



سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران

فصلنامه دوره جدید شماره ۲ پاییز ۱۳۹۹



روایت‌های تلخ خانواده‌های داغدار

نামتانی متبرک؛

شهدای مدافع سلامت

پای صحبت معاونین سازمان؛

رؤسای شهرستان‌ها؛

رؤسای انجمن‌ها و بیمارستان‌ها

و دستیاران

خسته نباشید دلاوران



سامانه سلامت و خدمات پزشکی

📞 ویزیت حضوری 📧 پرسش و پاسخ 📞 مشاوره تلفنی



عضو اتحادیه کشوری
کسب و کارهای مجازی



انجمن صنفی کسب و کارهای مجازی

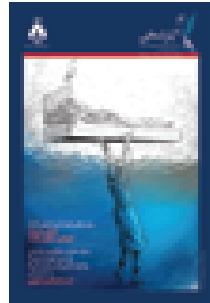


نماد اعتماد الکترونیکی



نشان ملی ثبت
(رسانه های دیجیتال)

بسیار



نشریه سراسری
نظام پزشکی
جمهوری اسلامی ایران

فصلنامه - دوره جدید | شماره ۲ | پاییز ۱۳۹۹

Vol. 5000 | No. 2 | Autumn. 2020

صاحب امتیاز:

سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران

سردبیر: دکتر حسین کرمانپور

دبیر تحریریه: دکتر امیر صدری

دبیر گزارش: فریبا خان احمدی

دبیر خبر: زهرا رحیمی

دبیر گفت و گو: نازنین آریا نهاد

شورای سیاست گذاری: نمایندگان رئیس کل سازمان،

هئیت مدیره شورای عالی سازمان، هئیت مدیره مجمع عمومی

و سردبیر

سایر همکاران: گویش شعاعی؛ زهرا رحمت خواه؛ حامد هاشمی؛

رامین طبرسی؛ سارا احمدپور؛ نسرين عباسی؛ مجتبی فدایی؛

ناهید فرهنگ

عکس: خاطره کبیری

طراحی و نشر: انتشارات مکث نظر

MAX 2021 MAX GROUP
DESIGN STUDIO

گرافیک و صفحه آرایی: نوشین سادات محمدی

طراح جلد: سودابه کمال دار

تلفن: ۸۸۱۷۷۲۸۴-۸۸۱۷۷۲۸۵-۸۸۱۷۷۰۰۹

چاپ: سرمد

تیراژ: ۵۰۰۰

دفتر مرکزی نشریه: خیابان کارگر شمالی- بالاتر از

جلال آل احمد خیابان فرشی مقدم (شانزدهم) شماره ۱۱۹

سازمان نظام پزشکی کل کشور

تلفن: ۰۲۱-۸۴۱۳۰

صندوق پستی: ۱۴۳۹۵-۱۵۹۹

تلفن تماس از سازمان: ۰۲۱-۸۴۱۳۰۰۱

کد پستی: ۱۴۳۹۸۳۷۹۵۳

سایت: www.irimc.org



اگر می دانستید که یک محکوم به مرگ هنگام مجازات تا چه حد آرزوی بازگشت به زندگی را دارد آنگاه قدر روزهایی را که به غم سپری می کنید، می دانستید.

ابوعلی سینا

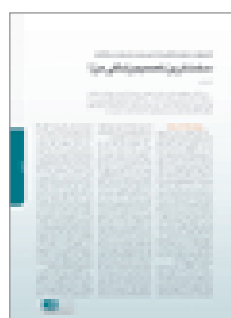


فهرست



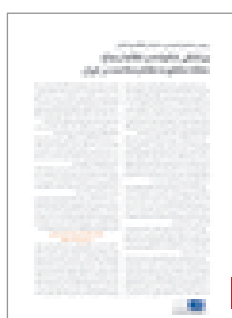
دکتر ظفرقندی:
وزارت بهداشت باید از نظرات نظام
پزشکی بیشتر استفاده کند

◀ ۴



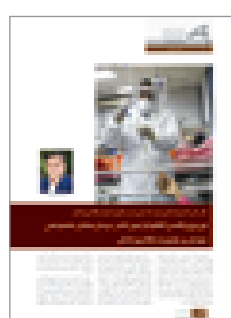
گفت و گو با دستیاران فداکاری که سالی
بسیار سخت پشت سر گذاشتند
سخت‌ترین تصمیم زندگی من!

◀ ۲۳



رییس مجمع عمومی سازمان نظام پزشکی:
پزشکی خانواده و نظام ارجاع،
حلقه مفقوده نظام سلامت در ایران

◀ ۱۰



دکتر علی تاجرنیا معاون توسعه مدیریت و
منابع سازمان نظام پزشکی:
توزیع واکسن آنفلوانزا بین کادر درمان بخش
خصوصی مهمترین اولویت نظام پزشکی

◀ ۲۶



دیدگاه‌های دکتر مصلحی، دکتر فتاحی،
دکتر خوش سیرت و دکتر لاری‌پور
باید‌ها و نیاید‌های تفکیک نظام پزشکی
تهران از سازمان مرکزی

◀ ۱۴



حرف‌های معاون آموزشی سازمان در باب
دفتر دستپاری
دستیاران در دوره همه‌گیری
روزهای سختی پشت سر گذاشتند

◀ ۳۰



یک سال گذشت، صد سال گذشت

دکتر حسین کرمانپور - سردبیر



حالا یک سال گذشته است، یک سال سخت، سالی عجیب، باورنکردنی، پر از تلخی، اما خوب که نگاه کنی با برخی لحظات شیرین.

یک سال پر از جنگ، یک سال پر از ایثار و شجاعت، پر از فداکاری و مهربانی؛ پر از جان فشانی و تلاش، و پر از دست دادن، پر از جاهای خالی که دیگر پر نمی شود، پر از ستون هایی که رفتند، پر از فراق، پر از عشق های نیمه تمام، و پر از خاطرات تلخ و شیرین.

کرونا که آمد، غافلگیر شدیم، شیوه زندگی مان تغییر کرد، و از همه بیشتر پزشکان و کادر درمان غافلگیر شدند، خیلی ها کم آوردند، خیلی ها قدم پس گذاشتند، خیلی ها هم شجاعانه پا پیش گذاشتند، یا مهربانانه، و کادر درمان در این میان پیشرو بودند، و پیشتاز، پا پس نگذاشتند، ماندند و به وظیفه شان عمل کردند، و بسیاری از آن ها پرواز کردند و آسمانی شدند.

یک سال گذشته است، بسیار تغییر کرده ایم، اما مهم ترین درسی که آموختیم این بود که هنوز باید بسیار بدانیم که باید با هم باشیم، باید در کنار هم باشیم، حتی اگر لازم است فیزیکی از هم دور باشیم، اما فکر و توان و انرژی هایمان را به هم نزدیک کنیم، تا بر مشکلات و سختی ها و بیماری ها غلبه کنیم.

یک سال گذشته است و حالا درمی یابیم که چقدر چیزهای ساده ای که داشتیم و قدرشان را نمی دانستیم اهمیت دارند، و حالا اگر به زندگی عادی برگردیم قدر آن ها را می دانیم.

از شروع کرونا یک سال گذشته است، و این یک سال مصادف شده با پایان یک قرن، یک قرن که پر از اتفاقات تلخ و شیرین بوده است، پر از فراز و فرود، و سال آخرش با سیلاب کرونا، با سونامی که جهان را غرق کرد، شاید یک نکته کلیدی را به انسان یادآوری کرد: اهمیت علم

اگرچه برخی کوشیدند تا علم و دانش انسانی را ناتوان جلوه دهند، اما در مقابل این سیلاب مهیب، پس از ایمان، تنها سد ممکن علم بود، و بشر دریافت که باید بیشتر بداند و بیشتر بیاموزد، بیشتر تجربه کند و بیشتر سند و دلیل و مدرک و نشانه جمع کند.

شکل گیری واکسن های مختلف کرونا در کمتر از یک سال، اوج حماسی داستان «علم محوری» بود، حالا بشر می داند که باید بداند و آنچه نمی داند را بکوشد که بداند.

یک سالگی کرونا، در آستانه پایان سده، شاید بهانه ای مناسب باشد برای تأکید مجدد بر سلامت، و تقدیر و قدردانی از آنان که نگهبان این سلامتی هستند.

استقبال خبرنگاران خارجی و داخلی از نشست مطبوعاتی رئیس سازمان

دکتر ظفرقندی: وزارت بهداشت باید از نظرات نظام پزشکی بیشتر استفاده کند



نشست خبری رئیس سازمان نظام پزشکی در روز بیست و دوم بهمن ماه با استقبال فراوان رسانه‌های داخلی و خارجی برگزار شد. در این نشست که در سالن اجتماعات سازمان نظام پزشکی نمایندگان یازده رسانه معتبر خارجی و بیش از بیست رسانه تصویری و آنلاین و مکتوب داخلی حضور داشتند و سئوالات خود را از ریاست سازمان نظام پزشکی پرسیدند.

محمد رضا ظفرقندی در این نشست گفت: واکسن‌های فایزر و مدرنا به علت قیمت بالا و مشکلات حمل و نقل و زنجیره سردی که نیاز دارد هرگز در دستور کار خرید ایران نبوده، اما واکسن آسترانکا که تولید سوئد است و فقط مطالعات علمی آن در آکسفورد انگلیس انجام شده و نگهداری آن هم در ایران امکانپذیر است می‌تواند خریداری شود. ضمن این که تولید واکسن در هند، چین و روسیه نیز طبق قرارداد با آسترانکا انجام می‌شود و خرید این واکسن از منابع مختلف در دستور کار است. بنابر اعلام وزارت بهداشت قرار است حدود دو میلیون واکسن کرونا از منابع مختلف تا قبل از عید وارد کشور شود زیرا تولید واکسن در کشور و تولید مشترک واکسن با کوبا به زمان بیشتری نیاز دارد.

رئیس سازمان نظام پزشکی افزود: ۲۹۰ شرکت در دنیا اکنون برای تولید واکسن کرونا فعالیت می‌کنند. این واکسن‌ها انواع مختلفی دارند و ممکن است ویروس ضعیف شده یا غیر فعال یا با پروتئین MRNA باشند. مهم فرمول واکسن است که در هر کشوری از جمله چین، روسیه یا چین می‌تواند تولید شود. بسیاری از کشورهای همسایه مثل امارات و بحرین از چین واکسن خریده‌اند و ترکیه نیز ۵۰ میلیون واکسن از چین خریده است. قطعاً خرید واکسن از یک منبع برای هیچ کشوری کفایت نمی‌کند.

وی ادامه داد: واکسن تولید مشترک ایران و کوبا نیز با همکاری انستیتو پاستور ایران تولید می‌شود. فاز ۱ و ۲ انسانی آن در کوبا انجام می‌شود. هیات علمی قوی و با تجربه‌ای نیز از ایران بر تولید این واکسن نظارت دارد و اگر ارزیابی‌ها مثبت باشد فاز ۳ مطالعات انسانی آن که نیازمند جمعیت بیشتری حدود ۳۰ هزار آزمایش است همزمان و به طور مشترک در ایران و کوبا انجام می‌شود و احتمالاً تولید این واکسن سه ماه دیگر طول می‌کشد.

ظفرقندی گفت: در مورد واکسن آسترانکا اینکه گفته می‌شود واکسن انگلیسی است را متوجه نمی‌شوم. این واکسن تولید کشور سوئد است و مطالعات علمی آن در آکسفورد انجام شده است. قیمت این واکسن نیز بین ۵ تا ۶ دلار است در حالی واکسن‌های

نشست خبری رئیس سازمان نظام پزشکی در روز بیست و دوم بهمن ماه با استقبال فراوان رسانه‌های داخلی و خارجی برگزار شد. در این نشست که در سالن اجتماعات سازمان نظام پزشکی نمایندگان یازده رسانه معتبر خارجی و بیش از بیست رسانه تصویری و آنلاین و مکتوب داخلی حضور داشتند و سئوالات خود را از ریاست سازمان نظام پزشکی پرسیدند.

محمد رضا ظفرقندی در این نشست گفت: واکسن‌های فایزر و مدرنا به علت قیمت بالا و مشکلات حمل و نقل و زنجیره سردی که نیاز دارد هرگز در دستور کار خرید ایران نبوده، اما واکسن آسترانکا که تولید سوئد است و فقط مطالعات علمی آن در آکسفورد انگلیس انجام شده و نگهداری آن هم در ایران امکانپذیر است می‌تواند خریداری شود. ضمن این که تولید واکسن در هند، چین و روسیه نیز طبق قرارداد با آسترانکا انجام می‌شود و خرید این واکسن از منابع مختلف در دستور کار است. بنابر اعلام وزارت بهداشت قرار است حدود دو میلیون واکسن کرونا از منابع مختلف تا قبل از عید وارد کشور شود زیرا تولید واکسن در کشور و تولید مشترک واکسن با کوبا به زمان بیشتری نیاز دارد.

رئیس سازمان نظام پزشکی افزود: ۲۹۰ شرکت در دنیا اکنون برای

آمریکایی بسیار گرانتر هستند و خرید این واکسن از منابع مختلف در دستور کار است.

وی گفت: واکسن کرونا تولید داخل هم از نظر ایمنی و هم اثربخشی بر اساس پروتکل های علمی جلو می روند و عملکرد آن مثبت بوده و حتی در فاز حیوانی بهتر و اطمینان بخش تر از واکسن هایی است که تاکنون در دنیا تولید شده، زیرا این واکسن ها در مرحله حیوانی روی موش آزمایش شده اما واکسن ایرانی در فاز حیوانی روی میمون سبز آفریقایی آزمایش شد که به انسان شبیه است. ۶۰۰ لام پاتولوژی اثربخشی واکسن های ایرانی تزیقی روی حیوانات بررسی شده و تیم های متخصصی از دانشگاه علوم پزشکی تهران، شهید بهشتی و ایران بر تولید آن نظارت دارند افرادی که به اعتبار علمی خود اهمیت می دهند.

رئیس سازمان نظام پزشکی افزود: واکسن یک بحث علمی و درمانی است و هرکسی بخواهد در این مورد نظر سیاسی بدهد طبیعتاً جایگاهی ندارد. البته در تهیه واکسن به طور طبیعی خرید واکسن با کشورهایی که با آنها مبادلات ارزی داریم راحت تر است و زودتر به نتیجه می رسد و مسیر اطمینان آوتری دارد.

ظفرقندی گفت: تامین واکسن کرونا از منابع مختلف باید به سرعت انجام شود، در غیر این صورت از کشورهای همسایه عقب می مانیم. خرید واکسن از کوکس و تولید داخل زمان بر است و نباید زمان را از دست بدهیم. واکسن های کوکس نیز واکسن های تولید کشورهای مختلف است که هر کشوری بنا به شرایط خود واکسنی که می تواند استفاده کند را دریافت می کند.

رئیس سازمان نظام پزشکی در این جلسه در پاسخ به پرسشی درباره مشورت گرفتن وزارت بهداشت از نظام پزشکی گفت: وزارت بهداشت باید از خرد جمعی و نظر انجمن های علمی و سازمان نظام پزشکی استفاده کند در غیر این صورت تصمیمات آن در حوادث مختلف اطمینان بخش نیست. البته در مورد خرید واکسن تغییر سیاستی رخ نداده چون از اول هم قرار نبود واکسن فایزر یا مدرنا خریداری شود.

کاهش محدودیت ها و بازگشایی مدارس با پروتکل

وی درباره کاهش محدودیت ها گفت: کاهش محدودیت ها با کاهش موارد بیماری باید انجام شود. چون محدودیت ها هزینه زیادی برای کشور دارند. البته پروتکل های بین المللی برای بازگشایی ها وجود دارد که سازمان بهداشت جهانی هم توصیه کرده و به محض کاهش آلودگی و ویروس بر اساس استانداردهای مدارس می توانند به صورت محدود بازگشایی شوند و ابلاغیه بازگشایی مدارس با کمتر از ۵۰ نفر و در کلاسهای زیر ۱۰ نفر بر همین اساس است زیرا اکنون دانش آموزانی داریم که اصلاً مدرسه و فضای تعامل را ندیده اند و این مساله نیز آسیب زاست. شرط اساسی برای بازگشایی ها، نظارت جدی بر اجرای پروتکل هاست و نباید تجمعات برگزار شود.

رئیس سازمان نظام پزشکی ادامه داد: باید از توان بخش خصوصی در مدیریت نظام سلامت و مدیریت کرونا و خرید واکسن بیشتر استفاده شود. سازمان نظام پزشکی برای خرید واکسن از خارج هم طی نامه ای به وزارت بهداشت اعلام آمادگی کرده و وزیر و معاون کل وزارت بهداشت هم موافقت کرده اند و این مسیر نیز زیر نظر دولت انجام می شود.

وی گفت: باید حداقل ۷۰ درصد جمعیت کشور علیه کرونا واکسینه شوند تا زنجیره انتقال قطع شود و احتمالاً ۳ یا ۵ سال بعد نیاز به واکسیناسیون مجدد است بنابراین ایجاد زیرساخت تولید واکسن از این نظر یک کار مهم و استراتژیک است. حدود ۱.۵ میلیون کادر درمان و گروههای پر خطر در اولویت دریافت واکسن هستند که کمیته عالی اخلاق وزارت بهداشت تایید کرده است.

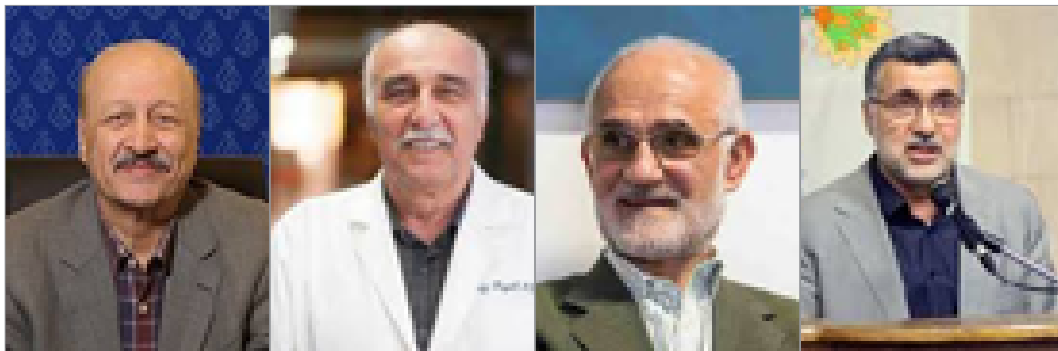
وی گفت: در مورد واکسن ایرانی هنوز اثربخشی آن روی ویروس جهش یافته انگلیسی بررسی نشده چون تازه وارد کشور شده و فقط ۵ یا ۶ مورد در کشور شناسایی شده و باید در این مورد نیز بررسی شود. ظفرقندی گفت: ویروس جهش یافته بین ۵۵ تا ۷۰ درصد میزان سرایت بیشتری از ویروس کرونا معمولی دارد. میزان مرگ آوری آن بیشتر نیست اما اگر ۱.۵ درصد مرگ را در نظر بگیریم چون تعداد مبتلایان بیشتر می شود تعداد جانباختگان کرونا نیز با شیوع ویروس جهش یافته بیشتر می شود.

رئیس سازمان نظام پزشکی ادامه داد: برای جلوگیری از گسترش این ویروس باید ورود به کشور از مرزهای هوایی با جدیت کنترل شود و علاوه بر تست هر فردی که وارد می شود، قرنطینه مطمئن بشود.

مشکلات پزشکان

وی با اشاره به مشکلات کادر درمان گفت: در یک سال گذشته حدود ۲۴۰۰ نفر از کادر پزشکی اعم از پزشک، داروساز و دندانپزشک گواهی گود استندینگ برای مهاجرت گرفته اند اما اینکه همه آنها از کشورهای خارجی پذیرش گرفته اند نمی دانیم. ظفرقندی گفت: آمارهای مختلف درباره قربانیان کرونا در کادر پزشکی نیز ناشی از تفاوت در محاسبات است، گاهی فقط پزشکان محاسبه می شوند و گاهی پرستاران، ماماها و تکنسین و حتی نیروهای خدمات بیمارستان هم محاسبه می شوند. در هر صورت ۳۰۰ نفر از کادر پزشکی را با اسم داریم که بر اثر کرونا جان باختند. مشکل اساسی وضعیت معیشتی نامطلوب خانواده اکثر این افراد است که در جلسات با مسئولان بنیاد شهید به دنبال رفع این مشکل هستیم. ظفرقندی درباره توزیع داروهای ترک اعتیاد در داروخانه ها نیز گفت: نظام پزشکی مثل پدر همه گروه های پزشکی است و باید منافع همه را در نظر بگیرد. توزیع داروهای مخدر در داروخانه ها مصوبه ستاد مبارزه با مواد مخدر و قانونی است اما در مورد عرضه این داروها به معتادان که از طریق داروخانه ها باشد یا از طریق درمانگران اعتیاد انجام شود کمیته درمان ستاد مبارزه با مواد مخدر در حال بررسی است و در دستور کار است.

متن نامه مهم ارکان سازمان و رئیس مجمع انجمن های علمی به ریاست جمهوری از همه ظرفیت های بخش دولتی و خصوصی برای تهیه واکسن استفاده کنید



عباس آقازاده

دکتر ایرج فاضل

دکتر مصطفی معین

دکتر محمدرضا ظفرقندی

کشورهای منطقه درصد قابل توجهی از مردم را تحت پوشش واکسن قرار داده اند. جناب آقای رییس جمهور، امروز اولویت تهیه و خرید واکسن، نیازی حیاتی و ضروریست که باید صرفاً بر اساس نگرشی علمی و بر اساس مصالح ملی و فارغ از مسائل سیاسی به آن پرداخته شود و در کوتاه ترین زمان ممکن در اختیار مردم و اقشار آسیب پذیر و گروه های پر خطر و کادر خدوم و فداکار درمان قرار گیرد.

اگر چه تلاش های بی وقفه همکاران و دانشمندان کشور در جهت تولید واکسن داخلی بسیار ارزشمند و موجب تثبیت پایه های تولید واکسن در کشور خواهد شد ولی جنابعالی واقفید که طی مراحل علمی و تولید انبوه واکسن داخلی به زودی مسیر نخواهد شد.

حتی انحصار تهیه واکسن از مسیر سازمان جهانی بهداشت (کانال کوکس) نیز با توجه به درخواست های کشورهای متقاضی متعدد و سهمیه بندی انجام شده به هیچ وجه برای واکسیناسیون قابل قبول در زمان مناسب، کفایت نمی کند.

لذا اینجانبان به عنوان نمایندگان جامعه پزشکی کشور مؤکداً از جنابعالی می خواهیم در جهت تأمین حقوق بدیهی مردم و انتظارات بر حق کادر درمان، تمام مساعی دولت محترم را برای تهیه واکسن مطمئن و مورد تأیید مراجع علمی از طرق مختلف و با استفاده از همه ظرفیت های بخش دولتی و خصوصی و به دور از مسائل سیاسی مبذول نمایید. بدیهی است سازمان نظام پزشکی و اتحاد جامعه پزشکی کشور آمادگی کامل و مشفقانه خود را آنچنانکه از آغاز بحران همه گیری کرونا در عرصه های مختلف بروز داده اند، جهت همکاری در تهیه و توزیع واکسن و هر گونه خدمت به مردم شریف ایران اعلام می دارند.

در حالی که بسیاری از کشورهای جهان واکسیناسیون علیه بیماری کووید ۱۹ را شروع کرده بودند، ایران تا حدودی دیرتر از بقیه کشورها و حتی کشورهای همسایه مذاکرات برای تهیه و توزیع واکسن شروع کرد. چنین شرایط نگران کننده ای موجب شد که روسای سه رکن سازمان نظام پزشکی به همراه رئیس مجمع انجمن های علمی کشور در نامه ای به ریاست جمهوری خواستار به کارگیری تمام مساعی دولت برای تهیه واکسن مطمئن و مورد تأیید مراجع علمی از طرق مختلف و با استفاده از همه ظرفیت های بخش دولتی و خصوصی شدند.

متن کامل نامه دکتر محمدرضا ظفرقندی - رییس کل، دکتر مصطفی معین - رییس شورای عالی و دکتر عباس آقازاده مسرور - رییس مجمع عمومی سازمان نظام پزشکی و همچنین دکتر ایرج فاضل - رییس مجمع انجمن های علمی گروه پزشکی ایران، که انعکاس بسیار گسترده ای در رسانه های داخلی و خارجی داشت به شرح زیر بود:

جناب آقای دکتر روحانی

رییس محترم جمهوری اسلامی ایران

با سلام و احترام

همانطور که استحضار دارید امروز مهم ترین مقوله حوزه سلامت در جهان، مواجهه صحیح، علمی و مدبرانه در مقابل همه گیری بیماری کرونا و تنها راه غلبه و قطع زنجیره این بیماری مهلک که هر روز جان انسان های زیادی را تهدید می کند تأمین سریع و استفاده از واکسن مناسب و مؤثر بر اساس اولویت های تعیین شده است.

یقیناً جنابعالی اطلاع دارید که بسیاری از کشورهای منطقه و جهان واکسیناسیون علیه بیماری کووید-۱۹ را شروع کرده و حتی بعضی از

مکاتبات ریاست سازمان برای پیگیری حقوق جامعه پزشکی

و ابلاغ مصوبه شورای عالی بیمه بر اساس مستندات قطعی و علمی به استحضار ریاست محترم جمهوری رسید؛ پی نوشت فرمودند: "بررسی و اقدام لازم به عمل آید."

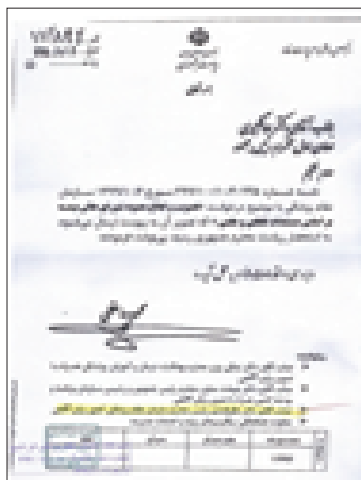
حق تعیین تعرفه بخش خصوصی را به سازمان نظام پزشکی بازگردانید

رئیس کل سازمان نظام پزشکی در نامه ای به معاونت اول ریاست جمهوری خواستار بازگرداندن حق تعیین تعرفه بخش خصوصی به سازمان نظام پزشکی شد. دکتر محمدرضا ظفرقندی در نامه به دکتر جهانگیری با اشاره به خطر فروپاشی اقتصاد سلامت بخش خصوصی خواستار بازگرداندن این حق قانونی اما سلب شده در قانون احکام دائمی برنامه های قبلی توسعه کشور در برنامه هفتم توسعه کشور شد. متن نامه به شرح زیر است:

جناب آقای دکتر جهانگیری

معاون اول محترم رئیس جمهور با سلام و احترام

نظر به در پیش بودن تدوین و ارائه برنامه هفتم توسعه جمهوری اسلامی ایران و لزوم بازنگری در احکام ناموجه و اصلاح امور و با توجه به بی اثر نمودن بند «ک» ماده ۳ قانون سازمان نظام پزشکی توسط بند «الف» ماده ۹ قانون احکام دائمی برنامه های قبلی توسعه کشور و ترجیح همواره اصل تعادل منابع



و مصارف بودجه ای دولت و مغفول ماندن ضرورت لحاظ قیمت واقعی خدمات در جهت تقویت رفتارهای مناسب بهداشتی-درمانی در تعیین تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی بخش خصوصی و ضرورت بقای اقتصاد سلامت و همچنین نظر موافق جنابعالی در جلسه مذاکره حضوری، خواهشمند است عنایت فرمائید تا با بازگشت حق تعیین تعرفه بخش خصوصی طبق قانون مصوب سال ۱۳۸۳ به این سازمان و اصلاح در لایحه پیشنهادی احکام توسعه ای برنامه هفتم، از فروپاشی اقتصاد سلامت در بخش خصوصی به دلیل محدودیت های ناگزیر اقتصادی و اجرایی دولت و سازمان های بیمه گر جلوگیری گردد.

دکتر محمدرضا ظفرقندی

رئیس کل

رئیس کل سازمان نظام پزشکی در نامه ای خطاب به رئیس جمهور با اشاره به مصوبه شورای عالی بیمه مبنی بر افزایش حداقلی تعرفه ها برای ۵ ماه آخر و اعلام آن به سازمان برنامه و بودجه گفت: جامعه معزز پزشکی کشور از جنابعالی انتظار دارند دستور فرمائید به منظور امکان ادامه خدمات پزشکی به مردم عزیز، مصوبه شورای عالی بیمه که بر اساس مستندات قطعی و علمی تهیه شده است مورد تصویب دولت محترم قرار گرفته و جهت اجرا ابلاغ گردد.

در متن نامه دکتر ظفرقندی رئیس کل سازمان نظام پزشکی آمده است:

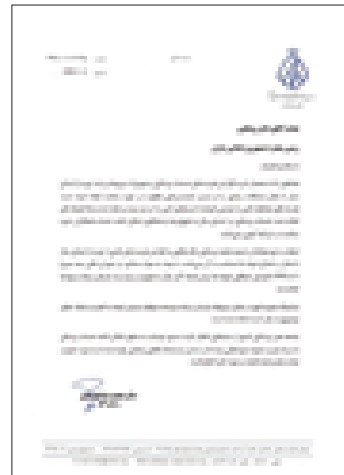
جناب آقای دکتر روحانی

رئیس محترم جمهوری اسلامی ایران با سلام و احترام

همانطور که استحضار دارید افزایش هزینه های خدمات پزشکی و تجهیزات مربوطه و رشد تورم از ابتدای سال تا بحال مشکلات زیادی را در مسیر خدمت رسانی مطلوب در حوزه سلامت ایجاد کرده است. هزینه های مضاعف ناشی از اپیدمی کرونا و آسیب های ناشی از آن نیز مزید بر علت شده و لذا تعرفه های اعلام شده خدمات پزشکی در ابتدای سال به هیچ وجه پاسخگوی امکان ادامه خدمات همکاران حوزه سلامت در شرایط کنونی نمی باشد.

انتظار به حق همکاران خدوم جامعه پزشکی، نگاه واقعی به افزایش هزینه های ناشی از تورم از ابتدای سال تا بحال و اصلاح تعرفه ها متناسب با آن می باشد. با توجه به موارد مذکور در شورای عالی بیمه مورخ ۱۳۹۹/۸/۱۱، افزایش حداقلی تعرفه ها برای ۵ ماه آخر سال به تصویب رسید و به سازمان برنامه و بودجه اعلام شد.

متأسفانه مصوبه فوق در بخش مربوطه سازمان برنامه و بودجه متوقف و بدون توجه به اهمیت و ابعاد خطیر موضوع به سال آینده احاله شده است. جامعه معزز پزشکی کشور از جنابعالی انتظار دارند دستور فرمائید به منظور امکان ادامه خدمات پزشکی به مردم عزیز، مصوبه شورای عالی بیمه که بر اساس مستندات قطعی و علمی تهیه شده است مورد تصویب دولت محترم قرار گرفته و جهت اجرا ابلاغ گردد.



در پاسخ به این نامه و به دنبال پیگیری های انجام شده و در پاسخ به نامه فوق؛ محمود واعظی رئیس دفتر و سرپرست نهاد ریاست جمهوری در نامه ای خطاب به دکتر جهانگیری معاون اول رئیس جمهور بیان کرد: نامه سازمان نظام پزشکی باموضوع درخواست تصویب

مصوبات مهم شورای عالی سازمان



در ماه‌های اخیر با وجود شرایط متلاطم همه‌گیری کرونا جلسات شورای عالی سازمان نظام پزشکی به صورت ویدئو کنفرانس برگزار شده است. مصوبات مهم این جلسات به شرح زیر است:

مصوبات چهل و پنجمین جلسه شورای عالی بصورت ویدئو کنفرانس در مورخ ۱۳۹۹/۱۰/۱۸

مصوبه (۱)

از آنجائی که تصمیم‌سازی‌ها و سیاست‌گذاری‌های حوزه سلامت در طی سال‌های اخیر بدون توجه به مبانی علمی و منطقی، واقعیت‌ها و مشارکت ارائه‌کنندگان خدمات و در نظر گرفتن اصول مسلم اقتصاد سلامت و اسناد بالادستی و غالباً بر مبنای سلیق فردی، گروهی و یا سوگیری‌های سیاسی و رفتار پوپولیستی صورت گرفته که نهایتاً در کنار مسائلی همچون تحریم، افزایش سرسام‌آور قیمت ارز و هزینه‌های جاری (حقوق و دستمزد، انرژی، بیمه، مالیات و...) موجب بحران در این حوزه گردیده است و طبقاً سالیها طول خواهد کشید تا نابسامانی‌های ایجاد شده در حوزه‌های آموزشی و پژوهشی، درمانی، بهداشتی و... مرتفع گردیده و موجبات رضایت نسبی مردم و ارائه‌کنندگان خدمات فراهم گردد، شورای عالی برای چندمین بار به دست اندرکاران هشدار می‌دهد که چنانچه به فوریت نسبت به انجام یکسری اصلاحات بنیادین اقدام ننمایند، افت کمیت و کیفیت خدمات تشخیصی و درمانی، سرخوردگی بیش از پیش شاغلین این حوزه، افول اخلاق حرفه‌ای و کاهش سرمایه اجتماعی و مهاجرت روزافزون نخبگان و عدم توسعه امکانات تشخیصی و درمانی و تهدید سلامت جامعه به نحوی خواهد شد که سوابق تاریخی و درخشان حوزه پزشکی کشور عزیزمان، جای

خود را به عقب ماندگی غیرقابل جبران خواهد داد. علیهذا ضمن تاکید بر لزوم ارتباط مستمر و تعریف شده با صاحب‌نظران و نمایندگان واقعی جامعه پزشکی خواستار توجه جدی به موارد ذیل می‌باشیم:

الف- افزایش سهم اعتبار بخش سلامت از GDP

ب- توجه به اسناد بالادستی و اجرای نظام ارجاع و برنامه سطح بندی خدمات و پزشک خانواده

پ- اجرای کامل کتاب CPT بدون دست کاری و اعمال سلیق شخصی
ت- تغییر در ترکیب شورایی بيمه سلامت برابر مدل‌های بین‌المللی، به شکل اختصاص حداقل پنج کرسی به نمایندگان ارائه‌دهنده خدمات سلامت در بخش خصوصی اعم از تشخیصی، بهداشتی، درمانی (با عنایت به مفاد تبصره ۳ ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه کشور و مکاتبه شماره ۱۰۸/۱۴۲ مورخه ۱۳۹۹/۰۴/۱۱ دبیر و رئیس دبیرخانه شورایی بيمه سلامت در خصوص ارائه پیشنهاد جهت احکام غیر بودجه‌ای قانون برنامه پنج‌ساله هفتم توسعه کشور)

ث- اعاده حق تعرفه گذاری بخش خصوصی به سازمان نظام پزشکی

ج- اعلام قیمت تمام شده خدمات، توسط شورای عالی بيمه سلامت بصورت سالانه و کاهش اختلاف فاحش موجود بین قیمت تمام شده با تعرفه‌های اعلامی بنابر تکلیف قانونی مندرج در قانون بيمه همگانی
چ- تقویت سازمانهای بيمه‌گر به منظور جلوگیری از افزایش پرداخت از جیب مردم بعنوان مثال پرداخت ۷۰ درصد تعرفه بخش خصوصی خدمات به ارائه‌کنندگان خدمات تشخیصی و درمانی بخش خصوصی توسط سازمان‌های بيمه‌گر

ح- اتخاذ سیاست‌های حمایتی و تشویقی جهت بخش خصوصی در بخش‌های بیمه‌ای، مالیاتی و بانکی و .. به منظور جلوگیری از ورشکستگی این مراکز و در عوض توسعه کمی و کیفی آنها

خ- جبران سرانه محقق نشده پزشک خانواده در سالهای قبل و نیز افزایش حداقل ۲۵٪ رشد جهت سال ۱۴۰۰ به منظور کارآمد نمودن مقوله پزشک خانواده و همچنین تعیین تکلیف حق الزحمه پزشکان مقیم در اورژانس‌ها و سایر بخش‌های مراکز درمانی

د- دقت در اختصاص بودجه و تسهیم آن بین رشته‌های مختلف با توجه به اینکه در برخی از رشته‌ها و خدمات جزء حرفه ای و در برخی دیگر جزء فنی اهمیت و تاثیر بیشتری دارد (بویژه پیرو تورم و نوسانات شدید نرخ ارز)

ذ- عدم برداشت ناعادلانه از حق الزحمه پزشکان در بیمارستان‌های دولتی به عناوین مختلف پلکانی و ...

ر- عدم جبران افزایش هزینه‌های بیمارستانی (افزایش سالانه حقوق و دستمزد پرسنل منجمله تامین بخشی از مطالبات به حق همکاران عزیز پرستار در طی روزهای اخیر) از سایر بخش‌ها که عملاً باعث ورشکستگی آنان می‌گردد.

ز- پیاده سازی کامل پرونده الکترونیک سلامت پس از ایجاد بسترهای مناسب و نیز مشارکت ارائه کنندگان خدمات و لحاظ هزینه‌های مربوط و نیز تعیین تکلیف مقوله مهم M&E

س- توجه و مداخله جدی در خصوص مشکلات حوزه دارویی اعم از افزایش بی سابقه قیمت دارو و نیز تعرفه خدمات و مراقبت‌های دارویی که باعث ایجاد مشکلات شدید در اداره داروخانه‌های بخش خصوصی گردیده است.

ش- پرداخت مطالبات مراکز تشخیصی و درمانی توسط سازمان‌های بیمه گر در اسرع وقت

علیهذا با توجه به مطالب پیشگفت و نظر به وضعیت معیشتی مردم عزیز کشورمان و علیرغم بی انصافی‌ها و کم‌لطفی‌های مکرر توسط مراجع مختلف نسبت به جامعه خدمت پزشکی کشور و اطلاع کامل از تنگناها و چالش‌های کلیه اعضای محترم سازمان و مراکز تشخیصی و درمانی جهت ادامه فعالیت، شورای عالی پیشنهاد می‌نماید که تعرفه‌های تشخیصی و درمانی سال ۱۴۰۰ حداقل به میزان ۵۵ درصد بصورت گلوبال نسبت به تعرفه‌های تشخیصی و درمانی سال ۱۳۹۹ افزایش یابد. بدیهی است با توجه به غیرقابل پیش بینی بودن نرخ تورم و قیمت ارز و قیمت تمام شده خدمات امکان بررسی مجدد تعرفه‌ها و افزایش آن همواره وجود خواهد داشت.

در ضمن از آنجائی که میزان افزایش پیشنهادی فوق‌الذکر، چندین برابر کمتر از قیمت تمام شده خدمات بوده، در صورت عدم تصویب و اجرای پیشنهادهای حداقلی سازمان (در اسرع وقت و مشروط به وجود شرایط فعلی) عملاً امکان تداوم ارائه خدمت میسر نبوده و تبعات احتمالی آن در بعد سلامت و مسائل اجتماعی بعهدده سازمان نظام پزشکی نمی‌باشد.

همچنین تاکید می‌گردد که به منظور ساماندهی بخشی از مشکلات

موجود ضروری است که تا زمان اجرای کامل و صحیح کتاب ارزش نسبی خدمات، ضمن تلاش جهت جبران افزایش بی سابقه قیمت مواد مصرفی و تجهیزات برخی از رشته‌ها و یکسان سازی کای فنی خدمات هشتگ دار فعلی با کای فنی خدمات بدون هشتگ نسبت به جبران مناسب عدم افزایش تعرفه ویزیت در طی سالهای گذشته اقدام گردد.

مصوبات مهم چهل و ششمین جلسه شورای عالی بصورت حضوری و ویدئو کنفرانس در تاریخ ۱۳۹۹/۱۱/۰۹

مصوبه (۱)

پیرو ارائه گزارش جلسات مورخ ۱۳۹۹/۱۰/۰۷، ۱۳۹۹/۱۰/۱۵، ۱۳۹۹/۱۱/۰۵ کمیسیون تخصصی مشورتی برنامه و بودجه و تشکیلات شورای عالی در خصوص تفکیک کامل نظام پزشکی تهران بزرگ از نظام پزشکی کل کشور و بحث و تبادل پیرامون آن، با پیشنهادات کمیسیون به شرح صورت‌جلسات پیوست و تکمیل و اصلاح موارد ذیل موافقت گردید:

الف - دبیر شورای عالی، رئیس کمیسیون تخصصی مشورتی برنامه و بودجه و تشکیلات و نایب رئیس هیات مدیره صندوق تعاون و رفاه بعنوان نمایندگان شورای عالی در هیات نظارت بر تفکیک نظام پزشکی تهران بزرگ انتخاب گردیدند. (موضوع بند ۷ مصوبات کمیسیون برنامه و بودجه و تشکیلات مورخ ۱۳۹۹/۱۰/۰۷) دو نفر عضو دیگر در مصوبه مذکور مشخص گردیده‌اند.

ب - حداکثر بازه زمانی جهت بازرسی مالی نظام پزشکی تهران بزرگ (مندرج در بند ۱ مصوبات کمیسیون تخصصی مشورتی برنامه و بودجه و تشکیلات) یک ماه تعیین گردید.

ج - سهم سازمان نظام پزشکی کل کشور از کلیه درآمدهای نظام پزشکی تهران بزرگ در بودجه سال ۱۴۰۰ سازمان ۴۰٪ تعیین گردید.

مصوبه (۲)

پیرو ارائه گزارش رئیس محترم کمیسیون تخصصی مشورتی مالیات و عوارض شورای عالی در خصوص مالیات بر ارزش افزوده خدمات مشمول سازمان به اعضاء خود مقرر گردید در بودجه سال ۱۴۰۰ سازمان مالیات بر ارزش افزوده خدمات مشمول بصورت جداگانه برای هر خدمت محاسبه و اعلام گردد.

مصوبه (۴)

مصوبه شماره شش سی و هشتمین جلسه شورای عالی مورخ ۱۳۹۹/۰۴/۲۶ به شرح ذیل اصلاح گردید:

مکاتبه شماره ۱۳۹۹/۱۰/۳۰/۲۶۶۱ مورخه ۱۳۹۹/۴/۲ رئیس محترم مجمع عمومی سازمان در خصوص لزوم اعمال نظارت ارکان مربوط سازمان بر نشریات سازمان مرکزی مطرح و مقرر گردید شورای سردبیری به عنوان بالاترین مرجع برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری در چارچوب سیاست‌های مصوب شورای عالی با عضویت نمایندگان هیات رئیسه شورای عالی، هیات رئیسه مجمع عمومی و سازمان با ابلاغ رئیس کل سازمان جهت بررسی و پیشنهاد سیاست‌های نشریه شورای عالی، پیشنهاد سردبیر و نیز هیات تحریریه به رئیس کل و سایر موارد مربوط تشکیل گردد.



عباس آقازاده

رئیس مجمع عمومی سازمان نظام پزشکی پزشکی خانواده و نظام ارجاع، حلقه مفقوده نظام سلامت در ایران

در مرکز و ثقل آن قرار دارد. آقازاده با اشاره به این که پیشرفت‌هایی در عرصه استقرار پزشک خانواده روستایی و استقرار آن صورت گرفته است؛ اظهار کرد: پزشک خانواده شهری در دو استان فارس و مازندران مستقر شده و با وجود همه مشکلات ادامه حیات می‌دهد و ذکر این نکته ضروری است که ارزش پزشک خانواده شهری در فارس و مازندران در دوران کرونا مشخص شد؛ زیرا به درک صحیح آمارها و مقابله سریع با موارد ابتلا و شناسایی آنها بسیار کمک کرد. وی با بیان این که قوانین احکام دائمی الزام آور برای دولت‌ها هستند، تاکید کرد: استقرار پزشک خانواده شهری جزو این احکام بوده و دولت‌ها باید توجه ویژه‌ای به قوانین داشته باشند.

وی به قانون بیمه همگانی که از الزامات بالادستی بوده و دولت‌ها موظف به اجرای آن هستند، اشاره کرد و گفت:

در تبصره ماده ۱۵ قانون بیمه همگانی، سازمان برنامه و بودجه مکلف شده است که علاوه بر تامین منابع پایدار، دولت موظف است سرانه پرداختی به پزشکان خانواده را متناسب با افراد بیمه شده یا تحت پوشش پزشک خانواده بصورت کمک در ردیف‌های خاص در قانون بودجه منظور نماید.

وی اضافه کرد: در نظام‌های سلامت مبتنی بر پزشک خانواده سهمی از تولید ناخالص ملی در بودجه کشور به امر بهداشت مردم اختصاص می‌یابد که سهم پزشک خانواده هم کسری از آن است که باید کارشناسانه تعیین شده و دولت متناسب با افراد تحت پوشش به پزشکان پرداخت نماید.

رئیس مجمع عمومی سازمان نظام پزشکی دو استان فارس و مازندران را پیشرو در زمینه طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع عنوان کرد و گفت: در مقاطعی دولت‌ها اعتقادی به نظام سلامت مبتنی بر اجرای پزشک خانواده و نظام ارجاع نداشتند، اما در دوره اخیر تاکیدات فراوانی از سوی وزارت بهداشت در این زمینه وجود دارد و اکنون شاهدیم که همه علاقمند به گسترش این طرح هستند.

حفظ استقلال مالی کارشناسان مامایی

در طرح پزشک خانواده

آقازاده با اشاره به پیگیری‌های سازمان نظام پزشکی، معاونت بهداشت وزارتخانه و پزشکان خانواده شهری در خصوص مشکلات طرح پزشک خانواده گفت: از آغاز این طرح همراه هر پزشک خانواده

رئیس مجمع عمومی سازمان نظام پزشکی عدم تامین منابع مالی پایدار و نبود اراده لازم در دولت‌های پیشین را از عوامل اصلی در ناموفق بودن اجرای طرح پزشکی خانواده و نظام ارجاع در سراسر کشور عنوان نمود و گفت: پس از تلاش‌های ناموفق در دهه ۸۰ که به خوبی جمع بندی نشد، از آغاز دهه ۹۰ و بطور مشخص از سال ۹۱، دو استان فارس و مازندران اقدام به راه اندازی سیستم پزشک خانواده شهری در شهرهای خود نمودند که بخش اعظمی از پزشکان عمومی بخش خصوصی مطب‌های خود را به عنوان پایگاه پزشک خانواده شهری، محل اجرای این سیستم کردند.

دکتر عباس آقازاده مسرور رئیس مجمع عمومی سازمان نظام پزشکی و نماینده رئیس کل این سازمان در ستاد اجرایی پزشک خانواده کشور در گفت و گو با خبرنگار روابط عمومی نظام پزشکی بیان کرد: بر مبنای قوانین برنامه‌های پنج ساله چهارم، پنجم و ششم، و همچنین سند پیش نویس برنامه توسعه هفتم جمهوری اسلامی ایران مقرر شد تا نظام سلامت کشور بر پایه پزشکی خانواده و نظام ارجاع پیاده سازی شود که متأسفانه طی این برنامه‌های پنج ساله متوالی هنوز این کار انجام نشده است.

وی با اشاره به این که مبحث پزشکی خانواده موضوعی جدید نبوده و قبل از پیروزی انقلاب اسلامی نیز به منظور ارائه خدمات اولیه سلامت، نظامی در کشور پیاده سازی شد که پایه و مبنای آن به پزشکی خانواده و نظام ارجاع منجر شده است؛ ادامه داد: پس از انقلاب اسلامی نیز کار تاسیس و گسترش مراکز بهداشت با جدیت دنبال و با ابعاد وسیع و کاملاً چشمگیر گسترش یافت بطوری که قابل قیاس با دوره قبل نبود.

وی با اشاره به دوران همه‌گیری کرونا در کشور تصریح کرد: شبکه‌های در هم پیوسته بهداشتی و درمانی در سراسر کشور؛ اولین و مهمترین عامل در مقابله با کرونا بودند که به کمک نظام سلامت آمده و در ارتباط تنگاتنگ با دانشگاه‌های علوم پزشکی و وزارت بهداشت بودند.

رئیس مجمع عمومی سازمان نظام پزشکی با بیان این که مراکز و خانه‌های بهداشت یک شبکه امنیت سلامت را در دوران اپیدمی کرونا ایجاد کردند؛ خاطرنشان کرد: این شبکه‌ها میراث ارزشمند تاریخی بوده که از چندین دهه قبل وجود داشته و جامعه پزشکی

یک مراقب سلامت وجود دارد که مقرر شد از وجود همکاران کارشناس مامایی در کنار پزشکان خانواده استفاده شود؛ زیرا نیمی از جمعیت مراجعه کننده به پزشکان خانواده زنان هستند که مشکلات خاص خود را داشته و وجود همکاران ماما در کنار پزشکان خانواده ترکیب خوبی را برای ارتقاء سلامت زنان و بانوان ایجاد می کند. وی افزود: همکاران کارشناس مامایی تحت عنوان مراقبین سلامت در کنار پزشکان خانواده فعالیت می کنند که باید از نظر حقوقی و قراردادی مستقل از پزشکان خانواده باشند تا شأن و منزلت و پایگاه اجتماعی آنها حفظ شود.

وی در خصوص میزان دریافتی کارشناسان مامایی در این طرح بیان کرد: پیشنهاد این بود که درصدی از سرانه پزشک خانواده به این همکاران تعلق یابد و مابقی از سوی دولت تامین شود که متأسفانه در انتهای سال ۹۸ با اپیدمی کرونا این موارد عقیم ماند، اما مکاتبات از سوی نظام پزشکی در سال ۹۹ ادامه پیدا کرد و در جلساتی که بصورت حضوری تشکیل شد نهایتاً در مهرماه ۹۹ به نتایج قابل قبولی رسیدیم مبنی بر این که رابطه قراردادی و استخدامی بین کارشناسان مامایی و پزشکان خانواده برقرار نباشد و کارشناسان مامایی بطور مستقل قرارداد همکاری با دانشگاه های علوم پزشکی داشته و در زمینه دستمزد نیز ۱۲ درصد از سرانه پزشک خانواده شهری کسر شده و ۱۰ درصد فرانشیز بر نسخ دارویی نیز برای آنها لحاظ شود و همچنین فاصله بین این موارد تا دستمزد واقعی و همتراز با سطح حقوق و دستمزد کشوری از محل منابع وزارت بهداشت تامین شود.

وی در خصوص افزایش سرانه پزشکان خانواده نیز اظهار کرد: در شورای عالی بیمه پیگیری ها انجام و در خرداد ماه ۹۹ افزایش سرانه پزشکان خانواده شهری تصویب شد که متأسفانه در چند مورد مقامات بالادستی و وزیر بهداشت مخالفت نموده و نهایتاً وزیر بهداشت موافقت کرد از محل اعتبارات کرونا منابع مالی

معینی برای جبران کمبود سرانه به پزشکان خانواده پرداخت شود که این منابع برای جبران خسارت ها در ۶ ماه دوم سال ۹۸ به دانشگاه علوم پزشکی دو استان فارس و مازندران ارائه شده، اما هنوز به دست پزشکان و همکاران ماما نرسیده و در دست اقدام است. همچنین برای ۶ ماه نخست سال ۹۹ نیز اقدام مشابهی در حال انجام است. رئیس مجمع عمومی سازمان نظام پزشکی با اشاره به این که سرانه باید پاسخگوی تامین هزینه های پزشک خانواده باشد، تاکید کرد: در واقع سرانه باید آن مبلغی باشد که قیمت تمام شده خدمات و هزینه های تورم در آن لحاظ شده و به ازای هر فرد به پزشک خانواده شهری تعلق گیرد. وی با بیان این که همه کشورهای دنیا که دارای نظام سلامت هستند به سمت پزشکی خانواده و نظام ارجاع گام برداشتند؛ تصریح کرد: قانون باید اجرایی شود؛ لذا محصور شدن طرح پزشک خانواده در دو استان صحیح نیست و باید به کل کشور تسری یابد.

وی ادامه داد: کشور ما سابقه طولانی خانه ها و مراکز بهداشت را داشته بنابراین اجرای آن بسیار راحت خواهد بود و می تواند از هزینه های اضافی، درخواست های تشخیصی غیرضروری و سردرگمی بیماران بکاهد. آقازاده با اشاره به این که همواره این شعار را مطرح می کنیم که باید به جایی برسیم که رابطه مالی بین پزشک و بیمار قطع شود؛ خاطرنشان کرد: برای تحقق این مهم باید طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع را در کل کشور پیاده سازی کنیم که شرط لازم و کافی برای اجرای آن داشتن منابع مالی پایدار است که باید در بودجه سالانه کشور لحاظ شود.

وی یادآور شد: در حال حاضر استقلال قرارداد مراقبین سلامت، اصلاح سرانه و تامین منابع مالی پایدار و کافی برای شروع و ادامه طرح پزشک خانواده در استان های بیشتری از کشور از موارد مهم و ضروری این مرحله از حیات پزشکی خانواده است.



میزان شکایات پزشکی در ایران بالا نیست



تنها ۳ درصد اقدامات درمانی در دنیا به شکایت منجر می شود

شکایت منجر می شود و می شود گفت این آمار در ایران بسیار کم است. «معاون انتظامی سازمان نظام پزشکی با اشاره به اینکه کشور ما نزدیک به ۸۵ میلیون نفر جمعیت دارد و به طور متوسط هر ایرانی در سال بیش از ده و نیم بار مراجعه درمانی سرپایی و بستری دارد، ادامه داد: «این به آن معناست که نزدیک به ۹۰۰ میلیون بار مراجعه برای دریافت خدمات درمانی داریم و تازه این در شرایطی است که ما هر بستری احتمالی را یک بار محاسبه کرده ایم؛ در حالی که در طی یک بستری در بیمارستان ممکن است ده ها اقدام درمانی، مانند بیهوشی، آندوسکوپی، جراحی و غیره برای فرد انجام شود.

دکتر فتاحی تصریح کرد: «از این ۹۰۰ میلیون بار مراجعه، حدود ۳۰ هزار شکایت در مراکز ذی صلاح از جمله نظام پزشکی، دادسراهای عمومی و سازمان تعزیرات حکومتی ثبت شده است؛ ضمن آنکه آمارها نشان می دهد بیش از ۳۰ درصد شکایات به هر سه مرکز فوق الذکر رفته اند، یعنی در این خصوص هم پوشانی هم داریم و اگر این هم پوشانی ها را از آمار کلی کم کنیم، تعداد شکایات ها شاید به حدود ۲۰ هزار برسد.

معاون انتظامی سازمان نظام پزشکی با اشاره به اینکه حتی ساده ترین امور درمانی هم دارای عوارض هستند و عوارض به هر حال بخشی از روند درمان است و گاهی قابل پیش بینی و پیشگیری هم نیست، اظهار کرد: «شکایت از اقدامات درمانی و کادر پزشکی مختص ایران نبوده و بیش از ۳ درصد اقدامات درمانی در دنیا به اعلام شکایت از کادر درمان انجام دهنده اقدامات درمانی منجر می شود.» دکتر علی فتاحی، معاون انتظامی سازمان نظام پزشکی که سابقه ای طولانی در حوزه کارشناسی انتظامی دارد، در گفت و گو با خبرنگار روابط عمومی سازمان نظام پزشکی با اشاره به اینکه حتی مصرف ساده ترین داروها هم ممکن است در مواردی به بیمار عارضه ای وارد کند، تصریح کرد: «در صورت بروز هرگونه مشکل برای بیمار، اهل فن و کارشناسان مرجع باید موضوع را بررسی کرده و تشخیص دهند که آیا خطایی رخ داده است یا در اثر عارضه مشکلی برای بیمار به وجود آمده است.» وی با بیان اینکه شکایت از امور درمانی و کادر پزشکی در همه دنیا وجود داشته و مختص کشور ما نیست، افزود: «بیش از ۳ درصد اقدامات درمانی در کل دنیا به بروز



۳۹ درصد شکایات‌ها منجر به صدور کیفرخواست شده است

وی با اشاره به اینکه در سال گذشته حدود ۷ هزار و ۴۰۰ شکایت در دادسرای انتظامی کل کشور داشته‌ایم، اظهار کرد: «پس از انجام کارشناسی‌های لازم، ۳۹ درصد از شکایات به صدور کیفرخواست منجر شده و برای ۶۱ درصد باقی‌مانده قرار منع تعقیب صادر شده است.»

وی ضمن تأکید بر این مطلب که همه شکایات به عارضه مربوط نبوده، بلکه در این محکومیت‌ها مواردی مثل تبلیغات، بحث‌های هزینه‌ای و غیره نیز وجود دارد، اذعان کرد: «در بسیاری از پرونده‌ها پس از رسیدگی‌های لازم مشخص می‌شود که پزشک در ایجاد بیماری یا بدتر شدن شرایط و مشکلات نقشی نداشته و قطعاً باید بدانیم که هر شکایتی دلیل بر مقصر بودن پزشک نیست.»

معاون انتظامی سازمان نظام پزشکی در پاسخ به این سؤال که در شرایط بروز همه‌گیری کرونا تعداد مراجعه‌کنندگان به دادسراهای انتظامی نظام پزشکی‌های سراسر کشور چقدر کاهش یا افزایش داشته است، خاطرنشان کرد: «با شروع بیماری کووید ۱۹ تفاوت محسوسی در تعداد شکایات مشاهده نشده است و خوشبختانه در خصوص اقدامات درمانی مستقیم در رابطه با بیماری کووید ۱۹ فقط یک مورد شکایت داشتیم که پس از کارشناسی مشخص شد که قصور کادر درمانی منجر به فوت بیمار نشده است.»

وی با اشاره به اینکه مراجعه به مراکز درمانی تهران با شروع اپیدمی کووید ۱۹ حدود ۲۰ درصد کاهش داشته است، گفت: «در شرایط اپیدمی هر شخصی که برای بستری مراجعه می‌کند، بیمار تلقی می‌شود، مگر آنکه خلافش اثبات شود و باید مشاوره‌های بهداشتی و درمانی لازم قبل از بستری شدن به عمل آید.»

فتاحی با بیان اینکه در شرایط اپیدمی نوع رسیدگی به بیماری و درمان متفاوت می‌شود، تصریح کرد: «در چنین شرایطی یک‌سری محدودیت‌ها از سوی ارگان‌های نظارتی اعلام می‌شود که حتماً باید از سوی مراکز درمانی مورد توجه قرار گیرد، مثلاً زمانی که انجام اعمال جراحی الکتیو ممنوع می‌شود، پزشکان

و کادر درمان حتماً باید از آن تبعیت کنند و در غیر این صورت باید پاسخ‌گوی مسائل حقوقی و کیفری ناشی از آن باشند.»

به گفته معاون انتظامی سازمان نظام پزشکی در شرایطی که یک بیماری ناشناخته اپیدمی می‌شود، شیوه‌ها و برنامه‌های تشخیصی و درمانی مشخص نیست و در خیلی موارد تا مدت‌ها پروتکل‌ها و گایدلاین‌های مشخص وجود ندارد. ایشان ادامه داد: «این موضوع کار ما را سنگین‌تر می‌کند؛ زیرا باید در دو جبهه مقابل با بیماری و همچنین ورود افراد فاقد صلاحیت به امور درمانی بجنگیم.»

