پیشکسوت

سازمان نظام پزشکی مشهد

پاییز ۱۴۰۵
۱۶ صفحه
شماره ۹۴

رئیس سازمان نظام پزشکی مشهد مطرح کرد

تعرفه خدمات سرپایی پاشنه آشیل نظام سلامت

۲



۶

دکتر ایوب توکلیان، متخصص طب اورژانس و عضو هیأت مدیره سازمان نظام پزشکی مشهد:

۱۵۰ میلیون دلار؛ هزینه مصرف خودسرانه آنتی‌بیوتیک در ایران!

عضو هیأت مدیره سازمان نظام پزشکی مشهد، با هشدار نسبت به مصرف بی‌رویه آنتی‌بیوتیک در کشور گفت: حدود ۳۰ درصد مصرف ...

۱۱

معاون آموزش و پژوهش سازمان نظام پزشکی مشهد تبیین کرد

اجرای ۵۴ رویداد آموزش مداوم در نظام پزشکی مشهد

۱۰

سرمقاله

دکتر مسعود رحمتی

پاسداشت همه آنان که به جان‌ها زندگی دوباره بخشیده‌اند



۲



نگاهی به زندگی حرفه‌ای دکتر خلیل شادکامی

از روزهای دانش‌آموزی تا پنج دهه طبابت

«من دکتر خلیل شادکامی، متولد ۱۳۱۹ هستم. ۸۵ سال سن دارم و در بجنورد متولد شدم». دکتر خلیل شادکامی، با این جمله خود را معرفی می‌کند ...

۱۲

با حضور مدیران حوزه سلامت خراسان رضوی انجام شد

بررسی چالش‌های نظام سلامت در نشست مدیران سلامت استان با استاندار خراسان رضوی

۱۳

به قلم دکتر علی بیرجندی‌نژاد عضو هیأت مدیره سازمان نظام پزشکی مشهد

آینده پزشکی، در گرو عقلانی شدن نظام سلامت است

۳

به قلم دکتر علی اکبر شمسیان عضو هیأت مدیره نظام پزشکی مشهد:

یک لک کوچک بر جامه سپید پزشکی، بزرگ است

۳

سرمقاله



دکتر مسعود زحمتکش، مدیر روابط عمومی و مشاور هیات مدیره سازمان نظام پزشکی مشهد

پاسداشت همه آنان که به جان‌ها زندگی دوباره بخشیده‌اند

در فرهنگ کهن این سرزمین، هرگاه درد و درمان در کنار هم قرار گرفته‌اند، نامی از دانایی و نجات نیز در میان بوده است؛ نامی آشنا از فراز البرز، سیمرغ؛ آن مرغ بلند آشیان شاهنامه که در لحظه‌های دشوار، پناهِ زال شد و از دانش و مهر خویش، راه‌رهایی را به او آموخت.

شاید از همین روست که «سیمرغ سپید» را می‌توان بیش از یک نام دانست؛ نمادی از همان اندیشه دیرپا که سلامت انسان را با دانش، خرد، ایثار و امید پیوند می‌زند.

یکم شهریور، روز پزشک، فرصتی است برای ادای احترام به همه آنان که در گستره بزرگ سلامت، عهد خویش با انسان را پاس داشته‌اند؛ پزشکان و داروسازان و دندانپزشکان و همه حرفه‌مندان و اعضای شریف جامعه پزشکی. آنان که هر کدام، بخشی از یک پیکره‌اند و در کنار یکدیگر، معنای واقعی «سلامت» را می‌آفرینند.

این روزها اما، روزهای خاصی هستند. ایران، روزهای دشوار جنگ و بحران را از سر گذرانده و جامعه سلامت نیز همچون همیشه، در کنار مردم ایستاده است. در چنین روزهایی، ارزش آن دست‌هایی که التیام می‌بخشند و آن دل‌هایی که امید می‌آفرینند، بیش از پیش آشکار می‌شود. جامعه پزشکی نشان داده است که حتی در هنگامه اضطراب و ناامنی نیز، چراغ مسئولیت حرفه‌ای اش خاموش نمی‌شود.

با این همه، پاسداشت این جامعه، تنها در ستایش و تبریک خلاصه نمی‌شود. شنیدن صدای جامعه پزشکی، بخشی از پاسداشت آن است.

از همین منظر می‌توان گفت پزشکی خانواده می‌تواند گامی بزرگ در مسیر عدالت و ارتقای سلامت باشد؛ اما این مسیر بدون رفع ایرادات طرح، فراهم کردن زیرساخت‌های لازم و پیش‌بینی اعتبارات پایدار، ممکن است بار تازه‌ای بر دوش همکارانی بگذارد که خود با دشواری‌های فراوان دست‌وپنجه نرم می‌کنند. هیچ طرح بزرگی بدون همراهی بدنه حرفه‌ای و تأمین پشتوانه‌های واقعی آن، به مقصد نخواهد رسید.

امروز، بیش از هر زمان، به اعتماد، گفت‌وگو و همدلی نیازمندیم؛ به اینکه صدای میدان شنیده شود و تجربه حرفه‌مندان، چراغ راه تصمیم‌گیران باشد.

فردوسی بزرگ چه نیکو سرود:

توانا بود هر که دانا بود/ ز دانش دل پیر برنا بود

جامعه سلامت ایران، میراث‌دار همین دانایی و توانایی است؛ میراثی که باید آن را برای فردا پاس داشت.

در روز پزشک، سر فرود می‌آوریم در برابر همه آنان که دانش را با انسانیت و مسئولیت درآمیخته‌اند. باشد که «سیمرغ سلامت ایران» همچنان بر فراز این سرزمین بال بگشاید و در هر خانه‌ای که بیماری چشم به راه درمان است، در هر بیمارستانی که چراغی تا صبح روشن مانده و در هر دلی که از فردا می‌ترسد، بال امید، بلندتر از سایه‌های دشواری باشد.

روز پزشک، روز پاسداشت همه شماست؛ همه آنان که مرهمی بر دردهای دردمندان بوده و به جسم و جانشان زندگی دوباره بخشیده‌اند.

رئیس سازمان نظام پزشکی مشهد مطرح کرد

تعرفه خدمات سرپایی پاشنه آشیل نظام سلامت



رئیس سازمان نظام پزشکی مشهد در نشست هیأت مدیره این سازمان با رؤسای انجمن‌های علمی تخصصی پزشکی خراسان، با ابراز نگرانی جدی از کمبود دارو، روند پیچیده تأمین آن و تعرفه‌های ناکافی خدمات سرپایی، تأکید کرد: تعرفه خدمات سرپایی تبدیل به پاشنه آشیل نظام سلامت شده و ادامه این وضعیت، هم به کیفیت خدمات درمانی و هم به تداوم فعالیت مراکز درمانی آسیب می‌زند.

دکتر علیرضا صداقت در این نشست با بیان اینکه تمرکز جامعه پزشکی، تأمین سلامت عمومی است؛ گفت: «سلامت عمومی» اولویت جامعه پزشکی است اما اگر کسی بگوید اصلاً به درآمد خود فکر نمی‌کند، یا راست نمی‌گوید یا باید در سلامت عقلی او تردید کرد؛ آنچه جامعه پزشکی می‌خواهد، فقط یک سود معقول و منطقی متناسب با زحماتش است. او با رد این تصور که جامعه پزشکی به دنبال منفعت مالی بدون توجه به سلامت جامعه است، افزود: بسیاری از پزشکان با سابقه، امروز تنها به پشتوانه اندوخته‌های قدیمی خود توانسته‌اند مطب با مرکز درمانی‌شان را سرپا نگه دارند و جوان‌ترها حتی برای راه‌اندازی یک مطب ساده نیز با چالش روبه‌رو هستند.

کمبود دارو و مسیر پیچیده تأمین برای بیماران

رئیس نظام پزشکی مشهد، به تشریح مشکلات حوزه دارو پرداخت و گفت: شرکت‌های دارویی می‌آیند و می‌گویند داروها را در سامانه‌ها متصل کرده‌ایم؛ در عمل یک بازه محدود باز می‌شود، اگر در همان زمان خرید شد، اگر نه، بیمار باید مسیرهای مختلفی را طی کند؛ از بیمارستان خصوصی گرفته تا داروخانه‌های منتخب و در نهایت گاهی با قیمت‌های متفاوت دارو را تهیه می‌کند. او این روند را مسیر نگران‌کننده برای همه توصیف کرد و افزود: اگر کارد کس‌های بیماران را نگاه کنید، به جز چند قلم معدود، بقیه داروها برای اغلب بیماران تکراری شده است. یعنی ما صبح به صبح می‌پرسیم چه آنتی‌بیوتیکی داریم تا همان را برای همه استفاده کنیم؛ نه اینکه برای هر بیمار، متناسب با بیماری‌اش داروی اختصاصی تجویز شود!

هشدار درباره تهدید سلامت عمومی

دکتر صداقت با اشاره به اینکه در برخی تصمیم‌گیری‌ها تنها روی تخلفات مالی کوچک یا جابه‌جایی‌های محدود ارقام حساسیت نشان داده می‌شود، گفت: تنها چیزی که زیر ذره‌بین می‌آید این است که خدایی نکرده کسی ۳۹۵ یا ۴۰۰ هزار تومان اضافه گرفته؛ در حالی که سکانس‌های متعددی از آسیب به سلامت عمومی داریم که می‌توانم ساعت‌ها درباره آن صحبت کنم. او با اشاره به تأثیر کمبود دارو و تجهیزات روی روند درمان افزود: اگر کیت آزمایشگاهی تاریخ گذشته شود، اگر وسیله‌ای استفاده نشود یا جایگزین نامناسب پیدا کند، ممکن است نتیجه عمل جراحی دشواری که با تجهیزات گران‌قیمت انجام شده، از بین برود و دوره بازتوانی بیمار به خطر بیفتد. این‌ها همه آسیب مستقیم به سلامت عمومی است.

وی در بخش دیگری از سخنانش، تعرفه خدمات سرپایی را پاشنه آشیل نظام سلامت خواند و تصریح کرد: انگار تمام مشکلات نظام سلامت در تعرفه خدمات سرپایی خلاصه شده و کوچک‌ترین تغییر در این بخش، به‌زعم برخی، کل نظام سلامت را به هم می‌ریزد؛ در حالی که سال‌هاست درباره این موضوع صحبت کرده‌ایم و همه می‌دانیم بدون اصلاح منطقی تعرفه‌ها، تداوم خدمات با کیفیت ممکن نیست.

او با اشاره به اینکه تعرفه ماهیتاً دستمزد نیست و طبق قانون سالی یک‌بار تعیین می‌شود و تحت تأثیر تورم روزمره قرار نمی‌گیرد، گفت: ما تمکین می‌کنیم، اما باید دید در شرایطی که قیمت کیت‌ها، داروها و تجهیزات چندین برابر شده، چگونه قرار است با تعرفه‌های ثابت، کیفیت خدمات حفظ شود.

مشکلات تأمین تجهیزات پزشکی و فشار ارزی

دکتر صداقت با اشاره به مشکلات ناشی از نوسانات ارز و تأمین تجهیزات پزشکی گفت: یک دستگاه سونوگرافی نزدیک به یک میلیارد تومان قیمت دارد و اصلاً به راحتی در دسترس نیست. اگر همین دستگاه بر اثر یک اتفاق ساده از کار بیفتد، بخش زیادی از بیماران از خدمات حیاتی تشخیصی محروم می‌شوند. این مشکل فقط در بخش خصوصی نیست؛ در بخش دولتی هم همین وضعیت حاکم است.

دعوت به همفکری انجمن‌های علمی

رئیس نظام پزشکی مشهد با اشاره به مشکلات ارزی و اقتصادی موجود، انجمن‌های علمی را به حضور فعال‌تر و ارائه ایده‌های تازه برای اصلاح وضعیت نظام سلامت فراخواند و گفت: بحث تعرفه یک بُعد ماجراست؛ اما با توجه به مشکلات عدیده‌ای که هر روز در حوزه دارو، تجهیزات و تأمین منابع داریم، لازم است انجمن‌ها پای کار بیایند و به یک تغییر نو در نظام سلامت کمک کنند.

رئیس انجمن پزشکان عمومی خراسان رضوی و معاون فنی و نظارت سازمان نظام پزشکی مشهد بیان کرد

اصلاح ساختار اقتصادی حوزه سلامت و یکسان‌سازی نرخ خدمات، ضروری است



دکتر گلدوزیان، رئیس انجمن پزشکان عمومی خراسان رضوی و معاون فنی و نظارت سازمان نظام پزشکی مشهد با اشاره به وضعیت تعرفه‌ها و چالش‌های چندگانه خدمات درمانی، بر ضرورت اصلاح ساختار اقتصادی حوزه سلامت و یکسان‌سازی نرخ خدمات تأکید کرد. وی گفت: در سال‌های اخیر، جامعه پزشکی علاوه بر فشارهای اقتصادی، با دو دوره بحرانی عمده در جریان فعالیت‌های صنفی و اجرایی خود مواجه بوده است و با وجود مشکلات، گروه‌های فعال انجمن‌ها همچنان در میدان باقی مانده‌اند. وی از اعضای انجمن‌ها با بت تداوم همکاری و حضور مؤثر در شرایط دشوار قدردانی کرد.

دکتر گلدوزیان با اشاره به مسئله تعرفه‌ها، «دامپینگ» را از آفت‌های جدی نظام تعرفه دانست و اظهار کرد: کاهش غیرمنطقی قیمت خدمات، به‌طور مستقیم موجب افت کیفیت عملکرد و ارزش کاری در نظام درمان می‌شود. وی یادآور شد: در حال حاضر خدمات درمانی در کشور دارای چهار سطح تعرفه شامل دولتی، خصوصی، عمومی غیردولتی و خیریه است؛ در حالی که قبلاً تنها یک نرخ واحد وجود داشت. او افزود: اداره یک نظام خدماتی با چهار نرخ متفاوت بدون بروز فساد امکان‌پذیر نیست. به گفته او پیشنهاد مشخص این است که نرخ‌ها به دو سطح دولتی و خصوصی محدود شوند تا تعادل برقرار شده و از نابسامانی جلوگیری شود.

عضو هیأت مدیره سازمان نظام پزشکی مشهد با بیان اینکه کیفیت خدمات در اثر تعرفه‌های غیرواقعی آسیب می‌بیند، خواستار حمایت سازمان نظام پزشکی در برخورد با تخلفات تعرفه‌ای از جمله دامپینگ شد و از آمادگی کمیته نظارت برای پیگیری و معرفی موارد تخلف به واحد انتظامی خبر داد. او سپس به وضعیت صدور مجوز مؤسسات درمانی پرداخت و گفت: با اصلاح فرایندهای مرتبط با کمیسیون ماده ۲۰ وزارت بهداشت، وضعیت اکنون به‌مراتب منظم‌تر شده است و تعداد پرونده‌های مؤسسات از حدود ۱۵۰ مورد در هر جلسه به ۳۰ تا ۳۵ مورد کاهش یافته که نشان‌دهنده ساماندهی در روند صدور مجوزهاست. وی همچنین به مسئله برخورد با مداخله‌گران غیرپزشک اشاره و اعلام کرد: نظام پزشکی مشهد بالاترین آمار پلمب واحدهای مداخله‌گر را به ثبت رسانده و با حمایت هیأت مدیره و ریاست سازمان، برخوردها با شدت بیشتری ادامه خواهد یافت.

به قلم دکتر علی بیرجندی‌نژاد، عضو هیأت مدیره سازمان نظام پزشکی مشهد

آینده پزشکی، در گرو عقلانی شدن نظام سلامت است

روز پزشک را می‌توان صرفاً بهانه‌ای برای قدردانی از پزشکان دانست؛ اما شاید ارزشمندتر آن باشد که این مناسبت را فرصتی برای فکر کردن به آینده پزشکی و نظام سلامت کشور بدانیم. آینده‌ای که اگر قرار است پایدار، عادلانه و باکیفیت باشد، بیش از هر چیز به یک تصمیم نیاز دارد: عقلانی شدن نظام سلامت. نظام سلامت یک مجموعه به‌هم‌پیوسته است. نمی‌توان یک بخش آن را بدون توجه به بخش‌های دیگر تغییر داد و انتظار داشت نتیجه مطلوب حاصل شود. نمی‌توان صرفاً با افزایش یا کاهش تعرفه‌ها، مشکل اقتصاد سلامت را حل کرد؛ همان‌گونه که نمی‌توان با افزایش تعداد پزشکان، بدون اصلاح الگوی ارائه خدمت، به دسترسی عادلانه و کاهش هزینه‌های سلامت دست یافت. به گمان من، یکی از مهم‌ترین تغییراتی که باید در نگاه ما به سلامت اتفاق بیفتد، تغییر اولویت از درمان به پیشگیری است. بخش قابل توجهی از منابع نظام سلامت باید پیش از آنکه بیمار به بیمارستان، اتاق عمل و درمان‌های پرهزینه برسد، صرف پیشگیری، غربالگری، تشخیص زودهنگام، آموزش سلامت و مدیریت عوامل خطر شود.

