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.ir

☎ ۳۲۱۳۵۰۹۹

رشت، بلوار نماز، ساختمان آتیه، طبقه هشتم، واحد ۳

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: ۳۲۱۲۷۷۰۴
Dr_LalehTorabi ۰۹۰۳۲۶۰۹۹۶۶

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 عمر برای بزرگسالان بهتر است یا کودکان؟ اولویت با کیست؟

شاید شما هم از آن دسته افرادی باشید که مردد هستید؛ نمی‌دانید برای خود و همسرتان بیمه خریداری کنید یا برای فرزندان‌تان. در بیمه عمر بیمه ایران هر فرد می‌تواند برای خود بیمه عمر خریداری کند، چه پدر خانواده باشد، چه مادر خانواده و چه فرزند خانواده. نه محدودیت سنی وجود دارد ونه محدودیت جنسیتی یا شغلی. البته تفاوت‌هایی وجود دارد؛ به‌عنوان مثال هر چه سن کمتر باشد، چونِ ریسک فرد کمتر است، میزان سوددهی بیشتر است یا مثلا هرچه مدت بیمه بیشتر باشد، رقم سرمایه شما صعودی افزایش پیدا خواهد کرد. گذشته از این موارد، شما سر دو راهی خرید بیمه برای خود یا فرزندان قرار گرفته‌اید! چند حالت برای شما وجود دارد. اگر شما توانایی خرید برای همه افراد خانواده را دارید، پس بهترین حالت این است که مبلغ را تقسیم بر تعداد افراد خانواده کنید و به‌جای این‌که یک نفر بیمه شود و تحت پوشش بیمه قرار گیرد، همه افراد بیمه داشته باشند. اما حالت دیگر این است که شما توانایی مالی کافی برای بیمه کردن همه افراد خانواده را حداقل در این زمان ندارید. اولویت خرید بیمه عمر چیست؟

در این‌صورت باید بگویم بزرگسالان مقدم‌اند. لابد با خود فکر می‌کنید چرا من همچین اولویتی قرار داده‌ام چون همین چند خط بالاتر گفته‌ام سن کمتر، سود بیشتر! مساله این استٍ که شما دارید برای بیمه شدن تصمیم می‌گیرید نه صرفا حساب پس‌انداز! بیمه عمر پیش از این‌که سوددهی داشته باشد، افراد را بیمه می‌کند. صراحتا عرض کنم اگر فقط و فقط به سوددهی فکر می‌کنید، حساب بانکی باز کنید. این‌جا بیمه است و اولویت ما نیز بیمه کردن شماست. بزرگسالان اولویت دارند چون شما پدر یا مادر خانواده هستید؛ مسوولیت زندگی بر دوش شماست و نان‌آور و روزی‌رسان خانواده هستید. روز بد و روز تلخ در زندگی همه ما هست و خدای‌ناکرده و به‌هر دلیل اگر نان‌آور خانواده نتواند به شغل خود ادامه دهد یا یک حادثه زندگی را زیر و رو کند، تکلیف خانواده چیست؟

اگر مورد تلخی پیش آید، آیا خانواده و فرزندان‌تان می‌توانند به زندگی راحت امروز خود ادامه دهند؟ آیا وام‌ها و اقساط شما را می‌توانند بپردازند؟

پس اولویت با بزرگسالان است که پوشش‌های بیمه‌ای برای آن‌ها بیشتر جلب توجه می‌کند. بعد از این‌که خود و همسرتان بیمه شدید، حال می‌توانید به بیمه شدن فرزندان‌تان فکر کنید و برای آن‌ها بیمه توام با پس‌انداز باز کنید.

ادامه در شماره آینده...

راه‌های تماس: حضور در دفتر؛ تلفن: ۳۳۲۲۵۷۹۰ و ۳۳۲۳۶۴۴۷ و ۳۳۲۲۸۴۷۶؛
تلگرام: ۰۹۱۱۱۳۱۴۳۳۵؛ واتساپ: ۰۹۱۱۱۳۱۴۳۳۵؛ اینستاگرام: mirvahabi7083

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: 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
۰۹۱۱۲۴۹۲۴۴۹-۰۱۳۳۲۱۱۵۵۱۱

Dr.mozhgan_nabatzade

۱۸۴

پزشکان گیل

ماهنامه جامعه پزشکی استان گیلان

شماره ۱۸۴، بهمن 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:

مهدی اسفندیار، دکتر هدیه حج‌فروش

دکتر افشین خداشناس، دکتر بابک زمانی

دکتر بابک عزیز افشاری، دکتر مهران قسمتی‌زاده

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

گزارش

دومین گفتگوی سیمرغ برگزار شد.......................................۵

یادداشت

برنامه تحول نظام سلامت معیاری برای سنجش...................۷

نامه‌هایی برای تمام فصول..۹

پاسخی به منتقدانم در جامعه پزشکی...............................۱۲

فرزند، رحمت یا زحمت!..۱۴

پزشکان و جلوگیری از تضاد منافع تجاری.........................۱۸

جهان پزشکی

تولد دوقلوها و طرح آزمایشی با هدف کاهش زایمان سزارین..۲۱

کلینیک

باشگاه مجلات..۲۶

«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.

کانال تلگرام پزشکان گیل

وب‌سایت پزشکان گیل

نظام ارجاع و جایگاه پزشکان عمومی در سطح‌بندی خدمات سلامت استرالیا

دومین گفتگوی سیمرغ برگزار شد

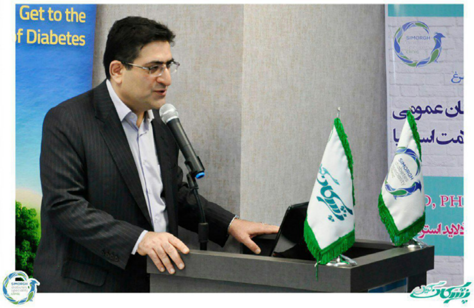
دومین نشست گفتگوی سیمرغ، از مجموعه نشست‌های مشترک ماهنامه پزشکان گیل و کلینیک دیابت سیمرغ رشت، صبح پنج‌شنبه ٤ بهمن ١٣٩٧ با عنوان «نظام ارجاع و جایگاه پزشکان عمومی در سطح‌بندی خدمات سلامت استرالیا» در این کلینیک برگزار شد.

سخنران این نشست کارشناسی که در آن حدود ٣٠ تن از روسا و اعضای هیات مدیره نظام پزشکی‌ها و انجمن‌های پزشکان عمومی استان و نیز مسوولان و مدیران تامین اجتماعی، بیمه سلامت و دانشگاه علوم پزشکی گیلان حضور داشتند و با استقبال و مشارکت بسیار خوب شرکت‌کنندگان در بحث، نزدیک به سه ساعت به‌طول انجامید، دکتر حسین افضلی (MD, PHD) استادیار اقتصاد سلامت دانشگاه آدلاید استرالیا بود.

پیش از سخنرانی دکتر افضلی، دکتر مهران قسمتی‌زاده، عضو هیات مدیره کلینیک دیابت سیمرغ، و دکتر مسعود جوزی، مدیر مسوول ماهنامه پزشکان گیل، هر یک در سخنانی کوتاه با اشاره به عمده‌ترین معضلات نظام سلامت ایران، بر ضرورت تحول در آن با استفاده از تجربیات موفق کشورهای پیشرفته تاکید کردند.

حامی مالی دومین نشست از سلسله نشست‌های «گفتگوی سیمرغ» که با رویکردی فراگیر و بین‌رشته‌ای در حوزه‌های متنوع علمی، صنفی، فرهنگی و حقوقی پزشکی ادامه خواهد یافت، شرکت داروسازی عبیدی بود.

با توجه به اهمیت مطالعه الگوی نظام ارجاع با دروازه‌بانی



عکس‌ها: مهراب جوزی

پزشکان عمومی در سطح اول و مبتنی بر پرونده الکترونیک سلامت و راهنماهای بالینی ولی بدون جمعیت تحت‌پوشش تعریف‌شده، شنیدن و دیدن این فایل‌ها را در سایت (pezeshkangil.com/?p=7207) و کانال تلگرامی پزشکان گیل (t.me/pezeshkangil/1682) به تمامی فعالان صنفی و کارشناسان نظام سلامت توصیه می‌کنیم.

برنامه تحول نظام سلامت
معیاری برای سنجش فاصله حرف تا عمل

دکتر مهران قسمتی‌زاده

از ماه‌های آغازین صدارت دکتر هاشمی می‌توان به‌عنوان یکی از پرابهام‌ترین و در عین‌حال شیرین‌ترین ایام برای فعالان صنفی یاد کرد. با روی کار آمدن دولت تدبیر و امید، وزیری پشت میز صدارت نشسته بود که جایگاهی بسیار قدرتمند در کابینه داشت و با درک توجه ویژه رییس‌جمهور به سروسامان دادن وضعیت سلامت مردم، توانسته بود سهم خوبی از بودجه کشور را برای تامین سلامت ایرانیان جذب کند.

آیا رویایی در حال تحقق بود؟

پس از سال‌ها مدیران نظام سلامت فرصت یافته بودند به اصلاح ساختاری بپردازند که دو ویژگی مهم داشت: فقدان بودجه و برنامه! هم‌اکنون بودجه فراهم بود و همه‌چیز مهیای ارایه‌ی برنامه‌ی اصلاحی آقای وزیر... که ناگهان اردیبهشت ۹۳ رسید!

برخلاف آن‌چه همه انتظار داشتند، به‌ناگهان برنامه تحول از سوی وزارت بهداشت و بدون رایزنی با جامعه پزشکی مطرح شد؛ برنامه‌ای که بیش از این‌که برنامه باشد، یک ایده بود: استفاده از خدمت ارزان و گاه رایگان سلامت در مراکز دولتی به‌منظور کاهش پرداختی از جیب مردم.

میراثی که از برنامه تحول برجا ماند

اما آیا این ایده و هدف با استفاده از روش درپیش‌گرفته قابل تحقق بود؟

متاسفانه همان‌طور که در همان زمان بسیاری از فعالان صنفی و نهادهای مدنی از جمله انجمن پزشکان عمومی (نشریه سیمرغ، ش ۱، شهریور ۹۳، پرونده صنفی: تحولی در نظام سلامت؟) اعلام کردند، آن‌چه به‌عنوان برنامه تحول ارایه شد، طرحی خام و بدون برنامه بود که در عمل منجر به هدررفت فرصت نادر به‌دست آمده برای اصلاح نظام سلامت و سرمایه‌های مالی و انسانی کشور شد و آن‌چه دکتر هاشمی علی‌رغم ادعای دستگاه‌های رسمی و دولتی به‌جا گذاشت، چیزی نبود جز:

۱. ناتوانی دولت در تداوم پوشش بیمه‌ای نه‌چندان کارآمد برای آنانی که در ابتدای طرح تعهد کرده بود

۲. سازمان‌های بیمه‌ای ورشکسته و بدهکار که در پرداخت حقوق پرسنل خود مانده‌اند

۳. تشکیل صف‌های طولانی انتظار در کلینیک‌های تخصصی و فوق‌تخصصی ارزان‌قیمت با پزشکانی کلافه از مراجعات بی‌شمار

٤. مطالبات بسیار پزشکان و کادر درمانی مراکز خصوصی و دولتی

۵. دانشگاه‌های به‌شدت بدهکار و فرسوده در اثر مراجعات بی‌شمار

٦. بخش خصوصی به‌شدت آسیب‌دیده

۷. آسیب شدید به رابطه پزشکان و جامعه در اثر

ناکارآمدی سیستم ارایه خدمات و سیستم پرداخت
۸. تنزل شدید سطح آموزش پزشکی به‌دلیل به‌کارگیری بیش از حد اعضای هیات علمی در ارایه خدمات درمانی
۹. مهاجرت گسترده پزشکان و فارغ‌التحصیلان پزشکی
۱۰. گسست کامل بین سیاستگذاران، ارایه‌کنندگان خدمات و دریافت‌کنندگان خدمات
۱۱. ناهماهنگی گسترده در نظام سلامت و حتی در سطح معاونت‌های وزارت بهداشت (جزایر پراکنده تصمیم‌گیری).

البته نباید از انصاف گذشت که حداقل در سال اول و پیش از اتمام منابع و پیش از سلب اطمینان مردم و جامعه پزشکی از سیاست‌های وزارت بهداشت، نظام سلامت دوره‌ای کوتاه از سرخوشی را سپری کرد؛ اما حیف که بار دیگر زمان ثابت کرد که برای رسیدن به اهداف بزرگ، برنامه دقیق و همراهی و مشارکت تمامی ذی‌نفعان نیاز است که آن هم با مشارکت دادن نمایندگان آن‌ها در جریان سیاستگذاری میسر خواهد شد؛ یعنی دقیقاً همان چیزی که برنامه تحول کم داشت.

برنامه تحول و نامزدهای ریاست کلی نظام پزشکی

اما چرا هم‌اکنون و برای تصمیم‌گیری در این لحظه باید به گذشته نگاه کنیم؟

مدتی است که نظام پزشکی به‌عنوان یک سازمان مدنی و در عین‌حال یکی از نهادهای موثر در تصمیم‌سازی‌های نظام سلامت مشغول پوست‌اندازی و پس از استعفای دکتر فاضل درگیر انتخاب جانشین برای ایشان است. مسلماً تمامی کاندیداهای منصب ریاست کل این سازمان، در تمامی دوران اجرای برنامه تحول، در این کشور به‌سر می‌برده و خود از فعالان اجتماعی این کشور بوده‌اند؛ بنابراین به‌نظر می‌رسد نوع رویکرد ایشان نسبت به برنامه تحول می‌تواند معیار مناسبی برای ارزیابی شناخت آن‌ها از نظام سلامت باشد:

– آیا در جریان اجرای طرح تحول به هدررفت منابع کشور در بخش بیمه و آسیب به سازمان‌های بیمه‌گر در آن شرایط واکنش نشان داده‌اند؟

– آیا به سیاست عرضه تقریباً رایگان خدمات تخصصی و فوق‌تخصصی که عملاً منجر به فرسودگی جامعه پزشکی و تقلیل آن به ویزیت‌های سه دقیقه‌ای شد، اعتراض کرده‌اند؟

– آیا به نادیده گرفتن بخش خصوصی در ارایه خدمات توجه کرده‌اند؟

– آیا به وزارت بهداشت در مورد آسیب گسترده به سیستم آموزش پزشکی اعتراض کرده‌اند؟

– آیا لزوم مشورت و همفکری با نظام پزشکی و نهادهای مدنی جامعه پزشکی را در طراحی برنامه‌های کلان ملی به وزیر یادآوری کرده‌اند؟

شاید بد نباشد برای شناخت رییس جدید، با جستجویی در اینترنت، به بررسی رویکرد گذشته کاندیداها و مقایسه آن با ادعاهای کنونی آنان پرداخت تا به میزان شایستگی‌شان برای در دست گرفتن پرچم اصلاحات، به‌عنوان پیش‌قراول جامعه پزشکی، پی برد.

دکتر مهران قسمتی‌زاده
عضو هیات مدیره انجمن پزشکان عمومی ایران و رییس نظام پزشکی لاهیجان
نشانی: سیاهکل، کلینیک حافظ، تلفن: ۴۲۳۲۴۲۰۰
Email: mg2251343@gmail.com

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

انتقال مطب
رشت، گلباغ نماز، روبه‌روی مدرسه شاهد، ساختمان البرز
تلفن: ۳۳۱۲۳۵۴۶-۳۳۱۲۳۴۶۷
RMC1019

نامه‌هایی برای تمام فصول (۲)

دکتر بابک زمانی

همان‌طور که در شماره پیش آمد، سلسله یادداشت‌های حاضر ویرایشی تازه از پنج مقاله به‌هم‌پیوسته است که شش سال پیش با عنوان «نامه‌هایی به وزیر» خطاب به وزیر بهداشت پیشین نوشته شده بود. تمرکز بر مسایل اساسی سلامت در این یادداشت‌ها تلاشی است برای یافتن پیشینی‌ترین گره‌های بحران موجود سلامت کشور و درگرفتن یک مباحثه جدی نظری درباره این مسایل اساسی و روشن شدن دیدگاه‌های مختلف.

