سیمرغ سپید

مجلّه سازمان نظام پزشکی مشهد

شماره : ۸۲ ـ پاییز و زمستان ۱۴۰۰

شماره مجوز تبلیغات : ۴۰۰/۲۷۳/۵۶۰

درمانگاه کاخ دندانپزشکی

دندانپزشکان مجرب و پرستاران حرفه ای

خدمات دندانپزشکی کودکان و بزرگسالان

محیطی تمیز و آرام

دندانپزشکی با بیهوشی و آرامبخشی

دندانپزشکی با بیهوشی و آرامبخشی

مشهد، روبروی پارک ملت،
امامت ۲۲، پلاک ۸، طبقه ۲
۰۵۱۳ ۶۰۲ ۸۸ ۰۰ - ٤

مدافعان سلامت

فراموشتان نخواهیم کرد

پیشگام
مجله سازمان نظام پزشکی مشهد
شماره ۸۲ - پاییز و زمستان ۱۴۰۰

شناسنامه

صاحب امتیاز: سازمان نظام پزشکی مشهد

مدیر مسئول: دکتر علی بیرجندی نژاد

سردبیر: دکتر مسعود زحمت کش

معاون سردبیر: دکتر مسعود شهابیان

دبیر تحریریه: ملیحه فضائلی راد

طراحی جلد: رویا دوربان

گرافیک و صفحه آرایی: سید ایمان سجادی

ویراستاری: انسیه فلاح

سازمان آگهی ها: مهندس مهرنوش فاضلی پور

Publisher:
Medical Council Organization of Mashhad
Manager-in-charge:
Dr. Ali Birjandi Nezhad
Editor in Chief:
Dr. Masoud Zahmatkesh
Editorial Assistant:
Dr. Masoud Shahabian
Publication's Editor:
Maliheh Fazaeili Rad
Cover Design:
Roya Dourban
Graphics and Page Layout:
Seyed Iman Sajadi
Editing:
Ensieh Fallah
Advertisement Department:
Engineer Mernoush Fazelipour

شورای سیاست گذاری به ترتیب حروف الفبا:
سهیلا افتخاری، دکتر محمدرضا افخمی، دکتر شاپور بدیعی اول، دکتر علی اکبر بهرامی فر، دکتر علی بیرجندی نژاد، حسن پرکار، دکتر محمدرضا جباری، دکتر بهرام جلیلی تقویان، دکتر محمدمهدی چرخنده، دکتر اصغر حاتمی، دکتر حسین حسینی زارچ، دکتر ابوالفضل خواجوی راد، دکتر محمدجواد دهقان نیری، دکتر مسعود زحمتکش، دکتر غلامرضا زمانی، دکتر مهدیار سعیدیان، دکتر مسعود شادنژاد، دکتر خسرو شمسیان، دکتر علی اکبر شمسیان، دکتر مسعود شهابیان، دکتر علیرضا شهریاری، دکتر علیرضا صداقت، دکتر رضا گلدوزیان، دکتر یاشا مخدومی، دکتر مصطفی مهرابی بهار، دکتر بیتا میرزائی، دکتر مهدی نیکوسیر

راه‌های ارتباطی:

وب سایت:
www.snpm.ir

تلگرام:
t.me/mashhad_Medical_Coucil

اینستاگرام:
http://instagram.com/snpm.ir

آدرس: مشهد بلوار سجاد، خیابان حامدجنوبی، حامدجنوبی ۹، سازمان نظام پزشکی مشهد

تلفن: ۰۵۱۳۶۰۲۵۰۷۰
ارتباطات رسانه و مجله سازمان: ۰۹۰۲۰۵۱۲۹۰۸

چاپ: چاپخانه البرز

فهرست

عنوان	صفحه
همایش پیاده‌روی روبان قرمز به منظور آگاهی‌رسانی عمومی درباره ایدز برگزار شد	۹
مشارکت اعضای جامعه پزشکی مشهد در اهدای خون	۱۱
نباید از درمان بیماریهای روحی و روانی در همه گیری کرونا غافل شویم	۱۳
نشست شورای هماهنگی نظام پزشکی‌های خراسان بزرگ	۱۵
موج پنجم و ششم به روایت رسانه	۱۹
کودکان و کرونا	۲۴
چالشی به نام حذف دفترچه؛ سردرگمی و نارضایتی مردم	۲۹
۵نمونه از ابزارهای پرطرفدار مراقبت سلامت پوشیدنی	۳۱
شاهراه دموکراسی	۳۴
۲ سال بدون جشن	۳۶
دندان‌پزشکی و موسیقی کنار هم	۴۰
زندگی سراسر بازی است	۴۴
نکوداشت استاد دکتر محمدرضا قوام‌نصیری	۴۶
قضاوت با شما	۵۶
سفری بر بام آفریقا	۶۰
تخلفی به نام ارزان فروشی	۶۶
پروانه طبابتی که نباید در اختیار غیر قرار گیرد	۶۷
بگذارید این کار برایمان ناب و اصیل باقی بماند	۶۸
اجرای ساختار و تعریف سیستم، اولویت نخست ما است	۷۰
ما همچنان ایستاده ایم	۷۲
توسعه پایدار و ارتقای بهره‌وری را دنبال می کنیم	۷۴
پسماندهای عفونی از گذشته تا کنون	۷۶
پرونده مهاجرت پزشکان، چرا جلای وطن	۸۰
دقایقی خاص و پربار	۸۶

بهاریه

اندکی صبر
سحر نزدیک است...

دکتر علیرضا صداقت
رئیس سازمان نظام پزشکی مشهد

فرارسیدن بهار اینک اگر چه نرم نرمک آغاز شده اســت اما حال جامعه پزشکی آن قدرها خوب نیست که قادر باشیم بگوییم خوش به حال روزگار...
اگرچه سلامتِ حالِ جامعه پزشــکی نیز تا حدود زیادی متأثر از محور کلی سلامت جسم و روان جاری در جامعه است که آن نیز تحت تاثیر شرایط خاص اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و در ۲ سال اخیر شرایط تحمیلی پاندمی قرار گرفته اســت؛ جامعه پزشکی اما در اتصال محکم با سایر اقشار جامعه، خسته و فرسوده ولی استوار و امیدوار باوجود تمام ناملایمات و مشقات ایستاده تا خدمت کند، سلامت‌زا باشد و به عنوان دستان اراده آن آفریننده ازلی و ابدی، روزگاری بهتر و حالی خوش برای خود و دیگر مردمان ایجاد کند.
گرچه نیل به کمال مطلوب زمان‌بر بوده و مسیری دشــوار دارد اما جامعه پزشکی نشان داده‌اند که زنان و مردان روزهای سخت بوده‌اند و از اینرو همه ما دست در دست هم ورای اختلاف نظرها وسلیقه‌ها در راه تحقق آرمان‌های صنفی که نتیجه آن سلامت جامعه است، همچنان در حال تلاش و فعالیت هستیم با این اشارت که

گرچه شب تاریک است دل قوی دار
اندکی صبر سحر نزدیک است...

از اینرو با آرزوی روزگارانی بهتر برای مردم دنیا از جمله هموطنان عزیزمان، فرارسیدن بهار طبیعت را تبریک عرض نموده و سالی همراه با حال خوب برای جامعه پزشکی از درگاه ذات اقدس الهی خواستارم.

مطلع

سیاست‌های نادرست در حوزه تعرفه و اقتصاد سلامت چالش جدی برای مردم و جامعه پزشکی

دکتر علی بیرجندی نژاد
عضو هیئت مدیره سازمان نظام پزشکی مشهد، مدیر مسئول

طبابت اصولا در کنار جایگاهی که در جامعه دارد با سختی و دشواری همراه است و نیازمند سرمایه‌گذاری‌های مادی و معنوی اولیه برای اشتغال به این پیشه است، از هزینه‌های تحصیلات پایه و تحصیلات تکمیلی گرفته تا هزینه عمر و هزینه‌های معنوی به‌عنوان پیش‌شرط ورود به این حوزه، بیدارخوابی‌های دبیرستانی و پیش از کنکور تا تحصیل و شب‌زنده‌داری‌های کشیک‌های شب و محرومیت‌های اجتماعی که به فرد و خانواده‌اش تحمیل می‌شود. ازسوی‌دیگر خدمات حوزه سلامت علاوه‌بر سرمایه‌گذاری مادی و معنوی اولیه نیازمند تداوم سرمایه‌گذاری است، برای آن که بتواند با علم و تکنولوژی روز دنیا پیش برود.

اما امروز شرایط به‌گونه‌ای است که حوزه سلامت با این تعرفه‌ها در تأمین هزینه‌های جاری خودش با چالش جدی مواجه است چه برسد به استهلاک سرمایه‌گذاری‌های قبلی و تأمین سرمایه مادی، معنوی آینده خود. با تداوم تصمیم‌های نادرست در حوزه سلامت و به‌ویژه تعرفه و اقتصاد سلامت قربانی خطاهای راهبردی آن خواهد شد. اگر امروز با وجود همه کاستی‌ها ما با صحنه‌های وحشتناک آخرالزمانی که شاهد ازبین‌رفتن و فروپاشی سلامت کشور خیلی زودتر از آنچه تصور کنیم، خواهیم بود و همه دستاوردهای افتخارآمیز حوزه در برخی کشورها روی داد روبه‌رو نشدیم، اگر با وجود واکسیناسیون دیرهنگام و هزاران مشکل و کمبود باز هم بیماران ما در همین چرخه معیوب توانستند از درمان‌های لازم بهره‌مند شوند. اگر مراکز درمانی ما در اوج قله‌های موج‌های متوالی باز هم سرویس‌دهی داشتند، باید اعتراف کنیم و بپذیریم که بخش زیادی از آن را مدیون غیرت و پایمردی جامعه پزشکی و کادر درمان بودیم و هستیم. بااین توصیف، اوضاع به این منوال ادامه پیدا نخواهد کرد، زنگ خطر به صدا درآمده است و باید اقدام عاجلی روی دهد وگرنه معلوم نیست در سال‌های آینده دسترسی به درمان و خدمات سلامت در کشور به چالش بزرگ اجتماعی یا حتی سیاسی تبدیل نشود.

موج مهاجرت نخبگان ازجمله جامعه پزشکی را شاهدیم؛ خروج سرمایه‌های علمی و پزشکی کشور از حوزه سلامت و اشتغال به فعالیت‌های دیگر؛ گسترش‌نیافتن متناسب مراکز درمانی حتی تعطیلی بسیاری از مراکز درمانی دشواری در تأمین هزینه‌های نوسازی و به‌روزرسانی تجهیزات پزشکی و حتی این روزها دشواری در تأمین هزینه‌های تعمیر و نگهداری تجهیزات پزشکی کاهش تدریجی کیفیت خدمات پزشکی به‌دلیل کاهش کیفیت آموزش و تعرفه نامناسب و... واقعیت این است که هر چه‌قدر سعی کنیم، انگشت اتهام را به‌سمت جامعه پزشکی بگیریم و مردم را در مقابلشان قرار دهیم، در نتیجه و راه‌حل تغییری ایجاد نخواهد شد. مسیری که هم‌اکنون نیاز به اصلاح جدی دارد، مسیر حرکت تعرفه‌های نظام سلامت است.

تعرفه‌های بیگانه با تورم و ناعادلانه، سرمایه‌گذاری در حوزه سلامت را ناممکن کرده است. ساده‌انگارانه است که درمان را منفرد ببینیم و بگوییم با یک نسخه و تجویز دارو، درمان انجام خواهد شد و ما با تربیت و آموزش تعداد زیادی پزشک، سلامت جامعه را تضمین خواهیم کرد. درمان یک بستهٔ بزرگ است. متاسفانه سیستم بهداشت‌ودرمان ما با برقراری رابطه مالی بین پزشک و بیمار، وضع تعرفه‌های ناعادلانه و نداشتن سیاست مناسب برای سرمایه‌گذاری در عرصه پیشگیری، شرایط بدی را هم برای جامعه پزشکی و هم برای مردم رقم زده است. این را بگذارید کنار هزینه‌های مطب‌داری، تأمین تجهیزات سرمایه‌ای و لوازم مصرفی که در این سال‌ها حتی تا چندصدبرابر رشد داشته است. به این ترتیب، در بسیاری موارد توان پرداخت هزینه ارائه خدمات درمانی برای پزشکان از بین می‌رود و درنتیجه شاهد تعطیلی درمانگاه‌ها و مطب‌ها و هدررفت هزینه صرف‌شده برای تربیت پزشک هستیم. پزشکان ما خیلی زود و کمتر از زمانی که تصورش را بکنید به‌علت وابستگی به تکنولوژی‌های قدیمی و تمکن مالی نداشتن برای به‌روزکردن و دسترسی به تکنولوژی‌های جدید به‌سرعت در توفیق درمان و درمانگری عقب مانده و لطمات و صدماتش در وهله نخست گریبان مردم را خواهد گرفت. اما در پایان، روی سخنم با همکارانمان در سازمان‌های بیمه‌گر و دانشگاه علوم پزشکی است که قطعاً بیش از ما به آنچه در پیش اشاره شد، اشراف دارند؛ چراکه خود دست‌اندرکار هزینه‌های نظام سلامت و مشکلات مالی در این حوزه است. سازمان‌های بیمه‌گر افزایش سرسام‌آور هزینه‌های خدمات پزشکی را می‌فهمند و دانشگاه های علوم پزشکی نیز سختی‌های اداره مراکز دولتی را به لحاظ هزینه و درآمد درک می کنند. همکاران عزیز دانشگاهی و بیمه حفظ کیفیت خدمات و نیز رعایت تعرفه بیش‌از آن که نیاز به نظارت داشته باشد نیاز به اصلاح دارد؛ چراکه پیشگیری مقدم بر درمان است مهم‌ترین ابزار پیشگیرانه برای رعایت حقوق مردم واقعی‌سازی تعرفه است. عزیزان شاغل در واحدهای نظارتی دانشگاه و سازمان‌های بیمه‌گر و دیگر عزیزانی که در واحدهای نظارتی بر تعرفه‌ها و نیز کیفیت خدمات نظارت می کنید، شما را به انصاف می‌خوانم. عزیزان همان‌قدر که شمشیرهایتان در اصلاح تعرفه می‌برد، همان‌قدر واقع‌بینانه وارد میدان شوید؛ مراکز درمانی و جامعه پزشکی شرایط سخت اقتصادی را تحمل می کنند، شرایطی که گذر از آن بیش از هر چیز نیاز به حمایت دارد...

سرمقاله

تلخ و شیرین‌هایی که پشت سر گذاشتیم

دکتر مسعود زحمت‌کش
عضو هیئت مدیره سازمان نظام پزشکی مشهد، سردبیر

سال ۱۴۰۰ سال پرفرازونشیبی برای بهداشت، سلامت و درمان در کشور ما بود. در این سال دو موج بیماری کرونا با سوش‌های دلتا و امیکرون رخ داد. واکسیناسیون کووید در ایران که در ابتدای سال بسیار اندک بود و فقط شامل کادر درمان می‌شد، در انتهای سال، جمعیت زیادی از شهروندان را تحت پوشش قرار داد.

در ماه‌های اولیه سال ۱۴۰۰ با وجود توصیه پزشکان به سخت‌گیری در رعایت شیوه‌نامه‌های قرنطینه، متاسفانه اقدامات کافی انجام ندادند و در ماه‌های بهار قرنطینه کامل در کشور انجام نشد که هم‌زمان با آغاز سوش دلتا در هندوستان بود. انجام نشدن واکسیناسیون کافی، رعایت نکردن شیوه‌نامه‌های قرنطینه و... موجب شد که در تیر و مرداد سال ۱۴۰۰، موج پنجم کرونا در ایران به راه بیفتد و افراد زیادی به این بیماری مبتلا شوند و متاسفانه بسیاری از هم‌میهنانمان را از دست بدهیم. در موج پنجم، فشار بسیار زیادی به مراکز درمانی، بیمارستان‌ها و درمانگاه‌ها وارد شد. در ماه‌های تیر و مرداد، کرونا موجب مرگ‌ومیر زیادی شد و در برخی شهرهای ایران، وضعیت بدی به‌وجود آورد؛ مثلا صف‌های طولانی پشت در درمانگاه‌ها و مراکز درمانی شکل گرفت و همچنین وزارت بهداشت، وضعیت اضطراری اعلام کرد. گاهی اوقات میزان سرم نرمال سالین یا بعضی داروها در برخی شهرها نایاب شد و... . هم‌زمان با افزایش واکسیناسیون، میزان بیماران درگیر کووید در ایران کاهش یافت تا اینکه در آذر ۱۴۰۰، سازمان بهداشت جهانی از ظهور سویه امیکرون و شیوع گسترده آن خبر داد. چیزی نگذشت که در ابتدای زمستان، امیکرون به سویه غالب در بیشتر کشورهای اروپایی و آمریکایی تبدیل شد و در میانه بهمن ۱۴۰۰ این موج به ایران هم رسید و میزان مبتلایان به کرونا در کشورمان افزایش چشمگیری یافت.

اما به‌علت واکسیناسیون گسترده، خوشبختانه تا لحظه نگارش این گزارش، موج ششم در ایران خفیف‌تر از موج‌های قبلی بوده است. تلخ‌ترین اتفاق در این سال، مرگ‌های خودخواسته دستیاران تخصصی پزشکی بود. آیا خبری تلخ‌تر از خودکشی یک فرد در بیمارستان و مرگ وی می‌توان شنید؟ آیا برایمان باور کردنی است که این فرد ممکن است یک پزشک باشد؟ متاسفانه مرگ زنجیره‌ای دانشجویان تخصصی پزشکی یا رزیدنت‌ها در سال ۱۴۰۰ خبرساز شد و به رسانه‌های عمومی راه یافت. در این سال بود که مردم عادی هم باخبر شدند افرادی در بیمارستان‌ها به درمان بیماران مشغول هستند که حقوق آن‌ها حتی از حقوق کارگری هم کمتر است. استرس‌های شغلی فراوان دارند و فشارهای روانی زیادی بر آن‌ها وارد و همین موجب می‌شود که آنان گاهی به خودکشی سوق پیدا کنند. خوشبختانه با رسانه‌ای شدن موضوع و پیگیری‌های صورت گرفته و درنهایت به دستور مقام معظم رهبری بنا شد حداقل دستمزد دستیاران پزشکی افزایش پیدا کند و این موضوع در ماه‌های پایانی سال محقق شد.

هشتمین انتخابات سازمان نظام‌پزشکی از رویدادهای مهم دیگری بود که در تیرماه ۱۴۰۰ برگزار شد. مشارکت در این رویداد مهم نسبت‌به سال‌های گذشته افزایش داشت و ۱۱ درصد بیشتر از دوره‌های قبل بود.

البته منتخبین این انتخابات با چالش‌های جدیدی در سازمان نظام‌پزشکی روبه‌رو هستند؛ مثلا یکی از مهم‌ترین آن‌ها مهاجرت کادر درمان است که در ماه‌های اخیر افزایش یافته است. علاوه‌بر آن، هجمه‌های فراوان علیه کادر درمان به روال گذشته پابرجاست و بی‌شک منتخبین هشتمین دوره انتخابات نظام‌پزشکی، لازم است علاوه‌بر جنگیدن بر سر ناچیز بودن تعرفه‌ها، برای موضوعات فوق هم تلاش کنند. روایت این اتفاقات تلخ و شیرین در این روزهای پایانی سال شاید خیلی به مذاقمان خوش نیاید؛ چراکه آرزوی ما در سال پیش‌رو شنیدن از شادی، خوشحالی و نیک‌بختی است. با این توصیف، نیم‌نگاهی به گذشته ما را برای آینده آماده‌تر خواهد کرد؛ آینده‌ای که بی‌شک با تلاش همه ما بهتر و روشن‌تر از گذشته خواهد بود. به امید توفیق و بهروزی برای همه دوستان و همکاران در سال پیش‌رو.

همکاری سازمان نظام‌پزشکی مشهد در موج پنجم برای تامین نیروی مراکز خدمات سرپایی ۱۶ساعته کرونا

مدیر روابط‌عمومی سازمان نظام‌پزشکی مشهد گفت: پزشکان بخش خصوصی علاوه‌بر ادامه خدمت در مطب‌ها و درمانگاه‌های خصوصی باتوجه‌به نیاز جدیدی که ایجاد شده است، به یاری بخش‌های دولتی شتافتند. مسعود زحمتکش اظهار کرد: پزشکان بخش خصوصی به‌طور موثر برای کمک در مراکز سلامت ۱۶ و ۲۴ساعته کرونا مشغول خدمت شدند. همچنین مراکز تجمیعی واکسیناسیون با سامان‌دهی و برنامه‌ریزی نظام‌پزشکی مشهد وارد میدان شده‌اند. وی افزود: پزشکان عمومی و متخصص فعال در بخش خصوصی در ۱۵۰شیفت کاری در مرکز درمانی هلال‌احمر، مراکز خدمات‌دهی سرپایی ۱۶ و ۲۴ساعته کرونا و همچنین مرکز تجمیعی واکسیناسیون مشهدمال، حاضر شدند و خدمت‌دهی کردند. وی افزود: در این دوره حدود ۴۰ پزشک عمومی و ۱۰ پزشک متخصص در این مسیر با ما همکاری کرده‌اند و امیدواریم با مشارکت و همکاری بیشتر پزشکان، بتوانیم در آینده نیز بخشی از نیاز این مراکز به خدمات‌دهی پزشکی را پوشش دهیم.

پزشکان بخش خصوصی به‌طور موثر برای کمک در مراکز سلامت ۱۶ و ۲۴ساعته کرونا مشغول خدمت شدند

وی افزود: شرایط حاد شیوع کرونا در مشهد باعث شده است تعداد مراکز خدمات درمانی مرتبط با کووید۱۹ افزایش یابد و ساعات فعالیت آن‌ها نیز بیشتر شود. این مسئله به تامین نیروی کادر درمان به‌ویژه در حوزه پزشکان متخصص و عمومی نیاز داشت که سازمان نظام‌پزشکی با اینکه بخش خصوصی با ظرفیت کامل مشغول خدمت‌رسانی بودند، برای کمک به بخش‌های دیگر و در راستای بسیج همکاران در این زمینه به‌طور موثر همکاری کرد. وی به خستگی پزشکان و پرستاران و ابتلای بسیاری از آن‌ها به کرونا اشاره کرد و گفت: شیفت‌های کاری فوق‌العاده سنگین بوده و بسیاری از همکاران ما چندین شیفت کاری را پشت‌سر هم و بدون استراحت کافی می‌گذرانند. به همین خاطر از تمام پزشکان و درمانگران گرامی که قادر به همکاری هستند، تقاضا می‌کنیم برای کمک به حل مسائل درمانی مردم شهر و عبور از موج سهمگین فعلی کرونا وارد میدان شوند و همکاری خود را با مراکز درمانی از طریق روابط‌عمومی سازمان نظام‌پزشکی پیگیری کنند.

دکتر علیرضا صداقت رئیس سازمان نظام‌پزشکی مشهد شد

اعضای هیئت‌مدیره سازمان نظام‌پزشکی مشهد، دکتر علیرضا صداقت را به‌عنوان رئیس سازمان نظام‌پزشکی مشهد انتخاب کردند. پس از استعفای دکتر مصطفی مهرابی‌بهار، اعضای هیئت‌مدیره این سازمان به اتفاق آرا دکتر علیرضا صداقت را به‌عنوان رئیس سازمان نظام‌پزشکی مشهد برگزیدند.

سه‌شنبه ۲آذر امسال، در جلسه رسمی اعضای هیئت‌مدیره سازمان نظام‌پزشکی مشهد، موضوع انتخاب رئیس هیئت‌مدیره در دستور کار قرار گرفت و پس از رای‌گیری، دکتر علیرضا صداقت با احتساب بیشترین آرا به‌عنوان رئیس جدید سازمان نظام‌پزشکی مشهد انتخاب شد.

دکتر علیرضا صداقت همچنین دبیر کمیته علمی ستاد کرونای استان خراسان‌رضوی، استادیار گروه بیهوشی و مراقبت‌های ویژه دانشگاه علوم‌پزشکی مشهد و رئیس آی‌سی‌یوی کرونای بیمارستان امام‌رضاست.

جلسه اعضای هیئت‌مدیره سازمان نظام پزشکی مشهد با رئیس شورای اسلامی شهر

جلسه مشترک اعضای هیئت‌مدیره سازمان نظام‌پزشکی مشهد با رئیس شورای اسلامی شهر برگزار شـــد. در این جلســـه موضوعات مختلفی مطرح شد و درباره اخطارهای تجاری که به تعدادی از داروخانه‌ها و آزمایشـــگاه‌های شهر داده شده است، بحث و تبادل‌نظر و مقرر شد با حضور کارشناسان مربوط و نظرخواهی قانونی از نمایندگان مجلس شورای اسلامی در این‌باره تصمیم گیری شود. همچنین در این جلسه، درباره دریافت عوارض کسب و پیشه از حرفه‌های پزشکی، ادله قانونی و احکام دیوان عدالت اداری را سازمان ارائه کرد و درنهایت مقرر شد در جلسه‌ای دیگر، کارشناسی بیشتر صورت گیرد و درپی آن بررسی و تصمیم گیری شود.

پزشک قلابی در محله پنجتن دستگیر و مطب وی پلمب شد

مدیر واحد نظارت سازمان نظام‌پزشکی مشـــهد از دستگیری پزشک قلابی و پلمب مطب وی پس از پیگیری‌های ســـازمان متبوع خـــود خبر داد. دکتر علی‌اصغر کارگرمقدم در توضیح بیشتر این خبر گفت: طبق گزارش‌های رسیده درباره فعالیت مشکوک یک پزشک در منطقه پنجتن پس از بررسی میدانی در روزهای گذشته، بازدید مشترکی با دانشگاه علوم‌پزشکی مشهد، پلیس اماکن و همکاران نظام‌پزشکی مشـــهد از مکان انجام دادیم و در این بازدید مشخص شد که متاسفانه فرد مذکور پزشکی قلابی است و با جعل مهر مدت‌ها به طبابت و تاسیس داروخانه در محل طبابت اقدام کرده است. وی افزود: پس از اطلاع پزشک قلابی از حضور تیم بازرسی، وی اقدام به فرار کرد که ازسوی ماموران نیروی انتظامی مهار شد و در این هنگام حتی به پرتاب گلدان به‌سوی یکی از کارشناسان حاضر در صحنه اقدام کرد که متاســـفانه وی از ناحیه پا مصدوم شـــد. دکتر کارگرمقدم افزود: درنهایت پزشک قلابی دستگیر و بازداشت و به مقام قضایی تحویل داده شد و در ادامه، نیروی انتظامی تمام اموال موجود در محل را تحویل سازمان املاک تملیکی داد و مراتب برای پیگیری به معاونت درمان دانشگاه علوم‌پزشکی مشهد ارجاع شد. وی همچنین درباره فعالیت‌های کارگروه مشترک مقابله با مداخله‌گران با حضور مقام قضایی در مشهد گفت: با شکل‌گیری این کارگروه در آذر امسال، از این پس با مداخله‌گران در امر درمان در تمامی حوزه‌های پزشکی و درمانی با سرعت و شدت بیشتری برخورد خواهد شد. وی در ادامه به مداخله‌گران در امر درمان هشدار داد و گفت: با همکاری مقام قضایی ضمن درنظر گرفتن جریمه‌های سنگین برای مداخله‌گران، تمامی اموال محل فعالیت این افراد نیز ضبط و تحویل مقامات قانونی داده خواهد شد. وی از مردم تقاضا کرد قبل از مراجعه به مراکز درمانی از مجاز بودن مرکز درمانی و صلاحیت حرفه‌ای خدمات‌دهندگان درمانی اطمینان یابند و با مراجعه به مراکز مداخله‌گر و غیرمجاز سلامت، خود را در معرض تهدید قرار ندهند.

نماینده ولی فقیه در خراسان رضوی در دیدار با اعضای هیئت مدیره سازمان نظام پزشکی مشهد:

دریافت دز سوم واکسن طبق توصیه متخصصان، ضروری است

اعضای هیئت‌مدیره سازمان نظام‌پزشکی مشهد با امام‌جمعه مشهد دیدار و گفت‌وگو کردند. در این دیدار آیت‌ا... علم‌الهدی در پاسخ به موضوع اهمیت تزریق دز سوم واکسن کرونا گفت: دز سوم واکسن را دریافت کردم و در این زمینه، قطعا نظر متخصصان باید اجرا شود. وی با اشاره به اهمیت اطلاع‌رسانی دقیق و علمی به عموم مردم در مقابله با کرونا به‌ویژه سویه جدید این ویروس، گفت: مردم باید بدانند که اگر مدارس و مهدکودک‌ها بسته می‌شود، به چه خاطر است. نماینده ولی‌فقیه در خراسان‌رضوی با بیان اینکه ستاد کرونا در موضوع رسانه عملکرد ضعیفی دارد، ادامه داد: مادرانی که شاغل هستند، بچه‌هایشان را در مهدکودک می‌گذارند و تعطیل شدن مهدکودک‌ها باعث به‌هم خوردن برنامه آن‌ها می‌شود.

وی اضافه کرد: آقای دکتر گفتند کودکان ۳ تا ۱۲ سال منبع ویروس هستند، توجیه آنکه این بچه مخزن این ویروس قرار می‌گیرد بدون اینکه مبتلا شود، باید رسانه‌ای شود تا مردم آگاه شوند؛ ستاد کرونا و کمیته علمی باید فعالیت رسانه‌ای خودشان را توسعه دهند و بیان کنند که این کودکان می‌توانند ناقل باشند و همه خانواده را مبتلا کنند. خود مردم توجه می‌کنند و ترتیب اثر می‌دهند، اما الان همه اعتراض دارند که چرا مهدکودک‌ها را تعطیل می‌کنند. آیت‌ا... علم‌الهدی با بیان اینکه مردم توجیه پزشکی را قبول می‌کنند، خاطرنشان کرد: خوشبختانه در مشهد و خراسان سیر مقاومت در برابر واکسن را که در سایر شهرها شاهد بودیم، نداشتیم. بیشتر به این خاطر بود که گفتیم شما مخالفان واکسن، برای جایگزین واکسیناسیون طرح بدهید. واکسن نزنیم که مردم دسته‌دسته کشته شوند؟ و جوابی نداشتند.

بستن مدارس زیر ۱۲سال و مهدکودک‌ها در اولویت قرار گیرد

دکتر علیرضا صداقت، رئیس سازمان نظام‌پزشکی مشهد، نیز در دیدار با آیت‌ا... علم‌الهدی گفت: هم‌اکنون تحقیقات نشان می‌دهد که هم در موج پنجم و هم در موج احتمالی ششم، مخزن و ذخیره انتشار کرونا در میان جامعه، کودکان خواهند بود.

دبیر کمیته علمی ستاد کرونای استان افزود: طبق گزارش‌هایی که به‌تازگی منتشر شده، بیشترین میزان آلودگی به سویه امیکرون در میان کودکان ۵ تا ۹ساله روی داده است و بنابراین این نگرانی وجود دارد که کودکان به‌ویژه در گروه سنی زیر ۱۲سال که واکسن دریافت نکرده‌اند، منبع آلودگی برای بزرگسالان و گردش امیکرون در داخل کشور باشند. وی با اشاره به اهمیت پیشگیری از گسترش ویروس گفت: باتوجه‌به این مسئله، بستن مدارس برای کودکان زیر ۱۲سال و مهدکودک‌ها باید در اولویت قرار گیرد.

دکتر صداقت همچنین خاطرنشان کرد: به‌طور استاندارد، در شرایط همه‌گیری کرونا، هوا باید شش‌بار در هر ساعت تعویض شود، بنابراین بازگشایی مدارس در سنین بالای ۱۲سال که واکسینه شده‌اند، نیز باید با الزام به رعایت گردش هوا، رعایت فاصله اجتماعی، ممانعت از حضور دانش‌آموزان علامت‌دار یا واکسینه‌نشده و... انجام شود.

گفتنی است در این دیدار، اعضای سازمان نظام‌پزشکی مشهد، به نمایندگی از پزشکان شهر درباره شهدای سلامت، فداکاری‌های کادر درمان، اجرای طرح نسخه‌های الکترونیک و... نکاتی را مطرح کردند.

همایش پیاده‌روی روبان قرمز به‌منظور آگاهی‌رسانی عمومی درباره ایدز برگزار شد

رئیس سازمان نظام‌پزشکی مشهد در مراسم پایانی همایش پیاده‌روی «روبان قرمز» که به‌مناسبت هفته جهانی ایدز در بوستان کوهسنگی مشهد برگزار شده بود، گفت: ما همه برای آگاهی‌رسانی به جامعه درباره ایدز و پیشگیری و کنترل این بیماری مسئولیت داریم.

دکتر علیرضا صداقت همچنین بیان کرد: اگرچه در دو سال گذشته درگیر همه‌گیری کرونا بودیم، این بیماری تنها دغدغه ما نبود. کووید ۱۹ درس‌های زیادی در حوزه اجتماعی به ما داد. همراهی و همکاری مردم در کنترل بیماری نقش بزرگی داشت و همچنان دارد. هرجا رعایت شیوه‌نامه‌ها و همکاری مردمی افزایش یافت، بیماری سرکشی نکرد و برعکس هرجا که مردم همکاری نکردند، شاهد افزایش شیوع بیماری بودیم. وی با اشاره به اینکه خدمتگزاران مردم در حوزه بهداشت‌ودرمان نیز در تمام این روزهای کرونایی از خدمت به مردم و بیماران دریغ نکردند، افزود: طی این مدت نگرانی ما همواره بیماری کووید نبود؛ زیرا بیماری‌های قدیمی و مزمن دیگری نیز وجود دارند که یکی از آن‌ها اچ‌آی‌وی است.

رئیس سازمان نظام‌پزشکی مشهد با اشاره به برگزاری این همایش اظهار کرد: وجود این همایش اول از همه نشان‌دهنده وحدت ما با بیماران است. پیام دوم آن نیز این است که ما برای سلامتی عمومی‌مان اهمیت بسیاری قائل هستیم.

صداقت درباره غربالگری عمومی اچ‌آی‌وی تصریح کرد: ایدز یک بیماری اجتماعی است که همه در برابر آن مسئولیت داریم. سازمان بهداشت جهانی نیز گاهی به‌صورت نمادین توصیه به غربالگری عمومی می‌کند. وی ادامه داد: در اوج درگیری جهانی بیماری کرونا، برای نشان دادن همبستگی در کنترل و مراقبت اچ‌آی‌وی اینجا گردهم آمدیم که بگوییم بیماری‌های دیگر نباید فراموش شوند. در ادامه این برنامه، سیدحسین علوی‌مقدم، رئیس کمیسیون ورزش‌وجوانان شورای شهر مشهد، گفت: مهم‌ترین پیام این همایش در هفته مبارزه با ایدز، پیوند میان ورزش و سلامتی جامعه است. علوی‌مقدم افزود: تلاش ما در شورای ششم شهر مشهد به‌عنوان شورایی جوان و انقلابی، گسترش ورزش به‌صورت همگانی است؛ زیرا اعتقاد داریم زمینه ایجاد شهری بانشاط و ورزش‌محور را داریم. وی درباره موضوع این همایش خاطرنشان کرد: ایدز نوعی بیماری است و حرف زدن درباره آن خط قرمز ندارد؛ زیرا شناختن بیشتر این بیماری در جامعه یک نیاز است و ایدز مسئله‌ای اجتماعی است. رئیس کمیسیون ورزش‌وجوانان شورای شهر مشهد بیان کرد: امیدواریم با شناساندن این بیماری خاموش به جامعه، آگاهی عمومی را افزایش دهیم؛ زیرا پیشگیری همواره بهتر از درمان است.

علوی‌مقدم گفت: با تمام توان و دغدغه‌های خوبی که دوستان من در شورای شهر دارند، ان‌شاءا... پیگیر مسائل شهر هستیم و از تمام دستگاه‌های متولی خواهش می‌کنیم همکاری لازم را بکنند تا درکنار همدیگر بتوانیم شهر امام‌رضا(ع) را به روزهای خوب خود برگردانیم.

در ادامه سیدجواد حسینی، معاون بهداشت دانشگاه علوم‌پزشکی مشهد، ضمن تبریک روز پرستار تاکید کرد: در بحث ایدز، نیاز به مشارکت همگانی داریم. با همت همشهریان و دانشگاه علوم‌پزشکی، خراسان‌رضوی از پاک‌ترین استان‌ها در این زمینه است. وی گفت: متوسط ابتلا در کشور ۳۷نفر در هر ۱۰۰هزار نفر است و این عدد در خراسان‌رضوی ۱۲نفر در هر ۱۰۰هزار نفر است که حکایت از توفیق در کنترل ابتلا به اچ‌آی‌وی دارد. معاون بهداشت دانشگاه علوم‌پزشکی مشهد گفت: امروز با پیشرفت علم اگر این روند ادامه‌دار باشد، دیگر بیماری ایدز وجود نخواهد داشت. همچنین با درمان‌هایی که امروز انجام می‌شود، امیدواریم دیگر بیماری در این حوزه نداشته باشیم. حسینی افزود: طی دو هفته اخیر ۲۰هزار آزمایش رایگان اچ‌آی‌وی از همشهریان مشهدی گرفته شده و تعداد ابتلا به این عفونت در این نمونه‌ها بسیار کم بوده است. وی در پایان افزود: از هموطنان عزیز خواهش می‌کنیم با رعایت شیوه‌نامه‌ها بیماری کرونا را کنترل و برای واکسینه شدن اقدام کنند. همچنین افراد بالای ۴۰سال که حدود سه ماه از آخرین تزریق واکسن آن‌ها گذشته است، می‌توانند به تزریق دز سوم واکسن اقدام کنند.

همایش پیاده‌روی روبان قرمز به‌مناسبت هفته جهانی ایدز و به‌منظور آگاهی‌رسانی به جامعه درباره اچ‌آی‌وی و ابتلا به بیماری ایدز با مشارکت سازمان نظام‌پزشکی مشهد، دانشگاه علوم‌پزشکی مشهد، معاونت فرهنگی منطقه ۸ شهرداری، فرهنگسرای نصرت و انجمن علمی‌پزشکی دانشگاه علوم‌پزشکی مشهد، ۱۸آذر در بوستان کوهسنگی مشهد برگزار شد. در حاشیه این همایش، تست رایگان اچ‌آی‌وی نیز از افراد گرفته شد.

کارگاه آموزشی «مبانی سواد رسانه» برگزار شد

کارگاه آموزشی «مبانی سواد رسانه» با همکاری مدیریت روابط‌عمومی و معاونت آموزشی سازمان نظام‌پزشکی مشهد اسفند ۱۴۰۰ در سالن استاد صراف با حضور نمایندگان معرفی‌شده از سوی انجمن‌های علمی تخصصی سازمان نظام‌پزشکی مشهد برگزار شد.

هدف از برگزاری این کارگاه آموزشی، توانمندسازی پلکانی اعضای جامعه پزشکی در مواجهه با اصحاب رسانه و همچنین ارتقای سطح مهارت‌های آنان برای حضور در بستر شبکه‌های اجتماعی بود. در این برنامه سه تن از استادان مطرح در سطح مشهد(وحدت عماد، مجتبی محمودی و سیدناصر نعمتی) برای تدریس دعوت شدند. فنون مصاحبه، جریان‌شناسی رسانه، رسانه‌های دیجیتال و بایدهاونبایدهای حضور و فعالیت در فضای مجازی، از مهم‌ترین موضوعات مطرح‌شده در این کارگاه آموزشی بود. گفتنی است؛ طبق نظرسنجی انجام‌شده، حدود ۹۷درصد از شرکت‌کنندگان، برنامه را مفید و موثر خواندند.

همکاری و هم‌افزایی انجمن‌های علمی تخصصی در برقراری ارتباط سازنده با مردم، مسئولان و رسانه‌ها ضروری است

رئیس سازمان نظام‌پزشکی مشهد در مراسم آغازین برگزاری کارگاه آموزشی «مبانی سواد رسانه» گفت: هم‌افزایی انجمن‌های علمی تخصصی و همکاری و همراهی آنان در برقراری ارتباط سازنده با مردم، مسئولان و رسانه‌ها ضروری است. دکتر علیرضا صداقت به نقش و جایگاه مخاطب‌شناسی و اهمیت شناخت شرایط در برقراری گفت‌وگوی موثر با مخاطبان از سوی جامعه پزشکی اشاره کرد و گفت: اینکه درک کنیم مخاطب ما در چه شرایط اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی قرار دارد تا باتوجه‌به این عوامل با او وارد ارتباط بشویم، بسیار مهم و اساسی است. وی برقراری ارتباط موثر و سازنده با مردم را حساس و ظریف خواند و افزود: جامعه پزشکی باید بداند کی و در چه موقعیتی وارد گفت‌وگو و صحبت شود. صحبت از حقوق پزشکان و واقعی کردن تعرفه‌ها به‌خصوص آن قسمتی که مربوط به مردم است، تکنیک خاص خود را می‌طلبد. دکتر صداقت با اشاره به اهمیت برقراری ارتباط سازنده با رسانه‌ها گفت: این رابطه باید دوسویه باشد. ما باید به درک مشترکی برسیم. امروز کارگاه آموزشی «سواد رسانه» را ویژه جامعه پزشکی برگزار کرده‌ایم و در برنامه دیگری، باید کارگاه «سواد سلامت» را ویژه اصحاب رسانه برگزار کنیم تا بتوانیم به زبان مشترکی برسیم. در ادامه این برنامه دکتر مسعود زحمتکش، مدیر روابط‌عمومی سازمان نظام‌پزشکی مشهد، نیز با اشاره به اینکه روابط‌عمومی سازمان در یک سال‌ونیم اخیر سعی کرده است تعامل سازنده‌تری با رسانه‌ها داشته باشد و سطح ارتباطاتش را با آن‌ها ارتقا دهد، گفت: این کارگاه آموزشی نخستین جلسه آموزشی از سلسله‌جلساتی است که ما پیش‌بینی کرده‌ایم و امیدوارم کاستی‌ها و موانع آن رفع شود و در ادامه بتوانیم برنامه‌های موثرتر و سازنده‌تری برگزار کنیم. وی به نقش موثر انجمن‌ها در این زمینه اشاره کرد و گفت: روابط‌عمومی سازمان نظام‌پزشکی مشهد تشکیلات گسترده‌ای ندارد و ما برای انعکاس واقعی مسائل و مشکلات جامعه پزشکی به مردم، به همکاری انجمن‌ها و هم‌افزایی گروه‌های مختلف جامعه پزشکی نیاز داریم. گفتنی است؛ نخستین کارگاه آموزشی «مبانی سواد رسانه» با حضور نمایندگان انجمن‌های علمی تخصصی، پنجشنبه ۵اسفند ۱۴۰۰ با همکاری روابط‌عمومی و معاونت آموزشی سازمان نظام‌پزشکی مشهد برگزار شد.

مشارکت اعضای جامعه پزشکی مشهد در اهدای خون

در پی کاهش ذخایر خونی استان با مشارکت سازمان نظام‌پزشکی مشهد ۳۰ نفر از اعضای جامعه پزشکی مشهد، خون اهدا کردند. این رویداد با مشارکت سازمان انتقال خون استان خراسان‌رضوی و استقرار تیم تخصصی در سازمان نظام‌پزشکی مشهد انجام شد.

رئیس سازمان نظام‌پزشکی مشهد با اشاره به فداکاری‌های مدافعان سلامت در همه‌گیری کرونا در بازدید از برنامه اهدای خون، گفت: جامعه پزشکی بارها ثابت کرده است که در راه حفظ و حمایت از سلامت مردم از هیچ کوششی دریغ نخواهد کرد. دکتر علیرضا صداقت بیان کرد: مصداق عینی این موضوع در همه‌گیری کرونا و با نثار جان در راه حفظ سلامت مردم عینیت یافت. هم‌اکنون نیز در این برنامه همکاران ما نشان دادند که از اهدای خون هم دریغ نمی‌کنند و باتوجه‌به استقبالی که شده است، برنامه‌ریزی خواهیم کرد که این برنامه به‌صورت ماهانه یا فصلی ادامه پیدا کند.

تبلیغات پزشکی در اینستاگرام آزاد است

استفاده تبلیغاتی از عکس، قبل و بعد عمل با رعایت دستورالعمل‌ها قانونی است

رئیس کمیسیون تبلیغات سازمان نظام‌پزشکی مشهد، با اشاره به آزاد بودن تبلیغات امور پزشکی در اینستاگرام گفت: تمام شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته می‌توانند با مراجعه به سازمان نظام‌پزشکی و دریافت مجوزهای قانونی، برای تبلیغ در اینستاگرام اقدام کنند. دکتر مسعود زحمتکش بیان کرد: به‌تازگی اخباری منتشر شده است مبنی بر اینکه استفاده از عکس قبل و بعد از عمل و انتشار آن در فضای اینستاگرام غیرقانونی است، درحالی که این‌طور نیست.

پزشکان با رعایت ضوابط و دستورالعمل‌های ابلاغی می‌توانند از عکس قبل و بعد انجام عمل‌های مختلف در تبلیغات خود مشروط به رعایت دستورالعمل و عدم درج تصاویر بدن برهنه بیماران در فضای مجازی بهره بگیرند. وی با اشاره به اینکه هم‌اکنون دغدغه اصلی نظارتی ما جلوگیری از تبلیغات غیرمجاز امور پزشکی به‌ویژه از سوی مداخله‌گران در امر درمان است، گفت: برخی از این تبلیغات به‌خصوص از سوی مداخله‌گران، نکاتی را القا می‌کند که خلاف واقع است و موجب بروز مشکلات زیادی شده که حتی رسالت حرفه‌ای جامعه پزشکی را نیز تحت‌الشعاع قرار داده است.

وی تاکید کرد: مرجع صدور مجوز تبلیغات، سازمان نظام‌پزشکی شهر محل فعالیت است که پس از انجام کارشناسی و دریافت تعرفه مصوب، اقدام به صدور مجوز تبلیغات می‌کند.

دکتر زحمتکش افزود: فضای مجازی از دستورالعمل تبلیغات سازمان نظام‌پزشکی پیروی می‌کند؛ به این معنی که اگر فردی بخواهد در این فضا برای تبلیغات کالا و خدمات سلامت اقدام کند، موظف به اخذ مجوز از سازمان نظام‌پزشکی است. وی ادامه داد: این مجوز با درنظر گرفتن جامعه هدف، محتوای تبلیغات

و راستی‌آزمایی محتوا صادر می‌شود و این درحالی است که بسیاری از افراد بدون گرفتن مجوز در فضای مجازی به تبلیغات امور پزشکی اقدام می‌کنند که یکی از معضلات جدی نظام سلامت است.

وی همچنین درباره تبلیغاتی که هویت صاحب صفحه در اینستاگرام مشخص نباشد، گفت: تخلفات تبلیغاتی این صفحات به پلیس فتا و مراجع قضایی اعلام می‌شود. دکتر زحمتکش در پاسخ به این سؤال که آیا گرفتن مجوز از سازمان غذاودارو برای تبلیغ کفایت می‌کند، گفت: همکاران ما در سازمان غذاودارو مجوز ساخت، تولید، واردات یا توزیع یک محصول را صادر می‌کنند، ولی در هنگام تبلیغات یک محصول و اشاره به خواص و فواید آن، باید سازمان نظام‌پزشکی آن را بررسی کند. از طرفی نماینده تام‌الاختیار این معاونت در کمیته تبلیغات نظام پزشکی عضو است.

تعلیق فعالیت یک آزمایشگاه در مشهد به‌دلیل نماهنگ تبلیغاتی خارج از عرف

درپی انتشار نماهنگ تبلیغاتی خارج از عرف مرتبط با یکی از آزمایشگاه‌های مشهد، فعالیت این آزمایشگاه تا بررسی موضوع به تعلیق درآمد. این نماهنگ تبلیغاتی شئون جامعه پزشکی را رعایت نکرده بود و بدون گرفتن مجوزهای لازم از سازمان نظام‌پزشکی مشهد، تولید و منتشر شده بود. گفتنی است؛ همه همکاران عضو سازمان باید به‌منظور پیشگیری از بروز مشکلات، قبل از هرگونه تبلیغات و انتشار نماهنگ‌های تبلیغاتی، با واحد نظارت بر تبلیغات سازمان نظام‌پزشکی مشهد به شماره ۳۶۰۲۰۳۸۳-۰۵۱ تماس بگیرند و از ضوابط و مقررات تبلیغاتی اطلاع یابند و درصورت نیاز برای دریافت مجوز تبلیغات اقدام کنند.

پویش انگ‌زدایی از بیماران اعصاب‌وروان در مشهد برگزار شد

پویش «خجالت نداره» با هدف انگ‌زدایی از بیماران اعصاب‌وروان و تشویق مردم به مراجعه به روان‌شناسان و روان‌پزشکان برای درمان بیماری‌های روحی و روانی خود را انجمن علمی پزشکی دانشگاه علوم‌پزشکی مشهد با حمایت سازمان نظام‌پزشکی مشهد، دانشگاه علوم‌پزشکی و شهرداری مشهد به مدت یک ماه در مناطق مختلف شهر برگزار کردند.

نباید از درمان بیماری‌های روحی و روانی در همه‌گیری کرونا غافل شویم

رئیس سازمان نظام‌پزشکی مشهد در حاشیه بازدید از پویش «خجالت نداره» گفت: بیماری‌های روحی به اندازه بیماری‌های جسمی حائز اهمیت هستند و در همه‌گیری کرونا اهمیت بیشتری نیز پیدا کرده‌اند. نباید از درمان آن‌ها غافل شویم. دکتر علیرضا صداقت، اظهار کرد: همه ما برای پیدا کردن بیماری‌های جسمی خیلی حساس هستیم و به‌خاطر آن اقدامات مختلف همچون آزمایش‌های تکراری و... انجام می‌دهیم، اما معمولا از بیماری‌های روحی‌روانی که وابسته به بعد جسمی هستند، غافل هستیم. وی ادامه داد: بیماری‌های روحی‌روانی اغلب می‌توانند مسائل جسمی ما را تحت‌تاثیر قرار دهند و بیماری

یکی از اعضای شورای شهر کرده‌ایم، امیدواریم بتوانیم این کار را در فرهنگسراها انجام دهیم و فرهنگسراها را مجهز کنیم که کلینیک‌ها و درمانگاه‌های مشاوره نیز در آن‌ها برقرار شود؛ زیرا باتوجه‌به شرایط اقتصادی و فاجعه کرونا، مسائل روانی گاهی حتی بیشتر از مشکلات جسمی نمود پیدا کرده است و ان‌شاءا... با پیدا کردن افرادی که در معرض خطر هستند، بتوانیم آسیب ناشی از مسائل روحی را کاهش دهیم. وی تصریح کرد: مسائل روحی‌روانی هنگامی که درمان نمی‌شوند یا از طرف فرد انکار می‌شوند، به مسائل جسمی بدی تبدیل می‌شوند که گاهی تشخیص افتراقی را

نگران‌کننده‌ای مبتلا کرده است، قبل از اینکه در انتها برای خانواده‌ها نیاز به حمایت روحی‌روانی باشد، باید در سطح جامعه رسانه‌ها در این زمینه کمک کنند؛ زیرا آن‌ها نقش بسیار مهمی در تعادل روحی‌روانی اجتماع دارند. گاهی یک خبر غیرمنطقی باعث موج نگرانی در جامعه می‌شود. دکتر صداقت افزود: اگر درباره امیکرون و موج ششم به‌خوبی اطلاع‌رسانی نکنیم، نگرانی‌های غیرهدفمند ایجاد می‌شود و این نگرانی‌ها به‌جای اینکه موجب اتخاذ روش‌های پیشگیرانه شود، در بین مردم انکار ایجاد می‌کند. وی با اشاره به اینکه در قرارگاه مبارزه با کرونای استان، کمیته حمایت روحی‌روانی از کارکنان و بیماران داریم، اظهار کرد: تحمل شرایط روحی حاکم در همه‌گیری کرونا به‌ویژه در هنگام موج‌ها برای کادر درمان ما بسیار سخت است. با اینکه تصور می‌شود برای کادر درمان فوت بیماران عادی است، اصلا این‌طور نیست. ما با بیمارانمان زندگی می‌کنیم. بهبود آن‌ها لحظه شادی ماست و از دست دادن بیمار بدترین لحظات ما را رقم می‌زند، به‌طوری که گاه تا مدت‌ها درگیر آن می‌شویم. البته شرایط سخت همه‌گیری شاید اجازه نداد سرویس مشاوره و

ایجاد کنند. اصلا اصطلاح بیماری‌های روان‌تنی یعنی همین که مسائل روحی ما منشأ بیماری جسمی شوند. رئیس سازمان نظام‌پزشکی مشهد بیان کرد: دوستان ما در پویش «خجالت نداره» در مرحله اول که آشنایی با پویش است، به‌خوبی مردم را راهنمایی می‌کنند. در مرحله دوم غربالگری اولیه است و افرادی که مشکوک به مشکلات روحی‌روانی هستند، مشخص می‌شوند و این افراد به همکاران مربوط چه آن‌ها که در اینجا حضور دارند و چه متخصصانی که در سطح شهر هستند، ارجاع داده می‌شوند. صداقت با بیان اینکه این پویش حرکت بسیار خوبی است که امیدواریم به‌صورت مدون ادامه داشته باشد، افزود: طی صحبت‌هایی که با

سخت می‌کند؛ یعنی فرد برای آن مشکل جسمی به متخصصان متعدد مراجعه می‌کند و درمان‌های مختلفی انجام می‌دهد، اما درنهایت تشخیص داده نمی‌شود که عامل آن بیماری جسمی، بیماری‌های روانی بوده که انکار می‌شده است. رئیس آی‌سی‌یوی کرونای بیمارستان امام‌رضای مشهد درباره نقش امید و روحیه خوب در درمان کرونا بیان کرد: در مواقعی که بیمار و خانواده‌اش از کرونا می‌ترسند، اوضاع بدتر می‌شود. آن‌قدر این مسئله مهم است که همکاران ما متوجه شدند هرچه بیمار امیدواری بیشتری داشته باشد یا کمتر ترسیده باشد، می‌تواند به شرایط غلبه کند اما از آنجایی که کرونا یک بیماری فراگیر است و کشورهای دنیا و به‌خصوص ما را به‌طور

روان‌درمانی که مدنظر ماست، به‌طور فردبه‌فرد اقدام کند، اما آن‌ها توانستند با تهیه محتواهای آموزشی در فضاهای مختلف، اطلاع‌رسانی درباره کرونا را انجام دهند. در حوزه حمایت روحی‌روانی از کارکنان نیز برنامه‌هایی انجام شد و اولین گروهی که حمایت شدند، کارکنان بخش مراقبت‌های ویژه بودند. این آموزش‌ها تاثیر خوبی هم گذاشت، اما با شروع موج پنجم که تمام همت دانشگاه به‌سمت درمان و کنترل این موج رفت، این برنامه کمرنگ شد. در جلسات اخیر بر راه‌اندازی مجدد این فعالیت‌ها تاکید شد و امیدواریم با برنامه مدونی که تدوین شده است، تمام گروه‌های کادر درمان تحت پوشش برنامه مشاوره روان‌درمانی قرار بگیرند.