برخورد قاطعانه با هر شیوه درمانی که مورد تأیید وزارت بهداشت نباشد

دکتر فتاحی در ادامه گفت: «زمانی که شرایط جامعه و بیماری پیچیده می‌شود، متأسفانه در کشورمان گاه دیده می‌شود، افرادی که صلاحیت علمی و درمانی نداشته و حتی تفاوت ویروس و باکتری را نمی‌دانند، وارد چرخه طبابت می‌شوند.»

وی با اشاره به اینکه در همه دنیا این نوع سوءاستفاده‌ها وجود دارد، خاطرنشان کرد: «درچنین شرایطی وظیفه ارگان‌های نظارتی است تا بررسی‌های لازم را درباره هرکس که ادعای درمانگری می‌کند، انجام داده و از ورود افراد فاقد صلاحیت به امور درمانی مردم پیشگیری کنند.»

معاون انتظامی سازمان نظام پزشکی با اشاره به اینکه هر پزشک که مدارک تحصیلی لازم را از دانشگاه‌های معتبر دارد، در صورت داشتن مجوزهای لازم و نداشتن منع قانونی می‌تواند طبابت کند، تأکید کرد: «هر شیوه درمانی که مورد تأیید وزارت بهداشت نباشد، با آن برخورد می‌کنیم.»

فتاحی با بیان اینکه در بسیاری از نقطه‌های جهان شیوه‌های درمانی مختلف به‌دنبال ناشناخته‌بودن یک بیماری ابداع می‌شود، یادآور شد: «به‌دنبال چنین شرایطی، بسیاری از افراد که حتی اصول ابتدایی درمان را نمی‌دانند، سعی در ارائه شیوه‌های درمانی متعدد برای سوءاستفاده از مردم دارند؛ لذا این وظیفه ارگان‌های نظارتی است که با جدیت به این مسائل ورود کنند؛ چون زمانی که مردم مستأصل شوند، خود را به هرکسی برای درمان می‌سپارند.»

تشکر از کادر درمان

دکتر فتاحی ضمن عرض خسته نباشید به کادر درمانی گفت: «همکاران ما همیشه و در هم» شرایط کنار مردم بودند و به این کادر درمان افتخار می‌کنم که با وجود کمبودهای حفاظتی که در اوایل شیوع اپیدمی کرونا وجود داشت، در کنار مردم بوده و صحنه را ترک نکردند.» وی افزود: «در زمان جنگ نیز کادر درمان بیش از ۴ هزار شهید داد و اگر هر کمبودی از نظر ابزار و تجهیزات و گاهی نیروی انسانی وجود داشت، به‌لحاظ کادر پزشکی و پرستاری هیچ کمبودی در جبهه‌ها نداشتیم.» وی با بیان اینکه در شرایط پاندمی کووید ۱۹ نزدیک به ۳۰۰ شهید سلامت داشته‌ایم، ادامه داد: «در جبهه‌ای قرار داریم که دشمن ناشناخته است و مردم باید با کادر درمان همکاری و هماهنگی لازم را داشته باشند و اگر خدای ناکرده نیروهای فنی و تخصصی خود را از دست بدهیم، جبران آن‌ها کار ساده‌ای نبوده و نباید بگذاریم کادر درمان مستهلک شود.»

معاون انتظامی سازمان نظام پزشکی با اشاره به اینکه کادر درمان فشار زیادی را در شرایط اپیدمی بر دوش خود تحمل می‌کند، تصریح کرد: «همکاران پزشک و پرستار با همه سختی‌ها همچنان در صحنه نبرد با بیماری حضور داشته و ساعت‌های طولانی با ماسک و لباس‌های حفاظتی بر بالین بیماران حضور داشته و خدمت‌رسانی می‌کنند.»

دکتر فتاحی اضافه کرد: «قوی‌ترین کادر درمانی را داریم و شکی نیست که اقدامات درمانی که در ایران انجام می‌شود، نسبت به کشورهای پیشرفته چیزی کم ندارد. البته شاید از نظر تجهیزات و مواد مصرفی و دارویی کمبودهایی به‌دلیل تحریم‌های ظالمانه داشته باشیم، اما در دانش فنی و پزشکی کمبودی نداریم.»

وی با تأکید بر اینکه جامعه پزشکی بدون توجه به همه‌ها، همچنان در کنار مردم ایستاده و به خدمت‌رسانی مشغول است، خاطرنشان کرد: «تنها راه مقابله با این بیماری پیشگیری و قطع زنجیره انتقال است که مستلزم ماسک‌زدن، رعایت پروتکل‌های بهداشتی و فاصله‌گذاری اجتماعی و فیزیکی بوده و این مهم با مشارکت مردم محقق خواهد شد.»

دیدگاه‌های دکتر مصلحی، دکتر فتاحی، دکتر خوش سیرت و دکتر لاری پور بایدها و نبایدهای تفکیک نظام پزشکی تهران از سازمان مرکزی

زهرا رحیمی

تاکنون بارها این بحث مطرح شده است که ساختار نظام پزشکی تهران بزرگ باید از ساختار نظام پزشکی کل جدا شود و استقلال آن هم به نفع تعداد پرشمار اعضای سازمان شاغل در پایتخت و هم به نفع کل سازمان است. اما به رغم وجود مصوبه‌هایی در این باره و اشاره به لزوم این تفکیک در سال‌های اخیر، در عمل این اتفاق نیفتاده است. این پرونده کوشیده است از جوانب مختلف این موضوع را بررسی و راهکارهایی برای عملیاتی شدن این تفکیک ارائه دهد.

دکتر مصلحی:

برای کارآمدی بیشتر هر دو

دبیر شورای عالی نظام پزشکی با اشاره به اینکه مصوبه‌های متعددی از سال ۹۳ در خصوص تفکیک نظام پزشکی تهران بزرگ از سازمان مرکزی وجود داشته، گفت: «ابعاد مختلف این تفکیک به طور شفاف و دقیق در شورای عالی نظام پزشکی بررسی شده تا پس از انجام این مهم، شاهد کارآمدی بیشتر هر دو حوزه باشیم.»

دکتر محسن مصلحی با اشاره به اینکه چند سالی است بحث تفکیک نظام پزشکی تهران بزرگ، به دلیل مطالبات برحق همکارانمان در شهر تهران و ضرورت تعیین تکلیف این موضوع مطرح است، اظهار کرد: «از سال ۹۳ مصوبه‌های متعددی در این خصوص بوده است و کمیته‌های مختلفی در این زمینه تشکیل شده، اما به دلایل مختلف این کار عملیاتی نشده است.»

وی افزود: «در جلسه آذرماه ۹۹ شورای عالی، مجدداً این بحث مطرح و بر تفکیک نظام پزشکی تهران بزرگ از سازمان مرکزی تأکید شد.»
وی ادامه داد: «باید مأموریت‌ها و شرح

به طور مشترک در این دو حوزه کار می‌کنند، باید کارسجی دقیق باتوجه به حجم و نوع خدمات انجام شود تا تقسیم نیروهای موجود بین نظام پزشکی کل و تهران بزرگ به نحوی رخ دهد که مأموریت‌های هیچ کدام از دو حوزه تحت الشعاع قرار نگرفته و کارها به بهترین شکل انجام شود.»

وی در خصوص نحوه فعالیت مدیران پس از تفکیک نظام پزشکی تهران بزرگ گفت: «باتوجه به ضرورت حضور حداکثری مدیران در مناصب خود و حجم کار بالای سازمان مرکزی و تهران بزرگ، باید در سطوح مدیریتی به نحوی عمل شود که فعالیت‌های هر دو حوزه به بهترین نحو انجام شود.»

دبیر شورای عالی نظام پزشکی با تأکید بر اینکه اگر تفکیک فضای فیزیکی رخ ندهد، عملاً جداسازی معنایی نخواهد داشت، اذعان کرد: «تفکیک فضای فیزیکی سازمان مرکزی و نظام پزشکی تهران بزرگ یکی از ضروریات است تا به طور واقعی شاهد جداسازی این دو حوزه از یکدیگر باشیم و طبیعتاً اجرای این تفکیک برعهده سازمان مرکزی و البته با مشارکت هیئت مدیره نظام پزشکی تهران بزرگ خواهد بود.»

وظایف به طور کامل جداسازی شود. همچنین وظایف صف از ستاد مجزا شده تا سازمان مرکزی برخلاف سال‌های گذشته بتواند تلاش خود را جهت اقدامات بالادستی و فراگیر برای کل کشور متمرکز کند.»

دبیر شورای عالی نظام پزشکی با بیان اینکه طی چند سال گذشته فعالیت‌های صف و ستاد و همچنین امورات همکاران نظام پزشکی تهران بزرگ با سازمان مرکزی به نوعی درهم تنیده شده است، تصریح کرد: «این امر سبب شده تا سازمان مرکزی کمتر بتواند به فعالیت‌های کشوری خود بپردازد؛ بنابراین جهت انجام مراحل اجرایی تفکیک، مقرر شد تا حسابرسی کاملی از وضعیت موجود نظام پزشکی تهران بزرگ رخ دهد و مسائل مالی و حقوقی و غیره که طی سالیان گذشته سؤالاتی درباره آن مطرح بوده، با شفافیت و جزئیات دقیق مشخص و در جلسه شورای عالی تعیین تکلیف شود تا جای هیچ سؤال و ابهامی باقی نماند.»

مصلحی خاطرنشان کرد: «بعد از جداسازی مانند سایر نظام پزشکی‌های سراسر کشور، این مقوله در قالب خزانه‌داری کل تداوم می‌یابد و باتوجه به اینکه تعداد زیادی از پرسنل

آن‌هاست، گفت: «در نظام پزشکی تهران بزرگ کوچک‌ترین خریده‌ها و پرداخت‌ها نیاز به اخذ مجوز از شورای عالی دارد؛ چون باید در بودجه سازمان مرکزی لحاظ شود، درحالی‌که بودجه هیچ استان و شهرستانی نیاز به مصوبه شورای عالی ندارد که این امر صراحتاً در ماده ۱۳ قانون نظام پزشکی آمده؛ اما طی سال‌های گذشته به‌طور کامل عملیاتی نشده است.»

وی ضمن بیان این مطلب که بر اساس تبصره یک ماده ۱۴ قانون، بودجه سالیانه نظام پزشکی هر شهرستان توسط هیئت‌مدیره همان شهرستان تهیه و طبق آیین‌نامه مصوب شورای عالی هزینه خواهد شد، اذعان کرد: «از آغاز تشکیل هیئت‌مدیره نظام پزشکی تهران این اتفاق رخ نداده است و متأسفانه هیچ‌کدام از ارکان سازمان هم پیگیر این موضوع نبوده‌اند، درحالی‌که می‌توانیم بودجه جداگانه برای نظام تهران و سازمان مرکزی تعیین کنیم.» معاون انتظامی سازمان نظام پزشکی گفت: «به‌جرت عنوان می‌کنم که نه در نظام تهران بزرگ و نه در سایر ارکان سازمان مرکزی اراده لازم و کافی برای تفکیک این دو حوزه وجود نداشته و به‌علت ادغام ساختار اداری مالی تهران در سازمان مرکزی، عدم اجرای مواد ۱۳ و ۱۴ قانون حس نشده است.» فتاحی با بیان اینکه رئیس هیئت‌مدیره تهران اختیار اداری و مالی ندارد، اظهار کرد: «به‌علت یکی‌بودن رئیس کل و رئیس نظام پزشکی تهران بزرگ، همواره رئیس کل از اختیاراتش برای اداره نظام تهران استفاده می‌کند و تا زمانی که درآمدها به حساب تهران بزرگ واریز نشود،

مصلحتی با اشاره به اینکه درآمدها و هزینه‌های نظام پزشکی تهران بزرگ مانند سایر نظام پزشکی‌های سراسر کشور باید تبیین و شفاف‌سازی شود، اظهار کرد: «با انجام این کار می‌توان با بهره‌وری بیشتر و بدون اینکه سایر حوزه‌ها را برای کسب منابع مالی در تنگنا قرار داد، به فعالیت پرداخت و در صورت جذب منابع مالی بیرونی برای سازمان مرکز، سهم تهران بزرگ باتوجه به مشکلات موجود، پرداخت خواهد شد.» وی در خصوص سایر آیتم‌های مورد بحث این تفکیک گفت: «باتوجه به ضرورت، اهمیت و حساسیت این موضوع پیشنهاد شده است تا هیئت یا کمیته‌ای متشکل از ارکان مربوط سازمان، مانند شورای عالی، هیئت‌رئیس مجمع عمومی و بازرسان، نظارت بر حسن اجرای این کار داشته باشند.»

دبیر شورای عالی نظام پزشکی با اشاره به اینکه پیشنهادها سازمان مرکزی به‌منظور جداسازی تهران بزرگ باتوجه به آیتم‌های ذکر شده، در کمیسیون برنامه و بودجه و تشکیلات بررسی خواهد شد، بیان کرد: «نتیجه و پیشنهاد این کمیسیون در شورای عالی مطرح خواهد شد تا پس از بررسی موضوع در اسرع وقت، در خصوص تصویب مصوباتی جهت اجرای تفکیک در ابعاد مختلف اقدام شود و سازمان مرکزی مکلف است پس از ابلاغ شورای عالی با کمک هیئت‌مدیره نظام پزشکی تهران بزرگ مصوبات را اجرایی کند.»

دکتر فتاحی: اراده محکمی برای تفکیک وجود نداشته است

دکتر علی فتاحی معاون انتظامی سازمان نظام پزشکی نیز با تأکید بر اینکه تفکیک نظام پزشکی تهران بزرگ از سازمان مرکزی سبب هویت پیدا کردن هیئت‌مدیره آن خواهد شد، بیان کرد: «تاکنون اراده محکم و قوی برای تفکیک و جداسازی تهران بزرگ از سازمان مرکزی وجود نداشته است.»

وی با اشاره به اینکه تشکیل سازمان نظام پزشکی در شهرستان‌ها یک بحث قانونی است، اظهار کرد: «زمانی که قانون مشخص کرده است با چه ترکیبی و به چه تعداد در شهرستان‌ها باید نظام پزشکی تشکیل شود، هیچ‌کدام از ارکان سازمان این قدرت قانونی را ندارند که از تشکیل هیئت‌مدیره نظام پزشکی در یک شهرستان جلوگیری کنند.»

وی افزود: «البته بعد از تشکیل هیئت‌مدیره نظام پزشکی یک شهرستان قدرت نظارت، رسیدگی و برخورد تا انحلال آن وجود دارد و همه این موارد در ماده ۱۵ قانون تشکیل سازمان نظام پزشکی دیده شده است؛ لذا به دلایلی که شورای عالی سازمان تشخیص دهد، می‌تواند هیئت‌مدیره نظام پزشکی یک شهرستان را منحل کرده و اختیاراتش را به سازمان نظام پزشکی هم‌جوار واگذار کند.» فتاحی با اشاره به اینکه بر اساس اصل ۱۰ قانون نظام پزشکی، باید در شهرستان‌هایی که شرایط لازم را دارند، نظام پزشکی تشکیل شود، ادامه داد: «بر اساس تبصره ماده ۱۳ قانون سازمان نظام پزشکی رؤسای هیئت‌مدیره شهرستان‌ها همان وظایف و اختیارات رئیس کل سازمان نظام پزشکی را در محدوده سازمان نظام پزشکی شهرستان مربوطه به استثنای وظایف خاص رئیس کل برعهده خواهند داشت.» معاون انتظامی سازمان نظام پزشکی و عضو هیئت‌مدیره نظام پزشکی تهران بزرگ خاطرنشان کرد: «زمانی که هیئت‌مدیره تشکیل و رئیس آن مشخص شود، باید اختیارات کامل را داشته باشد و معنا ندارد که هیئت‌مدیره‌ای تشکیل شود اما اختیارات لازم و کافی را در حوزه کاری خود نداشته باشد.» وی با اشاره به اینکه رؤسای هیئت‌مدیره نظام پزشکی شهرستان‌ها اختیار کامل برای خرید ملک و باغ و غیره را دارند که البته حق قانونی

طبیعتاً اختیارات مالی هم وجود نخواهد داشت.» وی با تأکید دوباره بر اینکه اراده محکمی برای جداسازی تهران بزرگ از سازمان مرکزی وجود نداشته است، خاطرنشان کرد: «قطعاً باید جداسازی صورت گیرد و با انجام این مهم، نظام تهران هویت و قدرت اجرایی در بحث پشتیبانی و مالی خواهد داشت. البته در آخرین جلسه کمیسیون برنامه و بودجه که به عنوان نماینده هیئت مدیره تهران و ریاست کل سازمان به منظور جداسازی تهران بزرگ از سازمان مرکزی شرکت کردم، زمزمه های خوبی در این زمینه شنیده می شد، هرچه نگرانی هایی نیز وجود دارد.»

وی اضافه کرد: «البته دغدغه هایی برای جداسازی وجود دارد؛ زیرا این دو حوزه درهم تنیده شده اند و بالغ بر ۵۰ درصد بودجه سازمان مرکزی از نظام پزشکی تهران تأمین می شود و همین موضوع گاهی اوقات این حس را ایجاد می کند که ممکن است تفکیک نظام تهران سبب لطمه زدن به سازمان مرکزی شود.»

معاون انتظامی سازمان نظام پزشکی صراحتاً تأکید کرد: «در این تفکیک نباید به ارکان و بدنه سازمان مرکزی کوچک ترین لطمه ای از نظر مادی و معنوی وارد شود؛ زیرا شخصیت و هویت نظام پزشکی شهرستان ها در سازمان مرکزی جلوه پیدا می کند.»

وی با اشاره به اینکه آیتم هایی برای جداسازی در نظر گرفته شده است، اذعان کرد: «تفکیک نظام تهران از سازمان مرکزی قانوناً نیازی به اخذ مجوز از جایی ندارد، هرچند که معتمد به موازات رعایت نکات مصوب در کمیسیون بودجه و تشکیلات و رفع ابهامات و دغدغه های دوستان، تفکیک وظایف اداری مالی تهران بزرگ از سازمان مرکزی هم می تواند انجام شود.»

وی ادامه داد: «باتوجه به اینکه ۹۰ درصد کارهای اجرایی و عملیاتی سازمان در دو حوزه انتظامی و نظارت نهفته است و هر سیستم به طور جداگانه کار خود را انجام می دهد، صرفاً از نظر پشتیبانی و پرسنلی باید اقداماتی

انجام شود و حتی در همین فضای فیزیکی می توان کار را ادامه داد.» فتاحی با اشاره به اینکه اگر هنگام ارائه بودجه و تصویب آن در شورای عالی برای سال آینده، بودجه نظام تهران بزرگ مجزا دیده نشود، تا چهار سال دیگر هم جداسازی رخ نخواهد داد، یادآور شد: «حتی اگر تفکیک هم صورت نگیرد، باید بودجه نظام تهران و سازمان مرکزی به صورت مجزا تعریف شود و امیدوارم تا قبل از پایان سال جداسازی انجام شود که این مطالبه به حق و قانونی اعضا هیئت مدیره تهران بوده که سال ها بر زمین مانده است.»

دکتر خوش سیرت:

تهران یک نظام پزشکی مستقل با قدرت بسیار بالا می خواهد

دکتر شاهرخ خوش سیرت عضو هیئت مدیره نظام پزشکی تهران بزرگ با اشاره به اینکه مشکلات اعضای جامعه پزشکی در کلان شهر تهران نیاز به رسیدگی خاص دارد، اظهار کرد: «اعضای جامعه پزشکی در شهر تهران نیازمند یک سازمان نظام پزشکی با قدرت بسیار بالا هستند.» وی موضوع جدایی نظام پزشکی تهران بزرگ از سازمان کل را یکی از مباحثی عنوان کرد که همواره درباره آن چالش هایی وجود داشته است و گفت: «بالغ بر ۲۰ سال است که این موضوع فکر رؤسای نظام پزشکی را در ادوار مختلف به خود مشغول نموده است.» وی در خصوص چرایی این مسئله و آیا لازم است این کار صورت گیرد یا نه، بیان کرد: «برای پاسخ گویی باید از انتخابات سازمان نظام پزشکی شروع کرده و مراحل را نگاه کنیم تا ببینیم چه اتفاقی رخ می دهد.»

عضو هیئت مدیره نظام پزشکی تهران بزرگ با بیان اینکه سنگین ترین و پرقاب ترین انتخابات در بین تمامی انتخابات نظام پزشکی سراسر کشور در تهران صورت می گیرد، افزود: «افرادی در انتخابات نظام پزشکی تهران بزرگ با هم رقابت می کنند که از وزرای قدیم، معاونین وزیر و افراد صاحب نام علمی هستند که شهره عام و خاص بوده و در این انتخابات شرکت می کنند.»

خوش سیرت ادامه داد: «البته در سایر شهرستان ها این مسئله وجود دارد؛ اما در کلان شهر تهران بسیار پررنگ است؛ زیرا تعداد شرکت کننده قدرتمند بسیار زیاد بوده و رقابت سنگینی برای ورود به نظام پزشکی تهران بزرگ وجود دارد.»

وی با اشاره به اینکه بعد از انجام انتخابات، ۱۷ نفر به عنوان عضو هیئت مدیره وارد نظام پزشکی تهران بزرگ می شوند، تصریح کرد: «پس از آن در یک جلسه باید رئیس نظام تهران بزرگ نیز مشخص شود و حدود ۸ نفر نیز برای ورود به مجمع انتخاب شوند و روال کار تا به حال این طور بوده است که رئیس تهران بزرگ معمولاً رئیس سازمان کل هم بوده است و در واقع آن ۸ نفر که وارد مجمع شده و برخی از آن ها به شورای عالی نیز راه می یابند، تصمیم گیری های اساسی را انجام می دهند.» عضو هیئت مدیره نظام پزشکی تهران بزرگ با بیان اینکه در سایر شهرهای بزرگ، مانند اصفهان و شیراز اعضای هیئت مدیره همه کاره بوده و سازمان منسجمی را تشکیل می دهند که کار رسیدگی به مشکلات اعضای جامعه پزشکی آن شهر را انجام می دهند، خاطرنشان کرد: «متأسفانه در نظام پزشکی تهران بزرگ این شرایط حاکم نیست و پس از انتخاب ریاست کل، هیئت مدیره تهران تقریباً کارشان خاتمه می یابد و انصاف نیست که این همه شرکت کننده و رقابت های پرشور تنها محدود به یک روز انتخابات شود و بعد از آن افراد نقشی در کارها نداشته باشند.»

خوش سیرت تأکید کرد: «نظام تهران بزرگ هم باید مانند نظام پزشکی سایر شهرها استقلال داشته و به مشکلات اعضای جامعه پزشکی شهر تهران رسیدگی کند. در واقع شهر تهران به یک سازمان نظام پزشکی با قدرت بسیار بالا نیاز دارد.»

عضو هیئت مدیره نظام پزشکی تهران بزرگ با بیان اینکه تاکنون به صورت سنتی سازمان نظام پزشکی کل امور مرتبط با نظام تهران را انجام داده است، گفت: «اگر رئیس کل به عنوان رئیس نظام پزشکی تهران برگزیده نشود، آن وقت

این دو حوزه به عنوان یک اصل قانونی ضروری بوده، مشروط بر اینکه اختیارات نظام پزشکی تهران در قالب کارهای اداری، مانند صدور پروانه مطب و امثال آن نباشد؛ بلکه در حوزه کارهای صنفی نیز به عنوان یک تشکیلات مستقل و مقتدر کارهای خود را انجام دهد.»

به گفته لاری پور اگر سازمان مرکزی و نظام تهران بخواهند انجام امور جامعه پزشکی را به یکدیگر محول نموده بدان معنا که به حوزه کاری آن‌ها مربوط نمی‌شود، عملاً همکارانی که عضو نظام پزشکی تهران هستند، آسیب دیده و حقوقشان پایمال می‌شود.

وی اذعان کرد: «اگر قدرت، استقلال و اقتدار لازم برای نظام تهران وجود داشته باشد، به شرط اینکه رئیس کل، رئیس نظام تهران هم باشد، بسیار قابل توجه است. یکی از فلسفه‌های وجودی که این اقتدار را حفظ می‌کند، جداسازی فضای فیزیکی سازمان مرکزی از نظام پزشکی تهران است.» مدیرکل سابق آموزش سازمان نظام پزشکی خاطرنشان کرد: «با تفکیک این دو حوزه، جامعه پزشکی تهران مستقیماً مطالبات خود را از مجموعه‌ای که عضو آن است، طلب نموده و سازمان مرکزی هم به سیاست‌گذاری و کارهای این چنینی خواهد پرداخت.» وی با اشاره به سابقه جدایی نظام پزشکی تهران از سازمان مرکزی گفت: «سوابق در این مورد ائتلاف هزینه‌ها را نشان می‌دهد؛ به طور مثال زمانی که نشریه عمومی سازمان نظام پزشکی درصدد چاپ بود، نظام تهران بزرگ هم اقدام به چاپ نشریه‌ای جداگانه می‌کرد؛ ولی انجام این کار زمانی منطقی بود که نظام تهران بزرگ استقلال داشت، بنابراین وقتی باید از بودجه عمومی ارتزاق شود، چاپ یک نشریه کفایت می‌کند.» وی یادآور شد: «پروانه مطب پزشکان توسط رئیس نظام پزشکی شهر مربوطه امضا می‌شد و نیازی به امضای رئیس کل سازمان نداشت؛ اما در چند سال اخیر امضای رئیس کل در کنار امضای رئیس نظام پزشکی شهرستان مربوطه قرار می‌گیرد، به این دلیل که رئیس نظام پزشکی تهران حق امضا نداشت و برای رتق و فتق امور، پروانه مطب اعضای جامعه پزشکی با دو امضا صادر می‌شود و در واقع انجام این کار امضای رئیس نظام پزشکی کشور را به یک امضای تشریفاتی تبدیل می‌کند.»

یعنی هر شهرستان که جمعیت بیشتری دارد، دارای هیئت‌مدیره بزرگ‌تر و بالعکس است.» وی در خصوص عدم استقلال نظام پزشکی تهران بزرگ طی سالیان گذشته، اظهار کرد: «به طور مثال وقتی استانداری تهران آن‌طور که باید در کلان‌شهر تهران محلی از اعراب ندارد که می‌تواند به دلیل وجود وزارتخانه‌های متعدد، وزرا و شخص رئیس‌جمهور در پایتخت باشد و به تبع آن بسیاری از مراکز اداری و اجتماعی تهران دیده نشده و به یک سری از کارهای اجرایی می‌پردازند، اگر نظام پزشکی تهران بزرگ هم به صورت مستقل و مجزا شکل می‌گرفت، چنین ویژگی‌ای داشت.»

مدیرکل سابق آموزش سازمان نظام پزشکی ادامه داد: «اگرچه به لحاظ قانونی باید نظام پزشکی تهران بزرگ تشکیل شود؛ زیرا اعضای زیرمجموعه آن قابل توجه بوده و نظام تهران هم باید وظایف خود را در قبال آن‌ها انجام دهد؛ اما به دلیل وجود سازمان مرکزی که می‌تواند به نوعی وظایف نظام تهران بزرگ را برعهده گیرد، وجود تشکیلاتی به عنوان نظام تهران بزرگ منطقی به نظر نمی‌رسد.» لاری پور با گریزی به مسائل مالی حاصل از حق عضویت اعضای جامعه پزشکی گفت: «حق عضویت‌های عمده به نظام پزشکی‌ها پرداخت می‌شد؛ بنابراین اگر در شهر تهران هم سازمان نظام پزشکی کل خود را منتزع یا جدا شده از نظام تهران بزرگ می‌دانست، از نظر بودجه و تأمین اعتبار که عمده آن از طریق پرداخت حق عضویت اعضا بود، بی‌بهره می‌ماند.» وی تصریح کرد: «با توصیف موارد بالا به نظر می‌رسد اگر عملاً نظام پزشکی تهران بزرگ تشکیل شود، در حد اسم باقی‌مانده و اگر دقت کنیم در سالیان سال معمولاً رؤسای نظام پزشکی کل، رئیس نظام تهران بزرگ هم بوده‌اند.»

وی اضافه کرد: «طی سنوات اخیر که رئیس سازمان کل با نظام تهران بزرگ متفاوت بود، خیلی وضعیت مناسبی بر نظام تهران و سازمان مرکزی جاری و ساری نبود و پس از بازگشت به حالت اول شاهد هم‌صدایی و یکی شدن بودیم که طبیعتاً برای جامعه پزشکی مطلوب است.» لاری پور در پاسخ به این سؤال که آیا تفکیک نظام تهران بزرگ از سازمان مرکزی یک ضرورت است، بیان کرد: «معتقدم تفکیک

تکلیف چیست؟! این یک اشکال اساسی است و ظلم بزرگی نسبت به اعضای جامعه پزشکی کلان‌شهر تهران است؛ زیرا ده‌ها هزار نفر اعضای جامعه پزشکی در تهران هستند و کسی نیست که به کارهای آن‌ها رسیدگی کند.» وی با اظهار تأسف گفت: «نظام پزشکی تهران بزرگ حتی یک ساختمان مجزا هم برای برگزاری جلسات خود ندارد و نظام پزشکی کل مکانی را به اعضای هیئت‌مدیره تهران بزرگ اختصاص می‌دهد که در حد یک لطف است و باید نظام پزشکی تهران مانند سایر شهرها مستقل شود.»

خوش سیرت با گریز به درآمدهایی که از طریق نظام تهران بزرگ عاید نظام پزشکی کل می‌شود، خاطرنشان کرد: «لزومی ندارد درآمدهای که از نظام پزشکی تهران بزرگ حاصل می‌شود برای سایر شهرها مورداستفاده قرار گیرد و در حد نیاز باید به نظام کل اختصاص داده شود. البته تا حدی کمک قابل قبول است؛ اما این موضوع را نباید نادیده گرفت که بیشترین اعضای جامعه پزشکی را اعضای نظام تهران بزرگ تشکیل می‌دهند و باید درآمدهای حاصل صرف رفع مشکلات آن‌ها شود.» وی در پایان یادآور شد: «ضرورت جدایی نظام پزشکی تهران بزرگ از نظام کل به دلایل یادشده واجب است تا اعضای هیئت‌مدیره بتوانند به مشکلات تهران بزرگ به صورت خاص رسیدگی کنند.»

دکتر رضا لاری پور:

سه عامل اصلی برای تفکیک

نظام پزشکی تهران از سازمان مرکزی

دکتر رضا لاری پور، مدیرکل سابق روابط عمومی سازمان نظام پزشکی نیز با اشاره به اینکه مطابق قانون تشکیل نظام پزشکی باید در استان‌ها و شهرستان‌ها یک نظام پزشکی برحسب تعداد و جمعیت پزشکان ایجاد شود، تصریح کرد: «پس از تصویب قانون تشکیل سازمان نظام پزشکی در سال ۸۳ از سوی مجلس شورای اسلامی، نظام پزشکی‌ها در شهرستان‌های سراسر کشور تشکیل شده و اطلاق کلمه «سازمان» مطابق با قانون، مختص نظام پزشکی کشور است.» وی افزود: «ساختار در نظر گرفته شده برای تشکیل نظام پزشکی‌ها برحسب جمعیت بوده،

رؤسای ۳ بیمارستان خصوصی و دولتی تهران از تجربیات خود در طول یک سال کرونایی می‌گویند

چگونه دوام آوردیم؟

گوشه شغاعی

در این گزارش گفت‌وگو تلاش کرده‌ایم با چند تن از رؤسای بیمارستان‌های تهران در خصوص تجربه سخت و پرچالش درگیری با ویروس کرونا صحبت کنیم و ببینیم چه مشکلاتی را تجربه کرده‌اند و وضعیت بیمارستان و کادر درمان را در پیک‌های اول و دوم و سوم را چگونه مدیریت کرده‌اند.

روزهای سخت و نفس گیر کرونایی

بیمارستان امام خمینی تهران یکی از بیمارستان‌های مرجع پایتخت است که بخش زیادی از بیمارانی را که به کرونا در مناطق جنوبی تهران به کرونا مبتلا می‌شوند، پذیرش می‌کنند. دکتر خسرو صادق‌نیت، رئیس این بیمارستان که نزدیک به یک سال است شرایط ویژه‌ای را در بیمارستان خود تجربه می‌کند درباره این شرایط و مدیریت پیک‌های اول و دوم و سوم برایمان می‌گوید: «زمانی که اعلام شد بیماری کرونا در کشور دیده شده، دو اتفاق هم‌زمان افتاد، یکی ترس و وحشت بسیار زیاد بین مردم که به طبع بین کادر درمانی بیمارستان هم از ابتلای به این بیماری این وحشت وجود داشت و دوم اینکه بالاخره وزارت بهداشت برای اینکه بتواند بیماری را کنترل کند تصمیم گرفت یک‌سری از بیمارستان‌ها را به‌عنوان بیمارستان‌هایی که بیماران کرونایی را می‌پذیرند مختص، مجهز و معین کند و بقیه بیمارستان‌ها عملاً بیمارستان‌هایی بشوند که خدماتی که بیمارستان‌های هدف عملاً نمی‌توانند به مردم عادی خدمت بدهند، جبران کنند. در همان روزهای اول اعلام شد که بیمارستان امام جزء بیمارستان‌هایی است که باید به خدمات عادی‌اش بپردازد و بیمار کرونایی را نپذیرد و مراجعان را به بیمارستان‌های هدف ارجاع بدهد و در عوض بیمارانی را پوشش دهد که دیگر

به بیمارستان‌های معمول خودشان که بیمارستان هدف بودند نمی‌توانند مراجعه کنند. روزهای اول وظیفه ما این شد که همچنان به بیماران معمول خدمت بدهیم و پذیرای بیماران کرونایی نباشیم اما همان ساعات اول هجوم مردمی که دو گروه بودند، گروهی که به بیماری کرونا مبتلا و علائم بیماری را داشتند و کسانی که نگران بودند و علائمی داشتند که خیلی ربطی به کرونا نداشت ولی ترس زیادی داشتند که بیماری‌شان کرونا باشد و انتظار داشتند معاینات اولیه بشوند و مشخص شود بیمار هستند یا نیستند، روبه‌رو شد.

ما همان ساعات اول علی‌رغم اینکه قرار نبود بیماران کرونایی را بپذیریم با هجوم تعداد زیادی از مردم نگران و مضطرب روبه‌رو شدیم که به بیمارستان مراجعه می‌کنند و از طرفی پرسنل خودمان که آن‌ها هم اضطراب و نگرانی داشتند که خودشان مبتلا نشوند و نگرانی مهم‌تر نگرانی پرسنل ما بیشتر بابت سلامتی خانواده‌شان بود یعنی نگران بودند اگر آلوده شوند وقتی به خانه برمی‌گردند، اعضای خانواده‌شان هم ممکن است که مبتلا شوند و جان‌شان در خطر بیفتد و عملاً خودشان را در معرض یک انتخاب بزرگ می‌دیدند یکی اینکه به وظیفه‌شان عمل کنند و پذیرای بیماران باشند و این ویروس به خانواده‌شان منتقل شود یا از خدمت‌شان خالی کنند. این وحشت و نگرانی که تقریباً بی‌نظیر بود و ما حتی در

دوران جنگ هم نظیر آن را نداشتیم. بالاخره رزمندگان‌های ایثارگر ما که به جبهه می‌رفتند این اطمینان را داشتند که اگر جان‌شان را به خطر می‌اندازند، امنیت را برای خانواده و هم‌وطنانشان به ارمغان می‌آورند؛ اما اینجا عکس بود و فعالیتشان در صف مقدم خطر را به جان خریدن و به خانواده بردن بود و این باعث شده بود که بعضی از همکاران ما هفته‌ها و ماه‌ها دور از خانواده زندگی کنند و به خانه نروند تا این خطر را به حداقل برسانند، هرچند خطر ابتلای خودشان به شدت افزایش پیدا می‌کرد.»

دکتر صادق‌نیت درباره وضعیت گذشته و اینکه چطور توانسته است این شرایط را کنترل و مدیریت کند، می‌گوید: «ما با خیل مراجعان روبه‌رو شده بودیم که به بیمارستان می‌آمدند و انتظار خدمات داشتند. از طرفی بیمارستان امام همیشه مملو از بیمار است و ضریب اشغال ما در بیشتر ایام سال از جمله اسفندماه بالای ۹۵ درصد است و خیلی وقت‌ها بعضی از بخش‌های ما جایی برای بستری بیمار جدید، برای بیمار عادی ندارد، چه برسد به بیماری که باید از سایر بیماران جدا نگه داشته شود. شما همه این‌ها را ببینید همراه با اینکه یک بیماری کاملاً ناشناخته است و درمان آن مشخص نیست و نمی‌دانیم علائمش کاملاً چیست و علائم آن مشابه خیلی از بیماری‌های دیگر است و حالا ما باید این خیل مراجعه‌کننده را پذیرش کنیم؛ درحالی که جایی هم برای بستری

آن‌ها نداریم و اگر هم جایی داشته باشیم، باید کاملاً باید از بقیه بیمارستان ایزوله بشود. در همان ساعات‌های اول اولین کاری که کردیم این بود که محل مراجعه مردم را جدا کنیم، یکی از اتاقک‌های موقت را در کنار اورژانس مستقر کردیم و تیم تشخیص اولیه‌مان را آنجا مستقر کردیم تا کسانی که مراجعه می‌کنند یک بررسی اولیه شوند و آن‌هایی که نیاز به بستری ندارند، همان‌جا توصیه‌ها و درمان سرپایی برای آن‌ها انجام شود و از بیمارستان مرخص شوند که بالای ۹۰ درصد مراجعان ما را این دسته شامل می‌شدند. بعضی از روزها بود که شبانه‌روز بیش از ۷۰۰ تا ۸۰۰ مراجعه‌کننده داشتیم و این‌ها انتظار دریافت خدمت را داشتند در کنار اضطراب همکاران ما که این اضطراب واقعاً شکننده بود، به این خاطر می‌گویم که ما داشتیم بیمارستانی که به‌عنوان بیمارستان هدف مشخص شده بود اما همان ساعت اولی که اعلام شد این بیمارستان برای بیماران کرونایی اختصاص پیدا کرده همه کادر درمانش بیمارستان را ترک کردند و عملاً به‌خاطر نگرانی سلامتی اقوامشان در بیمارستان نماندند، اما پرسنل بیمارستان امام با توجه به جوی که در آن وجود دارد و حضور استادان اخلاق‌محور و پرسنل از خود گذشته، همان ساعات اولیه استادان پیش‌کسوت در صف اول درمان بیماران حضور پیدا کردند و در کنار دانشجویان و پرستاران و پزشکان جوان به درمان مراجعین پرداختند و این آرامشی را در ساعات اولیه برای کادر درمان ایجاد کرد و باعث شد کادر درمان ما نه تنها محل کارشان را ترک نکنند بلکه دیدیم آن‌ها داوطلبانه بیش از ساعت موظفشان در بیمارستان حضور پیدا کردند.»

وی در ادامه می‌افزاید: «کار دومی که تیم مدیریتی باید انجام می‌داد تعیین واحدهای درمانی کاملاً جدا از بخش‌های عادی بود و این بیماران باید کاملاً در مسیر جدایی قرار می‌گرفتند و ساختمان‌های قابل تفکیکی مشخص شد و در روزهای اول این بخش‌ها تخلیه شد و برای بستری بیماران کرونایی اختصاص پیدا کرد. بیمارستان امام سه ساختمان و دو ساختمان بستری کوچک دارد که یکی ۲۰۰ تخت و یکی ۴۰۰ و

یکی ۵۵۰ تخت بستری دارد و دو ساختمان کوچک هم ۶۰ تا ۷۰ تخت بستری دارند که ساختمان‌های مستقلی از یکدیگر هستند؛ بنابراین ما شروع به تخلیه بخش‌های معمول کردیم و به بستری بیماران اختصاص دادیم. مسئله بعدی که در روزهای ابتدایی داشتیم، مسئله حفاظت از سلامت پرسنل، یعنی استفاده از وسایل حفاظت فردی و تکنیک‌هایی که پرسنل ما مبتلا نشوند. مسئله حفاظت فردی یک بحث مهم بود و همان روزهای اول یک لباس‌های فضانوردی مد شد که یکی دو بیمارستان که به لحاظ مالی حمایت‌های خاصی را داشتند از این لباس‌ها استفاده کردند و این لباس‌ها باعث شده بود که هم ترس و نگرانی بین پرسنل و بیماران ایجاد بشود و هم استفاده از آن‌ها محدودیت‌های زیادی برای پرسنل ایجاد می‌کرد و خود آن‌ها منشأ آلودگی می‌شد چون می‌بایست هرچند ساعت عوض می‌شود و چون به تعداد کافی در دسترس نبود، این امکان نبود بنابراین بیمارستانی که یکسره از این لباس‌ها استفاده می‌کردند آلودگی در بین پرسنلشان بیشتر می‌شد. اینکه ما چه وسایلی استفاده کنیم که هم در دسترس باشد و به اندازه کافی داشته باشیم و استاندارد از آن‌ها استفاده نکنیم نه غیراستاندارد، یک بحث خیلی جدی بود که باتوجه به حضور اساتید مطرح که در بیمارستان داشتیم سریع بر اساس پروتکل‌هایی که در مراجع علمی معتبر وجود داشت از جمله سازمان بهداشت جهانی آن لباس‌های مناسب و قابل تأمین استاندارد سریع مشخص شد و نحوه استفاده از آن‌ها آموزش داده شد، به تعداد کافی تهیه و توزیع آن‌ها ساماندهی شد.

آن زمان ماسک به تعداد کافی در جامعه نبود، وسایل استریل و ضدعفونی‌کننده به تعداد کافی نبود، مواد ضدعفونی‌کننده و ماسک قیمت هنگفتی داشت و توزیع اینها در بیمارستان بزرگ امام با مراجعه بیش از ده‌هزار نفر در روز بدون اینکه حیف و میل شوند، کار بسیار بزرگ بود، سهمیه‌بندی که به تعداد پرسنل باشد و اگر آلوده شد، بتوانند تعویض کنند، هم کمبود نداشته باشیم و هم از مسیر توزیع درستش خارج نشود و هم

به تعداد پرسنل در اختیار باشد، در آن اوج کمبود و بازاریسایه کار مهمی بود که انجام شد و آموزش نحوه درست استفاده از آن‌ها به‌صورت روش‌های مختلف و بیناری، آموزش مجازی، آموزش چهره‌به‌چهره و نظارت و کنترل، یکی از بحث‌های جدی بود که انجام شد.»

از دکتر صادقی‌نیت درباره اینکه زمانی که پرسنل بیمارستان و کادر درمانی که به بیماری کرونا مبتلا می‌شدند چه وضعیتی را تجربه کرده‌اند، می‌پرسیم: «پرسنل ما توانستند خدمتشان را در اوج ایشا ارائه کنند و تا امروز الحمدلله هیچ مورد مرگ در بین پرسنل نداشتیم و توانستند خدمات را ارائه بدهند هرچند که تعداد زیادی مبتلا شدند و تعداد زیادی نیاز به بستری پیدا کردند و بخشی هم در خانه قرنطینه شدند. من شاهد بودم پرستاران جوانی که حتی یکی دو روز بعد از بهبود نسبی و طی شدن دوران قرنطینه به بیمارستان برمی‌گشتند و در آی‌سی‌یو شیفت شب را دو پرستار به‌تنهایی اداره می‌کردند که یکی از آن‌ها تنها یک روز و یکی از آن‌ها تنها سه روز بد از دوران قرنطینه درآمده بودند. همان‌طور که می‌دانید تا یکی دو ماه و حتی بیشتر بعد از طی دوران حاد بیماری، ضعف و بی‌حالی و سرگیجه و علائم خاص این بیماری فرد را رنج می‌دهد ولی آن‌ها برای اینکه دوستانشان فشار بیشتری را تحمل نکنند بلافاصله به سرکار برمی‌گشتند؛ چون اگر نباشند این بار به دوش سایر همکارانشان می‌افتد و این با طاق‌تفرسا بود. به‌خاطر کم شدن تعداد پرستارها و نبود همراه بیمار و اینکه در موج‌های مختلف بیماری گاهی ۱۴۰، ۱۵۰ پرستار ما در قرنطینه بودند و دوران بیماری را طی می‌کردند و بار آن‌ها به دوش بقیه کادر درمان قرار می‌گرفت. فرض کنید بخش‌هایی با ۳۰ تا مریض ما فقط دو پرستار داشتیم اگر یکی از اینها هم نیاید چه بار سنگینی بر دوش بقیه کادر درمان می‌آید ولی بالاخره این بحران را با ایشا و ازجان‌گذشتگی کادر درمان سپری کردیم و توانستیم خدمت خوبی را ارائه بدهیم.» رئیس بیمارستان امام خمینی هم همانند رؤسای دیگر بیمارستان‌ها عنوان می‌کند آزاردهنده‌ترین

پیک، پیک سوم بود که فشار بسیار شدیدی را تحمل کرده‌اند و در آستانه فروپاشی قرار گرفته بودند: «پیک سوم پیک سنگین‌تری بود هم تعداد بیمارانی که بستری شده بودند خیلی بیشتر شده بود یعنی در آن واحد در پیک دوم و اول حداکثر ۲۵۰ بیمار بیشتر نداشتیم؛ ولی در پیک سوم ۳۰۰ بیمار را مکرر رد کردیم یا مثلاً در پیک اول دو روز بود که آمار مرگ ۱۱ بیمار را تجربه کردیم در پیک دوم شاید یک روز اما در پیک سوم روزی را داشتیم که ۱۷ مرگ را تجربه کردیم و بالای ۱۱ و ۱۳ مرگ بیمار را مکرر داشتیم. بخش‌های عادی را آ‌سی‌یو کردیم و این در حالی بود که تعداد پرستارهای ما کم بود. ما پزشکی داشتیم که طی این ۱۱ ماه تقریباً اکثر شب‌ها تا ساعت ۱۰، ۱۱ شب بالای سر بیمار بودند و جمعه‌ها و روزهای تعطیل بیمارستان حضور داشتند و خیلی وقت‌ها فرصت استراحت حداقلی پیدا نمی‌کردند و به‌صورت شبانه‌روزی به بیماران خدمت می‌کردند.»

صحنه‌هایی که بیماران فوت می‌شدند، ناخواسته روی افراد و کادرمان و پرسنل تأثیر بسیار منفی دارد: «واقعاً مرگ کرونا آزارش خیلی بیشتر است؛ چون افرادی که مبتلا می‌شدند، افرادی بودند که تا دو روز قبل سالم بودند و بدون هیچ بیماری زمینه‌ای جدی داشتند زندگی‌شان را می‌کردند. با یک تنگی نفس و سرفه عادی به بیمارستان می‌آمدند، صحبت می‌کردند، می‌گفتند و می‌خندیدند، غذا می‌خوردند؛ ولی در عرض یکی دو روز بدحال می‌شدند و جلوی چشم ما یک دفعه حالشان بد می‌شد و فوت می‌کردند. بعضی از بیماران یک هفته یا ۱۰ روز بستری بودند و همکاران ما سیر بدحال شدن آن‌ها را می‌دیدند و بیمار تا لحظات آخر هوشیار بود و بعد جلوی چشم ما یک بیمار ۴۰، ۵۰ ساله یا یک مادر سی و چندساله با یکی دو فرزند کوچک که عکس بچه‌اش را به شما نشان داده بود، زیردست شما بال‌بال می‌زد و فوت می‌شد! خیلی صحنه‌های

بدی را همکاران ما تجربه کردند و پرستاران و پزشکان زارزار گریه می‌کردند که بالاخره کسی که جلوی چشم آن‌ها حرف می‌زد، معلم، استاد و آدم‌های زحمت‌کشی بودند که خانواده‌هایشان پشت در بیمارستان به انتظار بازگشتشان نشسته بودند. واقعاً گاهی اوقات کاری از دست ما برنمی‌آمد واقعاً به لحاظ روحی خیلی شکننده شده بودیم.»

رئیس بیمارستان امام خمینی تهران درباره اتفاقات خوشایندی که در طول این یک سال از شیوع کرونا افتاده برایمان می‌گوید: «اتفاقی که در موج اول رخ داد که یک مقدار بچه‌ها را دلگرم کرد و آن احساس تنهایی و فشار را کمتر کرد حضور داوطلبان بود که در یکی دو ماه اول خیلی کمک کرد، حضور داوطلبان در بخش‌ها و همکاری آن‌ها باعث شد که احساس نکنند دست‌تنها هستند؛ هرچند که کار زیادی نمی‌توانستند بکنند؛ ولی همین که حضور داشتند و حداقل کارهای اولیه بیمار را انجام خیلی کمک بود. هرکسی به‌وسع خودش، یکی غذای گرم خانگی می‌آورد، یکی آب‌میوه، یکی شیرینی می‌گرفت، یک کسی نقاشی می‌کشید به کادر پرستاری و درمانی هدیه می‌کرد و این‌ها روی پرسنل ما خیلی تأثیرگذار بود. من آدم‌های بسیاری را هم دیده بودم که جرئت نمی‌کردند از پیاده‌روی بیمارستان امام عبور کنند و می‌ترسیدند مبتلا شوند، بعضی از تجهیزات درمانی را که بعضی از شرکت‌ها برای ما می‌آوردند می‌گفتند بیا بیا این طرف خیابان از ما تحویل بگیرید! حتی وقتی من به وزارت بهداشت می‌رفتم وقتی می‌فهمیدند من از بیمارستان امام آمدم خواهش می‌کردند من از در داخل نشوم و از آن‌ها فاصله بگیرم!

فکر کنید با این وضعیت همکاران ما در بخش‌های کرونا حضور پیدا می‌کردند و بالاسر بیماری بودند که مرتب سرفه می‌کند و مشکلات تنفسی دارند باید بروند و آن‌ها را درمان کنند.

مشکلات عدیده‌ای داشتیم از جمله اینکه

نیاز به اکسیژن داشتیم، اکسیژن معمولی که داشتیم پاسخگوی بیماران ما نبود چون آن‌ها اکسیژن با درصد بالاتری می‌خواستند که اکسیژن‌سازهای ما آن درصد را نمی‌توانست تأمین کند، لوله‌کشی‌های ما جواب نمی‌داد. یکی از کارهایی که باید می‌کردیم این بود که باید لوله‌کشی اکسیژن را مجدد انجام بدهیم و مجبور بودیم منبع اکسیژن‌های مایع خریداری کنیم و نصب کنیم و این کار بزرگ تأسیساتی بود که در همان ماه‌های اول انجام دادیم و منابع بزرگ اکسیژن ۳۰ تنی را خریداری کردیم که هم خرید آن‌ها خیلی هزینه‌بر بود و هم اکسیژنی که ما خریداری می‌کردیم ما ماهی ۱ میلیارد تومان اکسیژن خریداری می‌کردیم که ماه‌های آخر گران‌تر هم شده بود و بودجه‌های زیادی که برای تأمین آن‌ها لازم بود و این‌ها را باید از شهرستان بار می‌زدند و به ما می‌رساندند. تیم تأسیساتی ما گاهی شب تا صبح بیدار می‌ماندند تا اکسیژن به‌موقع برسد و نگذارند یک لحظه این اکسیژن با فشار بالا قطع شود.»

چیزی نمانده بود کرونا کمرمان را بشکند

دکتر آرش انیسیان، رئیس بیمارستان ابن‌سینا تهران از روزهای ابتدایی شیوع کرونا و چگونگی مقابله با این ویروس برایمان می‌گوید: «سالی که گذشت برای مردم و مراکز درمانی سالی سخت و پرتنش و پراکنجه بود. لحظاتی در این سال کرونایی احساس می‌کردیم دیگر هیچ گریزی نیست و مدیریت برایمان بسیار سخت و پیچیده بود. از وحشتی که مردم داشتند، نبود تخت، نبود امکانات حفاظتی برای پرسنل. قیمت تجهیزات پزشکی هم سرسام‌آور بالا رفته بودند آن هم در بدترین شرایط اقتصادی و بدترین زمان سال برای کارفرمایان بیمارستان‌های خصوصی و شریاطی که برای وصف آن لازم است ساعت‌ها صحبت کنیم. قبل شیوع کرونا ما در آمادگی آخر سال بودیم برای پرداخت مطالبات پرسنل

از طرفی اعتبار بخشی بیمارستان باید انجام می گرفت. در این بحبوحه، بسته و گریخته می دیدم که بیمارانی می آیند و علایمشان، علایم بیماری آنفلوآنزا است؛ ولی اصلاً به درمان جواب نمی دهند و سیر بیماری هم سیر آنفلوآنزا نیست. مشکوک بودیم به این بیماری. بیماران در آی سی یو بستری می شدند. پرسنل ما هم آنفلوآنزای سختی می گرفتند و نمی دانستیم که دلیلش چیست و برایمان عجیب بود.»

وی درباره وضعیت بحرانی تأمین تجهیزات مراقبتی تحت تأثیر شیوع کرونا می گوید: «متأسفانه قبل از کرونا با مشکلات جدی اقتصادی روبه رو بودیم و چند سالی تعرفه های درمان متناسب با تورم بالا نرفته بود و در مضیقه شدید مالی بودیم و به سختی هزینه های عیدی و پاداش را جمع کرده بودیم تا اینکه اواخر بهمن ماه اعلام اپیدمی کرونا شد، ترس و وحشت خاصی ایجاد شد و مراجعات بیشتر و بیشتر شد و دریافتیم با چه چیزی روبه رو هستیم و تمهیداتی وضع کردیم. از همان دقایق اول اعلام خبر شیوع کرونا ماسک و گان و لباس نایاب شد و قیمت ها به شدت بالا رفت، الکل های تقبلی زیاد شدند و در کمتر از ۱۵ روز وضعیت بسیار وخیمی بر کشور حاکم شد و ماسک ۳۶۰ تومانی را به قیمت ۲ و ۳ هزار تومان هم پیدا نمی شد. در اسفند ماه روزی ۱۰ تا ۱۵ میلیون تومان فقط تجهیزات حفاظتی برای پرسنل تهیه می کردیم. مدیریت این وضعیت به شدت سخت بود. پرسنل بیمارستان به کرونا مبتلا می شدند و باید برایشان نیروی جدیدی جایگزین می کردیم که این کار هم نیازمند منابع مالی بود.»

دکتر انیسیان به وضعیت عمومی بیمارستان قبل و بعد شیوع کووید ۱۹ اشاره و عنوان می کند: «ما فقط بعد از کرونا با بحران سلامت روبه رو نبودیم بلکه با بحران شدیدی اقتصادی کشور و بخصوص در بخش درمان، افزایش نیافتن تعرفه های پزشکی بود که جوابگوی هزینه های ما نبود. بابت پرسنلی که در شرایطی سخت کار می کردند باید اضافه پرداختی می دادیم و متأسفانه حتی یک ریال هم دولت و نهادهای دیگر به

بخش خصوصی کمک نکردند.

باید بگویم قبل از شیوع کرونا، کادر درمان به شدت مورد هجوم رسانه ها بودند بخصوص در رسانه ملی. جامعه پزشکی مورد توجه نبود ولی بعد از کرونا همه متوجه اشتباه خود شدند. اما باز هم در زبان قدرشناس شدند ولی در عمل هیچ اقدامی مثبتی صورت نگرفت. سازمان امور مالیاتی با تیغ برنده تر به پزشکان لطف کرد و مالیات های چند برابری گرفت. هیچ کس از جمله بانک ها مهلتی برای پرداخت اقساط ندادند. جز در کلام، قدمی از دولت برای حمایت و کمک ندیدیم.

ما کمیته های بیمارستانی و جلسات مدیریتی برگزار کردیم. همه دوستان را در رابطه با پروتکل ها و شرایط پیش رو توجیه کردیم. می دانستیم کرونا علاوه بر پیامدهای سلامتی، پیامدهای اقتصادی برایمان باقی خواهد گذاشت و راه های مقابله با این شرایط و کنترل استرس را مطرح کردیم. از همه مدیران خواستیم حضور دائمی داشته باشند و برای ایام نوروز از همکاران خواستیم از محدوده شهر خارج نشوند و به مدیریت اوضاع و رسیدگی به بیماران کمک کنند. در ادامه به سرعت و در کمتر از چند روز اورژانس خاکستری مختص کرونا ساختیم، کلینیک ۱۵۰ متری برپا کردیم که واقعاً شاید به جرئت یکی از افتخارات ما بدون کمک دولتی و در بدترین شرایط مالی بود و از اسفند ماه ۹۸ تاکنون حدود ۷۰ هزار نفر از این کلینیک خدمات دریافت کرده اند.»

رئیس بیمارستان ابن سینا با تأکید بر اینکه پرسنل بیمارستان با همه توان و با روحیه ای مضاعف به کار رسیدگی و درمان بیماران مشغول بوده اند، خاطرنشان می شود: «انتظار داشتیم پرسنل همه مثل بقیه مردم وحشت زده شوند؛ ولی اصلاً این گونه نشد. کادر درمان ما نه تنها ترک کار نکردند حتی برای یک جلسه هم غیبت نداشتند و جا دارد از آن ها تقدیر کنیم. روزی های نخست را با سختی گذراندیم و آرام آرام مسلط شدیم به وضعیت. در پیک دوم تعداد مراجعات به شدت افزایش یافت و روزانه بیش از ۳۰۰ نفر را در کلینیک مختص بیماران کرونایی ویزیت می کردیم. تخت های زیادی به

بیماران اختصاص دادیم و هم زمان با مراجعه مردم با علایم شدید، پرسنل ما هم مبتلا شدند. پیک سوم با شروع پاییز آغاز شد و واقعاً چیزی نمانده بود که کمرمان را بشکنند. تعداد مراجعان به شدت زیاد بود و ما پاسخگوی همه نبودیم. پزشکان ما در ۱۲ ساعت ۱۵۰ بیمار را ویزیت می کردند. واقعاً همه بیمارستان ها تکمیل ظرفیت بودیم ولی باین حال نهایت همدلی بین بیمارستان ها بود.»

وی با انتقاد به کمبودها همچون کمبود تخت آی سی یو، دستگاه اکسیژن ساز و... به روزهای سختی که پشت سر گذاشته اند اشاره می کند: «روزهای کمبود تخت آی سی یو روزهای سختی بود. بیمارانی را می دیدم با وضعیت بسیار بعد، ولی تخت خالی نداشتیم. دستگاه های اکسیژن ساز جوابگو این همه استفاده را نداشت. متأسفانه قیمت اکسیژن سرسام آور بالا رفت. با افزایش قیمت ارز، تأمین دارو بسیار سخت باشد. باید بگویم بدترین شرایط ما در ایام پیک ها بود که حتی دارو هم نایاب می شد. در پیک ها، تعداد پرسنل مبتلا به کووید هم افزایش می یافت و مجبور بودیم پرسنل دیگری جایگزین کنیم و کسی هم نبود بنابراین با بار مضاعفی روبه رو می شدیم. با این وضعیت، کسی نمی توانست مرخصی برود و فشار کاری به شدت بالا رفت. در پیک دوم و سوم ۱۰ درصد از پرسنل مان را به خاطر ابتلا در اختیار نداشتیم.»

