پزشکان گیل

۱۷۷

تیر ۱۳۹۷

۴۰۰۰ تومان

ماهنامه جامعه پزشکی استان گیلان

PEZESHKAN GIL

گزارش نشست وضعیت و دورنمای جایگاه طب عمومی از دیدگاه تشکیلاتی و اقتصادی

پزشکان عمومی کجای نظام سلامت هستند؟

Guilan Oncology Center

مرکز انکولوژی گیلان

GOC (Guilan Oncology Center)

کلینیک رادیوتراپی ـ انکولوژی

اولین و مجهزترین مرکز درمان تخصصی سرطان در شمال کشور

رشت، گلسار، خیابان نواب، کوچه بهار

ساختمان GOC (Guilan Oncology Center)

تلفن: ۶-۳۳۱۳۱۶۴۵، ۳۳۱۳۱۶۳۸، فکس: ۳۳۱۳۱۶۳۸

دکتر علی پزندآور

جراح و متخصص گوش، حلق و بینی

پلاستیک بینی (زیبایی بینی)

پذیرش: صبح و عصر

رشت، چهارراه میکاییل، ابتدای نامجو، ساختمان پزشکان سینا، طبقه اول
تلفن: ۳۳۳۳۴۵۲۷-۳۳۳۳۵۰۸۴

FARABI

EYE LASER CENTER

مرکز لیزر چشم فارابی

اصلاح عیوب انکساری (نزدیک‌بینی، آستیگماتیسم، دوربینی)

خدمات پیشرفته تشخیصی و درمانی

مجهز به دقیق ترین و پیشرفته ترین دستگاه های چشم پزشکی

لیزر اگزایمر SCHWIND
لیزر اگزایمر VISEX
لیزر یاگ NIDEK
لیزر یاگ ELLEX
لیزر PDT
لیزر PRP
لیزر زرد
توپوگرافی TOMY
کالیله ZIEMER
پنتاکم OCULUS
دستگاه SIRIUS SCHWIND
ویواسکن VISEX
پاکیمتری NIDEK
لنزاستار HAAG-STREIT
دستگاه CIRRUS-ZEISS OCT
(FUNDUS CAMERA (TRUE COLOR CONFOCAL SCANNER
پریمتری (سنجش میدان بینایی) HUMPHREY ZEISS
دستگاه کراس لینکینگ (جلوگیری از پیشرفت قوز قرنیه)

رشت، پل بوسار، خیابان بوسار، نرسیده به آزمایشگاه دکتر آشتیانی
جنب رادیولوژی دکتر خیابانی، طبقه سوم و چهارم
تلفن: ۳۳۱۳۳۴۸۸ - ۳۳۱۳۳۴۸۷ فکس: ۳۳۱۳۳۴۸۶

کلینیک رادیولوژی دیژیتال، سونوگرافی- الاستوگرافی و دانسیتومتری

دکتر سیدمحمد میرباقری

متخصص رادیولوژی و سونوگرافی
از دانشگاه علوم پزشکی تهران

M.R.I & C.T.Scan
از دانشگاه‌های L.M.U آلمان و MC.Gill کانادا

با توجه به نصب دستگاه‌های جدید، رادیوگرافی دیژیتال-اسکنوگرام سونوگرافی- الاستوگرافی، سنجش تراکم استخوان و... در این مرکز انجام می‌شود.

رشت، گلسار، بلوار نماز، روبه‌روی مدرسه دخترانه شاهد (فاطمه الزهرا)، مجتمع البرز
تلفن: ۳۳۱۱۸۵۶۴ - ۳۳۱۱۸۵۶۹ (۰۱۳) فاکس: ۳۳۱۱۸۵۷۳ (۰۱۳)

NHS — AACU — SIU — eau

دکتر سیّدعلاء الدّین عسکری

فوق تخصص جراحی کلیه و مجاری ادراری، نازایی

دوره‌های تکمیلی فوق تخصصی از انگلستان
عضو جامعه جراحان کلیه و مجاری ادراری آمریکا
استاد دانشگاه علوم پزشکی - Professor of Urology

ارایه تکنیک جدید جراحی اندوسکوپی PIT برای High Grade VUR و چاپ آن در مجله معتبر پزشکی آمریکا [اولین بار در جهان]

اصلاح اختلال عملکرد جنسی مردان با پیوند مخاط زبان (Lingual Mucosal Transplantation to Penile Chordee) [اولین بار در ایران]

اصلاح تنگی مجرا در زنان با پیوند مخاط زبان (Lingual Mucosal Transplantation to Female Urethra) [اولین بار در ایران]

عمل جراحی کمتر تهاجمی پروستات (Less Invasive Open Prostatectomy- No Drain, No Cystectomy) [از سال ۱۳۷۹، اولین بار در ایران]

پیوند معده به مثانه (Gastrocystoplsty) در مثانه های عصبی (Neurogenic bladder) برای پیشگیری از نارسایی پیشرونده کلیوی [سومین مرکز در کشور]

اصلاح دایمی و قطعی ناتوانی جنسی مردان به وسیله پروتز (Penile Prosthesis) [از سال ۱۳۸۵، چهارمین مرکز در کشور]

اصلاح دایمی انواع بی‌اختیاری مردان و زنان با کنترل آندوسکوپیک (Modified Gittes & Stamey, Argus, TOT, TVT) [از سال ۱۳۸۰، اولین مرکز در شمال کشور]

رشت، گلسار، خیابان نواب، داخل کوچه داروخانه دکتر آریافر، ساختمان سنا، طبقه اول
تلفن: ۳۳۱۱۳۷۹۳-۰۱۳ و ۳۳۳۲۲۵۹۶-۰۱۳

دکتر سعید سادات منصوری

فوق‌تخصص ریه و بیماری‌های تنفسی کودکان
دارای بورد فوق‌تخصصی
عضو انجمن ریه اروپا (ERS)
عضو انجمن ریه کودکان ایران

انجام اسپیرومتری
با تکنیک IOS (Oscillometry)
برای سنین «دو سال و بالاتر»

رشت ـ گلسار ـ خیابان نواب
کوچه میلاد ـ کوی ولیعصر
تلفن: ۳۳۱۱۶۲۸۷

دکتر شیرین (مهین) اصغرنیا

جراح و متخصص زنان، زایمان و نازایی

عضو هیات علمی، استادیار دانشگاه
عضو پیوسته انجمن علمی باروری، ناباروری

لاپاراسکوپی- هیستروسکوپی

برگزاری کلاس‌های ویژه برای خانم‌های باردار:
- ورزش‌های دوران بارداری و پس از زایمان
- آمادگی برای زایمان ایمن و روش‌های کاهش درد و تن‌آرامی به‌منظور رفع استرس و افزایش اعتماد به‌نفس
- آموزش شیردهی موفق و مراقبت از نوزاد

رشت، بلوار قلی‌پور، جنب بیمارستان پارس، ساختمان پارس طب، طبقه پنجم
۹۱۰۰۱۲۶۴-۹۱۰۰۱۲۶۱-۹۱۰۰۱۲۶۰

نوبت‌دهی اینترنتی: www.dr-asgharnia.com

دکتر محمدرضا امام‌هادی

IRAN-RASHT

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

آدرس جدید مطب: رشت، گلسار، فلکه صابرین، ابتدای کلباغ نماز
ساختمان آتیه، طبقه هشتم، واحد ۳

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.

بیمه درمان تکمیلی

ثبت‌نام بیمه درمان تکمیلی پزشکان، پیراپزشکان، دندانپزشکان، داروسازان و تمامی افرادی که در جامعه پزشکی مشغول به فعالیت هستند آغاز شد.

- این قرارداد در دو آیتم و با دو حق بیمه ارایه می‌گردد.
- در یک آیتم هزینه‌های بدون سقف و در بعضی موارد سقف‌دار و در آیتم دیگر تمامی هزینه‌ها سقف دار هستند.
- هر عضو می‌تواند خود، همسر، فرزندان و پدر و مادر خود را تحت پوشش بیمه درمان تکمیلی قرار دهد.
- با عنایت به موفقیت شرکت سهامی بیمه ایران در صنعت بیمه در راه‌اندازی سامانه درمان الکترونیک (سدا) بیمه‌شدگان می‌توانند خدمات درمانی، بیمارستانی و سرپایی را در مراکز طرف قرارداد بیمه ایران در سراسر کشور بدون مراجعه به بیمه‌گر دریافت کنند.
- تمامی متقاضیان بیمه درمان تکمیلی اعم از پزشکان و پیراپزشکان استان گیلان فقط در نمایندگی رسمی بیمه ایران با کد ۷۰۸۳ استان گیلان می‌توانند ثبت‌نام کنند و این نمایندگی هیچ‌گونه تعهدی در قبال ثبت‌نام در اماکن دیگر ندارد.

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

www.mirvahabi.com
Email: 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
۰۹۱۱۱۲۴۹۲۴۴۹-۰۱۳۳۳۱۱۵۵۱۱-۰۱۳۳۳۱۳۲۰۴۰

پزشکان گیل ۱۷۷

ماهنامه جامعه پزشکی استان گیلان

شماره ۱۷۷، تیر ۱۳۹۷

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 محمدکاظم پورکاظمی، دکتر رقیه حج‌فروش

دکتر بابک خطی، دکتر بابک عزیزافشاری

دکتر مهران قسمتی‌زاده، دکتر علیرضا مجیدی

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

سرمقاله

توافق بد!..۵

گزارش

پزشکان عمومی کجای نظام سلامت هستند؟.......................................۷

یادداشت

آیا پزشکان عمومی می توانند کاپیتان تیم سلامت باشند؟.................۱۴

نسخه پزشکی، کلید درمان..۱۷

وظایف گروه‌های پزشکی پس از تسلیم اظهارنامه عملکرد ۹۶.........۱۹

کلینیک

باشگاه مجلات..۲۲

کتاب

دو کتاب درباره موسولینی...۲۷

هنر و پزشکی

عکاسی هنری با اشعه ایکس!..۲۹

تاریخ رنگی گیلان...۳۴

«پزشکان گیل» متعلق به خانواده بزرگ 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.

کانال تلگرام پزشکان گیل

وب‌سایت پزشکان گیل

ما تسلیم!

چه کنند اگر تحمل نکنند زیردستان؟ تو هر آن ستم که خواهی، بکنی که پادشایی!

حالا بگو هر رجزی که روحانی و «ترامپ قمارباز» می‌خوانند، بلوف سر میز باشد؛ ما یکی تسلیم! بی پیش‌شرط، بی مذاکره! کاغذی که چند ماه پیش هر بند ۹۰-۸۰ هزار تومان بود و ماه پیش به ۱۲۰ رسید، یهو پرید روی ۱۷۵. ماه بعد را هم خدا می‌داند و سیاستمداران دو سو و کاسبان بازار ارز و سکه و کاغذ.

ما سپر انداختیم، گر تو کمان می‌کشی گو دل ما خوش مباش، گر تو بدین دلخوشی...

این شماره را لاغرتر درمی‌آوریم. صفحات که از یک حدی کم شد، صحافی هم عوض می‌شود. عجالتاً خبر فردا را هم نداریم چه رسد به ماه بعد. فقط دعا کنید، شاید یکی آن بالا بشنود!

درباره تفاهم‌نامه نظام پزشکی رشت با بانک ملی

توافق بد!

دکتر مسعود جوزی

هفته گذشته یکی از همکاران برای دریافت ۵۰ میلیون تومان تسهیلات به یکی از شعب اصلی بانک ملی رشت رفت ولی پس از دو سه روز رفت‌وآمد و نومیدی، حسابش را بست و گله‌مند بازگشت. او که به‌علت امضای تفاهم‌نامه‌ای بین نظام پزشکی رشت و بانک ملی استان به این بانک مراجعه کرده و در بدو ورود هم ۵۰ میلیون تومان در حساب خود گذاشته بود، در کمال تعجب دید وجود و عدم این تفاهم‌نامه یکی است و وی هیچ اولویتی بر سایر مشتریان ندارد.

این داستان وادارم کرد یک بار با دقت مفاد این تفاهم‌نامه را در کانال خبری نظام پزشکی رشت مرور کنم (https://t.me/rasht nezam/۲۵٤). نتیجه شگفت‌انگیز بود. در قبال تمرکز همه حساب‌های سازمان در بانک ملی، تنها یک امتیاز برای اعضا گرفته شده است: رساندن سقف تسهیلات به یک میلیارد تومان! یعنی بانک ملی برای همکاران متقاضی همان شرایطی را در نظر می‌گیرد که برای دیگر مشتریان.

البته یک‌سری خدمات معمول بانکی را به‌عنوان تعهدات طرف مقابل در تفاهم‌نامه گنجانده و بر سر ما منت گذاشته‌اند: نصب دستگاه P.O.S، ارایه خدمات ارزی، ضمانت‌نامه، سوئیفت، انجام امور بانکی بین‌المللی، صدور کارت ارزی «ملی تراست» (که گویا تا امروز هم صادر نشده)، خدمات الکترونیکی (سیستم بام، بله، کارت هدیه و ملی چک)، واگذاری صندوق امانات (خارج از نوبت و با تخفیف در میزان اجاره در آینده!) و... و تازه جالب این‌که رییس شعبه پاراگراف اول به همکار ما الزام می‌کرد برای گرفتن تسهیلات نصب دستگاه P.O.S بانک ملی و استفاده از سیستم بام و بله هم اجباری است! (بالاخره معلوم نیست این موارد جزو امتیازاتی است که بانک به ما می‌دهد یا ما به بانک!)

آقای ترامپ اصطلاح «توافق بد» را جای خوبی به‌کار نبرد ولی آن را بر سر زبان‌ها انداخت. حالا با مطالعه این

داستان با اطمینان می‌توان گفت تفاهم‌نامه نظام پزشکی رشت با بانک ملی مصداق یک «توافق بد» است!

