

سال اول
شماره ی یک
شهریور ۱۳۹۳
صفحه ۵۲

نشریه ی داخلی انجمن پزشکان عمومی ایران



پرونده ی علمی:
همه چیز درباره ی فشار خون

تحولی در نظام سلامت؟

پرونده ی صنفی:

برنامه ی تحول نظام سلامت چیست؟

گفت و گو با: دکتر علیرضا زالی و دکتر سعید تاملی

یادداشت وزیر بهداشت: این راه را با هم ادامه می دهیم

یادداشت مایی از: دکتر عباس آقا زاده مسرور، دکتر مسعود جوزی

دکتر مهران قسمت زاده، دکتر عزت الله گل علیزاده، دکتر محسن مصلحی

اتاق اول
 ۲ | سخن رییس انجمن: پدیده‌ها و فرصت‌ها! (کد: ۰۰۰۲)
 ۳ | سخن سردبیر: یا رب! این نوگل خندان که سپردی به منش... (کد: ۰۰۰۳)
 ۳ | سخن ویژه: قربون دستای کثیفت آقا شیرفروش! (کد: ۰۰۰۴)

اتاق خبر
 ۴ | از انجمن چه خبر؟ (کد: ۰۰۰۵)
 ۶ | از کارگروه‌ها چه خبر؟ (کد: ۰۰۰۶)

اتاق گفت‌وگو
 پرونده‌ی صنفی: تحولی در نظام سلامت؟ (کد: ۰۰۰۷)
 ۸ | برنامه‌ی تحول نظام سلامت چیست؟ (کد: ۰۰۰۸)
 ۸ | یادداشت وزیر بهداشت: این راه را با هم ادامه می‌دهیم (کد: ۰۰۰۹)
 ۹ | طرح تحول و چالش‌های آن (کد: ۰۰۱۰)
 ۱۰ | گام اول در تحول سلامت ایران: شجاعت در ابهام‌زدایی (کد: ۰۰۱۱)
 ۱۳ | دکتر علیرضا زالی: کلید پیروزی طرح تحول، تضمین امنیت شغلی و کرامت پزشکان است! (کد: ۰۰۱۲)
 ۱۴ | دکتر سعید تاملی: برنامه‌ی تحول ادعای حل همه‌ی مشکلات نظام سلامت را ندارد (کد: ۰۰۱۳)
 ۱۵ | ملاحظاتی درباره‌ی نظام سلامت در ایران: چه کسی از وضع فعلی سود می‌برد؟ (کد: ۰۰۱۴)
 ۱۷ | تحول سلامت از حرف تا عمل (کد: ۰۰۱۵)
 ۱۸ | برنامه‌ی تحول و تغییر گفتمان در نظام سلامت: وای از این ذهن مقایسه‌گر! (کد: ۰۰۱۶)

۱۹ | گزارش ویژه: صندوق تعاون و رفاه سازمان نظام پزشکی (کد: ۰۰۱۷)
 ۲۰ | تاریخچه و روش اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده از زبان یکی از پزشکان خانواده‌ی کانادا: پزشک خانواده در کانادا (کد: ۰۰۱۸)
 ۲۳ | نگاهی ویژه به نظرسنجی بررسی رضایت‌مندی پزشکان خانواده‌ی شهری استان فارس: ببینیم پزشکان چه می‌گویند! (کد: ۰۰۱۹)
 ۲۸ | حکمت، خردورزی، همدلی و... درمانگری: سیمرغ بر تارک نشریه‌ی ما (کد: ۰۰۲۰)

اتاق مطالعه
 پرونده‌ی علمی: همه‌چیز درباره‌ی فشار خون (کد: ۰۰۲۱)
 ۳۰ | JNC8 چه می‌گوید؟ (کد: ۰۰۲۲)
 ۳۲ | درمان فشار خون (کد: ۰۰۲۳)
 ۳۶ | انتخاب دارو در فشار خون اولیه براساس فعالیت رنین پلاسما (کد: ۰۰۲۴)
 ۳۸ | فشار خون مقاوم به درمان (کد: ۰۰۲۵)
 ۴۰ | درمان فوریت‌های فشار خون (کد: ۰۰۲۶)

اتاق پیشینی
 ۴۱ | PET (کد: ۰۰۲۶)
 ۴۴ | از سازمان خدمات اجتماعی تا انجمن پزشکان عمومی رشت: گفت‌وگو با دکتر محسن شریفی (کد: ۰۰۲۸)
 ۴۸ | هنر و پزشکی: آدمک‌های آناتومیک مرمرین (کد: ۰۰۲۹)
 ۴۹ | مروری بر نشریات صنفی پزشکی کشور: کادوسه از آغاز تا اکنون (کد: ۰۰۳۰)
 ۵۲ | سه اپیزود از عدم اعتماد به جامعه‌ی پزشکی؛ می‌خواهید سرکیسه‌ام کنید! (کد: ۰۰۳۱)
 ۵۲ | دکتر خلیلی ثقفی (اعلم‌الدوله) (کد: ۰۰۳۲)

روز پزشک فرخنده باد
 زادروز حکیم فرزانه ابن‌سینا و روز پزشک بر همه‌ی همکاران محترم جامعه‌ی پزشکی فرخنده باد!
 انجمن پزشکان عمومی ایران



سیمرغ

نشریه‌ی داخلی
 انجمن پزشکان عمومی ایران
صاحب‌امتیاز:
 انجمن پزشکان عمومی ایران
مدیرمسئول:
 دکتر عباس کامیابی
 abbas.kamyabi@gmail.com
سردبیر و دبیر صنفی:
 دکتر مسعود جوزی
 masoud_jowzi@gmail.com
رییس کمیته‌ی «ارتباطات و رسانه‌ی»
انجمن و مشاور سردبیر:
 دکتر مهران قسمتی‌زاده
 mg2251343@gmail.com
دبیر علمی:
 دکتر رفیه حج‌فروش
 hajf@gmail.com
مدیر داخلی:
 دکتر الهام شاهرخی
 e.shahrokhi@yahoo.com
مدیر بازرگانی:
 دکتر حمید خاکسار
 khaksarhamid@gmail.com
صفحه‌آرایی:
 رها فتاحی (پزشکان گیل)
 raha_fatahi@yahoo.com
لیتوگرافی و چاپ:
 رواق روشن مهر (۰۹۷-۶۴۰۹۷-۰۲۱)
نشانی:
 تهران، خیابان کارگر شمالی، بالاتر از جلال آل احمد، خیابان فرشی مقدم (شانزدهم)، شماره‌ی ۱۱۹، طبقه‌ی چهارم
کدپستی: ۱۴۳۹۸-۳۷۹۵۳
صندوق پستی: ۱۴۱۵۵-۸۳۶۳
تلفن و نمابر: ۸۸۳۳۱۰۸۰
ای‌میل انجمن: info@isgp.ir
ای‌میل سیمرغ: 30morgh@isgp.ir
سامانه‌ی پیامکی نظرسنجی: ۹۸۳۰۰۰۸۲۹۲

• با ارسال مطالب خود «سیمرغ» را همراهی کنید.
 • لطفاً مطالب خود را در قالب Word ای‌میل کنید یا بر یک روی صفحه، حتی‌المقدور تایپ شده و با فاصله‌ی کافی میان سطرها بفرستید. در این صورت، سی‌دی متن، تصاویر و جداول مربوطه را ضمیمه فرمایید.
 • در ترجمه‌ها، متن اصلی را نیز ارسال کنید.
 • مطالب ارسالی برای «سیمرغ» پس داده نمی‌شود.
 • نقل مطالب «سیمرغ» فقط با ذکر ماخذ آزاد است.

» Diabezid
 MORE CONTROL
 MORE EFFICACY
 MORE SAFETY



دیابزید ۸۰
 گلی‌کلازید



- کنترل کننده قند خون^(۱)
- احتمال بروز کمتر هیپوگلیسمی
- در مقایسه با گلی‌بن‌کلامید^(۲)
- بهترین کاهش‌دهنده HbA1c در مقایسه با سایر سولفونیل‌اوره‌ها^(۳)
- عدم افزایش وزن^(۴)

1. TGA eBS: public summary 1991. Gliclazide 80 mg tablet.
 2. Diabet Med 1994; 11(10): 974-980.
 3. J Diabetes Complications. 1994; 8(4): 201-203.
 4. Curr Med Res Opin. 1984; 9(1): 7-9.



دکتر عباس کامیابی

ریس انجمن پزشکان عمومی ایران
Email: abbas.kamyabi@gmail.com

سیمرغ و پر کشودنی فرخنده در روز پزشک

پدیده‌ها و فرصت‌ها

درمانی به پیش آگهی مناسبی رسیده است که اگر مسوولین به صداقت و عدالت از این ظرفیت استفاده کنند، مطابق الگوهای رایج در کشورهای موفق، نتیجه‌اش بهبود سلامت عمومی و کمترین هدف تبعی آن، احقاق جایگاه طب عمومی به‌عنوان طب پایه در حوزه سلامت کشور است. حضور انجمن‌ها نیز در این موقعیت برای همدلی کنشگران عرصه سلامت و نقد برنامه‌های تحول در نظام سلامت بسیار اساسی و قابل ملاحظه خواهد بود. این حضور در نهایت اشتباهات تاریخی مسوولین را به کمترین حد ممکن می‌رساند و از سویی دیگر مشارکت و حمایت جامعه‌ی پزشکی و عموم مردم را بهبود خواهد بخشید.

نشریه‌ی پیش رو که به‌عنوان نخستین شماره‌ی ارگان رسمی انجمن پزشکان عمومی ایران، نام «سیمرغ» (نماد پزشکی ایران‌زمین) را مزین به خویش ساخته است، در همین فضا منتشر می‌شود. در حالی که همزمانی پدیده‌هایی فرخنده را شاهد هستیم: ابلاغ سیاست‌های کلان نظام سلامت، ارتقای جایگاه سلامت در نظام سیاست‌گذاری و بودجه‌بندی دولت، هم‌زمانی و هم‌بستگی بخش‌های مهم بهداشت و درمان از جمله وزارت بهداشت، سازمان نظام پزشکی و سازمان‌های بیمه‌گر برای تثبیت موقعیت کنونی و به‌ویژه هم‌زمانی انتشار این نشریه با «روز پزشک» اگر هم اتفاقی باشد، به فال نیک گرفته می‌شود. فراموش نکنیم که معجزه‌ی «ارتباط» همصدایی را به تعاملی سازمان یافته مبدل می‌کند و در این میان واسطه‌ای به نام «رسانه» جمع پراکنده را به خانواده‌ی خویش فرا می‌خواند. همبستگی واقعی در میان جامعه‌ی پزشکی نیازمند کاستن از ناگفته‌ها و افزایش ندهای حقیقت‌گوست. مشی این رسانه بر ظهور نظرات کارشناسی و شخصی همکاران در کنار مواضع رسمی انجمن و کاستن از هژمونی ستاد بر صف است. از مخاطبین نیز انتظار می‌رود با عبور از کسوت سازمانی و نیز مدارا و اعتدال، رشد تشکیلاتی خویش را بر منتقدان اثبات کنند تا «سیمرغ» جایگاهی برای برخورد افکار با تحمل دیگراندیشی باشد. از تمامی فعالان انجمن به‌ویژه همکاران کمیته‌ی «ارتباطات و رسانه» و مسوولان و متصدیان این نشریه که با عینی کردن ایده‌های کارشناسانه‌ی خویش و با کمال‌جویی و همتی بی‌شایبه پای در این راه گذاشته و پایه‌ی ارتباطی منظم و وزین را در انجمن بنا نهاده‌اند، صمیمانه قدرشناسی کنم و در پایان امیدوارم روز پزشک بر همه‌ی همکاران ارجمند خجسته و مایه‌ی فرخندگی و پیروزی باشد.

نوستالژی‌ای طبابت، همان یادمانه‌ی اصیل تاریخی و همان اشتیاقی است که انسان را به واکاوی «حکمت سینایی» وامی‌دارد؛ همان دلیلی که نام «بوعلی» را با آن‌همه شهرت در فلسفه، ریاضیات، اجتهاد و ادبیات در قبضه‌ی نام «حکیم» درمی‌آورد و «روز پزشک» را مفتخر به خویش می‌کند. اما آن‌چه از این رادمرد در همدات‌پنداری تاریخی مغفول مانده است، تاثیر وی بر حکومت‌های زمان خویش و پیشی گرفتن دولت‌پیشگان زمان از هم برای بهره‌مندی از علم و حلم او و متقابلاً حمایت‌های بی‌بدلیل از بلوغ و تمرکز وی بر امور غیرمعیشتی بود. هر چند اقتضانات زمانه با گذر از قرن‌ها متحول شده است اما دقت داشته باشیم که سلامت همان نعمتی است که حفظ آن از قرن‌ها پیش واجب بوده و معنی آن نیز وسعت بیشتری یافته است. با گذر از آن گذشته‌ی آرمانی و نزول به زمان حال، وظیفه‌ای سنگین‌تر به نام مال‌اندیشی، نه برای حفظ سلامت که برای احیای ساختار نظام سلامت، جلوه‌گری می‌کند. سال‌هاست که نزدیک‌بینی دولت‌مردان به مرتبه‌ی سلامت، جامعه‌ی پزشکی را در محدوده‌ی حرفه‌ی خویش محصور کرده و از دایره‌ی تاثیر آنان بر نظام سلامت کاسته است.

اما اینک به نظر می‌رسد که تصمیم‌گیران و سیاست‌گذاران به مرز دوربینی نزدیک شده و وقوع بحران را در مقوله‌ی سلامت پیش‌بینی کرده‌اند. پس از سال‌ها به مفهوم سلامت (و نه به واژه‌ی سلامت) توجهی ویژه شده است و این توجه هم در سیاست‌ها و هم در برنامه‌ها و بودجه‌ها نمود یافته است. به‌نظر می‌رسد انتظار از طبیبان از حد فردی و صنفی عبور کرده و به مرز خرد جمعی و کلان نزدیک شده، زیرا فرصتی فراهم و اعتمادی حاصل شده است که شاید تکرار آن مقدور نباشد. پس عقل حکم می‌کند که انسجام طبیبان بیشتر، اشتباه دولت‌مردان کمتر و حمایت‌طلبی متولیان حوزه‌ی سلامت به‌گونه‌ای مدبرانه‌تر کارسازی شود.

در این میان، نقش جامعه‌ی بزرگ پزشکان عمومی به‌عنوان بزرگ‌ترین سرمایه‌ی نظام سلامت و بازیگران اصلی سطح‌بندی خدمات بهداشتی-

سیمرغ به رایگان به‌سوی تمامی پزشکان عمومی کشور پرواز خواهد کرد.

اگر بر بام‌تان ننشست، مشخصات زیر را با ای‌میل یا پست به ما برسانید.

نام، نام خانوادگی، شماره‌ی نظام پزشکی، شماره‌ی تماس، ای‌میل، محل کار، نشانی و کدپستی

صندوق پستی: تهران، ۸۳۶۳-۱۴۱۵۵، تلفن و نمابر: ۸۸۳۳۱۰۸۰، ای‌میل: 30morgh@isgp.com

یارب! این نوگل خندان که سپردی به منش...



دکتر مسعود جوزی

دبیر انجمن پزشکان عمومی رشت
Email: masoud_jowzi@gmail.com

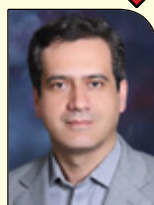
سر مقاله نوشتن برای شماره‌ی اول نشریه مثل انتخاب اسم برای نوزاد تازه به دنیا آمده است: اگر اسمش را بگذاری «رستم»، شاید بزرگ که شد، ریفو و نحیف از آب دربیاید؛ اگر اسمش «فهمیم» باشد، ممکن است در جوانی آن‌قدر نفهم و بی‌شعور بشود که تا هفت کوچ‌ه‌ آن طرف‌تر از دستش به‌تنگ آمده باشند. همه‌اش هم دست پدر و مادر نیست؛ صد هزار عامل طبیعی و غیرطبیعی در محیط ریخته که می‌تواند دو قل همسان را به دو آینده‌ی متفاوت براند. حالا مجله‌ای که دست شخص حقیقی باشد یک چیزی؛ مجله‌ی ارگان صنف که اصلاً در انتخابات بعدی ممکن است هیات مدیره و سیاست‌هایش بالکل عوض شود؛ یا شخص سردبیر، به‌عنوان یک بازیگر در این ایفای نقش جمعی، ممکن است در پرده‌ی اول باشد و در پرده‌ی دوم نه. این است که به‌جای وعده و وعید، ترجیح می‌دهم بیشتر آرزوهایم را برای این نوگل خندان برای‌تان بنویسم. این‌که:

۱. بیشتر ارگان پزشکان عمومی ایران باشد تا «انجمن پزشکان عمومی ایران» یا بدتر «هیات مدیره‌ی محترم انجمن پزشکان عمومی ایران» یا خیلی بدتر «ریاست محترم هیات مدیره‌ی محترم انجمن پزشکان عمومی ایران»؛
۲. در هر شماره بیشتر از یکی دو عکس، آن هم به ضرورت و تناسب، از ریاست محترم و دیگر مسوولان انجمن منتشر نشود و در انعکاس اخبار

سر مقاله نوشتن برای شماره‌ی اول نشریه مثل انتخاب اسم برای نوزاد تازه به دنیا آمده است: اگر اسمش را بگذاری «رستم»، شاید بزرگ که شد، ریفو و نحیف از آب دربیاید؛ اگر اسمش «فهمیم» باشد، ممکن است در جوانی آن‌قدر نفهم و بی‌شعور بشود که تا هفت کوچ‌ه‌ آن طرف‌تر از دستش به‌تنگ آمده باشند. همه‌اش هم دست پدر و مادر نیست؛ صد هزار عامل طبیعی و غیرطبیعی در محیط ریخته که می‌تواند دو قل همسان را به دو آینده‌ی متفاوت براند. حالا مجله‌ای که دست شخص حقیقی باشد یک چیزی؛ مجله‌ی ارگان صنف که اصلاً در انتخابات بعدی ممکن است هیات مدیره و سیاست‌هایش بالکل عوض شود؛ یا شخص سردبیر، به‌عنوان یک بازیگر در این ایفای نقش جمعی، ممکن است در پرده‌ی اول باشد و در پرده‌ی دوم نه. این است که به‌جای وعده و وعید، ترجیح می‌دهم بیشتر آرزوهایم را برای این نوگل خندان برای‌تان بنویسم. این‌که:

۱. بیشتر ارگان پزشکان عمومی ایران باشد تا «انجمن پزشکان عمومی ایران» یا بدتر «هیات مدیره‌ی محترم انجمن پزشکان عمومی ایران» یا خیلی بدتر «ریاست محترم هیات مدیره‌ی محترم انجمن پزشکان عمومی ایران»؛
۲. در هر شماره بیشتر از یکی دو عکس، آن هم به ضرورت و تناسب، از ریاست محترم و دیگر مسوولان انجمن منتشر نشود و در انعکاس اخبار

قربون دست‌های کثیف، آقا شیر فروش!



دکتر شهریار خاقانی

دبیر انجمن پزشکان عمومی ایران
Email: khaghani91@gmail.com

با درپوش‌های آلومینیومی به بازار آمد. مادرم دیگر از شیرفروش پیر شیر نمی‌خرید. من هم دلم برای شیرفروش تنگ شده بود و هم طعم شیر شیشه‌ای را دوست نداشتم، تا یک روز که مادر برایم از دست‌های آلوده‌ی شیرفروش و شیرش که خوردنی نبود گفت و این‌که آن دست‌ها می‌توانست ما را مریض کند ولی شیر پاستوریزه‌ی شیشه‌ای تمیز است. پرسیدم: «از کجا می‌دانی که تمیز است؟ شاید کسانی که آن‌جا کار می‌کنند دست‌های آلوده‌شان را داخل شیر می‌کنند.» مادر جواب داد: «نه؛ به کارخانه‌ی شیر دولت سر می‌زنی. دولت مواظب است کسی دست آلوده‌اش را داخل شیر نکند. ما به دولت اطمینان داریم.» گفتم: «دولت کجاست مگر؟» گفت: «دولت جایی است که پدرتان کار می‌کنند.»

برای من که مثل هر کودک دیگری به پدرش اطمینان دارد، کافی بود که با خیال راحت و اطمینان تمام شیشه‌ی شیر را سر بکشم. موضوعی که وزیر بهداشت از آن پرده برداشت و استفاده از روغن پالم را در شیرهای پاستوریزه و دیگر تولیدات لبنی علنی کرد، مدت‌هاست که اتفاق می‌افتد و اعتماد عمومی را به مواد خوراکی از بین برده است. دیگر نمی‌توانم با جرات به دختر کوچکم بگویم دخترم شیر بخور، شیر برای سلامتی‌ات ضروری است. دلم دوباره برای شیرفروش پیر چهل سال پیش تنگ شده است. با خودم می‌گویم: «پیرمرد کجایی؟ کاش بودی و جلوی در خانه‌ی من داد می‌زدی: شیرفروش؛ و من مثل ایام کودکی از تو شیر می‌خریدم. حداقل اگر دست‌هایت را داخل شیر می‌کردی، معرفت داشتی و به ما شیر واقعی می‌فروختی. شیر را می‌خریدم و می‌گفتم: قربون دست‌های کثیف آقا شیرفروش!»

صبح زود آماده‌ی رفتن به سر کارم هستم که دختر ده ساله‌ام لیوان را از بطری شیر یک کارخانه‌ی مشهور شیر پر می‌کند. بی‌اختیار با توجه به اخباری که شنیده‌ام، می‌گویم: «دخترم، نخور!» با تعجب نگاه می‌کند.

بچه‌ی که بودیم، شیرفروش پیری با دوچرخه‌ای خورجین‌دار و ظرف‌های آلومینیومی مخصوص شیر وارد کوچه می‌شد و با صدای بلند داد می‌زد: «شیر فروش!» مادرم ما را می‌فرستاد تا نگاهش داریم و خودش پشت سر ما می‌آمد، با چادر گلی و پارچ آبی که دیشب شسته و خشک کرده بود: «لطفاً چهار لیوان» شیر فروش لیوان دسته‌دارش را وارد ظرف بزرگ شیر می‌کرد و با دست‌های لرزان که تا انگشتان داخل شیر می‌شد، لیوان را پر می‌کرد و داخل پارچ ما می‌ریخت. همیشه از انگشتانش شیر چکه می‌کرد و من با ذهن یک کودک تبریزی همیشه فکر می‌کردم آیا پول شیری که از دستانش روی زمین می‌ریزد با ما حساب می‌شود یا با خودش! مدت‌ها بعد شیرهای شیشه‌ای با علامت شرکت شیر ایران و آرم یک گاو خندان



انتخابات انجمن پزشکان عمومی اردبیل برگزار شد

با برگزاری مجمع عمومی و انتخابات هیات مدیره انجمن پزشکان عمومی اردبیل، این انجمن پس از چند سال مجددا راهاندازی شد. به گزارش دکتر حامد حاتمی، عضو هیات تحریریه «سیمرغ»، در این مجمع که پنجشنبه دوم مرداد ۹۳ با حضور جمع زیادی از پزشکان این شهرستان در سالن «برادران شهید نوعی اقدم» دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل برگزار شد، دکتر خاقانی، دکتر طهماسبی پور و دکتر سجادی به نمایندگی از هیات مدیره انجمن پزشکان عمومی ایران، چند تن از اعضای شورای عالی نظام پزشکی کشور و مسوولان دانشگاه علوم پزشکی اردبیل حضور داشتند.

در ابتدای مجمع دکتر حضرتی، معاون بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، به نمایندگی از ریاست دانشگاه ضمن اعلام حمایت از انجمن پزشکان عمومی، با ارایه نکاتی دربارهی طرح تحول نظام سلامت، خواستار پشتیبانی پزشکان عمومی از اجرای این طرح شد و سپس دکتر طهماسبی پور، رئیس کمیتهی تشکیلات انجمن پزشکان عمومی ایران، ضمن تاکید بر ضرورت یکپارچگی و همدلی بدنهی پزشکی کشور، نظرات انجمن پزشکان عمومی را دربارهی طرح تحول بیان کرد.

در ادامه، با انتخاب هیات ریسهی مجمع و معرفی نامزدهای هیات مدیره و بازرسی، انتخابات برگزار شد که در نتیجه به ترتیب آرا دکتر مهران آسایشی، دکتر حامد حاتمی، دکتر آمنه سلیمانی، دکتر مهیار نظارتی، دکتر مجید محمد غربیانی، دکتر اشکان نقوی نیا، دکتر رامز نصیری، دکتر رامین صیادزاده و دکتر فاطمه اقتداری به عنوان اعضای اصلی هیات مدیره، دکتر حبیب جاهد و دکتر رضا فرج الهی به عنوان اعضای علی البدل و دکتر مریم

ایرانی کیا به عنوان بازرس برگزیده شدند. در پایان اعضای انجمن و مهمانان در ضیافت افطاری انجمن پزشکان عمومی شرکت کردند.

به گزارش دکتر حاتمی، همچنین در نخستین نشست هیات مدیرهی منتخب، دکتر آسایشی به عنوان رییس، دکتر محمد غربیانی به عنوان نایب رییس، دکتر حاتمی به عنوان دبیر و دکتر نظارتی به عنوان خزانه دار انجمن پزشکان عمومی اردبیل انتخاب شدند.



راه اندازی مجدد انجمن اردبیل و موفقیت در انتخابات را به همهی همکاران منتخب و به ویژه دکتر حاتمی عزیز شادباش می گویم و برای همهی پزشکان عمومی استان اردبیل آرزوی موفقیت و روزهایی بهتر داریم.



انجمن پزشکان عمومی یاسوج تشکیل شد

۹۳ با حضور ۵۵ تن از پزشکان این شهرستان و نمایندگان فرمانداری و دانشگاه علوم پزشکی یاسوج برگزار شد، دکتر اسدی لاری به نمایندگی از هیات مدیره انجمن پزشکان عمومی ایران حضور داشت.

بنابر نتایج انتخابات هیات مدیره و بازرسی، به ترتیب آرا دکتر حسن فروزان، دکتر طالب نظری، دکتر یعقوب جاوید، دکتر محمدکاظم نظری، دکتر کیان دهراب پور، دکتر مسعود کرمی زاده و دکتر داریوش وفایی به عنوان اعضای اصلی هیات مدیره، دکتر البرز بنام و دکتر محمدرضا محمدی به عنوان اعضای علی البدل و دکتر فرهاد عبادی و دکتر فتحعلی محمودی به عنوان بازرس برگزیده شدند.

«سیمرغ» افتتاح انجمن پزشکان عمومی یاسوج را به همکاران خود به ویژه اعضای منتخب هیات مدیره شادباش می گوید و برای همه شان آرزوی موفقیت می کند.



دکتر شهروزاد رییس شورای هماهنگی انجمن های پزشکان عمومی گیلان شد

پزشکان عمومی استان برگزار شد، همچنین دکتر امیر هوشنگ مرادی از فومن نایب رییس، دکتر رویا ایزدی و دکتر کاظم پورصادق، هر دو از صومعه سرا، به ترتیب دبیر و خزانه دار و دکتر الهام شاهرخی از لاهیجان بازرس این شورا شدند.

گفتنی است دکتر مهران قسمتی زاده در سه سال گذشته ریاست شورای هماهنگی انجمن های پزشکان عمومی گیلان را برعهده داشت که در پی انتخاب به ریاست شورای هماهنگی انجمن های پزشکان عمومی کشور در انتخابات استانی نامزد نشد.

«سیمرغ» مسوولیت های جدید را به همکاران برگزیده شادباش می گوید و برای شان آرزوی موفقیت دارد.



دکتر تاملی مشاور وزیر بهداشت شد

دکتر سعید تاملی، رییس سابق انجمن پزشکان عمومی ایران، با پیشنهاد این انجمن به عنوان مشاور وزیر بهداشت در امور پزشکان عمومی منصوب شد.

به گزارش خبرگزاری ها، متن حکم ۹۳/۴/۷ دکتر سیدحسین هاشمی، وزیر بهداشت، خطاب به دکتر تاملی که هم اکنون معاونت فنی معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران را برعهده دارد، به شرح زیر است:

جناب آقای دکتر سعید تاملی

با سلام؛ با عنایت به تعهد، تخصص و سوابق ارزشمند جناب عالی و بنا به پیشنهاد انجمن پزشکان عمومی ایران، به موجب این ابلاغ به سمت «مشاور این جانب در امور پزشکان عمومی» منصوب می شوید تا با رعایت جوانب شرعی و قانونی نسبت به انجام امور محوله اقدام نمایید. توفیق شما را در پیشبرد اهداف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و نظام مقدس جمهوری اسلامی ایران از درگاه حضرت باری تعالی خواستارم.

انجمن های پزشکان عمومی ایران: اشتباهات گذشته را تکرار نکنید!

انجمن پزشکان عمومی همچون گذشته اعتقاد دارد که برقراری نظام سطح بندی و ارجاع، بستر و زیربنایی مطمئن برای ارتقای سلامت مردم است؛ نظامی که بازآفرینی هویت طب پایه یکی از الزامات اولیهی آن به شمار می رود. این انجمن با شناخت و تکیه بر ظرفیت های درونی خویش آماده است تا برنامهی «سطح بندی در عرضه خدمات سلامت» را آن گونه که متضمن رعایت اقتضانات بومی هر منطقه و حفظ منافع مردم و تمامی سطوح عرضه کننده خدمات سلامت باشد و شرایط لازم را برای جلب مشارکت همهی نهادها فراهم سازد، ارایه و سهم خود را برای خدمت به نظام و مردم عزیز ادا نماید.

امیدواریم مسوولان محترم به دلیل دید جامع نگر خود، اشتباه سنگین گذشتگان در نادیده گرفتن طب عمومی را تکرار نکرده و در تدوین بسته های تحول نظام سلامت بر تقویت این جایگاه تجدید نظر کنند.

در مورد اجرای برنامهی پزشک خانواده در دو استان فارس و مازندران فارغ از نتایج مثبت و منفی و نظرات متفاوت در ارزیابی این برنامه، انصاف و عدالت ایجاب می کند تا مسوولین محترم ضمن توجه ویژه به مشکلات تمامی همکاران حاضر در این برنامه، اختیار لازم برای ورود پزشکان عمومی به این برنامه را فارغ از هر گونه الزام و اجبار تامین کنند و با انعقاد مجدد قراردادهای بیمه پایه با پیش کسوتان و پزشکان وارد نشده به این برنامه، شرایط را برای عرضه خدمات سلامت به بیماران مراجعه کننده به ایشان فراهم سازند. به یاد آوریم که رابطهی این پزشکان با بیماران، حاصل سال ها

عرضه خدمات مشفقانه بوده و این اعتماد متقابل نباید به راحتی نادیده گرفته شود؛ از این رو این انجمن در حمایت از این دسته همکاران و بیماران شان مصرا نه خواستار حذف این محدودیت از جانب سازمان های بیمه گر است.



از سوی دیگر در این برههی حساس، انجمن پزشکان عمومی ایران به منظور کسب آمادگی بیشتر برای شرکت در این امر مهم نیازمند پشتیبانی، همراهی و مشارکت پزشکان عمومی سراسر کشور در فعالیت های انجمن است و آن را مصرا نه انتظار می کشد.

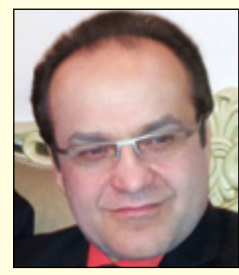
دکتر قسمتی زاده رییس شورای هماهنگی انجمن های پزشکان عمومی ایران شد

هماهنگی انجمن های پزشکان عمومی ایران نیز با رای نمایندگان رسمی انجمن های حاضر انتخاب شدند که بدین ترتیب دکتر مهران قسمتی زاده، رییس انجمن پزشکان عمومی لاهیجان و شورای هماهنگی انجمن های پزشکان عمومی گیلان، با به دست آوردن ۴۵ رای از ۴۷ رای به ریاست شورای هماهنگی رسید.

در این انتخابات همچنین دکتر نادر ایزدین از کرج و دکتر علیرضا راسخی از کرمانشاه به ترتیب با ۳۶ و ۳۲ رای به عنوان نایب رییس اول و دوم و دکتر محسن جورکش از مرودشت فارس با ۳۵ رای به عنوان دبیر شورای هماهنگی انجمن های پزشکان عمومی ایران انتخاب شدند. «سیمرغ» ضمن تبریک به همهی منتخبان گرامی به ویژه همکار عزیز خود دکتر قسمتی زاده، آرزومند شکوفایی و اقتدار بیش از پیش انجمن پزشکان عمومی ایران است.

دکتر مهران قسمتی زاده در نشست شورای هماهنگی انجمن های پزشکان عمومی ایران که صبح جمعه ۱۹ اردیبهشت در کرج برگزار شد، به ریاست این شورا برگزیده شد.

به گزارش سایت انجمن پزشکان عمومی رشت، در این نشست که میزبان آن انجمن پزشکان عمومی کرج بود، ضمن ارایه گزارشی عملکرد هیات مدیره و کمیته های مختلف انجمن پزشکان عمومی ایران و طرح مباحث صنفی مختلف از جمله برنامهی «تحول نظام سلامت»، هیات ریسهی جدید شورای



تحولی در نظام سلامت؟

تا زمانی که این چند صفحه منتشر شود و به دست شما برسد چهار- پنج ماهی از اعلام آغاز برنامه‌ی تحول نظام سلامت گذشته است. با توجه به اهمیت این برنامه و تاثیری که نه تنها بر سلامت ایرانیان که بر آینده‌ی شغلی تک‌تک ما پزشکان عمومی خواهد داشت، نخستین پرونده‌ی «صنفی» سیم‌رخ را بدان اختصاص داده‌ایم. در این پرونده می‌کوشیم نظر فعالان صنفی جامعه‌ی پزشکی به‌ویژه انجمن‌های پزشکان عمومی را درباره‌ی این برنامه و پیامدهای آن بازتاب دهیم؛ با این توضیح که بسیاری از صاحب‌نظران با این توجه که هنوز اطلاعات کافی درباره‌ی اهداف، گستره و شیوه‌ی اجرای آن منتشر نشده است، نوشتن درباره‌ی آن را به آینده موکول کرده‌اند و آن‌ها هم که نوشته‌اند بیشتر به بسته‌ی درمانی برنامه پرداخته‌اند تا بسته‌ی بهداشتی آن که جدی‌تر است. با این تاکید مکرر که نظرات هیچ‌یک از نویسندگان نباید به‌عنوان نظر رسمی انجمن پزشکان عمومی ایران تلقی شود و مواضع انجمن تنها از طریق بیانیه‌های آن یا توسط رییس انجمن اعلام خواهد شد.



از کارگروه‌های انجمن پزشکان عمومی ایران چه خبر؟



دکتر الهام شاهروخی

دبیر انجمن پزشکان عمومی لاهیجان

Email: e.shahrokh@yahoo.com

کارگروه پزشک خانواده رییس: دکتر عزت‌الله گل‌علیزاده

۹۳/۲/۱-۲. نمایندگان انجمن‌های پزشکان

عمومی فارس و مازندران در نشست دو روزه‌ی بازنگری و اصلاح نسخه‌ی ۰۲ در وزارت بهداشت شرکت کردند. در این نشست که با حضور مسوولان و کارشناسان وزارت بهداشت، سازمان‌های بیمه‌گر و نمایندگان سازمان نظام پزشکی برگزار شد، دکتر عزت‌الله گل‌علیزاده (رییس کارگروه پزشک خانواده)، دکتر آقازاده، دکتر شفاهی و دکتر شمسی‌زاده از مازندران و دکتر بهجو و دکتر تدین از فارس حضور داشتند.

در ابتدای نشست گزارشی از اقدامات انجام شده در مورد آسیب‌شناسی طرح در دو استان فارس و مازندران ارائه شد و دکتر کلاتری، قائم مقام معاونت بهداشتی وزارتخانه، اهداف برگزاری نشست را بیان کرد. سپس اعضای حاضر در سه کارگروه «شیوه‌ی پرداخت»، «مراحل اجرایی و گردش کار» و «تدوین بسته‌ی خدمات سلامت» درباره‌ی مسایل طرح شده گفت‌وگو کردند. در پایان پس از دو روز بحث و تبادل نظر، با لحاظ نظرات نمایندگان انجمن و سازمان در پیش‌نویس، مقرر شد نسخه‌ی نهایی پیش از ابلاغ، به اطلاع انجمن برسد.

۹۳/۴/۲۳. دکتر گل‌علیزاده به نمایندگی از انجمن پزشکان عمومی و دکتر آقازاده به نمایندگی از سازمان نظام پزشکی با حضور در نشست «ستاد اجرایی کشوری برنامه‌ی پزشک خانواده»، ضمن تاکید بر پیش‌نویس قبلی، در مورد مسایل مطرح شده در این جلسه از جمله عقد قرارداد جداگانه‌ی سازمان‌های بیمه‌گر با ماماها و تاخیر در اعلام افزایش سرانه، نظرات خود را بیان کردند و خواستار استمرار حضور نمایندگان انجمن و سازمان در جلسات این ستاد شدند.

کارگروه تشکیلات و توسعه

رییس: دکتر حمید طهماسبی‌پور

۹۳/۲/۱۹. رییس کارگروه تشکیلات و توسعه گزارش عملکرد آن را در نشست شورای هماهنگی انجمن‌های پزشکان عمومی ایران در کرج ارائه کرد. در این گزارش از جمله برنامه‌ی یک‌ساله‌ی کارگروه مبنی بر گسترش شعب در ۱۲ مرکز استانی که انجمن شعبه ندارد، مطرح شد.

از آن تاریخ تا کنون مهم‌ترین فعالیت‌های کارگروه در راستای وظایف دوگانه‌ای که آیین‌نامه‌اش برعهده‌ی آن قرار داده، موارد زیر است:

۱. تدوین آیین‌نامه‌ها و مقررات داخلی انجمن:

در این زمینه پیش‌نویس شرح وظایف دبیر انجمن تدوین و برای تصویب نهایی در اختیار هیات مدیره‌ی مرکزی انجمن قرار داده شده است. این آیین‌نامه شامل یک مقدمه و ۱۷ بند است که از جمله در آن آمده است: «دبیر انجمن به‌عنوان اجرایی‌ترین عضو هیات مدیره، مسوول دبیرخانه‌ی انجمن است. دبیرخانه حلقه‌ی رابط میان هیات مدیره با شعب (در مرکز) و هیات مدیره با اعضا (در شعب) خواهد بود. تشکیل جلسات هیات مدیره، تهیه‌ی دستور جلسه و مستندات موارد دستور جلسه، ثبت صورت مذاکرات و مصوبات جلسه و... برعهده‌ی دبیر است.»

۲. سازماندهی و توسعه‌ی شعب انجمن: در این مدت در شهرهای اردبیل مرکز استان اردبیل، یاسوج مرکز استان کهگیلویه و بویراحمد و اهواز مرکز استان خوزستان که انجمن شعبه نداشت، هیات موسس تشکیل شد. همچنین با همکاری دوستان فعال در اردبیل و یاسوج مراحل عضوگیری انجام و در روزهای ۹۳/۵/۲ و ۹۳/۵/۱۵ در این دو شهر دو مجمع عمومی و انتخابات هیات مدیره با شرکت بیش از ۱۰۰ همکار در اردبیل و ۵۵ تن در یاسوج، با رعایت تمامی موازین اساسنامه‌ی انجمن، برگزار شد. کارگروه تشکیلات و توسعه از تمامی پزشکان عمومی برای تشکیل شعب شهرستان‌ها، به‌ویژه در مراکز استان‌هایی که انجمن شعبه ندارد، تقاضای همکاری دارد.

کارگروه آموزش و پژوهش رییس: دکتر فرامرز رفیعی

بخشی از فعالیت‌های این کارگروه به‌شرح زیر است:

۱. برگزاری کلاس‌های آموزشی در زمینه‌ی تکنولوژی مراقبت زیبایی با همکاری جهاد دانشگاهی دانشکده‌ی پزشکی دانشگاه شهید بهشتی
۲. گردآوری مستندات بین‌المللی محدودده‌ی فعالیت پزشکان عمومی در مقوله‌ی مراقبت پوست و بررسی کارشناسی کوریکولوم آموزشی پزشکان عمومی
۳. پیگیری راه‌اندازی آموزش‌های مجازی مدون و غیرمدون
۴. پیگیری درخواست انجمن پزشکان عمومی شیراز درباره‌ی انتخاب استاد برای کنگره‌ی بازآموزی استان فارس
۵. برنامه‌ریزی برای اجرای کنگره‌ی بازآموزی انجمن پزشکان عمومی ایران در تهران
۶. پیگیری اجرای منظم برنامه‌های بازآموزی مدون ویژه‌ی پزشکان عمومی در سالن نظام پزشکی
۷. پیگیری امور مربوط به بیمه‌ی مسوولیت مدنی بخش زیبایی برای پزشکان عمومی
۸. بررسی بسته‌های تحول سلامت مرتبط با پزشکان عمومی و ارائه‌ی نظرات کارشناسی به انجمن پزشکان عمومی ایران
۹. پیگیری درخواست انجمن پزشکان عمومی شیراز در مورد مشکلات همکاران شاغل در بخش مراقبت پوست در استان فارس.

کارگروه درمانگران اعتیاد رییس: دکتر رضا ناوی

۹۳/۲/۱۸. نشست کارگروه درمانگران اعتیاد با حضور نمایندگان از هیات مدیره و شعب

انجمن و عده‌ای از همکاران شاغل در مراکز درمان اعتیاد تهران برگزار شد. در این نشست نخست رییس کارگروه پس از ارائه‌ی گزارشی از فعالیت انجمن و تشکیل کارگروه‌های آن، هدف از تشکیل کارگروه درمانگران اعتیاد را اطلاع از مشکلات این گروه از همکاران و تا حد ممکن رفع مشکلات و هماهنگ‌سازی نظارتی در سطح کشور اعلام و از جمله فعالیت‌های این کارگروه به موارد زیر اشاره کرد:

- به درخواست نمایندگان انجمن، در بازبینی پروتکل درمان با آگونست و نوشتن پروتکل محرک‌ها از سوی وزارت بهداشت، از نمایندگان انجمن دعوت شد.

- با فعالیت انجمن، تغییرات مثبتی در دیدگاه وزیر نسبت به کلینیک‌های MMT ایجاد و نیز کارگروهی با سرپرستی دکتر جغتایی برای حل مشکلات همکاران شاغل در این بخش تشکیل شد.

در ادامه پس از بحث و بررسی در مورد فعالیت کارگروه در تهران، موارد زیر تصویب شد:

۱. درباره‌ی تشکیل کارگروه درمانگران اعتیاد تهران مقرر شد همکاران حاضر برای تشکیل کارگروه درمانگران از پزشکان علاقه‌مند به کار صنفی فاقد سابقه‌ی تخلف و مشکلات نظارتی از نقاط مختلف تهران دعوت به همکاری کنند.
۲. دکتر متاجی به‌عنوان رابط کارگروه درمانگران کشور و پزشکان درمانگر شاغل در تهران انتخاب و مقرر شد به‌همراه تنی چند از همکاران، معرفی اعضای جدید را به انجمن به‌عهده بگیرند.

۳. تصویب شد با کمک شعب نظام پزشکی در شهرهایی انجمن شعب فعال ندارد، از درمانگران اعتیاد علاقه‌مند به همکاری در کارهای صنفی، برای پیوستن به انجمن و کارگروه درمانگران دعوت شود.

۴. نسخه‌ای از آیین‌نامه‌ی نظارتی دبیرخانه‌ی سلامت روان به اعضای کارگروه تحویل شد و مقرر شد اعضا در مدت یک هفته با مطالعه‌ی آیین‌نامه نظرات پیشنهادی یا اصلاحی خود را ارائه دهند. همچنین از همکاران درخواست شد پیشنهادها را درباره‌ی مفاد پروتکل و چگونگی نظارت، توزیع دارو و تعداد بیماران مرکز در استان‌های مختلف به‌صورت مکتوب ارائه کنند و نیز حداقل ۵ مشکل مهم درمان اعتیاد را که در اولویت رسیدگی قرار دارد، به کارگروه درمانگران انجمن اعلام کنند.

پیشنهاد انتشار خبرنامه (به‌منظور ارتباط بیشتر بین اعضا، آگاه‌سازی و نیز اشاعه‌ی اخلاق پزشکی) و نیز لزوم بازبینی چک لیست پایش مراکز ترک اعتیاد از دیگر مباحث مطرح شده بود. همچنین با اشاره به مشکلات وجود متادون آزاد و نشست متادون از سایر مکان‌های توزیع، حاضران خواستار نظارت بیشتر بر توزیع متادون در مراکز تولید و بخش دارو شدند و به اتفاق اعلام کردند اگر چه موافق برخورد جدی با متخلفان هستند ولی رعایت قوانین جاری نظارت بر فعالیت موسسات و فعالان حرف پزشکی را در این امر الزامی می‌دانند.

برنامه‌ی تحول نظام سلامت چیست؟

طرح تحول و چالش‌های آن



دکتر عزت‌الله گل‌علیزاده

نایب رییس انجمن پزشکان عمومی ایران
Email: dr.golalizadeh@gmail.com

نیز با طراحی آن در حین اجرا تاکید شده است. در واقع وزارت بهداشت ملزم شده است در چارچوب سامانه‌ی خدمات جامع و همگانی سلامت، برنامه‌های خود را طراحی و اجرا کند در حالی که به نظر می‌رسد این فرایند طی نشده است. **ب.** به منظور ماندگاری پزشکان در مناطق محروم و کم‌برخوردار، در بند الف ماده‌ی ۳۶ قانون برنامه آمده است: «به پزشکیانی که در مناطق کمتر توسعه‌یافته به‌طور مستمر و حداقل دو سال متوالی در سامانه‌ی خدمات جامع و همگانی سلامت انجام وظیفه می‌نمایند، به پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تایید معاونت، علاوه بر موارد موجود قانونی، تسهیلات ویژه در مدت خدمت در مناطق یادشده پرداخت می‌شود.» همان‌طور که در این بند نیز آمده، تکلیف ماندگاری پزشکان در مناطق محروم از طریق سامانه‌ی خدمات جامع و همگانی سلامت روشن شده است.

