

نشریه داخلی انجمن
پزشکان عمومی ایران
شماره چهارم - خردادماه ۱۳۹۵

ششمین کنگره همایش تخصصی انجمن پزشکان عمومی کشور

۶ و ۷ خرداد ۱۳۹۵

هتل هما - شیراز

beat
DIABETES

پزشکان عمومی متحد
در خط مقدم جبهه غلبه بر دیابت



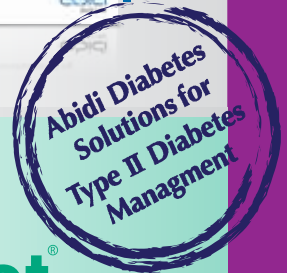
Ziptin[®]
sitagliptin

Ziptin 100 mg Once Daily Better Glycemic Control^{1,2}



References:

1. Drugs 2014; 74(2): 223-242.
2. Sitagliptin: FDA label 2015; Reference ID: 3812569



- Significant HbA1c reduction in a complementary manner^{1,2}
- Superior improvement in glycemic control compared to metformin monotherapy^{1,2}
- Highly tolerable with very low risk of hypoglycemia¹⁻⁴
- Similar weight loss to metformin monotherapy²

Zipmet[®]
sitagliptin / metformin

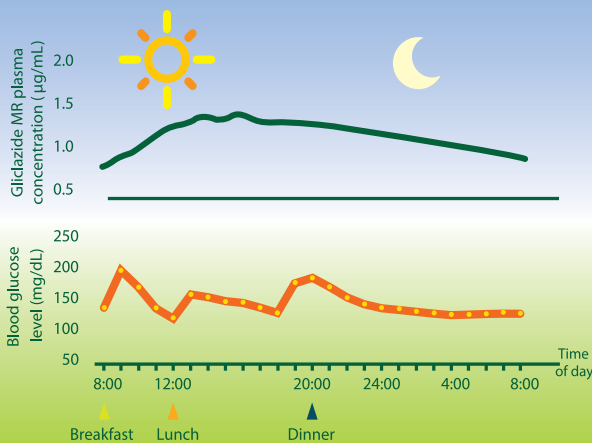


Convenience In Combination

References:

1. Diabetes Obes Metab. 2010; 12: 442-451.
2. Diabetes Obes Metab. 2011; 13: 644-652.
3. Diabetes Care. 2006; 29: 2638-2643.
4. Diabetes Obes Metab. 2007; 9: 194-205.

Absence of Nocturnal Hypoglycemia Matched Release Profile to Circadian Glycemia



DIABEZID[®] MR
Gliclazide Modified-Release
Genius Release



- References:**
1. Drugs 2002; 62(9): 1357-1364.
 2. J Diabetes Complications. 2000; 14(4): 185-191.
 3. Diabetes 1988; 37: 1020-1024.

به نام ایزد دانا و توانا



نشریه داخلی انجمن پزشکان عمومی ایران

سال دوم شماره چهارم - بهار ۱۳۹۵

ویژه‌ی ششمین نشست شورای هماهنگی انجمن‌های
پزشکان عمومی ایران

نشانی: تهران - صندوق پستی: ۸۳۶۳ - ۱۴۱۵۵
تلفن: ۰۲۱ - ۸۴۱۳۸۳۱۹

نشانی بخش اشتراک و ارسال نشریه:

شیراز - صندوق پستی: ۱۸۳۱ - ۷۱۳۴۵

تلفن: ۰۷۱ - ۳۲۳۰۱۴۵۲ - دورنگار: ۳۲۳۰۱۴۵۸ - ۰۷۱

پست الکترونیک انجمن: Info@isgp.ir

پست الکترونیک سیمرغ: Simorgh@isgp.ir



صاحب امتیاز: انجمن پزشکان عمومی ایران
مدیر مسئول: دکتر عباس کامیابی
مدیر گروه رسانه: دکتر مسعود جوزی
سرمدبیر: دکتر حمید خاکسار
مدیر داخلی: دکتر الهام شاهرخی راد
مدیر بازرگانی: دکتر حمید خاکسار
ویراستار: خسرو تابنده
حروف نگار: حمیده سیاح
گرافیک: غلامعلی زارع

همکاران این شماره (به ترتیب الفبا):

دکتر ولی رستم زاده	دکتر تکتتم الماسی
دکتر فرامرز رفیعی	دکتر سیاوش ایمانی
دکتر قنبرعلی رئیس جلالی	دکتر مسعود بخارایی
دکتر اکرم سردار	دکتر کمال بیگی
دکتر الهام شاهرخی راد	دکتر محمدرضا جباری
دکتر حمید طهماسبی پور	دکتر مسعود جعفری زاده
دکتر محمدحسین عزیزی	دکتر مسعود جوزی
دکتر مهران قسمتی زاده	دکتر حامد حاتمی
دکتر بهمن مشغقی	دکتر حمید خاکسار
دکتر علی اصغر هنرمند	دکتر افشین خداشناس

سرمقاله

سخن مدیر مسئول



دکتر عباس کامیابی

مجلسی دیگر برای همفکری برگزیدگان
پزشکان عمومی کشور پیش روی است. از
شورایی سخن می‌گوییم که بیش از ۱۱ سال عامل انسجام
و زمینه‌ساز تحول در ساختار تشکیلاتی و سازمان فکری انجمن
بوده است، به‌نرمی دوران بلوغ خود را طی کرده و به‌رغم
نوسانات و مشکلات زیاد، عاملی برنامه‌ریز و تصمیم‌گیر در
عرصه سیاست‌ها و برنامه‌های انجمن بوده است.
هسته فکری و معتمدین این شورا با تکیه بر اعتماد و توافق
اعضای خود، نقشه راهی را برای آینده طب عمومی ترسیم
کردند که نه تنها عامل تغییر در انجمن گردید که اثرات آن
را در آهنگ اخیر گفتمان مسوولان نظام سلامت کشور می‌توان
شناسایی کرد.

شورایی که در ابتدا بدون اهداف تشکیلاتی شکل گرفت،
به‌سرعت عقلانیت و استقلال فکری خود را اثبات کرد و شالوده
فکری شعب انجمن را به‌عنوان دکترین فعالیت انجمن به رخ
کشید. این شورا اگرچه به‌عنوان مرجعی مشورتی از سوی
مرجع مسوول شناخته شد اما عملاً ضعف ماهیتی و ساختاری

مجامع عمومی را جبران و نقش‌آفرینی کرد. مصادیق این ادعا
در چند مقطع تاریخی قابل بیان است:

اول: ایجاد ائتلاف بین شعب انجمن برای ایفای نقش موثر در
انتخابات اعضای هیات مدیره مرکزی و سپس ائتلاف کشوری
برای تغییر در اعضای شورای عالی نظام پزشکی که هر دو
حرکت به توفیق کامل رسید.

دوم: تعیین راهبرد اساسی انجمن پزشکان عمومی ایران برای
هویت‌سازی طب عمومی، که برای نخستین بار بر راهبرد
پزشکی خانواده و نظام ارجاع اجماع گردید.

و سومین حرکت که کیان و جایگاه این شورا را به یکی از ارکان
انجمن مبدل خواهد ساخت، تصمیم برای استتال ارکان انجمن
و اصلاح ترکیب مجمع عمومی به ترکیبی نسبی از نمایندگان
شعب انجمن است؛ تصمیمی که با تصویب در مجمع فوق‌العاده
انجمن در انتظار طی مراحل قانونی است.

اینک در آستانه ششمین گردهمایی شعب انجمن در دیاری
ادیب‌پرور هستیم که به‌واسطه اراده و همتی وصف‌ناپذیر
پیشرو در استقرار برنامه پزشک خانواده است؛ شهری که
طب عمومی را در استتال پزشکی خانواده قرار داده و در
این مسیر، معویت و نامهربانی‌های زیادی را نیز متحمل شده
است. بی‌تردید حضور شعب کشوری در این شهر نشانه‌ای از
هم‌پیمانی برای تسری برنامه پزشک خانواده در سراسر کشور
خواهد بود.

امید می‌رود که این نشست همچون گذشته دستاوردی
ارزشمند را با خاطره‌ای گشاده به شورایی دیگر متصل گرداند.

آنچه در این شماره می خوانیم

تاریخ پزشکی



- پیشینه نخستین پزشکی نوین در شیراز ۴۰
- دعوت اطباء ۴۸
- تاریخچه تشکیل صلیب سرخ جهانی ۵۰

حقوقی



- قانون جدید مالیات برای پزشکان ۵۲
- طیبیب عمومی و اقدامات درمانی تخصصی ۵۵
- مراجع صالح به رسیدگی جرایم پزشکی ۵۶

هنر و اندیشه



- سه اپیزود دردناک در اورژانس ۵۹
- یک کارتون نیست، یک دنیا ۶۰
- طنز ۶۳

صنفي



- از شیراز تا شیراز ۴
- گزارش کوتاهی از کمیته تشکیلات ۱۱
- مسئولیت تاریخی فعالان صنفی ۱۲
- دور زدن این راه حل ممنوع ۱۴
- نگاهی اجمالی به مشکلات پزشکان شاغل در بیمارستان ها ... ۱۶
- گزارش فعالیت انجمن مشهد ۱۷
- مروری بر طرح حاشیه شهر ۱۸

فناوری و جهان سلامت



- داستان پر پیچ و خم پرونده الکترونیکی سلامت ۲۰

علمی



ویژه نامه دیابت

- غلبه بر دیابت؛ ۲۴
- دیابت، چالشی در نظام سلامت ایران ۲۸
- چاقی، پری دیابت، پیش به سوی دیابت ۳۲
- پره دیابت، مشکلی جدی است ۳۴
- چاقی، هایپراینسولینمیا و درمان موفق ۳۵
- چاقی در کودکان: بایدها و نبایدها ۳۶
- طب سوزنی گوش ۳۸

برای انتشار سیمرغ ناگهان مانند برق و باد ده ها نوشته و مقاله ارزشمند و پر محتوا از همکاران سراسر کشور به صورت رگبار ما را نشانه گرفت و تا به خود آمدیم ویژه نامه ما به سیمرغ جوان و بالغ تبدیل شده بود.

گرچه کمی وقت و فرصت تنها پانزده روزه در کنار مشکلات و گرفتاری های تدارک برگزاری نشست شورای هماهنگی در شیراز باعث شد تا بتوانیم سیمرغی در خور و مناسب همانند شماره های پیشین بهرور انیم ولی این شور و اشتیاق و استقبال دوستان و همکاران قوی پنجه و دست به قلممان در جای جای میهن پهناور، ما را برای آغازی دیگر و حرکتی پویاتر بسیار امیدوار کرد.

به هر حال در فاصله بسیار کوتاهی که هیات مدیره محترم انجمن بار دیگر دستور انتشار سیمرغ را فرمان داد؛ تنها توانستیم در آخرین ماه بهار ۹۵ شیراز غنچه کوچکی تقدیم شما عزیزان کنیم.

باشد که در آینده نزدیک همچون گذشته دسته گلی زیبا و رنگارنگ در خور سیمرغ به شما همکاران و دوستان تقدیم کنیم و همیشه به یاد داشته باشیم که سیمرغ اسطوره ای تنها با همت و یاری دوستان همیشه همراه در شعب انجمن پزشکان عمومی به مثابه سی مرغ متحد می تواند در آسمان جامعه پزشکی جولان دهد.

آغاز سخن

یادداشت سردیر



دکتر حمید خاکسار

در آغازی دوباره
سخنی کوتاه با دوستان
و یاران همیشه همراه سیمرغ

چهارمین دفتر سیمرغ در آستانه برگزاری ششمین نشست شورای هماهنگی انجمن های پزشکان عمومی کشور در حالی تقدیم شما می شود که بیش از یک سال از انتشار سیمرغ سه می گذرد.

گرچه در آغاز به پرواز درآمدن سیمرغ در آسمان پزشکی ایران بسیار مبهم بودیم تا از آفتی که همیشه گریبان تمامی نشریات صنفی را می گیرد دوری جوییم ولی باز هم گردش روزگار و برخی ناهماهنگی ها و نامرادی ها باعث شد، تا آتش درنگ و تأخیر دامان ما را نیز فرا گیرد.

این بار هم تنها درممد ویژه نامه ای مختصر مانند روال نشست های پیشین شورای هماهنگی برای همایش شیراز آماده کنیم ولی پس از اعلام فراخوان مقاله در کمیته رسانه انجمن

از شیراز تا شیراز!

شورای هماهنگی از آغاز تا امروز

دکتر حمید خاکسار
عضو هیات مدیره انجمن پزشکان
عمومی شیراز و دبیر اجرایی همایش شیراز

اصفهان و کهگیلویه و بویراحمد گردهم آمدند تا به بررسی مسائل تشکیلاتی انجمن بپردازند و ارتباط و هماهنگی میان شعب انجمن را در سراسر کشور سرو سامان دهند و از همانجا پایه ریزی تشکیلات شورای هماهنگی شعب شکل گرفت و دکتر تأملی بلافاصله در اول بهمن همان سال در تهران نشست نمایندگان شعب انجمن را با تمامی اعضای هیات مدیره انجمن مرکزی برگزار کرد.

در پایان نشست تهران مصوب گردید که نشست‌های شورا هر ۳ ماه انجام شود و دوستان اصفهانی میزبان گردهمایی بعدی را نیز تقبل کردند. در این جلسه نیز مقرر شد که مهم‌ترین مسائل و معضلات پزشکان عمومی توسط شعب جمع بندی شده و به تهران ارسال گردد. همچنین شورای هماهنگی وظیفه تبیین سیاست‌های کوتاه، متوسط و بلند مدت انجمن را به عهده گرفت تا آن‌ها را برای اجرا به مسئولان مرتبط عرضه کند.

در اردیبهشت ۸۵ اصفهان میزبان ۱۵ شعبه انجمن شد. در نشست اصفهان ساختار تشکیلاتی انجمن، به تصویب همگان رسید و سطوح ۱ و ۲ و ۳ به ترتیب: انجمن شهرستان، شورای هماهنگی استان و شورای عالی انجمن پزشکان عمومی ایران به عنوان ساختار تشکیلاتی انجمن معرفی شدند.

سپس در نشست‌های آذر ۸۵ کرج و ۱۱ اسفند ۸۵ تهران آیین‌نامه اجرایی شورای هماهنگی به بحث گذاشته شد و سرانجام در نشست تیر ماه ۸۶ تهران با حضور ۲۷ شعبه انجمن آیین‌نامه تشکیل شورای هماهنگی شعب انجمن به تصویب رسید و به شعب ابلاغ شد. در آن آیین‌نامه مقرر شد که ترکیب شورا به این ترتیب باشد:

۱) اعضای هیات مدیره انجمن مرکزی

۲) یک نماینده از هر شعبه انجمن

۳) پزشکان عمومی عضو شورای عالی نظام پزشکی کشور

همچنین نمایندگانی از وزارت بهداشت و درمان و کمیسیون بهداشت و درمان مجلس، نظام پزشکی و یا دیگر نهادهای مرتبط با جامعه پزشکی بدون حق رأی بتوانند در جلسات شورا حضور داشته باشند. همچنین هیات رئیسه شورا با انتخاب رئیس و دو نفر نائب رئیس و یک دبیر از میان جمع برای مدت یک سال انتخاب شوند. با تأخیر یک ساله سرانجام در سوم خرداد ۸۷ و با تأیید و تأکید نمایندگان ۲۴ شعبه انجمن اولین هیات رئیسه شورای هماهنگی انجمن‌های پزشکان عمومی کشور با رأی حاضران برگزیده شد که دکتر هویدا به عنوان رئیس شورا، دکتر محمودی از رشت و دکتر قسمتی زاده از لاهیجان نواب رئیس و دکتر خاکسار از شیراز به دبیری شورا برگزیده شدند.

بلافاصله پس از رسمیت یافتن شورای هماهنگی نشست

امروز همه از ششمین نشست شعب انجمن‌های پزشکان عمومی ایران در شیراز سخن می‌گوییم. البته این عدد ۶ تنها مربوط به تعداد گردهمایی‌های شورای هماهنگی در دوران فعالیت هیات مدیره فعلی انجمن است که نخستین آن در آبان ۹۱ در محیط

زیبا و مصفای دهکده ساحلی بندر انزلی رقم خورد و ما همه شاهد میزبانی باشکوه دوستان پرچوش و خروش و میهمان نواز گیلانی بودیم. روزهایی که نام برگزیدگان جامعه پزشکان عمومی در انتخابات پرشور و تاریخ ساز ۲۳ تیر ماه ۹۱ هنوز هیات مدیره منتخب بود

چرا که پس از ۵ ماه تا آن زمان هنوز صحت انتخابات و رسمیت یافتن هیات مدیره برگزیده ما توسط کمیسیون انجمن‌های علمی وزارت بهداشت و درمان اعلام نشده بود.

• در خرداد ۹۵ سخن از ششمین گردهمایی در شیراز است. اما اگر کمی به حافظه

خود برگردیم و بیستم آبان ۸۴ را به یاد آوریم. این خاطره در ذهنمان روشن خواهد شد که در حقیقت این شیراز بود که برای اولین بار در تاریخ فعالیت انجمن پزشکان عمومی ایران مبتکر و بانی گردهمایی شعب انجمن شد. برای نخستین بار در حاشیه برگزاری هفتمین مجمع

عمومی و انتخابات چهارمین دوره هیات مدیره انجمن پزشکان عمومی شیراز و در دوران ریاست دکتر تأملی در انجمن مرکزی علاوه بر وی چهار نفر دیگر از اعضای هیات مدیره انجمن پزشکان عمومی ایران (دکتر هویدا و دکتر مسلمی و دکتر افشار و دکتر خاقانی) میهمان مجمع شیراز بودند. نمایندگانی از انجمن‌های کرمان، لاهیجان، رشت، آذربایجان غربی،





و رسانه، پزشک خانواده، تشکیلات، رفاه-اشتغال و آموزش و انتخابات نظام پزشکی جلسات خود را برگزار کردند. از نکات حاشیه ای اولین نشست تلاش بی ثمر هیات مدیره قبلی انجمن و مکاتبات گوناگون با مسئولان و نهادهای امنیتی و انتظامی برای غیرقانونی نشان دادن این اجلاس بود چرا که آن ها هنوز باور نداشتند که هیات مدیره، منتخب نمایندگان واقعی پزشکان عمومی کشور هستند.

قطعه نامه پایانی نشست انزلی

قطع نامه گردهمایی انجمن های پزشکان عمومی سراسر کشور
نشست گیلان، آبان ماه ۱۳۹۱

بازنگری در جایگاه حرفه ای و اجتماعی پزشکان عمومی ایران
مقوله ای است که تمامی آگاهان و مسئولان ارشد نظام بر

ضرورت انجام آن اتفاق

نظر دارند؛ اما این مهم میسر

نمی شود مگر با خودباوری

و همت همکاران پزشک

عمومی برای بازسازی منزلت

خویش با انسجامی دوباره و

برنامه ای مستمر. در این

راستا انجمن های پزشکان

عمومی سراسر کشور در

ادامه نشست های دوره ای

خود، این بار در استان

گیلان گرد هم آمده و پس از

هم اندیشی و مباحث طولانی

در قالب کارگروه های

تخصصی، بر محورهای زیر

اتفاق نظر حاصل نمودند:

• انتخابات انجمن

پزشکان عمومی ایران

در ۲۳ تیرماه ۱۳۹۱

نمونه ای تحسین برانگیز از

مسئولیت پذیری و حضور

آگاهانه همکاران برای تعیین

سرنوشت تشکل خویش

بود؛ در مقابل انتظار می رود

که این حرکت ارزشمند با

رویکرد عادلانه و مسئولانه

کمیسیون انجمن های علمی

تکمیل گردد و از تأخیر

بیشتر در اعلام رسمی نتایج

انتخابات خودداری شود.

از این رو به کلیه مسئولان ذی ربط در وزارت بهداشت توصیه

می شود تا ضمن غنیمت شمردن فرصت پدید آمده برای همراهی

جامعه پزشکان عمومی در ساماندهی نظام سلامت کشور، هر چه

سریع تر به این وظیفه قانونی عمل کنند و عزم خود را برای رفع

مشکلات این قشر فرهیخته اثبات نمایند.

بعدی در هفتم شهریورماه ۸۷ برگزار شد. در این فاصله هیات
رئیسه شورا هر ماه در نشست با هیات مدیره انجمن مرکزی
حضور داشتند. در نشست شهریور ماه ۸۷ کارگروه های شورای
هماهنگی معرفی شدند. کارگروه تشکیلات و انتخابات، کارگروه
ارتباطات و انتشارات، کارگروه آموزشی، کارگروه پژوهشی و
کارگروه پزشک خانواده در آن زمان پایه ریزی شد و اعضای آن
نیز از سراسر کشور مشخص و معین شدند.

پس از نشست شهریور ماه جلسه بعدی و باز هم ششمین نشست
شورای هماهنگی آن زمان در اول آذر ۸۷ در هتل پارک سعدی

به میزبانی انجمن شیراز برگزار شد و برای نخستین بار تمامی
اعضای کارگروه های تخصصی تا پاسی از شب گرد هم آمدند

و برنامه های کاری خود را تهیه کردند و در نشست روز بعد
گزارش های خود را به آگاهی نمایندگان شعب رساندند. آن روز

هم ششمین گردهمایی از نشست هایی بود که اولین آن نیز در
شیراز برگزار شده بود. در سال ۸۸ نیز چندین نوبت نشست های

شورای هماهنگی در تهران برگزار شد و تلاش ها و کوشش های
زیادی برای تغییر ساختار تشکیلاتی انجمن، تغییر اساسنامه،

راهکار دموکراتیک برگزاری انتخابات انجمن مرکزی، اضافه
شدن رکن شورای هماهنگی در ارکان اساسنامه و ... مورد

بحث و تبادل نظر شعب قرار گرفت و نتیجه آن، برگزاری
مجمع فوق العاده خرداد ۸۹ بود که متأسفانه شیوه اجرایی این

مجمع و مصوبات آن و پیگیری نبودن انجمن مرکزی نقطه آغازی
شد برای مرزبندی ها و کارشکنی های مکرر و جلوگیری از

دخالت شعب در تصمیم گیری ها و دخالت در تعیین سرنوشت
انجمن خودشان. تأخیرهای مکرر در برگزاری انتخابات و صدور

دستورالعمل های رنگارنگ برای محدود کردن حضور شعب و
اعضای شهرستان ها در انتخابات هیات مدیره انجمن باعث شد تا

از دل شورای هماهنگی ائتلاف فراگیر شعب انجمن شکل گیرد و
این شکوفایی در ظهر گرم ۲۳ تیر ماه ۹۱ با حرکت تاریخی بیش

از هزار نفر از اعضای انجمن از سراسر کشور به اوج خود رسید.
پیروزی صد در صد کاندیداهای ائتلاف فراگیر در انتخابات یعنی

حقانیت کامل یک حرکت با شکوه صنفی.

متأسفانه هیات مدیره پیشین تلاش کرد با کارشکنی و
سنگ اندازی های گوناگون این شیرینی پیروزی را به کام

برگزیدگان تلخ کند و همین باعث شد تا تأیید انتخابات سالم
و قانونی ۲۳ تیر و تأیید صلاحیت!! هیات مدیره منتخب تا

اسفند ۹۱ به طول بینجامد. در این رهگذر حذف غیراخلاقی و
ناجوانمردانه دکتر اسدی لاری پیشکسوت و پیر دیر خوشنام و

محبوب جامعه پزشکان عمومی کشور بدون هیچ دلیل و برهانی
به عنوان یک نقطه تاریک در عملکرد کمیسیون انجمن های

علمی وزارت بهداشت و درمان برای همیشه در اذهان به جا ماند.
آغاز حرکت نوین شورای هماهنگی از انزلی شروع شد و امروز

مجدداً شیراز پس از اولین و ششمین نشست دوره پیش باز هم
میزبان ششمین گردهمایی از دوره جدید شورا است.

اولین نشست - انزلی

شورای هماهنگی انجمن های پزشکی استان گیلان میزبان بیش
از صد نفر از نمایندگان ۳۶ شهرستان و ۱۲ استان کشور بود. در

آن دو روز به یادماندنی در دهکده ساحلی انزلی کارگروه ارتباطات



انجمن‌های پزشکان عمومی امضاکننده این قطع‌نامه با اعلام حمایت قاطع خود از منتخبان جدید انجمن، از ایشان می‌خواهند ضمن پیگیری هرچه سریع‌تر تشریفات مرتبط از راه‌های قانونی، فعالیت خود را در راستای اهداف انجمن و در اجرای وظایف بر زمین مانده آن بلافاصله آغاز نمایند. انجمن‌های مذکور ضمن صحنه‌گذاری به نتایج به دست آمده در انتخابات، نسبت به قطع ارتباط تشکیلاتی خود با هیات مدیره قبلی اقدام و متقابلاً بر تکلیف هیات مدیره جدید برای فعالیت و برنامه‌ریزی منطبق با اهداف اساسنامه و نیازهای جامعه پزشکان عمومی ابرام می‌نمایند.

انجمن‌های پزشکان عمومی آبادان، آباد، آزادشهر، اردبیل، اصفهان، بابل، بجنورد، بزم، بندر انزلی، بهشهر، پاکدشت، تنکابن، جیرفت، خوی، رشت، زرنده، ساری، سبزوار، شیرجان، شهریار، شیراز، صومعه‌سرا، فسا، فومن، قزوین، کرمان، کرمانشاه، گرگان، لاهیجان، لنجان، مراغه، میانه، نور، نوشهر

دومین نشست - تهران مجتمع آدینه

دومین نشست شعب در یازدهم مهر ماه ۹۲ و در مجتمع آدینه تهران برگزار شد. در حالی که شش ماه از تأیید انتخابات و رسمیت یافتن هیات مدیره منتخب گذشته بود. شعار این نشست «توانمندسازی علمی و حرفه‌ای طب عمومی در راستای برنامه پزشک خانواده» اعلام شد. وزیر جدید بهداشت و درمان که یک ماه از گرفتن رأی اعتماد مجلس را پشت سر گذاشته بود، در روز دوم میهمان بیش از ۸۰ نفر از روسا و نمایندگان شعب انجمن از سراسر کشور شد.

دکتر هاشمی در جمعه دوازدهم مهر ۹۲ اعلام کرد که ما چاره‌ای جز ادامه طرح پزشک خانواده نداریم ولی حتماً لازم است تغییراتی داده شود و زمینه‌ها و زیرساخت‌ها فراهم گردد. نکته قابل تأمل در نشست تهران عدم استقبال و روی خوش نشان دادن وزیر جدید بهداشت و درمان به طرح توانمندسازی پزشک عمومی بود. وی عنوان کرد که آن را هنوز مطالعه نکرده‌ام ولی نباید مداخله در حیطه کاری سایر تخصص‌ها صورت گیرد!!

البته رئیس تیزهوش انجمن دکتر کامیابی در پاسخ به وی گفت: شما هنوز طرح توانمندسازی را مطالعه نکرده، قضاوت دخالت در حیطه دیگر گروه‌های پزشکی در ذهنتان شکل گرفته! خواهش می‌کنم قبل از تصمیم‌گیری در این مورد نظر انجمن ما را نیز بشنوید.

قطعنامه دومین نشست

دومین نشست انجمن‌های پزشکان عمومی سراسر کشور پس از شروع به کار هیات مدیره جدید انجمن مرکزی، با محور اصلی «توانمندسازی علمی و حرفه‌ای طب عمومی در راستای برنامه‌ی پزشک خانواده» در روزهایی برگزار شد که شاهد تحول و تغییرات مثبتی در نظام صنفی پزشکی کشور و بازتعریف منطقی‌تر و منصفانه‌تر در حضور و تأثیرگذاری گروه‌های مختلف جامعه‌ی پزشکی در این نهاد هستیم. در این

انجمن‌های پزشکان عمومی امضاکننده این قطع‌نامه با اعلام حمایت قاطع خود از منتخبان جدید انجمن، از ایشان می‌خواهند ضمن پیگیری هرچه سریع‌تر تشریفات مرتبط از راه‌های قانونی، فعالیت خود را در راستای اهداف انجمن و در اجرای وظایف بر زمین مانده آن بلافاصله آغاز نمایند. انجمن‌های مذکور ضمن صحنه‌گذاری به نتایج به دست آمده در انتخابات، نسبت به قطع ارتباط تشکیلاتی خود با هیات مدیره قبلی اقدام و متقابلاً بر تکلیف هیات مدیره جدید برای فعالیت و برنامه‌ریزی منطبق با اهداف اساسنامه و نیازهای جامعه پزشکان عمومی ابرام می‌نمایند.

• تحول ساختاری در نظام سلامت کشور در قالب برنامه پزشک خانواده یکی از آرمان‌های پزشکان عمومی کشور است؛ لیکن پای گذاردن در این مسیر نیازمند برنامه‌ای جامع و اندیشمندانه با بهره‌گیری از توان کلیه نخبگان علمی و

اجرای است. بی‌توجهی به نظرات اصلاحی کارشناسان و مجامع علمی و صنفی و همچنین شتاب‌زدگی در اجرای این برنامه بدون تأمین زیرساخت‌های فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی، راهی است که به زمین‌گیر شدن این طرح بزرگ ملی منجر گردیده و هم‌میهنان و جامعه پزشکی را تا سال‌ها از مواهب و مزایای آن محروم خواهد کرد.

• امید است مجریان برنامه پزشک خانواده با تجدید نظر در سرعت و شیوه پیاده‌سازی این برنامه در نقاطی که اجرای آن آغاز گردیده است مهلتی مناسب برای تأمین

زیرساخت‌های دست‌کم و سازماندهی مجدد نیروها فراهم آورند و فعلاً از توسعه کمی آن در سایر نقاط کشور پرهیز کنند و با رویکردی مشورت‌جویانه نسبت به بررسی و اعمال اصلاحات لازم اقدام نمایند. در این راستا انجمن‌های پزشکان عمومی و کارشناسان ذی‌ربط به زودی دومین نسخه از دیدگاه‌ها و نظرات اصلاحی خود را با تحلیل مشکلات ناشی از اجرای برنامه در اختیار مجریان و سیاست‌گذاران برنامه قرار خواهند داد و در صورت توجه عملی مسئولان، از هر گونه همکاری موثر و علاج‌جویانه دریغ نخواهند ورزید.

• انجمن‌های پزشکان عمومی ایران حضور فعالانه جامعه





برای بازنگری در مقررات محروم کننده‌ی موجود خواهد بود.

- انجمن پزشکان عمومی ایران ضمن سپاس از دیدگاه تعاملی وزیر محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، آمادگی خود را برای اجرای خواسته‌ی ایشان مبنی بر حضور نمایندگان و کارشناسان انجمن در حوزه‌های مختلف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اعلام می‌دارد و بر این اساس نمایندگان خود را به منظور حضور عالمانه و عمل‌گرایانه در معاونت‌ها و شوراهای مرتبط معرفی خواهد کرد.

- از تصمیم‌گیران و مسوولان ارشد نظام سلامت کشور



درخواست داریم ضمن خودداری از گسترش

برنامه‌ی پزشک خانواده در کشور، تصمیمات لازم را برای احقاق حقوق پزشکان درگیر در اجرای برنامه‌های بیمه‌ی روستایی و پزشک خانواده‌ی شهری اتخاذ کنند.

علاوه بر آن، با تغییر راهبرد از اجبار به ترغیب، در این مناطق امکان عقد قرارداد سازمان‌های بیمه‌گر به شیوه‌ی گذشته را با پزشکانی که به‌ر دلیل وارد این برنامه نشده‌اند فراهم آورند



و با در نظر گرفتن سختی و محرومیت از تسهیلات زندگی در روستاها، پیش از به مخاطره افتادن طرح و خروج روزافزون همکاران از این برنامه، حقوق و مزایای پزشکان شاغل در روستا را جبران و زمینه را برای وفاق و اقبال جامعه‌ی پزشکی نسبت به سیاست‌ها و برنامه‌های آتی فراهم کنند.



- آسیب‌شناسی روند تدوین و اجرای برنامه‌های بیمه‌ی روستایی و پزشک خانواده‌ی

شهری و سپس بازنگری دستورعمل‌های پیشین و تهیه‌ی دستورعمل‌های جدید به منظور پیاده‌سازی تمام و کمال نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات و نه فقط استقرار پزشک خانواده، جز با حضور نمایندگان جامعه‌ی پزشکی در ستادهای راهبردی و اجرایی برنامه‌ی پزشک خانواده در سطوح کشوری، استانی و شهرستانی از جامعیت و مقبولیت برخوردار نخواهد بود. در این میان بنا به تمایل وزیر محترم بهداشت، آمادگی انجمن برای حضور چاره‌جویانه و موثر در ارکان این برنامه اعلام می‌شود.

- بازآفرینی اعتبار و اعتلای طب عمومی با همبستگی تمامی همکاران و همسویی در رفع محرومیت‌ها با واکاوی علل آن، دور از دسترس نخواهد بود. انجمن پزشکان عمومی ایران از

شرایط، تعامل مدیرانه‌ی مسوولان ارشد سازمان و شورای عالی نظام پزشکی با انجمن‌های علمی و به‌طور اخص انجمن پزشکان عمومی، فرصت مغتنمی است که باید به بهترین نحو از آن در ارتقای نظام سلامت بهره جست. تقارن این تحولات با تغییرات مدیریتی در وزارت بهداشت، وزارت رفاه و سازمان تامین اجتماعی می‌تواند در صورت همگرایی و تجمیع نیروها، نویدبخش حرکتی پرنشاط و پویا در مسیر تعالی نظام سلامت کشور و رفع مشکلات و معضلات مزمن این عرصه باشد.

با این هدف، انجمن‌های پزشکان عمومی سراسر کشور به‌عنوان نمایندگان این جامعه، در گردهمایی خود بر محورهای زیر اتفاق نظر حاصل کردند:

- به منظور تحقق عدالت در سلامت و ارایه‌ی خدمات شایسته و فراگیر به هم میهنان و جلوگیری از اتلاف وسیع منابع محدود کشور در این حوزه، احیای جایگاه طب عمومی و پایه در نظام سلامت کشور ضرورتی حیاتی و فوری است و تعلق در اقدامات موثر، کارشناسانه و زودهنگام در این راستا، تداوم و تشدید مشکلات و معضلات مزمن موجود و ناتوانی نظام سلامت در تامین هزینه‌های روزافزون و کمرشکن درمانی را به همراه خواهد داشت. بنابراین از مسوولان و تصمیم‌گیران حوزه‌ی سلامت انتظار می‌رود با نگاه و توجه ویژه به این مقوله، اهتمام خود را بر بازتعریف صحیح جایگاه طب عمومی و اقدامات عملی در این خصوص معطوف سازند و به‌عنوان اولین قدم، بر اجرایی شدن هرچه سریع‌تر دستورعمل توانمندسازی علمی و حرفه‌ای طب عمومی تاکید می‌شود.

- توانمندسازی علمی و حرفه‌ای طب عمومی با هدف کلی تبیین و تقویت جایگاه طب عمومی در نظام ارایه‌ی خدمات سلامت کشور و در راستای تحقق «توسعه‌ی مراقبت‌های اولیه‌ی سلامت» و «محوریت پزشک خانواده در نظام ارجاع» و همسو با روح حاکم در قانون برنامه‌ی پنجم توسعه‌ی کشور و مبنای آن فراهم کردن زمینه‌ی ارتقای دانش و مهارت حرفه‌ای پزشکان عمومی برای نیل به این هدف است. از این‌رو انتظار بدیهی و منطقی پزشکان عمومی و مردم عزیز کشورمان حمایت و همراهی همه‌جانبه‌ی مسوولان، نهادهای علمی و تمامی استادان و دانش‌آموختگان دلسوز و فرهیخته‌ی رشته‌های تخصصی پزشکی در این راستاست و تردید و درنگ و نگاه صنفی و گروهی در فرآیندی که به ارتقای دانش و توانمندی خط مقدم ارایه‌ی خدمات سلامت به هم میهنان خواهد انجامید قابل درک و پذیرش نیست. در همین راستا انجمن پزشکان عمومی با توجه به سخنان وزیر محترم بهداشت در این گردهمایی، آمادگی خود را برای شرکت در کارگروه ویژه‌ی توانمندسازی علمی و حرفه‌ای طب عمومی اعلام می‌دارد.

- تاثیرگذاری بیش از پیش جامعه‌ی بزرگ پزشکان عمومی و کارشناسان نخبه‌ی آن در تصمیم‌سازی‌های نظام سلامت و رفع موانع غیرمعتول موجود در مسیر حضور پزشکان عمومی مجرب در ارکان عالی مدیریتی و علمی وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی راهکاری اجتناب‌ناپذیر برای جامعیت حوزه‌ی کارشناسی و مدیریت نظام سلامت و فرصتی مغتنم برای احقاق یکی از مطالبات به حق و موکد پزشکان عمومی است که اولین گام آن همراهی وزارت بهداشت و شورای عالی انقلاب فرهنگی



ویژه تمامی دستگاه‌های موثر در این حوزه و هم‌گرایی و هم‌سویی یکایک جامعه شریف پزشکی کشور و هوشمندی نهادهای ذیربط است. در این راستا انجمن پزشکان عمومی ایران کماکان آمادگی خود را برای ارائه نظرات کارشناسی و شرکت در تمامی مراحل تصمیم‌سازی و جامعیت بخشی به این حرکت ملی اعلام می‌دارد.

از سوی دیگر در این برهه حساس، انجمن پزشکان عمومی ایران به منظور کسب آمادگی بیشتر برای شرکت در این امر مهم نیازمند پشتیبانی، همراهی و مشارکت پزشکان عمومی سراسر کشور در فعالیت‌های انجمن است و آن را مصرانه انتظار می‌کشد.

انجمن پزشکان عمومی همچون گذشته اعتقاد دارد که برقراری نظام سطح بندی و ارجاع، بستر و زیربنایی مطمئن برای ارتقای سلامت مردم است؛ نظامی که بازآفرینی هویت طب پایه یکی از الزامات اولیه آن به‌شمار می‌رود. این انجمن با شناخت و تکیه بر ظرفیت‌های درونی خویش آماده است تا برنامه «سطح بندی در عرضه خدمات سلامت» را آن گونه که متضمن رعایت اقتضات بومی هر منطقه و حفظ منافع مردم و تمامی سطوح عرضه‌کننده خدمات سلامت باشد و شرایط لازم را برای جلب مشارکت همه نهادهای فراهم سازد، ارائه و سهم خود را برای خدمت به نظام و مردم و عزیز ادا نماید.

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

در مورد اجرای برنامه پزشک خانواده در دو استان فارس و مازندران فارغ از نتایج مثبت و منفی و نظرات متفاوت در ارزیابی این برنامه، انصاف و عدالت ایجاب می‌کند تا مسئولان محترم ضمن توجه ویژه به مشکلات تمامی همکاران حاضر در این برنامه، اختیار لازم برای ورود پزشکان عمومی به این برنامه را فارغ از هرگونه الزام و اجبار تأمین کنند و با انعقاد مجدد قراردادهای بیمه پایه با پیشکسوتان و پزشکان وارد نشده به این برنامه، شرایط را برای عرضه خدمات سلامت به بیماران مراجعه‌کننده به ایشان فراهم سازند. به یاد آوریم که رابطه این پزشکان با بیماران، حاصل سال‌ها عرضه خدمت مشفقانه بوده و این اعتماد متقابل نباید به راحتی نادیده گرفته شود؛ از این رو این انجمن در حمایت از این دسته همکاران و بیمارانشان مصرانه خواستار حذف این محدودیت از جانب سازمان‌های بیمه‌گر است.

چهارمین نشست - ماهان کرمان

چهارمین گردهمایی شورای هماهنگی به میزبانی شایسته انجمن کرمان در باغ زیبا و سنتی باغ شاهزاده شهر ماهان کرمان در روزهای ۲۹ و ۳۰ آبان ۹۳ انجام شد. این بار هم ۸۰ نفر از پزشکان عمومی ۲۹ شعبه فعال انجمن حضور داشتند. محوریت نشست کرمان توجه ویژه به طرح تحول سلامت و برنامه پزشک خانواده شهری معین شده بود. در این گردهمایی کارگروه‌های پزشک خانواده، تشکیلات و طرح تحول سلامت گزارش‌های خود را به نشست ارائه دادند.

تمامی همکاران در سطح کشور دعوت می‌کند با عضویت فعال و اشتراک مهارت و اندیشه‌ی خود، انجمن را به‌عنوان مرجع و پیکره‌ی واحد و قدرتمند این جامعه‌ی نخبه در بازپس‌گیری حقوق صنفی خویش و مردم عزیز یاریگر باشند.

