



پاینامه خبری پژوهشی  
مرکز تحقیقات سیاست‌گذاری سلامت



سال سوم - شماره ۳۱ - دی ۱۳۹۱

ISSN: 6018-2251



## در این شماره می خوانید:

- ۱
- ۲
- ۳
- ۴
- ۵
- ۶
- ۷
- ۸
- ۹
- ۱۰
- ۱۱
- ۱۲
- ۱۳

سخن نخست

به بهانه دومین سمینار بین المللی سلامت زنان

از انتقال دانش تا ترجمان دانش

هزینه های گم شده شگن سلامت و راهکار های کاهش آن

سالنمدان باید تناسب هرم غذایی خود را حفظ کنند

معرفی کتاب تعلیمی بر شاخص توسعه ایرانی در ایران

بیمه و سلامت جامعه

عدالت در سلامت دهان

تازه های پزشکی

سیمای سلامت دهان و دندان مردم ایران



سال سوم - شماره ۲۱

دی ۱۳۹۱

صاحب امتیاز و مدیر مسئول:  
دکتر کامران باقری لنگرانی - رئیس مرکز  
تحقیقات سیاستگذاری سلامت

اعضای هیأت تحریریه:  
دکتر محمود نجابت، دکتر حسن جولایی، دکتر  
مجید فروردین، دکتر نجمه بهارلوئی

همکاران این شماره:  
دکتر پیام پیمانی، دکتر گلکاری  
دکتر شاهرخ فیضی، سید مهدی احمدی،  
پاسر ساربخانی

رئیس شورای سردبیری:  
سید مهدی احمدی

طراحی و صفحه آرایی:  
فرحناز ایزدی

مدیر اجرایی:  
محمد خوش سیمای

# سخن نخست

بسم الله الرحمن الرحيم

پایان مسئولیت هر مسئولی واکنش های متفاوتی را بر می انگیزاند. در این بین گروهی با ریز بینی به دنبال نقاط ضعف احتمالی مسئول قبلی می گردند و در این خصوص وقت ها صرف می کنند و تلاش ها به پا می دارند. جمعی را به بهانه وابستگی به مسئول قبلی مواخذه یا برکنار می کنند. هر آنچه شده را با دیده منفی کنار می گذارند و دنبال طرح های نو و پر سرو صدا می گردند که حتما غیر از کار های گذشته گان باشد.

این رویه در بسیاری از تغییر و تحولات گذشته از جمله در ماههای پایانی سال ۸۸ و پس از آن فرصت های مهمی را از نظام سلامت گرفت. تکرار این تجربه تلخ چیزی جز هدر رفت وقت خدمتگزاری به ازمان نمی آورد. هر سازمانی به حافظه سازمانی خود پویا و ماندگار می ماند. هر چند تغییر مدیریتی در ماهها آخر عمر دولت را چندان مناسب نمی بینم ولی همه باید طبق قانون به انتخاب و رأی رئیس جمهوری محترم ، احترام بگذاریم .

اکنون که چنین شده از همه مصادر امور و همه دست اندرکاران نظام سلامت استدعا دارم این ایام سخت و بحرانی را ، درگیر خرده گیری برگزشتگان نکرده بلکه با تشریک مساهمی و به میدان آوردن همه توان و ظرفیت مدیریتی و اجرایی نظام سلامت رفع مشکلات مردم و درمان بیماری های نظام سلامت را وجه همت خود قرار دهند.

امروز نیروهای مومن و متعهد فراوانی در این عرصه حضور دارند که می توانند پشتوانه حرکتی رو به جلو و بالنده برای اعتلای سلامت مردم خوب میهن اسلامی مان باشند و تجربه ای موفق از خدمتگزاری بی مزد و منت را به ظهور برسانند .

آن شاهانه سرپرست محترم وزارت در این مسئولیت موفق باشند و خدا متعال پاداش رحمت وزیر محترم قبلی را نیز به احسن وجه اعلا فرماید.

دکتر کامران بالری لنگرانی

رئیس مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت

## به بهانه برگزاری دومین سمینار بین‌المللی سلامت زنان

نویسنده: دکتر نجمه مهرلوئی، عضو هیئت علمی مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت

سلامت از مهمترین مؤلفه‌های توسعه پایدار بوده و دسترسی به خدمات پایه سلامت از اجزای اصلی حقوق بشر می‌باشد. زنان به دلیل گذراندن دوره‌های خاص از جمله حاملگی، زایمان، شیردهی و پائستگی، گروه آسیب‌پذیر جامعه از نظر سلامت محسوب شده، نیازمند خدمات ویژه پیشگیری، سلامت و درمانی می‌باشند. بر اساس آمار WHO، سالانه ۱۰ میلیون زن در جهان دچار عوارض حاملگی و زایمان می‌شوند. بیش از نیمی از مبتلایان به HIV و ایدز در جهان، زنان می‌باشند. از طرفی افزایش میزان بی‌سوادی، فقر اقتصادی و بیکاری دسترسی به خدمات پایه بهداشتی و سلامت را برای زنان دشوارتر ساخته است. این در حالیست که تأمین سلامت زنان نه تنها به افزایش شاخص‌های سلامت جامعه کمک خواهد کرد، بلکه باعث ارتقای سلامت خانواده نیز می‌گردد.

در حال حاضر برخی شاخص‌های بهداشتی کشور ما در مقایسه با برخی از کشورهای همسایه مانند ترکیه، سوریه، مصر و اردن وضعیت بهتری دارد. در ایران شاخص مرگ و میر مادران، نوزادان و واکسیناسیون، به مراتب بهتر از کشورهای نامبرده است. همچنین در مواردی مثل بروز سرطان دهانه رحم که در برخی کشورهای در حال توسعه و حتی توسعه یافته به دلیل فرهنگ حاکم بر جامعه، یک معضل بهداشتی است، میزان ابتلا آن در ایران ۲۳٪ در ۱۰۰ هزار است که عواملی چون شرایط مذهبی حاکم بر جامعه، در کاهش این مهم تأثیر بسزایی داشته است. در سال‌های اخیر در بعد سلامت جسمی و حتی مواردی مثل امید به زندگی پیشرفت‌های خوبی در کشور ما وجود داشته تا جایی که امید به زندگی در زنان ایرانی به‌طور متوسط به ۶۲ سال رسیده است. که مرهون موفقیت در برنامه‌هایی هستند که برای ارتقای سلامت زنان در برنامه‌های پیشگیری وزارت بهداشت گنجانده شده اند. اما با این حال با این سؤال مهم روبه‌رو هستیم که با توجه به اهمیت مواردی چون پیشگیری و مهم‌تر از آن آموزش سلامت که پایه‌های اصلی در ارتقای سلامت هستند چه اقداماتی جهت مؤثرتر شدن این برنامه‌ها باید انجام شده است؟

تمامی برنامه‌ریزی‌ها و سیاست‌گذاری‌های حوزه سلامت و به خصوص سلامت زنان باید بر اساس شواهد موجود بوده، با شرایط اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی جامعه هم‌خوانی داشته باشد. در غیر اینصورت این تلاش‌ها و برنامه‌ها موفقیت‌آمیز نخواهد بود و این مهم بر عهده تمامی متخصصین و مراکز تحقیقاتی می‌باشد که شواهد لازم برای اتخاذ برنامه‌های سلامت زنان را فراهم آورند. تا تحقیقات انجام شده در این زمینه به اتخاذ مناسب برنامه‌های غربالگری، پیشگیری و درمانی در زمینه سلامت زنان منجر شود.

بنابراین مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت بر آن شد که با برگزاری کنفرانس بین‌المللی اساتید و صاحب‌نظران را گرد هم آورد، به راهکارهایی عملی جهت ارزیابی و ارتقای خدمات پیشگیرانه دست یابد.

امام علی (ع) :

بهترین دانش آن است که همراه با عمل باشد

## از انتقال دانش تا ترجمان دانش

دکتر بهنام هنرو - استادیار مرکز تحقیقات سلامت - دانشگاه علوم پزشکی شیراز

### ترجمان دانش Knowledge translation

ترجمه دانش به معنای تبادل، سنتز و کاربرد یافته های تحقیق به واسطه سیستم پیچیده ای از ارتباطات بین محققین و استفاده کنندگان از دانش است. به عبارتی دیگر ترجمان دانش فرآیندی است که کتبه فعالیتها از زمان شکل گیری "سوال پژوهش" تا "اجداد تغییر" را در بر می گیرد نه این که تنها از اتمام پژوهش شروع شود.



مدل رایجتر مدل و در طرفه سنتز و سیاستگذاری

### فعالتهای انجام گرفته و در پیش رو در زمینه ترجمان دانش در دانشگاه علوم پزشکی شیراز

مرکز تحقیقات سلامت با همکاری موثر معاونت پژوهشی و فن آوری دانشگاه علوم پزشکی شیراز در جهت نهادینه کردن گفتمان ترجمان دانش و ارتقاء فعالتهای انجام شده در این زمینه اقدام به تشکیل کمیته راهبردی بهره وری دانش متشکل از سی نفر از اعضاء هیات علمی آموزشی و پژوهشی از مراکز و واحدهای مختلف تحت پوشش دانشگاه نمود. تاکنون این کمیته اقدام به برگزاری دو جلسه نموده که در جلسه اول مباحثه پیرامون اهمیت و کلیات ترجمان دانش و در جلسه دوم بحث و پارس افکار در خصوص آسیب شناسی ترجمان دانش صورت گرفت. همچنین تاکنون دو کارگاه آموزشی ترجمان دانش توسط مرکز تحقیقات سلامت جهت گروهی از اعضاء هیات علمی و کارشناسان مراکز تحقیقاتی برگزار شده است.