۲. مشارکت نگرتن از انجمن‌های علمی و سازمان نظام پزشکی در مرحله‌ی تدوین و اجرا
۳. نادیده گرفتن تاثیرات احتمالی اجرای این بسته بر حوزه‌ی درمان سازمان تامین اجتماعی
۴. مشخص نبودن جایگاه بخش خصوصی
۵. تبلیغ و تشویق مردم به مراجعه‌ی مستقیم نزد پزشکان متخصص و فوق تخصص و عدم تقویت نظام ارجاع به‌خصوص در حوزه‌ی شهری و خطر بروز تقاضاهای القایی
۶. وجود نگرانی از میزان پایداری منابع پیش‌بینی شده
۷. عدم توجه به خرید راهبردی خدمات
۸. نگرانی مبنی بر خارج شدن اولویت اجرایی برنامه‌ی پزشک خانواده و نظام ارجاع از برنامه‌های وزارت بهداشت
۹. چالش‌های مربوط به عدم تدوین گایدلاین‌های تشخیصی و درمانی
۱۰. چالش‌های مربوط به اجرای عدالت در دریافتی کلیه‌ی کارکنان بیمارستان.

عملاً «سهم پرداختی توسط سازمان‌های بیمه‌گر» روز به روز کمتر می‌شد و یکی از شمول پرداخت بیمه‌ها خارج می‌شد. برای مثال اگر هزینه‌ی یک استنت ۱۰۰۰ دلار معادل یک میلیون تومان بود، ۷۰۰ هزار تومان توسط بیمه‌ها و ۳۰۰ هزار تومان توسط مردم پرداخت می‌شد ولی با افزایش قیمت آن به سه میلیون تومان، بیمه‌ها باز همان مبلغ ۷۰۰ هزار تومان را پرداخت می‌کردند و مردم مجبور به پرداخت دو میلیون و ۳۰۰ هزار تومان می‌شدند. به‌منظور برون‌رفت از وضع موجود، دولت وزارت بهداشت ضمن پیش‌بینی منابع مالی خوب در بودجه‌ی سال ۹۳ در حوزه‌ی سلامت به‌دلیل اورژانسی بودن قضیه، اهتمام خود را در جهت رفع مشکلات موجود در حوزه‌ی درمان نهادند و بدین‌سان بسته‌ی تحول سلامت در حوزه‌ی درمان در ۱۵ اردیبهشت در سراسر کشور اجرا شد.

و چالش‌های آن...

هر چند به‌زعم کارشناسان در ماه‌های اخیر قدم‌های خوبی برداشته شد و پرداخت مردم در بیمارستان‌های دانشگاهی به ۱۰ درصد و کمتر رسید اما در واقع با اجرای این بسته، وزارت بهداشت توانست فقط تعدادی از سنگرهایی را که طی سنوات گذشته از دست داده بود، باز پس بگیرد و به جای اول خود بازگردد. البته ایرادات کارشناسی نیز بر بسته‌های تحول سلامت وارد است که برخی از آن‌ها به شرح زیر است:

۱. معطل ماندن قانون برنامه‌ی پنجم توسعه:
الف. در بند ج ماده‌ی ۳۲ قانون برنامه، بر اجرای سامانه‌ی «خدمات جامع و همگانی سلامت» مبتنی بر مراقبت‌های اولیه‌ی سلامت، محوریت پزشک خانواده در نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات، خرید راهبردی خدمات، واگذاری امور تصدی‌گری با رعایت ماده‌ی ۱۳ قانون مدیریت خدمات کشوری و با تاکید بر پرداخت مبتنی بر عملکرد توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال اول برنامه و

وزیر محترم بهداشت و درمان در آغاز دوره‌ی وزارت با دو چالش عمده در حوزه‌ی دارو و درمان مواجه بود. در حوزه‌ی دارویی چالش چنان بود که حتی دغدغه‌ی مسوولین نظام را فراهم کرده بود که خوشبختانه با اتخاذ تدابیر صحیح، بخش زیادی از معضلات دارویی حل شد و آرامش و اطمینان خاطر به جامعه بازگشت. در حوزه‌ی درمان اما بحث عمیق‌تر بود و طی سنوات گذشته با وجود تاکید و تصریح در قوانین برنامه‌ی چهارم و پنجم توسعه و همین‌طور تاکید مقام معظم رهبری در سیاست‌های کلی ابلاغی، مبنی بر کاهش پرداخت از جیب مردم به ۳۰ درصد، شاهد افزایش آن به نزدیک ۶۰ درصد بودیم و فشار زیادی بر شهروندان و به‌خصوص اقشار آسیب‌پذیر جامعه وارد آمده بود. در حقیقت کم بودن سرانه‌ی درمان و سهم دو رقمی وزارت بهداشت و درمان از بودجه‌ی عمومی دولت از یک‌سو و از سوی دیگر افزایش قیمت حامل‌های انرژی به‌دنبال هدفمندسازی یارانه‌ها، منجر به افزایش قیمت دارو و تجهیزات پزشکی، افزایش هزینه‌های پرسنلی و به‌طور کلی افزایش قیمت حاملان انرژی، اثرات مستقیم و غیرمستقیم زیادی را به حوزه‌ی سلامت وارد کرد؛ افزایش درآمد‌های نجومی، طی سنوات اخیر به‌دنبال افزایش قیمت نفت، باعث افزایش هزینه‌ها شد و با کاهش درآمد نفتی با وجودی که هزینه‌ها به قوت خود باقی بود، عملاً کشور دچار «بیماری هلندی» شد. ۵۰۰ میلیون دلار هزینه‌های ارزی بخش بهداشت و درمان به بیش از سه میلیارد دلار رسید که رشد شش برابری داشت و با افزایش قیمت ارز به سه برابر عملاً هزینه‌های بخش ارزی بهداشت و درمان ۱۸ برابر شد. در طول سال‌های گذشته ۱۰۰۰ تومان با صرف مبلغ ۵۰۰ میلیارد تومان تامین می‌شد در حالی که با شرایط جدید که نیاز به ۹۰۰۰ میلیارد تومان بود، همان ۵۰۰ میلیارد تومان توسط دولت تخصیص داده شد و مابقی یعنی ۸۵۰۰ میلیارد تومان به مردم منتقل شد. در واقع با افزایش هزینه و قیمت دارو و تجهیزات و به‌دلیل کمبود منابع بیمه‌ای

برنامه‌ی تحول نظام سلامت که از ۱۵ اردیبهشت با اعلام وزیر بهداشت در رسانه‌ی ملی کلید خورد و قرار است اجرای آن تا پایان دولت یازدهم در سطح کشور تکمیل شود، در آغاز شامل ۸ برنامه‌ی ملی در بخش درمان بود:

۱. برنامه‌ی کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان‌ها
۲. برنامه‌ی حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم
۳. برنامه‌ی حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان‌ها
۴. ارتقای کیفیت خدمات ویزیت در بیمارستان‌ها
۵. برنامه‌ی ارتقای کیفیت هتلینگ در بیمارستان‌ها
۶. دستورالعمل برنامه‌ی حفاظت مالی از بیماران صعب‌العلاج، خاص و نیازمند
۷. برنامه‌ی ترویج زایمان طبیعی
۸. نظارت بر حسن اجرای برنامه‌های تحول سلامت.

سپس در واپسین آخر هفته‌ی بهار ۹۳ با فراخوان فوق‌العاده‌ی روسا و معاونان بهداشت و توسعه‌ی دانشگاه‌ها، اجرای بسته‌ی بهداشتی آن نیز آغاز شد که شامل ۴ برنامه‌ی اصلی است:

۱. برنامه‌ی ارایی خدمات سلامت به روستاییان، شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر و عشایر (منطبق با شبکه‌ی جامع و همگانی سلامت شهرستان)
۲. برنامه‌ی ارایی خدمات سلامت به حاشیه‌نشینان شهرها (منطبق با شبکه‌ی جامع و همگانی سلامت شهرستان)

۳. برنامه‌ی استقرار شبکه‌ی جامع و همگانی سلامت شهرستان دو استان فارس و مازندران و شهرستان‌های جدید (حداقل یک شهرستان از هر استان)

۴. برنامه‌ی ارایی خدمات سلامت در کلان‌شهرهای کشور

علاوه بر این، دو برنامه‌ی تکمیلی بهداشتی نیز علاوه بر اجرای مستقل در سطح ملی، در ۴ برنامه‌ی فوق ادغام خواهد شد:

۵. برنامه‌ی تقویت و نهادینه‌سازی همکاری‌های بین‌بخشی از طریق شورای عالی سلامت و امنیت غذایی برای وضع سیاست‌های عمومی سلامت‌محور و توسعه‌ی محیط‌های سالم با اولویت کاهش مصرف نمک، استفاده از روغن غیراشباع، تحرک فیزیکی، سیاست‌ها و محیط‌های ممانعت‌کننده از مصرف سیگار و قلیان، عوامل خطر مسبب تصادفات و حوادث، آسیب‌های اجتماعی (از جمله طلاق، اعتیاد و خشونت خانگی، ترک تحصیل، کاهش جرایم)، آب سالم، فاضلاب بهداشتی، مدیریت زباله‌ها، امنیت غذایی (شامل تضمین برای تامین پایدار غذا، ایمنی غذایی و تغذیه‌ی سالم) و سلامت جنسی.
۶. برنامه‌ی ارتقای سواد سلامت مردم از طریق مشارکت مردم و خودمراقبتی. بخشی از اطلاعات مربوط به برنامه‌ی تحول نظام سلامت را می‌توانید در سایت اختصاصی آن (tahavol.behdasht.gov.ir) بیابید، اگرچه برای به‌دست آوردن اطلاعاتیها و دستورالعمل‌های آن، ناچارید به سایت دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور هم مراجعه کنید.

بیادداشت وزیر بهداشت:

این راه را با هم ادامه می‌دهیم

فرهنگ مشکل داریم؛ چون همه فکر می‌کنند بهداشت و درمان حوزه‌ی حاکمیتی است و این فکر دولتی را به‌سادگی نمی‌توان تغییر داد. به‌خصوص در حوزه‌ی بهداشت که این تغییر نگرش بسیار سخت‌تر است. البته برای ایجاد فرهنگ نوین در حوزه‌ی بهداشت و درمان هم فکر کرده و برنامه داریم، امسال کار واگذاری ۲۰ درصد از مراکز درمانی به هیات امنای بیمارستان‌ها را آغاز خواهیم کرد؛ صد البته با رعایت تعرفه‌ها و نظارت کامل. نکته‌ی مهم آن‌که ما این راه را آغاز کرده‌ایم؛ با همه‌ی نقاط ضعف و قوت، تمام حمایت‌ها و نارضایتی‌ها، دلگیر شدن‌ها و خشنودی‌ها و... و از این راه برنخواهیم گشت؛ پس همه باید با صبر و درایت هر آنچه می‌توانیم انجام دهیم تا ادامه‌ی راه آسان‌تر طی شود. به‌یقین اجرای طرحی چنین بزرگ که در پهنه‌ی کشور گسترده شده، خالی از اشکال نیست؛ قطعاً نقاط ضعفی داریم که باید آن‌ها را شناسایی و برطرف کنیم. دیدگاه‌های شما همکاران را هم می‌بینم و دغدغه‌های تان را درک می‌کنم؛ اما از یاد نبریم که طرح‌هایی چنین عظیم به عزمی ملی نیاز دارد؛ به نگاهی فراجنبی، به توانی مضاعف و به عشقی خالصانه به مردم و میهن. این راه را با هم ادامه می‌دهیم...

سایت برنامه‌ی تحول نظام سلامت (tahavol.behdasht.gov.ir): دو ماه از آغاز طرح تحول نظام سلامت می‌گذرد. هر چند از منظر بیرونی آن‌چه روی داده، تحولی اساسی تلقی می‌شود اما این طرح خود شروع یک راه است؛ راه سخت و دشواری که پیمودنش علاوه بر عزم و تلاش و خستگی‌ناپذیری، همکاری جمعی را طلب می‌کند. طرح تحول نظام سلامت را باید مقدمه‌ای برای افزایش مشارکت مردم در مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی دانست و ایمان دارم تا این مشارکت شکل بگیرد، نمی‌توانیم شاهد تحولی بنیادین و ماندگار در نظام سلامت باشیم. باور کنیم که هنوز راهی طولانی در پیش داریم و امیدوارم که هیچ‌کدام از مردم و فعالان عرصه سیاست‌گذاری سلامت تصور نکنند با این اقدامات اولیه، مشکلات بهداشت و درمان مردم حل شده است. واقعیت این است که بسیاری از مشکلات هنوز پا بر جاست. خیلی از این مشکلات هم فقط با پول حل نمی‌شود. برای رسیدن به هدف «تحول بنیادین و ماندگار در نظام سلامت» باید تفکر، فرهنگ و ساختار را تغییر دهیم. ما حتی داخل سازمان وزارت بهداشت هم برای ایجاد این



دکتر حسن قاضی‌زاده‌هاشمی
وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

شجاعت در ابهام زدایی



دکتر مهران قسمتی زاده

رئیس شورای هماهنگی انجمن‌های پزشکان عمومی ایران

Email: mg2251343@gmail.com

تحول نظام سلامت به‌گونه‌ای که خدمات سلامت به‌صورتی کارآمد و عادلانه در اختیار مردم قرار گیرد، از آرزوهای دیرینه‌ی همه‌ی دلسوزان نظام سلامت کشور بوده و هست؛ اما شرط نخست تحقق آن مسلماً عزم جدی سیاستمداران، این تصمیم‌گیران اصلی انجام تحولات کلان کشور، در برآورده کردن این آرزوست؛ امری که به‌نظر می‌رسد در شرایط کنونی کشور بیش از همیشه جزم شده‌است و این یعنی فرصتی طلایی برای همه‌ی کسانی که طی سال‌ها این آرزو را در سر پرورانده‌اند.

ابلاغ سیاست‌های کلی نظام سلامت از سوی مقام رهبری و پشتیبانی رئیس‌جمهور از تحول نظام سلامت خود نشان‌دهنده‌ی جدی شدن این عزم جدی سیاسی دارد. اما برای برآورده شدن این آرزوی دیرینه فقط این عزم کافی نیست؛ باید در کنار این تصمیم مسوولان رده بالای نظام، متولیان اصلی نظام سلامت کشور، یعنی وزیر بهداشت و همکارانش در ستاد وزارتخانه‌ای که مسوولیت آن را برعهده دارند، با بهره‌گیری از تمام توان خود و نیروهایی که نظام سلامت به‌طور بالقوه در اختیار آنان قرار می‌دهد، نقشی راه‌تحقق این عزم سیاسی را ترسیم کنند. شاید مهم‌ترین اقدام برای ترسیم این نقشه، سیاست‌گذاری واضح و خارج از ابهام وزارت بهداشت، به‌عنوان متولی اصلی سلامت کشور، باشد.

مهم‌ترین نکات بیان شده از سوی دکتر هاشمی در این مصاحبه را می‌توان به‌شرح زیر خلاصه کرد:

۱. مشکل سلامت مردم یکی از دغدغه‌های اصلی دولت و شخص رئیس‌جمهور است.
۲. دولت می‌خواهد دسترسی مردم به خدمات باکیفیت و ارزان بیشتر شود.
۳. تامین هزینه و اعتبار سلامت، با توجه به ماهیت این خدمات، بیش از توان دولت و نیازمند کمک بخش خصوصی است.
۴. سلامت و تامین آن امری دولتی نیست و باید این نگرش غلط تغییر کند.
۵. راه‌برونرفت از شرایط کنونی ورود بخش خصوصی در قالب شرکت‌های بزرگ عرضه‌ی خدمات سلامت است.
۶. عرضه‌ی خدمات باید برعهده‌ی بخش خصوصی، و سیاست‌گذاری و نظارت برعهده‌ی دولت باشد.

رایگان همان دولتی نیست

اگر بخواهیم در مورد روش عرضه‌ی خدمات ابهام‌زدایی کنیم، باید پیش از تصمیم‌گیری به دو اصطلاح در نظام سلامت توجه کنیم:

خدمات خالص عمومی:

خدمات سلامت دارای دو ویژگی ذاتی و یک ویژگی تبعی هستند: اول این‌که «اشتراک‌پذیر»ند یعنی مصرف‌کننده‌ی یک نفر از خدمات ابهام‌زدایی مصرف‌کننده‌ی دیگر را نیز برمی‌آورد. اما سبب افزایش هزینه نمی‌شود؛ از سوی دیگر، «استثنای پذیر» هستند یعنی وقتی عرضه شدند نمی‌توان بخشی از جامعه را از استفاده از آن منع کرد (بهترین مثال در این مورد خدمات مربوط به بهداشت محیط است)؛ این دو ویژگی ذاتی سبب آشکار شدن ویژگی تبعی سوم می‌شود: این‌که مردم حاضر نیستند در مورد آن پولی بپردازند و معتقدند این خدمات باید رایگان در اختیارشان قرار گیرد.

بسته‌ی پایه‌ی سلامت:

افزون بر خدمات عمومی خالص، خدمات دیگری نیز وجود دارد که برای هر کشور و در هر بازه‌ی زمانی باید اختصاصی تعریف شود. این‌ها خدماتی‌اند که با توجه به وضعیت اقتصادی کشور، معیارها و استانداردهای اعلام شده از

سوی سازمان‌های بین‌المللی فعال در تامین سلامت بشر در آن مقطع زمانی، میزان بار بیماری در کشور و... تعریف می‌شوند و دولت‌هایی که خود را در زمینه‌ی تامین حداقل‌های سلامت برای آحاد مردم کشور مسوول می‌دانند سعی می‌کنند آن‌ها را برای اکثریت اعضای جامعه، بدون این‌که استفاده از آن‌ها سبب لطمه به امنیت اقتصادی خانواده‌ی ایشان شود، تامین کنند. این خدمات به‌همراه خدمات بهداشت عمومی خالص همان‌هایی هستند که به آن‌ها «بسته‌ی پایه سلامت» می‌گویند؛ امری که در ایران تا کنون فقط روی کاغذ به آن توجه شده است.

مسلم است که خدمات پایه‌ی نظام سلامت باید در مواردی رایگان و در مواردی با قیمت ارزان در اختیار مردم قرار گیرد که خود این سبب گسترش رفاه و عدالت در جامعه خواهد شد. این امر هم برای بخش کم‌برخوردار جامعه و هم برای متمولین رفاه و امنیت به‌همراه خواهد آورد چون برخورداران اقشار کم‌درآمد از خدمات رفاهی از میزان نارضایتی و جرایمی که ریشه در بی‌عدالتی، فقر و نبود رفاه و امنیت اقتصادی این بخش از جامعه دارد می‌کاهد و امنیت اجتماعی بیشتری برای کل جامعه، از جمله متمولین، به همراه می‌آورد. اما آیا رایگان یا ارزان عرضه کردن

خدمات سلامت به‌معنی الزامی بودن عرضه‌ی آن به‌دست دولت و نهادهای دولتی است؟ آیا نمی‌توان با تعیین قیمت واقعی برای این خدمات، عرضه‌ی آن را به بخش خصوصی سپرد و از آن خرید خدمت کرد؟

شیوه‌ی واگذاری خدمات

اما این خدمات را چگونه باید به مردم رساند؟
عرضه‌ی کاملاً دولتی: عرضه‌ی دولتی خدمات برای متولیان نظام سلامت روی کاغذ این جذابیت را دارد که چون تمام سرنخ‌های هدایت نظام سلامت را در اختیارشان قرار می‌دهد، امکان عملی شدن طرح‌ها و رسیدن به اهداف از پیش تعریف شده مقدور می‌شود اما متأسفانه تجربه‌ی کشور ما و بسیاری از کشورهای در حال توسعه‌ی دیگر این امر را تایید نمی‌کند، چون در بخش دولتی بوروکراسی حاکم بر مناسبات، بی‌انگیزگی یا کم‌انگیزگی عرضه‌کنندگان خدمات و نیز امکان بیشتر بروز فساد یا سوءاستفاده از موقعیت‌های پدید آمده برای برخی افراد شاغل، از میزان کارایی سیستم می‌کاهد و در نتیجه مردم را از امکان برخوردار شدن از این خدمات ناامید می‌سازد.

عرضه‌ی دولتی و خصوصی توسط گروه‌های مشترک: به تجربه ثابت شده است که در نظام سلامت کشور عرضه‌ی خدمات (البته به استثنای خدمات خالص عمومی) به‌شکل کنونی یعنی عرضه‌ی غیرانتخابی هم در بخش خصوصی و هم در بخش دولتی، روش مناسبی نیست؛ چون با توجه به این‌که خدمات در هر دو بخش دولتی و خصوصی توسط گروه‌های مشترک انجام می‌شود، شرایط برای شیفت بیماران از بخش دولتی به بخش خصوصی فراهم می‌گردد. این یعنی رشد فساد و نبود صداقت با مصرف‌کننده که با طولانی کردن صف انتظار بیماران یا ناکارا نشان دادن تجهیزات بخش دولتی اعمال می‌شود. این وضعیت سبب هز رفتن امکانات بخش دولتی از یک‌سو و رشد اثر القایی بخش خصوصی در تحمیل هزینه‌ی خدمات گران‌قیمت به مردم از دیگر سو می‌شود.

عرضه‌ی دولتی و خصوصی توسط گروه‌های جداگانه: عرضه‌ی بسته‌های خدمات سلامت در کنار هم به‌وسیله‌ی دو گروه جداگانه‌ی دولتی و خصوصی نیز از آنجایی که بخش دولتی برخوردار از تمام امکانات

پیش‌ساخته‌ی دولتی است و همچنین پشتیبانی تبلیغاتی دولت را نیز در اختیار دارد، امکان رقابت را از بخش خصوصی می‌گیرد و عملاً به ورشکستگی بخش خصوصی منجر می‌شود مگر این‌که بخش خصوصی برای بقای خود به اقدامات غیراخلاقی چون کم‌فروشی یا تبلیغات غیرواقعی با استفاده از فاصله‌ی اطلاعاتی بزرگ بین استفاده‌کنندگان و عرضه‌کنندگان خدمات متوسل شود.

حال با توجه به ملاحظات بالا به‌نظر می‌رسد اولین اقدام در پی‌ریزی تحول در نظام سلامت و همچنین اولین جزء از گام اول در این راه شاید تصمیم‌گیری شجاعانه در مورد واگذاری عرضه‌ی خدمات سلامت به بخش خصوصی یا دولتی باشد.

۲. ابهام در سطح‌بندی خدمات

از زمانی که در برنامه‌ی بودجه‌ی سال ۸۳ و دستورالعمل بیمه‌ی روستاییان و عشایر، استقرار پزشک خانواده در نظام سلامت به‌عنوان راهبرد اساسی در سامان دادن عرضه‌ی خدمات سلامت کشور برگزیده شد، حدود ۱۰ سال می‌گذرد. در آن زمان این امر تأکید مجدد قانون‌گذار بر سطح‌بندی در نظام سلامت بود؛ تأکید مجدد بر آن‌چه در قانون بیمه‌ی خدمات درمانی پیش از این بدان اشاره شده بود. در این برنامه پزشک خانواده مسوولیت سطح اول عرضه‌ی خدمات سلامت را برعهده داشت.

از آن سال تاکنون تقریباً در تمام اسناد برنامه‌ریزی کشور از جمله برنامه‌های بودجه‌ی جاری کشور و همچنین برنامه‌ی پنج‌ساله‌ی پنجم این روش از عرضه‌ی خدمات به‌عنوان ستون اصلی نظام سلامت مطرح شده است. در ابتدای امسال نیز در ماده‌ی ۵ سیاست‌های کلی نظام سلامت که از سوی رهبری انقلاب اعلام شد، به‌صراحت تأکید شد که خدمات سلامت به‌منظور ساماندهی تقاضا و ممانعت از تقاضای القایی صرفاً باید براساس نظام سطح‌بندی انجام شود. اما برخلاف این روند، چند روز پس از انتشار سند سیاست‌های کلی سلامت کشور، وزارت بهداشت اولین بسته‌های تحول نظام سلامت را منتشر کرد که در آن به‌صراحت تأکید شد که سیستم ارجاع فقط در دو استان فارس و مازندران مبنای عرضه‌ی خدمات خواهد بود و در بقیه‌ی نظام سلامت و سایر مناطق کشور مردم به‌منظور دسترسی به خدمات پزشکان متخصص می‌توانند مستقیماً به

ارایه‌ی همزمان دو برنامه‌ی درمانی و بهداشتی این‌گونه به اذهان القا می‌کند که دو جزیره‌ی مجزا در وزارت بهداشت وجود دارد که هر یک جداگانه برای نواحی تحت حاکمیت خود برنامه‌ای مستقل انتخاب کرده‌اند

بیمارستان‌های دولتی مراجعه کنند.

ارزان‌فروشی خدمات تخصصی

البته تأکید شدید این برنامه بر دسترسی آسان و ارزان مردم به خدمات تخصصی نشان از دغدغه و نیت خیر مسوولان نظام سلامت در دسترسی عادلانه‌ی مردم به خدمات باکیفیت دارد؛ خدماتی که برخورداری از آن‌ها با «پرداخت از جیب» بسیار کمتر از پیش همراه خواهد بود و این تأکیدی دوباره بر نیت مسوولان بر تأمین بیشتر رفاه برای مردم است. اما به نظر می‌رسد در راه تحقق این نیت چند نکته مورد غفلت قرار گرفته است:

۱. دسترسی آسان و ارزان مردم به خدمات تخصصی که برای ورود به آن دروازه‌بان در نظر گرفته نشده است، با توجه به ذات سلامت که منجر به افزایش روزافزون تقاضا (در مواقعی حتی غیرلازم) می‌شود، سبب می‌شود که هر روز به تعداد مراجعان به مراکز درمانی (درمانگاه‌ها و بیمارستان‌های دولتی) افزوده شود تا جایی که از میزان توان پاسخگویی این مراکز فراتر رود. آن هنگام است که صف‌های طولانی تشکیل و دوباره زمینه‌ی نارضایتی مردم فراهم شود.

۲. تشکیل صف‌های طولانی، با شناختی که از سیستم دولتی داریم، سبب می‌شود کسانی که نفوذ بیشتری در سیستم درمانی دارند راحت‌تر به این خدمات دسترسی داشته باشند و چون میزان نفوذ متمولین همیشه بیش از اقشار کم‌درآمد است، دوباره این سیستم منجر به توزیع ناعادلانه‌ی خدمات است.

۳. اما این تمام ماجرا نیست. جنبه‌ی دیگر برنامه تحول کنونی ارایه‌ی بسته‌های بعدی نظام سلامت است که به «بسته‌های بهداشتی» معروف شده‌اند. در این موارد سیستم عرضه‌ی خدمات به‌گونه‌ی دیگر و کاملاً متضاد تخصصی در بسته‌های نخست طراحی شده است. در این بسته‌ها باز هم وزارت بهداشت چون گذشته بر سطح‌بندی خدمات تأکید کرده و هم ویرایش ۱۵ از برنامه‌ی پزشک خانوادگی روستایی، هم برنامه‌ای که به ۳۱۳۱ معروف

بین کارکنانی که کنترل صف مراجعان را برعهده دارند دامن خواهد زد.

۳. دسترسی آسان به خدمات تخصصی در برنامه‌ی تحول کنونی به‌معنی آن است که مردم به تشخیص خود به متخصصان مراجعه کنند و چون در این مورد اطلاعات کافی ندارند، باز هم به سرگردانی آن‌ها در سیستم منجر خواهد شد. از سوی دیگر، مراجعات غیرضروری به متخصصین در مواردی که سطح اول کاملاً قادر به پاسخگویی آن‌هاست، به هز رفتن وقت و منابع انسانی نظام سلامت منجر خواهد شد. ۴. افزایش درآمد متخصصان شاغل در بخش خصوصی از مراجعه مستقیم مردم سبب افزایش القای درمان‌های نابجا خواهد شد و به این شکل بر میزان هزینه‌های دولت در مورد سلامت افزوده خواهد شد.

۵. همان‌گونه که در بالا اشاره شد، دسترسی ارزان به خدمات دولتی سبب کاهش مراجعه به سطح یک خواهد شد و با توجه به فرهنگ تخصص‌گرایی در مردم کشور ما، این بخش راز چرخه‌ی عرضه‌ی خدمات سلامت خارج و در عمل کشور را از استفاده از بخش عظیمی از نیروی انسانی تربیت شده در نظام آموزش پزشکی کشور محروم خواهد ساخت.

۶. و در نهایت، ناتوانی سیستم در مقابل درخواست‌های افزایش یابنده‌ی مردم از نظام سلامت و تشکیل صف‌های طولانی منجر به مراجعه‌ی مردم به بخش خصوصی‌ای خواهد شد که برای تأمین منافع و حفظ خود مجبور است خدمات خود را گران‌تر در اختیار مردم قرار دهد؛ خدماتی که به دلیل گرانی، بیمه‌های درمانی طبیعتاً آن را پوشش نخواهند داد.

سطح‌بندی خدمات در بسته‌های بهداشتی

اما این تمام ماجرا نیست. جنبه‌ی دیگر برنامه تحول کنونی ارایه‌ی بسته‌های بعدی نظام سلامت است که به «بسته‌های بهداشتی» معروف شده‌اند. در این موارد سیستم عرضه‌ی خدمات به‌گونه‌ی دیگر و کاملاً متضاد تخصصی در بسته‌های نخست طراحی شده است. در این بسته‌ها باز هم وزارت بهداشت چون گذشته بر سطح‌بندی خدمات تأکید کرده و هم ویرایش ۱۵ از برنامه‌ی پزشک خانوادگی روستایی، هم برنامه‌ای که به ۳۱۳۱ معروف

است (۳۱ شهرستان از ۳۱ استان) و هم برنامه‌ی جامع تحول نظام سلامت در بخش بهداشت بر پایه‌ی استقرار پزشک خانواده و سطح‌بندی خدمات قرار گرفته است.

حالا اگر تمام موارد بالا را در کنار هم قرار دهیم، متوجه ابهام در رویه‌ی وزارت بهداشت در مورد پدیده‌ی سطح‌بندی خدمات خواهیم شد. این جاست که باید پرسید بالاخره رویه‌ی غالب چیست؟ ارایه‌ی همزمان این دو برنامه این‌گونه به اذهان القا می‌کند که دو جزیره‌ی مجزا در وزارت بهداشت وجود دارد که هر یک جداگانه برای نواحی تحت حاکمیت خود برنامه‌ای مستقل انتخاب کرده‌اند.

وزارت بهداشت باید در همین ابتدای کار در این مورد ابهام‌زدایی کند تا هم تکلیف خود را روشن سازد و هم از بلا تکلیفی مردم و عرضه‌کنندگان خدمات پیشگیری کند. گرچه اگر این امر رخ ندهد، باز مردم و عرضه‌کنندگان خدمات راه خود را خواهند رفت و چون گذشته متولیان نظام سلامت فرصت برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری هدمند در نظام سلامت را از دست خواهند داد. آن‌گاه فقط افسوس‌های باقی خواهد ماند بر اتلاف این همه منابعی که دولت مردان برای اصلاح نظام سلامت در اختیار متولیان این بخش قرار داده‌اند.

۳. ابهام در بسته‌ی خدمات

شاید ملموس‌ترین وجه یک برنامه‌ی تحول در نظام سلامت بسته‌ی خدماتی است که قرار است در پی آن تحول به مردم ارایه شود. این بدان معنی است که نظام ارایه‌کننده‌ی خدمات از میان انبوه خدماتی که در نظام سلامت عرضه می‌شود، خدماتی را انتخاب و تعهد می‌کند که در اختیار مردم قرار دهد. مسلماً در نظام سلامت کشور ما که از سطحی مطلوب برخوردار نیست، این خدمات همان «خدمات پایه» خواهد بود. اما برای این‌که این تعهدات جامه‌ی عمل بپوشد و فقط روی کاغذ باقی نماند، باید در انتخاب این خدمات نکاتی را رعایت کرد:

۱. نخست این‌که خدمات به‌گونه‌ای انتخاب شود که پس از بررسی وضعیت موجود سلامت کشور، بیشترین مشکلات و بیماری‌های تهدیدکننده‌ی سلامت مردم را پوشش دهد. ۲. این انتخاب باید با توجه به توان و امکانات نظام سلامت و

عرضه‌کنندگان خدمات انجام شود. ۳. انتخاب باید به‌گونه‌ای باشد که اثر هم‌افزایی داشته باشد و حاصل عرضه‌ی خدمات در کنار هم اثری بیش از حاصل جمع جداگانه آن‌ها باشد.

۴. به دلیل این‌که عرضه‌ی خدمات به‌منظور کاهش بار مالی نظام سلامت به صورت بسته صورت می‌گیرد، باید وزن خدمات پیشگیرانه بیش از خدمات درمانی باشد. ۵. به دلیل طبیعت هزینه‌بر خدمات سطوح دو و سه، باید تلاش شود که تا حد امکان بیماری‌ها در سطح یک و به‌طور سرپایی درمان شود تا از مداخلات مستقیم کنشگران سطوح بالاتر کاسته شود و ایشان بیشتر نقش هدایتگر، آموزش‌دهنده و ناظر بر خدمات سطح یک را برعهده گیرند.

۶. بزرگ‌ترین اشتباه در تهیه‌ی بسته‌ی خدمات این است که انتخابی انجام نشود و دولت عرضه‌ی تمام خدمات را تقبل کند. این بدان معنی نیست که همه‌ی خدمات سلامت در کشور عرضه نمی‌شود، بلکه بدین معنی است که دولت، با توجه به امکانات بیشتری برخوردار است. باید یک سنجش دقیق علمی با استفاده از ابزارهای میدانی درباره‌ی منابع مورد لزوم این طرح انجام شود تا مشخص شود به چه میزان اعتبارات

نیاز دارد. مدیریت و اجرا را چطور می‌بینید؟ اجرای طرح، بخشی اعتباری و بخشی مدیریتی است و برای این‌که چنین طرح‌های کالانی با توفیق همراه باشد، نیازمند بالندگی مدیریتی هستیم زیرا با مدیریت سنتی این کار با چالش‌های زیادی روبه‌رو خواهد شد. بنابراین همزمان باید بسته‌های اصلاح مدیریتی هم در دستور کار قرار بگیرد. در این راستا ظرفیت هیات امنای بیمارستانی و دانشگاهی می‌تواند ظرفیت شفاف و سیالی باشد تا این بالندگی مدیریتی از مسیرهای غیربروکرانیک در بسته‌ها شکل بگیرد. تا به مدیریت‌های چابک و علمی برسیم.

البته شما بهتر می‌دانید که در اجرای طرح‌های مشابه، بسیاری افراد در مدیریت جامعه‌ی پزشکی ناآگاهی و ناتوانی و خود را نشان داده‌اند... بخش عمده‌ای از اجرای این طرح به‌عهده‌ی جامعه‌ی پزشکی است، بنابراین لازم است اطمینان خاطر پزشکان فراهم شود تا این جامعه مانند سال‌های اخیر با نگاه مبنی بر بیم و نگرانی به طرح‌های کلان سلامت نگاه نکند. کلید پیروزی طرح تحول ایجاد اعتماد در جامعه‌ی پزشکی از طریق تضمین امنیت شغلی پایدار و کرامت پزشکان است. ولی برای پزشک و سایر همکاران گروه پزشکی در مناطق محروم شاید نیاز به توجهات بیشتری باشد... درست می‌فرمایید. این موضوع به‌خصوص در مناطق محروم که نگهداشت پزشکان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، خیلی اهمیت دارد. باید انگیزش‌های ویژه‌ای مانند تسهیلات با سود بسیار پایین، معافیت‌های مالیاتی یا تعرفه‌های ترجیحی فراهم آید. ولی مهم‌ترین چالش طرح‌های ملی در این سال‌ها هنوز پا بر جاست: مشارکت بخش خصوصی! انگار بخش دانشگاهی «کل نظام سلامت» شده است. بخش عمده‌ای از خدمات سرپایی و بخش قابل اعتنایی از خدمات بستری توسط سیستم خصوصی ارایه می‌شود و بدون آن، بسیاری از توفیقات نظام سلامت در سال‌های اخیر محقق نمی‌شده است. الان این نگرانی در اذهان وجود دارد که از جایگاه بخش خصوصی صیانت نشود. به‌خصوص در آغاز طرح اطمینان‌بخشی به بخش خصوصی و مراعات فضاهای رقابتی منطقی بین بخش‌های خصوصی و دولتی باید مد نظر قرار گیرد. آن‌گونه که از سخنان وزیر محترم بهداشت برمی‌آید این دغدغه مورد توجه بوده است و دولت تدبیر و امید هم بخش خصوصی را به‌عنوان فرصت نگاه می‌کند و نباید این



گفت‌وگو: دکتر افشین اسدی

عضو هیات مدیره‌ی انجمن پزشکان عمومی کرمان
Email: eshqabad@gmail.com

آقای دکتر با تشکر از همراهی شما، برنامه‌ی تحول نظام سلامت یک اتفاق مهم در زندگی جامعه‌ی پزشکی کشور قلمداد می‌شود. نگاه رییس این جامعه به آن مطلع چیست؟

من هم خوشحالم که انجمن پزشکان کشور به این پویایی رسیده که نسبت به مسایل اساسی نظام سلامت حساسیت به‌خروج می‌دهد. راهبرد اصلی برای استمرار طرح تحول نظام سلامت، استمرار اعتبارات مورد لزوم آن است. امسال از دو ظرفیت ارزش افزوده و هدفمندی پارانه‌ها در این تنظیم استفاده شد. این مدل در سال‌های بعد هم قابل تکرار خواهد بود اما اگر در قالب بودجه‌ای سنواتی باشد، از پایایی بیشتری برخوردار است. باید یک سنجش دقیق علمی با استفاده از ابزارهای میدانی درباره‌ی منابع مورد لزوم این طرح انجام شود تا مشخص شود به چه میزان اعتبارات

نیاز دارد. مدیریت و اجرا را چطور می‌بینید؟ اجرای طرح، بخشی اعتباری و بخشی مدیریتی است و برای این‌که چنین طرح‌های کالانی با توفیق همراه باشد، نیازمند بالندگی مدیریتی هستیم زیرا با مدیریت سنتی این کار با چالش‌های زیادی روبه‌رو خواهد شد. بنابراین همزمان باید بسته‌های اصلاح مدیریتی هم در دستور کار قرار بگیرد. در این راستا ظرفیت هیات امنای بیمارستانی و دانشگاهی می‌تواند ظرفیت شفاف و سیالی باشد تا این بالندگی مدیریتی از مسیرهای غیربروکرانیک در بسته‌ها شکل بگیرد. تا به مدیریت‌های چابک و علمی برسیم.

البته شما بهتر می‌دانید که در اجرای طرح‌های مشابه، بسیاری افراد در مدیریت جامعه‌ی پزشکی ناآگاهی و ناتوانی و خود را نشان داده‌اند... بخش عمده‌ای از اجرای این طرح به‌عهده‌ی جامعه‌ی پزشکی است، بنابراین لازم است اطمینان خاطر پزشکان فراهم شود تا این جامعه مانند سال‌های اخیر با نگاه مبنی بر بیم و نگرانی به طرح‌های کلان سلامت نگاه نکند. کلید پیروزی طرح تحول ایجاد اعتماد در جامعه‌ی پزشکی از طریق تضمین امنیت شغلی پایدار و کرامت پزشکان است. ولی برای پزشک و سایر همکاران گروه پزشکی در مناطق محروم شاید نیاز به توجهات بیشتری باشد... درست می‌فرمایید. این موضوع به‌خصوص در مناطق محروم که نگهداشت پزشکان از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، خیلی اهمیت دارد. باید انگیزش‌های ویژه‌ای مانند تسهیلات با سود بسیار پایین، معافیت‌های مالیاتی یا تعرفه‌های ترجیحی فراهم آید. ولی مهم‌ترین چالش طرح‌های ملی در این سال‌ها هنوز پا بر جاست: مشارکت بخش خصوصی! انگار بخش دانشگاهی «کل نظام سلامت» شده است. بخش عمده‌ای از خدمات سرپایی و بخش قابل اعتنایی از خدمات بستری توسط سیستم خصوصی ارایه می‌شود و بدون آن، بسیاری از توفیقات نظام سلامت در سال‌های اخیر محقق نمی‌شده است. الان این نگرانی در اذهان وجود دارد که از جایگاه بخش خصوصی صیانت نشود. به‌خصوص در آغاز طرح اطمینان‌بخشی به بخش خصوصی و مراعات فضاهای رقابتی منطقی بین بخش‌های خصوصی و دولتی باید مد نظر قرار گیرد. آن‌گونه که از سخنان وزیر محترم بهداشت برمی‌آید این دغدغه مورد توجه بوده است و دولت تدبیر و امید هم بخش خصوصی را به‌عنوان فرصت نگاه می‌کند و نباید این

دکتر علی‌رضا زالی، رییس کل سازمان نظام پزشکی:

کلید پیروزی طرح تحول، تضمین امنیت شغلی و کرامت پزشکان است



نگاه ارزشمند دولت یازدهم با آسیب‌های بالقوه و بالفعل همراه شود؛ به‌ویژه این‌که در سال‌های اخیر هدفمند کردن پارانه‌ها و نوسانات ارزی آسیب‌های بزرگی به بخش خصوصی وارد کرده است.

ایا اجرای این طرح با انتظارات بخش خصوصی تناسبی دارد؟

در اجرای طرح توسعه تحول و سلامت بایستی به ملاحظات بخش خصوصی توجه شود. مثل هر طرح دیگر، دو شرط برای طرح‌های بزرگ لازم است: اول متانت و اجتناب از شتاب‌زدگی و دوم تحلیل منطقی غیربخشی از طرح در یک زمان مقتضی از زمان استقرار آن. این فرصت باید در اختیار صاحبان فرایند، نهادهای صنفی به‌ویژه نظام پزشکی و سایر نهادهای کنشگر عرصه سلامت با نگاه منطقی و مبتنی بر شواهد قرار گیرد تا تحلیل کارشناسی خود را در جهت کمک به طرح ارایه دهند.

در گذشته شاهد مقاومت غیرطبیعی در اصلاح طرح‌های فراگیر نظام سلامت بوده‌ایم. طبیعتاً انتظار می‌رود در این دولت با عقلانیت بیشتری مواجه باشیم. شما نشانه‌ی مثبتی در این خصوص می‌بینید؟

به نظر می‌رسد در فازهای بعدی باید تعامل بیشتری با مجموعه نهادهای صنفی صورت بگیرد. ما هم به منافع ملی می‌اندیشیم و ساماندهی سلامت در کشور از راهبردهای سازمان نظام پزشکی است. همچنین ارتقای حقوق سلامت شهروندی و ارتقای حقوق بیماران از مسایلی است که در نظام پزشکی به‌عنوان وظایف اصلی قلمداد می‌شود. بنابراین فکر می‌کنم نظام پزشکی با تمام ابعاد کارشناسی و اجرایی خود که در ۲۱۲ شهرستان دارای گستره‌ی کشوری است، می‌تواند در پایش، ارزیابی، تحلیل، آسیب‌شناسی و ارایه‌ی پیشنهادهای دلسوزانه موثر باشد.

بی‌رو در بایستی، چقدر به این طرح خوشبین هستید و زمان تحلیل طرح کی می‌تواند باشد؟

فعالان رییس دولت به‌عنوان یک راهبردی نگاه متفاوت و عمیقی به سلامت دارد و وظیفه‌ی همه‌ی ما این است که نگاه سلامت‌محور را در دولت و کشور ترویج دهیم و از آن به‌مثابه یک فرصت استفاده کنیم و این می‌تواند حمایت دستگاه اجرایی کشور را به‌گونه‌ای شکل دهد که پایایی طرح را تضمین کند. در مورد تحلیل، چون در برخی از بسته‌ها طرح عملیاتی نشده است، شاید شروع فصل پاییز را بتوان به‌عنوان نقطه‌ی آغازین تحلیل طرح در نظر گرفت. این مساله اهمیت زیادی دارد چرا که آغاز بودجه‌ریزی سال آینده نیز هست و به‌ویژه می‌تواند به ثبات استقرار بودجه‌ی این طرح کمک می‌کند. اما باز هم جایگاهی متناسب شان پزشکان عمومی در نظام سلامت تعریف نشده است.

این‌که پزشکان عمومی جایگاه منطقی و رفیع و راستین در نظام ارایه‌ی خدمات سلامت کشور داشته باشند در ذیل راهبرد احیای طب عمومی کشور قرار دارد. اگر نتوانیم در زمینه‌ی ارتقای جایگاه پزشکان عمومی موفق شویم، پیش از آن‌که به منافع پزشکان عمومی آسیب زده باشیم، به منافع مردم و نظام سلامت آسیب وارد کرده‌ایم. خوشبختانه جلسات متعددی بین انجمن پزشکان عمومی، نظام پزشکی و وزارت بهداشت در حال انجام است که دارد نتیجه می‌دهد و به‌زودی خبرهایش منتشر می‌شود.

برنامه‌ی تحول ادعای حل همه‌ی مشکلات نظام سلامت را ندارد

گفت‌وگو: دکتر مسعود جوزی



✓ آقای دکتر، با توجه به این که شما مشاور وزیر و به نوعی نماینده انجمن پزشکان عمومی در وزارت بهداشت هستید، لطفاً در ابتدا نظر شخصی و کارشناسی خودتان را درباره‌ی برنامه‌ی تحول نظام سلامت بفرمایید.

برنامه‌ی تحول نظام سلامت که از ۱۵ اردیبهشت آغاز شد، فعلاً فقط چند بسته‌ی مربوط به حوزه درمان اجرا شده است و تا این مرحله هدف این بود که میزان پرداختی از جیب مردم (Out of pocket) کم شود. این میزان طبق برنامه‌ی توسعه‌ی پنجم باید به کمتر از ۳۰ درصد برسد، در حالی که در حال حاضر گفته می‌شود بین ۵۵ تا ۷۰ درصد است. طبق این برنامه، مردم در بیمارستان نباید بیش از ۱۰ درصد فرانشیز بپردازند و بیمارستان‌ها هم موظف‌اند تمام نیازهای دارویی و تجهیزات مورد نیاز بیماراران را خودشان تهیه کنند. خوشبختانه برنامه در این بخش بیش از ۹۰ درصد موفق بوده و ستادهای سیاست‌گذاری و اجرایی هم سعی می‌کنند موانع را از پیش رو بردارند. البته ادامه‌ی طرح منوط به همکاری و همراهی دانشگاه‌ها و بیمارستان‌ها و به‌ویژه پایداری منابع مالی آن است.