این تغییر البته فقط با شعار «پیشگیری بهتر از درمان است» اتفاق نمی‌افتد. پیشگیری باید در نظام بودجه‌ریزی کشور واقعاً اولویت پیدا کند. وقتی برای پیشگیری سرمایه‌گذاری نمی‌کنیم، در سال‌های بعد ناچاریم چندین برابر آن را برای درمان بیماری‌های پیشرفته هزینه کنیم. بنابراین مسئله فقط افزایش سهم GDP سلامت نیست؛ مسئله، نحوه تخصیص و اثربخشی این بودجه است. در کنار آن، استقرار واقعی و هوشمندانه نظام ارجاع و پزشکی خانواده می‌تواند یکی از مهم‌ترین پایه‌های آینده نظام سلامت باشد. نظام ارجاع نباید صرفاً یک مسیر اداری برای فرستادن بیمار از یک پزشک به پزشک دیگر باشد. اگر درست طراحی شود، می‌تواند نقطه ورود مشخص بیمار به نظام سلامت، مسئولیت‌پذیری پزشک خانواده، دسترسی به پرونده سلامت، تشخیص



به‌موقع و ارجاع هدفمند به متخصص را تضمین کند. چنین نظامی علاوه بر آنکه منابع را به شکل منطقی‌تری توزیع می‌کند، می‌تواند از مراجعات غیرضروری و بخشی از تقاضاهای القایی نیز جلوگیری کند. در واقع، پزشک متخصص باید بیش از آنکه درگیر مراجعاتی باشد که امکان مدیریت آنها در سطح اول وجود دارد، وقت و دانش خود را برای بیمارانی اختصاص دهد که واقعاً به خدمات تخصصی نیاز دارند. این همان منطقی است که نظام ارجاع در نظام‌های سلامت موفق دنبال می‌کند. اما در این میان یک نکته بسیار مهم وجود دارد؛ اگر منابع نظام سلامت درست توزیع نشود، نمی‌توان برای همیشه با فشار آوردن به حلقه آخر زنجیره، یعنی پزشک، مشکلات را حل کرد.

تعرفه پزشکی فقط «درآمد پزشک» نیست. تعرفه، بخشی از اقتصاد ارائه خدمت است و هزینه نیروی انسانی، اجاره، تجهیزات، استهلاک، مالیات، بیمه، مواد مصرفی و دهها هزینه دیگر را دربرمی‌گیرد. بنابراین وقتی فاصله میان هزینه واقعی ارائه خدمت و تعرفه افزایش پیدا می‌کند، نمی‌توان انتظار داشت این شکاف برای همیشه از جیب ارائه‌دهنده خدمت جبران شود. امروز نیز فاصله قابل توجه میان تعرفه و هزینه تمام‌شده خدمات، به‌عنوان یکی از چالش‌های جدی اقتصاد سلامت مطرح است. البته افزایش تعرفه نیز به‌تنهایی راه‌حل نیست. اگر ساختار نظام سلامت اصلاح نشود و منابع به شکل هدفمند در مسیر درست قرار نگیرند، افزایش قیمت خدمات می‌تواند فشار بیشتری به بیمه‌ها و در نهایت به مردم وارد کند. از سوی دیگر، اگر تعرفه‌ها به‌صورت غیرواقعی پایین نگه داشته شوند، ممکن است انگیزه‌هایی برای افزایش تعداد خدمات، انتخاب خدمات پردرآمدتر یا شکل‌گیری رفتارهایی ایجاد شود که با منافع واقعی بیمار و نظام سلامت همخوان نباشد. بنابراین مسئله، نه گران کردن خدمات است و نه ارزان نگه داشتن مصنوعی آنها؛ مسئله، طراحی یک نظام پرداخت منطقی و شفاف است. اگر پزشک بداند درآمد او متناسب با کیفیت، زمان، تخصص و مسئولیتی که بر عهده دارد تأمین می‌شود و اگر پزشک خانواده نیز برای حفظ سلامت جمعیت تحت پوشش خود انگیزه داشته باشد، نظام پرداخت می‌تواند از یک سازوکار صرفاً «پرداخت به ازای خدمت» به ابزاری برای اصلاح رفتارهای نظام سلامت تبدیل شود.

آینده پزشکی، به اعتقاد من، آینده‌ای نیست که در آن صرفاً تعداد پزشکان یا تعداد بیمارستان‌ها افزایش پیدا کند. آینده پزشکی، آینده مدیریت هوشمند منابع، پیشگیری مؤثر، پزشکی خانواده، نظام ارجاع واقعی، پرونده الکترونیک سلامت، فناوری و هوش مصنوعی و البته حفظ سرمایه انسانی پزشکی است. پزشکی بدون پزشک معنا ندارد و نظام سلامت بدون پزشک توان ادامه مسیر ندارد. بنابراین همان‌طور که از پزشکان انتظار اخلاق حرفه‌ای، به‌روز بودن و مسئولیت‌پذیری داریم، باید برای حفظ انگیزه و شأن حرفه‌ای آنان نیز سیاست‌گذاری کنیم. فرسوده کردن پزشک، در نهایت فرسوده کردن نظام سلامت است. روز پزشک امسال می‌تواند فرصتی باشد برای اینکه به‌جای تکرار جملات همیشگی، یک سؤال جدی‌تر مطرح کنیم: آیا می‌خواهیم مشکلات امروز نظام سلامت را با راه‌حل‌های امروز ادامه دهیم، یا می‌خواهیم برای پزشکی فردا، نظام سلامت متفاوتی طراحی کنیم؟ پاسخ به این پرسش، بیش از آنکه در افزایش یا کاهش یک عدد در جدول تعرفه‌ها باشد، در نحوه نگاه ما به سلامت، اولویت‌های بودجه‌ای، شیوه پرداخت، نظام ارجاع و ارزش‌گذاری سرمایه انسانی پزشکی نهفته است.

دیدگاه



دکتر مهرداد حاجت، مشاور کمیسیون روابط عمومی و حقوقی سازمان نظام پزشکی مشهد

اصالت هنوز از دیده‌شدن مهم‌تر است

پزشکی، بیش از آنکه به دیده‌شدن نیاز داشته باشد، به اصالت نیاز دارد. اصالت در دانش، در رفتار، در رابطه با بیمار و حتی در تصویری که یک پزشک از خودش به جامعه ارائه می‌کند. شاید در روزگاری که دیده‌شدن به یکی از معیارهای موفقیت تبدیل شده، حفظ این اصالت دشوارتر از همیشه باشد؛ اما هنوز هم می‌توان پزشکی را تصور کرد که برای دیده‌شدن، خودش را تغییر ندهد.

چند سال پیش، فیلم The Truman Show با داستان مردی که تمام زندگی‌اش در برابر دوربین و در جهانی ساختگی می‌گذرد، پرسش جالبی را مطرح کرد: اگر تمام جهان تو صحنه باشد و دیگران برایت نقش و روایت تعیین کنند، چه زمانی تصمیم می‌گیری خودت باشی؟ ترومن زمانی نجات پیدا می‌کند که می‌فهمد زندگی‌اش نباید مطابق فیلمنامه‌ای باشد که دیگران برایش نوشته‌اند. او از قاب بیرون می‌آید؛ نه برای اینکه دیده شود، بلکه برای اینکه خودش زندگی کند.

شاید امروز همه ما و به طریق اولی جوامع صنفی و تخصصی مثل جامعه پزشکی نیز با چنین انتخابی روبه‌رو باشیم. در روزگاری که شبکه‌های اجتماعی، تبلیغات و فضای مجازی بخش مهمی از تصویر عمومی افراد را می‌سازند، پزشک می‌تواند اجازه دهد دیگران برایش تصویری بسازند؛ یا خودش مسئولیت این تصویر را بر عهده بگیرد.

البته سخن گفتن از اصالت به معنای نفی تبلیغات یا نادیده گرفتن ضرورت حضور پزشکان در فضای رسانه‌ای نیست. امروز برای بسیاری از پزشکان، معرفی درست خدمات، ارتباط با مخاطب و حضور حرفه‌ای در شبکه‌های اجتماعی، بخشی جدایی‌ناپذیر از مسیر توسعه و رونق فعالیت حرفه‌ای است. مسئله از جایی آغاز می‌شود که ابزار تبلیغ، به تدریج از معرفی توانمندی‌های حرفه‌ای فراتر رود و پزشک را به بازتولید رفتارها و الگوهایی سوق دهد که صرفاً برای جلب توجه در فضای مجازی طراحی شده‌اند. شاید لازم باشد در این میان به یاد داشته باشیم که هر میزان دیده‌شدن، لزوماً به معنای بیشتر شدن اعتبار نیست و گاهی اتفاقاً این اعتبار است که باید تعیین کند چگونه و تا چه اندازه دیده شویم.

مسئولیت‌پذیری در اینجا فقط به طبابت محدود نمی‌شود. پزشک باید بداند هر آنچه از خود منتشر می‌کند، بخشی از تصویر حرفه پزشکی در ذهن جامعه است. حضور در فضای مجازی می‌تواند فرصتی برای آموزش، گفت‌وگو و آگاهی‌بخشی باشد؛ اما وقتی تخصص به ویترین تبلیغات و رقابت برای چند ثانیه بیشتر دیده‌شدن تبدیل شود، چیزی مهم‌تر از مخاطب از دست می‌رود؛ اعتبار.

ادامه مطلب در لینک مقابل

به قلم دکتر علی اکبر شمسیان، عضو هیأت مدیره سازمان نظام پزشکی مشهد:

یک لک کوچک بر جامه سپید پزشکی، بزرگ است



اخیراً نقل قولی از دکتر سامی راد شنیدم که بسیار اثرگذار بود. از آن دست جملاتی که در ذهن می‌ماند و گزافه نیست اگر بگویم که باید با طلا نوشته شود. دکتر سامی راد در بدو ورود دانشجویان پزشکی در سخنرانی ای گفته بودند «خانم‌ها و آقایان دقت کنید جامه پزشکی سپید است. یک لک کوچک بر این جامه خودنمایی می‌کند. پس دقت کنید که کجا پا گذاشته اید و چه حرفه‌ای را انتخاب کردید». بر واضح است که حرفه پزشکی با مسئولیت سنگین همراه است مسئولیتی که حاصل ارائه خدمت و تعامل جامعه پزشکی با مردم و آحاد جامعه است و علاوه بر تبحر و تجرب علمی این مسئولیت بر اخلاق حرفه‌ای و آداب رفتار نیز مترتب است. در حقیقت جامعه پزشکی در نگاه مردم، تنها مجموعه‌ای از تخصص‌ها و مهارت‌های علمی نیست؛ بلکه نمادی از اعتماد، مسئولیت‌پذیری و اخلاق است. بیماران هنگامی که به پزشک مراجعه می‌کنند، تنها به دنبال درمان جسم خود نیستند، بلکه آرامش خاطر، احترام و اطمینان را نیز جست‌وجو می‌کنند. به همین دلیل، شأن حرفه‌ای جامعه پزشکی سرمایه‌ای ارزشمند و مشترک است که حفظ آن بر عهده تک‌تک اعضای این جامعه قرار دارد. باید پذیرفت که اعتبار یک حرفه، تنها با دستاوردهای علمی آن سنجیده نمی‌شود؛ بلکه رفتار، گفتار و نحوه تعامل اعضای آن با مردم نیز نقش تعیین‌کننده‌ای دارد. اعتماد عمومی سرمایه ای گران بهاست. کوچک‌ترین رفتار نامناسب می‌تواند تصویری نادرست و فراگیر ایجاد کند. گاه یک برخورد تند، یک بی‌توجهی ساده یا یک رفتار غیرحرفه‌ای، آن‌چنان در ذهن مخاطب برجسته می‌شود که تلاش‌ها و خدمات بی‌شمار دیگران را نیز تحت‌الشعاع قرار می‌دهد. برمی‌گردم به عبارت ارزشمند استاد سامی‌راد؛ شاید بتوان جامعه پزشکی را به پیراهنی سپید تشبیه کرد که نماد پاکی، تعهد و خدمت است. طبیعی است که حتی یک اشتباه از سوی یکی از اعضای این جامعه بر چنین پیراهنی بیش از اندازه به چشم آید. شاید آن لکه در مقایسه با گستره خدمات ارزشمند پزشکان بسیار ناچیز باشد، اما در نگاه افکار عمومی می‌تواند به نمادی از قضاوت تبدیل شود. از همین رو، هر رفتار فردی، فراتر از یک کنش شخصی، بازتابی از کل این جامعه تلقی شده و می‌شود. می‌دانم که همه‌ی شما همکاران و دوستان گران‌قدر در جامعه بزرگ پزشکی و حتی کادر درمان با تعهد، فداکاری و احساس مسئولیت در حال خدمت هستید و در بسیاری از موارد فراتر از وظیفه حرفه‌ای خود عمل می‌کنید. که نماد آن را بارها و بارها در بزنگاه‌هایی چون جنگ، کرونا و ... دیده و می‌بینیم. با این حال، حفظ شأن و اعتبار این حرفه نیازمند مراقبت دائمی است؛ مراقبتی که از درون خود جامعه پزشکی آغاز می‌شود ...

از اختلال در تأمین دارو تا تعطیلی مراکز؛ درمانگران از پیامدهای محدودیت‌های دارویی و اقتصادی می‌گویند

تعطیلی مراکز درمان اعتیاد به دنبال کمبود تینکچر اپیوم؛ بیماران در معرض خروج از چرخه درمان

قطع و اختلال در تأمین تینکچر اپیوم، یکی از داروهای مورد استفاده در درمان اختلال مصرف مواد افیونی، مراکز درمان اعتیاد را با چالش‌هایی جدی مواجه کرده است. چالش‌هایی که به گفته درمانگران، علاوه بر محدود کردن گزینه‌های درمانی بیماران، بر استمرار درمان، وضعیت اقتصادی مراکز و دسترسی بیماران به خدمات مراقبتی نیز تأثیر گذاشته است. در مشهد، به گفته فعالان این حوزه، وقفه طولانی در تأمین دارو و محدودیت در توزیع مجدد آن، گروهی از بیماران را از چرخه درمان خارج کرده و تعدادی از مراکز را نیز با مشکلات اقتصادی و خطر تعطیلی روبه‌رو ساخته است. چهار تن از فعالان حوزه درمان اعتیاد، از جمله مسئولان و اعضای سازمان نظام پزشکی مشهد و درمانگران باسابقه این حوزه، در گفت‌وگو با «سیمرغ سپید»، ابعاد مختلف این مسئله و پیامدهای آن را تشریح کرده‌اند.

دکتر بیتا میرزایی دکترای تخصصی اعتیاد، معاون آموزش و پژوهش نظام پزشکی مشهد و رئیس انجمن درمانگران اعتیاد خراسان رضوی

اعلام تعطیلی بیش از ۶۰ مرکز درمان اعتیاد در مشهد



رئیس انجمن درمانگران اعتیاد خراسان رضوی با تشریح چالش‌های مراکز درمان سرپایی اعتیاد می‌گوید: قطع هفت تا هشت‌ماهه داروی تنتور اپیوم در مشهد، تعرفه‌های ناکافی، مشکلات تأمین دارو و فرآیندهای اداری پیچیده شرایط فعالیت این مراکز را دشوار کرده است. به‌طوری که بیش از ۶۰ مرکز در مشهد تعطیلی موقت یا دائم خود را اعلام کرده‌اند و این وضعیت می‌تواند به رها شدن هزاران بیمار و بیکاری صدها نفر منجر شود.

دکتر بیتا میرزایی می‌افزاید: مراکز سرپایی درمان اعتیاد با رویکرد کاهش آسیب در کشور بیش از ۲ دهه فعالیت می‌کنند، اما برداشت‌های نادرست از ماهیت این بیماری و شیوه درمان آن، در کنار مشکلات اقتصادی و اجرایی، ادامه فعالیت این مراکز را با دشواری‌های جدی مواجه کرده است.

وی می‌گوید: اعتیاد یک بیماری مزمن و عودکننده است و درمان آن، مانند بسیاری از بیماری‌های مزمن از جمله دیابت و فشار خون، در درجه نخست به معنای کنترل بیماری است، نه تضمین علاج قطعی. همان‌طور که در بیمار مبتلا به دیابت یا فشار خون، قطع درمان می‌تواند به بازگشت علائم و بروز عوارض منجر شود، در اعتیاد نیز نمی‌توان برای همه بیماران، قطع دائمی دارو یا مصرف مواد را تضمین کرد. وی می‌افزاید: پرهیز کامل از مواد ممکن است برای برخی بیماران حاصل شود، که به شرایط زیستی، روانی و اجتماعی فرد، همکاری خانواده و امکان مداخله مؤثر در زمینه‌سازهای اعتیاد بستگی دارد. بنابراین، جهت ارزیابی موفقیت درمان نیازمند یک پارادیم شیفت عمومی و تخصصی هستیم.

کاهش آسیب، محور اصلی درمان اعتیاد

دکتر میرزایی با اشاره به اینکه اعتیاد بیماری‌ای با ابعاد زیستی، روانی و اجتماعی است، بیان می‌کند: عدم کنترل این بیماری می‌تواند منجر به آسیب سلامت جسمی و روانی فرد، روابط خانوادگی، وضعیت شغلی و سایر عوارض اجتماعی منجر شود. وی، دارودرمانی و روان‌درمانی را دو رکن مکمل دانسته و می‌گوید: داروهای آگونیست کامل یا نسبی با اثرگذاری بر گیرنده‌های مغزی مرتبط با مصرف مواد، به کنترل ولع مصرف کمک می‌کنند. این فرایند فرصتی فراهم می‌کند تا بیمار تحت مداخلات روانشناختی، اجتماعی قرار گیرد. وی ادامه می‌دهد: هنگامی که بیمار تحت تأثیر مواد قرار دارد، انجام مؤثر مداخلات روان‌درمانی غیرممکن است. از طرفی درمان موفق به توجه همزمان به وضعیت جسمی، روانی، خانوادگی و شغلی و اجتماعی بیمار نیاز دارد.

دکتر میرزایی با اشاره به سابقه شکل‌گیری مراکز درمان اعتیاد می‌گوید: افزایش بیماری‌های منتقل شده از راه تزریق مشترک و استفاده از سرنگ آلوده در دهه ۱۳۷۰، ضرورت توجه به کاهش آسیب را برجسته کرد. این مراکز با هدف کنترل مصرف و جلوگیری از تشدید آسیب‌ها توسعه یافتند و پس از گسترش فعالیت آن‌ها در دهه ۱۳۸۰، نتایج آن که کاهش بیماریهای منتقله از راه تزریق و آسیب‌های اجتماعی آن بود؛ مشاهده شد.

