دکتر لاله ترابی

جراح و متخصص گوش، گلو و بینی، سروگردن

جراح زیبایی بینی و صورت

دارای بورد تخصصی ناسیونال

عضو انجمن آکادمی جراحان پلاستیک اروپا EAFPS

RMC1016

رشت، پل بوسار، بلوار بوسار، بعد از آزمایشگاه دکتر آشتیانی
بن بست پورکار، ساختمان طلاییه، تلفن: ۳۳۱۲۷۷۰۴
۰۹۰۳۲۶۰۹۹۶۶
Dr_LalehTorabi

Brachial Plexus & Peripheral Nerve Injury center
IRAN-RASHT

دکتر محمدرضا امام‌هادی

متخصص جراحی مغز و اعصاب، دیسک
و بیماری‌های ستون فقرات
فوق‌تخصص جراحی عصب دست و پا
بازسازی شبکه عصبی دست
بازتوانی دست از طریق پیوند عصب در بیماری‌های فلج چهار اندام
جراحی میکروسکوپی پیوند اعصاب دست و پا
مدرس بین‌المللی جراحی عصب محیطی در فدراسیون جهانی جامعه جراحان اعصاب (WFNS)

کلینیک دست
کلینیک کمردرد

سایت آموزشی: www.irannerve.com

☎ ۳۳ ۲۳ ۵۰ ۱۵

مطب: رشت، خیابان حاجی‌آباد، جنب پاساژ مریم، کوچه رز

آخرین اطلاعات بیمه‌ای در رابطه با نیاز پزشکان و پیراپزشکان استان گیلان

در سایت www.mirvahabi.com اطلاعات بیمه‌ای و آخرین اطلاعیه‌های مهم در ارتباط با شغل و حرفه خود را جستجو کنید.

امروز نیک‌اندیشی، فردا نیک‌فرجامی

بیمه عمر مانده بدهکار

در این‌گونه بیمه‌ها هدف تامین و آسایش افراد خانواده بعد از فوت شخص بیمه‌شده است. افرادی که از مراکز مختلف مانند بانک‌ها وام دریافت می‌کنند، چنان‌چه درطول مدت وام فوت کنند اقساط وام چه وضعیتی خواهد داشت؟

در جامعه پیشرفته امروزی کمتر کسی است که به بانک‌ها بدهکار نباشد. هدف از گرفتن وام خرید و تهیه امکانات رفاهی یا تهیه پیش‌مقدمه برای آسایش و رفاه خود و خانواده است؛ ولی با توجه به وثیقه‌ها و تضامین افراد غیر که توسط بانک‌ها از فرد گرفته می‌شود، در صورت فوت شخص وام‌گیرنده چه وضعیتی برای وراث یا دوستان ضامن وی به‌وجود خواهد آمد؟ بدیهی است که این اقساط جزو بدهی وراث یا افراد ضامن خواهد بود و گاه مشاهده می‌شود فرد ضامن به‌ناچار اقساط وی را که در تعهدش است به اجبار پرداخت می‌کند یا خانواده و وراث باید برای تسویه حساب بدهی اقدام کنند.

در جوامع مترقی این مساله بسیار مهم حل شده است و با انجام «بیمه عمر مانده بدهکار» بیمه‌گر بقیه اقساط وام را از تاریخ فوت تا پایان مدت وام یک‌جا در وجه موسسه وام‌دهنده یا استفاده‌کننده‌ای که در بیمه‌نامه قید شده باشد، پرداخت می‌کند.

امتیاز این بیمه‌نامه این است که حق بیمه آن بسیار نازل بوده و در صورتی که پرداخت حق بیمه سالانه باشد، مدت پرداخت حق بیمه، دوسوم مدت وام است. مثال:

شخصی به سن ۳۰ سال مبلغ ۱۰ میلیون ریال وام دریافتی خود را برای مدت ۱۰ سال با حق بیمه سالانه ۲۹/۰۰۰ ریال بیمه عمر مانده بدهکار می‌کند. این شخص متعهد است تا مدت هفت سال حق بیمه فوق‌الذکر را بپردازد. در صورت فوت بیمه‌شده طی مدت ۱۰ سال مبلغ مانده بدهکار به‌شرح زیر قابل پرداخت است و مثلاً به‌فرض این‌که این فرد پس از مدت ۳۰ ماه فوت کند تعهد بیمه‌گر عبارت است از:

کل مدت وام	۱۲۰ = ۱۲ X ۱۰
مدت باقیمانده وام	۹۰ = ۳۰ - ۱۲۰
تعهد بیمه‌گر	$\frac{10/000/000 \times 90}{120}$ = ۷/۵۰۰/۰۰۰

تنها نمایندگی بیمه ایران در استان گیلان که از ساعت ۸ صبح تا ۸ شب به‌صورت یک‌سره آماده ارایه خدمات به متقاضیان محترم است. در صورت نداشتن وقت حضوری، کلیه خدمات ما را می‌توانید به‌صورت تلفنی در محل کار یا منزل خود دریافت کنید.

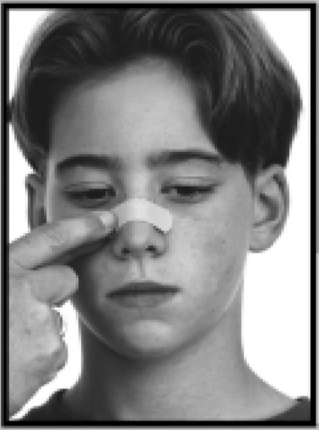
مهندس میرکیا میروهابی
رشت، خیابان سعدی، نبش بلوار معلم
تلفن: ۳۳۲۲۵۷۹۰، ۳۳۲۳۶۴۴۷، ۳۳۲۴۰۱۸۷
بیمه ایران
www.mirvahabi.com
Email: info@mirvahabi.com, kia@mirvahabi.com

دکتر مژگان نبات‌زاده

فلوشیپ فوق‌تخصصی بیماری‌های پستان
بورد تخصصی جراحی عمومی

کلینیک فوق‌تخصصی جراحی پستان:
غربالگری سرطان، مشاوره بیماری‌های پستان، بیوپسی پستان
جراحی انکوپلاستی سرطان و بازسازی فوری و تاخیری
بازسازی پستان به‌دنبال ماستکتومی قبلی
جراحی‌های زیبایی، پروتز و ماموپلاستی

رشت، میدان گلسار، ابتدای میدان به سمت سعدی، سمت راست
مجتمع پزشکی دی، طبقه اول
۰۱۳۳۳۱۲۲۰۴۰-۰۱۳۳۳۱۱۵۵۱۱-۰۹۱۱۲۴۹۲۴۴۹



دکتر رضا افراه

جراح و متخصص
گوش، حلق، بینی و گردن
جراحی پلاستیک بینی و صورت

تلفن: ۳۳۱۱۳۳۱۸

رشت، چهارراه گلسار، نرسیده به پل بوسار
ساختمان دانا، طبقه ششم

دکتر حسین امانی

متخصص بیماری‌های داخلی
فوق تخصص بیماری‌های ریوی
و مراقبت‌های ویژه (ICU)
عضو هیات علمی دانشگاه

رشت، خیابان سعدی، پل بوسار، برج دانا، طبقه ۱، تلفن: ۳۳۱۱۹۱۱۱

RMC1021

۱۶۹

ماهنامه جامعه پزشکی استان گیلان

شماره ۱۶۹، آبان ۱۳۹۶

صاحب امتیاز و مدیر مسوول:
دکتر محمدتقی یحیی جوزی
(مسعود جوزی)
مدیر داخلی و اشتراک:......................فرشته جوزی
طراح و صفحه‌آرا:........................ رها فتاحی
عکس:..................................مهراب جوزی
امور دفتری:..........................ماریا اکبری
اشتراک و آگهی:......................پدرام بایبوردی
چاپ:.................................. سایان (۳۳۳۴۴۶۷۳)

همکاران این شماره:

دکتر علی ارغوان‌نجفی، اکبر اکسیر

دکتر رقیه حج‌فروش، دکتر افشین خداشناس

دکتر بابک خطی، دکتر محمدحسین خورسندی

دکتر مهدیار سعیدیان، دکتر فاطمه شریفان

دکتر بابک عزیز افشاری، دکتر علیرضا مجیدی

فرشته هاشمی

نشانی: رشت، خیابان نامجو، نرسیده به فلکه گاز
نبش کوچه سعید، طبقه سوم داروخانه دکتر مظفری
جنب کلینیک مهرگان، تلفن: ۳۳۳۶۷۶۲۶
فکس: ۳۳۳۶۷۷۳۰، صندوق پستی: ۳۹۵۸-۴۱۶۳۵
Website: pezeshkangil.com
Email: masoud_jowzi@yahoo.com

«پزشکان گیل» متعلق به خانواده بزرگِ پزشکی ایران است؛ با ارسال مطالب خود همراه‌مان باشید.
لطفاً مطالب خود را در قالب Word ای‌میل کنید یا بر یک روی صفحه، حتی‌المقدور تایپ شده با فاصله کافی میان سطرها بفرستید. در این صورت، سی‌دی متن، تصاویر و جداول مربوطه را ضمیمه فرمایید.
در مورد مطالب ترجمه، ارسال متن اصلی الزامی است.
مطالب دریافتی بازگردانده نمی‌شود.

نقل مطالب «پزشکان گیل» با ذکر ماخذ آزاد است.

یادداشت

مصرف چربی‌ها سکته‌های قلبی را افزایش نمی‌دهد!.................۶

خانم دکتری که دختر شایسته شد.................۱۰

پزشکی مجازی.................۱۲

قاتلی که البته پزشک نبود.................۱۴

فعال صنفی کاذب کیست؟!.................۱۷

خدمات پزشکی ارزان، تضعیف جایگاه کادر بهداشت.................۱۹

کلینیک

فنتانیل.................۲۱

باشگاه مجلات.................۲۴

کاناکینومب.................۳۳

خواندنی‌ها

سپیده‌دمان در مثلث‌های متشابه.................۳۵

دیدنی‌ها

رابطه پنهانی.................۳۷

هنر و پزشکی

پیش‌درآمدی بر هنر نقصان.................۳۹

پایان چندین دهه حاکمیت یک دستورالعمل جهانی غذایی
با یافته‌هایی بی‌سابقه:

مصرف چربی‌ها سکته‌های قلبی را افزایش نمی‌دهد!

فرشته هاشمی

یک مطالعه کوهورت بزرگ و اپیدمیولوژیک شهری و روستایی، به‌رغم یافته‌های پژوهش‌های بی‌شمار پیشین درباره ارتباط مصرف چربی‌ها با افزایش بیماری‌های قلبی- عروقی و مرگ‌های ناشی از آن که در طول دهه‌ها بر یک دستورالعمل جهانی رژیم غذایی حکمرانی کرده‌اند، با بحث برانگیز دانستن این ارتباط، دستورالعمل موجود را به چالش کشیده و نیازمند تجدیدنظر جدی خوانده است.

بیماری‌های قلبی- عروقی هم‌اکنون بیماری همه‌گیر جهانی و نخستین عامل مرگ‌ومیر است که عمدتاً (۸۰ درصد) کشورهای کم‌درآمد و دارای درآمد متوسط را تهدید می‌کند و رژیم غذایی یکی از مهم‌ترین عوامل خطر آن شمرده شده است.

هدف این مطالعه جدید که توسط موسسه تحقیقات سلامت جمعیت در کانادا با همکاری محققانی از جهان از جمله ایران، انجام و نتایج آن در مجله بین‌المللی معتبر لنست منتشر شده است، بررسی ارتباط چربی‌ها (کل اسیدهای چرب اشباع شده و چربی‌های غیراشباع) و کربوهیدرات با مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های قلبی- عروقی بر اساس تنوع گسترده جمعیتی جهان بوده است.

محققان در این مطالعه مصرف غذای ۱۳۵ هزار و ۳۳۵ فرد ۳۵ تا ۷۰ سال بدون بیماری‌های قلبی- عروقی از ۱۸ کشور در ۵ قاره جهان شامل چهار کشور دارای درآمد پایین (بنگلادش، هند، پاکستان، و زیمبابوه)، ۱۱ کشور دارای درآمد متوسط (ایران، آرژانتین، برزیل، شیلی، کلمبیا، مالزی، فلسطین اشغالی، لهستان، آفریقای جنوبی و ترکیه) و سه کشور دارای درآمد بالا (کانادا، سوئد، امارات متحده عربی) را برای بررسی دقیق ارتباط مصرف مواد مغذی (کربوهیدرات، چربی و پروتئین) با بیماری‌های قلبی- عروقی و مرگ‌های ناشی از آن طی هفت سال مورد پیگیری قرار دادند.

شرکت‌کنندگان بر اساس مصرف مواد مغذی (کربوهیدرات، چربی و پروتئین) و درصد انرژی تامین شده از مواد مغذی طبقه‌بندی شدند و سپس محققان ارتباط بین مصرف کربوهیدرات و کل چربی‌ها را با بیماری‌های قلبی- عروقی و مرگ‌ومیر و نسبت خطر آن مورد بررسی قرار دادند.

در طول هفت سال مطالعه، ۵ هزار و ۷۹۶ مرگ و ٤

هزار و ۷۸۴ بیماری مهم قلبی- عروقی به ثبت رسید.

مصرف چربی‌ها ارتباطی با سکته‌های قلبی ندارد!

بررسی این تعداد مرگ و بیماری ثبت شده در طول این مطالعه مهم، یافته‌های جالب و بی‌سابقه‌ای ارایه کرد که می‌تواند به سیطره الگوی رژیم غذایی جهانی حاکم بر ارتباط بیماری‌های قلبی- عروقی و مرگ‌های ناشی از آن با مصرف چربی‌ها پایان دهد.

این یافته‌ها نشان داد مصرف مجموع چربی‌های اشباع شده و غیراشباع با خطر ابتلا به سکته قلبی (انفارکتوس قلبی) یا مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های قلبی- عروقی ارتباط ندارد اما مصرف کربوهیدرات بالا (بیش از ۶۰ درصد انرژی) با خطر بالای مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های قلبی- عروقی همراه است.

مطالعه حاضر بر اساس همین شواهد جدید تاکید دارد که دستورالعمل‌های جهانی رژیم غذایی باید تجدیدنظر شود.

چرا یافته‌های متعدد پیشین قابل تعمیم به کل جهان نیست؟

این مطالعه کوهورت بزرگ و اپیدمیولوژیک شهری و روستایی که نیمی از شرکت‌کنندگان در آن (۵۲ درصد) یک رژیم غذایی با کربوهیدرات بسیار بالا (حداقل ۶۰ درصد انرژی) به‌ویژه از منابع تصفیه شده (نان سفید و برنج سفید) و یک‌چهارم نمونه‌ها بیش از ۷۰ درصد انرژی خود را از کربوهیدرات‌ها دریافت کردند، یافته‌های مطالعات پیشین مبنی بر ارتباط مصرف اسیدهای چرب اشباع شده با مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های قلبی- عروقی را به‌دلیل آن‌که در کشورهای با درآمد بالا (کشورهای اروپایی و آمریکای شمالی که در آن مصرف مواد مغذی بیش از حد رایج است) انجام شده، قابل تعمیم به سایر مناطق جهان که در آن ناهنجاری‌های غذایی بیشتر است نمی‌داند و با اشاره به این‌که جمعیت‌های آمریکای شمالی و اروپایی یک رژیم غذایی کم‌کربوهیدرات مصرف می‌کنند در حالی که جمعیت‌های دیگر رژیم غذایی کربوهیدرات بسیار بالا را عمدتاً از منابع تصفیه شده مصرف می‌کنند، ارزش یافته‌های جدید را بسیار بالاتر از یافته‌های قبلی می‌داند.

هیچ شواهدی از اثرات مضر مصرف بالای چربی بر حوادث قلبی- عروقی به‌دست نیامد

داده‌های این مطالعه شواهد بزرگی از ۱۸ کشور جهان به‌دست می‌دهد که بر اساس آن‌ها افزایش مصرف چربی‌ها با بیماری‌های قلبی- عروقی یا مرگ‌ومیر همراه نیست و اعلام می‌کند که هیچ شواهدی از اثرات مضر مصرف بالای چربی‌ها بر حوادث قلبی- عروقی به‌دست نیامده است و محدود کردن مصرف کل چربی‌ها به میزان کمتر از ۳۰ درصد انرژی و مصرف چربی اشباع تا کمتر از ۱۰ درصد انرژی، توصیه و حمایت نمی‌شود.

بر این اساس مطالعه مهم حاضر ضمن تاکید بر محدود کردن مصرف بالای کربوهیدرات و ضرورت مصرف مقدار مشخصی کربوهیدرات برای پاسخگویی به نیاز به انرژی کوتاه‌مدت در فعالیت‌های بدنی، در عین‌حال حذف محدودیت‌های فعلی در مصرف چربی را حتی

مصرف مجموع چربی‌های اشباع شده و غیراشباع با خطر ابتلا به سکته قلبی یا مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های قلبی- عروقی ارتباط ندارد اما مصرف کربوهیدرات بالا (بیش از ۶۰ درصد انرژی) با خطر بالای مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های قلبی- عروقی همراه است

موجب بهبود سلامتی می‌داند و این یافته جدید و مهم را ارایه می‌کند که خطر بیماری‌های قلبی و سکته مغزی و مرگ‌ومیر ناشی از آن با کاهش مصرف چربی افزایش نیز خواهد یافت!

این یافته‌ها همچنین با مطالعات انجام یافته مرتبط با رژیم مدیترانه‌ای (کاهش خطر مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی– عروقی در کسانی که روغن زیتون و آجیل مصرف می‌کنند) همخوانی دارد.

مطالعه جهانی آینده‌نگر پیش رو همچنین ارتباط بین مصرف میوه‌ها، سبزیجات و حبوبات را با بیماری‌های قلبی– عروقی و مرگ‌ومیر در ۷ منطقه جغرافیایی شامل آمریکای شمالی، اروپا، آمریکای جنوبی، خاورمیانه، جنوب آسیا، چین، جنوب شرق آسیا و آفریقا بررسی کرده است.

مصرف سبزیجات نپخته خطر مرگ‌ومیر ناشی از سکته قلبی را به‌شدت کاهش می‌دهد

یافته‌های مهم این مطالعه نشان داد مصرف سبزیجات خام و نپخته به‌شدت با کاهش خطر مرگ‌ومیر بر اثر بیماری‌های قلبی– عروقی در ارتباط است. همین ارتباط در مورد مصرف میوه‌ها و حبوبات با کاهش بیماری‌های قلبی و عروقی نیز به‌دست آمده است. این در حالی است که به گفته محققان مصرف میوه‌ها، سبزیجات و حبوبات در بسیاری از جمعیت‌ها به‌ویژه در کشورهای خارج از اروپا یا ایالات متحده کم است که بخش عمده آن به‌دلیل عدم دسترسی مردم کشورهای فقیر به میوه‌ها و سبزیجات است و از سویی دیگر در حالی که در آمریکا و کشورهای اروپایی سبزیجات به‌صورت خام مصرف می‌شود، در کشورهای آسیا سبزیجات پخته مصرف می‌شود.