داستان فقط این نیست که وقتی سایرِ بانک‌ها بدون هیچ‌گونه تفاهم و توافق و به‌صورت یک‌جانبه (در قالب طرح‌هایی چون «ویژه پزشکان» و... مثلاً در بانک‌های رفاه و انصار تا چند ماه پیش و بانک ملت همین حالا) تسهیلات فوری و با مزایای خاص برای پزشکان در نظر می‌گیرند، چه نیاز به چنین تفاهمی است؛ مساله مهم‌تر این است که وقتی نظام پزشکی رشت در قالب این تفاهم می‌خواهد برای اعضای خود فقط و فقط یک امتیاز بگیرد، چرا آن امتیاز باید بالا بردن سقف تسهیلات و رساندن آن به میلیارد باشد؟ چند درصد از جامعه پزشکی میانگین مانده موجودی سه تا شش‌ماهه ۲۰۰ میلیون تومانی دارند و قادر به بازپرداخت اقساط چند ده میلیون تومانی هستند که برای‌شان چنین به زحمت افتاده‌اید؟ به‌جای این امتیاز بهتر نبود همچون دوره‌ها و تفاهم‌های گذشته در همین سازمان و با همین بانک، همکاران کم‌درآمدتر و با گردش مالی کمتر را در نظر می‌گرفتید و از بانک می‌خواستید برای پرداخت تسهیلات معمول، سختگیری کمتری به‌خرج دهد؟ هدف از تفاهم، راه انداختن کار عده بیشتری از ماست یا کمک به معدودی تا در این آشفته‌بازار، ریال‌های بانک ملی را به سکه و دلار تبدیل کنند؟

بر طرف مقابل قرارداد حرجی نیست، چون از منافع سازمان خود دفاع کرده و بانکداری کشور ما متاسفانه ترجیح می‌دهد به چند مشتری دانه‌درشت و «معتبر» سرویس بدهد تا شمار زیادی از مشتریان خرده‌پا که ارایه خدمات به آن‌ها دردسر بیشتری دارد؛ اما نمایندگان ما در نظام پزشکی رشت چطور؟ به‌عنوان یکی از اعضای سازمان، از دوستان عزیزم در هیات مدیره که می‌دانم در این رویکرد تعمد نداشته‌اند، درخواست می‌کنم در این توافق تجدیدنظر کنند. نظامِ پزشکی رشت که مشاور حقوقی هم دارد، می‌تواند با پیوست یک متمم جدید، منافع جمع را در نظر بگیرد یا اصلاً قید چنین تفاهمی را بزند و با بیرون کشیدن حق عضویت و سایر منابع مالی سازمان از این بانک، اجازه دهد رقابت سالمی بین همه بانک‌ها صورت گیرد تا اعضای سازمان از میان گزینه‌های موجود، خود بهترین را انتخاب کنند.

نکته آخر: آن همکار پاراگراف اول از بانک ملی مستقیماً به شعبه بانک صادرات همان محل رفت و درخواست وام کرد که پذیرفته شد، روز بعد ضامن معرفی کرد و احتمالاً تا یکی دو روز آینده به آن ۵۰ تومان ناقابل خواهد رسید.

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 ۳۳۳۶۷۷۳۰-۰۱۳ 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

گزارش نشست وضعیت و دورنمای جایگاه طب عمومی از دیدگاه تشکیلاتی و اقتصادی

پزشکان عمومی کجای نظام سلامت هستند؟

پزشکان عمومی کجای نظام سلامت هستند؟
آیا می‌توانند کاپیتان تیم سلامت باشند؟
آیا این کار از لحاظ علمی و اجرایی «شدنی» و از نظر اقتصادی «به‌صرفه» است؟
نظر کارشناسان علمی و صنفی و وزارت بهداشت در این‌باره چیست؟

این پرسش‌هایی بود که در نشست «وضعیت و دورنمای جایگاه طب عمومی از دیدگاه تشکیلاتی و اقتصادی»، نخستین نشست از مجموعه «نشست‌های موضوعی نظام سلامت» انجمن پزشکان عمومی ایران، مطرح شد. در این نشست که صبح چهارشنبه ۲۰ تیر ۱۳۹۷ در آمفی‌تئاتر کتابخانه دانشگاه علوم پزشکی ایران برگزار شد، ابتدا دکتر عباس کامیابی، رییس انجمن پزشکان عمومی ایران، در سخنانی هدف از این مجموعه نشست‌ها را اعلام کرد و در ادامه سه تن از صاحب‌نظران اقتصادی، آموزشی و مدیریتی نظام سلامت درباره عناوین زیر سخن گفتند:

– دکتر سعید نمکی، معاون علمی، فرهنگی و اجتماعی سازمان برنامه و بودجه: هزینه–اثربخشی، سطح‌بندی و رهبری پزشکان عمومی در تیم سلامت

– دکتر آبتین حیدرزاده، دبیر پیشین شورای آموزش پزشکی عمومی کشور: الزامات علمی و مهارتی برای ایفای نقش پزشکان عمومی

– دکتر علی‌اکبر حقدوست، معاون برنامه‌ریزی راهبردی و هماهنگی وزارت بهداشت: اهداف و مواضع وزارت بهداشت درباره جایگاه پزشکان عمومی در تیم سلامت.

مجری این نشست که با برگزاری پنل پرسش و پاسخ توسط سه سخنران و اظهار نظر همکاران شرکت‌کننده به پایان رسید، دکتر مسعود جوزی، مدیر رسانه و ارتباطات انجمن پزشکان عمومی ایران بود.

در ادامه علاوه بر ارایه مهم‌ترین فرازهای مباحث مطرح‌شده در این نشست، یادداشت دکتر مهران قسمتی‌زاده، رییس شورای هماهنگی انجمن پزشکان عمومی ایران، را که پیش از برگزاری این نشست و با موضوع انتظارات پزشکان عمومی از آن منتشر شده بود، تقدیم می‌کنیم.

فایل‌های صوتی این نشست را نیز می‌توانید در سایت (isgp.ir/۶۴۵۰) یا کانال تلگرامی (t.me/isgp_ir/۸۱۸۷) انجمن پزشکان عمومی ایران بشنوید.

• پزشکان عمومی از طرح تحول نصیبی نداشتند

• نیمی از پزشکان عمومی به کارهایی جز طبابت می‌پردازند

دکتر عباس کامیابی

رییس انجمن پزشکان عمومی ایران

– از لحاظ تشکیلاتی بحث هویت جامعه پزشکان عمومی مد نظر است. باید جایگاه پزشکان عمومی در نظام سلامت و نقش آن‌ها را بررسی کنیم. موضوع دیگر این است که در حوزه تصمیم‌سازی و مدیریتی این نظام پزشکان چه نقشی دارند. از نظر اقتصادی نیز باید وضعیت درآمد این پزشکان را مد نظر قرار بدهیم.

– وقتی می‌گوییم پزشکان عمومی عمود خیمه سلامت و صف اول خدمات هستند، آیا متناظر با این موضوع درآمد دارند یا خیر؟ اگر سطح یک خدمات سلامت اهمیت دارد، چقدر در این سطح هزینه و سرمایه‌گذاری شده است؟ این مباحث نیاز به بررسی بیشتر دارد.

– وقتی شبکه‌های بهداشت ایجاد شد، پزشک عمومی رهبر تیم سلامت بود. در آن زمان برای این‌که پزشکان به تعداد کافی نبودند از پزشکان خارجی استفاده شد. شروع نظام شبکه و سطح‌بندی نظام سلامت با مدیریت پزشکان عمومی بود، اما در حال حاضر بسیاری از پزشکان ایرانی در حال مهاجرت به کشورهای دیگر هستند. ده‌ها میلیون تومان برای تربیت پزشک عمومی هزینه می‌شود تا آن‌ها وارد بازار درمان شوند، اما این پزشکان در واقع برای کشورهای دیگر تربیت می‌شوند.

– اکنون با محدودیت‌هایی مواجه هستیم. در حال حاضر تخصص‌گرایی وجود دارد و دامنه طب عمومی به‌طور مرتب محدود می‌شود. در سطح تشکیلات ستادی نیز با محدودیت مواجهیم. برای تصدی پست‌های مدیریتی نیاز به هیات علمی بودن است، در حالی که بسیاری از جاها نیازی به این محدودیت‌ها نیست. روز به روز آزمایش‌هایی که پزشکان عمومی برای تشخیص در سطح یک نیاز دارند محدود می‌شود. حتی محدودیت در تجویز آنتی‌بیوتیک وجود دارد. سیاست‌ها با مسایل حوزه اجرا ناسازگار است. به‌تازگی داروهای بدون نسخه از پوشش بیمه خارج شد، یعنی همان داروهایی که پزشکان عمومی بیشتر تجویز می‌کردند.

– در دولت یازدهم و دوازدهم شاهد اهمیت یافتن سلامت عمومی بودیم و این موضوع جای تشکر دارد، ولی جامعه پزشکان عمومی از طرح تحول سلامت نصیبی نداشتند. باید دید چقدر از این هزینه مربوط به خدمات درمانی در سطوح یک، دو و سه است. در برخی موارد اتفاق افتاده که بودجه پزشک خانواده در جاهای دیگری صرف شده است.

– پذیرش دانشجو نسبت به ظرفیت دانشگاه‌ها و منابع بسیار بالاتر است. از ظرفیت پزشک عمومی باید در نظام ارجاع و پزشک خانواده استفاده شود. در غیر این صورت پزشکان عمومی که در روستاها کار می‌کنند، دلسرد می‌شوند. باید توجه کرد که چقدر در حوزه پاراکلینیک و هزینه‌های القایی سخت می‌گیریم و چرا تا این حد بر پزشکان عمومی سخت گرفته می‌شود.

• طرح تحول سلامت بدون مقدمات آن اجرا شد

• پزشک خانواده بدون نظام ارجاع بی‌معنی است

دکتر سعید نمکی

معاون علمی، فرهنگی و اجتماعی سازمان برنامه و بودجه

– طرح تحول سلامت ٤ مقدمه داشت که اجرا نشد. پزشک خانواده، نظام ارجاع، پرونده الکترونیک سلامت و راهنماهای بالینی مقدمه شروع چنین حرکت بزرگی بود که فراهم نشد و یکی از کاستی‌ها در شروع این برنامه بود. این طرح به‌عنوان یکی از کارهای زیربنایی و اساسی دولت تدبیر و امید و در زمانی که هزینه‌های درمان برای مردم سنگین شده بود، شروع شد ولی متاسفانه این طرح درمان‌محور شد، نه سلامت‌محور و و پیشگیری‌محور. متاسفانه پزشک‌محور شد، نه خدمت‌محور. بخش خصوصی لطمه دید و در طرح تحول سلامت به آن پرداخته نشد.

– طرح تحول سلامت با محدودیتی که در بسته‌ها اجرا شد، راه خود را منطقی‌تر طی خواهد کرد. این‌که مراکز بهداشتی و درمانی در حاشیه شهر ایجاد کنیم و اسم آن را پزشک خانواده بگذاریم، معنی ندارد. پزشک خانواده بدون نظام ارجاع بی‌معنی است. اگر پیوند بین سطح یک و دو اتفاق نیافتد، پزشک خانواده به‌درستی اجرا نشده است.

– حدود ۵ هزار میلیارد تومان برای پزشک خانواده پرداخت شد، اما وقتی دیدیم که در جای درستی هزینه نمشی‌شود، ترمز آن را کشیدیم. از طرفی این قول نیز داده شد که اگر این فعالیت به‌درستی انجام شود، بودجه مورد نیاز تامین و پرداخت شود. با یک تلاش سه‌ماهه می‌توان همه پزشکان عمومی را در طرح پزشک خانواده استفاده کرد. منابع باید در جایی هزینه شود که بهترین بهره‌وری اتفاق بیافتد. کاری که الان در وزارت بهداشت دنبال می‌شود، کاری منطقی و صحیح است.

– باید تشکیلات در نظام سلامت مورد بازنگری قرار بگیرد. آینده آموزش، پژوهش و بهداشت غرق در چاه درمان می‌شود. در ابتدای ادغام آموزش در وزارت بهداری، ما هشدار داده بودیم که این کار خطای استراتژیک است.

– کیفیت ناصحیح زندگی، تغذیه نادرست و چاقی افراد را مستعد بیماری‌هایی همچون دیابت و مشکلات قلبی می‌کند. به‌دلیل این‌که اکنون کودکان چاق زیادی داریم، در آینده CCU و ICUهای ما بسیار شلوغ خواهد شد، در حالی که با ورود پزشکان عمومی و آموزش مردم می‌شد از این مساله پیشگیری کرد. از طرفی، در آینده هزینه‌های سنگین سالمندی به کشور تحمیل خواهد شد. متاسفانه ما سالمندانی افسرده داریم که جوانی نکرده پیر شده‌اند. سالمند افسرده، پرهزینه است. این سالمند آزمایش‌های

دوره‌ای انجام نمی‌دهد و... این کوه انبوه مشکلات باید توسط پزشکان عمومی مدیریت شود.

– حدود ۱۲ میلیون نفر از جمعیت کشور در حاشیه شهرها مستقر هستند و به‌دلیل خشکسالی و مهاجرت از روستاها این تعداد بیشتر هم می‌شود. چطور می‌توان با متخصصان، مساله حاشیه شهرها را حل کرد؟ این مشکلات باید به دست پزشکان عمومی اداره شود. جامعه به‌شدت افسرده‌ای داریم. سلامت روان به‌هم‌ریخته در بسیاری از مشکلات اجتماعی بروز می‌کند. در این بخش هم نمی‌توان اولین ارتباط با بیمار را برعهده روانپزشک گذاشت، بلکه پزشک عمومی باید در مدیریت سلامت روان نقش‌آفرینی کند.

– موافق افزایش تخت‌های بیمارستانی نیستیم. یک تخت بیمارستانی در ارزان‌ترین شرایط حداقل یک میلیارد تومان هزینه دارد. در حالی که اگر بتوان بیمار را در کلینیک توسط پزشک عمومی معاینه کرد و کار بیمار به ICU و CCU نکشد، هنر کرده‌ایم. دلیلی ندارد به‌دنبال توسعه تخت در جاهایی برویم که هنوز کلینیک و درمان سرپایی توسعه نیافته است. از نگاه من پزشکان عمومی محور اصلی توسعه نظام سلامت هستند.

– در سال‌های بعد از انقلاب در دستاوردهای سلامت در ۲۳ کشور مدیترانه رتبه اول را کسب کردیم و در گسترش واکسیناسیون و شاخص‌های دیگر توانستیم در دنیا بدرخشیم. اگر بخواهیم دو نیروی انسانی شاخص را در این دستاوردها نام ببریم، بهورزها و پزشکان عمومی هستند که سهل‌الوصول‌ترین و کم‌هزینه‌ترین با اثربخشی بالا بودند. کودکان کشور در مقابل ٦ بیماری مهلک واکسینه شدند.

– در حال حاضر از بیماری‌های واگیر به سمت بیماری‌های غیرواگیر می‌رویم و چالش‌های بسیار هزینه‌برداری در نظام سلامت داریم. اگر همه منابع را هم به‌سمت درمان ببریم جواب نمی‌گیریم زیرا وزارت بهداشت کمترین تاثیر را در برابر کنترل مشکلاتی مانند حوادث و تصادف و سبک زندگی دارد. اگر بخش‌های دیگر مداخله نکنند، نمی‌توان توفیقی داشت. در ارزان‌ترین کشورهای دنیا خرج یک بیمار در CCU معادل هزینه واکسیناسیون یک شهرک است.

