



محمدحسین امید رئیس دانشگاه تهران شد

حکم سرپرستی رؤسای ۱۱ دانشگاه کشور، در جلسه کمیته منتخب شورای عالی انقلاب فرهنگی تأیید شد؛ ازجمله محمدحسین امید که در یک سال گذشته سرپرست دانشگاه تهران بود. او استاد دانشکده کشاورزی دانشگاه تهران است و پیش از این در سال ابتدایی ریاست جمهوری حسن روحانی نیز سرپرست دانشگاه تهران بود. عبدالحسین خسروپناه، دبیر شورای عالی انقلاب فرهنگی گفت: «دکتر محمد حسن زاده محمودآباد به عنوان رئیس دانشگاه محقق اردبیلی، دکتر علیرضا افشاری فر به عنوان رئیس دانشگاه شیراز، دکتر حمید طاهری به عنوان رئیس دانشگاه بین المللی امام خمینی (ره) قزوین، دکتر عادل سی و سه مرده به عنوان رئیس دانشگاه کردستان، دکتر محمود پری پور به عنوان رئیس دانشگاه صنعتی همدان، دکتر ابراهیم صالحی عمران به عنوان رئیس دانشگاه مازندران، دکتر محمود رضاداد باری به عنوان رئیس دانشگاه ارومیه، دکتر محمود مهردادشکریه به عنوان رئیس دانشگاه علم و صنعت ایران، دکتر حسن ساریخانی به عنوان رئیس دانشگاه بین المللی گروه دی ۸ (DA) و دکتر فریبا محمدی به عنوان رئیس پژوهشگاه تربیت بدنی و علوم ورزشی مورد تأیید قرار گرفتند. همچنین در جلسه پیشین کمیته، گزینه پیشنهادی برای ریاست دانشگاه تهران نیز مورد بررسی قرار گرفت و با رأی اعضای کمیته، دکتر محمدحسین امید به عنوان رئیس دانشگاه تهران مورد تأیید قرار گرفت.»



غربالگری هپاتیت در معنادان

رئیس اداره کنترل و مبارزه با هپاتیت وزارت بهداشت با بیان اینکه گروه‌های پرخطر مشمول بیماری «فعال» هپاتیت می‌شوند، گفته است که از اواخر شهریورماه، تست رایگان هپاتیت در مراکزی که خدمات درمان اعتیاد در اختیار معنادان قرار می‌دهند، انجام می‌شود. به گزارش ایسنا، هنگامه نامداری با بیان اینکه بیماری هپاتیت به دو روش انجام می‌شود، گفت: «بیماری «فعال» و «غیرفعال» روش‌های تشخیصی و شناسایی مبتلایان به هپاتیت است. هنگامی که سیستم بهداشتی و درمانی نسبت به غربالگری و شناسایی افراد مبتلا به هپاتیت اقدام می‌کند، منظور بیماری «فعال» است. همچنین این احتمال وجود دارد که برخی افراد به صورت داوطلبانه به منظور غربالگری هپاتیت به پزشکان یا مراکز درمانی مراجعه کنند.»



شهادت ۱۲۴ محیط بان

فرمانده یگان حفاظت محیط زیست خبر داده است که سازمان حفاظت محیط زیست تاکنون ۱۲۴ شهید و جانبازخته در راه حفاظت از انفال تقدیم کشور کرده است و از این تعداد تاکنون ۴۹ نفر احراز و در حال تکمیل پرونده‌های مربوط به جانبازگان هستیم. به گزارش ایلنا، رضارستگار، فرمانده یگان حفاظت سازمان محیط زیست درباره بررسی قانون به کارگیری سلاح در مجلس گفت: «قانون حمایت قضایی و بیمه‌ای از مأمورین یگان حفاظت محیط زیست، قانونی مصوب سال ۱۳۹۹ است و قانون به کارگیری سلاح ویژه نیروهای مسلح مصوب سال ۱۳۷۳ است که اکنون به دلیل گذشت زمان و بروز مسائل و مشکلات، نیاز به روزآمدسازی، اصلاحات ساختاری و بازنگری دارد.»