این یافته‌ها تاکید دارد که مصرف سه وعده سبزیجات و میوه‌ها (۳۷۵ گرم در روز) و حتی مصرف متوسط آن‌ها مزایای بسیاری داشته و باعث کاهش خطر بیماری‌های قلبی و عروقی می‌شود.

وقت اصلاح سیاست‌های غذایی در ایران است

دکتر احمد اسماعیل‌زاده، متخصص تغذیه و عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران نیز درباره وضعیت مصرف دریافت درشت‌مغذی‌ها شامل چربی‌ها و کربوهیدرات در ایران به خبرنگار دیده‌بان علم ایران گفت: در کشور ما مردم ۶۰ درصد انرژی خود را از کربوهیدرات‌ها و ۲۵ درصد انرژی را از منابع انواع چربی می‌گیرند. این در حالی است که متوسط دریافت انرژی از کربوهیدرات‌ها در دنیا بین ۴۰ تا ۴۵ درصد و از چربی‌ها بین ۳۰ تا ۳۵ درصد است.

وی مشکل عمده دریافت درشت‌مغذی‌ها در ایران را «کامل نبودن کربوهیدرات‌های مصرفی» دانست و گفت: متاسفانه کمتر از ۵ درصد کربوهیدرات‌های مصرفی در کشور، از نوع کامل و سبوس‌دار بوده و اغلب کربوهیدرات‌ها از اقلامی غذایی مانند ماکارونی، نان سفید، کیک، بیسکوییت، برنج و شیرینی‌جاتی دریافت می‌شود که فاقد سبوس هستند.

تبعات تشویق مردم ایران به مصرف کمتر چربی‌ها

به گفته دکتر اسماعیل‌زاده، از سویی دیگر در سیاست‌های غذایی، مردم مدام به مصرف کمتر چربی‌ها تشویق شده‌اند و مصرف زیاد چربی برای سلامتی افراد خطرآفرین دانسته شده، در نتیجه مردم با دریافت کمتر منابع چربی، بیشتر انرژی مورد نیاز خود را از کربوهیدرات‌ها، آن هم از کربوهیدرات‌های تصفیه شده تامین می‌کنند.

عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران گفت: تحقیقات نشان داده است که مصرف کربوهیدرات‌های تصفیه شده از چربی‌های اشباع شده برای سلامت به مراتب بدتر است.

دکتر اسماعیل‌زاده یادآور شد: مشکل تاکید مداوم بر کاهش مصرف چربی‌ها به زمانی بازمی‌گردد که مردم در طول سال‌های پس از انقلاب با کوپن‌های اقلام غذایی عمدتاً از روغن‌های جامد استفاده می‌کردند و ما مشکل نوع چربی مصرفی و نه مقدار چربی مصرفی داشتیم و سیاست غذایی کاهش مصرف چربی‌ها را بر همین اساس تعریف کردیم. در حالی که امروز مردم کشور ما روغن‌های مایع مصرف می‌کنند و چربی‌ها را به مقدار زیاد نمی‌خورند و این میزان تنها ۲۵ درصد است. در نقاط محروم کشور که وضع به‌مراتب بدتر است، مردم روغن‌های هیدروژنی مصرف می‌کنند که برای سلامتی مضر است.

وی تاکید کرد: مردم باید در روش تغذیه، به‌جای استفاده از کربوهیدرات‌های بد، منابع انرژی خود را از کربوهیدرات‌های کامل یا پروتئین‌ها تامین کنند.

از کنار نتایج مقاله لنست نمی‌توان به آسانی گذشت

دکتر اسماعیل‌زاده در ادامه با اشاره به نتایج مقاله اخیر لنست که مصرف کربوهیدرات‌ها را با مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های قلبی- عروقی مرتبط دانسته اما ارتباط معکوسی بین مصرف چربی‌ها با خطر مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های قلبی- عروقی گزارش کرده است، تاکید کرد: این یک مطالعه مهم جهانی از نوع کوهورت با جمعیت گسترده بوده است که نمی‌توان به آسانی از کنار نتایج مهم آن گذشت. از آن‌جا که عمده کشورهای مورد مطالعه در این تحقیق، کشورهای کم‌درآمد بوده‌اند و کربوهیدرات‌های مصرفی در اکثر این کشورها از منابع تصفیه شده تامین می‌شود، به‌همین دلیل مصرف کربوهیدرات‌ها در این تحقیق با افزایش خطر مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های قلبی- عروقی مرتبط دانسته شده است.

عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران تاکید کرد: ما باید در سیاست‌های تغذیه‌ای کشور ضمن توجه به مصرف کافی چربی‌ها و پرهیز از سوق دادن مردم به مصرف چربی‌های بد، بر کامل بودن کربوهیدرات‌ها و استفاده از کربوهیدرات‌های سبوس‌دار در رژیم غذایی تاکید کنیم تا به سمت استفاده از کربوهیدرات‌های تصفیه شده نروند.

منبع: سایت دیده‌بان علم ایران (isw.ir/30304)

مانوشی چهیلار، دانشجوی سال سوم پزشکی از هند
دختر شایسته ۲۰۱۷ جهان شد

خانم دکتری که دختر شایسته شد

دکتر فاطمه شریفان

مانوشی چهیلار (Manushi Chillar) از هندوستان تاج «دختر شایسته» ۲۰۱۷ جهان را بر سر نهاد. آخرین بار ۱۷ سال پیش در سال ۲۰۰۰ بود که این عنوان با پریانکا چوپرا به این کشور رسیده بود.

دوشیزه چهیلار ۲۰ ساله دانشجوی سال سوم پزشکی در دانشگاه دولتی Bhagat Phool Singh است و طبق پروفایل او در وب‌سایت Miss world، علاقه‌مند به ادامه تحصیل است و گرفتن تخصص جراحی قلب از اهداف اوست. وی همچنین قصد دارد در مناطق روستایی بیمارستان‌های خیریه تاسیس کند.

وی در خانواده‌ای تحصیلکرده رشد و پرورش یافته است. پدر مانوشی، دکتر میتراباسو چهیلار

اندوکرینولوژیست (فوق‌تخصص غدد و متابولیسم) و محققی برجسته در انستیتو پزشکی هسته‌ای و علوم وابسته (INMAS) و مادر وی دکتر نیلام چهیلار پزشک متخصص نوروساینس (علوم اعصاب) و پژوهشگری بنام در موسسه رفتارشناسی و علوم وابسته (IHBAS) و استاد دانشکده پزشکی در دهلی است.

عموی مانوشی، دکتر دینش چهیلار، پزشک بیمارستان Gohana civil hospital، اعلام کرد مانوشی از دانشکده محل تحصیلش یک سال مرخصی تحصیلی گرفته است و سال بعد درسش را با ورودی‌های پایین‌تر ادامه خواهد داد. او گفته مانوشی از این‌که دانشکده‌اش او را بی‌نهایت حمایت کرده بسیار سپاسگزار است.

جالب است بدانید هنگامی که برای اولین بار هندوستان برنده لقب «دختر شایسته» (Miss World) شد، مربوط به سال ۱۹٦٦ بود که برنده آن سال، ریتا فاریا (Reita Faria) هم به‌عنوان اولین دختر شایسته جهان که بعدها پزشک شد، شناخته می‌شود. ریتا در زمان شرکت در آن مسابقات دانشجوی پزشکی بود و پس از رسیدن به این عنوان درس خود را ادامه داد و بین ورود به دنیای پر زرق و برق سینما یا انتخاب دانش، حرفه مقدس پزشکی را برگزید و بعدها برای گرفتن تخصص، کار و ادامه زندگی به ایرلند مهاجرت کرد.

در راند فینال مسابقات، هنگامی که از چهیلار پرسیده شد که «در نظر شما چه حرفه‌ای لایق بالاترین دستمزد است و چرا؟» وی پاسخی درخور تحسین داد: «من فکر می‌کنم مادر بودن دارای بالاترین ارزش و احترام است و فکر نمی‌کنم این حرفه قابل قیاس و سنجش با مادیات باشد. مادر تمام عشق و محبت خود را نثار اعضای خانواده می‌کند. مادرم بزرگ‌ترین نیروی الهام‌بخش زندگی‌ام بوده و مادر بودن سزاوار بالاترین دستمزد یعنی همان نهایت احترام است.»

اکانت توییتر مانوشی با سیلی از پیام‌های تبریک از سوی هم‌میهنانش مواجه شده که یکی از آن پیام‌ها از آقای نارندرا مودی نخست‌وزیر هند است.

Ref: medicalreportertoday.com/?p=454

دکتر افشین صفائی اصل

متخصص بیماری‌های کودکان و نوزادان

فوق تخصص بیماری‌های کلیه و مجاری ادرار کودکان

عضو هیات علمی دانشگاه

دکتر شهره ملک‌نژاد

متخصص بیماری‌های کودکان و نوزادان

فوق تخصص گوارش، کبد و اندوسکوپی کودکان

عضو هیات علمی دانشگاه

RMC1019

انتقال مطب

رشت، گلباغ نماز، روبه‌روی مدرسه شاهد، ساختمان البرز

تلفن: ۳۳۱۲۳۵۴۶-۳۳۱۲۳۴۶۷

پزشکان گیل

ماهنامه‌ی جامعه‌ی پزشکی استان گیلان

PEZESHKANGIL

متعلق به خانواده‌ی بزرگ پزشکی ایران است

با مقالات، انتقادات و پیشنهادات خود همراه ما باشید

۰۱۳-۳۳۳۶۷۶۲۶

E-mail: masoud_jowzi@yahoo.com

دیگر همیشه در کنار هم هستیم

Pezeshkangil.com | @pezeshkangil

پایگاه اینترنتی و کانال تلگرامی پزشکان گیل

تک فروشی

رشت، ابتدای خیابان انقلاب، کالای پزشکی نیکو

تلفن: ۳۳۳۲۸۲۰۴

آیا زمان برای رسمیت یافتن یک تخصص تازه پزشکی فرا رسیده است؟

پزشکی مجازی

مایکل نوکوموینز، راهول شارما

ترجمه: دکتر بابک عزیز افشاری

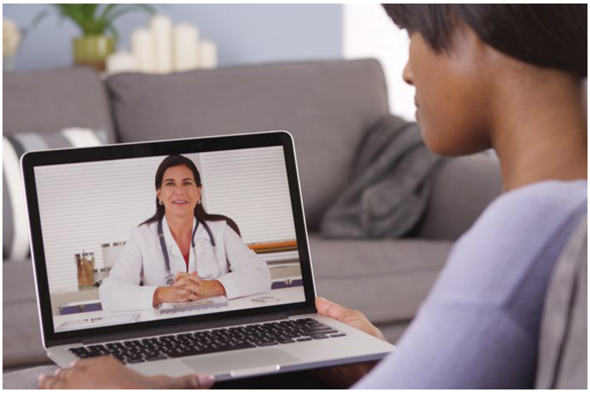
دکتر مایکل نوکوموینز (Michael Nochomovitz) رییس اداره ادغام بالینی و توسعه شبکه بیمارستان پرسبیترین نیویورک و دکتر راهول شارما (Rahul Sharma) رییس بخش اورژانس این بیمارستان است.

پزشکی در ۵۰ سال اخیر با پیشرفت اکتشافات علمی و خدمات درمانی شاهد رشد رشته‌های تخصصی بوده است. تشخیص و درمان پیچیده‌تر شده و نیاز به آموزش متخصص در رشته‌های مختلف به‌رسمیت شناخته شده است. هم‌اکنون در ایالات متحده ۸۶۰ هزار پزشک از طریق بورد متخصصین و ۳۴ هزار پزشک از طریق انجمن استئوپاتی به فعالیت تخصصی می‌پردازند.

دلیل اصلی شکل‌گیری تخصص‌های پزشکی، پیشرفت‌های فناوری و توسعه دانش پزشکی در زمینه خدمات درمانی است. گروه‌های تخصصی با هدایت پزشکان می‌توانند فناوری و دانش جدید را برای درمان بیماران به‌شکل سازمان‌دهی شده به‌کار بگیرند. مثلاً مراقبت‌های ویژه تا ۳۰ سال پیش یک تخصص جداگانه نبود. پیشرفت فناوری ونتیلاتور، مانیتورینگ قلب، مداخلات قلبی، بیهوشی و فنون جراحی منجر به شکل‌گیری این تخصص شد و بعدها رشته‌های فوق‌تخصصی (مانند مراقبت‌های ویژه نورولوژی) به آن افزوده شد. همچنین اختراع جراحی لاپاراسکوپی و روباتی، روش‌های تصویربرداری پیشرفته و... پیدایش تخصص‌ها و فوق‌تخصص‌های جدید دیگر را در پی داشت.

در برخی موارد مانند متخصص طب بیمارستان (Hos-pitalist) یا متخصص بیماران پرخطر (Extensivist) فعالیت‌های غیررسمی انجام می‌شود ولی رشته تخصصی رسمی وجود ندارد. تله‌مدیسین به‌عنوان روشی برای ارایه خدمات درمانی از راه دور، یکی از این موارد است. توسعه اینترنت، استفاده از ویدئوکنفرانس در ارتباطات روزمره و گسترش شگفت‌آور رسانه‌های اجتماعی باعث شده حجم قابل توجهی از خدمات با تعریف سلامت راه دور (Telehealth) شکل بگیرد که به‌طور تصاعدی در حال رشد است.

براساس برآورد بنگاه بِکِر (Becker's Hospital Review) بازار جهانی سلاَمت راه دور با رشد سالانه ۳۰٪، در سال ۲۰۲۲ به بیش از ۱۲ میلیارد دلار خواهد رسید. کمتر از یک‌سوم مشتریان مخالف استفاده از خدمات سلامت راه دور هستند. بیشتر افرادی که خدمات سلامت راه دور را ترجیح می‌دهند، درآمد بالا دارند و تحت پوشش بیمه خصوصی هستند. با توجه به کمبود نیروی انسانی ماهر و متخصص، یکی از اهداف توسعه تله‌مدیسین ارایه خدمات درمانی در مناطق دورافتاده و محروم است.



امروز پیشرفت‌های دیجیتال باعث افزایش روزافزون مشتریان و تنوع خدمات سلامت راه دور شده است. خدمات مشاوره چهره‌به‌چهره، مراقبت‌های اورژانس مجازی، مراقبت‌های ویژه مجازی، واحدهای سیار سکته مغزی، روانپزشکی راه دور و خدمات بستری در منزل نمونه‌هایی از این تنوع خدمات است. سلامت راه دور در ابتدا محدود به مشکلات کوچک مانند سرفه، سرماخوردگی یا بثورات جلدی بود ولی هم‌اکنون امکان تبادل نتایج تصویربرداری و آزمایش، تغییر دارو، درمان بیماری‌های مزمن و پیچیده و تعامل با اعضای خانواده فراهم شده است.

به‌نظر می‌رسد زمان برای رسمیت یافتن یک تخصص تازه پزشکی فرا رسیده است. متخصص پزشکی مجازی (Medical virtualist) پزشکی است که همه وقت خود یا بخش اعظم آن را صرف سلامت راه دور می‌کند. تعیین اجزای اصلی برنامه تربیت متخصصین پزشکی مجازی نیاز به توافق افراد صاحب‌نظر دارد. این احتمال وجود دارد که در آینده رشته‌های فوق‌تخصصی مانند فوق‌تخصص طب اورژانس مجازی نیز در این زمینه شکل بگیرد. هم‌اکنون بسیاری از پزشکان بدون آموزش رسمی در زمینه ابعاد مختلف فضای مجازی، به ارایه خدمات سلامت راه دور در حیطه تخصص خود مشغول هستند.

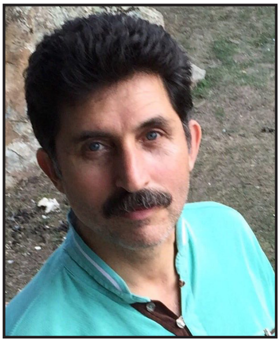
براساس برآورد بنگاه بِکر، در حال حاضر بین یک‌سوم تا نیمی از ویزیت‌های پزشکی را می‌توان از راه دور انجام داد. با افزودن خدمات درمان در منزل و امکانات پایش راه دور می‌توان این نسبت را افزایش داد. بی‌تردید فعالیت تخصصی در زمینه پزشکی مجازی باعث ابداع روش‌های نوین برای ارتقای استانداردها و بهبود اثربخشی درمان خواهد شد.

و البته پزشکی مجازی هرگز نمی‌تواند به‌طور کامل جانشین طب بالینی شود. الگوی فیزیکی و مجازی کسب‌وکار در زمینه پزشکی در حال شکل‌گیری است. (Bricks and clicks مدل تجاری است که ابتدا توسط خرده‌فروشان سنتی مورد استفاده قرار می‌گرفت اما بعدها با پیشرفت علوم کسب‌وکار و فناوری اطلاعات و ارتباطات به‌ویژه اینترنت، رونق جدیدی در این نوع کسب‌وکار به‌وجود آمد. در واقع خرده‌فروشان عصر دیجیتال علاوه بر مزایای قبلی، از مزیت شبکه نیز سود می‌برند و با خرده‌فروشان سنتی کاملاً تفاوت دارند.) پزشکان باید بتوانند فعالیت‌های درمانی برخط (آنلاین) و برون‌خط (آفلاین) را به‌طور هم‌زمان هدایت کنند. در آینده با ورود دستیاران دیجیتال یا آواتارها، این فرآیند تسهیل شده و شتاب بیشتری خواهد گرفت.

همواره موفقیت فناوری نه بر اساس سخت‌افزار یا نرم‌افزار بلکه براساس سهولت استفاده از آن، ارزشی که مشتری برای آن قایل است و بهینه‌سازی جریان کار تعیین می‌شود. متخصصین پزشکی مجازی علاوه بر آموزش پزشکی، باید در زمینه محدودیت‌های قانونی، بالینی و اخلاقی استفاده از فناوری نیز آموزش ببینند. اگر پیشرفت فناوری با همین روند ادامه پیدا کند و جهان متوجه شود که فناوری می‌تواند در کنار ارتقای کیفیت درمان، هزینه‌ها را کاهش دهد، در آینده نه‌چندان دور شاهد خواهیم بود که متخصصین پزشکی مجازی بخش قابل توجهی از نظام سلامت را در دست گرفته‌اند.

