

گردشگری

اجرای طرح اورژانس دریایی در تنکابن



سال‌هاست جذابیت‌های شنا در ساحل خزر، تحت تأثیر ترس از امواج شگافنده و کمبود طرح‌های سالم‌سازی، با نگرانی و اتفاق‌های تلخی گره خورده است؛ اکنون فرماندار تنکابن با برنامه‌ریزی برای راه‌اندازی اورژانس دریایی و ایجاد پلاژهای استاندارد، به دنبال آن است با مهار خطر غرق‌شدگی، اعتماد از دست رفته مسافران به تنگین غرب مازندران را بازگرداند. دریای کاسپین سال‌هاست در کنار تمام زیبایی‌هایش، با امواج شکننده و جریان‌های شگافنده، خاطرات تلخی از غرق‌شدگی را در حافظه سواحل شمال به جا گذاشته. اما این روزها در تنکابن، ورق در حال برگشتن است. تدوین طرح‌های نوین ایمنی به‌ویژه راه‌اندازی «اورژانس دریایی»، تلاشی هوشمندانه برای پایان دادن به این سوانح و ایجاد ساحلی امن و آرام برای گردشگران و شهروندان به حساب می‌آید؛ مسیری که از امداد سریع در دل آب تا ایجاد فضاهای اختصاصی برای بانوان را در بر می‌گیرد.

طرح اورژانس دریایی

در همین ارتباط فرماندار ویژه تنکابن روز یکشنبه در جمع خبرنگاران با تبیین این رویکرد اظهار کرد: مقدمات اجرای طرح اورژانس دریایی با همکاری شهرداری تنکابن و شبکه بهداشت فراهم شده است تا خدمات امداد و نجات در کمترین زمان ممکن به قلب حادثه برسد. مرتضی شکوهی با تأکید بر ضرورت استانداردسازی سواحل، از برنامه‌ریزی برای ایجاد دو پلاژ امن خبر داد و افزود: در تلاش هستیم دو نقطه از سواحل شهرستان را به پلاژهای استاندارد تبدیل کنیم تا علاوه بر ارتقای ایمنی، فضایی مناسب و با رعایت موازین برای استفاده بانوان از ظرفیت دریای فراهم شود.

به گزارش ایرنا، بررسی آمارهای رسمی نشان می‌دهد مدیر بیت هوشمندانه سواحل در سال‌های اخیر به نتایج ملموسی ختم شده است؛ در حالی که سال ۱۴۰۳ با ثبت ۴۷ مورد فوتی در مازندران (رشد ۶۲ درصدی نسبت به سال قبل) سالی دشوار بود، آمارهای سال ۱۴۰۴ حکایت از کاهش ۵۰ درصدی داشت (ثبت حدود ۲۵ فوتی) که این موفقیت مرهون نظارت عملیاتی بر نقاط حادثه‌خیز بوده است.

ضرورت توجه به امنیت ساحلی

عامل اصلی بخش بزرگی از این سوانح، امواج شگافنده است؛ جریاناتی قدرتمند و پنهان که حتی در آرام‌ترین روزهای دریای خزر، شناگران را به سمت عمق می‌کشند. از سوی دیگر، کارشناسان معتقدند تقویت زیرساخت‌های ایمنی، مستقیماً بر رونق اقتصاد گردشگری تأثیرگذار است زیرا «امنیت ساحلی» نخستین فاکتور در جذب خانواده‌ها، افزایش مدت اقامت مسافران و در نهایت شکوفایی کسب‌وکارهای محلی در شهرهای ساحلی همچون تنکابن محسوب می‌شود.

محدوده ساحلی رامسر تا فرح‌آباد به طول حدود ۳۰۰ کیلومتر به لحاظ فعالیت‌های دریایی گردشگری تحت نظارت اداره کل بنادر و دریانوردی مازندران منطقه ویژه اقتصادی بندر نوشهر است و بقیه آب‌های ساحلی استان را هم اداره کل بنادر و دریانوردی امیرآباد بر عهده دارد.

