



پاینامه علمی پژوهشی

مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت



سال دوم - شماره ۱۹ - دی ۱۳۹۰

ISSN: 2251-6018



در این شماره می خوانید:

۲

سخن نخست

۳

آمار ارائه شده از سوی مرکز مدیریت بیماریهای واگیر

۳

چشم انداز و اهداف مبارزه با سل و چالشهای تشخیصی و درمانی

۷

اپیدمیولوژی سوانح ترافیکی و جاده ای در ایران:

-عوامل تصادفات

-اقدامات پیشگیرانه

-ارائه ی راهکارهای مناسب

۱۰

شاخص های عدالت در سلامت

- ناعدالتی در سلامت کشور

- اقتصاد و عدالت در سلامت

- زمینه های قانونی عدالت در سلامت در ایران

- روند تعیین بودجه در کشور

۱۵

تازه های دنیای پزشکی

- تأثیر نیاسین بر بیماری های قلبی عروقی

- سطح پایین ویتامین D با بیماری سل مرتبط است

- آنفلوآنزا: پیچیده تر از حد تصور

- تأثیر یکسان آنتروستاتین و روسوستاتین بر کاهش حجم آتروما

-ماموگرافی فیلم و دیجیتال در تشخیص مشابه هستند

-بیماری ماهیچه های اسکلتی، سطح تروپونین T را افزایش می دهد

-ترومبوز ریوی تا چه اندازه در سندرم حاد قفسه سینه شایع است؟

-افزایش ریسک خونریزی در بیماران تحت درمان با SSRIs و داروهای ضد پلاکتی

-درمان شناختی-رفتاری با تلفن، برای کاهش درد مزمن مفید است

-بزشکان معمولاً از راهبردهای یوکی استخوان پیروی نمی کنند

-خطر ابتلا به سرطان در دریافت کنندگان اعضای پیوندی توپر دو برابر است

-ایران در زمینه پیوند کلیه جایگاه چهارم دنیا را به خود اختصاص داده است

-الکل سالانه جان ۲/۵ میلیون نفر را در جهان می گیرد



سال دوم - شماره ۱۹

دی ۱۳۹۰

صاحب امتیاز و مدیر مسئول:

دکتر کلرمان باقری لنگرانی، رئیس مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت

اعضای هیأت تحریریه:

دکتر محمود نجابت، دکتر حسن جولایی، دکتر مجید فروردین، دکتر نجمه مهارلویی

همکاران این شماره:

دکتر بهام پیمانی، دکتر مجتبی محمودی سید مهدی احمدی، یاسر ساریخانی خرمی دکتر مریم دهقان خلیلی

رئیس شورای سردبیری:

دکتر فریبرز غفاریسند

مدیر اجرایی:

محمد خوش سیما

طراحی و صفحه آرایی:

فرحناز ایزدی

سخن نخست

یکی از مباحثی که امروزه مورد توجه سیاستگذاران سلامت قرار گرفته است بحث عدالت در سلامت میباشد. برای نظام سلامت دو وظیفه عمده را باید شناسایی کنیم: یکی این که سطح سلامت را به هر میزان که می شود ارتقا دهیم که این جا بحث کیفیت و هزینه طرح می شود و دومین وظیفه کاهش نابرابری هاست. این دو وظیفه مهمترین وظایف نظام سلامت می باشند. در این بخش ظرایفی نیز مطرح می شود، به نحوی که همه می دانیم بین عدالت و نابرابری الزاماً ارتباط صددرصدی نیست ممکن است در مباحثی نابرابری عین عدالت باشد. اما بحث دقیق تری که در این میان مطرح می شود این است که ما وقتی در نظام سلامت در برابر یک نابرابری قرار می گیریم می بینیم که خیلی از نابرابری ها مساوی با بی عدالتی است. چه کار می توان کرد تا این فاصله ها را کم کنیم، برای رسیدن به این مهم میتوان ۲ استراتژی اتخاذ کرد: یکی اینکه هدف را این قرار دهیم که گروهی که پایین تر قرار دارند را به سطح بالاتری برسانیم و هدف دیگر اینکه کسانی که در سطح بالاتری قرار دارند را به سطح پایین تر برسانیم. در نتیجه ی این دو هدف فاصله ها کم خواهد شد. وقتی در بحث عدالت در سلامت صحبت می کنیم در تئوری اکثراً موافق استراتژی اول هستیم و می گویند باید گروه های نابرابر خوردار که در سطح پایین قرار دارند را ارتقاء دهیم و به سطح بالاتر برسانیم. اما در کل در خصوص این موضوع پاسخ صد در صدی نمی توان داد. بحث دیگر این است که در خصوص عدالت و برابری در منابع این ۴ موضوع مطرح میباشد: (۱) عدالت و برابری در منابع، (۲) عدالت و برابری در دسترسی، (۳) عدالت و برابری در بهرمندی، (۴) عدالت و برابری در پیامدهای برابری، امید است که با اتکال به خداوند متعال بتوانیم در این راستا گامهای موثری برداریم.

دکتر کامران باقری لنکرانی

رئیس مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت

در ایران نیز بر طبق آخرین آمار ارائه شده از سوی مرکز مدیریت بیماریهای واگیر:

در استان فارس نیز میزان بیماریابی سل ریوی اسمیر خلط مثبت در سال ۱۳۸۹، ۲۴/۱۱٪ بوده است و میزان موفقیت درمانی موارد سل ریوی اسمیر خلط مثبت در استان فارس در سال ۱۳۸۸، ۷۸/۹۰٪ بوده است. همچنین میانگین تاخیر تشخیص سل ریوی اسمیر خلط مثبت ۹۱ روز و میانگین تاخیر در شروع درمان این بیماران ۳ روز بوده است. در حوزه جمعیتی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شیراز با جمعیت حدود ۴/۱ میلیون نفرو ۲۵ آزمایشگاه میکروسکوپی و یک آزمایشگاه مرجع مرکزی کشت و آنتی بیوگرام سل در سال ۱۳۸۹، ۴۳۹۸ مورد مراجعه مشکوک به سل مورد بررسی قرار گرفته اند که در کل ۱۹۲ بیمار سلی و ۱۱۵ بیمار سل اسمیر خلط مثبت تشخیص داده شده اند، که نشانگر بروز ۴/۷ در یکصد هزار نفر سل در این استان است.

چشم انداز و اهداف مبارزه با سل و چالشهای تشخیصی و درمانی

اهداف توسعه هزاره و برنامه جهانی مبارزه با سل اهداف مبارزه با سل را چنین ترسیم کرده است: جهان تا سال ۲۰۱۵ و منطقه مدیترانه ای شرقی (EMRO) تا سال ۲۰۱۰ به توقف رشد بروز سل و از آن به بعد کاهش بروز آن، نصف شدن شیوع و مرگ ناشی از سل و سپس در سال ۲۰۵۰ به مرحله حذف (بروز سل کمتر از یک نفر بازه هر میلیون نفر جمعیت) بایستی نایل گردد.

Goals, targets and indicators for TB control

Millennium Development Goals set for 2015

Goal 6: Combat HIV/AIDS, malaria and other diseases

Target 6.b) and begin to reverse the incidence of malaria and other major diseases

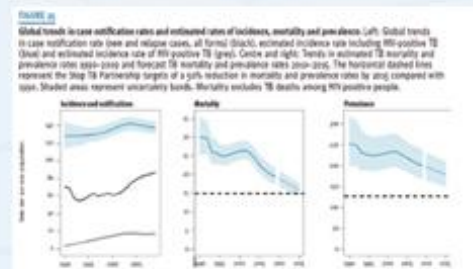
Indicator 6.b: Incidence, prevalence and death rates associated with TB

Indicator 6.b: Proportion of TB cases detected and cured under 2005

Stop TB Partnership targets set for 2015 and 2020

By 2015: Reduce prevalence and death rates by 50%, compared with their levels in 2000

By 2020: Reduce the global incidence of active TB cases to 0.2 case per 1 million population per year

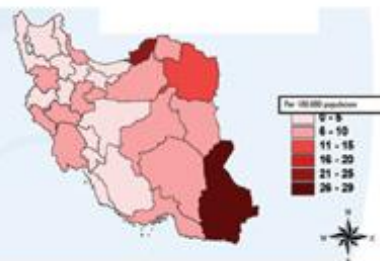


تعداد کل مسلولین کشف شده در سال ۱۳۸۹، ۱۰۶۳۹۰ نفر بوده است که معادل میزان بروز ۱۴/۲۴ در هر یکصد هزار نفر جمعیت بوده است. همچنین شیوع فعلی سل در ایران ۲۷ در هر یکصد هزار نفر جمعیت بوده که نشانگر کاهش حداقل ۵۰٪ در شاخصهای فوق نسبت به بیست سال قبل از آن یعنی سال ۱۳۶۹ (سال ۱۹۹۰ میلادی) است. بطور کلی ایران جزء کشورهای با بار متوسط سل در منطقه مدیترانه ای شرقی است. در ایران حد انتظار بروز سل ریوی اسمیر خلط مثبت و حد انتظار بروز کل موارد سل در سال ۱۳۸۹ بترتیب ۱۳ و ۱۳۰ نفر بازه هر یکصد هزار نفر جمعیت تعیین شده است.

نسبت جنسی سل در ایران (مرد به زن) ۱/۱ است و شیوع HIV در مسلولین بالغ در ایران ۱/۸ درصد است. شیوع تخمینی مقاومت دارویی سل (MDR) در بیماران جدید تشخیص داده شده ۵٪ و در بیماران قدیمی قبلاً درمان شده ۴۸٪ است و از سال ۱۳۸۱ تا ۶ ماهه اول ۱۳۸۹، ۲۲۸ مورد قطعی سل مقاوم به دارو (MDR-TB) تشخیص داده شده است.