مرکز تحقیقات سلامت آمادگی خود را جهت همکاری متقابل با تمامی سیاستگذاران و محققین محترم جهت ترویج ترجمان دانش اعلام می دارد. لذا خواهشمند است نظرات و پیشنهادات خود را به آدرس این مرکز - طبقه هشتم دانشگاه پزشکی مرکز تحقیقات سلامت و یا به شماره تلفن ۰۷۱۱-۲۲۰۹۶۱۵ اعلام نموده و یا به ایمیل [bonarvarz@sums.ac.ir](mailto:bonarvarz@sums.ac.ir) ارسال نمایند.

چرا باید برای بهره برداری از نتایج پژوهش برنامه داشت؟  
نظام های سلامت باید تعامل بیشتری با پژوهش علوم پزشکی داشته باشند تا دانش مربوطه را جهت بهبود وضع خود بکار گیرند. مبنای این رابطه باید فرهنگ یا همکاری متقابل، حل مسأله و نو آوری باشد. بعبارت دیگر تولید دانش جدید اغلب به تنهایی در به کارگیری یا تأثیر گذاری بر روی سلامت منجر نمی شود.

### واقعیات نظام سلامت جهانی

- یک سوم مردم درمان موثر بیماری را غیرمقیم دسترسی دریافت نمیکنند.
- یک چهارم مردم با روش هایی درمان میشوند که یا به آنها نیاز ندارند یا برایشان مضر و خطرناک است.
- سه چهارم مردم اطلاعات مورد لزوم در مورد بیماری خود را دریافت نمیکنند.
- نیمی از پزشکان به شواهد لازم برای طبابتشان دسترسی ندارند.

### مشکل کجاست؟

- شکاف بین آنچه میدانیم و آنچه را که مورد عمل قرار میدهد.
- مشکل عدم به کارگیری شواهد در نظام سلامت
- رساندن دانش به کاربران به معنای استفاده حتمی از دانش نیست.

### انتقال دانش - Knowledge transfer

فرآیندی با ماهیت خطی که در آن ابتدا ایده پژوهش بوجود آمده و بعد پژوهش انجام می شود و در آخر نتایج آن در اختیار کاربران قرار می گیرد (ماهیت یکطرفه ای که بر مفوله انتقال دانش مترتب است مورد انتقاد قرار گرفته و مطالعات اخیر نشان داده اند که چنین راهبردی نمی تواند اثر قابل توجهی در تقویت پذیرش و بکارگیری نتایج پژوهش های جدید داشته باشد).



## هزینه های کمر شکن سلامت و راهکار های کاهش آن

نویسنده: پانور ساریخانی خرمی، مدیر مرکز تحلیفات سیاستگذاری سلامت

### هزینه کمر شکن سلامت چیست؟

هر ساله در سراسر جهان بیش از ۱۵۰ میلیون نفر در ۲۴ میلیون خانواده در اثر اجبار برای پرداخت هزینه های سلامت با خطر مالی کمرشکن (Catastrophic Health Expenditure) مواجه می شوند.

وقتی افراد مجبورند جهت دریافت مراقبت سلامت پرداخت یا پیش پرداخت داشته باشند، میزان پرداخت می تواند آنقدر نسبت به درآمد زیاد باشد که منجر به وضعیت مالی کمرشکن برای افراد یا خانواده ها شود. این هزینه های زیاد مراقبت می تواند باعث آن شود که افراد مجبور به کم کردن هزینه های ضروری نظیر غذا و پوشاک شوند. یا حتی از هزینه های آموزش کودکانشان کم کنند.

سازمان بهداشت جهانی پیشنهاد می کند که هزینه سلامت آنگاه به عنوان هزینه کمر شکن در نظر گرفته می شود که این هزینه مسلوبی یا بیشتر از ۴۰ درصد درآمد غیر ضروری خانوار باشد (درآمد غیر ضروری، درآمد در دسترس پس از برآورده شدن هزینه های اساسی است).

### عوامل ایجاد هزینه های کمر شکن سلامت:

عوامل متعددی در ایجاد هزینه های کمر شکن سلامت نقش دارند که از آن بین سه عامل زیر بیشترین تاثیر را در دچار شدن خانوارها به هزینه های کمر شکن دارا می باشند:

- ۱- وجود مراقبت های سلامت که نیازمند پرداخت از جیب باشد
- ۲- ظرفیت پایین خانوار جهت پرداخت
- ۳- عدم وجود سیستم پیش پرداخت جهت اثباتت خطر(بیمه).

پس پرداخت اشاره به آن دسته از سرمایه های نظام سلامت دارد که از طریق مالیاتها و یا مشارکت های از طریق بیمه جمع آوری شده اند. این پرداخت ها می توانند خانوار ها را در برابر خطرات مالی بیماری حمایت کنند، زیرا خانوار ها می توانند به خدمات مورد نیاز خود در هنگام نیاز با هزینه کمتری نسبت به هنگامی که مجبور بودند هزینه ها را از جیب پرداخت کنند دسترسی پیدا کنند.

وقتی که نیاز به پرداخت هزینه از جیب باشد، خانوارها با اضعای پیر، ناتوان و دارای بیماری مزمن، احتمال بیشتری دارد که نسبت به دیگر خانوارها دچار هزینه های کمر شکن سلامت شوند. این امر بدان دلیل است که عموماً این خانواده ها هم نیاز بیشتری به خدمات مراقبتی داشته و هم منابع مالی کمتری در اختیار دارند. در شرایطی که مکانیسم محافظتی مولدی وجود ندارد این گروه با خطرات فزاینده ای از مشکلات مالی و بدی شرایط سلامت مواجه هستند.

### راهکار های کاهش هزینه های کمرشکن سلامت:

هزینه های کمر شکن به طور خودکار و با افزایش درآمد از بین نمی روند. سیستم ملی تامین مالی نظام سلامت باید به گونه ای طراحی شود که نه تنها به افراد اجزای دسترس به خدمات در هنگام نیاز را بدهد، بلکه باید به وسیله کاهش پرداخت های از جیب از مواجه شدن خانوارها با مشکلات مالی کمر شکن جلوگیری نماید. در دراز مدت هدف باید گسترش مکانیسم های پیش پرداخت باشد.

جهت حرکت به سمت اینگونه سیستم ها، فعالیت های اعطای پذیر کوتاه مدتی مورد نیاز است که باید بر اساس رشد اقتصادی کشور و شرایط اجتماعی و سیاسی اتخاذ شده باشد. سیاست گذاران برای کاهش هزینه های کمر شکن باید راهکار های زیر را مد نظر قرار دهند:

- ۱- گسترش پوشش جمعیت از طریق مکانیسم های پیش پرداخت
- ۲- حمایت از افراد محروم و فقیر
- ۳- طراحی بسته خدمات منسجم و معقول
- ۴- تصمیم گیری در مورد سطح مشارکت مالی بیماران در هزینه های سلامت.

با وجود تاکید بر روش های فوق جهت کاهش هزینه های کمر شکن سلامت، باید خاطر نشان کرد که عدالت کلی، کارایی و اثبات سیستم تامین مالی توسط بسیاری از معیارهای دیگر تعیین می گردند که باید به طور مجزا و کامل مورد توجه قرار گیرند. این معیارها عبارتند از: بهترین روش اثبات سرمایه های جمع آوری شده توسط مالیات ها و مشارکت بیمه کدام است؟ بهترین راه استفاده از سرمایه اثبات شده جهت خرید و یا ارائه ی خدمات کدام است؟ و نهایتاً اینکه پرداخت به ارائه کنندگان خدمات باید به چه نحوی انجام پذیرد؟

## سالمندان باید تناسب هرم غذایی خود را حفظ کنند

مصرف روزانه ۱ تا ۳ گردو به دلیل داشتن امگا ۳ به سالمندان توصیه می‌شود زیرا گردو جزء روغن‌های بافت گیاهی است که می‌تواند جنبه حفاظتی برای عروق سالمندان داشته باشد.

فراموش نکنیم احتمال ابتلای سالمندان به سوءتغذیه بسیار بالاست. سوءتغذیه می‌تواند برای سالمندان که در معرض تغییرات سیستم دفاعی هستند، خطر ابتلا به انواع عفونت‌ها را افزایش دهد.

### ویتامین‌های موردنیاز

یکی از ویتامین‌های موردنیاز سالمندان ویتامین D است. افراد سالمند باوجود تغییرات استخوانی وعدم توان حرکت، کمتر در معرض نور خورشید قرار می‌گیرند و این امر زمینه ایجاد پوکی استخوان در سالمندان را افزایش می‌دهد.

یکی دیگر از ویتامین‌های موردنیاز سالمندان ویتامین B ۱۲ است و یکی از دلایل کمبود این نوع ویتامین در سالمندان اشکالاتی در جذب B۱۲ در دستگاه گوارش است.

به دلیل کهولت سن، موادی که از دیواره معده برای هضم و جذب B۱۲ ترشح می‌شوند، دچار مشکلاتی می‌شوند و در درازمدت باعث کمبود ویتامین B۱۲ در سالمندان می‌شود.

ویتامین B۱۲ در شیر، پنیر و تخم مرغ یافت می‌شود.

مصرف روزانه ۶ تا ۸ لیوان آب به سالمندان توصیه می‌شود. سالمندان به دلیل تغییر در مرکز حساسیت به تشنگی که در اثر کهولت سن به وجود می‌آید، احساس تشنگی در خود نمی‌کنند و از مصرف آب خودداری می‌کنند. درحالی‌که سالمندان نیز به آب فراوان نیازمند هستند.

