

# گفت‌وگو

سال پنجم • شماره ۵۴ • دی ۱۳۹۳ • ماهنامه خبری پژوهشی کلید سلامت



در این شماره میخوانید: - گزارش سمینار بین المللی نقشه راه جمهوری اسلامی ایران -  
- نگاهی به آخرین تحقیقات و دستاوردهای علوم پزشکی

بسم الله الرحمن الرحيم

سال پنجم - شماره ۵۴  
دی ۱۳۹۳

صاحب امتیاز و مدیر مسئول:  
دکتر کامران باقری لنکرانی، رئیس مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت

اعضای هیأت تحریریه:  
دکتر محمود نجابت، دکتر حسن جولایی، دکتر مجید فروردین، دکتر نجمه مهارلویی، دکتر سولماز قهرمانی

رئیس شورای سردبیری:  
دکتر احمد کلاته ساداتی

طراحی و صفحه آرایی:  
فرحناز ایزدی

همکاران این شماره:  
سارا صدیقی، پانید مروجی و محبوبه افشارزاده

برای دریافت مجله کلید سلامت به صورت الکترونیکی  
به آدرس زیر مراجعه فرمایید.  
<http://hkj.sums.ac.ir>



صفحه

عنوان

۵

گزارش کنگره بین المللی نقشه راه سلامت

۸

نگاهی به آخرین تحقیقات و دستاوردهای علوم پزشکی

## گزارش کنگره بین المللی نقشه راه سلامت

سمینار دوروزه نقشه راه سلامت در تاریخ ۵ و ۶ آذرماه ۱۳۹۲ در شهر شیراز به همت مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت برپا شد. این سمینار با مقدمه ای از طرف آقای دکتر لنکرانی رئیس مرکز تحقیقات سیاستگذاری شروع شد و نکاتی که بعنوان موضوع سمینار مقدمتا ذکر گردید شامل موارد زیر بود. - درک مفهوم واقعی مدیریت جهادی در حوزه نظام سلامت که شامل آینده نگری در کنار جرأت و قاطعیت و اقدام به موقع است.

- با توجه به ابلاغ سیاستهای کلی نظام سلامت از جانب مقام معظم رهبری که سرمایه بزرگی را پیش رو قرار داده است در اجزای این سیاستها اصول مهمی تأکید شده برخی ابهامات برطرف شده و جهت گیری رو به آینده کشور در نظام سلامت تا حدود زیادی مشخص شده این سمینار تلاشی است برای اینکه به فهمی مشترک از این سند مهم دست پیدا کنیم، الزامات اجرائی آن را درک کنیم و تلاش کنیم که همه به نوبه خود در این مسیر عمل کنیم.

- بعد از ابلاغ سیاستها وزارت بهداشت دولت یازدهم طرح تحول نظام سلامت را شروع کرده و آثار مثبتی در برخی بخش ها خصوصا برای بیماران بستری داشته است اما لازم است مانند هر اقدام دیگری این طرح مورد پایش قرار گرفته و نقاط قوت و ضعف آن مشخص گردد و تلاش شود که دقیقاً در راستای همان سیاستهای کلی ابلاغ شده حرکت کند.

- در بحث اقتصاد سلامت واقیعت مهمی که نباید از آن غفلت کنیم این است که کانون های هزینه برای مردم تغییر پیدا کرده، اگر ده سال پیش مهم ترین کانون هزینه، هزینه های بیماران بستری بیمارستانی بود، به مرور از اواسط دهه ۸۰، پس از تغییر تعرفه ها، کانون هزینه ها به سمت هزینه خدمات پاراکلینیک دارو، و خدمات سرپایی رفته است.

این تغییر کانونها می بایست در بحث اقتصاد سلامت مورد توجه قرار گیرد و نباید سیاستهایی که تفاوت هزینه ها را بیشتر کند بکار گرفته شود چرا که، از هدف سیاستهای ابلاغی که آحاد مردم باید از سلامت برخوردار بوده و دولت هم نقش خود را بخوبی ایفا کند، ممکن است فاصله بگیریم. - هدفمند سازی یارانه های سلامت: به این معنی است که در هر برنامه ریزی می بایست چالش ها و گلوگاهها را شناخته و نسبت به آن برنامه ریزی ویژه و تمرکز ویژه ای داشته باشیم. اگر بصورت یکسان به همه اقشار رفتار کنیم نتیجه محتوم آن افزایش فاصله ها است حتی اگر ظاهر آن این باشد که دسترسی افزایش پیدا کرده است.