۳. آموزش

معاون محترم آموزشی وزارت بهداشت اخیراً در فراخوانی، خواهان نظردهی جامعه پزشکی در مورد سپردن آموزش پزشکی به بخش خصوصی شده است؛ از این‌رو نامه‌ای بر این سری نامه‌ها افزودم. (واقعاً جای آموزش در این نامه‌ها خالی بود.)

آموزش پزشکی بخشی از جوهره ذاتی اخلاقیات پزشکی است. داستان فورسپسی (ابزاری در مامایی) که تنها بعد از مرگ آن متخصص زایمان موفق، در وسایلش کشف شد، مثال تاریخی رفتارِ غیراخلاقی در این زمینه است. از سوی دیگر در کشور ما در بسیاری از قسمت‌ها بخش خصوصی پیشگام و مدل بوده و قطعاً دارای امکاناتی است که می‌تواند باعث تعمیق تجارب دانشجویان و دستیاران شود. اما وقتی صحبت تایید آموزش پزشکی در طب خصوصی توسط دولت در کشور ما پیش می‌آید باید به نکات دیگری نیز توجه کرد.

مهم‌ترین مساله این است که در سال‌های گذشته دولت در آموزش پزشکی مدل موفقی ارایه نکرده است و آموزش در طب خصوصی هم قطعاً از مدل موجود الگوبرداری خواهد کرد. مدلی که در آن:

– نسبت دستیار به استاد درست برعکس این نسبت در تمام دنیاست. تنوع و تکثری در استادان وجود ندارد. استادان معدود هر بخش همه تنها از یک تخصص بالینی هستند. وقتی برای آموزش پزشکی در ازای ۲۰ عضو هیات علمی، شامل بالینی، علوم پایه و تحقیقاتی ۶–۵ دستیار تخصصی باید وجود داشته باشد، در بخش‌های ما گاه برای تا ۲۰ رزیدنت، تنها ۶–۵ استاد، آن هم تنها از یک تخصص بالینی حضور دارند. آن هم اساتیدی که نیمی از آن‌ها–قدیمی‌ترها– در عمل نیمه‌وقت یا بسیار کمتر از نیمه‌وقت هستند! جوانانِ تمام‌وقت هم تمام‌وقتِ درمانی هستند و در ساعات اضافه تمام‌وقت‌شان نه‌تنها دستیاران حضور ندارند، بلکه حضورشان قباحت هم دارد! همان‌قدر که افزایش دستیار سهل و آسان است استخدام هیات علمی پرپیچ‌وخم و دشوار است. معلوم نیست دانش روزبه‌روز در حال تحول پزشکی را چه کسانی باید آموزش دهند. اصلاً مگر نه آن‌که آموزش + درمان متخصصین بیشتری نیاز دارد تا آموزش یا درمان هرکدام به‌تنهایی؟ همچنین گردش و چرخش فراگیران در بخش‌های مختلف دنیا به‌دنبال آخرین دانش روز هم وجود ندارد؛ بماند که حتی در داخل کشور

هم با موانع بسیار همراه است.

– بر اثر مرور ایام و عادت‌دیدگان به امری غیرمنطقی، دستیار تخصصی، این نیروی کاری رایگان و مجبور، به‌عنوان راه حلی طلایی برای مشکلات ساختاری اقتصاد سلامت نمود پیدا کرد. حتی با همان حقوق اندک هیات علمی هم توان به‌کارگیری تمام نیروهایی که کار دانشگاهی را بر کار خصوصی ترجیح می‌دادند وجود نداشت. همه فراموش کردند که روز روشن و شب تاریک است و همه بیماران را باید متخصصین ویزیت کنند، حتی در نیمه‌شب؛ و دستیار تنها باید دستیاری کند، حتی در نیمه‌شب. وقتی امکان استخدام متخصص کافی برای پوشش تمام‌وقت مراکز وجود ندارد، پذیرش دستیار حلال همه مشکلات است.

به‌علاوه، فضای آموزشی کافی هم فراهم نشد! مفهوم مکتب و سنت در دانشکده‌ها جا نیافتاد. بیمارستان‌های متعدد حتی در شهرهای دور به‌صرف وجود متخصصین (برای آن‌که استاد باشند) و دستیاران (برای آن‌که کار کنند) پیش از آن‌که سنت‌های آموزشی جاافتاده‌ای پیدا کنند، دانشگاه شدند.

ارتباط و روتیشن بین‌المللی تقریباً به‌طور کامل قطع شد و آموزش پزشکی به رشد و تکاملی ایزوله ادامه داد تا حدی که جداً نمی‌دانیم در راهیم یا در بی‌راه؟ و اگر این بی‌راه است با راه چه نسبتی دارد؟

در چنین شرایطی است که تحویل آموزش به بخش خصوصی می‌تواند سلامت را تا مرز فاجعه ببرد و مصیبت دیگری بیافریند و آن هم همان مصیبت قدیمی عادت به بحران و فاجعه است.

وزارتی که قادر به نظارت کیفی بر بیمارستان‌هایی که خود اداره می‌کرد نبود، چگونه می‌تواند بر بیمارستان‌های خصوصی نظارت کند؟ از آموزش گذشته، آیا تحت‌تاثیر برخی سنت‌های ناپسند بیمارستان‌های آموزشی، امر درمان هم در بیمارستان‌های خصوصی به خطر نخواهد افتاد؟ سنت‌هایی مثل لیز خوردن وظایف از اتند به دستیار و از دستیار سال بالا به دستیار سال پایین و بعد انترن و صحنه‌هایی مثل صف کشیدن چند بیمار در یک اتاق درمانگاه در کنار هم و ویزیت بیماران در حضور یکدیگر! رفتارهایی که در طب خصوصی هنوز قبح‌شان نریخته و این‌جا دیگر هرکدام معانی اقتصادی هم خواهند داشت.

آموزش وظیفه ذاتی هر طبیبی است؛ پزشکان در اساس کاری جز آموزش ندارند اما لطفاً انتقال آموزش رسمی پزشکی به طب خصوصی را تا تبلور آموزش پزشکی در بخش دولتی، هر چند سال که طول بکشد، به تعویق بیاندازید.

۴. اشتغال

همگان متفق‌القول‌اند که بخش مهمی از طبیبان در کشور ما بیکارند، اما در این میان نکاتی وجود دارد. مهم‌ترین نکته این‌که علی‌رغم بیکاری بخش قابل توجهی از پزشکان، نسبت پزشک به جمعیت در کشور ما در حدود استانداردهای جهانی است. معنای این حرف آن است که نظام سلامت در کشور ما نمی‌تواند پزشکانی را که بر اساس معیارهای بین‌المللی برای تحقق کیفیت حیات مدرن لازم هستند، جذب کند! پس موضوع اشتغال در واقع همان موضوع کیفیت سلامت است! نکته دیگر هم بی‌ارتباط با این موضوع نیست. کار پزشکی و سلامت ذاتاً چنین است که اشتغال در آن نمی‌تواند هدف غایی باشد. بسیاری از اشتغال‌ها در کار پزشکی می‌توانند کاذب یا حتی مضر باشند. داشتن یک فوق‌تخصص در شهری که اساساً بیماری‌های مربوط به آن فوق‌تخصص، وفور لازم را ندارند می‌تواند یک اشتغال کاذب یا حتی مضر باشد! به‌خصوص اگر تعرفه لازم برای دیدن بیماران بسیار کم اما با دقت زیاد، از پیش اندیشیده نشده باشد.

در بسیاری از بخش‌های سلامت همه به‌نوعی به کار سطح پایین‌تر عادت کرده‌اند و به‌همین دلیل نیاز به افراد جدید به چشم نمی‌آید. در بسیاری از بیمارستان‌های آموزشی بسیاری از استانداردهای رایج در بخش خصوصی همین کشور هم رعایت نمی‌شود. دانشگاه‌های علوم پزشکی که قاعدتاً باید متولی سلامت و اشتغال در تمام کشور یا حداقل حیطه مورد مسوولیت خود باشند، وظایف خود را تنها به گردش امور در بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های خود محدود کرده‌اند. در مورد این‌که پزشکان در همان شهر در مطب‌ها و کلینیک‌های خود چه می‌کنند، تنها نظارتی کمّی و صوری بر مجوزها و دریافت‌ها اعمال می‌کنند.

بی‌تردید اگر در تمام بیمارستان‌های آموزشی و خصوصی، آخرین استانداردهای کار پزشکی رعایت شود، درخواهیم یافت که استانداردهای بین‌المللی برای تعداد مورد نیاز طبیب و نسبت استاد و دستیار، از سر اتفاق و از آسمان نیامده‌اند و ما خیلی هم آدم‌های زرنگی نیستیم که یک‌نفره کار چند نفر را انجام دهیم. چنین کیفیاتی نیازمند انسان‌های بیشتری است.

در یک کلام باید گفت بهبود اشتغال در نظام سلامت در گرو افزایش کیفیت سلامت است! بهبود کیفیت مستلزم ترجیح کار جمعی بر کار فردی، کار منظم و ثبت‌شده بر کار

فی‌البداهه، و کار نظارت‌شده بر کار بی‌نظارت است که همه و همه مستلزم افراد بیشتری است. بنابراین مراکز آموزشی باید درهای خود را بر فارغ‌التحصیلان‌شان بگشایند و راهروهای‌شان را که بعدازظهرها خاک می‌خورند فعال کنند. با همین وضعیت فعلی هم بسیاری از فارغ‌التحصیلان ترجیح می‌دهند با همین تعرفه‌های موجود و با همین راهروهای نه‌چندان زیبا همچنان در مراکز آموزشی و پیرامون اساتیدشان مشغول باشند، چه برسد به این‌که با همت وزارت، امکان کار علمی و آموزشی در محیطی علمی‌تر، زیباتر و با درآمدی اطمینان‌بخش‌تر فراهم آید!

مگر سال‌ها پیش و در زمان ادغام وزارت بهداشت با دانشکده‌های پزشکی، بخش‌های آموزشی ما در سودای نوعی طب ملی که همه پزشکان در استخدام دولت باشند، قربانی نشدند؟ حالا کار به جایی رسید که بهترین و برگزیده‌ترین متخصصین ما هم تنها تا زمان انجام طرح مورد نیازند؟ از آن به بعد باید خود گلیم‌شان را از آب درآورند؟ و این هم مهم نیست که آن گلیم را از آب کشور خود دربیاورند یا از آب کشور کانادا؟ دانشکده‌ها با همان هیات علمی ده‌ها سال پیش که ما آدم‌های عادی را می‌گرفتند، تنها دنبال آدم‌های استثنایی می‌گردند؟ آدم استثنایی را باید ساخت یا یافت؟ اگر دانشگاه قرار نیست انسان بسازد پس به چه کار می‌آید؟ هزاران آدم استثنایی ایرانی در آن‌سوی مرزها هستند؛ همان‌هایی که جذب نظام‌های سلامت ما نشدند. این‌که آن‌ها عادی بودند یا استثنایی و این‌که چه کسی این تقسیم‌بندی را باب کرد، اصلاً مهم نیست. مهم آن است که اکنون نه استثنایی‌اند نه معمولی؛ اساتیدی برجسته و دانشمند هستند که در محیطی مناسب رشد کرده‌اند.

اگر روز روشن و شب تاریک است، هر کار تخصصی‌ای با کیفیت بالاتر مستلزم افراد بیشتری است و هر تکنولوژی جدیدی که هر روز وارد می‌شود مستلزم اشتغال افراد بیشتر و متنوع‌تری است. تعداد دستیاران و اخیراً رشته‌های فلوشیپ بعد از طی مراحل تکاملی‌شان لای پرونده‌ها و کاغذها به‌سرعت افزایش می‌یابند اما تعداد هیات علمی با همان حقوق اندک مثل تعداد صخره‌های دماوند تنها بر اساس قوانین زمین‌شناسی تغییر می‌کند. در طب خصوصی هم افراد بیشتر کیفیت بهتر می‌آفرینند. دستیار غیرآموزشی در همه‌جای دنیا امکان مناسبی است برای استفاده از پزشکان عمومی در ارتقای کیفیت درمان و حتی تحقیق.

کاری که دستیاران غیرآموزشی انجام خواهند داد قطعاً از هر کاری که الان می‌کنند کیفیت بالاتری خواهد داشت و نه‌تنها آن‌ها را آماده خواهد ساخت که روزی برای تخصص اقدام کنند بلکه امکان اشتغال مستقل آن‌ها را در همان رشته به‌خصوص، در سطحی که فراگرفته‌اند آماده خواهد ساخت.

طبق قوانین جاری همه پزشکان عمومی می‌توانند در هر یک از رشته‌های داخلی کار کنند منتها در صورت عوارض باید پاسخگو باشند، طبق قانون برای ویزیت بیماران مبتلا به بیماری‌های عفونی، اطفال، اعصاب و... داشتن مدرک تخصص الزامی نیست (پزشکان عمومی بر تابلوی‌شان بدون لفظ تخصص می‌نویسند «داخلی–اطفال») اما تبحر و دانایی الزامی است! همین‌جا بگوییم که این تخصص‌گرایی افراطی رایج با این امتحانات بورد «فکر برتر» که تنها توانایی حافظه را می‌سنجند، نه‌تنها به‌ضرر اشتغال کار می‌کند بلکه به دلیل ماه‌ها مطالعه بی‌ارتباط با عمل، از کفه تبحر در برابر کفه مدرک نیز می‌کاهد و گاه حتی احساس می‌کنید قرار است مدرک توجیهی برای تبحر نداشتن باشد.

مساله اشتغال در سلامت را نباید به اشتغال پزشکان محدود کرد. کیفیت مناسب در سلامت مستلزم اشتغال بخش قابل‌توجهی از فارغ‌التحصیلان رشته‌های جانبی به‌خصوص پرستاری است. هر کس گذری در بیمارستان‌های اروپا داشته، از میزان قابل‌توجه پرستاران و تکنیسین‌هایی که در هر بخش شاغل‌اند تعجب می‌کند. این پرسنل متعدد پزشکان را چون شاخ و برگ درختان فراگرفته‌اند تا حدی که تصور می‌کنید تیم پزشکیِ در کشور ما تک‌درختی بی‌بار و بَر، تنها شامل طبیبان است.

اصلاح همه این‌ها، با اخلاق و عاداتی که همه ما به آن مبتلاییم کاری عظیم است. قطعاً نگارنده به آن حد از فهم رسیده که همه آن‌ها را یک‌شبه و یک‌ساله و حتی چندین ساله از هیچ‌کس و هیچ وزارتی درخواست نکند. اما مقصود باز هم همان داستان مولانا است و سنگی که هر دم تشنه‌ای بر آب می‌انداخت:

بر لب جو بود دیواری بلند
بر سر دیوار تشنه دردمند
... تشنه گفت آبا مرا دو فایده است
فایده اول سماع بانگ آب...
فایده دیگر که هر خشتی از این
برکنم آیم سوی ماء معین!

دکتر بابک زمانی
متخصص نورولوژی

Telegram: t.me/bzyad

پاسخی به منتقدانم در جامعه پزشکی

مهدی اسفندیار

مهدی اسفندیار فعال رسانه‌ای و پژوهشگر اقتصاد سلامت، از منتقدان شناخته‌شده طرح تحول سلامت و در بین برخی، مشهور به «پزشک‌ستیزی» است! او در این یادداشت در کانال تلگرامی خود «نه به عوام‌فریبی» (t.me/nabeavamfaribi)، با بیان این‌که دلیل مخالفت‌ها و موافقت‌هایش بغض نسبت به جامعه پزشکی نبوده است، به توضیح دلایل مخالفتش با این طرح می‌پردازد.

پیرو انتقاداتی که سروران ارجمند جامعه پزشکی در طی چند روز گذشته و متعاقب یادداشت‌های بنده در مورد انتخاب رییس‌کل محترم سازمان نظام پزشکی داشتند، بر آن شدم که دلایل انتقاداتم را در مورد تعرفه‌های پزشکی و... در طول سالیان اخیر بنویسم.