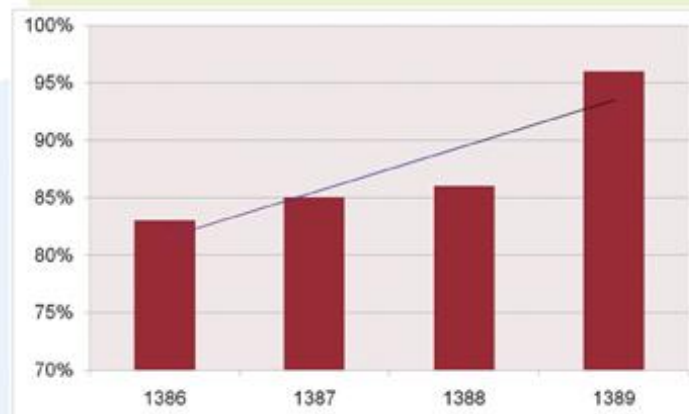


Incidence rate (Of Notified TB) in Different Provinces Of Iran in 2009

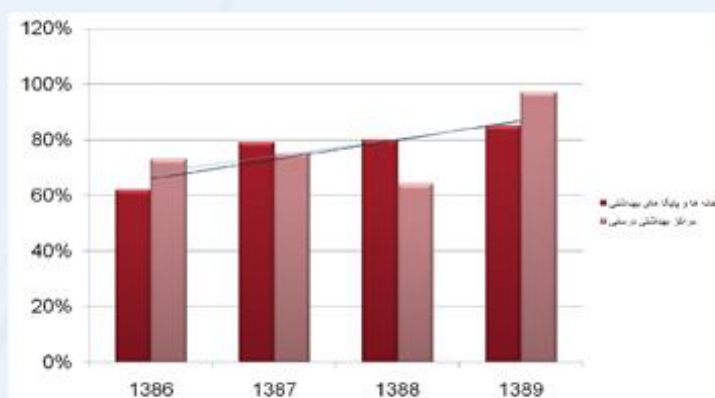


باید اذعان داشت که علیرغم نجات جان ۷ میلیون نفر مسلول طی سالهای ۲۰۱۰-۱۹۹۵ و در سایه اجرای موفق برنامه استراتژیک داتس در بسیاری از کشورهای جهان، معهذارشده موارد بروز HIV و موارد سل مقاوم به دارو از جدی ترین چالشهای تشخیصی بموقع و درمانی موفق سل در دنیا به حساب می آیند. که عدم دسترسی عادلانه به خدمات بهداشتی نیز در سطوح مختلف در دنیا به آن بیشتر دامن زده است. در اکثر کشورهای جهان کمتر از ۵٪ بیماران مسلول در سال ۲۰۱۰، از نظر سل مقاوم به دارو مورد بررسی آزمایشگاهی قرار گرفته اند و در این سال فقط ۴۶۰۰۰ بیمار سل مقاوم به دارو تحت درمان قرار گرفته اند که نشانگر ۱۶٪ از ۲۹۰۰۰۰ مورد تخمینی سل مقاوم به دارو در سراسر دنیا است. همچنین کمبود آزمایشگاههای تشخیصی میکروسکوپی سل به نسبت یک آزمایشگاه بازاء هر یکصد هزار نفر و یا آزمایشگاه کشت و آنتی بیوگرام سل بازاء هر ۵ میلیون نفر به مشکلات فوق در سطح دنیا افزوده است. بهر حال طی سالهای گذشته، کشور، استان فارس از پاره ای از این مشکلات رنج می برد که با ادغام برنامه مراقبت سل در نظام شبکه در سال ۱۳۶۹ و ارائه راهبرد داتس در سال ۱۳۷۵ از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی همانطوریکه قبلاً اشاره شد از کاهش قابل توجه بروز، شیوع و مرگ و میر ناشی از سل متنعم گشته است. لازم به ذکر است که در ایران حداقل ۳۷۵ آزمایشگاه، اسمیر تشخیصی سل و ۲۹ آزمایشگاه، کشت و ۲ آزمایشگاه (تهران و شیراز) کشت و آنتی بیوگرام مولکولار سل را انجام می دهند.

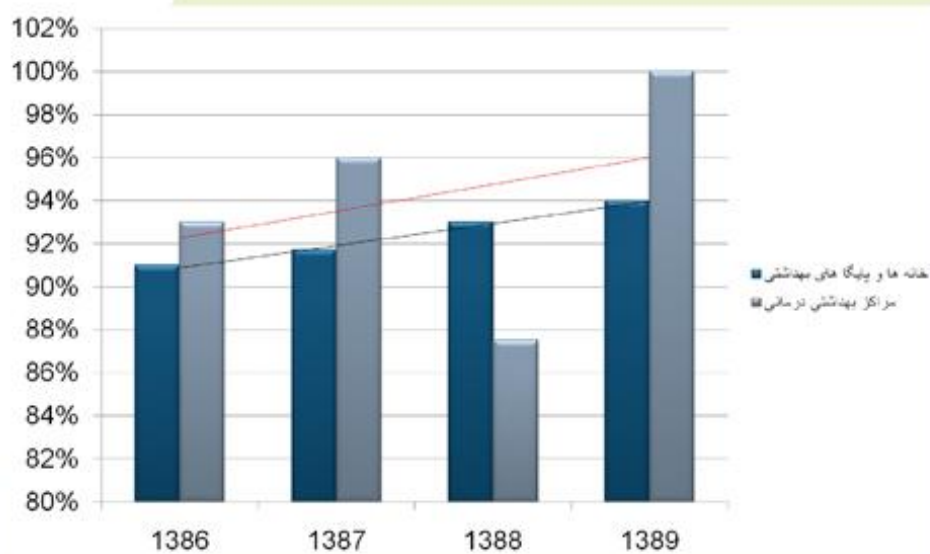
شکل ۶- آگاهی مورد انتظار از بزئکان مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی شیراز در خصوص سل طی سالهای ۱۳۸۶-۸۹



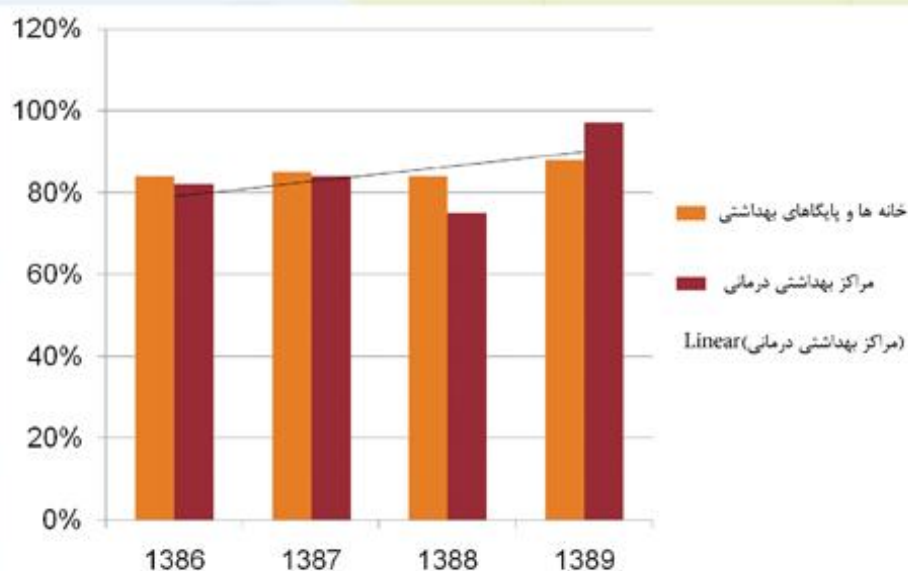
شکل ۷- کفایت وسایل و تجهیزات تشخیصی و درمانی سل، مورد انتظار درخانه ها، پایگاهها و مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی شیراز طی سالهای ۱۳۸۶-۸۱



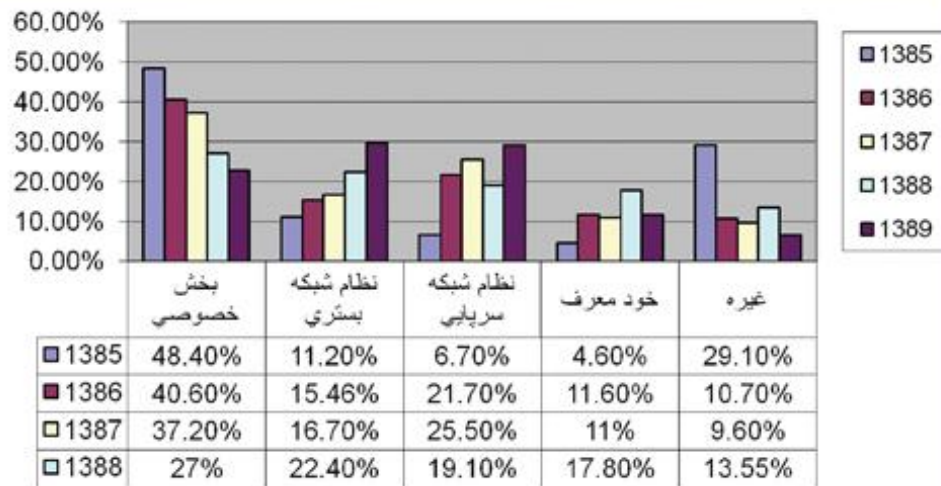
شکل ۸- عملکرد و مهارت بهورز و کاردان در برخورد با بیمار مشکوک به سل . مورد انتظار در خانه ها ، پایگاهها و مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی شیراز طی سالهای ۱۳۸۶-۸۹



شکل ۹- ارزیابی کلی از خانه ها ، پایگاهها و مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی شیراز در خصوص سل، طی سالهای ۱۳۸۶-۸۹



شکل ۳- مقایسه نسبت ارجاع مسلولین از منابع مختلف در جمعیت تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شیراز طی سالهای ۱۳۸۵-۱۳۸۹



نتیجه گیری:

همه ارقام بالا نشانگر آنست که تنها تکیه کردن بر استراتژی داتس به روش فعلی و تکنیکهای تشخیصی قدیمی نمی تواند ما را به اهداف بالا وچه رسد به مرحله حذف سل برساند. براین اساس سازمان بهداشت جهانی ۷ استراتژی جدید را در دستور کار خود در زمینه مبارزه با سل قرار داده است:

۱- DOTS Expansion

توسعه داتس (با تاکید بر توانمند سازی آزمایشگاههای سل ، دخالت بیشتر بخشهای خصوصی در برنامه مبارزه با سل ، سل در کودکان وزدودن فقر)

۲- DOTS -PLUS

مدیریت بهتر بیماران سل مقاوم به دارو

۳- مدیریت بیماران TBوHIV

۴- ابداع روشهای تشخیصی جدید در سل

۵- کشف داروهای جدید در درمان سل

۶- کشف واکسنهای جدید بر علیه سل

۷- حمایت ، ارتباطات وسیع اجتماعی (ACSM) در

زمینه مبارزه با سل

و بطور خلاصه میتوان گفت که مهمترین نقش کلیدی در موفقیت بر نامه های مبارزه با سل را می توان در ۱۰ مولفه زیر دانست :

۱- Collaboration (مشارکت ویکبار چگی)

۲- commitment (تعهد)

۳- Investment (سرمایه گذاری)

۴- Hope (امید)

۵- Advocacy (حمایت)

۶- Innovation (ابتکار)

۷- Reach (دسترسی)

۸- Treatment (درمان)

۹- ACT (اقدام)

۱۰- Achievement (تحقق)

ACSM: Advocacy, Communication and Social Mobilization

اپیدمیولوژی سوانح ترافیکی و جاده ای در ایران

تهیه و تنظیم:

دکتر فریبرز غفاریسند - پژوهشگر مرکز تحقیقات سیاست گذاری سلامت

این میزان خسارت مالی تصادفات جاده ای تنها شامل ارقام ملموس و خسارت های فیزیکی، پرداخت خسارت خودرو، هزینه های بیمارستانی، پرداخت دیه فوت و نقص عضو است و اگر خسارت های معنوی و ارزش حال فرصت های از دست رفته مربوط به افراد فوت شده و مجروحان حادثه را به آن اضافه کنیم رقم خسارت تصادفات نزدیک به هشت تا ۱۰ درصد تولید ناخالص داخلی کشور است (۱۳). طبق آمارهای مربوط به تصادفات جاده ای در سال ۸۵، بیش از ۲۸ هزار نفر کشته و ۲۰۰ هزار نفر مصدوم و مجروح شده اند و خسارتهای معادل هفت هزار میلیارد تومان را بر جای گذاشته است. تعداد تصادفات در ایران ۲۰ برابر میانگین جهانی است و سهم ایران از تصادفات معابر شهری و غیر شهری جهان ۲/۵ درصد است در حالی که سهم ایران از کل جمعیت جهان یک درصد است. به عبارت دیگر این تصادفات در ایران، پنج برابر کشورهای صنعتی و پنج برابر کشورهای همتراز ایران است (۱).

سواری ها بالاترین آمار تلفات در بین وسایل نقلیه

وسيله نقلیه مورد استفاده ۳۵/۷ درصد افراد متوفی خودرو سواری، ۲۶/۵ درصد موتورسیکلت، ۶/۸ درصد وانت بار، ۴/۴ درصد کامیون، کامیونت و تریلی و ۱/۷ درصد اتوبوس و مینی بوس بوده است. همچنین وسیله نقلیه درگیر با خودرو و یا عابر پیاده متوفی در ۳۳ درصد موارد سواری، ۱۸/۷ درصد کامیون، کامیونت و تریلی، ۸/۵ درصد وانت بار، ۵/۹ درصد موتورسیکلت و ۳/۴ درصد اتوبوس و مینی بوس بوده است.

ضربه به سر بالاترین دلیل فوت

علت اصلی مرگ ۵۳/۷ درصد افراد ضربه به سر، ۲۶/۸ درصد شکستگی های متعدد و ۵/۷ درصد خونریزی می باشد. وی در مورد محل فوت کشته های ناشی از حوادث رانندگی افزود: محل فوت ۵۰/۳ درصد افراد محل حادثه، ۸/۴ درصد حین انتقال به بیمارستان و محل فوت ۴۰ درصد افراد در بیمارستان بوده است.