ایجاد بستر ارائه مشاوره‌های روان‌شناسی در شهر ضروری است

نایب‌رئیس کمیسیون خدمات شهری بهداشت سلامت و محیط‌زیست شورای اسلامی شهر مشهد، ایجاد بستر خدمات‌دهی مشاوره روان‌شناسی در مشهد مقدس را ضروری خواند. فاطمه سلیمی در حاشیه بازدید از پویش انگ‌زدایی از بیماران اعصاب‌وروان که با مشارکت سازمان نظام‌پزشکی، دانشگاه علوم‌پزشکی و شهرداری مشهد برگزار شد، گفت: در دوران کرونا به‌خاطر قرنطینه‌های مکرر، پرهیز از برگزاری برنامه‌های گروهی و جمعی، کاهش سطح مراودات و تعاملات افراد، فوت اعضای خانواده و سوگ‌های ناتمامی که به‌خصوص در ماه‌های آغاز همه‌گیری با آن روبه‌رو بودیم، نیاز به خدمات‌دهی مشاوره روان‌شناسی بیش از پیش احساس می‌شود. وی با اشاره به مطالبه مردمی از فرهنگ‌سراها برای خدمات‌دهی مشاوره گفت: در مباحثی چون تربیت فرزند، مشاوره خانواده، مشاوره ازدواج و... تقاضاهای مکرری برای خدمات‌دهی ازسوی مردم داریم که امیدواریم با توسعه تعاملات با دانشگاه علوم‌پزشکی و سازمان نظام‌پزشکی مشهد بتوانیم به‌صورت سازمان‌دهی‌شده این خدمات را در فرهنگ‌سراها ارائه دهیم. وی افزود: ما در مدیریت شهری از برگزاری برنامه‌های این‌چنینی استقبال و حمایت می‌کنیم. در مذاکراتی که با رئیس کمیسیون فرهنگی داشتیم، خدمات‌دهی مشاوره به همشهریان را مدنظر داشتیم و ان‌شاءا... با حمایت‌های معاونت فرهنگی در آینده‌ای نزدیک به‌صورت آزمایشی، خدمات‌دهی مشاوره در یکی از فرهنگ‌سراهای مشهد راه‌اندازی شود تا با رفع نقایص و تقویت نقاط قوت آن، در سایر فرهنگ‌سراها نیز اجرایی شود. وی افزایش دسترسی مردم به مراکز خدمات‌دهی روان‌شناسی در مشهد را وظیفه مدیریت‌شهری خواند و افزود: هرقدر میزان دسترسی مردم به خدمات افزایش یابد، ما در حل مسائل بعدی در شهر موفق‌تر خواهیم بود؛ به‌عبارتی علاج واقعه را قبل از وقوع باید کرد. قبل از بروز طلاق، اعتیاد، مشکلات روانی و افسردگی که همگی زمینه‌ساز مشکلات اجتماعی در بستر شهر و کشور هستند، باید به رفع آن‌ها توجه و برای حلشان، برنامه‌ریزی هدفمند و هوشمند کنیم.

بازدید رئیس سازمان و مدیر روابط‌عمومی سازمان نظام‌پزشکی مشهد از مجموعه رسانه‌ای خبرفوری

رئیس سازمان نظام‌پزشکی مشهد و مدیر روابط‌عمومی این سازمان از مجموعه رسانه‌ای خبرفوری و اخبار مشهد بازدید کردند. در این بازدید بر نقش مهم رسانه در ارتقای سواد عموم مردم و ارائه اطلاعات علمی و دقیق، تاکید و به لزوم همکاری بیشتر سازمان و این مجموعه رسانه‌ای توجه شد.

نشست شورای هماهنگی نظام‌پزشکی‌های خراسان بزرگ

علی رغم جانفشانی های کادر درمان با هجمه های ناعادلانه روبروهستیم

نشست شورای هماهنگی نظام‌پزشکی‌های خراسان بزرگ با حضور رئیس سازمان نظام‌پزشکی کشور، رئیس دانشگاه علوم‌پزشکی مشهد، نایب‌رئیس کمیسیون بهداشت‌ودرمان مجلس و اعضای نظام‌پزشکی‌های خراسان بزرگ به میزبانی سازمان نظام‌پزشکی مشهد برگزار شد. در این نشست، رئیس سازمان نظام‌پزشکی مشهد با اشاره به رشادت‌های فراوان کادر بهداشت‌ودرمان و ازخودگذشتگی‌های بسیاری که در همه‌گیری کرونا شاهد آن بودیم، بیان کرد: همه‌گیری کرونا همچنان ادامه دارد و متاسفانه باید بگویم با اینکه ما هنوز شاهد ازخودگذشتگی‌ها و جان‌فشانی‌های جامعه پزشکی و کادر بهداشت‌ودرمان هستیم، همین که آتش کرونا کمی فروکش کرد، با انواع هجمه‌ها روبه‌رو شدیم.

دکتر علیرضا صداقت افزود: متاسفانه باید بگویم خیلی زود رشادت‌ها و ازخودگذشتگی و ایثار جامعه پزشکی فراموش و این جامعه متهم به زیاده‌خواهی شد. حقیقت این است که این روزها در بسیاری از رسانه‌ها، موضوعاتی چون افزایش ظرفیت‌های پذیرش پزشکی طوری بیان شده است که جامعه پزشکی به‌عنوان زیاده‌خواه و انحصارطلب در مظان اتهام است، درحالی که تمام دغدغه جامعه پزشکی چیزی جز سلامت مردم نبوده است.

وی در ادامه افزود: با وجود تمام این مشکلات، وظیفه من و دوستانم کمک کردن به مردم و کمک به حفظ سلامت مردم بوده است و ما هیچ‌گاه برای خود رسالتی بالاتر از حفظ سلامت مردم متصور نبوده‌ایم.

وی در ادامه ضمن تقدیر از تلاش‌های رئیس سازمان نظام‌پزشکی کشور در حوزه احقاق حقوق جامعه پزشکی افزود: اگرچه معتقدم پایانی برای مسائل سلامت جامعه وجود ندارد، حداقل انتظار من این است که شرایط کادر درمان و جامعه پزشکی به‌گونه‌ای باشد که بتوانیم با حمایت‌های شبانه‌روزی وزارت بهداشت‌ودرمان و سازمان نظام‌پزشکی، دست‌کم جامعه و مردم را از این مهلکه کرونا تا جایی که در توان داریم، به‌سلامت عبور دهیم.

در ادامه جلسه، دکتر فاضل، عضو شورای‌عالی و رئیس سازمان نظام‌پزشکی سبزوار، نیز سخنرانی کرد. وی با اشاره به شکل‌گیری شورای هماهنگی نظام‌پزشکی‌های استان و نقش موثر آن در هم‌افزایی جامعه پزشکی و ارتقای سلامت جامعه گفت: امیدوارم این جلسات منجر به ایجاد هماهنگی‌های بیشتر در حوزه تعرفه، مسائل حوزه انتظامی و... باشد.

حفظ سلامت مردم در گرو ایجاد هم‌افزایی در میان جامعه پزشکی است

رئیس مجمع عمومی سازمان‌های نظام‌پزشکی کشور در نشست شورای هماهنگی نظام‌پزشکی‌های خراسان بزرگ که به میزبانی نظام‌پزشکی مشهد برگزار شده بود، بیان کرد: حفظ سلامت مردم در گرو ایجاد هم‌افزایی در میان جامعه پزشکی است.

دکتر محمدحسین انصاری‌مود افزود: ما باید این‌طور جلسات را بیشتر از پیش برگزار کنیم تا بتوانیم با هدف تامین سلامت جامعه و احقاق حقوق جامعه پزشکی با ایجاد هم‌افزایی، راهکارهای روشن و موثر بدهیم و پیگیر اجرایی شدن آن‌ها باشیم. وی با اشاره به اینکه جامعه پزشکی باید به جایگاه واقعی خود در تاریخ رجوع کند، گفت: چه در گذشته و چه امروز، دغدغه پزشکان ما چیزی جز سلامت مردم و عمل به سوگند و تعهد حرفه‌ای و اخلاقی نبوده است. پزشکی ما ادامه مسیر و ثمره و برجای‌مانده مسیر و راه و روش ابوعلی‌سیناها و زکریاهای رازی است. استدعا دارم در راستای تعالی سلامت جامعه و جایگاه جامعه پزشکی، برگزاری این جلسات را به فال نیک بگیریم و با قدرت و شدت بیشتری به انسجام خود بیندیشیم. وی با اشاره به سخنان دکتر رئیس‌زاده درباره ایجاد هم‌افزایی در میان جامعه پزشکی گفت: در طول نزدیک به ۸۵روز که از دور جدید فعالیت نظام‌پزشکی کشور می‌گذرد، ما شاید به‌طور متوسط روزی یک‌ونیم جلسه داشتیم. جلسات سنگین برای حفظ اقتدار جامعه پزشکی با نگاه به حفظ کرامت و شأن پزشکان، اما این نگرش یک نگرش صنفی نبوده است. درحقیقت ما درپی این نکاتی که گفتم، به‌دنبال حفظ جایگاه والای مردم و حفظ حقوق آن‌ها در حوزه سلامت هستیم. وی بیان کرد: جایگاه سلامت در تمام حکومت‌ها تعریف شده است. در کشور ما هم این موضوع به طریق اولی حائز اهمیت است؛ به‌طور مسلم جایگاه بهداشت و درمان بسیار رفیع است و سازمان‌های نظام‌پزشکی به‌عنوان بازوان توانای وزارتخانه باید به حفظ این جایگاه رفیع کمک کنند. دکتر انصاری‌مود ادامه داد: حفظ این جایگاه رفیع با خواسته‌های منطقی و مستدل جامعه پزشکی هیچ منافاتی ندارد و ما باید این را به قاطبه مردم منتقل کنیم. آن‌گاه که می‌خواهیم در مسیر ظرفیت پزشکی منطقی و مستدل حرکت شود، باید برای جامعه روشن کنیم که هدفمان چیست؛ چرا اعضای جامعه پزشکی باید سرزنش شوند، وقتی هدفشان تامین سلامت جامعه است؟ امروز در نقاط محروم استان و کشور، پزشکان ما حضور دارند. در جرگلان، در صفی‌آباد در روستاها و مناطق محروم ما چه می‌گذرد؟ چرا خدمات پزشکان ما در این مناطق دیده نمی‌شود؟ از جرگلان تا نهبندان هزار کیلومتر است، چه کسانی در این پهنه گسترده، مردم را از گزند بیماری‌ها به‌ویژه در بحران کرونا نجات دادند؟ چرا این رشادت‌ها به این سرعت در حال فراموشی است؟ وی با انتقاد از عملکرد ضعیف در حوزه تعامل با رسانه‌ها از سوی جامعه پزشکی و سازمان‌های نظام‌پزشکی گفت: ما باید در حوزه رسانه قوی ظاهر بشویم. متاسفانه اطلاع‌رسانی حتی در درون جامعه پزشکی هم ضعیف است. بدانید از زمانی که ما اراده کنیم، بی‌تردید مردم با ما خواهند بود. وی در پایان گفت: تعامل با رسانه باید طوری شکل بگیرد که حقایق روشن شود. مردم و مسئولان باید بدانند و مطلع شوند که تن دادن جامعه پزشکی به تعرفه‌های ناعادلانه سلامت، نوعی ایثار است.

معضل مهاجرت پزشکان باید جدی گرفته شود

رئیس دانشگاه علوم‌پزشکی مشهد در نشست شورای هماهنگی نظام‌پزشکی‌های خراسان بزرگ گفت: معضل مهاجرت پزشکان باید جدی گرفته شود. به گزارش روابط‌عمومی سازمان نظام‌پزشکی مشهد، دکتر محمدعلی کیانی در این نشست همچنین بیان کرد: حدود ۳۰هزار پزشک در کشور داریم که طبابت نمی‌کنند؛ چراکه عملا درآمدها و سختی‌های اشتغال به این حرفه به لحاظ هزینه و منفعت توجیه ندارد. وی با اشاره به طرح افزایش ظرفیت پذیرش در رشته‌های پزشکی گفت: این پاک کردن صورت‌مسئله است که فکر کنیم با افزایش ظرفیت‌ها همه کمبودها رفع می‌شود. در همین سال گذشته چندهزار پزشک از کشور مهاجرت کردند؛ آیا ما باید با هزینه فراوان نیروی متخصص برای سایر کشورها تربیت کنیم؟ چرا ما دانشجو و پزشک برای خودمان تربیت نکنیم؟

دکتر کیانی به فرمایش‌های مقام معظم رهبری در دیدار با پرستاران به‌مناسبت ولادت حضرت زینب(س)، اشاره و بیان کرد: ایشان در این دیدار بسیار روشن و حکیمانه فرمودند که درباره مسائل مطرح‌شده در زمینه افزایش ظرفیت پزشکی و... کار به اهلش سپرده شود. خوشبختانه همین هم شد. در شورای‌عالی انقلاب فرهنگی کلیات طرح تصویب شد، اما جزئیات به جامعه پزشکی سپرده شد.

وی با بیان اینکه ماندگاری جامعه پزشکی در کشور کاهش پیدا کرده است، گفت: باید معضلات و مشکلات جامعه پزشکی را برطرف کنیم. ما استادان برجسته‌ای داریم که با طرح سقف درآمدی، خارج از سقف قرار خواهند گرفت؛ استادانی که بعضی از آن‌ها بیش از ۲۰، ۳۰سال سابقه کار دارند، شخصیت‌های برجسته علمی محسوب می‌شوند و بعد از این همه سال، کار و تلاش استحقاق بیش از این‌ها را دارند، اما با این محدودیت‌ها بی‌شک بخشی از این افراد برجسته را دیگر در دانشگاه نخواهیم دید؛ هم‌اکنون نیز تعداد درخورتوجهی از آن‌ها، تقاضای بازنشستگی کرده‌اند؛ کسانی که فقط به عشق مردم در کشور مانده‌اند و وقتی حداقل‌ها برایشان فراهم نیست، ترجیح می‌دهند بیش از مدت قانونی خدمت نکنند. مگر ما چند استاد پایه ۴۰ داریم که در دوران طلایی که به دانششان نیاز مبرم داریم، مجبور باشیم این‌طور از دستشان بدهیم؟

رئیس دانشگاه علوم‌پزشکی مشهد با انتقاد از جوسازی‌های رسانه‌ای به‌ویژه از سوی برخی افراد ضدپزشک بیان کرد: خوشبختانه در استان، تعاملات خوبی با صداوسیما داریم و همیشه مسائل علمی در حوزه سلامت با حضور متخصصان فن ارائه شده است. اما در مواقع بسیاری در رسانه ملی شاهد بوده‌ایم، تریبون دراختیار افرادی قرار گرفته است که نه‌تنها تخصص لازم و کافی را برای اظهارنظر درباره مسائل سلامت نداشته‌اند، بلکه با تکیه بر اطلاعات غلط و فرضیه‌های نادرست، افکار عمومی را به مقابله با خدمتگزاران سلامت و جامعه پزشکی سوق داده‌اند. تا کی ما باید شاهد باشیم که یک کارشناس علوم‌سیاسی یا اقتصادی بیاید و خیلی راحت علیه جامعه پزشکی حرف بزند؟ در همین حوزه افزایش ظرفیت‌ها، کارشناسان یادشده مدام از تعارض منافع گفتند، اما دریغ از دراختیار گذاشتن فرصت برای پاسخگویی جامعه پزشکی!

وی ادامه داد: امیدوارم با پیگیری مسئولان امر و جامعه پزشکی، رویه‌های این‌چنینی در رسانه ملی تغییر کند و قضاوت‌ها عادلانه‌تر و جامع‌نگرانه‌تر شود.

پیگیر رفع مشکلات حوزه سلامت و مسائل صنفی جامعه پزشکی هستیم

نایب‌رئیس کمیسیون بهداشت‌ودرمان مجلس شورای اسلامی در نشست شورای هماهنگی نظام‌پزشکی‌های خراسان بزرگ گفت: تعاملات خوبی بین جامعه پزشکی و کمیسیون بهداشت‌ودرمان مجلس وجود دارد و ما در مجلس پیگیر رفع مشکلات حوزه سلامت و مسائل صنفی جامعه پزشکی هستیم.

سیدمحمد پاک‌مهر برگزاری نشست هماهنگی‌های نظام‌پزشکی خراسان بزرگ را اقدام موثر و مفیدی در ایجاد هم‌افزایی جامعه پزشکی دانست و گفت: خوشحال هستم که این نشست هم‌اندیشی در این زمان حساس برگزار شده است.

وی در ادامه به برگزاری جلسه با نمایندگان سازمان بهداشت جهانی اشاره کرد و گفت: به نمایندگی از مجلس در جلسات مشترکی با این نمایندگان حاضر بودم. در این جلسه‌ها، شرایط پساکرونا را تحلیل و بررسی کردیم. بخشی از هجمه‌هایی که امروز با آن روبه‌رو هستیم، پایه و اساسش در زمان‌های اوج کرونا ریخته شده است، به‌هرحال ما کمبودهایی داریم. درحالی که طبق استانداردها انتظار داشتیم ۴۰درصد تخت‌های ما به بیماران کرونایی اختصاص یابد، در اغلب مواقع با اشغال ۱۰۰درصدی تخت‌ها توسط بیماران کرونایی روبه‌رو بودیم.

نایب‌رئیس کمیسیون بهداشت‌ودرمان مجلس شورای اسلامی افزود: بر مبنای آمار و اطلاعات بانک جهانی، در سال‌های اخیر کشور ما از لحاظ تعداد تخت بیمارستانی پایین‌تر از میانگین جهانی قرار دارد.

درحالی که میانگین جهانی تعداد تخت بیمارستانی به ازای هر هزار نفر برابر با دست‌کم ۲,۵ تخت است، این رقم برای کشور ما برابر با ۱.۸ تخت بیمارستانی به ازای هر هزار نفر است. این کمبودها احساس می‌شود، اما اینکه راه درست برای رفع آن چیست، دست‌اندرکاران حوزه سلامت و جامعه پزشکی باید تدبیر کنند.

وی ادامه داد: معتقدم هجمه‌های اخیر به‌خصوص بعد از موج پنجم بر مبنای یک احساس کمبود و نیاز به‌وجود آمده است که شکل‌گیری‌اش نیز دور از انتظار نبود.

دکتر پاک‌مهر گفت: اگرچه کرونا هنوز تمام نشده است، ما باید برای دوران پساکرونا آماده باشیم. اینکه احساس نیاز در حوزه آموزشی در این دوران شکل تازه‌ای به خود گرفته است، بدیهی است اما این ما هستیم که باید به بهترین روش این نیاز را هدایت کنیم و پاسخ دهیم، به‌نحوی که کیفیت ارائه خدمات سلامت در کشور حفظ شود و شرایط نیز رو به پیشرفت باشد.

وی با اشاره به اینکه مسیر درست رفع کمبودها اضافه شدن ۳ تا ۵هزار دانشجوی پزشکی به گردونه آموزشی نیست، گفت: خوشبختانه نظام‌پزشکی و جناب آقای رئیس‌زاده هوشمندانه وارد عمل شدند و با هم‌اندیشی و همفکری و پرهیز از تکروی، کار را جلو بردند.

نایب‌رئیس کمیسیون بهداشت‌ودرمان مجلس شورای اسلامی افزود: ضعف بزرگی که احساس می‌شود، در حوزه اطلاع‌رسانی و آگاهی‌دهی به عموم مردم است که باید برای آن تدبیری اندیشیده شود؛ باید قبل از اینکه هجمه‌ای علیه نظام سلامت و جامعه پزشکی راه بیفتد، آن را شناسایی کنیم و برای رفع علت‌های ایجاد آن و همچنین هجمه‌های غیرمعقول برنامه‌ریزی کنیم. قبل از بروز مسائل باید تدبیر لازم اندیشیده شود تا افکار عمومی نیز راحت‌تر اقناع شود.

دکتر پاک‌مهر افزود: نگاه‌ها با اطلاع‌رسانی به مردم تغییر خواهد کرد. نظام سلامت و جامعه پزشکی باید خدمات ارائه‌شده را اطلاع‌رسانی کنند. با کنار مردم بودن، دید مردم هم تغییر پیدا می‌کند. مردم باید بدانند پزشکی که در اوج بحران کرونا به قیمت جانش پای سلامت مردم ایستاده است، به‌دنبال پول نیست. ما در انتقال این فداکاری‌ها چه در حوزه پزشکی، چه در حوزه سلامت، نیاز به کار فراوان داریم.

وی در پایان با اشاره به افزایش آمار مهاجرت پزشکان از کشور گفت: کار ما صرفا تربیت نیرو نیست، باید شرایط ماندگاری نیروی تربیت‌شده و دریافت خدمت از سرمایه‌گذاری انسانی انجام‌شده را نیز مهیا کنیم. حتی همین روزها هم که آتش کرونا کمی فروکش کرده است، از کشورهای همسایه با پزشکان عمومی ما تماس می‌گیرند و پیشنهاد کار با شرایط ایدئال را می‌دهند.

دکتر پاک‌مهر در پایان گفت: برگزاری این جلسات باید ادامه یابد. پیشنهاد می‌کنم اعضای شورای‌عالی و اعضای مجمع عمومی نظام‌پزشکی کشور با کمیسیون بهداشت مجلس، جلسات مشترک برگزار و چالش‌ها و معضلات جامعه پزشکی را بیان کنند.

برای رفع چالش‌های موجود در جامعه پزشکی نیاز به مشارکت گسترده پزشکان داریم

رئیس سازمان نظام‌پزشکی جمهوری اسلامی ایران در نشست شورای هماهنگی نظام‌پزشکی‌های خراسان بزرگ گفت: جامعه پزشکی با ۵چالش بزرگ روبه‌روست که برای رفع آن‌ها به مشارکت بیشتر پزشکان و سازمان‌های نظام‌پزشکی سراسر کشور نیاز داریم.

دکتر محمد رئیس‌زاده بیان کرد: یکی از چالش‌های بزرگ، هجمه‌هایی است که علیه جامعه پزشکی به راه افتاده است و هر روز به نحوی بروز و ظهور پیدا می‌کند. به‌تازگی هم که بر موضوع افزایش ظرفیت‌ها تمرکز شد و از این طریق بر جامعه پزشکی تاختند. باید بگویم این هجمه‌ها خستگی را بر تن پزشکان ما باقی می‌گذارد. گلایه من این است که می‌گذاشتید حالا که کمی آتش کرونا فروکش کرده است، خستگی ۲۰ماه مبارزه با این همه‌گیری نفس‌گیر از تن کادر درمان بیرون می‌رفت و بعد این موارد را طرح می‌کردید. در کجای دنیا تنها با تکیه بر آمار و بدون درنظر گرفتن زیرساخت‌ها به تغییر اساسی در نظام آموزشی سلامت اقدام می‌کنند؟ آیا نسبت تعداد پزشک به بیمار، تنها ملاک تشخیص کمبود است که اگر باشد، باز این سوال مطرح است که چرا برای جبران این کمبود، تنها راه علاج، افزایش ظرفیت‌ها دانسته شد؟ ما ۳۰هزار پزشک در کشور داریم که طبابت نمی‌کنند؛ چراکه عملا درآمد و سختی‌های اشتغال در این حرفه به لحاظ هزینه و منفعت توجیه ندارد. چرا سراغ رفع موانع فعالیت این پزشکان نمی‌رویم؟ چرا موضوع مهاجرت پزشکان را جدی نمی‌گیریم؟ کسانی که افزایش ظرفیت‌ها را مطرح کردند، چرا به این سوالات پاسخگو نیستند؟

وی به مشکلات معیشتی و تعرفه‌های ناعادلانه خدمات سلامت به‌عنوان چالش دوم فراروی جامعه پزشکی اشاره کرد و گفت: هجمه زیادی به پزشکان از این طریق وارد شد و پزشکان را زیاده‌خواه معرفی کردند. حقایق را نمی‌شود کتمان کرد؛ پزشکانی هستند که واقعا در زمینه معیشتشان مشکل دارند. طیف وسیعی از جامعه پزشکی به‌خصوص فارغ‌التحصیلان جوان، مشکلات جدی معیشتی دارند. متاسفانه در این‌باره قیاس‌های اشتباهی صورت می‌گیرد و به‌عنوان استدلال بیان می‌شود. آیا پزشکی که سال‌ها درس خوانده و عمر و جوانی خود را صرف تحصیل و کشیک‌های سخت و بیدار ماندن‌های شبانه کرده است، با حقوق پایه کارگری می‌تواند در تهران بزرگ زندگی کند؟

وی دیگر چالش مهم در حوزه پزشکی را چالش اخلاق حرفه‌ای و اخلاق پزشکی دانست و گفت: همه پزشکان در معرفی چهره مناسب از جامعه پزشکی نقش دارند و این نقش در مواجهه با تک‌تک بیماران به‌وجود می‌آید. وی ادامه داد: تک‌تک ما در برابر تصویری که مردم در ذهن خود از پزشکان و کل جامعه پزشکی می‌سازند، مسئول هستیم. جامعه پزشکی کشور ۸۰میلیون خدمت در ماه ارائه می‌کند. ممکن است در ارائه این حجم از خدمات سلامت، کاستی‌هایی در حوزه اخلاق حرفه‌ای و پزشکی وجود داشته باشد، اما مسئله این است که همین موارد اندک در چشم رسانه و جامعه بزرگ دیده می‌شود. خود ما باید مانع باشیم و نگذاریم که ناهنجاری‌هایی حتی محدود، بروز و ظهور پیدا کند. ما همه در قبال اعتماد، اقبال و مورد وثوق بودن مردم مسئولیم. نباید حتی کوچک‌ترین مشکلی در اخلاق حرفه‌ای و پزشکی ما باعث صدمه‌زدن به این اعتماد و اقبال شود. در این‌باره نظام‌پزشکی‌های سراسر کشور مسئولیت دارند. فرهیختگی جامعه پزشکی باید اولویت همه پزشکان باشد و در این مسیر، نقش ارشادی نظام‌پزشکی‌ها بسیار اثرگذار است. نظام‌پزشکی‌ها در سراسر کشور باید با رصد و نظارت مستمر و استفاده از ابزار امربه‌معروف و نهی‌ازمنکر قبل از بروز مشکلات و مسائل جدی برای رفع نقایص و ایرادها در حوزه اخلاق حرفه‌ای اقدام کنند.

دکتر رئیس‌زاده همچنین گفت: تعامل و ارتباط اعضای جامعه پزشکی با یکدیگر، عامل موفقیت در امور صنفی و همچنین عامل توفیق در خدمات‌رسانی سلامت‌محور به مردم است. نظام‌پزشکی‌های شهرها باید خودشان پیگیر اعضا باشند، در شهرستان‌ها ارتباطات گسترده‌تر شود و با اعضا، ارتباط موثر و سازنده داشته باشند. هیچ چیزی به اندازه این ارتباطات راهگشای ما نیست.

وی تعارض‌های بین‌رشته‌ای را چالش مهم دیگر جامعه پزشکی خواند و بیان کرد: تعارضات و همپوشانی‌های بین‌رشته‌ای به هر روی وجود دارد، در مواردی دستورالعمل‌ها تغییر پیدا کرده و ممکن است بر تعارضات بیفزاید. این موارد را باید با پیگیری‌هایی در داخل جامعه پزشکی و از طریق کمیسیون صلاحیت حرفه‌ای حل‌وفصل کرد و حل این تعارضات را نباید به خارج از خانواده کشاند.

وی به چگونگی توانمندسازی جامعه پزشکی و ارتقای سطح علمی خدمات به‌عنوان چالش مهم دیگر فراروی جامعه پزشکی اشاره کرد و در این‌باره نقش سازمان‌های نظام‌پزشکی را موثر و پررنگ دانست و گفت: باید توانمندی‌های پزشکانمان را به‌روز کنیم و در این مسیر با برنامه و هدفمند پیش برویم.

دکتر رئیس‌زاده با اشاره به اینکه باید حفظ کرامت جامعه پزشکی را در اولویت قرار دهیم، گفت: برقراری تعامل سازنده با قاطبه مردم، راه اصلی و مسیر درست حفظ این کرامت است. پزشکان زیادی در کشور هستند که داوطلبانه در مناطق محروم خدمت‌رسانی می‌کنند، در امور خیریه فعالیت می‌کنند یا در مطب‌های شخصی خود حامی نیازمندان هستند. سازمان‌های نظام‌پزشکی در سراسر کشور باید این ظرفیت‌ها را شناسایی و سازمان‌دهی کنند تا با هم‌افزایی بیشتر، هم ارتباطات جامعه پزشکی با بدنه جامعه مستحکم‌تر شود و هم اینکه این خدمات به‌طور موثر و هدفمند و با توزیع مناسب در اختیار افرادی که نیاز واقعی دارند، قرار گیرد. در این‌باره پیشنهاد مشخص ما برگزاری اردوهای جهادی در مناطق محروم به‌طور ماهانه و مستمر است. اگر سازمان‌های نظام‌پزشکی در کشور همراهی و همکاری لازم را اعلام کنند، با راه‌اندازی چند گروه در هر شهر به‌طور ماهانه می‌توانیم حجم وسیعی از نیازهای درمانی مردم مناطق کم‌برخوردار را پاسخگو باشیم؛ اقدامی که بی‌شک رضایتمندی پزشکان داوطلب و مردم مناطق یادشده را به‌دنبال خواهد داشت.

پرونده

Corona

موج پنجم و ششم به روایت رسانه

آنچه در موج پنجم و ششم کرونا گذشت و رسانه ها به نوعی آن را ثبت و ضبط کردند در این پرونده بازبینی کرده و به حافظه تاریخ می سپاریم تا تجربه ای باشد به یادگار برای آیندگان...

بیماران کرونایی دیر به بیمارستان مراجعه می‌کنند

مدیر بخش مراقبت‌های ویژه کرونای بیمارستان امام‌رضای مشـــهد گفت: بیماران کرونایی زمانی که بدحال می‌شوند، به بیمارستان مراجعه می‌کنند و این امر سبب شده اســـت تعداد زیادی در ۲۴ تا ۳۶ساعت ابتدایی فوت کنند.

دکتر علیرضا صداقت در برنامه «بایدهاونبایدهای درمان کرونا در موج پنجم» که روابط‌عمومی نظام‌پزشـــکی مشهد در کلاب‌هاوس برگزار کرده بود، اظهار کرد: اوضاع اصلا خوب نیست و خوب هم پیش نمی‌رود. در یک موقعیت کاملا وحشتناک قرار گرفته‌ایم، اما آیا در این وضعیت بحرانی باید منتظر مقصر جلوه دادن یکدیگر باشیم یا دست به اقدامات مفید و سریع بزنیم؟ بیمارستان‌ها پر و تخت‌ها اشغال است. تیم درمانگر هم خسته شده‌اند و کرونا می‌تازد.

رئیس سازمان نظام پزشکی مشهد، با اشاره به شرایط بیمارستان‌ها افزود: جوان، پیر، دختر و پسر می‌میرند و این‌ها را براساس اعداد و ارقام می‌گوییم. اگر در اخبار رسمی می‌گویند فوتی‌های دانشگاه علوم‌پزشکی مشهد مثلا ۸۰نفر است، باز براساس همان صحبت‌های رسمی این عدد را باید ضربدر سه تا سه‌ونیم بکنیم. فقط آمار فوتی‌های بهشت‌رضا بین ۲۰۰ الی ۲۱۰نفر است. این‌ها واقعیت‌هایی است که همه ما می‌دانیم. یک روز فوتی‌ها را زیاد و یک روز کم اعلام و به‌نوعی با اعداد بازی می‌کنند ولی باید به این بیندیشیم که این‌ها ۷۰خانواده هستند که سرپرست خانوار یا عزیزی را ازدست می‌دهند و زمانی که ۷۰نفر می‌میرند، ۵۰۰فرد نزدیک آن‌ها هم مبتلا هستند.

دکتر صداقت اظهار کرد: ۲۵نفر از ۲۷بیمار کرونایی که روز گذشته ویزیت کردم، به‌دلایلی مبتلا شده بودند که می‌توانستند نشوند؛ دلایلی که ربطی به دولت و مسئولان هم ندارد. آن‌ها به عروسی، مولودی، سفر و... رفته بودند و ۳۰درصد هم که کلا مسافر هستند و به مشهد آمده‌اند. حالا در چنین شرایطی من یقه دولت را بگیرم؟ اصلا سیاست‌های کلان مقصر است، اما آیا من باید به عروسی بروم؟ همه‌جا دنبال مقصر می‌گردیم، درحالی که الان در بدبختی گیر کرده‌ایم و زمانی که به بیمارستان امام‌رضا بیایید، متوجه عمق حرف‌های من می‌شوید. اصلا مسئولان مقصر هستند، الان باید خوشحال شویم؟ الان مهم این است که بیمارستان‌های ما پر و مرگ‌ومیر هم زیاد شده است.

وی ادامه داد: یک مادر باردار به عروسی رفته و به کرونا مبتلا شده است. فرزندان سه‌قلویش همه از دست رفتند. خودش هم زیر دستگاه است و تمام خانواده‌اش مبتلا شده‌اند. فرد دیگری مراجعه کرده است و می‌گوید پدرش در یک بخش بستری است و مادرش در آی‌سی‌یو و همگی در یک مراسم مهمانی مبتلا شده‌اند. وقتی می‌گوییم چرا به این مراســـم می‌روید، می‌گویند از اقوام نزدیک بوده و نمی‌شده است نرویم. حالا من کادر درمان و درمانگر باید خسته شوم، با خانواده‌ام در خانه بد صحبت کنم؛ چون خسته و ناتوان هستم. تیم درمانی از هم بپاشد؛ چون افراد مسئولیت اجتماعی خودشان را انجام نمی‌دهند. مدیر بخش مراقبت‌های ویژه کرونای بیمارستان امام‌رضای مشهد با بیان اینکه همه باید همیار سلامت باشیم و همیاران ســـلامت باید چهار وظیفه را در این شرایط انجام دهند، اظهار کرد: اولین وظیفه ما انجام مسئولیت‌های اجتماعی است. ماسک بزنیم، فاصله اجتماعی را رعایت کنیم و افراد جامعه را هم امربه‌معروف و نهی‌ازمنکر کنیم تا آن‌ها هم ماسک بزنند. عروسی نرویم؛ اگر تالارها را نمی‌بندند، ما خودمان نرویم. از خانه به‌جز در مواقع ضروری بیرون نرویم. اگر هم رفتیم، فاصله اجتماعی را رعایت کنیم. اکنون آمار ماسک زدن از ۳۵درصد به ۵۰درصد افزایش یافته است، اما این عدد باید به ۸۰درصد برسد. صداقت افزود: وظیفه بعدی، زمانی است که مبتلا شدیم. اگر مبتلا شدیم، روند درمانی را به‌طور صحیح دنبال کنیم. در موج پنجم مداخله‌گران سلامت افزایش یافته‌اند. همچنین تعداد افرادی که پس از ابتلا به کرونا در خانه می‌مانند و از روش‌های عمه‌تراپی، خاله‌تراپی و موبایل‌تراپی برای مداوا استفاده می‌کنند، زیاد شده است. گروه دیگری از بیماران هم پس از تماس با سامانه ۱۹۱ به مراکز درمانی ۲۴ساعته یا مطب‌های خصوصی می‌روند. در این حالت پزشک آزمایش‌هایی را برای دو روز آینده تجویز می‌کند، اما متاسفانه افراد به منزل می‌روند و دیگر پیگیر درمان نمی‌شوند و از روش‌های خانگی استفاده می‌کنند.

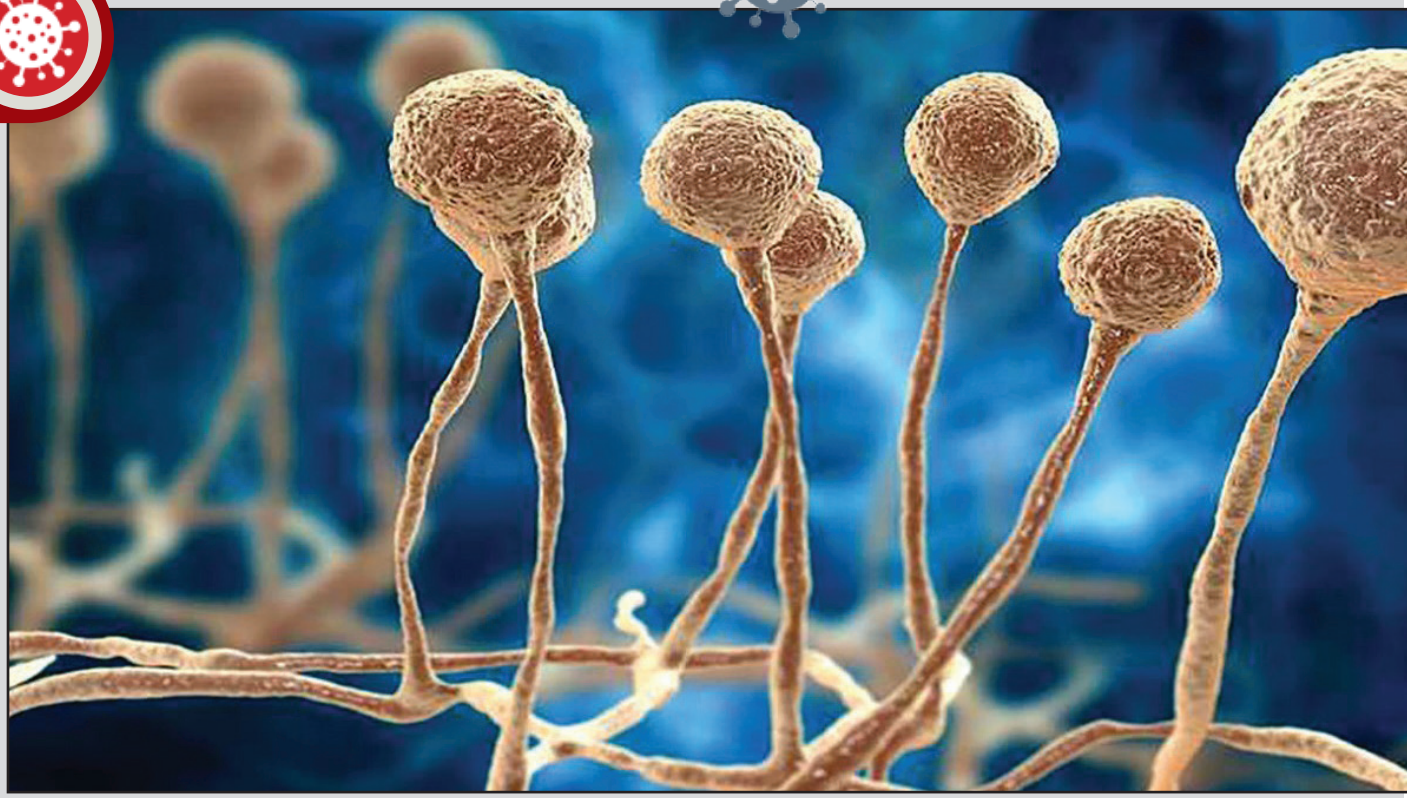
زمانی به بیمارستان و پزشک مراجعه می‌کنند که درگیری ریه‌ها به ۸۰درصد رسیده است و اکسیژن خون هم از ۶۰ بالاتر نمی‌آید. وی افزود: عده اندکی هستند که درمان استاندارد را دنبال می‌کنند و هیچ‌وقت هم کارشان به بیمارستان نمی‌کشد. کرونا درمان دارد، اگر افراد به‌موقع مراجعه کنند. مرگ‌ومیر ما می‌تواند خیلی کمتر باشد، اگر افراد به توصیه‌های علمی عمل کنند. دکتر صداقت گفت: شایع‌ترین علت دیر مراجعه کردن به بیمارستان، «بیمارستان‌هراسی» است.

وی با بیان اینکه وظیفه سوم همیاران سلامت، پیگیری و انتشـــار اخبار صحیح است، تصریح کرد: خودداری، سعه صدر و متانت را باید افزایش دهیم. وقتی اتفاق بدی در خانواده می‌افتد، آیا پدر خانواده فورا به فرزندانش می‌گوید که چه شده است یا شرایط را مدیریت می‌کند؟ از طرف دیگر در شبکه‌های اجتماعی می‌گویند فلان دارو معجزه قرن است. باید اخبار و مطالب را بررسی و مطالب مفید را به دیگران منتقل کنیم. همچنین سعی کنیم محیطی آرام و درعین‌حال نگران برای جامعه ایجاد کنیم، نه فضای اضطراب‌آور. جریان زندگی را باید زنده نگه داریم.

انتقاد خبرنگاران و مردم به اینکه شیوه‌نامه‌ها هنوز رعایت نمی‌شود، صحیح است

در بخـــش دیگـــر ایـــن جلســـه دکتـــر مســـعود زحمتکـــش، مدیـــر روابط‌عمومی ســـازمان نظام‌پزشکی مشـــهد، با اشاره بـــه هیئت‌های محـــرم که شـــیوه‌نامه‌های بهداشتی را رعایـــت نمی‌کنند، گفت: گزارش‌های رســـیده درباره این موضوع را پیگیری کردیم و مصوبه آخر ستاد کرونا که گفته بود دســـته‌های عـــزاداری حـــق تردد در شهر را ندارند و مراسم هـــم نباید در فضای مسقف برگزار شـــود، به‌دلیـــل همین پیگیری‌هاســـت اما انتقاد خبرنـــگاران و مردم به اینکه شیوه‌نامه‌ها هنوز رعایت نمی‌شود، صحیح است.

وی افـــزود: به‌عنوان مثال شـــب گذشته که در مســـیر بازگشت از جلسه اســـتانداری بودیم، درمیان همین هیئت‌هایـــی که در خیابان داربست زده‌اند، افراد بسیار زیادی بودند که ماسک نزده بودند و جای تاسف دارد.



دانشیار گروه عفونی دانشگاه علوم‌پزشکی مشهد:

مردم وحشت نکنند، قارچ سیاه مسری نیست

دانشیار گروه عفونی دانشـــگاه علوم‌پزشکی مشهد، قارچ ســـیاه را یک بیماری غیرمسری دانست و گفت: مردم نگران نباشند و وحشـــت نکنند؛ این بیماری از قبل وجود داشته است و با شیوع گســـترده آن روبه‌رو نیستیم.

دکتر علی‌اکبر حیدری، متخصص بیماری‌های عفونی، افزود: موارد بستری با قارچ سیاه در مشهد داشته‌ایم که تحت درمان قرار دارند. وی ادامه داد: این عفونت قارچی غیرواگیر، اغلب سینوس‌ها را درگیر می‌کند و به‌خاطر آسیب به دیواره عروق سینوس‌ها، به داخل چشم یا حتی قسمت‌های بالاتر ممکن است گسترش یابد و مشکلات فراوان ایجاد کند. اما نکته حائز اهمیت درباره این بیماری، این است که معمولا زمینه‌ای برای بروز آن وجود دارد که هم‌اکنون ضعف سیستم ایمنی درپی درمان‌های سرکوب‌کننده ایمنی در بیماران کرونایی، سبب افزایش تعداد این بیماران شده است.

وی با اشاره به اینکه معمولا افراد دیابتی که دیابتشان کنترل نشده است، برای ابتلای این بیماری مستعد هستند، گفت: دیگر نقایص ایمنی مانند ســـرطان خون یا پایین بودن ســـلول‌های خونی، عمل پیوند، شیمی‌درمانی و دیالیز زمینه‌های تشکیل این قارچ هستند. البته باید بگویم که موارد نادری هم وجود داشته است که زمینه نداشته‌اند اما مبتلا شده‌اند. دکتر حیدری با اشاره به اینکه قارچ سیاه خود را به شکل‌های مختلف نشان می‌دهد، افزود: علائم شایع این بیماری، درد یک‌طرفه در گونه و درد چشم و وجود زخم‌های سیاه‌رنگ داخل دهان و کام و سقف دهان است. گاهی ممکن است بی‌حسی گونه ایجاد شود و با گسترش آن ممکن است آب‌ریزش، قرمزی یا بیرون زدن چشم یا کبودی دور چشم پیدا شود. در مواردی تاری چشم هم ممکن است ایجاد شود. وی افزود: لازم است افرادی که نقص ایمنی دارند، سینوزیت را جدی بگیرند و پیگیر آن باشند؛ چراکه با شناسایی بیماری در مراحل اولیه، بهتر و راحت‌تر درمان می‌شود. وی همچنین هشدار داد: این بیماری شایع نیست و خیلی کم دیده می‌شود، ولی افراد دیابتی اگر دردی را در ناحیه صورت حس کردند یا از بینی خون‌ریزی داشتند یا علائم مذکور را مشاهده کردند، حتما به دکتر مراجعه کنند. دانشیار گروه عفونی دانشگاه علوم‌پزشکی مشهد با اشاره به اینکه قبل از کرونا نیز بیماران مبتلا به قارچ سیاه داشته‌ایم، گفت: موارد کمتر از الان بود، اما وجود داشت و بیمارانی در ماه بستری و درمان می‌شدند. دکتر حیدری ادامه داد: مردم نگران نباشند؛ این بیماری درمان دارد. البته درمان ساده نیست و پیچیدگی‌هایی دارد و ممکن است داروهایش عوارض ایجاد کند. اما نکته حائز اهمیت در جلوگیری از پیشرفت بیماری و درمان آن، این است که زمینه ایجاد آن را کنترل کنیم. البته در مواقعی نیاز به عمل جراحی است تا قسمت‌های درگیر خارج شود، از این‌رو مراجعه به‌موقع بسیار اثرگذار است تا درمان و عمل آسان‌تر باشد.

رمدسیویر از داروهای مؤثر در درمان کروناست

معاون آموزش فنی و نظارت سازمان نظام‌پزشکی مشهد با اشاره به نماهنگی که در بحبوحه موج کرونا منتشر شده است و داروهای فعلی درمان کرونا را زیرسوال می‌برد، بیان کرد: طبق اعلام متخصصان هم‌اکنون رمدسیویر از داروهای موثر در درمان کروناست.

دکتر بیتا میرزایی افزود: نکته حائز اهمیت در استفاده از این داروها، درنظر گرفتن مرحله بیماری است. برخی داروهای درمان کرونا صرفا در مراحل ابتدایی موثر هستند و برخی دیگر در مراحل میانی و تعدادی از داروها نیز در مرحله التهابی استفاده می‌شوند. استفاده از این داروها در زمان نامناسب ابتلا به ویروس، بی‌اثر است و گاه می‌تواند مضر نیز باشد، از این‌رو خودداری از مصرف خودسرانه داروها یا اصرار بیجا به پزشک برای تجویز آن‌ها ضروری است.

وی گفت: کرونا در اغلب مواقع درمان‌پذیر است اگر همه هموطنان و همشهریانمان دو اصل را رعایت کنند؛ مراجعه به پزشک به‌محض بروز اولین علائم و التزام به رعایت قرنطینه در طول مدت درمان. دکتر میرزایی ادامه داد: التزام به رعایت قرنطینه از سوی مبتلایان باعث قطع زنجیره انتقال می‌شود و از افزایش بار مراجعات به مراکز درمانی خواهد کاست که درنتیجه منجر به ارائه خدمات درمانی بهتر به بیماران خواهد شد و در افزایش شانس درمان بیماران، مؤثر خواهد بود.

معاون آموزش فنی و نظارت سازمان نظام‌پزشکی مشهد افزود: متاسفانه شبه‌علم در سال‌های اخیر به‌دلایل مختلف در درمان بیماری‌ها ورود کرده است و جولان می‌دهد. در درمان کرونا هم باتوجه‌به اینکه درصد زیادی از بیماران بدون مداخلات درمانی بهبود می‌یابند، شبه‌علم ورود کرده است و با انتساب دادن بهبود بیمارانی که معمولا بدون مداخلات درمانی، بیماری را پشت‌سر می‌گذارند به استفاده از روش‌های درمانی و داروهای گیاهی -که حتی همکاران طب سنتی هم تاییدشان نمی‌کنند- برای بهره‌برداری از این موقعیت تلاش می‌کند.

طب سنتی هم‌اکنون هیچ دارویی برای درمان قطعی کرونا ندارد

رئیس دانشکده طب سنتی دانشگاه علوم‌پزشکی مشهد گفت: طب سنتی هم‌اکنون هیچ دارویی برای درمان قطعی کرونا ندارد. البته برخی ترکیبات گیاهی و تدابیر تغذیه‌ای هســـت که می‌تواند سیر بیماری را کُند و در تخفیف علائم و جلوگیری از پیشروی بیماری کمک کند.

دکتر مهدی یوسفی با اشاره به اینکه بیماران کرونایی اغلب در حوزه سرپایی بدون هیچ مداخله درمانی و دارویی بهبود پیدا می‌کنند، بیان کرد: مردم دنبال داروی گیاهی معجزه‌آسایی برای درمان کرونا نباشند. چنین دارویی هم‌اکنون دردسترس نیست و همه داروهای گیاهی موجود تنها در تسکین علائم و بیشـــتر در حوزه سرپایی، کمک‌کننده هستند؛ اگرچه باید اشاره کنم که تاکنون فرصت حضور متخصصین طب سنتی بر بالین بیماران بستری از سوی نظام سلامت فراهم نشده است.

وی با اشاره به اینکه مراجعه زودهنگام به پزشـــک معالج و پرهیز از خوددرمانی در کاهش مرگ‌ومیر بیماران کرونایی اثرگذار اســـت، بیان کرد: بیماری که وارد مرحله التهابی شده و درگیری ریوی پیدا کرده است، نباید وقت را از دست بدهد. این بیمار نیاز به مداخلات جدی درمانی دارد و پیگیری درمان بدون نظر پزشک مجرب و با اتکا به اطلاعات نادرست فردی و توصیه‌های فامیل و بستگان، نتیجه‌ای جز پیشرفت بیماری و رسیدن بیمار به وضع بحرانی ندارد.

وی درباره سه داروی گیاهی معرفی‌شده موکوزیفت، شربت آلرگارد و اسپری پی‌اچ‌آر ۱۶۰ گفت: این سه دارو از وزارت بهداشت مجوز دریافت کرده‌اند اما نه به‌عنوان داروی درمان قطعی بیماری. برای مثال عرض می‌کنم روی جعبه شربت آلرگارد ذکر شده است «بهبود علائم خستگی و بی‌اشتهایی بیماران کووید۱۹».

حال اینکه برخی تصور کنند این داروها معجزه خواهد کرد، چنین نیست و از ابتدا نیز این داروها با چنین ادعاهایی، برای کسب مجوز و ورود به بازار دارویی اقدام نکرده‌اند.

وی در پایان درباره رد آثار داروهای طب سنتی در درمان کرونا گفت: ویروس کرونا یک بیماری نوظهور ایجاد کرده که دانش بشری را درباره درمان و مواجهه با آن دچار چالش کرده است. بنابراین رد یا تایید هر یافته تحقیقی و علمی اعم از درمان‌های گیاهی یا شیمیایی نیازمند تحقیقات گسترده علمی مبتنی‌بر شواهد و مستندات است. هم‌اکنون در طب سنتی، داروی درمان قطعی برای کرونا نمی‌شناسیم، اما اینکه آثار کمکی داروهای موجود یا داروهای آتی چقدر خواهد بود، نیاز به زمان و تحقیقات بیشتر دارد.

کودکان و کرونا

Children and Corona

برای عبور از همه‌گیری کرونا نیازمند واکسیناسیون کودکان هستیم

دکتر بهزاد علیزاده، فوق‌تخصص بیماری‌های قلب کودکان، گفت: واکسیناسیون کودکان در مقابله با بیماری کرونا باید انجام شود و این تنها راه عبور ما از همه‌گیری کروناست.

وی با اشاره به کودکانی که در سال گذشته عمل پیوند قلب داشته‌اند، بیان کرد: در اغلب این کودکان، سابقه ابتلا به کرونا در خود یا خانواده‌شان گزارش شده است.

عضو هیئت‌علمی دانشگاه علوم‌پزشکی مشهد با اشاره به اینکه تحقیقات ویژه‌ای درباره ارتباط بروز بیماری‌های قلبی در کودکان با ابتلای کرونا انجام نشده است، بیان کرد: در کودکانی که بیماری کرونا، آنان را شدید درگیر می‌کند و در آی‌سی‌یوها بستری می‌شوند، معمولا درگیری چندارگانی دیده می‌شود.

وی افزود: اگرچه به‌طور عمومی کرونا کمتر در کودکان در شکل حاد دیده شده است، این بدان معنا نیست که کودکان در معرض خطر نیستند؛ متاسفانه در ۲سالی که از همه‌گیری کرونا می‌گذرد، ما شاهد صحنه‌های دلخراشی از ابتلای کودکان بوده‌ایم که حتی اگر یکی از این موارد را مردم عادی دیده بودند، در واکسیناسیون خود و فرزندانشان تردید نمی‌کردند.

دکتر علیزاده با اشاره به تبلیغات و فعالیت‌های گروه‌های ضدواکسن گفت: ما نمی‌توانیم واکسن فلج اطفال را زیرسوال ببریم؛ چون از میان چندمیلیون جمعیت واکسینه‌شده، دو نفر عوارضی چون تب و تشنج را تجربه کرده‌اند. متاسفانه امروز افراد ضدواکسن با تمسک به روش‌های غیرعلمی به‌دنبال پیدا کردن موارد نادر هستند تا به‌عنوان شاهد ادعاهای خود ارائه کنند. پاسخ این است که حتی بعضی میوه‌های طبیعی هم در برخی افراد حساسیت و علائم شدید ایجاد می‌کند، آیا ما به‌خاطر این افراد، همه را از استفاده از آن میوه خاص منع می‌کنیم؟

استاد دانشگاه علوم‌پزشکی مشهد افزود: تنها سلاح موثری که امروز در مقابله با کرونا در دست بشر قرار دارد، واکسن است و عبور از این همه‌گیری نیازمند آن است که کودکان نیز واکسینه شوند. البته باید مستندات علمی کافی همان‌طور که در کارآزمایی‌های بالینی واکسن‌ها درباره بزرگسالان ارائه شد، در زمینه واکسیناسیون کودکان نیز ارائه شود.

وی درباره تغییر سبک زندگی کودکان در همه‌گیری کرونا گفت: در روزهای همه‌گیری، کودکان به‌نوعی در منازل حبس شدند و به‌جای فعالیت و بازی با همسالان خود به‌سمت استفاده از فضای مجازی رفتند. اگر در سال‌های آینده این سبک غلط زندگی که در برخی کودکان درحال نهادینه شدن است اصلاح نشود، قطعا با مشکلات سلامتی برای تعداد زیادی از جوانان و نوجوانانمان روبه‌رو خواهیم بود.

دکتر علیزاده در ادامه، درباره بیماری‌های مادرزادی قلبی بیان کرد: شایع‌ترین نوع بیماری مادرزادی، شیوع یک‌درصدی بیماری‌های قلبی مادرزادی است. متاسفانه طیف وسیعی از نوزادن مبتلا در ابتدای تولد شناسایی نمی‌شوند؛ چراکه معمولا بی‌علامت هستند یا علائم به‌گونه‌ای بوده که کسی به آن توجه نکرده است.

وی افزود: پدر و مادرها باید متوجه رشد طبیعی فرزندان خود باشند؛ بچه‌هایی که رشد طبیعی خود را طی نمی‌کنند و قدوقواره کوچک‌تر از حد طبیعی دارند، حتما باید از منظر بیماری‌های قلبی بررسی شوند. در نوزادانی که احتمال وجود بیماری‌های قلبی می‌رود، ما شاهد علائمی چون خستگی و تعریق مفرط حین شیر خوردن و کبود و سیاه شدن لب، مخاط و زبان حین گریه کردن و وجود رنگ بنفش در بستر ناخن‌های نوزاد هستیم.

وی در پایان به دستگاه سنجش میزان اکسیژن خون که این روزها با گسترش ویروس کرونا به‌طور گسترده‌تری نسب‌به قبل استفاده می‌شود، اشاره و بیان کرد: داشتن ضربان قلب و اکسیژن طبیعی (اکسیژن ۹۸ تا ۹۹ و ضربان قلب ۱۱۰ تا ۱۲۰ در کودکان) به‌هیچ عنوان مؤید نداشتن بیماری قلبی در افراد و از جمله کودکان نیست، اما نرمال نبودن میزان اکسیژن خون و تعداد ضربان قلب، می‌تواند نشانه بیماری قلبی باشد و از این منظر باید بررسی‌های بیشتری انجام گیرد.