به گزارش خبرنگار سایت پزشکان بدون مرز، سالمندان به میزان دریافت پروتئین موردنیاز بدن خود توجه نمی‌کنند. این افزایش نیاز به دلیل تغییرات در دستگاه گوارش در دوران سالمندی و این که در گذر ازیم‌های شکسته پروتئین در دستگاه گوارش اختلالاتی ایجاد می‌شود و مشکلات جدی به وجود می‌آورد روی می‌دهد.

به علت مصرف نکردن شیر توسط برخی سالمندان به دلیل مشکلات گوارشی به آنان توصیه می‌شود از منابع دیگری برای دریافت کلسیم استفاده کنند. مصرف روزانه ماست و دیگر مشتقات شیر برای جذب کلسیم ایده آل است.

پزشکان بر مصرف حداقل میزان گوشت قرمز به دلیل داشتن اسید چرب اشباع شده تأکید می‌کنند. مصرف تنها ۲ تا ۳ بار در هفته گوشت قرمز کم چرب به افراد سالمند توصیه می‌شود.

در طبخ گوشت سفید باید سرخ کردن گوشت را به حداقل رساند یا حذف کرد.

سالمندان باید در حد نیاز میوه و سبزیجات مصرف کنند. سالمندان علاوه بر مشکلات دندان‌های برای مصرف سبزیجات در دریافت فیبر و پروتئین‌های میوه و سبزیجات به دلیل مشکلات گوارشی ناتوان هستند و می‌توانند به طرق دیگر مانند مصرف آب میوه‌ها و سبزیجات این مشکلات را حل کنند؛ چراکه مصرف میوه و سبزیجات در کنترل و پیشگیری بیماری‌ها به اثبات رسیده است.

پیوست در سالمندان، ناشی از تغییراتی که درجدار دستگاه گوارش ایجاد شده می‌باشد.

تغییر شکل در عضلات و کم‌حرکی سالمندان و کهولت سن از عوامل مهم پیوست در این افراد است و مصرف میوه و سبزیجات مناسب و به هنگام می‌تواند علاوه بر اثرات مفید ذکر شده در رفع پیوست چاره‌گشا باشد.

**به سالمندان توصیه می‌شود:**

از چربی‌های اشباع شده با منشأ حیوانی کمتر استفاده کنند. روغن زیتون و زیتون جایگزین مناسب برای روغن‌های اشباع شده است؛ چراکه می‌تواند جنبه حفاظتی برای عروق سالمندان ایجاد کند و جایگزین مناسب دیگر روغن‌ها باشد.



### گروه های مختلف غذایی مورد نیاز سالمندان کدامند؟

#### گروه نان و غلات:

این گروه شامل انواع نان به خصوص نوع سبوس دار، برنج، ماکارونی، سیب زمینی و سایر غلات است. توصیه می شود سالمندان طبق نیاز انرژی و فعالیت بدنی، روزانه ۶۹ واحد از این گروه غذایی را مصرف کنند. هر واحد از این گروه برابر با یک برش به اندازه کف دست (بدون انگشتان) معادل ۳۰ گرم از انواع نان (در مورد نان لواش ۴۳ کف دست) نصف لیوان ماکارونی یا برنج پخته و با یک عدد سیب زمینی پخته متوسط است.

گروه میوه ها و سبزی ها: این گروه شامل انواع میوه ها و سبزی هاست که تامین کننده ویتامین A و B، مقداری از ویتامین های گروه B، آهن و مقدار قابل توجهی فیبر غذایی هستند. توصیه می شود روزانه حداقل دو واحد از گروه میوه ها و ۳ واحد از گروه سبزی ها در برنامه غذایی سالمندان گنجانده شود.

هر واحد از گروه میوه ها برابر با یک عدد میوه متوسط مانند سیب، پرتقال، هلو یا یک چهارم طالبی متوسط و یا نصف لیوان دانه گیلاس یا حبه انگور و یا ۳ عدد زردآلو یا ۴ عدد خرما و یا ۳ عدد انجیر خشک می باشد.

همچنین هر واحد از گروه سبزی ها برابر است با یک لیوان سبزی برگی شکل مانند کاهو و اسفناج و یا نصف لیوان سبزی پخته یا نصف لیوان از سایر سبزی ها خام خرد شده است.

#### گروه شیر و فرآورده های آن:

این گروه شامل موادی مانند شیر، ماست، پنیر، کشک، دوغ و بستنی است. مواد غذایی این گروه تامین کننده بخشی از پروتئین، کلسیم، فسفر و برخی مواد مغذی دیگر است. توصیه می شود سالمندان روزانه ۲۴ واحد از این گروه غذایی مصرف کنند. هر واحد از این گروه برابر است با یک لیوان شیر یا ماسته یک و نیم لیوان بستنی کم چرب ۳۰۹۵ گرم پنیر.

#### گروه گوشت، تخم مرغ، حبوبات و مغزها:

این گروه شامل انواع ماهی، مرغ، گوشت قرمز، تخم مرغ، انواع حبوبات و مغزها (گردو، بادام، فندق، پسته و...) هستند که تامین کننده پروتئین، آهن، برخی از ویتامینها و املاح هستند به ویژه مغزها که دارای مواد آنتی اکسیدان و چربی های مفیدند.

مقدار مورد نیاز روزانه برابر با ۲ واحد است که هر واحد معادل ۶۰ گرم از انواع گوشت پخته (۳ تکه خورشتی و یا دو کف دست برش ماهی) یا ۲ عدد تخم مرغ یا یک لیوان حبوبات پخته یا نصف لیوان حبوبات خام یا نصف لیوان از انواع مغزها است.

#### اهمیت مصرف مایعات:

در دوران سالمندی میزان آب بدن و احساس تشنگی کاهش می یابد که زمینه ابتلا به عفونت های دستگاه ادراری، تنفسی، زخم های بستر و پوست را افزایش می دهد. بنابراین مصرف ۶۸ لیوان آب در روز ضروری است. نوشیدن آب آلو یا آب برگه ها نیز سبب گوارشی بهتر و دفع راحت تر می شود.

#### توصیه ها:

مصرف روغن های گیاهی مانند روغن زیتون به جای روغن های حیوانی جامد و چربی های حیوانی در دوره سالمندی ضروری است. بهتر است تعداد وعده های غذایی روزانه افزایش و حجم هر وعده کاهش یابد.

برای جلوگیری از پوکی استخوان، شیر و فرآورده های کم چرب آن، ماهی و مغزهایی مثل بادام، گردو و سبزیهایی مانند انواع کلم در برنامه غذایی روزانه قرار گیرد.

به سالمندانی که مشکل جویدن دارند توصیه می شود غذاهایی به شکل خرد شده، پوره، آبمیوه طبیعی و آب سبزیها در برنامه غذایی روزانه استفاده شود.

ورزش های سبک مانند پیاده روی و نرمش در فعالیت روزانه قرار داده شود.

قرار گرفتن در معرض نور مستقیم خورشید به مدت حداقل ۲۰ دقیقه در روز در زمان اوج تابش خورشید نباشد.

مراجعه به متخصص تغذیه و رژیم درمانی برای مشاوره و برخورداری از سلامت تغذیه ای توصیه می شود.

برای پیشگیری و کنترل بیماریهای نظیر دیابت، چاقی، قلبی، عروقی و... کنترل وزن مناسب بدن توصیه می شود.

برای کاهش خطر بیماری های قلبی عروقی از گوشت های سفید بدون چربی و بدون پوست (ماکپان و ماهی) استفاده شود.



## معرفی کتاب "تحلیلی بر شاخص توسعه انسانی در ایران"

مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت در راستای اهداف تحقیقاتی خود و به منظور گفتمان سازی موضوعات مهم و کلان کشوری اقدام به چاپ سومین کتاب از مجموعه کتابهای خود با عنوان "تحلیلی بر شاخص توسعه انسانی در ایران: از ابتدای انقلاب اسلامی تا ۱۳۹۱" نموده است. انگیزه اولیه تألیف این کتاب توجه به شاخص توسعه انسانی در سیاست های کلی برنامه توسعه پنجم ابتدایی از سوی رهبر فرزانه انقلاب اسلامی بود. در این سیاستها در بند ۳۱ آمده است:

«گرفتن و هماهنگی میان اهداف توسعه ای، آموزش، بهداشت و اشتغال به طوری که در پایان برنامه پنجم، شاخص توسعه انسانی به سطح کشورهای با توسعه انسانی بالا برسد»

توجه به این شاخص به عنوان نماد توسعه بین بخشی در متن این سیاست ها، انگیزه ای شد تا به تحلیل این شاخص بپردازیم. در این کتاب تلاش شده تا مفاهیمی که منجر به طرح شاخص توسعه انسانی به جای رشد اقتصادی گردید مورد بحث قرار گیرند. بعد از این بحث به تحلیل دستاوردهای کشور عزیزمان در سال های پس از پیروزی انقلاب اسلامی در این عرصه در مقایسه با سایر کشورها به ویژه کشورهای منطقه پرداخته ایم. در نهایت نیز راهکار هایی برای تسریع در روند رشد این شاخص با توجه به سناریوهای محتمل ارائه گردیده است. در بیان مطالب همه جا تلاش شده از مباحث صرفاً نظری پرهیز شده و تا حد امکان مطالب ملموس و معطوف به مسائل واقعی جامعه باشند. علاقه مندان می توانند این کتاب را از این مرکز و همچنین شبکه توزیع کتاب تهیه نمایند.



## و سلامت جامعه

### بیمه

امر مسلم این است که هیچ دولتی نمی تواند به طور مطلق تمامی هزینه های درمانی را برای همه گروه های اجتماعی با کیفیت خوب در درازمدت بپردازد؛ نمونه اش کشورهای با برنامه ریزی متمرکز بود که توزیع عادلانه و متوازن خدمات درمانی را هدف قرار داده بودند. نتیجه اش کاستی تضمین کیفیت و پاسداری از سلامتی بود.