• پرونده بعضی بسته‌های طرح تحول بسته شده ولی روح کلی آن حفظ می‌شود

• به‌زودی ویزیت در کلینیک‌های ویژه با نظام ارجاع خواهد بود

دکتر علی‌اکبر حقدوست

معاون برنامه‌ریزی راهبردی و هماهنگی وزارت بهداشت

– متاسفانه همه نظام‌های سلامت دنیا به‌درجاتی دچار بیماری هستند و نظام سلامت ما هم کمی شدیدتر و به‌سادگی درمان نخواهد شد. در بخش‌های مختلف وزارت بهداشت تناقضات زیادی وجود دارد که یکی از آن‌ها درباره مدیریت طب عمومی است. آن‌چه در اسناد بالادستی و کوریکولوم آمده با آیین‌نامه‌ها و چیزی که در عمل اتفاق می‌افتد متفاوت است.

– چه بپذیریم پزشکی مجازی جای طبابت فعلی را می‌گیرد یا خیر، سرعت تغییرات بالا رفته است. در حال حاضر آموزش بعضی مباحث IT به دانشجویان پزشکی ضروری‌تر از بعضی مباحث بیوشیمی و آناتومی است. ما با انقلاب بسیار سریع و جدیدی در حرفه پزشکی مواجه هستیم که آمادگی تطابق با آن را نداریم. همین حالا هم جراحی‌های روباتیک در کشور ما عملی شده و دیگر تخیلی نیست. بنابراین آموزش پزشکی خانواده و سردسته این تیم یعنی پزشک خانواده باید متناسب با شرایط جدید باشد.

– بعضی مشکلات مختص وزارت بهداشت نیست. ما کار تیمی و برنامه‌ریزی بلندمدت را یاد نگرفته‌ایم. پایبندی به مستندات خودمان هم نداریم. در این شرایط بارها از انجمن پزشکان عمومی خواسته‌ایم برای تولید سندی با وزارت بهداشت همکاری کند تا راه توسعه و تعالی پزشکی عمومی از جمله میزان نیاز ما به پزشکان عمومی، توزیع آن‌ها در سطح کشور، وظایف، مکانیسم نظام پرداخت و ارتباط‌شان با کل شبکه ارایه خدمت و... روشن شود.

– اگر نقشه جامع طب عمومی برای کشور طراحی شود، از طرف وزارت بهداشت قول می‌دهم حتی در سطوح فراوزارتی مانند مجلس و سازمان برنامه و بودجه و... برای تصویب آن رایزنی کنیم؛ ولی نگاه ما به مسایل نباید فقط صنفی باشد، بلکه باید با نگاه کل‌نگر اولویت ما سلامت جامعه باشد که در این صورت دفاع از منافع صنفی هم قابل پذیرش خواهد بود. امیدوارم خروجی این نشست تشکیل کارگروهی برای طراحی این نقشه باشد.

– اگر طرح تحول سلامت را در حد چند بسته بدانیم، به نکاتی در اجرا رسیده‌ایم که پرونده بعضی از این‌ها باید بسته شود. مثلاً حتی اگر منابع مالی هم باشد، مقیمی و ماندگاری را دیگر ضروری نمی‌دانیم. در حال حاضر بعضی بسته‌های طرح تحول به‌دلیل شرایط جدید و این‌که بعضی مختصات آن در آغاز دیده نشده بود، تعدیل می‌شود اما تلاش ما آن است که روح طرح را حفظ کنیم. یکی از پیام‌های اصلی طرح تحول ارایه خدمات به اقشار آسیب‌پذیر بود که هر اقدامی را که در جهت این هدف باشد، جزو طرح تحول می‌دانیم و دیگر دنبال حفظ بسته‌ها نیستیم.

– یکی از مهم‌ترین گلوگاه‌های اصلاح در نظام سلامت، پزشکی خانواده، نظام ارجاع و پرونده الکترونیک سلامت است که نقش پیش‌نیازی پرونده الکترونیک از بقیه مهم‌تر است و می‌توانم بگویم رشد آن در ۵ ماه گذشته بیش از ۵ سال پیش بوده و از نظر امنیت و محرمانگی هم پیشرفت داشته است. از ۲۷ اسفند تمام استفاده‌کنندگان خدمات سلامت پیامک می‌گیرند که از خدمات ارایه‌شده راضی بوده‌اید یا خیر.

– به‌زودی و تا نیمه‌های امسال مدل ویزیت در کلینیک‌های ویژه عوض خواهد شد. سطوح یک و دو با هم ارتباط خواهند داشت و ویزیت در این کلینیک‌ها از طریق نظام ارجاع خواهد بود؛ یعنی خارج از نظام ارجاع یا ویزیت نخواهند شد یا خارج از بیمه خواهند بود. گفتن این موضوع در حد حرف آسان است ولی هم از نظر مقاومت‌هایی که در ستاد و ارایه‌کنندگان خدمت وجود دارد و هم از لحاظ زیرساخت‌های اجرایی چالش‌های زیادی خواهد داشت که برای تحقق آن باید جنگید.

• آموزش‌های جدید برای کاپیتان‌های تیم سلامت: یک سال کارورزی پزشکی خانواده و شش ماه آموزش مجازی مدیریت و گایدلاین‌ها برای دانشجویان پزشکی

• طرح‌های پودمانی کوتاه‌مدت برای ۱۲ تا ۱۵ هزار پزشک عمومی

دکتر آبتین حیدرزاده

دبیر پیشین شورای آموزش پزشکی عمومی کشور

در نشست جایگاه طب عمومی

– سند توانمندسازی پزشکان عمومی سال‌ها پیش تهیه و ابلاغ شده است. در این سند ۷ مهارت برای فارغ‌التحصیلان پزشکی عمومی پیش‌بینی شده است: اقدامات بالینی؛ برقراری ارتباط با بیمار؛ مراقبت بیمار (تشخیص، درمان و بازتوانی)؛ ارتقای سلامت و پیشگیری؛ پیشرفت فردی و فراگیری مستمر؛ تعهد حرفه‌ای، اخلاق و حقوق پزشکی؛ استدلال، تصمیم‌گیری و حل مساله (برای رسیدن به تشخیص و درمان با کمترین هزینه).

– در برنامه‌ای که مبتنی بر این سند نوشته‌اند جایگاه شغلی دانش‌آموختگان طب عمومی در مراکز بهداشتی- درمانی [دولتی]، مراکز خصوصی (مطب‌ها)، بیمارستان‌ها، موسسات دولتی و غیردولتی مرتبط با نظام سلامت و مراکز آموزشی و تحقیقاتی دانسته و گفته شده پزشکان عمومی اولین نقطه تماس مردم با نظام سلامت هستند و نقش هدایتگری و نیز هماهنگ‌کنندگی سایر ارایه‌کنندگان خدمات سلامت را دارند.

– در وظایف حرفه‌ای هم در کوریکولوم مسوولیت مطب و سایر مراکز مجاز خدمات سلامت، ارایه خدمات سلامت منطبق با ضوابط وزارت بهداشت، ارایه خدمات مشاوره‌ای و آموزش سلامت، مشارکت در کلیه فعالیت‌های آموزشی و پژوهشی، ارایه خدمات کارشناسی و نیز مشارکت در فرایندهای مدیریتی نظام سلامت به‌طور واضح آمده است.

– پس بر اساس کوریکولوم و سند توانمندسازی، پزشکان عمومی روی کاغذ می‌توانند کاپیتان تیم سلامت باشند ولی در عمل پزشکان عمومی به حد کافی در عرصه آموزش نمی‌بینند، با نظام سلامت و همین اندک گایدلاین‌های موجود و سیستم‌های تصمیم‌گیری و مدیریتی این نظام آشنا نمی‌شوند، یعنی این آموزش‌ها در دانشگاه‌ها ارایه نمی‌شود. اگر قرار باشد دانش‌آموختگان پزشکی عمومی به‌عنوان پزشک خانواده خدمت کنند، باید حداقل شش ماه در دوران دانشجویی به‌عنوان کارورز کار کرده باشند، ولی دریغ از یک روز.

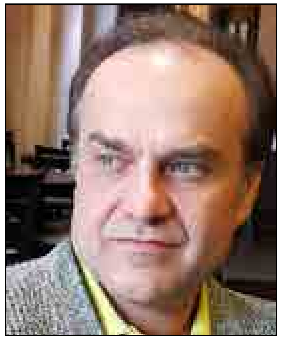
– بنابراین در عمل خروجی دانشگاه‌های ما پزشک عمومی کاپیتان تیم سلامت نیست؛ پزشکی است که در بیمارستان‌ها آموزش دیده و با بیماری‌ها آشناست ولی با مدیریت بیماران خیر. در نتیجه در چند سال اولیه طبابت به‌صورت خودآموز کار در عرصه را تمرین می‌کنند. تازه این‌ها آن درصدی هستند که طرح می‌روند، در حالی که بقیه که مستقیم به تخصص می‌روند یا جذب کارهای دیگر می‌شوند هیچ‌وقت آن کارآموزی را انجام نمی‌دهند.

– اما چه کارهایی اخیراً انجام شده است؟ در کوریکولوم جدید در تمام روتیشن‌های ماژور بالینی، آموزش عرصه در کلینیک پزشک خانواده و مرکز جامع خدمات سلامت دیده شده است و بر این اساس یک دوره یک‌ساله کارورزی را طراحی کرده‌ایم. همچنین یک دوره شش‌ماهه مجازی الکترونیک هم طراحی کرده‌ایم که آموزش‌های مدیریتی و گایدلاین ارایه شود.

– الان مشکل ما کمبود عرصه‌های آموزشی بهداشتی است که به تمام دانشگاه‌های کشور ابلاغ شده دو تا از مراکز جامع خدمات سلامت را به مراکز جامع خدمات سلامت آموزشی تبدیل کند. البته باید این‌ها را متخصصان پزشکان اجتماعی آموزش می‌دادند که متاسفانه اخیراً پذیرش دستیاران تخصصی در این رشته متوقف شده است. ولی امید ما این است که با فعالیت‌های اخیر، خروجی رشته پزشکی عمومی با نیازهای نظام سلامت منطبق شود. قطعا این خروجی متخصص پزشکی خانواده نیست ولی ما برای گسترش خدمات سلامت در کشور نیازی به متخصصان پزشک خانواده نداریم و با طرح‌های پودمانی کوتاه‌مدت امکان تربیت ۱۲ تا ۱۵ هزار پزشک عمومی در زمانی کوتاه فراهم است.

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

دنیا این‌قدر شلوغ شده است که گاهی خبرها از دست‌مان می‌پرد؛ با این‌همه نباید خبر انتخاب شایسته **دکتر مهران قسمتی‌زاده** به ریاست نظام پزشکی لاهیجان جا می‌افتاد. مهران در این جایگاه ارجمند، جانشین دکتر وارسته عزیز و ازیادنرفتنی شده است و همین‌که همکاران در او این توان و شایستگی را دیده‌اند، جای تبریک مضاعف دارد. هرچند، به‌عنوان دوست و برادر مهران و خانواده‌اش، از شنیدن این خبر خیلی خوشحال نشدم و ترجیح می‌دادم مَسوولیتی اضافه بر عضویت در هیات مدیره انجمن پزشکان عمومی ایران و اندیشیدن و نوشتن در باب اوضاع آشفته نظام سلامت نپذیرد، با این حال، اصل انتخاب خود او و همکاران سخت‌کوش و بافرهنگ لاهیجانی است. مبارک باشد مهران!
مسعود جوزی



به بهانه نشست

«وضعیت و دورنمای جایگاه طب عمومی از دیدگاه تشکیلاتی و اقتصادی»

آیا پزشکان عمومی می‌توانند کاپیتان تیم سلامت باشند؟

دکتر مهران قسمتی‌زاده

۱. جایگاه پزشکان عمومی، از ایده‌آل تا واقعیت

با خواندن تیترهای بالا، این پرسش‌ها به ذهن خواننده خطور می‌کند:

۱. هم‌اکنون در کشور ما کاپیتان تیم سلامت کیست؟

۲. آیا برای «تامین سلامت یا حفظ آن» یا «مبارزه با بیماری و پیشگیری از آن» (که تا حد زیادی بار معنایی عبارت اول را با خود همراه دارد) در کشور ما تیم سلامت وجود دارد؟ اصلاً به وجود این تیم نیاز است تا برای آن کاپیتان انتخاب کنیم؟

۳. آیا جایگاه کنونی طب عمومی جایگاه مناسبی نیست که هم‌اکنون به این فکر افتاده‌ایم که با بحث روی این جایگاه درصدد ارتقای آن باشیم؟

۴. آیا تغییر این جایگاه به‌جز تغییر در سرنوشت حرفه‌ای پزشکان عمومی، در مولفه‌های دیگر نظام سلامت و در نهایت مهم‌ترین هدف آن، یعنی تامین سلامت مردم، نقش خواهد داشت؟

۵. آیا علت این‌که انجمن پزشکان عمومی ایران این برنامه را تدارک دیده و تاکنون هیچ‌یک از سایر تصمیم‌گیران و تصمیم‌سازان نظام سلامت، از جمله متولی آن یعنی وزارت بهداشت، به بررسی این جایگاه نپرداخته، بدان معناست که این جایگاه فقط از نظر پزشکان عمومی و انجمن‌شان مهم است و دارای اهمیت چندانی برای تصمیم‌گیران اصلی نظام سلامت نیست؟ و اگر هست، چرا در تبیین این جایگاه اقدامی نکرده‌اند؟

۶. آیا این جایگاه از نظر تشکیلاتی در اقتصاد سلامت نیز تاثیر دارد؟

اما از عنوانی که برای این نشست انتخاب شده کاملاً مشخص است که نقطه عزیمت این بررسی باید وضعیت موجود باشد و با توجه به ظرفیت‌های نظام سلامت کشورمان به آن‌چه جایگاه نسبتاً ایده‌آل یا قابل قبول برای

پزشکان عمومی است، برسد. در عین‌حال و طی این سفر زمانی، به اهداف مورد نظر برای مردم (دریافت‌کنندگان خدمات سلامت) و پزشکان عمومی (بخشی مهم در عرضه‌کنندگان خدمات سلامت) ختم شود.

به‌همین دلیل امیدوارم سخنرانان و شرکت‌کنندگان در این گفت‌وگوی کارشناسی فقط به بیان ایده‌آل‌های خود در مورد جایگاه پزشکان عمومی نپردازند؛ ایده‌آل‌هایی که به‌عنوان پتانسیل‌های موجود معرفی می‌شوند و تنها بر روی کاغذ زیبا می‌مانند و در عمل منجر به هیچ تغییر موثری در مناسبات نظام سلامت نمی‌شوند. امیدوارم سخنرانان پای خود را روی زمین سفت واقعیات موجود نظام سلامت قرار دهند تا اگر قرار است در نهایت پیشنهاد یا راهکار ارایه کنند، این ارتباط با واقعیت سبب شود که رهنمودهای آنان به کار تصمیم‌گیران و بازیگران نظام سلامت بیاید.