درست در روزهایی که گام اول و سوم طرح تحول اجرا شد، صدای اعتراض بنده بلند شد. اشکالات گام اول که صدور دفترچه‌های رایگان بدون آزمون وسع بود و باب هر نوع سوءاستفاده از منابع بیمه‌ها را باز کرد، امروز و بعد از گذشت چند سال همه دست‌اندرکاران صنفی و علمی و اجرایی و نظارتی و تقنینی، نه‌تنها بر انتقادم واقف شدند، بلکه بیشتر از بنده نیز به آن پرداختند.

گام سوم افزایش غیرکارشناسی تعرفه‌ها بود (لطفاً صبور باشید)؛ افزایشی که بدون مشورت اصولی با سایر ذی‌نفعان و بدون در نظر گرفتن پتانسیل‌های اقتصادی و سیاسی و اجتماعی صورت گرفت و سبب شد کل بازار سلامت دگرگون شود. ناچارم یک مثال ساده برای دوستان بزنم:

مثلاً با افزایش نرخ تعرفه سنجش تراکم استخوان و تبدیل شدن هر برگه بیمه به یک تراول صد هزار تومانی، سود سرشاری برای ارایه این خدمت ایجاد شد و کشور در معرض ورود انبوه این دستگاه‌ها قرار گرفت و به‌تبع آن، همه سازوکارهای یک مارکتینگ بر آن استوار شد و به‌سمتی رفت که برخی از بیمارستان‌ها با صفر کردن تعرفه سنجش تراکم یا رساندن آن به مبالغ کمتر از ۳۰ هزار تومان، از محل برگه‌های بیمه سود سرشاری نصیب خود کنند. فشار سنگینی از هزینه‌ها بر صندوق‌های بیمه وارد گردید و صدها میلیارد تومان طی سالیان اخیر هزینه روی دست بیمه‌ها گذاشت و از زن جوان ۲۰ ساله تا پیرزن ۹۰ ساله کاندیدای این نوع از خدمتی شدند که در بسیاری از کشورها بیشتر یک خدمت لوکس در اختیار سالن‌های بدنسازی و تغذیه است تا خدمات درمانی و تشخیصی مورد حمایت بیمه‌ها. اما سنجش تراکم استخوان تنها یک نمونه از صدها خدمتی بود که مورد بازنگری قرار گرفت.

در برخی از خدمات، در شرایط فقدان گایدلاین‌ها و ناتوانی بیمه‌ها در نظارت علمی و وجود تعارض منافع در تصمیمات مدیران، افزایش تعرفه‌ها سبب افزایش انگیزه به ارایه خدمت شد و هزینه‌ها را به‌شکل آبشاری و خارج از محاسبات دست‌اندرکاران افزایش داد؛ مثلاً

تعویض مفصل زانو یا آنژیوگرافی. این وضعیت به‌هیچ عنوان در معادلات مجریان طرح تحول سلامت نیامده بود و رشد هزینه‌ها را متاسفانه خطی در نظر گرفته بودند و همین اشتباه مساوی شد با جا ماندن بیمه‌ها و دولت در پرداخت هزینه‌ها و افزایش زمان و حجم معوقه‌های پزشکی و صد افسوس که هزینه این اشتباه را همگان یکسان پرداخت کردند. یعنی آن پزشک عمومی که ماهیانه ۲ الی ۳ میلیون تومان از بیمه‌ها می‌گرفت و آن جراح بخش دولتی که امکان تولید خدمات القایی را نداشت یا آن متخصصی که بیمار را ویزیت می‌کرد و تنها ماهیانه ۱۰ میلیون کارانه می‌گرفت، او نیز در آتش خدمات القایی و آن مرکز تولیدکننده خدمات القایی سوخت و یک سال و اندی دستمزدش عقب افتاد! و صدالبته دکتر نوبخت در سازمان برنامه و بودجه با عدم اختصاص حق قانونی طرح تحول سلامت به دلایلی ناشناخته، بر محقق نشدن معادلات بی‌تاثیر نبود.

از همین زاویه بود که بنده برخلاف انتظار بسیاری از پزشکان، در زمان تصمیم وزارت بهداشت و بیمه‌ها به کاهش تعرفه‌های رشته بیهوشی و تصویربرداری، با درج یادداشت‌هایی با این تصمیم غیرکارشناسی مخالفت کردم؛ زیرا برایم مسجل بود که اشکال در ضعف برنامه‌ریزی دست‌اندرکاران وزارت بهداشت، خصوصاً ضعف شدید معاونت وقت درمان و محافظه‌کاری شدید و فقدان دانش مدیران بیمه‌ای است و هنوز هم معتقدم که باید در حق رشته‌های بیهوشی و رادیولوژی و حتی تعرفه ویزیت پزشکان اصلاح اساسی صورت گیرد؛ زیرا این سه رشته جزو رشته‌های ریفرال (ارجاعی) هستند و نه سلف‌ریفرال (خودارجاعی) و نباید چنین تصمیم نامناسبی در حق آن‌ها گرفته می‌شد.

در این میان به‌دلیل عدم درک ضرورت تدوین و اجرای گایدلاین‌ها قبل از هر تصمیمی و فقدان مدیریت تکنولوژی (که البته بخشی از این اشکال به زیرساخت‌های فنی و تخصصی و زمان‌بر برمی‌گشت) واقعیت دیگر این بود که درایتی هم نشد که مثلاً برای خدمات خاص سقفی از بودجه را ببینند یا گروه‌هایی مثل پزشکان عمومی را بابت پرداخت حق ویزیت و خدمات سطح اول در سبد جداگانه و اولویت اول پرداخت‌ها قرار دهند و مقصر و غیرمقصر با هم سوختند.

جان کلام این‌که دلیل مخالفت‌ها و موافقت‌هایم، خدای‌ناکرده بغض نسبت به جامعه پزشکی نبود...

همکاران ارجمند

سرکار خانم دکتر هاله و سرکار خانم دکتر آرزو ختایی

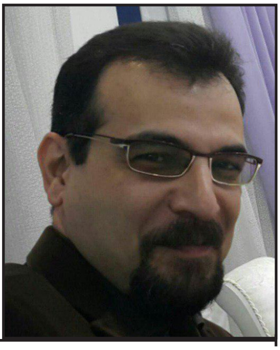
درگذشت پدر ارجمندتان، جناب آقای دکتر قاسم عطار ختایی را صمیمانه تسلیت گفته، برای بازماندگان آرزوی شکیبایی دارم.

دکتر علی پرندآور

تسلیت

درگذشت همکار پیش‌کسوت، دکتر قاسم عطار ختایی را به جامعه پزشکی استان گیلان به‌ویژه فرزندان‌شان، سرکار خانم دکتر هاله و سرکار خانم دکتر آرزو ختایی، تسلیت می‌گوییم.

ماهنامه پزشکان گیل



دو کفه زشت و زیبای فرزندآوری در دنیای کنونی

فرزند، رحمت یا زحمت!

دکتر افشین خداشناس

فرزندان شما از آن شما نیستند؛ آنان پسران و دختران اشتیاقی هستند که زندگی به ادامه خویش دارد...
جبران خلیل جبران

همه‌ساله میلیون‌ها زوج که به‌دلیلی توانایی باروری ندارند، به هر دری می‌زنند تا بچه‌دار شوند. از آن‌سو هزاران زوج دیگر در تصمیمی دشوار اما آگاهانه با وجود توانایی باروری تصمیم می‌گیرند بچه‌دار نشوند یا تک‌فرزند داشته باشند. در حال حاضر حدود ۳٤ درصد خانواده‌های ایرانی تک‌فرزند و ١٤ درصد بدون فرزند هستند (البته این در صورتی است که ازدواجی در میان باشد وگرنه بسیاری از زوج‌ها به‌ویژه در فرهنگ غربی و اروپایی هیچ‌گاه رسماً پیوند زناشویی نمی‌بندند). پشتوانه هر دو دیدگاه، دلایلی احساسی و منطقی است اما دیدگاه دوم که شنا در جهت مقابل جریان جاری عرف و طبیعت است، بیشتر به‌سوی منطقی طیف گرایش دارد و دیدگاه اول به‌سوی احساسی طیف. در این مقاله بر آنم که با دیدی بی‌طرفانه کم و کیف وجود یا غیاب فرزند در زندگی خانوادگی را بررسی کنم و از هر دو سو به این موضوع نگاهی موشکافانه داشته باشم.

۱. فرزند رحمت است!

ویلیام گلاسر روان‌پزشک معاصر و شهیر آمریکایی با تبیین و ارایه تئوری انتخاب (Choice Theory) و در بطن این باور، پاسخ مستدلی به این پرسش داده است. این تئوری چگونگی و چرایی رفتارهای موجودات زنده را بیان می‌کند و عقیده دارد که انسان‌ها بر اساس پنج نیاز اساسی برانگیخته می‌شوند و چگونگی رفتارهای انسان، کم و کیف انتخاب‌های او برای ارضای این نیازها است. این رفتارهای هدفمند بیشتر ریشه‌ای درونی دارند تا بیرونی.

الف. نیاز به بقا (Survival): همه انسان‌ها دوست دارند- طبعا!- زنده باشند و در امنیت زندگی کنند؛ بنابراین از هر آن‌چه زندگی و امنیت‌شان را تهدید کند دوری می‌کنند. نیاز به بقا تمام نیازهای جسمانی را شامل می‌شود: غذا، آب، هوا، سرپناه، پوشاک، نیاز جنسی، نیاز به تامین امنیت برای ادامه زندگی و همچنین اقناع حس جاودانگی که با داشتن فرزند میسر می‌شود. گویی فرزند (ان) پاشنه آشیل ما در رویارویی با مرگ است. به‌قول خلیل جبران: شما کمان هستید و فرزندان‌تان تیرهای زندگی‌اند که از این کمان پرتاب می‌شوند. نیاز به بقا ضامن تداوم نسل انسان‌هاست.

ب. نیاز به عشق و تعلق (Belonging/connecting/love): گلاسر در تبیین سلامت روانی بر اهمیت اساسی روابط متقابل بین انسان‌ها تاکید دارد: نیاز به تبادل عاطفی و داشتن رابطه صمیمانه با دیگر انسان‌ها. نیاز به تعلق، سه حوزه اصلی را در برمی‌گیرد: احساس تعلق اجتماعی، احساس تعلق شغلی و احساس تعلق خانوادگی. به باور گلاسر، نداشتن رابطه عاطفی یا روابطی که در آن رضایت و خوشنودی وجود ندارد ریشه اصلی تمام مشکلات پایدار روان‌شناختی در افراد است. *آلفرد آدلر*، روان‌پزشک اتریشی در تبیین مفهوم منظومه خانوادگی به اهمیت نقش تعامل بین اعضای خانواده در سلامت روانی هر یک از اعضا تاکید دارد و فرزندان یکی از بازوهای مهم این تبادل عاطفی هستند. (به باور وی ترتیب تولد و جایگاه هر فرزند در این ترتیب در تکوین رشد روانی آینده او موثر است.)

پ. نیاز به قدرت (Power/significance/competence): این نیاز، مادر اختراع و اکتشاف و شوربختانه جنگ و درگیری (از درون‌خانوادگی گرفته تا برون‌کشوری)

است. نیاز به رقابت و برتری‌جویی، کسب قدرت و ثروت، تاثیرگذاری و موفقیت، پیشرفت و افتخار، اهمیت و خودارزشمندی، میزان مهارت در امور مختلف و...

ت. نیاز به آزادی (Freedom/autonomy): آزادی، انتخاب مسوولانه بر اساس نیازها را میسر می‌کند. نیاز به آزادی دربرگیرنده میزان خواستاری شخص در تصمیم‌گیری آزادانه در امور مختلف زندگی، بیان بی‌واهمه افکار، استقلال نظر و عمل و... است. کنترل‌های سختگیرانه بیرونی که آزادی‌های اساسی انسان را منکوب و محکوم کند قامت رشید آزادی را خم می‌کند. نتیجه این روند از دست رفتن افکار بالنده و خلاقیت سازنده، و جامعه‌ای است خودخواه و وحشت‌زده و سردرگم که سلامت روانی و حرمت حریم شخصی‌اش به‌شدت آسیب‌دیده است. یکی از تفاوت‌های اساسی جوامع دموکراتیک نسبت به دیکتاتوری، در ارضای این نیاز (با پشتوانه قانونی و عرفی همزمان) است.

ث. نیاز به تفریح (Fun/learning): انسان از نظر ژنتیکی برای آموختن نیاز به پاداش دارد. آن‌چه در حین و بین یا در فواصل فعالیت‌های تفریحی آموخته می‌شود، از مهارت‌های جسمانی و گفتاری و رفتاری گرفته تا کسب دانش و هنر و ادب، هم پذیرندگی بهتری دارد و هم ماندگاری طولانی‌تر. تفریح، سکوت لذت‌بخش بین نت‌های شلوغ زندگی روزانه است. اگر یکی از طرفین رابطه، تفریح را در بهترین حالت، وقت‌گذرانی و در بدترین حالت، اتلاف وقت بداند، در درازمدت روابطی خشک و سرد را تجربه خواهد کرد.

انسان‌ها در تعامل با هم درصدد ارضای این نیازها هستند اما گنجایش و میزان نیاز هر انسان تا اقناع و ارضای آن نیاز است که شخصیت انسان را می‌سازد و تضاد بین این‌هاست که کیفیت روابط انسانی را رقم می‌زند. با این وصف، به باور گلاسر در دو نیاز از پنج نیاز اساسی انسان برای کسب سلامت روان (نیاز به بقا و نیاز به عشق و تعلق) وجود و حضور فرزند، نافذ (اما نه واجب) است.

از نگاهی دیگر، *اریک اریکسون*، روانشناس آمریکایی-آلمانی، زندگی را به هشت مرحله تقسیم می‌کند که از تولد شروع می‌شود و تا مرگ تداوم می‌یابد. هر مرحله به رشد و شایستگی رسیدن در یک محدوده از زندگی مربوط است. اگر یک مرحله به‌خوبی پشت سر گذاشته شود، شخص احساس تسلط خواهد کرد و اگر به‌طور ضعیفی مدیریت شود، حس بی‌کفایتی در شخص پدید خواهد آمد:

۱. **شیرخوارگی (تولد تا ۱۸ ماهگی):** اعتماد در برابر بی‌اعتمادی

۲. **کودکی (۱۸ ماهگی تا ۳ سالگی):** خودمختاری در برابر شک و تردید

۳. **بازی (۳ تا ۵ سالگی):** ابتکار در برابر تقصیر و گناه

٤. **مکتب (٦ تا ۱۲ سالگی):** کوشایی در برابر حقارت و خودکم‌بینی

۵. **نوجوانی (۱۲ تا ۱۸ سالگی):** هویت در برابر تعارض نقش

٦. **جوانی (۱۸ تا ۳۵ سالگی):** انسجام و صمیمیت در مقابل انزوا و تنهایی

۷. **بزرگسالی (۳۵ تا ٦۵-۵۵ سالگی):** مولد بودن و خلاقیت در مقابل رکود و ایستادگی

۸. **کهن‌سالی (٦۵-۵۵ سالگی تا مرگ):** کمال در برابر یاس و نومیدی.

در مرحله هفتم از مراحل رشد روانی از دیدگاه اریکسون مولد بودن (productivity) مهم‌ترین انگیزه رشد روانی– اجتماعی است و ناکام ماندن این نیاز منجر به احساس بیهودگی و بی‌حاصلی (stagnation) می‌شود. گرچه در بخش دوم این مبحث می‌بینیم که اقناع حس مولد بودن تنها با پرورش فرزند ممکن نمی‌شود و اگر مرد و به‌ویژه زن هویت خود را از زمان کودکی برحسب شخصیت خود با فرزندآوری گره نزده و تعریف نکرده باشند می‌تواند این احساس نیاز را با هنر و علم و فعالیت‌های اجتماعی سازنده و... ارضا کنند. در این نگرش احساس نیاز جنسی در محور زاد و ولد یا کسب صمیمیت و لذت، به‌سوی دوم تغییر جهت می‌دهد.