لذا به نظر می رسد با توجه به محدودیت منابع و هدف بهینه کردن برنامه های پاسداری از سلامتی سطح وسیعی از افراد جامعه و همچنین کسب از نلبربری های خدمات تأمین بین گروه های مختلف مناسب است که زیر پوشش قرار دادن افراد زیر خط فقر، استفاده از نیروهای متخصص و قلع التحصیلان پزشکی در مناطق محروم و اشاعه برنامه های پیشگیری را با نگاه خاص مورد بررسی قرار داد. به منظور پیشگیری بیماریها، آموزش و آگاه سازی افراد جامعه و هماهنگ و همفکر کردن آنها در پذیرش و بکارگیری روش های پاسداری از تندرستی ضروری است. کشورهای پیشرفته به دلایل مختلف از جمله کاهش هزینه ها در بخش درمان به وسیله رسانه ها و برنامه های آموزشی سطح دانش عمومی را ارتقاء می دهند و با راهنمایی و توجه به نشانه های بیماری های خاص حتی قبل از ظهور، زمینه آمادگی آنها را در جهت پیشگیری و کنترل سلامت فراهم می آورند.

نظر به آنکه هزینه های کنترل های پزشکی در بسیاری موارد کمتر از صدبرابر هزینه های درمانی است، در نتیجه علاوه بر تشخیص به موقع و معالجه پذیر کردن بیماری، پاسداری و حفظ حیات با دید اقتصادی، نیز برنامه های آموزشی و کنترل سلامت جهت دستیابی به هدف پیشگیری قابل توجه خواهد بود. بنابراین در سیاست حفظ سلامت و برنامه های بیمه خدمات درمانی، چگونگی اولویت قائل شدن در برنامه های آموزشی برای ارتقاء دانش افراد جامعه جهت خود پیشگیری و قرار دادن طرح های آن زیر پوشش خدمات درمانی قابل بررسی و توصیه خواهد بود.

در شرایط کنونی اقتصاد کشور ما بهینه است که اولویت تخصیص منابع برقرار دادن عموم افراد جامعه زیر پوشش حداقل دریافت خدمات درمانی باشد. در آن میان نیز حق تقدم بر گروههای کم درآمد تر، از جمله روستائیان و افرادی که فاقد امکانات استفاده از بیمه های درمانی هستند، داده شود.

داشتن آسودگی خیال از ضروری ترین امتیازاتی است که بدون برخوردارگی از آن نمی توان نیازهای روحی بشر را ارضاء شده دانست. به علت بهداشت سلامت در کشورهای پیشرفته، این مقوله پیوند مستقیم با برنامه های تأمین اجتماعی و ساز و کارهای حمایتی بخش عمومی دارد. به هر حال هر کجا که بحث برنامه ریزی در میان باشد، موضوع منابع و مصارف و نحوه اولویت تخصیص آن هم مطرح خواهد بود. نظام بهداشت کشور اگر همانند کشورهای با نظام های برنامه ریزی متمرکز، کاملاً دولتی باشد و منابع آن از اعتبارات متمرکز تأمین شود، تمامی افراد جامعه می توانند زیر پوشش آن قرار گیرند. تجربه نشان داده است که ضمن همگن بودن خدمات درمانی برای عموم، کیفیت آن در این نظام در مقایسه با کشورهای توسعه یافته و با نظام متکی به بازار در سطح پائین تری قرار دارد. ضمن آنکه در اقتصاد بازار کمیت و بخصوص کیفیت ارائه خدمات درمانی می تواند با توزیع نابرابر میان گروههای اجتماعی مواجه باشد. اصل این فلسفه قابل پذیرش است که پاسداری از سلامت جزو نیازهای اساسی و دارای اولویت انسانی است و بر اساس قوانین حقوق بشر زیر پوشش برنامه های سلامتی قرار گرفتن، حق تمامی افراد است. ولی از طرفی بحث محدودیت منابع و مرز استفاده از رایانه ها مطرح است که دولت از کسب درآمدهای سرانه، این منابع را تأمین می کند. دولت باید از کسب درآمدهای سرانه، این منابع را تأمین کند. با استفاده از درآمدهای نفتی، نمی توان سازوکار تأمین اجتماعی علمی را تضمین کرد. درآمدهای دولت باید بر مبنای اقتصاد مولد استوار باشد. تأمین اجتماعی را بدون خدمات نمی توان تعریف کرد. در کشورهای اسکانديناوی، سوئد و انگلستان وقتی نظام را بررسی می کنیم، مشاهده می کنیم که در زمینه سلامت متابعش را دولت پرداخت می کند. این منابع از طریق نظام مالیاتی قوی تأمین می شود. اما این موضوع در کشور ما نظامند نیست. از درآمدهای نفتی استفاده می کنیم. می توان به عنوان ابزار عدالت، سرانه های درمان را بر مبنای درآمد سرانه محاسبه و دریافت کرد. در کشور ما دولت طبق قانون سازمان بهداشت جهانی، سلامت را حق همگان دانسته، قانون اساسی هم آن را به صورت حق عموم مردم می داند و دولت را مکلف به اجرای آن کرده است.

## عدالت در سلامت دهان



نویسندگان

دکتر آوا سگ سر دانشجوی دکتری سلامت دهان و دندان پزشکی اجتماعی  
دکتر ازهان پهلوانی راد دانشجوی دکتری سلامت دهان و دندان پزشکی اجتماعی

سلامت دهان و دندان یکی از عرصه های عملیاتی مهم در برقراری عدالت در سلامت جامعه می باشد. عدالت در سلامت دهان جنبه های متعددی از جمله عدالت در تأمین مالی نظام سلامت، عدالت در دسترسی به خدمات، عدالت در ارائه خدمات و عدالت در کیفیت خدمات دارد. راهکارهای متعددی در هر یک از این زمینه ها از جمله بحث تأمین مالی خدمات سلامت مطرح می گردد. یکی از پیشنهادات، فراهم نمودن بیمه درمانی خدمات دندان پزشکی می باشد. در این مقاله تعدادی از مطالعات ایران و دیگر کشورهای جهان که در مجلات معتبر در مورد بررسی دستاوردهای بیمه های درمانی دندان پزشکی چاپ شده است مرور گردیده اند. مرور این مقالات می تواند در تصمیم گیری مبتنی بر شواهد برای ارتقاء سطح عدالت در سلامت دهان کمک کننده باشد.

مقاله دیگری در سال ۲۰۰۱ توسط آقای Manski و همکارانش در مجله انجمن دندان پزشکی آمریکا چاپ شده که در آن به بررسی اثر بیمه در مراجعه به دندان پزشکی و هزینه های انجام شده در کودکان در سال ۱۹۹۶ پرداخته است. ۴۳ درصد افرادی که دارای بیمه خصوصی بودند حداقل یک بار در سال ۱۹۹۶ به دندان پزشکی مراجعه کرده بودند این در حالی بود که تنها ۲۸ درصد افراد دارای بیمه دولتی و ۱۹ درصد افرادی که دارای بیمه نبودند حداقل یک بار در طول سال ۱۹۹۶ به دندان پزشکی مراجعه کرده بودند. آقای Manski و همکاران از مطالعه خود نتیجه گرفتند که داشتن بیمه دولتی به نسبت بیمه خصوصی تأثیر کمتری در مراجعات سالانه به دندان پزشکی دارد و استدلال کردند آنانی که دارای بیمه خصوصی بودند به وضعیت اجتماعی- اقتصادی متفاوتی تعلق داشتند و این به این معنا است که عوامل دیگری به غیر از داشتن بیمه در مراجعه به دندان پزشکی تأثیر گزار می باشند.

مقاله ای در سال ۲۰۰۹ در مجله انجمن دندان پزشکی آمریکا توسط Fisher و همکارانش چاپ شده است که در آن وضعیت سلامت دندانی و عمومی کودکان واجد شرایط بیمه Medicaid (بیمه مخصوص افراد با درآمد پایین) که این بیمه را دریافت کرده اند با کودکانی که این بیمه را دریافت نکردند مقایسه شده است. این مطالعه نشان داد هر چند داشتن بیمه Medicaid منجر به ملاقات سالانه بیشتر با دندان پزشکی در بچه های ۹ تا ۱۶ سال شد ولی این کودکان بوسیدگی های دندانی ترمیم نشده کمتری نسبت به کودکان همسن بیمه نشده خود نداشتند. از طرف دیگر در کودکان زیر ۹ سال حتی در ملاقات سالانه با دندان پزشکی بین کودکان دارای بیمه و فاقد بیمه Medicaid تفاوتی مشاهده نشد. نتایج مطالعه آقای Fisher و همکاران نشان داد که بچه های با پوشش بیمه Medicaid از سرویسهای مراقبت سلامت بیشتر استفاده می کنند ولی از لحاظ وضعیت سلامت عمومی، سلامت دندانی یا نیازهای درمانی دندانی کم و بیش مشابه کودکان فاقد بیمه Medicaid می باشند.