اما این واقعیات چیست؟

۲. کار تیمی

اگر از شما بپرسند که در شرایط کنونی و با پیشرفت علم و گسترش خدمات پزشکی، می‌توان خدمات مطلوب را به‌طور انفرادی به بیمار ارایه کرد، چه پاسخی می‌دهید؟

آیا وقتی یک بیماری جنبه‌های گوناگون پیدا می‌کند و در عین‌حال ارگان‌های مختلف بدن را دچار می‌کند، آیا یک فرد با تخصص خاص می‌تواند به‌تنهایی نیازهای بیمار را پاسخگو باشد؟

آیا وقتی معتقد باشیم که باید با آموزش، از خود بیمار نیز در کنترل و درمان بیماری کمک گرفت، می‌توانیم ادعا کنیم که این آموزش در سایر خدمات سلامت از عهده یک نفر برمی‌آید؟

در پاسخ به این پرسش‌ها، مسلماً همگی متفق‌القول هستیم که در شرایط کنونی مطلوب‌ترین شرایط ارایه خدمات، ارایه تیمی آن است؛ نکته‌ای که تمامی نظام‌های موفق سلامت دنیا نیز بدان رسیده‌اند و برای ارایه خدمات به این شیوه برنامه‌ریزی‌های متنوعی چه در عرصه آموزش کادر درمان و چه بیماران و چه در زمینه شیوه‌های ارایه خدمات کرده‌اند.

اما در ایران چه؟

چرا وقتی به ما می‌رسد، رابطه درمانگر و بیمار به یک رابطه دونفره تقلیل می‌یابد؟

چرا در نظام سلامت ما این‌گونه القا شده که تمامی رهنمودهای درمانی باید از یک ویزیت حداکثر ۵ دقیقه‌ای (در اکثریت موارد) به‌دست آید؟

چرا درمانگران و پزشکان ما برای ارایه خدمات به مشورت با یکدیگر نیاز ندارند؟

چرا بیمار در تصمیم‌گیری‌های درمانی خود چندان دخیل نیست؟

مسلماً مهم‌ترین علت این امر را نه در بی‌نیازی به کار تیمی و حتی نه در ضعف ما ایرانیان در کار تیمی، بلکه باید در بینش تصمیم‌گیران و بی‌اعتقادی آنان به کار تیمی جستجو کرد و این امری نیست که فقط درباره تصمیم‌گیران پیشین نظام سلامت مصداق داشته باشد، بلکه متولیان کنونی وزارت بهداشت نیز نشان داده‌اند که آن‌ها نیز به ارایه تیمی خدمات چندان علاقه‌ای ندارند.

دلیل بسیار واضح نیز این‌که طی دوره وزارت فعلی، نه آموزش کار تیمی به درمانگران نظام سلامت را در فهرست وظایف خود قرار داده‌اند و نه در تشکیل تیم‌های سلامت قدمی محسوسی برداشته‌اند. بزرگ‌ترین گام ایشان در این حوزه تاسیس پلی‌کلینیک‌های تخصصی و فوق‌تخصصی بود که در آن‌ها نیز به روال پیشین، ویزیت بیماران نه در چهارچوب کارگروهی سطح‌های درمانی ۱ و ۲ و ۳ ارایه خدمات، بلکه به‌صورت ویزیت سرپایی ۲–۵ دقیقه‌ای توسط پزشکان متخصص و فوق‌تخصص انجام می‌شود.

نکته دیگر این‌که به‌جز عزم تصمیم‌گیران نظام سلامت برای ارایه خدمات تیمی، توجه به موارد زیر نیز لازم است:

۱. باید خط ارتباطی چون پرونده الکترونیک سلامت باشد که اعضای تیم را به هم وصل کند.

۲. باید راهنمای بالینی مورد تایید اعضای تیم باشد که براساس آن با یکدیگر هماهنگ شوند.

۳. باید آموزش‌های لازم به اعضای تیم سلامت و بیمار داده شود تا جایگاه خود را در تیم سلامت بیابند.

۴. باید ارایه تیمی خدمات از سوی متولیان سلامت و نهادهای مورد اعتماد مردم تبلیغ شود تا مردم این شیوه استفاده از خدمات را جایگزین روش پیشین کنند.

اما متاسفانه در چندین سال اخیر نه‌تنها در این موارد قدمی برداشته نشده، بلکه همچنان بر طبل عرضه انفرادی و حداقلی خدمات کوبیده شده است. حال شما پاسخ دهید: ما اصلاً تیمی داریم که برای آن کاپیتان بخواهیم؟

۳. جایگاه کاپیتان

بیایید برای مدتی کوتاه، همان‌گونه که انجمن پزشکان عمومی ایران اعتقاد دارد و با برپایی این نشست قصد دارد اعتقاد خود را با صاحب‌نظران و تصمیم‌گیران نظام سلامت در میان گذارد، ما نیز تایید کنیم که جایگاه پزشکان عمومی در نظام سلامت جایگاه کاپیتانی است و باید از این منظر در نظام سلامت اثرگذار باشد. در این صورت مسلماً باید بپذیریم که این نقش کاپیتانی و رهبری به‌راحتی مهیا نخواهد شد و سایر بازیگران و عرضه‌کنندگان خدمات سلامت و مردم (به‌عنوان افراد برخوردار از خدمات سلامت که به شیوه‌های پیشین دریافت خدمات و بدون حضور این کاپیتان خو گرفته‌اند) این نقش را نخواهند پذیرفت مگر این‌که:

۱. بر توانایی و احاطه ایشان بر علم روز آگاهی داشته باشند؛ امری که با پیشرفت روزافزون علم پزشکی، نیازمند آموزش‌های به‌روز در تمامی جوانب تئوریک و مهارتی است.

۲. افزون بر علم کاپیتان، قوانین و مناسبات و آیین‌نامه‌های بالینی حاکم بر نظام سلامت از جایگاه پزشکان عمومی در این نظام حمایت کند.

۳. سازمان‌ها و نهادهای ارایه خدمات سلامت متناسب با این جایگاه تعریف شده و شرایط را فراهم کنند.

۴. به مردم درباره این جایگاه و نقشی که این کاپیتان می‌تواند در بهبود کارایی نظام و اقتصاد سلامت بازی کند، آموزش‌های لازم داده شود.

۵. ابزارهای مداخله‌ای لازم برای ارایه خدمات در اختیار کاپیتان قرار گیرد.

۶. اقدامات لازم در مورد افزایش اعتماد به‌نفس کاپیتان به‌منظور ایفای نقش ویژه خود به‌عمل آید.

حال بیایید واقعیات جامعه ما را با آن‌چه در بالا آمد مقایسه کنیم:

۱. دوره‌های آموزشی و مهارتی پس از فارغ‌التحصیلی که به‌طور واقعی منجر به افزایش توان مداخله بالینی پزشکان عمومی شود، به تعداد انگشتان دست نمی‌رسد؛ به‌طوری که حتی بخشنامه توانمندسازی وزارت بهداشت مدت‌هاست در بایگانی این وزارتخانه خاک می‌خورد. این امر را وقتی با گسترش آموزش‌های دوره‌های تخصصی و فوق‌تخصصی مقایسه کنید، متوجه می‌شوید چقدر بر آموزش پزشکی ما فضای تخصص‌گرایی حاکم است.

۲. در نظام سلامت کشور ما پزشکان عمومی حتی در بورد تخصصی پزشک عمومی جایگاهی ندارند، در حالی که در سایر کشورها تمامی اعضای این بورد را پزشکان عمومی تشکیل می‌دهند.

۳. پزشکان عمومی، به‌واسطه پزشک عمومی بودن، نمی‌توانند به عضویت هیات‌های عملی درآیند و چون عضو هیات‌های علمی نیستند نمی‌توانند هیچ پژوهش علمی مستقلی انجام دهند و دانشگاه‌ها از این پژوهش‌ها حمایت نمی‌کنند.

۴. پزشکان عمومی، حتی با وجود گسترش بیماری‌های شایعی چون دیابت، نمی‌توانند به‌طور مستقل به تاسیس درمانگاه‌های دیابت بپردازند و حتی مسوولیت فنی درمانگاه‌های تخصصی را برعهده گیرند.

۵. پزشکان عمومی بسیاری از داروهای رایج بیماری‌های شایع را نمی‌توانند برای بیماران بیمه‌شده تجویز کنند چون تحت پوشش بیمه‌های پایه و مکمل قرار نمی‌گیرد.

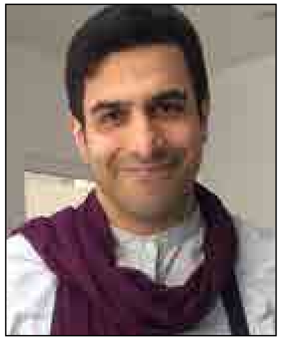
۶. بسیاری از ارزیابی‌های بالینی و مداخلات تشخیصی در مورد بیماری‌های شایع در دسترس پزشکان عمومی قرار ندارد. عملاً بیماران برای استفاده از این روش‌های تشخیصی، حتی می‌توانند به متخصص غیرمرتبط با بیماری خود مراجعه کنند اما پزشک عمومی مجاز به درخواست آن‌ها در دفترچه بیمه بیماران خود نیست.

۷. به‌طور مداوم در رادیو تلویزیون و رسانه‌های گروهی حتی در مورد پیش‌پاافتاده‌ترین بیماری‌ها تبلیغ می‌شود که برای درمان به پزشکان متخصص مراجعه کنید.

۸. ناامیدی و نبود رضایت شغلی سبب شده که بسیاری از پزشکان عمومی یا مهاجرت از وطن را انتخاب کنند یا خود را در صف انتظار امتحان‌های رزیدنتی قرار دهند.

انتظار ما از سخنرانان نشست «وضعیت و دورنمای جایگاه طب عمومی از دیدگاه تشکیلاتی و اقتصادی» این است که در میان سخنان خود و در میان رهنمودهای اصلاحی خود، تناقضات بالا را پاسخگو باشند تا شاید ما نیز به اصلاح این وضعیت امیدوار شویم.

دکتر مهران قسمتی‌زاده
رییس شورای هماهنگی انجمن پزشکان عمومی ایران
نشانی: سیاهکل، کلینیک حافظ، تلفن: ۴۲۳۲۴۲۰۰
Email: mg2251343@gmail.com



فصل مشترک بیمار، پزشک و داروخانه

نسخه پزشکی، کلید درمان

دکتر بابک خطی

نسخه پزشکی سندی است که از طرف پزشک برای درمان بیمار صادر می‌شود و باید شامل نام بیمار، نام دارویی، شکل دارویی، دوز انتخابی دارو، تعداد دارو و نحوه و مدت استفاده و... باشد.

خواندن نسخه‌های ناخوانا یکی از تجربه‌های ناخوشایند برای تکنیسین‌های دارویی داروخانه‌هاست که باعث اضطراب و نگرانی نسخه‌خوان، احتمال اشتباه، اتلاف وقت بیمار، کاهش اعتماد و دودلی بیمار، دوباره‌کاری و... می‌شود. اخیراً گروه‌های مجازی متعدد و پرتعدادی با حضور داروسازها و تکنیسین‌ها برای حل این مشکل ساخته شده که نگارنده برای بررسی مشکل از نزدیک به‌مدت ۲۴ ساعت در یکی از آن‌ها عضو شدم. نسخه‌های ناخوانا در این گروه‌ها با عجله و نگرانی از طرف نسخه‌خوان‌ها و داروسازان هر از چندگاهی به اشتراک گذاشته می‌شود و برحسب شانس حضور افراد آنلاین حاضر تفسیر می‌گردد و گاهی هم تلاش به شکست می‌انجامد. حضور ۲۴ ساعته نگارنده که مسوولیتی هم در آن نداشتم، تجربه‌ای سخت و معذب‌کننده بود و طبعاً مجموعه‌ای از این استرس و فشارها در طول زمان می‌تواند برای روح و جسم یک نسخه‌خوان ایجاد عوارض جدی کند.

البته بگذریم از نسخه‌هایی که تنها توسط داروخانه خاصی خوانده می‌شوند یا نسخی که دستور نحوه مصرف در آن نوشته نمی‌شود و انشاالله اتفاقی است.

اما همیشه به‌یاد داشته باشیم هرگونه بروز خطا در پیچیدن نسخه می‌تواند باعث آسیب به بیمار شود.

راه‌حل‌ها:

اگر از روش‌های ناظم مدرسه‌ای مسلک و چوب‌وفلک‌مدار برخی مسوولین بگذریم، شاید بتوان راه‌حل‌هایی پیشنهاد کرد:

الف: راه اصولی و برنامه بلندمدت:

تنها راه اصولی که البته عزم و همت وزارت بهداشت و خصوصاً واحد فن‌آوری اطلاعات آن را می‌طلبد، الکترونیکی شدن نسخه‌ها (در کنار الکترونیکی شدن پرونده‌ها) است که باعث دسترسی به اطلاعات و سابقه بیمار توسط پزشک برای اخذ تصمیم پزشکی بهتر و داروساز برای راهنمایی موثرتر، کاهش خطاهای نسخه‌خوانی، کاهش هزینه‌ها، عدم نیاز به مستندسازی حجیم کاغذی در پرونده، آرامش بیماران و... می‌شود.

در این روش می‌توان از نسخه‌های پشتیبان نیز برای بهبود کیفیت این سیستم به‌طور انتخابی استفاده کرد و امکاناتی مثل فرهنگ‌های دارویی، اطلاعات دوزاژ، تداخلات دارویی، تنظیم دوزاژ در بیماری‌های کلیوی، تنظیم دوز برحسب سن یا بیماری زمینه‌ای و... را در آن لحاظ کرد.

وزارت بهداشت باید یک بار برای همیشه به این راه‌حل اساسی با حفظ اصل مهم محرمانگی اطلاعات بیمار (که در

موارد معدود قبلی سابقه خوبی هم در اجرای آن نداشته است) اقدام کرده تا سیستم درمان کشور برای همیشه با نسخ کاغذی خداحافظی کند.

ب: راه‌حل میان‌مدت و موقتی:

تا زمان مستقر شدن سیستم الکترونیکی، راه‌حل میان‌مدت تبدیل نسخ کاغذی دست‌نویس به نسخ کاغذی تایپ‌شده با املای درست و کامل است که نام دارو، دوزاژ، تعداد و دستور دارویی در آن واضح باشد.

