روزنامه سپید
تنها روزنامه پزشکی خاورمیانه
سال ۱۴ ■ شماره ۱۳۴۹ ■ دوشنبه ۲۶ آذر ۱۳۹۷
www.sepidonline.ir

معاون کل وزارت بهداشت در مراسم رونمایی از سایت مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت:

بیمه سلامت به وظایف اصلی خود عمل کند

■ صفحه ۳

وبدا

انتقادات تند وزیر بهداشت از دخالت‌های مدیریتی دولت و مجلس در امور دانشگاه‌ها:

باور به علم و پژوهش نزد سیاستمداران وجود ندارد

خجالت‌آور است که ۰/۳ درصد از بودجه کشور را به پژوهش اختصاص می‌دهیم

- دخالت دولت و مجلس در امور دانشگاه‌ها، به علم و آموزش و پژوهش آسیب می‌زند
- تا توانسته‌ایم بی‌سوادی مدرن را تبلیغ و تشویق کرده‌ایم
- باید مراکز تحقیقاتی بدون مرز ایجاد کنیم
- فکر می‌کنیم که با گسترش کمّی دانشکده‌ها، هنر کرده‌ایم
- شایسته‌گزینی در مدیریت کشور باید شاه بیت انتخاب افراد باشد

■ صفحه ۲

روی خط سپید

شیویاری، عضو کمیسیون بهداشت پاسخ داد:

چرا برخی پزشکان زیرمیزی بگیر شده‌اند؟

■ صفحه ۲

معاون توسعه مدیریت و منابع وزارت بهداشت:

مدیریت بیمارستان‌ها جای افراد آموزش ندیده نیست

■ صفحه ۲

سخنگوی سازمان غذا و دارو:

تولید پفک از خوراک دام در دست بررسی است

■ صفحه ۳

رئیس انجمن حمایت از بیماران سوخته (ققنوس):

میزان سوختگی در ایران ۸ برابر متوسط جهانی است

■ صفحه ۴

معاون اجتماعی وزارت بهداشت در نشست خبری پیشگیری از سوختگی:

هر سال ۱۸۰ هزار ایرانی می‌سوزند

■ صفحه ۴

خانه ملت

شیویاری، عضو کمیسیون بهداشت مجلس پاسخ داد؛

چرا برخی پزشکان زیرمیزی بگیر شده‌اند؟

عضو کمیسیون بهداشت و درمان مجلس با تاکید بر اینکه پزشکان از پرداخت مالیات فرار نمی‌کنند، گفت: «ضعف دولت در تامین منابع پایدار برای طرح تحول سلامت برخی پزشکان را زیرمیزی بگیر کرد.»

یعقوب شیویاری با بیان اینکه پزشکان مایل به شفاف‌سازی درآمد هستند، گفت: «پزشکان تافته جدا بافته نیستند و باید درآمد آنها مانند تمامی مشاغل شفاف شود.» نماینده مردم میانه در مجلس شورای اسلامی، با تاکید بر اینکه پزشکان از پرداخت مالیات فرار نمی کنند، افزود: «فرار مالیاتی و تلاش برای عدم شفاف سازی درآمد در تمامی اصناف وجود دارد و تنها مربوط به جامعه پزشکی نیست بنابراین نباید نگاه‌ها را معطوف پزشکان کرد.» وی با تاکید بر اینکه پزشکان از استفاده از دستگاه کارتخوان در مطب ها استقبال می کنند، ادامه داد: «جامعه پزشکی به دنبال پنهان کردن درآمد خود نیست و میزان درآمد آنها نیز برای همه مشخص است.» این نماینده مردم در مجلس دهم، یادآور شد: «البته نیاز است فرهنگ سازی مناسبی برای استفاده از دستگاه کارتخوان، در مطب ها انجام شود تا در کنار الزام قانونی توجه به این مهم در دستور کار پزشکان قرار گیرد.» این نماینده مردم در مجلس دهم، افزود: «نسخی که پزشکان به موسسات بیمه‌گر و بیمه‌های طرف قرارداد ارائه می کنند اگر در سیستم ثبت نشود قابل تایید نیست و به گونه‌ای سازمان‌های بیمه در قبال خدمات مبلغی پرداخت نمی‌کنند.» شیویاری یادآور شد: «برخی پزشکان تا زمانی که پول نگیرند نسبت به انجام عمل جراحی اقدام نمی‌کنند اما پزشکانی نیز داریم که پول عمل جراحی بیمار را از جیب پرداخت می‌کنند بنابراین نمی‌توان تمامی آنها را متهم کرد.»

پدیده زیرمیزی حذف نشده است

عضو کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی، با انتقاد از اینکه پدیده شوم زیرمیزی هنوز وجود داشته و رفع نشده است، تصریح کرد: «این پدیده در حال مرتفع شدن بود اما متاسفانه به دلیل اینکه دولت نتوانست منابع پایدار را برای طرح تحول سلامت تامین و سازوکار مناسب را ایجاد کند بنابراین این معضل هنوز وجود دارد و مدیریت نشده است.» وی با تاکید بر اینکه هیچ پزشکی تمایلی به اخذ هزینه اضافی از بیماران ندارد، گفت: «دولت در طرح تحول سلامت نیز به دنبال کاهش پرداختی‌ها از جیب مردم بود.» این نماینده مردم در مجلس دهم، یادآور شد: «وقتی پرداخت بدهی پزشکان ماه‌ها زمان می‌برد مسلم است که برخی پزشکان به این سمت و سو روی می‌آورند در این رابطه گزارش‌هایی وجود دارد که حتی برخی پزشکانی که در گذشته نیز زیرمیزی نمی‌گرفتند در حال حاضر به این پدیده گرایش پیدا کردند.»

با رفع مشکلات طرح تحول سلامت پدیده زیرمیزی مدیریت می‌شود

شیویاری با بیان اینکه با رفع مشکلات مالی سد راه طرح تحول سلامت پدیده زیرمیزی مدیریت می شود، افزود: «وقتی دولت به موقع پول پزشکان را پرداخت نمی کند بنابراین برخی پزشکان نیز قانون را دور می‌زنند.» عضو کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی، با تاکید بر اینکه اگر پزشکان حتی فوق تخصص‌ها از طریق مطب درآمدی نداشته باشند معیشت آنها با مشکل مواجه می‌شود، گفت: «به طور قطع اگر پزشکان بدانند پولی که به عنوان مالیات پرداخت می‌شود برای ارتقای جامعه هزینه می‌شود تمامی آنها استفاده از کارت‌خوان در مطب ها را در دستور کار قرار می‌دهند کما اینکه در حال حاضر نیز تمامی آنها از این امر استقبال می کنند.»■

سرپرست گروه جراحان پلاستیک مناطق محروم خبر داد

درمان رایگان ۱۷ هزار بیمار گرفتار شکاف لب و کام

سرپرست گروه جراحان پلاستیک مناطق محروم گفت: «ویزیت و درمان رایگان ۱۷ هزار بیمار گرفتار شکاف لب، کام و ناهنجاری همراه تولد در مناطق محروم طی ۱۰ سال گذشته به همت پزشکان داوطلب انجام شده است.»

به گزارش سپید، عبدالجلیل کلانترهرمزی رئیس هیأت مدیره موسسه ملی مرهم و سرپرست گروه جراحان پلاستیک مناطق محروم در ارتباط با برگزاری مراسم تجلیل از برگزیدگان مسئولیت‌های اجتماعی اظهار داشت: «این مراسم ۲۵ آذرماه سال جاری در سالن همایش دانشگاه علوم پزشکی تهران برگزار می‌شود.» وی افزود: «هر ساله مؤسسه ملی مرهم با همکاری نهادهایی همچون دانشگاه علوم پزشکی تهران از افرادی که در حوزه‌های مختلفی همچون پزشکی، مهندسی، اجتماعی، کشاورزی، شهری و ... کار خیر برجسته انجام داده و بدون هیچ چشم‌داشتی اقدام موثر اجتماعی انجام داده باشند تجلیل می کند.» کلانترهرمزی خاطرنشان کرد: «در مراسم امسال از ٤ نفر در گروه مرهم، ٤ نفر در دانشگاه علوم پزشکی تهران و ٤ نفر از خیرین حوزه سلامت و چندین نفر دیگر به علت فعالیت‌های اجتماعی و انسان‌دوستانه تجلیل می‌شود.» رئیس هیأت مدیره موسسه ملی مرهم و سرپرست گروه جراحان پلاستیک مناطق محروم در ارتباط با فعالیت موسسه ملی مرهم گفت: «این مؤسسه یک مجموعه مردم‌نهاد بوده که ۵۰۰ نفر عضو غیررسمی، ۷ نفر هیأت مدیره و بیش از ٤٠ نفر هیأت امنا دارد که طی ۲۳ سفر به مناطق محروم از سال ۸۷ تا امسال پزشکان خیر بیش از ۱۷ هزار شکاف لب، کام و ناهنجاری همراه تولد، ویزیت و درمان رایگان انجام داده‌اند.» وی گفت: «یک هزار و ۷۰۰ تا یک هزار و ۸۰۰ مورد از این آمارها مربوط در مناطق محروم انجام شده و بقیه موارد نیز افراد به سایر نقاط کشور اعزام و برای آنها درمان رایگان صورت گرفته است که می توان گفت بیش از چهارهزار و پانصد نفر طی ۱۰ سال گذشته رایگان ویزیت و عمل شده‌اند.»■

انتقادات تند وزیر بهداشت از دخالت‌های مدیریتی دولت و مجلس در امور دانشگاه‌ها:

باور به علم و پژوهش، کمتر نزد سیاستمداران وجود دارد

خجالت‌آور است که ۰/۳ درصد از بودجه کشور را به پژوهش اختصاص می‌دهیم

وزیر بهداشت ضمن انتقاد از برخی دخالت‌های مدیریتی از سوی دولت و مجلس در امور دانشگاه‌ها و نقش سهمیه‌ها در پذیرش دانشجویان، گفت: «این دخالت‌ها به علم، آموزش و پژوهش و در حوزه فعالیت ما به سلامت مردم آسیب می‌زند و در یکی از مهمترین دانشگاه‌های علوم پزشکی، در رشته پزشکی در کنار رتبه‌های اول و دوم و برتر، رتبه ۸٤ هزار نشسته و در رشته داروسازی در کنار رتبه اول و برتر کنکور، رتبه ۱۰٤ هزار پذیرفته شده است، این تصمیم را قانونگذار می گیرد که دود آن به چشم علم، عالم، پژوهش، سلامت مردم، تحقیق و پیشرفت کشور می‌رود.»

به گزارش سپید به نقل از وبدا، سید حسن هاشمی در نوزدهمین جشنواره تجلیل از پژوهشگران و فناوران برگزیده کشور که با حضور معاون اول رییس‌جمهور در سالن اجلاس سران برگزار شد، اظهار داشت: «اجازه دهید که از این پس، رتبه‌ها و قبولی هر دانشگاه را در سایت، اعلام عمومی کنیم مگر نه اینکه شفافیت خوب است و اینجا هم که حوزه امنیتی نیست؛ بعد متوجه می‌شویم که تصمیم‌سازی‌ها و سیاستگذاری‌ها چه بلایی بر سر علم، پیشرفت و دانشگاه‌ها می‌آورد.»

وزیر بهداشت تصریح کرد: «هر کجا نگاه کنید یک دانشگاه یا دانشکده ایجاد شده است من و وزیر علوم از این نظر تحت فشار هستیم چون هر شهری که می‌رویم از ما دانشکده می‌خواهند این مساله برای وزرای قبلی هم وجود داشته است فکر می‌کنیم که با گسترش کمّی دانشکده‌ها، هنر کرده‌ایم اما کنار خانه جوان کشاورز یا دامداری که مولد بوده، دانشگاه یا دانشکده‌ای تاسیس شده و این جوان فکر می‌کند که کار خود را رها کند و در دانشگاه یا دانشکده درس بخواند و بعد هم که شغل مناسب تحصیلات خود را پیدا نمی‌کند اقدام به مهاجرت می‌کند. در حال حاضر ۷۵ درصد شهرنشین و حاشیه شهرنشین در کشور داریم.»

تا توانسته‌ایم بی‌سوادی مدرن را تبلیغ و تشویق کرده‌ایم

هاشمی تاکید کرد: «تا توانسته‌ایم بی‌سوادی مدرن را تبلیغ و تشویق کرده‌ایم و بدون حساب و کتاب مدرک علمی و تحصیلی می‌دهیم و این روند با فشارهای بیرونی، ادامه‌دار است چون این فشارها خواست دانشگاه‌ها و وزرای علوم و بهداشت نیست اما مسیری را می‌رویم که دود آن به چشم خودمان خواهد رفت.» وزیر بهداشت با بیان اینکه در امور دانشگاه‌ها نباید دخالت شود، افزود: «اجازه دهند دانشگاه کار خودش را انجام دهد که به نفع و صلاح کشور و مردم است اما بخشی از مشکلات موجود نیز به ما دانشگاهیان مربوط می‌شود چون بخش عمده‌ای از تحقیقات ما مشکلات مردم را حل نمی‌کند و متاسفانه به دنبال این هستیم که H index خودمان را افزایش دهیم و یا نفرات برتر کشور، منطقه و بین‌المللی باشیم که این امر هم از مسیر نمایه‌های بین المللی مانند ISI حاصل می‌شود و طبیعی است که تولیدات علمی ما از نگاه مردم بیشتر برای نمایه‌های علمی بین‌المللی کارایی دارد تا برای مردم و پیشرفت کشور.»

