

وزیر بهداشت اعلام کرد

صرفه جویی ۹ میلیون

بیرویی ارز با تولید دارو

آیین اختتامیه مراسم گرامیداشت هفته پژوهش در دانشگاه علوم پزشکی تهران، با حضور وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برگزار شد. در این مراسم از ۱۲ محصول شرکت‌های مستقر در مراکز رشد واحدهای فناوری فرآورده‌های دارویی رونمایی شد. محمدرضا ظفرقندی وزیر بهداشت با بیان اینکه علم و فناوری باید به عنوان پیشران و حلال مشکلات، در کانون توجه قرار گیرد، گفت: «پژوهش مسأله‌محور، کلید حل معضلات کشور و پیشرفت حوزه سلامت است. رشد تولیدات علمی و جایگاه ایران در رتبه‌بندی‌های جهانی نشان می‌دهد، در مسیر رو به رشدی قرار داریم که انگیزه، امید و حرکت رو به جلو در حوزه پژوهش ایجاد شده است؛ موضوعی که باید تقویت و تثبیت شود.» به گزارش ایرنا، او توضیح داد: «امروز بسیاری از داروها و مواد اولیه آنها در داخل کشور تولید می‌شود که علاوه بر افتخار ملی، نقش مهمی در جلوگیری از خروج ارز دارد. نمونه‌های موفق متعددی وجود دارد که با شناسایی یک نیاز واقعی و حمایت علمی، به تولید، اشتغال و حتی صادرات منجر شده است.»

۱۲ قلم دارو و محصول جدید که داروهای بی‌هوشی هم از جمله این محصولات فناورانه است، تا پیش از این وابسته به واردات فوریتی بود، ولی در حال حاضر با تولید داخلی این محصولات، بیش از این وابسته به واردات فوریتی بود، ولی در حال حاضر با تولید داخلی این محصولات، بیش از ۳۰ درصد نیاز سالانه کشور از طریق شرکت‌های ایرانی تأمین می‌شود آن هم در بازاری با مصرف سالانه بیش از یک میلیون و ۱۰۰ هزار واحد که ارزشی بالغ بر ۱۲ هزار میلیارد ریال دارد. این دستاورد‌ها تنها یک تولید نیست، گامی اساسی در مسیر خودکفایی دارویی، کاهش ریسک‌های حیاتی نظام سلامت و صرفه‌جویی سالانه حدود ۹ میلیون یورو ارز است. این داروهای جدید شامل چند داروی بی‌هوشی، دیابت، قلبی و عروقی، درمانی ضایعات ناشی از شیمی درمانی و چند پانسمان برای ترمیم زخم و همچنین محلول ضد عفونی کننده و آنتی باکتریال زخم است. تولید این محصولات در کشور نقش مهمی در تأمین پایدار نیاز داخلی و جلوگیری از خروج ارز دارد.