مهاجرت و تغییر شغل موجب کمبود کادر درمان در بخش اورژانس، آی سی یو، آی سی یو کودکان و بستری جراحی بعضی بیمارستان ها شده است

پزشك و پرستار كم آمد

كمبود كادر درمان موجب شده بیمارستان هایی راه اندازی شوند اما بعضی بخش هایشان افتتاح نشوند

کارهای پیش پا افتاده درست شود تا الان درست شده بود. مادامی که نگرش مسئولان این است که برخی رشته‌ها اهمیت بیشتر و برخی اهمیت کمتر دارند این مشکل پابرجا خواهد بود. «به گفته رئیس انجمن بیهوشی و مراقبت‌های ویژه ایران، تا زمانی که عدالت بین رشته‌ای وجود نداشته باشد این مشکل باقی خواهد بود. برقراری عدالت راه حلی است که سلیمی برای حل مشکل کمبود کادر پزشکی مطرح می‌کند: «زمانی که یک پرستار اختلاف درآمدی چندصدبرابری با یک جراح پلاستیک دارد چرا باید افراد به سمت انتخاب پرستاری بروند، زمانی که اختلاف امکانات زندگی با سایر کشورها زیاد است میل به مهاجرت زیادتر می‌شود. این موضوع نیازمند یک کار زیربنایی است. کمبودها تبدیل به معضل شده و با یک جلسه دوساعته نمی‌توان آن را حل کرد.» او به دولت و مسئولان وزارت بهداشت توصیه می‌کند که از نیروی انجمن‌های علمی و افراد صاحب‌نظر برای حل این مشکل استفاده کنند: «حلقه بسته‌ای در وزارت بهداشت، سال‌هاست در دولت‌های مختلف کار می‌کنند و ظرفیت کارشناسی ما تغییری پیدا نکرده است. همان آدم‌های قدیمی می‌خواهند مسئله را حل کنند اما راه حل آنها همان راه حل قدیمی است که به نتیجه نرسیده است.»

مهاجرت پزشکان و پرستاران در بخش‌های مختلف، نظام سلامت را تحت تأثیر قرار داده. ایرج خسرونیار، رئیس جامعه پزشکان متخصص داخلی ایران، هم از مهاجرت جراحان قلب کودکان به «هم‌میهن» خبر می‌دهد: «در حال حاضر تعداد زیادی از جراحان قلب کودکان خبر می‌دهد: «مهم‌ترین دلیل این شرایط می‌داند: «سیکل معیوبی وجود دارد که نمی‌شود به سرعت آن را حل کرد. مجلس باید بودجه‌ای را به سازمان برنامه و بودجه اختصاص دهد و آنها این بودجه را در اختیار وزارت بهداشت و درمان بگذارند اما این پروسه وجود ندارد. مجلس افزایش بودجه را تصویب نمی‌کند، بودجه وزارت بهداشت پایین است و سازمان برنامه و بودجه هم پول کمی به وزارتخانه می‌دهد و این چرخه ادامه پیدا می‌کند. حقوق و دستمزد متناسب با سطح تورم فعلی بالا رفته و این درحالی است که در تمام کشورهای پیشرفته، نسبت تورم و دستمزد یکسان است.» خسرونیارهاکار حل این موضوع را کنترل سطح تورم در کشور می‌داند: «ما با تورم ۴۰ درصدی مواجهیم در حالی که افزایش حقوق‌ها ۲۰ درصدی است و در بازه زمانی پنج ساله مردم صددرصد حقوق‌شان را در نسبت با افزایش تورم از دست

