه بر شرکت‌های دارویی از سایر شرکت‌هایی که در زمینه محصولاتی مانند ماسک، کیت، و ونتیلاتور و ضد عفونی کننده، دست کش فعالیت می‌کنند، برای افزایش ظرفیت تولید، حمایت شده و فعالان این عرصه‌ها به موفقیت‌های خوبی دست یافتند.»

وطن پور در پایان به آمادگی چند شرکت برای تولید واکسن اشاره کرد و یادآور شد: «این شرکت‌ها فعالیت‌هایی در این زمینه انجام دادند که امیدواریم به نتایج مثبت بینجامد. تولید واکسن نیازمند زمان طولانی‌تر و هزینه زیاد است و نمی‌توان انتظار داشت در زمان کوتاه به آن دست یافت.»

مجلس

قربانی، نایب رئیس کمیسیون بهداشت مجلس اقدام بهداشتی پیشگیری از کرونا برای پیک‌های احتمالی آینده ذخیره‌سازی شود

نایب رئیس کمیسیون بهداشت و درمان مجلس گفت: «با توجه به غیر قابل پیش‌بینی بودن رفتار ویروس کرونا، باید در زمینه اقدام بهداشتی پیشگیری از کرونا همانند ذخایر استراتژیک خود عمل کرده و برای پیک‌های احتمالی آینده ذخیره‌سازی کنیم.»

به گزارش سپید، محمد حسین قربانی در گفت‌وگو با خانه ملت، در رابطه با موافقت وزارت بهداشت با صادرات تجهیزات پزشکی مازاد برای مقابله با کرونا، گفت: «با توجه به غیر قابل پیش‌بینی بودن رفتار آینده ویروس کرونا، باید در زمینه تجهیزات پزشکی مربوط به پیشگیری و مقابله با کرونا همانند ذخایر استراتژیک خود عمل کنیم.»



وی ادامه داد: «همانطور که هر وزارتخانه موظف است کالاهای اساسی خانوارها را برای کل سال ذخیره‌سازی کند، وزارت بهداشت و درمان نیز باید تجهیزات پزشکی مربوط به پیشگیری و مقابله با کرونا را اعم از کیت‌های تشخیص، ماسک، دست‌کش را برای پیک‌های احتمالی آینده توسط دانشگاه‌های علوم پزشکی، هلال احمر و یادسنگ‌های دیگر خریداری کرده و ذخیره داشته باشد.»

قربانی با اشاره به ضرورت ذخیره‌سازی تجهیزات پزشکی مربوط به پیشگیری و مقابله با کرونا، تصریح کرد: «در صورتی که میزان کافی تجهیزات پزشکی در کشور ذخیره کردیم، برای صادرات مازاد آن اقدام کنیم تا در شرایط بحرانی با مشکل مواجه نشویم.»

چگونه با کرونا زندگی کنیم؟



و اقلیمی تأثیری در شیوع و بروز ویروس کرونا ندارد، گفت: «برخی شهرها در وضعیت سفید بوده‌اند که به دلیل عدم رعایت نکات بهداشتی و احتیاط‌ها به سمت زرد یا قرمز پیش رفته‌اند. اینطور نیست که بگویم گرمای هوا بر روی ابتلا یا عدم ابتلای افراد تأثیرگذار است، بلکه در هر کجا که پروتکل‌های بهداشتی و فاصله‌گذاری فیزیکی رعایت نشود، احتمال ابتلا به کووید-۱۹ وجود دارد.»

وی درباره میزان ماندگاری ویروس بر روی سطوح گفت: «باید توجه کرد که قطرات تنفسی حاوی ویروس هستند که بر روی سطوح مختلف می‌نشینند و تا زمانیکه خوب خشک نشوند، می‌توانند ویروس را در خود زنده نگه دارند؛ به طوری که گفته می‌شود بر روی سطوح استیل قطرات تنفسی حاوی ویروس حتی تا ۱۰ روز هم می‌تواند باقی مانده و خشک نشوند. بنابراین مردم ضمن اینکه به زندگی طبیعی بازمی‌گردند، کماکان مسائل بهداشتی و فاصله‌گذاری را رعایت کنند.»

حاضر می‌شوند، حتماً از ماسک استفاده کنند تا هم از سایرین بیماری را نگیرند و هم اگر حیانا بدون علامت به کووید-۱۹ مبتلا بودند، بیماری را به دیگران منتقل نکنند.»

این متخصص عفونی درباره احتمال بروز موج دوم کرونا در کشور، اظهار کرد: «این احتمال خیلی مطرح شده است و حداقل سیستم‌های اپیدمیولوژی و افراد خبره در این حوزه تصور می‌کنند که احتمالاً موج دومی را نه تنها در تهران، بلکه در هر جای دیگری که پروتکل‌های بهداشتی و فاصله‌گذاری را رعایت نشوند، خواهیم داشت.»

وی درباره وضعیت مراجعات و بستری‌ها در بیمارستان‌ها، گفت: «تا هفته گذشته وضعیت مراجعات و بیماران بستری کاهش چشمگیری پیدا کرده بود، اما از اواخر هفته گذشته تا یکی دو روز گذشته مختصری افزایش را شاهد هستیم و این نگرانی وجود دارد که ممکن است، این افزایش ناشی از بروز موج دوم باشد.»

صالحی با بیان اینکه شرایط آب و هوایی

یک متخصص عفونی و عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران با تأکید بر اینکه شرایط آب و هوایی و گرمای هوا تأثیری بر کاهش خطر ابتلا به کرونا ندارد، گفت: «در هر کجا که پروتکل‌های بهداشتی و فاصله‌گذاری فیزیکی رعایت نشود، احتمال ابتلا به کووید-۱۹ وجود دارد.»

به گزارش سپید، محمدرضا صالحی در گفت‌وگو با ایسنا، درباره وضعیت بروز و شیوع کرونا در کشور، گفت: «علی‌رغم اینکه محدودیت‌های اجتماعی تا حدی کاهش پیدا کرده است، اما مردم باید کماکان مسائل بهداشتی فردی و اجتماعی و فاصله‌گذاری فیزیکی را رعایت کنند؛ چراکه شرایط از جهت احتمال ابتلا به کرونا تغییری نکرده است. به هر حال باید توجه کرد که انتهای اپیدمی مشخص نیست و نمی‌توان به صورت مادام‌العمر مردم را در خانه نگه داشت و کارها را کنسل کرد، اما باید به سمتی رویم که با رعایت احتیاط و پروتکل‌های بهداشتی به جامعه بازگردیم. زندگی با کرونا به این معنی است که پروتکل‌های بهداشتی را رعایت کرده و احتیاط کنیم، اما از طرفی ترس و وحشت بیش از اندازه و اینکه زندگی و کارمان را فلج کنیم هم درست نیست.»

وی افزود: «مهم‌ترین نکاتی که باید رعایت شود، بارها و بارها گفته شده است. اولاً افراد پرخطر اعم از کسانی که سن بالای ۵۰ سال دارند، مبتلایان به فشار خون، نارسایی کلیه، بیماری‌های قلبی، کسانی که سابقه ابتلا به سرطان دارند و ... باید تا حد امکان در خانه بمانند و ترجیحاً حداقل رفت‌وآمد را به بیرون از خانه داشته باشند. نکته دوم شست‌وشوی مرتب دست‌ها است که باید حتماً و حتی پیش از گذشته رعایت شود و مورد توجه قرار گیرد زیرا این ویروس تا مدت‌ها بر روی سطوح می‌ماند و کوچکترین تماس سطحی می‌تواند ویروس را منتقل کند.»

صالحی ادامه داد: «در عین حال اگر مردم در مراکز عمومی، وسایل حمل و نقل عمومی و

رئیس انجمن علمی فیزیوتراپی ایران
ورود بیمار به مراکز فیزیوتراپی بدون ماسک ممنوع است

رئیس انجمن علمی فیزیوتراپی ایران، گفت: «ورود بیمار و همراه او به مراکز فیزیوتراپی سطح کشور بدون ماسک ممنوع است.»

به گزارش سپید به نقل از باشگاه خبرنگاران جوان، احمد موذن زاده، افزود: «با توجه به کنترل نسبی شیوع بیماری کووید ۱۹ در سطح کشور و بررسی تمامی مسائل حفاظتی و بهداشتی، تصمیم گرفته شد فعالیت مراکز فیزیوتراپی که در برخی از استانها در فروردین متوقف شده بود، دوباره آغاز شود.» او ادامه داد: «در حال حاضر تمامی مراکز فیزیوتراپی در سطح کشور آماده ارائه خدمت به مردم بر اساس پروتکل ابلاغی معاونت بهداشتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی هستند.» این فیزیوتراپیست در عین رعایت نکات بهداشتی را مورد تاکید قرار داد و گفت: «با توجه به اینکه بیماری کووید ۱۹ کاملاً ریشه کن نشده، توصیه می‌کنیم که برای افرادی که بیماری‌های مزمن و ناتوان کننده‌ای دارند حتی الامکان خدمات مورد نیاز آنها در

قالب آموزش، ورزش و توانبخشی و فیزیوتراپی از راه دور صورت گیرد و از مراجعه حضوری تا کنترل کامل این پاندمی پرهیز کنند.» موذن زاده افزود: «در مورد سایر بیمارانی که مراجعه کننده به بخش‌های فیزیوتراپی هستند، لازم است حتماً از ماسک استفاده کنند، زیرا ورود بیمار و همراه او به مراکز فیزیوتراپی سطح کشور بدون ماسک ممنوع است.»

وی گفت: «همچنین لازم است بیمار از لوازم شخصی شامل ملحفه، پد الکترود، حوله و ... استفاده کند تا احتمال انتقال هر گونه آلودگی منتفی شود.» رئیس انجمن علمی فیزیوتراپی ایران ادامه داد: «آموزش‌های لازم و گایدلاین مناسب برای ارائه نحوه خدمات فیزیوتراپی در شرایط پاندمی کرونا تهیه شده و به تمامی مراکز ابلاغ شده تا خدمات فیزیوتراپی به صورت کاملاً ایمن و مطمئن به بیماران ارائه شود.» موذن زاده گفت: «ما برای ارائه خدمات درمانی در شرایط پاندمی کرونا باید از لوازم حفاظتی مثل ماسک، دستکش، مواد ضد عفونی کننده و ... استفاده کنیم که این مسئله هزینه‌های سرباری زیادی را متوجه مراکز فیزیوتراپی می‌کند.» وی افزود: «درخواست می‌کنم توسط وزارت بهداشت و با کمک سایر مراجع مانند سازمان نظام پزشکی و انجمن‌های پزشکی این هزینه‌های سرباری محاسبه شود و سازمان‌های بیمه‌گر این هزینه‌ها را تقبل کنند، چون که این موارد هزینه‌های مازادی است که به مراکز فیزیوتراپی و سایر موسسات درمانی و توانبخشی در شرایط بسیار سخت اقتصادی فعلی تحمیل می‌شود.»

فرمانده عملیات ستاد مقابله با کرونا در کلانشهر تهران

کاهش ۳/۵ درصدی
تعداد بستری‌های کرونایی در تهران

فرمانده عملیات ستاد مقابله با کرونا در کلانشهر تهران گفت: «در زمینه بستری بیماران جدید با شیب نسبتاً ملایمی در حال کاهش تعداد بستری‌ها هستیم که عدد این کاهش حدود ۳.۵ درصد است، البته در ۲۴ ساعت گذشته در زمینه مراجعین تغییر نداشتیم، اما در زمینه ترخیص بیماران شاهد ترخیص ۳۲۵ بیمار در مجموع بیمارستان‌های استان تهران بوده‌ایم، می‌توانیم امروز بگوییم که نسبت به روزهای گذشته با شیب ملایمی در حال کاهش در برخی موارد هستیم و به یک تعادل نسبی رسیده‌ایم.» به گزارش سپید، علیرضا زالی گفت: «در ۲۴ ساعت گذشته شاهد بستری ۱۹۱ بیمار کرونایی در بخش‌های عادی بیمارستانی بوده‌ایم، این در حالی است که در همین مدت تعداد ۶۲ بیمار کرونایی هم در بخش‌های ویژه بیمارستان‌ها بستری شده‌اند.»

فرمانده ستاد مقابله با کرونا استان تهران ادامه داد: «ما در زمینه بستری بیماران جدید با شیب نسبتاً ملایمی در حال کاهش تعداد بستری‌ها هستیم که عدد این کاهش حدود ۳.۵ درصد است، البته در ۲۴ ساعت گذشته در زمینه مراجعین تغییر نداشتیم، اما در زمینه ترخیص بیماران شاهد ترخیص ۳۲۵ بیمار در مجموع بیمارستان‌های استان تهران بوده‌ایم، می‌توانیم امروز بگوییم که نسبت به روزهای گذشته با شیب ملایمی در حال کاهش در برخی موارد هستیم و به یک تعادل نسبی رسیده‌ایم.» وی افزود: «البته با توجه به حجم بالای رفت و آمدها و افزایش تراکم بالای حضور مردم رعایت ملاحظاتی بهداشتی باید مد نظر قرار بگیرد، خواسته ما از مردم این است که مردم باید تدبیر داشته باشند و کرونا برایشان عادی نشده باشد و رعایت برخی نکات بهداشتی در زمانی که پیک رفت و آمدها را داریم

شهر به ویژه در محدوده آلودگی هوا و مرکز شهر در روزهای اخیر برخی از تردها ضروری تلقی نمی‌شود و به همین خاطر برای کاستن تجمعات تصمیم گرفته شد با شناور سازی و تغییراتی در طرح ترافیک این طرح اجرا شود.» به گزارش وبدا فرمانده عملیات مدیریت بیماری کرونا در کلانشهر تهران در پایان گفت: «امیدواریم با اجرای این طرح میزان بار حمل و نقل عمومی افزایش پیدا نکند و با تغییر زمان حضور کارمندان قبل از شروع طرح ترافیک و مجاز شدن خروج کارمندان و عموم کادر درمانی از طرح به کارهای ضروری اداری و درمانی رسیدگی شود، با توجه به اینکه بخشی از اجرای این طرح به مصوبات شورای شهر تهران نیاز دارد، احتمالاً بعد از شب‌های قدر یعنی ۲۹ اردیبهشت طرح ترافیک اجرا خواهد شد.»

برای‌شان مهم تلقی شود، رعایت سختگیرانه پروتکل‌های بهداشتی از سوی افراد به ویژه در زمان‌های پیک تردهای درون شهری در بخش‌های مرکزی شهر که امکان فاصله‌گذاری اجتماعی با چالش‌هایی روبه‌رو است، برای حفظ و جلوگیری از آسیب به تعادل نسبی در بخش‌های درمانی ضروری است تا در روزهای آینده به سمت تقلیل موارد ابتلای جدید حرکت کنیم. شهروندان باید طوری رفتار کنند که دچار بحران‌های جدید نشویم.»

زالی در ارتباط با طرح ترافیک در تهران گفت: «بعد از بازگشایی که در کلانشهر تهران اتفاق افتاد برای اینکه بار کمتری به ناوگان حمل و نقل عمومی وارد شود طرح ترافیک برداشته شد تا حمل و نقل عمومی شهر فرصتی برای تهیه وسایل حفاظتی از جمله ماسک داشته باشد، با توجه افزایش ۱۶۷ درصدی تردها در سطح

جهان

اعتراض آمریکایی‌ها به وضعیت
بحرانی زندان‌ها ادامه دارد
ابتلای ۲۰ هزار زندانی به کرونا

مردم ایالت کالیفرنیا به شیوع گسترده ویروس کرونا در زندان «سن کوئنتین» اعتراض کردند.

به گزارش سپید بنابر گزارش سایت "San Francisco Chronicle"، اعتراضات شهروندان آمریکایی به بی توجهی مقامات دولتی به شیوع کرونا در زندان‌های این کشور همچنان ادامه دارد. گروهی از مردم ایالت کالیفرنیا در اعتراض به شیوع گسترده ویروس کرونا در زندان «سن کوئنتین» با در دست داشتن پلاکاردها، به صدا درآوردن بوق خودروها و سر دادن شعارهایی خواستار اعطای مرخصی به زندانیان و اقدامات موثر در زمینه توقف افزایش آمار مرگ و میر و مبتلایان به بیماری کرونا در این زندان شدند. آنها همچنین خواستار آزادی تمام زندانیان بالای ۶۰ سال در آمریکا شدند. تاکنون بیش از ۲۰ هزار زندانی در آمریکایه کرونا مبتلا شده‌اند که دست کم ۵۰۲ تن از آنان در زندان‌های کالیفرنیا حضور دارند.



آمریکا با یک میلیون و ۳۸۵ هزار و ۸۳۴ مبتلا به کرونا و ۸۱ هزار و ۸۰۰ قربانی بیشترین آمار مبتلایان و قربانیان کرونا را به خود اختصاص داده است. ■ منبع: تسنیم

افراد ۵۰ سال به بالا هر پنج سال آزمایش سرطان روده بدهند

می تواند خطر پیدایش پولیپ روده را کاهش دهد.»
آهنگر آتشی با بیان اینکه علامت وجود سرطان روده بزرگ بسته به محل تومور متفاوت است، اضافه کرد: «کم خونی، خستگی زودرس، دردهای مزمن شکم، اسهال یا یبوست، خونریزی از روده، احساس دفع ناقص مدفوع و دردهای ناحیه مقعدی را از جمله علائمی است که احتمال وجود سرطان فوق را نشان می دهد.»

وی با اشاره به اینکه درمان اصلی این بیماری جراحی است بشرط اینکه پیشرفته نباشد، افزود: «در مواردی، بیمار در ابتدا چند جلسه تحت شیمی درمانی و رادیوتراپی قرار می گیرد تا پس از کوچک شدن و محدودتر شدن تومور، جراحی انجام شود.»

رئیس انجمن جامعه متخصصان داخلی آذربایجان شرقی ادامه داد: «در انواع پیشرفته که تومور به دیگر نقاط بدن ریشه می دهد، تنها اقدام رادیوتراپی و شیمی درمانی است، مگر اینکه سرطان فوق منجر به انسداد شدید مجرای روده شده باشد که در این وضعیت ها جراحی صرفاً جنبه تسکینی و اصلاحی خواهد داشت.»



بالای ۵۰ سال هر پنج سال یکبار بایستی تخت رکتوسیگموئیدسکوپی قرار بگیرند.» وی گفت: «خوردن داروهای مانند اسپیرین، اسید فولیک و کلسیم

پولیپ های می تواند نقش حیاتی در زندگی بیماران داشته باشد.» وی اظهار کرد: «در افراد سیگاری بخصوص اگر بیش از ۲۵ سال سیگار کشیده باشند، احتمال پیدایش پولیپ ها خیلی بیشتر است.»
متخصص بیماری های داخلی گوارش افزود: «درصد

رئیس انجمن جامعه متخصصان داخلی آذربایجان شرقی با اشاره به این که سرطان روده بعد از سرطان ریه شایع ترین سرطان منجر به مرگ و میر در دنیا است، افزود: «به علت اقدامات تشخیصی و بیماریابی در ۲۰ سال اخیر میزان مرگ و میر بیماری بصورت قابل توجهی کاهش یافته است.»
به گزارش سپید، محمد تقی آهنگر آتشی در گفت و گویا این را با بیان اینکه عوامل محیطی و ژنتیکی در پیدایش سرطان روده بزرگ دخیل است، گفت: «در مناطق شهری که از نظر اقتصادی و اجتماعی دارای وضعیت خوبی هستند، این بیماری شایعتر است به دلیل اینکه میزان پیدایش سرطان فوق ارتباط مستقیمی با مصرف پروتئین، چربی و کالری حیوانی دارد.» وی افزود: «سرطان روده در ۲۵ درصد افرادی که در فامیل درجه یک خود این تومور را داشته اند دیده می شود.»
آهنگر آتشی ادامه داد: «در بررسی ۳۵ درصد افراد سالم افزون بر کولونوسکوپی، برجستگی های مخاطی قارچ شکلی بنام پولیپ دیده می شود که درصد کمی از انواع این پولیپ ها به مرور زمان منجر به پیدایش سرطان روده بزرگ می شوند، لذا شناسایی زودرس این

آمار کرونا در جهان تا ۲۳ اردیبهشت



تعداد مبتلایان به ویروس کرونا در جهان، تا سه شنبه (۲۳ اردیبهشت) از مرز چهار میلیون و ۲۵۶ هزار نفر عبور کرد و تعداد قربانیان این ویروس نیز از ۲۸۷ هزار نفر بیشتر شده است.

به گزارش سپید به نقل از ایستا، در بین کشورهای جهان از نظر تعداد مبتلایان، آمریکا در رده اول و اسپانیا و انگلستان

در رده های دوم و سوم هستند و ایران نیز هم اکنون در رده دهم قرار دارد. در این اینفوگرافیک، آمار ۱۵ کشور اول جهان و تازه ترین آمار کلی جهان در مورد کووید-۱۹ را مشاهده می کنید. ■

منبع داده ها: worldometers

عابدی، عضو کمیسیون بهداشت و درمان مجلس برکات طرح تحول سلامت، مدیریت بیماری کرونا را تسهیل کرد

مهم و موثر در موفقیت ایران در جریان مبارزه با کرونا دانست و افزود: «بهبود زیرساخت حوزه سلامت و توسعه تخت های بیمارستانی به ویژه تخت های ICU که در طرح تحول سلامت توسط وزیر سابق بهداشت و درمان صورت گرفت، عامل موثری در مسیر مبارزه کرونا بود.»
عابدی ادامه داد: «مدیریت و برنامه ریزی مناسب برای بیماریابی و بستری کردن به موقع بیماران در کل کشور یکی از فاکتورهای بسیار مهم و تاثیرگذار در جریان مبارزه با بیماری کرونا بود که به دلیل سابقه و تجربه دکتر نمکی در مبارزه با بیماری های واگیر حاصل شد. همچنین حضور یکپارچه مردم در تولید اقامت بهداشتی، رعایت پروتکل های بهداشتی ستاد ملی مبارزه با کرونا، دست به دست هم داد و ایران را به کشوری موفق در میان کشورهای درگیر با این بیماری تبدیل کرد.»

