

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 بهشتی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی شهید بهشتی



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی شهید بهشتی



عناوین اخبار

روزنامه ها و نشریات داخلی

آفرینش: محدوده طب اطفال تا ۲۱ سالگی است

خبرگزاری های داخلی

ایرنا: قدردانی مدیر اجرایی یونیسف از توجه ویژه وزیر بهداشت ایران به وضعیت کودکان یمنی

ایرنا: طرح تکامل ابتدای کودکی بصورت آزمایشی در تاجیکستان اجرا می شود

باشگاه خبرنگاران جوان: ابلاغ دستورالعمل اعتباربخشی آموزشی بیمارستانهای آموزشی به دانشگاه های علوم پزشکی کشور

شگاه خبرنگاران جوان: خدمات آموزش خانواده لازمه ارتقا □ نظام سلامت است

سایت خبری و اطلاع رسانی

آفتاب: کشور تنها ۸۰ جراح کودک دارد

جهان نیوز: سرطان با طعم سیب و توت فرنگی!

سلامت: اظهارات وزیر بهداشت در جهت تضعیف نظام پزشکی است

شفا آنلاین: پینگ پنگ زیرمیزی

ادارات، سازمانها و نهادها

وزارت بهداشت: نظارت ۱۵ کارگروه بر طرح تحول بهداشت دانشگاه ها

وزارت بهداشت: خوابگاه های دانشجویی به زودی رتبه بندی می شوند

وزارت بهداشت: دومین همایش مشارکت های اجتماعی، سمن ها و خیریه های سلامت برگزار می شود

وزارت بهداشت: باید راه را برای تحصیل گروه پرستاری در خارج از کشور هموار کرد/ ضرورت پایداری منابع نظام سلامت



محدوده طب اطفال تا ۲۱ سالگی است

فوق تخصص مغز و اعصاب اطفال گفت: با اینکه از تولد تا ۲۱ سالگی محدوده کودکی محسوب می شود اما به دلیل اشکال در سیستم های بیمه کشور هنوز هم در برخی بیمارستان های قدیمی از ورود اطفال بالای ۱۲ یا ۱۴ سال خودداری می شود. ساسان ساکت در گفت و گو با فارس، در پاسخ به سؤال یکی از شهروندان درباره اینکه برای سردرد فرزند ۱۴ ساله اش باید به پزشک عمومی مراجعه کند یا فوق تخصص مغز و اعصاب اطفال، اظهار داشت: خوشبختانه سیستم پزشکی در کشور ما باز است و مردم خودشان می توانند طبق حقوقی که دارند تصمیم بگیرند که به کدام پزشک مراجعه کنند و وظیفه قانونی و اخلاقی پزشکان این است که بهترین درمان و توصیه های بهداشتی، درمانی و آموزشی را به افراد ارائه دهند.

وی افزود: تقریباً به جز تمام مراکز استان ها که دانشگاه علوم پزشکی دارند، سایر شهرها حداکثر پزشک عمومی و متخصص دارند، اما این به منزله با تاخیر مواجه شدن روند تشخیص و درمان کودک نیست. این فوق تخصص مغز و اعصاب اطفال گفت: ما می خواهیم مفهوم کودک برای والدین مشخص شود و اگر افراد محدوده سنی اطفال را بدانند، به اشتباه نمی افتند، متأسفانه گاهی شاهدیم که والدین با انبوهی از عکس ها و آزمایش هایی که توسط همکاران غیر متخصص اطفال تجویز شده است به درمانگاه های فوق تخصصی مغز و اعصاب مراجعه می کنند.

ساکت ادامه داد: نباید انتظار داشته باشیم مردم درباره ماهیت بیماری ها اطلاع بالایی داشته باشند، اما می توان حداقل استاندارد را در این زمینه تعیین کرد تا آنها بدانند باید به کدام متخصص مراجعه کنند.

وی افزود: بر اساس اصول موجود رشته های فوق تخصصی در حیطه طب اطفال، افراد از زمان تولد تا سن ۲۱ سالگی کودک محسوب می شوند. از ۲۱ تا ۲۹ سالگی محدوده جوانی و به طور کلی از ۲۱ تا ۶۵ سالگی محدوده طب تخصصی و فوق تخصصی داخلی است، همچنین از ۶۵ سالگی به بعد نیز محدوده طب سالمندان محسوب می شود که به تازگی در کشور ما جا افتاده است.

عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی اظهار داشت: علت تداخل تخصص های مختلف، زیاده خواهی برخی متخصصان نیست و اشکال در سیستم های بیمه کشور است. هنوز هم در برخی بیمارستان های قدیمی نوشته شده است که از

ورود اطفال بالای ۱۲ یا ۱۴ سال به بیمارستان خودداری می شود.

وی افزود: متأسفانه بیمه ها تا ۱۴ سالگی را محدوده اطفال می دانند و از آن به بعد به متخصصان اطفال اجازه نمی دهند که بیماران این محدوده سنی را ویزیت کنند، هر چند با طرح تحول سلامت و در بیمارستان های آموزشی محدودیتی از این نظر نداریم.

این فوق تخصص مغز و اعصاب اطفال اظهار داشت: اگر کودک دچار اختلالی ساده یا سرماخوردگی شود می توان او را به پزشک عمومی ارجاع داد، اما در مورد اختلالات دیگر و کارهای تخصصی باید به متخصصان و فوق تخصصان اطفال مراجعه کرد زیرا متخصص اطفال می تواند در صورت لزوم کودک را به یکی از تخصص های پانزده گانه ارجاع دهد.

کد خبر: ۲۲۵۰۵۷۸۳

اطلاعات تکمیلی:

گروه اختصاصی: علمی

رتبه:

جهت گیری:



قدردانی مدیر اجرایی یونیسف از توجه ویژه وزیر بهداشت ایران به وضعیت کودکان یمنی

به گزارش پایگاه اطلاع رسانی وزارت بهداشت، در پی ارسال نامه وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به آنتونی لیک مدیر اجرایی صندوق کودکان ملل متحد در خصوص لزوم توجه به کودکان و خانواده ها در پی حملات به کشور یمن، آنتونی لیک از توجه ویژه وزیر بهداشت به وضعیت کودکان در یمن تشکر کرد. لیک در این نامه با اظهار نگرانی در مورد وضعیت کودکان در کشور یمن، خاطرنشان کرده است: اقدامات وسیعی جهت حمایت از کودکان در یمن انجام گرفته است. وی اظهار داشت: بیش از ۱.۴ میلیون کودک در مناطق مورد تهاجم در یمن زندگی می کنند به همین منظور یکصد نفر از پرسنل یونیسف به همراه نیروهای کمکی از جیبوتی و اردن در این کشور مشغول امداد رسانی می باشند. مدیر اجرایی صندوق کودکان ملل متحد افزود: یونیسف ۲۸۳ تن از امکانات پزشکی، بهداشتی و تغذیه ای از طریق دو پرواز هوایی و ۴ کشتی به کشور یمن ارسال کرده که تاکنون ۷۲ هزار نفر از این امکانات بهره مند شده اند. وی ادامه داد: طی هفته های گذشته، یونیسف کمک های خود را در زمینه تامین آب سالم، سلامت، تغذیه، آموزش و حفاظت از کودکان را افزایش داده است. اقلامی نظیر واکسن ها و مکمل های ریزمغذی و سوخت توسط این سازمان به این کشور ارسال شده و همچنان اطلاع رسانی مناسب به خانواده ها و کودکان در زمینه خطرات احتمالی نظیر مواد عمل نشده انفجاری در حال انجام است. وی یادآور شد: هر چند که ما در ارسال کمک های بشر دوستانه در کشور یمن کمک های لازم را انجام داده ایم، اما می دانیم که توجه و کمک بیشتری باید به کودکان و خانواده ها در کشور یمن صورت پذیرد. اجتماع (۱) ** ۹۱۸۵ ** * ۱۴۱۸

انتهای پیام / * ارتباط با سردبیر: newsroom@irna.ir تماس بی واسطه با مسئولین

کد خبر: ۲۲۵۱۸۸۲۷

اخبار مرتبط:

✓ وزارت بهداشت: مدیر اجرایی صندوق کودکان ملل متحد از توجه ویژه وزیر بهداشت به وضعیت کودکان در یمن قدردانی کرد

✓ سلامت: مدیر اجرایی صندوق کودکان ملل متحد از توجه ویژه وزیر بهداشت به وضعیت کودکان در یمن قدردانی کرد

✓ نسیم: مدیر اجرایی صندوق کودکان ملل متحد از توجه ویژه وزیر بهداشت کشورمان به کودکان یمن قدردانی کرد

✓ شفا آنلاین: قدردانی مدیر اجرایی یونیسف از توجه وزیر بهداشت ایران به وضعیت کودکان یمنی