✓ به نظر شما اولاً وزارت بهداشت توان اجرای کامل طرح را دارد و ثانیاً منابع مالی آن تداوم خواهد داشت؟

توانمندی که هست و نظارت و ارزشیابی هم در برنامه وجود دارد؛ پایداری منابع هم وابسته به همکاری مجلس و دولت است.

✓ جهت‌گیری طرح به نظر شما خیلی دولتی و بی‌اعتنا به بخش خصوصی نیست؟

خب بسته‌های درمانی برنامه کلاً مربوط به بیمارستان‌های دانشگاهی و دولتی است و بخش خصوصی هم می‌تواند مثل سابق کار خودش را بکند. ✓ از طرف دیگر، اسناد بالادستی مثل سند چشم‌انداز ۲۰ ساله یا نظام جامع سلامت ابلاغ شده از سوی مقام رهبری همه‌جا تأکید بر سطح‌بندی خدمات درمانی دارد، در حالی که در برنامه‌ی تحول همه‌اش صحبت از سهولت دسترسی به خدمات تخصصی است.

برنامه‌ی تحول نظام سلامت بسته‌های مختلف دارد و این‌ها که می‌گویند فقط بسته‌های درمانی است. این طرح ادعایمی‌کند می‌خواهم کل مشکلات نظام سلامت را برطرف کنم، بلکه بیشتر به‌صورت اولویت، برای رفع مشکلات مردم در بیمارستان‌ها ارایه شده است. ✓ پس شما هم برای این طرح بیشتر نقش مسکن قایل‌اید؛ چون اگر منابع عظیم مالی آن به بیمه‌ها داده می‌شد تا تعرفه‌ها واقعی شود، شاید بخش خصوصی هم می‌توانست وارد رقابت شود و در درازمدت خدمات بهتری هم می‌داد.

باز هم می‌گویم همه‌ی مشکلات نظام سلامت با این برنامه حل نمی‌شود و باید برنامه‌های دیگر مثل سطح‌بندی خدمات، پزشک خانواده و... اجرا شود. این طرح در کوتاه‌مدت می‌خواهد به‌صورت اورژانسی و ضربتی بخشی

از مشکلات مردم در حوزه‌ی درمان را حل کند. سپردن کارها به بخش خصوصی، کاهش تصدی‌گری و نقش‌تولیت، سیاست‌گذاری و نظارتی وزارت بهداشت باید طبق سیاست‌های کلان کشوری و ابلاغیه‌ی مقام معظم رهبری اجرا شود.

✓ از بسته‌های بهداشتی چه خبر؟ در آن‌جا تا چه حد سطح‌بندی و پزشک خانواده رعایت شده است؟

بسته‌های حوزه‌ی درمان تا اندازه‌ای پاسخگوی نیازهای سطح دو سه خدمات سلامت است. در سطح یک همین حالا هم ۲۳ میلیون نفر از روستاییان و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر زیر پوشش طرح پزشک خانواده و بیمه‌ی روستایی هستند که امسال هم سرانه‌اش از ۲۱ هزار تومان به حدود ۹۵ هزار تومان افزایش یافته و نسخه‌ی ۱۵ دستورالعمل اجرایی آن هم ابلاغ شده است. دریافتی پزشکان عمومی هم از ۵/۵ تا ۱۳-۱۲ میلیون تومان در ماه در مراکز بهداشتی-درمانی روستایی تعیین شده است و بیمه‌ها هم این را قبول دارند و تفاهم‌نامه هم امضا کرده‌اند. همین روستاییان هم اگر در سیستم ارجاع به بیمارستان‌ها بیایند فقط ۵ درصد فرانشیز پرداخت می‌کنند. از طرف دیگر، حدود ۸/۵ میلیون نفر در حاشیه‌ی کلان‌شهرها و شهرهای بزرگ زندگی می‌کنند که در حال برنامه‌ریزی است تا از طریق خرید خدمت از بخش خصوصی و برون‌سپاری از خدمات بهداشتی و درمانی برخوردار شوند. در نظر است بعد از آن هم امسال در شهرهای بزرگ به‌صورت پایلوت برنامه‌هایی اجرا شود که متعاقباً اعلان خواهد شد.

✓ پزشک خانواده‌ی شهری در استان‌های فارس و مازندران چه خواهد شد؟

بودجه‌ی پزشک خانواده‌ی شهری در این دو استان تأمین شده و این دو استان به‌عنوان الگویی برای کل کشور رصد می‌شوند تا از تجارب و پیشرفت‌های برنامه استفاده شود. علاوه بر آن، این طرح در یک شهرستان از هر استان هم به‌صورت برنامه‌ی استقرار شبکه‌ی جامع و همگانی سلامت احتمالاً اجرا می‌شود. بدین صورت، اگر همه‌ی این برنامه‌ها به‌همدیگر متصل شوند، مثل اجزای یک پازل به استقرار شبکه‌ی جامع و همگانی سلامت و سطح‌بندی خدمات منجر خواهد شد.

✓ بهتر نبود به‌جای این همه کارهای جداگانه و فوری، زمان گذاشته می‌شد و با بهره‌گیری از توان کارشناسی انجمن‌ها و نظام پزشکی، یک طرح جامع برای نظام سلامت نوشته می‌شد؟

عجولانه که نیست. بالاخره بعد از ۸-۷ ماه از روی کار آمدن دولت یازدهم این بسته‌ها شروع شد. هنوز هم ادامه دارد و تمام نشده است؛ می‌شود نقدش کرد و نیز پیشنهاد داد. هم دولت و هم مقام وزارت از نظر انجمن‌های علمی، نخبگان و دست‌اندرکاران نظام سلامت و سایر بخش‌ها استقبال می‌کنند. البته در تدوین بسته‌ها هم از نظر کارشناسی و مشورتی صاحب‌نظران استفاده شده است.

چه کسی از وضع فعلی سود می‌برد؟

تا نگردهی آشنا زمین پرده رمزی نشنوی گوش نامحرم نباشد جای پیغام سروش!

نظام سلامت سامانه‌ای است که برای پاسخگویی به نیازهای سلامت در جامعه شکل می‌گیرد. دولت‌ها برحسب ماهیت، خاستگاه و سیاست‌های حاکم بر آن‌ها در شکل‌گیری این سامانه نقش تعیین‌کننده دارند و نظام سلامت شامل تمام سازمان‌ها و منابعی است که به‌نوعی به عرضه‌ی اقدامات سلامت می‌پردازند. «اقدامات سلامت عبارت است از هر گونه تلاشی که خواه در مراقبت سلامت فردی، خدمات سلامت عمومی یا از طریق برنامه‌های بین بخشی انجام می‌گیرد و هدف اصلی آن ارتقای سلامت است.»^۱ سعادت و بهروزی مردم قاعداً تا مهم‌ترین آمال و آرزوی هر کسی است که با قصد تخفیف دردهای بشری، راه سخت کسب دانش را بر خود هموار کرده است. سعادت مردم ایران و توسعه‌ی پایدار، الزاماً به‌دست انسان‌های سالم محقق خواهد شد. این حقیقت در قانون اساسی جمهوری اسلامی نیز در اصول ۲۹، ۴۳ و مورد تأکید قرار گرفته است. مختصات کلی و خصوصیات عمده‌ی نظام سلامت در حال حاضر در میهن ما چیست و چه باید باشد؟ در حال حاضر پاسخ به سوال فوق، مسأله‌ی اساسی فرآوری کلیه‌ی فعالان حوزه‌ی سلامت است.

نظام سلامت فعلی، یعنی سامانه‌ی موجود، بر کدام مناسبات اقتصادی-اجتماعی استوار است؟

در سال‌های اخیر، به‌خصوص طی سال‌های ۹۱ و ۹۲ بحث «پزشک خانواده» موضوع روز بسیاری از تحقیقات و تیتیر بسیاری از مقالات بوده و موافقان و مخالفان، آثار فراوانی در این باره به رشته‌ی تحریر درآورده‌اند. از اولین سال‌های دهه‌ی ۸۰ خورشیدی، موضوع پزشک خانواده به‌عنوان طرحی برای برون‌رفت از شرایط حاضر از سوی مقامات دولتی مطرح شد. طی این سال‌ها برای تبیین و اجرای طرح پزشک خانواده در شهر و روستا، تلاش‌های زیادی صورت گرفت و هرگز نیز جمع‌بندی کامل و شفافی از دستاوردها و شکست‌ها یا معضلات این اقدامات در سطح عمومی منتشر نشد. از سال ۱۳۹۰ نیز بحث

این موضوع را تأیید کرده که سهم بخش دولتی در هزینه‌کرد سلامت کاهش و سهم بخش خصوصی که ۹۵ درصد آن را پرداخت از جیب خانوار تشکیل می‌دهد، افزایش یافته است.^۲

ضمن این که پس از سال‌های سال، از مقایسه‌ی رشد Gross Domestic Product (GDP) و هزینه‌های بهداشت و درمان می‌توان به این نتیجه رسید که رشد هزینه‌ها در بخش بهداشت و درمان و تولید ناخالص ملی با هم مطابقت ندارد و مشخص نیست که معیار افزایش یا کاهش هزینه‌ها در بخش سلامت چیست.^۳ بازتاب عملی این روندهای پایه‌ای، رواج تظاهرات فرهنگی خاص مانند رقابت در انباشت ثروت، مصرف‌زدگی و از خود بیگانگی در بین برخی شاغلین حرف پزشکی بوده است.

مسأله‌ی مطرح شده این است که در جامعه‌ای که رکود تورمی در اقتصاد آن حاکم است، به‌جای تولید در عرصه‌های کشاورزی، صنعتی، علمی و... واسطه‌گری و دلالی روند مسلط در اقتصاد است و در شرایطی که سود بانکی سپرده‌های مالی و رونق انحصارات مالی و بانکی هوش از سرفعالان اقتصادی می‌رباید، در عرصه‌ی سلامت شاهد جایگزینی چه سیستم و حاکمیت کدام رویه خواهیم بود؟ آیا در چنین شرایط اقتصادی-اجتماعی در بهداشت و درمان کشور می‌توان با یک نظام سلامت محور و جامعه‌نگر مواجه شد؟ یا اگر مداخله‌ی موثر صورت نگیرد آیا اساساً می‌توان از سلامت محور بودن نظام بهداشتی-درمانی سخنی به‌میان آورد؟

در چنین وضعیتی افزایش واردات تجهیزات پزشکی پیشرفته با تکنولوژی بالا (آن هم در شرایطی که نمی‌توان مدیریت کرد که تا چه حد و در کجا مورد نیاز هستند) و نیز شکل‌گیری یک شبکه‌ی قدرتمند مالی-تجاری بین واردکنندگان توزیع‌کنندگان تکنولوژی پزشکی را شاهد بودیم. در زمینه‌ی نفوذ و دست‌اندازی انحصارات مالی-بانکی پیش‌گفته در این عرصه نیز باید تحقیق کامل‌تری به‌عمل آید ولی آن‌چه در دست است نشان‌دهنده‌ی شکل‌گیری انحصارات جدیدی در این عرصه است. در میان گروه‌های پزشکی

«پزشک خانواده‌ی شهری» به‌شدت مطرح و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در اجرای قانون برنامه‌ی پنجم توسعه ملزم به اجرا و استقرار آن شد. این اقدامات مدیریتی و غالباً سیاسی در زمینه‌ی اقتصادی-اجتماعی به نام «نظام سلامت در ایران» مطرح شده و از سوی اقشار مختلف دخیل در بهداشت و درمان مملکت، برخوردهای متفاوتی با آن ارایه شده است.

در سایه‌ی سلطه‌ی شرایط رکود تورمی در اقتصاد کشور، به‌طور کلی امر تولید به ورشکستگی و تعطیلی گرایش پیدا کرد و طی دوره‌ی ۸ ساله‌ی ۸۴ تا ۹۲ سنگینی آثار مخرب رکود تورمی در اقتصاد کشور آشکارتر شد. به‌جای رونق تولید و واحدهای مولد، اعم از تولید اقتصادی، تولید فرهنگی یا علمی، انحصارات مالی و اعتباری و سلطه‌ی نظام بانکی بر ارکان جامعه استوارتر و ملموس‌تر شد. با وجود افزایش عایدات ملی ناشی از فروش نفت که طی یک‌صد سال اخیر بی‌سابقه بود، شاخص‌های گوناگون زندگی اجتماعی دچار بحران، شکاف بین فقیر و غنی عمیق‌تر و مشکلات اقتصادی اجتماعی و بحران اجتماعی ناشی از آن جدی‌تر شد. انعکاس شرایط فوق در عرصه‌ی نظام سلامت آن بود که سهم مردم در پرداخت هزینه‌های سلامت از جیب خودشان به‌شکل چشمگیری افزایش یافت، بیماری‌های خانمان‌برانداز (کاناستروفیک) توان مالی خانواده‌ها را به کام خود کشید و اختلاف طبقاتی عمیق و تکان‌دهنده‌ی بین اقشار مختلف حرف پزشکی پدیدار شد. در کتاب «گزارش حساب‌های ملی سلامت جمهوری اسلامی ایران» آمده است: «هزینه‌ی پرداخت از جیب خانوار: این شاخص نشان‌دهنده‌ی پرداخت خانوار از بابت خدمات سلامت است و به‌دلیل اهمیتی که برای سیاست‌گذاران در بخش بهداشت برای تشخیص الگوی مصرف و رفتار مصرف‌کننده دارد و نیز اهمیت آن برای دولتمردان جهت حفاظت مالی از شهروندان در برابر هزینه‌های سلامت، توجه خاص به آن می‌شود. پرداخت خانوار بابت خدمات سلامت از سال ۱۳۸۲ تا ۸۷ افزایش داشته است. در بخش‌های قبل نیز همه‌ی اعداد و ارقام



دکتر عباس آقازاده مسرور

رییس مجمع عمومی سازمان نظام پزشکی
Email: a.aghazadeh.m@gmail.com

نیز دامن زدن به تخصص‌گرایی برای تشویق استفاده از تکنولوژی بالا و گرایش به درمان با استفاده از فناوری Hi-tech نتیجه‌ی گریزناپذیر فورماسیون اقتصادی فوق‌الذکر است. نتیجه این که بیماری کالا می‌شود و مردم بدون این که بدانند چرا، از سویی به‌سویی سوق داده می‌شوند و تحت تأثیر «پارادوکس رشد علمی و بهره‌وری عادلانه»، این بیماراران هستند که از این رشد تحت درمان‌های گران‌قیمت، مجبور به مصرف داروهای خارجی و پرداخت هزینه‌های غیرمتعارف می‌شوند. این مختصات وجودی نظام سلامت فعلی کشور ماست. اگر چه ممکن است کلام تلخ باشد اما مدافعین وضع موجود و مخالفین هر تحولی در آن، لطفاً به نقطه‌نظر کارشناسی حاضر توجه کنند: «تا زمانی که زیرساخت مناسب برای استفاده‌ی اثربخش از منابع و پول‌ها موجود نباشد تا کارآمدی، اثربخشی، ارزیابی و نظارت در منابع مالی امکان‌پذیر شود، حتی افزایش اعتبارات مالی نیز تأثیری در استفاده‌ی مناسب‌تر و بهتر از این منابع نخواهد داشت. عدم وجود برنامه‌ریزی مالی درازمدت و منسجم در بخش دولتی، همچنین ناکافی بودن مقررات دولتی در رابطه با کنترل قیمت‌ها، نبود امکان سنجش مسوولیت عرضه‌کنندگان خدمات بهداشتی درمانی به‌خصوص نبود تعریف تعرفه‌ی واقعی در بخش بهداشت و درمان و آموزش پزشکی از جمله معضلات اصلی وجود تا کارآمدی در مدیریت منابع مالی بخش بهداشت و درمان است.»^۴

نتیجه‌ی نهایی چنین سامانه‌ای این خواهد بود که بنا بر تحلیل کارشناسان ارشد وزارت بهداشت و درمان، ذی‌نفعان اصلی چرخش مالی سلامت در شرایط

کنونی عبارت خواهند بود از:

۱. دارندگان فناوری‌های پیشرفته (نه الزاماً مناسب)
۲. برخی از پزشکان و متخصصان توانمند (؟)
۳. واردکنندگان دستگاه‌ها و تجهیزات پزشکی.

یعنی هر آن چه فکر می‌کردیم و قصد داشتیم به کنار، تنها سه بخش فوق بیشترین سهم سود در حوزه سلامت را به خود اختصاص داده‌اند.

در چنین آشفته‌بازاری، گیریم که پزشک عمومی با اقدام در مسیر Skin care یا چاقی و لاغری و... چند صبحی از «ارزش افزوده»ی سرگردان در جامعه نصیبی بردارد، ولی هويت، جایگاه و تضمین آینده شغلی او معطوف به چه تحولی خواهد بود؟ در چنین بستری، به پارادایم نظام ارجاع و سطح‌بندی چه نگاهی باید داشت؟ از سویی دیگر و در نگاهی زمین‌تری، آینده شغلی و جایگاه پزشکان عمومی در این آنارشی حاکم بر نظام سلامت چه خواهد بود؟

انجمن پزشکان عمومی ایران، طی اقدامی بسیار فرخنده، پیش‌نویسی با عنوان «برنامه‌ی بازآفرینی هويت طب عمومی» تهیه و برای بحث در سطوح تصمیم‌گیرنده‌ی جامعه پزشکی منتشر کرده است. در این پیش‌نویس می‌خوانیم که «هدف اصلی، ارتقای جایگاه طب عمومی و بازیابی هويت آن به‌عنوان طب پایه و اهداف فرعی برقراری توازن بین سطوح خدمات در نظام سلامت کشور، تقویت عمومی برای پیاده‌سازی برنامه‌ی پزشک خانواده و نظام ارجاع است.»^۹

آنچه در تجارب موفق در ممالک پیشرفته‌ی دنیا رخ داده و نیز چیزی که در شرایط کشور عزیزمان به ذهن متبادر می‌شود، این است که ال‌ترناتیو این وضعیت آشفته، تقویت بنیادهای سلامت‌محور و جامعه‌نگر در سامانه‌ی سلامت کشور است. برای ارتقای شاخص‌های بهداشتی و درمانی و عادلانه کردن سلامت، مدیریت تولید و دریافت خدمات در حوزه‌ی سلامت، باید برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری شود. این مدیریت قطعاً

شامل کنترل هزینه‌ها، کیفیت و نیاز به اراییه‌ی خدمت خواهد بود. باید در جهت کاهش میزان پرداخت هزینه‌ها از جیب مردم اقداماتی اساسی انجام پذیرد و البته مقدماتاً باید سلامت از اولویت‌های درجه‌ی اول مملکت‌داری محسوب شود. حال که برای اولین بار در کشور ما، به‌گفته‌ی دولت‌مردان، سلامت جزو اولویت اول به‌شمار آمده، می‌توان با دل‌گرمی بیشتری از امید به آینده برای استقرار نظامی سلامت‌محور و جامعه‌نگر صحبت کرد. طب عمومی، یعنی حرفه‌ی

پزشکان عمومی، قطعاً باید پایه‌ی این تحول اساسی تلقی شده و جایگاه پزشکان عمومی، به‌عنوان سطح اول ارایه‌دهندگان و مدیران خدمات بهداشتی- درمانی، با قطعیت و روشنی تعریف شود. ولی متأسفانه با چند تهدید نگران‌کننده مواجه هستیم

الف. این یک قاعده‌ی کلی و جهان‌شمول است که اصلاح جامعه و حرکت در مسیر سعادت مردم باید با گشاده‌رویی، آزادفکری و نیز تقویت نظارت و شفافیت روندها انجام پذیرد. روش‌های انقباضی در ارایه‌ی آمار و اطلاعات، جلوگیری از بحث و تبادل نظر و سرکوب نظریات انتقادی هیچ‌گاه پشتوانه‌ی مناسبی برای تقویت بنیادهای مردم‌گرایانه و اصلاح‌طلبانه نبوده‌اند.

متأسفانه رویکرد دست‌اندرکاران سلامت در کشور ما نیز مانند سایر عرصه‌ها، در انتشار آمار و اطلاعات، صرفاً فقط گزارش به نهادهای بازرسی و ارایه‌ی ستون‌های خشک و بی‌ارتباط با پراتیک و وظایف جاری مسوولین رده‌های مختلف بوده است و هنوز از آمار و روش‌های تحلیلی برای تقویت و اصلاح مدیریت استفاده‌ی موثری نمی‌شود.

ب. اختلاف فاحش در وضعیت اقتصادی در میان اقشار مختلف جامعه‌ی پزشکی، از گروه‌هایی که از K اضافی‌تر و شرایط سهل‌تر برای کسب درآمد در این سال‌ها بیشترین بهره را برده‌اند و صاحبان، واردکنندگان و پخش‌کنندگان دستگاه‌ها و تجهیزات رنگارنگ نیروی قدرتمندی ساخته است، طرفدار حفظ وضع موجود و آشفته‌بازار حاکم. این افراد بارد تفکرات سلامت‌محور و جامعه‌نگر سعی وافر دارند که اوضاع کنونی را دوام بخشند، غافل از این‌که الزامات سلامت و سعادت مردم ایران به هر حال ره به پیش خواهد برد. دارندگان فناوری پیشرفته، واردکنندگان دستگاه‌ها و تجهیزات پزشکی و گروه اندکی از صاحبان حرف پزشکی در برابر تحولاتی که عدالت در سلامت را هدف قرار می‌دهد، چه عکس‌العملی خواهند داشت؟

پ. هدف شریف، ابزار شریف می‌طلبد. نمی‌توان با رویکرد استبدادی و بگیر و ببند، طرحی مردمی را با هدف سلامتی و آرامش روحی و جسمی هم‌نوعان به انجام رسانید. باید بحث و انتقاد کرد و آمادگی پذیرش انتقاد شد، اطلاعات و آمار ارایه کرد و همگان را به روشنی و صحت‌راهی که پیشنهاد می‌شود دعوت کرد. اگر از منطق علمی فاصله بگیریم و سعی کنیم با زور، سلامت‌محور و جامعه‌نگر شویم به ما نیز آن خواهد رسید که بر...!

ت. خطر بی‌ثباتی و پایدار نبودن منابع

در جامعه‌ای که رکود تورمی در اقتصاد آن

حاکم است، به جای تولید در عرصه‌های کشاورزی،

صنعتی، علمی و... واسطه‌گری و دلالی

روند مسلط در اقتصاد است و در شرایطی که

سود بانکی سپرده‌های مالی و رونق انحصارات

مالی و بانکی هوش از سر فعالان اقتصادی

می‌رباید، در عرصه‌ی سلامت شاهد جایگزینی

چه سیستم و حاکمیت کدام رویه خواهیم بود؟



دکتر محسن مصلحی

دبیر شورای عالی نظام پزشکی کشور

Email: moslehi@mail.mui.ac.ir

اسناد بالادستی چه می‌گویند؟ سند چشم‌انداز کشور در ۱۴۰۴:

ایران کشوری است توسعه‌یافته با جایگاه اول اقتصادی، علمی و فن‌آوری در سطح منطقه، با هویتی اسلامی و انقلابی و الهام‌بخش جهان اسلام، با تعامل سازنده و موثر در روابط بین‌الملل، برخوردار از سلامت، رفاه، امنیت غذایی، تامین اجتماعی، فرصت‌های برابر، توزیع مناسب درآمد، نهاد خانوادگی مستحکم، به‌دور از فقر، فساد، تبعیض و بهره‌مند از محیط زیست مطلوب.

پزشکی، انجمن پزشکان عمومی و هر یک از آحاد جامعه‌ی پزشکی سهم خویش را در تدوین و استقرار یک نظام سلامت‌محور و جامعه‌نگر ایفا کنند، در یک مسیر پرفراز و نشیب و ناهموار می‌توان امیدوار بود در آینده بر بی‌نظمی و بی‌عدالتی امروز فایق شویم. معنای تشکیلاتی نظام سلامت‌محور و جامعه‌نگر، سیستم ارجاع و پزشک خانواده است. قطعاً مراد از سطح‌بندی نیز اشاره به سیستم ارجاع است.

نیک می‌دانیم و همواره باید به‌یاد داشته باشیم که دولت به‌معنای عام کلمه، شکل‌دهنده‌ی نظام سلامت است. اگر در نظام سلامت و سامانه‌ی فعلی آن آنارشی و بی‌عدالتی حاکم است، عامل اصلی ایجاد آن کاملاً قابل تشخیص است. در آینده نیز باید انتظار داشت که با نوسان اعتبار و بودجه یا تغییرات مسوولین و مدیران، اعوجاجاتی در مسیر استقرار نظام ارجاع پدیدار شود. در حال حاضر نیز هنوز باید برای تکمیل و اصلاح چنان طرحی کوشش کرد که ضمن جهت‌گیری برای تحول اساسی در نظام سلامت، عامل فشار بر جامعه‌ی پزشکی نباشد و با جاذبه‌ی ارزش‌های اجتماعی، مشارکت داوطلبانه‌ی ایشان را برانگیزد.

۱. گزارش حساب‌های ملی سلامت جمهوری اسلامی ایران، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۹۲، فصل اول

۲. گزارش حساب‌های ملی سلامت جمهوری اسلامی ایران، فصل هفتم

۳. گزارش حساب‌های ملی سلامت جمهوری اسلامی ایران

۴. بازنگری نظام مالی در بخش سلامت، مسعود ابوالحلاج، گزیده‌ی مدیریت، سال دهم، شماره‌ی ۹۸

۵. برنامه‌ی بازآفرینی هويت طب عمومی، انجمن پزشکان عمومی ایران، ۱۳۹۲

اولیه‌ی سلامت به میزان ۱۰۰ درصد تا پایان برنامه‌ی پنجم.

(۴۲) افزایش میزان استفاده از راهنماهای طبابت بالینی مصوب توسط ارایه‌کنندگان خدمت حداقل به ۶۰ درصد تا سال پایانی برنامه‌ی پنجم.

(۴۵) تدارک و توزیع عادلانه و متناسب‌سازی ۱۰۰ درصد منابع انسانی، فیزیکی و تجهیزات پزشکی در نظام ارایه‌ی خدمات سلامت بر اساس سطح‌بندی و نظام ارجاع تا پایان برنامه‌ی پنجم.

(۶۰) حذف ۱۰۰ درصد موارد دریافت خارج از تعرفه‌ی مصوب توسط ارایه‌کنندگان خدمات سلامت تا پایان برنامه‌ی پنجم.

بندهایی از سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری:
 ۱- اولویت پیشگیری بر درمان.
 ۵) ساماندهی تقاضا و ممانعت از تقاضای القایی و اجازه‌ی تجویز صرفاً بر اساس نظام سطح‌بندی و راهنماهای بالینی.
 ۸) افزایش و بهبود کیفیت و ایمنی خدمات و مراقبت‌های جامع و یک‌پارچه‌ی سلامت با محوریت عدالت و تأکید بر پاسخگویی، اطلاع‌رسانی شفاف، اثربخشی، کارآیی و بهره‌وری در قالب شبکه‌ی بهداشتی درمانی، منطبق بر نظام سطح‌بندی و ارجاع. ۴-۹) تعیین بسته‌ی خدمات جامع بهداشتی و درمانی در سطح بیمه‌های پایه و تکمیلی توسط وزارت بهداشت و درمان

تحول سلامت از حرف تا عمل

و خرید آن‌ها توسط نظام بیمه‌ای و نظارت موثر تولید بر اجرای دقیق بسته‌ها با حذف اقدامات زاید و هزینه‌های غیرضرور در چرخه‌ی معاینه و تشخیص بیماری تادرامان.

حالا کجا هستیم؟

اما بررسی عملکرد دولت‌های مختلف در سال‌های گذشته نشان می‌دهد که متأسفانه به‌جای توجه به الزامات قانونی فوق، بنا بر سلیقه و فضای سیاسی و اجتماعی غالب، برنامه‌ها عجولانه تهیه و تدوین و به‌صورت انفجاری عملیاتی شده و ظاهراً اسناد بالادستی سرنوشتی بیش از ماندن روی کاغذ را تجربه نکرده‌اند.

محتوای بسته‌های اعلام شده‌ی اخیر با عنوان «تحول سلامت» به‌طور عمده ناظر بر کاهش پرداخت از جیب مردم در بیمارستان‌های دولتی است که در جای خود بارز است لیکن در صورتی که بر مبانی، مفاهیم و اصول اصلاح نظام سلامت که در اسناد بالادستی بر آن‌ها تأکید شد، بنا نگردد، همانند سایر طرح‌های فی‌البداهه‌ی سال‌های گذشته، از جمله برنامه‌ی پزشک خانواده، محکوم به شکست است. انتظار آن بود که دولت‌مردان با استفاده از شرایط استثنایی کنونی و توجه ویژه همگان به حوزه‌ی سلامت بر حسب اولویت‌های تعیین شده طی یک دوره‌ی چندساله به اصلاح بنیادین نظام سلامت یعنی اصلاح نظام آموزشی،

البته بنا بر برخی شنیده‌ها، بسته‌های بعدی تحول نظام سلامت حاوی مسایل ریشه‌ای و بنیادی مانند اصلاح نظام آموزشی و نظام ارجاع است که در این صورت این سوال مطرح می‌شود که چرا هیچ‌کدام از صاحب‌نظران و متولیان از این موضوع مطلع نیستند و از طرف دیگر، دلیل اصرار بر اجرای طرح فعلی و ایجاد توقع در مردم و سپس شروع طرح اصلی که سال‌ها طول خواهد کشید، چیست!

امید که متولیان امر با بهره‌گیری از یک برنامه‌ی جامع مورد قبول حداکثری کلیه‌ی ذی‌نفعان، اعم از مردم، ارایه‌دهندگان خدمات، سازمان‌های بیمه‌گر و وزارت‌های مربوطه، در راستای اسناد بالادستی و به‌دور از مصلحت‌اندیشی‌های مقطعی با توکل بر خداوند متعال و اطمینان از حمایت و مشارکت فعالانه‌ی جامعه‌ی پزشکی، گام‌های محکم و سختی را در مسیر طولانی و پرنشیب و فراز تحول و اصلاح نظام سلامت بردارند.

اولین شبکه اجتماعی تخصصی جامعه پزشکی Social Network For Medical Services Of Iran

طب بوک سعی نموده است تا فضایی ایجاد کند تا شما بتوانید با سایر ارایه دهندگان خدمات پزشکی ارتباط برقرار کرده و امکان آشنایی با نظرات و تبادل اطلاعات با سایر همکاران را داشته باشید و می‌توانید با ارایه پروفایل حرفه‌ای، تخصص و خدمات خود را معرفی نمایید. طب بوک مکانی مناسب برای بیان مشکلات صنفی و درج آخرین نظرات و یافته‌های پزشکی و اطلاع‌رسانی به افراد جامعه می‌باشد.

امکانات جامعه مجازی طب بوک:

۱. لینک اختصاصی برای هر عضو طب بوک با انتخاب نام کاربری توسط خود فرد (www.tebbook.com/your name)
۲. پروفایل اختصاصی با فیلدهای تخصصی برای معرفی کامل فرد یا مرکز
۳. ارسال مطالب مرتبط با پزشکی همراه با عکس
۴. امکان ایجاد صفحه یا گروه برای موضوعات خاص و دسته بندی مطالب ارسالی

www.tebbook.com

وای از این ذهن مقابسه‌گر!

| دکتر مسعود جوزی

نویسنده‌ی این یادداشت از سال ۱۳۷۶ به حکم وظیفه‌ی صنفی و مطبوعاتی خود با طرح‌های مختلفی در حوزه‌ی نظام سلامت آشنا شده است: از صدور کارت بیمه‌ی درمان روستاییان و طرح پزشک خانواده‌ی کمیته‌ی امداد از همان سال ۷۶ تا بیمه‌ی روستاییان و عشایر در واپسین ماه‌های وزارت دکتر پزشکیان در سال ۸۴ و کشف ۷۵ اشکال اساسی در این طرح توسط خلف او دکتر باقری لنگرانی در نیمه‌ی دوم همان سال و انتشار ویرایش‌های ماهانه‌ی همان طرح در دوران وزارت او، تا طرح‌های «پزشک معین» و «پزشک امین» تأمین اجتماعی و نسخه‌ی ۰۲ پزشک خانواده‌ی دکتر دستجردی در سال ۹۰ و بازاصلاحات بنیادین دکتر طریقت در چند ماه وزارت او. در واقع گمان نکنم مجموع وزرای بهداشت کشورهای اسکاندیناوی در نیم قرن اخیر چنین نسخه‌های متنوعی برای نظام سلامت خود پیچیده باشند که مسوولان وزارت بهداشت ایران تنها در این کمتر از دو دهه.

به تبع این همه طرح و برنامه‌ی نو به نو، امثال این راقم نیز که در این مدت کنار گود نظام سلامت نشسته‌اند، در دهه‌ی پنجم عمر خود به پیران دنیادیده‌ای تبدیل شده‌اند که با ارایه‌ی هر برنامه‌ی تازه‌ای، ناخودآگاه آن را با طرح‌های پیشین مقایسه می‌کنند. با این نگاه مقایسه‌ای و تطبیقی، تمامی طرح‌های این دو دهه در دو نکته اشتراک داشته‌اند:

۱. مشارکت ندادن کارشناسان و صاحب‌نظران خارج از دایره‌ی اجرایی طرح‌ها در مرحله‌ی تدوین و برنامه‌ریزی تا حد اصرار بر بی‌خبر نگاه داشتن این نامحرمان.

۲. اجرای پرهیاهو، ناگهانی و پرشتاب (و به اصطلاح ضربتی!) این طرح‌ها، به‌گونه‌ای که انگار طرح جدید حرف آخر در اصلاح نابه‌سامانی‌های نظام سلامت است و هر گونه تأخیر و تأمل در اجرای آن خیانتی ناخوشودنی به‌شمار می‌رود. (این رسم را البته دکتر پزشکیان باب کرده و وزرای بعدی با

جدیت ادامه داده‌اند.) اما از این دو وجه شبه که بگذریم، بین این طرح‌ها چنان تفاوت‌هایی، نه‌تنها در جزئیات که در اصول بنیادین و رویکردها، وجود دارد که انگار نه انگار کارشناسان کمابیش واحدی در یک وزارتخانه (و البته در دوران وزرای مختلف) آن‌ها را نوشته‌اند. در همه‌جای دنیا با تغییر دولت تنها مدیران درجه‌ی یک جابه‌جا می‌شوند و بدنه‌ی کارشناسی دولت که وظیفه‌ی انتقال تجربیات و ادامه‌ی روال معقول و چاره‌جویی برای بهبود آن را برعهده دارد، تغییرات اندکی می‌کند. در ایران نیز همین‌گونه است ولی با یک تفاوت به‌ویژه در سالیان اخیر: این که با توجه به توقعات آمرانه و گاه غیرمنطقی برخی مقامات ارشد، بعضی از مدیران میانی و کارشناسان دولتی بی‌انگیزه شده و طی سال‌ها آموخته‌اند برای جلب رضایت مافوق چگونه روزگار بگذرانند که در درجه‌ی نخست «میز» مدیریت و کارشناسی حفظ شود. حال اگر برنامه‌ها به نتیجه‌ی مطلوب نرسید چه باک، تا روز حساب یا دوره‌ی تصدی مافوق مورد نظر به‌سر رسیده یا کارمند مربوطه به افتخار بازنشستگی نایل آمده است. از این گذشته، تا کنون چه کسی به‌یاد دارد از کسی به‌دلیل ناکارآمدی حساب کشیده باشند؟ به بیان دیگر، برخی کارشناسان و مدیران میانی به‌جای این که خوراک کارشناسی برای مدیران ارشد تهیه کنند، تنها خواسته‌های گاه غیرکارشناسی آنان را تئوریزه و به «برنامه» تبدیل می‌کنند.

با این مقدمه‌ی طولانی برسیم به «برنامه‌ی تحول نظام سلامت»؛ برنامه‌ای که فارغ از نکات مثبت و منفی خود، تمامی مولفه‌های پیش‌گفته را با خود دارد:

۱. این برنامه چنان بی‌سروصدا و به‌دور از چشم ناظران و صاحب‌نظران نوشته شده که گویا مراحل تهیه و تدوین آن را در یکی از سایت‌های هسته‌ای به انجام رسانده باشند! در واقع از ۱۷ فروردین ۹۳ که برای نخستین بار وزیر بهداشت عبارت «تحول نظام سلامت» را بر زبان آورد و خبر ایسنا با تیترو «وعده‌ی وزیر بهداشت برای تحول در نظام سلامت» منتشر شد، تا زمان آغاز برنامه در ۱۵ اردیبهشت کمتر از یک ماه طول کشید و خود برنامه تازه پس از آن انتشار یافت. این نکته با توجه به منش تعاملی آقای وزیر و نوع روابط او با نهادهای صنفی جامعه‌ی پزشکی جای شگفتی دارد.

۲. سریال تکراری بازدید و مصاحبه و گزارش‌دهی همچون تمامی موارد پیشین راه افتاده است. روزی نیست که استانداری، نماینده‌ای، رئیس دانشگاهی از بیمارستانی دیدن و از پیشرفت برنامه ابراز رضایت نکند.

۳. سومین وجه شباهت با طرح‌های قبلی نیز همان «تفاوت» بودن آن با طرح‌های پیش از خود است. این تفاوت هم جزئی و ظاهری و کم‌اهمیت نیست و نشان از نگرشی متفاوت به مسایل نظام سلامت دارد. از سال ۱۳۷۳ با تصویب «قانون بیمه‌ی همگانی» و تعیین «حداقل شمول و سطح خدمات پزشکی»، گفتمان رایج برای نجات نظام سلامت کشور «خانواده» و رویکرد سلامت‌محوری بود. بگذریم که در عمل، چنان که گفتیم، به دلیل اجراهای شتاب‌زده و بی‌پشتوانه آبی از این طرح‌ها گرم نشد، اما این فرق می‌کند با تغییر گفتمان به بیماری‌محوری و تخصص‌گرایی آن هم با محوریت «بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی». یعنی اگر در زمان دکتر مردی، خط مقدم مبارزه با بیماری‌ها خانه‌های بهداشت بود و بعد به مراکز بهداشتی-درمانی منتقل شد، اکنون این خط تا بیمارستان‌های وزارت بهداشت عقب کشیده شده است.

در این که برنامه‌ی حاضر باینیت خیر و نگاه حمایتی به طبقات محروم و از همه جا رانده‌ی جامعه نوشته شده تردیدی نیست، ولی بعید است نویسندگان آن که می‌خواهند عمده‌ی منابع مالی دیر به‌دست آمده‌ی نظام سلامت را صرف کاهش پرداختی بیماران بستری، تقویت حضور پزشکان متخصص مقیم و ارتقای

صندوق تعاون و رفاه سازمان نظام پزشکی



دکتر حسین قشلاقی

رئیس هیات مدیره‌ی صندوق تعاون و رفاه سازمان نظام پزشکی
Email: Dr.gheshlaghi@yahoo.com

به دنبال انتخاب

اعضای جدید هیات

مدیره‌ی صندوق، بر آن

شدیم که با استفاده

از پتانسیل‌های عظیم

جامعه‌ی پزشکی و

ظرفیت‌های قانونی

موجود و نیز مفاد

اساسنامه‌ی صندوق

و کسب نظر از

صاحب‌نظران، طی

یک دوره‌ی سه ماهه

برنامه‌ی استراتژیک

تدوین کنیم و به تصویب

هیات مدیره‌ی محترم

صندوق برسانیم که

بحمدالله این مهم به

انجام رسیده است

ضمن عرض سلام و آرزوی توفیق و سلامتی برای کلیه‌ی همکاران ارجمند و خانواده‌های محترم شان، همان‌گونه که مستحضرید، صندوق تعاون و رفاه سازمان بر اساس بند «ز» ماده‌ی پنج فصل چهارم قانون سازمان نظام پزشکی و به‌عنوان یکی از ارکان سازمان تشکیل و با ارایه‌ی خدمت در حوزه‌های بیمه‌ای و وام به فعالیت خود ادامه داده است و در حال حاضر نیز با توجه به انتقال واحد وام به سازمان، صرفاً در حوزه‌ی بیمه‌ای و در قالب دو زیرمجموعه‌ی «بیمه‌ی نظام آسایش» و «بیمه‌ی تأمین آسایش» به فعالیت مشغول است.

اما وضعیت کنونی به‌هیچ‌وجه پاسخگوی مطالبات و نیازهای گسترده و متنوع جامعه‌ی معزز پزشکی نیست. بنابراین با توجه به تاکیدات رئیس کل محترم سازمان و اعضای محترم شورای عالی در خصوص تحول اساسی در رویکرد فعلی و به دنبال انتخاب اعضای محترم جدید هیات مدیره‌ی صندوق و حسن اعتماد سروران ارجمند هیات مدیره به این‌جانب به‌عنوان رئیس هیات مدیره، بر آن شدیم که با استفاده از پتانسیل‌های عظیم جامعه‌ی پزشکی و ظرفیت‌های قانونی موجود و نیز مفاد اساسنامه‌ی صندوق و کسب نظر از صاحب‌نظران، طی یک دوره‌ی سه ماهه برنامه‌ی تصویب هیات مدیره‌ی محترم صندوق برسانیم که بحمدالله با حمایت و وقت‌گذاری مناسب عزیزان این مهم به انجام رسیده است. این‌جانب بر خود فرض می‌دانم که از تدابیر و پیگیری‌های مستمر برادران ارجمند، جناب آقای دکتر مصلحی مدیر عامل محترم، جناب آقای دکتر شیرزادی نایب

رئیس محترم هیات مدیره، جناب آقای مهندس پویادبیر محترم هیات مدیره و جناب آقای دکتر حیدری و جناب آقای دکتر جوادی اعضای محترم هیات مدیره و همچنین جناب آقای دکتر سهرابی بازرس محترم صندوق قدردانی ویژه‌ی خود را اعلام کنم.

لازم به ذکر است که برنامه‌ی استراتژیک صندوق بر مبنای فراهم کردن بسترهای سرمایه‌گذاری مناسب و سالم در حوزه‌های مختلف و تعریف‌شده به‌منظور ارتقای توان مالی سازمان برای انجام مأموریت‌های محوله و نیز افزایش سطح رفاه همکاران تدوین شده است. بنابراین و بر اساس اولویت‌بندی‌های به‌عمل آمده، با توجه به توانمندی‌ها و در عین حال محدودیت‌ها، اقدامات زیادی در خصوص اصلاح وضعیت موجود، چابک‌سازی و پاسخگو بودن ساختار صندوق متناسب با یک مجموعه‌ی اقتصادی انجام گرفته و فعالیت‌های بسیار دیگری نیز در حال انجام است که انشاءالله به تدریج اطلاعات مربوطه به استحضار همکاران گرامی خواهد رسید.

با توجه به این که تشریح کلیه‌ی برنامه‌ها در این نشریه‌ی وزین میسر نیست، این‌جانب تنها به برخی از سرفصل‌ها و اهم برنامه‌های آتی صندوق اشاره می‌کنم و سروران عزیز می‌توانند برای کسب اطلاعات بیشتر به سایت صندوق (irirms.ir) مراجعه فرمایند.

در حال حاضر در خصوص تاسیس Investment Bank شرکت بیمه، مقوله‌ی صادرات و واردات به‌ویژه در حوزه‌ی تجهیزات پزشکی و سایر محصولات مرتبط، تورسیم سلامت، پروژه‌های عمرانی، مقوله‌ی لیزینگ و نیز مباحث

آموزشی و دوره‌های آموزشی پودمانی و... اقداماتی صورت گرفته که انشاءالله به‌محض حصول نتایج نهایی برای بهره‌مندی همکاران منعکس خواهد شد. به‌عنوان مثال، با تدوین یک بسته‌ی جامع بیمه‌ای ویژه‌ی جامعه‌ی پزشکی مشتمل بر انواع بیمه‌نامه‌های درمان، مسوولیت حرفه‌ای، شخص ثالث، عمر و... سعی شده است پوشش بیمه‌ای کامل و متناسب همکاران محترم فراهم شود که پس از برگزاری مناقصه‌ی مربوطه، نتیجه به اطلاع همکاران خواهد رسید. همچنین در خصوص سایر امکانات رفاهی و فرهنگی نیز با همکاری معاونت رفاهی سازمان و نیز سازمان‌های نظام پزشکی سطح کشور در خصوص مسکن، خودرو و وام پیگیری‌های خوبی شده که به اطلاع خواهد رسید.

البته یکی از نکات مهمی که جزو مطالبات همکاران بوده و می‌باشد، عدم اطلاع از فعالیت‌های صندوق و همچنین عدم بهره‌مندی همکاران شهرستانی است که با فعال کردن واحد روابط عمومی و بهره‌مندی از کلیه‌ی امکانات ارتباطی مانند سایت و پیامک و... سعی شده است در برنامه‌های آتی صندوق به‌شکل فراگیر عمل شود. به‌رحال امیدواریم بتوانیم آن‌چنان که شایسته‌ی جامعه‌ی فرهیخته‌ی پزشکی است، در انجام وظایف خود کوشا باشیم. در ضمن از کلیه‌ی همکاران ارجمند دعوت می‌کنم که نقطه نظرات، پیشنهادهای و انتقادات خود را از طریق حضوری، تلفنی، کتبی یا مراجعه به سایت به این‌جانب و همکاران واحدهای مختلف منعکس کنند تا در جهت بهبود وضع موجود و برنامه‌های آینده مدنظر قرار گیرد. و من‌الله التوفیق!

پزشک خانواده در کانادا



دکتر ابوالفضل بهجو

رئیس انجمن پزشکان عمومی شیراز
Email: farsgp91@yahoo.com

مطلع شدیم یکی از پزشکان ایرانی مقیم کانادا که در حال اتمام دوران تخصص پزشک خانواده در کانادا است، برای اقامتی کوتاه به شیراز بازگشته است. بنابراین از ایشان دعوت شد تا در جمع اعضای هیات مدیره‌ی انجمن پزشکان عمومی شیراز از تجربیات خود و سیستم پزشک خانواده در کانادا صحبت کند. در ابتدا هیات مدیره ۳۰ دقیقه وقت در اختیارش قرار داد اما جذابیت توضیحات و اطلاعات وی باعث شد تا جلسه نیم‌ساعته به دو ساعت افزایش یابد و به‌علاوه از او برای دو ساعت دیگر نیز دعوت شد که خلاصه‌ی مباحث این دو جلسه در اختیار علاقه‌مندان قرار می‌گیرد.