هاشمی خاطرنشان کرد: «امروز دانشگاهای نسل چهارم برای کشور کاربردی است چون دانشگاه باید به درد و مشکلات مردم در حوزه‌های مختلف فکر کند و البته که سیاستگذار، سیاستمدار و مسئولان کشور باید فرصت را برای دانشمندان ایجاد کند. شایسته‌گزینی در مدیریت کشور باید شاه بیت انتخاب افراد باشد.» وزیر بهداشت گفت: «در تحقیقات و پژوهش‌های ما، چقدر حل مشکلات مردم و کشور در حوزه اقتصاد و معیشت مورد توجه قرار می گیرد؟ مردم آثار تحقیقات علمی کشور را نمی‌بینند و عنوان می کنند که اگر ما ادعا می کنیم که در تولید علم، رتبه اول منطقه را داریم اثرات این موفقیت چه زمانی می‌خواهد بروز و ظهور پیدا کند؟ باید اعتراف کنیم که در کنار محدودیت‌هایی که برای دانشمندان و پژوهشگران وجود دارد، متاسفانه تحقیقات ما هم راستا با مشکلات روزمره مردم نیست.»

هاشمی افزود: «مشکلات جاری کشور مانند مشکلات اقتصادی، کم آبی و محیط زیست دردهای امروز جامعه است که باید برای حل آن فکر و تحقیق کرد. هر قدر بتوانیم بیشتر با مردم معاشرت داشته باشیم بهتر می‌توانیم به مشکلات آنها بپردازیم اما گاهی برخی افراد را برای خدمت به شهرها و روستاها اعزام می‌کنیم که بعد از ۳۰ سال درس خواندن، اولین بار است که سوار اتوبوس می‌شود و با فضای روستا و مناطق محروم بیگانه است و این فرد و برخی دانشگاهیان، با متن جامعه فاصله دارند.» وزیر بهداشت اظهار داشت: «اگر بخواهیم مشکلات مردم را حل کنیم، حتما این فرصت را داشته باشیم که مراکز تحقیقاتی را به مراکز بدون مرز تبدیل کنیم و درون جامعه برویم و بجای اینکه برای خودمان و دیده شدن در سطح بین‌المللی کار کنیم برای مردم کار کنیم. تربیت انسان‌های بزرگ، توانا و مسئولیت‌پذیر می‌تواند سرنوشت ایرانی سرافراز را رقم بزند امیدواریم که سیاستگذاران و دانشگاه‌های کشور، مسیر موجود را تغییر دهند و به نحوی عمل کنیم که برونداد و خروجی دانشگاه‌ها که سرشار از استعدادهای درخشان و بی‌نظیر است به سمتی رهنمون شود که مشکلات کشور کاهش یابد.»

رشد شتابان علم و فناوری در سال‌های اخیر

سیدحسن هاشمی با اشاره به رشد شتابان علم و فناوری در سال‌های اخیر در کشور، یادآور شد: «یکی از نقاط افتخارآمیز کشور، رشد شتابان علم و فناوری در سال‌های گذشته است و باعث شادی و مسرت برای ایرانیان می‌شود چراکه تولیدات علمی کشور در سال ۲۰۰۱ بسیار ناچیز بود و فکر می‌کردیم که اگر جایگاه دوم مصر در تولید علم منطقه را کسب کنیم به موفقیت بزرگی رسیده‌ایم اما در سال ۲۰۱۱ توانستیم موقعیت ممتازی در منطقه کسب کنیم.» وی اضافه کرد: «از سال ۲۰۱۱ در تولید علم در کشور با افت روبرو بودیم اما در سال ۲۰۱٤ با اقداماتی که در دولت تدبیر و امید انجام شد، شرایط ممتازی در حوزه تولید علم به دست آوردیم و وضعیت کیفی مقالات بسیار بهبود یافت.»

هاشمی گفت: «در برنامه توسعه چشم انداز ۱٤۰٤ این بخش از خدمات دانشگاهیان بی‌سابقه است که ده سال زودتر از برنامه توانستیم به رتبه اول تولید علم در منطقه برسیم البته دوست داشتیم که در حوزه فناوری نیز چنین موقعیتی می‌داشتیم اما هنوز راه طولانی در پیش داریم در روزهایی که خبرهای منفی در جامعه زیاد است، بازگو کردن این اخبار برای مردم در هیاهوی سیاست‌زده مناسب‌تر است و امیدواریم که انعکاس اخبار و اطلاع‌رسانی به نحوی باشد که بار روانی اخبار منفی کاهش پیدا کند و ذکر این موفقیت‌ها موجب مسرت مردم شود.» وزیر بهداشت با بیان اینکه سهم وزارت بهداشت از شاخص‌های ورودی مانند بودجه، نیروی انسانی، تعداد مراکز آموزشی و اعضای هیات علمی، کمتر از یک چهارم است، افزود: «در تولید علم و شاخص‌های علم و فناوری سهم وزارت بهداشت بسیار بالا است و در ابتدای دولت یازدهم فقط ۸ دانشمند یک درصد برتر با استناد بالا در وزارت بهداشت داشتیم که تا پایان سال ۲۰۱٦ به ۵۵ نفر افزایش یافت و در حوزه فناوری نیز بخش پزشکی کارنامه درخشانی دارد.»

موفقیت‌های شرکت‌های دانش‌بنیان حوزه سلامت

هاشمی تعداد شرکت‌های دانش بنیان حوزه سلامت را ۱۱۵۰ شرکت عنوان کرد و گفت: «۵۲ شرکت دانش‌بنیان حوزه سلامت، محصولات خود را صادر می کنند و در حوزه ورود تحقیقات به عرصه زندگی مردم و اقتصاد کشور، بسیار موفق بوده‌اند.» وزیر بهداشت در بخش دیگری از سخنان خود اظهار داشت: «حدود ۱۰۰۰ سال پیش فردوسی گفت «توانا بود هر که دانا بود، ز دانش دل پیر برنا بود»؛ مصرع دوم این شعر را همه قبول دارند و افرادی که در حوزه پژوهش و تحقیقات فعال هستند به خاطر آرامش خودشان، تعهد به کشور و بشریت در این حوزه فعالیت دارند اما مصرع اول این شعر به سیاستمداران مربوط می‌شود.» وی تصریح کرد: «در ۱۰۰۰ سال گذشته کمتر سیاستمداری در کشور بوده که در عمل به مصرع اول باور داشته است در گفته ها این باور را می‌بینیم طبیعی است که همه از علم، عالم و خردورزی حمایت می‌کنند اما در عمل باید به بودجه‌های علمی و پژوهشی کشور توجه کنیم؛ خجالت آور است که ۰,۳ درصد از بودجه کشور را به پژوهش اختصاص می‌دهیم و البته در تخصیص و تحویل بودجه نیز مشکلاتی داریم.»

وزیر بهداشت تاکید کرد: «باور به علم و پژوهش کمتر نزد سیاستمداران وجود دارد باید بپذیریم که اگر بناست انقلاب را صادر کنیم، این صادرات با مغز، قلم، اندیشه، علم و دانایی میسر است؛ ببینید که کشور چین انقلاب خود را از طریق علم و فناوری به همه جا صادر کرده و در همین سالن نگاه کنید که چه آثاری از چین وجود دارد. آیا جایی در دنیا هست که اثری از چین در آن وجود نداشته باشد؟» هاشمی یادآور شد: «امیدواریم همه در عمل به علم و عالم احترام بگذارند. باید دخالت مجلس و دولت‌ها در دانشگاه‌ها کم شود البته از نظر امنیتی می‌گویم که هر کاری لازم است با رعایت قانون اساسی و حقوق شهروندی انجام دهید اما دخالت‌های مدیریتی دولت و مجلس به علم، آموزش و پژوهش و سلامت مردم آسیب وارد می‌کند که باید تجدید نظر کنیم.»■

معاون توسعه مدیریت و منابع وزارت بهداشت در دوره توانمندسازی روسای بیمارستان‌های کشور:

مدیریت بیمارستان‌ها جای افراد آموزش‌ندیده نیست

معاون توسعه مدیریت و منابع وزارت بهداشت در دوره توانمندسازی روسای بیمارستان‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور، بر اهمیت توانمندسازی مدیران و استفاده از افراد آموزش دیده برای مدیریت صحیح منابع حوزه سلامت، تاکید کرد.

در این دوره که با همکاری سازمان جهانی بهداشت (WHO) و فدراسیون جهانی بیمارستان (IHF) در موسسه عالی توسعه و تربیت مدیران نظام سلامت ایران (HMDI) برگزار شد، معاون توسعه مدیریت و منابع وزارت بهداشت با تاکید بر اهمیت برگزاری دوره‌های توانمندسازی منابع انسانی حوزه سلامت و ارتباط صلاحیت حرفه‌ای مدیران با انتخاب و انتصاب افراد، گفت: «یکی از اهداف مهم برگزاری این دوره‌ها، تقویت توانمندی‌ها است تا مدیران بتوانند منابع را به درستی مدیریت کنند.» سیدعلی صدرالسادات با بیان اینکه بیمارستان مجموعه بزرگی است که برای اداره بهتر و بهره‌وری بیشتر آن، به دانش غنی‌تری نیاز است، مهمترین وظیفه موسسه عالی توسعه و تربیت مدیران نظام سلامت ایران را تربیت مدیران توانمند برای نظام سلامت عنوان کرد و گفت: «در این موسسه از امکانات خارج از وزارت بهداشت نیز در حوزه‌های نیروی انسانی، انتخاب استادان و تامین منابع مالی استفاده می‌شود و خوشبختانه موسسه توانسته در مدت زمان کوتاهی که از آغاز به کار آن می‌گذرد، جایگاه خود را بیابد.»

صدرالسادات با ابراز امیدواری از برگزاری موفق این دوره و استفاده از برکات آن در تربیت مدیران بیمارستانی، به طرح در دست انجام بیمارستان‌های مستقل که با ابلاغ آن، نوع اختیارات بیمارستان‌ها تغییر کرده است، اشاره کرد و افزود: «ما به ادامه مشارکت بیمارستان‌ها و اجرای درست دستورالعمل این طرح امیدواریم که برای تحقق آن، مدیران بیمارستان‌ها باید توانمندی بیشتری کسب کنند.»

وی با ابراز خوشحالی از برگزاری دوره‌های توانمندسازی مدیران با همکاری سازمان جهانی بهداشت و فدراسیون جهانی بیمارستان و ابراز امیدواری از ادامه این همکاری‌ها، تاکید کرد: «تنها برگزاری دوره و توانمند کردن افراد کافی نیست، بلکه در آینده نباید اجازه داد افراد آموزش‌ندیده در این دوره‌ها، در سطح مدیریتی بیمارستان‌ها مشغول به کار باشند.»

معاون توسعه مدیریت و منابع وزارت بهداشت همچنین با تاکید بر نگاه مثبت وزارت بهداشت به ارائه ایده‌های نو و لزوم همکاری سازمان‌های خارج از موسسه، مانند سازمان بیمه و سازمان برنامه و بودجه در حوزه توانمندسازی مدیران حوزه سلامت، افزود: «اجرای این دوره‌ها برای روسای بیمارستان‌ها، همکاری و حمایت روسای دانشگاه‌های مناطق ده‌گانه وزارت بهداشت در سراسر کشور را می‌طلبد و امیدواریم مسائل مالی کشور محدودیت و وقفه‌ای برای موسسه ایجاد نکند تا بتوانیم با ارائه آموزش‌های مختلف، مدیران چند بعدی برای نظام سلامت تربیت کنیم.» در ادامه، کریستوف هملمان (Dr. Christoph Hammelman)، نماینده سازمان جهانی بهداشت، نکاتی را درخصوص اهمیت برگزاری دوره‌های توانمندسازی و نقش موسسه در ارتقای توانمندی منابع انسانی بیان کرد.

گفتنی است، در دوره توانمندسازی روسای بیمارستان‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور با عنوان "TOT of Healthcare leadership for Hospital CEOs" که از ۱۷ تا ۲۳ آذرماه ۱۳۹۷ برگزار شد، اریک رودنبک (Dr.EricDeRoodenbeke)، رییس فدراسیون جهانی بیمارستان به‌عنوان تسهیل‌گر بین‌المللی مشارکت داشته و ۳۰ نفر از روسای بیمارستان‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران، تهران، مشهد، اهواز، مازندران و کرمان و برخی از اساتید و اعضای هیات علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی حضور داشتند.■

معاون کل وزارت بهداشت در مراسم رونمایی از سایت مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت

بیمه سلامت به وظایف اصلی خود عمل کند

علی‌اکبر ابراهیمی

معاون کل وزارت بهداشت خطاب به سازمان بیمه سلامت گفت: «امروز آن چیزی که باید سازمان بیمه سلامت انجام دهد این است که به وظایف اصلی خود عمل کند.»

به گزارش خبرنگار سپید، آیین رونمایی از آثار علمی و سایت مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت با حضور ایرج حریرچی، معاون کل وزارت بهداشت، رضا ملک‌زاده، معاون تحقیقات و فناوری، مریم حضرتی، معاون پرستاری، غلامرضا اصغری، رئیس سازمان غذا و دارو و طاهر موهبتی، رئیس سازمان بیمه سلامت و مدیران استانی این سازمان برگزار شد.

باید نظامی برای خدمات سلامت تدوین شود

رضا ملک‌زاده، معاون تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت در این مراسم گفت: «تحقیقاتی از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۶ در ۱۹۶ کشور جهان انجام شده تا ببینند چطور می‌توان خدمات سلامت را به شکل عادلانه در دسترس همه مردم قرار داد. بر اساس این تحقیقات یکی از موارد مهم این بوده که چگونه می‌توان در گام اول میزان پوشش سلامت در کشورها را به‌درستی اندازه‌گیری کرد و میزان مصرف ابزارهای تشخیصی و درمانی را به دست آورد. همچنین یکی دیگر از اهداف به دست آوردن سرانه مصرف هر نفر در نظام سلامت و هزینه‌ها بوده است.»