✓ جماران: قدردانی یونیسف از توجه ویژه وزیر بهداشت ایران به وضعیت کودکان یمنی



طرح تکامل ابتدای کودکی بصورت آزمایشی در ناکستان اجرا می شود

به گزارش روابط عمومی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قزوین که روز سه شنبه به ایرنا نامبر شد دکتر سید حامد برکاتی در نشست کارشناسان وزارت و مرکز بهداشت شهرستان تاکستان افزود: دوره تکامل کودکان، قبل از تولد آغاز می شود و اوج مداخله پذیری آن در ارتقای سلامت روحی و جسمی، قبل از سن هشت سالگی است. وی اضافه کرد: بررسی ها نشان می دهد ضریب هوشی و مهارت های کنترل خشونت در همان هشت سال اول زندگی شکل می گیرد و ۸۵ درصد رشد مغزی انسان تا سن پنج سالگی می باشد. دکتر برکاتی ادامه داد: این رشد مغزی در اثر القای محرک های محیطی تغییر می کند و تحت تاثیر پنج عامل مادر سالم، تغذیه مادر باردار و دوران کودکی، مراقبت کودک توسط مادر و مهد کودک، امنیت و ایمنی کودک و آموزش است که سبب فراگیری بهتر کودک و کاهش ضایعات اجتماعی در آینده می شود. وی، عدالت، توانمندسازی و مشارکت جامعه را از جمله اهداف این طرح عنوان کرد و گفت: در برنامه های توسعه کشور به سلامت کودکان کمتر توجه شده است و باید سرمایه گذاری برای کودکان را در کشور افزایش داد، زیرا مبلغ ریالی آن در ایران، صد هزارم کشورهای پیشرفته جهان است. برکاتی خاطرنشان کرد: تفاهم نامه ای در سال ۸۹ برای ارتقای تکامل دوران کودکی بین وزارتخانه های بهداشت درمان و آموزش پزشکی و آموزش و پرورش منعقد شده که براساس آن شهرستان تاکستان به عنوان محل اجرای نمونه آزمایشی (پایلوت) در نظر گرفته شد و زمان اجرای آن نیز آبان ماه سال جاری می باشد. روانپزشک و عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی نیز در ادامه این نشست گفت: این طرح، اقدام جدیدی نیست و در ارتباط با خدمات قبلی برنامه های کودکان، انجام خواهد شد که بخش عمده خدمات، باید به صورت پایش و نظارت انجام شود. دکتر احمدزاد افزود: برای اجرای بهینه این پایش، همکاری بین خانواده ها، مهدهای کودک و مدارس، بسیار راهگشا است. وی با تاکید بر اینکه نوع آموزش های ارایه شده باید متناسب با فرهنگ، آداب و رسوم هر منطقه، توسط کارکنان بهداشتی به مردم ارایه شود، اضافه کرد: در آینده، این مطالعات در کل کشور اجرایی خواهد شد. ۶۱۲۸/۰۷۳۸۸

انتهای پیام / * ارتباط با سردبیر: newsroom@irna.ir تماس بی واسطه با مسئولین

گروه اختصاصی: علمی

رتبه:

جهت گیری:



منبع: باشگاه خبرنگاران جوان

گروه: علمی پزشکی

تاریخ خبر: ۱۳۹۴/۰۳/۱۹

خدمات آموزش خانواده لازمه ارتقا □ نظام سلامت است

یاسمن متقی پور دانشیار اسبق دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در گفتگو با خبرنگار بهداشت و درمانگروه علمی پزشکی باشگاه خبرنگاران افزود: بر اساس تحقیقات انجام شده در ایران راهنمای اجرای برنامه آموزش خانواده همراه با فرم های آموزشی حاوی اطلاعات در مورد بیماری ، درمان، ارتباط بیمار و خانواده، روشهای پیشگیری از عود بیماری و حل مسئله تدوین شده است. وی گفت: جلسات نظارت بر آموزش تیم درمانی در جلسات یادآوری برای خانواده بیماران نیز به تدریج اضافه شده اند که می توانند در رفع هزینه های اضافی نظام سلامت موثر واقع شود. تقی پور اظهار داشت: روشهای مداخله در خانواده با هدف برقراری ارتباط با خانواده بیماران، آموزش و حیات از آنان در کاهش میزان عود، دفعات بستری و همچنین میزان استرس و فشار روانی خانواده موثر است و نباید آن را رها نمود. وی گفت: این موضوع در کشور ما، که در مراحل اولیه برنامه ریزی برای خدمات روان پزشکی جامعه نگر و برنامه های پیگیری است از اهمیت خاصی برخوردار است و نباید از آن غافل بود. متقی پور اجرای طرح های کلان مبتنی بر آموزش خانواده ها را یکی از گامهای اساسی کاهش هزینه درمان، بستری و افزایش اقتصاد سلامت دانست و گفت: مسئولان در طرح تحول نیز باید به طور جدی به آن بپردازند تا شاهد نتایج ارزنده آن باشیم. انتهای پیام/

کد خبر: ۲۲۵۱۷۵۹۸

اطلاعات تکمیلی:

جهت گیری:

رتبه:

گروه اختصاصی: علمی



سرطان با طعم سیب و توت فرنگی!

به گزارش جهان، تنها سرطان نیست که در کمین مصرف کنندگان سیگار و قلیان نشسته است. نگرانی جدی مسئولان وزارت بهداشت درباره قلیان ها مربوط به مسمومیت با مواد مخدر و محرک است چرا که اخیراً در برخی بیمارستان ها، مسمومیت با شیشه و مواد مخدر در پی مصرف قلیان، گزارش شده است. حالا قرار و مدارشان را در سفره خانه ها می گذارند، جایی که راحت باشند و پکی به قلیان شان بزنند. نی را دست به دست می کنند و دمی می گیرند که با بازدمش خود را برای لحظاتی محو می کنند. دود سفید همه جا را فرا می گیرد انگار به خودی خود ابر تشکیل می شود، عجب حکایتی دارد این سفره خانه ها، زمانی برای خودشان برو بیایی داشتند نه پسر و دختر بلکه مردهای موسفید کرده ای که چایی می نوشیدند و درد دلی می کردند و از اتفاقاتی که در محل می افتاد باخبر می شدند. حالا همه چیز تغییر کرده، مو سفید کرده ها در پارک ها هستند و پسران و دختران جوان در قهوه خانه ها. برای چایی نمی روند، می روند که دود بگیرند از نی قلیانی که ذره ذره جان شان را خواهد گرفت. زمانی که پای دختران به سفره خانه ها باز شد، شاید می شد با انگشت دست آنها را شمارش کرد، نگاه ها به آنان خیره می شد و چشم ها غره می رفت «آخر مگر قهوه خانه و سفره خانه جای دختر است.» وقتی دختری پایش را می گذاشت، اینجور جاها یا راهش نمی دادند یا اینکه نگاه های معنادار او را مجبور به برگشت می کرد. جو آن زمان فرق می کرد، قهوه خانه کجا، دختر جوان کجا؟! وقتی نی قلیان را به دست می گرفتند پچ و پچ ها شروع می شد. «نگاه کن دختره رو قلیون گرفته الان سرش گیج می ره با مخ می نوره زمین می برنش بیمارستان» آن یکی: «خجالت نمی کشه پاشده اوامده اینجا، مگه قهوه □خونه جای دختره؟» اما چند مدت بعد یعنی از سال ۸۸ نگاه ها هم عادی شد و پای دختران و زنان به سفره خانه ها بویژه مراکز تفریحی مثل دربند، درکه، فرحزاد و کن سولقان باز شد، آمارهای وزارت بهداشت نشان می دهد ۳/۵ درصد از ایرانیان هر روز قلیان می کشند اما وضعیت زمانی وخیم می شود که بشنویم تعداد دخترانی که قلیان به دست شده اند از پسران بیشتر شده و زنان هم در حال پیوستن به این قشر هستند، شاید آنها می خواهند اینجا هم شعار برابری مرد و زن مصداق پیدا کند! دکتر خسرو صادق نیت، رئیس مرکز سلامت محیط و کار وزارت بهداشت درباره میزان مصرف قلیان می گوید: «سال ۸۶ مصرف دخانیات در میان جمعیت ۱۳ تا ۱۵ سال نسبت به سال ۸۲ دو برابر