سومین نشست - کرج

سومین نشست به میزبانی کرج در ۱۹ اردیبهشت ۹۳ برگزار شد. در این گردهمایی هیات رئیسه شورای هماهنگی انتخاب شدند و دکتر قسمتی زاده از لاهیجان رئیس، دکتر راسخی از کرمانشاه و دکتر ایزدین از کرج نواب رئیس و دکتر جورکش از فارس دبیر شورای هماهنگی شدند. در سومین نشست اولویت‌های کاری انجمن برای آینده توسط دکتر کامیابی به این شرح اعلام شد:

- ۱- تدوین برنامه راهبردی انجمن
- ۲- ثبت انجمن در اداره ثبت شرکت‌ها
- ۳- تدوین بسته پیشنهادی انجمن برای سطح بندی خدمات و نظام ارجاع
- ۴- تهیه کتاب مرجع انجمن ویژه پزشکان عمومی
- ۵- گسترش برنامه‌های آموزش مداوم به شعب انجمن
- ۶- راه‌اندازی بخش آموزش مجازی
- ۷- حضور فعال انجمن در شورای ملی انجمن‌های کشور
- ۸- انتشار منظم نشریه داخلی انجمن



- ۹- فعال نمودن پایگاه اینترنتی انجمن
- ۱۰- حضور فعال برای تدوین گایدلاین‌های نظام سلامت
- ۱۱- پیگیری طرح بازبانی هویت طب عمومی و طرح ارتقای علمی پزشکان عمومی

قطعنامه نشست کرج

قطعنامه شورای هماهنگی انجمن‌های پزشکان عمومی ایران نشست کرج اردیبهشت ماه ۱۳۹۳
بی‌گمان شرایط امروز در سایه توجه ویژه مسئولان و دولتمردان به مقوله سلامت، با ابلاغ سیاست‌های کلی سلامت از سوی مقام معظم رهبری و ارتقای قابل توجه اعتبارات اختصاص یافته به این بخش فرصتی بی‌بدیل را برای اصلاح بنیادین نظام سلامت کشور فراهم آورده است؛ که تحقق آن مستلزم تعامل



توسعه‌ی چهارم و پنجم و همچنین تاکید سازمان بهداشت جهانی بر استقرار این نظام به‌عنوان بهترین روش اصلاح نظام سلامت، موثرترین شیوه‌ی ممکن برای ارتقای سلامت عمومی مردم عزیز بوده و برای نیل به موفقیت امری اجتناب‌ناپذیر است. ۳. این شورا تاکید می‌کند که تداوم وضعیت موجود و هدایت مستقیم بیماران به سطوح تخصصی و فوق تخصصی (که در تمامی نظام‌های سلامت پیشرفته از آن پرهیز شده است) منجر به هدر رفتن سرمایه‌های کشور به‌دلیل ایجاد اثرات القایی و



نهادینه شدن این رفتار خواهد شد؛ امری که در نهایت مانعی جدی در راه موفقیت برنامه‌ی تحول نظام سلامت ایجاد خواهد کرد. ما ضمن استقبال از تحولات اصلاحی در ارایی خدمات بستری در سطوح ۲ و ۳ درمان و کاهش پرداختی‌ها از جیب بیماران که به‌راستی یکی از آرمان‌های اصلی تمامی دلسوزان نظام سلامت کشور بوده است، از



مجلس و دولت محترم انتظار داریم که با پایداری اعتبارات اختصاص یافته، توجه به برنامه‌های تحول در سطح یک را اندیشمندانه‌تر تدبیر کنند و از اجرای هرگونه برنامه‌ی خلق‌الساعه، مشغول کننده و مخل برنامه‌ی پزشک خانواده بپرهیزند. به‌همین منظور پزشکان عمومی کشور نیز با اعتماد به تحولات صورت گرفته، آماده‌ی اعمال نقش بی‌بدیل خود به‌عنوان تنها مرجع و مسیر عبور بیماران به سطوح دیگر خواهند بود و شایان



تاکید است که شهرهای کوچک و حاشیه‌ی شهرهای بزرگ به‌دلیل حضور کافی پزشکان عمومی، مناسب‌ترین فرصت برای استقرار پزشک خانواده و پرهیز از طرح‌های حاشیه‌ای است.

۴. نادیده گرفتن پزشکان عمومی شاغل در بخش خصوصی که طی سال‌ها اعتبار مناسبی در میان مردم محل طبابت خود کسب کرده‌اند، به خارج شدن بخش مهمی از سرمایه‌ی انسانی آموزش دیده از چرخه‌ی عرضه‌ی خدمات سلامت می‌انجامد. این شورا به‌جد معتقد است که این همکاران در بیشتر نقاط کشور می‌توانند به‌عنوان پزشک خانواده، بخش محوری عرضه‌ی سطح پایه‌ی خدمات سلامت را در نظام سطح‌بندی و ارجاع برعهده گیرند.

۵. این شورا با تاکید بر نقش موثر رسانه‌ی ملی و دیگر تریبون‌های

اکثریت قاطع حصار در کرمان بر اجرای طرح پزشک خانواده شهری البته به صورت صحیح تأکید داشتند و خواهان برطرف کردن نقاط ضعف و مشکلات آن بودند و در همین راستا اکثریت پزشکان عمومی حاضر مخالفت خود را با شیوه اجرایی طرح تحول سلامت به دلیل دیده نشدن جایگاه پزشکان عمومی در آن اعلام کردند. در روز پایانی همایش نیز دکتر حریرچی معاون کل وزارت بهداشت و درمان در جمع حاضر شد و در یک پانل چالشی چند ساعته با نمایندگان شعب انجمن شرکت کرد.

دکتر کامیابی در روز پایانی با گزارشی مبسوط و قاطع حمایت همه جانبه انجمن پزشکان عمومی ایران را از طرح پزشک خانواده شهری به عنوان یک راهبردی در بازیابی هویت پزشک عمومی و راه برون رفت نظام سلامت از وضعیت آشفته موجود اعلام کرد و خواهان برطرف کردن هرچه سریع‌تر نقاط ضعف طرح موجود شد. در نشست کرمان دکتر زالی رئیس کل نظام پزشکی کشور نیز حضور داشت و در سخنان کوتاهی اعلام کرد که بهترین نتیجه‌ای که از این جمع استخراج شد و قابل ستایش است بازگشت مسأله پزشک خانواده و نظام ارجاع است که بسیار مهم و کلیدی ارزیابی می‌شود. او هم خواستار رفع مشکلات در اجرای طرح پزشک خانواده همچون عدم فرهنگ سازی، آماده نبودن زیرساخت‌های الکترونیکی و ... شد.

قسطنامه چهارمین نشست

قطع‌نامه‌ی پایانی چهارمین گردهمایی شورای هماهنگی

انجمن‌های پزشکان عمومی ایران

آبان ۱۳۹۳

چهارمین گردهمایی سراسری شورای هماهنگی انجمن پزشکان عمومی ایران به میزبانی انجمن کرمان در روزهای ۲۹ و ۳۰ آبان‌ماه ۱۳۹۳ در شهر ماهان برگزار شد. این شورا پس از ساعت‌ها تبادل نظر در مورد پیشنهادها کارگروه‌های کارشناسی انجمن - ضمن سپاس از هیات مدیره‌ی مرکزی انجمن و اعضای کارگروه‌های ویژه - بدین‌وسیله مواضع این نشست را به شرح زیر اعلام می‌کند:

۱. بیانیه‌ی مواضع انجمن پزشکان عمومی ایران درباره‌ی «سطح‌بندی خدمات، نظام ارجاع و برنامه‌ی پزشک خانواده» که حاصل خرد جمعی این انجمن و کارشناسان حوزه‌ی سلامت است، به‌عنوان سندی تاریخی و جامع مورد تأیید و تاکید تمامی شعب انجمن است و می‌تواند زمینه‌ساز تحولی در تعاملات انجمن پزشکان عمومی ایران با تولید و دست‌اندرکاران حوزه‌ی سلامت کشور باشد.

۲. شورای هماهنگی انجمن‌های پزشکان عمومی ایران ضمن سپاس و حمایت از سخت‌کوشی و همت مسوولان ارشد و کارشناسان وزارت بهداشت برای ارتقای جایگاه سلامت در هیات دولت و ارج نهادن به بهبود اعتبارات مالی حوزه‌ی سلامت کشور، تنها راه تداوم اصلاحات آغاز شده از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تحت عنوان «برنامه‌ی تحول نظام سلامت» را استقرار نظام سطح‌بندی و ارجاع به محوریت پزشک خانواده می‌داند. این شورا اعتقاد راسخ دارد که استقرار نظام سطح‌بندی و ارجاع هم‌راستا با اسناد راهبردی نظام سلامت همچون سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری، برنامه‌های



به‌عنوان نماینده‌ی اصلی پزشکان عمومی کشور مغتنم می‌شمرد. از این رو، ضمن توصیه‌ی مذاکره با تمامی تصمیم‌گیران نظام سلامت از جمله وزارتخانه‌های بهداشت و رفاه، نمایندگان مجلس شورای اسلامی به‌ویژه اعضای کمیسیون بهداشت و درمان و سازمان‌های بیمه‌گر به هیات مدیره‌ی انجمن، پزشکان عمومی سراسر کشور را به حمایت همه‌جانبه از مواضع کارشناسانه‌ی انجمن پزشکان عمومی فرامی‌خواند.

پنجمین نشست - تهران مجتمع آدینه

پنجمین و آخرین گردهمایی شورای هم‌هنگی در ۷ و ۸ خرداد سال ۹۴ بار دیگر در مجتمع آدینه تهران و به میزبانی انجمن مرکزی برگزار شد. در نشست پنجم کارگروه‌های پوست و مو، پزشک خانواده، پزشکان شاغل در بیمارستان‌ها، طب کار، درمانگران اعتیاد، طب مکمل، تشکیلات و رسانه بسیار پرشور و پرتلاش ظاهر شدند. در روز پایانی این گردهمایی پانلی برای بررسی شرایط و مشکلات روز پزشکان عمومی با نگاهی ویژه به سیستم ارجاع و برنامه پزشک خانواده و جایگاه آن در طرح تحول سلامت تشکیل شد. رئیس بیمه سلامت و معاون بهداشتی وزارت بهداشت و درمان در این پانل حضور داشتند.

از مهم‌ترین نکات این پانل برخورد اولیه و تند معاون بهداشتی وزارتخانه به جامعه پزشکان عمومی بود که در پایان با عذرخواهی و عقب نشینی و تعدیل مواضع این مقام مسئول در اثر اعتراض و استدلال‌های بسیار نمایندگان شب به پایان رسید. دکتر سیاری از اینکه چرا انجمن برای نقاطی که پزشک نداریم نیرو معرفی نمی‌کند گله کرده بود که رئیس انجمن در پاسخ اعلام کرد که نه پزشکان سربازند و نه انجمن پادگان که هر گاه فرمانده خواست سربازان خود را به مناطق عملیاتی بفرستند. از ما انتظار دارید برای مناطقی که ده سال است خود نتوانسته‌اید پزشک بفرستید، پزشک تعیین کنیم!!!

در خصوص پراکندگی حرفه‌ای پزشکان عمومی در خدماتی چون مراقبت‌های پوست، درمان اعتیاد، طب کار و دوری از خدمات سطح یک سلامت Primary Health Care نیز گفته شد این نتیجه سیاست‌های گذشته وزارتخانه است که در صورت تغییر رویکرد تخصص‌گرایانه آن مسلماً همکاران ما خدمات جنبی را در بستر خدمات سطح یک سلامت عرضه خواهند کرد. از دیگر انتقادهای پزشکان عمومی محول کردن امر مهم سلامت مردم در حاشیه شهرها به کارشناسانی با آموزش‌های کوتاه مدت و قرار دادن آن‌ها در خط اول به جای پزشکان عمومی بود.

در پایان گفته شد با توجه به تأکید بر اجرای نظام سطح بندی و ارجاع در سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی از سوی مقام رهبری و تکلیف قانونی دولت بر اجرای برنامه پزشک خانواده در کشور، تمام نهادهای تصمیم‌گیر و موثر بر نظام سلامت چون مجلس و کمیسیون‌های مرتبط وزارت رفاه و ... را به کمک می‌طلبیم و از وزارت بهداشت و درمان انتظار داریم با کنار گذاشتن سیاست نادیده گرفتن پزشکان عمومی در طرح تحول اعلام آمادگی همکاران ما برای عرضه تمامی خدمات سطح یک سلامت شامل پیشگیری آموزش سلامت درمان بیماری‌های و پیگیری مراقبت‌ها را به عنوان یک فرصت و نه یک تهدید مورد توجه قرار دهد.

رسمی کشور در فرهنگ‌سازی و استفاده‌ی صحیح از خدمات سلامت، از این نهادهای تاثیرگذار انتظار دارد با تجدید نظر جدی در شیوه‌ی کنونی ترویج تخصص‌گرایی و درمان‌محوری، شرایط را برای «سلامت‌محوری» با استقرار صحیح نظام ارجاع از طریق برنامه‌ی پزشک خانواده فراهم سازند.

۶. بازنگری در ساختار و محتوای آموزشی دوره‌ی پزشکی عمومی کشور متناسب با پیشرفت‌های روزافزون دانش پزشکی و نیز منطبق با نیازهای نظام سلامت در ارابه‌ی صحیح خدمات سطح ۱ الزامی است. ما همچنین به‌منظور توانمندسازی بیش از پیش و تطبیق توانایی‌های دانش‌آموختگان طب عمومی با نیازهای روز نظام سلامت کشور، برگزاری دوره‌های آموزش کوتاه‌مدت پودمانی متناسب با نقش این پزشکان در ارابه‌ی خدمات سلامت را راه حلی مناسب برای عرضه‌ی خدمات باکیفیت‌تر به مردم کشورمان می‌دانیم و همکاری در تامین این مطالبه‌ی اساسی را یکی از وظایف انجمن می‌دانیم.

۷. شورای هم‌هنگی انجمن‌های پزشکان عمومی ایران ضمن استقبال از انتشار کتاب ارزش‌گذاری نسبی خدمات سلامت که موقعیتی ویژه را برای واقعی کردن تعرفه‌های پزشکی، تعدیل و توازن دریافتی گروه‌های مختلف پزشکی و مهار زیاده‌خواهی‌های جمعی معذود فراهم کرده است، انتقاد خود را از روند تدوین آن که عملاً بدون حضور نماینده‌ی انجمن پزشکان عمومی انجام شده، اعلام می‌دارد و انتظار دارد در بازبینی آتی این کتاب ضمن بازگشت به اصول و مبانی کتاب مرجع، تمامی خدمات سلامت مرتبط با طب عمومی از جمله خدمات سرپایی و خدمات موجود در بسته‌های سلامت به‌طرز صحیح و عادلانه‌ای ارزش‌گذاری شود.

۸. تدوین برنامه‌ی عملی به‌منظور پیشگیری از تداخل در عرضه خدمات حرفه‌ی های گوناگون پزشکی یکی از نیازهای کنونی جامعه‌ی پزشکی است؛ امری که در صورت وقوع، از بسیاری از مناقشات اساسی بین این حرفه‌های جلوگیری می‌کند. این شورا با توصیه به سازمان نظام پزشکی و تمامی انجمن‌های تخصصی به شرکت در تدوین این برنامه، آنان را از افتادن در دام جمعی قلیل که از دلایل به‌اصطلاح علمی ایشان بوی منافع مادی کاملاً استشمام می‌شود، برحذر می‌دارد.

۹. این شورا ضمن تقدیر و استقبال از رویکرد مبتنی بر تفاهم وزارت بهداشت با انجمن پزشکان عمومی از جمله انتصاب مشاور ویژه‌ی وزیر محترم در امور پزشکان عمومی، موافقت با عضویت نمایندگان انجمن در مورد تخصصی پزشکی عمومی و موافقت ضمنی با تغییرات اساسنامه‌ی انجمن متناسب با شرایط جدید فعالیت، مساعدت در تحقق دیگر توافقات وزیر محترم بهداشت به‌ویژه درباره‌ی حضور نمایندگان انجمن در نهادها و ستادهای تصمیم‌گیر را گامی در همیاری با این انجمن می‌داند. در پایان، شورای هم‌هنگی انجمن‌های پزشکان عمومی ایران با تقدیر از توجه ویژه‌ی مسوولان نظام به‌ویژه مقام معظم رهبری، هیات محترم دولت و نمایندگان محترم مجلس به امر سلامت و وجود فضای کم‌سابقه‌ی تفاهم میان مسوولان نظام سلامت و نگرش مثبت ایشان برای مذاکره با کارشناسان نهادهای مدنی این حوزه، این برهه‌ی تاریخی را فرصتی مناسب برای همکاری تمامی دلسوزان می‌داند و شرایط را برای نقش‌آفرینی انجمن



گزارش کوتاهی از کمیته تشکیلات و توسعه

دکتر حمید طهماسبی پور
عضو هیات مدیره انجمن پزشکان عمومی ایران
و رئیس کمیته تشکیلات و توسعه

اقدامات انجام شده :

۱- تعیین وضعیت شعب موجود:

تهیه بانک اطلاعاتی از روسا و اعضای هیات مدیره ۴۵ شعبه فعال و نیمه فعال شامل :

نام، نام خانوادگی، تلفن، فاکس و پست الکترونیک (ایمیل)

۲- کارت شناسایی مشابه برای کشور:

کارت متحدالشکل برای تمام اعضا در تمام کشور

۳- تاسیس شعب جدید : مشهد، یزد، اردبیل، تبریز، کهگیلویه و بویراحمد (یاسوج) ، کاشان

۴- تجدید انتخابات شعب :

شیراز، اصفهان، رشت، لاهیجان، کرج

۵- تشکیل هیات موسس شعب:

تهران، اهواز، ساری، سنندج، همدان، خراسان جنوبی (بیرجند)، خراسان شمالی (بجنورد)، ایلام

۶- تدوین آیین نامه و مقررات داخلی انجمن :

برای سامان بخشی و قانون مند کردن روابط درونی ارکان و شعب انجمن نیاز به دستورعمل ها و مقررات یکسانی بود که در قالب آیین نامه های مختلفی در کمیته تشکیلات و توسعه پیش نویس آن تهیه و در هیات مدیره مرکزی انجمن تصویب شد و در نهایت در مجمع عمومی مورخ ۹۳/۸/۱۳ به تصویب نهایی رسید. شامل:

- پیش نویس آیین نامه شورای هماهنگی انجمن های پزشکان عمومی ایران
- پیش نویس آیین نامه شورای هماهنگی انجمن های پزشکان عمومی استان
- پیش نویس آیین نامه برگزاری مجمع و انتخابات شعب انجمن
- پیش نویس آیین نامه اجرایی تشکیل جلسات هیات مدیره انجمن
- پیش نویس آیین نامه مکاتبات داخلی شعب انجمن
- پیش نویس شرح وظایف خزانه دار انجمن
- پیش نویس شرح وظایف منشی انجمن
- فرم ثبت نام اعضای شعب انجمن

۷- پیشنهاد تغییرات اساسنامه : باتوجه به وظایفی که در اساسنامه به عهده ی مجمع عمومی گذاشته شده است، همچنین بزرگی انجمن از لحاظ تعداد اعضا و گستردگی جغرافیایی و تجاری که از مجمع عمومی های سال های گذشته به دست آمده است و برای افزایش کارایی مجمع عمومی پیشنهاد تغییراتی در اساسنامه تهیه شد و در مجمع عمومی فوق العاده ۹۳/۸/۱۳ به تصویب رسید.

• ماده ۱۲ : مجمع عمومی از گردهمایی اعضای هیات مدیره های شعب انجمن از سراسر کشور تشکیل می گردد.
تبصره : تعداد اعضای هیات مدیره شعب بر مبنای آیین نامه تشکیل شعب خواهد بود.

انجمن در مرحله ی گذار و شکل گیری ساختار تشکیلاتی است. متأسفانه به علت کوتاهی هایی که در گذشته شده، آنچه به ارث رسیده فاقد ضوابط و مقررات شایسته انجمن بود. لذا در راستای تبدیل ساختار سنتی گذشته به تشکیلاتی مدرن و پویا با زیرساخت هایی محکم و استوار، کمیته تشکیلات و توسعه انجمن به وجود آمد.

وظایف :

- بررسی و تعیین وضعیت موجود شعب انجمن و نظارت بر تشکیلات آنها
- ظرفیت سنجی نقاط مختلف کشور برای توسعه ی شعب
- ایجاد ساختار اطلاعات مدیریتی و تهیه بانک های اطلاعاتی به ویژه اعضای شعب و پزشکان عمومی کشور
- تهیه دستور عمل ها و آیین نامه های مورد نیاز انجمن
- تعیین ساز و کار مناسب برای بررسی و اصلاح اساسنامه و ساختار انجمن
- ارا راه کار مناسب در زمینه اخذ مجوز از وزارت کشور برای الحاق پروانه صنفی به پروانه علمی
- برنامه ریزی برای تغییر شیوه انتخابات به صورت برگزاری انتخابات سراسری انجمن در کشور
- تعیین شیوه ی مناسب برای ثبت شماره عضویت و کارت عضویت

اعضای کمیته :

- ۱- دکتراسدی لاری
- ۲- دکتر قسمتی زاده
- ۳- دکتر راسخی
- ۴- دکتر عدوانی
- ۵- دکتر بابایی
- ۶- دکتر موسوی نژاد
- ۷- دکتر چنگیزی
- ۸- دکتر نظارتی

مسئولیت تاریخی فعالان صنفی پزشکان عمومی

دکتر حمید طهماسبی‌پور

رییس هیات مدیره انجمن پزشکان عمومی رشت

۷. پزشکان طب کار: ورود متخصصان طب کار و محدودیت یا لغو فعالیت پزشکان عمومی در این حوزه

۸ و ...

تصویر اجمالی فوق شمه‌ای از اوضاع کسب و کار، وضعیت معیشتی و شان و منزلت پزشکان عمومی در شرایط فعلی است. تقریباً همه‌ی حوزه‌های شغلی پزشکان عمومی در شرایطی ناپایدار و استرس‌زا قرار دارند.

هر یک از حوزه‌های مختلفی که امروز پزشکان عمومی در آن به فعالیت مشغول هستند، مواهب و مصایب خاص خود را دارد و این اختلاف منافع باعث تنوع دیدگاه‌های صنفی، دسته‌بندی‌های گروهی و آینده‌نگری‌های متفاوتی در میان پزشکان عمومی شده است. با توجه به موازین قانونی مندرج در اساسنامه فعلی و ساختار تشکیلاتی انجمن‌های علمی، به نظر می‌رسد انجمن پزشکان عمومی ایران از ظرفیت‌ها و توانمندی‌های لازم برای پاسخگویی و پیگیری تمامی مسائل و مشکلات متنوع جامعه‌ی پزشکان عمومی برخوردار نیست. لذا پزشکان فعال در برخی از این حوزه‌ها در حال تشکیل تشکل صنفی خاص خود هستند و تصور می‌کنند اگر راه‌شان را از سایر پزشکان عمومی جدا کنند، بهتر به مقصد می‌رسند. بدون شک درستی یا نادرستی این ایده را گذشت زمان نشان خواهد داد. از سوی دیگر، پافشاری بر روش‌های سنتی مطب‌داری و دل‌خوشی به حباب‌های درآمدی اخیر در برخی بخش‌های فعالیت پزشکان عمومی سرابی بیش نبوده و با نگاهی به اوضاع آشفته‌ی نظام سلامت فعلی، به نظر می‌رسد چندی‌تکه و چندصدایی شدن به سود جامعه‌ی پزشکان عمومی نباشد. نگارنده معتقد است با توجه به تنوع حوزه‌های فعالیت حرفه‌ای پزشکان عمومی که ارتباط تنگاتنگی

امروز کمتر کسی است که از مشکلات و مصایب جامعه‌ی پزشکان عمومی بی‌اطلاع باشد. کافی است به حوادث چند سال گذشته نگاه کنیم و ببینیم چگونه جایگاه پزشکان عمومی به تدریج در نظام سلامت محو شده و امنیت شغلی آنان از بین می‌رود.

تهدیدها

گوشه‌هایی از مشکلات پزشکان عمومی به‌طور فهرست‌وار چنین است:

۱. پزشکان مطب‌دار: مواجهه با بخشنامه‌های محدود کننده، محدودیت تجویز دارو و پاراکلینیک، رقابت ناعادلانه‌ی کلینیک‌های ویژه‌ی دولتی متخصصان با فرانشیز ۳۲۰۰ تومانی؛ درحالی که فرانشیز رسمی پزشکان عمومی بخش خصوصی دست کم ۱۲۵۰۰ تومان است.

۲. پزشکان شاغل اورژانس بیمارستانی: کار طاقت‌فرسا، قرارداد یک ساله، حقوق پرکیس، نداشتن بیمه و مزایای شغلی

۳. پزشکان خانوادگی روستایی: شرایط اسکان و محیط کار نامناسب، پایش‌ها و کسورات سلیقه‌ای

۴. پزشکان خانوادگی شهری: تردید در اراده‌ی مسوولان در تداوم، تکمیل و گسترش طرح، نادیده گرفتن زیرساخت‌ها و ملزومات طرح (مانند پرونده‌ی الکترونیک، راهنماهای بالینی و...) و تهدید به حذف نظام ارجاع در پزشک خانواده

۵. درمانگران اعتیاد: عدم اعتقاد مسوولان وزارتخانه به کارایی طرح و تهدیدات روزمره، نبود امنیت شغلی

۶. پزشکان پوست و زیبایی: تهدید انجمن پوست، امور درمان و هیات‌های انتظامی نظام پزشکی



**بدون شک
تاریخ در آینده‌ای
نه‌چندان دور در
مورد ما به‌سختی
قضاوت خواهد کرد؛
پس کاری کنیم که
شرمنده‌ی تاریخ
نباشیم.**



بی‌توجهی پزشکان عمومی در پاسداری از طب عمومی که حوزه‌ی تخصصی فعالیت آنان است، موجب محدودیت فعالیت‌شان تا کمتر از ۲۰ درصد خدمات سطح اول شده است.

۲. راه صحیحی انتخاب کنیم که منافع مادی و معنوی پزشکان عمومی را تامین کند.

به‌عبارت دیگر ببینیم شان و منزلت پزشکان عمومی از چه راهی قابل بازسازی است. به نظر می‌رسد راهی جز «احیای طب عمومی و پایه» وجود نداشته باشد. خدمات سطح اول سلامت، حوزه‌ی عمل پزشکان عمومی است. بهداشت، پیشگیری و درمان ۷۰ تا ۸۰ درصد خدمات نظام سلامت را در بر می‌گیرد و رسالت اصلی پزشکان عمومی پاسداری از این حوزه‌ی عمل قانونی است. احیای طب عمومی براساس تجارب گذشته‌ی داخلی، قوانین بالادستی و تاکیدات اخیر مقامات عالی کشور، یعنی ارایه‌ی «بسته‌ی جامع خدمات پایه‌ی سلامت» به آحاد مردم از طریق «سطح‌بندی خدمات و نظام ارجاع با محوریت پزشک عمومی» قابل دسترسی است. سازمان بهداشت جهانی نیز با تکیه بر تجارب ده‌ها کشور جهان استقرار این نظام را بهترین روش اصلاح نظام سلامت و موثرترین شیوه‌ی ممکن برای ارتقای سلامت عمومی می‌داند.

برخلاف امتناع و بی‌توجهی نهادهای مسوول و متولی نظام سلامت به انجام وظایف قانونی خود که به روشی در قوانین برنامه‌ی پنج ساله‌ی توسعه آمده است (آن هم به بهانه‌های واهی مانند نبود زیرساخت‌های فرهنگی، اعتبارات مالی لازم، کمبود پزشکان عمومی و نیروهای کارآموده و...) تاکید بر اجرای سطح‌بندی خدمات، نظام ارجاع و پزشک خانواده با محوریت و استفاده از همه‌ی توانمندی‌ها صلاحیت‌های حرفه‌ای پزشکان عمومی و اولویت بخش خصوصی، امروز نیاز جامعه و الویت دارترین روش اصلاح نظام سلامت کشور است.

در لحظه‌ی حساس و تاریخی فعلی که اقدامات همه‌جانبه‌ای (آگاهانه یا ناآگاهانه) در جهت حذف و محو پزشکان عمومی از عرصه‌ی بهداشت و درمان کشور در دست اجراست، برای رسیدن به جایگاه محوری نظام سلامت که شان و منزلت واقعی پزشکان عمومی است، وظیفه‌ی سنگین و دشواری پیش روی فعالان صنف قرار دارد. بهره‌گیری از اقبال عمومی برای اصلاح وضعیت آشفته‌ی بهداشت و درمان کشور، وجود قوانین راهگشا و تجربه‌ی اجرای طرح‌های گوناگون در حوزه سلامت (به رغم انتقادات و نواقص اجرایی) فرصت‌های نادری برای نقش‌آفرینی محوری مسوولان و فعالان انجمن پزشکان عمومی فراهم کرده است.

پزشکان عمومی علی‌رغم شایستگی، توانمندی و قابلیت‌های بی‌شمار، تاکنون به‌دلیل فقدان انسجام، اراده و اقتدار صنفی قادر به نقش‌آفرینی و تاثیرگذاری جدی و موثر در سیاست‌گذاری سلامت کشور نبوده‌اند. از آنجایی‌که اقتدار و اعتبار نهادهای مدنی و صنفی متکی بر بهره‌مندی از اختیارات قانونی نبوده بلکه ناشی از گرد هم آمدن و تشکل صنفی آنان است، لذا فعالان و مسوولان انجمن در اقصی نقاط کشور می‌توانند و باید برای بازسازی نقش محوری پزشکان عمومی در اصلاح نظام سلامت و ارتقای سلامت جامعه و تضمین آتی‌های پایدار و افزایش جایگاه اجتماعی آنان، آحاد صنف را حول محور شعار راهبردی انجمن متشکل کنند و با عقلانیت و تعامل با نهادهای ذی‌نفع خواستار اصلاحات ساختاری برای تحول اساسی و واقعی در حوزه‌ی سلامت شوند.

هم با منافع مادی و معیشتی آنان دارد، می‌توان و باید با مشارکت و همفکری همه‌ی فعالان، دلسوزان و صاحب نظران جامعه‌ی پزشکان عمومی، راهکار مناسبی برای برون رفت از این اوضاع آشفته و بحرانی یافت. بدون شک چنین راهکاری باید در عین تحکیم همدلی و وحدت، منافع مادی و حقوق صنفی حوزه‌ی های گوناگون فعالیت حرفه‌ای پزشکان عمومی را تامین نماید.

فرصت‌ها

از نگاهی دیگر، پزشکان عمومی دارای ویژگی‌های برجسته‌ای هستند که با استفاده از این «فرصت‌های ارزنده» می‌توان و باید راهی عقلانی و موثر برای برون رفت از این شرایط ناگوار پیدا کرد:

۱. قشر فرهیخته، نخبه و تحصیلکرده‌ای هستند.
 ۲. پرجمعیت‌ترین گروه جامعه‌ی پزشکی هستند.
 ۳. نقش محوری و رهبری خدمات سطح اول سلامت را به عهده دارند.
- پتانسیل عظیمی در جامعه‌ی پزشکان عمومی نهفته است؛ جمعیتی گسترده، موثر و فرهیخته که در صورت متشکل شدن، تاثیر عمیقی بر اصلاح نظام سلامت خواهند داشت.
- با نگرش صحیح به این ویژگی‌ها، می‌توان و باید مهم‌ترین و موثرترین نهاد مدنی - صنفی را به‌وجود آورد و با تکیه بر آن، حق و حقوق قانونی و جایگاه واقعی پزشکان عمومی را در نظام سلامت تعریف کرد.
- چه باید کرد؟**

در این راستا لازم است:

۱. شناخت دقیقی از حوزه‌ی اختیارات، وظایف و مسوولیت‌های پزشک عمومی یا به‌عبارتی «صلاحیت حرفه‌ای» داشته باشیم.
- پزشکان عمومی طی سالیان متمادی نسبت به منافع خود بی‌توجه بوده‌اند و از جمع شدن در تشکل صنفی اکراه دارند. عدم حساسیت نسبت به منافع و سرنوشت خود نه‌تنها موجب اشغال جای آن‌ها در حوزه‌ی خدمات توسط گروه‌های پزشکی دیگر (کارشناسان پروانه‌دار و متخصصان) شده بلکه بخش قابل ملاحظه‌ای از اقبال عمومی مردم و مسوولان را نیز از دست داده‌اند. طبق بررسی‌ها و مطالعات انجام شده، ۷۰ تا ۸۰ درصد خدمات پیشگیری، بهداشتی و درمانی در سطح اول نظام سلامت (یعنی همان طب عمومی و پایه) در حوزه‌ی اختیارات و مسوولیت پزشکان عمومی است. اما متأسفانه در سالیان گذشته و البته به دلایل گوناگون، این عرصه تنگ‌تر و تنگ‌تر شده و





نقدی بر طرح تربیت متخصص پزشک خانواده دور زدن این راه حل ممنوع!

دکتر فرامرز رفیعی
عضو هیئت مدیره انجمن پزشکان عمومی ایران
و مسئول کمیته آموزش و تحقیق

درمانی در کشور به مثابه تجویز مسکنی موقت برای دردهای حاد و مزمن درمان آحاد مردم شریف ایران درآمد، بی شک نتایج مثبت و موقت بسیار زیادی نیز در سطح خدمات درمانی تخصصی و بیمارستانی به بارآمده است که باید به نیکی از آن یاد کرد، به نحوی که در بیمارستان‌ها بیماران دیگر به دنبال درمان بیماری خود هستند و نه در خیابان‌ها به دنبال خرید دارو یا در پستوها دنبال تامین مالی هزینه اقامت در بیمارستان!

اما متأسفانه عملکرد این طرح در بخش درون خانواده بزرگ وزارت بهداشت و درمان که از ارکان اصلی پایداری موفقیت‌های به دست آمده محسوب می‌گردد نه تنها امیدوارکننده نیست بلکه حتی منجر به تضعیف بخش بهداشت و مراقبت‌های اولیه شده است و همچنین باعث ریختن پول‌های کلان ملی در چاه ویل درمان شده که با هیچ مقدار پولی پرشدنی نیست! و از سویی با ایجاد انشقاق عملکردی در میان بخش‌های مختلف کادر درمانی و بهداشتی کشور موجب دور کردن آن‌ها از وحدت عملکرد نیز شده است و از سوی دیگر، باعث ایجاد شکاف عمیق تر اقتصادی و اجرایی میان پزشکان متخصص و عمومی و نیز سایر کادرهای پزشکی و پیراپزشکی اعم از پرستاران محترم و سایر پرسنل تشخیصی و درمانی این وزارتخانه عظیم و طویل گردیده است که متأسفانه شواهد آن بروز اعتراضات پیوسته‌ای است که در جلو در وزارتخانه و یا سایر مراکز دیگر به طور منظم شاهد بروز آن‌ها هستیم.

اکنون باز یک راه حل درست دیگری به روشی نادرست در حال اجراست، اگر با دیدی خوش بینانه به این موضوع نظری بیندازیم

خطایی دیگر در حال رخ دادن است، دور زدن طرح تخصص پزشک خانواده که قرار بود با مشارکت دادن اکثر پزشکان عمومی کشور به اجرا درآید تا هم به تربیت نیروی مورد نیاز طرح پزشک خانواده اهتمام ورزیده شود و هم معضل بی‌برنامگی وزارت بهداشت و درمان در رابطه با پزشکان عمومی کشور با این طرح درمان گردد!

قرار است این بار با تیغ تخصص پزشک خانواده، شاهرگ پزشکان عمومی باتجربه کشور را بزنند، در ادامه اجرای طرح مبارک تحول سلامت سرانجام گویا نوبت بهداشت و مراقبت‌های اولیه و خط یک سطح ارجاع نیز شده است!! مقرر گردیده است برای اجرای بهتر طرح پزشک خانواده و کمک به حل مشکلات طب عمومی در کشور طرح تربیت متخصص پزشک خانواده اجرایی شود.

نقدی که در ادامه می‌آید مشفقانه، علمی و کارشناسی شده است که برحسب ضرورت و وظیفه شناسی و روشنگری ارائه می‌گردد تا مبادا راه حلی دیگر تبدیل به مشکل نشود همانگونه که طرح تحول سلامت دچار چالش‌هایی قابل تامل شده است.

اختصاص منابع مالی هنگفت که به طور بی‌سابقه‌ای در تاریخ تخصیص منابع و بودجه‌ای وزارت بهداشت در کشور حادث شد و در قالب طرح مبارک تحول سلامت به اجرا درآمد طرحی است که با موفقیت در جذب اعتبارات دولتی شروعی بسیار خیره کننده داشت و امیدواریم و دست به دعا که منابع آن نیز پایداری لازم را داشته باشد، اما این طرح خوب با عدم اهتمام به تمام جوانب اجرایی کار دچار توزیع ناموزون و غیرعادلانه‌ای شد و به جای پایه گذاری سنگ بنای نوین تحول در ارائه خدمات بهداشتی و

در پشت درهای بسته
تصمیم‌سازی نکنید
بگذارید نمایندگان
طب عمومی کشور
به طور فعال در امر
تصمیم‌سازی سرنوشت
خود مداخله جدی و
اثرگذار داشته باشند



ایجاد خواهید کرد، همان گونه که در تربیت پزشک متخصص اورژانس بر سر طبیبان عمومی شاغل در بیمارستان‌ها آورده، همان گونه که با تربیت پزشک متخصص طب کار بر سر طبیبان عمومی شاغل در این رشته آوردید!!
راه حل‌ها ساده هستند، تا دیر نشده لطفاً به این راه حل‌های ساده بیندیشید و عمل کنید.

بگذارید نمایندگان طب عمومی کشور به طور فعال در امر تصمیم‌سازی سرنوشت خود مداخله جدی و اثرگذار داشته باشند. بگذارید همزمان با اجرای برنامه تخصصی پزشک خانواده برای تربیت نیروی ماهر و جوان در این رشته، از طبیبان عمومی باتجربه، توانمند و عالم نیز استفاده شود، در کنار بهره‌گیری از ارائه خدمات پزشکان عمومی آنان را در دوره‌های آموزش پودمانی تخصصی پزشک خانواده مشارکت دهید. نکته مهم همزمانی اجرای این طرح با برنامه فعلی تخصصی پزشک خانواده است. توجه داشته باشیم! همزمان با هم اجرا کنیم و نه دیرتر!

طرح تحول سلامت را به بخش بهداشت و ارائه بی‌دغدغه خدمات مراقبت‌های اولیه درمانی گسترش دهید عدالت در دریافت خدمات خط اول درمانی در کشور را سرعت بخشید و هدفمند پیگیری نمایید. بگذارید طرح سطح بندی ارائه خدمات و ارجاع و پیرو آن طرح پزشک خانواده در سطح وسیع‌تر و سریع‌تر در کشور گسترش یابد.

مشکلات امروز بخش بهداشت را به حساب خطاهای قبلی نوشتند، اما اشتباهات امروز را به حساب شما خواهند نوشت. امروز به نصیحت می‌گوییم بکشید تا جامه پشیمانی نپوشید، فردا روز همه ما تاوان اشتباهات دیروز و امروز را یکجا و بسیار سخت و هزینه‌دار پرداخت خواهیم کرد فارغ از آنکه چه کسی مقصر این اشتباهات باشد.

راه‌اندازی تخصصی پزشک خانواده راه‌حلی بود که نمایندگان پزشکان عمومی کشور همواره بر درستی آن تأکید داشتند و دارند ولیکن چرخش ناگهانی در اجرا و عدم بهره‌گیری از نظرات کارشناسی پزشکان عمومی باعث گردیده است تا این راه‌حل، خود به عنوان زنگ خطری جدید برای ادامه حیات پزشکان عمومی کشور به صدا درآید

خواهیم دید قصد دارند به طور ناخواسته پزشکان عمومی را از تنها صحنه کوچکی که برایشان باقی مانده بیرون بیندازند. در حالی که مشکلات ناشی از ایجاد ده‌ها تخصص بدون هدف و بدون برنامه‌ریزی و نیازسنجی پابرجاست که بار دیگر ایجاد تخصصی دیگر به عنوان پزشک خانواده بدین شکل قرار بود به عنوان راه‌حلی برای تربیت نیروی مورد نیاز طرح پزشک خانواده و نیز حل معضل هویت و اعتباربخشی طب عمومی کشور و نیز پزشکان عمومی رنج‌کشیده و دردمند کشور مورد استفاده قرار بگیرد خود به عنوان مشکلی جدید قد علم نموده است. راه‌اندازی تخصصی پزشک خانواده راه‌حلی بود که نمایندگان پزشکان عمومی کشور همواره بر اجرای تمام و کمال آن پافشاری می‌کردند و بر درستی آن تأکید داشتند و دارند، ولیکن باز تغییر در لحظات آخر و چرخش ناگهانی در اجرا و عدم بهره‌گیری از نظرات کارشناسی پزشکان عمومی باعث گردیده است تا این راه‌حل خود به عنوان زنگ خطری جدید برای ادامه حیات پزشکان عمومی کشور به صدا درآید و نه تنها قادر نخواهد بود تا بر وحدت رویه و عملکرد نیروهای اجرایی بیفزاید بلکه باعث و بانی اختلافات و مشکلات اجرایی پیچیده جدیدی نیز خواهد شد. فرمول‌های پیچیده انتخاب رزیدنت متخصص پزشک خانواده، قائل شدن محدودیت سنی و تعداد افراد پذیرفته شده برای آزمون و خطاهای دیگر از این دست نمونه‌هایی از یک شروع ناامیدکننده است. مسیری که به حاشیه‌نشینی بیشتر طب عمومی در کشور منجر خواهد شد.

استادان گرامی، سروران اندیشمند وزارت بهداشت و درمان!

در پشت درهای بسته و بدون مشارکت دادن نمایندگان پزشکان عمومی کشور برای این خیل عظیم و فارغ‌التحصیلان وزارت عریض و طویل بهداشت و درمان تصمیم‌سازی نکنید!

بارها اصرار شد نمایندگان طبیبان عمومی از انجمن پزشکان عمومی در این زمینه به طور فعالانه مشارکت داشته باشند نه آنکه با دلایل غیرواقعی آن‌ها را از صحنه دور کنند و صرفاً به عنوان نظاره‌گر معصوم از آنان نام برده شود. باز بنا بر مصلحت‌اندیشی گروهی بیرون از جامعه پزشکان عمومی کشور قرار بر دور زدن محترمانه پزشکان عمومی شده است، بدون حضور واقعی و مشارکت فعالانه و اثربخش آن‌ها در مورد شصت تا هفتاد هزار پزشک عمومی تصمیم‌سازی می‌کنند. اکنون می‌خواهند با فرمول تخصصی پزشک خانواده به راه‌حل معضل پزشکان عمومی کشور نیز دست یابند بدون آن که به مقدمات و شرایط محیطی اجرا دقت کنند.