پروتکل‌های درمانی نیازمند بازنگری هستند

وی با بیان اینکه از دهه ۱۳۹۰ مشکلات مراکز افزایش یافته است، اظهار می‌کند: به‌تدریج مافیای تولید و توزیع مواد مخدر با توجه به اینکه مراکز درمان اعتیاد را مانعی برای تجارت خود می‌دیدند بیکار ننشسته و با اتهام زنی به مراکز درمان اعتیاد دیدگاهی را رواج دادند که فعالیت این مراکز را صرفاً توزیع دارو تلقی می‌کرد و نقش سایر مداخلات درمانی و نتایج اجتماعی این مراکز را نادیده می‌گرفت. این نگرش، متاسفانه، بر تصمیم‌گیری‌های نظارتی و سیاست‌گذاری نیز اثر گذاشت.

وی می‌افزاید: آخرین ویرایش پروتکل درمان اعتیاد، مربوط به سال ۱۳۹۳ است. درحالی‌که تغییرات الگوی مصرف مواد و تحولات اقتصادی و اجتماعی، ضرورت بازنگری دوره‌ای دستورالعمل‌ها را ایجاد می‌کند. ادامه نظارت و تصمیم‌گیری بر مبنای پروتکل‌های قدیمی، بدون توجه کافی به شرایط روز بیماران و مراکز، مشکلات اجرایی را افزایش داده است.

دکتر میرزایی ادامه می‌دهد: مشکل فوق به علاوه سخت‌گیری در پذیرش تعداد بیماران، تعرفه‌های پایین، کمبود و بی‌کیفیتی برخی داروها، توان اقتصادی مراکز را کاهش داده‌اند. هنگامی که هزینه واقعی ارائه خدمات در تعیین تعرفه‌ها لحاظ نشود، زمینه کاهش کیفیت خدمات را فراهم می‌سازد.

وی با اشاره به تلاش انجمن‌های صنفی برای اصلاح تعرفه‌ها می‌گوید: از حدود سال‌های ۱۳۹۵ تا ۱۳۹۶، این تعرفه در روند افزایش سالانه سایر تعرفه‌های پزشکی قرار گرفت، اما به دلیل پایین بودن رقم پایه، تعرفه‌های فعلی همچنان با هزینه‌های واقعی ارائه خدمات تناسب کافی ندارند. پایین نگه داشتن تعرفه‌ها با این تصور که بیماران را به درمان ترغیب می‌کند، بدون محاسبه هزینه تمام‌شده خدمات و در برابر آن هزینه مصرف مواد بیماران، راهکاری شتاب‌زده و آسیب‌رسان است.

نشت این حجم داروی بازار آزاد را نمی‌توان صرفاً به مراکز درمانی نسبت داد

دکتر میرزایی با اشاره به اتهام نشت دارو از مراکز درمان اعتیاد می‌گوید: چرخه توزیع دارو کارخانه تولیدکننده، شرکت‌های پخش، سازمان غذا و دارو دانشگاه‌های علوم پزشکی، مراکز درمانی و در نهایت بیماران را شامل می‌شود. امکان نشت دارو در هر یک از این حلقه‌ها وجود دارد و قطعاً امکان نشت از قسمت‌هایی از این زنجیره که حجم بیشتری از دارو را دربرمی‌گیرند، بیشتر خواهد بود. در بررسی که ستاد مبارزه با مواد مخدر انجام داده، سهم مراکز درمان سرپایی از نشت دارو حدود ۱.۸ درصد اعلام شده است.

ضرورت حفظ دارو در کنار خدمات روان‌درمانی

دکتر میرزایی با انتقاد از طرح انتقال داروهای درمان اعتیاد به داروخانه‌ها که از ۱۲ سال قبل همواره حیات مراکز درمان اعتیاد را تهدید کرده است؛ می‌گوید: بسیاری از بیماران درآغاز با انگیزه دریافت دارو به مرکز مراجعه می‌کنند و حضور در مرکز، فرصتی برای تشویق به استفاده از سایر خدمات درمانی و امکان پیگیری را فراهم می‌کند. وی می‌افزاید: وقتی بیمار ناچار باشد دارو را از مسیر دیگری غیر از مرکز درمانی تهیه کند، انگیزه مراجعه منظم به مرکز و سایر مداخلات را از دست می‌دهد. در این صورت، بیمار از فرایند جامع درمان فاصله خواهد گرفت.

دکتر میرزایی با اشاره به دشواری‌های ناشی از قطع برخی داروها می‌گوید: درمان اعتیاد باید متناسب با شرایط هر بیمار و شخص محور طراحی شود و نمی‌توان همه بیماران را بدون توجه به وضعیت زیستی، روانی و اجتماعی‌شان به یک روش درمانی واحد منتقل کرد و به همین دلیل تغییر دارو برای برخی بیماران نیز امکان‌پذیر نیست.

قطع تنتور اپیوم و بازگشت بیماران به مصرف مواد

رئیس انجمن درمانگران اعتیاد خراسان رضوی با اشاره به قطع عرضه تنتور اپیوم در مشهد برای حدود هفت تا هشت ماه بیان می‌کند: این دارو برای گروهی از بیماران، به‌ویژه برخی بیماران سالمند یا افرادی که امکان استفاده از سایر داروها را ندارند، اهمیت دارد. در پی قطع این دارو در مشهد و چند شهر کوچک دیگر، بخش بزرگی از بیماران حدود ۹۵ درصد بیماران به مصرف مواد بازگشتند. در ادامه، پس از پیگیری‌های صنفی و همکاری برخی بخش‌های مسئول، توزیع محدود دارو مانند سایر استان‌ها از سر گرفته شد؛ اما سهمیه تخصیص‌یافته به هر مرکز بسیار کمتر از نیاز واقعی بیماران است و تنها ۱۰ درصد از بیماران به چرخه درمان بازگشته‌اند و از آنجا که دو سوم مراکز همچنین از این میزان محدود محروم هستند این وضعیت موجب آسیب به بیماران و هدررفت سرمایه انسانی و مادی مصروف درمان شده است.

کیفیت برندهای دارویی

دکتر میرزایی یکی دیگر از مشکلات مراکز درمان اعتیاد را کیفیت برندهای دارویی مورد استفاده می‌داند و می‌افزاید: در گذشته بازخورد بیماران و مراکز درمانی درباره کیفیت برندها در خرید دارو مورد توجه قرار می‌گرفت. اما در سال‌های اخیر، مشکلات مالی دانشگاه و شرایط پرداخت به شرکت‌های دارویی بر فرآیند خرید تأثیر گذاشته است و خرید دارو بیشتر به سمت شرکت‌هایی سوق پیدا کرده که شرایط پرداخت مدت‌دار را می‌پذیرند.

حال آن‌که مراکز خصوصی هنگام دریافت دارو از دانشگاه، هزینه آن را نقدی پرداخت می‌کنند و انتظار دارند داروی تحویلی از کیفیت مناسب برخوردار باشد. در غیر اینصورت با توجه به اینکه متاسفانه برخی برندهایی که کیفیت بالاتری دارند و در مراکز نیز توزیع نمی شوند، در بازار غیررسمی به‌وفور وجود دارند، باعث خروج بیماران از درمان می‌شود. این وضعیت نیازمند نظارت بیشتر در زنجیره خرید و توزیع داروست. وی می‌افزاید: در کنار مشکلات تأمین دارو، هزینه‌های نامتعارفی مثل هزینه امحای پوکه‌های دارویی نیز به مراکز تحمیل می‌شود.

تعطیلی مراکز و پیامدهای آن

دکتر میرزایی با اشاره به شرایط دشوار فعالیت مراکز درمان اعتیاد به ویژه در مشهد می‌گوید: بیش از ۶۰ مرکز در این شهر تعطیلی موقت یا دائم خود را اعلام کرده‌اند و شماری از درمانگران باسابقه نیز از این حوزه از درمان خارج شده‌اند. وی می‌افزاید: برآورد انجمن این است که تعطیلی این مراکز، دست‌کم ۶ تا ۹ هزار بیمار را در جامعه رها کرده است. همچنین با فرض اشتغال حداقل چهار نفر در هر مرکز، حدود ۲۴۰ نیروی تخصصی بیکار شده‌اند. وی ادامه می‌دهد: درمانگران اعتیاد طی سال‌ها در کاهش آسیب‌های فردی و اجتماعی، بازگرداندن بیماران به خانواده و جامعه و کاهش پیامدهای اعتیاد نقش داشته‌اند، اما معضلات فوق ادامه فعالیت آنان را دشوار کرده است.

دکتر میرزایی تأکید می‌کند: تصمیم‌گیری درباره درمان اعتیاد باید با توجه به شواهد علمی، شرایط واقعی بیماران و ظرفیت مراکز انجام شود. تأمین

پایدار دارو، اصلاح پروتکل‌های قدیمی، تعیین تعرفه متناسب با هزینه واقعی خدمات و اعتماد به صلاحیت حرفه‌ای پزشکان می‌تواند به حفظ چرخه درمان کمک کند. در غیر این صورت، پیامد تصمیم‌های نادرست تنها متوجه مراکز نخواهد بود، بلکه بیماران، خانواده‌های آنان و نظام سلامت نیز دچار آسیب خواهند شد.

دکتر وحید مظفری، رئیس کمیسیون آموزش و عضو هیأت مدیره سازمان نظام پزشکی مشهد:

مراکز MMT، مراکزی که بی‌صدا بار سنگین کنترل اعتیاد را بر شانه دارند



دکتر وحید مظفری، عضو هیأت مدیره سازمان نظام پزشکی مشهد، نیز در این رابطه می‌گوید: مراکز درمان اعتیاد طی سال‌های گذشته نقش مهمی در درمان و کاهش آسیب‌های ناشی از مصرف مواد داشته‌اند، نقشی که گاه در میان انتقادها و تخلفات معدودی از مراکز نادیده گرفته شده است. این مراکز واقعا بی‌صدا و بی ادعا با معضل اعتیاد بی اغراق بگویم جوانمردانه مبارزه کردند. این نقش زمانی روشن خواهد شد که با فقدان مراکز درمان اعتیاد مواجه شویم. آن گاه ارزش واقعی این مراکز بر همگان عیان خواهد شد که امیدوارم به چنین مرحله ای نرسیم. وی می‌گوید: تجربه راه‌اندازی این مراکز در ایران نشان داد که می‌توانند بیماران را از چرخه مصرف پرخطر خارج کنند و به حفظ کارکرد اجتماعی و خانوادگی آنان کمک کنند. دکتر مظفری با اشاره به تجربه کشورهای مختلف، از جمله انگلستان و آمریکا، می‌گوید هدف درمان نگهدارنده، کاهش آسیب، جلوگیری از طرد اجتماعی و کمک به بازگشت فرد به زندگی عادی است. وی می‌افزاید: در ایران از دهه ۸۰ با گسترش درمان با متادون و بوپرنورفین، گام مهمی در کنترل آسیب‌های ناشی از مصرف مواد برداشته شد.

موفقیتی که کمتر دیده شد

دکتر مظفری می‌گوید: در سال‌هایی که مصرف مواد در ایران به مراحل بسیار خطرناکی رسیده بود و مصرف‌های تزریقی بیداد می‌کرد، مراکز درمان اعتیاد با عملکرد بسیار عالی وارد عرصه شدند و شرایط را بسیار زیاد بهبود بخشیدند. این موفقیت به‌تدریج و بی‌سروصدا اتفاق افتاد و کمتر مورد توجه قرار گرفت. وی بار دیگر تأکید می‌کند: اهمیت این مراکز زمانی آشکارتر می‌شود که بیماران دسترسی خود را به خدمات درمانی از دست بدهند.

تخلفات محدود نباید به همه مراکز تعمیم داده شود

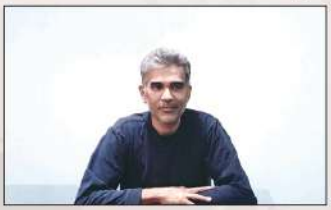
دکتر مظفری می‌گوید: بر اساس بررسی‌هایی که شده، حدود ۵ تا ۸ درصد مراکز خارج از چارچوب‌های درمانی عمل کرده‌اند و این موضوع نباید به کل مجموعه تعمیم داده شود. وی هشدار می دهد عرضه داروهای درمان اعتیاد خارج از مراکز مجاز و بدون نظارت پزشکی می‌تواند روند درمان را مختل کند و زمینه سوءاستفاده و مصرف داروهای غیراستاندارد را فراهم آورد.

حذف ناگهانی تینکچر و خطر خروج بیماران از درمان

دکتر مظفری درباره حذف شربت تریاک می‌گوید: اگر قرار بود این دارو از چرخه درمان خارج شود، لازم بود از ماه‌ها قبل برنامه‌ریزی و این روند به‌تدریج اجرا شود. وی می افزاید: حذف ناگهانی دارو، علاوه بر فشار اقتصادی بر مراکزی که بخشی از درآمدشان به آن وابسته بوده، سیستم درمان را با اختلال مواجه کرده است. وی تأکید می‌کند: مراکز درمان اعتیاد هم‌زمان با فشارهای نظارتی و اقتصادی، با خطر خروج بیمارانی روبه‌رو هستند که بازگرداندن آنان به چرخه درمان ممکن است سال‌ها زمان ببرد. از این رو، توجه ویژه به نقش درمانی مراکز و نیاز بیماران، باید در تصمیم‌گیری‌های مربوط به درمان اعتیاد مورد توجه قرار گیرد.

دکتر سعید عابدین، مدیر مرکز درمان اعتیاد ایرانیان و بازرس انجمن درمانگران اعتیاد خراسان رضوی

مشکل اصلی، بی‌ثباتی سبد دارویی درمان اعتیاد است



دکتر سعید عابدین، متخصص بیهوشی و مراقبت‌های ویژه نیز در این رابطه پاسخگوی «سیمرغ سپید» شد.

وی با اشاره به اختلال چندماهه در توزیع تینکچرابیوم یاهمان شربت تریاک، بر ضرورت دسترسی پایدار و متنوع بیماران به داروهای استاندارد درمان اعتیاد تأکید کرده و می‌گوید: حذف یا کاهش دسترسی به هر یک از داروهای موجود در سبد درمان، دامنه انتخاب پزشک و امکان پاسخگویی به نیازهای متفاوت بیماران را محدود می‌کند.

مدیر مرکز درمان اعتیاد ایرانیان با بیان اینکه اخیرا گزارش‌هایی از اختلال توزیع شربت تریاک در تعدادی از استان‌ها مطرح شده است، می‌گوید: پس از وقفه‌ای حدود هفت ماه، توزیع این دارو مجدداً آغاز شد، اما میزان عرضه هنوزبسیار کمتر از میزان پیشین است و پاسخگوی نیاز همه مراکز و بیماران نیست. متاسفانه مهم‌ترین چالش مراکز درمان اعتیاد در حال حاضر همین بی‌ثباتی سبد دارویی از نظر تنوع، کیفیت و حتی گاها برندهای عرضه‌شده است؛ وقتی داروی مورد نیاز بیمار به‌صورت پایدار در اختیار مرکز نباشد، ممکن است بیمار از روند درمان خارج شود و برای تهیه دارو به منابع خارج از مراکز مراجعه کند؛ موضوعی که می‌تواند خطر مصرف داروهای غیراستاندارد و ناشناخته را افزایش دهد و یا اینکه آنهارا مجددا بطرف سوء مصرف موادسوق داده وارتباط اورا با توزیع کنندگان غیرقانونی مواد ومصرف کنندگان برقرارومشکلات عدیده ای ازجمله ورود به زمینه‌های بزهکاری را ایجاد کند.

این متخصص بیهوشی و مراقبت‌های ویژه درباره جایگاه تینکچرابیوم دردرمان اختلال مصرف مواد افیونی می‌گوید: در درمان نگهدارنده با این دارو ماده‌ای که بیمار به‌صورت غیرقابل پیش‌بینی و با ترکیبات و خلوص نامشخص وازمبادی غیرقانونی تهیه و مصرف می‌کند، با یک داروی استاندارد و با دوز مشخص و تحت نظارت پزشک جایگزین می‌شود و در کنار آن، مداخلات روان‌شناختی، اجتماعی و پزشکی نیز انجام می‌شود.

دکترعابدین تأکید می‌کند: مطرح کردن اهمیت شربت تریاک به معنای برتر دانستن آن نسبت به متادون یا بوپرنورفین(ب۲) نیست. به گفته او، هر سه دارو در جایگاه خود اهمیت دارند و وجود همزمان آنها در سبد درمان، امکان انتخاب و تطبیق درمان با شرایط بیماران مختلف را بیشتر می‌کند. او همچنین به مطالعه ای درباره مقایسه درمان با متادون وشربت اپیوم اشاره کرده و می‌گوید: هرچند در این مطالعه برتری اپیوم نسبت به متادون از نظر ماندگاری اثبات نشد ولی نشان دادکه مصرف دارو خارج از برنامه درمانی، در گروه اپیوم کمتر از گروه متادون بود. پژوهشی که مشخص می‌کند شربت اپیوم واقعا اثردرمانی دارد.

به گفته وی، این مطالعه درمرکز تحقیقات روان‌پزشکی بیمارستان روزبه وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران و برروی۲۰۴بیمار در۴مرکز انجام شده بود. دکتر عابدین با استناد به تجربه خود در بخش مراقبت‌های ویژه می‌گوید: متاسفانه مواردی از مسمومیت با داروهایی که خارج از مسیر درمان درمراکز رسمی درمان اعتیاد و بازار غیر قانونی تهیه ومصرف شده‌اند در بیمارستان‌ها مشاهده می‌شود که گاهی اوقات منجربه عوارض جبران ناپذیر، بستری‌های طولانی مدت و نیازمند اقدامات درمانی گسترده می‌شود. در برخی موارد، بیمار یا همراه وی تنها از مصرف یک دارو مثلا متادون یا شربت اپیوم خبر می‌دهند، درصورتی که بررسی‌ها وجود مواد یا ترکیبات دارویی متعدد دیگری را نیز نشان می‌دهد.