شده و از سال ۸۸ به بعد روند مصرف قلیان روزانه رشد چشمگیری داشته است. این آمار برای دختران از ۸/۷ درصد به نزدیک ۲۰ درصد افزایش یافته که نشان می دهد مصرف دخانیات در میان دختران شتاب بیشتری نسبت به پسران داشته است. > رئیس مرکز سلامت محیط و کار وزارت بهداشت این را هم یادآور می شود که برداشت های نادرست از مصرف قلیان، نگرانی های جدی را ایجاد کرده است اینکه اغلب افراد تصور می کنند قلیان، عارضه ای ندارد باید بگوییم ، مصرف یک وعده قلیان گاه برابر با مصرف پنج پاکت سیگار است. قاپ زدن مشتری های قلیانی در سفره خانه ها باید سری بزنیم به جاهایی که دختران بیشتر از پسران برای قلیان کشیدن اشتیاق دارند، جایی که راستش را بخواهید، پول توجیبی پسران کفاف قلیان های مصری و چند طعم جدید با سرویس های عجیب را نمی دهد. می روم به سفره خانه ای در جاده سولقان، اینجا تا چشم کار می کند سفره خانه و رستوران و قلیان هست. بوی زغال و بلال همه جا را برداشته «بفرمایید چای و قلیان کنار رودخانه، ارزانتر از همه جا، بیا تا شلوغ نشده چای و قلیان ۱۵ هزار تومان» مردهای جوان با تابلوهای راکتی شبرنگ دار جلوی ماشین ها را می گیرند و با همین جملات مشتری ها را از یکدیگر قاپ می زنند. وسط هفته است، کم کم هوا تاریک می شود اما با خاموش شدن آسمان چراغ های بزرگ گازی روشن می شود و رفت و آمدها زیاد. «خانم بفرمایید لژ، مخصوص خانم ها» پله ها را بالا می روم، دخترانی می بینم که قلیان ها را جلوی شان ردیف کرده اند و پک می زنند، تند و تند پک می زنند درست مثل حرفه ای ها. به بهانه ای می روم روی تختی که ۳ دختر جوان که سن شان به زور به ۲۰ سال می رسد، می نشینم. می پرسم که چه می کشند؟ آن که دود زیادی از دهانش بیرون می دهد با خنده می گوید: «دوسیپ آلبالو، می خوامی؟» جواب می دهم نه تا به حال نکشیده ام، می خواهم امتحان کنم. دختر دیگر که پاهایش را دراز کرده و با موبایلش ور می رود انگار که جوک خنده داری شنیده است، می زند زیرخنده هاهاهاها. «تابه حال نکشیدی؟، خانمی تا الان نکشیدی الان هم نکش می خوامی چیکار». کم کم یخ شان باز می شود، دانشجو هستند هر سه تایی شان. هفته ای یکی دوبار از دانشگاه مستقیم می آیند اینجا و دورهم به قول خودشان خوش می گذرانند، آن هم با قلیان میوه ای. «مهسا» ۲۰ ساله است و دانشجوی رشته حسابداری، می گوید از ۲ سال پیش لبش به نی قلیان خورده، زمانی که با دوستان جدیدش برای ناهار اینجا آمده بود. وقتی می پرسم، قلیان ضرر دارد و در شان دخترها نیست، این طور جوابم را می دهد: «قلیان پسر و دختر ندارد، چطور پسرها می توانند راحت بروند قهوه خانه ما نمی توانیم؟! در ضمن ما هفته ای یکبار آن هم برای تفریح قلیان می کشیم، معتاد که نیستیم.» آلاچیقی که نشسته ایم را دود برداشته، می شود از بوها فهمید چه قلیانی می کشند، بوی آلبالو، توت فرنگی و لیمو پیچیده البته همراه با بوی سوختگی، پیش خودم می گویم که واقعاً چه لذتی دارد این دود و دم که ساعت ها دورهم می نشینند و به آن پک می زنند؟ دختر دیگر که ساکت تر از دوستان دیگرش به نظر می رسد، لب به حرف باز می کند و می گوید:

«توی خانواده ما

همه قلیان می کشند، حتی مادرم. اگر ایرادی داشت آنها هم نمی کشیدند. ما که تفریحی نداریم جز قلیان کشیدن اگر این را هم از ما بگیرن باید کجا بریم چه بکنیم؟» به نظرم وضعیت بدتر از آن چیزی است که فکرش را می کردم. کار از نصیحت گذشته به این راحتی ها نمی شود، زنگ خطر را برای این جوان ها به صدا درآورد. شاید هم نمی خواهند باور کنند پول و جان شان را دارند دو دستی تقدیم می کنند به سوداگرانی که فقط پول برای شان مهم است. پس از خداحافظی از ۳ دختر جوان پیش صاحب سفره خانه می روم و کارت خبرنگاری ام را نشان می دهم و می پرسم چرا وقتی که پلیس ورود خانم ها را به سفره خانه ممنوع کرده بیشتر مشتری هایش دختران جوان هستند؟ وی که با دیدن من جا خورده است می گوید: «خانم چرخ زندگی ما و کارگرانی که اینجا کار می کنند با همین قلیان می چرخد از هر ۱۰ مشتری که می آید ۸ نفر قلیان می کشد و ۲ نفر غذا. خب درآمد اصلی ما از قلیان است و اگر تعطیلش کنیم و مشتری راه ندهیم که از بقیه عقب می افتیم البته بماند هرازگاهی پلیس می آید سرکشی می کند.» قهوه خانه چی تا حدی درست می گوید. برخی از سفره خانه ها و کافی شاپ ها با عرضه قلیان روزانه میلیون ها تومان درآمد کسب می کنند به همین خاطر دانشگاه های علوم پزشکی تهران تاکنون نتوانسته اند دست این مراکز را از فروش قلیان کوتاه کنند همان طور که شهنام عرشی معاون بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، سفره خانه های سنتی را یکی از اماکنی که منجر به شیوع مصرف قلیان بویژه در خانم ها شده است، عنوان می کند. معاون بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، از برنامه دانشگاه های علوم پزشکی برای برخورد با عرضه و مصرف مواد دخانی در رستوران ها، دیزی سراها و کافی شاپ ها سخن می گوید و البته اشاره ای هم به پلمب برخی از این مراکز دارد که البته با دور زدن قانون دوباره کارشان را از سر می گیرند. مسئولان حوزه مبارزه با دخانیات برخورد ضربتی را برای کنترل مصرف سیگار و قلیان در این اماکن کارساز نمی دانند و از طرف دیگر کمبود نیروهای بازرسی را مشکل دیگری به منظور بازرسی از تمام این اماکن عنوان می کنند. یک پک به قلیان یک پک به سرطان! سولقان را به سمت جنت آباد می آیم، صحنه عجیب تر از سولقان می بینم، ۲ دختر بساط شان را پهن کرده اند روی چمن پارک، یکی داخل سری قلیان توتون می گذارد آن یکی هم زغال ها را داخل توری فلزی ریخته و روی هوای می چرخاند، سرخی زغال ها نشان می دهد همه چیز آماده آماده است. نی قلیان روی هوا می چرخد، انگار برای کشیدن قلیان بین دخترها دعواست، موفق کسی است که زغال ها را می چرخاند. جلو می روم و از شان می پرسم، چرا قلیان می کشند که هر دویشان باهم جواب می دهند «کلانتری؟» می گویم ضرر دارد، اهمیتی به حرف هایم ندهند، هنگامی که پیش شان می نشینم و خودم را معرفی می کنم، کم کم گرم می گیرند. «سمیه □ ۱۷»

ساله است و امسال دیپلم می گیرد به جای درس خواندن برای شرکت در کنکور، فکرش جای دیگری است. می گوید ۳ سال پیش قلیان کشیدن را تجربه کرده است. زمانی که برادرش قلیانش را در خانه چاق می کرد و او هم برای کنجکاوای از توتون