بیماری کرونا در کودکان باید و نبایدها

به قلم دکتر رضا سعیدی
متخصص بیماری‌های کودکان و فوق‌تخصص بیماری‌های نوزادان

کودکان در هر سنی ممکن است به بیماری کرونا مبتلا شوند. کودکان و افراد بالغ علائم مشابهی را تجربه می کنند، ولی کودکان به‌طور کلی کمتر از بزرگسالان به‌طور جدی بیمار می‌شوند. ما می‌دانیم که امکان دارد افراد با هر سنی مبتلا شوند و ناقل باشند؛ گرچه در افراد مسن‌تر یا کسانی که بیماری پیش‌زمینه‌ای دارند، امکان بروز نوع شدید بیماری بیشتر است.
علائم این بیماری مشابه آنفلوآنزا و سرماخوردگی معمولی است، ولی در صورت تنگی‌نفس/تنفس سریع(همچنین خرخر کردن و ناتوانی در شیردهی به نوزادان)، کبودی لب‌ها یا صورت، درد یا فشار در قفسه سینه، گیجی، ناتوانی در بیدار بودن، تعادل نداشتن، ناتوانی در آشامیدن یا بلعیدن مایعات و درد شدید شکم، به مراقبت فوری پزشکی نیاز است.

سندروم التهابی با درگیری چند ارگان (MIS-C)

همچنین گزارش‌هایی مبنی‌بر نوع نادر ولی درعین‌حال شدید سندروم التهابی مولتی‌سیستم (MIS-C) برای کودکان و نوجوانان به‌خصوص درباره کرونا وجود دارد. علائم بالینی ممکن است شامل این نشانه‌ها البته نه محدود به این‌ها باشد: تب مزمن، خارش، قرمزی چشم، ورم یا قرمزی لب‌ها، زبان، دست‌ها و پاها، مشکلات سوءهاضمه، فشارخون پایین، گردش خون ضعیف به اعضا و سایر علائم التهاب. کودکانی که این علائم را دارند، باید سریع به پزشک مراجعه کنند. تشخیص و درمان زودهنگام ضروری است ولی گزارش‌های اولیه حاکی است که بیشتر در درمان‌های ضدالتهاب پاسخ داده است.

انتشار ویروس کرونا در بین کودکان

ویروس معمولا از طریق قطرات تنفسی فرد آلوده منتشر می‌شود. طبق آنچه هم‌اکنون می‌دانیم، ویروس کرونا معمولا از طریق تماس نزدیک و حدود یک‌متری منتشر می‌شود. افراد همچنین ممکن است با دست زدن به دهان، بینی یا چشمان خود بعد از تماس با سطوح آلوده به ویروس، مبتلا شوند. هنوز انتقال از طریق مایع آمنیوتیک و جفت یا از طریق شیردهی ثابت نشده است.

اهمیت واکسیناسیون

بنا به تأیید سازمان جهانی بهداشت و یونیسف، بعد از تأمین آب سالم، واکسیناسیون مهم‌ترین اقدام بهداشتی برای تأمین سلامت جامعه است. ایمن‌سازی جهانی، سرمایه‌گذاری برای جلوگیری از مرگ حدود ۲٫۵ میلیون کودک در جهان است. با همه اقدامات در سال ۲۰۰۷ حدود ۲۵درصد کل مرگ‌های زیر ۵سال به‌دلیل بیماری‌های پیشگیری‌پذیر با واکسن بوده است. هم‌اکنون سالانه ۱۱میلیون کودک زیر ۵سال می‌میرند که بیش از ۲٫۵میلیون مرگ با برنامه واکسن، پیشگیری‌پذیر است. علاوه‌بر واکسن‌های روتین که عامل نجات جان میلیون‌ها نفر در دنیاست، تولید واکسن کرونا، مؤثرترین گام برای پایان دادن به همه‌گیری این بیماری در جهان است. ساخت واکسن در حالت عادی بین ۳ تا ۵سال زمان می‌برد. اما به‌دلیل وضعیت اضطراری که دنیا درگیر آن است، تاییدیه‌های اضطراری برای واکسن‌های تولیدی کرونا صادر شد.

جهش واکسن‌سازی

از آغاز روزهای شیوع کرونا، ۱۷۳واکسن‌ساز جهانی به تولید واکسن ورود کردند و تعدادی از آن‌ها برای ادامه فعالیت در این زمینه تأییدیه گرفتند. هم‌اکنون چندین واکسن پیشنهادی، در مرحله سوم دارای تأثیر ۹۵درصدی در جلوگیری از ابتلا به کووید۱۹ گزارش شده‌اند. بسیاری از کشورها اولویت دریافت واکسن را به گروه‌های جمعیتی با خطر بیشتر مانند افراد مسن و افراد در معرض ابتلا مانند کادر درمانی اختصاص داده‌اند.

واکسن‌های کرونا چگونه عمل می‌کنند؟

واکسن‌ها با تقلید یک عامل عفونی به سیستم ایمنی ما «یاد می‌دهند» که چگونه به‌طور سریع و مؤثر به این عامل واکنش نشان دهد. کارشناسان پیوسته در حال مطالعه چگونگی اثرگذاری واکسن‌های کرونا بر گونه‌های جدید ویروس هستند. استفاده از دز اضافه و دیگر به‌روزرسانی‌های واکسن‌ها شاید ضروری باشد؛ البته علاوه‌بر واکسیناسیون عمومی، تمهیداتی مانند رعایت فاصله‌گذاری اجتماعی، ماسک زدن، تهویه مطلوب و شست‌وشوی مداوم دست‌ها نیز اقدامات مؤثری هستند.

ویروس ضعیف‌شده

واکسن‌ها معمولا یک نوع ضعیف‌شده از یک عامل عفونی را ارائه می‌کنند که به سیستم ایمنی ما اجازه می‌دهد آن را در حافظه‌اش ضبط کند. بدین ترتیب، قبل از اینکه ویروس ما را بیمار کند، سیستم ایمنی ما می‌تواند سریع آن را شناسایی و با آن مقابله کند. برخی واکسن‌های کرونا به این صورت طراحی شده‌اند.

واکسن با کد ژنتیکی

دیگر انواع واکسن‌های کرونا با روش‌های جدیدتر ساخته شده‌اند و به نام واکسن‌های پیام‌آور آران‌ای یا ام‌آران‌ای خوانده می‌شوند. این نوع واکسن‌ها به‌جای معرفی عامل (ماده‌ای که باعث می‌شود بدن شما آنتی‌بادی تولید کند)، کد ژنتیک لازم را به بدن ارائه می‌کند تا سیستم ایمنی ما بتواند آنتی‌ژن را خودش تولید کند. تکنولوژی این واکسن‌ها برای چندین دهه مطالعه شده است. واکسن‌های ام‌آران‌ای حاوی هیچ ویروس زنده‌ای نیستند و تداخلی با دی‌ان‌ای انسان‌ها ندارند.

آیا واکسن‌های کرونا ایمن هستند؟ آیا بر دی‌ان‌ای تأثیر می‌گذارند؟

هیچ‌یک از انواع واکسن کرونا بر دی‌ان‌ای تأثیر نمی‌گذارد و کاری با آن ندارد. واکسن پیام‌آور آران‌ای یا همان ام‌آران‌ای به سلول‌ها یاد می‌دهد چگونه پروتئینی بسازند که یک واکنش ایمنی در بدن تولید کند. این واکنش، آنتی‌بادی‌هایی را تولید می‌کند که از شما در برابر ویروس محافظت می‌کند. ام‌آران‌ای با دی‌ان‌ای فرق دارد و فقط به‌مدت ۷۲ساعت داخل سلول باقی می‌ماند و پس از آن نابود می‌شود. با این حال هیچ‌گاه وارد هسته سلول، جایی که دی‌ان‌ای در آن قرار دارد، نمی‌شود.

آیا ویروس کرونا می‌تواند بر قدرت باروری اثر بگذارد؟

خیر، هیچ شواهدی مبنی بر اینکه انواع واکسن کرونا می‌توانند بر قدرت باروری زنان یا مردان تأثیر بگذارند، مشاهده نشده است.

آیا خانم‌های باردار می‌توانند واکسن کرونا را دریافت کنند؟

اگرچه خطر کلی بیماری شدید ناشی از ویروس کرونا اندک است، بارداری، ریسک بیماری شدید را افزایش می‌دهد. لذا ممکن است خانم‌های باردار نیاز بیشتری به واکسن داشته باشند؛ هرچند در تحقیقات فعلی، هیچ دلیل شناخته‌شده‌ای که مزیت بیشتری برای واکسیناسیون زنان باردار داشته باشد، مشاهده نشده است. به‌همین دلیل، زنان بارداری که در معرض خطر بیشتر بیماری کرونا هستند (مانند کادر درمان) یا آن‌هایی که سلامتی‌شان مشکلاتی دارد که می‌تواند منجر به خطر بیماری شدیدتر شود، می‌توانند با مشورت با پزشکشان واکسینه شوند.

آیا واکسن‌های کرونا در برابر انواع جدید نیز اثربخشی دارند؟

سازمان جهانی بهداشت می‌گوید که انتظار می‌رود واکسن‌های تاییدشده کنونی، دست‌کم تا حدی حفاظت در برابر انواع جدید ویروس کرونا را فراهم کنند. اما کار مهم در این میان، این است که واکسینه شوید و تمهیدات لازم برای کاهش شیوع ویروس را انجام دهید. این امر به کاهش احتمال جهش ژنتیکی در ویروس کمک می‌کند.

چه کسانی باید ابتدا واکسینه شوند؟

از آنجایی که ظرفیت تولید واکسن در سال ۲۰۲۱ برای تأمین احتیاج جهانی کافی نیست، همه قادر نخواهند بود در یک زمان واکسن دریافت کنند. کشورها باید گروه‌های دارای اولویت مانند کادر درمان، افراد مسن و افرادی که دارای بیماری‌های زمینه‌ای هستند، معلم‌ها و مددکاران اجتماعی و سایر گروه‌های پرخطر را مشخص کنند.

چه کسانی نباید واکسن کرونا بزنند؟

۱. کسانی که سابقه واکنش‌های حساسیت‌زای شدید به هرکدام از محتویات تشکیل‌دهنده واکسن کرونا را دارند.
۲. کسانی که هم‌اکنون مبتلا به کرونا هستند یا علائم آن را دارند. (البته می‌توانید حدود ۶هفته پس از بهبود و تأیید پزشک، واکسن را دریافت کنید.)
افرادی که به این بیماری دچار می‌شوند، احتمالا مقداری ایمنی طبیعی در برابر ویروس تولید می‌کنند، اما هنوز نمی‌دانیم که این ایمنی تا چه زمانی تداوم دارد یا اینکه به چه میزانی از این بیماری محافظت می‌کند. واکسن‌ها محافظت قابل اتکای بیشتری ارائه می‌کنند.

آیا مادری که کودک شیرخوار دارد، می‌تواند واکسینه شود؟

محققان هم‌اکنون در حال مطالعه واکسیناسیون برروی مادران با نوزاد شیرخوار هستند، اما تاکنون اطلاعات محدودی به‌دست آمده است.
سازمان بهداشت جهانی توصیه می‌کند واکسیناسیون زمانی انجام شود که مادر شیرده، بخشی از گروه‌های دارای اولویت باشد؛ برای مثال عضو کادر درمان باشد.
تغذیه با شیر مادر می‌تواند بعد از واکسیناسیون ادامه یابد و یکی از بهترین روش‌ها برای حفاظت از کودک در مقابل این بیماری و کمک به او برای سالم ماندن است.

واکسن کرونا در کودکان

آیا کودکان نیز باید واکسن کرونا بزنند؟

سیستم ایمنی کودکان با بزرگسالان متفاوت است. این تفاوت می‌تواند بسته‌به سن آن‌ها بسیار متغیر باشد.
همچنین کودکان در آزمایش‌های ابتدایی واکسن کرونا نبودند. تا مدتی توصیه نمی‌شد که از واکسن‌های مورد تأیید سازمان بهداشت جهانی برای گروه سنی پایین استفاده شود، حتی اگر آن‌ها در یک گروه با ریسک زیاد بودند.
اما مدتی است که واکسیناسیون کودکان نیز آغاز شده و نتایج مثبت و خوبی داشته است. در روز ۵می ۲۰۲۱، کانادا نخستین کشور جهان بود که واکسن کووید۱۹ را برای استفاده اضطراری در کودکان ۱۲ تا ۱۵ساله تأیید کرد.

بعدا در همان ماه، سازمان غذاودارویی ایالات‌متحده آمریکا و آژانس امورپزشکی اروپا نیز چراغ سبزی را برای تزریق واکسن Pfizer-BioNTech COVID-۱۹ به نوجوانان نشان دادند.
کودکان کوچک‌تر از ۱۲سال، جمعیت بعدی بودند که به واکسن ایمن و مؤثری نیاز داشتند.
در نشریه بیماری‌های عفونی لانست، بیهوآ هان و همکارانش، نتایج یک کارآزمایی بالینی فاز ۱ و ۲ کنترل‌شده، تصادفی و دوسرکور را گزارش کردند که نشان داد واکسن کووید۱۹ غیرفعال‌شده(CoronaVac) دارای ایمنی‌زایی و تحمل‌پذیری خوبی در سنین ۳ تا ۱۷سال است. این نتیجه امیدبخش باید الهام‌بخش کارآزمایی‌های جاری برای دیگر واکسن‌های کووید۱۹ در کودکان زیر ۱۲سال می‌بود. کودکان، ۱۴/۱درصد کل موارد بیماری کووید۱۹ را در ایالات‌متحده آمریکا دربرمی‌گرفتند.
کووید۱۹ در کودکان، معمولا خفیف و اغلب بدون علامت است ولی در مواردی نادر، کودکان می‌توانند به‌طور جدی بیمار شوند و نیاز به بستری شدن در بیمارستان و مراقبت ویژه دارند. یکی از نتایج نامطلوب ممکن برای آن‌ها، سندروم التهابی چندسیستمی در کودکان(MIS-C) نام دارد. کودکانی که مبتلا به این سندروم هستند، تب دارند و به‌شدت ملتهب می‌شوند و بیماری‌های چندسیستمی در آن‌ها ایجاد می‌شود که در برگیرنده قلب، ریه‌ها، کلیه‌ها، مغز، پوست، چشم‌ها و دستگاه گوارشی است. مرگ‌ومیر کلی این سندروم، تقریبا ۱ تا ۲درصد است. شواهد، وابستگی بین رخداد کووید۱۹ و MIS-C را نشان داده‌اند. این نتایج نامطلوب بیماری کووید۱۹ در کودکان، ضرورت واکسینه کردن آن‌ها دربرابر بیماری کووید۱۹ را توجیه می‌کند و نشان داده شده است که واکسن BNT۱۶۲b۲ در کودکان بین ۱۲ تا ۱۵سال، دارای ۱۰۰درصد تأثیرپذیری است. ایمنی گروهی(Herd immunity) دربرابر بیماری کووید۱۹، یا از طریق واکسیناسیون یا از طریق عفونت طبیعی، پیش‌نیاز پایان دادن به همه‌گیری است.
اغلب محاسبات، حد آستانه بین ۶۵ تا ۷۰درصد از جمعیت را برای کسب ایمنی و اساسا با واکسیناسیون درنظر می‌گیرند اما وجود واریانت‌هایی که به‌طور گسترده در گردش هستند، درکنار تردید همیشگی برای دریافت واکسن، رسیدن به این حد آستانه را دشوار کرده است.
بررسی‌های گسترده جهانی نشان می‌دهد که تنها ۵۴درصد از پاسخ‌دهنده‌ها اگر واکسن دردسترس باشد، قطعا واکسیناسیون را انجام می‌دهند.
علاوه‌بر این، واریانت‌های جدید همراه با افزایش قابلیت انتقال و افزایش گریز از سیستم ایمنی، معادله ایمنی گروهی را تغییر داده‌اند، بنابراین محاسبات باید به‌سمت بالا تجدیدنظر شود و کودکان باید در کارزار ایمن‌سازی پوشش داده شوند.
همچنین از دیدگاه اپیدمیولوژی، درحالی که بالغین به محافظت ایمن دست یافته‌اند، اگر ما کودکان را واکسینه‌نشده رها کنیم، باتوجه‌به آنکه این بیماری در اغلب مواقع در کودکان خفیف و بدون علامت است، نمی‌توانیم این امکان را که کودکان پناهگاه ویروس می‌شوند، از بین ببریم.

> از دیدگاه اپیدمیولوژی، درحالی‌که بالغین به محافظت ایمن دست یافته‌اند، اگر ما کودکان را واکسینه‌نشده رها کنیم، باتوجه‌به آنکه این بیماری در اغلب مواقع در کودکان خفیف و بدون علامت است، نمی‌توانیم این امکان را که کودکان پناهگاه ویروس می‌شوند، از بین ببریم

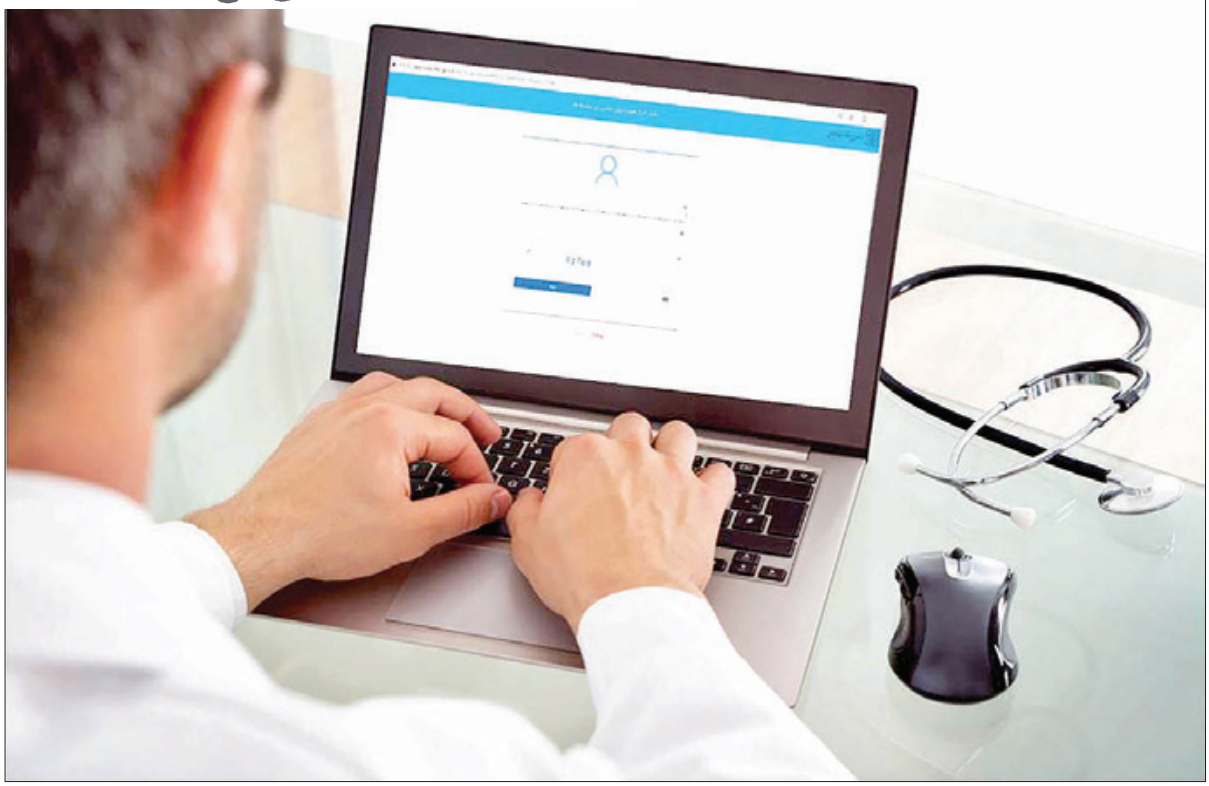
۱- واکسن غیرفعال‌شده در کارآزمایی گروه هان: درمقایسه با بالغین بین ۱۸ تا ۵۹ساله‌ای که این واکسن را دریافت کرده‌اند، کودکان تیترهای بیشتری از آنتی‌بادی‌های خنثی‌کننده را دربرابر همان واکسن ایجاد می‌کنند.
۲- واکسن Pfizer-BioNTech نیز نتایج مشابهی را نشان می‌دهد؛ افراد واکسینه‌شده ۱۲ تا ۱۵ساله، تیترهای بیشتری از آنتی‌بادی خنثی‌کننده را نسبت به افراد ۱۶ تا ۲۵ساله ایجاد می‌کنند.
پاسخ نیرومند کودکان به این معنی است که آن‌ها احتمالا فعالیت‌های ایمنی بیشتری مانند تب و آلرژی را نسبت‌به بزرگسالان ایجاد می‌کنند.
بنابراین، واکسن کووید۱۹ برای کودکان باید پاسخ ایمنی محافظت‌کننده و آثار جانبی را متعادل کند.
برای واکسن غیرفعال‌شده CoronaVac ، یک دز ۳مایکروگرمی، تیترهای بیشتری از آنتی‌بادی‌های خنثی‌کننده را نسبت‌به دزهای ۱/۵مایکروگرمی القا می‌کند، درحالی که نشان داده شده است هیچ اختلاف درخور توجهی در آثار جانبی بین دو دز وجود ندارد. بنابراین، دزهای ۳مایکروگرمی برای کارآزمایی‌های بالینی مرحله۳ در کودکان استفاده شدند.
۳- اما برای سایر واکسن‌ها مانند واکسن‌های با پایه mRNA و ناقل ویروسی، کم کردن دز واکسیناسیون در بزرگسالان باید در کارآزمایی‌های بالینی برای کودکان درنظر گرفته شود.
*ایمنی و تأثیرگذاری واکسن کووید۱۹ در بالغین نمی‌تواند همان عملکرد را در کودکان تضمین کند.
بیماری کووید۱۹ در بالغین پس از واکسینه‌شدن با شروع علائم بیماری حاد تنفسی شناخته شده است، درحالی که در کودکان، اغلب موارد کووید۱۹، خفیف و بدون علامت است و والدین ممکن است از زمانی که کودک بیمار شده است، از عفونت آگاهی نداشته باشند.
علاوه‌بر این، کودکان کمتر از ۱۲سال در مرحله کلیدی رشدونمو هستند و باید احتیاطات لازم برای ارزیابی تأثیر درازمدت واکسن بر رشد آن‌ها درنظر گرفته شود.
اگرچه واکسینه کردن کودکان برای رسیدن به ایمنی گروهی و محدود کردن شدت بیماری ضروری است، پیش از آنکه واکسن کووید۱۹ به کودکان و نوجوانان تزریق شود، ایمن‌بودن، گزینه مهمی است که باید درنظر گرفته شود.
از نظر ایمنی‌زایی متفاوت و مرحله رشد کودکان، مراقبت ایمن‌بودن واکسن پس از ارائه آن به بازار، باید انجام شود و برای دوره طولانی‌تری نسبت‌به بالغین حفظ شود.
با این حال واکسن سینوفارم که اخیرا اطلاعات مربوط به اثربخشی و ایمن‌بودن آن در مجله لنست چاپ شد، نشان داد که برای کودکان واکسن بسیار اثربخش و بی‌ضرری است و کشورهای چین و امارات، مجوز مصرف آن را برای سنین ۳ تا ۱۷سال به‌صورت اضطراری صادر کردند.
*واکسن سوبرانا یا پاستوکووک هم محصول مشترک ایران و کوباست که مطالعه بالینی آن را خود کوبا انجام داده است. این تحقیقات نشان می‌دهد که این واکسن هم، برای کودکان موثر و بی‌ضرر است. البته در این مورد مقاله علمی چاپ نشده است، اما گزارش‌هایشان نشان از این موضوع دارد و آن‌ها هم مجوز مصرف را برای گروه سنی ۲ تا ۱۷سال صادر کرده‌اند.

■ اما آیا سینوفارم کودکان با بزرگسالان متفاوت است؟

خیر، تفاوتی بین سینوفارمی که بزرگسالان دریافت می‌کنند با واکسن سینوفارمی که به کودکان تزریق می‌شود، وجود ندارد.
*عوارض واکسن سینوفارم کودکان نیز همان عوارضی است که در بزرگسالان دیده می‌شود. (سردرد، تب، بدن‌درد، درد محل تزریق و...)
*فاصله بین دز اول و دز دوم سینوفارم در کودکان هم مانند بزرگسالان، ۲۱ تا ۲۸روز است و در واکسن پاستور هم همین فاصله ۲۸روزه مطرح است.

■ چگونه کودکان را در مقابل کرونا محافظت کنیم؟

نکات پیشگیرانه را باید حتی بعد از واکسیناسیون ادامه داد:
۱- از مکان‌های شلوغ، سربسته و فضاهای سرپوشیده با تهویه نامناسب پرهیز و سعی کنید در جاهای عمومی حتما فاصله اجتماعی را رعایت کنید و دست‌کم یک متر با دیگران فاصله داشته باشید.
۲- در مکان‌های عمومی که امکان انتقال ویروس وجود دارد و نمی‌توانید فاصله اجتماعی را حفظ کنید، حتما ماسک بپوشید.
۳- کودکان زیر دو سال نباید ماسک بزنند و کودکان زیر پنج سال درصورت استفاده از ماسک باید در معرض دید و مراقبت والدین باشند.
۴- دست‌های خود را مرتب با آب و صابون یا محلول ضدعفونی‌کننده الکلی بشویید.
۵- استفاده از ماسک به‌تنهایی کافی نیست و باید با شست‌وشوی مرتب دست‌ها، پوشاندن بینی و دهان به هنگام سرفه و عطسه و پرهیز از تماس نزدیک با افرادی که علائم سرماخوردگی یا آنفلوآنزا دارند(سرفه، عطسه و تب) همراه باشد.



چالشی به نام حذف دفترچه؛ سردرگمی و نارضایتی مردم

درحالی که از سال گذشـــته اجرای طرح حذف دفترچه‌های کاغذی با حذف دفترچه تامین‌اجتماعی کلید خورد، پزشکان و بیمه‌شدگان هر روز با چالش‌ها و مشکلات بیشتری روبه‌رو می‌شوند. برخی مدیران از حذف دفترچه‌های کاغذی و الکترونیکی شدن ثبت نســـخ به‌عنوان طرحی ملی و موفق یاد می‌کنند و از همکاری خوب مراکز درمانی طرف قرارداد صحبت به میان می‌آورند. مسئولان دیگری، مدیریت هزینه‌های درمان و برقراری عدالت را تنها از طریق به‌کارگیری سامانه نسخه الکترونیک انجام‌شدنی می‌دانند و همه این‌ها درحالی است که توفیق اجرای این طرح و مزایای آن از سوی خدمت‌گیرندگان نه‌تنها ملموس نیســـت که هم‌اکنون ضررها و آســـیب‌های اجرای آن دردسرساز شده است.

یکی از افراد زیرپوشش خدمات درمانی تامین‌اجتماعی می‌گوید: بیشتر مراکز درمانی به روش قدیمی خدمت‌رســـانی می‌کنند. وقتی برای درمانم به جایی مراجعه می‌کنم که خدمات بدون دفترچه نمی‌دهد، مجبورم آزاد پرداخت کنم. خب یک‌باره بیایند اعلام کنند که نمی‌خواهند هزینه درمان پرداخت کنند و خلاص. این روش، ضررش فقط برای بیمار است. فرد دیگری با ابراز نارضایتی می‌گوید: دست ما در پوست گردو مانده است؛ قبلا مشکلم پیدا کردن دارو بود، الان ثبت الکترونیکی نسخه هم اضافه شده است. داروی مادرم اصلا در سیستم الکترونیکی وجود ندارد.

اما سوی دیگر گود الکترونیکی شدن نســـخ، مراکز درمانی و به‌ویژه پزشکان هستند؛ کسانی که باید از فردای روز حذف نسخه کاغذی، بتوانند پاسخگوی بیمارانی باشند که تقاضای بهره‌مندی از خدمات بیمه را دارند، ولی دفترچه کاغذی ندارند. در این زمینه سازمان نظام‌پزشکی مشهد بارها مشکلات نسخ الکترونیک را با نامه‌نگاری با مســـئولان مربوط، برگزاری جلسات مختلف و بیان ایرادهای نسخ الکترونیک به رسانه‌ها و... انعکاس داده و سعی کرده است الکترونیکی شدن نسخ با کمترین آسیب‌رسانی به مردم و جامعه پزشکی انجام شود.

یکی از این تلاش‌ها، ارسال نامه رئیس سازمان نظام‌پزشکی مشهد به رئیس سازمان نظام‌پزشکی کشور و انعکاس ایرادها و اشکالات ثبت نسخ الکترونیک است که ازنظر می‌گذرد.

بدون تحقق تکالیف قانونی، نسخه‌نویسی الکترونیک طرح موفقی نخواهد بود

جناب آقای دکتر رئیس‌زاده

رئیس کل محترم سازمان نظام پزشکی

با سلام و احترام

باتوجه‌به مهلت یکم دی برای اجرای نسخه‌نویسی الکترونیک، لازم می‌داند مواردی را به استحضار جناب‌عالی برسانیم. همان‌طور که مستحضر هستید، پرونده الکترونیک سلامت یکی از مهم‌ترین و ضروری‌ترین ارکان بهبود کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و مدیریت همه‌جانبه و ارتقای سطح بهداشت جامعه است. از آنجاکه نسخه‌نویسی الکترونیک فقط بخشـــی از پروژه مهم پرونده الکترونیک سلامت می‌باشـــد، بنابراین نمی‌توان بدون تحقق تکالیف قانونی در بستر اصلی اجرای نسخه‌نویسی الکترونیک به موفقیت طرح امیدوار بود.

مطابق با ماده ۷۴ قانون برنامه ششم توسعه، وزارت بهداشت متعهد بوده است ظرف دو سال اول اجرای قانون، تکالیفی به شرح زیر را اجرایی کند:

- نظام ارجاع مبتنی‌بر پزشکی خانواده
- سطح‌بندی خدمات تشخیصی و درمانی
- اجازه تجویز خدمات، صرفا براساس راهنماهای بالینی
- خرید خدمات سلامت براساس اجرایی شدن نظام ارجاع و صرفا از طریق سامانه پرونده الکترونیک

اما در حال حاضر صرف‌نظر از حرکت نمایشی و عجولانه افتتاح سامانه موصوف، باید اذعان کرد هیچ‌کدام از الزامات و تکالیف برنامه مستند بر شواهد، اجرایی نشده است.

بااین‌حال این سازمان با اجرای منطقی و تدریجی نسخه الکترونیک منوط به آماده شدن زیرساخت‌های لازم، مخالفتی ندارد ولیکن اجرای درست این امر مهم بدون برنامه‌ریزی و تقویت عوامل هدایت‌کننده و برطرف شدن موانع فرارو و توجه و دقت‌نظر به عوامل فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی، فنی، مدیریتی، فرایندی، حقوقی و قانونی و از همه مهم‌تر تغییر رفتار همه اجزای درگیر طرح اعم از متولیان، مدیران، مردم و جامعه پزشکی میسر نیست.

بخشی از موانع جدی بر سر راه اجرای نسخه الکترونیک که تاکنون ابهاماتی داشته و بی‌پاسخ مانده، به شرح زیر است:

۱) بی‌توجهی به ضرورت فرهنگ‌سازی در جامعه و مقاومت بیمار و سرگردانی مردم گرفتار
۲) عدم بهره‌گیری از تبلیغات رسانه‌های جمعی
۳) نبود آموزش مناسب به ارائه‌کنندگان خدمت
۴) مهارت نداشتن کاربران برای کار با رایانه و کندی روند ویزیت بیمار
۵) فقدان نگرش فرایندی، تدریجی و منعطف
۶) مشارکت نکردن و دعوت نکردن از همه ذی‌نفعان برای شروع طرح
۷) فقدان شیوه‌های جایگزین در شرایط خاص؛ مثل قطعی برق و اینترنت
۸) ناامنی شبکه در حفاظت از اطلاعات
۹) وجود نداشتن زیرساخت‌های فنی مثل بستر اینترنتی مناسب در تمام نقاط کشور، پشتیبانی ضعیف و بسیار ناامیدکننده سامانه، وجود درگاه‌های مختلف اطلاعات و نبود یکپارچگی سامانه‌های بیمه سلامت، تأمین‌اجتماعی و نیروهای مسلح
۱۰) وجود نداشتن نرم‌افزارهای تسهیل کننده اطلاعات
۱۱) فقدان تجهیزات لازم در مطب‌ها و مؤسسات و تحمیل ناعادلانه هزینه‌های آن به ارائه‌کنندگان خدمت
۱۲) فقدان اهرم‌های تشویقی
۱۳) پیش‌بینی نکردن تعرفه مناسب و کافی برای نسخه‌نویسی الکترونیک

اما نکته مهم و مغفول در اجرای این طرح، تحقق امضای الکترونیک است. امضای دیجیتال یکی از مهم‌ترین ارکان نسخه‌نویسی الکترونیک است که متأسفانه در این طرح پیاده‌سازی نشده است و این درحالی است که اسناد الکترونیکی به موجب قانون، تنها پس از اجرای درست امضای دیجیتال، رسمیت خواهد داشت و بدون این امضا هیچ سندی در فضای سایبری قابل دفاع و اجرا نخواهد بود. علاوه‌بر این، تهدیداتی از قبیل دسترسی غیرمجاز به اطلاعات و عدم رعایت حقوق بیمار مبنی‌بر حفظ محرمانگی و حریم شخصی و افشای سوابق او وجود دارد.

ازسویی فقدان مدیریت واحد و یک نهاد سیاست‌گذار و ناظر سلامت الکترونیک و کارگروهی متشکل از کلیه ذی‌نفعان برای تعامل بین نهادهای مؤثر در اجرای این طرح، پیاده‌سازی آن را با چالش‌ها و موانع زیادی مواجه کرده است.

لذا این سازمان با درنظر گرفتن استانداردهای مربوط به محرمانگی و امنیت داده‌ها، پیاده‌سازی کامل امضای دیجیتال، ارتقای سطح دانش همه ذی‌نفعان نسبت‌به قابلیت‌ها و امکانات فناوری طرح، فرهنگ‌سازی عمومی، مکانیسم‌های تشـــویقی، افزایش اعتبارات و منابع مالی برای توسعه طرح، ایجاد زیربنایی یکپارچه و انعطاف‌پذیر، تقدم اجرای طرح در بخش دولتی و تسری آن به بخش خصوصی، استفاده از الگوهای موفق و توجه به نقش کلیدی سازمان نظام‌پزشکی به‌عنوان بزرگ‌ترین سازمان حرفه‌ای کشور، اعلام می‌کند جامعه پزشکی مشهد به‌دلایل پیش‌گفت، آمادگی لازم برای همکاری در اجرای این طرح را ندارد و تقاضا دارد دستور فرمایید اجرای آن متوقف شود و مهلت و بستر مناسب برای رفع موانع و اجرای بهینه آن در آینده فراهم شود.

دکتر علیرضا صداقت

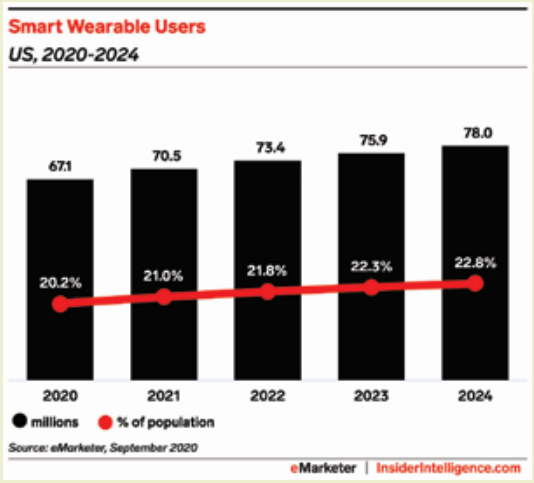
رئیس نظام پزشکی مشهد

فناورانه

۵نمونه از ابزارهای پرطرفدار مراقبت‌سلامت پوشیدنی

ترجمه‌وویرایش: دکترسعید قاضی‌جولایی

پوشیدنی‌ها درحال تبدیل شدن به شکل محبوب نظارت بر سلامت هستند.
در زیر، ما چند نمونه از رایج‌ترین دستگاه‌های پوشیدنی را معرفی می کنیم و نمونه‌های محبوب هر کدام را ارائه می‌دهیم.
آیا در صنعت بهداشت‌ودرمان کار می کنید؟ با تحقیقات مبتنی‌بر داده، بینش کسب‌وکار درباره آخرین نوآوری‌های فناوری، روندهای بازار و رقبای خود را دریافت کنید.
همه‌گیری، پذیرش فناوری پوشیدنی را سرعت بخشید و نقشـــی را که در مراقبت‌های بهداشتی ایفا می کند، افزایش داد. استفاده از ابزارهای پوشیدنی، پیش از همه‌گیری درحال افزایش بود، زیرا مصرف کنندگان به فکر نظارت بر سلامت خود بودند و در سال ۲۰۲۰ با ورود دستگاه‌های جدیدتر به بازار که مقداری پیشرفته‌تر بودند، با تمرکز بر سلامت، به افزایش سرسام‌آور خود ادامه داد.



شکل۱: بیش از ۲۰ درصد جمعیت ایالات‌متحده امسال از ابزارهای پوشیدنی هوشمند استفاده خواهند کرد.

طبق برآوردهای ما، انتظار می‌رود بیش از یک‌پنجم جمعیت ایالات‌متحده، امسال از یک دستگاه پوشیدنی هوشمند استفاده کنند، زیرا رفتار نظارت بر سلامت در بحبوحه همه‌گیری همچنان درحال رشد است.

ردیاب‌های تناسب‌اندام پوشیدنی

این دستگاه‌های مچ‌بند، مجهز به حسگرهایی برای پیگیری فعالیت بدنی و ضربان قلب کاربران هستند. بسیاری از ردیاب‌های تناسب‌اندام از طریق همگام‌سازی با نرم‌افزارهای مختلف گوشی‌های هوشمند، توصیه‌های سلامتی و تندرستی را ارائه می کنند.

Fitbit Charge۴: پیشرفته‌ترین ردیاب

Fitbit، Charge۴ مجهز به جی‌پی‌اس داخلی و مانیتور ضربان قلب شبانه‌روزی است.

Amazfit Bip: آمازون با ردیاب تناسب‌اندام خود که دارای عمر باتری طولانی‌مدت(حداکثر ۴۰روز)، جی‌پی‌اس داخلی و ۱۰ویژگی حالت ورزشی است، به فضای سلامت دیجیتال نفوذ کرده است.

Garmin vívosmart۴: این بند تناسب‌اندام کوچک و شیک، ضربان قلب کاربران را کنترل می کند و شامل ابزارهایی مانند ردیابی استرس در تمام روز، تایمر تنفس آرامش‌بخش و خوانش حداکثر حجم O۲است.

ساعت هوشمند سلامت

ساعت‌های هوشمند که زمانی فقط برای شمارش گام‌ها و تعیین زمان استفاده می‌شدند، به ابزارهای بالینی بادوام برای مراقبت‌های بهداشتی تبدیل شده‌اند. امسال، ما انتظار داریم ۴۵/۲میلیون کاربر ساعت هوشمند در ایالات‌متحده وجود داشته باشد. تا سال ۲۰۲۴، این رقم از ۵۰میلیون فراتر خواهد رفت.

شکل ۲: Fitbit's Versa کاربران را به ابزارهای نظارت بر سلامت و ویژگی‌های ساعت هوشمند کلاسیک مجهز می‌کند.

Fitbit Versa[۳]

این ساعت هوشمند، کاربران را به بیش از ۲۰تمرین مبتنی‌بر هدف، ردیابی سلامت روان، یادآوری حرکت و... مجهز می‌کند.

Samsung Galaxy Watch[۳]: پیشرفته‌ترین ساعت هوشمند سامسونگ با ردیابی خودکار تمرین، نظارت بر قلب و خواب، نظارت بر استرس و آموزش پیشرفته دویدن ارائه می‌شود.

Apple Watch Series[۶]

همراه با حلقه‌های حرکتی نمادین اپل و ده‌ها حالت تمرینی. این ساعت هوشمند می‌تواند ضربان قلب کاربر و سطح اکسیژن خون وی را کنترل کند، در هر مکان و در هر زمان ECG بگیرد و درصورت بروز مشکل به کاربران اطلاع دهد.

مانیتورهای پوشیدنی ECG

مانیتورهای پوشیدنی ECG در لبه برتر لوازم الکترونیکی مصرفی هستند. آن‌ها قادر به ثبت الکتروکاردیوگرام یا ECG هستند. به کاربران کمک می‌کنند تا ریتم و ضربان قلب خود را ردیابی و همچنین سایر نشانه‌های حیاتی از جمله فشارخون را اندازه‌گیری کنند.

شکل ۳: دستگاه KardiaMobile AliveCor نتایج را تنها در ۳۰ثانیه برای بیماران ارائه می‌دهد.

AliveCor's KardiaMobile

این مانیتور EKG حمل‌شدنی برای تشخیص فیبریلاسیون دهلیزی(AF)، برادی‌کاردی و تاکی‌کاردی توسط FDA تایید شده است. کاربران فقط انگشتان خود را روی دو الکترود بالایی قرار می‌دهند و با پا یا مچ چپ دست خود، الکترود پایینی را لمس و در عرض ۳۰ثانیه نتایج را دریافت می‌کنند.

Wellue's DuoEK

مانیتور دستی را می‌توان به‌عنوان بند سینه نیز به‌کار برد و با همراه یا بدون گوشی هوشمند از آن استفاده کرد. به‌طور مداوم EKG را تا ۱۵دقیقه ضبط می‌کند و می‌تواند علائم اولیه آریتمی، توقف قلبی، AF، تاکی‌کاردی، برادی‌کاردی و انقباض‌های دهلیزی زودرس (PACs) را تشخیص دهد.

VivaLNK: این مانیتور ECG کوچک برای برنامه‌های نظارت بر بیمار در درمانگاه و از راه دور (RPM) طراحی شده است. داده‌های ضربان قلب، فاصله RR و تعداد تنفس را ثبت می‌کند.

فشارسنج‌های پوشیدنی

Omron Healthcare در سال ۲۰۱۹ HeartGuide را راه‌اندازی کرد. اولین اندازه‌گیر فشارخون پوشیدنی. فشارخون و فعالیت‌های روزانه از جمله اقدامات انجام‌شده و کالری سوزانده‌شده را اندازه‌گیری می‌کند. در طول چند سال گذشته Omron با تلاش برای حفظ پیشرو بودن در فضای رقابتی فزاینده، مانیتورهای فشارخون پوشیدنی بیشتری را توسعه داده است.

شکل ۴: فشار خون بی‌سیم Omron می‌تواند تا ۲۰۰ اندازه‌گیری را ذخیره کند

Omron Platinum

مانیتور فشارخون بالای بازوی بی‌سیم Omron می‌تواند تا ۲۰۰ قرائت را برای دو کاربر مختلف ذخیره کند. میانگین فشارخون روزانه کاربر را محاسبه می‌کند و اگر فشارخون سیستولیک او ۱۳۰ میلی‌متر جیوه یا بالاتر باشد، به وی هشدار می‌دهد.

Whitings BPM Connect

ابزار BPM Connect یک بازوبند است که فشارخون کاربر را اندازه‌گیری می‌کند و نتایج را بلافاصله روی صفحه نمایش یا بازخورد رنگی نشان می‌دهد. کاربران می‌توانند دستگاه خود را به برنامه همراه شرکت Health Mate متصل کنند؛ جایی که می‌توانند نتایج فشارخون را با پزشک خود به اشتراک بگذارند.

مانیتور بالای بازو LifeSource

مانیتور فشارخون لایف‌سورس یک بازو برای اندازه‌گیری فشارخون کاربر دارد. این نشانگر ضربان قلب نامنظم در طول اندازه‌گیری است و نشانگر رتبه‌بندی فشار دستگاه فشارخون را مطابق با استانداردهای تاییدشده پزشکی طبقه‌بندی می‌کند.

حسگرهای زیستی پوشیدنی

حسگرهای زیستی پوشیدنی هنوز در مراحل ابتدایی خود از نظر توسعه و پذیرش در مقیاس بزرگ هستند، با این حال آن‌ها ذخیره زیادی برای متحول کردن پزشکی از راه دور و مراقبت‌های بهداشتی از راه دور دارند.
این دستگاه‌ها حسگرهای قابل حملی هستند که به شکل دستکش، لباس، بانداژ و کاشت طراحی می‌شوند. آن‌ها بازخورد دوطرفه را بین کاربر و پزشک ایجاد کرده، تشخیص مداوم و غیرتهاجمی بیماری و نظارت بر سلامت از طریق حرکت فیزیکی و سیالات زیستی را امکان‌پذیر می‌کنند.

فیلیپس بیوسنسور BX۱۰۰

این دستگاه علائم حیاتی، وضعیت بدن و فعالیت را اندازه‌گیری می‌کند. دستگاه یک پچ پوشیدنی یک‌بارمصرف است که باید در جریان کار بالینی گنجانده شود. بیمارانی را که در بخش مراقبت‌های ویژه نظارت بیشتری داشته‌اند و به بخش مراقبت عمومی با شدت نظارت کمتر منتقل می‌شوند، پشتیبانی می‌کند.
در سال ۲۰۲۰، فیلیپس بیوسنسور BX۱۰۰ مجوز ۵۱۰(k) را از سازمان غذاودارویی ایالات‌متحده (FDA) دریافت کرد تا به مدیریت بیماران تاییدشده و مشکوک کووید۱۹ در بیمارستان کمک کند.
حسگر زیستی پوشیدنی فیلیپس: این حسگر زیستی اصلی فیلیپس به بیماران و پزشکان امکان نظارت بر داده‌های سلامتی را می‌دهد. این یک حسگر زیستی خودچسب است که ضربان قلب، تعداد تنفس، دمای پوست، وضعیت بدن، تشخیص سقوط، ECG تک لید، فاصله R-R (RR-I) و تعداد قدم‌ها را اندازه‌گیری می‌کند.

BiovitalsHF و Biovitals Sentinel توسط Biofourmis

پلتفرم Biovitals ابرداده‌های جمعیت را جمع‌آوری و ازطریق بازوبند پوشیدنی Everion با سیگنال‌های فیزیولوژیکی بیمار در زمان واقعی مقایسه می‌کند. این ابزار برای کمک به ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی در پیش‌بینی و جلوگیری از حوادث جدی پزشکی طراحی شده است. با این حال، برای دسترسی به پلتفرم، بیماران باید از پزشک خود مشاوره بگیرند و یک نسخه دریافت کنند. هنگامی که برنامه BiovitalsHF تجویز شد، پزشک آن‌ها را ثبت می‌کند و در برنامه قرار می‌دهد.

منبع: مجله اینترنتی Inside، بیست‌وپنجم می ۲۰۲۲

شاهراه دموکراسی

یادداشت دکتر محمدرضا جبای، عضو هیئت‌مدیره سازمان نظام پزشکی مشهد و عضو شورای عالی نظام پزشکی کشور

افراد یک جامعه با رأی و انتخاب خود، ترجیحشـــان را در موضوعاتی چون آموزش و سلامت عمومی، امنیت و ثبات اجتماعی، مشارکت عمومی و جامعه مدنی، تامین‌اجتماعی، زیرساخت‌ها، نقش دولت در تخصیص منابع و همچنین توزیع درآمد اعلام می‌کنند. در این فرایند باید برنامه‌ها و جهت‌گیری‌ها به‌طور روشن بیان شود و از چهره‌محور بودن به قاعده‌محور بودن تبدیل گردد و به‌جای آنکه رأی‌دهندگان با چهره‌های بی‌شـــمار انتخاباتی در لحظه، شعاری و بدون برنامه روبه‌رو باشـــند، با تعدادی برنامه و جهت‌گیری مشخص روبه‌رو شوند، ولو اینکه گروه‌های مختلف هر کدام تفکر و پارادایم متفاوتی را دنبال کنند. در این صورت اگر هر کدام از برنامه‌های ارائه‌شده در عمل شکســـت بخورد، مبلغان آن از راه‌های مختلف باید پاســـخگو باشند و هزینه بپردازند.

با این مقدمه به اصل ماجرا می‌پردازم. سال‌هاست با این باور که مسیر رشد و تعالی هر جامعه از شاهراه همه‌پرسی می‌گذرد و انتخابات سمبل این همه‌پرسی است، وارد عرصه فعالیت صنفی شده‌ام و در این مسیر وقت و انرژی، صرف و ســـعی کرده‌ام به‌دور از ایده‌آلیســـت‌گرایی صرف، برای بهبود شـــرایط صنفی همکارانم در مسیر واقعی قدم بردارم.

در ایـــن راه، شـــعارهای غیرکارشناســـانه و وعده‌های عجیب‌وغریب را نه بر خود روا دانســـته‌ام، نه بر جامعه پزشـــکی و همواره تلاش کرده‌ام اندیشه‌ها و تفکرات صنفی را با اطلاعات درست و کامل در کارزار انتخابات عرضه کنم و هربار که شایســـته انتخاب شما بوده‌ام، نیز با همین رویکرد در مسیر تحقق اهداف صنفی گام برداشته‌ام.

به‌هـــرروی، باید پذیرفت کـــه وقتی بحـــث تاثیرگذاری بر سیاست‌گذاری‌های عمومی مطرح می‌شـــود، نهادهای صنفی و حرفه‌ای یکی از محورهای مهم حســـاب می‌شـــوند و در این میان، عضومحوربودن نهاد، نقطه قوت و اثربخشـــی آن به‌شـــمار می‌آید. در این راه من و بسیاری از دوستانم ســـعی کرده‌ایم کارها را طوری پیش ببریم که عضومحوری سرلوحه امور باشد. باید بدانیم که نهاد صنفی یا سازمان حرفه‌ای، شرکت مادر یا شرکت سهامی نیست که در آن بیشتر، سهامداران درباره فعالیت‌ها، سرمایه‌گذاری، هزینه‌ها و... تصمیم‌گیری کنند یا یک حزب سیاسی نیســـت که در آن نیز اکثریت در برابر اقلیت تصمیم‌گیری کنند و ماهیتش با آن‌ها تفاوت دارد. هدف نهاد عضومحور، پیشـــبرد منافع مشـــترک اعضای یک صنف در برابر دولت، گروه‌های اجتماعی مختلف و دیگـــر گروه‌های ذی‌نفع اســـت. معتقدم فعالیت صنفی در سازمان نظام‌پزشکی باید بیش از پیش به‌سمت عضومحوری حرکت کند. ازسوی دیگر باید اعتراف کرد و پذیرفت که پذیرفته‌شدن

رویکرد حرفه‌ای و صنفی سازمان نیز وابسته به همین اصل مهم است. درکنار اینکه سازمان باید بپذیرد که پایبندی بر محـــور خود، رمز توفیق و اثربخشی است و نباید فراموش کند که پیگیری مطالبات صنفی جمعی اعضا، مهم‌ترین اولویت پیش‌روی منتخبان اســـت. ضمانت اجرای این اصل(پیگیری پرقدرت مطالبه‌های صنفی)، حفظ استقلال ســـازمان از نهاد دولت است. وقتی این استقلال محقق نشده باشد، سازمان در پیگیری مطالبات صنفی اعضای خود سست خواهد شد و به خواســـته‌های اعضای خویش متعهد نخواهد ماند، از این‌رو و با این نگاه، چهار سال دیگر را به حکم رأی شما بزرگواران در سازمان نظام‌پزشکی مشهد و نظام‌پزشکی کشور به‌عنوان قدیمی‌ترین سازمان حرفه‌ای کشور، وارد عرصه خدمت شده‌ام و برای همه منتخبانی که بار مسئولیت فعالیت صنفی را در حرکت به‌سوی مقصد قبول کرده‌اند، آرزوی توفیق و بهـــروزی دارم و امیـــدوارم که عضومحوربودن، حفظ استقلال صنفی و پیگیری خواسته‌های اعضا را در چهار سال پیش‌رو همه ما سرمشق فعالیت و تلاش خود قرار دهیم. به امید روزهای بهتر و شادتر برای جامعه پزشکی درکنار همه هموطنانمان!

فهرست منتخبان هیئت‌مدیره سازمان نظام‌پزشکی مشهد

ردیف	نام و نام خانوادگی	گروه
۱	دکتر علی بیرجندی نژاد	پزشک
۲	دکتر رضا گلدوزیان	پزشک
۳	دکتر اصغر حاتمی	پزشک
۴	دکتر علیرضا صداقت	پزشک
۵	دکتر مسعود زحمتکش	پزشک
۶	دکتر مسعود شادنژاد	پزشک
۷	دکترمحمدرضا جباری	پزشک
۸	دکتر بهرام جلیلی تقویان	پزشک
۹	دکتر مصطفی مهرابی بهار	پزشک
۱۰	دکتر غلامرضا زمانی	پزشک
۱۱	دکتر سید حسین حسینی زارچ	دندانپزشک
۱۲	دکتر سید خسرو شمسیان	دندانپزشک
۱۳	دکترمحمدرضا افخمی لطف آبادی	داروساز
۱۴	دکتر یوسف مهرافشان	داروساز
۱۵	دکترسید علی اکبر شمسیان	علوم آزمایشگاهی
۱۶	سهیلا افتخاری	لیسانسیه مامائی و بالاتر
۱۷	حسن پرکار	لیسانسیه پروانه دار گروه پزشکی و یا بالاتر

اسامی منتخبین هشتمین دوره شورای عالی سازمان نظام پزشکی

گروه پزشکان:
دکتر منصور جعفری نمین ۱۵۲ رای
دکتر علیرضا مدرکیان ۱۴۴ رای
دکتر علی سالاریان ۱۲۹ رای
دکتر علی چنگیزی ۱۲۲ رای
دکتر محمد رضا جباری ۱۱۳ رای
دکتر داریوش طاهرخانی ۱۱۲ رای
دکتر محمد هادی صادقی ۱۰۷ رای
دکتر قاسم رحمت پور ۱۰۶ رای
دکتر علی دباغ ۱۰۴ رای
دکتر محمد باقر حیدری ۱۰۲ رای
دکتر لاله تدین ۱۰۱ رای
دکتر عبدالرسول صداقت ۹۸ رای
دکتر حسین احمدی ۸۸ رای

اعضای علی البدل گروه پزشکان:
دکتر فاطمه خوشنویسان ۷۷ رای
دکتر عباسعلی جوادی ۷۴ رای
دکتر عباس آقازاده ۷۳ رای
دکتر آرمین عباسی ۷۳ رای
دکتر سلیمان علاقی ۷۲ رای

گروه دندانپزشکان:
دکتر بهنام عباسیان ۱۰۲ رای
دکتر عباسعلی خادمی ۸۵ رای
دکتر سید خسرو شمسیان ۷۴ رای
دکتر سعید ساعی ۷۲ رای (عضو علی البدل)

گروه لیسانسه های پروانه دار:
فرجود شکوهی ۱۶۰ رای
اشکان آذرکیش ۱۲۷ رای
جواد ملایی ۱۰۷ رای (عضو علی البدل)

گروه داروسازان:
دکتر محمود فاضل ۱۵۹ رای
دکتر یدالله سهرابی ۱۴۱ رای
دکتر احمد آدینه ۸۸ رای
دکتر محمد خلیلی ۸۷ رای (عضو علی البدل)

گروه علوم آزمایشگاهی:
دکتر محمد رضا امینی فرد ۱۷۴ رای
دکتر سید علی اکبر سید مهدی ۱۴۶ رای
دکتر محمد جواد عبیداوی ۱۲۱ رای (عضو علی البدل)

گروه مامایی:
شکوفه اژدری ۱۵۸ رای
نوشین زنده زبان ۱۲۸ رای
لیلا محمد خانی شهری ۱۱۴ رای (عضو علی البدل)

۲ سال بدون جشن

از سال ۱۳۹۸ تا ۱۴۰۰ دو بار روز پزشک فرا رسیده اما نه جشنی بوده است نه لبخندی.