عضو کمیسیون بهداشت و درمان مجلس، گفت: «توسعه تخت های بیمارستانی به ویژه تخت های ICU در طرح تحول سلامت، مدیریت بیماری کرونا را تسهیل کرد.»
به گزارش سپید، حیدر علی عابدی در گفت و گو با خانه ملت گفت: «موفقیت ایران در مبارزه با کرونا حاصل هماهنگی ها و همکاری های دستگاه های مختلف کشور است.»
نماینده مردم اصفهان در مجلس دهم اظهار کرد: «مهمترین عاملی که به وزارت بهداشت و درمان در مسیر مبارزه با کرونا کمک کرد، موافقت مقام معظم رهبری با پیشنهاد این وزارتخانه مبنی بر شهید خدمت محسوب شدن کادر پزشکی، پرستاری، بهداشتی و خدماتی که در جبهه خدمت رسانی به بیماران مبتلا به کرونا جان خود را از دست دادند و اختصاص یک میلیارد دلار برای مقابله با کرونا بود.» وی فداکاری های کادر درمانی، پرستاران و پزشکان را یکی از عوامل

رئیس دانشگاه علوم پزشکی تهران بیمارستان ها شرایط لازم برای پذیرش بیماران عادی را دارند

وضعیت استان تهران نسبت به اوایل گسترش کرونا روند کاهشی داشته اما در جنوب کشور این شرایط دو باره رو به افزایش است، امیدواریم فوراً جلوی این موقعیت خطرناک کرونا گرفته شود.» کریمی تصریح کرد: «بیمارستانی هایی (به خصوص جنرال) که بیشتر درگیر مبارزه با ویروس کرونا بوده اند، در حال حاضر با بیش از ۹۵ درصد تخت هایشان آمادگی برگشت به شرایط قبل کرونا را دارند. بیمارستان امام خمینی (ره) با بیش از ۱۰۰۰ تخت و بیمارستان شریعتی با ۵۰۰ تخت جزو بیمارستانی هایی هستند که می توانند شرایطی را برای بیماران فراهم کنند. ■

آمادگی خود در خصوص پذیرش بیماران عادی را داده و بخش های مورد نظر را به خوبی پاکسازی کرده اند.» کریمی بیان کرد: «خوشبختانه دانشگاه علوم پزشکی تهران از اول اسفند که بحران کرونا در کشور شروع شد، جزء اولین دانشگاه ها و بیمارستانی هایی بود که شرایط را برای پذیرش بیماران کرونایی و تهیه تخت های مورد نیاز فراهم کرد. در حال حاضر ما دارای ۸ بیمارستان جنرال و حدود ۶ بیمارستان تک تخصصی هستیم.» وی اظهار کرد: «طی دو ماهه ونیم گذشته توانستیم ظرفیت های لازم را برای پذیرش و درمان بیماران کرونایی فراهم کنیم. خوشبختانه

رئیس دانشگاه علوم پزشکی تهران گفت: «همه بیمارستان ها گزارش آمادگی خود برای پذیرش بیماران عادی را داده و بخش ها را پاکسازی کرده اند.»
به گزارش سپید، عباسعلی کریمی گفت و گو با باشگاه خبرنگاران جوان، درباره بازگشت مجدد بیمارستان ها به فعالیت ها و خدمات گذشته خود، اظهار کرد: «امروز جلسهای با رؤسای کل بیمارستان ها داریم تا درباره تصمیماتی که گرفته شده است، برنامه ریزی کنیم.» وی افزود: «با توجه به شیب کاهشی که در روند بیماران کرونایی ایجاد شده است، بیمارستان ها شرایط لازم را برای پذیرش بیماران عادی دارند. تمام بیمارستان ها گزارش

رئیس انستیتو پاستور ایران در نشست خبری:

چه بسا ایران پیش از دیگر کشورها به واکسن کرونا دست یابد

قطعی ترین راه تشخیص کرونا، تست های مولکولی است؛ تست های سرولوژی ارزش تشخیصی ندارند



رئیس انستیتو پاستور ایران با بیان اینکه بیش از ۱۰۰ گروه در دنیا در حال فعالیت برای ساخت واکسن کرونا هستند، از تلاش جدی ایران برای دستیابی به واکسن خبر داد و گفت: «فرض کنید که یک گروه در کشور خاصی از این ۱۰۰ گروهی که در جهان دارند روی واکسن کار می‌کنند، این واکسن را ساخت، مسلماً یک کارخانه قادر به تامین هفت میلیارد واکسن برای هفت میلیارد جمعیت کره زمین نیست. بنابراین مسلماً ما با هر کشور دیگری باید به فکر ساختن واکسن برای خودش هم باشد.» وی تأکید کرد: «دانش فنی دانشمندان ما به هیچ وجه کمتر از کشورهای دیگر نیست و ممکن است که ما به واکسن برسیم.»

به گزارش سپید، علیرضا بیگلری ظهر روز سه‌شنبه با شرکت در یک نشست خبری، به سوالات خبرنگارانی که از طریق ویدئوکنفرانس به وی در ارتباط بودند، پاسخ گفت.

وی در خصوص آزمایشگاه‌های تشخیصی کرونا و ویروس و بیماری کووید-۱۹ گفت: «با توجه به اینکه در روزهای اول امکانات محدودی در کشور برای تشخیص کووید-۱۹ برقرار بود، اما امروز بعد از گذشت هفته‌ها به این توانایی رسیدیم که کار تشخیص کووید-۱۹ را در تمام استان‌های کشور انجام دهیم و از سه آزمایشگاه به بیش از ۱۲۰ آزمایشگاه رسیدیم که می‌توانند کارهای تشخیصی و مولکولی کووید-۱۹ را در حد ۱۵ هزار آزمایش در روز انجام دهند.» رئیس انستیتو پاستور ایران افزود: «فراموش نکنیم که همه این امکانات با تکیه بر دانش بومی و در اوج تحریم‌های ناجوانمردانه‌ای که در سطح بین‌المللی علیه کشور حاکم بود، انجام شد. باید توجه کرد که تست‌های تشخیصی کووید-۱۹ به دو قسمت اساسی تقسیم می‌شود؛ یکی تست‌های مولکولی که تست‌های بسیار سختی هستند، اما وجود ویروس را در بدن ثابت می‌کنند و در کنار آن تست‌های سرولوژی یا مبتنی بر آنتی‌بادی هستند که این‌ها آثار وجود ویروس در بدن را بررسی می‌کنند. یعنی وقتی فردی به ویروس مبتلا شد، در بدن آن فرد آنتی‌بادی ایجاد می‌شود و تست‌های سرولوژی میزان آنتی‌بادی را می‌سنجند و اعلام می‌کنند که آیا فرد به ویروس گرفتار شده یا نه.»

بیگلری ادامه داد: «سازمان جهانی بهداشت و تمام کشورهای دنیا به این باور رسیدند که قطعی ترین و بهترین راه تشخیص کرونا تست‌های مولکولی است که از روزهای اول در انستیتو پاستور ایران و شبکه ملی تشخیص کووید-۱۹ این تست به عنوان تست اصلی انتخاب و با یک پروتکل خاص و واحد در کشور جاری شد و امروز بیش از ۱۲۰ آزمایشگاه ما می‌توانند امکان ۱۵۰۰۰ تست روزانه را ایجاد کنند. بعد از اینکه این تست‌ها را در بیمارستان‌های کشور حاکم کردیم که تصمیم بسیار منطقی بود و منجر به

و مقاومت پیدا می‌کند؟ هنوز این مساله مورد سوال نیست که باید به آن جواب داده شود.» بیگلری ادامه داد: «ما فرض را بر این می‌گذاریم که سیستم ایمنی بدن در مقابل این ویروس پاسخگو می‌شود و فرد را در تماس‌های بعدی محافظت می‌کند. در این صورت لازم است که واکسن ساخته شود و کار خواهد کرد، اما فرض کنید که یک گروه در کشور خاصی از این ۱۰۰ گروهی که در جهان دارند روی واکسن کار می‌کنند، این واکسن را ساخت، مسلماً یک کارخانه قادر به تامین هفت میلیارد واکسن برای هفت میلیارد جمعیت کره زمین نیست. بنابراین مسلماً ما با هر کشور دیگری باید به فکر ساختن واکسن برای خودش هم باشد. حتی اگر در حال حاضر به تشخیص برگردیم، دیدید که قابلیت کشور ما در تشخیص از هیچ کشوری پایین‌تر نبود و به راحتی توانستیم در اوج سختی‌ها بهترین روش تشخیصی را در سراسر کشور پیاده کنیم و در اختیار سیستم سلامت قرار دهیم. مسلماً در حوزه واکسن هم همین‌طور است. دانشمندان و دانش فنی ما به هیچ وجه دانش‌شان کمتر از کشورهای دیگر نیست و ممکن است که ما به واکسن برسیم.»

شش محور در انستیتو پاستور ایران برای ساخت واکسن کرونا

وی همچنین گفت: «حال اگر بدبینانه نگاه کنیم و ما به واکسن نرسیم، بلکه کشور دومی به واکسن برسد، اگر بخواهیم آن تکنولوژی را انتقال دهیم و یا مهندسی معکوس انجام دهیم، باید دانش پایه را داشته باشیم.

ادامه در صفحه ۸

وی با بیان اینکه مردم اطمینان کافی به سیستم بهداشت و درمان کشور داشته باشند و بدانند که قطعی ترین راه تشخیص کرونا، تست‌های مولکولی است، گفت: «با توجه به اینکه پیگیری‌ها و غربالگری‌ها در کشور به راحتی خط سیر انتقال را به ما نشان می‌دهد و اینکه حدود ۲۰ درصد از افرادی را که به صورت سرپایی و آنهایی که در تماس بوده‌اند، تست می‌کنیم، مثبت بودند، امیدواریم طی دو تا سه ماه آینده به راحتی بتوانیم تصویر انتقال ویروس را در کشور داشته باشیم. فراموش نکنیم که با توجه به اینکه عملکرد کشورها نشان داده که غربالگری‌ها در کشورهای مختلف با روش‌های مختلف انجام شده، اما خوشبختانه باعث افتخار است که کارنامه درخشانی تاکنون عرضه شده است.»

بیش از ۱۰۰ گروه علمی در دنیا پیگیر ساخت واکسن کرونا

وی در پاسخ به سؤالی درباره وضعیت تولید واکسن کووید-۱۹، گفت: «شاید بیشترین بیماری که امروز بشر به واکسن آن احتیاج دارد، بیماری کووید-۱۹ است. کشورها و جوامع زیادی اقدامات‌شان را در این حوزه آغاز کردند و بیش از ۱۰۰ گروه در دنیا دارند کار می‌کنند که این واکسن را بسازند. در این زمینه باید به دو سوال بسیار مهم پاسخ دهیم؛ آیا اصلاً از نظر علمی ممکن است که بتوانیم برای این بیماری واکسن بسازیم یا خیر؟ باید به این سوال پاسخ دهیم. زیرا هنوز نمی‌دانیم که وقتی کسی به این بیماری مبتلا می‌شود، آیا در بدنش آنتی‌بادی شکل می‌گیرد یا اصلاً سیستم ایمنی بدن در برابر این ویروس، ایمنی

کاهش مرگ و میر بیمارستانی ما می‌شد، بعد از حصول اطمینان از پوشش بیمارستان‌ها به سمتی رفتیم که تست را در اختیار بیمارانی قرار دهیم که علامت کمتری دارند یا بی‌علامت هستند.» وی ادامه داد: «بنابراین افرادی که در سامانه غربالگری کشور، مورد غربالگری قرار گرفتند، تست‌هایشان آغاز شد و خوشبختانه استان‌های پایلوت کار را برایمان راحت کرد و باعث شد بتوانیم با برنامه‌ای منسجم نه تنها آنهایی را که علامت دارند بتوانیم تشخیص دهیم، بلکه به سراغ بستگان‌شان و افرادی که در تماس با افراد مثبت بودند، رفتیم و توانستیم زنجیره انتقال را به راحتی کُند کنیم. در اکثر استان‌هایی که کار انجام شد، با توجه به اینکه نتیجه کار نشان می‌داد که تعداد بستری‌ها به ویژه بستری‌های بدحال بسیار کم شده، نوید بسیار خوبی بود که سیستم ارجاع کشور به صورت یک شبکه ملی، ابزار قدرتمند تشخیصی را در اختیار دارد که می‌تواند کمک زیادی به تشخیص کند.»

تست‌های سرولوژی ارزش تشخیصی ندارند

بیگلری ادامه داد: «با توجه به اینکه کیت‌های تست‌های سرولوژی هم همزمان با تست‌های مولکولی در کشور ایجاد شده، می‌توانیم مطالعات سرولوژی را هم انجام دهیم تا بدانیم هر یک از جمعیت‌مان در شهرهای مختلف، چقدر آلودگی یا تماس داشتند. باید توجه کرد که تست‌های سرولوژی به هیچ‌وجه ارزش تشخیصی ندارند، فقط می‌توانند برخورد فرد را با ویروس مشخص کنند. حال ممکن است فردی تست آنتی‌بادی‌اش مثبت نباشد، اما هنوز ویروس را پخش کند و منجر به آلودگی اطرافیان شود.»

◀ ادامه از صفحه ۷

بنابراین منطق حکم می‌کند که ما به سمت ساخت واکسن پیش رویم و خوشبختانه در ایران این اقدام با جدیت شروع شده و در انستیتو پاستور ایران هم بر روی چندین محوری که احتمال دارد به واکسن برسیم، کار را شروع کرده‌ایم. مسلماً هر چقدر که پیش رویم، با توجه به نتیجه مطالعات مان می‌توانیم از این شش محوری که بر روی آن‌ها کار می‌کنیم، انتخاب کنیم که کدام محور امکان برنده شدن را دارد و اینجاست که می‌توانیم به راحتی راهمان را پیدا کنیم. در آن زمان برای انتقال دانش و مهندسی معکوس دانش پایه را در اختیار داریم.»

برنامه وزارت بهداشت برای نمونه‌گیری تست سرولوژی

وی درباره وضعیت انجام تست‌های سرولوژی در کشور نیز گفت: «درباره تست‌های سرولوژی با توجه به اینکه تقریباً از زمان فراخوانی که انستیتو پاستور برای این تست‌ها داد، چندین شرکت آماده تولید شدند و یکی از آن‌ها توانست به سطح تولید خوبی برسد. باید توجه کرد که تقریباً می‌توان گفت که تست‌های سرولوژی در کشور در پنج الی شش مطالعه مورد بررسی قرار گرفتند، از جمله در استان‌های گیلان، قم و مطالعات کوچک‌تری در برخی استان‌های دیگر انجام شده که نتایج آن به احتمال زیاد طی چند هفته آینده منتشر خواهد شد. اما خبر مهم این است که وزارت بهداشت تصمیم دارد که در قالب سیستم ارجاع و وقتی که افراد را تست می‌کنند، این مطالعات را به صورت پایلوت هم شروع کند؛ به طوری که افراد جدید که تست مولوکولی می‌شوند، برایشان تست سرولوژی هم انجام شود.»

بیگلری افزود: «مسلماً تست سرولوژی به تنهایی هیچ ارزشی ندارد، بلکه در کنار تست مولوکولی ارزش پیدا می‌کند. بر همین اساس برنامه وزارت بهداشت این است که در سیستم ارجاع کسانی که برای بررسی می‌آیند و یا علامت دارند و باید تست مولوکولی برایشان انجام شود، برای تست سرولوژی هم از آنها نمونه گرفته می‌شود. همچنین از افرادی که قبلاً آزمایش شده‌اند، تست‌شان چه منفی و چه مثبت بوده است، حالا تست سرولوژی هم از آنها گرفته می‌شود. این باعث می‌شود که اطلاعات به دست آوریم که چند درصد از افراد جامعه با این ویروس تماس داشتند، آلوده شدند، علامت داشتند، علامت نداشتند و یا علامت خفیف داشته‌اند. به عبارتی در حال حاضر تست سرولوژی برای مطالعات همه‌گیرشناسی یا اپیدمیولوژی در جامعه به کار می‌رود نه به عنوان یک تست تشخیصی. البته از آنجایی که مطالعات مان هنوز کامل نیست، با تکمیل فرآیندها نتایج آن منتشر می‌شود.»

رئیس انستیتو پاستور ایران درباره آخرین وضعیت پلاسما درمانی برای درمان کووید-۱۹، گفت: «وقتی که ما از ماهیت یک ویروس و همچنین نحوه بیماری‌زایی آن اطلاع زیادی نداریم، باید برگردیم و بررسی کنیم که چه عوامل و فاکتورهایی در خون افرادی که از بیماری نجات یافتند، وجود دارد که باعث بهبودی آنها شده است. یکی از تئوری‌ها می‌گوید اگر از افراد بهبودیافته، پلاسمای خون‌شان را دریافت کنید،



به راحتی می‌توانیم آن را به دو تا سه برابر و به ۳۰ تا ۴۵ هزار تست در روز افزایش دهیم. محاسبات ما نشان می‌دهد که سقف نیازهایمان بیشتر نیست و شبکه می‌تواند تعداد تست کافی در اختیار قرار دهد.»

وی افزود: «مجوز برای بخش خصوصی به صورت کوتاه مدت و برای سه ماه صادر شده است. منطق وزارت بهداشت در روزهای اول این بود که نباید فرصتی را از دست می‌دادیم و این مجوز کوتاه مدت به آزمایشگاه‌های خصوصی داده شد. مسلماً این موضوع باعث می‌شود که تقاضای القایی ایجاد شود و مردم بدون دلیل به این آزمایشگاه‌های خصوصی مراجعه کنند، اما نتیجه این تست‌ها در نهایت یک ساعت ارزش دارد. زیرا وضعیت کنونی را به شما می‌گوید و ممکن است اگر به خیابان بیایید، آلوده شوید.»

هزینه انجام تست تشخیص کرونا

بیگلری درباره هزینه تست‌های تشخیصی نیز گفت: «تست‌های انجام شده در انستیتو پاستور و کل شبکه ما کاملاً رایگان است، اما آزمایشگاه‌های خصوصی کیت را از شرکت‌های خارجی که مورد تایید وزارت بهداشت هستند و از شرکت‌های داخلی تولیدکننده تهیه می‌کنند. بازنگری برای اینکه مجوز ادامه این کار به آزمایشگاه‌های خصوصی داده شود یا اینکه این مراکز در انجام تست‌ها محدودتر شوند، در دست بررسی است. در عین حال باید توجه کرد که انستیتو پاستور ایران مسئولیت شبکه ملی را برعهده دارد و آزمایشگاه‌های خصوصی از آزمایشگاه مرجع سلامت مجوز می‌گیرند و لیست آن‌ها هم موجود است.»

رئیس انستیتو پاستور ایران در پاسخ به سؤالی درباره کیت‌های تشخیصی که در کشور استفاده می‌شوند، گفت: «ما اوایل اغلب از پرایمرهایی که خودمان طراحی کرده بودیم، برای تست استفاده کرده بودیم. روزهای سختی بود که درس بزرگی برای ما بود، اما بعد از آن کیت‌های اهدایی به کمک‌مان آمد که هم از سازمان جهانی بهداشت و هم از سایر کشورهایی که دوستانه کمک‌مان کردند، دریافت کردیم. البته نباید فراموش کرد که ما نوع کیت‌های اهدایی را انتخاب کرده بودیم و در بهمن ماه کیت‌های دنیا را بررسی کرده بودیم. به عنوان مثال می‌دانستیم که کشور چین ممکن است ده‌ها کیت بسازد، اما می‌دانستیم که چهار برند چینی مورد پسند ما هستند و ما برند آن‌ها را انتخاب کرده بودیم، فقط روی کیت‌های شناخته شده مانور دادیم و به نوعی به کشورها اعلام کردیم که از این نوع کیت‌های شما نیاز داریم.»

وی افزود: «فعلاتاً توجه به اینکه اولین محصولات محموله کیت‌های ساخت داخل مولوکولی اخیراً به انستیتو پاستور داده شده و در حال ورود به شبکه است و با توجه به اینکه تعداد زیادی از افراد در کشور هستند که اگر کیت دچار مشکل باشند، سریعاً متوجه می‌شوند، نگرانی نداریم. در عین حال کیت‌های تولید داخلی که تا به امروز استفاده کرده‌ایم، نشان داده شده که کیفیت خوبی دارند و حتی از برخی کیت‌های خارجی هم وضعیت بهتری دارند. به همین دلیل باید کنار تولیدکنندگان بااستیتم تا کیت‌ها به بهینه‌ترین صورت درآیند.»

ادامه در صفحه ۹ ▶

ویروس را پخش می‌کند، اما هنوز آنتی‌بادی در بدن وی افزایش نیافته است. بنابراین تایید کیت‌های سرولوژی فقط برای مطالعه همه‌گیرشناسی بود تا بدانیم آلودگی در یک شهر، در یک خانه سالمندان و... چقدر بوده است و اصلاً کاربرد شخصی ندارد.»

وی ادامه داد: «در عین حال ما مدام با سایر کشورها به صورت ویدیو کنفرانس ارتباط داریم. آلمان اعلام کرد که تست سرولوژی را در سه جا به کار می‌برم، یکی برای افرادی که برای اهدای خون مراجعه می‌کنند، دوم برای بررسی آلودگی در بخش‌هایی در کشور و سوم برای یک مطالعه زمان‌بندی شده برای بررسی میزان آلودگی. بر همین اساس آلمان فقط برای مطالعات اپیدمیولوژی از این تست‌ها استفاده می‌کند. بنابراین کیت‌های سرولوژی فاقد ارزش تشخیصی برای افراد هستند و در کنار کیت‌های مولوکولی ارزش پیدا می‌کنند. آلمان ۴۰ هزار از این کیت‌های سرولوژی را دریافت کرده تا مطالعاتش را انجام دهد.»

توان انجام روزانه ۳۰ تا ۴۵ هزار تست

رئیس انستیتو پاستور ایران در پاسخ به سوال دیگری درباره انجام تست مولوکولی و سرولوژی کرونا در آزمایشگاه‌های خصوصی با هزینه‌های مختلف، گفت: «اگر به روزهای ابتدایی اسفند بازگردیم، من به عنوان کسی که سال‌ها در این سیستم کار کردم و کاملاً این سیستم را می‌شناختم، واقعاً نمی‌دانستیم چه اتفاقی می‌افتد و آیامی‌توانیم از پس تست کرونا برای این همه بیماری که در کشور داریم، برآیم یا خیر؟ بنابراین با همه توان تلاش کردیم که سیستم‌های دولتی و دانشگاه‌ها راه بیندازیم. از طرفی وزارت بهداشت تصمیم گرفت که به عنوان یک سوپاپ اطمینان به بخشی از آزمایشگاه‌های خصوصی هم مجوز دهد تا اگر تعداد نمونه‌ها بیش از ظرفیت سیستم دولتی بود، بتوانیم از آزمایشگاه‌های خصوصی خرید خدمت کنیم. خوشبختانه تاکنون سیستم دولتی توانست از پس تعداد نمونه‌های بیمارستانی برآید. در حال حاضر توان شبکه تشخیصی مان انجام ۱۵ هزار تست در روز است، اما اگر بخواهیم

ممکن است در پلاسمای خون‌شان عواملی باشد که به بهبودی دیگران کمک کند. این اقدام را در وزارت بهداشت، سازمان انتقال خون کشور آغاز کرد و با توجه به مشورت‌هایی که داشتیم، می‌توان گفت که برنامه بسیار خوبی را آغاز کرده‌اند، اما برای اعلام نتایج این اقدام مسلماً باید مدتی بگذرد. زیرا دو مرحله دارد؛ یکی پلاسماگیری و یکی هم تزریق مجدد آن‌هاست. همکاران مان در انتقال خون با جدیت و بر مبنای علمی و منطقی خوب در حال پیشبرد این کار هستند.»

