رئیس انجمن علمی مامایی ایران در گفت‌وگو با قدس:

مصوبات قرارگاه جمعیت درباره مامایی اجرا نمی‌شود!

اعظم طیرانی| در کشورهای اروپایی مثل هلند، فرانسه و انگلستان و به‌خصوص کشورهای اسکاندیناوی مانند فنلاند ۸۵ درصد مراقبت‌های دوران بارداری و زایمان طبیعی توسط ماماها انجام می‌شود و میزان سزارین ۱۶/۲ درصد و مرگ مادر ۴ در ۱۰۰ هزار تولد زنده است. در سوئد هم میزان سزارین ۱۷ درصد و مرگ‌ومیر مادر ۳ در ۱۰۰ هزار است. استرالیا، نیوزیلند، انگلستان و حتی کشورهای حاشیه خلیج‌فارس نیز که عمدتاً محور ارائه خدمات بارداری و زایمان در این کشورها، ماماست، میزان سزارین پایینی دارند و آمار مرگ‌ومیر مادرانشان هم به‌همان نسبت پایین است. با این حال متأسفانه در کشور ما به دلایل مختلف نقش ماما مغفول مانده است.

■ **نتیجه سیاست‌گذاری‌های غلط**

رئیس انجمن علمی مامایی ایران تعرفه‌های غیرواقعی و بی‌مهری وزارت بهداشت، دولت و مجلس نسبت به نیازهای مادران باردار و ماماها را عامل ایجاد مشکلات بر سر راه ارائه خدمات مامایی به زنان و مادران باردار در ایران می‌داند و به ما می‌گوید: در چند دهه اخیر شمار زیادی ماما جذب مراکز بهداشتی و درمانی شده‌اند، ولی زایشگاه‌های ما هنوز از کمبود ماما رنج می‌برند و به همین دلیل کار در بخش‌های زایمانی پرمسئولیت، استرس‌زا و طاقت‌فرسا شده است به‌خصوص که درآمد ماماهای شاغل در مراکز زایمانی با حجم کار و مسئولیتی که دارند همخوانی ندارد و از سوی دیگر مادران باردار همچنان از خدمات نفر به نفر مامایی محروم هستند.

دکتر ناهید خداکرمی با اشاره به چالش‌های متعدد حرفه مامایی می‌افزاید: در همه کشورها مامایی، حرفه‌ای راهبردی است و ماماها یکی از مهم‌ترین ارکان نظام سلامت هستند که خدمات آن‌ها نقش مؤثری در بهبود و ارتقای شاخص‌های سلامت کشورها دارد. در کشور ما نیز با گسترش دانشگاه‌های علوم‌پزشکی در شهرها و افزایش تعداد دانش‌آموختگان مامایی و شاغلان این حرفه در مراکز بهداشتی و درمانی، میزان مرگ‌ومیر مادران، نوزادان و کودکان کمتر از ۵ سال کاهش چشمگیری پیدا کرده و خدمات مامایی نقش مؤثری در کاهش عوارض ناشی از بارداری و زایمان، کاهش سوءتغذیه مادران و کودکان و همچنین ترویج تغذیه با شیر مادر و واکسیناسیون داشته است. با این حال با وجود نیاز فراوان کشور به خدمات مامایی، برخی از برنامه‌ها و سیاست‌گذاری‌های غلط در سال‌های اخیر، دسترسی به این خدمات را دشوار کرده است.

خداکرمی ادامه می‌دهد: بارداری پدیده‌ای فیزیولوژیک و کاملاً طبیعی است که با استفاده از خدمات مراقبتی ماماها حدود ۸۵ درصد زایمان‌ها می‌تواند بدون عارضه توسط ماما و به‌صورت طبیعی انجام شود، اما مدیریت درمان‌محور نظام سلامت و تدوین بسته‌های خدمتی توسط گروه‌های تخصصی سبب شده است بارداری به سمت بیمارانگاری هدایت شود و با این رویکرد در مسیر ارائه خدمت ماماهای کشور چالش‌ها و مشکلات بزرگی ایجاد شده که متأسفانه دود این چالش‌ها به چشم مادران باردار و نوزادان رفته است؛ به طوری که تولد بیش از ۵۶ درصد نوزادان کشور در اتاق عمل انجام می‌شود. غافل از اینکه تولدهای انتخابی و افزایش سزارین‌ها احتمال ابتلا به بیماری‌های آسم، آلرژی، بیش‌فعالی، اتیسم، چاقی و دیابت نوجوانی در نوزادان را افزایش می‌دهد و ما در حال تولید نسلی بیمار هستیم.