به گفته دکتر انیسیان دستکم ۲۰ درصد از پرسنل و کادر درمان بیمارستان ابن سینا مبتلا به کرونا شده اند. وی در تشریح این موضوع می گوید: «حداقل ۲۰ درصد از پرسنل ما مبتلا شدند. پزشکان ما در بخش کرونا هم مبتلا شدند و دو نفر از آن ها تا پای مرگ رفتند. یکی از سوپروایزهای ما در پیک دوم جانش را از دست داد. مدت کوتاهی روحیه همکارانم افت کرد و البته توانستیم آن ها را ریکاوری کنیم. در مجموعه بیمارستان ما ۱۵۰ نفر درگیر کرونا شدند. باید بگویم تلخ ترین خاطره من در این ایام، دیدن دوستان و همکارانم روی تخت بیمارستان بود. روزهای تلخی را سپری کردیم. می دیدیم که کار زیادی از دستان بر نمی آید و باید منتظر

باشیم که آیا همکارانم می توانند به زندگی برگردند، انسان هایی که ماه ها در ایام سخت کرونا دستمان را گرفته اند. می ترسیم که مبادا آن ها را از دست بدهیم.»

وی در پایان به مسئولان و مدیرانی که قرار است روزی بر صندلی ریاست بیمارستان ها تکیه بزنند، توصیه هایی دارد: «توصیه به همکارانم این است مهم ترین سرمایه ما انسان های متخصص و علاقه مند و مسئولی هستند که وظیفه شناس هستند. در این بحران اگر نیروی انسانی متخصص و متعهد و پراکنده نداشتیم، نمی توانستیم مدیریت خاصی داشته باشیم. مهم ترین رکن در مدیریت بحران نیروی انسانی متخصص و متعهد است. من به مدیران بعدی توصیه می کنم قدر نیروی انسانی متخصص و متعهد را بدانند و به آن ها در هر شرایطی اعتماد کنند.»

دولت در روزهای سخت کرونایی ما را تنها گذاشت

دکتر علیرضا صفایی، رئیس بیمارستان توس تهران درباره وضعیت بیمارستان و استعفای برخی از پرسنل در روزهای ابتدایی شیوع کرونا می گوید: «در ابتدای ورود کرونا مردم و حتی برخی از پرسنل بیمارستانی از آن وحشت داشتند. برخی از پرسنل خانم به دلایلی همچون بچه دار بودن یا فشار اعضای خانواده یا مرخصی گرفتند یا اینکه استعفا دادند. یادم نمی رود یکی از نیروهایی که به تازگی در قسمت حسابداری استخدام کرده بودیم و روز اول کارش مصادف با اعلام شیوع کرونا بود؛ با بیمارستان تماس گرفت و گفت که از کار در بیمارستان منصرف شده است. یا اینکه از شرکت هایی که تجهیزات پزشکی می خریدم، راننده ها داخل محوطه بیمارستان نمی آمدند و با این حجم از ترس و نگرانی باید وضعیت را مدیریت می کردیم.»

وی در ادامه و با اشاره بر اینکه نایاب شدن تجهیزات پزشکی وضعیت بغرنجی را برایشان به وجود آورده بود، می افزاید: «نایاب شدن ماسک و دست کش و الکل فشار مالی

بسیار سنگینی داشت. حساب کنید ماسکی که زیر ۵۰۰ تومان می خریدیم، حتی به قیمت ۴ هزار تومان هم پیدا نمی شد. باید بگویم کشور ما به نسبت همه کشورهای دنیا ضربه بیشتری از کرونا خورد به این دلیل که تحریم بودیم و این تحریم عوارض بسیار بدی برای تهیه تجهیزات پزشکی و بیمارستانی به جای گذاشته بود.

حتی برخی از کسانی که قرار بود برای معاینه و چکاپ مراجعه کنند یا آنهایی که همچنان تحت مداوا بودند از ترس ابتلا به بیمارستان نیامدند و عوارضش جای دیگری نمود پیدا کرد. در این حال بسیاری از بیماران شهرستانی و حتی خارجی به خاطر این وضعیت مراجعه ای نکردند و ما با یک چالش شدید اقتصادی هم روبه رو شدیم. کرونا تأثیر بدی بر وضعیت ما گذاشت ما روزانه دست کم ۵ میلیون تومان فقط برای خرید ماسک و دست کش و الکل برای حفاظت از پرسنل بیمارستان هزینه می کنیم که بار مالی زیادی بر دوش ما گذاشته است.»

به گفته دکتر صفایی یک نکته مهم این است که معمولاً بیمارستان ها از اواسط اسفندماه تا اواخر فروردین ماه به شکل نیمه تعطیل درمی آیند و این فرصت خوبی بود که پرسنل ما کمی از زیر فشار مراجعات اسفندماه فارغ شوند و پیک اول را پشت سر گذاشتیم. اما اشتباهی که صورت گرفت و نوعی اهمال کاری بشمار می رود آزاد شدن فعالیت های اجتماعی و اقتصادی و سفرها و مراسم بود که ما را با پیک دوم روبه رو کرد. این پیک سنگین تر از پیک قبلی بود. در این مدت ۱۰ درصد از پرسنل ما دیگر سرکار نیامدند، استعفا دادند و دیگر حاضر نشدند که در این وضعیت کار کنند. اما پیک سوم را باید شدیدترین پیک بشمار بیاوریم چراکه بیشترین مراجعات در این برهه بود. ما به دلیل اینکه فضای تفکیک پذیری نداشتیم نتوانستیم فضای زیادی را برای بستری بیماران کرونایی به کار بگیریم ولی

به طور سرپایی بسیاری از مراجعان را پذیرش کردیم.»

دکتر صفایی از تسهیلات و امتیازاتی که ستاد مقابله با کرونا و دولت برای بخش خصوصی در نظر گرفته بود ابراز گلایمندی می کند و می گوید: «ما در این شرایط به شدت در تنگنای مالی قرار داریم و افزایش تعرفه های پزشکی تنها ۱۳ درصد است که با تورم موجود اصلاً هم خوانی ندارد و برخی از بیمارستان های خصوصی باتوجه به این موضوع، مجبور به تعدیل نیروهای خود شده اند. قرار بود تسهیلاتی با سود ۱۲ درصد به بیمارستان ها و مراکز درمانی بخش خصوصی تخصیص داده شود؛ ولی آن قدر موانع و سنگ اندازی می شود که ما در طول این چند ماه نتوانسته ایم این تسهیلات را دریافت کنیم و چاره ای نداریم به جای خرید تجهیزات جدید، تجهیزات فرسوده بیمارستان را بازسازی کنیم. باین وجود یعنی تحریم ها و بالا رفتن غیرمنطقی نرخ ارز که بر کالاهای تأثیر گذاشته است، نمی توانیم بسیاری از قطعات دستگاه های مورد استفاده مان را تأمین کنیم.»

وی درباره اینکه چند درصد از پرسنل و کادر درمانی بیمارستان توس به کرونا مبتلا شده اند، می گوید: «تقریباً بین ۱۵ تا ۲۰ درصد از همکارانم در این یک سال به کرونا مبتلا شده اند و یکی از سوپروایزهای بسیار خوب ما هم از دنیا رفت. تداوم این بیماری باعث شده همکاران ما چه از نظر جسمانی و چه روحی و روانی به شدت ضعیف شوند. حساب کنید هر روز با لباس های حفاظتی و شیلد و ماسک و دست کش باید ساعت ها بر بالین بیماران باشند و نوشیدن چای و استفاده از سرویس بهداشتی با مشکلات خاص خودش همراه هستند. از طرفی این نگرانی برای آن ها وجود دارد که ناقل بیماری نباشند و خانواده خود را مبتلا نکنند. همین تصورات و افکار روح و روان آن ها را شکننده می کند.»

گفت‌وگو با دستیاران فداکاری که سالی بسیار سخت پشت سر گذاشتند

سخت‌ترین تصمیم زندگی من!

گویش شعاعی

در این گزارش می‌خواهیم به نقش دستیاران تخصصی بپردازیم که آن چنان باید و شاید به نقششان در مراقبت از بیماران کرونایی پرداخته نشده است. رزیدنت‌هایی که تجربه‌ای غیرقابل‌پیش‌بینی را در طول سال‌های دستگیری تجربه کرده‌اند. سالی سخت و پرمشقت که حتماً تجربیات و حال و هوای روزهای پیک‌های اول و دوم و سوم و سختی‌هایی را که تحمل کرده‌اند، شنیدنی است.

روزهای تمام‌نشدنی کرونا!

دکتر علی شهریاری، رزیدنت سال چهارم تخصص بیهوشی بیمارستان الزهراء اصفهان است. او از دورانی که کرونا در کشور شیوع پیدا کرد و حال و هوای بیمارستانی که دوره دستگیری‌های می‌گذراند، برایمان می‌گوید: «ابتدا که کرونا آمد، آمادگی لازم را نداشتم. از طرفی گاهی اگر بیماری بستری می‌شد یا مشکوک بود، می‌گفتند کرونایش قطعی نیست؛ چون تست‌ها آن زمان کامل نبود و اصلاً تستی وجود نداشت. نمونه‌ها گرفته و فرستاده می‌شد و سردرگمی بود و این سردرگمی هم به کادر درمان و هم به پرسنل خدماتی وارد می‌شد؛ ولی نهایت پذیرفتند که کرونا وجود دارد. اول کار مشکلاتی که وجود داشت در قسمت پشتیبانی و تجهیزات ایمنی و قسمتی هم درباره برنامه‌ها بود و یکی هم مربوط به قسمت آموزش ما می‌شد. در تجهیزات مشکلات وجود داشت؛ چون اولاً پروتکل محافظتی منسجمی نبود؛ چراکه اظهار نظرهایی زیادی وجود داشت. بعضی‌ها می‌گفتند یک ماسک جراحی برای پیشگیری کافی است، برخی می‌گفتند ماسک N 95 کافی است و عده‌ای هم می‌گفتند دو ماسک با هم و همه این‌ها هم در دسترس نبود و پروتکل مشخصی وجود نداشت.

پرستاران و پزشکان در یکی دو ماه اول تا وضعیت سامان پیدا کند خودشان مجبور شدند تجهیزات ایمنی و لباس و کاور و شیلدر را با هزینه شخصی خریداری کنند و بعد از مدتی تقریباً ساماندهی شد که چطور این لوازم را تحویل بگیرند. یعنی تقریباً از آن اضطراب اولیه

که بیماری شناخته شده نبود و نحوه مقابله با آن هم خیلی قطعی نبود، یک مقداری آرامش نسبی در این قسمت حکم فرما شد.»

دکتر شهریاری درباره اینکه یک سال گذشته در زمینه دستگیری به چه میزان با سال‌های قبل دستگیری متفاوت بوده، می‌گوید: «زمانی که بیمارستان ما مرکز کرونا شد و همه بخش‌های آن به بیماران کرونا تخصیص داده شد، تعداد آی‌سی‌یوها به ۹ افزایش پیدا کرد؛ ولی تعداد دستیارها افزایش پیدا نکرد و همان تعداد دستیار بود. از طرفی آن آبخار آموزشی که وجود داشت برداشته شد، در بیمارستان‌های دانشگاهی به صورت آبخار آموزشی یعنی آنترن، رزیدنت، رزیدنت سال بالاتر، و بعد استاد بود؛ ولی وقتی که سانتر کرونا شد، گفتند آبخار آموزشی دیگر وجود ندارد و هرکسی مسئول کار خودش است و کارهایی که به او واگذار می‌شود، باید خودش انجام بدهد. کار نظارتی بیشتر شد، چون هم تعداد بیمار بیشتر شده بود و هم بیمارستان پرکارتر از قبل. کار چندین برابر و سخت‌تر شد، چون باید لوازم حفاظتی می‌پوشیدیم و نمی‌شد هر دفعه آن‌ها را درآورد و دوباره پوشید؛ چون خطر ابتلا را بالاتر می‌برد. به طور کلی هم از نظر مسئولیتی کار سخت‌تر شده بود؛ به این دلیل که بیماران بدحال‌تر بودند و هم سخت‌تر شده بود از نظر حجم کار و پوششی که بایستی برای این همه بیمار انجام می‌دادیم با همان تعداد رزیدنت که مجبور بودیم علاوه بر شیفت‌های موظفی که آموزش برای ما پیش‌بینی کرده بودند، کشیک‌های اضافه‌تر هم بایستیم. یعنی آن قدر

بایستیم که جایی خالی نماند. گاهی ۲۴ ساعت و گاهی پیش آمده که دوستان تا ۷۲ ساعت مجبور شدند که در بیمارستان بمانند.» این رزیدنت بیهوشی عنوان می‌کند: «بیشترین سختی را در پیک سوم داشتیم؛ یعنی پیک اول به خصوص بیمارستانی که ما کار می‌کردیم، پیک اول و دوم خیلی ملایم‌تر و بهتر بود. ولی پیک سوم اصلاً باورنکردنی بود. بیمارستان در هفته اول حدود ۶۵۰ تختش پر شد و در طی ۱۰ روز آی‌سی‌یو پر از بیمار شد و پیک سوم از نظر روحی و کاری و مرگ‌ومیر خیلی ناراحت‌کننده‌تر و پرفشارتر بود. همه رشته‌ها به نوعی درگیر شدند؛ ولی بعضی رشته‌ها به خاطر وظیفه ذاتی‌شان مجبور بودند که بیشتر درگیر شوند حالا مانند بیهوشی، عفونی، داخلی و سختی کار ما این بود که ما نمی‌توانستیم از رشته‌های دیگر کمک بگیریم. همکاران رشته پوست و اعصاب به کمک رشته‌های داخلی عفونی می‌توانستند بروند؛ ولی کار ما چون خاص بود، یعنی برای لوله‌گذاری و کارهایی که مربوط به بیهوشی است، چیزهایی نبود که مدیکال باشد و رشته‌های دیگر آموزش دیده باشند و علی‌رغم تمایلشان کمتر می‌توانستند به کمک ما بیایند؛ بنابراین ما هرچقدر کارمان زیاد می‌شد، باید با همین تعداد پوشش می‌دادیم.»

وی گلایه‌هایی هم از وزارت بهداشت و درمان به خاطر نوع نگاهی که به پزشکانی که دوره دستگیری را می‌گذرانند، دارد. «نگاه وزارتخانه به دستیارها، نگاه نیروی کار است تا نیروی آموزشی و نیروی کار بودن در اینجا

بوده که خیلی دوست ندارد لحظات آخر خیلی به زور نگه داریش. این گفته‌ها و اینکه بیمارتان از بازگشت به زندگی و زنده ماندن ناامید شده است، بسیار غم‌انگیز و تلخ است.»

ساعت سخت برای انتخاب نامزدان مرگ

یک دسته از رزیدنت‌هایی که بیشترین تلاش را در کنترل یا رسیدگی به بیماران مبتلا به کرونا داشتند بی‌شک رزیدنت‌های بخش اورژانس هستند که در خط مقدم و پیشانی مواجهه با این ویروس بوده و هستند. دکتر محمدرضا اسدالهیان، رزیدنت طب اورژانس بیمارستان الزهرا در بیان تجربه یک سال کرونایی و چگونگی پشت سر گذاشتن پیک‌های خطرناک به ما می‌گوید: «مشکل ما به‌عنوان طب اورژانس و کامل‌تر آن عنوان جهانی آن طب اورژانس و مراقبت‌های انسانی، عملاً خط اول تخصصی همه بیماران اورژانسی است. برای همین در همه بحران‌ها از دلایل طبیعی، سیل، زلزله، انفجار، جنگ، کشتارهای دسته‌جمعی و پاندمی‌ها و سایر مسائل، اولین گروه از پزشکان متخصصی که درگیر ماجرا هستند پزشکان طب اورژانس هستند. این بحثی است که در زمان انتخاب رشته برای همکاران من عنوان شد، بنابراین هرکسی این رشته را انتخاب می‌کند، خودش را برای چنین روزهایی آماده کند، شاید هر صد سال یک بار، هزار سال یک بار چنین اتفاقاتی بیفتد؛ ولی اگر این آمادگی نباشد، قطعاً عواقب بدی را ایجاد خواهد کرد.

در روزهای اول شیوع ویروس، با ویروس ناشناخته‌ای روبه‌رو بودیم و هیچ‌کدام از ما تجربه چنین شرایطی را نداشتیم، حتی کسانی که اساتید ما بودند؛ مگر کسانی که زمان جنگ بودند و در زمان جنگ طبابت کردند و در مناطق عملیاتی بودند، غیر از آن‌ها کسی دیگری تجربه چنین اقداماتی را نداشت. جسته‌وگریخته پزشکانی بودند که در زلزله بم یا کرمانشاه حضور داشتند؛ ولی باز هم آن‌ها هیچ‌کدام به اندازه کرونا دامنه‌دار و وسیع نبود. این باعث شد که در اوایل یک ترس و وحشت توأم با سردرگمی برای همه ما ایجاد بشود،

و هشت صبح که سر بیمار می‌رفتیم. ساعت پنج، شش بعدازظهر ناهار می‌خوردیم باز شش عصر می‌رفتیم تا شب درگیر مریض‌ها بودیم.» اما خاطره‌ای که برای دکتر وکیلان به شدت تلخ و دردناک است، ازدست‌دادن پدر است که به‌خاطر تصادف و ابتلا به کرونا در بخش آی‌سی‌یو بیمارستانی که کار می‌کند، بستری شد و پس از چند روز مقاومت در برابر کرونا، برای همیشه چشمانش را بست. «پدرم چند روزی در خانه بستری بود و یک‌باره دچار نفس تنگی خیلی شدید شد. این قدری که دست مرا گرفته بود که نیروی جایی نفسم دارد بند می‌آید. آن صحنه‌ها که مجبور شدم پدرم را در بیاورم و همان آی‌سی‌یو را که خودم کار می‌کردم و شیف‌ت می‌دادم، فراموش نمی‌کنم. این دوران اوج تلخی کارم است. از ۱۶ فروردین پدرم یکی از بیماران خودم بود. آدم سالم ۶۷-۶۸ ساله که حدود یک ماه قبل با هم کوه می‌رفتیم، حالا با مرگ دست‌وپنجه نرم می‌کرد. پدرم شب اول ماه مبارک رمضان و مقابل چشمان خودم از دنیا رفت. این بدترین تجربه زندگی کاری‌ام بود که نتوانستم با بهتر است بگویم هیچ کاری از دستم برنمی‌آمد.» وی در ادامه به سختی‌هایی که در ساعات طولانی شیف‌ت در بخش بستری‌شدگان کرونایی گذرانده، می‌پردازد: «شیف‌های ۲۴ ساعته واقعاً سخت است و تحمل آن با لباس‌های مخصوص و شلید و ماسک برای خیلی‌ها غیرقابل‌درک است. در برهه اول اگر پزشک نبودم و به من می‌گفتند ۲۴ ساعت با چنین تجهیزاتی باید در بخش عفونی کار کرد، می‌گفتم مگر می‌شود با ۲۶ مریض که بدترین شرایط را دارند و به‌زور دستگاه نفس می‌کشند، یک جا ماند. این چیزی نیست که هرکسی به آن تن بدهد. واقعاً شرایطی نیست که کسی بتواند آن را درک کند.» دکتر وکیلان در پایان از تجربیات تلخی که چندین بار با آن‌ها روبه‌رو شده، برآیمان می‌گوید: «شاهد بودم برخی از مریض‌هایی که با ما راحت‌تر بودند، این صحبت را می‌کردند که ما را خیلی اذیت نکنید یا اگر دیدید بهتر نمی‌شویم، روند مراقب را خیلی ادامه‌دار نکنید یا همراه مریض به ما می‌گفت پدر من این‌طوری

خودش را خیلی خوب نشان داد و فشار آورد که این همه کار به دستیارها واگذار شود و ما موظف بودیم که کشیک بدهیم و اگر کسی از رزیدنت‌ها کرونا می‌گرفت، کشیک‌های او را هم پر کنیم و جالب است آن کسی که کرونا گرفته بود، برمی‌گشت و باید کشیک‌هایی را که نبوده، جبران می‌کرد. این نگاه باید عوض شود که دستیار آمده که کار کند؛ مثلاً آبشار آموزشی تعطیل شد، اگر دو نفر بودیم باید ۲۰ بیمار را اداره می‌کردیم؛ اما اگر یک نفر هم می‌شدیم باید آن ۲۰ بیمار را اداره می‌کردیم و اینجا هم به بیماران آسیب وارد می‌شد و هم به رزیدنت‌ها آسیب وارد می‌شد و رزیدنت آمده که آموزش ببیند درست است که کار می‌کند، ولی نیروی کار نیست و حقوقی هم نمی‌گیرد و بیمه عمر هم نیست و اگر اتفاقی برای آن‌ها می‌افتاد و شهید محسوب‌شدن هم مشکلات خودش را داشت.»

و پدرم جلوی چشمانم رفت

مشهد هم مانند کلان‌شهرهای دیگر به شدت درگیر مقابله به ویروس کووید ۱۹ بود. بیمارستان‌های این شهر همچون بیمارستان امام رضا به‌طور تمام ظرفیت، مبتلایان به کرونا را پذیرش می‌کردند و این در حالی بود که در پیک سوم بسیاری از بیمارستان‌ها دیگر گنجایشی برای بستری مبتلایان را نداشتند. دکتر امیررضا وکیلان، رزیدنت ارشد بیهوشی بیمارستان امام رضای مشهد در توصیف وضعیت آن روزها به ما می‌گوید: «آن ابتدا تجهیزات کامل نداشتیم سعی می‌کردیم پروتکل‌ها را رعایت کنیم و لباس‌های فضایی یک‌تکه را بپوشیم. ماسک و شیلد بزنیم و عینک بزنیم ولی برای یک شیف‌ت ۲۴ ساعته بیمارستان مجبور بودیم یک لباس داشته باشیم. در آن شرایط که اگر در یک ساعت آن لباس را بپوشید احساس نفس تنگی می‌کنید و خیس عرق می‌شود. ما یک لباس برای ۲۴ ساعت داشتیم و این برای ما سنگین و گاهی غیرقابل تحمل بود. پشت بخش آی‌سی‌یو آبدارخانه بود. برای ناهار و شام خوردن مجبور بودیم کلاه را برداریم و دوباره کلاه را بپوشیم. به فکر خواب هم نبودیم. از ساعت هفت و نیم

حالا یکی بیشتر و یکی کمتر، نمی‌دانستیم الان این بیماری در چه مرحله‌ای است، آیا بیمارانی که به ما مراجعه می‌کنند و یا افرادی که به اورژانس می‌آیند، خیلی از آن‌ها استرس این بیماری را دارند، درحالی که مبتلا نیستند چگونه می‌شود آن‌ها را آرام کرد و چه اطمینانی می‌شود به آن‌ها داد! چون اول کار حتی تست پی‌سی‌آر و تست آنتی‌بادی نداشتیم و اگر یک نمونه مشکوک بود و علائم واضحی داشت، آن‌ها را در یک جایی جمع می‌کردند و به تهران ارسال می‌شد تا جواب آماده شود و البته یک هفته‌ای طول می‌کشید تا جواب مشخص شود و در این یک هفته این آدم هم خودش از نظر روحی و جسمی خیلی اذیت می‌شد و هم خانواده و اطرافیانش. الحمدلله هرچه آرام‌آرام جلوتر آمدیم، دانش و معلومات ما بیشتر شد و دستگاه‌ها و گیت‌ها و آزمایشگاه‌ها همراهی‌شان بهتر شد و قانونمندتر توانستیم با این داستان مبارزه کنیم و با آن زندگی کنیم.»

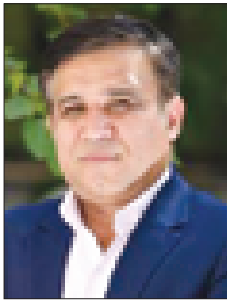
دکتر اسدالهیان با اشاره به افزایش بسیار زیاد ساعات حضور در بیمارستان آن هم در بخش‌هایی که بیشترین آلودگی و خطر را دارد، به بحث آموزشی می‌پردازد و عنوان می‌کند: «یک بحث هم ساعات حضور ما در بیمارستان است. عملاً وظیفه ما یک چیزی بین استاد و سایر رزیدنت‌های سال پایین است، یعنی ما استاد کامل نیستیم از آن طرف رزیدنت ساده هم نیستیم، یک چیز بینابینی هستیم که حدود ۶۰ تا ۷۰ درصد حضورمان در بیمارستان باید به مطالعه بگذرد، مقاله و کتاب خواندن و ۳۰ درصد هم روی کار رزیدنت‌های سال پایین نظارت کنیم یا برای آن یک کلاسی بگذاریم و توضیحی بدهیم؛ ولی عملاً سال آخر کار ما قضیه برعکس شد و ما مجبور شدیم عین رزیدنت‌های سال یک، ۲ و ۳ شروع به کارکردن کنیم چون نیرو نبود. این باعث شد نه تنها رشته ما بلکه رشته‌های عفونی، داخلی و جراحی هم عملاً سال آخرشان از سال قبلشان سخت‌تر شود چون روند رزیدنتی در کشور ما این است که سخت‌ترین سال، سال اول است و راحت‌ترین سال، سال آخر است اما این دقیقاً برعکس شد.»

دکتر اسدالهیان درباره پرداخت کارانه یا پاداش و اضافه حقوق در ایام کرونا ضمن گلایه کردن از این موضوع که هیچ اضافه حقوقی دریافت نکرده‌اند، یادآور می‌شود: «کلاً هیچ

رزیدنتی اضافه دریافتی نداشت، متأسفانه اقسار رزیدنت ما از همه رشته‌ها سال‌های سال است که به‌نوعی در سیستم استفاده ابزاری می‌شوند و آنها با کمترین حقوق بیشترین کار را انجام می‌دهند. رزیدنت‌ها در کشور ما اصلاً حقوق ندارند. حتی بیمه هم نیست، ما بیمه تأمین اجتماعی هم نداریم حتی بیمه مسئولیت اختیاری که اگر اشکالی برای درمان بیمار پیش آمد می‌رویم دادگاه دیه بدهیم، آن را هم خودمان در دوره رزیدنتی پرداخت می‌کنیم، الان حقوق رزیدنتی برای مجردها حدود ۲ میلیون و برای متأهل‌ها حدود دو میلیون و چهارصد هزار است، یعنی پزشکی که سال آخر تخصص جراحی است با آن تعهداتی که دارد و جای دیگری هم نمی‌تواند کار کند، این اندازه می‌گیرد، بیمه ندارد، بازنشستگی و سنوات هم ندارد و بیمه مسئولیتش را هم خودش باشد.»

وی درباره وضعیتی که در دوران پیک سوم به آن دچار شده بودند و فشارهایی که برای نجات جان مبتلایان به کرونا تحمل کرده‌اند، چنین می‌گوید: «پیک سوم به نظر من تلخ‌ترین حادثه دوران کاری و تحصیل من است، از سال ۸۵ تا به امروز، حدود ۱۵ سال مدام در سیستم بودم، یا کار کردم، یا کشیک دادم یا تحصیل یا تدریس کردم، از شمال تا جنوب کشور کار کردم و در کل ایران کار کردم و تلخ‌ترین اتفاق پیک سوم بود به‌خاطر اینکه ما با موج عجیب و شدیدی که یک‌دفعه می‌آید و ساحل را می‌شوید و با خودش می‌برد، روبرو شدیم درحالی که دیگر امکانات نداشتیم، امکانات فیزیکی و حفاظت فردی بود، ماسک و دستکش بود، امکانات دارویی نداشتیم، ساده‌ترین و ابتدایی‌ترین و مهم‌ترین داروی بیمار اکسیژن است، حتی بیمارستان‌های بزرگ و دانشگاهی ما با افت اکسیژن مواجه می‌شوند، هیچ‌وقت یادم نمی‌رود یکی از کشیک‌های آی‌سی‌یو ما در استان لرستان با اینکه ۵ برابر ظرفیت روزهای آتی اکسیژن پیش‌بینی شده بود ولی آن‌قدر تعداد بیماران در آی‌سی‌یو زیاد بود که مرکز دچار افت اکسیژن شده بود، یعنی اکسیژن نمی‌آمد وقتی اکسیژن دستگاه افت کند، آلارم می‌دهد و عملاً کارایی ندارد؛ یعنی مریض تنفس نداشت و اکسیژن هم نبود که به او بدهند. از پرستارهای شیفت صبح که داشتند شیفت را

تحویل می‌دادند خواهش کردیم که بمانند، پرستار شیفت عصر هم آمدند و هر دو پرستار بالا سر یک بیمار بودند و هر پرستار بالای سر یک مریض شروع کردند به آمبوبگ دادن یعنی با دست کیسه‌های اکسیژن را فشار می‌داد تا دستی اکسیژن تأمین شود. درعین حال تعدادی از مردم از خانه‌هایش کپسول آوردند و یک تعدادی کپسول از این طرف و آن طرف فراهم شد و این پروسه حدود ۳ ساعت زمان برد و در این سه ساعت هرکدام از این پرستارها داشتند در هر دقیقه ۱۲ بار این کیسه را فشار می‌دادند؛ چون اگر ۵ دقیقه این کار انجام نشود بیمار می‌میرد و طوری بود که شما احساس می‌کردید حضرت عزرائیل این طرف ایستاده و ما این طرف ایستادیم و او دارد یک آدمی را می‌کشد و ما از این طرف به‌زور داریم آن آدم را می‌کشیم و به این طرف می‌آوریم، حالا شاید تعبیر معنوی و اسلامی قشنگی نباشد ولی واقعاً یک تصویری بود و یک تمثیل است! این کار حدود ۳ ساعت ادامه پیدا کرد تا خدا را شکر مشکل اکسیژن حل شد. این آمبوبگ‌ها ضد حرارت هستند؛ یعنی حتی در حرارت بسیار بالا برای ضد عفونی آسیب نمی‌بینند و این‌قدر محکم هستند، پاره نمی‌شود؛ ولی آن روز، سه تا از این آمبوبها پاره شد. یعنی این‌قدر از آنها کار کشیده بودند! کار به یک مرحله‌ای رسید که به‌عنوان پزشک ارشدی که در آی‌سی‌یو و اورژانس بودم گفتم طبق قانون باید وضعیت قرمز اعلام کنیم و شروع کنیم افراد را از صد سال به پایین بیاوریم، چون دیگر برای این کار انرژی وجود ندارد اگر تا این ساعت کار حل شد که شد و اگر از آن ساعت به بعد هر نیم ساعت ما ۱۰ سال پایین می‌آیم یعنی اول می‌گوییم کسانی که ۹۰ تا ۱۰۰ سال هستند آف شوند، حتی اگر قلبش می‌زند دیگر چاره‌ای نیست و نمی‌توانیم برای او انرژی بگذاریم، البته این قانون کل دنیا است، نیم ساعت دیگر می‌گوییم ۸۰ سال و همین‌طور پایین می‌آیم تا به زیر ۲۰، ۳۰ سال برسیم و زیر ۲۰ سال هر تعداد مریض داریم باید آنها را هرطوری شده نگه داریم که خوشبختانه کار به آنجا نرسید. این تلخ‌ترین حادثه دوران تحصیل و کار من در این ۱۵ سال بود واقعاً من یک لحظه خود را مختار دیدم بین همه آدم‌هایی که در آی‌سی‌یو بودند باید انتخاب کنم که کدامیک از آن‌ها دیگر نفس نکشد.»



دکتر علی تاجرنیا



دکتر علی تاجرنیا معاون توسعه مدیریت و منابع سازمان نظام پزشکی:

توزیع واکسن آنفلوانزا بین کادر درمان بخش خصوصی مهمترین اولویت نظام پزشکی

مراجعه بیماران هستند و پزشکان شاغل در بخش خصوصی کمتر از بیمارستان ها در مواجهه با انواع بیماری های واگیردار قرار ندارند.

وی با اشاره به این که توزیع واکسن آنفلوانزا در سال ۹۹ از جمله اقدامات مهم و قابل توجه سازمان نظام پزشکی بود که برای اعضای آن انجام و مورد استقبال قرار گرفت؛ افزود: توزیع واکسن آنفلوانزا

دکتر علی تاجرنیا معاون توسعه مدیریت و منابع سازمان نظام پزشکی در گفت و گو با خبرنگار سازمان در خصوص اولویت های توزیع واکسن آنفلوانزا در بین کادر درمان بخش خصوصی اظهار کرد: در خصوص توزیع واکسن آنفلوانزا همکاران شاغل در بخش خصوصی و مطب ها از اولویت و اهمیت خاصی برای سازمان نظام پزشکی برخوردار بودند زیرا مطب ها اولین محل

معاون توسعه مدیریت و منابع سازمان نظام پزشکی در خصوص توزیع واکسن آنفلوانزا بین کادر درمان بخش خصوصی گفت: همکاران شاغل در بخش خصوصی نه تنها کمتر از بیمارستان ها در معرض بیماری های واگیر دار نیستند؛ بلکه حفظ سلامت آنها با توجه به تنوع بیماران و عدم آمادگی برای مواجهه با افراد مبتلا از اهمیت بیشتری برخوردار است.

بیش از همه چیز نشان دهنده ظرفیت های بالای بخش خصوصی برای کمک به وضع بهداشت و درمان کشور بود. هر سال کمتر از یک میلیون و ۸۰۰ هزار دوز واکسن آنفلوانزا برای کشور خریداری می شد که جدا از سیستم توزیع رایگان در شبکه های بهداشت برای افراد ریسک پذیر، در داروخانه ها نیز با قیمت تمام شده در اختیار عموم مردم قرار می گرفت.

وی با اشاره به این که تقریباً در هر سال میزان واکسن وارد شده مورد استفاده قرار نمی گرفت؛ ادامه داد: با توجه به همه گیری کرونا و این که پیشگیری از آنفلوانزا می توانست تبعات ابتلا به کرونا را کمتر کند؛ یک نوع تقاضای کاذب برای دریافت واکسن آنفلوانزا ایجاد شد و خیلی از کشورها نیز با توجه به پیش بینی های قبلی، درخواست خود را برای دریافت واکسن آنفلوانزا در دوران کرونا افزایش دادند.

تاجرنیا خاطر نشان کرد: با توجه به تقاضای ایجاد شده برای واکسن آنفلوانزا، سفارش وزارت بهداشت ایران مبنی بر واردات حدود یک میلیون و ۶۰۰ تا یک میلیون و ۸۰۰ هزار واکسن کافی نبود و حتی تلاشی برای افزایش این میزان تا حدود ۱۰ میلیون واکسن صورت گرفت اما در نهایت همان سفارش یک میلیون و ۸۰۰ هزار واکسن آنفلوانزا وارد کشور شد.

معاون توسعه مدیریت و منابع سازمان نظام پزشکی با اشاره به این که سیاست وزارت بهداشت بر واکسیناسیون کادر درمان بخش دولتی و مراجعان ریسک پذیر این بخش بود؛ بیان کرد: برای سازمان نظام پزشکی بخش خصوصی از اهمیت خاصی برخوردار بود زیرا همکاران شاغل در بخش خصوصی نه تنها کمتر از بیمارستان ها در معرض بیماری های واگیر دار نیستند؛ بلکه حفظ سلامت آنها با توجه به تنوع بیماران و عدم آمادگی برای مواجهه با افراد مبتلا از اهمیت بیشتری برخوردار است.

وی تصریح کرد: با دستور ریاست کل سا زمان و پیگیری شخصی ایشان؛ معاونت توسعه مدیریت و منابع سازمان مامور تهیه و توزیع واکسن آنفلوانزا برای بخش خصوصی شد که در ابتدا موضوع هزینه بر بودن این واکسن مطرح شد اما با توجه به اهمیت

سلامت کادر درمان و این که ورود به بحث اخذ هزینه می توانست تبعات دیگری بدنبال داشته باشد؛ لذا پیگیری های لازم انجام و توافق شد به میزان ۱۰۰ هزار دوز واکسن در اختیار سازمان نظام پزشکی برای همکاران شاغل در بخش خصوصی قرار گیرد.

تاجرنیا با اشاره به این که واکسن آنفلوانزا بدون هزینه و در زمان مناسب بین ۲۰۹ نظام پزشکی در سراسر کشور توزیع شد؛ اظهار کرد: برآورد ما این بود که باتوجه به تعداد دفاتر کار و مطب ها ۱۰۰ هزار دوز واکسن می تواند کافی باشد و نکته حائز اهمیت دیگر نحوه توزیع واکسن ها بود، زیرا علاوه بر رعایت زنجیره سرد باید واکسن ها در مدت زمان کوتاهی به دست هیات مدیره شهرستان ها می رسید و با اعلام آمادگی آنها توانستیم انتقال واکسن ها را هم در محل نظام پزشکی و هم در مراکز بهداشت و هماهنگی با داروخانه ها انجام دهیم.

معاون توسعه مدیریت و منابع سازمان نظام پزشکی با اشاره به این که واکسن آنفلوانزا در دو مرحله به دست سازمان رسید؛ اضافه کرد: با یک کار ضربتی و منظم و طبق پروتکل های زنجیره سرد، در کمتر از سه روز واکسن آنفلوانزا به دورترین نقاط کشور از جمله چابهار و ماکو و شهرستان های مختلف در نقاط مرزی رسید و با درایت همکاران در نظام پزشکی شهرستان ها توزیع شد.

وی با بیان این که در دوره دوم هم با هماهنگی روسای نظام پزشکی مراکز استان ها واکسن آنفلوانزا به شکل استانی توزیع شد که به سهولت در اختیار شهرستان ها قرار گرفت، ادامه داد: نهایتاً کادر درمان بخش خصوصی واکسن را دریافت کردند و با توجه به این که مجموعه کادر درمان در کشور نزدیک به ۳۰۰ هزار نفر بوده و بخش عمده ای در مراکز درمانی دولتی و بیمارستان ها این واکسن را دریافت کرده بودند، این ۱۰۰ هزار دوز واکسن به اندازه کفایت بود و از بین ۲۰۹ شهرستان فقط ۵ شهرستان تقاضای مجدد برای دریافت واکسن اضافه داشتند که با توجه به برنامه ریزی انجام شده پارت سوم هم در اختیار

آنها قرار گرفت و تمامی کادر درمان متقاضی توانستند واکسن را دریافت کنند.

تاجرنیا در خصوص نحوه توزیع واکسن آنفلوانزا در بین کادر درمان شهر تهران بیان کرد: نزدیک به ۱۶ داروخانه در سطح شهر مشخص شدند که با کمک یکی از شرکتهای پخش با برند اکسیدا توانستیم بطور آنلاین همه تقاضاها را ثبت نموده و آنها را به نزدیکترین داروخانه راهنمایی کنیم.

وی افزود: بالغ بر ۳۴ هزار دوز واکسن برای شهر تهران اختصاص داده شده بود که همه مورد استفاده قرار گرفت و تلاش شد تا باقیمانده واکسن ها در تهران و شهرستان ها به کادر درمان و بیماران ریسک پذیر اختصاص داده شود و خوشبختانه حتی یک مورد گزارش نداشتیم که واکسن آنفلوانزای توزیعی از طرف سازمان نظام پزشکی بخواهد به بازار فروش بیاید. لیست منظمی از تمام شهرستان ها داریم که به چه کسانی واکسن تزریق شده و مراحل ردیابی و نظارت بر نحوه توزیع به آسانی صورت گرفته است.

معاون توسعه مدیریت و منابع سازمان نظام پزشکی با اشاره به این که با ۱۳ لاین توزیع طبق زنجیره سرد واکسن آنفلوانزا را برای بخش خصوصی در تهران و شهرستان ها فراهم نمودیم خاطر نشان کرد: تهیه و توزیع واکسن آنفلوانزا از سوی این سازمان نماد همدلی و همکاری بوده و عوامل شرکت کننده در این کار تیمی بدون دریافت کمترین مبلغی در توزیع واکسن سهیم بوده اند؛ لذا فرصت را مغتنم شمرده و از دکتر ظفرقندی ریاست کل سازمان، دکتر رئیسی معاون بهداشت وزارت بهداشت، دکتر گویا رئیس مرکز بیماری های واگیر وزارتخانه و همچنین معاونین و بویژه روابط عمومی سازمان نظام پزشکی که تلاش زیادی در این زمینه داشتند؛ تشکر می کنم. همچنین از همکاران معاونت توسعه مدیریت و منابع سازمان نظام پزشکیو مهندس محمودزاده از شرکت مجری و سایر دوستانی که با توکل به خداوند در این مسیر پرچالش نماد همدلی و همکاری را به نمایش گذاشته تا بتوانیم واکسن مورد نیاز کادر درمان بخش خصوصی در تهران و شهرستان ها را فراهم کنیم؛ کمال تشکر و قدردانی دارم.

مغفول ماندن جایگاه پزشکان عمومی در نظام
سلامت، به دنبال رواج تخصص گرایی



دکتر حسین قشلاقی

همه گیری بهتر و سریع تر کنترل می شد، اگر...

عضو شورای عالی نظام پزشکی با اظهار تأسف از نادیده گرفتن نقش محوری پزشکان عمومی در نظام سلامت ایران گفت: «پزشکان عمومی دروازه بانان نظام سلامت هستند؛ اما متأسفانه با رواج تخصص گرایی، نقش کلیدی آن ها نادیده گرفته شده است.»

دکتر حسین قشلاقی عضو شورای عالی نظام پزشکی در گفت و گو با خبرنگار سازمان، با گلایه از این موضوع که در نظام سلامت کشور جایگاه مشخص برای پزشکان عمومی در نظر گرفته نشده و تعاریف دقیق و فرایندهای هدف دار برای استفاده از توان آن ها در نظر گرفته نشده است، اظهار کرد: «سیستم خدمات بهداشتی و درمانی در نحوه به کار گرفتن همکاران پزشک عمومی و تعریف جایگاه آنان به درستی عمل نکرده و به تبع آن اعتماد سازی لازم در جامعه در خصوص خدمت آنان ایجاد نشده است.» وی افزود: «ما هر روز بیشتر شاهد رواج تخصص گرایی هستیم که در رأس آن شاید بشود از رسانه ملی نام برد که مکرراً و مرتباً با برنامه های مختلف به این کار دامن می زند و این شبهه را ایجاد کرده که احتمالاً مافیای اقتصادی پشت این جریانات تبلیغی وجود دارد.» وی ادامه داد: «یکی از بزرگ ترین آفت های نظام سلامت این است که با ساخت برنامه های این چنینی گروهی از مردم و نیازمندان دریافت خدمات درمانی که به راحتی می توانستند خدمات درمانی مورد نیاز خود را از یک پزشک عمومی با هزینه پایین دریافت کنند، به سمت مطب های متخصصان و فوق تخصص ها سوق داده شده و در عین حال نوعی سردرگمی برای بیماران رقم زده می شود.» عضو شورای عالی نظام پزشکی با تأکید بر اینکه آینده ناخوشایندی به واسطه این نوع تبلیغات و غافل شدن از جایگاه و ارزش پزشکان عمومی در نظام سلامت خواهیم داشت، تصریح کرد: «اگر سنگ بنای نظام سلامت بر پایه تخصص گرایی نهاده شده، پس چرا اقدام به تربیت نیروی پزشک عمومی می کنیم و بهتر است از ابتدا همه به عنوان پزشک متخصص تربیت شوند.»



قشلاقی اضافه کرد: «ایجاد فضای تخصص‌گرایی موجب شده تا همکاران پزشک عمومی رغبتی برای رفتن به مطب و مراکز درمانی نداشته باشند و کار آن‌ها هم در حال حاضر اصلاً مقرون به صرفه نیست؛ بنابراین اکثر پزشکان عمومی یا به سمت تخصص‌گرایی رفته یا مهاجرت می‌کنند یا به مشاغلی غیر از پزشکی روی می‌آورند که همه این‌ها به ضرر کشور است و به صلاح مردم ما نیست.» وی همچنین به ماده واحد تعیین حدود صلاحیت شاغلین حرف پزشکی در سال ۷۶ اشاره کرد و گفت: «هنوز پس از ۲۳ سال نتوانسته‌ایم حدود صلاحیت شاغلان حرف پزشکی را مشخص کنیم که این بیش از هر چیز ناشی از بی‌برنامگی است و همین امر سبب شده تا هر روز یکی از گروه‌های پزشکی علیه جایگاه و اقدامات پزشکان عمومی حرفی زده و آن‌ها را متهم به دخالت در امور تخصصی کاری خود کند که چنین وضعیتی جای تأسف دارد.» عضو شورای عالی نظام پزشکی با اظهار تأسف از اینکه پزشکان عمومی از جایگاه و درآمد کافی در نظام سلامت برخوردار نیستند، خاطرنشان کرد: «همکاران پزشک عمومی هیچ دلخوشی ندارند و این شرایط نامساعد عوارض جبران‌ناپذیری را به دنبال خواهد داشت، بنابراین متولیان نظام سلامت باید به این مهم توجه ویژه داشته باشند که جایگاه طب عمومی نیازمند احیاء بوده و اگر هم در طرح تحول سلامت با شکست مواجه شدیم، یکی از دلایل اصلی آن به دلیل نادیده گرفتن جایگاه و نقش محوری پزشکان خانواده در ساختار درمانی و بهداشتی کشور بود.» قشلاقی تأکید کرد: «هیچ جایگزینی برای پزشک عمومی به عنوان سطح اول مراجعه بیماران وجود نداشته و با احیاء جایگاه آنان می‌توان سنگ بنای اصلاح خدمات سلامت را پایه‌گذاری کرد.»

پزشکان عمومی ستون نظام سلامت هستند

وی با اشاره به اینکه سیاست‌گذاران و متولیان حوزه سلامت باید پزشکان عمومی را به مثابه ستون و پایه خدمات اولیه سلامت بشناسند، گفت: «اکثر کارشناسان حوزه سلامت در دنیا بر این باورند که برای ارائه خدمات درمانی مطلوب و با کیفیت مناسب، دسترسی آسان و عادلانه افراد

مختلف جامعه به خدمات حوزه سلامت، جلوگیری از هدررفت منابع و به‌طور کلی برای موفقیت نظام سلامت و سیستم درمانی باید پزشکان عمومی نقش محوری و کلیدی داشته باشند که نمونه موفق این کشورها در دنیا استرالیا است.» وی افزود: «متولیان سلامت در استرالیا معتقدند پزشکی عمومی دیسپلین مرکزی پزشکی است که به دور آن سایر دیسپلین‌های پزشکی و سلامت جمع شده تا یک تیم هماهنگ برای منفعت فردی و ملی در جامعه ایجاد شود که در دل این جمله، صدها راهکار با محوریت نقش پزشک عمومی نهفته است.»

وی ادامه داد: «مسئولان و سیاست‌گذاران نظام درمانی در استرالیا به شعار سلامت اعتقاد داشته و بیش از بیان کردن به آن عمل می‌کنند که حاصلش هم کارنامه درخشانی است که با آن فخر فروشی کرده و هم مردم و هم ارائه‌دهندگان خدمات، رضایت لازم را از این سیستم دارند.» به گفته این عضو شورای عالی نظام پزشکی، اگر پزشکی عمومی را به مثابه ستون نظام سلامت قبول کرده و برنامه‌ها را براساس آن پایه‌ریزی کنیم، مطمئناً حتی با منابع محدود هم موفقیت به دست می‌آید؛ همان‌طور که ترکیه ۳۰ سال قبل بدترین سیستم درمانی را داشت؛ اما با اهمیت دادن به پزشکان عمومی و جایگاه آنان و همچنین تعریف نقش کلیدی برای آنان اکنون به سیستم درمانی خود افتخار می‌کند و مردم و پزشکان هر دو راضی هستند. در واقع ترکیه توانست با منابع محدود اما سیاست‌گذاری درست و نظارت و اجرای دقیق به دستاوردهای خوبی در حد منطقه برسد.»

قشلاقی با گریزی به وضعیت سنی جمعیت کشورمان خاطرنشان کرد: «نکته بااهمیت این است که جمعیت کشورمان از نظر سنی رو به پیری بوده و به تبع آن شاهد رشد بیماری‌های مزمن خواهیم بود که نیازمند مراقبت‌های بهداشتی و درمانی است؛ بنابراین با توجه به این مهم و همچنین افزایش امید به زندگی در جامعه اگر نتوانیم پزشک عمومی را حداقل به عنوان محور و فرمانده تیم خدمات سلامت در سطح اول قرار دهیم، به‌طور حتم با چالش‌های متعددی در سال‌های آینده مواجه خواهیم بود.»

وی به پاندمی کووید ۱۹ اشاره کرد و گفت: «این بیماری به ما یادآور شد که

اگر به پزشکان عمومی بیش از این جایگاه داده و نقش محوری آن‌ها را قبول می‌کردیم و با برنامه‌ریزی‌های لازم آن‌ها را به عنوان هماهنگ‌کننده و محور می‌شناختیم، امروز با نگرانی‌ها در سطح ۲ کووید ۱۹ مواجه نبودیم.»

عضو شورای عالی نظام پزشکی با بیان این پاندمی کووید ۱۹ با بهره‌مندی از پتانسیل‌های پزشکان عمومی بهتر و بیشتر و سریع‌تر کنترل می‌شد، اظهار کرد: «هرچند که پزشکان عمومی نقش خود را به خوبی ایفا کرده و بیشترین شهدای سلامت در بین گروه‌های پزشکی برای مقابله با کرونا از بین پزشکان عمومی بود.»

اگر نقش محوری این همکاران مدنظر قرار می‌گرفت و برنامه‌ریزی‌ها اصولی و درست بود، به‌طور حتم موفقیت‌مان در کنترل و مهار بیماری کووید ۱۹ دو چندان می‌شد.» وی به نقش پزشکان عمومی در سایر نظام‌های سلامت اشاره کرد و گفت: «در اکثر کشورهای موفق در حوزه سلامت، پزشکان عمومی صرفاً به عنوان ارائه‌دهندگان خدمات نقش‌آفرینی نمی‌کنند؛ بلکه متولیان سلامت به آن‌ها اهمیت داده و ضامن موفقیت سیستم درمانی هستند؛ یعنی پزشکان عمومی رهبری خدمات بالینی و هماهنگ‌کننده درمان بیماران در سطح یک را برعهده داشته و در ترویج بهداشت و آموزش بیمار و ارتقاء سلامت فردی نیز بسیار خوش ظاهر شده و جایگاه خاصی دارند.»

قشلاقی اضافه کرد: «به معنای واقعی می‌توان گفت که در این کشورها پزشکان عمومی دروازه‌بان نظام سلامت هستند و علاوه بر نقش سنتی که همان نسخه‌نویسی و مطب‌داری است، گاهی مدیریت مراکز درمانی را نیز بر عهده دارند.» عضو شورای عالی نظام پزشکی یاد آور شد: «لازم است در برنامه درسی و کوریکولوم آموزش پزشکی عمومی کشور مداخلات و اصلاحاتی صورت گرفته و تغییراتی انجام شود تا این همکاران با کیفیت مطلوب و شناخت کافی از شرایط و با برنامه‌ریزی مناسب در سایر حوزه‌ها نیز موفق ظاهر شوند.»

موفقیت سازمان نظام پزشکی در توزیع به موقع واکسن‌های آنفولانزا حاصل کار تیمی بسیار خوب بود. باید از روسای سازمان نظام پزشکی کل کشور و کارمندان نظام پزشکی کل کشور هم که تلاش فراوانی برای توزیع انجام دادند، تشکر کنیم.



حرف‌های معاون آموزشی سازمان در باب دفتر دستپاری دستپاران در دوره همه‌گیری روزهای سختی پشت سر گذاشتند



دکتر علیرضا سلیمی

معاون آموزش و پژوهش سازمان نظام پزشکی با تأکید بر اینکه جامعه دستپاری در سیستم درمانی کشور فشارهای زیادی را متحمل می‌شود، گفت: «بار سنگینی از درمان و کارهای روزانه بیمارستان‌ها و مراکز درمانی را دستپاران به دوش می‌کشند که با همه‌گیری کووید ۱۹ سختی کار آن‌ها دو چندان شده است.

از ویروس منحوس کرونا تأثیر پذیرفت، افزود: «بحث آموزش به‌طور کامل مختل شد و این اختلال، زمانی خود را بیشتر نمایان کرد که دوره اپیدمی طولانی شد؛ زیرا تصورها بر این اساس بود که پس از مدت کوتاهی وضعیت به روال عادی بازگشته و می‌توان کارهای عقب‌افتاده را جبران کرد.» وی ادامه داد: «اکنون که در آستانه دومین سال همه‌گیری هستیم، نگرانی‌ها اوج گرفته و همکاری که دوره‌های آن‌ها ۴ تا ۵ سال است، ۲۰ تا ۲۵ درصد دوره آموزش خود را به‌لحاظ زمانی از دست می‌دهند که جبران آن به‌سادگی نیست.»

مبهم‌بودن آینده شغلی دستپاران

دکتر سلیمی با گلایه از اینکه وزارت بهداشت در سال جاری اجازه هیئت‌علمی‌شدن دستپارانی را که جزو ۵۰ درصد نمرات بالا قرار داشتند، نداده است، اذعان کرد: «برای آینده شغلی همکاران دستپار تهدیدهای زیادی وجود دارد و با کمال تعجب امسال وزارت بهداشت اجازه هیئت‌علمی‌شدن نمرات بالا را نداد؛ درحالی‌که این افراد می‌توانستند در دانشگاه‌های بزرگ جذب شوند، به‌ویژه اگر دستپار همان دانشگاه بودند؛ ولی این اتفاق نیفتاد. یادمان باشد که این موضوع سبب می‌شد تا دستپاران آینده شغلی خوبی را به پاس

دستپاران بیشتر خود را بروز دهد.» وی با اشاره به شرایط پاندمی کووید ۱۹ و حضور دستپاران برای ارائه خدمات به بیماران کرونایی گفت: «تعداد زیادی از دستپاران به بیماری کووید ۱۹ مبتلا شده و تعدادی هم در بخش‌های آی سی یو و مراقبت‌های ویژه بستری شدند و عزیزی را هم در اثر ابتلا به این بیماری از دست دادیم.»

وی با بیان اینکه بسیاری از دستپاران دچار فرسودگی شغلی و اضطراب شده‌اند، اضافه کرد: «علاوه بر موارد گفته‌شده، همکاران دستپار این دغدغه را دارند که ممکن است بیماری کووید ۱۹ را به خانواده‌های خود منتقل کنند.»

مختل‌شدن برنامه‌های آموزشی

دستپاران به دنبال همه‌گیری کرونا

معاون آموزش و پژوهش سازمان نظام پزشکی در خصوص مباحث آموزشی دستپاران در دوران اپیدمی کرونا اظهار کرد: «مباحث آموزشی در بسیاری از رشته‌های تخصصی، به‌طور کامل و در برخی رشته‌ها به‌طور نسبی مختل شد. طبیعی است که به‌دلیل کاهش تعداد بیماران در مراکز درمانی آموزشی، دستپاران موفق نشدند اعمال جراحی و کارهایی را که نیاز به حضور و مشاهده بالینی داشت، به تعداد کافی انجام دهند.» وی با اشاره به اینکه شرایط برگزاری کلاس‌ها و آزمون‌ها

دکتر علیرضا سلیمی، ضمن اشاره به این مطلب که دوره دستپاری از سخت‌ترین دوره‌های زندگی هر پزشک است، اظهار کرد: «دستپاران برای رسیدن به یک آرزوی بزرگ وارد این دوره شده و معمولاً ناملایمات را با وجود تمامی مشکلات موجود تحمل می‌کنند؛ زیرا این دوره را گذرا می‌بینند و به دوران پس از کسب مدرک تخصص خود امیدوار هستند.»

وی با اشاره به اینکه دوره دستپاری دوره‌ای بسیار خاص بوده، به‌طوری‌که می‌توان گفت در مقایسه با سایر دوره‌ها و کارهای پزشکی، حکم سنگ زیرین آسیاب را دارد، افزود: «در نظام سلامت کشور ما بار سنگینی از درمان و کارهای روزانه بیمارستان‌ها و مراکز درمانی و حتی بخشی از کار آموزشی را دستپاران انجام می‌دهند که به‌طور معمول همه این کارها در کنار فراگیری و آموزش طاقت‌فرسا است. زمانی که وضعیتی غیرطبیعی، مانند همه‌گیری کووید ۱۹ نیز پیش می‌آید، این شرایط سخت و پیچیده‌تر می‌شود.»

وی ادامه داد: «البته شرایط غیرطبیعی را در بلایای آسمانی، مانند سیل و زلزله یا دیگر بیماری‌ها شاهد بودیم؛ اما اتفاقی که در همه‌گیری کووید ۱۹ رخ داد، از انتظارهای مدنظر سخت‌تر و طولانی‌تر بود و همین موضوع سبب شد مشکلات

زحماتی که متحمل شده‌اند، داشته و هم اینکه دانشگاه‌ها از وجود این نخبگان بهره‌مند شوند.»

وی افزود: «وزارت بهداشت به بهانه کمبود متخصص در برخی از شهرستان‌ها ظرفیت‌ها را محدود کرد و این ظلم بزرگی در حق همکاران دستیاری بود که در همه‌گیری کووید ۱۹ رتبه برتر بودند و به جای تقدیر از زحمات‌شان، فرصت‌ها را از آن‌ها گرفتیم.»

وی ادامه داد: «وزارت بهداشت می‌توانست با متعهدکردن دستیاران و در صورت نیاز در شهرهایی که کمبود احساس می‌شد، از ظرفیت آن‌ها برای چند ماه استفاده کند؛ ضمن اینکه حتی دانشگاه‌های بزرگ نیز کمبود نیرو داشته و به وجود دستیاران نیازمند هستند.»

عدم تخصیص بودجه برای دستیاران فعال در خط مقدم مبارزه با کووید ۱۹

معاون آموزش و پژوهش سازمان نظام پزشکی در خصوص مشکلات اقتصادی جامعه دستیاران بیان کرد: «قرار بود به لحاظ مالی بخشی از بودجه‌هایی که برای کرونا در نظر گرفته شده، صرف گروه‌هایی شود که در خط مقدم مبارزه با این بیماری هستند؛ اما آن‌طور که انتظار می‌رفت، این مهم انجام نشد و این به‌ویژه درباره دستیاران کاملاً حس می‌شود.»

وی افزود: «طی جلساتی که با دستیاران داشتیم و بنده نیز به عنوان مدیرگروه پای صحبت آن‌ها نشستیم، هیچ پاسخی برای معضلاتشان نداشتیم و بیشتر با ترسیم دورنمای زیبا و دل‌داری دادن سعی کردیم که گذران ایام کنیم؛ درحالی‌که فشار زیادی را همکاران دستیار تحمل می‌کنند.»