پزشکان نمونه در هر سال انتخاب شده‌اند و این برگزیدگان در این دو سال به گرفتن عکس یادگاری و دریافت لوح یادبود و مدال بسنده کرده‌اند، آن‌هم با رعایت شیوه‌نامه‌ها که در یک ساعت، ۱۰ پزشک برگزیده حضور داشتند. امسال نیز در فاصله موج پنجم و ششم، مراسم تقدیر از پزشکان نمونه همان‌طور که گفته شد، برگزار شد. یک برنامه جانبی هم در زادروز ابوعلی سینا در فضای مجازی به اجرا درآمد.

در ادامه، گزارش کوتاهی از این دو برنامه به آگاهی‌تان می‌رسد.

آن‌ها لبخندشان نمی‌آید

در روزی که به نام آن‌ها نام‌گذاری شده اســت، دورهم جمع شده‌اند تا کمی از فضای تلخ این روزهایشان فاصله بگیرند و با یاد خاطرات شیرینشان کمی لبخند بزنند، اما نمی‌شود. روزگارشان آن‌چنان تلخ شده است که هرچه تلاش می‌کنند، مؤثر واقع نمی‌شــود. بیش از یک سال‌ونیم اســت روزها را با سیل بیماران مبتلا به کرونا به شب می‌رسانند و شب‌ها را با غمشان سحر می‌کنند. از اسفند۹۸ که با اعلام رسمی مسئولان، شیوع ویروس کرونا در کشور تایید شد تا به امروز، قله‌های متعدد بیماری را پشت‌سر گذاشته‌اند و اکنون در پنجمین زبانه آتشش قرار گرفته‌ایم که هنوز به بلندای خودش نرسیده است و البته بیم موج‌های ششم و هفتم ما را تهدید می‌کند.

از آن روزهــای اولیه، از روزهایی که با یک بیماری ناشــناخته روبه‌رو بودیم، نحوه تشخیصش وجود نداشت، داروهایش معلوم نبود و همه سردرگم شده بودیم تا الان که واکسنش کشف شده و شیوه‌نامه‌های مختلف درمان برایش نوشته شده است، گروه‌های مختلف پزشکان بودند که تلاش کردند از کلاف سردرگم‌مان خارج شویم.

عده‌ای از پزشکان شب گذشــته در اتاقی در کلاب‌هاوس گردهم آمدند تا از خاطرات ۱۸ ماه اخیرشان و کرونا بگویند؛ گردهمایی‌ای که قرار است شاد پیش برود، اما تلخی کرونا آن‌قدر عمق دارد که لبخند روی لبشان را به‌سرعت محو می‌کند. به‌هرحال پزشکان مشهدی خاطراتشان را روایت می‌کنند.

دکتر مسعود شــهابیان که متخصص طب اورژانس اســت، از پیش‌بینی این روزهای بســیار تلخ می‌گوید؛ پیش‌بینی‌هایی که به واقعیت پیوست. او بیان می‌کند: در بد ســونامی‌ای گیر کرده‌ایم. روز پزشک امسال خیلی تلخ است و این تلخی زمانی که با همکاران مربوط به بخش‌های کرونا صحبت می‌کنیم، بیشتر خودش را نشان می‌دهد. تلخی تعداد بسیار زیاد بیماران و امکاناتی که کافی نیست و از طرف دیگر رده سنی بیماران هم بر این تلخی افزوده است. در موج‌های قبلی کرونا بیشتر با افرادی که سنین بیش از ۶۰-۷۰ سال داشتند سروکار داشتیم، اما در موج پنجم، بیماران، سن‌هایی بین ۳۰ تا ۵۰ دارند و این‌ها افراد فعال جامعه هستند که بستری‌شان در آی‌سی‌یو برای ما بسیار تلخ است.

همکار دیگرش از اشــک‌های شــبانه‌اش برای بیماران روایــت می‌کند و از خستگی‌های روحی پزشکان. دکتر فریبا غروی بیان می‌کند: کرونا باعث شد رابطه بین پزشکان و بیماران عمیق‌تر شود و حتی پس از مراجعه‌های حضوری ازطریق پیامک هم، بررسی وضعیت بیمار ادامه داشته باشد. در گذشته شاید بیماری به درمانگاه یا مطب مراجعه می‌کرد و پس از ویزیت دیگر ارتباطش با پزشک قطع می‌شد یا درنهایت چند مراجعه کوتاه دیگر به پزشک داشت، اما کرونا شرایطی دارد که پزشکان و بیماران به‌طور پیوسته باهم در ارتباط هستند تا وضعیت بیمار کنترل شــود و حتی پس از بهبود هم لازم اســت با پزشک مشورت شود. این حسی که در این بین ایجاد شده، اتفاق مثبتی است که تاکنون وجود نداشته است، اما از طرف دیگر پس از شکل‌گیری این ارتباطات، بیمارانی هم هســتند که فوت می‌کنند یا به‌خاطر کمبود امکانات نمی‌توان خدمات مطلوبی به آن‌ها داد و این مسائل زجرآور است؛ مثلا یکی از بیمارانم فرد مسنی بود که نتوانسته بود سرم پیدا کند، بنابراین از او خواسته بودم چنانچه همچنان قادر به تهیه سرم نشــد، با من تماس بگیرد و او پس از یک روز جست‌وجوی کامل به من پیام داد که سرم را پیدا نکرده است. من با خودم فکر کردم ایشان جای پدرم است و چرا چنین فردی که کسی را هم ندارد و مجبور است خودش داروهایش را تهیه کند، باید برای تهیه یک سرم این‌قدر رنج بکشد و به‌قدری تحت‌تاثیر قرار گرفتم که به‌محض رسیدن به منزل گریه کردم.

او فشارهای روحی این ماه‌ها را بیشتر از خستگی‌های جسمی می‌داند و اظهار می‌کند: غصه‌های کادر درمان خیلی بیشــتر از گذشته شده است و شاید در گذشــته این رابطه عاطفی بین پزشک و بیمار زیاد شــکل نمی‌گرفت. ذهن ما بیشتر درگیر شــده و روحمان خسته است. خســتگی روحی ما از جسم خیلی بیشتر است؛ چراکه پزشک‌ها بنا به شغلشان به شیفت‌ها و فعالیت‌های طولانی‌مدت عادت دارند و فشارهای جسمی را می‌توانند تحمل کنند ولی این روزها مشکلات روحی افزایش یافته است. امیدوارم از تجربه این روزها بتوانیم برای آینده استفاده کنیم.

مجری برنامه تلاش می‌کند با دعوت از برخی پزشکان برای خاطره گفتن فضای اتاق را تغییر دهد، اما خاطرات هم لبخنــد چندانی بر لب حاضران نمی‌آورد. خاطرات از کروناست و تنگی‌نفس و شلوغی بخش‌ها. در این بین برخی پزشکان خاطرات شاد هم تعریف می‌کنند، ولی با واکنش‌های زیادی همراه نمی‌شود و یکی از پزشکان به مجری می‌گوید: فضای اتاق خیلی سنگین است.

فرزند یکی از پزشکان شهر با خاطره‌ای از اطرافیانش بیان می‌کند: پزشک‌ها انگار به خانواده خودشان بی‌توجه هستند و اگر یکی از اعضای خانواده‌شان با حال خراب هم برای ویزیت به آن‌ها مراجعه کند، می‌گویند چیز خاصی نیست، ولی وقتی بیماری غریبه با همان علائم نزدشان می‌رود، او را معاینه می‌کنند و برایش دارو می‌نویسند. دکتر غلامرضا زمانی که از پزشکان حاضر در اتاق است، به این گفته واکنشی همراه با لبخند نشان می‌دهد و اظهار می‌کند: این مطلب شما برای خانواده من هم پیش آمد ولی دلیل آن کم‌توجهی به اعضای خانواده یا تفاوت گذاشتن بین خانواده و بیماران دیگر نیست، بلکه یکی از مسائل مهم در پزشکی شرح حال بیمار است. زمانی که بیماری به‌جز خانواده به ما مراجعه می‌کند، شاید در چند دقیقه کوتاهی که با او گفت‌وگو می‌کنیم، نتوانیم شرح کاملی از وی دریافت کنیم و از طرف دیگر خود بیمار هم نمی‌تواند تمام حالات و اتفاقاتی را که برایش رخ داده است، در مدت زمان اندک شرح دهد و ممکن است برخی نکات را فراموش کند. همچنین بسیاری از مسائل نظیر ارجاع به آزمایشگاه‌های مختلف و دریافت نتیجه هم مطرح است، ولی زمانی که بیمار از خانواده خود ماست، شرح حال او را کامل می‌دانیم و اگر علامت خاصی دارد، می‌دانیم که نشانه بیماری نیست و به چه دلیل این علامت یا حال بد به‌وجود آمده است.

پس از این چند دقیقه کوتاه دوباره فضای اتاق غم‌آلود می‌شــود. دکتر مجید سزاوار با انتقاد از کم‌توجهی به آزمایشگاه‌ها در روند درمان کرونا اظهار می‌کند: یکی از دلایل وضعیت سیاه فعلی کرونایی، استفاده نکردن از ظرفیت‌های بالقوه آزمایشگاه‌هاست. بخشــنامه‌های غیرمنطقی و غیرعلمی باعث شده است از ظرفیت آزمایشگاه‌های کشور در زمینه پیشگیری، تشخیص و بیماریابی کرونا غافل شویم.

مجری برنامه می‌گوید: پزشکان به بحث‌های جدی علاقه بیشتری دارند. در حاشیه این گفت‌وگوها پروفسور علی رنجبر، پزشک سرشناس ایرانی ساکن در آلمان، دقایقی درباره کرونا می‌گوید: «کرونــا اتفاقی بود تا فداکاری‌هایی که پزشــکان، پرســتاران، کادر درمان و... در بخش‌هــای پژوهش، آموزش، درمان و... به‌صورت شبانه‌روزی از خود نشــان می‌دهند، بهتر دیده شود.» او از روزهای اول شیوع ویروس کرونا یاد می‌کند که همه‌چیز آن ناشناخته بود و درمان‌های مشخصی هم برایش وجود نداشت و هرکس براساس مقاله‌های مختلف و تحلیل‌ها روشی را برای درمان به‌کار می‌برد. روزهایی که همه شوکه و سردرگم بودند و فرصتی برای راستی‌آزمایی روش‌ها وجود نداشت؛ چراکه ویروس چنین فرصتی را دراختیار افراد قرار نمی‌داد. از روزهایی که گفته می‌شد داروهای گران‌قیمت برخی بیماری‌ها مانند اچ‌آی‌وی، هپاتیت C، مالاریا و... برای کرونا مؤثر است.

به اعتقاد پروفسور رنجبر آنچه باعث شد در زمینه مقابله با کرونا به پیشرفت برسیم، از سردرگمی‌ها خارج شویم و در مسیر درست قرار بگیریم، هم‌افزایی بین گروه‌های مختلف علمی و پزشکی بود. او ادامه می‌دهد: شاید نخستین‌بار بود که در این تجربه سی‌واندی‌ساله و در دوران فعالیت‌های پزشکی‌ام مشاهده کردم که خیلی از گروه‌های پزشکی نظیر متخصصان ژنتیک، ویروس‌شناس‌ها، پزشکان کودک، متخصصان ریه، متخصصان عفونی، آی‌سی‌یو و... در کنار هم جمع شــده‌اند و کار را پیش می‌برند. هیچ‌وقت چنین تجربه‌ای را پیش از این

ندیده بودم. خاطرات بد کووید مربوط به زمانی بود که بیماران فوت می کردند و خاطرات خوشش وقتی بود که بیماران با حال وخیم می آمدند، مداوا می شدند و خانواده‌شان را در آغوش می گرفتند.
این رفت‌وآمدها جلوی چشم ما باعث شد ارزش زندگی را بیشتر بدانیم و متوجه بشویم که به‌عنوان پزشک، پژوهشگر یا... چه جایگاه و وظیفه‌ای برعهده داریم، چطور باید بیندیشیم، چطور ببینیم و مثلا ویروس‌ها را به‌عنوان یک موجود کوچک، ساده و پست نگاه نکنیم و درک کنیم که تمام جهان هستی و موجودات اطراف ما از یک هوشمندی بهره‌مند هستند.
او اظهار می کند: اگر به تاریخچه این ویروس نگاه کنیم، می‌بینیم که از ۶۰سال پیش تا امروز چگونه هربار به شکل‌های مختلف از سارس تا کرونا ظاهر شده و هربار تکامل‌یافته‌تر شده، سیستم ایمنی بدن ما را بیشتر شناخته و ژنوم و ژنتیک ما را بیشتر اسکن کرده است و امروز نه‌تنها می‌تواند از سیستم ایمنی ما فرار کند، بلکه آن‌قدر آن را تحریک می کند که سیستم ایمنی از شدت عصبانیت به خود بدن و ارگان‌های ما آسیب می‌رساند. جهان هستی زمانی می‌تواند ادامه پیدا کند که در تعادل باشد، مانند آنچه خداوند فرموده است و این تعادل در احترام گذاشتن ما به اطرافمان رخ خواهد داد. درک این اتفاق‌ها شاید بتواند راهکاری پیش پای ما بگذارد تا اشتباهات قبل و غرور بیجای خودمان در پزشکی و موجود برتر بودن را فراموش کنیم و شاید واقعا در این جهان هستی، دانش ما به‌حدی برسد که بدانیم؛ نمی‌دانیم.
کرونا تمام نشده است و خستگی‌های کادر درمان هر روز بیشتر می‌شود. خستگی‌های مهمی که به آن‌ها اجازه نمی‌دهد حتی برای چند دقیقه، بدون دغدغه لبخند بزنند.

مراسم قدردانی از پزشکان نمونه سال ۱۴۰۰

مراسم قدردانی از پزشکان نمونه سال ۱۴۰۰ همان‌طور که ذکر شد، امسال به اهدای لوح و مدال و عکس یادگاری با حضور اندک پزشکان برگزیده در ساعت‌های جداگانه محدود شد. این مراسم طی دو روز برگزار شد. در روز نخست، رئیس سازمان نظام‌پزشکی مشهد نیز حاضر بود و سخنرانی کرد.
در این مراسم دکتر علیرضا صداقت با اشاره به سختی‌های فراوانی که جامعه پزشکی طی ۲سال گذشته و در شرایط همه‌گیری کرونا متحمل شده است، گفت: افتخار آفرینی‌ها و ازخودگذشتگی‌های فراوانی که در این مدت به‌طور ویژه از جامعه پزشکی و کادر بهداشت‌ودرمان دیدیم، ستودنی است.
وی افزود: وظیفه ما تقدیر از پزشکان نمونه و استادان پیشکسوت در خود روز پزشک بود که به‌علت هم‌زمانی این روزها با موج پنجم با تاخیر روبه‌رو شد؛ درنتیجه تصمیم گرفته شد به‌صورت محدود و در چند روز از پزشکان نمونه با رعایت شیوه‌نامه‌های بهداشتی و در گروه‌های پنج‌نفره تقدیر شود. امیدوارم استادان بزرگوار این تأخیر را بر ما ببخشند.
وی در ادامه با اشاره به اینکه تمام ۱۸هزار عضو نظام‌پزشکی مشهد قدردان زحمات یکدیگر به‌ویژه پزشکان نمونه امسال هستند، بیان کرد: جامعه پزشکی با وجود کم‌لطفی‌هایی که می‌بینند، به‌خاطر عشق به خدمت و در راه تامین سلامت مردم همچنان به مسیر خود ادامه می‌دهد و از هیچ تلاشی فروگذار نکرده است. اما باید بگویم برخی سنگ‌اندازی‌ها را که به اعتبار و آبروی جامعه پزشکی و اعتماد مردمی به این جامعه لطمه بزند، برنمی‌تابیم.
در ادامه این مراسم دکتر خواجوی، نماینده دانشگاه علوم‌پزشکی مشهد، نیز سخنرانی کرد.
وی با اشاره به رشادت‌های کادر درمان و پزشکان در همه‌گیری کرونا گفت: کرونا نقطه عطف تاریخی است که شاید جهان را بتوان به قبل و بعد آن تقسیم کرد.
پیش‌بینی شرایط فعلی امکان‌پذیر نبود. پزشکان ما با تلاش شایسته تقدیر و ارزشمند خود توانستند در این شرایط، حافظ جسم و جان هموطنانشان باشند.
وی افزود: امیدوارم با همین روحیه بتوانیم از همه‌گیری کرونا عبور کنیم و با تکیه بر دانش و تجربه، شاهد سلامتی و شادابی روزافزون مردم و جامعه پزشکی باشیم.

مراسم تجلیل از
برگزیدگان سال ۱۴۰۰

مراسم تجلیل از
برگزیدگان سال ۱۴۰۰

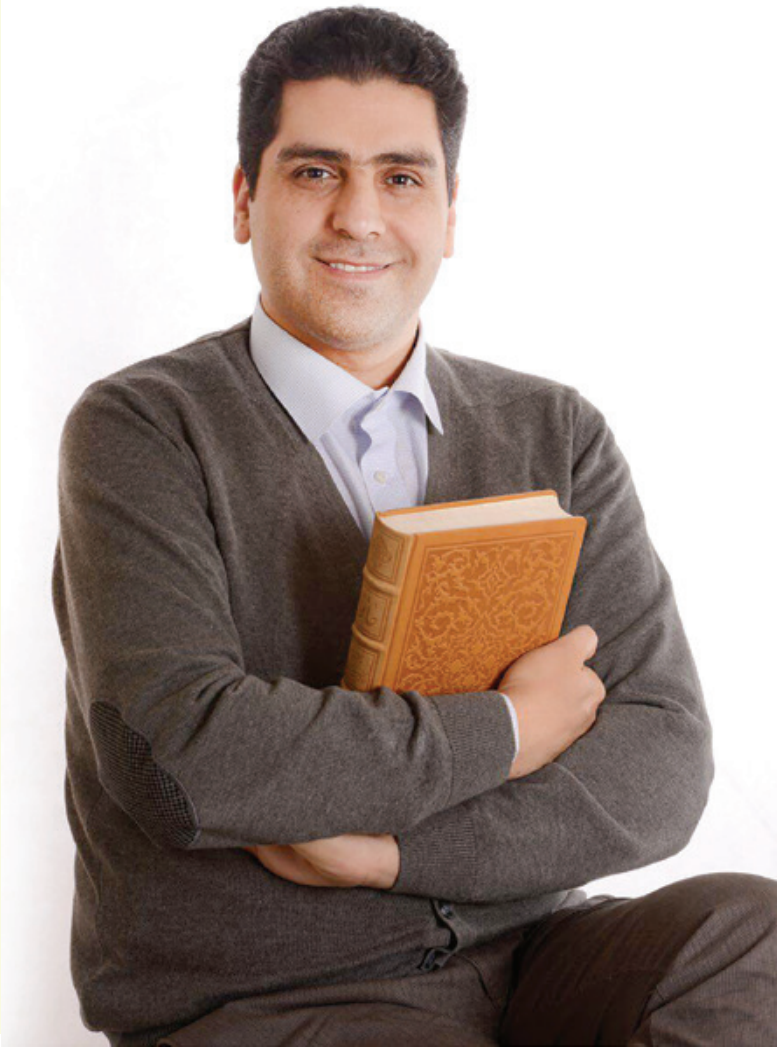
مراسم تجلیل از
برگزیدگان سال ۱۴۰۰

برگزیدگان سال ۱۴۰۰

گفت‌وگو با دکتر محمدرضا دستگاه‌دار

دندان‌پزشکی و موسیقی در کنار هم

انسان‌ها موجوداتی چندبعدی هستند و ممکن است توانایی‌های خود را به شکل‌های گوناگونی نشان دهند. انسان‌های زیادی را در اطراف خود می‌شناسیم که هریک با تکیه بر یکی از این ابعاد توانسته‌اند استعدادهای ذاتی خود را بروز دهند و در اجتماع مطرح باشند. همچنین انسان‌های زیادی را می‌شناسیم که در کنار بعد اصلی زندگی خود، دلخوشی‌ها و سرگرمی‌های کوچکی نیز دارند که ابعاد فرعی زندگی آن‌ها را تشکیل می‌دهد تا بتوانند روزگار را با خوشی بگذرانند. بااین‌حال درمیان تمام آن‌هایی که این ابعاد فرعی را نیز به‌طور جدی دنبال کرده‌اند، می‌شناسیم آدم‌هایی را که همین جریان جانبی زندگی را همپای جریان اصلی پیش برده‌اند. این افراد معمولا از گستردگی ذهنی بیشتری برخوردارند و در اجتماع نیز به موفقیت‌های بیشتری دست پیدا می‌کنند. یکی از این انسان‌های موفق، دکتر محمدرضا دستگاه‌دار است که علاوه‌بر دغدغه تحصیلی و حرفه‌ای خود که رشته دندان‌پزشکی است، سال‌هاست در عرصه موسیقی نیز فعالیت می‌کند و هم‌اکنون یکی از نوازندگان چیره‌دست سنتور شناخته می‌شود. آنچه در ادامه می‌خوانید، گفت‌وگوی دوستانه ما با دکتر محمدرضا دستگاه‌دار، دندان‌پزشک، نوازنده سنتور و سرپرست گروه موسیقی ققنوس در مشهد است.



آقای دکتر! کمی از تاریخچه زندگی خود بگویید.

آنچه مربوط به پیش از دوران دانشگاه می‌شود، این است که متولد سال ۱۳۵۷ در شهر یزد هستم. تحصیلات مقدماتی را در همان شهر گذراندم و از سال ۱۳۷۲، یعنی ۳سال پیش از ورود به دانشگاه، دوره مقدماتی سنتور را آغاز کردم. بعد از قبولی در کنکور در سال ۱۳۷۵، در رشته دندان‌پزشکی دانشگاه کرمان مشغول به تحصیل شدم. در سال ۱۳۸۰ در دانشگاه با یکی از هم‌رشته‌ای‌هایم آشنا شدم و بعد از مدتی ازدواج کردیم. در سال ۸۱، از دانشگاه دانش‌آموخته شدم و بعد از گذراندن دوره طرح و رفع پاره‌ای از مشکلات، در سال ۸۵ به‌همراه همسر و فرزندم به مشهد آمدیم و هم‌اکنون در همین شهر ساکن هستم.

اشاره کردید که قبل از قبولی در دانشگاه به‌سراغ موسیقی و سنتور رفتید. خانواده با این موضوع مشکلی نداشتند؟

علاقه به هنر و به‌خصوص موسیقی در خانواده ما ارثی است و تقریبا همه به‌گونه‌ای با آن آشنا هستند و از این بابت مشکلی نداشتم، ولی پدرم همواره به من تذکر می‌داد که اول درس و بعد هنر، بااین‌حال همواره مرا در هدفی که دنبال می‌کردم، یاری می‌کردند و همان‌طور که می‌دانید، بعد از من، برادرم نیز به‌طور جدی به موسیقی پرداخت و در همین گروه ققنوس از حضور او استفاده می‌کنیم.

در این سال‌ها موسیقی را چطور دنبال کردید؟

موسیقی به‌دلیل ماهیت هنری‌اش جاذبه‌ای دارد که همواره انسان را به‌دنبال خود می‌کشد و اگر وارد این وادی شوید، خواسته‌ناخواسته به‌دنبال آن می‌روید. بعد از سال ۷۲، من کلاس‌های سنتور خود را نزد استاد حسین سالارزاده دنبال کردم که خود نفر اول آزمون باربد بودند. متاسفانه استاد سالارزاده در سال ۱۳۸۳ فوت کردند. بعد از نقل مکان به مشهد و تمام شدن درس و دانشگاه به شکل جدی‌تری موسیقی را دنبال کردم. دوره عالی

ردیف‌نوازی سنتور را نزد استاد ریحانی گذراندم و کم‌کم مقدمات تشکیل گروه ققنوس فراهم شد.

■ ماهیت متفاوت موسیقی و دندان‌پزشکی در این مدت برای شما مشکلی ایجاد نکرده است؟

به‌هیچ‌وجه؛ به‌نظر من این دو تناقضی با هم ندارند. من دندان‌پزشکی را هم یک هنر می‌دانم و به آن فقط از جنبه یک کار مکانیکی نگاه نمی‌کنم. ضمن اینکه موسیقی آن چیزی است که به من انرژی می‌دهد. موسیقی خستگی تمام روز مرا از بین می‌برد. درواقع بیشتر کسانی که در شاخه‌های پزشکی تحصیل می‌کنند و دستی هم بر آتش موسیقی دارند، اظهار می‌کنند که موسیقی همیشه درمیان این حجم سنگین از کتاب و درس، یک سوپاپ و یک راه رسیدن به آرامش و تعادل ذهنی بوده است و من در این دو دهه به‌طور دقیق این موضوع را درک کرده‌ام.

■ از گروه ققنوس گفتید، این گروه چطور تشکیل شد؟

وقتی فراگیری موسیقی به‌حد پذیرفته‌شده‌ای می‌رسد، باید آن را دراختیار دیگران هم قرار داد. پایان سال ۸۷ با جمع کردن چند نفر از دیگر دوستان نوازنده برای تشکیل یک گروه موسیقی کوچک اقدام کردیم. من در طول مدت نوازندگی‌ام همواره ارادت خاصی به استاد پرویز مشکاتیان داشتم و از سبک نوازندگی ایشان الگوبرداری می‌کردم و یکی از آرزوها و برنامه‌هایم این بود که روزی از محضرشان استفاده کنم. اما متاسفانه بخت با من یار نبود و خیلی زودتر از آنچه فکر می‌کردیم، استاد را از دست دادیم. ققنوس نام یکی از آخرین ساخته‌های استاد مشکاتیان بود و ما گروه موسیقی خود را به احترام استاد، به این نام، نام‌گذاری کردیم.

■ از مسیری که آمده‌اید، راضی هستید؟

بله؛ اگرچه مشکلات فراوانی در راه بوده است، رسیدن به نتیجه مطلوب، تمام آن چیزی است که ما به آن می‌اندیشیم. همین که می‌توانیم گامی در مسیر هنر برداریم و موسیقی را با کیفیتی که درخور آن است به مردم ارائه کنیم، برای ما آرامش به‌همراه دارد.

■ اگر بنا به انتخاب باشد، موسیقی را انتخاب می‌کنید یا دندان‌پزشکی را؟

این مقایسه درستی نیست. واقعا انتخاب بین این دو غیرممکن است. من معتقدم هنر را نمی‌شود با پول مقایسه کرد. با وجود حرفه دندان‌پزشکی به لطف خدا به ارتزاق از طریق هنر نیازی ندارم. گام برداشتن من در این مسیر بیش و پیش از هرچیز، دغدغه فرهنگی است. من هردو را دوست دارم و می‌خواهم تا جایی که امکان دارد، هردو را ادامه دهم، با این حال فکر می‌کنم دندان‌پزشکی من یک روز به پایان خواهد رسید، اما اگر راه موسیقی را درست طی کنم، آنچه می‌ماند، همین موسیقی و همین گروه ققنوس است؛ به‌همین دلیل تلاش می‌کنم این گروه را حفظ کنم و تاآنجاکه می‌توانم، آن را ارتقا دهم و بدون شک، مردم برای این موضوع بهترین داور خواهند بود.

■ شنیدم رونمایی یکی از بهترین آلبوم‌های خود به نام هماگون را در یزد برگزار کردید، کمی در این‌باره توضیح می‌دهید؟

از این آلبوم قرار بود در مشهد رونمایی شود، ولی با لغو شدن کنسرت‌ها در مشهد، حتی امکان برگزاری مراسم رونمایی در این شهر میسر نشد، بنابراین برنامه‌ریزی‌ها در یزد انجام شد.

■ آقای دکتر! تخصص شما دندان‌پزشکی است که بی‌تردید حرفه پرمشغله‌ای است. چطور در کنار تمام این مشغله‌ها برای موسیقی هم وقت گذاشتید؟

فکر می‌کنم تنها چیزی که مرا وارد عرصه موسیقی کرده است، انگیزه بالاست. دندان‌پزشکان در بیشتر اوقات، زمان آزاد ندارند. انجام دادن این پروژه بزرگ و طاقت‌فرسا برای من بسیار سخت ولی لذت‌بخش بود که در این میان بجاست تشکر کنم از استاد بهداد بابایی عزیز، دکتر کافیه دوست‌داشتنی و تمام دوستانی که مرا در تمام این مراحل همراهی کردند و مشوقم بودند.

■ خودتان چه سبک موسیقی را گوش می‌دهید؟

سبک موسیقی مورد علاقه من، همان موسیقی اصیل ایرانی است. آثار استاد شهناز و استاد علیزاده را خیلی گوش می‌دهم. در بخش آواز نیز به آوازهای استاد شجریان زیاد گوش می‌دهم. به‌هرحال، ردیف و ردیف‌نوازی به‌نظرم یکی از رکن‌های مهم آهنگ‌سازی است. ردیف آوازی استاد دوامی و ردیف‌سازی استاد کیانی عزیز که برگرفته از ردیف میرزاعبدا... است، همیشه بهترین الگوی من در آهنگ‌سازی بوده است.

■ ساخته‌ها و آثار خودتان را هم گوش می‌دهید؟ برای بیمارانتان در مطب هم موسیقی پخش می‌کنید؟

بله، من خیلی‌وقت‌ها آلبوم هماگون را گوش می‌دهم و جالب اینکه هر قطعه‌ای که گوش می‌دهم، فضای آهنگ‌سازی آن همراه با سختی‌هایی که به هنگام ضبط آن قطعه تجربه کرده‌ام، برایم جالب و لذت‌بخش است.
در مطب از پیانوی استاد جواد معروفی و ویولن استاد پرویز یاحقی و استاد تجویدی برای بیمارانم استفاده می‌کنم.

■ فضای موسیقی کشور را چطور می‌بینید؟

ما در دوره‌ای زندگی می‌کنیم که گویی همه‌چیز به نابسامانی و ثبات‌گریزی تن داده است و قرار و هنجار از نهاد بسیاری از امور رخت بربسته است.
هم‌اکنون این پدیده، مشهود و ملموس‌تر از هر دوره‌ای رخ نشان می‌دهد و به برشمردن مصادیق این ادعا نیازی نیست و با اندک ریزبینی و تیزنگری، شرایط امور از صدر تا ذیل رصدشدنی، تحلیل‌شدنی و دریافتنی است.
در این میان، هنر شریف موسیقی ایرانی نیز خواسته یا ناخواسته از چنین شرایطی تاثیر پذیرفته و دچار نوعی سردرگمی و بلاتکلیفی شده است و مرزهای میان انواع آن گسیخته و در زمره امور مغفول و مجهول درآمده است و به‌طور اساسی هویت در موسیقی روزگار کنونی، جلوه‌ای کمرنگ و اغلب بی‌فروغ دارد؛ از نهادینه شدن رنگ و حال‌وهوای انواع موسیقی‌های دیگر اقلیم‌ها(غربی، هندی، آذربایجانی و...) و برخی تک‌نوازی‌ها گرفته تا گرایش به موسیقی پاپ، عوام‌زده و مردم‌پسند در آثار بعضی هنرمندان توانمند و صاحب‌نام.
گاهی توجه به تیراژ و تلاش برای پر کردن سالن‌های کشور با ظرفیت زیاد، آن‌هم در شب‌های متعدد و پشت‌سرهم، بر چیستی و چگونگی خلق آثار برتری دارد، حال آنکه هنر ریشه‌دار و عمیق و برخاسته از ارزش‌های اصیل، مخاطب خاص و محدود دارد و بنا نیست با تیراژهای چندصدهزاری و گاه میلیونی روبه‌رو شود و از اساس چنین اقتضایی ندارد.
چنان‌که شمارگان کتاب‌های پرمایه، فکرمدار و مکتوب در حوزه‌های اندیشگانی در سرزمینمان، رقمی میان ۲ تا ۳ هزار نسخه در مملکتی با جمعیت هشتادمیلیونی دارد. در چنین شرایطی، ایجاد و تولید آثاری که از انطباق نسبی با مختصات موسیقی‌های دهه گذشته برخوردارند، مبارک و امیدوارکننده است.

■ ممنون که وقتتان را به خوانندگان «سیمرغ سپید» اختصاص دادید.

من هم ممنونم که نظام‌پزشکی مشهد در مجله خود به موضوع‌های هنری نیز توجه می‌کند.

دستاورد

دکتر مجید غیور مبرهن
دانشمند یک‌درصد پراستناد برتر جهان

از مشهد تا دانشگاه گیلفورد انگلستان و سپس مرکز بین‌المللی یونسکو، علوم پایه پزشکی و تغذیه انسانی

در سال ۱۳۴۹ در مشهد متولد شد. در سال ۱۳۶۹ در دانشکده پزشکی مشهد قبول شد و در سال ۱۳۷۶ به‌عنوان بهترین دانشجوی پزشکی علمی‌فرهنگی از این دانشگاه، دانش‌آموخته شد.

بعد از آن برای گذراندن دوره عالی، به انگلستان سفر کرد و موفق شد مدارک کارشناسی‌ارشد تغذیه پزشکی و دکتری تخصصی در رشته تغذیه و فلوشیپ تغذیه بالینی را از دانشگاه ساری-گیلفورد انگلستان کسب کند.

وی از سال ۱۳۸۳ تاکنون، به‌عنوان عضو هیئت‌علمی دانشگاه علوم‌پزشکی مشهد، در رشته تغذیه بالینی در بیمارستان قائم و گروه تغذیه مشغول به کار بوده است و در سال ۱۳۹۵ به درجه استادتمام رسید. ریاست پژوهشکده بوعلی، موسس و مدیر گروه علوم‌وفنون نوین دانشگاه علوم‌پزشکی مشهد، دبیر چندین همایش بین‌المللی تغذیه و عضو انجمن ملی نخبگان، انجمن تغذیه ایران، انجمن پیشگیری و چاقی ایران، انجمن آترواسکلروز اروپا، انجمن تغذیه بریتانیا و انجمن بیوشیمی ایران، بخشی از فعالیت‌های علمی اجرایی وی است که باید ریاست فعلی مرکز بین‌المللی یونسکو، علوم‌پایه پزشکی و تغذیه انسانی و معاونت پژوهشی دانشگاه علوم‌پزشکی مشهد را نیز به آن افزود.

این‌ها سرآمد افتخارات کاری و تحصیلی دکتر مجید غیورمبرهن است که باتوجه‌به نتایج رتبه‌بندی ESI که در سپتامبر ۲۰۲۱ منتشر شد، توانست در حوزه موضوعی داروشناسی و سم‌شناسی Pharmacology & Toxicology در جمع دانشمندان یک‌درصد پراستناد برتر جهان قرار گیرد.

به همین بهانه سراغ این پزشک و دانشمند گرامی رفتیم و دقایقی را به گپ‌وگفت با وی سپری کردیم که نتیجه‌اش پیش‌روی شماست.

وقتی درباره موفقیت او در پیوستن به دانشمندان پراستناد دنیا می‌پرسم، دکتر غیورمبرهن از همان ابتدا سراغ مباحث علمی می‌رود و از علاقه فراوانش به تحقیقات تغذیه صحبت می‌کند و می‌گوید: عاشق پژوهش هستم. ۱۰ سال پیش یک طرح پژوهشی داشتم. یک طرح کوهورت بود که ما در مشهد انجام دادیم و بررسی کردیم که اختلال‌های آترواسکلروز در افرادی که مطالعه شده‌اند، به چه علت روی می‌دهد. حدود ۱۰ هزار نفر در این طرح شرکت کردند که در یک دوره ده‌ساله سنجش و انجام شد. می‌توانم بگویم مشابه این تحقیق را در اروپا و آمریکا داشتیم اما در آسیا کم بود و در خاورمیانه اصلا نبود. در این تحقیق بررسی کردیم که دلیل بیماری‌های قلبی‌عروقی در منطقه ما چیست.

وی می‌افزاید: مطالعات زیادی انجام دادم. مطالعه دیگری هم که شاخص است و به آن اشاره می‌کنم، درباره ویتامین دی بود؛ اینکه مصرف دارویی چه اندازه از ویتامین دی ممکن است عوارض کبدی کلیوی داشته باشد، آیا روش‌های غنی‌سازی مناسب است یا خیر و... حتی مطالعه‌ای با موضوع آثار ویتامین دی بر ویروس کووید ۱۹ هم انجام دادیم تا ببینیم چه اندازه از این ویتامین می‌تواند اثرگذار باشد، درهرصورت مطالعات کم نبود. یک مطالعه دیگر که به‌تازگی انجام داده‌ایم، در حوزه همه‌گیری کووید بسیار مهم بود. در این مطالعه متوجه شدیم که دیابتی‌های چاق، بیشترین میزان مرگ‌ومیر را در کووید داشته‌اند؛ یعنی افرادی که دو فاکتور هم‌زمان داشتند، هم دیابتی بودند و هم چاق بودند، بیشترین آمار فوتی را به خود اختصاص دادند. این مطالعات در مجلات بین‌المللی منتشر شد و سپس استادان و پژوهشگران دیگر از آن استفاده کردند. نتایج نظام رتبه‌بندی ESI (شاخص‌های بنیادین علم) هر دو ماه به‌روزرسانی می‌شود و ارزیابی آن براساس میزان استناد به مقاله‌های منتشرشده در مجلات ISI است که این تحقیق هم در این رابطه اثرگذار بوده است.

دکتر غیورمبرهن در ادامه، درباره فعالیت فعلی‌اش در مرکز بین‌المللی یونسکو علوم پایه پزشکی و تغذیه انسانی می‌گوید: مرکز بین‌المللی یونسکو علوم‌پایه پزشکی و تغذیه انسانی تنها مرکز یونسکو در غرب آسیا و کشورهای همسایه به‌شمار می‌رود که بعد از ۸ سال کار جمعی و همکاری‌های تحقیقاتی دانشگاه علوم‌پزشکی مشهد با سازمان یونسکو به نتیجه رسیده است.

وی می‌افزاید: راه‌اندازی مرکز بین‌المللی یونسکو به‌دنبال گذراندن فرایندهای طولانی، تشریفات قانونی، بازدیدها و ارزیابی کارشناسان سازمان یونسکو مصوب شده است که راه‌اندازی این مرکز برای مردم فایده‌ها و مزایای زیادی در حوزه تحقیقات کاربردی در زمینه تغذیه و علوم انسانی دارد.

معاون پژوهشی دانشگاه علوم‌پزشکی مشهد می‌گوید: در سال‌های اخیر، چارچوب آموزش و تحقیق در زمینه میراث جهانی به‌طور چشمگیری تغییر کرده است. از میان عواملی که به این تغییرات سریع کمک کرده است، ظهور مؤسسه‌های پرشمار و جدیدی است که هم‌اکنون در زمینه میراث جهانی ظرفیت‌سازی می‌کنند. در این راستا دستاورد بزرگ، استقرار نهادهای ظرفیت‌ساز با عنوان «مراکز مقوله ۲ تحت نظارت یونسکو» در مناطق مختلف جهان است که به نهادهایی اعطا شده است که به‌طور خاص با میراث جهانی در ارتباط هستند. مراکز نوع دوم، مراکزی هستند که یک کشور پیشنهاد می‌دهد و آن مرکز را با همکاری و اشراف تخصصی یونسکو ایجاد می‌کند. یونسکو آن را طی مراحلی بررسی و مصوب می‌کند که تحت‌نظر و با کمک تخصصی و آموزشی یونسکو کار می‌کند؛ یعنی از نظر ساختار بین‌المللی یکی از نهادهای یونسکو فرض می‌شود.

مرکز بین‌المللی یونسکو علوم پایه پزشکی و تغذیه انسانی تنها مرکز یونسکو در غرب آسیا و کشورهای همسایه به‌شمار می‌رود که بعد از ۸ سال کار جمعی و همکاری‌های تحقیقاتی دانشگاه علوم پزشکی مشهد با سازمان یونسکو به نتیجه رسیده است

علاوه‌بر همکاری‌های علمی، مرکز بین‌المللی یونسکو به‌عنوان پل ارتباطی ایران با سازمان بهداشت جهانی فعال خواهد بود. وی می‌گوید: بر این اساس، ایران می‌تواند طرح‌های مختلف تحقیقاتی را با سازمان بهداشت جهانی به سرانجام برساند که یکی از آن‌ها ایجاد «دانشگاه و شهر بدون دخانیات» در مشهد است.

و این حسن ختام گفت‌وگوی کوتاه ما با دکتر غیورمبرهن است تا باز در مجالی دیگر از دستاوردها و موفقیت‌های تازه این استاد و مرکز بین‌المللی یونسکو، علوم‌پایه پزشکی و تغذیه انسانی بخوانیم و بشنویم.

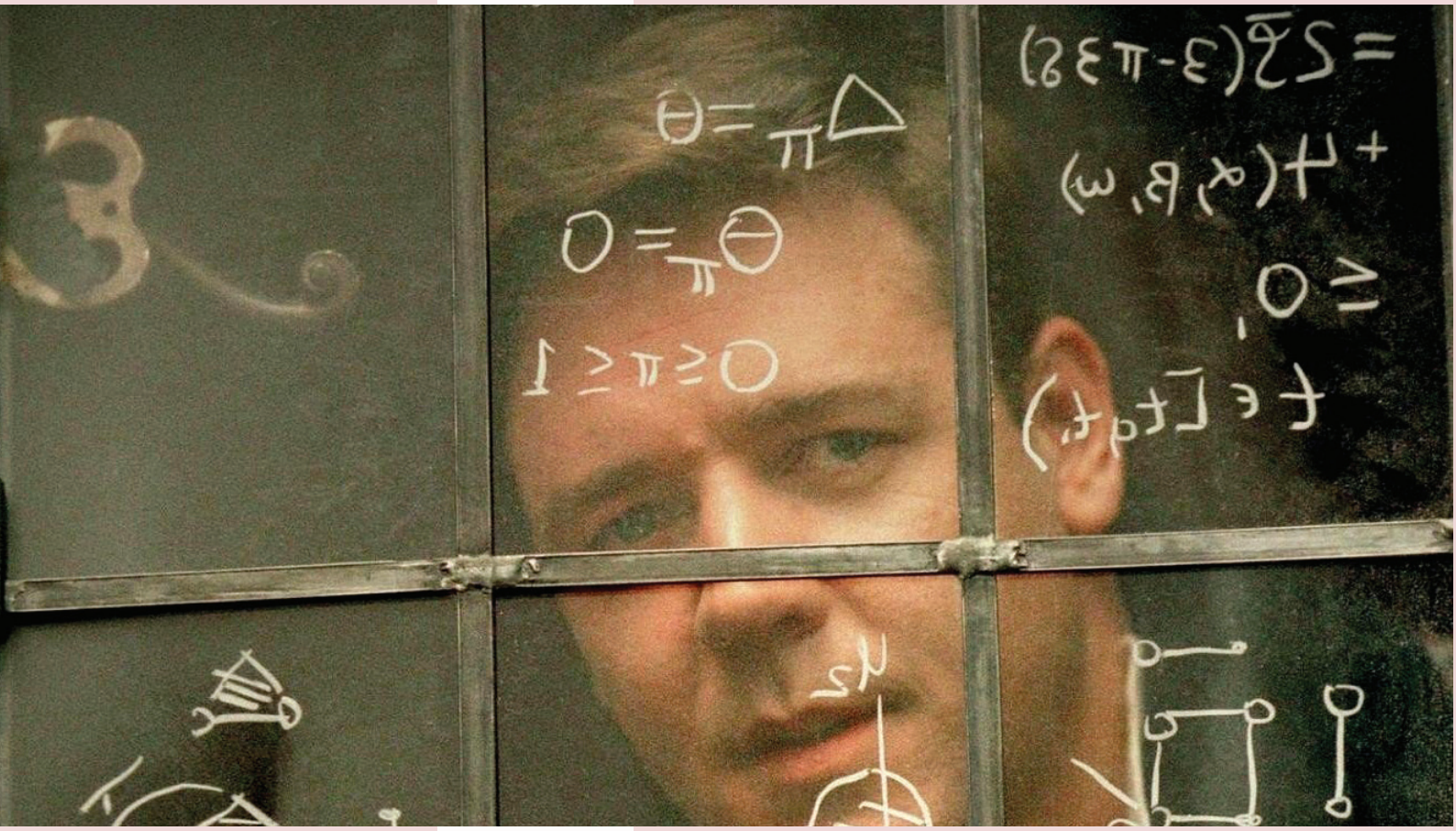
زنگ مدیران

زندگی سراسر بازی است

زندگی سراسر بازی اســت؛ خواه به‌عنوان بازیکن، خواه بازیچه یا ترکیبی از هردو. ما می‌آییم و می‌رویم. صحنه بازی هم پیوســته برجاست، اما در حال تغییر است. شاید بشــود این رباعی خیام را تفسیری شاعرانه از نظریه بازی‌ها دانست:

ما لُعْبَتکانیم(عروسک) و فلک لُعبَت‌باز
از روی حقیقتی نه از روی مَجاز
یک چند در این بساط بازی کردیم
رفتیم به صندوق عدم یک‌یک باز

احتمالا فیلم «ذهن زیبا» را دیده‌اید. این فیلم زندگی جان نَش، ریاضی‌دان و برنده نوبل اقتصاد سال ۱۹۹۴ را نشان می‌دهد. تقریبا محال است عبارت «نظریه بازی‌ها» به گوشتان خورده باشد و اسم این فرد را نشنیده باشید.
نش در تکامل نظریه بازی‌ها نقش بسیار مؤثری داشت و به‌خاطر تلاش‌هایش در این زمینه، در سال ۱۹۹۴ به‌همراه راینهارد سیلتن و جان هارسانی برنده جایزه نوبل اقتصاد شد.
کار مهمی که جان نش انجام داد و تا پیش از او در نظریه بازی‌ها مطرح نشده بود، یعنی آن چیزی که این نظریه آن را کم داشت، مسئله تعادل بود و اینکه هر بازی درنهایت یک تعادل دارد که این تعادل می‌تواند برد یا باخت باشد؛ البته جان نش مطرح کرد هر بازی می‌تواند هردو سر برد یا هردو سر باخت نیز باشد، اما درهرصورت بازی تعادل دارد. به بازی‌هایی که در آن‌ها همیشه یک برنده و یک بازنده وجود دارد، به‌اصطلاح بازی‌های با مجموع صفر می‌گویند؛ مانند شطرنج اما به بازی‌هایی که این‌گونه نیستند و هردو طرف می‌توانند سود ببرند، بازی‌های با مجموع غیرصفر می‌گویند. جان نش کار زیادی روی تعادل در بازی‌های عدم همکاری انجام داد که بعدها به تعادل نش معروف شــد.
نظریه بازی‌ها در موضوع‌های بسیاری ازجمله نحوه تعامل تصمیم‌گیرندگان در محیط رقابتی و به‌ویژه در بازارهــای انحصار چندجانبه که تعداد اندکی تصمیم‌گیرنده حضور دارند و نحوه واکنش و تصمیم دیگر بازیکنان اهمیت می‌یابد، کاربرد فراوانی دارد. نظریه بازی‌هــا علاوه‌بر اقتصاد در دیگر علوم رفتاری همچون علوم‌سیاسی، روان‌شناسی، جامعه‌شناسی، فلسفه و منطق نیز کاربرد دارد. حتی در زیست‌شناسی هم برای تحلیل تکامل و تحلیل رفتار نزاع برای بقا، از نظریه بازی‌ها استفاده می‌شود. در محیط کار، در زندگی و... این نظریه کاربردهای زیادی دارد.
به‌طور کلی می‌شــود بازی را در این نظریه این‌طور تعریف کرد که افراد یا چیزهای هوشمند که خودخواه و منطقی هستند و با یکدیگر تعامل دارند، تلاش می‌کنند بر مبنای قوانین موجود، بهترین تصمیم را بگیرند، به‌طوری که سود و منفعت شخصی خودشان را بیشتر کنند. اما نش این نظریه را کمی تغییر داد و این‌طور بیان کرد که:
«بهترین نتایج موقعی حاصل می‌شــوند که هرکس آنچه برای خود و گروه بهترین است، انجام دهد.»
برای روشن‌تر شدن ماجرا باید برویم سراغ معمای زندانی یا دوراهی زندانی.
درباره این معمــا باید بگویم که به‌ســختی می‌توانید در میــان مثال‌ها و داستان‌های تخصصی علمی، نکته‌ای را بیابید که به اندازه معمای زندانی یا دوراهی زندانی (Prisoner's Dilemma) به فضای گفت‌وگوهای عمومی و کتاب‌ها و مقاله‌های عمومی راه پیدا کرده باشد.
حدس زدن علت این مسئله هم دشوار نیست. بسیاری از ما در زندگی روزمره خود و در محیط شغلی‌مان به‌نوعی با معمای زندانی مواجه می‌شویم.
این داستان فرضی، یکی از مثال‌های پایه‌ای در نظریه بازی‌ها، راهبرد رقابتی، تعاملات بین کشــورها، مدیریت بازارهای انحصار چندجانبه، رابطه‌های



عاطفی، کار تیمی و انبوهی از نکته‌ها و موضوع‌های دیگر است.

یکی از روایت‌های ساده معمای زندانی به شرح زیر است:

دو نفر از اعضای یک باند جنایتکار دستگیر شده‌اند. هریک از آن‌ها به‌صورت انفرادی زندانی هستند و هیچ نوع دسترسی به فرد دیگر ندارند. متاسفانه علیه هیچ‌یک از این دونفر، شهادت کافی برای محکوم کردن نهایی وجود ندارد. آن‌ها هردو امیدوار هستند که به‌خاطر جرم‌های کوچک‌ترشان، تنها به یک سال زندان محکوم شوند و ماجرا تمام شود. اما در این میان، بازجو به هریک از آن‌ها پیشنهاد می‌دهد که:

اگر شهادت دهی که همکارت چه جرمی مرتکب شده است، به تو تخفیف خواهیم داد.

سناریوهای احتمالی به شرح زیر خواهد بود:

اگر زندانی الف علیه زندانی ب شهادت بدهد و هم‌زمان، ب هم علیه الف شهادت بدهد، هریک به دو سال زندان محکوم خواهند شد.

اگر زندانی الف علیه زندانی ب شهادت بدهد، اما زندانی ب از هرنوع شهادت دادن خودداری کند، زندانی الف آزاد می‌شود و زندانی ب، به سه سال زندان محکوم خواهد شد.

اگر هیچ‌کدام علیه دیگری شهادت ندهند، هریک به‌خاطر شواهد جزئی موجود، به یک سال زندان محکوم خواهند شد. حالا خودتان را به‌جای زندانی الف یا ب بگذارید. از یک‌سو، تمایل دارد که اعتراف نکند. اگر شریک جرم او هم اعتراف نکند، ماجرا با یک سال زندان حل می‌شود. اما نگران است که مبادا شریک او (که الان خبری از وضعیتش ندارد) تصمیم بگیرد که او را لو بدهد. در این حالت شریکش آزاد می‌شود و او زندانی خواهد شد. ممکن است تصمیم بگیرد علیه شریکش شهادت بدهد. در این حالت، احساس می‌کند که یا رها خواهد شد یا اگر شریکش هم به همین نتیجه برسد، هریک دو سال زندانی خواهند شد.

در اینجا به نفع هردو زندانی است که حالت سوم را انتخاب کنند و بنا بر نظریه جان نش آنچه به نفع خود و گروه است، انتخاب کنند ولی چون هرکدام از آن‌ها تنها به فکر خود و به‌دنبال کسب بهترین نتیجه برای خویش یعنی آزاد شدن است و به طرف مقابل نیز اعتماد ندارد، دوست خود را لو می‌دهد و هردو ضرر خواهند کرد که البته حالت منطقی نیز همین است (چون از تصمیم همدیگر خبر ندارند). یعنی از دید هر زندانی جدا از اینکه زندانی دیگر کدام حالت (شهادت دادن یا سکوت) را انتخاب کند، برای او بهتر است که شهادت بدهد و زندانی دیگر را لو دهد، اما نتیجه خلاف این می‌شود و هردو ضرر می‌کنند که معما در همین‌جاست.

> افراد یا چیزهای هوشمند که خودخواه و منطقی هستند و با یکدیگر تعامل دارند، تلاش می‌کنند بر مبنای قوانین موجود، بهترین تصمیم را بگیرند، به‌طوری‌که سود و منفعت شخصی خودشان را بیشتر کنند- اما نش این نظریه را کمی تغییر داد و این‌طور بیان کرد که: «بهترین نتایج موقعی حاصل می‌شوند که هرکس آنچه برای خود و گروه بهترین است، انجام دهد»

اگر هردو از تصمیم هم آگاه بودند و می‌توانستند با هم همکاری کنند، نتیجه بهتری به‌دست می‌آمد، اما چون دو زندانی از تصمیم هم اطلاع ندارند، تنها نفع خود را درنظر می‌گیرند و هرکدام از آن‌ها علیه دیگری شهادت می‌دهد و درنهایت هردو ضرر می‌کنند. دلیل این است که در موقعیت‌هایی که علاوه‌بر خود فرد، انتخاب دیگران و اطلاع از انتخاب دیگران نیز اهمیت دارد، همکاری می‌تواند سودبخش باشد؛ همان چیزی که جان نش مطرح کرد. نظریه بازی‌ها درپی آن است موقعیت‌هایی را که در آن منافع افراد در تضاد است، مدل‌سازی کند. این موقعیت زمانی پدید می‌آید که موفقیت فرد و تصمیم او وابسته به تصمیم و راهبردهایی است که طرف مقابل انتخاب می‌کند و هدف نهایی نظریه بازی‌ها، یافتن راهبرد بهینه برای بازیکنان است.

اما کلید حل نهایی همان است که جان نش یافت؛ یعنی بهترین نتایج موقعی حاصل می‌شوند که هرکس آنچه برای خود و گروه بهترین است، انجام دهد. شما در مسیر کار و زندگی‌تان چطور تصمیم می‌گیرید؟

استاد دکتر محمدرضا قوام‌نصیری:

هرچه کردم، وظیفه بوده است و منتی بر کسی نیست

پای صحبت بزرگان که می‌نشینی، زمان رنگ می‌بازد و لطف کلام به‌خصوص اگر با چاشنی خاطره آمیخته باشد، آدمی را مسحور می‌کند، طوری که ساعت‌ها به‌نظر دقیقه می‌رسند و دقایق به ثانیه می‌مانند. اما همین زمان طولانی که رعدآسا گذر کرده است، گویی از عمرت حساب نمی‌شود. گفت‌وگوی این شماره از سیمرغ سپید با استاد دکتر محمدرضا قوام‌نصیری چنین بود؛ دلنشین و پربار، طوری که زمان از کف می‌رفت.

شنیدم که نسل اندر نسل طبیب بودید و پدرتان از بنیان‌گذاران دانشکده پزشکی در مشهد بودند، کمی در این‌باره بگویید.

