

بولتن روزانه

روابط عمومی دانشگاه علوم پزشکی و
خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

گزیده اخبار خبرگزاریها، روزنامه ها، سایت های اطلاع رسانی و دولت

بهداشتی
شهید
بهداشتی



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی



عناوین اخبار

روزنامه ها و نشریات داخلی

اطلاعات: ۹ میلیون ایرانی تا ۱۵ سال آینده دیابت می گیرند

خبرگزاری های داخلی

تسنیم: تهدیدی خطرناک برای سلامت ایرانیان به بهانه تحدید نسل

جام جم: راهکاری برای چالش بیهوشی در اتاق عمل

فارس: برخی برای واردات داروی ۲۵۰ میلیونی سرطان سر و دست می شکنند/ کارخانه های شیرخشک سازی به مردم دروغ می گویند

فارس: جمع آوری نرم تنان، سرپایان، خرچنگ ها و سایر جانوران دریایی غیرحلال از مراکز فروش

فارس: لزوم ارایه مستقل خدمات بارداری در طرح مراقب سلامت

سایت خبری و اطلاع رسانی

بولتن نیوز: از طرح تحول سلامت کوتاه نمی آییم

سلامت نیوز: مردم نگرانی بابت اجساد اتاق تشریح نداشته باشند

شفا آنلاین: با کودک مان چه بازیهایی کنیم؟

شفاف: ارایه مستقل خدمات بارداری در طرح مراقب سلامت

نسیم: تاکید رئیس کمیته کشوری تغذیه با شیر مادر بر مرخصی دو هفته ای پدران در زمان تولد نوزاد



تهدیدی خطرناک برای سلامت ایرانیان به بهانه تحدید نسل

به گزارش خبرگزاری تسنیم، حسین مروتی کارشناس مسائل جمعیت، با اشاره به نکاتی عجیب و تکان دهنده درباره عملکرد حوزه بهداشت در حیطة جمعیت و باروری یادداشتی را منتشر کرد که در زیر می خوانید.

*وسایل و شیوه های ممانعت از بارداری

اکنون و پس از گذشت قریب به ۲۵ سال از پیگیری تحدید نسل در کشور، عمده مردم ایران، تحت پوشش وسایل و شیوه های متعدد ممانعت از بارداری هستند؛ در این بین، بیشتر مردم، این وسایل را از بخش دولتی و مابقی از بخش خصوصی دریافت می کنند اما اطلاع مردم از عوارض متعدد استفاده از روش های ممانعت از بارداری تا چه حد است و آیا دستگاه بهداشت و سلامت کشور، به وظایفش در آگاهی بخشی به مردم، عمل می کند؟ در این زمینه به چند نکته اشاره می شود.

عمل نکردن به دستورالعمل های موجود

رسدهای صورت گرفته نشان می دهد که برخی از کارشناسان مسئول در خانه ها و مراکز بهداشت، به وظایف خود در این زمینه که در دستورالعمل های وزارت بهداشت نیز آمده است، عمل نمی کنند؛ چنان که برخی از عوارض استفاده از روش های ممانعت از بارداری به مردم گفته نمی شود.

در همین راستا، فاطمه رخشانی، معاون بهداشت پیشین وزارت بهداشت نیز به این دست کوتاهی ها معترف است، چنان که با صراحت می گوید: "ما خودمان شاهد بودیم که کارمند ما برای این که قرص ممانعت از بارداری را به خانواده ها بدهد، ناخودآگاه مضرانش را نمی گوید. یک زمانی «نورپلنت» آورده بودیم و آن ها می توانست یک سری عارضه های کوتاه مدت داشته باشد ولی اصلاً به افراد گفته نمی شد. چرا؟ برای این که هدف پرسنلی این بود که پوشش استفاده از وسایل ممانعت از بارداری را افزایش دهند، تا مورد تشویق قرار گیرند. بالاخره سیستم این را از آن ها می خواست. این نبود که آن ها نمی دانستند که این ها عوارض دارند، شواهد علمی آن وجود داشت و دارد."

اما اگر اینگونه کوتاهی ها را به عنوان استثنا تلقی کنیم، آیا عمل کارکنان وزارت بهداشت به دستورالعمل های موجود در زمینه استفاده از وسایل ممانعت از بارداری، برای حفظ و تامین سلامت مردم کافی خواهد بود؟ آیا این دستورالعمل ها به صورت علمی و بدون سوگیری و غرض ورزی تهیه شده اند؟ در ادامه متن پاسخ این سوال اساسی را در

استفاده از منابع غیرمعتبر برای تهیه دستورالعمل ها

این دستورالعمل ها، معمولاً برگرفته از منابع علمی دارای سوگیری، به ویژه کتب منتشر شده توسط سازمان جهانی بهداشت هستند. این مسئله سبب شده، برخی از عوارض خطرناک استفاده از روش های ممانعت از بارداری، اساساً به دستورالعمل های وزارت بهداشت راه پیدا نکند که بخواهد به اطلاع مردم برسد. به عنوان نمونه در کتاب بارداری و زایمان ویلیامز ۲۰۱۰، ابتلا به کیست تخمدان از عوارض بستن لوله در زنان شمرده شده است، در حالی که احتمال بروز این خطر، هیچ جایی در دستورالعمل های وزارت بهداشت ندارد. همچنین در کتاب مزبور، سکتة های مغزی و قلبی از عوارض قرص های ضدبارداری شمرده شده اند که این خطر بزرگ نیز به مردم گفته نمی شود. هنگامی متوجه ابعاد فاجعه بار این کوتاهی ها می شویم که بدانیم: تقریباً از هر سه زوجی که در کشور از بارداری ممانعت می کنند، یک زوج، از قرص های ترکیبی ضدبارداری استفاده می کند. به روز نبودن دستورالعمل ها

متأسفانه با وجود پیشرفت روزانه علم، وزارت بهداشت همچنان از دستورالعمل کشوری که در سال ۱۳۸۸ تهیه شده است، استفاده می کند. نمونه ای از مطالعات اخیر که راهی به دستورالعمل های وزارت بهداشت پیدا نکرده، مربوط به بیماری مزمن و جانکاه «کرون» است. شیوع این بیماری التهابی روده، که هیچ درمان قطعی ندارد، در زنانی که از قرص های ضدبارداری استفاده می کنند، بسیار بیشتر از زنان دیگر است. تحقیق اخیر دکتر حامد خلیلی، پژوهشگر دستگاه گوارش در بیمارستان عمومی ماساچوست در بوستون آمریکا نشان داده، در صورتی که قرص های ضدبارداری خوراکی برای مدت بیش از ۵ سال استفاده شوند؛ خطر ابتلا به بیماری کرون سه برابر افزایش می یابد. از آنجا که طبق نظر کارشناسان، بیماری کرون در ۳۰ سال اخیر و همزمان با شیوع استفاده از قرص های ضدبارداری، در ایران شایع شده است، آیا نباید در تجویز فله ای این قرص های مضر تجدیدنظر کرد؟ آیا لااقل نباید این خطر را به مردم اطلاع داد؟

متأسفانه همچنان در دستورالعمل های مربوطه می خوانیم: مصرف بیش از سه ماه قرص، نه تنها عارضه ای ندارد بلکه در این سه ماه بدن عادت می کند. محدودیت زمانی برای خوردن قرص وجود ندارد. افراد می توانند، در صورت تمایل نداشتن به بارداری و راضی بودن از استفاده از قرص، خوردن آن را تا سن ۵۰ سالگی ادامه دهند.

جالب آن که بدانیم زنی فرانسوی با نام ماریون لارات (Marion Larat) در سن ۱۸ سالگی و پس از سه ماه مصرف قرص ضدبارداری ای با نام ملیان (Meliane)، بر اثر سکتة مغزی به کما رفت. لارات پس از خروج از کما، تحت برنامه فشرده فیزیوتراپی و همچنین ۹ عمل جراحی متفاوت قرار گرفت. شکایت این زن از شرکت سازنده قرص مزبور و به دنبال آن تحقیقی که در سال ۲۰۱۲ صورت گرفت، نشان داد که سکتة

مغزی لارات به طور مستقیم به استفاده او از قرص های ضدبارداری مرتبط بوده است. با خبری شدن این پرونده و به دنبال فشار افکار عمومی، وزارت بهداشت فرانسه به پزشکان دستور داد تا قرص های ضدباردای، تنها در شرایط بسیار خاص تجویز شوند. همچنین به دنبال این مسئله، قرص های ضدبارداری نسل سوم و چهارم، از لیست داروهای تحت پوشش طرح سلامت ملی خارج شدند.

همین مسئله، درباره آمپول سه ماهه ضدبارداری نیز مطرح است، چرا که تحقیقات مرکز پژوهش های سرطان آمریکا نشان می دهد که استفاده زنان از این آمپول، احتمال ابتلا به سرطان سینه را دو برابر افزایش می دهد.

عدم اطلاع رسانی در خصوص عوارض غیرشایع ولی مهلک روش های ممانعت از بارداری برخی از عوارض استفاده از این روش ها با درصد کمی احتمال وقوع دارند ولی در صورت وقوع، جان فرد را با خطر مواجه می کنند. به عنوان نمونه حاملگی خارج از رحمی که به دنبال استفاده از روش های متعدد ممانعت از بارداری رخ می دهد، می تواند به مرگ زن بینجامد. این مسئله درباره بستن لوله در زنان (توبکتومی) اهمیت ویژه ای پیدا می کند، چرا که نیمی از موارد حاملگی پس از عقیم سازی دائمی زنان، خارج رحمی خواهد بود، که بی شک می تواند خطر عمده جانی را متوجه این زنان کند. در این موارد که احتمال کم ولی محتمل بزرگ و خطیر است، منطق و اخلاق حرفه ای حکم می کند که مسئولان مربوطه سعی کنند، فرد را از استفاده از اینگونه روش ها منصرف کنند.

