دستیار و پزشک متخصص زنان است، مشابه اتفاقی که برای نرگس محمدپور افتاد. رزیدنت‌های زنان در طول سال‌های کاری‌شان، زنان بارداری را به چشم می‌بینند که گوش دادن به قصه‌هایشان، فراتر از تحمل آنهاست؛ به‌ویژه قصه کودک‌مادرها. مهدیار سعیدیان، فعال صنفی و رسانه حوزه پزشکی و سلامت به «هم‌میهن» می‌گوید که تا پیش از ۱۸ سالگی، بدن دختران به رشد مناسب برای انجام زایمان طبیعی نرسیده است: «زایمان طبیعی برای زنانی که کودک‌همسر و کودک‌مادرند با خطرات بیشتری روبه‌روست چون خروجی لگن دختر زیر ۱۸ سال هنوز رشد کامل نکرده و آمادگی پذیرش ۲۴ ساعت اکسی‌توسین و بقیه اقدامات لازم برای زایمان طبیعی را ندارد.»

دستیاران زنان و زایمان، یک زایمان طبیعی موفق را نتیجه همکاری خوب مادر و پزشک می‌دانند که در کودک‌مادران به این علت که درک روشنی از فرآیند زایمان طبیعی ندارند، عموماً به‌درستی اتفاق نمی‌افتد. یکی از رزیدنت‌های زنان و زایمان در بیمارستانی در یکی از شهرهای شمال‌غربی کشور به «هم‌میهن»، از تعداد زیاد مراجعان کودک‌مادر به بیمارستان خبر می‌دهد: «آنها بیشتر از روستاها می‌آیند، خانواده‌هایشان از آنها انتظار سه یا چهار فرزند را دارند و حتماً باید پسری هم به دنیا بیاورند. سزارین، یک عمل بزرگ و پرعارضه است. انجام چهار یا پنج‌بار سزارین، ممکن است به‌دلیل چسبندگی جفت به مرگ مادر منجر شود.»

او در همین روزهای اخیر شاهد زایمان یک کودک‌مادر در بیمارستان‌شان بوده که درنهایت نوزاد با فلج عصب‌های یکی از دست‌هایش متولد شده است. مادر ۱۵ سال داشته، بچه گیر کرده بوده و آنها مجبور شدند برای خارج کردن بچه از شکم مادر، او را بِکشند. چراکه مادر توان کافی برای خارج کردن طبیعی فرزند از شکمش را نداشته و در نتیجه این اتفاق، عصب دست بچه قطع و از ناحیه دست فلج شده است. او می‌گوید، اگر دخالت نمی‌کردند، این اتفاق می‌توانست به مرگ مادر منجر شود.

یکی دیگر از متخصصان زنان و زایمان در اصفهان هم از تجربه کودک‌مادرهای دیگری در بیمارستان محل کارش می‌گوید: «ما در بیمارستان‌های دولتی شاهد مواردی هستیم که دختری از پدر خودش حامله شده است. پدر و مادرش از هم جدا بودند و دختر برخی شب‌ها به منزل پدرش می‌رفته که مورد آزار و خشونت جنسی قرار گرفته و باردار شده است.» او درباره سرنوشت چنین کودکانی می‌گوید: «ما وظیفه پزشکی خودمان را انجام می‌دهیم اما این کودکان اغلب به بهزیستی منتقل می‌شوند و مسئله جدی در چنین موضوعاتی این است که مواردی از این‌دست، جزو اسرار بیمار تلقی می‌شود و اگر به هر دلیلی بیمار بترسد و نخواهد این موضوع را به دیگران بگوید، پزشک موظف به رازداری است و امکان بازگو کردن آن را ندارد.»

یکی از دستیاران پزشکی زنان و زایمان در بیمارستانی در تهران هم از تجربه مواجهه با کودک‌مادرهای افغانستانی به «هم‌میهن» می‌گوید: «در بخش زنان و زایمان، ما زنان افغانستانی زیر ۱۸ سال زیادی داریم که باردارند و تعدادشان در یک یا دو سال اخیر بیشتر هم شده و بسیاری از آنها سن خیلی کمی دارند. در میان ایرانی‌ها، کودک‌همسرهای ترکمن و کُرد زیادی می‌بینیم که باردارند و سن خیلی کمی دارند. آنها عموماً از روند زایمان می‌ترسند و با پرسنل درمان همراهی نمی‌کنند.»

