



ندای سپید | شماره‌ی ۲۸ | پاییز ۱۳۹۷
نشریه‌ی نظام‌پزشکی لاهیجان و سیاهکل

دو صندلی خالی

آن طرف میز کسی پاسخ‌گو نیست!

Panoramic Lipid Control

- Cutting LDL-C in Half¹
- Greater reduction in LDL-C after switching to Rosuvastatin²
- Increasing HDL-C with increasing the dose¹
- More effective at decreasing TG level¹



References:

1. Am J Cardiol. 2003; 92: 152-160.
2. Am Heart J. 2004; 147: 705-712.

abidi
SINCE 1946

Leading Innovation
Leading Quality

در این شماره می خوانید:

مدیر مسئول

دو صندلی خالی

آن طرف میز کسی پاسخگو نیست!

گزارش

- ۷- از هیئت مدیره چه خبر؟/ دکتر الهام شاهرخی راد.....
- ۸- دیدار نمایندگان جامعه ی پزشکی لاهیجان و سیاهکل با نماینده ی لاهیجان دکتر نیکفر/ دکتر نیکو مستوفی
- ۱۲- از انجمن پزشکان عمومی چه خبر؟/ دکتر عبدالرضا نژاد شمسی
- ۱۳- کنفرانس های انجمن پزشکان عمومی / دکتر الهام شاهرخی راد
- ۱۴- همایش بزرگ پروتز در لاهیجان/ دکتر فریبا محسنی حسام.....
- ۱۵- انتخابات در انجمن دندانپزشکان ایران، نمایندگی لاهیجان و سیاهکل
- ۱۶- درخت دوستی بنشان که کام دل به بار آرد/ دکتر نیکو مستوفی.....

علمی

- ۲۱- سرطان تخمدان / دکتر فریناز علیدوست.....
- ۲۳- سرطان مثانه/ دکتر مسعود جعفری
- ۲۵- بررسی آسیب های احتمالی وارده به ریشه ی دندان های مجاور/ دکتر لیلا یگانه
- ۲۶- تازه ترین داروهای داروخانه/ دکتر هادی اخوت پور
- ۲۹- غربالگری سرطان کولورکتال/ دکتر زهرا طاهرزاده
- ۳۲- روش های ارزیابی بیماری های پستان / دکتر زهرا اخوان.....

مکث

- ۳۵- گفت و شنود با دکتر احمد اکرامی / دکتر نیکو مستوفی.....
- ۳۸- روزگار سپری شده ی زنده یاد دکتر جهانگیر چرختاب/ دکتر اردشیر شهریزاد
- ۴۰- مفهوم «دِ بَ» در زمان های مختلف / دکتر بهمن مشفق
- ۴۱- طلاق عاطفی / دکتر ساقی کوشا
- ۴۲- آیا سلامتی پزشکان نیاز به مراقبت دارد؟/ دکتر علیرضا سلطانی نژاد
- ۴۵- غسل مولود و گاره بندی در دیلمان/ حسین کیهان پور
- ۴۶- اکبر شاهانی همراه با کتابش/ حسین خدیر

هنر و ادبیات

- ۴۹- فیلم نوشت (جدامانده) / دکتر رحمان مجتبیوی
- ۵۰- کتاب نوشت/ فقیر بودن چیز گندی است/ دکتر زری دارو ور.....
- ۵۱- تکرار شیرین طولانی ترین شب / ثنا جعفرپناه.....
- ۵۲- برگ پاییز / دکتر شکوفه شعبانی پور
- ۵۳- قاب نگاه دوست/ دکتر مهران قسمتی زاده.....
- ۵۴- تبریک و تسلیت

تماس با ما

جهت ارسال مقاله، انتقاد و یا پیشنهاد از طرق زیر با ما در ارتباط باشید

Telegram/WhatsApp: @nedayesepid

Email: nedayesepid@yahoo.com

به نام خداوند جان و خرد



صاحب امتیاز:

سازمان نظام پزشکی
لاهیجان و سیاهکل

مدیر مسئول:

دکتر مهران قسمتی زاده

زیر نظر هیئت تحریریه:

دکتر احمد اکرامی
دکتر سیدعلی نقیبی
دکتر نیکو مستوفی

ویرایش متون:

افشین معشوری

صفحه آرایی:

عطرشالیزار
۰۹۳۵۱۳۰۱۷۵۹

لیتوگرافی:

همراهان

چاپ و صحافی:

توکل صومعه سرا
۰۱۳-۴۴۳۲۲۸۱۰

عکس روی جلد:

ساسان گل بستانی

دو صندلی خالی آن طرف میز کسی پاسخگو نیست!



دکتر مهران قسمتی زاده

به نظر می‌رسد باز شدن دمل نارضایتی مردم در زمستان گذشته و بروز روزافزون مطالبه‌گری مردم با چاشنی بازگشت تحریم‌های آمریکا و افزایش نرخ ارز و گرانی افسارگسیخته واقعیتهای

را برای همه عریان کرد: «دیگر این در بر لولای گذشته نخواهد چرخید.»

از آن زمان آشکار شد که دیگر با توسل به سیاست‌های گذشته نمی‌توان پاسخ انتظارات مردم را داد و از همان هنگام مسلم بود که نظام سلامت کشور ما نیز نمی‌تواند خود را از این شرایط مستثنی کند.

در این حوزه نیز مطالبات گوناگونی بر روی هم تلنبار شده بود و در مقابل این مطالبات، هر یک از ۳ ضلع مثلث این نظام، یعنی استفاده‌کنندگان خدمات (مردم)، ارائه‌کنندگان خدمات (جامعه‌ی پزشکی) و سیاستگذاران این نظام در حال تجربه‌ی شرایط جدیدی بودند. در سوی استفاده‌کنندگان خدمات گرچه طرح مردم‌فریب تحول با همه امیدهایی که در ابتدا برای مردم ایجاد کرده بود، توانسته بود در دریای ناامیدی مردم جزیره‌ای راهایی‌بخش را به نمایش بگذارد، اما متأسفانه با گذشت زمان و مانند تمامی طرح‌ها و برنامه‌های پوپولیستی، از آن جایی‌که برای اجرای آن ساختارهای لازم و برنامه‌ی روشن اجرایی تدوین نشده بود، در نهایت با هدر رفت بودجه‌ی اختصاص داده شده، تشکیل صف‌های طولانی برای دریافت خدمات تقریباً رایگان، کاهش شدید کیفیت خدمات به دلیل مراجعات بی‌شمار و... سبب شد که این جزیره نیز تبدیل به سرابی دست‌نیافتنی شود.

اما ضلع دیگر نظام سلامت، یعنی جامعه‌ی پزشکی و اعضای آن نیز در بخش‌های مختلف دولتی و خصوصی در اثر سیاست‌های ناکارآمد وزارت بهداشت و نبود ساختارهای قوی داخلی دچار آسیب‌های فراوانی شدند؛ تا جایی‌که در شرایط کنونی با یک بخش دولتی فربه در ساختار و وظایف و ناکارآمد، خسته و ناتوان در عملکرد روبه‌رو هستیم که به‌طور جدی در اثر دیرکرد پرداخت مطالبات از بیمه‌ها و فشار کمرشکن مراجعات بی‌شمار مدیریت نشده، آسیب‌پذیر می‌نماید.

و در سوی دیگر بخش خصوصی با موسساتی

که به دلیل تاخیر در دریافت مطالبات خود از دولت و بیمه‌ها به سمت ورشکستگی می‌روند و برای حفظ بقای خود با ناامیدی به سیاست دریافت مستقیم از مردم روی آورده‌اند؛ سیاستی که با توجه به پایین بودن بنیه‌ی اقتصادی مردم چندان راه‌گشا نمی‌نماید و مسلماً در صورت تداوم خود در آینده به شکاف بیشتر مابین مردم و جامعه‌ی پزشکی دامن خواهد زد. اما در ضلع سوم این مثلث چه خبر است؟ ضلع سیاستگذاران سلامت که بخش دولتی در تصمیم‌گیری‌های آن نقش تقریباً انحصاری دارد و این انحصار نقش وزیر و وزارت بهداشت را در آن به شدت پررنگ کرده است.

بخشی که در سال‌های گذشته با اتخاذ روش‌های پوپولیستی نظام سلامت کشور را تقریباً به بن‌بست کشانده است و خود نیز هم‌اکنون متوجه شده است که به‌زودی همه به بن‌بست بودن این راه پی خواهند برد؛ بخشی که دو ضلع دیگر نظام سلامت را بسیار ناراضی ساخته و در مقابل هم قرار داده است. این است کلید استعفای وزیر محبوب دولت تدبیر و امید:

آشکار شدن پایان راهی که از همان آغاز بسیاری از کارشناسان نتیجه آن را با صدای بلند اعلام کرده بودند.

وزارت بهداشت هم‌اکنون کاملاً از نتیجه‌ی آن‌چه به‌عنوان برنامه تحول به نظام سلامت تحمیل کرده، آگاه است؛ وزیری که از بخش خصوصی آمده بود و در ابتدای کار، ناکارآمدی بخش دولتی در ارائه‌ی خدمات سلامت را با صدای بلند ابراز می‌کرد، در تمام دوره‌ی صدارت خود با تضعیف بخش خصوصی و با فربه‌سازی بخش دولتی از یک سو و ایجاد انتظارات غیرواقعی از آن با توسل به تبلیغات پوپولیستی از سوی دیگر، ناکارآمدی این بخش را بیش‌تر به نمایش گذاشت و با ضربه‌ای که به بخش خصوصی وارد کرد، آن‌ها را نیز در پاسخ‌گویی به نیازهای مردم ناتوان ساخت. پس در این شرایط، پیش از نمایش تابلوی بن‌بست سیاست‌های خود پیش چشم مردم، باید با فرار به جلو استعفا می‌داد و ما را ناگهان با این واقعیت مواجه می‌کرد که «آن طرف میز کسی برای پاسخ‌گویی نیست.» اما آن صندلی دیگر چرا خالی است؟

صندلی هدایت سازمان مدنی و تقریباً غیردولتی نظام پزشکی

قانون نظام پزشکی به‌عنوان یک نهاد واسط میان دولت و مردم و همچنین به‌عنوان یک نهاد کارشناسی در امور پزشکی وظایف

گوناگونی را برعهده‌ی این سازمان گذاشته است. البته درست است که برای عملی ساختن این وظایف ابزارها و ساختار مناسبی در اختیار آن قرار نگرفته و سازمان نیز در طی سال‌ها فعالیت این ابزارها و ساختار را برای خود تدارک ندیده است، اما به دلیل این‌که از محدود نهادهای مدنی حدواسط جامعه پزشکی و دولت است و به دلیل ناکارآمدی نهادهای سیاستگذار دولتی و انباشته شدن مطالبات مردم و پزشکان، انتظار از آن به‌عنوان یکی از بازیگران مدیریت نظام سلامت فزونی یافته است.

از یک سو جامعه‌ی پزشکی آن را نهاد صنفی و مدنی خود برای پی‌گیری مطالباتش می‌داند و از دیگر سو با فزونی یافتن بار مالی خدمات سلامت بر گرده‌ی مردم؛ آنان که پوشش بیمه‌ای مناسبی ندارند با نارضایتی بیش‌تر از جامعه‌ی پزشکی برای تظلم‌خواهی به این سازمان و وزارت بهداشت روی خواهند آورد و در این حال چون گذشته با جا خالی دادن وزارت بهداشت بسیاری از این انتظارات متوجه جامعه‌ی پزشکی و سازمان صنفی آنان خواهد شد.

حال در این شرایط فکر می‌کنید چه کسی حاضر خواهد شد که بر روی صندلی مدیریت این سازمان بنشیند؟ به‌همین دلیل بود که دکتر فاضل در هنگام برخاستن از صندلی ریاست سازمان گفت که پس از یک سال فهمیدم که نمی‌توانم پاسخگوی انتظارات همکارانم باشم.

اما دکتر فاضل فراموش کرد که جامعه‌ی پزشکی به همین خاطر وی را انتخاب کرده بود. دکتر فاضل فراموش کرده بود که وی نه بر مسند یک نهاد اجرایی، بلکه بر صندلی مدیریت یکی از محدودترین شبکه‌های سازمان یافته قانونی این کشور تکیه دارد، شبکه‌ای قانونی برای پی‌گیری مطالبات مردم و جامعه‌ی پزشکی!

آن‌چه دکتر فاضل فراموش کرده بود، قدرت یک شبکه‌ی ساختاریافته و قانونی از انسان‌هایی است که می‌توانند به‌طور یک‌پارچه مطالبات اعضا و مردم خود را پی‌گیری کنند.

شاید اگر دکتر فاضل به این واقعیت توجه می‌کرد، بر آن باور داشت و آن را جدی می‌گرفت، هنگام خالی شدن صندلی آن طرف میز، مرد شجاع این سوی میز راسخ‌تر بر صندلی خود می‌نشست و انتظارات آنانی را که نمایندگی آنان را برعهده گرفته بود، بر زبان می‌آورد.

گزارش

از هیئت مدیره چه خبر؟

دیدار نمایندگان جامعه‌ی پزشکی لاهیجان و سیاهکل با نماینده‌ی لاهیجان دکتر نیکفر
از انجمن پزشکان عمومی چه خبر؟
کنفرانس‌های انجمن پزشکان عمومی
انتخابات در انجمن دندانپزشکان ایران، نمایندگی لاهیجان و سیاهکل
همایش بزرگ پروتز در لاهیجان
درخت دوستی بنشان که کام دل به‌بار آرد



آخرین اطلاعات بیمه ای در رابطه با نیاز پزشکان و پیراپزشکان استان گیلان



در سایت www.mirvahabi.com اطلاعات بیمه ای و آخرین اطلاعاتی های مهم
در ارتباط با شغل و حرفه خود را جستجو کنید

خبر شو که کننده برای صاحبان خودروهای لوکس

طبق مصوبات مجلس اتومبیل متعارف تعریف شده است. اتومبیل متعارف به اتومبیلی گفته می شود که قیمت آن نصف دینه کامل در ماه های حرام باشد. با توجه به این که دینه کامل یک فرد مسلمان در سال ۱۳۹۷ مبلغ ۳۰۸ میلیون تومان اعلام گردیده؛ بنابراین اتومبیل متعارف در سال ۱۳۹۷ فقط تا مبلغ ۱۵۴ میلیون تومان تعریف می گردد. فلذا اگر شما به اتومبیلی صدمه بزنید که قیمت آن بالای ۱۵۴ میلیون تومان باشد؛ به نسبت این ۱۵۴ میلیون تومان مسئول پرداخت خسارت خواهید بود. به عنوان مثال اگر شما به یک اتومبیل ۳۰۸ میلیون تومانی خسارت وارد نمایید، فقط تا مبلغ ۱۵۴ میلیون تومان تعهد پرداخت خسارت خواهید داشت. اگر به گلگیر آن خسارت وارد نمایید؛ مبلغ گلگیر هر میزان که باشد؛ شما فقط به میزان ۵۰ درصد آن مسئولیت پرداخت خسارت دارید. یعنی اگر قیمت آن گلگیر بیست میلیون تومان باشد، شما فقط تعهد پرداخت خسارت تا ده میلیون تومان را خواهید داشت و اگر مثلاً "شما با یک ماشین چهارصد و شصت و دو میلیون تومانی تصادف بکنید، تعهد شما به یک سوم خواهد رسید. مثلاً" اگر گلگیر آن ماشین سی میلیون تومان باشد شما تعهد پرداخت خسارت فقط تا ده میلیون تومان خواهید داشت. این قانون در بیمه ها نیز تسریع داده شده و در بیمه نامه شخص ثالث که بیمه جایگزین شما در پرداخت خسارت خواهد بود؛ نیز به همین منوال خسارت پرداخت می نماید.

راه حل این چالش

تنها راه حل این چالش خرید بیمه نامه بدنه برای اتومبیل های بالای یکصد و پنجاه و چهار میلیون تومان است. از آن جا که مابه التفاوت خسارت پرداختی از محل بیمه نامه بدنه قابلیت ریکواری از مقصر حادثه را هم ندارد؛ ضرورت دریافت بیمه نامه بدنه بسیار حایز اهمیت خواهد بود.

تنها نمایندگی بیمه ایران در استان گیلان که از ساعت ۸ صبح تا ۸ شب به صورت یکسره آماده ارائه خدمات به متقاضیان محترم است. در صورت نداشتن وقت حضوری؛ کلیه خدمات ما را می توانید به صورت تلفنی و یا از طریق سایت در محل کار یا منزل خود دریافت نمایید.

میر کیا میروهابی

kia@mirvahabi.com / www.Mirvahabi.com

تلفن های تماس : ۳۳۲۴۰۱۸۷ - ۳۳۲۳۶۴۴۷ - ۳۳۲۲۵۷۹۰

نشانی: رشت - خیابان سعدی - نبش بلوار معلم



از هیئت مدیره چه خبر؟

دکتر الهام شاهرخی راد



جلسات هیئت مدیره‌ی نظام پزشکی‌ها بر اساس آیین‌نامه‌ی تشکیل جلسات سازمان نظام پزشکی به صورت ماهانه است، مگر در مواردی که به صورت جلسه فوق‌العاده اعلام شود؛ اما جلسات هیئت مدیره‌ی نظام پزشکی لاهیجان - سیاهکل به صورت هفتگی برگزار می‌شود، مگر در مواردی نادر که در هفته‌ای جلسه تشکیل نشده باشد.

از آغاز فعالیت هفتمین دوره‌ی هیئت مدیره‌ی این سازمان تا نیمه‌ی دی‌ماه ۹۷، غیر از جلساتی که در شهرداری، فرمانداری و اداره‌ی امور مالیاتی برگزار شده، ۵۵ جلسه تشکیل شده است. اهم اخبار مربوط به فعالیت هیئت مدیره‌ی این سازمان در فصل پاییز ۱۳۹۷ به شرح زیر است.

دارایی

دکتر جلالی به نمایندگی از هیئت مدیره‌ی نظام پزشکی در نشست با رئیس اداره‌ی امور مالیاتی لاهیجان که در اوایل مهر ماه برگزار شد، مشکلات جامعه‌ی پزشکی را مطرح کرد و خواستار مساعدت کارکنان دارایی در محاسبات خود شد. در جلسه‌ی مجدد نمایندگان نظام پزشکی با آقای علوی رئیس اداره‌ی امور مالیاتی در دی‌ماه، موارد زیر مورد بحث و تبادل نظر قرار گرفت:

۱- مسئله‌ی فاکتورهای مربوط به دریافت تسهیلات که همکاران باید توجه داشته باشند در صورت انعکاس این فاکتورها به اداره‌ی امور مالیاتی (چه از سوی بانک‌ها و چه خود متقاضی) این فاکتورها مشمول مالیات خواهند بود.

۲- در مورد جریمه‌ی مالیاتی ماده‌ی ۱۶۹ درباره‌ی ارسال معاملات فصلی مربوط به سال ۹۱ و این که بنا بر قانون، روسای ادارات امور مالیاتی می‌توانند تمام یا بخشی از جرائم را معاف کنند، در بعضی شهرها از جمله اصفهان و رشت

کلا بخشیده شد. در لاهیجان بنابر اظهار آقای علوی تا ۹۵ درصد اعضای نظام پزشکی مشمول مالیات واقع شده‌اند. از موارد دیگر مصوب شده در هیئت مدیره، انتخاب دکتر محمدکاظم پورکاظمی به عنوان مشاور مالیاتی نظام پزشکی لاهیجان - سیاهکل بود.

پسماند عفونی

بازرسان محیط زیست در جلسه‌ی پسماند با حضور نماینده‌ی نظام پزشکی، فهرست همکاران را در بازدیدهای خود ارایه کردند که تقریباً بیش‌تر موارد قرارداد پسماند عفونی را تمدید کرده بودند. اما نماینده‌ی محیط زیست از معرفی ۹ نفر از همکاران به دادگاه خبر داد، در حالی که قرارداد اکثر این همکاران با شرکت حمل پسماند عفونی تمدید شده و ظاهراً شرکت مربوطه اسامی این همکاران را اعلام نکرده بود. شماری از این همکاران نیز مشمول قانون پسماند نبودند. ضمن تلاش برای رفع اتهام از این همکاران، مقرر شد

قراردادهای پسماند عفونی در سه نسخه تنظیم شده و اسامی به نظام پزشکی ارایه داده شود. همچنین به اعضای سازمان اطلاع رسانی شد تا برگه‌ی قرارداد و فیش پرداخت را هنگام بازرسی‌ها در دسترس داشته باشند.