- موضوع مرجعیت علمی پزشکی کشور در این سند مورد تأکید قرار گرفته است. کشور ما ظرفیت بالایی در این زمینه دارد. دانشگاههای علوم پزشکی، اساتید و محققان فعالیتهای زیادی در این زمینه داشته اند. در سلولهای بنیادی جزو ۹ کشور اول دنیا هستیم، در بحث نانو داروها جزو ۶ کشور اول دنیا هستیم ولی این زمینه هم نیاز به پایش و نظارت مستمر دارد. بعنوان مثال اگرچه شاخص مستندات علمی در نمایه های بین المللی شاخص خوبی برای رشد علمی کشور نیست ولی به هر حال یک شاخص است و مرجعیت علمی کشور نیازمند است که سیاستهای جدیدتری مد نظر قرار گیرد.

- ما باید در سیاستهای پژوهشی علوم پزشکی کشور هم تجدید نظر کرده و نوآوریهای داشته باشیم. - با توجه به اینکه در آستانه تدوین برنامه ششم توسعه کشور هستیم، سیاستهای ابلاغی رهبر معظم انقلاب اسلامی باید در این زمینه مد نظر قرار گیرد و الزامات اجرائی آن هم فراهم باشد. در این سمینار از دو کتاب به داشت بهداشت: که نگذاشت و تقدیر از کسانی است که در تدوین ساختار

سیستم بهداشت کشور در چهار دهه گذشته نقش داشته اند و یادنامه ۸۰۰ مین سال تولد قطب الدین شیرازی است: که مجموعه مستندات همایش قطب الدین شیرازی است که حدود ۲ سال پیش برگزار شد نیز رونمایی شد. همچنین به منظور قدردانی از بزرگان سیستم سلامت کشور از جناب آقای دکتر مرندي نشان قطب الدین اعطاء گردید.

### جمع بندی نهایی در پانل نهایی:

با توجه به ابلاغ سیاستهای کلی سلامت و راهی که پیش رو داریم توصیه های ضروری ذیل برای اجرائی شدن این سیاستها توسط اعضای پانل مطرح گردید:

- با توجه به سیاستهای ابلاغی مقام معظم رهبری ممکن است در مرحله اول به همه آنها نرسید ولی به چند نکته آن می توان تکیه کرد اولین آن: رعایت اولویتهاست. شامل مراقبتهای بهداشتی اولیه، اصلاح سبک زندگی و مواردی از این قبیل .

- طب سنتی می تواند کمک کننده باشد حتی قبل از طب عمومی، به ویژه در کاهش هزینه ها.

- استفاده بهینه از امکانات بخش دولتی که با هزینه سنگینی اداره می شوند و باید پاسخگوی نیاز عمومی باشند. وحتا می توانند بیشتر از هزینه بری سود آور شوند.

- ابعاد و محتوای PHC و مدلی که در کشور باید اجرا شود نیاز به باز تعریف توسط صاحبان اندیشه دارد.

- در حوزه های مختلف مثل مجلس، دولت و حوزه های اجرائی باید فارغ از هر گونه قلمروهای سازمانی و نیروهای بخشی به مشکلات سلامت مردم بپردازیم.

- قوانینی که در کشور وجود دارد قوانین خوبی است ولی در حوزه اجرا، بخشی نگری باعث می شود که نتوانیم از قوانین بدرستی استفاده نماییم.

- سازمانهای بیمه گر و وزارت بهداشت باید برای دستیابی به پیامد مشترک با یکدیگر تعامل داشته باشند.

- پیام مقام معظم رهبری بعنوان یک وجه ارزشی در این مقطع بسیار حائز اهمیت است.