ازدواج زودهنگام سبب بارداری زودهنگام می‌شود و درنتیجه کودک‌همسرها از تحصیل محروم می‌شوند، همچنین از فرصت‌های شغلی و امکان حضور در جامعه برای انجام هر نوع از فعالیت‌های ورزشی، هنری و عملی و هر آنچه مربوط به تجربه‌های جمعی است. آنها در محیط‌های بسته زندگی می‌کنند.

فاطیما باباخانی، موسس خانه امن مهر شمس‌آفرید در ارومیه، کودک‌همسر را اینگونه تعریف می‌کند: «آنها زیر ۱۸ سال ازدواج کردند، تحصیلات کافی ندارند، در مناطق محروم، روستایی و مرزی زندگی می‌کنند، در شهرهای کم‌برخوردار بودند و در خانواده‌هایی که تعداد فرزندان زیاد بوده و امکان تامین هزینه‌های مدرسه را نداشتند یا به‌سبب اعتقادات و آیین‌های خانوادگی، دختران در سنین پایین ازدواج می‌کردند. برخی خواسته و برخی هم ناخواسته.» به باور باباخانی، نتیجه این مسئله این است که حقوق خودشان را نمی‌شناسند، خشونت را به‌راحتی می‌پذیرند و به‌سرعت برای آنها عادی می‌شود: «زمانی که قصه این زنان از سنین پایین با خشونت کلامی و روانی شروع می‌شود، رفته‌رفته فضا برای خشونت‌های فیزیکی شدیدتر مهیا می‌شود. ممکن است به‌دلیل دسترسی به رسانه و فضای مجازی در برخی از موارد در سنین ۲۰ تا ۲۵ سال، تازه حداقل‌هایی از حقوق خودشان را بشناسند اما این موضوع اختلاف‌ها را شدیدتر می‌کند و به‌تبع آن شکل خشونت هم شدیدتر می‌شود. زیرا سال‌ها فردی که کودک‌همسر و کودک‌مادر است، تحت خشونت بوده و هیچ حامی نداشته و ترس‌هایش به او اجازه نداده در مقابل خشونت بایستند. زمانی هم که آگاه می‌شود و می‌خواهد علیه آن بایستد، خشونتگر نمی‌پذیرد. زیرا یک رویه‌ای سال‌ها در زندگی آنها طی شده و حالا برای مرد خشونتگر سخت است که بشنود مرا کتک نزن یا چیزی به اسم نفقه بده یا می‌خواهم چرخ خیاطی بگیرم و پارکینگ خانه را خیاطخانه کنم. مرد نمی‌پذیرد و حتی اگر زنان مهارتی داشته باشند و مرد احساس ترس کند که این مهارت یا منبع مالی می‌تواند برای بقای سلطه و کنترلش خطرآفرین باشد، همان جا آن را خفه می‌کند.» باباخانی اولین قربانی کودک‌همسری را عزت‌نفس آنها می‌داند: «وقتی یک زن عزت‌نفس نداشته باشد، استقلال مالی داشتن، رعایت کرامت انسانی‌اش، رعایت حداقل‌های بهداشت جنسی و بارداری برای او یا دسترسی به غذا و آب سالم، همگی زیر سوال می‌روند. آمار آسیب‌ها و عوارض کودک‌همسری و کودک‌مادری قطعاً در اختیار دولت، مجلس و هر نهاد مربوط و غیرمربوط دیگری قرار گرفته است. آنها بهتر از من و شما که دغدغه‌مند این حوزه هستیم، می‌دانند که وضعیت کودک‌همسری در کشور به چه شکل است و آسیب‌های آن چیست؟ ما تعداد زیادی کودک‌مادر داریم که به بیمارستان نمی‌رسند و به‌دلیل ضعف جسمانی در زمان انتقال به بیمارستان یا حین زایمان، جانش را از دست می‌دهد یا پس از زایمان به‌سبب افسردگی پس از زایمان، ممکن است خودکشی کند یا فرار کرده و خانه را ترک کند. زیرا آمادگی مادر شدن نداشته و با پدیده‌ای روبه‌روست که توان اداره آن را ندارد.»