مراکز درمانی،حلقه مهم در کاهش آسیب

بازرس انجمن درمانگران اعتیاد خراسان رضوی در پایان بر ضرورت دسترسی بیماران به مراکز درمان اعتیاد مجاز در کلیه مناطق شهری و روستایی تأکید کرده و می گوید: داروهای درمان اعتیاد باید به شکل مستمر، متنوع و پایدار در اختیار مراکز قرار گیرند. اما نباید غافل شد که مراکز درمان اعتیاد تنها محل تحویل دارو نیستند و درمان دارویی در این مراکز در کنار مداخلات پزشکی، روان‌شناختی و اجتماعی دنبال می‌شود. از این منظر، حفظ دسترسی بیماران به مراکز و جلوگیری از خروج آنها از چرخه درمان، یکی از مهم‌ترین الزامات کاهش آسیب‌های ناشی از سوء مصرف مواد می‌باشد.

دکتر حجت‌الله عابدی، عضو هیأت مدیره انجمن درمانگران اعتیاد خراسان رضوی

کمبود تینکچر می‌تواند بیماران را به بازار غیرقانونی مواد یا دارو برگرداند



دکتر حجت‌الله عابدی، پزشک عمومی، عضو هیأت مدیره انجمن درمانگران اعتیاد خراسان رضوی و از درمانگران باسابقه حوزه اعتیاد در مشهد، نیز در این زمینه با اشاره به محدودیت و کمبود تینکچر اپیوم می‌گوید: مهم‌ترین پیامد این وضعیت، به خطر افتادن سلامت جسمی و روانی بیمارانی است که با قطع دسترسی به دارو از چرخه درمان خارج شده و برای تأمین مواد به بازار آزاد باز می‌گردند.

این درمانگر اعتیاد می‌گوید: طی سال‌های اخیر، گروه‌های مختلفی برای درمان با تینکچر اپیوم در نظر گرفته شده‌اند که از جمله آنها مددجویان ناتوان و سالخورده، بیماران صعب‌العلاج و بیمارانی هستند که منع مصرف متادون و بوپرنورفین دارند.

نگرانی از ناخالصی مواد بازار آزاد

دکترعابدی با اشاره به ناخالصی موجود در برخی مواد مخدر بیان می‌کند: در تریاک و شیره‌ای که در بازار آزاد و توسط قاچاقچیان توزیع می‌شود، ممکن است ناخالصی‌هایی از جمله سرب وجود داشته باشد که برای افزایش وزن مواد به آن اضافه می‌شود. مسمومیت با سرب یکی از معضلاتی است که بیشتر در برخی از افراد مصرف کننده خوراکی مواد مخدر دیده می‌شود.

دکتر عابدی با اشاره به پیامد حذف تینکچر اپیوم از درمان اعتیاد می گوید: وقتی بیمار از چرخه درمان اعتیاد خارج شود و برای تهیه دارو به مرکز مراجعه نکند، مشکلات دیگر جسمی و روانی او نیز رها می‌شود و فرد عملاً از دسترس مرکز درمانی خارج خواهد شد.

تلاش کلینیک‌ها برای جلوگیری از التهاب

ایشان در بخش دیگری از سخنان خود می‌گوید: با وجود مشکلات اقتصادی ناشی از شرایط فعلی حاکم بر کشور، فشار و استرسی که کمبود ناگهانی یک دارو بر بیمار، خانواده و جامعه وارد می‌کند. کلینیک ها تلاش کرده‌اند این وضعیت را مدیریت کنند. امید است مسئولین ذی ربط با درایت و اهتمام بیشتر به این موضوع مهم ورود کرده و مشکل توزیع این دارو را سریع مرتفع سازند.





از پرونده‌های کاغذی تا نسخه الکترونیک؛ چرا نظام ارجاع هنوز حلقه مفقوده نظام سلامت ایران است؟

پزشک خانواده؛ رؤیای ۲۰ ساله‌ای که هنوز به مقصد نرسیده است

پزشک خانواده قرار بود دروازه ورود مردم به نظام سلامت باشد؛ پزشکی که خانواده را بشناسد، سابقه بیماری‌هایش را بداند، مراقبت را به‌جای درمان صرف، دنبال کند و در صورت نیاز، بیمار را به سطح تخصصی مناسب هدایت کند. اما نزدیک به دو دهه پس از آغاز اجرای برنامه در ایران، هنوز فاصله قابل توجهی میان ایده «پزشک خانواده» و اجرای کامل نظام ارجاع وجود دارد؛ فاصله‌ای که از کمبود منابع و زیرساخت‌های اطلاعاتی و مالی تا چالش‌های فرهنگ مراجعه مردم، جایگاه پزشک عمومی، شیوه پرداخت و هماهنگی بیمه‌ها را دربرمی‌گیرد. امروز دوباره نام «پزشک خانواده و نظام ارجاع» در سیاست‌های سلامت کشور پررنگ شده است: برنامه‌ای که اگر درست اجرا شود، می‌تواند مسیر مراجعه مردم به خدمات سلامت را تغییر دهد، هزینه‌های غیرضروری را کاهش دهد، از مراجعات تکراری به متخصصان بکاهد و نظام سلامت را از درمان‌محوری صرف به سمت پیشگیری و مراقبت مستمر حرکت دهد. اما سؤال اصلی این است: پزشک خانواده در ایران دقیقاً قرار است چه مشکلی را حل کند و چرا اجرای آن، با وجود گذشت سال‌ها، همچنان با چالش روبه‌رو است؟ در این گزارش، پنج عضو و مسئول سازمان نظام پزشکی مشهد، هر یک از زاویه‌ای متفاوت به این مسئله نگاه می‌کنند؛ از ضرورت اصلاح ساختار و توجه به پزشک عمومی گرفته تا اقتصاد سلامت، فرهنگ مراجعه، حقوق بیمار، مسائل انتظامی، جایگاه دندانپزشکی و ضرورت ارتباط مؤثر با مردم.

دکتر علیرضا صداقت
رئیس سازمان نظام پزشکی مشهد

از یک ایده جهانی تا تجربه ایرانی



دکتر علیرضا صداقت، رئیس سازمان نظام پزشکی مشهد در خصوص سابقه و تاریخچه «پزشک خانواده» در ایران می‌گوید: نظام بهداشت و درمان ما، سال‌ها پیش به ضرورت ساختاری «پزشک خانواده» پی برد. پیش‌نویس‌ها و مطالعات مربوط به پزشک خانواده و نظام ارجاع از دهه ۱۳۷۰ و اوایل دهه ۱۳۸۰ دنبال شد و در سال ۱۳۸۴، اجرای برنامه پزشک خانواده و بیمه روستایی در روستاها و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر وارد مرحله عملیاتی شد. این برنامه به تدریج توسعه یافت و در سال‌های بعد، نسخه‌های شهری پزشک خانواده و نظام ارجاع نیز مطرح و در برخی استان‌ها به شکل آزمایشی اجرا شد. در سال ۱۳۹۱ نیز هیأت وزیران با تصویب «نقشه تحول نظام سلامت» وزارت بهداشت را مکلف کرد برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع را در مناطق شهری توسعه دهد.

اما مسئله مهم این بود و هست که اجرای یک برنامه به گستردگی پزشک خانواده، صرفاً با ابلاغ یک دستورالعمل امکان‌پذیر نیست.

منابع مالی پایدار شرط اساسی و مهم است

وی با اشاره به اینکه پزشک خانواده در درجه نخست به منابع مالی پایدار نیاز دارد بیان می‌کند: باید برای این طرح نظام پرداخت متناسب، پرونده الکترونیک سلامت، شبکه ارجاع واقعی، همکاری بیمه‌ها، تعریف دقیق مسئولیت پزشک خانواده، حضور پزشکان بخش خصوصی و دولتی، فرهنگ‌سازی برای مردم و همراهی متخصصان را در نظر گرفت.

دکتر صداقت در ادامه با اشاره به اینکه در نظام سلامت سنتی، بیمار معمولاً خودش تصمیم می‌گیرد به چه پزشکی مراجعه کند؛ می‌افزاید: در چنین شرایطی ممکن است یک بیمار برای یک مشکل ساده، هم‌زمان به چند پزشک مراجعه کند، آزمایش‌های تکراری انجام دهد یا داروهای متعددی دریافت کند، بدون آنکه پزشکی مسئولیت پیگیری مستمر وضعیت او را بر عهده داشته باشد. نظام ارجاع دقیقاً برای اصلاح همین وضعیت طراحی شده است. اما این طراحی باید به قدری قدرتمند باشد که ارزش گرفتن قدرت اختیار عمل و آزادی پزشک و بیمار را داشته باشد.

وی به قانون برنامه هفتم که بر استقرار برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع برای تمامی جمعیت کشور تأکید می‌کند: اشاره کرده و می‌گوید: برنامه هفتم توسعه وزارت بهداشت را مکلف کرده است با استفاده از ظرفیت‌های دولتی و غیردولتی و با اولویت پیشگیری و خدمات سطح اول دنبال کند. این قانون همچنین بر ایجاد زیرساخت هوشمند اطلاعات سلامت و اتصال سامانه‌های مختلف سلامت تأکید دارد. اما با همه این تکلیف‌ها نخستین نکته‌ای که باید مورد توجه قرار گیرد، فلسفه وجودی این برنامه است.

وی می‌گوید: اگر قرار باشد پزشک خانواده صرفاً به عنوان یک عنوان جدید در ساختار نظام سلامت تعریف شود، اما اختیارات، مسئولیت‌ها، منابع مالی و جایگاه حرفه‌ای آن به شکل دقیق مشخص نباشد، نمی‌توان انتظار داشت این طرح به نتیجه مطلوب برسد. پزشک خانواده باید جایگاه مشخصی در نظام سلامت داشته باشد؛ پزشکی که مردم او را می‌شناسند، به او اعتماد دارند و می‌دانند برای مسائل سلامت خود در قدم اول باید به او مراجعه کنند.

دکتر محمدرضا واحدی‌جو، رئیس کمیسیون پزشک خانواده و عضو هیأت مدیره سازمان نظام پزشکی مشهد

پزشک خانواده؛ از ساختار اداری تا اعتماد عمومی



دکتر محمدرضا واحدی‌جو، عضو هیأت مدیره سازمان نظام پزشکی مشهد و رئیس کمیسیون پزشک خانواده و نظام ارجاع این سازمان نیز در این باره می‌گوید: مشارکت واقعی جامعه پزشکی یکی از الزامات موفقیت برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع است. این برنامه نباید صرفاً در قالب یک دستورالعمل و بخشنامه اداری طراحی و به پزشکان ابلاغ شود. بلکه پزشکان و به ویژه پزشکان عمومی که نقش محوری در ارائه خدمات سطح اول سلامت دارند، باید در طراحی، اجرا و اصلاح فرآیندهای مرتبط با این طرح مشارکت مؤثر و فعال داشته باشند.

پزشک خانواده بدون اعتماد مردم، ساختاری روی کاغذ است.

رئیس کمیسیون پزشک خانواده و نظام ارجاع نظام پزشکی مشهد معتقد است نمی‌توان انتظار داشت صرف ابلاغ یک دستورالعمل یا راه اندازی یک سامانه، رفتار مردم را تغییر دهد. اعتماد عمومی زمانی شکل می‌گیرد که مردم آثار واقعی این برنامه را در دسترسی آسان تر، دریافت خدمات با کیفیت تر، پیگیری مستمر وضعیت سلامت و کاهش سردرگمی در مسیر درمان مشاهده کنند.

وی می‌افزاید: اگر نظام ارجاع در ذهن مردم، به معنای ایجاد یک مرحله اضافی و دست و پاگیر تلقی شود، مقاومت در برابر آن قابل پیش بینی خواهد بود. از این رو، پزشک خانواده باید در عمل نشان دهد که نقطه شروع مطمئن مراقبت است و قرار نیست مانعی باشد برای دسترسی ضروری بیمار به خدمات تخصصی. در این مسیر، رسانه‌های مختلف، بخشهای روابط عمومی در نهادهای سلامت و صاحبان تریبون نیز مسئولیتی فراتر از تبلیغات دارند. باید به زبان ساده و با تکیه بر نیازهای واقعی، آموزش عمومی مردم انجام شود و مراحل اجرا، مزایای طرح و حقوق بیماران و شیوه انجام ارجاع، کارآمد و قابل اعتماد باشد.

به اعتقاد وی، اجرای موفق برنامه مستلزم آن است که پزشک خانواده از فرصت کافی برای ارزیابی و پیگیری بیمار برخوردار باشد و نظام پرداخت نیز متناسب با حجم مسئولیت، کیفیت خدمات و مشارکت پزشک در اهداف پیشگیرانه نظام سلامت به وظیفه خود عمل نموده و حقوق پزشک را به موقع پرداخت کند. بدیهی است این مهم بدون تأمین منابع مالی پایدار، زیرساخت اطلاعاتی مناسب و سازوکار روشن برای ارجاع و بازخورد بیمار در بین اجزاء نظام سلامت محقق نخواهد شد.

پزشک عمومی و متخصص؛ دو حلقه مکمل در زنجیره سلامت

وی همچنین بر ضرورت پرهیز از دوگانه سازی میان پزشکان عمومی و متخصص تأکید کرده و می‌گوید: پزشک خانواده و پزشک متخصص در مقابل یکدیگر قرار ندارند؛ بلکه هر دو بخش‌های مکمل یک زنجیره درمانی هستند. پزشک خانواده مسئولیت مهمی در مراقبت اولیه، پیشگیری، تشخیص اولیه و پیگیری مستمر بیمار بر عهده دارد و پزشک متخصص نیز در موارد نیاز، خدمات تخصصی و تصمیم گیری‌های متناسب با حوزه تخصص خود را ارائه می‌کند.

بنابراین، نظام ارجاع باید بر پایه تعامل حرفه‌ای، احترام متقابل، دسترسی به‌موقع به خدمات تخصصی و تبادل اطلاعات میان سطوح مختلف مراقبت طراحی شود. هرگونه اختلال در ارتباط این سطوح می‌تواند هم کیفیت خدمات را کاهش دهد و هم اعتماد مردم و پزشکان به برنامه را تضعیف کند.

وی در پایان می‌افزاید: پزشک خانواده و نظام ارجاع می‌توانند زمینه ساز ارتقای کیفیت خدمات، پیاده سازی نظام پیشگیری به جای درمان، گسترش مراقبت‌های مستمر، استفاده منطقی و مدیریت منابع مالی در نظام سلامت باشد؛ اما تحقق این اهداف، صرفاً با ابلاغ دستورالعمل و الزام مردم به رعایت مسیر ارجاع امکان پذیر نیست.

موفقیت برنامه در گرو مشارکت واقعی جامعه پزشکی، تأمین مالی پایدار، تعیین روشن مسئولیت‌ها و اختیارات، تضمین دسترسی به موقع به خدمات تخصصی، شفافیت فرآیندها و جلب اعتماد عمومی است. برنامه ای که برای پزشکان قابل اجرا و برای مردم قابل فهم و قابل اعتماد باشد، شانس بیشتری برای تبدیل شدن به بخش پایدار و مؤثر از نظام سلامت خواهد داشت.

دکتر رضا گلدوزیان، معاون فنی و نظارت و عضو هیأت مدیره سازمان نظام پزشکی مشهد

اگر اقتصاد پزشک خانواده درست نشود، نظام ارجاع موفق نخواهد بود



دکتر رضا گلدوزیان، معاون فنی نظارت، عضو هیأت مدیره نظام پزشکی مشهد و رئیس انجمن پزشکان عمومی خراسان، معتقد است مهم‌ترین بخش بحث پزشک خانواده که نباید از آن غفلت کرد، اقتصاد برنامه و جایگاه پزشک عمومی است.

وی می‌گوید: وقتی از پزشک خانواده صحبت می‌کنیم، باید ابتدا مشخص کنیم این پزشک قرار است چه مسئولیتی داشته باشد و در مقابل آن مسئولیت، چه نظام پرداختی برای او در نظر گرفته شده است.

وی می‌افزاید: پزشکی که قرار است جمعیتی را تحت پوشش داشته باشد، مراقبت مستمر انجام دهد، پرونده بیمار را مدیریت کند، پیگیری بیماری‌های مزمن را انجام دهد و مسئول ارجاع بیمار باشد، باید از نظر اقتصادی و حرفه‌ای نیز جایگاه متناسبی داشته باشد.

دکتر گلدوزیان ادامه می‌دهد: نمی‌توان پزشک خانواده را صرفاً بر اساس تعداد مراجعه‌کنندگان ویزیت‌شده ارزیابی کرد. ارزش کار پزشک خانواده در بسیاری از مواقع در اقداماتی است که مانع بیماری یا عوارض بعدی می‌شود. اگر پزشک خانواده بتواند فشار خون بیمار را به موقع تشخیص دهد، دیابت را کنترل کند، واکسیناسیون و مراقبت‌های پیشگیرانه را پیگیری کند یا بیمار را در زمان مناسب به متخصص ارجاع دهد، ممکن است نتیجه این اقدام در همان روز در قالب یک خدمت قابل مشاهده نباشد؛ اما در بلندمدت، هزینه بسیار بزرگی را از نظام سلامت کم می‌کند.

رئیس انجمن پزشکان عمومی خراسان تأکید می‌کند: بنابراین مدل پرداخت باید با فلسفه پزشک خانواده هماهنگ باشد. اگر پرداخت صرفاً بر اساس تعداد ویزیت باشد، پزشک ناچار می‌شود مانند یک مطب معمولی به تعداد مراجعه فکر کند، در حالی که پزشک خانواده باید به جمعیت تحت پوشش، کیفیت مراقبت، پیگیری و نتایج سلامت توجه داشته باشد.