البته شاید گفته شود که «هر دارویی عوارضی دارد، روش های ممانعت از بارداری نیز همین گونه هستند» اما در پاسخ باید گفت: روش های ممانعت از بارداری، حکم دارو را ندارند، که اگر بپذیریم اینها دارو هستند، بارداری نیز حکم بیماری را پیدا می کند. اما آیا بارداری که مقدمه بهره مندی از نعمت بزرگی مانند فرزند است، بیماری به شمار می آید؟ هنگامی که روش های ایمنتری برای ممانعت از بارداری وجود دارد، چرا باید با استفاده از روش های غیرایمن، بیماری و گاهی مرگ را به جان خرید؟ اساساً چرا باید روش هایی در کشور ارائه شوند که سلامت مردم را با خطر مواجه می کنند؟

رخشانی در این زمینه می گوید: "ما در ایران، موقعی که خواستیم کاهش جمعیت بدهیم، تمام وسایل و شیوه های ممانعت از بارداری را، یک دفعه به داخل کشور سرازیر کردیم ولی بعضی از کشورها این کار را نمی کنند و برای کاهش جمعیت، تنها دو تا وسیله را ارائه می دهند، تا سلامت مردم به خطر نیفتد."

دستورالعمل هایی برای ناآگاه نگه داشتن مردم

اهداف ضدجمعیتی طرح تنظیم خانواده یا همان باروری سالم، تقابل آشکاری با اخلاق حرفه ای و توجه به سلامت مردم دارد، تا جایی که این مسئله در دستورالعمل های مربوطه نیز نمود پیدا کرده است. به عنوان نمونه در جزوه «مشاوره تنظیم خانواده» که معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی فارس منتشر کرده است، به کارکنان مربوطه توصیه می شد که: «لزومی ندارد که به او بگوییم، احتمال دارد در حین کارگذاری آی یو دی، رحم شما سوراخ شود و نیاز به عمل جراحی پیدا کنید! یکی از

خطاهای رایج در هنگام ارائه اطلاعات به مراجعه کننده، تکیه زیاد بر عوارض جانبی و عدم اشاره به محاسن روش است.»

مزیت تراشی برای برخی از روش های ممانعت از بارداری

با مراجعه به کتاب «دستورالعمل روش های پیشگیری از بارداری در جمهوری اسلامی ایران»، می بینید که برای انواع روش های ممانعت از بارداری، تعداد کثیری مزیت آورده شده که بعضاً بسیار عجیب بوده و پشتوانه علمی و منطقی ای ندارد. اما چند نمونه:

"مزیت آمپول ضدباروری سه ماهه این است که به خاطر جلوگیری از تخمک گذاری، باعث کاهش حاملگی خارج از رحم می شود" با اندکی تامل در این جمله به وضوح درمی یابیم که علی القاعده زمانی که تخمک گذاری صورت نگیرد، حاملگی چه خارج از رحم و چه داخل رحم صورت نمی گیرد. به همین روال می توان گفت چنین فردی از آنجا که باردار نمی شود، خونریزی هنگام زایمان هم نخواهد داشت. اما آیا این مسئله، مزیت استفاده از این آمپول است؟ مزیت دیگری که برای این آمپول شمرده شده "نداشتن عوارض استروژنی به دلیل نداشتن هورمون استروژن" است اما آیا به واقع این مسئله یک مزیت است؟ آیا در حالی که روش های کم خطری وجود دارند، الزامی وجود دارد که مردم صرفاً از شیوه های بیماری زای هورمونی برای ممانعت از بارداری استفاده کنند؟ با این شیوه مزیت سازی، احتمالاً بتوان نداشتن کورتون را هم از مزیت های این آمپول به شمار آورد، چرا که این آمپول کورتون هم ندارد. طبق دستورالعمل وزارت بهداشت یکی از مزیت های بستن لوله در مردان، دائمی بودن آن عنوان می شود که لاقل نگارنده متوجه نمی شود که کجای این ظلم در حق بشر، مزیت به شمار می آید؟ متأسفانه به منظور ایجاد اقبال عمومی برای استفاده مردم از این روش ها، از طرف مسئولان مربوطه، اصراری وجود دارد که به هر طریق شده، تعداد مزیت ها افزایش یابد.

شواهد متعدد نشان می دهد که برخی از مسئولان مربوطه، به گونه ای دستورالعمل باروری سالم را تهیه کرده اند، که گویا قرار است برای وسایل ممانعت از بارداری تبلیغ کنند، نه این که در زمینه استفاده از این محصولات مشاوره دهند. مسئولان باید روشن کنند که متون مزبور، دستورالعمل مشاوره هستند یا پیام بازرگانی؟

نپرداختن به اثرات مفید بارداری و شیردهی بر سلامت زنان

با وجود اصرار بر مزیت سازی برای روش های ممانعت از بارداری، در دستگاه بهداشت و سلامت کشور به آثار مفید بارداری و شیردهی بر سلامت زنان اشاره ای نمی شود. مسائلی از این دست که احتمال ابتلا به سرطان سینه در زنانی که هرگز باردار نشده اند، بیشتر از مادران است و هر چه سن زن در باروری نخست کمتر باشد، احتمال ابتلا به سرطان سینه کم تر می شود. داشتن یک باروری، شانس ابتلای رحم به توده سرطانی را کم می کند و هر چه تعداد حاملگی ها بیش تر باشد، احتمال ابتلا به فیبروم کاهش می یابد. شیردهی احتمال سرطان دستگاه تناسلی و ابتلا به بیماری های قلبی را کاهش می دهد و ...

تنوع بخشی تاجرماًبانه به روش های ممانعت از بارداری

شواهد نشان می دهد که از آغاز اجرای طرح تنظیم خانواده، لاقل تا سال ۱۳۹۰، مدام به انواع و اقسام گوناگون روش های ممانعت از بارداری افزوده شده است. در این زمینه به نمونه جالبی اشاره می کنیم.

در اسفند سال ۱۳۹۰ دکتر محمد اسلامی، رئیس وقت اداره تنظیم خانواده و جمعیت، ضمن مصاحبه ای خبر مجوز گرفتن محموله ای از یک وسیله جدید برای ممانعت از بارداری با نام «جدل (Jadelle)» را اعلام می کند. این روش که به صورت دو کپسول در بازو کاشته می شود و تا ۵ سال هورمون آزاد می کند، (نورپلانت ۲) نخستین بار با بهره گیری از تحقیقات شورای جمعیت (Population Council) تولید شد؛ سازمانی که وابسته به بنیاد آمریکایی برادران راکفلر است و هدف فعالیت هایش، اصلاح نژاد به شیوه آمریکایی و ایجاد بحران جمعیت در کشورهای در حال توسعه است. بسیار جالب است بدانیم در حالی که سازمان غذا و داروی آمریکا (FDA) این محصول را در سال ۱۹۹۶ تایید کرده است و «جدل» توسط شرکتی آلمانی، تحت لیسانس شرکت فایزر (Pfizer) آمریکا تولید می شود، به هیچ وجه این روش در آمریکا، آلمان و عمده کشورهای اروپایی در اختیار مردم قرار ندارد و عمده این محصول با پشتیبانی آژانس توسعه بین المللی آمریکا، سازمان جهانی بهداشت، صندوق جمعیت سازمان ملل، فدراسیون بین المللی تنظیم خانواده و بنیادهای راکفلر و فورد، به آفریقا صادر می شود. مطالعات متعدد علمی نشان می دهد، استفاده از این روش، عوارض بسیار زیادی به دنبال دارد و مانند هر روش مبتنی بر مصرف طولانی مدت هورمون، خطر سکتة مغزی، حمله قلبی و سرطان پستان را افزایش می دهد. ناگفته نماند که فعالان حقوق بشر در غرب، در اعتراض به انتقال «روش های کشنده ممانعت از بارداری (lethal long-acting contraceptive)» به آفریقا، فعالیت های گسترده ای را سامان داده اند.

پوستری برای تشویق مردم آفریقا به استفاده از شیوه مهلک ممانعت از بارداری به نام «جدل» دکتر اسلامی، مشاور فنی کنونی دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس وزارت بهداشت، در مصاحبه ای درباره روش مزبور گفته بود: "این داروی وارداتی طی چند ماه آینده در کشور توزیع خواهد شد و استفاده از آن برای گیرندگان، رایگان است!" وی دلیل ورود این وسیله به کشور را فراهم کردن تنوع انتخاب برای زنان عنوان کرده بود اما آیا این نمونه و مواردی از این دست را می توان چیزی جز «پیشکش رایگان بیماری به مردم» و «واردات امراض، صرفاً محض تنوع» قلمداد کرد؟

عقیم سازی های دائمی

پیش از مطرح شدن مسئله بحران جمعیتی در کشور و در مدتی بیش از ۲۰ سال، اعمال جراحی عقیم سازی از طریق تبلیغات گوناگون در ایران ترویج شده است تا جایی که طبق برآوردهای صورت گرفته، آمار نسبی وازکتومی (بستن لوله در مردان) در ایران، ۳ برابر این آمار در دنیا و این آمار برای توبکتومی (بستن لوله در زنان)، قریب به ۴ برابر متوسط جهان است. مشاوره هایی که بیشتر شبیه پیام بازرگانی

بودند، در این باره نیز به یاری آمده اند تا جایی که در کتاب «وازکتومی؛ باورها و پرسش ها»، بستن لوله، از عوامل احتمالی محبوبیت مرد در خانواده شمرده شده است. همچنین در این متون، آمده است که عقیم سازی، در درازمدت هیچ عارضه ای برای سلامت مردان و زنان به دنبال ندارد ولی آیا این مسئله حقیقت دارد؟ گروهی از کارشناسان از جمله دکتر ناصر سیم فروش، چهره ماندگار و رئیس قطب اورولوژی کشور معتقد است که بستن لوله در مردان، سبب افزایش احتمال ابتلا به سرطان پروستات می شود، امری که در کتاب «وازکتومی؛ باورها و پرسش ها» کاملاً نفی شده است. نکته جالب آن که، برای نگارش کتاب مزبور از پزشکی عمومی که افتخار می کند در کم تر از ۲۰ سال، ۱۴ هزار مرد ایرانی را عقیم کرده است، نظرخواهی می شود ولی به نظر علمی چهره ماندگار اورولوژی کشور، بهایی داده نمی شود.