آن‌طور که از پدر و مادرم شنیده‌ام، حدود ۳ نسل، قبل از پدرم طبابت می‌کردند؛ پدربزرگم حکیم سیدعبدالباقی معروف به قوام‌الاطبا طبیب بود. برخی بانوان خانواده هم به طب سنتی تسلط داشتند و طبابت می‌کردند. مرحوم پدرم نوشته‌های زیادی از خودشان به‌جا نگذاشته‌اند تا بخواهم بیشتر در این‌باره بگویم. پدرم دکتر علیرضا قوام‌نصیری متولد ۱۲۹۱ تربت‌حیدریه بودند و دوران دبستان را در این شهر گذراندند، ولی دبیرستان در مشهد بودند. رشته پزشکی را در تهران در مدرسه دارالفنون خواندند تا اینکه سال ۱۳۱۵ دانش‌آموخته شدند و به مشهد برگشتند. همان‌طور که اشاره کردید، پدرم از بنیان‌گذاران دانشکده پزشکی مشهد بودند. آن زمان آشنایی پدرم با دکتر «حسین سامی‌راد» منجر به دوستی نزدیک آن‌ها شد که این آشنایی برای برنامه‌ریزی‌های تأسیس دانشکده پزشکی مؤثر بود. سال ۱۳۱۹ پدرم رئیس اداره صحیه یعنی اداره امور درمان کشور تا سال ۱۳۲۰ و اداره کل صحیه(بهداری) وابسته به وزارت کشور بود که سال ۱۳۲۰ به تصویب مجلس شورای ملی رسید و اداره کل بهداری به وزارت بهداری تبدیل شد. ایشان در شهرستان بیرجند خدمت می‌کردند. پدرم در همان سال با همکاری شادروان دکتر سامی‌راد به فکر تأسیس دانشکده پزشکی افتادند.

مرحومان دکتر سامی‌راد، پدرم، دکتر اسدی، دکتر حسن شهیدی و علی، احمد و رضا سالاری و دکتر قریشی بزرگ، از بنیان‌گذاران اصلی برنامه‌ریزی برای تدریس دانشکده پزشکی در مشهد بودند. آن‌ها در سال‌های ۱۳۱۳ تا ۱۳۱۹ مدرسه طب را در دبیرستان فردوسی فعلی برپا کردند. در نوبت روزانه این مدرسه، دانش‌آموزان مانند دیگر دبیرستان‌ها درس می‌خواندند و در نوبت شب، این پزشکان با رابطه‌هایی که داشتند، توانستند برای تدریس درس‌های تئوری طب، مجوز بگیرند. پزشکان یادشده به‌صورت افتخاری درس می‌دادند. آن‌ها می‌خواستند این کار انجام شود. آن زمان برق نبود و استادان با هزینه خودشان از چراغ‌های گردسوز استفاده می‌کردند. ۲ کلاس با پیگیری‌های پدرم و دکتر سامی‌راد به نام مدرسه طب و بعد به نام آموزشگاه بهداری کارش را ادامه داد. این تلاش آن‌ها هسته اولیه دانشکده پزشکی مشهد را تشکیل داد.

هنوز راه درازی تا تأسیس دانشکده هست؟

تقریبا بله. بعد از چند سال شادروان دکتر حبیبی، استاد آسیب‌شناسی و معاون دانشکده پزشکی تهران، نامه‌ای برای دکتر سامی‌راد فرستاد تا بیمارستان امام‌رضای فعلی به شفاخانه امام‌رضا(ع) تغییرنام دهد که ۱۰۰ تختخواب بیشتر نداشت. ایشان مقداری پول هم، برای مدرسان آموزشگاه مشهد فرستاد که سهم پدرم برای ۳ سال کار و تدریس ۳۳۰ تومان شد. شادروان دکتر سامی‌راد با همکاری پدرم از مدیران دانشگاه تهران درخواست می‌کنند آموزشگاه بهداری مشهد زیرنظر این دانشگاه باشد تا به‌خاطر امکانات علمی تهران،

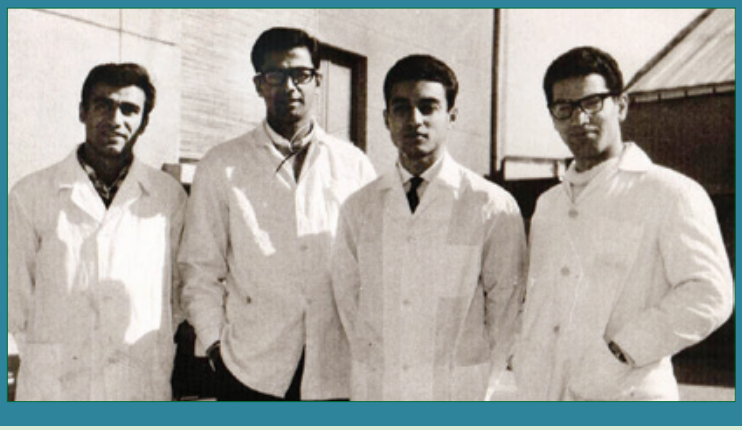
درجه دانشـــگاهی پیدا کند. در سال ۱۳۲۴ تهران آموزشگاه بهداری مشـــهد را به رسمیت شناخت و پروفســـور اوبرلین درجه‌های دانشـــیاری را به استادان داد.

پروفسور اوبرلین جزو پزشکان سرشناس به‌شمار می‌رفت و با اختیارات کامل، مشـــاور پزشکی شاه وقت بـــود. او با بررســـی‌هایی که انجـــام می‌داد، می‌توانست دانشکده پزشکی و بیمارستان تأسیس کند.

پس از تلاش‌های بســـیار، پدرم و دکتر سامی‌راد سرانجام موفق شـــدند نظر مدیران تهران را جلب و اجازه تأسیس دانشکده پزشکی را دریافت کنند. سال ۱۳۲۷ سه نفر از تهران آمدند و بعد از بازدید از دانشـــکده بهداری اعلام کردند مشهد می‌تواند دانشکده پزشکی داشته باشد و دانش‌آموختگان آموزشگاه بهداری پس از پایان تعهدشان با انجام یک امتحان، درصـــورت موفقیـــت می‌توانند در کلاس‌های سال چهارم دانشکده پزشکی مشهد یا تهران به تحصیل ادامه دهند و پس از گذراندن ۲ یا ۳ســـال گواهی‌نامه پزشـــکی دریافت کنند. سرانجام در ســـال ۱۳۲۸ دانشکده پزشکی مشهد تأسیس شد.

مرحوم پدرم اولین رئیس دانشکده پزشکی مشهد بودند و ۳ســـال در این مسئولیت خدمت کردند و پس از ۳سال با موافقت تهران، دکتر سامی‌راد این ســـمت را پذیرفتند. پدر برای گذراندن دوره‌های تکمیلی آسیب‌شناســـی به کشـــورهای فرانسه، آلمان و انگلستان ســـفرهای متناوب می‌کردند و به‌عنوان اولین اســـتاد آسیب‌شناسی با دانشکده آسیب‌شناســـی مشـــهد همکاری خـــود را ادامه دادند. پدرم در این سفرها علاوه‌بر افزایش مطالب علمی، تصمیم داشتند ببینند چه خدمات بهتر و معتبرتری در این کشورها ارائه می‌شود تا بتوانند آن پیشرفت‌ها را به ایران بیاورند.

درباره زندگی مرحوم پدرم هرچه بگویم، کم است.



■ بله، درست می‌گویید. از خودتان بگویید و مسیری که در زندگی طی کردید.

من ۶مرداد۱۳۲۴ در شـــهر مشهد متولد شـــدم. چهار ســـال ابتدایی در دبستان فرهنگ بودم و ســـپس وارد دبیرســـتان فردوسی مشـــهد شـــدم و در آنجا تحصیلاتم را گذراندم.(۱۳۳۲)

■ قبـــل از اینکه بـــه ســـال‌های جوانی و بزرگ‌سالی برســـیم، می‌خواهم کمی از خاطرات کودکی‌تان بگویید.

کودکی که شیطنت نکند، در بزرگ‌سالی خلاق و توانمند نخواهد شـــد. در دوران کودکی بازیگوش بودم و زندگی شلوغی داشتم. به‌طورمثال تیم گل‌کوچک کوچه را درست کرده بودم و با هم‌محله‌ای‌هایمـــان فوتبال بازی می‌کردیم.

هم درس می‌خواندم و هم بـــازی می‌کردم. یادم هست چهارشنبه‌سوری که می‌شد، ملحفه‌ها را روی سرم می‌انداختم و بیرون می‌رفتم. پس از برگزاری مراسم با همان‌ها از روی آتش می‌پریدم و آن‌ها را آتش می‌زدم.

■ کمی از مادرتان بگویید.

مادرم نمونه تمام‌عیار یک زن ایرانی معتقد به موازین شـــرعی و دینی و مدیر بودند. بســـیار مذهبی بودند و خیلی به مسائل دینی پایبند بودنـــد. پدرم مشـــغله کاری فراوان داشتند و باید بگویم که ستون خانه، مادرم بودند و تربیت بچه‌ها و امور منزل برعهده ایشان بود.

■ دیپلم گرفتید و شما هم پزشکی خواندید؟

بله، پس از پذیرش در دانشکده پزشکی دانشگاه مشهد در سال ۱۳۴۲، این دوره در آبان ۱۳۴۹ تمام شد. علاوه‌بر حضور مرحوم پدرم که استاد بافت‌شناسی و آسیب‌شناسی دانشگاه علوم‌پزشکی مشهد بودند و در گرایش من به دانش سرطان نقش مهمی داشتند، رفتار، منش، نحوه تدریس و آنچه در دوران دانشـــجویی برایم جذابیت داشت، موجب علاقه‌ام به ادامه تحصیل در رشته تخصصی سرطان شد. شدت علاقه‌ام به موضوع کانسر(سرطان) موجب شد پایان‌نامه من در دوران پزشکی‌عمومی درباره «سرطان میلوئید مزمن و وجود کروموزوم فیلادلفیا» باشد. تمایلم به هدف‌های معنوی این تخصص و درمان بیماران سرطانی موجب شد این رشـــته را با تمام مسائل و مشـــکلاتش درمقایسه‌با رشـــته‌های پردرآمد پزشکی، پیگیر شوم و ترجیح دهم. برنامه آموزش دستیاری من با رادیولوژی آغاز شد که پذیرش در رشته رادیولوژی در دانشگاه علوم‌پزشکی مشهد

را تقاضا کردم. بعد که امکانات تحصیل در رشته تخصصی سرطان برای من و شادروان دکتر صالحی فراهم شد، قبول کردیم در رشته تخصصی سرطان در دانشکده سلطنتی انگلیس بورسیه شویم. اکتبر ۱۹۷۲ دقیقا دو سال بعد از پایان دوره پزشکی عمومی و خدمت نظام‌وظیفه در لباس پزشک سپاه بهداشت، عازم لندن شدم و برنامه آموزشی‌ام را آغاز کردم. اهمیت تحصیل در یک مرکز علمی بین‌المللی درمانی سرطان اروپا آن‌قدر بود که هنوز از دانش آن دوران در درمان بیماران سرطانی در کشور بهره می‌برم. در دوران دستیاری تخصص و تحصیل در لندن تا این حد به اهمیت این مرکز درمانی پی نبرده بودم.

■ شنیده‌ام که در انگلیس موقعیت‌های خوبی داشتید که پیگیر دست یافتن به آن‌ها نشدید؟

بله، بعد از یک سال که بخش اول دوره مدیکال رادیوتراپی را گذراندم، برای به‌دست آوردن مدرک مدیکال رادیوتراپی اجازه ورود به بخش دوم یعنی بخش بالینی (کلینیکال) را گرفتم. به لطف خدا این دوره را با موفقیت گذراندم و در همان زمان به‌دلیل گذشته خوبی که در این دوران داشتم، شغل‌های خوبی به من پیشنهاد شد. حتی در بیمارستان «رویال مارزدن» ادامه فعالیت و همکاری به‌عنوان استادیار به من پیشنهاد شد. بعد از یک سال از ادامه فعالیت، کار در بیمارستان چرین کراس لندن به‌عنوان دانشیار به من پیشنهاد شد که یکی از جدیدترین بیمارستان‌های لندن در سال‌های ۱۹۷۴ و ۱۹۷۵ به‌حساب می‌آمد. تقریبا دو سال در این موقعیت فعالیت کردم. من دیگر تخصصم را گرفته بودم و احساس کردم دلیلی ندارد در لندن بمانم و چون بورسیه بودم، صلاح دانستم به کشور بازگردم تا دانش و خدمتم را تقدیم هموطنانم کنم. خرداد ۱۳۵۶ بود که به ایران برگشتم. در همان زمان وزارت علوم مدارک تحصیلی‌ام را به‌عنوان مدیکال رادیوتراپیست یا همان متخصص رادیوتراپی آنکولوژی تأیید کرد. افراد صاحب این مدرک تحصیلی می‌توانستند درمان‌های رادیوتراپی را به‌صورت بالینی ارائه دهند و مجوز استفاده از داروها و مدیریت بیماران نیازمند شیمی‌درمانی را نیز داشتند.

این را هم بگویم که در یکی از بیمارستان‌های معروف لندن در آن زمان پیشنهاد فرصت مطالعه و تحقیقات درباره نوترون‌تراپی نیز به بنده داده شده بود.(نوترون‌تراپی درمان جدیدی در سال ۱۹۷۶ بود که در لندن هاسپیتال به‌صورت یک طرح تحقیقاتی مطرح شده بود). در این طرح، من به‌همراه ۱۸ نفر از متخصصان انگلیسی و ۳ نفر از کانادا و استرالیا نامزد بودیم که از بین آن‌ها من پذیرفته شدم، ولی به‌دلیل هم‌زمان شدن با بازگشتم به ایران، مجبور شدم طرح را نیمه‌کاره رها کنم که حتی دو ماه این موقعیت را برای من نگه داشته بودند.

■ و بعد طبابت را در ایران آغاز کردید؟

بله، ابتدا به‌عنوان عضو هیئت‌علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد در گروه رادیولوژی به فعالیتم ادامه دادم. پس از چند سال با همراهی شادروان دکتر صالحی و پذیرش رزیدنت(دستیار تخصص) گروه آموزشی رادیوتراپی آنکولوژی را دایر کردیم. در سال ۸۵ نیز مرکز تحقیقات سرطان دانشگاه علوم پزشکی مشهد را راه‌اندازی کردم. رئیس وقت دانشگاه و معاون پژوهشی، مسئولیت این مرکز را نیز به این جانب سپرد. فعالیت پژوهشی ادامه داشت تااینکه نماینده تام‌الاختیار رئیس دانشگاه در

مادرم نمونه تمام‌عیار یک زن ایرانی معتقد به موازین شرعی و دینی و مدیر بودند- بسیار مذهبی بودند و خیلی به مسائل دینی پایبند بودند- پدرم مشغله کاری فراوان داشتند و باید بگویم که ستون خانه، مادرم بودند و تربیت بچه‌ها و امور منزل برعهده ایشان بود

در یکی از بیمارستان‌های معروف لندن در آن زمان پیشنهاد فرصت مطالعه و تحقیقات درباره نوترون‌تراپی نیز به بنده داده شده بود- (نوترون‌تراپی درمان جدیدی در سال ۱۹۷۶ بود که در لندن هاسپیتال به‌صورت یک طرح تحقیقاتی مطرح شده بود)

وزارت بهداشت شدم و کارهای مربوط به وزارتخانه را پیگیری می‌کردم. اسفند ۱۳۸۹ نیز با درجه دانشیاری بازنشسته شدم.

■ راستی نگفتید چه سالی ازدواج کردید و چند فرزند دارید؟

من آبان ۱۳۴۸ ازدواج کردم و دو پسر و یک دختر دارم. پسرم مهدی که بزرگ‌تر است، فارغ‌التحصیل زبان انگلیسی است و در دوران تحصیلم در انگلیس به دنیا آمد. الان آموزشگاه زبان انگلیسی دارد و دارای مدارک آیلتس و تافل از بریتیش کانسیل انگلیس است. دومین فرزندم علی از دانشگاه سیدنی استرالیا در رشته عمران با مدرک پی‌اچ‌دی دانش‌آموخته شده است و در آنجا فعالیت می‌کند. دخترم نرگس هم فوق‌لیسانس معماری از دانشگاه شهیدبهشتی دارد و در مشهد عضو هیئت‌علمی دانشگاه غیرانتفاعی است و تدریس می‌کند.

■ گفتید خاندانتان ۳نسل طبیب را به خود دیده است. از تفاوت طبابت قدیم و جدید بگویید.

طبابت در قدیم و آن وقت‌ها با امروز تفاوت داشت. آن زمان طبابت اصلا کاسبی نبود و پزشک وظیفه داشت بیمار را معاینه کند. چه داشت، چه نداشت، به بیمار کمک می‌کرد تا بتواند داروهایش را بخرد، اما این روزها سیستم بهداشت‌ودرمان در مسیری غلط با برقراری رابطه مالی بین پزشک و بیمار عملا طبابت را به‌سمت تجارت سوق داده که مسیر غلطی است.

■ از بیمارستان امید بگویید، ریاست در این بیمارستان چطور بود؟

هنگامی که مادر آقای احمد خیامی بر اثر سرطان معده فوت کردند، پسر ایشان تصمیم گرفتند به یاد مادرشان یک درمانگاه سرپایی برای بیماران سرطانی به‌عنوان خیریه احداث کنند و بنای اولیه بیمارستان امید فعلی برپا شد. یک دستگاه کبالت که جزو دستگاه‌های رادیوتراپی خوب در آن زمان بود، به ایران آورده بودند که بیماران رایگان درمان شوند. البته آن زمان پزشک متخصص نبود. آقای دکتر فریدون شاملو از بستگان نزدیک آقای خیامی به لندن آمدند و پس از گفت‌وگو با یکدیگر، یکی از پزشکان زبده در این کار را به ایشان معرفی کردم و ایشان با تیم درمانی‌شان به مشهد آمدند و برنامه درمان سرطان در زمینه رادیوتراپی و استفاده از داروهای شیمی‌درمانی را آغاز کردند. در درمانگاه سرپایی، طبقه همکف ویژه درمان بیماران بود و طبقه بالای آن محل استراحت پزشک معالج و همراهان بیمار بود که بیشتر از چند تخت نمی‌شد. همچنین در طبقه منفی یک دستگاه کبالت را با امکانات رادیوتراپی گذاشته بودند. آقای خیامی در جوار این درمانگاه، بیمارستانی هشت‌طبقه برای بیماران قلبی و کلیوی درنظر گرفته بودند که نقشه آن را معماران فرانسوی ترسیم کرده بودند. در سال ۵۸ یا ۵۹ شورای انقلاب این درمانگاه را مصادره و یک سال بعد به دانشگاه واگذار کرد و زیرمجموعه دانشگاه علوم‌پزشکی مشهد شد. شروع ساخت این ساختمان هشت‌طبقه که در مرحله اسکلت‌سازی رها شده بود، با دوران جنگ تحمیلی هم‌زمان شد. به لطف خدا توانستیم آن هشت‌طبقه را به درمانگاه فعلی متصل کنیم و درنهایت، بیمارستان را امید نام‌گذاری کردیم و برای بیماران سرطانی درنظر گرفتیم.

۳۰ سال مدیریت و ریاست بیمارستان امید را برعهده داشتم. در این ۳۰سال، پزشکی نداشتیم که در بیمارستان کار کند و زیر میزی بگیرد. غذای بیماران بیمارستان در تمام این ۳۰سال از بهترین و مرغوب‌ترین مواد اولیه تامین می‌شد. برنج درجه‌یک ایرانی نمونه می‌آمد، پخت می‌شد و پس از تأیید خریداری می‌شد. از زندگی کارمندان مطلع بودم. حقوق متأهل با مجرد، اجاره‌نشین با صاحبخانه و... تفاوت داشت. بله، این‌طور بود.

■ انجمن حمایت از بیماران سرطانی را هم شما راه‌اندازی کردید؟

یک روز وارد بیمارستان شدم. زنی را با حالی نزار و چادر کهنه در محوطه دیدم. مریض سرطانی داشت. هماهنگ کردم، غذا آوردند و خلاصه در حد وسعمان کمک کردیم تا شرایطش بهتر شود. آنجا تصمیم گرفتم یک کار منسجم در این زمینه انجام دهم. خرداد سال ۱۳۶۰ در مشهد برای اولین‌بار در کشور، انجمن‌های خیریه حمایت از بیماران سرطانی تشکیل شد. باتوجه‌به وضعیت اقتصادی آن دوره، برای برپایی انجمن از معتمدان و بزرگان بازار و بازاری‌های مشهدی از جمله حاج‌رضا خیامی، حاج‌آقا صاحبکار، از معتمدان مشهد که تجربه ساخت بیمارستان موسی‌بن‌جعفر(ع) را داشتند، حاج‌آقا رضایی، حاج‌آقا جعفرزاده، از معتمدان فرش‌فروشان مشهد، حاج‌آقا عقیق‌چی و چند نفر دیگر که مشکلات مالی و مسائل ارتباطی را بتوانند حل کنند، کمک گرفتم. خیران انجمن حمایت از بیماران سرطانی، اساسنامه جامعی نوشتند که حتی تایید بیماران سرطانی در خارج کشور با پرداخت همه مخارج مربوط درنظر گرفته شده بود. خوشبختانه این انجمن بالید و رشد کرد و مراکز رادیوتراپی آنکولوژی رضا و بیمارستان ناظران، حاصل تلاش‌های این انجمن است.

■ همراهی و همدلی همسرتان را چقدر در پیشبرد هدف‌ها و موفقیت‌های خود مؤثر می‌دانید؟

خیلی زیاد مؤثر بوده است. می‌توانم بگویم مهم‌ترین موفقیت‌هایم به‌خصوص در انگلستان را مدیون همکاری‌ها و فداکاری‌های همسرم و همدلی ایشان می‌دانم و شایسته است در این موقعیت از ایشان تشکر قلبی و سپاسگزاری کنم.

■ و حرف آخر؟

زندگی مرحوم پدرم دکتر سیدعلیرضا قوام‌نصیری که به آقای دانشگاه نیز معروف بودند، سرمشق زندگی من بود. پدرم به مال دنیا بی‌اعتنا و فقط به‌دنبال خدمت و معنویت بودند. سعی کردم آنچه از دستم برمی‌آید، ابتدا برای رضای خداوند متعال و سپس از نظر وجدانی برای خلق خدا و خدمت به بیماران انجام دهم.

در طول سال‌های خدمت در دانشگاه به‌عنوان عضو هیئت‌علمی، تمام‌وقت انجام وظیفه کردم و تمایلی به داشتن مطب و کار خصوصی نداشتم. افتخار می‌کنم به اینکه پدرم در یکی از روزهای آخر زندگی‌شان در گفت‌وگوی خصوصی از من به‌طور کامل اظهار رضایت کردند. همین دعای خیر پدر و مادر برایم کافی است. هرچه کردم، وظیفه است و منتی بر کسی نیست.

خداوند متعال من را برای خدمت به بیماران سرطانی و نجات جان آنان انتخاب فرموده بود و امیدوارم توانسته باشم با تسلیم بودن بر این امر، خشنودی و رضای حضرت حق را کسب کرده باشم.

لنـــزوایـــد

آنچه باید دیده شود...

مســـائل و مشـــکلات مختلفـــی در سیســـتم بهداشـــت‌ودرمان وجـــود دارد که بخشـــی از آن عمومیت دارد و بخشی تخصصی‌تر است. در لنزواید قصد داریم به بیان مســـائل و مشکلات بخش‌ها و رشته‌های مختلف خدمات‌دهنده سلامت بپردازیم تا تلنگری باشد برای رفع این مشکلات و مسائل.

بیمه نبودن خدمات شنوایی‌شناسی و هزینه‌هایی که بر دوش بیماران سنگینی می‌کند

شنوایی‌سنجی یا ادیومتری (audiometry) نامی است که به تست شنوایی داده می‌شود. این تست شامل آزمایش‌ها و اندازه‌گیری‌های مربوط به شنوایی است و امکان ارزیابی عملکرد شنوایی را فراهم می‌کند. همان‌طور که نیاز است در دوره‌های مشخصی برای چکاپ کامل سلامت بدن به پزشک مراجعه کنیم یا برای بررسی وضعیت بینایی به نزد اپتومتریست برویم، گوش‌ها نیز برای اطمینان از سلامتشان نیاز به شنوایی‌سنجی دارند. دایره خدمات شنوایی‌سنجی به همین محدود نمی‌شود و خدمات درمانی مختلفی در حوزه وظایف شنوایی‌سنج قرار دارد، اما به‌دلیل زیرپوشش بیمه نبودن این خدمات و هزینه‌های سنگینی که بیماران خود باید آن را پرداخت کنند، از این خدمات آن‌طور که باید استقبال نمی‌شود.

رئیس انجمن علمی شنوایی‌شناسی شعبه خراسان‌رضوی، ضمن انتقاد از نحوه پوشش بیمه‌ای خدمات شنوایی‌شناسی در این‌باره می‌گوید: متاسفانه دفترهای ارزیابی شنوایی نمی‌توانند با بیمه‌های پایه تامین‌اجتماعی و سلامت قرارداد ببندند و همه هزینه این خدمات بر دوش بیماران است.

مجید حدادی‌اول در ادامه با اشاره به اهمیت سمعک برای توان‌بخشی شنوایی افرادی که شنوایی‌شان کم است، می‌افزاید: کودکان کم‌شنوا درصورت استفاده نکردن از سمعک در رشد گفتار و زبان تأخیر خواهند داشت و در مراحل بعد با مشکلات یادگیری آموزشی روبه‌رو خواهند شد. همچنین کاهش شنوایی یکی از مشکلات مهم سالمندان است و ناتوانی شنیدن صحبت‌های اطرافیان، باعث اختلال در ارتباط فرد سالمند با خانواده و دوستان می‌شود و درصورت استفاده نکردن از سمعک، فرد گوشه‌گیر می‌شود و از دیگران کناره‌گیری می‌کند. با در نظر گرفتن این نکته‌ها و باتوجه‌به اینکه کل روند تجویز، فیتینگ و تنظیم سمعک، یک فعالیت کاملا علمی و تخصصی است و مطابق آیین‌نامه وزارت بهداشت فقط توسط شنوایی‌شناسان انجام می‌شود، پوشش بیمه‌ای بسته خدماتی سمعک و تامین ارز شرکت‌های واردکننده سمعک برای تامین سمعک‌های باکیفیت موردنیاز توان‌خواهان، از مطالبه‌های اصلی شنوایی‌شناسان است.

رئیس انجمن علمی شنوایی‌شناسی شعبه خراسان‌رضوی همچنین می‌گوید: متاسفانه تامین نامناسب سمعک در ۲سال اخیر مشکلات بسیار زیادی را برای دفترهای شنوایی‌شناسی و جامعه هدف ما ایجاد کرده است و از طرف دیگر برخی سازمان‌های بیمه‌گر و به‌خصوص بیمه سلامت برای ارائه کمک‌هزینه خرید سمعک، شرایط بسیار سخت و نپذیرفتنی دارند که باعث شده است همکاران ما نتوانند به توان‌خواهان زیرپوشش این بیمه خدمت کنند و بیماران در عمل از حقوق خود بهره‌مند نمی‌شوند.

وی در ادامه بیان می‌کند: رشته شنوایی‌شناسی نزدیک به ۴۰سال است که در ایران یک رشته دانشگاهی است و هم‌اکنون در سه مقطع کارشناسی، کارشناسی‌ارشد و دکتری تخصصی دانش‌آموخته دارد. شنوایی‌شناسی در حوزه‌های پیشگیری، تشخیص و توان‌بخشی اختلال شنیداری و تعادل، به طیف وسیعی از مراجعان از بدو تولد تا سالمندی خدمت می‌کند. هرسال تعداد بسیار زیادی دانشجوی شنوایی‌شناسی در دانشگاه‌ها پذیرفته می‌شوند و باتوجه‌به استخدام ناچیز مراکز دولتی، دانش‌آموختگان ناچارند برای کار در بخش خصوصی اقدام کنند. از طرف دیگر باتوجه‌به تکنولوژی بالا و وارداتی بودن تجهیزات ارزیابی شنوایی و تعادل و به‌دلیل مشکلات اقتصادی اخیر کشور و کمبود ارز، این دستگاه‌ها افزایش قیمت بسیار بی‌سابقه‌ای یافته‌اند، به‌طوری که تجهیز یک دفتر ارزیابی شنوایی با کمترین امکانات استاندارد، به هزینه‌ای حدود ۲میلیارد ریال نیاز دارد و راه‌اندازی چنین دفتری برای بیشتر فارغ‌التحصیلان، نشدنی است. درنتیجه هرسال تعداد زیادی از دانش‌آموختگان نمی‌توانند وارد بازار کار شوند.

حدادی‌اول می‌افزاید: در حوزه کار خصوصی، مشکل بزرگ شنوایی‌شناسان، نبودن تعرفه برای فعالیت‌های مهم تخصصی این رشته است، به‌طوری که از حدود ۳۰۰خدمت تخصصی که هم‌اکنون به بیماران و مراجعان داده می‌شود، تنها حدود ۳۰خدمت در کتاب ارزش‌های نسبی خدمات ثبت شده است و این موضوع، مشکلات زیادی را برای همکاران ما ایجاد کرده است.

وی در پایان می‌گوید: با وجود نیاز روزافزون جامعه به رشته‌های توان‌بخشی و خدمات ارزشمند شنوایی‌شناسی در زمینه پیشگیری و همچنین ارزیابی و درمان کاهش شنوایی، وزوز، سرگیجه و تعادل نداشتن، متاسفانه سیستم بهداشت‌ودرمان کشور آن‌طور که باید، به اهمیت این رشته‌ها توجه نکرده است و بجاست که مسئولان در اینباره بازنگری کنند.

طب تسکینی در درمان بیماران، مغفول مانده است

سازمان جهانی بهداشت، مدیریت سرطان را شامل ۴بخش اصلی می‌داند: ۱.پیشگیری. ۲. غربالگری و تشخیص زودهنگام. ۳. درمان. ۴. مراقبت‌های حمایتی و تسکینی.

در ایران، از میان بخش‌های گوناگون مدیریت بیماری ســـرطان، به مراقبت‌های حمایتی و تسکینی کمتر توجه شده است. این یعنی بیماران مبتلا به سرطان، قبل از آغاز درمان، در طول درمان، پس از بهبود و حتی درصورت پیشرفت بیماری در مرحله آخر زندگی، از حمایت پزشکی، روحی‌معنوی و اجتماعی استانداردی بهره نمی‌برند.

درحالی که هدف اصلی برنامه درمانی، از بین بردن علت بیماری و درمان آن است، مراقبت‌های حمایتی و تسکینی به تسکین علامت‌ها و کنترل عوارضی می‌پردازد که بیمار مبتلا به سرطان با آن‌ها روبه‌رو می‌شود.

در این زمینه پای صحبت رئیس مرکز رادیوتراپی آنکولوژی رضا(ع) نشستیم تا از جایگاه طب تسکینی در درمان بیماران سرطانی بیشتر آگاه شویم. دکتر فاطمه ورشویی در این گفت‌وگو از بی‌توجهی به مقوله طب تسکینی در کشور گلایه کرد و گفت: در خدمات‌رسانی طب تسکینی به بیماران با غفلت بزرگی روبه‌رو هستیم.

وی بیان کرد: طب تسکینی مقوله‌ای است که متاسفانه در سیستم درمانی کشور ما بدان کم‌توجهی و حتی می‌توان گفت بی‌توجهی شده است، این درحالی است که طب تسکینی از نظر ســـازمان بهداشت جهانی یکی از ۴پایه اصلی کنترل سرطان شناخته شده است. به‌عبارت دیگر، سرطان به یک صندلی تشبیه شده است که پایه اول آن، پیشگیری از پیدایش این بیماری، پایه دوم تشخیص زودرس یا غربالگری، سومین پایه درمان مناسب و مفید که باعث افزایش بقای بیماران و تسکین دردهایشان می‌شود و پایه چهارم، درمان‌های تسکینی است.

این متخصص رادیوتراپی آنکولوژی گفت: طب تسکینی(Palliativ Care) بنا به تعریف سازمان بهداشت‌جهانی، دربرگیرنده همه اقدامات فعال و کامل برای کاستن از درد و رنج و بهبود کیفیت زندگی بیمار است.

وی با اشاره به تاریخچه شکل‌گیری طب تسکینی بیان کرد: سال ۱۹۹۰میلادی سازمان بهداشت‌جهانی سندی را با این عنوان که «چطور درد بیماران را تسکین دهیم؟» مطرح کرد. در این سند درباره اشکالات بین‌المللی و نیاز فوری به روش‌هایی که درد را تسکین می‌دهند و بهبود علائم آزاردهنده بیماران، به‌خصوص بیماران سرطانی، بحث شد. در آن زمان سازمان بهداشت‌جهانی از همه بیمارستان‌ها و مراکز درمانی دنیا خواست که به بخش طب تسکینی مجهز شوند. حال با اینکه بیش از دو دهه از شکل‌گیری طب تسکینی در دنیا می‌گذرد، اکثریت قریب به اتفاق بیمارستان‌های ما در کشور چنین بخشی را ندارند و حتی در خراسان‌رضوی جز یک مرکز خیریه خصوصی و مرکز خیریه رادیوتراپی آنکولوژی رضا(ع)، خدمات طب تسکینی در جای دیگری ارائه نمی‌شود.

وی افزود: طب تسکینی یک مجموعه از تخصص‌های مختلف چون پزشـــک معالج، پرستار، روان‌شناس، مددکار اجتماعی، کارشناس مسائل مذهبی و... را دربر می‌گیرد و بیشتر به ارتقای کیفیت زندگی بیماران توجه می‌کند. هدف از طب تسکینی، مدیریت کردن بیماری، مشاوره دادن و اطلاع‌رسانی در زمینه بیماری به بیمار، حمایت از خانواده بیمار و همچنین ایجاد پل ارتباطی بین بیمار و پزشک معالج وی است. طب تسکینی با رویکردی برای بهبود کیفیت زندگی بیماران صعب‌العلاج(به‌خصوص در مراحل آخر بیماری) به آن‌ها کمک می‌کند تا با بیماری و مشکلات ناشی از آن کنار بیایند و بتوانند تا آخرین لحظه عمر، زندگی مطلوبی داشته باشند.

دکتر ورشـــویی ادامه داد: با ایجاد بخش طب تسکینی، بیماران مبتلا به سرطان یا بیماری‌های ســـختی که به درمان‌های بهبوددهنده جواب نمی‌دهند، دیگر به حال خود رها نمی‌شوند و با طب تسکینی مراقبت‌هایی برای کنترل درد، تهوع و استفراغ، ناراحتی‌های روان‌شناختی، روانی، اجتماعی، مذهبی و... بیماران انجام می‌شود و دردهای بیمار و خانواده‌اش کاهش می‌یابد.

وی در پایان از دریافت مجوز راه‌اندازی مرکز طب تسکینی ازسوی مرکز رادیوتراپی آنکولوژی رضا(ع) با هدف خدمات‌دهی در منزل خبر داد و گفت: خدمات بستری در بیمارستان ناظران و بیمارستان امام رضا(ع) و سایر خدمات در منزل بیماران ارائه خواهد شد.

بیماران با اختلالات روانی، ۷سال پس از تجربه نخستین علامت‌ها به روان‌پزشک مراجعه می‌کنند

استیگما(برچسب خوردن) یک مشکل فردی یا بخشی از بیماری نیست، بلکه یک مسئله اجتماعی است که عواقب آن بیشتر از خود بیماری است. این موضوع در اختلالات روان‌پزشکی اهمیتی دوچندان پیدا می‌کند؛ چراکه نزدیک به ۳۰۰میلیون نفر از مددجویان مبتلا به اختلالات روانی به‌علت ترس از برچسب خوردن برای درمان اقدام نمی‌کنند.

به‌همین علت و به‌مناسبت هفته ملی بهداشت روان، مدیریت روابط‌عمومی سازمان نظام‌پزشکی مشهد میزگردی را ترتیب داد تا درباره مسائل و چالش‌های سلامت روان بحث و بررسی شود. مدیر گروه روان‌پزشکی دانشگاه علوم‌پزشکی مشهد در این میزگرد با اشاره به مشکلات و مسائل ناشی از برچسب خوردن گفت: معمولا بیماران ما به‌خاطر ترس از برچسب خوردن، به‌طور متوسط ۷سال پس از تجربه نخستین علائم بیماری به روان‌پزشک مراجعه می‌کنند.

دکتر محمدرضا فیاضی‌بردبار همچنین بیان کرد: مراجعه با این فاصله چندساله هم، باعث سخت‌تر شدن روند درمان می‌شود و هم، گاه فرصت طلایی درمان را از روان‌پزشک می‌گیرد و البته بار بیماری را بیشتر می‌کند.

وی در ادامه با اشاره به ایجاد بار بیماری گفت: از کارافتادگی یک بیمار که درپی بروز بیماری و طی سال‌های فعالیت خود اتفاق می‌افتد، به‌اصطلاح بار بیماری خوانده می‌شود. به‌طورمثال فردی به‌دنبال سکته قلبی از کار افتاده می‌شود و درحالی که این فرد تا شصت‌سالگی قرار بود کار کند و برای جامعه مفید باشد، ۱۰سال نمی‌تواند کار کند و این بار به جامعه منتقل می‌شود.

این استاد دانشگاه افزود: آمار نشان می‌دهد که در ایران، بیشترین بار بیماری بانوان مربوط به بیماری‌های روان‌پزشکی و افسردگی است که حدود ۱۸درصد است و در آقایان ۲۸درصد کل بار بیماری مربوط به تصادف و سوانح، ۱۴درصد مربوط به بیماری‌های قلبی‌وعروقی و ۱۴درصد مربوط به مصرف موادمخدر و اختلالات روانی است.

وی در ادامه گفت: در ایران از زمانی که فرد به اختلال روانی مبتلا می‌شود تا زمان مراجعه به پزشک ۷سال طول می‌کشد و دلیل آن برچسب زدن به فرد است؛ زیرا در اختلالات پزشکی، برچسب زدن بسیار زیاد مشاهده می‌شود و افراد به‌دلیل ترس از آن، دیر به پزشک مراجعه می‌کنند.

این متخصص اعصاب‌وروان ادامه داد: متاسفانه از زمان شـــیوع بیماری کرونا از اختلالات روان‌شناسی ناشـــی از این بیماری غافل مانده‌ایم. بسیار گفته شده است که بعد از کرونا، جامعه درگیر مشکلات روان‌پزشکی خواهد بود.

وی به گفته دکتر نوربالا، دبیر کمیته تخصصی سلامت روان کووید۱۹، اشاره کرد و گفت: طبق اعلام ایشـــان در ایران ۲۹درصد افرادی که به کرونا مبتلا می‌شوند، دچار اختلالات روان می‌شوند؛ یعنی از هر سه تا چهار نفر، حدود یک نفر به اختلالات روانی مبتلا می‌شود. حتی برخی افراد که از قبل اختلال روانی داشته‌اند، نوع بیماری‌شان تغییر می‌کند.

وی گفت: افراد بعد از بهبود بیماری کرونا دچار بی‌حالی، ضعف و بی‌حوصلگی می‌شوند و شدت انرژی آن‌ها کاهش می‌یابد. افسردگی از عوارض شایع پس از کروناست که ممکن است با خود ابتلا به ویروس ارتباط مستقیم داشته باشد یا شرایط روحی و روانی ناشی از ابتلا، به این افسردگی بینجامد یا هر دو عامل مؤثر باشند.

وی افزود: بیماری افسردگی با حس افسردگی متفاوت است. علائم بیماری افسردگی شامل احساس افســـردگی در تمام روز، لذت نبردن، تغییر خواب، کم‌اشتهایی و فکر درباره مرگ است که برای مدتی طولانی همراه فرد است. شدت بیماری افسردگی در افراد فرق می‌کند. برای درمان افسردگی افرادی که مبتلا به کرونا هستند، دستورکاری وجود دارد که اگر آن را رعایت کنیم، افسرده نمی‌شویم یا شدت آن کم می‌شود. مانند: اســـتراحت منظم بعد از بیماری، در پیش گرفتن سبک زندگی ســـالم‌تر، جبران ضعف، بازسازی فکری و مثبت‌نگری، خواب مناسب و خودداری از شنیدن خبرهای نامطمئن. اگر علائم در حد اختلال افسردگی است، باید به‌طور اختصاصی و تحت‌نظر روان‌پزشک درمان شود. علائم افسردگی بعد از بهبود و درمان کرونا در افراد خود را نشان می‌دهد و نوع افسردگی و نوع درمان آن در افراد متفاوت است.

وی به اختلال افسردگی در دوران کرونا اشـــاره کرد و گفت: در دوران شیوع کرونا افراد مبتلا به وسواس دو دسته شـــدند: افرادی که بیماری آن‌ها شـــدت گرفت و افرادی که به‌دلیل رعایت اطرافیان، خیال ذهنی راحت‌تری را تجربـــه می‌کردند؛ اگرچه رفتارهای وسواس‌گونه‌شان همچنان ادامه داشت اما به‌خاطر رعایت دستورهای بهداشتی دیگران، آسودگی خاطر بیشتری را تجربه می‌کردند. عده‌ای نیز مشکل اختلال وسواسی نداشتند و در این دوران، دچار حالت‌های وسواس و اضطراب شدند.

وی به موضع تاب‌آوری نیز اشاره کرد و گفت: تاب‌آوری به معنی ظرفیت بازگشت از دشواری‌های پایدار و ادامه‌دار و حفظ قوام روانی و توانایی در ترمیم روان خود است. در استرس‌ها و مشکلاتی مانند کرونا که مزمن می‌شوند، کسانی می‌توانند سالم بمانند که قدرت تاب‌آوری دارند. این قدرت تاب‌آوری به عواملی همچون انعطاف‌پذیری، شناخت و بروز هیجانات، افزایش اعتمادبه‌نفس، ارتباط‌ها و توانمندی در برقراری ارتباط، توانایی حل مسئله و بهره‌جویی از ابزار هنر بستگی دارد. تاب‌آوری جزو خصوصیاتی است که تغییرپذیر است و افراد می‌توانند تاب‌آوری خود را با تمرین و آموزش، افزایش دهند.

سرمایه‌گذاری در عرصه خدمات رادیولوژی نیاز به حمایت دولتی دارد

رادیولوژی از شاخه‌های طب تشخیصی محسوب می‌شود؛ رشته‌ای که وابستگی زیادی به فناوری روز دارد و فعالیت در آن به سرمایه‌گذاری اولیه فراوان نیازمند است، این در حالی است که افزایش تورم و نرخ ثابت تعرفه‌های خدمات سلامت، این رشته را دچار چالش‌های بسیار کرده است. به‌همین منظور پای صحبت رئیس انجمن متخصصین رادیولوژی خراسان نشستیم تا او از این چالش‌های بزرگ بگوید.

دکتر علی‌اکبر بهرامی‌فر معتقد است که سرمایه‌گذاری در عرصه خدمات‌دهی رادیولوژی در شرایط فعلی به ایجاد سازوکارهای حمایتی دولت نیاز دارد. وی می‌افزاید: خدمات تشخیصی تصویربرداری بر پایه تکنولوژی‌های های تک است؛ بدین معنا که دستگاه‌های ما مرتب و در فواصل زمانی کوتاه، باید به‌روزرسانی شود. در دنیا مرسوم است فردی که امروز از خدمات تصویربرداری استفاده می‌کند، قطعا باید از شخصی که قبل‌تر این سرویس را دریافت کرده است، خدمت به‌روزتر و باکیفیت‌تری را دریافت کند. از سوی دیگر استهلاک این دستگاه‌ها نیز مسئله‌ساز است؛ یک دستگاه سونوگرافی ساده درنهایت ۵ تا ۶سال قابل استفاده است. دستگاه سی‌تی‌اسکن و ام‌آرآی نیز درنهایت تا ۱۰سال سرویس مناسب خواهند داد. بعد از آن هزینه‌های تعمیر و نگهداری عملا اجازه استفاده از این دستگاه‌ها را نخواهد داد.

وی با اشاره به افزایش سرسام‌آور قیمت دستگاه‌های تصویربرداری می‌گوید: قیمت این دستگاه‌ها با نوسان نرخ ارز رابطه مستقیم دارد اما نرخ خدمات ارائه‌شده ثابت است و سنخیتی با میزان تورم و هزینه‌های تعمیر و نگهداری دستگاه‌ها ندارد.

دکتر بهرامی‌فر ادامه می‌دهد: باید اعتراف کرد که تجهیزات رادیولوژی کشور هم‌اکنون سن تقریبی ۲۰ تا ۳۵سال دارند. متاسفانه امروز ما دستگاه‌های فعال با قدمت ۴۰ساله داریم که در هیچ‌جای دنیا مرسوم نیست. برخی دستگاه‌های ما آنالوگ هستند، این در حالی است که افزایش شدید و نامتعارف قیمت تجهیزات تشخیصی، راه‌اندازی کلینیک‌های جدید و مجهز را برای رادیولوژیست‌های جوان غیرممکن ساخته است، از این‌رو دولت باید با حمایت‌های خاصی چون اعطای وام‌های کم‌بهره و پرداخت یارانه برای ورود دستگاه‌های به‌روز و تجهیزات موردنیاز دیگر، سرمایه‌گذاری در حوزه ایجاد و توسعه مراکز تشخیصی تصویربرداری را آسان کند.

وی درباره توزیع جغرافیایی و سرانه دسترسی عموم مردم به خدمات تشخیصی تصویربرداری در کشور نیز می‌گوید: ما در این زمینه از استانداردهای جهانی عقب‌تر نیستیم؛ به‌عنوان مثال فرانسه با جمعیت حدود ۷۰میلیون نفری معادل یک‌سوم ایران با جمعیت حدود ۸۵میلیون‌نفری دستگاه ام‌آرآی دراختیار دارد. اما اینکه شاهد اتاق‌های انتظار شلوغ برای دریافت خدمات تشخیصی تصویربرداری هستیم، ناشی از سرانه ناکافی نیست. توزیع جغرافیایی ما خیلی مطابق نیاز واقعی نیست؛ مثلا مشهد با جمعیت زیاد بومی و پذیرش زائران چندمیلیونی در سال به این خدمات بیشتر نیاز دارد، اما فلان شهر ۵۰هزارنفری با مثلا ۵ تا ۱۰ بیمار در روز، تقاضای خرید دستگاه‌های تصویربرداری و ارائه این خدمات را به‌صورت دولتی دارد، درحالی که اگر در کنار هزینه خرید دستگاه، هزینه‌های تعمیر و نگهداری آن، جذب نیرو و پزشک متخصص را برآورد کنیم، می‌بینیم به‌صرفه‌تر این است که بیماران حتی شده با استفاده از خدمات دولتی با آمبولانس به یک مرکز تصویربرداری در شهر دیگر منتقل شوند.

رئیس انجمن متخصصین رادیولوژی خراسان، مشکل دیگر را تطابق نداشتن میزان تقاضاهای استفاده از خدمات تشخیصی تصویربرداری با استانداردهای جهانی می‌داند و می‌گوید: در همین دوران شیوع همه‌گیری کرونا با تقاضاهای مکرر و غیرضروری افراد برای دریافت سی‌تی ریه مواجه بودیم که برخی پزشکان ما را نیز درمانده کرده بود. باید شیوه‌نامه‌های تشخیصی ما مطابق استانداردهای روز دنیا باشد و تعرفه‌های خدمات تشخیصی و درمانی بخش خصوصی، تطابق بیشتری با واقعیات روز و نرخ تورم داشته باشد تا خدمات تشخیصی تصویربرداری، مؤثرتر و کم‌هزینه‌تر ارائه شود.

دکتر بهرامی‌فر همچنین به وضعیت پشتیبانی دستگاه‌های تصویربرداری اشاره و بیان می‌کند: رادیولوژیست‌های ما با وضعیت نگران‌کننده‌ای در حوزه پشتیبانی دستگاه‌ها و تجهیزات روبه‌رو هستند که تبدیل به معضل بزرگی شده است. با وجود تحریم‌ها برای خرید یک قطعه کوچک، مجبوریم با ده‌ها مانع و چالش و با چندین برابر قیمت واقعی، قطعه موردنیاز را وارد کنیم تا بتوانیم دستگاه را تعمیر کنیم و به چرخه خدمت‌رسانی بازگردانیم.

عضو انجمن متخصصین رادیولوژی ایران درباره نحوه سنجش تورم وارد‌شده به خدمات پزشکی اظهار می‌کند: ما دچار اپیزود وحشتناکی در آمارها هستیم. سازمان برنامه‌وبودجه میزان تورم وارد‌شده به تجهیزات پزشکی را بیش از ۵۰۰درصد اعلام می‌کند، درحالی که بانک مرکزی میانگین نرخ تورم را در نظر می‌گیرد و در این میان نرخ تعرفه خدمات پزشکی براساس نرخ اعلامی بانک مرکزی تعیین می‌شود.

وی ادامه می‌دهد: نتیجه ادامه این روند، ورشکستگی درمانگاه‌های کوچک، زیان‌ده شدن درمانگاه‌های متوسط و رغبت نکردن به گسترش خدمات جدید در درمانگاه‌های بزرگ تصویربرداری است. این بدان معنی است که بزرگ‌ترین مدالیته تشخیصی کشور دچار اختلال می‌شود و وقتی تشخیص اختلال داشته باشد، قطعا درمان هم آسیب فراوان خواهد دید.

وی با انتقاد از بی‌توجهی به عرصه پیشگیری می‌گوید: در دنیا اصل بر پیشگیری است. سرمایه‌گذاری در پیشگیری و افزایش سرانه سلامت، راه‌حل نجات سیستم بهداشت‌ودرمان ماست. سونوگرافی، غربالگری مادران باردار، تشخیص زودهنگام سرطان پستان و نمونه‌هایی از این دست، هزینه‌ای تحمیلی بر سیستم بهداشت‌ودرمان نیستند؛ این اقدامات، سرمایه‌گذاری محسوب می‌شوند. اما متاسفانه باید بگویم ما در این زمینه هوشمندانه وارد میدان نشده‌ایم.

پرونده باز

قضاوت با شما...

مدتی است که رسانه‌های مختلف با ورود به موضوع نشت متادون، انگشت اتهام خود را به‌سوی درمانگاه‌های درمان اعتیاد گرفته‌اند و با الفاظ و عبارت‌هایی چون ساقی‌های تحصیل کرده و... ضمن هتک حرمت جامعه پزشکی، رفع این مشکل را در وضع قوانین سخت‌گیرانه‌ای می‌دانند که بعضی‌وقت‌ها فعالیت و تلاش در حوزه درمان اعتیاد را عملا ناممکن می‌کند. به همین خاطر نظام‌پزشکی مشهد ضمن پیگیری‌های قانونی برای تنویر افکار عمومی و شفاف‌سازی با همکاری مدیریت روابط‌عمومی، نشستی خبری را با حضور اصحاب رسانه ترتیب داد که نتیجه آن از نظر می‌گذرد. قضاوت با شما.

در بازرسی‌های اخیر تنها ۵درصد درمانگاه‌های درمان اعتیاد در استان تخلف داشته‌اند

رئیس انجمن صنفی مراکز درمان اعتیاد خراسان‌رضوی در جمع خبرنگاران با اشاره به اینکه ۱/۸ درصد نشت متادون در کشور از کلینیک‌های درمان اعتیاد بوده است، گفت: در نتایجی که از بازرسی‌های اخیر به‌دست آمد، تنها ۵درصد کلینیک‌های درمان اعتیاد استان تخلف داشته‌اند.

دکتر بیتا میرزایی افزود: معتقدیم که همین ۵درصد تخلف هم زیاد است اما هم‌اکنون به‌جای اینکه این درصد کم تخلفات، آسیب‌شناسی و روش‌های حذف آن طراحی شود، متاسفانه با پررنگ کردن برخی تخلفات، کل خدمات درمانگران اعتیاد در حوزه درمان سرپایی اعتیاد، زیرسوال برده شده است که منصفانه نیست.

وی در پاسخ به سوالی درباره مقاومت مراکز درمان اعتیاد برای ثبت اثر انگشت بیماران به‌منظور دریافت متادون، بیان کرد: تاکنون ابلاغی رسمی با پذیرش همه مسئولیت‌های قانونی اجرای این روش و با استعلام از مراجع قانون‌گذار کشوری در حوزه درمان اعتیاد نداشته‌ایم؛ به‌ویژه اینکه برای ثبت اثر انگشت بیماران حتما باید حفظ محرمانگی درنظر گرفته شود و مسئولیت این موضوع نباید برعهده کلینیک‌های درمان اعتیاد قرار گیرد، این درحالی است که هم‌اکنون تمام اطلاعات بیماران در این مراکز محرمانه می‌ماند.

وی افزود: درخواست ما این است که مسئولان امر در حوزه نظارت و قانون‌گذاری یک یا چند شرکت معتبر را از نظر امنیتی و فنی بررسی و سپس معرفی کنند تا مسئولیت حفاظت از اطلاعات بیماران که حتما باید محرمانه باشد، ضمانت لازم را داشته باشد.

رویکرد کاهش آسیب

دکتر میرزایی اظهار کرد: هشت سال از تأسیس انجمن صنفی مراکز درمان اعتیاد خراسان‌رضوی که به درمان سرپایی بیماران مبتلا به اعتیاد می‌پردازند، می‌گذرد. رویکرد درمان در این مراکز، رویکرد کاهش آسیب است؛ بدین معنی که هدف اصلی درمان اعتیاد، کاهش آسیب‌های اجتماعی ناشی از اعتیاد است؛ زیرا اعتیاد باعث آسیب‌های اجتماعی بسیاری مانند بزه، طلاق و... در جامعه می‌شود و در بیماری که سال‌ها مواد مصرف کرده است، نمی‌توان با درمان کوتاه‌مدت برای همیشه عوارض مصرف مواد و آسیب‌های اجتماعی ناشی از آن را برطرف کرد.

وی با بیان اینکه اعتیاد منشأ چندعاملی دارد، افزود: عوامل مختلف زیستی، روانی، اجتماعی و... باعث پیدایش اعتیاد می‌شود، بنابراین به‌منظور کنترل آسیب‌های اجتماعی ناشی از آن باید روی اصلاح تمام عوامل پیدایش اعتیاد در فرد بیمار کار کرد و قطعا این نوع درمان، نیاز به زمان دارد. اعتیاد همواره با بیماری‌های مزمن مانند دیابت و پرفشاری خون مقایسه می‌شود؛ زیرا درمان‌های پیوسته و طولانی را می‌طلبد، بنابراین به‌منظور کنترل آن باید درمان زمان‌دار را برنامه‌ریزی کنیم. همواره باید به این نکته توجه کنیم که اعتیاد را می‌توان کنترل کرد نه درمان. هر زمان گفته شد که بیماری دیابت برای همیشه درمان می‌شود، آنجا می‌توانیم درباره اعتیاد نیز همین را بگوییم که می‌تواند برای همیشه درمان شود.

رئیس انجمن درمانگران اعتیاد خراسان‌رضوی با بیان اینکه در درمان اعتیاد، رویکردها و روش‌های درمانی متعددی وجود دارد، اظهار کرد: اعتیاد موضوع بسیار پیچیده‌ای است و هرفرد با دیگری متفاوت است و هنگام مراجعه بیمار با درنظر گرفتن تمام ابعاد جسمی، روانی، خانوادگی و شغلی وی، باید تشخیص داده شود کدام درمان مناسب‌تر است. در بدو پذیرش بیماران با آن‌ها مصاحبه انگیزشی صورت می‌گیرد و نکات مختلف بررسی می‌شود؛ مثلا اینکه آیا بیمار از حمایت خانوادگی و شرایط روحی‌روانی لازم برای درمان سرپایی برخوردار است یا خیر. در مواقع خاص لازم است بیمار بستری شود اما در بیشتر اوقات وقتی شرایط روانی و حمایت‌های خانوادگی بیمار مناسب است، درمان سرپایی می‌تواند مؤثرتر باشد. بیماران این گونه غربال می‌شوند و به درمان نگهدارنده با رویکرد کاهش آسیب یا سم‌زدایی با رویکرد پرهیزمدار ورود می‌کنند.