تفاهم‌نامه‌ی حقوقی

با توجه به این‌که از مدت‌ها پیش بسیاری از همکاران به لزوم در دسترس بودن مشاور حقوقی حاذق برای سازمان و اعضای آن اشاره داشتند، هیئت مدیره‌ی سازمان تصمیم گرفت ضمن مذاکره با وکلای استان، با یک تیم مجرب تفاهم‌نامه‌ای منعقد سازد و با پی‌گیری‌های رییس نظام پزشکی لاهیجان- سیاهکل جلسه‌ای با یکی از معتبرترین شرکت‌های حقوقی استان برگزار شد.

در این نشست آقای حسن سجادی، رییس موسسه حقوقی پژواک آوای حقیقت و رییس کانون وکلای استان گیلان، که به همراه یکی از مدیران این موسسه حضور داشتند، برای ارایه‌ی خدمات و مشاوره‌های حقوقی یا حتی ورود به پرونده در موارد کیفری برای خود سازمان یا اعضای سازمان اعلام آمادگی کردند و با حق‌الوکاله به‌صورت پراکسیس، البته با لحاظ تخفیف برای همکاران موافقت نمودند؛ اما در مورد درگیری‌های اتفاقی در اورژانس‌ها و... مطرح شد با توجه به این‌که اتهام متوجه شخص است و موضوع کیفری است، حضور شخص در مرحله‌ی اول در پاسگاه و... لازم است؛ اما در جلسات بعدی وکیل وی می‌تواند موضوع را پی‌گیری کند. در مورد شخصیت‌های حقوقی از ابتدا وکیل می‌تواند وارد موضوع شود.



در این زمینه تفاهم‌نامه‌ای منعقد شد و همکاران عضو این سازمان می‌توانند بر اساس این تفاهم‌نامه به این شرکت مراجعه و با تخفیف مربوطه، خدمات مشاوره‌ی حقوقی را دریافت کنند. ضمناً این شرکت از این پس و بر اساس این تفاهم‌نامه مشاور حقوقی سازمان نظام پزشکی لاهیجان- سیاهکل خواهد بود.

همکاران اورژانس

مشکلات همکاران شاغل در اورژانس بیمارستان‌های دولتی ۲۲ آبان و سیدالشهدا از جمله کمبود نیروی کار، افزایش تعداد کشیک برای پزشکان اورژانس به‌علت نبود نیرو، حجم بالای مراجعه (ناشی از کم‌تر بودن قابل توجه تعرفه ویزیت

در بخش دولتی) که منجر به کاهش کیفیت ارایه‌ی خدمات می‌شود، تاخیر در پرداخت کارانه‌ها و نبود امنیت در محیط کار؛ در جلسه‌ی هیئت مدیره مطرح شد. به‌علت تاخیر پرداختی‌های همکاران حاضر به فعالیت به صورت نیروی قراردادی نیستند و طبق اطلاع سهمیه‌ی پزشکان طرحی استان گیلان نیز جوابگوی رفع مشکلات نبوده است.

در تماس تلفنی با معاونت پشتیبانی دانشگاه، دکتر آشوبی قول رفع مشکل نیروی انسانی اورژانس تا ۱۰ آبان را داد، تا پس از جذب نیروی پزشک طرحی مشکل رفع شود. همچنین در تماس تلفنی با دکتر حریرچی، سخنگوی وزارت بهداشت، وی قول پیگیری طی مدت ۴۸ ساعت را داد و با ارسال نامه‌ای موضوع به فرمانداری نیز انعکاس یافت؛ اما متأسفانه فقط سه پزشک طرحی به استان اختصاص یافت که همگی در بخش بهداشتی در رشت مشغول شدند!

مصوب شد در جلسه‌ای با نماینده‌ی شهر در مجلس شورای اسلامی، معاون سیاسی امنیتی فرماندار و روسای شبکه‌های بهداشت و روسای بیمارستان‌های شهرهای لاهیجان و سیاهکل برای رفع این مشکل چاره‌اندیشی شود. این جلسه در روز یکشنبه ۱۸ آذر برگزار شد و در این جلسه دکتر نیکفر قول برگزاری جلساتی را با مسئولین دانشگاه و بیمه‌ها برای پی‌گیری موضوع داد.

آسانسور

برای نصب آسانسور در ساختمان نظام پزشکی با مهندسین طراح و پیمان‌کار مشاوره و طرح‌های ایشان ارایه و بررسی شد. با برآورد قیمت انجام شده (حدود ۲۵۰ میلیون تومان) پیشنهاد شد خرید تجهیزات لازم در مرحله‌ی اول (پیش از افزایش بیش‌تر قیمت‌ها) و سپس در مرحله‌ی دوم نصب آسانسور و سازه‌های مرتبط انجام شود.

همچنین هیئت مدیره تصویب کرد برای تامین مالی پروژه‌ی نصب آسانسور از منابع زیر کمک بگیرد:

- ۱- کمک از همکاران و اعضای نظام پزشکی.
- ۲- امکان دریافت از سازمان نظام پزشکی کل، که امکان آن با توجه به وضعیت بودجه‌ی سازمان خیلی ضعیف است.
- ۳- دریافت از سایر سازمان‌ها و ارگان‌ها (استانداری و ...)
- ۴- دریافت تسهیلات کم بهره از موسسات اعتباری.

با بحث و بررسی درباره‌ی موارد فوق، بیش‌ترین امید به کمک همکاران و اعضای سازمان است و مقرر شد متعاقباً روش برآورد هزینه در جلسه‌ای با اعضای نظام پزشکی تعیین شود.

همچنین دکتر مسعود ذوقی به‌عنوان مسئول نظارت بر نصب آسانسور و هماهنگی‌های لازم انتخاب شد و مصوب شد پس از دریافت نتیجه‌ی استعلام از سایر شرکت‌های نصب آسانسور و ارایه‌ی طرح ۳د مهندس طراح، در مورد خرید تجهیزات لازم اقدام شود.

کمیته‌ی ورزشی

در نشستی با آقای مودبی، رییس اداره‌ی تربیت بدنی شهرستان لاهیجان در جلسه‌ی هیئت مدیره‌ی نظام پزشکی، وی در مورد هیئت ورزشی بیماران خاص و پیوند اعضا توضیحاتی ارایه داد و درخواست برگزاری جلساتی در آینده برای همکاری فی‌مابین را مطرح کرد.

چیز منوط شد به پس از اصلاح مصوبه شورا. همچنین موضوع به شورای هماهنگی نظام پزشکی‌های استان ارجاع شد و از طریق مهندس جهانگیری معاون سیاسی فرمانداری لاهیجان نیز پی‌گیری شد و با ارسال نامه به فرمانداری و جلسات متعدد در فرمانداری، موضوع عوارض شغلی پزشکان و معافیت آن براساس رای دیوان عدالت اداری و موضوع تابلوها مطرح و مستندات ارایه شد. ظاهراً نامه‌ی قائم مقام وزیر کشور به استانداری برای ابلاغ رای دیوان به فرمانداری و شهرداری نرسیده است.

از این رو از فرمانداری درخواست شد ایراد قانونی به شورا تذکر داده شود که عوارض شغلی به حرف پزشکی تعلق نمی‌گیرد.

در آخرین جلسه در فرمانداری لاهیجان که در روز شنبه ۹۷/۱۰/۸ برگزار شد، افزون بر معاون فرماندار و رییس



شورای شهر، مهندس حمزه خوشحال مشاور حقوقی استانداری در تطابق مصوبات شوراها با مقررات جاری کشور و خانم تقی‌نژاد کارشناس مسئول فرمانداری لاهیجان در امور شوراها، نمایندگان هیئت مدیره‌ی نظام پزشکی لاهیجان - سیاهکل (دکتر مهران قسمتی‌زاده، دکتر جواد محمدعلیزاده، دکتر نرگس نقاش صورتگر و دکتر الهام شاهرخی) و از شورای هماهنگی نظام پزشکی‌های استان نیز دکتر محمدکاظم پورکاظمی دبیر نظام پزشکی رشت و دکتر علی صادقی حریری رییس نظام پزشکی آستارا و نایب رییس شورای هماهنگی حضور داشتند.

در این جلسه مهندس خوشحال اظهار داشت مصوبه‌ی هیئت عمومی دیوان عدالت اداری رای وحدت رویه نبوده و نامه به استانداری‌ها باید از سوی وزیر کشور ابلاغ شود و یا شهرداری به شورای شهر پیشنهاد بدهد و شورای شهر تصویب کند!

به هر روی در لاهیجان، رییس شورای شهر قول همکاری داد در تنظیم بودجه‌ی سال ۹۸ که در ماه آینده انجام می‌شود، عوارض شغلی پزشکان از بودجه حذف شود و در مورد تابلو هم ماه آینده جلسه‌ی هماهنگی تشکیل شود.

همچنین قرار شد برای رفع موضوع در کل کشور از طریق شورای عالی نظام پزشکی و ریاست کل پی‌گیری شود و از رییس مربوطه در مورد ثاقب بودن امضا نامه قائم مقام استعلام شود.

همکاران هیئت مدیره نیز نقطه نظرات‌شان را بیان کردند. همچنین در این جلسه با توجه به مداخلات پزشکی مربیان ورزشی و تجویز غیرمجاز داروها از سوی ایشان، لزوم نظارت و برگزاری کلاس‌های آموزشی ویژه مربیان مطرح شد.

تشکیل کمیته‌ی ورزشی سازمان نظام پزشکی لاهیجان - سیاهکل دی ماه در هیئت مدیره تصویب شد و دکتر اردشیر شهریزاد به عنوان رابط هیئت مدیره با کمیته و اداره‌ی تربیت بدنی، دکتر رویین مجتبوی به عنوان دبیر کمیته و دکتر علیرضا سلطانی‌نژاد به عنوان مسئول ورزشی بیماران خاص انتخاب شدند. در ضمن طبق مصوبه پس از فراخوان و معرفی نامزدها از سوی دبیر و رابط کمیته، اعضای کمیته در هیئت مدیره انتخاب خواهند شد.

عوارض

موضوع عوارض تابلو و عوارض کسب و پیشه‌ی اعضای جامعه‌ی پزشکی از مدت‌ها پیش مورد مناقشه بین شهرداری‌ها و نظام پزشکی‌های سراسر کشور بوده است. تعدادی از نظام پزشکی‌ها از شهرهای مختلف با ارایه‌ی دادخواست از دیوان عدالت اداری موضوع را در شهر خود رفع کردند، تا این که نظام پزشکی ارومیه موضوع را به هیئت عمومی دیوان عدالت اداری ارجاع داد که نتیجه‌ی آن معاف بودن جامعه پزشکی از عوارض کسب و پیشه بود.

همچنین بر اساس رای دیوان، تابلوهای سر در مطب‌ها معاف از عوارض تابلو هستند؛ اما در مورد تابلوهای عمود بر ساختمان و تابلوی معابر، عوارض تابلو بر اساس مصوبات شورای شهر که برای هر منطقه ضریب مشخصی دارد، باید پرداخت شود.

در دی‌ماه ۹۶ دکتر سامانی، قائم مقام وزیر کشور در امور مجلس و هماهنگی استان‌ها، به دنبال درخواست نماینده‌ی دیوان عدالت اداری رای هیئت عمومی دیوان را به استانداران ابلاغ کرد و دستور داد به شهرداری‌ها و شوراهای شهر ابلاغ کنند تا این موارد را از بودجه‌ی سالانه‌ی خود حذف کنند.

همچنین در پی گیری‌های متعدد با رییس شورای شهر توقف عملیات از سوی مامورین شهرداری برای برچسب زدن بر روی تابلوها درخواست شد، تا زمانی که در جلسه‌ی حضوری در مورد این موضوع طرفین به توافق برسند، با این وجود مکرر در سطح شهر شاهد برچسب زدن بر روی تابلوهای پزشکی در سطح معابر بودیم.

اما در مورد موضوع ابلاغ عوارض شغلی از سوی شهرداری برای برخی از همکاران، رییس شورای شهر تصدیق کرد در مورد معافیت از پرداخت عوارض صنفی حق با نظام پزشکی است و اعضای نظام پزشکی نباید مبلغی پرداخت کنند؛ ولی متأسفانه در سال گذشته در انشای عوارض وضع شده توسط شورا برای پزشکان، عوارض تعیین شده و به فرمانداری و شهرداری ابلاغ شده است.

در مذاکره‌ی شفاهی قرار شد که نامه‌ای از سوی نظام پزشکی تنظیم و به این مسئله اعتراض شود و این اعتراض سبب طرح دوباره در شورا و لغو مصوبه‌ی قبلی و استعلام از بخش حقوقی استانداری برای لغو قانونی عوارض در نظر گرفته برای اعضای جامعه‌ی پزشکی شود. پرداخت عوارض تابلوها هم منوط به تعیین وضعیت این مسئله از سوی شورای شهر شد. قرار شد پس از تعیین وضعیت فوق، در جلسه‌ای با شهردار و رییس شورای شهر در مورد نرخ عوارض تابلوها هم توافق شود و همه



دیدار نمایندگان جامعه‌ی پزشکی لاهیجان و سیاهکل با نماینده‌ی لاهیجان دکتر نیکفر

دکتر نیکو مستوفی

مرتب‌به تماس تلفنی، تقاضای دریافت نیرو داده شده که متأسفانه راه به جایی نبرده‌است. ۱ نیرو به لاهیجان داده‌اند که با توجه به پایان طرح همکار فعلی بیمارستان، عملاً همان روند سابق ادامه خواهد یافت. در بازدیدی که اخیراً آقای دکتر آشوبی داشتند؛ مشکل کمبود نیرو را به ایشان هم گفته‌ام. دکتر آکسته افزود: «طی یک شیفت ۶ ساعته در یک روز به طور متوسط ۸۰ مریض ویزیت می‌شود که در روزهای شلوغ این میزان به ۱۲۰ ویزیت هم می‌رسد که در کنار این حجم از مراجعات، کدهایی داخل بخش و «کد احیا» نیز بر عهده‌ی ما خواهد بود. از طرفی مطالبات ما از مهر ۹۶ پرداخت نشده‌است. البته دکتر آشوبی در همین بازدید قول دادند که ۸۰ درصد از کارکرد Pre case را تا پایان آذرماه پرداخت نمایند. ما انتظار داریم که اگر قولی داده می‌شود، اجرا هم بشود.» دکتر احمد طاهر قاسمی، پزشک شاغل در اورژانس بیمارستان سیدالشهدا گفت: «از مسئولین دلخور هستم، زیرا توقع دارم نگاه آن‌ها به پزشک شاغل در اورژانس نسبت به پزشک شاغل در بخش بهداشت فرق کند، زیرا ما حتی ۱ ساعت هم قادر به خالی گذاشتن پست خود نیستیم، این در حالی است که پزشک شاغل در درمانگاه به راحتی می‌تواند در محل کار حاضر نشود. بنابراین در هر اورژانس حداقل ۶ نیرو می‌بایست وجود داشته‌باشد. بارها تقاضای مرخصی بدون حقوق کرده‌ام که موافقت نشده‌است. از طرفی

سپید، مدیر عامل صندوق تعاونی اعتبار نظام پزشکی و همکاران شاغل در اورژانس حضور داشتند؛ دکتر مهران قسمتی‌زاده، رییس نظام پزشکی، ضمن تبیین مشکلات جاری در اورژانس‌ها گفت: «این جلسه را تشکیل دادیم تا با کمک همه‌ی آنهاپی که ذی‌نفع و صاحب‌نظر هستند به دنبال راه‌حلی برای برون‌رفت از مشکل باشیم. هرچند که مسلماً این راه‌حل یک راه‌حل اجرایی نخواهد بود که سریعاً به نتیجه برسد، ولی احتمالاً از این جلسه می‌توان به کانال‌هایی رسید که مشکلات این بخش از خانواده را پیگیری کنیم. امیدواریم پس از پیگیری شما دکتر نیکفر بتوانیم نتیجه را ببینیم، چون ما حداقل در این مورد ۶ ماه است که درگیریم و از به‌وجودآوردنندگان این مشکل درخواست راه‌حل کردیم، که به نتیجه‌ای نرسیدیم.»

سپس از دکتر نیکفر خواسته شد که هم به عنوان نماینده و یک فرد حقوقی و هم به عنوان یک فرد حقیقی و در کسوت پزشک، زبان گویای جامعه‌ی پزشکی شهرستان نزد مسئولین ذی‌ربط گردد و مطالبات‌شان را پیگیری کند. در ادامه دکتر قسمتی‌زاده از همکاران شاغل در اورژانس خواست گزارشی از وضعیت موجود بدهند و از روسای بیمارستان‌ها هم دعوت کرد که مشروح مشکلات‌شان را بیان کنند. دکتر شهرام آکسته پزشک شاغل در اورژانس بیمارستان ۲۲ آبان لاهیجان ضمن تشکر از تشکیل جلسه گفت: «طی ۴ مورد نامه‌ی کتبی و چندین

در پی طرح تحول سلامت و افزایش بار کاری غیرمتعارف در بخش اورژانس بیمارستان‌های دولتی، شرایط به گونه‌ای پیش رفت که منجر به عدم رضایت پزشک و بیمار گردید. از یک‌سو پزشکان با ازدیاد مراجعات مواجه شده‌اند و از سوی دیگر کمبود تعداد پزشک و امکانات، فرصت خدمات‌رسانی با کیفیت را از ایشان سلب نموده‌است. در برابر این حجم بالای کار، داستان معوقات مالی هم مزید بر علت شده و منجر به نارضایتی شغلی بین پزشکان شاغل در اورژانس شده‌است.

از نگاه دیگر، بیماران هم از صف‌های طولانی انتظار و کمبود امکانات و دریافت خدماتی نه‌چندان مطلوب شاکی هستند.

نارضایتی دو سوی طیف درمان، سازمان نظام پزشکی لاهیجان را برآن داشت تا به امید یافتن گوشه‌ی شنوا و دستی‌توانا، در کنار همکاران شاغل در اورژانس قرار گیرد. در این راستا با مسئولین دانشگاه متبوع مکاتباتی صورت گرفت و جلساتی برگزار شد و در ادامه‌ی پیگیری‌ها، این بار نظام پزشکی لاهیجان روز یکشنبه ۹۷/۰۹/۱۸، نشستی با دکتر ذبیح نیکفر، نماینده‌ی محترم شهرستان لاهیجان-سیاهکل ترتیب داد. در این جلسه که رییس شبکه‌ی بهداشت شهرستان لاهیجان، رییس نظام پزشکی لاهیجان-سیاهکل و اعضای هیئت مدیره، روسا و نمایندگان از بیمارستان‌های دولتی و خصوصی، همکاران دادسرای انتظامی نظام پزشکی، تحریریه‌ی نشریه‌ی ندای

ساختاری است. سال‌هاست که مشکل ما حل نشده رها می‌شود و ما فقط به طرح مشکل می‌پردازیم. اشکال از نحوه‌ی مدیریتی است که با سیاست راه بیانداز، بعد جا بیانداز کارها را پیش می‌برند.»

دکتر شکوهی مدیرعامل شرکت تعاونی اعتبار نظام پزشکی، به قانون حبس پزشکان که در سال ۹۲ تصویب و سپس تعلیق شد؛ اشاره کرد و خطاب به دکتر نیکفر گفت: «متأسفانه مجدداً ریاست قوه قضائیه با همکاری کمیسیون در حال تدوین این قانون است. از آنجایی که شما پزشک هستید و خانه‌ی اول و آخر شما مطب است و قصور هیچ پزشکی عمدی نیست؛ لطفاً این مسئله را پیگیری نمایید تا تبعات آن دامن گیر جامعه‌ی پزشکی نشود.»

دکتر هادی اخوت‌پور نماینده‌ی داروسازان در هیئت مدیره به عدم قرارداد بیمه سلامت با داروخانه‌های تازه تاسیس اشاره کرد و گفت: «این موضوع توجیه درستی ندارد چون منجر به افزایش بار مالی بیمه‌ها نخواهد شد، زیرا تعداد بیماران ثابت است و با افزایش تعداد داروخانه‌ها، تعداد بیماران که افزایش نمی‌یابد و در نهایت بیمار به دلخواه خود دارو را از یک داروخانه تهیه می‌کند.»