زمانی همین زنان برای داشتن استانداردهای حداقلی در زندگی‌شان احساس نیاز می‌کنند، متوجه می‌شوند شأن و کرامت انسانی آنها در خانه رعایت نمی‌شود و در مقابل فرد زورگو یا خشونتگر می‌ایستند. اما درست در همین نقطه است که خشونت، قدرت بیشتری پیدا می‌کند و ناامنی جانی ایجاد می‌شود. پس از آن، یکی از راهکارها مداخله اورژانس اجتماعی، پلیس و مراجعه به مراکز قضایی و خانه‌های امن است. راهکاری که به گفته باباخانی، بسیار به‌ندرت رخ می‌دهد: «درصد خیلی ناچیزی از کودک‌همسرها و زنانی که تحت خشونت شدیدند به اورژانس اجتماعی دسترسی دارند یا از وجود خانه‌های امن مطلع‌اند. تعداد کمی از آنها فرصت پناه‌بردن به این مراکز را دارند و تمام ساخت‌های نهادینه‌شده در زنان که در خانواده‌های مردسالار وجود دارد، مانند زنجیر دور پای آنها گره خورده و فرهنگ، افکار و ترس‌های مردسالارانه به آنها اجازه نمی‌دهد که حتی در مخیله خودشان به این فکر کنند که می‌توانند به پلیس شکایت کنند.» در این چرخه سیاستی و فرهنگی که کودک‌همسرها و کودک‌مادرها را بازتولید می‌کند، درباره خطاهای پزشکی مانند فلج مغزی نوزاد، تنها این مسئله مورد توجه قرار می‌گیرد که متخصص زنان باید در زمان زودتری مادر را به اتاق عمل سزارین می‌رسانده و بر همین اساس هم متحمل دیه‌های سنگین می‌شوند. این در حالی است که همان پزشک زنان و زایمان می‌تواند دور «زایمان» را یک خط قرمز بکشد و تنها به انجام عمل‌های زیبایی اکتفا کند. عمل‌هایی که نه‌تنها بیماران برای انجامش حاضرند هزینه‌های هنگفت بیش از ۲۰ میلیون تومانی بکنند، بلکه درنهایتِ آنها تعیین دیه هم در انتظار پزشک نیست و بدترین اتفاق، نارضایتی بیمار است. یکی از رزیدنت‌های سال چهارم می‌گوید، از میان ۱۴ نفر آنها بیش از ۱۰ نفر می‌خواهند پس از پایان رزیدنتی فقط سراغ عمل‌های زیبایی بروند.

صدای بلند اعتراض‌ها

صدای اعتراض دستیاران زنان و زایمان دانشگاه علوم پزشکی شیراز تاکنون حداقل دو بار چنان بلند شده که به گوش همه مسئولان درگیر در این حوزه رسیده است. دستیاران زنان و زایمان دانشگاه علوم پزشکی شیراز یک‌بار در سال ۹۸ و بار دیگر در تیرماه سال گذشته، همگی با هم دست از کار کشیدند و انصراف دادند. دلیل این انصراف جمعی «تصمیم غیرکارشناسی» مسئولان دانشگاه برای اضافه‌کردن یک بیمارستان دیگر به مجموعه بیمارستان‌های تحت پوشش دستیاران زنان و زایمان بود. بعضی، راه‌حل مشکلاتی از این دست را افزایش ظرفیت متخصصان زنان و زایمان می‌دانند. علاوه بر این، بار کاری سنگین و کشیک‌های مکرر که در سال اول ممکن است به ۱۶ کشیک هم برسد، نشان می‌دهد که افزایش ظرفیت در این رشته ضرورت دارد. این در حالی است که نهایتاً تعداد شیفت مجاز ۱۳ کشیک است. افزایش ظرفیتی که به گفته سعیدیان به‌دلیل تک‌جنسیتی‌شدن این رشته بسیار سخت اتفاق می‌افتد: «محدودیت‌های جنسیتی در پذیرش رشته‌های تخصصی مانند زنان و زایمان به‌طور واضح باعث چالش در تامین نیروی انسانی و افزایش فشار کاری روی نیمی از جامعه پزشکی شد. بعد از انقلاب فرهنگی در حوزه علوم پزشکی، یکی از تغییرات بحث‌برانگیز این بود که پذیرش مردان در رشته زنان و زایمان صفر شد و این همان دیدگاهی است که لباس عمل اسلامی را با بودجه سازمان تامین اجتماعی می‌خواهد اجرایی کند. مسئله نفوذ این تفکر خرافی در نهادهای تصمیم‌گیر کشور است. در شرایطی که تامین اجتماعی توان تامین بیمه‌شدگان و جامعه پزشکی را ندارد و حدود ۹۰ قلم دارو از شمول بیمه خارج شده، آقایان برای طراحی لباس عمل اسلامی، برنامه‌ریزی می‌کنند.»