حوادث ترافیکی زنگ خطری جدی برای سلامت و اقتصاد کشور می باشد، به طوریکه در هر ۲۴ دقیقه یک نفر بر اثر حوادث رانندگی در ایران می میرد. با اشاره به رشد روزافزون صنعت و ورود تکنولوژی های صنعتی به زندگی بشر امروزی و به دنبال آن گسترش ارتباطات و توسعه شهرنشینی، سوانح، به ویژه حوادث ترافیکی یکی از مهمترین عوامل تهدید کننده جان انسان هاست. در ایران هر ساله بالغ بر سیصد هزار مورد مرگ رخ می دهد که بیماری های قلبی عروقی و حوادث ترافیکی علت عمده آن هستند. به طوری که در هر ۲۴ دقیقه یک مرگ به علت حوادث ترافیکی به عنوان دومین عامل مرگ و میر رخ می دهد و این زنگ خطر جدی برای بخش سلامت و اقتصاد کشور می باشد که با توجه به خسارات اقتصادی حاصله و بروز معلولیت ها و عوارض روحی روانی متعاقب آن، باید به طور ویژه به این معضل توجه کرد (۱۳).

به نقل از اداره کل روابط عمومی و امور بین الملل سازمان پزشکی قانونی کشور، بیشترین افزایش تلفات ناشی از تصادفات در نه ماهه امسال، مربوط به آذر ماه است که میزان تلفات ناشی از آن با افزایش ۱۷/۸ درصدی مواجه بوده است. بیش از ۶۰ درصد تصادفات در جاده های برون شهری است. ۶۱/۳ درصد کشته های تصادفات در نه ماهه امسال مربوط به جاده های برون شهری، ۲۸ درصد جاده های درون شهری، ۹/۹ درصد جاده های روستایی بوده است. از کل فوت شدگان تصادفات نه ماهه، ۷۸/۹ درصد مرد و ۲۱/۱ درصد زن بوده اند. تصادفات و حوادث رانندگی در ایران دومین عامل مرگ و میر بعد از حملات قلبی شناخته شده است (۳).

براساس آمارها روزانه ۷۵ نفر در ایران بر اثر حوادث رانندگی جان خود را از دست می دهند، بر این میزان تلفات جانی باید خسارات اقتصادی ناشی از تصادفات را نیز افزود که حدود ۸ هزار میلیارد تومان یعنی ۴ درصد تولید ناخالص ملی کشور است.

بیش از ۲۵۴ هزار مصدوم در تصادفات نه ماهه اول امسال

کارشناسان معتقدند که وضعیت هندسی جاده ها یکی از اصلی ترین عوامل تصادفات جاده ای است و رسیدگی به این موضوع خارج از کنترل پلیس است. به عقیده آنها موضوع مدیریت سرعت خودرو در جاده های پرخطر یکی از اصلی ترین عوامل کاهش دهنده تصادفات جاده ای است و در این راستا استفاده از تجهیزات الکترونیکی می تواند به کاهش تصادفات منجر شود. از جمله این تجهیزات می توان به نصب GPS بر روی خودروهای حمل و نقل عمومی و نصب دوربینهای کنترل سرعت در جاده ها اشاره کرد. آمار نشان می دهند که نصب GPS در خودروهای حمل و نقل عمومی باعث کاهش ۱۹ درصدی تصادفات این نوع خودرو ها در جاده های کشور شد. این درحالی است که ناوگان حمل و نقل عمومی در کشور ۳۰ درصد در مقایسه با گذشته رشد داشته است.



ارائه ی راهکارهای مناسب

با توجه به وضعیت بحرانی ایمنی در معابر شهری و غیر شهری نیاز به توجه جدی تر در بکارگیری تمام امکانات قابل استفاده در راستای کاهش آمار تصادفات منجر به جرح در وهله ی اول و تصادفات منجر به خسارات مالی در وهله ی دوم به خوبی در کشور ما احساس می شود. بر این اساس راهکارهای متفاوتی را که دارای طیف وسیعی از پیش نهادها می باشد می توان در نظر گرفت که با کمک آن ها قادر به کنترل و بهبود وضعیت موجود در آینده ای نزدیک خواهیم بود. این گستره شامل نکات و ملاحظات فنی و فرهنگی به طور همزمان می باشند (نمودار ۱). نمودار شماره ۱ ارتباط میان عوامل مختلف مؤثر بر ایمنی ترافیک را نمایش می دهد. این نمودار از دو بخش عمده تشکیل شده است: بخش نخست با عنوان اصلاحات فنی مربوط به حوزه ی اصلاحات مهندسی ترافیک و راه و بخش دوم با عنوان اصلاحات اجتماعی مربوط به مدیریت قانونی ترافیک توسط متخصصان پلیس راهنمایی و رانندگی و همچنین قانون گذاران می باشد (۲).

دکتر قره داغی در پایان با اشاره به افزایش ۱۰ درصدی مصدومان تصادفات در نه ماهه امسال نسبت به مدت مشابه سال قبل تصریح کرد: در نه ماهه امسال ۲۵۴ هزار و ۵۹ نفر مصدوم ناشی از تصادف نیز به مراکز پزشکی قانونی مراجعه کردند که از این تعداد ۱۸۷ هزار و ۳۴۳ نفر مرد و ۶۶ هزار و ۷۱۶ زن بودند.

عوامل تصادفات

نتایج تحقیقات به عمل آمده توسط کارشناسان راهنمایی و رانندگی نشان می دهد که سهم مشکلات مربوط به جاده ها در تصادفات ایران ۳۰ درصد، سهم اشتباهات انسان ۵۲ درصد و سهم نواقص فنی خودرو ۱۳ درصد است. نتایج این تحقیقات همچنین حاکی از آن است که در سال گذشته ۱۵۶ هزار فقره تصادف در جاده های کشور ثبت شده که ۵۴ هزار فقره تصادف که ۳۰ درصد کل تصادفات را تشکیل می دهد مربوط به عوامل ناشی از مشکلات مربوط به جاده ها بوده است. تحقیقات نشان می دهد که ۸۱ هزار فقره تصادف که ۵۲ درصد کل تصادفات جاده ای را شامل می شود ناشی از اشتباهات انسانی بوده و بیش از ۲۰ هزار تصادف که ۱۳ درصد کل تصادفات را تشکیل می دهد در اثر نواقص فنی خودرو رخ داده است. به این ترتیب عامل انسانی اصلی ترین علت تصادفات را در کشور است و پس از آن جاده و خودرو در ردیف دوم و سوم قرار دارند.

اقدامات پیشگیرانه

از سال ۱۳۸۰ پلیس راهنمایی و رانندگی برای فرهنگسازی ترافیک اقدامات خود را آغاز کرده است. در این راستا آموزش دانش آموزان و تشکیل همیاران پلیس از اقدامات تاثیر گذار در ارتقاء فرهنگ ترافیک بوده است. از سال ۱۳۸۵ پلیس راهنمایی و رانندگی به صورت جدی بحث فرهنگ سازی ترافیک را در رسانه ها دنبال کرد. برنامه های فرهنگ سازی همچنین از طرف وزارت آموزش و پرورش و دانشگاه های علوم پزشکی کشور نیز اجرا می شود.

نتیجه گیری

۶. استراتژی های مربوط به کاربری بینه ی اراضی از دسته اقداماتی است که می تواند منجر به افزایش ایمنی راه ها و کاهش حجم رفت و آمد های غیرضروری شود. بحث کاربری اراضی یکی از مهمترین ترین مباحث در مطالعات حمل و نقل اقتصادی و ایمنی ترافیک محسوب می شود (۵).

۷. برخی اصلاحات ترافیکی صورت گرفته منجر به کاهش ترافیک و زمان سفر می شوند اما در عین حال دارای اثرات منفی بر ایمنی راه ها نیز خواهند بود. به عنوان مثال تعریض معابر که به عنوان یکی از کارآمدترین راهکارهای کاهش حجم ترافیک معابر همیشه مدنظر بوده و هست علی رغم از بین بردن گره های ترافیکی و روان کردن عبور و مرور در بسیاری از نقاط شبکه راه ها سبب افزایش میانگین سرعت خودروها و در نتیجه افزایش آمار تصادفات مرگبار شده است. بدیهی است در اینگونه موارد انجام مطالعات پیش و پس از اجرای طرح به منظور حفظ حدود ایمنی و سلامت رانندگان و عابرین پیاده ضروری می باشد تا به خوبی بتوان از ایجاد چالش های پیش بینی نشده جدید پیشگیری نمود (۵).



نمودار ۱ عوامل ایمنی معابر (۱)

ایجاد تغییرات در الگوهای سفرهای شهری و بین شهری می توانند از طرفی متفاوت بر ایمنی معابر شهری و غیرشهری تأثیرگذار باشد. این تغییرات را می توان در دسته های ذیل طبقه بندی نمود:

۱. استراتژی هایی که با استفاده از ابزار کاهش سرعت بخصوص در نقاط حادثه خیز قادر به کاهش تواتر تصادفات در هر کیلومتر و همچنین میزان شدت آن ها می باشند.
۲. روش هایی که با کاهش حجم ترافیک (عبور و مرور) به کاهش تواتر تصادفات در هر کیلومتر کمک می کنند اما در عین حال موجب افزایش شدت و سختی آن ها می شوند. این دسته تمهیدات باعث کاهش زمان سفر می شوند اما قادر به کاهش میزان سفر و وسائل نقلیه نخواهند شد.
۳. راهکارهایی که موجب تبدیل استفاده عموم از حمل و نقل خصوصی به حمل و نقل همگانی می شوند. این گروه تمهیدات بطور چشمگیری در افزایش ایمنی معابر و کاهش میزان تصادفات رانندگی اثرگذار هستند.
۴. اقدامات مربوط به جایگزینی مدهای حمل و نقلی موتوروی با مدهای حمل و نقل غیر موتوروی - به عنوان بخشی از سیاستگذاری های حمل و نقل پایدار (حمل و نقل سبز) - که نه تنها باعث کاهش مرگ و میر و تصادفات می شوند بلکه به کاهش آلودگی هوا و سلامت جامعه کمک شایان توجهی می نمایند. گفتنی است که بحث ایمنی و وسائل حمل و نقل غیرموتوروی بحثی است که نیاز به توجه بیشتر به آن بخصوص در کشورهای در حال توسعه چون ایران احساس می شود (۵).

۵. انجام سهم بندی زمانی استفاده از معابر مختلف بر اساس گروه های سنی و شغلی برای اقلار متفاوت جامعه که به شکلی کارآ اما کم هزینه قادر به افزایش ایمنی معابر علاوه بر سایر فوائد آن می باشد. لازم به ذکر است که طبق مطالعات صورت گرفته به طور کلی به ازای هر یک درصد کاهش سفر و وسائل نقلیه ی موتوروی ۰ بین ۱/۴ تا ۱/۸ درصد از آمار تصادفات نیز کاهش می یابد (۱). این مورد در رابطه با ایمنی و وسائل نقلیه ی غیر موتوروی می تواند اثرگذار باشد به این ترتیب که ساعتی از شبانه روز به استفاده کنندگان از وسائل نقلیه ی غیرموتوروی اختصاص یابد.