البته باید گفت کار تیمی در حوزه بارداری و زایمان اجتناب‌ناپذیر است و همه افراد تیم تحت فشار و استرس بسیار زیادی هستند و متأسفانه تعرفه‌های ویزیت دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان نسبت به ماهیت کار به‌صورت گلوبال و نسبت به خدمات بسیار ناچیز است، به‌خصوص که گاه ممکن است یک زن باردار با بیماری زمینه‌ای در شرایطی قرار گیرد که درمان‌های طولانی و جراحی‌های طاقت‌فرسا را به همراه داشته باشد، ولی ریالی در تعرفه پرداختی به پزشک یا ماما تأثیر ندارد و این موضوع فرسودگی شغلی و نارضایتی در میان ماماها و متخصصان جراحی زنان را تشدید کرده است. با وجود این، هر دو گروه عاشقانه و در سخت‌ترین شرایط در حال ارائه خدمت هستند.

وی اجحافی را که در حق ماماهای شاغل در زایشگاه‌ها می‌شود بسیار ناعادلانه می‌داند و می‌گوید: بیش از ۷۰ درصد زایمان‌های طبیعی در بخش دولتی توسط ماماها انجام می‌شود که البته در بیشتر مراکز خوشبختانه آنکال یا کشیک متخصص جراحی زنان هم حضور دارد که موارد اورژانس را پوشش دهد، ولی زایمان‌های طبیعی معمولاً توسط ماما انجام می‌شود. با این حال ریالی از تعرفه زایمان به ماماها پرداخت نمی‌شود. این اجحاف با شروع طرح تحول سلامت در حق ماماها صورت گرفته و تا امروز همچنان ادامه دارد.

این استاد بازنشسته دانشگاه می‌افزاید: بی‌توجهی به اجرای ماده ۴۵، ۴۹ و ۵۰ قانون جوانی جمعیت ازجمله توسط سازمان‌های بیمه‌گذار یکی دیگر از چالش‌های پیش روی حرفه مامایی است، زیرا با وجود آنکه قانون در مواد ذکر شده تأکید بر زیر پوشش قرار دادن خدمات مامایی دارد، تاکنون به جز بیمه‌سلامت، دیگر بیمه‌های پایه به وظیفه قانونی خود عمل نکرده و هر روز به یک بهانه از اجرای قانون سر باز می‌زنند.

این عضو هیئت علمی دانشگاه، نبود تشکیلات ساختاری قدرتمند مامایی و سلامت باروری در حد اداره کل در وزارت بهداشت را یکی از مهم‌ترین چالش‌های حرفه مامایی برمی‌شمارد و می‌افزاید: گرچه موافق تشکیلات صنفی در وزارت بهداشت نیستم، ولی نظر به اولویت بهبود رشد جمعیت و خدمات سلامت باروری، بارداری و خدمات مامایی و زایمان که عامل اصلی آن حرفه مامایی است ضروری است در تشکیلات ستادی وزارت بهداشت اداره کل مامایی و سلامت باروری شکل گیرد تا بتوان بسیاری از مسائل مربوط به سلامت خانواده را از آن طریق پیش برد.

در حال حاضر بخش‌های زایمانی بیمارستان‌ها در حوزه مدیریت پرستاری است، ولی متأسفانه زمان تعرفه‌گذاری، زایشگاه‌ها از تعرفه‌گذاری مستثنا شدند و سبب گسترش بی‌عدالتی در بیمارستان‌ها شده است، زیرا با وجود اینکه ماماهای شاغل در زایشگاه تمامی خدمات پرستاری را هم انجام می‌دهند، ولی مشمول تعرفه‌گذاری نشده‌اند در حالی که باید خدمات مامایی در زایشگاه‌ها نیز تعرفه‌گذاری می‌شد و خدمات همکاران ماما به این شکل مورد بی‌مهری قرار نمی‌گرفت. گرچه معاون درمان وزارت بهداشت در حال اصلاح این رویه است، ولی آنان که از این رویه غلط متضرر شدند ماماهای زحمتکش زایشگاه‌ها بودند که هم از ارائه خدمات حین لیبر و غیرزایمانی بهره‌ای نبردند و هم از انجام زایمان جز استرس، بی‌خوابی و پاسخ‌گویی چیزی نصیبشان نشد.