ترجمه از:

Is It Time for a New Medical Specialty?
November 27, 2017 (goo.gl/nZCrGH)



درباره پزشک احمدی، قاتلی در زندان‌های رضا شاهی

قاتلی که البته پزشک نبود

دکتر محمدحسین خورسندی

به گمانم بی‌اطلاع‌ترین افراد از رویدادهای تاریخ معاصر، دست‌کم می‌توانند به دانستن چند نام و نیز مختصری از شهرت منسوب به آن عناوین مفتخر باشند؛ شخصیت‌هایی که الزاماً ممکن است کنشگرانی بسیار موثر در این عرصه نبوده باشند اما جنس شهرت آن‌ها برای این‌که در یاد و خاطر بدنه وسیعی از اجتماع با علایق و سلایق متنوع باقی بمانند بسی جذاب به‌نظر می‌رسد.

اگر عموم از مجموعه حوادث مرداد ۳۲ عملکردهای منتسب به *شعبان بی‌مخ* و *طیب حاج رضایی* را بیشتر از *صدیقی* و *شایگان* در خاطر خود دارند دلیل بر برجسته‌تر بودن شخصیت آن دو عزیز نخست نیست، همان‌طور که نمی‌توان نقش *فوزیه* همسر نخست شاه را برجسته‌تر از *مریم فیروز* دانست و...

نام *احمد احمدی*، معروف به *پزشک احمدی* به‌دلیل اعمال مخوف و کم‌نظیری که به او نسبت می‌دهند بسیار آشنا به نظر می‌رسد و همگان با شنیدن این نام ناخودآگاه به یاد آمپول‌های هوایی می‌افتند که گفته می‌شود جناب دکتر برای خلاصی قربانیان خود در رگ‌های ایشان تزریق می‌کرد. با این‌حال بسیاری از افراد شاید از جزییات مهم زندگی، سوابق اشتغال به امر طبابت و چگونگی دستگیری و محاکمه این فرد (بعد از شهریور ۲۰) بی‌اطلاع باشند، که یادآوری آن حداقل شاید موجب زدودن لکه‌ای از لکه‌های بعضاً قابل‌اعتنای روپوش سفید باشد.

و اما ماجرا...

احمدی متولد تبریز بود. او در ایام شباب به امر کسب و کار دارو مشغول می‌شود و گویا به‌دلیل مداومت در این تجارت تبحر خاصی در کار خود کسب می‌کند. در سال ۱۳۰۷ در بیمارستان احمدی تهران به‌عنوان پرستار به کار مشغول می‌شود که البته از جزییات این کار و این‌که آیا در آن فرصت کوتاه توانسته باشد به پاره‌ای از مهارت‌های عملی پزشکی دست یابد اطلاعی در دست نیست؛ اما پیشینه کوتاه او در این شغل کمک می‌کند تا داروخانه موفقی در مشهد احداث کند و از این رهگذر به نان و نوایی برسد. در سال ۱۳۱۰ با عنوان «پزشک احمدی» پایش به نظمیه تهران باز می‌شود و این در حالی است که فقط رییس نظمیه، *آیرم*، و بعد از او *سرپاس مختاری* معروف (که او هم از متهمین به‌نام محاکمات بعد از شهریور ۲۰ است) از پیشینه او

مطلع هستند و می‌دانند که دکتر احمدی به‌زحمت از نعمت خواندن و نوشتن برخوردار است!

در توصیف او گفته‌اند که لاغراندام و قدکوتاه بود و پالتوی بلندی به تن می‌کرد. با نگاهی سرد و بی‌روح که بازتاب‌دهنده هیچ حسی نمی‌توانست باشد در فضای زندان تردد می‌کرد و معمولاً هم زمان دیروقتی از شب را به این کار اختصاص می‌داد. زندانیان دهه دوم حکومت *رضا شاه* همواره از او به‌عنوان نماد وحشت یاد می‌کردند و ضرب‌المثل «امیدوارم گرفتار آمپول پزشک احمدی نشوی» کنایه از آرزوی عمری طولانی‌تر بود!

سایه رضا شاه که از سر ملت و میهن محو می‌شود، عده‌ای به صرافت تظلم‌خواهی می‌افتند و همزمان مطبوعات آزادشده از بند هم به این رویکرد دامن می‌زنند و جو را برای محاکمه بدنام‌ترین عناصر سرکوب و خفقان آماده می‌کنند. در این میان احمدی که بوی خطر را استشمام کرده است با تغییر قیافه و پاسپورت جعلی راهی کشور همسایه غربی می‌شود. او که در انظار همیشه خود را فردی متدین نشان می‌دهد و به‌قولی تسبیح از دستش جدا نمی‌شود، لابد تصور می‌کند با توسل به ائمه می‌تواند خطر را از سر خود رفع کند؛ غافل از آن‌که یک نفر برای پیدا کردن او و تحویلش به دستگاه دادگستری می‌تواند تا هر ناکجاآبادی به تعقیب او بپردازد!

ایران تیمورتاش، دختر *عبدالحسین تیمورتاش* که سوگند خورده است خونخواهی از پدر مقتول را از یاد نبرد، رد او را در عراق می‌گیرد و از طریق مناسباتی که دارد او را راهی ایران می‌کند تا بسته متهمین برای انجام یک محاکمه جنجالی و مهیج آماده شود.

دادستان *دکتر جلال عبده* مهم‌ترین مورد اتهامی را مربوط به قتل‌های مرموز شخصیت‌های برجسته‌ای همچون *تیمورتاش*، *فیروز میرزا*، *فرخی یزدی*، *مدرس*، *شیخ خزعل*، *سردار اسعد بختیاری* و *عبدالحسین دیبا* می‌داند و انگشت اتهام را متوجه چهار متهم اصلی یعنی *راسخ*، *نیرومند*، مختاری و پزشک احمدی می‌کند. در این میان عجیب‌ترین بخش ماجرا مربوط به قبول وکالت دو تن از بدنام‌ترین شخصیت‌های تاریخ معاصر یعنی مختاری و پزشک احمدی از طرف یکی از خوش‌نام‌ترین چهره‌های این تاریخ یعنی *احمد کسروی* است. کسروی که از طرف دادگاه به‌عنوان وکیل تسخیری متهمان انتخاب می‌شود، در پاسخ خبرنگاری

که می‌پرسد چرا با داشتن چنان سابقه‌ای به قبول چنین وکالتی مبادرت کرده است، می‌گوید اگر متهمان جنایتی مرتکب شده‌اند سزاوار است که مجازات درخور در انتظارشان باشد اما پیش از آن می‌باید در یک پروسه عادلانه و بدون پیش‌داوری موارد اتهامی مورد بررسی دقیق قرار گیرد و او سعی می‌کند که موکلینش از این امکان برخوردار گردند.

کسروی در وهله نخست به رویکرد پوپولیستی دادستان و شیوه تهییج احساسات عمومی برای رسیدن به نتیجه از پیش تعیین شده از طرف دادگاه اعتراض می‌کند و آن را برخلاف یک روش عادلانه محاکمه می‌داند که باید حتی در مورد دیوسیرت‌ترین متهمین اعمال گردد. او به شواهد ارایه شده از دادگاه ایراد می‌گیرد و آن‌ها را سست و بی‌پایه تلقی می‌کند. ادعاهای کسروی از دو رکن اساسی برخوردار است که بسی عادلانه و عاقلانه جلوه می‌کند. وی با طرح این دعاوی به نظر می‌رسد که نه برای دفاع از احمدی و مختاری، بل به‌دلیل زیر سوال بردن نوعی از تفکر ریشه‌دار استعماری پا به میدان گذاشته است و قصد به چالش کشیدن این نوع تفکر را دارد. او می‌گوید حتی اگر تمامی ادله و شواهد برای جنایت‌پیشگی متهمین کافی باشد، باز این سوال مطرح می‌شود که چه کسی آمر و دستوردهنده چنین قتل‌هایی بوده است و چرا هیچ نامی از او به میان نمی‌آید؟ آیا پزشک احمدی همین‌طور خودسرانه و برای انتفاع شخصی در زندان تردد می‌کرده و آدم می‌کشته، بدون آن‌که مافوق‌های او

از این جریان مطلع باشند؟

او به داستان *سیدحسن تقی‌زاده* اشاره می‌کند که در مجلس چهاردهم در پاسخ به سوالی از جانب *عباس اسکندری* درد دلش را بیرون می‌ریزد و می‌گوید در جریان امضای قرارداد نکبت‌بار ۱۹۳۳ فقط یک عامل اجرایی صرف بوده است و به دستورات مافوق (رضا شاه) عمل کرده است؛ درد دلی که زیربنای مجموعه‌ای از فعالیت‌های پیچیده و درازمدت برای ملی شدن صنعت نفت می‌شود. کسروی در خلال دادگاه متهورانه به روش‌های استبدادی نظام سابق می‌تازد و فرد حاکم بر راس نظام را عامل اصلی و آمر همه فجایع اتفاق افتاده می‌داند و معتقد است که برای نیل به نتیجه و داشتن داوری درست باید پای همه متهمین ریز و درشت به جریان باز شود.

نقیصه دومی که کسروی روی آن پای می‌فشارد این است که دادگاه از ماموران شهربانی که خود جزیی از آن سیستم تخلف‌پرور بوده‌اند به‌عنوان گواه در این پرونده استفاده می‌کند. سوال کسروی این است که اگر اینان مجبور بودند در آن سیستم فجایع را ببینند و (بر مبنای دستورات دریافتی) سکوت اختیار کنند، از کجا معلوم در این شرایط هم چنین رویه‌ای اختیار نکرده باشند؟ او با اشاره به تناقض‌گویی‌های متعدد شهود، گواهی پزشکی موجود در پرونده درگذشتگان مورد بحث را به‌عنوان مدرکی برای رد اتهامات مطروحه علم می‌کند و بیان می‌دارد که چرا پزشکان معاین اجساد، اشاره به مشکوک بودن مرگ‌ها نداشته‌اند؟

پزشک احمدی نیز در دفاع از خود می‌گوید که او فقط حلقه ضعیفی از یک زنجیره قدرتمند بوده است و سزاوار نیست تاوان گناهان دیگران را نیز پرداخت کند. او ادامه می‌دهد که در این دادگاه بارها از زبان شهود شنیده است که به کیفی چرمی اشاره می‌کردند که وسایل مرگ‌زا در آن مخفی بوده است در حالی که او اصلاً کیفی در اختیار نداشته است!

درهرحال رای نهایی دادگاه به‌نوعی بر ادعاهای کسروی صحه می‌گذارد و معلوم می‌شود که دادگاه برای خاموش کردن غلیان موقت احساسات عمومی، قربانی خود را انتخاب کرده است. اتهام پزشک احمدی دست‌کم در سه فقره قتل اشخاص برجسته محرز می‌گردد. او متهم است که تیمورتاش را با سم استریکنین، سردار اسعد را با سمی نامعلوم و فرخی یزدی را با آمپول هوا به قتل رسانده است. در آن زمان کسی به این حقیقت پزشکی هم توجه ندارد که اگر هوا بخواهد به‌عنوان آلت قتاله به‌کار رود باید به مقادیر بیش از ۱۰۰ سی‌سی تزریق شود.

از بین تمامی متهمین، تنها پزشک احمدی به اعدام محکوم می‌شود و بقیه ازجمله سرپاس مختاری که در شناسایی، شکار و مجازات مخالفین مقام سلطنت از خود مقامات هم مصرتر بود، به حبس‌های کوتاه و بلندمدت محکوم می‌گردند.

احمدی که سخت اهل دیانت است و ادعا می‌کند تنها با یک «بسم الله» قادر به شفای بیماران است، برای باز پس گرفتن زندگی خود به تکاپو می‌افتد. در این راستا او و هر آن‌چه از ادعیه و اوراد در خزانه دارد به‌کار می‌گیرد و با فوت کردن آن‌ها به جسم و جانش به انتظار نجات می‌ماند؛ اما دعاها کارگر نمی‌افتد و مقدمات اجرای حکم از طریق چوبه دار در میدان توپخانه مهیا می‌گردد. جمعیت انبوهی گرد می‌آیند تا با رضایت خاطر و با این خوش‌خیالی که با نیست کردن احمدی دوره نوینی را شاهد خواهند بود، به تماشای نمایش بایستند. به او اجازه داده می‌شود دو رکعت نماز بگذارد اما به وصیت عجیب او نمی‌توانند ترتیب اثر بدهند. او تقاضا کرده بود که سفرای دول بزرگ تاثیرگذار بر امورات کشور به نزد او بیایند تا مطالبی را با آنان در میان گذارد که این تقاضا فی‌الحال رد می‌شود. در آخرین لحظات قبل از اعدام هم فریاد بی‌گناهی خود را بلند می‌کند و مختاری و رضا شاه را به‌عنوان آمرین فرمان‌ها، مقصر قلمداد می‌کند که البته مجریان مجال چندانی برای بسط بیشتر این مدعا بدو نمی‌دهند و سریعاً حکم را به اجرا درمی‌آورند.

از قول مردمی که اعدام را به نظاره ایستاده بودند گفته شد که رقص احمدی در بالای دار انگار گویای رضایت خاطر او از جنایاتش بوده است و... اما به گمان من شاید در آن وانفسای رقص مرگ، چشمانش به چشمان بی‌روح و ملامت‌گر مجسمه رضا شاه مستقر در میدان افتاده باشد که با او می‌گفت: استبدادپیشگان چه ظرفیت دلپذیری برای به خدمت گرفتن پزشک احمدی‌ها جهت تداوم سیکل معیوب خودکامگی دارند!

دکتر محمدحسین خورسندی
دندانپزشک
نشانی: آستانه اشرفیه، خیابان شهید بهشتی، تلفن: ۴۲۱۳۸۲۷۷
Email: Khorsandi43@yahoo.com

فعال صنفی کاذب کیست؟

دکتر بابک خطی

فعالیت صنفی هر نوع اقدام یا کنش‌های مدنی است که اعضای یک حرفه برای تغییر وضعیت و رسیدن به شرایط مطلوب‌تر هم برای خدمت گیرندگان و هم شاغلین حرفه انجام می‌دهند و فعالان صنفی طبعاً کسانی هستند که در بازه این تعریف نقش برنامه‌ریزی، اقدام و راهبری بدنه صنف را در صف اول برعهده دارند.

صداقت، ترجیح مصالح جمعی بر منافع فردی، پرهیز از تظاهر، تدبیر، عملگرایی و... از صفات لازم اولیه یک فعال صنفی است؛ اما مانند تمام جاهای دیگر، ممکن است برای نیل به اهداف شخصی، قدرت‌طلبی، ارضای حس خودخواهی یا هر دلیل دیگر فرد یا افرادی بخواهند از این نمد اجتماعی طمع کلاهی سودجویانه برای خود کنند و اهداف جمع گرایانه فعالیت صنفی را به بیراهه بکشانند. این یادداشت به بررسی ویژگی‌های‌شناختی «فعال صنفی کاذب» می‌پردازد تا بتوان این شبیه‌سازی خطرناک را از نوع واقعی آن بازشناخت و از اثر آسیب‌زننده و یاس‌آور این حرکت ذاتاً خودخواهانه بر صنف جلوگیری کرد.

نبود برنامه و پرحرفی

یک فعال صنفی کاذب برنامه مشخصی برای اهداف جمعی ندارد اما با پرگویی و آسمان به ریسمان بافتن سعی دارد خود را صاحب برنامه منجیانه، مجرب و باتدبیر نشان دهد، بنابراین سعی بر رابطه یک‌طرفه با مخاطب دارد و وقتی بابت حرف‌هایی که می‌زند مورد سوال قرار می‌گیرد پاسخ قانع‌کننده‌ای ندارد و سعی در تکرار موضع خود با مغلطه یا اصرار می‌کند یا با تراشیدن عذر، صحنه مباحثه را ترک می‌کند.

تظاهر

تظاهر می‌تواند هدف رفتار کاذب صنفی باشد. مورد توجه بودن و حضور مخاطب صرفاً تاییدکننده یا حضور دوربین برای این طیف فعالان صنفی از نان شب هم واجب‌تر است.

موقعیت‌طلبی

برای برخی از فعالین کاذب صنفی کسب موقعیت یا مقام دلیل گرفتن ژست دلسوزی صنفی است. کار صنفی برای این فرد نه از سر دلسوزی که نشان دادن قدرت خود برای صاحب‌منصبان برای کسب موقعیت شخصی است. در حالی که فعال صنفی واقعی قاعدتاً از این موقعیت برای کسب منافع صنفی استفاده می‌کند.

نکته دیگر برای بازشناسی، استفاده انتخابی از توانایی گروه صنفی است. مثلاً برای رسیدن به هدفی فردی یا مختص گروهی خاص، با شعارهای غلط‌انداز جمعی کل صنف را به ورود به موضوع دعوت می‌کند و به‌محض محقق شدن خواسته‌اش بدنه صنف را از ورود به موضوع و ادامه فعالیت منع می‌کند. این تناقض در عملکرد در شناسایی فعال صنفی کاذب کمک‌کننده است.

اغراق

به سبب میل به خودنمایی افراطی، اغراق جزو لاینفک فعال صنفی کاذب است. مثلاً او در شرح کارهایش صبح از فلان وزارت مربوط وارد و ظهر از بهمان سازمان متبوع خارج می‌شود و از اقداماتی که برای صنف کرده است مثنوی‌ها می‌سراید اما ممکن است در واقع برای پیگیری کاری شخصی به مکان اول رفته باشد و موقع برگشت هم از چند خیابان آن طرف‌ترِ مکان دوم رد شده باشد،

اما میل به خودنمایی باعث چنین مساله‌ای می‌شود.
راه شناخت این است که طبعاً این حماسه‌سرایی‌های هیچ مابه‌ازای واقعی نداشته و به‌قول معروف چیزی از آن در نمی‌آید.

سکوت‌های غیرقابل توجیه

فعال صنفی کاذب گاه بعد از یک فرآیند پرشور معمولاً رادیکال نمایش کار صنفی و انتقاد از زمین و زمان، ناگهان از نظرها محو می‌شود و سکوت می‌کند یا گاهی با تغییر عجیب و بدون توضیح در مواضع، به توجیه وضع موجود می‌پردازد و پرسش‌های اعضای صنف را در مورد سکوت و بی‌عملی یا تغییر موضع خود بی‌پاسخ می‌گذارد.
راه شناخت خیلی سخت نیست. طی مدتی بعد یا خبر انتصاب او به پستی را می‌شنوید یا ناگهان دوباره «بتمن‌وار!» با مواضع رادیکال به صحنه صنفی بازمی‌گردد. این بی‌ثباتی و تغییر مواضع شدید و بدون توجیه، کلید شناخت این غیرواقعی بودن است.

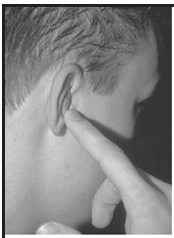
فقدان عملکرد واقعی

آخرین و شاید مهم‌ترین ویژگی فعال صنفی کاذب شاید این باشد که از مجموع فعالیت‌ها و کنش‌های این افراد قدمی برداشته نمی‌شود و کمترین کاری صورت نمی‌گیرد و به‌قول معروف آبی برای کلیت صنف گرم نمی‌شود. تازه اگر صنف آن قدر خوش‌اقبال باشد که از وجه خودخواهانه فعالیت این فعالان کاذب آسیبی نبیند و دچار خسران نشود.