گزارش خبری

مهساوقی قلب
گروه اجتماعی

با تمرکز دولت چهاردهم بر رویکرد علمی، پیشگیرانه و بین‌بخشی برای ترک اعتیاد، حلال مشکلات، در کانون توجه قرار گیرد، گفت: «پژوهش مسأله‌محور، کلید حل معضلات کشور و پیشرفت حوزه سلامت است. رشد تولیدات علمی و جایگاه ایران در رتبه‌بندی‌های جهانی نشان می‌دهد، در مسیر رو به رشدی قرار داریم که انگیزه، امید و حرکت رو به جلو در حوزه پژوهش ایجاد شده است؛ موضوعی که باید تقویت و تثبیت شود.» به گزارش ایرنا، او توضیح داد: «امروز بسیاری از داروها و مواد اولیه آنها در داخل کشور تولید می‌شود که گامی محکم و راسخ در این عرصه محسوب می‌شود. همچنین تأمین داروهای مخدر با کشت شقایق الیفرای برای کاهش نیاز دارویی کشور از جمله این اقدامات است. دکتر حسین ذوالفقاری، نماینده رئیس‌جمهور و دبیرکل ستاد مبارزه با مواد مخدر با اشاره به اینکه برنامه ملی پیشگیری با هدف کاهش ۱۰۰درصدی شیوع اعتیاد در حال تدوین است، به «ایران» می‌گوید: «اجرای طرح مدیریت سوءمصرف مواد مخدر با رویکرد کاهش آسیب‌های اجتماعی و توسعه همکاری‌های بین‌بخشی در حال پیشرفت است. این رویکرد جدید با اصلاح قوانین، تمرکز استانی و مشارکت مردمی، مسیر چهار دهه مقابله با اعتیاد در کشور را وارد مرحله‌ای تازه می‌کند. «ذوالفقاری با اشاره به برگزاری منظم جلسات کمیته‌های تخصصی ستاد، می‌گوید: «در اولین دستور جلسات دستگاه‌هایی از جمله وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، بنیاد شهید و امور ایثارگران و سازمان امور دانشجویان وزارت علوم، گزارش عملکرد خود را در چهارچوب تفاهنامه‌ها و تکالیف قانونی در حوزه فرهنگی و پیشگیری ارائه کردند که نشان‌دهنده فعال‌سازی ظرفیت دستگاه‌ها در مسیر مسئولیت‌پذیری مشترک است. برنامه تحولی پیشگیری، الزام قانونی و ضرورت اجتماعی به شمار می‌رود. بر پایه الزامات قانون برنامه هفتم توسعه، کشور مکلف است تا پایان برنامه به کاهش حداقل ۱۰درصدی شیوع اعتیاد دست یابد. تحقق این هدف، بدون تغییر رویکردها و استفاده از ظرفیت همه دستگاه‌های دولتی، عمومی و مردمی ممکن نیست.» او معتقد است، ستاد مبارزه با مواد مخدر در دولت چهاردهم، با عبور از نگاه جزیره‌ای، در حال تدوین برنامه ملی پیشگیری با رویکرد تحولی است که قرار شده از سال ۱۴۰۵ اجرایی‌شود و تمامی اقدامات دستگاه‌ها ذیل اکوسیستم ملی پیشگیری از این طریق ساماندهی شود.



برش

دبیرکل ستاد مبارزه با مواد مخدر در گفت‌وگو با «ایران» برنامه های دولت را تشریح کرد

مدیریت مصرف به جای ترک اجباری

ذوالفقاری: تدوین یک مدل مشخص همکاری با یونیسیف در سطح ملی واستانی در دستور کار قرار گرفته است



عکس: استیغابنوری/ایران

بازتعریف کارگروه‌ها و پایان موازی کاری

در مقوله پیشگیری و همچنین درمان، اعتیاد آنچه این روزها به آن نیاز داریم، جلوگیری از موازی کاری‌هاست، چرا که در برخی موارد نهادها با موازی‌کاری‌ها جوی پیشرفت امور را می‌گیرند و از سویی

دیگر دسته‌ای از مسائل مورد غفلت واقع می‌شوند. نماینده رئیس‌جمهور و دبیرکل ستاد مبارزه با موادمخدر در این باره توضیح می‌دهد: «برای تحقق اهداف مشترک با یونیسیف و اثربخشی آنها در جامعه لازم است تا یک مدل همکاری بین ستاد مبارزه با موادمخدر و یونیسیف تدوین شود؛ در

مراکز ماده ۱۶ به امید و زندگی تبدیل می‌شوند

قرار است مراکز ماده ۱۶ (ترک اجباری) به مراکز امید و زندگی تغییر نام پیدا کنند. دکتر سلیمان عباسی مدیرکل درمان ستاد مبارزه با موادمخدر در سی و هفتمین جلسه «کمیته کشوری هماهنگی مراکز ماده ۱۶ قانون مبارزه با موادمخدر» با بیان این مطلب گفت: «در بحث معتادان متجاهر دستگاه‌های متولی اعم از پلیس، بهزیستی، وزارت کشور و ... درگیر هستند که باید برای اصلاح ساختار آن راهکار اساسی پیدا کنیم و اگر دچار مشکل قانونی هستیم، مشکل قانونی را برطرف کنیم.» او توضیح داد: «در بحث جمع‌آوری معتادان متجاهر موضوع مهم غربالگری وجود دارد که در این رابطه نیز جلسه اختصاصی تشکیل خواهیم داد. در این جلسه فرآیندها و پروتکل‌ها مشخص و غربالگری اصلاح می‌شود تا معتادان متجاهر به مراکز امید و زندگی بروند و در آنجا نگهداری شوند. یک نقشه جامع درباره مراکز امید و زندگی در حال طراحی است که تمام موارد اعم از سم‌زدایی، درمان، توانمندسازی، اشتغال و اسکان در این مراکز برنامه‌ریزی شده و قرار است در تمام مراکز ماده ۱۶ (امید و زندگی) اجرایی شود. قرار است در مراکز امید و زندگی کارگاه‌های تأسیس شود و مددجویان در آنجا مشغول کار شوند تا هم منبع درآمدی برای آنها و هم خود مراکز باشد. البته بعضی از معتادان متجاهر دارای خانه و محل اسکان هستند و بعضی نیز جایی برای اسکان ندارند که در این مراکز محل اسکان برای آنها تعبیه خواهد شد. معتادان