در پایان دکتر ذبیح نیکفر ضمن تایید مشکلات موجود گفت: «در مدت خدمت همواره مشکلات مطروحه را منتقل و پیگیری کرده‌ام و از نظرات کارشناسانه‌ی همکاران نهایت بهره را برده‌ام.» نماینده‌ی مردم لاهیجان و سیاهکل در مجلس افزود: «برای آن که مشکلات شهرستان از سوی مسئولین لمس شود و از نزدیک شاهد معضلات باشند؛ از رییس کمیسیون بهداشت مجلس، دکتر شهریاری دعوت به عمل آورده‌ام به منطقه سفر کند که این امر روز چهارشنبه ۹۷/۹/۲۱ محقق می‌شود.» دکتر نیکفر در پایان به موضوع معوقات مالی اشاره نمود و آن را با شدت و ضعف، مشکلی سراسری خواند و افزود: «طی پیگیری‌های قبلی توانستیم دستور پرداخت بخشی از معوقات تامین اجتماعی را از مرحوم نوربخش بگیریم. برای حل مشکلات بیمه‌ی سلامت هم قول‌های شفاهی گرفته‌ام که در پی مکاتبات هستیم تا دستور نهایی آن‌ها صادر شود.»

پزشکان متخصص کشیک در بیمارستان پیروز، بیمارستان الغدیر را نیز تحت پوشش داشته‌باشند.»

دکتر ولی‌زاده به نمایندگی از بیمارستان خصوصی میلاد گفت: مشکلات ما عمدتاً برمی‌گردد به وضعیت بیمه‌ها و پرداختی آن‌ها. بیمه‌ی تامین اجتماعی ۱۰ ماه است که به مطب‌ها و بیمارستان‌ها پرداختی نداشته‌است که با توجه به افزایش قیمت تجهیزات، زیان وارده قابل پیش‌بینی است. از طرف دیگر مطابق با قانون بیمه، برای خدمات بیمه سقف تعیین شده‌است که اصلاً توجیه ندارد. من در صحبتی که با مدیر کل بیمه داشتیم، عنوان کردم که چگونه می‌توان به بیماری که به دلیل

پزشکان ما عملاً ۱۶۲ ساعت کشیک می‌دهند و از آنجایی که پزشک آنکال نداریم، عملاً تمام مسئولیت بیمار با پزشک اورژانس خواهد بود. از طرفی تجهیزات ما برای اورژانس سرپایی است و قادر به پوشش بیماران ترومایی نیستیم، چون حتی آمبولانس هم نداریم. وی افزود: بیمارستانی که ساخته شود و عملاً هیچ امکاناتی نداشته‌باشد در واقع ظلم به مردم آن منطقه است

MI در CCU بستری است، روز سوم بگویم ببخشید سقف بیمه شما پر شده‌است و باید بروید؟! چگونه به بیماری که با سکتای مغزی (C.V.A) یا خونریزی فعال گوارشی (Active GI.Bleeding) به اورژانس مراجعه می‌کند؛ بگویم سقف بیمه‌ی بیمارستان پر شده و از پذیرش شما معذوریم؟! این قوانین با ذات درمان منافات دارد.»

دکتر خائف نماینده‌ی بیمارستان خصوصی شفا ضمن تاکید بر مشکلاتی که قانون سقف بیمه‌ها ایجاد می‌کند، افزود: «با این قانون اورژانس‌های بیمارستان‌های خصوصی قادر به پذیرش عمل‌های جراحی اورژانس نخواهند بود، چون سقف بیمه‌ها عملاً کفاف جراحی‌های elective و غیراورژانس بیماران بستری در بیمارستان را نخواهد داد، چه رسد به پذیرش جراحی‌های اورژانس.»

دکتر مشفق دادستان دادسرای نظام پزشکی لاهیجان گفت: «مشکل ما

استان‌های دیگر برای خدمات خود ساعتی پول دریافت می‌کنند و پزشک می‌داند فعالیت و کشیک‌اش درآمدزا خواهد بود، ولی در گیلان چنین نیست.»

در ادامه، دکتر ارشاد رییس بیمارستان ۲۲آبان مشکل اصلی را مسئله‌ی مالی دانست و اضافه کرد با توجه به کم‌بودن تعرفه‌ها، افزایش نیرو و به دنبال آن کاهش مراجعات به پزشک، کمبود درآمد پزشکان را در پی دارد. از سوی دیگر اورژانس بیمارستان ۲۲آبان اشکال ساختاری و تجهیزاتی دارد که امید داریم با پیگیری‌های دکتر نیکفر مسئله‌ی مالی و تامین تجهیزات مرتفع شود تا بتوانیم در اورژانس جان بسیاری از بیماران را نجات دهیم و عوارض بعدی بیماری را به حداقل برسانیم.»

آقای دکتر لاجوردی رییس بیمارستان سیدالشهدا، لاهیجان را قطب درمان شرق گیلان خواند و گفت: «دغام بیمارستان سیدالشهدا و ۲۲آبان در بیمارستان پیروز نه تنها مشکل اورژانس‌ها را حل نمی‌کند، بلکه با کمبود اتاق عمل هم مواجه خواهیم شد و عملاً مشکلات حال حاضر اورژانس‌ها را تکرار خواهیم کرد. ما امیدواریم که بتوانیم بیمارستان سیدالشهدا را به عنوان مرکز گوش و حلق و بینی و چشم ارتقا دهیم.» خانم دکتر دشتی رییس بیمارستان الغدیر سیاهکل از وضعیت بیمارستان محل فعالیت خود گلّه‌مند کرد و افزود: «پزشکان ما عملاً ۱۶۲ ساعت کشیک می‌دهند و از آنجایی که پزشک آنکال نداریم، عملاً تمام مسئولیت بیمار با پزشک اورژانس خواهد بود. از طرفی تجهیزات ما برای اورژانس سرپایی است و قادر به پوشش بیماران ترومایی نیستیم، چون حتی آمبولانس هم نداریم.» وی افزود: «بیمارستانی که ساخته شود و واقع ظلم به مردم آن منطقه است.»

خانم دکتر رضایی رییس شبکه‌ی بهداشت و درمان لاهیجان ضمن تقدیر از همکاران شاغل در اورژانس، کار آن‌ها را از خودگذشتگی خواند و گفت: بارها کتبی و شفاهی پیگیر مطالبات و تامین نیرو برای این عزیزان بوده‌ام و همچنان در کنار این همکاران خواهم بود.» وی در مورد بیمارستان الغدیر سیاهکل گفت: «با افتتاح بیمارستان پیروز قرار است



دکتر عبدالرضا نژادشمسی

از انجمن پزشکان عمومی چه خبر؟

نظر دارد چند برنامه‌ی آموزش مداوم دیگر از جمله CPR، استئوپروز و دیابت را تا پایان سال جاری برگزار نماید که پس از طی مراحل لازم و دریافت مجوزها به اطلاع همکاران محترم خواهد رسید.

* با ارسال نامه‌ای به مدیرعامل سازمان تامین اجتماعی و مسئولین سازمان‌های بیمه‌گر پرداخت معوقه مطالبات همکاران درخواست شد.

* متن نامه‌ی اعتراض انجمن مرکزی پزشکان عمومی به رای دیوان عدالت مبنی بر ممنوعیت استفاده از لیزر برای پزشکان عمومی در جلسه‌ی هیئت مدیره مطرح شد و پس از جمع‌آوری امضا از اعضای انجمن به انجمن مرکزی برای اقدام مقتضی ارسال شد.

* نمایندگان بیمه‌ی پاسارگاد برای ارایه‌ی خدمات بیمه‌ی عمر و بیمه‌ی سرمایه‌گذاری به اعضای انجمن طرح خود را ارایه کردند. از نماینده‌ی این بیمه در جلسه‌ی هیئت مدیره دعوت شد و مقرر شد پس از ارایه‌ی مستندات لازم از سوی نمایندگی بیمه درباره‌ی عقد تفاهم‌نامه با این نمایندگی برای معرفی همکاران با تخفیف ویژه بررسی و اقدام شود.

* در سال جاری بیمه‌ی دی که طرف قرارداد با بنیاد امور جانبازان و خانواده‌های محترم شهداست، بنابه اظهار مسئولین این بیمه به‌طور یک‌طرفه تصمیم به لغو قرارداد با همکاران پزشک عمومی و برخی از متخصصین نمود و فقط با برخی از درمانگاه‌ها قرارداد خود را تمدید کرد.

این موضوع با واکنش همکاران در انجمن‌های پزشکان عمومی صومعه‌سرا و رشت همراه بود که به چند شهر دیگر هم تسری پیدا کرد. در لاهیجان نیز تصمیم هیئت مدیره بر این قرار گرفت تا موضوع از طریق انجمن پزشکان عمومی ایران با مذاکره با مسئولین بنیاد و بیمه‌ی دی مرتفع شود. همچنین از طریق نظام‌پزشکی لاهیجان- سیاهکل موضوع به شورای هماهنگی نظام پزشکی‌های استان برای بررسی و چاره‌جویی انعکاس یافت.

جلسات هیئت مدیره‌ی انجمن پزشکان عمومی لاهیجان، سیاهکل، آستانه و کیاشهر که ماهانه برگزار می‌شود، تا پاییز امسال نیز به‌طور منظم و تاکنون ۱۰ جلسه برگزار شده است.

در این جلسات چالش‌های پیش روی همکاران پزشک عمومی در بخش‌های مختلف بررسی و چاره‌اندیشی می‌شود. گزارش فعالیت هیئت مدیره‌ی انجمن پزشکان عمومی لاهیجان در پاییز ۹۷ به شرح زیر است:

* در جلسه‌ی مشترک مدیریت شبکه‌ی بهداشت و درمان لاهیجان دکتر زری رضایی و دکتر ذبیح نیکفر نماینده‌ی محترم لاهیجان، دکتر شهرام آکسته به نمایندگی از انجمن پزشکان عمومی و پزشکان شاغل در اورژانس بیمارستان‌ها حضور داشتند.

در این جلسه مشکلات صنفی پزشکان شاغل در اورژانس‌ها از جمله وضعیت فیزیکی و کمبود نیرو در اورژانس بیمارستان و تاخیر در پرداخت معوقات مطرح شد. با پی‌گیری مسئولین محترم بخشی از این معوقات تسویه شد.

* اجرای برنامه‌ی نسخ الکترونیک بیمه‌های درمانی چالش جدیدی است که برنامه‌ی اجرایی آن با نواقص متعددی همراه است. مقرر شد نمایندگان انجمن ضمن بررسی برنامه و نظرخواهی از سایر همکاران این نواقص را جمع‌بندی کنند و سپس نواقص به اطلاع سازمان‌های بیمه‌گر مربوطه برسد.

* انجمن با پشتیبانی همکاران گرامی دو برنامه‌ی دورهمی خانوادگی در ۲۷ مهرماه و ۱۶ آذرماه برگزار کرد. هدف از این دورهمی‌ها ضمن گذراندن ساعاتی خوش به همراه خانواده‌ها، همگرایی بیشتر صنفی جامعه پزشکی و آشنایی خانواده‌ها در فضایی دوستانه است.

* پاییز امسال (۱۳۹۷) انجمن پزشکان عمومی ۳ برنامه‌ی آموزش مداوم با عناوین: کمردرد، تازه‌های پزشکی گوارش و نارسایی قلبی را در سالن همایش دکتر علیرضا وارسته در نظام پزشکی لاهیجان- سیاهکل برگزار کرد. این برنامه‌ها با استقبال همکاران محترم روبه‌رو شد. این انجمن در



موعد دیدار؛ سالن دکتر وارسته کنفرانس‌های انجمن پزشکان عمومی

دکتر الهام شاهرخی راد



ماه برگزار شد. دبیر علمی این کنفرانس دکتر رضا پوربهادر و سایر سخنرانان دکتر فردین میربلوک، دکتر وحید نیک‌سرشت و دکتر مهدی صیادنیک بودند که در مورد تازه‌های تشخیصی و درمانی نارسایی قلب دانش خود را با شرکت‌کنندگان در کنفرانس به اشتراک گذاشتند.

انجمن پزشکان عمومی ضمن سپاسگزاری از اساتید و اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان در قبول زحمات و بذل بی‌دریغ دانش خود، و قدردانی از معاونت محترم آموزشی و دفتر آموزش مداوم دانشگاه علوم پزشکی گیلان در همکاری برای برگزاری این همایش‌ها، و همچنین سپاس فراوان از همکاران شرکت‌کننده در همایش‌ها که پشتیبانان اصلی انجمن هستند، دو کنفرانس دیگر را نیز در زمستان امسال در دست برنامه‌ریزی دارد که تاریخ برگزاری آن‌ها پس از دریافت مجوزهای لازم از اداره کل آموزش مداوم به اطلاع شرکت‌کنندگان محترم خواهد رسید:

۱- کنفرانس تازه‌های تشخیصی و درمانی دیابت و هیپرلیپیدمی بر اساس آخرین گایدلاین‌ها در ۲۵ بهمن. دبیر علمی کنفرانس دکتر محمدحسن هدایتی امامی، با سخنرانی دکتر حمیدرضا آقایی میبدی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران.

۲- کنفرانس استئوپروز بر اساس گایدلاین‌های جدید در ۹ اسفند، با همکاری مرکز تحقیقات روماتولوژی دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دبیر علمی دکتر اصغر حاجی عباسی، با حضور و سخنرانی پروفسور احمدرضا دهپور.

انجمن پزشکان عمومی لاهیجان، سیاهکل، آستانه و کیاشهر در تداوم تلاش خود برای برگزاری کنفرانس‌های بازآموزی در لاهیجان، در آذرماه ۱۳۹۷ سه کنفرانس در سالن همایش دکتر علیرضا وارسته نظام پزشکی لاهیجان- سیاهکل برگزار کرد.

به گزارش ندای سپید؛ اولین کنفرانس «کنفرانس کمردرد» بود که با همت و همکاری دکتر وحید فرسیو اورتوپد پرتلاش و خوشنام شهر در ۱۵ آذر برگزار شد. دبیر علمی کنفرانس دکتر علی کریمی، و دیگر سخنرانان که ایشان را همراه می‌کردند؛ دکتر حبیب زینی (روماتولوژیست)، دکتر علی کاظم‌نژاد (نوروسرجر)، دکتر امین کشاورز (رادیولوژیست) و آقای محمد الهامی (فیزیوتراپ) بودند.

دومین کنفرانس ۲۲ آذر ماه بود؛ «کنفرانس تازه‌های تشخیصی و درمانی گوارش» که به‌صورت دو پانل در زمینه IBS و کبدچرب برگزار شد. دبیر علمی این کنفرانس دکتر افشین شفق بود که به‌همراه دیگر استادان سخنران، دکتر صبا فخریه اصل، دکتر کیوان امینیان، دکتر محمود یوسفی مشهور، دکتر کوروش مجتهدی و دکتر امینه جنتی، مباحث کاربردی بالینی را به همراه معرفی چند بیمار به بحث گذاشتند.

سومین کنفرانس نیز «کنفرانس نارسایی قلبی» بود که با زحمات دکتر احمد اکرامی (کاردیولوژیست لاهیجانی) در ۲۹ آذر





همایش بزرگ پروتز در لاهیجان

دکتر فریبا حسام محسنی



همایش بزرگ پروتز با حضور دوتن از بزرگان پروتز ایران ۸ و ۹ آذرماه به همت انجمن دندانپزشکی لاهیجان- سیاهکل برگزار شد.

به گزارش ندای سپید؛ در این همایش که با حضور استاد دکتر مسعود اجلالی و استاد دکتر کاوه سیدان از استادان پروتز کشور و بیش از ۸۰ نفر از دندانپزشکان گیلان در لاهیجان برگزار شد، شرکت آپاداناتک نیز با ارائه ی پکیج مواد دندانپزشکی (با ارز دولتی) به شرکت کنندگان همایش حضور داشت.

از دیگر شرکت کنندگان همایش می توان به حضور اساتیدی چون استاد دکتر حسن شایسته و استاد دکتر مرتضی نشاندار اشاره کرد. انجمن دندانپزشکی لاهیجان-سیاهکل مفتخر است مراتب سپاسگزاری اش را از حضور ارزشمند اساتید عزیزمان و شرکت بزرگ آپاداناتک و دیگر همکاران عزیز که با حضورشان بر غنای همایش افزودند؛ اعلام نماید.





انتخابات در انجمن دندانپزشکان ایران، نمایندگی لاهیجان و سیاهکل

هیئت مدیره و بازرس انجمن دندانپزشکی ایران، نمایندگی لاهیجان و سیاهکل انتخاب شدند.

به گزارش ندای سپید، انتخابات هیئت مدیره و بازرس انجمن دندانپزشکان لاهیجان و سیاهکل، بعد از اتمام دوره‌ی سه ساله‌ی هیئت مدیره و بازرس پیشین، روز جمعه ۲۳ آذر ۹۷ در سالن همایش دکتر وارسته نظام پزشکی لاهیجان برگزار شد.

جلسه‌ی انتخابات و مجمع عمومی انجمن دندانپزشکی ایران-نمایندگی لاهیجان سیاهکل، بعد از تلاوت آیاتی از قرآن مجید و سرود جمهوری اسلامی آغاز گردید و ابتدا دکتر سیده فریبا حسام محسنی ریاست انجمن دندانپزشک (نمایندگی لاهیجان-سیاهکل) ضمن عرض خیرمقدم به مسئولین انجمن تهران، مهمانان و همکاران دندانپزشک از حضور ارزشمند همه‌ی حضار تشکر کردند و با حضور دکتر همایون فراست، ریاست کمیته‌ی شعب شهرستان‌های انجمن دندانپزشکی ایران (مرکز) و دکتر عباس دلورانی خزانه‌دار انجمن دندانپزشکی ایران رسمیت یافت.

در ادامه دکتر پوراکبر ریاست انجمن دندانپزشکی (شعبه‌ی گیلان) از همکاران خواست تا هیئت ریسه‌ی انتخابات جهت اداره‌ی جلسه را اعلام نمایند، سپس دکتر محمدجواد علیزاده رییس و دکتر شهره علیدوست منشی و دکتر علی فلاح تکامی ناظر اول و دکتر مریم السادات شریفی ناظر دوم، اداره‌ی جلسه‌ی انتخابات را برعهده گرفتند. در آغاز این مرحله، دکتر فریبا حسام محسنی خلاصه‌ی فعالیت سه ساله‌ی

انجمن دندانپزشکی لاهیجان و سیاهکل به سمع حضار رساند و از تک تک اعضای هیئت مدیره و بازرس انجمن به خاطر تلاش‌شان و همه‌ی همکاران به خاطر حمایت و همراهی‌شان در برنامه‌های انجمن تشکر و قدردانی کرد. در بخش بعد، دکتر رامین صابر خزانه‌دار انجمن دندانپزشکی لاهیجان-سیاهکل گزارشی از شرح وسایل و تجهیزات خریداری شده توسط انجمن ارائه کرد و در ادامه، دکتر محمدطاهر ملک‌زاده بازرس انجمن، گزارش تایید و نظارت بر اقدامات و جلسات انجمن را ارائه داد. در ادامه‌ی این آیین، اسامی کاندیداهای هیئت مدیره و بازرس به ترتیب حروف الفبا توسط دکتر علیزاده اعلام شد و به هر نامزد ۲ دقیقه فرصت معرفی داده شد.

پس از استماع سخنان کاندیداها، برگه‌های رای توسط دکتر فراست نماینده‌ی انجمن دندانپزشکی ایران پخش شد و پس از نوشتن اسامی توسط همکاران، برگه‌ها در صندوق ریخته شد و شمارش آرا توسط هیئت ریسه‌ی انتخابات با نظارت نمایندگان انجمن ایران (مرکز) آغاز گردید و اسامی منتخبین به شرح زیر اعلام شد:

اعضای هیئت مدیره :

دکتر سیده فریبا حسام محسنی

دکتر ابوالفضل آذری خجسته

دکتر مجید ذوقی توانا

دکتر رامین صابر

دکتر محمدرضا حسایی

اعضای هیئت مدیره علی‌البدل:

دکتر محمد بزرگمهر

دکتر مونا محمودی

بازرس :

دکتر محمد طاهر ملک‌زاده

بازرس علی‌البدل:

دکتر حبیب اله تسلیمی

شایان ذکر است؛ دکتر پژمان پوراکبر ریاست انجمن دندانپزشکی (شعبه گیلان)، دکتر یاسر خلیل اژدادی نایب‌رییس انجمن دندانپزشکی (شعبه گیلان)، دکتر علیرضا خصوصی ریاست انجمن دندانپزشکان عمومی (شعبه گیلان)، دکتر مهران قسمتی زاده ریاست سازمان نظام پزشکی لاهیجان-سیاهکل، دکتر الهام شاه‌رخ ریاست انجمن پزشکان عمومی لاهیجان، سیاهکل، آستانه اشرفیه و کیاشهر، دکتر نیکو مستوفی عضو هیئت مدیره‌ی انجمن پزشکان عمومی لاهیجان، سیاهکل، آستانه اشرفیه و کیاشهر و عضو هیئت تحریریه‌ی مجله ندای سپید و بازرس شرکت تعاونی اعتبار نظام پزشکی لاهیجان، دکتر یوسف حیدری بازرس انجمن داروسازان گیلان و عضو هیئت مدیره‌ی شرکت تعاونی اعتبار نظام پزشکی لاهیجان و سرکارخانم فرخنده فرومند عضو هیئت مدیره‌ی شرکت تعاونی اعتبار نظام پزشکی لاهیجان در آیین برگزاری انتخابات حضور داشتند و اعتبار این انتخابات را دوچندان نمودند. همچنین حضور پرمهر ۶۲ نفر از همکاران دندانپزشک لاهیجان و سیاهکل مانند همیشه اتحاد، همدلی، معرفت و مسئولیت‌پذیری صنفی دندانپزشکان منطقه را به تصویر کشید.