تایید ۳ کیت تشخیص مولوکولی و یک کیت سرولوژی کرونا

بیگلری در پاسخ به سؤالی درباره وضعیت کیفی کیت‌های تست سرولوژی تولید داخلی کشور و وضعیت صادرات آن‌ها، گفت: «انستیتو پاستور در روزهای ابتدایی شیوع کرونا چند کار بزرگ را شروع کرد. ما سازمانی بودیم که از دی ماه کار طراحی را آغاز کرده بودیم و بررسی کردیم که اگر دچار مشکل شویم، چگونه باید وارد عمل شویم. بر همین اساس ابتدا ظرفیت‌مان را به سرعت بالا بردیم تا بتوانیم بیمارستان‌های کشور را پوشش دهیم. همزمان آموزش‌ها را ارائه دادیم و به شهرها و دانشگاه‌های کشور فراخوان دادیم تا بتوانیم شبکه ملی تشخیص را راه‌اندازی کنیم و باید کیت‌های مورد نیاز آن‌ها را تامین می‌کردیم. علاوه بر این برای تولید کیت‌های مولوکولی و سرولوژی فراخوان دادیم و اعلام کردیم که شرکت‌هایی که می‌توانند کیت تولید کنند، اعلام کنند. در این زمینه ۵۳ شرکت برای تولید کیت اعلام آمادگی کردند که از این شرکت‌ها سه کیت مولوکولی تایید شد و یک کیت سرولوژی را هم تایید کردیم.»

وی افزود: «باید توجه کرد که کیت مولوکولی را برای تشخیص، مورد تایید قرار دادیم و اعلام کردیم که کیت تولید داخل می‌تواند در شرایط اضطرار استفاده شود. اما کیت سرولوژی را برای تشخیص تایید نکردیم. کیت سرولوژی برای تشخیص کارایی ندارد و اصولاً در دنیا ارزش تشخیصی ندارد؛ چراکه ممکن است کسی ویروس را گرفته باشد و ۱۰ روز است که دارد



◀ ادامه از صفحه ۸

پاییز و نگرانی از همپوشانی کرونا با آنفلوآنزا

بیگلری ادامه داد: «نباید فراموش کرد که ما نگران پاییز هستیم که ممکن است همپوشانی کووید-۱۹ را با آنفلوآنزا داشته باشیم. هدف انستیتو پاستور این است که در کنار شرکت‌های تولید داخلی بایستد و کاری کند که کیت‌هایی را بسازیم که بتوانیم این دو را همزمان و با یک آزمایش تشخیص دهیم.»

وی تاکید کرد: «ما کاملا می‌دانیم که در راه‌اندازی تست‌ها، حل مشکلات مان و کیفیت خوب آزمایشی که توانستیم در کشور برقرار کنیم و مهم‌تر از همه این‌ها در شبکه‌سازی مان که توانستیم در عرض سه هفته تمام کشور را برای انجام تست توانمند کنیم، به خوبی عمل کردیم و طبق گفته سازمان بهداشت جهانی ایران عملکرد نمونه و بسیار خوبی را داشته است. ما در روز اول فروردین تصمیم گرفتیم پیلوتی را در استان زنجان اجرا کنیم. در آن روز آزمایشگاه علوم پزشکی زنجان قادر بود تنها ۱۰۰ تست را برای بیماران بستری انجام دهد. حال از آنجایی که می‌خواستیم بیماران ارجاعی را هم اضافه کنیم، باید ظرفیت تست را بالا می‌بردیم. آن هم فقط با تغییر شیفت‌بندی در آزمایشگاه از ۱۰۰ تست در روز به بالای ۲۵۰ تست در روز رسیدیم و توانستیم قدرت آزمایشگاه یک استان را به سه برابر افزایش دهیم. در حال حاضر هم همینطور است و می‌توانیم ظرفیت آزمایش کووید-۱۹ را در کشور از روزانه ۱۵۰۰۰ به ۳۰۰۰۰ و حتی ۴۵ هزار تست افزایش دهیم.»

از چه کسانی تست کرونا گرفته می‌شود؟

رئیس انستیتو پاستور تاکید کرد: «تصمیم ما این نیست که از همه افراد در خیابان تست کنیم، بلکه برنامه ما این است که افراد علامت داری که به سامانه‌های بهداشتی مراجعه کردند، تست کرده و اطرافیان آنها را هم بررسی کنیم. تجربه چند هفته اخیر نشان داد که این کار می‌تواند زنجیره انتقال ویروس را کند کند. باید توجه کرد که همه کشورها یک هدف را دنبال می‌کنند و هیچ کشوری نمی‌تواند ادعا کند که زنجیره انتقال را کاملا کند می‌کند. اغلب کشورها، حتی آلمان استراتژی‌شان این است که بتوانند انتقال را کند کنند تا سیستم درمانی‌اش توان تاب‌آوری داشته باشد و عده زیادی از مردم به یکباره دچار بیماری نشوند. طبق محاسبات، مطمئنیم که سیستم ارجاع ما هرچقدر بیماریابی کند، سقف ۴۵ هزار تست روزانه ما کافی است. اگر هم نیاز داشته باشد امکان انجام تست بیش از آن را هم داریم.»

وی ادامه داد: «باید توجه کرد که اگر به روزهای ابتدایی برگردیم، واقعا درس بزرگی برای ما و دنیا بود. زیرا دنیا در فقدان دانش به ما توصیه می‌داد، اما ما سعی کردیم با توجه به تجربیات داخلی و ظرفیت داخلی کشور کار کرده و تصمیم بگیریم و امروز ثابت شد و دنیا دید که تصمیماتی را که در اوج سختی‌ها گرفتیم، درست و منطقی بود و نتیجه را در مقایسه با دنیا شاهدید.»

بیگلری درباره وضعیت انجام تست کرونا در کودکان، گفت: «باید توجه کرد که ما درباره این

بیماری به‌ویژه در حوزه کودکان دانش بسیار کمی داریم. اینکه چرا کودکان کمتر دچار بیماری می‌شوند؟ آیا به دلیل قوی‌تر بودن سیستم ایمنی آنهاست، آیا به دلیل واکنش‌های وسیعی است که دریافت می‌کنند و هزاران سوال دیگر. البته ما تاکنون تمرکز زیادی بر روی تست کودکان نداشتیم. زیرا اولویت‌مان پوشش بیماران بستری در بیمارستان‌ها و بزرگسالان علامت‌دار بود. در حال حاضر داریم می‌رسیم به کودکانی که در یک خانواده قرار دارند و در خانواده آنها فرد مثبت وجود داشته است. حالا این امکان برایمان فراهم می‌شود که بتوانیم به صورت سیستماتیک بر روی کودکان و نتیجه تست‌های آن‌ها بررسی‌ها را انجام دهیم. در حال حاضر ما از نظر آماری تست زیادی بر روی کودکان انجام ندادیم، اما مسلما در شش تا هشت هفته آینده، به اندازه کافی تست بر روی کودکان خواهیم داشت تا بتوانیم آمار قابل دفاعی را در این حوزه ارائه دهیم.»

علت متفاوت بودن پاسخ تست‌ها

وی در پاسخ به سؤالی درباره تفاوت بودن پاسخ برخی تست‌ها، اظهار کرد: «پاسخ تست از نحوه نمونه‌گیری تاثیر زیادی می‌گیرد. اگر نحوه نمونه‌گیری به درستی انجام نشود، پاسخ تست هم درست نخواهد بود. به همین دلیل گاهی می‌بینید که یک نمونه مثبت است و درست گرفته شده است، اما نمونه دیگری درست گرفته نشده است و این یکی از دلایلی است که در پاسخ تست اول و پاسخ تست دوم تناقض می‌بینیم. یک علت دیگر این است که در اوایل بیماری یا اواخر آن، تعداد ویروس‌هایی که در ناحیه بینی و گلو وجود دارد، بسیار کم هستند و همین موضوع باعث شود که تست‌هایی که در اوایل بیماری می‌گیرید مثبت نباشد و در انتهای بیماری هم به همین صورت است. به ویژه اینکه در انتهای بیماری امکان دارد ویروس مرده باشد و فقط ژنوم آن وجود داشته باشد و بر همین اساس تست را مثبت تلقی می‌کنید. اساسا برای افزایش قدرت تست،

بهترین روش این است که حداقل دو نمونه گرفته شود. اگر یک نمونه مثبت شود، باید فرد را مثبت فرض کنیم.»

رئیس انستیتو پاستور ایران درباره تعداد کیت‌های اهدایی به ایران، گفت: «آنچه که در حال حاضر در آمارمان وجود دارد، نزدیک به ۶۰۰ هزار تست در کشور در شبکه انستیتو پاستور گذاشته شده است. تعداد قابل توجهی از تست‌ها هم اهدایی بودند. در عین حال سعی می‌کنیم کیت‌هایی را خریداری کنیم که کشور مطمئن باشد هم از نظر ارزی می‌تواند تامین کند و هم تعداد آن قابل ادامه باشد. ترجیح می‌دهیم به سمت برندهایی رویم که بتوانند با یک کیت در طولانی مدت نیازمان را تامین کنند. قیمت کیت‌ها هم در بازارهای جهانی متفاوت است. قیمت کیت‌های PCR از حدود هشت یورو با هشت دلار شروع می‌شود تا کیت‌های اروپایی ... که حدود ۲۰ تا ۳۰ یورو هم قیمت دارند. بنابراین قیمت‌ها متغیر است، اما مسلما باید کیتی را انتخاب کرد که در کنار کیفیت بتواند برای کشور قابل تامین باشد. از آنجایی که پروتکل نهایی ما پروتکل برلین است، هر کیتی که بخواهیم بخریم آن را با چند کیت دیگر از جمله کیت برلین مقایسه می‌کنیم و بعد از گرفتن جواب متفنن، اجازه ورود آن کیت به کشور را می‌دهیم.»

شرایط انجام تست کرونا برای بیماران سرپایی

بیگلری درباره علت افزایش موارد مثبت شناسایی شده و در عین حال کاهش مرگ و میر ناشی از کرونا، گفت: «در حال حاضر تعداد افراد مثبت‌مان افزایش می‌یابد، اما میزان بستری و مرگ و میرمان کاهش می‌یابد. علت این موضوع این است که تا چند هفته پیش ما از بیماران بستری در بیمارستان تست می‌گرفتیم و بیماران بستری در اولویت ما بودند. وقتی که توانستیم از عهده تست بیمارستان‌ها برآیم، ظرفیت اضافه را به سمت بیماران سرپایی بردیم. باید توجه کرد که در بیماران سرپایی فرد چه علامتی دارد. اگر فرد تب دارد، تنگی نفس دارد، سرفه دارد و ...،

با این حال هنوز سرپاست، اما دارد ویروس را پخش می‌کند، بنابراین او را تست می‌کنیم و اگر مثبت شد، به سراغ خانواده‌هایشان می‌رویم و آنها را هم تست می‌کنیم. بر این اساس خود به خود تعداد افرادی که حال عمومی‌شان بد نیست، اما تست‌هایشان مثبت است، در جامعه بالا می‌رود.»

وی تاکید کرد: «باید توجه کرد که یکی از علائم بیماری کووید-۱۹ تنگی نفس است، حال اگر به فرد بگوییم شما مثبت هستید، اما نگران نباش، استراحت کن و دارو بخور تا طی چند روز بهبود پیدا کنی، مشکلی ندارد، اما فرض کنید که با فردی که رها شده مواجهیم و علائم تنگی نفس به طور ناگهانی در او پیدا می‌شود، حال برایش اضطراب زیادی ایجاد می‌شود که خود این اضطراب تنگی نفس فرد را تشدید می‌کند و فرد را به بیمارستان می‌کشاند. از طرفی هم بیمارستان محیط آلوده‌ای است و ممکن است عفونت دیگری را بر فرد سوار کرده و این موضوع می‌تواند خطر مرگ را افزایش دهد. ما عمدتا بیماران کرونایی را بیماریابی می‌کنیم تا زنجیره انتقال شکسته شود، بدون اینکه فرد به شبکه بیمارستانی منتقل شود. بر همین اساس تعداد تست‌هایمان بیشتر شده و در روزهای آینده هم این اتفاق خواهد افتاد.»

کادر سلامت ایران افتخار آفرید

بیگلری افزود: «کرونا اولویت اول کشور است. کرونا آزمون بزرگی برای همه کشورهاست و اقتصاد همه کشورها حتی اروپایی‌ها با شیوع کرونا آسیب دیده است. من فکر می‌کنم مردم خواهند دید که کادر بهداشت و درمان، خیرین، مردم و نظام سلامت ایران خوب عمل کرد و یک افتخار بود که ما با دست خالی تاکنون از کشورهایی که بسیاری از معیارهای اخلاقی را زیر پا گذاشتند، اجازه دادند سالمندان فوت کنند، بیماران انتخابی زیر دستگاه و نیتلا تور روند و ... و ر. و سفیدتر بودیم.»

◀ ادامه در صفحه ۱۰

◀ ادامه از صفحه ۹

نظام سلامت و کادر سلامت ما جانانه ایستاد و افتخار آفرید. فکر می‌کنم که شبکه آزمایشی که انستیتو پاستور ایران در کشور ایجاد کرد، کم هزینه‌ترین و در عین حال کاراترین نظام تشخیصی کرونا بود که با تکیه بر دانش فنی و داخلی و بومی خودمان و جوانان دانشمندان حاصل شد. هر چقدر هزینه کرده باشیم، باز هم آسیب‌ها کمتر از سایر اقتصادهای دنیاست.» وی ادامه داد: «کرونا آزمونی بود که استحکام کشور را نشان دهد. برای من افتخارآمیز است که به پزشک همکارم در انگلیس بگویم نه تنها دستمال توالت و روغن در سوپرمارکت‌ها وجود دارد، بلکه از نظر تامین تست کرونا هم مشکلی نداریم، اما عاقلانه و منطقی از تست‌هایمان استفاده می‌کنیم. ما تست‌های بی‌کیفیت نخریدیم که مانند یکی از کشورها ۳.۵ میلیون تست روی دست‌مان بماند. بلکه در اوج تحریم‌ها بسیار هوشمندانه و منطقی عمل کردیم و این هوشمندی و افتخاری برای هر ایرانی و نسل‌های بعدی که روزی این داستان را خواهند خواند، است.» رییس انستیتو پاستور ایران درباره همزمانی آنفلوآنزا و کرونا در فصل سرد سال و وضعیت تولید واکسن آنفلوآنزا، گفت: «نکته اصلی که همیشه باید به یاد داشته باشیم، این است که هر سال واکسن‌هایی که برای آنفلوآنزا ساخته می‌شود، بر اساس حدس و گمان است. فرض کنید که ۱۰ شرکت برای آنفلوآنزای ۲۰۲۰ واکسن می‌سازند، اما زمستان که به پایان می‌رسد، رمز و راز هر یک از این واکسن‌ها مشخص می‌شود و ممکن است از ۱۰ شرکت، یک یا دو شرکت واکسن‌شان خیلی خوب کار کند و با آنفلوآنزای آن سال به خوبی همخوانی داشته باشد. بنابراین هیچ سالی نمی‌توان مطمئن شد که کدام واکسن آنفلوآنزا می‌تواند موثرتر باشد.»

نزوم آمادگی برای پاییز و زمستان

بیگلری ادامه داد: «امسال هر واکسن آنفلوآنزایی که ساخته شود و با هر ترکیب و سوشی آن را داشته باشیم، باز هم کار سختی را در پیش داریم. فرض کنید در آبان ماه باشیم و چند بیمار به اورژانس مراجعه کنند، در این شرایط تشخیص کووید-۱۹ و آنفلوآنزا برای پزشک دشوار است و آنجاست که پزشک سراغ آزمایش و سی تی اسکن می‌رود، اما مهم‌ترین راه تشخیص، آزمایش‌های مولکولی است. بنابراین باید آماده باشیم و در انستیتو پاستور شروع به کار کردیم که این سناریو را بررسی کنیم که اگر همپوشانی علائم دو بیماری اتفاق افتاد، چه راهکاری را برای تشخیص داشته باشیم. به مردم این اطمینان خاطر را می‌دهیم، جای نگرانی نیست و انستیتو پاستور ایران به دنبال بهترین روش‌های تشخیص هستیم.»

وی تأکید کرد: «از نظر کاهش خطای کیت‌ها؛ اولاً باید در نمونه‌گیری دقت کنیم و بهتر است که نمونه هم از بینی گرفته شود و هم از گلو و دوماً باید متمرکز شویم که نمونه‌ها سریع‌تر به آزمایشگاه برسد. اوایل از چاه‌ها و اهواز هم برای انستیتو پاستور ایران نمونه می‌آمد که کیفیتش را از دست می‌داد. بر همین اساس داریم کیفیت سیستم تشخیصی را ارتقاء می‌دهیم و خطاها را کاهش می‌دهیم. در عین حال از نظر



اشراف عملیاتی و تسلط کار آزمایش و درمان، وضعیت‌مان اصلاً با روزهای اول قابل مقایسه نیست. اکنون مسلط‌تر و با دانش فنی بیشتر عمل می‌کنیم و اگر در پاییز هم دچار همزمانی دو بیماری شویم، اضطراب شدیدی که در روزهای اول اسفند داشتیم، مسلماً تکرار نخواهد شد.» بیگلری تأکید کرد: «درباره واکسن آنفلوآنزا سازمان غذا و دارو مسئول است، اما می‌بینم که مجدانه در حال پیگیری هستند که به تعداد کافی و با کیفیت مناسب بتوانند واکسن آنفلوآنزا را برای کشور تامین کنند.»

رییس انستیتو پاستور ایران درباره تشخیص همزمان کووید-۱۹ و آنفلوآنزا، گفت: «افرادی که به مراکز درمانی مراجعه می‌کنند اگر علائم تنفسی داشت، مشخص می‌کنیم که آنفلوآنزا دارد یا کرونا. البته ممکن است موارد استثنایی هم وجود داشته باشد. یعنی فرد هم به کووید-۱۹ و هم به آنفلوآنزا مبتلا باشد که در افرادی که بیماری‌های ضعف ایمنی و بیماری‌های زمینه‌ای قلبی باریوی دارند، ممکن است اتفاق بیفتد. به همین دلیل باید کاملاً آماده باشیم که تست‌های قطعی را داشته باشیم و دیگر نمی‌توان به سی‌تی‌اسکن و تست‌هایی از این قبیل اکتفا کرد، بلکه باید دقیقاً سراغ تست‌های مولکولی رویم تا راه تشخیصی درستی را پیش ببریم.»

انستیتو پاستور ایران در شبکه جهانی انستیتو پاستورها

وی درباره احتمال کشف واکسن کرونا در کشوری دیگر و تضمین ورود آن به ایران، گفت: «انستیتو پاستور ایران جزو شبکه جهانی انستیتو پاستورها است و با آن‌ها مانند چین، فرانسه... ه. تبادل اطلاعاتی دارد. در عین حال باید توجه کرد که اگر فرضاً بگویم که واکسن ساخته شود و از ۷ میلیارد جمعیت دنیا حدود ۳ میلیارد نفر آلوده شوند، در این شرایط نزدیک ۶ میلیارد و ۹۹۷ میلیون نفر به واکسن نیاز دارند. ما در تجربه کیت‌های تشخیصی دیدیم که وقتی آلمان خودش به کیت احتیاج داشت،

و تحریم‌ها را کاهش می‌دهند؟ امروز پاسخ جدی من به این سوال این است که با چشم خودم دیدم که در بحران‌های جهانی کشورهای غربی به کمک ما نمی‌آیند و تحریم‌ها هم کم نمی‌شود و ما باید به خودمان اتکا کنیم.»

وی درباره وجود مشکل در برخی کیت‌های چینی، گفت: «چند کشور اروپایی برنامه‌شان را بر روی کیت‌های رپید گذاشتند که در مدت ۵ دقیقه پاسخ می‌دهند، اما قدرت جواب‌دهی آن‌ها به ۵۰ درصد هم نمی‌رسد و نتیجه‌شان بسیار گیج‌کننده است که این کشورها هم سریعاً این کیت‌ها را جمع‌آوری کردند. جمهوری چک هم کیت‌های رپید چین را خریداری کرد، اما هیچ تست رپیدی نمی‌تواند نتایج دقیق داشته باشد و راه‌شان را تغییر دادند، اما ما از ابتدا تست سختی را انتخاب کردیم و همه فکر می‌کردند ما در تحریم نمی‌توانیم این تست را انجام دهیم، اما تامین کردیم و انجام دادیم. ما از ده‌ها شرکتی که در چین هم کیت مولکولی را تولید می‌کردند، اعلام کردیم که فقط چهار برندشان برای ما قابل استفاده است و اعلام کردیم اگر می‌خواهید به ما کمک کنید، از این چهار نوع به ما دهید.»

یک قرن فعالیت انستیتو پاستور

بیگلری در پاسخ به سؤالی درباره سهم انستیتو پاستور از یک میلیارد یوروی صندوق ذخیره ارزی، گفت: «امسال انستیتو پاستور صدمین سال تأسیس خود را پشت سر می‌گذارد و وارد قرن دوم فعالیت‌هایش می‌شود، اگر به تاریخ آن برگردیم می‌بینیم که همه‌گیری‌های سختی از جمله وبا و آبله را کنترل کرده است. انستیتو پاستور بدون توجه به اینکه چقدر پول به آن داده می‌شود، همیشه به رسالت خودش عمل کرده و همیشه هم بخش مهمی از تاریخ سلامت ایران بوده است. آنچه مهم است دنبال کردن رسالت است، اما بحران کرونا اهمیت انستیتو پاستور را یکبار دیگر برای سیاست‌گذاران سلامت ایران پررنگ‌تر کرد. شاید انستیتو پاستور ایران نام‌آشناترین موسسه برای ایرانیان باشد، زیرا هر ایرانی یک واکسن از این موسسه در بدنش دارد، اما انستیتو پاستور تا امروز آنقدر که خدمت کرده و شایسته بوده، مورد توجه قرار نگرفته و در مقاطعی به شدت در تنگنای شدید مالی قرار گرفته است، اما با درخششی که در کووید-۱۹ داشت و با راه‌اندازی شبکه تشخیصی کووید-۱۹ در کشور، جوانان انستیتو پاستور ایران یکبار دیگر ثابت کردند که ایران گنجینه پربهایی به نام انستیتو پاستور دارد. تا به امروز نمی‌دانم چه مبالغه‌ی اختصاص داده شده، اما تا امروز پشتیبانی خوبی از سوی وزارت بهداشت دریافت کردیم، اما امیدواریم با توجه به اینکه قوی‌ترین و غنی‌ترین موسسه تحقیقاتی در منطقه هستیم، منابع و حمایت‌های شایسته‌ای از سوی سیاست‌گذاران حوزه سلامت کشور شامل این موسسه شود. حمایت بیشتر حتماً نتایج بهتری خواهد داشت.»