آقای Schrimshaw و همکاران در سال ۲۰۱۰ مقاله‌ای را در مجله *American journal of public health* چاپ کردند و در آن به بررسی موانع مرتبط با بیمه در زنان بزرگسال آفریقایی-آمریکایی دارای مشکلات اخیر دهانی و دندان‌های در محله Harlem در نیویورک سیتی پرداختند. نویسندگان مقاله دلیل مطالعه خود را عدم حذف تفاوت در وضعیت سلامت دهان بزرگسالان آفریقایی-آمریکایی با بزرگسالان سفیدپوست علیرغم وجود بیمه های دولتی و خصوصی عنوان نمودند. اگرچه اکثر شرکت کنندگان در مطالعه دارای بیمه بودند به طوریکه ۶۱ درصد دارای بیمه خصوصی و ۵۰ درصد دارای بیمه دولتی بودند، موارد متعددی از سوی شرکت کنندگان در مطالعه به عنوان موانع استفاده از خدمات دندانپزشکی مطرح گردید از جمله: پوشش محدود و ناکافی بیمه، مشکل یافتن دندانپزشکی که با بیمه قرارداد داشته باشد، پرداخت هزینه بالا برای رساندن خود به مراکز دندانپزشکی دارای قرارداد با بیمه و عدم اطمینان به کیفیت خدمات ارائه شده. این مطالعه پایه ای از دلایل باقی ماندن تفاوتها را نشان می دهد و لزوم اتخاذ استراتژی های لازم جهت رفع این موانع را پیشنهاد می نماید.

مقاله دیگری توسط آقای Somkatra و همکاران در سال ۲۰۰۹ در مجله *Community dentistry and oral epidemiology* چاپ شده است که در آن به بررسی تاثیر بیمه دندانپزشکی در دستیابی به عدالت در سلامت دهان می پردازد. در سال ۲۰۰۱ دولت تایلند جهت برقراری عدالت در سلامت دهان احداث جامعه بران شد تا نظام بیمه همگانی را در تایلند اجرا کند. لذا نویسندگان مقاله برآن شدند تا تاثیر بیمه عمومی را بر وضعیت عدالت در سلامت دهان جامعه تایلند ارزیابی نمایند. ارزیابی کلی نشان داد علیرغم اجرای بیمه همگانی نابرابری و بی عدالتی در استفاده از مراقبتهای سلامت دهان همچنان پابرجا می باشد و این نابرابری به نفع افراد غنی کشور می باشد.

مقاله ای توسط آقای دکتر بیات و همکاران در سال ۲۰۱۱ در مجله *European Journal of Dentistry* چاپ شده است که تاثیر بیمه بر نوع خدماتی که به وسیله بزرگسالان ایرانی دریافت می شود را مورد ارزیابی قرار می دهد.

این مطالعه مقطعی توسط مصاحبه تلفنی و به کمک پرسشنامه ای که تهیه شده بود در تهران انجام شد. از ۱۰۰۱ مصاحبه شونده واجد شرایط مطالعه، ۷۱ درصد دارای بیمه دندانپزشکی بودند. آنهایی که بیمه دندان‌های نداشتند، ۵۶ برابر کسانی که بیمه داشتند دندان کشیده بودند. در سایر خدمات دندانپزشکی تفاوتی بین افراد دارای بیمه و بدون بیمه وجود نداشت. آقای دکتر بیات و همکاران از این مطالعه نتیجه گرفتند که بیمه دندانپزشکی تاثیر بسیار جزئی (اگر بتوان آن را اصلاً به حساب آورد) بر نوع خدمات دندان‌های دریافت شده داشته است.

در مطالعه ای که در سال ۱۹۸۷ توسط Howard Bailit و همکاران در مجله انجمن دندانپزشکی آمریکا به چاپ رسید به بررسی تاثیر افزایش پوشش های بیمه ای بر ارتقا سطح سلامت دهان پرداخته است. این مطالعه یکی از معتبرترین مطالعات در زمینه بیمه های دندانپزشکی می باشد. مطالعات قبلی در این زمینه تفاوت قابل ملاحظه ای را بین دو گروه بیمه شده و بیمه نشده از لحاظ سطح سلامت دهان مشاهده نکردند. این مطالعه در بین ۴۸۱۵ فرد ۶۰-۶۱ ساله انجام شد و ۲۳٪ این افراد برای ۳ سال و مابقی برای ۵ سال تحت پیگیری قرار گرفتند. این افراد تحت پوشش های مختلف بیمه ای (از لحاظ میزان پرداخت بهار) قرار گرفتند. در نهایت نتیجه گیری نویسنده از نتایج، تاثیر مثبت پوشش های بیمه ای بر ارتقا سطح سلامت دهان افراد بوده است، اما نتایج صحت نتیجه گیری نویسنده را تأیید نمی کنند و نوعی سوگیری در تحلیل دیده می شود. در گروه با پرداخت ۹۵٪ هزینه ها (توسط بهار) پوشیدگی ۱۶ و ترمیم ۲۷ می باشد و در گروه پوشش بیمه ای رایگان پوشیدگی ۱۲ و ترمیم ۳۵ بوده است. نتایج به طور واضح گویای افزایش درمان در افراد با پوشش بیمه ای رایگان می باشد (پوشیدگی بیشتری در آن ها دیده نمی شود). بنابراین پوشیدگی به میزان جزئی در گروه رایگان نسبت به سایر گروه ها کاهش داشته ولی ترمیم به میزان قابل توجهی افزایش داشته است. این امر نشان دهنده درمان بیش از حد این گروه و افزایش DMFT آنهاست. پس در حقیقت نتایج تنها نشان دهنده افزایش ترمیم در گروه با پوشش بیمه ای رایگان است ولی سطح سلامت دهان این افراد با توجه به شاخص DMFT ارتقا نداشته است.

در مقاله ای که در سال ۲۰۱۲ در *Journal of Public Health Dentistry* به چاپ رسید، آقای Tinanof و همکاران اهمیت نقش پروتوکل- کار مبتنی بر شواهد و مدل های پرداختی را در ارتقای مراقبت های دندانپزشکی بیان کرده اند. با مراقبت های مبتنی بر شواهد علاوه بر پیشگیری از بیماری- دسترسی به خدمات نیز بهبود می یابد. یک پروتوکل باید بتواند ریسک افراد برای بوسیدگی را تعیین کند، روش های پیشگیری مناسبی اتخاذ کند و روند نطفه یا پیشرفت ضایعات را کنترل و نظارت نماید. مدل پرداختی *fee for service* کیفیت کار و درمان های غیر ضروری را کاهش نمی دهد. مدل پرداختی مطلوب با یک مدل مبتنی بر شواهد باشد تا بتواند سطح سلامت را ارتقا دهد. در نهایت بیمه ها باید دندانپزشکان را در جهت افزایش کیفیت خدمات سوق دهند.

نتیجه گیری: در چند مقاله-ی ابتدای بحث خود نویسندگان مقالات به این نتیجه رسیدند که بیمه های درمانی دندانپزشکی تاثیر چندانی بر شاخص های سلامت دهان از جمله افزایش دسترسی با کاهش بوسیدگی نداشته است. در سایر مقالاتی که نویسنده به بیمه های درمانی به عنوان یک راه حل برای رفع موانع مالی جهت دسترسی به خدمات دندانپزشکی نگریسته نیز انتقادات زیادی به روشها و ابزار استفاده شده در مطالعه وارد است. در اکثر مقالات تاثیر بیمه های درمانی دندانپزشکی بر ارتقاء سطح سلامت دهان به طور مشخص بررسی نشده است و تنها در یک مطالعه به طور مشخص به بررسی شاخص DMFT پرداخته است (Baillif, ۱۹۸۷). که در نتایج آن نیز تنها افراد بیمه شده درمان بیشتری را دریافت کرده بودند و شاخص DMFT هیچ گونه کاهش را نشان نمی داد. بنابراین نتیجه گیری نویسندگان این مقاله نیز بسیار شبیه آن چیزی است که دکتر جدیدر و همکاران (۲۰۱۲) به آن دست یافته و عنوان کرده اند. به طور کلی چنانچه هدف ارتقاء سطح سلامت دهان و دندان و یا ارتقای سطح عدالت در سلامت دهان و دندان در افراد باشد بیمه ها باید از اصول مبتنی بر شواهد استفاده نمود. تحلیفات کاربردی و مقالات دقیق انجام داده و پرداخت های خود را به سمت خدمات پیشگیری سوق دهند. تربیت نیروهای دندانپزشکی حدیثیست پرستار و کارخان بهداشت دهان، بهداشت کار، نگه داشتن و ملقند آن جهت انجام خدمات ساده تر دندانپزشکی با ناکند بیشتر بر پیشگیری می تواند موجب کاهش چشمگیر هزینه ها و افزایش دسترسی در مناطق محروم گردد. در ایجاد شواهد مربوطه باید به مدل پرداختی ترکیبی در جهت تامین منابع بیمار و دندانپزشک و یا مدل پرداخت بر اساس فرد و خانواده (دندانپزشک خانواده) توجه بیشتری نمود. همچنین نباید پس از تصویب تحت پوشش قرار گرفتن خدمات دندانپزشکی توسط بیمه ها، کار را تمام شده فرض کرد. تدوین دستورالعمل راهنمای کار کلینیکی دندانپزشکی و نظارت دقیق بر کیفیت خدمات دندانپزشکی ارائه شده بسیاری ضروری خواهد بود.

در مقاله ای که در سال ۲۰۰۲ توسط Feinberg و همکاران در *Journal of pediatrics* منتشر شد به بررسی تاثیر درآمد خانواده و برنامه های بیمه ای بر تامین نیازهای خدمات سلامت پرداخته است. کودکانی که در این مطالعه به طور تصادفی انتخاب شده بودند با توجه به درآمد خانواده در گروه های با درآمد بالا، متوسط و پایین قرار گرفتند. همه این کودکان تحت پوشش برنامه بیمه ای قرار گرفتند. نتایج نشان داد که کودکان با درآمد خانوادگی بالا نیاز های مشابهی با کودکان کم درآمد دارند و نیازهای درمانی پاسخ داده نشده در تمام گروه های درآمدی کاهش داشته است. نتیجه گیری نهایی تاثیر مثبت پوشش بیمه ای برای کودکان صرف نظر از درآمد خانواده بوده است. اما این مطالعه نیز محدودیت هایی به شرح زیر داشت: اولاً در ایالت ماساچوست آمریکا خدمات سلامت در بخش دولتی و خصوصی کاملاً پیشرفته است. دوماً افراد داوطلبانه وارد شدند و این امر منجر به سوگیری می شود و مشکل سوم عدم وجود گروه کنترل بوده است.