وی افزود: «امروزه در آمریکا به ازای هر نفر که به کلینیک سرپایی می‌رود ۵۰۰ دلار هزینه می‌شود و حال اگر یک بستری شود ۲۲ هزار دلار هزینه برای نظام سلامت این کشور خواهد داشت و این بالاترین رقم پرداختی برای سلامت در جهان است. حال آنکه آمریکا در رده‌بندی‌های شاخص‌های سلامت در جهان گاهی کشور بیستم تا سی‌ام است؛ بنابراین می‌توان گفت که آنچه کیفیت را تعیین می‌کند همیشه پول نیست و نظام بیمه‌ای و مدیریت و استفاده درست از امکانات اهمیت دارد.» ملک‌زاده با بیان اینکه امروز ۵۰ میلیون آمریکایی بیمه نیستند، گفت: «البته دسترسی مردم به خدمات سلامت در دنیا بهتر شده و کشورهایی مثل چین و اندونزی و تایلند و ترکیه در فراهم کردن زیرساخت‌های سلامت نسبت به سایر کشورها بهتر بوده‌اند. ولی برخی کشورهای آفریقایی به علت افزایش جمعیت و مشکلات دیگر در این زمینه وضعیت بدتری پیدا کرده‌اند. ازاین‌رو برای به نتیجه رسیدن تحقیقات و فایده داشتن آنها برای ما باید در کنار تأمین بودجه و امکانات، نظامی را تدوین کنیم که از خدمات سلامت به‌درستی مراقبت کند.»

معاون تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت اظهار داشت: «در طرح تحول سلامت، دسترسی مردم به خدمات سلامت افزایش یافت، اما در این زمینه نیازمند سیستمی هستیم که این دسترسی را مدیریت کند. یکی از اهداف سازمان جهانی بهداشت این است که تا سال ۲۰۳۰ بتوانیم پوشش خدمات را بهتر کنیم.» وی اضافه کرد: «در بهبود کیفیت خدمات فقط ارائه خدمت به بیمار معیار نیست و باید به کیفیت خدمات نیز توجه کرد که این امر هم با مدیریت نظام خدمات‌رسانی سلامت به‌وسیله تعامل با پزشکان و انجمن‌های پزشکی مقدور است.»

ملک‌زاده گفت: «در آمریکا چیزی حدود یک میلیون نفر در سال دچار سکته مغزی و قلبی می‌شوند و این موضوع هزینه زیادی را به این کشور تحمیل می‌کند. سازمان بیمه آمریکا بودجه‌ای در نظر گرفت تا در این زمینه پیشگیری شود و توانستند ۵۰۰ هزار از این مورد را کم کنند. این نشان می‌دهد که سرمایه‌گذاری یا مشارکت در پیشگیری، منجر به صرفه‌جویی بزرگی در حوزه سلامت می‌شود.»

معاون وزیر بهداشت با بیان اینکه ایرانیان ۲ برابر مردم دنیا از نمک استفاده می‌کنند، افزود: «این امر یکی از مهم‌ترین دلایل افزایش فشارخون و معلولیت‌ها و بیماری‌های قلبی و عروقی است. درباره فعالیت‌های بدنی نیز مردم ایران به همین شکل هستند و فعالیت فیزیکی چندانی ندارند.»

افزایش پوشش بیمه‌ای پیگیری شود

ایرج حریرچی، سخنگو و معاون کل وزارت بهداشت هم در این آیین با بیان اینکه سازمان بیمه سلامت و سایر سازمان‌های بیمه‌گر زیرمجموعه‌ای از نظام سلامت هستند، گفت: «به نظر علمای حوزه سلامت نظام‌های سلامت چهار هدف را دنبال می‌کنند که عبارت‌اند از افزایش سلامت مردم، محافظت مالی از مردم در مقابل بیماری‌ها، پاسخگویی به نیازهای غیر سلامت مردم و کیفیت خدمات و کارایی.» وی افزود: «هر کاری که سازمان بیمه سلامت می‌کند و هر پژوهشی که انجام می‌شود باید در راستای این اهداف باشد تا بتواند به آنها دست پیدا کند. البته ما در اطلاعات پایه نظام سلامت مشکلات زیادی داشتیم که امروز در حال برطرف شدن است. همچنین برای سیاست‌گذاری در حوزه بهداشت و درمان اولین ابزار دانستن تعداد مراجعه و بستری است که ما تا همین چند سال پیش اطلاع دقیق از این موضوع نداشتیم.»

حریرچی با انتقاد از آمار غیر ارائه دقیق در کشور گفت: «زمانی که ما وزارت بهداشت را تحویل گرفتیم حتی تعداد بیمارستان‌های کشور هم به‌صورت دقیق وجود نداشت. به‌گونه‌ای که از ارقام ۸۵۰ تا ۱۰۲۰ عدد متغیر بود.»

سخنگوی وزارت بهداشت ادامه داد: «آنچه در بیمه سلامت باید مورد توجه قرار گیرد لزوم توجه جدی به محافظت مالی از مردم در مقابل بیماری‌ها و بالا بردن کارایی است. البته تابه‌حال پژوهشی منتشر نشده که نشان دهد که چرا مردم بیمه نشده‌اند و همین امر یکی از اهداف اجرای طرح تحول نظام سلامت بود؛ بنابراین انتظار از مرکز تحقیقات بیمه سلامت این است که مهم‌ترین دغدغه آن افزایش تعداد بیمه‌شدگان باید باشد.» حریرچی با بیان اینکه بدیهی‌ترین اصل بیمه بیان رابطه بین حق بیمه و بسته خدمات سلامت است، اظهار داشت: «زمانی که داروی جدید وارد حوزه سلامت می‌شود به ازای افزایش یک سال عمر متوسط در اروپا شش‌دهم تولید ناخالص داخلی برای آن هزینه می‌شود و حال آنکه این رقم در کشور ما بالای سه است که رقمی در حدود پنج برابر کشورهای اروپایی است.»

معاون کل وزارت بهداشت ادامه داد: «امروز آن چیزی که باید سازمان بیمه سلامت انجام دهد این است که به وظایف اصلی بیمه برگردد و یکی از وظایف اصلی بیمه بالا بردن پوشش بیمه‌شدگان است. از نظر وزارت بهداشت و قوانین توسعه‌ای بیمه سلامت متکفل گسترش بیمه به عموم مردم به‌ویژه فقرا است و اگر کسی بیمه نشده باید بیمه سلامت درباره آن پاسخگو باشد.»

حریرچی افزود: «امروز بیمه سلامت مادر بیمه‌ها است و اگر کسی بیمه نشده باشد باید این سازمان پاسخگو باشد. همچنین بیمه سلامت باید در خصوص بالا بودن تعداد ویزیت‌ها و تحت پوشش نبودن برخی خدمات ضروری از یک‌سو و پوشش برخی خدمات غیرضروری از سوی دیگر پاسخگو باشد. لذا باید سیاست‌گذاری در سطح شورای عالی بیمه بخصوص در حوزه پوشش باشد؛ بنابراین انتظار از بیمه سلامت این است که پژوهش را صرفاً برای پژوهش انجام ندهید بلکه پژوهش برای تغییر رفتار و اصلاح امور داشته باشید.»■

سخنگوی سازمان غذا و دارو:

تولید پفک از خوراک دام در دست بررسی است

سخنگوی سازمان غذا و دارو در خصوص خبری مبنی بر تولید پفک در ۲ کارخانه با استفاده از خوراک دام گفت: «در حال بررسی هستیم تا اطلاعات لازم را در این‌باره به دست بیاوریم.»

به گزارش سپید به نقل از ایلنا، کیانوش جهانپور درباره خبری مبنی بر تولید پفک در ۲ کارخانه با خوراک دام گفت: «اخیراً

به نقل از جهاد کشاورزی چنین خبری اعلام شده است و ادعا می‌شود؛ ذرت‌های تراریخته که برای خوراک دام به کشور وارد شده بود، توسط دو کارخانه برای تولید پفک استفاده شده است.»

وی ادامه داد: «کارشناسان نیز در حال بررسی هستند تا صحت و سقم این موضوع را دریابند و اطلاعات لازم را به دست بیاورند و پس از پایان بررسی‌ها در این خصوص اطلاع‌رسانی خواهد شد.»

سخنگوی سازمان غذا و دارو با بیان اینکه سازمان غذا و دارو و سازمان استاندارد به طور مداوم نظارت‌های خود را بر تولیدات این کارخانه‌ها انجام می‌دهند، تصریح کرد: «خیلی مواد ممکن است هم خوراک دام و هم خوراک انسان باشد، از همین رو باید بررسی کنیم که آیا آنچه مورد استفاده قرار گرفته فرآورده خاصی بوده که فقط برای خوراک دام در نظر گرفته می‌شده یا خیر.»■

یک دست‌اندرکار صنعت داروسازی عنوان کرد

مشکلات صادرات داروی ایرانی

یک دست‌اندرکار صنعت داروسازی کشور نسبت به مشکلات پیش روی صادرات داروهای تولید داخل، گلایه و انتقاد کرد.

به گزارش سپید به نقل از مهر، پیمان ترحمی با اشاره به مشکلاتی که در زمینه صادرات دارو ایجاد شده است، گفت: «متأسفانه تولیدکنندگان دارو در کشور، چه در شرایط تحریم و چه در شرایط غیر تحریم، دائماً گرفتار مشکلات و چالش‌های سردرگم و غیرمعمولی بوده‌اند که اغلب از خارج از سازمان و مجموعه خودشان به آنها تحمیل شده و این مسائل و معضلات، توان مجموعه‌ها را آنچنان به خود مشغول داشته که نتوانسته‌اند شرایط لازم برای جهش و تمرکز بر صادرات را فراهم کنند.»

این داروساز ادامه داد: «این موضوع تا جایی پیش رفته که حتی بازارهای کشورهایی همچون عراق و افغانستان که زمانی در اختیار تولیدکنندگان داروی ایرانی بود، به شکل کاملاً محسوس و جدی از دست داده‌ایم.»

ترحمی تصریح کرد: «فشار نقدینگی، رفتارهای چندگانه سازمان غذا و دارو و سایر سازمان‌های مرتبط با تجارت خارجی، تغییرات مدیریتی، بروکراسی مبهم و پر دست‌انداز، سبب شده که حمایت‌هایی هم که گاهی اوقات دولت از صنعت دارو داشته، بی‌اثر و ابتر شود، به‌طوری‌که صادرکنندگان دارو را خسته و فرسوده ساخته است.»

به گفته مدیرعامل شرکت داروسازی خوارزمی، تصدی‌گری‌های دولت باید کاهش یابد و امور به تشکل‌ها واگذار شود و علاوه بر این، بسیار مهم است که دولت برای صادرات دارو، اهمیت و اولویت قائل شود.

این دست‌اندرکار صنعت داروسازی کشور ادامه داد: «یکی از بزرگ‌ترین گرفتاری‌های فعلی این است که مدیران دولتی محتاط شده و حوصله تصمیم‌های سخت، پر ریسک، بزرگ و تنش‌آفرین را ندارند. این در حالی است که به‌هرحال مدیریت، خصوصاً در عرصه کالاهای استراتژیک، مجموعه‌ای از تصمیمات سرنوشت‌ساز و مسئولیت آور است.»

ترحمی با اشاره به دستورالعمل‌های ارزی، اضافه کرد: «صنایع داروسازی، بارها و بارها از گروه‌بندی‌های ارزی و جابه‌جا کردن سرفصل‌های ارزی، آسیب دیده‌اند و متأسفانه کسی نیست که در این روابط سرعت عمل به خرج دهد و مشکلات داروسازان را خصوصاً آنهایی که برنامه صادراتی دارند یا اینکه در مناقصه‌های خارجی متعهد شده‌اند را در اولویت قرار دهد.»

وی با اشاره به مشکلات فعلی داروسازان، اظهار داشت: «هزینه‌های بسته‌بندی دارو به‌شدت افزایش پیدا کرده است، ضمن اینکه خریدهای اعتباری حذف شده و بسیاری از هزینه‌ها باید به‌صورت نقدی انجام شود. این در حالی است که بخش بزرگی از نقدینگی شرکت‌های داروسازی نزد دولت و سازمان‌های بیمه‌گر بلوکه شده و بخش دیگری که در گردونه صادرات است نیز گرفتار باز و بسته بودن روزنه‌های نقل‌وانتقال پول و نوسانات نرخ ارز است.»

ترحمی در پایان تصریح کرد: «صنعت داروسازی برای مردم ایران، یک صنعت غرورآفرین است و قطعاً هرچه این صنعت تقویت شود و صادرات دارو توسعه پیدا کند، مردم احساس غرور ملی و امنیت ذهنی بیشتری داشته و به دولت و صنعت خود خواهند بالید.»■

اخبـــار

مدیرکل فرآورده‌های طبیعی و مکمل سازمان غذا و دارو تشریح کرد

شرط تولید تحت لیسانس مکمل‌های تغذیه‌ای در ایران

مدیرکل فرآورده‌های طبیعی، سنتی و مکمل سازمان غذا و دارو داشتن موافقت‌نامه شرکت مبدأ و صاحب‌امتیاز خارجی برای تولید تحت لیسانس مکمل‌های تغذیه‌ای را الزامی دانست.