- اکنون که در آستانه تدوین برنامه توسعه ششم وسایر سیاستهای مهم کشور هستیم ، منویات مقام معظم رهبری که برگرفته از نظرات کارشناسی کارشناسان و خبرگان است می تواند فصل الخطاب خوبی باشد.

- باید در کارکردها و برنامه هایمان برای تحقق رتبه اول ایران ۱۴۰۴ در منطقه بازنگری داشته باشیم.

- برگزاری سمینارهایی مانند این سمینار و نیز تشکیل کار گروههای تخصصی بیشتر، برای اینکه نتایج آنها برای حوزه های اجرائی و قانونگذاری در برنامه ششم مورد استفاده قرار گیرد، مفید است.

- نیاز به آسیب شناسی جدی بر روی برنامه های اصلاحی در هر دوره ریاست جمهوری وجود دارد که چرا برنامه ها به اهداف خود دست نمی یابند.

- نیاز به یک رویکرد سیستمی به اصلاحات حوزه سلامت وجود دارد و نه تنها در هر دوره به بخشی از حوزه سلامت توجه شود. باید هم خواست ذینفعان و هم مصلحت ذینفعان در نظر گرفته شود.

- با توجه خاص به اقلیم های فرهنگی و اجتماعی و آثاری که ایجاد خواهند کرد و بررسی آن آثار و برنامه ریزی برای آن ها، باید رویکرد همه جانبه به مجموعه اقدامات انجام شده در کشور صورت بگیرد.

- سیاستگذاران و دولتمردان توجیه شوند که در حوزه سلامت بدنبال دستاوردهای کوتاه مدت نباشند و بدانند که دستاوردها بصورت مرحله ای و پلکانی ایجاد خواهد شد.

- قسمتهای مختلف سیستم سلامت ایران را که نگاه می کنیم می بینیم که ارزیابی های فراوانی انجام شده است و به دستاوردهای مهمی هم دست یافته ایم البته کاستی ها و مشکلاتی هم داشته که قابل توجه است. و با توجه به اینکه

مطالعات و داده های فراوانی وجود دارد، هم اکنون موقع عمل مبتنی بر این شواهد است و مردم منتظر نوآوری و تحول هستند.

- در درجه اول این نوآوری و تحول در نظام آموزش پزشکی مورد نیاز است و باید صورت گیرد.

- در دوره تحصیلات تکمیلی نیاز به نوآوری و تحول است. مدل های زیادی در ایران استفاده شده است ولی نیاز به مدلی است که پزشکان و پرستاران را به قدر کفایت، تربیت نماییم.

- نیاز به نوآوری و تحول در نظام تأمین مالی سلامت نیز وجود دارد، ارتباط بین بخش خصوصی ودولتی مشکل پیچیده ای نیست، هر چند لازم است که بخش دولتی در نظام سلامت سرمایه گذاری نماید ولی سرمایه گذاری بخش خصوصی هم در قسمتهای مختلف مفید است.

- دید ما باید متمرکز بر سلامت عمومی جامعه (تمام جنبه های سلامتی) باشد و توجه باید به تمام عوامل مؤثر بر سلامت مردم باشد و تنها به پزشک و بیمارستان معطوف نباشد و تأکید بر روی بقیه عوامل مؤثر بر سلامتی کمرنگ نباشد.

- علاوه بر مسؤلان بخش سلامت می بایست مسؤلانی از آموزش و پرورش، کشاورزی، مسکن، کارو غیره هم در تدوین نقشه راه سلامت درگیر باشند.

- در ایران از لحاظ مطالعات علمی بسیار غنی است ولی این مطالعات مرکزیت ندارند و نیاز به معماری اطلاعات در سیستم سلامت ایران است.

- سه سیاست کلان داریم: سلامت، جمعیت، علم و فناوری که این سه الزام هستند و باید در تمام شئون نظام سلامت وجود داشته باشند و سیاستهای سلامت باید در گفتمان های مسلم جامعه راه خود را پیدا کند.