ناگفته نماند که اخیراً انجام عمل وازکتومی در قسمت دولتی ممنوع شده است که تصمیمی ارزشمند و قابل تقدیر است. هر چند شایسته است که اجازه عقیم سازی دائمی، محدود به موارد بسیار خاص و ضروری شود و صرفاً با تجویز پزشکی قانونی صورت گیرد، تا سلامت مردم و جامعه به خطر نیفتد. ضمناً آمار بستن لوله زنان در کشور، چهار برابر این آمار در مردان است، که باید برای این معضل اساسی نیز چاره ای اندیشید. تفاخر احمقانه سیستمیک و تاسف هایی جاهلانه

رسوخ فرهنگ تنظیم خانواده در دستگاه بهداشت کشور سبب شده است که مسئولان مربوطه، به قسمت هایی از نتایج عملکردشان که جای خجالت و سرافکندگی دارد، ببالند. به عنوان نمونه در گزارش برنامه عملیاتی باروری سالم و جمعیت معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می خوانیم: "پوشش روش های دائمی تنظیم خانواده از وضعیت خوبی برخوردار بوده و پوشش بستن لوله مردان، بالاترین رقم در کل کشور است. استان اصفهان بیشترین استفاده از وازکتومی (۲/۹ درصد) را در کشور (۳ درصد) داراست و در رتبه اول کشوری قرار دارد"

با وجود این مدال افتخار، در گزارش مزبور اظهار تاسف می شود که در بعضی از شهرستان ها، پزشک انجام دهنده وازکتومی وجود ندارد که این تاسف نیز حقیقتاً بسیار غریب می نماید. سقط جنین

به قول مسئولان، سالانه در کشور ۲۲۰ تا ۳۵۰ هزار مورد سقط جنین صورت می گیرد. اگر بخواهیم صحبت محمداسماعیل مطلق، مدیرکل سلامت جمعیت؛ خانواده و مدارس را مبنا بگیریم، تعداد سقط در سال ۱۳۹۲، ۲۵۶ هزار مورد بوده است، که از این میان تنها ۶ هزار مورد قانونی بوده است اما چند سوال: مگر قرار نبود، ارائه گسترده وسایل ممانعت از بارداری، جلوی سقط جنین غیرقانونی را بگیرد، حال چه رخ داده که آمار ارتکاب به سقط جنین غیرقانونی، سالیانه ۴۰ برابر وقوع سقط جنین قانونی شده است؟

دکتر رخشانی، در این زمینه می گوید: "اصلاً قرار نبود که وسایل ممانعت از بارداری در اختیار افراد باشد تا سقط غیرقانونی کم شود؛ نه. واقعیت این است که قرار بود این ها داده شود تا مردم بچه کمتری بیاورند. اصلاً چنین حرفی مطرح نبوده است. ما اصلاً بر روی بحث سقط ها کار نکردیم و در این زمینه آموزش ندادیم". سوال دیگر آن که، چرا در حالی که برنامه تنظیم خانواده هیچ توفیقی در کاهش سقط غیرقانونی نداشته، بلکه منجر به افزایش این جنایت شده، برخی از مسئولان با بهانه کردن مسئله سقط، به دنبال گسترش پوشش وسایل ممانعت از بارداری و در حقیقت به دنبال مقصود تحدید نسل هستند؟ چرا در حالی که آمار سقط جنین غیرقانونی در کشور، قریب به ۱۵ برابر کشته های سالیانه مرتبط با تصادف های جاده ای است، وزارت بهداشت برای این معضل بزرگ چاره ای نمی اندیشد؟ چرا وزارت بهداشت به دانشجویان و کارکنانش نحوه مصرف ساختن مردم از این جنایت بزرگ را نمی آموزد و چرا تربیت شدگان در نظام آموزشی وزارت بهداشت، در مطب ها و بیمارستان های کشور، جنایتی مانند سقط جنین غیرقانونی را مرتکب می شوند؟ آیا در زمینه آموزش اخلاق حرفه ای به این افراد کم کاری صورت نگرفته است؟

دکتر رخشانی در این زمینه اعترافی تلخ دارد: "من این را خیلی شاهد بودم که پزشک می گوید: «بیا حالا! من می گویم که می خواهم کار درمانی دیگری برای انجام بدهم ولی سقط را انجام می دهم» متأسفانه از این کارها هم می کنند. از این موارد کم هم نیست و باید جلویش گرفته شود".

خوب است که مسئولان محترم وزارت بهداشت، محاسبه کنند که سالانه به واسطه خدمات شان، چند سال به عمر مردم ایران افزوده می شود و با کوتاهی در زمینه سقط جنین، چقدر از عمر ملت گرفته می شود؟ فرض کنید که سالانه تنها ۵۰ هزار مورد از ۲۵۰ هزار سقط غیرقانونی، توسط کارکنان و دانش آموختگان وزارت بهداشت صورت گرفته باشد، حال با توجه به این که امید زندگی در ایران ۷۲ سال است، می توانید به راحتی مری که از مردم مسلمان میهن مان گرفته شده است را محاسبه کنید. ان شا الله که به محضر مسئولان مربوطه جسارت نشود ولی اگر با این اوضاع فاجعه بار سقط جنین، در قیامت از شما پرسیده شود که «بیشتر جان بخشیده اید یا ستانده اید؟» چه پاسخی خواهید داشت؟ آیا از این منظر، دخل وزارت بهداشت با خرجش می خواند؟

بی توجهی به جنبه های فرهنگی و خانوادگی

برخی از روش های ممانعت از بارداری موجب تغییرات خلق و خوی و ایجاد افسردگی در زنان می شوند، امری که می تواند در روابط خانوادگی همسران ایجاد اختلال کند. به عنوان مثال این عارضه برای قرص های ضدبارداری عنوان شده است. جالب آن که این قرص ها، در کلاس های آموزش هنگام ازدواج به عنوان مناسب ترین روش برای استفاده در ابتدای ازدواج، توصیه می شود. یعنی در ابتدای ازدواج که شکنندگی پیوندهای زناشویی و احتمال طلاق بیش تر است، شیوه ای برای ممانعت از بارداری توصیه می

شود که می تواند، باعث مشکلات ارتباطی بین همسران شده و احتمال وقوع اختلافات خانوادگی و حتی طلاق را افزایش دهد. اگر در این زمینه نیز احتمال اندک باشد، محتمل آن قدر مهم است که باعث شود مسئولان، لاقلاً این خطر را به نوعروسان گوشزد کنند.

پیگیری تحدید نسل با وجود بحران جمعیتی

متأسفانه هنوز مدیران مربوطه در معاونت بهداشت وزارت بهداشت، متوجه زوایای فاجعه بار بحران جمعیتی نشده اند. این مسئله دلایل گوناگونی دارد که یکی از آنها، مشورت با جمعیت شناسان غیرمتعهد است که تحلیل های مغرضانه را به مسئولان محترم وزارت بهداشت منتقل می کنند اما آیا بحران جمعیت را می توان از طریق علمی، به جز علم جمعیت شناسی نیز اثبات کرد؟ نگارنده معتقد است که وجود بحران جمعیت را می توان از طریق مباحث بهداشت و سلامت نیز اثبات کرد، اما چگونه؟

دکتر محمد اسماعیل اکبری؛ رئیس مرکز تحقیقات سرطان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ضمن مصاحبه هایی عنوان کرد که ایران تقریباً بیشترین رشد موارد سرطان در جهان را دارد و سرعت رشد سرطان در کشور، با هیچ کشوری قابل مقایسه نیست؛ دکتر اکبری مهم ترین دلیل بالابودن رشد سرطان را افزایش سن و پیر شدن جمعیت ایران اعلام کرد و یادآور شد که عامل سن، ۷۰ درصد علت سرطان ها را تشکیل می دهد. حال آیا از این چند جمله به روشنی نمی توان دریافت که جمعیت ایران با سرعتی بی نظیر در حال سالخورده شدن است؟

خوب است که آن دسته از مسئولان محترم وزارت بهداشت که هنوز بحران جمعیت را باور نکرده اند، به پاسخ این سوال بیندیشند که اگر نرخ باروری در کشور تا حد معینی افزایش نیابد و روند حرکت پرشتاب جمعیت ایران به سمت مرزهای سالمندی، متوقف نشود، آیا دستگاه بهداشت و سلامت کشور خواهد توانست با سرعتی متناظر، خود را برای خدمت رسانی به جمعیت انبوه سالمندان آینده کشور آماده کند؟

باور نداشتن برخی از مسئولان وزارت بهداشت به بحران جمعیت، سبب شده است که بسیاری از عملکردهای وزارت بهداشت، همچنان بر اساس رویکرد تحدید نسل و برخلاف مصالح مرتبط با سلامت مردم باشد. به عنوان نمونه طبق یک دستورالعمل، در شهرستان هایی که میزان باروری کل در آنها بیشتر از حد جایگزینی (۲.۱) فرزند به ازای هر زن در سن بارداری) است، معایب تاخیر در بارداری به مردم گفته نمی شود که این مسئله نه تنها در مسیر تحدید نسل است، بلکه بی شک آسیب هایی را متوجه سلامت مردم نیز خواهد کرد.