در یک مطالعه که توسط آقای Locker و همکاران در سال ۲۰۱۱ در کانادا انجام گرفت به ارزیابی نقش درآمد، پوشش های بیمه ای دندانپزشکی و مشکلات مالی در دسترسی افراد به مراقبت های دندانپزشکی پرداخته است. بدین منظور به طور تصادفی با ۲۰۲۷ نفر مصاحبه تلفنی صورت گرفت و ۳ موضوع میزان درآمد، پوشش بیمه دندانپزشکی فرد و وجود مشکلات مالی برای استفاده از خدمات دندانپزشکی مورد سوال قرار گرفت. نتایج نشان داد افراد با درآمد پایین و کسانی که بیمه دندانپزشکی نداشتند بیشتر از مشکلات مالی به عنوان مانعی برای استفاده از خدمات دندانپزشکی نام برده اند. این افراد ملاقات های کمتر دندانپزشکی و سطح سلامت دهان پایین تری نیز داشتند. نتیجه گیری نویسنده وجود موانع مالی برای دسترسی به خدمات دندانپزشکی بوده است (به خصوص در افراد با درآمد پایین). اما این مصاحبه تلفنی تنها ذهنیت افراد را از سطح سلامت دهان خود بیان می کند و علاوه بر این افرادی که موانع مالی را مطرح کرده اند صرف نظر از پوشش بیمه ای و درآمد، ملاقات دندانپزشکی کمتری داشته اند و حتی زمانی که پوشش بیمه ای وجود دارد افراد تا هنگامی که برای رهایی از درد مجبور نباشند به دنبال ملاقات دندانپزشکی نخواهند رفت.

## تازه های پزشکی

### آب، منابع حیاتی

در روند تولید گوشت، مصرف آب به عنوان عاملی تعیین کننده نیز به حساب می آید. برای تولید یک کیلو گوشت، تا ۴۰ هزار لیتر آب مصرف می شود.

هواداران محیط زیست معتقدند با توجه به این که در حال حاضر بیش از ۲۸۲ میلیون انسان از نعمت داشتن آب پاکیزه محرومند، اختصاصی ۴۰ هزار لیتر آب برای تولید یک کیلو گوشت، عادلانه نیست.

تولید گوشت در دگرگونی های جوی نیز بی تاثیر نیست. بر اساس آمار سازمان ملل، نگهداری و پرورش حیوانات در مکن های سرپوشیده ۱۸ درصد تولید گازهای گلخانه ای جهان را که بر گرمایش زمین می افزاید، سبب می شود.

### زنان میانسال با سطوح پایین ترشح انسولین در معرض خطر افسردگی قرار دارند

کاهش ترشحات انسولین می تواند عاملی برای بروز افسردگی در زنان میانسال باشد. دیابت یکی از شایع ترین بیماری های اندوکراین است و شایعترین اختلال عاطفی این بیماری افسردگی است. و تحقیقات جدید نشان داده است که بین کاهش ترشح انسولین و بروز افسردگی در زنان رابطه معنی داری وجود دارد. نتایج یک مطالعه توسط محققان لندن روی ۳۱۴۵ فرد بزرگسال شامل زنان با میانگین سنی حدود ۶۰ سال و نیز گروهی از مردان و مشاهده ارتباط بین سطوح قند، مقاومت به انسولین و ترشح انسولین به شروع علائم افسردگی پس از آنها نشان داد. زنان میانسال با سطوح پایین ترشح انسولین بیش از ۲ برابر نسبت به بقیه در معرض شیوع علائم افسردگی قرار می گیرند. هدف از این مطالعه تعیین رابطه میزان قروانی و شدت افسردگی در بیماران دیابتی سطوح پایین ترشح انسولین است. این مطالعه نشان داد که ترشح انسولین با انجام یک پیگیری ۵ ساله نشان دادند، شانس توسعه علائم افسردگی جدید در زنان سالمند با کمترین میزان ترشح انسولین در مقایسه با زنان مشابه آنها با بیشترین ترشح انسولین ۱۸٪ برتر بوده است. نتایج حاصل از این گزارش ضمن بیان این که نشانگرهای التهابی، ترشح کورتیزول و با وضعیت پاشنگی و درماتن های هورمونی

### خوردن گوشت تا ۶۰۰ گرم در هفته مفید و بیش از این مقدار خطرناک است

گوشت یکی از مواد غذایی است که در جهان با نامها و در اشکال گوناگون به عنوان مسکن، تندرستی و شام خورده می شود. مصرف بیش از حد این ماده غذایی نه تنها سرطان را بلکه برای محیط زیست هم زیان آور است.

به نقل از «ویجی و ال» - بنی انسان، به گوشت نیاز دارد آهن و انواع ویتامین های B<sup>۱۲</sup> که در گوشت وجود دارد. برای خون سازی، تکامل اعصاب و آرامش اعصاب بسیار مفید است. کارشناسان غذایی خوردن گوشت را به میزان ۳۰۰ تا ۶۰۰ گرم در هفته توصیه می کنند. بیش از این مقدار، سبب عوارض منفی گوناگون می شود که خطرناکترین آنها سرطان روده ای بزرگ و کوچک است.

### علاقه فزاینده به خوردن گوشت

مصرف گوشت در ۵۰ سال گذشته افزایش چشمگیری داشته است. بر اساس یک گزارش بین المللی، انسان ها در سراسر جهان سالانه ۲۸۲ میلیون تن گوشت مصرف می کنند. این میزان در مقایسه با ۵۰ سال پیش ۴ برابر شده است.

بر اساس آمار این گزارش، مردان بیش از زنان علاقه به خوردن گوشت دارند. در آلمان، مردان به طور متوسط در هفته ۲.۱ کیلوگرم و زنان نیمی از این مقدار گوشت مصرف می کنند.

### زبان های گوشت و محیط زیست

پرورش حیوانات که گوشت آنها به مصرف غذایی انسان می رسد، خالی از ایراد نیست و موانع بسیاری در راه حفظ محیط زیست ایجاد می کند. بیش از هر چیز، تامین خوراک حیوانی برای این جانوران، با دشواری های زیادی همراه است. از آن جا که زمین قابل کشت در سراسر جهان محدود است، شرکت هایی که در بخش تولید خوراک حیوانی سرمایه گذاری می کنند، برای کشت این نوع گیاهان با کمبود زمین روبرو می شوند. بیش از ۳۰ درصد زمین های زیرکشت جهان برای تولید مواد خوراکی حیوانی بکار گرفته می شود. هواداران محیط زیست معتقدند که زمین قابل کشت در جهان اصولاً باید برای بهره برداری در جهت محصولات غذایی مورد نیاز انسان استفاده شود و نه تولید خوراک حیوانی.

جایگزینی این ارتباط را توضیح نمی‌دهد، همچنین می‌خواهد که هیچ از نواحی بین ارزیابی مفادیر انسولین در حالت ناشتا و شروع علائم جدید انسورگی برای مردان وجود نداشته است. به گفته محققان اگرچه مطالعات بیشتری همچنان برای تأیید بیشتر این یافته‌ها مورد نیاز است اما به نظر می‌رسد که میزان ترشح پاپین انسولین یک عامل خطر برای شروع علائم جدید انسورگی در زنان میانسال است.

نتایج این بررسی در نشریه مراقبت دیابت منتشر شده است. تعداد افراد دیابتی در جهان به بیش از هفتاد میلیون نفر افزایش یافته است.

#### هدف قرار دادن سنسورهای طعم و مزه در سلول‌های

روده می‌تواند موجب فریب بدن و احساس سیری شود. محققان علوم پزشکی می‌گویند به با بکارگیری روش‌های سلولی مهندسی به راهکارهای جدیدی جهت درمان چاقی دست یافته‌اند. آنان عنوان کردند که با انجام تحلیفات خود دریافتند هدفگیری سنسورهای طعم و مزه در روده ممکن است باعث ایجاد استراتژی جدید و امیدوارکننده‌ای طبع چاقی و بیماری‌های وابسته به آن مانند بیماری‌های متابولیکی و دیابت شود. محققان افزودند: شواهد به دست آمده نشان می‌دهد که هدف قرار دادن سنسورهای طعم و مزه در سلول‌های موجود در روده به صورت انتخابی می‌تواند باعث انتشار هورمون‌هایی شود که منجر به انکاس سینگالی‌هایی جهت احساس پری و سیری شوند و این اثرات به دست آمده می‌تواند چاقی و دیگر بیماری‌های وابسته به آن را درمان نمایند. نتایج دیگر این مطالعه افزود: تقلید از اثرات فیزیولوژیکی به دست آمده در اثر وعده‌های غذایی می‌تواند طوری باعث فریب بدن شود که انگار آن وعده غذایی را مصرف کرده است. به گفته محققان اثرات حاصل از اعمال جراحی خاص نظیر بای پس معده و غیره جهت از دست دادن عمقی وزن و یا کاهش شیوع دیابت و سایر شرایط مرتبط با چاقی هنوز به طور کامل درک نشده است اما ممکن است این اعمال جراحی نیز باعث ایجاد تغییراتی در انتشار هورمون‌های روده شود که در این میان هدفگیری گیرنده‌های اضافی طعم و مزه که بر آزادسازی هورمون‌های کنترل کننده مصرف مواد غذایی تأثیر دارند می‌تواند یک راه

جدیدی برای تقلید این اثرات در روشی غیر جراحی و غیرتهاجمی باشد. گفتنی است: مطالعات دیگر در آینده نشان خواهند داد که کدام یک از گیرنده‌های طعم و مزه ممکن است دارای اهداف دارویی مؤثری برای پیشگیری و درمان چاقی و دیابت داشته باشد. نتایج این تحقیق در نشریه غدد درون‌ریز و متابولیسم منتشر شده است.