برابر آمار، محدوده ساحلی استان‌های شمالی حدود ۵ هزار و ۸۰۰ کیلومتر طول دارد که حدود ۸۹۰ کیلومتر آن در شمال شامل استان‌های گیلان، مازندران و گلستان است و بیشترین سهم محدوده سواحل دریای خزر به طول حدود ۴۰۰ کیلومتر در حوزه جغرافیایی مازندران، ۲۷۰ کیلومتر گیلان و بقیه مربوط به استان گلستان است.

برخوردری از سه بندر تجاری فعال یکی در امیرآباد بهشهر، دیگری در فریدونکنار و سومی در منطقه ویژه اقتصادی نوشهر و تعدادی اسکله‌های ساحلی، نشانگر فراهم بودن بخشی از زیرساخت‌های گردشگری دریایی است.

جاذبه‌های طبیعی نظیر جنگل‌های سرسبز ۴ میلیون ساله معروف به منطقه هیرکانی، فعالیت سه فرودگاه، موزه‌های تاریخی، چشمه‌های آب گرم معدنی، آثار طبیعی مانند پارک‌های جنگلی سی سنگان، مجموعه‌های رفاهی و گردشگری تله‌کابین رامسر و چالوس و صدها نمونه دیگر، ظرفیت‌هایی هستند که بنا به گفته برخی از کارشناسان، تکمیل‌کننده زنجیره صنعت سودآور گردشگری به ویژه گردشگری دریایی در استان مازندران محسوب می‌شوند.

روایت ۲۵ سال حضور یک پزشک در مناطق کم‌برخوردار کشور

پزشک خانواده؛ حلقه مفقوده سلامت در مناطق محروم



فاطمه طالبیان شریف‌ا سال‌هاست نام مناطق محروم با کمبود امکانات درمانی، راه‌های دشوار دسترسی و مردمانی گره خورده که برای دریافت ابتدایی‌ترین خدمات سلامت، مسیرهای طولانی را پشت سر می‌گذارند. در این میان، پزشکانی هستند که بخشی از عمر حرفه‌ای خود را نه در مطب‌های مجهز و مراکز درمانی بزرگ، بلکه در روستاهای دورافتاده، مناطق سیل‌زده و نقاط کم‌برخوردار کشور سپری کرده‌اند؛ جایی که گاه یک ویزیت ساده یا تشخیص به‌موقع یک بیماری می‌تواند سرنوشت یک انسان را تغییر دهد.

آیا کمبود تجهیزات و امکانات بر تصمیم‌ها و شیوه طبابت شما تأثیر داشته است؟

وقتی شرایط امروز را با ۲۰ یا ۳۰ سال گذشته مقایسه می‌کنم، می‌بینم خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی تغییرات بسیار مثبتی داشته‌اند و وضعیت به مراتب بهتر شده است. طبیعی است که وقتی در یک رشته تخصصی یا فوق‌تخصصی فعالیت می‌کنیم، نمی‌توان انتظار داشت همه امکانات و آزمایش‌های تخصصی در یک روستای محروم در دسترس باشد. این موضوع لزوماً به معنای نادیده گرفتن نیازها نیست، بلکه گاهی ایجاد چنین امکاناتی توجیه عملی ندارد.

البته کمبود امکانات مشکلاتی ایجاد می‌کند، اما معمولاً در سطح نخست خدمات درمانی بحران جدی به وجود نمی‌آورد. با این حال، راه‌های ارتباطی و مسیریابی دسترسی اهمیت زیادی دارند. در مناطقی که راه‌های مناسب برای دسترسی به مراکز استان‌ها و شهرهای بزرگ وجود ندارد، مشکلات بیشتری می‌شود.