پزشکان عمومی کشور بازوی توانمندی برای اجرای مراقبت‌های اولیه و تعمیم بهداشت عادلانه در کشور و نیز تزریق علم بر بدنه اجرایی و خط مقدم شبکه‌های بهداشت و درمان کشور هستند که بی‌واسطه و کم‌هزینه و نزدیک منزل مردم آماده خدمت‌رسانی‌اند. آنان را نتارناید، ناامید نکنید، بلکه دنبال راه‌حل درست و منطقی باشید.

در کنار اجرای برنامه تخصصی پزشک خانواده برای دانشجویان پزشکی و عده‌ای محدود از پزشکان سعی کنید پزشکان با تجربه درمانی کشور را به صورت آموزش‌های پودمانی در دوره‌های رزیدنتی تخصصی پزشک خانواده مشارکت دهید و گرته زنجیر دیگری به پای طبیبان عمومی کشور خواهید بست و درگیری‌های بسیاری را در امر تداخلات میان بخش‌های مختلف علوم پزشکی



نگاهی اجمالی به مشکلات پزشکان شاغل در بیمارستان‌ها

دکتر صابر فرخی

عضو هیات مدیره انجمن پزشکان عمومی شیراز
مسئول کارگروه درمانگران بیمارستانی

پزشکان عمومی شاغل در بیمارستان‌ها همیشه دارای نقش کلیدی و حساس و پرمخاطره و با مسئولیت بالا اما به دور از چشم مدیران و مسئولان بیمارستان‌ها و سیستم درمان بوده‌اند. متأسفانه نگاه غیر سودآور به این گروه، جایگاه اجتماعی، حقوقی و قانونی این دوستان را برخلاف مشقات و مسئولیت فراوانی که به دوش می‌کشند دچار محرومیت نموده است. چرا که اورژانس و بخش‌های غیرآموزشی بیمارستان‌ها توسط عده‌ای از پزشکان عمومی اداره و مدیریت می‌گردد که با سال‌ها تجربه و تخصص فقط و فقط از مدرک و گواهی ارائه این خدمات تخصصی و فوق تخصصی بی‌بهره‌اند و گر نه از لحاظ دانش و تجربه و تبحر چیزی از دارندگان این مدارک کم ندارند و چه بسا مورد اعتماد متخصصان نیز هستند.

جای بسی تعجب است که از دیدگاه خریداران خدمت و صنعت‌گران بیمه درمان نیز پزشکان عمومی محلی از اعراب ندارند در صورتی که به رغم فقدان راهنماهای طبابت بالینی در سیستم‌های درمانی و بیمه‌ای وجود و حضور پزشکان عمومی در بیمارستان‌ها، هم تحمیل هزینه کمتری به بیماران و بیمه‌ها دارد و هم از انجام اعمال القایی پیشگیری به عمل می‌آورد و بیماران در کوتاه‌ترین زمان بالاترین خدمات درمانی را دریافت می‌دارند و بیمارستان‌ها نیز عاری از القانات می‌شوند، عوارض درمان به کمترین مقدار می‌رسد و رضایتمندی گیرندگان خدمت بالاتر می‌رود.

اما تا وقتی جایگاه طب عمومی در نظام سلامت کشور حل نشود و اراده‌ای نیز برای حل شدن آن نباشد نه تنها پزشکان عمومی بیمارستان‌ها بلکه پزشکان عمومی شاغل در درمانگاه‌ها، پزشکان خانواده، طب کار، پوست و زیبایی و ... نیز مدام درگیر مسائل و مشکلات و اختلافات درون و برون سیستمی خواهند بود که حل این مشکلات و مسائل و به تبع آن مشکلات نظام سلامت اراده‌ای جدی و راسخ در طب عمومی را می‌طلبد.

لذا با این رویکرد که این‌شاء... به امید و مساعدت مسئولان محترم چنین اراده‌ای در حال ساخت باشد **اهم مشکلات پزشکان بیمارستانی را که نیاز به پیگیری دارد برمی‌شماریم:**

۱ - نداشتن نظام پرداخت مشخص در بخش‌های خصوصی و دولتی و تنوع و تعدد رفتارهای سلیقه‌ای که تاکنون نهادی متولی یکسان‌سازی و نظارت بر اجرای آن نشده است.

۲ - تعریف نشدن پزشکان عمومی در طرح طبقه بندی مشاغل که خود هم علتی است برای مورد اولی و هم معلولی است بر سایر موارد از جمله قراردادهای یکسان و بحث‌های بیمه‌ای و مالیاتی را به دنبال می‌کشد.

۳ - نداشتن نظام آماری دقیق از پزشکان عمومی موجود در بیمارستان‌های کشور

۴ - مشخص نبودن حق و حقوق پزشکان عمومی که به عنوان مسئولان فنی بیمارستان‌ها به فعالیت مشغولند.

۵ - دیده نشدن خدمات پزشکان عمومی از جمله ساعت کاری و ضریب سختی کارایی در کتاب ارزش‌های نسبی در حالی که بسیاری از





۹- بی ارزش شدن مهر نظام پزشکی پزشکان عمومی بیمارستانی حتی برای خود و خانواده هایشان در استان هایی که پزشک خانواده دارند که لازم است برای آن چاره ای اندیشیده شود. با توجه به مشکلات فراوانی که گریبان گیر پزشکان عمومی شاغل در بیمارستان هاست و این عزیزان خط مقدم درمان را به عهده دارند و برای ایشان مشکلات معیشتی و رفاهی زیادی با توجه مخاطره و ریسک بالا از نظر مسائل قانونی و قضایی وجود دارد. لازم است با ایجاد اتحاد و انگیزه و خروج از رخوت و یأس و ناامیدی و همکاری مسئولان محترم در رده های مختلف شامل مجلس شورای اسلامی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور با مدیریت انجمن پزشکان عمومی و کارگروه پزشکان بیمارستانی بتوانیم آنچه را شایسته و بایسته این عزیزان است به دست آوریم. به امید آن روز

خدمات هم طراز و غیر هم طراز بسیار شفاف تعریف شده اند که خدمات آن ها چه با ضریب، چه با ساعت کاری دارای نرخ می باشد. ۶- از جمله مسائل مهم دیگر شرح وظایف است که نقش کلیدی در بقیه عوامل نیز دارد. لزوم داشتن شرح وظایفی مشخص و شفاف که استانداردهای لازم و همپوشانی مسئولیتی با سایر ارائه دهندگان خدمات درمانی در سطح بیمارستان ها را بیان کند کاملاً احساس می شود. ۷- توانمندسازی پزشکان عمومی در همه حوزه های فعالیت و در بیمارستان ها به تفکیک بخش و اورژانس مانند NICU، ICU، جراحی قلب، CCU، اورژانس و ... که هم کیفیت خدمات ارتقا یابد هم جایگاه مشخص و تعریف شده باشد. ۸- افزایش ضریب امنیت شغلی در این قشر که چه بسا مکرراً شاهد تمایل به عدم همکاری به دلایل مختلف غیر موجه از طرف مراکز با پزشکان عمومی بوده ایم.



گزارشی از فعالیت های شش ماهه دوم سال ۹۴ انجمن پزشکان عمومی مشهد

قضات دادگاه، حقوقدانان، مسئولان سازمان نظام پزشکی در محل هتل ثامن. ۱۱- برگزاری کارگاه تازه های تزریقات زیبایی در محل هتل ۵ ستاره هما. ۱۲- برگزاری دیدار دوره ای همکاران با خانواده در یکی از باغ های اطراف مشهد به صرف صبحانه ۱۳- برگزاری کارگاه نمک های شوسلر با همکاری انجمن هومیوپاتی در هتل پردیسان ۱۴- دیدار با مسئولان سازمان دارایی استان در خصوص مشکلات مالیاتی پزشکان عمومی و تقاضای حضور نماینده انجمن در هیات حل اختلاف مالیاتی ۱۵- فعالیت مستمر و پویای وب سایت و گروه های تلگرامی انجمن مانند کیس ریپورت که با استقبال خوب همکاران روبه رو شده است. ۱۶- برگزاری کارگاه آموزشی ژل و بوتاکس و فیلر و RF در هتل پردیسان با اعطای مدرک

شهر با معاون بهداشتی دانشگاه و مسئول طرح و بیان مشکلات و قول مساعد به منظور پی گیری و مرتفع شدن بعضی از مشکلات ۶- تشکیل کارگروه حقوقی و پی گیری مشکلات همکاران در بخش های درمانی با گفتگو و رایزنی و مشاوره ۷- برگزاری جلسات کوهپیمایی و صبحانه با حضور همکاران در مراکز تفریحی و طبیعت اطراف مشهد ۸- برگزاری همایش بزرگ پزشکان عمومی شمال شرق و شرق کشور در هتل ۵ ستاره پردیسان با ۱۸ برنامه متنوع و ۲۸ امتیاز باز آموزی که با استقبال خوب همکاران مواجه شد. ۹- برگزاری جلسه هم اندیشی در محل دانشگاه علمی کاربردی بهیستی ۱۰- برگزاری همایش مقررات و حقوق پزشکی و چالش های حقوقی بر اساس قوانین کشور با حضور

۱- شرکت فعال در جلسات مجمع انجمن های علمی تخصصی مشهد ۲- دیدار با مسئولان قضایی و تشریح وضعیت محدودیت های طب عمومی که در همین راستا برای صیانت از حقوق همکاران پزشک عمومی، دبیر انجمن به عنوان عضو شورای حل اختلاف پزشکی حکم گرفت. ۳- جلسه و دیدار با مدیر کل تعزیرات حکومتی استان و دیدار و گفتگو با قاضی شعبه بررسی کننده پرونده های ارجاعی پزشکان عمومی در راستای دفاع از پرونده های پزشکان عمومی ۴- دیدار با رییس محترم دانشگاه علوم پزشکی و رییس سازمان نظام پزشکی مشهد و تشریح مشکلات پزشکان عمومی و لزوم حضور نماینده انجمن در تمام پرونده های مطرحه در دادسرای انتظامی سازمان نظام پزشکی مشهد که مورد موافقت قرار گرفت. ۵- نشست با حضور نمایندگان پزشکان طرح حاشیه



مروری بر طرح حاشیه شهر

دکتر اکرم سردار
عضو هیات مدیره انجمن پزشکان عمومی مشهد
و مسئول کارگروه پزشک خانواده

چرخ اختراع شود؟ یا طرحی نو درافتاده؟ یا شاید هم فراری رو به جلو برای توجیه اجرا نشدن طرح پزشک خانواده است؟ و خوشبینانه ترین جواب که در ذهن متصور می شد این بود که این خیلی ارتباطی به تجربیات آن دو برنامه ندارد و یا شاید تجربیات آن دو برنامه نشان داده که اگر آنها در همان سطح از توسعه بمانند خسران کمتر است پس بیاییم خدمت رسانی سلامت محور به محرومترین نقاط کلان شهرها را توسعه دهیم و با به کار گرفتن نیروهای جوان به ویژه تربیت شدگان حوزه بهداشت که اصالتاً برای همین کار هم تربیت شده اند، هم از هدر رفتن نیروها پیشگیری کنیم، هم اشتغال زایی و هم با تزریق نیرو به مناطقی که از قدیم هم نقطه ثقل بهداشت بوده

در چند سال اخیر و به ویژه پس از اجرای فازهای مختلف طرح تحول سلامت به شنیدن طرح های مختلف با نام های گوناگون خو گرفته ایم.

یکی از طرح های بهداشتی، طرح حاشیه شهر بود که در زمانی اجرای آن شروع شد که انتظار می رفت پزشک خانواده شهری که چند سالی طرح امتحانی آن در مازندران و فارس شروع شده بود گسترش یابد اما طرح حاشیه شهر نه شباهت کامل به پزشک خانواده روستایی داشت و نه شهری.

سوال اول در همین شروع به وجود آمد که آیا قرار است دوباره





پایین دولتی با وجود عدم اجبار در حرکت بیمار در این مسیر درمانی حجم مراجعات را بالا می برد و قطعاً بر کارهای سلامت محور و مراقبتی تاثیر جدی دارد و به خصوص زمانی این مساله ملموس تر می شود که بدانیم شروع این طرح بیشتر با تبلیغ بر رایگان بودن خدمات در بین مردم شروع شد.

و در حال حاضر هم یکی از دغدغه های پزشکان شاغل در این طرح همین حجم بالای کاری و اجرای برنامه های مختلف و همزمان و از سویی توقع ایجاد شده در مردم و ... که جمیع اینها باعث می شود که بر پایش عملکرد که سی درصد از حقوق را در خود دارد تاثیر بگذارد.

سؤال سومی که مطرح شد این بود که آیا سرانه در نظر گرفته شده برای پزشک به میزان ۴ میلیون و ۱۰۰ هزار تومان که پس از کسر بیمه و مالیات و سهم عیدی و ... و نیز کسر ۳۰ درصد پایش که در صورت دقت در پرداخت سه ماهه پرداخت خواهد شد انگیزه کافی برای هشت ساعت کار پزشک را فراهم می کند؟

این در حالی ست که گرچه مزیت کار خصوصی در خارج از طرح را به پزشک داده اند اما این مبلغ در کنار کار فشرده و با ساعت کار زیاد آیا توانی برای پزشک می گذارد؟ و از طرفی ساعات کاری با شروع شیفت های درمانگاهی و بیمارستانی تداخل داشته و باعث عدم امکان حضور در بعضی فعالیت های پزشکی می شود.

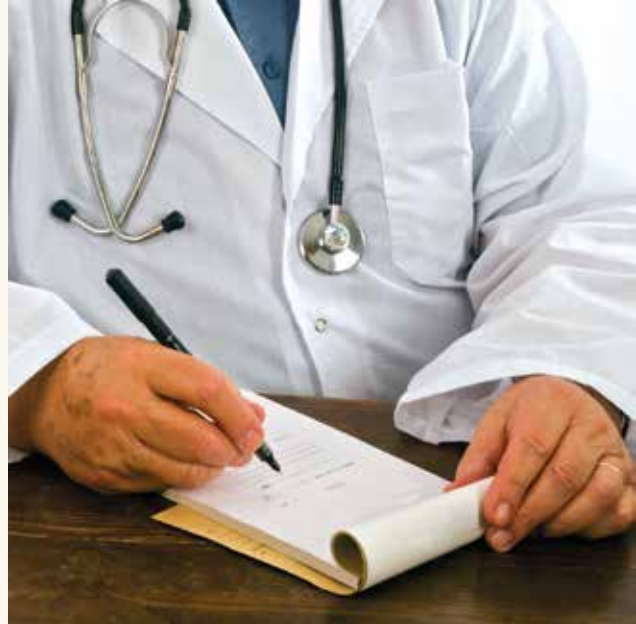
نگرانی و به دنبال پاسخ این سؤال بودن به خصوص زمانی جدی تر می شود که آمار تعداد کمبود پزشک را جویا شویم و یا علت خروج پزشکان را بپرسیم. پایش گرچه جزو ملزومات هر برنامه ای ست اما باز هم مثل پزشک خانواده روستایی نقش منفی آن بالاترست. واضح تر این که کاش پایش ها نقش تشویقشان پررنگ تر بود و اثر افزایشی بر حقوق داشتند و نه کاهش. و یا دست کم سهم کاهش آن کمتر بود.

فرهنگی در کشور ما چند سالی ست به زیبایی راه افتاده که مثلاً به جای خسته نباشید، خدا قوت بگوییم اما فقط باید پزشک خانواده یا پزشک حاشیه شهر باشید که بتوانید درک کنید چه خستگی ای به جانان می ماند وقتی پایش تمام می شود و نقش کارهایی که مردم از شما انتظار دارند و به خاطر آن پشت در اتاقتان صف می کشند کمترین سهم ارزش را در پایستان دارد و کارهای سلامت محوری که از سختی انجام آنها که بگذریم سبق و سیاق ثبت و آمار و ... هم باید به گونه ای باشد که پایش و پایشگر می خواهند، آنگاه تشنه یک "خسته نباشید" واقعی می شوید.

اگر بخواهم پرسش ها را به خصوص بر اساس درد دل های دوستان شاغل در این طرح بنویسم مجال بسیاری خواهد برد.

اما امیدوارم علی رغم نویا بودن طرح از تجربیات طرح های مشابه درس گرفته شود و در موارد مشابه بدون نیاز به گرفتار شدن در مسیر پیچ در پیچ دستورالعملی شدن یک پیشنهاد از تجربیات درس گرفته شود تا اگر این طرح در جهت تقویت نظام شبکه و مساله پیشگیری می باشد به دور از بزرگنمایی طرح به عنوان پزشک خانواده سمت و سوی آن برای رسیدن به اهداف مشخص، جهت دهی درست و تعریف جایگاه پزشک هم در این طرح مشخص تر شود.

شاید با تعریف صحیح و از سوی دیگر نگاه منطقی تر به مقوله حقوق و مزایا و ساعت مفید کاری بتوان کمبود نیرو را برطرف کرد و در صورت گسترش این طرح امیدی به تامین نیروی لازم در آینده هم داشت.



و بیشترین بار مراجعه را داشته کیفیت کار را افزایش دهیم. تا اینجا جواب سؤال می توانست امیدوار کننده باشد.

واگذاری مراکز به شرکت های خصوصی بود که تجربه آن هم در سال های نه چندان دور با خوبی و بدی هایی همراه بود. از پرداختی ها به پرسنل گرفته تا چند متولی بودن امور و ...

اما ظاهراً تنها راه تزریق نیروی جدید به سیستم همین بود. با خود فکر کردیم که شاید چرخ اختراع شده این بار طوری دیگر جلوه بنماید و انسان هم به امید زنده است پس...

طرح شروع شد، مانند پزشک خانواده روستایی سطح اول غیر پزشک بود و از این لحاظ با پزشک خانواده شهری متفاوت بود. از نظر جمعیتی نه از ۲۵۰۰ نفر شهری حرفی بود و نه از ۴۰۰۰ نفر جمعیت روستایی.

صحبت از ۶۰۰۰ نفر تا ۱۵۰۰۰ نفر جمعیت تحت نظر هر پزشک بود که تاکنون که نزدیک به یک سال و نیم از طرح می گذرد با توجه به عدم امکان تامین نیروی پزشک و دلایل دیگر پزشکی با جمعیت ۳۰ هزار هم وجود دارند.

و باز **سؤال دوم** مطرح شد که مراکز حاشیه شهرها که از قدیم وجود داشته و شلوغ هم بوده اند و دست کم یک پزشک هم داشته اند و تازه اسم سلامت محوری را هم یکدک نمی کشیده اند حال به این پزشک جدید قرار است چه توان و نیروی جدیدی تزریق شود که هم به اجرای برنامه های جدید بهداشتی از جوانان و میانسالان و سالمندان و کودکان و ... بپردازد و هم برنامه بیماران مزمن واگیر و غیرواگیر و ... و هم نقش درمانگر را برای جمعیت داشته باشد؟

اگر جواب بشنویم که نقش درمان برای ایشان پررنگ دیده نشده است، باز خواهیم پرسید که مردم محروم حاشیه شهرها و تعرفه پایین دولتی حتی اگر باعث شود یک دهم یک جمعیت ۲۰ هزار نفری به طور ثابت برای کارهای درمانشان به پزشک مراجعه کنند و این غیر از مراجعات بهداشتی باشد، با یک حساب سرانگشتی مشخص می شود که مراجعات به این پزشک بسیار بالاتر از پزشک خانواده شهری و زیر سوال برنده کیفیت ها خواهد بود. این درحالی ست که حتی جمعیت تعریف شده شهری هم با استانداردها هنوز فاصله دارد.

گرچه نباید از یاد برد که در استان هایی که پزشک خانواده شهری اجرا می شود بیمه تنها در روند صحیح ارجاع پاسخگوست و این خود سبب می شود که بیماران در این مسیر بیشتر مراجعه کنند، اما جمعیت بالای تحت پوشش هر پزشک در حاشیه شهر در کنار تعرفه



انسانی گرفته می‌شود. این موضوع به‌طور خاص در حوزه‌ی پزشکی بسیار کمک کننده خواهد بود. برای مثال تصورش را بکنید که شما به عنوان یک پزشک برای بیمارتان دارویی تجویز می‌کنید، اما هنگام نوشتن نسخه، پرونده‌ی الکترونیک بیمارتان به شما هشدار می‌دهد که بیمارتان به آن دارو آلرژی دارد. اما در کنار همه مزیت‌ها، باید دانست که اجرا و پیاده‌سازی این سیستم کار بسیار مشکلی است و با دشواری‌های گوناگونی مواجه است. ضمن اینکه بعضی کارشناسان با مزیت کاهش هزینه‌ها هم موافق نیستند و معتقدند که الکترونیکی کردن فرآیندها در برخی حوزه‌ها از هزینه‌ها کم کرده اما در بخش‌های دیگری به هزینه‌ها اضافه خواهد کرد. ولی در نهایت همه روی این موضوع توافق دارند که این سیستم گام مثبت بزرگی به حساب می‌آید.

«پرونده‌ی الکترونیکی پزشکی»

با «پرونده‌ی الکترونیکی سلامت»؟

این دو عبارت را به جای همدیگر استفاده نکنید. به نظر شبیه هم هستند، اما در عمل با هم متفاوت‌اند. وقتی صحبت از «پرونده‌ی الکترونیکی پزشکی» می‌کنیم منظورمان عبارت انگلیسی Electronic Medical Records است که به‌طور خلاصه به آن EMRs می‌گویند. این نسخه الکترونیکی پرونده پزشکی بیمار به حساب می‌آید و شامل سوابق بیماری‌ها، چارت‌ها، داروها و درمان‌هایی که دریافت نموده است.

اما هنگامی که از «پرونده‌ی الکترونیکی سلامت» حرف می‌زنیم به عبارت انگلیسی Electronic Health Records اشاره داریم که مخفف آن EHRs است و گستره وسیع‌تری را شامل می‌شود. در سیستم اخیر فقط به بیماری‌های شخص و اطلاعات کلینیکی نگاه نمی‌کنیم و نگاه‌مان گسترده‌تر است. اینجا به سلامت کلی فرد توجه داریم. به همین دلیل در سیستم‌های EHRs امکان ذخیره‌سازی طیف گسترده‌تری از اطلاعات فراهم شده برای مثال در این پرونده مواردی مانند سوابق واکسیناسیون، سابقه بیماری‌های خانوادگی و آلرژی‌ها، اطلاعات بیمه، داروها، سوابق بستری و جراحی، سوابق مراجعات قبلی به پزشک‌های مختلف و... نیز ثبت و نگهداری می‌شود. علاوه بر این، به اشتراک‌گذاری اطلاعات هم میان تخصص‌های مختلف بسیار راحت‌تر است.

مخفف آن EHRs است و گستره وسیع‌تری را شامل می‌شود. در سیستم اخیر فقط به بیماری‌های شخص و اطلاعات کلینیکی نگاه نمی‌کنیم و نگاه‌مان گسترده‌تر است. اینجا به سلامت کلی فرد توجه داریم. به همین دلیل در سیستم‌های EHRs امکان ذخیره‌سازی طیف گسترده‌تری از اطلاعات فراهم شده برای مثال در این پرونده مواردی مانند سوابق واکسیناسیون، سابقه احتمالا شما برای بیمارتان در مطب، کلینیک یا بیمارستان پرونده‌ای تشکیل می‌دهید و در آن اطلاعات مختلفی را از قبیل سوابق بیماری‌ها، معاینات، نتایج آزمایش‌ها و ... ثبت می‌کنید. این پرونده معمولاً کاغذی است اما حتی اگر از نرم‌افزارهای کامپیوتری هم برای ثبت اطلاعات استفاده کنید، باز هم با یک محدودیت بزرگ مواجهیم: اطلاعات در محل کار شما حبس شده‌اند و اگر بیمار شما به مطب پزشک دیگری مراجعه کند دیگر به پرونده‌ی ثبت شده در محل کار شما دسترسی ندارد.

پرونده‌ی الکترونیکی سلامت نوعی ثبت و نگهداری اطلاعات است که این مشکل را حل می‌کند. در این حالت مراجعه‌کننده همیشه و در همه جا پرونده‌اش را به همراه دارد و اطلاعات آن توسط آخرین فردی که او را ویزیت می‌کند، به روز می‌شود. طیف گسترده‌ای از اطلاعات سلامت فرد در این پرونده ثبت می‌شود. بنابراین علاوه بر سوابق بیماری‌ها و تشخیص‌های قبلی، می‌توان به داروها، سابقه‌ی واکسیناسیون، سابقه‌ی آلرژی‌ها، نتایج آزمایش‌ها و تصاویر رادیولوژی نیز دسترسی داشت.

معمولاً سیستم را به گونه‌ای طراحی می‌کنند که اطلاعات آن به راحتی قابل به اشتراک‌گذاری با دیگر افراد فعال در حوزه سلامت باشند. هدف این است که تمام گروه‌هایی که به یک شخص ارایه‌ی خدمات سلامت می‌کنند، امکان دسترسی آسان و امن به پرونده‌ی او را داشته باشند. این موضوع شامل طیف مختلفی از افراد و گروه‌ها مانند پزشک خانواده، خانه‌ی بهداشت، بیمارستان، داروخانه، آزمایشگاه، رادیولوژی و... می‌شود.

سال‌ها تصور می‌شد که تبدیل روند کاغذی به سیستم ثبت الکترونیک یک پیشرفت بزرگ است. تصور عمومی هم این است که دیجیتالی شدن فرآیندها سبب کاهش هزینه‌ها خواهد شد، امور با سرعت بیشتری به پیش می‌روند و از دوباره کاری‌های زیادی جلوگیری خواهد شد. ضمن اینکه جلوی بسیاری از خطاهای

The screenshot shows the HealthIT.gov website. At the top, there is a navigation bar with links for 'Newsroom', 'Blog', and 'Get Email Updates'. The main heading is 'HealthIT.gov' with a star icon. Below this, the page title is 'Guide to Privacy and Security of Electronic Health Information'. A sub-heading reads: 'Check out the updated Guide for practical guidance on applying federal privacy and security requirements in your small to medium-sized practice.' There is a 'Learn More' button. On the right side, there is a section titled 'CHOOSE YOUR INFORMATION PATH' with a search bar and a 'Print' icon. Below this, there are four buttons for different user groups: 'For Providers & Professionals', 'For Patients & Families', 'For Policy Researchers & Implementers', and 'Federal Advisory Committees (FACAS)'. At the bottom of the page, there are page numbers 1, 2, 3, 4, and 11.



لازم به ذکر است که این قانون مصوب سال ۱۳۸۹ مجلس شورای اسلامی است و هم‌اکنون در ابتدای برنامه‌ی پنجساله ششم (۱۳۹۵-۱۳۹۹) به سر می‌بریم.

طی سال‌های گذشته بارها خبرهای مختلفی مبنی بر اجرای این طرح در کشورمان در آینده نزدیک به گوش رسید، اما تا به امروز شاهد یک خروجی قابل مشاهده و عملی نبوده‌ایم. آخرین مورد این صحبت‌ها نیز به سخنان دکتر علی‌اکبر سیاری معاون وزیر بهداشت در مرداد ماه ۹۴ برمی‌گردد که از راه‌اندازی پرونده‌ی الکترونیکی سلامت برای تمام ایرانی‌ها تا سال آینده خبر داد.

مشکلات بر سر راه؟

اگر بخواهیم به چالش‌ها و موانع سر راه اجرای پرونده‌ی الکترونیکی سلامت اشاره کنیم، خودش یک کتاب می‌شود. از نیاز به اصلاح در سطوح مختلف اجرایی گرفته تا تامین پیش‌نیازهای سخت‌افزاری و نرم‌افزاری لازم برای اجرای این سیستم. در کنار آن مقاومت افراد در استفاده و آموزش پرسنل یک دنیا کار و دشواری به حساب می‌آید.

اما شاید مهم‌ترین مشکل در اجرای پرونده‌ی الکترونیکی سلامت در سطوح بالایی مدیریتی قرار داشته باشد و آن عدم اطلاع از وجود مشکلات است. در واقع اینکه دست به کاری بزنیم اما خودمان از ابعاد و پیچیدگی‌های آن به درستی اطلاع نداشته باشیم، یک مشکل اساسی به حساب می‌آید و شکست کار را ضمانت خواهد کرد.

پرونده‌ی الکترونیکی سلامت پیوند دو حوزه‌ی پزشکی و فناوری است. برای پیاده‌سازی موفق آن باید از افرادی کمک گرفت که در هر دو حوزه دارای تخصص و دید گسترده باشند. اگر چنین نگاهی وجود نداشته باشد و از کمک این افراد استفاده نکنیم، نرم‌افزارهایی خواهیم داشت که توسط تیم سلامت قابل استفاده نیستند. سخت‌افزارهایی تهیه می‌کنیم که در محیط کاری ما کاربردی نبوده و عملاً پس از صرف هزینه‌های بسیار، فقط به نارضایتی مردم و تیم سلامت افزوده‌ایم.

باید از کجا شروع کرد؟

پیاده‌سازی پرونده‌ی الکترونیکی سلامت یک فرایند درازمدت است و مشخص است که برای رسیدن به نقطه مطلوب باید گام‌های زیادی برداشت. یکی از مهم‌ترین گام‌ها فرهنگ‌سازی و آموزش به تیم سلامت و مردم است. برای مثال سازمان بهداشت و سلامت آمریکا از سال ۲۰۱۱ وب‌سایتی در آدرس healthit.gov و با شعار پیشرفت در مراقبت‌های سلامت و بهداشت راه‌اندازی نموده است.

پرونده‌ی الکترونیکی سلامت به گونه‌ای طراحی می‌شود تا با روشی امن، توسط تمام افراد دخیل در سلامت فرد قابل دسترسی باشد و فراموش نکنید که این شامل خود شخص صاحب پرونده نیز می‌شود.

تجربه‌ی انگلستان

در سال ۲۰۰۲ کشور انگلستان پروژه بزرگی را برای ساخت یک سیستم ملی بهداشت آغاز کرد. هدف این بود که برای تک‌تک شهروندان این کشور یک پرونده‌ی الکترونیکی سلامت ایجاد شود و از چندگانگی سیستم‌ها و نرم‌افزارهای متفاوتی که در بیمارستان‌های مختلف مورد استفاده قرار می‌گیرند، جلوگیری گردد و کل کشور از یک سیستم واحد استفاده کند.

برای این پروژه از چهار شرکت بزرگ که یکی از آنها شرکت آمریکایی CSC بود، کمک گرفته شد.

تحویل پروژه چندین بار به تأخیر افتاد و پس از گذشت ۹ سال دولت انگلستان ۷/۱۲ میلیارد پوند صرف این ایده کرده بود. در نهایت پروژه با شکست مواجه شد. دولت از شرکت CSC شکایت کرد و این کمپانی به پرداخت ۵/۹۷ میلیون دلار غرامت محکوم شد.

این ماجرا به خوبی نشان داد که پیاده‌سازی یک سیستم مرکزی و یکپارچه تا چه حد کار مشکلی است و منطقی بودن استفاده از سیستم‌های متعدد و رقیب که توسط شرکت‌های خصوصی متفاوت راه‌اندازی شده‌اند، را نشان داد.

البته در این صورت مشکل چندگانگی سیستم‌ها و مشکل ارتباط میان آنها در صورت نبود یک استاندارد واحد به میان می‌آید که بحث را تخصصی کرده و از حیطه‌ی این مقاله خارج می‌شود. اما به‌طور خلاصه می‌توان گفت که با تصویب استانداردهای ساختاری توسط یک مرجع واحد می‌توان بر این مشکلات غلبه نمود.

ما کجای کار هستیم؟

در بند الف ماده ۳۵ قانون برنامه‌ی پنجم توسعه، وزارت بهداشت موظف به راه‌اندازی سیستم پرونده‌ی الکترونیکی سلامت شده است.

در این بند آمده :

”وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با هدف آرایه‌ی خدمات الکترونیکی سلامت نسبت به استقرار سامانه پرونده‌ی الکترونیکی سلامت ایرانیان و سامانه‌های اطلاعاتی مراکز سلامت در هماهنگی با پایگاه ملی مرکز آمار ایران، سازمان ثبت احوال با حفظ حریم خصوصی و محرمانه بودن داده‌ها و با اولویت شروع از برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع اقدام نماید. کلیه مراکز سلامت اعم از دولتی و غیردولتی موظف به همکاری در این زمینه می‌باشند.“

ویکتوزا®

اولین GLP-1 رسپتور آگونیست موجود در کشور*

ویکتوزا® موثر در درمان دیابت نوع ۲:

- کاهش سطح هموگلوبین A_{1c} تا میزان ۱/۵ درصد^۱
- کاهش وزن پایدار تا میزان ۳/۷ کیلو گرم^۲
- احتمال بسیار اندک افت قند خون^۳
- کاهش خطر بیماری های قلبی عروقی^۳
- کاهش فشار خون سیستولیک، کلسترول، تری گلیسرید و LDL^۴



۱. دوز شروع

۰٫۶ میلی گرم

دوز شروع برای پیسود تحمل دارو
حداقل برای یک هفته

۲. دوز نگهدارنده

۱/۲ میلی گرم

حداقل برای یک هفته

۳. دوز حداکثر^۵

۱/۸ میلی گرم

برای کنترل بهتر قند خون

تزریق یک بار در روز ویکتوزا®

بدون نیاز به هماهنگی با زمان بندی غذایی انجام می شود.^۵

پر مصرف ترین GLP-1 رسپتور آگونیست در دنیا^۶



* List of registered product, IEDA 2nd version published in 1394.

Reference: 1-Zimmer B, et al. Diabetes Care. 2009;32(7): 1224-1230. 2-Prattley R, et al. Int J Clin Pract. 2011; 65:397-40. 3-Rigato M, Fadimi GP. Diabetes Metab Syndr. 2015; 4-Plutzky J, et al. Eur Heart J. 2009;30 Suppl 1:917. 5-Locally Approved Labeling in Iran (SIF Q4 2014). 6-Internal calculation based on IMS MNIADS database, January 2015.

Presentation: Pre-filled, disposable pen containing 18 mg of liraglutide in 3 mL of solution. **Indications:** Victoza® is indicated for treatment of adults with type 2 diabetes to achieve glycaemic control in combination with oral glucose-lowering medicinal products and/or basal insulin. When these, together with diet and exercise, do not provide adequate glycaemic control. **Dosage and administration:** The starting dose is 0.6 mg once daily. After at least one week, the dose should be increased to 1.2 mg. Based on clinical response and after at least one week, the dose can be increased to 1.8 mg to further improve glycaemic control. Victoza® can currently not be recommended for use in patients with moderate/severe renal impairment or hepatic impairment. Victoza® is administered once daily at any time, independent of meals, and can be injected subcutaneously in the abdomen, thigh, or upper arm. Victoza® should not be administered intravenously or intramuscularly. In combination with metformin with or without a thiazolidinedione, no dose adjustment is required. When Victoza® is added to sulphonylurea therapy, a reduction in the dose of sulphonylurea should be considered to reduce the risk of hypoglycaemia. **Contraindications:** Hypersensitivity to the active substance or any of the excipients. **Special warnings and precautions:** Victoza® should not be used in patients with type 1 diabetes mellitus or for the treatment of diabetic ketoacidosis. Victoza® is not a substitute for insulin. Due to limited experience, Victoza® is not recommended in patients with inflammatory bowel disease or diabetic gastroparesis. There is limited experience in patients with congestive heart failure. New York Heart Association (NYHA) class I-IV and no experience in patients with NYHA class III-IV. Use of GLP-1 analogues has been associated with the risk of pancreatitis. Patients should be informed of the characteristic symptom of acute pancreatitis, persistent, severe abdominal pain. If pancreatitis is suspected, discontinuation of medicinal products should be considered. Thyroid adverse events, including increased blood calcitonin, goitre, and thyroid neoplasm, were reported in clinical trials, particularly in patients with preexisting thyroid disease. Patients treated with Victoza® should be advised of the potential risk of dehydration in relation to gastrointestinal side effects and take precautions to avoid fluid depletion.

Pregnancy and lactation: Victoza® should not be used in women who are pregnant, who wish to become pregnant, or who are breastfeeding. Undesirable effects: The most frequently reported adverse reactions in patients treated with Victoza® are nausea and diarrhoea. Less common adverse reactions include headache, vomiting, dyspepsia, abdominal pain upper, constipation, gastritis, flatulence, abdominal distension, gastroesophageal reflux disease, bronchitis, nasopharyngitis, dizziness, fatigue, anorexia, decreased appetite, injection site reactions, abdominal discomfort, toothache, rash, increased heart rate, and hypoglycaemia. Since the market introduction of Victoza®, allergic reactions and dehydration (sometimes with a decrease in kidney function) have been reported. Patients receiving Victoza® in combination with a sulphonylurea may have an increased risk of hypoglycaemia. The risk can be lowered by a reduction in the dose of sulphonylurea. Few cases (less than 0.2%) of acute pancreatitis have been reported during long-term clinical trials with Victoza®. Pancreatitis was also reported post-marketing. **Overdose:** From clinical trials and marketed use overdoses have been reported up to 40 times (72 mg) the recommended maintenance dose. Events reported included severe nausea and severe vomiting. None of the reports included severe hypoglycaemia. All patients recovered without complications.

IRC: 1228226670 Date of preparation: Locally Approved Labeling in Iran Version (SIF Q4 2014)



Beat diabetes. Get active.



گردآوری: خانم دکتر الهام شاهرخی راد
عضو هیات مدیره انجمن پزشکان عمومی لاهیجان

در زمینه‌ی بهداشت عمومی در جهان، موضوعی را برای روز جهانی بهداشت، ۷ آوریل، روز تولد سازمان اعلام می‌کند. بر همین اساس شعار امسال «دیابت را شکست بده» تعیین شده است که نشانگر اهمیت بالای دیابت در نظر سیاست‌گذاران جهانی سلامت است.

سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۴۸ میلادی در نیویورک نخستین اساسنامه کنفرانس بین‌المللی بهداشت را تدوین کرد و در ژوئن همان سال نخستین مجمع عمومی سازمان بهداشت جهانی در شهر ژنو با حضور نمایندگان ۶۱ کشور جهان تشکیل شد و مجمع تصمیم گرفت که از سال ۱۹۵۰ به بعد، هفتم آوریل هر سال به عنوان روز جهانی بهداشت نامگذاری و تعیین شود. از آن سال به بعد در بسیاری از کشورها از جمله ایران، چنین روزی به عنوان «روز جهانی سلامت» گرامی داشته می‌شود. گفتنی اینکه «دکتر محمد حسین حافظی» اهل سمنان، پزشک و رییس هیات نمایندگی ایران در کنفرانس نیویورک بود که در آن پیشنهاد انتخاب روزی به نام روز جهانی بهداشت از طرف وی عنوان می‌شود.

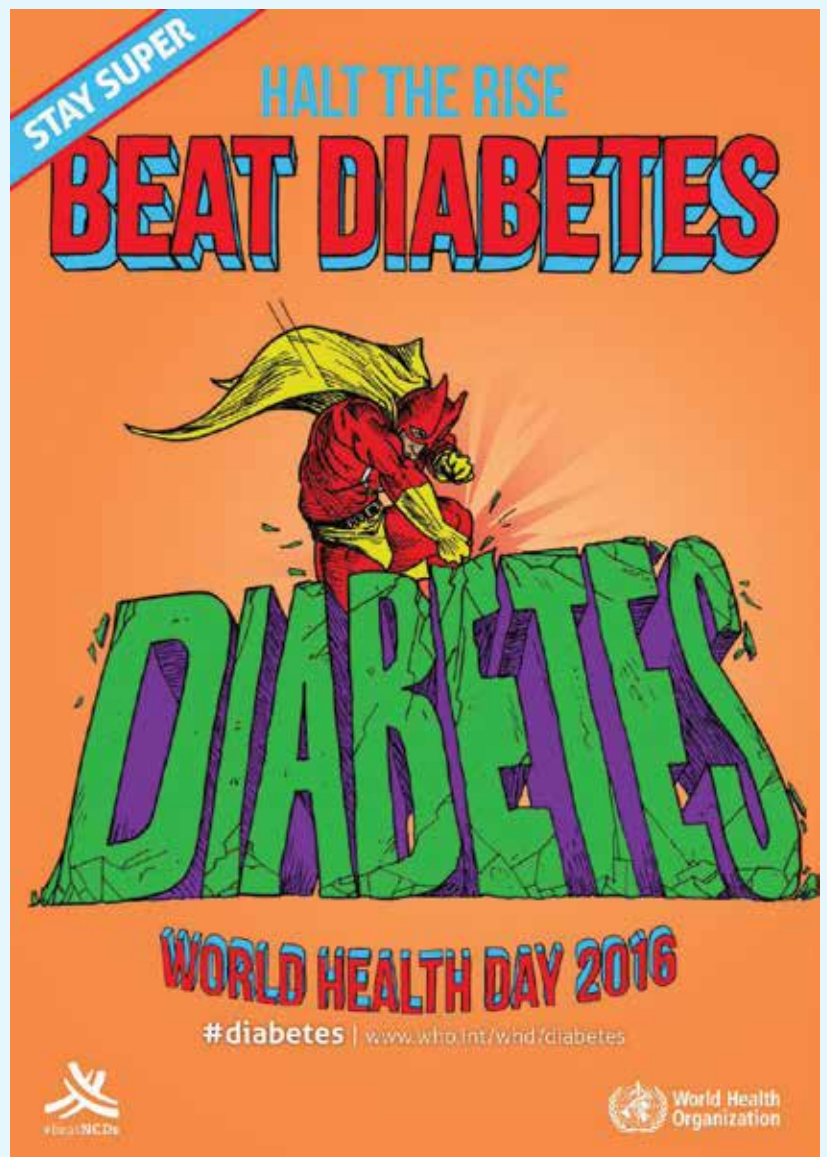
شیوع دیابت در چند دهه‌ی گذشته به‌ویژه در کشورهای کم درآمد و با درآمد متوسط، افزایش یافته است که این روند با پیشگیری و مراقبت مناسب مهار خواهد شد، از این رو اقدام برای پیشگیری، تشخیص و درمان دیابت اقدامی حیاتی است. دولت‌ها برای دستیابی به توسعه‌ی پایدار تا سال ۲۰۳۰ و به‌منظور کاهش مرگ‌ومیر زودرس ناشی از بیماری‌های غیر واگیر از جمله دیابت، موظف شدند تا رسیدن یک سوم جمعیت جهان به پوشش سلامت جهانی و دسترسی همه به داروهای ضروری مقرون به صرفه تا سال ۲۰۳۰ تلاش کنند.