وی افزود: در رویکرد کاهش آسیب، یک درمان مزمن و طولانی‌مدت با هدف کاهش آسیب‌های اجتماعی ناشی از اعتیاد پیگیری می‌شود. در طول مدتی که بیماران تحت درمان دارویی هستند، فرصتی برای مباحث روان‌درمانی فراهم می‌شود. مطالعات و پژوهش‌ها در کل دنیا بیانگر آن است که اگر این روش به‌صورت کامل همراه با برنامه‌های پیشگیری از بازگشت طی شود، احتمال برگشت به مصرف مواد کاهش خواهد یافت.

دکتر میرزایی درباره رویکرد پرهیزمدار یا سم‌زدایی کوتاه‌مدت نیز گفت: در این روش، بیماران برای کوتاه‌مدت درمان می‌شوند. بیماری‌ای که عوامل متعددی باعث پیدایش آن شده و سال‌ها فرد را درگیر خود کرده است، معمولا با یک درمان کوتاه‌مدت برطرف نمی‌شود؛ البته گاهی روش‌های پرهیزمدار نیز روی برخی بیماران با شرایط خاص جوابگوست.

وی اظهار کرد: نتایج آخرین پژوهش‌ها در درمان اعتیاد، بیانگر آن است که

درمان هرقدر درازمدت‌تر باشد، اثربخشی آن نیز بیشتر خواهد بود. درنتیجه به‌منظور اثربخشی بیشتر، به رویکرد کاهش آسیب در مراکز پرداخته شده است. این درمان طولانی‌مدت شامل دو بخش دارودرمانی و روان‌درمانی است که هردوی این‌ها باید به موازات یکدیگر پیش بروند.

رئیس انجمن صنفی مراکز درمان اعتیاد خراسان‌رضوی درباره دارودرمانی در درمان اعتیاد گفت: در دارودرمانی با دو نوع داروی تاییدشده در کل دنیا به نام متادون و بوپرنورفین، بیماران را درمان می‌کنند. به این داروها به‌اصطلاح داروی شبه‌مخدر گفته می‌شود و اینکه برخـــی می‌گویند این داروها مثل موادمخدر هســـتند، اشتباهی آشکار و در تضاد با یافته‌های علمی است. سازوکار اثر این داروها(متادون و بوپرنورفین) به‌گونه‌ای است که مصرف آن‌ها به‌تنهایی یا برای اولین‌بار به‌هیچ‌وجه نمی‌تواند مدار پاداش مغزی را که مولد وابستگی و اعتیاد است و نیاز به افزایش ترشح دوپامین در مغز دارد، فعال کند، بنابراین مصـــرف متادون برای اولین‌بار بدون سابقه مصرف هیچ نوع مواد یا داروی دیگری به‌خودی‌خود نمی‌تواند اعتیادآور باشد. در مراکز درمانی، بیمار در کنار مصرف این داروها، روان‌درمانی فردی، گروهی و خانواده‌درمانی می‌شود.

وی افزود: همان‌طـــور که گفتیم، اعتیاد ماننـــد بیماری دیابت و پرفشـــاری خون اســـت و نمی‌توان به‌صورت ناگهانی دارو را قطع کرد؛ چون با قطع دارو خطر برگشـــت بیماری وجود دارد، مگر اینکه با روان‌درمانی و خانواده‌درمانی، بیمار به شـــرایطی برســـد که تیم درمان به‌همراه خود بیمار آمادگی کامل را برای کاهش تدریجی دارو و قطع آن داشته باشند. تفاوت دیگر داروی متادون با موادمخدر این است که بیمار یک داروی مطمئن را که کارخانه‌های داروسازی تولید کرده‌اند و ناخالصی ندارد، زیرنظر پزشک مصرف می‌کند. این دارو مثل مصرف مواد، آثار سینوسی بر وضعیت روحی و جسمی بیمار ندارد، بنابراین بیمار به‌لحاظ خلقی و جسمی وضعیت ثابتی خواهد داشت و می‌تواند وظایف اجتماعی، خانوادگی، شـــغلی و... خود را به‌صورت کامل انجام دهد. فرد بیمار برای تهیه و مصرف مواد، مرتب درگیری ذهنی دارد؛ اینکه مواد را از کجا تهیه و کجا مصرف کند، اما بیماری که تحت درمان است، باتوجه‌به مشاوره پزشک و درمانگر، دز ثابتی از دارو برایش تعیین می‌شود و تحت پایش مرکز درمانی، مصرف خواهد کرد.

دکتر میرزایی درباره داروی متادون و بوپرنورفین گفت: داروها تولید داخل است؛ البته برخی مواد اولیه آن از خارج تهیه می‌شود. داروها دراختیار دانشـــگاه علوم‌پزشکی کشـــور قرار می‌گیرد و دانشگاه آن را بین مراکز درمان سوءمصرف مواد و بیمارستان‌ها برای مصارف بیمارستانی توزیع می‌کند.

دارو و درمان در مقابل اعتیاد

وی افـــزود: فرد معتـــادی کـــه داروی متادون به او می‌رســـد، درهرصورت از مصرف دارو ســـود می‌برد؛ چراکه به‌جای مصرف مواد آسیب‌رســـان و تزریق مواد و... دارو مصرف می‌کند. البته بهتر است مصرف دارو نیز در خارج از چرخه قانونی درمان نباشد و هرچه سریع‌تر باید وارد این چرخه شود تا بیمار با بسته درمانی کامل درمان شود، بنابراین مصرف متادون به‌عنوان جایگزین مواد بسیار هم خوب است و طبق نتایج مقاله‌هایی که در کنگره علمی بین‌المللی اعتیاد در سال ۱۳۹۸ ارائه شد، میزان افرادی که برای اولین‌بار با مصرف متادون شـــروع کرده و سپس به مصرف سایر مواد روی آورده‌اند، بسیار ناچیز و در حد صدم‌درصد بوده است.

رئیس انجمن صنفی مراکـــز درمان اعتیاد خراســـان‌رضوی با بیان اینکه حدود ۷هزار مرکز درمان اعتیاد ســـرپایی در کشور و ۶۵۰مرکز در مشـــهد وجود دارد، افزود: داروی موردنیاز این مراکز را به‌صورت سهمیه‌بندی با فواصل حدود ۷۰روزه، دانشگاه علوم‌پزشکی تامین می‌کند. مراکز موظفند با هربار دریافت دارو، آمار مصرف و پوکه‌های داروی مصرف‌شده دو ماه قبل را تحویل دهند.

وی افزود: آمار مصرف دارو در سه مکان شامل دفاتر روزانه، پرونده بیماران و سامانه کشوری که دانشگاه و وزارت بهداشت‌ودرمان کنترل می‌کنند، ثبت می‌شود. متوسط سهمیه داروی متادون برای هر مرکز طبق شیوه‌نامه‌های کشوری، روزانه حدود ۱۰۰ تا ۱۲۰میلی‌گرم برای هر بیمار است اما در مشهد متوسط دز داروی متادونی که تحویل داده می‌شود، ۷۰ تا ۸۰میلی‌گرم است.

دکتر میرزایی خاطرنشـــان کرد: همان‌طور که گفتیم، در این مراکز یک بسته درمانی با تعرفه مشخص وجود دارد و هرساله شورای‌عالی بیمه، میزان این تعرفه را مشخص می‌کند و مراکز موظفند با تعرفه مصوب، خدمات را به بیماران ارائه دهند و هزینه درمان اعتیاد در این مراکز همـــواره از هزینه مصرف مواد کمتر درنظر گرفته می‌شود تا مشوقی باشد برای ورود به درمان. در هر مرکز یک پزشک، یک روان‌شناس، یک پرستار، یک مددکار و مسئول پذیرش مشغول به کار هستند و به‌طور متوسط حدود ۴ تا ۵نفر به بیماران مبتلا به اعتیاد خدمات‌دهی می‌کنند.

وی درباره میزان پذیـــرش بیمار در مراکـــز ترک‌اعتیاد گفت: هر مرکز تا سقف ۱۰۰نفر، ســـهمیه پذیرش بیمار تحت درمان با داروی متـــادون را دارد و حدود ۳۰بیمار کـــه با بوپرنورفین درمان می‌شوند، نیز می‌توانند پذیرش کنند، بنابراین در مشهد هم‌اکنون حدود ۶۰ تا ۷۰هزار بیمار مبتلا به اعتیاد در این مراکز زیرپوشش درمانی هستند.

رئیس انجمن صنفی مراکز درمان اعتیاد خراسان‌رضوی با بیان اینکه سه نهاد متولی درمان اعتیاد در کل کشور داریم، اظهار کرد: ستاد مبارزه با موادمخدر، دانشگاه علوم‌پزشکی زیرنظر وزارت بهداشت و سازمان بهزیستی، نهادهای متولی درمان اعتیاد در کشور هستند. یک کمیته کشوری درمان اعتیاد و کاهش آسیب اجتماعی نیز در کل کشـــور داریم که هرآنچه درباره اعتیاد در کشور بخواهد اتفاق بیفتد، باید مصوبه این کمیته را داشته باشد.

وی افزود: به‌جز این سه نهاد متولی سایر سازمان‌ها و نهادها مانند نظام‌پزشکی، شهرداری، سازمان زندان‌ها و... نیز در این کمیته عضویت دارند. تمام قانون‌ها، دســـتورالعمل‌ها و آیین‌نامه‌های نظارتی در این کمیته، تدوین و ابلاغ می‌شود و طبق برنامه‌های ابلاغ‌شده، یک کمیته استانی نیز به این منظور درنظر گرفته شده است. در این کمیته‌ها چک‌لیست‌های نظارتی، تهیه و تخلفات سطح‌بندی می‌شود و نتایج بازرسی‌های دوره‌ای در کمیته‌ها، کارشناســـی و مطابق ســـطح‌بندی، احکامی برای مراکز صادر می‌شود.

میرزایی درباره کلینیک‌های متخلف گفت: اگر مرکزی مرتکب قصور یا تخلفی شود، با آن برخورد می‌شود. قصور مربوط به اجرا نکردن درست شیوه‌نامه‌هاســـت، اما تخلف مربوط به تخلفات دارویی است که اگر محرز و اثبات شده باشد، مجوزها لغو خواهد شـــد. اگر قصوری رخ دهد، کسر ســـهمیه‌های ۳۰درصدی و ۵۰درصدی دارو و همین‌طور تعلیق ۶ماهه را درپی خواهد داشت. در نظارت‌های انجام‌شده در ســـال‌های ۱۳۹۵ و ۱۳۹۶ حدود ۶۰درمانگاه، مجوزشان لغو شد و در یک سال گذشته نیز مجوز ۴۵مرکز، لغو شده است که سهم بازرسی‌های چند ماه اخیر در آن ۳۴مرکز بوده است. به‌عبارتی حدود ۵درصد مجوزها در چند ماه اخیر در مشهد لغو شده است.

مافیا؛ درصدد حذف مراکز درمان اعتیاد

وی خاطرنشان کرد: مافیای موادمخدر سال‌هاست که درصدد حذف این مراکـــز درمانی یا ایجاد چالش برای آن‌ها هســـتند؛ مراکزی که در طول این ســـال‌ها، ضربات سنگینی به مافیای

دکتر میرزایی درباره داروی متادون و بوپرنورفین گفت: داروها تولید داخل است؛ البته برخی مواد اولیه آن از خارج تهیه می‌شود- داروها دراختیار دانشگاه علوم پزشکی کشور قرار می‌گیرد و دانشگاه آن را بین مراکز درمان سوءمصرف مواد و بیمارستان‌ها برای مصارف بیمارستانی توزیع می‌کند

اگر مرکزی مرتکب قصور یا تخلفی شود، با آن برخورد می‌شود- قصور مربوط به اجرا نکردن درست شیوه‌نامه‌هاست، اما تخلف مربوط به تخلفات دارویی است که اگر محرز و اثبات شده باشد، مجوزها لغو خواهد شد- اگر قصوری رخ دهد، کسر سهمیه‌های ۳۰درصدی و ۵۰درصدی دارو و همین‌طور تعلیق ۶ماهه را درپی خواهد داشت

موادمخدر زده‌اند. سال‌های اول که ۵ تا ۱۰ مرکز در مشهد وجود داشت، بعضی با سلاح سرد و گرم به مراکز حمله و همکاران ما را تهدید می‌کردند. بعد از اینکه مراکز گسترده شدند، حمله‌ها متوقف شـد و از راه‌های دیگری سعی کردند مراکز را از چرخه درمان حذف یا پزشکان را تهدید کنند و تهمت بزنند، بنابراین برای حذف تخلفات باید در دو بخش کار کنیم؛ یکی در حوزه نظارت و دیگری آگاه‌سازی جامعه که به مردم اطلاع‌رسانی شود زمانی که به مرکز درمان اعتیاد مراجعه می‌کنند، چه خدماتی باید از آن مرکز بگیرند. نباید به‌خاطر ۵درصد مرکز متخلف در کل جامعه، درمانگرانی را که برای کاهش آسـیب و درمان اعتیاد سال‌ها متحمل زحمات فراوان شده‌اند، زیر سؤال ببریم.

رئیس انجمن صنفی مراکز درمان اعتیاد خراسـان‌رضوی افزود: این انجمن صادرکننده مجوز نیسـت و ابزاری بـرای نظارت ندارد. مجوزهـا را وزارت بهداشت‌ودرمان و سازمان بهزیسـتی صادر می‌کنند و از سال ۱۳۹۷ صدور مجوزها در کل کشور و از سال ۱۳۹۳ در مشهد لغو شد و اعلام کردند که تعداد مراکز کافی است و سیاست‌ها از آن سـال‌ها در راستای کاهش تعداد مراکز و ارتقای کیفیت آن‌ها بوده اسـت. انجمن ما نیز با واحدهای نظارتی همکاری می‌کرد و در سـال ۱۳۹۵ همکاری نظارتی ما باعث تعطیلی ۵۰ مرکز شـد. درمجموع ۷۰۰ مرکز داشتیم که به ۶۵۰ مرکز کاهش یافت.

وی درباره ترکیب جنسـیتی آمار اعتیاد در شرایط حال حاضر گفت: نسبت خانم‌ها به آقایان بر اساس آمار یک به ۱۰ است. یعنی خانم‌ها ۱۰ درصد از کل جمعیت افراد مبتلا به اعتیاد را شامل می‌شوند. میانگین سنی اعتیاد نیز بین ۳۰ تا ۳۵ سال بوده اسـت که اخیرا در حال کاهش است. ارزیابی منطقه‌ای و تصادفی آمار اعتیاد ستاد مبارزه با موادمخدر با همکاری بهزیستی در کل کشور به‌صورت دوره‌ای انجام می‌شود و آمار را جمع‌آوری می‌کنند و در اختیار مراجع تصمیم‌ساز قرار می‌دهند که همکاران ما در انجمن صنفی مراکز درمان اعتیاد خراسان نیز در اجرای این طرح‌ها مشارکت می‌کنند.

رهاشدگی ۶۰هزار بیمار

در ادامه این نشسـت، دکتر مریم رضایی‌برون، عضـو هیئت‌مدیره انجمن صنفی مراکز درمان اعتیاد استان، درباره لزوم برنامه‌ریزی و اجرای برنامه‌های پیشگیرانه و نقش بارزی که رسـانه می‌تواند در این‌باره برای آگاه‌سازی افکار عمومی ایفا کند، صحبت کرد و از اصحاب رسانه خواست که نقش اصلی خود را در اطلاع‌رسانی به جامعه و آگاه‌سازی نسل جوان برای پیشگیری از اعتیاد، فراموش نکنند و در راه اطلاع‌رسانی نتایج مثبت درمان در مراکز درمان اعتیاد به جامعه و تشویق به درمان به‌جای تضعیف این مراکز تلاش کنند؛ چراکه حذف این مراکز از چرخه درمان، موجب رهاشدگی ۶۰هزار بیمار در شهر می‌شود و بیماران جدید نیز جای امنی برای مراجعه و درمان نخواهند داشت.

وی خاطرنشان کرد: اعتمادسازی درباره مراکز درمانی و پزشکان، از وظایف رسانه است که اگر غیر از این باشد و جو بی‌اعتمادی و تخریب بر جامعه حاکم شود، به سلامت عمومی لطمه خواهد خورد.

نصب هولوگرام

دکتر حمید عرفانی‌فیروزنیا، دیگر عضو هیئت‌مدیره انجمن، نیز به درخواست چندین‌ساله انجمن‌های صنفی مراکز درمان اعتیاد سراسر کشور اشاره کرد و گفت: درخواست انجمن‌های صنفی مراکز درمان اعتیاد این است که سازمان غذاودارو وزارت بهداشت از کارخانه‌ها بخواهد روی داروها هولوگرام نصب کنند؛ چون هولوگرام می‌تواند این داروها را در تمام چرخه تولید تا مصرف از مبدأ تا مقصد ردیابی کند، اما با وجود درخواسـت انجمن برای ردیابی کردن داروها با این روش، از طرف کارخانه‌های سـازنده دارو و سازمان غذاودارو وزارتخانه در این‌باره همواره مقاومتی عجیب وجود دارد که موجب شده است این امر تاکنون محقق نشود.

خودپالایشی

دکتر جعفر رضایی‌اصل، از دیگر اعضای هیئت‌مدیـره انجمن صنفی مراکز درمان اعتیاد استان، نیز بر لزوم تمرکز بیشتر بر آموزش درمانگران(پزشکان و روان‌شناسان) و برنامه‌های خودپالایشی صنفی که در سال‌های اخیر از آن غفلت شده است، اشاره و خاطرنشـان کرد: اطلاع‌رسانی درباره نتایج مثبت درمان در این مراکز، موجب بازگرداندن بیماران زیادی به آغوش خانواده‌ها و چرخ صنعت کشور شده است. همچنین اطلاع‌رسانی به تمام جامعه و همکاری و برگزاری نشست‌های مشترک بیشتر میان درمانگران اعتیاد و اصحاب رسانه برای آموزش همگانی، از نکات مهمی است که باید به آن توجه کرد.

سفرنامه

سفری بر بام آفریقا

به قلم دکتر طیبه‌سادات سادات‌تقوی
بنیان‌گذار و مسئول باشگاه کوهنوردی نظام پزشکی مشهد

کلیمانجارو یکی از قلل هفت‌گانه مرتفع جهان است و قله‌ای است آتش‌فشانی. آثار به‌جامانده از کوه‌های یخی، یکی از زیبایی‌های این منطقه به‌شمار می‌رود. نزدیک به چهارمین سال تاسیس باشگاه کوهنوردی نظام‌پزشکی مشهد که اولین و تنها باشگاه کوهنوردی بین نظام‌پزشکی‌های کشور بود و پس از صعود به قلل زیادی از کوه‌های کشور عزیزمان ایران و همچنین بسیاری از دیدنی‌های این مرزوبوم تصمیم گرفتیم صعودی برون‌مرزی را تجربه کنیم، بنابراین با بررسی‌های صورت گرفته از سایر هم‌نوردان عزیز و آژانس‌های مسافرتی و باتوجه‌به فرصت محدودی که داشتیم، کوتاه‌ترین و سریع‌ترین مسیر را انتخاب کردیم و قبل از حرکت، واکسن تب زرد را در مطب یکی از همکاران عفونی تزریق کردیم و در پنجمین روز از بهمن سال ۱۳۹۵ تیمی ۵نفره شامل ۴خانم و یک آقا با پرواز قطری، مستقیم از فرودگاه مشهد به‌سمت کلیمانجارو عازم شدیم. البته در این فاصله حدود ۲ساعت ترانزیت دوحه و سپس جابه‌جایی مسافران در جزیره زنگبار را شاهد بودیم.

سرانجام عصر گاهان در فرودگاه کلیمانجارو واقع در شهر آروشا در ارتفاع ۸۹۴متری از سطح دریا و به فاصله ۵۰کیلومتری از شهر موشی پرواز نشست.(در کشور تانزانیا از آفریقای‌شرقی). پس از پرداخت ۳۵دلار و دریافت روادید در فرودگاه کلیمانجارو با یک دستگاه ون به‌سمت شهر موشی حرکت کردیم و مستقیم برای بستن قرارداد با یکی از شرکت‌های موجود دست‌به‌کار شدیم. لازم به ذکر است برای صعود به کلیمانجارو این قرارداد الزامی است، در غیر این‌صورت مجوزی صادر نخواهد شد و یکی از منابع درآمدی کشور تانزانیاست؛ البته درآمدزایی آمریکایی‌ها و هزینه صدور مجوز برای هر نفر ۱۵۰۰دلار است.

همراهان شـــرکت‌کننده در هر گروه شامل راهنما، آشپز و باربران هستند. از آنجایی که تمام این هزینه‌هـــا به جیـــب آمریکاییان می‌رود، در پایان پیمایش، همراهان تانزانیایی به‌زور مبلغ دیگری را دریافت کردند که بین اعضای تیم سرشکن شد و حدود ۲۵دلار برای هرنفرمان آب خورد. ساعت ۱۱ظهر روز ۶بهمن که دومین روز ســـفر بود، همراهانمـــان طبق قرار قبلی، نزد ما آمدند و با یک دستگاه مینی‌بوس پس از گذر از جاده نیمه‌کوهستانی به اتفاق به دروازه کلیمانجارو یعنی مارنگو به ارتفاع ۱۸۰۰متر رفتیم. مســـیرهای متعددی برای پیمایش وجود دارد ولی متداول‌ترین آن‌ها مســـیر جنوبی است. قبل از ورود به دروازه و دریافت مجوز عبور، راهنمایان مربوط از به‌همراه داشـــتن وسایل مدنظر شامل کیســـه خواب و دیگر وســـایل ضروری کوهنوردی اطمینان پیدا کردند. ســـرانجام ساعت ۱۳ پس از دریافت مجوز، پیمایش آغاز شـــد و طبق معمول همیشـــگی برنامه‌های باشگاه با شعار آهسته و پیوسته، همه با هم به کمپ اول به نـــام «ماندارا» به ارتفاع ۲۷۲۰متری رسیدیم. مسیر کاملا جنگلی و انبوده بود و پاکوبی بسیار پهن و مناسب با تابلوهای راهنمای چوبی در طول راه به‌چشم می‌خورد و مسیر ۸کیلومتری را طی ۵ساعت پیمایش کردیم؛ البته در این زمان ۵ساعته، هم ناهار را که به‌صورت بسته آماده تحویل هم‌نوردان داده شد، خوردیم و هم از مناظر زیبای جنگلی منطقه عکاسی کردیم و پس از رسیدن به کمپ در اتاق‌های چوبی به استراحت پرداختیم و ساعت حضور برای صرف شام به تک‌تک اعضا یادآوری شد.

تغذیه کوهنوردان بسیار اصولی و شامل نوشیدنی و خوراکی‌های نشاسته‌ای، سوپ و ماهی بود. صبح روز سوم سفر و دومین روز از آغاز پیمایش، ساعت ۸ آهنگ ادامه صعود نواخته شد. در این روز بعد از مدتی پیمایش، از انبوه درختان کاسته و به‌تدریج کوهستان نمایان شد اما پوشش گیاهی و زیبای آفریقایی مسیر چشم‌نوازی داشت. همچون روز گذشته با شعار آهسته و پیوسته و پس از پیمایش ۱۱کیلومتر دیگر حدود ۱۰۰۰متر ارتفاع گرفتیم و به کمپ دوم به نام هورونبو به ارتفاع ۳۷۲۰متر رسیدیم و مجددا در اتاق‌های چوبی مستقر شدیم و پس از استراحتی کوتاه برای صرف شام و هواخوری رفتیم. در تمام کمپ‌ها هم‌زمان با ورود، ثبت‌نام انجام می‌شـــود. در این روز بیشترین مسیر به شکل تراورس بود. تراورس نوعی پیمایش در کوهنوردی است که طی آن تقریبا کوهنورد ارتفاعی نمی‌گیرد؛ یعنی تغییر ارتفاع محسوس نیست، اما او به‌صورت افقی حرکت می‌کند تا مسیر بهتری را پیدا کند. درهرصورت پیمایش به شکل تراورس انجام شد که می‌باید قله مجاور که در شرق کلیمانجاروست، به نام موانزی را به ارتفاع ۵۱۴۹متر دور می‌زدیم. درضمن تانزانیا بخشی از آفریقای‌شرقی است.

در سومین روز صعود یکی از هم‌نوردان که به‌علت نداشتن آمادگی لازم از ابتدای همراهی تیـــم، قصد توقف در اولین کمپ را داشت، با بقیه اعضا همراه نشد و ۴نفره صعود را ادامه دادیم. مسیر تا نیمه‌های راه به شکل تراورس ادامه داشت. سپس به شیب‌های مسطح رسیدیم که بی‌شباهت به مســـیرهای بیابانی نبود و از دور نمای قله و شـــیب‌های منتهی به آن نمایان می‌شـــد. پس از طـــی ۸کیلومتر به کمپ سوم یا کیبو رسیدیم به ارتفاع ۴۷۰۰متر. اینجا بود که کم‌کم اثرات ارتفاع و عوارض ناشی از آن در بعضی افراد دیده شد. شام سبکی تهیه دیده بودند و توصیه اکید به استراحت زودهنگام شد و برای ادامه صعود راس ساعت ۲۴ تذکرات لازم داده شد.

روز چهارم هوا کاملا تاریک و ابری و درجه هوا حدود صفر و آغاز پیمایش در دقایق اولیه بامداد بود. مسیر صعود از شیب‌های بسیاری می‌گذشت و در ارتفاع ۵۶۰۰متری شـــیب‌های تند پایان یافت و به اولین قله رسیدیم. سپس با کمی فرازونشیب به ارتفاع ۵۶۸۵متری راه یافتیم که کمی استراحت کردیم و بعد پیمایش را ادامه دادیم. حدود ۲ساعت تا قله راه بود. باد شدیدی وزیدن گرفته و ضعف و بی‌حالی بر همه ما مستولی شده بود اما خدای بزرگ کمک کرد و قسمت شد که از نزدیک کوه‌های عظیم یخی کلیمانجارو را در هوای مه‌آلود نظاره کنیم و آرزوی همیشگی‌مان به حقیقت بپیوندد. قدم‌های آخر به‌علت خستگی پیمایش، خواب کم و نخوردن غذای کافی ناشی از بی‌اشتهایی در ارتفاع بالا در شب گذشته، به‌سختی برداشته می‌شد اما بالاخره حدود ساعت ۱۳ بر بام آفریقا گام نهادیم و بنر پرافتخار باشگاه را که مزین شده بود به پرچم ایران عزیز بر فراز قله برافراشتیم و عکس‌های یادگاری یکی پس از دیگری گرفته شد.

فاصله کمپ کیبو تا قله ۶کیلومتر و تغییر ارتفاع ۱۱۹۵متر بود. پس از فتح قله، برف شروع به باریدن کرد. از آنجایی که پس از هر صعود، فرودی خواهد بود و برنامه‌ریزی شرکت اجباری بود، فرود اضطراری آغاز شد و مسیری را که با سختی آغاز کرده بودیم، در یک‌سوم زمان طی شد و به کیبو رسیدیم و پس از استراحتی کوتاه، ادامه فرود اجباری به هورنبو و تازه کردن نفس در آنجا، به هورنبو رسیدیم که لگن‌هایی با آب ولرم منتظر ما بود و پذیرایی جانانه‌ای از پاهای خسته‌مان شد و حالمان جا آمد. در روز پنجم پیمایش بعد از فرود از هورونبو به ماندارا و سپس مارنگو و استراحت و اقامت در شهر موشی به مدت ۲شب و یک روز، قسمت تفریحی سفر به‌یادماندنی تانزانیا آغاز شد و به مدت ۴روز و ۳شب سافاری در پارک‌های زیبای حیات‌وحش مانایارا، گرانگیو و سرنگتی و هم‌صحبتی با قبایل ماسائی و همچنین شب‌مانی در این پارک‌های زیبا، از نزدیک حیوانات وحشی، درنده و غیردرنده را نظاره کردیم.

و پس از آن ادامه سفر به سمت دارالسلام. در کشتی، بیشتر دوستان دچار دریازدگی شدند و نهایتا به جزیره زنگبار رسیدیم و ۳روز در هتلی کنار ساحل سکنا گزیدیم. از آنجاکه پس از هر صعودی، بازدید از مکان‌های تاریخی و دیدنی منطقه، دلنشین و جذاب است، یک روز پس از استراحت در جزیره، گردش ما شروع شد.

زنگبار از جزایر مهم تانزانیا و پایتخت نیمه‌خودمختار این سرزمین است و ۹۸درصد جمعیت آن را مسلمانان تشکیل می‌دهند. در زنگبار اقوام شیرازی بسیاری زندگی می کنند؛ چراکه حدود ۱۵۸هجری‌قمری یکی از تجار کازرونی به همراه ۴فرزندش به قصد تجارت و جهانگردی به این جزیره رفتند و آنجا ساکن شدند و به همین علت زنگبار به جزیره شیرازی‌ها نیز معروف شده و حتی بدل حافظیه شیراز نیز در ساحل آن احداث شده است. به‌طور کلی آثار معماری ایرانی در این جزیره مشهود است.

سپس برای بازدید از زندان رفتیم؛ زندانی که در زمان برده‌داری مورد استفاده بوده و پس از منسوخ شدن برده‌داری، تبدیل به کمپی برای نگهداری افراد با بیماری‌های کشنده شده و درحال‌حاضر به منطقه حفاظت‌شده طبیعی برای لاک‌پشت‌های غول‌پیکر تبدیل شده است. برای دیدن این لاک‌پشت‌ها و غذا دادن به آن‌ها چند دلار پرداخت کردیم. پس از دیدن آن‌ها گشتی در شهر سنگی زدیم و درختان کم‌نظیرش را دیدیم.

شهر زنگبار به‌خاطر تجارت ادویه مشهور است. مجموع هزینه‌های سفر ما در سال ۹۵ حدود ۱۱میلیون و ۵۰۰هزار تومان برای هر نفر شد که ۲میلیون و ۷۰۰هزار تومان هزینه بلیت رفت‌وبرگشت، ۲هزار و ۲۴۸دلار سایر هزینه‌ها شامل ۱۵۲۵دلار برای صعود و ۶۰۰دلار برای سافاری‌ها و ۱۲۳دلار هزینه کشتی و اقامتگاه و... شد؛ سفری ۱۳روزه با نهایت استفاده از زمان و هزینه.

همواره سرافراز باشید و مانا.

PARSE Medical Lab

آزمایشگاه تشخیص طبی پارسه

مشهد / خیابان احمدآباد / حدفاصل خیابان قائم و نشاط

تلفن: ۳۸۴۳۸۴۴۴ - ۳۸۴۳۸۵۵۵ ۰۵۱

0935 25 900 27 @parselab724 www.parselab724.com

- اعزام نمونه‌گیر به محل مورد درخواست
- همراه با سیستم جواب‌دهی آنلاین
- مجهز به تجهیزات تشخیصی پیشرفته
- دارای فضای آزمایشگاهی به وسعت یک هزار متر مربع
- انجام کلیه آزمایشات اورژانسی
- دارای فضای اختصاصی نمونه‌گیری کودکان و نوزادان
- طرف قرارداد بیمه‌های پایه و تکمیلی

PARSE laboratory is always at your service

مسئولیت فنی: دکتر سعید هدایت نیا

دکترای علوم آزمایشگاهی

تخلفی به نام ارزان‌فروشی

به قلم دکتر مهدیار سعیدیان

پزشک عمومی است. هم‌کلاسی دوران دانشکده بودیم. پس از چند سال کار در شهرهای دورافتاده، تازه توانسته بود پروانه کار در یکی از شهرهای بزرگ را بگیرد، با کلی وام و قرض‌وقوله در حاشیه شهر مطبی اجاره کند و به طبابت بپردازد. از همان دوران دانشجویی اهل پژوهش بود و الان هم پزشک باسوادی است. چند ماه بعد از افتتاح مطبش به دیدنش رفتم. بسیار افسرده و دلمرده بود. می‌گفت: «امان از درمانگاه‌های خیریه این اطراف! با ۱۰ هزار تومان مریض ویزیت می‌کنند و در هر شیفت حدود ۲۰۰ مریض با دو پزشک می‌بینند. ما هم ناچاریم نصف تعرفه مصوب از بیمار بگیریم تا در این رقابت بمانیم.

همه همکاران با پدیده ارزان‌فروشی خدمات پزشکی، آشنا هستند. اما آنچه این مشکل را تشدید کرد، اجرای نادرست طرح تحول سلامت بود؛ طرحی که پزشکان دولتی را با تاخیر در پرداخت کارانه مستأصل کرد و از سوی دیگر مطب‌های خصوصی به‌ویژه مطب‌های پزشکان عمومی را یک‌به‌یک به تعطیلی کشاند. البته در ۲ سال گذشته و از ابتدای شیوع کرونا در کشور، این مشکل حادتر شده و کار تا آنجا پیش رفته است که بسیاری از پزشکان عمومی باسابقه به‌ویژه در شهرهای بزرگ کشور روزگار را به‌سختی سر می‌کنند.

چرا ارزان‌فروشی خدمات پزشکی تخلف است؟

ممکن است عده‌ای بگویند که یک پزشک یا دندان‌پزشک یا داروساز «نیکوکار» دوست دارد کار خیر کند و ویزیت کمتری از مریض بگیرد. مسئله اینجاست که اولا بعضی از این موارد تبلیغات و عوام‌فریبی است. دوم اینکه خدمات پزشکی استاندارد و باکیفیت یک قیمت تمام‌شده دارد که اگر قرار باشد تعرفه‌های مصوب که حداقل تعرفه پذیرفته‌شده است و هرساله با اعتراض صنف پزشکی روبه‌رو می‌شود، رعایت نشود و برای جذب بیمار درصدی هم تخفیف بخورد، بدون شک خدمات ارائه‌شده، کمیت و کیفیت لازم را نخواهد داشت و درنهایت آنچه تهدید خواهد شد، سلامت همه مردم خواهد بود. درواقع طبق قانون همان گونه که گران‌فروشی تخلف است، ارزان‌فروشی نیز تخلف به حساب می‌آید. «محاسبه قیمت کمتر و خودداری از دریافت تعرفه براساس مواد ۶، ۱۰ و ۱۴ شرح وظایف و تخلفات صنفی حرفه‌ای آیین‌نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلان حرفه‌های پزشکی، فاقد وجاهت قانونی است و مجازات دارد.» شرح مجازات نیز به‌صورت محرومیت دائم و موقت از اشتغال متخلف و توبیخ و درج در پرونده بیان شده است.

پدیده دیگری که این روزها بسیار شایع شده است، شبکه‌های فروش خدمات پزشکی اینترنتی است. از مشهورترین این سایت‌ها می‌توان به «نت‌برگ»، «تخفیفان» و «اسنپ‌دکتر» اشاره کرد که هیچ‌کدام نه از وزارت بهداشت مجوز فعالیت دارند و نه از سازمان نظام‌پزشکی و آشکارا با کاهش کف تعرفه‌ها و شکستن قیمت، پزشکان را استثمار می‌کنند و از سوی دیگر زمینه فعالیت مداخله‌گران را فراهم می‌آورند. بسیاری از پزشکان تازه‌کار هم ناچار به این بازار رقابت کاذب تن می‌دهند. باوجودی که سازمان نظام‌پزشکی مدت‌ها پیگیر شکایت از این شرکت‌ها به‌ویژه «نت‌برگ» به‌عنوان یکی از دلایل اصلی ارزان‌فروشی خدمات پزشکی است، ظاهرا این مجموعه پشتوانه و «حامیان قوی» دارد. البته بی‌شک با توسعه کار این مؤسسات، هر روز پزشکان بیشتری مجبور به پیوستن به این دور باطل می‌شوند تا از قافله عقب نمانند.

مسئله مهم دیگری که در کنار ارزان‌فروشی خدمات، وضعیت اقتصادی و معیشتی کادر درمان و جامعه پزشکی را تحت‌تاثیر قرار می‌دهد، تعرفه‌های پزشکی و عدم رشد کافی و متناسب آن در چند سال گذشته است و عجیب‌تر، گرفتن حق تعرفه‌گذاری از سازمان نظام‌پزشکی به‌عنوان متولی اصلی جامعه پزشکی، برخلاف سایر اصناف است. در گذشته که تعرفه‌گذاری با سازمان نظام‌پزشکی بود، میزان افزایش تعرفه حداکثر ۱۰ تا ۱۵ درصد و باز هم بسیار کمتر از سطح تورم نسبی در جامعه بود.

در مبحث تعرفه‌ها آنچه برای جامعه پزشکی بیش از عدد و رقم و درصد مطرح است، درک مسئولان کشور از صدر تا ذیل، از موقعیت و نقش پزشکان در پیشرفت یک جامعه است. متاسفانه سالیان زیادی است که این درک و شناخت از جامعه پزشکی در بین مدیران ما جا نمی‌افتد و خیلی اوقات مشاهده می‌شود که پزشک را با برخی مشاغل، مقایسه نادرست و مع‌الفارق می‌کنند، درحالی که ارزش یک پزشک و نقش او در امنیت جامعه، کمتر از نقش نیروهای اطلاعاتی و انتظامی نیست. اگر یک جامعه تمام جوانب و ابعاد امنیتی را داشته باشد، ولی از کادر پزشکی در همه زمینه‌های درمانی، تشخیصی، دارویی، آزمایشگاهی، فیزیوتراپی، مامایی و سایر حرفه‌های پزشکی بی‌بهره باشد، به‌شدت به سایر کشورها وابسته خواهد شد؛ چون این افراد حافظ سلامت جامعه‌اند و سلامت مردم هر کشور خط قرمز امنیت ملی آن کشور است. در این میان نباید از نقش یا توان سازمان‌های بیمه‌گر در عدم افزایش تعرفه به‌عنوان خریداران خدمت غافل بود.

ترکیب شورای‌عالی بیمه سلامت به‌گونه‌ای است که از ۱۳ عضو، ۱۲ عضو آن جزو نهادهای دولتی و خریداران خدمت هستند و تنها یک عضو از «سازمان نظام‌پزشکی» به‌عنوان نماینده جامعه پزشکی حضور دارد و طبیعی است که این نهادها، منافع خود را بر منافع جامعه پزشکی اولویت خواهند داد.

با چنین شرایطی مراکز درمانی و مطب‌ها به‌سمت تعطیلی می‌روند و پزشکان نمی‌توانند به زندگی کاری خود ادامه دهند و از سوی دیگر زمینه مهاجرت نیروهای نخبه جامعه پزشکی از کشور فراهم خواهد شد. با تمام این تفاصیل به نظر می‌رسد راه مقابله با ارزان‌فروشی در حوزه دارو و درمان در درجه اول، برخورد قاطع سازمان نظام‌پزشکی و انجمن‌های علمی پزشکی و وزارت بهداشت با ارزان‌فروشی و پیگیری قضایی شرکت‌های تخفیفی و دلال و از سوی دیگر اتحاد پزشکان و تحریم این مراکز است. از همه مهم‌تر، باید زمینه گفت‌وگو بین مدیران اجرایی دولت و قانون‌گذاران در مجلس برای درک حقایق اجتماعی و معیشتی جامعه پزشکی فراهم شود و رسانه‌ها به‌خصوص رسانه‌های دولتی و صداوسیما برای نشان دادن واقعیت‌های این جامعه به‌جای معرفی «ارزان‌فروشی» به‌عنوان یک ارزش برای مردم، زمینه‌سازی فرهنگی کنند و نیز فداکاری‌ها و خدمات کادر درمان در تمام مقاطع سخت تاریخی و اجتماعی مانند شرایط کنونی همه‌گیری کووید۱۹ در کشور برای جامعه یادآوری شود.

به‌حکم قانون

پروانه طبابتی که نباید در اختیار غیر قرار بگیرد

به قلم دکتر سیدهادی موسوی
دادیار مقیم معاونت انتظامی سازمان نظام پزشکی مشهد

از آنجایی که محافل قضایی و انتظامی به موضوع همکاری تعدادی پزشک با مداخله‌گران به‌نحوی که پزشک پروانه طبابت خود را به‌صورت اجاره‌ای در اختیار آنان قرار می‌دهد یا در زمان معاینه و ارائه خدمات پوستی حضور فیزیکی ندارد، توجه نشان داده‌اند، به اطلاع همکاران گرامی می‌رساند به لحاظ پیشگیری از تخلف انتظامی و پیگرد قانونی، ضمن اطلاع و گزارش رسیده تشکیل این پرونده در دادسرای انتظامی به‌عنوان یک تخلف انتظامی در سوابق این همکاران ثبت می‌شود که اگر شاکی خصوصی پیگیر نیز داشته باشند، بی‌شک روند جداگانه‌ای نیز برای آن طی خواهند کرد و با حکم پرداخت خسارت به دریافت‌کنندگان خدمات نیز همراه خواهد بود. علاوه‌بر مجازات انتظامی، این تخلف جنبه کیفری هم پیدا می‌کند، لذا به لحاظ پیشگیری از تخلف انتظامی و پیگرد قانونی برای اطلاع و آگاهی، نکات زیر به آگاهی همکاران گرامی می‌رسد.

خدمات و اقداماتی که لازمه انجام آن، آشنایی و شناخت آناتومی بدن است و تهاجمی محسوب می‌شود، صرفا در صلاحیت پزشک است و انجام و حضور شخص پزشک، الزام‌آور تلقی می‌شود که درصورت اثبات حضورنداشتن و انجام‌ندادن خدمات طبق آیین‌نامه انتظامی دادسرا به وظیفه خود عمل خواهد کرد. نصب تابلو در فضای خارج از مطب، نصب اصل پروانه طبابت در اتاق مطب، اطلاع‌رسانی افتتاح مطب و روز و ساعت فعالیت به معاونت درمان دانشگاه و نظام‌پزشکی از ملزومات اولیه شروع به کار است. حضور پزشک در تمام ساعات اعلام‌شده الزامی است و بدون حضور پزشک هرگونه خدمات‌دهی درمانی، تخلف محسوب می‌شود.

مکان‌های ارائه خدمات پیش‌بینی‌شده در قوانین به‌صورت مطب، درمانگاه، ساختمان پزشکان، مراکز جراحی محدود و بیمارستان است که هرکدام ضوابط تأسیس، افتتاح و بهره‌برداری دارد، ولی متأسفانه افراد مکان‌هایی را به نام درمانگاه پوست یا درمانگاه زیبایی با اسم‌های گوناگون معرفی می‌کنند که در این مکان‌ها، سرمایه‌گذارها یا نیروهای غیرمرتبط حضور دارند و به‌دنبال سودجویی و حفظ منافع خودشان هستند.

در پایان یادآوری می‌کنیم که برای تمام اعمال و خدمات درمانی، پوستی و زیبایی حضور پزشک الزامی است و آن را حتما باید پزشک انجام دهد.

مکان‌های ارائه خدمات پیش‌بینی‌شده در قوانین به‌صورت مطب، درمانگاه، ساختمان پزشکان، مراکز جراحی محدود و بیمارستان است که هرکدام ضوابط تأسیس، افتتاح و بهره‌برداری دارد

«دکتر شیخ»ها همیشه هستند

گفت‌وگو با دکتر مریم ابریشمی، از پزشکان جوان و خیّر مدرسه‌ساز

بگذارید این کار برایمان ناب و اصیل بماند

در شرایطی که به جامعه پزشکی این همه هجمه می‌شود و روزبه‌روز بر فاصله و شکاف بین مردم و جامعه پزشکی به انواع و اقسام روش‌ها افزوده می‌شود، بیان مشارکت همکاران در کارهای خیر لازم و ضروری به نظر می‌رسد تا گواه و شاهدی باشد بر همراهی جامعه پزشکی با مردم و انعکاس واقعیتی که شاید این روزها کمتر دیده می‌شود.

بگذارید کاری که می‌کنیم، برای ما در دل‌هایمان ناب و اصیل بماند

آن‌قدر این روزها کارهای خیر به نیت‌های تبلیغ و مطرح‌شدن انجام می‌شود که وقتی گفتید می‌خواهید برای انجام مدرسه‌سازی مصاحبه کنید، قبولش دشوار بود. گفتم حضوری می‌بینمتان و نظرتان را درباره گفت‌وگو برای کارهای انجام‌شده عوض می‌کنم.

این‌ها بخشی از صحبت‌هایی است که طی مصاحبه چندبار به روش‌های مختلف تکرار شد و تا جایی پیش رفت که نزدیک بود من هم تسلیم شوم و این مطلب هیچ‌گاه سر از مجله درنیاورد، اما سرانجام نظر موافق ایشان جلب شد و آنچه پیش‌روست، گفت‌وگوی کوتاهی است با نماینده جمعی از همکاران داروساز که در سال‌های اخیر علاوه‌بر کمک‌های متفاوت، به ساخت مدرسه نیز اقدام کردند.

لطفا خودتان را معرفی کنید؟

مریم ابریشمی هستم. داروساز و متولد ۱۳۵۱ که به‌عنوان نماینده جمعی از همکاران در خدمتتان هستم. جمعی که هر یک نفرشان نقش حلقه در زنجیری را دارند که با اتصال به هم به یک هدف قلبی مشترک می‌رسند. دوام این زنجیر به بودن هر حلقه آن و به حضور هر یک نفر، است.

از شروع کار برایمان بگویید.

پیشنهاد انجام کارهای عام‌المنفعه به‌صورت گروهی، در جمع داروسازان مطرح شد و جلسه‌ای در همین مکان حضورمان در انجمن داروسازان، در اوایل سال ۹۵ برگزار شد. اینکه هم‌اکنون من در خدمت شما هستم، لطف شماست، والا سهم تک‌تک دوستانم در این حرکت‌ها بیشتر از من نباشد، کمتر نیست. صحبت این بود که هرکدام از ما به‌صورت فردی در گوشه‌وکنار کار خیر انجام می‌دهیم، ای کاش همین‌ها را بتوانیم منسجم کنیم و خودمان به‌طور مستقیم در جایی که نیاز است، صرف کنیم و همین هم شد. با درنظرگرفتن اینکه هر کسی در حوزه دارو و درمان، کمک فردی می‌کند و با این باور که فرهنگ یک کشور آینده آن کشور را می‌سازد و این کار به کسب علوم و دانش وابسته است، هدف جمعی را بر رفع مشکلات مدارس متمرکزتر کردیم. اوایل سعی می‌کردیم مشکلات کودکان در مدارس را حل کنیم تا بتوانند ادامه تحصیل دهند و با کارهایی مثل توزیع صبحانه در مدارس مناطق محروم و کم‌برخوردار شروع کردیم و کم‌کم وقتی مشارکت بیشتر شد، تجهیز خوابگاه‌ها و بعد ساخت مدرسه را که از ابتدا به آن توجه می‌شد، اما انجامش دور از ذهن بود، شروع کردیم.

در این راه مشکلاتی هم داشتید؟

البته. یکی از مشکلاتی که همان ابتدا با آن مواجه بودیم، نگاهی بود که خیلی از مردم هم دارند. خیلی از دوستان و همکاران انتقاد می‌کردند و می‌گفتند این کارها وظیفه ما نیست، دولت باید رسیدگی کند. همان‌طور که به دوستان و همکاران گفتم، اینجا هم عرض می‌کنم در تمام کشورهای پیشرفته و حتی مرفه دنیا نیز مشارکت مدنی و اجتماعی به لحاظ ایجاد وطنی بهتر انجام می‌شود، ما هم مستثنا نیستیم. علاوه‌بر رضایت درونی فردی، بازخورد و نتیجه بیرونی این نگرش هم زیباست.

امروز اگر می‌توانم کاری کنم که کودکی از امکانات تحصیلی برخوردار شود و این کار را نکنم، به جامعه و به‌تبع آن به خودم ظلم کرده‌ام. این نگاه همکارانی است که با هم در این مسیر حرکت می‌کنیم.

از مدرسه‌هایی که ساختید بگویید.

ساخت مدرسه در مناطق محروم با درنظرگرفتن امکانات گروهمان آغاز شد. اولین مدرسه در روستای جنگل خراسان شمالی، مدرسه دوم در سیستان و بلوچستان و بعد مدرسه‌ای در کردستان ساختیم که امسال افتتاح شد. از همکاری خوب و مؤثر آموزش‌وپرورش و حمایتش نیز برخوردار

بودیم. مدارس ساخته‌شده مدرسه‌های بزرگی نیستند، اما سعی کردیم در جاهایی اقدام شود که بچه‌ها واقعا نیازمند هستند، منطقه پایدار و جمعیت دانش‌آموزی رو به افزایش باشد و مهم‌تر اینکه کار ناتمام باقی نماند؛ چون گاهی ساخت مدرسه با پایان هزینه‌های کارهای خیر ناتمام می‌ماند. می‌دانید که کلاس‌های درسی وجود دارد که در چادر یا کانکس برپا می‌شود. برای همین سعی کردیم در محروم‌ترین مناطق، مدرسه بسازیم. البته این مناطق محروم با معرفی آموزش‌وپرورش و تاجایی که ممکن بود، بعد از بازدید و تأیید معتمد انتخاب شدند.

گفتید که سعی بر سامان‌دهی کمک‌های خیر پراکنده خود و اطرافیان بوده است، اما به نظر خود شما اصلا چرا به چنین سازمان‌دهی و سامان‌دهی باید اندیشید؟ از مزایای حضور در این جمع بگویید.

این گونه سامان‌دهی باعث می‌شود برخی کارها که به‌تنهایی انجام‌شدنی نیست، میسر شود. با بیشتر دوستان از طریق گروه مجازی ارتباط داریم. اینکه از دنیای مجازی برای رسیدن به یک هدف حقیقی استفاده می‌شود، لذت‌بخش است. برای هر قدمی حمایت خانواده، دوستان، آشنایان و اطرافیان و حتی غریبه‌ها نیاز است، اما حضور کسانی که آن‌ها را غریبه می‌پنداریم درحالی که از لحاظ فکری نزدیک هستند، روابط انسانی فی‌مابین را هدیه می‌دهد و همه این‌ها درنهایت باعث ایجاد حس درونی خوبی می‌شود.

خوشبختی احساسی درونی است که برای هر فرد طوری خاص تعریف می‌شود، اما انسان‌ها به‌تنهایی نمی‌توانند خوشبخت باشند. وقتی در جایی باشی که دیگران مشکل دارند، در فقر و فلاکت زندگی می‌کنند یا از حقوق انسانی بهره‌مند نیستند، تو به‌تنهایی خوشبخت نخواهی بود و وقتی کار سازمان‌دهی می‌شود، دیگر فقط نظاره‌گر نیستی، بلکه در همراهی با جمع برای ایجاد تغییر مثبت، لذت می‌بری.

ما هم‌سرنوشتیم و من عمیقا باور دارم که برای بهترشدن حال آدم‌ها، برای بهترشدن دنیا و سعادت بشر، راهی جز دوستی و محبت و کمک به همنوع وجود ندارد و چه خوب که تا فرصت داریم، این کار را بکنیم. صحبت از فرصت شد، بسیاری از ما معمولا تا گرفتار نشویم، به این فرصت‌های موجود بها نمی‌دهیم. به نظرم زیباتر این است که زمانی که همه‌چیز در زندگی بر وفق مرادت است، سالم، جوان و بی‌نیاز هستی، گامی برای انجام کار خیر برداری، نه زمانی که در مواجهه با مشکلات، بیماری‌ها یا در شیب و انتهای مسیر زندگی قرار می‌گیری. به یاد گفته پدرم افتادم. «کار نیک به‌خاطر نیک‌بودن خود آن کار انجام می‌شود نه به‌خاطر چشمداشت، تشکر یا دیده‌شدن.»

> یک مدرسه در خراسان‌شمالی، مدرسه‌ای در سیستان‌وبلوچستان و مدرسه‌ای دیگر در کردستان ساختیم - آموزش‌وپرورش همکاری خوب و مؤثری کرد و خیلی از ما حمایت کرد- مدارسی که ساختیم، زیاد بزرگ نیست اما سعی کردیم جاهایی اقدام کنیم که بچه‌ها واقعا نیازمند هستند

■ پدر شما پزشک بنامی بودند، مایلید کمی از ایشان بگویید؟

وارسته‌ای معتقد به اصول انسانی، آزادی و تساوی حقوق زن و مرد بودند. متاسفانه پدرم، دکتر علی ابریشمی، به‌تازگی و در هفتم مهر فوت کردند.

■ می‌دانم که راضی به انجام این مصاحبه نبودید؛ برای همین خیلی وقتتان را نمی‌گیرم، سخن پایانی‌تان را می‌شنویم.

سپاسگزارم از اینکه در مجله به موضوع کارهای نیک اجتماعی پزشکان می‌پردازید. مایه افتخار است که به نمایندگی از دوستان گروه همیاری داروسازان حضور یافتم و می‌دانم پزشکان زیادی هستند که در این زمینه‌ها فعال هستند. به نوبه خودم قدردان تک‌تک این عزیزان هستم و امیدوارم با کمک این بزرگواران، آینده‌ای روشن برای نسل‌های بعد از ما رقم بخورد.

همراه با معاونان

معاون آموزش فنی و نظارت سازمان نظام پزشکی مشهد:

اجرای ساختار و تعریف سیستم، اولویت نخست ما است

آموزش، کلید و رمز توسعه و پیشرفت است و من به این موضوع اعتقاد دارم و با همین نگاه و رویکرد فعالیت به‌عنوان معاون آموزشی، فنی و نظارت سازمان نظام‌پزشکی مشهد را پذیرفتم.
این‌ها صحبت‌های دکتر بیتا میرزایی است که در دوره جدید هیئت‌مدیره، سکان هدایت این معاونت را در دست گرفته است. وی که سابقه فعالیت صنفی در سازمان نظام‌پزشکی مشهد و همچنین سابقه فعالیت به‌عنوان رئیس انجمن درمانگران اعتیاد و سوابق متعدد آموزشی و پژوهشی را به‌عنوان مدرس دانشگاه در کارنامه خود دارد، طی گفت‌وگویی کوتاه از تغییر و تحولات، فعالیت‌ها و مهم‌ترین اقدامات معاونت متبوع خود می‌گوید.

در ابتدای صحبت‌تان گفتید آموزش را کلید توسعه و پیشرفت می‌دانید، کمی از این رویکرد بگویید.

ببینید دنیا در حال پیشرفت است و هر فرد یا اجتماع و سازمانی که نتواند خود را مطابق پیشرفت و تغییرات به‌روز کند، از گردونه حرکت و زندگی خارج خواهد شد، بنابراین ما باید مرتب در حال یادگیری باشیم و به عقیده من این یادگیری باید در سازمان نظام‌پزشکی مشهد، در همه زمینه‌ها محوریت داشته باشد. به‌عبارتی دستیابی به توسعه و بالندگی سازمانی، از مسیر آموزش می‌گذرد.

سازمان آموزش پذیر چیست؟

سازمان آموزش پذیر، سازمانی است که ظرفیت خود را برای خلق آینده به‌طور مداوم توسعه می‌دهد. برای این سازمان فقط حفظ حیات کافی نیست، بلکه یادگیری مولد از ملزومات ادامه حیات است که ظرفیت خلاق بودن در سازمان را افزایش می‌دهد. درواقع، مفهوم یادگیری در بافت چنین سازمانی به شکلی جانمایی می‌شود که شما خواه‌ناخواه نمی‌توانید از آموزش جدا باشید. در سازمان خلاق، افراد به‌طور پیوسته ظرفیت خود را ارتقا می‌دهند تا آنچه در نظر دارند، خلق کنند. در تعریفی دیگر می‌توانیم بگوییم سازمان آموزش پذیر، سازمانی توانمند، رقابتی و اثرگذار است؛ چراکه توان تولید دانش جدید را دارد و در این راه تجربیات فراوانی به دست آورده است. چنین سازمانی، یک سازمان خلاق به‌حساب می‌آید و حتی قادر است برای حل مسائل و مشکلات مختلف، دانش خود را انتقال دهد. از سویی دیگر سازمان آموزش‌پذیر به‌عنوان مجموعه‌ای از سیستم‌های به‌هم‌پیوسته با تعامل بین‌بخشی، میزان اثربخشی خود را افزایش می‌دهد.