شاید کشور ما از معدود کشورهایی است که مراجعه گاه‌گاهی به فرهنگ‌های دارویی برای تایید نگارش املای صحیح نام و دوز صحیح دارو به ناآگاهی پزشک یا داروساز تاویل می‌شود، در صورتی که این اقدام علمی در واقع گامی در جهت آسایش خیال بیمار و پزشک و داروساز است و این فرهنگ نادرست باید اصلاح شود. گاهی همین عدم مراجعه‌های تاییدی گاه‌گاهی می‌تواند زمینه‌ساز ناخوانا شدن نسخه یا سخت خوانده شدن آن‌ها باشد.

وزارت بهداشت می‌تواند تا انجام اقدام اصلی الکترونیکی کردن نسخه‌ها، از این راه‌حل ساده استفاده کند.

در نهایت شما را به دیدن تصویری واقعی دعوت می‌کنم:

تصویر داروخانه‌ای که پرسنل آن از طرفی در مورد اعتراض برخی بیماران به خارج شدن ۸۰ دارو از لیست بیمه در حال توضیح هستند، از سویی در حال تفسیر بخشنامه‌های مکرر بیمه‌های مختلف و توضیح خارج شدن فلان دارو و بهمان خدمت از پوشش بیمه‌ای برای مراجعین هستند و همزمان در حال توضیح علت تفاوت قیمت یک دارو در دو دفترچه بیمه مشابه (ناشی از بخشنامه‌های متعدد یک بیمه خاص) برای بیمار بوده و در این محیط پرفشار نسخه‌ای ناخوانا هم به دست‌شان می‌رسد.

بیایید ما پزشکان تا قبل از این‌که وزارت بهداشت به انجام راه‌حل‌های بلندمدت و میان‌مدت همت و اقدام کند، با خواناتر نوشتن نسخ، هم بیماران‌مان را بهتر حمایت کنیم و هم به پرسنل داروخانه‌ها که زیر فشار بخشنامه‌های عجیب و غریب ساختارهای بیمه‌ای قرار دارند کمکی کنیم، مرهمی باشیم و حداقل باری اضافه نکنیم.

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

اجاره
یک مجتمع
شامل سه واحد تجاری و یک باب مغازه
برای مطب یا امور اداری
به‌صورت جداگانه یا یکجا
اجاره داده می‌شود.
رشت، خیابان امام خمینی، خیابان حسام
جنب آزمایشگاه رازی، ساختمان آوین
شماره تماس: ۰۹۱۱۱۴۸۵۸۹۲

وظایف گروه‌های پزشکی پس از تسلیم اظهارنامه عملکرد ۹۶

دکتر محمدکاظم پورکاظمی

توضیح: از آن‌جا که اکثریت گروه‌های ارایه‌دهنده خدمت (همه اعضای سازمان به‌استثنای داروخانه‌ها) در گروه سوم مالیاتی قرار دارند، در این یادداشت به وظایف این گروه پرداخته می‌شود و در انتها اشاره‌ای هم به وظایف گروه دوم و اول مالیاتی خواهد شد.

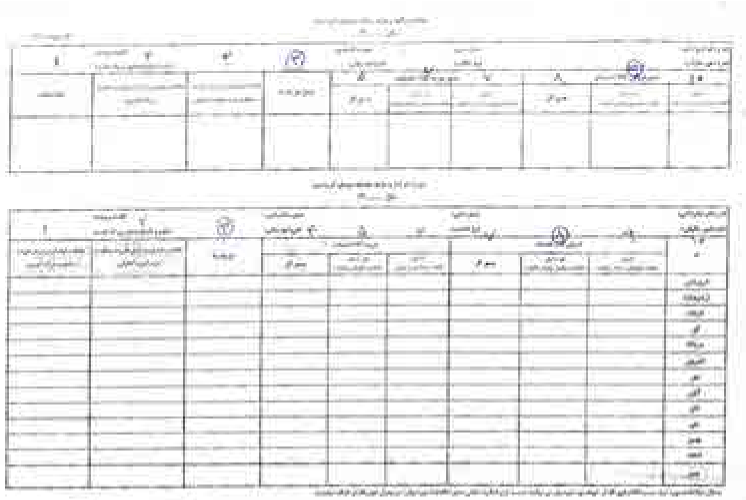
گروه سوم مالیاتی در جامعه پزشکی برای عملکرد سال ۱۳۹۶ در دو دسته قرار داشتند:

دسته اول افرادی که درآمد سال ۹۶ آنان با توجه به عملکرد سال ۹۵، مشمول تبصره ماده ۱۰۰ قانون اصلاحی می‌شد و براساس بخشنامه صادره با ورود به سایت سازمان امور مالیاتی و ارسال فرم قطعی‌سازی مالیات، با افزایش ۵ درصد به مالیات قطعی عملکرد سال ۹۵ اقدام کردند.

دسته دوم افرادی که برای پرداخت مالیات با اعلام کل درآمد یا دریافتی سال ۹۶ (اعم از نقدی یا سیستم پوز و مطالبات از بیمه‌ها و سایر موسسات طرف قرارداد) و هزینه‌های مرتبط با شغل، اظهارنامه خود را به‌صورت الکترونیکی ارسال کردند.

هر دو دسته به‌ویژه مودیان دسته دوم باید مدارک درآمد و هزینه سال مزبور را جمع‌آوری و فرم پیوست ۲ را به‌صورت ماهیانه تکمیل کنند (تصویر یک) تا چنانچه به‌عنوان نمونه انتخاب شدند، در صورت درخواست حوزه مالیاتی، برای پیشگیری از رسیدگی پرونده به روش علی‌الراس تسلیم نمایند.

این فرم و فرم‌های پیوست ۱ که ضمیمه آیین‌نامه اجرایی ماده ۹۵ قانون اصلاحی ۱۳۹۴/۴/۳۱ است، به سهولت قابل‌دسترسی در سایت سازمان امور مالیاتی



است. ارایه‌دهندگان خدمت از گروه سوم صرفاً در ستون دوازده‌گانه، ستون «فروش کالا خدمات» و «هزینه» را تکمیل و جمع آن را به ردیف بالای همین فرم منتقل و مدارک هزینه سالیانه محل کار را نیز ضمیمه می‌کنند.

گروه دوم ارایه‌دهندگان خدمت که دریافتی سالیانه آنان بین ۵۰۰ میلیون تومان تا یک میلیارد و پانصد میلیون تومان است فرم پیوست ۱ (تصاویر ۲ و ۳) را به‌صورت روزانه و ماهیانه تکمیل می‌کنند.

گروه اول مالیاتی ارایه‌دهنده خدمت یعنی بیمارستان‌ها، زایشگاه‌ها، کلینیک‌های تخصصی و بعضی از موسسات پاراکلینیک با دریافتی بالای یک میلیارد و پانصد میلیون تومان در سال ملزم به استفاده از دفتر روزنامه و کل هستند و مقررات آن را اعمال می‌کنند.

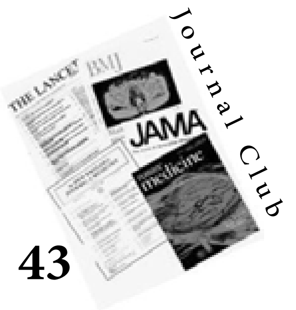
داروخانه‌ها که اکثراً در گروه دوم جای دارند (با فروش سالیانه بین یک میلیارد تا زیر سه میلیارد تومان) باید علاوه بر تکمیل ستون فروش کالا/خدمات هزینه ماهیانه و سالانه، جمع خرید ماهیانه و سالانه را نیز در فرم مربوطه تکمیل کنند؛ و البته داروخانه‌های

گروه اول تابع مقررات نگهداری و تکمیل دفاتر روزنامه و کل با رعایت مقررات مربوطه هستند.

یادآوری ۱: گروه سوم مالیاتی از ارایه‌دهندگان خدمت، ستون ۳ و ۸ را در ردیف پایین فرم و جمع آن را به ستون‌های ٤ و ۹ همین فرم در ردیف بالا پر می‌کنند و گروه دوم این عمل را در ستون‌های ٤ و ۹ فرم پیوست ۱ به‌صورت روزانه و ماهیانه انجام خواهند داد.

یادآوری ۲: داروخانه‌ها علاوه بر انجام عمل فوق، ستون‌های ٦ ماهیانه و سالانه (خرید کالا) را نیز تکمیل می‌کنند.

دکتر محمدکاظم پورکاظمی
نایب رییس کمیسیون تخصصی مالیات و عوارض شورای‌عالی نظام پزشکی
دبیر هیات مدیره نظام پزشکی رشت



باشگاه مجلات

دکتر بابک عزیز افشاری

تازه‌ترین دستورالعمل درباره درمان کمبود تستوسترون

اخیراً انجمن غدد (Endocrine Society) با به‌روزرسانی توصیه‌های سال ۲۰۱۰ خود درباره درمان تستوسترون، به‌جای اصطلاح «کمبود آندروژن» (androgen deficiency) در عنوان این توصیه‌ها از «هیپوگنادیسم» استفاده کرده است. رووس این توصیه‌ها در شماره ماه مه The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism به‌شرح زیر است:

– تشخیص هیپوگنادیسم در مردان براساس علایم و نشانه‌های کمبود تستوسترون و پایین بودن مستمر و قطعی تستوسترون خون استوار است. نشانه‌ها به دو دسته اختصاصی یا احتمالی (عمدتاً مرتبط با عملکرد جنسی) و غیراختصاصی (مانند کاهش انرژی) تقسیم شده است. آزمایش تستوسترون باید در دو نوبت مجزا، صبح و ناشتا انجام شود. معمولاً آزمایش تستوسترون تام برای تشخیص کافی است و آزمایش تستوسترون آزاد تنها در موارد خاص توصیه می‌شود.

– در مردانی که دچار هیپوگنادیسم قطعی هستند، باید بین علل اولیه (بیضه) و ثانویه (هیپوتالاموس– هیپوفیز) افتراق داده شود.

–غربالگری مردان از نظر هیپوگنادیسم به‌صورت روتین توصیه نمی‌شود.

– تجویز تستوسترون به مردان سالمند (۶۵ سال به بالا) که تستوسترون پایین دارند، به‌صورت روتین توصیه نمی‌شود. در آنانی که نشانه‌های احتمالی کمبود تستوسترون با پایین بودن مداوم تستوسترون همراه باشد، درمان تستوسترون باید پس از مشاوره درباره فواید و خطرات احتمالی آن پیشنهاد شود. تنها فایده ثابت شده تستوسترون در این موارد، بهبود عملکرد جنسی در مردانی است که علایم مرتبط با عملکرد جنسی داشته باشند.

پارچه ضدتعریق به تایید اداره غذا و دارو رسید

داروی گلیکوپیرونیوم با نام تجاری کیوبرکزا (Qbrexza) اولین فرآورده ضدتعریق از این نوع است که به تایید اداره غذا و دارو (FDA) رسیده است. این داروی موضعی روزانه یک نوبت به شکل پارچه مرطوب مصرف می‌شود. مورد مصرف اصلی این دارو، کنترل تعریق مفرط زیربغل است.

براساس این تاییدیه، کیوبرکزا در افراد ۹ سال به بالا

قابل مصرف است. مکانیسم اثر این دارو از طریق مهار فعالیت غدد عرق است. عوارض شایع آن شامل علایم آنتی‌کولینرژیک مانند خشکی دهان، تاری دید، خارش، اریتم، و خشکی چشم و مخاط دهان و بینی است. این دارو نباید همزمان با سایر داروهای آنتی‌کولینرژیک مصرف شود.

طبق اعلام شرکت تولیدکننده قرار است کیوبرکزا از ماه اکتبر روانه بازار شود.

اولین داروی مشتق از حشیش به تایید اداره غذا و دارو رسید

اداره غذا و داروی آمریکا (FDA) در ماه ژوئن اعلام کرد محلول خوراکی کانابیدیول (CBD) را با نام تجاری Epidiolex برای درمان بیماران دو سال به بالا مبتلا به دو نوع نادر بیماری صرع (سندرم دراوت و سندرم لنوکس– گشتاوت) تایید کرده است. اپیدیولکس اولین داروی مشتق از ماری‌جوانا (حشیش) است که در ایالات متحده به تایید فدرال رسیده و همچنین اولین دارویی است که برای درمان سندرم دراوت به تایید رسیده است.

عوارض جانبی این دارو شامل کاهش اشتها، اسهال، بثورات جلدی، خستگی، بی‌قراری، بی‌خوابی، افسردگی، حملات پانیک و تمایل به خودکشی است. عوارض کبدی و افزایش شیوع عفونت‌ها نیز گزارش شده است.

طبق اعلام اداره غذا و دارو، تایید این دارو به‌معنی تایید حشیش و سایر مشتقات آن نیست. کانابیدیول یکی از اجزای گیاه حشیش است که فاقد اثرات نوروتوکسیک یا سرخوشی این ماده مخدر است. اثرات نوروتوکسیک، سرخوشی و وابستگی از جزء دیگر این گیاه یعنی THC ناشی می‌شود.

تازه‌ترین توصیه‌ها درباره درخواست آزمایش در عفونت‌ها

انجمن بیماری‌های عفونی و انجمن میکروب‌شناسی آمریکا، توصیه‌های پیشین (۲۰۱۳) خود را در زمینه کمک به پزشکان برای تصمیم‌گیری هنگام درخواست آزمایش برای تشخیص بیماری‌های عفونی به‌روزرسانی کرده‌اند. رووس این توصیه‌ها که در ۹۴ صفحه در شماره ژوئن مجله Clinical Infectious Diseases منتشر شده به شرح زیر است:

– نکاتی درباره روش‌های صحیح جمع‌آوری نمونه، برچسب‌گذاری و مدیریت نمونه‌ها

– اطلاعاتی درباره آزمایش بیماری‌های منتقله از کنه در کودکان

– پیشرفت‌های جدید در تشخیص، مانند روش‌های تقویت اسید نوکلئیک که به تشخیص سریع و طبقه‌بندی عوامل بیماری‌زا با هزینه کمتر کمک می‌کند.

یک نوبت آزمایش برای تشخیص دیابت کافی است

یک پژوهش از شماره ژوئن Annals of Internal Medicine نشان می‌دهد با اندازه‌گیری هموگلوبین گلیکوزیله (HbA۱c) و گلوکز ناشتا در یک نمونه خون می‌توان دیابت را تشخیص داد. از یک‌هزار بیمار که در این تحقیق شرکت کردند و همگی در سال ۱۹۹۰ در یک نوبت گلوکز ناشتا یا هموگلوبین گلیکوزیله بالا (یا هر دو را) داشتند، در هیچ‌یک تشخیص دیابت داده نشده بود. با توجه به تشخیص دیابت در این افراد طی یک دوره ۱۵ ساله، خطر ابتلا به دیابت در افرادی که هر دو پارامتر فوق بالا بوده ۲۵ برابر بیشتر از افراد عادی گزارش شده است. این خطر در افرادی که تنها یکی از پارامترها در آنان بالا بوده حدود ۶ برابر گزارش شده است.