متجاهر نباید دوباره وارد چرخه اعتیاد و تظاهر به آن شوند. با احداث مراکز امید و زندگی به دنبال عدم تکرار این چرخه هستیم، بعضی افراد به هیچ عنوان بهبود پیدا نمی‌کنند که مشمول طرح «مدیریت مصرف» خواهند شد. بعضی از افراد نیز به عنوان مجرم شناخته شده که به زندان خواهند رفت.» او با اشاره به نبود مراکز ماده ۱۶ در برخی از استان‌ها، گفت: «در بحث ایجاد مراکز با افزایش ظرفیت آنها اقداماتی در دستور کار قرار داده‌ایم. باید مساحت زمین و مالک آن مشخص شود و اگر مالک زمین مشخص نباشد دیگر مجوزی برای احداث مرکز صادر نخواهیم کرد. استاندار مکلف شده‌اند مالک و متولی زمین را مشخص کنند. درصددیم شهرداری‌ها متولی مراکز ماده ۱۶ (مراکز امید و زندگی) شوند که البته منوط به توافق نامه ستاد مبارزه با موادمخدر و تصویب در آن جلسه به ریاست رئیس محترم جمهوری است. ما به دنبال این هستیم که مراکز امید و زندگی خودکفا شوند. به طور مثال بیمارستان‌ها به لباس یکبار مصرف نیاز دارند، قرار است در این مراکز کارگاه‌هایی برای تولید البسه یکبار مصرف احداث شود. با احداث این کارگاه‌ها، این مراکز به سمت خودکفایی می‌روند و کمتر بودجه دولتی دریافت خواهند کرد. در این مراکز اولویت اول بر درمان است، می‌خواهیم این افراد را به تناسب وضعیتشان مشغول به کار کنیم یعنی این افراد رها نشوند تا مجدد در چرخه اعتیاد قرار بگیرند.»

وزارت ورزش و جوانان، آموزش و پرورش، دانشگاه‌ها، سمن‌ها، دست‌اندرکاران، اولیا و مربیان باید انجام شود. همچنین باید درباره اقدامات استانی نیز مورد به مورد برای هراستان تعیین شود که چه اقداماتی مدنظر و قابل اجراست. من به‌شدت با پراکنده‌کاری مخالفم. بعد از تدوین طرح مشترک، می‌توان از دستگاه‌های مختلف پراکنده‌کاری مخالفم. بعد از تدوین طرح برای اجرای آن دعوت کرد و همه به انجام آن متعهد شوند.» ذوالفقاری با اشاره به دیداری که با نماینده یونیسیف در ایران داشت، درباره آمادگی ستاد برای اجرای اقدامات بزرگ، مشترک و ماندگار می‌گوید: «تجربه همکاری با یونیسیف در حوزه‌هایی مثل فرزندپروری، پیشگیری از اعتیاد در کانون‌های اصلاح و تربیت، سلامت روان، توانمندسازی دختران نوجوان و آموزش سمن‌ها، تجربه‌ای موفق و قابل گسترش است.» او با اشاره به تدوین اصول راهنما و پروتکل درمان اعتیاد در کودکان و نوجوانان با همکاری یونیسیف، تأکید می‌کند: «کیفیت، ماندگاری و قابلیت انتقال تجربیات به دیگر کشورها، سه شاخص اصلی در همکاری‌های بین‌المللی است.» دبیرکل ستاد مبارزه با مواد مخدر با بیان اینکه انگیزه و مشارکت مردمی در کشور وجود دارد، می‌گوید: «هنر حکمرانی، فراهم‌سازی بستر استفاده از این ظرفیت‌هاست. به همین منظور، تدوین یک مدل مشخص همکاری با یونیسیف در سطح ملی و استانی در دستور کار قرار گرفته است تا نقش هر دستگاه، نهاد، سمن و استان به‌صورت دقیق مشخص شود.»