سوای نگاه روان‌شناختی صرف به انسان برای پدر یا مادری که در تعامل عاطفی و منطقی بین خودشان به توازن و تکامل نسبی رسیده‌اند، داشتن یک فرزند که همگام با غرایز طبیعی انسان است با زیبایی‌های بسیار همراه است. شاید برای یک مرد که از نظر فیزیولوژیک قادر به پروراندن کودکی که میراث ژنتیکی او را در خود دارد در بطن خودش ممکن نیست، ادراک و احساس این امر راحت نباشد، اما یک زن که از نظر فیزیولوژیک قادر به پروراندن کودک در بطن خود است و از بدو جریان تکامل انسان در اجتماعات انسانی هویتش با تولیدمثل درهم‌تنیده است، رسیدن به کمال وجودی‌اش با فرزندآوری به اوج می‌رسد. از سویی هم برای پدر و هم برای مادر آگاه و مسوول، مراقبت و تربیت فرزند و فراهم آوردن مکان و ابزارهایی که برای آسایش و پرورش او لازم است و تبادل عاطفی و فکری با کودک در هر مرحله از رشد، اقناع روانی بی‌همتایی به‌همراه دارد.

از دیدی کلان نیز فرهنگ فرزندآوری، جامعه‌ای جوان‌تر با نیروی کار و اندیشه فعال ایجاد می‌کند که برای رشد و گسترش علمی و صنعتی ضروری است وگرنه جامعه روزبه‌روز به‌سمت سالخوردگی پیش می‌رود و از نظر برآیند کارآیی ذهنی و کاری، افت فزاینده‌ای پیدا خواهد کرد. از سویی دیگر، لزوم تداوم وجود نیروی جوان در بدنه نظامی و انتظامی و همچنین قوای سه‌گانه کشور و زیرمجموعه‌های آن را داریم که باید برای تداوم کارایی موثر، مدام با نیروی جوان که توانایی فکری و عملی کارآمدی دارد تغذیه شود.

۲. فرزند زحمت است!

انقلاب صنعتی در قرون هفدهم و هجدهم در انگلستان آغاز شد و در سراسر جهان گسترش یافت. این تحول بنیادین از جامعه سنتی به‌سوی جامعه مدرن، فرهنگ جهانی را برای همیشه دگرگون ساخت. اگر در جامعه سنتی هویت یک زن با آشپزی و شست‌وشو و یاری به همسر در کشاورزی و دامداری و زاییدن چندین فرزند (که در آینده کمک‌حال معیشت خانواده باشند) تعریف می‌شد، در جامعه مدرن این هویت با تغییرات بسیار و همسان‌سازی با مردان همراه است. در جامعه امروزی زنان از وکالت و طبابت گرفته تا سیاست و ورزش جایگاه به‌سزایی یافته‌اند. از سویی، کیفیت و کمیت زندگی در دنیای امروزی بسیار بهتر و بیشتر از دنیای دیروز است. با در نظر گرفتن چنین موقعیت‌هایی شاید برای بخشی از خانواده‌ها ترجیح این باشد که به‌جای داشتن فرزند به قوام و دوام زندگی خود و دیگران کمک کنند.

همچنین برنامه‌ریزی ژنتیکی طبیعت برای حفظ بقای نسل بشر (همگام با همه جانوران و گیاهان) دیگر اجبار و الزام خود را از دست داده است. انسان‌ها نه‌تنها کره زمین را از گونه خود آکنده‌اند، بلکه با نابودی گونه‌های بسیار جانوری و پوشش‌های گیاهی و آلوده‌سازی آب‌وهوا و خاک، میراث نامبارکی از خود به‌جا گذاشته‌اند. از دیگر سو، با آتش‌افروزی و کشتار انسان‌ها (جنگ و تروریسم) در بسیاری از کشورها بخصوص در خاورمیانه، کودکان بسیاری بی‌سرپرست و بی‌سرپناه شده‌اند. صندوق حمایت از کودکان سازمان ملل متحد طی گزارشی اعلام کرده است که روزانه حدود ۱۰،۰۰۰ کودک به‌سبب جنگ، خشونت، خشک‌سالی، بیماری‌های واگیر و قحطی در چندین کشور دنیا یتیم می‌شوند. این گزارش نشان می‌دهد که هم‌اکنون بیش از ۱۴۰ میلیون کودک در سراسر دنیا به دلایل فوق بی‌سرپرست شده‌اند. تنها در عراق، افغانستان و سوریه به ترتیب پنج، دو و یک میلیون کودک به‌خاطر جنگ یتیم شده‌اند. بنا بر نتایج تحقیقات سازمان پلیس اتحادیه اروپا (یوروپل) بیش از ۱۰،۰۰۰ کودک پناهجو که به اروپا پناه برده‌اند پس از ورود مفقود شده‌اند. این سوای تعداد کودکانی است که به‌دلیل فقر، اعتیاد، بزهکاری و خشونت ناشی از اختلالات شخصیتی و بیماری‌های روانی والدین، بدسرپرست هستند. در چنین شرایطی، نداشتن فرزند رویکردی است که اگر آن را نادیده بگیریم دست‌کم باید در این خصوص نگران باشیم که اصولاً آیا داشتن فرزندی از خود اخلاقاً درست‌تر است یا سرپرستی یک کودک یتیم و بدسرپرست؟

با این‌که آمار زوج‌هایی که به‌ویژه در غرب و اروپا هیچ‌گاه بچه‌دار نمی‌شوند رو به افزایش است اما هنوز در بسیاری از کشورهای جهان، مثلاً آفریقا، کودکان بسیاری بدون داشتن

پدر مشخص به‌دنیا می‌آیند و هنوز خانواده‌ای که فقر فرهنگی و پولی دارد فرزندان متعدد به‌دنیا می‌آورد. همان‌طور که برای پرهیز از چاقی، ما با برنامه‌ریزی ژنتیکی‌مان در پرخوری و خوردن غذاهای بسیار چرب که یادگار دوران غارنشینی و در دسترس نبودن دایم غذاست در جدال هستیم، شاید باید در خصوص فرزندآوری که جبر طبیعت است برای بقای نسل بشر، هوشمندانه‌تر برخورد کنیم.

هم‌اینک جمعیت جهان از مرز ۷،۰۰۰،۰۰۰،۰۰۰ نفر گذشته است و اگر سیاست‌ها و برنامه‌های کنترل بارداری سازمان جهانی بهداشت نبود میلیون‌ها انسان به این جمعیت سرریز زمین اضافه می‌شد و انفجار جمعیت به تلاشی کامل منابع طبیعی می‌انجامید. شاید بدبینانه باشد اما اگر تعدد و تنوع بیماری‌های مادرزادی و ژنتیکی که جنین را تهدید می‌کند در نظر نگیریم، پس از به‌دنیا آمدن یک کودک سالم از نظر جسمی و ذهنی، اگر پدر و مادر از نظر مالی تامین باشند و آگاهی و دانایی کافی از کم و کیف آموزش و پرورش کودک داشته باشند و در روابط متقابل عاطفی و فکری بین خود به تعادل و توافق رسیده باشند، شاید بتوان انتظار این را داشت که فرزندشان مراحل رشد را با کیفیت و کمیت مطلوب طی کند. در واقع با نگاهی دقیق به برآیند وضعیت خانواده در جهان امروزی، مشخص نیست از چند درصد از زوج‌ها آمادگی و شایستگی کافی برای تربیت فکری و مراقبت جسمی فرزند خود را داشته باشند.

از نگاهی دیگر، یکی از بدترین باورهای عوام در فرزندآوری، استحکام و قوام بخشیدن به کانون خانواده است. انگار انتظار داشته باشیم با چسب چوب دو تکه آهن و چدن را به هم بچسبانیم! واقع آن‌که فرزندان در بیشتر موارد سبب جداافتادگی بیشتر بین زوجی می‌شوند که با هم به توافق احساسی و فکری نرسیده‌اند. آمارها نشان می‌دهد ۵۵ درصد طلاق‌ها در ٦ سال اول زندگی مشترک اتفاق می‌افتد یعنی در همان سال‌هایی که بیشترین احتمال فرزندآوری وجود دارد. بر اساس آمار منتشر شده ازدواج و طلاق از سوی سازمان ثبت احوال ایران، در سال ۹٦ با ۱۷۵ هزار مورد ثبت جدایی، بیشترین آمار طلاق در تاریخ ایران رقم خورده است. آمار ازدواج در سال ۹٦ بر اساس این گزارش ٦۰۹ هزار مورد بوده است. پس شاید بهتر باشد همگام با سیاست‌های تشویقی برای بچه‌دارشدن، عوامل اجتماعی و اقتصادی و روانی طلاق را پیگیرانه بررسی کنیم و با برنامه‌ریزی همه‌جانبه این آمار را به کمترین میزان خود برسانیم تا شاهد روزافزون فرزندان طلاق و معضلات بسیار ناشی از آن نباشیم.

القصه

جان کلام این‌که فرزند زیباترین هدیه طبیعت به انسان است. انگار آیینه‌ای که ما کودکی‌های خود را در او می‌بینیم. فرزند می‌تواند به زندگی جهت و هدف و معنا دهد. فرزند می‌تواند شور تازه‌ای به کانون خانواده ببخشد و پیوندی دلنشین بین زیبایی‌های نسل نو و نسل قدیم ایجاد کند. فرزند فی‌النفسه رحمت است و آن‌گونه که تراش یک قطعه الماس خام از آن برلیانی با وجوه زیبا می‌سازد، زحمت پرورش فرزند را هم باید به جان خرید تا به حاصلی در حد کمال ممکن رسید. فرزندان به قول قدیمی‌ها عصای پیری و همدم دل‌تنگی ما هستند (یا انتظار می‌رود که باشند!).

در این‌جا باید به این موضوع هم اشاره کرد که کمال‌طلبی وسواس‌گونه هم در پرهیز برخی زوج‌ها از فرزندآوری کم موثر نبوده است. در واقع برخی از کارشناسان تربیتی معتقدند که ما هم‌اکنون سه نسل را در کنار هم داریم که نسل دوم انتقام پدرسالاری کودکی‌های خود را با فرزندسالاری گاه افراطی در زندگی خانوادگی خود می‌گیرد و ناخودآگاه در بسیاری موارد– و نه همیشه– نسل سومی تربیت کرده است که توقعاتی در عرش و مسوولیت‌پذیری در فرش دارد.

اما از دیدگاهی دیگر، شاید وقت آن باشد که این باور الزام به فرزندآوری را به همه زوج‌ها تعمیم ندهیم و به تصمیم مشترک و آگاهانه زوجی که تصمیم به فرزنددار شدن ندارند احترام بگذاریم. اول آگوست هر سال میلادی «روز جهانی بدون فرزند» است و در ایالات متحده یکشنبه قبل از جشن شکرگزاری ماه نوامبر را به ستایش از فرزندخواندگی اختصاص داده‌اند. بر این اساس، پر واضح است که هدف نه تشویق و تایید که توصیف و تبیین واقعیتی است که دیگر نمی‌توان و نباید نادیده گرفت. این مبحث آن‌چنان پیچیده و چندلایه است که پرداختن به هر گوشه آن تحقیقی مبسوط و نوشتاری جدا می‌طلبد، پس در همین‌جا آن را عجالتاً درز می‌گیریم.

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

اخلاق پزشکی (۳)

پزشکان و جلوگیری از تضاد منافع تجاری

دکتر هدیه حج‌فروش

اکثر دانشگاه‌ها و انجمن‌های پزشکی دارای سیاست‌ها، استانداردها و رهنمودهایی برای پزشکان درباره روابط با گروه‌های صنعتی یا تجاری یا به‌اصطلاح «منافع تجاری» (Commercial interests) هستند. به‌عنوان مثال، در کانادا «انجمن حمایت از پزشکان کانادایی» (CMPA) در این زمینه دستورالعمل‌هایی دارد که در این مبحث به آن می‌پردازیم. به‌نظر می‌رسد در کشور ما نیز جای آن دارد که با همکاری نهادهایی چون سازمان نظام پزشکی، انجمن‌های علمی، فرهنگستان علوم پزشکی و دپارتمان‌های اخلاق پزشکی دانشگاه‌های علوم پزشکی، مقررات مشخص و دقیقی در این‌باره وضع و اجرا شود.

پزشکان و صنایع کانادایی سال‌هاست که با همکاری هم می‌کوشند شرایط بهتری برای بیماران فراهم کنند. آن‌ها تحقیقات بالینی انجام می‌دهند، دستگاه‌های پزشکی را آزمایش می‌کنند و ارتقا می‌دهند و در آزمایش‌های دارویی برای ارایه داروهای جدید شرکت می‌کنند. در حالی که این اقدامات مزایای زیادی را به ارمغان می‌آورد، مشکلات احتمالی نیز وجود دارد؛ ولی پزشکان می‌توانند قدم‌های لازم را بردارند تا مشکلات اخلاقی و درگیری‌هایی که در مواجهه با منافع تجاری به‌وجود می‌آید، به حداقل برسد.

منافع تجاری چیست؟

در زمینه مراقبت‌های بهداشتی، منافع تجاری شامل صنایع مرتبط با فروش، توزیع یا توسعه محصولات و خدمات مرتبط با سلامتی مانند دارو، وسایل پزشکی و بیوتکنولوژی است. پزشکان ممکن است هنگام ارایه خدمات بالینی یا در زمان انجام تحقیق یا شرکت در توسعه حرفه‌ای با منافع تجاری درگیر شوند و علاوه بر آن، با منافع تجاری در فعالیت‌های غیرپزشکی مانند تبلیغات یا اجاره فضای مجاور یک داروخانه و... نیز مواجهه داشته باشند. در این‌گونه موارد، باید اطمینان حاصل کرد که درگیری با منافع تجاری، با مسوولیت‌های اساسی یک پزشک در برابر بیمار و جامعه منافات ندارد. تضاد منافع زمانی اتفاق می‌افتد که ارتباط شخصی یا تعهد پزشک به صنعت یا تجارت، با مسوولیت‌های حرفه‌ای یا اخلاقیات او ناسازگار باشد. پزشکان باید هرگونه تعارض بین منافع شخصی با منافع بیماران خود را به‌نفع بیماران و مطابق با مسوولیت‌های حرفه‌ای خود حل کنند.

اخلاق پزشکی و حرفه‌ای

کدهای اخلاقی «انجمن‌های پزشکی کانادا» (CMA)

یک چارچوب اخلاقی برای پزشکان برای مواجهه با منافع تجاری ارایه می‌دهد. پزشکان ابتدا باید مصالح بیماران خود را در نظر بگیرند و در برابر هر نفوذ یا مداخله‌ای که بتواند این رابطه یا یکپارچگی حرفه‌ای پزشک را تضعیف کند، مقابله کنند. در کِبک، مقررات اخلاق پزشکی می‌گوید: «یک پزشک بایدَ همیشه استقلال حرفه‌ای خود را حفظ کند و از هر شرایطی که در آن بیمار متضرر شود، بپرهیزد؛ به‌ویژه هنگامی که بعضی منافع مورد نظر ممکن است نسبت به منافع بیماران ترجیحاتی داشته باشد یا به صداقت و وفاداری پزشک آسیب رساند.»

مقامات نظارتی پزشکی همچنین راهنمایی‌هایی برای کمک به پزشکان در درک و مدیریت مناسب روابط خود با صنعت ارایه می‌کند. بسیاری از این انتظارات بر پایه اصول و ارزش‌های حرفه‌ای پزشکی است. به‌عنوان مثال «کالج پزشکان و جراحان آلبرتا» (CPSA) می‌گوید: «اگر صنعت سبب شود که اعتمادپذیری و وفاداری پزشک به بیمار کاهش یابد، یک پزشک نباید با صنعت ارتباط برقرار کند.» این کالج همچنین یادآور می‌شود چنان‌چه ارتباط بین پزشک و صنعت به‌گونه‌ای باشد که بتواند به‌طور قابل ملاحظه و بالقوه بر قضاوت بالینی پزشک تاثیر بگذارد، پزشک موظف است این مساله را به‌طور کامل برای بیمارش آشکار سازد.