به‌گفته پژوهشگران، ارزش پیش‌بینی مثبت (positive predictive value) یک نوبت بالا بودن همزمان گلوکز ناشتا و هموگلوبین گلیکوزیله برای تشخیص دیابت حدود ۹۰٪ است.

سال تولد و اثربخشی واکسن آنفلوانزا

بر اساس برخی گزارش‌ها، اثربخشی واکسن آنفلوانزا در فصل ۲۰۱۶–۲۰۱۵ در متولدین ۱۹۷۹–۱۹۵۸ کمتر بوده است. سویه pdm۰۹ آنفلوانزای آ (H۱N۱) از سال ۲۰۰۹ به‌وجود آمد و سپس دچار جهش‌هایی شد. واکسنی که علیه این سویه ساخته شد در فصل ۲۰۱۶–۲۰۱۵ به کار رفت ولی گزارش‌ها نشان می‌داد که در برخی گروه‌های سنی اثربخشی کمتری دارد.

این مطالعه که از شماره ژوئن The Journal of Infectious Diseases برای بررسی فرضیه فوق توسط پژوهشگران مرکز کنترل بیماری‌ها (CDC) در چند دانشگاه انجام شده نشان می‌دهد اثربخشی واکسن آنفلوانزا در متولدین سال‌های ۱۹۵۸ تا ۱۹۷۹ به‌وضوح کمتر از سایر گروه‌های سنی است (۲۲٪ در مقایسه با ۶۱٪). به‌علاوه، اثربخشی واکسن در این گروه سنی در فصل ۲۰۱۶–۲۰۱۵

به‌وضوح کمتر از فصل‌های ۲۰۱۰ تا ۲۰۱٤ بوده است (۲۲٪ در مقایسه با ٤۷٪).

به‌نظر پژوهشگران، متولدین ۱۹۷۹–۱۹۵۹ تا حدود ۲۰ سالگی با سویه pdm۰۹ مواجهه نداشته‌اند و به‌همین دلیل پاسخ کمتری به واکسن می‌دهند و در هنگام طراحی و تولید واکسن، علاوه بر تغییرپذیری فصلی در نوع ویروس، احتمالاً باید به سن افراد نیز توجه شود.

سطح اسید اوریک خون و خطر ابتلا به نقرس

یک مطالعه از شماره جولای مجله پزشکی انگلستان به بررسی ارتباط میزان اسید اوریک خون و خطر ابتلا به نقرس پرداخته است. حدود ۱۹ هزار نفر به مدت حدود ۱۵ سال پیگیری شدند. خطر ابتلا به نقرس در فاصله ۵ سال در افرادی که اسید اوریک کمتر از ٦ میلی‌گرم بر دسی‌لیتر داشتند (۰/۳۳٪) به‌وضوح کمتر از افرادی بود که اسید اوریک ۱۰ یا بالاتر دارند (۲٦٪). این ارقام پس از ۱۵ سال به ترتیب به ۱/۱٪ و ٤۹٪ رسید.

دو نکته مهم در این مطالعه این است که بین خطر ابتلا به نقرس و سطح اسید اوریک خون رابطه کمّی وجود دارد و این‌که حدود نیمی از افرادی که اسید اوریک ۱۰ یا بالاتر دارند نقرس نمی‌گیرند، یعنی عوامل دیگری هم در ابتلا به نقرس نقش دارد.

درمان دیابت بارداری با داروهای خوراکی

نظرات متناقضی درباره استفاده از داروی خوراکی برای کنترل دیابت بارداری وجود دارد. برخی پزشکان ترجیح می‌دهند برای کنترل دیابت بارداری به‌جای انسولین تزریقی، داروی خوراکی (گلیبوراید یا متفورمین) تجویز کنند. کالج متخصصین زنان و زایمان آمریکا (ACOG) و انجمن طب مادر و جنین (SMFM) در اوایل سال ۲۰۱۸ دستورالعمل‌هایی برای درمان دیابت بارداری در شماره‌های فوریه و مه American Journal of Obstetrics & Gynecology منتشر کردند. این دو سازمان در زمینه انسولین به‌عنوان درمان ارجح دیابت بارداری در صورت عدم موفقیت درمان تغذیه‌ای (کنترل رژیم غذایی) توافق دارند ولی نظرات آنان درباره داروهای خوراکی به‌عنوان جایگزین انسولین متفاوت است (ACOG مخالفت بیشتری با این کار دارد).

مصرف گلیبوراید به‌جای انسولین در بارداری طی سال‌های اخیر افزایش قابل توجه داشته است. مطالعه‌ای که در ماه مه در JAMA منتشر شد نشان می‌دهد گلیبوراید از نظر نتایج جنینی شامل ماکروزومی، هیپوگلیسمی و هیپربیلی‌روبینمی نوزادی، از انسولین بهتر یا حتی در حد آن هم نیست. شیوع عوارض فوق در این مطالعه برای گلیبوراید و انسولین به‌ترتیب ۲۷/٦٪ و ۲۳/٤٪ گزارش شده است. به‌علاوه، شیوع هیپوگلیسمی مادر نیز مانند هیپوگلیسمی نوزاد در گلیبوراید بیشتر از انسولین بوده است.

در مورد متفورمین نیز نتایج پری‌ناتال در بهترین حالت معادل با انسولین است. به‌نظر می‌رسد متفورمین باعث کاهش شیوع اضافه‌وزن و پرفشاری در ارتباط با بارداری می‌شود و خطر هیپوگلیسمی شدید نوزادی را نیز کاهش می‌دهد. محدودیت اصلی متفورمین، شیوع نسبتاً بالای موارد شکست درمان و عدم کنترل دیابت است و حدود یک‌سوم زنان بارداری که متفورمین مصرف کرده‌اند، در نهایت برای کنترل گلیسمیک ناچار می‌شوند انسولین مصرف کنند.

برخلاف گلیبوراید، متفورمین از جفت عبور می‌کند ولی تاکنون هیچ موردی از ناهنجاری جنین در اثر مصرف گلیبوراید یا متفورمین در بارداری گزارش نشده است، هرچند پیامدهای تجویز این داروها به زنان باردار در طولانی‌مدت هنوز روشن نیست. برخلاف کالج متخصصین زنان و زایمان آمریکا، انجمن طب مادر و جنین اعلام کرده متفورمین می‌تواند به عنوان داروی خط اول درمان دیابت بارداری، جایگزین انسولین شود.

ارتباط زمان نمایشگر و نشانه‌های بیش‌فعالی در نوجوانان

بیشتر نوجوانان امروزی گوشی هوشمند دارند و هر روز برخط (آنلاین) هستند. حدود یک‌چهارم نوجوانان به‌طور پیوسته از اینترنت استفاده می‌کنند. یک مطالعه از شماره جولای JAMA نشان می‌دهد استفاده مکرر از رسانه‌های دیجیتال باعث افزایش خطر اختلال بیش‌فعالی و کم‌توجهی (ADHD) می‌شود.

مطالعات پیشین چنین ارتباطی را با افسردگی نشان داده بود و به‌طور کلی به‌نظر می‌رسد زیاده‌روی در اختصاص زمان نمایشگر (Screen Time) برای سلامت روان زیانبار است. در این مطالعه بیش از ۲۵۰۰ نوجوان کلاس دهم دبیرستان‌های لس‌آنجلس به‌مدت ۲ سال تحت بررسی قرار گرفتند. داشتن ٦ نشانه از ۹ نشانه بیش‌فعالی یا کم‌توجهی

براساس طبقه‌بندی DSM به معنی افزایش خطر ADHD تلقی می‌شود. انجام بیش از دو نوبت در روز از ١٤ فعالیت برخط مانند ارسال پیام، یا به‌اشتراک‌گذاری تصویر یا موسیقی یا ویدئو به‌معنی افزایش زمان نمایشگر قلمداد می‌شود و این شامل بیش از نیمی از دانش‌آموزان بود.

این مطالعه نشان می‌دهد نوجوانان به‌شدت وابسته به فناوری‌های دیجیتال هستند. از ۵۱ دانش‌آموزی که همه ١٤ فعالیت را به‌طور مکرر انجام می‌دادند، شیوع علایم ADHD معادل ۱۰/۵٪ گزارش شده است. این رقم در دانش‌آموزانی که ٦ فعالیت برخط داشتند ۹/۵٪ و در دانش‌آموزانی که فعالیت برخط نداشتند ٤/٦٪ بوده است.

پنج کاری که نباید برای اطفال انجام شود

آکادمی طب اطفال و انجمن نفرولوژی اطفال آمریکا در ماه ژوئیه در راستای کارزار انتخاب هوشمندانه، پنج توصیه زیر را اعلام کردند:

– آزمایش ادرار به‌صورت روتین در جریان ویزیت اطفال سالم و بدون علامت توصیه نمی‌شود.

– باتوجه به موارد فراوان مثبت کاذب آزمایش نوار ادرار از نظر خون و پروتئین، ارزیابی تکمیلی هماتوری یا پروتئینوری نباید پیش از تکرار آزمایش نوار ادرار انجام شود.

– در صورت مشاهده علایم بهبودی پس از درمان عفونت ادراری، کشت مجدد برای پیگیری توصیه نمی‌شود.

– برای اثبات فشار خون بالا، سه بار اندازه‌گیری در ویزیت اول و دو ویزیت دیگر باید انجام شود و قبل از آن، درمان نباید آغاز شود.

– تعبیه کاتتر مرکزی در کودکان مبتلا به بیماری پیشرفته کلیه، پیش از مشاوره نفرولوژی اطفال، توصیه نمی‌شود.

روش‌های نوین تشخیص زایمان زودرس

اخیراً دو گروه از پژوهشگران در مجلات Science و Journal of Perinatology به معرفی روش‌های نوین تشخیص زایمان زودرس پرداخته‌اند. تولد زودرس جزو علل اصلی مرگ‌ومیر اطفال در جهان است. یکی از هر ۱۰ نوزاد در ایالات متحده پیش از هفته ۳۷ متولد می‌شود و این رقم پس از یک دهه کاهش، بین سال‌های ۲۰۱٤ تا ۲۰۱٦ بالاتر رفته است.

در روش اول از آزمایش ماده هسته‌ای سلول‌های جنین و جفت (cell-free RNA) در خون مادر استفاده شده است. این روش می‌تواند با دقت ۷۵ تا ۸۰ درصد پیش‌بینی کند کدام زن در خطر زایمان زودرس است. پژوهشگران امیدوارند با بررسی بیشتر بتواند دقت این روش را بالاتر ببرند.

در مطالعه دوم از ۲۵ نشانگر زیستی (بیومارکر) مرتبط با پاسخ التهابی و رشد جفت، در کنار دو شاخص دموگرافیک (سن مادر و وضعیت اقتصادی) برای پیش‌بینی خطر زایمان زودرس استفاده شده است. این روش در زنان مبتلا و غیرمبتلا به پره‌اکلامپسی قابل انجام است و می‌تواند با دقت حدود ۸۰ درصد از هفته ۱۵ بارداری، همزمان با آزمایش سلامت جنین، خطر زایمان زودرس را پیش‌بینی کند. این پژوهشگران نیز امیدوارند بتوانند بیومارکری را شناسایی کنند که هم دقت تشخیص را افزایش دهد و هم ارزان‌قیمت باشد.

روش‌های فعلی تشخیص زایمان زودرس عمدتاً شامل اندازه‌گیری فیبرونکتین جنینی و طول سرویکس است. این آزمایش‌ها در موارد پرخطر ١٤ روز پیش از موعد مقرر زایمان انجام می‌شود و ارزش پیش‌بینی منفی آن‌ها بیشتر است. یعنی پیش‌بینی می‌کنند چه زنانی در خطر زایمان زودرس نیستند و نمی‌توانند بگویند در چه مواردی این خطر بیشتر است.

هدف دیگر این مطالعات، پاسخ به این پرسش است که «آیا در صورت تشخیص زودرس می‌توان روند زایمان پیش از موعد را متوقف کرد؟» به‌عنوان نمونه، آیا با اقدامات ساده‌ای مانند مصرف آسپیرین به مقدار اندک می‌توان پاسخ التهابی را کنترل کرد و فرآیند زایمان را به تعویق انداخت؟

استفاده از عوامل خطرساز نوین قلبی–عروقی توصیه نمی‌شود

توصیه‌های کارگروه خدمات پیشگیری ایالات متحده درباره استفاده از عوامل خطرساز نوین قلبی–عروقی (nontraditional cardiovascular risk factors) برای غربالگری افراد بدون علامت، در شماره ژوئیه JAMA منتشر شده است. این عوامل شامل پروتئین واکنش‌گر C با حساسیت بالا (hs-CRP)، نمایه مچ پا–بازویی (ankle-brachial index یا ABI) و ضریب کلسیم شریان کرونر (CAC) برای بیماری قلبی و ABI برای بیماری شریانی محیطی است.

به‌نظر این کارگروه، شواهد کافی در حمایت از کارایی استفاده از این عوامل برای غربالگری وجود ندارد، بلکه

به‌طور بالقوه این احتمال مطرح می‌شود که استفاده از عوامل نوین منجر به زیان بیماران در اثر انجام آزمایش‌های غیرضروری و درمان بی‌جا در پی نتایج مثبت کاذب شود.
تنها مورد ثابت شده در این میان، ارزش اندازه‌گیری ضریب کلسیم شریان کرونر در بیماران با خطر متوسط است که می‌خواهند درباره مصرف استاتین تصمیم بگیرند.

افزودنی‌های خوراکی غیرمجاز در اطفال

این گزارش آکادمی طب اطفال آمریکا در شماره ژوئیه Pediatrics به موضوع افزودنی‌های خوراکی پرداخته است. بسیاری از افزودنی‌های خوراکی برای اطفال خطرناک هستند. به برخی موارد در این‌جا اشاره می‌شود:

بیس‌فنول‌ها: این مواد در ظروف پلاستیکی و پوشش داخلی قوطی‌های فلزی باعث اختلال در عملکرد غدد داخلی و کاهش قدرت باروری می‌شوند و ممکن است زمان بلوغ را تغییر دهند. بیس‌فنول‌ها احتمالاً در تکوین دستگاه عصبی و چاقی کودکان هم موثر هستند.

فتالات‌ها: این مواد در بسته‌بندی‌های پلاستیکی و نیز لوله‌های پلاستیکی دستگاه‌های تولید مواد خوراکی یافت می‌شود. فتالات‌ها نیز باعث اختلال عملکرد غدد داخلی و اختلال بیضه، اختلالات قلبی‌عروقی و استرس اکسیداتیو می‌شوند.

نیترات‌ها و نیتریت‌ها: این مواد مستقیماً به غذا (به‌ویژه گوشت‌های فرآوری شده مانند سوسیس و کالباس) اضافه می‌شود و ماندگاری غذا را افزایش داده، رنگ و ظاهر بهتری به غذا می‌دهد. نیترات و نیتریت سرطان‌زا بوده و باعث اختلال عملکرد تیروئید می‌شود.