وی افزود: «در چهار حوزه بررسی ژنوم ویروس، بررسی ژنوم میزبان‌ها، بررسی پاسخ‌های ایمنی به ویروس در بیماری‌های مختلف و در حوزه واکسن و دارو انستیتو پاستور ایران به کار مشغول شده و بعد از به دست آوردن نتایج درباره آن صحبت خواهیم کرد.»

بلافاصله صادرات کیت‌های کرونایی را که تعهد کرده بود، قطع کرد و ممنوعیت صادرات اعلام شد. پیش‌بینی ما این است که در واکسن هم چنین اتفاقی خواهد افتاد. هر کشوری که واکسن را بسازد، اعلام می‌کند که اول کشور خودم مقدم است. البته با همین رویکرد درست است که سازمان بهداشت جهانی اعلام کند که عدالت در سلامت حکم می‌کند که همه مردم دنیا از واکسن کرونا بهره‌مند شوند و فرض کنید ۵۰۰ هزار واکسن به ایران دادند، حال این واکسن را به چه کسانی بدهیم؟ بنابراین بهترین راهکار این است که کشور خودش آماده شود و امروز، روز آمادگی است.»

بیگلری ادامه داد: «اگر امروز می‌بینید که در حوزه تشخیص ایستادیم و اشتباه سایر کشورها را تکرار نکردیم، حاصل کاری است که انستیتو پاستور از دی ماه آغاز کرده بود. آمادگی روز مسابقه، روز باختن است. باید از قبل آماده باشیم. پیروزی امروز ما به دلیل پیش‌بینی بود که از دی ماه انجام دادیم. برای واکسن هم بیشترین وقت‌مان بر محورهای مختلف واکسن متمرکز است تا بتوانیم دانش فنی روز دنیا را داشته باشیم. خوشبختانه همه در یک خط مسابقه قرار داریم و ما از دنیا عقب نیستیم. بسیاری از تصمیماتی که ما در روزهای سخت و تاریک گرفتیم، اکنون به پروتکل‌هایی تبدیل شده که به دنیا ابلاغ شد. به هیچ عنوان اینطور نیست که فکر کنیم که نمی‌توانیم واکسن را بسازیم، اما اگر نتوانستیم واکسن را بسازیم، باید حداقل دانش فنی پایه را داشته باشیم تا مهندسی معکوس کرده و یا انتقال تکنولوژی انجام دهیم تا سریعاً نیاز کشور را تامین کنیم.»

عملکرد استثنایی ایران در مبارزه با کرونا

رییس انستیتو پاستور با بیان اینکه ایران استثنایی‌ترین عملکرد را در مبارزه با کرونا در سطح جهان داشت، گفت: «من همیشه این سوال را از خودم می‌پرسیدم که اگر یک فاجعه انسانی رخ دهد، آیا کشورهای غربی به کمک ما می‌آیند

۶۵ درصد پرستاران ایران در خط مقدم مبارزه با کرونا هستند



معاون پرستاری وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از استخدام سه هزار پرستار دیگر در ماه های آینده خبر داد و گفت: «۶۵ درصد از جامعه ۲۰۰ هزار نفری گروه پرستاری ایران در خط مقدم مبارزه با کرونا خدمت کردند.» به گزارش سپید، مریم حضرتی روز سه شنبه همزمان با فرارسیدن ۱۲ می (۲۳ اردیبهشت) روز جهانی پرستار در گفت و گو با خبرنگار ایرنا افزود: «پرستاران ایران در اپیدمی کرونا بحق خوش درخشیدند و تعدادی از آنان هم در این راه شهید شدند. باید از همه آنان قدردانی کنیم و روز جهانی پرستار را هم به همه پرستاران ایران تبریک می گویم. جایگاه پرستاری ایران در دنیا و منطقه جایگاه والایی است و امروز بین کشورهای منطقه مدیران شرفی از نظر تولید علم پرستاری، ایران بعد از ترکیه در رتبه دوم است.» وی گفت: «اکنون ۴۵ هزار دانشجوی پرستاری در ۱۹۲ دانشکده پرستاری کشور مشغول تحصیل هستند که در مقطع کارشناسی و ۱۲ رشته کارشناسی ارشد شامل کودکان، داخلی - جراحی، سلامت جامعه، سلامت روان، مراقبت های ویژه نوزادان و کودکان، مراقبت های ویژه بزرگسالان، پرستاری نظامی، پرستار توانبخشی، سالمندی، اورژانس و مدیریت پرستاری و یک برنامه دکترای پرستاری است.»

معاون وزیر بهداشت افزود: «۱۶ مرکز تحقیقات پرستاری، یک شبکه تحقیقات پرستاری، ۳۸ مجله علمی پرستاری به زبان انگلیسی یا فارسی داریم که در ایندکس های معتبر بین المللی منتشر می شوند.»

نسبت پرستار به تخت بیمارستانی در ایران

حضرتی گفت: «میانگین نسبت پرستار به تخت بیمارستانی اکنون در کشور ۱.۰۲ است که البته با سطح استاندارد فاصله داریم و امیدواریم در پنج سال آینده بتوانیم به سطح استاندارد لازم برسیم. سطح استاندارد نسبت کل گروه پرستاری به تخت که شامل، پرستار، بهیار، پرستار اتاق عمل، هوشبری، کمک بهیار است ۲.۳ نفر به ازای هر تخت بیمارستانی است. در دنیا اکنون نسبت پرستار به جمعیت سنجیده می شود زیرا نقش پرستاران را فقط در بیمارستان نمی دانند و به نقش پرستاران در جامعه توجه می شود.» وی با اشاره به فعالیت پرستاران در اپیدمی کرونا گفت: «پرستاران در کشور یک خانواده ۲۰۰ هزار نفری هستند. در این اپیدمی بیش از ۶۵ درصد پرستاران کشور در بیمارستان های مرجع کرونا در تماس مستقیم با بیماران کرونا قرار داشتند و از بیماران در بخش تریاژ، بستری و آی سی یوها مراقبت کردند و بهبودی که اکنون حاصل شده نتیجه زحمات پرستاران و همه تیم سلامت است و باعث خوشحالی و افتخار است که تعداد زیادی از این بیماران به سلامت از بیماران مرخص شدند.»

معاون وزیر بهداشت افزود: «در این مدت و از اول اسفند هیچ بیمار مبتلا به کووید ۱۹ در کشور پشت در بیمارستان نماند. هیچ بیماری روی زمین نخوابید، حتی بیماران عادی و غیر

کرونايي هم در این مدت مراقبت لازم را گرفتند، هیچ بیمار دیالیزی نبود که در هفته خدمات دیالیز هفته ای سه بار خود را دریافت نکند و مراقبت یا داروی او قطع شود.»

حضرتی ادامه داد: «قبل از شروع اپیدمی کرونا در ایران، چک لیست آمادگی بیمارستان ها برای مراقبت از بیماران کووید ۱۹ تدوین و به دانشگاه های علوم پزشکی ابلاغ شد. بر اساس آن بازدیدهای مستمر انجام شد همچنان هم تاکنون ادامه دارد و مدیران پرستاری بر رعایت این پروتکل نظارت دارند. آموزش و توانمندسازی کادر پرستاری برای مراقبت از بیماران کووید ۱۹ نیز در این مدت انجام شد.»

وی گفت: «پرستاران در دوره دانشگاه مراقبت از بیماران عفونی را آموزش دیده اند اما برای یادآوری و مراقبت بهتر از بیماران کووید ۱۹، مدیران پرستاری و سوپروایزرهای آموزشی و سوپروایزرهای کنترل عفونت به صورت ویدئو کنفرانس آموزش دیدند و مامور شدند که این آموزش ها را به سایر پرستاران و گروه های دیگر مثل بیماربر و نیروهای خدمات منتقل کنند. سازمان نظام پرستاری و انجمن های علمی پرستاری نیز برای آموزش، تدوین دستورالعمل ها و اعزام پرستاران همکاری کردند.»

دستورالعمل مراقبت از بیماران کرونا در منزل

معاون پرستاری وزیر بهداشت افزود: «۵۸ هزار ۸۵۳ بیمار کووید ۱۹ هنگام ترخیص برای مراقبت از خود و اطرافیانشان توسط پرستاران آموزش دیدند. دستورالعمل مراقبت از بیماران کووید ۱۹ خفیف برای مراقبت در منزل هم تدوین شد و تلاش داریم تعرفه های خدمات پرستاری و مراقبت در منزل تحت پوشش بیمه هم قرار بگیرد.»

حضرتی درباره اولویت استخدامی پرستاران فعال در اپیدمی کرونا گفت: «از نظر وزارت بهداشت پرستاران شرکتی، بیمانی و رسمی از نظر شرح وظایف هیچ فرقی ندارند، همان کاری که پرستار شرکتی یا قراردادی انجام می دهد همان کار را پرستار بیمانی و رسمی هم انجام می دهد. اینکه در جاهایی با این پرستاران قرارداد ۸۹ روزه بسته شده و استخدام نشده اند باید بررسی شود. اگر دانشگاه های علوم پزشکی نیاز داشته باشند و ظرفیت استخدامی داشته باشند، این پرستاران استخدام می شوند. البته دانشگاه ها شاید نتوانند همه پرستاران با قرارداد ۸۹ روزه را استخدام کنند که البته این موضوع در حیطه فعالیت های معاونت توسعه وزارت بهداشت و دانشگاه های علوم پزشکی است.»

حضرتی گفت: «از ابتدای اپیدمی کرونا حدود هزار و ۳۳ نفر از پرستاران اعم از هیات علمی، دانشجویان پرستاری تحصیلات تکمیلی و پرستاران بازنشسته و آزاد به صورت داوطلبانه و رایگان برای مراقبت از بیماران کووید ۱۹ و ارائه خدمات مشاوره ای و آموزش در بیمارستان های مرجع کرونا مشغول به خدمت رسانی شدند. ۶۷۳ نفر از پرستاران داوطلب نیز به سامانه ۴۰۳۰ معرفی شدند که برای مشاوره رایگان یا تخصصی در این سامانه مشغول به کار شدند.» وی افزود: «تعدادی از پرستاران نیز برای خدمت رسانی به مراکز غیر بیمارستانی مثل آسایشگاه های سالمندان برای پیشگیری از ابتلا به کووید ۱۹ اعزام شدند.»

حضرتی ادامه داد: «هر جا که گزارشی از کمبود لوازم حفاظتی بود سریع رسیدگی شد و اکنون در هیچ یک از بیمارستان های کشور گزارشی از کمبود ماسک، گان، دستکش، لباس ایزوله و لوازم حفاظتی نداریم. البته استفاده از این لوازم بر اساس استانداردهای ابلاغی انجام می شود و همه لباس ایزوله یا ماسک N95 نیاز نیست.»

حضرتی گفت: «اکنون ۴۰۵ مرکز مراقبت در منزل در سطح کشور فعال است و از بیماران کووید ۱۹ خفیف که نیاز به بستری در بیمارستان ندارند اما به مراقبت در منزل نیاز دارند، مراقبت می کنند. همین امر به کاهش اشغال تخت های بیمارستانی کمک کرد. دستورالعمل مراقبت از بیماران کووید ۱۹ که از بیمارستان ها مرخص می شوند و در نقاهتگاه ها نگهداری می شوند نیز تدوین و ابلاغ شده است و مدیریت مراقبت از این بیماران هم به پرستاران واگذار شده است.» وی افزود: «در چند ماه گذشته حدود ۴۵۰۰ پرستار در بیمارستان های دولتی استخدام شدند، البته آزمون استخدامی آنان برگزار شد اما با شروع اپیدمی کرونا این افراد بدون بروکراسی و تشریفات اداری و گزینش به تدریج جذب و بکارگیری شدند و بعد از اپیدمی کرونا مراحل اداری استخدام این پرستاران طی می شود، مجوزی برای استخدام سه هزار نفر دیگر هم گرفته شده است که امیدواریم سازمان برنامه و بودجه هر چه زودتر اعتبار آن را تخصیص دهد و بتوانیم در ماه های آینده این پرستاران را هم استخدام کنیم. ۲۲۸۴ مجوز قراردادی هم برای جذب پرستار گرفته شد.»

معاون پرستاری وزیر بهداشت گفت: «به دانشگاه های علوم پزشکی ابلاغ شد که پرستارانی که در معرض خطر هستند، مثلاً آسم دارند، بیماری قلبی یا تنفسی یا ضعف ایمنی دارند یا باردار هستند، در بخش های کووید ۱۹ بکارگیری نشوند.»

وی در پاسخ به پرسشی درباره کمبود پرستار در اپیدمی کرونا افزود: «اکنون گزارشی از کمبود پرستار از استان ها نداریم، مثلاً استان گیلان که از آن نام برده میشود نیز اکنون کمبود پرستار ندارد حتی در استان خوزستان که اکنون با افزایش موارد بیماری کووید ۱۹ مواجه است هم گزارشی از کمبود پرستار به وزارت بهداشت نداشته ایم و اگر نیاز داشته باشند، نیاز آنها تامین می شود.»



آیا امکان حذف طرح اجباری پزشکان وجود دارد؟

اگرچه وزارت بهداشت در تلاش است که نیاز به پزشک طرحی در مناطق محروم کمتر شود، اما منتقدان معتقدند حتی در صورت تامین نیروی انسانی متخصص در مناطق محروم، احتمال حذف طرح اجباری بسیار پایین است



اگر پای صحبت جامعه پزشکی بنشینید، اغلب آنها از طرح خدمت اجباری پس از فارغ التحصیلی، گلایه‌مند هستند. در حالی که خود متولیان نظام سلامت هم بارها نسبت به این موضوع انتقاد کرده‌اند، اما هنوز طرح خدمت نیروی انسانی برای گروه‌های مختلف جامعه پزشکی اجرا می‌شود.

بر اساس قانون فعلی، مدت زمان طرح برای دانش آموختگان مقطع کاردانی ۱۲ ماه و برای مقاطع کارشناسی و بالاتر ۲۴ ماه تعیین شده که البته این زمان با توجه به ضریب منطقه خدمت، تا حدودی قابل کاهش است. دانش آموختگان رشته‌های دارای طرح اجباری شامل فوریت‌های پزشکی، هوشبری، داروسازی، علوم آزمایشگاهی، اتاق عمل، پرستاری، دندانپزشکی، تکنولوژی پرستاری (رادیولوژی)، پزشکی و پرستاری دندانپزشکی حداکثر سه ماه پس از پایان تحصیلات خود مهلت دارند تا در سامانه ثبت نام طرح، نام‌نویسی کنند. اگر دانش آموختگان در این مهلت تعیین شده ثبت نام نکنند، داوطلب بر اساس رای دانشگاه، مشمول سه تا شش ماه اضافه خدمت

در مناطق محروم می‌شود. البته در این بین، برخی معافیت‌هایی شامل برخی از گروه‌های جامعه پزشکی می‌شود. به طور مثال، کارمندان رسمی دولت از انجام خدمات روستایی معاف شده‌اند و همچنین بانوان متاهل و کارکنان رسمی دولت هم می‌توانند در هر یک از مناطق ۱، ۲ و ۳ کشور به ارائه خدمت بپردازند.

از سوی دیگر، بانوان متاهل فارغ التحصیل رشته‌های پزشکی، دندانپزشکی، داروسازی و متخصصان رشته‌های مختلف پزشکی، این امکان برایشان وجود دارد که در شهرهای اصفهان، تبریز، تهران، شیراز و مشهد، طرح خدمت خود را بگذرانند.

فلسفه اجرای طرح خدمت اجباری برای جامعه پزشکی که در دهه ۶۰ پایه‌گذاری شده است، تامین نیروی انسانی متخصص در مناطق محروم بوده است، اما ایراد اصلی اینجاست که این شکل از تامین نیروی انسانی در مناطق کمتر توسعه یافته با اجبار همراه است و دانش آموخته مجبور می‌شود برای اینکه در سیستم بهداشت و درمان کار کند، طرح خدمت را بگذرانند.

چند ماه قبل نیز سعید نمکی، وزیر بهداشت نسبت به طرح اجباری خدمت برای جامعه پزشکی انتقاد کرد و گفت: «نمی‌توان پزشک را بواسطه طرح نیروی انسانی در نقاط محروم کمتر توسعه یافته نگه داشت، بلکه باید به دنبال ایجاد انگیزه اقتصادی برای حضور بخش خصوصی در این مناطق بود. در این زمینه به دنبال ایجاد انگیزه برای ماندگاری بیشتر پزشکان در نقاط محروم هستیم؛ در طرحی که مدنظر داریم اگر بخش خصوصی در مناطق محروم تخت بیمارستانی ایجاد کرد، بنابراین ضریب اشتغال مناسبی را به صورت تضمینی خریداری خواهیم کرد و حداقل بین دو تا سه سال نیز پزشک و پرستار را با هزینه دولت برای بخش خصوصی تامین می‌کنیم.»

همچنین قاسم جان‌بابایی، معاون درمان وزیر بهداشت هم دغدغه پزشکان طرحی را قبول دارد و تاکید می‌کند که برای رفع مشکلات آنها، برنامه‌های متعددی

که پزشکان طرحی به اجبار در مناطق محروم خدمت کنند. با این وجود بسیاری از گروه‌های جامعه پزشکی تاکید دارند که حتی در صورت افزایش نیروی انسانی متخصص در مناطق محروم، باز هم این احتمال وجود دارد که نظام سلامت نخواهد از نیروی متخصص ارزان قیمت در مناطق محروم، دل بکند و همچنان طرح خدمت اجباری را اجرا کند.

جامعه پرستاری هم به طرح اجباری معترض است

منتقدان طرح نیروی انسانی وزارت بهداشت، فقط پزشکان و پیراپزشکان نیستند. بسیاری از پرستاران هم نسبت به اجرای این طرح قدیمی، گلایه دارند. محمد شریفی مقدم، دبیرکل خانه پرستار هم با انتقاد از طرح نیروی انسانی می‌گوید: «شمار بسیاری از پرستاران حدود پنج ماه تا یک سال و نیم در نوبت گذراندن طرح نیروی انسانی هستند. این در حالی است که بیمارستان‌ها به خصوص بیمارستان‌های خصوصی به شدت دچار کمبود نیروی پرستاری هستند. باید در نظر داشت که طرح نیروی انسانی در دهه ۶۰ به دلیل شرایط کشور و به منظور فعالیت پزشکان و پرستاران در بیمارستان‌ها تصویب شد که بر اساس آن، مدرک تحصیلی پزشکان و پرستاران پس از فارغ التحصیلی به آن‌ها ارائه نمی‌شد و تا زمان اتمام طرح نزد دانشگاه می‌ماند. در واقع پرستاران و پزشکان پس از گذراندن این دوره که برای پرستاران دو سال در نظر گرفته شده است، می‌توانند مدرک خود را دریافت کنند و در صورت تمایل در بیمارستان مشغول کار شوند یا در سایر ارگان‌ها ارائه خدمت کنند، اما الان در شرایط آن سال‌ها نیستیم. در شرایط کنونی کشور دیگر الزامی به اجرای طرح نیروی انسانی برای پرستاران وجود ندارد.»

حاصل مشکل پزشکان طرحی اشاره می‌کند و می‌گوید: «در راستای ماندگاری پزشکان در این مناطق از چند سال پیش طرحی را آغاز کرده‌ایم که بر اساس آن جذب پزشکان با سهمیه‌ای با عنوان «سهمیه مناطق محروم» انجام می‌شود؛ به طوری که این افراد مازاد بر ظرفیت عادی دانشگاه‌ها پذیرفته می‌شوند و دوره تخصص خود را می‌گذرانند و پس از آن ۱۲ سال در مناطق محروم خواهند ماند. با اجرای طرح «جذب پزشکان با سهمیه مناطق محروم» تا حدود دو سال دیگر، بیش از چهار هزار پزشک متخصص با سهمیه مناطق محروم ۱۲ ساله در شهرهای کم‌برخوردار خواهیم داشت و مشکل کمبود پزشک متخصص در این مناطق نیز رفع خواهد شد.» وزارت بهداشت امیدوار است که با اجرای این طرح‌ها، شرایطی را پیش بیاورد که پزشک متخصص در مناطق محروم با میل و اراده خودش ماندگار شود و دیگر نیاز نباشد

حاصل مشکل پزشکان طرحی اشاره می‌کند و می‌گوید: «در راستای ماندگاری پزشکان در این مناطق از چند سال پیش طرحی را آغاز کرده‌ایم که بر اساس آن جذب پزشکان با سهمیه‌ای با عنوان «سهمیه مناطق محروم» انجام می‌شود؛ به طوری که این افراد مازاد بر ظرفیت عادی دانشگاه‌ها پذیرفته می‌شوند و دوره تخصص خود را می‌گذرانند و پس از آن ۱۲ سال در مناطق محروم خواهند ماند. با اجرای طرح «جذب پزشکان با سهمیه مناطق محروم» تا حدود دو سال دیگر، بیش از چهار هزار پزشک متخصص با سهمیه مناطق محروم ۱۲ ساله در شهرهای کم‌برخوردار خواهیم داشت و مشکل کمبود پزشک متخصص در این مناطق نیز رفع خواهد شد.» وزارت بهداشت امیدوار است که با اجرای این طرح‌ها، شرایطی را پیش بیاورد که پزشک متخصص در مناطق محروم با میل و اراده خودش ماندگار شود و دیگر نیاز نباشد



جان بابایی: حدود شش هزار پزشک متخصص طرحی با تعهدات قانونی نیز در مناطق محروم در حال فعالیت هستند که هر سال نزدیک به دو هزار پزشک طرحی وارد و دو هزار پزشک متخصص در مناطق محروم در پایان مدت تعهدشان از تعهد خارج می‌شوند

در حال انجام است. او توضیح می‌دهد: «در حال حاضر بیش از سه هزار پزشک متخصص در مناطق محروم مشغول به کارند. در عین حال حدود شش هزار پزشک متخصص طرحی با تعهدات قانونی نیز در این مناطق در حال فعالیت هستند که هر سال نزدیک به دو هزار پزشک طرحی وارد و دو هزار پزشک متخصص در مناطق محروم در پایان مدت تعهدشان از تعهد خارج می‌شوند. در واقع، بیش از نیمی از این پزشکان در ۲۳۰ شهر کم‌برخوردار در حال خدمت هستند. پزشکان از گذشته، با سهمیه و تعهدات آزاد به مناطق محروم فرستاده می‌شدند، اما با آغاز طرح تحول سلامت به دلیل پرداخت‌هایی که در قالب ماندگاری و مقیمی انجام شد، عملاً توانستیم پزشکان بیشتری را برای ارائه خدمت در مناطق محروم ترغیب کنیم.»