منابع

۱. جعفرزاده روزبه. طرح کمربند جامع از مناطق مرزی امنیت راه های کشور. شرکت اندیشه کار و سوازی رود. صفحات ۱ تا ۱۰ سال ۱۳۸۷
۲. ریاست جمهوری. معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی، سایت اینترنتی مرکز ملی آماد ایران، بخش گزیده اطلاعات آماد
۳. کشوری راه شهرها، رضی اسیر مسعود، مهندس ترافیکی (اصول برنامه ریزی و مدل سازی حمل و نقل، صفحات ۱۶۰ و ۱۶۱، مرکز انتشارات دانشگاه علم و صنعت ایران، ۱۳۹۸
۴. Rasouli MR, Saadat S, Haddadi M, Gooya MM, Afshari M, Rahimi-Movaghar V. Epidemiology of injuries and poisonings in emergency departments in Iran. Public Health. ۲۰۲۰; ۱۱۱(12):۱۲۱۷-۲۰
۵. معارف راه و یک راهکارهای کاهش تصادفات در معابر شهری و غیر شهری، برگزیده مجموعه مقالات، نوسن همدان، جامعه آماد شهر تهران، صفحات ۲۰۷ تا ۲۱۴، سال ۱۳۸۹

شاخص‌های عدالت در سلامت

شاخصهای کلان سلامت در جمهوری اسلامی ایران آغشته به عدالت است و به نظر می‌رسد در بخش سلامت بیشتر از سایر بخشهای توسعه به عدالت اجتماعی توجه شده است و آنچه موجبات ناعدالتی را در این بخش فراهم می‌کند همان شاخصهای ناهمگن سایر بخشهای توسعه است. عدالت از زیباترین واژه‌های جهان هستی است و مبنای اندیشه رفتار انسانها و نهادهای است که می‌خواهند با فطرت خلقت سازگاری نشان دهند و گوشه‌ای از آنچه راکه عادل مطلق تبیین کرده است به نمایش بگذارند. عدالت را مرحوم دهخدا در جلد نهم لغت‌نامه خود «دادگری کردن» تعریف می‌کند و از قول جرجانی می‌گوید: عدالت در لغت «استقامت» باشد و در شریعت عبارت از استقامت بر طریق حق است با اجتناب از آنچه محظور است در دین. الفاظی چون استقامت در کنار عدالت پیچیدگی این لغت را به ویژه در اجرا نشان می‌دهد صائب می‌فرماید:

میسر نیست در هفتاد ساز اهل عبادت را

عدالت کن که در عدل آنچه یکساعت به دست آید

این واژه مورد استفاده همگان به ویژه مدیران و رهبران اجتماعی است آنها که می‌خواهند شاخصهای قدرتمندی از خدمت را به معرض نمایش بگذارند واژه عدالت را به کار می‌بندند و آنها هم که می‌خواهند نفی دیگران کنند بی‌عدالتی را بهترین مؤلفه بیان ناسامانی می‌دانند.

در این مقاله قصد ندارم چگونگی خلق این لغت را در فرهنگ مدیران اجتماعی تشریح کنم اما سعی می‌کنم آن را در حوزه سلامت تعریف می‌کنم شاخصهای ارزیابی آن را نیز بیان کنم تا هم مجریان اسانتر بتوانند به آن دست یابند و هم مردم روشنتر قضاوت کنند. در حوزه سلامت بیانیه امانا (فراقتان) که در سال ۱۹۷۸ صادر شد، چهارچوب وظیفه اصلی خدمت را تعریف می‌کند، در این اصول فلسفی ۳ اصل وجود دارد که هر یک دنیایی از علم و عمل را در بر می‌گیرد: این سه اصل عبارتند از: عدالت اجتماعی، همکاری بین بخشی و تکنولوژی مناسب. منظور از رعایت عدالت اجتماعی توجه به نیازهای سلامت همه افراد و اقشار جامعه است بدون توجه به موقعیت جغرافیایی، فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی آنها. شناخت مسایل مربوط به سلامت در ابعاد مختلف و برنامه‌ریزی برای حل آنها، در صورتی که پوشش ملی و در مواردی «بین‌المللی» داشته باشد می‌تواند راهبرد عادلانه را در جامعه نشان دهد.

وضعیت کنونی شاخصهای عدالت در سلامت در جمهوری اسلامی ایران

شاخصهای کلان سلامت در جمهوری اسلامی ایران آغشته به عدالت است و به نظر می‌رسد در بخش سلامت بیشتر از سایر بخشهای توسعه به عدالت اجتماعی توجه شده است و آنچه موجبات ناعدالتی را در این بخش فراهم می‌کند همان شاخصهای ناهمگن سایر بخشهای توسعه است. در کشور ما ۵۲ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تأسیس شده است که با جلب نیروی انسانی متخصص و امکانات بهداشتی، درمانی مورد توقع یک دانشگاه خدمات پیشرفته‌ای را به مردم استانها ارائه کرده است و موجبات توزیع متناسب و عادلانه را حداقل در قالب مراکز دانشگاهی فراهم می‌کند.

این دانشگاهها با توجه به ادغام آموزش و پژوهش علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی پاسخگوی نیازهای مردم تحت پوشش خود، حتی در مناطق محروم نیز هستند و چنانچه مدیریت اجرایی توان درک این فلسفه و قدرت اجرایی آن را داشته باشد به عادلانه‌ترین روش توزیع و بکارگیری علوم در حوزه سلامت فراهم شده است. در مناطق محروم تحت پوشش این دانشگاهها نیز نظام قدرتمند شبکه‌های بهداشتی، درمانی خدمات مورد نیاز را در سطح مختلف ارائه می‌دهند و این ساختار مناسب یکی از افتخارات عدالت محور جمهوری اسلامی در محافل سلامتی جهان است.

دسترسی و دستیابی (Accessibility and Availability) به امکانات قابل ارائه به شاخصهای بین‌المللی است و تقریباً ۹۰ درصد مردم می‌توانند از مراکز بهداشتی، درمانی در سطوح مختلف بهره‌گیرند. این وضعیت در قیاس با کشورهای پیشرفته نیز از سطح عادلانه مناسبی برخوردار است. به عنوان مثال در آمریکای شمالی نیز حداکثر همین رقم از جمعیت به نحوی به خدمات دسترسی و دستیابی دارند اما نکته مهم و قابل اشاره که پی خواهیم گرفت این است که این دسترسی و دستیابی با چه هزینه‌ای تامین می‌شود و از جیب چه کسی پرداخت می‌شود. آنچه در عدالت محوری سلامت مهم است این است که چه کسی با چه منبع درآمدی هزینه سلامت خود را تامین و پرداخت می‌کند. در یک کلام زندگی در استانهای مختلف عامل ایجاد مرگ ناشی از جغرافیا و فقر نیست اما مناطق مختلفی از هر استان می‌تواند چنین باشد یعنی عدالت در زندگی در استانها به طور کلی رعایت شده ولی در مناطق ناعدالتی وجود دارد که سعی می‌شود با مثالهایی این وقایع را تبیین کنیم تا تکلیف رفتارهای اجرایی مشخص تر شود. در حال حاضر ۵/۷ درصد از درآمد ناخالص ملی صرف سلامت می‌شود که از این میان حدود ۴۴ درصد توسط بودجه عمومی (دولت و حاکمیت) و ۵۷ درصد توسط مردم تامین می‌شود این شاخص و مؤلفه با عدالت سازگاری ندارد و ویژه اگر بدانیم که این پرداخت از جیب مردم روی چه تعداد و گروهی از جامعه تاثیر منفی خواهد داشت.

ناعدالتی در سلامت در کشور

اگر چه شاخصهای عمومی سلامت به نفع عادلانه بودن مؤلفه سلامت در کشور است اما ذیلاً مثالهایی از ناعدالتی را بیان خواهیم کرد. در حال حاضر امید به زندگی در جمهوری اسلامی ایران حدود ۷۴/۵ سال است که اگر چه از کشور ژاپن با حدود ۸۰ سال کمتر است ولی با بسیاری از کشورهای غربی همخوانی دارد اما نکته مهم این است که در بعضی از نقاط کشور این رقم به ۲۰ سال کمتر می‌رسد شاخص امید به زندگی میانه سن نوزادی است که در یک کشور به دنیا می‌آید با در نظر گرفتن میزان مرگ و میر و عوامل مرگ در آن کشور محاسبه می‌شود. هنوز این میانه در بعضی از نقاط به ۹۰ سال صعود و در بعضی نقاط به ۵۰ سال نزول می‌کند بدیهی است شاخص امید به زندگی با تغییر مؤلفه‌های ساختاری و زیربنایی تغییر می‌کند. شاخص مرگ کودکان زیر یکسال (Infant mortality Rate-IMR) شاخص نرخ رشد، سن، جمعیت، میزان مرگ مادران ناشی از عوارض بارداری (MMR) هم از شاخصهای مهم عدالت در سلامت هستند که خوشبختانه همخوانی وسیعی در نقاط مختلف کشور دارد ولی هنوز هم در نقاطی مثل خواف خراسان، یا دشت آزادگان خوزستان، بخش‌هایی از غرب آذربایجان غربی و جنوب و شرق سیستان و لوچستان این شاخصها بسیار پائین‌تر از میانه مملکت است. کم‌وزنی ناشی از تغذیه نامناسب که علت اصلی آن عامل اقتصادی است، چون عوامل متفاوتی در این امر مثل فقر فرهنگی و اجتماعی نیز دخالت دارند، نسبتهای مختلفی را در کشور نشان می‌دهد. این شاخص (کم‌خونی تغذیه‌ای) برای کودکان زیر پنج سال در استانهای سیستان و بلوچستان کهگیلویه و بویر احمد ۱۸ درصد، در کرمان و زنجان ۱۳ درصد، در تهران ۶/۵ درصد و در گیلان و مازندران ۴/۵ درصد است. تفاوت این شاخصهای سلامت در مناطق مختلف کشور نشان از توجه بیشتر به این مناطق است که حداقل در بودجه سال ۸۵ نشانه‌های آنرا می‌بینیم.

اقتصاد و عدالت در سلامت

شاخص مرگ کودکان زیر یکسال در هزار تولد زنده (IMR) که قبلاً ذکر شد با دهم‌دهای درآمدی کاملاً نسبت عکس دارد یعنی در خانواده‌های ثروتمندتر، این شاخص پائین‌تر است. به عنوان مثال در جامعه دهک اول درآمدی ۴۷/۲ در هزار تولد زنده است در دهک دوم ۴۰/۷، دهک سوم ۳۰/۲، دهک چهارم ۴۲/۲ و دهک پنجم ۲۰/۷ است. یعنی هر چه فقیرتر مرگ بیشتر و زودتر. از شاخصهای مهم اقتصادی دیگر سلامت تاثیر هزینه یک بار بستری شدن به علت بیماری در درآمد، پس انداز، قرض کردن و به طور کلی وضعیت زندگی خانواده است.

در مطالعه بسیار ارزشمندی که تحت عنوان بررسی بهره‌مندی از امکانات بهداشتی درمانی در کشور صورت گرفته است معلوم شد، هزینه یک بار بستری شدن در کشور، برای ۲۵ درصد از جمعیت تأثیر اقتصادی ندارد و یا بسیار ناچیز است. ۳۰ درصد از جمعیت ناچار می‌شوند علاوه بر مصرف تمامی درآمد، تمامی پس انداز خود را هم برای یک بار بستری شدن از دست بدهند. ۲۱ درصد جامعه ناچار هستند در این زمینه علاوه بر از دست دادن تمامی درآمد و پس انداز برای بستری شدن قرض هم بکنند که بازگشت آن در همه مولفه‌های زندگی خانواده تأثیر خواهد گذاشت. اما نکته نگران کننده این است که ۸ درصد از جامعه برای یک بار بستری شدن در بیمارستان باید همه دار و ندار خود را از دست بدهند و در سرزیری فقر و بیماری سقوط کنند که حتما هرگز از آن نمی‌توانند خارج شوند.

همین طور که قبلا اشاره شد ۵۷ درصد بودجه سلامت از جیب مردم تأمین می‌شود ولی برای ۵۵ درصد جامعه تأثیر زیادی در زندگی ندارد اما در بقیه تأثیرگذار است ولی در این مورد ۸ درصد از جامعه گرفتار حلقه معیوب فقر و بیماری می‌شوند که باید مورد توجه سیاست‌گذاران و مجریان قرار گیرد. چگونگی این توجه را از ابعاد قانونی و اجرایی بعدا بیان خواهیم کرد.