نکاتی درباره کار بالینی

قضاوت بالینی نباید تحت‌تاثیر روابط با صنعت قرار گیرد. تضادهای بالقوه در مورد هدایا و خسارات ناشی از منافع تجاری وجود دارد، از جمله زمانی که نمایندگان صنایع از یک دفتر پزشکی بازدید می‌کنند. هدایای شخصی نمی‌تواند در دیدار با نمایندگان صنایع پذیرفته شود. با این حال، هدایایی مانند وسایل کمک‌آموزشی که ممکن است به کار آموزش بیماران بیاید، ممکن است قابل قبول باشد؛ به‌شرطی که در درجه اول به بیمار کمک کند و برای پزشکان خارج از کار بالینی‌شان ارزش و فایده‌ای نداشته باشد. نمونه‌های دارویی نیز ممکن است پذیرفته شود، اما باید مطابق با دستورالعمل‌های پزشکی مورد استفاده قرار گیرد نه برای استفاده شخصی یا خانوادگی.

پزشک می‌تواند بپذیرد که نماینده یک شرکت دارویی یا صنعتی در زمان ارایه اطلاعات در مورد محصولات یا خدمات خود، او را به صرف غذایی با قیمت متعارف دعوت کند؛ اما پزشکان از فروش یا تبلیغ محصولاتی که به‌لحاظ پزشکی ضروری نیستند (مانند مکمل‌ها و داروهای گیاهی) منع می‌شوند.

اطلاعات مربوط به یک محصول یا خدمت ارایه شده توسط یک گروه صنعتی یا تجاری، از جمله جزوات یا بروشورهای آموزشی، باید اول توسط پزشک ارزیابی شود و سپس در اختیار بیماران قرار بگیرد. پزشکان شرکت‌کننده در مطالعات و تحقیقات علمی که با نظارت یا حمایت مالی یک شرکت دارویی یا صنعتی برگزار می‌شود باید اطمینان حاصل کنند که مطالعه مورد نظر واقعاً دانش پزشکی را ارتقا داده و منطبق بر اصول اخلاق تحقیقات باشد. پزشکان همچنین لازم است در هنگام مشارکت در چنین مطالعه‌هایی، مشکلات ایمنی پیش‌آمده برای بیمار یا عوارض جانبی را به مقامات مسوول گزارش کنند.

نکاتی درباره رویدادهای آموزشی

برای پزشکانی که با موسسات آموزشی و اطلاع‌رسانی در مورد سازمان‌دهی نشست‌های آموزش مداوم پزشکی یا کارگاه‌های مهارت‌آموزی همکاری می‌کنند، دستورالعمل‌های خاص وجود دارد. به‌طور کلی، هنوز محتوای آموزشی، مواد، فرایندها، فضای فیزیکی و ارایه‌دهندگان آموزش مداوم تحت‌تاثیر حمایت‌های صنعت قرار نگرفته است. با این حال هر مبلغی که از هر گروه یا شرکت صنعتی یا تجاری دریافت می‌شود باید از طریق کمک‌هزینه آموزشی به سازمان برگزارکننده رویداد باشد. پرداخت‌ها باید منصفانه و شامل سفرهای معقول، محل اقامت و غذا برای ارایه‌دهندگان آموزش‌ها باشد. این پرداخت‌ها به‌طور معمول باید از طریق برگزارکننده جلسه و نه به‌طور مستقیم از شرکت صنعتی صورت گیرد. استثنا شامل مواردی است که خود شرکت صنعتی، برگزارکننده سمینار هم هست که در این صورت مستقیماً تماس برقرار می‌شود. در کبک، مقررات اخلاق پزشکی می‌گوید: «یک پزشک ممکن نیست توافقی را بپذیرد یا مزایای آن را قبول کند که استقلال حرفه‌ای‌اش را به‌خطر بیاندازد.»

پزشکانی که در حال ارایه مطالب آموزشی هستند، در سخنرانی‌ها باید علاوه بر نام تجاری به نام ژنریک داروها (در صورت وجود) اشاره کنند. پزشکانی که در یک رویداد آموزشی حضور دارند (نه اساتید) نباید

هزینه سفر، اقامت یا وعده‌های غذایی را از شرکت‌های صنعتی بپذیرند؛ البته غذا یا هزینه غذا در حد معقول معمولاً قابل قبول است.

نکاتی درباره فعالیت‌های غیربالینی

وقتی از پزشکان خواسته شود که عضو هیات مشاوره یا مشاور یک شرکت صنعتی یا تجاری شوند، سیاست CMA حاکی است که پزشکان باید یک موافقت‌نامه کتبی با جزییات مربوط به این رابطه داشته باشند. این توافق‌نامه باید نشان دهد که پزشک دارای دانش تخصصی پزشکی است و در غیر این صورت، برای این کار از او درخواست نمی‌شد. پزشکان نباید در فعالیت‌های تبلیغاتی یا فعالیت‌های آموزشی از طرف شرکت صنعتی یا تجاری شرکت کنند. هر هزینه برای فعالیت‌های مشاوره باید عادلانه و با قیمت معقول برای خدمات ارایه‌شده در نظر گرفته شده باشد.

این روزها شایع شده که پزشکان مطب خود را در ساختمان متعلق به دیگر ارایه‌کنندگان خدمات سلامت یا در کنار داروخانه دایر کنند یا بخشی از این ساختمان‌ها را اجاره کنند. اگر قرارداد اجاره یا مبلغ فروش به‌طور قابل توجهی متفاوت با ارزش عادلانه بازار آن منطقه و وابسته به حجم کسب و کار پزشک باشد، این مساله کاملاً تضاد منافع ایجاد خواهد کرد.

دستورالعمل‌های حرفه‌ای حاکی از آن است که یک پزشک نباید بیماران خود را به مراکز یا شرکت‌هایی که در آن‌ها منافع مستقیم یا غیرمستقیم دارد (مانند مراکز درمان یا تشخیصی که سهامدار آن است) ارجاع دهد.

با در نظر گرفتن ارتباطات گاهی نزدیک بین پزشکان و صنعت، همیشه تشخیص مشکلات بالقوه یا احتمالی با منافع تجاری آسان نیست. پزشکان با آگاهی و برداشتن قدم‌هایی برای جلوگیری از درگیری‌های واقعی می‌توانند به‌طور موثر یکپارچگی حرفه‌ای خود را حفظ کنند و خطر شکایت را کاهش دهند.

Ref: Commercial interests and how physicians can avoid the pitfalls (goo.gl/iExwkP)

دکتر هدیه حج‌فروش
پزشک عمومی
Email: dr.hajf@gmail.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

تولد دوقلوها و طرح آزمایشی با هدف کاهش زایمان سزارین

مارتا ببینگر

ترجمه و تلخیص: دکتر بابک عزیز افشاری

زایمان طبیعی یا سزارین؟ انتخابی که می‌تواند تحت‌تاثیر عوامل مختلف و میزان شناخت یا اثرپذیری ما از این عوامل قرار گیرد؛ عواملی مانند سلامت مادر، سلامت جنین، اقتصاد سلامت، پس‌زمینه‌های فرهنگی، تبلیغات و ... و البته نقش پزشکان و نظام سلامت نیز در این میان بسیار تاثیرگذار است. ولی از این‌ها گذشته، در کشور ما با اصرار، تبلیغ و هزینه‌هایی که در چند سال گذشته برای ترویج زایمان طبیعی شده، این انتخاب هم در سطح ملی به یک مساله کلان تبدیل شده و هم ابعاد بینارشته‌ای آن و ابهاماتی که در تعیین حدود صلاحیت حرفه‌ای بین همکاران متخصص زنان و ماما وجود دارد، آن را به یکی از مسایل روز جامعه پزشکی تبدیل کرده است. اما در کشورهای دیگر اوضاع چگونه است؟ به‌عنوان یک نمونه و بدون اصرار بر تعمیم‌پذیری و البته پذیرش احتمال وجود شرایطی بسیار متفاوت در جوامعی دیگر، داستان زیر بسیار خواندنی است. (سردبیر)

مارتا ببینگر، گزارشگر رادیو ملی آمریکا در بوستون، در گزارش زیر نگاهی دارد به اجرای یک طرح آزمایشی با هدف تشویق مادران آمریکایی به زایمان طبیعی. او در بیشتر گزارش‌های خود به موضوع سلامت می‌پردازد.

آن دست و بازوی کوچک خارج از نوبت به بیرون لغزیده بود. شانه بچه نباید اول بیاید. *دکتر تری مارینو*، پزشک زایمان در بوستون که در زایمان‌های پرخطر تخصص دارد، دست و بازو را به داخل بدن مادر برگرداند.

مارینو پس از اتمام زایمان، در حالی که آن کودک ۲ کیلو و ۳۰۰ گرمی زیر لامپ گرمکن خوابیده است، می‌گوید: او سعی می‌کرد با من دست بدهد و من قبول نکردم- دستت رو بکش عقب!

به این ترتیب آن کودک یعنی *بریس مک‌دوگال*، با تلاش چندین نفر از پرسنل پزشکی بیمارستان ساوت‌شور در وی‌ماوس ماساچوست، یک روز اواخر تابستان گذشته، با این شیوه آزمایشی به‌دنیا آمد.

تولد بریس با شیوه تازه‌ای انجام شد که در مرکز آزمایشگاهی آریادنه (Ariadne Labs) متعلق به *دکتر آتول گاواند* برای کاهش زایمان سزارین ابداع شده است؛ مرکزی مشترک بین بیمارستان بریگهام و زنان و دانشکده بهداشت عمومی تی‌اچ چان در هاروارد برای پژوهش‌های نوآورانه در سامانه‌های سلامت.

داستان، پیش از تولد کریس، در آخرین روز ماه اوت، ساعت ۹:۳۰ صبح آغاز می‌شود.

ملیسا مک‌دوگال تازه پس از یک سونوگرافی عادی در ساوت‌شور بستری شده است. او در هفته ۳۶ دوقلوی پسر را باردار است. دکترها به ملیسا هشدار داده‌اند که جفت او بیش از این قادر به نگهداری بچه‌ها نیست. به تخت تکیه داده، موهای بلوند خود را از پشت بسته، آرایش او هنوز تازه است و در حال سفارش یک ساندویچ است که پزشک زایمان سر می‌رسد.

دکتر روت لیوسک در حالی‌که دست‌ها را به هم می‌زند به‌آرامی داخل می‌شود و می‌پرسد: چطور هستی؟ امروز قرار است چند بچه به‌دنیا بیاوری! هیجان‌زده‌ای؟

اولین قلو- *بَردی*- سرش پایین و برای زایمان واژینال طبیعی آماده است؛ ولی برادرش، *بریس*، بالای رحم ملیسا

به حالت افقی قرار گرفته است.

این یکی از دلایلی است که ملیسا کاندیدای سزارین است. بچه‌ها از بغل بیرون نمی‌آیند. لیوسک می‌گوید علت دیگری که دکترها در مورد ملیسا هرگز زایمان واژینال را در نظر نمی‌گیرند این است که چهار سال پیش خواهر این قلوها را با سزارین به‌دنیا آورده است.

او توضیح می‌دهد: ملیسا روی رحم خود یک جای زخم (اسکار) دارد و خطر پارگی رحم مطرح است- عارضه‌ای بسیار نادر که البته احتمال آن همیشه وجود دارد.

و این احتمال در رحم ملیسا بیشتر است چون ۳۷ سال دارد و دوقلو باردار است؛ ولی مک‌دوگال‌ها امیدوارند هر دو بچه طبیعی به‌دنیا بیایند.

ملیسا می‌گوید: فقط حس می‌کنم این برای بچه‌ها بهتر است- برای بچه‌ها بهتر است.

نحوه انجام پروژه زایمان گروهی

به‌نظر دکتر *نیل شاه*، مدیر طرح پیشگام تصمیم‌گیری زایمان در مرکز آزمایشگاهی آریانده، اجتناب از سزارین برای مادران هم بهتر است. با سزارین، زمان بهبودی طولانی‌تر، خطر عفونت بیشتر و آسیب و مرگ محتمل‌تر است؛ و بیشتر این‌ها از نظر پزشکی ضروری نیست.

شاه می‌گوید: ما کاملاً مطمئن هستیم که وقتی در سطح ملی نگاه می‌کنید، تعداد قابل توجه- اگر نه اکثر- سزارین‌ها احتمالاً قابل اجتناب است.

این سزارین‌های قابل اجتناب، هدف پروژه زایمان گروهی (Team Birth Project) است که توسط شاه طراحی شده و حدود ۵۰ پزشک، پرستار، ماما، همراه (doula)، بهیار و مددکار با تمرکز روی زایمان در آن شرکت دارند. بیمارستان ساوت‌شور یکی از پایگاه‌های پایلوت طرح است.

شاه در توصیف این همکاری با یک مقدمه آغاز می‌کند: زایمان پیچیده است. دو بیمار دارید- مادر و بچه- و گروهی اغلب به‌شکل شیفت که دست‌کم شامل یک ماما، یک پرستار و یک پزشک است.

شاه می‌گوید: بنابراین سه نفر دارید که جمع شده‌اند و در مدتی بسیار کوتاه، در یکی از مهم‌ترین لحظات زندگی یک فرد، به شکل یک گروه با قابلیت بسیار بالا درآمده‌اند. و این گروه باید بهترین عملکرد را در جریان یک واقعه غیرقابل پیش‌بینی داشته باشد: زایمان.

به‌نظر شاه، دکترها و پرستارها عموماً در مورد سه چیز توافق دارند: وقتی مادر در حال زایمان فعال است؛ وقتی مادر قطعاً می‌تواند زایمان واژینال را امتحان کند؛ و وقتی که او باید سزارین شود.

شاه می‌گوید: و این ناحیه خاکستری بزرگ را داریم؛ و در واقع همه کاری که این پروژه انجام می‌دهد رسیدگی به همین ناحیه خاکستری است.

این بیمارستان با همکاری پروژه آریانده برای اجتناب از سزارین غیرضروری در مواقعی که روشن نیست چه باید کرد، نحوه اداره زایمان را از ابتدا تا انتها تغییر داده است.

اول، زنان تا زمانی که وارد زایمان فعال نشده‌اند بستری نمی‌شوند. دوم، اولویت‌های مادر- مثلاً این‌که می‌خواهد بی‌حسی اپیدورال دریافت کند یا نه و این‌که می‌خواهد بلافاصله پس از زایمان تماس پوستی با کودک داشته باشد- به اعضای گروه کمک می‌کند تا زایمان را هدایت کنند. اعضای گروه نقشه زایمان- شامل اولویت‌های مادر و هدایت گروه- را روی یک تخته‌سفید، مانند همان که در اتاق ملیسا هست، پیاده می‌کنند.

طرح پاک‌شو روی تخته‌سفید برای تولد بریس و برَدی مک‌دوگال فایده‌های زیادی دارد.

دکتر لیوسک و پرستار *پتی نیوبیت*، نام خود را زیر کلمه «گروه» می‌نویسند. نام ملیسا و شوان مک‌دوگال هم به‌عنوان همکار نوشته می‌شود. نام سایر اعضای خانواده یا پرستاران را نیز در حین پیشرفت زایمان می‌توان نوشت و پاک کرد. ایده شاه این است که اعضای گروه به فواصل منظم در حین زایمان گرد می‌آیند تا درباره تغییرات طرح بحث کنند.

طرح زایمان روی تخته سفید به سه عنصر مجزا

دکتر لیوِسک (راست) برَدی را به دست شوان می‌دهد. تولد بچه دوم، بریس، سخت‌تر بود. او می‌گوید ارتباط خوب بین گروه پزشکی و والدین نقش مهمی در اجتناب بی‌خطر از سزارین داشت.

تقسیم می‌شود: مادری (مادر)، جنینی (بچه) و پیشرفت (نحوه پیشرفت زایمان). مادری که فشار خون بالا دارد ممکن است نیاز به توجه اختصاصی داشته باشد- و این را می‌توان روی تخته نوشت- ولی همچنان می‌تواند زایمان طبیعی داشته باشد.

نکته کلیدی، ارتباطات خوب است

دکتر *کیم دیور*، رییس بخش زنان و زایمان بیمارستان ساوت‌شور، بخشی از تخته سفید به نام «ارزیابی بعدی» را تشریح می‌کند.