اما معاونت نظارت، فنی و آموزش دایره وسیعی از فعالیت‌ها را هدایت و کنترل می‌کند و آموزش، بخشی از آن است، آیا در این تعریف، نقش بقیه بخش‌ها کمرنگ نشده است؟ در ادامه کمی از حوزه فعالیت خود نیز بگویید.

منظور من، روح حاکم بر سازمان است که تا به امروز هم همین گونه بوده است. در هر صورت رویکرد سازمان تاکنون با سرعت شاید کمتر، همین یادگیری بوده است؛ وگرنه توسعه و پیشرفتی حاصل نمی‌شد، اما نگاه من به این موضوع کمی سیستماتیک‌تر و علمی‌تر است. یادگیری به معنای آموزش دیدن، کسب تجربه و انتقال آن است که برای تمام آن‌ها در ۴سال آینده برنامه‌ریزی مشخصی دارم و امیدوارم شرایط به گونه‌ای پیش برود که بخش زیادی از این برنامه‌ها اجرایی شود.
اما درباره حوزه فعالیت معاونت فنی، نظارت و آموزش سازمان همان‌طور که اشاره کردید، این معاونت یکی از معاونت‌های سازمان است که دایره وسیعی از امور را عهده‌دار است. امور مرتبط با صدور پروانه، گواهی‌های آموزشی، گواهی‌های حرفه‌ای، نظارت بر تبلیغات سلامت‌محور، برگزاری دوره‌های آموزشی با و بدون امتیاز بازآموزی، برخورد با مداخله‌گران درمان، بازدیدهای نظارتی از مطب‌ها و مراکز کلینیکال و پاراکلینیکال و... همه از اقدامات مهمی است که در این معاونت انجام می‌شود.

گفتید برنامه مشخصی برای توسعه سازمان به‌عنوان یک سازمان آموزش‌پذیر در نظر دارید؟

بله، ما چند اصل را محور اقدامات قرار داده‌ایم. نخست اینکه از همه ظرفیت‌های کارشناسی و علمی استفاده کنیم. یعنی هر عضو از سازمان که بتواند نظری کارشناسانه در چارچوب اختیارات قانونی سازمان مطرح کند و خودش برای مسیر تأیید و اجرای آن وقت بگذارد، ما استقبال می‌کنیم. موضوع دوم ایجاد سیستم و ساختاری مدون است و ایده‌آل آن زمانی است که سیستم به قدری دقیق اجرا شود که نقش علاقه‌ها و سلیقه‌های فردی به کمترین حد برسد و با تغییر افراد، رویکردهای کلی و حرکت در مسیر رشد و توسعه سازمانی دچار چالش، کندی و ضعف نشود.
سومین نکته، تعیین اولویت‌ها و نقشه راه است. به‌طور طبیعی عمر هر هیئت‌مدیره در نظام‌پزشکی ۴سال است و کار زمین‌مانده هم کم نیست اما همین ابتدا سعی کردم اولویت‌های سازمانی را شناسایی کنم و دغدغه اعضا را ملاک و معیار قرار دهم تا درنهایت بتوانم در طول مدت مسئولیتم، تلاش‌ها را به حل اصلی‌ترین چالش‌های اعضا در حوزه کاری خود معطوف کنم.

در این راه تاکنون چه اقداماتی را انجام داده‌اید؟

ساختار و سیستم را اصلاح کردیم. در این ساختار سه مدیریت شاخص وجود دارد؛ مدیریت آموزش و پژوهش، مدیریت نظارت و مدیریت فنی که زیرمجموعه مدیریت فنی دو مدیریت اقتصاد سلامت و مدیریت نظام ارجاع و پزشک خانواده را نیز با الگوبرداری از تشکیلات سازمان نظام‌پزشکی کشور تعریف کردیم.
در حوزه مدیریت اقتصاد سلامت، موضوعات تعرفه، بیمه و مالیات بررسی می‌شود و افراد ماموریت دارند در این مسیر با کار علمی و طرح پیشنهادهای عملی، برای رفع چالش‌های موجود تلاش کنند.
همان‌طور که اشاره کردم، یکی دیگر از رویکردهای ما، بیشترین استفاده از ظرفیت کارشناسی و هم‌فکری با اعضاست؛ به همین دلیل در تمام حوزه‌هایی که در حیطه فعالیت این معاونت است، کارگروه‌های کارشناسی و کمیسیون‌های مرتبط را فعال کردیم تا با هم‌افزایی و هم‌فکری، مسیر روشن‌تر و بدون مشکل‌تری را برای کار پیش‌رو داشته باشیم.
خب، هر کدام از مدیریت‌هایی که تعریف شده

است، یکی از اعضای جامعه پزشکی، امور اجرایی و رهبری آن را زیر نظر معاونت، عهده‌دار است و تنها حوزه آموزش و پژوهش را به‌طور مستقیم مدیریت می‌کنم. سعی کرده‌ام مدیریت‌ها در عین استقلال، جزیره‌ای عمل نکنند و در ارتباط و تعامل و هم‌افزایی با هم باشند و رویکردها و مسیر حرکتشان همسو و هماهنگ باشد.

در حوزه نظارت، کار را توسعه دادیم و برخورد با مداخله‌گران را با همکاری دانشگاه و دستگاه قضایی در دستور کار قرار دادیم و در سه ماه اخیر با

تیم‌های خوبی که در این کارگروه همکاری می‌کنند، چندین مداخله‌گر را شناسایی و محل کارشان را با ارجاع به مقام قضایی پلمب کردیم. در این زمینه به‌سمت خودنظارتی نیز حرکت و سعی کرده‌ایم که خودپالایشی داشته باشیم و با روش‌های اطلاع‌رسانی و نظارت ارشادی به‌سمت استانداردسازی خدمات ارائه‌شده از سوی مراکز درمانی و رعایت قوانینی که همکاران اطلاع کافی ندارند، حرکت کرده‌ایم.

واحد آموزش در سازمان تقریبا تا چهار سال قبل، غیرفعال بود و در دوره قبل اتفاق خوبی که افتاد، آغاز فعالیت‌های آموزشی در سازمان بود که کمیسیون آموزش فعال شد. هم‌اکنون با هماهنگی با آموزش مداوم دانشگاه به‌طور متوسط یک یا دو برنامه با امتیاز بازآموزی در ماه در سازمان برگزار می‌شود. البته این برنامه‌ها با توجه به نیازسنجی‌هایی که از انجمن‌ها به‌صورت سالانه انجام می‌گیرد، طرح‌ریزی و اجرایی می‌شود. در شرایط شیوع امیکرون نیز چند برنامه ویژه و فوری را در راستای اجرای مصوبات ستاد کرونای استان، برای هماهنگی و استانداردسازی درمان‌های سرپایی و مراقبت در منزل و بستری برگزار کردیم. با اینکه به‌دلیل کمبود زمان، امتیاز بازآموزی برای این برنامه‌ها لحاظ نشده بود، استقبال از آن‌ها عالی بود. دوره‌های آموزشی با ارائه گواهی مرتبط نیز طرح‌ریزی و برخی از آن‌ها اجرا شده است. همچنین برپایی دوره‌هایی که بارها خواستار برگزاری آن بوده‌ایم، چون طب کار، طب سنتی، پوست و زیبایی، درمان اعتیاد و... را پیگیر هستیم.

در ادامه توسعه برنامه‌های آموزشی هم در همکاری با دانشگاه علوم‌پزشکی و سازمان نظام‌پزشکی کشور، تصمیم به برگزاری دوره‌های آموزشی مهارتی ویژه در سال آینده داریم و این به‌دنبال گرفتن مجوز نظام‌پزشکی کشور از مرکز ملی آموزش مهارت‌های حرفه‌ای وزارت بهداشت است. در این برنامه توسعه‌ای با تلاش‌هایی که انجام شد، مشهد یکی از قطب‌های هشت‌گانه نظام‌پزشکی‌های کشور دیده شده است و پوشش‌دهنده برخی نیازهای آموزشی شمال‌شرق کشور درنظر گرفته شده است.

■ در صحبت‌هایتان به پژوهش اشاره نکردید، آیا این حوزه اولویت شما نیست؟

اتفاقا پژوهش بخش مهمی است که در سال‌های گذشته از آن غفلت شده است. در دوره جدید با تصمیم کمیسیون آموزش‌وپژوهش تصمیم گرفتیم به موضوعات پژوهشی که کاربرد صنفی دارند، توجه و چند طرح پژوهشی در این زمینه تعریف کنیم. موضوعاتی چون مداخله‌گران، پسماندهای مراکز درمانی، نسخه‌های الکترونیک و... در اولویت قرار گرفت. این نکته را هم اضافه کنم که در همین مدت با نظرسنجی از انجمن‌ها یک کار کارشناسی خوب درباره نسخه‌های الکترونیک انجام دادیم تا مشکلات و چالش‌های این نسخه‌ها، شناسایی شود که این موارد همراه با پیشنهادهای اجرایی از طریق نامه و برگزاری نشست‌ها برای رفع مشکلات، به نظام کل و سایر نهادهای تصمیم‌گیرنده و تصمیم‌ساز منتقل شد. در موضوع‌های پزشک خانواده و نظام ارجاع نیز برنامه‌هایی مشابه در دست اقدام داریم. همچنین نظرهای کارشناسانه درباره تعرفه، از انجمن‌های علمی تخصصی جمع‌آوری شد و پس از بررسی، کارشناسی‌های لازم به سازمان‌های مربوط انتقال یافت. درباره صدور پروانه‌ها و مجوزهای موقت نیز ارتباط‌ها و رایزنی‌های خوبی با دانشگاه علوم‌پزشکی و سازمان کل انجام دادیم که در آسان‌شدن کارها و رفع مشکلات همکاران به‌خصوص در دوران کرونا بسیار کمک‌کننده بود.

> در دوره جدید با تصمیم کمیسیون آموزش‌وپژوهش تصمیم گرفتیم به موضوعات پژوهشی که کاربرد صنفی دارند، توجه و چند طرح پژوهشی در این زمینه تعریف کنیم - موضوعاتی چون مداخله‌گران، پسماندهای مراکز درمانی، نسخه‌های الکترونیک وغیره در اولویت قرار گرفت

■ ممنونم. در پایان اگر موضوعی باقی مانده است، بگویید.

بله، در این مدت متن قرارداد تیپ که مطالبه چندساله همکاران بود، در یک ماهه اخیر نهایی شد و پس از بررسی و تایید نهایی چندین حقوقدان و وکیل سازمان، به مؤسسات درمانی ابلاغ شد که قدم بزرگی در ایجاد رضایتمندی همکاران بود و بازخوردهای بسیار خوبی از این اقدام گرفتیم و بناست در ادامه نیز ویرایش و اصلاحات لازم در متن قرارداد با همکاری انجمن‌های مرتبط و مصوبات سالانه صورت گیرد.

همچنین باید اشاره کنم که در معاونت آموزش، فنی و نظارت تا به امروز به ساختار و برقراری سیستم خیلی توجه نشده است. من سعی کرده‌ام در دوره جدید، ساختار و سیستم را پایه‌گذاری کنم تا همه‌چیز قائم به فرد نباشد، مشارکت‌ها را نظام‌مند کنیم و توسعه دهیم و امور را به نحوی پیش ببریم که از همه ظرفیت‌ها استفاده شود. معتقدم این مهم‌ترین اقدام معاونت در ۴ سال آینده است.

■ سپاس از همراهی و وقتی که اختصاص دادید.

ممنون از شما و «سیمرغ سپید».

از روابط‌عمومی چه خبر؟

ما همچنان ایستاده‌ایم

به قلم دکتر مسعود زحمتکش، مدیر روابط‌عمومی سازمان نظام پزشکی مشهد

بارها واژه روابط‌عمومی را در جامعه شنیده‌ایم یا در ادارات به این نام برخورد کرده‌ایم اما آیا تابه‌حال با خود اندیشیده‌ایم که این واژه به چه معناست و چه کاربردی دارد؟ آیا اصلا روابط‌عمومی فقط یک واژه است؟ شاید از نظر خیلی‌ها روابط‌عمومی یک علم باشد مثل ریاضی، فیزیک و از نظر خیلی‌ها هم یک هنر است مثل سینما، موسیقی، نمایش و... اما مهم این است که روابط‌عمومی از نظر یک مدیر توانا چه تعریفی دارد. آیا وکیل مدافع، مشاور، مدیر، مبلغ و اطلاع‌رسان یا زبان گویاست؟ جایگاه روابط‌عمومی برای یک مدیر نیز اهمیت خاص خود را دارد. آیا واحد است یا اداره؟ در متن است یا حاشیه؟ اصلی است یا فرعی و اینکه آیا اصلا واقعی است یا فقط در حد همان یک واژه؟ امروزه روابط‌عمومی نقش بسیار مهمی در سازمان‌ها ایفا می‌کند ولی به دو دلیل این اهمیت، بیشتر اوقات نادیده گرفته می‌شود؛ اول: خویشتن‌نشناسی خود روابط‌عمومی‌ها و دوم: شناخت و آگاهی نداشتن مدیران از روابط‌عمومی.

در این زمینه بنیان‌گذار روابط‌عمومی علمی در ایران، مرحوم دکتر حمید نطقی، درباره اهمیت این علم برای هر مدیر گفته است: «هر مدیریتی، سزاوار همان روابط‌عمومی است که دارد.»

نزدیک به یک سال‌واندی که سکان روابط‌عمومی سازمان نظام‌پزشکی مشهد را برعهده داشتم، صرف‌نظر از مورد نخست بیش از هر چیز دیگری سعی کردم ماهیت روابط‌عمومی و لزوم آن را به مدیران و اعضای سازمان بشناسانم.

در دنیایی که از هر دلار بخش بزرگی از آن صرف تبلیغ می‌شود، ما هنوز در سازمان نظام‌پزشکی مشهد در گیرودار اثبات این نکته هستیم که روابط‌عمومی نیاز سازمان است و باید وجود داشته باشد و فعالیت کند تا حداقل ویترینی از اقدامات انجام‌شده موجود باشد و جایگاه جامعه پزشکی و سازمان نظام‌پزشکی، این قدیمی‌ترین سازمان مردم‌نهاد کشور، برای همگان تبیین شود. با این توصیف، این خود بزرگ‌ترین سنگ مقابل روابط‌عمومی سازمان است که هنوز به قوت خود پابرجاست. با تلاش اعضای فرهیخته و ۲کارشناس فعال در روابط‌عمومی توانستیم اقداماتی درخور بضاعتمان انجام دهیم. آنچه از نظر می‌گذرد، اقدامات مهم روابط‌عمومی سازمان نظام‌پزشکی مشهد در دوره جدید هیئت‌مدیره است در بازه زمانی حدود ۶ماهه. امیدوارم با همدلی و همراهی هیئت‌مدیره، معاونان و اعضای سازمان در آینده‌ای نه‌چندان دور روابط‌عمومی سازمان در جایگاه واقعی خود و بدون نیاز به اثبات ضرورت انجام اقداماتش و بدون وجود مانع‌های بزرگ با فراغ بال بیشتر صرفا بر اهداف و اقداماتش تمرکز کند و توفیق خود و سازمان نظام‌پزشکی مشهد را در کنار هم رقم بزنند.

- تهیه بیش از ۹۰عنوان خبر با حدود ۳۸۰بازتاب رسانه‌ای؛ هر خبر به‌طور متوسط ۴بازتاب
- هماهنگی انجام مصاحبه بنا به تقاضای اصحاب رسانه حدود ۲۸مورد در حوزه مکتوب، رادیویی و تلویزیونی
- تهیه، گردآوری و طراحی ۳۰عنوان گزارش هفتگی از اقدامات نظام‌پزشکی درقالب خبرنامه در ۲۸۰صفحه
- برگزاری ۶عنوان برنامه موضوعی در فضای کلاب‌هاوس با دعوت از میهمانان استانی و کشوری(خارج از وقت اداری) با موضوعات چالش‌های درمان کرونا، واکسیناسیون کرونا، اوج‌گیری کرونا در مشهد، درمان کرونا در کودکان، سرطان‌های زنان و درمان آن در دوران کرونا، تازه‌های درمان کرونا
- برگزاری ۶عنوان نشست خبری موضوعی در سازمان نظام‌پزشکی مشهد شامل میزگرد موضوعی علائم دلتاکرونا و مقابله با آن، میزگرد به‌مناسبت هفته بهداشت روان، میزگرد موضوعی به‌مناسبت هفته ملی سلامت زنان، میزگرد موضوعی به‌مناسبت هفته حمایت از بیماران کلیوی، میزگرد موضوعی چالش‌های درمانگاه‌های ترک اعتیاد، میزگرد موضوعی هفته ملی مبارزه با سرطان
- تهیه و انتشار مجله سازمان نظام‌پزشکی مشهد، شماره ۸۱
- صدور ۶۰عنوان کارت همیار سلامت ویژه اصحاب رسانه
- شناسایی و برقراری ارتباط اولیه با نمایندگان روابط‌عمومی ۶۰مرکز درمانی(بیمارستان خصوصی و درمانگاه شهر مشهد)
- برگزاری نشست خبری رئیس سازمان نظام‌پزشکی مشهد
- تولید محتوا ویژه اینستاگرام سازمان(بارگذاری حدود ۹۰پست به‌طور متوسط تقریبا هر ۲روز یک پست، شامل نماهنگ، عکس، محتوای مکتوب و... انتشار بیش از ۱۴۵۰داستان موقت متوسط روزانه بیش از ۸استوری، ارتقای ۳۰۰۰نفری دنبال‌کنندگان)
- همکاری در تیم تولید محتوا ویژه تلگرام سازمان با مدیریت روابط‌عمومی سازمان و همکاری ویژه دفتر حوزه ریاست، فعالیت در گروه تلگرامی مردم و سلامت، تسلیت‌های سازمان نظام‌پزشکی و...
- تولید فیلم مستند شهدای سلامت، شهید دکتر احمد خسروی، شهید دکتر محمد اسماعیلی، شهید ماما صدیقه سیدی، شهید اپتومتریست برادران‌روحانی(که تولید فیلم هر ۴شهید در دوره قبلی تصمیم‌گیری شد ولی عملیات اجرایی تأیید نهایی، ویژه مستند دو شهید سلامت در ۶ماهه اخیر بوده است)
- برگزاری مراسم گرامیداشت دکتر قریب با رونمایی از تابلوی چهره ایشان
- همکاری در برگزاری همایش پیاده‌روی روبان قرمز با مشارکت شهرداری و دانشگاه

علوم‌پزشکی مشهد به‌مناسبت هفته جهانی ایدز، با انجام تست رایگان اچ‌آی‌وی، مراسم سخنرانی، تقدیر از خانواده شهدای سلامت، غرس نهال به‌یاد شهدای سلامت، قرعه‌کشی و...

■ همکاری در برگزاری نشست شورای هماهنگی نظام‌پزشکی‌های خراسان بزرگ با حضور رئیس سازمان نظام‌پزشکی و مدیر روابط‌عمومی نظام‌پزشکی کشور، نایب‌رئیس کمیسیون بهداشت‌ودرمان مجلس شورای اسلامی، رئیس دانشگاه علوم‌پزشکی مشهد، دادستان عمومی و انقلاب استان خراسان‌رضوی

■ همکاری در برگزاری کمپین انگ‌زدایی از بیماران اعصاب و روان با عنوان «خجالت نداره» در طول سه هفته و سه روز پایانی هر هفته در نقاط مختلف شهر، مرکز خرید فردوسی، پارک ملت، برج آرمیتاژ و...

■ تولید ۲۰عنوان پوستر شامل پوستر پویش سلامت، پوستر واکسیناسیون، رژیم‌درمانی در بدخیمی‌ها و سرطان، اصول مراقبت‌های بارداری در دوران بارداری و شیردهی، درمان آمبولی ریه، راهنمای تشخیص و درمان موارد سرپایی بیماری کووید۱۹، پویش کمک در دوران کرونا، اورژانس‌های داخلی، فشارخون در بیماری‌های داخلی، اورژانس‌های داخلی با رویکرد اختلالات الکترولیت، تغذیه در کودکان مبتلا به بیماری‌های کلیوی و...

■ تهیه حدود ۶۰عدد لوح تقدیر ویژه روز نیروی انتظامی، روز فیزیوتراپ، تقدیر از اعضای هیئت‌مدیره دوره قبل، پزشکان همکار هلال‌احمر، قاضی‌های همکار در معاونت انتظامی و...ر

امروزه روابط‌عمومی نقش بسیار مهمی در سازمان‌ها ایفا می‌کند ولی به دو دلیل این اهمیت، بیشتر اوقات نادیده گرفته می‌شود؛ اول: خویشتن‌شناسی خود روابط‌عمومی‌ها و دوم: شناخت و آگاهی نداشتن مدیران از روابط‌عمومی

■ تهیه لوح تقدیر دوزبانه ویژه ۱۱۵ پزشک نمونه

■ تهیه و انتشار ۱۶آگهی تسلیت ویژه فوت همکاران(گروه تسلیت‌ها و درج آگهی در روزنامه خراسان)

■ تولید ۱۸عنوان نماهنگ شامل نماهنگ اهدای خون، نماهنگ شورای هماهنگی‌های نظام‌پزشکی خراسان بزرگ، همایش پیاده‌روی روبان قرمز و...

■ صدور ۱۸۶۰کارت واکسن ویژه اعضای متقاضی

■ عکاسی از همه جلسات و برنامه‌های سازمان

■ تهیه ۱۱۵عکس چهره، ویژه پزشکان نمونه

■ پیگیری ۴۵پرونده مربوط به شهیدان سلامت و تایید ۱۷پرونده تاکنون، شرکت در جلسه‌های کارگروه استانی کارشناسی بررسی مدارک و احراز مصادیق شهدای سلامت با مشارکت دانشگاه علوم‌پزشکی مشهد

■ نمایش تصویر شهدای سلامت در شهر به مدت ۲هفته با مشارکت شهرداری مشهد، هم‌زمان با گرامیداشت روز پزشک و داروساز

■ هماهنگی برگزاری جلسه با چند نفر از نمایندگان مجلس، رئیس بسیج رسانه کشور، مدیران شهرداری، دیدار با امام‌جمعه و...

■ برگزاری دوره آموزشی سواد رسانه، ویژه جامعه پزشکی

■ سامان‌دهی و هماهنگی برای همکاری و حضور پزشکان بخش خصوصی در مراکز ۱۶ و ۲۴ساعته هلال‌احمر

معاون توسعه مدیریت و منابع سازمان نظام پزشکی مشهد:

توسعه پایدار و ارتقای بهره‌وری را دنبال می‌کنیم

امروزه افزایش بهره‌وری به‌عنوان روشی موثر برای دستیابی به رشد اقتصادی باتوجه‌به کمبود منابع، مطرح است و در این راستا، ضرورت مطالعه عوامل موثر بر آن با عنایت به برنامه‌های توسعه‌ای، تعیین کننده خواهد بود.
سازمان نظام‌پزشکی مشهد نیز همچون سازمان‌های مردم‌نهاد دیگر از این قاعده مستثنا نیست. رسیدن به بهره‌وری در سازمان در گرو توسعه پایدار و تغییر نگاه و رویکرد مدیریتی به‌سمت ایجاد منابع بیشتر در کنار کاهش هزینه‌هاست.
این‌ها بخشی از صحبت‌های دکتر علی‌اکبر بهرامی‌فر، معاون توسعه مدیریت و منابع سازمان نظام‌پزشکی مشهد است. وی که در هیئت‌مدیره جدید سازمان نظام‌پزشکی مشهد، سمت معاونت توسعه و پشتیبانی را عهده‌دار شده است، از اقدامات پیش‌رو و کارهایی که در چند ماهه اخیر انجام داده است، می‌گوید. در ادامه گفت‌وگوی ما را با وی می‌خوانید.

■ گفتید توسعه پایدار و ارتقای بهره‌وری را در دستور کار دارید. این‌ها کمی کلی است، مصداقی‌تر توضیح می‌دهید؟

بله. ببینید مدیریت پایدار مبتنی‌بر الگوهای پایدارمحوری و مدیریت توسعه است. کلینز در طبقه‌بندی، مدیریت پایدار را فراتر از مدیریت خوب می‌داند.

در مدیریت پایدار نقش راهبردی ایجاد چارچوب‌های قانونی و توانمندسازی و مشوق همکاری‌های جمعی و نهادی است. شاخص‌های موفقیت در مدیریت پایدار توجه به توسعه بدون انحصار و چندبعدی است. در این توسعه، سرمایه در ابعاد مختلف مطرح می‌شود. سرمایه اقتصادی، ارتباطی، علمی و انسانی در راستای پاسخگویی به نیازهای اعضای سازمان محور تاکید مدیریت پایدار است.

به‌عنوان نمونه می‌گویم برای نیل به ابتدایی‌ترین اقدام، توسعه حوزه آی‌تی را در دستور کار داریم. با این رویکرد که خدمات از راه دور را گسترش دهیم و اعضا مجبور نباشند برای اقدامات خود حضوری مراجعه کنند. ایجاد پروفایل ویژه برای هر عضو و ایجاد ارتباط مداوم، تنظیمات هوشمند همراه با مدیریت کارکنان و منابع سازمان و... مدنظرمان بود. این اقدامات شاید در کوتاه‌مدت به‌طور بارز شاخص توسعه‌یافتگی را کمتر نشان دهد اما در درازمدت تحولات بنیادینی در تصمیم‌سازی و نتایج خواهد داشت. این یک توسعه واقعی است که سازمانی پایدار در حفظ سرمایه‌های خود به همراه خواهد داشت. البته در شروع این مسیر با چالش‌های مختلف همچون ساختار فرسوده و تجهیزات قدیمی در سازمان روبه‌رو شدیم که باید نخست برای رفع آن گام برداریم. این یعنی نگاه زیربنایی در همین حوزه که با راه‌اندازی کمیته آی‌تی با حضور مهندسان مجرب و با حضور کاملا داوطلبانه و افتخاری تلاش می‌کنیم سیستم‌های اتوماسیون را با مدالیته‌های قابل افزایش، الگو قرار دهیم و در چند مرحله و با سرعت تا چند ماه آینده برای اعضا اجرا کنیم.

■ پس سازمان در حوزه ارائه خدمات الکترونیک کاملا متحول خواهد شد؟

بله، همین‌طور است. برنامه‌های پیشنهادی مبتنی بر نیازهای سال‌های آینده و افزایش سرعت و دقت و... است. بررسی‌های آماری، نظرسنجی‌ها، شفاف‌سازی روند انجام کار همه و همه از طریق این سیستم با هزینه بسیار اندک اجرا می‌شود.

> در مدیریت پایدار نقش راهبردی ایجاد چارچوب‌های قانونی و توانمندسازی و مشوق همکاری‌های جمعی و نهادی است- شاخص‌های موفقیت در مدیریت پایدار توجه به توسعه بدون انحصار و چندبعدی است

■ این کارها در وهله نخست هزینه‌بر خواهد بود. برای رفع این چالش چه خواهید کرد؟

در مدیریت منابع و مصارف، طرح‌های مختلف هزینه‌ای در سازمان بررسی شد و در عرض ۲ ماه گذشته صرفه‌جویی‌های ارزشمندی در حفظ منابع سازمان صورت گرفت. معتقدم سازمان کمبود منابع ندارد اما در مدیریت این منابع باید هوشمندسازی شود تا منابع در زمینه‌ای صرف شود که اولویت و نیاز واقعی است. در این مسیر، حذف هزینه بسیاری از پذیرایی‌ها، کاهش تعداد کارکنان به‌کار گرفته‌شده در سازمان با توجه به نوع فعالیت و عملکرد اجرای سیستم‌های ارزشیابی نیروها و به طبع کاهش هزینه‌هایی مثل

اضافه‌کاری و به‌دنبال آن افزایش بهره‌وری کارکنان سازمان، بسیاری از هزینه‌های بنیادی را تامین کرده است. همچنین قفل استفاده از فضاهای داخل سازمان برای استفاده عمومی اعضا برداشته شد و در حال حاضر برخی کلاس‌ها و دوره‌های آموزشی از جمله دفاع شخصی و آمادگی جسمانی و همچنین مجامع فرهنگی و کتاب‌خوانی بسیار ارزشمند در سازمان برگزار می‌شود و اقدامات بسیار دیگری که شاید از حوصله این گفت‌وگو خارج باشد.

اما به‌طور کلی بگویم که ما همیشه با منابع محدود روبه‌رو هستیم. شاید مدیریت‌های معمول، اغلب منابع محدود را صرف امور و اقدامات روزمره کنند اما مدیریت توسعه، نخست طرح‌های زیربنایی را از مدیریت منابع معمول و سرمایه‌های انسانی بکر تامین می‌کند و سپس اقدامات بزرگ و موثر و ماندگار را انجام می‌دهد.

■ نمونه‌ای از حرکت سازمان به‌سمت ایجاد منابع را ذکر می‌کنید؟

منظور از منابع، ایجاد طرح‌ها و برنامه‌هایی از طریق تعاملات برد-برد است. به‌عنوان مثال ما در سازمان از طریق پیمانکار، به همکاران خدمات بیمه‌ای می‌دادیم. پیمانکار از دادن این خدمات سود سرشاری را دریافت می‌کرد اما تعریفی برای انتقال بخشی از این سود به سازمان درنظر گرفته نشده بود. ما این تعریف را که بازی یک‌سویه درنظر گرفته شود، نمی‌پسندیم. سازمان باید در این بازی به همان اندازه سود ببرد که پیمانکار.

با شناسایی این ایراد و پس از مشاوره با کارشناسان خبره و وجود الگوهای موفق، تصمیم گرفتیم بهترین پوشش بیمه‌ای و با بهترین قراردادها را مدنظر قرار دهیم، به نحوی که انتفاع سازمان نیز درنظر گرفته شود و سازمان خود بر نحوه خدمات‌دهی نظارت کند.

■ بسیار عالی. از سایر طرح‌ها و برنامه‌هایتان بگویید.

تغییر رویکرد مدیریت از یکسان‌سازی به‌سمت عدالت‌محوری از اولویت‌های دیگری است که به‌شدت پیگیر اجرایی شدنش هستیم. در بخش‌های اداری سازمان پس از اجرای طرح کارسنجی آنلاین با نظرسنجی از اعضای سازمان و سرعت تعریف‌شده، فرایند رویکرد سازمان را به‌سوی شایسته‌گزینی در نیروهای خدمات‌دهنده پیش خواهیم برد.

همچنین در مدیریت توسعه ملکی و حفظ سرمایه سازمان برای خریداری زمین جنب سازمان از محل منابع قبلی، اقدامات خوبی انجام شده است.

برای بهینه‌سازی ساختمان فعلی نیز طرح‌ها و نقشه‌های کاربردی برای همه طبقات و حیاط و نگهبانی سازمان، تهیه شده است و پس از تایید هیئت‌مدیره محترم اقدام خواهد شد.

تدوین ساختار سازمانی و معاونت‌ها و شرح وظایف براساس شرح تفصیلی سازمان کل با همکاری تمام معاونت‌ها و ریاست سازمان تهیه شده است که پس از تایید هیئت‌مدیره به‌عنوان اولین سازمان نظام‌پزشکی استانی، ساختاری مدون مبتنی‌بر تمام وجوه طرح تفصیلی خواهیم داشت.

شروع اقدامات ایجاد استودیوی کوچک برای تولید برنامه‌ها و محتواهای علمی با امتیاز بازآموزی اعضا نیز از اقدامات پیش‌روست که امیدواریم جایگاه علمی سازمان را ارتقای بایسته بدهد.

در کنار این مهم، فرایندهای رفاهی متعدد را با عقد تفاهم‌نامه‌های رفاهی در برنامه کاری قرار داده‌ایم. مثلا در همین مدت کم با بیش از ۱۳۲ هتل کشوری تفاهم‌نامه‌های استفاده با تخفیف برای اعضا از ۱۵ تا ۶۵ درصد منعقد شده است.

از آنچه مشاهده می‌کنید، مشهود است که کارهای ارزشمندی انجام شده است و البته کارهای فراوانی پیش‌رو داریم و بدین دلیل، دست طلب یاری به‌سوی تمام دوستان دراز می‌کنیم.

به‌وقت یاد گیری

پسماندهای عفونی، از گذشته تاکنون

به قلم امیر قاسمی، کارشناس ارشد مهندسی محیط زیست

با توسعه روزافزون جوامع شهری به‌خصوص شهرهای بزرگ و کلان‌شهرها، مدیریت این جوامع نیز در جنبه‌های مختلف آن اعم از فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی، بهداشتی و درمانی، زیست‌محیطی و... دچار چالش‌ها و زوایای متعدد و مختلفی شده است. این چالش‌ها و زوایای ایجادشده، نیاز به بررسی‌ها و وضع قوانین و مقررات جدید در حوزه‌های مختلف درون‌بخشی و برون‌بخشی را در دستگاه‌ها و سازمان‌ها و نهادهای متولی و مسئول، توجیه کرد که درنتیجه آن، کارگروه‌ها و کمیسیون‌های تخصصی در مراجع مختلف تصمیم‌ساز و اجرایی در سطوح مختلف ایجاد شد.
یکی از حوزه‌هایی که با افزایش جمعیت و گسترش شهرها و کلان‌شهرها نیازمند وضع مقررات و قوانین جدید بود، حوزه مسائل بهداشتی و زیست‌محیطی بود که سامان‌دهی و مدیریت جمع‌آوری زباله، یکی از پایه‌های آن است و بی‌شک حفظ سلامتی مردم و بهداشت جامعه به‌صورت تنگاتنگی با آن پیوند خورده است.
همگان سال‌های اواخر دهه ۶۰ و اوایل دهه ۷۰ شمسی را به‌خاطر داریم که جمع‌آوری و حمل و دفع پسماندها و زباله‌های شهری به چه نحوی انجام می‌شد و وجود نداشتن مکانیزاسیون و مدیریت مناسب در تمام مراحل مدیریت پسماند، چگونه بهداشت و سلامت مردم و جامعه را به خطر می‌انداخت که این سال‌ها، سال‌های گذار از جمع‌آوری و حمل و دفع پسماندها به‌صورت سنتی و عموما غیربهداشتی و غیراصولی به مدیریت پسماندها به شیوه جدید و مدرن و همراه با مکانیزاسیون مناسب و البته نظارت پذیرفتنی بود که الحق‌والانصاف شهرداری‌ها در این زمینه به‌خوبی عمل کردند و دیگر خبری از جمع‌آوری زباله‌ها هرچندروز یک‌بار و انباشت زباله در داخل منازل و راه افتادن شیرابه زباله از ماشین‌های حمل زباله در کف خیابان‌ها و جمع‌آوری در ماشین‌های روباز که بوی تعفن زباله را در حین حرکت می‌دادند، نبود.
بیستم اردیبهشت ۱۳۸۳ نقطه‌عطفی در این زمینه بود. در این تاریخ، قانون مدیریت پسماندها در صحن علنی مجلس شورای اسلامی تصویب شد و در تاریخ ۱۳۸۳/۳/۹ به تایید شورای نگهبان رسید. این قانون مشتمل بر ۲۳ماده و ۹تبصره است که یک ماده و یک تبصره آن در تاریخ ۱۳۹۰/۴/۸ اصلاح شد.
با توجه‌به الزامات قانونی که برای جوامع پزشکی و پیراپزشکی و حرفه‌های وابسته در چند سال اخیر درباره نحوه دفع پسماندهای پزشکی و عفونی و عقد قرارداد با شرکت‌های تایید و معرفی‌شده در این خصوص پیش آمده است، در بخش اول به بررسی مختصر بندها و تبصره‌های کاربردی این قانون(که باید توجه بیشتری به آن‌ها کرد) می‌پردازیم.
براساس قانون مدیریت پسماندها، ۵گروه پسماند طبقه‌بندی شده‌اند که ۲گروه از آن‌ها مرتبط با حرفه‌های پزشکی و پیراپزشکی است و تعریف آن‌ها به اختصار این گونه است:
پسماندهای پزشکی(بیمارستانی): به تمام پسماندهای عفونی و زیان‌آور ناشی از بیمارستان‌ها، مراکز بهداشتی و درمانی، آزمایشگاه‌های تشخیص طبی و سایر مراکز مشابه گفته می‌شود.

۲- پسماندهای ویژه: به همه پســماندهایی گفته می‌شود که به‌دلیل زیاد بــودن حداقل یکی از خــواص خطرناک ازقبیل سمی‌بودن، بیماری‌زایی، قابلیت انفجار یا اشتعال و مشابه آن، به مراقبت ویژه نیاز دارند. آن دســته از پسماندهای پزشکی و نیز بخشی از پسماندهای عادی، صنعتی و کشاورزی که نیاز به مدیریت خاص دارند، جزو پسماندهای ویژه محسوب می‌شوند. مخلوط کردن پسماندهای پزشکی با سایر پسماندها و تخلیه و پخش آن‌ها در محیط یا فروش، اســتفاده و بازیافت این نوع پسماندها ممنوع اســت و درصورت رعایت‌نکردن نکات فوق، متخلفان به جزای نقدی از ۲میلیون ریال تا ۱۰۰میلیون ریال و درصورت تکرار به ۲برابر حداکثــر مجازات و درصورت تکرار مجدد هربار به ۲برابر مجازات بار قبل محکوم می‌شوند و نظارت و مسئولیت حسن اجرای قانون مدیریت پسماند برعهده سازمان حفاظت محیط‌زیست گذاشته شده است.

نکته جالب توجه این اســت که با اینکه پسماندهای پزشکی یک طبقه مستقل درنظر گرفته شــده‌اند، باتوجه‌به اینکه غیر از پسماندهای عادی تولیدی در این مراکز، بقیه پسماندها به مدیریت و پردازش خاصی نیاز دارند، عملا کل پســماندهای پزشــکی، پســماند ویژه تلقی می‌شــوند. طبق ایــن قانون، مدیریت اجرایی پسماندهای ویژه و نیز صنعتی که دربرگیرنده پسماندهای پزشکی نیز هست، برعهده تولیدکننده خواهد بود و مقصود از مدیریت اجرایی، شــخص حقیقی و حقوقی است که می‌تواند تمام فرایند مرتبط به پســماند عفونی را از مرحله تولید تا دفع نهایی مدیریت کند، بنابراین همانند فرایندی که در برخی بیمارستان‌ها انجام می‌شود، خود تولیدکننده پسماند ویژه و پزشکی می‌تواند برای پردازش(بی‌خطرسازی) پسماند خود مطابق با ضوابط و استانداردهای اعلامی سازمان حفاظت محیط‌زیست اقدام کند.

مدیریت اجرایی همه پسماندها غیر از صنعتی و ویژه در شهرها و روســتاها و حریم آن‌ها به‌عهده شــهرداری‌ها و دهیاری‌ها و در خارج از حــوزه وظایف شــهرداری‌ها و دهیاری‌ها به‌عهده بخشداری‌ها خواهد بود و درصورت تبدیل آن به پسماند عادی به‌عهده شهرداری‌ها، دهیاری‌ها و بخشداری‌ها خواهد بود. طبق تبصره ماده۷ این قانون، مدیریت اجرایی می‌تواند تمام یا بخشی از عملیات مربوط به جمع‌آوری، جداسازی و دفع پسماندها را به اشخاص حقیقی و حقوقی واگذار کند که فلسفه شکل‌گیری شرکت‌های جمع‌آوری‌کننده پسماندهای پزشکی و عفونی و استناد قانونی آن باتوجه‌به همین تبصره قانونی است.

در ماده ۱۱ این قانون، ســازمان حفاظت محیط‌زیست موظف شــده اســت با همکاری وزارت بهداشــت، درمان و آموزش پزشکی(درباره پسماندهای پزشکی) ضوابط و روش‌های مربوط به مدیریت اجرایی پســماندها را تدوین کند و در شورای‌عالی حفاظت محیط‌زیست به تصویب برساند و وزارتخانه‌های مذکور مسئول نظارت بر اجرای ضوابط و روش‌های مصوب هستند که این آیین‌نامه در جلســه ۱۳۸۶/۱۲/۱۹هیئت وزیران با عنوان ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پســماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته به تصویب رسید.

پس از تدوین و ابلاغ این قانون به‌دلیل آماده نبودن زیرساخت‌ها، موقتا وظیفه جمع‌آوری و حمل‌ونقل و دفع پسماندهای پزشکی و ویژه به شهرداری‌ها واگذار شد که تا سال ۱۳۹۷ این واگذاری ادامه پیدا کرد و در آن سال‌ها، درمانگاه‌ها و مطب‌ها و سایر مراکز مشــمول برای جمع‌آوری و بی‌خطرسازی و دفع پسماندهای پزشکی، با سازمان مدیریت پسماند شهرداری مشهد، قرارداد می‌بستند تا سرانجام با اخذ مجوزهای نهایی توسط دو شرکت فعال در امر بی‌خطرســازی پســماندهای عفونی، براســاس مکاتبه‌ای که معاونت بهداشــتی وقت دانشگاه علوم‌پزشکی مشهد در آذر ۱۳۹۷ با مدیرعامل وقت سازمان مدیریت پسماند شهرداری مشــهد انجام داد، به ایشان اعلام کرد که برای قطع خدمات‌دهی به مراکز تولید پسماند پزشکی غیربیمارستانی اقدام کند و فرایند عقد قرارداد با شرکت‌های مزبور از این تاریخ به بعد وارد مرحله اجرایی شد.

براســاس ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پســماندهای پزشکی و وابسته، چهار دســته پسماند اصلی پزشکی شامل ۱.پســماند عفــونی ۲. پسماند تیز و برنده ۳. پسماند شیمیایی و دارویی و ۴. پسماند عادی است.

۱- شرح پسماندهای عفونی و مصادیق آن:

پســماندهای عفونی، مظنون بــه داشتن عوامــل زنده بیماری‌زا(باکتری‌ها، ویروس‌ها، انگل‌ها یــا قارچ‌ها) هستند، بــه مقــدار و کیفیتی کــه بتوانند در میزبانان حساس، موجب بیماری شوند. این رده شامل موارد زیر است:

کشت‌ها و مواد نگهداری‌شده حاوی عوامل بیماری‌زای ناشی از کار آزمایشگاه، پسماندهای ناشی از عمل‌هــای جراحی و کالبدشکافی اجساد مبتلا بــه بیماری‌های عفونی(مانند بافت‌ها، مواد و تجهیزاتی که در تماس با خون یا دیگر آبگونه‌های بدن بوده‌اند)، پســماندهای بیماران عفونی بستری‌شده در بخش جداسازی(مانند مواد دفعی، پانسمان‌های زخم‌های جراحی یا عفونی، لباس‌های آلوده به خون انسان یا دیگر آبگونه‌های بدن)، پسماندهایی کــه در تماس بــا بیماران عفونی، همودیالیز شده باشند(مانند تجهیزات دیالیز ازجملــه لوله‌گذاری و فیلترها، حوله‌هــای یک‌بارمصرف، گان، پیش‌بند، دســتکش و لباس آزمایشگاه)، جانوران آزمایشگاهی آلوده.

هرنوع اسباب یا مواد دیگری که در تماس با اشخاص یا جانوران آلوده بوده‌اند. پسماندهای آسیب‌شــناختی شــامل بافت‌ها، انــدام‌هــا، اجزای بدن، جنین انسان و جسد جانوران، خون وآبگونه‌های بدن هستند.

۲- اجسام تیز و برنده و مصادیق آن:

اجســام تیز و برنده اقلامی هســتند کــه می‌توانند موجب زخم ازقبیــل بریدگی یــا ســوراخ‌شدگی شــوند و عبارتند از: سوزن‌هــا، سوزن‌های زیرجلدی، تیغه چاقوی جراحی و دیگر تیغه‌ها، چاقو، ست‌های انفوزیون، اره‌هــا، شیشه شکسته‌ها و ناخن بیماران و... که ممکن است عفونی باشــند یــا نباشــند، بــه‌هــرحال به‌عنوان پسماندهای به‌شدت تهدیدکننده سلامتی به شمار می‌آیند.

پسماندهای شیمیایی و دارویی و مصادیق آن:

پســماندهای دارویی عبارتنــد از: داروهای تاریخ‌گذشــته، مصرف‌نشده، تفکیک‌نشده و آلوده، واکســن‌ها، موادمخدر و سرم‌هایی که دیگر به آن‌ها نیازی نیست و باید به نحو مناسبی دفع شوند. این رده همچنین شامل اقلام دورریخته‌شده مورد مصرف در کارهای دارویی ماننــد بطری‌ها و قوطی‌های دارای باقی‌مانده داروهــای خطرناک، لوله‌های اتصــال و ویال‌های داروها هم هست که درصورت آزاد شدن در محیط برای محیط و انسان مضر هستند.

پسماندهای ژنوتوکسیک هم در زمره پسماندهای شیمیایی و دارویی قرار می‌گیرند. این گروه به‌شــدت خطرناک هستند

پسماندهای عفونی شامل موارد زیر است: کشت‌ها و مواد نگهداری‌شده حاوی عوامل بیماری‌زای ناشی از کار آزمایشگاه، پسماندهای ناشی از عمل‌های جراحی و کالبدشکافی اجساد مبتلا به بیماری‌های عفونی(مانند بافت‌ها، مواد و تجهیزاتی که در تماس با خون یا دیگر آبگونه‌های بدن بوده‌اند)، پسماندهای بیماران عفونی بستری‌شده در بخش جداسازی(مانند مواد دفعی، پانسمان‌های زخم‌های جراحی یا عفونی، لباس‌های آلوده به خون انسان یا دیگر آبگونه‌های بدن)، پسماندهایی که در تماس با بیماران عفونی، همودیالیز شده باشند(مانند تجهیزات دیالیز ازجمله لوله‌گذاری و فیلترها، حوله‌های یک‌بارمصرف، گان، پیش‌بند، دستکش و لباس آزمایشگاه)، جانوران آزمایشگاهی آلوده

ردیف	نوع پسماند	نوع و رنگ پلاستیک	رنگ ظرف (سطل)	برچسب
۱	عفونی	کیسه پلاستیکی مقاوم زرد	زرد	عفونی
۲	تیز و برنده	Safty Box استاندارد	زرد با در قرمز	تیز و برنده دارای خطر زیستی
۳	شیمیایی و دارویی	کیسه پلاستیکی مقاوم سفید یا قهوه‌ای	سفید یا قهوه‌ای	شیمیایی و دارویی
۴	عادی	کیسه پلاستیکی مقاوم سیاه یا آبی	آبی	عادی

و ممکن است باعث ایجاد جهش سلولی، عجیب‌الخلقه‌زایی یا سرطان‌زایی شوند. این نوع پسماندها ممکن است حاوی داروهای سایتوکسیک (یا ضد نئوپلازی)، مواد شیمیایی و مواد پرتوساز باشند. داروهای سایتوکسیک بیشتر اوقات در بخش‌های تخصصی مانند سرطان‌شناسی و واحدهای پرتودرمانی مصرف می‌شوند که نقش اصلی آن‌ها در درمان سرطان است. از جمله این مواد می‌توان به آزاتیوپرین، کلرامبوسیل، سیکلوسپورین، ملفالان، سیموستین، تاموکسفین، ترسولفان، تیوتپا، آزاسایتیدین، کاروموستاین، کلروزتوسین، سیس‌پلاتین، داکاریازین، لوموستین، اگزازپام، فناستین و... اشاره کرد.

پسماندهای شیمیایی شامل مواد جامد و گازهای شیمیایی هستند و برای کارهای تشخیصی و تجربی، گندزدایی و نظافت استفاده می‌شوند. پسماندهای شیمیایی خطرناک شامل چند گروه هستند که از آن جمله می‌توان به پسماندهای محتوی فلزات سنگین که به‌شدت سمی‌اند، اشاره کرد. معمولا جیوه در بقایای کارهای دندان‌سازی یا نشت تجهیزات شکسته‌شده بالینی یافت می‌شود و پسماندهای دارای کادمیوم، بیشتر از باتری‌های دورریخته و شکسته به وجود می‌آید.

از دیگر گروه‌های پسماندهای شیمیایی خطرناک می‌توان به ظرف‌های تحت فشار اشاره کرد. گازهایی که از همه بیشتر در مراقبت از سلامتی به‌کار می‌روند، شامل گازهای هوشبری نظیر اکسیدازت، هیدروکربن‌های هالوژنه فرار (مانند هالوتان، ایزوفلوران و آنفلوران) هستند که به مقدار زیاد به جای اتر و کلروفوم استفاده می‌شوند و بیشتر در اتاق عمل بیمارستان‌ها، هنگام زایمان در زایشگاه‌ها و در آمبولانس‌ها، در بخش‌های بیمارستان عمومی هنگام اجرای عمل‌های جراحی و در دندان‌پزشکی به‌عنوان تسکین کاربرد دارند. از گازهای دیگر می‌توان به اتیلن‌اکساید که برای سترون‌سازی تجهیزات جراحی و گاهی در اتاق عمل بیمارستان استفاده می‌شود، اشاره کرد.

پسماندهای پرتوساز و رادیواکتیو نیز جزو پسماندهای شیمیایی خطرناک محسوب می‌شوند که به‌صورت جداگانه و با ضوابط خاص خود جمع‌آوری و دفع می‌شوند.

پسماندهای شیمیایی شامل مواد جامد و گازهای شیمیایی هستند و برای کارهای تشخیصی و تجربی، گندزدایی و نظافت استفاده می‌شوند- پسماندهای شیمیایی خطرناک شامل چند گروه هستند که ازآن‌جمله می‌توان به پسماندهای محتوی فلزات سنگین که به‌شدت سمی‌اند، اشاره کرد

پسماندهای عادی:

پسماندهای ناشی از کارکردهای خانه‌داری و مدیریت اجرایی مراکز مشمول است که شامل پسماندهای آشپزخانه، آبدارخانه، قسمت اداری و مالی، ایستگاه‌های پرستاری و... است. به‌عنوان مثال لفاف پلاستیک یا کاغذی سرنگ، جزو پسماندهای عادی است و خود سرنگ درصورتی که استفاده نشده باشد و پلاستیکی باشد، نیز جزو پسماندهای عادی محسوب می‌شود، اما سر

سرنگ حتی درصورت تزریق‌نشدن یا کشیدن مایعات دارویی و درمانی، پسماند تیز و برنده محسوب می‌شود.
هر واحد تولیدکننده پسماند پزشکی باید برنامه عملیاتی مدیریت پسماند پزشکی ویژه خود را تهیه کند و درصورت مراجعه نمایندگان سازمان محیط‌زیست یا وزارت بهداشت آن را ارائه دهد.
طبق ماده ۱۳ ضوابط مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی، تولیدکنندگان پسماند پزشکی موظفند پسماندهای تولیدی خود را شناسایی و آمار تولید را به تفکیک «عفونی»، «تیز و برنده»، «شیمیایی‌دارویی» و «عادی» به‌صورت روزانه ثبت کنند.
پسماندهای پزشکی باید پس از جمع‌آوری در ظرف‌ها و کیسه‌های شرح‌داده‌شده در جدول زیر، برای نگهداری و حمل، در داخل سطل‌هایی با رنگ‌های مشخص قرار داده شوند. این سطل‌ها درصورتی که قابل استفاده مجدد باشند، باید پس از هربار خالی‌شدن، شسته و ضدعفونی شوند.
برای رفع آلودگی و گندزدایی از سطل‌ها، می‌توان از روش‌های زیر استفاده کرد:
الف- شست‌وشو با آب داغ حداقل ۸۲درجه سانتیگراد(۱۸۰درجه فارنهایت) به مدت حداقل ۱۵ ثانیه.
ب- گندزدایی با مواد شیمیایی زیر به مدت حداقل ۳دقیقه:
محلول هیپوکلریت ppm ۵۰۰کلر دردسترس.
محلول فنل ppm ۵۰۰عامل فعال.
محلول ید ppm ۱۰۰ید دردسترس.
محلول آمونیوم کواترنری ppm ۴۰۰عامل فعال.
سایر مواد گندزدایی دارای مجوز با طیف متوسط.
برچسب‌گذاری کیسه‌های پلاستیکی باید دارای ویژگی‌های زیر باشد:
الف- برچسب‌ها با اندازه قابل خواندن، باید روی ظرف یا کیسه چسبانده یا به‌صورت چاپی درج شوند.
ب- برچسب در اثر تماس یا حمل، نباید به‌آسانی جدا یا پاک شود.
پ- برچسب باید از هر طرف مشاهده شود.
ت- روی برچسب باید مشخصات زیر ذکر شود:
۱. نام، نشانی و شماره تماس تولیدکننده.
۲. نوع پسماند.
۳. تاریخ تولید و جمع‌آوری.
۴. تاریخ تحویل.

مسئولان حمل‌ونقل پسماند، می‌توانند باتوجه‌به ماده ۳۴ آیین‌نامه اجرایی، از تحویل گرفتن پسماندهای بدون برچسب با مشخصات بالا خودداری کنند.
در کلینیک‌ها و درمانگاه‌ها و ساختمان‌های پزشکان و... که دارای چندین طبقه هستند، از سطوح شیبدار(رمپ‌ها) و سیستم شوتینگ نباید برای انتقال و جابه‌جایی پسماندهای عفونی استفاده کرد.
وقتی سه‌چهارم ظرف‌ها و کیسه‌های محتوی پسماند پزشکی ویژه پر شد، باید پس از بستن، آن‌ها را جمع‌آوری کرد.
سطل‌های زباله پس از خارج‌کردن کیسه‌های پرشده پسماند، بلافاصله شست‌وشو و گندزدایی شوند.
درصورت نبود سیستم سردکننده، زمان نگهداری موقت(فاصله زمانی بین تولید و تصفیه یا امحا) نباید از موارد زیر تجاوز کند:
الف- شرایط آب‌وهوایی معتدل: ۷۲ساعت در فصل سرد و ۴۸ساعت در فصل گرم.
ب- شرایط آب‌وهوایی گرم: ۴۸ساعت در فصل سرد و ۲۴ساعت در فصل گرم.
بی‌خطرسازی پسماندهای عفونی و تیز و برنده توسط مراکز عمده تولیدکننده پسماند پزشکی ویژه(مانند بیمارستان‌ها) و در شهرهای متوسط و بزرگ باید در محل تولید انجام شود تا خطرهای ناشی از حمل‌ونقل و هزینه‌های مربوط به حداقل برسد. در شهرهای کوچک و روستاها و مراکز کوچک، پسماندها می‌توانند در سایت مرکزی بی‌خطر شوند.
طبق ماده ۶۵ ضوابط اجرایی پسماندهای پزشکی سایر مراکز تولید پسماند پزشکی ویژه(اعم از درمانگاه‌ها، مراکز بهداشتی، آزمایشگاه‌ها، مراکز تزریق، رادیولوژی‌ها، دندان‌پزشکی‌ها، فیزیوتراپی‌ها، مطب‌ها و سایر مراکز تولید پسماند پزشکی) می‌توانند در سایت‌های منطقه‌ای یا مرکزی، زباله تولیدی را بی‌خطر کنند یا از امکانات بی‌خطرسازی بیمارستان‌های مجاور استفاده کنند.
مطابق ماده ۷ قانون مدیریت پسماندها، پس از تبدیل پسماند پزشکی ویژه به عادی، مدیریت آن همانند پسماند عادی انجام می‌شود و حمل‌ونقل و دفع نهایی آن براساس ضوابط حمل‌ونقل و دفع پسماندهای عادی خواهد بود.
امید است با تدوین مطلب فوق که چکیده‌ای کامل و کاربردی از قانون مدیریت پسماندها و آیین‌نامه اجرایی آن(ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و وابسته) است، کمکی هرچند اندک به افزایش آگاهی و نگرش عزیزان جامعه خدمتگزار پزشکی و پیراپزشکی کرده باشم.