به گزارش سپید به نقل از ایفدانا، مهناز خانوی با اشاره به ابلاغیه‌ای در خصوص مدارک ثبت تولید تحت لیسانس مکمل‌های تغذیه‌ای، گفت: «در این نامه از مدیران عامل شرکت‌های واردکننده مکمل‌های تغذیه‌ای خواسته شده برای درخواست تولید تحت لیسانس مکمل‌های تغذیه‌ای، ضمن رعایت مقررات و ضوابط مربوطه، موافقت‌نامه شرکت مبدأ و صاحب‌امتیاز خارجی در خصوص خط مرتبط کارخانه سازنده داخلی را ارائه دهند.»

خانوی تأکید کرد: «اگر این مدارک به سازمان غذا و دارو ارسال نشود، از سال آینده هیچ کدام از درخواست‌های افراد متقاضی، پذیرفته نشده و به شرکت مربوطه عودت داده خواهد شد.»■

تکذیب افزایش قیمت داروی بیماران ام‌اس

سخنگوی سازمان غذا و دارو با اشاره به اینکه بخش عمده داروهای بیماران ام‌اس تولید داخل است، گفت: «قیمت داروهای این بیماران افزایش نداشته است.»

به گزارش سپید، کیانوش جهانپور در پاسخ به برخی اخبار مبنی بر افزایش قیمت داروهای بیماران ام‌اس و عدم حمایت دولت و مسئولان از این بیماران، ضمن تکذیب موارد مطرح شده، گفت: «داروهای این بیماران بیشتر تولید داخل بوده و تحت پوشش بیمه‌های پایه هستند.»

بنابر اعلام روابط عمومی سازمان غذا و دارو، وی افزود: «داروهای برند خارجی و وارداتی درصد کمی از بازار دارویی را در اختیار دارند، لذا افزایش قیمت مطرح شده واقعیت ندارد.»■

رئیس انجمن تغذیه خبر داد

برگزاری سومین کنگره بین‌المللی تغذیه ایران

سومین کنگره بین‌المللی و پانزدهمین کنگره داخلی تغذیه ایران از ۲۸ تا ۳۰ آذرماه در مرکز همایش‌های بین‌المللی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی برگزار می‌شود.

به گزارش سپید، جلال‌الدین میرزای‌رزاز، رئیس انجمن تغذیه ایران با اشاره به اینکه سومین کنگره بین‌المللی و پانزدهمین کنگره داخلی تغذیه ایران مهم‌ترین رخداد علمی دوسالانه حوزه علوم تغذیه محسوب می‌شود، گفت: «کنگره امسال به همت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، انجمن تغذیه ایران و انجمن علمی تغذیه ایران برگزار می‌شود.»

وی ادامه داد: «کنگره امسال با عنوان «تغذیه پایدار برای زندگی شاد و فعال» در سطح بین‌المللی برگزار می‌شود که ضمن برگزاری این کنگره شاهد یک رخداد بزرگ علمی با رویکرد جدید به زندگی خواهیم بود؛ چراکه تأثیرپذیری زندگی به لحاظ چگونگی تغذیه شاید برای اولین بار در این سطح مطرح می‌شود.»

بنابر اعلام روابط عمومی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، میرزای‌رزاز هدف از برگزاری کنگره مذکور را معرفی آخرین دستاوردهای پزشکی و تبادل‌نظر میان استادان دانشگاه‌های داخلی و خارجی دانست و افزود: «این رویداد، فرصت مناسبی است تا متخصصان علم تغذیه در ایران با آخرین تحولات این حوزه و صنعت آشنا شوند و ارتباط خود را با پیشگامان علم تغذیه و سیاست‌گذاران این حوزه در کشور، مستحکم‌تر کنند.»

وی با اشاره به اینکه ترویج دیدگاه‌های جدید و فرهنگ‌سازی مردمی نیز یکی دیگر از اهداف این کنگره است، یادآور شد: «در نگاه اول ماهیت علمی و پژوهشی این کنگره دوسالانه مدنظر است که دستاوردهای جدید علمی در سطح جهانی مطرح و به چالش کشیده می‌شود تا به علم روز نزدیک‌تر شود. ولی در کنار این هدف توجه به زندگی شاد و فعال مردمی و بسترسازی تحول زندگی بر پایه تغییر افکار و به سمت لذت بردن از زندگی نیز هدف است. بدین طریق شاهد حصول تلاش‌هایمان در غالب کنگره‌ای که حاصل ماه‌ها تحقیق و پژوهش، برنامه‌ریزی، صرف وقت و انرژی است، خواهیم بود.»■

اخبار

تجهیز ۹۳ شعبه بانکی به سامانه خدمات نابینایان

رئیس دبیرخانه ستاد هماهنگی و پیگیری مناسب سازی کشور از تجهیز ۹۳ شعبه در ۲۱ استان کشور به سامانه خدمات بانکی نابینا خبر داد و گفت: «از این تعداد ۳۰ شعبه در شهر تهران واقع شده است.»

ابراهیم کاظمی مومن سرایی افزود: «به منظور پرهیز از تمرکز و تجمع ارائه خدمات حضوری به نابینایان صرفا در شهر تهران و برخی شهرهای بزرگ کشور، توزیع این امکان در مناطق فاقد شعب یا دارای حداقل شعب تجهیز شده در اولویت قرار گیرد.» وی ادامه داد: «بانک مرکزی از بانک‌ها و موسسات خواسته است چنانچه هر بخشنامه یا دستورالعمل صادره از بانک مرکزی که ارائه خدمات بانکداری الکترونیکی به نابینایان، معلولان و جانبازان را دچار اخلال می‌کند، به آن بانک معرفی شوند تا نسبت به رفع مشکل چاره‌اندیشی شود.»

بنا به این گزارش، تاکنون به منظور ارائه خدمات بانکی و بانکداری الکترونیکی به جامعه معلولان، اقدامات متعددی از سوی بانک‌ها، موسسات و شرکت‌های ارائه‌دهنده خدمات پرداختی صورت پذیرفته است از آن جمله که امکانات مورد نیاز برای سهولت تردد جانبازان، معلولان و نابینایان در ساختمان‌های تازه ساز بر اساس دستورالعمل‌های مربوط به رفع نقایص موجود در شعب و واحدهای قدیمی پیش بینی شده است.»

همچنین تابلو مشتریان خاص (جانبازان، معلولان و حتی افرادمسن) روی یکی از باجه‌های پاسخگویی به مشتریان برای خدمات‌رسانی در کوتاهترین زمان ممکن، نصب شده است.

تجهیز بیش از ۹۰ شعبه در ۲۱ استان کشور به سامانه خدمات بانکی روشندلان، نصب سطوح ویژه حرکت روشندلان، تجهیز دستگاه‌های خودپرداز به سیستم گویا، تجهیز دستگاه‌های خودپرداز به صفحه کلید برجسته و تجهیز وب سایت بانک‌ها/ موسسات و همچنین اینترنت بانک به نرم افزار متن‌خوان از دیگر اقدامات در راستای ارائه خدمات بانکی به جامعه معلولان به شمار می‌رود.

بر اساس این گزارش، خدمات بانکداری الکترونیکی مانند سایت بانک‌ها، اینترنت بانک، تلفن بانک و همراه بانک و همچنین از طریق اپلیکیشن‌های موبایل به جامعه معلولان ارائه می‌شود.■

تدوین راهنمای ملی آسم بر اساس استاندارهای بین‌المللی

رییس اداره بیماری‌های مزمن تنفسی وزارت بهداشت مهدی نجمی درباره اقدامات وزارت بهداشت در زمینه کنترل آسم گفت: «به منظور استانداردسازی تشخیص، درمان و مراقبت بیماری آسم، اداره بیماری‌های مزمن تنفسی وزارت بهداشت با همکاری صاحب‌نظران و اساتید این حوزه، راهنمای ملی آسم را بر اساس استاندارهای بین‌المللی و با توجه به شرایط کشور برای پزشکان تدوین کرد. این راهنما در سایت‌های مختلف موجود و امکان بهره‌گیری از آن برای کلیه پزشکان فراهم است.» وی افزود: «همچنین برنامه‌ای برای تشخیص، درمان و مراقبت آسم در سطح شبکه مراقبت‌های بهداشتی اولیه (PHC) طراحی شده است که در این برنامه بیماران مبتلا به آسم توسط بهورز یا مراقب سلامت و پزشکان سیستم بهداشتی شناسایی شده و خدمات تشخیص، درمان و مراقبت بیماری به صورت سطح‌بندی شده به این افراد ارائه می‌شود و بیماران تحت پیگیری و مراقبت مطلوب قرار می‌گیرند. همچنین در موارد لزوم، بیمار به سطوح تخصصی ارجاع شده و پس از دریافت خدمات مورد نظر به سطوح اولیه باز می‌گردد.»

نجمی با بیان اینکه از جمله نکات مهم در کنترل بیماری آسم، آموزش بیماران مبتلا به آسم و پیگیری و مراقبت صحیح بیماری است، گفت: «بسیاری از بیماران آسمی که به پزشک مراجعه کرده و دارو دریافت می‌کنند، پس از بهبود نسبی علائم، خودسرانه دارو را کم و زیاد و یا قطع می‌کنند. همچنین ممکن است بیمار روش صحیح استفاده از داروهای استنشاقی و وسایل کمک استنشاقی را نداند و یا در معرض تماس با عوامل خطر بیماری باشد. موارد ذکر شده از علل مهم عدم کنترل مناسب بیماری آسم است.» وی ادامه داد: «بر همین اساس در برنامه تشخیص، درمان و مراقبت آسم در سطح شبکه مراقبت‌های بهداشتی اولیه به این موضوع توجه ویژه‌ای شده و آموزش‌های لازم در زمینه پیشگیری و کنترل آسم و پرهیز از عوامل خطر بیماری و همچنین نحوه استفاده صحیح از داروها و وسایل کمک درمانی توسط بهورز (مراقب سلامت) و پزشک به بیمار و خانواده وی داده شده و بیماران با فواصل زمانی مشخص توسط تیم سلامت پیگیری و مراقبت می‌شوند.» به گفته نجمی، این برنامه در حال حاضر در چند دانشگاه علوم پزشکی کشور به صورت آزمایشی در حال اجراست و بعد از مشخص شدن نتایج اجرای طرح در این دانشگاه‌ها، در کل کشور اجرا خواهد شد.

رییس اداره بیماری‌های مزمن تنفسی وزارت بهداشت در زمینه کنترل عوامل خطر بروز و تشدید بیماری آسم گفت: «در زمینه عوامل خطر نظیر آلودگی هوا، مصرف دخانیات و ... باید توجه داشت که کنترل این عوامل خطر عمدتا از حوزه اختیارات وزارت بهداشت خارج است و نیازمند همکاری و مشارکت دیگر نهادها و سازمان‌ها نظیر شهرداری، وزارت صنعت و سازمان محیط زیست است. در همین راستا وزارت بهداشت سند پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و عوامل خطر مرتبط شامل چهار بیماری قلبی عروقی، سرطان‌ها، بیماری‌های مزمن تنفسی و دیابت را تهیه کرده که این سند به امضای رییس جمهور و وزرای کابینه رسیده است.»■

معاون اجتماعی وزارت بهداشت در نشست خبری پیشگیری از سوختگی:

هر سال ۱۸۰ هزار ایرانی می‌سوزند

معاون اجتماعی وزارت بهداشت گفت: «سالانه در اثر سوختگی ۲۸ هزار نفر در بیمارستان ها بستری می‌شوند و ۲ هزار نفر نیز جان خود را از دست می‌دهند.»

به گزارش سپید، سید محمدهادی ایازی در نشست خبری پیشگیری از سوختگی که در بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی حضرت فاطمه (س) برگزار شد، عنوان کرد: «مدیران نظام سلامت معتقدند ۲۵ درصد از موضوعات سلامت در اختیار این حوزه بوده و ۷۵ درصد از موضوعات سلامت محور در اختیار مردم و سایر ارگان‌ها و دستگاه‌ها است. به همین دلیل با در پیش گرفتن رویکرد اجتماعی شدن سلامت درصدد هستیم تا از این ظرفیت ۷۵ درصدی که مغفول مانده، برای اقدامات پیشگیرانه در حوزه سلامت نهایت استفاده را ببریم.»

وی افزود: «یکی از حوزه‌های حائز اهمیت در سلامت، سوختگی است. سوختگی از ابتدا بیماری نیست، اما به واسطه رخداد حوادث و اتفاقات معطوف به شخص، منجر به بیماری‌های سخت و دردناکی می‌شود؛ به طوری که سالانه در کشور ۱۸۰ هزار نفر دچار سوختگی می‌شوند و هر درصد سوختگی به طور متوسط ۵ میلیون تومان برای نظام سلامت هزینه دربردارد.»

ایازی ادامه داد: «بسیاری از افرادی که دچار سوختگی می‌شوند، بعد از مدتی به دلیل هزینه‌های بسیار بالا در درمان سوختگی، دچار فقر می‌شوند. لذا چنانچه بتوان اقدامات پیشگیرانه انجام داد، به نفع نظام سلامت خواهد بود.»

معاون اجتماعی وزارت بهداشت با بیان اینکه سالانه در اثر سوختگی ۲۸ هزار نفر در بیمارستان‌ها بستری می‌شوند و ۲ هزار نفر جان خود را از دست می‌دهند، تصریح کرد: «حوزه اجتماعی وزارت بهداشت تلاش می‌کند تا اقدامات پیشگیرانه‌ای انجام دهد تا حادثه‌ای رخ ندهد. طی دو سه سال اخیر حوادث آتش‌سوزی مختلفی از جمله حادثه پلاسکو، پتروشیمی و منابع سوختی رخ داده است که از بروز بسیاری از آنها می‌شد جلوگیری کرد. بنابراین با اقدامات پیشگیرانه می‌توان از رخداد حوادث و هزینه‌های هنگفتی که این خسارات به بار می‌آورد، پیشگیری کرد.»