چرا دستیاری شغل نیست؟

تعریف دستیاری پزشکی در ایران با ابهام‌های بسیاری مواجه است. از یک‌سو براساس قانون آنها باید تنها ۳۰ درصد بار کاری بیمارستان را متحمل شوند و بیشترین تاکید روی بحث آموزش در دوران دستیاری وجود دارد اما به‌گفته کاظمی، رئیس انجمن متخصصان زنان و زایمان، در عمل، بیمارستان‌ها را خودگردان کردند و هر تعداد پذیرشی که در بیمارستان‌های دولتی می‌شود، باید توسط رزیدنت‌ها انجام شود. آنچه دستیاران پزشکی به‌ویژه در تخصص زنان و زایمان تجربه می‌کنند، به دوش کشیدن بخش بزرگی از بار درمان بیمارستان‌های دولتی- آموزشی است. یکی از رزیدنت‌های سابق بیمارستان امام حسین درباره شرایط کاری حاکم بر بیمارستان به «هم‌میهن» می‌گوید: «به ما می‌گفتند ساعت کاری تا ساعت چهارونیم بعدازظهر است اما گاهی تا ۸ شب هم در بیمارستان می‌ماندیم. پیش می‌آمد که در سال اول یا دوم رزیدنتی، رزیدنت حتی نمی‌توانست یک‌ساعت بخوابد. در دوران رزیدنتی من روزهایی بود که حتی نمی‌توانستم یک‌دقیقه بنشینم که استراحت کنم. حتی مواقعی بود که من ۱۸ ساعت دستشویی نرفته بودم. هیچ زمان استراحتی وجود نداشت. در آن بیمارستان آنقدر تعداد بیمار زیاد و تعداد رزیدنت کم است که همیشه با مشکل زمان روبه‌رو بودیم.»

مهدیار سعیدیان، فعال صنفی و رسانه حوزه پزشکی و سلامت هم از شغل‌نبودن دستیاری پزشکی در کشور انتقاد می‌کند و می‌گوید: «وزارت بهداشت، نیروی کار ارزان می‌خواهد که از آن بهره‌کشی رایگان کند که هم نیروی درمانی باشد و هم سیاست‌های استخدامی درباره آنها اعمال نشود. بیمه‌های رزیدنتی هم از سوی دانشگاه‌های علوم پزشکی تقبل می‌شود و آنها حداقلی‌ترین پوشش بیمه را انتخاب می‌کنند.»

حمید یعقوبی، رئیس جمعیت علمی پیشگیری از خودکشی هم در گفت‌وگو با «هم‌میهن»، متولی شغل‌شدن دستیاری پزشکی را هیئت‌دولت می‌داند: «وزارت بهداشت به تنهایی نمی‌تواند آنها را استخدام کند و باید ردیف و پست شغلی داشته باشند؛ درنتیجه دولت باید برای بحث رزیدنتی فکری بکند.» به گفته او، شیفت‌های طولانی، خستگی و کم‌خوابی خطا را بیشتر می‌کند و از سوی دیگر، برخی از رزیدنت‌ها به‌دلیل مشکلات اقتصادی، شیفت‌های اضافه هم می‌ایستند و برای آنها پول دریافت می‌کنند، حمایت نمی‌شوند، استرس زیادی دارند و تمام این موارد امکان خطا را افزایش می‌دهد. او بخشی از مشکلات را هم به ساختارهای درونی دستیاران مربوط می‌داند: «یک نظام دیکتاتوری در سطح‌بندی رزیدنتی حاکم است و سال اول، فشار زیادی روی آنهاست. سال بالایی‌ها نسبت به سال پایینی‌ها، برخوردهای بسیار سختگیرانه‌ای را اعمال می‌کنند. درحالی که همان رزیدنت سال بالایی هم تحت فشار اساتیدش است و اگر رزیدنت سال پایینی اعتراض هم بکند، ممکن است تجدیددوره شود یا ارتقای او با مشکل مواجه شود.» به باور او، این سیستم تربیت رزیدنت بسیار سختگیرانه و ناکارآمد است: «در دیگر مشاغل هم خودکشی اتفاق می‌افتد اما درباره رزیدنت‌ها، قابل پیشگیری است به‌شرطی که سیستم تربیت رزیدنت در ایران بازنگری شود.»