سوخته کام می گرفت و از آن زمان دودی شده است. دختر دیگر هم خودش را «سمیرا» معرفی می کند و نخستین بار قلیان کشیدن را در خانه خاله اش تجربه کرده. او که دود قلیان را با شکل های مختلف از دهانش بیرون می دهد و انمود می کند که خیلی حرفه ای است. سمیرا می گوید: «۱۵ ساله بودم شب را خانه خاله ام ماندم. او که تنها زندگی می کند قلیانش را آورد و به من هم تعارف کرد، یادم می آید طعمش آلبالو بود. خوشم آمد و هفته ای یکبار به خانه اش می رفتم و با خاله ام قلیان می کشیدم خیلی حال می داد از آن زمان به بعد دیگر به آن عادت کردم، گاهی با دوستانم به سفره خانه می رویم گاهی هم پارک.» قلیان فقط تفریح و خوشگذرانی نیست. پشت هر کامی که از دود قلیان می گیریم، سم زهرآگین سرطان را هم سر می کشیم. انجمن آنکلوژی و رادیوتراپی ایران از بروز سرطان دهان در کشور به دنبال افزایش مصرف قلیان هشدار می دهد. رئیس انجمن آنکلوژی و رادیوتراپی ایران با اشاره به مصرف دو برابری قلیان در کشور می گوید: حداقل در ک تا دو دهه آینده با مشکل افزایش سرطان های دهان رو [ابه رو خواهیم شد. دکتر محمدرضا قوام نصیری چگونگی تاثیر قلیان در بروز سرطان دهان را این گونه توضیح می دهد. «برگ های دخانیات و مواد موجود در توتون می تواند در افراد مصرف کننده، سرطان دهان ایجاد کند و احتمال بروز این بیماری بر اثر مصرف قلیان میوه ای بیشتر خواهد بود. تنها سرطان نیست که در کمین مصرف کنندگان سیگار و قلیان نشسته است. نگرانی جدی مسئولان وزارت بهداشت درباره قلیان ها مربوط به مسمومیت با مواد مخدر و محرک است چرا که اخیراً در برخی بیمارستان ها، مسمومیت با شیشه و مواد مخدر در پی مصرف قلیان، گزارش شده است. رئیس مرکز سلامت محیط و کار وزارت بهداشت همچنین نسبت به ابتلا به هیپاتیت و سل در قلیانی ها هشدار می دهد. به اعتقاد متخصصان حوزه سلامت، مجرای عبور دود قلیان می تواند حاوی آلودگی های میکروبی و قارچی بوده و خطر ابتلا به هیپاتیت و سل را در قلیانی ها بیشتر کند. دکتر مجید صفاری نیا رئیس انجمن روانشناسان اجتماعی ایران، مصرف قلیان را یک مساله فرهنگی می داند که ریشه در تاریخ ما دارد. او می گوید: در فرهنگ ما قلیان کشیدن زنان متداول بوده و قلیان را بد نمی دانند اما در سده پهلوی دوم احساس کردند قلیان با طبع زنانه جور در نمی آید و به اصطلاح نوعی بی کلاسی است و لوکس نیست از این رو زنان از کشیدن قلیان دست برداشتند. به گفته رئیس انجمن روانشناسان اجتماعی ایران، پدیده مصرف قلیان نه تنها در ایران که در کل خاورمیانه متداول شده و طراحی مدل های متنوع قلیان، زنان را به استفاده از آن تشویق می کند. تفریح نداریم، میان می کشیم صفاری نیا می گوید: قلیان می تواند یک جور تشخص برای زنان باشد. آنها با کشیدن قلیان احساس عزت نفس کرده و لذت می برند و گاهی نیز نگاه تفریحی و سرگرمی به این ماده دخانی دارند. زنان قلیانی بر این باورند ما که نمی توانیم فلان تفریح را داشته باشیم اما قلیان که می توانیم بکشیم. بعد سومی که دکتر صفاری نیا به آن اشاره می کند، بار آرام بخشی قلیان اما از جنس آرام بخش

منفی است. مخدرها و دخانیات یکی از روش های کاهش اضطراب است اما جنس شان منفی است این گونه زنان تفریح هایی همچون ورزش، استخر و پیاده روی را که نقش کاهش اضطراب اما از جنس مثبت دارند با کشیدن قلیان جایگزین می کنند. در هر حال، کشیدن قلیان در نسل های پیش از ما به عنوان یکی از برنامه های زندگی روزمره مطرح بوده و در حال حاضر این مساله با تبلیغ و ترویج مصرف قلیان از سوی کمپانی های سازنده توتون گره خورده و موجب شده زنان به خاطر بار تشخیصی، سرگرمی و ضد اضطرابی به این ماده دخانی روی بیاورند. در نظر بگیریید زمانی نه چندان دور را که زنی پشت فرمان ماشین سیگار می کشید، نگاه های تند مردم او را بدرقه می کرد و قلیان کشی و سیگار کشیدن دختران عکس العمل های تندی را در جامعه مان به همراه داشت و کاری زشت و قبیح برشمرده می شد اما حالا شرایط تغییر کرده و متأسفانه قبح آن در جامعه بویژه شهرهای بزرگ شکسته شده و بیم آن وجود دارد این موج ناپسند به شهرهای کوچک و حتی روستاها هم برسد. باید دست به کار شد و فکری کرد. سازمان ها و ارگان های دیگر برنامه ای در نظر بگیرند تا مقابل موج مصرف سیگار و قلیان ایستاد تا بیش از این قربانی نگیرد، سالانه صدها میلیارد تومان در کشور دود می شود. چند برابر آن هم خرج درمان بیمارانی می شود که سیگاری و قلیانی بوده اند و حالا یا شش و ریه شان از بین رفته یا سرطان گرفته اند. تا همین لحظه هم دیر جنبیده ایم و اگر دست به کار نشویم تا چند سال دیگر با موج زیاد بیماران سرطانی روبه رو خواهیم شد. آیا بهتر نیست مراقب خودمان باشیم و زیاد دور و بر سرطان و سم های مهلک آن آفتابی نشویم؟! منبع: ایران

کد خبر: ۲۲۵۰۹۲۰۱

اطلاعات تکمیلی:

گروه اختصاصی: علمی

رتبه:

جهت گیری:



اظهارات وزیر بهداشت در جهت تضعیف نظام پزشکی است

به گزارش خبرگزاری طبنا؛ دکتر نوید ناصری با اشاره به نقش کم رنگ نظام پزشکی در تعیین تعرفه ها بیان داشت: این موضوع اگرچه با استفاده از گویشهای مختلف دولتهای اخیر و بکار بردن الفاظی تند و مکدر کننده تا نرم و دلنشین همراه بوده است اما نتیجه آن اعمال سیاست اختصاص یارانه سلامت به مردم از جیب جامعه پزشکی؛ بویژه شاغلین بخش خصوصی بوده است.

وی افزود: این موضوعی است که در مورد هیچ رده صنفی و اجتماعی در سطح کشور نمونه آن دیده نشده و از سوی دولت اینگونه اعمال نمی شود ولی متاسفانه با توسل به حربه و دلایل واهی درآمدهای میلیاردی جامعه پزشکی، به نحو احسن مورد سو ☐ استفاده ارکان قدرت قرار گرفته است.

وی با بیان اینکه اگر با تداوم و تسری سیاست تقابل مردم با جامعه پزشکی و معرفی ایشان به عنوان تجار نظام سلامت و بهره گیری از انواع دستاویزها در این مسیر، مشکل اقتصادی کشور حل و فصل می شود، ادامه داد: در صورت تحقق این مهم جامعه پزشکی با آغوش باز به استقبال چنین سیاستی می رود و از دولتمردان، مجلس، رسانه ملی و... حمایت کامل می کند.

ناصری با اشاره به اینکه احترام به نظرات کارشناسی و تخصصی بطور کلی در سطح جامعه امروزی ما کم رنگ یا بی رنگ شده بطوری که ادامه این روند آینده خوبی را رقم نخواهد زد، تصریح کرد: آیا با ادامه سیاست رو در رو قرار دادن های رایج مردم با جامعه پزشکی، ارائه آدرس اشتباه به مردم در به تاراج رفتن ثروتهای ملی، توجه مردم را به پزشکان جلب کردن بجای متوجه کردن ایشان به دزدان و رانت خوران این مرز و بوم، تغییری در جهت بهبود معیشت مردم ایجاد می شود؟

وی با اشاره به تلاش های اعضای شورای عالی نظام پزشکی در جهت بهبود اوضاع صنفی و احقاق حقوق تضييع شده جامعه پزشکی و سازمان ادامه داد: متاسفانه هر چند وقت یکبار شاهد مواجهه با بحرانی غیر قابل پیش بینی برای مجموعه سازمان از سوی مراجع مختلف همچون مجلس شورای اسلامی، قوه قضائیه، وزارت بهداشت، رسانه ملی، ارباب جراید و سازمان امور مالیاتی بوده ایم که نظام و روال منطقی فعالیتهای شورایی و پیگیری مطالبات جامعه پزشکی را تحت تاثیر قرار داده است.

عضو شورای عالی انجمن دندانپزشکی ایران با اظهار امیدواری از اینکه شورای عالی

نظام پزشکی بتواند در زمان باقیمانده از این دوره کاری با ارائه نقشی فعالانه و نه منفعلانه، نقش نمایندگی و نیابتی جامعه پزشکی را بهتر ایفا نماید؛ خاطر نشان کرد: حضور اعضای شورا در مناصب دولتی در ذات خود نمی تواند تاثیری چه مثبت و چه منفی در کارکرد شورا داشته باشد و این موضوع بیشتر به نوع رویکرد و دیدگاه آنها در استفاده از موقعیت دولتی برای کارآمد تر شدن شورایی و یا سکوت ایشان و همچنین سکوت شورا در برابر تصمیمات دولتی و در نهایت انفعال و صرفاً نظاره گری شورا داشته باشد.

ی اذعان داشت: نکته مهمتر از موضوع فوق، اهتمام سایر اعضا □ شورا که در مناصب دولتی قرار ندارند در روند برد اهداف صنفی است که شخصاً امیدوارم هم همت اعضا □ غیر دولتی و هم رویکرد مثبت اعضا □ دارای مناصب دولتی در ترکیب با هم به نتایج بهتر صنفی منجر شود.