وی با بیان اینکه دو گروه سنی کودکان و سالمندان بیشتر در معرض آسیب سوختگی قرار دارند، ادامه داد: «کودکان به واسطه تحرک بیش از اندازه‌ای که دارند و عدم رعایت اقدامات ایمنی توسط والدین، در معرض خطر حوادث سوختگی قرار دارند. سالمندان نیز گروه دیگری هستند که به واسطه کم تحرکی نمی‌توانند در برابر حوادث از خودشان مقاومت نشان دهند. لذا بر همین اساس و برای پیشگیری از سوختگی در این گروه‌های سنی باید سازوکاری را فراهم کنیم که کمترین اتفاق رخ دهد.»

ایازی بیان کرد: «نکته مهم دیگری که در پیشگیری از سوختگی اهمیت دارد، فرهنگ‌سازی است. دستگاه‌هایی که متولی مباحث فرهنگی هستند مانند شورای فرهنگ عمومی، وزارتخانه‌های ارشاد و آموزش و پرورش، صدا و سیما و رسانه‌ها به اعتقاد ما می‌توانند در فرهنگ‌سازی نقش بسیاری را ایفا کنند و اگر این دستگاه‌های فرهنگی وظایف خود را به خوبی انجام دهند، شاهد کاهش حوادث ناشی از سوختگی خواهیم بود. رسانه‌ها نیز نقش بی‌بدیلی در این موضوع خواهند داشت.»

وی درخصوص کمیته ملی پیشگیری از سوختگی عنوان کرد: «این کمیته زیرمجموعه دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی است که وظیفه دارد نقش هر دستگاه را در زمینه پیشگیری از سوختگی به آنها اعلام کند و هر دستگاه مکلف است در چارچوب تعیین شده، اقدامات خود را انجام دهد و گزارش عملکرد خود را به شورای عالی سلامت و امنیت غذایی ارائه دهند. در همین راستا آموزش و پرورش، شهرداری و آتش نشانی اقدامات خوبی را انجام داده‌اند.»

ایازی با اشاره به آمار بالای سوختگی ناشی از وسایل الکتریکی در کشور، خاطرنشان کرد: «سوختگی فقط به واسطه حریق رخ نمی‌دهد، بلکه سوختگی الکتریکی نیز یکی از مشکلات جدی در کشور ما است. بسیاری از قطع عضوها به واسطه همین موضوع رخ می‌دهد. طبق آمار، سالانه حدود ۱۳۰۰ نفر به واسطه برق گرفتی دچار قطع عضو می‌شوند. متاسفانه جامعه کارگری عمدتا در معرض این نوع آسیب هستند. لذا رسالت ارگان‌های ذی‌ربط مانند وزارت نیرو و وزارت کار در پیشگیری از این نوع حوادث بسیار حائز اهمیت است.»

معاون اجتماعی وزارت بهداشت درخصوص روز ملی پیشگیری از سوختگی گفت: «پیشنهادی در کمیته ملی پیشگیری از سوختگی مطرح شد مبنی بر اینکه روز اول دی ماه به عنوان روز ملی پیشگیری از سوختگی نامگذاری شود. این پیشنهاد برای شورای فرهنگ عمومی نیز ارسال شده است و در سال گذشته دانشگاه‌ها به عنوان مقدمه برای این روز فعالیت‌هایی را انجام دادند. ما نیز امیدواریم شورای فرهنگی عمومی و در نهایت شورای انقلاب فرهنگی این موضوع را به تصویب برساند؛ چراکه سوختگی یک موضوع فرهنگی است و اصلاح رفتار و سبک زندگی در پیشگیری از آن نقش به سزایی دارد و اگر برای پیشگیری از سوختگی، یک روز، نامگذاری شود، در پیشگیری از این حادثه نقش به سزایی دارد؛ چرا که اطلاع‌رسانی‌ها و فرهنگ‌سازی به آن کمک می‌کند.»

وی گفت: «شورای فرهنگ عمومی، سند ارتقای فرهنگ سلامت را امسال به تصویب رساند که بر مبنای آن در حوزه پیشگیری از سوختگی نیز سازمان‌ها وظایف مهمی دارند. آموزش و پرورش یکی از نهادهایی است که نقش مهمی را در این زمینه ایفا می‌کند.»

معاون اجتماعی وزارت بهداشت افزود: «امسال کتاب "بهداشت عمومی" برای کلاس دوازدهم به چاپ رسید که یکی از متون موظفی دانش آموزان است و برای آنها تدریس می‌شود. دیگر راهکار مناسب گوشزد خطرات و عوامل ایجاد حوادث به دانش آموزان است. همچنین نقش دانش‌آموزان به عنوان سفیر سلامت در خانواده در پیشگیری از سوختگی، مهم است.»

ایازی درباره مراکز درمان سوختگی در کشور نیز گفت: «در حال حاضر چندین مرکز سوختگی در کشور وجود دارد. برای مثال در تهران بیمارستان شهید مطهری و بیمارستان حضرت فاطمه (س) از مراکز سوختگی هستند. همچنین بعضی از بیمارستان‌ها بخشی مربوط به سوختگی دارند. در همین راستا یک بیمارستان نیز توسط دانشگاه علوم پزشکی ایران در منطقه ۵ شهرداری تهران در حال ساخت است که به دلیل محدودیت اعتبارات، مراحل آن به کندی پیش می‌رود و چنانچه تکمیل شود، بخش زیادی از نیازهای تهران در این زمینه برطرف خواهد شد. دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی نیز با همکاری سازمان اوقاف در حال ساخت مرکزی در خیابان شهید مطهری است. همچنین بیمارستان ها و مراکز سوختگی در سراسر کشور ساخته شده است. در دانشگاه علوم پزشکی شیراز و اهواز نیز مراکز سوختگی خوبی به بهره برداری رسیده است. امیدواریم با ساخت و بهره برداری از مراکز در حال ساخت، بخشی از نیازهای مردم در این حوزه برطرف شود.»■

رئیس انجمن حمایت از بیماران سوخته (ققنوس):

میزان سوختگی در ایران ۸ برابر متوسط جهانی است

بیمارستان‌های کشور ایمن نیستند

رئیس انجمن حمایت از بیماران سوخته (ققنوس) گفت: «میزان سوختگی در ایران ۸ برابر متوسط جهانی است و ضعف پوشش بیمه‌ای برای شیوه‌های جدید درمان سوختگی بیماران را به سمت روش‌های ناکارآمد سنتی کشانده است.»

به گزارش سپید به نقل از ایرنا، محمد جواد فاطمی در یک نشست خبری در بیمارستان حضرت فاطمه (س) اظهار داشت: «با توجه به اینکه انواع پانسمان‌های جدید برای درمان سوختگی وجود دارد، اما چون بیمه‌ها هزینه‌های این پانسمان‌ها را پوشش نمی‌دهند، هنوز برای درمان سوختگی از روش‌های سنتی استفاده می‌کنیم که تاریخ گذشته هستند و باعث می‌شود میزان مرگ و میز بالاتر از حد عادی باشد و عوارض به جای گذارد.»

دو هزار نفر هر سال بر اثر سوختگی می‌میرند

وی اظهار داشت: «میزان سوختگی در ایران هشت برابر متوسط جهانی است. سالانه ۲۲ تا ۲۸ هزار نفر بر اثر سوختگی در بیمارستان‌های کشور بستری می‌شوند و دو هزار نفر نیز در سال فوت می‌کنند.» فاطمی ادامه داد: «با قرار گرفتن پانسمان‌های جدید زیر چتر بیمه‌ها، تغییر ماندگار را در روش‌های درمانی سوختگی ایجاد کنیم.» وی اضافه کرد: «هر سال ۱۷ هزار میلیارد تومان بابت درمان سوختگی به بودجه کشور تحمیل می‌شود که با روش‌های پیشگیرانه و اطلاع رسانی برای فرهنگسازی و جلوگیری از سوختگی می‌توان این هزینه‌ها را در بخش‌های دیگر خرج کرد.»

رئیس هیات مدیره انجمن ققنوس، تصریح کرد: «باید به درمان، بازتوانی سوختگی و استانداردهای تخت‌های سوختگی توجه کرد، اکنون سوختگی بیشتر ناشی از سهل‌نگاری والدین یا مراقبان برای کودکان در کشور است که باید به آنها آموزش داد.»

به گفته فاطمی، اکنون ۳۵ مرکز سوختگی در کشور داریم که کم است و دانشگاه‌ها به دلیل هزینه‌بر بودن این مراکز، تمایلی به ایجاد آن ندارند به همین دلیل باید بیشتر تمرکز بر حوزه پیشگیری معطوف باشد تا از شیوع سوختگی جلوگیری شود.

وی افزود: «سوختگی در ایران بسیار شایع است و عادت کردیم در کشور اتفاقاتی مانند حادثه ساختمان پلاسکو، شین آباد، عسلویه، پتروشیمی و غیره بیافتد و بعد به دنبال راه حل باشیم، در حالی که این کار اشتباه است و باید اقدامات پیشگیرانه از این حوادث را انجام دهیم.»

رئیس انجمن ققنوس اضافه کرد: «شایع‌ترین اتفاقات سوختگی در تهران زمانی است که کودکان هنگام نذری پختن و جشن‌ها در دیگ غذا می‌افتند و دچار سوختگی می‌شوند.» فاطمی تاکید کرد: «انجمن ققنوس با همکاری معاونت اجتماعی وزارت بهداشت تلاش کرده به نوعی در پیشگیری از سوختگی تلاش کند به همین خاطر کمیته ملی پیشگیری از سوختگی تشکیل شده تا این کمیته بتواند عملکرد بهتری در راستای اقدامات پیشگیرانه انجام دهد.»

اول دی، روز ملی پیشگیری از سوختگی

به گفته وی، انجمن ققنوس با تصمیم معاونت اجتماعی وزارت بهداشت، اول دی را روز ملی پیشگیری از سوختگی نام نهاده و قرار است در تقویم ملی کشور ثبت شود. فاطمی افزود: «سوختگی هزینه‌های زیادی به نظام سلامت کشور تحمیل می‌کند و درد و رنج بسیاری دارد.» وی گفت: «سوختگی ناشی از آتش‌سوزی، الکتریکی، اشعه‌های ایکس از شایع‌ترین سوختگی‌ها در کشور هستند.»

رئیس انجمن ققنوس خاطرنشان کرد: «بر اساس گزارش های موجود، اکنون ۵۲ هزار کلاس درس غیر استاندارد از لحاظ گرمایشی در کشور وجود دارند و ساختمان‌های زیر ۶ طبقه به ویژه در تهران بیشتر آتش می‌گیرند که باید به طور اساسی اقدامات ایمنی برای آنها انجام داد.»

فاطمی گفت: «همچنین بسیاری از بیمارستان‌های کشور نیز سیستم آتش‌سوزی ایمن ندارند و ممکن است هر لحظه دچار حادثه شوند و وجود آژیر خطر می‌تواند تا ۵۰ درصد از میزان سوختگی را کاهش دهد.»

وی ادامه داد: «در شرایط کنونی در زمینه درمان و بازتوانی مشکلات جدی داریم که یک هشدار و تلنگری باید برای ما باشد و با پیشگیری که بسیار کم‌هزینه‌تر از درمان است، می‌توان از این مشکلات کاست.» وی اضافه کرد: «افرادی که دچار سوختگی می‌شوند بیشتر کم بضاعت هستند و توان مالی برای درمان ندارد.»

ساختمان‌ها تاییدیه ایمنی ندارند

جلال ملکی، سخنگوی سازمان آتش نشانی نیز در این نشست گفت: «همه ساختمان های تهران باید از سازمان آتش نشانی تاییدیه ایمنی بگیرند در حالی که بسیاری از آنها از این مسئله سرباز می‌زنند. ساختمان ایمن در تهران وجود ندارد و ساکنان ساختمان نیز اصول ایمنی را رعایت نمی‌کنند.»