ذوالفقاری:

هیچ‌گونه

بحثی درباره

کشت‌آزاد

خشخاش

مطرح

نیست.

پیشنهاد فنی

دولت، کشت

شقایق الیفرای

تحت نظارت

کامل و در

چهارچوب

پروتکل‌های

بین‌المللی

است که

می‌تواند تا

۹۰ درصد نیاز

دارویی کشور

را تأمین کند

با مدیریت مصرف تدوین خواهد شد. با این اوصاف تکرار می‌کنم که طرح تحول درمان معتادان توسط یک سازمان قابل جمع شدن نیست. این طرح راهبردی و ملی است و باید با عقل جمعی به آن نگرینسته بگیرند. «ارزیابی ما این است که در این طرح ۲ تا ۵۰۰ هزار نفر تحت پوشش قرار می‌گیرند.» ذوالفقاری اصلاح ماده ۱۶ قانون مبارزه با مواد مخدر را یکی از محورهای اصلی تحول می‌داند و توضیح می‌دهد: «اعتیاد یک بیماری و پدیده اجتماعی است و نباید با نگاه کیفری و حذفی با آن برخورد شود. هدف ما، حمایت از بیماران، جلوگیری از طرد اجتماعی و کاهش آسیب به جامعه است.»

تأمین داروهای مخدر

با کشت شقایق الیفرای

خبر کاشت خشخاش در ایران چندی پیش در شبکه‌های مجازی واکنش‌های زیادی به همراه داشت. ذوالفقاری با اشاره به حاشیه‌های ایجاد شده درباره کشت خشخاش می‌گوید: «هیچ‌گونه بحثی درباره کشت آزاد خشخاش مطرح نیست. پیشنهاد فنی دولت، کشت شقایق الیفرای تحت نظارت کامل و در چهارچوب پروتکل‌های بین‌المللی است که می‌تواند تا ۹۰ درصد نیاز دارویی کشور را تأمین کند. البته این گام توسط کشاورزی قابل استحصال نیست و این جایگاه نیازمند مدیریت دقیق و البته نظارت سخت‌گیرانه و جلوگیری از هرگونه برداشت نادرست است. این در حالی است که فقط یک مجوز تحقیقاتی برای یک شرکت صادر شده تا امکان تولید داروی مخدر از طریق شقایق الیفرای بررسی شود و این اقدام هیچ ربطی به آزادسازی کشت خشخاش ندارد.»

پایان درمان اجباری

گویا بساط درمان اجباری اعتیاد جمع شده و ستاد راهکارهای مؤثرتری برای دوری معتادان از مواد مخدر در نظر گرفته است. به اعتقاد ذوالفقاری تجربه نشان داده است که درمان اجباری نه‌تنها در کاهش اعتیاد مؤثر نبوده، بلکه به طرد اجتماعی بیماران و اتلاف منابع عمومی منجر شده است. او می‌گوید: «موافقت رئیس‌جمهور با اجرای طرح مدیریت سوءمصرف مواد مخدر با رویکرد کاهش آسیب‌های اجتماعی ما را به هدف مورد نظر نزدیک‌تر می‌کند. در این طرح، مصرف‌کنندگان مواد مخدر در چهار گروه طبقه‌بندی می‌شوند و برای هر گروه، پروتکل متفاوتی شامل درمان، کاهش آسیب

پیشگیری: اساس مبارزه با موادمخدر
شکی نیست که اساس کار در مبارزه با هر آسیبی به‌ویژه موادمخدر، پیشگیری است؛ به گفته ذوالفقاری، پیشگیری نیازمند تغییر نگاه در خانواده، مدرسه، دانشگاه و جامعه است. ستاد مبارزه با مواد مخدر در حال طراحی شبکه‌ای چندلایه از مشارکت‌های مردمی، سمن‌ها و نهادهای اجتماعی است که با الهام از تجربه‌های موفق ملی، به‌ویژه در مدیریت بحران‌ها، شکل می‌گیرد. دولت چهاردهم مصمم است با نگاه انسانی، علمی و مشارکتی، مسیر چهار دهه گذشته را اصلاح کرده و تحولی پایدار در مدیریت پدیده اعتیاد در کشور رقم بزند.