اظهارات وزیر بهداشت در جهت تضعیف نظام پزشکی است

عضو شورای عالی نظام پزشکی با اشاره به اینکه وظایف وزارت بهداشت قابل تفویض به نظام پزشکی است، گفت: نقش نظارتی بطور کامل با وزارت بهداشت است که با توجه به وظایف و اختیارات مصرح در قانون و دارا بودن شرایط حاکمیتی، از ساز و کار و زیرساخت های لازم بهره می برد.

وی افزود: با توجه به قانون سازمان نظام پزشکی وظایف وزارت بهداشت منوط به فراهم ساختن امکانات و زیرساخت های لازم قابل تفویض به این سازمان است.

ناصری با تاکید بر اینکه سازمان نظام پزشکی بر اساس قانون مصوب مجلس دارای نقش نظارتی نیست، اذعان داشت: طبق قانون سازمان نظام پزشکی فقط در تدوین دستورالعمل ها و آئین نامه های نظارتی در مورد مطب ها و سایر مؤسسات پزشکی در بخش خصوصی مشارکت دارد (بند م از ماده ۳).

وی تصریح کرد: در صورتیکه انتظار نقش نظارتی از سازمان برود، تخصیص بودجه لازم و فراهم کردن شرایط نرم افزاری و سخت افزاری و پرسنلی و ... لازم است.

عضو شورای عالی نظام پزشکی با اشاره به اینکه این سازمان در ایفای نقش خود که در قانون تصریح شده؛ موفق بوده و آیین نامه های مختلفی را صادر کرده است افزود: در بررسی ایفای نقش نظارتی تفویضی از سوی وزارت بهداشت در قالب تفاهم نامه و سامانه ۱۶۹۰ که این اواخر از سازمان انتظار می رود، با توجه به عدم تخصیص و تامین زیرساختهای لازم، بررسی موفق یا ناموفق بودن نظام پزشکی، بیشتر ادامه سیاستی به نظر می رسد که ناکارآمدی این سازمان را به ناحق مطرح و اثبات کند.

، گفته ناصری، هنوز هم شاهد تصمیم گیری های دستوری و خلق الساعه و بی اعتنایی و بی احترامی به آرا □ عمومی در نظام سلامت و جامعه پزشکی هستیم.

وی در خصوص اظهارات اخیر وزیر بهداشت مبنی بر عدم رضایت از سازمان نظام پزشکی و سلب اختیار نظارت از آن، ابراز داشت: خوب یا بد عمل کردن سازمان در بحث نظارت در راستای تفاهم نامه اخیر سازمان و وزارت بهداشت، به مفهوم انتظار ایفای نقش

پلیسی برای سازمان نیست که چنین امکاناتی برای نظام پزشکی هم فراهم نشده است.

ناصری افزود: اگر امکانات لازم به سازمان نظام پزشکی تخصیص داده شده و از عهده تعهدات مکتوب خود بر نیامده است، نظر مقام محترم وزارت کاملاً صحیح است که در غیر این صورت بیشتر در جهت تضعیف نهاد صنفی غیر دولتی نظام پزشکی و ناکارآمد انگاری آن است.

عضو شورای عالی نظام پزشکی ادامه داد: اعمال نفوذ و رفتار وزارت و دانشگاه‌های علوم پزشکی تابعه در ناکارآمد نشان دادن سازمان در همین موضوع هم کاملاً نیاز به بررسی دارد که شواهدی دال بر این موضوع موجود است.

قانونگذاران در اجحاف به شاغلین نظام سلامت کمر همت بسته اند

ناصری با اشاره به اینکه تخطی از تعرفه های مصوب به علت غیر واقعی بودن آنهاست گفت: نباید کلمه رشوه را در مورد زیرمیزی یا پرداخت های غیرمعارف بکار برد زیرا رشوه در تعریف، دادن مالی به کسی برای انجام دادن مقصود خود است که بیشتر در انجام کارهای ناروا، غیر مشروع یا غیر قانونی بکار رفته است.

وی با بیان اینکه انجام درمان کاری غیر شرعی یا غیر قانونی نیست افزود: بحث زیرمیزی و تخطی از تعرفه های مصوب و اعلام شده خدمات پزشکی بیشتر به علت غیر واقعی بودن و فاصله بسیار داشتن تعرفه ها با ارزش واقعی خدمت است که گرچه تخلف و تخطی از قانون بحساب می آید و مستوجب برخورد قانونی است اما از کمر همت بستن قانونگذاران و مجریان محترم قانون در اجحاف به شاغلین نظام سلامت بویژه در بخش خصوصی در چند ساله اخیر و با وجود تمام بحرانهای اقتصادی موجود هم، نمی توان چشم پوشی کرد.

عضو شورای عالی نظام پزشکی با اشاره به اینکه از دولت تدبیر و امید انتظار می رود که با دوراندیشی و ایجاد امید و امیدواری هر چه بیشتر در نظام سلامت کشور از نظرات کارشناسی قاطبه شاغلین نظام سلامت و دلسوزان ایشان در سازمانهای نظام پزشکی؛ نظام پرستاری و انجمنهای پزشکی، غافل نشود خاطر نشان ساخت: دولت باید از این پتانسیل خوب به بهترین نحو ممکن بهره برداری نموده تا روزانه کمتر شاهد اقدام به مهاجرت اجباری بخشی از شاغلین نظام سلامت و از دست دادن سرمایه های کشور باشیم.

وی اذعان داشت: با صدور قوانین و بخشنامه های تضییع کننده حقوق حقه، محدود کننده تر و کاهنده امید و امیدواری شاغلین نظام سلامت (بویژه بخش خصوصی)، تسری و تشبیت دشمن انگاری ایشان در دید جامعه، سیاستهای کندن از این به ظاهر تاجران سلامت دارای درآمدهای نجومی از طرق مختلف افزایش مالیات، عوارض شغلی، کاهش نسبی تعرفه و ... شرایط نا امیدی فراوان و احساس خسران بخشی از نخبگان کشور بیش از پیش فراهم می شود که این امور زیبنده دولت تدبیر و امید نیست.

انتهای پیام/منبع: مهر

✓ شفا آنلاین: اظهارات وزیر بهداشت در جهت تضعیف نظام پزشکی است

✓ مهر: اظهارات وزیر بهداشت در جهت تضعیف نظام پزشکی است



پینگ پنگ زیرمیزی

مسئله زیرمیزی پزشکان هر چه باشد، کم یا زیاد، یک واقعیت است، چه گروهی از پزشکان اسم آن را عوض کنند تا به قول خودشان حرمت جامعه و صنفشان را حفظ کنند و چه گیرندگان آن را افراد کم شماری معرفی کنند که نباید بقیه به آتش آنها بسوزند.

هر چه هست واقعیتی است که هر روز رخ می دهد، رقم آن را هم یکی از مسئولان وزارت بهداشت به تخمین بین ۱۰ تا ۱۵ درصد کل بازار سلامت اعلام کرد. بازار بزرگی که حداقل ۷۰ هزار میلیارد تومان برآورد می شود و به گفته مدیر کل نظارت بر درمان وزارت بهداشت بین ۸ تا ۱۰ هزار میلیارد تومان آن زیرمیزی است.

رقم درستی که اگر فرض بگیریم، دوستانی که از انگشت شماری پزشکان زیرمیزی بگیر سخن می گویند، سخن حقی می گویند، و نظرشان این است که گروه کوچکی از جراحان دست به این اقدام غیر اخلاقی می زنند، اگر فرض کنیم که زیرمیزی بگیران جمعی حدود هزار نفری هستند، می توان برآورد کرد که هر یک از این پزشکان خوش اقبال سالانه ۱۰ میلیارد تومان درآمد دارند. اگر هم فرض انگشت شمار بودن این پزشکان متخلف را رد کنیم، در آن صورت با مسئله غامض تری رو به رو می شویم که نگران کننده تر است و آن این است که بر سر جامعه پزشکی کشور و اخلاق پزشکی کشور چه می رود.

مدافعان گرفتن پول اضافه یا همان ریزمیزی در جامعه پزشکی البته کم نیستند، عده ای می گویند مگر بقیه خلاف نمی کنند «وقتی یک بساز و بفروش یا حتی یک متصدی بنگاه املاک می تواند سالی چند میلیارد تومان درآمد داشته باشد»، چرا پزشکان که جزو نخبه ترین ها هستند و برترین رتبه های کنکور را کسب کرده اند، نباید چنین درآمدی داشته باشند و معتقدند داشتن چنین زندگی مرفهی حق آنان است.