سلیمی خاطرنشان کرد: «شرایط اقتصادی دستیاران در کنار پاندمی کووید ۱۹ طی ماه‌های اخیر سخت‌تر شده و باتوجه به افزایش هزینه‌ها انتظار دارند به لحاظ اقتصادی از آن‌ها حمایت شود و هنوز وعده پوشش یک بیمه پایه و

همگانی برای دستیاران محقق نشده است.»

تغییر شرایط آموزش از حضوری به مجازی کار آسانی نیست

وی زمان و شرایط برگزاری امتحانات را از دیگر دغدغه‌های دستیاران عنوان کرد و گفت: «دستیاران مقاطع مختلف نمی‌دانند در چه تاریخی و چگونه باید آزمون دهند، البته به مسئولان هم باید حق داد؛ زیرا بیماری و شرایط حاکم مبهم است. اما باید تلاش کرد زمان و نحوه برگزاری آزمون‌ها مشخص شود تا استرس دستیاران کاهش یابد.»

معاون آموزش و پژوهش سازمان نظام پزشکی در خصوص نحوه تغییر آموزش‌ها برای جامعه دستیاران بیان کرد: «تغییر بحث آموزش از حضوری به مجازی کار ساده‌ای نیست که بتوان به سرعت آن را انجام داد و در یک مقطع زمانی کوتاه تمام نیازها را برآورده کرد.»

وی تصریح کرد: «باید از مشابه‌سازی و تکنیک‌های پیشرفته استفاده کرد و اکنون بیشتر کلاس‌های تئوری از فرم حضوری به مجازی تغییر یافته؛ اما کارهای عملی نیاز به برنامه‌ریزی دارد تا بتوان بخشی از آن‌ها را با تکنیک‌هایی که در این زمینه وجود دارد، جبران کرد.»

ضرورت ایجاد جذابیت برای رشته‌های مغفول واقع شده

سلیمی با اشاره به اینکه همواره برنامه‌ریزی‌های آموزشی در کشور ما به گونه‌ای بوده است که برخی رشته‌ها نه تنها در دوره دستیاران، بلکه بعد از آن هم مظلوم واقع شده‌اند، اذعان کرد: «اگر ظرفیت‌های پذیرش دستیار در رشته‌های مختلف را بررسی کنیم، مشاهده می‌شود که آینده رشته‌هایی مانند بیهوشی و مراقبت‌های ویژه، طب اورژانس، طب کودکان و داخلی به‌طور جدی موردتهدید قرار دارند و درباره آینده آن‌ها تردید فراوانی وجود دارد. مثلاً ظرفیت رشته بیهوشی در بسیاری از دانشگاه‌ها خالی مانده.

درست است که بخشی مربوط به بیماری کووید ۱۹ بوده؛ اما این ترند از قبل به وجود آمده است و آشکار می‌کند که جذابیت‌های شغلی این رشته‌ها در کشور کم شده است.» وی افزود: «این موضوع با مگاترندی که در دنیا وجود دارد، فرق داشته و در واقع ایرادی است که در کشور ما وجود دارد.»

وی ادامه داد: «اگر کارایی رشته‌های مختلف را در بحبوحه همه‌گیری کووید ۱۹ مشاهده می‌کنیم، متوجه می‌شویم به رشته‌هایی که کارایی بالا دارند، طی سال‌ها توجه نشده است و اکنون به آن‌ها نیاز داریم؛ لذا باید برنامه‌ریزی کنیم تا جذابیت این رشته‌های محروم را طوری تغییر دهیم که به ترند جهانی نزدیک شوند. همچنین باید به دوره دستیاران و موقعیت‌های شغلی و درآمدی آن‌ها توجه کنیم تا بتوانیم نیازهای کشور را در آینده و شرایط بحرانی پیش‌بینی کنیم.»

تعیین اولویت‌بندی مشکلات توسط خود دستیاران

معاون آموزش و پژوهش نظام پزشکی با بیان اینکه سازمان از حدود سه سال قبل اقدام به ایجاد دفتر دستیاران در ذیل معاونت آموزشی نمود، اظهار کرد: «با ایجاد این دفتر از نیروی دستیاران برای رفع مشکلات آن‌ها استفاده کرد؛ زیرا محلی که صدای مستقل دستیاران را شنیده و آن را منتقل کند، وجود نداشت و جای مناسب برای انجام این مهم سازمان نظام پزشکی بود.» وی در خصوص برخی از دستاوردهای مطلوب دفتر دستیاران تاکنون افزود: «مهم‌ترین آن تعیین اولویت‌بندی مشکلات توسط خود دستیاران بود و معاونت آموزشی سازمان نظام پزشکی نیز با فراهم کردن بستر لازم و دراختیار گذاشتن تسهیلات اداری و اجرایی کمک می‌کند تا دستیاران به اهداف خود برسند و در این مدت کارهایی، مانند حذف حق ثبت‌نام سازمان نظام پزشکی، پیگیری مشکلات امتحانات، پیگیری بیمه و قوانین دستیاران از جمله کارهایی است که در راستای رفع معضلات جامعه دستیاران کشور انجام شده است.»



دکتر محمد جهانگیری

رشد تعرفه‌ها در سال ۱۴۰۰ باید بر اساس نرخ تورم
و افزایش حقوق و دستمزد باشد

به‌طور قاطع و قانونی پیگیر رشد مطلوب تعرفه‌ها هستیم

منابع خود مواجه شدند. «جهانگیری افزود: «تأمین منابع باتوجه‌به اثراتی که تورم افسارگسیخته کشور بر حوزه‌های مختلف، به‌ویژه بخش سلامت داشت، مؤسسات را با چالش‌های جدی مواجه کرد و طبق پیش‌بینی‌هایی که در اواخر اسفند ۹۸ و فروردین ۹۹ انجام داده بودیم، این موضوع کاملاً محرز بود که بیماری کرونا تمام طول سال ۹۹ را در بر خواهد داشت و از طرفی بار مراجعه به مراکز درمانی به‌دلیل رعایت پروتکل‌های بهداشتی کاهش پیدا کرد.»

معاون فنی و نظارت سازمان نظام پزشکی با بیان اینکه درآمدهای مؤسسات پزشکی با شیوع کرونا کاهش یافت؛ اما هزینه‌های ثابت همچنان پابرجا بود، تصریح کرد: «برخی هزینه‌ها به‌منظور رعایت پروتکل‌های بهداشتی به هزینه‌های ثابت مراکز درمانی نیز افزوده شد و تورم هم که جای خود داشت؛ لذا مجموع این عوامل ارائه خدمات مطلوب را با چالش مواجه کرد.»

وی تأکید کرد: «یکی از واقعیت‌های موجود این است که مؤسسات پزشکی، به‌ویژه در بخش بستری از تمام ذخایر خود استفاده کردند (ذخایر بانکی و آنچه در انبارها داشتند برای تأمین منابع لازم مصرف شد) و این کار را برای آن‌ها بسیار مشکل کرده است. اما درخصوص تعیین تعرفه‌های سال ۱۳۹۹ باید

این مسیرها را طی کرده و در چارچوب قوانین پیش‌روند تا جامعه پزشکی مجبور نشود از مسیرهایی اقدام کند که نه به نفع خودش است و نه مردم و دولت.»

معاون فنی و نظارت سازمان نظام پزشکی ضمن تأکید مجدد بر اینکه در سال ۱۴۰۰ ملاک تعیین تعرفه‌های خدمات تشخیصی و درمانی باید لحاظ کردن واقعیت‌های اقتصادی جامعه باشد، گفت: «باید تورم در جزء فنی لحاظ شده و اثرات افزایش تورم نرخ ارز بر تجهیزات پزشکی نیز دیده شود و صرفاً به تورم نقطه‌به‌نقطه بسنده نمی‌کنیم.»

جهانگیری با اشاره به اینکه ارز دولتی در حوزه تجهیزات پزشکی بخش خصوصی برداشته شده و همه ملزومات باید با ارز آزاد یا نیمایی تأمین شوند، تصریح کرد: «علاوه بر جزء فنی، باید حق‌العلاج نیز بر اساس افزایش هزینه‌های زندگی لحاظ شده و پایه آن هم براساس رشد تعرفه‌ها در نیمه دوم سال ۹۹ باشد.»

اتمام ذخایر بانکی بخش خصوصی

وی با اشاره به شیوع بیماری کرونا و درگیر شدن جامعه پزشکی با این اپیدمی گفت: «گسترش پاندمی کووید ۱۹، ارائه خدمات درمانی را به‌شدت تحت‌الشعاع خود قرار داد، به‌طوری که مؤسسات پزشکی، اعم از سربایی و بستری در هر دو بخش دولتی و خصوصی با چالش‌های فراوانی برای تأمین

معاون فنی و نظارت سازمان نظام پزشکی با تأکید بر محفوظ‌دانستن مصوبه شورای عالی بیمه، مبنی بر رشد تعرفه‌ها در نیمه دوم سال ۹۹، بیان کرد: «در سال ۱۴۰۰ باید ملاک تعیین تعرفه‌ها لحاظ کردن واقعیت‌های اقتصادی جامعه و اعمال میزان رشد حقوق و دستمزد در کل هزینه‌ها باشد.»

دکتر محمد جهانگیری با بیان اینکه در سال آینده، اگر رشدی در حقوق و دستمزد به هر عنوان داده می‌شود، باید در کل هزینه‌ها اعمال شود، اظهار کرد: «در سال ۱۴۰۰ باید رشد تعرفه‌ها بر اساس تورم و افزایش حقوق و دستمزد باشد؛ ضمن آنکه حق افزایش ناشی از مصوبه شورای عالی بیمه مبنی بر افزایش ۸ درصدی تعرفه‌ها در نیمه دوم سال ۹۹ را همچنان برای جامعه پزشکی محفوظ می‌دانیم.»

وی افزود: «سازمان نظام پزشکی قاطعانه از حقوق بر حق جامعه پزشکی و مردم درباره تعرفه‌ها و عدم اجرای مصوبه شورای عالی بیمه در نیمه دوم سال ۹۹ دفاع می‌کند.» وی با اشاره به اینکه همه افراد و سازمان‌ها باید حول قانون و بر اساس آن عمل کنند و در این راستا باید به خواسته‌های برحق هم پاسخ دهیم، ادامه داد: «وقتی شورای عالی بیمه موضوعی را مصوب و تأیید می‌کند، چرا جلوی راهکارهای قانونی آن برای اجرایی شدن گرفته می‌شود؛ درحالی که دولت و قانون‌گذاران باید

بگویم که تدابیر و راهکارهایی که در سال ۱۳۹۸ در سازمان نظام پزشکی انجام شده به بار نشسته بود و قیمت واقعی خدمات در حوزه ویزیت و هتلینگ احصا شد و این مستند به ما کمک کرد تا حداقل‌هایی را برای رشد تعرفه در سال ۹۹ با علم به اینکه مردم هم درگیر این مبانی هستند، داشته باشیم.»

دستور بررسی تعرفه‌های پزشکی از سوی رئیس‌جمهور

وی با اشاره به اینکه معاونت درمان وزارت بهداشت نیز نظریه سازمان نظام پزشکی مبنی بر افزایش ۲۵ درصدی تعرفه‌ها در بخش خصوصی را مورد تأیید قرار داد، اظهار کرد: «مقرر شد در مجموع حداقل ۲۵ درصد رشد برای بخش خصوصی و ۲۰ درصد رشد هم برای بخش دولتی داشته باشیم که در شورای عالی بیمه با ۱۵ درصد آن به صورت گلوبال با تفکیک مبانی موافقت شد که از همان روز مخالفت صریح خود را با این میزان در شورای عالی بیمه اعلام و مکتوب نمودیم.» جهانگیری با اشاره به مکاتبات انجام شده از سوی نظام پزشکی با رئیس‌جمهور و معاون اول او بیان کرد: «حتی جلسه‌ای را با رئیس مجلس شورای اسلامی در این زمینه داشتیم که همه به حق بودن خواسته جامعه پزشکی را پذیرفته و دستور صریح رئیس‌جمهور این بود که موضوع تعرفه‌های پزشکی «بررسی شود» و معاون اول هم دستور تشکیل کمیته‌ای را داد که چند جانبه بین حوزه معاونت اول، سازمان برنامه و بودجه، وزارت بهداشت، دبیرخانه شورای عالی بیمه و سازمان نظام پزشکی شکل گرفت و مستنداتی که ما ارائه کردیم کاملاً بررسی و محقق بودن جامعه پزشکی مورد تأیید قرار گرفت.»

وی اضافه کرد: «دکتر پوراصغری معاون امور علمی، فرهنگی و اجتماعی سازمان برنامه و بودجه کشور در تاریخ ۹۹/۵/۲۹ طی مکاتبه‌ای با حوزه معاون اول ریاست جمهوری عنوان کرد که این موضوعات مورد رسیدگی قرار گرفته و در نهایت با پیگیری‌های مستمر و مکرر سازمان نظام پزشکی و مساعدت وزیر بهداشت و سایر ارکان، شورای عالی بیمه در تاریخ ۹۹/۸/۱۱ رشد تعرفه‌های پزشکی برای نیمه دوم سال را مورد تصویب قرار داد.» معاون فنی و نظارت سازمان نظام پزشکی

خاطر نشان کرد: «ما باز هم برای رعایت حقوق مردم صرفاً هزینه‌ها را مورد هدف قرار دادیم و در جزء فنی خدمات درخواست رشد داشتیم که باتوجه به تورم و مسائل افزایش هزینه، جزء فنی خدمات شامل سه قسمت ویزیت و هتلینگ و خدمات پاراکلینیک بود.»

تصویب رشد ۸ درصدی تعرفه‌ها برای نیمه دوم سال ۹۹

وی در خصوص مصوبه شورای عالی بیمه اظهار کرد: «پیشنهاد این بود که مجموع رشد برای پنج ماه پایانی سال به صورت گلوبال ۸ درصد باشد که اگرچه ایدئال نبود، اما منصفانه بود؛ چون فشار زیادی به مردم تحمیل نمی‌شد و از طرفی می‌توانست برای بقا و گذار از این بحران برای جامعه پزشکی در نیمه دوم سال انجام شود.»

دکتر جهانگیری با اشاره به اینکه اعتقاد داشتیم بخش دولتی هم باید در کنار بخش خصوصی دیده شود، ادامه داد: «پس از ابلاغ این مصوبه بر این نکته تأکید نمودیم که درباره بخش خصوصی گروکشی نشود و آن را وابسته نکنید؛ چون اگر بار مالی وجود داشته باشد، به خاطر تعرفه‌های بخش دولتی است که بیمه‌ها باید تقبل کنند یا دولت هزینه‌ها را پرداخت کند و از طرفی هم نسبت به بخش دولتی تأکید داشتیم؛ چون می‌دانستیم اگر تصویب شود، هزینه‌های کمتری بر دوش مردم خواهد بود.»

معاون فنی و نظارت سازمان نظام پزشکی خاطر نشان کرد: «باتوجه به برآوردهایی که در بیمه‌های پایه و تکمیلی داشتیم و همچنین در نظر گرفتن کاهش ارائه خدمات در برخی قسمت‌ها، سازمان‌های بیمه‌گر ذخایری داشتند که می‌توانستند هزینه‌ها را از آنجا پوشش دهند و طبق بررسی‌های دبیرخانه شورای عالی بیمه این امر نیز محقق بود و ۸ درصد افزایش فشاری را به بیمه‌ها وارد نمی‌کرد و می‌توانستند در نیمه دوم سال از آن عبور کنند.»

مخالفت سازمان برنامه و بودجه با افزایش تعرفه‌ها در نیمه دوم سال ۹۹

جهانگیری با اشاره به پیگیری‌های انجام شده و اخذ مصوبه شورای عالی بیمه در خصوص افزایش ۸ درصدی تعرفه‌ها در نیمه دوم سال گفت: «متأسفانه سازمان برنامه و بودجه در جلسه‌ای که علی‌رغم اطلاع

نظام پزشکی، بدون حضور نمایندگان از این سازمان تشکیل داد، با ادله حقوقی افزایش تعرفه‌ها در نیمه دوم سال ۹۹ را منتفی دانست.»

وی افزود: «سازمان برنامه و بودجه اعلام نمود که طبق قانون در طول سال فقط یک بار می‌توان تعیین تعرفه کرد و تجمیع آن باید به سال ۱۴۰۰ موکول شود و پاسخ سازمان نظام پزشکی این بود که از ابتدای سال جامعه پزشکی به تعرفه‌ها معترض بوده و مصوبه شورای عالی بیمه، تعیین تعرفه نیست؛ بلکه اصلاح آن است.»

وی ادامه داد: «با توجه به دستور رئیس‌جمهور مبنی بر بررسی تعرفه‌ها مشخص شد که میزان تعرفه‌ها درست نبوده و اکنون نیاز به اصلاحاتی دارد؛ همان‌طور که قانون بودجه هم وقتی به مجلس برای تصویب می‌رود، به آن متمم تعلق می‌گیرد.»

عدم اجرای مصوبه شورای عالی بیمه، پاسخ خوبی به فداکاری‌های جامعه پزشکی نبود

به گفته معاون فنی و نظارت سازمان نظام پزشکی در سنوات گذشته، از جمله همراه سال ۹۳ تعرفه‌ها مجدداً اعلام شد و در سال ۹۸ نیز تعرفه‌های مؤسسات خیریه اصلاح شد و این اصلاح و ابلاغ مجدد تعرفه‌ها سابقه داشته است.

وی بیان کرد: «عدم اجرای مصوبه شورای عالی بیمه و دلیلی که برای آن از سوی سازمان برنامه و بودجه عنوان شد، پاسخ درستی به درخواست جامعه خدمت پزشکی نبود که در بحران کووید ۱۹ از جان و مال خود برای ارائه خدمت دریغ نکردند و مردم قدرشناسی خود را از جامعه پزشکی ابراز داشتند؛ اما دولت حمایتی از همکاران خدمت ما در بخش خصوصی انجام نداد.»

جهانگیری با تأکید بر اینکه پیگیری‌های سازمان نظام پزشکی پس از عدم اجرای مصوبه شورای عالی بیمه همچنان ادامه دارد، گفت: «در این راستا نامه‌ای به وزیر بهداشت و پس از آن هم نامه‌ای به معاون اول رئیس‌جمهور نگاشته شد و نهایتاً در تاریخ ۹۹/۱۰/۶ نیز ریاست کل سازمان نظام پزشکی در نامه‌ای خطاب به رئیس‌جمهور خواستار پیگیری اجرای مصوبه شورای عالی بیمه شد.»

جامعه پزشکی نباید دغدغهای جز ارائه خدمت داشته باشد

معاون فنی و نظارت سازمان نظام پزشکی با تأکید بر اینکه جامعه پزشکی نباید دغدغهای جز ارائه خدمت داشته باشد، تصریح کرد: «این توقع اولیه ما از دولت است که شرایط مناسب برای فعالیت پزشکان را فراهم کند و دولت باید همه مبانای را در این زمینه فراهم کند و نباید همواره جامعه پزشکی به دنبال کارهای این گونه باشد.»

وی افزود: «عدم هماهنگی و درک صحیح از موقعیت حوزه سلامت و برخی کارشناسی‌های غلط ما را به این ورطه کشانده است و باتوجه به همراهی خوب جامعه پزشکی با دولت و وزارت بهداشت باید این مهم محقق می‌شد.» وی با اشاره به اینکه بار مالی مؤسسات پزشکی باید بر اساس ضوابط تعیین شود، وگرنه به کاهش کیفیت و خدای ناکرده رفتارهای نادرست منجر خواهد شد، اذعان کرد: «بسیار خوش‌حالی که موضوع اصلاح حقوق و دستمزد برای جامعه ایثارگر پرستاری انجام شده است؛ ولی اگر این اصلاح در بخش دولتی انجام می‌شود باید برای بخش خصوصی هم در نظر گرفته شود.»

جهانگیری یاد آور شد: «فعالان در بخش خصوصی از چند آیت، از جمله دریافت کمک‌های مردمی، دریافت ارز دولتی و منابعی که برای کرونا به دولت و وزارت بهداشت اختصاص داده شد (که حتی یک ریال آن هم به بخش خصوصی داده نشد) محروم بود و باتوجه به این شرایط نیازمندیم که بخش خصوصی به‌طور قانونمند بتواند هزینه‌های خود را تأمین کند و اگر نگاهی به قوت غالب مردم داشته باشیم، شاهد افزایش قیمت‌ها و عدم ثبات هستیم؛ لذا باید این نکته را مدنظر قرار داد که مؤسسات درمانی بخش خصوصی هم باید بتوانند از عهده مخارج خود برآیند، در صورتی که هیچ راهکاری برای این بخش از سوی دولتمردان دیده نشده است.»

متن نامه رئیس کل سازمان به رئیس‌جمهور و وزیر بهداشت



متن نامه دکتر ظفرقندی خطاب به وزیر بهداشت و رئیس‌جمهور در خصوص اجرای مصوبه شورای عالی بیمه سلامت در زیر آمده است:

جناب آقای دکتر روحانی

رئیس محترم جمهوری اسلامی ایران

با سلام و احترام

همان‌طور که استحضار دارید، افزایش هزینه‌های خدمات پزشکی و تجهیزات مربوطه و رشد تورم از ابتدای سال تا به حال مشکلات زیادی را در مسیر خدمت‌رسانی مطلوب در حوزه سلامت ایجاد کرده است. هزینه‌های مضاعف ناشی از اپیدمی کرونا و آسیب‌های ناشی از آن نیز مزید بر علت شده و لذا تعرفه‌های اعلام‌شده خدمات پزشکی در ابتدای سال به‌هیچ‌وجه پاسخ‌گوی امکان ادامه خدمات همکاران حوزه سلامت در شرایط کنونی نمی‌باشد.

انتظار به حق همکاران خدمت جامعه پزشکی، نگاه واقعی به افزایش هزینه‌های ناشی از تورم از ابتدای سال تا بحال و اصلاح تعرفه‌ها متناسب با آن می‌باشد. باتوجه به موارد مذکور در شورای عالی بیمه مورخ ۱۳۹۹/۸/۱۱، افزایش حداقلی تعرفه‌ها برای ۵ ماه آخر سال به تصویب رسید و به سازمان برنامه و بودجه اعلام شد. متأسفانه مصوبه فوق در بخش مربوطه سازمان برنامه و بودجه متوقف و بدون توجه به اهمیت و ابعاد خطیر موضوع به سال آینده احاله شده است.

جامعه معزز پزشکی کشور از جناب‌عالی انتظار دارند دستور فرمایید به‌منظور امکان ادامه خدمات پزشکی به مردم عزیز، مصوبه شورای عالی بیمه که بر اساس مستندات قطعی و علمی تهیه شده است، مورد تصویب دولت محترم قرار گرفته و جهت اجرا ابلاغ گردد.

برادر گرامی جناب آقای دکتر سعید نمکی،

وزیر محترم بهداشت درمان و آموزش پزشکی

با سلام و احترام

همان‌طور که استحضار دارید، بیش از یک ماه از مصوبه شورای عالی بیمه مورخ ۹۹/۸/۱۱ درمورد افزایش گلوبال تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی که عنایت ویژه و نظر مثبت جناب‌عالی را همراه داشت، می‌گذرد.

یقیناً واقعیت افزایش هزینه‌های مراکز درمانی و رشد تورم از ابتدای سال جاری مدنظر و توجه جناب‌عالی بوده و اشراف دارید که ادامه روند درمانی در شرایط موجود با مشکلات فراوان و جدی مواجه است؛ لذا کادر خدمت و فداکار پزشکی کشور مؤکداً انتظار دارند این مصوبه در اسرع وقت در دولت محترم مطرح و اقدام لازم را مبذول فرمایند.

سیاست نامه دیابت و کوید ۱۹

علیرضا استقامتی^۱، فریدون نوحی^۲، داوود خلیلی^۳، زهرا قائم مقامی^۴، فرید رهنما چیت ساز^۵، علیرضا مهدوی هزاوه^۶، فاطمه قائمی^۷

۱. استاد غدد درون ریز و متابولیسم در دانشگاه علوم پزشکی تهران
 ۲. استاد اقدامات مداخله ای قلب و عروق بزرگسال در مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی شهیدرجایی
 ۳. دانشیار پژوهشی اپیدمیولوژی در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
 ۴. استادیار غدد درون ریز و متابولیسم در مرکز آموزشی تحقیقاتی درمانی شهیدرجایی
 ۵. دبیر انجمن علمی پزشکان عمومی ایران
 ۶. معاون دفتر مدیریت بیماریهای غیرواگیر و رئیس اداره پیشگیری و کنترل بیماری های قلبی عروقی
 ۷. دانشیار غدد درون ریز و متابولیسم در ستاد مرکزی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- نویسنده مسئول: علیرضا استقامتی esteghamati@tums.ac.ir

فهرست مطالب

(۱) مقدمه

(۲) دیابت و فضای شهری

(۳) عفونت COVID-19 و تأثیر آن بر مراقبت های درمانی دیابت

(۴) نقش سازمان های غیر دولتی

(۵) بسیج ملی علیه اپیدمی COVID-19

(۶) نتایج



دیابت و کوید ۱۹

خلاصه اجرایی

به دلیل اختلال در سیستم ایمنی افراد مبتلا به دیابت، این افراد همواره در معرض ابتلا به بیماری‌های عفونی قرار دارند. به علاوه، شواهد و مدارک نشان می‌دهند که پیشروی کروناویروس جدید به قدری سریع است که باعث افزایش ریسک مرگ و میر به ویژه در افراد دارای ریسک بالاتر همچون افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ شده است. یک سوم از افرادی که در اثر COVID-19 فوت کرده‌اند، مبتلا به دیابت، بیماری‌های قلبی-عروقی یا فشار خون بالا بودند. سازمان‌های بین‌المللی بهداشت و سلامت به شدت توصیه می‌کنند برای جلوگیری از پیشرفت و افزایش نرخ مرگ و میر ناشی از کروناویروس، سطح مراقبت از بیماران با ریسک بالاتر در دوران همه‌گیری جهانی (پاندمی) افزایش یابد. رویکرد تیم چند تخصصی، همکاری متقابل سازمان‌های مرتبط در زمینه عملکرد و فرایندهای ساده‌سازی و پیگیری سریع منجر به کاهش سریع منحنی پاندمی خواهد شد. پزشکی از راه دور، حذف موانع مالی برای دسترسی به دارو و درمان و حمایت‌های لجستیکی می‌توانند به این نوع بیماران کمک کنند تا طی این پاندمی در امان باشند. این گونه اقدامات از واکنش‌های با ارزش احتمالی نسبت به این پاندمی هستند.

مقدمه

۱

ابتلا به عفونت‌های شدید ویروسی همراه است.^۷ بیماری دیابت نوع ۲ و فشار خون بالا شایع‌ترین بیماری‌های پیش‌زمینه‌ای در بیماران مبتلا به عفونت‌های کرونا ویروسی هستند. شواهد حاکی از آن است که یک ارتباط مکانیسمی مستقیم و مهمی بین متابولیک و اندوکراین با فرایند بیماری ویروسی وجود دارد.^۵ ارتباط بین انواع دیابت و عفونت از مدت‌ها پیش به لحاظ بالینی شناسایی شده است.^۸ عفونت‌ها به ویژه آنفلوآنزا و ذات‌الریه اغلب در افراد مسن مبتلا به دیابت نوع ۲ شایع و شدیدتر هستند.^{۹-۱۰} به طور مثال در دوران اپیدمی آنفلوآنزا، ریسک بستری شدن در بیمارستان در افراد مبتلا به دیابت نوع دو، ۶ برابر بیشتر است.^{۱۱} این بیماری اغلب با ریسک بالاتر ابتلا به عفونت H1N1 (پاندمی ویروس آنفلوآنزا) همراه است و یک ریسک فاکتور همراه با عوارضی در افراد مبتلا به عفونت به شمار می‌شود.^{۱۲} هایپرگلیسمی و تشخیص دیابت نوع ۲ از فاکتورهای پیش‌بینی کننده مستقل برای نرخ مرگ و میر و شیوع بیماری بیماران مبتلا به سارس هستند.^{۱۳} به علاوه بیماری دیابت نوع ۲ در افراد مسن شایع است، تقریباً از هر ۵ فرد مسن، ۱ نفر به این بیماری مبتلا می‌شود، این بیماری اغلب با بیماری‌های مزمن قلبی-عروقی، کلیوی، چشمی، عروقی، محیطی و نورولوژیکی همراه است. به ویژه بیش از ۲۰ درصد از افراد مبتلا به دیابت از قبل یک رخداد قلبی-عروقی را تجربه کرده‌اند، داده‌ها و اطلاعات اخیر نشان می‌دهد که تا چه اندازه وجود بیماری قلبی-عروقی باعث خطرناک‌تر شدن عفونت کروناویروس (COVID-19) می‌شود.^{۱۴} تحقیقی در این زمینه نشان می‌دهد نسبت بیماران که به علت COVID-19 فوت کرده‌اند، به این ترتیب است: ۳۰

دیابت یک مسئله مهم بهداشتی است که به سطح نگران کننده ای رسیده است: امروزه نزدیک به نیم میلیارد نفر در سراسر جهان با دیابت زندگی می‌کنند. دیابت با ایجاد بیماری‌های مختلف عفونی همراه است.^۱ اپیدمی SARS-CoV-2 (عامل بیماری که اکنون به عنوان COVID-19 شناخته می‌شود) به سرعت از کشور چین به سایر کشورها شیوع یافت. ایران، ایتالیا و کره جنوبی، تقریباً با فاصله نزدیک به یکدیگر، کشورهای بعدی بودند که شاهد شیوع گسترده COVID-19 بودند. ایران همچنین در بین ۱۰ کشوری قرار دارد که شیوع این بیماری بسیار قابل توجه بوده است.^۲ در سال‌های اخیر، یک گونه جدید کروناویروس در عربستان سعودی شناسایی شد، این ویروس مسئول سندرم تنفسی خاورمیانه (MERS-CoV)، یک بیماری تنفسی کشنده در بیش از یک سوم مبتلایان بود.^۳ مطالعات اپیدمیولوژیکی، دیابت را عارضه اصلی همراه با عفونت حاد یا مهلک MERS-CoV شناسایی کردند.^۴ برای COVID-19 نیز مشخص شد در بیماران مبتلا به دیابت با پیامدهای خطرناک از جمله مرگ و میر، شدیدتر بودن بیماری، ARDS و پیشرفت بیماری ۲ تا ۵ برابر بیش از بیماران غیر دیابتی همراه است.^۵ گزارشات متعددی از جمله گزارشات مربوط به مرکز کنترل و پیشگیری بیماری‌ها (CDC) به این مسئله اشاره دارند که بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ و سندرم متابولیک احتمالاً ۱۰ برابر بیشتر در معرض مرگ و میر ناشی از ابتلا به COVID-19 هستند.^۴ این پیامدهای خطرناک تحت تأثیر سن و فشار خون بالا نیز قرار داشتند.^۶ تحقیقات نشان می‌دهد دیابت با افزایش ریسک



مستعد ابتلا به عفونت‌های ویروسی شدید دارای پیامدهای مهلک قرار می‌گیرند^{۲۰۲}. ایران به عنوان یکی از کشورهایی که شدیداً تحت تأثیر COVID-19 می‌باشد، بر اساس بدترین سناریو ۹۶۶,۰۰۰ بستری در بیمارستان (UI ۱-۴۶۷,۸۰۰ تا ۷۰۲,۰۰۰) و ۱۱۱,۰۰۰ فوت (UI ۵۳,۴۰۰ تا ۲۰۰,۰۰۰) خواهد بود، در صورت اجرای بهترین سناریو تعداد بستری در بیمارستان تا ۹۲٪ (۷۴,۵۰۰ نفر) و فوت تا ۹۳٪ (۷,۸۰۰ نفر) کاهش خواهد یافت.^{۲۲} با توجه به این ملاحظات، پاندمی کنونی COVID-19 در ایران باعث افزایش نگرانی‌ها درباره پیامدهای آن در بیماران مبتلا به دیابت شده است. بر اساس نتایج اولیه وزارت بهداشت و درمان در ایران، در بین فوتی‌های ناشی از COVID-19، حدود ۴۰٪ از موارد حداقل یک بیماری پیش‌زمینه‌ای داشتند و دیابت شایع‌ترین آن‌ها بود (حدود ۲۰٪)، این رقم در مواد بالای ۶۰ سال حدود ۸۰٪ است.^{۲۳}

درصد مبتلا به بیماری قلبی ایسکمی، ۳۵/۵ درصد مبتلا به دیابت، ۲۰ درصد مبتلا به سرطان پیشرفته و ۲۴ درصد مبتلا به فیبریلاسیون دهلیزی بوده‌اند.^{۱۵} همچنین افراد مبتلا به دیابت، CVD و فشار خون بالا به ترتیب با ۳، ۲ و ۲ برابر ریسک بیماری حاد مواجه هستند یا نیاز به بستری شدن در آی‌سی‌یو دارند.^{۱۶} طبق نتایج یک تحقیق گسترده در چین، تنها ۲ درصد از افراد مبتلا به ویروس کمتر از ۲۰ سال سن داشتند.^{۱۷} در نتیجه، یک بررسی سیستماتیک نشان می‌دهد دیابت شاید ریسک ابتلا به COVID-19 را افزایش ندهد، اما می‌تواند پیامدهای آن را وخیم‌تر کند،^{۱۸} به همین ترتیب نرخ مرگ و میر ناشی از شرایط حاد و مزمن شامل عفونت‌های ویروسی را افزایش می‌دهد.^{۱۹} همزمان بودن این فاکتورها به این معنی است که افراد مسن مبتلا به دیابت و افراد دیابتی و مبتلا به بیماری‌های پیش‌زمینه‌ای در گروه آسیب‌پذیر

دیابت و فضای شهری

۲

در بین جمعیت است. تغییرات جمعیتی کنونی، شهرنشینی، سبک زندگی غیرسالم، افزایش سن جمعیت و انزوای اجتماعی در کنار فقیر شدن تدریجی جمعیت منجر به افزایش مداوم شیوع دیابت شده‌اند. دو سوم از افراد مبتلا به دیابت امروزه در شهرهای بزرگ زندگی می‌کنند. زندگی در نواحی با جمعیت بالا ممکن است باعث افزایش ریسک ابتلا به عفونت‌های ویروسی شود، از این جهت افراد مبتلا به دیابت که در شهرهای بزرگ زندگی می‌کنند نیاز به توجه ویژه دارند و اقدامات احتیاطی استاندارد طبق توصیه وزارت بهداشت ایران (جدول ۱) دارند. از بین این اقدامات احتیاطی، توصیه ضروری برای شرایط کنونی این است که افراد مسن در خانه بمانند. همچنین این واقعیت را باید در نظر گرفت که تعداد زیادی از افراد مسن به تنهایی زندگی می‌کنند. در ایران ۴۹٪ از خانم‌ها و ۹٪ از آقایان مسن (بالای ۶۴ سال) تنها زندگی می‌کنند.^{۲۴} عدم وجود سیستم حمایت اجتماعی، به این معنی است که بسیاری از آن‌ها باید برای خرید مایحتاج اولیه خود از خانه خارج شوند، علیرغم اینکه دولت توصیه کرده در خانه بمانند. از طرفی این واقعیت را نباید دست کم گرفت که دیابت بیشتر در بین جمعیتی شیوع دارد، که به لحاظ اجتماعی در موقعیت نامساعدی قرار دارند (سطح آموزش ناکافی و موقعیت اجتماعی اقتصادی پایین). این مسئله هم یک عامل دیگر است که دیابت را به ریسک ابتلا به عفونت‌های ویروسی ارتباط می‌دهد، با در نظر گرفتن اینکه بسیاری از مطالعات به این موضوع اشاره دارند که ارتباط قوی بین بیماری‌های پیش‌زمینه‌ای و مرگ و میر ناشی از پاندمی‌های ویروسی و درآمد پایین یا موقعیت اجتماعی اقتصادی پایین وجود دارد.^{۲۵}

طبق گزارشات تعداد مبتلایان به دیابت در سال ۲۰۰۰ میلادی در حدود ۱۵۱ میلیون نفر تخمین زده شده بود. این پیش‌بینی تقریباً منطبق با گزارش شیوع سازمان جهانی بهداشت در آن سال بود.^۱ گزارشات طی سالهای بعد رشد هشدار دهنده‌ای داشته است. این میزان در سال ۲۰۱۹ به سه برابر یعنی رقمی در حدود ۴۶۳ میلیون نفر رسیده است. پیش‌بینی‌ها برای سالهای آتی همچنان رشد چشمگیری را نشان می‌دهد و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۴۵ تعداد این افراد به ۷۰۰ میلیون نفر برسد. سه چهارم این جمعیت افراد در سن شغلی هستند. و تخمین زده شده، که بیش از ۴ میلیون نفر در گروه سنی ۷۹-۲۰ سال بدلیل عوارض دیابت جان خود را از دست داده‌اند.^۱ تعداد این جمعیت در ایران بیش از ۵ میلیون نفر است. و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۳۰ این رقم به ۹ میلیون نفر برسد. سالانه بیش از ۳۳ هزار نفر از افراد دیابتی بدلیل این بیماری جان خود را از دست می‌دهند. بروز یک بیماری جدی عفونی ویروسی نظیر COVID-19 می‌تواند عواقب خطرناکی برای این جمعیت داشته باشد.^۱ تعداد افراد ساکن در شهرها با مقدار ثابت رو به رشد است: صد سال پیش تنها ۲ نفر از ۱۰ نفر در مناطق شهری زندگی می‌کردند؛ تا سال ۲۰۵۰ این رقم به ۷ نفر از ۱۰ نفر خواهد رسید. حرکت جمعیت به سمت نواحی شهری منجر به تغییرات قابل توجه در سبک زندگی خواهد شد. این تغییرات شامل روش‌های جدید زندگی، تبدیل مشاغل به انواع بی‌تحرك، کاهش فعالیت فیزیکی و دسترسی بیشتر به مواد غذایی دارای کالری بالا و ارزش تغذیه‌ای پایین می‌شود. شرایط اجتماعی و فرهنگی یک عامل قدرتمند در افزایش نرخ چاقی و دیابت



دیابت و کوید ۱۹

جدول ۱

توصیه‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ایران
به طور مکرر دست‌های خود را تمیز کرده و شستشو دهید
از تماس نزدیک خودداری کرده و توصیه‌های فاصله‌گذاری اجتماعی را رعایت کنید
از لمس منطقه T خودداری کنید (چشم‌ها، بینی، دهان)
سرفه و عطسه خود را بپوشانید
سطوح را با مواد شوینده دارای کلر یا الکل تمیز کنید
از ماسک استفاده کنید تا از خود و دیگران محافظت کنید، حتی اگر هیچ‌گونه علائم بیماری ندارید
در مواردی که تردید دارید، هرگز به بیمارستان نروید، با پزشک خود تماس بگیرید و در سایت salamat.gov.ir ثبت‌نام کنید، شما می‌توانید با شماره ۴۰۳۰ تماس بگیرید* و با متخصصین بهداشت و درمان ما در رابطه با ابعاد پزشکی و پیراپزشکی مشورت کنید.

* شماره تلفن ۴۰۳۰ در ایران پاسخگوی سوالات مربوط به کروناویروس می‌باشد و همچنین افراد مبتلا به ویروس را شناسایی و نظارت می‌کند، تاکنون توانسته ۷۰ میلیون نفر از ایرانیان را غربالگری نماید.

عفونت COVID-19 و تأثیر آن بر مراقبت‌های درمانی دیابت

۳

دارند. از آنجا که این کلینیک‌ها شلوغ هستند، بیماران در معرض ریسک غیر قابل تحمل ابتلا به عفونت قرار می‌گیرند. از یک طرف اختلال اجباری و ضروری می‌دهیم که میزان خدمات سرپایی کاهش یابد و به تمامی بیماران مبتلا به دیابت، به ویژه افراد بالای ۶۵ سال، توصیه می‌کنیم که در خانه بمانند و از حضور در مراکز پرجمعیت خودداری کنند. از طرف دیگر این اقدامات احتیاطی ممکن است درمان‌های کنونی به دلیل عدم تجدید برنامه درمان به تعویق بیافتد که پیامدهای ناگواری برای کنترل دیابت خواهد داشت. یک چرخه معیوب ساخته می‌شود، در نتیجه کنترل متابولیک غیر دقیق باعث می‌شود بیماران دیابتی حتی آسیب‌پذیرتر شده و بیشتر مستعد ابتلا به عفونت‌ها باشد. ما موظف هستیم فوراً با ریسک‌های ناشی از این موقعیت مقابله کنیم.

ما باید همچنان بر اطلاعات مربوط به اقدامات احتیاطی که از طریق ارسال پیام‌ها به ویژه برای افراد مبتلا به دیابت بدست می‌آید پافشاری کنیم، به علاوه باید تأکید کنیم که عدم قطع درمان فعلی تا چه اندازه اهمیت دارد و در این دوران باید اهمیت بیشتری برای این بیماری قائل شد. فدراسیون بین‌المللی دیابت توصیه‌های ویژه‌ای برای افراد مبتلا به دیابت (جدول ۲) صادر کرده است.

گزارش‌های رسمی از تعداد افراد مبتلا به COVID-19 در جهان از ۱۵ میلیون نفر، و در تعداد جانباختگان به بیش از ۶۰۰ هزار نفر می‌رسد. البته این ارقام همچنان در حال رشداند. این تعداد در کشورمان ایران به بیش از ۳۰۰ هزار نفر در نرخ ابتلا و ۱۴۵۰۰ نفر جانباخته می‌رسد. با توجه به اینکه جمعیت عمده ای بدون علامت‌اند، تعداد واقعی مبتلایان به این بیماری به مراتب فراتر از این میزان است.^{۲۶}

پاندمی نابرابری‌های موجود برای گروه‌های آسیب‌پذیر در سیستم‌های اجتماعی، سیاسی و اقتصادی را بیشتر می‌کند، که به نوبه خود اثرات پاندمی را تشدید می‌کنند.^{۲۷} رشد نمایی موارد ابتلا به COVID-19 در ایران نشان‌دهنده چالشی جدی برای خدمات بهداشتی- درمانی کشور است. در سرتاسر اراضی ایران و به ویژه در برخی نواحی که بیشتر تحت تأثیر پاندمی این بیماری قرار گرفته‌اند، به دلیل کمبود متخصصین بهداشت و درمان، سیاست‌های مناسبی اتخاذ نشده است، تا میزان ارائه خدمات روزمره بیماران سرپایی کاهش یابد و از حضور جمعیت در سالن‌های انتظار درمانگاه‌ها جلوگیری شود. این سیاست‌ها ممکن است پیامدهای مهمی برای افراد مبتلا به دیابت داشته باشد، جدا از اینکه با ریسک بالاتر ابتلا به این عفونت مواجه بوده و در معرض عوارض شدید احتمالی این عفونت قرار دارند، نیاز به ویزیت منظم در کلینیک‌های سرپایی

توصیه‌های ویژه برای افراد مبتلا به دیابت

آماده ابتلائی احتمالی به COVID-19 باشید؛

مطمئن شده تمامی شماره‌های ضروری تماس را در صورت نیاز در اختیار دارید؛

نظارت دقیقی بر سطوح قند خون داشته باشید؛

در صورت مشاهده علائم شبیه آنفلوانزا مانند تب، سرفه، مشکلات تنفسی، با پزشک خود تماس بگیرید؛ سرفه مخاطی (catarrhal) ممکن است نشانه یک عفونت باشد، از این رو توصیه می‌شود با پزشک خود در تماس باشید؛

هر گونه عفونت باعث افزایش سطوح قند خون و متعاقباً نیاز به مایعات می‌شوند، بنابراین حتماً مقدار کافی آب نوشیدنی در دسترس داشته باشید؛

حتماً به مقدار کافی داروهای دیابت مورد نیاز خود را تهیه کنید.

این مسئله را در نظر بگیرید که اگر برای چند هفته ملزم به قرنطینه شوید به کدام یک از داروها نیاز خواهید داشت؛

حتماً مقدار کافی مواد غذایی در دسترس داشته باشید؛

مطمئن شده در صورت افت ناگهانی قند خون، قادر به تنظیم قند خون خود هستید؛

در صورتی که تنها زندگی می‌کنید، مطمئن شده فردی که به وی اطمینان دارید از وضعیت دیابت شما اطلاع دارد، شاید در صورت ابتلا به بیماری نیاز به همراه داشته باشید.

پروفایل مناسب کنترل گلیسمیک، ریسک پایین رخدادهای ناخواسته و سطح بالای پایبندی به دارو می‌توانند ریسک ابتلا به این عفونت را برای این نوع بیماران کاهش دهند. در مجموع به مقدار کافی مایعات مصرف کنید، بر سطح قند خون خود نظارت کنید حتی بیش از قبل، درجه حرارت بدن خود را اندازه‌گیری کنید، اگر انسولین مصرف می‌کنید سطح کتون‌ها را اندازه‌گیری کنید و توصیه‌های ارائه شده توسط تیم مراقبت‌های درمانی را دنبال کنید. راهبردهای درمانی مناسب بیماران، رویکردهای تیم چند تخصصی و آستانه‌های پایین‌تر برای بستری بیماران مبتلا به دیابت و COVID-19 در بیمارستان می‌توانند تأثیر مثبتی بر نتیجه درمان آن‌ها داشته باشد. در مرحله دوم به منظور اجتناب از شلوغی درمان‌های سرپایی باید دوباره سازمان‌دهی شوند و رویه‌های دسترسی نیز می‌بایست کاملاً بر اساس نیازهای پزشکی برنامه‌ریزی شوند. تعلیق فوری برنامه‌های درمانی اجباری برای درمان دیابت باید در این فرایند برنامه‌ریزی گنجانده شود، حداقل تا وقتی موقعیت اضطراری COVID-19 به اتمام برسد. این روند برای محدود کردن حضور فیزیکی بیماران در مراکز دیابت به کمترین حد ممکن است. یکی دیگر از عناصر مهم و ضروری که نقش آن در رخدادهایی همچون پاندمی COVID-19 در بسیاری از کشورها پررنگ‌تر می‌شود، استفاده گسترده از

نظارت سختگیرانه بر قند خون و بررسی دقیق فعل و انفعالات دارویی باعث ضعیف شدن علائم و پیامدهای نامساعد بیماری می‌شود. هیچ اعلامیه رسمی از انجمن‌های بین‌المللی درباره مدیریت دیابت وجود ندارد، با توجه به اینکه هنوز داده‌های کافی در رابطه با افراد مبتلا به دیابت در دسترس نیست. با این حال آنچه تاکنون مشخص شده این است که دیابت اولین و مهمترین بیماری پیش‌زمینه‌ای در افراد مبتلا به COVID-19 در ایران است. بنابراین طبق نظر کارشناسان که به تازگی منتشر شده و مطالعه‌ای که در رابطه با ارتباط اندوکراین و متابولیک با این بیماری عفونی انجام شده است، توصیه دارویی مهم در خصوص مدیریت دیابت با ارزیابی ریسک در جدول ۴ ارائه شده است که به متخصصین بهداشت و درمان و سیاست‌مداران در مدیریت بهتر و تخصیص منابع در این موقعیت اورژانسی کمک می‌کند. اگرچه هایپرگلیسمی معمولاً نگرانی اصلی در این راستا است، نباید احتمال وقوع رخدادهای هیپوگلیسمی در نتیجه فعل و انفعالات بین درمان دارویی، بیماری‌زاهای ویروسی و اختلالات متابولیک معمول دیابت را نادیده گرفت^{۱۶}. توجه ویژه‌ای باید به افراد مبتلا به نوروپاتی دیابتی یا افراد مبتلا به بیماری‌های قلبی مرتبط به دیابت داشت، زیرا این افراد در معرض ریسک بالاتر ابتلا به COVID-19 حاد و مرگ قرار دارند^{۱۸}. بنابراین محصولات دارای



دیابت و کوید ۱۹

شرایط موجود پاندمی این تنها راه حل برای ارتقای دسترسی بیماران به درمان است. با نگاهی به روند رو به تکامل ارتباط از راه دور بیمار و پزشک در تاریخچه تکنولوژی در پزشکی، این فرصتی مغتنم برای بهبود دسترسی به درمان، کیفیت آن و رضایتمندی از درمان برای دو طرف می باشد. پزشکی از راه دور و سلامتی از راه دور، دارای پتانسیل استفاده بهینه پزشک از منابع خود به موثرترین نحو جهت مدیریت و درمان بیماران، است. همینطور به ما در مدیریت منابع در مقیاس بزرگتر، برای بیماران با خطر بیشتر عوارض و مرگ بیشتر، در صورت ابتلا به COVID-19، کمک می کند. لزوم عدم رهایی بیمار در شرایط پاندمی و ارائه خدمت جهت ادامه درمان ابعاد جدیدی در بحث پزشکی از راه دور را برای ما نمایان می سازد. پایش بیمار در منزل، به مدیریت موثرتر بیماری با هزینه کمتر منتج می گردد، که خود نیازمند طراحی استراتژی های جدید سلامت محوری مانند پزشکی از راه دور می باشد.^{۳۰} در آمریکا هزینه دیابت تشخیص داده شده در سال ۲۰۱۲ به ۲۴۵ میلیارد دلار می رسید. که ۱۷۶ میلیارد دلار آن مربوط به هزینه های مستقیم درمانی، و ۶۹ میلیارد دلار آن مربوط به کاهش بهره وری بود. حدود ۴۳٪ از این میزان مربوط به هزینه بستری در بیمارستان ها بوده است.^{۳۱}

دیابت نوع ۲ در سیستم سلامت ایران یک بیماری پرهزینه است، که قریب به ۸٫۶۹٪ از کل بودجه سلامت را به خود اختصاص می دهد.^{۳۱}

کل هزینه دیابت تیپ ۲ تشخیص داده شده در ایران در سال ۲۰۰۹ به رقمی در حدود ۳٫۷۸ میلیارد دلار رسید. از این میزان ۲٫۰۴ میلیارد دلار به هزینه های مستقیم، و ۱٫۷۳ میلیارد دلار دیگر به هزینه های غیر مستقیم اختصاص یافته است. بیشترین هدررفت در هزینه های مستقیم به عوارض دیابت با ۴۸٫۹٪ که شامل عوارض قلبی و عروقی به میزان ۴۲٫۳٪ از منابع، نفروپاتی با ۲۳٪، عوارض چشمی با ۱۴٪ از منابع مالی می باشد، حاصل شده است. در هزینه های غیرمستقیم نیز، از کارافتادگی موقت با صرف ۳۳۵٫۷ میلیارد دلار و از کارافتادگی دائمی به میزان ۴۵۲٫۴ میلیارد دلار کاهش بهره وری به دلیل مرگ زود هنگام بالغ بر ۹۵۰٫۳ میلیارد دلار از منابع را به خود اختصاص دادند.

پزشکی از راه دور و مشاوره از راه دور است، امروزه کمبود این راهکارها به شدت در کشور ما احساس می شود. نظارت بر سطوح قند خون و سایر پارامترها توسط خود بیمار، از راه دور از خانه بیمار (به طور مثال فشار خون، وزن بدن، پالس اکسیمتری) در حقیقت تداوم درمان را تضمین خواهد کرد و مانع حضور در کلینیک های درمان سرپایی خواهد شد.

در حال حاضر تغییر چشمگیر در رویکرد درمانی از درمان حضوری به پزشکی از راه دور در حال سرعت گرفتن است. هم برای پزشک و هم فرد دیابتی لازم است که خود را با شرایط موجود، و برای جلوگیری از قطع درمان تطبیق دهند. در مواردی، یک ویزیت مجازی یا پزشکی از راه دور به فرد دیابتی این امکان را می دهد تا با همان کیفیت ویزیت حضوری درمان خود را ادامه دهد. این ویزیت ها در اغلب مواقع برای امور پزشکی غیر ضروری و یا موارد پیگیری انجام می شود، اما می تواند در مشورت اولیه جهت شروع یک اقدام نیز صورت پذیرد. اگر فرد دیابتی در حال تجربه مورد حاد یا بحرانی پزشکی است می بایست به مرکز درمانی مراجعه کند.^{۲۹}

در بخش هایی که با اهداف ارائه سرویس سلامت به این مقوله نگاه می کنند، نهاد مسؤل باید تعریف مشخصی از تله مدیسین در حوزه ارتباط متقابل دو طرفه پزشک معالج و فرد دیابتی بطور زنده از راه دور داشته باشد. طرفداران تله مدیسین به این نکته اذعان دارند که این تکنولوژی مسیرها و فرصت های جدیدی در دسترسی فرد دیابتی به درمان را ایجاد می کند. منتقدین این حوزه اما با نگاهی محتاط تر اشاره به خطرات مرتبط با حریم شخصی و محرمانگی داشته و محدودیت های ارتباط پزشکی الکترونیک در معاینات و قطع پیوند ارتباطی، بین پزشک و فرد دیابتی را مورد بررسی قرار می دهند.

پزشکی از راه دور یک مدل ایده آل و دائمی برای درمان همه بیماران نخواهد بود. برای استفاده از این ابزار، یک بیمار نیازمند منابع، دسترسی و توانایی استفاده از این تکنولوژی، متخصصین درمانی قابل دسترس در این فضا در زمان مشخص، سطح قابل قبولی از تمایل و احساس راحتی به این سبک درمان، است. در عین حال و با در نظر گرفتن عدم امکان دسترسی پزشک به استانداردهای تکنولوژیکی تثبیت شده، پزشکی از راه دور نمی تواند یک رویکرد ترجیحی در جامعه باشد. به هر حال، در

مجموعه برای ویرت پزشکی از راه دور آماده باشد!

مانند یک ویزیت معمولی در مطب، آماده پاسخ به سوالات معمول درباره پرونده پزشکی، سوابق خانوادگی، شرایط در منزل، سبک زندگی و سوابق اجتماعی باشید.

تهیه فهرستی از نشانه‌های موجود و زمان بروز آنها، شدت آنها و هر عامل تشدید یا تضعیف کننده آنها

تهیه فهرست جامعی از داروهای مصرفی شامل نام داروها، نحوه استفاده، دوز، تعداد مصرف روزانه و زمان مصرف آنها

آماده داشتن اطلاعات لازم حیاتی یا انتقال الکترونیکی آنها به سامانه جهت دسترسی پزشک معالج، مانند دمای بدن فرد، فشار خون، نبض، میزان قند خون.

اگر از تکنولوژی‌های بروز مانند پایش مستمر قند خون یا پمپ انسولین جهت کنترل قند خون خود استفاده می‌کنید، می‌بایست اطلاعات دستگاه خود را قبل از ویزیت پزشک بر روی برتال او بارگذاری نموده تا امکان بررسی برای او فراهم باشد. همه اطلاعات لازم و احتمالی جهت ویزیت مجازی پیشنهادی آماده باشد.

استفاده از تلفن همراه شخصی جهت تهیه تصویر هر گونه عوارض مشهود و ارسال آنها برای پزشک معالج، تا قبل از شروع ویزیت

آماده فهرست هر گونه شرایط یا عارضه مزمن یا عمل جراحی که فرد دیابتی تحت آن قرار گرفته

آیا افراد دیگری در منزل بیمار هستند؟ اگر بله، چه نوعی از نشانه‌ها و به چه مدت بروز یافته؟

اگر فرد دیابتی تست PCR را انجام داده است آیا نتیجه آن جهت ارایه موجود است؟

فراموش کرد.^{۳۲} دکتر داوود خلیلی: شیوع یک بیماری عفونی شبیه COVID-19، نه تنها اهمیت بیماری‌های غیر واگیر را کاهش نمی‌دهد، بلکه بر تمرکز بیشتر بر پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر، به ویژه چاقی و دیابت تأکید دارد. در حقیقت ما با یک مجموعه سه عضوی شامل چاقی، دیابت و COVID-19 روبرو هستیم؛ وجود این مجموعه سه وجهی بسیار خطرناک‌تر از COVID-19 به تنهایی است. در آینده ممکن است بیماری واگیردار ویروسی دیگری با ابعاد متفاوت جایگزین COVID-19 شود، اما چاقی و دیابت همیشه چاقی و دیابت باقی خواهند ماند.

صرف نظر از هزینه بالا و لزوم ایجاد بستری مناسب برای استفاده از تکنولوژی پزشکی از راه دور، اقدامات بسیار اندکی در این زمینه در ایران صورت گرفته است.^{۳۱}

و مرحله آخر بازبینی منظم از زنجیره تأمین و ذخایر داروهای ضروری و ابزارها و تکنولوژی‌های درمان است که اگرچه در آخر مطرح شده است اما از اهمیت بالایی برخوردار است، این کار کمک می‌کند بیماران مبتلا به چند بیماری که در معرض ریسک بالاتر بیماری شدید قرار دارند همواره به دارو دسترسی داشته باشند. ضمن اینکه تأمین پشتیبانی مالی و از میان برداشتن موانع عملیاتی لجستیکی را نباید



دیابت و کوید ۱۹

جدول ۲۳-۲۴

در نظر گرفتن مداخلات بالقوه متابولیکی در افراد دیابتی نوع ۲ مشکوک یا مبتلا به COVID-19			
نوع مدیریت	مثال	توصیه و وضعیت درمان	نظارت برای ریسک احتمالی

دسترسی به مواد غذایی و سبزیجات تازه محدود شده است و تمایل به مصرف غذاهای بسته‌بندی، دارای کالری بالا و ارزش غذایی پایین افزایش می‌یابد، که از یک طرف منجر به عدم تنظیم قند خون خواهد شد و از طرف دیگر باعث ایجاد عفونت‌ها و کمای هایپر اسمولار، کتواسیدوز و رخدادهای حاد قلبی می‌شود.

حفظ رژیم غذایی روزانه

کاهش مقدار کالری‌ها و مصرف مواد غذایی دارای ارزش غذایی بالا

رژیم غذایی

ورزش	دوچرخه‌سواری و تردمیل	ادامه ورزش کردن در خانه	در خانه ماندن باعث کاهش سطح فعالیت، در بین افراد مبتلا به دیابت می‌شود.
------	-----------------------	-------------------------	---

در نظر گرفتن مداخلات درمانی در افراد دیابتی نوع ۲ مشکوک یا مبتلا به COVID-19			
نوع مدیریت	مثال	توصیه و وضعیت درمان	نظارت برای ریسک احتمالی

دهیدراسیون و اسیدوز لاکتیکی، عملکرد کلیه‌ها باید تحت نظارت قرار گیرد، این مسئله به علت نارسایی مزمن کلیوی، جراحات کلیوی حاد است.

در صورت استفراغ، کاهش اشتها، دهیدراسیون یا اسیدوز لاکتیکی مصرف دارو متوقف گردد و دستورات روزهای بیماری رعایت شود.