نمونه دیگری که نشانگر عدم اعتقاد به وجود بحران جمعیت، در برخی از مسئولان وزارت بهداشت است، صورت نگرفتن بازنگری اساسی در شاخص های برنامه سلامت باروری، به خصوص تعریف بارداری های پرخطر است. در طرح تنظیم خانواده یا همان باروری سالم، به بارداری های خارج از بازه سنی ۱۸ تا ۳۵ سال و بارداری های چهارم به بعد، به اصطلاح بارداری پرخطر گفته می شود اما آیا خطرناک بودن این بارداری ها، مبنای علمی دارد؟ به چه دلیل بارداری پنجم، بارداری خطرناک شمرده می شود و بارداری

چهارم خطرناک نیست؟ آیا بارداری پنجم برای تمام زنان خطرناک است؟ آیا نمی توان امکانی را فراهم کرد تا خانواده هایی که مشتاق فرزند پنجم و بیشتر هستند، از احتمال خطر آگاه شوند؟

از منظری دیگر نیز می توان به این مسئله پرداخت. در سال ۱۳۶۸ و در برنامه نخست توسعه، تصمیم بر آن شد که نرخ باروری کل از عدد ۶.۴ در سال ۱۳۶۵ به ۴ در سال ۱۳۹۰ برسد. علی القاعده شرط محقق شدن ۴ فرزند به ازای هر زن در سن باروری این است که زنان همسر دار بارور، به صورت متوسط بیش از ۴ فرزند به دنیا بیاورند، تا فرزند نیاوردن زنان مجرد و نابارور جبران شود. حال این سوال پیش می آید که آیا زمانی که مسئولان وقت وزارت بهداشت، پیگیر وارد شدن سیاست تحدید نسل در برنامه نخست توسعه بودند، نمی دانستند که بارداری بیش از ۴ مورد خطرناک است که آن را وارد طرح توسعه کردند؟ آیا این خطر پس از نگارش طرح نخست توسعه کشف شد؟ آیا به نظر نمی رسد که در این زمینه نیز به منظور تحدید نسل، شاخص سازی صورت گرفته است؟

درباره سن فرزندآوری نیز نکات مشابهی مطرح است و پرخطر عنوان کردن بارداری در سنین زیر ۱۸ سالگی و بیش از ۳۵ سالگی نیز نکات قابل تاملی دارد و سوالاتی را در ذهن ایجاد می کند. آیا تمام زنان زیر ۱۸ سال، توانایی فیزیکی برای باردار شدن را ندارند؟ آیا تمام زنان بالای ۳۵ سال، دیابت و فشار خون دارند؟ چرا در حالی که سن مادر، مهمترین علت بروز سندرم داون نیست، تا این میزان بر آن تاکید می شود و مورد بزرگنمایی قرار می گیرد؟ در حالی که احتمال وقوع این سندروم در نوزاد، در بارداری های زنان بالای ۴۵ سال، تنها قریب به سه درصد است، آیا تاکیدهای فراوان بر خطرناک بودن بارداری در بیش از ۳۵ سالگی عجیب نیست؟ آیا وضع سلامت افراد در این سنین یکسان است و آیا نباید به جای سن شناسنامه ای، وضعیت سلامت و یا به عبارتی سن بیولوژیک یا سن بدن افراد ملاک باشد؟ آیا نمی توان برای کسانی که در بازه غیر از ۱۸ تا ۳۵ سالگی باردار شده اند، امکانات کافی را فراهم آورد تا از سلامت خود و فرزندشان اطمینان حاصل کنند؟ آیا نمی توان طی دستورالعملی مشخص، سلامت زنان را در غیر از بازه ۱۸ تا ۳۵ سالگی، بررسی کرد و احتمال خطر را به آنان اطلاع داد، تا بتوانند با آگاهی کافی و خیالی آسوده تصمیم بگیرند؟ آیا نمی توان از این طریق به دلواپسی های زنان بالای ۳۵ سال که خواستار نعمت فرزند هستند ولی از بیم آسیب های مرتبط با سلامت، بر این آرزو خط قرمز کشیده اند، پایان داد؟ آیا برخی از مدیران در وزارت بهداشت، به اندازه ای که فرزند نیاوردن را حق مردم می دانند، فرزند آوردن را نیز حق مردم می دانند؟

دکتر علی سنگی، مدیرکل پیشین دفتر سلامت جمعیت خانواده و مدارس وزارت بهداشت اظهارنظر جالبی درباره سن مناسب برای بارداری دارد: "سیاست های سازمان بهداشت جهانی درباره سن ایمن برای باروری که سال ها در ایران بین ۲۰ تا ۳۵ سالگی تعریف شده بود، مطابق با شرایط دهه ۶۰ ایران بود. اکنون با بالا رفتن سطح

مراقبت های بهداشتی در کشور، امکان انجام زایمان های ایمن در سنین بالا فراهم شده است. بر اساس استانداردهای سازمان بهداشت جهانی، سن ایمن باروری در کشورهایی که از سطح مراقبت های بهداشتی بالایی برخوردارند، بین ۱۵ تا ۴۹ سال تعیین شده است و در صورت انجام مراقبت های لازم، بارداری در سنین ۳۵ تا ۴۹ سالگی، هیچ گونه عوارض و مشکلی برای مادر و جنین ایجاد نمی کند. در دهه ۱۳۶۰ سازمان بهداشت جهانی با توجه به رشد بالای نرخ باروری در ایران که به ۶.۷ رسیده بود، محدود کردن سن ایمن برای باروری را به عنوان یکی از راه های کاهش نرخ رشد جمعیت مطرح کرد. رسانه ها باید مردم را از بی خطر بودن باروری در سنین بالا، به شرط رعایت مراقبت های بهداشتی آگاه کنند."

در این زمینه نیز باید متذکر شد که متأسفانه، همچنان شاخص های غیرعلمی باروری سالم که عمدتاً بر پایه تحدید نسل تدوین شده اند، به دانشجویان رشته های مختلف علوم پزشکی تدریس می شود و بر این اساس در کشور کادرسازی صورت می گیرد.

لزوم عزم جهادی در وزارت بهداشت برای فایق آمدن بر بحران جمعیت

فعالیت های گسترده وزارت بهداشت و مسئولان آن در جهت تحدید نسل، که با عزمی مثال زدنی توانست از شهرهای بزرگ گرفته تا روستاهای دورافتاده کشور را تحت پوشش قرار دهد، از جمله پروژه های عظیم جهادی پس از انقلاب است که اگر در زمان مقرر (سال ۱۳۷۱) متوقف می شد، می توانست به عنوان موفق ترین طرح ملی قلمداد شده و به عنوان الگویی بی بدیل در جهان مطرح شود. در این مجال، بخشی از عملکرد جمعیتی وزارت بهداشت در ۲۵ سال گذشته را به صورت تیتروار از نظر می گذرانیم.

پیگیری اتخاذ سیاست تحدید نسل، پیگیری تصویب قانون تنظیم خانواده در مجلس شورای اسلامی، جلب حمایت مقامات مختلف سیاسی و مذهبی از استانداری ها، فرمانداری ها و شوراهای اسلامی گرفته تا بسیاری از روحانیون و ائمه جمعه و جماعات، به عرصه کشاندن عمده اقشار کارکنان وزارت بهداشت از جمله بهورزان، کارشناسان بهداشت خانواده، پزشکان، کارشناسان و کاردانان مامایی، دستیاران و متخصصان پزشکی اجتماعی و کارشناسان تنظیم خانواده، تربیت صدها پزشک برای عقیم سازی دائمی مردان، قراردادن مشوق مالی برای عقیم شدن، تامین و توزیع رایگان کلکسیون کاملی از انواع و اقسام وسایل ممانعت از بارداری (بیش از ۱۳ روش)، شعارسازی برای تحدید نسل و درج شعارها بر روی محصول کارخانجات، سربرگ نامه های اداری، قبوض آب، برق و تلفن، و ... همکاری با صدا و سیما، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، نیروی انتظامی، کمیته امداد امام خمینی (ره)، حوزه های علمیه، بسیج، شهرداری ها، بهزیستی، نهضت سواد آموزی، زندان ها، کارخانجات، جهاد کشاورزی و ... تولید و توزیع گسترده محصولات متعدد رسانه ای در باب محاسن تحدید نسل از جمله پمفلت، جزوه آموزشی، مقاله، پوستر، پلاکارد، بنر، تراکت، کتاب، سی دی، فیلم، تیزر تبلیغاتی، مصاحبه های متعدد مسئولان وزارت بهداشت با رسانه های

مختلف درباره تنظیم خانواده، آموزش دانش آموزان در مقاطع دبستان، راهنمایی، سوم دبیرستان و پیش دانشگاهی در ارتباط با ایدز و مفاهیم جمعیت و تنظیم خانواده، آموزش مربیان پرورشی، معلمان، کارشناسان تغذیه و بهداشت و مدیران مدارس، آموزش سربازان در حین خدمت، آموزش طلاب و روحانیون، آموزش کارمندان دولت و کارکنان بخش خصوصی، همکاری با سازمان های مردم نهاد، همکاری گسترده با نهادهای متعدد بین المللی به منظور تحدید نسل از جمله صندوق جمعیت سازمان ملل، سازمان بهداشت جهانی، کمیساریای عالی پناهندگان و صندوق کودکان سازمان ملل (یونیسف) و تعیین هفته ای در سال با نام جمعیت و تنظیم خانواده، برگزاری مستمر مراسم روز جهانی جمعیت.