دکتر گلدوزیان همچنین بر ضرورت حضور واقعی پزشکان عمومی در طراحی برنامه تأکید کرده و می‌گوید: پزشکان عمومی سال‌هاست درباره اجرای پزشک خانواده صحبت می‌کنند و بسیاری از آنها تجربه عملی حضور در سطح اول نظام سلامت را دارند. استفاده از این تجربه می‌تواند به اصلاح برنامه کمک کند. وی ادامه می‌دهد: یکی از نگرانی‌های پزشکان عمومی این است که برنامه بدون توجه به واقعیت‌های مطب و هزینه‌های جاری طراحی شود که متأسفانه همین طور هم شده است. پزشک خانواده باید بتواند از نظر اقتصادی پایدار باشد تا پزشک نیز بتواند برای بیمار زمان کافی اختصاص دهد.

دکتر گلدوزیان با اشاره به اجرای برنامه‌های پزشک خانواده در برخی مناطق کشور اظهار کرد: تجربه‌های قبلی نشان داده است که صرفاً داشتن دستورالعمل برای اجرای برنامه کافی نیست. در سال‌های گذشته نسخه‌های مختلف برنامه اجرا شده و حتی برای پزشک خانواده و مراقب سلامت سرانه مشخص شده است؛ اما در انجام طرح‌های اجرا شده، شکست خورد و نه‌تنها هزینه‌های درمان‌های تخصصی کم نشد که مدت و صف‌های انتظار برای این درمان‌ها نیز کاهش پیدا نکرد. وی در پایان می‌گوید: پزشک عمومی اگر قرار است ستون اصلی سطح اول نظام سلامت باشد، باید احساس کند این نظام او را تقویت می‌کند، نه اینکه مسئولیت بیشتری بدون پشتوانه کافی به او واگذار می‌شود و در نهایت مجلس، وزارت بهداشت و نظام پزشکی باید بر مبنای ترویج پزشکی شرافتمندانه و مبتنی بر علم، صبر و صرف وقت کافی برای پیشگیری و درمان به موقع برنامه‌ریزی کنند.

دکتر بهرام جلیلی تقویان، معاون انتظامی و عضو هیأت مدیره سازمان نظام پزشکی مشهد

نظام ارجاع باید مسئولیت‌ها را روشن کند، نه اینکه فقط مسیر مراجعه را محدود کند



دکتر بهرام جلیلی تقویان، متخصص اطفال، عضو هیأت مدیره و معاون انتظامی سازمان نظام پزشکی مشهد، پزشک خانواده را از منظر مسئولیت حرفه‌ای و حقوق بیمار و پزشک مورد توجه قرار می‌دهد.

وی می‌گوید: هر نظامی که قرار است در حوزه سلامت اجرا شود، باید مسئولیت‌های هر یک از سطوح ارائه خدمت را روشن کند. بیمار باید بداند پزشک خانواده چه مسئولیتی دارد، پزشک متخصص چه مسئولیتی دارد و در صورت بروز مشکل، مسیر پیگیری چگونه خواهد بود. نظام ارجاع اگر درست طراحی شود، می‌تواند حتی به کاهش اختلافات میان بیمار و پزشک کمک کند؛ زیرا مسیر ارائه خدمت، حدود مسئولیت‌ها و اطلاعات پزشکی بیمار شفاف‌تر خواهد شد.

دکتر جلیلی تقویان ادامه می‌دهد: در نظام سلامت، مستندسازی اهمیت بسیار زیادی دارد. زمانی که بیمار از سطح اول به سطح تخصصی ارجاع می‌شود، اطلاعات پزشکی باید به شکلی دقیق و قابل استفاده منتقل شود. پزشک سطح بعدی باید بداند بیمار با چه علائمی مراجعه کرده، چه اقداماتی برای او انجام شده و علت ارجاع چه بوده است. وی تأکید می‌کند: نظام ارجاع بدون جریان صحیح اطلاعات پزشکی، صرفاً یک ارجاع اداری است؛ در حالی که ارجاع واقعی باید یک فرآیند پزشکی باشد.

معاون انتظامی سازمان نظام پزشکی مشهد همچنین به اهمیت رضایت و آگاهی بیمار اشاره کرده و می‌گوید: بیمار باید بداند چرا از پزشک خانواده به متخصص ارجاع شده و در صورت عدم نیاز به خدمات تخصصی، چرا ادامه درمان در سطح اول توصیه شده است. این توضیح ساده می‌تواند از بسیاری از سوءتفاهم‌ها جلوگیری کند. اگر بیمار تصور کند پزشک خانواده قصد دارد او را از دریافت خدمات تخصصی محروم کند، اعتماد او کاهش پیدا می‌کند.

دکتر جلیلی تقویان ادامه می‌دهد: قرار نیست نظام ارجاع دسترسی مردم به متخصص را سخت کند؛ قرار است دسترسی را منطقی و مبتنی بر نیاز پزشکی کند. وی همچنین درباره مسئولیت پزشکان در اجرای برنامه می‌گوید: پزشکان باید نسبت به ضوابط و دستورالعمل‌های مربوط به برنامه آگاهی داشته باشند و خدمات خود را مطابق مقررات ثبت و مستند کنند. از طرف دیگر، مقررات نیز باید روشن، قابل اجرا و متناسب با واقعیت‌های حرفه پزشکی باشد.

معاون انتظامی نظام پزشکی مشهد می‌گوید: اگر برنامه‌ای مسئولیت‌های جدیدی برای پزشک ایجاد می‌کند، باید آموزش و پشتیبانی لازم نیز برای اجرای آن فراهم شود. بهترین نظام انتظامی، نظامی است که قبل از وقوع اختلاف، امکان پیشگیری از آن را فراهم کند. پزشک خانواده و نظام ارجاع نیز اگر شفاف طراحی شوند، می‌توانند به جای افزایش اختلافات، بخشی از مشکلات موجود را کاهش دهند.

دکتر محمدرضا سلطانی، دبیر کمیسیون روابط عمومی سازمان نظام پزشکی مشهد

پاسخ، به نحوه اجرا بستگی دارد



اگر نظام ارجاع فقط به این معنا باشد که بیمار برای مراجعه به متخصص مجبور باشد ابتدا یک مرحله اداری را طی کند، طبیعی است که مقاومت ایجاد شود. اما اگر بیمار احساس کند پزشک خانواده واقعاً وضعیت او را می‌شناسد، سابقه پزشکی او در اختیار دارد، خدمات اولیه را ارائه می‌کند و در صورت نیاز، او را سریع و دقیق به متخصص مناسب ارجاع می‌دهد، نظام ارجاع می‌تواند به معنای دسترسی هدفمندتر به خدمات باشد. در واقع، مسئله اصلی «محدود کردن مراجعه» نیست؛ مسئله، هدایت تقاضای سلامت است. اینها صحبت‌های دکتر محمدرضا سلطانی، پزشک عمومی و دبیر کمیسیون روابط عمومی سازمان نظام پزشکی مشهد است. او می‌گوید: در یک نظام سلامت بدون ارجاع، ممکن است بیمار برای یک مشکل ساده مستقیماً به فوق تخصص مراجعه کند؛ در حالی که بیماری دیگری که واقعاً نیازمند خدمات تخصصی است، ساعت‌ها یا روزها برای دسترسی به متخصص منتظر بماند. قطعاً هدف نظام ارجاع این است که این مسیر را منطقی‌تر کند. وی با اشاره به اینکه در سال‌های اخیر، نسخه الکترونیک یکی از مهم‌ترین تحولات نظام سلامت ایران بوده است، اما پزشک خانواده چیزی فراتر از نسخه الکترونیک است، می‌گوید: پرونده الکترونیک سلامت، نظام ارجاع، راهنماهای بالینی، سطح‌بندی خدمات، نظام پرداخت و پزشک خانواده باید به یکدیگر متصل باشند. اگر پزشک خانواده بیمار را ارجاع دهد اما متخصص اطلاعات کافی دریافت نکند، ارجاع ناقص است. اگر متخصص بیمار را درمان کند اما نتیجه درمان به پزشک خانواده بازنگردد، زنجیره مراقبت قطع شده است. اگر اطلاعات بیمار در سامانه‌های مختلف پراکنده باشد، پزشک تصویر کاملی از وضعیت او نخواهد داشت. بنابراین، فناوری باید ابزار نظام ارجاع باشد، نه اینکه خود فناوری به هدف تبدیل شود.

پزشک خانواده و کاهش هزینه‌های سلامت

دکتر سلطانی می‌گوید: یکی از مهم‌ترین دلایل توجه نظام‌های سلامت به پزشک خانواده، مسئله هزینه است. هزینه سلامت فقط پولی نیست که بیمار در مطب یا بیمارستان پرداخت می‌کند. هزینه آزمایش‌های تکراری، تصویربرداری‌های غیرضروری، داروهای اضافی، مراجعات متعدد، بستری‌های قابل پیشگیری و درمان دیرهنگام نیز بخشی از هزینه واقعی نظام سلامت است. پزشک خانواده می‌تواند با شناخت سابقه بیمار و پیگیری وضعیت او، بخشی از این هزینه‌ها را کنترل کند. اما این موضوع به معنای کاهش هزینه از طریق «کم کردن خدمات» نیست. هدف، ارائه خدمت درست، به فرد درست، در زمان درست و در سطح درست است. این تفاوت بسیار مهم است. اگر پزشک خانواده صرفاً به عنوان ابزاری برای کاهش هزینه بیمه‌ها دیده شود، برنامه با مقاومت پزشکان و مردم مواجه خواهد شد. اما اگر هدف آن ارتقای کیفیت و جلوگیری از خدمات غیرضروری باشد، می‌تواند به نفع همه طرف‌ها تمام شود.

روز پزشک و داروساز مبارک باد

برگزیدگان جامعه پزشکی مشهد ۱۴۰۵



معاون آموزش و پژوهش سازمان نظام پزشکی مشهد تبیین کرد

اجرای ۵۴ رویداد آموزش مداوم در نظام پزشکی مشهد



معاون آموزش و پژوهش سازمان نظام پزشکی مشهد، در تشریح نقشه راه ۹ ماهه ارتقای دانش بالینی جامعه پزشکی مشهد، گفت: از شهریورماه ۱۴۰۴ تا پایان شهریورماه ۱۴۰۵ تعداد ۵۴ برنامه با تمرکز ویژه بر هوش مصنوعی، طب خواب و ... طی بازه زمانی برگزار شده است. عملا این ۵۴ برنامه در مدت ۹ ماه برگزار شده است چرا که در چند ماه از سال به دلیل شرایط خاص اجتماعی و جنگ، برنامه‌های حضوری قابل اجرا نبود.

دکتر بیتا میرزایی، معاون آموزش و پژوهش سازمان نظام پزشکی مشهد، با تدوین یک تقویم جامع آموزشی ۹ ماهه، برگزاری ۵۴ عنوان برنامه بازآموزی، وبینار تخصصی و سمینار علمی با بیش از ۲۴۰ امتیاز بازآموزی را از شهریور ۱۴۰۴ تا پایان شهریور ۱۴۰۵ در دستور کار خود قرار داده است؛ برنامه‌ای تحول‌آفرین که پاسخگوی نیازهای مهارتی روز و تحولات پرشتاب دانش بالینی جامعه پزشکی خواهد بود.



ضرورت بازنگری در الگوهای آموزش

وی، در گفت‌وگو با «سیمرغ سپید» با اشاره به این دستاورد اظهار داشت: تحولات پرشتاب علوم پزشکی، ورود فناوری‌های نوین نظیر هوش مصنوعی به عرصه تشخیص و درمان و پیچیدگی‌های روزافزون مباحث اخلاق حرفه‌ای، ضرورت بازنگری در الگوهای آموزش مداوم را دوچندان کرده است.

مشارکت گروه‌های تخصصی

در همین راستا، معاونت آموزش و پژوهش سازمان نظام پزشکی مشهد طراحی و اجرای ۵۴ رویداد علمی هدفمند را با مشارکت اساتید برجسته دانشگاهی و گروه‌های تخصصی برنامه‌ریزی کرده است.

وی با تأکید بر تنوع و ساختار چند رشته‌ای (Multidisciplinary) این دوره‌ها افزود: این برنامه‌ها در ۴ محور راهبردی سامان‌دهی شده‌اند:

۱- هوش مصنوعی و فناوری‌های نوین: برگزاری دوره‌های کاربردی مانند هوش مصنوعی در آزمایشگاه، تصویربرداری پزشکی و تشخیص بالینی

۲- پزشکی و قانون: بررسی تخصصی ابعاد حقوقی و انتظامی در شاخه‌های اورژانس، بیهوشی، جراحی زیبایی، زنان و دندانپزشکی

۳- سلامت جامع و سلسله نشست‌های طب خواب: پرداختن تخصصی به اختلالات خواب و ارتباط آن با تخصص‌های مغز و اعصاب، ریه، گوش‌وحلق‌وبینی، گوارش و کودکان

۴- اولویت‌های سلامت عمومی جامعه: آموزش‌های بالینی در حوزه جوانی جمعیت، بیماری‌های ژنونوز، طب تسکینی، مدیریت بحران، آنمی و تجویز منطقی دارو، بیماری‌های داخلی، عفونی، اعتیاد، داندانپزشکی و اورژانس‌های مختلف

دکتر میرزایی در پایان ضمن قدردانی از دبیران علمی و کادر اجرایی خاطرنشان کرد: هدف معاونت آموزشی از اجرای این ۵۴ برنامه مدون، توانمندسازی علمی و مهارتی اعضای فرهیخته جامعه پزشکی، کاهش خطاهای پزشکی و در نهایت ارتقای ایمنی و سلامت آحاد جامعه است.

برنامه بازآموزی نظام پزشکی مشهد (۹ ماه اخیر) در یک نگاه

ردیف	عنوان برنامه + امتیاز بازآموزی	ردیف	عنوان برنامه + امتیاز بازآموزی
۱	اختلالات خواب با رویکرد هوش مصنوعی (۴)	۲۸	COPD بیماری مزمن انسدادی ریه(۵)
۲	قانون و اورژانس‌ها(۵)	۲۹	خواب با رویکرد گوارش(۴)
۳	وبینار تازه‌های شیرمادر(۳)	۳۰	پزشک و قانون با رویکرد جراحی زیبایی(۵)
۴	سمینار دو روزه پاپیلوما ویروس و سلامت خانواده(۱۰)	۳۱	ادواری قلب و عروق با رویکرد دیس‌لیپیدمی(۳.۵)
۵	بارداری در بیماری‌های روماتیسمی (۵)	۳۲	خواب با رویکرد حوادث(۴)
۶	ارزیابی و مدیریت بیمار با تنگی نفس در اورژانس(۵)	۳۳	مدیریت بیماران قلب و عروق با رویکرد مدیریت پرفشاری خون(۳.۵)
۷	خواب و بیماری‌های چشمی(۴)	۳۴	استرس و نقش آن در اختلالات خواب(۳.۵)
۸	تازه‌های دمانس و مدیریت آن (۵)	۳۵	کاربردهای هوش مصنوعی در تصویربرداری پزشکی(۵)
۹	وبینار تب کریمه کنگو(۳)	۳۶	وبینار جوانی جمعیت تحولات جمعیتی و تبیین قانون جوانی(۳)
۱۰	هوش مصنوعی در آزمایشگاه(۵)	۳۷	وبینار جوانی جمعیت و تبیین قانون جوانی جمعیت با رویکرد فرزندآوری(۳)
۱۱	سمینار علمی دو روزه بیماری‌های زئونوز(۱۰)	۳۸	مدیریت بیماران قلب و عروق با رویکرد مدیریت پرفشاری خون(۳.۵)
۱۲	خواب با رویکرد گوش و حلق و بینی(۴)	۳۹	وبینار اورژانس‌های مامایی شماره یک (۳)
۱۳	وبینار دو روزه جوانی جمعیت(۶)	۴۰	وبینار اورژانس‌های مامایی شماره دو (۳)
۱۴	کارکردهای طب تسکینی(۵)	۴۱	خواب در نوزادان و شیرخواران (۳.۵)
۱۵	خواب با رویکرد تغذیه(۴)	۴۲	مکمل درمانی در جمعیت‌های خاص(۵)
۱۶	خواب با رویکرد کلیه(۴)	۴۳	وبینار اپروچ به عوارض دیابت(۳)
۱۷	خواب با رویکرد حافظه(۴)	۴۴	روش‌های نوین ایمپلنت دنت ویژن(۱۰)
۱۸	اختلالات جنسی در اعتیاد(۵)	۴۵	کاربردهای هوش مصنوعی برای پزشکان و کادر درمان(۱۰)
۱۹	درمان نگهدارنده با نالتروکسان(۵)	۴۶	اختلالات خواب در اوتیسم و مدیریت آن(۳.۵)
۲۰	قانون و بیهوشی(۵)	۴۷	آشنایی با تست‌های تشخیصی در ارزیابی اختلالات خواب(۳.۵)
۲۱	خواب با رویکرد جراحی(۴)	۴۸	تجویز منطقی دارو(۵)
۲۲	ایمپلنت و زیبایی(۵)	۴۹	اختلالات خواب در بیماریهای نورودژنراتیو(۳.۵)
۲۳	آنمی، از پاتوفیزیولوژی تا درمان(۵)	۵۰	آینده کودک از تشخیص زودهنگام آغاز می‌شود(۵)
۲۴	پزشک و قانون با رویکرد دندانپزشکی(۵)	۵۱	آینده پزشکی کودکان از تشخیص هوشمند تا مداخله موثر(۵)
۲۵	خواب با رویکرد بیهوشی(۴)	۵۲	وبینار رایگان مدیریت بیماران در بحران‌ها و حوادث
۲۶	پزشک و قانون با رویکرد زنان(۵)	۵۳	رستوریشنهای همرنگ دندانی (دندانپزشکی ترمیمی)(۸)
۲۷	وبینار مدیریت و درمان فشارخون(۳)	۵۴	وبینار ۲ روزه آنفلوآنزا (۳)

دکتر ایوب توکلیان، متخصص طب اورژانس و عضو هیأت مدیره سازمان نظام پزشکی مشهد:

۱۵۰ میلیون دلار؛ هزینه مصرف خودسرانه آنتی‌بیوتیک در ایران!