به غیر از بودجه و تجهیزات، مهم‌ترین نیاز درمانی مناطق محروم چیست؟

بهداشت، آموزش و تغذیه از مهم‌ترین نیازها هستند. هر چه بتوان سطح خدمات اولیه را ارتقا داد، به سلامت اجتماعی کمک بیشتری خواهد شد. لزومی ندارد در همه مناطق متخصص حضور داشته باشد. وجود پزشک خانواده، آموزش بهداشت و ارائه خدمات اولیه درمانی تأثیر بسیار زیادی بر سلامت عمومی جامعه دارد. پزشکان عمومی باید این دوره‌ها را طی کنند، جامعه را بشناسند و تجربه حضور در این مناطق را داشته باشند. به نظر من، این مسائل مهم‌ترین عواملی هستند که به ارتقای سلامت اجتماعی و سلامت عمومی جامعه کمک می‌کنند.

آیا این محدودیت‌ها سبب نوآوری در شیوه طبابت شما شده است؟

شما توان نام آن را نوآوری گذاشت، اما این شرایط موجب می‌شود پزشک از تجربه خود بیشتر استفاده

فعالیت زیادی داشتم. در زمان وقوع سیل در استان گلستان و همچنین در مناطق غربی کشور و سیل کهگیلویه و بویراحمد نیز حضور داشتم. اکنون به دلیل مشکلات جسمی، به‌ویژه دشواری در راه رفتن و جابه‌جایی، از این فعالیت‌ها فاصله گرفته‌ام و بیشتر در کلینیک‌ها، دارالشفاه و مراکز خیریه فعالیت می‌کنم.

بزرگ‌ترین مانع یا چالش در ارائه خدمات درمانی به مناطق محروم چیست؟

با تجربه‌ای که در این سال‌ها کسب کرده‌ام، معتقدم بهتر است این اقدام‌های جهادی بر اساس یک پروتکل مشخص انجام شود. البته حدود یک سال است که پس از جنگ ۱۲ روزه در مشهد ساکن شده‌ام و به دلیل برخی مشکلات جسمی دیگر در این مأموریت‌ها حضور نداشته‌ام. در گذشته زمانی که به مناطق محروم می‌رفتم، بیماران را ویزیت می‌کردیم و دارو در اختیارشان قرار می‌دادیم، اما معمولاً امکان پیگیری روند درمان وجود نداشت و همین مسئله یکی از چالش‌های مهم بود. در برخی گروه‌ها تلاش می‌کردیم در یک یا چند شهرستان، روند درمان را از مرحله غربالگری تا رسیدن به نتیجه نهایی دنبال کنیم. به عنوان مثال، برای غربالگری یک بیماری تا پایان مسیر درمان همراه بیماران می‌ماندیم که این شیوه بسیار مؤثرتر بود.

البته این کار دشوار است و همکاری همه‌جانبه پزشکان، آزمایشگاه‌ها و مراکز درمانی را می‌طلبد، اما شدنی است و ما آن را تجربه کرده‌ایم. به این شکل می‌توان یک مشکل را به‌صورت اساسی حل کرد. در برخی روستاها، شهرستان‌ها و مناطقی مانند استان سیستان و بلوچستان و بخش‌هایی از خراسان جنوبی، محرومیت به اندازه‌ای زیاد است که حتی همین خدمات محدود نیز بسیار ارزشمند است. بنابراین نمی‌توان گفت مانع خاصی وجود دارد، بلکه برای استفاده بهینه از نیرو و انرژی موجود، باید برنامه‌ریزی منسجم‌تری انجام شود.

کرده و به برخی روش‌ها و امکاناتی که در سال‌های اخیر کمتر مورد استفاده قرار گرفته‌اند، رجوع کند. من شخصاً در چنین شرایطی از برخی روش‌ها استفاده کرده‌ام، اما این موضوع بیشتر به تجربه فردی مربوط می‌شود و نمی‌توان آن را یک نوآوری دانست. البته نمی‌دانم پزشکان جوانی که وابستگی بیشتری به فناوری و تجهیزات دارند، تا چه اندازه می‌توانند بدون این امکانات فعالیت کنند.