- در دانشکده های پزشکی دپارتمانی که بطور جدی آموزش پزشکی خانواده بدهند نداریم و بر روی این قضیه باید کار شود.
- به اثرات اصلاح تعرفه ها برکل برنامه اصلاح نظام سلامت که در حال اجرا هست باید توجه شود.
- پوشش همگانی یعنی همگان: فقیر و دارا، دور و نزدیک.
- سیاستها وقتی فقط به هدف فقرا گذاشته شود سه مشکل پیش می آید اول اینکه پول کم می گذاریم، سیاستگذار آن را به خوبی حمایت نمی کند و مدیریت خوبی هم نمی شود. سیاستها به گونه ای باید گروههای مختلف اجتماعی اقتصادی را در بر گیرد.
- کتر میونگ کی از کشور کره در مورد تاثیرات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت (SDH) و لزوم شاخص مند بودن آن و ارائه تجربیات از شاخص هایی که در کشور کره در تحقیقات بکار رفته و توصیه هایی که از طرف WHO در مورد SDH شده است پرداختند.
- دکتر سلمان رواف از کشور انگلیس به اهمیت مراقبت های بهداشتی اولیه و نقاط قوت سیستم سلامت انگلستان پرداختند، در بخش دیگر در مورد اهمیت نحوه پرداختن به مراقبتهای بهداشتی اولیه عواملی را عنوان کرده و در سومین ارائه به چالشهای فراروی سیستم سلامت پرداختند.
- خانم دکتر شوشتری از کشور کانادا در مورد اهمیت سیستم ارزیابی و پایش در نظام سلامت و تجربیات کشور کانادا در این زمینه صحیتهایی را ایراد فرمودند. همچنین به اهمیت نحوه سیاستگذاری بر اساس شواهد در سیستم اشاره کردند.»
- در پایان سمینار به دو پوستر برگزیده جوایزی اهدا شد.

## نگاهی به آخرین تحقیقات و دستاوردهای علوم پزشکی

### تری متوپریم - سولفامتوکسازول (TMP/SMX) مرتبط هست با مرگ ناگهانی در بیمارانی که مهارکننده رنین آنژیوتانسین مصرف می کنند.

یک مکانیسم احتمالی این است که تری متوپریم باعث ایجاد هیپرکالمی در بیماران مسنی که مهار کننده های آنزیم تبدیل کننده آنژیوتانسین و یا مسدود کننده گیرنده آنژیوتانسین مصرف می کنند، می شود.

مهار کننده های رنین-آنژیوتانسین، مهار کننده آنزیم تبدیل کننده آنژیوتانسین (ACE) و مسدود کننده گیرنده آنژیوتانسین (ARBs) در حدود ۱۰٪ از بیماران با هیپرکالمی در ارتباط است. تری متوپریم- سولفامتوکسازول (TMP / SMX) نیز با هیپرکالمی در ارتباط است، از طریق کاهش دفع پتاسیم در لوله دیستال کلیه. در سال ۲۰۱۰، محققان نشان دادند که بستری شدن در اثر هیپرکالمی مرتبط بوده با TMP / SMX که مورد مصرف قرار گرفته در بیمارانی که مهار کننده های ACE یا ARBs استفاده می کردند.

در حال حاضر، در مطالعه مورد-شاهدی میتنی بر جمعیت، محققان مورد بررسی قراردادده اند که TMP / SMX به علاوه مهارکننده های ACE یا ARBs با افزایش خطر مرگ ناگهانی همراه است. از سال ۱۹۹۴ تا ۲۰۱۲، ۱٫۶ میلیون افراد مسن (سن بیشتر یا مساوی ۶۵) در آنتاریو با مهار کننده های ACE یا ARBs تحت درمان قرار گرفتند. ۱۱۱۰ و ۱۸۲۷ نفر از این بیماران به طور ناگهانی در ۷ یا ۱۴ روز پس از دریافت نسخه سرپایی به همراه یکی از پنج آنتی بیوتیک رایج درگذشتند. هر مورد از نظر سن، جنس، حضور بیماری کلیوی، و حضور دیابت با حداقل یک living control و از نظر دریافت یکی از آنتی بیوتیک ها همسان بودند.