برش

ترک اجباری و دوری از جامعه

دولت به این نتیجه رسیده که مراکز ترک اجباری و ترک اعتیاد به اجبار راهکار درستی نیست و قرار است راهکارهای جدیدی برای درمان معتادان در نظر گرفته شود. فرزاد، ۲۹ساله یکی از کسانی است که ترک اجباری روی او اصلاً جواب نداده، او می‌گوید: «مراکز ترک‌کردن و به غربالگری درند، اصلانی پرسیدند چه مواردی مصرف می‌کنیم، شیشه می‌کشیم یا مورفین. کبت که مثبت می‌شد، یک‌راست می‌پرند کمپ و به همه هم متادون می‌دادند. وقتی متادون می‌دهند، انگار فقط می‌خواهند مدت زمانی دور از جامعه باشی.» اما صبح بیدار می‌شدم متادون را می‌خوریدم و هیچ کار مفیدی در طول روز انجام نمی‌دادیم. تعداد زیادی معتاد را داخل یک سوله جا می‌دادند و حتی یک ساعت کار مفید انجام نمی‌دادیم. خیلی‌ها بعد از بیرون آمدن از مرکز ضعیف می‌شوند. من خودم وقتی از کمپ بیرون آمدم بلافاصله مواد زدم، بقیه هم همین‌طور بودند، هیچ‌کسی را ندیدیم که از چنین مراکز بیرون آمده و سالم باشد. همه بعد از بیرون آمدن دوباره مصرف می‌کنند.»

خانواده‌های ما باید از این خدمات آگاه شوند و اهمیت استفاده از این خدمات را بدانند. غربالگری بهانه‌ای بود برای اینکه خانواده زن سرپرست خانوار از انواع خدماتی که در سیستم بهداشتی وجود دارد باخبر شود و از این به بعد حداقل در مورد این ۲۰ هزار زنی که مراجعه کرده‌اند، می‌توانیم ادعا کنیم که آنها دیگر از خدمات خانه بهداشت و مرکز جامع سلامت اطرافشان اطلاع دارند. در این مراکز پیشک، ماما، مشاور تغذیه و روانشناس حضور دارند و افراد می‌توانند به‌راحتی از خدمات آنها استفاده کنند. به نظرم همین آشنایی ۵۰ درصد مشکلات را برطرف می‌کند.»

افزایش اختیار استان‌ها در طرح

غربالگری زنان سرپرست خانوار

مدیرکل دفتر توانمندسازی زنان و خانواده سازمان بهزیستی کشور با بیان اینکه در برنامه غربالگری سه سرطان سینه، رحم و سرطان روده کمک‌های مالی هم افراد انجام می‌شود، می‌گوید: «خوشبختانه در قانون برنامه هفتم توسعه خدمات بستری زنان سرپرست خانوار در بیمارستان‌ها را یگان است، پس ظرفیت خوبی برای اجرا توسط بیمارستان‌های دولتی داریم. از طرفی صندوق بیماری‌های خاص هم به این افراد کمک می‌کند. ابتکاری که در برنامه غربالگری امسال انجام داده‌ایم این است که پرداخت‌هایمان را برای کسانی که مبتلا به سرطان هستند، به کسانی انجام خواهیم داد که حتماً عضو صندوق بیماری‌های خاص باشند. در مورد بیماری‌های خاص هم با سازمان بیمه سلامت تعاملاتی داشته‌ایم، اطلاعاتی گرفته‌شده و این اطلاعات به مجموعه‌های استانی منتقل شده و قرار

است که همکاران ما در استان‌ها عضویت زنان را در صندوق بیمه سلامت حتماً دنبال کنند. پرداخت‌های تکمیلی که انجام می‌دهیم در حقیقت تکمیل‌کننده نقایص احتمالی خواهد بود، یعنی اگر بیمار نمی‌تواند دارویی را تأمین کند، ما داد زان سرپرست خانواده مبتلا به این سه بیماری خواهیم رسید.»