عضو هیأت مدیره سازمان نظام پزشکی مشهد، با هشدار نسبت‌به مصرف بی‌رویه آنتی‌بیوتیک در کشور گفت: حدود ۳۰ درصد مصرف آنتی‌بیوتیک‌ها در ایران به شکل خودسرانه و بدون تجویز صحیح انجام می‌شود که با توجه به ارزش حدود ۵۰۰ میلیون دلاری بازار آنتی‌بیوتیک، معادل حدود ۱۵۰ میلیون دلار است؛ اما هزینه واقعی این مصرف فقط به هدررفت منابع مالی محدود نمی‌شود و مقاومت دارویی می‌تواند در آینده درمان عفونت‌های ساده را نیز با بحران مواجه کند.

دکتر ایوب توکلیان، متخصص طب اورژانس، با بیان اینکه مقاومت میکروبی یکی از بزرگ‌ترین بحران‌های خاموش سلامت در قرن بیست‌ویکم است، اظهار کرد: مصرف بی‌رویه آنتی‌بیوتیک‌ها باعث می‌شود باکتری‌ها به‌تدریج در برابر داروهای رایج مقاوم شوند و در نتیجه بیماری‌هایی که امروز به‌سادگی قابل درمان هستند، در آینده ممکن است به درمان‌های پیچیده، پرهزینه و حتی در مواردی غیرممکن تبدیل شوند.

عضو هیات مدیره سازمان نظام پزشکی مشهد، افزود: ایران با مصرف حدود ۶۸ دُز روزانه استاندارد آنتی‌بیوتیک به ازای هر هزار نفر، در زمره بالاترین مصرف‌کنندگان این داروها قرار دارد؛ در حالی که این شاخص در کشورهایی مانند بریتانیا حدود ۲۰ دُز و در آلمان حدود ۱۰ دُز گزارش شده است.

دکترتوکلیان با اشاره به وضعیت تجویز آنتی‌بیوتیک در کشور گفت: حدود ۴۰ درصد نسخه‌های بیماران سرپایی حاوی آنتی‌بیوتیک هستند و این میزان در بیماران بستری به حدود ۷۰ درصد می‌رسد؛ در برخی مطب‌ها نیز میزان تجویز آنتی‌بیوتیک حتی به ۷۰ درصد نسخه‌ها می‌رسد، در حالی که توصیه سازمان جهانی بهداشت، حداکثر حدود ۳۰ درصد نسخه‌های تجویزی است.

■ کاهش تجویز از ۵۰ به ۴۰ درصد؛ اما هنوز فاصله داریم

عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد ادامه داد: در سال‌های گذشته میزان تجویز آنتی‌بیوتیک در نسخه‌ها حدود ۵۰ درصد بود که با تلاش‌های انجام‌شده از سوی سازمان غذا و دارو و معاونت‌های غذا و داروی سراسر کشور، این میزان به حدود ۴۰ درصد کاهش یافته است، اما همچنان با وضعیت مطلوب فاصله داریم.

وی افزود: در بیماران سرپایی مبتلا سینوزیت‌ها، سفالوسپورین‌ها و ماکرولیدها از پرتجویزترین گروه‌های آنتی‌بیوتیکی هستند و در بیماران بستری نیز سفالوسپورین‌ها و کارباپنم‌ها سهم بالایی از تجویزها را به خود اختصاص می‌دهند.

دکترتوکلیان با تأکید بر اینکه آنتی‌بیوتیک‌ها داروی OTC محسوب نمی‌شوند، گفت: با این حال، خوددرمانی با این داروها در جامعه شایع است و در برخی بررسی‌ها، فراوانی خوددرمانی آنتی‌بیوتیکی حدود ۴۳.۴ درصد گزارش شده است.

■ هرچه دارو بیشتر، خطر تداخل و عوارض بیشتر

این متخصص طب اورژانس با اشاره به الگوی کلی مصرف دارو در کشور اظهار کرد: میانگین تعداد اقلام دارویی در هر نسخه در بسیاری از کشورهای دنیا حدود ۱.۲ تا ۱.۸ قلم است، یعنی کمتر از دو قلم، اما این میانگین در ایران حدود چهار قلم گزارش می‌شود.

وی افزود: تجویز و مصرف بی‌رویه دارو فقط به معنای افزایش هزینه نسخه نیست؛ هرچه تعداد داروهای مصرفی بیمار بیشتر شود، احتمال بروز عوارض و تداخلات دارویی نیز افزایش می‌یابد و همین مسئله هزینه‌های پنهانی را به بیمار و نظام سلامت تحمیل می‌کند.

دکترتوکلیان گفت: تجمع مصرف برخی مسکن‌ها مانند ژلوفن، ایبوپروفن، دیکلوفناک و ناپروکسن نیز می‌تواند عوارض مهمی از جمله آسیب و نارسایی کلیوی ایجاد کند و در این میان، توجه به تداخلات دارویی به‌ویژه در مورد آنتی‌بیوتیک‌ها، داروهای خاص و کورتون‌ها اهمیت زیادی دارد.



■ ۵۰۰ میلیون دلار؛ ارزش بازار آنتی‌بیوتیک ایران

این متخصص طب اورژانس، با بیان اینکه حدود ۱۰ درصد بازار دارویی کشور را آنتی‌بیوتیک‌ها تشکیل می‌دهند، گفت: با توجه به ارزش حدود پنج میلیارد دلاری بازار دارویی کشور، ارزش بازار آنتی‌بیوتیک‌ها حدود ۵۰۰ میلیون دلار برآورد می‌شود و اگر حدود ۳۰ درصد این مصرف به شکل خودسرانه انجام شود، رقم آن به حدود ۱۵۰ میلیون دلار می‌رسد. وی تأکید کرد: البته مسئله اصلی فقط رقم ۱۵۰ میلیون دلار نیست. هزینه واقعی مصرف خودسرانه آنتی‌بیوتیک، مقاوم شدن میکروب‌ها، شکست درمان، مراجعه مجدد، بستری شدن و افزایش هزینه‌های درمانی در آینده است.

■ چهار آنتی‌بیوتیک در میان ۱۰ داروی پرفروش

وی ادامه داد: در بسیاری از موارد نیز بر اساس آموزه‌های پزشکی می‌توان شکل خوراکی دارو را برای بیمار انتخاب کرد، اما همچنان شکل تزریقی آن تجویز می‌شود که ممکن است ناشی از اصرار بیمار، پزشک یا حتی ساختار نظام دارویی باشد.

■ ۴۰ هزار میلیارد تومان بدهی در زنجیره سلامت

دکترتوکلیان در بخش دیگری از سخنان خود به مشکلات اقتصادی حوزه سلامت اشاره کرد و گفت: تأخیر در پرداخت مطالبات داروخانه‌ها، مطب‌ها و بیمارستان‌ها موجب انباشت بدهی حدود ۴۰ هزار میلیارد تومانی شده است که حدود ۳۰ هزار میلیارد تومان آن مربوط به سال ۱۴۰۳ و ۱۰ هزار میلیارد تومان مربوط به سال ۱۴۰۴ است.

وی افزود: مشکلات مالی زنجیره سلامت نیز می‌تواند بر تأمین دارو و ارائه خدمات اثرگذار باشد و به همین دلیل، اصلاح مصرف دارو باید همزمان با اصلاح زیرساخت‌ها و فرآیندهای اقتصادی نظام سلامت دنبال شود.

■ نسخه منطقی، نتیجه همکاری همه اجزای نظام سلامت

عضو هیأت‌مدیره سازمان نظام پزشکی مشهد گفت: تجویز و مصرف منطقی دارو صرفاً به معنای کمتر مصرف کردن دارو نیست؛ منظور از مصرف منطقی، مصرف درست دارو است. وی افزود: برای تحقق این هدف باید پنج عامل فرهنگ جامعه، آموزش پزشکی، نقش پزشکان، نظام دارویی و اقتصاد به‌صورت همزمان مورد توجه قرار گیرد. کادر درمان باید درباره عوارض و تداخلات دارویی و نحوه صحیح استفاده از دارو آموزش کافی داشته باشد و بیماران نیز باید بدانند که دریافت داروی بیشتر یا تزریق سرم الزاماً به معنای درمان بهتر نیست.

وی خاطرنشان کرد: پزشکی امروز بر مبنای شواهد است و اگر بتوانیم پزشکی مبتنی بر شواهد را آموزش داده و در فرآیند درمان فراگیر کنیم، می‌توانیم بخش قابل توجهی از تجویزهای غیرضروری و هزینه‌های القایی را کاهش دهیم.

وی گفت: سازمان نظام پزشکی نیز طبق وظایف قانونی خود می‌تواند در کنار وزارت بهداشت در تدوین دستورالعمل‌ها، ارتقای سلامت و اصلاح الگوی تجویز دارو و خدمات پاراکلینیکی نقش مؤثری ایفا کند.

دکترتوکلیان تأکید کرد: مسئله مصرف منطقی دارو این نیست که بیمار داروی کمتری دریافت کند؛ مسئله این است که بیمار، داروی درست را، در زمان درست، با دوز درست و برای مدت درست دریافت کند.

دکترتوکلیان با اشاره به فهرست پرفروش‌ترین داروهای کشور در شش ماه گذشته گفت: پس از آموکسی‌سیلین، داروهایی مانند IVIG، سرم تزریقی، استامینوفن، آزیترومایسین، سفکسیم، آموکسی‌کلاو، کلوپیدوگرل، آداليمومب‌تزریقی، انسولین‌آسپارت، واکسن چهارظرفیتی آنفلوانزا و سفازولین تزریقی در میان اقلام پرفروش قرار داشته‌اند. وی افزود: قرار گرفتن چهار قلم آنتی‌بیوتیک در فهرست ۱۰ داروی پرفروش کشور نشان می‌دهد که باید در حوزه تجویز و همچنین مصرف خودسرانه این داروها اقدامات عملی و فرهنگی جدی‌تری انجام شود.

■ وقتی سرم تبدیل به انتظار بیمار می‌شود

عضو هیأت‌مدیره سازمان نظام پزشکی مشهد در ادامه به مصرف بالای فرآورده‌های تزریقی در کشور اشاره کرد و گفت: حدود ۴۵ درصد بازار دارویی کشور مربوط به داروهای تزریقی است و نسخه‌های دارای داروی تزریقی در ایران تا حدود ۴۰ درصد گزارش شده، در حالی که شاخص استاندارد جهانی کمتر از ۱۰ درصد است.

وی افزود: در برخی شهرها تا زمانی که برای بیمار سرم یا فرآورده تزریقی تجویز نشود، بیمار مطب پزشک را ترک نمی‌کند و حتی ممکن است میان بیمار و پزشک بر سر این موضوع درگیری ایجاد شود؛ چراکه بخشی از جامعه تصور می‌کند قرص و شربت اثربخشی لازم را ندارند و حتماً باید دارو تزریق شود. دکترتوکلیان تأکید کرد: این موضوع تنها مشکل پزشک یا بیمار نیست و فرهنگ جامعه، آموزش پزشکی، نظام دارویی و مسائل اقتصادی همگی در شکل‌گیری این الگوی مصرف نقش دارند.

■ سرم برای سرماخوردگی، ضعف و تب اندیکاسیون روتین ندارد

این متخصص طب اورژانس درباره تجویز منطقی سرم گفت: به‌طور کلی چهار اندیکاسیون اصلی برای استفاده از IV Fluid وجود دارد؛ احیای حجم در بیماران دچار شوک یا هیپوولمی، جایگزینی مایعات و الکترولیت‌های از دست‌رفته، تأمین نیاز مایعات بیمارانی که نمی‌توانند از راه خوراکی دریافت کنند و در نهایت استفاده از مسیر وریدی برای رساندن برخی داروها و مواد درمانی.

وی تصریح کرد: اگر بیمار سرماخورده است، وضعیت همودینامیک مناسبی دارد، می‌تواند آب بنوشد، استفراغ مداوم ندارد و دچار دهیدراتاسیون قابل توجه نیست، سرم اندیکاسیون روتین ندارد.

دکتر توکلیان افزود: صرف داشتن تب یا احساس ضعف و بی‌حالی نیز به‌تنهایی اندیکاسیون سرم نیست. اگر بیمار می‌تواند مایعات را از راه خوراکی دریافت کند، معمولاً هیدراتاسیون خوراکی ارجح است. وی یک سؤال کلیدی برای تجویز سرم مطرح کرد و گفت: «اگر این سرم را ندهم، چه مشکل فیزیولوژیکی مشخصی قرار است ایجاد یا تشدید شود؟» اگر پاسخ روشنی برای این سؤال وجود نداشته باشد، احتمالاً سرم اندیکاسیون محکمی ندارد.

■ سرم بی‌مورد هم بی‌خطر نیست

دکترتوکلیان هشدار داد: تصور اینکه سرم هیچ خطری برای بیمار ندارد، اشتباه است. سرم‌درمانی غیرضروری می‌تواند موجب ادم ریه، اختلالات سدیم و سایر الکترولیت‌ها، تشدید نارسایی قلبی، مشکلات بیماران کلیوی و عوارض مرتبط با دسترسی وریدی مانند فلبیت و عفونت شود. وی با اشاره به تجربه دوران کرونا گفت: در آن دوران برای تزریق رمدسیویر از سرم یک‌لیتری استفاده می‌شد، اما حدود ۷۵۰ سی‌سی از سرم دور ریخته می‌شد. در صورت استفاده بیشتر و مؤثرتر از ظرفیت داروسازان بیمارستانی، می‌شد مصرف سرم را مدیریت کرد و حتی چند بیمار از یک سرم استفاده کنند.

■ مصرف بی‌رویه سرم می‌تواند به کمبود منجر شود

عضو هیأت‌مدیره سازمان نظام پزشکی مشهد گفت: وقتی به‌صورت ناگهانی در تعداد زیادی از نسخه‌ها سرم تجویز شود، تقاضا از عرضه پیشی می‌گیرد و در چنین شرایطی سازمان غذا و دارو ناچار می‌شود برای جبران کمبود، برخی داروها و فرآورده‌ها مانند سرم را وارد کند.

وی تأکید کرد: بنابراین تجویز غیرمنطقی فقط یک تصمیم فردی نیست؛ وقتی این رفتار در مقیاس گسترده اتفاق بیفتد می‌تواند بر کل بازار دارویی اثر بگذارد.

■ داروی بیشتر، الزاماً درمان بهتر نیست

دکتر توکلیان ارزش کل بازار دارویی کشور را حدود پنج میلیارد دلار عنوان کرد و گفت: نیاز اولی صنعت دارویی کشور نیز حدود دو تا دو و نیم میلیارد دلار است. در چنین شرایطی، مصرف منطقی دارو اهمیت اقتصادی بسیار زیادی دارد.

وی افزود: حدود ۳۰ درصد بازار دارویی کشور را داروهای OTC تشکیل می‌دهند که ارزشی حدود یک میلیارد دلار دارد، اما OTC بودن یک دارو به معنای بی‌خطر بودن آن نیست و مصرف آن نیز باید با توجه به شرایط بیمار، دوز مناسب و احتمال تداخل با سایر داروها انجام شود.

■ کورتون برای هر سرماخوردگی نیست

این متخصص طب اورژانس درباره مصرف کورتون‌ها نیز گفت: داروهایی مانند دگزامتازون، هیدروکورتیزون و پردنیزولون در موارد مشخص، از جمله برخی بیماری‌های روماتیسمی، کاربرد منطقی دارند، اما استفاده از آن‌ها برای سرماخوردگی ساده بدون وجود اندیکاسیون مشخص، درمان مبتنی بر شواهد محسوب نمی‌شود.



نگاهی به زندگی حرفه‌ای دکتر خلیل شادکامی

از روزهای دانش‌آموزی تا پنج دهه طبابت

«من دکتر خلیل شادکامی، متولد ۱۳۱۹ هستم. ۸۵ سال سن دارم و در بجنورد متولد شدم». دکتر خلیل شادکامی، با این جملات خود را معرفی می‌کند. این استاد پیشکسوت رشته چشم‌پزشکی، روایت زندگی خود را از شهری آغاز می‌کند که در سال‌های کودکی او، تنها یک دبیرستان داشت و بسیاری از راه‌هایش خاکی، گلی و در زمستان‌ها برفی بود. روایت او، داستان نوجوانی از بجنورد است که با امکانات محدود آن روزگار، به پیشنهاد پدرش رشته تجربی را انتخاب کرد، برای ادامه تحصیل راهی مشهد شد، با رتبه ۲۱ پزشکی دانشگاه مشهد پذیرفته شد و سرانجام پس از گذراندن دوران پزشکی و سربازی، چشم‌پزشکی را به عنوان مسیر حرفه‌ای خود انتخاب کرد. او از سال‌هایی می‌گوید که امکانات پزشکی بسیار محدودتر از امروز بود، تخصص‌ها به شکل امروزی تفکیک نشده بود و یک چشم‌پزشک ناچار بود طیف گسترده‌ای از بیماران و اعمال جراحی را بپوشش دهد. همچنین از بیماران ساده و صمیمی آن روزها، استادانی که به گفته خودش با سخت‌گیری بیشتر به او و هم‌دوره‌ای‌هایش آموختند، همسرش که در تمام سال‌های فعالیت حرفه‌ای همراه او بود و البته از تغییر رابطه پزشک و بیمار در گذر زمان سخن می‌گوید.