در مقایسه با آموکسی سیلین (به عنوان مرجع مورد استفاده قرار گرفته به دلیل این که با هیپرکالمی مرتبط نیست)، TMP / SMX به طور معنی داری با ریسک بیشتری برای مرگ ناگهانی همراه بوده طوری که نسبت شانس تطبیق (adjusted odds ratio) ظرف مدت ۷ روز، ۱٫۴ و در مدت ۱۴ روز، ۱٫۵ ارائه شد. نتایج پس از حذف بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب در معرض افزایش خطر مرگ ناگهانی مشابه بود.

#### تفسیر

در بیماران مسن ترکیه مهارکننده های ACE و ARBs مصرف می کنند، TMP / SMX باعث افزایش خطر مرگ ناگهانی می شود، احتمالاً به دلیل هیپرکالمی ناشی از تری متوپریم. نویسندگان مقاله تخمین می زنند که ریسک خطر به طور تقریبی مطابق است با ۲ مرگ ناگهانی با TMP / SMX در مقابل ۱ مرگ ناگهانی با آموکسی سیلین در هر ۱۰۰۰ نسخه. این یافته ی ناچیزی نیست، و برای تعداد زیادی از بیماران دریافت کننده ی مهار کننده های ACE و ARBs و بعضا کسانی که TMP / SMX برای آنها تجویز شده است، مفیدی باشد.

Ref: Paul S. Mueller, MD, MPH, FACP reviewing Fralick M et al. BMJ 2014 Oct 30



## «عدم تأثیر اندیس قندی بالا در مقایسه با اندیس قندی پایین بر عوامل مخاطره انگیز قلبی-عروقی»

تنظیم متناسب اندیس قندی در افراد مبتلا به بیماری های قلبی-عروقی، در مقایسه با جیره های غذایی اصلی توصیه شده به آنها، به نسبت، از اهمیت کم تری برخوردار است.

هیچ یک از کربوهیدرات های تولید شده (که به واسطه اندیس قندی مورد ارزیابی قرار میگیرند) دارای حد تعادل نمی باشند، زیرا که قادر به اعمال تغییرات بر غلظت سطوح پلاسمایی گلوکز خون می باشند. ارتباط میان اندیس قندی و عوامل مخاطره انگیز قلبی-عروقی مشخص نشده است؛ چراکه عواملی نظیر جیره-های غذایی متنوع و هم چنین ایجاد تغییرات در شیوه ی زندگی موجبات پیچیده تر ساختن این ارتباط را فراهم ساخته اند. در مطالعه ی کنونی صورت گرفته که بر روی ۱۶۳ فرد بالغ دچار اضافه وزن که به طور هم-زمان مبتلا به افزایش خفیف فشار خون نیز بودند، انجام پذیرفت، از رژیم غذایی کنترل شده بهره گرفته شد. در این بررسی، از مجموع چهار نوع رژیم غذایی در نظر گرفته شده، به صورت تصادفی حداقل دو نوع رژیم غذایی، آن هم به مدت پنج هفته مصرف گردیدند. در جیره های مورد بررسی، ترکیبی از سطوح بالا یا پایین کربوهیدرات (۵۸ یا ۴۰ درصد انرژی) و همچنین اندیسهای بالا یا پایین قندی ( $\geq 65$  یا  $\leq 45$  مقیاس اندیس قندی) استفاده شد.

متعاقب امر مشخص گردید که به دنبال مصرف رژیم های غذایی حاوی سطوح بالای کربوهیدرات و اندیس قندی، در مقایسه با رژیم های غذایی حاوی سطوح کم کربوهیدرات و اندیس قندی، هیچ اختلافی در میزان حساسیت انسولین، فشار خون سیستولیک و سطوح HDL یا LDL ایجاد نخواهد شد. همچنین در این بررسی مشخص گردید که سطوح تری گلیسیرید پس از مصرف رژیم های غذایی حاوی سطوح کم کربوهیدرات و اندیس قندی، به طور بارزتری پایین تر بوده است.

Ref. Thomas L. Schwenk, MD reviewing Sacks FM et al. JAMA 2014 Dec 17.