امیدوار بود آدمی به خیر کسان
مرا به خیر تو امید نیست، شر مرسان!

البته شناختن یک فعال صنفی کاذب به‌همین اندازه که ساده به‌نظر می‌رسد می‌تواند سخت هم باشد. حتی نویسنده این یادداشت ممکن است از همین نوع افراد باشد که به دلایل گفته شده فوق به فکر نوشتن این یادداشت برای مطرح کردن خود افتاده باشد.
یادمان باشد برای شناختن بهتر باید همیشه بیشتر دقت کرد و به آسانی هر چیز را نپذیرفت.

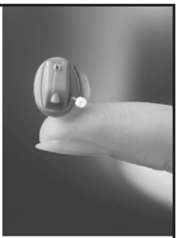
دکتر بابک خطی
متخصص کودکان
Email: Babakkhatti@gmail.com



مرکز شنوایی‌شناسی گلسار

ادیولوژیست: **افشین بلندبخش**

عضو انجمن علمی شنوایی‌شناسان ایران



انجام آزمون‌های تشخیصی شنوایی (بزرگسالان، کودکان، نوزادان)

تجویز و تنظیم سمعک‌های پشت گوشی و داخل‌گوشی (نامرئی)
(آنالوگ، دیجیتال، هوشمند)

ساخت قالب‌های ضدآب، ضدصدا و صداشکن

ABR– OAE

رشت، چهارراه گلسار، کوچه عسگری، ساختمان MRI، طبقه سوم
تلفن: ۰۱۳-۳۳۱۱۲۰۶۸ پذیرش: ۸-۴ عصر

خدمات پزشکی ارزان، تضعیف جایگاه کادر بهداشت و درمان کشور

دکتر مهدیار سعیدیان

پزشک عمومی است. همکلاسی دوران دانشکده بودیم. تازه پس از چند سال کار در شهرهای دورافتاده توانسته بود پروانه کار در یکی از شهرهای بزرگ را بگیرد، با کلی وام و قرض و قوله در حاشیه شهر مطبی اجاره کند و به طبابت بپردازد. از همان دوران دانشجویی اهل پژوهش بود و الان هم پزشک با سوادی بود. چند ماه بعد از افتتاح مطبش به دیدنش رفتم. بسیار افسرده و دلمرده بود. می‌گفت: «امان از این درمانگاه‌های دولتی و خیریه این اطراف! با ۴۰۰۰ تومان مریض ویزیت می‌کنند و در هر شیفت حدود ۲۰۰ مریض با دو پزشک می‌بینند که در بسیاری موارد مشکلات بیماران missed می‌شود. ما هم ناچاریم نصف تعرفه مصوب از بیمار بگیریم تا در این رقابت بمانیم!»

با پدیده ارزان‌فروشی خدمات پزشکی همگی همکاران آشنا هستند. اما آن‌چه این مشکل را تشدید کرد بدون شک وزارت بهداشت و طرح تحول سلامتش بود؛ طرحی که پزشکان دولتی را با تاخیر پرداخت کارانه مستاصل کرده و از سوی دیگر مطب‌های خصوصی به‌ویژه مطب‌های پزشکان عمومی را یک‌به‌یک به تعطیلی می‌کشاند.

چرا ارزان فروشی خدمات پزشکی تخلف است؟

ممکن است عده‌ای بگویند که یک پزشک یا دندانپزشک یا داروساز «نیکوکار» دوست دارد کار خیر کند و ویزیت کمتری از مریض بگیرد. مساله این‌جاست که اولاً اغلب این موارد تبلیغات و عوام‌فریبی است؛ ثانیاً خدمات پزشکی استاندارد و باکیفیت دارای یک قیمت تمام‌شده است که اگر قرار باشد، تعرفه‌های مصوب که حداقل تعرفه قابل قبول است و هر ساله با اعتراض صنف پزشکی روبه‌رو می‌شود، رعایت نشده و برای جذب بیمار درصدی هم تخفیف بخورد، بدون شک خدمات ارایه‌شده از کمیت و کیفیت لازم برخوردار نخواهد بود و در نهایت آن‌چه تهدید خواهد شد، سلامت آحاد مردم خواهد بود.

در واقع طبق قانون همان‌گونه که گران‌فروشی تخلف است، ارزان‌فروشی نیز تخلف به‌حساب می‌آید: «محاسبه قیمت کمتر و یا خودداری از دریافت تعرفه بر اساس مواد ٦، ١٠ و ١٤ شرح وظایف و تخلفات صنفی حرفه‌ای آیین‌نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلین حرفه‌های پزشکی، فاقد وجاهت قانونی بوده و مجازات دارد.» شرح مجازات‌ها نیز به‌صورت محرومیت دایم و موقت از اشتغال متخلف، و توبیخ و درج در پرونده بیان شده است.

پدیده دیگری که این روزها بسیار شایع شده شبکه‌های فروش خدمات پزشکی اینترنتی به‌ویژه در حوزه پوست و زیبایی است. از جمله مشهورترین این سایت‌ها می‌توان به «نت برگ»، «تخفیفان» و «الیتان» اشاره کرد که علناً با کاهش کف تعرفه‌ها و شکستن قیمت، پزشکان را استثمار

می‌کنند. بسیاری از پزشکان تازه‌کار و کلینیک‌های پوست هم ناچار تن به این بازار رقابت کاذب می‌دهند. با وجودی که سازمان نظام پزشکی مدت‌ها پیگیر شکایت از این شرکت‌ها به‌ویژه «نت برگ» به‌عنوان یکی از دلایل اصلی ارزان‌فروشی خدمات پزشکی بوده اما ظاهراً این مجموعه پشتوانه و «حامیان قوی» دارد.

از سوی دیگر مدتی است که در شهرهای بزرگ شرکتی تحت عنوان «آوای سلامت صبا» کارت‌های خدمات درمان صادر می‌کند! فعالیت این شرکت به این شکل است که با پزشکان و کلینیک‌ها قراردادی منعقد می‌کند که در ازای معرفی آن‌ها به بیماران، پزشکان به بیمارانی که از طرف آن‌ها با داشتن «کارت سلامت» مراجعه می‌کنند، تخفیف چند درصدی می‌دهند. از سوی دیگر با گروه‌های مختلف کارمندان و کارگران و سازمان‌ها تماس می‌گیرند و با تبلیغ پزشکان به اصطلاح عضو طرح‌شان در ازای دادن کارت سلامت، مبلغی سالانه از آن‌ها دریافت می‌کنند. در واقع مبلغی را در ازای یک کارت از افراد می‌گیرند، بدون این‌که کمترین خدمتی برای مردم ارایه دهند، برخی پزشکان هم متاسفانه برای جذب مریض با ارایه تخفیف به بیماران دارای کارت سلامت ارزان‌فروشی می‌کنند. البته درست است که کار این شرکت جرم محسوب نمی‌شود ولی در واقع رفتاری مخالف شان پزشکی صورت می‌گیرد. در این بین تنها این موسسه مبالغ هنگفتی سالانه به جیب مبارک می‌زند!

البته قطعاً با توسعه کار این موسسات، هر روز پزشکان بیشتری مجبور به پیوستن به این دور باطل می‌شوند تا از قافله عقب نمانند!

از آن‌جا که رفتار این شرکت‌ها به‌عنوان دلال و واسطه‌گر در هیچ جای قانون پیش‌بینی نشده است، در نهایت به شخصیت حرفه‌ای پزشکان و نظام سلامت آسیب می‌رسد.

به‌هرحال با تمام این تفاصیل به‌نظر می‌رسد راه مقابله با ارزان‌فروشی در حوزه دارو و درمان در درجه اول برخورد قاطع سازمان نظام پزشکی و وزارت بهداشت با ارزان‌فروشی و پیگیری قضایی شرکت‌های تخفیفی و دلال و از سوی دیگر «اتحاد پزشکان و تحریم این مراکز» البته با حمایت همه‌جانبه مسوولان وزارتخانه و نظام پزشکی است.

دکتر مهدیار سعیدیان
Email: Saeedian79@yahoo.com

قابل توجه پزشکان، بیمارستان‌ها،
درمانگاه‌ها، آزمایشگاه‌ها و مراکز تصویربرداری و ...
طراحی چاپ مشاوره
عکاسی تخصصی، سرنسخه پزشکان
پاکت، سربرگ، کاتالوگ، پوشه، مُهر، جعبه، تقویم و ...
دارای دیپلم نشانه‌شناسی تبلیغات
پزشکان گیل ۰۹۳۷-۹۱۷-۸۲۰۰

فنتانیل

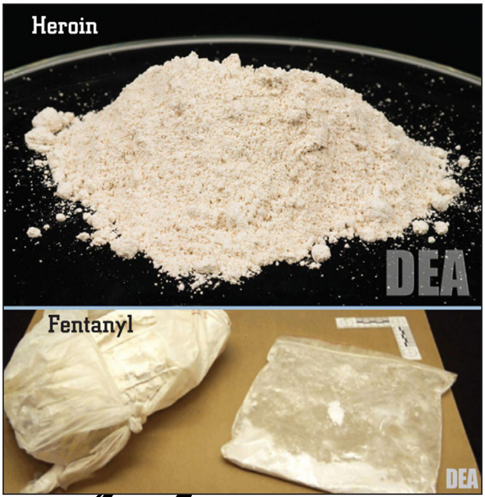
دکتر رقیه حج‌فروش

در ادامه معرفی تازه‌واردهای بازار اعتیاد به ماده جدیدی که این روزها وارد بازارهای جهانی از جمله ایران شده می‌پردازیم. این‌بار صحبت از ورود دستمال‌های مرطوب آغشته به فنتانیل و برچسب‌های حاوی این ماده است. اما فنتانیل چیست؟

فنتانیل یک داروی ضد درد افیونی است که سریع اثر می‌کند و اگونیست قوی گیرنده مو است. این دارو ۵۰ تا ۱۰۰ برابر از مورفین قوی‌تر است اما برخی آنالوگ‌های آن که اثرات دارویی‌اش را تقلید می‌کنند ممکن است ۱۰ هزار برابر از مورفین قوی‌تر باشند.

فنتانیل در سال ۱۹۶۰ توسط *پاول جانسن* (Paul Janssen) پزشک بلژیکی ساخته شد و با تولید فنتانیل سیترات در دهه ۶۰ مصرف پزشکی آن به‌عنوان یک داروی بی‌هوشی عمومی با نام تجاری Sublimaze همه‌گیر شد. با توجه به اندکس درمانی بالا، به‌عنوان یک داروی هوشبری ایمن در جراحی‌ها مصرف شد اما با توجه به قدرت بالا نیاز به اندازه‌گیری دقیق و پایش محتاطانه داشت. در اواسط دهه ۱۹۹۰ فنتانیل به‌عنوان مسکن به‌شکل برچسب‌های پوستی و از دهه بعدی به‌صورت قرص‌های حل‌شونده، قرص‌های مکیدنی و اسپری زیرزبانی (که به‌سرعت جذب مخاط دهان می‌شدند) به بازار آمد و از سال ۲۰۱۲ پرمصرف‌ترین مخدر مصنوعی پزشکی شد.

از سوی دیگر، فنتانیل به‌صورت غیرقانونی نیز تولید و به‌عنوان یک داروی تفریحی به‌تنهایی یا با هرویین مصرف می‌شود. از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۷ شاهد مرگ‌های



فراوانی ناشی از بیش‌مصرف این ماده بودیم، همچنین گزارش‌هایی از مرگ ناشی از مصرف پزشکی نامناسب آن نیز وجود دارد.

اشکال دارویی فنتانیل

فنتانیل در پزشکی به پنج صورت مصرف می‌شود که شامل وریدی، قرص‌های خوراکی و زیرزبانی، اسپری، برچسب‌های پوستی و قرص‌های مکیدنی است.

این دارو در حال حاضر به‌عنوان یک داروی بی‌حسی و بی‌هوشی به‌صورت داخل وریدی و گاه به‌صورت داخل کانال نخاعی (Intrathecal) و اپی‌دورال برای بی‌حسی نخاعی و اپی‌دورال مصرف دارد.

فنتانیل برچسب‌های با جذب پوستی دارد (Du-ragesic) که در درمان دردهای مزمن مصرف می‌شود. این دارو از راه پوست طی ۲۴ تا ۴۸ ساعت به جریان خون آزاد می‌شود و دوز آن برحسب اندازه برچسب، نوع پوست، دما و میزان چربی بدن و محل قرارگیری برچسب بسیار متفاوت خواهد بود. البته اثر آن برای بهبود طولانی‌مدت دردهای نوروپاتیک نامشخص است.

برچسب‌ها در درمان‌های تسکینی نقش قطعی اما محدودی دارد ولی در مواردی که بیمارانی که از مخدر دیگری مصرف می‌کنند، دچار مشکل بلع شوند و نیز نتوانند انواع تزریقی را تحمل کنند یا بیمارانی که نارسایی متوسط تا شدید کلیه دارند و نیز زمانی که عوارض دارویی مورفین خوراکی و هیدرومورفین یا اکسی‌کدن رخ داده باشد، انتخاب بسیار خوبی هستند.

در دمای ثابت پوست، میزان جذب دارو ثابت است اما برای مصرف باید از منابع گرمازای خارجی مثل تابش مستقیم افتاب یا پدهای گرمازا دور نگه داشته شود چرا که باعث آزادسازی ناگهانی مقدار زیاد دارو شده، ممکن است عوارض جدی و تهدیدکننده زندگی در پی داشته باشد.

برچسب‌های فنتانیل، به‌عنوان مفیدترین و ایمن‌ترین داروی مورد نیاز در سیستم سلامت، در لیست داروهای ضروری WHO قرار دارد اما در عین‌حال می‌تواند بسیار مضر باشد و در برخی موارد حتی مصرف یک دوز آن توسط افرادی که دارو برای آن‌ها تجویز نشده، می‌تواند کشنده باشد؛ بنابراین در حفظ و دور نگه داشتن آن از کودکان و... باید بسیار دقت کرد.

نوع اسپری داخل بینی هم موجود است که روش استفاده نادرست، بلعیدن یا انسداد و وجود لخته در سوراخ‌های بینی بر جذب آن اثر دارد ولی برای درمان درد متوسط تا شدید برحسب تحمل بیمار مصرف می‌شود.

نوع زیرزبانی حاوی ترکیبی بسیار چربی‌دوست است که بسیار خوب جذب و عمدتاً خوب تحمل می‌شود. این فرم دارو به‌ویژه برای اپیزودهای دردهای سرطانی که سریع شروع می‌شوند و شدید ولی کوتاه هستند، بسیار مفید است.

قرص‌های مکیدنی، بسیار آهسته در دهان حل شده، از مخاط دهان جذب می‌شود. این نوع دارو در افرادی که به مخدرها تحمل پیدا می‌کنند و نیز درمان دردهای سرطان‌ها بسیار مفید است.

عوارض دارویی

عوارض این دارو مثل بیشتر مخدرهاست؛ شایع‌ترین عارضه دارویی در بیش از ۱۰ درصد بیماران اسهال، استفراغ، یبوست، خشکی دهان، خواب‌آلودگی، گیجی، ضعف و بی‌حسی و تعریق است. حدود ۳ تا ۱۰ درصد موارد هم درد شکمی، سردرد، خستگی، بی‌اشتهایی، کاهش وزن، عصبانیت، توهم، اضطراب، افسردگی، علایم شبیه آنفلوانزا، دیس‌پپسی، تنگی نفس، آپنه و احتباس ادراری دیده می‌شود. آفازی متعاقب مصرف فنتانیل نیز گزارش شده است.

این دارو اگرچه ضد دردی قوی است، نسبت به مورفین کمتر تهوع و خارش هیستامینی ایجاد می‌کند و عوارض قلبی کمتری هم دارد اما نسبت به سایر مخدرها ممکن است ضعف تنفسی طولانی‌تری ایجاد کند.

بیش‌مصرف

در ایالات متحده سالانه مرگ‌های ناشی از بیش‌مصرف و تداخلات دارویی گزارش می‌شود. در سال ۲۰۱٦ از

فنتانیل خوراکی

برچسب فنتانیل

بین ٦٤ هزار مرگ گزارش شده، مرگ مرتبط با فنتانیل و آنالوگ‌های آن بیش از ۲۰ هزار مورد گزارش شده که بالاترین مورد دارویی است و بیش از ٥٤٠ درصد در سه سال گذشته افزایش داشته است. بیشترین خطر بیش‌مصرف نیز در کودکان وجود دارد. در سال ۲۰۱٥ مرگ ناشی از بیش‌مصرف فنتانیل در کانادا نیز به‌عنوان یک بحران سلامت عمومی اعلام شد و هنوز هم یکی از موارد مهم سلامت عمومی است.

سنجش

فنتانیل را می‌توان در خون و ادرار سنجید و برای سوءمصرف، تشخیص مسمومیت یا کمک به تشخیص علت فوت، پایش کرد. اگرچه روش‌های ایمونواسیِ برای غربالگری‌های اولیه در دسترس است اما معمولاً تکنیک‌های کروماتوگرافی برای تایید و کمیت‌سنجی کاربرد دارد.

مصرف تفریحی

مصرف غیرقانونی فنتانیل دارویی و آنالوگ‌های آن نخستین بار در اواسط دهه ۱۹۷۰ در جوامع پزشکی آغاز شد و تا کنون ادامه دارد. فنتانیل تفریحی یا خیابانی به سه صورت موجود است: قرص، پودر و تکه‌های کوچک کاغذی (Spiked blotter paper). فنتانیل به روش‌های مختلف مثل خوردن، تدخین، تزریق و استنشاقی (دماغی) مصرف می‌شود. گاهی بیماران برای رفع علایم خماری هرویین فنتانیل مصرف می‌کنند اما بیشتر وقت‌ها فروشندگان برای پنهان کردن کیفیت پایین هرویین یا کوکایین، فنتانیلِ را به‌جای آن‌ها یا مخلوط با آن‌ها می‌فروشند که غالباً چنین مواردی منجر به بیش‌مصرف می‌شود. همین مساله در سال ۲۰۰٦ در ایالات متحده و کانادا سبب یک همه‌گیری و مرگ‌های بسیاری ناشی از بیش‌مصرف فنتانیل شد.

در بازار سیاه گاهی قرص‌های مکیدنی فنتانیل که به نام آب‌نبات چوبی (Lollipops) مشهور است یا برچسب‌های پوستی آن به فروش می‌رسد که محتویات ژله‌مانند ممکن است خورده یا تزریق شود.

رقیق کردن مناسب پودر خالص فنتانیل به‌دلیل قدرت بالای آن بسیار سخت است و غالباً محلول حاصل ممکن است بسیار قوی باشد، بنابراین تزریق آن بسیار خطرناک است.