این طیف عظیم کارکردهای وزارت بهداشت در جهت تحدید نسل که نشان دهنده پتانسیل فوق العاده این دستگاه است، این سوال را در ذهن ایجاد می کند که، چرا وزارت بهداشت، اکنون که کشور با بحران جمعیت روبه رو است، برای فایق آمدن بر آن، با تمام قوا ورود نمی کند؟ در حالی که عمده فعالیت هایی که در بالا شمرده شد، می تواند در راستای افزایش جمعیت نیز به کار گرفته شود، چرا وزیر محترم بهداشت مصاحبه می کند و می گوید: "در زمینه افزایش جمعیت، وزارت بهداشت کمترین نقش را دارد"؟ چرا آقای دکتر هاشمی که از معتقدین به سیاست افزایش رشد جمعیت است، افرادی را در مناصب مرتبط با بحث حیاتی جمعیت منصوب کرده است که از عوامل اجرای طرح تنظیم خانواده بوده اند و نه تنها اعتقادی به بحران جمعیت ندارند، بلکه معتقد به «عروسی جمعیتی» هستند؟ کوتاهی وزارت بهداشت در مقابله با بحران جمعیت، هر چند مختص دولت کنونی نیست ولی مسئولان فعلی باید پاسخگو باشند که به وظیفه و رسالت خود در این زمینه عمل کرده اند یا خیر؟

در پایان، قسمت هایی از بیانات مقام معظم رهبری که می تواند برای تصحیح روند کنونی وزارت بهداشت، مفید باشد، را مرور می کنیم: "اگر مسائل کنترلی حذف شود و کار فرهنگی انجام گیرد مشکل حل خواهد شد" (۲۷/۰۴/۹۱) "مسئله عقیم سازی و جلوگیری، باید جدا جلوییش گرفته شود. دستگاه های دولتی مطلقاً به خود اجازه ندهند که پول بیت المال صرف شود برای این که نسل متوقف شود" (۱۹/۰۹/۹۲) "برای مسئله نسل که من رویش خیلی تکیه دارم، باز من همین جا به آقای وزیر محترم بهداشت عرض می کنم؛ گزارش هایی به من می رسد که مسئله جلوگیری از منع باروری درست انجام نمی گیرد؛ بعضی جاها همچنان در بر پاشنه قبل می گردد". (۲۰/۰۴/۱۳۹۴)

به امید آن که مجموعه محترم وزارت بهداشت، هر چه زودتر متوجه مسئولیت تاریخ ساز خود در عرصه جمعیت شده و با تمام قوا، به میدان عمل به این رسالت بزرگ وارد شود.

انتهای پیام/

جهت گیری:

رتبه:

گروه اختصاصی: علمی



راهکاری برای چالش بیهوشی در اتاق عمل

واژه بیهوشی «Anesthesia» اولین بار از سوی «اولیوروندیل هلمز» به کار برده شد. ریشه این کلمه، یونانی و به معنی فقدان ادراک یا عدم حساسیت است، اما به مرور زمان برای رفع درد و بهبود برخی بیماری ها و جراحات نیاز به عمل جراحی بود که تحمل انجام آن برای بیمار بسیار دردناک بود. پس باید به طریقی این درد را از بین می بردند. در اینجا بود که اهمیت و ضرورت مواد بیهوش کننده مطرح شد. از قرن نوزدهم مواد بیهوش کننده جدید به دنیای پزشکی وارد شد. نیتروزاکساید از جمله این مواد بود که اولین بار در سال ۱۷۷۶ توسط پرستلی تهیه شد و سال ۱۷۷۹ توسط هامفری دیوی برای اعمال جراحی به کار رفت. با کاهش درد و هوشیاری بیمار در حین جراحی، علم پزشکی پیشرفت زیادی کرد و موجب شد بتوانیم اعمال جراحی را آسان تر و با خطرات کمتری انجام دهیم. با این حال بیهوشی ممکن است مشکلاتی برای بیمار ایجاد کند. طی سال های اخیر، لزوم تجدید نظر در شیوه های مرسوم و تحقیق و بررسی برای یافتن شیوه های بهتر آغاز شده است. یکی از این شیوه های جدید استفاده از دستگاهی است که میزان عمق بیهوشی بیمار را تخمین می زند. بنابراین نمونه ای از این دستگاه در ایران از سوی یک تیم تحقیقاتی و بر اساس پایان نامه دکتری رضا شال باف، دانش آموخته مقطع دکتری مهندسی پزشکی از دانشگاه علم و صنعت ایران، با همراهی تیمی پژوهشی در نیوزیلند ساخته شده است.

افق جدید پیش روی شیوه مرسوم بیهوشی

دکتر رضا شال باف، مجری این طرح تحقیقاتی در باره ویژگی های دستگاهی که برای سنجش عمق بیهوشی ساخته اند، به جام جم می گوید: با استفاده از این دستگاه در فرآیند بیهوشی بیمار دخالتی صورت نمی گیرد؛ بلکه به پزشک این امکان داده می شود که به طور لحظه ای از میزان بیهوشی بیمار خود مطلع باشد. بعلاوه متخصص بیهوشی می تواند میزان دوز داروی بیهوشی را متناسب با نیاز بیمار و خصوصیات فیزیولوژی بیمار تجویز کند. قبلا متخصص بیهوشی از طریق سیگنال های قلبی و فشار خون، میزان اشک و گشادی مردمک چشم می توانست تخمینی از عمق بیهوشی بیمار به دست آورد، ولی چون هیچ کدام از این سیگنال ها به صورت مستقیم تحت تاثیر داروهای بیهوشی قرار نمی گرفت، میزان خطا برای متخصص بیهوشی زیاد بود و از سوی دیگر چون در فرآیند جراحی داروی های شل

کننده عضلات به بیمار تزریق می شود، اگر بیمار در حین جراحی به هوش می آمد، به دلیل حرکت نکردن عضلات، نمی توانست هوشیاری خود را به پزشک اطلاع دهد. این باعث می شد بیمار هوشیار شود، بدون این که متخصص بیهوشی متوجه این هوشیاری شود. طبق آمارهای موجود بین ۲ تا ۳ درصد بیماران حتی در بهترین بیمارستان های آمریکا نیز هوشیاری حین عمل دارند. با توجه به این که داروهای بیهوشی عوارض زیادی دارند و در عین حال بسیار گران قیمت هستند، لازم بود راهکاری برای کم کردن میزان مصرف داروی بیهوشی پیدا کنیم. ابتدا نیاز بود بدانیم دارو های بیهوشی بر چه ارگانی از بدن اثر بیشتری دارد که طی مطالعات انجام شده معلوم شد بیشترین اثر را روی مغز دارد.

شال باف در باره ضرورت مطالعات در حوزه علوم اعصاب می افزاید: برای تکمیل دانش پروژه به سمت علوم اعصاب رفتیم و از داده های این علم برای ادامه روند کار بهره بردیم. از این طریق توانستیم الگوریتم های پردازش سیگنال را استخراج و الگوریتم های نوآورانه ای را معرفی کنیم. در نهایت یک شاخص کمی از میزان هوشیاری را با استفاده از سیگنال مغزی و ترکیب آن با سیگنال های قلبی و عروقی به دست آوردیم که در مجموع باعث شد، بتوانیم یک شاخص کمی به متخصص بیهوشی بدهیم تا او میزان مصرف داروی بیهوشی را بهینه کند، یعنی نه کم تزریق کند که بیمار حین عمل جراحی هوشیار شود و نه بیش از حد تزریق کند که عوارض جانبی برای بیمار داشته باشد. در این کار از تخصص های مختلف مانند متخصص الکتروفیزیولوژیست، متخصص بیهوشی، فیزیک پایه، متخصص علوم اعصاب و مهندسی پزشکی، هم در تیم ایرانی و هم در تیم نیوزیلندی استفاده کردیم تا توانستیم دانشمان را در باره عملکرد سیگنال های مغزی هنگام بیهوشی، تکمیل و کاربردی کنیم.

بیهوشی و دشواری ثبت سیگنال های مغزی

جالب است بدانید، در علم پردازش سیگنال های مغزی، ثبت این سیگنال ها در بیماری هایی مانند صرع، افسردگی یا موضوعات مربوط به خواب یا نوروفیدبک راحت تر از وضعیت بیهوشی است، زیرا برای چنین ثبتی نیاز به بیهوش کردن فرد نیست. از سوی دیگر در هر پژوهش علمی چه روی انسان و چه حیوانات، الزاماتی برای رعایت کد های اخلاقی مانند احتمال کمترین خطر و رضایت مطرح است. بر همین اساس، دکتر شال باف با تاکید بر این نکته می افزاید: در زمینه پردازش و ثبت سیگنال های مغزی در حین بیهوشی، پژوهش های علمی اندکی انجام شده است. ثبت سیگنال های مغزی در زمان بیهوشی کار دشواری است؛ چون باید این کار در اتاق عمل که محیطی حساس و پیچیده است، انجام شود. کار در چنین محیطی دشوار است. ما مرحله اول کار را در نیوزیلند، با ثبت سیگنال های مغزی روی نمونه حیوانی (موش) انجام دادیم. مغز موش شباهت بسیاری به مغز انسان دارد و ثبت سیگنال های آن آسان تر است. ابتدا از موش زنده ثبت سیگنال گرفتیم و پس از بیهوش کردن، دوباره

ثبت را انجام دادیم. سپس مجموعه موش را باز و آن قسمت از مغز را که مد نظر بود، خارج کردیم و در محیط هایی که مغز را برای مدتی زنده نگه می دارد، قرار دادیم و دوباره ثبت های دقیق تری گرفتیم. اینها سیگنال های اولیه بود که در ادامه روی حدود ۲۰۰ نمونه انسانی ثبت سیگنال انجام شد. پس از طی این دوره و اطمینان از فرآیند کار، ادامه آن را در بیمارستان های داخل کشور با حمایت دکتر جلوه مقدم متخصص بیهوشی، در بیمارستان های وابسته به دانشگاه شهید بهشتی انجام دادیم. به این ترتیب که قبل از بیهوشی و در حین بیهوشی ثبت سیگنال را انجام می دادیم. سرانجام توانستیم به یک شاخص بین صفر تا ۱۰۰ برسیم که ۱۰۰ نشان دهنده هوشیاری کامل و صفر، نشان دهنده بیهوشی عمیق است. در فرآیندی که بیمار در بیهوشی مناسب قرار دارد، عدد باید بین ۴۰ تا ۶۰ باشد و نظر متخصص بیهوشی در باره وضعیت بیمار، ملاک دیگری برای مقایسه با این شاخص است که مورد استفاده قرار می گیرد.

این محقق نحوه کاربرد دستگاه را در اتاق عمل به این صورت تشریح می کند که با نصب حداقل دو کانال و قرار دادن سه الکتروود روی پیشانی بیمار می توانند عمق بیهوشی را تخمین بزنند. این دستگاه بجز اتاق عمل در سی سی یو و آی سی یو هم می تواند استفاده شود.