دیابت یکی از چهار بیماری غیر واگیر است که در سال ۲۰۱۱، اولویت رهبران جهان قرار گرفت و در یک اعلان سیاسی، پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر در بازه‌ی ۲۰۱۶ تا ۲۰۳۰ از جمله اهداف توسعه‌ی هزاره معرفی شد. برنامه‌ی اقدام جهانی برای پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر (۲۰۱۳-۲۰۲۰)، یک راهبرد برای رسیدن به ۹ هدف دواطلبانه جهانی فراهم کرده است که شامل متوقف کردن رشد شیوع دیابت و چاقی تا سال ۲۰۲۵ است.

هر سال در کشورهای مختلف ۷ آوریل برابر با ۱۸ فروردین، به عنوان روز جهانی سلامت گرامی داشته می‌شود و سازمان جهانی بهداشت، بنابر اولویت نگرانی‌های موجود

غلبه بر دیابت،

شعار سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۶





دیابت را شکست دهیم



عادات زندگی روزمره خود را مثل خوردن غذاهای سالم، فعالیت بدنی و جلوگیری از افزایش وزن بیش از حد، تغییر دهیم. است. حتی در فقیرترین دولت‌ها باید اطمینان حاصل شود که مردم می‌توانند انتخاب سالم داشته باشند و سیستم‌های بهداشتی قادر به تشخیص و درمان افراد مبتلا به دیابت است.

یافته‌های کلیدی از گزارش‌های رسیده از روز جهانی دیابت نشان می‌دهد، تعداد افراد مبتلا به دیابت و شیوع آن در تمام مناطق جهان در حال افزایش است. در سال ۲۰۱۴، ۸/۵ درصد از جمعیت جهان (۳۴۷ میلیون بزرگسال) مبتلا به دیابت بودند در حالی که در سال ۱۹۸۰، ۴/۷ درصد جمعیت (۱۰۸ میلیون نفر) به دیابت دچار بودند.

مرگومیر ۱/۵ میلیون جمعیت جهان در سال ۲۰۱۲ و ۲۰۲۰ میلیون تن در جهان که به دلیل دیابت و در اثر حملات قلبی و بیماری‌های عروقی، باعث شد WHO شعار خود را برای روز جهانی سلامت امسال، «دیابت» نامگذاری کند و خواستار اقدام جهانی برای توقف افزایش بروز دیابت و مراقبت از بیماران دیابتی شود.

دکتر «مارگارت چان» مدیر کل سازمان بهداشت جهانی گفته است: گزارش‌هایی رسیده در روز جهانی دیابت به این سازمان، نسبت به افزایش بروز دیابتی در جهان هشدار می‌داد و این پیام را منتقل می‌کرد که نسبت به پیشگیری و درمان این بیماری آگاه باشیم، بنابراین سازمان بهداشت جهانی با فراخوانی از دولت‌ها و نظام‌های سلامت کشورها خواسته است تا دیابت را شکست دهند. اقدامات مورد نیاز شامل گسترش بهداشت محیط، کاهش عوامل خطر ابتلا به دیابت مانند عدم فعالیت بدنی و رژیم غذایی ناسالم و تقویت ظرفیت‌های ملی برای کمک به درمان و مراقبت از مبتلایان به دیابت و ایجاد شرایط برای مدیریت این بیماری است.

مدیر کل سازمان بهداشت جهانی می‌گوید: «اگر ما نیاز به توقف در افزایش آمار مبتلایان به دیابت داریم باید



میوه به جای کیک؛ ایده‌ی بسیار جالب مارگارت چان رییس WHO به مناسبت ۶۸ امین سالگرد مجمع جهانی بهداشت و روز جهانی سلامت با شعار غلبه بر دیابت



درخواست وزیر بهداشت از پزشکان عمومی برای راه‌اندازی درمانگاه‌های دیابت

باید کلینیک‌های دیابت را به دست پزشکان عمومی بسپاریم

پای کار بیابند و آموزش‌ها را از دبستان آغاز کنیم. در حال حاضر بیش از ۱۲ میلیون دانش‌آموز داریم که اگر درست روی آنها کار کنیم موفق به آموزش مناسب می‌شویم البته آموزش و پرورش بارها گفته آمادگی دارد که مباحث مربوط به سلامت را وارد کتب درسی کند درحالی‌که من امید چندانی مبنی به انجام آن ندارم که مسائل مربوط به سلامت وارد کتب شود.

دکتر هاشمی ادامه داد: انجمن دیابت باید پیش‌قدم شده و به صورت عملی وارد کار شود چرا که امیدی به اینکه مشکل دیابت را دولت حل کند، نیست چرا که اتفاق خاصی نمی‌افتد مگر اینکه کار به دست مردم و NGOها حل شود.

وزیر بهداشت گفت: باید کلینیک‌های دیابت را به دست پزشکان عمومی بسپاریم و آنها کار را انجام دهند و به پزشکان عمومی اجازه دهیم انسولین تجویز کنند چرا که آنها بهتر می‌توانند در این حوزه از مردم مراقبت کنند.

وی تصریح کرد: اگر سیستم ارجاع درست شود بهتر می‌توانیم عمل کنیم همچنین راه‌اندازی درمانگاه و کلینیک‌های زنجیره‌ای نیز به پیشگیری از دیابت کمک می‌کند.

هاشمی گفت: اگر به جای این ۲۱ سال از ۲۷ سال عمر انجمن دیابت، آنها آستین‌های خود را بالا می‌زدند مسلماً اکنون با مشکلات کمتری در حوزه دیابت روبرو بودیم.

وزیر بهداشت گفت: باید کلینیک‌های دیابت را به دست پزشکان عمومی بسپاریم و به آنها اجازه دهیم که انسولین تجویز کنند چرا



که آنها بهتر می‌توانند در این حوزه از مردم مراقبت کنند.

سید حسن هاشمی در نشست مشترک معاون اجتماعی وزارت بهداشت و انجمن‌های فعال در حوزه دیابت، گفت: یکی از مشکلات جدی که در حوزه سلامت وجود دارد در رابطه با دیابت و بار این بیماری ناکارآمدی نظام سلامت است، ما هر روز این حرف را می‌زنیم اما به نتیجه‌ای نمی‌رسیم.

وی ادامه داد: در رابطه با دیابت بهترین راه پیشگیری است که با توانمندسازی مردم و بیماران شکل می‌گیرد در این رابطه مردم باید

امیدی به اینکه مشکل
دیابت را دولت حل کند،
نیست چرا که اتفاق
خاصی نمی‌افتد مگر
اینکه کار به دست مردم
و NGOها حل شود

اگر سیستم ارجاع
درست شود بهتر
می‌توانیم عمل کنیم
همچنین راه‌اندازی
درمانگاه و کلینیک‌های
زنجیره‌ای نیز به
پیشگیری از دیابت
کمک می‌کند

آمار مبتلایان به دیابت در جهان

- همه‌گیری دیابت در دنیا (به‌ویژه در کشورهای فقیر و درحال توسعه) در حال گسترش است.
- در سال ۲۰۱۴ برآورد شده حدود ۹ درصد افراد بالای ۱۸ سال به این بیماری مبتلا بوده‌اند.
- دیابت پرهزینه‌ترین بیماری غدد در جهان است.
- طبق آمار جهانی تعداد افراد مبتلا به دیابت در جهان حدود ۳۴۶ میلیون نفر است.
- هر ۱۰ ثانیه دو نفر به دیابت مبتلا می‌شود.
- هر ۸ ثانیه یک نفر در اثر دیابت جان خود را از دست می‌دهد.
- دیابت علت یک میلیون قطع عضو در سال است.
- ۹۰ درصد افراد مبتلا به دیابت، مبتلا به دیابت نوع ۲ هستند.
- ۵۰ درصد افراد مبتلا به دیابت از بیماری خود بی‌اطلاع هستند.
- حدود ۸۰ درصد تلفات ناشی از دیابت متعلق به کشورهای کم درآمد و یا متوسط از لحاظ اقتصادی است.
- طبق پیش‌بینی سازمان بهداشت جهانی آمار مبتلایان به دیابت تا سال ۲۰۳۰ دو برابر می‌شود.
- هند و چین بیشترین آمار افراد مبتلا به دیابت را دارا هستند.
- ۵۰ درصد مبتلایان به دیابت در اثر بیماری‌های قلب و عروق فوت می‌کنند.
- پس از گذشت ۱۵ سال از بیماری ۲ درصد مبتلایان به دیابت دچار نابینایی و ۱۰ درصد دچار عوارض شدید چشمی می‌شوند.





طرح ایراین انقلاب دوم در نظام سلامت کشور است

شناسایی افراد در معرض خطر چهار بیماری مزمن

(قلبی - عروقی، سرطان، آسم و دیابت)

در چهار شهر پایلوت

انقلاب اول نظام سلامت کشور روی داده و هم‌اکنون نتیجه آن در کاهش و ریشه‌کنی بیماری‌های واگیردار بیان‌کننده نقش این انقلاب است، هم‌اکنون طرح ایراین نیز انقلاب دوم نظام سلامت در کاهش ابتلا به بیماری‌های غیر واگیر و مرگ‌ومیر زودرس است.»

چهار بیماری دیابت، پرفشاری خون، سرطان و بیماری‌های مزمن تنفسی به همراه چهار عامل خطر کم‌تحرکی، تغذیه ناسالم، مصرف الکل و دخانیات مهم‌ترین علل مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های غیر واگیر است. از این رو سازمان جهانی بهداشت، کنترل این بیماری‌ها و عوامل زمینه‌ساز آن‌ها را به‌عنوان هدف اصلی برای کاهش ۲۵ درصدی مرگ‌ومیر ناشی از این بیماری‌ها تا سال ۲۰۲۵ تعیین کرده که این زمان مصادف با پایان چشم‌انداز ۲۰ ساله ایران است.



معاون فنی معاونت بهداشت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با بیان اینکه طرح ایراین (IRAPEN) به‌منظور شناسایی افراد در معرض خطر چهار بیماری به صورت پایلوت در چهار شهرستان آغاز شده است، گفت: این طرح انقلاب دوم نظام سلامت کشور پس از اجرای خانه‌های بهداشت است.

احمد کوشا در آیین آغاز اجرای طرح ایراین در مراغه بیان داشت: «این طرح به‌منظور پایش و شناسایی افراد در معرض خطر چهار بیماری‌های قلبی - عروقی، سرطان، آسم و دیابت در چهار شهر مراغه، شهر رضا، نرده و بافت به‌صورت پایلوت اجرا می‌شود. در این طرح حدود ۶۰۰ هزار نفر شامل تمامی افراد بالای ۴۰ سال و بخشی از افراد ۲۰ تا ۴۰ سال پیش با هدف شناسایی افراد در معرض خطر و ارائه راه‌های پیشگیرانه به آنان در مراکز بهداشتی، خانه‌های بهداشت روستایی این چهار شهرستان اجرا می‌شود. با توجه به اینکه ۸۶ درصد از مرگ‌ومیرهای کشور به‌علت ابتلا به چهار بیماری غیرواگیر قلبی - عروقی، سرطان، آسم و دیابت و همچنین تصادفات و مشکلات روحی و روانی است، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی درصدد است با این طرح، میزان این بیماری‌ها را کاهش دهد.»

وی گفت: «طرح ایراین پس از موفقیت در شهرستان‌های پایلوت به صورت گسترده در کشور اجرا می‌شود تا وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی با توجه به سند سلامت کشور، قدمی در کاهش مرگ‌ومیر زودرس بردارد.»

کوشا افزود: «با احداث خانه‌های بهداشت در کشور در دهه‌ی ۶۰

آغاز بررسی‌های کشور در زمینه شیوع دیابت از اردیبهشت ماه

علیرضا استقامتی دبیر کمیسیون انجمن‌های علمی گروه پزشکی، زمان آغاز بررسی‌های کشور در رابطه با پیشگیری دیابت پس از سه سال را در اردیبهشت ماه سال جاری اعلام کرد. وی گفت: تاکنون سه دوره بررسی‌های کشوری برای پیشگیری از دیابت در ایران انجام شده است. البته بررسی‌های جزئی و مستمر صورت گرفته ولی در قالب کشوری نبوده‌اند. بررسی روش‌های پیشگیری دیابت در کشور ما با توجه به وسعت و تنوع آب و هوایی استان‌ها کار آسانی نیست. اولین دوره‌ی بررسی‌ها از ۱۱ سال قبل آغاز شد و دوره‌ی پایانی آن بیش از سه سال پیش بود. استقامتی افزود: بررسی‌ها نشان داد طی این هفت سال شیوع دیابت در افراد بالای ۳۰ سال، از ۷/۸ درصد به ۱۱/۵ درصد افزایش یافته است. قرار بر این است تا پس از گذشت بیش از سه سال از آخرین بررسی‌ها، دوره‌ی بعدی بررسی‌ها در خصوص پیشگیری از دیابت در سطح کشوری از اردیبهشت ماه سال جاری آغاز می‌شود و پیش‌بینی می‌شود با افزایش آمار روبه‌رو شویم.

آمار دیابت در ایران

آخرین مطالعات نشان داده که ۸/۷ درصد از جمعیت ۶۰-۲۵ ساله کشور مبتلا به دیابت هستند و این بیماری شایع‌ترین علت کم‌بینایی و نابینایی در ایران است. سن ابتلا به دیابت نوع ۲ در دنیا ۶۵-۵۵ سالگی است درحالی‌که در ایران ۵۰-۴۵ سالگی است. به این ترتیب سن ابتلا به دیابت در ایران دست کم ۱۵-۱۰ سال پایین‌تر از سن شایع ابتلا در کشورهای توسعه‌یافته است. - حدود ۴ میلیون ایرانی به دیابت مبتلا هستند و درحالی‌که نیمی از افراد مبتلا به دیابت از بیماری خود بی‌اطلاع هستند. - هزینه‌ی درمان دیابت نوع ۱ با عارضه ۱۲ برابر هزینه‌ی درمان بدون عارضه آن است. - هزینه‌ی درمان دیابت نوع ۲ با عارضه ۲۴ برابر هزینه‌ی درمان بدون عارضه آن است. - بررسی‌ها نشان می‌دهد سه تا پنج میلیون نفر در کشور مبتلا به بیماری دیابت هستند که بسیاری از آنها به علت بی‌اطلاعی از بیماری خود به انواع عوارض دیررس دیابت مبتلا و هزینه‌های سنگینی به نظام سلامت وارد می‌کند.



دیابت چالشی در نظام سلامت ایران اما فرصتی برای همکاری

دکتر مهران قسمتی زاده

رئیس شورای هماهنگی انجمن‌های پزشکان عمومی کشور
عضو هیات مدیره انجمن پزشکان عمومی لاهیجان

۴۰۰ هزار نفر به افراد دچار دیابت در کشور اضافه می‌شود که در شرایط کنونی در حدود نیمی از آن‌ها ناشناخته باقی می‌مانند. البته میزان تشخیص دیابت در کشورهای پیشرفته ۹۰ درصد است که این اختلاف در شناسایی دیابت خود یکی از عواملی است که نشان می‌دهد که توجه به دیابت در کشورهایی چون کشور ما بسیار کمتر از کشورهای جهان پیشرفته است.

دومین نتیجه‌ای که از این آمارها می‌توان گرفت آن است با توجه با گرایش روزافزون ما ایرانی‌ها به سبک زندگی ناسالم که عناصر اصلی آن را کم‌تحرکی و زندگی ماشینی، مصرف سیگار، خوردن فست‌فودها و جایگزینی تفریحات و سرگرمی‌های توأم با فعالیت و جنب و جوش با بازی‌های کامپیوتری، تماشای تلویزیون و اخیراً گردش مجازی در صفحات الکترونیک تشکیل می‌دهد، اگر زود نجنبیم دیابت در کشور ما کاری خواهد کرد که آن‌هایی که در طول تاریخ بر این کشور تاخته‌اند نتوانسته‌اند بکنند.

و سومین نکته اینکه اگر آمارهای دیابت در کشور خودمان را در کنار ریسک فاکتورهای دیابت و عوارض آن قرار دهیم به این نتیجه می‌رسیم که یا برای دیابت نقشه‌ای نداشته‌ایم و یا آنچه در این مورد ترسیم شده نادرست و روش‌های مقابله‌ای که انتخاب شده‌اند ناکارآمد و سپاه مبارزان به کار گرفته شده بسیار ناکافی بوده‌اند.



عوامل خطر ساز

آنچه تاکنون اثبات شده این است که دیابت نوع ۱ غیر قابل پیشگیری اما نوع ۲ و همچنین عوارض این بیماری قابل پیشگیری هستند. کم‌فعالیتی و تغذیه غیرسالم و در نتیجه چاقی ناشی از سبک غلط زندگی در دنیای ماشینی کنونی است که از عوامل اصلی افزایش بروز دیابت در جهان امروز هستند و این عوامل در کنار هیپرلیپیدمی، مصرف سیگار و زندگی پراسترس شرایط را برای بروز بیشتر و زودتر عوارض دیابت فراهم کنند. آنچه مسلم است بسیاری از این عوامل با مدیریت صحیح بیماری و اعمال سیاست‌های درگیر کننده جامعه قابل پیشگیری هستند.

اما چرا با وجود شناخته بودن مکانسیم و ریسک فاکتورهای بیماری، بشر تاکنون نتوانسته آن را کنترل کند و جلوی پیش روی

دیابت با بی‌رحمی تمام در حال گسترش است. آمارهای سازمان بهداشت جهانی حکایت از آن دارد که از سال ۱۹۸۰ در دنیا تعداد کسانی که دچار دیابت شده‌اند چهار برابر شده و به ۴۲۲ میلیون نفر در سال ۲۰۱۴ رسیده است، در سال ۲۰۱۲، دیابت به تنهایی علت مرگ ۱/۵ میلیون نفر بوده است و ۲/۲ میلیون نفر به دلیل بالا بودن قند خون و تاثیر آن در مرگ و میر از سایر بیماری‌ها جان خود را از دست داده‌اند و نکته مهم آن که بیش از نیمی از این مرگ‌ها پیش از ۷۰ سالگی رخ داده‌اند. سازمان بهداشت جهانی پیش‌بینی کرده است که در سال ۲۰۳۰ دیابت هفتمین علت مرگ و میر در سراسر دنیا خواهد بود و از همه بدتر این که افزایش شیوع دیابت در بزرگسالان بالای ۱۸ سال از ۴/۷ درصد در سال ۱۹۸۰ به ۸/۵ درصد در سال ۲۰۱۴ رسیده است.

در ایران ما نیز وضع از این بهتر نیست، بنابر خوشبینانه‌ترین آمارها حدود ۶ - ۵ میلیون ایرانی دچار دیابت هستند. در حالی که براساس نمودارهای سازمان بهداشت جهانی بیش از ۱۰ درصد جمعیت ایران از دیابت رنج می‌برند! مسلماً واقعیت آمار ایرانی‌های دچار دیابت، با آمارهایی که به حدس و گمان استوار است بسیار فرق می‌کند و با وجود پنهان بودن بیماری در بسیاری از افراد، این آمار با آنچه در جراید و مصاحبه‌های مقامات رسمی آمده است منطبق نیست. براساس یکی از محدود پژوهش‌های بزرگ غربالگری که در سال‌های ۱۳۸۰-۱۳۷۷ در جمعیت بالای ۲۰ سال تهران به عمل آمده است ۹/۷ درصد تهرانی‌ها دچار دیابت و نیمی از آن‌ها از بیماری خود بی‌اطلاع بوده‌اند و براساس آنچه در سال ۱۳۹۰ در کنگره دیابت اعلام شد این درصد برای استان‌های یزد و بوشهر ۱۶ درصد بوده است.

توجه داشته باشید که همگی این آمارها مربوط به سال‌های پیشین است و با توجه به این که ریسک فاکتورهای بیماری به ویژه نوع ۲ آن؛ مانند کم‌تحرکی، چاقی و رژیم غذایی ناسالم و در یک کلام سبک ناسالم زندگی در کشور کاهش نیافته بلکه به طور روزافزونی در حال افزایش است و از سوی دیگر ناشناخته بودن دیابت در بسیاری از افراد مبتلا، احتمال مقابله با آن را کاهش داده است، به ناگزیر باید اعتراف کرد که هم اکنون این آمار بسیار بیش از آن است که در بالا آمده است.

حکایت این آمارها چیست؟

این آمارهای هول‌انگیز، بیانگر چیستند و مرور آن‌ها، آن‌گونه که در ماه‌های اخیر در جراید کشور به نقل از مسوولان نظام سلامت و متخصصان و کارشناسان دیابت آمده است چه کمکی به ما می‌کند؟

اولین نتیجه منطقی که از این آمارها می‌توان گرفت این است که روش‌هایی که بشر تاکنون برای مقابله با این بیماری به کار گرفته به اندازه کافی کارآ و موثر نبوده است و جالب این که به رغم طبیعت غیرواگیر بودن آن، رشد روزافزونی داشته است به گونه‌ای که متخصصان کشور ما مدعی‌اند که سالانه دست کم



روش‌هایی که
بشر تاکنون برای
مقابله با دیابت
به کار گرفته به اندازه
کافی کارآ و موثر نبوده
است و جالب
این که به رغم
طبیعت غیرواگیر بودن
آن، رشد روزافزونی
داشته است

کم‌فعالیتی
و تغذیه ناسالم
و در نتیجه چاقی
ناشی از سبک
غلط زندگی در
دنیای ماشینی کنونی
است که از عوامل
اصلی افزایش
بروز دیابت در جهان
امروز هستند



در روند مبارزه با بیماری حمایت کند و شرایط را برای ثبت نام بیماران و دخالت آن‌ها در روند تصمیم‌گیری درمانی فراهم کرده و استراتژی درمان در هر فرد در تطابق با نیازها و امکانات وی تدوین شود، می‌توان بر لجام زدن بر اسب سرکش دیابت امیدوار بود. اما البته این فقط بخشی از اقدامات لازم در مبارزه با دیابت است بخشی که فقط شامل حال بیماران می‌شود اما سمت دیگر این مبارزه به بحث پیشگیری باز می‌گردد که با توجه به عوامل خطرناک و تسریع‌کننده دیابت می‌توان ادعا کرد که بخش اعظم کار را شامل می‌شود که در چند محور باید انجام شود

- ۱- شناسایی افراد در معرض خطر
- ۲- اصلاح سبک زندگی مردم
- ۳- اصلاح رژیم غذایی
- ۴- پیشگیری از چاقی و مبارزه با اضافه وزن
- ۵- مبارزه با گسترش مصرف سیگار

حال اگر به این دو دسته از اقدامات نظری بیفکنیم متوجه می‌شویم که در مبارزه با دیابت، هم باید در جامعه تغییراتی اتفاق افتد و هم در بیماران و هم در روند عرضه خدمات در نظام سلامت.

آن را بگیرد و از بروز عوارض آن پیشگیری کند و دیابت به یکی از بیماری‌های اصلی عامل مرگ و میر بشر تبدیل شده است. شاید درست‌ترین پاسخ برای این پرسش این باشد که: دیابت اساس پیشرفت و گسترش خود را بر بنیان عوارض حاصل از پیشرفت انسان در زندگی اجتماعی گذاشته است. پس بیهوده نیست که گسترش این بیماری هر چه از روستا فاصله می‌گیریم و به شهر نزدیک می‌شویم بیشتر می‌شود. مدت‌ها بود که دریافت غذاهای پرکالری و تسهیل در فعالیت‌های فیزیکی از آرزوهای انسان بوده است و هم اکنون خود این اهداف به دلیل بی‌توجهی به حواشی به وجود آمده به مصیبت‌های جدید بشر تبدیل شده‌اند. نکته دیگر را در افزایش نقش بیماری‌های مزمن از جمله دیابت در مرگ و میر و بیماری‌زایی در انسان‌ها باید جستجو کرد، کنترل بهتر بیماری‌های واگیر و در نتیجه افزایش سن انسان‌ها و در نتیجه افزایش شانس دچار شدن به بیماری‌های واگیر یکی از پارامترهایی است که دست کم در برخی از نقاط جهان می‌توان به عنوان دلیلی برای افزایش بار بیماری‌های مزمن در میزان مرگ و میر انسان‌ها بدان اشاره کرد.

اما در کنار این نکات آنچه بر نقش سبک ناسالم زندگی تاکید بیشتری دارد و تاثیر آن را در بیماری‌زایی دیابت آشکارتر می‌سازد افزایش نرخ بروز و شیوع دیابت نوع ۲ در کودکان و نوجوانان است. محدوده سنی ای که پیش از این قلمرو یک تازی دیابت نوع ۱ بود.

نکته قابل تامل دیگر در مورد دیابت آن است که براساس حقایق مبتنی بر شواهد، آنچه بیشتر سبب مرگ و میر افراد دیابتی می‌شود نه نفس افزایش قند خون، بلکه عوارض ناشی از دیابت و نقشی است که این قند خون بالا به عنوان عامل زمینه‌ای بر روند سایر بیماری‌های فرد می‌گذارد.

اصلاحات پیشنهادی ADA

با توجه به بررسی‌های بالینی و همچنین حقایق مبتنی بر شواهد، WHO و ADA اصلاح روند مراقبت‌های پزشکی در ۳ زمینه زیر را پیشنهاد کرده‌اند^۳

- ۱- ارتقای کیفی عرضه‌کنندگان خدمات و توسعه‌ی کار تیمی
- ۲- پشتیبانی از تغییر رفتار بیماران
- ۳- تغییر در سیستم عرضه‌ی خدمات مراقبتی به بیماران و به طور عملی معتقدند در صورتی که نظام سلامت کار تیمی درمانگران و مراقبان سلامت را پشتیبانی و از درگیر کردن جامعه



Key Recommendations (2)

- Care should be aligned with components of the Chronic Care Model to ensure productive interactions between a prepared proactive practice team and an informed activated patient. **A**
- When feasible, care systems should support team-based care, community involvement, patient registries, and decision support tools to meet patient needs. **B**



ناکارآمدی‌های سیستم ما

و اما همان‌گونه که در بالا بدان اشاره شد و گوشه‌ای از آمارهای مبتنی بر حدس و گمان در آن آمد، ما نیز در کشور خود در مبارزه با دیابت چندان موفق نبوده‌ایم. با دقت بیشتر در نظام سلامت کشور و سیستم عرضه مراقبت‌های دیابت در آن به کاستی‌های زیر می‌توان پی برد. البته موارد نامبرده در زیر، هم جنبه اجتماعی داشته که برطرف شدن آن‌ها نیاز به مداخلات اجتماعی دارد و هم به طور خاص به نظام سلامت و سیستم عرضه خدمات سلامت برمی‌گردد که باید به طور ویژه مورد توجه تصمیم‌گیران و تصمیم‌سازان نظام سلامت کشور قرار گیرد:

در بعد اجتماعی

- ۱- افزایش روزافزون سبک ناسالم زندگی: کم‌تحرکی، استفاده روزافزون از فست‌فودها، افزایش چاقی
- ۲- نبود آموزش سازمان‌یافته در مورد عوامل خطر دیابت
- ۳- نبود برنامه جامع پیشگیری در مدارس و محیط کار و محیط‌های تجمع انسانی



۴- نبود آمار صحیح از افراد دچار دیابت و بیماران دچار عوارض و کاستی‌های نظام عرضه خدمات سلامت

۱- ناپیوستگی خدمات

۲- عرضه‌ی غیرفعال خدمات

۳- اختصاص ندادن وقت کافی توسط عرضه‌کنندگان خدمات به بیماران

۴- عرضه‌ی فردی خدمات در مقابل عرضه‌ی تیمی آن

۵- بی‌توجهی به بخش تغذیه و تغییر شیوه ناسالم زندگی و همچنین عوامل سایکوسوشیال بیماری

۶- مشارکت نکردن بیمار در تصمیم‌گیری و روند درمان

۷- کم رنگ بودن آموزش بیماران و مردم در هنگام عرضه خدمات درمانی

۸- ناکافی بودن تعداد عرضه‌کنندگان خدمات و همچنین مجهز نبودن بخش بزرگی از عرضه‌کنندگان خدمات به دانش روز

۹- عرضه‌ی خدمات براساس تجربیات شخصی در مقابل مراقبت‌های متکی بر شواهد و بر اساس راهنماهای بالینی به روز و یا به سخن

دیگر در دسترس نبودن دستورالعمل کار بالینی به روز و بومی در حوزه درمان و پیشگیری دیابت

۱۰- نبود ثبت اطلاعات سلامت بیماران و امکان بازیابی آن‌ها

۱۱- صف‌های طولانی بیماران در انتظار درمان

چاره چیست؟

با توجه به میزان بالای شیوع بیماری و روند مزمن و همچنین طیف گسترده‌ی عوارض آن، دیابت هم به مقیاس وسیع در جامعه و هم در زندگی فردی بیماران و اطرافیان آن‌ها نقش گسترده و روزافزونی پیدا کرده است. این نقش چند وجهی بوده و به اشکال مختلف نمود پیدا می‌کند:

۱- تاثیر عوامل گوناگون مانند تغذیه، وضعیت روحی روانی، عادات فردی در بروز بیماری

۲- با توجه به روند مزمن بیماری و درگیری ارگان‌های مختلف بدن، بیماران نیازمند مداخله متخصصان مختلف سلامت هستند.

۳- جنبه سایکوسوشیال بیماری از نظر لزوم مداخلات اجتماعی برای پیشگیری از بروز آن حکایت دارد.

براساس مطالب ارائه شده در این یادداشت می‌توان پی برد که چاره کار اتحاد تمام نیروهای درگیر در یک جبهه واحد و با روش همه جانبه است. بی‌دلیل نیست که سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۱ از تمامی دولت‌های جهان خواست که علیه ۵ بیماری مزمن (از جمله

دیابت) که حیات بشر را به مخاطره انداخته‌اند تمامی مساعی خود را به کار گیرند. چند جانبه بودن این بیماری‌ها سبب می‌شود که ما نیز به دنبال راه حل‌های چند جانبه که تمامی نیروهای موثر را به کار می‌گیرد، برآییم. راه حل‌هایی که هیچ یک از نیروهای بخش دولتی یا خصوصی را نادیده نگرفته و همچنین فقط خود را به مداخلات درمانی محدود نسازد. راه حل‌هایی که تیم درمانگران را در پیشاپیش جبهه‌ای اجتماعی علیه دیابت مجهز سازد.

به همین دلیل است که انجمن پزشکان عمومی ایران موضوع اصلی ششمین گردهمایی شعب خود را در پاسخ به درخواست وزیر محترم بهداشت دایر بر راه‌اندازی این شبکه دیابت توسط پزشکان عمومی، با شعار پزشکان عمومی متحد در خط مقدم جبهه غلبه بر دیابت، بحث و تبادل نظر در مورد چگونگی اجرایی شدن این شعار قرار داده است.

چالش‌ها

شاید اولین چالش در مورد راه‌اندازی این شبکه، تعیین رویکرد در مورد روند استقرار آن است. متأسفانه سیاست‌های چندساله اخیر وزرات بهداشت در نادیده گرفتن بخش خصوصی به ویژه بخش خصوصی پزشکان عمومی، سبب شده که در این مورد نیز این نگرانی به شدت خود را نشان دهد. این نگرانی وقتی جنبه جدی‌تری می‌یابد که با دقت در ویرایش اول سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر هیچ نشانی از حضور نمایندگان بخش خصوصی و یا کسانی که می‌توانند نماینده بخش خصوصی تلقی شوند مانند نظام پزشکی و انجمن‌های علمی در فهرست اعضای کمیته مرتبط با این سند ملی نمی‌یابید و این امر تأکید مجدد بر این حقیقت است که در فرهنگ واژگان مورد استفاده وزارت بهداشت کلمه ملی، فقط دولتی معنا می‌یابد و به همین دلیل در برنامه‌های اجرایی این وزارتخانه همیشه جای خالی بخش خصوصی احساس می‌شود (البته به غیر از این مورد، انتقادات دیگری نیز بر این سند وارد است که در جای خود به آن خواهیم پرداخت)

دومین چالش در راه ارائه خدمات جامع به افراد واجد تمامی ویژگی‌های نامبرده شده در بالا، سیستم پرداخت به درمانگران و ارائه‌کنندگان خدمات در سیستم نظام سلامت ماست. در حالی که در سیستم پیشنهاد شده WHO و ADA نقش آموزش خودمراقبتی و پشتیبانی از آن توسط درمانگران، پیگیری وضعیت بیماران و ارائه خدمات مولتی دیسیپلین بسیار بارز است، اما در سیستم خرید خدمت نظام سلامت ما این گونه خدمات به هیچ وجه تعریف نشده‌اند.

چالش بعدی شیوه جامعیت بخشیدن به خدمات و استمرار آن به بیماران و فراهم سازی امکان دسترسی به این خدمات در تمامی نقاط کشور است. بخشی از این جامعیت بخشی، طراحی سیستم ارائه خدمات و چگونگی ارتباط درمانگران با هم و فراهم سازی شرایط برای مشاوره اینان در مورد بیماران خاص است. متأسفانه در نظام سلامت کشور ما ارائه کارگروه در خدمات سرپایی به جز آنچه در بخش دولتی و به زور بخشنامه و ... جاری است (و کارنامه خوبی نیز نداشته است) جایگاهی ندارد.

براساس توصیه‌های سازمان بهداشت جهانی خدمات درمانی باید براساس راهنماهای بالینی مبتنی بر شواهد به مردم داده شود اما متأسفانه ما در کشورمان سازمانی که وظیفه به روزرسانی، بومی سازی و تطابق راهنماهای بالینی با شواهد کشورمان را برعهده داشته باشد، نداریم. از این رو یکی دیگر از چالش‌ها تهیه این راهنماهای بالینی

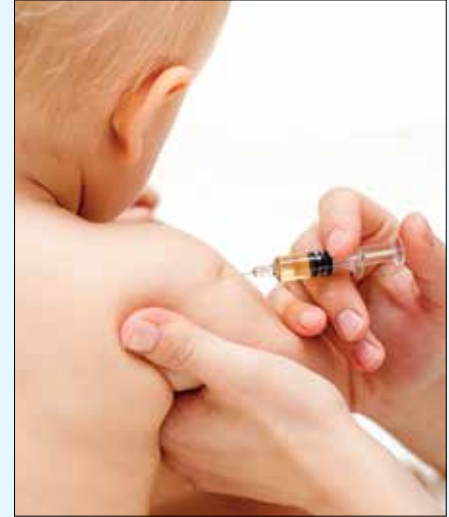




(شرکت نوونوردیکس) و همچنین سازمان بیماری‌های خاص و چند دانشگاه کشور کارگاه‌های آموزشی با موضوع دیابت برگزار شده است اما متأسفانه نه تنها تعداد این کارگاه‌ها کافی نیستند بلکه تمام اعضای تیم عرضه‌کننده خدمت را خطاب قرار نداده‌اند و از سوی دیگر در طی این دوره‌ها امکان کسب تجربه عملی برای پزشکان در طی آموزش فراهم نمی‌شود. به طور قطع در راه ایجاد شبکه عرضه خدمات جامع دیابت به عزمی ملی نیاز است که هم به چالش‌های پیشرو پرداخته شود هم با توسل به آن این شبکه بتواند از کمک‌های خارج سیستم نظام سلامت نیز برای پیروزی بر دیابت بهره‌مند شود.



آن‌ها از دیگر دغدغه‌هایی است که در این سیستم باید بدان توجه کرد، پرونده الکترونیک سلامت می‌تواند هم به عنوان خط ارتباط بین درمانگران و هم به عنوان محلی برای ثبت و مراجعه به مداخلات درمانی بیماران مورد استفاده قرار گیرد. نکته دیگر آموزش و توانمندسازی پزشکان عمومی و تیم همراه آن‌ها در ارائه خدمات دیابت است. البته مدتی است به طور پراکنده و به همت یکی از شرکت‌های خصوصی



و فراهم کردن شرایط برای استفاده از آن در شبکه مورد بحث است. البته انجمن پزشکان عمومی به عنوان نماینده بخش پیشاهنگ این مبارزه یعنی پزشکان عمومی آمادگی خود را برای کمک در این زمینه اعلام می‌کند و هم اکنون نیز ترجمه کامل راهنماهای بالینی معتبر از جمله ADA را در برنامه کار خود دارد که به زودی آماده استفاده درمانگران کشور خواهد شد. ثبت و نام‌نویسی بیماران و مداخلات درمانی مرتبط با

۱ - نمایه ایران در سازمان بهداشت جهانی

۲ - شیوع بالای دیابت و اختلالات تحمل گلوکز در جامعه شهری بالای ۲۰ سال تهران - ۱۳۸۶ - دکتر فرزاد حدائقی و همکاران - مجله غد دورن ریز و متابولیسم ایران
3 - Standards of medical care in diabetes-2016/ADA- DIABETES CARE VOL39-SUPPLEMENT1

۱۰ حقیقت درباره‌ی دیابت



- ۳۴۷.۱ میلیون نفر در دنیا دیابت دارند.
- دلیل افزایش سریع آمار دیابت در جهان افزایش اضافه‌وزن و چاقی و کاهش فعالیت فیزیکی است.
- پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۳۰ دیابت هفتمین عامل عمده‌ی مرگ در دنیا باشد.
- انتظار می‌رود میزان مرگ در اثر دیابت در ۱۰ سال آینده بیش از ۵۰ درصد افزایش داشته باشد.
- دیابت به دو نوع عمده تقسیم می‌شود: نوع نخست با کمبود انسولین مشخص می‌شود و نوع دوم نتیجه‌ی مصرف غیرموثر انسولین در بدن است.
- دیابت بارداری یک‌سوم دیابت‌ها را تشکیل می‌دهد.
- در این خانم‌ها قند خون بالا ولی کمتر از حد دیابت است و خطر عوارض بارداری و نیز دیابت پس از بارداری افزایش می‌یابد.
- دیابت نوع ۲ بسیار شایع‌تر از سایر انواع دیابت است (۹۰ درصد).
- دیابت نوع ۲ قبلاً در کودکان و نوجوانان نادر بود اما الان در بعضی کشورها، تقریباً نصف موارد جدید دیابت این سنین نوع ۲ است.
- ۶ بیماری‌های قلبی - عروقی مسوول ۸۰-۵۰ درصد مرگ در دیابتی‌هاست.
- دیابت یکی از بزرگ‌ترین علل مرگ زودرس در اغلب کشورها به‌ویژه از طریق افزایش خطر بیماری‌های قلبی است.
- در سال ۲۰۱۲ دیابت عامل مستقیم مرگ یک و نیم میلیون نفر بوده است.
- ۸۰ درصد مرگ در اثر دیابت در کشورهای با درآمد پایین یا متوسط رخ می‌دهد.
- در کشورهای پیشرفته دیابت بیماری بازنشسته‌هاست و در ممالک در حال توسعه بیماری ۴۴-۳۵ ساله‌ها.
- دیابت یک علت عمده‌ی کوری، قطع اندام و نارسایی کلیه است.
- نداشتن آگاهی یا دسترسی ناکافی به سرویس‌های سلامتی و داروهای لازم می‌تواند عامل بروز این عوارض شود.
- ۱۰٪ از بروز دیابت نوع ۲ می‌توان پیشگیری کرد.
- فعالیت فیزیکی و رژیم غذایی سالم از خطر پیشرفت دیابت نوع ۲ می‌کاهد. از دیابت نوع ۱ نمی‌توان پیشگیری کرد.



چاقی، پری دیابت، پیش به سوی دیابت

دکتر مسعود بخارایی

عضو کمیته آموزشی پژوهشی انجمن پزشکان عمومی مشهد

۲) مقاومت سلول ها نسبت به اثر انسولین همراه با ازدیاد جبرانی انسولین خون - پدیده ای که هیپرانسولینمی خوانده می شود
۳) مقاومت سلول ها نسبت به اثر انسولین همراه با هیپرانسولینمی و افت قند خون
۴) مقاومت سلول ها نسبت به اثر انسولین همراه با هیپرانسولینمی و اختلال در تحمل قند خون
۵) دیابت نوع ۲ همراه با مقاومت سلولی نسبت به اثر انسولین و هیپرانسولینمی
۶) دیابت نوع ۲ همراه با تولید کم انسولین یا عدم توانایی لوزالمعده در تولید انسولین

پیشرفت مقاومت به انسولین

اولین گام در ایجاد دیابت معمولاً با افراط در مصرف غذاهای پرکربوهیدراتی آغاز می شود و منجر به چربی سازی بدن و ذخیره ی آن در بافت های چربی و ایجاد اضافه وزن و بروز چاقی می شود. متأسفانه پدیده ی چاقی منجر به تشدید عامل ایجاد آن یعنی مقاومت به انسولین می گردد. این که چرا چاقی که خود معلول مقاومت به انسولین است موجب بدتر شدن آن می گردد معلوم نیست و در مرحله ی تحقیق قرار دارد.
هنگامی که چربی بدن افزایش می یابد، مقاومت در برابر اثر انسولین نیز تشدید می شود. اگرچه هر کسی اضافه وزن دارد لزوماً دارای مقاومت به انسولین نیست اما هر چه فرد فربه تر باشد احتمال آن بیشتر می شود. بر عکس این فرآیند نیز صحیح است یعنی برخی افراد علیرغم برخورداری از وزن طبیعی دارای مقاومت به انسولین هستند که با مصرف آزادانه ی کربوهیدرات ها حتی اگر وزن آن ها ثابت هم بماند، بدتر می شود. خوشبختانه اگر فرد مبتلا آستانه ی کربوهیدراتی خود را بداند و مصرف کربوهیدرات ها

فرآیند تدریجی و طولانی مدت استقرار دیابت نوع ۲ می تواند سال ها طول بکشد. علایم آن به قدری آهسته پیشروی می کنند که بیمار متوجه آن نمی شود به طوری که دیابت در بسیاری از بیماران سالیانی قبل از تشخیص وجود داشته است و چه بسا بیمار به علت دیگری به پزشک مراجعه کرده است. در حقیقت مدت ها قبل از آن که بیمار متوجه هرگونه علایم دیابت شود، دچار اختلال در تنظیم انسولین و قند خون بوده است.