او می‌گوید: آن بخش به این دلیل افزوده شده که یکی از چیزهایی که اغلب از بیماران شنیده‌ام این بوده که آنان نمی‌دانند بعداً چه اتفاقی خواهد افتاد. حال می‌دانند.

دیور می‌گوید پرسش از مادر- و زوج- نیز درباره اولویت‌های آنان برای زایمان مهم است.

او توضیح می‌دهد: این ما را وادار به مکث می‌کند تا درباره همه‌چیز با بیمار فکر کنیم. اجازه می‌دهد فرآیند تفکر را به کلمات تبدیل کنیم که به‌نظر من خوب است.

شوان در اتاق چند گام پیش می‌آید تا نگاهی از نزدیک به تخته بیاندازد.

او می‌گوید: راستش منطقی به‌نظر می‌رسد. همیشه فکر می‌کردم پرستارها چنین چیزی داشته باشند ولی این‌که جایی باشد که مادر و پدر بتوانند ببینند، به‌نظرم خیلی جذاب است.

طرح ملیسا مک‌دوگال در حال اجراست و همه به‌آرامی منتظرند. حدود چهار ساعت بعد، ملیسا هنوز انقباضات را حس نمی‌کند. لیوسک کیسه آب بردی را پاره می‌کند.

لیوسک گزارش می‌دهد: خوب و شفاف به‌نظر می‌رسد.

سر بچه را قلقلک می‌دهد و به او می‌گوید: آهای کوچولو، بیا با هم برویم گردش.

دکتر به ملیسا توضیح می‌دهد: این آبریزش تا وقتی بچه‌ها بیایند ادامه دارد. هر وقت درد داشتی، بی‌حسی اپیدورال را تجویز خواهیم کرد.

لیوسک به‌سمت تخته می‌رود و نکات تازه را می‌نویسد: دیلاتاسیون ٤ سانتیمتر؛ کیسه آب در ۱۳:۲۶ پاره شد؛ ارزیابی بعدی پس از دریافت بی‌حسی اپیدورال.

گروه اصرار دارد که ملیسا پیش از این‌که بخواهد بریس- قل دوم- را طبیعی به دنیا بیاورد، از کمر به پایین بی‌حس شود. ملیسا موافقت می‌کند. شاید ماما ناچار شود بچه را در داخل رحم بچرخاند، پای او را پیدا کند و بریس را بیرون بکشد؛ کاری که درد ناشی از آن را بیش‌تر زنان تحمل نمی‌کنند.

یکی از دکترها- مارینو- وارد اتاق می‌شود و دست تکان می‌دهد.

مارینو که در زمینه تولد بچه‌هایی مثل بریس که سرشان پایین نیست، از بیشتر متخصصین زنان باتجربه‌تر است، می‌گوید: «فقط آمدم سلام بگویم.» مارینو همراه با لیوسک در همه ویزیت‌های قبلی ملیسا حضور داشته است.

شوان مک‌دوگال از پزشکان اجازه می‌خواهد تا در کنار همسرش از آنان عکس بگیرد.

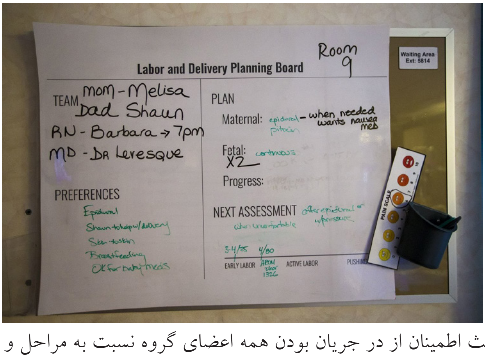
لیوسک می‌پرسد: لبخند بزنیم؟

شوان می‌گوید: بله لطفاً. شما افراد مورد علاقه او روی زمین هستید.

ساعت‌ها گذشته و شیفت عوض می‌شود. پرستار *باربارا فاطمی* به گروه ملحق می‌شود. او به‌طور منظم میزان درد ملیسا را چک می‌کند تا مشخص شود چه زمانی او برای اپیدورال آماده است.

ملیسا می‌گوید درد زیادی حس نمی‌کند ولی می‌افزاید که تحمل دردش بالاست. شوان به فاطمی می‌گوید آثار درد را در چهره همسرش می‌بیند. فاطمی براساس گفته شوان با متخصص بیهوشی تماس می‌گیرد تا برای اپیدورال آماده باشد؛ نکته‌ای که شوان بعداً می‌گوید به او اطمینان داده که آنان یک تیم هستند.

لیوسک بی‌درنگ سراغ «ارزیابی بعدی» که وعده داده بود می‌رود. ملیسا اکنون در دیلاتاسیون ۱۰ سانتی‌متر و آماده زایمان است ولی باید صبر کند تا پرستار او را به اتاق عمل ببرد.



تخته سفید، یک فناوری قدیمی ولی بسیار موثر در ارتباطات، باعث اطمینان از در جریان بودن همه اعضای گروه نسبت به مراحل و اولویت‌های زایمان شد.

لیوسک توضیح می‌دهد که همچنان تلاش خواهد کرد هر دوِ بچه را طبیعی به‌دنیا بیاورد ولی در اتاق عمل، ملیسا در مکان مناسبی خواهد بود تا اگر بریس وضعیت خود را در داخل رحم تغییر ندهد، دکتر بتواند در صورت لزوم اقدام به سزارین لحظه آخر کند.

در حالی که ملیسا عازم اتاق عمل است، لیوسک از آن پشت به او می‌گوید: چند دقیقه بعد می‌بینمت. بدون من زور نمی‌دهی؛ باشد؟

ملیسا آهسته می‌گوید «سعی می‌کنم.» لحظه‌ای بعد پرستارها در حال انتقال او در راهرو هستند و لیوسِک در پی آنان است.

حدود پنج سال پیش، دو زن در اتاق عمل این بیمارستان پس از سزارین فوت کردند. بازرسان ایالتی هیچ شواهدی از درمان غیراستاندارد پیدا نکردند ولی دیور می‌گوید بیمارستان همه‌چیز را به دقت بررسی کرد.

او می‌گوید: وقتی چنین اتفاقی می‌افتد، همه تلاش‌های شما به‌طور تصاعدی افزایش می‌یابد.

دیور می‌گوید اکنون فرصتی است که با پروژه زایمان گروهیِ، تغییراتی صورت گیرد که تا حد امکان به زنان کمک شود.

او می‌گوید: دوست دارم زنان از همه‌جا بیایند و زایمان بی‌خطر و بچه‌های سالم داشته باشند. به‌همین دلیل این کار را انجام می‌دهم.

«آن‌ها جا نزدند»

دیور با تولد بریس مک‌دوگال کوچک در آستانه رسیدن پروژه آزمایشی خود به یک مرحله جدید است. البته به‌شرطی که ملیسا برادر بریس، برَدی را طبیعی به‌دنیا بیاورد. حتی

یک گروه بزرگ در تولد این کودک، بریس مک‌دوگال، در بیمارستان ساوت‌شور، شرکت داشت.

تولد او هم که انتظار داشتند آسان‌تر باشد، مشکل‌تر از حد انتظار است.

ملیسا تقریباً دولا شده، چهره‌اش مثل لبو قرمز شده و پنج بار زور می‌زند. برمی‌خیزد تا دوباره ادامه دهد؛ و ناگهان بچه می‌آید.

شوان جیغ می‌زند: «خدای من، برَدی، اوه برَدی.» به‌دنبال پرستاری می‌رود که پسرش را بالای یک گرم‌کننده نگه داشته است.

مارینو جای شوان را در کنار لیوسک که می‌خواهد قلوی دوم را بیرون بکشد، می‌گیرد. لیوسک باید پای بریس را بگیرد و او را به بیرون هدایت کند؛ وَلی چیزی که حس می‌کند انگشتان دست است، نه پا.

او زمزمه می‌کند: این دست است، این هم دست است.

مارینو پروب سونوگرافی را روی شکم ملیسا می‌چرخاند و امیدوار است که پای بچه را پیدا کند؛ ولی پای بریس دیده نمی‌شود و در دسترس نیست.

مارینو بیش از اکثر متخصصین زایمان در زمینه بچه‌هایی که عرضی قرار گرفته‌اند، و این روش با عنوان بیرون کشیدن بریچ، تجربه دارد؛ او اجازه می‌خواهد امتحان کند. لیوسک به‌سمت راست ملیسا می‌رود و مارینو جای او را می‌گیرد.

ملیسا سعی می‌کند با ساعد خود بریس را به سمت پایین هدایت کند. دیور که مسوول پروژه است به داخل اتاق آمده و پروب سونوگرافی را در دست گرفته است. دست‌کم شش دکتر و پرستار ملیسا را که چهره‌اش درهم کشیده دوره کرده‌اند. شوان نگران است.

او می‌پرسد: عزیزم، حالت خوب است؟

ملیسا با اشاره سر می‌گوید حالش خوب است. ضربان قلب بریس پایدار است ولی هنوز اثری از پا نیست. یک دست کوچک بیرون می‌آید و مارینو آن را به سر جای خود برمی‌گرداند.

مارینو با صدای خسته می‌گوید: تخت را باز کنید.

همکارانش با اشاره به تجهیزات استریل جراحی که ممکن است مارینو به‌زودی برای آغاز سزارین به آن‌ها نیاز داشته باشد، می‌گویند تخت باز و آماده است.

برای ۳۶ ثانیه این اتاق با بیش از ۱۰ نفر بزرگسال به‌نحو غریبی در سکوت فرو می‌رود. همه در حال تماشای مارینو هستند که بازوهایش را به این‌سو و آن‌سو می‌چرخاند و مصمم است که پای بریس را پیدا کند. لیوسِک با فشار

روی شکم ملیسا خوابیده است. شوان لب‌های خود را می‌گزد. سپس مارینو چیزی را می‌کشد- دست‌هایش با دستکش‌های خون‌آلود درحالی‌که دو پای بچگانه بریس را گرفته ظاهر می‌شود.

شوان فریاد می‌کشد: اوه عزیزم، آمد، آمد- وای!

شوان دوباره احساساتی می‌شود. ملیسا می‌خندد. بریس کوچولو همه را چند ثانیه دیگر منتظر نگاه می‌دارد و بعد گریه می‌کند.

لیوسک شروع به دوختن پارگی کوچکی می‌کند که در بدن مَلیسا ایجاد شده است، و مارینو می‌آید تا به تازه‌مادر تبریک بگوید.

ملیسا می‌گوید: «او با تو می‌جنگید، ها؟» و می‌خندد.

بیرون از اتاق عمل، لیوسک و مارینو راحت و راضی به‌نظر می‌رسند. هر دو موافق هستند که بیشتر دکترها بریس را با سزارین به‌دنیا می‌آوردند؛ ولی در ساوت‌شور، مک‌دوگال‌ها بیمارستانی پیدا کردند که خود را برای کاهش سزارین به چالش کشیده و دکتری که تجربه این قبیل زایمان‌های غیرمعمول را دارد- کسی که اولویت‌های والدین را می‌شناسد و به آن‌ها احترام می‌گذارد.

مارینو می‌گوید: «آنان مشخصاً می‌خواستند هر دو بچه زایمان واژینال داشته باشند.»- و این طی آن لحظات سخت در ذهن او بود.

مارینو می‌گوید حال بریس خوب بود و بنابراین عامل تصمیم‌گیری برای او این بود که شوان و ملیسا نمی‌ترسیدند. او به‌یاد می‌آورد که: آن‌ها جا نزدند- مثل این‌که هی بگویند ادامه بده. گاهی بیمار خواهد گفت متوقف کنید، و شما ناچار هستید متوقف کنید.

شوان می‌گوید: آن قسمت با بازو- خیلی خشن بود.

ولی اضافه می‌کند که در آن لحظه این حس که او و ملیسا بخشی از گروه هستند، باعث تفاوت می‌شد.

شوان می‌گوید: «این حس باعث می‌شد راحت‌تر با این قضیه کنار بیاییم.» و آن راحتی به‌معنی اعتماد بود: ما به تصمیم آن‌ها اعتماد داشتیم.

ملیسا می‌گوید از زایمان واژینال خوشحال است.

او می‌گوید: نمی‌خواستم یک زایمان طبیعی و یک سزارین داشته باشم. بهبودی می‌توانست سخت باشد.

در عوض، ۳۰ دقیقه پس از این‌که مارینو بریس را بیرون کشید، ملیسا در حال مکالمه با بستگانش از طریق فیس‌تایم، دارد به برَدی شیر می‌دهد.

ارزیابی بعدی پروژه زایمان گروهی

ساوت‌شور اجرای زایمان گروهی را از ماه آوریل شروع کرده است. سه بیمارستان دیگر در اجرای آزمایشی شرکت دارند: سنت فرانسیس در تولسا، اوکلاهما؛ اورگرین‌هلس در کیرکلند، واشنگتن؛ و اُورلیک در ردموند، واَشنگتن. دوره آزمایشی دو سال ادامه خواهد داشت. طی چهار ماه اول در ساوت‌شور، میزان سزارین اولیه و کم‌خطر از ۳۱ درصد به ۲۷ درصد رسید- حدود چهار سزارین کمتر در ماه.

صاحب‌نظرانی که در تدوین پروژه زایمان گروهی سهیم بودند هیجان‌زده هستند تا ببینند آیا سایر بیمارستان‌ها هم می‌توانند میزان سزارین را پایین بیاورند و پایین نگه دارند.

جین دکلرک، استاد بهداشت عمومی در دانشکده بهداشت دانشگاه بوستون، می‌پرسد: وقتی مرحله آزمایشی به اتمام برسد، چگونه فواید اجرای این پروژه را به دیگران که تمایل به تغییر ندارند نشان خواهید داد؟

دکلرک یادآوری می‌کند که چند شرکت بیمه این پرسش را مطرح کرده‌اند و با اجرای پروژه در بیمارستان‌های تحت پوشش خود با میزان سزارین بالا یا میزان بالای سایر درمان‌های غیرضروری مخالف هستند.

دکلرک می‌گوید تمرکز پروژه بر ارتباطات در اتاق زایمان دارای اهمیت بسیاری است زیرا اغلب پزشکان براساس عادت بالینی یا فرهنگ بیمارستانی، خود تصمیم می‌گیرند چه زمانی سزارین انجام دهند.

دکلرک می‌گوید: اگر بتوانید بر فرآیند تصمیم‌گیری تاثیر بگذارید، شاید بتوانید فرهنگی را تغییر دهید که می‌تواند منجر به سزارین غیرضروری شود.

دولت فدرال یک میزان هدف برای بیمارستان‌ها تعیین کرده است: سزارین اول در مادران کم‌خطر نباید از ۲۳/۹ درصد بیشتر باشد. میزان متوسط در سال ۲۰۱۶ در ایالات متحده ۲۵/۷ درصد بود.

دلیل این هدف‌گذاری این بود که تحقیقات نشان می‌دهد اگر اولین زایمان یک زن سزارین باشد، زایمان‌های بعدی وی هم با احتمال بالا سزارین خواهد بود و این خطر عوارض و حتی مرگ او (و کودکش) را افزایش می‌دهد.

From:
Twin's Difficult Birth Put A Project Designed To Reduce C-Sections To The Test
Martha Bebinger
November 24, 2018 (goo.gl/CiCG9r)

باشگاه مجلات

دکتر بابک عزیز افشاری

نسخه تازه راهنمای اخلاق پزشکی

goo.gl/s4k4Yq

پزشکان در حرفه خود با موضوعات اخلاقی متعددی روبه‌رو هستند. دست‌نامه اخلاق پزشکی کالج پزشکان آمریکا اولین بار در سال ۱۹۸۴ منتشر شد و ویراست هفتم در شماره ژانویه Annals of Internal Medicine چاپ شده است. رووس برخی تغییرات نسبت به نسخه پیشین (۲۰۱۲) به‌شرح زیر است:

– اضافه شدن بخش‌هایی مانند آزمایش‌های ژنتیک و تله‌مدیسین
– توجه بیشتر به مسایل اخلاقی در رسانه‌های اجتماعی و اینترنت: اصول حرفه‌ای پزشکی برخط
– پرونده الکترونیک سلامت
– مسایل اخلاقی درباره خود پزشکان و اطرافیان آن‌ها
– مراقبت‌های انتهای حیات
– پذیرش هدیه از بیماران
– فعالیت‌های داوطلبانه
– پژوهش و نوآوری.