گفتنی است: انجمن دندانپزشکی ایران (نمایندگی لاهیجان-سیاهکل) در ۴ دی ماه سال ۹۴ طی انتخاباتی با حضور ۵۱ نفر از دندانپزشکان لاهیجان و سیاهکل تشکیل و تاسیس شد.



تفاهم نامه با موسسه حقوقی پژواک آوای حقیقت

به منظور برخورداری سازمان نظام پزشکی شهرستان لاهیجان و نیز پزشکان محترم عضو این سازمان از حمایت حقوقی و استفاده از تخصص های وکلای موسسه حقوقی پژواک آوای حقیقت در امر اقامه و تعقیب و دفاع از حقوق سازمان و اعضا و ارائه مشاوره ی حقوقی، این تفاهم نامه به شرح مورد آتی بین رییس سازمان نظام پزشکی دکتر مهران قسمتی زاده به آدرس لاهیجان- خیابان ۲۲ آبان- کوچه امداد ۱۵ و مدیر موسسه ی حقوقی پژواک آوای حقیقت آقای سید حسین سجادی به آدرس رشت- حاجی آباد- روبه روی بانک انصار تنظیم و به امضا رسید:

(۱) سازمان نظام پزشکی شهرستان لاهیجان، در مواجهه با اموری که به تشخیص خود بدو اکتساب نظر مشاور حقوقی ضروری باشد، مراتب را با موسسه ی حقوقی مطرح و احراز وکلای موسسه نظریه مکتوب خود را در مدت معینی با ذکر جهات و دلایل اعلام می دارد.

(۲) سازمان نسبت به معرفی هر یک از اعضای سازمان به موسسه که نیاز به مشاور حقوقی و یا تنظیم قرارداد و کالت به منظور مداخله در پرونده ی کیفری یا حقوقی داشته باشند، اقدام می نماید. موسسه حسب مورد و یکی از وکلای خود را به منظور ارائه ی مشاوره و یا پیگیری و مداخله در پرونده معرفی نماید.

(۳) با هماهنگی قبلی، انجام امور فوق در محل استقرار موسسه در شهر رشت و یا در محل سازمان در شهر لاهیجان در زمان معینی خواهد بود.

(۴) موسسه در قبال انجام خدمات مشاوره ای و مداخله در پرونده های کیفری و حقوقی، مستحق دریافت حق مشاوره و حق الوکاله است. لیکن موسسه خود را متعهد به رعایت تخفیف و کاهش نسبی مبالغ حسب مورد می داند.

(۵) مدت اجرای این تفاهم نامه به طور آزمایشی از تاریخ تنظیم ۱۳۹۷/۹/۱ لغایت چهار ماه است و پس از آن با توافق طرفین برای یک سال از تاریخ انقضای چهار ماه قابل تمدید است.

مدیر موسسه حقوقی پژواک آوای حقیقت

رییس سازمان نظام پزشکی لاهیجان-سیاهکل

سید حسین سجادی

دکتر مهران قسمتی زاده



درخت دوستی بنشان که کام دل به بار آرد

دکتر نیکو مستوفی

و مشکلات صنفی و اجتماعی درکنار یکدیگر آگاهانه شادی کنند تا در این رهگذر دوستی‌ها و همدلی‌های عمیق‌تر شود. به همین منظور، دکتر محمدرضا تحویلداري توسط هیئت مدیره انجمن مسئولیت کمیته رفاهی را به عهده گرفت و اولین برنامه‌ی باهم بودن، در تاریخ ۲۷ مهرماه ۹۷ در مجتمع پذیرایی دستچین لاهیجان برگزار شد.

در این روزها که با هم بودن‌ها رفته‌رفته رنگ می‌بازد و جایش را به دغدغه‌ها و دل‌مشغولی‌های زندگی می‌دهد؛ انجمن پزشکان عمومی لاهیجان به ریاست دکتر الهام شاهرخی راد برآن شد تا با راه‌اندازی مجموعه‌ی از برنامه‌های تفریحی، سبب شود جامعه‌ی پزشکی و خانواده‌های محترم‌شان درکنار هم جمع شوند و ساعتی فارغ از روزمرگی



به دعوت انجمن لبیک گفته بودند؛ میهمانان به سمت سالن پذیرایی راهنمایی شدند و درکنار یکدیگر به صرف نهار پرداختند. سپس به فضای باز مجموعه بازگشتند تا بیش‌تر از هوای لطیف پاییزی بهره‌مند شوند. گفت‌وگوی صمیمانه و شوخی‌هایی که ردوبدل می‌شد، طعم چای و شیرینی را دلپذیرتر کرده بود. زمزمه‌ی اشعار و ترانه‌های ماندگار، درکنار عکس‌های

دیدن چهره‌ی همکاران جوان در کنار همکارانی که گرد سالیان طولانی خدمت بر چهره‌شان نشسته و جو دوستانه‌یی که به‌وجودآمده بود از قشنگی‌های آن روز به یادماندن بود و صدای خنده و بازی کودکانی که ابتدا با خجالت به هم نزدیک شده بودند، این حس شادمانی را دوچندان می‌کرد. با جمع شدن همه‌ی عزیزانی که

چمن رو شسته از شب‌نم صبحگاهی، خورشید خندان و نه چندان گرم پاییزی که گونه‌ها را نوازش می‌داد، آسمان آبی و بی‌ابر و هوای سرشار از اکسیژن و بوی علف؛ نوید یک روز خوب و اتفاقی خوشایند را می‌داد. در آغاز، میهمانان در حیاط مجموعه با چای خوش طعم لاهیجان پذیرایی شدند و مجالی برای آشنایی بیش‌تر و گپ و گفتی دوستانه پیش آمد.



همان کلبه‌ی چوبی با پذیرایی میوه و شیرینی ادامه یابد.

گفت‌وگوهای صمیمانه در کنار موسیقی، خاطره‌سازی کرد و حس خوب مشترکی را در قلب و ذهن همگی به یادگار گذاشت.

«لحظات شادی را دریابید، دوست بدارید و دوست داشته شوید. این تنها واقعیت این جهان است، باقی بیهودگی‌ست.»
لئون تولستوی

نیز ترتیب داد.

میهن‌ان در میان نوازش باران و هوایی که با ترنم مستانه‌ی پاییز همراه بود، وارد دهکده‌ی چوبی کسری شدند. فضای چوبی کلبه و پذیرایی گرم و صمیمی بر صفای محفل می‌افزود و میزبان با ماهی تازه و خوش‌پخت کباب‌های معروف منطقه پذیرای میهمانان شد. پس از آن به علت مساعد نبودن شرایط جوی، تصمیم بر آن شد که برنامه در

یادگاری، نقطه‌ی پایانی برای یک شروع خوب بود.

دومین دعوت انجمن پزشکان عمومی لاهیجان در تاریخ ۹۷/۹/۱۶ در دهکده‌ی چوبی کسری بندر کیش‌شهر صورت گرفت.

هیئت مدیره‌ی انجمن به همت دکتر محمود دلاور، برای ایجاد تنوع و حظ بیشتر مدعوین برنامه، گشتی را در منطقه‌ی حفاظت شده و کم‌نظیر بوجاق

سرطان مثانه سرطان تخمدان غربالگری سرطان کولورکتال (CRC) روش‌های ارزیابی بیماری‌های پستان

تازه‌ترین داروهای داروخانه

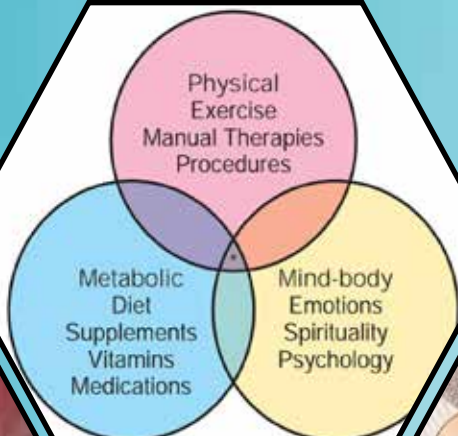
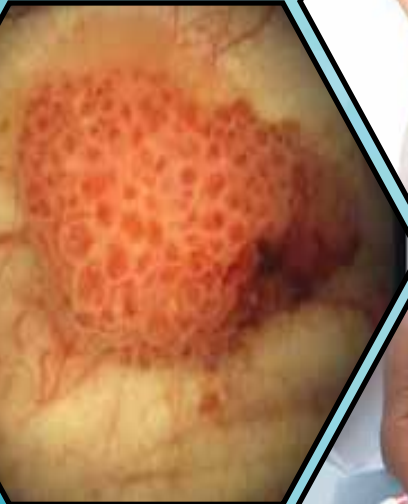


Figure 6-3 Three pillars of health



بررسی آسیب‌های
احتمالی وارده
به ریشه‌ی
دندان‌های مجاور
در اثر جای‌گذاری
ایمپلنت‌های دندانی





تاسیس ۱۳۷۱

آزمایشگاه مهر

آزمایشگاه مهر به دستگاه کپیلاری الکتروفورزیس CAPILLARY-Electrophoresis از کمپانی sebia فرانسه جهت آزمایشات الکتروفورز هموگلوبین- پروتئین - Hb A1c و ... مجهز گردید.

SEBIA Systems for CAPILLARY Electrophoresis

انجام Hb-A1C به روش کپیلاری

تکنولوژی برتر...

● **Stool Calprotectin**



ORGENTEC Diagnostika GmbH
Germany

www.mehrmedicallab.ir

mehr_medicallab@yahoo.com

لاهیجان . خیابان شهید کریمی . کوچه توکلی

تلفن : ۰۱۳-۴۲۲۴۰۰۱۴ ۰۱۳-۴۲۲۳۳۶۲۸

سرطان تخمدان

دکتر فریناز علیدوست



متخصص زنان و زایمان

منارک(قاعدگی) زودرس و یائسگی دیررس سبب افزایش خطر سرطان تخمدان می‌شوند.

پیشگیری

داشتن حداقل یک فرزند سبب محافظت از فرد در برابر این بیماری شد و خطر را به میزان ۰/۴ تا ۰/۳ یعنی ۳۰ تا ۴۰ درصد کاهش می‌دهد. در زنانی که به مدت ۵ سال یا بیش‌تر از کنتراسپتیوهای خوراکی استفاده کرده‌اند. خطر نسبی به ۰/۵ کاهش می‌یابد (یعنی در آنان احتمال بروز سرطان تخمدان ۵۰ درصد کاهش می‌یابد)

در نتیجه استفاده از این روش، در زنانی که دارای سابقه‌ی خانوادگی قوی سرطان هستند حایز اهمیت است.

غربالگری

سونوگرافی ترانس واژینال حساسیت بسیار زیادی(بیش از ۹۵درصد) برای تشخیص مراحل اولیه‌ی سرطان تخمدان پیدا کرده‌است. بررسی وضعیت عروقی تخمدان با سونوگرافی داپلر بررسی تکمیلی مفیدی می‌باشد.

CA۱۲۵ برای پایش سرطان اپی‌تلیال تخمدان در جریان شیمی‌درمانی سودمند است؛ اما نقش آن در غربالگری نامشخص است.

خطر ژنتیکی سرطان اپی‌تلیال تخمدان

اکثر موارد به صورت تک‌گیر(اسپورادیک) رخ می‌دهند و الگوهای خانوادگی یا ارثی مسئول ۱۰-۵ درصد سرطان‌های تهاجمی اپی‌تلیال هستند.

اکثر سرطان‌های ارثی تخمدان با جهش‌هایی در ژن BRCA۱ که روی کروموزوم ۱۷ قرار دارد همراه هستند. تعداد کمی از موارد ارثی بیماری با جهش‌های رده‌زایا در ژن دیگری به نام BRCA۲ ارتباط دارند که روی کروموزوم ۱۳ قرار دارد. این دو ژن با استعداد ژنتیکی ابتلا به سرطان‌های تخمدان و پستان در ارتباط هستند.

سرطان‌های ارثی تخمدان در زنانی رخ می‌دهند که تقریباً

در بین همه‌ی سرطان‌های ژنیکولژیک، بدخیمی‌های تخمدان بیش‌ترین مشکلات و بحث‌های بالینی را به خود اختصاص داده‌اند، چون با میزان مرگ و میر بالایی همراه هستند. سرطان‌های اپی‌تلیال شایع‌ترین بدخیمی‌های تخمدان محسوب می‌شوند و بیماری در بیش از دو سوم بیماران در هنگام تشخیص پیشرفته است.

سرطان تخمدان معضل بزرگی در زمینه‌ی جراحی محسوب می‌شود و درمان بهینه‌ی آن شامل کاستن از حجم تومور با جراحی و سپس شیمی‌درمانی است.

سرطان تخمدان هفتمین سرطان شایع در زنان ایالت متحده بوده و مسئول ۳ درصد تمام بدخیمی‌ها و ۶ درصد مرگ‌های ناشی از سرطان در زنان و حدود یک‌سوم بدخیمی‌های تهاجمی اعضای تناسلی زنان محسوب می‌شود.

سرطان اپی‌تلیال تخمدان

تقریباً ۹۰درصد سرطان‌های تخمدان از اپی‌تلیوم سلومیک یا مزوتلیوم منشاء می‌گیرند. تغییر شکل نوپلاستیک در مواردی رخ می‌دهد که سلول‌ها از نظر ژنتیک مستعد اونکوژنز(سرطان‌زایی) هستند و یا در معرض عوامل اونکوژن قرار گرفته‌اند(یا هردو)

ویژگی‌های بالینی

بیش از ۸۰ درصد سرطان‌های اپی‌تلیال تخمدان در زنان یائسه یافت می‌شود. اوج بروز سرطان اپی‌تلیالی تهاجمی تخمدان ۶۰-۵۶ سالگی است و در زنان زیر ۴۵ سال نسبتاً ناشایع هستند.

اتیولوژی

سرطان تخمدان با پاریته (تعداد زایمان) کم و ناباروری ارتباط دارد. اگرچه تعدادی از متغیرهای اپیدمیولوژیک (مانند استفاده از تالک، مصرف گالاکتوز و بستن لوله‌های رحمی) با سرطان تخمدان مرتبط بوده‌اند، ارتباط هیچ یک از متغیرها به مانند سابقه تولید مثل و طول دوره باروری مهم نیست.

۱۰ سال جوان تر از زنان مبتلا به تومورهای غیر ارثی هستند.

در آن دسته از زنان مبتلا به سرطان پستان که دارای این جهش‌ها هستند، خطر سرطان تخمدان و نیز سرطان دوم پستان به شدت افزایش می‌یابد. خطر سرطان تخمدان در طول عمر زنان مبتلا به جهش BRCA1 ۵۴ درصد و در زنان مبتلا به جهش BRCA2 ۲۳ درصد است. در صورتی که دو گروه به صورت توأم در نظر گرفته شوند، خطر سرطان پستان در طول عمر به ۸۲ درصد می‌رسد.

توصیه‌ها

۱. زنان پرخطر در معرض سرطان تخمدان

۱-ابتلای دو نفر از بستگان درجه اول (یعنی مادر، خواهر یا دختر) در سنین قبل از یائسگی - خطر به ۴۰-۳۵ درصد می‌رسد.

۲-ابتلای یک نفر از بستگان درجه اول و یک نفر از بستگان درجه دوم (مادر بزرگ، خاله، عمه، دختر عمه، دختر خاله یا نوه) - خطر ۱۰-۲ برابر است.

۳-زنانی که سابقه‌ی قبلی سرطان پستان دارند- خطر دو برابر است.

۴-ابتلای یک خویشاوند درجه اول قبل از یائسگی حائز اهمیت است، ولی اگر در سن بعد از یائسگی باشد، ممکن است خطر وجود ژن گرفتار افزایش نیابد و ابتلا به صورت اسپورادیک باشد.

توصیه‌ها برای اداره و درمان زنانی که در معرض خطر بالا برای ابتلا به سرطان تخمدان قرار دارند به شرح زیر است:

- ۱- مشاوره‌ی ژنتیکی انجام شود و اگر خطر چشم‌گیر باشد بررسی ژنتیکی از نظر BRCA1 و BRCA2 صورت پذیرد.
- ۲- در زمانی که می‌خواهند قدرت باروری خود را حفظ کنند هر ۶ ماه اقدام به غربالگری با سونوگرافی ترانس‌واژینال کنند.

۳- باید قبل از این‌که زنان جوان این گروه تشکیل خانواده بدهند، به آنان توصیه شود از کنتراستپتو خوراکی استفاده کنند.

۴- در زنانی که تمایل به حفظ باروری ندارند و با به تعداد مطلوب کودکان خود دست پیدا کرده‌اند، می‌توان بعد از ۳۵ سالگی؛ اما حداکثر ۴۰ سالگی اقدام به سالپنگوآفورتومی دو طرفه‌ی پروفیلاکتیک کرد.

۵- در زنانی که سابقه‌ی خانوادگی قوی سرطان پستان یا تخمدان دارند، باید از ۳۰ سالگی به بعد اقدام به غربالگری سالانه پستان شود (ترکیبی از MRI، ماموگرافی، سونوگرافی)

علایم

اکثراً دچار علائم مبهم و غیراختصاصی هستند. در مراحل اولیه‌ی بیماری اگر بیمار در سنین قبل از یائسگی قرار

داشته باشد، ممکن است دچار قاعدگی‌های نامنظم شود. اگر توده لگنی، مثانه یا رکتوم را تحت فشار قرار دهد، بیمار ممکن است دچار تکرر ادرار یا یبوست شود. گاهی بیمار احساس اتساع، فشار یا درد در قسمت تحتانی شکم پیدا می‌کند.

علائم حاد (مانند درد به علت پارگی با پیچ‌خوردگی تومور) نامعلوم است.

در مراحل پیشرفته‌ی بیماری، بیماران اغلب دچار علائم مربوط به آسیت، متاستاز به آمنتوم یا متاستازهای روده‌ای هستند. در زنان یائسه ممکن است خونریزی واژینال رخ دهد.

نشانه‌ها

مهم‌ترین نشانه سرطان اپی تلیال تخمدان وجود توده‌ی لگنی در معاینه‌ی فیزیکی است. توده‌ی توپر نامنظم و ثابت لگنی، قویاً بر بدخیمی تخمدان دلالت دارد. علاوه بر این اگر توده قسمت فوقانی شکم یا آسیت وجود داشته باشد، تشخیص سرطان تخمدان تقریباً قطعی می‌شود.

تشخیص

انواع ضایعات خوش‌خیم دستگاه تناسلی و لگنی باید از ضایعات بدخیم افتراق داده شود. این ضایعات شامل کیست‌های عملکردی

تخمدان بیماری التهابی لگن، اندومتریوز، لیومیوم‌های پایه‌دار رحمی و توده‌های نئوپلاستیک کولون می‌باشد. غلظت سرمی CA125 در افتراق توده‌های خوش‌خیم لگن سودمند است. در سنین بعد از یائسگی در صورت وجود توده آدنکس و بالا بودن غلظت CA125 بیش از ۲۰۰ واحد در میلی‌لیتر ارزش پیش‌گویی مثبت این تست برای بدخیمی ۹۶ درصد خواهد بود.

در سنین قبل از یائسگی اختصاصی بودن این تست کم‌تر است، چون فلویت CA125 ممکن است در حالات شایع خوش‌خیم افزایش پیدا کند.