میزان قند خون در طول روز به صورت طبیعی قدری نوسان دارد که معمولاً پس از صرف غذا کمی افزایش می یابد و در فاصله ی بین وعده ها اندکی کاهش می یابد. همچنان که قند خون بالا می رود میزان ترشح انسولین که هورمون تنظیم کننده ی قند خون است نیز بالا می رود. سلول ها فقط در حضور انسولین قادر به برداشت قند خون می باشند. اگر مقدار قند خون بیشتر از نیاز سلول ها باشد بدن می تواند مازاد قند خون را به صورت گلیکوژن در کبد و عضلات ذخیره نماید. هنگامی که منابع ذخیره ی گلیکوژن پر شده باشند گلوکز باقیمانده در بدن به صورت چربی ذخیره می شود. معمولاً پس از صرف غذا انتظار داریم سطح گلوکز خون ابتدا به طور یکنواخت بالا رود، از ۱۴۰ میلی گرم در دسی لیتر فراتر نرود و آن گاه بدون اینکه نوسان زیادی داشته باشد یا موجب تولید هورمون های استرس شود به تدریج به حالت طبیعی خود برگردد و از ۷۰ میلی گرم در دسی لیتر پایین تر نرود.

مراحل ایجاد دیابت

گرچه پیشرفت و شکل گیری دیابت، کند و موزیانه صورت می گیرد اما تجربیات بالینی نشان می دهند که ناهماهنگی های موجود در قند خون بیماران می تواند در شش مرحله به صورت زیر تقسیم بندی شوند:

۱) مقاومت سلول ها نسبت به اثر انسولین

◆
اولین گام
در ایجاد دیابت
معمولاً با افراط در مصرف
غذاهای پرکربوهیدراتی
آغاز می شود
و منجر به
چربی سازی بدن
و ذخیره ی آن
در بافت های چربی
و ایجاد اضافه وزن
و بروز چاقی می شود.

◆
دیابت نوع ۲ چاق
را باید با رژیم غذایی،
پیاده روی،
مکمل و در نهایت
متفورمین
در همان نطفه
خفه کرد



خواهم نوشت و در مورد آن و آثاری که بر روی سلامت شما می‌گذارد توضیح خواهم داد.

رسیدن به دیابت

مرحله‌ی پنجم استقرار دیابت آشکار را نشان می‌دهد. در این مرحله قند ناشتای بیمار از ۱۲۶ میلی‌گرم در دسی‌لیتر بیشتر است و پس از صرف غذا به بیش از حد طبیعی افزایش می‌یابد. ترشح انسولین در حداکثر توان غده لوزالمعده است و پدیده‌ی مقاومت به انسولین نیز همچنان وجود دارد. اگر در این مرحله مداخله‌ی پزشکی صورت نگیرد ممکن است غده‌ی لوزالمعده توان خود را برای ترشح انسولین از دست بدهد و بیمار تا آخر عمر مجبور به تزریق انسولین باشد که مرحله‌ی ششم دیابت است.

همکاران گرامی توجه داشته باشند:

دیابت نوع ۲ چاق را باید با رژیم غذایی، پیاده روی، مکمل و در نهایت متفورمین در همان نقطه خفه کرد. هرگز اجازه ندهید دیابت تیپ ۲ به طور خزنده به سمت حلقه‌ی معیوب مسمومیت با قند یا پدیده مخرب گلوکوتوکسی سیتی پیشرفت نماید (چرا که اگر غلبه کرد) مختصر رمق باقی مانده در سلول‌های بتا (غده‌ی لوزالمعده) برای ترشح انسولین نیز از دست خواهد رفت.

حرکت به سوی پری دیابت

سه مرحله‌ی اول پیدایش دیابت می‌تواند ماه‌ها و یا حتی سال‌ها طول بکشد. در این سه مرحله قند خون ناشتای بیمار در حالت پرکاری شدید غده‌ی لوزالمعده (که به علت هیپرانسولینمی قابل تشخیص است) در حد طبیعی باقی می‌ماند. در مرحله‌ی چهارم، فرد نه تنها مبتلا به هیپرانسولینمی است بلکه قند خون نیز بالا می‌رود البته به حدی نیست که به آن دیابت اطلاق شود و اصطلاح «قند ناشتای مختل» اطلاق می‌گردد. قند خون بیمار نوسانات اغراق آمیز دارد.

قند خون یکی دو ساعت پس از صرف غذای پرکربوهیدرات افزایش غیر طبیعی دارد و علائمی مانند خواب‌آلودگی یا میل شدید به چرت زدن ایجاد می‌کند. معمولاً در حالت طبیعی قند خون ناشتا از ۱۰۰ میلی‌گرم در دسی‌لیتر و قند دو ساعت پس از صرف غذا از مرز ۱۴۰ میلی‌گرم در دسی‌لیتر فراتر نمی‌رود.

در شرایطی که بیماری در حال پیشرفت است میزان قند ناشتا در پری دیابت ۱۰۰ تا ۱۲۴ و قند دو ساعت پس از صرف غذا بیشتر از ۱۴۰ میلی‌گرم در دسی‌لیتر است ولی به نقطه‌ی بحرانی یعنی ۲۰۰ میلی‌گرم در دسی‌لیتر نمی‌رسد.

اگر قند خون شما به این حد برسد در مرحله‌ی قرار دارید که مبتلا به پری دیابت هستید که کاملاً جدی است، آنقدر جدی است که در این مورد مقاله‌ای جدا

را در این حد نگه دارد و از فعالیت بدنی مناسب نیز برخوردار باشد، سلول‌ها مجدداً در برابر انسولین واکنش نشان خواهند داد و دچار تبعات ناشی از مقاومت به انسولین نخواهد شد.

اگر مقاومت به انسولین کنترل نشود، لوزالمعده برای جبران آن اقدام به ترشح بیشتر انسولین می‌نماید تا سلول‌ها را مجبور به پاسخ‌دهی نسبت به انسولین نماید پدیده‌ای که به پرانسولینمی خون یا هیپرانسولینمی مشهور است.

هیپرانسولینمی وضع را خراب‌تر می‌کند بدین معنی که اول این که دستور چربی‌سازی به تمام بافت‌های بدن می‌دهد و چاقی را تشدید می‌کند (که به نوبه‌ی خود مقاومت در برابر انسولین را بدتر می‌کند) دوم این که موجب نوسانات غیر طبیعی قند خون می‌شود و سوم آن که فرد را در وضعیت خطرناکی از نظر حمله‌ی قلبی، پرفشاری خون، افزایش چربی‌های بد خون و کاهش چربی مفید، دیابت و ... قرار می‌دهد.

هیپرانسولینمی موجب کاهش غیر طبیعی قند خون می‌شود به طوری که ممکن است بیمار از علائمی مانند نوسان در سطح انرژی، سستی، کج خلقی و تحریک پذیری، سردرد، تهوع، تعریق، عدم توانایی در تمرکز و درست فکر کردن رنج ببرد. به علاوه افت قند موجب گرسنگی و اشتهای کاذب فرد و در نتیجه پرخوری نیز خواهد شد.



پره دیابت مشکلی جدی است!

دکتر مسعود بخارایی



۳ هموگلوبین A1C: میزان طبیعی هموگلوبین A1C کمتر از ۵٫۶ درصد است. اگر این میزان بین ۵٫۷ تا ۶٫۴ باشد شخص پره دیابتیک است و ارقام بالاتر از ۶٫۵ درصد نشانه‌ی استقرار دیابت می باشد.

تحقیقات نشان می دهد بعضی از عوارض بلندمدت دیابت مانند صدمه به عروق و قلب از زمانی که فرد مبتلا به پره دیابت است شروع می شود و پره دیابت ریسک ابتلا به بیماری قلبی عروقی را در مقایسه با افراد دارای قند خون طبیعی تا ۵۰ درصد بالا می برد. متأسفانه بیماری ممکن است سالیان سال بی علامت باشد و بیمار مراجعه نکند.

بنابراین غربالگری بیماران در موارد زیر منطقی خواهد بود:

- ۱) افراد بیش از ۴۵ سال
- ۲) BMI < ۲۵ مخصوصاً چاقی بالاتنه
- ۳) بیمار دارای ریسک فاکتور: HTN، دیس لیپیدی (کاهش HDL کمتر از ۴۰ در آقایان و کمتر از ۵۰ در خانم ها، افزایش TG بیشتر از ۱۵۰)
- ۴) HTN

خبر خوب!

خبر خوب برای بیماران مبتلا به دیابت آن است که با اصلاح عادت های غذایی و سبک زندگی خود می توانند از استقرار دیابت جلوگیری کنند یا آن را به تعویق بیندازند. کاهش وزن از طریق اجرای رژیم غذایی صحیح و ورزش با شدت متوسط مانند ۳۰ دقیقه پیاده روی در روز، دست کم پنج بار در هفته می تواند از ابتلا به دیابت پیشگیری کند و حتی پرفشاری خون فرد مبتلا به پره دیابت را درمان نماید! بیمارانی که اضافه وزن دارند، لازم نیست که به وزن ایده آل برسند، مطالعات نشان داده اند که تنها کاهش وزنی به میزان ۵ تا ۱۰ درصد وزن اولیه وضعیت متابولیکی بیمار را بهبود خواهد بخشید و پرفشاری خونش اصلاح خواهد شد.

پره دیابت، مرحله ای زودرس و قابل برگشت از دیابت نوع ۲ است که گاهی از آن با عنوان تحمل مختل شده گلوکز (impaired glucose tolerance) یا گلوکز ناشتای مختل (impaired fasting glucose) یاد می شود. گلوکز خون بیماران مبتلا به پره دیابت اندکی بیشتر از سطوح طبیعی است ولی آن قدر بالا نیست که تشخیص دیابت گذاشته شود. پری دیابت زنگ خطری برای استقرار یک دیابت نوع ۲ تمام و کمال است. طبق بعضی مطالعات ۱۱ درصد بیماران پره دیابتیک در سه سال بعد از تشخیص مبتلا به دیابت نوع ۲ می شوند.

عوامل خطر ابتلا به دیابت نوع ۲

- ۱) BMI ≤ ۲۵
- ۱) BP ≤ ۹۰/۱۴۰
- ۲) TG < ۲۵۰
- ۳) HDL > ۳۵
- ۴) PCOS
- ۵) بی تحرکی
- ۶) سابقه ی دیابت در خویشاوندان درجه یک

معمولاً برای تشخیص دیابت و پره دیابت از یکی از سه

آزمایش زیر استفاده می شود:

- ۱) قند خون ناشتا: قند سرم ناشتای بیمار پس از ۸ ساعت ناشتا بودن در حالت طبیعی کمتر از ۱۰۰ میلی گرم در دسی لیتر است. در فرد پره دیابتیک این میزان بین ۱۰۰ تا ۱۲۵ است و اگر ۱۲۶ یا بیشتر باشد، بیمار مبتلا به دیابت است.
- ۲) تست تحمل قند دهانی: در این آزمایش قند خون سرم هنگامی که بیمار ناشتای شبانه است پس از نوشیدن ۷۵ گرم شربت گلوکز اندازه گیری می شود. در حالت طبیعی قند دو ساعت پس از خوردن گلوکز نباید از ۱۴۰ میلی گرم در دسی لیتر بیشتر باشد. در پره دیابتیک ها این میزان بین ۱۴۰ تا ۱۹۰ و در دیابتیک ها بیشتر از ۲۰۰ میلی گرم در دسی لیتر است.





چاقی هایپراینسولینمیا و درمان موفق

است که مبتلا به ازدیاد فشار خون بودم و علیرغم مصرف داروهای فشار خون هیچگاه فشارم از ۱۶ کمتر نبوده است. الان احساس خوبی دارم، سبک شده ام، خیلی راحت ورزش می کنم و از همه مهم تر دیگر دارو مصرف نمی کنم و از زندگی ام لذت می برم.»

بیمار دوم

بیمار دوم آقای م. م. ۴۵ ساله چندین سال مبتلا به پرفشاری خون بود، با قد ۱۶۸ وزنی معادل ۹۱ کیلوگرم داشت. برای کنترل فشار از داروهای متیل دوپا، متورال، هیدروکلروتیازید و آملودیپین استفاده می کرد. در ابتدای مراجعه فشار خون وی ۹۰ / ۱۶۰ بود. برای بیمار درخواست تست تحمل قند نمودم که مبتلا به هایپراینسولینمیا (پره دیابتیک) بود. نخست داروی هیدروکلروتیازید بیمار قطع شد و یک رژیم کم کربوهیدرات را برایش طراحی کردم. بعد از یک ماه بیمار ۶ کیلوگرم وزن کم کرد، فشار خونسش به ۸۰ / ۱۱۰ میلی متر جیوه رسید و دیگر دارویی مصرف نمی کرد.

این دو نمونه تنها شرح دو بیماری است که یکی در سن جوانی و دیگری در سنین میانسالی مبتلا به پرفشاری خون ناشی از غذا و هایپراینسولینمیا بودند که با رژیم غذایی کم کربوهیدرات و با قطع دارو درمان شدند. بسیاری از بیماران را به همین ترتیب با رژیم کربوهیدرات کنترل شده و پرچرب (چربی های سالم) درمان کرده ام. همانطور که قبلا بیان شد، هایپراینسولینمیا موجب احتباس آب و نمک می شود که به نوبه ی خود فشار خون را بالا می برد، با اصلاح آن از طریق غذا می توان بسیاری از فشار خون ها را درمان کرد.

بنابراین اگر چاق هستید و فشار خون شما بالا رفته است، توصیه های زیر را به کار بگیرید تا نیاز شما به مصرف دارو کم یا قطع شود:

۱) کربوهیدرات های مصرفی روزانه ی خود را کنترل کنید. با حذف کربوهیدرات های بی ارزش مثل شکر، قند و آرد سفید و مصرف قابل قبول پروتئین و چربی های سالم و استفاده از سبزی ها (اسفناج، کاهو، کرفس، کلم بروکلی، جعفری و شاهی) و آجیل هایپراینسولینمیا اصلاح می شود و سوخت و ساز بدن به حالت عادی باز می گردد. می دانیم که انسولین موجب چربی سازی و احتباس آب و نمک و ایجاد چاقی و فشار خون می شود بنابراین اولین عاملی که موجب چاقی و پرفشاری می گردد، با تغییر عادات غذایی حذف گردیده است. از طرفی شما با مصرف کربوهیدرات های بی ارزش مثل سبزی ها و سالادها و آجیل های خام مقادیر بیشتری پتاسیم، منیزیم و کلسیم دریافت می کنید که برای کاهش فشار خون بسیار مؤثرند.

۲) یک ورزش منظم و ملایم را شروع کنید. برای این که بتوانید چاقی و افزایش فشار خون خود را درمان کنید، علاوه بر پیروی از یک رژیم غذایی با کربوهیدرات کنترل شده، نیاز به انجام ورزش نیز دارید. انجام ورزش منظم موجب تنظیم فشار خون سیستول و دیاستول شما خواهد شد.

مطالعات نشان داده اند علت اکثر چاقی ها هایپراینسولینمیا است. انسولین اضافی از طریق تحریک گیرنده ی هورمون رشد موجب تکثیر سلول های ماهیچه ای صاف و الیاف الاستینی جدار عروق می شود و مقاومت عروق محیطی را بالا می برد. از طرفی موجب افزایش جذب آب و نمک در کلیه ها شده و حجم خون را اضافه می کند. نتیجه ی این دو حادثه افزایش تدریجی فشار خون است. بنابراین فشار خون بالا معمولاً با چاقی در ارتباط است، زیرا تقریباً علت هر دو هایپراینسولینمیا است. معمولاً به بیمار مبتلا به پرفشاری خون علاوه بر تجویز دارو، پرهیز از چربی و انجام ورزش توصیه می شود، اما برای درمان پرفشاری خون راه حل دیگری را پیشنهاد می کنیم. در اینجا دو نمونه از بیمارانی که معرفی می کنیم.

بیمار اول

آقای ح. ح. ۱۹ ساله با قد ۱۷۳ سانتی متر وزنی معادل ۱۱۰ کیلوگرم داشت. رژیم های غذایی متعددی را امتحان کرده بود و از اعتیاد غذایی رنج می برد به طوری که روزانه مقادیر زیادی شیرینی، برنج و نان مصرف می کرد. در هنگام مراجعه فشار خون سیستول وی ۱۸۰ و فشار خون پایینی ۱۰۰ میلی متر جیوه بود. به پزشک مراجعه کرده بود و داروهای پایین آورنده ی فشار خون یعنی لوزارتان، تریامترو اچ و آنتولول مصرف می کرد. علاوه بر آن از داروی متفورمین و داروهای ضد ریزش مو نیز استفاده می نمود. سابقه افزایش چربی خون نیز داشت و روزی ۱ عدد قرص آتورواستاتین تجویز شده بود.

«آقای دکتر! از ۵ سال پیش! مبتلا به پرفشاری خون شده ام. پزشکان متعددی مراجعه کرده ام، علیرغم مصرف این همه دارو هیچگاه فشارم از ۱۶ پایین تر نبوده، رژیم های غذایی متعددی را امتحان کرده ام ولی همیشه به علت گرسنگی و ضعف شدید، اضطراب و تشویش و تپش قلب آن ها را رها می کنم و متفورمین مصرف می کنم که دچار این علائم نشوم و کمی لاغر شوم ولی فایده ای ندارد!؟»
با این شرح حال برای بیمار آزمایش تحمل گلوکز درخواست شد و تشخیص مسجل گردید: هایپراینسولینمیا. ابتدا به وی توصیه کردم از مصرف شیرینی، نان و برنج خودداری کند. همچنین او را از مصرف غذاهای حاضر آماده و نوشابه که

در بوفه ی دانشکده میل می کرد، منع کردم. در عوض هر چقدر که دوست دارد ماهی، گوشت گوساله، گوشت بوقلمون، پنیر و تخم مرغ همراه با سالاد و روغن زیتون مصرف کند. در میان وعده ها هم از مغزهای روغنی استفاده کند و از داروهایی که مصرف می کرد، تریامترو اچ، متفورمین و آتورواستاتین را قطع کردم. به زودی این رژیم نتایج سودمندی برای بیمار به ارمغان آورد. وی که با رژیم های مختلف وزن خود را نتوانسته بود کاهش دهد، ۱۵ کیلوگرم وزن کم کرد. فشار خونسش ۱۱۰ روی ۸۰ میلی متر جیوه شد که دو داروی دیگر رانیز قطع کردم. تری گلیسرید، کلسترول، LDL و HDL خون بیمار به ترتیب ۸۳، ۱۸۰، ۱۲۰ و ۵۷ میلی گرم در دسی لیتر پلاسما بود.

«آقای دکتر حیرت آور است! مدت ۵ سال





چاقی در کودکان؛ بایدها و نبایدها

خانم دکتر تکتیم الماسی
عضو انجمن پزشکان عمومی مشهد

دقیقاً به همین دلیل شما نمی‌توانید از کودک و نوجوان خود بخواهید نوشابه نخورد در حالی که نوشابه در یخچال منزل موجود است. اولین قدم در درمان کودک چاق پاکسازی منزل از شکلات و شیرینی جات، انواع نوشابه‌ها و جایگزینی آنها با میوه‌ها و سبزیجات است.

۲- به دنبال کم کردن وزن کودکان نباشید

بله به همین سادگی! خانواده کودک چاق باید بدانند که کاهش وزن در کودک می‌تواند آسیب‌های جدی به رشد سلامت وی وارد کند. در واقع در کودک چاق باید سعی کنیم وزن کودک فقط ثابت بماند و قد کشیدن ادامه پیدا کند تا وقتی که قد و وزن او با هم متناسب گردد.

تنها در مورد کودکانی که شاخص توده بدن آنها (و نه وزن) برای سن و جنس شان بالای صدک نود و پنج است گفته می‌شود که باید کاهش وزن پیدا کنند. اما این کاهش وزن هم باید بسیار به کندی صورت گیرد یعنی در حدود نیم کیلوگرم در ماه.

۳- غذای کودک را محدود نکنید

محدود کردن غذا موجب گرسنگی ذهنی می‌شود و حتی بعد از برداشتن محدودیت پرخوری متوقف نمی‌شود. در کودک چاق باید هله و هوله‌ها را محدود کرد (چیپس و پفک و نوشابه و بیسکویت و کیک‌های صنعتی و انواع گول زنده‌های ذائقه) و در هنگام گرسنگی به میزان کافی غذای سالم و میوه و سبزیجات در اختیار وی گذاشت. این مقدار کافی را به کودک واگذار کنید؛ بگذارید کودک خود تصمیم بگیرد که کی از خوردن دست بکشد. توصیه‌هایی مانند فکر می‌کنم به قدر کافی خورده باشی یا تنظیم مقدار غذایی که کودک مجاز به خوردن آن است موجب عدم اعتماد و ترس از گرسنگی می‌شود و ممکن است کودک را از قبول مسئولیت برای بدن خود عاجز و ناتوان سازد.

۴- اعتماد به نفس کودکان را بالا ببرید

بسیاری از والدین کودکان چاق ناخواسته اشتباه بسیار بزرگی در حین رژیم کودکان مرتکب می‌شوند. بدخلقی، دعوا کردن، تنبیه به علت عدم رعایت رژیم

آمارهای جمعیتی افراد چاق در سال‌های اخیر به طور نگران کننده‌ای حاکی از افزایش درگیری کودکان می‌باشد. در واقع تعداد کودکان چاق از بیست سال گذشته تاکنون دو برابر شده است. از آنجا که کودکان چاق شانس زیادی دارند تا نوجوانان و سپس بزرگسالان چاق شوند توجه به کودک چاق از اهمیت بالایی برخوردار است. از آنجا که وراثت فقط عامل ۳۳ درصد موارد چاقی کودکان است، مراقبت و اصلاح سبک زندگی می‌تواند برای ۶۷ درصد باقیمانده بسیار مفید باشد گو این که در همان موارد چاقی ژنتیکی هم نقش پایش در بهبود شرایط کودک انکار ناپذیر است.

طی سال‌ها مطالعه و کار بالینی در زمینه تغذیه شاهد برخوردهای نامناسب و غیر علمی با کودکان چاق بوده‌ام. رژیم‌های سخت و برخوردهای غیرمنطقی تقریباً این کودکان را بیمه می‌کند تا همه عمر چاق بمانند.

درمان کودک چاق بسیار حساس‌تر و پیچیده‌تر از بزرگسالان می‌باشد و باید حتماً توسط فرد متخصص و با تجربه انجام شود. رژیم‌های بزرگسالان یا معیارهای بدنی آنها را هرگز در مورد کودک در حال رشد خود اعمال نکنید چرا که ممکن است منجر به آسیب‌های عاطفی و روانی و حتی جسمی غیرقابل جبران شود.

سال‌هاست بیمارانه - در کمال تعجب - از من می‌شنوند که بیمار کودک را نمی‌پذیرم. ویزیت و بعد رژیم درمانی کودک چاق مسئولیتی خطیر می‌باشد که نیازمند همکاری و حمایت همه‌جانبه خانواده کودک می‌باشد. از آنجا که در چند تجربه معدود هرگز همکاری مناسبی از خانواده‌ها دریافت نکردم ترجیح می‌دهم خود را در این مسئولیت دخیل نکنم.

در اینجا چند نکته اساسی در درمان کودک چاق را به زبان عام بیان می‌کنم:

۱- الگوهای خوبی باشید

در واقع تأکید می‌کنم که خانواده کودک چاق باید همه با هم رژیم بگیرند. این اساسی‌ترین و مهم‌ترین نکته در درمان کودک چاق است.

به زبان ساده‌تر شما خوب می‌دانید که هرگز نمی‌توانید از کودک خود بخواهید در اتاقش درس بخواند در حالی که خودتان بیرون از اتاق کارتون نگاه می‌کنید.



ویژه ششمین گردهمایی
شورای هماهنگی انجمن‌های
پزشکان عمومی کشور

سال دوم - شماره چهارم
بهار ۱۳۹۵

**ویزیت و بعد
رژیم درمانی کودک
چاق مسئولیتی
خطیر می‌باشد که
نیازمند همکاری و
حمایت همه‌جانبه
خانواده کودک
می‌باشد**



آمیز شب به پیاده روی برده شود، از این پیاده روی ضرری بیش از
سود آن نصیبش خواهد شد.

۸ - انتخاب غذاهای مناسب

غذا یا میان وعده‌ای که فقط کربوهیدرات باشد مانند برنج سفید یا
ماکارونی یا یک عدد سیب، به سرعت گرسنگی را رفع می‌کند ولی
قدرت ماندگاری پروتئین و چربی را ندارد. یک پیراشکی گوشت یا
یک مشت بادام زمینی که بیشتر حاوی پروتئین و چربی است ممکن
است قدرت ماندگاری داشته باشد ولی گرسنگی را فوراً رفع نمی‌کنند
و باعث تمایل به خوردن بیشتر می‌شود. نان و پنیر و گردو یا هندوانه،
کره بادام‌زمینی و بیسکویت سبوس‌دار و یا مخلوط برنج و حبوبات
خوردنی‌های متعادل تری هستند که هم گرسنگی را به موقع رفع
کرده و هم ماندگاری خوبی دارند.

۹ - از حقه‌های مختلف برای تشویق کودک به خوردن سبزیجات استفاده کنید

- سبزیجات خام بریده شده درست کنید و برای میان وعده کنار
بگذارید.

- بدانید که رنگ‌های شاد و ترکیبات ترد بچه‌ها را جذب می‌کند پس
سبزیجات را در حدی بپزید که حالت ترد آنها حفظ شود.

- سبزیجات را بپاشکی وارد غذا کنید. مثلاً به ماکارونی نخود و قارچ
و ذرت اضافه کنید.

- آنها را داخل مایه بپزید. مثلاً انواع کیک‌های میوه‌ای یا کدو یا
اسفناج را امتحان کنید. باور کنید کودکان به طرز اعجاب‌انگیزی
اینها را دوست خواهند داشت.

- یک باغچه درست کنید، یا در آپارتمان از گلدان‌های پشت پنجره
استفاده کنید. کودکان سبزیجاتی را که خودشان پرورش داده‌اند بهتر
می‌خورند.

۱۰ - تاکید می‌کنم که صبحانه بخورید

تحقیقات ثابت کرده کودکان و بزرگسالانی که صبحانه نمی‌خورند
بسیار سخت‌تر وزن کم می‌کنند. با کمی وقت گذاشتن صبحانه

خانوادگی آماده کنید و همه با هم از این وعده غذایی

لذت ببرید و عادت خوردن صبحانه در

کودکتان را نهادینه کنید.

و استفاده از لقب‌های زشت برای کودک چاق، شاید در کوتاه مدت با
ترساندن و خرد کردن شخصیت کودک جواب داده و باعث نخوردن
یا وزن کم کردن شود، اما در همان لحظه در درون کودک واکنشی
منفی را باعث می‌شود که ترکیبی است از:

- از بین رفتن اعتماد به نفس و از بین رفتن تصویر ذهنی مثبت
از بدن

- ایجاد واکنش روانی معکوس و پر خوری عصبی

اغلب (تقریباً همه‌ی) کسانی که در کودکی مجبور به رژیم گرفتن
شده‌اند در بزرگسالی چاق‌های مقاوم به درمانی می‌شوند که
سال‌های سال از این مطب تغذیه و آن یکی و از این رژیم عجیب
و غریب آن دیگری تغییر موقعیت داده‌اند و هرگز به نتیجه مطلوب
و پایدار نرسیده‌اند.

در عمق ناخودآگاه ذهن این افراد خوردن با احساس آرامش گره
خورده، آرامشی که روزهای پیش از چاق خوانده شدن و پیش از
شروع رژیم در آغوش خانواده روزگار می‌گذرانند و این دقیقاً همان
دلیلی است که من به خاطرش با تاکید فراوان می‌گویم که کودک
چاق نباید خودش بداند که تحت رژیم درمانی و مراقبت تغذیه است.
مراقبت و رژیم باید نامحسوس و با تغییر سبک زندگی (life style)
کل خانواده انجام گیرد. از آنجا که اغلب یکی یا هر دو والد کودک
نیز به درجاتی اضافه وزن دارند این کار چندان هم مشکل نمی‌نماید.

۵ - تشویق به فعالیت جسمانی کنید

اغلب کودکان از کلاس‌های خشک بدنسازی گریزانند باز هم این
والدین هستند که باید برنامه بازی‌های دسته جمعی، پیاده‌روی
خانوادگی، کوهپیمایی، دوچرخه سواری، طناب زدن و غیره را
همانگ کنند و کودک را حین بازی و تفریح به فعالیت بدنی
وادرند. این فعالیت‌ها برای همه خانواده از نظر جسمی و روحی
مفید خواهد بود.

۶ - در انتخاب فعالیت جسمانی جنه و علاقه کودک را در نظر بگیرید

برخی ورزش‌ها و فعالیتها برای کودکان سخت و سنگین هستند و
ایجاد دلزدگی می‌کنند. مثلاً کوه پیمایی برای یک کودک کم سن
که تا کنون هم چندان فعالیت بدنی نداشته خشک و سخت و خسته
کننده است. و با رقابت بر سر ارفیکس رفتن برای کودکی با مچهای
ضعیف و وزن بالا بسیار آزارنده است.

۷ - از ورزش و فعالیت بدنی در حکم نوعی تنبیه استفاده نکنید

بسیاری از ما بزرگسالان به این دلیل از ورزش گریزانیم چون در
کودکی وادار شده بودیم در قالب مقررات خشک آن را انجام دهیم.
شک نکنید کودکی که نافرمانی کرده و در مهمانی یک شیرینی
بیشتر خورده شود اگر به شکل قهر





طب سوزنی گوش

خانم دکتر تکتک الماسی

بالایی گوش بیماران خود شد. وی دریافت که همه آنها برای درد سیاتیک توسط یک درمانگر محلی تحت درمان قرار گرفته بودند. این زن درمانگر یک منطقه خاص از گوش را برای از بین بردن نوعی درد کمر می‌سوزاند. دکتر نوگیر تجربه مشابهی را روی بیماران خود انجام داد و متوجه شد در این بیماران هم درد کمر کاهش یافت. او سپس سعی کرد برای تحریک این «نقطه سیاتیک» از گوش از روش‌های دیگر مثل طب سوزنی استفاده کند و دریافت که این روش نیز در کاهش درد مؤثر است. درخشش دکتر نوگیر در بسط دادن این مشاهدات به یک مدل جامع بود. دکتر نوگیر استدلال کرد که اگر یک نقطه از گوش می‌تواند بر سیاتیک مؤثر باشد پس سایر نقاط گوش می‌توانند بر سایر بیماری‌ها مؤثر باشند. به عبارت دیگر گفته می‌شود گوش می‌تواند نماینده تمام نقاط تشریحی بدن اما به صورت سرو ته باشد. نظریه نوگیر بیان می‌کند که لاله گوش را می‌توان به‌عنوان سر جنین و پاها را در بالای گوش در نظر گرفت و سایر قسمت‌های بدن بین این دو قرار دارند. این مدل اولین بار در فرانسه در سال ۱۹۵۷ عرضه شد و سپس به آلمان رفت و در نهایت به چینی ترجمه شد.

مزایای طب سوزنی گوش

شاید یکی از بهترین مشخصه‌های اوریکولو تراپی در مقایسه با طب سوزنی بدن، سرعت پاسخ‌گویی آن باشد. کاهش بارز درد طی نیم ساعت اول در مطب پزشک قابل مشاهده است. میزان پاسخ‌گویی بیماری‌ها و بخصوص دردها به طب سوزنی گوش بسیار قوی‌تر و عام تر است و با توجه به مکانیسم اثر آن که از طریق پایانه‌های عصبی عمل می‌کند، مشکلات مقاومت به درمان و مقاومت به سوزن که در طب سوزنی چین ذکر می‌شود را ندارد. بعلاوه با توجه به اینکه در این روش، درمانگر فقط با گوش بیمار سروکار دارد، نحوه آماده سازی بیمار برای درمان، به نسبت طب سوزنی بدن که گاهی نیاز به برهنه کردن نقاطی از بدن دارد بسیار برای بیماران، بخصوص خانم‌ها مطلوب‌تر است. و از همه مهم‌تر عدم استفاده از داروها مشکلات عوارض مختلف دارویی را در این روش به صفر می‌رساند.



بر اساس اکتشافات سال‌های ۱۹۵۰ به بعد در فرانسه می‌باشد. در چین باستان، طب سنتی تنها یک سری نقاط پراکنده در گوش برای مشکلات محدودی را ذکر می‌کرد در حالی که بررسی‌های مدرن اوریکولو تراپی نقاط دسته‌بندی شده و کاملی را نشان می‌دهد که قادر به رفع مشکلات بسیاری هستند.

در غرب، قدیمی ترین نوشته‌هایی که اشاره به درمان از طریق گوش دارند به منابع مصر باستان، یونان و روم بر می‌گردد. در زمان‌های قدیم گاهی برای درمان مشکلات چشم، انداختن گوشواره‌های طلا و نقره توصیه می‌شده است. این روش که هنوز هم در برخی مناطق جهان از جمله اروپا انجام می‌شود، باعث تحریک نقاط شفا بخش گوش می‌شد.

مصریان و یونانیان باستان معتقد بودند که کار با گوش می‌تواند سلامت را تحت تأثیر قرار دهد. بقراط، پدر طب یونانی یک نقطه در گوش را ذکر کرده که می‌تواند به عنوان عامل کنترل موالید در مردان استفاده شود. کامل‌ترین شرح درمان از طریق گوش در ایران باستان ضبط شده است. یک سلسله استفاده مکرر از تحریک گوش در درمان درد سیاتیکی پشت از این منابع ایرانی تا اروپای قرون وسطی و تا فرانسه مدرن قابل ردیابی است. در قرون وسطی در اروپا، پزشکان نوعی جراحی یا داغ گذاشتن روی نقطه خاصی از گوش را برای بیماری که «سیاتیکا» می‌نامیدند تجویز می‌کردند. سیاتیکا سبب درد در مسیر عصب در ران و باسن می‌شود.

شکوفایی اوریکولو تراپی مدرن

در حالی که اولین استفاده‌ها از طب سوزنی گوش به چین باستان برمی‌گردد، در دوران مدرن، اوریکولو تراپی توسط پاول نوگیر از لیون فرانسه پیشرفت کرد. در سال ۱۹۵۰ دکتر نوگیر متوجه یک زخم عجیب و غریب در قسمت



شاید روزی که دکتر پاول نوگیر (paul nogier) پیگیر چگونگی درمان درد سیاتیک توسط یک درمانگر محلی شد، خودش هم نمی‌دانست دری جدید به دنیای شگفت‌انگیز علم باز کرده است. اما آن کنجکاو

و بررسی علمی او «اوریکولو تراپی» مدرن را پایه نهاد. «اوریکولو تراپی» که طب سوزنی گوش نیز نامیده می‌شود، شامل تحریک گوش خارجی برای تشخیص و درمان وضعیت‌های طبی در سایر قسمت‌های بدن است. این روش همچنین به عنوان طب سوزنی گوش یا طب سوزنی اوریکولار نیز شناخته می‌شود. تفاوت در این است که طب سوزنی چینی به فلسفه و جهان بینی پیچیده چینی‌ها استناد می‌کند و از سوزن برای تحریک استفاده می‌کند، اما اوریکولو تراپیست‌ها بر این باورند که علت شفا بخشی سوزن زدن به نقاط گوش، سیستم رفلکسی خاص موجود در گوش می‌باشد که به سیستم عصبی مرکزی متصل می‌باشد. در واقع اوریکولو تراپیست‌ها نقشه کل بدن را روی گوش ترسیم کرده و برای هر نقطه بدن یک نقطه واحد و خاص روی گوش در نظر می‌گیرند. نقاط خاص سطح گوش همچنین می‌توانند با فشار تحریک شوند که مطرح کننده نام رفلکسولوژی گوش می‌باشد. سایر روش‌های تحریک نقاط گوش شامل لیزر، مگنت و پلتهای گوش می‌باشند.

تاریخچه اوریکولو تراپی

طب سوزنی یکی از قدیمی‌ترین روش‌های درمانی در جهان است که ریشه در چین باستان دارد. در برخی از قدیمی‌ترین متون طب سوزنی نقاط و روش‌های ماساژ برای گوش ذکر شده است. اولین آثار مکتوب راجع به طب سوزنی گوش در کتاب «کلاسیک طب داخلی امپراتور زرد» از قدیمی‌ترین مجموعه‌های راجع به طب سوزنی که پانصد سال قبل از میلاد مسیح جمع‌آوری شده، می‌باشد. در این مجموعه عظیم که بخشی از درمان‌های طب سوزنی را پوشش می‌دهد، برخی از نقاط طب سوزنی روی گوش خارجی شرح داده شده است که در وضعیت‌های طبی خاص به کار می‌روند البته روش طب سوزنی گوش که امروز در چین به کار می‌رود عمدتاً





انگشت شماری یا حساب العقود

حساب کردن با انگشتان دست و پا و بندها و مفاصل!

دکتر بهمن مشفق



در کتاب « خزینه الادب » نیز حدیث دیگری منقول است حاکی بر اینکه حضرت رسول در موقع دیگری شکل ۹۰ (نود) را با دست خود ساخته بوده است. از جمله آثاری که حاکی از شیوع «حساب العقود» در قدیم الایام است مهره هایی است از عاج یا استخوان که به شکل مسکوکات معمولی که از عهد روم قدیم باقی مانده است و به زبان لاتینی «تسر» یا «تسله» خوانده می شد و اغلب به جای پول به مصرف می رسیده است.

حالا برسیم به بیت فردوسی در شاهنامه:

کف دست محمود والا تبار نه اندر نه آمد سه اندر چهار!

نه ضرب در نه می شود ۸۱ سه بار چهار هم مساوی است با ۱۲ و مجموع ۸۱ و ۱۲ معادل ۹۳ می شود. عدد ۹۳ در حساب انگشت شماری پنجه را نشان می دهد در حالی که به کلی در هم بسته باشد.

خلیل بن احمد مشهور نیز در قرن پنجم از هجرت در یکی از قطعات خود (به زبان عربی و با معنی ی خود عبارت که در خود مقاله آمده است) در مقام بیان بخل، کف دست طرف را ۳۹۰۰ و ۹۳ خوانده است که همان پنجه ی بسته درهم را می رساند.

منبع:

نامه های جمال زاده در کتابخانه ی مرکزی دانشگاه تهران-نامه مورخ ۲۰ دی ماه ۱۳۴۷ به انجمن آثار ملی-مصص ۱۲۰-۱۱۷.

تقریباً در تمام ممالک اسلامی نوعی از این ترتیب انگشت شماری که عموماً با سیابه ی دست راست شروع می شود، معمول است و نکته ی قابل توجه این است که این نوع انگشت شماری با سیابه که در مغولستان و ژاپن هم رایج است، در بین اقوام هند و اروپایی مجهول است به این معنا که این اقوام یعنی هندو اروپایی در امر انگشت شماری برخلاف ممالک اسلامی و مغولستان و ژاپن همیشه با انگشت شست شروع می کنند.

قدیم ترین تفصیل کلی که درباره ی طریقه ی سوم از انگشت شماری (یعنی به وسیله ی تا کردن و نیمه تا کردن انگشتان دست راست و یا دست چپ و الصاق سر انگشت سیابه با انگشت ابهام) درست می باشد در کتابی است به زبان لاتین که مولف آن در نیمه ی دوم قرن ششم و نیمه اول قرن هفتم میلادی یعنی حدود یک هزار و سیصد سال پیش از این می زیسته است.

اما در خصوص جزئیات آن اسناد متعددی موجود است که قدیم ترین آنها، اروپایی و متاخر ترین آنها به زبان فارسی عبارت است از «فرهنگ جهانگیری» که مندرجات آن با آنکه حدود ۹۰۰ سال پس از آن کتاب لاتینی نوشته شده است، با تفصیلاتی که در آن کتاب لاتینی آمده است تقریباً مطابقت کامل دارد.

بعضی از احادیث نبوی اسلامی صریحاً دلالت دارد بر اینکه طریقه ی حساب انگشت شماری در زمان حضرت رسول هم در میان قوم عرب بوده است. چنانکه در حدیث آمده است که دست حضرت رسول در موقع تشهد به شکل ۵۵ در می آمده است.