او به بخش دیگری از راهکارهای وزارت بهداشت برای



نمکی: نمی‌توان پزشک را بواسطه طرح نیروی انسانی در نقاط محروم و کمتر توسعه یافته نگه داشت، بلکه باید به دنبال ایجاد انگیزه اقتصادی برای حضور بخش خصوصی در این مناطق بود. در این زمینه به دنبال ایجاد انگیزه برای ماندگاری بیشتر پزشکان در نقاط محروم هستیم



ادامه از صفحه ۱۲

او انتقاد می‌کند: «پرستاران در دوره طرح، حداقل دریافتی را دارند. متأسفانه با وجود اینکه بیمارستان‌ها به شدت نیازمند جذب نیروی پرستاری هستند، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور، همکاری لازم برای جذب پرستاران طرحی را ندارد و این در حالی است که این پرستاران جوان و با انگیزه هستند و می‌توانند در مراکز درمانی مشغول به کار شوند. توجه به اینکه اکنون در بسیاری از استان‌ها پرستاران در نوبت گذراندن طرح هستند و از طرفی بیمارستان‌ها دچار کمبود نیرو هستند، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور می‌تواند از این فرصت استفاده و برای جبران کمبودها و افزایش کیفیت ارائه خدمات به بیماران، این پرستاران را جذب کند. بنابراین وزارت بهداشت، مجلس شورای اسلامی و دولت می‌توانند با حذف طرح نیروی انسانی، آینده شغلی پرستاران را تضمین کنند، زیرا اکنون بسیاری از بیمارستان‌های خصوصی تمایل به جذب پرستاران فارغ‌التحصیل دارند، اما به دلیل اینکه پرستاران دوره طرح را طی نکرده‌اند، بیمارستان‌ها نیز از انجام این اقدام خودداری می‌کنند.»

طرح خدمت اجباری در نظام سلامت، جواب نمی‌دهد

بسیاری از منتقدان طرح خدمت اجباری برای این باورند که نباید بار کوتاهی‌ها و مشکلات چند دهه اخیر در نظام سلامت به دوش کادر جامعه پزشکی بیفتد. در بسیاری از نقاط محروم، امکانات بهداشتی و معیشتی مهیا نشده است و خیلی از پزشکان به همین دلیل، تمایلی برای ارائه خدمت در این مناطق ندارند.

محمدرضا خرمند، عضو شورای عالی نظام پزشکی کشور و رئیس سازمان نظام پزشکی استان قزوین هم در گفتگو با سید به ریشه این مشکلات می‌پردازد و می‌گوید: «طرح نیروی انسانی علاوه بر اینکه موثر نیست، پزشکان هم از اجرای این طرح ناراضی هستند و پرداختی آنها در طرح نیروی انسانی بسیار پایین است. بسیاری از پزشکان که در طرح نیروی انسانی فعال هستند، بومی آن منطقه نیستند، از استانداردهای اولیه زندگی محروم هستند و خیلی از آنها در نقاطی که به خدمت مشغول می‌شوند که توسعه نیافته است. به دلیل دریافتی‌های پایین نیز اغلب بعد از پایان طرح به محل سکونت قبلی خود بازمی‌گردند، در حالی که نظام سلامت می‌تواند با تخصیص اعتبارات لازم و استخدام نیروهای متخصص، شرایطی را پیش بیاورد که هم کمبود نیروی انسانی در این مناطق مرتفع شود

رحمانی ادامه می‌دهد: «در نظر بگیریم که پزشک بعد از تمام شدن دوران فارغ‌التحصیلی و بعد از دوران سربازی، تازه باید وارد طرح خدمت اجباری شود. یعنی یک جوان سی و چند ساله باید از صفر دوباره به مناطق محروم برود و با کمترین حقوق کار کند. گاهی درآمد پزشکان طرحی آنقدر پایین است که پزشک برای گذران زندگی‌اش باید مبلغی هم به حقوقش اضافه کند تا بتواند روزگارش بگذرد. حال همین پزشک که رضایت خاطر ندارد، قطعاً این وضعیت در برخورد او با بیمارش هم تأثیر می‌گذارد و آن رابطه متعالی بین پزشک و بیمار هم مخلوش می‌شود. بعد از پایان طرح هم پزشک هیچ سرمایه‌ای ندارد که بخواد مطب بخرد یا اجاره کند، هیچ پولی هم ندارد که بخواد سهم بیمارستانی بخرد که الان حداقل ارزش سهم نیز حدود یک میلیارد تومان است، در نتیجه پزشک جراح مجبور می‌شود در برخی بیمارستان‌ها به فعالیت‌های غیر مرتبط بپردازد. مثلاً گاهی تحت عنوان پزشک کشیک و پزشک آنکال به

اوضاع کار برای پزشکان، بهر مندی از پزشک خانواده، نظام ارجاع و اجرای پرونده الکترونیک است که در واقع هر سه طرح را می‌توان در قالب یک پروژه مهم و سراسری اجرا کرد. در این طرح باید اطلاعات پزشکی و سلامت همه اعضای یک خانواده با هم بیمه درمانی در یک پرونده الکترونیک سلامت قرار بگیرد. در آن صورت با کارت پرونده الکترونیک سلامت مثل بسیاری از نقاط جهان قادر خواهید بود به مراکز درمانی بروید، سوابق پزشکی‌تان شفاف خواهد بود و با هم‌ان یک کارت، همه خدمات درمانی و پاراکلینیکی را بدون وجود دفترچه‌های کاغذی دریافت می‌کنید، امامی بینیم که در دفترچه‌های فعلی هیچ سابقه بیماری از افراد در آن ثبت نمی‌شود. او تأکید دارد: «این یک پروژه ملی است که می‌تواند ظرف چهار تا پنج سال به یک صرفه‌جویی عظیم منجر شود. این کار بزرگ می‌تواند از تداخل دارو، مراجعات مکرر بیمار به پزشکان مختلف و تجویز خدمات پاراکلینیکی پرهزینه و گاه غیر ضروری جلوگیری کند. اگر این موارد بسیار مهم در نظام سلامت رعایت شود، نیازی به پزشکان طرحی وجود نخواهد داشت و با صرفه‌جویی عظیمی که اتفاق می‌افتد، می‌توانیم با اعتبارات کافی از خدمات باکیفیت بخش خصوصی در مناطق محروم بهره‌مند شویم. الان بیش از ۹۵ درصد خدمات روزمره ما نیز از طریق بخش خصوصی تأمین می‌شود و برای اجرای چنین طرح بزرگی هم باید از ظرفیت بخش خصوصی، بهره‌برداری شود.»

طرح اجباری، پزشکان را فرسوده و ناراضی می‌کند

بسیاری از پزشکان مرد که فارغ‌التحصیل می‌شوند، باید جدای از طرح خدمت اجباری که در انتظار آنها است، خدمت سربازی را هم بگذرانند. همین موضوع باعث می‌شود که فرآیند به درآمد رسیدن



خرمند: طرح نیروی انسانی علاوه بر اینکه موثر نیست، پزشکان هم از اجرای این طرح ناراضی هستند و پرداختی آنها در این طرح، بسیار پایین است

پزشک برای گذران زندگی‌اش، بسیار به تأخیر بیفتد. بهزاد رحمانی، جراح عمومی نیز به اجرای طرح خدمت اجباری جامعه پزشکی اعتراض می‌کند و به سید می‌گوید: «طرح خدمت اجباری، به نظر ظالمانه است. این طرح در زمان جنگ تحمیلی اجرا شده است، اما امروز دیگر ضرورت‌های دوره جنگ وجود ندارد. شما هیچ رشته دانشگاهی را پیدا نمی‌کنید که بعد از فارغ‌التحصیلی به آنها بگویند حتماً باید دو سال در مناطق محروم خدمت کنید. کاملاً واضح است که این سیستم به اصلاح و بازبینی نیاز دارد، اما چون وجود طرح خدمت اجباری همواره به نفع تولید نظام سلامت بوده است، این طرح را کم‌کم نگه داشته‌اند. در سایر کشورهای جهان نیز چنین قانون تحمیلی را پیدا نمی‌کنند.»



رحمانی: طرح خدمت اجباری، به نظرم ظالمانه است. این طرح در زمان جنگ تحمیلی اجرا شده است، اما امروز دیگر ضرورت‌های دوره جنگ وجود ندارد. هیچ رشته دانشگاهی را پیدا نمی‌کنید که بعد از فارغ‌التحصیلی به آنها بگویند حتماً باید دو سال در مناطق محروم خدمت کنید

نوعی جراح را استثمار می‌کنند. حتی گاهی دیده‌ایم که جراح فارغ‌التحصیل بعد از پایان طرح اجباری تحت عنوان پزشک اورژانس یا در دیگر بخش‌های بی‌ربط به تخصصش به کار گرفته می‌شود. او یادآور می‌شود: «پزشک جراح بعد از گذراندن دوره طرح، اگر بنیه مالی داشته باشد می‌تواند اوضاع شغلی بهتری داشته باشد، اما در صورتی که بنیه مالی نداشته باشد، تحت اختیار بیمارستان‌ها قرار می‌گیرد و آنها نیز گاهی با آنکال‌های طولانی، پزشک رافر سوده می‌کنند. بسیاری از جراحان بعد از پایان طرح، از آنجا که حرفه دیگری بلد نیستند و سال‌ها عمرشان را در این راه صرف کرده‌اند، بنابراین مجبور هستند که تحت هر شرایطی در نظام سلامت خدمت کنند. متأسفانه گاهی از همین وضعیت آنها سوء استفاده می‌شود و در برخی مراکز درمانی، از آنها بیش از اندازه درخواست کار می‌کنند.»

البته نباید از خاطر برد که همین الان هم بسیاری از گروه‌های جامعه پزشکی در مناطق محروم وجود دارند که بدون آنکه طرح خدمت اجباری وجود داشته باشد، عاشقانه و بدون چشمداشت مالی به خدمت در مناطق کمتر توسعه یافته می‌پردازند. انتخاب آنها از سر اجبار نبوده است و آگاهانه این مسیر خدمت را انتخاب کرده‌اند. قطعاً افزایش امکانات پزشکی و معیشتی در نقاط کمتر توسعه یافته کشور موجب می‌شود که افراد بیشتری به جمع این گروه از فداکاران جامعه پزشکی ملحق شوند. ■

تفاوت بیمه نامه مسئولیت حرفه‌ای با بیمه نامه مسئولیت فنی داروسازان



■ محمود خرم‌آبادی
داروساز

توسط همکارانم در یک مجموعه داروخانه‌های دولتی مطلع شدم که یکی از نمایندگان‌های تنها شرکت بیمه‌گر دولتی یعنی بیمه ایران، در حال پیشنهاد و صدور بیمه‌نامه‌های مسئولیت فنی، جدای از بیمه‌نامه مسئولیت حرفه‌ای برای داروسازان است. ظاهراً شرکت بیمه ایران اولین و شاید تنها شرکت ارائه‌دهنده پوشش بیمه مسئولیت فنی، آن هم برای مسئولین فنی بیمارستان‌ها، درمانگاه‌ها و کلینیک‌ها و نه داروخانه‌ها است.

از طرفی این بیمه‌نامه‌های خاص که توسط نمایندگی مذکور صادر شده‌اند، برای داروسازان صاحب پروانه مسئولیت فنی که از محل کار خود غایب هستند، صادر شده است. در حالی که در فرآیند قانونی پذیرش مسئولیت فنی داروخانه توسط یک داروساز، پوشش بیمه مسئولیت حرفه‌ای، طبق آیین نامه شماره ۸۲ بیمه مرکزی تمام خسارات ناشی از قصور و تقصیر احتمالی او را تحت پوشش قرار خواهد داد.

بیمارستان‌ها، درمانگاه‌ها و کلینیک‌ها مسئولیت‌هایی وجود دارد که نه در حیطه مسئولیت پزشکی است و نه پرستار و نه هیچ یک از کارکنان متخصص شافل در عرصه آن مراکز؛ بلکه طبق ضوابط ابلاغی وزارت بهداشت، بعضی مسئولیت‌ها، وظیفه مسئول فنی آن موسسه خواهد بود. به عبارتی دیگر برخلاف داروخانه که تنها یک فرد متخصص مسئول امور جاری دارویی است، ماهیت کار در بیمارستان وابسته به پرسنلی با تخصص‌های مختلف است. مثالی از این دست در خصوص سالم و قابل استفاده بودن دستگاه‌ها در قسمت مقدمه عنوان شده. اما در مقابل داروخانه شرایط متفاوتی دارد. چراکه غیر از مسئول فنی، هیچ نیروی تخصصی دیگری در داروخانه مشغول به کار نیست. در صورت استخدام مسئول فنی کمکی در کنار مسئول فنی اصلی، او تنها مسئولیت کار حرفه‌ای خودش در تعامل با بیماران را بر عهده خواهد داشت. اگر هم در شرایط خاصی قائم‌مقام موقت برای مسئول فنی پروانه دار معرفی شود، او همان مسئولیت‌های مصوب مسئول فنی صاحب پروانه را به دوش خواهد کشید. چراکه تأیید معرفی نامه قائم‌مقام توسط معاونت غذا و دارو به منزله پروانه کار قائم‌مقام و تفویض موقت اختیارات مسئول فنی به قائم‌مقام است.

نمی‌توان در غالب این بیمه‌نامه، سایر مسئولیت‌های موجود در داروخانه را نیز تحت پوشش قرار داد؛ حتی مسئولیت‌های موسس داروخانه را توضیح آنکه در داروخانه، وظایف و مسئولیت‌هایی متوجه موسس داروخانه است. بخشی ذیل مواد ۱۲ و ۱۳ قانون مسئولیت مدنی مصوب ۱۳۳۹ و برخی دیگر ذیل ماده ۲۱ آیین نامه تأسیس و اداره داروخانه‌ها، ابلاغی وزارت بهداشت. متن این قوانین به شرح زیر است: ماده ۱۲- کارفرمایانی که مشمول قانون کار هستند مسئول جبران خساراتی هستند که از طرف کارکنان اداری و یا کارگران آنان در حین انجام کار یا به مناسبت آن وارد شده است.

هستند، توسط افرادی غیر از مسئول فنی پروانه دار اداره می‌شوند. به عبارتی دیگر پروانه مسئول فنی این داروخانه‌ها تزیینی است و صاحب پروانه شاید حتی یک بار در سال هم در آن داروخانه کار حرفه‌ای انجام ندهد. جالب آن که معاونت‌های غذا و دارو دانشگاه‌های علوم پزشکی هم از این مورد آگاهی کامل دارند، اما در برخورد با موارد این چنینی، مسامحه می‌کنند. حال مسئولین فنی پروانه‌دار این داروخانه‌ها که در جاهای دیگری پست‌های مختلف اجرایی دارند، نگران مسئولیت احتمالی ناشی از قصور و تقصیر مسئول فنی کمکی و قائم‌مقام‌های خود هستند. قائم‌مقام‌هایی که شاید در طول عمر کاری خود، مسئول فنی را حتی یک بار هم نبینند. بنابراین صاحبان پروانه به فکر راهی برای جبران خسارات احتمالی ناشی از این حالت کار کردن افتاده‌اند و دست یاری خود را به سوی شرکت‌های بیمه‌گر دراز کرده‌اند و حالا در این مورد، یکی از نمایندگی‌های شرکت بیمه ایران، پیشنهاد خاص خود را به این داروسازان ارائه کرده است: بیمه‌نامه مسئولیت فنی.

بحث

ایرادات حقوقی جدی به این بیمه‌نامه‌های صادر شده برای داروسازان مسئول فنی وارد است. بعد از مطالعه یک نسخه از این بیمه‌نامه‌ها به این نتیجه رسیدیم. این نسخه از بیمه نامه توسط یکی از همکاران بیمه‌گذار برای من ارسال شد. برای به اشتراک گذاشتن تحلیل و بررسی فنی این موضوع از همکار بیمه‌گذارم اجازه گرفته‌ام. مهم‌ترین ایرادات وارده به این بیمه‌نامه‌ها به شرح زیر است:

۱- نمی‌توان در قالب این بیمه‌نامه، مسئولیت فنی داروخانه را تحت پوشش قرار داد. چراکه ساختار داروخانه، متفاوت از بیمارستان، درمانگاه و کلینیک است. توضیح آنکه علت طراحی بیمه‌نامه مسئولیت فنی برای مسئولین فنی بیمارستان‌ها آن است که در

نوع پوشش بیمه‌ای است.

بیمه‌نامه مسئولیت فنی که توسط شرکت بیمه ایران ارائه شده است طبق شرایط عمومی منتشر شده در سایت شرکت، <http://iraninsurance.ir> تنها برای مسئولین فنی بیمارستان‌ها، درمانگاه‌ها و کلینیک‌ها قابل استفاده است. این بیمه‌نامه، پوشش دهنده قصور و تقصیر مسئول فنی در قبال مسئولیت‌های مندرج در ضوابط ابلاغی وزارت بهداشت است. لازم به ذکر است که ماهیت کار در بیمارستان، درمانگاه و کلینیک قدری متفاوت با داروخانه بوده و در واقع کار گروهی است؛ برای روشن تر شدن ذهن خواننده عزیز از یک مثال بهره می‌گیرم؛ فرض کنید برای یک بیمار تزریق وریدی فنی توین با دستگاه پمپ تجویز شده است؛ همکار پرستار با دستگاهی که سلامتی و قابل استفاده بودن آن مورد تأیید مسئول فنی است، اقدام به تزریق دارو برای بیمار، طبق دستور پزشک نموده است؛ اما به هر علتی، دستگاه مورد نظر خراب شده و در درستی عمل نکرده و این مشکل باعث ترسیدن دارو به بیمار شده و بیمار دچار تشنج شده است. در فرض این مثال مسئولیت اصلی بر عهده پرستار و پزشک تجویز کننده دارو نیست؛ بلکه مسئول فنی بیمارستان باید پاسخگو باشد. چراکه طبق دستورالعمل وزارت بهداشت در خصوص وظایف مسئول فنی بیمارستان، نظارت بر کیفیت و قابلیت استفاده تجهیزات و ملزومات پزشکی در بیمارستان از وظایف مسئول فنی است.

طرح موضوع

در فرآیند قانونی پذیرش مسئولیت فنی داروخانه توسط یک داروساز، پوشش بیمه مسئولیت حرفه‌ای، طبق آیین نامه شماره ۸۲ بیمه مرکزی تمام خسارات ناشی از قصور و تقصیر احتمالی او را تحت پوشش قرار خواهد داد، اما واقعیت آن است که در بعضی موارد به قانون عمل نمی‌شود. برای مثال بسیاری از داروخانه‌های دولتی که موضوع اصلی این مقاله

ایرادات حقوقی جدی به این بیمه‌نامه‌ها ذیل عنوان «بیمه‌نامه مسئول فنی» وارد است؛ چراکه اولاً ساختار داروخانه و مسئولیت فنی آن، متفاوت از بیمارستان، درمانگاه و کلینیک است. ثانیاً بیمه کردن مسئولیت فرد غایب که پروانه مسئولیت فنی خود را در هر یک از موسسات پزشکی فعال کرده است، کاملاً غیر قانونی است. بعد از تمام استدلالات مندرج در این مقاله، اگر شرکت بیمه ایران باز هم به اشتباه قانونی نماینده خود صحنه گذاشته و به صدور چنین بیمه‌نامه‌هایی برای داروسازان مبادرت نماید، در صورت دریافت حق بیمه از داروسازان بابت این پوشش، وفق ماده ۲ قانون تشدید مجازات مرتکبین ارتشاء، اختلاس و کلاهبرداری متهم به تحصیل مال نامشروع می‌گردد. در صورت پرداخت خسارت در قبال ضررهای احتمالی منتسب به این بیمه‌نامه نیز وفق ماده ۵۹۸ قانون مجازات اسلامی متهم به استفاده غیر مجاز از اموال دولتی می‌گردد چراکه شرکت بیمه ایران، یک شرکت دولتی است.

در این مقاله، همه گفتارها مستند به مواد قانونی و آیین‌نامه‌های رسمی است که در هر مورد متن قوانین مربوطه برای تئور ذهن مخاطب آورده شده است.

مقدمه

هر یک از کارکنان نظام سلامت، اعم از پرستار، داروساز، دندانپزشک، متخصصان علوم آزمایشگاهی، پزشکان، ماماها و لیسانسه‌های پروانه‌دار، در قبال مراجعه‌کنندگان و بیماران خود مسئولیت حرفه‌ای دارند که می‌توانند نسبت به خسارات احتمالی مرتبط با این نوع مسئولیت مدنی از پوشش بیمه استفاده نمایند. یکی از این پوشش‌ها، بیمه‌نامه مسئولیت حرفه‌ای است که طبق آیین نامه شماره ۸۲ بیمه مرکزی، مرتبط با قصور و تقصیر عضو نظام سلامت در تعامل مستقیم فردی با بیماران است، اما جنس دیگری از مسئولیت مدنی هم تحت پوشش بیمه قرار می‌گیرد که نام این پوشش بیمه‌نامه مسئولیت فنی است. ظاهراً شرکت بیمه ایران اولین و شاید تنها شرکت ارائه‌دهنده این

ادامه از صفحه ۱۴

مگر اینکه محرز شود تمام احتیاط‌هایی که اوضاع و احوال قضیه ایجاب می‌نموده به عمل آورده و یا اینکه اگر احتیاط‌های مزبور را به عمل می‌آورند باز هم جلوگیری از ورود زیان مقدور نمی‌بود کارفرما می‌تواند به واردکننده خسارت در صورتی که مطابق قانون مسئول شناخته شود مراجعه نماید.

ماده ۱۳- کارفرمایان مشمول ماده ۱۲ مکلف‌اند تمام کارگران و کارکنان اداری خود را در مقابل خسارت وارده از ناحیه آن به اشخاص ثالث بیمه نمایند.