اندازه‌ی ضایعه اهمیت دارد.

اگر قطر توده کیستیک بیش از ۸ سانتی‌متر باشد احتمال نئوپلاستیک بودن آن زیاد است. در بیماران غیر یائسه‌ای که ضایعه‌ی آنان از نظر بالینی و سونوگرافی مشکوک است (عمدتاً توپر- نسبتاً ثابت و دارای شکل نامنظم) باید همانند بیماران که در دوران یائسگی به سر می‌برند و دارای توده‌های کمپلکس آدنکس با هر اندازه‌ای هستند- تحت لاپاراتومی قرار گیرند.

در زنان یائسه‌ای که دارای کیست تک حفره‌ای با قطر ۱۰-۸ سانتی‌متر یا کم‌تر و میزان طبیعی CA125 در سنجش‌های سریال هستند، سیاست درمان انتظاری قابل قبول است.

در بین همه‌ی سرطان‌های ژنیکولژیک، بدخیمی‌های تخمدان بیش‌ترین مشکلات و بحث‌های بالینی را به خود اختصاص داده‌اند، چون با میزان مرگ و میر بالایی همراه هستند. سرطان‌های اپی تلیال شایع‌ترین بدخیمی‌های تخمدان محسوب می‌شوند و بیماری در بیش از دو سوم بیماران در هنگام تشخیص پیشرفته است

سرطان تخمدان معضل بزرگی در زمینه‌ی جراحی محسوب می‌شود و درمان بهینه‌ی آن شامل کاستن از حجم تومور با جراحی و سپس شیمی درمانی است

سرطان تخمدان هفتمین سرطان شایع در زنان ایالت متحده بوده و مسئول ۳ درصد تمام بدخیمی‌ها و ۶ درصد مرگ‌های ناشی از سرطان در زنان و حدود یک‌سوم بدخیمی‌های تهاجمی اعضای تناسلی زنان محسوب می‌شود

سرطان مثانه

Bladder cancer

دکتر مسعود جعفری

متخصص اورولوژی



اپیدمیولوژی: سرطان مثانه، بعد از سرطان پروستات به عنوان دومین سرطان شایع دستگاه ادراری تناسلی شناخته شده است. این بدخیمی، نهمین بدخیمی شایع در سراسر دنیا بوده و ۷ درصد کل بدخیمی‌ها را تشکیل می‌دهد. سرطان مثانه کشنده‌ترین سرطان دستگاه ادراری است. در سال ۲۰۱۵ در آمریکا ۷۴۰۰۰ نفر دچار کانسر مثانه شدند که نهایتاً ۱۶۰۰۰ نفر در اثر این بیماری مردند. شیوع این کانسر در مردان ۳ تا ۴ برابر زنان است و در سفید پوستان شایع‌تر از سیاه پوستان می‌باشد. سن متوسط در زمان تشخیص ۶۵ سالگی می‌باشد و فقط یک درصد بیماران سن کم‌تر از ۳۵ سال دارند.

اتیولوژی (سبب‌شناسی): سرطان مثانه در اثر اختلالات ژنتیکی و عوامل خطر خارجی ایجاد می‌شود. وقایع ژنتیکی منجر شونده به کانسر مثانه ناشناخته است. عده‌ای معتقدند که این وقایع به‌صورت فعال شدن آنکوژن‌ها و غیرفعال شدن ژن‌های مهارکننده‌ی تومور دیده می‌شوند. بستگان درجه اول بیماران مبتلا به سرطان مثانه، دوبرابر بیش‌تر در معرض ایجاد سرطان مثانه می‌باشند. کانسر مثانه اساساً در اثر تماس یوروتلیوم مثانه با مواد سرطان‌زای محیطی ایجاد می‌شود. عوامل خطر مهم و شناخته شده‌ی سرطان مثانه عبارت‌اند از: ۱- سیگار: تنباکو به عنوان علت اصلی ایجاد سرطان مثانه شناخته شده‌است. سیگار شایع‌ترین علت سرطان مثانه بوده و مسئول ۶۰ درصد سرطان‌های مثانه در مردان و ۳۰ درصد سرطان‌های مثانه در زنان است، افراد سیگاری ۲ تا ۶ برابر بیش‌تر از افراد غیر سیگاری دچار سرطان مثانه می‌شوند. با ترک سیگار خطر سرطان مثانه کاهش می‌یابد، ولی برای رسیدن به حد طبیعی ۱۵ سال زمان لازم است. تصور می‌شود که آلفا و بتانفتیل‌آمین که به داخل ادرار افراد سیگاری ترشح می‌شوند، در ایجاد کانسر نقش دارند.

۲- تماس شغلی با مواد سرطان‌زا: کارگرانی که در صنایع رنگ، لاستیک، چرم، بنزین، چاپ و مواد شیمیایی کار می‌کنند، در معرض خطر سرطان مثانه می‌باشند. مدت زمان بین تماس با مواد سرطان‌زا و ایجاد سرطان مثانه ممکن است طولانی باشد. اثرات سرطان‌زایی این مواد بستگی به

مدت تماس و میزان مواد و استعداد نسج یوروتلیوم مثانه فرد دارد.

۳- سیکلوفسفامید: این دارو تنها داروی شیمی‌درمانی است که به عنوان علت سرطان مثانه شناخته شده‌است.

۴- ترومای فیزیکی به یوروتلیوم مثانه در اثر عفونت مزمن، سنگ مثانه و سوندهای متمکن طولانی مدت خطر سرطان مثانه به‌ویژه کارسینوم سلول اسکوآموس را افزایش می‌دهند. نقش عفونت ناشی از سیستم‌توزوما هماتوبیوم در ایجاد کارسینوم سلول اسکوآموس مثانه شناخته شده‌است. ۵- سابقه‌ی پرتو درمانی خارجی لگن برای درمان سرطان رحم و غیره، خطر ابتلا به سرطان مثانه را ۲ تا ۴ برابر افزایش می‌دهد.

۶- اکثر مواد غذایی و متابولیت‌های دیگر از طریق ادرار دفع می‌شوند، لذا در تماس طولانی با یوروتلیوم مثانه می‌باشند. بنابراین می‌توان گفت که مواد غذایی در ایجاد سرطان مثانه نقش دارند. از مواد غذایی پرخطر می‌توان به گوشت قرمز، غذاهای پرچرب، غذاهای نیترات‌دار مثل سوسیس و کالباس، پنیر و غذاهای کنسروی، لبنیات پرچرب و غذاهای سرخ شده اشاره کرد. میوه‌ها و سبزیجات نظیر مرکبات، سیب، توت‌فرنگی، گوجه‌فرنگی، هویج، گل‌کلم، کلم‌پروکلی، فلفل‌سبز و ویتامین‌های A، B6، C، E، سلنیوم و روی به عنوان عوامل محافظتی سرطان مثانه شناخته شده‌اند. مطالعات اپیدمیولوژیک انجام شده بر روی انسان، شواهدی از افزایش خطر سرطان مثانه را در مصرف کننده‌های شیرین کننده‌های مصنوعی نظیر ساخارین نشان نداده‌است.

پاتولوژی (آسیب‌شناسی): مثانه از نظر بافت‌شناسی از سه لایه‌ی اصلی تشکیل شده‌است که از داخل به خارج عبارت‌اند از:

۱- یوروتلیوم

۲- لامینا پروپریا

۳- لایه‌ی عضلانی دترسور

یوروتلیوم مثانه تحت تاثیر عواملی همانند التهاب و تحریک مزمن و عوامل سرطان‌زا ممکن است دچار تغییرات پرولیفراپتو یا متاپلاستیک و یا هر دو شود. ۹۸ درصد کانسره‌های مثانه منشای یوروتلیال دارد که ۹۰ درصد آن را کارسینوم سلول ترانزیشنال (TCC)، ۵ تا ۱۰ درصد را

کارسینوم سلول اسکوآموس و کم‌تر از ۲ درصد را آدنوکارسینوم تشکیل می‌دهند. کارسینوم سلول ترانزیشنال در اغلب موارد به شکل پاپیلری می‌باشد ولی ممکن است به‌صورت بدون پایه یا اولسراتیو دیده شود.

کارسینوم سلول اسکوآموس در نقاط مختلف جهان شیوع متفاوتی دارد. در مصر که شیوع سیستم‌توزوما هماتوبیوم بالاست، ۶۰ درصد سرطان‌های مثانه را تشکیل می‌دهد.

آدنوکارسینوم مثانه به سه صورت آدنوکارسینوم اولیه، آدنوکارسینوم با منشای اوراک، و آدنوکارسینوم متاستاتیک دیده می‌شود.

گسترش تومور مثانه: گسترش تومور مثانه به سه‌روش صورت می‌گیرد:

۱- گسترش مستقیم یا موضعی به اعضای مجاور نظیر پروستات، رحم، واژن، حالب‌ها و رکتوم.

۲- گسترش لنفاوی: شایع‌ترین محل‌های متاستاز لنفاوی، غدد لنفاوی لگنی است. ۳- گسترش خونی که اکثراً به کبد و ریه و استخوان‌ها متاستاز می‌دهد، ولی هر عضوی می‌تواند درگیر شود.

یافته‌های بالینی: علایم سرطان مثانه غیراختصاصی بوده و بسیاری از بیماری‌های دیگر نظیر حالات التهابی کلیه و مثانه نیز ممکن است علایم مشابهی ایجاد کنند. شایع‌ترین علامت سرطان مثانه، وجود خون در ادرار (هماچوری) است که در ۸۵ تا ۹۵ درصد بیماران دیده می‌شود. هماچوری ممکن است با چشم دیده شود (هماچوری آشکار یا گراس) یا فقط با آزمایش ادرار تشخیص داده‌شود (هماچوری میکروسکوپی). هماچوری در بیماران مبتلا به سرطان مثانه اغلب به‌صورت متناوب می‌باشد. هماچوری بدون درد (Painless Hematuria) به عنوان شایع‌ترین علامت سرطان مثانه شناخته شده‌است.

میزان سرطان مثانه گزارش شده در بیماران با هماچوری گراس ۱۳ تا ۳۴ درصد و در بیماران با هماچوری میکروسکوپی ۵/۰ تا ۱۰ درصد است. بنابراین هر درجه‌ای از هماچوری مهم بوده و در بالغین بایستی به عنوان علامتی از بدخیمی یوروتلیال در نظر گرفته شود، مگر این‌که خلافت ثابت شود. شایع‌ترین علت هماچوری گراس در بیماران بالای ۵۰ سال، سرطان مثانه

است. در درصد کمی از بیماران مبتلا به سرطان مثانه، علایم تحریک پذیری مثانه شامل تکرر ادرار، سوزش ادرار و فوریت ادرار دیده می شود. ممکن است بیماران مبتلا به سرطان مثانه با نشانه های ناشی از تومور پیشرفته مراجعه کنند که عبارتند از: درد استخوانی و شکستگی پاتولوژیک به علت متاستاز استخوانی - درد پهلوی به علت انسداد حالب یا متاستاز خلف صفاقی - کاهش وزن و درد شکمی - ادم اندام تحتانی - توده لگنی - هپاتومگالی یا لنفادنوپاتی فوق ترقوه به علت متاستاز و در موارد نادر ممکن است ندول های دردناک به علت متاستاز پوستی دیده شود.

یافته های آزمایشگاهی: شایع ترین یافته های آزمایشگاهی وجود خون در ادرار است. وجود بیش از سه عدد RBC در میدان میکروسکوپ پر قدرت را به عنوان همآچوری میکروسکوپی در نظر می گیرند. از تومی به علت انسداد حالب در اثر تومور یا لنفادنوپاتی لگنی و آنمی در اثر از دست دادن مژمن خون و یا متاستاز به مغز استخوان ممکن است گزارش شود. سیتولوژی ادرار در شناسایی تومورهای گریه بالای مثانه کمک کننده است. ولی در تومورهای گریه پایین مثانه کمک کننده نیست زیرا در این تومورها، ریزش سلولی کم بوده و از نظر سیتولوژی شباهت خیلی نزدیکی با سلولهای یوروتلیال طبیعی مثانه دارند. یافته های رادیولوژیک: در سونوگرافی، تومورهای پاپیلری مثانه به صورت کانون های اکوژنی که به داخل مثانه برجستگی دارند، دیده می شوند (شکل شماره ۱) و درگیری جدار مثانه توسط تومور به صورت از بین رفتن اکوژنیسیته ی یکنواخت جدار مثانه و جایگزینی توسط بافت تومورال که اکوژنیسیته کمتری دارد مشخص می شود. اروگرافی داخل وریدی (IVP) یکی از شایع ترین روش های تصویربرداری برای ارزیابی همآچوری

است، با این حال این تست تقریباً توسط Urography CT جایگزین شده است، زیرا روش اخیر برای بررسی حفره ی شکم و پارانشیم کلیه ها و حالب ها دقیق تر است. در کانسره های سطحی مثانه، انجام CT اسکن و اسکن استخوان توصیه نمی شود، ولی در کانسره های مهاجم

مثانه جهت بررسی میزان درگیری جدار مثانه توسط تومور و نیز بررسی بزرگی غدد لنفاوی از CT اسکن و MRI استفاده می شود. برای ارزیابی متاستازهای ریوی و استخوانی از CXR و اسکن استخوان استفاده می شود.



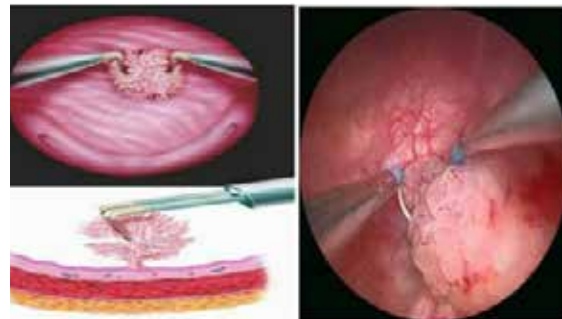
(شکل شماره ۱: نمای سونوگرافیک تومور پاپیلری مثانه)

سیستوسکوپیک: بیمارانی که با همآچوری مراجعه می کنند بایستی تحت سیستوسکوپی و تصویر برداری از سیستم ادراری فوقانی قرار گیرند. در صورت مشاهده تومور مثانه در سیستوسکوپی (شکل شماره ۲)، اقدام بعدی شامل رزکشن تومور مثانه از طریق مجرا (Transurethral Resection of Bladder Tumor=TURBT) می باشد (شکل شماره ۳).

نمونه ی حاصل از TURBT، جهت تشخیص بافت شناسی تومور و تعیین گریه آن و مشخص نمودن میزان تهاجم تومور به دیواره ی مثانه به آزمایشگاه پاتولوژی ارسال می شود. گزارش پاتولوژی در انتخاب نوع درمان، کمک کننده است.



(شکل شماره ۲: نمای سیستوسکوپییک تومور پاپیلری مثانه)



(شکل شماره ۳: رزکشن تومور مثانه از طریق مجرا (TURBT))

سیر طبیعی سرطان مثانه: در سرطان مثانه، دو مسئله حائز اهمیت است:

- ۱- عود تومور
- ۲- پیشرفت و متاستاز تومور

در زمان تشخیص اولیه ی تومور، حدود ۸۰ درصد تومورها سطحی و گریه پایین بوده و پیش آگهی خوبی دارند و ۲۰ درصد تومورها، مهاجم بوده و به لایه ی عضلانی دترسور مثانه تهاجم داشته و گریه بالا بوده و پیش آگهی بدی دارند. از آنجایی که عود تومورهای مثانه به دنبال TURBT، شایع است، لازم است این بیماران به صورت دوره ای تحت ارزیابی با سیتولوژی ادرار و سیستوسکوپی قرار گیرند. عود تومور در ۱ تا ۲ سال اول بعد از تشخیص شایع تر است و اغلب می توان با TURBT و درمان های داخل مثانه ای آن را کنترل نمود.

درمان سرطان مثانه

روش های درمانی سرطان مثانه عبارت اند از:

۱- TURBT

۲- ایمونوتراپی یا شیمی درمانی داخل مثانه ای. از داروهای شایع که در این مورد استفاده می شود می توان به BCG و میتومایسین اشاره نمود.

۳- برداشتن مثانه (سیستکتومی) که به دو صورت پارشیل و رادیکال انجام می شود.

۴- شیمی درمانی سیستمیک

۵- رادیوتراپی.

- کانسره های سطحی مثانه (Superficial bladder cancer) را می توان از طریق TURBT و ایمونوتراپی یا شیمی درمانی داخل مثانه ای متعاقب آن درمان نمود.

- کانسره های مهاجم مثانه (Invasive bladder cancer) که دترسور را درگیر کرده باشند، نیاز به جراحی برداشتن مثانه (سیستکتومی) دارند.

- در درمان کانسره های متاستاتیک مثانه (Metastatic bladder cancer) از شیمی درمانی سیستمیک و رادیوتراپی استفاده می شود.

پیشگیری از سرطان مثانه

• ترک کردن سیگار به عنوان بهترین روش پیشگیری سرطان مثانه می باشد.

• اجتناب از قرار گرفتن در معرض تنفس مواد شیمیایی و سرطانزا.

• مصرف مایعات زیاد.

• اجتناب از مصرف گوشت قرمز، غذاهای پرچرب، غذاهای سرخ شده، سوسیس و کالباس، غذاهای کنسروی و لبنیات پرچرب.

• محدود کردن مصرف نمک، الکل، و مواد حاوی کافئین نظیر قهوه و چای غلیظ و نوشابه.

• مصرف میوه و سبزیجات نظیر مرکبات، سیب، توت فرنگی، هویج، گوجه فرنگی، کلم بروکلی، گل کلم و فلفل سبز.

• مصرف آنتی اکسیدان ها مانند ویتامین های A، E، C، روی و سلنیوم.

• نگه داشتن وزن در محدوده طبیعی.



بررسی آسیب‌های احتمالی وارده به ریشه‌ی دندان‌های مجاور در اثر جای‌گذاری ایمپلنت‌های دندانی

دکتر لیلا یگانه

متخصص اندودنتیکس، استادیار دانشگاه

- عدم استفاده از تکنیک آسپتیک

نتیجه‌ی کلیه موارد فوق، آسیب به لیگامان پریودنتال دندان مجاور و به مخاطره افتادن منبع عروقی دندان خواهد شد، در نتیجه نکروز پالپ و نهایتاً ضایعه‌ی پری آپیکال ایجاد خواهد شد و در صورت عدم درمان، لقی ایجاد می‌شود که این موارد نیاز به درمان ریشه را نشان می‌دهد و در صورت عدم جواب‌دهی به درمان، متأسفانه مجبور به خارج کردن دندان خواهیم شد. این عواقب می‌توانند باز هم ناگوار شوند؛ در صورتی که استئواینترگریشن ایمپلنت صورت نگیرد، نیاز به جراحی دوم ایجاد می‌شود. در صورتی که باز هم موفقیت‌آمیز نباشد، فیکسچر (fixture) که هم‌اکنون لقی شده، برداشته می‌شود. حال این سوال پیش می‌آید که جهت افزایش موفقیت درمان چه باید کرد؟

- حتماً قبل از جای‌گذاری ایمپلنت زاویه و محل موردنظر برای ایمپلنت از روی رادیوگرافی محاسبه شود. رعایت صحیح این مسئله سبب افزایش موفقیت پروتز نهایی ایمپلنت بر اساس اصول بیودینامیک خواهد شد.

- گاهی ریشه‌ی دندان مجاور دچار دای‌لسریشن (dilacerations) است که حتماً باید مورد توجه قرار بگیرد.

- ضخامت استخوان آلوئولار اطراف ایمپلنت باید حداقل ۱-۱/۵ میلی‌متر باشد. (استفاده از رادیوگرافی موازی و بهتر از آن CBCT توصیه می‌شود؛ درحالی‌که رادیوگرافی OPG دیستورشن ایجاد می‌کند).

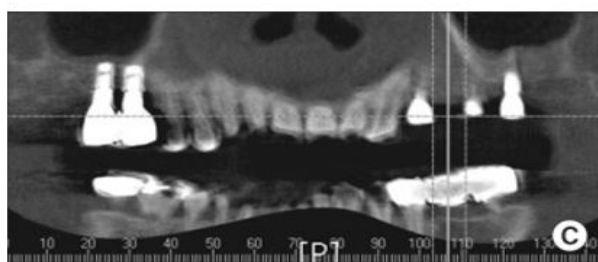
- تهیه استنت (stent) جراحی توسط قالب‌گیری اولیه از

بیمار و تعبیه guidepin.