(مفتاح السعادة-جلد اول- ص ۳۳۰)

مشهور است وقتی فردوسی از سلطان محمود غزنوی آزرده و مایوس گردید قصیده ای در هجو او ساخت که یک بیت آن از این قرار است:

کف دست محمود والاتبار

نه اندر نه آمد، سه اندر چهار!

در بین مفسرین و ارباب تحقیق اتفاق حاصل است که مقصود این بیت بیان بخل و امساک سلطان محمود بوده است، ولی چون عموماً با آن که می دانند تفسیر این بیت مربوط به انگشت های دست است از کیفیت این تفسیر اطلاع جامع و صحیحی در دست نیست. معلوم نیست که ارقام نه و نه و سه و چهار با بخل و امساک چه مناسبتی دارد. پس باید دانست که این معنا مربوط به علمی است که به «حساب العقود» یعنی حساب کردن به کمک انگشتان دست و پا و بندها و مفاصل انگشت های دست معروف است.

این علم از قدیم الایام در اغلب ممالک شرق و غرب بین مردم و خصوصاً اشخاص بافضل و اطلاع و اهل معامله متداول و معمول بوده است و هنوز هم بعضی از انواع آن در نقاط مختلف از کره ی ارض کم و بیش رواجی دارد. چنانکه در جزایر بحرین امروز هم در موقع معاملات مروارید اغلب طرفین روبروی هم نشسته دست راست یکدیگر را می گیرند و با دست چپ دامن قبا و یا دستمالی روی آن می گذارند و معامله و چانه زدن را بوسیله ی لمس و فشار انگشت های یکدیگر معمول می دارند به طوری که جریان معامله به کلی بر حصار مجهول می ماند!

پیشینه نخستین نهادها، مراکز درمانی و آموزشی پزشکی نوین در شیراز*

دکتر محمدحسین عزیزی: نویسنده مسئول، متخصص گوش، گلو و بینی - تهران
دکتر قنبرعلی رئیس‌جلالی: دانشیار نفرولوژی گروه داخلی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

چکیده:

پیشینه پزشکی در فارس، به‌عنوان یکی از عمده‌ترین خاستگاه‌های تمدن و فرهنگ ایران، به گذشته‌های دور بازمی‌گردد و در گذشته پزشکان نام‌آوری مانند قطب‌الدین شیرازی (۶۴۳-۷۱۰ ق) از این دیار برخاسته‌اند و بیمارستان‌هایی در فارس برپا بوده است. در دوران معاصر، برپایی آموزشگاه عالی بهداری در شیراز در سال ۱۳۲۵ خورشیدی، پیش‌درآمد تأسیس دانشکده پزشکی دانشگاه شیراز بوده است که در سال ۱۳۳۱ خورشیدی به‌طور رسمی افتتاح شد که با گشایش آن، فصل تازه‌ای در پزشکی فارس آغاز شده و به‌تدریج در این استان و پس از آن در جنوب کشور، طب نوین گسترش یافت. این مقاله صرفاً از دیدگاه تاریخ پزشکی، به پیشینه نخستین نهادها، مراکز درمانی و آموزش پزشکی نوین در شیراز می‌پردازد. بررسی پیشینه پزشکی در سایر شهرهای فارس نیاز به مطالعه جداگانه‌ای دارد.

پیشگفتار

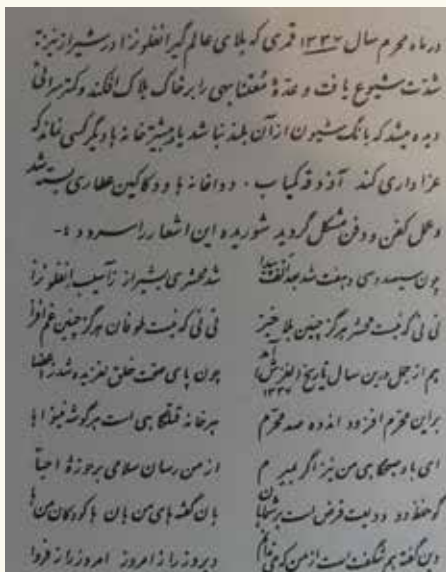
محمدعلی جمال‌زاده، نویسنده معروف کشورمان، درباره همه‌گیری آنفلوآنزای اسپانیایی (در ۱۲۹۶-۱۲۹۸ ش / ۱۹۱۷-۱۹۱۹ م) در شیراز می‌نویسد: «اواخر جنگ جهانی اول بود که اواسط یک شب تاریک و مخوف سه سوار ترسناک که هریک شمشیر و شلاقی به دست داشتند از محدوده شهر شیراز گذشتند و وارد آن شدند. یکی از آنها قحطی، دیگری آنفلوآنزای اسپانیایی و دیگری وبا بود. طبقات ضعیف‌تر جامعه، پیر و جوان مانند برگ‌های پاییزی در اثر حمله این سواران بی‌رحم فرو ریختند. در هر گوشه و کنار، اجساد مردگان بی‌صاحب پراکنده بود. بازارها و مغازه‌ها خالی و تعطیل بود. نه دکتر و نه پرستار و نه دارو، هیچ‌یک موجود نبود.»^۵ شوریده، شاعر شیرازی هم درباره همه‌گیری آنفلوآنزا در آن دوره، شعری سروده است.^۱

دانش نوین پزشکی در حدود سال‌های ۱۸۰۰ تا ۱۸۵۰ میلادی در اروپا شکل گرفت^۱ و از اواسط سده نوزدهم میلادی، به‌ویژه پس از تأسیس مدرسه دارالفنون (۱۲۶۸ ق / ۱۸۵۱ م) که به همت امیرکبیر صدراعظم آینده‌نگر کشور انجام شد، به ایران راه یافت. از دیگر اقدامات امیرکبیر، استخدام چند پزشک خارجی و اعزام یکی از آنها به شیراز بوده است.^۲ سپس مؤسسات نوین درمانی و پزشکی جدید، از دهه‌های نخست قرن بیستم میلادی، به‌تدریج در شیراز برپا شدند.

اداره صحیه فارس

از نظر تاریخی، "مجلس حفظ‌الصحه" در ۱۸۸۱ میلادی در زمان ناصرالدین شاه قاجار، توسط پزشک فرانسوی، دکتر ژوزف دزیره تولوزان (۱۸۲۰-۱۸۹۷ م) پایه‌گذاری شد که در سال ۱۲۸۲ خورشیدی، مصادف با ۱۹۰۴ میلادی بازسازی شد. فعالیت این مجلس که رسماً متولی امور بهداشتی و پزشکی کشور بود، تا سال ۱۲۹۹ خورشیدی ادامه یافت. مجلس مزبور در شهرهای مختلف ایران، از جمله در شیراز شعبه‌ای داشت و این مجلس زیر نظر وزارت امور داخله اداره می‌شد. سپس در سال ۱۲۹۹ خورشیدی، برای نخستین بار وزارتخانه‌ای به نام "وزارت صحیه و امور خیریه" ایجاد شد که وزیر آن دکتر علی‌اصغر نفیسی (مؤدب‌الدوله)، پزشک دانش‌آموخته اروپا بود، اما این وزارتخانه در سال ۱۳۰۰ خورشیدی منحل شد و طی سال‌های ۱۳۰۰ تا ۱۳۱۹ ایران وزارت بهداری نداشت و امور مرتبط توسط نهادی به نام «صحیه کل مملکتی» اداره می‌شد که در سال ۱۳۰۵ خورشیدی ایجاد شده بود، سپس در سال ۱۳۱۹ خورشیدی وزارت بهداری تأسیس شد.^۳ تا آنجا که نگارندگان این مقاله آگاهی دارند از وضعیت اداره امور بهداشتی پزشکی فارس پیش از سال ۱۳۱۰ خورشیدی اطلاع مکتوب چندانی در دست نیست، و اداره صحیه فارس در سال ۱۳۱۵ تأسیس شده است.^۴ اما در سال‌های پیش از ورود طب نوین به فارس، اوضاع بهداشتی و درمانی این دیار همانند سایر نقاط کشور نامطلوب و اسفبار بوده است. برای نمونه

* متن کامل این نوشتار در کتاب «جستارهایی در پیشینه دانشکده پزشکی شیراز / ارج‌نامه استاد دکتر فرامرز اسماعیل بیگی» به قلم نویسنده به چاپ رسیده است.



۱- شعر شوریده شیرازی (۱۲۷۶-۱۳۴۵ هـ ق / ۱۸۵۹-۱۹۲۶ م) درباره شیوع آنفلوآنزای اسپانیایی در شیراز (سال ۱۲۹۸ ش / ۱۹۱۸ م) برگرفته از کلیات دیوان شوریده شیرازی، جلد ۲، اهتمام دکتر خسرو نصیحی، انتشارات دانشگاه تهران، ۱۳۸۹ خورشیدی.



بیمارستان مُرسلین سابق (مسلمین کنونی)

بنا به نوشتهٔ دکتر سیریل الگود، هیئت پزشکی میسیونرهای مسیحی انگلیسی در شهرهای مختلف ایران، از جمله در سال ۱۳۰۱ خورشیدی (۱۹۲۲ م) در شیراز مستقر شده و بلافاصله پس از استقرار اقدام به تأسیس بیمارستانی کرده‌اند.^۷ دکتر فلور می‌نویسد که در برپایی این بیمارستان، مساعدت مالی مرحوم محمّدحسین نمازی مؤثر بوده و این بیمارستان کار خود را از سال ۱۳۰۴ خورشیدی آغاز کرده است.^۸

دکتر ذبیح قربان نیز در خاطرات خود دربارهٔ این بیمارستان نوشته است که بیمارستان مسیحی (مرسلین) توسط پزشکی انگلیسی به نام دکتر J. Vaughn اداره می‌شده است و در سال ۱۳۱۱ خورشیدی دارای ۲۰ تخت، یک بخش عمومی و یک اتاق عمل کوچک بوده است و دکتر Vaughn در آن اعمال جراحی کوچک را در شرایط ابتدایی انجام می‌داده است. سپس ساختمان جدید بیمارستان دارای یک اتاق عمل بوده که توسط یک بانوی جراح انگلیسی به نام دکتر ای. تی. مس (E.T. Messe) که جانشین دکتر Vaughn بوده، به‌خوبی اداره می‌شده است. پس از دکتر مس نیز دکتر ژ. کلن (Coleman) جایگزین او شده که مدت شانزده سال مقیم شیراز بوده است و بیماران زیادی را مداوا کرده است. همچنین افزون بر آن در امر آموزش دانشجویان پزشکی نیز فعال بوده است.^۹

بهداری فرهنگ شیراز

بهداری فرهنگ شیراز برای نخستین بار به همت دکتر محمّدعلی دانشور (۱۲۵۷ - ۱۳۲۰ ش) تأسیس شد. وی در شیراز به دنیا آمد. طب نوین را در فرانسه و انگلیس آموخت و پس از بازگشت به ایران، سال‌ها در شیراز به طبابت پرداخت. محمّدحسین رکن‌زاده آدمیت، عضو پیشین انجمن ادبی فرهنگستان ایران، در کتاب دانشمندان و سخن‌سرایان فارس که در سال ۱۳۳۸ خورشیدی در تهران منتشر شده، دربارهٔ دکتر دانشور نوشته است: «مرحوم دانشور، مؤسس بهداری فرهنگ شیراز بوده است. بهداری فرهنگ شیراز، در اول آذر ۱۳۱۳ خورشیدی، در زمان وزارت آقای علی‌اصغر حکمت، بر اثر علاقمندی و همت مرحوم دکتر محمّدعلی دانشور تأسیس شد. بهداری فرهنگ ابتدا نه بودجه داشت و نه عمارت. مرحوم دانشور محل آن را در مطب شخصی خود قرار داد و تا مدتی علاوه بر زحمتی که به رایگان متحمل می‌شد، قسمتی از مخارج آن را نیز از جیب فتوت خود می‌پرداخت.»^۹ بانو دکتر سیمین دانشور (متولد ۱۳۰۰ خورشیدی در شیراز)، نویسندهٔ مشهور معاصر ایران از فرزندان اوست. خانم دکتر دانشور، در زمان سووشون، از پدر خود در شخصیت دکتر عبدالله‌خان، فراوان یاد کرده است. مزار دکتر دانشور در جوار حافظیه در شیراز است.^{۱۰} (تصویر ۳).



تصویر ۲: تصویری از مرحوم دکتر محمّدعلی دانشور (با تشکر از آقای دکتر حسام نوروزی).

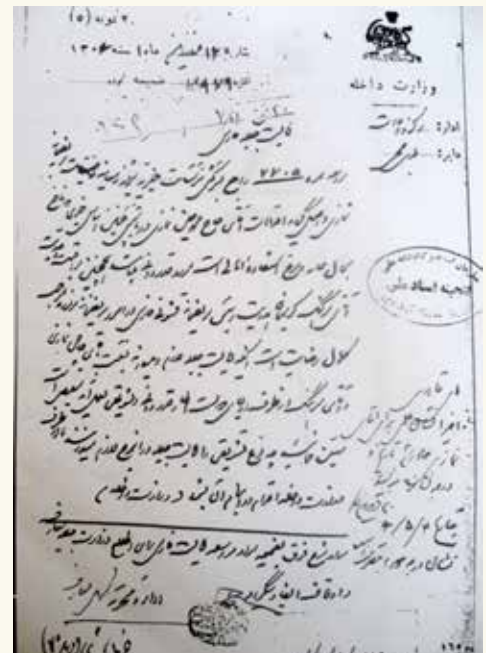
بهبودستان نمازی

بهبودستان نمازی از قدیمی‌ترین مراکز درمانی نوین در شیراز بوده است. این مرکز توسط مرحوم حاج محمّدحسین نمازی که فرد نیکوکاری بوده است، تأسیس شده و مدّتی زیر نظر مرحوم دکتر کریم هدایت (از نخستین دانش‌آموختگان پزشکی نوین در شیراز که ریاست بیمارستان نظامی شیراز را بر عهده داشته) اداره می‌شده است، اما پس از مرگ مؤسس آن، به‌علت کمبود پرسنل و تأمین نشدن بودجه آن، در ۱۳۱۱ خورشیدی مدتی تعطیل شده، سپس با تلاش دکتر ذبیح قربان دوباره راه اندازی شده و تا سال ۱۳۱۴ خورشیدی به کار خود ادامه داد، و بعداً به درمانگاه شماره یک شهرداری شیراز تبدیل شد که در آنجا، بیماران سرپایی را مجانی مداوا می‌کردند.^{۱۱} (تصویر ۱).



تصویر ۱: بهبودستان نمازی واقع در خیابان قآنی، شیراز

در نامه زیر، به تاریخ ۱۳۰۶ خورشیدی، مسئولین وقت از وزارت داخله برای مرحوم حاج محمّدحسین نمازی، که در شیراز اقدامات عام‌المنفعه انجام داده است، تقاضای تشویق کرده‌اند (اصل سند در مرکز اسناد ملی موجود است).



تصویر نامهٔ مسئولین وقت که از وزارت داخله در ۱۳۰۶ خورشیدی برای حاج محمّدحسین نمازی، تقاضای تشویق کرده‌اند (مرکز اسناد ملی، با تشکر از آقایان فرید قاسملو و علی‌اکبر وطن‌پرست، فرهنگستان علوم پزشکی، که رونوشت آن را در اختیار نگارندگان قرار دادند).



تصویر ۱۹: مرحوم دکتر ذبیح قربان،
نخستین رئیس دانشکده پزشکی شیراز

آموزشگاه عالی بهداری شیراز

آموزشگاه عالی بهداری شیراز در آذرماه سال ۱۳۲۵ خورشیدی و با حضور وزیر بهداری وقت، پروفیسور شارل اوبرلین (رئیس دانشکده پزشکی تهران) و مرحوم دکتر مصطفی حبیبی گلپایگانی (استاد آسیب‌شناسی دانشکده پزشکی تهران که ابتدا بازرس کل آموزشگاه‌های عالی بهداری بوده)، رسماً افتتاح شد.^{۱۱}

به روایت راهنمای دانشکده پزشکی تهران، اعضای آموزشی و رئیس آموزشگاه، از سوی دانشکده پزشکی تهران و طبق مقررات آن دانشکده انتخاب شده‌اند و دکتر قربان، ریاست آن را عهده‌دار شده‌اند^{۱۱} و برای آموزش بالینی دانشجویان نیز بیمارستان سعدی در اختیار این آموزشگاه قرار گرفته است. بیمارستان سعدی در آن هنگام دارای پنج بخش بوده است، شامل: بخش داخلی (با ۳۲ تخت) به ریاست دکتر ابوالحسن دهقان، بخش جراحی (با ۴۳ تخت) به ریاست دکتر محمد صدیقی، بخش چشم‌پزشکی (با ۳۰ تخت) به ریاست دکتر نصرت‌الله بیدل، بخش زنان و مامایی (با ۲۲ تخت) به ریاست دکتر مهدی سیفی و بخش کودکان (با ۲۵ تخت) به ریاست دکتر حسین خراسانی قدیمی.^{۱۱}

بیمارستان سعدی (شهید فقیهی فعلی)

این بیمارستان در سال ۱۳۱۹ خورشیدی، یعنی پنج سال قبل از برپایی آموزشگاه عالی بهداری شیراز، تأسیس شده بود و ابتدا بودجه آن توسط وزارت بهداری و پس از آن از سال ۱۳۲۵ خورشیدی، بعد از برپایی آموزشگاه عالی بهداری شیراز که زیر نظر دانشگاه تهران بوده، بودجه مرتبط از سوی دانشگاه تهران پرداخته می‌شده است.^۴ (تصویر ۱۸)



تصویر ۱۸: دکتر ابوالحسن دهقان به همراه تعدادی از دانشجویان بر بالین بیمارستان در بخش داخلی بیمارستان سعدی (شهید فقیهی کنونی)

دانشکده پزشکی شیراز

فعالیت آموزشگاه عالی بهداری شیراز از سال ۱۳۲۵ تا ۱۳۳۱ خورشیدی ادامه یافت و سرانجام در دانشکده پزشکی شیراز ادغام شد. ساختمان دانشکده پزشکی شیراز در سال ۱۳۲۴ خورشیدی (۱۹۴۵ م) آغاز شده و در ۱۳۳۱ خورشیدی (۱۹۵۲ م) رسماً افتتاح شد. دکتر قربان (۱۲۸۴-۱۳۸۵ ش) نخستین رئیس دانشکده پزشکی شیراز بودند.^{۱۴} ایشان طی سه دوره ریاست دانشکده پزشکی شیراز را بر عهده داشتند. (تصویر ۱۹)

دکتر قربان، در سال ۱۲۸۴ خورشیدی در آباده متولد شد و در بیروت در رشته پزشکی تحصیل کرد، سپس در دانشگاه لیون فرانسه به آموختن پزشکی ادامه داد. سپس مدتی به انگلستان رفت. ایشان پس از بازگشت به ایران، ابتدا مدتی ریاست بهداری شهرداری شیراز بودند، پس از آن به ریاست کل بهداری استان فارس منصوب شدند.^۴ ایشان، فعالیت‌های زیادی در راه‌اندازی و مدیریت دانشکده پزشکی و ارائه خدمات پزشکی به مردم شیراز، انجام دادند^{۱۴} که در خاطرات خود به زبان انگلیسی در کتابی به نام آموزش پزشکی در شیراز (Medical Education in Shiraz) آنها را نوشته و منتشر کرده‌اند.^۶

در اسفند ۱۳۸۱ خورشیدی، در آستانه یکصدمین سالگرد تولد دکتر قربان، به دعوت کمیته هماهنگی انجمن‌های پزشکی استان فارس، از خدمات ایشان تجلیل به عمل آمد.

گزارشی از این مراسم در نشریه کادوسه (نشریه داخلی انجمن پزشکان عمومی فارس) درج شده که در آن به نقل از دکتر رجائی، استاد محترم دانشکده پزشکی شیراز می‌خوانیم: «در سال ۱۳۱۱ خورشیدی دکتر قربان و دکتر علی‌اصغر حکمت در یک عصر جمعه، در خارج از شهر شیراز، از آن روز و در یک گردشگاه بیرون شهر، تصمیم گرفتند که برای دیار خود که به جز بیمارستان مرسلین (مسلمین امروز) بیمارستانی نداشت، یک بیمارستان و از آن بالاتر یک مرکز آموزش پزشکی تأسیس کنند. بعد از مدت کوتاهی، به کوشش استاد دکتر قربان و دکتر حکمت در همان سال در زمینی به وسعت بیست هزار متر مربع، سنگ بنای بیمارستان صد تختخوابی که بعدها آن را بیمارستان سعدی نامیدند، بنا نهاده شد و این مهم در سال ۱۳۲۴ خورشیدی به انجام رسید و در همین سال هم آموزشگاه عالی بهداری در این مرکز تأسیس شد و چهار سال بعد در سال ۱۳۲۸ خورشیدی چهل و یک نفر شامل چهل مرد و یک زن از این آموزشگاه با مدرک لیسانس پزشکی و عنوان بهدار فارغ‌التحصیل شدند که بیست نفر در فارس و بیست و یک نفر در سایر شهرهای ایران به خدمت مشغول شدند. اما استاد دکتر قربان در پی تأسیس دانشکده پزشکی بود. از این‌رو، در همان سال، یعنی ۱۳۲۸ خورشیدی، بعد از تهران و تبریز، همزمان در شیراز، اصفهان، مشهد و اهواز مجوز تأسیس دانشکده پزشکی صادر شد و یک میلیون تومان بودجه برای تأسیس دانشکده پزشکی شیراز اختصاص داده شد.

در تأسیس دانشکده، استاندار وقت، آقای سیف‌پور فاطمی کمک‌های شایانی کردند و آقای دکتر فرزانه هم موفق شدند بعدها ده هزار دلار از یونسکو برای کمک به دانشکده پزشکی دریافت کنند. سرانجام در سال ۱۳۲۸ خورشیدی اولین دوره



ساختمان دانشکده پزشکی در ابتدای تأسیس



ساختمان کنونی دانشکده پزشکی شیراز

سرانجام در سال ۱۳۳۲ خورشیدی به پیشنهاد وزارت فرهنگ و آموزش عالی وقت، دانشکده‌های کشاورزی و ادبیات نیز به دانشکده پزشکی اضافه شده و بدین ترتیب در مهرماه ۱۳۳۴ خورشیدی (۱۹۵۵ م) دانشگاه شیراز رسماً راه اندازی شد^{۱۴} که ریاست آن مدتی بر عهده دکتر قربان بود. تصویر ۲۱، نخستین آرم دانشکده شیراز را نشان می‌دهد.



تصویر ۲۱: نخستین آرم دانشگاه شیراز

سال‌ها بعد از تأسیس دانشکده پزشکی شیراز، با پیشرفت چشمگیر توان علمی آن دانشکده، یک مجله پزشکی وزین در ۱۳۴۹ خورشیدی (۱۹۷۰ م) منتشر شد که نخستین سردبیر آن استاد ارجمند دکتر کریم وصال، استاد رادیولوژی بود. این مجله در ایندکس مدیکوس پذیرفته شد و پس از "مجله آکتا مدیکا ایرانیکا" که توسط دانشکده پزشکی تهران منتشر می‌شد، چاپ شد. لازم به ذکر است که این مجله (مجله دانشکده پزشکی شیراز) دومین مجله پزشکی بوده که در ایران به زبان انگلیسی منتشر

دانشجویان پزشکی پذیرفته شد و شش سال بعد در اولین دوره، فارغ‌التحصیلان دانشکده پزشکی شیراز موفق به اخذ دکترای پزشکی شدند. همکاران دکتر قربان در دانشکده پزشکی عبارت بودند از: خانم کیهان قربان (خواهر دکتر قربان، رشته پرستاری)؛ دکتر صحت (سرپرست دانشکده و ریاست بخش داخلی)، دکتر تمدن فرزانه (استاد فیزیولوژی)؛ دکتر دهقان (استاد داخلی و رئیس آموزشکده عالی پرستاری)؛ دکتر سیفی (استاد زنان و معاون آموزشکده بهداشتی)؛ دکتر محمدتقی میر، پروفسور دانا حائری، دکتر حقیقت (دندانپزشک)؛ دکتر عباس محمودیان (دکترای آزمایشگاه)؛ دکتر صدریه (جراح)؛ دکتر ابوالقاسم کاووسی (متخصص پوست)؛ دکتر علی عمید (آزمایشگاه)؛ دکتر صمیمیان (متخصص کودکان)؛ دکتر بیدل (چشم‌پزشک) دکتر فرهمندفر (متخصص گوش، گلو و بینی) و دکتر فاتح‌نژاد. در بخش دیگری از این مراسم، دکتر فرهمندفر (تصویر ۲۰) نیز به نمایندگی از جامعه پزشکان فارس درباره تلاش‌های دکتر قربان برای تأسیس دانشکده پزشکی شیراز توضیحاتی داده و ذکر کردند که استاد دکتر قربان اعتقاد داشت که دانش و بینش، رودی است که اگر جریان نیابد و سیلان نداشته باشد و به‌طور مستمر آب تازه به آن افزوده نشود و عناصر نو جای عناصر کهن را نگیرد دیگر نه تنها شفافیت و زلالیت آن از بین می‌رود، بلکه باعث خسران و ناپاکی خواهد شد. از این‌رو مطالعه بیشتر و داشتن روابط مستمر با مراکز علمی، رمز این جریان و سیلان است.^{۱۵}



تصویر ۲۰: دکتر امیرقلی فرهمندفر

آقای دکتر فرخ سعیدی، استاد و جراح نامی، و از رؤسای پیشین دانشکده پزشکی شیراز نیز در این مراسم خاطرات همکاری خود را با دکتر قربان بیان کردند.^{۱۵} دکتر قربان در تیرماه ۱۳۸۵ خورشیدی در شیراز چشم از جهان فرو بست. تصاویر زیر مجوز تأسیس دانشکده پزشکی شیراز از سوی وزیر فرهنگ وقت (دکتر کریم سنجابی) و ساختمان گذشته و کنونی دانشکده پزشکی را نشان می‌دهد.



مجوز تأسیس دانشکده پزشکی شیراز از سوی وزیر فرهنگ وقت،

۱۳۳۰/۰۵/۰۸ خورشیدی



استادان و دانشجویان در نخستین سال تأسیس دانشکده پزشکی شیراز

دانشکده پزشکی شیراز در توسعه طب نوین در سایر شهرهای فارس نقش عمده‌ای داشته است، به‌عنوان نمونه دانشکده‌های پزشکی جهرم و فسا نیز در زمان ریاست آقای دکتر خسرو نصر (دوره ریاست ۱۳۵۲-۱۳۵۶ خورشیدی)، با مساعدت گروهی از استادان، در سال ۱۳۵۶ خورشیدی زیر نظر دانشکده پزشکی شیراز بنیان‌گذاری شد.^{۱۴} در مجموع نظام آموزش پزشکی در ایران پیش از انقلاب، علی‌رغم نقاط قوت نسبی و محاسن متعدد، از جمله کم بودن تعداد دانشجویان نسبت به استادان، تأکید بر کسب مهارت‌های لازم توسط دانشجویان، اشکالات متعددی داشته است، اما در بیشتر زمینه‌ها تنها استثناء، دانشکده پزشکی دانشگاه شیراز بوده است. از جمله محاسن عمده دانشکده پزشکی شیراز تمام‌وقت بودن استادان، مبادلات آموزشی با دانشگاه‌های معتبر خارج از کشور (برای نمونه ارتباط علمی با دانشگاه پنسیلوانیا و کنتاکی) بوده است. در سال ۱۳۵۲ خورشیدی (۱۹۷۳ م) به دعوت "مؤسسه تحقیقات و برنامه‌ریزی علمی و آموزشی"، وابسته به وزارت علوم، پروفسور جان ای. دیتریک (John E. Ditrick)، رئیس بخش داخلی کالج پزشکی جفرسون در فیلادلیفای آمریکا که مدت دوازده سال ریاست دانشکده پزشکی دانشگاه کورنل را بر عهده داشته است، برای بررسی وضعیت دانشکده‌های پزشکی موجود به ایران دعوت شد. وی از شش دانشکده پزشکی (از جمله دانشکده پزشکی شیراز) در ایران بازدید و با اعضای هیئت علمی و دانشجویان گفتگو کردند و از امکانات و تجهیزات آموزشی دانشکده‌ها دیدن به عمل آوردند و نتیجه بررسی و مشاهدات خود را در یک گزارش به همراه پیشنهادهای وزارت علوم وقت ارائه دادند. گزارش پروفسور دیتریک شامل موضوعاتی از جمله مدیریت، امکانات، اعضای هیئت علمی، دانشجویان و برنامه آموزشی و خدمات است.

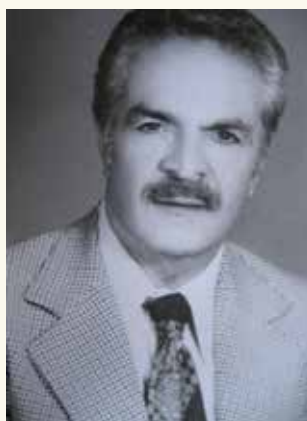
وی ناپایداری وضع مدیریت دانشکده‌های پزشکی و تغییر سریع رؤسای دانشکده‌ها، بیمارستان‌ها و بخش‌ها، کمبود فضای آموزشی کافی، نیمه‌وقت بودن اعضای هیئت علمی و بی‌اعتمادی آنها به مدیریت دانشکده‌ها، ضعف دانشجویان در خواندن و درک متون پزشکی به زبان انگلیسی، گستردگی خدمات درمانی در بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشکده پزشکی در تهران را از مهم‌ترین معضلات آموزش پزشکی کشور در آن زمان برشمردند. طبق گزارش پروفسور دیتریک بزرگ‌ترین ناتوانی دانشجویان در امر یادگیری، معضل زبان (Language) بوده است. وی سپس افزوده است که دانشکده پزشکی پهلوی (شیراز) این معضل را برطرف ساخته است.^{۱۷}

(بررسی پیشینه علمی و خدمات استادان پیشگام در رشته‌های مختلف در دانشکده پزشکی شیراز نیاز به نگارش مقاله جداگانه‌ای دارد.)

می‌شده و حاوی مقالات ارزشمندی بوده است. خوشبختانه مجله مزبور پس از انقلاب نیز به فاصله کوتاهی دوباره انتشار یافت و نشر آن تاکنون ادامه یافته است (عنوان کنونی آن Iranian Journal of Medical Sciences است).^{۱۶}
(تصاویر ۲۲ و ۲۳)

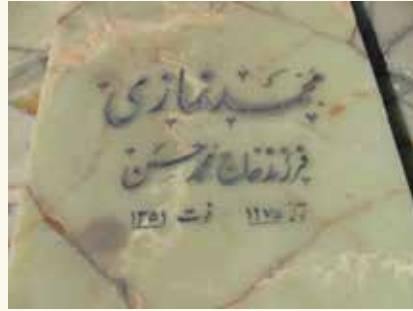


تصویر ۲۲: پشت جلد نخستین شماره مجله انگلیسی‌زبان
دانشکده پزشکی شیراز (۱۹۷۰م)



تصویر ۲۳: استاد دکتر کریم وصال، بنیانگذار و نخستین سردبیر
مجله پزشکی دانشگاه شیراز

از دانشکده پزشکی شیراز طی سال‌های ۱۳۳۴-۱۳۵۷ خورشیدی (۱۹۵۵ تا ۱۹۷۹م)، جمعاً ۱۰۳۹ نفر فارغ‌التحصیل شده‌اند. شایان ذکر است که شماری از آنها دانشجویان خارجی از کشورهای دیگر از جمله، عراق، امارات، عربستان سعودی، هند، پاکستان، تانزانیا، لبنان و آمریکا بوده‌اند.^{۱۸}



۲۵: سنگ مزار مرحوم نمازی در محوطه بیمارستان.

نمازی انگیزه خود را از انجام این اقدامات عام‌المنفعه در یادداشت‌های شخصی‌اش این گونه بیان کرده است: «نظر به این که دارایی افراد اگر چه شرعاً شخصی است، ولکن ودیعه‌ای است که به صاحبان ثروت سپرده شده تا با کمال امانت و دوربینی برای ترقی نوع خود صرف کنند، اینجانب در چند سال قبل تصمیم گرفتم قسمت عمده دارایی خود را در زمان حیات خود وقف امور خیریه و عام‌المنفعه کرده و بدین وسیله به گذشتگان تاسی کرده و دین خود را به نیاکان ادا و وظیفه اخلاقی را نسبت به آیندگان به جا آورم.»^{۱۹} نمازی اواخر جنگ جهانی دوم در سال ۱۹۴۴ میلادی از هنگ کنگ به واشنگتن رفته و مصمم بود که برای شیراز بیمارستانی برپا کند^{۲۰}، به نقل از استاد محترم دکتر خسرو نصر (ریاست پیشین دانشکده پزشکی شیراز) وی ابتدا تصمیم می‌گیرد که یک بیمارستان ۲۵ تختخوابی پیش ساخته آمریکایی که برای جنگ دوم طراحی شده بود خریداری کرده و آن را به شیراز منتقل کند، اما پس از مشورت با دکتر تراب مهرا، دانش‌آموخته رشته بهداشت از دانشگاه جانز هاپکینز (تصویر ۲۶) مصمم می‌شود که بیمارستانی با هزینه خود در شیراز احداث کند.^{۲۰}



تصویر ۲۶: دکتر تراب مهرا

دکتر قربان که در سال ۱۳۲۶ خورشیدی برای بررسی وضعیت شیوه‌های نوین آموزش پزشکی به آمریکا رفته بود، در خاطرات خود از ملاقاتش با مرحوم با حضور دکتر قاسم غنی (۱۲۷۲-۱۳۳۱ ش) که در آن زمان در آمریکا بوده، یاد کرده است. در این دیدار دکتر قربان از تمایل مرحوم نمازی برای احداث بیمارستانی در شیراز آگاه می‌شود و به اتفاق دکتر غنی او را به انجام کار ترغیب می‌کند.

پس از بازگشت به ایران، دکتر قربان موضوع را با وزیر فرهنگ و آموزش عالی وقت، دکتر منوچهر اقبال و نمایندگان شیراز در مجلس شورای ملی مطرح می‌کند. همزمان، در ۱۳۲۸ خورشیدی قانون گسترش آموزش پزشکی و دانشگاه‌های کشور نیز توسط مجلس شورای ملی تصویب شده و به وزیر فرهنگ و آموزش اختیار داده می‌شود که دانشکده پزشکی شیراز را تأسیس کند.^{۲۱}

بیمارستان نمازی

تأسیس بناهای عام‌المنفعه، از جمله مراکز درمانی و پزشکی در ایران توسط ثروتمندان خیر سابقه‌ای طولانی دارد و سنت وقف که جریان داشته، به برپائی این مؤسسات کمک فراوانی کرده است که برای نمونه می‌توان به تأسیس بیمارستان‌های وزیری، نجمیه، فیروزگر، فیروزآبادی در تهران، برپائی انستیتو پاستور ایران، بیمارستان نوریه در کرمان، بیمارستان حشمیه در سبزوار و بسیاری دیگر اشاره کرد. بیمارستان‌های نمازی و خلیلی و درمانگاه پوستچی در شیراز نیز از جمله مؤسسات درمانی و بیمارستان‌هایی است که توسط خیرین ثروتمند شیرازی بنا شده است.



مرحوم حاج محمد نمازی (۱۲۷۴ ۱۳۵۱ ش)

حاج محمد نمازی (۱۲۷۴ ۱۳۵۱ ش)، فرزند محمدحسن نمازی، بازرگان ثروتمندی بوده که بخش عمده عمر خود را در خارج از ایران گذرانده و بین دو جنگ جهانی با اشتغال به تجارت دریایی، ثروت سرشاری به دست آورده بودند و به‌علت علاقه مندی به زادگاهش اقدامات ارزشمندی را در شیراز انجام دادند که از جمله آنها می‌توان به ایجاد شبکه آب لوله کشی شیراز (که در فروردین ۱۳۳۱ خورشیدی بهره‌برداری شد)، تأسیس بیمارستان نمازی (که در ۱۳۳۴ خورشیدی (۱۹۵۵ م) افتتاح شد) و برپائی مدرسه عالی پرستاری شیراز همزمان با تأسیس بیمارستان مذکور اشاره کرد. مرحوم نمازی در تیرماه ۱۳۳۳ خورشیدی عایدات آبرسانی شیراز را که با هزینه شخصی انجام داده بود، وقف بیمارستان نمازی کرد. سرانجام وی در فروردین ماه ۱۳۵۱ خورشیدی به‌علت تومور مغزی چشم از جهان فروبست و طبق وصیت وی، پیکرش در محوطه بیمارستان نمازی به خاک سپرده شد.^{۱۸}

(تصاویر ۲۴ و ۲۵)



تصویر ۲۴: مرحوم نمازی در جوانی تصویر



امریکا، توسط بنیاد ایران، برای کار در بیمارستان نمازی به کار دعوت می‌شوند، دکتر محسن ضیائی نخستین پزشکی بوده که به‌عنوان دانشیار کودکان به بیمارستان پیوسته‌اند. پزشکان دیگر نیز به تدریج جذب بیمارستان شدند که در دانشکده پزشکی به تدریس پرداخته و در بیمارستان نمازی مشغول به کار شدند. از نخستین گروه پزشکی که برای خدمت در بیمارستان نمازی به کار دعوت شده‌اند می‌توان از استادانی چون دکتر عطاءالله لطفی (متخصص هوشبری)، دکتر جلیل فرح (رادیولوژیست)، دکتر معصومی (متخصص قلب)، دکتر رحیم دهکان (جراح عمومی)، دکتر خلیل علوی (اتولار نگولوژیست) و دکتر احمد ریاضی (چشم پزشکی) نام برد. سرانجام در سال ۱۳۳۴ خورشیدی بیمارستان نمازی رسماً افتتاح شد (تصاویر ۲۸ و ۲۹). جالب اینکه تا ۱۳۳۹ خورشیدی بیشتر پزشکان و کارکنان این بیمارستان ایرانی بوده‌اند.^۶



تصویر ۲۸: تمبر یادبود تأسیس بیمارستان نمازی شیراز

به‌علت کیفیت مطلوب خدمت‌رسانی این بیمارستان نه تنها در فارس و جنوب ایران، بلکه به تدریج در خاورمیانه شهرت یافت. به طوری که حدود ۲۰ تا ۲۵ درصد بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان نمازی در آن سال‌ها از کشورهای عربستان، امارات عربی متحده، بحرین، کویت و حتی از کشورهای آفریقایی بودند.^{۱۴}



تصویر ۲۹: نمای بیمارستان نمازی در گذشته و حال

آموزشگاه عالی پرستاری نیز توانست طی سال‌های ۱۳۳۲ تا ۱۳۴۳ (۱۹۵۳-۱۹۶۴)، بیش از صد پرستار تربیت کند و این در

از سوی دیگر نمازی برای پیشبرد مقاصد خود در شیراز، بنیاد خیریه‌ای را به نام "بنیاد ایران" در نیویورک پایه گذاری کرده و به ثبت می‌رساند.

مرحوم نمازی در نظر داشته که برای پیشرفت پزشکی و آموزش آن در ایران، علاوه بر سرمایه شخصی خود، از بنیادهای امریکایی و ثروتمندان خیر کمک مالی دریافت کند. به‌علاوه ۱۷ نفر از پزشکان برجسته ایرانی و امریکایی عضو هیئت مدیره و ۱۹ پزشک و جراح سمت مشاوره بنیاد را بر عهده داشته‌اند.

نایب رئیس هیئت مدیره بنیاد، دکتر لیاند رابینسون (Leyland Robinson) پزشک برجسته دانشگاه نیویورک بوده است و دکتر تراب مهرا، رئیس بخش پزشکی بنیاد بوده‌اند. بنیاد مزبور، یک برنامه دقیق علمی جهت تأسیس بیمارستان نمازی طراحی می‌کند و در سال ۱۹۴۹ میلادی نمازی آمادگی خود را برای احداث یک بیمارستان نوین در شیراز اعلام می‌کند. سپس نقشه‌های ساختمان بیمارستان توسط گروه متخصصی که طراح بناهای بهداشتی-درمانی همگانی را در آمریکا به عهده داشته، آماده می‌شود و عملاً ساختمان بیمارستان ۲۰۰ تختخوابی نمازی از سال ۱۹۵۰ میلادی آغاز می‌شود و تا سال ۱۳۳۱ خورشیدی دو بار نماینده طراحان نقشه ساختمان بیمارستان نمازی به نام وایتینگ (R. Whiting)، به شیراز می‌آید و ساختمان بیمارستان در پنج طبقه احداث می‌شود و در آن مدرترین تجهیزات روز استفاده می‌کنند.

برای نمونه، دستگاه حرارت مرکزی آن در آن زمان در نوع خود در خاورمیانه بی نظیر بوده است. در بیمارستان بخش‌های کودکان، جراحی، زنان و زایمان و بخش‌های طبی دیگر پیش بینی می‌شود.^{۱۴} به‌علاوه در مجاورت بیمارستان منازل مسکونی پزشکان ساخته می‌شود. ساختمان بیمارستان به سرعت پیشرفت می‌کند و همزمان احداث مدرسه عالی پرستاری نیز آغاز می‌شود.