خداکرمی با انتقاد از اینکه زایشگاه‌ها به عنوان واحدی مستقل در بیمارستان‌ها تعریف نشده و زیر نظر مدیریت دفتر پرستاری هستند، ادامه می‌دهد: با توجه به ماهیت و حساسیت خدمات مختلفی که توسط ماماها در زایشگاه‌ها انجام می‌شود، ضرورت دارد زایشگاه‌ها همچون واحدهای پاراکلینیک مثل آزمایشگاه و رادیولوژی به طور مستقیم زیر نظر ریاست بیمارستان باشد تا از وضعیت فعلی خارج شود و این ظلم ۱۰ ساله که با شروع طرح تحول سلامت در حق ماماهای شاغل در زایشگاه‌ها اعمال می‌شود، پایان یابد.

به گفته رئیس انجمن علمی مامایی ایران، وزارت بهداشت از طرفی اقدام به تأسیس قرارگاه جمعیت می‌کند، اما از سویی دیگر به دلیل تعارض منافع گروه‌های مختلف با حرفه مامایی، نمی‌تواند مصوبات این قرارگاه را در مراکز درمانی زیر نظر این وزارتخانه اجرایی کند.

■ **ماماهایی که استقلال حرفه‌ای ندارند**

خداکرمی درخصوص دغدغه‌های حرفه‌ای ماماهای شاغل در شبکه‌های بهداشت نیز می‌گوید: در ستاد پزشک خانواده از نظرات کارشناسی استادان و انجمن علمی مامایی و سازمان نظام پزشکی در چگونگی ارائه خدمات مامایی به زنان استفاده نمی‌شود و برنامه‌نویسان این حوزه با خدمات متنوع مامایی و نیاز زنان و مادران بارداری که برای دریافت این خدمات به شبکه‌های بهداشت مراجعه می‌کنند، آشنایی ندارند و با وجود آنکه بر پایه قانون هرازگاهی اصلاحاتی در ساختار این حوزه انجام می‌شود، اما باز هم ماماها استقلالی که باید در ارائه خدمات به زنان و مادران باردار داشته باشند را ندارند و شیوه خدمات‌دهی ماماها در شبکه‌های بهداشت به قدری پیچیده است که زنان و مادران باردار نمی‌توانند خدمات مورد نیاز خود را به‌طور کامل از شبکه‌های بهداشت دریافت کنند و به‌ناچار به مطب‌های خصوصی مراجعه می‌کنند و سر از اتاق‌های عمل در می‌آورند.

خداکرمی با بیان اینکه ما یکی از پیشرفته‌ترین نظام‌های آموزش مامایی دنیا و بهترین ماماهای منطقه را داریم، اما در عین حال یکی از چالش‌برانگیزترین ساختارهای ارائه خدمات مامایی در کشور شکل گرفته است، اضافه می‌کند: با وجود اینکه در بسیاری از کشورهای توسعه‌یافته زایمان طبیعی حتی در منزل توسط ماما ترویج می‌شود، ولی شیوه اجرای برنامه‌های سلامت مادران به سمت بیمارانگاری بارداری و زایمان و هدایت این پدیده فیزیولوژیک به سوی بیماری ترویج می‌شود.

خداکرمی یکی دیگر از چالش‌های این حرفه را مشکلات آموزشی استادان و دانشجویان رشته مامایی عنوان و اظهار می‌کند: دانشگاه‌های علوم پزشکی و مراکز درمانی آموزشی ما متعلق به همه رشته‌های علوم پزشکی است و هر رشته‌ای که نیازمند آموزش بالینی باشد، باید از خدمات آموزشی مراکز درمانی تعیین‌شده بهره‌مند شود، اما متأسفانه در برخی مراکز درمانی آموزشی، با دانشجویان مامایی مانند فرزندان ناتنی خانواده برخورد و موجب می‌شود دانشجویان مامایی اعتماد به نفس لازم برای فعالیت در این حرفه را کسب نکنند. براساس گزارش‌های متعددی به‌خصوص از تهران، مشهد، اصفهان و تبریز برخی مراکز درمانی آموزشی در بخش را به روی دانشجویان مامایی می‌بندند و تصور می‌کنند اگر دانشجویان مامایی مهارت‌های بیشتری کسب کنند، رقیب تخصصی آن‌ها می‌شوند. در صورتی که این‌گونه نیست و اگر دانشجویان مامایی با موارد مختلف پرخطر دوران بارداری آشنا نشوند، چگونه می‌توانند در شبکه‌های بهداشت موارد ویژه و پرخطر بارداری را تشخیص و به بیمارستان‌ها ارجاع دهند. بنابراین امید می‌رود در این مورد، از سوی معاون آموزشی وزارتخانه تمهیداتی اندیشیده شود تا دانشجویان مامایی، پزشکی و پرستاری بتوانند عادلانه و بدون دغدغه از آموزش‌های بالینی لازم در مراکز درمانی آموزشی و استادان مامایی نیز از کارانه آموزش بالینی بهره‌مند شوند.