کودکی در بجنورد و انتخاب مسیر پزشکی

من در بجنورد متولد شدم. آن زمان بجنورد فقط یک دبیرستان داشت و دبستان هم دو، سه تا بیشتر نبود. راه‌ها هم عمدتاً خاکی و گلی بود و زمستان‌ها هم برف زیادی می‌آمد. شرایط مثل امروز نبود که بچه را به نزدیک‌ترین مدرسه محل زندگی بفرستند. دوران دبستان را گذراندم و ششم ابتدایی را تمام کردم. آن زمان امتحانات نهایی هم به شکل دیگری برگزار می‌شد و سال‌های آخر، امتحان از مشهد ارسال می‌شد. قبول شدم و وارد دبیرستان شدم. آن موقع دوره دبیرستان مثل حالا ۱۲ سال تحصیل نداشت. کلاس‌های هفتم و هشتم را گذراندم و وقتی کلاس نهم تمام شد، باید رشته تحصیلی‌مان را انتخاب می‌کردیم. سه رشته تقریباً شبیه امروز وجود داشت. منتهی با تعداد و ساختار محدودتر، یکی رشته طبیعی یا همان تجربی فعلی، یکی ریاضی و فیزیک و یکی هم ادبی. آمدم به پدرم گفتم: «بابا، من می‌خواهم رشته انتخاب کنم. چی انتخاب کنم»؟ پدرم سواد آنچنانی نداشت، ولی از نظر مالی وضعش بد نبود. گفت: «دکتری را انتخاب کن». اصلاً نمی‌دانستم دکتری یعنی چه! ولی چون ایشان گفت، من هم حرف پدرم را اطاعت کردم و رشته تجربی را انتخاب کردم و کلاس دهم را گذراندم.

از بجنورد تا مشهد؛ تصمیمی که مسیر زندگی را تغییر داد

بعد از مدتی به پدرم گفتم: «بابا، معلم‌های ما همه دیپلم هستند، لیسانس اصلاً نداریم. در این شهر کلاس دوازدهم هم نداریم. خواهش می‌کنم من را به مشهد بفرست». گفت دو، سه روز دیگر خبر می‌دهم. روز سوم دست من را گرفت و برد پیش یک سید که تعمیرات کفش داشت. به او گفت: «آقا، این پسرم می‌خواهد برود مشهد. یک استخاره کن ببینیم چه می‌شود». استخاره کرد و خوشبختانه گفت: «حاج‌آقا، خوبه». پدرم گفت: «خیلی خب، برو». فردای آن روز یک پتو، لحاف، تشک، قابلمه و وسایل دیگری به من دادند و گفتند برو. نه پدرم آمد، نه مادرم. خودم سوار اتوبوس شدم و راهی مشهد شدم. مدارکم را از دبیرستان گرفتم و به مشهد آمدم. یکی از همشهری‌هایمان خانه‌ای اجاره کرده بود و سال قبل آنجا بود. من هم پیش او رفتم و با هم زندگی کردیم. اجاره خانه ۳۰ تومان بود و دو نفری آن را پرداخت می‌کردیم. مدارکم را برداشتم و مستقیم رفتم دبیرستان فردوسی. آن موقع شنیده بودم دبیرستان خوبی است. رئیس دبیرستان، آقای رهبر بود. مرد خوبی بود، ولی خشن بود. مدارک من را نگاه کرد و گفت: «شهرستانی هستی»؟ گفتم: «بله، بجنورد». گفت: «این که خوب نیست. نمرات هم مناسب نیست؛ ما برای شما جا نداریم». من هم هیچ‌کس را در مشهد نداشتم. ۱۶ سالم بود. گریه‌کنان از مدرسه خارج شدم.

یک تلفن و باز شدن درهای دبیرستان فردوسی

رفتم اداره کل آموزش و پرورش. اداره کل آن زمان یک ساختمان چهار طبقه بود و بعداً آن ساختمان را خراب کردند. مدیرکل که طبعاً من را راه نداد. رفتم پیش معاون. یک نفر آقایی آنجا نشسته بود. جلو رفتم و گفتم: «من را بفرستید پیش ایشان».

گفت: «نمی‌شود پسر». گفتم: «خواهش می‌کنم. من از شهرستان آمده‌ام. نه پدرم اینجاست، نه مادرم و نه برادرم». گفت: «بیا، برو تو». رفتم داخل. پرسید برای چه آمده‌ای. گفتم برای ثبت نام. آقای کفایی انسان بسیار بزرگی بود. گفتم من را به دلیل نداشتن جا در دبیرستان فردوسی نپذیرفته‌اند. ایشان تلفن را برداشت و به آقای رهبر تلفن زد و گفت: «یک دانش‌آموزی به اسم خلیل شادکامی می‌آید، از آشنایان من است. اسمش را بنویس».

دوباره آمدم دبیرستان فردوسی. آقای رهبر گفت: «باز آمدی»؟ گفتم: «آقای کفایی امر فرمودند که بیایم اینجا». گفت: «خیلی خب. برو پیش ناظم، اسمت را بنویس». اسمم را نوشتم. کلاس یازدهم شاگرد اول شدم و کلاس دوازدهم هم شاگرد اول شدم.

رتبه ۲۱ کنکور پزشکی

مستقیم در کنکور شرکت کردم و با رتبه ۲۱ در پزشکی مشهد قبول شدم. رفتم بجنورد و به پدرم گفتم: «بابا، نمی‌شود من را فرانسه بفرستی»؟ دکتر سامی، که رئیس دانشگاه قبلی بود و خدا رحمتش کند، متخصص اطفال بود. از فرانسه مدرک تخصصی گرفته بود. پدرم با ایشان از قبل آشنایی داشت و با هم مکتب می‌رفتند. بنابراین اسم فرانسه و پاریس برای پدرم تقریباً آشنا بود. برای رفتن به فرانسه اقدام

کردم. پذیرش برایم آمد و حتی برای پاسپورت و کارهای مربوط به آن اقدام کردم، اما مدت پذیرش تمام شد و دیگر امکان رفتن فراهم نشد. بنابراین برگشتم و دانشکده پزشکی را شروع کردم.

سال‌های پزشکی و استادانی که هر چه بلد بودند، آموختند

سال اول گذشت، سال دوم و سوم هم گذشت. سال چهارم که شد، وارد دوره استاژری شدم. آن زمان بیمارستان قائم نبود و بیمارستان امام رضا(ع) یا شاه رضایی سابق تنها بیمارستان بزرگ شهر بود. استادان زیادی داشتیم؛ دکتر یغمایی، دکتر سالاری (متخصص زنان)، دکتر شهرستانی، دکتر رادپور، دکتر فقیهی(متخصص چشم) خلاصه استادان زیادی بودند. خدا همه‌شان را بیامرزد؛ هیچ‌کدامشان دیگر در قید حیات نیستند. هرچه‌بلد بودند به ما یاد می‌دادند و ما هم انتظار بیشتری از آنها نداشتیم. علم پزشکی آن زمان خیلی محدود بود و امکانات هم بسیار ناچیز بود. با همان امکانات و همان دانشی که وجود داشت، زحمت می‌کشیدیم و بالاخره فارغ‌التحصیل شدیم.

خاطره‌ای از روزهای دانشجویی و یک ناهار دوباره!

در دوران دبیرستان، وضع مالی خانواده در حدی بود که پدرم ماهی ۵۰ تومان به من می‌داد. اجاره خانه ۳۰ تومان بود و چون دو نفر بودیم، سهم هرکدام ۱۵ تومان می‌شد و بقیه پول را برای هزینه‌های تحصیل و زندگی خرج می‌کردیم. یادم هست روزهای جمعه با دوستم که او هم بجنوردی بود، می‌رفتیم چلوکبابی. یک روز گفت: «من صبح کار دارم، می‌روم و بعد می‌آیم».

معمولاً حدود ساعت ۱۲:۳۰ باید می‌رفتیم ناهار بخوریم. من دیدم ساعت یک شد، خودم رفتم ناهار خودم و برگشتم خانه. پنج دقیقه بعد دوستم آمد و گفت: بریم. آن روزها اخلاقیات خیلی مهم و پررنگ بود. رفیق نیمه راه شدن اصلا پذیرفتنی نبود. این شد که من نگفتم که ناهار خورده‌ام. گفتم: بریم. رفتیم و من مجبور شدم یک پرس دیگر هم با او بخورم! بعد پول دادیم و آمدیم بیرون. اینها خاطرات دوران جوانی است؛ دورانی که واقعاً برای آدم یک دوران طلایی است.

سربازی و ازدواج

بعد از فارغ‌التحصیلی رفتم سربازی. آن زمان دوران سربازی یک سال و نیم بود. وقتی در مشهد بودم، با یکی از دانشجویان پرستاری که در آموزشگاه جورجانی درس می‌خواند، تقریباً آشنا شدم. ایشان فارغ‌التحصیل شد و به عنوان اولین پرستار به ساری و بیمارستان زارع که بیمارستان بیماران ریوی بود، فرستاده شد. من هم بعد از پایان سربازی، با ایشان ازدواج کردم. مراسم ازدواج در ساری برگزار شد. برادرها و خواهرها و شوهر خواهرها و دوستانی که در ساری داشتیم، آمدند. آن موقع همسرم پرستار بود و ۱۵۰۰ تومان حقوق می‌گرفت. با همان درآمد، یک خانه چهار اتاقه گرفته بودیم که اجاره‌اش فقط ۳۰۰ تومان بود. من هم سرباز و ستوان بودم و ۷۰۰ تومان حقوق می‌گرفتم. هفته‌ای دو روز می‌آمدم ساری پیش همسرم. پادگان محل خدمتم نزدیک پل ورسک بود. فرمانده‌مان انسان خوبی بود و به من اجازه می‌داد که بروم. روز چهارشنبه حرکت می‌کردم، سوار قطار می‌شدم و به ساری می‌آمدم. همسرم یک فولکس داشت و می‌آمد دنبالم. تا جمعه با هم بودیم. جمعه بعدازظهر من را به ایستگاه قطار می‌رساند، سوار قطار می‌شدم و برمی‌گشتم پادگان. یک سال دوران سربازی‌ام آنجا بود.

پیشنهاد کار در ساری و آغاز مسیر تخصص

دو ماه مانده بود سربازی‌ام تمام شود که یک سرباز آمد و گفت: «آقای دکتر، دو آقا از ساری آمده‌اند». آن زمان هلال احمر را «شیر و خورشید» می‌گفتند. آنها





از طرف شیر و خورشید آمده بودند و گفتند: «خواهش می‌کنیم بیا استخدام ما بشو».

من هم گفتم بد نیست. با همسرم مشورت کردم. گفت: «آره، دیگر ساری هستی». در یک درمانگاه در فلکه ساعت ساری مشغول شدم. گاهی چهار، پنج ساعت کار می‌کردم و بعضی روزها هم می‌گفتند بعدازظهر بیا. این دوران هم تمام شد و رسیدیم به سال ۱۳۵۱. آن زمان گفتم: من می‌خواهم برای تخصص امتحان بدهم. در امتحان شرکت کردم و خوشبختانه نفر سوم شدم. آن زمان هر کس می‌خواست تخصص انتخاب کند، می‌توانست دو رشته بزند. من گوش، حلق و بینی و چشم‌پزشکی را انتخاب کردم. بعد از قبولی، مصاحبه هم داشتیم. رئیس کرسی چشم و گوش و حلق و بینی، پروفسور یغمایی بود. گفت: نفر سوم شدی، ولی من شما را یادم نیست. در بخش من بودی؟ گفتم: قربان، بخش بودم. بالاخره اجباری است و یک ماه باید در بخش گوش و حلق و بینی می‌بودم. از نظر درسی وضعم خیلی خوب بود. گفت: «من آشنایی زیادی با شما ندارم. نفر بیست‌ویکم را انتخاب کردم. شما برو چشم‌پزشکی». آن زمان فقط یک نفر چشم‌پزشکی می‌خواستند. من هم نفر سوم بودم و می‌توانستم رشته‌های مختلف را انتخاب کنم. در نهایت چشم‌پزشکی را انتخاب کردم.

سال‌های تخصص و روزهایی که بخش چشم‌پزشکی را تنها اداره می‌کردم

دوران تخصص گذشت. تابستان‌ها که می‌شد، آقایان استاد فقیهی و استاد فرشی بودند. آقای دکتر اسکویی‌ان هم بود که متخصص نبود، ولی دوره چشم را گذرانده بود. هر دو استاد به مرخصی می‌رفتند و من می‌ماندم با یک بخش چشم. مریض می‌دیدم و هم عمل می‌کردم. این هم دوران تحصیلی من بود. آغاز طبابت تخصصی و روزهای پرکار در دانشگاه، دکتر مشیری هم بودند. گفتند بیا استخدام دانشگاه بشو. گفتم: «با چه پستی»؟ گفت: «مربی». گفتم: «نه، استاد یار». گفت: «استادیاری که نمی‌شود؛ از اول بیا مربی بشو و بعد برو انگلیس». قبول نکردم. آن زمان حدود سال ۵۴ یا ۵۵ بود. رفتم تأمین اجتماعی دیدم حقوقش بد نیست این شد که در بیمارستان ۱۷ شهریور مشغول شدم. در آن زمان تنها متخصص رسمی تأمین اجتماعی بودم و کارم را شروع کردم. آن موقع یک متخصص چشم تقریباً همه کارها را انجام می‌داد؛ مثلاً من عمل انحراف انجام می‌دادم، آب سیاه را عمل می‌کردم عمل روتین آب مروارید هم انجام می‌دادم. تقریباً همه کارها را انجام می‌دادیم. امروز رشته‌ها جدا شده‌اند و فوق‌تخصص‌های مختلف به وجود آمده است، اما آن زمان چنین تفکیکی وجود نداشت. یادم هست هیچ‌کدام از شهرستان‌های خراسان بزرگ چشم‌پزشک نداشتند. بیماران از سبزوار، بجنورد، قوچان، تربت و شهرهای مختلف برای درمان چشم به مشهد می‌آمدند. سرم بسیار شلوغ بود. تا ساعت ۱۱ شب بیمار می‌دیدم. گاهی ساعت ۱۰ شب می‌رفتم بیمارستان موسی بن جعفر و سه، چهار مورد آب مروارید عمل می‌کردم و بعد به خانه می‌آمدم. همسرم در این سال‌ها به ویژه اوایل کارم که زمان زیادی را به کار اختصاص می‌دادم واقعاً خیلی با من همکاری می‌کرد. خانم بسیار والا و بزرگی است. بچه‌ها خواب بودند و او کنار سفره اغلب خوابش می‌برد. من ساعت ۱۲ شب می‌آمدم و با هم شام می‌خوردیم. دو فرزند دارم؛ یک دختر که خودش چشم‌پزشک است و یک پسر که در رشته صنایع غذایی فوق‌لیسانس دارد.

تغییر رابطه پزشک و بیمار

در دوران چشم‌پزشکی، خاطره‌ای دارم که شاید مربوط به ۲۰ یا ۳۰ سال قبل باشد. من سال ۵۴ متخصص بودم و الان حدود ۵۰ سال است که متخصص هستم. یک جوان از روستاهای اطراف، جوانی بسیار خوب و شریف، آمد پیش من. گفت: «آقای دکتر، چشمم می‌سوزد». دیدش را گرفتم. دیدم دیدش خوب است؛ ۱۰ دهم بود و ظاهراً مشکل خاصی نداشت. فشار چشم و بقیه بررسی‌ها را هم انجام دادم و گفتم: «چشمت مشکلی ندارد. یک قطره می‌نویسم، روزی سه دفعه، هر دفعه یک قطره». گفت: «نمی‌شود». گفتم: «چرا نمی‌شود»؟ گفت: «آمپول»! گفتم: «خب چشم که قرص و آمپول ندارد»! گفت: «من نمی‌توانم خودم قطره بچکانم. آیا اگر کسی دیگر برایم بچکاند، اثر می‌کند»؟ من هم طبع شوخی‌ام گل کرد و گفتم: «بله، مگر اینکه یک خانم جوانی بچکاند؛ آن موقع اثرش خوب است»! گفت: «اتفاقا من ازدواج کرده‌ام. شش ماه است یک خانم ۱۹ ساله دارم». گفتم: «عالی است، بگو ایشان قطره را بچکاند»!

بیماران آن زمان، ساده و صمیمی بودند. پزشکی هم در آن زمان احترام خاصی داشت. واقعاً الان آن‌طور نیست. یادم هست در محیط کارم در بیمارستان ۱۷ شهریور، جایی که بیمار زیاد بود، بیماران از من می‌پرسیدند: «آقای دکتر، مطب شما کجاست»؟ می‌گفتم: «من مطب ندارم»؟ در صورتی که داشتم. چون معتقد بودم برای من فرقی ندارد.

سواد و دانش من، چه در بیرون، چه اینجا و چه در مطب، تفاوتی نمی‌کرد. آنچه بلد بودم، باید در اختیار بیمار قرار می‌گرفت.

۵۰ سال تخصص و ۶۰ سال از طبابت من می‌گذرد. از حدود سال‌های ۶۵ تا ۷۰ هم عمل جراحی را کنار گذاشتم. با خودم گفتم دیگر جوان‌ها از من بهتر هستند. اما هنوز هم بیماران قدیمی را می‌بینم، من با بیمارانم واقعاً دوست بودم. بارها بیمار می‌گفت: «آقای دکتر، خدا عمرتان بدهد». می‌گفتم: «نه، خدا به شما عمر بدهد. من شغلم این است، شما هم شغلتان چیز دیگری است». شغل نباید باعث شود من خودم را بگیرم، چون دکترم. نه؛ همه انسانیم. به نظر من جوان‌های ما باید این‌طور فکر کنند. باید متواضع باشند و کمی با بیمار همدل شوند. بیمار از روی نیاز پیش ما می‌آید. واقعاً به ما احتیاج دارد. ما هم باید روی خوش نشان بدهیم، گشاده رو باشیم.

اما این روزها ...