گروه دیگری از مدافعان گرفتن زیرمیزی نیز در جامعه پزشکی هستند که می گویند باید بین دوغ و دوشاب فرق باشد، مثلاً وقتی یک جراح ارتوپد حاذق می تواند شکستگی پا یا دست یک ورزشکار را چنان درمان کند که فرد دوباره به میدان ورزشی بر می گردد با آنکه یک شکستگی ساده را هم نمی تواند به طور مناسب درمان کند، باید فرق باشد و حتماً هزینه و دستمزد آنها باید با در بازار عرضه و تقاضا

تعیین شود به خصوص اینکه این پزشک مشهور «حاذق» مشتریانی دارند که بیش از یکسال باید در نوبت انتظار ملاقات بمانند و هزینه اضافه ای که این پزشک می گیرد، زیرمیزی نیست، ناز شست است. مدافعان دیگر زیرمیزی نیز می گویند، بسیاری از بیمارانی که به پزشک زیرمیزی می پردازند، این پول را با رضایت می پردازند و خیالشان راحت است که نزد پزشک مشهور درمان می شوند به همین علت هم خودشان شکایتی ندارند. امری که البته به زبان دیگر یعنی افرادی که پول ندارند، از دسترسی به پزشکان حاذق محروم می شوند.

گروه دیگری از پزشکان نیز که در ایران با درآمد سرانه محدود حدود ۳۵۰۰ دلاری در سال زندگی می کنند، خودشان را پزشکان اروپا و آمریکا که در کشوری با درآمد سرانه شهروندانشان حدود ۷ تا ۸ برابر ایرانیان است مقایسه می کنند و توقع درآمندی در سطح اروپا و آمریکا را دارند.

این سخنان، بخشی از دفاعیات دوستانی است که از هجمه رسانه ها علیه پزشکان سخن می گویند و معتقدند یک برنامه مهندسی شده علیه پزشکان و تخریب چهره آنان به وجود آمده و دستهایی در کار است که پزشکان را بدنام کنند و هشدار می دهند که نباید اعتماد بین پزشک و بیمار را خدشه دار کرد، باید حرمت این سپید جامگان را حفظ کرد و تلویحاً یعنی اینکه انتقاد از جامعه پزشکی، ممنوع.

در پاسخ به سخنان این دوستان باید گفت که اگر جامعه پزشکی در بین مردم حرمت دارند بخشی به خاطر سابقه ذهنی است که از طبیبان و حکیمانی دارند که مداوای بیمار و تسکین درد دردمندان را بی هیچ منتهی وظیفه خود می دانستند، حرمت سوگندشان را داشتند و پول گرفتن و اندوختن مال و ثروت از راه طبابت فرهنگشان نبود. آنان خود را وسیله می دانستند و شفا را از خدا می خواستند و این چنین به کار خود معنویت می بخشیدند. پزشکان با اخلاقی که هنوز در بین جامعه پزشکی کشور بسیارند.

اگر در بین اصناف دیگر تخلف وجود دارد، دلیل موجهی برای تخلف پزشکان نیست به خصوص اینکه پزشکان مایلند جزو گروههای مرجع، محترم و مورد وثوق جامعه باقی بمانند و گر نه باید منتظر برخورد متفاوت جامعه با آنان باشند و تغییر منزلت و شان اجتماعی خود را بپذیرند.

داشتن علم و مهارت کافی در پزشکی امری است که باید از همه پزشکان انتظار داشت. پزشکی کار خود را به درستی انجام می دهد، به وظیفه حرفه ای خود عمل کرده و طلب پول اضافه عملی غیر اخلاقی و نوعی زیاده خواهی محسوب می شود و البته پزشکی که کارنابلد است نیز محکوم است و نباید لباس سپید پزشکی را به تن کند و هر دو این افراد باید در مقابل دستگاههای نظارتی پاسخگو باشند.

اما مسئله مهم این است که دستگاه نظارتی کیست و کجاست، موضوعی که البته این روزها در رسانه ها زیاد از آن صحبت می شود، سخنان هفته گذشته وزیر بهداشت و

ابراز نارضایی وی از نظام پزشکی به خصوص در تهران برای رسیدگی به تخلفات تعرفه ای و بعد از آن سخنان رئیس سازمان نظام پزشکی و انکار مسئولیت قانونی این سازمان برای نظارت فعال بر اجرای تعرفه ها نشان داد که معلوم نیست، ناظر و مسئول نظارت بر اجرای تعرفه ها دقیقاً کیست و هر یک دیگری را مسئول می داند. مسئولان وزارت بهداشت می گویند، چون مسئله زیرمیزی ها بیشتر در بخش خصوصی است و متولی نظام بخشی خدمات پزشکی در بخش خصوصی سازمان نظام پزشکی است، این سازمان باید نظارت دقیق و جدی داشته باشد و جامعه پزشکی را از این تخلفات پالایش کند و گرنه دود این مسائل نه اقلیت خلافکار بلکه حیثیت اکثریت متعهد جامعه پزشکی را بر باد می دهد اما مسئولان نظام پزشکی می گویند بر اساس قانون وظیفه ای برای سرکشی به مراکز درمانی و نظارت فعال ندارند و اگر کسی شکایت کرد به آن رسیدگی می کند. اکنون معلوم نیست که متولی رسیدگی به این تخلفات و نظارت دقیق بر عملکرد پزشکان کیست، مسئولان دستگاههای مسئول هر یک دیگری را مسئول می داند، شاید قانون ابهام دارد و شاید قرار نیست رسیدگی صورت بگیرد، چون کار مشکلی است و هر کس وارد این گود شود، باید آماده تیرهایی باشد که از هر سو روانه می شود.

آشفته بازار سلامت ادامه دارد و هر روز بر پیچیدگی آن افزوده می شود، مردم و بیماران درون گود ایستاده اند، گلایه دارند و منتظر تغییر هستند، انتظارشان این است که مسئولان کاری کنند، کاری کارستان، پزشک خانواده و نظام ارجاع را عملی کنند، رابطه مالی پزشک و بیمار را از بین ببرند، بیمه ها را کارآمد کنند و اصلاحات را از روبنا به زیربنا ببرند و گر نه پینگ پینگ وزارت بهداشت و نظام پزشکی ادامه می یابد و جز دود برای مردم حاصلی ندارد.

فارس

کد خبر: ۲۲۵۱۸۶۳۲

اخبار مرتبط:

✓ فارس: پینگ پنگ زیرمیزی

✓ شفاف: پینگ پنگ زیرمیزی

✓ سلامت نیوز: پینگ پنگ زیرمیزی



منبع: وزارت بهداشت

گروه: صفحه اصلی

تاریخ خبر: ۱۳۹۴/۰۳/۱۹

نظارت ۱۵ کارگروه بر طرح تحول بهداشت دانشگاه ها

معاون مرکز مدیریت شبکه از نظارت ۱۵ کارگروه بر اجرای طرح تحول بهداشت در دانشگاه های علوم پزشکی خبر داد.

به گزارش پایگاه اطلاع رسانی خبری و اطلاع رسانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (وب دا)؛ دکتر محمدرضا میرزایی در حاشیه برگزاری نشست ۳۰ مدیر گسترش دانشگاه های علوم پزشکی که امروز در ستاد وزارت بهداشت برگزار شد، گفت: حسب دستور معاون بهداشت مبنی بر نظارت بر انجام برنامه طرح تحول بهداشت کشور در دانشگاه های علوم پزشکی، امروز با ۳۰ تن از مدیران گسترش این دانشگاه ها در همین راستا نشست برگزار کردیم.

وی افزود: مقرر شده است ۱۵ گروه در سه نوبت در طول سال، بر برگزاری طرح تحول بهداشت در دانشگاه های علوم پزشکی کشور نظارت کرده و گزارشی از روند اجرای طرح را به معاون بهداشت و وزیر بهداشت، ارائه کنند. میرزایی ادامه داد: این کارگروه نظارتی متشکل از ۵۰ کارشناس و مدیر از ۳۰ دانشگاه علوم پزشکی هستند که در فاز نخست، اجرای طرح تحول بهداشت را برای جمعیت روستایی، شهرهای ۲۰ تا ۵۰ هزار نفر و ساکنان حاشیه شهرها ارزیابی، نظارت و پایش خواهند کرد.

به گفته معاون مرکز مدیریت شبکه این کارگروه نشست های دیگری نیز طی سال جاری در همین خصوص خواهد داشت ۲۰۱/۲۱۶.

کد خبر: ۲۲۵۱۸۶۴۱

اخبار مرتبط:

✓ باشگاه خبرنگاران جوان: نظارت ۱۵ کارگروه بر طرح تحول بهداشت دانشگاه ها

✓ سلامت: نظارت ۱۵ کارگروه بر طرح تحول بهداشت دانشگاه ها



خوابگاه های دانشجویی به زودی رتبه بندی می شوند

معاون فرهنگی و دانشجویی وزارت بهداشت گفت: برای اولین بار سند خوابگاهی طراحی شده است و در مرحله نهایی قرار دارد و از این پس خوابگاه های جدید را بر اساس آن می سازیم.