متفورمین

بیگوآنید

سولفونیل اوره	گلیکلازید	دوز دارو باید بر اساس سطح قند خون تنظیم شود.	علائم هایپرگلیسمی و هیپوگلیسمی باید تحت نظارت باشند.
---------------	-----------	--	--

ریسک ذات‌الریه

پیوگلیتازون

تیازولیدین دیون

SGLT2i	کاناگلیفلوزین، داپاگلیفلوزین امپاگلیفلوزین	در طول بیماری‌های تنفسی باید از آغاز درمان خودداری کرد.	دهیدراسیون، کتواسیدوز دیابتی، کتوز یوگلیسمیک، به علت ریسک بالای آسیب کلیوی حاد، عملکرد کلیه‌ها باید تحت نظارت قرار بگیرد.
--------	--	---	---

دهیدراسیون ممکن است منجر به بیماری حاد شود، از این رو باید کاملاً تحت نظارت قرار گیرد.

مصرف کافی مایعات و وعده‌های غذایی منظم

لیراگلو تاید، آلبیگلو تاید، دولاگلو تاید، لیگزیزناتاید سماگلو تاید، اگزاناتاید (آهسته رهش)

GLP1-RA

DPP4i	آلوگلیپتین، لیناگلیپتین ساکساگلیپتین	به طور کلی به خوبی تحمل می‌شوند و می‌توانند ادامه یابند	عفونت تنفسی فوقانی، اما منجر به ذات‌الریه نمی‌شود
-------	--------------------------------------	---	---

خودپایشی قند خون هر ۱ الی ۲ ساعت، قبل از نمونه‌گیری از انگشت خود باید دست‌ها را بشویید.

این دارو نباید متوقف گردد، اما دوز دارو باید بر اساس سطح قند خون تنظیم گردد.

آنالوگ انسانی

انسولین

انفوزیون انسولین درون وریدی	آنالوگ انسانی	در صورت تنفس مصنوعی یا کاهش اشتها این درمان باید آغاز شود و دوز دارو باید بر اساس سطح قند خون تنظیم گردد	خودپایشی قند خون یا پایش مستمر قند خون هر ۲ الی ۴ ساعت، تعادل پتاسیم باید تحت نظارت قرار بگیرد، زیرا COVID-19 باعث هایپوکالمی می‌شود.
-----------------------------	---------------	--	---

عمل‌هایی که تولید ائروسل می‌کنند، پیوند

توصیه می‌شود به تعویق انداخته شود

تمامی انواع

عمل جراحی انتخابی

SMBG : خودپایشی قند خون
CGM : پایش مستمر قند خون
Sick day rules : دستورات روزهای بیماری

استاندارد دیابت در کشور، به نظر ضروری می‌رسد که آن‌ها مسائل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی بیماران در جامعه را اطلاع رسانی کنند و منافع جامعه دیابتی را در سیاست‌گذاری ملی معرفی نمایند.

در دوران پاندمی COVID-19، این سازمان‌های غیرانتفاعی سعی کردند تا داده‌های مرتبط، به موقع و دقیقی را به بیماران مبتلا به دیابت ارائه کنند و با استفاده از تکنولوژی مبتنی بر فناوری اطلاعات تلاش کردند جریان آموزش گسترده به سرتاسر کشور ادامه یابد. نقش ارتباطی سازمان‌های غیرانتفاعی بین بیماران و ذینفعان مختلف در دوران بحران شبیه به COVID-19 باید مورد تأکید قرار گیرد و از سوی سیاست‌گذاران و دولت مورد احترام قرار گیرد.

در ایران دو سازمان غیرانتفاعی رسمی مورد تأیید فدراسیون بین‌المللی دیابت هستند، انجمن دیابت ایران و انجمن دیابت گابریک با یکدیگر همکاری می‌کنند تا سطح مراقبت‌های درمانی و زندگی بیماران مبتلا به دیابت را بهبود بخشند.

برای دستیابی به این اهداف، این سازمان‌های غیرانتفاعی نقش خود را از طریق آموزش گسترده در سطح کشور و پشتیبانی متداول و همچنین استفاده از تکنولوژی فناوری اطلاعات برای افراد مبتلا به دیابت، خانواده‌های آن‌ها، متخصصین بهداشت و درمان و عموم مردم ایفا می‌کنند.

در همکاری با مقامات بهداشت و درمان و تمامی ذینفعان در سرتاسر کشور قصد دارند آموزش در زمینه دیابت را از سر گیرند. با توجه به نقش برجسته این سازمان‌ها در پشتیبانی و آموزش

مبتنی بر وارد کردن داده‌های شخصی راه‌اندازی شد، در ادامه فرد به سوابق سلامت الکترونیک و پیگیری‌های بعدی برای بیماران مشکوک و رصد کردن تماس‌ها توسط کارکنان خدمات درمانی ارجاع داده می‌شود.

بخش ۵: تیم‌های اجرایی برای بسیج ملی جهت پیشگیری و کنترل COVID-19. این تیم‌ها شامل تیم مراقبت‌های بهداشتی (کارکنان خدمات درمانی جوامع روستایی/شهری و نیروهای بسیج)؛ تیم‌های بهسازی محیط (متخصصین بهداشت و درمان شغلی/محیطی، نیروهای بسیج، سایر داوطلبان)؛ سازمان‌ها و شرکت‌ها (بسیج، سازمان‌های غیرانتفاعی و کارکنان داوطلب)؛ تیم‌های بازرسی در ورودی شهرها (هلال احمر، پلیس، نیروهای بسیج، اورژانس پزشکی).

بخش ۶: کمپین ملی برای آگاهی و اطلاعات مردم درباره COVID-19، به عنوان بخشی از وبسایت MOHME به نشانی <http://iec.behdasht.gov.ir> که شامل تمامی محتویات آموزشی که برای فضاهای عمومی شهری، ارتباطات از طریق رسانه و آموزش عمومی می‌باشد.^{۳۵}

از آنجا که شبکه مراقبت‌های بهداشتی در ایران به نحوی قابل قبول تمامی جمعیت‌های شهری و روستایی را تحت پوشش قرار داده است، به طوری که کلیه جمعیت‌ها ظرف ۱۰ دقیقه سفر با وسایل حمل و نقل عمومی به مراقبت‌های اولیه بهداشتی دسترسی دارند، وزارت بهداشت با استفاده از این شبکه توانست برنامه بسیج ملی علیه COVID-19 را با شعار «# ما کرونا را شکست می‌دهیم» راه‌اندازی کند. این برنامه با تکیه بر همکاری بین معاون وزارت بهداشت و نیروهای بسیج، سفیران سلامت، داوطلبان سلامت محلات و داوطلبانی از سازمان‌های غیر دولتی، دانشجویان و سایر نهادها بنا شده است. برنامه بسیج ملی شامل شش بخش مهم است. بخش ۱: راه‌اندازی خط تماس مستقیم برای پاسخگویی به سوالات و ارائه مشاوره‌های عمومی و تخصصی. بخش ۲: راه‌اندازی ۱۰۰۰ مرکز خدمات جامع سلامت منتخب که به صورت ۱۶ ساعت و ۲۴ ساعت در روز، هفت روز هفته، فعالیت می‌کنند و خدمات تخصصی COVID-19 را مطابق با پروتکل ملی ارائه می‌نمایند. بخش ۳: وبسایت اینترنتی salamat.gov.ir برای غربالگری



دیابت و کوید ۱۹

نتایج

۶

از اجتناب ناپذیر بودن چنین پاسخ‌هایی در موقعیت‌های استثنایی مانند شیوع COVID-19. با این وجود، این اقدامات نمی‌توانند جایگزین تلاش‌های فردی از نظر احتیاط و آگاهی بیشتر از جانب متخصصین بهداشت و درمان و بیماران مبتلا به دیابت شوند، مواردی که روزه به جهت اطمینان از این موضوع انجام می‌شود که اثرات مخرب این پاندمی دیگر باعث ترس افراد مبتلا به دیابت نمی‌شود. این افراد باید مورد محافظت قرار گیرند (و تا حد امکان دور از مراکز خدمات درمانی سرپایی بمانند)، اما نباید رها شوند و کنترل منظم و مطلوب تعادل متابولیک آن‌ها نباید قربانی COVID-19 شود.

Disclaimer:

این مقاله با حمایت شرکت نووونوردیسک پارس به چاپ رسیده است.

REFERENCES

1. IDF diab. Atlas, 9th edition 2019
2. Stübinger J, Schneider L. Epidemiology of coronavirus COVID-19: Forecasting the future incidence in different countries. In: *Healthcare 2020 Jun* (Vol. 8, No. 2, p. 99). Multidisciplinary Digital Publishing Institute
3. Hui DS, Azhar EJ, Kim YJ, Memish ZA, Oh MD, Zumla A. Middle East respiratory syndrome coronavirus: risk factors and determinants of primary, household, and nosocomial transmission. *Lancet Infect Dis*. 2018;18:e217-e227.
4. Kulcsar KA, Coleman CM, Beck SE, Frieman MB. Comorbid diabetes results in immune dysregulation and enhanced disease severity following MERS-CoV infection. *JCI insight*. 2019 Oct 17;4(20).
5. Bornstein SR. Endocrin and metabolic link to coronavirus infection, 4(2020):Natur Rev; <https://doi.org/10.1038/s41574-020-0353-95> Huang I, Lim MA, Pranata R. Diabetes mellitus is associated with increased mortality and severity of disease in COVID-19 pneumonia—A systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*. 2020 Apr 17.
6. Huang I, Lim MA, Pranata R. Diabetes mellitus is associated with increased mortality and severity of disease in COVID-19 pneumonia—A systematic review, meta-analysis, and metaregression. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*. 2020 Apr 17.
7. Abu-Ashour W, Twells L, Valcour J, et al. The association between diabetes mellitus and incident infections: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *BMJ Open Diab Res Care* 2017;5:e000336. doi:10.1136/bmjdr-2016-000336
8. Pearson-Stuttard J, Blundell S, Harris T, Cook DG, Critchley J. Diabetes and infection: assessing the association with glycaemic control in population-based studies. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2016;4(2):148-58. Epub 2015/12/15. doi: 10.1016/S2213-8587(15)00379-4. PubMed PMID: 26656292.
9. McDonald HI, Nitsch D, Millett ER, Sinclair A, Thomas SL. New estimates of the burden of acute community-acquired infections among older people with diabetes mellitus: a retrospective cohort study using linked electronic health records. *Diabet Med*. 2014;31(5):606
10. Li S, Wang J, Zhang B, Li X, Liu Y. Diabetes Mellitus and Cause-Specific Mortality: A Population-Based Study. *Diabetes Metab J*. 2019;43(3):319-41. Epub 2019/06/19. doi: 10.4093/dmj.2018.0060. PubMed PMID: 31210036; PubMed Central PMCID: PMC6581547.
11. Peleg AY, Weeraratna T, McCarthy JS, Davis TM. Common infections in diabetes: pathogenesis, management and relationship to glycaemic control. *Diabetes Metab Res Rev*. 2007; 23:3-13.
12. Miller AC, Subramanian RA, Safi F, Sinert R, Zehtabchi S, Elamin EM. Influenza A 2009 (H1N1) virus in admitted and critically ill patients. *J Intensive Care Med*. 2012; 27:25-31.
13. Yang, J. K. et al. Plasma glucose levels and diabetes are independent predictors for mortality and morbidity in patients with SARS. *Diabet Med*. 23, 623-628 (2006).
14. Zheng YY, Ma YT, Zhang JY, Xie X. COVID-19 and the cardiovascular system. *Nat Rev Cardiol*. 2020 Mar 5 2020. [Epub ahead of print]
15. Onder G. Case fatality rate and characteristics of patients dying in relation to COVID-19 in Italy, Mar (2020); doi:10.1001/jama.2020.4683
16. Bansal M. Cardiovascular disease and COVID-19; *Diab & Metabol Syn*:14(2020);247-250; <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.03.013>
17. A. Hussain, B. Bhowmik, N. Cristina do Vale Moreira, COVID-19 and Diabetes: Knowledge in

پاندمی COVID-19 منجر به تغییر سریع و گسترده سبک زندگی و شیوه مدیریت سلامت شده است. امید همه انسان‌ها این است که تأثیرات این بحران تا حد امکان موقتی باشد. دسترسی آسان‌تر به دارو و درمان مدرن، اثربخش‌تر و ایمن‌تر مطمئناً یکی از نیازهایی است که قبل از این پاندمی باید مورد ملاحظه قرار گیرد و امروزه باید اعمال شود. استفاده گسترده از پزشکی از راه دور و مشاوره از راه دور و ایجاد یک شبکه یکپارچه مستحکم و کارآمد برای مدیریت انواع دیابت که برای تمامی بیماران دیابتی ضروری است، یکی از معدود واکنش‌های ممکن نسبت به افزایش شیوع دیابت است، صرف نظر

Progress, Diabetes Research and Clinical Practice (2020),

18. Fadini GP, Morieri ML, Longato E, Avogaro A. Prevalence and impact of diabetes among people infected with SARS-CoV-2. *Journal of Endocrinological Investigation*. 2020 Mar 28:1
19. Zoppini G, Fedeli U, Schievano E, Dauriz M, Targher G, Bonora E, Corti MC. Mortality from infectious diseases in diabetes. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*. 2018 May 1;28(5):444-50
20. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA*. 2020. Epub 2020/02/25. doi: 10.1001/jama.2020.2648. PubMed PMID: 32091533.
21. Wu, Guan, Z. Ni, Yu Hu, W. Liang, C et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med* 2020; Feb 28. doi: 10.1056/NEJMoa2002032. [Epub ahead of print].
22. Sharifi H, Jahani Y, Mirzazadeh A, Gohari MA, Nakhaeizadeh M, Shokoohi M, Eybpoosh S, Tohidinik HR, Mostafaei E, Khalili D, Nazari SS. Estimating the number of COVID-19-related infections, deaths and hospitalizations in Iran under different physical distancing and isolation scenarios: A compartmental mathematical modeling. *medRxiv*. 2020 Jan 1.
23. IRAN COVID19 Factsheet N.40-12May. National Committee on COVID-19 Epidemiology and Iranian CDC - Ministry of Health and Medical Education, IR Iran. (<http://corona.behdasht.gov.ir>)
24. <https://www.isna.ir/news/96011002503/9>
25. Mamelund SE, Shelley-Egan C, Røgeberg O. The association between socioeconomic status and pandemic influenza: protocol for a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev*. 2019;8:5.
26. John's Hopkins medical university site
27. United nations, The Impact of COVID-19 on Women 9 APRIL 2020
28. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, Liang WH, Ou CQ, He JX, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med*. 2020:1-13. Epub 2020/02/29. doi: 10.1056/NEJMoa2002032. PubMed PMID: 32109013.
29. Chaet D, Clearfield R, Sabin JE, Skimming K; Council on Ethical and Judicial Affairs American Medical Association. Ethical practice in Telehealth and Telemedicine. *J Gen Intern Med*. 2017;32(10):1136-1140. doi:10.1007/s11606-017-4082-2
30. Klaassen B, van Beijnum BJ, Hermens HJ. Usability in telemedicine systems-A literature survey. *Int J Med Inform*. 2016;93:57-69. doi:10.1016/j.ijmedinf.2016.06.004
31. Javanbakht M, Baradaran HR, Mashayekhi A, Haghdoust AA, Khamseh ME, Kharazmi E, et al. (2011) Cost-of-Illness Analysis of Type 2 Diabetes Mellitus in Iran. *PLoS ONE* 6(10): e26864. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0026864>
32. WHO file, Strengthening the Health System Response to COVID-19 in the WHO transmission scenarios Action points for the WHO European Region (1 April 2020)
33. Bornstein SR. Practical recommendations for the management of diabetes in patients with COVID-19; April(2020) *Lancet Diabetes Endocrinol* 2020
34. A.K Singh et al. Diabetes in COVID-19: Prevalence, pathophysiology, prognosis and practical considerations / *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews* 14 (2020) 303e310
35. Raeisi A, Tabrizi JS, Gouya MM. IR of Iran National Mobilization against COVID-19 Epidemic. *Archives of Iranian Medicine*. 2020 Apr 1;23(4):216.
36. Expert Recommendation on Glucose Management Strategies of Diabetes Combine with COVID-19. *J Clin Intern Med*. 2020 Mar;37(3):215-219.
37. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/symptoms-testing/symptoms.html>.

تعرفه خدمات مامایی پرداخت نمی‌شود

مامایی یکی از رشته‌های مهم علوم پزشکی برای ارائه مراقبت‌های بهداشتی با کیفیت و مقرون به صرفه در تمام مناطق جهان به شمار می‌آید و به همین دلیل است که کنفدراسیون بین‌المللی مامایی و سازمان بهداشت جهانی به تمامی کشورها توصیه کرده تا زیرساخت‌های خود را برای استفاده از خدمات مامایی برای ارائه خدمات زیست‌محیطی، مادر و نوزاد، سلامت باروری و جنسی توسعه دهند. در خصوص اهم فعالیت‌های ماماها در نظام سلامت و به تبع آن، مشکلاتی که در حیطه کاری دارند، گفت‌وگویی را با دکتر ناهید خداکرمی، عضو شورای عالی سازمان نظام پزشکی و رئیس انجمن علمی مامایی ایران انجام داده‌ایم که در زیر می‌خوانید:

زهرا رحیمی

نیز همواره در نظام متریقی شبکه‌های بهداشتی کشور، ماما عضو لاینفک شبکه بهداشتی بوده و بار اصلی خدمات سلامت مادر و کودک را با موفقیت به دوش کشیده است و در بالین نیز نقش عمده وی انجام زایمان طبیعی و کنترل زایمان است.

بیشترین عارضه حاصل از چالش‌های جامعه مامایی چیست؟

در دو دهه گذشته هم‌زمان با اجرای برنامه پزشکی خانواده روستایی/ شهری و اخیراً در برنامه معروف به حاشیه شهرها، اگرچه همچنان ماما یکی از اجزای مهم ارائه‌دهنده خدمت به شمار می‌آید، ولی این حرفه با چالش‌های مهمی روبه‌رو بوده که خودبه‌خود بر نحوه و کیفیت خدمات موردنیاز زنان تأثیر گذاشته و بیشترین عارضه آن افزایش مداخلات بی‌رویه در بارداری، از جمله سزارین و عوارض حاصل از آن بوده است و همچنین تعارضات بین حرفه‌ای هم‌ناخودآگاه بر وضعیت مامایی کشور تأثیر منفی گذاشته است.

چه تعداد ماما در کشور مشغول فعالیت هستند و در کنترل اپیدمی کرونا چه نقشی داشته‌اند؟

حدود ۴۰ هزار ماما در کشور فعال هستند که تنها در شبکه بهداشتی، ۱۲ هزار نفر در سراسر کشور از دورترین روستاها تا پیشرفته‌ترین شهرها پراکنده هستند و این تعداد در بخش دولتی و در دوران اپیدمی نقشی که در کنترل کووید ۱۹ داشته‌اند، بی‌بدیل بوده است؛ زیرا ماماها در بسیاری از مراکز ۱۶ ساعته نقش مهمی دارند. همچنین غربالگری سراسری کشور با این گروه بوده است و علی‌رغم همه این موارد، مسئولان یک جمله تشکرآمیز در بیانات و مصاحبه‌های خود ذکر نکردند؛ اگرچه از دکتر نمکی تشکر می‌کنیم که در نامه قدردانی خود از پرسنل بهداشتی و درمانی به خدمات ذی‌قیمت ماماها نیز اشاره کرده بودند. با شیوع کووید ۱۹، ماماها همگام با دیگر گروه‌های پزشکی و پرستاری در خط مقدم مقابله با کرونا بودند؛ اما مشکلی که دارند، بی‌مهری‌هایی است که در پرداخت‌ها شاهد آن هستیم و ضریب دریافت فوق‌العاده و بی‌رویه دوران کووید ماماها بسیار ناچیز در نظر گرفته شده است و جالب اینکه با وجود دستور وزیر محترم برای

ابتدا تعریفی از ماما و فعالیت‌هایی که می‌تواند در نظام بهداشت و درمان ارائه دهد، بیان کنید.

ماما به شخصی اطلاق می‌شود که تحصیلات مامایی را در حد کارشناسی، کارشناسی ارشد یا دکترا (بهداشت باروری/ مامایی)، با پایه مامایی و برابر مقررات در مراکز آموزش داخل و خارج از کشور به پایان رسانیده و موفق به اخذ مجوزهای لازم برای ارائه خدمات حرفه‌ای شده باشد. او قادر به نظارت و مراقبت و آموزش زنان در طی دوران قبل از بارداری، حین بارداری، زایمان، بعد از زایمان، هدایت و انجام زایمان طبیعی به مسئولیت خود، مراقبت از نوزاد و شیرخوار و کودک زیر شش سال است. این مراقبت‌ها شامل پیشگیری، مشاوره، ارائه خدمات سلامت باروری و فرزندآوری، کشف حالات غیرطبیعی در مادر و نوزاد، اورژانس‌های پزشکی، تشخیص بیماری‌های شایع دستگاه تناسلی، غربالگری سرطان‌های زنان و اجرای اقدامات اورژانس مامایی در مواقع عدم دسترسی به پزشک، مراقبت زایمان، انجام زایمان طبیعی و ارجاع مددجویان نیازمند خدمات تخصصی به مراکز درمانی است.

ماماها در چه مراکزی قادر به ارائه خدمات خود هستند؟

یک ماما قادر به ارائه خدمات مامایی و سلامت باروری و جنسی باتوجه به حدود شرح وظایف در مراکز مختلف نظیر منزل، پزشک خانواده، مراکز بهداشتی، مراکز جامع سلامت، بیمارستان‌ها، کلینیک‌های ناباروری و سلامت جنسی، مراکز مشاوره و دفاتر کار مامایی و سازمان‌های مختلف، از جمله مدارس و خانه‌های سلامت شهرداری‌ها است به عبارتی در هر مرکز بهداشتی درمانی که خدمات سلامت باروری و مامایی ارائه می‌دهد، می‌تواند به خدمت بپردازد.

خدمات مامایی در برنامه‌های ملی دیگر کشورها چگونه دیده شده است؟

در برنامه‌های ملی سلامت اغلب کشورهای جهان خدمات مادر و نوزاد و سلامت زنان به‌عنوان بخشی از سلامت عمومی تیم پزشک خانواده ارائه می‌دهد و بخش مامایی با استقلال کامل، خدمات پایه‌ای موردنیاز سلامت باروری و مراقبت‌های دوران بارداری و زایمان طبیعی را ارائه می‌کند. در کشور جمهوری اسلامی ایران

اصلاح نحوه پرداخت حق ویژه کووید ۱۹، در اقدامی عجیب دستور وزیر بایگانی شده است!

❓ چه تعداد ماما در دوران پاندمی کووید ۱۹ جان خود را از دست دادند؟

تاکنون ۱۶ نفر از ماماهاى کشور در حین انجام وظیفه به کرونا ویروس مبتلا شده و جان خود را از دست دادند و شاید حدود ۷ هزار نفر از آن‌ها به این بیماری گرفتار شدند. عزیزانی که در بخش زایشگاهی و درمان کار می‌کردند، در معرض مستقیم بیماری قرار داشتند؛ زیرا مادر بارداری که برای زایمان مراجعه می‌کند یا علائم ندارد یا با علائم بستری شده و تمام مراقبت‌های حین زایمان و انجام زایمان طبیعی با ماماها بوده که در این مرحله هم تعدادی از ماماها مبتلا شده و جان خود را از دست دادند.

❓ می‌دانید چه تعداد مادر باردار مبتلا به کووید ۱۹ داشتیم و چه مراقبت‌هایی برایشان انجام شده است؟

تاکنون حدود ۸ هزار مادر باردار مبتلا به کووید ۱۹ داشتیم که در حین بارداری بستری شده یا حین زایمان بیماری آن‌ها تشخیص داده شد و تقریباً ۱۰ درصد آن‌ها در بخش آی سی یو بستری شدند و تمام مراقبت‌های مادر باردار در حوزه مامایی، یعنی کنترل قلب جنین و ارزیابی وضعیت مادر از نظر بارداری با ماماها بوده است. یعنی از بخش زایشگاه به‌تناوب به بخش آی سی یو می‌رفتند و مراقبت‌های مامایی مادران را انجام می‌دادند و حتی یک مورد زایمان طبیعی در ایلام در آی سی یو توسط یکی از همکاران ماما انجام شد. در مواردی که مادر مبتلا بود، ولی حال عمومی وی مناسب بوده، در زایشگاه توسط ماما زایمان انجام شده است و در مواردی که نیاز به سزارین است، قبل از اتاق عمل، حین عمل و پس از آن به وظایف خود در قبال مادر مبتلا به کووید با احساس مسئولیت عمل شده است.

❓ در تصمیم‌گیری‌ها سیاست‌گذاری‌های حوزه سلامت ماماها چه نقشی دارند؟

متأسفانه یکی از چالش‌های مهم نظام سلامت تصمیم‌گیری در پشت درهای بسته است و در حوزه سلامت زنان و مادران باردار، تصمیم‌سازی و تصمیم‌گیری اغلب بدون حضور مسئولان مامایی است و زمانی که در شورای معاونین وزارت بهداشت یا حوزه‌های مختلف تصمیمی می‌گیرند، معمولاً مامایی فراموش می‌شود؛ چون نماینده‌ای آنجا ندارد؛ درحالی‌که مشاور وزیر در امور مامایی داریم و حتی اداره‌ای به اسم مامایی داریم که خدمات با ارزشی را به‌ویژه در حوزه مدیریت ترویج زایمان طبیعی برای کشور انجام می‌دهد. انتظار جامعه مامایی این است که مسئولان نظام سلامت خدماتشان این قشر را که موجب ارتقای شاخص‌های سلامت مادران باردار و نوزادان شده، ببینند و در سیاست‌گذاری‌ها نقش داشته باشند تا روند ارائه خدمات به زنان و خانواده‌ها در مسیر کم‌هزینه‌تر و باکیفیت‌تر هموار شود. در حوزه آموزش نیز متأسفانه دخالت سایر گروه‌ها که مامایی را رقیب منافع خود می‌دانند، در هنگام بازنگری کوریکولوم آموزشی مداخله دارند و به همین دلیل گاه روند بازنگری و تصویب سال‌ها طول می‌کشد.

❓ هویت حرفه‌ای ماما در نظام سلامت کشور را چگونه ارزیابی می‌کنید؟

همه می‌دانند که یکی از ستون‌های اصلی خدمات بهداشتی در نظام شبکه و پزشک خانواده بر دوش جامعه مامایی بوده و دل‌خوری موجود این است که نام حرفه‌ای آن‌ها، یعنی «ماما» خدشه‌دار شده است. این بدعت بعد از طرح تحول سلامت اتفاق افتاد. یک مدت که به نام مراقب سلامت بودند و اکنون تحت عنوان مراقب - ماما فعالیت می‌کنند و همچنان شاهد خلأ عمیق اجتماعی هستیم. هنگامی که مادر باردار به مراکز بهداشت مراجعه می‌کند و به خدمات مامایی نیاز

دارد، می‌بیند که فردی با عنوان مراقب - ماما بر بالینش حاضر می‌شود و این سؤال در ذهن مادر باردار ایجاد می‌شود که آیا این فرد یک مامای ماهر است یا نه؟ و معمولاً شاهدیم که عصر همان روز به یک مطب مراجعه می‌کند؛ چون وقتی می‌بیند که ماما دارد فشارخون یک آقا را می‌گیرد و ایشان را هم ویزیت می‌کند، برایش این سؤال پیش می‌آید که آیا اصلاً این فرد ماما است یا خیر و بعد از ظهر به مطب ماما یا پزشک دیگری مراجعه می‌کنند. به عبارتی ما هزینه‌های بخش درمان را با این شیوه اضافه می‌کنیم؛ درحالی‌که ماما تعریف مشخصی دارد و انتظار داریم در تیم پزشک خانواده و شبکه بهداشت در ابتدا هویت حرفه‌ای افرادی که آنجا کار می‌کنند، حفظ شده تا اعتماد مردم به شبکه‌ها ارتقا پیدا کند. ماما خط اول مراجعه مادران، خانواده‌ها، زنان و کسانی است که نیازمند خدمات سلامت باروری هستند؛ اعتمادی که جامعه به این حرفه دارد، تحسین‌برانگیز است و تجربه نشان داده که هر جا از ماما استفاده شده، موفق بوده‌ایم. ماماها علاقه‌مند هستند که هویت و نام حرفه‌ای آن‌ها به‌عنوان ماما همه‌جا حفظ شده و به آن احترام گذاشته شود.

❓ میزان پرداختی ماماها در بخش زایمان چگونه است؟

در بخش درمان بر اساس آمار و ارقامی که خود سامانه‌های وزارت بهداشت نشان می‌دهد، بیش از ۷۰ درصد زایمان‌های طبیعی در کشور را ماماها انجام می‌دهند و در ۳۰ درصد باقی‌مانده هم نقش دارند؛ یعنی کنترل مادر تا زمان تولد برعهده ماما است و اگر مادری سزارین شده، قبل از عمل و بعد از آن، ماما از او مراقبت کرده است. اما متأسفانه نه‌تنها تعرفه آن ۷۰ درصد که خود ماما تولد را انجام می‌دهد به او پرداخت نمی‌شود (که حدود ۳۰۰ تا ۴۰۰ هزار زایمان در سال است)؛ بلکه درباره

❓ چه کارهایی در شورای عالی نظام پزشکی برای رفع معضلات جامعهٔ مامایی انجام داده‌اید؟

در شورای عالی دوش به دوش سایر اعضا تلاشمان این بوده که مشکلات جامعهٔ پزشکی، بدون نگاه صنفی حل و فصل شود.

در کمیسیون‌های تعریفه، آموزش و صلاحیت‌های حرفه‌ای، پزشک خانواده و طرح‌ها و لوایح هر دو عضو مامای شورای عالی حضور فعال دارند. در هیئت‌های عالی و انتظامی نیز نهایت تلاش برای بسط عدالت در بررسی پرونده‌های انتظامی و احقاق حقوق همکاران و بیماران انجام می‌گیرد و در تمامی مباحث و سیاست‌گذاری‌های مشارکت داریم و دلمان می‌خواهد همین نگاه هم در وزارت بهداشت باشد؛ اما متأسفانه یک معاونت صنفی در وزارتخانه وجود دارد که فقط صنف خود را مشاهده می‌کند و در بسیاری از امور مامایی صدایی ندارد و تنها و مهجور مانده است.

مشکل اینجاست که دود بی‌توجهی به این حرفه به چشم زنان و مادران باردار می‌رود. تقاضا دارم برای حفظ منابع اقتصاد سلامت، ارائه خدمات با کیفیت به خانواده‌ها و بهبود شاخص‌های سلامت مادران و نوزادان به حرفهٔ مامایی با تمام پتانسیل‌هایی که دارد، توجه شده و بسترهای لازم برای ارائهٔ خدمات مستقل مامایی فراهم شود.

حضور ذی‌نفعان و ارائه‌دهندگان خدمت در شوراهای سیاست‌گذاری گامی ارزشمند برای بهبود فرایندهاست. افتخار می‌کنم که در تمام دوران اپیدمی کووید ۱۹ خدمات ارزنده‌ای را همکاران ماما در سراسر کشور از دورترین روستای چابهار و خاش، شمال و غرب تا قلب پایتخت چه در مراکز بهداشتی درمانی و چه در مطب و دفاتر کار خود انجام دادند و امیدوارم مشکلات تمام ارائه‌دهندگان خدمات در نظام سلامت کاهش یابد؛ زیرا همهٔ گروه‌های پزشکی زحمات طاقت‌فرسایی را در دوران پاندمی متحمل شدند تا مردم سلامت بمانند. اما فراموش نشود که سلامت و رفاه ارائه‌دهندگان خدمت نیز مهم است و هرچقدر جامعهٔ پزشکی از شرایط کار خود رضایت بیشتری داشته باشد، به همان میزان یا شاید بسیار بیشتر جامعه رضایت خواهد داشت.

حفظ حرمت مادران، زنان و خانواده‌ها به مردم ارائه دهند و به میزان زیادی تقاضای القایی را کنترل کرده و هزینه‌ها را کاهش دهند؛ دوم اینکه نظام سلامت از پتانسیل و ظرفیت نیروهایی که تربیت نموده، منطبق با نیاز جامعه استفاده کند و سوم اینکه در مباحث آموزشی عدالت و برابری را در دانشکده‌ها و بیمارستان‌ها رعایت کند. در برخی از بیمارستان‌ها دانشجوی مامایی را از بخش بیرون کرده و می‌گویند بخش مختص رزیدنت و دانشجوی پزشکی است که این کار خشم، بی‌انگیزگی و احساس تبعیض را برای دانشجوی جوان مامایی به همراه دارد.

❓ بیشترین مشکلات جامع مامایی در بخش دولتی است یا خصوصی؟

ما در بخش خصوصی کمترین مشکل را داریم، مشکل مزمی با سازمان‌های بیمه‌گذار داشتیم که خوشبختانه با درایت دکتر ظفرقندی و همراهی شورای عالی بیمه این مشکل دیرینه حل شد و مقرر شده تا سازمان‌های بیمه تمامی خدمات مامایی را تحت پوشش قرار دهند و البته منتظر ابلاغ وزیر محترم بهداشت هستیم تا به مرحلهٔ اجرا برسد. در بیمارستان‌های خصوصی رابطهٔ بسیار منطقی و هدفمندی با متخصصان زنان و مدیریت بیمارستان و زایشگاه حاکم است و در یک کار تیمی، زیباترین لحظه‌ها در حین تولد برای خانواده‌ها رقم می‌خورد و زایمان‌ها بر اساس بالاترین استانداردهای حمایتی انجام می‌شود و البته تعرفهٔ زایمان هم به‌طور عادلانه پرداخت می‌شود. اما در بخش دولتی مشکلات مزمین ماماها زحمت‌کش بخش زایمان را رنج می‌دهد. همین جا از معاونت بهداشتی، معاونت درمان و هم معاون آموزشی وزارتخانه تقاضا دارم کمیته‌ای را تشکیل دهند که در تصمیم‌سازی، تصمیم‌گیری و سیاست‌گذاری‌ها در حوزهٔ سلامت خانواده و مادران و همچنین حوزهٔ آموزش بالینی دانشجویان مامایی، حتماً ماماها حضور داشته باشند. نمی‌توان ۴۰ هزار نفری را که بار عمدهٔ خدمات بهداشتی و سلامت زنان بر دوشان است، نادیده گرفته و مورد بی‌مهری قرار داد. مشکل دیگر سرعت گرفتن مهاجرت ماماها را جوان به کشورهای هموار و اروپایی است که می‌تواند در آینده تبعات منفی بر جای بگذارد.

تقسیم کارانه‌ها نیز شاهد بی‌عدالتی و نابرابری هستیم. طبق مصوبهٔ وزارت بهداشت در دورهٔ دکتر پزشکیان، ۱۵ درصد تعرفهٔ زایمان به ماما پرداخت می‌شد و در زمان طرح تحول که ترویج زایمان طبیعی یکی از اهداف طرح قرار گرفت، مقرر شد که ۳۰ درصد تعرفهٔ زایمان به ماما پرداخت شود؛ ولی دریغ از یک درصد. البته در جلسه‌ای که اخیراً با معاون درمان وزارت بهداشت داشتیم، قول دادند که بازنگری در نحوهٔ پرداخت‌ها صورت پذیرد.

❓ در مواردی که قصور یا خطایی در روند درمان رخ دهد، ماما نیز دخیل است؟

خدمات مامایی و به خصوص کنترل لیبر و زایمان یک کار تیمی دقیق و خطیر است که با هماهنگی بین متخصص زنان؛ ماما، متخصص اطفال و بیهوشی به انجام می‌رسد. نکتهٔ جالب این است که در پرونده‌های پزشکی قانونی و نظام پزشکی در زمینهٔ قصور یا خطاهایی که حین مراقبت از مادر باردار و زایمان رخ داده، در صورتی که قصور یا خطایی رخ داده باشد و ماما مقصر باشد، مجازات می‌شود، دیه می‌پردازد و گاه از اشتغال به کار مامایی محروم می‌شود. به عبارتی هنگام بهره‌مندی از مزایا و تعرفهٔ زایمان طبیعی، ماما علی‌رغم اینکه یک پروسیجر سخت به نام زایمان را انجام داده است پرداخت و دریافتی ندارد؛ اما زمانی که قرار است تنبیه و توبیخ و جریمه‌ای برای قصور پزشکی انجام شود، بین پزشک و ماما تقسیم می‌شود که سیاست یک بام و دو هواست؛ درحالی که هم در زمان قصور و خطا و هم در زمان پرداخت‌ها باید نقش ماما در نظر گرفته شود و اینکه صرفاً در زمان تنبیه و توبیخ مورد مؤاخذه قرار گیرد، بی‌عدالتی آشکاری است.

❓ پیشنهاد و راهکار برای برون‌رفت از مشکلات چیست؟

پیشنهاد عملیاتی ما این است که اولاً در نظام سلامت طب عمومی احیا شود. بر این باورم که یک تیم کوچک متشکل از یک پزشک عمومی و ماما قادرند حدود ۵۰ درصد خدمات درمانی را علاوه بر خدمات اولیهٔ بهداشتی با هزینه - اثربخشی بالا و توأم با

اشکان آذرکیش عضو شورای عالی نظام پزشکی:

عدم هم‌خوانی مسئولیت‌ها و حقوق و مزایای

فیزیوتراپیست‌ها



تعطیلی خدمات فیزیوتراپی در روزهای تعطیل از یک سو و عدم بهره‌مندی فیزیوتراپیست‌ها از حقوق شغلی‌شان شده است. عضو فیزیوتراپیست شورای عالی نظام پزشکی با بیان اینکه به‌ازای هر مسئولیتی که بر عهده یک فرد یا گروه اجتماعی یا شغلی گذاشته می‌شود، طبیعتاً باید متناسب با آن حقوق و مزایایی نیز به آن‌ها تعلق گیرد، اظهار کرد: «این یک اصل پذیرفته‌شده و بدیهی است؛ اما در کمال تأسف فیزیوتراپیستی که عمده ساعت کاری خود را بر بالین بیماران، به خصوص در بخش‌های ویژه بیمارستانی و در یک سال گذشته در بخش‌های ویژه و عادی کرونایی سپری کرده و در معرض انواع استرس‌های شغلی و عوامل بیماری‌زا قرار گرفته است،

گسترش به حیطه کاری رشته فیزیوتراپی ارتباط مستقیمی با کاهش هزینه‌های سلامت در کشورهای توسعه‌یافته داشته که در این راستا تجربیات موفق نظام سلامت انگلستان (NHS) در استفاده از دانش فنی فیزیوتراپیست‌ها در کنترل اختلالات عضلانی و اسکلتی در خور توجه است. وی با گلایه از اینکه فیزیوتراپیست‌ها در ایران مشمول مصادیق قانون ارتقای بهره‌وری کارکنان بالینی نظام سلامت نشده و در ردیف گروه‌های شغلی غیربالینی قرار می‌گیرند، ادامه داد: «فیزیوتراپی به‌مثابه حرفه‌ای کاملاً بالینی مطرح بوده و فیزیوتراپیست‌ها در کنار سایر همکاران کادر درمانی در بخش‌های بستری مشغول فعالیت هستند. وضعیت فعلی موجب

عضوشورای عالی نظام پزشکی با گلایه از این که فیزیوتراپیست‌ها مشمول مصادیق قانون ارتقا بهره‌وری کارکنان بالینی نظام سلامت نیستند، اذعان کرد: «ناهم‌خوانی میان مسئولیت و حقوق، عامل مهمی برای عدم تمایل فیزیوتراپیست‌ها به ادامه فعالیت در بیمارستان‌ها و مراکز شده است، به‌طوری که برخی مراکز استان‌های کشور در تأمین نیروی فیزیوتراپیست مشکل دارند.»

اشکان آذرکیش، فیزیوتراپیست عضو شورای عالی نظام پزشکی در گفت‌وگو با خبرنگار روابط عمومی سازمان، با اشاره به اینکه فیزیوتراپی در دنیا رشته‌ای پیشرو در حیطه هم‌پیشگیری و هم درمان بیماری‌ها مطرح شده است، بیان کرد: «توجه و

نیروی بالینی محسوب نمی‌شود و از مزایایی از قبیل کاهش ساعت کاری بی‌بهره است. آذرکیش با تأکید بر عدم هم‌خوانی مسئولیت‌ها و حقوق و مزایای فیزیوتراپیست‌ها گفت: «این موضع به عامل مهمی برای تمایل نداشتن فیزیوتراپیست‌ها به فعالیت در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی تبدیل شده است، به‌طوری‌که اکنون بیمارستان‌ها حتی در برخی از شهرهای مرکز استان در تأمین نیروی فیزیوتراپیست مشکل دارند و از طرف دیگر همکاران فیزیوتراپیست هم رغبتی برای کار در بیمارستان‌ها ندارند.»

وی خاطرنشان کرد: «در نهایت دود این مشکلات به چشم بیمارانی خواهد رفت که امکان بهره‌مندی از خدمات درمانی مکفی را نخواهند داشت.»

عدم تناسب حقوق حرفه‌ای فیزیوتراپی در ایران

عضو فیزیوتراپیست شورای عالی نظام پزشکی گفت: «برای آنکه عدم تناسب وضعیت حقوق حرفه‌ای فیزیوتراپی در ایران نسبت به جهان مشخص شود، باید نگاهی به استانداردهای جهانی داشته باشیم. پایگاه داده‌ای O*net online بانک اطلاعاتی جامعی از مشخصات و ویژگی‌های مشاغل بوده که هم‌اکنون مبنای شبکه اطلاعات مشاغل بسیاری از کشورهای جهان است.» وی افزود: «طبق اطلاعات این تارنما، فیزیوتراپیست‌ها بیشترین مجاورت فیزیکی با بیماران را داشته و در آیت‌هایی مانند قرارگیری در معرض بیماری‌ها و عفونت‌ها، وضعیت‌های فیزیکی نامناسب شغلی و استرس کاری در زمره ۱۰ گروه شغلی با بیشترین آسیب‌پذیری در میان مشاغل بهداشتی درمانی قرار می‌گیرند.»

آذرکیش تصریح کرد: «در ایران سختی کار یک فیزیوتراپیست معادل سختی کار یک نیروی اداری مراکز درمانی در نظر گرفته می‌شود.» وی با اشاره به اینکه

طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی WHO، فیزیوتراپیست مسئولیت «طراحی و اجرای برنامه‌های توانبخشی، توسعه و اجرای برنامه‌های غربال‌گری و پیشگیری از اختلالات شایع جسمی» را بر عهده دارد، ادامه داد: «آیا نظام سلامت ایران و تشکیلات بیمه‌ای ما چنین نقشی را برای فیزیوتراپیست قائل‌اند؟ سیاست‌گذاران نظام سلامت باید بدانند توسعه خدمات توان‌بخشی بدون استفاده از ظرفیت‌های این حوزه، شدنی نیست.» به گفته وی، جوامعی که از نظر اقتصاد سلامت وضعیت بهتری دارند، از پتانسیل‌های این گروه از کارکنان نظام سلامت استفاده بهینه برده‌اند.

آذرکیش با تأکید بر اینکه به‌لحاظ بهبود کیفیت زندگی آحاد جامعه و بهره‌وری اقتصاد سلامت ناگزیر از پذیرش این واقعیت هستیم که پیشگیری مقدم بر درمان است، تصریح کرد: «فیزیوتراپیست‌ها به‌لحاظ ظرفیت نیروی انسانی، آگاهی از علم بدن و پاتولوژی آسیب‌ها و اختلالات اسکلتی عضلانی می‌توانند این خلأ بزرگ را پر کنند؛ اما با کمال تأسف باید گفت در موضوع پیشگیری از اختلالات اسکلتی عضلانی نیز این ظرفیت مورد غفلت واقع شده است.»

نبود بسترهای لازم برای ادامه تحصیل در مقطع دکترای حرفه‌ای فیزیوتراپی در ایران

عضو شورای عالی نظام پزشکی با اشاره به حیطة کاری گسترده فیزیوتراپی و تحولات نوین آن در سه دهه گذشته که موجب شده در بسیاری از کشورها مقطع پایه آن به دکترای حرفه‌ای ارتقا یابد، تصریح کرد: «سردمدار این تغییر رویکرد کشورهای پیشرو در حوزه فیزیوتراپی هستند و با وجود این مسئله، شاهد مقاومت در لایه‌های تصمیم‌گیری برای ارتقا آموزشی رشته فیزیوتراپی هستیم. حتی کشورهای منطقه از عربستان و مصر و لبنان گرفته تا پاکستان

تغییرات آموزشی گسترده را برای برقراری دکترای حرفه‌ای فیزیوتراپی در دستور کار قرار داده و به پذیرش فراگیر در این مقطع پرداخته‌اند.» وی خاطرنشان کرد: «بیش از نیم قرن گذشته ایران با پذیرش دانشجوی فیزیوتراپی پیشگام آموزش آکادمیک فیزیوتراپی در منطقه و جزو نخستین‌ها در آسیا بود؛ اما امروز کشورهای منطقه در این زمینه به سرعت در حال پیشروی هستند و ما همچنان بر نسخه‌های قدیمی و بدون نوآوری اساسی تأکید داریم.»

آذرکیش اذعان کرد: «با ادامه این روند بیم آن می‌رود که به‌زودی مرجعیت خود را در منطقه از دست بدهیم و از سوی دیگر تمایل روزافزون فیزیوتراپیست‌های ایرانی برای ارتقا تحصیلی به مقطع دکترای حرفه‌ای سبب مهاجرت این همکاران به خارج از کشور شده است.»

وی ادامه داد: «از طرفی تعداد چشمگیری از همکاران جوان‌تر به شرکت مجدد در کنکور و ورود به رشته پزشکی روی آورده‌اند و به‌نوعی این «مهاجرت بین رشته‌ای» وقتی در کنار «مهاجرت جغرافیایی» قرار گیرد، تصویر نامناسبی از نتیجه سیاست‌های آموزشی این رشته را نمایان می‌کند.

عضو فیزیوتراپیست شورای عالی نظام پزشکی در پایان با اشاره به اینکه نمی‌توان انتظار داشت یک الگوی نظام سلامت بدون پذیرش تعاریف و حدود صلاحیت اجزای آن، همان‌گونه که هست، بتواند عملکرد مطلوبی داشته باشد، یادآور شد: «زمان آن رسیده که متولیان امر توجه بیشتری به الگوهای آزموده‌شده و موفق بین‌المللی داشته باشند. ارتقای مقطع پایه آموزشی فیزیوتراپی و پذیرش اختیارات و حیطة مسئولیت آن بر اساس اسناد و بررسی‌ها و پژوهش‌های سازمان‌های بین‌المللی معتبر، همچون سازمان بهداشت جهانی و سیستم بهداشت و سلامت ملی انگلستان می‌تواند شروعی برای این تغییر رویکرد مهم باشد.»

رئیس انجمن علمی متخصصین زنان و زایمان

از توان انجمن‌های علمی به خوبی استفاده نمی‌شود

دکتر اعظم السادات موسوی متخصص زنان، فلوشیپ آنکولوژی زنان، استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران و رئیس انجمن علمی متخصصین زنان و زایمان در این گفت‌وگو در خصوص مشکلات اصلی متخصصینی که نمایندگی‌شان را برعهده دارد، صحبت کرده است.

۱ اطلاع دارید میزان ابتلا به کرونا در میان متخصصین زنان چطور بوده است؟

ما آمار دقیقی در این مورد نداریم اما از منشی انجمن خواستیم از متخصصینی که بیمار می‌شوند گزارشی تهیه کند، به نظر تعداد مبتلایان متخصصین زنان خیلی زیاد بوده و بیشتر متخصصین زنان این بیماری را خصوصاً در پیک آبان‌ماه ۹۹ گرفتند. خود من هم جزو اولین گروهی بودم که در اواخر بهمن سال گذشته موقعی که هنوز کرونا خیلی شناخته شده نبود، مبتلا شدم.

۲ سیر بیماری شما چگونه بود؟

علائم بالینی شبیه آنفولانزا داشتم؛ دردهای عضلانی، تب و سردرد. ۲۵ بهمن اولین مورد در قم دیده شده و من هم حدود چند روز بعد دچار علائم آنفولانزا شدم. وقتی دیدم بیماری طول کشید و ضعف شدید پیدا کردم، متخصص عفونی به من پیشنهاد کرد CT ریه بدهم. البته علائم تنگی نفس و سرفه نداشتم و بعد از CT معلوم شد که ریه من درگیر شده و تشخیص کرونا داده شد. در بیمارستان مسیح دانشوری بستری شدم و دو نوبت تست PCR من منفی شد؛ اما علائم بالینی را داشتم و خدا کمک کرد و خوب شدم. بیماری من دو هفته طول کشید اما عوارض آن خیلی بد و طولانی شد. عوارض روحی روانی، گوارشی، آلزایمر و عدم جذب داشتم که شاید نزدیک دو ماه طول کشید. آن موقع این بیماری ناشناخته بود و به نظر همه بیماری وحشتناکی می‌آمد. آن موقع که بستری بودم وضعیت در بیمارستان خیلی

ناخوشایند بود و افراد بدحال به ICU منتقل می‌شدند و صدای سرفه‌ها می‌آمد؛ با این وجود حس این‌که این لحظه‌ها لحظه‌های آخر هستند خیلی احساس خوبی بود. زندگی را مرور سریعی می‌کردم و حیف می‌آمد از غفلت‌هایی که در زندگی داشتم. ارتباطم باخدا، آفرینش و زندگی جور دیگری شده بود و این بخش کرونا برای من خوب بود.

۳ چرا آمار مبتلایان به کرونا در بین متخصصین زنان بالا بود؟

در همان اوایل شیوع کرونا و شدت آن در پیک اول، خیلی از مطب‌ها کارشان را کم کردند اما ماهیت رشته ما این طور نیست که متخصصین زنان بتوانند در سیستم کاری‌شان تغییری بدهند و یک سیستم کاری اورژانسی ۲۴ ساعته است. تماس با مریض خیلی نزدیک است و شاید به همین دلیل کاری احتمال تماس و ابتلا بالاتر می‌رفت.

۴ آیا انجمن علمی متخصصین زنان و زایمان کار صنفی هم می‌کند؟

ما متخصصان زنان و زایمان کشور انجمن صنفی هم داریم که مجوز وزارت کشور دارد. اما از دو سال پیش علی‌رغم این‌که انتخابات در حضور نماینده وزارت کشور انجام شد، به دلیل مشکلاتی که در خود وزارت کشور هست پروانه فعالیت داده نشد و این قضیه مسکوت مانده؛ به هر حال هر انجمن علمی نمی‌تواند کار صنفی نکند. مشکلات انجمن‌ها و اعضا عمدتاً مربوط به رشته است و طبیعتاً کار صنفی به لحاظ این‌که درخواست‌ها و حقوق اعضا را مطالبه کنند، انجام می‌شود. عمدتاً مشکلات ما در رابطه با خود وزارت بهداشت و دستورالعمل‌های وزارت است که مشکلاتی ایجاد می‌شود یا نیاز به تعاملاتی هست و مجبوریم کارهای صنفی بکنیم.

۵ عمده مشکلات متخصصان زنان چیست؟

متخصصین زنان و زایمان به علت ماهیت

رشته و این‌که با دو انسان در رابطه هستند، مورد بیشترین شکایت هستند. این یکی از مشکلات بزرگ متخصصین زنان است. کار سخت و طاقت‌فرسا است اما درعین حال امنیت شغلی ما بسیار ضعیف است و این مسئله فشار کاری را زیاد می‌کند. برای مثال در اکثر موارد علت فلج مغزی در نوزاد تازه‌متولدشده مربوط به قبل از زایمان و در واقع علل داخل رحم است و به یک‌سری عوامل پیچیده ژنتیکی ربط دارد. اما خانواده‌ها فکر می‌کنند به علت عدم رسیدن اکسیژن کافی در هنگام زایمان این اتفاق افتاده و شکایت می‌کنند. اثبات یا رد این قضیه بسیار پیچیده و مشکل است و متأسفانه در قوانین هم دیده این مسئله گاهی برابر با دیده ۵ انسان کامل است. وقتی متخصص زنان دچار چنین شکایتی می‌شود تمام زندگی او تحت الشعاع قرار می‌گیرد و همه این‌ها علاوه بر استرس و فشاری است که به علت تولد یک نوزاد بیمار پیش آمده است. این مسئله از بزرگ‌ترین مشکلات ماست و هنوز نه با بیمه‌ها توانسته‌ایم این مسئله را حل کنیم و نه توانسته‌ایم از طریق قانونی و حقوقی مسئله را تعدیل کنیم.

مشکل دیگری که با آن درگیر هستیم تولد نوزادانی است که مشکلات ژنتیکی دارند. در این موارد هم خانواده فکر می‌کنند پزشک مقصر است و مثلاً اگر متخصص زنان نتواند جنین مبتلا به سندروم داون را تشخیص بدهد دیده‌های سنگینی دارد که باید تا آخر عمر از نوزاد متولد شده حمایت مادی کند.

۶ فعالیت اصلی انجمن علمی

متخصصین زنان و زایمان چیست؟

از وقتی مسئولیت انجمن علمی را به عهده گرفتم بیشترین تلاش این بوده که بتوانیم آموزش فارغ‌التحصیلان این رشته را در حد بسیار مطلوبی به‌روز نگه داریم که به نظرم در این زمینه موفق عمل کردیم. تا

❓ به‌طور کلی نهادهای تصمیم‌گیرنده مانند وزارت بهداشت در چنین مسائلی از نظرات انجمن شما استفاده می‌کنند؟

در خیلی موارد از ما هم نظر می‌خواهند اما این ارتباط همیشه و دوطرفه نیست. یعنی در مواردی که می‌خواهند نظر را می‌پرسند و این‌طور نیست که ما دسترسی مناسبی به وزارت بهداشت برای ارائه نظراتمان داشته باشیم. نظر ما در سیاستگذاری‌ها خیلی دخیل نمی‌شود. این اشکال بزرگی است که انجمن‌های علمی قادر نیستند به‌عنوان یک پایه تصمیم‌گیری در مورد رشته‌شان تأثیرگذار باشند. البته این روند در طی ۵-۶ سال اخیر بهتر شده اما به حد مطلوب خودش مانند کشورهای دیگر که انجمن علمی قادر به اثرگذاری در تصمیم‌گیری‌ها باشد نرسیده‌ایم.

از طرف دیگر ما با نظام پزشکی هم مشکلاتی داریم. سازمان نظام پزشکی یک NGO است و اعضای انجمن‌ها باید متناسب با تعدادشان در شورای عالی نماینده داشته باشند. اما اساس‌نامه نظام پزشکی به این شکل نیست. مثلاً ما با تعداد زیاد متخصصین زنان هیچ نماینده‌ای در شورای عالی نظام پزشکی نداریم. یک انجمن کوچک که تعداد اعضای کمی دارد در شورای عالی نماینده دارد؛ اما انجمن‌های بزرگ ممکن است هیچ نماینده‌ای نداشته باشند. علت هم این است که سهمیه‌بندی بر اساس اعضا صورت نگرفته است. شاید بهتر است اساسنامه بازنگری بشود. البته ما رابطه خوبی با نظام پزشکی داریم و نقد من بیشتر متوجه اساسنامه سازمان است. مشکل دیگری که برای کلیه پزشکان وجود دارد و از حیطة و توان نظام پزشکی هم خارج شده موضوع تعرفه‌ها است. تعرفه‌ها واقعی نیست و علی‌رغم این که هزینه همه چیز به خصوص یک مطب بالا رفته خصوصاً در دوره کرونا که ما برای جلوگیری از انتقال بیماری باید نسبت به ضدعفونی بودن مطب حساسیت‌های زیادی را به خرج بدهیم، اما هیچ‌گونه تغییری در تعرفه‌ها داده نشده و کل سیستم درمان را تحت فشار قرار داده است.

پیدا کرده که توانسته برخی بیماری‌های مادرزادی قبل از تولد را شناسایی کند. غربالگری سه هدف را دنبال می‌کند؛ اول این که به مادر اطمینان بدهد که جنین سالم است تا دوران بارداری را بدون استرس دنبال کند، خصوصاً برای زنانی که در سن بالاتر مثلاً بالاتر از ۳۵ سالگی باردار می‌شوند. دومین هدف غربالگری این است که اگر بیماری جنین قابل درمان است بعد از تولد روند درمان شروع شود. مثلاً بیماری‌های قلبی هستند که اگر نوزاد بعد از تولد عمل بشود زنده می‌ماند یا مثلاً آمفالوسل که اگر بلافاصله بعد از تولد عمل شود نوزاد زنده می‌ماند یا مثلاً دوقلوهایی که به هم چسبیده هستند و از خون هم تغذیه می‌کنند.

سومین نتیجه کشف بیماری‌هایی که ناتوانی‌های شدیدی برای جنین ایجاد می‌کند و بعداً عسر و حرج برای بچه و خانواده و جامعه می‌شود. بنابراین طبق قانون ماده واحده سقط در مجلس در سال ۱۳۸۴ پیش‌بینی شده خانواده قبل از دمیدن روح بتوانند، در صورت تمایل، جنین را سقط کنند. متأسفانه برخی فکر می‌کنند غربالگری جنین ممکن است منجر به روش‌های تشخیصی بشود که برای جنین‌های نرمال نیز عارضه سقط ایجاد کند. یا این که عده‌ای تصور می‌کنند غربالگری ممکن است هزینه زیادی را به جامعه و خانواده تحمیل کند یا باعث استرس شود.

عده دیگری هم معتقدند اگر بچه به‌عنوان مثال مشکل جدی هم دارد خب اشکال ندارد و همه انسان‌ها که نباید سالم باشند، او هم یک موجود است و ما چه حقی داریم زندگی را از او بگیریم؟ این چالش‌های فکری باعث شده عده‌ای که اشراف به مسائل علمی این رشته ندارند اظهار نظر کنند و در نتیجه ایجاد التهاب شود، اما نباید این التهابات به کف جامعه کشیده شود. وزارت بهداشت مسئول این مسئله است و آنجا باید برنامه‌ریزی شود که غربالگری مقرون به صرفه هست یا خیر.

اینکه جامعه نیاز به این غربالگری دارد یا نه در حوزه اختیارات وزارت بهداشت است که مسئولیت سلامت مردم به آنجا سپرده شده، اما می‌بینیم افرادی که ربطی به این قضیه ندارند در این قضیه دخالت می‌کنند.

قبل از کرونا به صورت منظم کنفرانس‌های ماهانه داشتیم. ورکشاپ‌های عملی خیلی خوبی هم داشتیم. اما کرونا شرایط را تغییر داد و مجبور شدیم به سمت کنفرانس‌هایی به شکل وبینار برویم. همین‌طور وزارت بهداشت شرایطی فراهم کرد که بتوانیم امتیازهای فنی و حرفه‌ای را برای کلاس‌های مهارت‌های عملی برای فارغ‌التحصیلان بگیریم. فعلاً در شرایط کرونا دوره‌های عملی خیلی کمتر برقرار می‌شود و تنها توانستیم دو دوره سونوگرافی برگزار کنیم. این دوره برای متخصصینی برگزار شد که در دوره تخصصی‌شان دوره سونوگرافی نداشتند و درواقع فارغ‌التحصیلان قدیمی بودند.