بی‌توجهی و سوءمدیریت قرار گرفته است: «زمانی که در بحث آموزش و ظرفیت‌ها دچار خطای محاسباتی می‌شوید، عوارض آن سال‌ها بعد بروز می‌کند و علاج آن هم سخت‌تر است. جبران این اشتباه نیاز به سال‌ها زمان دارد.» او در ادامه به نبود عدالت میان رشته‌ای در رشته‌های پزشکی اشاره می‌کند و می‌گوید: «کشورهایی که موفق هستند، آنهایی اند که درآمدهای مختلف در حوزه سلامت تفاوت خیلی عجیبی با هم ندارند. درآمد یک پرستار، متخصص داخلی، بیهوشی و جراح در یک بازه معقولی با هم متفاوت است و به همین دلیل افراد می‌توانند براساس علاقه و دیگر فاکتورها انتخاب رشته کنند. اما در ایران برخی از رشته‌های جراحی، درآمدی بیش از ۱۰۰ برابر دیگر رشته‌ها دارند. طبیعی است زمانی که عدالت بین رشته‌ای نباشد و با سیاست‌گذاری نادرست و نبود نظارت و کنترل، همه جذب تخصص‌های پردرآمدتر می‌شوند.»

در سال‌های اخیر، بسیاری از متخصصان در رشته‌های مختلف به سمت ارائه خدمات زیبایی رفتند. بخشی که نسبت به بخش درمانی پزشکی پول‌سازتر است: «ما باید متخصصانی در حوزه زیبایی داشته باشیم اما اینگونه نیست که تمام نیاز کشور زیبایی باشد. در هر تخصصی شما می‌توانید ببینید که متخصصان به بخش زیبایی کشیده شدند. این هم نتیجه سیاست‌گذاری اشتباه است و هیچ تقصیری متوجه همکار جوان ما نیست. زمانی که درآمد یک بخش به شکل ناهنجاری بیش از دیگر بخش‌هاست، روند جذب نیروی انسانی به آن سمت کشیده می‌شود.» او درباره همین بی‌عدالتی در مقایسه دستمزدها با دیگر کشورها می‌گوید: «زمانی که یک متخصص جوان می‌بیند درآمدش در کشور همسایه چند ۱۰ برابر است طبیعی است که برای مهاجرت و رفتن و کار کردن در دیگر کشورها جذب می‌شود. این هم نتیجه سیاست‌گذاری غلط است.» کمبود نیروی انسانی در گام اول سبب می‌شود که پرسنل موجود با دلسوزی، فداکاری و اضافه‌کاری سعی در جبران کمبودها داشته باشند: «آنها خیلی زود دچار فرسودگی شغلی می‌شوند و در نتیجه با افت کیفیت خدماتی که به بیماران داده می‌شود مواجه می‌شویم. از سوی دیگر، کمبود همه‌جانبه است. هم کیفیت و هم کمیت کاهش پیدا می‌کند و در نتیجه به ده‌ها سال قبل برمی‌گردیم.» به گفته او یکی از افتخارات ۴۰ سال اخیر کشور، دستاوردهای پزشکی بوده که به خود کفایی رسیده و در بسیاری موارد با کمبود متخصص روبه‌رو نبوده است: «اما این روند ما را به ۴۰ سال قبل بازمی‌گرداند.»

سلیمی بر این باور است که اولین قدم، خواست ایجاد تغییر است: «سال‌هاست ما از این موضوع حرف می‌زنیم و همه در کلام می‌پذیرند اما این عزم باید ایجاد شود. این موضوع هیچ‌گاه اولویت فکری مسئولان حوزه سلامت نبوده و آنچنان در این حوزه مسئله ایجاد شده که الان مجبور شدند پذیرند و به عنوان اولویتی با ضرب بالا در لیست کاری قرار دهند.» به نظر می‌رسد مسئولان برای حل این موضوع، باید تغییر روش دهند: «اگر قرار بود این مسئله با