آقای دکتر ابتدا در مورد سوابق تحصیلی خود توضیح داد: فارغ‌التحصیل دانشکده‌ی پزشکی شیراز که پس از اتمام خدمت سربازی در استان بوشهر در طرح پزشک خانواده‌ی روستایی مشغول به کار شد و پس از آن در دوره‌ی دستیاری طب اورژانس دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی پذیرفته شد. پس از مدتی برای ادامه‌ی تحصیل و تحقیق در علوم پزشکی به کشور کانادا رفت و در دانشگاه آلبرتا در شهر ادمونتون شروع به تحصیل و تحقیق کرد و در حین تحصیل در رشته‌ی فوق لیسانس علوم پزشکی، پس از گذراندن امتحانات و دیگر پیش‌نیازها در دوره‌ی دستیاری پزشکی خانوادگی همان دانشگاه پذیرفته شد.

لطفاً راجع به سیستم آموزش پزشکی در کانادا توضیح دهید.

دوره‌ی پزشکی در کانادا یک دوره‌ی ۴ ساله است که معمولاً بعد از دوره‌ی کارشناسی شروع می‌شود و پس از ۴ سال فرد با مدرک پزشک عمومی (MD) فارغ‌التحصیل می‌شود. پس از آن چنانچه پزشکی بخواند به‌عنوان پزشک خانواده فعالیت کند، باید وارد دوره‌ی رزیدنتی پزشک خانواده شود که دو ساله است و در نهایت پس از قبولی در امتحان بورد تخصصی، مشغول به کار می‌شود. تمرکز آموزش در سال اول بر آموزش‌های علمی پزشکی خانواده و در سال دوم بر آشنایی با برخورد با بیمار، استفاده از گایدلاین‌ها، نحوه‌ی پذیرش و ترخیص بیمار، مسایل حقوقی، اجتماعی، اخلاقی، اقتصادی و درمانی است. برنامه‌ی پزشک خانواده در کانادا از حدود ۲۵ سال قبل و با پزشکان عمومی بدون تخصص پزشکی خانواده شروع شد و به‌تدریج همان پزشکان عمومی با گذراندن دوره‌های خاص و کسب تجربه، مدرک پزشکی خانواده را کسب کردند و به‌تدریج کالج پزشکی خانواده نیز به تربیت متخصصین پزشکی خانواده پرداخت.

پس کالج پزشک خانواده مسوول آموزش این پزشکان است؟

کالج پزشک خانواده‌ی کانادا نماینده‌ی بیش از ۳۰ هزار پزشک خانواده در سراسر این کشور و سازمانی حرفه‌ای است که مسوول تعیین معیارهای آموزش، سنجش و اعطای مدرک و آموزش‌های ضمن خدمت پزشکان خانواده است. این نهاد همچنین نماینده و مدافع حقوق این رشته‌ی تخصصی، متخصصان این رشته و بیمارانشان نیز هست. البته کالج پزشک خانواده در عین استقلال، همکاری تنگاتنگی با سیستم بهداشت و درمان دارد. فارغ‌التحصیلان این رشته در صورت تمایل بعد از اتمام دوره‌ی تخصص یا در حین ارایه‌ی خدمت ماه است؟

اصولاً یک حداقل برای هر فعالیتی وجود دارد. مثلاً اگر مایل باشید جراحی‌های کوچک، کشیدن ناخن یا حتی سزارین را انجام دهید، پس از گذراندن آن حداقل می‌توانید تاییدیه‌ی بخش مربوط را داشته باشید. ممکن است یک پزشک با انجام ۱۰ مورد سزارین این تاییدیه را بگیرد و پزشک دیگری با گرفتن ۳۰ عمل سزارین. هر چند در بسیاری از موارد با توجه به حساسیت و طبیعت آن مهارت، حداقل زمانی در نظر گرفته می‌شود؛ مثلاً دوره‌ی مراقبت از بارداری‌های پرریسک که شامل آموزش سزارین نیز هست، حداقل ۶ ماه است. البته هر پزشک خانواده نیز تا پایان خدمتش رابطه‌اش

با کالج قطع نمی‌شود. پزشکان جوان معمولاً رابطه‌ی استاد و شاگردی خود را با یک یا چند نفر از اساتید دوره‌ی تخصصی یا همکاران باتجربه‌تر حفظ می‌کنند و می‌توانند از تجربیات‌شان در هر موردی به‌صورت مشاوره‌ی تلفنی یا حضوری استفاده کنند.

نحوه‌ی معاینه‌ی یک بیمار چگونه است؟

معمولاً پزشکان به‌صورت انفرادی یا در مجتمع‌های درمانی پذیرای بیماران هستند و کلیه‌ی مخارج کلینیک و مطب به‌عهده‌ی پزشک خانواده است. پزشکان به تجربه دریافت‌اند که در گروه‌های بزرگ‌تر مخارج کمتری خواهند داشت. مردم نیز دریافته‌اند که چنانچه به یک پزشک خانواده مراجعه کنند، نتیجه‌ی بهتری خواهند گرفت ولی در عین حال هر بیمار مجاز است که به هر پزشک خانواده‌ای که دوست دارد مراجعه کند. تعداد افراد تحت پوشش هر پزشک معمولاً بین ۲۰۰۰ تا ۲۵۰۰ نفر است. در کانادا هنوز تعداد پزشکان خانواده به حد اشباع نرسیده و تقریباً پزشکان خانواده هر چند ساعت که تمایل داشته باشند می‌توانند ویزیت کنند. بیماران سرپایی معمولاً به پزشک خانواده‌شان و بیماران اورژانسی به اورژانس مراجعه می‌کنند. اگر بیماری به پزشک خانواده‌ی دیگری مراجعه کند، آن پزشک خانواده می‌تواند با اجازه‌ی بیمار به پرونده‌اش دسترسی داشته باشد.

مبنای ارجاع در کانادا چیست؟

ارجاعات در سیستم بر اساس گایدلاین‌های در دسترس است و پزشک خانواده خود را ملزم به رعایت این گایدلاین‌ها می‌داند. مثلاً چنانچه بیماری را بدون دلیل ارجاع دهد، پزشک متخصص در سطح دو به پزشک خانواده کتبا یا شفاهاً (و البته بسیار محترمانه) اطلاع می‌دهد که همه‌ی اقدامات لازم و قابل اجرا در سطح یک برای بیمار انجام نشده

است و در آینده انتظار می‌رود که این اقدامات قبل از ارجاع برای بیمار انجام شود.

نحوه‌ی ارجاع چگونه است؟

بیماران بر اساس تشخیص پزشک خانواده به سطوح بالاتر ارجاع می‌شوند و تمامی بررسی‌ها و اقداماتی که تا آن لحظه انجام شده در فرم ارجاع قید می‌شود. در نهایت پیگیری‌های بیماران فعال است و پزشک خانواده باید بیمارانی را که نیاز دارند، فعالانه پیگیری کند و در نهایت همه‌چیز در پرونده‌ی بیمار ثبت و ضبط می‌شود.

خوب چطور پزشک متخصص از این درآمد می‌گذرد؟

به چند دلیل:

۱. فراوانی بیمارانی که در نوبت هستند، چون پزشک سطح دو به اندازه‌ی کافی بیمار دارد و ترجیح می‌دهد یک بیمار ارجاعی واقعی را ببیند.
۲. اجرای گایدلاین‌ها، توجه به حسن اجرای آن‌ها و همین‌طور توجه به جزئیات در اجرای سیستم ارجاع، نه‌تنها موجب صرفه‌جویی در هزینه‌های سیستم بهداشت و درمان می‌شود، بلکه موجب ایجاد حسن شهرت بین بیماران و همکاران نیز می‌شود.
۳. از نظر اخلاقی نیز در آن سیستم همه‌ی پزشکان خانواده خودشان مراقب خود هستند و این مهم‌ترین عاملی است که پزشکان خانواده‌شان و شرافتی برای خود ایجاد کرده‌اند که هر کس وارد آن سیستم شود به خودش اجازه‌ی تخطی نمی‌دهد و در صورت انحراف، به‌خصوص از طرف پزشکان همکار و باتجربه‌تر مورد تذکر واقع می‌شود. البته سیستم‌های نظارتی نیز وجود دارد که به‌صورت محسوس یا غیرمحسوس کارکرد پزشکان را کنترل می‌کند و در صورت نیاز، موارد قبل از بررسی به این نهادها ارجاع داده می‌شود.

پزشکان تا چه سنی می‌توانند کار کنند؟

هیچ محدودیت سنی وجود ندارد و پزشکانی هستند که نسل چهارم بیماران‌شان را نیز ویزیت می‌کنند؛ پزشکانی با بیش از ۹۰ سال سن! هر پزشک هر چند ساعت که بخواهد کار می‌کند، البته معمولاً پزشکان مسن کمتر. به‌طور متوسط هر پزشک ۷ تا ۸ ساعت کار می‌کند ولی پزشکان جوان و جویای نامی هم هستند که می‌خواهند از نظر مالی سریع پیشرفت کنند و ساعات بیشتری کار می‌کنند. در اصل اگر درآمد پزشک خانواده زیاد است صرفاً بر مبنای کار بیشتر است و اگر در کانادا پزشکان خانواده نسبت به اقشار دیگر درآمد بیشتری دارند، به این دلیل است که عملاً بیشتر کار می‌کنند. مثلاً من پزشک جوانی اهل کانادا را می‌شناسم که ۱۴ ساعت در روز کار می‌کند ولی اصلاً از زندگی‌اش راضی نیست و همیشه یک دسته‌ی بزرگ شرح حال بیمارانش را در هر روز کاری دارد. (در آن‌جا هر پزشک شرح حال، معاینه، تلفن و همه فعالیت‌هایش را کتبا ثبت می‌کند و به‌عنوان مدرک و سند باید این کار را انجام دهد که در سیستم پرداخت توضیحات لازم را بدهد.)

حالا در مورد سیستم پرداخت بفرمایید؟

در آن‌جا پرداخت عمدتاً به‌صورت FFS (Fee For Service) است ولی با احتساب زمان ارایه‌ی خدمت.

چطور؟

مثلاً وقتی بیماری با دل‌درد مراجعه می‌کند و پزشک خانواده این بیمار را ۱۰ یا ۱۵ دقیقه معاینه می‌کند، به سیستم بیمه گزارش می‌دهد که من این بیمار را ۱۵ دقیقه دیده‌ام و مثلاً ۳۵ دلار مطابق قانون به حساب من منظور کنید.

همچنین ۱۰ دقیقه هم برای این بیمار مشاوره‌ی تلفنی داده‌ام و مبلغ مربوط به این ۱۰ دقیقه هم مثلاً ۲۵ دلار شارژ شود که بیمه هم این مبلغ را می‌پردازد. از بیمار هیچ وجهی دریافت نمی‌شود و مردم به‌صورت غیرمستقیم و با مالیات هزینه‌ی درمان‌شان را می‌پردازند. البته این وضعیت و مبلغ پرداختی به پزشکان خانواده در استان‌های مختلف فرق می‌کند. آلبرتا در یک ایالت نفت‌خیز و پردرآمد است. میزان پرداختی به پزشکان خانواده‌اش بیشتر است و به‌طور متوسط درآمد هر پزشک خانواده ۳۵۰۰۰۰ دلار کانادا در سال است که البته یک پزشک خانواده تا یک میلیون دلار در سال نیز می‌تواند درآمد داشته باشد. در سطح ۲ و ۳ نیز درآمد پزشک به‌صورت FFS و با احتساب صرف زمان برای بیمار است و به‌طور کلی درآمد پزشکان خانواده بسته به محل، نوع و ساعت کار حدود ۱۵۰ تا ۳۰۰ دلار در ساعت است.

پس چطور تخلفات پزشک به حداقل می‌رسد و پزشک با دیدن بیمار کمتر و صرف زمان کمتر تقاضای مبلغ بیشتری نمی‌کند؟

همان‌طور که گفته شد پزشکان خانواده درآمد خوبی دارند و شرافت پزشکی‌شان را به سادگی فدای مسایل مالی نمی‌کنند. دیگر این‌که همه‌ی پزشکان خانواده این حرمت را حفظ می‌کنند. البته مفهوم آن این نیست که هیچ پزشکی تخلف نمی‌کند ولی اگر سیستم نظارتی کشف کند که مثلاً یادداشت‌ها و زمان کاری ۸ ساعته‌ی یک پزشک با هم همخوانی ندارد با شدت بسیار برخورد می‌کند. در آن‌جا همه چیز دقیقه به دقیقه ثبت می‌شود و امکان تخلف به حداقل می‌رسد. مثلاً پزشکی که ۱۰ ساعت در محل



نگاهی ویژه به نظر سنجی بررسی رضایت‌مندی

پزشکان خانواده‌ی شهری استان فارس

| یک پزشک خانواده از شیراز |

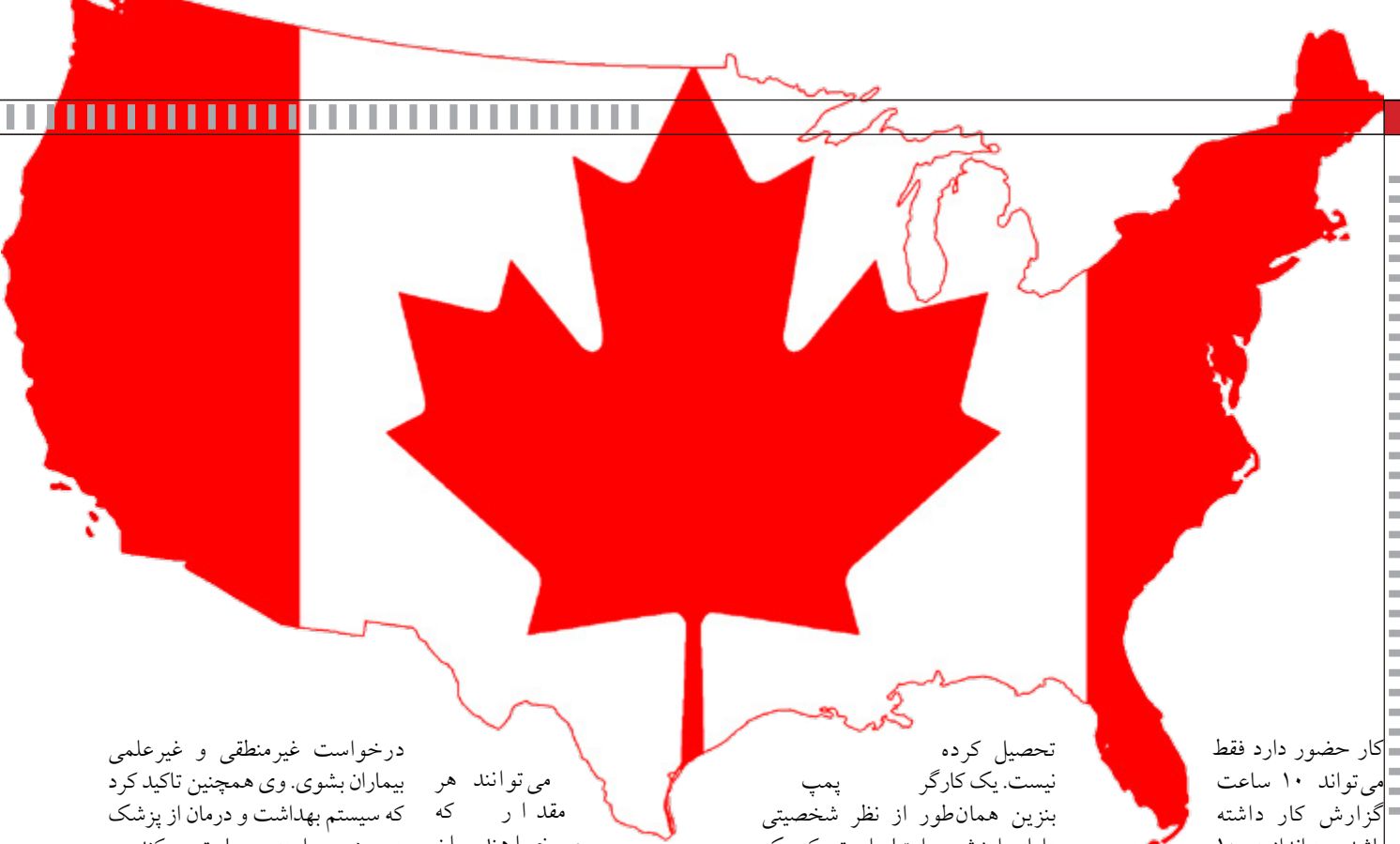
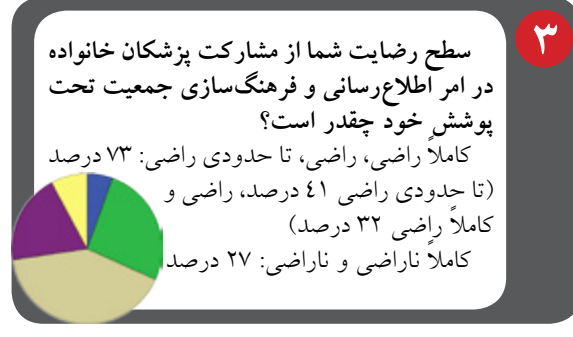
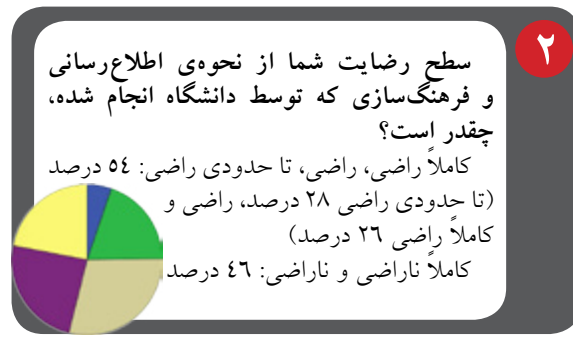
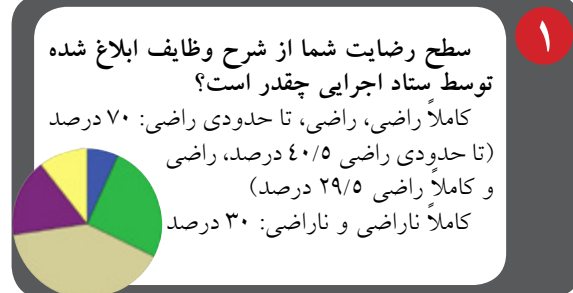
«سیمرغ» مجله‌ی همه‌ی پزشکان عمومی ایران است؛ اگر کمی بلندتر و بازرتر نگاه کنیم، همه‌ی پزشکان ایران... و جهان! اما این بدین معنی هم هست که با توجه به گونه‌گونی مخاطبان (و صاحبان) مجله، انتظار طیف گوناگون و گستره‌ای فراخ از آرا و عقاید را هم داشته باشیم. به‌ویژه وقتی به مناطق بحران‌زا (و به‌قول فرنگی‌ها Hot spot) نزدیک می‌شویم، این تنوع به تضارب و تنازع آرا هم می‌انجامد و چه خوب که همه‌ی این برخوردهای عرصه‌ی اندیشه و گفتار را در حریری نرم از آداب گفت‌وگو و «زنده باد مخالف من» بیچیم تا سرانجامی نیکو به‌بار آید. این مقدمه را همه بدان گفتیم تا بدانی اگر نظری مخالف این «پزشک خانواده از شیراز» هم بود، جایش در همین صفحات محفوظ است! چه خوب است همین‌جا هم تاکید کنیم که هیچ‌یک از مقالات «سیمرغ» دیدگاه و موضع رسمی «انجمن پزشکان عمومی ایران» نیست و نظرات انجمن صرفاً از راه بیانیه‌های رسمی آن یا توسط رییس انجمن بیان می‌شود. (سردبیر)

دست‌اندرکاران اجرای طرح در دانشگاه علوم پزشکی شیراز است.

پزشکان عمومی فارس با وجودی که در آغاز با تردید، شک و شروط و اما و اگرهای بسیار و در یک جو بی‌اعتمادی کامل وارد طرح شدند، لیکن امروز دیگر با دیدگاهی بسیار روشن‌تر و تجربه‌ای غنی که ثمره‌ی زندگی در کنار برنامه‌ی پزشک خانواده‌ی شهری است، با امید به آینده‌ی بهتر خواستار تداوم و اصلاح این برنامه هستند و اکثریت قاطع آن‌ها اعتقاد دارند ضمن ادامه‌ی اجرای این طرح می‌توانند بسیاری از اشکالات عمده‌ی آن را اصلاح کنند. تعامل مثبت و سازنده‌ی نهادهای اجرایی و اداری استان با انجمن پزشکان عمومی شیراز به‌ویژه از نیمه‌ی دوم سال ۹۲ آینده‌ی بسیار روشن‌تری برای پزشکان خانواده ترسیم کرده است.

در چند ماه گذشته، نظریه‌ای وجود داشت که اعلام می‌کرد اکثریت پزشکان عمومی که به هر دلیل (از روی ترس، اجبار، اکراه گرفته یا ترغیب، تطمیع، تشویق و...) وارد طرح پزشک خانواده‌ی شهری شده‌اند، از کلیات اجرای این طرح از دیدگاه صنفی، حقوق پزشکان عمومی و ارتقای شان و منزلت خود رضایت نسبی پیدا کرده‌اند و بازگشت به وضعیت پیشین یا به‌عبارتی توقف اجرای طرح را مصلحت نمی‌دانند. در مقابل این نظریه، دوستانی اعتقاد داشتند اکثریت جامعه‌ی پزشکان عمومی خواهان توقف طرح هستند. البته در این رهگذر در ماه‌های آغازین اجرای

۲۴ فروردین ۹۳ (زمان نگارش این نوشتار) دقیقاً ۲۱ ماه از اجرای طرح پزشک خانواده‌ی شهری در استان فارس می‌گذرد. ۲۴ تیر ۹۱ به دلایلی که نمی‌خواهیم آن‌ها را برشمردیم، با دستور ریاست محترم دانشگاه علوم پزشکی شیراز این برنامه یا همان طرح موسوم به «نسخه‌ی ۰۲» با وجود مخالفت‌ها و نظرات فراوان منتقدین، از مردم گرفته تا پزشکان، نهادهای مردمی و تشکل‌های صنفی و علمی با نام طرح ملی آغاز شد. نگارنده در نظر ندارد به آسیب‌شناسی و برشمردن فواید یا آسیب‌های این برنامه و تأثیرات منفی یا مثبت آن بر نظام سلامت منطقه بپردازد، چرا که در این دو سال ده‌ها نوشته، مقاله، تحقیق، اظهارنظر، بیانیه و... له یا علیه اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده در استان فارس منتشر شده است. بسیاری از فعالان صنفی و تشکل‌های پزشکی به‌ویژه انجمن پزشکان عمومی شیراز با انتشار صدها نامه، اظهارنظر و بیانیه دیدگاه‌های مجریان طرح یعنی جامعه‌ی پزشکان عمومی منطقه را به مسوولین نظام سلامت استان و وزارت بهداشت و درمان انعکاس داده‌اند. سه ماه پیش هم انجمن پزشکان عمومی شیراز با ارسال اصلاحیه‌ی کامل نسخه‌ی ۰۲ ضمن برشمردن بسیاری از نارسایی‌ها و مشکلات موجود در روند اجرای طرح که نتیجه‌ی تجربیات عینی و ملموس همکاران در این مدت بود، راهکارهای پیشنهادی و کارشناسی خود را ارائه داد. این اصلاحیه ثمره‌ی ساعت‌ها بحث، گفت‌وگو و مذاکره با بسیاری از همکاران پزشک عمومی و گاه



درخواست غیرمنطقی و غیرعلمی بیماران بشوی. وی همچنین تاکید کرد که سیستم بهداشت و درمان از پزشک در چنین مواردی حمایت می‌کند.

✓ آیا در آن جا همه چیز الکترونیکی است؟ خیر؛ هنوز نسخه‌نویسی و پرونده‌های کاغذی به خصوص در مناطق دوردست وجود دارد ولی نسخه‌نویسی و سیستم دارویی الکترونیکی شده و سیستم مدارک پزشکی کاغذی هم رو به انقراض است.

✓ با تخلفات پزشکی چگونه برخورد می‌شود؟ تخلفات پزشکی از طریق کالج استانی پزشکان و جراحان پیگیری می‌شود. پزشکان نیز اتحادیه‌ای دارند که کار حمایت حقوقی حرفه‌ای از ایشان را انجام می‌دهد. این اتحادیه در سال ۱۹۰۱ به‌وسیله‌ی پزشکان برای حمایت از همکارانشان بنا نهاده شد. این مرکز کاملاً غیرانتفاعی بوده و خدمات آن شامل آموزش و پیشگیری، مشاوره، تعیین وکیل و در موارد لازم، پرداخت خسارت است. پزشکان حق عضویت خود را به‌صورت سالانه یا ماهانه با توجه به رشته‌ی تخصصی یا مسوولیت خود به این اتحادیه پرداخت می‌کنند.

✓ خوب آقای دکتر، با همه‌ی تجربیات‌تان شما به این نتیجه رسیده‌اید که این پزشکی خانواده باید باشد یا نه؟ باید باشد و در صورت برنامه‌ریزی و اجرای صحیح، هم برای بیماران، هم برای پزشکان و نهایتاً برای سیستم بهداشت و درمان بسیار مفید است.

تحصیل کرده نیست. یک کارگر پمپ بنزین همان‌طور از نظر شخصیتی دارای ارزش و اعتبار است، که یک پزشک. البته پزشک خانواده‌ای که ۴ نسل را دیده، در بین بیماران مانند یک پدر بزرگ‌تر قابل ستایش است و همه به او احترام می‌گذارند ولی همین پزشک خانواده در پمپ بنزین خودش را با مامور پمپ بنزین یکسان می‌داند. درآمد یک متخصص سطح ۲ و ۳ به نسبت پزشکان خانواده‌ی سطح یک خیلی زیادتر نیست. البته رشته‌هایی مانند چشم‌پزشکی یا رادیولوژی هستند که درآمدشان بیشتر است. از این گذشته همان‌طور که گفتیم هیچ منعی برای این‌که یک پزشک خانواده بخواد در یک یا قسمتی از یک رشته‌ی تخصصی دیگر آموزش ببیند و کار کند، وجود ندارد. کافی است یک پزشک خانواده اعلام کند که من می‌خواهم مثلاً دوره‌ی اندوسکوپی را هم ببینم، به او اجازه داده می‌شود که مثلاً چند ماه این دوره را بگذراند و پس از کسب علم و تجربه‌ی لازم عمل مربوط را انجام دهد و به آن درآمد نیز دست یابد و علاوه بر آن کم نیستند پزشکانی که پس از چند سال کار به‌عنوان پزشک خانواده تصمیم گرفته‌اند در یک رشته‌ی دیگر نیز تخصص بگیرند و کار کنند.

✓ وضعیت مرخصی و دستیاران پزشک خانواده چگونه است؟ پزشکان عمدتاً برای خود کار می‌کنند و در صورت پیدا کردن پزشک جایگزین و اطمینان از ادامه‌ی ارابه‌ی خدمات بهینه به بیماران، می‌توانند هر مقدار که بخواهند از مرخصی استفاده کنند.

✓ آیا یک بیمار وقتی به پزشک خانواده‌ی خودش مراجعه نمی‌کند باید مبلغی بیشتری بپردازد؟ خیر، به‌هیچ‌وجه. با وجودی که فرد مختار است به هر پزشکی مراجعه کند، خود افراد با توجه به درک مزیت‌های پزشک خانواده به پزشک خودشان مراجعه می‌کنند ولی چنان‌چه به پزشک دیگری نیز مراجعه کنند، مبلغ بیشتری نمی‌پردازند و بیمه‌ی درمانی عمومی همان مبلغ توافق شده‌ی دیگر بیماران را بابت این فرد نیز می‌پردازد.

✓ آیا بیماران درخواست‌های غیرمنطقی هم دارند؟ به‌ندرت؛ ولی گاهی پیش می‌آید. همین اواخر بیمار نوجوانی داشتم که تشخیص من سینوزیت و ویروسی بود و برای مادرش توضیح دادم که بیمار شما نیاز به آنتی‌بیوتیک ندارد ولی مادر بیمار می‌گفت که این بچه‌ی من است و می‌داند که نیاز به آنتی‌بیوتیک دارد. با وجود توضیحات من، مادر، بیمار را با ناراحتی از مطب بیرون برد. پس از این‌که این موضوع را با استادم که یکی از پزشکان خانواده‌ی باتجربه بود مطرح کردم، ایشان گفت که کار شما درست بوده و نباید تسلیم

کار حضور دارد فقط می‌تواند ۱۰ ساعت گزارش کار داشته باشد و به اندازه‌ی ۱۰ ساعت هم دریافتی دارد.

✓ اگر پزشکی نخواهد وارد سیستم پزشک خانواده شود چه کار می‌کند؟ در خارج از این سیستم و با قوانین خاص خودش کلینیک یا مطب تاسیس می‌کند و همه چیز به صورت آزاد محاسبه می‌شود ولی در آن شرایط نیز علاوه بر بیمه‌های پایه، بیمه‌های دیگری وجود دارد که گاهی سیستم آزاد را ساپورت می‌کنند.

✓ فعالیت‌های زیبایی چگونه است؟ معمولاً به‌صورت آزاد و خارج از سیستم بیمه است.

✓ آیا تمایل برای ورود به رشته‌های تخصصی غیر از پزشکی خانواده زیاد است؟ در گذشته تمایل به تحصیل در رشته‌های دیگر بیشتر بود اما در سال‌های اخیر در این روند تغییر زیادی ایجاد شده، به طوری که تقریباً نصف هر کلاس دانشکده‌ی پزشکی متقاضی گذراندن دوره‌ی پزشکی خانواده هستند و امروزه این رشته تبدیل به یکی از رشته‌های پرتعداد شده است. این موضوع دلایل متفاوتی دارد ولی اگر به‌طور خلاصه بگویم طول دوره‌ی کوتاه‌رین (۲ سال)، فراوانی شغل و تنوع آن‌ها، درآمد خوب، وجهه‌ی بسیار خوب اجتماعی از دلایل اصلی هستند.

در کانادا معیار ارزش هر شخصی صرفاً میزان تعداد سال‌هایی که

۴ سطح رضایت شما از حضور دستیار برای انجام شرح وظایف بهداشتی چقدر است؟
کاملاً راضی، راضی، تا حدودی راضی: ۷۶ درصد
(تا حدودی راضی ۳۴ درصد، راضی و کاملاً راضی ۴۲ درصد)
کاملاً ناراضی و ناراضی: ۲۴ درصد

۵ سطح رضایت شما از نحوه پرداخت سازمان‌های بیمه‌گر چقدر است؟
کاملاً راضی، راضی، تا حدودی راضی: ۴۰ درصد
(تا حدودی راضی ۲۵ درصد، راضی و کاملاً راضی ۱۵ درصد)
کاملاً ناراضی و ناراضی: ۶۰ درصد

۶ سطح رضایت شما از نحوه ارسال اسناد مورد نیاز جمعیت تحت پوشش جهت ارایه به سازمان‌های بیمه‌گر نسبت به قبل چقدر است؟
کاملاً راضی، راضی، تا حدودی راضی: ۶۵ درصد
(تا حدودی راضی ۳۱ درصد، راضی و کاملاً راضی ۳۴ درصد)
کاملاً ناراضی و ناراضی: ۳۵ درصد

۷ سطح رضایت شما از جایگاه پزشک عمومی در این برنامه، به عنوان خط مقدم سلامت چقدر است؟
کاملاً راضی، راضی، تا حدودی راضی: ۵۶ درصد
(تا حدودی راضی ۲۰ درصد، راضی و کاملاً راضی ۳۶ درصد)
کاملاً ناراضی و ناراضی: ۴۴ درصد

۸ سطح رضایت شما از میزان جلب اعتماد جمعیت تحت پوشش خود چقدر است؟
کاملاً راضی، راضی، تا حدودی راضی: ۸۰/۵ درصد
(تا حدودی راضی ۳۰/۵ درصد، راضی و کاملاً راضی ۵۱ درصد)
کاملاً ناراضی و ناراضی: ۱۹/۵ درصد

۹ سطح رضایت شما از ایفای نقش ستاد اجرایی استان در برنامه‌های پزشک خانواده چقدر است؟
کاملاً راضی، راضی، تا حدودی راضی: ۷۰ درصد
(تا حدودی راضی ۲۴ درصد، راضی و کاملاً راضی ۴۶ درصد)
کاملاً ناراضی و ناراضی: ۳۰ درصد

۱۰ سطح رضایت شما از نحوه عملکرد انجمن پزشکان عمومی شیراز در برنامه چقدر است؟
کاملاً راضی، راضی، تا حدودی راضی: ۵۲ درصد
(تا حدودی راضی ۳۰ درصد، راضی و کاملاً راضی ۲۲ درصد)
کاملاً ناراضی و ناراضی: ۴۸ درصد

برنامه در استان، پرسش‌نامه‌ای که بسیار غیرعلمی، غیرکارشناسانه و عجولانه تهیه شده بود، توسط سردمداران مخالفان طرح پزشک خانواده در مطب‌های شهر شیراز و حومه گردانده شد و توسط همه‌ی افرادی که در طرح بودند یا نبودند، تکمیل شد که نتیجه‌ی آن هم ۵۰ درصد موافق ادامه و اصلاح طرح در حین اجرا بودند.

در آذرماه ۹۲ با همکاری انجمن پزشکان عمومی شیراز، سازمان نظام پزشکی، مرکز آمار و پژوهش‌های دانشگاه علوم پزشکی و ستاد اجرایی طرح پزشک خانواده‌ی شهری فارس، یک نظرسنجی علمی و کارشناسانه که سوالات آن پس از چندین جلسه‌ی مشترک با حضور نمایندگان انجمن پزشکان عمومی و سایرین تدوین شده بود، از ۱۰۰۰ نفر پزشک خانواده‌ی شهری استان فارس صورت گرفت.

این نظرسنجی با عنوان «بررسی سطح رضایت‌مندی پزشکان خانواده از برنامه‌ی پزشک خانواده و نظام ارجاع شهری» انجام شد. هدف اصلی این نوشتار بررسی این نظرسنجی است و در پایان تحلیل آن با توجه به آمار و ارقام واقعی موجود ارایه خواهد شد. بنابراین تک‌تک سوالات این پرسش‌نامه و نتایج حاصله را که توسط سازمان نظام پزشکی شیراز استخراج و منتشر شده است، می‌آوریم.

جمعیت پزشکان عمومی چقدر است؟
با نگاهی دقیق و منصفانه به نتایج این نظرسنجی که اتفاقاً ۹۵ درصد از ۱۰۰۰ نفر شرکت‌کننده با سوالات آن موافق بودند، حقایق بسیاری برای صاحب‌نظران جامعه‌ی پزشکی روشن می‌شود. در حدود ۱۰۰۰ نفر از پزشکان خانواده‌ی شهری استان فارس

۱۱ سطح رضایت شما از نحوه عملکرد سازمان نظام پزشکی شیراز در برنامه چقدر است؟
کاملاً راضی، راضی، تا حدودی راضی: ۴۶ درصد
(تا حدودی راضی ۳۰ درصد، راضی و کاملاً راضی ۱۶ درصد)
کاملاً ناراضی و ناراضی: ۵۴ درصد

۱۲ سطح رضایت شما از وضعیت فعلی سامانه‌ی الکترونیک سلامت چقدر است؟
کاملاً راضی، راضی، تا حدودی راضی: ۵۶ درصد
(تا حدودی راضی ۳۶ درصد، راضی و کاملاً راضی ۲۰ درصد)
کاملاً ناراضی و ناراضی: ۴۴ درصد

اعلام شده است! قابل توجه این‌که در اردیبهشت ۹۱، یعنی دو ماه پیش از شروع طرح پزشک خانواده، در استان فارس تنها ۶۵۵ نفر پزشک عمومی مطب‌دار با بیمه‌ی تأمین اجتماعی قرارداد داشتند که این تعداد در اسفند ۹۲ به ۵۳۰ نفر کاهش یافت که البته همگی آن‌ها پزشک خانواده هستند. با توجه به آمار ۱۰۸۰ نفری پزشکان خانواده‌ی شهری استان فارس، معلوم می‌شود که نیمی از پزشکان خانواده، مطب‌دار و نیم دیگر شاغل در درمانگاه‌های دولتی، خیریه و خصوصی هستند.

از طرف دیگر ۳۰۰ نفر از پزشکان عمومی در درمانگاه‌های خصوصی پزشک خانواده و ۲۵۰ نفر دیگر در موسسات دولتی، شرکت‌ها، ارگان‌ها، نهادها، ادارات و مراکز خیریه شاغل هستند. در این مدت در کل استان ۱۲۰ پزشک مطب‌دار با بیمه‌ها لغو قرارداد شده‌اند. بنابراین کل پزشکان عمومی بخش خصوصی که به دلایل گوناگون وارد طرح پزشک خانواده‌ی شهری نشدند پس از کسر مهاجرین، درگذشتگان، شرکت در رزیدنتی و بازنشستگی در خوش‌بینانه‌ترین حالت به ۱۰۰ نفر نمی‌رسد. این عدد ۱۰۰ همان امضاهایی است که پای طومارهای گوناگونی که در این مدت علیه طرح پزشک خانواده یا مسوولین اجرایی استان و دانشگاه تهیه می‌شد، دیده می‌شود.

باز هم اگر به آمار کل پروانه‌ی مطب‌های صادر شده توسط سازمان‌های نظام پزشکی استان فارس در این دو سال توجه کنیم که ۲۰۰۰ و اندی بیشتر نبود، متوجه می‌شویم هیچ‌گاه آمار پزشکان عمومی شاغل استان ۴ یا ۵ هزار نفر نبوده و نیست! چرا که صدور

۱۳ سطح رضایت شما از ترکیب و نحوه سوالات ویزیت پایه چقدر است؟
کاملاً راضی، راضی، تا حدودی راضی: ۵۰ درصد
(تا حدودی راضی ۳۳ درصد، راضی و کاملاً راضی ۱۷ درصد)
کاملاً ناراضی و ناراضی: ۵۰ درصد

۱۴ سطح رضایت شما از روند ارجاع به شکل فعلی چقدر است؟
کاملاً راضی، راضی، تا حدودی راضی: ۲۹/۵ درصد
(تا حدودی راضی ۱۹ درصد، راضی و کاملاً راضی ۱۰/۵ درصد)
کاملاً ناراضی و ناراضی: ۷۰/۵ درصد

۱۵ به نظر شما با شروع برنامه‌ی پزشک خانواده استفاده از دفترچه‌ی غیر توسط بیمار کاهش یافته است؟
بله و تا حدودی: ۸۳ درصد (بله ۵۵ درصد، تا حدودی ۲۸ درصد)
خیر: ۱۷ درصد

۱۶ آیا اعتقاد دارید ارجاع باید الکترونیک صورت گیرد؟
بله و تا حدودی: ۶۴/۵ درصد (بله ۶۱ درصد، تا حدودی ۳/۵ درصد)
خیر: ۳۵/۵ درصد

۱۷ آیا در طول اجرای ۱/۵ سال برنامه‌ی پزشک خانواده تغییری در روند درخواست غیرمنطقی ارجاع ایجاد شده است؟
بله و تا حدودی: ۴۹/۵ درصد (بله ۱۹ درصد، تا حدودی ۳۰/۵ درصد)
خیر: ۵۰/۵ درصد

۱۸ سطح رضایت شما از درآمد حاصل از این برنامه چقدر است؟
کاملاً راضی، راضی، تا حدودی راضی: ۵۵ درصد
(تا حدودی راضی ۳۵/۵ درصد، راضی و کاملاً راضی ۱۹/۵ درصد)
کاملاً ناراضی و ناراضی: ۴۵ درصد

۱۹ سطح رضایت شما از تناسب ساعت کاری تعیین شده (هر شیفت ۴ ساعت) با وظایف پزشک خانواده چقدر است؟
کاملاً راضی، راضی، تا حدودی راضی: ۶۹/۵ درصد
(تا حدودی راضی ۳۲ درصد، راضی و کاملاً راضی ۳۷/۵ درصد)
کاملاً ناراضی و ناراضی: ۳۰/۵ درصد

۲۰ سطح رضایت شما از ساعت شروع و خاتمه‌ی کار چقدر است؟
 کاملاً راضی، راضی، تا حدودی راضی: ۷۸ درصد
 (تا حدودی راضی ۳۵/۵ درصد، راضی و کاملاً راضی ۴۲/۵ درصد.
 کاملاً ناراضی و ناراضی: ۲۲ درصد

۲۱ سطح رضایت شما از سرانه‌ی تعیین شده در این برنامه چقدر است؟
 کاملاً راضی، راضی، تا حدودی راضی: ۳۵ درصد
 (تا حدودی راضی ۲۴ درصد، راضی و کاملاً راضی ۱۱ درصد.
 کاملاً ناراضی و ناراضی: ۶۵ درصد

۲۲ سطح رضایت شما از تعرفه‌ی تعیین شده برای فرانشیز (پرداخت از جیب مردم) چقدر است؟
 کاملاً راضی، راضی، تا حدودی راضی: ۴۳ درصد
 (تا حدودی راضی ۲۳ درصد، راضی و کاملاً راضی ۲۰ درصد)
 کاملاً ناراضی و ناراضی: ۵۷ درصد

۲۳ سطح رضایت شما از حجم کار و بار مراجعه، پس از شروع دریافت فرانشیز از بیماران چقدر است؟
 کاملاً راضی، راضی، تا حدودی راضی: ۶۲ درصد
 (تا حدودی راضی ۳۶ درصد، راضی و کاملاً راضی ۲۶ درصد)
 کاملاً ناراضی و ناراضی: ۳۸ درصد

۲۴ سطح رضایت شما از روند مرخصی رفتن به شکل فعلی نسخه‌ی ۰۲ چقدر است؟
 کاملاً راضی، راضی، تا حدودی راضی: ۴۴/۵ درصد
 (تا حدودی راضی ۳۰ درصد، راضی و کاملاً راضی ۱۴/۵ درصد)
 کاملاً ناراضی و ناراضی: ۵۵/۵ درصد

۲۵ سطح رضایت شما از کیفیت خدمات در جهت ارتقای سلامت نسبت به قبل از شروع برنامه چقدر است؟
 کاملاً راضی، راضی، تا حدودی راضی: ۶۲/۵ درصد
 (تا حدودی راضی ۳۵ درصد، راضی و کاملاً راضی ۲۷/۵ درصد)
 کاملاً ناراضی و ناراضی: ۳۷/۵ درصد

۲۶ سطح رضایت شما از برنامه‌های بازآموزی برگزار شده مرتبط با پزشک خانواده در جهت سلامت‌نگری شما چقدر است؟
 کاملاً راضی، راضی، تا حدودی راضی: ۸۰/۵ درصد
 (تا حدودی راضی ۳۹/۵ درصد، راضی و کاملاً راضی ۴۱ درصد)
 کاملاً ناراضی و ناراضی: ۱۹/۵ درصد

طرح نشده‌اند.
 در حال حاضر در استان فارس در اثر اجرای طرح پزشک خانواده نه تنها دیگر پدیده‌ی پزشک عمومی بیکار وجود ندارد بلکه شدیداً کمبود پزشک عمومی است و بارها اعلام کرده‌اند که پذیرای پزشکان عمومی سایر استان‌ها هستند. این نکته‌ای است که در آغاز اجرای نسخه‌ی ۰۲ در استان فارس به مخیله‌ی هیچ مسوولی در وزارت بهداشت و ستاد اجرایی استان هم نمی‌رسید! از همین رو به‌ناچار در برخی نقاط آمار جمعیت تحت پوشش پزشکان را به ۳۰۰۰ تا ۳۵۰۰ نفر افزایش داده‌اند. آمار بالای ۵۰ درصد پزشکان عمومی نیمه‌وقت از معضلاتی بود که دست‌اندرکاران به آن نیندیشیده بودند.

تحلیل نظرسنجی
 حال نگاهی تحلیلی به پاسخ‌های این نظرسنجی می‌اندازیم. گروهی اساساً به همه‌ی سوالات پاسخ «کاملاً ناراضی» داده‌اند. در طرف مقابل هم عده‌ای در همه‌ی سوالات پاسخ «کاملاً راضی» داده‌اند. این دو گروه همواره در آمارهای جمعیتی و پژوهشی در دو طرف طیف و در یک منحنی نرمال در دو Extreme قرار می‌گیرند که اگر برای هر کدام ۱۰ درصد را قابل باشیم، همان آمار ۸۰ درصد که در نتیجه‌گیری کلی به‌دست آمده حادث خواهد شد.

ببینیم پزشکان عمومی خانواده در این ارزیابی در چه موارد اکثریت ناراضیتی خود را اعلام کرده‌اند:
 - نابه‌سامانی روند ارجاع

تقاضاهای غیرمنطقی برای انجام امور پاراکلینیک توسط بیماران
 - پایین بودن مبلغ فرانشیز
 - پایین بودن سرانه‌ی پزشک خانواده با توجه به حجم کار و بار مراجعه‌ی بیماران
 - ناهماهنگی و نابه‌سامانی در پرداخت‌های سازمان‌های بیمه‌گر
 - محدودیت در مرخصی پزشکان خانواده
 - سوالات غیرمنطقی و غیرکارشناسانه‌ی ویزیت پایه
 - عدم رضایت از عملکرد سازمان نظام پزشکی شیراز.
 این ناراضی‌ها در نظرسنجی نشان می‌دهد که گرچه عمده‌ی همکاران پزشک خانواده موافق ادامه‌ی اجرای طرح در استان هستند، اما به‌شدت خواهان تغییرات و اصلاحات جدی در روند اجرایی آن نیز هستند.