پرونده مهاجرت پزشکان

چرا جلای وطن؟

به قلم دکتر مسعود شهابیان، متخصص طب اورژانس و معاون سردبیر مجله نظام پزشکی مشهد

بیماری کرونا شرایط اقتصادی، اجتماعی و سلامتی ویژه‌ای را در طول سال‌های اخیر در سطح بین‌المللی ایجاد کرده است. متاسفانه در طول این سال‌ها افراد بسیاری به‌دلیل این بیماری فوت کردند، فشار بر کادر درمانی چندین برابر شد و بسیاری از ضعف‌های زیرساختی در مراکز درمانی و بیمارستان‌ها آشکار شد. باتوجه‌به شرایط فوق، بسیاری از کشورهایی که دغدغه درمان و سلامت ایده‌آل را برای شهروندان خود دارند یا در پی توسعه صنعت توریسم‌درمانی هستند، برای کادر درمانی خود، اقدام به آسان‌سازی پذیرفتن مهاجر از کشورهای دیگر کرده‌اند.

مهاجرت نخبگان در همه‌جای دنیا امری طبیعی است و به‌صورت معمول افراد ممکن است وطن خود را ترک کنند و به کشور دیگری مهاجرت کنند که امکانات اقتصادی، تحصیلی، اجتماعی یا فرهنگی بهتری دراختیار آن‌ها می‌گذارد، اما در سال‌های اخیر و به‌دنبال همه‌گیرشدن کووید۱۹، مهاجرت کادر درمانی از ایران، افزایش بسیار شدیدی یافت. در سال‌های گذشته مهاجرت کادر درمان، چون به اندازه مهاجرت دیگران بود، در کانون توجه قرار نمی‌گرفت. ولی در سال‌های اخیر با موج افزایش مهاجران روبه‌رو هستیم و این موضوع به یک معضل اجتماعی تبدیل شده است.

مهم‌ترین واکنش حاکمیتی به این مهاجرت، افزایش ظرفیت پذیرش دانشجویان پزشکی در طول سال‌های آینده بود و به این دلیل و با این ترفند، تلاش شد پاسخی مناسب و درخور به این موج جدید مهاجرت کادر درمان داده شود که به نظر آمد بیشتر پاک کردن صورت‌مسئله بود و نه حل کردن آن. هرچند که این تصمیم از نظر بیشتر پزشکان، تصمیم مناسبی نبود و تلاش بسیاری شد که این تصمیم‌گیری قانون نشود، اما مافیای رسانه‌ای سعی کرد به افکار عمومی القا کند که جامعه پزشکی تلاش می‌کند منافع کوتاه‌مدت خود را کسب کند و به همین دلیل است که مخالف افزایش تعداد دانشجویان پزشکی است.

بررسی این موضوع که افزایش مهاجرت کادر درمان چه تاثیری بر آینده سلامت و درمان شهروندان می‌گذارد، کار پیچیده‌ای است و در حد یک مقاله معمولی نیست. اما ما در این مقاله تلاش می‌کنیم بدانیم که این موج مهاجرتی کادر درمان شامل پزشکان، پرستاران و سایر کارشناسان پروانه‌دار علوم‌پزشکی که در ایران به راه افتاد، چه تاثیر کوتاه‌مدتی بر سلامت مردم می‌گذارد. اگر هدف اساسی سیستم درمانی کشور را حفظ سلامتی شهروندان درنظر بگیریم، باید بدانیم که این حفظ سلامتی ازطریق کادر درمانی آن کشور انجام می‌گیرد و این کادر درمانی هستند که با دانشی که با علم آکادمیک آموخته‌اند، موجب درمان بیماران در یک وجه و حفظ بهداشت و سلامتی جامعه در وجه دیگر می‌شوند. یکی از آثار مهم کوتاه‌مدت مهاجرت کادر درمان، خالی‌شدن مراکز درمانی است. در این شرایط، مراکز خصوصی که می‌توانستند خدماتی مناسب را به برخی شهروندان بدهند، یکی‌یکی تعطیل شدند و بیشتر بیماران مجبور هستند برای درمان خود به مراکز دولتی مراجعه کنند. با این افزایش مراجعه، در مراکز درمانی دولتی ازدحام به وجود می‌آید و کیفیت درمان کاهش می‌یابد. لازم به ذکر است که مراکز درمانی دولتی ما بیشترشان ساختمان‌هایی دارند که نیاز به بازسازی دارد و مثلا از دستگاه‌های تکنولوژیکی استفاده می‌کنند که ممکن است عمر مفید خود را طی کرده باشند و این افزایش ازدحام، موجب خرابی این دستگاه‌ها و کاهش کیفیت مراقبت‌های تشخیصی و درمانی خواهد شد.

مشکل بعدی کوتاه‌مدت که به‌دنبال مهاجرت کادر درمان به‌وجود می‌آید، کاهش سرمایه‌گذاری در «درمان» است. از یک طرف جمعیت ایران رو به کهنسالی است و از طرف دیگر بسته‌های تشویقی افزایش جمعیت ارائه می‌شود، بنابراین پیش‌بینی می‌شود در سال‌های آینده مراکز درمانی چندین‌برابر شوند که بتوانیم خدمات را در سطح فعلی برای کهنسالان ارائه کنیم. ولی با مهاجرت کادر درمان خودبه‌خود سرمایه‌گذاری در این امر نیز کاهش می‌یابد و خدمات درمانی، به‌جای بهبود رو به بدترشدن خواهند نهاد.

اثر کوتاه‌مدت دیگر مهاجرت کادر درمان، از بین‌رفتن سرمایه‌های معنوی است که برای این افراد صرف شده است؛ مثلا پزشک یا پرستاری که پس از سال‌ها تجربه، تصمیم می‌گیرد مهاجرت کند یا ماما، گفتاردرمان، شنوایی‌سنج یا... که سال‌ها در این کشور تلاش کرده و تجربه به‌دست آورده است، با مهاجرت خود، سال‌ها دانش و تجربه و توانایی‌اش را نیز از کشور خارج می‌کند و به‌رایگان دراختیار کشوری دیگر قرار می‌دهد و کشور دوم با جذب این افراد به بهانه پرداخت حقوق هنگفت و تامین امکانات رفاهی، می‌تواند علاوه‌بر تامین نیازهای داخلی خود، صنعت گردشگری درمانی خویش را هم توسعه بدهد.

یکی دیگر از آثار کوتاه‌مدت مهاجرت کادر درمان، کاهش انگیزه در سایر شهروندان و همچنین جوانان است که آیا می‌توانند امید کافی داشته باشند که در این کشور با تلاش و کوشش مناسب، آینده خود را بسازند و سطح معمولی رفاه را برای خویش فراهم کنند؟ با ایجاد چنین موج مهاجرتی، خودبه‌خود در سطح افکار عمومی چنین تصویری القا می‌شود که چرا این افراد تحصیل کرده تصمیم گرفتند کشور خود را ترک کنند؟ مگر ما چه چیزهایی را نداریم و کشورهای دیگر چه چیزهایی را دارند؟

پدیده‌های اجتماعی مانند مهاجرت، پدیده‌هایی چندعاملی هستند و نمی‌توان به‌صورت دقیق یک یا ۲ یا حتی ۱۰ عامل را نام برد و آن‌ها را به‌عنوان ایجادکننده این پدیده انگاشت. ولی درباره کادر درمان، یکی از عواملی که به افزایش مهاجرت دامن می‌زند، این است که میزان افزایش تعرفه‌های پزشکی با میزان تورم رسمی کشور، همخوانی ندارد و کادر درمان چنین احساس می‌کنند که علم، دانش و توانایی‌شان را قدر نمی‌دانند و به‌صورت عمدی یا سهوی تلاش بر این است که وضعیت اقتصادی آن‌ها همواره رشدی کمتر از تورم داشته باشد.

دومین عاملی که ممکن است در مهاجرت کادر درمانی مؤثر باشد، این است که در کشور ما بیمه‌ها که خود باید خریدار خدمت باشند و هزینه‌های درمانی شهروندان را پرداخت کنند، عملا یکی از اعضای تصمیم‌گیری در مراجع بالادستی هستند و این خود تضاد منافع ایجاد می‌کند. قطعا باید اولویت قانون‌گذاران، این باشد که چنین تضاد منافعی را از میان بردارند؛ زیرا هرچند که ظاهرا ادامه این شرایط در کوتاه‌مدت به نفع سازمان‌های بیمه‌گر است، در میان‌مدت ساختار سلامت و درمان کشور ازهم پاشیده می‌شود و کیفیت ارائه خدمات درمانی کاهش درخور توجهی خواهد یافت.

راهکار منطقی در این برهه زمانی که تحت تحریم‌های شدید بین‌المللی هستیم و اقتصاد ما آسیب‌پذیری فراوانی دارد، این است که جمهوری اسلامی ایران هم مثل کشورهای حوزه خلیج‌فارس به‌خصوص قطر و عمان، به‌جای بی‌اعتمادی به کادر درمان، در صنعت درمانی کشور سرمایه‌گذاری‌های حداقلی را انجام بدهد تا بتواند صنعت گردشگری سلامت را در کشور توسعه بدهد و با پذیرش بیمار از کشورهای همسایه، هم اقتصاد سلامت کشور سروسامان بیابد و هم اینکه کیفیت درمانی شهروندان ایرانی بهبود پیدا کند.

در ماه‌های اخیـــر موضوع مهاجرت کادر درمانی اهمیت ویژه پیدا کرده است؛ به همین دلیل روابط عمومی سازمان نظام‌پزشـــکی مشهد، لایو اینستاگرامی را با حضور چند نفر از صاحب‌نظران این عرصه برگزار کرد تا علل این پدیده از دیدگاه‌های مختلف بررســـی شـــود. آنچه درپی می‌آید، خلاصه‌ای از نکات مطرح‌شده در این برنامه زنده اینستاگرامی است که از نظر می‌گذرد.

مهاجرت خودخواسته یا درپی به بن‌بست رسیدن؟

دکتر غلامرضا زمانی، عضو هیئت‌مدیره سازمان نظام‌پزشکی مشهد و رئیس انجمن جراحان خراسان‌رضوی، در این برنامه اظهار کرد: مهاجرت بحثی گســـترده است و مختص پزشکان نیســـت و در دهه‌های گذشـــته، مهاجرت نخبگان(رتبه‌های اول کنکور، دارندگان مدال المپیاد و...) افزایش یافته اســـت. ذات بعضی مهاجرت‌ها بد نیســـت و حتی مفید اســـت؛ مثل مهاجرت‌های تحصیلی، درمانی و... که برای ترفیع‌یافتن است و پس از آن ممکن است فرد به وطن خود برگردد. ولی مهاجرت دیگری وجود دارد که خودخواسته نیست؛ یعنی فرد به بن‌بست یا به جایی رسیده اســـت که راهی به‌جز ترک وطن برای خود نمی‌یابد و باید از خیلی از داشته‌های خود چشم بپوشد و دل بکند. از خانه پدری و مـــادری دل بکند و به کشـــور دیگری نقل‌مکان کند.

گروه اول مهاجرت‌کنندگان شامل پزشکان، پزشکان قدیمی و اعضای هیئت‌علمی دانشگاه و کسانی هستند که سال‌ها در این کشور زحمت کشیده‌اند. مهم‌ترین سختی در این مهاجرت، این است که در کشور مقصد معلوم نیست چه سرنوشتی درپی ایشان باشد و چگونه باید آینده خود و خانواده‌شان را برنامه‌ریزی کنند. وقتی فرد به این مرحله از زندگی برسد که مجبور باشد کشـــور خود را که در آن کلی اسم‌ورسم پیدا کرده و کلی بابت داشته‌هایش زحمت کشیده است، رها کند و به کشوری دیگر مهاجرت کند و همه‌چیز را از صفر آغاز کند، یعنی باید «کارد به استخوانش» رسیده باشد و درحقیقت این شرایط انتخابی نیست و «رانده‌شدن» است.

گروه دوم پزشکان جوانی هستند که پس از سال‌ها تحصیل، دوره‌های عمومی و تخصصی خود را به پایان رســـانده‌اند. این گروه پزشکان باتوجه‌به شـــرایط اقتصادی و اجتماعی فعلی هیچ‌گونه آینده روشنی را برای خود تصور نمی‌کنند و چشم‌انداز روشنی برای خود ندارند.

> مهاجرت دیگری وجود دارد که خودخواسته نیست؛ یعنی فرد به بن‌بست یا به جایی رسیده است که راهی به‌جز ترک وطن برای خود نمی‌یابد و باید از خیلی از داشته‌های خود چشم بپوشد و دل بکند- از خانه پدری و مادری دل بکند و به کشور دیگری نقل‌مکان کند

هدف بیشتر پزشکان این است که قانون درباره‌شان اجرا شود و غیر از اجرای قانون، خواسته دیگری ندارند. قانون می‌گوید تعرفه را باید براساس هزینه تمام‌شـــده علاوه‌بر درآمد کافی تعیین کرد که این درآمد کافی بتواند باعث توسعه و ارتقای آن شغل در جامعه شود و این سخن گفته‌شده متن قانون است و باید رایزنی‌های لازم در این‌باره انجام شود که تعرفه به حالت واقعی خود بازگردد.

یک آمار نگران‌کننده

دکتر رضا لاری‌پور، مدیر روابط‌عمومی و امور بین‌الملل سازمان نظام‌پزشکی کشور نیز در این برنامه ایراد سخن کرد. وی گفت: بسترسازی برای مهاجرت کادر درمان، علت‌های مختلفی دارد. من از سال ۱۳۹۲ که در ســـازمان نظام‌پزشکی بوده‌ام، میزان گواهی یا حسن انجام کار یا سوءپیشینه یا Good Standing که از نظام‌پزشکی دریافت می‌شـــد، شاید در هفته ۵عدد و در ماه حدود ۲۰عدد بود یا ممکن بود در ماه ۵۰گواهی صادر شود. ولی هم‌اکنون در هر ماه ممکن است به ۴۰۰ یا ۵۰۰عدد هم برسد که خیلی نگران‌کننده است. این گواهی‌ها نشانه الزامی خروج کادر درمان از کشـــور نیست ولی به‌هرحال توجه به آن خیلی اهمیت دارد.

اینکه ما در کشورمان سال‌ها هزینه کنیم و افراد تحصیل‌کرده و متخصص را پرورش بدهیم و بعد آن‌ها را به‌رایگان دراختیار سایر کشورها قرار بدهیم، نشانه ازدست‌دادن نیروهای انسانی نخبه و حیف‌شدن منابع انسانی اســـت. اما چه کسی باید به این نکات توجه کند؟ بی‌شک سیاست‌گذاران، مدیران عالی، آموزش‌دهندگان و... باید به ازدست‌دادن این سرمایه‌ها دقت کنند.

از طرف دیگر، این افراد ترک وطن می‌کنند؛ یعنی از دست‌دادن علاقه‌ها، خاطرات و خانواده، کار ساده‌ای نیست و تصمیم‌گیری بسیار سختی اســـت، اما اینکه عده‌ای جامعه پزشکی را متهم

کنند که به‌خاطر پول دارند کشور را ترک می‌کنند، هم حرف درستی نیست. هرچند که معیشت دلیلی برای این مهاجرت است، دلیل اصلی صرفا مشکلات معیشتی نیست؛ مثلا من در ۱۱ یا ۱۲سال قبل مقاله‌ای را مطالعه می‌کردم که ۹۴ و ۹۵درصد دانشجویان پزشکی دوست دارند دوره تخصص را بگذرانند و در کشور خودمان متخصص شـــوند. اما در سال‌های اخیر شرایط به‌گونه‌ای تغییر کرد که خیلی از کرسی‌های بعضی رشته‌های تخصصی(بیهوشی و طب اورژانس) خالی مانده است و حتی تمایلی بین پزشکان عمومی برای پرکردن این کرسی‌ها وجود ندارد.

از طرف دیگر در افغانستان، پاکستان و حتی عربستان میزان تعرفه‌ها بیشتر از ۱۰برابر میزان ویزیت در ایران است یا میزان تعرفه‌های عراق تقریبا ۲۰برابر ما است. ترکیه ۱۸برابر و امارات ۲۵برابر ما است. آن‌ها نه‌فقط تعرفه دریافتی بیشتری دارند، بلکه حتی امکانات معیشتی که به فرد ارائه‌دهنده خدمت داده می‌شود، هم بسیار بیشتر است و این چنین است که افراد، عاقلانه و منطقی به‌سوی آن کشورها سوق پیدا می‌کنند.

تبعید اجباری

آقای دکتر زمانی در صحبت امشبشان در جایی از «رانده‌شدن» پزشکان به خارج از کشور گفتند، ولی من می‌خواهم از آن به‌عنوان «تبعید اجباری» یاد کنم؛ یعنی جایی که فرد مجبور می‌شـــود به آنجا برود؛ چون امکاناتی را که دوست داشته است در وطن خود داشته باشد، نتوانسته است به‌دست آورد.

در شرایط کنونی به‌دلیل تعرفه‌گذاری نادرست، نه‌تنها شرایط مالی پزشکان خیلی سنگین و سخت شـــده، بلکه احترام و ارج‌وقرب ایشان هم از بین رفته است.

تربیت نیروی متخصص برای کشورهای دیگر

تقریبا برای هر دانشجوی پزشکی، رقمی در حدود یک‌میلیارد تومان هزینه می‌شود تا آموزش‌های لازم را ببینند و دانش‌آموخته شود و با مهاجرت پزشکان، یعنی ما داریم چنین هزینه‌ای را دودستی تقدیم کشورهای مقصد می‌کنیم.

درمورد حملاتی که در ماه‌ها و سال‌های اخیر به حوزه پزشکی می‌شود، از من زیاد می‌پرسند که چرا پاسخ مناسبی به این مهاجمان داده نمی‌شود؟ در جواب باید بگویم درحقیقت این‌ها ترند و مگاترند هستند؛ یعنی یک فرد نیست که چنین حملاتی را انجام می‌دهد، بلکه افراد و شبه‌سازمان‌هایی هستند که به حوزه‌های مختلف حمله می‌کنند و حوزه پزشکی هم یکی از آن‌هاست. وقتی در کشوری، افرادی براساس شایســـته‌نبودن یا عامدانه در جایی قرار گیرند و پیشرفت و آینده کشور مدنظرشان نباشد، چنین اتفاقاتی رخ خواهد داد.

افزایش ظرفیت غیرعلمی

دکتر لاری‌پور افـــزود: وقتی تصمیم گرفته‌اند ظرفیت پذیرش دانشـــجویان پزشکی کشور را افزایش دهند، یکی از دلایل انجام این کار این است که پزشک در کشور آن‌قدر زیاد شود که پزشکی دیگر شغل درآمدزایی نباشد و پزشکان با کمترین عدد و رقم و در توســـری‌خورترین حالت ممکن(در هر جایی لازم شد) شـــروع به فعالیت کنند. این نگاه، نگاهی غیرعلمی است که در سطوح بالای مدیریتی کشـــور وجود دارد. افراد در این نـــگاه، توجه نمی‌کنند که در تمام کشورهای توسعه‌یافته، یکی از شغل‌هایی که «مرجع جامعه‌شناختی» درنظر گرفته می‌شود، شغل پزشکی است که به‌دلیل گستردگی روابطی که دارد، می‌تواند از آسیب‌های اجتماعی جلوگیری کند و جامعه را هم به‌سمت کاهش آسیب روانی ســـوق بدهد. ما باید نگاه همه‌جانبه‌نگری به الگو بودن و ایجاد سمبل وحدت در بین افراد جامعه داشته باشیم. دقیقا گفتار درمانگر ما در ســـطح جامعه، همان میزان تاثیرگذاری را دارد که دندان‌پزشک ما دارد و داروساز ما همان میزان می‌تواند الگوی جوانان جامعه قرار بگیرد که مامای ما چنین نقشی را دارد.

اگر بخواهیم جدا از بحث مهاجرت به مســـائل کلان جامعه پزشکی هم نگاه کنیم، همبستگی‌نداشتن لازم بین افراد مختلف جامعه پزشکی، نقش بسیار پررنگی دارد. یک سوال دارم؛ چندنفر از ما پس از اینکه از کنکور عبور کردیم و با موفقیت آن را پشت‌سر گذاشتیم، برگشتیم و آن را اصلاح کردیم تا برای آیندگان مشـــکل کمتری پیش بیاید؟ چندنفر ما چنین مسئولیت‌پذیری را داشتیم؟ دقیقا همین شرایط درباره افراد باسابقه جامعه پزشکی هم وجود دارد؛ یعنی پس از اینکه شرایط زندگی ایشان پایدار شد، دیگر به فکر جوانانی که قرار است پس از این دانش‌آموخته شوند، نیستند که چه شرایطی خواهند داشت و چه بلایی سرشان خواهد آمد.

اتحاد نداشتن

من در ۸سال اخیر ۴سال را در نظام‌پزشکی بودم و به‌دلیل تحصیلاتم در حقوق، آموزش، اخلاق پزشکی و مسئولیت‌های اجرایی که داشته‌ام، تقریبا با قدرت و قانون سازمان نظام‌پزشکی آشنا هستم. اگر قانونی به مسئله قدرت سازمان نظام‌پزشکی در رفع مشـــکلات اعضای خود نگاه کنیم، نظام‌پزشکی امکان و قدرت اجرای بسیاری از خواســـته‌های اعضای خود را ندارد و به‌همین دلیل، برآورده کردن انتظارهای اعضا به‌ســـختی انجام می‌شـــود. نظام‌پزشکی باید ارتباط خیلی بیشتر و دقیق‌تری با انجمن‌های علمی خود داشته باشد و با فشار بر انجمن‌های علمی، افرادی را که در هر تخصصی قانون‌شکن هستند، اصلاح و تلاش کند که هر کسی به موازات قانون جلو برود تا آبروی جامعه پزشکی و درمانی خدشه‌دار نشود.

اتحادنداشتن جامعه صنفی موجب شده اســـت که حتی اگر درباره تعرفه‌ها بخواهیم تجمعی برگزار و هم‌فکری کنیم که چرا هزینه ویزیت حتی از هزینه تاکسی هم کمتر است، بازهم عده فراوانی از اعضا شرکت نمی‌کنند.

نباید فراموش کنیم که پزشکی یک شغل است

دکتر سعید صفری، معاون پژوهشـــی مرکز تحقیقات جراحی مغزواعصاب عملکردی دانشگاه علوم‌پزشکی شهیدبهشتی نیز در این برنامه حضور یافته و ایراد ســـخن کرد. وی گفت: به نظر من، مشـــکل از آنجا آغاز شد که تقدس برای پزشکی به‌وجود آمد. مشکل ما این است که در روزهای اوج کرونا، قدیس هستیم و از جانمان برای سلامت مردم مایه می‌گذاریم. در روز پزشک، قدیس هستیم و دســـتان ما از لب‌هایی که دعا می‌کنند، مقدس‌تر می‌شود ولی در روزهای دیگر می‌شویم فراریان مالیاتی، افراد زیرمیزی‌بگیر، مافیا و...

وقتی به پزشکی واژه مقدس اضافه شود، دیگر انتظار نیست که پزشک به پول فکر کند، ولی حقیقت این است که پزشـــکی یک شغل است؛ مثلا کسی که بیمار است و قرار است تحت عمل جراحی قرار بگیرد، حق دارد که بین ده‌ها متخصص مختلف یکی را انتخاب کند. بین ده‌ها کلینیک یا بیمارستان مختلف یکی را انتخاب کند و درحقیقت «خرید خدمـــت» را انجام دهد، پس ما باید پزشکی را Free Market درنظر بگیریم و اصول اقتصاد سلامت ما باید کاملا مشخص باشد.

اکنون پزشکی که دارد در بیمارســـتان‌های دولتی کار می‌کند، به روش‌های مختلف حق وی خورده می‌شـــود؛ شـــفاف‌نبودن نحوه پرداخت، زمان‌بندی طولانی پرداخت‌ها، بیمه‌نبودن پزشک، کسورات غیرمنطقی و... ناگفته نماند که تلخ‌ترین این‌ها، بیمه‌نبودن پزشکانی است که خودشان ارائه‌دهنده خدمت به بیمه‌شدگان هستند و انتظار از نظام‌پزشکی این است که برای بیمه پزشکان، اقدام لازم را انجام دهد.

به نظر من مهم‌ترین دلیل اینکه فردی از حقوق نجومی پزشکان یا فرار مالیاتی صحبت می کند، این است که شفافیت لازم در کشـــور ما وجود ندارد؛ زیرا اگر با فرد خاطی که فرار مالیاتی دارد، برخورد جدی و قضایی شود، دیگر کسی به خودش اجازه نمی‌دهد که بخواهد با دیگر پزشـــکان و کادر درمان پرخاش کند. ۹۵درصد جامعه پزشکی دارند؛ قانونمندانه عمل می کنند و مالیات خود را می‌پردازند. شاید ۵درصد فرار مالیاتی داشته باشند و لازم است که با این ۵درصد برخورد جدی شود.

اما درمورد مهاجرت، از دیدگاه من برای هر دانشجوی پزشکی الگو و آرزو، رســـیدن به موقعیت استادش اســـت، ولی وقتی می‌بیند استاد وی امنیت شغلی ندارد، از شرایط اقتصادی خود ناراضی است و ادامه شرایط در این شغل را سخت می‌داند، او هم هیچ انگیزه‌ای به ماندن در کشور و ادامه راه استاد برایش باقی نمی‌ماند و ترجیح می‌دهد شرایط خویش را تغییر دهد.

من سابقه فعالیت در انجمن بیهوشی و سازمان نظام پزشکی را دارم و به نظرم، بخشـــی از حاکمیت، دغدغه‌هـــا را نادیده می‌گیرد یا مثلا نظام‌پزشکی از قشر پزشکان و سایر کادر درمان، حمایت کافی نکرده اســـت. به نظر من، سازمان نظام‌پزشکی نمی‌داند که باید از بیمه‌ها مسئولیت بخواهد؛ چون در حقیقت طرف قرارداد پزشکان، بیمه‌ها هستند و بیمه‌ها باید به مراکز درمانی و شاغلان پزشـــکی پرداخت‌های لازم را انجام دهند و از مردم و بیماران حمایت کنند. چگونه اســـت که بیمه برای ســـال‌ها از بیماران پول می‌گیرد، ولـــی درنهایت، نه پرداخت خوبی به داروخانه دارد، نه پزشکان راضی هستند و نه مردم از شرایط فعلی رضایت کافی دارند؛ یعنی هم‌اکنون سازمان‌های بیمه که قرار است متهم باشـــند که چرا از بیماران، پزشکان و بیمارستان‌ها حمایت کافی نمی‌کنند، خود را از زیربار مسئولیت کنار کشـــیده‌اند و به مردم می‌گویند مشکل اصلی از پزشکان است. در عمل بیمه‌ها، سیستم درمان را به سویی کشانده‌اند که پول درمان خود را مستقیم از مردم بگیرد، درحالی که وظیفه بیمه‌هاست که این هزینه‌ها را قبول و پرداخت کنند و هرقدر که بیمه خودش را عقب‌تر بکشد، پولی که از جیب مردم می‌رود، بیشتر خواهد بود.

> ۹۵درصد جامعه پزشکی دارند؛ قانونمندانه عمل می‌کنند و مالیات خود را می‌پردازند- شاید ۵درصد فرار مالیاتی داشته باشند و لازم است که با این ۵درصد برخورد جدی شود

سازمان نظام‌پزشکی و انجمن‌های علمی مختلف در این سال‌ها نتوانسته‌اند به‌طور مثبت و مشـــخص برای کادر درمان، اقدام موثری انجام دهند و دلیل مهم آن، این است که گوش شنوایی برای شنیدن صحبت‌های ایشان وجود ندارد. حالا فردی بلندگو دستش گرفته است و در رسانه‌های مختلف از مافیاهای پزشکی صحبت می کند، درحالی که نمی‌داند همین مافیاها در چهار دهه اخیر حتی این قدرت را نداشتند که تعرفه ویزیت را به اندازه نرخ تورم افزایش بدهند و فاصله بین نرخ تورم رسمی و افزایش تعرفه ویزیت، بسیار زیاد است.

به‌جای ریشه‌یابی و رفع مشکل، نسخه افزایش ظرفیت پذیرش پزشکی پیچیده می‌شود.

وقتی سیستم نمی‌خواهد به حرف سازمان نظام‌پزشکی به‌عنوان نهاد رسمی و جامعه پزشکان به عنوان نهاد غیررسمی توجه کند و برای آن ارزشی قائل نیســـت، چه می‌توان کرد؟ وقتی در تریبون‌های رسمی، جامعه پزشکی و انجمن‌های علمی یا حتی نظام‌پزشکی مافیا خوانده می‌شـــود که به ضرر سلامت مردم دارند تلاش می کنند و هیچ پیگیری قضایی علیه آن‌ها انجام نمی‌شود، دیگر چه می‌توان کرد؟ آیا در این شرایط، هر فرد عاقل و بالغی تصمیم نمی‌گیرد که این کشور را ترک کند؟

زمانی که آمار را بیان می کنیم و می گوییم ســـالانه حدود ۲ یا ۳هزار پزشک و به همین تعداد پرستار، کشور را ترک و مهاجرت می‌کنند، به‌جای اینکه علت را ریشه‌یابی کنند، می‌گویند تعداد دانشجویان پزشکی را چندین‌برابر می کنیم تا کمبود پزشک

نداشته باشیم. واقعا چنین استدلالی را در کدام شیوه مدیریتی می توان یافت؟ اگر فرض کنیم هزینه تربیت هر پزشـــک حدود یک‌میلیارد تومان است، این پروسه هم حدود ۱۰ سال طول می کشـــد، درنهایت اگر ۱۰ سال آینده از نظر کمی این تعداد جبران شود، آیا از لحاظ کیفی ازبین‌رفتن سرمایه‌های ارزشمند علمی را چگونه می توان جبران کرد؟

نکته مهم دیگر این است که چند درصد مردم می‌دانند که گروه کاردرمانی تنها افرادی هستند که به‌دلیل آموزش آکادمیک رایگانی که دیده‌اند، باید پس از دانش‌آموختگی تا دو سال با حقوق کم در هرجایی که دولت نیاز داشته باشد، کار کنند؟ به‌جز کاردرمانی چه افراد دیگری هستند که لیسانس یا فوق‌لیسانس یا دکتری گرفته باشـــند و پس از دانش‌آموختگی مجبور باشـــند به یکی از شهرهای محروم استان سیستان‌وبلوچستان یا... بروند؟

از طرف دیگر ما سختی‌های جامعه پزشکی را باز گو نمی کنیم؛ مثلا در

دورهمی‌های خانوادگی، پزشکان نمی گویند که حقوق کمی دارند و فشار زندگی روی آن‌ها در این سال‌ها چندین‌برابر شده است یا مثلا همکاران پزشک عمومی از سختی‌های پیش‌آمده در سال‌های اخیر زیاد حرف نمی‌زنند. انگار کل سیستم درمانی رها شده است. انگار ما تحصیل می کنیم که طرح را بگذرانیم و بعد دیگر رها می‌شویم و سیستم برای حمایتمان هیچ تلاشی نمی کند.

فرار مغزها و مهاجرت پزشکان

دکتر علیرضا صداقت، رئیس ســـازمان نظام‌پزشکی مشهد نیز در این رابطه گفت: سرمایه انسانی از اصلی‌ترین عوامل رشد و توسعه کشورهاست و کمبود این سرمایه در کشورهای درحال توسعه فرایند رشـــد و توسعه را به تاخیر می‌اندازد. مهاجرت نیروهای نخبه علمی و شـــکل تشـــدیدیافته آن که از آن به‌عنوان فرار مغزها یاد می‌شود، پدیده‌ای شناخته‌شده در کشورهای درحال توسعه است. این مهاجرت در گروه دانش‌آموختگان پزشکی می‌تواند عوارض بی‌شماری را برای ساختار خدمات بهداشتی هر کشور ایجاد کند. کشور ما در سال‌های اخیر با امواج گسترده فرار مغزها چه در حوزه متخصصان علوم‌پزشکی و چه در سایر حوزه‌ها روبه‌رو بوده است.

عوامل اقتصادی؛ در صدر علل مهاجرت

تحقیقی از دانشـــجویان دانشگاه علوم‌پزشـــکی بیرجند در این زمینه انجام شده است. در این تحقیق ۱۱ سوال درباره میزان علاقه و دلایل تمایل به ادامه تحصیل و مهاجرت(اقامت) در خارج از کشور، شامل وضعیت آموزشی تحقیقاتی خارج از کشور و وضعیت رفاهی، درآمد به‌دست‌آمده وضعیت اجتماعی خارج از کشور و... طرح شده است. میانگین سنی افراد شرکت‌کننده بین ۱۸ تا ۲۰ بوده است و متاسفانه باید بگویم ۷۹٫۸ درصد افراد شرکت‌کننده در مطالعه، تمایل متوسط تا زیاد به مهاجرت به خارج از کشور داشته‌اند. در این تحقیق، عوامل اقتصادی بیشترین ضریب هم‌بستگی را با متغیر تمایل به مهاجرت داشته است. پس از آن به ترتیب هریک از عوامل آموزشی، اجتماعی و سیاسی بیشترین نقش را در تمایل به مهاجرت دارند. جالب اینکه میزان تمایل به مهاجرت در دختران و پســـران، در مجردان و متأهلان تفاوت معناداری نـــدارد. رابطه بین میزان تحصیلات پدر و مادر و تمایل به مهاجرت، نشان می‌دهد که رابطه معناداری بین این دو برقرار نیست. تفاوت معناداری در میزان تمایل به مهاجرت در بین افرادی که تجربه سفر به خارج از کشور را دارند و کسانی که تاکنون به خارج از کشور سفر نکرده‌اند، نیز وجود ندارد. تحقیق‌های مشابه دیگر هم کم نیست. نتیجه‌ای که از این نمونه تحقیق‌ها حاصل شده، این است که بررسی مجدد عوامل مؤثر بر شرایط اقتصادی و ساختارهای آموزشی افراد جامعه، می‌تواند از میل مهاجرت به خارج از کشور بکاهد و از پدیده فرار مغزها جلوگیری کند.

اما به‌تازگی می‌بینیم که از پدیده مهاجرت پزشک‌ها مرتب برای دفاع از مواردی چون افزایش ظرفیت پذیرش رشته‌های پزشکی استفاده می‌شود که نابجاست. وقتی شرایط ماندگاری فراهم نشود، هرقدر هم ورودی‌ها افزایش یابد، باز ما شاهد خروج و مهاجرت خواهیم بود و نتیجه هم اتلاف وقت و انرژی و سرمایه کشور را بیشتر از قبل به همراه دارد.

درحقیقت ما بیش از اینکه کمبود پزشک داشته باشیم، مشکل توزیع پزشک داریم. هم‌اکنون آمار پزشکان عمومی ما بیش از ۹۳ هزار نفر است که درصدی از این افراد نیز فعالیت نمی کنند، اما درصد درخور توجهی از این افراد درحال خدمات‌دهی هستند. سوالی که مطرح است، این است که ما چه تعداد از این افراد را در سیســـتم بهداشـــتی‌درمانی و نظام ارجاع پزشک خانواده به شکل منطقی به‌کار گرفته‌ایم؟ بسیاری از این پزشکان از چرخه خدمات‌دهی خارج شده‌اند که باید دلیل این مسئله بررسی شود. ما باید بتوانیم داشته‌ها و نیروهای موجود را به شکل عادلانه در سراسر کشور توزیع کنیم و از توانمندی‌های آن‌ها استفاده کنیم، اما این کار را نمی کنیم و صرفا به‌دنبال افزایش ظرفیت هستیم، این درحالی است که با افزایش ظرفیت، تعداد دیگری را وارد همان مسیری می کنیم که پزشکان فعلی در آن قرار دارند.

ظرفیت‌های خالی

زیرساخت‌های استفاده از نیروهای موجود، باید اصلاح و چالش‌ها نیز بررسی شود و بهره‌وری از نیروهای موجود افزایش پیدا کند و به نسبت موردنیاز برای افزایش ظرفیت اقدام کنیم.

وقتی زیرســـاخت‌های موجود بهبود پیدا نکند و مشکلات و مسائل نیروهای فعلی بررسی و رفع‌ورجوع نشود، با وجود افزایش ظرفیت، افراد دانش‌آموخته به سرنوشت همین پزشکان فعلی دچار خواهند شد. هم‌اکنون حجم زیادی از پزشکان عمومی و متخصصان هســـتند که تمایلی برای ورود به رشته‌های تخصصی و فوق تخصص ندارند و این مسائلی است که باید بررسی و اصلاح شود. اکنون در بسیاری از رشته‌ها، صندلی‌ها خالی می‌ماند اما برخی مسئولان تمایلی برای شنیدن این مسائل ندارند. درهرصورت باید بگویم که شناسایی، ریشه‌یابی، بررسی و درنتیجه حل‌وفصل مشکلات پزشـــکان، می‌تواند نقش مؤثری در برداشتن گام‌های مهم بعدی داشته باشد. هم‌اکنون ناهماهنگی بین تعرفه‌های دریافتی و ساعت و سختی کار پزشکان، یکی از دغدغه‌های اصلی است که باید

برای رفع آن فکر اساسی کرد.

۳هزار پزشک را در عرض چند ماه از دست دادیم

دکتر مسعود زحمتکش، مدیر روابط عمومی سازمان نظام‌پزشکی مشهد: در گذشته نه‌چندان دور پزشکان را حکیم می‌گفتند. حکیم را هم طبیب جسم و جان می‌دانستند که هرنوع بیماری را درمان و قبل از جسم به جان توجه می‌کرد. امروز برای هر عضو بدن، پزشک متخصص داریم. طول عمرهای ۶۰-۵۰ساله به حدود ۹۰سال رسیده است. مباحث مهمی مثل مدرنیسم، تغییرات بسیار زیاد در سبک زندگی، جهانی‌شدن، پیشرفت دانش، فاصله طبقاتی، توسعه امکانات و میزان رفاه در کشورها فراتر از آنچه بود، خود را نشان می‌دهد. مردم دیگر در یک کشور بند نمی‌شوند و برای مواجه‌شدن با سبک جدید زندگی و برخورداری از رفاه بیشتر دست به مهاجرت می‌زنند و این کوچ‌کردن از کشوری به کشوری دیگر، پیامدهای متعددی به همراه دارد. در این بین مهاجرت تحصیل‌کردگان و نخبگان نسبت‌به گذشته افزایش فزاینده‌ای یافته و مهاجرت پزشکان که به قولی جان انسان‌ها در دستشان است، نگرانی‌ها را چندبرابر کرده است. اگر به آمار مهاجرت پزشکان نگاهی بیندازیم، می‌بینیم که پزشکان زیادی از کشورمان به اروپا و آمریکا مهاجرت کرده‌اند و این موضوع در سال‌های اخیر افزایشی نگران‌کننده داشته است، به‌طوری که حدود ۳هزار پزشک فقط در چند ماهه منتهی به سال ۹۹ در یک سال از ایران مهاجرت کرده‌اند که بی‌شک بر سلامت مردم بسیار تاثیرگذار است.

دکتر زحمتکش اظهار کرد: عده‌ای سعی می‌کنند باتوجه‌به آمار مهاجرت، مسئله را با افزایش ظرفیت جذب پزشک حل کنند، درحالی‌که وقتی شما در یک ظرف سوراخ ترک‌خورده بیشتر و بیشتر آب بریزید، نه‌تنها مشکل حل نمی‌شود و آب در ظرف نمی‌ماند، بلکه اگر فشار ورودی زیاد شود، ممکن است همین ظرف ترک‌خورده هم تحمل نکند و ازهم بپاشد. خیلی دور از انتظار نیست که با ادامه این روند، ما در سال‌های نه خیلی دور با همه اقدامات به‌ظاهر ترمیم‌کننده از جمله افزایش ظرفیت‌ها و... مجبور به تامین نیروی حوزه بهداشت و سلامت از هند و پاکستان شویم.

در مشهد حدود ۲۰درصد پزشکان عمومی، مطب‌داری می‌کنند

واقعیت‌ها را نمی‌توان انکار کرد. دکتر صداقت و دکتر لاری هم این موضوعات را بیان کردند: هم‌اکنون در مشهد حدود ۲۰ درصد پزشکان عمومی ما مطب‌داری می‌کنند و عده‌ای معدود نیز در درمانگاه‌های خصوصی و خیریه به فعالیت مشغول هستند. اکنون سازمان نظام‌پزشکی مشهد حدود ۱۸ هزار عضو، شامل پزشکان متخصص و عمومی، دندان‌پزشکان، داروسازان، اپتومتریست‌ها، کارشناسان مامایی، کارشناسان تغذیه و... دارد. از این تعداد بالغ بر ۵ هزار نفر پزشک عمومی هستند که حدود ۲هزارنفر از این پزشکان عمومی، پروانه مطب دریافت کرده‌اند و تنها تعداد ۹۰۰نفر مطب‌داری می‌کنند و عده‌ای در درمانگاه‌ها، اورژانس‌ها، مراکز ترک اعتیاد، بیمارستان‌ها و... مشغول فعالیت هستند و بقیه پزشکان عمومی مشهد وضعیت شغلی روشنی ندارند. این آمار خود سند و گواهی است روشن که مطب‌داری حداقل برای پزشک عمومی، صرفه اقتصادی ندارد.

از سوی دیگر گروهی از پزشکان ما که در رشته‌های تخصصی پذیرفته می‌شوند، از لحاظ رفاهی و کاری مشکلات فراوانی دارند. درحالی‌که این افراد کنکور سخت دستیاری را پشت‌سر گذاشته‌اند و پس از پذیرفته‌شدن، وارد دوره دستیاری می‌شوند و بار اصلی خدمات‌رسانی به جامعه را به دوش می‌کشند، دستمزدی که برای یک ماه کاری دریافت می‌کنند، بین ۲میلیون و ۸۰۰ تا ۳میلیون و ۸۰۰هزار تومان است و این عدد برای زندگی در شهرهای بزرگی مثل مشهد و تهران بسیار ناچیز و دردسرساز است که البته به‌تازگی شنیده‌ام کمی بهبود پیدا کرده است.

اتفاقی که ما چشم‌هایمان را به رویش بسته‌ایم، بیکاری تعداد زیادی از پزشکان به‌ویژه پزشکان عمومی و برخی رشته‌های تخصصی مثل اطفال، جراحی عمومی و داخلی است. پزشکانی که با تلاش و سختی فراوان از سد کنکور گذر کرده‌اند و کشور دست‌کم ۷سال برای تحصیل این نخبگان هزینه کرده است. اما بعد از طی دوره سربازی بازهم امتیاز لازم برای طبابت در شهر مشهد را به دست نمی‌آورند. یا باید در مشاغل دیگر شانس خود را امتحان کنند یا با درآمد ناچیز در درمانگاه‌ها مشغول خدمت شوند یا قبول کنند که تازه به نقطه صفر رسیده‌اند و باید یک‌بار دیگر فشار و سختی شبیه به کنکور را از سر بگذرانند و وارد پروسه تحصیل در رشته‌های تخصصی شوند که همین هم درحال‌حاضر از حیز انتفاع خارج شده است و گواه آن هم دوبار تکمیل ظرفیت در رشته‌های تخصصی و خالی ماندن ظرفیت‌هاست.

> تعرفه ویزیت در کشورهای همسایه با ما اصلا قیاس‌شدنی نیست، درحالی‌که ویزیت پزشک عمومی در ایران کمی بیشتر از یک دلار است، در کشورهای همسایه تا ۳۰دلار هم می‌رسد- مالیات در این سال‌ها رشد چندین برابری کرده است- قیمت هرچیزی در کشور چندین برابر شده است اما دستمزد پزشکان تنها ۳ادرصد رشد داشته است

تعرفه ویزیت در کشورهای همسایه با ما اصلا قیاس‌شدنی نیست، درحالی‌که ویزیت پزشک عمومی در ایران کمی بیشتر از یک دلار است، در کشورهای همسایه تا ۳۰دلار هم می‌رسد. مالیات در این سال‌ها رشد چندین برابری کرده است. قیمت هرچیزی در کشور چندین برابر شده است اما دستمزد پزشکان تنها ۱۳درصد رشد داشته است. ما اصلا به‌دنبال این نیستیم که مردم هزینه اضافی را قبول کنند. حقیقت این است که بیمه‌ها فرافکنی می‌کنند و به وظایف خود عمل نمی‌کنند. دفترچه‌های بیمه مردم روزبه‌روز بی‌ارزش‌تر می‌شود. وقتی سهم بیمه از ویزیت که احتمالا کم‌هزینه‌ترین بخش درمان فرد است چیزی در حد یک‌پنجم تا یک‌دهم است، واقعا باید پرسید پس چرا این همه برای شکل‌گیری بیمه‌های درمانی هزینه می‌شود؟ مردم که خود هزینه پرداخت می‌کنند.

در همه‌جای دنیا اصل بر پیشگیری است و حال آنکه بیمه‌های ما به‌طرز عجیبی با سرمایه‌گذاری در بخش پیشگیری، مشکل دارند. متاسفانه بیمه‌های ما هنوز سرمایه‌گذاری در پیشگیری را هزینه تلقی می‌کنند و وقتی کار به درمان پرهزینه می‌رسد، انگشت اتهام خود را به سوی جامعه پزشکی می‌گیرند و آن‌ها را در مظان اتهام قرار می‌دهند. علت مهاجرت به‌ویژه مهاجرت پزشکان خیلی ساده است. راه‌حل‌ها هم ساده است اگر چشمانی باز داشته باشیم و همتی برای حمایت از مردم.

معرفی کتاب

دقایقی خاص و پربار

اختلال دوقطبی و ادامه زندگی

نویسندگان: دکتر محمدرضا فیاضی‌بردبار، زهرا حسینیان و افسانه محمدزاده

بخشی از کتاب جهت آشنایی از منظر می‌گذرد: ...اختلال دوقطبی که فرم‌های شدید آن به‌عنوان جنون ادواری نیز شناخته می‌شود، بیماری شایعی است.

در همین ابتـــدا ذکر این نکته ضروری اســـت که اگرچـــه ما به‌عنوان نگارندگان با این نام‌گذاری‌های نامناســـب کاملا مخالفیم، برای اینکه اطلاعات جامعی به دست بیماران برسد، مجبور به ذکر این نام‌ها هستیم. این بیماری یکـــی از مجموعه اختلالات خُلقی اســـت که براســـاس بروز دوره‌ها(که پزشـــکان در اصطلاح بـــه آن اپیـــزود می‌گویند و ما برای اینکه زبان شـــما و پزشـــکتان مشـــابه شـــود، از این به بعد در این کتـــاب اپیـــزود خواهیـــم گفـــت)، آن را تشـــخیص می‌دهند، بنابراین درک مفهوم اپیزود برای شناخت اختلالات خلقی بسیار مهم است. اپیزود خلقی، مجموعه‌ای از نشانه‌های رفتاری و هیجانی است که طی بازه زمانی مشخصی به‌طور هم‌زمان رخ می‌دهند. البته تعریف آن به این سادگی نیست؛ زیرا مجموعه نشانه‌های کاربردی در تشخیص بیماری، ممکن است ترکیب بسیار متفاوتی از این نشانه‌ها باشد.

مقدمه‌ای بر جنین‌شناسی در قرآن

نویسنده: دکتر مسعود شهابیان

کتاب «مقدمه‌ای بر جنین‌شناســـی در قرآن» را آقای دکتر مسعود شهابیان در سال ۱۳۸۴ منتشر کرده و انتشارات سخن‌گستر آن را با شمارگان هزار نسخه، به چاپ رسانده است. لازم به ذکر است که این اثر با حمایت مدیریت فرهنگی و کانون قرآن‌وعترت دانشگاه علوم‌پزشکی مشهد به شمارگان هزار نسخه منتشر شده است. کتاب سه بخش دارد؛ شـــامل بخش اول قرآن، بخش دوم جنین‌شناسی و بخش سوم جنین‌شناسی در قرآن. فصل‌های کتاب شامل فصل اول اعجاز علمی قرآن، فصل دوم قرآن و علوم مدرن، فصل سوم سرگذشت دانش پزشکی تا رنسانس، فصل چهارم تاریخچه پزشکی در یونان و روم باستان، فصل پنجم تاریخچه جنین‌شناسی، فصل ششم آشنایی با جنین‌شناسی، فصل هفتم آیات مربوط به جنین‌شناسی در قرآن، فصل هشتم گزارش یک دانشمند درباره جنین‌شناسی در قرآن، فصل نهم قرآن و جنین‌شناســـی و فصل دهم آیا آیات جنین‌شناسی قرآن، رونویسی از علوم یونان باستان است؟

نویسنده در مقدمه کتاب نوشته است: «بحث تطبیق آیات قرآن با علوم تجربی در دهه‌های اخیر مشـــتاقان بســـیاری را به خود جلب کرده اســـت. برای دانشمندان مسلمان همواره قابل توجه بوده که ببینند مطالبی که در علوم و مدرن وجود دارد، قرن‌ها پیش در قرآن بیان شـــده است؛ البته افراط و تفریط‌هایی نیز در این کار انجام شده است. برخی دانشمندان حتی برای فرشتگان یا شـــیطان هم در علوم و مدرن تمثیل پیدا کردند و برخی دیگر به کل این تطبیق را نادرست دانستند و آن را تحریم کردند. در این بین، جای اثری که با حفظ تقدس قرآن، تمثیل برخی آیات آن را با استدلال منطقی در علوم معرفی کند، خالی به نظر می‌رسید. منبع اصلی مقالات این کتاب، سایت‌های مختلف اینترنتی است که در انتهای هر مقاله آورده شده است و همچنین نویسنده از استاد جناب آقای دکتر علیرضا فاضل، استاد جنین‌شناسی دانشگاه علوم‌پزشکی مشهد، نیز تشکر کرده است.»

رانده شدن به‌سوی حواس پرتی

شناخت و مقابله با اختلال کمبود توجه از کودکی تا بزرگ‌سالی

نویسنده: دکتر ادوارد م هالوویل و دکتر جان ج ریتی

ترجمه: میترا احدیان، با ویراستاری علمی دکتر فرهاد فریدحسینی

این کتاب یک مطالعه عمیق و دقیق درباره اختلال کمبود توجه/ بیش‌فعالی (ADHD) است که اولین‌بار در سال ۱۹۹۴ منتشر شده است. در این کتاب، دکتر هالوویل و دکتر ریتی از طریق داستان‌های واقعی و شرح حال بیماران بزرگسال و کودک، این اختلال و زیرمجموعه‌های آن را توصیف می‌کنند و چگونگی تشخیص و تأثیر آن را بر زندگی افراد مبتلا و اطرافیانشان شرح می‌دهند. همچنین انواع مختلف درمان را توضیح می‌دهند. آن‌ها باورهای غلط متداول درمورد ADD را رد می‌کنند، ابزارهای مفیدی برای مقابله با این اختلال، معرفی می‌کنند و شرح کاملی از گزینه‌های درمانی مختلف می‌دهند و همچنین نکاتی را درباره نحوه برخورد صحیح با کودک، همسر، یا دیگر اعضای خانواده که به این اختلال مبتلا هستند، بیان می‌کنند. از همه مهم‌تر، آن‌ها نکات مثبتی که با این اختلال همراه است مانند انرژی زیاد، درک و حس قوی، خلاقیت و ذوق و اشتیاق را شفاف و آشکار می‌کنند.

مروری بر تکنیک‌های مولکولی پزشکی

نویسندگان: دکتر مسعود یوسفی، دکتر فرناز زاهدی‌اول

در دهه‌های اخیر، گسترش دانش درباره نحوه تکثیر اسیدهای نوکلئیک و فرایندهای بیوشیمیایی دخیل در آن، به ابداع روش‌های متنوعی برای تکثیر و شناسایی اسیدهای نوکلئیک منجر شده است. باتوجه‌به رشد سریع این‌گونه تکنیک‌های مولکولی و استفاده روزافزون آن‌ها در آزمایشگاه‌های تشخیصی پزشکی، ضرورت آشنایی پزشکان در رشته‌های مختلف تخصصی و نیز دانشجویان و دانش‌آموختگان رشته‌های علوم‌آزمایشگاهی با این روش‌ها، محسوس‌تر شده است. هدف نویسندگان از تألیف این کتاب، توصیف کلی تعدادی از روش‌های مولکولی است که در تحقیقات و تشخیص‌های پزشکی کاربرد دارد.

ارزیابی و درمان جامع سرگیجه‌های با منشأ سیستم دهلیزی

نویسندگان: دکتر صادق جعفرزاده، دکتر نوید نوری‌زاده

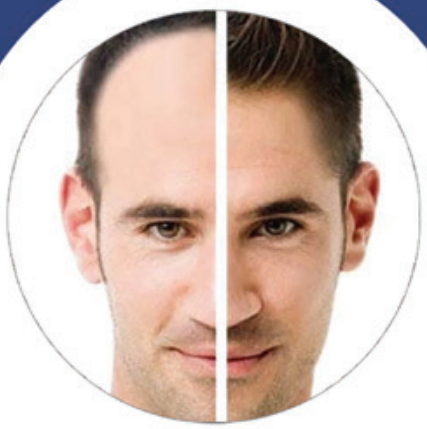
در کتاب ارزیابی و درمان جامع سرگیجه‌های با منشأ سیستم دهلیزی، نویسندگان با استفاده از منابع جدید و مناسب، نخست به شرح سازوکارهای مرتبط با سرگیجه دهلیزی پرداخته‌اند و سپس روند ارزیابی جامع سیستم دهلیزی به‌وسیله آزمون‌های غربالگری و کلینیکی را معرفی کرده‌اند. درنهایت فرایندهای درمانی و توان‌بخشی دهلیزی این بیماران با ذکر مثال‌هایی بررسی شده است. آسیب سیستم دهلیزی، دلیل ایجاد سرگیجه و نبود تعادل در بسیاری از بیماران مراجعه‌کننده به پزشک است. بیماری‌های مختلفی ازجمله سرگیجه خوش‌خیم وضعیتی، بیماری منیر، لابیرنتیت، نوریت دهلیزی، دهیسنز کانال نیم‌دایره فوقانی، فیستول پری‌لنف، تومورهای عصب هشتم، اتوکسیسیتی، بیماری‌های اتوایمیون و... می‌توانند به سیستم دهلیزی آسیب برسانند و باعث ایجاد سرگیجه، تعادل‌نداشتن و اسیلوپسی شوند.

نوآوران زیبایی

نوآوران زیبایی
skin, hair & laser clinic

شماره مجوز تبلیغات:
۴۰۰/۲۷۳/۲۹۱

- هایفو
- کربوکسی تراپی



- کاشت مو
- کاشت ابرو
- انواع فیلر و بوتاکس

- لیزرموهای زائد
- مزو پی ار پی سر

حس خوب تغییر در درمانگاه تخصصی پوست و مو نوآوران زیبایی

noavaran.laser noavaran_zibayi noavaran.zibayi

مشهد، خیابان سجاد،بهارستان، نبش بهار ۳

۰۵۱-۳۲۳۲

RAYAN FERTILITY CENTER
مرکز باروری رایان
رایان
مرکز درمان ناباروری
مشهد، بزرگراه آزادی ،
بلوار شاهد، نبش شاهد ۶۸
rayan.fertility.center
rayanclinic.com
RAYAN

الماس طلایی

درمانگاه دندانپزشکی

- کامپوزیت
- لمینیت
- افزایش طول تاج

طب الاسنان

میدان پانزده خرداد، بین امام رضا ۴۷ و ۴۹

۳۸۵۸۶۰۸۶_۰۹۳۶۲۹۴۷۰۰۰

شماره مجوز تبلیغات
۴۰۰/۲۷۳/۱۸۳