نسیم سلطان‌بیگی
خبرنگار گروه جامعه

پرستاران و متخصصان زیادی در سال‌های اخیر یا بار چمدان مهاجرت بستند و رفتند یا شغل دیگری را برای امرار معاش انتخاب کردند که دستمزدهشان تکافوی نیازهای زندگی را بدهد. حالا بیمارستان‌هایی افتتاح می‌شوند که برخی بخش‌ها مانند اورژانس، آی سی یو، آی سی یو کودکان و بستری جراحی در آنها راه‌اندازی می‌شوند اما افتتاح نه؛ چون کادر درمان کافی برای کار کردن در این بخش‌ها وجود ندارد. کارشناسان حوزه سلامت بر این باورند که سیاست‌گذاری‌های غلط، نظام سلامت را به اینجا رسانده و دود این سیاست‌گذاری‌ها اول از همه به چشم مردم می‌رود. علیرضا سلیمی، رئیس انجمن بیهوشی و مراقبت‌های ویژه ایران درباره بی‌عدالتی میان رشته‌ای به «هم‌میهن» می‌گوید که در ایران بعضی از رشته‌های جراحی، درآمدی بیش از ۱۰۰ برابر دیگر رشته‌ها دارند و طبیعی است زمانی که عدالت بین رشته‌ای نباشد، با سیاست‌گذاری نادرست و نبود نظارت و کنترل، همه جذب تخصص‌های پردرآمدتر می‌شوند. همین بی‌عدالتی سبب شده تا تعداد پرستاران در ایران پایین‌تر از حداقل استانداردهایی باشد که سازمان بهداشت جهانی اعلام کرده است. حداقل تعداد پرستار به ازای هر هزار بیمار در جهان، سه نفر است و این در حالی است که این عدد در ایران بین ۱/۷ تا ۱/۹ نفر است. پرستاران در سال‌های گذشته، صدای اعتراض‌شان به وضعیت شغلی و درآمدی خود را بلند کردند اما آنچه دریافت کردند، سرکوبی فراگیر بود. محمدشرفی مقدم، دبیرکل خانه پرستار از یک گروه سسلطه در وزارت بهداشت می‌گوید که دریافتی‌های چندصد میلیونی دارند و اجازه اجرا شدن قوانینی را که دولت به نفع پرستاران تصویب کرده است، نمی‌دهند: «آنها پرستاری با حقوق ۲۰ میلیون تومانی را درک نمی‌کنند در نتیجه اعتراض پرستاران به جایی نمی‌رسد و نهادهای پرستاری هم در اختیار همین گروه سسلطه در وزارت بهداشت است.» احمد نجابتیان، رئیس سازمان نظام پرستاری هم می‌گوید که پرستاری هنوز به عنوان اولویت برای نظام سلامت و سیاست‌گذاری کشور ما تعریف نشده و تا زمانی که این دیدگاه اصلاح نشود، تغییری رخ نخواهد داد.

در همه بیمارستان‌ها، چه بیمارستان‌های کوچک لب مرز و چه بیمارستان‌های مجهز در شهرهای بزرگ، نیاز به متخصص بیهوشی، یک نیاز اساسی است. با این حال، بررسی‌های «هم‌میهن» نشان می‌دهد بیهوشی جزء اولین تخصص‌هایی است که دچار کمبود تخصص شده و امروز به مرز بحران رسیده است. علیرضا سلیمی، رئیس انجمن بیهوشی و مراقبت‌های ویژه ایران به «هم‌میهن» می‌گوید: «بیش از کمبود پرستار و سایر رشته‌ها در این زمینه دچار کمبود هستیم.» برنامه‌ریزی برای حوزه سلامت، ظرفیت‌ها و آموزش‌های آن بحثی تخصصی است که سال‌هاست مورد

علیرضا سلیمی
رئیس انجمن بیهوشی
و مراقبت‌های ویژه
ایران:

بیش از کمبود پرستار
و سایر رشته‌ها در این
زمینه دچار کمبود
هستیم. در ایران
برخی از رشته‌های
جراحی، درآمدی
بیش از ۱۰۰ برابر
دیگر رشته‌ها
دارند. طبیعی است
زمانی که عدالت
بین رشته‌ای نباشد
و با سیاست‌گذاری
نادرست و نبود
نظارت و کنترل، همه
جذب تخصص‌های
پردرآمدتر می‌شوند