خاک‌رنجین با اشاره به اختیارات استان‌ها در این طرح می‌گوید: «اگر ان شاء الله تعداد افرادی که بیماری‌های صعب‌العلاج دارند کمتر باشد و پولی بماند این مجوز را به استان‌ها داده‌ایم که برای درمان و کمک هزینه سایر بیماری‌ها مثل بیماری‌های قلبی و دیابت به افرادی که نیازمند خدمات تخصصی سطح ۲ و ۳ بهداشتی درمانی هستند کمک‌هایی ارائه کنند.» او با اشاره به پیگیری ماده ۷۳ بند ب قانون هفتم توسعه می‌گوید: «ارائه خدمات سازاد بر بیمه پایه برای زنان سرپرست خانوار با اولویت بیماران خاص که عضو سازمان بهزیستی یا کمیته امداد هستند، باید در شورای عالی بیمه سلامت تصویب شود. به دنبال این بند خدماتی مانند فرانتشیز دارو و خرید لوازم و تجهیزات پزشکی که برای جراحی‌ها و بستری‌ها به‌پراخت می‌شود، دولت در بیمارستان‌های دولتی پرداخت کند تا کار دقیق‌تر انجام شود. با این کار در رابطه با بیماران خاص خیالمان راحت می‌شود. در حال حاضر ۷۶۰۰ زن سرپرست خانوار مطابق با آماری که بیمه سلامت به ما داده مبتلا به بیماری خاص هستند، اگرچه بیمه پایه برای آنها رایگان است، اما همچنان برای فرانتشیزهای دارو و پیگیری‌های برخی از خدمات درمانی مثل رادیوتراپی، ماموگرافی و شیمی‌درمانی ممکن است با مشکلاتی مواجه باشند.»

مدیرکل دفتر توانمندسازی زنان و خانواده سازمان بهزیستی کشور در گفت‌وگو با «ایران» اعلام کرد

غربالگری سلامت ۲۱ هزار زن سرپرست خانوار

سمیه‌افشین‌فر

گروه اجتماعی

زنان سرپرست خانوار معمولاً در معرض استرس، مسئولیت‌های سنگین اقتصادی و اجتماعی قرار دارند و سلامت برای بسیاری از آنها هیچ وقت در اولویت قرار نمی‌گیرد، همین موضوع اهمیت غربالگری در این گروه را نشان می‌دهد. با تشخیص زودهنگام بیماری‌هایی مانند دیابت، فشارخون بالا، سرطان پستان و سرویکس در مراحل اولیه که معمولاً غربالگری این زنان باعث نجات جان آنها و کاهش هزینه‌های درمانی می‌شود. بر اساس آمار سازمان بیمه سلامت، ۷۶۰۰ زن سرپرست خانوار مبتلا به بیماری خاص هستند. به گفته مدیرکل دفتر توانمندسازی زنان و خانواده سازمان بهزیستی کشور، شیوع انواع سرطان در میان زنان سرپرست خانوار بالااست و برای همین سازمان بهزیستی با همکاری وزارت بهداشت طرح غربالگری این زنان را در دستورکار قرار داده است.

غربالگری؛ بررسی منظم سلامت افراد ظاهراً سالم است تا در مراحل اولیه، زمانی که هنوز علائم آشکار نشده و درمان موفق‌تر است، بیماری‌ها شناسایی شوند. این مسأله باعث می‌شود بیماری‌ها زود تشخیص داده شوند. غربالگری برای زنان سرپرست خانوار نه‌تنها یک اقدام

پزشکی، بلکه اقدامی اجتماعی و انسانی است. با شناسایی به‌موقع بیماری‌ها، این زنان می‌توانند سلامت، استقلال و نقش حمایتی خود در خانواده و جامعه حفظ کنند. دکتر مریم خاک‌رنجین، مدیرکل دفتر توانمندسازی زنان و خانواده سازمان بهزیستی کشور با بیان این مطلب