از طرف دیگر، معلوم می‌شود که اکثریت پزشکان از بازرسی‌ها، عملکرد ستاد اجرایی، شرح وظیفه‌ی دستیار، نحوه‌ی ارسال اسناد به بیمه‌ها (نسبت به گذشته)، میزان جلب اعتماد جمعیت تحت پوشش، جایگاه پزشکان عمومی در نظام سلامت، وضعیت فعلی سامانه‌ی سلامت، کاهش استفاده از دفترچه‌های غیر، کاهش بار مراجعه پس از برقرار شدن فرانشیز، ارتقای کیفیت خدمات سلامت نسبت به گذشته، وضعیت بازآموزی‌های مرتبط به پزشک خانواده، بیماریابی و شرح وظایف پزشک خانواده و ساعات کاری راضی یا نسبتاً راضی هستند.

با وجود شکوه‌های برخی از همکاران از

۲۷ سطح رضایت شما از روند بیماریابی جمعیت تحت پوشش خود از طریق ویزیت پایه برای کنترل و شناسایی بیماری‌های پرخطر مثل چاقی، فشار خون، دیابت و غیره چقدر است؟
 کاملاً راضی، راضی، تا حدودی راضی: ۷۹ درصد
 (تا حدودی راضی ۴۰ درصد، راضی و کاملاً راضی ۳۹ درصد)
 کاملاً ناراضی و ناراضی: ۲۱ درصد

۲۸ سطح رضایت شما از کیفیت شرح وظایف پزشک در برنامه‌ی پزشک خانواده چقدر است؟
 کاملاً راضی، راضی، تا حدودی راضی: ۶۴/۵ درصد
 (تا حدودی راضی ۳۶/۵ درصد، راضی و کاملاً راضی ۲۸ درصد)
 کاملاً ناراضی و ناراضی: ۲۸/۵ درصد

بازرسی‌های دانشگاه و بیمه‌ها، ۷۰ درصد پزشکان از این بازرسی و نظارت‌ها رضایت دارند (اگرچه صدای اعتراض اقلیت بلندتر از اکثریت خاموش است!) که شاید نشان دهد با وجود افزایش چشمگیر بازرسی‌ها و نظارت‌ها که گاهی به دو تا سه بار هم در ماه می‌رسد، مشکل عمده‌ای از لحاظ رعایت احترام و حفظ شان و حرمت پزشکان خانواده وجود نداشته است.

در بعضی از موارد هم رضایت‌ها از اکثریت قابل توجهی برخوردار نبوده و بین ۵۰ تا ۵۵ درصد بوده است. مثل ارزیابی عملکرد انجمن پزشکان عمومی شیراز که ۵۲ درصد رضایت وجود داشت. رضایت‌مندی تنها ۵۵ درصدی از درآمد پزشک خانواده نیز دلیل روشنی است که پزشکان خانواده تنها به دلایل مادی موافق طرح نیستند یعنی در حالی که ۴۵ درصد از این درآمد ناراضی‌اند، ۳۵ درصد هم تا رضایت کامل دارند (که شاید همان موافقان همه‌ی موارد باشند!).

البته این نظرسنجی همان‌گونه که هدفش بود، تنها میزان رضایت‌مندی پزشکان خانواده را از روند اجرایی فعلی طرح بررسی کرده است. بدیهی است که بررسی کیفی طرح نیاز به دقت و بررسی طولانی و جامع‌تری دارد و در این مدت کوتاه به هیچ‌وجه نیز نمیتوان موارد کیفی مانند چگونگی سلامت‌محور بودن آن را ارزیابی کرد، چرا که هنوز ویزیت‌های پایه به‌صورت کامل انجام و پرونده‌های الکترونیکی تکمیل نشده و نرم‌افزار ویزیت جاری نیز تنها پس از تکمیل ویزیت‌های

۲۹ سطح رضایت شما از روند درخواست بیماران برای انجام پاراکلینیک چقدر است؟
 کاملاً راضی، راضی، تا حدودی راضی: ۴۴/۵ درصد
 (تا حدودی راضی ۲۸ درصد، راضی و کاملاً راضی ۱۶/۵ درصد)
 کاملاً ناراضی و ناراضی: ۵۵/۵ درصد

۳۰ سطح رضایت شما از نحوه‌ی نظارت دانشگاه چقدر است؟
 کاملاً راضی، راضی، تا حدودی راضی: ۷۰ درصد
 (تا حدودی راضی ۳۴ درصد، راضی و کاملاً راضی ۳۶ درصد)
 کاملاً ناراضی و ناراضی: ۳۰ درصد

۳۱ سطح رضایت شما از نحوه‌ی نظارت سازمان‌های بیمه‌گر چقدر است؟
 کاملاً راضی، راضی، تا حدودی راضی: ۶۸ درصد
 (تا حدودی راضی ۳۴ درصد، راضی و کاملاً راضی ۳۴ درصد)
 کاملاً ناراضی و ناراضی: ۳۲ درصد

۳۲ در نهایت شما با برنامه‌ی پزشک خانواده‌ی شهری در استان فارس چقدر موافق هستید؟
 کاملاً راضی، راضی، تا حدودی راضی: ۶۶ درصد
 (تا حدودی راضی ۲۶ درصد، راضی و کاملاً راضی ۴۰ درصد)
 کاملاً ناراضی و ناراضی: ۳۴ درصد

۳۳ در نهایت شما با کلیات اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده‌ی شهری در کشور چقدر موافق هستید؟
 کاملاً راضی، راضی، تا حدودی راضی: ۶۸ درصد
 (تا حدودی راضی ۳۰ درصد، راضی و کاملاً راضی ۳۸ درصد)
 کاملاً ناراضی و ناراضی: ۳۲ درصد

۳۴ سطح رضایت شما از این پرسش‌نامه و سوالات آن چقدر است؟
 کاملاً راضی، راضی، تا حدودی راضی: ۹۵ درصد
 (تا حدودی راضی ۳۰/۵ درصد، راضی و کاملاً راضی ۶۴/۵ درصد)
 کاملاً ناراضی و ناراضی: ۵ درصد

۳۵ نتیجه‌گیری کلی:
 کاملاً راضی، راضی، تا حدودی راضی: ۸۱ درصد
 (تا حدودی راضی ۴۲ درصد، راضی و کاملاً راضی ۳۹ درصد)
 کاملاً ناراضی و ناراضی: ۱۹ درصد

همه چیز درباره‌ی

فشار خون

بخش علمی «سیمرغ» با هدف مروری بر مبانی و نگاهی به تازه‌های تشخیص و درمان شایع‌ترین بیماری‌های مراجعان به مطب‌های پزشکان عمومی، در هر شماره پرونده‌ای ویژه برای هر یک از این بیماری‌ها خواهد داشت. در نخستین گام به بهانه‌ی انتشار رهنمودهای جدید برای تشخیص و درمان پرفشاری خون در JNC8، قرعه به نام این بیماری افتاد که البته با توجه به وسعت مباحث مربوط به آن، نیمی از عناوین می‌ماند برای شماره‌ی بعد. در این شماره دکتر کاظم لبادی، نفرولوژیست و عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان به‌عنوان مشاور علمی در انتخاب عناوین مقالات و معرفی نویسندگان همراه ما بوده‌اند. با سپاس بسیار از ایشان و همکاران‌شان که جمله از اعضای ممتاز هیات علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور هستند، منتظر دریافت نظرات، انتقادات و پیشنهادها‌ی شما همکاران محترم برای معرفی عناوین جدید یا اعلام همکاری در تدوین پرونده‌های آینده هستیم.



حکمت، خردورزی، همدلی و... درمانگری

سیمرغ بر تارک نشریه‌ی ما



دکتر فرزاد فرقان

عضو شورای عالی نظام پزشکی کشور
Email: farzadforghan@yahoo.com

شورای عالی نظام پزشکی روز نهم آبان ۱۳۹۲ «سیمرغ درمانگر» را به‌عنوان نماد جامعه‌ی پزشکی ایران انتخاب کرد. پیوندی سرشتین و ساختاری بین سیمرغ و جایگاه مقدس پزشکی وجود دارد که بیانگر جایگاه متعالی و قدسی پزشک در التیام همه‌ی دردهاست.

در ادبیات کهن ما اوستا و شاهنامه به سیمرغ پرداخته‌اند؛ در شاهنامه، سیمرغ بلندآشیانی است که بر البرز، بلندترین کوه قابل تصور، سکنی دارد. این کتاب پیش از آن‌که به توصیف جوانب مادی و شکل و شمایل سیمرغ پرداخته باشد، از نقش او در زندگی فهرومانان شاهنامه سخن گفته است. سیمرغ شاهنامه زال را در کنامش می‌پرورد، از گزند حوادث دور می‌دارد و به او بخشندگی و پهلوانی می‌آموزد تا زال در خدمت او کسب کمال کند. سیمرغ پر خود را نزد زال به یادگار می‌گذارد تا در هنگام خطر آن پر را با عود در مجمر بسوزاند تا سیمرغ را در کنار خود داشته باشد و از همراهی و همدردی وی برخوردار شود.

سیمرغ زمانی در جایگاه طبیب و رازدار قرار می‌گیرد

جز اوستا و شاهنامه، سیمرغ می‌توان را در ادبیات عرفانی نیز یافت. شیخ شهاب‌الدین سهروردی در رساله‌ی «عقل سرخ» سیمرغ را نمادی از خورشید عالم می‌داند و عطار نیشابوری غایت سلوک عرفانش می‌خواند: پرندگان به‌دنبال یافتن سیمرغ شهر و دیار خود را رها می‌کنند و چون به محل استقرار سیمرغ در کوه قاف می‌رسند، نماد وحدت سی مرغ را برای رسیدن به هدفی یگانه در ذات الهی می‌بینند.

سیمرغ همچون افسانه‌ای فاخر و در اوج پرواز است و نگاهی همواره به‌سوی جامعه و مردم دارد. انتخاب سیمرغ به‌عنوان نماد پزشکی در ایران، بیانگر صفات حکمت، خردورزی و درمانگری در جامعه‌ی پزشکی بوده و نمایانگر پیشگامی ایرانیان در عرصه‌ی سلامت است. سیمرغ همچنین نمادی برای همدلی و همراهی جامعه‌ی پزشکی برای ارتقای هر چه بیشتر سلامت در جامعه است.

و سرانجام این‌که انجمن پزشکان عمومی ایران با توجه به این انتخاب ارزشمند، بر آن شده است این نماد عرفانی، تاریخی و اساطیری را بر پیشانی نشریه‌ی خود بنشانند تا بدین‌وسیله تلاش مشترک اعضای خود را در ارتقای سلامت جامعه به نمایش گذارد. باشد تا این نام و مرام برای نسل‌های بعد به یادگار بماند.



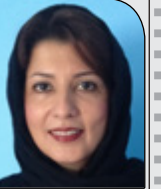
لطفاً نظر خود را درباره‌ی کل مجله یا هر مطلب خاص، با ذکر کد آن (از صفحه‌ی فهرست) به سامانه‌ی ۹۸۳۰۰۰۸۲۹۲ پیامک فرمایید.

شما عضو تحریریه‌ی سیمرغ هستید.

مقالات، یادداشت‌ها، اشتقادات و پیشنهادهای خود را به نشانی ما بفرستید:

30morgh@isgp.com

JNC8 چه می‌گوید؟



دکتر رقيه حج فروش

عضو انجمن پزشکان عمومی رشت

Email: hajf@gmail.com

فشار خون یکی از بیماری‌های قابل پیشگیری است که درمان صحیح آن می‌تواند از عوارض و مرگ و... که از بین نامزدهای مختلف انتخاب شده‌اند و نیز حاصل از آن پیشگیری کند. اما درمان این بیماری در منابع مختلف، متفاوت ذکر شده است و هیچ روش یا دستورالعمل (گایدلاین) واحدی برای تشخیصی و درمان وجود ندارد. خود تاکید دارد که این توصیه‌ها هیچ‌گاه جای قضاوت یکی از معتبرترین توصیه‌های علمی JNC (Joint of National Committee) است که آن را و براساس یافته‌های بالینی و آزمایشگاهی خواهد بود. متخصصان رشته‌های مختلف شامل درمان فشار خون، در JNC⁸ سه پرسش مهم و بنیادین مطرح است:

۱. آیا در بزرگسالان دچار پرفشاری خون، آغاز درمان دارویی در آستانه‌ی فشار خونی خاص، بر سلامتی فرد خواهد افزود؟

۲. آیا در بزرگسالان دچار پرفشاری خون، ادامه‌ی درمان دارویی تا زمان رسیدن به فشار خون هدفی خاص، بر سلامتی فرد خواهد افزود؟

۳. آیا در بزرگسالان دچار پرفشاری خون، کاربرد داروها یا دسته‌های دارویی گوناگون در درمان پرفشاری خون، با آثار مثبت یا منفی متفاوتی بر سلامتی بیماران همراه است؟



و پیشنهادهای زیر به پرسش‌های بالا پاسخ می‌دهد:

۱. در جمعیت عمومی بالای ۶۰ سال، درمان دارویی برای کاهش فشار خون باید از فشار سیستولی ۱۵۰ میلی‌متر جیوه و دیاستولی ۹۰ میلی‌متر جیوه شروع شود. هدف از درمان، رسیدن فشار خون سیستولی به کمتر از ۱۵۰ و دیاستولی به کمتر از ۹۰ است.

نکته: اگر در جمعیت عمومی بالای ۶۰ سال، دارودرمانی برای کاهش پرفشاری خون منتج به فشار خون سیستولی پایین‌تر (به‌عنوان مثال پایین‌تر از ۱۴۰) شود ولی بیمار درمان را خوب تحمل کند و عارضه‌ای بر سلامت و کیفیت زندگی‌اش نگذاشته باشد، نیاز نیست دارو را کم کنیم.

۲. در جمعیت عمومی زیر ۶۰ سال، درمان دارویی برای کاهش پرفشاری خون باید از فشار خون دیاستولی ۹۰ میلی‌متر جیوه آغاز شود و هدف رسیدن به زیر ۹۰ است.

۳. در جمعیت عمومی زیر ۶۰ سال، درمان دارویی برای کاهش پرفشاری خون باید از فشار خون سیستولی ۱۴۰ میلی‌متر جیوه آغاز شود و هدف رسیدن به زیر ۱۴۰ است.

۴. در جمعیت بالای ۱۸ سال دچار بیماری مزمن کلیوی (CKD)، درمان دارویی برای کاهش پرفشاری خون باید از فشار سیستولی ۱۴۰ و دیاستولی ۹۰ میلی‌متر جیوه آغاز شود و هدف رسیدن فشار سیستولی به زیر ۱۴۰ و دیاستولی به زیر ۹۰ است.

۵. در جمعیت بالای ۱۸ سال دیابتی، درمان دارویی برای کاهش پرفشاری خون باید از فشار سیستولی ۱۴۰ و دیاستولی ۹۰ میلی‌متر جیوه آغاز شود و هدف رسیدن فشار سیستولی به زیر ۱۴۰ و دیاستولی به زیر ۹۰ است.

۶. در جمعیت عمومی غیرسیاه‌پوست از جمله در دیابتی‌ها، درمان ضد فشار خون می‌تواند با دیورتیک تیازیدی، بلوک‌کننده‌ی کانال کلسیمی (CCB)، مهارکننده‌ی آنزیم مبدل آنژیوتانسین (ACEI) یا بلوک‌کننده‌ی گیرنده‌ی آنژیوتانسین (ARB) آغاز شود.

۷. در جمعیت عمومی سیاه‌پوست از جمله در دیابتی‌ها، درمان ضد فشار خون می‌تواند با یک دیورتیک تیازیدی یا CCB آغاز شود.



۸. در جمعیت بالای ۱۸ سال مبتلا به بیماری مزمن کلیوی (CKD)، داروی اول یا دوم ضد فشار خون می‌تواند شامل یک ACEI یا ARB باشد تا وضع کلیه را بهبود بخشد. این توصیه برای تمام بیماران مزمن کلیوی بدون در نظر گرفتن نژاد یا وضعیت دیابت قابل اجرا است.

۹. هدف اصلی از درمان پرفشاری خون این است که به فشار خون هدف برسیم و آن را نگه داریم. اگر تا یک ماه از آغاز درمان به فشار خون هدف نرسیدیم، یا دوز دارویی آغازین را افزایش می‌دهیم یا داروی دوم از یکی از دسته‌های پیشنهاد شده در بند ۶ (دیورتیک‌های تیازیدی، ACEI، CCB یا ARB) آغاز می‌کنیم. پزشک باید ارزیابی فشار خون و تنظیم رژیم درمانی را ادامه دهد تا به فشار خون هدف برسد. اگر با دو دارو هنوز به فشار خون هدف نرسیده باشیم، باید داروی سوم را از فهرست مورد نظر اضافه کرد. در یک بیمار از ACEI و ARB با هم استفاده نکنید. اگر فشار خون هدف فقط با مصرف داروهای پیشنهاد شده در بند ۶ حاصل نشود یا این داروها منع مصرف داشته باشند یا نیاز باشد بیش از سه دارو برای رسیدن به فشار خون هدف استفاده شود، می‌توان داروهای سایر دسته‌های دارویی ضد فشار خون را هم تجویز کرد. بیمارانی که با استفاده از راهبردهای بالا به فشار خون هدف نمی‌رسند یا بیماران عارضه‌دار نیازمند مشاوره‌های بالینی، بهتر است به یک متخصص درمان فشار خون ارجاع شوند.

منبع:

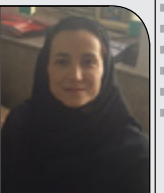


درمان فشار خون



دکتر امیر احمد نصیری

فوق تخصص کلیه و فشار خون
دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
Email: nassirimorad@yahoo.com



دکتر منیر السادات حاکمی

فوق تخصص کلیه و فشار خون
دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران
Email: mhakemi@tums.ac.ir

افزایش فشار خون از عمده‌ترین عوامل در ایجاد بیماری‌های قلبی-عروقی است. در افراد میان‌سال (بالای ۴۰ سال) به ازای هر ۲۰ میلی‌متر جیوه افزایش فشار خون سیستولی یا هر ۱۰ میلی‌متر جیوه افزایش فشار خون دیاستولی از مرز ۱۱۵/۷۵ میلی‌متر جیوه، احتمال بیماری‌های قلبی-عروقی دو برابر می‌شود (قانون ۲۰/۱۰). فشار سیستولی و فشار دیاستولی هر یک به‌صورت مستقل و جداگانه قابلیت افزایش خطر بیماری‌های قلبی-عروقی را دارند، هر چند در افراد مسن‌تر (بالای ۶۰-۵۵ سال) فشار خون سیستولی اهمیت بیشتری می‌یابد.

از نظر درمانی، بیماران مبتلا به هیپرتانسیون شریانی را می‌توان به سه گروه تقسیم کرد:

۱. بیماران بدون شواهدی از ابتلا به دیابت شیرین یا بیماری کلیوی که بهتر است میزان فشار خون در این دسته را به کمتر از ۱۴۰/۹۰ میلی‌متر جیوه کاهش داد.

۲. بیماران دچار دیابت شیرین، اختلال عملکرد کلیوی یا بیماری‌های ایسکمیک قلبی که باید فشار خون این گروه به کمتر از ۱۳۰/۸۰ میلی‌متر جیوه برسد.

۳. بیماران دچار اختلال عملکرد بطن چپ که باید فشار خونی کمتر از ۱۲۰/۸۰ میلی‌متر جیوه داشته باشند.

نکته مهم: در هنگام کاهش فشار خون، هر گاه فشار سیستولی به کمتر از ۱۴۰ میلی‌متر جیوه کاهش یافت باید مراقب بود تا فشار دیاستولی در افراد دچار بیماری‌های ایسکمیک به پایین‌تر از ۷۰ میلی‌متر جیوه و در افراد بدون بیماری ایسکمیک قلبی به پایین‌تر از ۵۵ میلی‌متر جیوه کاهش نیابد، زیرا در این موارد کاهش بیش از حد فشار خون دیاستولی با افزایش مرگ و میر قلبی-عروقی همراه است.

گرچه امروزه افراد بیشتری از میزان فشار خون بالای خود آگاهی دارند و بنابراین افراد بیشتری نیز تحت درمان قرار گرفته‌اند اما متأسفانه میزان کنترل پرفشاری خون شریانی هنوز

ناکافی است (تنها یک‌سوم از افراد هایپرتانسیو در جوامع غربی فشار خون کنترل شده دارند).

چرا باید پرفشاری خون را درمان کرد؟

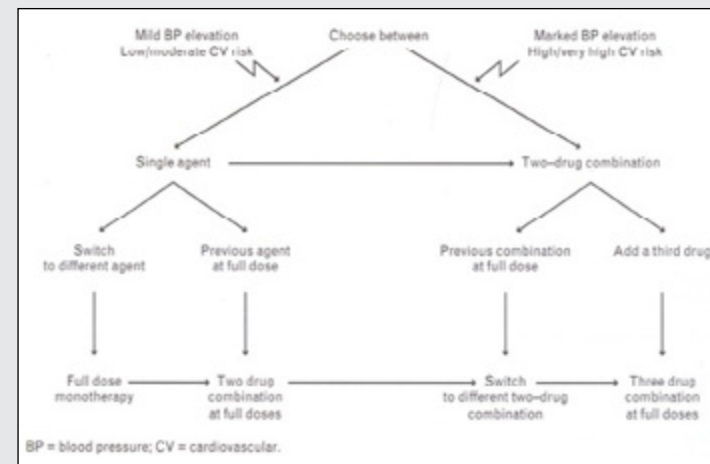
بر اساس بسیاری از مطالعات در ۴۰ سال گذشته ثابت شده که استفاده از داروهای ضد فشار خون باعث کاهش احتمال سکتته‌های مغزی، نارسایی قلبی و حملات حاد قلبی-عروقی می‌شود. نتایج حاصل از چندین متآنالیز نشان داده است که درمان هایپرتانسیون شریانی می‌تواند منجر به کاهش سکتته‌های مغزی تا ۳۸ درصد، حملات حاد قلبی-عروقی تا ۱۶ درصد، نارسایی قلبی تا ۵۲ درصد، مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلبی-عروقی تا ۲۱ درصد و جلوگیری از هیپرتروفی بطن چپ تا ۳۵ درصد شود.

با وجود آگاهی طولانی‌مدت از خطرات فشار خون بالای سیستولی بر سیستم قلبی-عروقی، تنها در طول ۲۰ سال اخیر بوده که توجه اختصاصی به کنترل این گروه از بیماران (فشار خون سیستولی ایزوله: ISH) معطوف شده است. کاهش فشار خون سیستولی در افراد مسن با کاهش قابل ملاحظه‌ای در میزان سکتته‌های مغزی، نارسایی قلبی، حوادث حاد کرونری و مرگ و میر همراه است.

در بیماران مبتلا به دیابت شیرین، خطر هایپرتانسیون شریانی افزایش

می‌یابد. احتمال بروز سکتته‌های مغزی یا هر حادثه‌ی قلبی-عروقی در بیماران دیابتی با فشار خون بالا نیز حداقل دو برابر می‌شود. از سوی دیگر، دیابت به‌عنوان یکی از شایع‌ترین علل نارسایی انتهایی کلیه‌ها مطرح است و بین میزان افزایش فشار خون شریانی و کاهش عملکرد کلیه یک ارتباط خطی وجود دارد. امروزه توصیه‌ی بسیاری از مجامع بین‌المللی بر این است که باید فشار خون بیماران دیابتی به کمتر از ۱۳۰/۸۰ میلی‌متر جیوه کاهش یابد، چرا که در این محدوده از فشار خون در بیماران دیابتی، میزان کاهش عملکرد کلیه کمتر شده و همزمان ریسک بیماری‌های قلبی-عروقی نیز کاهش می‌یابد. در واقع به ازای هر ۱۰ میلی‌متر جیوه کاهش در فشار خون سیستولی در بیماران دیابتی، حدود ۱۵-۱۰ درصد از احتمال عوارض میکروواسکولار دیابت، انفارکتوس قلبی و مرگ و میرهایی که مستقیماً مربوط به خود دیابت هستند، کاهش می‌یابد. در بیماران دچار بیماری کلیوی (نارسایی مزمن کلیه‌ها یا پروتئینوری بیشتر از یک گرم در روز) نیز بهتر است میزان فشار خون شریانی به کمتر از ۱۳۰/۸۰ میلی‌متر جیوه کاهش یابد.

در مجموع در تمامی بیماران به‌نظر می‌رسد کاهش هر چه بیشتر فشار خون به‌علت بهبود وضعیت قلبی-عروقی، سبب کاهش مرگ و میر



تصویر ۱. مقایسه‌ی درمان تک دارویی با درمان ترکیبی در بیماران مبتلا به فشار خون

بیماران می‌شود، به‌نحوی که بهترین پیش‌آگهی در بیمارانی بوده که فشار خون سیستولی کمتر از ۱۱۵ میلی‌متر جیوه و فشار خون دیاستولی کمتر از ۷۵ میلی‌متر جیوه داشته‌اند (فرضیه‌ی «هر چه کمتر، بهتر»). اما همان‌طور که گفته شد، در برخی شرایط، کاهش بیش از حد فشار خون دیاستولی با افزایش مرگ و میر قلبی-عروقی همراه است. این همان فرضیه‌ی «منحنی ل» است که بر اهمیت فشار خون دیاستولی در بیماران با بیماری قلبی-عروقی زمینه‌ای تأکید دارد. در مورد کاهش فشار خون سیستولی، چنین ارتباطی مشاهده نشده است.

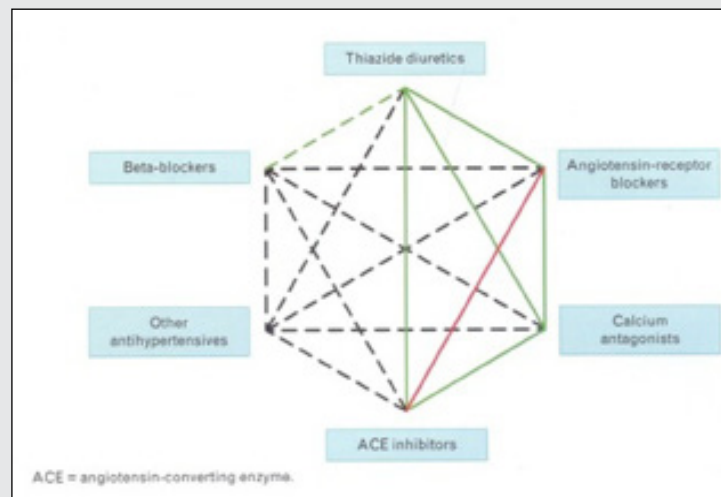
دو نوع درمان اصلی

۱. **تغییر سبک زندگی:** در کنار درمان‌های دارویی، تغییر در روش زندگی نقش بسیار عمده‌ای در کنترل فشار خون بازی می‌کند. کاهش مصرف نمک به کمتر از ۵-۶ گرم در روز، کاهش و قطع مصرف ترکیبات الکلی، افزایش مصرف سبزیجات، میوه و لبنیات کم‌چرب، کاهش وزن و کاهش BMI به کمتر از 25 Kg/m^2 و کاهش اندازهای دور کمر (کاهش محیط کمری در آقایان به 102 cm و در خانم‌ها به 88 cm)، انجام فعالیت‌های منظم ورزشی (حداقل ۳۰ دقیقه فعالیت دینامیک در روز و ۷-۵ روز در هفته) و قطع مصرف سیگار، همگی از عوامل بسیار مهم در کاهش عوارض و مرگ و میر ناشی از فشار خون بالای شریانی محسوب می‌شود. ۲. **دارو درمانی:** از نظر فارماکولوژیک، هنوز نمی‌توان ادعا

کرد که یک گروه دارویی، برتری خاص و منحصر به فردی بر دیگر گروه‌ها داشته باشد. بر اساس بسیاری از مطالعات و متآنالیزهای انجام شده، ترکیبات دارویی چون دیورتیک‌ها، بتابلوکرها، آنتاگونیست‌های کانال‌های کلسیمی، مهارکننده‌های آنزیم ACE و مهارکننده‌های گیرنده‌های آنژیوتانسین هر کدام اهمیت ویژه‌ی خود را دارند و ممکن است در شرایط خاص به‌عنوان داروی اولیه یا نگهدارنده (چه به‌صورت مونوتراپی و چه مولتیپل تراپی) استفاده شوند.

شروع درمان: تک‌دارویی یا چنددارویی؟

آنچه در درمان بیماران هنوز با چالش فراوانی روبه‌رو است، مسأله‌ی استفاده از یک یا چند دارو در درمان بیماران است. درمان تک‌دارویی در تعداد محدودی از بیماران هایپرتانسیو به‌کار گرفته می‌شود اما واقعیت این است که بسیاری از بیماران در نهایت برای رسیدن به کنترل مناسب نیاز به بیش از دو دارو دارند. سوال این‌جاست که آیا همواره باید درمان با یک دارو شروع شود و سپس به چند دارو تغییر یابد یا این‌که بهتر است از همان ابتدا از چند دارو استفاده گردد. مطالعات متعددی نشان داده است که استفاده‌ی همزمان از چندین دارو باعث کاهش بیشتر فشار خون و تسریع در رسیدن به هدف مورد نظر و در نتیجه افزایش تداوم مصرف دارو توسط بیماران و کاهش عوارض دارویی می‌گردد. در صورت عدم دسترسی به هدف درمانی مورد نظر



تصویر ۲. خط سبز ممتد ترکیب دارویی ارجح، خط سبز غیر ممتد ترکیب دارویی مفید (با محدودیت)، خط سیاه غیر ممتد ترکیبی محتمل (با مطالعات محدود)، خط قرمز ممتد ترکیب دارویی که توصیه نمی‌گردد.

با حداکثر دوز داروی ترکیبی، می‌توان از یک داروی ترکیبی دیگر یا داروی سوم استفاده کرد (تصویر ۱).

مطالعات گسترده‌ای که در زمینه‌ی استفاده از داروهای ترکیبی به‌عمل آمده، تمایل به کاربرد یکی از دو ترکیب زیر را نشان می‌دهد:

۱. یک مهارکننده‌ی آنزیم ACE یا مهارکننده‌ی گیرنده‌ی آنژیوتانسین با یک دیورتیک

۲. یک مهارکننده‌ی کانال‌های کلسیمی با یک دیورتیک.

استفاده از ترکیبات حاوی بتابلوکر و دیورتیک‌ها عوارض متعددی از جمله افزایش احتمال ایجاد دیابت را به‌همراه دارد. همچنین استفاده‌ی همزمان از مجموع مهارکننده‌ی آنزیم ACE و مهارکننده‌ی گیرنده‌ی آنژیوتانسین توصیه نمی‌شود چرا که می‌تواند باعث افزایش احتمال عوارض شدید کلیوی (ESRD) شود (تصویر ۲).

استفاده از داروهای ترکیبی (چندین گروه دارویی با دوز ثابت در یک قرص) علاوه بر افزایش احتمال مصرف دارو و تمایل بیماران و افزایش احتمال کنترل فشار خون باعث جلوگیری از ایجاد عوارض دارویی نیز خواهد شد. به‌همین ترتیب، در حال حاضر تمایل خاصی برای داروهای ترکیبی سه‌گانه (مهارکننده‌های سیستم رنین-آنژیوتانسین، مهارکننده‌های کانال‌های کلسیمی و یک دیورتیک) به‌وجود آمده است.

دو نوع خاص فشار خون

پیش‌فشار خون: گروهی از بیماران تحت عنوان «پیش‌فشار خونی» (Pre-HTN) تقسیم‌بندی می‌شوند؛ اصطلاحی که پس از گزارش JNC-7 و از سال ۲۰۰۳ جایگزین Borderline HTN یا High Normal BP شده و هنوز ماهیت آن مورد بحث است. به‌نظر می‌رسد که در هر سنی، یک «حداقل ریسک» برای ایجاد فشار خون بالای شریانی وجود دارد؛ بدین صورت که احتمال این‌که یک فرد بالغ با فشار خون نرمال پس از ۲۰ سال دچار هایپرتانسیون شریانی (بالای ۱۴۰/۹۰ میلی‌متر جیوه) شود، بیشتر از ۹۰ درصد است. بدین ترتیب اصطلاح Pre-HTN دلالت بر ایجاد و بالا رفتن فشار خون شریانی همزمان با افزایش سن دارد. بنابراین کلمه‌ی Pre-HTN

در افراد میان‌سال (بالای

۴۰ سال) به ازای هر ۲۰

میلی‌متر جیوه افزایش

فشار خون سیستولی

یا هر ۱۰ میلی‌متر

جیوه افزایش فشار

خون دیاستولی از مرز

۱۱۵/۷۵ میلی‌متر جیوه،

احتمال بیماری‌های

قلبی-عروقی دو برابر

می‌شود (قانون ۲۰/۱۰)

باید فشار خون بیماران

دیابتی به کمتر از

۱۳۰/۸۰ میلی‌متر جیوه

کاهش یابد و در بیماران

دچار بیماری کلیوی

(نارسایی مزمن کلیه‌ها

یا پروتئینوری بیشتر

از یک گرم در روز) نیز

بهتر است میزان فشار

خون شریانی به کمتر از

۱۳۰/۸۰ میلی‌متر جیوه

کاهش یابد

هشدار و تأکیدی بر وجود جمعیتی است (حدود یک چهارم جمعیت جوامع پیشرفته) که فشار خون‌های بالای نرمال دارند و اگرچه هنوز هیپرتانسیو محسوب نمی‌شوند ولی در معرض خطر بیماری‌های قلبی-عروقی، مغزی و کلیوی قرار دارند. در مورد درمان دارویی بیماران دچار Pre-HTN مطالعات متعددی انجام گرفته اما بر اساس منابع موجود چنین به نظر می‌رسد که استفاده از ترکیبات مهارکننده گیرنده‌های آنژیوتانسین، به‌خصوص در موارد حضور Pre-HTN همراه با دیابت یا پروتئینوری، سودمند خواهد بود و باعث کاهش قابل ملاحظه‌ای در عوارض و مرگ و میر عروقی می‌گردد.

فشار خون پنهان: گروهی از بیماران در مطب یا مکان‌های بیمارستانی فشار خون طبیعی دارند ولی خارج از مطب یا بیمارستان هیپرتانسیو هستند. این گروه که دچار فشار خون پنهان (Masked HTN) هستند، حدود ۱۵ درصد از جمعیت مبتلا به فشار خون را تشکیل می‌دهند. فشار خون پنهان غالباً در افراد جوان، مردها، افراد سیگاری، بی‌تحرک، چاق یا مضطرب، دیابتی‌ها یا بیماران با سابقه‌ی خانوادگی بیماری‌های مزمن کلیوی یا هیپرتانسیون دیده می‌شود. میزان عوارض قلبی-عروقی در این افراد حدود دو برابر بیشتر از افراد با فشار خون نرمال است. برای تشخیص این دسته از بیماران باید فشار خون‌شان را به‌طور مکرر با کمک دستگاه‌های هولتر فشار خون (ABPM: Ambulatory blood pressure monitoring) اندازه گرفت. علاوه بر رعایت تمهیداتی چون تغییر در نحوه‌ی زندگی، رعایت

توصیه‌های بهبود روش زندگی:

- کاهش مصرف نمک به کمتر از ۶-۵ گرم در روز
- کاهش و قطع مصرف ترکیبات الکلی
- افزایش مصرف سبزیجات، میوه و لبنیات کم چرب
- کاهش وزن: کاهش BMI به کمتر از 25 Kg/m^2 ; کاهش اندازه‌ی دور کمر (کاهش محیط کمری در آقایان به 102 cm و در خانم‌ها به 88 cm);
- ورزش منظم: حداقل ۳۰ دقیقه فعالیت دینامیک در روز و ۷-۵ روز در هفته
- قطع مصرف سیگار.

رژیم غذایی، افزایش فعالیت بدنی و کاهش BMI، فشار خون پنهان در گروه‌هایی مانند بیماران مبتلا به دیابت یا بیماری کلیوی، نیازمند درمان دارویی خواهد بود.

سه توصیه‌ی مهم JNC-8

برای تشخیص و درمان فشار خون بالای شریانی، چندین منبع مورد اطمینان وجود دارد که یکی از آن‌ها JNC (Joint National Committee) است؛ کمیته‌ای متشکل از چندین متخصص برجسته در زمینه‌ی هیپرتانسیون شریانی که از سال ۱۹۷۶ هر چند سال یک بار گزارش خود را در قالب یک سری راهنما (Guidelines) ارائه می‌دهد. به‌تازگی آخرین گزارش این کمیته (پس از سال‌ها انتظار!) تحت عنوان JNC-8 منتشر شده است. توصیه‌های JNC-8 بیشتر بر اساس شواهد (Evidence-based) و به‌نظر ساده‌تر از توصیه‌نامه‌های قبلی این کمیته است. گزارش JNC-8 حاوی چند نکته‌ی تازه و ارزشمند و در عین حال قابل بحث است که در زیر به اجمال به آن‌ها اشاره می‌شود:

جدول ۱. هدف از درمان فشار خون براساس توصیه‌های JNC-8

	General population		With diabetes		With chronic kidney disease	
	Age (years)	Goal blood pressure (mm Hg)	Age (years)	Goal blood pressure (mm Hg)	Age (years)	Goal blood pressure (mm Hg)
	≥ 60	< 150/90	18-59	< 140/90	≥ 18	< 140/90
Initial antihypertensive drugs to use						
Race	General population		With diabetes		With chronic kidney disease	
	Nonblack	Black	Nonblack	Black	Nonblack	Black
Initial drugs ^a	ACE inhibitor, ARB, calcium channel blocker, or diuretic	Calcium channel blocker or diuretic	ACE inhibitor, ARB, calcium channel blocker, or diuretic	Calcium channel blocker or diuretic	ACE inhibitor or ARB	ACE inhibitor or ARB

^aHypertension is defined as office blood pressure $\geq 140/90 \text{ mm Hg}$ on more than two visits⁷
^bLifestyle modifications should be emphasized throughout treatment, including a low-sodium Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet, physical activity, and weight loss
 ACE = angiotensin-converting enzyme; ARB = angiotensin receptor blocker; diuretic = thiazide-type diuretic

توصیه‌های دارویی در JNC-8:

- شروع درمان دارویی بهتر است با یکی از گروه‌های چهارگانه‌ی زیر انجام شود:
 - دیورتیک‌های تیازیدی
 - مهارکننده‌های کانال‌های کلسیمی
 - مهارکننده‌های آنزیم ACE
 - مهارکننده‌های گیرنده‌های آنژیوتانسین.
- به‌نظر می‌رسد از مهارکننده‌های گیرنده‌های بتا نباید به‌عنوان داروی رده‌ی اول استفاده شود، دیورتیک‌های تیازیدی نیز نقش انتخابی خود را از دست داده‌اند و اسپرونولاکتون نیز در فشار خون‌های مقاوم به درمان، دیگر جایگاه مستحکم قبلی خود را ندارد.

منابع:

1. Kannel WB. Elevated systolic blood pressure as a cardiovascular risk factor. Am J Cardiol 2000; 15: 251-5
2. Lewington S, et al. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality. Lancet 2002; 360: 1903-13
3. Kannel WB, et al. Blood pressure and risk of coronary heart disease. The Framingham study. Dis Chest 1969; 59: 43-62.
4. The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7 Report. JAMA 2003; 289: 2560-72.
5. Rosendorff C, Black HR, Cannon CP, et al. Treatment of hypertension in the prevention and management of ischemic heart disease. Circulation 2007; 115:2761-88.
6. Messerli FH, Mancia G, Conti CR, et al. Dogma disputed: can aggressively lowering blood

شرایط هر شخص و به‌صورت فردی (Individualized) انجام داد. پ. شروع درمان دارویی بهتر است با یکی از گروه‌های چهارگانه‌ی زیر انجام شود:

- دیورتیک‌های تیازیدی
- مهارکننده‌های کانال‌های کلسیمی
- مهارکننده‌های آنزیم ACE
- مهارکننده‌های گیرنده‌های آنژیوتانسین.

به‌نظر می‌رسد از مهارکننده‌های گیرنده‌های بتا نباید به‌عنوان داروی رده‌ی اول استفاده شود، دیورتیک‌های تیازیدی نیز نقش انتخابی خود را از دست داده‌اند و اسپرونولاکتون نیز در فشار خون‌های مقاوم به درمان، دیگر جایگاه مستحکم پیشین خود را ندارد (جدول ۱).

در انتها باید تأکید کرد که گایدلاین‌ها و راهنماهای موجود هیچ‌یک قانون نیست و تنها یک چارچوب مبتنی بر شواهد موجود ارائه می‌دهد و مشخص است که هر درمانی باید بر اساس شرایط خاص بیمار از جمله وجود بیماری‌های زمینه‌ای، عوارض دارویی، قیمت و میزان مطلوب بودن دارو (Adherence) انتخاب و ارائه شود.

pressure in hypertensive patient with coronary artery disease be dangerous? Ann Intern Med. 2006; 144: 884-93.

7. Moser M. Hebert PR. Prevention of disease progression, Left Ventricular hypertrophy and congestive heart disease in hypertensive patients. J Am Cell Cardiol 1996; 27: 1214-8.

8. Psaty BM. Smith NL. Siscovick DS, et al. Health outcomes associated with antihypertensive therapies used as first-line agent. JAMA 1997; 277: 739-45.

9. Blood pressure lowering treatment trialalist' collaborative. Lancet 2000; 356: 1955-64.

10. The Fifth Report of the JNC 5. Arch Intern Med 1993; 153: 154-83.

11. Basile J.N. Moser M. How much should you reduce blood-pressure? Matthew R.W. in: Evidence-based management of hypertension. 2010. Gutenberg press Ltd, 1-14.

12. Mancia G. et al. 2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension. J. Hypertens. 2013; 31: 1281-1356.

13. Vasan RS, Beiser A. Seshandri, et al. Residual lifetime risk for developing hypertension in middle-age women and men. JAMA 2002; 287: 1003-10.

14. Izzo J.L. Should pre-hypertension be treated? Matthew R.W. in: Evidence-based Management of Hypertension. 2010. Gutenberg press Ltd, 83-92.

15. Thomas G. Shishebor M.H, Brill D., Nally J. New hypertension guidelines: One size fits most? Cleve Clin J Med. 2014; 81: 178-8.

مطالعات گسترده تمایل

به کاربرد یکی از دو ترکیب زیر را نشان می‌دهد:

۱. یک مهارکننده‌ی

آنزیم ACE یا

مهارکننده‌ی گیرنده‌ی

آنژیوتانسین با یک

دیورتیک

۲. یک مهارکننده‌ی

کانال‌های کلسیمی با

یک دیورتیک

در حال حاضر تمایل

خاصی برای داروهای

ترکیبی سه‌گانه

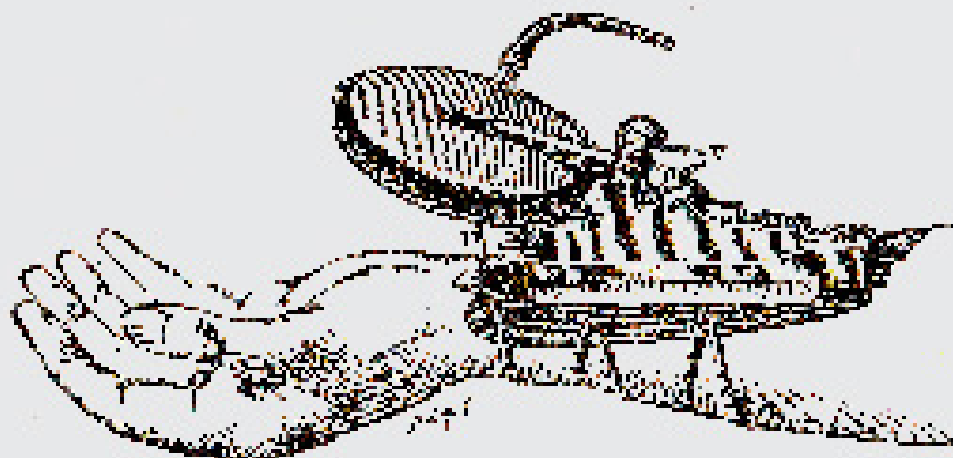
(مهارکننده‌های سیستم

رنین- آنژیوتانسین،

مهارکننده‌های کانال‌های

کلسیمی و یک دیورتیک)

به‌وجود آمده است



انتخاب دارو در فشار خون اولیه بر اساس فعالیت رنین پلاسما



دکتر کاظم لبادی

فوق تخصص کلیه و فشار خون
عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان
Email: mohamadlebody@yahoo.com

تعداد محدودی از بیماران مبتلا به فشار خون اولیه به درمان‌های غیر دارویی شامل کاهش وزن، محدودیت مصرف نمک، ورزش و قطع سیگار و الکل پاسخ می‌دهند و ناگزیر در اکثر آن‌ها باید درمان طبی (دارویی) را شروع کرد. تصمیم‌گیری برای انتخاب داروی ضد فشار خون بالا فرآیند پیچیده و مهمی است و برخوردهای مختلفی برای آن وجود دارد. در حدود ۱۰ گروه از داروهای ضد فشار خون وجود دارد و هر گروه شامل تعداد زیادی دارو است. از طرف دیگر شرکت‌های دارویی تبلیغات زیادی درباره‌ی اثربخشی محصولات خود در مقایسه با سایر داروها انجام می‌دهند که منجر به سردرگمی پزشک و بیمار می‌شود و انتخاب روش درمانی را مشکل می‌سازد.

برای سال‌ها به توصیه‌ی JNC (Joint National Committee) اول درمان فشار خون اولیه دیورتیک‌ها بودند که با توجه به عوارض دارویی و گاه ناکارآمدی، به‌ویژه در چند سال گذشته مورد پذیرش پزشکان و بیماران قرار نداشتند. بنابراین JNC8 در سال ۲۰۱۳ طیف وسیع‌تری از داروها را به‌عنوان خط درمان معرفی کرد و درمان از انحصار دیورتیک‌ها به‌عنوان خط اول خارج شد. چهار گروه پیشنهادی JNC8 به‌عنوان خط اول درمانی عبارت‌اند از:

تعداد محدودی از بیماران مبتلا به فشار خون اولیه به درمان‌های غیر دارویی شامل کاهش وزن، محدودیت مصرف نمک، ورزش و قطع سیگار و الکل پاسخ می‌دهند و ناگزیر در اکثر آن‌ها باید درمان طبی (دارویی) را شروع کرد. تصمیم‌گیری برای انتخاب داروی ضد فشار خون بالا فرآیند پیچیده و مهمی است و برخوردهای مختلفی برای آن وجود دارد. در حدود ۱۰ گروه از داروهای ضد فشار خون وجود دارد و هر گروه شامل تعداد زیادی دارو است. از طرف دیگر شرکت‌های دارویی تبلیغات زیادی درباره‌ی اثربخشی محصولات خود در مقایسه با سایر داروها انجام می‌دهند که منجر به سردرگمی پزشک و بیمار می‌شود و انتخاب روش درمانی را مشکل می‌سازد.