رئیس انجمن علمی مامایی ایران درخصوص تعداد دانش‌آموختگان رشته مامایی می‌گوید: براساس آمار سازمان نظام‌پزشکی برای بیش از ۷۰ هزار دانش‌آموخته مامایی شماره نظام صادر شده است که البته تعدادی از آن‌ها بازنشسته شده، تعدادی فوت کرده و برخی مهاجرت کرده‌اند. براساس آمارهای وزارت بهداشت نیز ۲۸ هزار ماما در زایشگاه‌ها و مراکز درمانی شاغل هستند که با توجه به جمعیت جامعه هدف تا رسیدن به استانداردهای جهانی فاصله زیادی داریم و ۲۲ هزار ماما در شبکه‌های بهداشت به عنوان مامای خانواده یا مراقب سلامت مشغول به کارند و بیش از هزار نفر از دانش‌آموختگان تحصیلات تکمیلی مامایی، عضو هیئت علمی دانشگاه‌های دولتی و آزاد هستند و تعدادی در مطب‌های شخصی و بخش خصوصی فعالیت دارند که می‌دانیم در همه رشته‌های پزشکی به خاطر تعرفه‌گذاری ناعادلانه، تورم فزاینده بخش خصوصی پزشکی و به‌خصوص مطب‌داری با مشکلات زیادی مواجه شده و بسیاری را مجبور به تعطیل کردن دفاتر کار و مطب کرده‌اند.

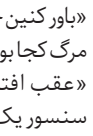
وی غیرواقعی بودن تعرفه‌های خدمات مامایی را یکی دیگر از چالش‌های حرفه مامایی عنوان می‌کند و می‌افزاید: پذیرش دانشجویان مامایی متناسب با نیاز جامعه است، اما مراکز دانشگاهی توان جذب ماما و استانداردسازی نیروی مامایی در زایشگاه‌ها را ندارند و با وجود آنکه در قانون به‌صراحت آمده است در زایشگاه‌ها باید به ازای دو مادر یک نیروی مامایی به‌کار گرفته شود، تا استاندارد تعیین‌شده فاصله داریم و این مسئله را می‌توان به عنوان یکی از عوامل بیکاری دانش‌آموختگان رشته مامایی عنوان کرد. از طرفی دیگر پایین بودن تعرفه خدمات مامایی و هزینه‌های سنگین مطب‌داری و تورم در سال‌های اخیر مانعی دیگر برای اشتغال بسیاری از دانش‌آموختگان جوان ما در بخش خصوصی شده و مهاجرت تعداد قابل توجهی از نخبگان جوان حرفه مامایی را رقم زده است.

■ **چرایی افزایش مهاجرت ماماها**

به گفته خداکرمی طی سال‌های اخیر مهاجرت به موضوعی چالش‌برانگیز در جامعه پزشکی کشور تبدیل شده است و در خصوص مامایی نیز شرایط سخت کار و تعارض منافعی که موجب خدشه‌دار شدن هویتِ شغلی ماماها شده از یک سو و پذیرش و استقبال از ماماهای ایرانی از سوی کشورهایی مانند انگلیس، دانمارک، آلمان، کانادا، استرالیا و کشورهای حاشیه خلیج‌فارس از سوی دیگر میل به مهاجرت دانش‌آموختگان جوان مامایی را افزایش داده است به‌طوری که بر پایه آمار موجود در سال ۱۴۰۱ حدود ۷۰۰ ماما مهاجرت قطعی داشته‌اند و با وجود اینکه هنوز آمار دقیق سال ۱۴۰۲ اعلام نشده است، اما هر ماه شاهد مهاجرت تعداد زیادی از همکاران جوان و حتی باسابقه هستیم و جای تأسف است که به دلیل سیاست‌گذاری‌های غلط و ایجاد نارضایتی، نخبگان رشته‌های مختلف پزشکی که سرمایه‌های اصلی کشور هستند این‌گونه و به راحتی جذب کشورهای دیگر می‌شوند و چنانچه به جای انکار مشکل مهاجرت، برای حل مشکلات جامعه پزشکی کشور چاره‌جویی نشود در آینده نظام سلامت با بحران مواجه خواهد شد.