به گزارش پایگاه اطلاع رسانی خبری و اطلاع رسانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (وب دا)؛ دکتر محمدرضا فراهانی درباره وضعیت فعلی خوابگاه های دانشجویی، الزامات یک خوابگاه استاندارد، رتبه بندی خوابگاه ها و تدوین سند خوابگاه استاندارد، اظهار داشت: بحث خوابگاه ها موضوع عمیق و مبسوطی است. نکته مهم این است که برای تحلیل وضعیت خوابگاهی در دانشگاه های علوم پزشکی نمی توان از یک جمله وضعیت مطلوب است یا مطلوب نیست استفاده کرد. اینکه می گوئیم حوزه خوابگاه وضع خوبی ندارد یک میانگین کلی از وضعیت خوابگاه ها است. در واقع ما از خوابگاه های خوب که یک نمره قابل قبول ۱۷ دارد، داریم تا خوابگاه هایی که وضع بسیار نامناسبی دارند.

دکتر فراهانی با بیان این که خوابگاه های خوب که می گوئیم خوب هستند عمدتاً در دانشگاه هایی قرار دارند که ثروتمند هستند و تبادلات مالی و توانمندی بالایی دارند، گفت: ممکن است دانشگاهی ۱۰ هزار دانشجو داشته باشد و تبادلات مالی حوزه بهداشت و درمان و درآمدهای اختصاصی آن بالای ۲ هزار میلیارد تومان باشد و در مقابل ممکن است دانشگاهی نصف این تعداد دانشجو داشته باشد و به دلیل اینکه در شهر کوچکی است از درآمدهای اختصاصی کمتری برخوردار باشد. پس آن دانشگاهی که وضع بهتری دارد می تواند مقداری از منابعش را در حوزه فرهنگی و دانشجویی هزینه کند. بنابراین ما با وضعیت نامتوازنی در ارائه خدمات دانشجویی و فرهنگی و خوابگاهی مواجه ایم.

معاون فرهنگی و دانشجویی وزارت بهداشت افزود: سرانه ۶ نفر در یک اتاق خوابگاهی از نظر ما اصلاً استاندارد نیست. بالاترین عددی که ما در سند خوابگاهی بدست آوردیم ۳ نفر در یک اتاق است که البته باید سرانه ۵.۵ مترمربع برای هر نفر رعایت شود. یعنی به شرطی که اتاقی ۱۷ متر باشد می توان گفت ۳ نفر در این اتاق زندگی کنند.

وی در خصوص اینکه اکثریت خوابگاه های دانشجویی در وضعیت خوبی بسر نمی

برند، اظهار داشت: اکثریت خوابگاه های ما در مجموع نمره ۱۰ را هم نمی گیرند. یعنی هم به لحاظ تعداد دانشجویان در داخل اتاق، هم به لحاظ کیفیت و تجهیزات داخل اتاق، هم به جهت اینکه بیشتر دانشجویان در داخل پردیس دانشگاه ساکن نیستند و از دانشگاه فاصله داشته و از مکان های آموزشی دور هستند، نمره قابل قبولی نمی گیرند.

وی در رابطه با سند خوابگاه استاندارد توضیح داد: ما در موضوع خوابگاه ها دو بحث داریم. یکی موضوع پیوست فرهنگی و استفاده از یک مکان است و دیگری نیز ضوابط فنی و ساختمانی است. به طور مثال در ساخت یک بیمارستان ضوابطی وجود دارد که ناظر به این است که ما به چه فضاهای در بیمارستان نیاز داریم و بیمارستان بر اساس آن نیازهای درمانی و فنی طراحی می شود اما جالب است که در مورد خوابگاه ها یک برگ سند در سازمان مدیریت و برنامه ریزی درباره ضوابط فنی خوابگاه های دانشجویی وجود ندارد. البته پیوست فرهنگی هم وجود نداشت.

وی در ادامه افزود: برای اولین بار سند خوابگاهی طراحی شده است و در مرحله نهایی قرار دارد و از این پس خوابگاه های جدید را بر اساس آن می سازیم. به همه دانشگاه ها نیز گفته خواهد شد که خوابگاه های خود را بر اساس این سند باید بسازند و معاونت پشتیبانی وزارت بهداشت نیز قراردادی را تنظیم کرده است که بسته سند خوابگاه استاندارد که ناظر بر نیازهای ما در یک خوابگاه دانشجویی است همراه با ضوابط فنی ارائه می شود. دفتر منابع فیزیکی وزارت بهداشت نیز به کمک ما این بسته را تکمیل می کند که وقتی به سازمان مدیریت و برنامه ریزی ارائه شد دیگر خوابگاهی خارج از این استاندارد ساخته نشود.

معاون فرهنگی و دانشجویی وزارت بهداشت در خصوص رتبه بندی خوابگاه های دانشجویی اظهار داشت: طرح دیگری هم که برای خوابگاه های دانشجویی داریم این است که آنها را در ۶ ماه آینده رتبه بندی می کنیم. یعنی یک خوابگاهی که از نظر ما مطلوب است و می توان با اندک تغییراتی آن را بهینه کرد. یکسری خوابگاه ها هم هستند که از نظر ما با رتبه B شناسایی می شوند و درجه دوم هستند که باید با یکسری هزینه های بهسازی تبدیل به خوابگاه A شوند. یکسری خوابگاه های درجه سوم یا C هم وجود دارند که از نظر ما قابل قبول نیستند و باید کاملاً با فضاهای دیگر تغییر کنند.

دکتر فراهانی تصریح کرد: اکنون ۴۲۰ خوابگاه در علوم پزشکی وجود دارد اما نمی توان با نگاه کردن، آنها را به درجه اول تا سوم درجه بندی کرد. چرا که تهیه آمار این خوابگاه ها هم نیازمند شاخص بوده است که باید آن را استخراج کرد. اما با این حال به نظر می رسد با تغییراتی که گفتم می توانیم در این دولت در مجموع ۳۰ درصد به خوابگاه های موجود اضافه کنیم ۲۰۵٪.



دومین همایش مشارکت های اجتماعی، سمن ها و خیریه های سلامت برگزار می شود

دومین همایش مشارکت های اجتماعی، سمن ها و خیریه های سلامت با حضور وزیر بهداشت، پنجشنبه برگزار می شود.

به گزارش پایگاه خبری و اطلاع رسانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (وب دا)؛ دکتر سید محمد هادی ایازی در خصوص محورهای برگزاری این همایش، گفت: در این همایش تمامی دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور، گزارشی از عملکرد حوزه مشارکت های اجتماعی، سازمان های مردم نهاد و خیریه های سلامت در آن دانشگاه ارائه خواهند داد و در خصوص تهیه بانک اطلاعاتی سازمان های مردم نهاد و خیریه های سلامت و نحوه تعامل شان با دانشگاه ها بحث و تبادل نظر خواهد شد.

دکتر ایازی در ادامه گفت: الگوهای مشارکت مردم در بخش سلامت، ارائه طرح تدوین دایره المعارف خیرین سلامت، بررسی مشکلات حوزه خیریه های عرصه سلامت، برگزاری همایش ملی خیرین سلامت و سازمان های مردم نهاد همچنین در خصوص چگونگی برگزاری مراسم تجلیل و قدردانی از خیرین و تلاشگران حوزه سلامت از دیگر موضوعات مورد بحث در این همایش خواهد بود.

گفتنی است، دومین همایش مشارکتهای اجتماعی، سازمان های مردم نهاد و خیریه های سلامت با حضور وزیر بهداشت، رییس سازمان اوقاف و امور خیریه کشور، معاونین و قائم مقام های روسای دانشگاه های علوم پزشکی در سراسر کشور، پنجشنبه ۲۱ خرداد ماه جاری در محل ستاد مرکزی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برگزار خواهد شد ۲۰۱.

کد خبر: ۲۲۵۲۲۴۱۱



باید راه را برای تحصیل گروه پرستاری در خارج از کشور هموار کرد / ضرورت پایداری منابع نظام سلامت

وزیر بهداشت با بیان اینکه در اجرای بهتر طرح تحول نظام سلامت باید تمام تلاش خود را به کار بگیریم تا فضای امید به یاس تبدیل نشود افزود: اگر نگاه همه ، به سازندگی در کشور است به ایجاد فضای امید نیاز داریم که این فضا جز با اعتماد محقق نمی شود.