برای سال‌ها به توصیه‌ی JNC (Joint National Committee) اول درمان فشار خون اولیه دیورتیک‌ها بودند که با توجه به عوارض دارویی و گاه ناکارآمدی، به‌ویژه در چند سال گذشته مورد پذیرش پزشکان و بیماران قرار نداشتند. بنابراین JNC8 در سال ۲۰۱۳ طیف وسیع‌تری از داروها را به‌عنوان خط درمان معرفی کرد و درمان از انحصار دیورتیک‌ها به‌عنوان خط اول خارج شد. چهار گروه پیشنهادی JNC8 به‌عنوان خط اول درمانی عبارت‌اند از:

دیورتیک‌ها، مهارکننده‌های آنزیم مبدل آنژیوتانسین (ACEI)، بلوک‌کننده‌های رسپتور آنژیوتانسین II (ARB) و بلوک‌کننده‌های کانال کلسیم (CCB). بر اساس توصیه‌ی فوق، انتخاب داروی اول یا قدم اول درمانی نیز تصادفی خواهد بود و این درمان پاتوفیزیولوژی ایجاد کننده‌ی فشار خون بالا را مبنای انتخاب دارو قرار نداده است.

انتخاب درمان بر اساس فعالیت رنین پلاسما

اما نفرولوژیست‌ها برای ساده کردن انتخاب دارو و بر اساس مکانیسم ایجاد فشار خون، با استفاده از اندازه‌گیری میزان فعالیت رنین پلاسما (PRA)، فشار خون بالا را به دو گروه اصلی تقسیم‌بندی می‌کنند:

الف. فشار خون با دخالت سدیم و حجم (Volume) که در این مورد فعالیت رنین پلاسما کمتر از 0.75 ng/mL/h است (V group)

ب. فشار خون به‌واسطه‌ی رنین که در این مورد فعالیت رنین پلاسما بالاتر از 0.75 ng/mL/h است (R group).

در گروه اول فشار خون وابسته به سدیم و حجم است، بنابراین فعالیت رنین پلاسما سرکوب شده است و باید از داروهای ضد سدیم استفاده شود که سردسته‌ی داروهای ضد سدیم

دیورتیک‌ها، مهارکننده‌های آنزیم مبدل آنژیوتانسین (ACEI)، بلوک‌کننده‌های رسپتور آنژیوتانسین II (ARB) و بلوک‌کننده‌های کانال کلسیم (CCB). بر اساس توصیه‌ی فوق، انتخاب داروی اول یا قدم اول درمانی نیز تصادفی خواهد بود و این درمان پاتوفیزیولوژی ایجاد کننده‌ی فشار خون بالا را مبنای انتخاب دارو قرار نداده است.

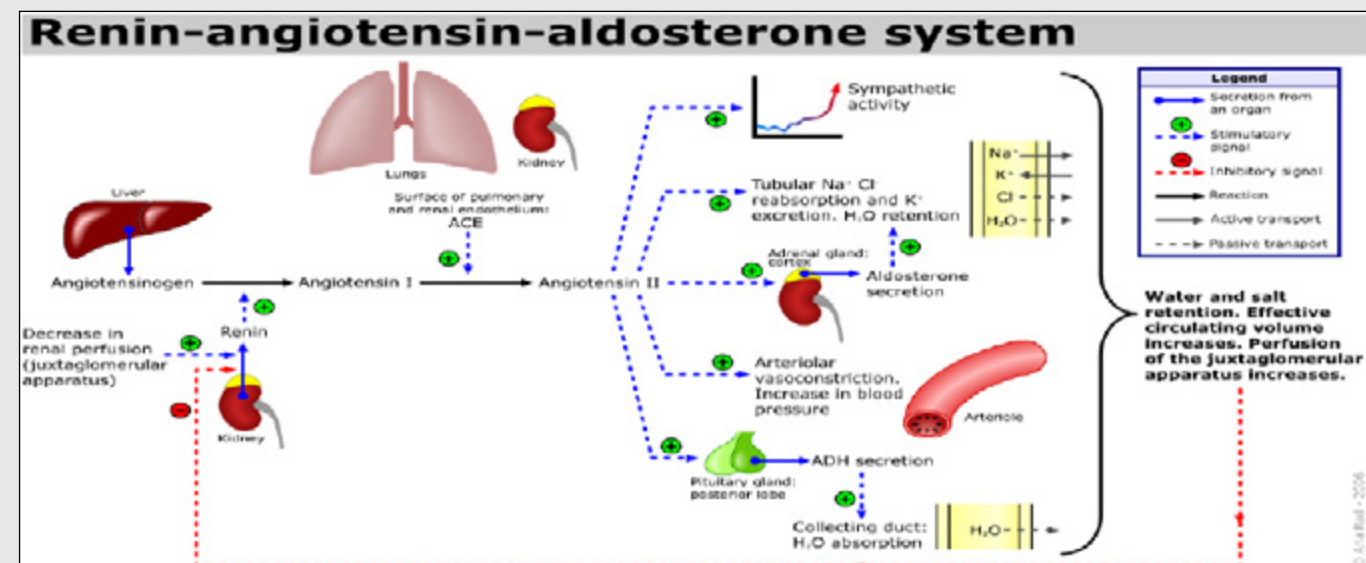
انتخاب درمان بر اساس فعالیت رنین پلاسما

اما نفرولوژیست‌ها برای ساده کردن انتخاب دارو و بر اساس مکانیسم ایجاد فشار خون، با استفاده از اندازه‌گیری میزان فعالیت رنین پلاسما (PRA)، فشار خون بالا را به دو گروه اصلی تقسیم‌بندی می‌کنند:

الف. فشار خون با دخالت سدیم و حجم (Volume) که در این مورد فعالیت رنین پلاسما کمتر از 0.75 ng/mL/h است (V group)

ب. فشار خون به‌واسطه‌ی رنین که در این مورد فعالیت رنین پلاسما بالاتر از 0.75 ng/mL/h است (R group).

در گروه اول فشار خون وابسته به سدیم و حجم است، بنابراین فعالیت رنین پلاسما سرکوب شده است و باید از داروهای ضد سدیم استفاده شود که سردسته‌ی داروهای ضد سدیم



ویزیت اول:
فشار خون بیمار در دو نوبت اندازه‌گیری و در صورت بالا بودن، نمونه خون برای اندازه‌گیری PRA فرستاده می‌شود.

ویزیت دوم:
فشار خون مجدداً کنترل و در صورت بالا بودن، به جواب PRA توجه می‌شود:
- در صورتی که PRA بالای 0.75 ng/mL/h بود، از حداقل R-Drug استفاده می‌شود.
- در صورتی که PRA کمتر از 0.75 ng/mL/h بود، از حداقل V-Drug استفاده می‌شود.

ویزیت سوم در بیمار گروه V:
در صورت عدم کنترل فشار خون، داروی اول گروه V به حداکثر دوز می‌رسد.

ویزیت سوم در گروه R:
در صورت عدم کنترل فشار خون، دوز داروی اول به حداکثر می‌رسد.

ویزیت چهارم گروه V:
اگر فشار خون کماکان بالا بود، داروی دوم از گروه R به رژیم درمانی اضافه می‌شود.

ویزیت چهارم گروه R:
در صورت عدم کنترل فشار خون، داروی دوم از گروه V اضافه می‌شود.

ویزیت پنجم از گروه V:
در صورت عدم کنترل فشار خون، در این مرحله داروی اضافه شده‌ی گروه R را به حداکثر دوز می‌رسانیم و نمونه خون برای اندازه‌گیری مجدد PRA فرستاده می‌شود.

ویزیت پنجم گروه R:
در صورت عدم موفقیت، داروی گروه V به حداکثر دوز افزایش می‌یابد و نمونه خون مجدداً برای اندازه‌گیری PRA فرستاده می‌شود.

ویزیت ششم در هر دو گروه:
در صورت عدم کنترل فشار خون، نتایج PRA ارزیابی می‌شود:
- در صورتی که PRA کمتر از 0.75 ng/mL/h بود، داروی R قطع و داروی دومی از گروه V شروع می‌شود.
- اگر PRA بین $0.75-1.75 \text{ ng/mL/h}$ بود، داروی دومی از گروه R اضافه می‌شود.
- اگر PRA بالای 1.75 ng/mL/h بود، داروی گروه V حذف و داروی دوم از گروه R اضافه می‌شود.

این برخورد درمانی شاید در نگاه اول پیچیده به نظر آید ولی باید توجه داشت که عمده‌ی بیماران معمولاً تا ویزیت سوم یا چهارم کنترل می‌شوند و راهکار عملی فوق برای موارد محدودی است که فشار خون تا این ویزیت‌ها کنترل نشده است. اتخاذ مشی درمانی در بیمارانی که تحت درمان دارویی بوده‌اند ولی نتیجه‌ی درمانی مطلوب حاصل نشده است به فرصت دیگری موکول می‌شود ولی در این موارد نیز اساس تصمیم‌گیری درمان بر مبنای PRA خواهد بود.

فشار خون مقاوم به درمان



دکتر میترامهرداد

فوق تخصص بیماری‌های کلیه و فشار خون
استادیار دانشگاه علوم پزشکی مازندران (واحد
بین‌الملل رامسر)

Email: mehradmitra@yahoo.com

شیوع فشار خون که به‌عنوان یکی از مهم‌ترین دلایل قابل پیشگیری منجر به بیماری و مرگ مطرح است، بین ۳۰-۲۵ درصد در افراد بالغ عنوان شده است و خطر مطلق برای حوادث کرونری به ازای هر ۲۰ میلی‌متر جیوه افزایش فشار خون سیستولیک و هر ۱۰ میلی‌متر جیوه افزایش فشار خون دیاستولیک دو برابر می‌شود. این در حالی است که متاسفانه بیش از ۵۰ درصد بیماران مبتلا به فشار خون تحت کنترل مناسبی قرار ندارند.

استفاده از کاف فشارسنج با سایز نامناسب و همچنین تصلب شرایین که عمدتاً در افراد مسن رخ می‌دهد (پسودوهیپرتانسیون) از دیگر دلایل فشار خون مقاوم کاذب است. فشار خون مقاوم حقیقی می‌تواند ناشی از عواملی مانند چاقی، افزایش مصرف نمک، مصرف بی‌رویه الکل، استفاده از عوامل وازوپرسور، آپنه حین خواب، علل ثانوی فشار خون بالا و نارسایی کلیه باشد.

بزرگسالان حدود ۱۳ درصد تخمین زده می‌شود که در صد قابل ملاحظه‌ای است. امروزه شیوع تنگی شریان کلیه به‌ویژه در افراد مسن و نیز فراوانی هیپرالڈوسترونیسم اولیه بیش از آن چیزی است که پیش‌تر تصور می‌شد. در نهایت این‌که اندازه‌گیری مکرر فشار خون و به‌ویژه استفاده از هولتر ۲۴ ساعته‌ی فشار خون (ABPM) به تشخیص بسیار کمک می‌کند.

فشار خون مقاوم چیست؟

زمانی که با وجود رعایت الگوهای صحیح زندگی و نیز مصرف دوز اپتیم سه داروی ضد فشار خون که یکی از آن‌ها دیورتیک باشد، باز هم فشار خون فرد به کمتر از ۱۴۰/۹۰ میلی‌متر جیوه کاهش نیابد، از آن به‌عنوان «فشار خون مقاوم به درمان» یاد می‌شود. شیوع این نوع فشار خون بر مبنای ارزیابی‌های بالینی ۱۲-۱۰ درصد است و براساس هولتر ۲۴ ساعته‌ی فشار خون (ABPM: Ambulatory blood pressure monitoring) به حدود ۸ درصد می‌رسد.

تعریف فشار خون مقاوم به درمان چند زیرشاخه‌ی اصلی را در بر می‌گیرد:

۱. فشار خون مقاوم کنترل شده (Controlled resistant hypertension): بیمارانی که با دریافت حداقل چهار داروی ضد فشار خون کنترل می‌شوند.

۲. Refractory hypertension: بیمارانی که حتی با دریافت بیش از چهار داروی ضد فشار خون هم کنترل نمی‌شوند.

فشار خون مقاوم ممکن است حقیقی یا تنها ظاهری (کاذب یا غیرواقعی) باشد. عدم رعایت صحیح درمان از دلایل فشار خون مقاوم ظاهری است. فشار خونی که در مطب بالا اما در منزل و در شرایط آرامش نرمال است و اصطلاحاً «فشار خون روپوش سپید» (White coat hypertension) خوانده می‌شود،

درمان

افراد مبتلا به فشار خون مقاوم جزو گروهی از بیماران قرار می‌گیرند که نیازمند درمان‌های ترکیبی ضد فشار خون هستند. براساس گایدلاین‌های اخیر چه بسا اگر همین افراد در شروع درمان با ترکیب مناسبی از دو یا سه دارو از کلاس‌های مختلف داروهای کنترل‌کننده‌ی فشار خون درمان می‌شدند، بروز مقاومت نسبت به درمان در آن‌ها کاهش می‌یافت.

چنانچه بیمار در بدو درمان در مرحله‌ی ۲ فشار خون قرار گیرد (فشار خون سیستول یا دیاستول وی به‌ترتیب

تشخیص

برای تشخیص صحیح لازم است اطلاعات کافی از شرح حال بیمار، الگوهای زندگی او، نحوه‌ی مصرف داروها، معاینه‌ی فیزیکی دقیق و ارزیابی آزمایشگاهی به‌منظور شناسایی نارسایی ارگان‌های حیاتی مانند کلیه‌ها در دسترس پزشک قرار گیرد.

توجه ویژه به علل ثانوی فشار خون نیز ضروری است. بیماری‌های پارانئوپال کلیه به‌عنوان شایع‌ترین علت ثانویه‌ی فشار خون بالا مطرح است. شیوع بیماری مزمن کلیه در

روش قدم به قدم در درمان فشار خون مقاوم به درمان:

۱. ترکیب بلوک‌کننده‌های طولانی‌اثر کانال‌های کلسیمی (مانند آملودیپین) با مهارکننده‌های سیستم رنین-آنژیوتانسین
۲. افزودن دیورتیک‌های تیازیدی (کلرتالیدون و در صورت موجود بودن: هیدروکلروتیازید)
۳. افزودن آنتاگونیست مینرالوکورتیکوئید (مانند اسپیرونولاکتون یا اپلرنون)
۴. افزودن بتابلاکرها وازودیلاتور (مانند لابتالول یا کارودیلول)
۵. افزودن داروهای وازودیلاتور مستقیم (مانند ماینوکسیدیل یا هیدرالازین)

نکته: موارد فوق به منزله‌ی ترتیب اجباری در تمام افراد تلقی نمی‌شود و لازم است در هر بیمار درمان مناسب همان بیمار اتخاذ گردد. در ضمن، بسیاری از بیماران از قبل تحت درمان با دارویی غیر از داروهای بند ۱ قرار داشته‌اند که اگر فشار خون کنترل مناسبی داشته‌اند به تعویض دارو نیست ولی اگر فشار خون کنترل نشده است، از افزودن سایر داروهایی که همخوانی قابل قبولی با داروی اول دارند و از آن‌ها به‌عنوان ترکیب قابل قبول (Acceptable combination) یاد می‌شود نیز می‌توان بهره گرفت (جدول ۲).

بیش از ۲۰ و ۱۰ میلی‌متر جیوه بالاتر از فشار خون مطلوب برای او باشد)، اگر پیش‌بینی کنیم که فرد با دریافت مونوترایی دچار عوارضی می‌شود که با افزودن دارویی از کلاس دیگر قابل برطرف شدن است یا اگر بیمار عوامل خطرناک متعددی برای وقوع حوادث کرونری یا عروق مغزی دارد، توصیه می‌شود در شروع درمان از روش درمان ترکیبی استفاده شود.

هر چند امروزه ترکیبات متنوعی از داروهای ضد فشار خون در دسترس قرار دارد اما در مطالعات انجام شده مزایای بی‌شمار متابولیک و همودینامیک و کنترل بهتر آسیب ارگان‌های حیاتی برای ترکیب «بلوک‌کننده‌های طولانی‌اثر کانال‌های کلسیمی (مانند آملودیپین)

جدول ۱. دلایل پاسخ ناکافی به درمان ضد فشار خون

مقاومت کاذب	White Coat HTN - - پسودوهیپرتانسیون در افراد مسن
عدم رعایت درمان دارویی	
موارد مربوط به درمان	- دوز ناکافی - ترکیب دارویی نامناسب - تداخلات دارویی (NSAID ها، داروهای مقلد سمپاتیک، کافئین، داروهای ضد بارداری، استروئیدها، سیکلوسپورین، تاکرولیموس، اریتروپویتین و...)
مصرف دخانیات	
آپنه‌ی حین خواب	
مصرف الکل	
افزایش حجم مایعات بدن	- نارسایی پیشرفته‌ی کلیه - افزایش مصرف نمک - درمان ناکافی با دیورتیک‌ها

جدول ۲. تقسیم‌بندی ترکیبات دارویی ضد فشار خون

ترکیبات ارجح:	بلوک‌کننده‌های کانال‌های کلسیمی + مهارکننده‌های سیستم رنین-آنژیوتانسین
تیازیدها + مهارکننده‌های سیستم رنین-آنژیوتانسین	
ترکیبات قابل قبول:	بتابلاکرها + دیورتیک‌ها بلوک‌کننده‌های کانال‌های کلسیمی + دیورتیک‌ها بلوک‌کننده‌های کانال‌های کلسیمی + بتابلاکرها
ترکیب غیر قابل توصیه:	تجویز همزمان دو داروی مهارکننده‌ی سیستم رنین-آنژیوتانسین

در قدم بعد چنانچه فشار خون کنترل نشد، افزودن بتابلاکرها یا وازودیلاتور (مانند لابتالول یا کارودیلول) توصیه می‌شود. در آقایان مسن مبتلا به هیپرتروفی خوش خیم پروستات داروهای آلفابلاکر می‌تواند یکی از پایه‌های مهم درمان به‌شمار آید. در چنین شرایطی مراقبت از وقوع تغییرات ارتوستاتیک فشار خون ضروری است.

در قدم آخر نیز می‌توان از داروهای وازودیلاتور مستقیم (مانند ماینوکسیدیل یا هیدرالازین) کمک گرفت. در این نوع درمان، برای مقابله با عوارض ناخواسته‌ی این داروها، استفاده‌ی همزمان از بتابلاکرها و نیز دیورتیک‌های موثر بر لوپ هنله (مانند فورزماید) اهمیت ویژه‌ای دارد.

در مبتلایان به بیماری مزمن و پیشرفته‌ی کلیه اگر با وجود محدودیت مصرف نمک و استفاده از دوز مناسب دیورتیک‌های موثر بر لوپ هنله باز هم فشار خون کنترل نشد، لازم است در مورد نیاز احتمالی برای شروع دیالیز تصمیم‌گیری شود. نکته: در GFR کمتر از ۵۰ میلی‌لیتر در دقیقه و پتاسیم بیش از ۵/۲ meq/l استفاده از آنتاگونیست‌های آلدوسترون باید با احتیاط و کنترل مکرر پتاسیم سرم صورت گیرد و در GFR کمتر از ۳۰ میلی‌لیتر در دقیقه و پتاسیم بیش از ۵/۵ meq/l کنترا اندیکاسیون دارد.

عوارض

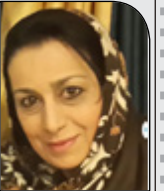
بیماران مبتلا به فشار خون مقاوم درجات بیشتری از آسیب ارگان‌های حیاتی، تنگی عروق کاروتید، هیپرتروفی بطن چپ، میکروآلبومینوری و صدمات شبکه‌ی چشم خواهند داشت.

پیگیری درمان

فراوانی فشار خون مقاوم به‌دلیل عواملی چون استرس، چاقی، دیابت، مقاومت به انسولین و بیماری مزمن کلیه، روند رو به افزایشی نشان می‌دهد؛ بنابراین نیازمند تشخیص و درمان به‌موقع است. لازم است این بیماران به‌طور منظم تحت پیگیری درمانی، پایش دقیق عملکرد کلیه‌ها و نیز کنترل سریال پتاسیم سرم به‌دلیل احتمال هیپرکالمی در نتیجه درمان با آنتاگونیست‌های آلدوسترون قرار داشته باشند.

بیماران مبتلا به فشار خون مقاوم درجات بیشتری از آسیب ارگان‌های حیاتی، تنگی عروق کاروتید، هیپرتروفی بطن چپ، میکروآلبومینوری و صدمات شبکه‌ی چشم خواهند داشت

درمان فوریت‌های فشار خون



دکتر فرشته سدادی

فوق تخصص کلیه و فشار خون

عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران
Email: saddadi_md@yahoo.com

هنگامی که بیمار خونریزی شبکیه‌ی چشم همراه با ادم ناحیه‌ی پایی و اگزودا داشته باشد، اصطلاح Malignant HTN (فشار سیستولیک بیش از ۱۶۰ میلی‌متر جیوه) به کار می‌رود. باید در نظر داشت ادم پایی نمایانگر شدت ضایعه است اما اگر همزمان اگزودا و خونریزی رخ دهد، پیش‌آگهی بدی به همراه دارد. اصطلاح نفرواسکلروز بدخیم در صورت وجود درگیری کلیوی استفاده می‌شود.

از اصطلاحات رایج باید به انسفالوپاتی هایپر تنسیو هم اشاره کرد که در این مورد فشار دیاستولیک بیش از ۱۰۰ میلی‌متر جیوه و بیمار دچار علائم بالینی ادم مغزی است.

مکانیسم آسیب عروقی

افزایش خفیف تا متوسط در فشار خون با انقباض شرایین همراه است. این امر به منظور برقراری جریان خون بافتی ضروری است. با بالا رفتن شدیدتر فشار خون، مکانیسم خودتنظیمی (اتورگولاسیون) مختل می‌شود و آسیب دیواره‌ی عروق رخ می‌دهد. در این شرایط اندوتلیوم رگ آسیب می‌بیند و مواد پلاسمایی فیبرینوید به جدار رگ نفوذ می‌کنند و باعث باریک شدن و انسداد رگ می‌شوند. همزمان فعال شدن سیستم رنین-آنژیوتانسین نیز در ایجاد نفروز فیبرینوید دیواره‌ی عروق سهم دارد. در مغز به دلیل اختلال در اتورگولاسیون، وازودیلاتاسیون رخ می‌دهد و نهایتاً ادم مغزی و تظاهرات بالینی انسفالوپاتی هایپر تنسیو ایجاد می‌شود.

اگر بیمار در هنگام مراجعه، سردرد ناگهانی، تهوع و استفراغ داشته باشد، باید به فکر ادم مغزی بود

مقدمه: تعریف چند اصطلاح رایج فوریت‌های پرفشاری خون به شرایط حادی گفته می‌شود که می‌تواند زندگی را تهدید کند. در چنین شرایطی بیمار فشار خون بالاتر از ۱۸۰/۱۲۰ میلی‌متر جیوه را تجربه می‌کند.

تظاهرات بالینی

در اغلب موارد بیمار از عدم کنترل فشار خون یا قطع داروهای خود مطلع است. در بیماران سفیدپوست حتماً انسداد شریان کلیوی را باید مد نظر داشت. در معاینه‌ی ته چشم می‌تواند خونریزی و اگزودا در شبکیه (که نشانه‌ی آسیب ایسکمیک، نشت خون و پلاسما از عروق آسیب‌دیده است) یا ادم پایی دیده شود.

علایم نارسایی حاد کلیه، پروتینوری و همآچوری بیانگر عارضه‌ی کلیوی است. بیوپسی کلیه‌ی بیماران، نشانگر نفروز فیبرینوید است که باید با سندروم همولیتیک اورمیک افتراق داده شود. بروز ایسکمی گلوبولولی و فعال شدن سیستم رنین-آنژیوتانسین، افزایش بیشتر فشار خون را به دنبال دارد؛ بنابراین سیکل معیوب اتفاق می‌افتد.

اگر بیمار در هنگام مراجعه، سردرد ناگهانی، تهوع و استفراغ داشته باشد، باید به فکر ادم مغزی بود. خونریزی‌های مغزی، ساب‌آراکنوئید و انفارکت‌های لاکونار می‌تواند تشدید بی‌قراری، گیجی (کنفوزیون)، تشنج و اغما را به دنبال داشته باشد. در این موارد برای افتراق ایسکمی از خونریزی پزشک موظف است MRI مغزی انجام دهد.

دارو درمانی

باید به یاد داشت که در فشار خون بدخیم، درمان تزریقی است. برای درمان بیشتر از داروهای وریدی زیر استفاده می‌شود:

۱. نیتروپروساید: گشادکننده‌ی شریان و ورید است. دوز ابتدایی ۰/۵-۰/۲۵ mcg/kg در دقیقه و حداکثر ۸-۱۰ mcg/kg در دقیقه است. معمولاً شروع اثر طی چند ثانیه طول مدت اثر ۲ تا ۵ دقیقه است؛ بنابراین اگر افت فشار خون دیده شد، می‌توان دارو را قطع کرد. این دارو در نارسایی کلیه،

مسمومیت با سیانید ایجاد می‌کند.

۲. نیکاردیپین: گشادکننده‌ی شریانی است. دوز ابتدایی ۵ mg و حداکثر ۱۵ mg در ساعت است.

۳. کلودیپین: مسدودکننده‌ی کانال‌های کلسیمی دی‌هیدروپیریدینی با طول اثر کوتاه است. دوز ابتدایی ۱ mg و حداکثر ۲۱ mg در ساعت است.

۴. لابتالول: مهارکننده‌ی رسپتورهای آلفا و بتا آدرنرژیک است. تجویز یک‌بار (بولوس) دارو ۲۰ mg در ابتدا و تکرار هر ۱۰ دقیقه است. حداکثر ۸۰-۲۰ mg می‌توان تجویز کرد. انفوزیون مداوم با دوز ۲-۰/۵ mg در دقیقه ارجح است.

۵. فنل دوپام: آگو نیست رسپتورهای دوپامینی محیطی است. انفوزیون مداوم ۰/۱ mcg/kg در دقیقه است و هر ۱۵ دقیقه دوز را کم می‌کنند.

داروهای خوراکی

محدودیت استفاده از درمان‌های خوراکی به دلیل شروع اثر آهسته‌ی این داروهاست، اما اگر دسترسی راحت به رگ مناسب نبود می‌توان از کاپتوپریل زیرزبانی ۲۵ mg استفاده کرد و فشار خون پس از ۱۰ دقیقه کاهش می‌یابد.

هدف درمان

کاهش فشار دیاستولیک ۱۰۵-۱۰۰ میلی‌متر جیوه در مدت ۶-۲ ساعت مطلوب است و منجر به بهبود آسیب نکرزانت عروقی می‌شود. باید به یاد داشت وقتی برای بیمار درمان حاد انجام شد، باید داروهای خوراکی نگهدارنده برای کنترل فشار خون شروع شود. هدف رساندن فشار خون دیاستولیک بیماران به ۹۰-۸۰ میلی‌متر جیوه در مدت دو تا سه ماه است.

تذکر مهم: در ابتدا وقتی فشار خون دیاستولیک به ۱۰۰ میلی‌متر جیوه می‌رسد، مختصر افزایش در کراتینین سرم ایجاد می‌شود.

مقدمه

PET یک روش تصویربرداری جوان است که از تولد آن کمتر از نیم قرن می‌گذرد. PET (Positron Emission Tomography) به مفهوم تصویربرداری سه‌بعدی از توزیع یک ماده‌ی ساطع کننده‌ی پوزیترون داخل بدن است. ورود این روش به دنیای طب به واسطه‌ی دهه‌ی ۱۹۷۰ برمی‌گردد و کاربرد بالینی آن از اواخر دهه‌ی ۱۹۹۰ آغاز شده است. در ۲۰-۱۵ سال اخیر پیشرفت‌های مهم و فراوانی در تکنولوژی و اثبات مفید بودن آن در زمینه‌ی آنکولوژی، منجر به توسعه‌ی چشمگیر مراکز این روش تصویربرداری در سراسر دنیا شده است؛ به طوری که استاندارد قابل قبول آن از یک مرکز به ازای هر یک میلیون نفر جمعیت در سال‌های گذشته، به یک مرکز به ازای هر نیم میلیون نفر در سال‌های اخیر تغییر یافته است. در حال حاضر در آمریکا به ازای هر یک میلیون نفر ۶-۷ دستگاه و در اروپا حدود دو دستگاه PET در حال فعالیت است و در برخی کشورهای همسایه‌ی ما نیز این رقم در حد میانگین اروپاست، ولی متأسفانه به دلایلی کشور ما از این قافله عقب مانده است و تاسف‌انگیزتر آن‌که واسطه‌های سودجو از این خلاء نهایت بهره‌رانی‌ها می‌برند و سالانه تعداد زیادی از هموطنان مبتلا به بدخیمی‌ها، با صرف هزینه‌های هنگفت برای انجام این تست به کشورهای همسایه می‌روند.

PET به دلیل تکنولوژی و مواد مصرفی آن، یک روش تشخیصی پرهزینه است. علاوه بر دستگاه‌های گران‌قیمت PET که عمدتاً ساخت شرکت‌های بزرگی چون GE، Siemens و Philips است، برای تولید رادیوداروها (مواد مصرفی PET) نیاز به تجهیزات و تکنولوژی خاصی است که باید در کنار مراکز تصویربرداری باشد. تحت این شرایط، انجام این تست برای هر بیمار هزینه‌ای حدود ۴۰۰۰-۸۰۰۰ دلار (بسته به کشور، نوع دستگاه و مواد مصرفی) در بر دارد. با وجود این، فواید کاربرد این تست در برنامه‌ی درمانی

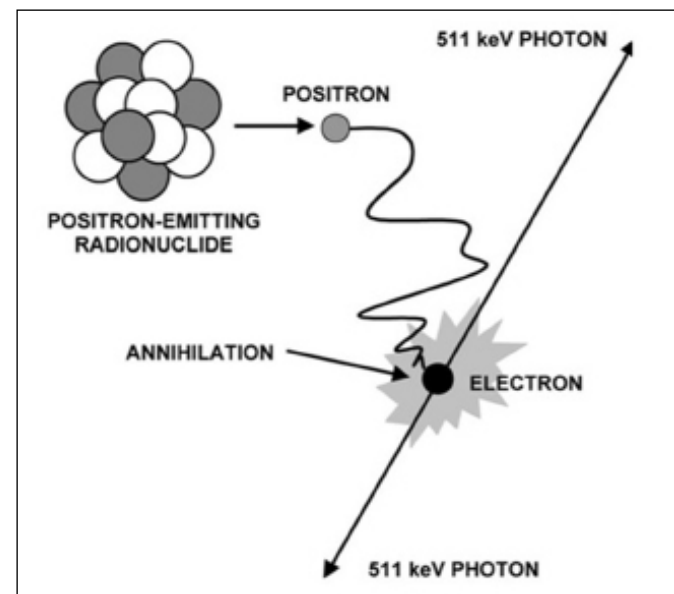
PET

بیماران آنکولوژی خاص به‌حدی بارز است که آن را به روشی معمول در سیر درمان بیماران تبدیل کرده است. بنابراین ورود و توسعه‌ی این روش در حد استانداردهای جهانی به کشور ما نیز اجتناب‌ناپذیر است. خوشبختانه این نیاز احساس شده و در حال حاضر دو دستگاه PET در مراکز دانشگاهی کشور نصب و راه‌اندازی شده که البته تا کاربرد معمول آن راهی سخت در پیش است و در کنار توسعه‌ی تکنولوژی و مراکز تصویربرداری، پرواضح است که مدیریت هزینه و توسعه‌ی پوشش بیمه‌ای آن نیز توجه ویژه‌ی مسوولان حوزه‌ی درمان را می‌طلبد.

با این چشم‌انداز در آینده‌ی نزدیک دانش و اطلاعات در مورد این تکنولوژی و موارد کاربرد آن برای همکاران پزشک ضروری است که در این‌جا سعی شده است اطلاعات کلی به اشتراک گذاشته شود و بازه‌ای باشد برای ذهن کنجکاو همکاران برای به‌دست آوردن اطلاعات بیشتر و تخصصی‌تر در منابع قابل دسترس این علم نوین.

PET چگونه کار می‌کند؟

همان‌گونه که اشاره شد، PET تصویربرداری توزیع یک ماده‌ی ساطع



تصویر ۱



دکتر رضاملکی

دستیار پزشکی هسته‌ای

Email: rzamlky@yahoo.com

تفاوت مهم PET با CT و MRI این است که PET تغییرات را در سطح سلولی و مولکولی به تصویر می‌کشد و همان‌طور که می‌دانیم، بیماری‌ها ابتدا در سطح مولکولی و سلولی آغاز می‌شوند و تا مدت‌ها توسط روش‌های آناتومیک قابل کشف و شناسایی نیستند

FDG-PET/CT تشخیص

و درمان بیماران انکولوژی را متحول عظیمی کرده است، به طوری که در بیش از یک سوم بیماران مبتلا به سرطان، انجام آن منجر به تغییر برنامه‌ی درمانی می‌شود. انجام این تست می‌تواند از اقدامات تشخیصی تهاجمی جلوگیری کند یا باعث تشخیص زودرس‌تر بیماری شود که نتیجه‌ی آن موفقیت بیشتر درمان است

(بتا+) و دارای انرژی جنبشی است که بسته به نوع عنصر مقدار آن متفاوت است و پس از طی مسافتی (حدود ۱-۲ میلی‌متر) داخل بافت با یک الکترون (بتا-) برخورد می‌کند. در اثر انهدام (Annihilation) هر دوی بتا+ و بتا- و تبدیل ماده به انرژی بر اساس $E = mc^2$ ، دو فوتون اشعه‌ی گاما حاصل می‌شود که هر کدام با انرژی ۵۱۱ کیلو الکترون ولت و با زاویه‌ی ۱۸۰ درجه از هم دور می‌شوند (تصویر ۱). به همین دلیل گاهی از پوزیترون به عنوان «ضد ماده» یاد می‌شود. اگر ماده‌ی ساطع کننده‌ی پوزیترون وارد بدن شود، می‌توانیم دتکتورهای خاصی را که قادر به کشف این اشعه‌های گاما هستند به شکل حلقوی اطراف بیمار قرار دهیم و محل ساطع شدن پوزیترون را به طور غیرمستقیم تخمین بزنیم. اگر دو دتکتور در دو سوی این حلقه به طور همزمان (Coincidence) دو اشعه‌ی گاما را ثبت کنند، معلوم می‌شود که پدیده‌ی انهدام روی خط واصل (LOR: Line of Response) این دو دتکتور رخ داده است. این دتکتورها ابتدا اشعه‌ی گاما را به نور مرئی و سپس به جریان‌های الکتریکی تبدیل می‌کنند که در کامپیوترهای قدرتمند برای تولید تصاویر توموگرافیک از توزیع غلظت رادیونوکلید (Radionuclide) ساطع کننده‌ی پوزیترون در بدن به کار می‌روند (تصویر ۲).

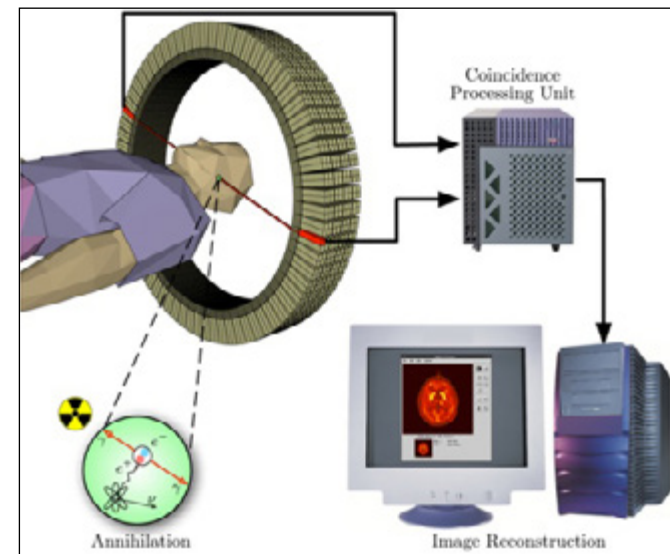
همسایه‌ی CT و MRI

تصاویر حاصل از PET در مقایسه

با تصویربرداری رادیولوژیک، CT و MRI از قدرت تفکیک (رزولوشن) کمتری برخوردار است، بنابراین یک تصویربرداری CT نیز انجام و تصاویر توسط کامپیوتر همپوشانی می‌شود تا جزئیات متابولیک حاصل از PET با جزئیات آناتومیک CT ادغام شود. در ابتدا CT در موقعیت مکانی و زمانی دیگری انجام می‌شد؛ از این رو گاهی به دلیل تغییر پوزیشن بیمار همپوشانی کامل تصاویر بیمار مشکل‌ساز بود. دستگاه‌های جدید ترکیبی از CT و PET روی یک پایه است و بدون نیاز به جابه‌جایی بیمار، همزمان CT و PET انجام می‌شود (تصویر ۳). دستگاه‌های PET قدیمی با این دستگاه‌های جدید که PET/CT نامیده می‌شوند جایگزین شده‌اند و اخیراً PET با دستگاه MRI نیز ادغام شده است (PET/MRI). تفاوت مهم PET با CT و MRI این است که PET تغییرات را در سطح سلولی و مولکولی به تصویر می‌کشد و همان‌طور که می‌دانیم، بیماری‌ها ابتدا در سطح مولکولی و سلولی آغاز می‌شوند و تا مدت‌ها توسط روش‌های آناتومیک قابل کشف و شناسایی نیستند؛ در حالی که PET یک روش تصویربرداری غیرتهاجمی در سطح مولکولی است که عملکرد ارگان‌ها و بافت‌ها را در این سطح نشان می‌دهد.

جزئیات فنی

ساطع کننده‌های پوزیترون که در طب کاربرد دارند، نیمه‌عمر کوتاهی



تصویر ۲

دارند؛ مثلاً نیمه‌عمر کوتاهی دارند. این رادیونوکلئوتیدها محصول سیکلوترون (نوعی شتاب‌دهنده‌ی ذره‌ای) هستند و پس از تولید در سیکلوترون باید مراحلی مانند ادغام با مولکول‌های بیولوژیک برای تولید داروهای رادیوفارماسوتیک (Radiopharmaceutical drugs)، کنترل کیفی، انتقال به مراکز تصویربرداری و تزریق به بیمار را طی کنند. به همین دلیل مراکز تصویربرداری باید در کنار یک واحد سیکلوترون باشد. با پیشرفت‌های روزافزون در ساخت سیکلوترون امروزه برخی از مراکز PET/CT دارای یک سیکلوترون کوچک (Baby Cyclotron) هستند. با توجه به نیمه‌عمر معقول (نزدیک به دو ساعت)، خواص فیزیکی شیمیایی و میسر شدن تولید صنعتی، امروزه رایج‌ترین رادیونوکلید مصرفی در PET، ایزوتوپی از F و پرمصرف‌ترین رادیوفارماسوتیک تولید شده از آن، آنالوگ گلوکز به نام فلورودزکسی گلوکز (FDG) است. پس FDG هم قند است و هم یک عنصر رادیواکتیو دارد.

کاربردهای PET

مهم‌ترین کاربرد PET در انکولوژی است. می‌دانیم که سلول‌های سرطانی به علت سرعت رشد و تکثیر، متابولیسم بالایی دارند و بسیار بیشتر از سلول‌های سالم نیاز به سوخت دارند و گاهی حتی تا ۳۰ برابر بافت سالم گلوکز مصرف می‌کنند. اکثر سلول‌ها در حالت ناشتا اسید چرب مصرف می‌کنند ولی سلول‌های سرطانی منحصراً گلوکز مصرف می‌کنند. سلول‌های سرطانی این نیاز بالا را با روش‌های مختلف به ویژه ایجاد تغییرات ژنتیکی در سلول‌ها برای بروز بیشتر ناقل‌های پروتئین GLUT در غشای سلول‌ها تامین می‌کنند. پروتئین GLUT وظیفه‌ی حمل گلوکز را به داخل سلول‌ها به عهده دارند و FDG را نیز مشابه گلوکز به داخل سلول منتقل می‌کنند. در داخل سلول‌ها نیز FDG مانند گلوکز توسط هگزوکینازها (که تولید آن‌ها هم در سلول‌های سرطانی افزایش می‌یابد) فسفریله می‌شود (FDG فسفات). پس از این مرحله FDG

فسفات نمی‌تواند همانند گلوکز وارد مراحل بعدی متابولیسم شود و در داخل سلول به دام می‌افتد و به تصویر کشیدن توزیع FDG در بدن، نقشه‌ی مصرف گلوکز و میزان متابولیسم بافت‌ها را ترسیم می‌کند. تزریق FDG به انسان را اولین بار در سال ۱۹۷۶ دکتر عباس علوی، دانشمند ایرانی و از بزرگان پزشکی هسته‌ای جهان، در دانشگاه پسنیلوانیا انجام داد. FDG در سال ۱۹۹۴ به تایید FDA رسید ولی کاربرد بالینی آن در انکولوژی از سال ۱۹۹۹ آغاز شد.

FDG-PET/CT تشخیص و درمان بیماران انکولوژی را متحول کرده است، به طوری که در بیش از یک سوم بیماران مبتلا به سرطان، انجام آن منجر به تغییر برنامه‌ی درمانی می‌شود. انجام این تست می‌تواند از اقدامات تشخیصی تهاجمی جلوگیری کند یا باعث تشخیص زودرس‌تر بیماری شود که نتیجه‌ی آن موفقیت بیشتر درمان است.

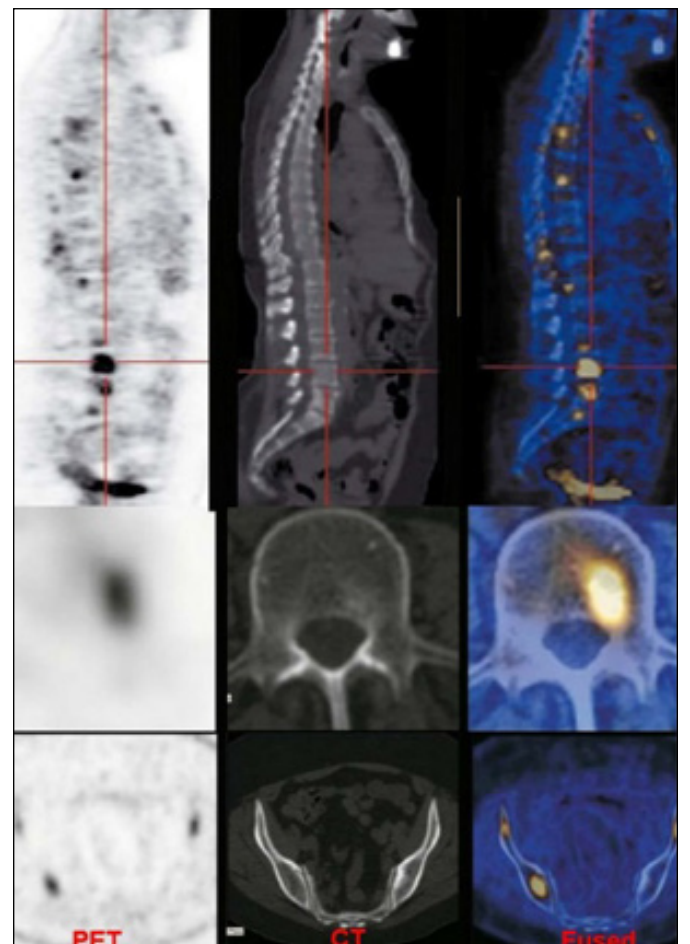
با توجه به این‌که برخی انواع

سرطان (مانند سرطان پروستات) در PET فعالیت بالای متابولیک نشان نمی‌دهند، اندیکاسیون انجام این تست بسته به نوع سرطان و مراحل مختلف به دقت تدوین شده است.

کاربرد FDG-PET/CT در انکولوژی

۱. تشخیص: در مواردی مانند ندول منفرد ریه یا توده‌های کبدی که علائم بالینی یا پاراکلینیک مشکوک به بدخیمی وجود دارد، انجام این تست ممکن است ما را از اقدامات تهاجمی مثل بیوپسی یا جراحی بی‌نیاز کند. PET همچنین می‌تواند به تعیین محل ایده‌آل بیوپسی از یک توده‌ی بزرگ کمک کند یا در مواردی مثل سرطان پستان و ملانوم بدخیم در تعیین گره لنفاوی پیشاهنگ (Sentinel node) به کار رود. در موارد وجود متاستاز در ریه، مغز، استخوان و... نیز می‌توان از این تست برای جستجوی کانون اولیه‌ی بدخیمی بهره برد.

۲. مرحله‌بندی (Staging): پس



تصویر ۳

از تشخیص بافت‌شناسی سرطان، وجود متاستاز دوردست، گسترش لنفاوی و تهاجم موضعی در طرح‌ریزی برنامه‌ی درمانی اهمیت دارد.

۳. تعیین کمونسنسیتیو: پس

از اتمام یک دوره‌ی شیمی‌درمانی، انجام PET ممکن است با نشان دادن این‌که بیماری به یک پروتکل درمانی خاص پاسخ نمی‌دهد، بدون اتلاف وقت منجر به تغییر دارو و برنامه‌ی درمانی شود.

۴. تعیین پاسخ به درمان: پس

از اتمام دوره‌ی کامل شیمی‌درمانی/ رادیوتراپی/ جراحی، انجام PET در تعیین پاسخ به درمان یا باقیمانده‌ی بافت سرطانی به کار می‌رود.

۵. مرحله بندی مجدد (Restaging): پس از دستیابی

به درمان کامل (رمیسیون)، در صورت تغییرات بالینی، پاراکلینیک (افزایش تومور مارکرها) یا علائم رادیولوژیک، انجام PET ممکن است بازگشت بیماری را نشان دهد.