یادداشت

از نگاه سیداسماعیل تا آرزوی ایتسکوف



جواد صبوحی، روزنامه نگار|

پدرش می‌گفت: اسماعیل نیمی از ریه‌اش را از دست داده و به دلیل عدم ماهیچه‌سازی بدن، فرم ستون فقراتش تغییر کرده است؛ نه می‌تواند بنشیند و نه می‌تواند بایستد، حتی توان ورق زدن کتاب‌هایش را هم ندارد. اما همتی دارد که جای تمام نداشته‌هایش را می‌گیرد.

سیداسماعیل نصرالهی، دانش‌آموز معلول ساروی روزی ۱۰ تا ۱۲ ساعت درس می‌خواند تا به هدفش که دانشگاه تهران بود، برسد و سرانجام با کسب رتبه بیست و پنجم کنکور به آرزویش رسید.

قرار بود فلسفه بخواند و از چیستی رمزآلود مرگ و رازهای خلقت بداند. می‌گفت: «فلسفه قوانین کلی جهان هستی را مطرح می‌کند، قواعد هستی و چیستی و از علت‌های پیدایش جهان می‌گوید».

اسماعیل همین جمعه گذشته؛ قربانی مسمومیت گاز منوکسیدکربن شد. با مرگ او و پدرش باز درهای فضای مجازی برای واکنش‌های متفاوت باز شد. از قضاوت‌های عجولانه و تحلیل‌های عامیانه گرفته تا فرصت تسویه‌حساب‌های سیاسی. عده‌ای در همین فرصت کوتاه یکی دو روزه این طور نوشته بودند: «باور کنین چشم اطرافیانشون رو خوردند وگرنه مرگ کجا بود؛ ای کاش نخبه نمی‌شد زنده بود»، «عقب افتادیم از دنیا می‌شه همین... یک سنسور یک دوربین یک دلسوز»، «کاش رفته بود از ایران»، «کار خودشان است، نخبه‌کشی» و....

شنیدن خبر مرگ تلخ است، اما در این میان مرگ بعضی‌ها تلخ‌تر، سوزنده‌تر و زخم آن پایاتر و ماندنی‌تر. این همزادپنداری‌ها، پیش‌زمینه‌های ذهنی، نوستالژی‌ها و تجربه‌های شیرین از متوفیان، میزان قرابت و نزدیکی با آن‌ها و... است که در چگونگی تاب‌آوری ما و تحمل بی‌قراری‌هایمان مؤثر می‌شود.

نمی‌دانم چرا فکر می‌کنم اسماعیل اگر می‌ماند نمادی می‌شد از آدم‌هایی که همزمان درک و مدرک را با هم دارند؛ آدم‌هایی دردکشیده که با قدر دانستن از رنج‌های زیستشان حالا قادرند از روی تخت و صندلی چرخدار پرشتاب‌تر از ما مسیر پرسنگلاخ را بدوند و راه ۱۰۰ ساله را یک‌شبه طی کنند. آدم‌هایی که همچون همسر پزشک در «کوری» ساراماگو تمام سعی خود را برای کمک و بیدار شدن دیگران از کوری خودخواسته صرف می‌کنند.

قطعاً بودن آدم‌های اینچنینی می‌تواند یک تکانه و انگیزه ناگهانی برای تحول در اندیشه انسان شود تا ذهن‌ها را از وهم و خیال بتکاند و جای خالی آن را با واقعیت‌ها لبریز کند.

آرزوی مانایی و جاودانگی این جنس از آدم‌ها گرچه دست‌نیافتنی است، اما لااقل حس لطیفی است که شاید عین مرهمی، دقایق و لحظاتی آلام بشر بحران‌زده امروز را تسکین دهد.