آکادمی طب اطفال آمریکا به والدین توصیه می‌کند به‌جای کنسرو و کمپوت و غذاهای فرآوری شده، از مواد غذایی تازه یا یخ‌زده استفاده کنند و پلاستیک را از سبد غذایی خانواده حذف کنند. به‌علاوه، پلاستیک نباید در مایکروویو یا ماشین ظرفشویی قرار داده شود، چون احتمال آلودگی را افزایش می‌دهد.

دکتر بابک عزیز افشاری
متخصص پاتولوژی
نشانی: تالش، خیابان معین، کوچه‌ی بوعلی، تلفن: ۴۴۲۴۳۴۴۷
Website: azizafshari.com
Email: babak_azizafshari@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 کونجرها و تکنیسین در کلیه شهرستان‌های استان گیلان
فروش و واگذاری ست UHN بازو
با کلیه متعلقات و کونجرها و تکنیسین در کلیه شهرستان‌های استان گیلان
رشت، چهارراه پورسینا، جنب بانک ملی محتشم
تلفن: ۳۳۳۲۵۶۳۹ فکس: ۳۳۳۴۰۰۱۸ همراه: ۰۹۱۱۱۳۱۴۴۹۲

برای این ماه چه کتابی پیشنهاد می‌کنید؟

دو کتاب درباره موسولینی

دکتر علیرضا مجیدی

بنیتو موسولینی نیز مانند *آدولف هیتلر* در فاصله جنگ‌های جهانی اول و دوم از نارضایتی مردم و وضعیت اقتصادی بد استفاده و بنیان حزب فاشیست ایتالیا را استوار کرد. این موضوع تکرارشونده تاریخی هشداری است برای همه جوامعی که با فرصت‌طلبی عناصر تمامیت‌خواه در بزنگاه‌های دشوار برای مردم، روبه‌رو می‌شوند.

اما برعکس هیتلر که به‌راحتی می‌توان ده‌ها کتاب و صدها مقاله خوب درباره‌اش به زبان فارسی پیدا کرد، درباره موسولینی که از ۱۹۲۲ تا ۱۹۴۳ دیکتاتور ایتالیا بود، نمی‌توانیم چیزهای زیادی پیدا کنیم. ۷ تیر (۲۹ ژوئیه) مصادف است با زادروز موسولینی در سال ۱۸۸۳. به این مناسبت دو کتاب درباره این دیکتاتور ایتالیایی معرفی می‌کنیم.

عنوان کتاب نخست «موسولینی: ظهور و سقوط دوچه» از انتشارات ثالث است. مزیت این کتاب نسبت به کتاب‌های دیگر درباره موسولینی این است که به‌صورت ژرف و مفصلی به زندگی شخصی او پرداخته و شیوه شکل گرفتن شخصیت او را توضیح داده است. سطور و فصل‌های این کتاب به یک فیلم یا سریال تریلر می‌ماند و خواننده به‌سختی می‌تواند پس از اخت شدن اولیه با کتاب آن را به زمین بگذارد.

اما اگر فرصت خواندن این کتاب مفصل را ندارید، می‌توانم یک کتاب خلاصه‌تر ۱۱۰ صفحه‌ای به شما معرفی کنم. عنوان این کتاب دوم «بنیتو موسولینی: دیکتاتور فاشیست ایتالیا» است که برندا هاوگن آن را نوشته و نشر ققنوس آن را با ترجمه رضا علیزاده منتشر کرده است.

قسمتی از این کتاب دوم:

ایتالیایی‌ها یا به بنیتو موسولینی عشق می‌ورزیدند یا از او نفرت داشتند. موسولینی، دیکتاتور بی‌رحم و بی‌اعتنا به کسانی که بر آن‌ها حکومت می‌کرد، در ۲۸ آوریل ۱۹۴۵ به دست هموطنانش اعدام شد. یکی از زنان بسیاری که عاشق او بودند همراه او مرد. *کلارتا پتاتچی*، تحت‌تاثیر قدرت یا جذبه موسولینی، بدون او نمی‌توانست به زندگی تن در دهد. این زن در کنار او اعدام شد.

جسدهای موسولینی و پتاتچی و دوازده تن از رهبران بی‌آبروی ایتالیا را که اعدام شده بودند، در روستای دونگو در شمال ایتالیا پشت کامیونی بار زدند و به میلان بردند. آن‌جا در میدان شهر جسد بی‌جان موسولینی را به‌همراه اجساد دیگر سر و ته آویزان کردند تا جمعیتی که گرد آمده بود با آن‌ها بدرفتاری کنند. مردم خشمگین جسد موسولینی را به باد ناسزا و کتک گرفته بودند و رویش آب دهان می‌انداختند. موسولینی سال‌ها با استفاده از ترس و خشونت بر ایتالیا فرمان رانده بود. در آن زمان مردم ایتالیا انتقام‌شان را می‌گرفتند.

سرانجام جمعیت پراکندَه شد و جسد موسولینی را پایین آوردند. او را در گوری بی‌نام و نشان در گورستان میلان دفن کردند. در سال ۱۹۵۷ پیکر او به آرامگاه خانوادگی‌اش در گورستان سان کاسّینو، در پره‌داپیوی ایتالیا، انتقال یافت.

موسولینی درست چند روز پیش از مرگ، در ۲۵ آوریل ۱۹۴۵ از میلان گریخته بود. جنگ جهانی دوم رو به پایان بود و موسولینی می‌دانست که به دردسر افتاده است. نمی‌خواست به‌دست متفقین، یعنی دشمنان جنگی‌اش، گرفتار شود.

می‌دانست که هموطنانش هیچ کمکی به او نخواهند کرد. آن‌ها به‌سبب درد و رنجی که موسولینی مخصوصاً در دوره جنگ به آن‌ها تحمیل کرده بود، از او متنفر بودند.

در ۲۷ آوریل موسولینی به امید این‌که در سوییس جای امنی بیابد، به گروهی از سربازان آلمانی پیوست؛ اما هیچ‌گاه موفق به گذشتن از مرز نشد. به آلمانی‌ها اجازه دادند که به راهشان ادامه دهند، اما نیروهای ایتالیایی ضد دیکتاتور، موسولینی را بین گروه سربازان پیدا کردند. آن‌ها پیش از اعدام او را اسیر کردند.

مرگ موسولینی به‌اندازه زندگی‌اش خشونت‌آمیز بود. او از جایگاهی بسیار معمولی به قدرت رسیده بود. موسولینی که جوانی آشفته بود، از سن کم با زندگی دست و پنجه نرم کرد. او که می‌خواست معلم مدرسه شود در این کار شکست خورد، اما نویسنده سیاسی مشهوری شد. او هیچ‌گاه بر سر عقیده‌ای محکم نایستاد. هر جا که به‌نفعش بود نظرات و عقاید خود را عوض کرد. در سرتاسر زندگی بسته به این‌که مخاطبش که باشد یا این‌که به این باور برسد که تغییر مشی سیاسی قدرت بیشتری در اختیارش می‌گذارد، خط مشی خود را عوض می‌کرد. در سال ۱۹۲۲ منصب بالایی را که می‌خواست به‌دست آورد و جوان‌ترین نخست‌وزیر در تاریخ ایتالیا شد.

در نظر بعضی از ایتالیایی‌ها موسولینی منجی بود. امید داشتند که او و دولتش مردم را از فقر و نومیدی نجات دهند. در نظر عده‌ای دیگر او انتخابی بهتر در دورانی بود که ظاهراً گزینه‌های نویدبخش دیگری وجود نداشت. موسولینی دریافت که ایتالیایی‌ها نه فقط در مقام نخست‌وزیر، بلکه در مقام دیکتاتور هم حاضرند او را بپذیرند. در مقابل نویدِ نظم و رفاه و بازگشت غرور ملی، مردم حاضر بودند از بعضی آزادی‌های فردی خود دست بکشند.

اجساد موسولینی و پتاتچی و دیگر رهبران ایتالیا در انظار عمومی از پا آویزان شد

اما ایتالیایی‌ها بعد از بیست سال که موسولینی رهبرشان بود، خود را در وضعیتی بدتر یافتند. وقتی کشورشان در انتهای جنگ جهانی دوم به تصرف نیروهای بیگانه درآمد، ایتالیایی‌ها اثبات کردند که از دست موسولینی و استبداد او به‌تنگ آمده‌اند. موسولینی رهبر بی‌رحمی که از ارعاب و زندان و حتی کشتار برای حفظ قدرت استفاده می‌کرد، به‌دست هموطنان خودش عاقبتی فجیع پیدا کرد.

____

دکتر علیرضا مجیدی

Website: 1pezeshk.com

Email: alirezamajidi@gmail.com

بنیتو موسولینی: دیکتاتور فاشیست ایتالیا

برندا هاوگن

مترجم: رضا علیزاده

۱۱۲ ص، ۶۵۰۰ تومان

انتشارات ققنوس، چاپ سوم ۱۳۹۵

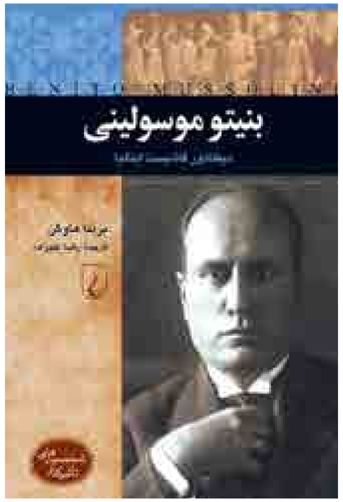
موسولینی: ظهور و سقوط دوچه

کریستوفر هیبرت

مترجم: بیژن اشتری

۴۸۰ ص، ۵۰ هزار تومان

انتشارات ثالث، ۱۳۹۵



مروری بر آثار نیک ویزی

عکاسی هنری با اشعه ایکس!

دکتر رقیه حج‌فروش

از سال ۱۸۹۵ که *ویلیام رونتگن* (Wilhelm Röntgen: ۱۸۴۵–۱۹۲۳) آلمانی اشعه ایکس را کشف کرد، کسی تصور نمی‌کرد این کشف علاوه بر استفاده‌های بی‌شمار پزشکی و صنعتی، کاربرد هنری نیز داشته باشد؛ تا این‌که *نیک ویزی* (Nick Veasey) از راه رسید؛ عکاسی لندنی و متولد ۱۹۶۲ که با تصاویر حاصل از عکس‌برداری با اشعه ایکس مشهور شد.

نخستین بار هنگامی که ویزی در صنایع تبلیغات و طراحی کار می‌کرد، از او خواسته شد برای یک شوی تلویزیونی از یک قوطی نوشابه عکسی با اشعه ایکس بگیرد و او همزمان از کفش‌هایی که آن روز پوشیده بود نیز با اشعه ایکس عکس گرفت. وقتی تصویر حاصله را به یک کارگردان هنری نشان داد، پاسخ او ویزی را بسیار تهییج کرد و مشوق او برای ایده‌های تازه شد.

از آثار ویزی که بعضی از آن‌ها با کمک هنرمندان دیجیتال و استفاده از نرم‌افزارهایی چون فتوشاپ آفریده شده، در بسیاری از کمپین‌های تبلیغاتی بین‌المللی، محصولات تزیینی و بسته‌بندی در سراسر دنیا استفاده شده است که از جمله می‌توان به نرم‌افزار Adobe's Creative Suite livery و نرم‌کننده لباس Lenor/Downy اشاره کرد.

در سال ۲۰۰۹ یک نمایشگاه عمده از آثار او در لندن برگزار شد و در سال ۲۰۱۰ این آثار در گالری‌های بین‌المللی آسیا، اروپا و آمریکای شمالی به نمایش درآمد.

اولین مجموعه منتشر شده از تصاویر ویزی «اشعه ایکس» نام داشت و دومین مجموعه که اخیراً با عنوان «درون دنیای اطراف» منتشر شده، مجموعه‌ای از عکس‌هایی است که طی ۱۳ سال با اشعه ایکس و تجهیزات آن گرفته است.

نیک ویزی در این سال‌ها جوایز عکاسی و طراحی بسیاری دریافت کرد و در سال ۲۰۰۸ نیز کاندیدای دریافت جایزه عکاسی بین‌المللی IPA Lucie شد. این جایزه که از سال ۲۰۰۳ پایه‌گذاری شده، هر ساله به بهترین عکاس دنیا اهدا می‌شود.

ویزی مدعی است که توانسته بزرگ‌ترین عکس با اشعه ایکس دنیا را بگیرد. این عکس با اندازه واقعی از جت بویینگ ۷۷۷ گرفته شده که در آشیانه‌ای در فرودگاه بوستون آمریکا قرار دارد.