لازم به ذکر است که در این تحقیق معلوم شد ۲۶ درصد از جامعه تحت پوشش هیچ بیمه‌ای قرار ندارند و این درحالی است که درصد بالایی از جامعه همپوشانی بیمه‌ای دارند جالب توجه است که بدانیم بسیاری از این افراد گروه ۲۶ درصد، مثل کارگران ساختمانی کارگران روزمزد شرکتها و بسیاری از زنان کارگر کشاورزی، دانش آموزان هستند که به علل مختلف حق بیمه هم می‌پردازند، اما هرگز از خدمات بیمه‌ای استفاده نمی‌کنند. این هم نکته‌ای است که مدیریت اجتماعی کشور می‌تواند با پیگیری از طریق سازمانهای بیمه گر حل شود. در تحقیق دیگری معلوم شده است که ۲۲ درصد از افرادی که نیازمند بستری شدن برای علاج بیماری خود هستند به علت فقر از این امر امتناع می‌کنند در این میان ۱۴ درصد فاقد بیمه هستند و ۸ درصد پوشش بیمه‌ای هم دارند. البته لازم به ذکر است که تنها یک درصد از جامعه نیازمند بستری شدن در بیمارستان از این امکان استفاده نمی‌کنند یعنی ۷ درصد جامعه باید بستری شوند ولی ۶ درصد آنها بستری می‌شوند.

بار هزینه‌ای هم از شاخصهای مهم اقتصاد سلامت است که برای نشان دادن اهمیت سرمایه‌گذاری از بودجه عمومی تنها به ذکر یک مثال اکتفا می‌کنم. میانگین هزینه یک بار بستری شدن در بیمارستان در سال ۱۳۸۱ برحسب بخشهای مختلف به شرح زیر بوده است: بخش خصوصی ۶۴۴ هزار تومان، بیمارستانهای وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۸۹ هزار تومان بیمارستانهای متعلق به سازمان تأمین اجتماعی ۸۰ هزار تومان و خیریه ۱۱۳/۵ هزار تومان. بیان این مختصر در قالب اعداد و ارقام نشان می‌دهد که شاخص اقتصاد تا چه حدی در برقراری عدالت در سلامت تأثیرگذار است. امروزه در مجامع بین‌المللی بحث در مورد متغیرهای اجتماعی موثر بر سلامت (Social Determinant) بسیار رونق گرفته است و بهترین این شاخصها را عوامل اقتصادی و مالی می‌شناسند.

زمینه‌های قانونی عدالت در سلامت در جمهوری اسلامی ایران

تغییراتی که در عوامل موثر بر سلامت مردم پیدا شده است، چهره بیماری و مرگ، سلامتی و شادابی را تغییر داده‌اند امروزه میکروبیها و قارچها بسیار ضعیفتر از فقر و نادانی به سلامت مردم لطمه می‌زنند و عوامل اجتماعی موثرترین مولفه‌های موثر بر سلامت هستند. لذا تنها روپوش سفیدان نمی‌توانند این عوامل را شناسایی و مرتفع نمایند بلکه یک مدیریت اجتماعی قدرتمند و قانونمند باید برای همیشه از سلامت مردم مراقبت کند.

سقراط حکیم ۳ وظیفه برای حاکمیت اجتماعی تعریف کرده بود که عبارتند از: تأمین امنیت، سلامت و آموزش عمومی مردم. رسالت دیگر عبارت از تعریف روابط بین بخشی برای توسعه اجتماعی است که امروزه آن را به نام حفظ محیط زیست می‌شناسیم. با این تعابیر و تعاریف جایگاه مدیریت سلامت از وزارت بهداشت به حاکمیت منتقل می‌شود.

آنچه در کشور ما پاسخگوی این معناست و در سالهای اخیر در قالب ساختار قانونمند تعریف شده است عبارتند از:

الف: تشکیل شورای عالی سلامت

اگر چه هیئت دولت در هر جلسهای می‌تواند سلامت مردم را مورد عنایت قرار دهد اما با توجه به شناخت واقعیتها و اهمیت موضوع، شورایی در کشور جنبه قانونی پیدا کرده است که آئین نامه اجرایی آن در تاریخ ۴/۴/۸۴ با پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان مدیریت و برنامه ریزی و با استناد به اصل ۱۳۸ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران در هیئت وزیران به تصویب رسیده است. شورای عالی سلامت با مسئولیت ریاست جمهوری و دبیری وزیر بهداشت و عضویت تعدادی از وزرا و سازمانهای عمومی باید حداقل هر ۳ ماه یکبار تشکیل شود و عوامل اجتماعی موثر بر سلامت را مورد بازبینی قرار دهد و مشکلات آنرا حل کند.

ساختار مینیاتوری مشابهی نیز در استانها این وظیفه را به عهده گرفته است. این شورا با توجه به مقررات جاری باید تا امروز حداقل ۱۰ بار تشکیل جلسه داده باشد اما تاکنون فقط ۴ بار جلسه تشکیل داده (۳ بار دولت قبلی و یک بار در دولت جدید) که حداقل ۲ بار آن به تصویب ساختارها و آئین‌نامهها پرداخته است. مصوبات این شورا که بعضا در دو اجلاس هم بر آنها تاکید شده است، هنوز بازتابهای روشنی در جامعه از نظر اجرایی پیدا نکرده‌اند. برای برقراری عدالت در سلامت و حل مشکلاتی که خارج از حیطه عملکرد روپوش سفیدان است، این شورا باید به وظایف قانونی خود عمل کند.

ب: قانون برنامه پنجساله چهارم و عدالت در سلامت

اگر چه در قوانین تاسیس وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تشکیلات و وظایفشان، قانون برنامه پنجساله سوم توسعه، قانون تاسیس وزارت رفاه و تامین اجتماعی چگونگی سیاستگزاری به امر تامین و ارتقای سلامت مردم تبیین شده است ولی ماحصل آنها را می‌توان در قانون برنامه پنجساله چهارم که چهره اجرایی دارد ملاحظه کرد.

مواد ۸۴ تا ۹۴ و همچنین مواد ۹۶ و ۹۷ و ۱۰۳ به طور روشن چگونگی این اقدامات را مشخص کرده‌اند که تنها به ذکر نکات کوچکی از آن قناعت می‌کنم که در تامین عدالت در سلامت موثرتر هستند. در ماده ۸۴ موضوع امنیت غذا و تغذیه در کشور و تامین سید غذایی مطلوب و کاهش بیماریهای ناشی از سوی تغذیه مورد دقت قرار گرفته است و اجرای این ماده و بندهای کمکی آن می‌تواند نسبت به رفع شاخص‌های ناعادلانه تغذیه‌ای در کشور که بعضی از آن را ذکر کردم کمک کنند. بندهای ج، د، و، ح از ماده ۹۶ قانون نیز به روشنی تکلیف حاکمیت را برای تامین غذای سالم و کافی و توانمند کردن مردم و موضوع نیازهای اساسی توسعه را مورد توجه قرار داده است. در همین ماده بندهای پ، ج، د و ز چگونگی پوشش ۱۰۰ درصد بیمه‌ای مردم را مورد توجه قرار داده و اگر به عمل منتهی شود در سال ۱۳۷۸ که سال پایانی اجرایی این قانون و سال پاسخگویی دولت خدمتگزار است باید مشکلات بیمه‌ای در قالب میزان سرانه و به تبع آن تعرفه‌ها و پوشش جامعه بیمه‌ای موثر مردم حل شده باشد و یکی از مولفه‌های روشن عدالت در سلامت به مرحله عمل برسد. ماده ۹۱ قانون چگونگی استفاده از پوشش بیمه‌ای یعنی برقراری نظام پزشک خانواده و ارجاع مبنای عملکرد قرار داده است. این رفتارها در شروع سال اول اجرای قانون برنامه چهارم توسعه سرعت خوبی داشته است یعنی تقریبا از اردیبهشت ماه تا پایان سال ۱۳۸۴، قریب ۸۰ درصد نیروهای مورد نیاز مناطق محروم تامین و به کار گرفته شده‌اند و نیازمند به توجه بیشتر برای تامین برنامه‌ها و تعمیق آنها در شبکه های بهداشتی درمانی برای پاسخگویی به مردم ساکن در مناطق محروم و تغییر شاخصهای ناعادالتی هستند.

انشاءالله با برنامه‌ریزی تحقیقاتی بتوانیم در سال جاری چگونگی پیشرفت این مورد قانونی را مورد توجه قرار دهیم.

این قانون پس از رسیدن به هیئت وزیران به وزارتخانه‌های مختلف ابلاغ و وزارت دارایی و امور اقتصادی مسئولیت اجرای آنرا به عهده می‌گیرد. سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی باید مبنی بر این قانون بودجه مصوب را تخصیص دهد و خزانه‌داری کل باید بودجه را در اختیار وزارتخانه‌های ذیربط برای هزینه قرار دهد.

در سال ۱۳۸۴، نمایندگان مردم در مجلس شورای اسلامی برای اولین بار نسبت به اجرای این ماده قانونی اقدام و قریب ۳۰ درصد بودجه سلامت را افزایش دادند که با در نظر گرفتن میزان تورم این رقم به ۱۵ درصد کاهش می‌یافت.

اما در تخصیص و نامینها بعداً این ارقام عملی نشد و حتی بودجه های مصوب هم برای سلامت مردم هزینه نشد در سال ۱۳۸۵ اگرچه قانون بودجه هنوز انتشار عمومی پیدا نکرده است، اما آنچه در رسانه‌ها منعکس شده نشان می‌دهد که میزان افزایش بودجه سال ۸۵ به هیچوجه پاسخگوی این ماده قانونی

برای رفع ناعدالتی در سلامت نخواهد بود و امید داریم دولت با تغییرات بودجه‌ای در درون خود بتواند تا حدودی جبران مافات کند و وزارت بهداشت را به عنوان مسئول تامین سلامت مردم در این امر خطیر یاری دهد.

ماده ۹۰ قانون برنامه پنجساله چهارم توسعه، مهمترین ماده ای است که به طور روشن، موضوع تامین عدالت اقتصادی در سلامت را مورد توجه قرار داده است و به تنهایی می‌تواند ارزشیابی عملکرد دولت در رفع مشکلات اقتصادی سلامت باشد، در این مورد به صراحت آمده است که سهم سلامت از درآمد ناخالص ملی باید از ۵/۷ درصد تا پایان برنامه پنجساله چهارم به ۷ درصد برسد و سهم پرداخت مردم از جیب باید به ۳۰ درصد نزول پیدا کند و سهم بودجه عمومی به ۷۰ درصد ارتقاء یابد.

مفهوم این جملات این است که هر سال سهم بودجه‌ای سلامت باید افزایش یابد و هم اینکه سهم پرداخت مستقیم مردم از جیب باید کاهش یابد که مهمترین مولفه‌های ناعدالتی در سلامت با این تغییرات حل خواهد شد. اگر این اتفاق عملی شود باید بدون در نظر گرفتن میزان تورم، بودجه سلامت از سهم بودجه‌ای عملی سالانه حدود ۳۰ درصد افزایش یابد. آنچه در بودجه سال ۱۳۸۴ و ۱۳۸۵ اتفاق افتاده است منطبق با این ماده قانونی نبوده و اگر توجه جدی بر اجرای این ماده قانونی نشود دولت نمی‌تواند در پایان برنامه پنجساله چهارم پاسخ مناسبی برای ملت خود در برقراری عدالت در سلامت داشته باشد.

روند تعیین بودجه در کشور

وزارتخانه مسئول پیشنهادی برای امر اجرای وظایف قانونی خود ارائه می‌کند (در مورد سلامت جامعه وزارت بهداشت این مسئولیت را بر عهده دارد) هیئت وزیران این پیشنهاد را بررسی می‌کند و در قالب لایحه بودجه دولت به مجلس شورای اسلامی تقدیم می‌شود، در مجلس پس از سنجشهای تخصصی در کمیسیونهای مربوطه در کمیسیون تلفیق، آخرین تغییرات در لایحه داده شده و به صحن علنی مجلس رفته و نهایتاً به عنوان قانون بودجه ابلاغ می‌شود.