❓ به‌طور کلی جامعه متخصصان زنان ایران نسبت به جوامع کشورهای دیگر در چه سطحی است؟

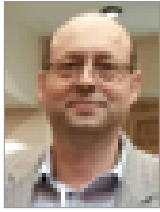
به نظر من در با منطقه و کل جهان ما هم در سطح آنها هستیم. آموزشی که یک متخصص زنان در ایران می‌بیند، توانمندی‌هایی که کسب می‌کند و سطح ارائه خدمات رشته زنان و مامایی مشابه کشورهای پیشرو است. ما در زمینه فوق تخصص‌های رشته زنان مثل آنکولوژی زنان، پریناتولوژی، نازایی و ناباروری، جراحی‌های کف لگن و لاپروسکوپی کاملاً در حد کشورهای پیشرفته هستیم. اما چیزی که نیاز داریم این است که سطح آموزش را به لحاظ تکنیک‌های جدید در همه دانشگاه‌های کشور یکسان کنیم. امیدوارم به کمک معاونت آموزشی وزارت بهداشت بتوانیم این پروژه را پیش ببریم. درواقع این مأموریت آینده‌پژوهی و نوشتن استراتژی در رشته زنان و مامایی برعهده انجمن علمی ما گذاشته شده تا در این پژوهش سطح علمی خودمان را با منطقه و دنیا بررسی و نیازهای آینده کشور را ترسیم کنیم تا وزارت بهداشت برای بالا بردن سطح رشته برنامه‌ریزی بهتری داشته باشد.

❓ به نظر شما هجده‌هایی که علیه غربالگری قبل از زایمان شروع شده جهت گیری دارند یا ناشی از ناآگاهی هستند؟

مردم که انتقاد نمی‌کنند.

❓ مردم عادی هم گاهی بر این موج انتقاد سوار می‌شوند؟

در دهه اخیر دنیا به روش‌هایی دست



دیدگاه‌های رئیس سازمان نظام پزشکی ابهر

مشارکت بیشتر باعث افزایش کارایی می‌شود

نشده است. با تغییر قوانین مشارکت همکاران در دوره‌های بعد هم در پی خواهد آورد. امروز همکاران می‌گویند به سازمانی رأی بدهیم که کارش محکومیت ماست، درحالی‌که فعالیت انتظامی سازمان بهترین قسمت‌ها به نفع همکاران است. در این سال‌ها درگیری‌های دادگستری را به نسبت کم کرده ولی برخی همکاران این دیدگاه را دارند که فعالیتی جز محکومیت خودمان از طرف سازمان ندیدیم.

از بابت بودجه سازمان هم پیشنهاد من این است که حق عضویت ثابت نباشد، بلکه کسری از درآمد اعضا باشد. چراکه قدرت اقتصادی سازمان می‌تواند به‌مانور سازمان در امور کمک کند. در حال حاضر نظام‌مهندسی در امر ساخت‌وساز کارهای زیادی را بر عهده گرفته و باعث اشتغال مهندسین و افزایش درآمد نظام‌مهندسی شده است. فارغ‌التحصیلان مختلف مهندسی در آنجا نظارت می‌شوند و هم مردم خیر آن را می‌بینند و هم خود آن‌ها. این می‌تواند الگوی خوبی باشد. یک پیشنهاد دیگر در ارتباط با تعیین صلاحیت حرفه‌ای است که در این کار تسریع بشود. اختلافات رفته‌رفته وقتی بیشتر شود، جو صمیمی را کاهش می‌دهد. تعیین صلاحیت حرفه‌ای باید در روندی سریع‌تر با مشارکت بیشتر افراد و اقشار ذی‌صلاح انجام شود. پیشنهاد بعدی من در امور آموزشی است، در ارتباط با برگزاری نه فقط دوره‌های بازآموزی برای جذب امتیاز، بلکه دوره‌های کاربردی برای افزایش توانمندی همکاران، به خصوص در رشته پزشکی عمومی که متأسفانه روزبه‌روز از سوی همکاران تحت فشار و محدودیت در تجویز دارو و مسائل تشخیصی قرار می‌گیرند. ما می‌توانیم با برگزاری دوره‌های کاربردی باعث ارتقای جایگاه همکاران بشویم تا مردم‌مان هم از حضور آن‌ها بیشتر بهره‌مند شوند.

زیادی در مجمع عمومی می‌بینم. ما مجمع عمومی‌ای داریم که در آن هیچ نوع کارایی جز تشکیل جلسه و انتخاب نمایندگان و بعد از دو سال تجدید بازرسی‌ها ندیدم. مجمع عمومی کارایی پایینی دارد و نیاز به تغییر ساختار هست. ما ساختار مناسبی برای پاسخ‌گو کردن مسئولان سازمان و ارکان سازمان نداریم. ارتباط ارکان سازمان با شهرستان‌ها هم بسیار کم است. نقطه‌ضعف دیگر ریاست انتصابی شورای هماهنگی است و این امر باعث حاشیه‌رفتن شهرستان‌ها شده است. در شهرستان ما با حضور دکتر بابایی که ارتباط صمیمی و تجربه طولانی دارند، این نقطه‌ضعف را زیاد حس نمی‌کنیم؛ اما همکاران در شهرهای دیگر خیلی به این مورد اشاره می‌کنند که ریاست انتصابی شورای هماهنگی باعث حاشیه‌رفتن شهرستان‌ها شده و رئیس مرکز استان باید ریاست آن را بر عهده بگیرد. موضوع دیگر جایگاه پزشکان عمومی است که مورد غفلت سازمان قرار گرفته و تنزل پیدا کرده و باعث دلسردی قشر عظیمی از اعضای سازمان شده است. به نظرم اولین کار مشارکت حداکثری اعضای سازمان در انتخابات آتی است که تاکنون در این امر بسیار ضربه خورده‌ایم. اگر مشارکت حداکثری اتفاق بیفتد، قدرت چانه‌زنی سازمان بالا می‌رود. این چانه‌زنی هم برای تغییر در قوانین سازمان است که به تصویب مجلس شورای اسلامی در سال ۸۳ رسیده است. اگر مشارکت حداکثری داشته باشیم و سازمانی با نمایندگان قوی انتخاب کنیم، آن اعضا پیگیر تغییر قوانین و افزایش کارایی سازمان می‌شوند. اگر امروز به مسئولیت‌های سازمان نگاه کنید، اکثر آن‌ها در حد اظهار نظر و مشارکت و تلاش است. یعنی مسئولیت‌های مهم در امور درمان و بهداشت به سازمان واگذار

من دکتر علیرضا امامی، پزشک عمومی، متولد ۱۳۴۹ و فارغ‌التحصیل ۱۳۷۵ از دانشکاه علوم پزشکی ایران هستم. از اواخر سال ۱۳۷۵ عضو سازمان نظام پزشکی شدم و از سال ۸۳ تاکنون ۴ دوره عضو هیئت‌مدیره نظام پزشکی و رئیس هیئت‌مدیره نظام پزشکی ابهر هستم. بعد از فارغ‌التحصیلی در بیمارستان و درمانگاه روستایی چند سال فعالیت کردم و بعد از آن نزدیک ۲۰ سال است که مطب شخصی خودم را دارم.

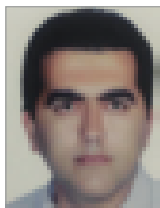
باید بگویم در ارتباط با میزان موفقیت اقدامات صنفی نظام پزشکی من این طور ارزیابی می‌کنم که موفقیت نسبی و در حد چارچوب اختیارات سازمان بوده است.

درباره پیگیری وضعیت کرونا در شهر ما و وضعیت کنونی و آینده آن، مانند بقیه شهرها به‌خاطر کتمان و تأخیر در اطلاع‌رسانی، با وجود فریادهای همکاران ما که کرونا وارد کشور شده است، مشکلاتی برای کادر درمان و صدمه به آن‌ها و مردم ایجاد شد. همچنین آن مخفی‌کاری ایجاد بی‌اعتمادی کرد که خوشبختانه به‌مرور مشکلات حل شد.

نظام پزشکی ابهر هم در این زمینه اقدامات مختصری با کمک هیئت‌مدیره شهرستان و شبکه بهداشت، به خصوص دکتر شعبانی و دکتر حسین بابایی، در اطلاع‌رسانی به همکاران و اطلاع‌رسانی پروتکل‌ها و قوانین انجام شد و همچنین مانند الکل و ماسک و شیلد، در دوره‌ای که کمبود در جامعه زیاد بود و همکاران بی‌پناه مانده بودند، تهیه اقلام حفاظتی در چندین نوبت در دستور کار قرار گرفت. البته این کارها در حد توان بودند و نه در حد مقبول.

در ارتباط با کلیت ساختار نظام پزشکی و فعالیت‌ها باید بگویم بنده در ۴ دوره‌ای که در نظام پزشکی مسئولیت داشتم، ضعف

دکتر علی مزیدی، رئیس نظام پزشکی علی آبادکتول نظام پزشکی نباید تحت تأثیر وزارت بهداشت باشد



سعی شده وسایل محافظتی با هزینه نظام پزشکی شهرستان تهیه شود و بعد هم کمک‌های سازمان نظام پزشکی استان به ریاست آقای دکتر مطهری گرامی به دست همکاران ما رسید.

❓ به نظر خودتان نظام پزشکی شما در حل مشکلات پزشکان چگونه عمل کرده و تعاملات شما با مسئولان چطور است؟

در سطح شهرستان خوشبختانه مشکل مهمی تاکنون رخ نداده و تعامل ما با مسئولان شهری، خصوصاً اعضای محترم شورای شهر و رئیس ارجمند شبکه بهداشت خوب و هم‌دلاانه بوده و هست. مشکل بزرگ به نظر مسائل کلان کشوری و ملی است که کل کشور را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

❓ تعاملات شما با اعضای سازمان خود چگونه است؟

متأسفانه برخی از همکاران (از همه رشته‌های عضو نظام پزشکی) تنها در مواقع نیاز به سازمان مراجعه دارند و ارتباط و تعامل بسیاری از آنان، مخصوصاً شاغلان در سیستم بهداشتی با سازمان تقریباً صفر است.

❓ بودجه شما چگونه تأمین می‌شود؟

تنها منبع بودجه ما حق عضویت دریافتی از همکاران هست و بودجه مستقلی از منابع کشوری نداریم. خوشبختانه فعلاً مشکل تأمین بودجه نداریم.

❓ چه پیشنهادها و انتقاداتی برای نظام پزشکی کل کشور دارید و به نظر تان چگونه می‌توان عملکرد نظام پزشکی‌ها را بهبود بخشید؟

نظام پزشکی تا زمانی که بخواهد در عمل پیرو وزارت بهداشت باشد، راه به جایی نخواهد برد که خوشبختانه اخیراً شاهد نمونه‌هایی از ابراز استقلال رأی این نهاد بودیم. انتقاد صنفی برمی‌گردد به این موضوع که گویا برای تصمیم‌گیرندگان نظام کل شرایط کاری شهرهای کوچک اهمیتی ندارد؛ مثلاً در شهر ما بیمارستان خصوصی وجود ندارد و به دلیل تبصره ۷ امکان فعالیت در شهر بزرگ‌تر برای بیش از ۴۵ پزشک متخصص شاغل در بیمارستان دولتی به صورت قانونی وجود ندارد. تلاش و نامه‌نگاری‌های ریاست محترم نظام پزشکی استان هم تاکنون موفقیت‌آمیز نبوده است.

این مشکل برای همه همکاران مطرح هست که تصمیم‌گیرندگان کلان سازمان این قانون تبعیض‌آمیز را لغو نمی‌کنند.

❓ هر حرف و نظری درباره نظام کل، مدیریت و حوزه پزشکی دارید، بیان کنید؟

به نظر من وزارت بهداشت فقط به فکر کنترل نظام پزشکی برای اجرای طرح‌های خود و متأسفانه ضدیت همیشگی با بخش خصوصی است که مثال آن تلاش وزیر پیشین بهداشت برای دخالت در انتخابات نظام پزشکی است. سازمان نظام پزشکی کل کشور باید تاحدامکان از اینکه تحت تأثیر وزارت بهداشت باشد، فاصله بگیرد.

استان گلستان در شمال ایران یکی از نقاط بحرانی در زمان شیوع ویروس کرونا، به خصوص در ماه‌های اول، این منطقه جنگلی با آب‌وهوای مرطوب، از ابتدای همه‌گیری بیماری کووید ۱۹ بسیار سریع به یکی از مناطق قرمز و بحرانی تبدیل شد. در این استان به نسبت پهناور، شهرستان‌های بسیاری واقع شده و همین قضیه کنترل بیماری را نیز دشوار ساخته است. علی‌آبادکتول یکی از شهرهای تاریخی استان گلستان است که با جمعیتی بالغ بر ۱۴۰ هزار و ۷۰۸ نفر، وسعتی در حدود ۱۱۶۰ کیلومتر مربع دارد و در فاصله ۴۰ کیلومتری از گرگان واقع شده است. علی‌آباد بیش از هر چیزی به دلیل طبیعت بی‌نظیر و زیبایی خود و وجود جنگل‌های هیرکانی چند هزار ساله شهره است و هر ساله شمار بسیاری از گردشگران برای تماشای این مناظر به این شهر سفر می‌کنند؛ اما از ابتدای شیوع ویروس کرونا در اسفندماه سال گذشته مردمان مهمان‌نواز این شهر نتوانستند پذیرای مهمانان باشند و با بحران کرونا دست‌وپنجه نرم کرده‌اند. در خط مقدم مبارزه با این بحران نیز کادر درمان و نظام پزشکی قرار دارند که بیش از ۱۰ ماه است در تلاش برای کنترل شیوع ویروس کرونا هستند.

با دکتر علی مزیدی، رئیس نظام پزشکی علی آبادکتول

گفت‌وگویی داشتیم که به شرح زیر است:

❓ لطفاً درباره خود و تحصیلاتان بگویید؟

علی مزیدی، پزشک متخصص داخلی، متولد ۱۳۵۴ شهر علی‌آبادکتول هستم. دوره پزشکی عمومی را سال‌های ۷۳ تا ۸۰ در گرگان و دوره تخصص را ۸۷ تا ۹۱ در تهران به پایان رساندم.

❓ از کی عضو نظام پزشکی هستید و در چه مناطقی مشغول به کار بودید؟

از حدود سال ۸۳ عضو نظام پزشکی کشور و سپس علی‌آباد هستم. از سال ۹۶ هم ریاست نظام پزشکی شهرستان را بر عهده دارم. از سال ۱۳۸۰ تا به حال در بخش‌های مختلف دولتی و خصوصی، از جمله مشهد، گرگان، ترکمن‌صحرا، در بخش خصوصی و دولتی و مطب شخصی مشغول به فعالیت بودم.

❓ در همه‌گیری کووید ۱۹ وضعیت شهر شما چگونه بود و آینده کرونا را چطور می‌بینید؟

اینجا تفاوت خاصی با بقیه مناطق نداشت. باید بگویم هیچ حمایتی از طرف وزارت بهداشت از ما نشد و حتی برای تهیه ساده‌ترین وسایل مورد نیاز بخش خصوصی مدت‌ها باید شخصاً پیگیری می‌کردیم و باید بگویم قطعاً بیماری تا انجام واکسیناسیون ملی کرونا با ما هست.

❓ نظام پزشکی علی‌آبادکتول با شیوع کرونا برای همکاران چه اقداماتی انجام داد؟

برای همکاران بخش خصوصی در چندین نوبت از اسفند ۹۸، تاکنون

مصاحبه با دکتر علی جمشیدی، رئیس نظام پزشکی بندرعباس

نیاز است قوانین سازمان بازنگري و اصلاح شوند



بندرعباس مرکز استان هرمزگان است، این شهر که در گذشته با نام گمبرون شناخته می‌شد، مجاور تنگه هرمز، محل اتصال خلیج فارس به دریای عمان قرار دارد.

در دست‌نوشته‌های هروودت، مورخ یونانی اشاره شده است که در زمان پادشاهی داریوش کبیر، یک فرمانده یونانی به دستور وی از بندری در شمال تنگه هرمز راهی یک مأموریت اکتشافی شده است تا راهی برای ارتباط دریایی با چین، هند و لیبی بیابد، این موضوع نشان از قدمت دیرینه گمبرون دارد. بندرعباس مدتی به‌دست پرتغالی‌ها اشغال شده بود؛ اما شاه‌عباس توانست در سال ۱۶۲۳ میلادی آن‌ها را بیرون راند. از آن‌پس نام این بندر به بندرعباس تغییر پیدا کرد. در حال حاضر این بندر یکی از بندرهای مهم و اصلی کشورمان است که رونق بسیاری دارد و هرساله کالاهای زیادی از آن ترانزیت می‌شود. با دکتر علی جمشیدی، رئیس نظام پزشکی این شهر گفت‌وگو کرده‌ایم که متن آن را در زیر می‌خوانید:

است که باید تغییر کند و به‌نظر من نیاز است در مجلس شورای اسلامی تغییرات قانونی ایجاد شود تا بتوانیم بهتر و بیشتر از حقوق جامعه پزشکی دفاع کنیم و این مستلزم کار حقوقی بسیار پیچیده و پرتلاش است تا نمایندگان مجلس قوانین را به‌روز کنند.

وضعیت همه‌گیری در منطقه شما چگونه بود؟

در خصوص وضعیت استان و شهرستان در خصوص همه‌گیری کرونا باید بگویم از اسفند سال گذشته که شیوع کرونا آغاز شد، یک پیک خرداد و تیر را داشتیم که وضعیت در اینجا فوق قرمز هم بود. علت اصلی هم این بود که به‌دلیل گرمای هوا کولرهای گازی روشن شد و مردم در فضای بسته بودند. خوشبختانه پیک خرداد و تیر کاهش پیدا کرد و پیک بعدی که اتفاق افتاد، در مقایسه با آن خیلی ناچیز بود و الآن کل استان در وضعیت آبی و زرد است و یکی از استان‌های موفق در کنترل بیماری کووید ۱۹ بوده‌ایم. این کار هم با همکاری مسئولان دانشگاه و استان و تلاش پزشکان و سازمان نظام پزشکی صورت گرفت.

در خصوص اقدامات خودمان در حوزه مقابله با کرونا هم باید بگویم نظام پزشکی بندرعباس بیشتر برای همکاران اطلاع‌رسانی علمی داشته و همین‌طور در تهیه ملزومات حفاظتی از جمله ماسک و دست‌کش و الکل اقداماتی را

در ابتدا خودتان را معرفی کنید

علی جمشیدی، متولد ۱۳۴۴/۰۷/۱ هستم. مدارک پزشکی عمومی را از دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال ۷۴ و جراحی عمومی در سال ۸۲ از دانشگاه علوم پزشکی ایران و فوق تخصص جراح پلاستیک و ترمیمی در سال ۱۳۹۰ را از دانشگاه علوم پزشکی تهران دریافت کرده‌ام.

دوره عمومی را در شهرستان میناب، از توابع استان هرمزگان کار کردم. دوره تخصص را در میناب و بندرعباس مشغول بودم. از سال ۷۴ عضو نظام پزشکی میناب بوده‌ام. از سال ۸۵ هم عضو نظام پزشکی شهرستان بندرعباس هستم.

از عملکرد خودتان و نظام پزشکی بندرعباس

رضایت دارید؟

در خصوص عملکرد سازمان در بندرعباس باید بگویم اگر ما پشتوانه صنف را داشته باشیم، یعنی همکاران در شهرستان بتوانیم با همدیگر همگون و همراه شویم، می‌توانیم کارهای صنفی خیلی زیادی انجام دهیم. از جمله کارهایی که ما کردیم، در برخورد با عوارض شهرداری بود که ناعادلانه و نامتناسب بود و موجب اعتراض تمامی همکاران شد و در نهایت همکاران جمع شدند و توانستند با اعتراض و پیگیری اعتراضات خود تا حدودی از حقوق خودشان دفاع کنند. ولی اصل موضوع و علت مؤثر نبودن قوانین سازمان نظام پزشکی

این عزیزان یا محدود شوند یا نباشند؛ زیرا امکان حضور و وقت گذاشتن آن‌ها در هیئت‌مدیره وجود ندارد.

گاه دیده می‌شود اعضای هیئت‌مدیره همکاری لازم را ندارند و فقط می‌خواهند نامشان باشد و معمولاً بعد از انتخاب، همکاری لازم را ندارند. بهتر است قوانین کمی سفت‌وسخت‌تر باشد تا قبل از اینکه ورود پیدا کنند، بدانند اگر دو جلسه غیبت غیرموجه داشته باشند، حذف می‌شوند، هرچند جایگزین کردن آن‌ها هم کار مشکلی است.

❓ تعاملات شما با نظام پزشکی کل و سایر شهرستان‌ها چگونه است و وضعیت اقتصادی شما چگونه است؟

تعاملات با نظام پزشکی را مناسب می‌دانیم. حتی می‌توانم بگویم عالی و خوب است. با همکاران اکثراً ارتباط داریم و مشکل خاصی بین ما نیست. اما چند درصدی از همکاران به‌خاطر منافع شخصی و گروهی نظام پزشکی را تضعیف می‌کنند تا از آن سود و بهره ببرند.

این مشکل را در استان داشتیم و این افراد قبلاً ثبت‌نام کرده بودند و رأی نیاورده بودند؛ بنابراین علیه نظام پزشکی اقدام می‌کردند. در کل اطلاع‌رسانی در استان ما خوب است و شورای هماهنگی همکاری خیلی خوبی با هم دارند. مشکلی از این نظر نداریم و حمایت کامل را در شورای هماهنگی از شهرستان‌ها داشتیم.

در خصوص بودجه باید گفت وضعیت مالی ما قطعاً مناسب نیست. ما قطعاً توانایی کارهای لازم را نداریم. الآن یک زمین گرفتیم و می‌خواهیم آن را بسازیم؛ چون ساختمان سازمان قدیمی هست. اما برای این کار با مشکل تأمین سرمایه روبه‌رو هستیم.

بحث دیگر هم این است که دریافتی پرسنل نظام پزشکی حتی در سطح کارمندان هم به نظر من باید بررسی شود. با توجه به تورم کشوری باید کارمندان هم حقوق مکفی بگیرند. الآن انگیزه کار در نظام پزشکی برای کارمندان وجود ندارد.

❓ و سخن آخر...

نظام پزشکی کل کشور باید قوانین را در بسیاری موارد عوض کند، خصوصاً درباره موازی کاری‌ها با سازمان‌های دیگر. به لحاظ اقتصادی هم باید به فکر منابع اقتصادی خودش باشد. به عنوان یک نهاد مشورتی در حرفه خودش نباشد؛ بلکه باید نهادی تأثیرگذار باشد، سعی کند افراد هیئت‌مدیره افرادی توانمند باشند تا بتوانند از حقوق پزشکان دفاع کنند. خصوصاً افرادی که بتوانند وقت مناسبی در پیگیری کارها بگذارند؛ چون اکثراً اعضای هیئت‌مدیره وقت زیادی برای سازمان قائل نیستند.

انجام داد. تهیه این اقلام در استان، به خصوص در ماه‌های اول خیلی سخت بود؛ اما ما توانستیم این اقلام را برای همکاران به هر طریق ممکن تهیه کنیم و با قیمت مناسب در اختیارشان بگذاریم. البته یک مقدار از خیرین و دانشگاه کمک گرفتیم. همچنین با کمک خیرین به شهرستان‌های دیگر هم کمک کردیم.

در حوزه فعالیت عمومی هم برای اطلاع‌رسانی و آموزش مردم هم با دانشگاه همکاری داشتیم و اطلاع‌رسانی می‌کردیم و برنامه در همین حد بوده است و برنامه خاصی نداشتیم.

❓ به نظرتان آینده همه‌گیری در منطقه شما و کل کشور چگونه خواهد بود؟

در خصوص پیش‌بینی درباره وضعیت آینده باید بگویم آینده کرونا مشخص نیست؛ اما من فکر می‌کنم اگر پروتکل‌ها را رعایت نکنیم، دوباره شاهد پیکی که در خردادماه بودیم، خواهیم بود. اما اگر کارها و نظارت‌ها به درستی انجام شود، شدت آن مانند سال گذشته نخواهد بود.

❓ به نظر شما مشکل عمده سازمان نظام پزشکی چیست؟

از نظر قوانین ما مشورتی هستیم و دست نظام پزشکی هم بسته است. درباره قوانین انتظامی هم همین‌طور و قوانین موازی انجام می‌شود. پزشکی قانونی و دادگاه‌ها هم در این حوزه هستند که باید جوری کار بشود که تمام مراحل مربوط به پزشکان در خصوص حرفه‌شان است، از این طریق انجام شود.

من امیدوارم مسئولان سعی کنند قوانین نظام پزشکی را به روز و اصلاح کنند یا از قوانین کشورهای دیگر مثل ما استفاده کنند و آن‌ها را بومی‌سازی کنند تا بتوانیم قانون مدون و جامعی داشته باشیم. ما حرفه مقدسی داریم که باید از آن دفاع کنیم و با این قوانین نمی‌توان به‌طور قطعی و تأثیرگذار از این حرفه دفاع کنیم. زیرا موازی کاری زیاد است، از جمله حق تعرفه‌گذاری و چیزهای دیگری که در قوانین آمده است. برای مثال از نظر اقتصادی در نظام مهندسی درصدی را از بابت هرگونه سازه مهندسان ساختمان به نظام مهندسی تعلق می‌گیرد. ما هم در نظام بهداشتی می‌توانیم بر مراکز بهداشتی نظارت داشته باشیم و حق نظارت را از تمامی مراکز تهیه مواد غذایی، آرایشی و بیمارستان را اخذ کنیم.

❓ پیشنهاد و انتقادی برای دیگر همکاران دارید؟

یک پیشنهاد من این است که رزیدنت‌های محترم عضو هیئت‌مدیره نباشند. سال گذشته ۴ رزیدنت عضو هیئت‌مدیره بودند که هر چهار نفر نه وقت داشتند که ورود پیدا کنند و بعد از فارغ‌التحصیلی هم از شهر ما رفتند که مشکلات اساسی برای هیئت‌مدیره ایجاد شد. بهتر این است



رئیس نظام پزشکی خرم‌آباد:

۲۶ سال در ساختمان اجاره‌ای بودیم

سیل‌زدگان کرد. همچنین در زلزلهٔ سرپل ذهاب در کرمانشاه همکاران کمک زیادی چه از نظر مالی و چه درمانی کردند.

؟ چه پیشنهادهایی برای نظام پزشکی کل و نظام پزشکی دیگر شهرها، به‌ویژه شهرهای مجاور دارید؟

باتوجه به اینکه سازمان نظام پزشکی بزرگ‌ترین سازمان غیردولتی است، پیشنهاد بنده به نظام پزشکی کل این است که به‌طور قاطع از منافع صنفی پزشکان در کل کشور حمایت کرده و از سیاست‌زدگی دور باشند، نگاه آن‌ها به کل کشور باشد و نه فقط کلان‌شهرها و تهران، به‌دیگر سازمان‌های نظام پزشکی نیز توصیه می‌کنم از همکاران در بحث‌های کارشناسی استفاده کنند.

؟ بودجه شما کافی است؟

بودجه سازمان نظام پزشکی بر اساس حق عضویت همکاران است و به‌هیچ‌وجه تکافوی هزینه سازمان را نمی‌دهد. متأسفانه هیچ کمکی هم از نظام پزشکی کل به ما نشده است. ما حدود بیست و شش سال است که در ساختمان‌های استیجاری فعالیت می‌کنیم. البته اخیراً با کمک همکاران توانسته‌ایم شروع به احداث ساختمانی برای سازمان کنیم؛ اما برای تکمیل آن بودجه نداریم و ساختمان کامل نشده است.

؟ به نظر شما عمده مشکلات اعضای

سازمان نظام پزشکی چیست؟

اول، بحث تعرفه‌های پزشکی است که بسیار پایین نگه داشته شده و هیچ تناسبی با نرخ تورم و افزایش دستمزد ندارد؛ دوم، بحث مالیات است که بدون محاسبه در حال افزایش هست که در این رابطه حتی اقدام به پیگیری تراکنش‌های همکاران هم شده است؛ سوم، بحث بی‌حرمتی رسانه‌ها و صداوسیما به شغل پزشکی است که موجب کاهش اعتماد بیماران به کادر درمانی شده و جوسنگینی علیه پزشکان ایجاد می‌کند؛ چهارم، وضعیت نامناسب درآمد پزشکان عمومی و متخصصان جوان است که جو ناامیدی و بی‌انگیزگی را رقم می‌زند.

اشاره کنم که به‌خاطر این همه‌گیری متأسفانه یکی از همکاران داروساز، یکی از همکاران پرستار و یک ماما در این شهر، شهید مدافع سلامت شدند و بیش از ۲۰۰ نفر از همکاران هم به کرونا مبتلا شدند. طبیعی است که با وجود بهبود نسبی اوضاع، اگر مردم فاصله اجتماعی و ماسک‌زدن را رعایت نکنند، وضعیت به مراتب بدتر شده و اوضاع از کنترل خارج می‌شود.

؟ نظام پزشکی خرم‌آباد در حوزه کرونا چه اقداماتی برای همکاران و مردم داشته است؟

سازمان نظام پزشکی خرم‌آباد برای همکاران اقدام به تهیه وسایل محافظت فردی کرده و در راستای آموزش و ارائه پروتکل‌های بهداشتی به همکاران فعالیت داشته است. این سازمان در راستای آموزش همگانی به مردم نیز فعال بوده و در ایام همه‌گیری مطب‌های شخصی با فعالیت خود، کمکی برای سیستم دولتی بوده‌اند. در حوزه اطلاع‌رسانی ما هم سایت داریم و هم در گروه‌های مختلف پزشکی در فضای مجازی فعال هستیم.

؟ نظام پزشکی خرم‌آباد در اقدامات

صنفی چگونه عمل کرده است؟

اقدامات صنفی سازمان در شهرستان‌ها در راستای سیاست‌های سازمان کل بوده و ما همواره فعال بوده‌ایم. اصل کار فعالیت صنفی، سندیکایی و منسجم کردن است و اینکه چقدر موفق بوده، از نظر اهمیت در مرتبه بعدی است.

؟ سازمان شما با صنف و به‌طور کلی

همکاران و دیگر نظام‌های پزشکی

تعامل دارد؟

ما بیشترین تعامل را با همکاران داریم و نیز در تشکیلی بنام نظام پزشکی‌های غرب کشور فعال هستیم.

؟ نظام پزشکی خرم‌آباد در شرایط خاص

و بحرانی چه اقداماتی داشته است؟

سازمان نظام پزشکی در سیل سال ۹۸ واقعاً خوش درخشید و کمک‌های زیادی به

خرم‌آباد مرکز استان لرستان است. این شهرستان از شمال به شهرستان سلسله، از شمال شرق به شهرستان بروجرد، از شرق به شهرستان‌های دورود و الیگودرز، از جنوب به شهرستان اندیمشک و از غرب و جنوب غرب به شهرستان‌های دوره و پلدختر محدود می‌شود و فاصله آن تا تهران ۴۹۰ کیلومتر است. جمعیت خرم‌آباد طبق سرشماری سال ۹۵، ۳۷۳ هزار و ۴۱۶ نفر بوده و آثار تاریخی به‌جای مانده نشان می‌دهد خرم‌آباد یکی از شهرهای مهم غرب ایران در دوره ساسانیان بوده است. فلک‌الافلاک از آثار به‌جای مانده دوره ساسانیان، نماد شهر خرم‌آباد است. در گفت‌وگویی با دکتر شیخی، رئیس سازمان نظام پزشکی خرم‌آباد به فعالیت‌های این سازمان در حوزه کرونا و اقدامات صنفی آن پرداختیم:

؟ لطفاً با معرفی خودتان شروع کنید؟

من علاءالدین شیخی، پزشک عمومی هستم. سال ۱۳۴۴ در خرم‌آباد متولد شدم و سال ۱۳۷۱ از دانشگاه علوم پزشکی اصفهان فارغ‌التحصیل شدم.

از زمان فارغ‌التحصیلی تاکنون چندین بار رئیس بیمارستان‌های کودکان مدنی، زنان و زایمان کریم عسلی، اعصاب و روان مهر و نیز رئیس مرکز بهداشت خرم‌آباد و نیز رئیس نظارت بر درمان دانشگاه بوده‌ام.

؟ از چه سالی دارای سمت در سازمان

هستید؟

از سال ۷۳ تاکنون، یعنی بیش از ۲۶ سال است که عضو هیئت‌مدیره سازمان نظام پزشکی خرم‌آباد هستم و از سال ۹۶ تاکنون به‌عنوان رئیس سازمان نظام پزشکی خرم‌آباد و رئیس شورای هماهنگی استان انتخاب شده‌ام.

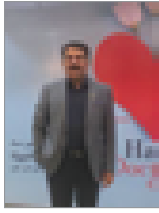
؟ شرایط خرم‌آباد در بیک‌های مختلف

کرونا چطور بود و آینده کرونا را در شهر

خود چطور می‌بینید؟

شهرستان خرم‌آباد بیشتر اوقات در وضعیت قرمز قرار داشته و اکنون در وضعیت زرد است. باید

کمبود درآمد و مهاجرت پزشکان



اعطای این وام‌ها توسط بانک‌ها و مؤسسات برای اعضا قدم بردارد که تا به امروز در این امر موفق نبوده است.

بایستی نظام پزشکی به مثابه یکی از NGOهای بزرگ کشور، راهکارهای مناسب برای جلوگیری از فرار مغزهای این قشر که همگی سرمایه‌های ملی کشورمان هستند، ارائه دهد و به بعضی‌ها که عقیده دارند با افزایش ظرفیت پذیرش در دانشگاه این کمبودها رفع خواهد شد، بقبولانند که افزایش عددی افراد بی‌سواد به درد جامعه نمی‌خورد. به‌قول معروف «سیاهی لشکر نیاید به کار، یکی مرد جنگی به از صد سوار...»

نظام پزشکی باید درباره درآمد پزشکان نقشه راهی را ترسیم و به مسئولان محترم ارائه دهد. با کار شبانه‌روزی در محروم‌ترین نقاط ایران حق یک پزشک است بعد از پنج سال بتواند آپارتمانی حداقل صدمتری برای زندگی و مطبی پنجاه متری در تهران بخرد؛ چراکه در غیر این صورت، شاهد افزایش مهاجرت بیشتر پزشکان خواهیم بود و واقعاً حیف است بعد از سرمایه‌گذاری سی‌ساله و زحمت شبانه‌روزی و مرارت‌های تحصیلی، این عزیزان درست در موقع خدمت‌رسانی و اوج جوانی مهاجرت کنند. همچنین باید روی این طرز فکر غلط مردم که درآمد بیش از ۹۷ درصد پزشکان را با ۳ درصد پزشکان دارای درآمدهای خیلی بالا مقایسه می‌کنند، کار شود؛ چون همه می‌دانیم که درآمد اکثر همکاران حتی زیر خط فقر است؛ اما ۱۰ میلیون تومان عنوان شده است. در این راستا باید برای تنویر افکار عمومی از صداوسیما و دیگر رسانه‌ها درخواست شود هفته‌ای حداقل یک ربع ساعت به نظام پزشکی اجازه پخش برنامه داده شود تا با نشان دادن خدمات، محل خدمت‌رسانی در مناطق صعب‌العبور و دورافتاده کشور و نیز دریافتی و حقوق پزشکان، مردم عزیز از زحمات شبانه‌روزی همکاران خبردار شوند.

همچنین باید رزومه تک‌تک شهدای کرونا در برنامه گفته شود و حداقل دینمان را به پزشکان عزیز مملکتمان ادا کنیم....

خیرین و اعضا کمپین داشتیم که به بیمارستان آیت‌الله خویی داده شد. این‌ها مختصر فعالیت ما در شهر است که کماکان ادامه دارد. این کمپین برای تأمین اقلام مورد نیاز برای محافظت و درمان بیماران و کارکنان در مقابله با بیماری کرونا همچنان با لینک فضای مجازی http://T.me/campaign_mobareze_ba_corona_khoy فعالیت می‌کند و آدرس کانال نظام پزشکی شهرستان خوی برای اطلاع از این اقدامات هم https://t.me/nezam_pezeshki_khoy است.

شرایط آینده کرونا در خوی چگونه خواهد بود؟

به‌عنوان فردی که در کمیته کرونا شهر هستم، باید اشاره کنم با وجود تلاش بیش از حد مسئولان، در صورت عدم رعایت مردم، متأسفانه آینده بسیار بدی خواهیم داشت؛ مگر اینکه همکاری در سطح شهری کماکان بالا باشد. ما نباید گول آمار مرگ‌ومیر پایین را بخوریم و همیشه در ذهنمان باشد که این بیماری از یک نفر شروع و جهانی شده؛ پس آمار پایین نشانگر ختم بیماری نیست.

مشکلات پزشکان منطقه چیست و نظام پزشکی برای رفع آن چه اقداماتی باید انجام دهد؟

نظام پزشکی بایستی به‌صورت جدی وارد بحث تعرفه و افزایش آن البته به‌صورت معقول و نه از جیب مردم، بلکه از طریق تقویت سیستم بیمه شود. حق جراحی‌ها در مراکز دولتی بین ۱۰۰ تا ۲۰۰ هزار تومان است که معمولاً بیش از یک سال بعد پرداخت می‌شود، این مبلغ در مقابل دیه ۳۶۰ میلیون تومانی به‌هیچ‌عنوان منطقی نیست. این شرایط باعث عدم ماندگاری پزشکان در نقاط محروم و در نهایت، ضرر مردم شهرهای محروم خواهد شد. نظام پزشکی باید به شرایط تعیین تعرفه‌ها که فقط یک عضو در مقابل ده عضو اعضا ذی‌نفع بیمه هست، اعتراض کرده و خواستار برابری تعداد اعضای تصمیم‌گیر در کمیسیون تعرفه‌ها شود.

در ضمن، نظام پزشکی بایستی در جهت اعطای وام‌های کم‌بهره یا فراهم آوردن بستر

با دکتر محمدرضا هاشم‌زاده رئیس سازمان نظام پزشکی خوی گفت‌وگویی درباره مشکلات پزشکان و راهکارهای احتمالی برای آن داشتیم: **؟ ضمن معرفی خودتان خلاصه‌ای از اقدامات نظام پزشکی خوی را ذکر کنید؟** این جانب محمدرضا هاشم‌زاده، متولد ۳۰ شهریور ۱۳۴۲، دارای مدرک بورس تخصصی جراحی عمومی از دانشگاه علوم پزشکی ایران و فارغ‌التحصیل سال ۱۳۷۱ هستم.

محل کار من در شهرهای محروم و مرزی پیرانشهر و خوی بوده است، چندین دوره ریاست نظام پزشکی خوی را داشته‌ام. از اقدامات ما برگزاری کلاس‌های آموزشی و خریداری محلی مستقل برای سازمان است که بیشتر هزینه آن از طریق ملکی متعلق به پدر این جانب، دکتر هاشم‌زاده بزرگ تأمین شد که طبق وصیت ایشان به نظام پزشکی اختصاص داده شد.

اقدامات صنفی و تعاملات شما با نظام پزشکی کل و نهادهای محلی مناسب است؟

از نظر اقدامات صنفی تعاملات بسیار خوبی با مسئولان خوی داریم. از نظر تعامل با نظام پزشکی کاری جز جلسات سالانه و نامه‌نگاری‌ها نداشتیم که به‌نظر من در جهت پیشبرد اهدافمان، یعنی ارتقای بهره‌وری پزشکان و تأمین حداقل سطح زندگی آنان مفید نیست و در این زمینه کارنامه قابل قبولی به اعضای خود ارائه ندادیم.

اقدامات نظام پزشکی خوی در هنگام شیوع کرونا چیست؟

من در اوج همه‌گیری کمپین مبارزه با بیماری کرونا در خوی را ایجاد کردم و با کمک اهالی شهر خرید بیش از یک میلیارد تومان وسایل حفاظتی برای مدافعان سلامت و بیماران را انجام دادیم. آزمایشگاه اختصاصی برای انجام PCR به ارزش کنونی بیش از ۲ میلیارد تومان، توسط خیر ما از صفر تا صد افتتاح شد و به دانشکده علوم پزشکی تحویل دادیم. تحویل موبایل به دانش‌آموزان برای استفاده از برنامه شاد داشتیم، خرید آمپول IVIG به ارزش ۳۵۰ میلیون تومان، توسط



رئیس نظام پزشکی فسا: سازمان باید تأثیرگذارتر عمل کند

باید رنگ جامعه پزشکی خوش رنگ باشد

بالینی داشتند و بیمار می‌دیدند، شدیم. این کار به صورت متعهدانه پیگیری شده است. تا امروز سعی کردیم الکل را با قیمت مناسب به دست همکاران برسانیم. همین‌طور تهیه ماسک و دست‌کش با قیمت‌های مصوب و دولتی نیز به‌طور منظم توزیع شده است.

نظام پزشکی شما در اقدامات صنفی چقدر مؤثر بوده است؟

ما با علوم پزشکی و ریاست‌های مختلف در ارتباط بوده‌ایم. سازمان همیشه سعی کرده ارتباط خوبی با همکاران داشته باشد و حامی حقوق آن‌ها در حد توان بودیم. در مقابل تصمیمات یک‌طرفه سازمان‌های بیمه‌گر ایستادگی داشته‌ایم، هرچند موردی که وجود دارد، این است که سازمان نظام پزشکی کمرنگ شده و علی‌الخصوص سلب اختیار تعیین تعرفه از سازمان باعث شده سازمان‌های بیمه‌گر در تعیین تعرفه حالت تکلیف و اجبار داشته باشند. در جشن‌های سالانه، اعضا به هم نزدیک می‌شوند و صحبت‌ها انجام می‌شود. اقدامی که سازمان در طول دوسه سال گذشته انجام داده و مؤثر هم بوده، تهیه یک ساختمان مستقل بوده است. تا دو سال پیش سازمان مستأجر بود. از سال‌ها قبل زمینی با کاربری درمان توسط همکاران تهیه شده بود و به هر ترتیب با هر ضعف مالی وجهی فراهم شد و با کمک مالی از سازمان تهران، ساختمان مستقل نظام پزشکی فسا ساخته شد. جلسات هیئت بدوی به‌صورت منظم و مکرر انجام شده است. سیستم قضایی شهر فعال است و قاضی‌ها حضور دارند. علی‌رغم اینکه شهر کوچکی است، اما به‌علت اینکه تیپ ۳ دانشگاهی است، همیشه از متخصصان و پزشکان گروه‌های مختلف در هیئت بدوی استفاده کرده‌اند. سعی کردیم این جلسات در حمایت از حقوق مردم و پزشکان باشد.

حدود یک سال اخیر، شهرداری ادعای دریافت عوارض شغلی داشت که جلسات مکرری برگزار و در این مورد ایستادگی کردیم و زیر بار نرفتیم. البته از زمان شیوع کرونا مسئله جمع‌آوری پسماند عفونی هم مطرح شد که ده سال این موضوع مغفول مانده بود و هیچ

با دکتر ارسطو صالح‌زاده، ورودی پزشکی عمومی در سال ۷۳ و فارغ‌التحصیل در سال ۸۰ از دانشگاه علوم پزشکی شیراز و متخصص آسیب‌شناسی (پاتولوژی) که در حال حاضر ریاست نظام پزشکی فسا را بر عهده دارند، گفت‌وگوی مفصلی درباره مشکلات پزشکان و اقدامات صنفی نظام پزشکی داشتیم.

از سوابق کار خود بگویید؟

من از سال ۸۹ عضو نظام پزشکی فسا شدم، سال ۸۹ تا ۹۱ معاون درمان دانشگاه بودم. یک دوره عضو هیئت‌مدیره نظام پزشکی و یک دوره هم عضو هیئت بدوی بودم و ۱۱ سال است که در فسا در بخش خصوصی مؤسس و مسئول فنی آزمایشگاه خودم هستم، یک سال اخیر هم افتخار داشتم رئیس هیئت‌مدیره نظام پزشکی فسا باشم.

وضعیت فسا از زمان شیوع کرونا چگونه بوده است؟

شهر ما دانشگاهی است و دو بیمارستان خوب دارد که پذیرای بیماران شرق استان فارس هستیم و معمولاً بالای چهار نفر متخصص عفونی در آن حضور دارند.

به نظر من شهرستان فسا وضعیت پایداری در دو یا سه پیک کرونا داشته است. ریاست دانشگاه آقای دکتر خالقی، مدیریت خوبی داشتند. جلسات آموزشی، بیلبوردهای آموزشی و بنرهای دانشگاه و سازمان نظام پزشکی از اقدامات بوده‌اند. وضعیت شهر کاملاً در کنترل بوده، هیچ‌وقت دچار وضعیت بحرانی قرمز نشده‌ایم. ارگان‌های مرتبط همکاری داشتند و در موارد منع تردد و بسته‌ی بازبودن مبادی خروجی شهر با حساسیت عمل کرده‌اند. از ماه اول شیوع بیماری کرونا یک کارخانه الکل قدیمی در شهر مجدداً راه‌اندازی شد و ماسک و دست‌کش با قیمت‌های مصوب و دولتی نیز به‌طور منظم توزیع شده است.

درباره آموزش عامه مردم هم سعی در آموزش از طریق بیلبوردها بوده است. در جلساتی که در هیئت‌مدیره و انجمن پزشکان عمومی برگزار شده، خواستار آموزش بیشتر مردم از طریق همکاران پزشکی که کار

کاری در این زمینه انجام نمی‌شد. در طی یک سال اخیر توانستیم قراردادی منعقد کنیم تا پسماند‌های عفونی جمع‌آوری بشوند.

چه پیشنهادهایی برای نظام پزشکی کل و نظام دیگر شهرها، به‌ویژه شهرهای مجاور دارید؟

بزرگ‌ترین پیشنهادی که هر پزشک به‌عنوان عضوی از سازمان نظام پزشکی دارد، این است که سازمان پررنگ‌تر باشد. مخصوصاً نقطه ضعف‌ها برطرف شود. اما متأسفانه روند روبهرشدی برای رفع این نواقص وجود نداشته است. تعداد زیادی دامنه‌های مشترک با سازمان‌های دیگر، مثلاً دانشگاه‌های علوم پزشکی، دادگستری و قوه قضاییه دربارهٔ هیئت‌های بدوی و دادگاه‌های انتظامی وجود دارد که بهتر است تعیین تکلیف و شفاف‌سازی بشوند. الان از پزشکان به قوه قضاییه شکایت می‌شود. دادگستری یا به‌خوبی نمی‌داند یا عمدانه در این باره اقدام می‌کنند. در حالی که بایستی کانال مربوط به قصور پزشکی مشخص شوند. مشکلی که سازمان دارد این است که هیچ‌گونه اهرم اجرایی ندارد. حتی از ساده‌ترین اموری که دریافت حق عضویت است تا امور بالاتر، مثل نظارت بر تبلیغات شهر یا نظارت‌های بینابینی در زمینه بهداشت و درمان وجود دارد، سازمان به دانشگاه علوم پزشکی وابسته است و اگر مرادفات خوب باشد، ثمر خوبی دارد؛ اما در غیر این صورت همیشه بایستی دانشگاه در زمینه امور درمانی یا تعرفه‌ای غلط به ما یاری برساند. وگرنه خودمان دارای بازوی اجرایی مستقل نیستیم. نکته‌ای که همکاران می‌خواهند گفته شود، بحث برگشت قدرت تعرفه‌گذاری به سازمان نظام پزشکی است. به نظر من اصلح‌ترین ارگان سازمان نظام پزشکی است و الان وضعیت خوبی نیست. امروز مطلع شدم نیروهای شرکتی افزایش حقوق داشتند و این واهمه در همکاران وجود دارد که در سال آینده حقوق‌های تأمین اجتماعی خیلی بالا خواهد بود و بعضی از گروه‌های بخش خصوصی، به خصوص آزمایشگاه‌ها که هزینه‌بر هستند، شاید نتوانند ادامه بدهند. همین الان هم روند حذف و ورشکستگی مراکز کم‌بیمار را به‌طور ملموس داریم می‌بینیم.

در زمینه برگزاری دوره‌های بازآموزی سازمان‌ها باید بتوانند فعال‌تر شوند که مستلزم این است سازمان‌های شهرستان‌ها قوی‌تر شوند. اکثر سازمان‌های استان امکانات بهتر و ساختار دارند؛ اما سازمان‌های شهرستان‌ها وضعیت طفیلی در خصوص سازمان‌های مرکز استان دارند، با امکانات خیلی کم.

هرچند ما در فسا به‌علت دانشگاهی بودن از سازمان کازرون و استهبان و آباده هستند که سازمان کوچک با امکاناتی محدود هستند که قدرت امکان برگزاری جلسات بازآموزی را هم ندارند و حتی سال‌به‌سال که قرار است جشنی برگزار شود، به‌سختی و با منابع محدود وظایفی که در ذهن دارند یا روی کاغذ آمده می‌خواهند اجرا کنند. به‌شدت اعتقاد دارم همه‌چیز بودجه و منابع مالی نیست و بیشتر هویت معنوی سازمان‌ها و افراد باید پررنگ باشند؛ اما بایستی در کنار آن‌ها منابع مالی هم وجود داشته باشد. اما اعتقاد بر اهمیت جامعهٔ صنفی پزشکی بر اعطای هویت قانونی این سازمان است که نیاز به منابع مالی برجسته‌ای ندارند و گاهی اصلاً به منابع مالی نیاز ندارند. در طول سال گذشته چندین مورد از سوی همکاران مطرح شد که همکاران هیئت‌مدیرهٔ چقدر حقوق می‌گیرند. این موضوع به شفاف‌سازی نیاز دارد که همکاران بیایند و مشارکت کنند. از سوی

دیگر، اتفاقاتی افتاده که جامعهٔ پزشکی موردهجمه‌های مردمی و اجتماعی و دولتی قرار گرفته که باید بازسازی بشوند.

چه انتقاداتی دارید؟

نمی‌گویم عدالت رعایت نمی‌شود؛ اما نظام مالی مرکزی و توزیع از مرکز نیاز به بازبینی دارد. البته بازهم تأکید می‌کنم که تمام مشکلات سازمان مالی نیست و می‌شود بخشی از مشکلات را با هویت بخشی و بازبینی و شفاف‌سازی دامنه‌های کاری و قانونی و افزایش بازوهای اجرایی هویت سازمان نظام پزشکی را به آن برگرداند.

چگونه می‌توان عملکرد نظام پزشکی‌ها را بهبود بخشید؟

نظام سلامت بایستی هویتی مستقل و تأثیرگذار برای سازمان قائل بشود و بپذیرد که صنف پزشک صرفاً از طریق یک وزارتخانه دولتی نمی‌تواند سر پا باشد و نیاز هست که انجمن‌های تخصصی و سازمان کل نظام پزشکی و نظام پزشکی‌های شهرستان بتوانند عملکرد درست‌تری داشته باشند.

تعاملاتی با دانشگاه علوم پزشکی داریم و به این دلیل است که اعضای از هیئت‌مدیره عضوی از هیئت علمی بوده‌اند یا گاهی ریاست بیمارستان یا عضو نظام پزشکی و گاهی اعضای از ما در معاونت بهداشتی بوده‌اند؛ در کمیسیون‌های مادهٔ ۲۰، کمیسیون تخلفات، جلساتی که برگزار می‌شود و نیاز به حضور قانونی عضو نظام پزشکی هست و سایر موارد، از جمله کمیسیون تبلیغات. با سازمان امور مالیاتی هم سعی کردیم تعاملات برقرار شود که از موارد ثمربخش نبوده و اعتراضی که بررسی و رسیدگی گردش‌های حساب‌های بانکی بوده نظام پزشکی شیراز به در بسته خورده و ثمری نداشته است. شاید نیاز به حمایت دولت هست تا شبهاتی که دربارهٔ مسائل مالی پزشکان مطرح است، برطرف شود. شاید عده‌ای از جامعهٔ پزشکی، مانند دیگر افراد جامعه شامل چنین اتهاماتی بشوند؛ اما اکثریت قریب به یقین شامل این شرایط نیستند؛ در صورتی که انگ این مسائل شامل همه است.

در حوزهٔ اطلاع‌رسانی منطقه چه عملکردی داشتید؟

حوزهٔ عملکردی شهرستان فسا محدود است و سعی کردیم در حوزهٔ شهرستان عمل کنیم. سعی کردیم اطلاع‌رسانی در حیطهٔ ارگان‌ها، نهادها و افراد و مردم عادی انجام بشود. هویت بخشی و اطلاع‌رسانی علمی و صنفی باشد و اثبات و تأکید بر وجود چنین سازمانی که اگر قرار باشد رنگ تازه‌تر و بهتری باشد، باید زیرساخت‌ها بیشتر فراهم شود. بایستی صدا و سیما اطلاع‌رسانی کند و جلوی برخی از هجمه‌های مخرب به سازمان، اعضای آن و جامعهٔ پزشکی گرفته شود. به‌نحوی که اگر جلوگیری انجام نشود تا چند سال آینده جامعهٔ پزشکی ابزار خنده و سخره و اتهام و بدبینی جامعه خواهد بود.

حرف آخر

به مهم‌ترین امور اشاره شد و خوش‌حال می‌شوم شرایط طوری تغییر کند که جامعهٔ پزشکی جامعهٔ هویت‌داری شود که خلأ آن حس می‌شود. خیلی مسائل پایه‌ای هستند و به آموزش در دانشگاه‌ها برمی‌گردند که دربارهٔ آن بی‌توجهی شده است. به هر ترتیب سطح سواد برخی همکاران افت کرده و یکی از دلایلی که هویت جامعهٔ پزشکی زیر سؤال می‌رود، کاهش سطح سواد و سطح عملی برخی همکاران است که باعث می‌شود رنگ جامعهٔ پزشکی خوش‌رنگ نباشد.



پزشکان در بم، از زلزله تا کرونا

بعد از آن نیز با گذشت سال‌ها، تبعات بد آن فاجعه در سلامت مردم و کمبود منابع دولتی و خصوصی مشهود است؛ به‌طوری‌که همچنان چهار شهرستان بم، فهرج، نرماشیر و ریگان با دو بیمارستان دولتی و یک بیمارستان خصوصی به ارائه خدمت مشغول هستند و باتوجه به شرایط سخت اقتصادی در کشور هنوز منابع قابل قبولی برای رفع این کمبودها به شهرستان تزریق نشده است.

رئیس نظام پزشکی شهرستان بم درباره اقدامات صنفی این سازمان خاطرنشان کرد: «اقدامات نظام پزشکی بم در گذر زمان متأثر از اقتدار و فرازوفرودهای کلی سازمان نظام پزشکی کشور بوده است. هر زمان نظام پزشکی در زمینه تعرفه و حمایت از همکاران مقتدر عمل کرده، ما هم بیشتر توانستیم از حقوق همکاران در شهرستان دفاع کنیم.»

این پزشک اضافه کرد: «متأسفانه در سال‌های اخیر نظام پزشکی به‌عنوان یکی از بزرگ‌ترین و قدیمی‌ترین سازمان‌های صنفی کشور و علی‌رغم شایستگی‌ها و توانمندی‌های اعضایش، شاید به دلیل فقدان انسجام صنفی نتوانسته تأثیرگذاری جدی در عرصه سیاست‌گذاری سلامت کشور داشته باشد. البته به ظن بنده تیم جدید سازمان کل گام‌های قابل تقدیری در احیای اقتدار اولیه سازمان برداشته‌اند.»

او اظهار کرد: «پیشنهادهای من شامل بازدید رئیس کل و معاونان ایشان از شهرستان‌ها و بررسی مشکلات اعضا، افزایش خدمات رفاهی و عقد قراردادهای رفاهی و خدماتی خوب، گردهمایی سالانه تمامی اعضا برای ایجاد محیطی گرم و صمیمی برای ایجاد وفاق صنفی و جلوگیری از تفرقه در سازمان، طراحی مسیری استاندارد در حوزه نظامی که از موازی کاری سایر سازمان‌ها جلوگیری شود، بازنگری در قوانین سازمان برای افزایش توان اجرایی، تعرفه‌گذاری، به‌روزرسانی مسائلی نظیر اندازه تابلو، تبلیغات و تفاهم‌نامه و دادن ضریب تشویقی مالیاتی باتوجه به محرومیت و برخورداری شهرها برای ماندگاری همکاران در مناطق محروم است.»

دکتر ایمان عبدالهی ادامه داد: «برای ارتقا سطح سازمان نظام پزشکی در جامعه و باتوجه به درجه اهمیت سلامت در هر کشور به نظر می‌رسد سازمان می‌تواند با گسترش اقدامات علمی از قبیل تهیه پروتکل‌ها، دستورالعمل‌ها و بخش‌نامه‌ها جایگاه واقعی خود را به‌عنوان بزرگ‌ترین صنف سلامت‌محور در قبال بخش دولتی به دست آورده و از اقدامات بدون مطالعه و منطق هرازگاهی در حوزه بهداشت و درمان جلوگیری کند.»

رئیس سازمان نظام پزشکی بم تسریع کرد: «استفاده از نقطه نظرهای شهرستان‌ها به‌عنوان خط مقدم و عملیاتی سلامت نیز می‌تواند ثمراتی برای این ارتقا داشته باشد.»

در روزهای آغازین دی ماه سال ۱۳۸۲، نقطه‌ای از زمین کشورمان چنان بر خود لرزید که هزاران کشته و مجروح و بی‌خانمان به جای گذاشت. از ارگ خشتی شهر چیزی جز ویرانه‌ای باقی نماند و هزاران زندگی زیر آوار دفن شدند. پس از آن «بم» دیگر آن شهری که بود، نشد. از آن روزها مدت زیادی می‌گذرد. این بار اما تراژدی دیگری سراغ دنیا آمد، درام کرونا کل جهان را تحت تأثیر قرار داد که در این بحران استان کرمان و شهرستان بم هم بی‌نصیب نماندند و وضعیت قرمز و قرنطینه سراسری را تجربه کردند. رئیس نظام پزشکی بم از زخم زلزله که هنوز سری باز دارد و تأثیری که بر مدیریت بحران کرونا گذاشته است، سخن گفت:

ایمان عبدالهی متولد سال ۱۳۵۸، دارای مدرک تحصیلی دکتری حرفه‌ای از دانشگاه علوم پزشکی زاهدان و فارغ‌التحصیل سال ۱۳۸۳ که سابقه فعالیت در حوزه‌های بهداشت و درمان به‌عنوان پزشک خانواده، پزشک اورژانس بیمارستان پاستور و افلاطونیان بم، سابقه همکاری با سازمان انتقال خون، ریاست اداره بیمه خدمات درمانی شهرستان بم به مدت ۴ سال، مدیریت درمان دانشگاه علوم پزشکی بم، معاونت اجرایی معاونت بهداشتی، معاونت فرهنگی دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی بم، پزشک معتمد نیروی نظامی در حوزه نظام وظیفه به مدت ۸ سال، عضو هیئت مدیره نظام پزشکی بم ۱۲ سال، مسئول هیئت بدوی به مدت ۴ سال، عضو مجمع سازمان به مدت ۴ سال را دارد، درباره شرایط کرونا در بم گفت: «در پیک‌های کرونا ما نیز همچون تمامی عزیزان در سایر شهرستان‌ها مانند همیشه به یاری بخش دولتی شتافته و به شکل قابل قبولی بار زیادی از مراجعات را در بخش خصوصی شهرستان‌های تابعه ساماندهی کردیم که جا دارد از تمامی اعضای محترم سازمان در شهرستان بم و توابع تقدیر و تشکر کنم. باتوجه به تغییر مدیریت در دانشگاه علوم پزشکی بم و نظر مثبت ایشان در حمایت از سازمان و بخش خصوصی به نظر شرایط در آینده مطلوب‌تر خواهد بود.»