به «ایران» می‌گوید: «امسال سازمان بهزیستی طرح غربالگری سلامت جسمی زنان را در دستورکار قرار داده است. فعالیت‌های پژوهشی غربالگری سلامت جسمی زنان از سال ۱۴۰۳ در دفتر امور خانواده و بانوان شروع شد. بعد از نتایج بررسی هزار و ۱۰۰ مورد و تحلیل آن متوجه شدیم که شیوع انواع سرطان در زنان سرپرست خانوار بالاتر از جمعیت عادی است. البته این موضوع فقط مربوط به کشور ما نیست، در کل دنیا در طبقات اقتصادی، اجتماعی پایین‌تر به دلیل اینکه برنامه‌های غربالگری را پیگیری نمی‌کنند، شیوع سرطان بیشتر است. یعنی در جمعیت‌های اقتصادی، اجتماعی پایین‌تر آمار سرطان بالاتر است. در زنان سرپرست خانوار ما هم شرایط به همین شکل است.» خاک‌رنجین با تأکید بر اینکه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و خصوصاً معاونت بهداشت همکاری‌های بسیار خوبی در این زمینه با سازمان بهزیستی دارند، توضیح می‌دهد: «بتکاری که در سال جاری انجام شد این بود که با همکاری معاونت بهداشت توانستیم فرمی را طراحی کنیم که این فرم بین مددکار اجتماعی سازمان بهزیستی و مرکز بهداشت تبادل می‌شود. شش ماه اول سال فقط در حد پیگیری‌های بین

ما و وزارت بهداشت بود، اینکه چه طور این فرآیند را ایجاد و چگونه دانشگاه‌ها و استان‌ها را با هم هماهنگ کنیم. در همه این زمینه‌ها توافق‌نامه‌هایی با هم منعقد کردیم. در حال حاضر همه این موارد را پشت سر گذاشته‌ایم و طرح حدود دو ماه است در استان‌های مختلف اجرا شده، البته در برخی از استان‌ها اجرای طرح شتاب بیشتری در برخی شتاب کمتری دارد.»

اراجاع ۴۰ هزار زن سرپرست خانوار به مراکز بهداشتی

مدیرکل دفتر توانمندسازی زنان و خانواده سازمان بهزیستی کشور با بیان اینکه حدود ۴۰ هزار فرم ارجاع به مراکز بهداشتی پر شده، می‌گوید: «یعنی ۴۰ هزار زن سرپرست خانوار توسط مددکاران سازمان بهزیستی فراخوانده شده‌اند. آنها در دوره‌های آموزشی مربوط به این طرح در رابطه با اهمیت غربالگری و خدماتی که

به ما مراجعه کرده‌اند، حدود ۳ هزار ارجاع به سطح دو درمان داشته‌ایم.»

با توجه به صحبت‌های خاک‌رنجین، در حال حاضر سازمان بهزیستی برای زنان سرپرست خانوار پرونده سلامت تشکیل داده است، اما نقش پرونده سلامت چیست؟ او می‌گوید: «با این اطلاعات کارشناسان، مددکاران و کارشناسان سطوح کشوری می‌توانند بررسی کنند و ببینند که برای چه درصدی از زنان غربالگری انجام شده است، روند پیشرفت کار را در استان‌ها بررسی می‌کنیم، از طرفی برای مددکاران این امکان وجود دارد تا وضعیت مددجو را مورد ارزیابی قرار دهند. اینکه آیا فرد نیاز به خدمات آزمایشی و بررسی‌های تکمیلی‌تری دارد. اگر نیاز به آزمایش تکمیلی‌تر وجود داشته باشد اقدامات بموقع در قالب نظام ارجاع ارائه شود.»

خاک‌رنجین با اشاره به اینکه در سیستم بهداشت این خدمات رایگان تأمین می‌شود، تأکید می‌کند: «من در این ارائه خدمات اجتماعی یک نقص می‌بینم که باید برطرف شود، به این معنا که هم مددکاران اجتماعی و هم خانواده‌ها معمولاً آگاهی کافی در مورد امکاناتی که در جامعه وجود دارد و می‌توانند مشکلات ما را حل کنند، ندارند. سیستم بهداشتی مراجعه کرده‌اند.» خاک‌رنجین بهداشت، مراکز جامع بهداشت و درمان و پایگاه‌های بهداشتی خدماتی است که در سطح جامعه به خوبی توزیع شده و دسترسی کافی به آنها وجود دارد، آنچه که وجود نداشت و ما احساس کردیم باید آن را تقویت کنیم این بود که