شیرین‌ترین و تلخ‌ترین خاطره شما از حضور در مناطق محروم چیست؟

اگر بخواهم کلی بگویم، بیشتر خاطراتم شیرین بوده است. شیرین‌ترین خاطراتم مربوط به بیمارانی است که از بیماری‌های سخت‌درمان خود اطلاعی نداشتند و ما توانستیم بیماری آنان را تشخیص دهیم و با درمان مناسب، زندگی را به آن‌ها بازگردانیم.

اما تلخ‌ترین خاطراتم مربوط به زمان‌هایی است که امکان کمک کافی وجود نداشت. در برخی مناطق بلوچستان و همچنین بخشی از لرستان، با حجم زیادی از بیماران مواجه شدیم. اگرچه دارو همراه داشتیم، اما داروها کافی نبود و سطح محرومیت بسیار بالا بود. این شرایط واقعاً برایم آزاردهنده بود.

البته پس از آن تلاش کردیم وضعیت بیماران را پیگیری کنیم و امکانات بیشتری برایشان فراهم شود. یکی دیگر از مسائل ناراحت‌کننده این بود که در برخی مناطق تجهیزات وجود داشت، اما پزشک کافی، جاده مناسب یا امکانات دسترسی وجود نداشت و همین موضوع مشکلات زیادی ایجاد می‌کرد.

خدمت در مناطق محروم چه تأثیری بر نگاه شما به مفهوم سلامت و عدالت اجتماعی داشته است؟

من از ابتدا با همین نگاه وارد این حوزه شدم و عدالت اجتماعی و سلامت برایم اهمیت داشت. با این حال، حضور در مناطق محروم موجب می‌شود تفاوت میان امکانات موجود در مراکز استان‌ها، تهران و شهرهایی مانند مشهد را از نزدیک مشاهده کنید.

برای مثال، زمانی که پس از حدود ۲۰ سال به مشهد بازگشتم، متوجه شدم این شهر تغییرات زیادی کرده است، اما بعید می‌دانم همه این امکانات در شهرستان‌های دوردست نیز وجود داشته باشد. نبود دسترسی آسان به خدمات درمانی، موضوعی است که انسان را ناراحت می‌کند.

در واقع نگاه و آرزوی من تغییری نکرده است، زیرا از ابتدا نیز همین دغدغه را داشتم؛ اما امروز به عنوان یک مطالبه عمومی از حاکمیت انتظار دارم دسترسی به خدمات سلامت آسان‌تر شود و در اعزام و به‌کارگیری پزشکان، به‌ویژه پزشکان عمومی در شهرستان‌ها و روستاها، دقت و توجه بیشتری صورت گیرد؛ زیرا این مناطق واقعاً به نیروهای درمانی نیاز دارند.

اگر قرار بود به عنوان سیاست‌گذار در حوزه سلامت مناطق محروم تصمیم‌گیری کنید، چه اقداماتی را در اولویت قرار می‌دادید؟

نخستین اقدام، اجرای واقعی و دقیق طرح پزشک خانواده بود؛ نه اینکه صرفاً گفته شود پزشک خانواده وجود دارد، اما در عمل پزشک در منطقه حضور نداشته باشد. توسعه پزشک خانواده به شکل صحیح، نقش مهمی در ارتقای سلامت جامعه و کاهش هزینه‌های درمانی دارد. البته این مسئولیت نباید تنها بر دوش پزشکان عمومی باشد و متخصصان نیز باید در این مسیر مشارکت داشته باشند. همچنین آموزش عمومی در حوزه سلامت باید تقویت شود و سطح علمی پزشکان عمومی نیز ارتقا یابد.