انتخاب هوشمندانه: سونوگرافی برای ارزیابی فتق قابل لمس کشاله ران لازم نیست

goo.gl/cbKqRW

اخیراً انجمن جراحی گوارش و اندوسکوپی آمریکا در راستای کارزار انتخاب هوشمندانه (Choosing Wisely campaign) توصیه‌هایی ارایه کرده است:

– در موارد شک به بیماری سنگ صفرا، اقدامات تصویربرداری به‌جز سونوگرافی برای ارزیابی اولیه توصیه نمی‌شود.
– در موارد فتق اینگوینال قابل لمس، سونوگرافی به‌صورت روتین توصیه نمی‌شود.
– برای کنترل درد پس از جراحی، تجویز داروهای شبه‌تریاک به‌تنهایی (opioid-only) توصیه نمی‌شود.
– ترخیص بیمارانی که با کله‌سیستیت حاد مراجعه می‌کنند، بدون این‌که ابتدا کله‌سیستکتومی لاپاراسکوپیک به آنان پیشنهاد شود، توصیه نمی‌شود.
– جراحی کیسه صفرا در موارد سنگ صفراوی بدون علامت، به‌صورت روتین توصیه نمی‌شود.

کشف مسیر عصبی که مسوول بعد عاطفی درد است

goo.gl/7JWDse

ناخوشایند بودن درد یک پدیده عاطفی است که احتمالاً ربطی به کیفیت حسی آن ندارد. ما همانند نرمی و گرما، درد را نیز با پوست و گوشت خود حس می‌کنیم، ولی برخلاف سایر حواس، تجربه درد با ناخوشایندی خاصی همراه است. این ناخوشایندی، در مورد درد حاد باعث جلب توجه ما و اجتناب از درد بیشتر می‌شود، ولی در موارد درد مزمن، مفهوم و فلسفه وجودی خود را از دست می‌دهد.

پژوهشگران در این مطالعه از شماره ژانویه مجله Science با پرداختن به جنبه عاطفی حس درد، تلاش کردند روشی برای کاهش ناخوشایندی درد پیدا کنند. بیشترین توجه به آمیگدال یا هسته بادامی مغز معطوف شد چون نقش مهمی در یادگیری و حافظه ایفا می‌کند.

در این روش از یک پروتئین فلورسنت برای شناسایی سلول‌های عصبی تحریک‌شده استفاده شد. نوعی میکروسکوپ ظریف موسوم به مینی‌اسکوپ روی جمجمه موش نصب شد تا وقتی موش به محرک دردناک واکنش

نشان می‌دهد، محل دقیق آزاد شدن پروتئین فلورسنت را تشخیص دهد.

به‌این ترتیب، حدود ۱۵۰ نورون در ناحیه قاعده‌ای طرفی آمیگدال (BLA) شناسایی شد. هرچه درد شدیدتر، میزان درخشندگی نور فلورسنت آزاد شده توسط این نورون‌ها بیشتر بود. پژوهشگران در مرحله بعد این نورون‌ها را غیرفعال کردند و متوجه شدند موش همچنان درد را حس می‌کند ولی رفتار آن در مقابل محرک درد تغییر می‌یابد و به درد اهمیت نمی‌دهد.

در موش‌های در معرض درد مزمن، نورون‌های BLA چنان حساس هستند که با کوچک‌ترین لمس تحریک می‌شوند. غیرفعال‌سازی این نورون‌ها در موش‌های در معرض درد مزمن نیز با تغییر فاحش رفتاری همراه بود. پژوهشگران امیدوارند با این یافته بتوانند روشی برای درمان اختصاصی درد بدون استفاده از داروهای مسکّن بیابند. یک نتیجه بالقوه چنین روشی، کاهش مصرف داروهای شبه‌تریاک خواهد بود که اپیدمی مصرف و سوءمصرف آن‌ها در سال‌های اخیر بالا گرفته است.

فهرست ۱۰ تهدید بزرگ برای سلامت بشر

goo.gl/i2SQ78

سازمان سلامت جهانی (WHO) فهرست ۱۰ تهدید بزرگ برای سلامت بشر در سال ۲۰۱۹ را اعلام کرده است:

– آلودگی هوا و تغییرات آب‌وهوایی
– اپیدمی چاقی
– پاندمی آنفلوانزا
– موقعیت‌های آسیب‌زا مانند جنگ و خشک‌سالی
– مقاومت آنتی‌بیوتیکی
– ابیولا و میکروب‌های خطرناک دیگر
– ضعف مراقبت‌های اولیه
– تردید در واکسیناسیون
– تب دانگی
– اچ‌آی‌وی.

تازه‌ترین دستورالعمل درمان کولیت اولسراتیو

goo.gl/WZN4MY

برخی رووس این دستورالعمل که انستیتو انجمن گوارش آمریکا در شماره ژانویه مجله Gastroenterology منتشر کرده به‌شرح زیر است:

– در بیماران مبتلا به نشانه‌های فعال، دوز بالای مزالامین (۲ تا ٤ گرم) بر دوزهای پایین‌تر برتری دارد.

– مزالامین یک بار در روز بر رژیم‌های چند بار در روز برتری دارد.

– در بیماری خفیف تا متوسط، مزالامین بر بودزونايد برتری دارد.

– در حال حاضر هیچ شواهدی در حمایت از مصرف پروبیوتیک، زردچوبه (Curcumin) یا پیوند میکروبی مدفوع (fecal microbial transplant یا FMT) وجود ندارد.

– تاکید اصلی در دستورالعمل جدید بر مصرف مزالامین پیش از افزودن یا تغییر درمان استروئید موضعی یا سیستمیک همراه با ارزیابی درمان‌های غیردارویی است.

تایید اولین کیت تشخیص مایکوپلاسما ژنیتالوم

goo.gl/t9KUEa

اداره غذا و داروی آمریکا (FDA) در ماه ژانویه اولین کیت تشخیص مایکوپلاسما ژنیتالوم را تایید کرد. این عامل بیماری آمیزشی (STD) یک باکتری با رشد آهسته است که می‌تواند باعث سرویسیت و بیماری التهابی لگن (PID) در زنان و التهاب پیشابراه (اورتریت غیرگنوکوکی، NGU) در مردان شود. تشخیص این عفونت بسیار سخت است ولی درمان موثر برای آن وجود دارد.

حدود ۱۰ تا ۳۰ درصد موارد سرویسیت و ۱۵ تا ۳۰ درصد اورتریت با عفونت مایکوپلاسما ژنیتالوم همراه است. کیت Aptima که توسط شرکت Hologic تولید شده بر اساس تقویت اسید نوکلئیک (NAAT) و شناسایی رنای ریبوزومی (rRNA) استوار است. آزمایش روی نمونه ترشحات واژن، سواب سرویکس و پیشابراه و نیز ادرار قابل انجام است. حساسیت آن در نمونه‌های مختلف ۹۹–۷۸ درصد و ویژگی آن ۹۹/٦–۹۷/۸ درصد گزارش شده است.

روش برخورد با سنکوپ

goo.gl/nT8knN

goo.gl/qc2bUq

نگرانی از وجود آریتمی‌های مخفی در افرادی که به‌دلیل سنکوپ به درمانگاه اورژانس مراجعه می‌کنند، اغلب منجر به بستری موقت یا طولانی و گاه اقدامات تشخیصی غیرضروری می‌شود. در این تحقیق از شماره ژانویه Circulation موارد سنکوپ در ٦ مرکز اورژانس در کانادا با استفاده از ضریب خطر سنکوپ (Canadian Syncope Risk Score: CSRS) به گروه‌های خطر بالا، خطر متوسط

و خطر پایین تقسیم شدند و به‌مدت ۳۰ روز تحت نظر قرار گرفتند. موارد آریتمی شدید که نیازمند اقدام درمانی باشد در این گروه‌ها به ترتیب ۰/۴ درصد، ۸/۷ درصد و ۲۵/۳ درصد گزارش شده است.

خطر آریتمی شدید در افرادی که در ارزیابی ۲ ساعت پس از مراجعه به درمانگاه اورژانس در گروه خطر پایین قرار گرفتند، ۰/۲ درصد بود. هیچ‌یک از این افراد در مدت ۳۰ روز پس از سنکوپ دچار آریتمی بطنی یا مرگ نشدند. خطر آریتمی شدید در ارزیابی ٦ ساعت پس از مراجعه به درمانگاه اورژانس در گروه خطر متوسط ۵ درصد و در گروه خطر بالا ۱۸/۱ درصد بود.

اجزای ضریب سنکوپ شامل موارد زیر است (نمره صفر: خطر پایین؛ ۱ تا ۳: خطر متوسط؛ ٤ و بیشتر: خطر بالا):

– سابقه بروز نشانه‌های وازوواگال در اثر قرار گرفتن در مکان گرم و شلوغ، ایستادن طولانی، ترس، مشاهده خون، مواجهه با صحنه‌های فجیع، استرس عاطفی یا درد (یک نمره منفی)

– سابقه بیماری قلبی (یک نمره مثبت)

– فشار خون سیستولی کمتر از ۹۰ یا بیشتر از ۱۸۰ (دو نمره مثبت)

– تروپونین بالا (دو نمره مثبت)

– محور QRS غیرطبیعی (کمتر از منفی ۳۰ درجه یا بیشتر از ۱۰۰ درجه؛ یک نمره مثبت)

– QRS طولانی (بیشتر از ۱۳۰ هزارم ثانیه؛ یک نمره مثبت)

– QT اصلاح‌شده بیشتر از ٤۸۰ هزارم ثانیه؛ دو نمره مثبت)

– تشخیص سنکوپ وازوواگال (دو نمره منفی)

– تشخیص سنکوپ قلبی (وقوع ناگهانی، بدون پیش‌نشانه‌های هشدار دهنده، همراه با تپش قلب و صدماتی که نشاندهنده وقوع ناگهانی و افتادن است؛ دو نمره مثبت)

– این ضریب تنها در افراد ١٦ سال به بالا که در فاصله ٢٤ ساعت یا کمتر پس از سنکوپ مراجعه کرده باشند، مدت بیهوشی کمتر از ۵ دقیقه باشد، معاینه وضعیت ذهنی طبیعی باشد، و با تشنج واضح، ترومای عمده، یا مسمومیت همراه نباشد، به کار می‌رود.

بیمارانی که در گروه خطر پایین قرار دارند می‌توانند پس از ۲ ساعت ترخیص شوند. گروه خطر متوسط نیز اغلب پس از ٦ ساعت ترخیص شده و ادامه بررسی به‌صورت سرپایی انجام می‌شود. بیماری که در گروه خطر بالا قرار بگیرد باید بستری شود.

فواید و خطرات بالقوه آزمایش خودانجام تیروئید

goo.gl/CxCqX4

در زمانی که بسیاری از پزشکان نگران هستند که بیماران به‌جای مراجعه به آنان، ابتدا با گوگل مشورت کنند، به‌نظر می‌رسد با پیشرفت فناوری آزمایش‌های خودانجام (Do It Yourself: DIY) یا کیت‌های خانگی، آنان از این پس باید نگران نتایج این آزمایش‌ها هم باشند. نمونه آن گسترش استفاده از کیت‌های خانگی آزمایش تیروئید است که می‌تواند باعث افزایش موارد تشخیص کاذب کم‌کاری تیروئید شود.

شرکت‌هایی مانند EverlyWell در آمریکا و Medichecks در انگلستان این کیت‌ها را که ممکن است شامل TSH، T3، T4 و آنتی‌بادی ضد پروکسیداز و تیروگلوبولین باشد، به نشانی فرد درخواست‌کننده می‌فرستند و او آن را با نمونه خون نوک انگشت خود پس می‌فرستد. آزمایش‌ها در آزمایشگاه‌های طرف قرارداد با این شرکت‌ها انجام و نتایج برای بیمار ارسال می‌شود.

علاوه بر این‌که امروز هر بیمار یک دکتر گوگل است، احتمالاً دلیل اصلی گرایش افراد به کیت‌های خودانجام هزینه پایین آن‌هاست. در حال حاضر هزینه آزمایش تیروئید با کیت خانگی بین ٤۰ تا ۱۵۰ دلار است. همچنین بیمار با نتایج آماده نزد پزشک می‌رود و به این ترتیب به‌اندازه یک ویزیت در وقت و هزینه صرفه‌جویی می‌شود.

با توجه به این که بسیاری از علایم کم‌کاری تیروئید غیراختصاصی و شایع است، این نگرانی وجود دارد که استفاده از کیت‌های خودانجام باعث افزایش موارد خودتشخیصی و خوددرمانی غیرضروری شود. همچنین درمان غیرضروری بدون نظارت و پایش پزشک، خطر بروز عوارض دارویی را افزایش می‌دهد. با این حال، بیشتر پزشکان موافقند که استفاده از کیت‌های خانگی برای پیگیری درمان در افرادی که بیماری تیروئید آنان قبلاً تشخیص داده شده، بی‌ضرر و حتی مفید است.

مرگ از سرطان کاهش یافته است ولی نه در جوامع فقیر

goo.gl/c8mhSB

این شماره از مجله CA: A Cancer Journal for Clinicians به ارایه تازه‌ترین آمار سرطان در ایالات متحده پرداخته است.

انجمن سرطان آمریکا (ACS) هر سال تعداد موارد جدید سرطان و مرگ‌ومیر ناشی از آن را در این کشور

برآورد می‌کند. مرگ از سرطان در فاصله سال ۱۹۹۱ تا ۲۰۱٦ حدود ۲۷ درصد کاهش یافته است. این به معنی ۲٫٦ میلیون فوت کمتر در عرض ۲۵ سال است که احتمالاً علت اصلی آن کاهش مصرف سیگار، تشخیص زودتر و درمان بهتر سرطان است.

از سال ۲۰۰٦ تا ۲۰۱۵ بروز (انسیدانس) سرطان در زنان ثابت مانده ولی در مردان هر سال ۲ درصد کاهش یافته است. در مردان موارد کمتری از سرطان پروستات تشخیص داده شده که علت احتمالی آن کاهش درخواست آزمایش پسا (PSA) است.

شکاف اجتماعی–اقتصادی در مرگ‌ومیر سرطان با گذشت زمان افزایش یافته است. هم‌اکنون مرگ ناشی از سرطان دهانه رحم در ایالت‌های فقیرتر تقریباً دو برابر ایالت‌های متمکن‌تر است. بیشترین شکاف اجتماعی–اقتصادی در سرطان‌های قابل پیشگیری مشاهده می‌شود.

صبحانه نخوردن زیاد هم بد نیست

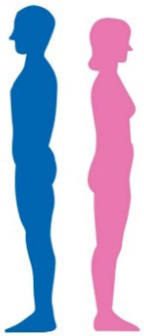
goo.gl/TfYinm

یک مطالعه از شماره ژانویه BMJ نشان می‌دهد این اعتقاد قدیمی که خوردن صبحانه به‌طور منظم از چاقی پیشگیری می‌کند، بی‌پایه است. از میان شرکت‌کنندگان در این تحقیق، طی مدت متوسط ۷ هفته، افرادی که صبحانه می‌خوردند حدود نیم کیلو بیشتر از آنانی که صبحانه نمی‌خوردند افزایش وزن پیدا کردند. مصرف کالری روزانه نیز در این افراد حدود ۲٦۰ کالری بیشتر بود.

به‌نظر پژوهشگران، صبحانه خوردن نمی‌تواند روش مطمئنی برای کاهش وزن باشد. هرچند کیفیت این مطالعه چندان بالا نیست، ولی صبحانه نخوردن هم کاری است که به امتحانش می‌ارزد و اغلب بی‌ضرر است؛ اگرچه در افرادی که دچار افت قند می‌شوند، مانند مبتلایان به دیابت، توصیه نمی‌شود.