#### استاتین‌ها در درمان بیماری‌های غیر قلبی مانند سرطان، عفونت‌ها و آلزایمر نیز مؤثر است

در طول سال‌های اخیر بخصوص با توجه به نقش پیشگیری استاتین‌ها در بیماران باریک بالای حملات قلبی عروقی حاد، استاتین‌ها بطور وسیعی مصرف می‌شوند. با توجه به این آمار در سال ۲۰۰۶ استاتین‌ها ۲۶٪ از فروش غیرقابل انتظار ۲۶ میلیارد دلاری را به خود اختصاص داده‌اند.

مطالعات بالینی متعددی که به تازگی در سراسر نقاط جهان روی استاتین انجام شده فواید مهار کننده‌های ۳ هیدروکسی ۳ متیل گلوکوزیل کو آنزیم A ردوکتاز با استاتین‌ها را در پیشگیری اولیه و ثانویه از بیماری‌های قلبی و عروقی مطرح کرده‌اند. بررسی‌ها به این نتیجه انجامیده‌اند که استاتین‌ها به جز اثر ساده کاهش کلسترول خون - فواید قابل توجه دیگری نیز دارند و می‌توان این ترکیبات دارویی را در درمان و پیشگیری از بیماری‌های غیر قلبی مانند سرطان - عفونت‌ها، آلزایمر، بیماری‌های مزمن انسدادی، بیماری‌های مزمن انسدادی ریوی و سایر مشکلات عملکردی ریه و نشانه‌های نارسایی کلیه، کیستیک به کاربرد البته هنوز جایگاه استاتین‌ها در درمان با پیشگیری از این بیماری‌ها به اثبات نرسیده است. استاتین‌ها از تکثیر سلولی جلوگیری کرده و اثر ضد التهابی و سرکوب کننده ایمنی دارند بنابراین می‌توان از این گروه دارو‌ها در بهبود برخی از بیماری‌ها خاص سود برد.

### استاتین‌ها و عفونت‌ها

بررسی‌های انجام شده در مورد اثر استاتین‌ها بر بیماری‌های عفونی، بیشتر روی بیماری‌هایی مانند سیپسیس - پنومونی و آنفلوآنزا متمرکز بوده است. یک مطالعه گسترده به تازگی فواید استفاده از استاتین را در مبتلایان به سیپسیس نشان داده است و یک کار آزمایشی بالینی چند مرکزی در ژاپن نیز کاهش قابل توجه خطر مرگ ناشی از آنفلوآنزا و پنومونی را در مصرف کنندگان دوز متوسط استاتین نشان داده است.

### استاتین‌ها و آرایمر

مطالعات متعددی در مورد نقش استاتین در پیشگیری و درمان آرایمر انجام شده است. در کنار کاهش کلسترول به دنبال مصرف استاتین‌ها در مبتلایان به آرایمر، کاربرد آنوروستاتین در این بیماران پس از گذشت شش ماه از مصرف، با بهبود علائم

بیماری و قابلیت حلقه همراه بوده و این اثر دارو تا یکسال پس از آن نیز ثابت مانده است. مطالعات گذشته نیز نشان داده اند که استاتین‌ها در برابر بیماری آرایمر اثر حفاظتی دارند.

### نفروپاتی ناشی از مواد حاجب

امروزه نقش استاتین در پیشگیری از نفروپاتی ناشی از مواد حاجب بررسی شده زیرا استاتین‌ها بر چرخه اکسید نیتریک و عملکرد رادیکال آزاد تخریب گر اثر گذار هستند.

سه مطالعه از مجموع این بررسی‌ها در مورد سود مندی استاتین‌ها در کاهش خطر نفروپاتی ناشی از مواد حاجب در بیماران بوده که تحت مداخلات تشخیصی مرموزی از راه پوست قرار گرفته اند. در گروه دریافت کننده استاتین‌ها، کاهش قابل توجهی در سطح سرمی کراتینین پس از اقدام تشخیصی با کمک ماده حاجب طول مدت اقامت در بیمارستان با بیماری که استاتین دریافت نمی‌کردند مشاهده شد.

### نشانه‌های نهمندان پلی کیستیک

به دلیل اثرات مثبت استاتین‌ها روی اسولین استرس اکسیداتیو و فاکتورهای التهابی، به نظر می‌رسد استاتین‌ها در مبتلایان به نشانه‌های نهمندان پلی کیستیک مفید باشد.

یک مطالعه نشان داده که در این مبتلایان که سیمواستاتین را همراه با قرص‌های پیشگیری از بارداری خوراکی مصرف کرده اند در مقایسه با بیماران که قرص‌های پیشگیری از بارداری خوراکی را به تنهایی دریافت کرده اند کاهش قابل توجهی در سطح تستوسترون - هورمون لوتئینه کننده و نیز کاهش در نسبت LH به FSH مشاهده شد. بنابراین مطالعات چنین استنتاج می‌شود که استاتین‌ها می‌توانند در درمان سندرم نهمندان پلی کیستیک نقش کمکی داشته باشند.

### نتیجه گیری:

اغلب مطالعات بالینی ثبت شده در مورد اثرات استاتین‌ها بر انواع متعدد بیماری‌های غیر قلبی روی داده‌های گذشته نگر بنا شده اند بنابراین مهم است به یاد داشته باشیم که این مطالعات خطای زیادی دارند و همیشه نمی‌توان به نتایج حاصل از آنها استناد کرد.

### تشخیص به موقع سیفلیس مادرزادی، این بیماری مرگبار را قابل درمان می‌سازد

پژوهشگران علوم پزشکی می‌گویند گرچه سیفلیس مادرزادی یک بیماری مرگ‌آور است اما تشخیص زودهنگام و شروع درمان‌های به موقع می‌تواند در بهبود این بیماری مؤثر باشد. سیفلیس یک بیماری آمیزشی مسری است که به راحتی از زن به مرد یا از مرد به زن منتقل می‌شود. البته این بیماری می‌تواند از طریق مادر باردار مبتلا به نوزاد نیز سرایت کند. در زمان حاملگی، خطر عفونت مادرزادی جنین در مراحل اولیه و ثانویه سیفلیس ۹۰-۱۰۰ و مرگ جنینی یا مرگ حوالی تولد در ۴۰٪ جنین‌های مبتلا به سیفلیس مادرزادی رخ می‌دهد. نتایج بررسی‌های بالینی نشان داده که با توجه به وجود شایعات استخوانی در یک نوزاد دختر ۴ ماهه و راش پوستی مشابه میان مادر و نوزاد و به دنبال آن بررسی‌های سروزویک، تشخیص سیفلیس مادرزادی در نوزاد را نشان داده است که این پدیده انجام تست سیفلیس مادرزادی در هر نوزاد را بدون توجه به شرایط سروزویک مادر ضروری می‌سازد. این گزارش تقریباً ۴ ماه پیش از به دنیا آمدن نوزاد، بیماری سیفلیس در پدر وی تشخیص داده شده است که این باعث پدید آمدن سیفلیس ثانویه در مادر شده است.



### پانسی زودرس خطر ابتلا به دیابت نوع ۲ در زنان را افزایش می دهد

بیشتر زنان در سنین ۲۷ تا ۵۱ سالگی و با توجه به شرایط محیطی و فردی، پانسه می شوند اما اگر پانسی در زمانی زودتر از موعد طبیعی رخ دهد، مثلاً در سنین زیر ۴۰ سال، یا در مواردی قبل از ۳۰ سالگی، دیگر پانسی طبیعی محسوب نمی شود.

نتایج یک تحقیق روی ۳۶۹۱ زن پانسه مبتلا به دیابت نوع ۲ و مقایسه آنها با ۲۲۰۸ زن از گروه شاهد نشان داد که زنانی که دچار پانسی زود هنگام می شوند در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به دیابت نوع ۲ است به بقیه فرار می گیرند.

محققان در طول یک پی گیری ۱۱ ساله مشاهده کردند نسبت به زنانی که در سنین بالای ۵۰ سال دچار پانسی می شوند زمانی که در سنین جوانتر پانسه می شوند نزدیک به ۵۱ برابر بیشتر در معرض خطر ابتلا به دیابت نوع ۲ قرار می گیرند.

نتایج این گزارش می افزاید، خطر بالاتر وقوع دیابت همچنین با طول عمر کوتاه باروری همراه بوده است و این نتایج نامطلوب به دست آمده از پانسی زودرس نیز با تعدیل عواملی مانند شاخص توده بدن (BMI)، دور کمر و یا سیگار کشیدن به طور قابل توجهی تغییر نیافته است.

گفتنی است پانسی یک فرآیند بیولوژیک طبیعی و گذر از مرحله‌ای به مرحله دیگر همراه با تغییرات هورمونی، فیزیکی و روانی است که به رخ دادن آن در زنان کمتر از ۴۰ سال، پانسی زودرس می گویند که در این میان مصرف برخی از داروها و یا انجام بعضی از اعمال جراحی می توانند از عوامل ایجاد آن باشند.