تا به امروز بیش از ۱۲ آنالوگ از فنتانیل به‌طور مخفیانه تولید شده است که اثرات بیولوژیک این آنالوگ‌ها شبیه هرویین است با این تفاوت که بسیاری از مصرف‌کنندگان حس نشئگی و سرخوشی را به‌طور قابل توجهی کمتر و اثرات آرام‌بخشی و ضد درد شدیدتری را گزارش می‌کنند. آنالوگ‌های فنتانیل ممکن است هزاران بار قوی‌تر از هرویین‌های خیابانی باشند و به‌طور بارزی افت تنفس بیشتری می‌دهند و به‌همین دلیل برای مصرف‌کنندگان بسیار خطرناک‌تر از هرویین هستند.

بسیاری از بیش‌مصرف‌های فنتانیل از ابتدا به‌عنوان بیش‌مصرف هرویین دسته‌بندی می‌شدند. در بین کشورهای اروپایی، استونی بیشترین میزان مرگ ناشی از بیش‌مصرف ۳- متیل فنتانیل را دارد که ناشی از میزان بالای مصرف تفریحی مواد است.

در مطالعه‌ای که CDC انجام داد، ۸۲ درصد مرگ‌های ناشی از بیش‌مصرف فنتانیل ناشی از مصرف فنتانیل غیرقانونی و تنها ٤ درصد مشکوک به استفاده از داروی نسخه شده بود.

Ref:

en.wikipedia.org/wiki/Fentanyl

sciencedirect.com/science/article/pii/S1526590014009055

ems1.com/fentanyl/articles/233969048-8-deadly-forms-of-fentanyl

---

دکتر رقیه حج‌فروش

پزشک عمومی

Email:dr.hajf@gmail.com

باشگاه مجلات

دکتر بابک عزیز افشاری

مرگ‌ومیر ناشی از ترومای نافذ: آمبولانس شانس زنده ماندن را کاهش می‌دهد

زمان آغاز مراقبت از بیماران به‌دنبال تروما، نقش مهمی در پیش‌آگهی دارد. یکی از عوامل اصلی و تعیین‌کننده در این موضوع، رساندن سریع بیمار به مرکز درمانی است.

در یک مطالعه از شماره سپتامبر JAMA Surgery داده‌های بیش از ۱۰۰ هزار بیمار ترومای نافذ (Pen-etrating trauma) مانند صدمات ناشی از برخورد چاقو یا گلوله) از بانک اطلاعاتی ملی تروما وابسته به کالج جراحان آمریکا استخراج شده است. این بررسی نشان می‌دهد در مواردی که انتقال بیماران به بیمارستان توسط خودروی شخصی انجام شده، مرگ‌ومیر کمتر از مواردی است که با ترومای مشابه از نظر نوع و شدت مصدومیت، توسط آمبولانس زمینی منتقل شده‌اند (۲/۲ درصد در مقایسه با ۱۱/٦ درصد). به‌طور کلی آمبولانس شانس زنده ماندن مصدوم ترومای نافذ را ٦۲ درصد کاهش می‌دهد.

برخلاف بیماران دیگر، نوع آسیب در اغلب موارد ترومای نافذ طوری است که اقدام خاصی در آمبولانس (مانند الکتروشوک و احیای قلبی- ریوی در مبتلایان به سکته‌های قلبی) قابل انجام نیست. با این‌حال به‌نظر پژوهشگران صرفاً با توجه به نتایج این پژوهش نمی‌توان توصیه کرد که بیماران ترومای نافذ ترجیحاً با خودروی شخصی به بیمارستان رسانده شوند و برای نتیجه‌گیری قطعی، انجام مطالعات بیشتری لازم است.

تازه‌ترین توصیه‌ها در زمینه اسهال عفونی

ویرایش جدید توصیه‌های انجمن بیماری‌های عفونی آمریکا در زمینه تشخیص و درمان اسهال عفونی در شماره اکتبر مجله Clinical Infectious Diseases منتشر شده است. رووس تغییرات این توصیه‌ها نسبت به نسخه پیشین (۲۰۰۱) به شرح زیر است:

– آزمایش‌های تشخیصی پیشرفته بدون نیاز به کشت، مانند آزمایش‌های مولکولی، بسیار حساس‌تر از روش‌های سنتی است و ممکن است به‌دلیل تشخیص ارگانیسم‌های متعدد، تفسیر نتایج آن‌ها نیاز به مشاوره با متخصص بیماری‌های عفونی (یا پاتولوژیست) داشته باشد.

– بیشتر مبتلایان به اسهال نیاز به آزمایش ندارند. انجام آزمایش در کودکان زیر ۵ سال، سالمندان، مبتلایان به اختلال ایمنی، اسهال خونی یا بلغمی، تب، سابقه مسافرت به مناطق آندمیک یا تماس آزمایشگاهی با سالمونلا، درد یا حساسیت شدید شکم در معاینه یا علایم سپسیس توصیه می‌شود.

– توصیه‌ها برای اسهال در مسافرت‌های بین‌المللی، مبتلایان به اختلال ایمنی، اسهال ناشی از مصرف غذا یا آب آلوده، اسهال مرتبط با مصرف آنتی‌بیوتیک، اسهال در پرسنل بهداشتی و مراکز مراقبت از کودکان، خانه‌های سالمندان و بیماری‌های مشترک انسان و دام به طور مجزا ارایه شده است.

– آزمایش لکوسیت مدفوع و تست لاکتوفرین مدفوع نباید برای تشخیص علت اسهال حاد انجام شود. درباره ارزش آزمایش کالپروتکتین مدفوع در اسهال حاد، داده‌های موجود برای ارایه توصیه کافی نیست.

– درمان تجربی آنتی‌بیوتیک (Empiric antimicro-bial therapy) در کودکان و بزرگسالان مبتلا به اسهال خونی که ایمنی سالم دارند توصیه نمی‌شود. استثنای آن شامل شیرخواران زیر سه ماه، شک بالینی قوی به شیگلا و علایم سپسیس است. درمان تجربی در بزرگسالان شامل یک فلوروکینولون یا آزیترومایسین و در کودکان یک سفالوسپورین نسل سوم یا آزیترومایسین است.

– درمان تجربی برای اسهال آبکی توصیه نمی‌شود. استثنای آن مبتلایان به اختلالات ایمنی و شیرخوارانی است که ظاهر بدحال دارند.
– درمان با داروهای ضد تهوع و استفراغ و ضداسهال نمی‌تواند جایگزین تجویز مایعات باشد و به‌ویژه در افراد زیر ۱۸ سال توصیه نمی‌شود.

آزمایش پروکلسی‌تونین و تشخیص عفونت باکتریایی

یک پژوهش از شماره اکتبر Lancet Infectious Diseases نقش اندازه‌گیری پروکلسی‌تونین سرم در کمک به تشخیص علت عفونت حاد تنفسی تحتانی را بررسی کرده است. افزایش پروکلسی‌تونین مطرح‌کننده علل باکتریایی و نیاز به تجویز آنتی‌بیوتیک است. سطح پایین یا طبیعی پروکلسی‌تونی، علل ویروسی را مطرح می‌کند.

بیشترین کاربرد پروکلسی‌تونین در عفونت‌های حاد تنفسی تحتانی و بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه (ICU) است. استفاده از آزمایش پروکلسی‌تونین علاوه بر کاهش موارد تجویز و مدت مصرف آنتی‌بیوتیک، باعث کاهش معنادار مرگ‌ومیر و کاهش موارد شکست درمانی در این بیماران می‌شود.

نشانگرهای اندوخته تخمدان، احتمال باروری را پیش‌بینی نمی‌کنند

یک پژوهش از شماره اکتبر JAMA نشان می‌دهد نشانگرهایی که برای برآورد میزان اندوخته تخمک در تخمدان زنان به‌کار می‌روند، لزوماً نشان‌دهنده شانس باروری نیستند. آزمایش ادرار یا خون از نظر هورمون محرک فولیکل (FSH) یا آنتی‌مولرین (AMH) و Inhibin B از اجزای برنامه ارزیابی زنان مبتلا به نازایی است. حتی کیت‌های خانگی موسوم به «آزمایش باروری» (فرتیلیتی چک، مشابه بیبی چک یا آزمایش بارداری) در بازار موجود است و زنان در روز سوم قاعدگی برای اطمینان از باروری خود از این کیت استفاده می‌کنند.

این مطالعه بین سال‌های ۲۰۰۸ تا ۲۰۱۶ با شرکت ۷۵۰ زن انجام شد. هدف این بود که روشن شود نتایج آزمایش نشانگرهای اندوخته تخمدان تا چه حد با نتایج باروری زنان ارتباط دارد. هیچ‌یک از نشانگرهای اندوخته تخمدان ارتباط معناداری با احتمال باروری زنان نداشت. به‌نظر پژوهشگران، نقش عواملی مانند کیفیت تخمک در احتمال باروری زنان، مهم‌تر از اندوخته تخمدان است. احتمالاً بدن زنان با مکانیسم‌هایی مانند افزایش FSH تلاش می‌کند کمبود اندوخته تخمدان را جبران کند.

نسخه ۲۰۱۷ دستورالعمل درمان دیابت نوع ۱ انجمن دیابت آمریکا

رووس تازه‌ترین دستورالعمل درمان دیابت نوع ۱ از سوی انجمن دیابت آمریکا که در شماره اکتبر Ann Intern Med منتشر شده به‌شرح زیر است:
– بیماران تحت درمان رژیم فشرده انسولین (تزریقات مکرر روزانه یا انفوزیون پیوسته) نیاز به خودپایش (Self-monitoring) مکرر قند خون دارند. دفعات خودپایش نباید کمتر از ٦ تا ۱۰ بار در روز باشد.
– خودپایش پیوسته قند خون باعث کاهش میزان هموگلوبین A1c می‌شود.
– آزمایش هموگلوبین A1c باید دست‌کم دو بار در سال انجام شود. در بیمارانی که اهداف درمانی و گلیسمیک تحقق نیافته باشد، دفعات این آزمایش باید بیشتر باشد. اجتناب از هیپوگلیسمی بر تحقق هموگلوبین A1c هدف ارجحیت دارد.
– هموگلوبین A1c هدف در بالغین، به‌استثنای زنان باردار، کمتر از ۷٪ است ولی در افرادی که سابقه هیپوگلیسمی یا بیماری هم‌زمان دارند، هموگلوبین A1c هدف تا کمتر از ۸٪ هم قابل قبول است.
– هموگلوبین A1c هدف کمتر از ٦/۵٪ در افرادی توصیه می‌شود که مدت زمان ابتلای آنان به دیابت کوتاه و امید به زندگی آنان طولانی باشد و دچار بیماری قلبی- عروقی نباشند.

مصرف یک روز در میان مکمل آهن، جذب آن را بهبود می‌بخشد

آهن خوراکی از داروهای رایج برای درمان یا پیشگیری از فقر آهن و کم‌خونی ناشی از آن است. به‌دلیل عوارض جانبی، بسیاری از بیماران این مکمل خوراکی را به‌طور مرتب مصرف نمی‌کنند. پزشکان می‌توانند با تغییر نحوه تجویز آهن خوراکی به افزایش تحمل‌پذیری آن توسط بیماران کمک کنند.

در یک مطالعه از شماره اکتبر Lancet Haematology به گروهی از بیماران مبتلا به فقر آهن توصیه شد به‌جای مصرف روزانه مکمل آهن (حاوی ٦۰ میلی‌گرم فروس سولفات) به مدت دو هفته، آن را یک روز در میان به مدت چهار هفته مصرف کنند. دو هفته پس از پایان درمان، مقایسه دو گروه نشان داد درصد جذب

آهن و مقدار کلی آهن جذب شده در این گروه افزایش یافته است. تقسیم مقدار آهن مصرفی به دو قسمت مساوی و مصرف آن به‌صورت دو نوبت در روز، چنین تاثیری نداشت.

ارتباط مصرف کمتر گوشت قرمز توسط مادران و اعتیاد کودکان

یک پژوهش از شماره نوامبر مجله Alcoholism: Clinical and Experimental Research، با شرکت بیش از ۵ هزار نوجوان، نشان داد در فرزندان مادرانی که در دوران بارداری گوشت قرمز کمتری خورده باشند، احتمال اعتیاد به سیگار، الکل و مواد مخدر بیشتر است. به‌عنوان مثال احتمال مصرف حشیش در این افراد ۲/۷ برابر بیشتر از فرزندان مادرانی است که به‌طور مرتب در دوران بارداری گوشت قرمز خورده‌اند. این نسبت در مورد الکل ۱/۷۵ و در مورد سیگار ۱/۸۵ برابر است. براساس نتایج این پژوهش، مصرف گوشت ماهی چنین تاثیری ندارد.

این پژوهش که توسط انستیتو ملی سوءمصرف الکل و الکلیسم وابسته به انستیتو ملی سلامت آمریکا انجام شده، نشان می‌دهد جهش ژن ترانس کوبالامین ۲ (TCN2) و مقدار ویتامین B12 در رژیم غذایی مادران باردار احتمالاً در رشد مغز جنین و نوزاد نقش موثری دارد.

البته نتایج این مطالعه نشان‌دهنده وجود یک رابطه علت و معلولی قطعی نیست و باید برای اثبات وجود چنین ارتباطی، مطالعات بیشتری انجام شود؛ ولی به‌نظر پژوهشگران رژیم‌های غذایی گیاه‌خواری و به‌ویژه اجتناب از خوردن گوشت قرمز، در کنار مزیت‌های فراوان بهداشتی و اخلاقی، زمینه‌ساز کمبود بسیاری از ریزمغذی‌ها مانند ویتامین B12، اسیدهای چرب امگا-۳، سلنیوم و روی است و جنین در زمان بارداری بیشترین آسیب‌پذیری را نسبت به این کمبودها دارد. بنابراین به این مادران توصیه می‌شود دست‌کم در طول دوران بارداری و شیردهی از مکمل حاوی ویتامین B12 استفاده کنند.

توصیه‌های تازه برای غربالگری سرطان ریه

اخیراً کالج پزشکان قفسه صدری آمریکا (ACCP) توصیه‌هایی برای غربالگری بیماران مبتلا به سرطان ریه ارایه کرده است. این توصیه‌ها شامل سی‌تی اسکن سالیانه با دوز پایین برای افراد بدون علامت و سیگاری سابق ۵۵ تا ۷۷ ساله‌ای است که دست‌کم ۳۰ بسته-سال سیگار کشیده و در حال حاضر همچنان سیگار می‌کشند یا سیگار را طی ۱۵ سال اخیر ترک کرده‌اند.

سن غربالگری در توصیه‌های قبلی این کالج تا ۷۴ سالگی بود، در حالی که کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده غربالگری را تا ۸۰ سالگی توصیه می‌کند. به‌نظر این کالج سن ۷۷ مربوط به پیرترین افرادی است که در کارآزمایی ملی غربالگری سرطان ریه شرکت کرده‌اند و نیز محدوده بالای سن افراد تحت پوشش بیمه مدیکر است.

غربالگری سرطان ریه خارج از این محدوده سن یا مصرف سیگار کمتر توصیه نمی‌شود.

توصیه‌های تازه درباره درمان سرپایی و بستری مبتلایان به دیابت نوع ۲

رووس این توصیه‌ها که با تاکید بر نقش هموگلوبین A1c از سوی اداره بازنشستگان نیروهای مسلح و وزارت دفاع ایالات متحده در شماره اکتبر Ann Intern Med منتشر شده به شرح زیر است:

– درمان در همه بیماران باید با تصمیم‌گیری مشترک بیمار و پزشک و به‌طور عمده براساس آموزش مدیریت بیماری توسط خود بیمار و ارتباط تلفنی یا اینترنتی با پزشک انجام شود.

– در افرادی که هموگلوبین A1c بین ۶/۵ تا ۶/۹ درصد دارند، تشخیص دیابت باید با آزمایش گلوکز ناشتا ثابت شود (۱۲۶ یا بالاتر).

– محدوده هدف هموگلوبین A1c باید به‌صورت یک طیف و نه یک عدد و براساس خطر بروز عوارض میکروواسکولار یا وجود و شدت آن، بی‌خطر بودن کنترل گلیسمیک (اجتناب از هیپوگلیسمی)، وجود و شدت وضعیت‌های مرضی همزمان، امید به زندگی، اولویت‌های شخصی بیمار و عوامل اجتماعی، در هر بیمار تعریف شود.

– در بیمارانی که دچار عوارض میکروواسکولار نباشند یا این عوارض خفیف و امید به زندگی بیش از ۱۰ سال باشد، محدوده هدف هموگلوبین A1c بین ۶ تا ۷ درصد است.

– در صورت وجود عوارض میکروواسکولار یا ماکروواسکولار واضح، وضعیت‌های مرضی همزمان، یا امید به زندگی ۵ تا ۱۰ سال، محدوده هدف هموگلوبین A1c بین ۷ تا ۸/۵ درصد است.

– در موارد پیشرفته عوارض میکروواسکولار یا ماکروواسکولار، وضعیت‌های مرضی شدید همزمان، افرادی که توان مدیریت دیابت خود را ندارند (مانند

اختلال ذهنی، معلولیت، عدم امنیت غذایی، فقدان حمایت اجتماعی) و امید به زندگی کمتر از ۵ سال، محدوده هدف هموگلوبین A1c بین ۸ تا ۹ درصد است.

– هدف از رژیم غذایی، محدود ساختن مصرف کربوهیدرات به ۱۴ تا ۴۵ درصد کالری روزانه و تشویق به مصرف غذاهایی است که شاخص گلیسمیک پایین دارند.

– متفورمین خط اول درمان دارویی است. داروی دوم باید از یک گروه دارویی متفاوت انتخاب شود.

– در بیماران بستری در ICU یا مبتلایان به سکته قلبی، محدوده هدف گلوکز خون ۱۱۰ تا ۱۸۰ است.

– در بیماران بستری در سایر بخش‌ها، درمان انسولین شامل ترکیبی از انسولین طولانی‌اثر و کوتاه‌اثر است و هیچ محدوده‌ای برای گلوکز هدف تعریف نشده است. کنترل گلیسمیک در بیماران بستری، همواره با چالش هیپوگلیسمی همراه است.

توصیه‌های تازه در زمینه بانک خون بند ناف

به‌روزرسانی توصیه‌های پیشین (۲۰۰۷) آکادمی طب کودکان آمریکا در زمینه بانک خون بند ناف در شماره نوامبر مجله Pediatrics منتشر شده است. در این توصیه‌ها موسسات دولتی برای این منظور بهتر از مراکز خصوصی معرفی شده که علت آن نظارت بیشتر، عدم دریافت هزینه از اهداکننده و خدمت‌رسانی به همه مناطق جهان است.