## «تنگی شدید آئورت با گرادیان و جریان پایین، همراه با کسر خروجی حفظ شده: اطلاعات بحث-برانگیز به دست آمده»

در این بیماری، صرف نظر از ره یافت درمانی، پیش آگهی مشابه استنوز آئورتیک خفیف تا متوسط میباشد. اما سوال مطرح شده این است: آیا محدودیت های مطالعه، باعث تحت تأثیر قرار دادن یافته های حاصله بوده است یا خیر؟ بیماران مبتلا به تنگی شدید آئورت همراه با گرادیان و جریان پایین می توانند به دو دسته تقسیم گردند: (۱) مبتلا به کسر خروجی پایین قلبی (نوع کلاسیک)، (۲) مبتلا به کسر خروجی حفظ شده (در بیش از ۵۰ درصد) (نوع متناقض). در ارتباط با نوع دوم بیماری (نوع متناقض)، در چندین مطالعه اثبات گردید که خطر آن نسبت به نوع استنوز آئورت با گرادیان بالا، بیش تر بوده؛ و این در حالی است که در نوع گرادیان پایین، میزان بقا در صورت مداخله ی جراحی، نسبت به مداخله ی دارویی از حد نسبتاً بالاتری برخوردار می باشد. در حال حاضر در دو مؤسسه ی فرانسوی، محققین نتایج به دست آمده از ۸۰۹ بیمار را که همگی مبتلا به کسر خروجی حفظ شده بودند، به صورت گذشته نگر مورد ارزیابی قرار دادند. مبتلایان دچار اختلالات زیر بودند:

• استنوز آئورت خفیف تا متوسط

• استنوز آئورت با گرادیان بالا

• استنوز آئورت با جریان طبیعی و گرادیان پایین

• استنوز آئورت متناقض با گرادیان و جریان پایین

تمامی بیماران در طی ۳ ماه نخست، صرفاً تحت مدیریت دارویی (با متوسط پیگیری ۳۹ ماه) بودند. پس از سپری شدن ۳ ماه، ۵۸۸ بیمار (۷۳ درصد) همچون سابق، با مدیریت درمانی به درمان خود ادامه دادند. طی چهار سال، در مقایسه با گروه استنوز آئورت خفیف تا متوسط، گروه گرادیان بالا و نه حتی گروه گرادیان پایین-دچار مرگ و میر بیشتری بودند (با نسبت خطر ۱/۷۷). در ۲۲۱ بیمار (۲۷ درصد)، درمان به روش جراحی صورت گرفت. به کمک مداخله ی جراحی، میزان کشندگی صرفاً در گروه گرادیان بالا (با نسبت خطر ۰/۲۹)، به طور بارزی کاهش یافت؛ درحالی که در سایر ۳ گروه باقی مانده تأثیر چشمگیر و به سزایی مشهود نبود. در پایان مشخص گردید که یافته های به دست آمده در هر دو گروه بیماران دارای نشانه های مشخص و غیرمشخص یکسان بوده است.

Ref. Howard C. Herrmann, MD reviewing Tribouilloy C et al. J Am Coll Cardiol 2015 Jan 13-6. Pibarot P and Clavel M-A. J Am Coll Cardiol 2015 Jan 13-6.

## مقابله با گاز رادون

ماه مقابله ی ملی با رادون در ژانویه ی هر سال برگزار می گردد. گاز رادون در کشور آمریکا به مشکلی تبدیل شده که در حال افزایش است. در این کشور از هر پانزده خانه یکی از آنها تحت تاثیر سطوح ارتقا یافته ای از گاز رادون است. رادون را نمی توان دید-هیچ بویی ندارد و کاملاً بی رنگ است.

رادون از طریق شکافهای پی ساختمان- سوراخ ها و یا حتی مستقیماً از طریق بتن ساختمان وارد منازل می شود.

گاز رادون همان کارسینوژنی (ماده سرطان زایی) است که از رادیوم فاسد و یا اورانیوم موجود در زمین به دست می آید. در اثر تماس با این گاز افراد غیر سیگاری ۱٪ امکان ابتلا به سرطان ریه را داشته و افراد سیگاری به مراتب شانس بیشتری در ابتلا به این سرطان خواهند داشت. سازمان EPA بررسی سطح ۴ پیکوکوری (واحد اندازه گیری رادیواکتیو) و یا بیشتر را پیشنهاد می دهد. سطح ۴ پیکوکوری معادل کشیدن ۸ سیگار در روز و یا ۲۵۰ بار استفاده از اشعه X سینه در سال است. سازمان سلامت جهانی بیان می کند که ۳٪ و ۱۴٪ از موارد سرطان ریه در اثر تماس با رادون به وجود می آیند و پیشنهاد می کند اقداماتی جهت مقابله با سطوح بالای رادون (۲.۷ پی کوکوری به بالا) صورت گیرد.