ملکی به نهادینه کردن فرهنگ ایمنی در کشور تاکید کرد و از رسانه‌ها خواست پیشگیری از سوختگی اطلاع رسانی وسیعی انجام دهند تا از میزان سوختگی‌ها و حوادث کاسته شود. وی، سوختگی را جزو ۱۵ علت مرگ و میر کودکان دانست و اظهار داشت: «سوختگی دردناکترین مرگ است و باید همه با هم به نهادینه شدن فرهنگی ایمنی و آموزش برای پیشگیری از سوختگی کمک کنیم.»■

دکتر احمد محیط، روانپزشک و مدیر کل سابق بیماری‌های غیرواگیر و ارتقای بهداشت سازمان جهانی بهداشت در منطقه مدیترانه شرقی

اعتیاد هم بیشتر شده هم تغییر کرده

مرجان یشایایی

اعتیاد بدون هیچ تردیدی نه فقط مشکل امروز کشور ما، بلکه مشکل همه دنیاست. شما اگر اخبار را در سطح جهان دنبال کنید، مساله اعتیاد به شکل‌های مختلف یکی از مسائل اصلی است. آمریکایی‌ها سخت با این مشکل دست به گریبانند و در اروپا نیز این مشکل رو به افزایش است، اما اگر واقع‌بینانه نگاه کنیم، یکی از کشورهایی که به دلایل مختلف به میزان شدیدی در معرض آسیب‌های ناشی از این پدیده قرار دارد، کشور ماست. طبق جدیدترین آمار، نزدیک به ۳ میلیون نفر مصرف‌کننده «مستمر» مواد مخدر در ایران هستند. این آمار بیش از دو برابر شمار معتادان در سال ۹۰ است. ۸۰درصد مصرف‌کنندگان مواد مخدر در ایران از شیشه استفاده می‌کنند. طبق آماری که به گزارش سایت «فرارو» در سال ۹۶ و پس از گذشت ۵ سال اعلام شده، تریاک، شیره و مشتقات آن همچنان شایع‌ترین مواد مخدر در ایران است. در عین حال اما مثل سال‌های گذشته مصرف مواد محرک و توهم‌زا نیز رو به افزایش است. علف، ماری‌جوآنا و گل نیز پس از تریاک و شیره شایع‌ترین مواد مخدر در ایران هستند. حمیدرضا صرامی، مدیرکل دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر اعلام کرد: «۱۰ درصد معتادان ایران را زنان تشکیل می‌دهند.» نرخ اعتیاد زنان ایران در مقایسه با آمار بین‌المللی کمتر از متوسط اعتیاد بین زنان کشورهای دیگر است. بر اساس آمار بین‌المللی، ۳۳ درصد معتادان و مصرف‌کنندگان مواد مخدر را زنان تشکیل می‌دهند. افزایش میزان مصرف مواد مخدر بین زنان و دختران ایران پیامدهای ناخوشایند دیگری نیز دارد، از جمله افزایش گرایش به مصرف مواد مخدر بین خانم‌های باردار. حمیدرضا صرامی در همین رابطه می‌گوید: «سالانه ۷ هزار و ۵۰۰ نوزاد معتاد در ایران متولد می‌شوند. به این ترتیب، ۰/۵درصد از زنانی که هر سال باردار می‌شوند، نوزاد معتاد به دنیا می‌آورند.»

سلامت: چه دلایلی باعث شده اعتیاد از مشکلات بزرگ کشور ما باشد؟

چند دلیل برای موقعیت خاص ایران در برابر اعتیاد می‌توانیم ذکر کنیم. بعضی از دلایل داخلی و برخی دیگر خارجی هستند، بعضی مربوط به تغییر نسل و برخی هم مربوط به سیاست‌گذاری‌های ما هستند که می‌توان درباره آنها بحث کرد. موقعیت جغرافیایی ما هم در این مورد تاثیر دارد. واقعیت این است که ما صدها کیلومتر با بزرگ‌ترین انبار مواد مخدر جهان؛ یعنی کشور افغانستان مرز مشترک داریم. از آن گذشته یکی از راه‌های ارتباطی انتقال این مواد به اروپا از ایران می‌گذرد. بنابراین، فراموش نکنیم ما علاوه بر مصرف‌کننده، دروازه انتقال این مواد هم هستیم. مساله مهم دیگر این است که در دهه‌های گذشته اعتیاد از جهات متفاوتی تغییرات استراتژیک پیدا کرده، منظورم از استراتژیک تغییرات اثرگذار است؛ تغییراتی مهم و اثرگذار در شکل، نوع مواد، سن و جنسیت مصرف‌کنندگان. اعتیادی که در دهه‌های ۲۰ تا ۴۰ شمسی تعریف می‌شد، شکل ساده‌تری داشت؛ منقلی بود و وافوری که غالبا مردان بالای ۴۵ سال برای کشیدن تریاک دور آن جمع می‌شدند. افراد طبقات پایین‌تر هم برای مصرف تنها ماده مخدر شناخته‌شده آن زمان یعنی تریاک و شیره آن، به مکان‌هایی که اصطلاحا «شیره‌کش‌خانه» نام داشت، می‌رفتند. اعتیاد دیگری هم جز اعتیاد به سیگار وجود نداشت. البته مصرف الکل هم آزاد بود. ویژگی این نوع اعتیاد اول مردانه بودن آن بود و بعد هم اینکه قریب به اتفاق مصرف‌کنندگان، سنی بالای ۴۰ سال داشتند. می‌توان گفت جوانان تا حد زیادی برکنار بودند، اما آمار امروز از بعد جمعیت‌شناسی ۲ تغییر مهم در اعتیاد نشان می‌دهد؛ اول اینکه شمار جوانان معتاد مرتب در حال افزایش است و دیگر آنکه زنان بسیار بیشتر از گذشته به اعتیاد رو می‌آورند. مساله دیگر هم پیدا شدن تنوع در مواد مخدر است.

در زمانی که صحبت کردیم؛ یعنی دهه ۲۰ تا ۴۰، عمده ماده مخدر در جامعه ما تریاک بود. در سال‌های بعد و متعاقب منع کشت خشخاش در اواسط دهه ۳۰، هروئین به آن اضافه شد اما حالا تعداد این مواد افزایش پیدا کرده و این تنوع باعث شیوع انواع متفاوتی از اعتیاد شده است.

سلامت: با توجه به تجربه طولانی که در بهداشت روان و اعتیاد در ایران و سایر کشورهای منطقه دارید، فکر می‌کنید چطور باید به عرصه حل مشکل اعتیاد وارد شد؟

نکته مهمی که درباره حل یا دست‌کم تعدیل مساله اعتیاد باید گفته شود این است که اعتیاد مساله‌ای بسیار چندوجهی است؛ یک وجه آن میزان در دسترس بودن مواد است، وجه دیگر عوامل موثر بر مصرف و بعد سوم ضررهایی که شخص، خانواده و جامعه به دلیل اعتیاد با آنها مواجه می‌شوند. اگر تنها براساس یکی از این ابعاد بخواهیم با مساله پیچیده‌ای مانند اعتیاد روبرو شویم، احتمال موفقیت بسیار کم خواهد بود. اعتیاد نیز چنین مساله پیچیده‌ای است که ابعاد اقتصادی، تاریخی، جغرافیایی، اجتماعی، پزشکی، سیاسی، روان‌شناختی و... دارد. منظورم این است که همه این عوامل در تمایل افراد به مواد، ادامه این تمایل و معتاد شدن یک فرد به مواد مخدر دخیل هستند. برنامه‌ریزی برای مساله اعتیاد باید به مجموعه این عوامل پاسخگو باشد. در اول صحبت هم اشاره کردم که ما کنار بزرگ‌ترین انبار و تولیدکننده مواد مخدر جهان؛ یعنی کشور افغانستان قرار داریم. نکته مهم اینکه افغانستان از نظر منابع طبیعی کشوری نسبتا فقیر است. کشوری است که در آن نفتی نیست، همچنین منابع زیرزمینی دیگر مانند گاز. بیشتر مساحت این کشور کوهستانی است و به دریاهای آزاد هم راهی ندارد. یک راه معاش کشاورزان تهیدست افغانی کشت تریاک است. درواقع تریاک نفت افغانستان است. همچنین این کشور در چند دهه گذشته گرفتار جنگ و خونریزی بی‌وقفه بوده و هنوز می‌توان اثر آن را اینجا و آنجا دید. دولت‌ها شاید ادعا یا حتی قصد جلوگیری از کشت تریاک را داشته باشند، اما عملا این اقدام به دلیل درآمد میلیاردها دلاری مواد مخدر قابل انجام نبوده است. البته نه اینکه این درآمد میلیارد دلاری به جیب کشاورز یا حتی زمین‌دار افغانی برود. سهم آنها از این درآمد بسیار ناچیز است و پول سود سرشار از تولید و فروش مواد مخدر به جیب عواملی می‌رود که در هر کیلومتر از انتقال مواد نقشی ایفا می‌کنند.

سلامت: آرامش‌دهنده‌های مصنوعی چه هستند؟

موضوع دیگر درباره اعتیاد قطعا مسائل اجتماعی است. منحصر کردن اعتیاد به تولیدکننده و انتقال‌دهنده و بعد از آن ارائه راه‌حل انتظامی به عنوان تنها راه‌حل برای این مشکل چندوجهی قطعا تنها راه چاره اعتیاد نیست.

عوامل متعدد اجتماعی و به طور خاص‌تر، مسائل مربوط به زنان و جوانان را نباید از یاد برد. چنین مسائلی هستند که افراد را به سمت آرامش‌طلبی‌های مصنوعی سوق می‌دهند.

سلامت: منظورتان از آرامش‌دهنده‌های مصنوعی مواد مخدر است؟

منظورم موادی است که دراختیار مصرف‌کننده قرار می‌گیرد تا با مصرف آنها بتواند حتی برای دوره‌ای کوتاه به آرامش برسد و فکر را از درگیری‌های روزمره دور کند.

سلامت: چه مواردی را می‌توان جایگزین این آرامش‌دهنده‌های مصنوعی کرد؟

این موضوع مربوط به سیاست‌گذاری‌های ما می‌شود. جامعه باید نیازهای افراد مختلف را که در گروه‌های سنی، اجتماعی، تحصیلی و جنسیتی متفاوت قرار دارند، بشناسد و از راه‌های درست متناسب با این نیازها به آنها پاسخ بگوید. مثلا یک جوان نیاز به آرامش و تحصیل دارد و باید اطمینان داشته باشد می‌تواند شغل مناسبی پیدا کند. جوانی دوره هیجان‌های بالاست و باید به این هیجانات پاسخ داده شود. هر قدر جامعه بتواند به این هیجانات پاسخ درست‌تری بدهد، کشش یک جوان به مواد مخدر کمتر خواهد بود.

سلامت: جایی را در دنیا سراغ دارید که توانسته باشد انواع اعتیاد را مهار کند؟

نه، چنین جایی را نمی‌شناسم اما خود ما توانستیم در برهه‌ای از زمان قدم‌های بسیار مثبتی برای مهار نوع تزریقی اعتیاد که خطرناک‌ترین نوع آن است، برداریم. البته نگاه و افق ما باید این باشد که اعتیاد را از شکل یک مشکل عمده اجتماعی خارج کنیم و این هدفی صددرصد دست‌یافتنی است.

سلامت: آن برهه چه زمانی بود؟

ابتدای شیوع ایدز که حدود ۲۰ سال قبل می‌شد، بیشترین درصد مبتلایان به ایدز را معتادان تزریقی تشکیل می‌دادند و مانند امروز راه اصلی انتقال از راه‌های جنسی نبود، کشور ما توانست با همان سیاست اولویت‌بندی و روش کاهش آسیب که به آن اشاره کردم، تا حد بسیار موفقیت‌آمیزی راه انتقال ایدز از راه تزریق را ببندد. ما سرنگ را در اختیار معتادان گذاشتیم، مواد مخدری مانند متادون را جایگزین مواد تزریقی کردیم، فشار را از روی مواد مخدر کم‌ضررتر برداشتیم و همه نیرویمان را بر کاهش تزریق یا دست‌کم تزریق سالم معتادان متمرکز کردیم و توانستیم به موفقیت‌های مطلوبی برسیم. این برنامه تمام شد و متاسفانه نتایج هم در همان سطح متوقف ماند.

سلامت: منظورتان این است که کاهش مبتلایان به ایدز از راه تزریق سرنگ‌های مشترک بین معتادان، نشاندهنده کاهش اعتیاد بود؟

نه، منظورم این نبود. می‌خواستم بگویم با اولویت‌بندی مبارزه توانستیم یکی از بزرگ‌ترین خطرات اعتیاد تزریقی؛ یعنی شیوع ایدز را مهار کنیم و الگوی بسیار موفقی در این زمینه در دستمان داریم. هدف برنامه ما باید جزیی‌نگر و تدریجی باشد، مثلا می‌توانیم بگوییم بعد از کنترل اعتیاد تزریقی، هدف دوم ما اعتیاد خوراکی یا کنترل وجود سرب در مواد مخدر است که همین مواد مخدر آغشته به سرب، عامل کشتار بالایی بین معتادان می‌شود. اهداف بعدی می‌تواند کنترل مرزها یا مواد مخدر مصنوعی مانند شیشه باشد و تا آخر...

سلامت: کلمه اعتیاد به سیگار درست است؟

اگر اعتیاد را نبود اراده برای توقف مصرف معنی کنیم، بله می‌توان به سیگار هم اعتیاد پیدا کرد. البته معتاد به سیگار رفتارهای ضداجتماعی معتادان به مواد مخدر را ندارد. مصرف زیاد سیگار گاهی از این لحاظ می‌تواند اولین قدم برای اعتیاد باشد چون خجالت فرد کم می‌شود و می‌تواند برای رفتن به سمت مواد مخدر جسارت پیدا کند. خطر بزرگ سیگار، بالا رفتن امکان ابتلا به بیماری‌هایی مانند بیماری‌های ریوی و قلبی و انواع سرطان‌هاست.

سلامت: آیا با کشیدن سیگار تغییری در شیمی بدن ایجاد می‌شود که زمینه‌ساز اعتیاد به مواد مخدر باشد؟

تا جایی که می‌دانم نه.