راهکارهای مواجهه با مشکلات دستیاری پزشکی زنان و زایمان نیازمند توجه در چندین بُعد متفاوت است. رئیس انجمن متخصصان زنان و زایمان می‌گوید، چاره حل مشکلات رزیدنت‌ها، افزایش ظرفیت رزیدنت نیست بلکه وظایف رزیدنت در سیستم درمانی باید تعریف داشته باشد. رزیدنت‌ها در حال حاضر کار درمانی بیمارستان‌ها را انجام می‌دهند، درصورتی که رزیدنت نیرویی است که به بیمارستان می‌آید که آموزش ببیند. بار درمانی بیمارستان‌ها نباید بر دوش رزیدنت‌ها باشد. چاره کار در این است که تعداد متخصصان یک بیمارستان افزایش پیدا کند تا بار درمانی روی دوش رزیدنت‌ها نیفتد. حالا چرا این کار را با رزیدنت‌ها می‌کنند؛ چون آنها نیروهای ارزانی برای سیستم درمانی‌اند.

متخصصان زنان و زایمان از دولت می‌خواهند پزشکی را که زایمان طبیعی انجام می‌دهد، حمایت کند. یک متخصص زنان و زایمان در اصفهان در این باره می‌گوید: «ما دلمان می‌خواهد ارتباط مالی پزشک و بیمار به‌طور کامل قطع شود. اما دولت باید از پزشکی که زایمان طبیعی انجام می‌دهد و برای ساعت‌های طولانی بالای سر بیمار می‌ماند، حمایت مالی کند. وقتی پزشک در بیمارستان حضور داشته، تمام مدت بالای سر مریض بوده و تمام اقدامات درمانی را انجام داده، دلیلی برای قصور خوردن او وجود ندارد. اگر با پزشک تماس بگیرند و او سر وقت نرسد، قصور اتفاق افتاده اما اینکه هر اتفاقی در جریان زایمان برای بچه می‌افتد متخصص زنان مقصر شناخته می‌شود، این رشته را در دسته رشته‌های با ریسک بالا قرار می‌دهد درحالی که نه‌تنها ویزیت آن با یک ارتوید فرقی ندارد بلکه دیه آن هم چندین‌برابر است. بیمار می‌تواند در چهار مرجع متفاوت شکایت‌اش را ثبت کند. اگر در یکی نتیجه نگیرد، از مرجع دیگری اقدام می‌کند و این موضوع می‌تواند سال‌ها پزشک را درگیر کند و هر جلسه آن شبیه به یک عمر می‌گذرد.»

برداشتن ممنوعیت حضور مردان در تخصص زنان و زایمان، یکی دیگر از خواسته‌های رزیدنت‌هاست. سعیدیان دراین‌باره می‌گوید: «اگر بخواهیم ایران را با دیگر کشورهای بزرگ اسلامی مانند ترکیه، مالزی و اندونزی مقایسه کنیم، هیچ محدودیتی در این کشورها برای پذیرش مردان در رشته زنان و زایمان وجود ندارد و ملاحظات منطقه‌ای از طریق اخلاق پزشکی مدیریت می‌شود. حتی در عربستان هم چنین ممنوعیتی برای حضور مردان در تخصص زنان و زایمان وجود ندارد. در فرهنگ عام کشور ما هم پزشکان مردی که پیش از انقلاب با تخصص زنان و زایمان در شهرهای بزرگ مانند تهران، مشهد و اصفهان شروع به فعالیت کردند، با اقبال عمومی روبه‌رو هستند و این نشان می‌دهد، استفاده از عنوان مردم برای محروم کردن نیمی از جمعیت برای تخصص زنان و زایمان، اشتباه است.»