کسب استاندارد های علمی

یکی از حساس ترین مراحل انجام چنین پژوهش هایی، بحث اعتبارسنجی آن است؛ یعنی سازندگان دستگاه بتوانند اثبات کنند دستگاهشان درست کار می کند و عمق بیهوشی بیمار را با دقت مطلوبی تعیین می کند. شال باف در این خصوص می گوید: با استفاده از نمونه آمریکایی این دستگاه که دارای استاندارد FDA است و چندسالی در ۸۰ درصد بیمارستان های آمریکا مورد استفاده قرار می گیرد، در کنار ثبت با دستگاه خودمان با این دستگاه نیز ثبت را انجام دادیم و شاخص های قبلی را با شاخص این دستگاه مورد مقایسه قرار دادیم. یکی دیگر از شاخص های مورد نظر، خود متخصص بیهوشی بود. در عین حال با استفاده از نمونه خون بیمار و میزان داروی بیهوشی در خون او، تخمینی از هوشیاری بیمار ارائه می دادیم. تمام این موارد، شاخص هایی بود که برای اعتبارسنجی عملکرد دستگاه مورد استفاده قرار گرفت.

این پژوهشگر در باره وضع به کارگیری این دستگاه در داخل کشور گفت: در حال حاضر این دستگاه در کشور با همکاری یک شرکت دانش بنیان به مرحله تولید صنعتی رسیده و حدود ۲۰ تا ۲۵ بیمارستان از این دستگاه استفاده می کنند.

در اتاق عمل دستگاه های مختلفی مانند دستگاه الکترو کوتر و دستگاه بیهوشی به بیمار متصل است که همه اینها امواج مزاحمی ایجاد می کنند که روی ثبت سیگنال های مغزی تاثیر می گذارند. مجری طرح در خصوص چگونگی رفع این مشکل می گوید: برای رفع این تداخل و تشخیص درست سیگنال های مغزی، در مراحل پیش پردازش و با استفاده از الگوریتم های نوآورانه که به دست آورده بودیم، طی مراحل

به حذف نویزهای مختلف از روی سیگنال مغزی اقدام کردیم.

امتیاز این دستگاه نسبت به نمونه خارجی

شال باف درخصوص کیفیت و قیمت دستگاه ایرانی در مقایسه با نمونه خارجی می گوید: ابتدا سعی کردیم به شاخص های نمونه دستگاه خارجی برسیم و در ادامه توانستیم هزینه تولید دستگاه را کاهش دهیم. در حال حاضر قیمت این دستگاه معادل یک ششم قیمت نمونه خارجی است و همین طور هزینه لوازم مصرفی دستگاه مانند قیمت الکتروودها را تا حدود ۱۵ درصد کاهش دادیم. مزیت دیگر دستگاه این است که در مقایسه با نمونه خارجی آن تاثیرپذیری کمتری نسبت به نویز دارد که همین مزیت باعث شد بتوانیم یک شاخص کیفیت سیگنال، در کنار شاخص عمق بیهوشی بیمار به متخصص بیهوشی بدهیم. مورد دیگر این که وقتی بیمار در حالت بیهوشی عمیق یا کما قرار دارد، این دستگاه بهتر می تواند میزان بیهوشی عمیق را نسبت به دستگاه خارجی نشان دهد. شال باف در پایان تاکید کرد تمام این نتایج در پنج نشریه علمی معتبر منتشر شده است.

مزایای دستگاه سنجش عمق بیهوشی

دکتر شال باف با تاکید بر تحقیقات متعددی که درخصوص مزایای استفاده از این دستگاه صورت گرفته است می افزاید: استفاده از این دستگاه حدود ۲ درصد باعث کاهش مصرف داروی بیهوشی می شود. متخصص بیهوشی با در نظر گرفتن شاخص ۴۰ تا ۶۰ سعی می کند در طول جراحی این شاخص را نگه دارد و همین امر سبب می شود میزان مصرف داروی بیهوشی کمتر شود. مورد دیگر، مدت زمان ماندن بیمار در بخش مراقبت های ویژه است. هر چه بیمار داروی بیهوشی کمتری دریافت کرده باشد، مدت زمان کمتری در این بخش می ماند. بحث دیگر میزان هوشیاری حین عمل جراحی است. در مقایسه با بیمارانی که در جراحی آنان از این دستگاه استفاده شده و بیمارانی که بدون این دستگاه جراحی شده اند. معلوم شد میزان هوشیاری حین عمل جراحی حدود ۷۰ درصد کمتر شده و همچنین میزان مرگ و میر حدود ۲۵ درصد کاهش یافته است. درنهایت با مصرف اندک داروی بیهوشی از میزان عوارض این دارو روی قلب و عروق کلیه و دیگر اعضای بدن جلوگیری می شود.

بتول خالدی

دانش

کد خبر: ۲۳۸۹۹۰۷۵

اطلاعات تکمیلی:

گروه اختصاصی: علمی

رتبه:

جهت گیری:

اخبار مرتبط:

✓ تسنیم: راهکاری برای چالش بیهوشی در اتاق عمل

✓ مشرق: راهكاري براي چالش بيهوشي در اتاق عمل

✓ عرش نيوز: راهكاري براي چالش بيهوشي در اتاق عمل



برخی برای واردات داروی ۲۵۰ میلیونی سرطان سر و دست می شکنند / کارخانه های شیر خشک سازی به مردم دروغ می گویند

به گزارش خبرنگار بهداشت و درمان خبرگزاری فارس، علیرضا مرندی در همایش تغذیه با شیر مادر با تاکید بر دو مقوله آموزش و نظارت در حیطة تغذیه با شیر مادر از تبلیغات کارخانه های شیر خشک سازی به شدت انتقاد کرد و افزود: این کارخانه ها پزشکان ما را با هزینه خودشان به مسافرت می برند و به نوعی آنها را شست و شوی مغزی می دهند.

وی تاکید کرد: همه این کارها غیرقانونی است و حتی برخی دیدگاه های غلط را در بین مادران رواج می دهند مثلاً عنوان می کنند نوزادی که زردی دارد باید تغذیه با شیر مادرش قطع شود که این دیدگاه کاملاً غلط است. رئیس فرهنگستان علوم پزشکی با نقدی درباره تاییدیه های FDI گفت: آمریکایی ها دو نوع تاییدیه دارند یکی برای مصرف خودشان و یکی برای مصرف دیگر کشورها؛ بنابر این قالب تاییدیه هایی که می شنویم FDI آمریکا انجام داده برای مصرف مردم خودش نیست.

وی با انتقاد به نوع غربالگری های کنونی برای نوزادان اظهار کرد: غربالگری ها در بخش خصوصی اجرا می شود ولی باید هزینه های بالایی پرداخت کرد. در بخش های دولتی نیز اطلاع ندارم ولی همان هایی هم که انجام می شود به طوری است که وقتی می خواهند از پای نوزاد خون بگیرند بسیار نوزاد را زجر می دهند و در نهایت پاسخ غربالگری ها را نیز در صورتی ارائه می کنند که خانواده ها پیگیر شوند.

مرندی این سوال را مطرح کرد: چرا برای واردات برخی داروهای گرانبه قیمت سرطان اقدام می شود ولی برای غربالگری شنوایی سنجی نوزادان کار جامعی صورت نمی پذیرد. در حالی که بیمه ها نیز باید بدون فرانشیز این کارها را انجام دهند.

وزیر اسبق وزارت بهداشت با گلایه از اطلاعات غلط کارخانه های شیرخشک سازی که به مردم ارائه می شود به یکی دیگر از این دیدگاه های غلط اشاره کرد و گفت: جدیداً نیز عنوان کردند اگر فرزندی گریه کند باید شیر مادرش قطع شود در حالی که این مورد نیز غلط است.

مرندی با انتقاد از برخی گفته ها در رسانه ملی افزود: متأسفانه صدا و سیما هم در و پیکر ندارد و در نهایت سایت های معتبر و بی اعتبار نیز با هم مخلوط شده اند و

اطلاعات درستی در اختیار مردم قرار نمی گیرد.

وی در ادامه با انتقاد از افزایش سزارین ها که با بی رحمی به مادران القا شده است، گفت: اگر سزارین خوب بود غربی ها پیشتاز می شدند در حالی که ایران بدترین وضعیت سزارین را در دنیا دارد و از آن بدتر متخصصان ما هستند که زودتر از موعد نوزادان را سزارین می کنند که این باعث می شود نوزادان دچار مشکل تنفسی شوند. عضو کمیسیون بهداشت مجلس علت افزایش تخت های NICU را در بخش های نوزادان بیمارستان ها افزایش سزارین ها و تولد نوزادان نارس عنوان کرد و افزود: این کار متخصصان هزینه ها و مشکلات روانی بسیاری برای مادران ایجاد می کند که متأسفانه وزارت بهداشت نیز به خاطر برخی مسائل مالی پزشکان به درستی برای رفع این مشکل اقدام نمی کند.

مردنی ادامه داد: نوزاد نباید زودتر از ۳۹ هفته به دنیا آید اما با سزارین هایی که هم اکنون انجام می شود نوزادان نارس به دنیا می آیند و این در حالی است که چنین نوزادانی اصلاً توانایی مکیدن ندارند.

وی با انتقاد از وضعیت عدم حمایت از مادران شاغل باردار نیز گفت: باید مادران محلی برای نگهداری فرزندان شان در محل کار داشته باشند تا بتوانند هر ۳ ساعت شیردهی داشته باشند زیرا اگر این ترتیب شیردهی انجام نشود شیر مادر خشک می شود و نمی تواند شیر جدید تولید کند.

وزیر اسبق بهداشت با گلایه ای نسبت به افرادی که سر و دست می شکنند تا داروهای ۲۵۰ میلیون تومانی سرطان وارد کشور شود خاطرنشان کرد: امروزه ما شاهدیم که کارخانه های شیرخشک سازی میلیاردها تومان درآمد دارند و حتی حاضرند سال ها شیر خشک را مجانی توزیع کنند.