تازه های دنیای پزشکی

ترجمه و تنظیم: طاهره رسنگار، علیرضا منافی
پژوهشگران واحد دانشجویی مرکز تحقیقات سیاست گذاری سلامت

درمان با Telaprevir برای ۲۴ هفته، درمانی مناسب برای HCV

پاسخ به درمان با تلاپروویر، یک اینترفرون و ریباویرین برای ۲۴ هفته برای بیماران مبتلا به عفونت هپاتیت نسبت به استاندارد ۴۸ هفته ای مناسب بوده است. اخیراً FDA درمان سه گانه تلاپروویر، یک اینترفرون و ریباویرین را برای بیماران مبتلا به ویروس هپاتیت C ژنوتیپ مورد تایید قرار داد. مطالعات نشان داده اند که این رژیم درمانی دارای پاسخ ویروالوژی بیشتر نسبت به درمان دو دارویی می باشد. در حال حاضر محققان تاثیر بهتر درمان ۲۴ هفته ای با تلاپروویر را نسبت به درمان ۴۸ هفته ای در بیماران مبتلا به HCV ژنوتیپ ۱ و پاسخ ویروالوژیک سریع اولیه آن ها را مورد تایید قرار داده اند. در یک مطالعه چند ملیتی تصادفی فاز ۳، بیماران ۷۵۰ میلی لیتر از تلاپروویر را سه بار در روز در ۱۲ هفته اول دریافت می کردند. همچنین همراه با این دارو ۱۸۰ میلی لیتر از یک اینترفرون هفتگی و ۱۰۰۰-۱۲۰۰ میلی گرم از ریباویرین روزانه نیز به بیماران داده می شد که دادن این ۲ دارو تا آخر دوره درمان ادامه یافت. یافته های این مطالعه نشان می دهد که هر دو گروه ۲۴ هفته ای و ۴۸ هفته ای که با رژیم تلاپروویر درمان می شدند میزان زیادی از پاسخ ویروسی داشتند. نتایج حاصل از این مطالعه نشان می دهد که تقریباً دو سوم بیماران پاسخ سریع درمانی به این رژیم می دهند و طول درمان می تواند در این بیماران بسیار کوتاه تر باشد.

تأثیر نیاسین بر بیماری های قلبی عروقی

نتایج مطالعات دانشمندان نشان داد که نیاسین در روند درمان بیماران قلبی عروقی تأثیری ندارد. گاهی اوقات پزشکان برای افزایش سطح کلسترول HDL در بیماران تحت درمان با استاتین، نیاسین را همراه با استاتین تجویز می کنند؛ در حالی که تأثیر بالینی این گونه درمان نامشخص است.

در این مطالعه که در مجله New England به چاپ رسیده است، تأثیر نیاسین همراه با سیمواستاتین در مقایسه با استفاده از سیمواستاتین به تنهایی مورد بررسی قرار گرفت. بررسی ۳۴۱۴ بیمار شرکت کننده در این طرح نشان داد افراد تحت درمان با نیاسین در مقایسه با دارونما تغییرات بارزی در سطح کلسترول HDL، LDL، و تری گلیسرید خواهند داشت. نکته قابل توجه در این طرح، توقف آن پس از ۳ سال به دلیل عدم مشاهده فواید قلبی عروقی و بروز سکنه های مغزی می باشد.

سطح پایین ویتامین D با بیماری سل مرتبط است:

دانشمندان سطح ویتامین D را در ۳۷۰ بیمار مبتلا به سل فعال یا سل پنهان (در حالت کمون) از آوریل ۲۰۰۵ تا ژانویه ۲۰۱۰ اندازه گیری کردند که حدود نیمی از بیماران مبتلا به ویروس ایدز بودند. کم بود ویتامین D در این بیماران بسیار شایع بود به طوری که ۶۳٪ جمعیت مورد مطالعه دارای سطوح هیدروکسی ویتامین D زیر ۵۰ میلی مول در دسی لیتر بودند. مجریان این طرح همچنین تصدیق کردند که نمی توان از این احتمال چشم پوشی کرد که مشاهده ارتباط سطح پایین ویتامین D و بیماری سل، به دلیل تأثیر بیماری فعال سل بر کاهش سطح ویتامین D است. نتایج این مطالعه همچنین در محیط In Vitro به اثبات رسیده و نشان داده است که فعالیت ضد میکروبی ماکروفاژها به ویتامین D بستگی دارد.



آنفلوانزا: پیچیده تر از حد تصور

شیوع سالانه آنفلوانزای A در زمستان در مناطق معتدل به نژادهایی نسبت داده شده است که مقاومت کرده و در مناطق استوایی و زیر استوایی شرق و جنوب شرقی آسیا در طول یک چرخه یک ساله رشد می کنند. این در حالی است که یک مدل آنالیز ریاضی جدید این فرضیه را رد می نماید. محققان سیر حرکت و مهاجرت ناقلین ویروس آنفلوانزای H2N2 را از سال ۲۰۰۳ تا ۲۰۰۶ با استفاده از ۱۲۷۵ ترتیب مجزا در ۷ منطقه جغرافیایی گردآوری کردند. اگرچه این آنالیز در معرض محدودیت های معمول مدل های ریاضی است، نشان می دهد که مقاومت و تکامل تدریجی ویروس های آنفلوانزا پیچیده تر از آنچه که تصور می شده است، می باشد. بررسی حرکت و سیر تکامل ویروس آنفلوانزا برای تهیه واکسن های مؤثر آنفلوانزای فصلی و جلوگیری از بیماری های همه گیر آینده بسیار مهم می باشد.

تأثیر یکسان آتوروستاتین و روسووستاتین بر کاهش حجم آتروما

دانشمندان پی برده اند که استفاده از دوزهای بالای هر دو داروی آتوروستاتین و روسووستاتین منجر به کاهش میزان آترواسکلروز می شود؛ در حالی که روسووستاتین منجر به کاهش بیشتری در سطح کلسترول LDL می گردد. دانشمندان با استفاده از اشعه ماورایفوق بنفش داخل سلولی مداوم (IVUS)، تغییرات حجم پلاک را در بیمارانی که روزانه به صورت تصادفی داروهای آتوروستاتین و روسووستاتین مصرف می کرده اند، مورد پیگیری قرار دادند. در این مطالعه ۱۰۳۹ بیمار با بیماری های کرونر وارد طرح شدند که در طی ۲ سال کاهش درصد آتروما در آنان بررسی گردید. این کاهش در سطح کلسترول LDL به شکل قابل توجهی کم تر از افرادی بود که با راهبردهای بالینی درمان گشتند. این در حالی است که میزان کاهش آترواسکلروز با میزان کاهش سطح LDL مرتبط نبود.

همه فیبرهای رژیمی برای کاهش ریسک سرطان کولورکتال مساوی نیستند

فقط تمام فیبر های غلات و حبوبات باعث کاهش ریسک می شوند. در متآنالیز مطالعه مشاهده ای و آینده نگر که نزدیک به ۲ میلیون فرد را مورد مطالعه قرار دادند، پژوهشگران ارتباط بین مصرف فیبر های رژیمی و ریسک کولورکتال را ارزیابی کردند. مصرف مطلق فیبر های رژیمی، غلات و حبوبات با خطر ابتلا به سرطان کولورکتال رابطه عکس داشتند؛ همچنین رابطه ای میان دوز و پاسخ به درمان مشاهده شد. نتایج زیر از نظر بیولوژیک قابل پذیرش هستند: فیبرهای رژیمی حجم مدفوع را افزایش می دهند، کارسینوژن های مدفوع را رقیق کرده و زمان عبور مدفوع را کوتاه می کنند (که به موجب آن خطر اینکه موکوز کولورکتال در معرض کارسینوژن ها قرار بگیرد، کاهش می یابد.

ماموگرافی فیلم و دیجیتال در تشخیص مشابه هستند

اگرچه ۷۰٪ دستگاه های ماموگرافی در آمریکا دیجیتال هستند، تنها اطلاعات محدودی در مورد میزان صحت تشخیص ماموگرافی دیجیتال در مقایسه با ماموگرافی فیلمی وجود دارد. محققان با استفاده از اطلاعات قبلی قابلیت تشخیصی هر دو روش را در نزدیک به ۳۳۰۰۰۰ خانم با محدوده سنی ۴۰ تا ۷۹ سال ارزیابی کردند. در کل میزان تشخیص سرطان در هر دو روش یکسان بود. با این وجود در میان گروه های مشخصی شامل خانم هایی که بافت سینه متراکم تری دارند یا افرادی که دارای تومور های بدون گیرنده استروژن هستند (که هر دو در خانم های زیر ۵۰ سال شایع ترند)، حساسیت دستگاه ماموگرافی دیجیتال بالاتر گزارش شد. با توجه به این یافته ها اگر لازم بود که در خانم های جوان تر ماموگرافی انجام شود، ممکن است ماموگرافی دیجیتال ارجح باشد.



بیماری ماهیچه های اسکلتی، سطح تروپونین T را افزایش می دهد

به این دلیل که از اثرات داروهای ضد پلاکت و ضد انعقادی در بهبود روند بیماران اطلاعی نداریم و همچنین به دلیل توانایی بالقوه آنها در ایجاد عوارض، اطلاعات کافی برای تضمین انجام روتین CT در بیماران سندرم حاد قفسه سینه نیز نخواهیم داشت. با این وجود پزشکان می توانند به صورت اختیاری در بیماران سندرم حاد قفسه سینه ای که به درمان های معمول پاسخ نمی دهند، CT را انجام دهند.

افزایش ریسک خونریزی در بیماران تحت درمان با SSRI و داروهای ضد پلاکتی

مطالعات جدید نشان می دهند که بیماران مبتلا به اترواسکلروز عروق کرونر که تحت درمان داروهای ضد پلاکتی می باشند و همزمان از داروهای SSRI استفاده می کنند ریسک خونریزی افزایش می یابد. ترشح سروتونین توسط پلاکت ها، تجمع آن ها را در ناحیه آسیب دیده عروقی افزایش می دهد. با تهی شدن پلاکت از سروتونین، دارو های SSRI عملکرد پلاکت ها را مختل می نمایند. در یک مطالعه گذشته نگر محققان اطلاعات ۲۷۰۰۰ بیمار (۵۰ سال) را در Quebec ارزیابی کردند. این بیماران در سال های ۱۹۹۷ تا ۲۰۰۷ پس از سکتة قلبی از بیمارستان مرخص شده بودند. پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که SSRI ها می توانند ریسک خونریزی را در بیماران عروق کرونری که داروهای ضد پلاکت دریافت می کنند افزایش دهند. در بیماران به شدت افسرده ای که به داروهای ضد پلاکت نیاز دارند، فواید SSRI ها می تواند مهم تر از ریسک آن ها باشد؛ اما در مورد بیماران با شدت افسردگی کم تر پزشکان باید بیش تر درمورد تجویز SSRI ها همراه با داروهای ضد پلاکت بیندیشند.

افزایش فعالیت ماهیچه های غیر قلبی می تواند منجر به تشخیص اشتباه مارکرهای آسیب قلبی گردند. به نظر می رسد تروپونین های قلبی از قبیل cTnI و T و cTnT در تروپونین های اختصاصی آسیب ماهیچه قلبی باشند. در این مطالعه که در کلینیک عصبی-عضلانی Mayo انجام گرفت، پژوهشگران عامل گزارش به اشتباه مثبت cTnT در سنجش ها را یافتند. بیماران انتخاب شده با بیماری های قلبی که به دلایل بالینی تحت بیوپسی ماهیچه اسکلتی قرار گرفتند، برای افزایش غلظت cTnT مورد غربالگری قرار گرفتند. در صورت بالا بودن سطح cTnT، ارزیابی cTnI نیز انجام می پذیرفت. این مطالعه نشان می دهد که برخی از بیماری های ماهیچه های اسکلتی می توانند منجر به افزایش سطح (معمولاً ملایم cTnI) گردد. این بررسی به طور واضح اهمیت و تناوب مسئله را بیان نمی کند؛ با این وجود می بایست این یافته ها را در مواردی که به صورت غیر منتظره با ارزیابی های مثبت مواجه می شویم و با خصوصیات بالینی و الکتروکاردیوگرافیک مطابقت نمی کند به خاطر بسپاریم.