پزشکان باید مصارف اتولوگ و آلوژن خون بند ناف را به والدینی که قرار است بچه‌دار شوند توضیح دهند تا آنان بتوانند آگاهانه در این زمینه تصمیم‌گیری کنند. به‌عنوان مثال والدین باید بدانند که در صورت ابتلای کودک به سرطان خون، خون بند ناف ذخیره شده آن کودک حاوی سلول‌های پیش‌سرطانی بوده و نمی‌تواند برای درمان به‌کار رود.

موضوع مهم دیگری که حتماً باید به والدین گفته شود این است که در حال حاضر خون بند ناف اتولوگ به عنوان منبع بافت برای بازسازی اعضای بدن قابل استفاده نیست و هیچ داده‌ای در حمایت از این ادعا وجود ندارد.

توصیه‌های تازه در زمینه پیشگیری و کنترل عفونت در کودکان

یک مقاله از شماره نوامبر مجله Pediatrics حاوی به‌روزرسانی توصیه‌های پیشین (۲۰۰۷) آکادمی طب کودکان آمریکا در زمینه پیشگیری و کنترل عفونت در بیماران سرپایی است:

– تزریق واکسن آنفلوانزا در همه کودکان ٦ ماه به بالا و همه پرسنل بهداشتی– درمانی الزامی است.

– توصیه‌ها در کودکان مبتلا به فیبروز کیستی شامل استفاده از ماسک در مکان‌های مشترک است.

– در موارد ارجاع بیمار مبتلا به یک بیماری بالقوه مسری، برقراری ارتباط بین مراکز درمانی توصیه می‌شود.

– مهم‌ترین اقدام برای پیشگیری و کنترل عفونت، شستن دست است.

– استفاده از دستکش هنگام تعویض پوشک یا تماس با سایر مایعات بدن یا هنگام تزریق واکسن در کودکی که حال عمومی خوب دارد، لازم نیست.

– برای ضدعفونی کردن پوست هنگام تزریقات یا خونگیری از الکل ایزوپروپیل ۷۰% استفاده کنید.

– مقدمات لازم برای رعایت بهداشت تنفسی شامل هشدارهای بصری را فراهم کنید.

– از اسباب‌بازی‌هایی استفاده کنید که قابل تمیز کردن هستند؛ در انتهای روز آن‌ها را تمیز کنید و از خانواده‌ها بخواهید هنگام مراجعه برای ویزیت با خود اسباب‌بازی و کتاب بیاورند.

آنژیوپلاستی در مبتلایان به آنژین پایدار، تفاوتی با مداخله ساختگی ندارد

یک مطالعه از شماره نوامبر مجله Lancet به نتایج تست ورزش در مبتلایان به آنژین پایدار (Stable angina) و تنگی شدید شریان کرونر به‌دنبال مداخله کرونری پوستی (Percutaneous Coronary Intervention) و مقایسه آن با مداخله ساختگی (Sham procedure) پرداخته است. مداخله کرونری پوستی (PCI) شامل هر اقدام غیرجراحی است که برای درمان تنگی شریان کرونر قلب انجام می‌شود و ممکن است شامل بالون آنژیوپلاستی، استنت‌گذاری، آترکتومی یا براکی‌تراپی باشد.

نتایج این مطالعه روی ۲۰۰ بیمار نشان می‌دهد بهبود مدت زمان تحمل ورزش و پیامدهای مطلوب دیگر به فاصله ٦ هفته پس از PCI تفاوت معناداری با مداخله ساختگی ندارد. البته این مطالعه دارای حجم نمونه کوچکی است ولی نشان می‌دهد برخی فرضیات کلیدی در زمینه اثربخشی PCI و اقدامات درمانی دیگر نیاز به تجدیدنظر دارد و انجام مطالعات بزرگ و مقایسه اقدامات درمانی با اقدامات ساختگی ضروری به نظر می‌رسد.

نگرانی مالی خطر سکته قلبی را ۱۳ برابر افزایش می‌دهد

یک مطالعه که در ماه نوامبر از سوی انجمن کاردیولوژی اروپا و انجمن قلب آفریقا در کنگره قلب آفریقای جنوبی ارایه شد، اثر عوامل روحی- روانی مانند افسردگی، اضطراب، استرس شغلی و نگرانی مالی بر خطر قلبی- عروقی را بررسی کرده است. به‌نظر پژوهشگران توجه بیش از حد به عوامل جسمی باعث می‌شود نقش عوامل روحی- روانی دست‌کم گرفته شود. اغلب بیماران پس از سکته قلبی از نظر استرس روحی- روانی طرف مشاوره قرار می‌گیرند، ولی این اقدام بهتر است پیش از وقوع سکته قلبی صورت گیرد.

افراد براساس میزان نگرانی مالی در مقیاس Likert، به بدون استرس (از عهده مخارج برمی‌آید)، تحت استرس مالی خفیف (از عهده مخارج برمی‌آید ولی نیاز به حمایت دارد)، تحت استرس مالی متوسط (درآمد کافی نیست و کفاف مخارج را نمی‌دهد)، و تحت استرس مالی شدید (فاقد درآمد و نگران مایحتاج اولیه) تقسیم می‌شوند.

افسردگی حتی به میزان خفیف، خطر سکته قلبی را سه برابر افزایش می‌دهد. استرس شغلی متوسط تا شدید، خطر سکته قلبی را بیش از ۵ برابر افزایش می‌دهد. بیشترین خطر متوجه افرادی است که تحت استرس شدید مالی هستند (۱۳ برابر).

پرسش درباره عوامل روحی- روانی باید به بخش ثابت ویزیت پزشکی تبدیل شود. همان‌گونه که به بیماران توصیه می‌شود سیگار را ترک کنند، باید روش‌هایی برای مقابله با استرس به آنان آموزش داده شود.

تازه‌ترین توصیه‌ها درباره فشار خون بالا

مهم‌ترین بخش این توصیه‌ها که از سوی انجمن قلب و کالج کاردیولوژی آمریکا و ۹ گروه دیگر در شماره نوامبر مجلات Hypertension و Journal of the American College of Cardiology منتشر شده، تعریف جدید پرفشاری (فشار خون سیستولی ۱۳۰ میلی‌متر جیوه) است که براساس آن، نزدیک به نیمی از آمریکایی‌ها (۱۰۳ میلیون نفر) فشار خون بالا دارند. با تعریف قبلی (فشار خون سیستولی ۱۴۰ میلی‌متر جیوه بر مبنای توصیه‌های سال ۲۰۱۳) تعداد مبتلایان به پرفشاری ۷۲۰ میلیون نفر برآورد شده است که البته بیش از نیمی از آنان به دلیل بی‌اطلاعی یا دلایل دیگر تحت درمان نیستند.

اندازه‌گیری فشار خون در افراد بزرگسال بدون علامت باید بخشی از ویزیت‌های روتین باشد. هدف از توصیه‌های تازه، برقراری تعادل مناسب بین اثربخشی و ایمنی درمان است. در افرادی که فشار خون طبیعی (کمتر از ۱۲۰/۸۰) دارند، توصیه‌ها شامل رعایت شیوه‌های صحیح زندگی و اندازه‌گیری مجدد پس از یک سال است.

در موارد فشار خون بالا (۱۲۰-۱۲۹/۸۰) درمان غیردارویی (کاهش وزن، ورزش، رعایت رژیم غذایی بدون نمک و مصرف میوه و سبزی و غلات سبوس‌دار) و اندازه‌گیری مجدد پس از ۳ تا ۶ ماه توصیه می‌شود.

در موارد پرفشاری مرحله یک (۸۹-۱۳۰-۱۳۹/۸۰) بدون عوامل خطرساز بالینی (بیماری کرونری قلب، نارسایی احتقانی قلب، دیابت، بیماری مزمن کلیوی و سکته مغزی) یا خطر تخمینی بیماری قلبی کمتر از ۱۰٪ نیز درمان غیردارویی و اندازه‌گیری مجدد پس از ۳ تا ۶ ماه توصیه می‌شود.

تعاریف مرتبط با فشار خون

اندازه فشار خون	تعریف
فشار خون سیستولی	اولین صدای کورتکوف
فشار خون دیاستولی	پنجمین صدای کورتکوف
فشار نبض	فشار خون سیستولی منهای فشار خون دیاستولی
فشار متوسط شریانی	فشار خون دیاستولی به‌علاوه یک‌سوم فشار نبض
فشار خون میانه (Mid-BP)	جمع فشار خون سیستولی و دیاستولی تقسیم بر ۲

مراحل فشار خون

گروه فشار خون	فشار خون سیستولی		فشار خون دیاستولی
طبیعی (نرمال)	< ۱۲۰ mm Hg	و	< ۸۰ mm Hg
فشار خون بالا	۱۲۰-۱۲۹ mm Hg	و	< ۸۰ mm Hg
پرفشاری (هیپرتانسیون)			
مرحله ۱	۱۳۰-۱۳۹ mm Hg	یا	۸۰-۸۹ mm Hg
مرحله ۲	≥ ۱۴۰ mm Hg	یا	≥ ۹۰ mm Hg

در موارد پرفشاری مرحله یک (۱۳۰–۱۳۹/۸۰–۸۹) همراه با عوامل خطرساز بالینی (بیماری کرونری قلب، نارسایی احتقانی قلب، دیابت، بیماری مزمن کلیوی و سکته مغزی) یا خطر تخمینی بیماری قلبی بیشتر یا مساوی ۱۰% درمان غیردارویی همراه با درمان دارویی و اندازه‌گیری مجدد پس از یک ماه توصیه می‌شود. در صورت تداوم پرفشاری در این حالت، ادامه درمان مشابه پرفشاری مرحله ۲ خواهد بود.

در موارد پرفشاری مرحله ۲ (≥۱۴۰/۹۰) توصیه‌ها شامل درمان غیردارویی همراه با درمان دارویی و اندازه‌گیری مجدد پس از یک ماه است. در صورتی که فشار خون پس از یک ماه به میزان هدف نرسیده باشد، ارزیابی بیمار از نظر رعایت توصیه‌های درمانی، علل ثانویه و در نهایت تشدید درمان دارویی توصیه می‌شود.

بیمارانی که قبلاً به‌دلیل پرفشاری تحت درمان دارویی هستند، باید پس از مشورت با پزشک خود و تنها در صورت صلاحدید وی مقدار دارو را افزایش یا تغییر دهند.

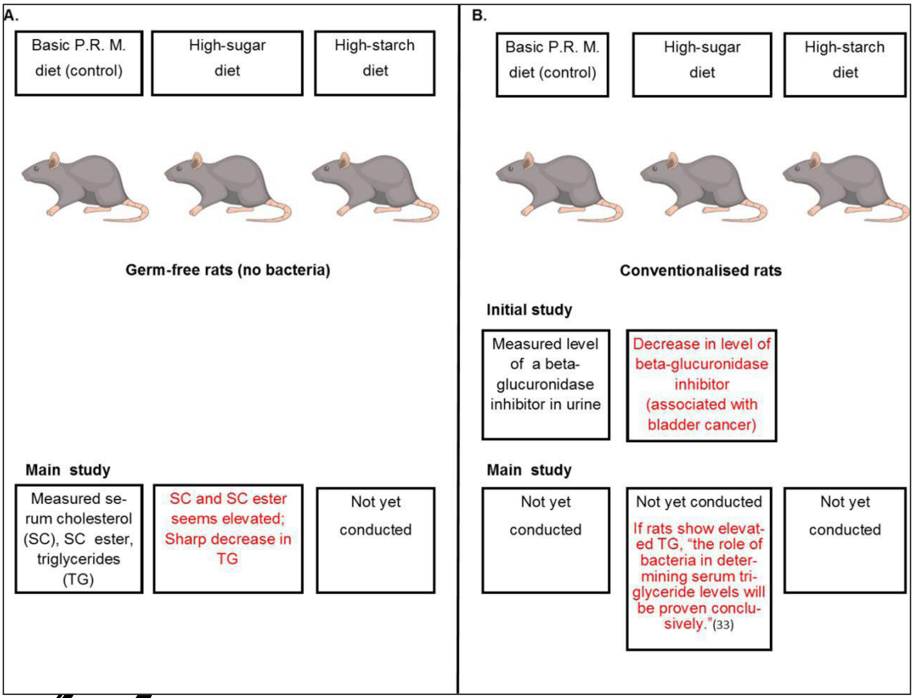
تحقیقاتی که نتایج آن هرگز منتشر نشد

یک مقاله از شماره نوامبر مجله PLOS Biology به بررسی یک مطالعه قدیمی از زاویه‌ای تازه پرداخته است.

براساس نتایج پروژه ۲۵۶ که در سال ۱۹۶۵ با حمایت برخی شرکت‌های صنایع غذایی انجام شد، مصرف قند باعث افزایش چربی خون و خطر ابتلا به بیماری قلبی و سرطان در موش می‌شود. در دهه ۶۰ میلادی این ایده که رژیم غذایی می‌تواند در خطر بیماری قلبی موثر باشد، یک ایده نو بود. بحث اصلی درباره نقش قند و چربی بود. برخی شرکت‌های غذایی تمایل داشتند چربی را مقصر اصلی معرفی کنند.

نمونه آن، مقاله‌ای در New England Journal of Medicine درباره تحقیقاتی بود که به طور مخفیانه توسط بنیاد پژوهشی قند (Sugar Research Foundation) حمایت می‌شد. نتایج اولیه تحقیقات نشان می‌داد رژیم غذایی با قند بالا، سطح تری‌گلیسرید موش را افزایش می‌دهد که نشان‌دهنده افزایش خطر بیماری قلبی است. باکتری‌های روده در این فرآیند نقش موثری دارند. همچنین سطح مهارکننده بتاگلوکورونیداز در ادرار این موش کاهش می‌یابد که نشان‌دهنده افزایش خطر سرطان مثانه است. هیچ‌یک از آثار فوق در موش‌هایی که رژیم غذایی با نشاسته بالا یا آنتی‌بیوتیک مصرف کردند دیده نشد.

مطالعه در مراحل مقدماتی متوقف شد. دلایل این کار



اتمام بودجه و تاخیر در آماده شدن نتایج عنوان شد. ولی منتقدین معتقدند شرکت‌های صنایع غذایی واقعیت را مخفی کرده‌اند. در سال‌های اخیر شواهد بیشتری درباره نقش قند در افزایش خطر بیماری قلبی به‌دست آمده است. پرسش این است که آیا دستیابی به این شواهد، ۶۰ سال زودتر امکان‌پذیر نبود؟

آیا بیماران مرد با پزشک زن راحت هستند؟

یک تحقیق در شماره آگوست نشریه Athenainsight مربوط به ۲ میلیون ویزیت مردان توسط پزشکان زن است. بیش از نیمی (۵۲%) از مردان طی ۱۸ ماه پس از ویزیت اول توسط پزشک مرد ترجیح می‌دهند دوباره توسط همان پزشک ویزیت شوند. این رقم در مردانی که توسط پزشک زن ویزیت می‌شوند تنها ۴۰%، در زنانی که توسط پزشک مرد ویزیت می‌شوند، ۴۸% و در زنانی که توسط پزشک زن ویزیت می‌شوند ۵۱% است.

بیماران تحت پوشش بیمه مدیکد تنها بیمارانی هستند که چنین الگویی در بین آنان دیده نمی‌شود و هیچ تفاوت جنسیتی در تمایل به مراجعه به پزشک اول در آنان وجود ندارد. به‌نظر می‌رسد این الگو هیچ ارتباطی با کیفیت خدمات دریافتی توسط بیمار ندارد. به‌ویژه بیماران مرد نسبت به حضور فرد سوم هنگام ویزیت حساس‌تر هستند. حضور یک ملازم (Chaperon) برای زنان بیماری که توسط پزشک مرد ویزیت می‌شوند، رویه جاافتاده‌تری است.

در حال حاضر حدود یک‌سوم پزشکان در ایالات متحده زن هستند و با توجه به این‌که زنان حدود نیمی از دانشجویان پزشکی را تشکیل می‌دهند، نسبت فوق در آینده بیشتر خواهد شد. خبر خوب این است که پزشکان زن به‌نظر بیماران مرد، از برخی جنبه‌ها مانند مهارت‌های شنیداری و برخی معاینات که نیاز به ظرافت بیشتری دارد، بهتر از پزشکان مرد هستند.

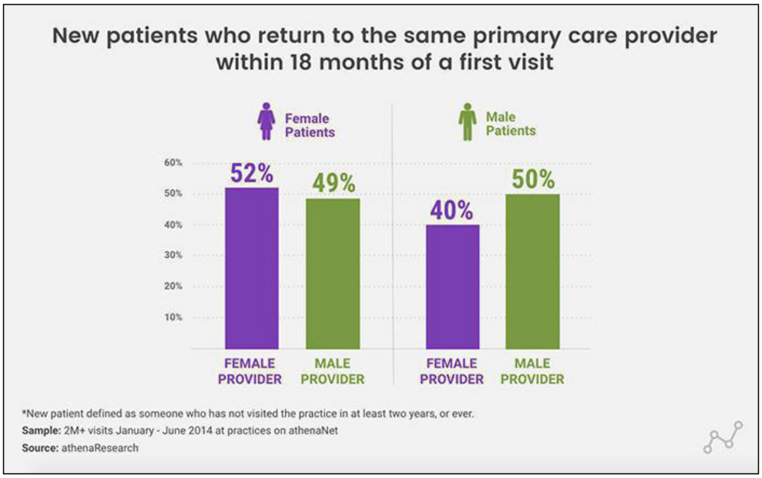
آیا تنفس مصنوعی در جریان عملیات احیای قلبی- ریوی لازم است؟

توصیه‌های انجمن بین‌المللی احیا در زمینه لزوم تنفس مصنوعی در جریان عملیات احیا در شماره دسامبر مجله Resuscitation منتشر شده است. کیفیت مطلوب عملیات احیای قلبی- ریوی (CPR) از عوامل اصلی و تعیین‌کننده در پیامد ایست قلبی است. انجمن بین‌المللی احیا پیش از این هر ۵ سال یک‌بار به تجدیدنظر درباره توصیه‌های خود می‌پرداخت ولی هم‌اکنون فرآیند مرور شواهد به‌طور مستمر انجام و نتایج آن هر سال منتشر می‌شود.

رووس تازه‌ترین توصیه‌های این انجمن به شرح زیر است:

- دستورالعمل احیا بدون تنفس مصنوعی (Compres-sion-only CPR) باید توسط مراکز اورژانس تهیه و به اطلاع همه شهروندان برسد.

- هر فردی که شاهد ایست قلبی- ریوی در یک فرد بزرگسال است، باید بلافاصله ماساژ قلبی را آغاز کند. تنها افرادی که آموزش‌های لازم را دیده‌اند و با نحوه صحیح انجام عملیات احیا آشنا هستند، مجاز به تنفس مصنوعی به نسبت ۳۰ به ۲ هستند (۲ بار تنفس مصنوعی



پس از هر ۳۰ بار فشار دادن سینه).
– احیا توسط پرسنل اورژانس باید شامل تنفس مصنوعی به نسبت ۳۰ به ۲ و یا فشار دادن پیوسته سینه همراه با تهویه با فشار مثبت (Positive pressure ventilation) باشد.
– پس از تعبیه لوله داخل تراشه، تهویه با فشار مثبت باید بدون توقف ماساژ قلبی انجام شود.
– در کودکان تنفس مصنوعی توصیه می‌شود ولی اگر افراد حاضر در صحنه قادر یا مایل به انجام تنفس مصنوعی نباشند، ماساژ قلبی نباید متوقف شود.