وی افزود: «اقداماتی که سازمان در سطح شهرستان انجام داده، به‌ویژه در پیک اول و غافلگیری شامل تهیه ماسک، دست‌کش، مواد ضدعفونی و تجهیزات پزشکی، ساماندهی بخش خصوصی در ارائه خدمات به بیماران و کاهش بار مراکز دولتی، هماهنگی‌های درون بخشی و برون سازمانی با مسئولان شهرستانی و استانی و ستاد مبارزه با کرونا بوده است.»

عبدالهی یادآور شد: «بعد از زلزله دل خراش پنجم دی ماه ۸۲، عملاً تمام زیرساخت بهداشت و درمان در بخش خصوصی و دولتی بم نابود شد و همکاران تا سال‌ها به‌صورت رایگان یا عام‌المنفعه کار می‌کردند.



رئیس نظام پزشکی گلپایگان:

نظام پزشکی به قوانین مفید و نظارت بر اجرا نیاز دارد

نمی‌شود و وزارت بهداشت نمی‌گذارد نظام پزشکی کل قدرت بگیرد، همکاران گله می‌کنند از اینکه نظام پزشکی برای آنان کار مفیدی نمی‌کند؛ نظام پزشکی ارج و قرب خود را دارد از دست می‌دهد. نظام پزشکی در برخی امور قدرت اجرایی ندارد و ما برای انجام هر کاری باید به وزارت بهداشت یا شبکه بهداشت متصل شویم، البته در گلپایگان تعامل بسیار خوبی بین نظام پزشکی و دیگر ارگان‌ها است ولی در سطح کشوری و کلان حمایت نمی‌شویم، قوانین ما جامع نیست و همیشه نیاز به مداخله دیگر ارگان‌ها است. همانگونه که در برخی شهرها می‌بینیم که شهرداری، محیط زیست و ... مشکلات زیادی برای پزشکان به وجود می‌آورند. به طور خلاصه می‌توان گفت نیازمند قوانین صحیح و نظارت بر اجرای آن قوانین هستیم.

چه انتقاد یا پیشنهادی برای نظام پزشکی کل دارید؟

قوانینی که پیش‌تر برای نظام پزشکی تدوین و سپس پس گرفته شد باید به نظام برگردانده شود. درباره مسائل آموزشی نیز باید یک تعامل قوی بین نظام پزشکی و وزارت بهداشت شکل بگیرد و تخصص‌ها از انحصاری بودن در آید به عنوان نمونه برای لیزر درمانی که پزشکان عمومی توانایی انجام آن را دارند وزارت بهداشت بسیار سختگیرانه برخورد می‌کند در این میان نظام پزشکی می‌تواند به عنوان یک سازمان ارشد مداخله کند و با وزارت بهداشت به تعامل برسد تا دوره‌های آموزشی کوتاه مدت برگزار شود و اجازه کار به پزشکان عمومی داده شود چرا که پزشکان عمومی ما اکنون مشکلات زیادی دارند، پزشکان کم تجربه تر با ورود به سیستم درمانی از نظر درآمد ناامید می‌شوند و به فکر مهاجرت یا گاه تغییر شغل هستند؛ حتی این مشکلات ممکن است خدایی ناکرده باعث به خطا رفتن تعداد کمی از پزشکان شود.

مختلف برای مردم پخش کردیم، تعامل بسیار خوبی هم با کمیته مبارزه با کرونا داشتیم، برای همکاران نیز در حد امکان اقلام محافظتی تهیه و پخش کردیم.

مشکلات اصلی نظام پزشکی گلپایگان چیست؟

بودجه ما از طریق حق عضویت اعضا تأمین می‌شود و این مبلغ متأسفانه جوابگوی هزینه‌ها نیست. برخی از نظام پزشکی‌ها حتی پول ماهانه کارمند خود را نمی‌توانند پرداخت کنند. مشکل مالی مختص به گلپایگان نیست؛ اکثر شهرستان‌های کوچک و برای نمونه در اصفهان شهرستان‌هایی که از مرکز استان دور هستند مشکل مالی دارند ولی نظام پزشکی کل و شهرهای بزرگ چنین مشکلاتی ندارند؛ نظام پزشکی شهرهای بزرگ باید نظام‌های پزشکی تحت پوشش خود را تا حد امکان از نظر مالی حمایت کنند. حتی در سال‌های پیش قرار بود مبالغ حق عضویت همه شهرها در نظام پزشکی جمع شود و آن را بین شهرها تقسیم کنند ولی این امر اجرایی نشد. تهیه ساختمان برای نظام پزشکی مورد دیگر است، نظام پزشکی در سال‌های قبل مبلغ ناچیزی پرداخت کرد و ما ساختمان کوچکی ساختیم ولی برای تجهیز آن بودجه کافی نداریم و به ما کمکی نشده است.

با نظام پزشکی دیگر شهرها تعامل دارید؟

با شورای هماهنگی استان هر یکی دو ماه یک بار جلسه می‌گذاریم و با دیگر رؤسای نظام پزشکی تبادل نظر می‌کنیم.

چگونه می‌توان عملکرد نظام پزشکی‌ها را بهبود بخشید؟

در نظام پزشکی کل باید تلاش بیشتری شود تا قوانین محکم‌تری تدوین شود برای مثال تعیین تعرفه ویزیت پیش‌تر توسط نظام پزشکی انجام می‌شد ولی اکنون

در اسفند ماه سال گذشته خبر ابتلای افراد به کرونا در ایران به صورت رسمی منتشر شد و چند روز بعد از آن هم، اولین مورد ابتلا در گلپایگان خود را نشان داد، این شهر مدت طولانی در وضعیت قرمز ماند و محدودیت‌های مختلفی را تجربه کرد.

گلپایگان را شهر چهار اقلیم نیز می‌گویند، چون از هر طرف به یکی از صحنه‌های طبیعت مثل کوه، بیابان، دشت و باغ منتهی شده است؛ این شهرستان از طرف شمال به خمین، از غرب به کوه‌های بختیاری و الیگودرز، از جنوب به خوانسار و کوه‌های بختیاری، از شرق به میمه و کوه شیخ احمد و از جنوب شرق به نجف‌آباد محدود می‌شود. با دکتر تاجداری رئیس نظام پزشکی گلپایگان درباره کرونا در گلپایگان و مشکلات نظام پزشکی گفتگو کردیم:

با معرفی خودتان شروع کنید؟

حمید رضا تاجداری متولد ۱۴ فروردین ۱۳۴۵ و فارغ‌التحصیل دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۷۲، در آذربایجان غربی، خوانسار و گلپایگان فعالیت کرده‌ام.

شرایط گلپایگان از نظر شیوع کرونا در ماه‌های گذشته چگونه بود و در آینده چگونه خواهد بود؟

حدود دو سه ماه پیش که کل کشور درگیر پیک کرونا شد، شرایط گلپایگان هم بسیار بحرانی و وضعیت شهر قرمز شد، سپس نازنجی، زرد و با تقسیم بندی جدید شرایط آبی شد، البته با توجه به اینکه بعید است واکسیناسیون همگانی با شتاب انجام شود کرونا فعلاً همراه ما است و پیک‌های بعدی در راه خواهد بود.

با شیوع کرونا چه اقداماتی برای اعضا و مردم انجام دادید؟

برای آموزش عمومی مردم تلاش کردیم، ویدئوهای آموزشی گوناگون از کانال‌های

پای صحبت‌های خانواده‌های داغدار سپیدپوشان سفر کرده مدافع سلامت آسمانی شده، تو را با چه نامی خطاب کنم؟

نازنین آریانه‌پاد

کم انتقاد نشنیده بودند، بسیار تهمت‌ها را شاهد بودند و خم به ابرو نیاورده بودند، در همه این سال‌ها با تلاش و پایداری و ایثار و با علم و دانش‌شان برای سلامت مردمشان کوشیده بودند؛ اما شاید آن گونه که باید درک نشده بودند. اما آزمونی الهی در راه بود: آزمونی برای سیاوشانی که از آتش گذشتند تا ثابت کنند فرزندان حق شناس این آب‌وخاک هستند. و حیف از سروقامتانی که این میان افتادند، زود افتادند، جوان افتادند و هنوز جای خالی‌شان می‌سوزاند، هنوز جای خالی‌شان حس می‌شود و والدین و فرزندان و همسران و دوستان و هم‌سنگران آن‌ها هنوز سفرشان را باور نکرده‌اند.

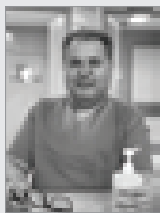
و یک درد هم اینجاست که هنوز نمی‌دانیم این سروقامتان دلاور عاشق را که بر سر عهدشان ماندند، چه باید بنامیم! این پرونده بخشی از اقدامات سازمان نظام پزشکی برای زنده نگه داشتن یاد و خاطره آسمانی‌هاست. می‌کوشیم هر بار به سراغ خانواده‌ها برویم و حرفشان را بشنویم و البته پیگیر اجابت خواسته‌هایشان هم هستیم و وظیفه‌مان است که هرآنچه می‌توانیم برای هم‌قطاران دریادل سفر کرده بکنیم.

سخن گفتن با خانواده شهدای سلامت از سخت‌ترین گفت‌وگوهای ممکن است که فقط درد و حسرت هدیه می‌دهد: درد کمبودها، درد بی‌مهری‌های گاه و بیگاه با عزیزان و بازماندگان این شهدا و درد دل تنگی همسران و فرزندان شهدا.... این پرونده با اشک‌های این سو و آن سوی خط تلفن شکل گرفت. کمترین کاری که می‌توانید هنگام خواندن این سطرها بکنید، یادکردن از این شمع‌های سوخته و ذکر فاتحه‌ای برای آنان است.



جراح متعهد مازندران دو ماه با بیماری کرونا مبارزه کرد

خانواده هنوز در شوک



دکتر عبدالرضا رودباری، متخصص جراحی عمومی پس از تحمل یک دوره طولانی کرونا، روز ۲۹ مرداد ۱۳۹۹ به جمع شهدای سلامت پیوست. وی به عنوان سومین شهید مدافع سلامت در شهرستان نکا (استان مازندران) اعلام شد و بخش جراحی بیمارستان امام حسین (ع) نکا به نام این پزشک شهید نام گذاری شد.

مهتاب سعادت، همسر دکتر رودباری ایشان را این گونه معرفی کرد: «عبدالرضا رودباری متولد ۱۳۴۴ بود، ایشان مدرک پزشکی عمومی را از دانشگاه شیراز گرفتند و تخصص جراحی عمومی را از دانشگاه اصفهان. از سال ۸۰ که برای دستیاری وارد دانشگاه شدند تا سال ۸۴ اصفهان بودند. بعد از آن، در مازندران شروع به فعالیت کردند. ایشان اهل شهر میرزا استان سمنان بودند و در نکا بزرگ شدند و تمام هم و غم ایشان این بود که به شهر و مردم خودشان خدمت کنند؛ با اینکه خیلی موقعیت ها داشتند برای اینکه در تهران و بیمارستان های خوب و معروف کار کنند؛ ولی تمام دغدغه شان خدمت به مردم شهر و منطقه خودش بود. ایشان از سال ۸۴ در نکا فعالیت خود را کردند تا سال ۹۹ که از دنیا رفتند.»

خانم سعادت یادآور شد: «ایشان در بیمارستان شهرهای مختلف، از جمله دو بیمارستان در نکا، یک بیمارستان در بهشهر و دو بیمارستان در نکا فعالیت می کردند، به همین دلیل دقیقاً نمی دانم دکتر در کدام بیمارستان به کرونا مبتلا شدند.»

وی ادامه داد: «به محض اینکه علائم اولیه کرونا ظاهر شدند، با اینکه دکتر حال بدی

داشتند، ولی دائم نگران بیماران خودشان بودند که درد دارند و گناه دارند. از آنجا که ایشان خیلی دلواپس بیماران بودند، استراحت اولیه نداشتند تا اینکه با بدتر شدن علائم مجبور به بستری ایشان در بیمارستان حکمت ساری شدیم. بعد از سه روز حمله های تنفسی آغاز شد که باعث انتقال ایشان به بیمارستان نیکان غرب تهران شد، آقای رودباری ۴۷ روز در این بیمارستان در بخش آی سی یو بستری بودند و بعد از حدود ۵۰ روز علائم شدید دوام نیاوردند و روز ۲۹ مرداد ۱۳۹۹ از میان ما رفتند.»

مهتاب سعادت درباره اخلاق دکتر رودباری تأکید کرد: «بسیار آدم رؤوف، مهربان و دست و دل بازی بود، تمام زندگی وی خانواده اش و مریض ها بود. ایشان عاشق پدر، مادر، خواهر، برادر، همسر و بچه هایش بود. هر زمانی که داشت برای خانواده می گذاشت و هیچ کوتاهی از او ندیدیم. واقعاً با اینکه مشغله کاری بالایی داشت، تمام زمانی که می توانست در اختیار خانواده بود و البته در همان زمان گاه نگران بیمارانش بود.»

او ادامه داد: «به یاد دارم در فروردین ماه یکی از همکاران ایشان پس از ابتلا به کووید ۱۹ اینتوبه شدند و احتیاج به شالودن گذاری داشتند. ایشان آن زمان آن کال نبود. با هر پزشکی که برای شالودن گذاری در بیمارستان صحبت می شد، قبول نمی کرد. ساعت یک و نیم شب، وقتی با ایشان تماس گرفتند، آماده شدند که بروند. من حقیقتاً می ترسیدم و گفتم تو که آن کال نیستی. ایشان گفت همکارم است، من نکنم، چه کسی باید انجام دهد؟! او هم احتیاج دارد و زمانی که نیاز دارد، من باید این کار را انجام دهم...»

همسر شهید رودباری با اشاره به اخلاق خوب و محبوبیت ایشان در بین بیماران خاطرنشان شد: «چند وقت پیش بر سر مزارشان بودم. آقای آمدند و گفتند که من مجروح شیمیایی هستم و بدنم پر از ترکش است و احتیاج به یک جراحی داشتم و هیچ دکتری قبول نمی کرد من را عمل کند. زمانی که پیش ایشان رفتم، گفتند با مسئولیت خودم جراحی را انجام می دهم. با اینکه دکترهای بیهوشی قبول نمی کردند، ولی دکتر با مسئولیت خودش مرا جراحی کرد. تا آن زمان دکترها به خانواده ام گفته بودند که هیچ کاری نمی شود کرد و باید منتظر بمانید تا از بین برود؛ ولی پس از عمل دکتر رودباری ده سال است که مشکلی ندارم.»

مهتاب سعادت درباره اوضاع خانواده پس از فقدان شهید رودباری گفت: «ما یک پسر ۲۱ ساله و یک دختر ۱۹ ساله داریم. متأسفانه هر سه هنوز در شوک کامل هستیم. پسر اصلاً نمی تواند این موضوع را قبول کند و در مرحله انکار است و پذیرش ندارد. دخترم نیز بسیار درون گراست و اصلاً باور ندارد و همیشه طوری صحبت و برخورد می کند که انگار پدرش هست و این طور حرف می زند که بابا مطب است، بابا برمی گردد...»

او که دارای مدرک ارشد روان شناسی و شغل آزاد است، اظهار کرد: «بنیاد شهید هنوز برای تعلق عنوان رسمی شهید به ما اقدامی نکرده است. از ما مدارک خواستند که فرستادیم؛ ولی درباره شهادت ایشان هنوز هیچ چیزی از طرف بنیاد شهید به من اعلام نشده است.»

طبيب نيكوكار قائم‌شهر كه رفتنش هزاران نفر را داغدار كرد

چراغ خيريۀ شهيد محمد طيبي هنوز روشن است

دکتر محمد طيبي در شهرستان بابل كنار متولد شد و سوم خرداد ۱۳۹۹ در قائم شهر به كاروان شهدای مدافع سلامت پيوست. با ليونا طيبي، دختر آخر شهيد طيبي درباره شخصيت ايشان و چگونگی آسمانی شدن ايشان و به‌ويژه اقدامات خيريه‌ای كه انجام می‌دادند گفت‌وگو كرديم:

? لطفاً برای آغاز صحبت آقای دکتر

طيبي را معرفی كنيد؟

دکتر محمد طيبي متولد ۱۳۲۸ بودند و در بيست‌وشش سالگی از دانشگاه جندی شاپور اهواز در رشته پزشکی فارغ‌التحصیل شدند. ايشان سال ۸۶ بازنشته شدند و در طی دوران کاری خود سی سال در اورژانس بیمارستان ولیعصر قائم‌شهر مشغول بودند.

? از ابتدای ايشان به کرونا و سير

بیماری ايشان بگويد؟

من ساکن تهران هستم و پدر و مادرم شمال بودند. ما همیشه به‌طور مستمر و روزانه باهم

صحبت می‌كرديم. من و پدرم خیلی نزدیک به هم بوديم و بعد از شروع همه‌گیری کرونا خیلی خواهش و تمنا و التماس می‌كردم به مطب نرود؛ چراكه دو ماه پيش از آن به كنسر و لنفوم مبتلا و در ماه‌های دی و بهمن شیمی‌درمانی شده بودند؛ ولی اسفند به‌خاطر شیوع کرونا کرونا شیمی‌درمانی ايشان لغو شد. وقتی اصرار می‌كردم پدر همیشه به من می‌گفت: «تو نمی‌دانی سوگند پزشکی یعنی چه، ما سوگند خورديم كه تا آخرش بايستيم، من طبييم و نمی‌توانم در مطب خودم را به روی بیماران ببندم.» پدرم به‌طور کلی به عقايد اخلاق مدارانه اعتقاد داشت.

يادم هست مثلاً يك بار به ايشان زنگ زدم و گفتم كه كجایی. گفت كه آی‌سی‌یو بیمارستان... گفتم: «آخه شما كه بیمارستان نباید برويد.» گفت: «يکی از مريض‌هایم هيچ کسی را به‌عنوان همراه ندارد كه بستری‌اش كند، من يك لحظه فقط رفتم ايشان را بستری كنم و برگردم.» گفتم: «بابا، همان يك لحظه برای شما خطرناك است...»

ولی بابا با اینکه واقعاً مسئولیتی در بیمارستان یا در مطب نداشت و سال ۸۶ بازنشته شده بود، باز هم می‌رفت. کلاً اخلاق پزشکی ايشان طوری بود كه هرکسی می‌آمد دنبالش و هر خانه‌ای كه دور و نزدیک بود، حتی در روستاهای اطراف هم اگر بیمار داشت، می‌رفت و ویزیت می‌کرد. در زمان کرونا هم باز همین کار را می‌کرد و می‌گفت پيرزن‌ها و پيرمردهایی هستند كه اصلاً نمی‌توانند خودشان برای ویزیت بیایند. ايشان مشغول ویزیت بیماران بود و تقریباً اواخر اسفند درگیر کرونا شد.



نباید جا بزنم و اکنون وقت ادای دین است.» در غم فقدان ایشان تمام مردم همراه ما و باعث دل گرمی من و خانواده‌ام بودند.

❓ از کارهای خیر ایشان

بیشتر تعریف کنید؟

واقعیتش من اصلاً از جزئیات اطلاعی ندارم و همین را هم از دیگر خیرین شنیدم. ما می‌دانستیم دست به خیر است و مردم به مطب و خانه مراجعه می‌کردند تا کمک بگیرند؛ ولی از عمق ماجرا و مهربانی و کارهای خیر ایشان تا این اندازه اطلاع نداشتیم. موبایل پدر اکنون تلفن خیریه است و مردم که زنگ می‌زنند نوبت بگیرند، من پاسخ می‌دهم. یک بار آقای زنگ زد و گفت: «من نمی‌دانم شما کی هستید؛ ولی خواستم بگویم کارهایی که شما انجام می‌دهید و خیریه‌ای که راه‌انداختید، یک‌دهم کارهای دکتر طبیعی هم نمی‌شود. ما سال ۵۷ می‌رفتیم در روستا کمک می‌کردیم، در محله‌های دورافتاده، دکتر طبیعی می‌آمد هر کار پزشکی که لازم بود، برای اهالی انجام می‌داد؛ حتی زخم بستر را هم پانسمان می‌کرد با اینکه اصلاً کارشان نبود و یک بهیار هم می‌توانست آن را انجام دهد.»

❓ عنوان رسمی شهید به ایشان داده

شده است؟

نمی‌دانم؛ هنوز از طرف بنیاد شهید رسمی به ما عنوان نشده است. شنیده‌ام در دستور کار است که به پزشکان بخش خصوصی و دیگران این عنوان را بدهند؛ ولی ما اسم خیریه واقع در مطب ایشان را گذاشتیم: «خیریه شهید دکتر محمدطبی»....

در دانشگاه همدان تدریس می‌کند، خواهر دیگرم که ۴۳ سال دارد، آمریکا زندگی می‌کند و دکتر از آکسفورد و یک دانشگاه دیگر دارد و ایشان هم تدریس می‌کند. فکر نمی‌کنم هیچ کدام ما هنوز با این شوک کنار آمده باشیم، مخصوصاً مادرم چون ما همگی دور از خانواده بودیم، گاهی هنوز وقتی جایی می‌رویم، مادرم می‌گوید زنگ بزن به بابا بگو رسیدیم. چند ثانیه در این توهّم که بابا هست، درگیریم و بعد از مثلاً ده ثانیه متوجه می‌شویم که بابا رفته...»

واقعاً ایشان پدر و همسر خیلی پررنگی بود و دیدن جای خالی‌شان خیلی سخت است.

❓ از اخلاق دکتر طبیعی و رابطه ایشان با

بیماران بگوئید؟

افراد زیادی درواقع تحت سرپرستی ایشان بودند؛ ولی ما از این موضوع خبر نداشتیم. گاهی اوقات ساعت ۱۲ شب می‌رویم سر خاکش و می‌بینیم خانواده‌ای سر مزار بابا شمع روشن کرده‌اند که ما اصلاً نمی‌دانیم این افراد کی هستند، بعضی افراد با بچه کوچک می‌آیند و مثل ما همچنان سوگوار هستند.

بابا مردمی بود و همه خیلی دوستش داشتند، حتی یادم هست منشی‌های مطب گله می‌کردند از ایشان و می‌گفتند شما که تنها برای خودتان که زندگی نمی‌کنید، ۲ هزار نفر تحت تکفل شما هستید و چون پدر آن‌ها هم هستید، باید مراقب خودتان باشید. ولی پدر همیشه می‌گفتند: «باید خدمت کرد، این مردم من را این قدر بالا کشیدند و همیشه روی من حساب می‌کنند، الان که به من نیاز دارند،

اواسط فروردین در بیمارستان خودشان، یعنی ولیعصر تقریباً هفت روز بستری شدند، سپس برای پلاسماتراپی به بیمارستان ساری منتقل شدند و متأسفانه آنجا اینتوبه و ماندگار شدند. تقریباً یک ماه در حالت اینتوبه آنجا بودند، اواخر آن زمان به بیمارستان ولیعصر برشان گردانیدیم. ایشان در حالت کما یا نیمه‌هوشیار بود و کسی که اینتوبه می‌شود، تقریباً متوجه نیست که چه اتفاقی دارد اطرافش می‌افتد. ولی من احساس می‌کردم اگر حس کنند که توی بیمارستان خودشان هستند، شاید آرام‌تر شوند، شاید تصور ما بود؛ ولی من احساس می‌کردم بابا چند روز آخر که آمدند، ولیعصر یک مقداری آرام‌تر و کمتر بی‌قرار بودند؛ یعنی حرکات دست و گردن ایشان کمتر بود و در نهایت ما روز سوم برگشتن به بیمارستان خودشان، ایشان را از دست دادیم...»

❓ مطب پدر شما در قائم‌شهر بود؟

بله، از آنجا که پدر من خیلی دست به خیر بود، ما همچنان مطب را پابرجا نگه داشتیم و اکنون به عنوان خیریه از آن استفاده می‌کنیم. از پزشکانی که خیلی بابا را دوست داشتند خواهش کردیم هفته‌ای یکی دو روز در آنجا افراد را به صورت رایگان ویزیت کنند.

❓ از خانواده دکتر بگوئید و اینکه چگونه

شهادت ایشان را پذیرفتید؟

من ۳۲ ساله و کارشناس ارشد مهندسی صنایع هستم. دو خواهر دیگر دارم که یکی ۴۰ ساله است و دکترای منابع طبیعی از دانشگاه تهران دارد و هیئت‌علمی است و



پزشکی که ۹ ماه سنگ قبر نداشت

شهیدی که کنار پدر شهیدش خفت

شهید مهدی وریجی، رئیس درمانگاه منطقه ۲۱ شهرداری تهران، روز ۲۸ اسفند ۱۳۹۸ به آسمان سفر کرد. این شهید مدافع سلامت که اواخر بهمن به کرونا مبتلا شد، فرزند شهید بود و در کنار پدرش به خاک سپرده شد.

رقیه کرمی، همسر دکتر مهدی وریجی خود را این گونه معرفی کرد: «من رقیه کرمی، ۴۳ ساله هستم و لیسانس پرستاری دارم و با ۲۰ سال سابقه کار، سرپرست اورژانس بیمارستان مصطفی خمینی هستم. سال ۸۳ با شهید وریجی ازدواج کردیم و دو فرزند دارم. پسر امیرعلی ۱۵ ساله و دخترم زهرا ۱۰ سال دارد.»

او درباره معرفی شهید وریجی گفت: «مهدی وریجی سال ۱۳۵۴ در شهر

ساری متولد شدند؛ پزشک عمومی و فارغ التحصیل از دانشگاه شاهد بودند که از سال ۷۳ وارد دانشگاه و سال ۸۰ فارغ التحصیل شدند. ایشان در مراکز و درمانگاه های مختلف به کار مشغول بودند، از جمله در شهرهای شهریار، کرج، خوزستان، فعالیت های جهادی نیز داشتند. با تیم های جهاد به مناطق دورافتاده و محروم می رفتند. آخرین پست سازمانی ایشان هم رئیس درمانگاه منطقه ۲۱ شهرداری بود. ایشان از ۱۰ سال قبل هم کارمند رسمی شهرداری تهران بودند.» خانم کرمی درباره فعالیت همسرش در درمانگاه شهرداری ادامه داد: «شهرداری ابعاد و بخش های مختلفی دارد. بخش بهداشت و درمان دارد که به شرکت شهر

سالم وابسته است. برای فعالیت در این حوزه آزمون استخدامی دارد که دکتر شرکت کردند و قبول شدند. البته این هم به اجبار من بود و آن قدر فعالیتشان جسته گریخته بود که از ایشان خواستم این کار را هم داشته باشند.»

همسر دکتر وریجی در شرح بیماری ایشان اظهار کرد: «در نیمه بهمن ۹۸ هنوز ورود کرونا به ایران توسط وزارت بهداشت اعلام رسمی نشده بود و حتی برخی منکر این قضیه هم بودند. پروتکل ها هم وجود نداشت و رعایتی نمی شد. درمانگاه منطقه ۲۱ هم طوری است که همه مراجعان را قبول می کنند. هفته ای دوسه روز دکتر در درمانگاه آن منطقه به عنوان پزشک فعال بودند و در یکی از همان روزها گفتند ما



داغ سنگینی بود. دختر من اذیت شده و هنوز با موضوع نبودن پدر کنار نیامده...»

همسر شهید وریجی تأکید کرد: «وقتی آدم داغ بزرگی دارد، نباید اتفاقاتی بیفتد که تحمل آن داغ سخت‌تر هم بشود. یعنی حداقل باید حواشی کمتر شود. هنوز احراز شهادت همسر من نیامده و کم‌کم دارد یک سال از این مسئله می‌گذرد. آیا ما خواستیم که سیستم ایشان را شهید اعلام کند؟! اما وقتی اعلام کردند باید پای حرفشان بایستند. وزارت بهداشت مرا به بنیاد شهید و بنیاد مرا به وزارت بهداشت پاس می‌دهند. واقعاً ایراد کار کجاست؟! این وزارتخانه با آن همه دبدبه و کبکبه برای ما چه دارد؟! در همین سیستم برای همسر من این اتفاق رخ داد. اگر این مشکلات حل نشود و کرونا هم تمام شد، چه کسی جواب فرزندان من را می‌دهد؟! وسط کرونا هستیم و هیچ‌کس پاسخ ما را نمی‌دهد، چه برسد به آن موقع. باورتان نمی‌شود من با تهدید و دعوا برای همسرم سنگ‌قبر گذاشتم. اجازه نمی‌دادند و می‌گفتند کلمه شهید را وارد کردید و تأییدیه شهادت ندارید. همسر من ۹ ماه سنگ‌قبر نداشت. این‌ها دردهایی است که نمی‌دانم کجا باید بگویم. خیلی دوست دارم بدانم ستاد کرونا در وزارت بهداشت چه کار می‌کنند. من به‌عنوان یک شهروند می‌خواهم گزارشی را بشنوم که بدانم چه کار شاقی کرده‌اند. الان من پرستار تجهیزات دارم و واکسن زده‌ام؟! همسر من ۲۰ سال سابقه طبابت داشت. چند سال درس خواند تا توانست پزشک بشود؟! چند سال طول کشید تا پزشک حاذق بشود؟! آیا باید آن قدر راحت از دست برود؟! جان انسان‌ها برای این سیستم اصلاً مهم نیست. کمترین چیزی که ارزش دارد، جان انسان‌هاست و کسی هم نیست به داد ما برسد. رئیس ستاد کرونا و وزیر بیايند اعلام کنند که چه کاری کرده‌اند! الان یک سال گذشته و نباید بگویند چرا دیر اعلام کردند؟! چرا مدام گفتند در ایران کرونا نداریم؟! سال گذشته در همین موقع ما در بیمارستان مصطفی خمینی بیمار کرونا داشتیم. اسناد سیتی اسکن آن هم هست. اگر نمی‌توانید این حرف‌ها را هم چاپ کنید، این حرف‌ها را برای وزیر بهداشت بفرستید تا بیايد برای من شهروند، ده دقیقه وقت بگذارد و به من توضیح بدهد.»

همسر شهید با بغض ادامه می‌دهد: «این حرف‌ها را برای ستاد کرونا بفرستید که هنوز تصمیم نگرفته‌اند همسر من را شهید اعلام کنند. برای کسانی که دنبال پول و مقام هستند، بفرستید. قلباً دوست دارم بدانم چرا همسرم که نمی‌دانم چندمین فرد از کادر درمان است که فوت شد، هنوز به‌عنوان شهید اعلام نشده است؟! ایراد کار را به من بگویند کجاست تا من بتوانم پیگیری کنم. چند وقت دیگر کرونا تمام می‌شود و دست من آن وقت به کجا بند است؟»

امروز مریض‌هایی تبار داشتیم که از قم آمده بودند و بیماری‌شان عجیب بود. ما مشکوک هستیم که ایشان از طریق این بیماران مبتلا شدند.»

رقیه کرمی خاطرنشان کرد: «بیماری ایشان با بدن درد و گلودرد و البته با علائم خیلی کم آغاز شد و هفته آخر بهمن تبشان بالا رفت و بدن درد شدید پیدا کردند. ایشان را به بیمارستان خودمان و به اورژانس آوردیم. سیتی ریه گرفتیم و ریه‌شان کمی درگیر شده بود؛ اما کسی به کرونا مشکوک نبود. به اصرار من از طرف بیمارستان از ایشان تست پی‌سی‌آر گرفتند که خیالمان راحت شود؛ اما متأسفانه خیلی دیر و بعد از ۷۲ ساعت به ما جواب دادند که مثبت است. روند بیماری در این مدت در شیب تند افتاده بود و ایشان همان هفته در بیمارستان مسیح دانشوری بستری شدند. آن هنگام این بیمارستان و دیگر مراکز درمانی امکانات مناسب نداشتند. کمبود تجهیزات آن قدر مشهود بود که من خودم پالس اکسیمتر را تهیه کردم که برای ثبت وضعیت تنفس حیاتی است، باید بیمار به‌طور دائم مونیتور باشد تا ببینند po_2 چقدر است. اما کمبود بود. حتی اکسیژن در نیمه‌شب تمام می‌شد. پرستارها استرس می‌گرفتند که بیمار به دستگاه وصل است؛ ولی اکسیژن به او نمی‌رسد. من این‌ها را به چشم خودم دیدم. نمی‌توانستم اعتماد کنم و تمام‌مدت چشم از ایشان برنداشتم. باینکه آنجا کرونا یک طوفان تمام‌عیار بود.

در ۲۰ سال سابقه کاری‌ام هرگز در چنین مجموعه‌ای نبودم و صحنه‌های مشابهی را ندیده بودم. متأسفانه درمان اصلاً روی ایشان اثر نکرد. هر روز بدتر شدند و خودشان به‌خاطر تنگی نفس نتوانستند بیشتر تحمل کنند و خودشان خواستند اینتوبه بشوند و بعد هم یک هفته در این شرایط بودند. در این مدت هم اصلاً روند درمان خوب نبود. ایشان در ۴ صبح روز ۲۸ اسفند متأسفانه فوت شدند.» سرپرست اورژانس بیمارستان مصطفی خمینی یادآور شد: «دکتر وریجی از خانواده شهید بودند. پدرشان در سال ۶۳ در جبهه‌های غرب ایران به شهادت رسیدند و اکنون پدر و پسر هر دو در ساری در کنار هم دفن هستند.»

خانم کرمی درباره خصوصیات و اخلاق شهید وریجی تسریع کرد: «همسر من فوق‌العاده مهربان بود. خیلی مردم‌دوست بود و با مردم خیلی مؤدب برخورد می‌کرد. افتخار می‌کرد که پزشک است و می‌تواند به مردم خدمت کند. در زندگی شخصی‌مان نیز همین‌طور بود. به من و به خانواده‌هایمان خیلی کمک می‌کرد. هیچ‌وقت باهم از نظر اخلاقی و رفتاری مشکلی نداشتیم. بچه‌ها را خیلی دوست داشت و با بچه‌ها خیلی بازی می‌کرد. زمان‌هایی که می‌توانستیم دور هم باشیم، هرچند کم بود؛ اما از آن‌ها خیلی خوب استفاده می‌کرد.» او افزود: «ما هنوز با این شوک کنار نیامدیم. خیلی برای ما سخت بود. اکنون با اینکه هنوز به مشاوره می‌رویم؛ اما خیلی

متخصص بیهوشی که با عشق کار می کرد برای دخترم خیلی سخت است ...

امیرالمؤمنین گرفته باشد؛ چون متأسفانه در اسفندماه می گفت هر ۲۴ ساعت فقط یک ماسک به ما می دهند. گاهی اوقات پارچه معمولی روی ماسک می بست؛ زیرا نگران بود ماسک بعد از چهار ساعت دیگر کار نکند و خاصیتی نداشته باشد. این اتفاقات و کمبودها مربوط به اسفند است که ماسک و الکل نایاب بود و در داروخانه و بیمارستان هم نبود.

مرضیه پوراکبری سیر بیماری شهید فخری را این طور توضیح داد: «اولین روزی که علامت داشت، ۱۵ فروردین بود و در بیمارستان امیرالمؤمنین کشیک بود. به من زنگ زد و گفت که اسهال شدید گرفتم و مشکوکم به کرونا؛ ولی حال عمومی من خوب است. روز ۱۶ فروردین کشیک ایشان تمام شد و برای سی تی اسکن

دکتر غلامرضا فخری، متخصص بیهوشی و برادر شهید محمدجواد فخری، از شهدای هشت سال دفاع مقدس شهر برازجان (استان بوشهر) بود که ۲۹ فروردین ۱۳۹۹، بر اثر کرونا آسمانی و شهید مدافع سلامت شد.

مرضیه پوراکبری، پزشک عمومی شاغل در زمینه پوست و زیبایی و همسر شهید فخری در معرفی ایشان گفت: «شهید فخری متولد ۱۳۴۹/۱۱/۱ و یک سال از من بزرگتر بودند. دکتر پسرخاله من بودند و از بچگی شناخت زیادی از ایشان داشتم. بزرگ شده بوشهر و برادر شهید محمدجواد فخری بودند. برادرشان زمانی که شهید شد بیست و یک سال داشت و در عملیات والفجر ۲ جزء گروه تخریچی های بسیج بودند که افتخاری به جبهه رفته بود، بعد از آن اسیر و پنج روز شکنجه شدند که زیر شکنجه بعضی ها به شهادت رسید.»

دکتر پوراکبری ادامه داد: «دکتر سال ۶۸ برای پزشکی عمومی رفتند سمنان و بعد از هفت سال فارغ التحصیل شدند و سپس در تخصص بیهوشی دانشگاه اصفهان قبول شدند و سال ۸۰ از رشته بیهوشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان فارغ التحصیل شدند.»

همسر دکتر فخری یادآور شد: «از جاهایی که دکتر کار می کرد، یکی بیمارستان مدرس بود که بیمارستانی دولتی بود و حدود سه سال در این بیمارستان و در بیمارستان ولیعصر ناجا در خیابان ولیعصر کار می کرد. بیمارستان امیرالمؤمنین نازی آباد که مربوط به دانشگاه آزاد اسلامی است، بیمارستانی بود که ایشان از هشت سال پیش تا لحظه شهادت کار می کردند.»

او افزود: «دکتر حدس زده بود در بیمارستان خیریه نور افشار به کرونا مبتلا شده. خود ایشان گفتند که یک خانم جوان کرونا داشت و بدحال بود و با عجله رفتیم بالای سرش، شیلد را نتوانستیم بزنیم و فقط ماسک زدیم و احتمال دارد از او گرفته باشیم. ولی درست معلوم نیست، ممکن است قبل از آن گرفته باشد؛ زیرا در ایام نوروز که پزشک نیاز داشتند، شیفت های ایشان زیاد شده بود و ۴۸ ساعت به ۴۸ ساعت شیفت می داد. ممکن است در بیمارستان



ماه حق الزحمه پزشک را می‌دادند و پس از شهادت دکتر ۹ تا ۱۰ ماه طول کشید تا حق الزحمه ایشان را بدهند.

می‌خواهم بگویم ایشان هیچ انگیزه مالی نداشت که اگر داشت، حاضر نبود کشیک‌های طولانی برود و چند ماه بعد که ارزش پول کم شده، مبلغ آن را دریافت کند.

همسر شهید فخری خاطرنشان کرد: «شهید فخری عاشق کارگروهی بود، تکرر نبود. اگر چیزی بود که به نفع یک پزشک بود، به همه اعلام می‌کرد. دوست داشت همه پیشرفت کنند.

حتی در آی‌سی‌یو ساعت‌ها برای دانشجویان موارد را توضیح می‌داد، ۲۴ ساعت به ۲۴ ساعت شیفت می‌داد؛ ولی چون با عشق کار می‌کرد، خسته نمی‌شد، خستگی‌هایش را به خانه منتقل نمی‌کرد. پس از دوسه روز کشیک پرانرژی و با لبخند بود، خوش‌برخورد بود، همه لذت می‌بردند از اخلاق ایشان. این را من نمی‌گویم، بلکه تمام پرسنل، پزشک‌ها، پرستارها و نگهبان‌ها می‌گفتند.

اصلاً از مادیات حرفی نمی‌زد. اگر روزی قیمت دلار سه‌چهار هزار تومان بالا می‌رفت، ایشان حرفی نمی‌زد؛ در صورتی که فرزند ما خارج از کشور بود و هزینه‌هایش به دلار بود. ایشان بیشترین شیفت را توی نوروز گرفت. شاید اگر نوروز این‌قدر شیفت نداشتند، مبتلا به کرونا نمی‌شد. باید بگویم متخصصان بیهوشی مدیر در بخش مراقبت‌های ویژه و به‌اصطلاح آی‌سی‌یو من در آن زمان کم بود و ایشان از نظر عملیاتی خیلی خوب بودند؛ یعنی توی کمتر از ۳۰ ثانیه اینتوبیشن و لوله‌گذاری انجام می‌داد و برای همین خیلی به ایشان نیاز بود و ایشان هم تا آخرین لحظه از کار طفره نرفت.

کسی صحبت کند؛ زیرا در اوج کرونا بود. ما مراسم هم نداشتیم، شاید چون من کار می‌کردم و با آدم‌های مختلفی در ارتباط بودم، دردش قبل تحمل تر بود؛ ولی دخترم چون حتی دانشگاه به‌صورت مجازی شده حالت افسردگی گرفت و اکنون هر دو داروی ضدافسردگی می‌خوریم؛ زیرا به ما گفتند باید این دوره طی شود تا بتوانیم با این موضوع کنار بیاییم. برای من که در کنار شهید بودم، اوایل سخت‌تر بود؛ ولی الان برای دخترم سخت‌تر است، به خصوص که بیش از چهار پنج ماه پدرش را ندیده بود.

دکتر پوراکبری تأکید کرد: «دکتر آدم پرانرژی و سرحالی بود. افرادی که ایشان را می‌شناختند، می‌دانستند وقتی می‌آمد اتفاق عمل حال‌وهوای دیگری داشت؛ یعنی خیلی پرانرژی با همه بگوو بخند می‌کرد. با همه پرسنل خوش‌رفتار و خوش‌اخلاق و شاداب بود.

گوشه‌گیر و بدون مسئولیت نبود. خیلی در مقابل بیماران احساس مسئولیت می‌کرد و با آن‌ها صمیمی بود؛ حتی شماره‌تلفن همراه خود را می‌داد به بیماران. یک جمله که همیشه می‌گویم، این است که ایشان یک انسان معمولی نبود. آدم‌های عادی ۸ تا ۱۰ ساعت که کار می‌کنند، خسته می‌شوند؛ ولی شهید این‌جوری نبود و با عشق کار می‌کرد و هیچ انگیزه مالی و مادی نداشت. در بیمارستان خیریه نور افشار که نیرو کم داشتند، ایشان بدون هیچ اضافه‌کار و حق ویژه کرونا و فقط از روی علاقه‌ای که داشت، قبول مسئولیت کرد. هر جا کمک می‌خواستند، می‌رفت و یک نیروی خودجوش بود و هرجایی احساس می‌کرد نیاز هست، بدون توجه به مسائل مالی می‌رفت.

همان بیمارستان امیرالمؤمنین هر ۹ تا ۸

ریه رفتیم که منفی بود، بقیه آزمایش‌ها نیز منفی بود؛ ولی سرفه‌های تک‌تکش شروع شده بود. ایشان روز ۲۲ فروردین در بیمارستان نورافشار کشیک بود و کسی را پیدا نکرد که جای خود بگذارد. سرفه‌های ایشان بیشتر شد و جواب تست چهار روز بعد آماده می‌شد. تنگی نفس شهید فخری در حین کشیک در بیمارستان نورافشار به اندازه‌ای زیاد بود که وسط کشیک بستری شد؛ سپس با آمبولانس به بیمارستان مسیح دانشوری منتقل شد. ایشان پنج روز در مسیح دانشوری بستری بود و در این مدت هر روز اکسیژن خون ایشان پایین‌تر می‌آمد. این‌قدر پایین آمد که به دستگاه تنفس وصل شد و روز ششم بستری در مسیح دانشوری، یعنی جمعه ۲۹ فروردین فوت شدند.

همسر شهید فخری درباره فقدان ایشان اظهار کرد: «ما سال ۷۵ ازدواج کردیم و یک دختر بیست‌وسه‌ساله دارم. من خیلی در شوک بودم؛ زیرا هر روز بالای سر او بودم و ارتباطمان هم به علت اینکه هر دو همکار و دخترخاله و پسرخاله بودیم خیلی نزدیک بود.

ایشان خیلی در مطب به من کمک می‌کرد؛ یعنی یک همراه همیشگی بود. دو روز پیش از فوت همسر، تست من هم مثبت شد و روز پس از فوت دکتر من در بیمارستان نیکان غرب بستری شدم و پانزده روز ایزوله بودم. دخترم آن زمان خارج از کشور بود و چون مرزها را بسته بودند، نمی‌توانست بیاید و آنجا تنها بود. شرایط خیلی سختی بود؛ چون من بیمارستان بودم، دخترم خارج از کشور و پیکر همسر برای خاک‌سپاری در کنار برادر شهیدشان در قطعه شهدا، به بوشهر منتقل شد.

او افزود: «پس از این اتفاقات دخترم مقدار زیادی درون‌گرا شد و نتوانست با



متخصص اطفالی که مخفیانه به نیازمندان کمک می کرد

سید محمد موسوی، متخصص اطفالی بود که در ۲۱ تیر ۱۳۹۹ در اصفهان به علت کرونا درگذشت و دفتر زندگی یک قهرمان مدافع سلامت دیگر بسته شد؛ پای صحبت یکی از پسران ایشان، ابوالفضل موسوی نشستیم:

هم آزمایش خون دادند و هم آزمایش ادرار. پدرم تنگی نفس نداشتند، اگر داشتند خود ایشان و خواهرم حتماً متوجه ابتلای پدرم می شدند، چون خواهرم در کرونا دوره اینترنتی را گذرانده است. خواهرم گفتند سطح اکسیژن را برای اطمینان اندازه بگیرند که نتیجه آن زیر ۵۰ درصد بود. عملاً با این سطح اکسیژن فرد نمی تواند فعالیت کند. برای این که ارست تنفسی نکنند با اورژانس ۱۱۵ تماس می گیرند و آن ها هم که سطح اکسیژن را می گیرند همان عدد را نشان می دهد. بنابراین برای تشخیص نهایی اعزام شدند. با اکسیژن عادی حال ایشان بهتر شد و تا ۸۰ درصد هم آمد. من آن موقع کرمان بودم و پدرم با من تماس گرفته بودند و مشکلی نداشتند. ظهر آن روز به من گفتند که پدر کرونا گرفته و من هم عصر به سمت اصفهان حرکت کردم. عصر پدرم را اینتوبه کردند. در واقع آن قدر بیماری پیش رفته بود که دیدند اکسیژن خون به سرعت در حال پایین آمدن است و دست آخر برایشان لوله گذاشتند و در ICU بیمارستان خورشید اصفهان بستری شدند. صبح روز شنبه ۲۱ تیر هم متأسفانه فوت شدند.

بعد از دکتر موسوی فرد دیگری در خانواده به کرونا مبتلا شد؟

خواهرم، برادرم و مادرم نیز مبتلا شدند. شهید موسوی چند فرزند دارند؟
خودم سید ابوالفضل موسوی متولد سال

و هم بخش. ایشان در چند خیریه هم فعال بودند که ما بعد از فوتشان از این مسئله باخبر شدیم. ما فقط خیریه امام رضا را می دانستیم که در دولت آباد است. در دولت آباد بیمارستان امام رضا هست که این خیریه هم به آنجا کمک می کند. در آنجا هم بخش اطفال را که می خواستند راه اندازی کنند خیریه امام رضا به پدرم پیشنهاد دادند که این کار را بکنند، بعد که پزشکان آمدند و رونق گرفت ایشان دیگر به بیمارستان امام رضا نمی رفتند.

در منطقه زینیه هم ویزیت رایگان می کردند. این را یکی از پرسنل بر سر مزار پدرم به ما گفتند. حرم زینیه در آن منطقه هست که پدرم تا قبل از کرونا آنجا ویزیت رایگان می کردند.

شهید موسوی در کجا به کرونا مبتلا شدند؟

در همان بیمارستان حضرت زهرا، در آن بازه زمانی تعدادی از بچه ها بدون علامت به کرونا مبتلا می شدند. پدرم تعریف می کردند کودکی باعث انتقال کرونا به والدینش شده درحالی که خودش هیچ علائمی نداشته ولی جواب تستش مثبت بوده است.

از آغاز علائم تا فوت ایشان پنج شش روز طول کشید. ۲۱ تیر به رحمت خدا رفتند و ۱۵ تیر بستری شده بودند. واقعاً علائم و بیماری زمینه ای نداشتند. معده درد گرفته بودند و برای آزمایش رفته بودند.

لطفاً در ابتدا پدرتان را معرفی کنید؟

پدرم سید محمد موسوی، متخصص اطفال بودند. سوابق اجرایی ایشان هم ریاست شبکه بهداشت و درمان شهرستان اردستان از اواخر دهه ۶۰ تا اوایل دهه ۷۰، ریاست بیمارستان کاشانی اصفهان، مدیر معاونت درمان استان اصفهان، معاون درمان و پزشک اطفال بیمارستان امین، بنیان گذار بخش اطفال بیمارستان حضرت زهرا (س) زینیه بود. در دوره کاری ایشان ویزیت بیماران در شهرستان های سمیرم، شهرضا، نطنز، شاهین شهر و کلیشاد را در کارنامه کاری خودش داشت. ایشان ۳۰ تیر ۱۳۴۰ در شهر زواره اصفهان متولد شدند. آخرین جایی که کار می کردند کجا بود؟

بیمارستان حضرت زهرا اصفهان. این بیمارستان در یکی از مناطق محروم اصفهان است. پدرم استخدام رسمی بیمارستان امین بودند. در منطقه پایین شهر و محروم زینیه بیشتر اقشار مهاجر از شهرهای دیگر و حتی مهاجران افغان و پاکستانی هستند. می خواستند آنجا بخش اطفال را راه اندازی کنند اما کسی قبول نمی کرد. به قول معروف پزشکان به آن منطقه نمی رفتند. پدرم قبول کردند که آنجا مسئولیت بخش را به عهده بگیرند. مدتی هم در بیمارستان حضرت زهرا و هم در بیمارستان امین کار می کردند. چون دیدند بیمارستان حضرت زهرا به شیفیت بیشتر نیاز دارد هم در درمانگاه فعال بودند

❓ از خصوصیات اخلاقی پدرتان بیشتر بگویید. ایشان در منزل و در بیمارستان با بیماران چه رفتاری داشتند؟

پدرم از معدود پزشکانی بودند که شماره تلفن همراهشان را به مریضان می‌دادند. خصوصاً در دوره کرونا تا بیماران نخواستند حضوری مراجعه کنند. ما اعتراض می‌کردیم که چرا این کار را می‌کنید و پدرم می‌گفتند برای اینکه کار بندگان خدا روی زمین نماند و نخواستند برای یک مشکل ساده دوباره بیایند. به شدت دلسوز بیماران بودند. یادم است چند بار خودم به بیمارستان رساندمشان. وقتی یک مریض بدحال می‌شد انگار بچه خودشان مریض باشد.

بیمارستان حضرت زهرا در منطقه خیلی محروم بود. وقتی که مریض بدحال می‌آمد مجبور بودند پذیرش بگیرند. ایشان گاهی به همکاران التماس می‌کردند که اعزام بدهند تا بچه فوت نکند. در صورتی که بیمارستان آن قدر امکانات کمی داشت که اگر نوزاد هم فوت می‌کرد پدرم مقصر نبود. گاهی پیش می‌آمد که والدین نوزاد را رها می‌کردند اما پدرم پیگیری می‌کردند و حتی با بهزیستی هماهنگ می‌کردند که تکلیف بچه معلوم شود. بعد از فوت پدرم مسئول پذیرش درمانگاه بیمارستان می‌گفت که پدرم خرج چند نفر را هم می‌دادند. می‌گفت از من می‌پرسیدند کدام خانواده نیاز دارد و بعد که اطلاعات می‌دادند پدرم هزینه آن‌ها را می‌داد. پدرم هیچ چیز را برای خودش نمی‌خواستند. همه چیز را برای بچه‌هایشان و مادرم می‌خواستند. هیچ کوتاهی در این زمینه نکردند. کارشان سنگین بود اما در همسر بودن و پدر بودنشان تأثیر نداشت. خیلی مهربان بودند و خیلی هم روی اهل بیت تعصب داشتند. شاید جالب باشد که بگویم هروقت عکس حرم اهل بیت را در تلویزیون می‌دیدند به آن سلام می‌دادند. یک بار که دیدم برایم جالب شد و فکر کردم شاید اتفاقی بوده و نیتی داشتند اما بعداً که زیر نظر گرفتم دیدم که هر بار بلند می‌شوند و سلام می‌دهند.

❓ سخن دیگری دارید که دوست داشته باشید منتشر شود؟

سخن و خاطره که زیاد است. اما در آن منطقه که پدرم کارشان را شروع کردند، ریاست شبکه اردستان را که به عهده گرفتند شروع به محرومیت‌زدایی از آنجا کردند. خانه بهداشت را تأسیس کردند و در خانه بهداشت پزشک و پرستار گذاشتند، یک مرکز فوریت پزشکی هم احداث کردند. مردم آنجا علاقه زیادی به پدرم دارند. ما قصد نداشتیم مراسم بگیریم چون پدرم جانشان را برای سلامتی مردم از دست داده و نباید جان مردم را به خطر بیندازیم. اما مردم آنجا خودجوش برای پدرم در روز عید غدیر مراسم گرفتند. مردم که آمدند همه از پدرم تعریف می‌کردند و می‌گفتند چقدر ایشان به همه کمک می‌کردند. آنجا در همان اوایل دهه ۷۰ پدرم به خواست مردم نامزد نمایندگی مجلس شده بودند که با اختلاف کمی نفر دوم شدند.

۷۶ و ترم ۱۰ پزشکی دانشگاه جیرفت هستند، برادرم سید مجتبی موسوی و خواهرم فاطمه سادات موسوی هر دو پزشک عمومی هستند که از دانشگاه اصفهان فارغ التحصیل شدند؛ علت اینکه ما هر سه رشته پزشکی را دنبال کردیم به خاطر دیدن شوق و ذوق پدر به رشته پزشکی و کمک‌های ایشان به بیماران بود که ما را این رشته علاقه‌مند کرد تا این راه را ادامه بدهیم.

❓ پدرتان سابقه حضور در جبهه‌های دفاع مقدس داشتند؟

بله ایشان در جهاد سازندگی بودند و از همان طریق به جبهه رفته بودند. مسئولیت جهاد را هم به مدت دو سال بر عهده داشتند. این مسئله در اوایل دهه ۶۰ است. فعالیت‌های فرهنگی هم داشتند. ما اصلاً نمی‌دانستیم، بعد که این اتفاق افتاد یکی از دوستان ایشان در منطقه زواره اردستان خاطراتشان را نوشتند. من این خاطرات را که خواندم فهمیدم.

زواره یک مسجد جامع داشته که برای انقلاب فرهنگی آنجا فعالیت می‌کردند. پس از انقلاب سال ۵۷ به جهاد سازندگی رفتند و بعد نیز به جبهه رفتند.

❓ خانواده و شما چطور با شوک شهادت دکتر موسوی کنار آمدید؟

ما هنوز هم باور نکردیم، خیلی ناگهانی این اتفاق افتاد. همه تا مدتی در شوک بودیم و اصلاً نمی‌دانستیم باید چه کار کنیم. هنوز هم باورمان نشده. همه ما خوابشان را می‌بینیم. شب چهلیم پدر برادرم خواب دید که بابا در خانه را می‌زند. بعد هم بالا آمده و احوالپرسی می‌کند. برادرم می‌پرسد بابا مگر شما فوت نکردید؟ پدرم هم گفته بود من زنده‌ام و مشکلی ندارم.

برادرم عکس و فیلم‌های مراسم را نشان می‌دهد و پدرم در خواب می‌خندند که من زنده‌ام.

در خواب هم من سعی می‌کردم به بقیه فامیل زنگ بزنم که پدرم زنده است. خودم هم در هفته اول خواب دیدم که در ICU به هوش آمدم و من هم دارم به پدرم غذا می‌دهم. خیلی خوشحال بودند و تندوتند غذا می‌خوردند. در خواب می‌گفتم بابا چند روز است معده‌تان کار نکرده و آن قدر غذا نخورید اما می‌گفتند من خوبم.

❓ یک خاطره از ایشان تعریف کنید؟

زمانی که پدرم رئیس بیمارستان کاشانی بودند، آقای اسحاق جهانگیری استاندار بودند. استاندار تصادف می‌کنند و به بیمارستان کاشانی منتقل می‌شوند. کسی زیر بار عمل ایشان نمی‌رفته و پدرم با مسئولیت خودشان زیر رضایت‌نامه عمل را پر کردند. عمل موفقیت‌آمیز پیش می‌رود و آقای جهانگیری به‌عنوان تشکر می‌خواستند یک دستگاه خودرو به پدرم بدهند.

پدرم این خودرو را قبول نکردند و درخواست کردند ایشان بدهی بیمارستان را بپردازند. آقای جهانگیری هم چک کشیدند و بدهی بیمارستان را دادند.



پزشک محبوب قلعه‌نو که نزدیک دو ستدارانش به خاک سپرده شد

یک منطقه یتیم شد

دکتر علی مختاری، نهم تیرماه ۱۳۹۹ به علت بیماری کرونا درگذشت و به جمع شهدای سلامت پیوست. دکتر مختاری که در میان مردم قلعه‌نو ورامین شهرت و محبوبیت فراوانی داشت، با شهادت خود افراد زیادی را سوگوار کرد. با دکتر رضوان مختاری، دختر بزرگ شهید مختاری و فرناز اللهیار، همسر شهید مختاری گفت‌وگویی داشتیم.

لطفاً آقای دکتر را معرفی بفرمائید؟

ایشان متولد ۱۹ بهمن ۴۴ بودند. در مدارس تیزهوشان با معدل الف فارغ‌التحصیل شدند. در سال ۱۳۶۳ وارد دانشگاه شدند. چون به کار مشغول شدند، فرصت این را که تخصص بگیرد، پیدانکردند.