ترومبوز ریوی تا چه اندازه در سندرم حاد قفسه سینه شایع است؟

نتایج یک مطالعه در فرانسه نشان داد که در ۱۷٪ بیماران حاد قفسه سینه، ترومبوز ریوی رخ داد. سندرم حاد قفسه سینه که با تنگی نفس، درد قفسه سینه و کدورت در عکس قفسه سینه ظاهر پیدا می کند، عارضه ای از بیماری های داسی شکل است که به سختی فهمیده می شود. به نظر می رسد پاتولوژی آن از انسداد عروق کوچک و آمبولی چربی منشأ می گیرد. محققان فرانسوی شیوع ترومبوز ماکرو و اسکولار شریان ریوی را ارزیابی کردند. بررسی های پژوهشگران نتوانست نشان دهد که ترومبوز شریان ریوی از دلایل یا عوارض سندرم حاد قفسه سینه است اما در این بیماران بروز لخته های ماکرو و اسکولار شایع است که به نظر می رسد In Situ محتمل تر از آمبولی می باشد.

شواهد بیشتر در مورد تأثیر ریسک ترومبوآمبولی و ریدی بر تجویز استروژن

نتایج یک مطالعه گذشته نگر نشان می دهد که ریسک ترومبوآمبولی ویدی با استروژن (درون پوستی) کم تر از استروژن خوراکی است. استفاده از استروژن خوراکی توسط خانم های یائسه ریسک ترومبوآمبولی را افزایش می دهد. پژوهشگران آمریکای شمالی در این باره مطالعه ای را انجام دادند که طی آن ۱۸۰۲۷۰ بیمار با تزریق پوستی با همین تعداد بیمار در گروه کنترل که از استروژن خوراکی استفاده می کردند، همسان سازی شدند. همان طور که از مطالعات دیگر نیز بر می آید ریسک ترومبوآمبولی در تزریق پوستی استروژن کم تر از استروژن خوراکی است. ایرادی که به این مطالعه وارد می باشد این است که مجریان این طرح دوز استروژن و نوع استروژن خوراکی را ذکر نکرده اند.

پزشکان معمولاً از راهبردهای بوکی استخوان پیروی نمی کنند

بسیاری از خانم ها درمان و غربالگری نامناسب دریافت می کنند. راهبرد های انجمن یانگی آمریکای شمالی از سال ۲۰۰۶ تعیین کرد که غربالگری نباید قبل از سن ۶۵ سالگی انجام بگیرد (مگر اینکه فاکتور های خطر مشخصی موجود باشد) و درمان تنها باید در خانم های یائسه صورت پذیرد. در مطالعه ای که در آمریکا انجام شد محققان تصمیم گرفتند تعیین نمایند خانم هایی که از سال ۲۰۰۷ تا ۲۰۰۹ تحت Absorptiometry با امواج ایکس قرار گرفته اند، شاخص NAMS برای تعیین آنها و همچنین درمان های بعدی انجام گرفته است یا خیر. یافته های آنها نشان می دهد که پزشکان آمریکا بسیاری از خانم ها را به اشتباه غربالگری می کنند و اغلب وقتی اندیکاسیون های درمان موجود هستند نمی توانند مداخله کارآمدی را انجام دهند. راهبردهای NAMS در سال ۲۰۱۰ به روز رسانی شدند.



درمان شناختی-رفتاری با تلفن، برای کاهش درد مزمن مفید است

ورزش کردن به اندازه درمان شناختی-رفتاری بر درمان این نوع درد مؤثر است و ترکیب این دو درمان با هم نتیجه بهتری را در بر دارد. بیمارانی که از درد منتشر و مزمن که از تظاهرات مهم فیبرومیالژیا می باشد رنج می برند، می توانند تحت درمان شناختی-رفتاری قرار بگیرند اما دسترسی به آن اغلب مشکل است. پژوهشگران انگلیسی ۴۴۲ بیمار را تحت این نوع درمان قرار دادند و به نتایج نوید بخشی دسترسی پیدا کردند؛ البته برای دسترسی و بازپرداخت (چه به صورت تلفنی و چه به صورت شخصی) و تمرین درمانی هنوز هم محدودیت هایی وجود دارد.

ترس اجتماعی با خجالت فرق دارد

نوجوانانی که دچار ترس اجتماعی هستند، مشکلات بیشتری دارند و با احتمال بیشتری در مقایسه با آن هایی که خود را خجالتی ارزیابی کرده اند، به اختلالات روانپزشکی مبتلا هستند. برای تعیین اینکه ترس اجتماعی (نوعی اختلال اضطرابی) یک اختلاف شخصیتی است یا تنها شکل بالینی همان خجالت معمول است، پژوهشگران NIH اطلاعات ۱۰۰۰۰ نوجوان با محدوده سنی ۱۳ تا ۱۸ سال را بررسی کردند. نتایج این مطالعه با این تصور که ترس اجتماعی شکل بالینی احساسات یک انسان معمولی است تناقض داشت. تفاوت عمده ترس اجتماعی و خجالت این است که اضطراب مرتبط با ترس اجتماعی منجر به اختلالاتی می شود که به اندازه کافی مهم هستند که بتوانند تأثیرات منفی روی یک یا چند محیط زندگی بگذارند (مدرسه، محل کار یا رابطه با دوستان یا خانواده). به این دلیل که تنها تعداد کمی از نوجوانان به دنبال درمان اضطراب خود هستند یا به سراغ درمان دارویی می روند، نیاز به یک سیستم بهتر برای شناسایی و درمان این افراد حس می شود. ابزار غربالگری SCARED یک وسیله استاندارد برای یافتن اختلالات بچه ها در مهدکودک ها است و شامل سؤالاتی درباره خجالت و اضطراب های ویژه می باشد.



عوارض دارویی در افراد مسن موجب بسیاری از بستری ها می گردد

تعداد کمی از داروها موجب بسیاری از مشکلات می گردند که می تواند در افراد مسن منجر به بستری شدن در بیمارستان گردد. عوارض دارویی که منجر به انتقال به اورژانس یا بستری شدن می شود، در بیماران مسن بسیار شایع است. محققان از اطلاعات سال های ۲۰۰۷ تا ۲۰۰۹ گروهی از بیماران در ۵۸ بیمارستان استفاده کردند و تخمین زدند که سالانه حدود ۱۰۰۰۰۰ بستری اورژانس (۱/۵٪ تمام بستری ها در میان بیماران مسن بود) به دلیل آسیب های دارویی در بیماران مسن (سن بالای ۶۵ سال) رخ می داده است. در این مطالعه بیماری که عمداً به خود آسیب رسانده بودند، موارد سوء استفاده از مواد مخدر، شکست های درمانی یا سندرم مواد مخدر از مطالعه خارج شدند. افزایش تلاش برای تطبیق دارو درمانی صحیح در مراکز درمانی می تواند ایمنی بیمار را افزایش دهد و از عوارض دارویی جلوگیری نماید.

چند برابر شدن عقیمی مردان و مرده زایی و سقط جنین ناشی از گردوغبار استانهای جنوبی کشور

در چند سال اخیر، پدیده گرد و غبار (ریزگردها) هوای استانهای مختلف کشور را الوده کرده است، پژوهش های متعدد نشان داده که آلودگی هوا با کاهش شدید باروری زنان و افزایش عقیمی مردان همراه است و ذرات گرد و خاک معلق در هوا، کارکرد دستگاه تناسلی و تولید مثل در زنان و مردان را مختل می سازد. گرد و غبار و آلودگی هوا باعث ناباروری زنان و عقیمی مردان می شود. وی تصریح کرد: آلودگی هوا با ریزگردها و گرد و غبار عوارض بسیار خطرناکی را برای مردم ایجاد می کند. آلودگی هوا میزان سقط جنین و مرده زایی را چندین برابر می کند. دکتر زرگوشی افزود: پژوهش های اخیر که نتایج آنها طی چندین مقاله در ژورنال های معتبر طب زناشویی و باروری منتشر شده نشان می دهند که آلودگی هوا با مختل شدن سلامت جنین، تولد نوزادان کم وزن، عدم رشد مناسب جنین، و نارس بودن نوزادان همراه است و تمامی این عوارض در هوای پاک بسیار کمتر رخ می دهند.

استراتژی های کاهش وزن در مراقبت اولیه

اگرچه افرادی که مراقبت های اولیه را ارائه می دهند موظف به کمک به بیماران برای کاهش وزن همراه با سلامت قلبی عروقی هستند، تقریباً هیچ ابزار معتبری برای اجرای این کار در دسترس آن ها نیست. پژوهشگران ۲ مدل را آزمایش کردند که هر دو آنها به این منظور طراحی شده بود که در شرایط درمانی بیماران سرپایی قابل انجام باشد. در این باره ۲ مطالعه با جامعه آماری ۴۱۵ و ۳۹۰ بیمار انجام گرفت که هر دو آنها شواهدی را بر این مینا ارائه دادند که در ارائه مراقبت های اولیه نیز می توان مداخلات کاهش وزن مؤثر و ایمن انجام داد. به نظر می رسد که این مسئله استنباط خوش بینانه ای از داده های به دست آمده باشد اما به هر حال استفاده از محصولاتی که به سرعت باعث لاغری افراد می شوند صحیح نمی باشد.

خطر ابتلا به سرطان در دریافت کنندگان اعضای پیوندی توپر دو برابر است

لنفوم و سرطان ریه شایع ترین نوع سرطان گزارش شده در دریافت کنندگان اعضای پیوندی بوده است. دریافت کنندگان اعضای پیوندی توپر به دلیل تضعیف سیستم ایمنی و عفونت های ویروسی انکوژنیک خطر بیشتری برای ابتلا به سرطان دارند (مثلاً لنفوم و ویروس ایشتن بار). در مطالعه کوهورتی که بر روی ۱۷۶۰۰۰ بیمار دریافت کننده کلیه، کبد، قلب یا ریه انجام شد، در نهایت این نتیجه به دست آمد که دریافت کنندگان پیوند دو برابر بقیه در معرض خطر بدخیمی هستند. این نتایج علاوه بر ایجاد انگیزه برای اجرای مطالعاتی در مورد مکانیسم های سرکوب سیستم ایمنی و عفونت برای خطر بیش تر سرطان، به نیاز به روش های جدیدی برای پایش و غربالگری سرطان در بیماران دریافت کننده پیوند نیز اشاره می نمایند.

این در حالی است که متأسفانه بدلیل آزادی تجارت کلیه در ایران، در بخشهای اقتصادی و اجتماعی در مورد این پیوندها مشکلات عدیده ای گریبانگیر اهداکنندگان و دریافت کنندگان این اعضا می باشد.