۶. پیگیری: حتی بدون وجود

علائم بالینی عود، در انواع خاصی از سرطان ممکن است در فواصل زمانی مشخص انجام PET برای اطمینان از ادامه‌ی رمیسیون صورت گیرد.

کاربردهای غیرانکولوژیک PET

بیماری‌های اعصاب: PET برای تشخیص دمانس زودرس به کار می‌رود. همچنین در بیماران صرعی که به درمان دارویی پاسخ مطلوب نمی‌دهند، تعیین کانون صرعی توسط PET/CT، پیش از جراحی، نتایج مطلوب داشته است.

بیماری‌های قلب: در سیتی‌گرافی پرفیوژن میوکارد ممکن است نواحی خاصی از میوکارد به‌عنوان اسکار ناشی از انفکتوس تشخیص داده شود. اگر در این نواحی وجود بافت زنده اثبات شود، این بیماران از اقدامات پرفیوژن مجدد مثل CABG نفع می‌برند که این بررسی توسط FDG-PET/CT انجام می‌شود (تست Viability).

امید است در آینده‌ی نزدیک با فراگیر شدن مراکز PET/CT در میهن عزیزمان، شاهد بهره‌مندی بیماران از این پیشرفت علمی باشیم.



عباس علوی

پزشکی دانشمند و متخصص در حوزه‌ی تصویربرداری مولکولی به‌ویژه PET است. پروفیسور علوی در ایران، شهر تبریز زاده شد، مدرک دکترای خود را در سال ۱۹۶۴ از دانشکده‌ی پزشکی دانشگاه تهران گرفت و پس از دو سال دوره‌ی تخصص داخلی را در مرکز پزشکی آلبرت اینشتین و بیمارستان VA فیلادلفیا آغاز کرد.

علوی پس از طی دوره‌ی فوق تخصصی همتولوژی/ انکولوژی در دانشگاه پسنیلوانیا، برای گذراندن دوره‌ی تصویربرداری پزشکی، در دپارتمان رادیولوژی مرکز درمانی Beth Israel Deaconess ثبت‌نام کرد. در سال ۱۹۷۱ به‌عنوان فلوشیپ پژوهشی رشته‌ی پزشکی هسته‌ای به دانشگاه علوم پزشکی پسنیلوانیا پیوست و خیلی زود عضو هیات علمی آن‌جا شد و در حال حاضر استاد و مدیر آموزش تحقیقات دپارتمان رادیولوژی آن‌جاست.

علوی جوایز و تقدیرنامه‌های بسیاری نیز دریافت کرده که در میان آن‌ها عالی‌ترین جوایز پزشکی هسته‌ای وجود دارد و از آن جمله می‌توان از «جایزه‌ی پیشگام هسته‌ای Georg Charles de Hevesy» و «جایزه‌ی Cassen» از انجمن پزشکی هسته‌ای و مدارک افتخاری از دانشگاه بولونیا، دانشگاه علوم فیلادلفیا و دانشگاه شیراز نام برد. وی از چهره‌های شناخته‌شده‌ی بین‌المللی در زمینه‌ی تکنیک‌های مدرن تصویربرداری است.

علوی همیشه از حامیان فرصت‌های آموزشی و پژوهشی برای دانشجویان پزشکی هسته‌ای بوده و نامش با نام چند جایزه و بورس تحصیلی از جمله جایزه‌ی «علوی-مندل» گره خورده است. این جایزه به پژوهشگران و کارآموزان جوانی که نویسنده‌ی اصلی مقالات مجله‌ی پزشکی هسته‌ای باشند، اهدا می‌شود. وی همچنین حامی بورس پژوهشی Pilot و جایزه‌ی فلوشیپ «بردلی-علوی» است.

منبع: ویکی‌پدیای انگلیسی
مترجم: مهربان جوزی



از سازمان خدمات اجتماعی تا انجمن پزشکان عمومی رشت در گفت‌وگو با دکتر محسن شریپشی

دکتر رقیه حج فروش

محمدعلی همایون کاتوزیان، اندیشمند پرآوازه‌ی تاریخ، علوم سیاسی، اقتصاد و ادبیات ایران، جامعه‌ی ایرانی را با دو صفت «کوتاه‌مدت» و «کلنگی» توصیف می‌کند. اساس نظریه‌ی کاتوزیان این چند جمله است که «ایران، برخلاف جامعه‌ی درازمدت اروپا، جامعه‌ای کوتاه‌مدت بوده است. در این جامعه تغییرات - حتی تغییرات مهم و بنیادین - اغلب عمری کوتاه داشته است. این بی‌تردید نتیجه‌ی فقدان یک چارچوب استوار و خدشه‌ناپذیر قانونی است که می‌توانست تداومی درازمدت را تضمین کند.» بنا بر این نظریه، فقدان تداوم درازمدت و بروز تغییرات اساسی در دوره‌های کوتاه، تاریخ ما را بدل به رشته‌ای از دوره‌های کوتاه‌مدت به هم پیوسته کرده و هر گونه اثبات درازمدتی از مالکیت و ثروت و سرمایه گرفته تا نهادهای اجتماعی و خصوصی را دشوار کرده است. به عبارت دیگر «هر از چند گاهی عمارتی نو می‌سازیم اما با مرور زمان (معمولاً ۲۰ یا ۳۰ سال) این ساختمان نو به‌عنوان عمارتی کلنگی و کهنه، ویران و نابود می‌شود.» حالا از تمامی تبعات اقتصادی، سیاسی و فرهنگی این کوتاه‌مدتی و کلنگی بودن که بگذریم، بر آسیب‌زایی آن در فعالیت‌های روزمره‌ی حرفه‌ای و صنفی خود نمی‌شود چشم پوشید. از این منظر، پروژه‌ی «تاریخ شفاهی پزشکی ایران» که از زمستان سال گذشته در قالب پروژه‌ی «تاریخ شفاهی پزشکی گیلان» شروع شد، نه قدم زدنی نوستالژیک در کوچ‌باغ خاطرات پزشکی این دیار، که کوششی است مسوولانه در جهت بیدار کردن «حافظه‌ی تاریخی» جامعه‌ی پزشکی با این هدف که آرموده‌های کهن را دگربار نیازمابیم و به‌جای تلقی کلنگی از پیشینه‌ی خویش، مرمت و نوسازی‌اش کنیم. این چنین بود که پروژه‌ی «تاریخ شفاهی پزشکی ایران» کلید خورد؛ پای صحبت بزرگ‌ترها نشستیم و پرسیدن و پرسیدن تا به‌یاد آورند و تصویر کنند گذشته‌ای را که به‌یاد آوردن هر صحنه‌اش گذاشتن قطعه‌ای از پازل پیشینه و هویت صنفی ما در جای خود است. در این پروژه بیشتر از آن‌که احوال شخصی بزرگان مد نظر باشد، روندهای تشخیصی و درمانی و نهادهای مرتبط با پزشکی (دانشگاه‌ها، بیمارستان‌ها، درمانگاه‌ها، ادارات، انجمن‌ها و...) و مناسبات نیک و بد آن زمان در نظر است و با همین توجه در نخستین گام سراغ اولین دبیر انجمن پزشکان عمومی رشت رفته‌ایم تا با یک تیر دو نشان زده و بخشی از تاریخ این انجمن ۲۰ ساله را نیز از فراموشی رهاکنیم. (نسخه‌ی مفصل‌تر گفت‌وگو حاضر پیش‌تر در شماره‌ی ۱۲۴ ماهنامه‌ی «پزشکان گیل» هم منتشر شد.) برای ادامه‌ی کار هم می‌کوشیم بزرگانی را از شهرهای مختلف و بخش‌های متنوع پزشکی انتخاب کنیم تا تصویری چندجانبه و متکثر از گذشته‌ی صنف خود و بنیان‌گذاری نهادهای مختلف آن به‌دست دهیم. با این توضیح که انجام چنین گفت‌وگوهایی به‌دلیل ویژگی‌های سنی مصاحبه‌شوندگان کمابیش پرزحمت‌تر از گفت‌وگوهای دیگر است و معمولاً به چند جلسه‌ی زمان و تطبیق گفته‌ها با سایر دانسته‌ها و منابع نیاز دارد، و نیز سپاس از دکتر حج‌فروش گرامی که آغازگر این راه بوده‌اند، از همه‌ی عزیزانی که در سراسر کشور می‌خواهند و می‌توانند در ادامه همکاری ما باشند دعوت می‌کنیم. این همکاری می‌تواند از معرفی یک همکار پیش‌کسوت یا پیشنهاد یک ایده باشد تا برعهده گرفتن یک گفت‌وگو و به انجام رساندن آن.

و در انتها نخستین بخش از این پروژه را با نام و یاد استاد آغازگر و مولف کتاب ازجمند «بیمارستان‌های رشت از مشروطه تا ۱۳۵۷»، زنده‌یاد دکتر سیدحسین تائب، متبرک می‌کنیم. (سردبیر)

عکس: حج فروش

کنکور تهران شرکت کردم و این‌بار قبول شدم. قانون این‌طور بود که اگر دانشجوی پزشکی شهر دیگری تهران قبول می‌شد می‌توانست در همان کلاس بنشیند به‌شرطی که درس‌های مهم و اساسی آن سال را امتحان بدهد؛ مثلاً سال اول تشریح یا سال دوم میکروبی‌شناسی و فیزیولوژی را امتحان بدهد. ولی متأسفانه آن سال دکتر جهان‌شاه صالح رییس دانشکده‌ی پزشکی بود و با این‌که نفر ۴۳ کنکور شده بودم مرا قبول نکرد چون می‌گفت اگر من موافقت کنم دانشگاه «ولایات!» خالی می‌شود. ولی سال بعد که ایشان وزیر شده بود، به تهران آمدم.

دوران دانشگاه چطور بود؟ استادان تان چه کسانی بودند؟
استادان ما خیلی قدیمی بودند. استاد فیزیولوژی ما دکتر نعمت‌الهی بود و استاد داخلی ما دکتر وکیلی. یکی دیگر از استادان فیزیولوژی ما دکتر گیتی بود که از آمریکا آمده و بسیار باسواد بود. اصلاً فیزیولوژی که ما می‌خواندیم با الان خیلی فرق داشت. استاد میکروبی‌شناسی ما هم دکتر مالک بود. یادم هست یک بار استنادی را از دانشگاه بیرون کرده بودند و ما همه رفتیم دم خانه‌های‌شان و آن‌ها را روی شانه‌مان گذاشتیم و آوردیم دانشگاه.

در دوره‌ی دانشجویی شما پزشکی خواندن چطور بود؟
ترمی نبود. ما سال اول تشریح داشتیم و بعد سال دوم فیزیولوژی و میکروبی‌شناسی و سال سوم و چهارم سرم‌شناسی و فارماکولوژی. از سال سوم وارد بیمارستان می‌شدیم و بیشتر بر بالین بیمار یاد می‌گرفتیم. معمولاً از صبح با اساتیدمان در بخش بر بالین بیماران مختلف بحث می‌کردیم، مثل مراسم گزارش صبحگاهی فعلی اما بر سر بالین بیمار. کار عملی هم بسته به میزان تمرین و همکاری خود دانشجوی بود. من وقتی امتحان جراحی می‌دادم در دوره‌ی انترنی ظرف یک ربع ساعت آپاندیس را درآوردم که خیلی هم تشویق شدم. تقریباً خیلی از کارهای جراحی و حتی سزارین را هم یاد گرفتم. البته تعداد متخصصین و رزیدنت‌ها هم کم بود. این بود که ما باید خیلی کار می‌کردیم. یک متخصص بیهوشی بود برای ۱۰ بیمارستان. تازه آقای دکتر علی فرّ استاد بیهوشی آمده و رشته‌ی بیهوشی در حال افتتاح بود.

در آن موقع به ما واقعاً پزشکی یاد می‌دادند و از ما درس می‌پرسیدند. فکر کنید در حضور اساتیدی مثل دکتر صالح متخصص زنان یا پروفوسور ضرابی استاد چشم بیمارستان فارابی یا دکتر قریب متخصص اطفال جرات

داشتیم چیزی بلد نباشیم؟ اگر مطلبی می‌پرسیدند و بلد نبودیم، ما را جلوی همه بیچاره می‌کردند. به‌یاد دارم دکتر سیادت‌ی مرحوم که متخصص اطفال شد، از دبیرستان تا آخر دانشکده‌ی پزشکی همکلاس من بود. سر بالین بیماران، مخصوصاً سر درس دکتر قریب، وقتی که من چیزی بلد نبودم می‌گفتم احمد برو جلو بایست که استاد از تو بپرسد!

در آن زمان بیشتر پزشک عمومی می‌ماندند یا متخصص می‌شدند؟
بیشتر همدوره‌های ما پزشک عمومی ماندند و کمتر تخصص گرفتند.

چه سالی فارغ‌التحصیل شدید و بعد از فارغ‌التحصیلی کجا رفتید؟
سال ۱۳۳۷. دوره‌ی تحصیل پزشکی ما ۶ ساله بود که بعد از آن بلافاصله رفتم بندرعباس، نزدیک معادن فاریاب. یک سال تعهد داشتیم که انجام دادم. سپس به تهران برگشتم و در سازمان شاهنشاهی خدمات اجتماعی استخدام شدم که درمانگاه‌هایش در نقاط دور دست بود. اول برای خدمت به بلوچستان رفتم، بعد شهر بابک کرمان و سپس اصفهان. سال ۴۵ هم گیلان را انتخاب کردم چون خوش آب و هوا بود. البته درمانگاه‌های سازمان در مسال و شفت بود.

پس الان ۴۷ سال است که همشهری ما هستید. از گیلان راضی هستید؟
اوایل راضی نبودم. هوای دم‌کرده‌اش اذیت می‌کرد. بعد از دو ماه می‌خواستیم برگردم که نشد. اما بعد در سال ۴۶ در گیلان ازدواج کردم و ماندگار شدم.

کار دولتی را بیشتر دوست داشتید یا خصوصی را که در مطب بیشتر دلم می‌خواست مطب داشته

باشم اما در سازمان خدمات اجتماعی اجازه‌ی مطب نداشتیم.

کار غیر پزشکی هم داشتید؟

نه؛ البته از نظر اجتماعی تا حدی در حزب ایران نوین فعال بودم. (می‌دانید که تا قبل از سال ۵۳ که شاه حزب رستاخیز را تاسیس و بقیه‌ی احزاب رسمی را منحل کرد، حزب اکثریت «ایران نوین» و حزب اقلیت «مردم» بود.) چون در شفت کار می‌کردم که آن موقع جزو شهرستان فومن بود، رییس انجمن سروش آریامهر فومن بودم که انجمن شهرستان بود و مثل مجلس شورای ملی تصویب امور شهرستانی را به‌عهده داشت. بعد هم توسط اعضای انجمن استان به ریاست سروش آریامهر استان انتخاب شدم اما چون در رشت کار نمی‌کردم و دسترسی سخت بود، ریاست را نپذیرفتم و منشی انجمن استان شدم.

سروش آریامهر همان انجمن شهر بود؟

نه؛ آن فرق می‌کرد و مربوط به شهرداری بود، اما انجمن سروش آریامهر با فرمانداری‌ها و استانداری سرو کار داشت.

آن موقع که شما به گیلان آمده بودید، اوضاع پزشکی چطور بود؟
پزشک در آن موقع خیلی کم بود. مثلاً شفت با ۴۰ هزار نفر جمعیت فقط دو تا پزشک داشت که یکی من بودم و یکی مرحوم دکتر حسین‌پناه که اهل شفت بود و مریش‌ها در تمام ساعات شبانه‌روز از ما انتظار کمک داشتند.

آن وقت‌ها درآمد و ویزیت‌ها چطور بود؟
ویزیت آن موقع ۵ تومان بود. بعدها که خیلی گران شد، در سال ۱۳۶۱ شد ۲۰ تومان. البته در درمانگاه شاهنشاهی ویزیت و دارو رایگان بود. آن زمان توزیع دارو فقط با شرکت داروپخش



دکتر سیادت‌ی مرحوم که متخصص اطفال شد، از دبیرستان تا آخر دانشکده‌ی پزشکی همکلاس من بود. سر بالین بیماران، مخصوصاً سر درس دکتر قریب، وقتی که من چیزی بلد نبودم می‌گفتم احمد برو جلو بایست که استاد از تو بپرسد



▲ سال ۱۳۶۶، کادر پزشکی اعزامی از گیلان در پشت جبهه، بیمارستان گیلان غرب از چپ: دکتر نصرت‌الله آصف‌پور، بهمن‌پور (تکنیسین ارتوپدی)، دکتر محسن شریفی، دکتر امین چم‌ساز



۴۶ سال ۱۳۴۶، افتتاح درمانگاه جدید شفت

بود و ما کارخانه‌ی داروسازی ایرانی نداشتیم و داروها همه وارداتی بود.
سازمان شاهنشاهی جدا از مراکز بهداشتی بود؟
 بله؛ این سازمان در مناطق دورافتاده درمانگاه داشت ولی مدیر عاملش همان مدیر کل بهداشتی وقت بود. البته مرکز دیگری به نام «بنیاد نیکوکاری شمس» هم بود که فقط مخصوص کودکان بود که آن هم خدمات و داروی رایگان می‌داد.

پول تزیینات و چیزهای دیگر چطور؟
 در درمانگاه ما از هر بیمار کلاً یک تومان پول تعرفه می‌گرفتند.
حقوق تان کفایت می‌کرد؟
 بله؛ بهترین حقوق‌ها را داشتیم. من ماهی ۲۵۰۰ تومان حقوق داشتم. یادم هست که در بلوچستان رییس سازمان امنیت با حقوق ۵۰۰۰ تومان به من پیشنهاد استخدام داد. او زبان فرانسه‌اش خیلی خوب بود و با هم فرانسه صحبت می‌کردیم. من گفتم کار شما با محتویات کله‌ی من جور در نمی‌آید! همین حرفم باعث شد بعدها ساواک موافقت نکرد که به‌عنوان نماینده‌ی مردم فومن به مجلس معرفی شوم.

یعنی چطور؟
 گفتم که من نامزد حزب ایران نوین بودم اما از بالا گفتند باید کاندیدای حزب مردم از فومن انتخاب شود!
در آن سال‌ها که شما وارد استان شدید، اوضاع پاراکلینیک چطور بود؟ امکانات رادیولوژی، سونوگرافی و آزمایشگاه داشتید؟
 چند آزمایشگاه داشتیم: آزمایشگاه‌های دکتر شعار در خیابان شاه سابق (علم‌الهدا)، دکتر زیگلری در سبزه‌میدان نش پیرسرا، دکتر شاهنکیان در خیابان پهلوی سابق (امام خمینی) و دکتر فدایی هم در خیابان پهلوی و ابتدای گذر حاج آقا بزرگ. سه رادیولوژی هم داشتیم: دکتر جعفرودی و دکتر طارم‌سری در گذر حاج آقا بزرگ، دکتر سمیعی کوچه‌ی میرزا مهتاب سبزه‌میدان و دکتر ایزدی در کوچه‌ی آذربانی خیابان پهلوی.

مشکلات طبابت آن دوره بیشتر چه بود؟
 یکی از مشکلات ما آن موقع نداشتن دارو بود. یادم نمی‌رود در شفت مریضی به درمانگاه آورده بودند که انفارکتوس کرده بود. تشخیصش برای من مسجل بود ولی هیچ کاری نمی‌توانستم بکنم. داروهای اصلی ما سیدیلانید (دیجیتالین) به اضافه‌ی کورامین بود که کورامین الان دیگر موجود نیست و داروهای جدید آمده است.

آن وقت‌ها داروخانه چه تعدادی بود؟
 آن موقع داروخانه زیاد نداشتیم. داروخانه‌ی کارون بود و چند داروخانه در خیابان امام خمینی فعلی. مرحوم دکتر صیانتی در لاکانی داروخانه داشت و گل‌سار هم که اصلاً وجود نداشت.

اوضاع بیمه‌ها چطور بود؟
 بیمه‌ها آن وقت‌ها با هم بودند. بیمه‌ی خدمات درمانی که حالا بیمه‌ی سلامت است و بیمه‌ی تأمین اجتماعی یکی بود.
از بیمارستان‌ها بفرمایید.
 بیمارستان خصوصی آریا در کوچه‌ی سبزه‌میدان بود. از بیمارستان‌های دولتی هم پورسینا و رازی و بعد بیمارستان کوروش (دکتر حشمت فعلی) بودند. البته بیمارستان آمریکایی‌ها هم بود که بعد از آمدن من به رشت بسته شد. بیمارستان توتونکاران را هم پدرخانم من آقای جلال جعفری با مرحوم عمده‌الملک دادور شهردار رشت و آقای خورگامی ساختند. من و مرحوم دکتر تبریزی جراح تمام تجهیزات اتاق عمل بیمارستان را از تهران می‌آوردیم. بیمارستان فامیلی هم همان سال‌های ۵۳ یا ۵۴ ساخته شد.
بعد از انقلاب وقتی سازمان شاهنشاهی بسته شد، وارد بهداشت شدید؟

من از شفت منتقل شدم به شاندرمن. سال ۵۷ درست قبل از این که آقا از پاریس بیایند، من به رامسر رفتم و یک سال در بیمارستان رامسر بودم. انقلاب که پا گرفت، بچه‌های سازمان از من خواستند با وزیر بهداشتی وقت دکتر کاظم سامی صحبت کنم تا سازمان ما را منحل نکند. هم خدمات و داروهای ما بهتر بود و خدمات رایگان ارابه می‌کردیم و هم حقوق ما در مقایسه با بهداشتی بیشتر بود. من و دکتر سامی همکلاس، هم‌مسلك و شاگرد مرحوم محمدتقی شریعتی بودیم و در قانون نشر حقایق اسلامی فعالیت داشتیم. به‌رحال ایشان گفت که تصمیم با شورای انقلاب است. اول اسم سازمان شد «سازمان ملی خدمات اجتماعی» و بعد هم منحل شد و ما را تحویل وزارت بهداشتی دادند. اتفاقاً یکی از همکلاسی‌های ما به نام دکتر معاونیان مدیر کل بهداشتی گیلان شد. دکتر سامی اصرار داشت من بروم تهران و معاون او بشوم ولی من نپذیرفتم. مدت کوتاهی هم در بیمارستان رامسر بودم تا این‌که به پیشنهاد دوستان به دلایلی باز به رشت آمدم. در آن زمان

سازمان ما بیمارستانی به نام قوام در بازکیاگوراب نرسیده به لاهیجان داشت (بیمارستان سیدالشهدا یا شهید انصاری فعلی) که من از سال ۱۳۶۱ حدود دو سال رییس این بیمارستان شدم. وقتی سازمان ما منحل شد، آن بیمارستان به بهداشتی داده شد و پیشنهاد کردند که با پست همطرازی رییس بیمارستان دکتر حشمت شوم که آن هم بعد از انقلاب از سازمان شیر و خورشید سرخ (هلال احمر فعلی) گرفته و به بهداشتی داده شده بود. من ریاست را قبول نکردم اما به آن‌جا رفتم تا یک روز که عده‌ای از همکاران آمدند و گفتند که می‌خواهیم این‌جا را به‌عنوان مرکز دانشگاهی بگیریم و بالاخره گرفتند!
آن موقع حشمت هنوز بیمارستان قلب نبود؟

نه؛ بیمارستان عمومی بود و همه‌ی بخش‌ها را داشتیم. خیلی شلوغ نبود اما ۶-۷ پزشک هم در درمانگاه داشتیم از جمله پزشکان بنگلادشی و هندی. از سال ۶۴ بیمارستان اختصاصی قلب شد و من هم پزشک درمانگاه زندان شدم.
تا قبل از بازنشستگی در درمانگاه زندان ماندید؟
 خیر؛ در دوران جنگ بیمارستان پورسینا خیلی شلوغ بود. پیشنهاد کردند که به آن‌جا بروم. من هم آمدم به پورسینا و همان‌جا بازنشسته شدم.
مطب شخصی هم داشتید؟
 بله؛ از زمانی که سازمان خدمات اجتماعی منحل شد، توانستم مطب داشته باشم. من و یکی از همکاران به‌شراکت دو مطب شبانه‌روزی یکی در خیابان سعدی روبه‌روی ایران ناسیونال و یکی در خیابان لاهیجان داشتیم که این یکی یک روز آتش گرفت و معروف شد به «سوخته کلینیک»!

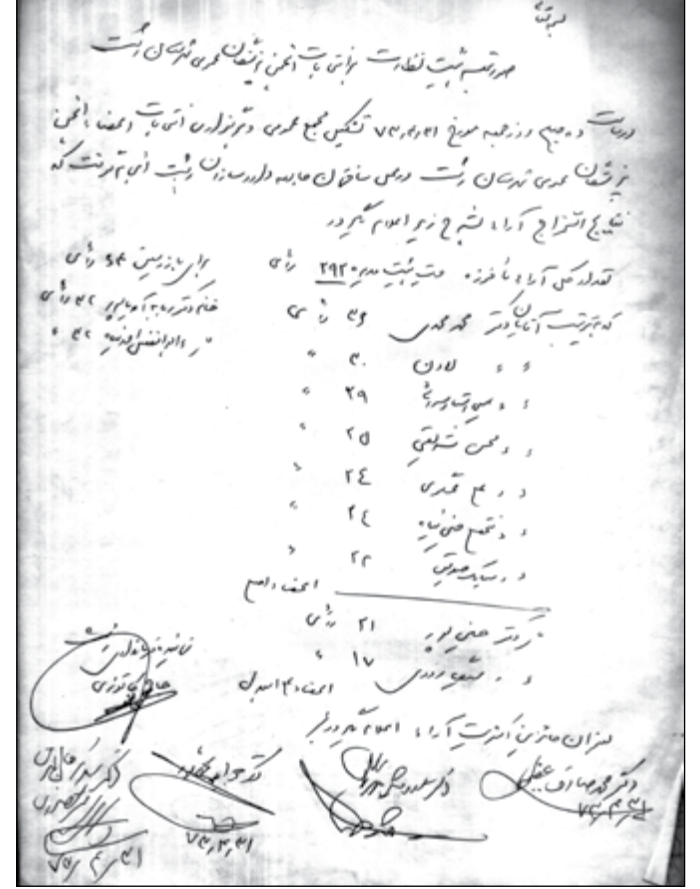
رابطه‌تان با نظام پزشکی چطور بود؟
 اولین رییس نظام پزشکی دکتر منوچهر اقبال بود. من در آن زمان خودم کارمند سازمان شاهنشاهی بودم ولی چون دکتر اقبال وزیر دربار بود، عضو نظام پزشکی نمی‌شدم تا این‌که به پیشنهاد دکتر نصرت‌الله کاسمی که معاون سازمان خدمات اجتماعی بود، ثبت‌نام کردم. آن موقع‌ها ثبت‌نام اجباری نبود و من خیلی دیر اقدام کردم؛ به‌همین دلیل نمره‌ی نظام پزشکی من در رده‌ی ۵۰۰۰ است.
از چه سالی نظام پزشکی در رشت پا گرفت؟
 از نظام پزشکی رشت چیزی یادم نمی‌آید. تازه به استان آمده بودم و در شفت بودم و مطب خصوصی

هم نداشتیم.
از انجمن پزشکان عمومی بفرمایید.
 در اواخر سال ۷۲ یعنی همان سالی که انجمن ایران تشکیل شده بود، دکتر ابوالفضل احمدپناه به من و دکتر علی لادن پیشنهاد تشکیل انجمن پزشکان عمومی رشت را داد. ما هم تهران پیش دکتر حسن هویدا، دبیر وقت انجمن ایران، رفتیم و در سال بعد انتخابات اولین دوره‌ی هیات مدیره‌ی انجمن رشت با حضور دکتر هویدا برگزار شد و بعد هم دکتر لادن به‌عنوان رییس هیات مدیره و من به‌عنوان دبیر انتخاب شدیم. جلسات بیشتر در مطب دکتر لادن برگزار می‌شد ولی زیاد در انجمن نماندیم.
سایر اعضای هیات مدیره چه کسانی بودند؟

باید از روی صورت جلسه‌ی انتخابات بخوانم. (کیف کهنه‌ای را بایگانی سال‌های دور انجمن است پیدا و باز می‌کند و از روی صورت جلسه‌ی ۷۳/۴/۳۱ می‌خواند.) دکتر محمد محمدی، دکتر عیسی استادسرای، دکتر علی عسگری، دکتر فتحعلی حسین پناه و دکتر سیامک صدیق. بازرس‌ها هم دکتر ربایه آریاپور و دکتر احمدپناه بودند.
پس شما دبیر بودید...
 در همان نشست اول دکتر محمدی به‌عنوان نایب رییس انتخاب شد

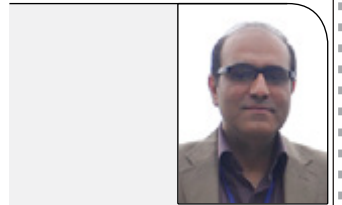
اما نپذیرفت و جایش را به دکتر استادسرای داد. دکتر حسین پناه هم خزانهدار شد. اما چه خزانه‌ای؟ هنوز کلی از انجمن طلبکارم!
ظاهراً هیات مدیره‌ی دوره‌ی اول پس از یک سال به دلیل اختلافات تعطیل شد. دلیل آن اختلافات چه بود؟
 یکی از همکاران پس از این‌که به ریاست انتخاب نشد، از جلسه‌ی سوم در جلسات هیات مدیره حاضر نشد و دو نفر دیگر هم از ایشان تبعیت کردند. بالاخره نظام پزشکی رشت مداخله کرد. گفتند مجمع فوق‌العاده تشکیل بشود که در تاریخ ۷۴/۹/۳ تشکیل شد، اما به‌جای این‌که اعضای مستعفی جایگزین بشوند، کل هیات مدیره از نو انتخاب شد.

چرا در دوره‌های بعد به همکاری با انجمن ادامه ندادید؟
 دکتر لادن انسان وارسته‌ای بودند. روزی من و ایشان مشغول نوشتن دعوت‌نامه برای همان انتخابات بودیم که یکی از همکاران جوان آمد و پیشنهاد کرد که اجازه دهیم جوان‌ترها نیز وارد انجمن شوند. انگار ما پیر بودیم! ما هم شرایطی فراهم کردیم که جوان‌ترها در انتخابات رای بیاورند، اما بعد از آن در مجموع افرادی وارد انجمن شدند که نتوانستیم با آن‌ها همکاری کنیم و در انتخابات بعدی هم شرکت نکردیم.



ویزیت آن موقع ۵ تومان بود. بعدها خیلی گران شد، در سال ۱۳۶۱ شد ۲۰ تومان. آن زمان توزیع دارو فقط با شرکت داروپخش بود و ما کارخانه‌ی داروسازی ایرانی نداشتیم و داروها همه وارداتی بود

آدمک‌های آناتومی و میک مرمرین



دکتر حسام نوروزی

عضو انجمن پزشکان عمومی شیراز
Website: medart.ca
Email: hesam_noroozi@yahoo.com

به نظر می‌رسد که این گونه از مجسمه‌ها تنها به بخش‌های جغرافیایی خاصی در اروپا تعلق داشته‌اند و همچون نقاشی‌هایی که به بررسی و تشریح آناتومیک می‌پرداخته‌اند، چندان عمومیت نداشته‌اند

یکی از موضوعاتی که در تاریخ پزشکی کمتر به آن پرداخته شده است، مدل‌های آناتومیک مرمرین از بدن انسان (Ivory anatomical models) است. از این گونه مدل‌ها در ایران نمونه‌ای ذکر نشده است و در موزه تاریخ پزشکی شیراز و تهران نیز نمونه‌ای در دسترس نیست. این مدل‌های آناتومیک، با دست ساخته و پرداخت می‌شدند و به ندرت بیش از کف دست یک انسان بودند. با اینحال وقتی که بخش رویی این مجسمه‌ها برداشته شود می‌توان بخش‌های آناتومیک زیرین آنرا که بسیار ظریف ساخته شده‌اند را دید. بخش زیادی از این مجسمه‌ها بازوهایی قابل حرکت دارند و بسیاری از آن‌ها مجسمه‌های زن هستند. بسیاری از این مجسمه‌ها دارای یک مجسمه کوچک نوزاد نیز هستند که با بند ناف باریکی به مجسمه مادر متصل‌اند. امروزه بیش از صد نمونه از اینگونه مجسمه‌ها در موزه‌های اروپا و آمریکا وجود دارد. پرسش مهمی که درباره‌ی چنین مجسمه‌هایی به ذهن متبادر می‌شود، کاربرد این گونه آدمک‌هاست. براساس مطالعات و شواهد موجود، بیشتر این مجسمه‌ها در آلمان ساخته شده و به پزشکان مرد تعلق داشته‌اند. اولین آدمک توسط مجسمه‌سازی به نام استفان زیک (Stephan Zick: ۱۶۳۹-۱۷۱۵) در شهر نورمبرگ ساخته شده است. این مجسمه ساز، مجسمه‌های مینیاتوری نیز از چشم و گوش ساخته است. برخی از این مجسمه‌ها از پزشکی به پزشک دیگر منتقل می‌شده‌اند. تا سال ۱۹۳۰ نمونه‌های زیادتری از

این مجسمه‌ها در دسترس بود و به فروش می‌رسید اما در زمان جنگ جهانی دوم، بسیاری از این مجسمه‌ها و مجموعه‌های همراه آن، از بین رفتند. یادداشت‌های کمی نیز درباره‌ی نحوه‌ی استفاده از این مجسمه‌ها در دسترس است. در سال ۲۰۰۷ نمونه‌ای از این آدمک‌ها که به پزشک و متخصص زنان و زایمان فرانسوی، فرانسوا موریسو (Francois Mauriceau: 1637-1709) تعلق داشت، در حراج خانه کریستی به فروش رسید. پیش‌تر به نظر می‌رسید که این مجسمه‌ها برای آموزش و توضیح نحوه‌ی زایمان به مادران باردار توسط پزشکان بوده است ولی با توجه به برخی مدارک جدید، چنین فرضیه‌ای نامحتمل به نظر می‌رسد. فرضیه‌ی دوم که براساس متون قدیمی به دست آمده از پزشکان ایتالیایی است، به استفاده از این مجسمه‌ها در زمانی که دانشجویان پزشکی می‌خواهند وارد بخش‌های مرتبط با بیماری زنان شوند و یا پزشکی که در مورد بیماری‌های زنان زایمان بیشتر کار می‌کرده‌اند، شده است. چنین آدمک‌های کوچکی بیشتر کاریکاتوری از واقعیت آناتومی بدن هستند و در جای خود کوچک‌تر از آن هستند که بتوانند اطلاعات مهمی را منتقل کنند. این مجسمه‌ها همچنین برای پزشکان آموزش دیده‌ای تهیه می‌شدند که همه جور وسیله‌ی پزشکی را برای مجموعه‌ی شخصی خود خریداری می‌کردند. امروزه نمی‌توان سازنده‌ی چنین آدمک‌هایی را شناسایی کرد و فقط براساس برخی

منابع:

1. R Olry - Wax, wooden, ivory, cardboard, bronze, fabric, plaster, rubber and plastic anatomical models: Praiseworthy precursors of plastinated specimens Journal of the international society for plastination, 2000 - journal.plastination.org
2. KF Russell - Ivory anatomical manikins Medical history, 1972 - Cambridge Univ Press
3. ago.net



تصویر ۱. آدمک مرمرین در گالری هنر انتاریو - عکس از نگارنده

مروری بر نشریات صنفی پزشکی کشور (۱)

کادوسه، از آغاز تا اکنون



دکتر حمید خاکسار

پدر پیشین کادوسه
Email: khaksarhamid@gmail.com

از اعضای تحریریه و هیات مدیره، شور انتشار کادوسه را میزد. وی وظیفه‌ی صفحه‌بندی و امور فنی چاپ مجله را به عهده‌ی باکفایت خود گرفت. به گفته‌ی خودش دیگر آلوده‌ی کادوسه شده بود. او هنوز هم در کنار ماست.

چرا واژه‌ی کادوسه؟

در چند شماره‌ی اول کادوسه، همواره در مورد واژه‌ی «کادوسه» و چگونگی انتخاب این عنوان ناآشنا برای مجله توضیح می‌دادیم. بد نیست به بخشی از این توضیحات اشاره کنیم:

کادوسه یا کادوس که تلفظ درست آن کادوش است، قومی ایرانی بودند که در شمال ایران حکومت داشتند و با هخامنشیان به ستیز برخاستند و به اعتقادی طالبان امروز، همان کادوشی‌ها یا کادوسی‌های باستان هستند.

اما کادوسه در فرهنگ دهخدا چنین تعریف شده است:
کادوسه - کادوئه

«چوب درخت غار یا زیتون که بالای آن دو بال داشته است و دو مار که به هم پیچ خورده بودند، دور آن پیچیده بود و علامت عطارده رب‌النوع بود. (مارها علامت حزم و احتیاط بودند و بال‌ها علامت فعالیت هستند.) به عقیده‌ی یونانی‌ها هرمس، رب‌النوع تجارت و پیغامبر خدای بزرگ، عصایی داشت که در بالا دو پر بود و از پایین به بالا دو مار به آن پیچیده بودند. (علامت اتحاد).

اما در واقع کادوسه، نماد بین‌المللی پزشکان در جهان است که به همین نام

انجمن مطرح و همکاری مسوول پیگیری می‌شاند. ولی فراهم کردن شرایط و امکانات، انتشار آن را به تعویق می‌انداخت. پس از برگزاری باشکوه مجمع عمومی مهر ۸۱، بحث داشتن نشریه‌ی داخلی انجمن با شدت و جدیت بیشتری در هیات مدیره پیگیری شد و در نهایت، پس از بحث و گفت‌وگو و رای‌های اشکال مختلف از شیوه‌های اطلاع‌رسانی مکتوب، رای بر انتشار نشریه‌ی داخلی گرفته شد و مسوولیت این کار به عهده‌ی تنی چند از اعضای هیات مدیره گذاشته شد تا آن را به سرانجام رسانند و تداوم بخشند و چنین شد...»

این چند سطر بخشی از آغاز سخن اولین شماره‌ی کادوسه در اسفند ۸۱ بود؛ دفتری که در ۲۴ صفحه با حداقل امکانات آن روز منتشر شد. اولین هیات تحریریه‌ی کادوسه زنده‌یاد دکتر اصغر ابراهیمی، دکتر علی بیرجندی، دکتر اسماعیل رجبی، دکتر عبدالله عدوانی، دکتر محسن عرفان‌منش و بنده‌ی حقیر حمید خاکسار بودند. این عزیزان تا شماره‌ی ۲۵ یاوران همیشگی و همراه کادوسه بودند.

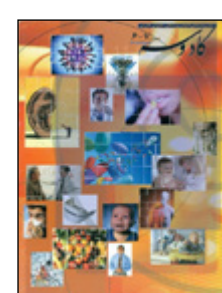
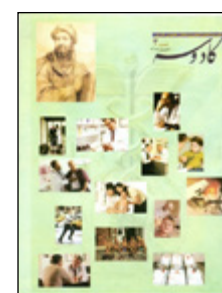
یادش به‌خیر، در اولین نشست هیات تحریریه، در دی‌ماه ۸۱ به توصیه‌ی دوستان اهل نشر و قلم، غلامعلی زارع از ژورنالیست‌های جوان، خوش فکر و صاحب‌ذوق روزنامه‌ی محلی «خبر جنوب» شیراز در کنارمان قرار گرفت تا ما را که گروهی آماتور و تازه‌کار بودیم، رهنمون باشد که الحق و الانصاف در این چند ساله بدون هیچ چشم‌داشت مالی آن‌چنان با عشق و شور و علاقه‌ای مثال‌زدنی، حتی گاهی بیشتر

برای برو بچه‌های انجمن شیراز جای بسی خوشحالی است که در اولین شماره‌ی سیمرخ یادی از کادوسه‌ی آن‌ها (نشریه‌ی داخلی انجمن پزشکان عمومی شیراز) میشود. گرچه دوستان شمالی که عمده‌ی دست‌اندرکاران ارگان سراسری انجمن پزشکان عمومی ایران را تشکیل می‌دهند، همیشه لطف و توجه ویژه‌ای به یاران شیرازی خود داشته و دارند اما خدایی‌ش فکر نمی‌کنم این دفعه پارتی‌بازی در کار بوده باشد! به‌راستی اگر تعریف از خود نباشد، در ۱۰ سالی که ۲۵ شماره‌ی کادوسه و سه ویژه‌نامه‌ی آن به‌صورت مرتب منتشر و در سراسر کشور توزیع شد، گل سرسبد تمام نشریات صنفی پزشکان در میان تمامی انجمن‌های علمی کشور به حساب می‌آید! بسیاری از اساتید، صاحب‌نظران و اهالی قلم جامعه‌ی پزشکی در نقدها و اظهارنظرها کادوسه را بسیار خواندنی‌تر، جذاب‌تر و پرمحتوی‌تر از نشریات هم‌طراز خود و حتی برتر از نشریه‌ی وزین سراسری سازمان نظام پزشکی کشور می‌دانستند. نمی‌خواهم زیاد فرصت‌طلبی کنم و برای خود کلاس بگذارم، اما به‌رحال کمی خودستایی هم خیلی بد نیست؛ گرچه کم‌پربراه نباشد!

دوستان زحمتکش متولی سیمرخ بر بنده که سالیان سال عنوان «پدر کادوسه» را یدک می‌کشیدم، تکلیف فرمودند که برای آن‌ها از کادوسه سخن بگویم: از آغاز تا کنون.

«طی ۳ سال پس از تشکیل انجمن پزشکان عمومی شیراز در مرداد ۷۸ تا سال ۸۱ بارها لزوم انتشار نشریه‌ی





صدها نشریه در جهان منتشر میشود و مترادف فارسی هم ندارد. همه‌ی ما بارها و بارها آرم و نشانه‌ی کادوسه را با اشکال و طرح‌های گوناگون در تابلوها و نشریات پزشکی دیده‌ایم و آن را سمبل حرفه‌ی خود نیز می‌دانیم اما شاید با واژه و تاریخچه‌ی این نماد آشنا نباشیم.

گرچه گروه کوچکی از برگزیدن این واژه نسبتاً بیگانه بر ما خرده گرفتند اما به تدریج نام و آوازه‌ی کادوسه در کشور در جامعه‌ی پزشکی پیچید و الحق این نشریه برای اولین بار سمبل آن زمان پزشکی را به همگان معرفی کرد.

ترکیب حرفه‌ای

یکی از ویژگی‌های کادوسه در این ۱۰ سال، نداشتن تعصب و وابستگی شدید به صنف خود در انتشار اخبار، مطالب و مقالات بود. شاید یکی از دلایل عمده‌ی محبوبیت کادوسه در این سال‌ها، تعلق خاطر آن به همه‌ی گروه‌های پزشکی باشد.

در نخستین شماره در «پایان سخن» چنین آمده بود:
 کوشش ما این خواهد بود تا از این تریبون که نه تنها به پزشکان عمومی بلکه به همه‌ی بدنه‌ی جامعه‌ی پزشکی تعلق خواهد گرفت، همه‌ی نظرات و دیدگاه‌ها و راهکارها را برای برون‌رفت از مشکلات صنفی و حرفه‌ای انعکاس دهیم.
 کوششی که در همه‌ی شماره‌های کادوسه به آن اهتمام ورزیدیم. همراه داشتن یک ژورنال‌لیست حرفه‌ای در کنار یک نشریه‌ی علمی-صنفی از ضروریات است. به‌طور مثال شاهدیم که بسیاری از نشریات حتی سرشناس صنفی کشور، هنوز

در فصل‌بندی مطالب خود عاجزند. این مجله‌ها در فهرست مندرجات خود در صفحه‌ی آغازین مجله تنها نام مقاله‌ها و عنوان‌های موضوعات خود را بدون قالب‌بندی و به‌صورت ناهمگون می‌آورند و در شماره‌های بعد تمام این عنوان‌ها و مقاله‌ها تغییر یافته‌اند. دوست ما، زارع، به ما آموخت که راه را چگونه از آغاز، درست و اصولی بپیماییم و می‌بینیم که عناوین مجله‌ی کادوسه در همان شماره‌ی اول چنین بود: آغاز سخن، گزارش‌ها، اخبار صنفی (شامل اخبار انجمن و هیات مدیره، اخبار انجمن‌ها، اخبار نظام پزشکی و اخبار متفرقه)، پزشکی و جامعه، دیدگاه‌ها، گشت و گذار در جهان پزشکی، معرفی انجمن‌های پزشکی استان، مقاله‌های علمی، فراتر از اندیشه و پایان سخن. در تمامی شماره‌های بعدی کادوسه طی ۱۰ سال این قالب‌بندی حفظ شد و در طی راه بنا بر ضرورت و نیاز و به تدریج عنوان‌های دیگر به آن‌ها افزوده شد؛ مانند: تاریخ پزشکی، مقاله‌های هم‌کاران، خطرات مطب، نامه‌ها و اطلاعات، طنز پزشکی و تجربه‌های ارزنده از پزشکان جهان.

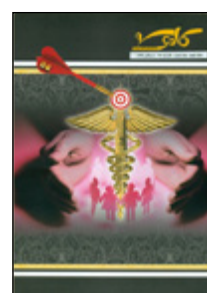
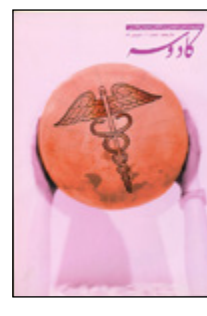
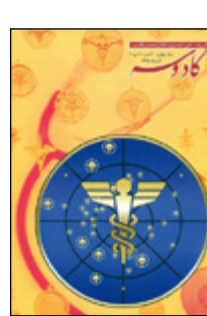
مجله‌ای برای تمام خوانندگان

بدین‌سان کادوسه از شکل یک مجله‌ی نحیف و لاغر ۲۴ صفحه‌ای در اسفند ۸۱ به یک مجله‌ی چاق و چله‌ی پر بار و پر طرفدار ۱۲۰ صفحه‌ای در اسفند ۹۱ تبدیل شد. اضافه شدن ستون‌های جدید این حسن را دارد که هر بخش طرفداران خود را دارد. بارها شاهد بودم که در مطب‌ها، بیمارستان‌ها و دیگر موسسات پزشکی، بسیاری از

گروه‌های غیرپزشک، پرسنل اداری و دیگر گروه‌های پزشکی از خوانندگان مشتاق کادوسه بودند.