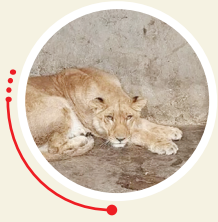
در سال‌های گذشته رشته زنان و زایمان متحمل بیشترین فشارهای ناشی از سیاست افزایش جمعیت بوده درحالی که کمترین حمایت‌ها را دریافت کرده و درنتیجه ادامه این روند، آمار مهاجرت پزشکان، افزایشی بیش از آنچه هست در پیش می‌گیرد. در آخرین گزارش سازمان بهداشت جهانی آمده است که ایران هفتمین رتبه را در رابطه با پزشکانی با ملیت متفاوت از مبدأ دارد.

دستیاران زنان و زایمان، یک زایمان طبیعی موفق را نتیجه همکاری خوب مادر و پزشک می‌دانند که در کودک‌مادران به این علت که درک روشنی از فرآیند زایمان طبیعی ندارند، عموماً به درستی اتفاق نمی‌افتد. یکی از رزیدنت‌های زنان و زایمان در بیمارستانی در یکی از شهرهای شمال‌غربی کشور به «هم‌میهن»، از تعداد زیاد مراجعان کودک‌مادر به بیمارستان خبر می‌دهد: «آنها بیشتر از روستاها می‌آیند، خانواده‌هایشان از آنها انتظار سه یا چهار فرزند را دارند و حتماً باید پسری هم به دنیا بیاورند. سزارین، یک عمل بزرگ و پرعارضه است. انجام چهار یا پنج‌بار سزارین، ممکن است به‌دلیل چسبندگی جفت به مرگ مادر منجر شود.»

خبرسازان

ادامه ارسال پیامک‌های حجاب

عضو کمیسیون حقوقی قضایی مجلس شورای اسلامی گفته است که من از درجات و محتوای پیامک‌های عفاف و حجاب اطلاعی ندارم. آقای بانکی‌پور هم درباره اصفهان ظاهراً گفته‌اند که چنین اتفاقی افتاده است. به گزارش ایلنا، عثمان سالاری در این باره گفت: «در قانون مجازات اسلامی در بخش تعزیرات آمده است که اگر کسی در مرآ و منظر مرتکب جرمی شود و عفت عمومی را جریحه‌دار کند، با این فرد برخورد می‌شود.» این نماینده کمیسیون حقوقی قضایی مجلس در پاسخ به این سوال که درحال‌حاضر که این قانون به دستور شعام متوقف شده است، چرا باید پیامک برای افراد ارسال شود؟ گفت: «در قانون مجازات اسلامی در بخش تعزیرات آمده است که اگر کسی در مرآ و منظر مرتکب جرمی شود و عفت عمومی را جریحه‌دار کند، با این فرد برخورد می‌شود.»



علت مرگ یک ماده شیر

اداره کل حفاظت محیط‌زیست مازندران درباره علت مرگ این ماده شیر توضیح داد. با اعلام این اداره، سخت‌زایی ناشی از گیر کردن توله‌ها در کانال زایمان و متعاقباً مرگ حاد، ناشی از این رخداد بوده است: «در کالبدگشایی ماده شیر تلف‌شده، هیچ‌گونه علائمی مبنی بر درگیری و ضرب‌وجرح در هیچ‌جای بدن حیوان تلف‌شده مشاهده نشد. باتوجه به کالبدگشایی انجام‌شده، سایز توله‌ها نسبتاً بزرگ و خردشدگی استخوان جمجمه در توله‌ها کاملاً مشهود بود و از طرفی افزایش وزن، چاقی مفرط و افزایش نامتعارف بافت چربی در ماده شیر تلف‌شده، محتمل‌ترین علت مرگ، سخت‌زایی ناشی از گیر کردن توله‌ها در کانال زایمان و متعاقباً مرگ حاد، ناشی از این رخداد بوده است. باتوجه به بررسی‌های انجام‌شده و توضیحات ارائه‌شده از سوی مدیریت مجموعه گردشگری الیمالات و اداره کل حفاظت محیط‌زیست مازندران، فیلم انتشار یافته در تاریخ ۲۰ فروردین‌ماه سال جاری مربوط به درگیری توله شیر نابالغ با نام شیلا و ببرهای نابالغ مجموعه در تاریخ هشتم آذرماه سال گذشته است که شیر مشاهده‌شده در این درگیری آسیب جدی ندیده و هم‌اکنون در سلامت در این مجموعه نگهداری می‌شود. باتوجه به قصور مسئولان باغ‌وحش در نبود نظارت کافی بر تغذیه گونه‌های جانوری موجود که منجر به اضافه‌وزن این گونه‌ها شده است، تذکرات لازم داده شد.»