در ۱۳۳۱ خورشیدی بخشی از بیمارستان فعالیت خود را شروع کرده و دو پزشک امریکایی به نام‌های دکتر Robertt Hiatt (جراح) و دکتر Hoeacet Gardner (متخصص داخلی) در بیمارستان با ظرفیت اولیه پنجاه تخت به کار می‌پردازند.^۶ (تصویر ۲۷)



تصویر ۲۷: دکتر آلن ویپل، جراح معروف (پنجمین نفر از راست)

و مرحوم محمد نمازی نفر چهارم، دکتر گاردنر (نفر نخست از سمت راست). در ردیف نشسته چند نفر از اتنرها دیده می‌شوند (سال ۱۳۳۶ ش / ۱۹۵۷م)، بیمارستان نمازی شیراز. دکتر ویپل، همان جراح مشهوری است که نوعی از عمل جراحی لوزالمعده به نام اوست.^{۱۱}

همزمان دو پرستار امریکایی نیز مدرسه عالی پرستاری را راه اندازی می‌کنند. پس از آن در بیمارستان نمازی، دوره کارورزی دانشجویان آغاز شده و چند ماه بعد دوره دستیاری نیز شروع می‌شود و سپس بین مرکز پزشکی نمازی، دانشکده پزشکی و مدرسه عالی پرستاری شیراز همکاری مطلوبی ایجاد می‌شود. با پیشرفت بیمارستان، شماری از پزشکان ایرانی دانش‌آموخته



۷ الگو، سیریل. تاریخ پزشکی ایران و سرزمین‌های خلافت شرقی. ترجمه دکتر باهر فرقانی. ویراسته محمدحسین زمانی. تهران: انتشارات امیرکبیر، چاپ دوم ۱۳۷۱.

8 - Floor W. Public Health in Qajar Iran, Mage publishers, Washington D.C., USA, 2004.

۹. عزیز، دکتر محمدحسین. پدر سیمین، جشن‌نامه سیمین دانشور، بر ساحل جزیره سرگردانی. به کوشش علی دهباشی. تهران: انتشارات سخن، ۱۳۸۲.

۱۰. رکن‌زاده آدمیت، محمدحسین. دانشمندان و سخن‌سرایان فارس. تهران: انتشارات کتابفروشی‌های اسلامی و خیم، آبان‌ماه ۱۳۳۸ و ۱۳۴۴.

11 - Azizi MH. A Brief History of the Establishment of Shiraz Medical Auxiliary Training School, The Forerunner of Faculty of Medicine in Shiraz University, Archives of Iranian Medicine, 2006; 9 (3): 295-298.

۱۲. رادمنش، حسام. اولین رادیوگرافی در فارس به وسیله دکتر فضل تهیه شد، کادوسه. نشریه داخلی انجمن پزشکان عمومی فارس، آذرماه ۱۳۸۲: شماره ۵: ص ۱۴.

۱۳. فرهنگدفر، امیرقلی. طلوع پزشکی مدرن و تأسیس دانشکده پزشکی در شیراز، نقل از کتاب یاران یکشنبه. به کوشش صادق همایونی. شیراز: انتشارات نوید شیراز، ۱۳۸۴.

۱۴. هدایتی، جواد. تاریخ پزشکی معاصر ایران از تأسیس دارالفنون تا انقلاب اسلامی. تهران: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایران، ۱۳۸۱.

۱۵. کادوسه. نشریه انجمن پزشکان عمومی استان فارس. اردیبهشت ۱۳۸۲: شماره دوم: صص ۲۱، ۲۲.

16- Azizi MH, Raees-Jalali GA, Noroozi H. a Brief History of the Publication of Biomedical Journals in Iran between 1901 and 1979; Archives of Iranian Medicine, 2009 :12(2):204-11.

17- Ditrack J.E. Impressions of Medical Education in Iran Based on Visits of Six Medical Schools, Tehran, December 1973.

۱۸. عاقلی، باقر. رجال سیاسی و نظامی معاصر ایران. تهران: نشر گفتار، نشر علم، ۱۳۸۰.

۱۹. نشریه بنیاد ایران، دکتر تراب مهرا، ۲۲ نوامبر ۱۹۵۱.
20- Nasr Kh. Shiraz University School of Medicine: Its Foundation and Development, Archives of Iranian Medicine, 2009; 12 (1): 87-92.

21- Azizi MH, Bahadori M, Raees-Jalali Gh. In Commemoration of Haj Mohammad Nemazee (1895 - 1972): The Founder of Nemazee Hospital in Shiraz, Arch Iranian Med 2009; 12 (3): 321 - 324.

حالی بود که تا ۱۳۳۲ خورشیدی در کل ایران بیش از صد پرستار تعلیم‌دیده وجود نداشت.^۶

در سال ۱۳۴۷ خورشیدی دکتر تراب مهرا که رئیس بخش پزشکی بنیاد بوده، به سمت ریاست هیئت مدیره انتخاب شده و مرکز بنیاد از نیویورک به شیراز منتقل شد. پس از آن از ۱۳۴۷ تا ۱۳۵۰ ظرفیت بیمارستان نمازی به پانصد تخت افزایش یافت و طی قراردادی با مرحوم نمازی، موقوفات نمازی رسماً جزو تشکیلات دانشگاه شیراز قرار گرفت و برای تأمین کسری بودجه لازم آن، که از محل عایدات آبرسانی شهر شیراز فراهم می‌شد، رسماً بودجه مستقلی در دانشگاه شیراز برای بیمارستان نمازی منظور شد. خلاصه آن که بیمارستان نمازی که حدود نیم قرن پیش با نیت خیرخواهانه نمازی برپا شد، توانست مکانی باشد که در آن پزشکان بتوانند طی سالیان، هزاران بیمار را مداوا کنند و برای دانشجویان و دستیاران پزشکی دانشگاه شیراز محل مناسبی برای آموزش فراهم سازند. فعالیت ارزنده‌ای که همچنان تداوم دارد و گسترش یافته است.

تقدیر :

از آقایان دکتر محمود میرحسینی (جراح قلب، تهران)، دکتر کمالی‌پور (متخصص هوشبری، شیراز)، دکتر مهدی صالح‌پور (اورولوژیست، شیراز) به خاطر تهیه تصاویر قدیمی مرحوم نمازی، از سرکار خانم دکتر فریده عضدی (دندانپزشک و از بستگان ایشان) برای تأمین اطلاعاتی در مورد زنده‌یاد دکتر میر و از دکتر حسام‌الدین نوروزی (شیراز) به خاطر تهیه عکس مرحوم دکتر دانشور سپاسگزاری می‌شود.

منابع :

۱ محسنی، دکتر منوچهر. جامعه‌شناسی پزشکی. تهران: انتشارات طهوری، چاپ پنجم، ۱۳۷۶.

۲ آدمیت، دکتر فریدون. امیرکبیر و ایران. تهران: انتشارات خوارزمی، چاپ پنجم، ۱۳۵۵.

3- Azizi MH. The Historical Backgrounds of the Ministry of Health Foundation in Iran, Archives of Iranian Medicine 2007; 10 (1) : 199 - 123.

۴ نعمت‌اللهی، سید محمد. طب در شیراز امروز، شیراز امروز. گردآورنده، محمد مدرس صادقی، صص ۱۶۱، ۱۶۲، شیراز، ۱۳۳۱.

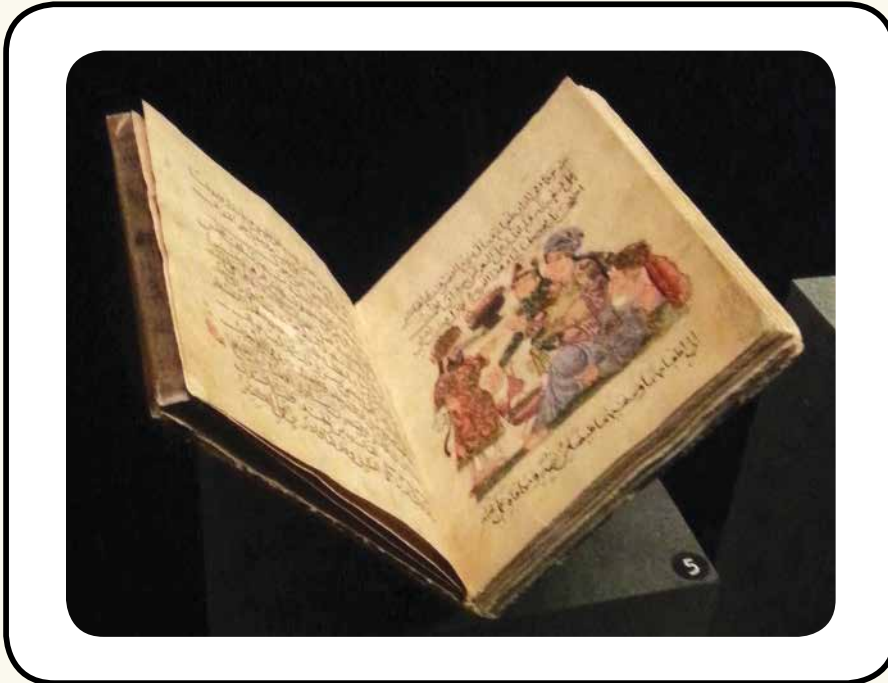
۵. محمد قلی مجد. قحطی بزرگ و مرگ و میر در ایران در سال‌های ۱۹۱۷-۹۱۹۱. ترجمه خانم معصومه جمشیدی.

6 - Ghorban Z. Medical Education in Shiraz, A Personal Memoir, June 1989: pp: 3-4, 20.

دعوت‌الاطبا

دکتر سیاوش ایمانی

Email: siavash.imany@gmail.com

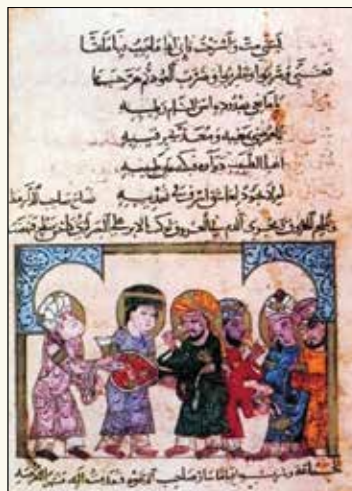
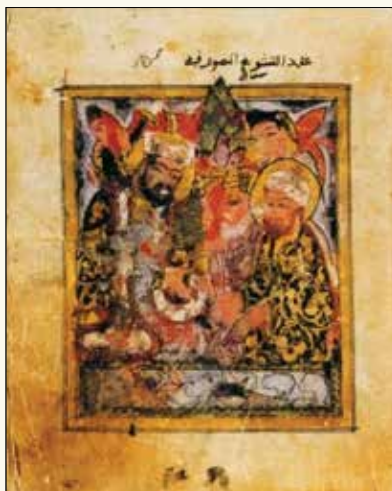


نسخه‌ی اولیه کتاب نابود شده و معلوم نیست که مصور بوده یا خیر، اما از قراین چنین برمی‌آید که فاقد تصویر بوده است. یکی از نسخ منحصر به فرد این کتاب که دارای تصاویر آبرنگ است در مرکز مطالعات اسلامی بنیاد مایر در شهر بیت المقدس (اورشلیم) فلسطین اشغالی نگهداری می‌شود. تاریخ کتابت نسخه‌ی بیت المقدس مشخص نیست و تصاویر آن را نقاشی به نام عبدالقاشوبی المصور کشیده است. در سال ۲۰۰۴ مقاله‌ای به قلم خانم اوا بائر در نشریه‌ی مقرنس به چاپ رسید که در آن برای اولین بار تصاویری از این کتاب منتشر شد. در ادامه برخی از تصاویر موجود در این مقاله با توضیحات مختصری از نویسنده تقدیم می‌شود:

خود او بسیار خسیس. نویسنده، فصول چهارم تا یازدهم را به ماجرای مجلس بزم و مباحثاتی که در این مجلس درمی‌گیرد اختصاص داده است. در فصل دوازدهم مجدداً به توصیف شخصیت شیخ می‌پردازد و در پایان این فصل که بخش پایانی کتاب نیز هست، پزشک جوان در حالی که شیخ پنجره‌ی منزلش را به‌روی او می‌بندد، منزل شیخ را به سمت مقصد نامعلومی ترک می‌کند. این کتاب به‌نوعی زندگی پر فراز و نشیب ابن بطلان را به تصویر کشیده است. نویسنده‌ی کتاب نیز به‌مانند پزشک جوان داستان او، همواره با پزشکان پول‌پرست و شارلاتان (که در قرن ۱۱ م. بسیار فعال هم بودند) در تعارض بود و به‌واسطه‌ی همین تعارض، موقعیت شغلی خوب خود را در مصر از دست داد.

کتاب دعوت‌الاطبا اثر ابن بطلان، از پزشکان معروف مسیحی بغداد در عهد خلفای عباسی است. ابن بطلان این کتاب را در جریان سفر به میافارقین (شهر سیلوان کنونی در استان دیاربکر ترکیه) برای امیر نصرالدوله ابونصر احمد بن مروان، حاکم مروانی میافارقین نگاشت. دعوت‌الاطبا دارای دوازده فصل است: در فصل اول با پزشک جوانی آشنا می‌شویم که به‌علت بالا بودن مخارج زندگی، بغداد را به سمت استان‌های دیگر ترک می‌کند. در مسیر حرکت خود به میافارقین می‌رسد. در آن‌جا شیخی را در مغازه‌ی عطاری می‌بیند و با او به بحث می‌نشیند. در دو فصل بعدی نویسنده ما را با شخصیت شیخ آشنا می‌کند که برای کسب پول به حرفه‌ی پزشکی روی آورده است. دانش پزشکی شیخ بسیار ضعیف است و







روز جهانی صلیب سرخ و هلال احمر

دکتر حامد حاتمی

عضو هیات مدیره انجمن پزشکان عمومی اردبیل

دوم "اتحادیه جمعیت‌های صلیب سرخ" بود که در سال ۱۹۱۹ میلادی تاسیس شد و هدفش کمک‌های متقابل و همکاری و توسعه فعالیت‌های مرتبط در زمان صلح بود. فعالیت صلیب سرخ بین‌المللی از پایان جنگ جهانی دوم توسعه فراوانی یافت.

نیروهای هلال احمر در حال امداد رسانی - بیت المقدس سال ۱۹۱۷ میلادی

تاریخچه هلال احمر
در سال ۱۸۷۶ میلادی، دولت عثمانی (ترکیه) به جای استفاده از نشان صلیب سرخ از معکوس رنگ‌های پرچم خود، یعنی هلال ماه قرمز رنگ (هلال احمر) در زمینه سفید برای جمعیت ملی خود استفاده کرد. از آن به بعد در کشورهای اسلامی به جای صلیب سرخ، هلال احمر به عنوان نماد این سازمان به کار گرفته شد.

هلال احمر در ایران
دولت ایران در سال ۱۳۰۱ جمعیت ملی هلال احمر خود را تاسیس نمود، ولی به جای استفاده از نشان صلیب سرخ و یا هلال احمر، علامت شیر و خورشید سرخ را به عنوان نشان جمعیت خود انتخاب کرد و با تلاش‌ها و پیگیری متمادی دولت و جمعیت ایران، سرانجام علامت شیر و خورشید در کنفرانس ژنو در سال ۱۹۲۹ به عنوان نشان سوم مورد حمایت بین‌المللی، به تصویب رسید. از آن پس سه نشان صلیب سرخ، هلال احمر و شیر و خورشید سرخ به عنوان نشانه‌های رسمی بین‌المللی شناخته شدند. پس از پیروزی انقلاب اسلامی و در سال ۱۳۵۹، دولت ایران با ارسال نامه‌ای به دولت سوئیس به عنوان امین و نگاهدارنده قراردادهای چهارگانه ژنو، اعلام نمود که استفاده از شیر و خورشید سرخ را به تعلیق درآورده و به جای آن از علامت هلال احمر استفاده خواهد نمود.

از آن پس جمعیت شیر و خورشید سرخ ایران به جمعیت "هلال احمر جمهوری اسلامی ایران" تغییر نام داد.

کمیته بین‌المللی صلیب سرخ و هلال احمر
کمیته بین‌المللی صلیب سرخ (ICRC)، که مقر آن در ژنو (سوئیس) قرار دارد، سازمانی است بی‌طرف، بی‌غرض و مستقل که وظیفه منحصرأبشر دوستانه آن عبارت است: حفاظت از زندگی و کرامت قربانیان جنگ و نیز خشونت داخلی، و باری رساندن به آن‌ها. فعالیت‌های کمیته بین‌المللی بر پایه مقررات حقوق بشردوستانه استوار است و در موارد سیاسی، دینی و عقیدتی بی‌طرف است.

منابع :

- سایت تبیان

- ویکی‌پدیا

- سایت جمعیت هلال احمر ایران

تاریخچه صلیب سرخ

۸ ماه می هر سال مصادف است با روز جهانی صلیب سرخ و هلال احمر. این سازمان بین‌المللی که با هدف تخفیف آلام انسانی و حفظ و پیشرفت بهداشت عمومی تشکیل شد، بر اساس موافقتنامه ژنو در سال ۱۸۶۴ میلادی و به خصوص به علت تلاش یک بانکدار سوئیس به نام ژن هنری دونان (Jean Henry Dunant) سوئیس، "صلیب سرخ" نام گرفت.

ایده تاسیس این سازمان پس از جنگ داخلی ایتالیا توسط او مطرح شد. جین هنری دونانت [تلفظ انگلیسی نام دونان] در ۲۴ ژوئن ۱۸۵۹ در رابطه با شغلش - جهت اخذ مجوز حفر چاه- عازم شهر لومباردی واقع در شمال ایتالیا شد.

در آن زمان این شهر نقطه مرکزی برای ادامه جنگ سالفرینو (منطقه‌ای در شمال ایتالیا) بین فرانسه و اتریش بود. هزاران مرد و زن مجروح جنگی که در رنج و عذاب سختی به سر می‌بردند به خاطر فقدان کمک‌های ابتدایی مردند. این منظره دلخراش بر ذهن و فکر او تأثیر زیادی داشت. او که از خانواده‌ای متول و متدین بود کار خودش را فراموش کرد و روستاییان محلی را سازماندهی کرد تا از مجروحان هر دو طرف جنگ مراقبت کنند. تلاش‌های دونانت زندگی افراد زیادی را نجات داد.

در سال ۱۸۶۲ او کتابی با نام خاطره سالفرینو نوشت که در آن از مردم جهان برای تشکیل انجمن‌های امدادی تقاضای کمک کرد. سربازان زخمی در جنگ کاری از دستشان بر نمی‌آمد، پس کمک به آن‌ها وظیفه هر انسانی بود. همچنین کارکنان امدادی از آسیب مصون باشند. این تقاضا بر مردم تأثیر زیادی داشت و در کنفرانس بین‌المللی ژنو که در سال ۱۸۶۴ برگزار شد. شانزده کشور تاسیس صلیب سرخ را پذیرفتند. هسته مرکزی این کمیته ابتدا توسط رئیس انجمن فواید عامه شهر ژنو (گوستاو موانیه) تشکیل شده بود.

مواردی که در موافقتنامه سال ۱۸۶۴ پیش‌بینی شد:

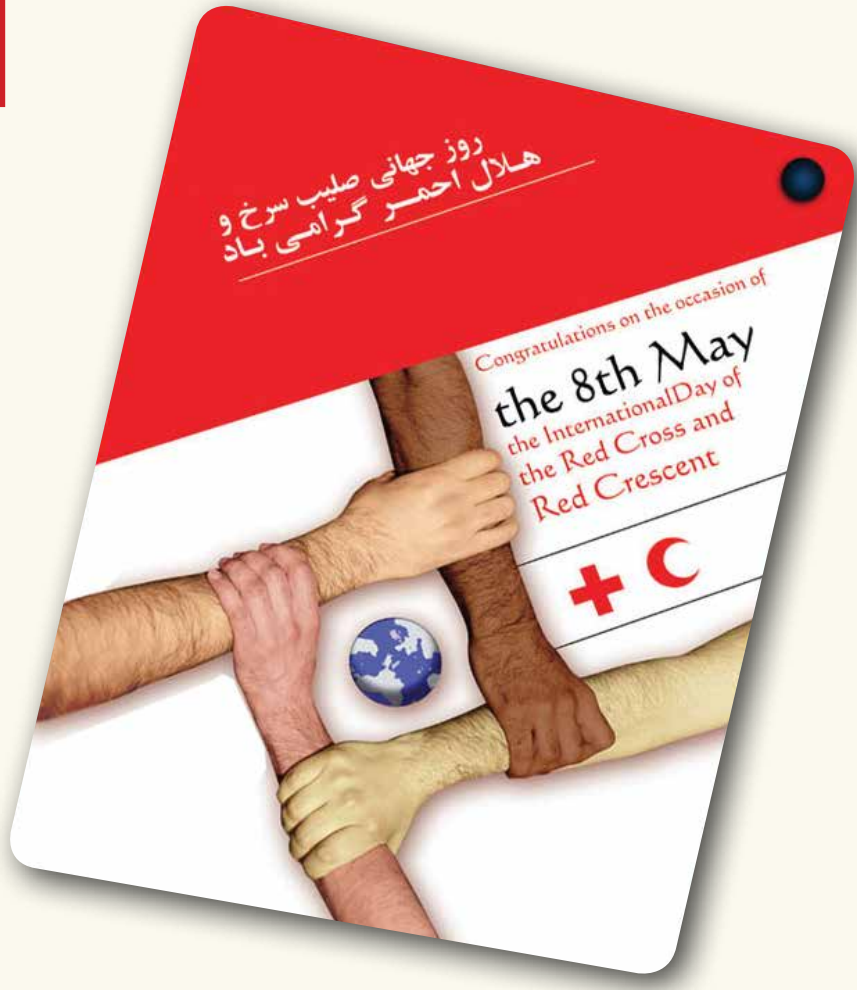
- بی‌طرف شمردن متصدیان خدمات پزشکی نیروهای مسلح
- رفتار انسانی با زخمی‌ها
- بی‌طرفی غیر نظامیانی که داوطلبانه به کمک مجروحان جنگ می‌شتابند
- علامتی بین‌المللی به منظور مشخص ساختن اعضا و وسایلی که در این راه به کار می‌روند که بر اساس ملیت دونان و به تقلید از پرچم سوئیس، به شکل صلیبی سرخ بر زمینه‌ای سفید انتخاب شد.

همچنین دو گروه بین‌المللی دیگر که مرکز آنها نیز در ژنو بود، دایر شد:

یکی "کمیته بین‌المللی صلیب سرخ" که در سال ۱۸۶۳ میلادی تاسیس شد و از ۲۵ نفر از بزرگان سوئیس تشکیل شده بود که هنگام جنگ به عنوان میانجی بی‌طرف خدمت کنند.



ویژه ششمین گردهمایی
شورای هماهنگی انجمن های
پزشکان عمومی کشور



ایران



هند



دانمارک



مصر



اردن



آمریکا



الجزایر



یوگسلاوی سابق



آمریکا



فرانسه



جزایر کیریباتی



آمریکا



ایران (قدیمی)



لائوس



استرالیا



بلژیک



یوگسلاوی سابق



چین



افغانستان



عراق



رومانی



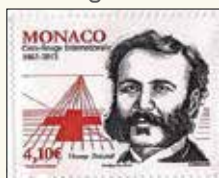
بورکینافاسو



اتیوپی



شیلی



موناکو



بلژیک



ترکیه



افغانستان



افغانستان



روسیه

قانون جدید مالیات و نکات کاربردی برای پزشکان

دکتر ولی رستم زاده

رییس انجمن پزشکان عمومی ارومیه

لیست تنظیم درآمد و هزینه ضمیمه این نوشتار است. (پیوست شماره یک)
به استناد این ماده قانونی (اظهارنامه‌هایی که به این ترتیب ارائه می‌شود، به استثنای موارد نمونه‌ی انتخابی، می‌تواند بدون رسیدگی مورد قبول حوزه‌ی مالیاتی قرار گیرد و مالیات آن تعیین گردد).

با اصلاحات انجام گرفته در این ماده دیگر کلیه مودیان که بر حسب قانون قدیم به سه گروه الف، ب، ج تقسیم شده بودند به عنوان مودی مالیاتی در نظر گرفته شده و گروه بندی حذف شده است.

یکی دیگر از تغییرات در قانون جدید منتفی شدن رسیدگی علی‌الراس به اظهارنامه‌هایی است که با رعایت ماده ۹۵ ارائه شده باشند. ولی چنانچه مودی از ارائه‌ی اظهارنامه خودداری کند، حوزه‌ی مالیاتی می‌تواند با اخذ اطلاعات از طرح جامع مالیاتی، برگ تشخیص مودی را به روش علی‌الراس طبق روال سابق صادر کند. روش علی‌الراس کماکان در اداره‌های امور مالیاتی که طرح نظام جامع مالیاتی در آن‌ها محقق نشده است تا سه سال بعد از اجرای قانون قابل اعمال است.

در قانون قدیم تسلیم اظهارنامه برای پزشکان آخر تیرماه بود، ولی در قانون جدید آخرین فرصت برای تسلیم اظهارنامه آخر خرداد ماه سال در نظر گرفته شده است (تسلیم اظهارنامه سال ۹۴ تا آخر خرداد اجباری است).

در قانون قدیم سازمان‌های بیمه‌گر مبالغی را به عنوان کسورات مالیاتی کسر و به حساب دارایی واریز می‌کردند ولی با اصلاحات انجام گرفته در قانون جدید دیگر هیچ سازمانی مجاز به کسر مالیات از صورت حساب پزشکان نیست.

در قانون قدیم بعد از محاسبه میزان درآمد مشمول مالیات (مراجعه به فرمول بالا) مانده نهایی درآمد مشمول مالیات به نرخ‌های مندرج در ماده ۱۳۱ ضرب می‌شد، ولی در قانون جدید منشاء محاسبه ساده تر شده است و دیگر درآمد خام در ضریب شغلی ضرب نخواهد شد (ضرایب مالیاتی حذف شده) بلکه بعد از کسر هزینه‌ها از درآمد با در نظر گرفتن ماده اصلاحی ۱۳۱ نرخ مالیات بر درآمد اشخاص حقیقی به شرح زیر خواهد بود:

۱- تا مبلغ ۵۰۰ میلیون ریال درآمد سالانه ۱۵ درصد

یعنی کسی که هر ماه پس از کسر هزینه‌های قابل قبول و استهلاکات مرتبط (موضوع مواد ۱۴۷ و ۱۴۸ قانون) مبلغی در حد ۴۲ میلیون ریال درآمد خالص ماهانه داشته باشد باید سالانه ۷۵ میلیون ریال در هنگام تنظیم اظهارنامه مالیاتی ۹۴ محاسبات فوق مد نظر قرار بگیرد.

۲- تا مبلغ یک میلیارد ریال درآمد سالانه نسبت به مازاد ۵۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال معادل ۲۰ درصد

یعنی با درآمد خالص ماهیانه در حد ۸۳/۴۰۰/۰۰۰ ریال، می‌باید سالانه ۱۷۵/۰۰۰/۰۰۰ ریال مالیات بدهد.

۳- نسبت به مازاد ۱/۰۰۰/۰۰۰/۰۰۰ ریال به نرخ ۲۵ درصد

•• منظور از درآمد خالص در این محاسبات مانده به دست آمده بعد

با در نظر گرفتن این که با تغییرات قانون جدید مالیاتی مسئولیت‌های مودیان مالیاتی به ویژه پزشکان دچار تغییرات جدی شده لذا مطالب زیر به دنبال پرسش‌های متعدد و باهدف آشنایی همکاران با قانون جدید از طرف انجمن پزشکان عمومی استان آذربایجان غربی به صورت خلاصه تهیه و تنظیم گردیده است.

۱ - قانون قدیم :

قبل از ورود به نکات کاربردی در قانون جدید ذکر این نکته ضروری به نظر می‌رسد که در قانون قدیم نحوه محاسبه کلی مالیات پزشکان عمومی به شرح زیر بوده است و مالیات سال ۹۴ نیز بر این اساس محاسبه خواهد شد:

درآمد خام سالانه × ضریب شغلی = درآمد مشمول مالیات - معافیت سالانه - کسورات بیمه = مانده درآمد مشمول مالیات × نرخ مقرر در نرخ ماده ۱۳۱ = مالیات قابل پرداخت
مثال فرضی: اگر یک پزشک عمومی در سال ۹۴ کل درآمد خام اش ۱۰۰ میلیون تومان و مالیات کسر شده از طرف بیمه ها نیز ۵۰۰ هزار تومان باشد مالیات ایشان به شرح زیر محاسبه خواهد شد :

$$100000000 \times 15\% = 15000000$$

$$15000000 - 13800000 = 1200000$$

$$1200000 - 500000 = 700000$$

مالیات قابل پرداخت ۷۰۰ هزار تومان خواهد بود

در این فرمول ضریب شغلی پزشکان عمومی (عملکرد مطب و mmt) براساس ضریب سال ۹۳ به میزان ۱۵ درصد در نظر گرفته شده است.

در هنگام تنظیم اظهارنامه مالیاتی ۹۴ محاسبات فوق باید مد نظر قرار بگیرد.

۲ - قانون جدید :

به استناد ماده ۹۵ قانون جدیداصلاحی :

کلیه‌ی صاحبان مشاغل که موظف به نگهداری اسناد و مدارک و تنظیم دفتر تجاری شده‌اند می‌باید اظهارنامه‌ی مالیاتی خود را بر اساس آن تنظیم کنند

از آنجاکه بر اساس آیین نامه‌ی ابلاغی ماده ۹۵ میزان درآمد

پزشکان عمومی در حدی

نیست که نیاز به تنظیم دفتر

مالیاتی داشته باشد لذا اغلب

پزشکان نیازی به ثبت دفتر

مالیاتی ندارند ولی مکلف

هستند که لیست درآمد و

هزینه و اظهار نامه مالیاتی را

در موعد مقرر به سازمان امور

اقتصادی ارسال نمایند. نمونه





به منظور بالابردن اطلاعات فنی همکاران نکات کلیدی برخی توضیحات پیرامون فرآیند الکترونیکی ثبت نام و تسلیم اظهارنامه مالیاتی

۱. عدم ثبت نام مجدد مودیان:

فرآیند ثبت نام الکترونیکی مودیان مالیاتی (به صورت دو مرحله‌ای) برای هر مودی فقط و فقط یک نوبت انجام می‌پذیرد. بنابراین آن دسته از مودیان گرامی که در دو سال اخیر اقدام به ثبت نام الکترونیکی نموده‌اند، به هیچ وجه نباید اقدام به ثبت نام مجدد برای همان بنگاه اقتصادی نمایند و می‌توانند با استفاده از اطلاعات ثبت نام قبلی نسبت به انجام امور مالیاتی الکترونیکی خود اقدام نمایند.

۲. روش اخذ مجدد کد رهگیری مفقود شده:

آن دسته از مودیان که کد رهگیری ثبت نام الکترونیکی ایشان مفقود گردیده است، می‌توانند با مراجعه به بخش "ثبت نام و صدور شماره اقتصادی" سامانه عملیات الکترونیکی مودیان مالیاتی به نشانی www.TAX.gov.ir و با استفاده از امکان "یادآوری کد رهگیری و اطلاعات ثبت نام" نسبت به دریافت مجدد این کد اقدام به عمل آورند.

۳. عدم پیش ثبت نام سایر شرکای واحدهای شغلی مشارکتی:

آن دسته از واحدهای شغلی (کسبی) اشخاص حقیقی که مالکیت آن به صورت مشارکتی است، در مرحله پیش ثبت نام صرفاً یکی از شرکا (شریک اصلی) به عنوان نماینده واحد شغلی نسبت به پیش ثبت نام اقدام می‌نماید. در مرحله دوم ثبت نام الکترونیکی و پس از دریافت پاکت نام کاربری و رمز عبور، اطلاعات سایر شرکا دریافت و در سامانه ثبت می‌گردد. به ازای هر واحد کسبی مشارکتی تنها تکمیل نمودن یک اظهارنامه که در آن اطلاعات کلیه شرکا ثبت می‌گردد، کافی است و شرکا نیاز به تکمیل اظهارنامه انفرادی ندارند.

۴. کد پستی ثبت نام، مربوط به محل فعالیت:

در فرآیند ثبت نام الکترونیکی و هم چنین فرآیند اظهارنامه الکترونیکی کد پستی که مودیان، به ویژه صاحبان محترم مشاغل، در بخش نشانی محل فعالیت ارائه می‌نمایند، باید مربوط به محل فعالیت شغلی ایشان باشد و به هیچ وجه کد پستی محل سکونت مودی در این بخش قابل قبول نیست.

۵. نحوه آگاهی مودیان از آخرین وضعیت ثبت نام:

مودیان گرامی می‌توانند با مراجعه به گزینه "پیگیری سریع وضعیت ثبت نام شماره اقتصادی" در بخش "ثبت نام و صدور شماره اقتصادی"، سامانه عملیات الکترونیکی مودیان مالیاتی به نشانی www.TAX.gov.ir نسبت به استعلام آخرین وضعیت خود در فرآیند ثبت نام الکترونیکی اقدام نمایند. این امکان برای واحدهای پاسخگوئی اداره های کل امور مالیاتی نیز پیش بینی گردیده است.

۶. ویرایش اطلاعات مودی دارای مغایرت اطلاعات پیش ثبت نام

آن دسته از مودیان گرامی که اطلاعات پیش ثبت نام ایشان در مرحله اعتبارسنجی پیش ثبت نام دارای مغایرت اعلام می‌گردد، برای رفع مغایرت، باید از شماره/ شناسه ملی و کد پستی به بخش "ثبت نام و صدور شماره اقتصادی" سامانه عملیات الکترونیکی مودیان مالیاتی به نشانی www.TAX.gov.ir مراجعه و با استفاده از امکانات قسمت "سامانه پیش ثبت نام شماره اقتصادی" و وارد

از کسر هزینه‌ها از درآمد خام است.

•• هزینه‌های بالای ۵۰۰ میلیون تومان زمانی مورد قبول خواهد بود که پرداخت آن از طریق سیستم بانکی انجام بگیرد (بی توجهی به این امر باعث خواهد شد که قبول هزینه با مشکل جدی روبرو شود).

سایر هزینه‌ها در حد متعارف و در چارچوب قانون مالیات‌ها قابل قبول خواهد بود.

فرمول جدید محاسبه مالیات بدین شرح خواهد بود:

درآمد خام منهای هزینه‌های سال ضربدر نرخ مقرر در ماده ۱۳۱ اصلاحی منهای معافیت قانونی سالانه مساوی است با میزان مالیات قابل پرداخت. به علت حذف ماده ۱۵۸ در قانون جدید، موضوع امضای تفاهم‌نامه سازمان نظام پزشکی و سازمان امور اقتصاد و دارایی به کلی منتفی شده است، از سال ۹۵ دیگر تفاهم‌نامه نخواهیم داشت.

ماده ۱۶۹ مکرر اصلاحی: در این ماده به منظور شفافیت فعالیت‌های اقتصادی مودیان، مقرر شد تا ظرف سه سال از ابلاغ قانون در سازمان امور مالیاتی بر اساس طرح جامع مالیاتی بانک اطلاعات شامل پایگاه اطلاعات هویتی، عملکردی و دارایی مودیان ایجاد شود و اطلاعات مالی و پولی و معاملاتی، سرمایه‌ای، ملکی اشخاص حقیقی و حقوقی جمع‌آوری شود تا چنانچه مودی در مهلت قانونی از ارایه‌ی اظهارنامه خودداری کرد، با اخذ اطلاعات لازم از پایگاه مزبور نسبت به تنظیم برگ ارزیابی مالیاتی اقدام و مالیات متعلق را به‌موجب برگ تشخیص صادر شده وصول کند. بدیهی است همه‌ی دستگاه‌های اجرایی و بانک‌ها و ... ملزم به در اختیار گذاشتن اطلاعات مورد نظر به سازمان مالیاتی هستند.

ماده ۱۶۹ مکرر قدیم (مرتبط با اعلام معاملات فصلی) که به شرح فوق اصلاح شده است.

ماده ۱۹۲ اصلاحی: تسلیم نکردن اظهارنامه در موعد مقرر مشمول جریمه‌ی غیرقابل بخشودگی به میزان ۳۰ درصد مالیات متعلق خواهد بود. در ضمن اگر مودی در زمان مقرر قانونی نتواند اظهارنامه بدهد از سایر مزایای قانونی نیز نمی‌تواند استفاده بکند. ماده ۲۰۲ اصلاحی: سازمان امور مالیاتی می‌تواند از خروج بدهکاران مالیاتی غیرتولیدی با مبلغ بیش از ۱۰۰ میلیون ریال ممانعت کند. این حکم برای شرکت‌های خصوصی نیز جاری است. **براساس بند «د»** از ماده ۱۳۹ قانون: کمک‌ها و هدایای دریافتی نقدی و غیر نقدی و همچنین حق عضویت اعضای مجامع حرفه‌ای؛ احزاب و انجمن‌ها و تشکل‌های غیر دولتی که دارای مجوز از مراجع ذیربط باشند و وجوهی که به موجب قانون و مقررات مربوط از درآمد یا حق الزحمه اعضای آنها کسر و به حساب مجامع مزبور واریز می‌شود از پرداخت مالیات معاف است برای برخوردارانی از این معافیت، گرفتن دفتر و ثبت هزینه و درآمد و دادن به موقع اظهار نامه الزامی است.

سازمان نظام پزشکی و انجمن‌ها بر اساس این ماده قانونی باید به وظایف مقرر (گرفتن دفتر مالیاتی و دادن اظهارنامه) عمل نمایند در غیر این صورت مشمول مالیات و جرایم مرتبط غیر قابل بخشودگی خواهند بود. با در نظر گرفتن این که هنوز دستورالعمل‌های اجرایی قانون جدید به طور کامل ابلاغ نشده لذا امکان دارد تغییراتی در خصوص نحوه اجرایی در آینده به وجود آید که در این خصوص اطلاع رسانی لازم انجام خواهد گرفت.



نمودن، نسبت به اصلاح اطلاعات خود در سامانه اقدام نمایند تا نسبت به اعتبارسنجی مجدد اطلاعات ایشان اقدام به عمل آید.

۷. ثبت نام الکترونیکی مودیان، شرط بهره‌مندی از مزایای اظهارنامه الکترونیکی:

انجام ثبت نام الکترونیکی مودیان، شرط بهره‌مندی از خدمات تسلیم الکترونیکی و غیر حضوری اظهارنامه است. در این ارتباط تکالیف مودیان حقوقی (شرکت‌ها) و اشخاص حقیقی (صاحبان واحدهای کسبی شغلی) به شرح ذیل است:

• این دسته از مودیان باید اطلاعات ثبت نام خود را تکمیل کنند و تأیید اعتبارسنجی صورت پذیرفته باشد.

۸. عدم نیاز به تحویل نسخه کاغذی اظهارنامه:

بنا بر تصمیم سازمان امور مالیاتی کشور، مودیان محترم مالیاتی در سال جاری پس از تکمیل و ارسال نهایی اظهارنامه خود به صورت الکترونیکی نیازی به تسلیم نسخه کاغذی اظهارنامه به اداره‌های امور مالیاتی نخواهند داشت و اظهارنامه ارسال الکترونیکی نهایی شده، تسلیم قانونی شده تلقی می‌گردد.

۹. چگونگی بهره‌مندی از مزایای پرداخت الکترونیکی (غیر حضوری) مالیات:

آن دسته از مودیان که پیش ثبت نام الکترونیکی خود را به انجام رسانیده‌اند و اطلاعات مرحله پیش ثبت نام ایشان تأیید گردیده است، پس از دریافت پاکت حاوی نام کاربری و رمز عبور ثبت نام مرحله دوم و با استفاده از نام کاربری و رمز عبور مذکور، می‌توانند از مزایای دریافت قبض و پرداخت اینترنتی مالیات بدون نیاز به



حضور در اداره‌های امور مالیاتی و یا شعب بانک بهره‌مند گردند. برای استفاده از این خدمات الکترونیک، مودیان می‌توانند به بخش "پرداخت الکترونیکی مالیات" در سامانه عملیات الکترونیکی مودیان مالیاتی به نشانی www.TAX.gov.ir مراجعه فرمایند.

مبلغ معافیت سالانه اشخاص حقیقی برای عملکرد سال ۹۴ چه مقداری است؟

معافیت سالانه اشخاص حقیقی برای عملکرد ۱۳۹۴ مبلغ ۱۳۸ میلیون ریال است.

چگونه می‌توان برای مودیان فوت شده اظهارنامه ثبت نمود؟

ابتدا لازم است پیش ثبت نام مودی فوت شده انجام گردد و سپس درخواست غیر فعال شدن پیش ثبت نام وی به اداره مربوط داده شود. در صورت غیر فعال بودن پیش ثبت نام / ثبت نام مودی می‌توان برای مودی فوت شده نیز اظهارنامه ثبت نمود.

هنگام ثبت اظهارنامه املاک در صورت ندانستن کد ملی مستاجر باید چه کرد؟

بدون داشتن کد ملی مستاجر امکان ثبت اظهارنامه املاک وجود ندارد.

مودیان حقیقی چگونه می‌توانند اظهارنامه شراکتی ارسال نمایند؟

مودی اصلی ابتدا باید اطلاعات شرکا را در ثبت نام کد اقتصادی ثبت نماید و سپس اقدام به ارسال اظهارنامه شراکتی نماید، اطلاعات شرکا به صورت اتوماتیک از سامانه ثبت نام کد اقتصادی در نرم افزار اظهارنامه نمایش داده خواهد شد.

هنگام ارسال اظهارنامه الکترونیکی چه نکاتی را می‌بایست در نظر گرفت؟

زمانی که مودی گزینه ارسال اطلاعات بدون / با امضا را کلیک می‌نماید باید تا نمایش پاسخ سیستم منتظر بماند، ممکن است حتی ۲ یا ۳ دقیقه طول بکشد تا سیستم پاسخ دهد.

اگر اشاره گر موس از شکل ساعت شنی خارج گردید و مودی هنوز پیامی از سیستم دریافت ننموده بود باید دکمه Alt+Tab را فشرده و آیکن برنامه را انتخاب نماید که در این صورت پیام برنامه نمایش داده خواهد شد.