شهید مختاری کجاها کار کرده بودند؟

طرحشان را در بوشهر و کرمان گذراندند. بعد که به تهران آمدند، در روستای قلعه‌نو، از توابع ورامین پروانه مطب گرفتند و در همان منطقه حدود ۲۸ سال باقی ماندند. کم‌کم این روستا بزرگ می‌شود و ایشان هم مطب خود را گسترش دادند و واحد دندان پزشکی و مامایی اضافه کردند. این باعث معروف شدن پدر من در منطقه شده بود و همه ایشان را می‌شناختند. بیماری ایشان چگونه پیش آمد و پیش رفت؟ ایشان تا همان روزهای آخر مطب را تعطیل نکرده بودند و بیمار می‌دیدند. بیماران کرونایی زیاد داشتند و حتی در خانه هم ویزیت بیمار داشتند. همراه منشی مطب، خانم محمدی که سال‌ها باهم کار می‌کردند، به منزل بیماران می‌رفتند و اقدامات درمانی لازم را برای بیماران انجام می‌دادند و حتی می‌شد که آب ریه می‌کشیدند. احتمالاً هم به همین دلیل بیماری به ایشان منتقل شده بود. علائم ایشان یک هفته قبل از بستری شدن شروع شد. خوددرمانی را شروع کردند؛ چون

کارهایی که پدرم در مطب انجام می‌دادند، خیلی فراتر از یک پزشک بود. چون آنجا منطقه محروم است و مشکلات معیشتی و مالی مردم هم زیاد بود، پدرم کارهای زیادی انجام می‌داد. حتی عمل‌هایی را که در بیمارستان با تجهیزات سنگین انجام می‌شود، در مطب هم اگر می‌شد، انجام می‌دادند. یکی دو تا از دوستان خیلی صمیمی ایشان که متخصص قلب و ارتوپد هستند، برای ما تعریف کردند که پدرم با آن‌ها تماس می‌گرفتند و تئوری یک وضعیت را توضیح می‌دادند و اقدامات لازم را همان جا هم انجام می‌دادند. بیماران هم خیلی از پدرم راضی بودند و می‌گفتند دکتر ما را با یک آمپول زنده می‌کرد. هر کاری از دستش برمی‌آمد، برای بیماران و مردم آنجا انجام می‌داد. ایشان کدر مپ ترک اعتیاد وابسته به نیروی انتظامی در کهریزک بیماران را ویزیت می‌کردند. مابعد از تشییع جنازه به آن کمپ رفیق تا خیرات برای پدرم اهدا کنیم و متوجه شدیم برای پدرم مراسم گرفته بودند و کارهایی را که پدرم برای بیماران انجام داده بودند، به صورت اسلاید نمایش می‌دادند. آنجا هم واقعاً پدرم را دوست داشتند.

از همسر و فرزندان دکتر بگویید؟

من متولد ۱۶ دی ۱۳۷۰ هستم که در بهمن ۹۵ از رشته داروسازی فارغ‌التحصیل شدم. روزان، خواهر کوچک من متولد ۴ اسفند ۷۹ است که تازه تحصیل دوره دبیرستان او تمام شده و ابتدای ورود به دانشگاه است.

مادرم، فرناز اللهیار، متولد ۱۳۵۲ است. پدر و مادرم زندگی خیلی ساده‌ای داشتند. از همان ابتدا مادرم همراه ایشان بود و در دوران طرح هم کنار هم بودند. در آنجا معلم بودند که من به دنیا آمدم. در واقع زندگی را خودشان ساخته بودند و پایه زندگی‌شان خدمت به مردم بود. شاید ما این‌ها را پیش از آن احساس نکرده بودیم و بعد از فوتشان متوجه شدیم.

حدس می‌زدند که احتمالاً به کووید ۱۹ مبتلا شده باشند. یک شب احساس تنگی نفس پیدا کردند که ما پدر را به بیمارستان مسیح دانشوری منتقل کردیم. خیلی برای پیدا کردن تخت تلاش کردیم. بیمارستان‌های خصوصی هیچ‌کدام پذیرش نمی‌کردند و تنها گزینه ما بیمارستان مسیح دانشوری بود که به‌سختی توانستیم یک تخت در بخش کووید برایشان بگیریم. در ۳۱ خرداد بستری شدند و همان شب هم متأسفانه دچار سکت قلبی و ام آی شدند و وضعیتشان طوری بود که به ICU منتقل شدند. یازده شب بعد هم در ICU بودند تا اینکه متأسفانه در نهایت با MI مجدد در نهم تیر ۱۳۹۹ فوت کردند. در این مدت ما تمام داروها را برای ایشان تهیه می‌کردیم و پزشک ایشان دکتر طبرسی بودند. هرچه در آن زمان برای این بیماری استفاده می‌شد، ما تهیه کردیم؛ اما متأسفانه ریه‌شان خیلی درگیر شده بود. در واقع همان موقع هم که بستری شدند، ۸۰ درصد ریه درگیر شده بود.

از خصوصیات اخلاقی آقای دکتر

مختاری و خاطرات ایشان بگویید؟

مردم منطقه به ما می‌گویند انگار ما هستیم که پدرمان را از دست دادیم. انگار یک دلسوز از دست دادیم و همه یتیم شدیم. در تشییع جنازه که مردم خودشان جمع شدند، همین را می‌گفتند که دکتر سال‌ها برای کل منطقه پدری کرده و کارهای خیر زیادی انجام داده است. شاید خودش مایل نبود که کسی بداند؛ ولی ما فهمیدیم خرج تحصیل برخی بچه‌های این منطقه را ایشان متقبل شده بود. دختر خانمی در مراسم خاک‌سپاری شماره‌خواهرم را تهیه کرده بود و به او گفته بود که سال‌هاست دکتر مرا رایگان ویزیت می‌کردند. مردم خاطراتی می‌گفتند که مثلاً دکتر داروهای یک بیمار سرطانی را تهیه کرده بود و برایش فرستاده بود و ما از آن بی‌خبر بودیم.

؟ خانواده پس از این اتفاق تلخ چه وضعیتی دارد؟

از نظر روحی روزهای سختی را می گذرانیم. باتوجه به اینکه پدرم برای خودشان در منطقه قلعه‌نو، قبر هم تهیه کرده بودند و مادرم در جریان وصیت ایشان هم بودند. خواستیم بعد از فوت در همان جا دفن شوند. پدرم خیلی به مردم آنجا علاقه‌مند بودند و سال‌ها به مردم آنجا خدمت کرده بودند. به سختی توانستیم اجازه این کار را بگیریم و از ما قول گرفتند که خیلی در جمع مطرح نکنیم پدرم به خاطر این بیماری فوت شدند یا برنامه‌ای عمومی برگزار نشود که مردم جمع شوند و اتفاقی بیفتد. ما سعی خودمان را کردیم؛ اما روز تشییع جنازه جمعیت زیادی جمع شدند. ما هیچ مراسمی برای پدرم نگرفتیم و فقط توانستیم مراسم خاک‌سپاری داشته باشیم. از بابت اداره مطب هم به مشکلات زیادی برخوردیم. داروخانه من به مطب نزدیک است؛ اما فقط می توانستم به آنجا سر بزنم و بنابراین از دکترای کمک گرفتیم. اما مردم پذیرش پزشک دیگری به جای پدرم را نداشتند. بابا بیماران بسیاری را در خانه آن‌ها ویزیت می کردند و حتی به روستاهای اطراف می رفتند یا بیمار را در ماشین جلوی در مطب می دیدند. خیریه داشتند و از بیماران بسیاری هزینه دریافت نمی کردند. برای همین اغلب بیماران که به مطب می آمدند، مدام اعتراض داشتند و می گفتند که اگر عکس دکتر مختاری اینجا باشد و ما را ببیند، ما خوب می شویم.

؟ بعد از شهادت دکتر حال روحی مادرتان چگونه است؟

برای مادرم شوک بزرگی بود. این اتفاق برای ما باورپذیر نبود. بعد از شروع کرونا ما خیلی به پدرم اصرار می کردیم که حداقل مطب را ببندند و بیشتر رعایت کنند؛ اما جمله معروفی داشتند که «تا خدا نخواهد برگي از درخت نمی افتد». در واقع هر موقعی مادرم معترض می شدند که اوضاع خطرناک است، پدرم جواب می دادند هرچه خدا بخواهد، همان می شود. فوت پدرم برای مادرم خیلی سخت است و جای خالی ایشان هیچ‌جوری برای ایشان پر نمی شود و مادرم خیلی تنها شدند.

؟ خانم اللهیار کی ازدواج کردید؟ از خاطرات و اخلاق همسرتان بگوئید؟

ما در دی‌ماه سال ۶۹ ازدواج کردیم. ایشان آدم بسیار رقیق‌القلب و حساسی بودند و به

همین دلیل در زندگی هم ضربه خوردیم و هم از جهاتی به نفعمان شد. خیلی کارهای مختلف انجام دادند. زندگی ماسرشار از فرازونشیب بود. من ۱۷ سال داشتم که ازدواج کردم. برای طرح ایشان به شهرستان‌های مختلف رفتیم و بعد هم در یک نقطه محروم شروع به کار کردند. در چند سال ابتدایی کارشان، من به عنوان منشی ایشان بودم. آن موقع بچه داشتم که پیش مادرم می گذاشتم و برای ما سخت بود. کار در قلعه‌نو هم برای ایشان سخت بود؛ چون در ابتدا مردم او را به سختی قبول کردند. اما با تلاش و صبر و حوصله توانستند ۲۸ سال دوام بیاورند. کم کم طوری شد که خانواده اصلی‌شان مردم آنجا بودند. ۹۹ درصد وقت و زندگی و عمرشان را آنجا گذراندند. موقعی که من به نوعی خودم را یافتم، دیگر تنها بودم؛ چون شغلشان را عاشقانه دوست داشتند و به همه چیز ترجیح می دادند. مردم آنجا را هم عاشقانه دوست داشتند. قلعه‌نو باوجود اینکه نزدیک تهران است؛ نقطه محرومی شامل ۱۲۰ دهستان است که تنها همین یک مطب پزشک را داشت. ایشان هم باتوجه به تجربیات سال‌های سربازی برای مردم آنجا کارهای مختلفی انجام می دادند. هر کاری که می توانست برای مریض‌ها می کرد و در واقع مریض را بابت هزینه رد نمی کرد. با حق ویزیت‌های نازل بیماران را درمان می کرد و آن‌ها هم به ایشان پیشنهاد می کردند که وارد شورا بشود یا نماینده مجلس بشود. حتی برای ایشان ثبت‌نام هم می کردند. دکتر کارهای زیادی در طول زندگی کوتاهش انجام داد.

؟ خاطره‌ای هست که دوست داشته باشید برای ما تعریف کنید؟

خاطره که خیلی زیاد است؛ اما یک خاطره تعریف می کنم که به روزهای اخیر هم مرتبط است و برای خودم هم خیلی تأثیرگذار بود. دوران سربازی ایشان در کرمان بود. چون سربازی ایشان در سپاه بود، آنجا زیر نظر سردار سلیمانی بودند. سردار سلیمانی هم سرلشگر سپاه محمدرسوال الله آنجا بودند. یک شب سردار سلیمانی خیلی مریض احوال بودند و ساعت ۳ نصفه شب با ما تماس گرفتند که دکتر بیایند. اول هم نگفتند که کجایم خواهند ببرند. ماشین آمد و دکتر را بردند. من چند ساعت بیدار بودم تا ایشان برگردند. آن موقع در کرمان آنجایی که ما منزل اجاره کرده بودیم، اشار به راحتی با نیشان و اسلحه تردد

می کردند. دکتر را به منزل سردار سلیمانی برده بودند و خلاصه درمان‌های لازم انجام شد. دو سه شب بعد هم این اتفاق تکرار شد. سردار سلیمانی به همسرم گفته بودند اگر هر کاری داشتی، بگو. دکتر هم آدم رک و صادقی بودند. برای همین گفته بودند که می خواهند منتقل شوند. گفته بودند که می خواهند از گردان به بیمارستان شهر منتقل شوند تا کنار خانواده باشند. سردار سلیمانی هم زیر نامه دکتر با خودکار سبز خودشان چند کلمه نوشتند و امضا کردند که با انتقال دکتر مختاری موافق شود. دکتر هم نامه را بردند و انتقال بدون مخالفت انجام شد. خیلی ایشان را دعا کردیم و واقعاً زندگی ما را تغییر داد. سال قبل که آن اتفاق برای سردار سلیمانی افتاد، من بسیار منقلب شدم. آدم‌های زیادی وارد زندگی ما شدند؛ اما بعد از شهادت سردار سلیمانی این خاطره برای من و همسرم زنده شد و ما این خاطره را برای همه بارها و بارها تکرار کردیم. خاطره از فردی که ما آدم‌هایی گذرا در زندگی ایشان بودیم و ایشان چه تأثیر مثبتی برای ما گذاشتند. در کنار تأثیر مثبتی که ایشان روی کل جهان گذاشتند، موضوع مهمی بود. خاطرات شغلی ایشان هم کم نیست. یادم هست بیماری در یک دامداری در انتهای یک روستا بود که دکتر ۴۰ شب مداوم می رفتند و ایشان را آنجا ویزیت می کردند. معمولاً روز اول سال نو و زمان سال تحویل مطب بسته بود و از روز بعد مطب باز بود. در این روزها هم خودم منشی می شدم. جانبازی بودند در یکی از روستاهای اطراف زندگی می کردند و ریه‌شان آب آورده بود و ما سیزده روز عید هر شب به منزل ایشان می رفتیم تا آب ریه ایشان را بکشیم. ایشان هم بعدها شهید شدند. کار سختی بود که این کار در منزل انجام شود اما دکتر ترجیح می دادند به منزل ایشان بروند و این کار را انجام بدهند. ارتباط خود من هم با مردم آنجا خوب بود و با برخی هم رفت و آمد داشتیم.

؟ حرف آخر؟

هنوز من در شوک هستم چون این اتفاق خیلی ناگهانی پیش آمد. ایشان خیلی فعال و امیدوار بودند و برای ده سال بعد هم برنامه داشتند. بعد از این اتفاق کارهای متنوع ایشان بار سنگینی روی دوش من و بچه‌ها شد. ما شوک شدیم که چطور ما این همه کاری را انجام بدهیم که ایشان یک نفره انجام می دادند.



اولین متخصص شهید استان یزد تمام شهر عزادار شد

عبدالمنان جعفری، نخستین پزشک متخصص استان یزد بود که به علت کرونا شهید شد. این متخصص اطفال مدافع سلامت ۱۶ آبان ۱۳۹۹، در بیمارستان شهید صدوقی یزد درگذشت. با طیبه رضوانی، همسر شهید جعفری گفت و گویی داشتیم.

? لطفا خودتان و آقای دکتر را معرفی کنید؟

من طیبه رضوانی هستم متولد ۵۶، کارشناس تربیت بدنی و دانشجوی ارشد آسیب شناسی. دکتر عبدالمنان جعفری، متولد ۴ دی ۱۳۴۱، دارای بورس تخصصی اطفال بودند و سال ۷۹ فارغ التحصیل شدند. ایشان چون استخدام آموزش و پرورش بودند و ساعت موظفی آموزش و پرورش را داشتند، آغاز خدمتشان در کلینیک فرهنگیان استان یزد بود و همان جا بازنشسته شدند. سپس به همراه چند نفر از همکاران خود کلینیک شبانه روزی اطفال یزد را تأسیس کردند و آنجا مشغول به کار بودند.

? ابتلا به کرونا و سیر بیماری دکتر جعفری چگونه بود؟

ایشان از چند روز قبل از بیماری و به ویژه با ابتلای چند همکار خودشان شیفت های زیاد و پشت سرهم داشتند، گاهی دو سه شیفت پشت هم در کلینیک بودند و خستگی زیادی داشتند. دقیقاً در آغاز پیک جدید کرونا بود و تعریف می کردند ۸۰ درصد مراجعان (بیماران و همراهان) به کرونا مبتلا هستند و در روزهای آخر گفتند ما ۸ ماه را گذرانیدیم؛ ولی من نگران این پیک جدید هستم...

از آخرین شیفت دکتر تا آغاز علائم حدوداً ۳ روز طول کشید و در ابتدا یک مقدار بدن درد خفیف داشتند، بعد کم کم علائم بیشتر شد و همراه تب شد و همان موقع خودشان می دانستند که کرونا است. پنجشنبه یکم آبان شروع علائم ایشان بود، دو روز اول با مصرف داروهای معمول در خانه بودند و شنبه تست پی سی آر دادند که مثبت شد. همان روز سیتی ریه را انجام دادند که حدود ۵ تا ۱۰ درصد ریه درگیر بود و شروع به مصرف داروی پیشرفته تر کردند. یکشنبه علائم بیماری شدت گرفت و با مشورت همکاران عفونی و ریه آمپول های زیر جلدی را آغاز کردند. دوشنبه حالشان خیلی بدتر شد، طوری که درخواست اکسیژن کردند و ما در منزل فراهم کردیم. سیتی دوم ریه را سه شنبه انجام دادند که حدود ۶۰ درصد ریه با شتاب درگیر شده بود. در همان بیمارستان که سیتی اسکن را انجام دادند، بستری شدند؛ ولی هیچ کدام از داروها پاسخ نداد. از آغاز علائم تا وخامت حال ایشان یک هفته طول کشید. جمعه، ۹ آبان ایشان بی هوش و لوله گذاری انجام شد. یک هفته بی هوش بودند و سرانجام روز جمعه، ۱۶ آبان دار

فانی را وداع گفتند.

چند فرزند دارید و همگی چطور با این رویداد تلخ کنار آمدید؟ متأسفانه خیلی شوک سنگینی است. بیش از دو ماه شد که ایشان در بین ما نیستند. ما دو پسر متولد ۸۲ و ۸۴ داریم که اولی سال کنکورش است و دیگری هم در زمان انتخاب رشته است و تمرکز لازم را برای درس ها ندارند. برای همه ما دوران سختی است؛ ولی چاره ای به جز گذراندن این ایام تلخ نداریم...

? از خصوصیات اخلاقی آقای دکتر بگویید؟

گفتن این موضوعات سخت است. در هنگام خبر شهادت ایشان، مردم بیش از ۲ هزار پیام به من دادند و تمام یزد عزادار شدند. در شهر ما همه ایشان را می شناختند؛ فروشگاه، اداره یا هر جایی که می رویم، هنوز مردم با ما هم دردی و سوگواری می کنند. در مراسم هفتمین روز درگذشت دکتر شرایط طوری بود که من باید بقیه را آرام می کردم. به خاطر اخلاق خوبی که دکتر داشتند، نه تنها از یزد، بلکه از شهرهای اطراف و حتی دورتر مانند بندرعباس، قشم و غیره بیمار داشتند و همه آن ها به ما تسلیت گفتند. خانواده های بچه ها با ما تماس می گرفتند و گریه می کردند. بچه ها گاهی ناراحت بودند، والدین نقاشی کودکان را برای ما می فرستادند. ایشان وظیفه خود می دانستند که وقت کافی برای همه بیماران خود بگذارند، حتی اگر به امورات خود نمی رسیدند. اقوام هنوز نمی توانند به من تسلیت بگویند و می گویند خود ما داریم می سوزیم و نمی توانیم رفتن ایشان را باور کنیم. همیشه اخلاق خوب داشتند. زمانی که دنبال عکس برای مراسم بودیم، عکس بدون لبخند از ایشان پیدا نکردیم.

? عنوان شهید دکتر جعفری رسمی است؟

از لحاظ اسمی بله، هرکجا اسمی از ایشان بردند، با عنوان شهید یاد کردند؛ ولی رسماً نه. از بنیاد شهید و دانشگاه علوم پزشکی استان پیگیری کردیم، می گویند هنوز به صورت کشوری برای شهدای مدافع سلامت نامه ای داده نشده است. ولی در مراسم یادبود رسمی که برگزار کردند و در تابلوها همه جا عنوان شهید مدافع سلامت ذکر کرده بودند. با شناختی که اکثر مردم یزد از ایشان داشتند، با توجه به اینکه ایشان دو سال نیز رزمده بودند، حتی اگر عنوان رسمی شهید برایشان لحاظ نشود، از نظر مردم شهید هستند و همین مهم است. این را بگویم که روزهای اوج کرونا که از ایشان می خواستیم کمتر بروند درمانگاه، قبول نکردند و می گفتند چشم امید مردم به ماست و در پایان جان خود را برای همین مردم قدرشناس گذاشتند...



جهانی فکر کنیم و جهانی تصمیم بگیریم

سیماهاشمی

حمید چوبینه هستم و تولد شناسنامه‌ای من ۱۳۵۱/۰۶/۲۷ است. فارغ‌التحصیل دکترای تخصصی یا PHD از دانشگاه علوم پزشکی دانشگاه تهران در سال ۱۳۹۳ هستم. در مقطع کاردانی رشته علوم آزمایشگاهی و در مقطع دکترای حرفه‌ای دامپزشکی دانشگاه تهران فارغ‌التحصیل شده‌ام. همچنین دارای مدیریت بهداشت علوم پزشکی تهران هستم. رشته تخصصی من هم بیولوژی تولید مثل در زمینه ناباروری از دانشگاه تهران است.

در دوره کاری خودم در آزمایشگاه مجموعه بیمارستانی دانشگاه علوم پزشکی شیراز، مربی گری در دانشگاه علوم پزشکی تهران، معاونت دانشجویی فرهنگی در دانشکده پیراپزشکی، مسئولیت مالی و اداری همین دانشکده در سال‌های ۸۱-۸۴، معاونت دفتر فرهنگی اجتماعی وزارت بهداشت، مدیر حوزه عمومی معاونت دانشجویی فرهنگی و اجتماعی وزارتخانه و پلی کلینیک تخصصی جهاد دانشگاهی کار کردم. همچنین مسئول راه‌اندازی درمان ناباروری هلال احمر، عضو مؤسس و عضو پژوهشی و معاونت پژوهشی مرکز تحقیقاتی در دانشگاه تهران در زمینه بیماری‌های قابل انتقال از حیوان به انسان، مدیرعامل مجتمع هلال ایران و مسئول توریست درمانی جمعیت هلال احمر کشور بودم و الآن هم بیشتر از سه سال است مدیرعامل شرکت شهر سالم تهران، وابسته به شهرداری تهران را بر عهده دارم. هم چنین در کسوت هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران هم مرتبه دانشیاری دارم. در خصوص همه گیری کرونا باید بگویم خوشبختانه با شروع اعلام عمومی ورود کرونا به کشور و حتی قبل تر از آن که هنوز اعلام رسمی ورود بیماری صورت

نگرفته بود، برنامه‌های آموزشی و کانالوگ و بروشورهایی را در زمین بهداشت و پیشگیری و مقابله با بیماری طراحی و آماده کردیم و در بخش‌های مختلف شهرداری و همین‌طور سایت شهرداری تهران به استحضار همکاران شهرداری رساندیم. بعد از ظهر روز اعلام رسمی هم شهردار محترم جلسه‌ای تشکیل دادند که در آن جلسه اعلام کردیم همکاری لازم را ذیل فرماندهی واحدی که در مواقع این چنینی لازم است همه از این فرمانده تبعیت کنیم، خواهیم داشت. واحدهای مختلف شهرداری هم بعد از آن به این جلسه جانبی پیوستند و مهندس کاظمی، مدیرکل شهردار هم جلسه متعاقبی را در روز بعد تشکیل دادند. با رؤسای سازمان‌های اتوبوس رانی و زیباسازی و مدیرکل سلامت، سرکار خانم نصیری و همین‌طور مدیرعامل بحران و مدیریت مترو و سایر بخش‌هایی که می‌توانستند عمل موثری داشته باشند، تشکیل جلسه دادیم و مسئولیت مدیریت عملیات بحران در شهرداری تهران ذیل سازمان مدیریت بحران تعریف شد.

از همان ابتدا به دکتر زالی، فرمانده عملیات در حوزه استان تهران اعلام آمادگی کردیم که ۱۹ مرکز درمانی شهرداری آماده خدمات رسانی به افراد مشکوک به ابتلا هستند. با وجود اینکه بسیاری از مراکز درمانی از اینکه بیمار کرونایی را حتی در محوطه حیاط خود راه نمی‌دادند، ما چنین امتناعی را نداشتیم و حمایت از درمان این بیماران و ارائه خدمات اولیه و سرپایی به این افراد را انجام دادیم. در ایام نوروز واحدهای ما فعال بودند تا شهروندان بتوانند از این خدمات بهره‌مند شوند. در فعالیتهایی که در حوزه پزشکی به انجام رسید تا الآن بیش از ۱۰۰ هزار نفر از افرادی که دارای

علائم مشابه کرونا بودند، در مراکز ما پذیرش شدند و اقدامات اولیه درمانی در خصوص آن‌ها صورت گرفت. خیلی از این افراد نیاز به درمان در منزل داشتند که توصیه‌های لازم به آن‌ها شد. برخی صرفاً علائم مشابه داشتند که راهنمایی لازم صورت گرفت. همچنین برخی نیاز به مراجعه به پزشک داشتند که این کار هم انجام شد. از کارهای دیگری که نیاز بود انجام بدهیم، موضوع ارائه خدمات پزشک خانواده برای کارمندان شهرداری بود که از بازنشستگان و کارکنان تا خانواده آن‌ها را در بر می‌گیرد. بحث مراقبت در منزل و مشاوره‌های پزشکی به صورت مجازی را هم در دستور کار داشتیم که هم توسط تیم اورژانس و مراقبت و درمان در منزل به انجام رسید و هم توسط پزشک خانواده ما انجام شد. مرکز ارائه سلامت روان را هم راه‌اندازی کردیم که به کسانی که سوگوار بودند و نمی‌توانستند مراسمی در شأن عزیز از دست‌رفته‌شان داشته باشند و همچنین در خصوص ازدست‌دادن عزیزانشان در این ایام مشاوره داده شود. برنامه‌های آموزشی دیگری در قالب فیلم و ویدیو هم به استحضار مردم و پرسنل شهرداری رسید.

یکی دیگر از کارهایی که لازم می‌دیدیم انجام شود، موضوع راه‌اندازی بخش مراقبت‌های ویژه در منطقه ۲۲ تهران بود. در آنجا درمانگاهی داشتیم که استعداد استقرار ۲۵ تخت مراقبت‌های ویژه داشت و به استحضار دکتر زالی رساندیم که آمادگی انجام این کار را داریم؛ ولی خوشبختانه نیاز به این کار نشد. یکی دیگر از کارهایی که برای آن اعلام آمادگی کردیم این بود که می‌توانیم امکاناتی فراهم کنیم تا دوران نقاهت بیماران در سوله‌های شهرداری

سپری شود. یک کار بسیار ارزشمند ما در حوزه پیشگیری، غربالگری به موقع عزیزان در شهرداری و حوزه خدمات شهری بود که همه آن‌ها مشغول ارائه خدمت در قبل از ایام نوروز و در ایام نوروز بودند. بیش از ۷۰ هزار نفر از پرسنل و کارگران شهرداری در این غربالگری شرکت کردند. در گام اول کسانی غربالگری شدند که در شیفتهای شبانه‌روزی در حال ارائه خدمت به مردم بودند؛ مانند پرسنل سازمان میوه و تره‌بار، شهروند، کارکنان بهشت زهرا، همکاران پسماند، آتش‌نشانی و... حتی کارکنان بهشت زهرا را قبل از نوروز چکاب کردیم. در همان روزهای ابتدایی که شرایط خوب نبود، ۱۰ آقا و ۵ خانم از کارکنان بهشت زهرا به کووید ۱۹ مبتلا شدند که به صورت تلفنی اسامی را به سازمان بهشت زهرا اعلام کردیم و فوراً این عزیزان از همکارانشان جدا شدند. این غربالگری توانست بار ابتلا به بیماری را در همکاران شهرداری به حداقل برساند. در مجموعه‌های کارگری هم تیم‌های ما در محله‌های اسکان کارگری مستقر شدند و کسانی را که احیاناً مشکوک به بیماری بودند، از همکارانشان جدا کردیم تا جلوی سرایت بیماری گرفته شود.

کار دیگری که به معاونت منابع انسانی و برنامه‌ریزی شهری پیشنهاد دادیم و بسیار سریع هم انجام شد، دورکار کردن کسانی بود که دچار بیماری خاص بودند و با مصوبه کمیسیون پزشکی این کار انجام شد.

مجموعه شرکت شهر سالم دستورالعمل‌هایی مانند رعایت ضد عفونی و رعایت فاصله اجتماعی را به شرکت‌ها ابلاغ می‌کرد و با حساسیتی که شهرداری داشت، نظارت بر رعایت دستورالعمل‌ها هم انجام می‌شد.

به نظر من عملکرد شهرداری با درایت شهردار، در مجموع خوب بود و در رفتار و گفتار مردم می‌توانستیم رضایت را ببینیم. در جلساتی که حضور داشتم، با نقطه‌نظراتی که از شهردار می‌دیدم، بیشتر همراهی با سیاست‌های کلی بود که در خصوص کرونا در کشور طراحی می‌شود و این موضوع که

دکتر حناچی بر عملیات و فرماندهی واحد تأکید می‌کردند و می‌خواستند فعالیت‌های ما هم ذیل نظارت استانی رقم بخورد، نکته بسیار مهمی بود.

یکی از مشکلات مهم ما در کرونا این بود که زمینه‌های استفاده از فضای مجازی فراهم نبود و از سوی دیگر داروهایی که لازم بود در اختیار مراکز درمانی باشد، به مقدار کم در دسترس بودند. خیلی از پزشکان برای بیماران نسخه می‌نوشتند و بیماران باید به دنبال تهیه این داروها می‌رفتند و داروها هم به راحتی پیدا نمی‌شد. چون بیماری ناشناخته بود و اطلاعات کم بود و وحشت مردم از این بیماری زیاد بود، این ناآشنایی و عدم رعایت برخی از دستورالعمل‌ها باعث بروز مشکلات می‌شد که این موضوع به مرور برطرف شد.

مشکلات دیگر درباره واکسینه کردن درمانگران در مقابل آنفولانزا بود که مجموعه درمانگران در شهرداری تهران از این مسئله مغفول ماندند. همکاران ما در سازمان پسماند، بهشت زهرا و آتش‌نشانی در اولویت اول واکسینه کردن آنفولانزا قرار نگرفتند. متأسفانه گاهی که همکاران درمانی مبتلا می‌شدند، جایگزین نداشتند و موضوع به سختی حل و فصل می‌شد. ما در شهرداری ناهماهنگی نداشتیم و همه سعی داشتند خلأهای همدیگر را پر کنند. ما سالمندان زیادی در شهرداری داریم و انتظار داشتیم درباره واکسن آنفولانزا به آن‌ها توجه شود یا در خصوص تأمین ماسک و مواد ضد عفونی و دست‌کش توسط وزارت بهداشت ما هم در اولویت قرار می‌گرفتیم؛ اما در عمل این اتفاق نیفتاد.

نزدیک ۱۵۰۰ پزشک و پرستار و کادر درمانی در ۲۰ مرکز درمانی ما در حال خدمت هستند. برخی از این افراد پیمانی رسمی و برخی هم خرید خدمت هستند. ما از حدود ۱۷۰۰ مرکز درمانی، دارویی، کلینیک، پاراکلینیک و بیمارستانی برای بیمه‌شده‌های شهرداری تهران خرید خدمت می‌کنیم. خدمات ما بیشتر سرپایی

هستند. بخشی از این خدمات ویژه پرسنل و بازنشسته‌های شهرداری است و به شهروندان هم خدمات داده می‌شود.

۵ مرکز درمانی ما هم به صورت شبانه‌روزی خدمات‌رسانی دارند.

ما با سازمان نظام پزشکی ارتباط خیلی خوبی داریم و واقعاً باید بگویم سازمان نظام پزشکی حامی خوبی برای حقوق پزشکان است. معاونت درمان وزارت بهداشت و رؤسای دانشگاه‌های علوم پزشکی و سازمان اورژانس تعامل خیلی خوبی با مجموعه درمانی شهرداری و سایر حوزه‌های بهداشت و درمان شهرداری داشته‌اند. مثلاً اخیراً دکتر جان بابایی همراه معاونان درمان دانشگاه تهران به شرکت شهر سالم تشریف آوردند و بخشی از فعالیت‌هایی که می‌شود به صورت سرپایی در حوزه درمان شهروندان انجام داد، معرفی شد و صحبت‌هایی شد تا مجوز این کار به شرکت شهر سالم داده شود و این شرکت نقطه ثقل انجام این خدمات در تهران بشود و ما هم بتوانیم در چارچوب توانمندی‌مان این خدمات را عرضه کنیم. مجموعه ما عمومی است و تقریباً بیش از ۳۰ پزشک و پرستار ما و سایر کارد درمانی در مجموعه شهر سالم به کرونا مبتلا شدند که تعداد ۳ نفر شهید شدند. اسامی آن‌ها سرکار خانم دکتر بیگلی، دکتر وریجی که شهید اول ما و فرزند شهید بودند، جناب آقای رضا محرمه که جانباز بودند و پرستار عزیزی که در مرکز منطقه ۳ مشغول خدمت بودند. البته در مجموعه شهرداری تهران مبتلایان بیش از ۲ هزار نفر بوده‌اند. در نهایت اینکه از فرصت استفاده می‌کنم و می‌گویم سلامت مردم یک امر بشری، یک موضوع جهانی هدیه خداوند است. سعی کنیم تمام موضوعاتی را که در این حوزه است، عالمانه و جهانی نگاه کنیم. این ویروس کل بشریت را مورد هدف قرار داده؛ بنابراین امیدوارم جهانی فکر کنیم و تصمیم بگیریم.

در تلاش برای رسیدن به پاسخ یک سؤال:

چرا پزشک شدم؟

کتاب چرا پزشک شدم، نوشته دکتر محمدرضا عاطفی، با موضوع خاطره‌ها و خطرهای که در راه پزشک شدن خود داشته است، منتشر شد.

محمدرضا عاطفی، متخصص ارولوژی، از جمله پزشکانی است که علاوه بر علم و دانش پزشکی، به سایر علوم نظری و فرهنگ اجتماعی هم علاقه مند است و اخیراً اقدام به انتشار کتابی به نام چرا پزشک شدم با موضوع حواشی رشته پزشکی کرده است. این کتاب را در قطع رقعی و در ۱۹۸ صفحه، نشر سها منتشر کرده و در اختیار علاقه مندان، به‌ویژه دانشجویان پزشکی که گرایش به خواندن

تجربیات پیشکسوتان خود دارند، قرار داده است.

وی در خصوص دلایل شخصی خود برای تألیف این کتاب می‌گوید: «همیشه یکی از دغدغه‌هایم نوشتن خاطرات بود تا بلکه چراغ راهی برای آیندگان باشد. می‌دانید که در قدیم به پزشکان حکیم می‌گفتند؛ زیرا که به سایر علوم نیز اشراف داشته‌اند. این موضوع بیانگر آن است که یک حکیم در جامعه می‌تواند همراه و هم‌دل و مفید باشد؛ ضمن آنکه درمان‌کننده آلام جسمی بیماران است. اما با گسترش علم پزشکی، اطبا، زمان کمتری برای پرداختن به سایر علوم پیدا کردند. در هر صورت، با

وجود معضلات موجود، هنوز هم هستند پزشکانی که علاقه‌مند به دیگر علوم بوده و علاوه بر فعالیت در رشته پزشکی، گریزی هم به باقی علوم و فعالیت‌ها دارند.»

وی با اشاره به اینکه انسان از کاستن دردهای هم‌نوع خود لذت برده و دوست دارد که سبب کاهش آلام بیشتری شود، ادامه می‌دهد: «این موضوع جاذبه دارد؛ به‌طور مثال یک پزشک زمانی که درد جامعه خود را نفهمد، این امکان وجود دارد که یک نسخه برای بیمار مستمند خود بپیچد که مبالغ هنگفتی را شامل شود، غافل از اینکه نه‌تنها درد او را درمان نکرده، بلکه درد دیگری هم به دردهای او



اضافه کرده است. به خاطر دارم یکی از مبارزین فلسطین که پزشک بود، هر زمان مشاهده می کرد مشکلات جامعه اش حل نمی شود، لباس پزشکی را از تن خارج و در جبهه های دیگر فعالیت می کرد. واقعیت این است یک پزشک باید به مسائل روز اقتصادی و ارتباطات اجتماعی و مردم شناسی قوی داشته باشد تا بتواند درد و آلام بیماران را تسکین دهد.»

دکتر محمدرضا عاطفی در سال ۱۳۲۶، در شهر کرمانشاه متولد و تحصیلات ابتدایی و متوسطه را در زادگاهش به پایان رسانید و سال ۱۳۴۵ دیپلم طبیعی خود را از دبیرستان رازی دریافت کرد. سپس در رشته پزشکی دانشگاه تبریز پذیرفته شد و سال ۱۳۵۳ تحصیلات پزشکی را به اتمام رساند و با اخذ مدرک پزشکی عمومی فارغ التحصیل و برای خدمت وظیفه عمومی رهسپار خراسان شد. نیاکانش در کار طب سنتی شهره آفاق بودند. حجره عموی بزرگش، حکیم حاج محمود، ملجأ و مأمن بیماران و دردمندان مختلف نقاط دور و نزدیک استان کرمانشاه بود. رخدادهای دوران کودکی اش که بر اثر بازی های پرخطر و معمول آن زمان پدید آمد، در تعیین سرنوشت و آینده پزشکی او تأثیر فراوانی داشته است. خودش می گوید که سابقه سیاسی و مبارزاتی وی موجب شد تا با درجه سرباز صفری، به جای ستوان یکمی، در سپاه بهداشت، در لشکر ۷۷ مشهد مشغول به خدمت شود. پس از فراغت از سربازی، مدت کوتاهی در بیمارستان شیر و خورشید کرمانشاه به طبابت پرداخت؛ اما صرف درآمد و رشد اقتصادی او را اکتان نکرد و با هدف ارتقای دانش پزشکی و تخصص در رشته ارولوژی، زادگاهش را ترک کرد. دکتر عاطفی موفق شد بورس تحصیلی اش را پس از چهار سال تحصیل، در رشته جراحی کلیه در تهران دریافت کند. سال ۱۳۶۰ پس از اتمام دوره تخصصی، با

سمت استادیاری در دانشگاه ملی (شهید بهشتی) مشغول به کار شد و هم زمان با درمان و جراحی بیماران، تدریس و تعلیم دانشجویان پزشکی را بر عهده گرفت. ازدواج دکتر عاطفی در همین سال اتفاق افتاد. بیمارستان (الف) نخستین انتخاب بخش خصوصی دکتر عاطفی برای فعالیت درمانی و غیرآموزشی بود. در همان زمان نیز با بیمارستان (ت) در جایگاه پزشک جراح و مشاور بخش ارولوژی همکاری داشت. سال ۱۳۶۴ همکاری اش را با بیمارستان (ج) در مقام پزشک مهمان آغاز کرد. برخی مسائل حاشیه ای از سویی و افزایش مشغله و همکاری در چند بیمارستان موجب کناره گیری او از امور آموزش و دانشگاه شد.

پس از نزدیک به یک دهه فعالیت حرفه ای، دکتر عاطفی، سال ۱۳۷۳ سهام دار بیمارستان شد و به فاصله چند سال، یعنی در سال ۷۶، به جمع شرکای بیمارستان دیگری پیوست. اختلاف نظرها و تنش های محیط های کاری و مسائل و مشکلات مدیریتی، از جمله نکات خواندنی کتاب اخیر ایشان با عنوان چرا پزشک شدم است.

دکتر عاطفی اواخر دهه هفتاد، در مصاحبه با هفته نامه امید جوان، در پاسخ به این سؤال که هدف شما از مخالفت ها و اعتراضات به برخی افراد و نحوه مدیریت ها چیست، گفته است: «پزشکی فقط درمان بیمار با مطالعه آخرین متون علمی و تخصصی نیست، هرچند این ها لازم است؛ اما کافی نیست. پزشک آگاه باید دورنمای اجتماعی و محیط کاری خویش را در نظر بگیرد. زمانی که ما در دهه پنجاه کار در بخش خصوصی را شروع کردیم، شاید به اندازه انگشتان دست در تهران بیمارستان خصوصی نداشتیم و بیمارستان «ج» یکی از بهترین ها بود؛ چراکه عمده سهامداران آن را استادان متبحر و خوش نام ایران تشکیل می دادند. برای من افتخاری از این بزرگ تر متصور

نبود که زمانی همکار آن ها بشوم و خوشبختانه این اتفاق افتاد؛ اما بعد از چندین سال همکاری، هنگامی که ما به عین می دیدیم بیمارستان های به مراتب پایین تر از بیمارستان ما، توسعه یافته و به عنوان مراکز درمانی مجهز و پیشرفته شناخته می شدند، این سؤال به ذهن می آمد که چرا ما رشد و پیشرفت مناسبی نداریم؟! و ماجرا از اینجا آغاز شد.»

دکتر عاطفی در همان مصاحبه، ضمن تأکید بر این نکته که هرگز به دنبال منافع شخصی نبوده و معتقد است در کسب منافع جمعی، حتماً منافع افراد نیز تأمین خواهد شد، گفته بود: «بیمارستان هایی که به مراتب از بیمارستان ما عقب تر بودند، مثل بیمارستان «الف»، طی چند سال به بیمارستان مدرن و بزرگ تر و با مراجعان بیشتری تبدیل شدند؛ اما دریغ از بیمارستان «ج» که در خلال بیش از نیم قرن، با وجود فعالیت گروهی از بهترین متخصصان شایسته، حتی یک تخت به تخت های آن اضافه نشد! چرا؟! در حالی که ما می توانستیم یک مرکز درمانی مهم و معتبر مثل «مایوکلینیک» معروف در ایران داشته باشیم، همچنان درجا می زدیم!»

گفتنی است دکتر محمدرضا عاطفی، در کنار علم الابدان، به سایر علوم نظری هم علاقه مند بوده و از زمان دانشجویی معتقد بود که برای مشارکت در فعالیت های اجتماعی و حضور مفید و مؤثر در تعیین سرنوشت خویش و جامعه، باید به گوهر دانایی مسلح بود و در این مسیر قطعاً مطالعه دیگر مباحث علمی، غیر از علوم پزشکی برای رسیدن به این گوهر دانایی شرط اولیه آن است. فرازوفرودهای متعدد در زندگی شخصی و حرفه ای و حوادث تلخ و شیرین فراوان این زندگی، از جمله دستگیری اش از سوی ساواک و وقفه یک ساله در تحصیل پزشکی و بسیاری دیگر از اتفاقات خواندنی و عبرت آموز زندگی دکتر عاطفی در این کتاب تازه منتشر شده آمده است.

تقدیر از مدافعان سلامت به قلم کارتونی

هنر کرونایی که آن سوی مرزها بسیار دیده شد

ناهیده فرهنگ



چه آموزش‌هایی درباره کاریکاتور داشتید؟ آیا آموزش هم می‌دهید؟

من آموزشی در این رابطه ندیدم و خودجوش و به صورت تجربی و با تحقیق و نگاه کردن به آثار بزرگان این رشته وارد این فضا شدم. بله آموزش هم می‌دهم که با شرایط فعلی بیشتر به صورت آنلاین است.

به جز ایران طرح‌های شما در کدام کشورها دیده شد؟

در بیشتر کشورهای دنیا از جمله، کانادا، آمریکا، برزیل، اسپانیا، ترکیه، ایتالیا، چین، روسیه، کلمبیا، انگلستان و...

این همه ایده در مورد کرونا از کجا می‌آید؟

توجه به حجم عظیم اطلاعات در این راستا، فضای مجازی و رسانه‌های دیگر کمک بزرگی برای رسیدن به این ایده‌ها به من کرد. با توجه به فعالیت بسیار زیادی که در طول این همه‌گیری انجام دادم و تحقیقات جامعی که در این مورد داشتم برای رسیدن به ایده‌های مختلف، توانستم با این حوزه بیشتر از همیشه آشنا شوم.

نظر شما درباره پزشکان، پرستاران، کادر درمان و شهدای

مدافع سلامت چیست؟

به نظرم این عزیزان نگهبانان مرزهای سلامتی جامعه ما هستند؛ همانطور که رزمندگان در هنگام جنگ وظیفه دفاع از کشور را داشتند این عزیزان در این شرایط همان رشادت و فداکاری را انجام می‌دهند و فعالیت این روزهای آنان ارزشمند و مقدس هست.

بازخوردی از پزشکان گرفتید؟

بله از پزشکان کشور و پزشکان کشورهای مختلف جهان پیام‌های بسیار محبت آمیزی دریافت کردم که من را برای ادامه فعالیتیم در این زمینه مصمم‌تر کرد و زیبایی این فعالیت این بود که این عزیزان من را هم از خود و کادر درمان می‌دانند و از من خواستن تا روزی را که این بیماری کنترل شد را هم به تصویر بکشم. در کل کامنت‌های محبت آمیز، قدردانی، برخی اوقات احساسی، درد دل و ابراز مشکلات کادر درمان کردم.

چیزی که دوست دارید منتشر شود؟

تنها مطلبی که دوست دارم گفته شود اینکه کاش در کشور ایران به این آثار اهمیت بیشتری داده شود و شرایطی به وجود آید تا عموم مردم با این آثار آشنا شوند چون بیشترین انعکاس این آثار در خارج از کشور بوده است، امیدوارم مجموعه آثار کرونا به صورت کتاب در اختیار مخاطبین قرار بگیرد و البته این مستلزم حمایت است.

علیرضا پاکدل کارتونیست، کاریکاتوریست، طراح کاراکتر و تصویرساز سال ۱۳۶۰ در مشهد متولد شد، او که جوایز زیادی کسب کرده است با آثاری در زمینه کرونا مورد توجه جامعه پزشکی قرار گرفت.

از چه زمانی در زمینه کاریکاتور فعالیت می‌کنید و پیشینه این فعالیت چگونه است؟

شروع فعالیتیم در زمینه کارتون و کاریکاتور از سال ۱۳۷۳ و همکاری با نشریات مختلف از جمله گل آقا، بچه‌ها گل آقا، کیهان کاریکاتور و هفته نامه توانا بود، فعالیت حرفه‌ای و جدی‌تر من از سال ۱۳۸۴ آغاز شد و سابقه همکاری با بسیاری از روزنامه‌ها، خبرگزاری‌ها و نشریات از قبیل ماهنامه طنز و کارتون خط خطی، روزنامه قانون، روزنامه شرق، وب سایت خبری تحلیلی خبرآنلاین، روزنامه جام جم، روزنامه همشهری، روزنامه اعتماد، روزنامه فرهیختگان، سایت تخصصی کارتون و کاریکاتور نیشخط، و ... را دارم از دیگر فعالیت‌هایم دبیر هنری هفته نامه طنز و کارتون پلخمون، مسؤول دفتر کاریکاتور حوزه هنری خراسان رضوی، برپایی نمایشگاه‌های انفرادی و گروهی کارتون و کاریکاتور داخلی و بین‌المللی و همچنین طراح کاراکتر در پروژه‌های انیمیشن متعدد از جمله انیمیشن کوتاه تیر و رزق روزی و فصل پنجم بوده است.

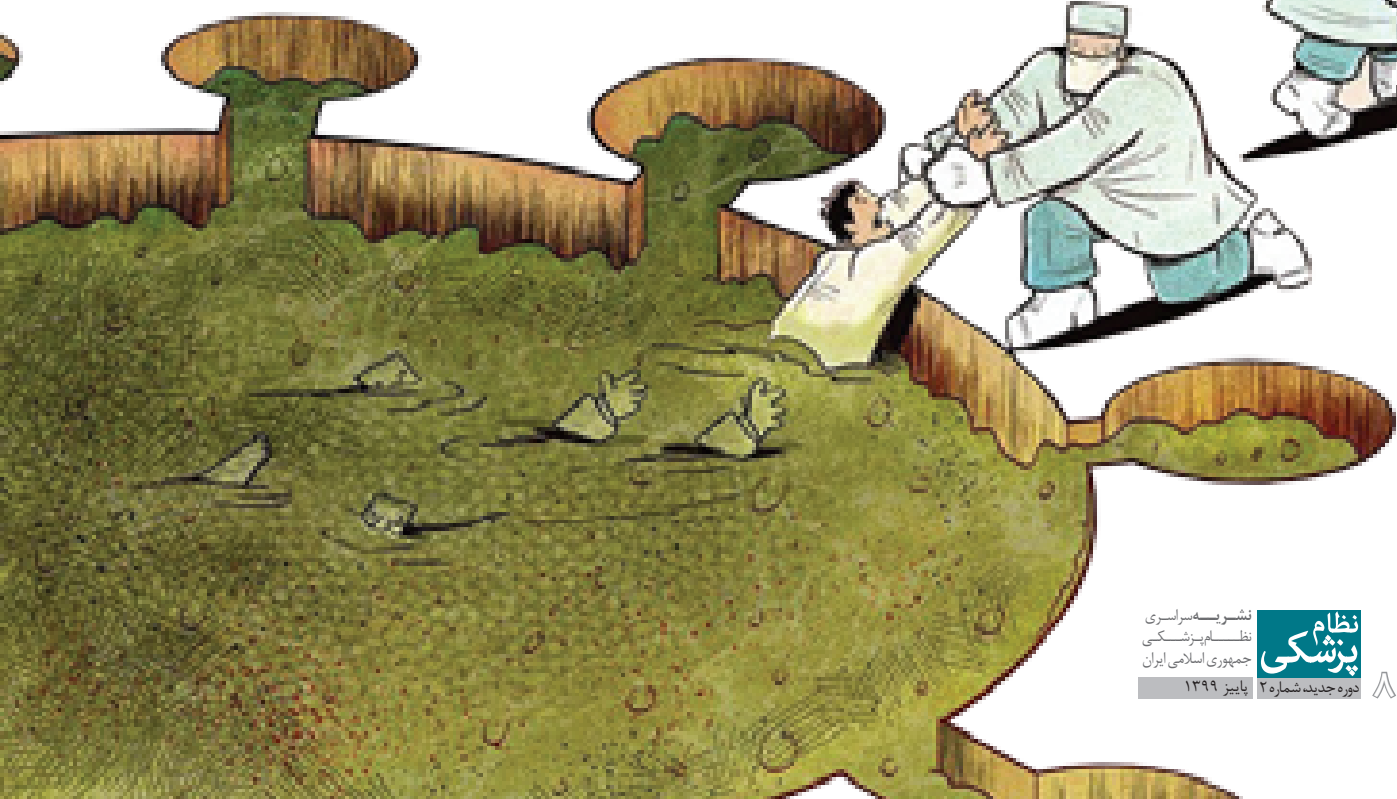




چه افتخارات و جوایزی تاکنون دریافت کردید؟

۱۰۰ جایزه داخلی و بین‌المللی و همچنین داوری در عرصه داخلی و بین‌المللی داشتم از جمله:

- عضو هیأت انتخاب و داوری بخش کاریکاتور ششمین جشنواره بین‌المللی هنرهای تجسمی فجر سال ۱۳۹۲
- عضو هیأت انتخاب و داوری جشنواره بین‌المللی کارتون دن کیشوت "با موضوع" مهاجران غیر قانونی کشور آلمان سال ۲۰۱۴
- عضو هیأت داوران جشنواره بین‌المللی کارتون و کاریکاتور سوریه سال ۲۰۱۵
- عضو هیأت انتخاب و داوری نخستین جشنواره جهانی کارتون جامعه ایمن-شهر مشهد-سال ۱۳۹۶
- چهره برتر هنری مشهد در سال ۱۳۹۲
- بهترین کاریکاتوریست چهره سال ۱۳۹۲ ایران به انتخاب انجمن کارتونیست‌های تبریز
- ششمین جشنواره جهانی ای‌وی سی‌سی چین ۲۰۱۲ / نفر اول بخش کاریکاتور چهره
- مقام سوم شانزدهمین جشنواره بین‌المللی پورتو کارتون در بخش کاریکاتور چهره پرتغال-۲۰۱۴
- نفر دوم دومین دوسالانه بین‌المللی کارتون «کتاب» / ایران / آذر ماه ۱۳۹۳
- جایزه ویژه ششمین جشنواره جهانی کاریکاتور توریسیم ترکیه سال ۲۰۱۴
- جایزه اول جشنواره ملی عکس و کارتون نقد بنا و فضای شهری-تهران سال ۱۳۹۴
- رتبه دوم از نهمین جشنواره بین‌المللی کاریکاتور دن کیشوت کشور آلمان با موضوع مهاجرت-سال ۲۰۱۶
- جایزه ویژه جشنواره بین‌المللی طنز گرافیکی کاریکاتور ایتالیا-سال ۲۰۱۶
- جایزه اول دومین مسابقه بین‌المللی کارتون و کاریکاتور «سیساک» کشور کرواسی-سال ۲۰۱۶
- جایزه ویژه جشنواره معتبر بین‌المللی کارتون نصرالدین حجا کشور ترکیه-سال ۲۰۱۶
- جایزه اول از سومین مسابقه بین‌المللی کارتون و کاریکاتور پیراسیکابای کشور برزیل-سال ۲۰۱۶
- جایزه بزرگ از سومین مسابقه بین‌المللی کارتون و کاریکاتور پیراسیکابای کشور برزیل-سال ۲۰۱۶
- جایزه بزرگ جشنواره معتبر جهانی کارتون مطبوعاتی ورد پرس کارتون کشور پرتغال-سال ۲۰۱۷
- جایزه اول جشنواره معتبر جهانی کارتون مطبوعاتی ورد پرس کارتون کشور پرتغال-سال ۲۰۱۷
- جایزه اول یازدهمین جشنواره وب موبایل ایران / تهران/ ۱۳۹۷
- جایزه اول جشنواره جهانی کاریکاتور اندونزی/ ۲۰۱۹
- جایزه دوم جشنواره سراسری رسانه‌های شهری / تهران/ ۱۳۹۷
- برترین کاریکاتوریست سال ۹۸ ایران به انتخاب انجمن کاریکاتوریستها / تبریز
- عضو هیأت داوران چهل و ششمین جشنواره جهانی طنز گرافیکی پیراسیکابا / برزیل / ۲۰۱۹
- جایزه ویژه از جشنواره جهانی ساتریکن لهستان / ۲۰۲۰
- داور بخش انتخاب پوستر چهل و هفتمین جشنواره طنز گرافیکی پیراسیکابا / برزیل/ ۲۰۲۰





بانک ایران زمین
IRAN ZAMIN BANK

صندوق اجاره ای (امانات) بانک ایران زمین



امانت دار شما در خانه مان هستیم

ایران زمین خانه ماست



@izbank.ir



www.izbank.ir

مرکز ارتباط با مشتریان: ۲۴۸۰۹



گروه بیمارستانی عرفان فرا تر از قلمرو درمان

بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی عرفان نیایش

بیمارستان عرفان نیایش در تاریخ ۱۳۹۵/۰۹/۲۷ پس از ۴۰ ماه تلاش شبانه روزی در ۱۱ طبقه با ۳۰۰ تخت بستری ایجاد گردید. این بیمارستان یکی از بهترین بیمارستان‌های خصوصی کشور، خدمات درمانی وسیعی را در بالاترین سطح کیفی ارائه می‌کند. هدف ما، عرضه خدمات درمانی و مراقبت‌های پرستاری، مطابق با استانداردهای جهانی بوده که در این راستا جذب پزشکان و جراحان مجرب و متخصص در رشته‌های مختلف، صورت گرفته است. بیمارستان عرفان نیایش یکی از بزرگترین بیمارستان‌های خصوصی ایران است که زمینه‌های تخصصی متنوعی را تحت پوشش قرار می‌دهد. بنابراین امکان پذیرش کلیه بیماران سرپایی، بستری و اورژانسی را دارد. ما معتقدیم رضایت و آرامش بیماران در اولویت اول قرار دارد. زیرا این امر تأثیر بسزایی در روند بهبود بیماران خواهد داشت. به همین دلیل بیمارستان تمام تلاش خود را جهت فراهم آوردن کلیه ملزومات بیماران، برای ایجاد محیطی آرام، زیبا و اثربخش بکار بسته است.

معرفی گروه خدمات درمانی عرفان سلامت

گروه خدمات درمانی عرفان سلامت با بهره‌گیری از حدود دو دهه تجربیات ارزشمند مجموعه بیمارستان های عرفان سعادت آباد و عرفان نیایش با هدف گسترش رویکرد جدیدی در ارائه خدمات درمانی و مراقبتی متناسب با نیاز بیماران به صورت اختصاصی در بیمارستان و منزل آماده خدمات رسانی می‌باشد. گروه عرفان سلامت با پشتوانه دانش و تجربه و تجهیزات مدرن پزشکی مجموعه بیمارستان‌های عرفان توانایی ارائه طیف گسترده‌ای از خدمات درمانی و مراقبتی را در منزل بیماران با کیفیتی همانند بیمارستان داراست.

- گسترده‌گی ارائه خدمات به وسعت و جامعیت خدمات یک بیمارستان.
- ارائه خدمات توسط تیم حرفه ای زده یا مدرک دانشگاهی معتبر
- بالابردن سطح رضایت مندی بیماران با حضور حداقلی در بیمارستان و حضور حداکثری در منزل.

بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی عرفان

بیمارستان خصوصی تخصصی و فوق تخصصی عرفان در تاریخ ۱۳۸۵/۱۲/۱۲، به منظور ارائه خدمات بهداشتی-درمانی و مراقبتی پیشرفته بر مبنای پایبندی به ارزش‌ها و کرامات انسانی، آغاز به کار نمود. این بیمارستان با داشتن ۲۲۰ تخت فعال شامل اتاق‌های خصوصی، دو تخته و تخت‌های ویژه، در زمینی به مساحت ۴۴۸۰ مترمربع و بازیربنای ۲۰۰۰۰ مترمربع در ۹ طبقه ایجاد شده است. بیمارستان عرفان یکی از مجهزترین بیمارستان‌های کشور است که بر اساس آخرین استانداردهای بیمارستانی تأسیس شده و به عنوان یک بیمارستان جنرال با اتاق‌های عمل مجهز به تمام رشته‌های تخصصی و فوق تخصصی، طراحی و بنا شده است. حضور اساتید برجسته، پزشکان مجرب و پرسنل متعهد، این مرکز را به عنوان بهترین بیمارستان خصوصی ایران، در ذهن و قلب بیماران تبدیل کرده است.

خدمات درمانی و اقامتی بیماران بین الملل گروه بیمارستان های عرفان

گروه بیمارستان های عرفان در حوزه توربسم درمانی، خدمات جامع و وسیعی ارائه می‌دهد. فرآیند معاینه، تشخیص و درمان در کنار اقامت دلنشین بیمار و همراهان وی در اتاق‌های یک تخته و دو تخته بیمارستان، توسط واحد بیماران بین المللی قابل برنامه‌ریزی است. گروه بیمارستان های عرفان و عرفان نیایش موفق به کسب مجوزهای رسمی و گواهینامه‌های بین المللی در جهت رعایت استانداردهای پزشکی جهانی شده است. بنابراین می‌توانید با اطمینان و آرامش خاطر برای دریافت خدمات پزشکی و پاراکلینیکی به این بیمارستان مراجعه کنید و علاوه بر بهره‌مندی از زیبایی‌ها و جاذبه‌های دیدنی شهر تهران، برنامه درمان خود را تکمیل نمایید. هزینه دریافت خدمات عالی پزشکی در این بیمارستان و به طور کلی در کشور ایران، بسیار پایین‌تر از درمان‌های مشابه در کشورهای توسعه یافته است. در حالی که پزشکان متخصص و فوق تخصص در کلیه زمینه‌های درمانی، با استفاده از تجهیزات به‌روز و از برترین برندهای دنیا، خدمات درمانی با بهترین کیفیت را ارائه می‌دهند.



www.erfansalamat.ir
info@erfansalamat.com



تهران، سعادت آباد، بین میدان شهرداری و چهارراه سرو، خیابان صنوبر، پلاک ۶



پاسخگویی ۲۴ ساعته ۷۲۹۴۸
۰۲۱-۲۳۰۲۱۰۰۰