نتایج این تحقیق در نشریه مراقبت دیابت منتشر شده است. متخصصین زنان و زایمان پیشنهاد می کنند که اگر خانمی در سنین قبل از ۲۵ سالگی با قطع ناگهانی یا طولانی شدن فواصل قاعدگی و علائمی مثل گرگرفتگی، بدخوابی‌های شبانه و تعریق روبرو شود، باید به پزشک مراجعه کند.

از طرفی نتایج دیگر این گزارش حاکیست سیفلیس مادرزادی که یک بیماری مخاط‌مانگیر محسوب می شود می تواند حتی در کشورهای توسعه یافته در زنان باردار شناسایی نشده و باعث ایجاد یک معضل بزرگ شود. گفتنی است بیماری سیفلیس مادرزادی یک بیماری کشنده اما قابل درمان است که پزشکان زنان و زایمان برای کاهش وقوع این خطر باید طی زمان بارداری در مادران خصوصاً زمانی که احتمال خطر وجود داشته باشد تست‌های بیابانی سروولوژی را انجام دهند چرا که تشخیص زود هنگام و شروع درمان‌های به موقع می تواند در بهبود این بیماری مؤثر باشد. شایان ذکر است که سیفلیس یک عفونت رایج غالباً مقاربتی است که توسط نوعی باکتری ایجاد می شود و در هر مرحله از دوران بارداری می تواند به جنین منتقل شده و باعث ناهنجاری‌های جنینی، بیماری‌های حاد نوزادی، مرگ جنینی و یا مرگ در حوالی تولد شود که این موضوع به انجام آزمایشات تشخیص سیفلیس قبل از ازدواج و در حین بارداری به شدت تأکید می کند. لازم به ذکر است مادر مبتلا به سیفلیس پس از ماه چهارم بارداری می تواند جنین خود را آلوده کند. اگر عفونت مادر شدید باشد، جنین سقط می شود ولی اگر عفونت مادر خفیف باشد، بچه زنده به دنیا می آید و علائم مختلفی از خود نشان می دهد. درمان این بیماری در کلیه مراحل به کمک آنتی بیوتیک پنی سیلین انجام می شود. نتایج این تحقیق در نشریه [BMJ] منتشر شده است.



## سیمای سلامت دهان و دندان مردم ایران و ارتباط آن با عوامل اقتصادی و اجتماعی

نویسنده: دکتر شاهرخ قهریزی، مدیر گروه بهداشت دهان و دندان معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

از منابع وزارت بهداشت صرف تربیت دانشجوی دندانپزشکی و برنامه ادغام بهداشت دهان و دندان در نظام مراقبت های اولیه بهداشتی گردیده است. موضوع مهم دیگر در تامین عدالت در سلامت دهان و دندان کشور توزیع نامعادله نیروی انسانی می باشد. مطالعات نشان می دهد حدود ۶۰ درصد فارغ التحصیلان دندانپزشکی در مراکز استانها و حدود ۴۰٪ آنها در بقیه شهرستانها به کار اشتغال دارند. بعد از توقف برنامه کشوری تربیت بهداشتکار دهان و دندان بسیاری از مراکز بهداشتی درمانی روستایی فاقد نیروی انسانی هستند و دندانپزشکانی که بر اثر فشار قانون و برای گذراندن طرح نیروی انسانی به این مراکز روستای اعزام می شوند فقط به کشیدن دندان اقدام می نمایند که آمار موجود در وزارت بهداشت گواه این مدعاست. خدمات پیشگیری و خدمات سطح یک دندانپزشکی نظیر ترمیم دندان تحت پوشش هیچ کدام از سازمان های بیمه گر در ایران نیست، فقط بخش اندکی از هزینه های کشیدن دندان و ساخت دندان مصنوعی متحرک توسط بیمه پرداخت می گردد. که این موضوع باعث تشویق افراد متوسط و محروم جامعه به کشیدن دندان و استفاده از دندان مصنوعی متحرک می گردد. تربیت دندانپزشک و توسعه دانشکده های دندانپزشکی در کشور بجای آنکه بر اساس آمایش سرزمینی و یک برنامه استراتژیک و همگام با توسعه سایر بخش ها صورت پذیرد. بر اساس رقابت مستولین استانها برای تاسیس دانشکده دندانپزشکی در مرکز استان صورت می پذیرد. با وجود انبوه فارغ التحصیلان این رشته ساز و کار قانونی موثر برای اعزام آنها به مراکز بهداشتی درمانی وجود ندارد. سرانه تربیت دندانپزشک در جمهوری اسلامی ایران حدود ۹۰ میلیون تومان می باشد که فقط حدود ۱۰ درصد این هزینه بصورت مادی ( یعنی ایجاد درآمد برای مراکز بهداشتی درمانی ) و معنوی ( یعنی افزایش دسترسی مردم به خدمات مثل کشیدن دندان ) پزایی می گردد. از طرف دیگر پرداخت به دندانپزشکان نیز به شیوه سنتی حقوق و مزایا صورت می گیرد که این موضوع تمایل آنها را برای انجام خدمات در مناطق محروم و روستایی کاهش می دهد. بنظر می رسد هماهنگی بین بخش های آموزش - بهداشت - درمان متولی دندانپزشکی کشور و ایجاد طرحی نو برای خروج از این بن بست ضروری بنظر می رسد.

خطرات سلامت به صورت جداگانه رخ نمی دهند. زنجیره وقایعی که به یک پیغام نامطلوب سلامت منجر می شود. دارای علل دور و نزدیک است. عوامل نزدیک به صورت مستقیم یا تقریباً مستقیم در ایجاد بیماری نقش دارند و علل دور در قسمت های عقب تر زنجیره علینی فسرار گرفته و از طریق چند واسطه عمل می کنند. ( شکل ۱ ) این وقایع به نو به خود در اثر مشخصه های گسترده تر اجتماعی - اقتصادی شکل گرفته اند. سلامت دهان و دندان مردم نیز به شدت تحت تاثیر عوامل اقتصادی و اجتماعی قرار دارد. مردم ثروتمند تر که نیاز آنان به مراقبت معمولاً کمتر است. بیشترین مراقبت را به خود جذب می کنند حال آنکه افراد دارای کمترین توان مالی که با بیشترین مسائل سلامت روبرو هستند. از کم ترین مراقبت برخوردارند. منفعت آنچه از منابع عمومی صرف سلامت می شود چه در کشورهای پردرآمد و چه در کشورهای کم درآمد به ثروتمندان بیشتر از تنگدستان می رسد هر جا مردم از حفاظت اجتماعی محروم اند و بخش عمده هزینه خدمات بطور مستقیم توسط مردم و در محل دریافت خدمت پرداخت می شود احتمال روبه رو شدن آنان با پرداخت های کمتر شکن وجود دارد. هر سال بیش از ۱۰۰ میلیون نفر در دنیا به سبب هزینه های سلامت در ورطه فقر می غلتند. امروز جزئیات نابرابری های در سلامت بیشتر از گذشته مستند شده است. آنچه در نابرابریهای سلامت دهان و دندان در کشور ما به چشم می خورد عمدتاً مربوط به مسائل سیاستگذاری و مدیریت منابع می باشد. آنچه در وهله اول ضروری به نظر می رسد داشتن اطلاعات دقیق از وضعیت سلامت دهان و دندان مناطق مختلف کشور می باشد. آخرین این اطلاعات مربوط به پیمایش ملی سلامت دهان و دندان در سال ۱۳۸۳ می باشد. همچنین مقایسه میانگین و فاصله اطمینان DMF-T ( که از شاخص های معتبر و مورد تایید سازمان جهانی بهداشت می باشد ) بین دو مطالعه ملی انجام شده در سالهای ۱۳۷۷ و ۱۳۸۳ حاکی از عدم تغییر این شاخصها در ایران می باشد یعنی شاخص مذکور برای افراد ۱۲ ساله که در سال ۱۳۷۷ ۱.۸ بود در سال ۱۳۸۸ به حدود ۲ تغییر یافته است و این در شرایطی است که هر ساله بودجه عظیمی

# فراخوان تشکیل شبکه کارشناسان سلامت

بسمه تعالی

"قل لمر زین بالقسط"

به منظور تلاقی جمعی برای اعتلای نظام سلامت کشور و کمک به حل معضلات و مشکلات این عرصه و پشتیبانی از تشکیلات علمی برنامه ریزی ها و اقدامات اجرایی، از همه عزیزانی که در عرصه سلامت صاحب تجربه و نظر هستند دعوت می کنیم تا با حضور در شبکه کارشناسان سلامت و بیان پیشنهادات و نظرات ارزشمند خود، نقش آفرین باشند.

نام و نام خانوادگی: \_\_\_\_\_ سال تولد: \_\_\_\_\_ سمت فعلی: \_\_\_\_\_

سوابق قبلی در نظام سلامت: \_\_\_\_\_

عنوان آخرین مدرک تحصیلی: \_\_\_\_\_ سال اخذ آخرین مدرک تحصیلی: \_\_\_\_\_

محل اخذ آخرین مدرک تحصیلی: \_\_\_\_\_ (زمان شروع به کار در نظام سلامت: \_\_\_\_\_)

نشانی پستی: \_\_\_\_\_

پست الکترونیک: \_\_\_\_\_ شماره تماس: \_\_\_\_\_

خواهشمند است فرم فوق را تکمیل به آدرس:

شیراز - میدان امام حسین - دانشکده پزشکی - ساختمان شماره ۲ - طبقه ۸ - مرکز تحقیقات

سیاستگذاری سلامت ارسال نمایید.

همچنین در صورت تمایل می توانید به جای پست، فرم را اسکن نموده و به آدرس الکترونیکی:

[Health.Polky.Research@Gmail.com](mailto:Health.Polky.Research@Gmail.com) ارسال نمایید.