ماده ۲۱- ضابطه تاسیس و اداره داروخانه‌ها، وظایف موسس داروخانه

۱. نظارت بر رعایت شئون اسلامی، اخلاقی و مسایل حرفه‌ای در داروخانه
۲. اشراف بر امور داروخانه (بغیر از وظایف مسئول فنی) به طوری که شرح وظایف مؤسس را تأمین نماید.
۳. افتتاح حساب بانکی به نام خود و اعلام آن به شرکت‌های پخش و سازمان‌های بیمه‌گر جهت گردش مالی داروخانه از طریق حساب فوق

۴. اشراف بر فروش و گردش مالی داروخانه
- تبصره: داروخانه‌ها مجازند طبق ضوابط ارقام غیردروبی را از طریق اینترنت به فروش برسانند.
۵. رعایت و اجرای نظریات و پیشنهادات فنی و بهداشتی مسئول فنی داروخانه

۶. تدارک و تمهیدات لازم برای فعالیت بهینه داروخانه
۷. تأمین و تدارک مواد اولیه مورد نیاز ساخت داروهای ترکیبی، ارقام دارویی، شیرخشک، مکمل‌های تغذیه‌ای، غذاهای کمکی شیرخواران، فرآورده‌های آرایشی بهداشتی و لوازم مصرفی پزشکی دارویی و تجهیزات پزشکی مجاز از طریق شرکت‌های معتبر مورد تأیید وزارت بهداشت طبق ضوابط و با نظارت مسئول فنی

۸. تأمین کادر فنی و خدماتی و اجدد شرایط در داروخانه طبق ضوابط
۹. رعایت نظافت و بهداشت عمومی داروخانه
۱۰. اجرا و رعایت کلیه مقررات، ضوابط و دستورالعمل‌ها و تذکرات دانشگاه و در صورت لزوم ابلاغ به کارکنان داروخانه
۱۱. تأمین لباس کار به رنگ مناسب مطابق ضوابط پرداخت به موقع حقوق و مزایای مسئول فنی و کارکنان داروخانه طبق قرارداد منعقد و قوانین مربوطه از جمله قانون کار

۱۳. همکاری با بازرسی دانشگاه و سازمان
۱۴. رفع نواقص و مشکلات ابلاغی داروخانه توسط دانشگاه به نحوی که در ارزشیابی سالیانه داروخانه‌روند تلاش داروخانه در بهبود کیفیت خدمات ملموس باشد.
- تبصره: علاوه بر وظایف فوق‌الذکر مؤسس داروخانه پاسخگوی کلیه امور داروخانه هستند.

البته این وظایف و مسئولیت‌ها موضوع بحث حاضر نیست، چرا که موسس داروخانه دولتی یک نهاد دولتی است و بخش مهمی از وظایف موسس داروخانه که توسط وزارت بهداشت ابلاغ شده است، قابل انطباق با شخصیت‌های حقوقی نیست و نماینده (کارمند) بخش دولتی موظف به انجام آن خواهد بود. از سویی دیگر نه تنها در بیمه‌نامه‌های مورد بحث، بلکه در شرایط اعلام شده از سوی شرکت بیمه ایران، چیزی در باره انواع مسئولیت‌های موسس داروخانه ذکر نشده است و مظاهر اقرار نیست جبران خسارت احتمالی ناشی از مسئولیت‌های موسس داروخانه، زیر چتر پوشش بیمه قرار بگیرد.

در واقع شرکت بیمه ایران به صراحت و شفافیت، جامعه هدف یا به اصطلاح خودش «مخاطبین



می‌کنند که به پیشنهاد نماینده بیمه‌گر، خسارت ناشی از عدم حضور خود را بیمه کرده‌اند و اصلاً به همین خاطر بوده است که به شرکت بیمه‌گر مراجعه کرده‌اند. بر این شرایط از سه جهت ایراداتی وارد است:

الف- پایبندی به قوانین علاوه بر ضمان قهری به عنوان شرط ضمن عقد، لازمه استفاده از پوشش‌های بیمه‌نامه‌ها از جمله بیمه‌نامه حاضر است؛ بنابراین مسئولین فنی هر یک از موسسات پزشکی، با فرض غیبت از محل کار، متخلف بوده و مستحق بهره‌مندی از پوشش بیمه نیستند. توضیح آنکه همانطور که گفته شد این بیمه‌نامه برای داروخانه‌ها تنظیم نشده است؛ اما با تصور معتبر بودن این بیمه‌نامه برای مسئولین فنی داروخانه‌ها، باید دانست که بند یک شرایط عمومی بیمه‌نامه، ضوابط ابلاغی وزارت بهداشت در خصوص شرح وظایف مسئول فنی را جزء لاینفک بیمه‌نامه دانسته است. مهم آنکه در ضوابط ابلاغی وزارت بهداشت، اولین وظیفه مفروض برای مسئولین فنی تمام موسسه‌های موضوع ماده ۱ قانون امور پزشکی، حضور تمام وقت در محل کار در ساعات موظفی مشخص شده در پروانه است. از طرف دیگر در بند چهارم از ماده پنجم شرایط عمومی بیمه‌نامه، خسارات ناشی از تخلف از قوانین و نظامات دولتی از استثنائات پوشش بیمه‌ای فرض شده است؛ بنابراین برخلاف تصور بیمه‌گذار و احیاناً پیشنهاد نماینده بیمه‌گر، این بیمه‌نامه نمی‌تواند پوشش دهنده قصور و تقصیر ناشی از عدم حضور مسئول فنی باشد. لیک متن شرایط عمومی بیمه‌نامه در مقدمه مقاله درج شده است.

ب- انتساب مسئولیت کار انجام شده توسط یک شخص به شخص دیگر، مبنای قانونی ندارد؛ اعم از مسئولیت اتفاقات جاری در بنگاه پزشکی، به مسئول فنی غایب؛ بنابراین مسئول فنی غایب را نمی‌توان در قبال امور فنی مورد بازخواست قرار داد. توضیح آنکه طبق قانون مسئولیت مدنی ایران مصوب ۱۳۳۴، نمی‌توان مسئولیت عمل یک شخص را بر عهده دیگری قرار داد. طبق قانون تنها در صورتی می‌توان شخصی را در قبال مسئولیت دیگری مؤاخذه نمود که مباشر (یعنی کسی که کار، به دست او انجام شده است)، صغیر یا مجنون باشد؛ بنابراین تنها در این حالت است که می‌توان یک شخص (ولی قهری یا قیم قانونی) را در قبال عمل انجام شده به دست دیگری، مسئول دانست.

متن ماده ۷ قانون مسئولیت مدنی که مبین این موضوع است به این شرح است:

ماده ۷- کسی که نگاهداری یا مواظبت مجنون یا

بیمه‌نامه را مشخص کرده است: کلیه مسئولان فنی بیمارستان‌ها، درمانگاه‌ها و کلینیک‌ها جهت بیمه نمودن افراد ثالث (مراجعه‌کنندگان به بیمارستان، درمانگاه، کلینیک) به این بیمه‌نامه نیاز دارند.

۲- شرایط عمومی مندرج در بیمه‌نامه صادر شده با آنچه در سایت رسمی بیمه ایران به عنوان شرایط این شرایط باعث مغیوب شدن بیمه‌گذار می‌گردد. توضیح آنکه از جمله تغییرات ایجاد شده در شرایط عمومی آن است که نماینده بیمه‌گر، با تغییر ماهه یک شرایط عمومی، خسارات روانی را از پوشش بیمه خارج کرده است؛ با تغییر ماده دو، نماینده بیمه‌گر برای خود حق مذاکره با فرد آسیب‌دیده و ذوالحقوق او را ایجاد کرده و تغییر در ماده پنج، باعث شده تا نماینده بیمه‌گر استثنائات زیادی را برای شانه خالی کردن از زیر بار جبران خسارت قائل شود. از جمله مواردی که این نماینده بیمه‌گر از جبران خسارت شانه خالی کرده است، زمانی است که خسارت دیده از کارکنان موسسه (در این جا داروخانه) باشد. این تغییرات باعث ایجاد ابهاماتی می‌شود که بحث کردن در باره آن در این مقال نمی‌گنجد.

از نظر شکلی، هرگونه تخصیص مورد نظر طرفین نسبت به شرایط عمومی، باید در قسمت شرایط خصوصی بیمه‌نامه گنجانده شود. دست بردن در متن شرایط عمومی ابلاغ شده از سوی شرکت بیمه‌گر و توسط نماینده آن شرکت، کار نادرستی است. در غیر این صورت، بیمه‌گذار مغیوب می‌گردد. زیرا او با اعتماد به نماینده بیمه‌گر، گمان می‌برد که در حال عقد قرارداد با شرایط عمومی ابلاغ شده از سوی بیمه‌گر اصلی، منطبق با فایل منتشر شده در سایت شرکت است؛ بنابراین اگر نماینده بیمه‌گر بخواهد برای کاهش ریسک مورد پوشش، استثنائاتی بر شرایط عمومی قائل شود، لازم است تا این موارد را در شرایط خصوصی بگنجانند.

۳- بیمه‌کردن مسئولیت فرد غایب که پروانه مسئولیت فنی خود را در هر یک از موسسات پزشکی فعال کرده است، کاملاً غیر قانونی است. ادله خود را در بندهای «الف» تا «ح» ذکر کرده‌ام، اما به عنوان مقدمه این قسمت، لازم به ذکر است که از بین داروسازان آن مجموعه دولتی، تنها کسانی خواهان این بیمه‌نامه شده‌اند که دارای پروانه فعال مسئولیت فنی در یک داروخانه هستند، اما هرگز به آن داروخانه سر کشی نمی‌کنند. به عبارتی مطابق گفته‌های مطرح شده در جلسه‌ای که با حضور نگارنده تشکیل شد، این داروسازان تصور

صغیر قانوناً یا بر حسب قرارداد بر عهده او می‌باشد در صورت تقصیر در نگاهداری یا مواظبت مسئول جبران زیان وارده از ناحیه مجنون و یا صغیر می‌باشد و در صورتی که استطاعت جبران تمام یا قسمتی از زیان وارده را نداشته باشد از مال مجنون یا صغیر زیان جبران خواهد شد و در هر صورت جبران زیان باید به نحوی صورت گیرد که موجب عسرت و تنگدستی جبران‌کننده نباشد.

صد البته که چنین حکمی در خصوص اعمال انجام شده در یک موسسه موضوع قانون امور پزشکی صادق نیست؛ به عبارتی دیگر مسئول فنی غایب از محل کار، تنها مرتکب جرم «ترک محل خدمت» شده است و اصلاً مسئولیت دیگری متوجه او نیست که بخواهد خودش را در مقابل خسارات ناشی از آن بیمه کند؛ بلکه فرد مرتکب این جرم، وفق ماده ۱۶ قانون تعزیرات حکومتی در امور بهداشتی و درمانی به کیفر مشخص شده در قانون خواهد رسید. متن ماده ۱۶ قانون تعزیرات حکومتی در امور بهداشتی

و درمانی به این شرح است: ماده ۱۶- مسئول فنی باید در ساعات مقرر در داروخانه حضور داشته باشد و تخلف از آن جرم محسوب شده و متخلف به مجازات‌های زیر محکوم می‌گردد: مرتبه اول- اخطار کتبی با درج در پرونده.

مرتبه دوم- جریمه نقدی تا مبلغ یکصد هزار ریال. مرتبه سوم- جریمه نقدی تا مبلغ دویست هزار ریال. مرتبه چهارم- لغو موقت پروانه مسئولیت فنی تا مدت سه ماه.

بنابر این شرکت بیمه‌گر (در اینجا بیمه ایران) نمی‌تواند خسارت مرتبط با این مسئولیت واهی را تحت پوشش قرار داده و از قبل فروش پوشش بیمه‌ای در قالب بیمه‌نامه، به کسب درآمد بپردازد.

ج- غیبت مسئول فنی از محل کار در ساعات موظف «جرم» است و نمی‌توان مسئولیت ناشی از یک عمل مجرمانه را به عنوان موضوع قرارداد بیمه در نظر گرفت. توضیح آنکه حتی اگر نماینده بیمه‌گر به صراحت در شرایط خصوصی بیمه‌نامه قید کند که در هر حال (حتی غیبت و عدم حضور مسئول فنی در محل خدمت و تخلف از آیین‌نامه‌های قانونی)، حاضر به جبران خسارت و پرداخت آن به زیان‌دیده‌گان است، باز هم این بیمه‌نامه «باطل» خواهد بود، چرا که وفق ماده ۹۷۵ قانون مدنی، عقد هرگونه قرارداد که برخلاف قوانین و موجب مخالفت با نظم عمومی و اخلاق حسنه باشد، باطل است.

متن ماده ۹۷۵ قانون مدنی به این شرح است: ماده ۹۷۵- محکمه نمی‌تواند قوانین خارجی و یا قراردادهای خصوصی را که برخلاف اخلاق حسنه بوده و یا به واسطه جریحه‌دار کردن احساسات جامعه یا به علت دیگر مخالف با نظم عمومی محسوب می‌شود به موقع اجرا گذارد؛ اگر چه اجراء قوانین مزبور اصولاً مجاز باشد؛ بنابراین این شرایط مندرج در بندهای «الف» و «ب» قابل خنثی‌سازی به واسطه توافق طرفین نیستند. چرا که این موارد مخالف با نظم عمومی بوده و در محدوده حقوق خصوصی افراد نیستند.

۴- در پایان بحث به همکارانم در همه موسسات پزشکی یادآوری می‌نمایم که پوشش بیمه مسئولیت حرفه‌ای از شمول بیمه‌نامه مسئولیت فنی خارج است. این نکته از آن روی مهم است که در بررسی‌های میدانی دریافتیم که همکاران (به ویژه داروسازان) گمان می‌برند که با تهیه بیمه‌نامه مسئولیت فنی، خسارات احتمالی ناشی از مسئولیت حرفه‌ای ایشان نیز تحت پوشش بیمه قرار خواهد گرفت که در واقع اینگونه نیست.

آغاز پوشش بیمه درمانی ۲۲ هزار دانشجوی پزشکی

علی ابراهیمی

تفاهم‌نامه پوشش بیمه‌ای دستیاران پزشکی و دانشجویان دوره PhD بین سازمان بیمه سلامت ایران و معاونت دانشجویی وزارت بهداشت با هدف پوشش بیمه درمانی ۲۲ هزار دانشجوی پزشکی امضا شد. به گزارش خبرنگار سپید، این تفاهم‌نامه پیش از ظهر دیروز و در محل ساختمان مرکزی سازمان بیمه سلامت به امضای طاهر موهبتی، مدیرعامل سازمان بیمه سلامت ایران و سیماسادات لازمی، معاون دانشجویی و فرهنگی وزارت بهداشت رسید.

۱۷ هزار دستیار پزشکی در بیمارستان‌ها فعال هستند

طاهر موهبتی، مدیرعامل سازمان بیمه سلامت ایران در این مراسم با اشاره به فعالیت دانشجویان پزشکی در بحران کرونا، گفت: «قرار است ۲۲ هزار دانشجوی پزشکی تحت پوشش بیمه قرار گیرند که با خانواده‌هایشان حدوداً ۶۰ هزار نفر می‌شوند. البته در حال حاضر از این تعداد ۱۷ هزار نفر در بیمارستان‌ها در تلاش هستند.»

طاهر موهبتی پوشش بیمه را از مأموریت‌ها و فلسفه وجودی این سازمان برای صیانت و حفاظت مالی از بیمه‌شدگان دانست و افزود: «بزرگ این صیانت و حفاظت همان پوشش بیمه‌ای است که بتوانیم هزینه مردم را در بخش سلامت به حداقل برسانیم که خوشبختانه پس از طرح تحول نظام سلامت و با کمک دولت این هزینه به ۳۹ درصد کاهش یافته است.» وی با تأکید بر اینکه عملکرد نظام سلامت در بحران‌ها حائز اهمیت است، ادامه داد: «در بحران کرونا تقریباً کشورها مورد آزمون قرار گرفتند و کشور ما نیز با وجود اینکه به لحاظ منابع مالی و تجهیزات در سطح برخی کشورهای دیگر نبود، اما نظام سلامت کشور به خوبی درخشید و این مهم مدیون تلاش تمام افراد فعال در نظام سلامت و فرماندهی آن بود.»

مدیرعامل سازمان بیمه سلامت ایران در ادامه در خصوص پوشش بیمه دستیاران پزشکی و دانشجویان دوره PhD گفت: «وزارت بهداشت تصمیم گرفته است پوشش بیمه‌ای برای دانشجویان فراهم کند و این



موهبتی درباره جزئیات حمایت از دانشجویان گفت: «۹۰ درصد هزینه‌ها در بخش بستری و ۷۰ درصد هم در بخش سرپایی که شامل ۲ هزار و ۴۵۰ قلم دارو و ۴ هزار و ۹۰۰ خدمت در بسته خدمتی بیمه سلامت است برای خدمات پوشش بیمه‌ای دانشجویان در نظر گرفته شده است.»

۳۲ میلیون نفر بیمه رایگان دارند

مدیرعامل سازمان بیمه سلامت در بخش دیگری از سخنان خود با تأکید بر اینکه امروز اگر کسی در کشور بیمه نشده باشد باعث خجالت بیمه‌ها است، اظهار داشت: «از بدیهیات یک زندگی آرام، فراهم کردن حداقل بیمه است. اکنون حدود ۳۲ میلیون نفر از جمعیت صندوق‌های ما بیمه رایگان هستند. البته دیگر کسی روی تخت بیمارستان‌ها بیمه نمی‌شود تا مردم نگران سلامتی خود باشند و خود را در شرایط

مناسب و سلامتی بیمه کنند.»

موهبتی با بیان اینکه امروز بیمه‌ها حدود ۳۴ درصد از هزینه‌های سلامت را بر عهده دارند، اظهار کرد: «ما بر اساس قانون برنامه ششم مقوله‌ای با عنوان پوشش اجباری سلامت همگانی را برای مردم داریم که بر اساس آن افراد دارای توان مالی باید حق بیمه خود را پرداخت کنند و در غیر این صورت با سازوکار ارزیابی و کسب و کار یا بخشی از حق بیمه توسط دولت پرداخت خواهد شد.» وی افزود: «تاکتون ۲ میلیون و ۴۰۰ هزار نفر درخواست ارزیابی و کسب کرده‌اند و بخش قابل توجهی از کسانی که تقاضای بیمه رایگان داشتند، از این پوشش بهره‌مند شده‌اند.»

مدیرعامل سازمان بیمه سلامت ایران درباره حمایت بیمه سلامت از بیماران کرونایی نیز گفت: «با توجه به بیمه شدن بیماران کرونایی در بیمارستان‌ها از مردم می‌خواهیم وقتی این تسهیلات فراهم است برای بیمه کردن خود مراجعه کنند.» وی افزود: «مردم برای تحت پوشش بیمه سلامت قرار گرفتن فقط با مراجعه به دفاتر پیشخوان و پرداخت سرانه ۵۵ هزار و ۷۰۰ تومان در ماه که در سال ۶۰۰ هزار تومان می‌شود می‌توانند خوششان را بیمه کنند که این هزینه در مقابل درمان‌های میلیونی هزینه‌ای نیست.»

مسائل کمک می‌کند که دغدغه ما در بخش درمان برطرف شود، زیرا هزینه‌های درمانی بدون حمایت بیمه‌ای بالا است و اگر این حمایت‌های بیمه‌ای نباشد مردم دچار مشکل می‌شوند.»



طاهر موهبتی، مدیرعامل سازمان بیمه سلامت ایران: بر اساس تفاهم‌نامه پوشش بیمه‌ای دستیاران پزشکی و دانشجویان دوره PhD قرار است ۲۲ هزار دانشجوی پزشکی و خانواده‌هایشان تحت پوشش بیمه قرار گیرند که با احتساب اعضای خانواده‌هایشان حدوداً ۶۰ هزار نفر می‌شوند

پوشش بیمه‌ای در مرحله اول با اولویت دانشجویان رزیدنت اجرا خواهد شد زیرا این دانشجویان در صف اول مدافعان سلامت و در بیمارستان‌ها در حال فعالیت هستند.» وی با بیان اینکه این گروه از دانشجویان ۲۲ هزار نفر هستند که با خانواده‌هایشان حدوداً ۶۰ هزار نفر می‌شوند، بیان کرد: «نقش حمایتی وزارت بهداشت از مدافعان سلامت ستودنی است و اکنون نیز قرار است ۵۰ درصد هزینه بیمه توسط وزارت بهداشت پرداخت شود و مابقی را صندوق رفاه دانشجویان پرداخت کرده و سپس به صورت اقسالی از دانشجو اخذ خواهد کرد.»

موهبتی افزود: «حدود ۱۷ هزار نفر از این تعداد، دانشجویان رزیدنت و متخصص هستند که همین الان در بیمارستان‌ها در تلاش‌اند.» وی افزود: «امیدواریم زمینه‌های فراهم شود تا گروه‌های دیگر دانشجویی نیز در مدل‌های مشابه از پوشش بیمه‌ای برخوردار شوند.» وی اضافه کرد: «خانواده این دانشجویان و دستیاران پزشکی نیز بیمه خواهند شد و تمام ظرفیت‌ها در این بخش فراهم است. در بحث بیمه تکمیلی هم ما آتیه‌سازان حافظ و مکلف خواهیم کرد که کمک کند. ضمناً ما در محاسبات بیمه تکمیلی دانشجویان به دنبال مباحث اقتصادی نخواهیم بود. موهبتی گفت: «این

بر جبران خسارات وارده و پرداخت اجرت‌المثل به شلاق تا ۷۴ ضربه محکوم می‌شود و در صورتی که متفع شده باشد، علاوه بر مجازات مذکور به جزای نقدی معادل مبلغ انتفاعی محکوم خواهد شد. همچنین است در صورتی که به علت اعمال یا تفریط موجب تضییع اموال و وجه دولتی گردد و یا آن را به مصارفی برساند که در قانون اعتباری برای آن منظور نشده یا در غیر مورد معین یا زائد بر اعتبار مصرف نموده باشد. ■

منابع: قانون مدنی، قانون مسئولیت مدنی، قانون مجازات اسلامی، قانون تعزیرات حکومتی در امور بهداشتی و درمانی، قانون تشدید مجازات مرتکبان ارتشا، اختلاس و کلاهبرداری، آیین‌نامه ابلاغی وزارت بهداشت در خصوص شرح وظایف مسئول فنی، آیین‌نامه شماره ۸۲ بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران، سایت رسمی شرکت بیمه ایران <http://iraninsurance.ir>

دولتی است. متن این ماده قانونی به شرح زیر است: ماده ۵۹۸- هر یک از کارمندان و کارکنان ادارات و سازمان‌ها یا شوراهای و شهرداری‌ها و موسسات و شرکت‌های دولتی و وابسته به دولت و یا هادهای انقلابی و بنیادها و موسساتی که زیر نظر ولی فقیه اداره می‌شوند و دیوان محاسبات و موسساتی که به کمک مستمر دولت اداره می‌شوند و یا دارندگان پایه قضائی و به‌طور کلی اعضاء و کارکنان قوای سه‌گانه و همچنین نیروهای مسلح و مأمورین به خدمات عمومی اعم از رسمی و غیررسمی و جوجه نقدی یا مطالبات یا حوالجات یا سهام و سایر اسناد و اوراق بهادار یا سایر اموال متعلق به هر یک از سازمان‌ها و موسسات فوق‌الذکر یا اشخاصی که بر حسب وظیفه به آنها سپرده شده است، را مورد استفاده غیرمجاز قرار دهد بدون آنکه قصد تملک آنها را به نفع خود یا دیگری داشته باشد، متصرف غیرقانونی محسوب و علاوه

ماده ۲- هرکس به نحوی از انحاء امتیازاتی را که به اشخاص خاص به جهت داشتن شرایط مخصوص تفریض می‌گردد، نظیر جواز صادرات و واردات و آنچه عرفاً موافقت اصولی گفته می‌شود در معرض خرید و فروش قرار دهد و یا از آن سوءاستفاده نماید و یا در توزیع کالاهایی که مقرر بوده طبق ضوابطی توزیع نماید، مرتکب تقلب شود و یا به‌طور کلی مالی یا وجهی تحصیل کند که طریق تحصیل آن فاقد مشروعیت قانونی بوده است، مجرم محسوب و علاوه بر رد اصل مال به مجازات سه ماه تا دو سال حبس و یا جریمه نقدی معادل دو برابر مال به دست آمده محکوم خواهد شد.