شرکت نفت مناطق مرکزی ایران
شرکت بهره برداری نفت و گاز شرق

تجدید فراخوان ارزیابی کیفی مناقصه عمومی دومرحله‌ای شماره SKD-۰۳۰۲۶۰۳

نوبت دوم

۱- **موضوع:** تجدید فراخوان ارزیابی کیفی مناقصه عمومی دو مرحله‌ای شماره SKD-۰۳۰۲۶۰۳ راجع به خرید اقلام توسعه سیستم رادیوئی.
۲- **محل و مدت انجام کار:** استان خراسان رضوی، سرخس، منطقه عملیاتی خانگیران به مدت ۱۲ ماه.
۳- **نام و نشانی مناقصه‌گزار:** شرکت بهره برداری نفت وگازشرق- مشهد، بلوارخیام، بلوارارشاد، خیابان مهندس،نبش مهندس ۶، پلاک ۱۸.
۴- **شرایط مناقصه‌گر:**
۴-۱- دارابودن شخصیت حقوقی، کد اقتصادی و شناسه ملی.
۴-۲- داشتن توانائی مالی، تجربه، تخصص و سوابق کافی در زمینه موضوع قرارداد.
۴-۳-دارابودن تائیدیه عضویت در فهرست سازندگان/تامین کنندگان کالای وزارت نفت.
۴-۴- توانایی تهیه ضمانت نامه شرکت در فرآیند ارجاع کار (مناقصه) به مبلغ ۴/۰۸۱/۹۹۰/۰۰۰ ریال و در صورت برنده شدن ارائه تضمین معتبر بانکی انجام تعهدات به میزان ۱۰ درصد مبلغ پیشنهادی.
۵-۴- درضمن ۲۵ درصد بار مالی معامله به برنده مناقصه بعنوان پیش پرداخت در قبال اخذ ضمانتنامه معتبر بانکی مورد قبول مناقصه گزار پرداخت خواهد گردید.
۵- کلیه مراحل از طریق درگاه سامانه تدارکات الکترونیکی دولت (ستاد) به آدرس WWW.SETADIRAN.IR انجام خواهد شد. لازم است متقاضیان در صورت عدم عضویت قبلی در سامانه مذکور، مراحل ثبت نام و دریافت گواهی امضای الکترونیکی را جهت شرکت در فرآیند از طریق سایت سامانه محقق سازند. شماره فراخوان ارزیابی کیفی در سامانه ستاد ایران ۲۰۰۴۰۹۲۲۵۸۰۰۰۰۰۱ می‌باشد.
۶- گشایش پاکت‌های مناقصه پس از انجام مراحل ارزیابی کیفی، از طریق درگاه سامانه تدارکات الکترونیکی دولت (ستاد) با اطلاع رسانی قبلی انجام خواهد شد.
۷- با عنایت به تجدید مناقصه، مقرر گردید شرکت‌هایی که در مناقصه قبلی (اولیه)، امتیاز لازم را در ارزیابی کیفی کسب نموده و تایید گردیده اند، در صورت اعلام آمادگی کتبی با امضای الکترونیکی در مناقصه جدید، امتیاز قبلی برایشان منظور گردد. بدیهی است در صورت بارگذاری اسناد جدید، مطابق اسناد مذکور اقدام و اسناد جدید مبنای امتیاز دهی خواهد بود.
۸- در صورت نیاز به اطلاعات بیشتر، متقاضیان میتوانند با تلفن‌های ۳۳۳ و ۳۷۹۲۳۳۳۷-۰۵۱ تماس حاصل نمایند.
ضمناً آگهی فوق در سایت WWW.SHANA.IR و WWW.ICOFC.IR و WWW.EOGPC.IR درج میباشد.

شناسه آگهی: ۱۹۰۴۸۴۵
روابط عمومی شرکت بهره برداری نفت و گاز شرق