من به آموزش پزشکی بسیار اعتقاد دارم و معتقدم این آموزش باید متناسب با نیازهای جامعه و جامعه‌نگر باشد. پزشک عمومی باید با مسائل اولیه بهداشت و درمان جامعه خود آشنا باشد. احساس می‌کنم این موضوع تا حدی کمرنگ شده است. متأسفانه در برخی موارد، دغدغه‌مندی لازم را در میان تعدادی از پزشکان جوان مشاهده نمی‌کنم و به نظر می‌رسد بخشی از آموزش‌های جامعه‌نگر را دریافت نکرده‌اند. به همین دلیل باید در آموزش و به‌کارگیری آن‌ها دقت بیشتری صورت گیرد. همچنین گسترش این رویه به مراکز مختلف آموزش پزشکی می‌تواند بر کیفیت آموزش تأثیر منفی بگذارد و این مسئله نیازمند توجه جدی است.

طراح: محمدرضا علی‌زاده zadehalireza@gmail.com

جدول ۹۴۵۹

۱۵	۱۴	۱۳	۱۲	۱۱	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱
۱														
۲														
۳														
۴														
۵														
۶														
۷														
۸														
۹														
۱۰														
۱۱														
۱۲														
۱۳														
۱۴														
۱۵														

حل جدول شماره قیل

۱۵	۱۴	۱۳	۱۲	۱۱	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱
۱														
۲														
۳														
۴														
۵														
۶														
۷														
۸														
۹														
۱۰														
۱۱														
۱۲														
۱۳														
۱۴														
۱۵														

ریاضیات که از ترکیب هندسه و جبر مقدماتی به وجود آمده است- مزه صورت آدم عبوس

عمودی
۱. نام دخترانه وطنی - کنایه از هر موجود زنده‌ای است ۲. دربست کارخانه - طریقه - اطلاعیه ۳. چشمه‌ای مقدس در مکه - غیب‌گو- حرص و طمع - عدد رمز ۴. ابزار خیاطی - از نولات پربرکت آسمانی - کالا ۵. صدا - پسوند آراینده - خوراکی خنک پرفرقدار تابستانه ۶. بازیکن هلندی سابق تیم فوتبال پرسپولیس که به‌صورت ناگهانی این تیم را رها کرد - روشنایی ۷. عدد نخست - ثروتمند - خودسر - هر یک از دو سمت راست و چپ لشکر ۸. نخست - واحد شمارش احشام - جوانمرد - بتی در جاهلیت ۹. هزار - خالص - یاریگر - صوت ندای بی‌ادبانه ۱۰. پشت‌بام انگلیسی - رنگی از خانواده زرد ۱۱. معادمت - مغز سر - مرموز ۱۲. هم - قوم

افقی
۱. شبیه اردک - این ضرب‌المثل را زمانی به‌کار می‌برند که به کسی گوشزد کنند که نوبت و حق تقدم را رعایت کند ۲. مثل چشم بی‌فروغ - شانه - واحد مسافت دریایی ۳. نابودی - مالامال - واحد واکنس ۴. تنگه استراتژیک جنوبی - صفحه اینترنت - پرچم - شمردن ۵. درون - خراب شده - فعال سیاسی سابق، منتقد سینما و سردبیر مجله فرم و نقد ۶. سرشک دیده - محاسب - قلب قرآن - زبان گنجشک ۷. برقرار - کیف دستی - خروس جنگی ۸. فرقه ضاله پدید آمده به دست انگلیسی‌ها - درمانگاه ارتشی ۹. از حلال‌های رنگ - انتها - اسرار ۱۰. بوی رطوبت - صوت نفرت - رقص سنتی مردم برزیل - سرازیری ۱۱. میوه پرخاصیت استوایی - فرورفتگی باریک از خشکی در دریا - اسم آذری ۱۲. بیختن - کشتی - ماه سرد - دل‌داده قیس ۱۳. عدد منفی - شکوفه - سمت چپ ۱۴. مقابل تند - خانه ترکمن - پله اتوبوس ۱۵. شاخه‌ای از