سلامت: اجازه بدهید به سیاست‌های جهانی بپردازیم. مصرف ماری‌جوانا یا حشیش نزدیک به ۲ سال قبل در برخی ایالت‌های آمریکا و حدود ۱ ماه قبل در کانادا آزاد اعلام شد که البته مخالفان و موافقان زیادی داشت و سروصدای زیادی هم به پا کرد. باتوجه به اینکه تاثیر آسیب‌زننده این ماده روی مغز از نظر علمی ثابت شده، فکر می‌کنید دلیل آزاد اعلام کردنش چه بود؟

درباره ماری‌جوآنا تحقیقاتی وجود دارد که نشان می‌دهد در برخی بیماری‌ها تاثیر دارد و به طور کلی خطرناک نیست. بعضی تحقیقات هم نتایج متفاوتی را نشان می‌دهند. در مقام مقایسه، ماری‌جوآنا جزو مواد مخدر بسیار مضر قرار نمی‌گیرد و به این ترتیب، در اولویت مبارزه قرار نمی‌گیرد. منظورم این است که قبل از ماری‌جوآنا مواد مخدر بسیاری هستند که باید با آنها مبارزه کرد و باز هم تاکید می‌کنم، در مقام مقایسه اگر قرار باشد تصمیم بگیریم سیاستی بریزیم که یک جوان باید بین شیشه یا ماری جوآنا کدام‌یک را انتخاب کند، براساس همان دیدگاه روش کاهش آسیب قطعا باید با شیشه مبارزه کرد. به نظرم آزاد اعلام کردن مصرف ماری‌جوآنا در این کشورهایی که شما گفتید با همین نگاه انجام گرفته. البته من اصلا قبول ندارم که ماری‌جوانا بی‌ضرر است.

سلامت: مخالفان آزادسازی عقیده دارند مصرف مواد مخدر سبکی مانند ماری‌جوآنا یا همین حشیش، زمینه‌ساز اعتیادهای سنگین‌تر است. نظرتان در این باره چیست؟

اگر مواد وجود داشته باشد و مجموعه عوامل ما مشوق اعتیاد باشند شاید بتوان به این نتیجه‌گیری رسید، اما باز هم به نظرم بهترین اقدام تمرکز بیشتر بر مواد آسیب‌زا ترو تمرکز بعدی بر مبارزه با موادی مانند ماری‌جوآناست.

سلامت: پاسخ‌های درست به هیجانات افراد کدام هستند؟

مثلا ارائه امکاناتی برای ورزش، مطالعه، موسیقی، تشویق به هنر یا درک تاثیر فضای مجازی بر فرد یا مدیریت دیدن چیزهای درست یا غلط همه از جمله راه‌های جوابگویی درست به هیجانات یک جوان هستند.

سلامت: فرهنگ‌سازی برای مبارزه با اعتیاد به همین معنی است؟

بله، باید درباره ورزش، مطالعه یا موسیقی تبلیغ و جوانان را به انجام آنها ترغیب کرد و درضمن در عین اینکه همیشه باید اعتیاد در فرهنگ ما امری نکوهیده باشد، نباید برخورد با مبتلایان حالتی تحقیرآمیز داشته باشد. فراموش نکنیم اعتیاد هم بیماری است و معتاد بیمار است.

سلامت: ضررهای مصرف مواد اعتیاد چگونه طبقه‌بندی می‌شود؟

ضررهای اعتیاد را مثل هر مساله دیگری می‌توان طبقه‌بندی کرد. مصرف مواد برحسب نوع مصرف، استنشاقی، خوردنی و تزریقی تاثیرات متفاوتی بر بدن و روان فرد معتاد باقی می‌گذارد. نوع تزریقی بدترین ضرر را به بدن می‌رساند و بین استنشاقی و خوردنی، نوع خوردنی مواد به‌ویژه در صورت احتمال اضافه کردن مواد دیگر برای افزایش تقلبی وزن ماده مخدر، زیان بیشتری برای بدن دارد و گاهی برحسب نوع ماده اضافه‌شده می‌تواند حتی خطرناک شود.

شما تجربه چند دهه کارشناسی در زمینه اعتیاد را دارید. فکر می‌کنید برای بازکردن این کلاف سردرگم، منظورم از نظر

سلامت: اجتماعی و سیاست‌گذاری است، باید از کجا شروع کرد؟

اول اینکه باید بدانیم راه کوتاه‌مدت و ضربتی برای حل مشکل اعتیاد وجود ندارد و باید برحسب امکانات و نیرویی که داریم، قدم‌به‌قدم جلو برویم. درواقع باید اولویت‌بندی داشته باشیم. اگر بخواهیم برنامه‌ریزی قدم‌به‌قدم برای کاهش مصرف داشته باشیم، باید اول نیروهای خود را روی اشکال و عوارض خطرناک‌تر (شکل تزریقی مواد و احتمال انتقال ویروس ایدز و عفونت‌های کبد و هپاتیت) متمرکز کنیم. همین موضوع درباره نوع مواد هم صادق است. مبارزه با ماده‌ای که می‌تواند مصرف‌کننده را تا حد قتل نزدیکان خود بکشاند، مانند موادی که در گروه شیشه قرار می‌گیرند، باید حتما در اولویت مبارزه ما با مواد مخدر باشد. باید با همه سطوح مشکل مبارزه کنیم بنابراین نوع ماده مخدر هم در تعیین اولویت مبارزه با مواد بسیار مهم است. مبارزه اول باید متوجه مضرترین مواد باشد. نام علمی این روش «روش کاهش آسیب» است.

سلامت: می‌شود نتیجه‌گیری کرد که سرکوب کور و همه‌جانبه نمی‌تواند موثر باشد؟

بدون تردید همین گونه است. مبارزه ما با مواد که بیشتر ابتدا به صورت کاهش مصرف مواد بسیار آسیب‌زا معنی می‌شود، باید مبارزه‌ای خردمندانه باشد. هرچند دستگیری قاچاقچیان مواد مخدر همواره یکی از راه‌های مبارزه است، این تنها راه نیست و باید به راه‌های دیگر هم فکر کرد. نمی‌توانیم در آن واحد با همه مواد مبارزه کنیم.

سلامت: اشاره کردید نوع و فرهنگ مصرف مواد از دهه ۳۰ و ۴۰ تغییر کرده. فکر می‌کنید دلیل آن چیست؟

دهه ۳۰ و ۴۰ مربوط به دوره‌ای است که مواد مخدر به صورت آزاد در کشور ما کشت می‌شد و جوابگوی متقاضیان مصرف آن زمان بود. بعد از آن، کشت تریاک در ایران ممنوع و ورود مواد مصنوعی مخدر، اولین آن هروئین، به کشور شروع شد. ممنوع شدن کشت تریاک، همزمان با آغاز جوان شدن جمعیت ایران بود. به‌علاوه، افغانستان به تدریج به درآمد مواد مخدر افیونی وابستگی پیدا می‌کرد. از این گذشته، قشرهایی که پیش از آن نیاز به مصرف مواد را احساس نمی‌کردند به این مواد روآوردند.

سلامت: در صحبت‌هایتان به افزایش میزان اعتیاد در زنان اشاره کردید. دلیل آن را چه می‌دانید؟

این موضوع هم دلایل متفاوتی دارد. در دوران مدرن فاصله بین زنان و مردان در جامعه کمتر شد. زنان تحصیلکرده خیلی زیادتر شدند و از طرف دیگر در رابطه بین زن و مرد، هنوز کفه مرد بسیار سنگین‌تر از کفه زن است؛ یعنی زنان به دستاوردهایی رسیده‌اند، اما این دستاوردها هنوز در زندگی زنانه آنها درست ترجمه نشده. زنی که تحصیلات و درآمدی پیدا کرد، فکر کرد برای اینکه خود را ثابت کند و حقوق برابری داشته باشد، باید رفتارهای مردانه پیش بگیرد و البته یکی از رفتارهای مردانه اول کشیدن سیگار و بعد از آن مصرف مواد مخدر بود.

منبع: هفته‌نامه سلامت

تا وقتی نگاه خودرومحور ما تغییر نکند؛ راه‌حل‌های میانه فایده‌ای ندارند

کم‌کردن خودرو، راه‌حل اصلی

۵ نکته برای تنفس کمتر هوای آلوده

۱. سعی کنید تا حد امکان در ساعات شلوغی در خیابان رفت‌وآمد نکنید و اگر مجبور به این کار هستید، بچه‌های همراه خود را بغل کنید تا در سطحی بالاتر از اگزوز خودروها قرار گیرند.

۲. تا حد امکان در مناطق بیشتر آلوده مانند پشت چراغ قرمز توقف نکنید.

۳. در مناطقی ورزش کنید که می‌دانید آلودگی هوا کمتر است.

۴. تا می‌توانید در ساعات شلوغی با خودروی شخصی تردد نکنید. این کار هم به کاهش آلودگی هوا کمک می‌کند و هم جسم و روح شما کمتر دچار آسیب‌های ترافیک شلوغ شهری می‌شود.

۵. زباله‌ها را نسوزانید. دود آنها که در محیط اطراف پراکنده می‌شوند، برای سلامت زیانبار است.

مرجان یشایایی

امروزه در طراحی‌های شهری، علاوه بر درختان که بیش از سایر گیاهان بر پاکیزگی هوا تاثیر دارند، از فضاهای سبز عمودی هم استفاده شود. این روش کمک می‌کند در فضای تنگ شهری، به‌خصوص در مناطق مرکزی شهر، گیاهان مجال رشد پیدا کنند. البته یکی از مسائلی که در ایجاد فضای سبز شهری یا حتی خارج از شهر معمولا در نظر گرفته نمی‌شود، گیاهان متناسب با اقلیم است. این باور که کاشت هر گیاهی در هر صورت، کار درستی است، علاوه بر اینکه فضای سبز کشور ما را افزایش نداده، گاهی با کاشت گونه‌های نامناسب یا مهاجم حاصلی جز هدر دادن منابع آبی و نیروی انسانی ما نداشته است.
حسین آخانی، گیاه‌شناس و استاد دانشگاه تهران در این باره به روزنامه ایران می‌گوید: «درختکاری بسیار خوب است و هیچ کس منکر آن نیست. سال‌هاست می کاریم و علی‌القاعده باید تا حالا همه ایران جنگل می‌شد اما نه‌تنها خبری از جنگل نیست، بلکه فقط هرساله میلیاردها تومان پول بیت‌المال هدر می‌رود. در همین تهران شما ببینید چند سال است که دامنه‌های جنوبی البرز را درختکاری می کنند. مساله این است که یال جنوبی البرز که ما در آن قرار داریم، منطقه‌ای است با اقلیم ایرانوتورانی، به طور طبیعی در این منطقه با چنین شرایطی ما نمی‌توانیم جنگل داشته باشیم، مگر در رود دره‌ها که آب دارند. اصولا جایی که میزان بارش آن زیر ۶۰۰ میلی‌متر در سال باشد، امکان ایجاد جنگل وجود ندارد، بنابراین به زور آب و کاشت مداوم نهال در هر سال در این مناطق نمی‌توان جنگل ایجاد کرد و این کار بیهوده است! حتی اگر جنگلی هم ایجاد شود باید دید به چه قیمتی! در منطقه‌ای که ما مرتب از کمبود بارش و بحران آب سخن می گوییم، چرا باید با آبیاری دستی مداوم درختی را بکاریم که اصلا نباید از ابتدا کاشته می‌شد. این دامنه‌ها رویش علفی و گاهی درختچه‌ای دارند. چرا فکر می کنیم رویش علفی و درختچه‌ای، پوشش گیاهی نیست و فقط درخت پوشش گیاهی محسوب می‌شود؟» وی اضافه می کند: «متوسط بارندگی در ایران سالی ۲۵۰ میلی‌متر است. در سال‌های اخیر که خشکسالی هم بوده، اعلام کرده‌اند این میزان کمتر هم شده است. در چنین منطقه‌ای با این میزان بارش ما فقط می‌توانیم بوته‌زار داشته باشیم. حتی درختچه‌ها هم باید حتما در مسیر آب در رود دره‌ها باشند. در خارج از رود دره‌ها و جاهایی هم که خاک عمق مناسب ندارد، درختچه‌های خیلی کمی هست اما از نوع خشکی‌پسند با ریشه‌های عمیق مثل بادام کوهی و ارس که در ارتفاعات ایران عمدتا دیده می‌شوند. به همین دلیل تصور اینکه در مناطق خشک جنگل ایجاد کنیم، غلط است.» ■