انتهای پیام/

کد خبر: ۲۳۹۰۶۵۷۶



جمع آوری نرم تنان، سرپایان، خرچنگ ها و سایر جانوران دریایی غیر حلال از مراکز فروش

به گزارش خبرگزاری فارس، بهروز جنت، از مردم خواست در صورت مشاهده عرضه انواع غذاهای دریایی کنسروی و غیر کنسروی از نرم تنان، سرپایان، خرچنگ ها و سایر جانوران دریایی در فروشگاه های زنجیره ای، سوپر مارکت ها و سایر مراکز خرید که غیر مجاز و غیر حلال نیز هستند به معاونت های غذا و داروی دانشگاه های سراسر کشور اطلاع رسانی کنند تا نسبت به جمع آوری آنها اقدام عاجل صورت پذیرد. وی همچنین یادآور شد: صرفاً ماهی های فلس دار و میگو قادر به دریافت مجوزهای لازم (تولید یا واردات) هستند.
انتهای پیام/

کد خبر: ۲۳۹۰۹۷۷۳



لزوم ارایه مستقل خدمات بارداری در طرح مراقب سلامت

ناهید خداکرمی در گفت و گو با خبرنگار بهداشت و درمان خبرگزاری فارس، با اشاره به اهمیت همایش کشوری هفته جهانی تغذیه با شیر مادر، اظهار داشت: برگزاری چنین همایش هایی می تواند عملکرد گذشته را نقد کند و با نگاهی به امروز برای آینده برنامه ریزی کند.

وی افزود: شیر مادر در سیاست گذاران اهمیت پیدا می کند و اینکه آنها باید مقوله سلامت بارداری را به عنوان مهمترین خدمات قابل ارائه به مردم در نظر بگیرند از طرفی برای اینکه بتوانیم امنیت غذایی نوزاد را که همان شیر مادر است فراهم کنیم، به طور قطع باید به ارائه خدمات مورد نیاز زنان از دوران قبل، حین و بعد در بارداری بپردازیم.

عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی با ابراز نگرانی نسبت به ارایه خدمات بهداشتی توسط ماماها در طرح مراقب سلامت، تصریح کرد: متأسفانه طرح مراقب سلامت با خدمات مادران مخلوط شده است و این خطر بزرگی برای آینده کشور خواهد بود زیرا اکنون در دورانی به سر می بریم که با کاهش نرخ بارداری، بالا رفتن سن ازدواج، طلاق و کاهش تغذیه با شیر مادر مواجه هستیم و این موارد می طلبد که خدمات سلامت بارداری و مراقبت های این دوران به طور جداگانه در تیم پزشک خانواده و شبکه های بهداشتی انجام شود.

خداکرمی ادامه داد: ما تجربه موفق خدمات بهداشتی و شبکه را داشته ایم که در آن واحدی مستقل به نام بهداشت مادر و کودک وجود داشت اما با طرح مراقب سلامت نگرانی تجربه های کسب شده از بین برود و مادران و زنان نتوانند خدمات مورد نیاز خود را به طور مستقیم از ماما دریافت کنند.

رئیس انجمن علمی مامایی ایران با توصیه به سیاست گذاران برای جداسازی ارائه خدمات مادران و نوزادان از خدمات عمومی سلامت بیان داشت: توصیه می شود سیاست گذاران در نسخه ۱۶ پزشک خانواده و همچنین در طرح مراقب سلامت اجازه دهند فردی که عامل ارائه خدمات مادران و نوزادان است به طور مستقل و جداگانه به ارائه خدمات بپردازد.

وی افزود: کسی که مسئول ارائه خدمات به مادران و نوزادان است نباید سایر خدمات بهداشتی مانند بهداشت محیط، حرفه ای و روان را که می تواند موجب تداخل و کمرنگ شدن بُعد خدماتی مادر و نوزاد شود ارائه دهد.

عضو هیات علمی دانشگاه علوم شهید بهشتی خاطر نشان کرد: اگر بتوانیم فردی را که خدمات سلامت باروری ارائه می دهد رها کنیم تا فقط به ارائه خدمات مراقبت به مادر، تغذیه با شیر مادر و خدمات مورد نیاز در زنان در سنین باروری پردازد به طور قطع سرمایه گذاری دراز مدتی انجام داده ایم که منافع آن در آینده کشور نقش خواهد داشت.

انتهای پیام/

کد خبر: ۲۳۹۰۹۰۰۶

اطلاعات تکمیلی:

جهت گیری:

رتبه:

گروه اختصاصی: علمی



مردم نگرانی بابت اجساد اتاق تشریح نداشته باشند

سلامت نیوز: معاون آموزشی وزارت بهداشت با بیان اینکه کدهای اخلاقی مربوط به بخش آناتومی به دانشگاه‌ها لاغ شده است در مورد سو □ استفاده از اجساد، گفت: مردم نگرانی بابت اجساد متوفیان خود نداشته باشند. به گزارش سلامتبه نقل از فارس، باقر لاریجانی در پاسخ به این سوال که آیا دانشجویانی که با اجساد عکس سلفی انداخته اند شناسایی شده اند یا خیر، گفت: ما به دانشگاه‌ها بخشنامه ای بر این اساس کردیم و واقعیت این است که این موضوع یک بحث جدی است. وی ادامه داد: ما قبلا در این زمینه برای کدهای اخلاقی در بخش آناتومی کار می کردیم و در بخش دیگر نیز کدهایی تدوین کردیم که این کدها هم برای ارزیابی دستیاران به کار می رود و هم دانشجویان پزشکی.

معاون آموزشی وزارت بهداشت با بیان اینکه این کدها به دانشگاه‌ها ابلاغ شده است، گفت: در مورد کدهای اخلاقی ابتدا از دانشگاه‌ها نظرخواهی کرده و در ادامه آن را در شورای عالی اخلاق نهایی می کنیم. وی خاطر نشان کرد: حادثه ای که پیش آمد باعث شد در بخش آناتومی ما زودتر این کدها را به دانشگاه‌ها ابلاغ کنیم چرا که در عین اینکه ما اجازه پیدا می کنیم به دانشجویان برای آموزش های لازم دسترسی به اجساد را بدهیم اما باید کاملا این دسترسی با مراقبت همراه باشد و بعد نیز اجساد و آن عضو با احترام دفن شوند. لاریجانی تاکید کرد: ما باید در این زمینه آموزش را زیاد کنیم تا دانشجویان در بخش آناتومی کرامت اجساد را رعایت و حفظ کنند. وی در مورد اجساد و اینکه مردم نگران بی احترامی به اجساد متوفیان خود هستند، گفت: عده زیادی از این اجساد غیر ایرانی هستند و بهتر است این موضوع را زیاد باز نکنیم چرا که هم اکنون نیز در گرفتن جسد محدودیت هایی داریم. معاون آموزشی وزارت بهداشت، خاطر نشان کرد: تنها به این نکته اشاره می کنم که مردم نگران بی احترامی به اجساد خود نباشند.

کد خبر: ۲۳۹۰۹۹۳۹



با کودک مان چه بازیهایی کنیم؟

اما به گفته روانشناسان و روانپزشکان، بازی، نقش اساسی در تربیت کودکان دارد و باید به این مهم بیش از این توجه شود.

به گزارش شفا آنلاین، برای بررسی انواع بازی های کودکان و نقش آن در فرایند رشد آنها با فریبا عربگل، فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی گفتگو کردیم:

بازی کردن، در فرایند رشد کودک چه جایگاهی دارد؟

بازی برای کودکان یک فرصت طلایی است و والدین نباید آن را کم اهمیت بپندارند و فرصت بازی فرزندانشان را با کلاس های زود هنگام تلف کنند.

بازی یک مفهوم کلیدی در سلامت کودک است. کودکان حین بازی درباره جهان می آموزند، زندگی را تجربه و نقش‌هایی را تمرین می‌کنند که بعدها در زندگی آینده ایفا خواهند کرد.

بازی عملکردهای متعددی در زندگی کودک دارد. بازی کردن باعث بهبود ارتباط کودک با همسالان و بزرگسالان می‌شود، به تخلیه فشار و استرس‌های عصبی روانی کودک کمک می‌کند، رشد شناختی کودک را نویت کرده و درک کودک را از خود، دیگران و جهان پیرامونش ارتقا می‌دهد.

موجب رشد مهارت‌های حرکتی کودک می‌شود و فرصت و شانس را جهت صحبت و تعامل کودکان با یکدیگر فراهم کرده و باعث تقویت مهارت‌های زبانی آنها می‌شود. بچه‌ها در طول بازی، خود را برای نقش‌های دوران بزرگسالی آماده می‌کنند و فرصتی پیدا می‌کنند تا رفتارهای اجتماعی خود را بهبود ببخشند.

در سال‌های اولیه زندگی کودک چه بازی‌هایی به رشد حواس او کمک می‌کنند؟

تا سن ۲ سالگی بازی‌های حسی- حرکتی معمول‌ترین نوع بازی در کودکان هستند. در این سن کودکان معمولاً وسایلی را انتخاب می‌کنند که به آنها پاسخی بدهد و یکی از حس‌هایشان را تحریک کند.

به عنوان نمونه جغجغه با ایجاد صدا، حس شنوایی کودک را تحریک می‌کند و چرخاندن توپ حرکت را به کودک می‌آموزد. او جغجغه را تکان می‌دهد تا صدا تولید شود و توپ را پرت می‌کند تا مهارت حرکتی- دیداری خود را افزایش دهد. با هر بازی، کودک چیزی می‌آموزد و دانش خود را از جهان پیرامون افزایش می‌دهد.

و حین این بازی ها به تدریج به قوانینی دست پیدا می کند و درمی یابد که برای مثال توپ، گردو و گلوله نخ را می توان چرخاند و به این اصل ذهنی می رسد که اشیا □ چرخاندنی هستند. این چیزی است که پیازه از آن به عنوان Assimilation نام برده است.