هدف از ماه مقابله ی ملی با رادون آموزش افراد در برابر خطرهایی که رادون برای سلامتی دارد- یاد گیری اطلاعاتی در مورد رادون و آموزش افراد جهت اندازه گیری میزان رادون در منازلشان و اینکه اگر میزان رادون در منازلشان زیاد است چه کارهایی جهت مقابله با آن انجام دهند.

رادون مشکلی است که میلیونها خانه- مدرسه- مراکز مراقبتی و کل کشور را در بر می گیرد. اکنون زمان آن است که به اطلاعاتی دست یابیم تا بتوانیم از طریق آن خانه هایمان که بیشترین زمان را در آنجا صرف می کنیم سالم تر و امن تر کنیم. از طریق سازمان سلامت ملی و سازمان بهسازی منازل میتوان جعبه های اندازه گیری رادون را دریافت کرد. جهت اطلاعات بیشتر به این سایت مراجعه کنید

WWW..RadonWeek.Org

وب سایتهای مجلات مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت



**Shiraz E Medical Journal**  
SEMJ is a peer reviewed online quarterly journal published by Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran  
ISSN: 1735-1391



<http://emedicalj.com>



**مجله کلید سلامت**  
Health Policy Research Center



<http://hkj.sums.ac.ir>



**Women's Health Bulletin**  
The Official Journal of Shiraz University of Medical Sciences  
pISSN: 2345-5136  
eISSN: 2382-9990



<http://womenshealthbulletin.com>



**International Journal of School Health**  
The Official Journal of Shiraz University of Medical Sciences  
eISSN: 2383-1219  
pISSN: 2345-5152



<http://intjsh.com>



**Social Pharmacy Journal**

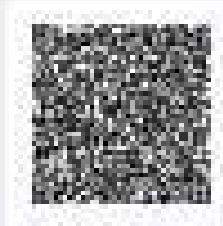


<http://socialpharmacyjournal.com>

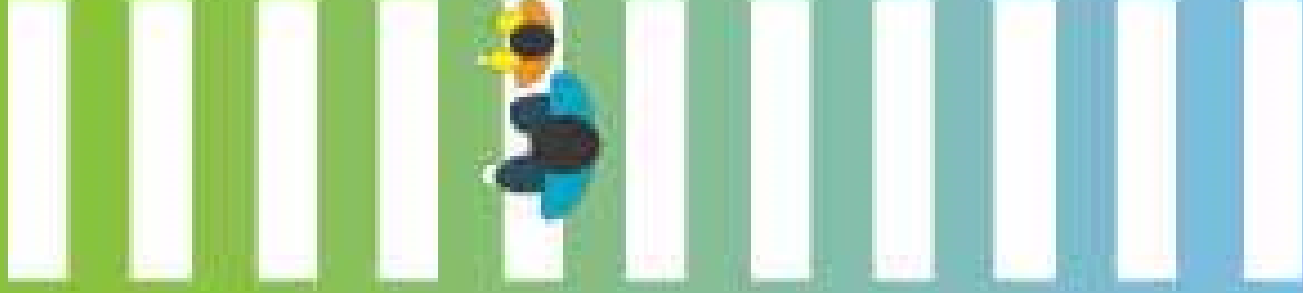
**5<sup>th</sup>** International Conference  
 Reducing Burden of Traffic Accidents: Challenges and Strategies  
 تقليل عبء حوادث المرور: التحديات والاستراتيجيات

# ايمتداد عابرين يادد Pedestrian Safety

23-24 February 2018  
 Sharjah



[www.health-policy.org](http://www.health-policy.org)



Traffic accidents  
 are a threat  
 of life!