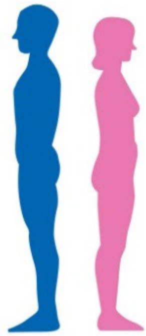
Estimated New Cases

Males			Females		
Prostate	174,650	20%	Breast	268,600	30%
Lung & bronchus	116,440	13%	Lung & bronchus	111,710	13%
Colon & rectum	78,500	9%	Colon & rectum	67,100	8%
Urinary bladder	61,700	7%	Uterine corpus	61,880	7%
Melanoma of the skin	57,220	7%	Melanoma of the skin	39,260	4%
Kidney & renal pelvis	44,120	5%	Thyroid	37,810	4%
Non-Hodgkin lymphoma	41,090	5%	Non-Hodgkin lymphoma	33,110	4%
Oral cavity & pharynx	38,140	4%	Kidney & renal pelvis	29,700	3%
Leukemia	35,920	4%	Pancreas	26,830	3%
Pancreas	29,940	3%	Leukemia	25,860	3%
All Sites	**870,970**	**100%**	**All Sites**	**891,480**	**100%**



Estimated Deaths

Males			Females		
Lung & bronchus	76,650	24%	Lung & bronchus	66,020	23%
Prostate	31,620	10%	Breast	41,760	15%
Colon & rectum	27,640	9%	Colon & rectum	23,380	8%
Pancreas	23,800	7%	Pancreas	21,950	8%
Liver & intrahepatic bile duct	21,600	7%	Ovary	13,980	5%
Leukemia	13,150	4%	Uterine corpus	12,160	4%
Esophagus	13,020	4%	Liver & intrahepatic bile duct	10,180	4%
Urinary bladder	12,870	4%	Leukemia	9,690	3%
Non-Hodgkin lymphoma	11,510	4%	Non-Hodgkin lymphoma	8,460	3%
Brain & other nervous system	9,910	3%	Brain & other nervous system	7,850	3%
All Sites	**321,670**	**100%**	**All Sites**	**285,210**	**100%**



تازه‌ترین دستورالعمل درمان سرطان سرویکس

goo.gl/wC7BUo

برخی رووس این دستورالعمل که توسط شبکه جامع ملی سرطان در شماره ژانویه Journal of the National Comprehensive Cancer Network منتشر شده، به‌شرح زیر است:

– پاپ‌اسمیر و بیوپسی سرویکس معمولاً برای تشخیص دقیق سرطان کافی است. بیوپسی مخروطی (conization) در مواردی توصیه می‌شود که بیوپسی معمولی برای تعیین تهاجم کافی نباشد یا نشان‌دهنده سرطان ریزمهاجم (micro-invasive) باشد.

– بررسی‌ها در مبتلایان به سرطان سرویکس شامل CBC، آزمایش‌های عملکرد کبد و کلیه، رادیوگرافی سینه، سی‌تی اسکن یا PET/CT و در صورت لزوم ام‌آرآی (مثلاً برای رد گرفتاری عمقی اندوسرویکس) است.

– سیستوسکوپی و پروکتوسکوپی تنها در صورتی توصیه می‌شود که شک به گرفتاری مثانه یا رکتوم مطرح باشد.

– تصمیم‌گیری درمانی عمدتاً براساس مرحله (stage) سرطان با توجه به ویژگی‌های تومور اولیه (بزرگ‌ترین قطر، تهاجم به استرومای سرویکس و گسترش ناحیه‌ای) و متاستاز دوردست صورت می‌گیرد. ام‌آرآی بخشی از طرح معمول مرحله‌بندی سرطان سرویکس نیست ولی می‌تواند در مواردی که هدف حفظ باروری باشد، به تصمیم‌گیری کمک کند. همچنین PET/CT برای رد متاستاز مفید است.

– درمان اصلی سرطان سرویکس در مراحل ابتدایی شامل جراحی یا پرتودرمانی است. درمان محافظه‌کارانه با هدف حفظ باروری شامل کونیزاسیون با یا بدون برداشتن گره‌های لنفی، در موارد انتخابی و پس از بررسی کامل جنبه‌های مختلف خطرات مادری و جنینی قابل انجام است.

– پیش‌آگهی درمان و بقا به‌دنبال هیسترکتومی با جراحی باز بهتر از جراحی لاپاراسکوپیک است.

فشارسنج خودکار بهتر از فشارسنج دستی است

goo.gl/ZStSQJ

براساس این پژوهش از شماره ژانویه JAMA Internal Medicine، استفاده از فشارسنج‌های خودکار در مطب باعث افزایش دقت اندازه‌گیری فشار خون می‌شود. در این مطالعه نتایج اندازه‌گیری فشار خون در حدود ۱۰ هزار نفر به دو روش خودکار و دستی مقایسه شده است.

در افرادی که فشار خون سیستولی آنان با فشارسنج خودکار ۱۳۰ میلی‌متر جیوه یا بالاتر است، نتایج فشارسنج دستی به‌طور متوسط ۱۴ تا ۱۵ میلی‌متر جیوه بیشتر است.

به‌نظر پژوهشگران، علت اصلی این تفاوت، پدیده روپوش سفید (white coat effect) است و به‌همین دلیل توصیه می‌شود در ویزیت‌های روتین، به‌جای استفاده از فشارسنج دستی، اندازه‌گیری فشار خون توسط فشارسنج خودکار و بدون دخالت پزشک یا پرستار انجام شود.

مطب مدرن: بدون اتاق انتظار

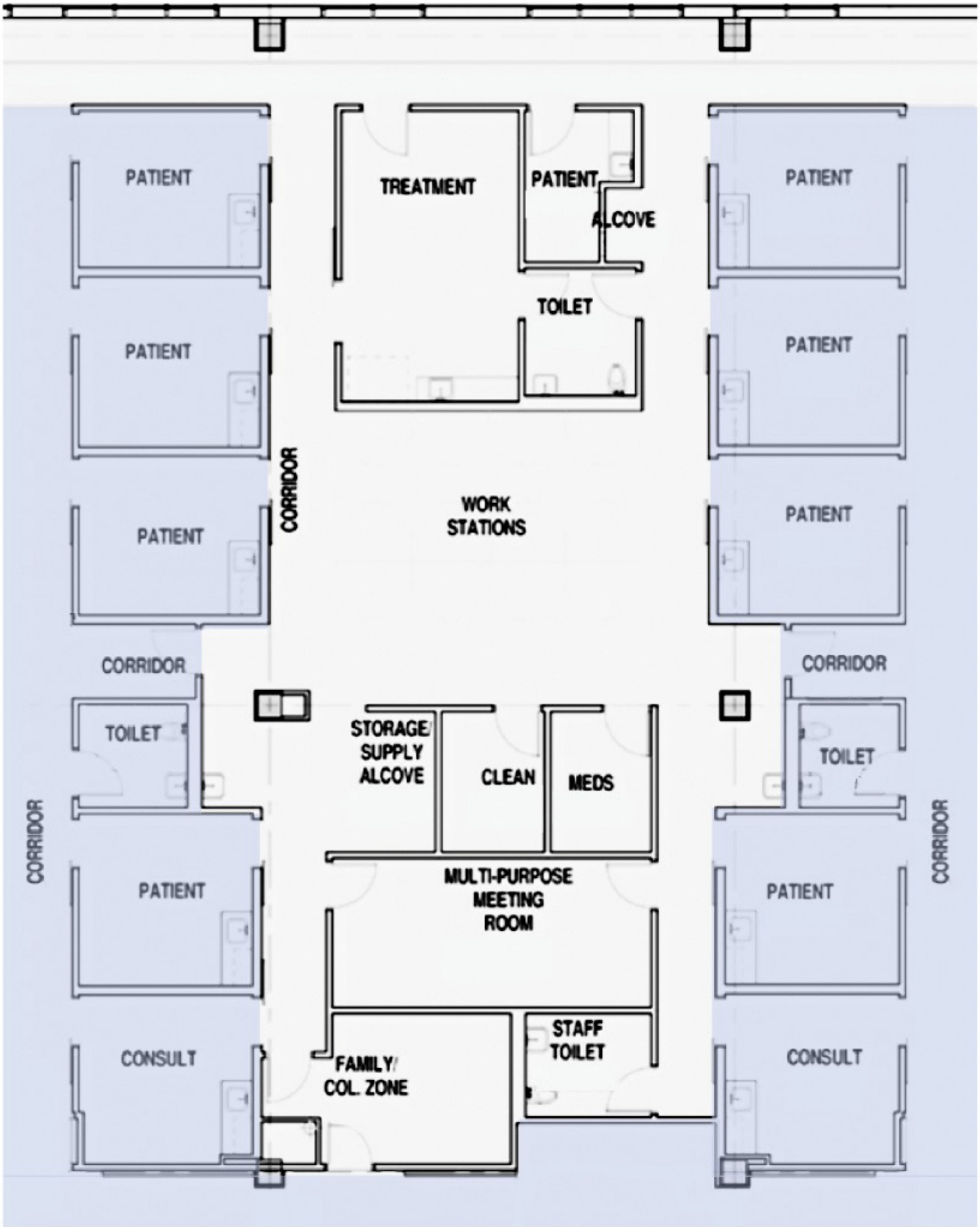
goo.gl/HiqPsM

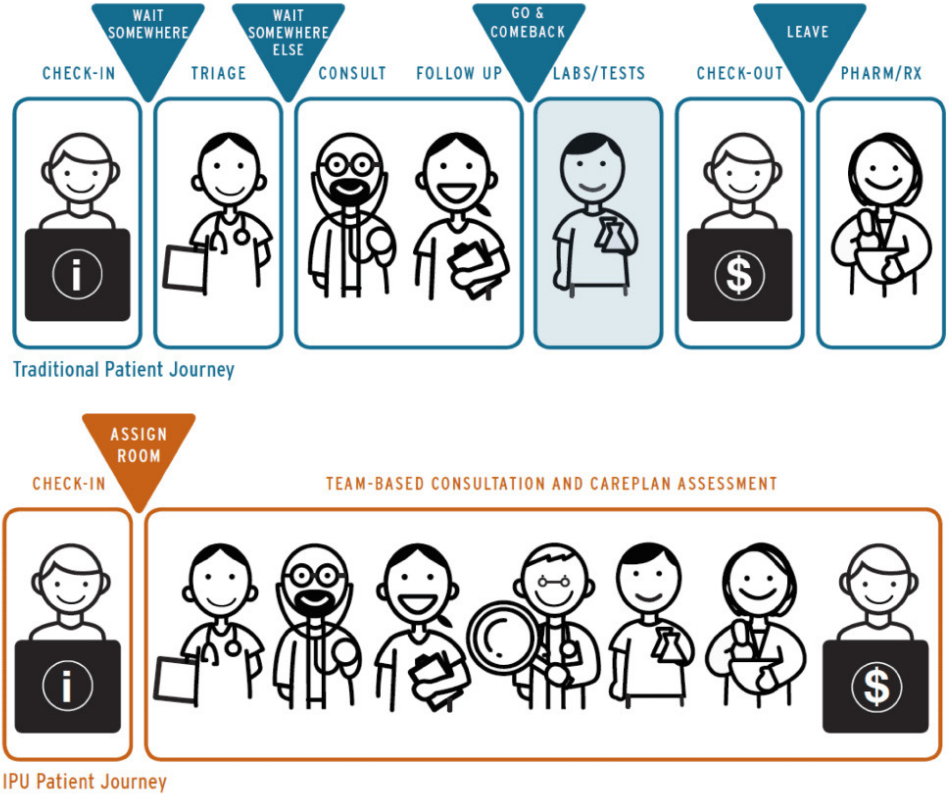
این گزارش جالب از شماره فوریه NEJM به موضوع طراحی مطب و درمانگاه‌های امروزی پرداخته است. پرسش اغلب مهندسان طراح از پزشکان این است که می‌خواهند اتاق انتظار کجا باشد. تصور کنید پاسخ پزشک این باشد که «فکر نکنم کسی اتاق انتظار بخواهد!» قطعاً پرسش دومی که در این هنگام به ذهن مهندس طراح خطور می‌کند این است که «پس قرار است بیماران کجا بروند؟!»

واقعیت این است که هیچ‌کس نشستن و منتظر ماندن در اتاق انتظار را دوست ندارد. داستان از جایی آغاز می‌شود که در تابستان سال ۲۰۱۵ دانشکده جدید پزشکی Dell در دانشگاه تگزاس در آوستین، کار طراحی درمانگاه‌های تخصصی خود را به یک انستیتو طراحی سپرد.

با کم‌رنگ شدن الگوی پرداخت در مقابل خدمت (fee-for-service: FFS) و تاکید روزافزون بر الگوی ارزش–محور (value-based)، یکی از اهداف اصلی دانشکده این بود که تجربه بیماران را در مراکز درمانی بهبود دهد. این به مفهوم استقرار واحدهای کاربردی یکپارچه (Integrated Practice Units: IPUs) است. واحد کاربردی یکپارچه به‌معنی ارایه خدمات سلامت توسط تیم‌های چندتخصصی به‌شدت هماهنگ است که مسوول

مطب مدرن: اندرونی (back of house)


PATIENT
TREATMENT
PATIENT
ALCOVE
PATIENT
PATIENT
TOILET
PATIENT
PATIENT
CORRIDOR
WORK
STATIONS
PATIENT
PATIENT
CORRIDOR
CORRIDOR
TOILET
STORAGE/
SUPPLY
ALCOVE
CLEAN
MEDS
TOILET
CORRIDOR
CORRIDOR
PATIENT
MULTI-PURPOSE
MEETING
ROOM
PATIENT
STAFF
TOILET
CONSULT
FAMILY/
COL. ZONE
CONSULT



مقایسه مطب (درمانگاه) سنتی و مدرن

چرخه کامل مراقبت شامل آموزش، جلب مشارکت و پیگیری است و همه خدمات سرپایی، بستری، بازتوانی و حمایتی را در بر می‌گیرد و مهم‌ترین ویژگی آن پاسخگویی در مقابل پیامدها و هزینه‌هاست.

همچنین بیماران و همراهان آن‌ها، به‌جای نشستن در اتاق انتظار، می‌توانند به فعالیت‌های مختلف بپردازند. درمانگاه به دو منطقه بیرونی (front-of-house) و اندرونی (back-of-house) تقسیم می‌شود. فضای بیرونی برای بیماران و فضای اندرونی برای اعضای تیم درمان است.

فضای اندرونی طوری طراحی شده که فعالیت‌های همه اعضای تیم درمانی همپوشانی دارد. امکان تماس‌های غیررسمی و بدون تشریفات قبلی باعث تسهیل در ارتباطات و هماهنگی‌ها می‌شود. پزشکان، پرستاران، پژوهشگران و بقیه اعضای گروه دارای فضاهای مشترک هستند.

فضای بیرونی شامل ورودی (لابی) و مکان‌های دیگری است که بیماران و همراهان آنان می‌توانند از وقت اضافی خود استفاده کنند: صرف قهوه یا چای، خواندن کتاب یا جزوه‌های آموزشی، اینترنت رایگان، امکانات شارژ گوشی یا تبلت، مکان‌های مختلف برای نشستن شامل مکان‌های خلوت‌تر یک‌نفره و صندلی‌های روبه‌رو برای زوج‌ها یا صندلی‌های راحتی چندنفره برای خانواده‌ها.

البته این طرح برای کامل‌تر شدن نیاز به زمان دارد. در مراکزی که بیشتر مراجعات بدون وقت قبلی باشد، اجرای چنین طرحی یک چالش بزرگ است. همچنین نقش فناوری‌های جدید را نباید نادیده گرفت. همه این عوامل باعث خواهد شد این طرح به‌مرور تکمیل شود. با این‌حال باید بپذیریم که پاسخ بهتر به آن پرسش مهندس طراح این است که مطمئناً کسی دوست ندارد منتظر بماند ولی طراحی باید طوری باشد که کسی نیاز به اتاق انتظار نداشته باشد.

دکتر بابک عزیز افشاری
متخصص پاتولوژی
نشانی: تالش، خیابان معین، کوچه‌ی بوعلی، تلفن: ۴۴۲۴۳۴۴۷
Website: azizafshari.com
Email: babak_azizafshari@yahoo.com