ب- در صورت پرداخت خسارت در قبال ضررهای احتمالی متناسب به این بیمه‌نامه، وفق ماده ۵۹۸ قانون مجازات اسلامی متهم به استفاده غیرمجاز از اموال دولتی می‌گردد چرا که شرکت بیمه ایران، یک شرکت

ادامه از صفحه ۱۵

نتیجه‌گیری

۱. عقد قرارداد باطل برای طرف متعهد، الزام‌آور نیست؛ حتی اگر طرف دیگر به همه وظایف خود بر اساس قرارداد (در اینجا وارز حق بیمه) عمل کرده باشد؛ بنابراین بهتر است که همکاران پیش از عقد قراردادهای اینچنینی با یک فرد متخصص مشورت نمایند.

۲. بعد از تمام استدلال‌های مندرج در این مقاله، اگر شرکت بیمه ایران باز هم به اشتباه قانونی نماینده خود صحنه گذاشته و به صدور چنین بیمه‌نامه‌هایی برای داروسازان مبادرت نماید:

الف- در صورت دریافت حق بیمه از داروسازان بابت این پوشش، وفق ماده ۲ قانون تشدید مجازات مرتکبان ارتشا، اختلاس و کلاهبرداری متهم به تحصیل مال نامشروع می‌گردد. متن این ماده به شرح زیر است:

لزوم حفاظت از کرامت سالمندان در مراقبت‌های کرونایی

■ زهرا جنت / کارشناسی ارشد حقوق بشر، مولف



سر و سامان گرفتن فرزندان از آرزوهای هر پدر و مادری است ولی در عین حال، پیام آور آغاز سال‌های تنهایی و دوری از آنها هم هست. والدین کم‌کم با این شرایط کنار می‌آیند و به زندگی دو نفره یا تنهایی و دیدارهای گاه و بی‌گاه فرزندان عادت می‌کنند و غالباً راضی و خشنود هستند. با شیوع بیماری کرونا و دستورات بهداشتی و مراقبتی برای همه، به خصوص در مورد سالمندان، به حداقل رساندن دیدار با افراد سالمند برای جلوگیری از انتقال بیماری به آنها، از مواردی است که فرزندان و اطرافیان سالمندان باید به آن دقت کنند و شرایط ایمن و راحت این خود مراقبتی خانگی را برای آنها فراهم آورند.

تنهایی با انزوا تفاوت دارد. بسیاری از سالمندان خصوصاً بعد از فوت همسرشان، تنها زندگی می‌کنند ولی منزوی نیستند. این افراد بیش از دیگران به ارتباط اجتماعی نیاز دارند. انزوای اجتماعی سالمندان از نگرانی‌های جدی بهداشت عمومی در جامعه است. در شرایط بحران کرونا، سالمندان از طرفی با این اضطراب روبه‌رو هستند که بیش از دیگران در معرض خطر هستند و از سویی به خاطر شرایط قرنطینه خانگی و کاهش ارتباطات اجتماعی و بی‌حرکتی در خانه، ممکن است به افسردگی دچار شوند. این مسئله حتی برای سلامت جسمی آنها هم خطرناک است زیرا سلامت جسمی آنها تا حد زیادی به سلامت روانی آنها وابسته است.

سالمندان سرمایه‌های جامعه هستند. قرنطینه و حفاظت فیزیکی از آنها بدون برنامه‌ریزی نهادهای تصمیم‌گیرنده در زمینه این بحران، همراهی فرزندان، اطرافیان و گروه‌های فعال در زمینه سالمندان و همپاری جمعی جامعه و بدون رعایت استانداردهای مراقبت روانی ممکن است آنها را به جمعیت حاشیه‌ای جامعه تبدیل کند و افراد سالمند خصوصاً کسانی که تنها راه ارتباطی و تماس اجتماعی آنها، در خارج از خانه شکل می‌گیرد دچار انزوا و افسردگی شوند.

برای انجام صحیح هر کاری، کسب اطلاعات درست، قدم اول است. برای مدیریت شرایط خودمراقبتی خانگی سالمندان هم ابتدا باید خودمان اطلاعات صحیحی کسب کنیم و این اطلاعات را به صورت ساده و گویا در اختیار آنها بگذاریم و ضمن تشریح شرایط و توصیه‌های مراجع بهداشتی و قانونی از آنها طلب همراهی کنیم. آنها بیش از ما تجربه بحران در زندگی دارند و حتی اگر به خاطر کهنوت سن، دچار بیماری و کم‌توانی شده باشند عموماً سریع به درک مناسبی از شرایط می‌رسند و با آن کنار می‌آیند.

در برنامه‌ریزی برای شرایط در قرنطینه خانگی، همواره اصل را بر لزوم حفظ استقلال فردی و احترام به کرامت آنها بگذاریم. صرفاً برای مراقبت خوب فیزیکی از آنها، خودخواهانه و یک‌جانبه تصمیمی نگیریم که از لحاظ روحی برای آنها ناراحت‌کننده باشد. برنامه‌ریزی و مدیریت گذران این زمان را به خود آنها بسپاریم و فقط اگر تعدد یا سهواً اقدام به

عملی میکنند که ریسک ابتلای آنها را بالا می‌برد با لحنی محبت‌آمیز و همراه با احترام و نزاکت از آنها درخواست تغییر یا اصلاح کنیم. به کلماتی که به کار می‌بریم دقت کنیم. دلسوزی و نیت خوب ما برای حفاظت از جان آنها، هر کلام و رفتاری را توجیه نمی‌کند. به جای اینکه مدام به این نکته اشاره کنیم که این تنهایی و شرایط دیگر قرنطینه، صرفاً برای نجات جان خود آنهاست زیرا بیش از دیگران امکان ابتلا و مرگ دارند می‌توانیم به خودمان و آنها یادآور شویم که وجود سالمندان خیر و برکت هر خانواده و اجتماع است و تمام تلاش ما به عنوان فرزندان و جامعه، برای حفاظت و نگهداری از گنجینه‌های ارزشمند است.

در شرایط موجود برای جلوگیری از انزوای اجتماعی، سالمندان را تشویق کنیم که گستره ارتباطات خود را از حلقه دوستان فعلی فراتر ببرند و به آشنایی‌های جدید در فضای مجازی و حتی در حد تلفن روی خوش نشان بدهند. عضویت آنها در گروه‌های مجازی هم سن، می‌تواند علاوه بر گفتگوهای معمول، فضای خوشایندی برای مرور خاطرات مشترک گذشته باشد. در گروه‌های غیر هم‌سن هم راهی برای تبادل افکار و انتقال تجربیات آنها به جوان‌ترها فراهم کنیم. این کار هم برای جوانان مهم است هم برای سالمندان

احساس نشاط و مفید بودن به همراه دارد. برای سالمندانی که امکان استفاده از موبایل و فضای مجازی را ندارند می‌توانیم با معرفی دیگر افراد سالمندی که می‌شناسیم یا افراد دیگری که مایل به آشنایی و صحبت هستند، به آنها امکان تماس تلفنی و شروع دوستی‌های جدید بدهیم. در شرایط کرونا فرصت آن است که نسل جوان به درستی به این درک برسد که رسیدگی به امور سالمندان جامعه حتی در حد یک تماس تلفنی از وظایف انسانی و شهروندی است. جامعه‌ای که امروز ما از امکانات آن استفاده می‌کنیم حاصل تلاش و سال‌های جوانی این عزیزان است و البته با این کار، ما نسل بعدی را برای زمان سالمندی خود به درستی تربیت می‌کنیم.

در زمینه استفاده از موبایل و امکانات آن، در نهایت حوصله و احترام به آنها آموزش دهیم و اگر لازم بود در زمان‌های مختلف و بارها این آموزش‌ها را به ساده‌ترین وجه به تکرار کنیم و اجازه ندهیم که رفتار نادرست ما حین آموزش، آنها را دلشکسته و به طور کلی از این امکانات گریزان کند. در نظر داشته باشیم که این افراد پیشینه ذهنی از چگونگی کارکرد این وسایل ندارند همان‌طور که اکثر جوان‌ها هم تا یک دهه پیش نداشتند.

با توجه به توانایی‌ها و علاقه‌مندی‌های سالمندان

درمانی یا آنها در ارتباط باشند. ■

وضعیت بیماران ام.اس در دوران کرونا

■ یاسر مختاری



این روزها که هنوز کشور در شرایط کرونایی به سر می‌برد، نگرانی در مورد برخی بیماران که دارای نقص ایمنی هستند وجود دارد، چرا که ریسک ابتلا در میان این بیماران بسیار بیشتر است، در عین حال برخی دیگر از بیماران به دلیل استفاده از داروهایی که سیستم ایمنی آنان را تضعیف می‌کند در این شرایط خود و خانواده‌هایشان نگرانی‌های عمده‌ای دارند. از سوی دیگر برخی از این گروه‌ها علاوه بر مراقبت و مسائل درمانی نیاز به خدماتی مانند توانبخشی دارند که با توجه به رعایت فاصله‌گذاری‌های اجتماعی این خدمات متوقف شده است، بیماران ام.اس از جمله این بیماران هستند که نیازهای آنان در این برهه زمانی که شیوع ویروس کرونا بر تمامی شئون زندگی سایه انداخته، تا حد زیادی به محاق رفته است، اگرچه تلاش شده تا این وضعیت تأثیر کمتری بر آنان بگذارد.

عبدالحسین هوشمند مدیر عامل انجمن ام.اس ایران در همین رابطه به خبرنگار سپید گفت: «این موضوع که در شرایط کرونا باید ایمنی بیماران خاص بیشتر باشد کاملاً درست است به ویژه در بیماران ام.اس چرا که این بیماران داروهایی مصرف می‌کنند که تنظیم کننده سیستم ایمنی بدن یا کاهش دهنده آن هستند، با توجه به مصرف این داروها و وضعیت ایمنی آنان ریسک ابتلا به بیماری کووید-۱۹ در این افراد بیشتر می‌شود.»

موارد ابتلای بیماران ام.اس به کرونا

هوشمند در ادامه به برخی اقدامات برای بهبود وضعیت این بیماران در این شرایط پرداخت و گفت: «از زمان شیوع کرونا در ایران سعی کردیم، اطلاع رسانی کرده و از آنان بخواهیم از منزل بیرون نیایند و نیازهای دارویی و کارهای اداری خود را به وسیله انجمن و خانواده‌های خود انجام بگیرد، خوشبختانه شیوع بیماری با توجه به اطلاع‌رسانی‌هایی که انجام شد در میان این گروه از بیماران خاص چندان چشم گیر نبود.» وی با اشاره جمعیت ۷۸ هزار و پانصد نفری بیماران ام.اس در ایران اظهار کرد: «نمی‌توان آمار دقیقی در مورد تعداد مبتلایان به کووید-۱۹ در میان جامعه بیماران ام.اس ارائه داد، اما از طریق تماس‌هایی که با مراکز ام.اس در استان‌ها داریم می‌دانیم که تعداد افراد مبتلا به این ویروس چندان زیاد نبوده است، اما متأسفانه ۱۲ نفر از این عزیزان را از دست دادیم و فوت کردند.»

وی یکی از دلایل میزان پایین ابتلا به کرونا در میان بیماران ام.اس را رعایت فاصله‌گذاری اجتماعی از همان ابتدای شیوع ویروس دانست و گفت: «زمانی که شیوع بیماری گسترش پیدا کرد ما از بیماران خواستیم که چنانچه امکان دارد با نظر پزشک خود نوبت بعضی از داروهای تزریقی خود را یک تا دو ماه به تأخیر بیندازند و پس از آن بتوانند مراجعه کنند، از سوی دیگر به بیماری‌هایی که برای کارهای توانبخشی، کار درمانی آب‌درمانی به مراکز توانبخشی مراجعه می‌کردند نیز اعلام شد تا در این مراکز حضور پیدا نکنند، مراجعه می‌کردند، با توجه

خدای نکرده بیمار بخواهد روی ویلچر بشیند بالغ بر ۳ میلیون و ۸۰۰ هزار تومان بر این هزینه‌ها افزوده می‌شود، بیمارانی داریم که فقط ۹۰۰ هزار تومان ماهانه پول پوشک آنها می‌شود که این موضوع بسیار نگران کننده است. همچنین فلج از داروهای اصلی که تحت پوشش بیمه هستند و این بیماران نیاز به داروهای مکمل دارند که پوشش بیمه‌ای ندارند که آنها هم هزینه مجزایی دارند، حال چنانچه بیماری بسیار پیشرفت کرده باشد، حدود ۵ میلیون تومان هزینه بیماری او می‌شود و این چیزی است که خانواده‌های بسیاری را دچار مشکل می‌کند.»

مدیرعامل انجمن ام.اس ایران با بیان اینکه ارائه خدمات به بیماران ام.اس در هر دو بخش دولتی و خصوصی انجام می‌شود، گفت: «در بخش دولتی ام.اس یک بیماری خاص محسوب گردیده و برای آن بسته خدمتی تعریف شده است؛ لذا در بین مراکز دولتی و بیمارستان‌ها خدمات ارائه شده به آنها پوشش بیمه‌ای دارد، اما این بیماران برخی هزینه‌های تشخیصی مانند انجام ام.آر.آی‌های و آزمایش‌های گوناگون دارند که تحت پوشش بیمه قرار ندارند و این موضوع هزینه مضاعفی بر بیماران و خانواده‌های آنها تحمیل می‌کند.»

وضعیت مراکز کار درمانی و آینده

نامعلوم بیماران ام.اس

هوشمند در ادامه با اشاره به وضعیت نگران کننده مراکز کار درمانی و توانبخشی در شرایط کرونایی کشور اظهار کرد: «به هر اندازه که مراکز درمانی و توانبخشی بیشتر و در دسترس تر باشند هزینه برای بیماران کاهش پیدا می‌کند، در مقابل به هر تعداد که این مراکز تعطیل شوند که یا کاهش پیدا کنند هزینه تمام شده برای بیماران نیز افزایش پیدا می‌کند. بنابراین باید سازمان‌های بهداشتی و وزارت بهداشت از این مراکز حمایت کنند تا از ورشکستگی آنها جلوگیری به عمل آید، چرا که در بلندمدت آثار نامطلوبی بر این بیماران می‌گذارد، بیماری بچه‌های ام.اس پیشرفت می‌کند و در واقع آنها رو به وخامت می‌گذارد.»

فیزیوتراپی را با به شکل فیلم و اسلاید در اختیار آنان قرار داده شود تا بتواند به کمک خانواده این اقدامات را انجام دهند.»

بیمارانی که در مراکز نگهداری می‌شوند

مدیرعامل انجمن ام.اس در رابطه با بیمارانی که در مراکز نگهداری از بیماران حضور دارند نیز اظهار کرد: «یک مرکز نگهداری اختصاصی برای بیماران ام.اس وجود ندارد اما تعدادی از بیماران در برخی مراکز نگهداری بهزیستی مانند کهریزک حضور دارند که تعداد آنها ۱۸۳ نفر است، ۶۰ نفر هم در مرکز کهریزک کرج حضور دارند، تعدادی نیز در مراکز استانی و منازل خود حضور دارند، خوشبختانه در این مراکز تمهیدات مراقبتی خاصی برای نگهداری آنان وجود داشته و پروتکل‌های بهداشتی در این مراکز اجرا می‌شود لذا کم‌ترین مشکل را برای این افراد در شرایط کرونایی داشته‌ایم.»

هوشمند با اشاره به وجود ۵۶ مرکز انجمن ام.اس در استان‌های کشور یادآور شد: «از زمان شیوع کرونا بسته‌های ارزاق و لوازم مراقبتی و بهداشتی از طریق هلال‌احمر و خیرین تهیه شد و به کمک انجمن‌های استانی در میان بیماران به تناسب وضعیت بیماری و گزارش مددکاران توزیع شده است.»

هزینه‌های یک بیمار مبتلا به ام.اس

هوشمند با بیان اینکه در رابطه با تامین بیماران ام.اس وزارت بهداشت تلاش‌های بسیار زیادی را انجام داده است اظهار کرد: «در حال حاضر مشکلی در دسترسی بیماران ام.اس به داروهای اصلی این بیماری وجود ندارد، از سوی دیگر عمده این داروها تحت پوشش بیمه هستند اما برخی از بیماران که داروهای خارجی مصرف هزینه زیادی را برای آنها پرداخت می‌کنند.»

وی افزود: «یک بیمار ام.اس که بخواهد روی پا مانده و تنها فیزیوتراپی و دارو داشته باشد هزینه یک میلیون و ۸۰۰ هزار تومانی برای خانواده او به وجود می‌آید، اگر این بیماری پیشرفت کرده و

ریسک بالای انتقال بیماری در این مراکز احتمال ابتلای این افراد بسیار بالا می‌رفت با رعایت دقیق این موارد خوشبختانه میزان ابتلا به ویروس کرونا در میان این بیماران کاهش پیدا کرد.»

توانبخشی از طریق فضای مجازی

وی در رابطه با تامین داروهای این بیماران نیز گفت: «برای تامین داروهای آنها به ویژه آنهایی که داروهای خوراکی نیاز دارند یکی از اعضای خانواده آنها را دریافت می‌کند، برخی از بیماران هم که داروهای تزریقی دارند در مراکز درمانی با استفاده از پروتکل‌های درمانی برای آنها تزریق انجام می‌شود، در مورد مراکز توانبخشی، کار درمانی، فیزیوتراپی و آب‌درمانی هنوز محدودیت‌ها وجود دارد چرا که ممکن است با توجه به ریسک بالای این مراکز، ابتلا در این بیماران هم مشاهده شود. در عین حال ما ترجیح دادیم از طریق سایت انجمن و فضای مجازی بسته‌ای از ورزش‌ها و کارهای



از زمان شیوع کرونا در ایران سعی کردیم، اطلاع رسانی کرده و از آنان بخواهیم از منزل بیرون نیایند و نیازهای دارویی و کارهای اداری خود را به وسیله انجمن و خانواده‌های خود انجام بگیرد، خوشبختانه شیوع بیماری با توجه به اطلاع‌رسانی‌هایی که انجام شد در میان این گروه از بیماران خاص چندان چشم‌گیر نبود

آیاسی‌تی‌اسکن می‌تواند کووید-۱۹ را تشخیص دهد؟

کارشناسان نظرات موافق و مخالف دارند

■ مترجم: شراره فرهی منش

علاوه بر آزمایش RT-PCR، برخی از متخصصان استدلال می‌کنند که سی‌تی‌اسکن می‌تواند کووید-۱۹ را تشخیص دهد. دیگر متخصصان مخالف‌اند. اخبار پزشکی امروز با دو پزشک صحبت کرد که نظرات مخالف خود را ارائه می‌دهند.

از آنجا که بیماری همه‌گیر کووید-۱۹ همچنان باعث مرگ‌ومیر در سراسر جهان می‌شود، تشخیص زودهنگام افراد مبتلایه SARS-CoV-2 ضروری است. هنگامی که فردی تشخیص این بیماری را دریافت کرد، محدود کردن تماس جسمی آن‌ها با دیگران یکی از راه‌های کاهش سرعت انتشار است.

بهترین راه تشخیص برای کووید-۱۹ چیست؟

برای بسیاری از متخصصان، استفاده از واکنش زنجیره‌ای پلیمرز رونویسی معکوس (RT-PCR) استاندارد مهم است. این تکنیک زیست‌شناسی مولکولی موادی ژنتیکی مخصوص ویروس SARS-CoV-2 را تشخیص می‌دهد. با این حال، تکنیک RT-PCR صد در صد دقیق نیست و برخی از کارشناسان سؤالاتی راجع به نتایج آزمون مثبت کاذب و منفی کاذب مطرح کرده‌اند.