نمی‌توانیم گوشه‌ای بایستیم تا آلودگی هوا نفس‌مان را بگیرد

هفته گذشته، سازمان جهانی بهداشت ضمن انتشار گزارشی هشدار داد: «آلودگی هوا سبب کاهش عمر میلیون‌ها انسان روی کره زمین شده است.» براساس این گزارش، تاثیر این پدیده بر کودکان بسیار بیش از بزرگسالان است، به طوری که ۹۳درصد از کودکان زیر ۱۵ سال در جهان روزانه به درجات متفاوت هوای آلوده تنفس می‌کنند. این تاثیر در کشورهای درحال‌توسعه به نحوی چشمگیر بیشتر است و بیش از ۴۰ درصد از مردم جهان؛ یعنی یک میلیارد نفر زیر ۱۵ سال، درمعرض غبار آلوده حاصل از سوخت چوب و زغال سنگ برای آشپزی و گرم کردن خانه‌های خود هستند. تهویه ناقص فضاهای آشپزی خطر مسمومیت با گاز مونوکسیدکربن را به‌خصوص در ارتفاع پایین‌تر که بچه‌ها مشغول بازی هستند، افزایش می‌دهد. به‌علاوه، تاثیرات متمرکز بر اثر تماس بلندمدت با آلاینده‌ها می‌تواند رشد ریه‌ها و سلامت قلبی– عروقی را به خطر بیندازد.
در کشورهای ثروتمندتر، ماشین‌های گازوئیلی دشمن شماره ۱ هستند که بیرون از مدارس و در خیابان‌ها مشغول آمدورفت‌اند. ذرات حاصل از احتراق گازوئیل شامل دی‌اکسیدنیتروژن و ذرات معلق که سطح ریه را می‌پوشانند و می‌توانند خود را به جریان خون برسانند، ۵ بار بدتر از ذرات حاصل از سوخت خودروهای بنزینی هستند. به گزارش سازمان جهانی بهداشت، با وجود گرم‌تر شدن و شلوغ‌تر شدن جهان ما، موتورهای ساخت انسان همچنان آلاینده‌های کثیف را وارد هوای اطراف ما می‌کنند و عدم دسترسی نیمی از جهان به سوخت و فناوری پاک مانند اجاق‌های آشپزی یا لامپ‌های روشنایی، هوایی را که تنفس می‌کنیم هر روز آلوده‌تر می‌کند. امروزه، ۹ نفر از هر ۱۰ ساکن روی کره زمین هوای آلوده تنفس می‌کند و همین مساله سالانه ۷میلیون نفر را در جهان از پا درمی‌آورد. برای دانستن میزان سهم آلودگی هوا در سلامت افراد باید بدانیم، یک‌سوم از مرگ‌های به دلیل سکته مغزی یا بیماری‌های قلبی یا سرطان ریه، مربوط به آلودگی هوا هستند.
صرف‌نظر از آنکه غنی هستیم یا فقیر یا کجا زندگی می‌کنیم، آلودگی هوا ما را احاطه کرده و نمی‌توان به‌آسانی از آن فرار کرد. ذرات میکروسکوپی آلاینده می‌توانند از سد دفاعی بدن عبور و در عمق سیستم تنفسی و گردش خون ما نفوذ کنند و به ریه و قلب و مغز ما آسیب جدی برسانند. اگر ذرات معلق در هوا به چشم نمی‌آیند، دلیل بر آلودگی هوا نمی‌شود. در سراسر جهان، شهرها و روستاها بیش از حد مجازی که سالانه سازمان جهانی بهداشت اعلام می‌کند، در معرض آلودگی هستند. برای اینکه مردم هر منطقه درک درستی از میزان آلودگی محیط اطراف خود داشته باشند، سازمان جهانی بهداشت، محیط‌زیست و اقلیم سازمان ملل متحد به صورت آنلاین میزان آلودگی را در اختیار کاربران قرار می‌دهند.
۲ نوع اصلی آلودگی هوا داریم؛ آلودگی‌های بیرون از خانه و آلودگی‌های درون خانه که نوع دوم مربوط به احتراق سوخت‌هایی مانند زغال سنگ، چوب یا نفت سفید برای برپا کردن آتش یا روشن کردن اجاق‌های خوراک‌پزی در مناطق فقیر است. با حرکت هوا از داخل خانه به خارج یا برعکس، این دو نوع آلودگی می‌توانند به یکدیگر اضافه شوند.
آلودگی درون خانه سالانه مسوول مرگ ۴میلیون نفر در جهان بیشتر در مناطق آفریقا و آسیاست که به طور معمول، فناوری و سوخت‌های آلاینده در خانه برای پخت غذا گرما و روشنایی مورد استفاده قرار می‌گیرند.
آلودگی اصلی هوا به دلیل وجود چند عنصر در هوا به وجود می‌آید؛ یکی ذرات معلق که مخلوطی از ذرات جامد و قطرات مایع هستند که با احتراق سوخت خودروها و ترافیک جاده‌ای وارد هوای اطراف ما می‌شوند. دوم، دی‌اکسیدنیتروژن حاصل از ترافیک جاده‌ای و اجاق‌های آشپزی، سوم، دی‌اکسیدگوگرد حاصل از احتراق سوخت‌های فسیلی. چهارم، ازونی که در سطح زمین به دلیل واکنش شیمیایی نور خورشید و آلاینده‌های وسایل نقلیه ایجاد می‌شود. نوعی که بیش از بقیه بر سلامت مردم اثر می‌گذارد و خطرناک شمرده می‌شود، نوع اول است. ■

انگلیسی‌ها با هوای آلوده خود چه می‌کنند؟

سال‌هاست معترضان و دانشمندان با ادعاهایی که صحت حقوقی آنها از سوی دادگاه‌های انگلستان نیز تایید شده می‌گویند که هوایی که تنفس می‌کنیم هم کشنده است و هم از نظر استانداردهای اتحادیه اروپا غیرقانونی و واکنش سیاستمداران ما بی‌توجهی است. آلودگی‌های نادیدنی مانند دی‌اکسیدنیتروژن و ذرات معلق ما را در معرض بیماری‌هایی مانند آسم، سکته مغزی، سرطان و حمله‌های قلبی قرار می‌دهد. یکی از مطالعات حاکی از آن است که ۶۰درصد از مردم بریتانیا در مناطقی زندگی می‌کنند که هوایی پایین‌تر از سطح استاندارد اتحادیه اروپا دارد و نتیجه آن سالانه مرگ ۴۰هزار نفر در این کشور به دلیل آلودگی هواست. در لندن، آلودگی هوا مشکلی حادتر از مصرف الکل و چاقی دومین مشکل بزرگ سلامت است. اکنون این سوالات مطرح شده که چرا برنامه‌های بریتانیا اینقدر آسیب‌پذیرند؟ پاسخ این است که برای مقابله با آلودگی هوا علت‌های آن را باید از میان برد و یکی از مهم‌ترین دلایل آلودگی هوا خودروها هستند. بیش از یک‌سوم از مشکل آلودگی هوای انگلستان، تردد جاده‌ای خودروهاست و بیش از ۸۰درصد از این ترددها در جاده‌های شهری انجام می‌گیرد که نقض قوانین اتحادیه اروپاست. برنامه دولت نشان داد موثرترین اقدام جلوگیری از تردد وسایل نقلیه آلوده‌کننده، به‌خصوص وسایل نقلیه گازوئیلی در مراکز شهرهاست. اشکال کار همین جاست. آسان می‌شود مردم را به جای آب لوله‌کشی به بطری‌های آب معدنی عادت داد، اما بیرون کشیدن آنها از خودروهایشان اصلا آسان نیست. آنها نه‌تنها این کار را ناجور و غیرمتعارف می‌دانند، بلکه فکر می‌کنند با ترک خودرو هویت و حقوق انسانی‌شان هم نقض شده. گذشته از آن، در یک قرن گذشته، مالکیت خودرو یکی از نمادهای هویت فردی و موفقیت ملی تلقی شده است. البته به نظر می‌رسد برخی سیاستمداران اروپایی این تفکر را به چالش می‌کشند. شهردار لندن، صادق خان، همراه بسیاری از اقدامات دیگر، عوارض اضافی بر وسایل نقلیه دیزلی اعمال کرده تا شاید استفاده از آنها را کاهش دهد. شهرداران پاریس، مادرید، آتن و مکزیکوسیتی هم اعلام کرده‌اند، در اسرع وقت موانعی برای استفاده از آلوده‌کننده‌ترین وسایل نقلیه اعمال خواهند کرد. عوارض بیشتر برای استفاده از خودروهای شخصی به نظر کاری تحمیلی برای صاحبان خودروهاست، اقدامی با فواید بسیار اما نادیدنی که یکی از آنها برخورداری از هوای پاکیزه است. هوای پاکیزه باعث بهبود سلامت جامعه می‌شود، اما خیلی از افراد ارتباط این دو را خوب نمی‌فهمند. تنها وقتی مردم واقعا تغییری در مسافرت‌های درون و بیرون‌شهری خود ایجاد می‌کنند که فواید خارج شدن از خودروهای شخصی و پاکیزگی هوا را بدانند.
درمجموع، مبارزه با آلودگی هوا طرحی بزرگ و همه‌جانبه است. شیوه زندگی و شهرهای ما باید به‌طور بنیادین تغییر کند. در قدم اول باید بتوان در مراکز شهرها راحت پیاده‌روی و برای فضاهای سبز عمومی سرمایه‌گذاری کرد. باید کاری کرد که مردم از رفتن به محل کار خود به صورت پیاده یا سوار بر دوچرخه لذت ببرند. وسایل نقلیه عمومی مانند اتوبوس‌ها و قطارهای شهری باید خدمات هماهنگ و یکپارچه ارائه دهند، کمتر شلوغ باشند و زودتر افراد را به مقصد برسانند.
همه این کارها هرچند دشوار به نظر بیایند، ناممکن نیستند. تجربه‌های موفق فراوانی وجود دارند. شهر اسلو در کشور نروژ قرار است تا سال ۲۰۱۹ میلادی تردد خودروها را در مرکز شهر ممنوع کند. در حال حاضر، نیمی از ساکنان کپنهاگ، پایتخت دانمارک، با دوچرخه به محل کار خود می‌روند. در بریتانیا نیز شهردار لندن کار را شروع کرده و قرار است در اولین قدم خیابان آکسفورد پیاده‌رو شود، اما شهردار یک‌تنه و بدون حمایت دولت از عهده چنین کاری برنخواهد آمد.
فعالان محیط‌زیست معتقدند بهتر است به آلودگی هوا به چشم یک فرصت نگاه کرد تا یک اجبار ناخوشایند. مراکز شهرهای بزرگ به مکانی امن و مناسب برای پیاده‌ها تبدیل شوند و همزمان دولت برای افزایش فضاهای عمومی و وسایل نقلیه عمومی سرمایه‌گذاری کند. ■

منبع: گاردین

آلودگی هوای تهران حل‌شدنی است

تهران ابرشهری است که آلودگی هوا یکی از مشکلات جدی آن است. طبق تعریف ارائه‌شده در قانون هوای پاک، آلودگی هوا عبارت است از انتشار یک یا چند آلاینده اعم از آلاینده‌های جامد، مایع، گاز، پرتوهای یون‌ساز و غیریون‌ساز، بو و صدا در هوای آزتد یا انسان‌ساخت، به مقدار و مدتی که کیفیت هوا را به گونه‌ای تغییر دهد که برای سلامت انسان و موجودات زنده، فرایندهای بوم‌شناختی (اکولوژیکی) یا آثار و ابنیه زیان‌آور باشد یا سبب از بین رفتن یا کاهش رفاه عمومی شود.
آلاینده‌های هوای تهران بیشتر شامل این عناصر است؛ ازون، ذرات معلق که عمدتا دراثر سوختن سوخت‌هایی مانند چوب و زغال سنگ و حرکت خودروهای شخصی و دیزلی در هوا منتشر می‌شوند، دی‌اکسید نیتروژن حاصل از احتراق وسایل نقلیه، واحدهای تولید برق، بویلرها و سوزاندن چوب، مونوکسیدکربن حاصل از احتراق سوخت در وسایل نقلیه موتوری فرسوده و فاقد فناوری پیشرفته و دی‌اکسیدگوگرد که بیشتر به دلیل فرایندهای تولید برق در هوا منتشر می‌شوند. علائم آلودگی با این عناصر اغلب تنفسی و قلبی هستند که در صورت تنفس طولانی‌مدت و شدید ممکن است کار فرد را به بخش‌های اورژانس بکشانند.
بنابر گزارش «کیفیت هوای تهران وابسته به شهرداری تهران»، هزینه‌های اقتصادی سالانه مربوط به آلودگی هوای تهران ۲/۶میلیارد دلار برآورد می‌شود که تنها خسارات سلامت انسان را شامل می‌شود، اما اگر خسارت‌های دیگر ناشی از آلودگی هوا مانند کاهش بهره‌وری کشاورزی، کاهش دید، آسیب ناشی از آلودگی بلندمدت هوا به مکان‌های فرهنگی و زیرساخت‌ها، کاهش کیفیت زندگی و روزهای آموزشی ازدست‌رفته که مدارس به دلیل آلودگی هوا بسته بودند را به خسارت‌های سلامت اضافه کنیم، عددی بسیار بزرگ‌تر به دست می‌آید.
مسوولان شهری تهران در آبان و آذر ۹۵ و برخی روزهای سال بعد از آن، مدارس را تعطیل کردند که این کار نه‌فقط بر بهره‌وری آموزشی دانش‌آموزان که بر بهره‌وری کاری والدین آنها هم تاثیر خود را به جا گذاشت زیرا یکی از والدین، اغلب مادر، به اجبار برای نگهداری از فرزندان باید سر کار حاضر نشود. برآوردها و مقایسه با سایر ابرشهرهایی که همین مشکل را دارند، نشان می‌دهد، با کاهش آلودگی هوا می‌توان جلوی بسیاری از خسارت‌های انسانی و مالی ناشی از آن را گرفت.

بعد از گردآوری داده‌ها و شناخت منابع انتشار آلاینده‌ها که در گزارش‌های مرکز کنترل کیفیت هوای تهران می‌توان آنها را مشاهده کرد، باید با انجام اقداماتی عوامل این انتشار را از بین برد. از جمله این اقدامات که در گزارش هم به آن اشاره شده، حذف ناوگان فرسوده، طرح زوج و فرد، نصب فیلتر دود و... است.
البته تجربه کشورهای دیگر دنیا ازجمله کشوری مثل برزیل که توانسته گام‌های عملی بلندی برای کاهش آلودگی هوا بردارد، نشان می‌دهد اگر نگاه خودرومحور حاکم بر مسوولان شهری و بی‌توجهی به گسترش شبکه حمل‌ونقل عمومی و ساخت بزرگراه‌ها ادامه پیدا کند و سیاست‌گذاران به هر دلیل نخواهند بار حمل‌ونقل شهری را از دوش خودروهای شخصی بردارند و بر دوش وسایل نقلیه عمومی بگذارند، هیچ راهکار میانه‌ای مانند اصلاح فرمول بنزین یا بهبود فیلترهای آلودگی خودروها نمی‌تواند مشکل آلودگی هوا را حل کند. هرچند عقب‌ماندگی صنعت خودروسازی ما از بقیه جهان درباره معیارهای زیست‌محیطی یکی از عوامل آلودگی هواست، به باور کارشناسان آنچه سبب پاکی هوا می‌شود، خودروی کمتر است، نه خودروی مدرن‌تر. ■

منبع: هفته‌نامه سلامت