کودک به تدریج حین بازی با اشیای دیگر به این نتیجه می رسد که همه چیز نمی چرخد. به عنوان مثال یک سی □ چهارگوش، ماشین اسباب بازی او و کنترل تلویزیون قل نمی خورد و نمی چرخد و حالا اصل دیگری به سایر مفاهیم ذهنی او اضافه می شود که بعضی چیزها را نمی توان چرخاند.

این هم پدیده ای است که پیازه آن را Accommodation نامیده است. کودک از طریق آزمون و خطا و نیز با استفاده از آنچه از قبل به عنوان اصول و قوانین در ذهن خود دارد، چیزهای تازه ای می آموزد و به قوانین جدیدی در زندگی می رسد. او در این مرحله یک عمل را روی اشیای مختلف در محیط تکرار می کند و از این طریق دانسته های ذهنی و شناخت خود را از محیط و اشیا افزایش می دهد و آرام آرام می فهمد که مثلا تکان دادن این شی □ آن را به صدا درمی آورد یا انداختن لیوان باعث شکستن و صدای آن می شود.

رک معنای اشیا □ از چه سنی و با چه بازی هایی شروع می شود؟

بین سال اول و دوم زندگی، کودکان درک معنای اشیا را آغاز و این دانش جدید را وارد بازی خود می کنند. آنها اشیا □ برای اهداف دیگری نیز بهره می برند. برای مثال از کبریت به عنوان ماشین، از موز به جای تلفن و از بشقاب غذاخوری به عنوان فرمان ماشین استفاده می کنند. در این سنین کودکان بازی موازی دارند. به این معنی که اگر به یک مهدکودک وارد شویم، می بینیم کودکان مشغول بازی هستند، اما هر کودکی سرگرم کار خود است و به تنهایی با اسباب بازی اش بازی می کند و وارد تعامل و ارتباط با بغل دستی خود نمی شود.

در ۲-۴ سالگی بچه ها می توانند وقایع را آن گونه که وجود نداشته اند، تخیل یا تقلید کنند. طی این بازی های تخیلی، کودکان روابط و وقایع را به روشی تجربه و امتحان می کنند که متفاوت از موضوع اولیه و اصلی است. برای مثال یک کودک سه، چهارساله می فهمد یک قاشق واقعا یک قاشق است، اما می تواند آن را پارو یا بیل تصور کند؛ یا یک تکه چوب واقعا یک تکه چوب است، ولی می تواند آن را به عنوان یک اسب تصور کند و سوار بر آن شود؛ یا چوبی را داخل لگن آبی بیندازد و تصور کند قایقی را داخل دریاچه انداخته است. او از یک فنجان خالی چای می نوشد، اشیای بی جان را جان می بخشد و به عروسکش غذا می دهد.

کد خبر: ۲۳۸۹۹۱۵۱

اطلاعات تکمیلی:

گروه اختصاصی: علمی

رتبه:

جهت گیری:



منبع: شفاف

گروه: علم و فناوری

تاریخ خبر: ۱۳۹۴/۰۵/۱۱

ارایه مستقل خدمات بارداری در طرح مراقب سلامت

ناهید خداکرمی در گفت و گو با خبرنگار بهداشت و درمان خبرگزاری فارس، با اشاره به اهمیت همایش کشوری هفته جهانی تغذیه با شیر مادر، اظهار داشت: برگزاری چنین همایش هایی می تواند عملکرد گذشته را نقد کند و با نگاهی به امروز برای آینده برنامه ریزی کند. وی افزود: شیر مادر در سیاست گذاران اهمیت پیدا می کند و اینکه آنها باید مقوله سلامت بارداری را به عنوان مهمترین خدمات قابل ارائه به مردم در نظر بگیرند از طرفی برای اینکه بتوانیم امنیت غذایی نوزاد را که همان شیر مادر است فراهم کنیم، به طور قطع باید به ارائه خدمات مورد نیاز زنان از دوران قبل، حین و بعد در بارداری بپردازیم. عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی با ابراز نگرانی نسبت به ارایه خدمات بهداشتی توسط ماماها در طرح مراقب سلامت، تصریح کرد: متأسفانه طرح مراقب سلامت با خدمات مادران مخلوط شده است و این خطر بزرگی برای آینده کشور خواهد بود زیرا اکنون در دورانی به سر می بریم که با کاهش نرخ بارداری، بالا رفتن سن ازدواج، طلاق و کاهش تغذیه با شیر مادر مواجه هستیم و این موارد می طلبد که خدمات سلامت بارداری و مراقبت های این دوران به طور جداگانه در تیم پزشک خانواده و شبکه های بهداشتی انجام شود. خداکرمی ادامه داد: ما تجربه موفق خدمات بهداشتی و شبکه را داشته ایم که در آن واحدی مستقل به نام بهداشت مادر و کودک وجود داشت اما با طرح مراقب سلامت نگرانی تجربه های کسب شده از بین برود و مادران و زنان نتوانند خدمات مورد نیاز خود را به طور مستقیم از ماما دریافت کنند. رئیس انجمن علمی مامایی ایران با توصیه به سیاست گذاران برای جداسازی ارائه خدمات مادران و نوزادان از خدمات عمومی سلامت بیان داشت: توصیه می شود سیاست گذاران در نسخه ۱۶ پزشک خانواده و همچنین در طرح مراقب سلامت اجازه دهند فردی که عامل ارائه خدمات مادران و نوزادان است به طور مستقل و جداگانه به ارائه خدمات بپردازد. وی افزود: کسی که مسئول ارائه خدمات به مادران و نوزادان است نباید سایر خدمات بهداشتی مانند بهداشت محیط، حرفه ای و روان را که می تواند موجب تداخل و کمرنگ شدن بُعد خدماتی مادر و نوزاد شود ارائه دهد. عضو هیات علمی دانشگاه علوم شهید بهشتی خاطر نشان کرد: اگر بتوانیم فردی را که خدمات سلامت باروری ارائه می دهد رها کنیم تا فقط به ارائه خدمات مراقبت به مادر، تغذیه با شیر مادر و خدمات مورد نیاز در زنان در سنین باروری بپردازد به طور قطع سرمایه گذاری دراز مدتی انجام

داده ایم که منافع آن در آینده کشور نقش خواهد داشت.

کد خبر: ۲۳۹۱۱۱۵۰

اطلاعات تکمیلی:

گروه اختصاصی: علمی

رتبه:

جهت گیری:



تاکید رئیس کمیته کشوری تغذیه با شیر مادر بر مرخصی دو هفته ای پدران در زمان تولد نوزاد

به گزارش خبرنگار «نسیم»، سید علیرضا مرندی در همایش ترویج تغذیه با شیر مادر با اشاره به اهمیت این موضوع اظهار داشت: تغذیه با شیر مادر یکی از مهمترین عوامل کاهش مرگ و میر نوزادان بوده به طوری که آمار مرگ و میر در نوزادانی که در ساعات اولیه تولید با شیر مادر تغذیه می شوند ۲۳ درصد کمتر است سایر نوزادان است.

رئیس کمیته کشوری تغذیه با شیر مادر آموزش را یکی از مهمترین عوامل مؤثر در ترویج تغذیه با شیر مادر دانست و افزود: همراه آموزش باید زمینه های لازم برای اجرایی شدن برنامه های مرتبط با این موضوع فراهم شود و مادران نیز در این زمینه توانمند شوند.

مرندی در نامه های غربالگری و شنوایی سنجی نوزادان را برنامه های بسیار خوب وزارت بهداشت دانست و گفت: این برنامه ها به سختی توسط وزارت بهداشت اجرایی شده اما در حال حاضر در بخش خصوصی به صورت تق و لق انجام می شود در حالی که باید این سیاست ها قانونی شود همانطوری که واکسیناسیون در کشور قانونی شد و نظارت بر اجرای هر چه بهتر این برنامه ها باید پررنگ تر شود.

وی با اشاره به تبلیغات گسترده کارخانجات شیر خشک سازی اظهار داشت: یکی از مهمترین معضلات در حال حاضر تبلیغات گسترش مصرف شیر خشک توسط کارخانجات شیر خشک سازی است و این کارخانه ها میلیاردها درآمد و ثروت از این محل به دست می آورند و حاضرند شیر خشک را حتی به صورت رایگان عرضه کنند.

رئیس فرهنگستان علوم پزشکی ادامه داد: مبارزه با این اقدام و فعالیت های غیر قانونی ضرورتی اجتناب ناپذیر است چرا که در حال حاضر این کارخانجات تبلیغاتی چون لزوم قطع کردن شیر مادر در صورت زردی نوزاد را انجام می دهند.

مرندی افزایش سزارین را یکی دیگر از عوامل مضر در جهت کاهش تغذیه با شیر مادر دانست و گفت: نوزادی که با روش سزارین متولد می شود به دلیل عدم تکامل کافی امکان مکیدن شیر در ساعات اولیه را ندارد و باید زایمان به روش طبیعی ترویج پیدا کند.

وی اضافه کرد: ایران بدترین کشور در زمینه روند و آمار سزارین است که باید این رویه اصلاح شود و آمار سزارین در بخش خصوصی هیچ فرقی نکرده است.

رئیس کمیته کشوری ترویج تغذیه با شیر مادر اظهار داشت: برای ترویج تغذیه با

شیر مادر باید امکان نگهداری نوزادان و کودکان در محل کار مادران شاغل فراهم شود. به گفته مرندي بحث مرخصی دو هفته ای پدران در زمان تولد نوزاد در دولت متوقف شده در حالی که این مسئله از اهمیت بسیاری برخوردار است و باید پدر پس از تولد نوزاد در کنار مادر باشد.

کد خبر: ۲۳۹۰۸۴۰۱

اطلاعات تکمیلی:

گروه اختصاصی: علمی

رتبه:

جهت گیری:

گزارش تفکیکی منابع

نام منبع	تعداد اخبار
اطلاعات	۱
تسنیم	۱
جام جم	۱
فارس	۳
بولتن نیوز	۱
سلامت نیوز	۱
شفا آنلاین	۱
شفاف	۱
نسیم	۱