آیا CT اسکن که ترکیبی از یک سری تصاویر اشعه ایکس است، می‌تواند به‌عنوان جایگزین یا کمک‌کننده به موازات تشخیص RT-PCR عمل می‌کند؟

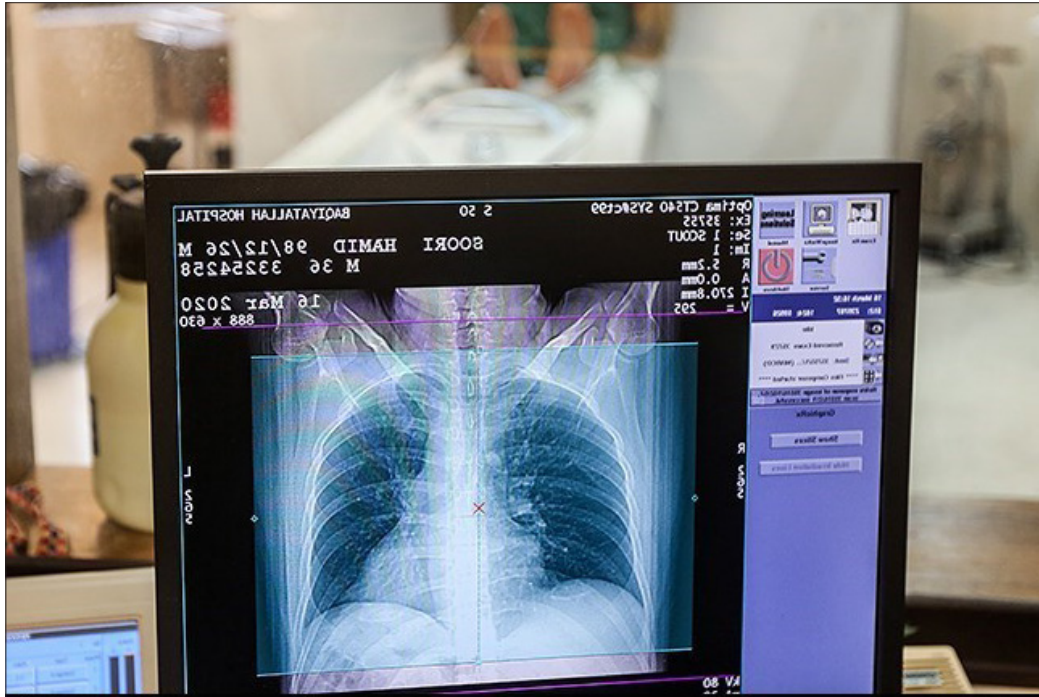
گزارش‌هایی از ووهان در چین در مورد متخصصان مراقبت‌های سلامت وجود دارد که با استفاده از سی‌تی‌اسکن برای تشخیص کووید-۱۹ اقدام کرده‌اند، اما نهادهای پزشکی و سلامت عمومی در ایالات متحده از این روش استفاده نکرده‌اند. اخبار پزشکی امروز با دو پزشک با دو نظر مخالف در مورد استدلال پیرامون استفاده از سی‌تی‌اسکن در طول بیماری همه‌گیر صحبت کرد.

دکتر جوزف فریمَن، MD و پزشک اورژانس در منطقه نیویورک، رئیس آنجلس و مدیر سابق پزشکی تیم نجات و تحقیق پروژه مقابله با بلایای لوزیانا است. در طرف مقابل، دکتر مارک هامر، MD، از گروه رادیولوژی بیمارستان بریگام و بیمارستان زنان، دانشکده پزشکی هاروارد در بوستون است. او به نمایندگی از گروهی از پزشکان که به تنازگی مقاله‌ای درباره این موضوع در مجله *لنست* منتشر کرده‌اند، می‌نویسد.

آزمایش روتین سی‌تی‌اسکن کلید موفقیت آمریکا برای کووید-۱۹ خواهد بود

دکتر فریمَن: کالج رادیولوژی آمریکایی (ACR) و مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری (CDC) استفاده معمول از سی‌تی‌اسکن برای تشخیص کووید-۱۹ را توصیه کرده‌اند.

با این حال، در چین که متخصصان به سرعت و به‌طور مؤثر بیماری را کنترل کردند، سازمان‌های پزشکی



جلوگیری از انتقال می‌شود و به‌طور بالقوه نه تنها زندگی یک فرد بلکه زندگی بسیاری از افراد را نجات می‌دهد. در مورد آلودگی اسکنر، چین هیچ امتیاز انحصاری در روش‌ها و فن‌آوری‌های تمیز کردن ندارد. پروتکل تمیز کردن آن‌ها امکان انجام دادن اسکن ایمن ۲۰۰ بیمار را هر روز بر روی یک اسکنر منفرد فراهم می‌کند که انتقال بیماری به کارکنان مسئول سی‌تی‌اسکن صفر است.

نتایج سریع منجر به منفی کاذب می‌شود
اکنون با ظهور تست سریع RT-PCR، دلیلی برای ترس جدید وجود دارد. در هیجان ایجاد شده به دلیل دستیابی به نتایج سواب به همان سرعتی که نتایج سی‌تی‌اسکن انجام می‌شود، ارائه‌دهندگان و مقامات می‌توانند فراموش کنند که آزمایش PCR چقدر نادرست و خطرناک است.

نتایج سریع به معنی منفی‌های کاذب سریع و اطمینان سریع کاذب است. این همچنین به معنای مرخص شدن سریع مبتلایان به کووید-۱۹ از مراکز مراقبتی است و به آن‌ها امکان می‌دهد با افرادی بدون عفونت که احتمالاً آسیب‌پذیر هستند، در آمیخته باشند.

استفاده از هر دو آزمایش باهم باعث افزایش حساسیت و بهبود کارایی قرنطینه می‌شود، تأثیری که به‌تنهایی حاصل نمی‌شود. کالج رادیولوژی آمریکایی و سایر سازمان‌ها نگرانی‌هایی را مبنی بر اینکه سی‌تی‌اسکن ممکن است منجر به موارد منفی کاذب شود و خطر از دست رفتن کووید-۱۹ پیامدهای گسترده‌ای دارد، ابراز کرده‌اند.

ادامه در صفحه ۲۰

اهمیت است. هدف راهبردی سازمان جهانی بهداشت (WHO) برای متوقف کردن انتقال SARS-CoV-2 از طریق انسان، شناسایی و جداسازی پراکنده شدن احتمالی این ویروس را بیش از هر چیز در اولویت قرار داده است.

سود همگانی

این تمرکز بر حساسیت، حتی به قیمت ایجاد مثبت کاذب در نتایج، اهداف پزشکی همه‌گیری را نشان می‌دهد. به‌طور معمول، پزشکان از تست‌های تشخیصی برای بهر مندی افراد استفاده می‌کنند، اما حساب آزمایش‌ها در همه‌گیری‌ها تغییر می‌کند. کارشناسان کشورهایی که SARS را پشت سر گذاشته‌اند، راه سخت را آموخته‌اند که آزمایش سریع و حساس در هنگام شیوع عفونی بسیار مهم است اما نه به این دلیل که به نفع افراد است، بلکه به این دلیل است که به نفع همه است.

معمولاً تمرکز متخصصان آمریکایی در مدیریت پرونده‌های فردی کاملاً هدفمند و اخلاقی و قابل ستایش است؛ اما همین منطق در طی بیماری همه‌گیر به سرعت خطرناک می‌شود. در انتقال به تفکر همه‌گیری، کشورهایی مانند چین دیدند که بیش‌ازحد تشخیص کووید-۱۹ به‌مراتب بهتر از تشخیص کم است. علاوه بر این، دلیل تشخیص کووید-۱۹ مدیریت بیمار نیست، بلکه مدیریت همه‌گیری است. اسکن به نفع همه افراد است.

تشخیص بیماری و قرنطینه به این صورت است که افراد را بدون عفونت ایمن نگه می‌داریم. به‌عبارت‌دیگر، یافتن بیماری به‌طور سخت‌گیرانه و جداسازی افراد با جواب آزمایش مثبت باعث

حرفه‌ای به‌طور جهانی قبول دارند که سی‌تی‌اسکن نقش مهمی در تشخیص زودهنگام، مشاهده و ارزیابی بیماری دارد. کالج رادیولوژی آمریکایی به دلیل میزان مثبت کاذب، آلودگی اسکنر و عدم تغییر در مدیریت فرد بیمار، سی‌تی‌اسکن را توصیه نمی‌کند. با این حال، متخصصان چینی سی‌تی‌اسکن را مبتنی بر شناسایی سریع، بهبود قرنطینه و اقدامات سلامت عمومی متناسب توصیه می‌کنند.

چرا این گونه نظرات مخالف وجود دارد؟

در اوایل شیوع کووید-۱۹، مشخص شد که آزمایش RT-PCR هم آهسته و هم غیرقابل اعتماد است. یکی از مقامات چینی تخمین زد که حساسیت تست سواب ۳۰ درصد کم است و این یافته مطابق با آزمایش RT-PCR نمونه‌های سیال است. برآوردهای خوش‌بینانه‌تر از کالج رادیولوژی آمریکایی دامنه ۴۲-۷۱ درصد را برای آزمون RT-PCR نشان می‌دهد. به‌عبارت‌دیگر، سواب تقریباً یک‌سوم موارد - در بهترین حالت - را از دست می‌دهد.

طبق مقاله تحقیقاتی در رادیولوژی، سی‌تی‌اسکن بسیار حساس‌تر است و معمولاً مواردی را که سواب از دست می‌دهد، تشخیص می‌دهد. حساسیت بالاتر سی‌تی‌اسکن (به‌طور معمول بیش از ۹۰ درصد تخمین زده می‌شود) و نتایج در زمان واقعی باعث افزایش مثبت‌های کاذب می‌شود. اما این ضعف آزمایشی نسبت به حساسیت ضعیف برای مسئولان سلامت عمومی بسیار کمتر حائز



ادامه از صفحه ۱۹

این جمله‌ای گیج‌کننده است. در حالی که ما باید از متون علمی که با سرعت ایجاد شده برای اثبات اینکه آزمایش کووید-۱۹ از نظر روش شناختی نقص دارد استفاده کنیم، اما در مورد اینکه آیا سی تی اسکن حساس تر است اختلاف نظر وجود دارد و کالج رادیولوژی آمریکایی این موضوع را تأیید می‌کند.

رویکردی دوگانه

عدم وجود استدلال در مقابل سی تی اسکن مقایسه‌ای با جایگزین، RT-PCR است که هم توسط متون علمی موجود کمتر پشتیبانی می‌شوند و هم تقریباً در همه مقایسه‌ها حساسیت کمتری دارد. علاوه بر این، رویکرد اثبات‌شده موفقیت آمیز در چین که در اینجا مطرح شده است و در مطالعات توصیف می‌شود، از سی تی اسکن و RT-PCR استفاده می‌کند. بنابراین، ذکر هر گونه منفی‌های کاذب ابتدا باید اذعان کند که رویکرد دوگانه مبتنی بر سی تی اسکن از لحاظ ریاضی تضمین شده است تا خطر از دست رفتن کووید-۱۹ را در مقایسه با جایگزین پیش فرض RT-PCR به تنهایی کاهش دهد.

توصیه‌هایی که علیه تشخیص سی تی اسکن برای کووید-۱۹ ارائه شده، به ویژه در هنگام کمبود آزمایش سواب در ایالات متحده، خطای بزرگی بوده که باعث شد دوره‌های این ویروس بررسی نشود و به طور نامرئی ویروس پراکنده شود. ایالات متحده اکنون به عنوان کشوری در جهان است که هم موارد ابتلا و هم تلفات زیادی دارد و تعداد آن‌ها همچنان در حال افزایش است. در آینده، عدم کنترل تقریباً همیشه نشان‌دهنده عدم تشخیص است.

چرا سی تی اسکن روش مناسبی برای تشخیص یا رده‌بندی درمانی افراد مشکوک به کووید-۱۹ نیست

دکتر هارمی گوید: کووید-۱۹، بیماری ناشی از SARS-CoV-2، سیستم مراقبت‌های سلامتی ما را بیش از هر بیماری در دوران مدرن آزمایش کرده است.

تشخیص سریع کووید-۱۹ مطلوب است، زیرا امکان استفاده بهینه از تجهیزات محافظتی و اتاق‌های ایزوله در بیمارستان و قرنطینه دقیق بیماران سرپایی را فراهم می‌آورد. در صورت دسترسی به روش‌های درمانی اثبات‌شده، تشخیص سریع تر از مزایای درمان سریع‌تر خواهد بود.

متأسفانه، استاندارد آزمایش فعلی، سواب بینی RT-PCR، به دلیل کمبود منابع (به عنوان مثال، سواب‌ها و شناساگرهای آزمایش)، مدت زمان آهسته آزمایش (بسته به آزمایشگاه تا چند روز) و آزمایش‌های منفی کاذب محدود شده است. در نتیجه، برخی از محققان در چین تصویربرداری، به ویژه سی تی اسکن را به عنوان وسیله‌ای برای ردیابی و تشخیص بیماران مبتلا به کووید-۱۹ ارتقا داده‌اند.

کووید-۱۹ تظاهرات بالینی بی‌شماری دارد. شناخته‌شده‌ترین و شدیدترین آن پنومونی است. کارشناسان می‌دانند که سی تی اسکن ریه‌ها در تشخیص ذات‌الریه بسیار حساس است، اما آیا آن‌ها در زمینه کووید-۱۹ مفید هستند؟

چندین مطالعه تحقیقاتی از چین معتقدند که سی تی اسکن مفید است. مقالاتی از دکتر چیچنگ فنگ و همکارانش در بیمارستان تازو در منطقه ژجیانگ و دکتر تائو ای و همکارانش در کالج پزشکی تازو در ووهان که در مجله رادیولوژی

منتشر شده، نشان می‌دهد که حساسیت اسکن سی تی اسکن برای کووید-۱۹ ۹۷-۹۸ درصد است. به عبارت دیگر، این مقاله‌ها نشان می‌دهد که تنها ۲-۳ درصد بیماران مبتلا به کووید-۱۹ دارای نتایج سی تی اسکن نرمال هستند.

معیارهای نامشخص

متأسفانه، این یافته‌ها به دلایل مختلف گمراه‌کننده هستند. معیارهای انتخاب بیماران در این مطالعات مشخص نیست، اما به نظر می‌رسد سوگیری نسبت به افراد دارای بیماری شدیدتر، افراد در بیمارستان یا هر دو مورد وجود دارد. این احتمال وجود دارد که این آمار شامل افرادی که علائم خفیف‌تر (یا بدون علامت) دارند که احتمالاً سی تی اسکن عادی دارند، نمی‌شود.

دوم، نویسندگان معیارهایی را برای تعیین مثبت بودن سی تی اسکن ارائه نمی‌دهند. در عوض، به نظر می‌رسد هر اختلاف سی تی اسکن را شامل می‌شوند. در دنیای واقعی، ادعای فرد مبتلا به کووید-۱۹ مبتنی بر وجود ناهنجاری جزئی در سی تی اسکن، هر دو التهاب مشترک تحت‌بالیینی ریه‌ها که رادیولوژیست‌ها اغلب با آن روبرو می‌شوند و سایر بیماری‌هایی را که ممکن است افراد به جای کووید-۱۹ داشته باشند نادیده می‌گیرد.

سوم، نتایج این مقالات با سایر نشریات مغایر است، از جمله مقاله‌ای از دکتر شاهی اینوی و همکارانش در بیمارستان مرکزی نیروهای دفاع شخصی ژاپن در توکیو که در مجله رادیولوژی: تصویربرداری کاردیو توراسیک منتشر شده است.

در این مطالعه، محققان ۱۰۴ فرد مبتلا به کووید-۱۹ را از کشتی مسافربری مشهور الماس پرنسس بررسی کردند. آن‌ها دریافتند که تقریباً نیمی از افراد بدون علامت و یک پنجم از بیماران علامت‌دار دارای سی تی اسکن طبیعی هستند.

هنگامی که به صورت جمعی بررسی می‌شود، این نتایج اولیه نشان می‌دهد که سی تی اسکن میزان کاذب منفی غیر قابل قبول بالایی ایجاد می‌کند و بنابراین در انتخاب بخش قابل توجهی (حد اکثر نیمی) از مبتلایان به کووید-۱۹ موفق نخواهند شد.

کووید-۱۹ و سایر دلایل پنومونی

آیا سی تی اسکن ریه‌ها می‌تواند کووید-۱۹ را از

دیگر علل پنومونی تشخیص دهد؟

مطالعه‌ای که در مجله رادیولوژی توسط دکتر هریسون بای و همکارانش در بیمارستان ژانگیا در هونان چین منتشر شده است، نشان می‌دهد که رادیولوژیست‌ها می‌توانند کووید-۱۹ را از سایر پنومونی‌های ویروسی با دقت بالا تشخیص دهند. ما معتقدیم که نتایج این مقاله نیز گمراه‌کننده است. اول، محققان از این واقعیت که یکی از رادیولوژیست‌های این تحقیق در تشخیص کووید-۱۹ فقط ۵۰ درصد دقیق بود، ابراز نگرانی می‌کنند.

دوم و مهم‌تر از همه، این مطالعه سایر بیماری‌هایی را که در بیماران رخ می‌دهد به جز انواع پنومونی ویروسی نادیده گرفته است.

ما اعتقاد داریم که صحت سی تی اسکن در تشخیص کووید-۱۹ در مقایسه با سایر بیماری‌های ریه ممکن است بسیار پایین‌تر از آنچه که انتشارات اولیه نشان می‌دهد باشد. در بیشتر مواردی که بسیاری از بیماری‌های دیگر وجود دارد، میزان مثبت کاذب سی تی اسکن به طور غیر قابل قبولی بالا خواهد بود.

به طور خلاصه، چندین مطالعه نشان می‌دهد که سی تی اسکن در تشخیص کووید-۱۹ از دقت بالایی برخوردار است، حتی برتر از RT-PCR. با این حال، همان‌طور که نشان دادیم، این مطالعات ممکن است گمراه‌کننده باشد.

اثر غربالگری ناکارآمد

حتی اگر هدف از سی تی اسکن، «مدیریت بیماری همه‌گیر» باشد و نه «مدیریت بیمار»، میزان بالای اسکن‌های طبیعی در بیماران مبتلا به کووید-۱۹ (تا نیمی)، سی تی اسکن را به ابزار غربالگری ناکارآمد تبدیل می‌کند. اگر به اسکن‌های منفی سی تی اسکن اعتماد کنیم که به مردم امکان درهم آمیختن در جامعه را بدهد، ممکن است باعث شیوع غیر مستقیم عفونت شود. در حالی که گزارش‌های اولیه از چین حاکی از آن است که RT-PCR دارای حساسیت نزدیک به ۷۰ درصد و در مطالعات اولیه بسیار کمتر از سی تی اسکن است، متأسفانه جدیدتر حساسیت RT-PCR را بسیار بالاتر در حدود ۹۹ درصد نشان می‌دهد.

با این حال، توصیه تقریباً هر سازمان بهداشت عمومی در سراسر جهان، از جمله مراکز کنترل و پیشگیری

از بیماری، برای افراد با علائم تنفسی این است که خود را از سایر افراد جدا کنند. این امر به هر نوع آزمایشی، چه RT-PCR یا سی تی اسکن متکی نیست.

ما با مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری و جوامع اصلی رادیولوژی مانند کالج رادیولوژی آمریکایی موافق هستیم که RT-PCR تنها راه تشخیص قطعی کووید-۱۹ است.

کمسیون بهداشت ملی چین اخیراً سی تی اسکن سینه را به عنوان معیار تشخیص کووید-۱۹ برداشته است و دانشگاه واشنگتن تقریباً استفاده از سی تی اسکن را در افرادی که مشکوک به کووید-۱۹ هستند حذف کرده است.

بدون خطر نیست

نکته مهم این است که سی تی اسکن‌ها خود بدون خطر نیستند به ویژه در مورد سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت، مانند کارشناسان رادیولوژی که ممکن است خود را در معرض افرادی که مبتلا به کووید-۱۹ هستند، قرار دهند. جایبایی این افراد در بیمارستان به بخش سی تی اسکن‌ها خطرناک است چرا که سایر بیماران و بخش‌هایی از بیمارستان را نیز در معرض آلودگی با کووید-۱۹ قرار می‌دهد. همه این موارد به معنای این نیست که سی تی اسکن نمی‌تواند هیچ نقشی در تشخیص و مدیریت بیماران مبتلا به کووید-۱۹ داشته باشد. به عنوان مثال، افرادی ممکن است باشکایات شکمی به بیمارستان بیایند و سی تی اسکن شکم آن‌ها ناهنجاری‌هایی در ریه‌های آن‌ها را تشخیص دهد. این ممکن است منجر به تشخیص کووید-۱۹ در شخصی شود که به دلایلی نامربوط به بیمارستان آمده است.

بیماران مبتلا به کووید-۱۹ همچنین می‌توانند بسیار بیمار شوند و عوارضی ایجاد کنند که ممکن است برای تشخیص نیاز به سی تی اسکن داشته باشد. در این شرایط، فواید سی تی اسکن از خطرات احتمالی قرار گرفتن در معرض تکسین‌های رادیولوژی بیشتر است. همین امر در بیماران خفیف‌تر وجود ندارد.

ما با کالج رادیولوژی آمریکایی کاملاً موافق هستیم که سی تی اسکن نباید جزئی از ارزیابی بیماران مبتلا به کووید-۱۹ باشد بلکه می‌تواند در موارد

پیشیده استفاده شود. ■

منبع: medical news today ۲۱ آپریل ۲۰۲۰



قدردانی چهره های ورزشی از مدافعان سلامت

آرش برهانی

«قهرمانان و مدافعان سلامت، در این روزها با از خودگذشتگی و فداکاری در حال خدمت به مردم کشورمان هستند؛ اطمینان دارم که مردم زحمات شما را قدردان خواهند بود.»



حمید استیلی

«کادر بهداشتی و درمانی با از خودگذشتگی در کنار مردم ایستادند و حافظ جان و سلامت مردم هستند.»



امید رضاروانخواه

«این روزها درمان بیمارانی که درگیر ویروس کرونا هستند و هنوز درمان قطعی ندارد، سخت ترین کار ممکن است؛ با تمام وجود از کادر بهداشتی و درمانی تشکر میکنم و ان شاءالله خدا حافظ شما عزیزان باشد.»



سپهر حیدری

«ما قدردان زحمات کادر بهداشتی و درمانی هستیم و سعی میکنیم با ماندن در خانه و رعایت نکات بهداشتی، باعث کاهش فشار بر شما عزیزان شویم.»



مهدی قائدی

«از همه کادر بهداشتی و درمانی که در حال مبارزه با ویروس کرونا هستند تشکر و قدردانی میکنم.»



محمود فکری

«شما بزرگی از تاریخ را به نام خود رقم زدید، آنهایی که حماسه ساز و تاریخ ساز می شوند، ماندگارند؛ درود بر شما کادر بهداشتی و درمانی.»



محمد نادری

«در زمانی که کرونا تمام جهان را درگیر کرده است، تلاش های خالصانه کادر بهداشتی و درمانی کشورمان برگ زرینی را در تاریخ مبارزه با این ویروس رقم زده است.»



احسان قائم مقامی

«تلاش کادر بهداشتی و درمانی باعث خلق اثر ماندگار و قهرمانانه ای است که با هیچ زبانی نمیتوان از آنان تشکر و قدردانی کرد.»



پیام نیازمند

«امیدواریم با همکاری مردم و شکست ویروس کرونا، کادر بهداشت و درمان بتوانند به آغوش خانواده های خود بازگردند.»



محمد نوری

«ما قدردان زحمات کادر بهداشت و درمان کشورمان هستیم که با از خودگذشتگی و تلاش فراوان با ویروس کرونا مبارزه می کنند.»