- استفاده از خنک‌کننده فراوان.

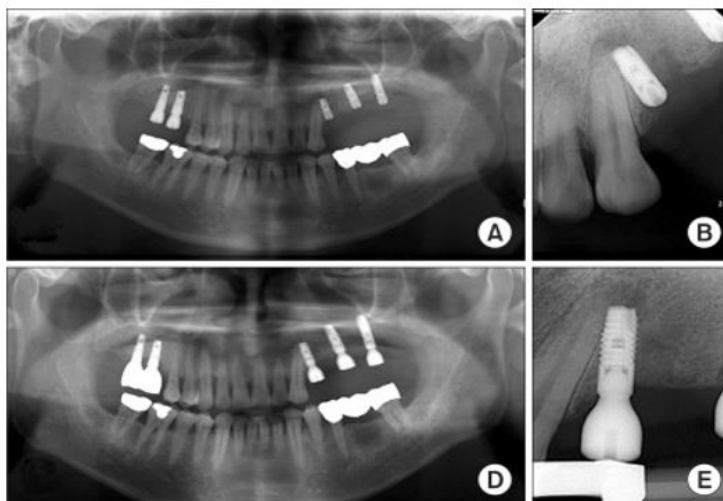
درمان ریشه‌ی ناقص دندان مجاور و حضور ضایعه‌ی پری آپیکال می‌تواند بر موفقیت ایمپلنت تأثیرگذار باشد. شیوع Retrograde peri-implantitis بسیار ناچیز ۰/۲۶ درصد گزارش شده است. در حالی‌که شیوع Retrograde peri-implantitis در مجاور دندان‌های اندو شده، ۷/۸ درصد گزارش شده است.

در پایان ذکر این نکته ضروری است که قبل از جای‌گذاری ایمپلنت‌های دندانی، حتماً باید از سلامت پالپ و یاپری‌رادیکولار دندان‌های مجاور اطمینان حاصل کرد و با انتخاب روش‌های صحیح، از آسیب به دندان‌های مجاور جلوگیری کرد.



آسیب به دندان‌های طبیعی مجاور یکی از عوارض احتمالی در حین جای‌گذاری ایمپلنت‌ها می‌باشد و اغلب در نتیجه عدم توجه به جهت و مکان مناسب ایمپلنت ایجاد می‌شود. به‌طور کلی در صورتی‌که دندان مجاور دچار علائمی چون حساسیت به ضربه (percussion)، ایجاد لقی، نکروز پالپی نگردد، می‌توان انتظار داشت که استئواینترگریشن (osteointegration) ایمپلنت در آینده اتفاق افتد. در غیر این صورت التهاب و عفونت دندان مجاور ایمپلنت به‌طور قطع بر پیش‌آگهی ایمپلنت تأثیر منفی خواهد گذاشت.

ایمپلنت‌های دندانی به طور گسترده برای مردم سرتاسر کره‌ی خاکی به‌صورت تک‌دندان یا حتی بازسازی کامل دندان‌ها



جهت اصلاح عملکرد جویدن، زیبایی و عملکرد گفتاری در حال توسعه هستند. میزان موفقیت ایمپلنت‌های دندانی ۹۳ درصد گزارش شده است. از جمله علل عمده‌ی شکست این درمان، شکست در استئواینترگریشن، جای‌گذاری در محل نادرست، ایجاد ضایعه اطراف ایمپلنت و شکست بیودینامیک و ... می‌باشند.

آسیب به دندان طبیعی مجاور حین جای‌گذاری ایمپلنت، سبب ایجاد عوارض ناگواری برای حیات آن دندان و همچنین از بین رفتن همان ایمپلنت خواهد شد. در نتیجه در این مقاله سعی بر تأکید روی پیشگیری و استراتژی درمان این مشکل صورت می‌گیرد.

هرچه ایمپلنت‌های دندانی محبوب‌تر و فراگیرتر می‌شوند، هرچه بیش‌تر باید بر روی آسیب‌های احتمالی وارده به سیستم عروقی - عصبی دندان‌های بی‌گانه مجاور تأکید شود. علل این آسیب‌ها را می‌توان به‌صورت زیر طبقه‌بندی نمود:

- اشتباه در محاسبات اندازه‌گیری فواصل ایمپلنت با دندان مجاور از روی رادیوگرافی
- جای‌گذاری در محل نادرست و با زاویه‌ی اشتباه
- اندازه‌ی بزرگ فیکسچر (fixture)
- روش نادرست drilling و ایجاد حرارت زیاد حین Osteotomy

تازه‌ترین داروهای داروخانه



دکتر هادی اخوت پور
داروساز

معرفی داروهای جدید

الف - داروهایی که جدیداً به فهرست داروهای رسمی ایران اضافه شدند:

داروی لاکوسامید Lacosamide به صورت قرص خوراکی با دوزهای ۱۵۰، ۱۰۰، ۵۰ و ۲۰۰ در درمان کمکی صرع پارشیال و نروپاتی دیابتی به کار می رود.

دارو آپیکسابان: Apixaban به صورت قرص خوراکی ۲/۵ و ۵، یک ضدانعقاد مهارکننده مستقیم فاکتور Xa و مانع تبدیل پروترومبین به ترومبین است که در پیشگیری از بروز سکته در بیماران دچار فیبریلاسیون دهلیزی و درمان ترمبوز ورید عمقی و آمبولی ریه به کار می رود. برخلاف ریواروکسابان غذا تأثیری در جذب آن ندارد (دوزهای بالای ۱۰ ریواروکسابان باید بعد از غذا مصرف شوند) و همچنین محدودیتی در بیماران مبتلا به بیماری مزمن کلیوی با کلیرنس کراتین کمتر از ۳۰ ندارد. با وجود خطر کم تر سمیت کبدی نسبت به ریواروکسابان توصیه می شود سطح آمینوترانسفراز کبدی در حین درمان در بیماران دچار آسیب کبدی چک شود.

داروی ریفاپنتین: Rifapentine به صورت قرص خوراکی ۱۵۰، یک آنتی بیوتیک جدید در درمان سل در ترکیب با ایزونیاژید با موفقیت بالاتر و عوارض کبدی کمتری همراه است. داروی دزوناید: Desonide

به صورت پماد موضعی ۰/۰۵ درصد، یک کورتیکواستروئید ضعیف در درمان درماتیت آتوپیک (اگزما)، درماتیت سبوریه، درماتیت تماسی و پسوریازیس در کودکان و بزرگسالان به کار می رود. داروی ترین تین: Trientine یا Triethylenetetramine به صورت کپسول خوراکی ۲۵۰، یک عامل شلاته کننده مس در بیماری ویلسون است که در بیمارانی که پنی سیل آمین را تحمل نمی کنند، مصرف می شود.

داروی پیرفنیدون: Pirfenidone به صورت قرص ۵۳۵ در درمان فیبروز ریوی ایدیوپاتیک به کار می رود. داروی آرتسونات: Artesunate به صورت قرص ۵۰ در درمان مالاریا با عوارض کم تر در بارداری و دوران شیردهی به کار می رود.

داروی پیرفنیدون: Pirfenidone به صورت قرص های خوراکی ۲۶۷ و ۸۰۱ در درمان فیبروز ریوی ایدیوپاتیک به کار می رود.

داروی آتازاناویر: Atazanavir به صورت کپسول خوراکی ۲۰۰، یک داروی ضد رترو ویروس (مهارکننده پروتئاز) است که به همراه سایر داروهای ضد ویروس در درمان بیماری ایدز به کار می رود.

داروی ایورمکتین Ivermectin: به صورت کرم موضعی ۱ درصد، یک

داروی ضدانگل است که در شکل موضعی در درمان آکنه روزاسه به کار می رود. به نظر می رسد علاوه بر داشتن خاصیت ضدالتهاب می تواند با از بین بردن دمودکس مایت ها که در ایجاد واکنش ایمنی پوست نقش دارند در کنترل علایم بیماری پاسچولار موثر باشد.

داروی Edetate Calcium Disodium: به صورت آمپول تزریقی ۲۰۰، به عنوان یک عامل شلاته کننده در مسمومیت با سرب به کار می رود. نباید با داروی Disodium EDTA که در درمان هایپرکلسمی به کار می رفت اشتباه شود.

داروی دی هیدروتاکسیسترول: Dihydrotychosterol

به صورت محلول خوراکی ۱ میلی گرم در سی سی، یک آنالوگ سنتز شده ویتامین «د» است که در کبد فعال شده، نیاز به هیدروکسیلاسیون در کلیه ندارد، شروع اثر سریع و نیمه عمر کوتاهتری از ویتامین د دارد. در درمان هیپوپاراتیروئیدی، سندرم آلبرایت، هیپوکلسیمی و هیپومینیزیمی، هایپر فسفاتمی و مسمومیت با برخی داروها به کار می رود.

داروی کوری فولیتروپین آلفا: Corifollitropin Alfa

به صورت قلم ها تزریقی ۲۰۰ و ۳۰۰، یک آگونیست طولانی اثر FSH است

که در درمان ناباروری به کار می‌رود.

ب- داروهایی که به شکل یا دوز جدید عرضه شدند

بودزوناید: Budesonide

به صورت کپسول خوراکی ۳ و ۹ میلی گرم جهت درمان بیماری کرون (حلالیت بالای این کورتیکواستروئید در آب جذب سیستمیک و عوارض را به حداقل می‌رساند) به کار می‌رود.

ایبوپروفن: Ibuprofen

به صورت گرانول جوشان ۶۰۰ و قرص خوراکی آهسته رهش ۸۰۰

سدیم کلراید: Sodium Chloride

به صورت نبولایزر هایپرتونیک ۷ درصد جهت تولید خلط رقیق یا میکس کردن با سایر داروهای تنفسی مثل نبولایزر سالبوتامول

آموکسی سیلین: Amoxicillin

به صورت قرص خوراکی آهسته رهش ۷۷۵

دلیتiazem: Diltiazem

به صورت قرص های خوراکی ۳۰ و ۹۰ مزالازین Mesalazine:

به صورت قرص آهسته رهش ۱۲۰۰

لوزارتان Losartan:

به صورت قرص خوراکی ۱۲/۵ و ۱۰۰ تادالافیل Tadalafil:

به صورت قرص خوراکی ۲/۵ در بهبود علائم BPH در بیماران دچار یا فاقد اختلال نعوظ

ویتامین ب ۲ یا ریبوفلاوین Riboflavin:

به صورت قرص خوراکی ۱۰۰ در درمان کمبود ویتامین، پیشگیری از میگرن آداپالن Adapalene:

به صورت ژل موضعی ۰/۳ درصد از لحاظ کارایی و اثر شبیه به ترتینوئین ۰/۰۵ درصد و با عوارض و کارایی بیشتر از آداپالن ۰/۱ درصد

آلندرونات Alendronate:

به صورت قرص جوشان ۷۰ میلی گرم لوپرورلین Leuprorelin:

یک آنالوگ GnRH است که به صورت پودر لئوفیلز جهت تزریق با دوزهای ۳،۷۵ و ۷،۵ و ۱۱،۲۵ و ۲۲،۵ و ۴۵ جهت درمان سرطان پروستات و سینه، BPH، اندومتریوز، فیروئید و بلوغ زودرس و ممانعت از کوتاهی قد و درمان نازایی به کار می‌رود. در ابتدا با افزایش گونادوتروپین و هورمون های جنسی و با تداوم تجویز با کاهش حساسیت هیپوفیز پیشین منجر به کاهش ترشح

گونادوتروپین و هورمون های جنسی می‌شود. کاهش تراکم استخوان در مصرف طولانی این دارو را باید مدنظر داشت.

بیوتین Biotin یا ویتامین H یا ویتامین B۷

به صورت قرص خوراکی با دوز بالای ۱۰۰ میلی گرم (در مقایسه با دوزهای ۳۰۰ میکروگرم و ۵۰۰۰ میکروگرم یا ۵ میلیگرم) در کنترل علائم بیماری MS با ادعای ترمیم میلین از طریق تحریک آنزیم مسئول سنتز میلین و اثرات نروپروتکتیو

اندانسترون Ondansetron:

به صورت قرص خوراکی ۸

ج- داروهایی که به صورت ترکیب با داروی جدید یا داروهای موجود قبلی عرضه شدند:

ترکیب داروی دوتاستراید با تامسولوسین Dutasteride+Tamsulosin:

به صورت کپسول خوراکی آهسته رهش حاوی دوتاستراید ۰/۵ و تامسولوسین ۰/۴ در بهبود علائم BPH به کار می‌رود.

ترکیب داروی سولینفاسین با تامسولوسین: Solifenacin+Tamsulosin

به صورت قرص خوراکی آهسته رهش حاوی سولینفاسین ۶ و تامسولوسین ۰/۴ در کنترل علائم تخلیه و نگهداری ادرار LUTS در BPH به کار می‌رود.

ترکیب داروی بریمونیدین با تیمولول

Brimonidine+Timolol:

به صورت قطره ای استریل چشمی حاوی بریمونیدین ۰/۲ درصد و تیمولول ۰/۵ درصد در درمان گلوکوم به کار می‌رود. ترکیب داروی بیزوپرولول با هیدروکلرتیازید Bisoprolol+Hydrochlorotiazide

به صورت قرص خوراکی حاوی بیزوپرولول ۲/۵ و ۵ و ۱۰ با هیدروکلرتیازید ۶/۲۵ و بیزوپرولول ۵ با هیدروکلرتیازید ۱۲/۵ و بیزوپرولول ۱۰ با هیدروکلرتیازید ۲۵ ترکیبی از یک بتابلاکر اختصاصی و یک مدرتیازیدی در درمان هایپرتنشن به کار می‌رود.

ترکیب داروی بیزوپرولول با آملودیپین: Amlodipine+Bisoprolol

به صورت قرص خوراکی بیزوپرولول ۵ و آملودیپین ۵، بیزوپرولول ۱۰ و آملودیپین ۵، بیزوپرولول ۵ و آملودیپین ۱۰ و بیزوپرولول ۱۰ و آملودیپین ۱۰ ترکیبی از یک بتابلاکر اختصاصی و یک

مهارکننده ی کانال کلسیم در درمان هایپرتنشن به کار می‌رود. ترکیب استامینوفن با ایبوپروفن Acetaminophen+Ibuprofen:

به صورت قرص خوراکی حاوی استامینوفن ۵۰۰ و ایبوپروفن ۲۰۰ با اثر سینرژیستی در درمان درد، تب و التهاب به کار می‌رود.

ترکیب استامینوفن با اکسی کدون: Acetaminophen+Oxycodone

به صورت قرص خوراکی حاوی استامینوفن ۳۲۵ و اکسی کدون ۵ و ۱۰ ترکیب آباکاویر و لامیوودین Abacavir+Lamivudine:

به صورت قرص خوراکی حاوی آباکاویر ۶۰۰ و لامیوودین ۳۰۰ در درمان به همراه سایر داروهای ضد رتروویرال جهت درمان بیماری ایدز خصوصا در کودکان

ترکیب انسولین لیسپرو و انسولین لیسپرو پروتامین: Insulin Biphasic Lispro

به صورت قلم تزریقی حاوی انسولین لیسپرو ۲۵ درصد و لیسپروپروتامین ۷۵ درصد و انسولین لیسپرو ۵۰ درصد و انسولین لیسپروپروتامین ۵۰ درصد، انسولین لیسپرو جزو انسولین های با شروع اثر بسیار سریع و دوام کم و انسولین لیسپرو پروتامین با اثر متوسط می‌باشد.

ترکیب متفورمین با امپاگلیفلوزین Empagliflozin+Metformin:

به صورت قرص خوراکی حاوی متفورمین ۵۰۰ و امپاگلیفلوزین ۵ و ۱۲/۵ و متفورمین ۱۰۰ و امپاگلیفلوزین ۵ و ۱۲/۵ است. داروی امپاگلیفلوزین از خانواده ی گلیفلوزین ها Gliflozin است که مانع بازجذب گلوکز از کلیه و در نتیجه افزایش دفع قند از ادرار می‌شوند. (با مهار پروتئین انتقال دهنده ی سدیم- گلوکز نوع ۲ یا SGLT۲)

ترکیب امپاگلیفلوزین و لیناگلیپتین Empagliflozin+Linagliptin:

به صورت قرص خوراکی حاوی لیناگلیپتین ۵ و امپاگلیفلوزین ۱۰ و ۲۵. لیناگلیپتین جزو مهارکننده های DDP-۴ و باعث افزایش اینکرتین و امپاگلیفلوزین مهارکننده ی SGLT۲ و باعث افزایش دفع گلوکز از ادرار می‌شود.

دسته های درمانی جدید در بیماری دیابت نوع دو:

- مهارکننده های SGLT۲ inhibitors مثل

امپاگلیفلوزین با افزایش دفع گلوکز از ادرار، آگونیست‌های پپتید شبه گلوکاگن ۱-GLP agonists

- مقلدهای اینکرتین مثل لیراگلوتاید با افزایش ترشح انسولین می‌شود بدون این‌که هایپوگلیسمی ایجاد کنند، به‌عبارتی تنها در صورت حضور گلوکز بالای بعد از غذا منجر به ترشح انسولین می‌شوند

- مهارکننده های دی پپتیدیل پپتیداز ۴ dipeptidyl peptidase ۴ (DPP-۴) inhibitors مثل سیتاگلیپتین که مانع تجزیه‌ی اینکرتین می‌شوند.

خطر بروز پانکراتیت و سرطان پانکراس در دو دسته‌ی اخیر را باید مد نظر قرار داد. و با اهمیت کم‌تر آگونیست‌های دوپامین نوع ۲ مثل بروموکریپتین آهسته رهش که دیده شده با تجویز در دو ساعت اول بعد از بیداری با کاهش افزایش کارایی دوپامین در هیپوتالاموس باعث کاهش تون سیستم سمپاتیک مازاد شده و نتیجتاً مانع افزایش گلوکز بعد از غذا و کاهش تولید گلوکز از کبد می‌شود.

داروهایی که در حوزه‌ی لاهیجان با استقبال مواجه شده‌اند :
قرص مترونیدازول ۵۰۰ :

برخلاف تجربه‌ی ناموفق قبلی کوتریموکسازول DS ، این بار به نظر می‌رسد این دوز جدید با استقبال مواجه شود. برای عفونت‌های بی‌هوای با دوز ۷/۵ mg/kg و واژینوزیس باکتریال (هر ۱۲ ساعت ۵۰۰ میلی‌گرم تا ۷ روز)، عفونت‌های جراحی کولورکتال (۱ گرم هر ۸ ساعت) و آمیباز (۵۰۰ میلی‌گرم هر ۸ ساعت) و ... به‌علت پذیرش راحت‌تر بیماران نسبت به دوز ۲۵۰ میلی‌گرم حضور تداوم داری داشته باشد.

قرص بی‌زوپرولول:

یک بتا بلاکر اختصاصی در دوزهایی پایین که منجر به کاهش ضربان قلب و ترشح رنین شده، معمولاً به همراه دوز پایین هیدروکلرتیازید (۶,۲۵) تجویز می‌گردد. دفع یکسان کبدی و کلیوی دارد.

قرص دس لوراتادین:

متابولیت فعال برخی از داروهای موجود هم توانستند به‌صورت مجزا به‌عنوان یک محصول جدید عرضه شوند. منجمله سستیریزین که متابولیت



هیدرکسی زین است، فکسوفنادین که متابولیت ترفنادین است و دس لوراتادین که متابولیت لوراتادین است. پیش فرض‌ها در مورد متابولیت‌ها شامل حلالیت در آب بالاتر و در نتیجه نفوذ به مغز کم‌تر و بروز عوارض عصبی و خواب آلودگی کم‌تر با این داروها و همچنین تداخل دارویی کم‌تر و نیمه عمر طولانی‌تر است. با این حال عملاً تفاوت بالینی و مزیت خاصی بین آن‌تی هیستامین‌های جدید وجود ندارد و این دارو مزیت قابل توجهی نسبت به لوراتادین ندارد. توصیه‌ی کلی استفاده از آن‌تی هیستامین‌های نسل دوم است (در خارش هیدروکسی زین هنوز انتخاب بهتری است) و در بین آن‌تی هیستامین‌های نسل دوم سستیریزین و لووستیریزین کارایی بهتری نشان داده‌اند. لووستیریزین خواب‌آلودگی می‌دهد. فکسوفنادین طول اثر کوتاه و دس لوراتادین علی‌رغم قدرت کم‌تر طول اثر بیش‌تری دارد.