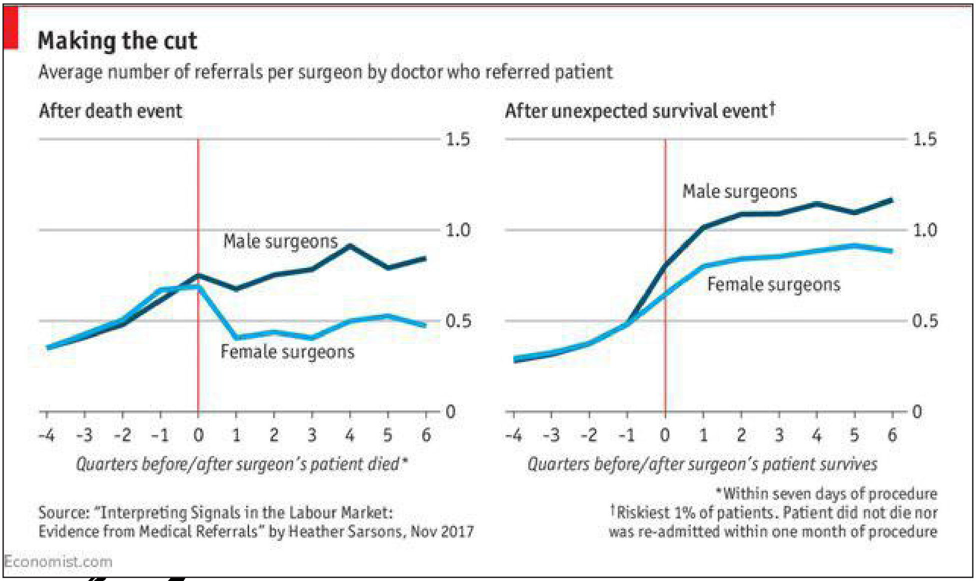
سوگیری جنسیتی در مشاغل پزشکی

سوگیری جنسیتی به‌ویژه در شکلِ ظریف آن به‌سادگی قابل سنجش و بیان نیست. اخیراً مطالعه سارسونز از دانشگاه هاروارد درباره جنبه‌های مختلف سوگیری جنسیتی در پزشکی، در چند نشریه مانند وُکس و اکونومیست انعکاس یافته است. براساس این مطالعه جنسیت پزشکان از عوامل موثر و تعیین‌کننده در ارجاع بیماران به آنان است.

در این مطالعه داده‌های مربوط به ارجاع بیماران به جراحان در آمریکا بین سال‌های ۲۰۰۸ تا ۲۰۱۲ با تاکید بر موارد ارجاع مجدد به یک جراح در شرایطی که ارجاع پیشین پیامد غیرمعمول داشته، جمع‌آوری و تحلیل شده است. منظور از پیامد غیرمعمول، زنده ماندن بیمار و عدم بستری مجدد طی یک ماه پس از یک درصد از مخاطره‌آمیزترین جراحی‌ها (پیامد غیرمعمول خوب) یا فوت بیمار به فاصله یک هفته پس از جراحی (پیامد غیرمعمول بد) است.

سارسونز با روش تطبیق آماری، گروه‌های دوتایی (یک جراح مرد و یک جراح زن) تشکیل داد. در هر یک از این گروه‌ها هر دو نفر جراحی مشابهی را روی بیمار مشابه از نظر جنسیت، سن، نژاد و وضعیت سلامت انجام بودند که پیامد غیرمعمول خوب یا بد داشت و در هنگام ارجاع نیز جراحان صرف‌نظر از جنسیت، ویژگی‌های حرفه‌ای مشابه (مثلاً از نظر مدت تجربه و تعداد اعمال جراحی) داشتند.

براساس یافته‌های سارسونز، کاهش میزان ارجاع متعاقب مواردی که جراحی توسط جراح زن منجر به مرگ سریع می‌شود، نسبت به مواردی که جراح مرد بوده قابل توجه است (۵٤٪ ارجاع کمتر به جراح زن در مقابل تغییر ناچیز میزان ارجاع به جراح مرد). و این‌گونه موارد ارجاع مجدد به جراحان زن در مقایسه با جراحان مرد محدودیت بیشتری به بیماران کم‌عارضه‌تر دارد. سوگیری مشابهی (۱۰۰٪ ارجاع بیشتر به جراح مرد در مقابل ۷۲٪ ارجاع بیشتر به جراح زن) در مورد جراحی‌هایی که پیامد غیرمعمول خوبی داشته‌اند وجود دارد. هیچ‌یک از این سوگیری‌ها ارتباطی با جنسیت پزشک ارجاع‌دهنده ندارد.



کاربردهای بالینی فناوری کریسپر/ کاس ۹

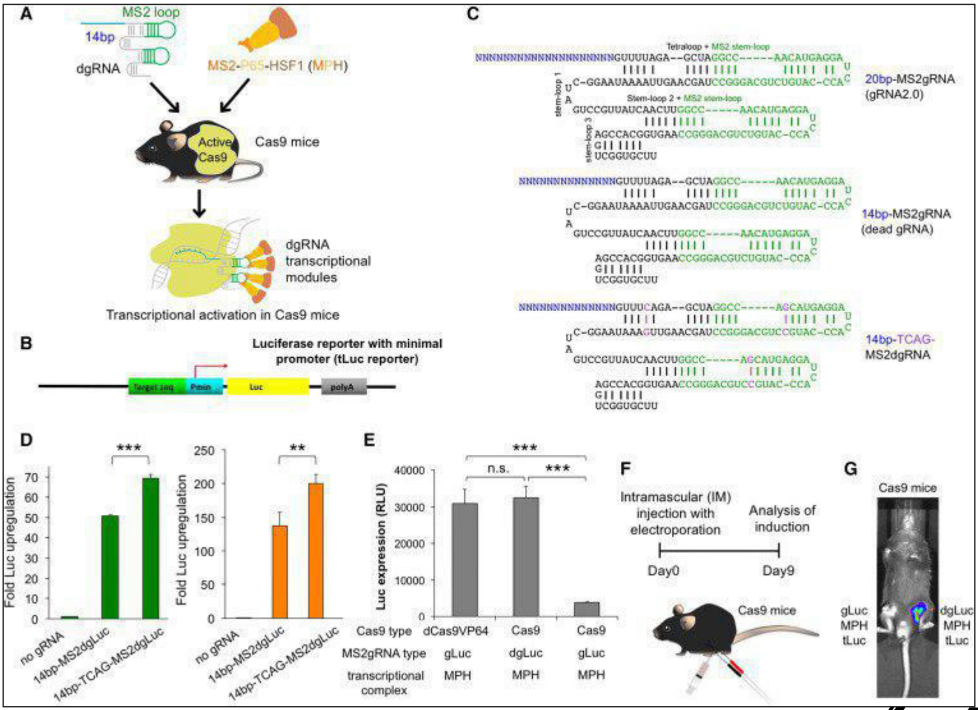
شماره دسامبر مجله Cell به کاربردهای بالینی فناوری کریسپر/ کاس ۹ (CRISPR/Cas9) پرداخته است. در حال حاضر بیشتر روش‌های ویرایش ژنوم شامل برش دورشته‌ای دنا (DNA double-strand breaks یا DSBs) است. عیب اصلی این روش‌ها احتمال وقوع جهش‌های ناخواسته است که باعث محدودیت کاربرد بالینی آن‌ها می‌شود. با روش جدید ویرایش ژنوم موسوم به کریسپر/ کاس ۹ می‌توان ژن هدف را فعال کرد. به این ترتیب، بدون این‌که در مولکول دنا برش دورشته‌ای ایجاد شود، امکان تنظیم درونزاد بیان ژن فراهم می‌شود.

هم‌اکنون این مطالعه برای اولین بار روی موش انجام شده و محققین بدون برش دنا موفق شدند فنوتیپ موش را تغییر دهند. آنان برای این کار از دو نوع ویروس استفاده کردند که یکی حاوی ژن آنزیم کاس ۹ و دیگری حاوی نوعی فعال‌کننده ترجمه ژن و یک قطعه کوتاه رنا (single guide RNA یا sgRNA) است. وقتی دنا در کنار این مجموعه قرار می‌گیرد، به‌دلیل کوتاه بودن این قطعه، نیاز به برش ندارد و بیان ژن موردنظر بدون برش دنا و بدون ایجاد زمینه برای جهش‌های ناخواسته احتمالی انجام می‌شود.

محققین در موش‌هایی که مبتلا به بیماری حاد کلیوی بودند، توانستند با این روش ژن‌های آسیب‌دیده یا خاموش‌شده را فعال کنند و عملکرد طبیعی کلیه را بازگردانند. نمونه‌های دیگر، شامل بازیابی توانایی تولید انسولین توسط سلول‌های کبد در مدل موشی دیابت نوع ۱ یا بازیابی توان رشد عضله در مدل موشی دیستروفی عضلانی است.

پژوهشگران امیدوارند در آینده بتوانند با به‌کارگیری این روش در انسان، به درمان بیماران مبتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج مانند آلزایمر و پارکینسون کمک کنند. موانع اصلی در مسیر تحقق این ایده، پاسخ دستگاه ایمنی در مقابل سامانه کریسپر/کاس ۹، خطرات احتمالی این روش برای انسان و نیز جنبه‌های اخلاقی است.

دکتر بابک عزیز افشاری
متخصص پاتولوژی
نشانی: تالش، خیابان معین، کوچه‌ی بوعلی، تلفن: ٤٤٢٤٣٤٤٧
Website: azizafshari.com
Email: babak_azizafshari@yahoo.com



داروی جدیدی که تحولی در درمان حملات قلبی و سرطان ایجاد می‌کند

کاناکینومب

دکتر علیرضا مجیدی

آشنا شدن با یک دسته دارویی کاملاً جدید که می‌تواند امید تازه‌ای برای درمان بیماری‌ها ایجاد کند، بسیار خوشحال‌کننده است.

در حال حاضر داروهای گروه استاتین (مانند آتورواستاتین، سیمواستاتین، فلوواستاتین و لووستاتین) برای پایین آوردن کلسترول خون به بیماران در معرض خطر حمله قلبی داده می‌شود؛ اما از سوی دیگر دانشمندان از مدت‌ها قبل می‌دانستند کاهش التهاب در بدن، می‌تواند در مقابله با همین حملات قلبی و نیز مرگ‌های ناشی از سرطان بسیار موثر باشد. آن‌ها بیش از دو دهه است که متوجه شده‌اند نیمی از حملات قلبی در کسانی رخ می‌دهد که کلسترول بالا ندارند.

به‌تازگی نتایج اولیه استفاده از داروی جدیدی به نام کاناکینومب (Canakinumab) منتشر شده است. این دارو هر سه ماه یک بار تزریق می‌شود و می‌تواند به میزان یک‌چهارم احتمال حمله قلبی مجدد را کم کند، در صورتی که استاتین‌ها به‌صورت کلی حدود ۱۵ درصد احتمال حمله قلبی را کاهش می‌دادند. این یافته جدید می‌تواند روی زندگی ۲۰۰ هزار بیماری که سالانه در بریتانیا دچار حملات قلبی می‌شوند، تاثیر خوبی بگذارد.

در گام بعدی قرار است این دارو روی بیماران مبتلا به سرطان آزمایش شود.

پروفسور پول ریدکر از دانشکده پزشکی هاروارد، نتایج این پژوهش را در کنگره انجمن قلب اروپا در بارسلونا ارایه کرده است. در این پژوهش ۱۰ هزار بیماری که دچار حمله قلبی شده بودند مورد تزریق داروی جدید قرار گرفتند. به‌طور معمول یک‌چهارم کسانی که حمله قلبی می‌کنند، ظرف پنج سال دچار یک حمله قلبی مجدد می‌شوند؛ اما در این پژوهش ٤ ساله مشخص شد داروی جدید میزان حملات را ٢٤ درصد کاهش می‌دهد. یک نتیجه جانبی دیگر این پژوهش این بود که بیمارانی که کاناکینومب گرفته بودند، ۵۱ درصد کمتر دچار مرگ ناشی از سرطان شدند.

گفته می‌شود داروی جدید سومین تحول بزرگ دانش پزشکی در مقابله با سکته‌های قلبی است:

– در گام و مرحله نخست، پزشکان متوجه اهمیت رژیم غذایی، ورزش و ترک سیگار شدند.

– در گام دوم آن‌ها متوجه کارایی خوبی داروهای استاتین شدند.

– و حالا داروی کاناکینومب، جبهه سوم نبرد با حملات قلبی را گشوده است.

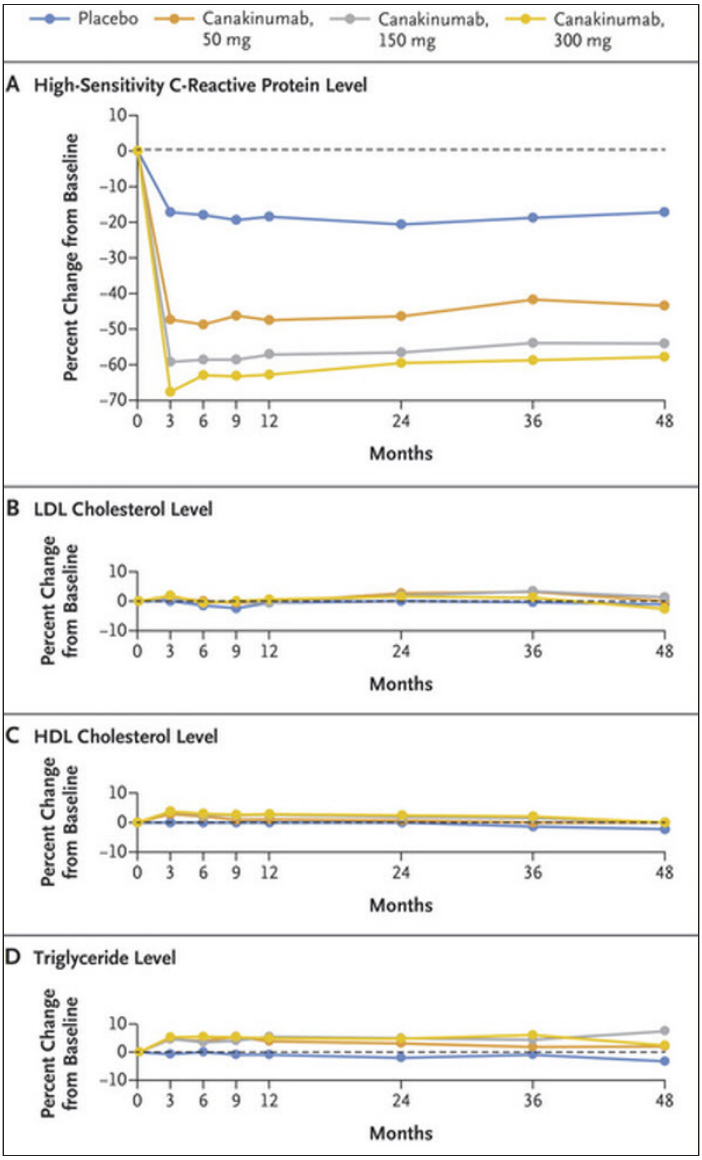
نتایج این تحقیق در نشریه معتبر پزشکی NEJM هم چاپ شده است.

گمان می‌رود به‌صورت مشابهی بتوان از این دارو یا

داروهای مشابه در مقابله با سرطان، آرتریت روماتوئید، اوستئوآرتریت و نقرس استفاده کرد.

مشکل اساسی داروی جدید که از طریق بلوک کردن اینترلوکین ۱ تاثیر خود را اعمال می‌کند، هزینه‌بر بودن آن است، به‌طوری که هزینه سالانه درمان یک بیمار با آن ۴۰ هزار یورو است، در صورتی که داروهای استاتین ارزان هستند. اما در عین‌حال کارشناسان می‌گویند که اگر این درمان جدید همه‌گیر شود، از طریق کاهش هزینه عمل‌های جراحی باز قلب (بای‌پس) منجر به صرفه‌جویی غیرمستقیم بارزی می‌شود.

دکتر علیرضا مجیدی
Website: 1pezeshk.com
Email: alirezamajidi@gmail.com



معرفی داستان علمی- تخیلی «گذر از سه دنیا» ترجمه دکتر حسن هدایتی امامی

سپیده‌دمان در مثلث‌های متشابه

اکبر اکسیر

شاعران موجودات شگفت‌انگیزی هستند که در سه دنیای جداگانه به‌طور همزمان زندگی می‌کنند. پرنده‌اند در هوا می‌پرند، ماهی‌اند در آب شنا می‌کنند و آدمی‌زاده‌اند که روی دو پا در زمین می‌چرخند و در خواب و رویا راه می‌روند و حاصل این خوابگردی‌ها را تحت عنوان شعر به ما عرضه می‌کنند.

ما آن‌ها را ساکنان لالالند (عالم هپروت) می‌دانیم. بی‌توجه از کنارشان می‌گذریم، اما روانکاوان و روانشناسان آن‌ها را درک می‌کنند و نوشته‌های‌شان را به‌عنوان یک نسخه روانشناختی، تجزیه و تحلیل می‌کنند. منتقدین وارد به نقد فنی، شعر آن‌ها را به فلسفه ربط می‌دهند؛ چرا که آن‌ها به چیستی‌ها و سوال‌های بی‌پاسخ دامن می‌زنند.

شاعران برخلاف سایر هنرمندان، کاشف فضاهای رویایی، غوطه‌ور در خواب‌های اساطیری و همصحبت سایه خود در عالمی دیگرند. آن‌ها بدون آن‌که از تله‌پاتی، خودشناسی، پیشگویی و سحر و جادو سررشته‌ای داشته باشند، مثل برق آسمان، گهی پیدا و دیگر دم نهان‌اند. گهی بر طارم اعلا نشینند، گهی جز زیر پای خود نبینند...