بخش‌های خطرات مطب، پزشکی و جامعه، فراتر از اندیشه و تجربه‌های ارزنده پرطرفدارترین بخش‌های مجله به‌شمار می‌آمدند. البته انتشار و چاپ گزارش‌ها، اطلاعیه‌ها و نامه‌های مهم به‌عنوان سند بارها و بارها مورد استناد و پیگیری بسیاری از اعضای انجمن‌ها در سراسر کشور قرار می‌گرفت و این بخش‌ها برای فعالین صنفی بسیار آموزنده و مستند بود. بارها دوستانی از اقصای نقاط کشور تماس می‌گرفتند و پی‌گیر اطلاعیه‌ها، مستندات و دستورالعمل‌های چاپ شده در کادوسه بودند. چاپ این مطالب از الزامات یک نشریه‌ی صنفی است، گرچه ممکن است برای گروهی خسته‌کننده و تکراری باشد. کادوسه به تدریج توانست به میان خانه‌های مردم نیز راه پیدا کند، گرچه ما کادوسه را در هیچ کیوسکی به فروش نرسانده و به‌صورت رایگان در اختیار اقشار گوناگون جامعه‌ی پزشکی قرار می‌دادیم اما طرفداران آن در میان اعضای خانواده‌ها به‌دلیل متنوع بودن مطالب روز به روز افزایش می‌یافت. دوستی می‌گفت: «بابا منشی من هر بار سه کادوسه از من می‌خواهد تا در اختیار تمام خانواده‌های فامیلش بذاره! تو رو خدا به من بیشتر مجله بدین!» باور کنید این حرف‌ها اغراق نیست. بسیاری از استاد‌های به‌نام و سرشناس دانشگاه و پیش‌کسوتان گرانقدر بارها در نامه‌هایی که به ما ارسال کردند با تشویق و ترغیب خود، هیات تحریریه‌ی کادوسه را مورد لطف و مرحمت قرار دادند.

شاید برای بعضی از صاحب‌نظران



و همکاران فعال صنفی، تجمیع این همه مطالب گوناگون صنفی، علمی، اجتماعی، تاریخی، فرهنگی، ادبی، طنز و... در یک نشریه‌ی داخلی پزشکان عمومی نامانوس و غیرمعمول جلوه کند اما به‌نظر حقیر یک نشریه‌ی خشک صرفاً صنفی یا علمی، به‌قولی دل‌خوانندگان را می‌زند. همکاری می‌گفت: «من وقتی کادوسه را در مطب دریافت می‌کنم، تا یک ماه باهاش حال می‌کنم. اول می‌رم سراغ فراتر از اندیشه، طنز و داستان، آخرش هم اخبار و نامه‌ها رو می‌خونم که خسته نشم و دل‌مو نزنه!» این گفته‌ها را برای تعریف از خود در این‌جا نیآوردم. صرفاً یک دیدگاه و نظر است که البته می‌تواند منتقدین خاص خود را داشته باشد ولی ما از این روش بسیار خوب نتیجه گرفتیم که یک نشریه‌ی تمام و کمال، بهتر و شایسته‌تر می‌تواند در خدمت اهداف صنفی و گروهی باشد.

چرا کادوسه کم‌رنگ شد؟

این روزها بسیاری از دوستان در جای‌جای میهن و عزیزانی از جامعه‌ی بزرگ پزشکی، مدام سراغ کادوسه را از بچه‌های شیراز می‌گیرند و می‌گویند: «چرا دیگر کادوسه کم و کم و کم‌رنگ‌تر شده و درست در نمی‌آد؟!»

حافظ می‌گوید: «عیب می‌جمله بگفتی؛ هنرش نیز بگو!» البته ما می‌گوییم: «جمله گفتی هنرش را؛ خوب، عیبش را هم بگو!» دوستان! آفت انتشار یک نشریه‌ی صنفی، آماتور بودن و غیرحرفه‌ای عمل کردن دست‌اندرکاران و گردانندگان شکل‌های صنفی است. کادوسه در تمام مدت ۱۰ سال آغازین انتشار خود (به جز دو شماره‌ی ۲۶ و ۲۷) هیچ‌گاه برای انتشار خود، ریالی از بودجه‌ی انجمن بهره نگرفت. هزینه‌ی آن از طریق اسپانسر‌ها، حامیان مالی و تنها چند

آگهی انگشت‌شمار که غالباً از تعداد انگشتان یک دست تجاوز نمی‌کرد، تامین شد و تمامی کادر تحریریه و اجرایی به‌صورت کاملاً افتخاری در خدمت نشریه‌ی خود بودند. به‌تدریج عدم همکاری، دل‌زدگی، بی‌انگیزگی، جدا شدن از تشکیلات، عهده‌دار شدن دیگر مسوولیت‌های صنفی-حرفه‌ای، نهادینه نشدن کار گروهی و مسوولیت‌پذیری فردی باعث می‌شود که یک نشریه‌ی صرفاً آماتوری، هر چند خواندنی و پرطرفدار، نتواند انتشار مرتب خود را ادامه دهد. در حال حاضر به‌جز نشریه‌ی سراسری نظام پزشکی که به‌دلیل دارا بودن یک ساختار کاملاً حرفه‌ای و بهره‌گیری از امکانات وسیع اقتصادی به‌ویژه آگهی‌های فراوان گران‌قیمت، توانسته به‌صورت مرتب منتشر شود (البته نشریات متعدد و موفق علمی و صنفی شخصی یا وابسته به مراکز دولتی منظور نظر نیست بلکه روی سخن ما نشریات صنفی انجمن‌هاست)، هیچ ارگان و نشریه‌ی انجمنی نتوانسته به‌صورت مرتب و مستمر انتشار یابد. شاید تنها عشق و علاقه و حمیت صنفی بود که انتشار گاه‌نامه‌ی کادوسه در ۱۲ سال با انتشار ۲۷ دفتر و سه ویژه‌نامه‌ی برجسته را میسر نمود. اما دوستان، این به‌تئاهی کافی نخواهد بود!

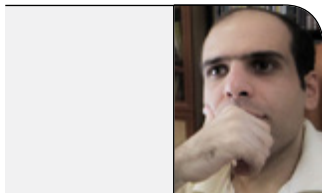
در سه سال گذشته، گرچه دوستان بسیار عزیز و زحمتکش دیگری در هیات مدیره تلاش کرده‌اند با تلاش و کوشش بسیار و تحسین‌برانگیز، انتشار کادوسه را به‌عهده گیرند و در کارنامه‌ی خود انتشار دو شماره و یک ویژه‌نامه را دارند، ولی با وجود توان و انگیزه‌ی قوی این عزیزان، ادامه‌ی انتشار یک مجله‌ی جامع ۱۲۰ صفحه‌ای به‌دلایل پیش‌گفت، به‌ویژه نداشتن الزامات ژورنالیستی و بینه‌ی اقتصادی قوی، شاید دیگر چندان مقدور نباشد.

تشکل‌های پزشکی و حتی غیرپزشکی با بیرون دادن یک‌سری بولتن و خبرنامه و مجلات بسیار ضعیف و ابتدایی تلاش می‌کنند برای گروه و حرفه‌ی خود طرفی ببندند و در این رهگذر یک نفر یا یک گروه کوچک آماتور از «ب» بسم‌الله تا «ن» پایان یک نشریه را هر چند با عشق و علاقه و انگیزه‌ی بسیار بالا و ستودنی در آغاز برعهده می‌گیرند ولی کار آن‌ها استمراری در پی نداشته و شاهد توقف‌های طولانی در روند کارشان هستیم. البته باید به این همه شور و اشتیاق و همت والا ارج نهاد و در مقابل دست‌اندرکاران نشریات صنفی سر تعظیم فرود آورد. شاید لزوم ایجاد بینش حرفه‌ای‌گری و استمرار یک ساختار قوی اقتصادی مشکل‌گشا باشد. امروزه در کشورهای پیشرفته با بهره‌گیری از ارتباط نزدیک NGOهای پزشکی با صاحبان صنعت و موسسات بزرگ تولیدی دارویی و تجهیزات پزشکی، البته با محوریت و نظارت مدیران تشکل‌ها و محول کردن امور اجرایی مجلات صنفی علمی به ژورنالیست‌های حرفه‌ای، شاهد انتشار نشریات بسیار قوی صنفی و پزشکی در سطوح بین‌المللی هستیم. البته این موضوع خود نیاز به نگرش دقیق و جامع‌تری دارد که دیگر در حوصله‌ی این گفتار نمی‌گنجد.

آری، دوستان! شرح کادوسه از آغاز تا کنون را شنیدید اما به همه‌ی دلایل پیش‌گفت شاید نتوانیم دیگر کادوسه‌ای چون گذشته را به همه‌ی مشتاقان آن تقدیم کنیم. امیدوارم «سیمرخ» با بهره‌گیری از خرد جمعی و تجربه‌های ارزنده و گران‌بهای دوستان عضو انجمن در شمال و جنوب و غرب کشور به نشریه‌ای جامع، فراگیر و جذاب و خواندنی برای همه‌ی اعضای جامعه‌ی پزشکی مبدل گردد تا نیاز به نشریه‌های محلی و استانی کمتر احساس شود.

دکتر خلیل ثقفی (اعلم الدوله)

و داستان اجازه گرفتن او از ناصرالدین شاه برای سفر تحصیلی به فرانسه



دکتر علیرضا مجیدی

Website: lpezeshk.com
Email: alirezamajidi@gmail.com

سفر به اروپا برای تحصیل دانش از ۱۵۰ سال پیش معمول شد. در زمانه‌ای که خبری از اینترنت، تبادلات فرهنگی آسان و واردات آسان کتاب و مجله نبود و حتی رادیو و تلویزیون وجود نداشت، این مسافران به فرنگ رفته، در واقع تنها راه آشنایی ایران با دانش، فرهنگ، فناوری و سبک زندگی فرنگی‌ها بودند.

در ایران آن زمان، نگرانی و اضطراب دیرپایی در مورد ایجاد این مجراهای اطلاعاتی وجود داشت؛ از سویی این کار گریزناپذیر بود، چرا که کشور به‌رحال نیاز به پزشک، مهندس و کارشناس داشت اما از سوی دیگر قشر سنتی جامعه همواره دغدغه‌ی تأثیرات فرهنگی نامطلوب این ارتباطات را داشت و البته قشر حاکم هم، در حالی که نمی‌خواست به‌روشنی و با صراحت اعتراف کند که نگران ورود جریان روشنفکری، شکل‌گیری افکار دگراندیشانه و ایجاد فضای سیاسی نو است، با بهانه قرار دادن اموراتی پوسته‌ای، سعی در کنترل و محدود کردن این اعزام‌های دانشجویی داشت.

مطلبی را که می‌خوانید حدود ۵۰ سال پیش توسط دکتر نصرالله شیفته، در مجله‌ی دانشمند منتشر شده بود که با اضافه کردن بخش‌هایی از منابع دیگر و ویرایش‌های لازم، تقدیم می‌شود:

مسافرت به اروپا ممنوع!

۱۰۰ سال است که جوانان ما برای آموختن راه و روش‌های زندگی نوین و دانش جدید پای‌شان به اروپا باز شده است. سال‌ها پیش از آن، مرکز تحصیل جوانان ما شهرهای مذهبی نجف، کربلا و بغداد بود. بعداً که تمدن امروز به کشور ما راه پیدا کرد، جوانان برای آموختن دانش تازه به شهرهای استانبول، بیروت، قاهره، بمبئی و کلکته می‌رفتند. برخی دیگر هم راه روسیه را در پیش می‌گرفتند و به پتروگراد، مسکو و بادکوبه عزیمت می‌کردند.

در زمان ناصرالدین شاه به خاطر آن‌که خود شاه گاه‌گاه به اروپا سفر می‌کرد و همراهان، کشورهای فرنگ را می‌دیدند، به‌تدریج جوانان ایرانی عاشق تحصیل در دیار فرنگ شدند. ناصرالدین شاه از نظر نقاط ضعفی که در روحيات و اخلاقش وجود داشت، مردی سخت‌گیر و دقیق بود و در برابر اصرار جوانان آن دوره برای عزیمت به اروپا مقاومت می‌کرد و اجازه‌ی مسافرت به آن‌ها نمی‌داد. وی معتقد بود جوانانی که به اروپا می‌روند و روش‌های آزادی‌خواهانه‌ی فرنگ را می‌بینند، نمی‌توانند در ایران فرد مناسبی تلقی شوند. مدارک فراوانی در تاریخ موجود است که بسیاری از فرنگ‌رفته‌ها به‌خاطر یک جمله‌ی آزادی‌خواهانه یا قضاوت صحیح، اگر از بین نرفتند دست‌کم از چشم‌ها افتادند.

داستانی که در زیر می‌خوانید واقعه‌ای

حقیقی از تلاش جوانی به نام دکتر خلیل ثقفی (اعلم الدوله) است که برای ادامه‌ی تحصیل قصد عزیمت به فرنگ داشت ولی مسافرت به خارج منوط به اجازه‌ی شخص شاه بود و البته شاه با مسافرت او موافقت نمی‌کرد. دکتر ثقفی در آن زمان پزشک وزارت خارجه، استاد رشته‌ی پزشکی در دارالفنون و استاد پزشکی در دانشکده‌ی نظامی ناصری بود و می‌خواست به خرج خود برای تکمیل معلومات چند صباحی به خارج سفر کند. وی در خاطرات خود چنین می‌نویسد: «برای کسب اجازه، عریضه‌ای جزو عرایض وزارت خارجه که متصدی آن یحیی خان مشیرالدوله، شوهر عزت‌الدوله (خواهر شاه) بود به حضور ناصرالدین شاه که مرا می‌شناخت، تقدیم داشتم. در حاشیه‌ی عریضه دست‌خط صادر شد که: «لازم نیست، اسباب فساد اخلاق است!»

بعد از چندی دکتر ثقفی عریضه‌ی دیگری تهیه کرد که در حاشیه‌ی آن عزت‌الدوله، خواهر شاه به خط خود چنین نوشته بود: «خلیل خان در خانه‌ی این کنیز قبله‌ی عالم بزرگ شده است و این کنیز به خلق و خوی او کاملاً آشنا بوده، یقین دارم که او اوضاع فرنگستان در عقاید و دیانت او خللی وارد نخواهد ساخت. تصدق روی ماهت، اجازه بدهید برود. با مخارج خود می‌رود و زود برمی‌گردد.»

در حقیقت خواهر شاه می‌دانست که دلیل ناصرالدین شاه در جلوگیری از اعزام جوانان به اروپا چیست، به‌همین مناسبت بنا به اشاره‌ی دکتر ثقفی به این موضوع اشاره کرده بود که «اوضاع فرنگستان در عقاید و دیانت او خللی وارد نخواهد ساخت». تعهدی که خواهر شاه به ناصرالدین شاه می‌داد که وی به خلق و خوی او کاملاً آشناست، چیزی جز این نیست که خواهر شاه به‌طور ضمنی ضمانت دکتر ثقفی را در این سفر می‌کرد. مع‌الوصف، ناصرالدین شاه در زیر این نامه چنین نوشت: «اجازه داده نمی‌شود!»

با این وصف، دکتر ثقفی از کوشش دست برداشت. در تابستان همان سال اعلم‌الدوله ثقفی در رستم‌آباد شمیران بود. در آن زمان فرزند یکی از بازرگانان زنجان چشمش آب آورده و به تهران آمده و میهمان مشیرالدوله بود. چون در آن زمان معالجه‌ی چشم در تهران خوب فراهم نبود، مشیرالدوله به حمایت از او می‌خواست اجازه بگیرد که آن جوان را به فرنگ برای معالجه بفرستد. بدیهی است چون پدر جوان، تاجر بود به سبک آن زمان



مبالغی تعارف و وجوه هم به ناصرالدین شاه تقدیم داشت.

مشیرالدوله به اعلم‌الدوله وعده داد هنگامی که برای این جوان اجازه می‌گیرد، کاری خواهد کرد که هر طور شده او هم به‌همراه وی برود. با این‌همه امیدواری، شاه زیر عریضه‌ی مشیرالدوله که تقاضای مسافرت برای آن جوان ثروتمند تاجر زنجان کرده بود با تندی خاص خود چنین نوشت: «به این ... بگویند وقتی که مردم راه فرنگستان را

سه‌اپیزود از عدم اعتماد به جامعه‌ی پزشکی

می‌خواهید سر کیسه‌ام کنید!

اپیزود اول:

پیرمرد به نظر خودش درد معده دارد. اصرار دارد که یک شربت معده برایش بنویسیم تا برود دنبال کار و زندگی‌اش. علائمش اما چیز دیگری می‌گوید. می‌خواهیم یک نوار قلبی از او بگیریم، مقاومت می‌کند. آخر سر سرغریزان به نوار قلبی تن می‌دهد. نوارش شک را به یقین تبدیل می‌کند؛ با یک سکنه‌ی قلبی طرف هستیم. پیرمرد اما باور نمی‌کند. به پسر ارشدش زنگ می‌زند. دقایقی بعد پسر ارشد با توپ پر در میانه‌ی اورژانس رجز می‌خواند. داد و هوار راه انداخته که: «می‌خواهید سر کیسه‌ام کنید!» به‌زحمت آرامش می‌کنیم و توضیح می‌دهیم که ماجرا این‌قدرها هم الکی نیست. پسر می‌رود تا پدرش را قانع کند. پدر اما دکترهای این‌جا را قبول ندارد. سر پسرش داد می‌زند که: «پدر سوخته! تو هم می‌خواهی من را این‌جا ول کنی و بروی دنبال زندگی خودت.»

اپیزود دوم:

دختر نوجوانی با درد ناگهانی شکم آمده است. شرح حال، معاینه و آزمایشات همه به‌نفع آپاندیسیت است. پدر رضایت عمل نمی‌دهد. بهانه‌های مختلفی می‌آورد: «دخترم مجرد است؛ عمل بشود دیگر نمی‌شود شوهرش داد! می‌ترسم سر عمل طوریش بشود. باید برویم شهرمان.» آخرش هم می‌گوید: «بگذار ببرمش چند تا دکتر دیگر تا مطمئن شوم.» همه‌ی پرسنل اورژانس به‌نوبت در اِقتاع پدر یک‌دنده می‌کوشند. بدتر شک برش می‌دارد: «حتماً کاسه‌ای زیر نیم‌کاسه‌تان هست. اصلاً به شما چه؟ دختر خودم است؛ نمی‌خواهم عملش کنید. چه به شما می‌رسد؟» دختر را با رضایت شخصی می‌برد. ساعاتی بعد با تب بالا و افت فشار می‌آوردش...

اپیزود سوم:

شیفت اورژانس هستیم. ناگهان آمبولانس ۱۱۵ از راه می‌رسد و بیماری را داخل می‌آورند. می‌گویند سکنه‌ی قلبی کرده. هوشیار نیست. نبضش هم قابل لمس نیست. به اتاق احیا منتقل می‌شود و گروه کد کارشان را شروع می‌کنند. تلاش‌ها به جایی نمی‌رسد. همسرش لابه‌لای گریه و زاری شرح حالی می‌دهد که عرق سرد بر تن می‌نشانند: بیمار تحت نظر پزشک قلب بود؛ وقتی از تلویزیون چیزهایی در نقد داروهای شیمیایی می‌شنود، شال و کلاه می‌کند و پیش یک عطار می‌رود تا به عقیده‌ی خودش از داروهای سالم‌تری استفاده کند. یک هفته از قطع داروهای شیمیایی مضر و شروع داروهای عطار نگذشته، به خوابی می‌رود که از آن بیدار نمی‌شود.

حالا همسر گریانش این ماجرا را با اشک و ناله برای ما تعریف می‌کند و زمین و زمان را فحش می‌دهد. فحش‌هایی که دیگر فایده ندارد.

پرده‌ی آخر:

می‌گویند کار را باید به کاردان سپرد اما انگار در جامعه‌ی ما و در زمینه‌ی جان انسان‌ها، این ضرب‌المثل کاربرد چندانی ندارد. مردم به توصیه‌های همسایه‌شان بیشتر اعتماد می‌کنند تا به حرف‌های دکترشان و مراجعه به دکتر به‌عنوان آخرین راهکار (از سر ناچاری) در نظر می‌گیرند. البته تقصیری هم ندارند. وقتی از صبح تا شب تلویزیون از مضرات داروهای شیمیایی برای‌شان می‌گوید و «پزشک خود باشیم» به شعار رسانه‌های مختلف تبدیل شده، در سریال‌ها هر کسی اعصابش خراب است حق دارد در میانه‌ی بیمارستان برای خودش معرکه بگیرد، در خبرگزاری‌های غیرمستقل پزشکان عده‌ای سودجو معرفی می‌شوند، برنامه‌های صدا و سیما به‌جای آرایه‌ی اطلاعات پزشکی، نحوه‌ی شکایت علیه پزشکان را آموزش می‌دهد، مسوولان قضایی دم از چند نفر زیرمیزی‌بگیر و بی‌آبرو کردن آن‌ها می‌زنند (بدون آن‌که به اختلاف فاحش تعرفه‌های پزشکی ایران با کشورهای همسایه و بدحسابی بیمه‌ها اشاره‌ای شود) و نیز وقتی معاون رییس‌جمهور پیشین بارها می‌گوید باید انحصار پزشکان را برداریم (انحصار پزشکان در زمینه‌ی پزشکی؟!؛ و به‌همین منظور فارسی شدن جواب آزمایش‌ها را پیشنهاد می‌کند (تا مردم برای تفسیر آزمایش نیازمند انحصار پزشک نباشند!) دیگر کم‌کم اعتمادی به پزشکان باقی نمی‌ماند.

آقایان مسوولان رسانه‌ی ملی و رسانه‌های شبه‌ملی! اعتماد مردم به پزشکان و احترام به پزشکان یک سرمایه‌ی حیاتی است. مردم اگر به پزشک اعتماد نداشته باشند، هنگام بیماری سرگشته می‌مانند و ممکن است دست به کارهای غیرمنطقی و تصمیمات غلطی بزنند که جان خودشان یا عزیزان‌شان را به خطر بیندازد.

پزشکی که از روز و شب و تعطیل و غیرتعطیل خود می‌گذرد و بعد از تحمل مرارت‌های بسیار، شغلی را انتخاب می‌کند که با مردم در بدترین حالات جسمی و روحی آن‌ها سر و کار داشته باشد، می‌تواند این غرض‌ورزی‌های رسانه‌ای را هم تحمل کند؛ اما خیلی سخت است که بینی تمام این مشقت‌ها بی‌فایده است و مردم به‌خاطر ناآگاهی و تبلیغات منفی، توصیه‌ی علمی پزشک‌شان را نمی‌پذیرند و سرسختانه راه مرگ را انتخاب می‌کنند؛ راهی که به‌طور غیرمستقیم توسط جنجال‌های رسانه‌ای به آن‌ها نشان داده شده است.

نشانی جدید وبسایت انجمن پزشکان عمومی ایران:

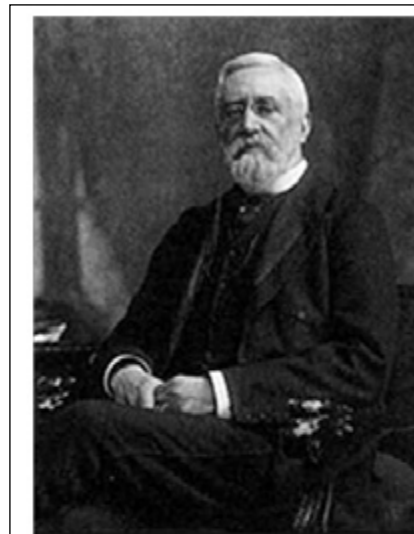
i s g p . i r

قشر حاکم در حالی که نمی‌خواست به روشنی و با صراحت اعتراف کند که نگران ورود جریان روشنفکری، شکل‌گیری و افکار دگراندیشانه و ایجاد فضای سیاسی نو است، با بهانه قرار دادن اموراتی پوسته‌ای، سعی در کنترل و محدود کردن این اعزام‌های دانشجویی داشت

بلد نبودند و چشم‌شان آب می‌آورد چه می‌کردند؟ حالا تو هم همان کار را بکن.» این پاسخ اعلم‌الدوله را سخت ناراحت ساخت، ولی وی مایوس نشد و در صدد فرصت بود که باز هم یادآوری کند.

چند ماهی گذشت. دوباره اعلم‌الدوله طی عریضه‌ای به شاه نوشت که در راه این سفر «دیناری از دولت نخواهد خواست و به خرج خود می‌رود». برای آن‌که ضمانت‌های دیگری هم بشود، اعلم‌الدوله داده بود در حاشیه‌ی این عریضه، علی‌قلی خان فخرالدوله، وزیر علوم و خان رییس جعفرقلی خان نیرالملک هر یک چند سطر درباری لزوم این مسافرت نوشته و تاکید کنند هر گاه وی به این مسافرت برود دیگر در تدریس دانش پزشکی در دارالفنون به استاد خارجی نیازمند نخواهیم بود. در حاشیه‌ی این عریضه یکی از استادان دانشکده‌ی پزشکی به نام سلطان‌الاطبا میرزا ابوالقاسم نائینی چنین نوشته بود: «دکتر خلیل خان معلم طب فرنگی، اول کسی در ایران است که استحقاق داشتن لقب دکتری شد و اگر یک سفر مختصری به فرنگ کرده، چیزهای تازه برای شاگردان خود سوغات بیاورد، خیلی به‌موقع و به‌جا خواهد بود. امر، امر جهان‌مطاع اقدس همایونی ارواح العالمین له الفداء است.»

در حاشیه‌ی دیگر این عریضه، حکیم تولوزان فرانسوی که پزشک ویژه‌ی شاه بود به خط فرانسه نوشته بود: «یک سفر کوچک تحصیلاتی پزشک جوان ما، دکتر خلیل خان به اروپا اثر بزرگی در آتی‌های ایران خواهد داشت.» چنین تصور می‌رود که دکتر تولوزان قصد داشت بنویسد «اثر بزرگی در آتی‌های طب ایران خواهد داشت» ولی به‌جای آن نوشته بود «اثر بزرگی در آتی‌های ایران خواهد داشت.»



دکتر تولوزان (طولووزان)



دکتر طولووزان در حال معاینه‌ی ناصرالدین شاه

باری، این عریضه هم توسط مشیرالدوله به حضور شاه فرستاده شد. همه منتظر آن بودند که این دفعه جواب مساعد برسد و این جوان که برای بررسی دانش پزشکی به اروپا می‌رود بتواند به این سفر برود و به آرزوی خود برسد. اما شاه، سخت‌گیر و لجوج بود. این بار هم زیر خط سلطان‌الاطبا چنین نوشت: «وقتی در خود ایران بتوانند استحقاق داشتن لقب دکتری بشوند، لزومی ندارد به فرنگستان بروند. اذن داده نمی‌شود.» دیگر جوابی از این صریح‌تر و تأکیدی از این جدی‌تر نبود که داده شد. این بود که تقاضای اعلم‌الدوله مدتی متوقف ماند تا آب‌ها از آسیاب بیافتد و شاه، گذشته را فراموش کند. در این گیرودار مشیرالدوله فوت کرد، اگرچه آن مرحوم تا دم مرگ به دکتر ثقفی قول داده بود هر طور شده بالاخره روزی به اروپا خواهد رفت. به‌همین مناسبت با مرگ وی در حقیقت آرزوی اروپا رفتن اعلم‌الدوله هم به گور رفت.

مدتی بعد میرزا جهانگیر خان، وزیر صنایع که با اعلم‌الدوله دوست و تازه از مسافرت اروپا بازگشته بود، جزو تقدیمی‌ها به شاه، دو کتاب «آبه دوکینپ» داده بود. در این کتاب نویسنده سرگذشت خود را به این شرح نوشته بود: «من جوان رنجوری بودم، بیماری سل مرا از پا درآورده و از عمر خود سیر شده بودم. روزی به‌قصد خودکشی از خانه خارج شده، روی چمن‌ها دوان دوان تا کنار رودخانه رفتم. خیس عرق بودم تا این‌که به رودخانه رسیدم و وارد آب شدم اما در این لحظه از خودکشی منصرف شده، آن راه را دوان دوان بازگشتم. تصادفاً آن شب را راحت‌تر خوابیدم و هیچ تب نکردم. فردا به این اندیشه افتادم که این کار را تکرار کنم تا شاید بهبود یابم. این کار را کردم که به‌کلی بهبود یافتم و تب من قطع شد.» بدین طریق آبه دوکینپ دستوراتی درباره‌ی معالجه‌ی بیماری سل و سایر بیماری‌ها از راه حرکت روی چمن، آب‌تنی، انواع دوش‌های سرد و گرم، تلمبه‌های بلند و کوتاه و ملافه‌های آغشته در گل مطبوخ یونجه و بابونه‌ی شیرازی داده بود.

شاه از این کتاب خوشش آمد و دستور داد که آن را ترجمه کنند. جهانگیر خان کتاب را به مدرسه‌ی دارالفنون آورد و با دکتر اعلم‌الدوله در میان گذارد. اعلم‌الدوله به‌شرطی این کار را پذیرفت که در عوض، جهانگیر خان اجازه‌ی سفر را برای او بگیرد. بدین طریق اعلم‌الدوله با دلگرمی به



اعلم‌الدوله ثقفی در هنگام کتابت فرمان مشروطه در حیاط صاحبقرانیه

ترجمه‌ی دو جلد کتاب آن کشیش مشغول شد و آن را با خط خوش‌نویس روی کاغذ آبی که چشم شاه از آن خسته نمی‌شد، نوشت و با جدول‌های طلایی و نقش‌های نفیس و جلد تذهیب شده که در آن وقت ۱۰۰ تومان ارزش داشت توسط میرزا جهانگیر خان و سردار فیروز جنگ به شاه تقدیم داشت.

ضمناً حضرات استدعای عاجزانه‌ی وی را برای رفتن به سفر فرنگ دوباره به عرض شاه رسانیدند. شاه کتاب را که چنین نفیس تهیه شده بود بسیار پسندید، اما اجازه‌ی مسافرت به اروپا نداد. در عوض فرمان داد که درجه‌ی نظامی دکتر اعلم‌الدوله را از سرهنگی به سرتیپی بالا ببرند. این کار اعلم‌الدوله را سخت متاثر ساخت. وی در فکر فرو رفت که دیگر به چه حیل‌های متوسل شود تا شاه اجازه‌ی مسافرت به فرنگ را به او بدهد.

از بخت بد چندی بعد میرزا جهانگیر خان هم مرحوم شد و اعلم‌الدوله بیش از پیش ناامید گردید. مدت‌ها گذشت تا این‌که نریمان خان، وزیر مختار ایران در وین، به تهران آمد. اعلم‌الدوله با نریمان خان دوست بود. این بار نریمان خان و اتابک هر دو وعده دادند که هنگام بازگشت نریمان خان به فرنگ، به هر نحو شده، وسایل مسافرت اعلم‌الدوله را فراهم خواهند ساخت. کارهای نریمان خان که ملقب به قوام‌السلطنه بود تمام شد و خواست به وین بازگردد، اما در هنگام بازگشت هر چه درباریان خواستند اعلم‌الدوله با نریمان خان به اروپا بازگردد، شاه قبول نکرد.

آن ایام که تابستان بود، در تهران وبای سختی بروز کرد و شاه از تهران خارج شد. نریمان خان که برای اجازه‌ی سفر به اروپا، رفته و شرفیاب شده بود، در بازگشت از درشکه پرت شد و یک پای او شکست و بستری گردید. معالجه‌ی نریمان خان چهار ماه طول کشید. بالاخره هنگام حرکت، وی طبق دستور اتابک عریضه‌ای به شاه تقدیم کرد و در آن چنین نوشت: «دکتر خلیل خان در تمام مدت اقامت این جان‌نثار در تهران و مخصوصاً در این ماه‌های اخیر که پای شکسته وبال گردن شده بود، مراقبت تامه درباری چاکر داشته و آشنایی کامل به مزاج این خانه‌زاد به‌هم رسانیده است. استدعای چاکرانه آن‌که امر قدر قدرت مبارک شرف حضور یابد که در این مسافرت با خانه‌زاد همراه بوده و یک دو ماهی در وین مانده بعد مراجعت نماید و الا با این ضعف مزاجی که چاکر دارد، اگر دکتر همراه نباشد پای نیم‌شکسته که از دست می‌رود، سهل است جان ناقابل این خانه‌زاد هنوز به انزلی نرسیده، تصدق آستان اقدس همایونی ارواحنا له الفداء خواهد شد.»

نکته‌ای جالب پیش آمده بود. شاه که نامه را به‌خوبی نخوانده بود، به تصور این‌که تقاضای نریمان خان مسافرت تا انزلی است، در پای این عریضه نوشت: «تا انزلی برود و از آن‌جا برگردد.» باز تیر همگی به سنگ خورد و اعلم‌الدوله موفق به حرکت به اروپا نشد.

سه روز به حرکت نریمان خان مانده بود. یک روز عصر که خلیل خان پیاده از خیابان چراغ‌گاز به سمت میدان توپخانه می‌رفت، دفعتاً به فخرالملک که سواره از میدان توپخانه می‌آمد برخورد کرد. فخرالملوک به مجرد دیدن اعلم‌الدوله اسب را نگه داشت و به وی گفت: «مژده، مژده، شاه اذن داد که شما به فرنگ بروید.» اعلم‌الدوله که پس از سال‌ها کوشش این حرف را می‌شنید، تصور کرد او را مسخره می‌کنند؛ به‌همین لحاظ جواب داد: «خواهشمندم مرا دست نیاندازید؛ می‌دانم نقطه ضعف مرا پیدا کرده‌اید!»

فخرالملوک گفت: «مسخره کدام است؟ الان بروید منزل حاج امین‌السلطنه، او به شما خواهد گفت.» سپس وی به طرف سرچشمه و اعلم‌الدوله شادی‌کنان به‌سوی لاله‌زار به خانه‌ی حاج امین‌السلطنه رفت.

امین‌السلطنه در این موقع تازه به خانه آمده بود که وی را دید و گفت:

خبر خوش از این قرار است که ما پیش شاه بودیم. در سرپینه‌ی حمام خاصه‌خان (سلمانی مخصوص) و دکتر تولوزان (پزشک مخصوص) زانو می‌انداختند و ماها ایستاده بودیم. شاه از استادی دکتر تولوزان چنین تعریف کرده و به اتابک گفت: «ما کمال رضایت را از خدمات حکیم‌باشی تولوزان داریم! تولوزان موقع‌شناسی کرده و گفت: «افسوس که من پیر شده و به‌زودی خواهم مرد و کسی نیست که جای مرا برای خدمت به قبه‌ی عالم بگیرد. حال اگر قبه‌ی عالم اذن بدهد دکتر خلیل خان جوان یک سفری به پاریس برود و برگردد، آن وقت او می‌تواند جای مرا خیلی خیلی خوب بگیرد و خیلی خیلی خیلی از من بهتر!» شاه ساکت ماند و حرفی نزد. اتابک رو به حاج امین‌السلطنه کرد و گفت: «شاه اذن فرمودند ابلاغ کنید!»

با این موقع‌شناسی‌های دکتر تولوزان، اتابک و حاج امین‌السلطنه که از سکوت شاه استفاده کردند، اجازه‌ی ضمنی از شاه دریافت گردید و اعلم‌الدوله به آرزوی خود رسید. حرف بزند از امین‌السلطنه پرسید حالا چه می‌کنید، وی جواب داد هیچ، حالا ابلاغی به وزیر خارجه قوام‌الدوله می‌نویسم که حساب‌الامر به دکتر خلیل خان برای رفتن به فرنگ گذرنامه داده شود. بدین طریق به هر زحمت که بود پس از چند سال کوشش و ناکامی اعلم‌الدوله توانست به کمک درباریان اجازه‌ی حرکت به اروپا را بگیرد. وی به اتفاق نریمان خان قوام‌السلطنه ابتدا به وین و از آن‌جا به پاریس رفت.

این بود ماجرای مسافرت به اروپا برای یک پزشک ایرانی که با وجود بستگی و آشنایی با تمام درباریان و اطرافیان شاه، سال‌ها نتوانست اجازه‌ی حرکت دریافت کند.

اعلم‌الدوله که بود؟

خلیل ثقفی مشهور به اعلم‌الدوله، پزشک، نویسنده و مترجم معاصر و یکی از نخستین دانش‌آموختگان رشته‌ی



مراسم امضای فرمان مشروطه توسط مظفرالدین شاه قاجار

برگزاری دوره آموزشی تجهیزات SKIN CARE و لیزرهای پوستی

شرکت اسکان پویا طب

تلفن: ۸۸۸۸۱۳۹۴

دارنده مجوز رسمی از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۶۶۴۳۲۵۹۵۸ - ۹۲/۱۱/۲۶



اسکان پویا طب

SKAN POOYA TEB

برترین وارد کننده
مدرن ترین لیزرهای پوستی
سال ۱۳۹۲



FRAXIS

SYMPHONY

MULTILINE

آدرس: بلوار آفریقا، بالاتر از چهارراه جهان کودک، کوچه والی نژاد، برج افرا، طبقه اول، واحد ۱۰۹
Tel: (+9821) 88 88 13 94 - 88 88 05 43 - 88 64 77 56 - 88 67 30 56
www.skanpuyateb.com

پزشکی جدید در ایران بود. وی در سال ۱۲۴۱ هجری شمسی در تهران به دنیا آمد. او یکی از ۹ فرزند حاج میرزا عبدالباقی اعتضادالاطبا از پزشکان سنتی آن دوران بود. وی پزشکی سنتی را از پدرش آموخته بود. به سال ۱۲۵۵ در رشته‌ی طب در دارالفنون مشغول به تحصیل شد و به سبب کوشش مستمر در دوره‌ی تحصیل، در ۱۲۵۹ نشان طلا گرفت و به دستیاری استادان دارالفنون برگزیده شد.

در ۱۲۶۶ به عنوان پزشک در وزارت امور خارجه استخدام گردید و در ۱۲۶۷ از دارالفنون فارغ‌التحصیل شد. احتمالاً وی نخستین دانش‌آموخته‌ی ایرانی رشته‌ی پزشکی در داخل کشور بود که «دکتر» خوانده شد. پیش از او تنها تحصیل‌کردگان خارج از کشور این عنوان را اخذ می‌کردند.

ثقفی در ۱۲۷۳ به توصیه‌ی طولوزان (تولوزان)، پزشک مخصوص ناصرالدین شاه قاجار، برای ادامه‌ی تحصیل در رشته‌ی پزشکی عازم پاریس شد و طولوزان شخصاً اجازه‌ی عزیمت او را از شاه گرفت. از ۱۲۷۳ تا ۱۲۷۷ در پاریس و مدتی نیز در وین درس خواند. در ۱۲۷۶ از دولت فرانسه نشان علمی گرفت و در ۱۲۷۷ به ایران بازگشت. ثقفی پس از ورود به ایران به دربار راه یافت و در ۱۲۷۷ به همراه هیاتی برای معالجه‌ی شاهزاده ملک منصور میرزا شعاع‌السلطنه، فرزند مظفرالدین شاه قاجار، به آلمان اعزام شد. او پس از بازگشت از این سفر به عنوان پزشک مخصوص مظفرالدین شاه برگزیده شد و در ۱۲۸۱ شاه لقب اعظم‌الدوله را به وی اعطا کرد.

روزی مظفرالدین شاه از او پرسید: «می‌گویند که تو دخترت را به مدرسه‌ی آمریکایی گذاشته‌ای که در آنجا درس بخواند، من گفته‌ام همچو چیزی ممکن نبود، دروغ است.» اما اعلم‌الدوله این امر را تأیید کرد و گفت: «من دخترم را در مدرسه‌ی آمریکایی گذاشته‌ام که در آنجا درس بخواند، برای آن‌که قبله‌ی عالم هنوز برای دخترهای ما مدرسه درست نکرده‌اند که در آنجا درس بخوانند.

هر وقت شاه برای ما مدرسه‌ی دخترانه ساخت، آن وقت من دخترم را از مدرسه‌ی آمریکایی بیرون آورده و در مدرسه‌ی دولتی می‌گذارم.» حضور ثقفی در دربار مظفرالدین شاه مقارن شدت گرفتن مخالفت مردم با خودکامگی حکومت قاجار و پیدایی انقلاب مشروطه بود. بسیاری از نویسندگان در جریان صدور فرمان مشروطه سهم مهمی برای ثقفی قایل شده‌اند. اگرچه او، با توجه به آشنایی‌اش با وضع مزاجی مظفرالدین شاه، احتمالاً در امضای فرمان مشروطیت موثر بوده است، اما نوشته‌ی

معاصران درباره‌ی نقش وی خالی از اغراق نیست. از او به عنوان کسی که برای امضای فرمان مشروطیت قلم به دست شاه قاجار داد، یاد می‌شود. بهر ترتیب گویا نگرانی ناصرالدین شاه در مورد او خالی از واقعیت و آینده‌بینی نبود!

پس از فوت مظفرالدین شاه (۱۲۸۵)، ثقفی پزشک مخصوص پسر او شعاع‌السلطنه شد. در ۱۲۸۶ محمدعلی شاه قاجار برای بی‌اعتبار کردن امضای فرمان مشروطیت، دستور داد تا شعاع‌السلطنه گواهی‌نامه‌ی اختلال مشاعر مظفرالدین شاه را در هنگام امضای فرمان مشروطیت تهیه کند و به تأیید پزشکان دربار برساند. اما ثقفی از امضای این گواهی‌نامه امتناع کرد. از این رو به دستور شاه املاکش توقیف شد. ثقفی نیز به کمک میرزا حسن خان مشیرالدوله، صدراعظم وقت، به فرانسه گریخت.

پس از آن‌که مشروطه خواهان تهران را فتح کردند (۱۲۸۸)، ثقفی به ایران بازگشت و سومین رییس بلدیة تهران (نخستین رییس بلدیة پس از پیروزی انقلاب مشروطه) شد. وی سه سال در این سمت ماند تا این‌که در ۱۲۹۲ به علت بروز بلوایی در بلدیة استعفا کرد. سپس به اروپا سفر کرد و ژنرال کنسول (سرکنسول) ایران در سویس شد و در همین زمان سرپرستی عده‌ای از دانشجویان ایرانی مقیم سویس را نیز به عهده گرفت. ثقفی در ۱۲۹۴ به ایران بازگشت و از این زمان عمدتاً به کار پزشکی پرداخت و در مراحل گوناگون به ریاست کل معارف و تعلیمات عمومی وزارت معارف و ریاست مجلس حفظ‌الصحة‌ی دولتی برگزیده شد. در این سال‌ها او را یکی از پزشکان درجه‌ی اول تهران می‌دانستند. احتمالاً ثقفی در این سال‌ها کمابیش به کارهای سیاسی نیز می‌پرداخته است. تنها اطلاع ما از این فعالیت‌های او پیوستنش به فرقه‌ی دموکرات ایران است. وی تا پایان عمر، علاوه بر طبابت، به تالیف و ترجمه‌ی کتاب نیز می‌پرداخت. ثقفی در فروردین ۱۳۲۳ درگذشت.

آثار خلیل ثقفی

وی چند اثر عموماً ادبی را از فارسی به فرانسه ترجمه کرد و در انتشار این ترجمه‌ها در اروپا نیز سهم شایان توجهی داشت، علاوه بر آن آثار متعددی را نیز از فرانسه به فارسی ترجمه کرد. اگرچه بیشتر این ترجمه‌ها در زمینه‌ی پزشکی‌اند، موضوعات دیگری چون ستاره‌شناسی، فیزیک، فلسفه و کشاورزی نیز در میان آن‌ها وجود دارد. یکی از ترجمه‌های جالب او، ترجمه کتاب کنت دومونت کریستو بود.

تالیفات ثقفی نیز در زمینه‌های گوناگون است، از جمله در موضوع فرهنگ لغت، اخلاق و علوم تربیتی و ریاضیات. ثقفی در طول دوره‌ای که برادرش، عبدالحمید ثقفی متین السلطنه، روزنامه عصر جدید را در تهران منتشر می‌کرد (۱۲۹۳ تا ۱۲۹۶)، مقالات بسیاری در موضوعات گوناگون در آن به چاپ رساند. این مقالات بعداً به کوشش خود وی در یک مجموعه به چاپ رسیدند.

منابع: مجله‌ی دانشمند؛ ویکی فقه؛ گنجینه‌ی اسناد، زمستان ۱۳۸۰، شماره ۴۴، صفحات ۵۸ تا ۷۹.

برای مشاهده‌ی نسخه‌ی اینترنتی این مطلب می‌توانید به وبلاگ «یک پزشک» مراجعه کنید.

ناصرالدین شاه در برابر اصرار جوانان آن دوره برای عزیمت به اروپا مقاومت می‌کرد و اجازه‌ی مسافرت به آن‌ها نمی‌داد. وی معتقد بود جوانانی که به اروپا می‌روند و روش‌های آزادی خواهانه‌ی فرنگ را می‌بینند، نمی‌توانند در ایران فرد مناسبی تلقی شوند





VITABIOTICS
Where Nature Meets Science



N°1

International
Best Seller



OMEGA H3

Concentrated Fluid
BIO- FORMULA
Homogenised of 33
BIO-ELEMENTS

Ultimate Health & Vitality Capsule

امگا - اچ ۳
کپسول سلامت

فرمولاسیونی متفاوت به همراه خواص معجزه آسایی چون:

- تقویت سیستم ایمنی
- افزایش فعالیتهای مغزی و تقویت حافظه
- کاهش میزان استرس
- پیشگیری از بیماریهای قلبی - عروقی
- کاهش کلسترول و تری گلیسیرید خون
- حاوی ۳۳ عنصر بیولوژیکی شامل: ۱۲ نوع ویتامین، ۹ ماده معدنی، امگا ۳، روغن کبد ماهی، سیر، جینسینگ و عصاره گرده گل .



شماره ثبت فرآورده (IRC): ۳۰۶۰۰۴۰۴۲۰۰۷

(مرکز مشاوره و پاسخگویی: ۰۲۱-۸۸۵۴۰۳۴۳)