قرص تینیدازول ۵۰۰ :

از لحاظ عملکرد شباهت به مترونیدازول داشته و در بیمارانی که مترونیدازول را تحمل نمی‌کنند، قابل مصرف است. نیمه عمر طولانی‌تر دارد. ۱۲/۵ ساعت در مقابل ۷/۳ ساعت مترونیدازول. برای درمان تریکوموناس (۲ گرم در یک روز بعد از غذا) ژیا‌ردیا (۲ گرم سینگل دوز در یک روز بعد از غذا) و آمیباز (آمیباز

رودهای ۲ گرم روزانه برای ۳ روز) برای آبسه کبدی ۲ گرم روزانه برای ۳ تا ۵ روز.

کرم سرتاکونازول :

با بروز کمبود مقطعی کرم‌های کتوکونازول و میکونازول، این دارو به‌عنوان یکی از جایگزین‌ها مطرح است. اثرش روی درماتوفیت‌ها مشابه تربینافین است. سرتاکونازول از کلوتریمازول بهتر روی عفونت قارچی تنیا اثر دارد، با این حال هزینه‌ی درمان با سرتاکونازول بیش‌تر است. در درماتیت سبوریه از کتوکونازول موثرتر است. سرتاکونازول همچنین علیه باکتری‌های گرم مثبت مثل استافیلوکوک، استرپتوکوک و پروتوزوا (تریکوموناس) موثر است و دارای خاصیت ضدالتهاب و ضد خارش نیز می‌باشد.

روغن منیزیم:

برخلاف اسم‌اش روغن نیست، بلکه حاوی منیزیم کلراید و آب است که در ترکیب با هم حالتی شبیه روغن پیدا می‌کند و برخلاف تصور یون منیزیم قادر به عبور از غشای لیپوفیل پوست و جذب مناسب سیستمیک می‌باشد. در بیماری فیبرومیالژی باعث کاهش درد در نواحی تجویز شده استفاده می‌شود.

تجویز موضعی ترانگزامیک اسید:

به‌نظر می‌رسد این داروی آن‌تی فیبرینولیتیک دارای خاصیت سفیدکنندگی موضعی خصوصاً رفع هایپرپیگمنتاسیون ناشی از اشعه UV و رفع ملاسما باشد. در دوزهای ۳ درصد (۳ گرم در ۱۰۰ گرم) به‌صورت ترکیبی از کپسول یا آمپول‌های موجود در داروخانه قابل فرموله کردن می‌باشد.

تجویز موضعی قطره‌ی چشمی لاتانوپروست:

برخلاف ترانگزامیک اسید، این داروی آگونیست پروستاگلندین PGF_{2a} موثر در درمان گلوکوم می‌تواند باعث هایپرپیگمنتاسیون شده و در بیماری ویتیلیگو به‌کار رود. همچنین به‌علت اثرات هایپرتریکتیک‌اش به‌عنوان درمانی برای ریزش مو آندروژنیک و سکه‌ای مطرح است bimatoprost از همین خانواده برای افزایش ضخامت و تیرگی مژه‌ها ارائه شده است.

تجویز واژینال روغن گل‌مغربی (گل‌پامچال): دیده شده مصرف خوراکی و واژینال EPO در هفته‌های آخر بارداری باعث شل شدن سرویکس و سهولت زایمان می‌شود.



غربالگری سرطان کولور کتال (CRC)

دکتر زهرا طاهرزاده
فوق تخصص گوارش

مقدمه

بررسی‌ها نشان داده‌اند که میزان بروز سرطان کولورکتال در کشورهای در حال رشد اقتصادی، از قبیل اروپای شرقی و اغلب کشورهای آسیایی، خاورمیانه و شمال آفریقا و برخی کشورهای آمریکای جنوبی، به‌طور سریعی در حال افزایش است که خود نشان دهنده‌ی تغییری الگوهای غذایی و تحرک فیزیکی در این کشورهاست. همچنین به‌طور کلی بیماری‌های گوارشی، بار پزشکی، اقتصادی و اجتماعی زیادی بر جامعه‌ی جهانی تحمیل کرده اند.

بر اساس گزارش جهانی، بار بیماری‌ها در میان ۱۰ بیماری اولویت‌دار گوارشی، سرطان کولورکتال رتبه‌ی سوم را از نظر بار هزینه‌های اقتصادی داشته است. مطالعات اپیدمیولوژیک در سال‌های اخیر روند روبه‌رشدی از سرطان کولورکتال را در ایران گزارش نموده‌اند.

نکته‌ی قابل توجه این است که به نظر می‌رسد سن شروع بیماری در ایران در مقایسه با کشورهای غربی پایین‌تر باشد. این امر علاوه بر تاثیر عوامل ژنتیکی و موتاسیون‌ها تا حدودی می‌تواند ناشی از این باشد که در طی ۳۰ سال اخیر استانداردهای زندگی در کشور ارتقا یافته است و شیوه‌ی زندگی افراد تغییرات چشم‌گیری در جهت کاهش تحرک فیزیکی و استفاده از رژیم‌های غذایی غنی از گوشت و چربی و کم فیبر، مشابه الگوی غذایی کشورهای غربی داشته است. با توجه به روند رو به رشد مشاهده شده، ممکن است در آینده سرطان کولورکتال شایع‌ترین سرطان در کشور باشد. نکته‌ی جالب توجه این است که سرطان کولورکتال تنها سرطان قابل پیشگیری می‌باشد.

علی‌رغم این‌که مرگ‌ومیر ناشی از سرطان کولورکتال می‌تواند با تشخیص زودرس و درمان کاسته شود؛ تقریباً دو سوم بیماران در مراحل پیشرفته‌ی بیماری تشخیص داده می‌شوند. همچنین میزان غربالگری سرطان کولورکتال نسبت به سایر سرطان‌ها کم‌تر است.

اپیدمیولوژی

سرطان کولورکتال سومین سرطان شایع و چهارمین علت مرگ‌ومیر در دنیا شناخته شده است. این بیماری در زنان پس از سرطان پستان دومین علت مرگ‌ومیر و در

مردان سومین علت مرگ پس از سرطان ریه و پروستات شناخته شده است. شیوع سرطان کولورکتال بیش‌تر در سنین بالای ۵۰ سال است و میزان بروز آن در مردان و زنان تقریباً برابر است.

مطالعات اپیدمیولوژیک در سال‌های اخیر در ایران روند رو به رشدی از سرطان کولورکتال را در کشور گزارش نموده‌اند. مطابق گزارش برنامه‌ی ملی ثبت سرطان وزارت بهداشت و مرکز تحقیقات انستیتو سرطان بخش عمده‌ی سرطان‌های سیستم گوارشی در معده رخ می‌دهند و بعد از معده، شایع‌ترین عضوهای مبتلا به سرطان شامل روده‌ی بزرگ و رکتوم می‌باشند. در میان ۵ سرطان شایع در کشور، سرطان کولورکتال رتبه‌ی سوم را از نظر فراوانی در دو جنس داشته است. در کل کشور سالانه نزدیک به ۷۰۰۰ مورد سرطان کولورکتال گزارش می‌شود که نیمی از آن‌ها ظرف ۳ سال فوت می‌کنند.

پیشگیری

در حد متناسب به همه مردم جهت کاهش خطر سرطان کولورکتال توصیه شود BMI توصیه می‌شود که روزانه حداقل ۵ سهم (۴۰۰ گرم) سبزیجات و میوه‌های غیرنشاسته‌ای و غلات با هر وعده غذایی مصرف شود.

مصرف گوشت قرمز به کم‌تر از ۵۰۰ گرم در هفته تقلیل یابد.

از مصرف الکل و سیگار پرهیز شود.

انجام فعالیت ورزشی با شدت متوسط حداقل ۳۰ دقیقه ۵ روز هفته توصیه می‌شود.

دریافت انرژی روزانه به کم‌تر از ۲۵۰۰ کالری در مردان و کم‌تر از ۲۰۰۰ کالری در زنان کاهش یابد.

کم‌تر از ۲۵ درصد کالری از چربی‌ها تامین شود.

دریافت کلسیم توتال ۱۰۰۰ تا ۱۲۰۰ میلی‌گرم در روز باشد.

تجویز آسپیرین جهت پروفیلاکسی در بیماران با سابقه‌ی برداشتن آدنوم‌ها توصیه می‌شود.

به افرادی که سابقه‌ی کبدچرب و مقاومت به انسولین دارند؛ توصیه به انجام فعالیت‌های ورزشی و کم کردن وزن می‌شود و همچنین غربالگری سرطان کولورکتال در آن‌ها با توجه بیشتر مورد نظر است.

شرایطی که ممکن است فرد را در معرض ابتلا به سرطان رودی بزرگ قرار دهند

سن بالا: مهم‌ترین عامل خطر ابتلا به بیماری، سن بیش از ۵۰ سال است و با بالاتر رفتن سن خطر ابتلا هم بیش‌تر می‌شود؛ هر چند موارد بروز این بدخیمی در سنین کم‌تر از ۵۰ سال نیز در حال افزایش است.

- سابقه‌ی فردی ابتلا به پولیپ یا سرطان روده‌ی بزرگ.

- سابقه‌ی ابتلا به سرطان‌هایی مانند سرطان رحم و تخمدان، معده، روده‌ی باریک و سرطان مجاری ادراری در فرد یا خویشاوندان وی.

- سابقه‌ی فردی ابتلا به بیماری‌های التهابی روده‌ی کولیت اولسروز یا کرون. - سابقه‌ی ابتلای یک یا چند خویشاوند نزدیک، به پولیپ یا سرطان روده بزرگ به نحوی که در صورت ابتلای یک خویشاوند درجه‌ی اول با سن کم‌تر از ۶۰ سال یا ابتلای دو خویشاوند درجه‌ی اول با هر سنی، خطر ابتلا ۳ تا ۴ برابر افزایش می‌یابد و غربالگری کولونوسکوپی را در سن ۴۰ سالگی یا ۱۰ سال پیش از سن اولین تشخیص در خانواده بیمار هر کدام که پایین‌تر بوده، شروع کنید و کولونوسکوپی هر ۵ سال تکرار شود.

یک خویشاوند درجه‌ی اول با سن بیش از ۶۰ سال و یا دو خویشاوند درجه‌ی دوم با هر سنی، خطر ابتلا ۲ تا ۳ برابر افزایش می‌یابد و غربالگری کولونوسکوپی از ۴۰ سالگی شروع شده و هر ۱۰ سال تکرار شود.

در صورت ابتلای یک خویشاوند درجه‌ی دوم یا یک خویشاوند درجه‌ی سوم، خطر ابتلا ۱/۵ برابر افزایش می‌یابد و غربالگری با خطر متوسط از سن ۵۰ سالگی شروع و هر ۱۰ سال تکرار شود.

بستگان درجه‌ی یک شامل: پدر، مادر، خواهر، برادر و فرزندان.

بستگان درجه‌ی دوم: پدربزرگ، مادربزرگ، عمه، خاله، دایی و عمو.

بستگان درجه‌ی سه: پدران و مادران ارشد، عموزاده، عمه‌زاده، خاله‌زاده و دایی‌زاده

هدف اصلی از غربالگری سرطان روده‌ی بزرگ تشخیص بیماری در مراحل اولیه و پیش از بروز علائم است، زیرا در این مرحله به‌طور کامل قابل درمان است. سرطان روده‌ی بزرگ در مراحل اولیه اغلب

بدون علامت یا دارای علائم غیراختصاصی مانند کم‌خونی، یبوست، درد شکمی و یا کاهش وزن است. سرطان‌هایی که در مرحله‌ی بروز علائم تشخیص داده شوند، نسبت به مواردی که قبل از بروز علائم تشخیص داده می‌شوند، پاسخ کم‌تری به درمان نشان می‌دهند.

علائم هشدار دهنده‌ی سرطان رودی بزرگ عبارت‌اند از:

- بروز اخیر یبوست به‌خصوص اگر با کاهش وزن یا کم‌خونی همراه باشد.
- باریک شدن قطر مدفوع.
- خون‌ریزی از راه مقعد.
- دردهای شکمی، به‌خصوص اگر همراه با تغییر در اجابت مزاج یا کاهش وزن باشد و یا در سن بالاتر از ۵۰ سال بروز کند.
- کاهش وزن غیرقابل توجیه، به‌خصوص در سنین بالا.
- کم‌خونی و فقر آهن با هر میزانی در خانم‌های یائسه و آقایان.
- کم‌خونی و فقر آهن شدید و بدون علت در خانم‌هایی که در سنین باروری هستند.
- روش‌های غربالگری کسر کولورکتال Stool test می باشد.

(FIT) و ایمونوکیمال مدفوع

۱-gFOBT Occult blood tests)

نکته‌ی ۱: برای انجام تست گایاک بررسی خون مخفی در مدفوع، لازم است که ۲ تا ۳ نمونه‌ی مدفوع جمع‌آوری شده در منزل مورد آزمایش قرار گیرد. نمونه‌ی منفرد به دست آمده در معاینه‌ی رکتال برای انجام تست کافی نمی‌باشد. در صورتی که نتیجه‌ی تست مثبت باشد، باید بیمار جهت انجام کولونوسکوپی ارجاع شود.

نکته‌ی ۲: جهت انجام تست ایمونوکیمال مدفوع، نیاز به رعایت رژیم غذایی مثل تست گایاک وجود ندارد و به دلیل حساسیت و ویژگی بالاتر، نسبت به تست کایاک ارجح می‌باشد. در صورتی که نتیجه‌ی تست مثبت باشد، باید بیمار جهت انجام کولونوسکوپی ارجاع شود.

Fecal DNA tests for colorectal

۲ - cancer

که DNA اینرمال را در نمونه مدفوع مشخص می کند و به طورعموم در دسترس نمی باشد.

endoscopic and radiographic

Flexible sigmoidoscopy

سیگموئیدوسکوپی فقط قادر به بررسی کولون چپ میباشد و در صورت مشاهده‌ی پولیپ یا پاتولوژی‌های دیگر باید بیمار جهت انجام کولونوسکوپی ارجاع شود

Colonoscopy

کولونوسکوپی دقیق‌ترین روش تشخیص سرطان کولورکتال می‌باشد



Double-contrast barium enema

موارد مثبت کاذب بیشتری نسبت به کولونوسکوپی دارد

با Computed-tomographic colonography

نیاز به آمادگی و تمیز کردن کولون داشته و برای پولیپ‌های بالای ۱ سانت حساسیت بالایی دارد و اکثر نادیده گرفته می‌شوند.

برنامه‌ی غربالگری افرادی که دارای خطر متوسط برای سرطان کولورکتال هستند:

*افراد که دارای معیارهای زیر باشند:

افراد با سابقه شخصی یا خانوادگی آدنوم های پیشرفته یا سرطان کولورکتال. سابقه‌ی شخصی از بیماری‌های التهابی روده یا سندرم‌های پولیپوز فامیلیال. به طور کلی این افراد باید آزمایشات مکرر یا زودتری را نسبت به افرادی که در معرض خطر متوسط قرار دارند، انجام دهند. افرادی که یک خویشاوند درجه‌ی اول مبتلا



به سرطان کولورکتال یا آدنوم پیشرفته تشخیص داده شده، قبل از ۶۰ سالگی یا دو خویشاوند درجه‌ی اول که در هر سنی تشخیص داده شده دارند، باید توصیه به شروع غربالگری کولونوسکوپی از ۴۰ سالگی یا ۱۰ سال پیش از سن اولین تشخیص در خانواده‌ی خود هر کدام که در سن

پایین‌تر باشد، شوند. در افراد مبتلا به کولیت اولسراتیو یا بیماری کرون با درگیری کولون کولونوسکوپی باید ۸ تا ۱۰ سال پس از شروع علائم شروع شود و هر ۱ تا ۳ سال تکرار شود. افرادی که دارای خویشاوند درجه‌ی اول با سرطان کولورکتال غیر پولیپوز ارثی هستند، باید کولونوسکوپی را در سن ۲۵ سالگی شروع و هر ۱ تا ۲ سال تکرار کنند. در افراد با سابقه‌ی خانوادگی سندرم پولیپوز آدنوماتوز بسته به سندرم غربالگری باید در سن ۱۰ سالگی یا در اواسط دهه‌ی ۲۰ شروع و هر ۱ تا ۲ سال تکرار شود. غربالگری کولونوسکوپی باید در سن ۸ سالگی در افراد مبتلا به سندرم پوتز جگرز شروع شود، اگر نتایج طبیعی بود کولونوسکوپی را می‌توان در سن ۱۸ سالگی سپس هر ۳ سال تکرار کرد. افراد مبتلا به پولیپوز آدنوماتوز دنداندار باید به محض تشخیص کولونوسکوپی سالانه شوند.

References:

- 1-wilkins T et al. colorectal cancer screening and surveillance in individuals at increased risk.american family physician january 15.2018
- 2-Colorectal cancer screening, Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) (2012)
- 3-Malekzadeh R, Bishehsari F, Mahdavinia M, and Ansari R. Epidemiology and Molecular Genetics of Colorectal Cancer in Iran: A Review. Arch Iranian Med 2009; 12 (2): 161 – 169
- 4-Imperiale TF, Ransohoff DF, Itzkowitz SH, Turnbull BA, Ross ME. Fecal DNA versus fecal occult blood for colorectal-cancer screening in an average-risk population. N Engl J Med 2004;351:2704–14 (PMID: 15616205)
- 5-Sonnenberg A, Delcò F, Inadomi JM. Cost-effectiveness of colonoscopy in screening for colorectal cancer. Ann Intern Med 2000;133:573–84 ((PMID: 11033584
- 6- Ansari R, Mahdavinia M, Sadjadi A, et al. Incidence and age distribution of colorectal cancer in Iran: results of a population-based cancer registry. Cancer Lett, 2006; 240,143-7
- 7-Illison JE, Sakoda LC, Levin TR, Tucker JP, Tekawa IS, Cuff T, Pauly MP, Shlager L, Palitz AM, Zhao WK, Schwartz JS, Ransohoff DF, Selby JV. Screening for colorectal neoplasms with new fecal occult blood tests: update on performance characteristics. J Natl Cancer Inst. 2007 Oct - 3;99(19):1462-70. PMID: 17895475

روش‌های ارزیابی بیماری‌های پستان

دکتر زهرا اخوان

متخصص جراحی عمومی و پستان



توده‌ی پستان در فلو چارت (۲-۱) آمده است.

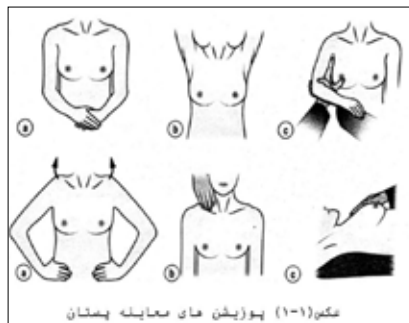
درد پستان:

منشا اصلی درد پستان دردهای موسکولواسکلتال و دردهای سیکلیک پستان هستند و درمان علامتی و اطمینان بخشی به بیمار کافی است. همراهی بیماری‌های بدخیم با درد کم‌تر دیده می‌شود.

ترشح از نیپل:

ترشح از پستان در ۵ درصد بیماران ارجاعی به کلینیک دیده می‌شود. در بسیاری از بیماران با ترشح از چند داکت معمولاً داکتال اکتازیا وجود دارد و یا ترشحات فیزیولوژیک هستند. در بیمارانی که باردار نیستند یا در حال شیردهی نباشند ولی ترشح شیر به صورت دو طرفه داشته باشد؛ معمولاً علل دارویی مطرح است، در غیراین صورت باید پرولاکتین چک شود که در صورت بالا بودن آن اسکن هیپوفیز لازم است. ترشحاتی

درحالی که دست‌ها در طرفین بیمار قرار دارد با توجه به تقارن، وضعیت نیپل و تغییرات پوست شروع می‌شود. سایر پوزیشن‌ها در عکس (۱-۱) توضیح داده شده است.



لمس پستان بهتر است در پوزیشن خوابیده و دست‌ها زیر سر انجام گیرد. معاینه با انگشتان و بافت پستان بین انگشتان معاینه‌کننده و قفسه‌ی سینه بیمار بررسی می‌شود. در صورتی که بیمار سابقه‌ی ترشح نیپل دارد باید نوک پستان به آرامی فشار داده شود و توجه شود که ترشح از یک یا چند مجرا خارج می‌شود. همچنین به ترشح خونی باید توجه شود. در تمام بیماران با درد پستان، دردهای جداری قفسه‌ی سینه باید مورد توجه و معاینه قرار گیرد.