من الان بعدازظهرها، از ساعت پنج تا هفت یا هفت‌ونیم، می‌آیم و چند بیمار می‌بینم و بعد می‌روم خانه. خانمم بازنشسته بهداری یا علوم پزشکی آن زمان است و سرپرست زایشگاه حضرت زینب بودند. ایشان همراه، همسر و دوست من بوده و هستند. مطالعه می‌کنیم. ورزش می‌کنیم و... بیمارانی که الان دارم، هفت، هشت، ده نفری که بعدازظهرها می‌بینم، بیشتر بچه‌های بیماران سابقم هستند؛ دخترشان است، پسرشان است. حالا چرا پیش من می‌آیند؟ برای اینکه با هم خوب بودیم. تا جایی که از دستم برمی‌آمد، واقعاً به آنها می‌رسیدم و کمکشان می‌کردم. یادم هست یک شب بیماری آمد. معمولاً منشی من وقتی نوبت می‌دهد، اسم بیمار را می‌نویسد. وقتی این آقا آمد داخل، گفتم: «آقای اسماعیلی، سلام، خوش آمدی». گفت: «آقای دکتر، من ۱۰ سال قبل آمدم پیش شما».

با خودم گفتم چقدر خوش‌حافظه هستید اسم من را به یاد دارید! من از روی کاغذ، فامیلی‌اش را خوانده بودم، ولی او فکر می‌کرد من از ۱۰ سال قبل فامیلش را به یاد دارم. اینها انسان‌های ساده، خوب و دوست‌داشتنی بودند و هستند. این زلالی و پاکی این صداقت جز صداقت و راستی و انجام درست اقدام درمانی به بهترین نحو چیز دیگری را نمی‌پذیرد. وظیفه ما هم همین بوده و هست. در پایان باید این را بگویم که شاید یکی از چیزهایی که از سال‌های طولانی طبابت برای من باقی مانده، همین خاطرات و همین ارتباط با آدم‌هاست؛ بیمارانی که شاید سال‌ها از آخرین دیدارشان گذشته باشد، اما هنوز خاطره آن ارتباط انسانی در ذهنشان و در ذهن من باقی مانده است.

رئیس انجمن زنان و زایمان خراسان رضوی و عضو هیأت مدیره سازمان نظام پزشکی

توجه به مسائل اقتصادی و سلامت جسم و روان فعالان حوزه سلامت ضروری است



رئیس انجمن زنان و زایمان خراسان رضوی و عضو هیأت مدیره سازمان نظام پزشکی با تأکید بر جایگاه کادر درمان در بحران‌ها و مناسبت‌های مختلف، خواستار توجه جدی‌تر به وضعیت روحی، اجتماعی و اقتصادی فعالان حوزه سلامت شد.

دکتر نفیسه ثقفی، بر جایگاه حیاتی کادر درمان در تمام ایام سال و در بحران‌های گوناگون طبیعی چون سیل و زلزله، همه‌گیری بیماری‌های کشنده (مثل کرونا) و بحران خانمان سوز جنگ تحمیلی تاکید کرد و گفت: جامعه پزشکی علاوه بر طبابت، شاهدان عینی رنج و غم و ترس و نگرانی‌های انسان‌ها نیز هستند و این امر بسیار طاقت فرسا است. اما حقیقتی هست که کمتر گفته شده و از دید مسئولین و احاد مردم عزیز بسیار کم دیده می‌شود؛ همین موضوع است.

این پیشکسوت فعال عرصه پزشکی، خواستار توجه جدی‌تر به وضعیت سلامت جسمی و روحی، اجتماعی و اقتصادی فعالان حوزه سلامت شد.

استاد پیشکسوت دانشگاه مشهد با اشاره به مسئولیت مشترک تمامی اعضای کادر درمان، اظهار کرد: پزشکان، متخصصان، فوق‌تخصص‌ها، ازمایشگاه‌ها ، پرستاران، فیزیوتراپیست‌ها، کادر مامایی ، بینایی‌سنجی و سایر گروه‌های دارای پروانه فعالیت، همگی در یک مجموعه واحد خدمت می‌کنند و در قبال رسالت شغلی و رأی و اعتمادی که از سوی همکاران خود دریافت کرده‌اند، مسئول هستند. وی حضور اعضای انجمن‌ها در نشست هیأت مدیره نظام پزشکی با مجمع انجمن‌های تخصصی، علمی و صنفی پزشکی خراسان را نشانه دغدغه‌مندی آنان نسبت به مسائل صنفی و حرفه‌ای دانست.

و با اشاره به سابقه بیش از چهار دهه فعالیت آموزشی و دانشگاهی خود، بر ضرورت توجه به موضوع «مراقبت از مراقبان سلامت» تأکید کرد و گفت: فعالیت در حوزه درمان تنها ارائه خدمات پزشکی نیست، بلکه همراهی با مشکلات روحی، اجتماعی و اقتصادی بیماران نیز بخش جدایی‌ناپذیر این حرفه است. به گفته وی، پزشکان و سایر اعضای کادر درمان علاوه بر رسیدگی به بیماری‌ها، با مسائل معیشتی و دغدغه‌های روزمره بیماران نیز مواجه‌اند که این امر فشار روانی مضاعفی ایجاد می‌کند.

دکتر ثقفی با اشاره به تأثیر شرایط اقتصادی جامعه بر روند درمان، اظهار کرد: مشکلات معیشتی برخی بیماران بر تصمیم‌های درمانی اثرگذار است و کادر درمان ناگزیر است در چنین شرایطی علاوه بر ملاحظات علمی، وضعیت اقتصادی بیماران را نیز در نظر بگیرد. وی افزود: این شرایط به‌طور مستقیم بر روحیه ارائه‌دهندگان خدمت نیز تأثیر می‌گذارد.

رئیس انجمن زنان و زایمان خراسان رضوی با بیان اینکه جامعه انتظار بالایی از پزشکان دارد، گفت: حرفه پزشکی از جمله مشاغلی است که خطا در آن پذیرفتنی نیست و حتی کوچک‌ترین اشتباه می‌تواند پیامدهای گسترده‌ای داشته باشد. وی این حساسیت را ویژگی ذاتی حرفه پزشکی دانست که فشار مضاعفی بر فعالان این حوزه وارد می‌کند.

وی با اشاره به برخی برداشت‌های عمومی درباره وضعیت اقتصادی پزشکان، تصریح کرد: برخلاف تصور رایج، همه فعالان حوزه درمان از شرایط مالی مطلوب و حتی متوسط برخوردار نیستند و بخشی از آنان با مشکلات معیشتی روزمره مواجه‌اند. به گفته او، لازم است واقعیت‌های حرفه پزشکی و حجم مسئولیت‌ها و مشغله‌های آن، از طریق رسانه‌های عمومی برای مردم تبیین شود.

دکتر ثقفی گفت: این موضوع با همکاری هیأت مدیره سازمان نظام پزشکی مشهد در حال پیگیری است تا از ظرفیت رسانه‌ها برای اطلاع‌رسانی درباره مسئولیت‌ها، فشارهای کاری و شرایط فعالیت کادر درمان استفاده شود. وی افزود: آگاهی عمومی از دشواری‌های این حرفه می‌تواند به درک متقابل میان مردم و جامعه پزشکی کمک کند.

او همچنین بر همبستگی درون‌حرفه‌ای میان گروه‌های مختلف پزشکی تأکید کرد و گفت: همه اعضای کادر درمان، صرف‌نظر از جایگاه شغلی یا گرایش تخصصی، در یک مسیر مشترک فعالیت می‌کنند و حل مشکلات موجود نیازمند همراهی و تعامل جمعی است.

عضو هیأت مدیره نظام پزشکی مشهد در پایان با اشاره به مسئولیت مدیران منتخب جامعه پزشکی، تأکید کرد: افرادی که با رأی همکاران خود مسئولیت می‌پذیرند، موظف‌اند مطالبات صنفی را از مسیرهای قانونی پیگیری کنند و مسائل را به سطوح بالاتر منتقل کنند. وی ابراز امیدواری کرد با همدلی و همکاری میان انجمن‌ها و سازمان نظام پزشکی، گام‌های مؤثری در جهت بهبود شرایط کاری و حفظ شأن حرفه‌ای کادر درمان برداشته شود.

با حضور مدیران حوزه سلامت خراسان رضوی انجام شد

بررسی چالش‌های نظام سلامت در نشست مدیران سلامت استان با استاندار خراسان رضوی

در نشست مشترک مدیران حوزه سلامت خراسان رضوی با استاندار، مهم‌ترین چالش‌های نظام سلامت استان از جمله تأخیر در پرداخت مطالبات بیمه‌ای، وضعیت پرداخت کارانه پزشکان و پرستاران و دغدغه‌های مربوط به اجرای برنامه پزشک خانواده مورد بررسی قرار گرفت و استاندار بر پیگیری این مطالبات تأکید کرد.

نشست مشترک مدیران حوزه سلامت خراسان رضوی با حضور استاندار، رئیس دانشگاه علوم پزشکی مشهد، رئیس سازمان نظام پزشکی مشهد، رئیس سازمان نظام پرستاری، معاون توسعه مدیریت، منابع و برنامه‌ریزی دانشگاه علوم پزشکی مشهد و... برگزار شد و مهم‌ترین مسائل و چالش‌های حوزه سلامت استان مورد بررسی قرار گرفت.

در این نشست، دکتر علیرضا صداقت، رئیس سازمان نظام پزشکی مشهد، با اشاره به تأخیر در پرداخت مطالبات مراکز درمانی از سوی سازمان‌های بیمه‌گر، اظهار کرد: دیرکرد پرداخت‌ها در بخش‌های دولتی و خصوصی، علاوه بر ایجاد نارضایتی در میان پزشکان و کارکنان حوزه سلامت، روند ارائه خدمات را نیز با چالش مواجه کرده و در بخش خصوصی، بسیاری از مراکز و بنگاه‌های اقتصادی حوزه سلامت را تحت فشار قرار داده است.

وی با تأکید بر اینکه پزشکان تمایلی به برقراری ارتباط مالی مستقیم با بیماران ندارند، افزود: انجام این فرآیند باید از طریق ایفای تعهدات سازمان‌های بیمه‌گر صورت گیرد و استمرار تأخیرها، آسیب مستقیم به نظام ارائه خدمات درمانی وارد می‌کند. رئیس سازمان نظام پزشکی مشهد با اشاره به وضعیت بیمه سلامت در استان گفت: مطالبات مربوط به بیمه سلامت از مردادماه سال گذشته پرداخت نشده است. این در حالی است که حدود ۷۰ درصد بیمه‌شدگان



خراسان رضوی تحت پوشش بیمه سلامت قرار دارند و طولانی شدن روند پرداخت مطالبات، فشار مضاعفی را بر مراکز درمانی دولتی و خصوصی استان وارد کرده است.

دکتر صداقت افزود: در این نشست بر پیگیری موضوع تأکید و قول مساعد برای رفع مشکلات مطرح‌شد و در جریان جلسه نیز هماهنگی‌های اولیه برای برگزاری نشستی با مسئولان ذی‌ربط در تهران انجام شد تا روند پرداخت مطالبات و راهکارهای تسریع در تأمین منابع مالی مورد بررسی قرار گیرد و همچنین پیشنهاد شد با توجه به شرایط خاص خراسان رضوی، از جمله جمعیت بالای بیمه‌شدگان بیمه سلامت، گستردگی حاشیه‌نشینی در مشهد و حجم بالای خدمات درمانی ارائه‌شده در استان، بسته‌ای ویژه برای تسریع در پرداخت مطالبات و تسویه بدهی‌های چند ماه گذشته مراکز درمانی استان در نظر گرفته شود.

دکتر صداقت در خصوص پرداخت کارانه‌ها که از جمله موضوعات مطرح شده در این نشست بوده؛ گفت: مشکلات مربوط به پرداخت کارانه پزشکان به ویژه پزشکان تمام وقت و پرستاران نیز مطرح شد.

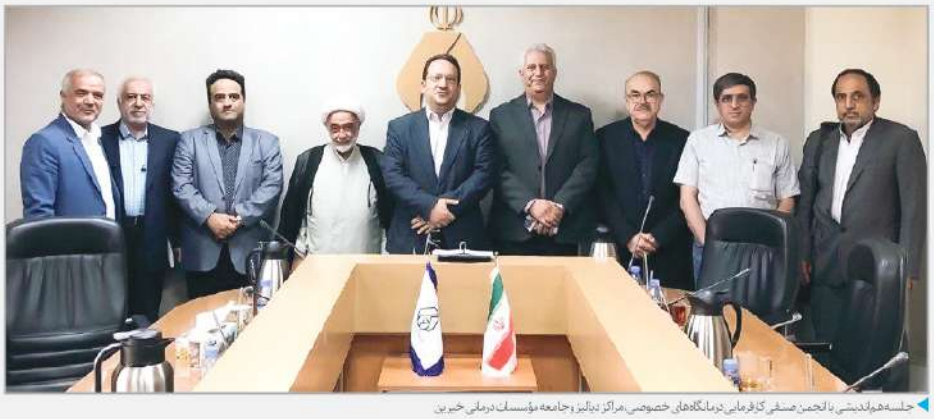
مدیران حوزه سلامت با اشاره به تأخیر در پرداخت کارانه پزشکان و کادر پرستاری، خواستار تسریع در پرداخت مطالبات این گروه‌ها شدند و استاندار خراسان رضوی نیز بر پیگیری این موضوع تأکید و قول مساعد برای رفع مشکلات مطرح‌شده ارائه کرد. یکی دیگر از محورهای اصلی این نشست، بررسی برنامه پزشک خانواده بود.

رئیس سازمان نظام پزشکی مشهد ضمن تشریح دغدغه‌های جامعه پزشکی، نسبت به اجرای این برنامه بدون تأمین منابع مالی پایدار و انجام بررسی‌های کارشناسی هشدار داد و اظهار کرد: با توجه به تأخیرهای موجود در پرداخت مطالبات بیمه‌ای و اعلام محدودیت منابع از سوی بیمه‌ها، اجرای شتاب‌زده برنامه پزشک خانواده می‌تواند فعالیت مراکز درمانی و ارائه خدمات سلامت را با مشکلات جدی مواجه کند. در این نشست بر ضرورت توقف موقت اجرای برنامه پزشک خانواده تا زمان رفع نواقص و فراهم شدن زیرساخت‌های لازم تأکید شد و مقرر شد گزارشی از دغدغه‌ها و پیشنهادهای کارشناسی حوزه سلامت در قالب نامه‌ای به استاندار خراسان رضوی ارائه شود. حاضران در جلسه همچنین خواستار بازنگری در برخی مفاد آیین‌نامه و دستورالعمل اجرایی برنامه پزشک خانواده شدند و تأکید کردند برخی پیش‌بینی‌های انجام‌شده در این دستورالعمل با شرایط واقعی مراکز درمانی، هزینه‌های جاری و نرخ تورم همخوانی ندارد.

در پایان این نشست، بر توقف موقت اجرای برنامه پزشک خانواده تا زمان تأمین منابع مالی پایدار، بررسی کارشناسی نواقص، واقعی‌سازی هزینه‌ها و رفع موانع انعقاد قرارداد با بیمه‌ها به عنوان مهم‌ترین مطالبات جامعه پزشکی و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت تأکید شد.

قاب دوربین

برخی از برنامه‌های سازمان نظام پزشکی مشهد به روایت تصویر



جلسه هم‌اندیشی با انجمن صنفی کارفرمایی درمانگاه‌های خصوصی، مراکز دیالیز و جامعه مؤسسات درمانی خیرین





جلسه مشترک با مسئول بهداشت و درمان یکی از نمایندگان مردم مشهد مجلس شورای اسلامی





نشست مشترک سازمان نظام پزشکی مشهد و اداره کل امور مالیاتی خراسان رضوی



سمینار کودک و آینده





سمینار کودک و آینده

صاحب امتیاز:
سازمان نظام پزشکی مشهد

مدیر مسئول:
دکتر علیرضا صداقت

سردبیر:
دکتر مسعود زحمتکش

شورای سیاست‌گذاری (به ترتیب حروف الفبا):
دکتر محمدرضا افخمی، دکتر علی پیرجندی‌نژاد، دکتر بهرام جلیلی تقویان، فیزیوتراپیست حسین رجائی، دکتر مسعود زحمتکش، دکتر خسرو شمسیان، دکتر علی اکبر شمسیان، دکتر علیرضا صداقت، دکتر رضا گلدوزیان، دکتر بیتا میرزایی، دکتر مهرداد نجات

معاون سردبیر:
دکتر بهرام جلیلی تقویان

دبیر تحریریه:
ملیحه فضائلی راد

طراحی گرافیک و صفحه‌آرایی:
محمد قاضی زاده

ویراستار:
رضوانه ریاحی

آگهی و تبلیغات:
مهندس مهرنوش فاضلی پور

نشانی:
بولوار سجاد، خیابان حامد جنوبی، تقاطع حامد جنوبی ۹ و مرجان ۱۰ جنب پارک جامی

تلفن:
۰۹۰۲۰۵۱۲۹۰۸

نشانی رایانامه نشریه:
journal@snpm.ir
journal.jmmc@gmail.com

پذیرش آگهی
۳۶۰۲۰۳۸۳

درمانگاه تخصصی پوست و مو

نوین ایرانا



- کاشت مو و ابرو
- مزوتراپی
- لیزر موهای زائد
- هایفوتراپی
- تزریق چربی در حد مجاز
- جراحی های کوچک پوست
- انجام خدمات درمانی پوست و لیزر

www.novinirana.com

مشهد | چهارراه خیام | دستغیب۳۵ | نبش بیستون۲

ساختمان ایرانا | طبقه پنجم

۰۵۱ - ۳۴۰۴۷

IRANA_CLINIC
IRANA_CLINIC3

پروانه بهره برداری ۳-۴۳۶۸۸۵