دیمیتری ایتسکوف، تاجر جوان، نیکوکار و میلیاردر روسی که ایده جاودانگی را دنبال می‌کند امیدوار است بتواند با انتقال یک کپی روباتیک از بدن انسان و انتقال هوشیاری و آگاهی مغز انسان به آن جسم روباتیک، زندگی پس از مرگ را برای وی فراهم کرده و انسان را تا سال ۲۰۴۵ به مرز جاودانگی و نامیرایی برساند. پروفسور ارنست بکر، انسان‌شناس فرهنگی آمریکایی در کتاب انکار مرگ با نگاهی به چرایی و چگونگی واکنش مردم به مرگ، می‌گوید بیشتر کارهای آدم‌ها برای نادیده گرفتن یا اجتناب از مرگ است و همین وحشت موجب می‌شود تا ما در «پروژه‌های جاودانگی» شرکت کنیم.

با فرض خوشبینانه تحقق پروژه ایتسکوف یک پرسش جدی هنوز باقی می‌ماند؛ اینکه آیا قرار است جاودانگی با فرض مانایی همین آدم‌ها با همین کیفیت امروزی محقق شود؟ اگر آن روز بیاید، کدام کفه از آدم‌ها، روی ترازوی محدود زمین سنگینی می‌کند؛ آدم‌های فکور، خلاق، مبتکر و خیرخواه یا جماعتی فاسد که بوی تعفن رفتارشان انگیزه تفکر، خلاقیت، ابتکار و خیرخواهی را از جامعه زائل می‌کند.

بگذارید این موضوع را با مثالی ساده روشن‌تر بیان کنیم. فردی خیرخواه کتابخانه مدرسه‌ای را در منطقه‌ای محروم تجهیز می‌کند. کودکی یک کتاب از آن مجموعه را می‌خواند ده‌ها سال بعد زندگی‌اش متحول می‌شود. چند سال بعد خیریه‌ای تأسیس می‌کند که ده‌ها دختر و پسر جوان از آسیب‌های اجتماعی به دور می‌مانند. چندین سال بعد، معلم مدرسه و یکی هم پزشک خیرخواه می‌شود. آن سال‌ها دیگر استخوان‌های فرد خیرخواهی که کتابخانه‌ای را تجهیز کرده پوسیده و تجزیه شده، اما روح نیک‌اندیشی و خیرخواهی‌اش درست مثل اعضای اهدا شده در بدن دیگری نبض دارد و زنده است.

خلاصه اینکه جاودانگی واقعی یعنی فرض بودن تفکر اسماعیل‌ها، سعیشان برای رسیدن به ناممکن‌ها و از همه مهم‌تر تلاش آن‌ها برای درک واقع‌بینانه مسائل و دوری از قضاوت‌های عجولانه، تحلیل‌های شتاب‌زده و عامیانه.

دستگاه قضا ابتدا سراغ مفسدان گردن کلفت می‌رود

به گزارش مهر حجت‌الاسلام والمسلمین عبداللهی، رئیس حفاظت و اطلاعات قوه قضائیه گفت: در پیاده کردن عدالت، هرگونه تبعیض، عین ظلم است و در این بین هیچ تفاوتی میان اشخاص در هر مقام و در هر لباسی که هستند، وجود ندارد. اطمینان می‌دهیم دستگاه قضا در مبارزه با فساد، ابتدا سراغ مفسدان گردن کلفت می‌رود و هیچ تعارف و ملاحظه‌ای نسبت به کسی ندارد.

جامعه ۵

واکنش

واکنش به نگرانی کمبود وارفارین

به گزارش مهر؛ روابط عمومی سازمان غذا و دارو درخصوص نگرانی بیماران قلبی برای تأمین داروی وارفارین اعلام کرد: در ۷۵ روز گذشته توزیع وارفارین چند برابر شده و بیماران قلبی اطمینان داشته باشند این دارو به مقدار بیش از نیاز وارد کشور شده و هیچ نگرانی برای تأمین داروی خود نداشته باشند.

در روزهای اخیر نیز محموله‌های بزرگ از وارفارین به مراکز توزیع دارو و داروخانه‌ها توزیع شده و موجودی مناسبی از این دارو وجود دارد و با برنامه‌ریزی معاونت‌های غذا و داروی سراسر کشور در داروخانه‌های منتخب، دپو مناسبی از این دارو موجود است.