به گزارش پایگاه خبری و اطلاع رسانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی(وب دا)؛ دکتر سید حسن هاشمی در دیدار با مدیران پرستاری دانشگاه های علوم پزشکی و سایر مراکز که در ستاد وزارت بهداشت برگزار شد اظهار داشت: حرکت کلی و بزرگی را در جهت تحول نظام سلامت آغاز کرده ایم که باید تلاش کنیم که این طرح استمرار داشته باشد.

وزیر بهداشت با بیان این که اجرای طرح تحول سلامت موجب رضایتمندی مردم شده است گفت : مردم به رغم همه مشکلات خود ، قدردان هر خدمتی که به آنان ارائه می شود ، هستند .

دکتر هاشمی گفت: علاوه بر مردم، نیروی انسانی و ارائه دهندگان خدمت و همچنین منابع مالی پایدار که می تواند پاشنه آشیل این طرح باشد اهمیت زیادی دارند بنابراین باید مراقبت کنیم تا منابع هدر نرود و با ارائه خدمات مناسب باعث ایجاد رضایتمندی بالایی بین مردم شویم.

ضرورت پایداری منابع نظام سلامت

کتر هاشمی با بیان این که برای ارائه هر خدمت و ارتقا □ آن قطعا به منابع مالی نیاز است تصریح کرد: نباید این منابع به صورت موسمی باشد و با تغییر یک وزیر یا یک دولت دستخوش تغییر شود.

وی با تاکید بر ضرورت اختصاص منابع پایدار به حوزه سلامت و طرح تحول سلامت و مشکلات دولت برای تامین منابع گفت :با توجه به نوسانات قیمت نفت امیدواریم بودجه وزارتخانه را نه از طریق یارانه و نفت بلکه از طریق اصلاح نظام مالیاتی تامین کنیم.

وزیر بهداشت با اشاره به حمایت های مقام معظم رهبری و قوای سه گانه از طرح تحول نظام سلامت افزود: قوای سه گانه احساس کردند که این طرح متعلق به کل نظام

جمهوری اسلامی است و حمایت های لازم را از آن داشتند ضمن اینکه وزاری کابینه نیز حمایت های خوبی از این طرح داشتند.

دکتر هاشمی گفت: متأسفانه برخی تصور می کنند منابعی که صرف تربیت نیروی انسانی می شود هزینه و به نوعی دورریختن منابع است اما باید توجه داشت که هزینه برای تربیت نیروی انسانی سرمایه گذاری است به عنوان نمونه آموزش و پرورش برای پرورش نیروی انسانی در کشور از نظر هزینه ای مقام اول و وزارت بهداشت مقام چهارم را دارد اما هیچ کدام هزینه نیستند.

برای نیروهایی که بازنشسته شده اند جایگزینی نداشته ایم

وزیر بهداشت با اشاره به کمبودها در بخش تجهیزات، فضا و ساختمان، به کمبود نیروی پرستاری و پایین بودن حقوق این قشر زحمت کش اشاره کرد و گفت: ریشه این مشکلات به گذشته بر می گردد که سلامت در اولویت های بعضاً ۹ تا ۱۳ قرار داشت و این باعث نارضایتی مردم می شد.

دکتر هاشمی با بیان اینکه در بخش پرستاری در وزارت بهداشت کوتاهی نکرده ایم و البته انتظار قدر شناسی هم نداریم افزود: برای کاهش فشار کاری پرستاران، باید مجوز بگیریم تا کمبود نیرو را جبران کنیم که بنده شخصاً اختیار این کار را ندارم و مجلس شورای اسلامی باید مجوز را به ما بدهد.

وی افزود: اگر نگاهی به آمارهای سازمان بهداشت جهانی بیندازیم متوجه می شویم که در کشورهای منطقه، به ازای هر ۱۰۰۰ نفر به صورت میانگین بین ۲.۶ تا ۴ نفر پرستار وجود دارد که در ایران به ازای هر ۱۰۰۰ نفر ۱.۳ پرستار و حتی در برخی مناطق تهران ۰.۴ است که می تواند باعث عدم رضایت مردم شود.

وزیر بهداشت با بیان اینکه تا کنون برای نیروهایی که بازنشسته شده اند جایگزینی نداشته ایم افزود: به تازگی توانستیم مجوز به کارگیری ۷ هزار نیروی انسانی جدید را برای بیمارستانهای جدید در آستانه راه اندازی بگیریم.

دکتر هاشمی با انتقاد از کسانی که متوسط درآمد پزشکان کشورهای غربی را با حداکثر درآمد یک متخصص و نه میانگین آنها مقایسه می کنند افزود: بنده در آموزش و پرورش معلمی را می شناسم که برای هر ساعت تدریس ۱.۵ میلیون تومان می گیرد پس باید بگوییم تمام معلمان این میزان درآمد دارند؟ این بی انصافی و ظلم در حق صنف های زحمت کش جامعه است.

وی تصریح کرد: کارانه پرستاران در شروع به کار ما در وزارت بهداشت بهداشت در برخی استان ها حدود ۱۵ تا ۱۸ ماه تاخیر داشت که تمام تلاش خود را برای پرداخت به موقع انجام دادیم.

دکتر هاشمی تأکید کرد: با توجه به کمبود نیرو، موسسه ای را زیر نظر هیات امنای ارزی راه اندازی کردیم تا نیروهای مورد نیاز را جذب کند و بر خلاف گذشته که حقوق با تاخیر و کسر کسورات همراه بوده روند پرداخت حقوق در این موسسه به صورت کشوری و عمودی است و هیچ تفاوتی بین پرستاران جز در سابقه و تحصیلات وجود ندارد.

وی اظهار داشت: همان طور که درآمد بیمارستان ها افزایش پیدا کرده است سهم پرستاران نیز باید افزایش پیدا می کرد اما انصاف نیست که به نسبت مساوی تقسیم شود به عنوان نمونه درآمد یک پرستار که به صورت شیفیتی در درمانگاه کار می کند یا پرستاری که منشی رییس شده است نباید با یک پرستار که در بخش اورژانس، سوختگی و روانی مشغول است یکی باشد.

در طرح پرداخت مبتنی بر عملکرد، توزیع منابع بر عهده بیمارستان ها است دکتر هاشمی بیان داشت: طرح پرداخت مبتنی بر عملکرد در مفهوم و در سطح نظری درست و کامل است اما در اجرا نیاز به ظرافت کاری هایی دارد که لازم است در صورت نیاز اصلاح و بازنگری شود. وزیر بهداشت گفت: اختیار پرداخت مبتنی بر عملکرد را به دانشگاه ها دادیم تا در گروه پرستاری متناسب با حجم کار و رسته شغلی پرداخت شود.

وی تصریح کرد: به دلیل دخل و تصرف برخی دانشگاه ها در پرداخت، تاکید کردیم که توزیع درآمد بر عهده بیمارستان ها باشد.

دکتر هاشمی افزود: در برخی بیمارستان های تک رشته ای مانند چشم پزشکی و قلب که از میزان حداکثری، بالاتر می رود باید منابع اضافه را در بخش های کودکان، سوختگی و دیگر بخش های محروم توزیع کنند. وزیر بهداشت با بیان اینکه باید راه را برای تحصیلات تکمیلی پرستاری در خارج از کشور را هموار کنیم افزود: باید مراقبت شود که این اقدام تبلیغاتی و شکلی نباشد بلکه محتوایی باشد تا آورده آن بتواند در خدمت به مردم ارتقا □ کیفیت پرستاری موثر واقع شود.

تلاش برای جذب نیروی انسانی بومی

وی در بخش دیگری از سخنان خود خاطر نشان کرد: در جذب ۷ هزار نفر نیروی انسانی، ابلاغ کرده ایم که حق به کار گیری افراد خارج از شهر مورد نیاز و غیر بومی وجود ندارد مگر در مواردی که این افراد در آن شهر وجود نداشته باشند.

دکتر هاشمی ادامه داد: لازم است که طرح تعهد خدمت برداشته شود و فرزندان مردم را به گذراندن این طرح اجباری وادار نکنیم و باید در یک برنامه ریزی مشخص و طی یک مدت زمان معلوم زمان این طرح را کاهش و سپس آن را برداریم.

وزیر بهداشت گفت: اگر طرح تعهد خدمت برای پزشکان و گروه پزشکی به منظور کسب مهارت باشد اشکالی ندارد اما چون به اجبار دختر و پسر را بدون پرداخت حقوق مناسب به کار می گیریم دارای اشکال است ۲۰۶/۲۰۱.

منابع نظام سلامت

✓ سلامت: باید راه را برای تحصیل گروه پرستاری در خارج از کشور هموار کرد/ ضرورت پایداری منابع نظام سلامت

گزارش تفکیکی منابع

نام منبع	تعداد اخبار
آفرینش	۱
ایرنا	۲
باشگاه خبرنگاران جوان	۲
آفتاب	۱
جهان نیوز	۱
سلامت	۱
شفا آنلاین	۱
وزارت بهداشت	۴