شیوع بیماری سرخک در انگلیس و به صدا در آمدن زنگ خطر برای کشورهای دیگر

به گزارش روزنامه اسکای نیوز چاپ انگلیس، براساس آمار ارائه شده از سوی آژانس ملی حفظ سلامت تا پایان ماه آوریل امسال، ۳۳۴ مورد ابتلا به سرخک در این کشور تایید شده است این در حالی است که تعداد مبتلایان تا پایان سال ۲۰۱۰ میلادی به طور کلی ۲۷۴ مورد بوده است. این مقامات بهداشتی اعلام کرده‌اند که در حال حاضر بیشترین شمار مبتلایان در شهر لندن بوده است به طوری که آمار مبتلایان به این بیماری در لندن به ۱۰۴ مورد رسیده است. مقامات بهداشتی از تک‌تک مردم درخواست کردند که خود را در برابر این عفونت کشنده مصون دارند. مواد کوچک شیوع بیماری در دانشگاهها و مدارس گزارش شده است در حالی که برخی از موارد نیز پس از ورود مسافران از خارج از کشور به انگلیس مشاهده شده است. بنابراین گزارش، اروپا نیز در حال حاضر با بحران افزایش تعداد مبتلایان به بیماری سرخک مواجه شده است. در اواسط ماه آوریل، سازمان جهانی بهداشت هشدار داد که در ۳۳ کشور اروپایی بیش از ۶۵۰۰ مورد ابتلا به این بیماری گزارش شده و فراتر از این میان بیشتر آمار مبتلایان را داشته است. آمارها نشان می‌دهد که در انگلیس افراد زیر ۲۵ سال بیشتر در معرض خطر ابتلا به سرخک بوده‌اند. به گفته کارشناسان، سرخک یک عفونت به شدت مسری بوده و بیماری خطرناکی است که به سادگی بین افراد منتقل می‌شود. این بیماری حتی در موارد شدید و حاد می‌تواند کشنده باشد. این در حالی است که بر اساس انتظار طی ماههای آینده شیوع آن در ایران بیش از میزان اکنون آن خواهد بود. همانطور که در خرداد ماه سال گذشته شاهد افزایش شیوع سرخک بخصوص در کودکان زیر پنج سال بودیم و امیدواریم با اقدامات پیشگیرانه امسال از شیوع گسترده آن جلوگیری بعمل آید.

وی با بیان اینکه میزان باروری زنان و مردان در اثر آلودگی هوا و پدیده گرد و غبار به نحو بسیار محسوسی کم می شود گفت : تعداد اسپرم مردانی که در نواحی با هوای آلوده کار و زندگی می کنند به مراتب کمتر از مردانی است که از هوای پاک برخوردارند. بیشتر مردم به اشتباه تصور می کنند که عوارض آلودگی هوا صرفاً در دستگاه تنفسی و ریه ها رخ می دهد حال آنکه چنین نیست. عضو انجمن طب زناشویی اروپا در پایان با بیان اینکه هوای پاک حق مسلم همگان است، افزود: اینکه منفعلانه منتظر بمانیم که مردم بر اثر عوامل محیطی که قابل کنترل و اصلاح است، بیمار و ناتوان شوند و آنگاه با صرف هزینه های گزاف درمان شوند عاقلانه نیست.

ایران در زمینه پیوند کلیه جایگاه چهارم دنیا را به خود اختصاص داده است

دکتر علی اکبر ولایتی در هشتمین همایش نفس در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی اظهار داشت: پیوند اعضا از دستاوردهای اخیر پزشکی بوده و این کار به صورت علمی از نیمه دوم قرن ۲۰ شروع شده است. رئیس جمعیت پیوند اعضای ایرانیان با بیان اینکه ایران خیلی زود به این دستاورد پزشکی دست یافت، تصریح کرد: امروز ایران در زمینه پیوند اعضا در زمره کشورهای پیشرفته قرار دارد. وی با اشاره به انجام بیش از ۲۰۰۰ پیوند کلیه در هر سال در ایران بیان داشت: ایران در زمینه پیوند کلیه جایگاه چهارم دنیا را به خود اختصاص داده است. ولایتی تأکید کرد: در زمینه پیوند ریه نیز ایران حرف اول را در منطقه می زند و تا کنون حدود ۴۷ پیوند ریه که نیمی از آنها پیوند دو ریه بوده، انجام شده است. رئیس جمعیت پیوند اعضای ایرانیان با اشاره به اینکه سرعت انجام پیوند قلب در ایران بسیار بالا است، گفت: در سال گذشته هر دو هفته یک پیوند در مرکز مسیح دانشوری انجام شده است. وی تأکید کرد: گرفتن جشن ۱۰۰۰ پیوند کبد در شیراز و انجام بیش از ۲۰ هزار پیوند کلیه و حدود ۷۶ پیوند قلب حاکی از دانش بالای ایران در این زمینه است. رئیس بیمارستان مسیح دانشوری در پایان خاطرنشان کرد: سرعت پیشرفت متخصصان ایرانی به جایگاهی که کشورهای غربی اخیراً به آن دست یافته اند، حاکی از بیداری مجدد استعدادهای ایرانی در دستیابی به قله های علم است.

الکل سالانه جان ۲/۵ میلیون نفر را در جهان می‌گیرد

الکل در غرب اقیانوس آرام و آمریکا اولین عامل مهم خطرزا و در اروپا بعنوان دومین عامل اصلی خطرزا شناخته شده است. بعلاوه ۳۲۰ هزار نفر از جوانان بین ۱۵ تا ۲۹ سال در اثر بیماری‌ها و مشکلات ناشی از مصرف الکل می‌میرند که این رقم ۹ درصد کل مرگ و میرها در این گروه سنی را شامل می‌شود.

مصرف کم لبنیات به کوتاهی قد روستاییان منجر شده است

پفک و چیپس، جایگزین شیر در سید غذایی کودکان روستایی شده است. قد کودکانی که لبنیات به ویژه شیر کم مصرف می‌کنند به میزان کافی بلند نمی‌شود و به همین علت قد روستاییان ایرانی در سالهای اخیر نسبت به گذشته کوتاه‌تر شده است. براساس پژوهشی که وزارت بهداشت از پنج سال قبل آغاز کرده است، روستاییان ایرانی به علت مصرف ناکافی شیر، بیشتر دچار ضعف عمومی بدن و لاغری می‌شوند این درحالی است که هر فرد باید روزانه یک لیوان پر از شیر (۳۰۰ سی‌سی) مصرف کند اما برخی از روستاییان در طول هفته یک لیوان شیر هم نمی‌نوشند. وی پوکی استخوان را یکی دیگر از عوارض مصرف نکردن شیر برشمرد و اظهار کرد: پوکی استخوان یا مرگ خاموش گریبانگیر بسیاری از افراد سالمند به ویژه زنان شده؛ بنابراین، لازم است زمینه‌های فراهم شود که همه مردم بتوانند روزانه یک لیوان شیر مصرف کنند چرا که بیماریهای ناشی از عوارض مصرف کم شیر، بار اقتصادی زیادی را به جامعه تحمیل می‌کند. براساس پژوهش وزارت بهداشت، کودکان روستایی به طور هفتگی پنج بار از پفک، چیپس و نوشابه استفاده می‌کنند و این در حالی است که لبنیات مصرف نمی‌کنند و همین امر علاوه بر اختلال در رشد کودکان باعث ابتلای بیشتر آنان به بیماری‌های عفونی می‌شود.

طبق آخرین آمار سازمان جهانی بهداشت، مصرف الکل سالانه جان ۲/۵ میلیون نفر را در جهان می‌گیرد. این آمار هم چنین نشان می‌دهد که ۳۲۰ هزار نفر از جوانان دنیا در گروه‌های سنی بین ۱۵ تا ۲۹ سال در اثر عوارض مصرف الکل جان خود را از دست می‌دهند که این آمار تقریباً ۹ درصد از کل مرگ و میرها در این گروه سنی را شامل می‌شود. سایت اینترنتی سازمان جهانی بهداشت در این گزارش آورده است: الکل سومین عامل خطرزای اصلی جهان در بروز بیماری‌ها است. بعلاوه این نوشیدنی مهمترین عامل خطرزا در غرب اقیانوس آرام و آمریکا و نیز دومین عامل مهم بیماری‌زایی در اروپا محسوب می‌شود. در این گزارش همچنین تاکید شده است که الکل با بروز بسیاری از مشکلات جدی اجتماعی و رشدی از جمله خشونت، غفلت از کودکان و کودک آزاری و غیبت‌ها و بی نظمی‌های مداوم در محیط کار مرتبط است. بر اساس این گزارش، استفاده از این نوشابه مضر تقریباً به یک الگوی جهانی تبدیل شده است که با رشد فردی اجتماعی مردم تداخل ایجاد می‌کند. همانطور که گفته شد مصرف الکل سالانه جان ۲/۵ میلیون نفر را می‌گیرد. آسیب‌های ناشی از الکل حتی بیشتر از مشکلات و صدمات جسمی و روانی است .. این نوشیدنی حتی سلامت و امنیت اطرافیان فرد الکلی را نیز تحت الشعاع قرار داده و تهدید می‌کند. فردی که در اثر مصرف الکل بدنش مسموم شده می‌تواند به دیگران آسیب برساند، آنها را در معرض خطر تصادفات رانندگی، رفتارهای خشونت بار قرار دهد و یا تاثیرات منفی روی همکاران، بستگان، دوستان و غریبه‌ها بر جای بگذارد. بنابراین، تاثیر مخرب این نوشابه مضر حتی به اعماق جامعه نیز نفوذ می‌کند . الکل یکی از شاخص‌های اصلی در بروز اختلالات روان‌تنی - عصبی مانند صرع و سایر بیماری‌های غیرواگیردار مانند بیماریهای قلبی - عروقی، سیروز کبدی و سرطان‌های مختلف است. مصرف الکل هم چنین با بروز چندین بیماری عفونی مثل ایدز، سل و بیماریهای مقاربتی مرتبط است. به گزارش سازمان جهانی بهداشت، علت افزایش احتمال ابتلا به این امراض عفونی آن است که الکل سیستم ایمنی بدن را ضعیف می‌کند و تاثیر منفی روی واکنش بیماران در برابر درمان‌های ضد ویروسی دارد.





A Women's elderly

- Essential Screening tests
- Menopause (Epidemiology, prevention, treatment)

B Non-communicable diseases
(Epidemiology, prevention, treatment, screening)

- Ovarian cancer
- Breast cancer
- Cervical cancer
- Poly Cystic Ovary (PCO)
- Obesity
- Hypertension
- Osteoporosis

The First Iranian International Conference on Women's Health

KEY TOPICS:

- Healthy Aging
- Non-communicable Diseases
- Communicable Diseases
- Health Promotion
- Reproductive Health
- Nutrition in pregnancy, breast feeding and menopause
- Psychosocial Aspects of Women's Health

Sina and Sadra Conventional Center, Shiraz, Iran

• Health Policy Research Center, Shiraz University of Medical Sciences
• Detailed information available at: www.health-policy.ir
• Tel: +98-711-2302799 / • Fax: +98-711-2309615

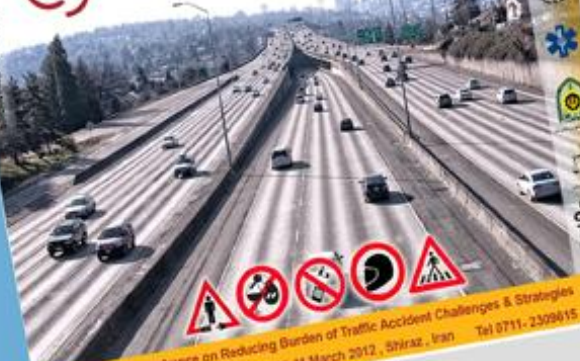
Together we can
Save millions
of lives.

2nd International Conference on Reducing Burden of Traffic Accident Challenges & Strategies



دومین سمینار بین المللی کاهش سوانح ترافیکی، چالش ها و راهکارهای پیش رو

شیراز، سالن سینا و صدرا ۲۰ و ۲۱ اسفند ماه ۱۳۹۰
مهلت ارسال مقاله: ۳۰ دیماه ۱۳۹۰



2nd International Conference on Reducing Burden of Traffic Accident Challenges & Strategies
10-11 March 2012, Shiraz, Iran Tel: 0711-2309615
www.health-policy.com

جهت دریافت الکترونیکی نشریه کلید سلامت (اشتراک رایگان الکترونیکی)
می توانید به وب سایت مرکز مراجعه و ثبت نام نمایید.

www.health-policy.ir

نشانی: شیراز/خیابان زند/دانشکده پزشکی شماره ۲/طبقه ۸
مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت

صندوق پستی: ۷۱۳۴۵-۱۸۷۷

تلفن و فکس: ۰۷۱۱-۲۳۰۹۶۱۵