در آسیب‌شناسی زندگی عادی شاعران متوجه می‌شویم که اکثر این عزیزان از زندگی عادی اجتماعی محروم‌اند. اغلب تنهایی را انتخاب می‌کنند و ویژگی‌های غریبی دارند. کتاب «گذر از سه دنیا» را که خواندم، دنیای رویایی شاعران به یادم افتاد. این کتاب را برای استفاده علاقه‌مندان معرفی می‌نمایم که داستانی تخیلی- علمی‌دارد. با این که در سال ۱۹۷۳ نوشته شده است، اما همچنان جذاب، شیرین و سرزنده است. این کتاب توسط الکساندر آبراموف و

گذر از سه دنیا
الکساندر و سرگئی آبراموف
ترجمه: دکتر حسن هدایتی امامی
نشر سمام، رشت، ۹۶

سرگئی آبراموف به روسی نوشته شده و دکتر محمد حسن هدایتی امامی آن را از متن انگلیسی به فارسی ترجمه کرده و نشر سمام رشت نیز آن را منتشر نموده است. دکتر هدایتی، استاد دانشگاه، متخصص غدد داخلی و ساکن رشت است. او این کتاب را در دوران دانشجویی خوانده و چون بعد از سال‌های مدید موضوع آن را برای دوستداران داستان‌های علمی- تخیلی، جالب و خواندنی تشخیص داده، آن را ترجمه کرده است.

پیش از این کتاب، دکتر هدایتی در ترجمه و تالیف کتاب‌های تخصصی پزشکی فعالیت داشته و امید که بعد از این هم کار ترجمه کتاب‌های نویسندگان معاصر را ادامه دهند؛ چرا که ترجمه اش روان و دلچسب است و در برگردان حالات و ترکیبات خاص تبحر دارد:

گالیا ناگهان پرسید: نکند داری داستان‌های علمی- تخیلی می‌نویسی؟ و با خنده اضافه کرد: حرف خیلی زیرکانه‌ات درباره چندگانگی جهان، حتی توجه مرا هم جلب کرده، می‌توانی تصورش را بکنی؟ دو دنیای همسایه در فضا مثل مثلث‌های متشابه، یک مسکو در هر کدام. یک سرگئی گروموف توی هرکدام از آن‌ها. ولی به‌جای تو، او در آن دنیا با من ازدواج کرده... (ص ۳۲)

من آدمی نیستم که جلوی چشم شما نشسته است. من شبح او هستم. ویزیتوری از جهان دیگر... شما که این پدیده را می‌شناسی؟ (ص ۱۷٤)

خلق فضاهای رویایی و حالات روانی و عبور از تونل زمان‌های مختلف از دیروز به امروز، از امروز به فردا، داستان گذر از سه دنیا را یک‌دست و خواندنی کرده است:

من یک سال عمر خودم را می‌دهم به‌جای یک دقیقه از سفر تو. «نیکودیموف» می‌گوید این کاری علمی است. نه علم نیست. کاری شاعرانه است. «ووزنسنسکی» را دوست داری؟ در جواب گفتمش کم و بیش. و او خواند: در خزان، در سپیده‌دمان، در جنگلی وهم‌آلود که برگ‌ها می‌ریزند، سرنوشت و نام کسی، همچون دانه‌ها، به پرواز درمی‌آید و بی‌خبر به درون ذهن ما پا می‌گذارد. (ص ۱۶۱)

منبع: روزنامه اطلاعات

اشتراک پزشکان گیل

برای اشتراک «پزشکان گیل» لطفاً مبلغ اشتراک (۴۸۰.۰۰۰ ریال برای ۱۲ شماره) را به حساب شماره ۳۱۳۱۵۶۷ یا کارت ۵۸۹۴ ۶۳۱۸ ۰۱۳۲ ۶۱۳۳ (رفاه همراه) به نام محمدتقی یحیی جوزی واریز فرمایید. سپس می‌توانید فیش بانکی آن را به انضمام رونوشت فرم زیر به نشانی «رشت، ماهنامه پزشکان گیل، صندوق پستی ۳۹۵۸-۴۱۶۳۵» بفرستید، به شماره ۰۱۳-۳۳۳۶۷۷۳۰ فکس کنید یا شماره فیش و اطلاعات این فرم را به نشانی masoud_jowzi@yahoo.com ای‌میل فرمایید. (در صورتی که می‌خواهید مجله با پست سفارشی برای‌تان ارسال شود، باید مبلغ ۶۰۰/۰۰۰ ریال برای رشت و ۷۰۰/۰۰۰ ریال برای سایر شهرها به مبلغ فوق اضافه فرمایید.)

نام: آخرین مدرک تحصیلی: شغل:

مبلغ پرداخت شده: ریال

اشتراک از شماره تا شماره تلفن:

نشانی:

مهر و امضا

معرفی مجموعه‌های تلویزیونی مشهور جهان (۲۶)

رابطه پنهانی

دکتر علی ارغوان نجفی

سریال «رابطه پنهانی» (Affair) در ژانر عاشقانه-درام توسط شبکه Showtime ساخته و از سال ۲۰۱۴ تا کنون سه فصل از آن پخش شده است. این سریال در سایت IMDb از بینندگان نمره ۸ گرفته و همچنین در سال ۲۰۱۵ جایزه بهترین سریال درام و بهترین بازیگر نقش اول زن و در سال ۲۰۱۶ جایزه بهترین هنرپیشه نقش مکمل زن را در جشنواره گلدن گلاب به‌دست آورده است.

«نوح سالاوی» معلم مدرسه و نویسنده‌ای است که یک کتاب موفق به چاپ رسانده، اما در ادامه کار نویسندگی، قریحه‌اش چندان یاری‌اش نمی‌کند و به بن‌بست رسیده است. وی با همسر مهربان و همراهی که وی نیز دختر یک نویسنده موفق و ثروتمند است و ٤ فرزندش ظاهراً زندگی خوب و موفقی دارد.

نوح در سفری که همراه با خانواده به شهر ساحلی مونتاک، به ویلای پدرزن ثروتمند و تحقیرکننده و مادرزن منفور و خودبزرگ‌بین خود دارد، به‌طور اتفاقی با «آلیسون لاکهارت»، یک زن متاهل پیشخدمت رستوران که هنوز در شوک تراژدی از دست دادن فرزند خردسالش به‌سر می‌برد و زندگی خانوادگی‌اش در آستانه فروپاشی است، آشنا می‌شود.

او که در کشاکش ذهنی ناشی از کمک‌های مالی پر از منت و کنایه پدرزن و مادرزن و روابط متشنج خود با کودکان نوجوان سرخود و میل به ماجراجویی و تجربیات جدید و متفاوت گیر افتاده و همزمان دنبال سوژه‌ای برای کتاب جدیدش می‌گردد، ناگهان خود را در میان رابطه‌ای پنهانی با آلیسون می‌بیند که او نیز نومیدانه تلاش می‌کند زندگی پراز عذاب وجدان خود و شوهرش را بهبود بخشد.

زمان رخداد سریال از آینده‌ای نامشخص و پس از یک حادثه مرگبار، مدام به گذشته شخصیت‌ها فلاش‌بک می‌خورد و آنچه آن را جذاب و خلاقانه می‌کند، نحوه روایت داستان است که در نیمی از هر قسمت، داستان از دید یک شخصیت بازگو می‌شود و در نیمه دوم، از دیدگاه شخصیتی؛ و گاه این دو روایت از دو شخصیت حاضر در یک رخداد، کاملاً منطبق نیست و تناقضاتی در خود دارد. تناقضاتی که شاید در زندگی روزمره هم با تصاویر توام با قضاوتی که درباره وقایع و افراد پیرامون خود می‌سازیم، بسیار به آن‌ها برمی‌خوریم.

Affair درباره سرشت غیرقابل پیش‌بینی انسان‌هاست؛ انسان‌های عادی و ممکن‌الخطا که به‌راحتی می‌توانند وارد رابطه با یک انسان معمولی دیگر شوند و رابطه پیشین خود را با انسانی دیگر که او نیز به‌هیچ‌وجه بد نیست و شاید بسیار به آن‌ها علاقه‌مند است، بدون هیچ دلیل موجه و قابل توضیح، نابود کنند.

شاید در جامعه ما، به‌ویژه با پنهان‌کاری‌ها و

لاپوشانی‌های معمول و تبلیغات رسمی، چنین روابطی رایج نباشد، اما ذات تنوع‌طلب و ایده‌آل‌گرای انسان، جغرافیا و نژاد و فرهنگ و تربیت نمی‌شناسد؛ و البته با از بین رفتن رو به ازدیاد مرزها و فاصله‌های فرهنگی و در فقدان الگوی تربیتی و فرهنگی مشخص و جذاب و نیز شکاف گریزناپذیر میان نسل‌ها، بروز روابط پنهان و حتی آشکار بدون مرزبندی و قواعد مشخص (همچون ازدواج سپید) در جوامعی چون ما دور از انتظار و اجتناب‌پذیر نیست. از این روست که شاید فهم و درک بی‌نظمی نوین، بیش و پیش از لاپوشانی و انکار و توهم توطئه چاره‌ساز باشد.

از هر دید بخواهید به قضیه بنگرید، سریال Affair، گذشته از موضوع و صحنه‌هایی که مسلماً برای نوجوانان مناسب نیست، برای مخاطبینی در سنین بالاتر لحظات غافلگیرکننده و درگیرکننده‌ای خواهد ساخت.

دکتر علی ارغوان نجفی
دندانپزشک
نشانی: رشت، خیابان نواب، بن‌بست میخک (بن‌بست اول، جنب هتل شبستان)، ساختمان پزشکان پارسا، طبقه اول، تلفن: ۳۳۱۲۰۲۰۰
Email: aanajafi@yahoo.com

فروشگاه ارتوپدی و توانبخشی آقازاده
نمایندگی انحصاری محصولات O & M فکی و ارتوپدی در استان گیلان
نمایندگی انحصاری محصولات کمک‌توانبخشی Oppo در استان گیلان
نمایندگی انحصاری محصولات سیستم نوین درمان زخم و پانسمان Comfeel
نمایندگی انحصاری محصولات ارتوپدی Siora در استان گیلان
نمایندگی محصولات ABENA در استان گیلان
نمایندگی انحصاری محصولات شرکت خسرومدیساطب K.M.T
فروش و واگذاری ست‌های اینترلاک فمور و تیبیا
با کلیه متعلقات و کونچرها و تکنیسین در کلیه شهرستان‌های استان گیلان
فروش و واگذاری ست UHN بازو
با کلیه متعلقات و کونچرها و تکنیسین در کلیه شهرستان‌های استان گیلان
رشت، چهارراه پورسینا، جنب بانک ملی محتشم
تلفن: ۳۳۳۲۵۶۳۹ فکس: ۳۳۳۴۰۰۱۸ همراه: ۰۹۱۱۱۳۱۴۴۹۲

پیش‌درآمدی بر هنر نقصان

دکتر افشین خداشناس

شاید کهن‌ترین چالش و پرسش در دنیای هنر هنوز این است که آیا رسالت هنر در دنیای انسانی تنها بازنمایی تناسبات جهان آرمانی است یا افزون بر این، پرداختن به دل‌مشغولی‌ها، سرگشتگی‌ها، دردها و نقصان‌هایی که سراسر زندگی نوع بشر را آکنده است؟

پس از قرن‌ها که از هنر بدوی انسان‌های نخستین بر دیوار غارها گذشته است و هنر کمال‌گرایانه یونان و روم باستان و رنسانس در ایتالیا که تا اواخر قرن نوزدهم سرمشق همه هنرمندان کلاسیک بود، سرانجام گروهی از هنرمندان فرانسوی، بسیاری از سنت‌های رسمی (از جمله تناسب و پرسپکتیو یا ژرفانمایی) را کمابیش کنار گذاشتند تا با رهایی از قید و بند آن، بر دریافت شخصی و ادراک ذهنی خود از دنیای عینی بپردازند. هنرمندان بعدها در جریان تکوین مدرنیسم بیشتر بر ساختارگرایی پا فشردند تا اصول منجمد سنتی (فرآیندی شبیه به گذار از شعر کلاسیک به شعر نو به همت نیما یوشیج در مثالی ملموس و معاصر).

در سده نوزدهم و پس از آن بسیاری از هنرمندان از زیر یوغ اشراف و کلیسا و حکومت جدا شدند و به‌ویژه با پرداختن به زندگی طبقات مختلف اجتماعی با تمام ابعاد ذهنی و عینی آن، هنر اندیشمندانه را برکشیدند. سبک کاری این هنرمندان مبتنی بر ضربات پرهیجان قلم‌مو بر بوم و استفاده تجربی از رنگ‌ها بود. این جنبش بعدتر امپرسیونیسم یا «دریافت‌گری» نامیده شد.

از آن زمان تا به اکنون دو گرایش در هنر پابه‌پای هم پیش می‌روند: یکی گرایشی که بر «ژرفا»ی هنر تاکید دارد و سبک‌های هنری را با اعمال ظرافت‌های بیشتر، به کمال والاتری می‌رساند و دیگری گرایشی که بر افزودن به «وسعت» هنر تاکید دارد و روزبه‌روز شیوه‌های جدیدی برای بیان هنری و همچنین بازتاب آرزوها و امیدها، جهان‌بینی‌ها، نقصان‌ها و فجایع زندگی بشر می‌یابد. گرچه همپوشانی‌ها هم بسیارند و آنان که هنوز بر بازخلق زیبایی کامل در هنر تاکید دارند بر این باورند که بشر درآمیخته با شوربختی‌های بی‌انتها که خود عامل بسیاری از آنان بوده است، نیاز به درک ولو لحظه‌ای زیبایی محض دارد تا به تعادل و توازن برسد و به جنگ گرفتاری‌هایش برود. از آن زمان سبک‌های هنری یکی پس از دیگری سعی داشته‌اند که افزون بر خلق زیبایی ناب، جنبه منتقد

و اعتراضی خود را بیشتر از پیش حفظ کنند و بر آن تاکید ورزند؛ از اکسپرسیونیسم و کوبیسم و دادائیسم و سورئالیسم گرفته تا کینتیسیم و نئورئالیسم و پرفورمنس آرت و سنسیشنالیسم و استریت آرت، به هر تقدیر...

آلن دو باتن و *جان آرمسترانگ* در کتاب «هنر همچون درمان» هفت کارکرد هنر را این موارد دانسته و رسالت تمام‌قد هنر را به‌درستی بیان کرده‌اند:

۱. به‌یاد آوردن ۲. امید بخشیدن ۳. تبیین اندوه ٤. ایجاد توازن ۵. خودشناسی ٦. رشد ۷. قدردانی.

در جایی از آنان می‌خوانیم: «فایده هنر چیست؟ هدف اصلی سر و کله زدن با هنر، رسیدن به زندگی بهتر است. دستیابی به نسخه‌های بهتری از خودمان...» بگذریم.

به‌نظر *کارل گوستاو یونگ*، روان‌پزشک شهیر سوئیسی، شخصیت انسان از چند سیستم جدا، اما مربوط به هم تشکیل شده است. مهم‌ترین این سیستم‌ها عبارت‌اند از: ایگو، ناخودآگاه شخصی و عقده‌های آن، ناخودآگاه جمعی و آرکی‌تایپ‌های (کهن‌الگوهای) آن، پرسونا، آنیما، آنیموس و سایه.

یونگ جنبه حیوانی طبیعت انسان را سایه (Shad-ow) نامیده که شامل همه آن ویژگی‌های شخصیتی ماست که سعی می‌کنیم پنهان یا نفی کنیم؛ ویژگی‌هایی که از نظر دوستان و اطرافیان و از همه مهم‌تر، خود ما قابل پذیرفتن نیست. کهن‌الگوهایی که از آن‌ها خبر نداریم، پتانسیل‌هایی که بالفعل نشده‌اند و خصوصیاتی که آن‌ها را می‌شناسیم اما انتخاب نمی‌کنیم، همه در تعریف کهن‌الگوی سایه می‌گنجد. سایه در نظریه یونگ معادل نهاد در نظریه فروید است.

انسان‌ها در طول تاریخ همیشه از رنج‌ها و نقیصه‌های خود گریخته‌اند و آن را در بخش سایه شخصیت‌شان در هزارتوی ناخودآگاه به زنجیر کشیده‌اند اما تعادل روان انسان منوط به پذیرش این بخش و آشتی با آن است. پذیرفتن این‌که این نقایص بخشی از روان ماست و کوشش در جهت پذیرش آن‌چه تغییرناپذیر است و بهبود آن‌چه تغییرپذیر است. همچنان که هم‌او می‌گوید: «برای این‌که چیزی را تغییر دهیم، ابتدا باید آن را بپذیریم.»

ریشه همه ترس‌ها و اضطراب‌ها، عصبانیت‌ها و غم‌های پنهان در وجود، ریشه این‌که چرا نمی‌توانیم در بسیاری از موارد خطاهای خود و دیگران را ببخشیم، همه در این بخش از وجود ما نهفته است. یکی از بهترین راه‌ها برای پذیرش سایه روبه‌رو شدن با رنج‌ها و نقصان‌های جسمی و روحی همنوعان انسانی‌مان است. این‌که این کاستی‌ها نه ضایعات بلکه از ترکیبات اصلی جامعه انسانی است و دانستن این‌که فرار از آن‌ها که همواره خودمان نیز در معرض آن‌ایم تنها تجاهل ابلهانه‌ای همچون سر در برف فرو کردن کبک است.

نیک‌بختانه هر چه بخشی از بشریت در گنداب‌های سرد و تاریک پلیدی غوطه‌ور می‌شود، بخشی دیگر در برج‌های انسانیت پناهگاه درماندگان دنیای مدرن می‌شود؛ چه در علم و صنعت، چه در ادب و هنر و چه در ورزش.

یکی از عالی‌ترین نمودهای آشتی با سایه، مسابقات پاراالمپیک است. کوشش تحسین‌برانگیز صدها ورزشکار با معلولیت‌های مختلف که به بیشترین کمال مقدور جسمانی‌شان رسیده‌اند و در فضایی این‌چنین سالم با هم رقابت می‌کنند، این پیام را برای همه ما دارد که معلولیت جزیی از بشریت است نه تراشه‌های دورریز آن.

در مکتب «فنگ شویی» عقیده بر این است که هر ظرف لب‌پر و شیشه شکسته را فوراً دور بریزید و عوض کنید. رویکرد به این کمال‌گرایی وسواس‌گونه در مکتب «کینتسوگی»، با تدبیری که درس‌های انسانی بسیار دارد، بر این روال است که تکه‌های شکسته را با دقت بسیار با چسبی آمیخته با پودر طلا یکپارچه می‌کنند و در معرض نمایش قرار می‌دهند تا برای این موضوع تاکید کنند که این «شکست-سایه»ها بخشی از تمامیت وجودی هستند و انکار آن‌ها ما را از انسانیت دورتر می‌کند.

القصه این چند کلمه را در ذهن مزمزه کنید تا با هم آثاری از هنرمندان معاصر ببینیم که وجه مشترک‌شان توجه و تربیت نگاه ماست تا زیبایی را فقط در آرمان‌گرایی محض نبینیم. چنین باد!

دکتر افشین خداشناس
نشانی: رشت، خیابان سردارجنگل، بالاتر از داروخانه کیمیا، ساختمان و مطب پزشکی سردار جنگل
تلفن: ۳۳۵۳۵۷۷۵
Email: human_puzzles@yahoo.com