Ref:

nickveasey.com

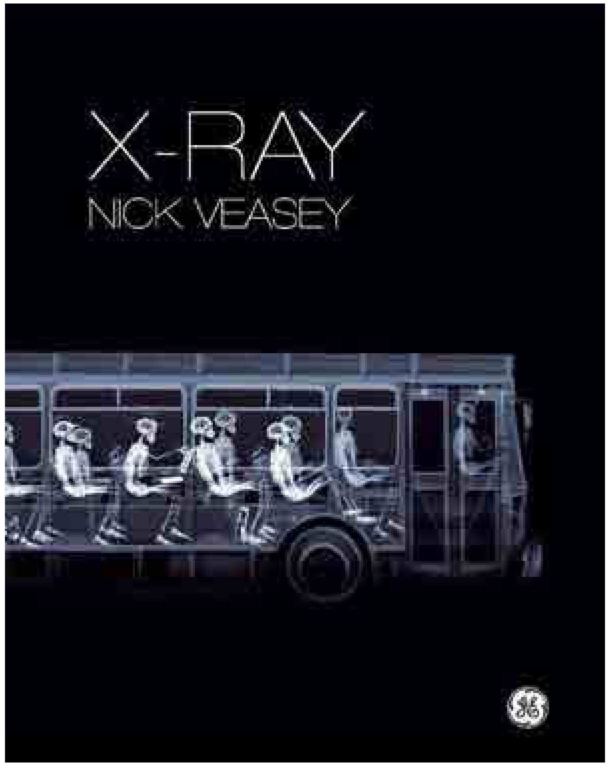
en.wikipedia.org/wiki/Nick_Veasey

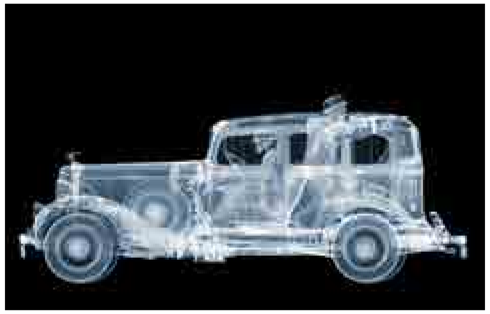
____

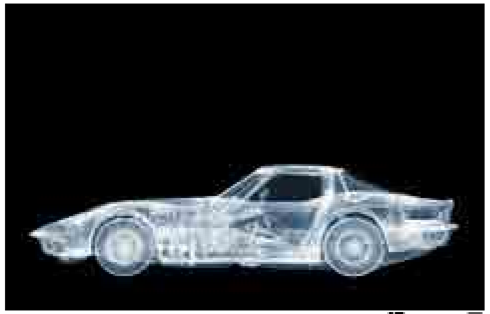
دکتر رقیه حج‌فروش

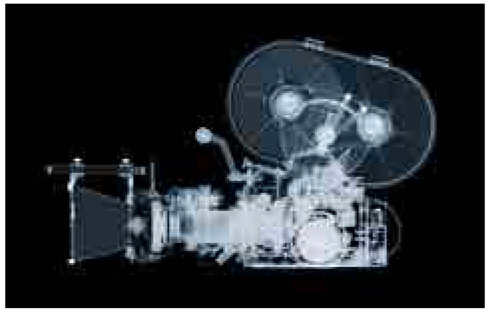
پزشک عمومی

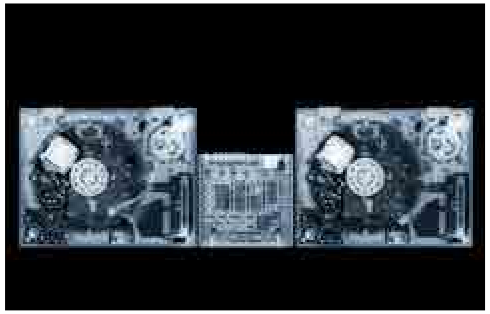
Email: dr.hajf@gmail.com


X-RAY
NICK VEASEY



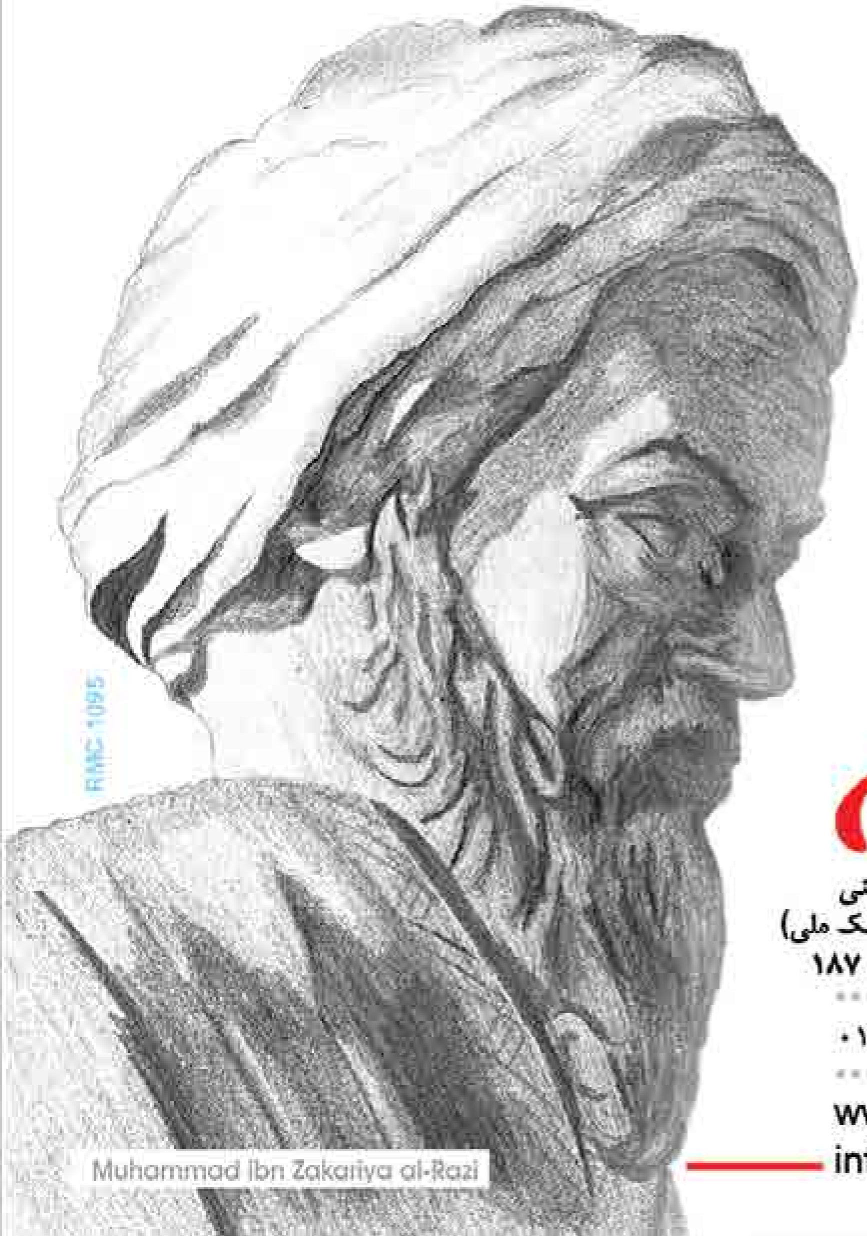






آزمایشگاه تشخیص طبی، آسیب شناسی و ژنتیک
رازی رشت

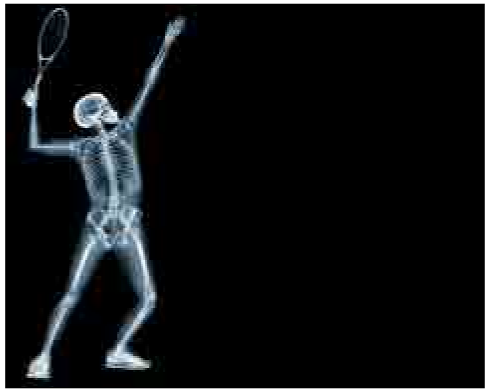
دکتر هدی، دکتر حبیب زاده، دکتر مصباح، دکتر شهباز
متخصصین آسیب شناسی بالینی و تشریحی



رشت، خیابان امام خمینی
بین میدان دکتر حشمت (بانک ملی)
و چهارراه میکاییل، پلاک ۱۸۷

تلفکس: ۰۱۳-۳۳۳۲٤٦٤٧

www.razipath.com
info@razipath.net



دیگر همیشه در کنار هم هستیم
Pezeshkangil.com | @pezeshkangil
پایگاه اینترنتی و کانال تلگرامی پزشکان گیل

تک فروشی
تلفن: ۳۳۳۲۸۲۰۴
رشت، ابتدای خیابان انقلاب، کالای پزشکی نیکو

متعلق به خانواده‌ی بزرگ پزشکی ایران است
با مقالات، انتقادات و پیشنهادات خود همراه ما باشید
۰۱۳-۳۳۳۶۷۶۲۶
E-mail: masoud_jowzi@yahoo.com

تاریخ رنگی گیلان

از شمس‌العماره انزلی تا سافرسازان رشت و کوچه‌باغ‌های لاهیجان... نقاشی‌های فرشته جوزی، از ۸ تا ۱۵ تیر ۱۳۹۷ در «خانه فرهنگ گیلان» به نمایش درآمد.

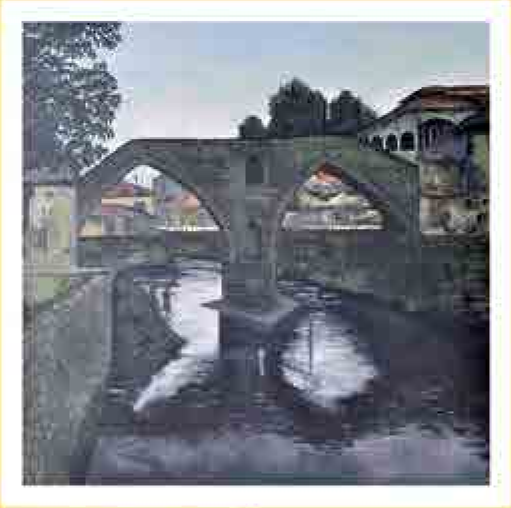
فرشته جوزی که در نخستین نمایشگاه نقاشی‌اش با نام «تاریخ رنگی گیلان»، بناها و کوچه و خیابان‌های دیروز و امروز گیلان را به تصویر کشیده، همسر مسعود جوزی، سردبیر «پزشکان گیل»، و خود مدیر اشتراک این مجله است.

«تاریخ رنگی گیلان» علاوه بر بازدیدکنندگان، در فضای رسانه‌ای گیلان نیز با استقبال خوبی روبه‌رو شد و با چند مصاحبه در شبکه باران، روزنامه همشهری و سایت‌های استان بازتاب گسترده‌ای داشت.

رشت، بندر پیربازار، اواخر دوره قاجار، ابعاد: ۱۲۰x۱۰۰

لاهیجان، آرامگاه کاشف‌السلطنه، ابعاد: ۷۰x۱۰۰

لنگرود، بار هندوانه بر ساحل رودخانه، ابعاد: ۷۰x۱۰۰



لنگرود، پل خشتی، ابعاد: ۱۲۰x۱۰۰

بیمارستان گلسار

بخش سی‌تی اسکن

سی‌تی اسکن ۱۶ اسلایس

شبانه‌روزی

بخش‌های نو

تجهیزات نو

فن‌آوری‌های نو

رشت، گلسار، بلوار سمیه، تلفن: ۲۱-۳۳۱۱۱۷۱۹

g o l s a r h o s p i t a l . i r

Guilan Pain Clinic

Guilan pain clinic

کلینیک چند تخصصی

دردگیلان

www.guilanpainclinic.com

باهمکاری اساتید دانشگاه و پزشکان فوق تخصص و متخصص درمان

دردهای حاد و مزمن (با استفاده از روش های غیرتهاجمی و بدون نیاز به بیهوشی و جراحی)

درمان

- با روشهای غیر جراحی و کم تهاجمی
- دردهای ستون فقرات، کمر درد، درد گردن
- دردهایی ناشی از آرتروز و مفاصل، درد زانو، درد شانه
- دردهای سرطانی و پیچیده
- سردرد و درد ناشی از میگرن

مجهز به بخش های

- مداخله ای و اینترونشنال (کم تهاجمی و بدون نیاز به جراحی)
- تجویز کفی با ارزیابی بیومکانیک (اسکن دو بعدی و سه بعدی)
- لیزر
- زیبایی
- رادیو فرکونتسی و اصلاح عصب
- PRP و پلسمای غنی از پلاکت
- طب سنتی
- طب سوزنی
- امپدینگ (کاشت نخ)
- ازون تراپی
- ماساژ درمانی
- یومی هوتراپی

مشاوره با متخصصین

- ارتوپدی
- نورولوژی و مغز و اعصاب
- روانپزشکی و روان شناسی
- فیزیوتراپی و طب فیزیک
- انکولوژی

با هم برای آینده ای بدون درد

رشت. تقاطع بلوار شهید انصــاری و گلباغ نماز. جنب MRI مارلیک. ساختمان گیلان

تلفن : ۳۳۷۲۰۲۵۳*۳۳۷۲۲۰۴۳*۳۳۷۲۴۵۳۹ * ۳۳۷۳۱۶۳۴ - ۰۱۳

www.guilanpainclinic.com

@guilan_pain_clinic

اطلاعات تکمیلی را در وب سایت تخصصی کلینیک درمانی گیلان مشاهده نمایید.

دکتر بنفشه حسینی

متخصص قلب و عروق

دارای بورد تخصصی

آنژیوگرافی عروق کرونر، اکوکاردیوگرافی رنگی و کالرداپلر

تست ورزش، هولتر مونیتورینگ

رشت، چهارراه گلسار، به طرف پل بوسار

ساختمان پزشکان دانا، طبقه هفتم، واحد ۷۲

تلفن: ۳۳۱۲۲۲۳۷۰

آزمایشگاه پاتوبیولوژی دانش

دکتر آرمان مازوجی

بورد تخصصی علوم آزمایشگاهی و پاتولوژی

فارغ‌التحصیل از دانشگاه علوم پزشکی تهران

رشت، چهارراه گلسار، خیابان نواب، ساختمان کیان، طبقه همکف

تلفن: ۳۳۱۱۴۹۷۷ تلفکس: ۳۳۱۱۱۵۶۸

RMC1005

افتتاح کلینیک
زانو و درمان‌های ورزشی
دکتر پژمان نیرثابتی

آرتروز دردهای مزمن زانو
بازسازی رباط‌های زانو
تعویض مفاصل
ترمیم غضروف و آسیب‌دیدگی‌های مزمن

رشت، ابتدای گلسار، گلباغ نماز، ساختمان
پزشکان آتیه، طبقه هشم، واحد ۶۰۱

۰۱۳-۳۲۱۳۵۱۱۳-۳۲۱۳۵۱۱۲
ساعت کار: ٤ تا ۹ شب

GVSC

غیرتهاجمی

مرکز جراحی عروق گیلان (مرجع گیل)
Gilan Vascular Surgery Center

درمان‌های مدرن واریس بدون جراحی- (لیزر، RF، اسکلروتراپی)- درمان زخم های دیابتی
مشاوره، ویزیت بیماریهای عروق محیطی- درمان تورم های اندام تحتانی- آزمایشگاه غیرتهاجمی عروق محیطی
(اندکس وریدی پا PPG، اندکس شریانی مچ پا ABI،اندکس شریانی انگشت پا TBI،داپلکس عروقی)

دکتر حسین همتی — دکتر ایرج باقی
دکتر کامبیز فریدمرندی — دکتر سیدناصر دهقانی

رشت، خیابان انقلاب، روبروی آزمایشگاه افراه، کوچه قویدل
دکتر همتی: ۳۳۳۳۴۱۱۷ دکتر باقی: ۳۳۳۲۶۵۱۷
آزمایشگاه عروق: ۳۳۳۲۴۰۲۷ فکس: ۳۳۳۳۴۵۳۲ مرکز تلفن: ۳۳۳۲۵۸۳۳

www.Gil-vsc.ir

آژانس هواپیمایی
اشکوری

اشکوری جزء ۱۰ آژانس هواپیمایی برتر کشور

✓ دارای وب سرویس ایران ایر

خرید آنلاین بلیط هواپیما

جستجو و رزرو آسان بلیط
صدور آنی و استرداد آنلاین

www.Eshkevaritour.com

آژانس هواپیمایی اشکوری
رشت، بلوار حافظ، روبروی درب اصلی پارک شهر
۰۱۳ ۳۳۳ ۲۲ ۵۳۵ (۱۰ خط)