لازم به ذکر است زمانی که مودی دکمه ارسال را کلیک می‌نماید، دکمه‌های روی فرم برنامه تا زمان پاسخ سیستم قابل استفاده نیستند و مودی باید تا زمان دریافت کد رهگیری یا شماره خطا منتظر بماند.

قسط بندی مالیات را به چه صورت می‌توان انجام داد؟

در پایان ارسال اظهارنامه، اگر مودی نخواهد کل مبلغ مالیات خود را یکجا پرداخت نماید، می‌تواند دست کم ۴۰ درصد از مالیات خود را نقد و بقیه را به صورت اقساط (حداکثر ۶ قسط) پرداخت نماید، به این صورت که در برنامه باید مبلغ پرداخت نقدی را در مکان مربوط وارد و پس از آن تعداد اقساط را وارد نماید. پس از ارسال اظهارنامه، یک قبض نقدی و به تعداد اقساط، قبض برای مودی صادر خواهد شد.

پس از ثبت اظهارنامه مودی چگونه می‌تواند قبض‌های صادر شده را مشاهده و پرینت نماید؟

مودی با مراجعه به سامانه پرداخت الکترونیکی مالیات می‌تواند پرینت قبض‌های خود را مشاهده نماید.

خلاصه درآمد و هزینه سالانه مودیان سال ...

نام و نام خانوادگی:		شماره ملی:	شماره اقتصادی:		کلاسسه پرونده:	
اداره امور مالیاتی:		نوع فعالیت:	نام واحد شغلی:		شماره و تاریخ صدور پروانه کسب:	
جمع فروش کالا خدمات		جمع فروش کالاهای خدمات	جمع فروش کالا	جمع فروش کالا	جمع فروش کالا	جمع فروش کالا
شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش
شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش
شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش
شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش
شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش
شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش
شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش
شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش

صورت درآمد و هزینه ماهانه مودیان سال ...

نام و نام خانوادگی:		شماره ملی:	شماره اقتصادی:		کلاسسه پرونده:	
اداره امور مالیاتی:		نوع فعالیت:	نام واحد شغلی:		شماره و تاریخ صدور پروانه کسب:	
ماه		فروش کالا خدمات	فروش کالا	فروش کالا	فروش کالا	فروش کالا
شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش
شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش
شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش
شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش
شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش
شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش
شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش
شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش
شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش	شماره مالیات و مودیان در آرش

جدول اطلاعات مورد نیاز حسب اعلام فوق الذکر خواهد بود مودیان می‌توانند حسب نوع فعالیت شغلی سایر اطلاعات مورد نیاز را در جدول فوق الذکر



دکتر کمال بیگی

آیا طیب عمومی می‌تواند اقدامات درمانی تخصصی انجام دهد؟!

که صد البته هر جراح عمومی مختار است که در این حیطه فعالیت کند و یا حتی تنها بیماران کولورکتال را پذیرش و درمان نماید.

به عبارت دیگر هر پزشکی می‌تواند هر اقدامی که عرفاً جزء طبابت محسوب می‌گردد را انجام دهد و تا زمانی که قصوری از وی سر نزده است هیچ مرجعی اجازه ندارد که پزشک مذکور را به صرف انجام چنین اقدام درمانی مورد بازخواست قرار دهد و این امر نکته مهمی است که کارشناسان محترم در کمیسیونهای پزشکی قانونی و نظام پزشکی باید به آن توجه کافی داشته و بر این اساس اعلام نظر نمایند و نه بر اساس علایق و سلیقه خود!

پس برای مثال هر پزشکی می‌تواند در مطب خود به ترک اعتیاد بیماران بپردازد حتی اگر دوره ای در این خصوص نگذرانده باشد ولی نمی‌تواند بدون مجوز، کلینیک ترک اعتیاد دایر نماید و یا تبلیغاتی در جهت اعلام انجام چنین فعالیتی در تابلوی مطب، کارت ویزیت و یا سرنسخه خود داشته باشد.

در ماده ۱۶ آیین نامه انتظامی سازمان نظام پزشکی چنین آمده است که:

ماده ۱۶ - شاغلان حرفه های پزشکی نباید از عناوین علمی و تخصصی که به تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نرسیده است استفاده کنند. بنابراین قانوناً پزشکی که اقدام به ارائه خدمات درمانی (طبابت) مانند خدمات چاقی لاغری می‌نماید تنها و تنها مجاز نیست که چنین امری را در تابلوی مطب و کارت ویزیت و سرنسخه خود درج نماید ولی ارائه چنین اقدام درمانی در مطب هیچگونه منع قانونی ندارد.

پس پزشک مورد نظر ما می‌تواند در تابلو مطب یا سرنسخه یا کارت ویزیت خود چنین بنویسد «دکتر ... پوست» و می‌تواند تنها بیماران پوست را پذیرش کند ولی نمی‌تواند در موارد یاد شده عنوان متخصص پوست بنویسد. یادمان باشد نداشتن قانون در یک امر به معنی جرم نبودن آن عمل است چرا که قانون جرم را چنین تعریف نموده است:

«جرم عبارت است از هر فعل یا ترک فعلی که قانون برای آن مجازات تعیین کرده باشد»

در انتها باید به این نکته اساسی اشاره نمود که سازمان محترم نظام پزشکی و نیز وزارت محترم بهداشت، درمان و آموزش پزشکی باید این نکته مهم ولی مبهم، در امر طبابت را شفاف سازی نموده و صراحتاً تعیین تکلیف نمایند در غیر این صورت برداشت منطقی از قوانین فعلی همان است که در بالا گفته شد.

نیز می‌باشد.
ب) اما اگر اقدامات پزشک، خارج از تخصص وی بوده و بر اثر چنین اقداماتی به بیمار آسیبی وارد گردد مسلماً کمیسیون پزشکی، چنین پزشکی را مقصر اعلام می‌کند. همان گونه که اگر چنین موردی برای یک متخصص پوست نیز پیش بیاید مقصر اعلام می‌گردد.

در ماده یک قانون طبابت مصوب ۱۱ خرداد ماه ۱۳۹۰ شمسی که هنوز منسوخ نشده و همچنان معتبر است چنین آمده است که:

ماده ۱ - هیچکس در هیچ نقطه ایران حق اشتغال به هیچ یک از فنون طبابت را ندارد مگر آن که از وزارت معارف اجازه نامه گرفته و به ثبت وزارت داخله رسانیده باشد. در شرایط فعلی این مجوز را وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی صادر می‌نماید که به آن پروانه طبابت گویند.

بنابراین در شرایط فعلی هر فردی که موفق به اخذ پروانه طبابت گردد بر اساس قانون فوق، اجازه انجام طبابت دارد لذا هر اقدام پزشکی که عرفاً طبابت محسوب گردد را می‌تواند انجام دهد چه در این خصوص متخصص باشد و چه مدرک تخصص نداشته باشد.

لذا بر اساس قوانین کنونی نمی‌توان طیب عمومی را به جهت انجام اقدامات درمانی که مارک تخصصی یا فوق تخصصی به آنها خورده است محاکمه یا محکوم نمود و چنین فردی را تنها زمانی می‌توان مورد بازخواست قرار داد که در ارائه چنین خدمات پزشکی مرتکب قصور شده باشد که معمولاً این قصور از نوع «عدم مهارت» است.

چنین حالتی را در میان سایر رشته های تخصصی نیز به کرات می‌توان دید مانند اختلاف نظر رشته های جراحی پلاستیک، جراحی فک و صورت و نیز ENT که هر سه گروه مدعی انجام انحصاری رینوپلاستی هستند و یا ادعای تعدادی از همکاران فوق تخصص گوارش، که مدعی انحصاری بودن آندوسکوپی برای خود هستند. مثال دیگر رشته فوق تخصصی جراحی کولورکتال است

یکی از سوالات اساسی جامعه پزشکی که مکرراً مطرح شده است این مطلب است که اگر پزشکی بدون داشتن تخصص لازم، اقدام درمانی را انجام دهد آیا جرمی مرتکب شده است یا خیر؟

و آیا بر اساس آیین نامه انتظامی سازمان نظام پزشکی می‌توان وی را مورد بازخواست قرار داد یا خیر؟ به مثال زیر توجه کنید: یکی از همکاران پزشک عمومی در مطب خود صرفاً اقدام به پذیرش بیماران پوست می‌نماید. اعمالی که عرفاً توسط متخصصین پوست انجام می‌گیرد حال سوال این است که آیا چنین اقداماتی جرم است و قابل مجازات می‌باشد؟

حالتی را در نظر بگیرید که چنین پرونده ای در مراجع قضایی مطرح گردد و از طرف مرجع مذکور در خواست کارشناسی پزشکی قانونی شود:

در ابتدا لازم است به این نکته اساسی اشاره نمود که برای این که لفظ قصور را در مورد پزشکی بکار ببریم باید ۳ شرط اساسی وجود داشته باشد

۱. پزشک وظیفه درمان بیمار را بر عهده گرفته باشد
 ۲. پزشک در ارائه چنین اقدامات درمانی، مرتکب قصور شده باشد
 ۳. در اثر این خطای پزشک، بیمار دچار آسیب مادی یا معنوی شود.
- بنابر مطلب فوق:

الف) اگر پزشک عمومی مورد نظر ما، اقدام درمانی تخصصی را صحیح انجام داده باشد و برای بیمار آسیب مادی یا معنوی پیش نیامده باشد در چنین حالتی قصوری رخ نداده است و معمولاً در کمیسیونهای تخصصی مرتبط چنین اظهار نظر می‌گردد که این اقدامات بر اساس موازین علمی صورت گرفته و هیچگونه آسیبی به بیمار وارد نگردیده است لذا قصور متوجه پزشک نیست.

مگر اینکه پزشک مورد ذکر، خود را متخصص پوست معرفی کرده باشد که این امر علاوه بر اینکه خطای انتظامی محسوب می‌گردد قابل پیگیری در مراجع قضایی

مراجع صالح به رسیدگی جرایم پزشکی

تهیه و تنظیم: دکتر محمدرضا جباری
رئیس انجمن پزشکان عمومی مشهد
و مسئول روابط عمومی انجمن پزشکان عمومی ایران

تعدد مراجع رسیدگی به تخلفات پزشکان یکی از چالش‌های جدی حوزه حقوق پزشکی است. نهادهای قضایی، شبه قضایی و انتظامی متعدد و موازی برای رسیدگی به تخلفات و جرایم پزشکان وجود دارد که هیچ دلیل موجهی برای ادامه وضع نامطلوب فعلی وجود ندارد و بهتر است حدود صلاحیت هر یک از آنها مشخص شود، به عنوان مثال بهتر است طرح دعوی مدنی مطالبه خسارت به اثبات تقصیر پزشک و رسیدگی به خطاهای پزشکی جز در موارد استثنایی مانند مرگ بیمار نیز به مرجع انتظامی سازمان نظام پزشکی موکول شود و دادسرا و دادگاه عمومی جزایی فقط به موارد مهم رسیدگی کنند که این مهم مگر با افزایش قانونی اختیارات سازمان نظام پزشکی به دست نمی‌آید.

با توجه به تعدد مراکز رسیدگی به تخلفات و جرایم پزشکی، ضرورت دارد همکاران محترم آشنایی مختصر با این مراجع داشته باشند تا به خوبی بتوانند در مواقع لزوم از حقوق خود دفاع نمایند. این نوشتار با همین هدف گردآوری شده و بدیهی است مشاوره با حقوق دانان آگاه به جرائم حوزه بهداشت و درمان به هنگام روبرو شدن با مشکل، راهگشا و مفید تر خواهد بود.

شود؛ اما در مواردی نیز قصور پزشکی منجر به فوت بیمار، جرم (Crime) محسوب می‌شود.^{۱**}

۳- برای اثبات قصور و سهل انگاری موارد ذیل باید احراز شود:
الف- وظیفه مراقبت و یا درمان که این وظیفه ممکن است به موجب قرارداد و یا قانون، برعهده شخص باشد.

ب) ندادن انجام وظایف قانونی، عرفی، صنفی و حرفه‌ای

ج) آسیب به بیمار (مادی و معنوی)

د) احراز رابطه علیت

به طور کلی رسیدگی به تخلفات پزشکی در صلاحیت دادسرای انتظامی سازمان نظام پزشکی و رسیدگی به جرایم در حیطه صلاحیت محاکم عمومی دادگستری است.

البته رسیدگی به تخلفات پزشکی توسط هیات‌های بدوی انتظامی مانع رسیدگی توسط محاکم قضایی نمی‌شود، چرا که ممکن است پزشک اقدام به عملی نماید که واجد وصف مجرمانه باشد و چون چنین امری تخلف نیز محسوب می‌شود، محاکم دادگستری و هیات‌های بدوی انتظامی هر کدام می‌توانند جداگانه به موضوع رسیدگی کنند.

ب) مراجع صالح به رسیدگی جرائم پزشکی را می‌توان به چهار بخش تقسیم کرد:

۱ - دادگاه عمومی:

در این دادگاه‌ها میتوان از جنبه جزایی و یا حقوقی نسبت به عملی که پزشک مرتکب آن شده است شکایت کرد. به عبارت دیگر هر عملی که در قوانین مدنی و یا جزایی کشور قابلیت پیگیری قضایی داشته باشد در صلاحیت این دادگاه‌هاست. با وجود این، از آنجا که اقدامات پزشکی از زمره مسایل تخصصی محسوب می‌شود که نیاز به نظرات و دیدگاه کارشناسانه دارد قوه قضاییه اقدام به تخصیص یک دادسرا به طور ویژه به جرایم پزشکی و دارویی نموده است.

الف) دادسرای جرایم پزشکی

روند رسیدگی به پرونده‌های مطرح شده در این دادسرا اینگونه است که پس از طرح و ارجاع موضوع به کمیسیون‌های پزشکی،



الف) مقدمه و تعاریف:

۱ - **تخلفات پزشکی:** تخلفات پزشکی یا انتظامی مواردی هستند که پزشک بر خلاف قوانین و مقررات وضع شده صنفی رفتار می‌کند، مانند اشتغال بدون پروانه کار و عدم رعایت تعرفه

۲ - **جرایم پزشکی:** مواردی هستند که قانونگذار برای آن مجازات در نظر گرفته است ولی شخصی که مرتکب آن می‌شود پزشک و یا جزء تیم پزشکی است، مانند قصور و سهل انگاری پزشکان و صاحبان حرفه‌های وابسته در انجام وظیفه که موجب وارد آمدن صدمه یا فوت بیمار شده، یا افشای اسرار بیمار مطابق مواد قانون مجازات اسلامی

چنانچه خطای پزشکی (Medica-Error) با تقصیر همراه و منجر به صدمه به بیمار شود، قصور پزشکی (Medica- Malpractice) محقق می‌شود و پزشک از لحاظ قانونی مسئول خواهد بود. همان‌گونه که در نظام‌های حقوقی اغلب کشورهای دنیا هم پیش‌بینی شده است، قصور پزشکی اعم از اینکه منجر به صدمه جسمی یا روانی یا فوت بیمار شود، می‌تواند تنها منجر به مسئولیت مدنی (الزام به پرداخت غرامت به بیمار) یا مسئولیت انتظامی (اعمال مجازات حرفه‌ای از جمله توبیخ شفاهی و کتبی یا محرومیت موقت یا دائم از اشتغال به حرفه پزشکی) کادر درمان



در ماده ۱ قانون فوق الذکر، بدون پروانه پزشکی و مواردی دیگر در
زمره رسیدگی دادگاه انقلاب قرار می گیرد.***۲

۳- سازمان نظام پزشکی:

این سازمان بر اساس ماده ۲۸ قانون مصوب سازمان نظام پزشکی
به شکایات ناشی از تخلفات حرفه ای شاغلان حرفه پزشکی از
طریق دادسرای انتظامی در موارد زیر رسیدگی می کند:
- شکایت شاکی ذینفع یا سرپرست یا نماینده قانونی بیمار
- اعلام تخلف از مراجع قضایی و اداری
- اعلام تخلف از طرف هیات مدیره، شورایی عالی و ریاست سازمان
- شکایت وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی
- تخلفات مشهود که به نظر اعضای دادسرا و هیات های انتظامی
پزشکی رسیده است
- ارجاع از طرف هیات های بدوی انتظامی نظام پزشکی

ساختار هیات های انتظامی پزشکی رسیدگی به تخلفات صنفی
متشکل از قسمت های زیر است:

- دادسرای انتظامی
- هیات بدوی انتظامی
- هیات تجدیدنظر استان
- هیات عالی انتظامی

در خصوص شکایت در این مرجع باید دقت کرد که مرور زمان
وجود دارد یعنی شاکی و مراجع ذی صلاح به منظور اعلام تخلف
حداکثر ظرف مدت یکسال از تاریخ وقوع تخلف یا بروز عوارض
می توانند به دادسرا اعلام شکایت کنند و پس از آن شکایتشان
مسموع نخواهد بود.

۴- سازمان تعزیرات حکومتی

قانون تعزیرات حکومتی امور بهداشتی و درمانی مصوب
۱۳۶۷/۱۲/۲۳ مجمع تشخیص مصلحت نظام اسلامی از رسیدگی
به تخلفاتی نام برده است که مهم ترین تخلفات موضوع آن عبارتند
از:
الف- ایجاد موسسه پزشکی غیر مجاز توسط افراد فاقد صلاحیت

پرونده مورد بررسی قرار می گیرد و در صورتی که قصور کادر
درمانی تشخیص داده شود، مراتب قصور به شعبه رسیدگی کننده
ارسال و به دنبال آن پزشک و تیم پزشکی برای ادای توضیحات
احضار می شوند و در نهایت دادسرا با اخذ تصمیم مقتضی یا قانع
می شود که قصوری رخ نداده است و قرار منع یا موقوفی تعقیب
صادر می کند و یا این که ادعای شاکی را قریب به واقع می بیند
و با صدور کیفرخواست پرونده را به دادگاه ارسال می کند و دادگاه
عمومی جزایی نیز بر اساس محتویات پرونده، نظریه کارشناس و
دفاعیات هر دو طرف اقدام به صدور رای می نماید.

ب- شورای حل اختلاف (ویژه امور بهداشت)

از اوایل سال ۸۹ و پس از تصویب دستورالعمل تشکیل شوراهای
حل اختلاف ویژه امور پزشکی (مصوب ۱۳۸۶/۶/۳۱) در تهران و
بسیاری از استان ها شوراهای حل اختلاف ویژه رسیدگی به امور
بهداشتی و پزشکی شروع به فعالیت نمودند. اعضای شوراهای ویژه
از میان کارشناسان و متخصصان صاحب صلاحیت در رشته های
مرتبط پزشکی با تایید و معرفی سازمان نظام پزشکی و با رعایت
آئین نامه اجرائی ماده ۱۳۴ قانون برنامه چهارم توسعه برای مدت
۳ سال انتخاب شده و علاوه بر شرایط عمومی باید فاقد محکومیت
کیفری یا انتظامی قطعی باشند.

رسیدگی و حل و فصل اختلافات اعضای جامعه پزشکی با یکدیگر
و همچنین اختلافات جامعه پزشکی با سایر اشخاص اعم از
حقیقی یا حقوقی در صورتی که مبلغ خواسته یا محکوم به کمتر
از ۵ میلیون تومان باشد و یا در صورتی که هر دو طرف در خصوص
ارجاع پرونده به شورا توافق داشته باشند، در صلاحیت شورای حل
اختلاف است.

۲- دادگاه انقلاب:

طبق تبصره ۶ الحاقی قانون ۱۳۷۴ /۱/۲۹ اصلاحیه ماده ۳
قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی و مواد خوردنی
و آشامیدنی مصوب ۱۳۳۴ رسیدگی به جرائم موضوع ماده ۱۸ این
قانون در صلاحیت دادگاه انقلاب اسلامی است مواردی چون
دخالت غیر مجاز در امور پزشکی، فعالیت موسسات پزشکی مندرج



حکومتی است اما باید به این نکته توجه کرد که بر اساس مفاد دادنامه شماره ۷۹ دیوان عدالت اداری به کلاسه پرونده: ۹۴/۷۶/۹۲/ه ع مطروحه در در جلسه مورخ ۹۴/۱/۱۷ هیأت تخصصی پژوهشی فرهنگی دیوان عدالت و نامه شماره ۳۵۵۴۵ مورخ ۹۴/۷/۴ معاونت محترم نظارت و برنامه ریزی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران بین تعریف مطب و موسسه پزشکی تفاوت است و مطب به عنوان موسسه پزشکی تلقی نمی گردد و اما بعضی نیز معتقد هستند با استناد به ماده (۳) از قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی و مواد خوردنی و آشامیدنی مصوب ۱۳۳۴/۳/۲۹ و اصلاحات بعدی در صورتی که موسسه پزشکی توسط افرادی ایجاد شده باشد که تخصص لازم را دارند اما نسبت به کسب مجوزهای لازم اقدامی نکرده اند موضوع در صلاحیت دادگاه انقلاب قرار می گیرد.

نکته:

درخصوص ارجاع پرونده های تشکیل شده در زمینه مداخله غیرمجاز در امور پزشکی و دارویی با صدور قرار عدم صلاحیت از ناحیه دادگاه های عمومی و انقلاب و ارسال به سازمان تعزیرات حکومتی با نظر دیوانعالی کشور این تعارض مرتفع گردیده و رسیدگی به این گونه پرونده ها در صلاحیت دادگاه های انقلاب اسلامی قرار گرفت.

ب- ایجاد موسسه پزشکی توسط متخصصین فاقد پروانه
ج- خودداری بیمارستان ها از پذیرش و ارائه خدمات اولیه لازم به بیماران اورژانسی
د- به کارگیری متخصصان حرفه های پزشکی و پیراپزشکی فاقد مجوز قانونی کار در موسسات پزشکی
و - موارد دیگر...
رسیدگی به این تخلفات در حیطة صلاحیت سازمان تعزیرات



نظریه شماره ۱۰۱۸۰/۹۲/۱۶۷/۱۳۹۲

نظریه اداره کل حقوقی قوه قضاییه

۱- از ماده ۴۹۵ قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲ و مفهوم مخالف آن استنباط نمی شود که اخذ برائت توسط پزشک در موارد غیرضروری پیش از معالجه الزامی است و آنچه از ماده مذکور و تبصره آن و همچنین ماده ۴۹۶ قانون مجازات اسلامی استنباط می شود این است که هرگاه اقدام پزشک مطابق مقررات پزشکی و موازین فنی باشد و هیچگونه قصور یا تقصیری نداشته باشد برای او ضمان وجود ندارد هر چند برائت اخذ نکرده و از موارد ضروری و فوری هم نباشد.

۳- کلمات «رضایت» و «برائت» مفهوم و آثار حقوقی متفاوتی دارند. اخذ رضایت برای اعمال جراحی و طبی مطابق ماده ۱۵۸ قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲ باعث می شود این اعمال قابل مجازات نباشد. زیرا هیچ کس حتی پزشک حق ندارد بدون رضایت بیمار یا ولی وی با چاقوی جراحی در بدن او جراحی ایجاد کند و نفس این عمل صرف نظر از آثار و نتایج اگر بدون اخذ رضایت باشد جرم تلقی می شود مگر در موارد فوری مذکور در ذیل ماده یاد شده در حالی که اخذ «برائت» ناظر به عدم مسؤولیت پزشک برای پرداخت خسارت ناشی از نتایج معالجات وی است.

*** ماده ۳- قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی و مواد خوردنی و آشامیدنی مصوب ۱۳۳۴: هرکس بدون داشتن پروانه رسمی بر امور پزشکی، داروسازی، دندانپزشکی، آزمایشگاهی، فیزیوتراپی، مامائی و سایر رشته‌هایی که به تشخیص وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جزو حرف پزشکی و پروانه دار محسوب می‌شوند، اشتغال ورزد یا بدون اخذ پروانه از وزارت مذکور اقدام به تأسیس یکی از مؤسسات پزشکی مصرح در ماده (۱) نماید یا پروانه خود را به دیگری واگذار نماید یا پروانه دیگری را مورد استفاده قرار دهد بلافاصله محل کار او توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعطیل و به پرداخت جریمه نقدی محکوم می شود.

۱** حسب ماده ۴۹۵ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲/۲/۱ هرگاه پزشک در معالجاتی که انجام می دهد موجب تلف یا صدمه بدنی گردد ضامن دپه است مگر آنکه... قبل از معالجه برائت گرفته باشد و مرتکب تقصیری هم نشود و چنانچه اخذ برائت از مریض به دلیل نابالغ یا مجنون بودن او معتبر نباشد و یا تحصیل برائت از او به دلیل بیهوشی و مانند آن ممکن نگردد برائت از ولی مریض تحصیل می شود. ماده ۴۹۷ همان قانون نیز اعلام می دارد در موارد ضروری که تحصیل برائت ممکن نباشد و پزشک برای نجات مریض طبق مقررات اقدام به معالجه نماید کسی ضامن تلف یا صدمات وارده نیست.

۱- آیا از مفهوم مخالف این دو مقرر می توان اینگونه استنباط کرد که در شرایط غیرضروری اخذ برائت توسط پزشک پیش از معالجه حسب مورد از بیمار یا ولی خاص یا عام او الزامی است به گونه ای که نقض این تکلیف قانونی صرف نظر از اینکه در معالجه خود مرتکب تقصیر (یا قصور) شده یا نشده باشد برای او ضمان آور است؟

۲- در صورت مثبت بودن پاسخ سؤال اول، این امر با منطوق تبصره ۱ ماده ۴۹۵ که چنین بیان می دارد در صورت عدم قصور یا تقصیر پزشک در علم و عمل برای وی ضمان وجود ندارد هر چند برائت اخذ نکرده باشد و بند ج ماده ۱۵۸ قانون فوق که هر نوع عمل جراحی یا طبی مشروع را که با رضایت شخص یا اولیاء یا سرپرستان یا نمایندگان قانونی وی و با رعایت موازین فنی و علمی و نظامات دولتی انجام می شود، قابل مجازات نمی داند و در آن به ضرورت اخذ برائت اشاره نشده چگونه قابل جمع است؟

۳- با لحاظ مقررات مزبور در قانون مجازات اسلامی جدید اساساً چه اثر حقوقی عملی بر اخذ برائت پیش از اعمال درمانی بار است و آثار حقوقی آن چه تفاوتی با رضایت دارد؟



سه ایزود دردناک در یک هفته شیفت اورژانس

دکتر مسعود جعفری زاده

ایزود نخست:

شب ساعت تقریباً ۱۱ است در میان بیماران مردی با ته ریش و کت و شلوار دست دخترکی حدوداً ۶ ساله را گرفته وارد می شود. دخترک رنگ پریده است و خمیده راه می رود. وقتی می پرسم چه شده؟ پدر می گوید زمین خورده و اکنون تنگی نفس دارد. در حین معاینه متوجه تورم و قرمزی های نواری روی پوست می شوم که به زمین خوردن نمی ماند. پدر مجبور می شود اعتراف کند دخترک را که به حرف پدر برای جست و خیز نکردن گوش نداده با کمربند کتک زده است. دخترچه ی بیمار نشان می دهد معلم است و در پاسخ میگوید چرا منو نمی زنی؟ چرا رئیس اداره آموزش و پرورش یا مدیر مدرسه را نمی زنی؟ چرا هرچه عقده از بالاسری ها داری سر زیر دستی ها خالی می کنی؟ حیف بز که بدهند تو به چرا ببری. تو که دختر معصوم خودت را به این روز انداختی چطور میخواهی بچه های مردم را تربیت کنی؟ سرش را به زیر انداخته و هرچه وسوسه اش می کنم دست روی من بلند کند تا انتقام طفل معصوم را از او بگیرم جرات جیک زدن ندارد. برای کودک گرافی رادیولوژی می نویسم و شوریخانه هوای آزاد زیر دیافراگم نشان از خونریزی و آسیب ارگان های داخلی می دهد و او را با یک گزارش روانه ی بیمارستان می کنم و حال خودم از دخترک خراب تر است ...

ایزود دوم

ساعت چهار بامداد است و تازه دارم ماجرای دو شب پیش را فراموش می کنم که زن و مردی جوان شیون کنار مرد بیهوشی را می آورند و وقتی ماجرا را می پرسم معلوم می شود در بی یک مشاجره ی خانوادگی بر سر بیکاری مرد و عقب افتادن اجاره و ... مرد که از نق زدن های مداوم و سر کوفت های بانو به تنگ آمده با خوردن تعداد زیادی قرص خودکشی کرده و اکنون نیز زن با کمک برادرش او را به درمانگاه آورده اند و وقتی پیشنهاد اعزام او را به بیمارستان مجهز می دهم می گویند پول نداریم و همین جا هر کاری می توانی بکن... آنچه در توان دارم انجام می دهم اما با بدتر شدن حال بیمار با تهدید آنها را راضی می کنم به بیمارستان بروند با این شرط که پولی پرداخت نکنند و دوباره تا صبح توی فکر غرق می شوم ...

ایزود سوم

شب از نیمه گذشته که جوانی قوی هیکل از همین ورزشکاران آمپولی همسر جوان و ظریفش را روی تخت می اندازد و وقتی می پرسم چه شده؟ می گوید توی خواب دچار تپش قلب شده و تنگی نفس دارد. با تشخیص اولیه ی استرس یا حتی هیستری او را معاینه می کنم اما کبودی بازو و بناگوش که دختر تلاش در پنهان کردن آنها دارد جوان تازه داماد را وادار می کند اعتراف کند همسرش را کمی تنبیه کرده است. به او می گویم لندهور قطر بازوی تو از دور کمر این بیچاره بزرگ تر است زورت به این رسیده؟ اگر در اثر مشت و سیلی تو خونریزی مغزی کرده باشد چه؟ جوان دستپاچه می شود اما با غرور و خودخواهی می گوید یک آرام بخش به او اثر بخوابد بقیه اش با خودم ...

دخترک علائم خطرناکی ندارد اما پس از تزریق یک مسکن اصرار می کند او فردا باز هم مراجعه کند برای گرفتن گرافی از فک و او را نصیحت هم می کنم.

اما بعید می دانم این پهلوان پنبه ی بی غیرت بهایی به این پند و اندرز من بدهد. می روند در حالی که دخترک مثل گنجشکی که مجبور است دوباره وارد قفس مشترک خود با شاهین بشود نگران و گریان می رود و با نگاهی لبریز از التماس پشت سر را می نگرد ... به راستی ما داریم با خود و عزیزانمان چه می کنیم؟ روزگار کم به ما بد می کند که خودمان هم دست از ستم به خود نمی کشیم؟ ما کی آدم می شویم؟ ...



ویژه ششمین گردهمایی
شورای هماهنگی انجمن‌های
پزشکان عمومی کشور

سال دوم - شماره چهارم
بهار ۱۳۹۵



یک کارتونیست، یک دنیا رندی گلاسبرگن

دکتر افشین خداشناس
Email: human_puzzles@yahoo.com

رندی و همسر و سه فرزندش به همراه سه سگ تازی شکاری در شهر نیمه‌روستایی شربورن در حومه‌ی نیویورک در خانه‌ای قدیمی زندگی می‌کردند.
رندی در ۱۱ آگوست ۲۰۱۵ برای درمان یک عفونت نامشخص در بیمارستان بستری شد و متأسفانه دچار ایست قلبی شد و جان سپرد.
او یک طنزپرداز بسیار خلاق بود که بیش از ۳۰ سال جهان را با ایده‌هایی جذاب و طراحی‌های مینیمال خود درنوردید. ذهن خلاق و آگاه او در کارتون‌های پزشکی و سلامت تلنگری است بر افکار و رفتار ما در هزارتویی که به «انسان سالم» می‌رسد.

«هنر» همواره در رسالت کاربردی خود نقش به‌سزایی در جامعه داشته و به‌دلیل ویژگی‌های ذاتی، نقش کارتون و گرافیک در این خصوص بیش از سایر شاخه‌های هنر است. این دو هر کدام با چگالیدن یک ایده در یک تابلو، به تنوع بی‌شمار - با یا بدون همراهی کلمات - پیام‌شان را به مخاطب در آنی می‌رسانند.
هر کارتون‌انگار یک فریم یا چکیده‌ی جامع از یک فیلم بلند یا کوتاه یا یک کتاب یا سخنرانی است که برای اثر بر دل و ذهن بیننده نیاز به ابزار خاصی ندارد، مگر اندکی تمرکز و توجه.
این‌جاست که تبحر و تجربه‌ی کارتونیست به‌کار می‌آید تا از این ثابتهای طلایی گردش و جلب نگاه مخاطب در هجوم آوار تصاعدی دیتا در رسانه‌ها برای نفوذ در دل و ذهن او بیشترین بهره را ببرد.
یکی از کارآزموده‌ترین کارتونیست‌های معاصر که در زمینه‌ی پزشکی و سلامت کارتون‌های جذابی دارد رندی گلاسبرگن (Randy Glasbergen) (1957-2015) است.
او که در آمریکا به‌دنیا آمد، هنوز ۱۵ ساله بود که کارتون‌هایش در بیش از ۱۰ مجله‌ی معتبر مانند ریدرز دایجست، وال استریت ژورنال، اکونومیک تایمز و... به‌طور مستمر چاپ می‌شد. طبعاً پس از آن تمام فعالیت حرفه‌ای‌اش بر هنر و همچنین نویسندگی متمرکز شد.



What fits your busy schedule better,
exercising one hour a day or being
dead 24 hours a day?

— Randy Glasbergen —

AZ QUOTES





دکترم بهم گفته یه فعالیت که دوست دارم پیدا کنم و دست کم روزی ۳۰ دقیقه انجامش بدم. خب «تماشای تلویزیون» یه فعالیتیه که من واقعاً دوست دارم!



من خیلی سالم تر خواهم بود اگه تو این قدر دنبال مشکل توی من نگردی!



فکر می کنم دیابت روی دید من هم اثر گذاشته و نمیتونم غذاهای ساده رو تشخیص بدم



اگه شما بچه شیر می دین،
حامله هستین یا قراره حامله بشین نباید
این دارو رو مصرف کنین!



تو یه ویروس از کامپیوترت گرفتی و ما مجبور شدیم «مخ»ت رو کاملاً فرمت کنیم. امیدوارم یه بک آپ ازش داشته باشی!



اگر مدتی تمرین نکنی ممکنه نیاز باشه که من نرمش ات بدم قبل از این که خودت رو گرم کنی!



این یه سمک ویژه است. با این، انتقادها رو نمی شنوی و تشویقها رو بهتر می شنوی!



ممکنه برای رفع کلافگی ناشی از نشستن طولانی در اتاق انتظار مطبعت برام حشیش تجویز کنی!؟



من واقعاً «زنتیک بدم» رو برای چاقی ام سرزنش می کنم. من با یه دهان و یه معده دنیا اومدم!



دکتر مسعود جعفری زاده

کشی موقت می شد و با یک سنگ پای مشکلی متعلق پاهای نازنینم را که در طول هفته با وجود استنشام بوی جسد گندیده از آن به زور حاضر بودم بشویم پنان می تراشیدند که پس از حمام تقریباً دو سبزه کفشم برای پایم گشاد می شد.

در آخر نیز یک عذاب افروزی دیگر بنام طاهر شدن و غسل نهایی منتظر من بود. اگر مادر نتوانسته بود با معاصبه ی دقیقه مقدر مصرف آب سرد و گرم را تنظیم کند (که معمولاً این گونه بود) آب نهایی یا فیلی داغ بود و باید هفتاد بار یک پا دو پا بپریم تا سوزش آن فراموش شود و یا آب جوش تمام شده بود و باید صدای دندان‌های من که از سرما به هم می خورد و صلوات‌های سه گانه ی مادر ترکیب می شد. گاهی این آب این قدر سرد بود که اگر کسی از پشت دیوار حمام رد می شد با شنیدن صدای مسلسل وار ترق و تروق دندان‌های من فکر می کرد مادر پرغ غیاطی مارشال خود را برده توی حمام و مشغول غیاطی است.

فلاصه حمام تمام می شد و حالا باید مرا خشک می کردند که معمولاً با گوشه ی حوله ی برادر بزرگتر که پیش از من حمام کرده بود و یک قسمت به مساحت ۱۵ سانتیمتر مربع از پایین حوله اش هنوز خشک بود اتمام می شد و در نهایت لباس‌هایی تنم می کردند که معمولاً به قدری یقه ی آنها تنگ بود که وقتی از سر می گذشت حس می کردی دارند سرت را از دهانه ی پرغ گوشت رد می کنند و در فاصله ی زمانی گذشتن این یقه ی تنگ از روی صورتم حس شبیه غرق شدگی مصنوعی زندان کواتانامو به من دست می داد.

پس از پایان موفقیت آمیز مراحل فینال پیش از این که در گوشه ای بیهوش بیفتم وقتی از جلوی اعضای خانواده رد می شدم همه می گفتند به به بقدر لبت گل انداخته! غافل

از این که مادر کلا با لیف و کیسه لایه ی اپیدرم پوست مرا تراشیده بود و آنچه می بینند بسترهای عروقی لایه های زیرین پوست است. همین مصائب تلخ باعث شده بود که وقتی بزرگتر شدم در موعده حمام کردن پا به فرار می گذارستم و از روی پشت بام یا توی کوچه برای حمام رفتن فرغ تعیین می کردم. تنها و بدون کیسه کشی ۵ ریال و با لیف و کیسه کشی یک تومان می گرفتم و تسلیم نیروهای متخاصم می شدم ...

دیروز سگ کوپولوی دخترم پس از حمام شاد و شنگول توی فونه پشتک و وارو می زد و همسرم با ذوق می گفت: ببین این بچه بقدر حمام کردن را دوست دارد؟
یاد خودم افتادم و تفری که در کودکی از حمام داشتم با مقایسه ی حمام کردن کوکو و خودم پیش خودم گفتم حق هم دارد از حمام کردن لذت ببرد.

روزی که نوبت شستشوی کوکو است اول وارن حمام مخصوص او پر از آب ولرم می شود و بعد با مراسمی در آغوش یکی از اهالی خانه به حمام برده می شود. موهایش را با شامپوی آلمانی ضد ریزش ۶۰ هزار تومانی می شویند و یک نفر هم با یک حوله ی سفید تمیز جلوی در حمام ایستاده است. بلافاصله پس از گرفتن آب اضافی بدن با سشوار بدن او خشک می شود و با پرس مخصوص شانه می شود و سپس عطر مخصوص بر بدن او اسپری می شود.



حالا بشنوید از

ماجرای حمام رفتن من:

جمعه ی هر هفته زمان وقوع قیامت برای من بود و مادر درشت اندام من مثل فرشته ی عذاب جهنم بارو یا میج مرا گرفته با دوتا پس گردنی مرا کشان کشان به سمت حمام می برد. یکی از معجزات حمام این بود که هنگام شستن من چهره ی مهربان مادر ناگهان تبدیل به یک دیو فشمگین می شد. مرا روی موزاییک کف حمام می نشاند و باید مثل سگ دندانک می زدم تا در دیگ بزرگی آب سرد و گرم مخلوط شود و با واکنش من تشویص می داد درجه حرارت آب مناسب است یا نه؟ یعنی سگ لرزه ی من نشان می داد که آب زیادی سرد است و پریدنم به هوا نشان دهنده ی داغی بیش از حد آب بود. بعد با یک کیسه ی حمام که احتمالاً از جنس لیف درختان جهنم بود و مقداری سفیداب به جان بدن می افتاد و تا یک سانتیمتر از قطر پوستم کم نمی شد دست نمی کشید. مرحله بعدی شستن سر و بدن با مواد شوینده بود که بستگی به فاصله ی زمانی حمام رفتن با سر برج و حقوق گرفتن پدرم داشت. اگر اول ماه بود و پدر تازه حقوق گرفته بود با صابون عروس و شامپو تقم مرغی داروگر می شستند و اگر آخر ماه بود و کفگیر به ته دیگ نوره بود صابون مراغه و یا حتی پودر رقتشویی تاید به کار برده می شد. زمان استفاده از مواد شوینده با این که مشت و مال و فراشیدن پوست کمتر بود یکی از سفت ترین مراحل بود چون اگر چشم را متکم نمی بستم سوزش شدید چشم عقوبت این نافرمانی من بود و اگر می بستم نمی توانستم حرکت بعدی مادر را حدس بزنم که با چه عذابی مرا غافلگیر خواهد کرد.



پس از این مرحله که با پنگ زدن شدید موها همراه بود بدن آب





Zinc Plus

B-complex



پوست زیبا



موی سالم



ناخن قوی



کپسول ژلاتینی نرم

زینک پلاس

ب-کمپلکس

- مکمل رژیم-غذایی
- حفظ سلامت پوست، مو و استحکام ناخن ها
- تقویت رشد ذهنی و جسمی
- تقویت سیستم عصبی و ایمنی بدن
- سلامت سیستم قلبی-عروقی

DESIGN BY: Mona Gholamshahi 09122247254-09126882194

دفتر مرکزی: ۰۲۱-۸۸۵۴۰۶۲۶-۶۳۳

شرکت داروسازی دانا




www.daanapharma.com


کلینیک لیزر

مجهز به پیشرفته ترین
سیستم های لیزر
پوست و مو

دکتر احمد مرادی
متخصص بیماری های
پوست و مو
وزیبای پوست

شیراز میدان دانشجو ساختمان ارم

۳ ۲۲۹ ۶۴ ۳۹ 

۳ ۲۲۹ ۹۰ ۴۱ 

۳ ۲۲۹ ۶۰ ۷۷

PROGAIN

شامپو موهای رنگ شده

افزایش درخشندگی و براقیت
ترمیم تارهای آسیب دیده
حفظ رنگ موهای رنگ شده



FACE DOUX
DERMOCOSMETICS