معاینه‌ی زیر بغل دو طرف باید در وضعیت نشسته انجام شود، همچنین فضای سوپراکلاویکول باید لمس گردد.

توده‌ی پستان:

توده‌ی پستان شایع‌ترین علت ارجاع بیمار به کلینیک است. تمام بیماران دارای توده‌ی پستان به بررسی سه‌گانه نیاز دارند.

سن بیماران مبتلا به توده‌ی پستان مهم است، زیرا توده‌ها در سنین تا ۳۰ سال معمولاً فیبرآدنوما، از اواسط تا اواخر دهه‌ی ۴۰ اکثراً کیست و در سنین ۵۰ و بعد آن احتمال کانسر بیشتر مطرح است. نحوه‌ی بررسی بیمار با

در ادامه‌ی مبحث توده‌های پستان در شماره‌ی پیشین مجله ندای سپید، در این مقاله به روش‌های ارزیابی بیماری‌های پستان اشاره شده است.

بیماران مبتلا به علایم بیماری پستان معمولاً نیاز به بررسی تخصصی دارند و به‌طور سنتی به جراح ارجاع می‌شوند، درحالی که هم‌اکنون این افراد باید در کلینیک و تحت بررسی‌های سه‌گانه شامل جراحی، رادیولوژی و پاتولوژی قرار بگیرند. بررسی سه‌گانه (تریپل) باید در تمام بیماران مبتلا به توده‌ی پستان و یا ندولاریتی لوکالیزه اسیمتریک انجام شود. بررسی رادیولوژیک شامل ماموگرافی در افراد بالای ۴۰ سال و سونوگرافی در تمام توده‌های قابل لمس یا هر بیماری که نیاز به مطالعه‌ی بیشتر دارد ضروری است و بررسی هیستولوژیک معمولاً شامل بیوپسی با سوزن می‌باشد. در بسیاری از موارد تشخیص پاتولوژی با بیوپسی سوزنی و فروزن در زمان کوتاهی امکان پذیر است.

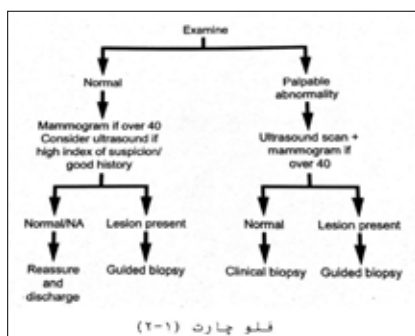
ارزیابی بالینی

تاریخچه‌ی بالینی:

گرفتن شرح حال و نحوه‌ی توجه به علایم در بیمار قدم اول معاینه‌ی بالینی است. نکته‌ی دوم ابتدای شخصی یا فامیلیال به بیماری پستان است، همچنین سابقه‌ی بیماری، مصرف دارو، آلرژی، ریسک فاکتورهای هورمونال کانسر از جمله سن قاعدگی و منوپوز، سن اولین بارداری، مصرف کنتراستپتوها و جایگزین‌های هورمونی باید سوال شود.

معاینه‌ی بالینی:

معاینه‌ی پستان باید در اتاقی با نور کافی انجام شود. معاینه با نگاه کردن به پستان در پوزیشن نشسته



که از یک مجرا و خونی باشند، می‌توانند در زمینه‌ی بدخیمی ایجاد شوند. با این حال سن بیمار مهم بوده و بسیاری از این بیماران مبتلا به داکتال اکتازیا یا پاپیلوم مجرا هستند. یک راه تشخیصی استفاده از آندوسکوپ فیبراپتیک و شست‌وشوی مجرا و ارسال برای سیتولوژی است. اما تشخیص قطعی با اکسزیون داکت است.

ارزیابی رادیولوژیک

ماموگرافی :

از ۳۰ سال قبل تاکنون ماموگرافی روش اساسی در رادیولوژی تشخیصی بیماری پستان به شمار می‌رود. تکنیک دیجیتال ماموگرافی با قابلیت انتقال اطلاعات بین مراکز درمانی، روشی با دقت بیشتر نسبت به ماموگرام Film screen در زنان زیر ۵۰ سال محسوب می‌شود. میزان حساسیت این تست در تشخیص کانسر، وابسته به سن بیمار است. در پستان دنس حساسیت تست کم‌تر شده درحالی‌که در زنان بالای ۶۰ سال حساسیت ۹۵ درصد دارد. لذا بررسی ماموگرافیک تنها در صورت شک بالینی قوی به کانسر یا در موارد با ریسک بالا در زنان زیر ۴۰ سال توصیه می‌شود. ماموگرافی یک تست اسکرینینگ در افرادی است که در سن مربوطه قرار دارند و یا علامت‌دار بوده و در طی یک‌سال گذشته این تست را انجام نداده‌اند.

سونوگرافی:

سونوگرافی با فرکانسی بالای ۱۰ مگاهرتز روش تشخیصی بسیار موثر در بررسی علایم فوکال پستان است. در تمام سنین قابل انجام است. به‌ویژه در سنین زیر ۴۰ سال که ریسک کانسر پایین است. سونوگرافی هم‌چنین روش انتخابی برای بیوپسی توده‌های غیر قابل لمس پستان است. هم‌چنین می‌توان از سونوگرافی در ارزیابی زیرغل و در صورت لزوم اسپیراسیون غدد لنفاوی استفاده نمود. هرچند حساسیت سونوگرافی در تشخیص توده‌های اولیه‌ی پستان از ماموگرافی کم‌تر است ولی در پستان‌های دنس میزان تشخیص توده‌ها با ترکیب دو روش افزایش خواهد یافت.

MRI

MRI پستان روشی تشخیصی برای توده‌های پستان است که در حال حاضر استفاده می‌شود. این تست می‌تواند به‌عنوان اسکرینینگ در بیمارانی که سابقه‌ی فامیلی قوی کانسر پستان دارند، یا افرادی که رادیوتراپی قفسه‌ی سینه برای لنفوما در سنین پایین دریافت کرده‌اند؛ مورد استفاده قرار گیرد. سایر موارد استفاده از این تست: -در بیمار مبتلا به لوبولار کارسینوما که بنا بر جراحی حفظ پستان باشد



رتراکشن نیپل در موارد خوش خیم



رتراکشن نیپل در بیماری‌های بدخیم

رتراکشن نیپل:

در رتراکشن خوش خیم نیپل برخلاف زمینه‌های بدخیمی، وضعیت نیپل سیمتریک و سنترال است و با دستکاری خارج می‌شود.

تغییر شکل پستان:

گاهی درجاتی از اسیمتری در پستان به‌صورت نرمال دیده می‌شود. نکرور چربی متعاقب تروما می‌تواند باعث فرورفتگی یا ایجاد توده در پستان گردد. بیماری موندور یا ترومبوفلیت عروق پوست پستان نیز می‌تواند باعث فرورفتگی خطی شکل شود. هم‌چنین آتروفی پستان با بالا رفتن سن باعث اسیمتری در چین پستان می‌شود ولی در صورت شک به بیماری زمینه‌ای بررسی قویا توصیه می‌شود.

بیماری‌های پوست پستان:

تغییرات پوستی در مواردی از جمله اگزما، کیست‌های انکلوژیون دیده می‌شود. بیماری پاژه یا انفیلتراسیون سلول‌های بدخیم در اپی تلیوم نیپل باید در تشخیص افتراقی اگزما مد نظر باشد. اگرما محدود به نیپل است درحالی‌که پاژه آرئول را هم درگیر می‌کند. در شک به پاژه بیوپسی سوزنی شامل پوست توصیه می‌شود و در صورت اثبات باید زمینه‌ی بدخیمی داخل بافت پستان هم بررسی شود. در صورتی که تومور بدخیم پستان، پوست را درگیر کند، به‌صورت توده به رنگ صورتی تیره یا زخم مشاهده می‌شود.

-بررسی بیمارانی که پروتز پستان دارند
-در تشخیص عود بیماری از اسکار جراحی
-جهت تشخیص پاسخ به درمان
نوادجوانت کموتراپی در تومورهای بزرگ یا پیشرفته‌ی موضعی
-تشخیص متاستازهای اسپینال
سی تی اسکن:

CT روش ارزیابی اولیه در توده‌ی پستان نیست، بلکه در ارزیابی وضعیت کبد و



فرورفتگی پوست در بیماری‌های بدخیم



بیماری موندور

ریه در متاستازها کاربرد دارد.

پاتولوژی

FNA

FNA بیش‌تر موارد در اسپیراسیون کیست‌ها، بررسی غدد لنفاوی یا در جایی که بیوپسی سوزنی از نظر تکنیکی مقدور نیست کاربرد دارد. میزان اطلاعات حاصل از این روش محدود است.

بیوپسی سوزنی:

استفاده از سوزن با gauge ۱۴ روش مناسب تهیه‌ی نمونه نسجی است که با لوکال آنستزی با فاصله مناسب از توده وارد و کات‌های متعدد از نسج می‌توان تهیه نمود. تعداد نمونه ارسالی در مواردی که بیوپسی با گاید و یا از کلسیفیکاسیون باشد، حداقل ۵ و متوسط بین ۶ تا ۱۲ core می‌باشد. نتیجه‌ی بیوپسی باید در ارتباط با تابلوی بالینی و رادیولوژیک باشد و این فقط با ارتباط تیمی گروه درمانی حاصل خواهد.

•

گفت



روزگار سپری شده‌ی زنده‌یاد دکتر جهانگیر چرختاب



گفت‌و شنود با پزشک نمونه‌ی سال ۱۳۹۷
هرگز دغدغه‌ی اول بودن نداشتم

برای تغییر جهت دیر نیست

مفهوم «دِ دِ تِ» در زمان‌های مختلف

اکبر شاهانی همراه با کتابش

غسل مولود و گاره‌بندی در دیلمان

آیا سلامتی پزشکان نیاز به مراقبت دارد؟

بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی شفا لاهیجان



مجهز به :

* خدمات سرپایی و بستری با امکانات جدید

با حضور پزشکان متخصصی و فوق تخصص

* بخش مراقبتهای ویژه و مراقبت های قلبی و ریوی

* بخش آندوسکوپی، کولونوسکوپی، برونوسکوپی

* مرکز تصویربرداری

(رادیولوژی، سونوگرافی، سنجش تراکم استخوان، سی تی اسکن)

* فیزیوتراپی - اسپیرومتری - شنوایی سنجی

* اکوکاردیوگرافی - تست ورزش

**کلینیک
تخصصی
همه روزه**

لاهیجان - خیابان کاشف شرقی - نرسید به میدان دکتر حشمت

تلفن تماس : ۰۱۳ ۴۲۲۲۲۳۱۶ - ۲۰



گفت و شنود با پزشک نمونه‌ی سال ۱۳۹۷

انتخاب پزشک نمونه، اقدامی نمادین برای تجلیل از تلاش‌های خانواده‌ی پزشکی است. با تصمیم هیئت مدیره‌ی نظام پزشکی لاهیجان-سیاهکل در سال ۹۷، این خانواده فرصت یافت تا با آرای خود نشان دهد قدردان زحمات ارزشمند همکاری است که در دردها هم قدم است و ریتم ناخوش زندگی را خوب می‌شناسد. پزشک نمونه‌ی سال ۹۷ دکتر احمد اکرامی متخصص قلب؛ پزشک کارداران، موقر و امین که حضورشان مایه‌ی آرامش قلب شهر است. به بهانه‌ی این انتخاب برازنده، فرصت را مغتنم دانستیم و برای آشنایی بیش‌تر مخاطبین «ندای سپید» به گفت و شنود با ایشان نشستیم.

هرگز دغدغه‌ی اول بودن نداشتم

گفت‌وگو: دکتر نیکو مستوفی

همگی، شناخت بچه‌ها از محیط اطراف و ابتکار عمل‌شان را تقویت می‌کرد. از طرفی بخشی از این ترفندها را از بچه‌های بزرگ‌تر می‌آموختیم که این خود به نوعی بودن در اجتماع و روابط اجتماعی را آموزش می‌داد.

کدام دبستان می‌رفتید و از معلم‌های آن دوران کسی را به یاد دارید؟

دبستانی در امیرشهر بود به نام «صدیق اعلم» که البته در حال حاضر وجود ندارد. معلم‌های خوبی داشتیم، از جمله معلم کلاس چهارم «خانم بصیر» که الان ساکن خارج از کشور هستند.

مقطع راهنمایی در کدام مدرسه بودید؟

مدرسه‌ی آذین و سال اول راهنمایی ما مصادف شد با انقلاب اسلامی و تعطیلات گه‌گاه مدارس که در آن سن و سال، تعطیلی‌ها خوشایند بود.

در کدام دبیرستان تحصیل کردید و دبیر مورد علاقه‌ی شما چه کسی بود؟

دبیرستان مهرگان سابق و مصطفی خمینی فعلی، توی دبیرستان دوستان زیادی داشتم که امروز با بسیاری از

دروغ بر شما و سپاس از شرکت در این گفت‌و شنود، برای آشنایی بیش‌تر خوانندگان ندای سپید کمی از تولد و کودکی تان بگویید.

سپاس از شما، ۲۳ اردیبهشت ۱۳۴۶ متولد شدم و آخرین فرزند یک خانواده‌ی شلوغ هستم. ما سه برادر و چهار خواهر هستیم. دوران کودکی خوبی داشتیم و بیش‌تر به بازی‌های بچگانه‌یی که در آن زمان باب بود، گذشت.

کودکی تان چگونه گذشت؟

بیش‌تر ایام کودکی به همان بازی‌های کودکانه با بچه‌های محل گذشت. خصوصیت محلات قدیمی به گونه‌یی بود که بچه‌ها به راحتی و در امنیت، مدت‌ها در کوچه بازی می‌کردند و بازی‌های آن دوران هم عمدتاً خلاقانه بود، مثلاً برای درست کردن یک بادبادک خوب نکات بسیار ریزی باید رعایت می‌شد و تبحر خاصی می‌خواست و در همین بازی‌ها بود که تمرین و تکرار را یاد می‌گرفتیم.

در آن زمان ما از فندق به جای تیل استفاده می‌کردیم و مراحل تبدیل یک فندق به فندقی که سنگین باشد و بتواند در مسابقات کودکانه شرکت کند؛ خود پروسه‌یی داشت که

آن‌ها همکار هستیم. دبیر ریاضی «آقای رنجبر» که مرحوم شدند و «آقای محیطی» دبیر شیمی از دبیران محبوب و دوست‌داشتنی من بودند.

مشوق شما برای تحصیل چه کسی بود و از چه موقع به پزشکی علاقه‌مند شدید؟

داشتن تحصیلات در خانواده‌ی ما مهم بود، ولی به این صورت نبود که به سمت رشته‌ی خاصی سوق بدهند. به دلیل این‌که پدرم دبیر ریاضی بود، در خانواده‌ی ما علاقه و گرایش خاصی به رشته‌ی ریاضی هست و همه در رشته‌ی ریاضی فیزیک تحصیل کردند و در رشته‌های فنی [در دانشگاه] پذیرفته شدند، فقط من به توصیه‌ی مادرم وارد رشته‌ی علوم تجربی شدم و تمایل به پزشکی پیدا کردم و علاقه‌ام به پزشکی در دوران دانشجویی رفته رفته بیش‌تر شد.

دوره‌ی دبیرستان‌تان تا ورود به دانشگاه چگونه گذشت؟

از نکات جالب سال ۶۴ که من دیپلم گرفتم و وارد دانشگاه شدم، این است که تعداد قبولی‌ها بسیار زیاد بود، به‌طوری‌که این آمار در سال‌های قبل و بعد تکرار نشد. در آن سال فقط ۱۱ نفر از لاهیجان در پزشکی دانشگاه تهران پذیرفته شدیم. از خصوصیات که من فقط در آن دوران تجربه کردم؛ رقابت همراه با رفاقت بود. ما سه نفر بودیم که بیش‌تر از بقیه با هم رقیب و در عین حال رفیق بودیم. من، جهانگیر چرختاب و مهران نوروزی. اگر یکی از ما نکته‌یی پیدا می‌کرد، محال بود به دو نفر دیگر منتقل نکند. من درس موظفم را می‌خواندم، البته سال آخر کمی فشار درسی را بیش‌تر کرده بودم، ولی نه به صورتی که امروزه شاهد آن هستیم.

جنگ و اوضاع اجتماعی آن زمان روی شما و همسالان‌تان برای امتحان کنکور تأثیر گذاشته بود؟

جنگ تأثیر چندانی نداشت، ولی در آن سال‌ها پس از کسب رتبه، تحقیقات و گزینش صورت می‌گرفت که نتیجه‌ی کنکور را تحت تأثیر قرار می‌داد، به همین دلیل بسیاری از ما استرس تحقیقات پس از کنکور را داشتیم تا کسب رتبه!

اصلاً تصور می‌کردید در کنکور رتبه‌ی ۱۱ بیاورید؟

آن زمان هیچ روشی برای سنجش خودمان نداشتیم. من برای این‌که خودم را محک بزنم و ببینم با معلومات و سرعت علمم چقدر می‌توانم پاسخ‌گوی سؤالات باشم؛ در امتحان تربیت معلم شرکت کردم و به این ترتیب، کنکور دومین امتحان تستی من بود و هیچ ارزیابی‌یی از خودم نداشتیم.

چطور از نتیجه مطلع شدید؟

با یکی از دوستانم که یک‌سال از من بزرگ‌تر و دانشجوی دانشگاه شیراز بود، ساعت ۶ عصر برای گرفتن کارنامه رفتیم.

کمال‌گرا هستید؟

بله، البته به این معنا که اگر وظیفه‌یی به من سپرده شود، دوست دارم کامل انجام بدهم، ولی دغدغه‌ی اول بودن را ندارم. به طور مثال؛ برایم مهم نبود شاگرد اول باشم یا حتماً معدل ۲۰ باشد.

استاد محبوب‌تان در دوران طب عمومی چه کسی بود و از چه موقع به رشته کاردیولوژی علاقه‌مند شدید؟

دکتر منصورمقدم، متخصص قلب که در دوران فیزیوپاتولوژی، استاد سمیولوژی ما بود. ایشان صداها و سوفل‌های قلبی را بر اساس مکانیک آموزش می‌داد و چون علاقه‌ی ذاتی من

برمی‌گشت به ریاضی و فیزیک؛ این جنبه‌ی مکانیکی قلب هم من را به این رشته و هم به نحوه‌ی تدریس دکتر مقدم علاقه‌مند کرد.

نکته‌ی دیگری که کاردیولوژی را برایم جذاب می‌کند؛ این است که پس از تشخیص با مداخلات می‌توان به بیمار کمک کرد و باعث بهبود کیفیت زندگی بیمار شد، ولی در خیلی از رشته‌ها درمان صرفاً نقش حمایتی و نگهدارنده دارد.

حالا به عنوان همکار ایشان را می‌بینید؟

بله، در سمینارها و کنگره‌ها هستند ولی هیچ‌وقت فرصت نشد به ایشان بگویم یکی از دلایل سوق من به کاردیولوژی بوده‌اند. شاید در آینده این فرصت دست دهد.

پس از پایان دانشگاه، در کجا به عنوان پزشک عمومی مشغول به کار شدید؟

برای طرح به بوشهر رفتم و پس از گذشت ۷ ماه، برای خدمت سربازی به رشت آمدم. پس از پایان خدمت، برای ادامه‌ی طرح مجدداً ۴ ماه در بوشهر کار کردم.

چه سالی رزیدنتی پذیرفته شدید؟ تا جایی که می‌دانم آن‌جا هم درخشش داشتید.

سال ۷۶ در رزیدنتی پذیرفته شدم. از آن جایی که مرکز قلب شهید رجایی زیر مجموعه‌ی دانشگاه علوم پزشکی ایران بود و من هم هدفم کاردیولوژی بود؛ برای امتحان تخصص در این دانشگاه شرکت کردم. آن زمان به این صورت بود که باید در یک دانشگاه امتحان می‌دادیم و حق انتخاب سه رشته را داشتیم که من قلب، ارتوپدی و جراحی عمومی را انتخاب کردم. در امتحان نفر اول شدم و در نتیجه رشته‌ی دلخواهم را ادامه دادم.

استاد محبوب‌تان در دوران رزیدنتی چه کسی بود؟

دکتر اورعی؛ بسیار باهوش و باسواد و جزو اساتید ارزشمند ما بود، اگرچه صاحب کرسی نبود.

چه سالی ازدواج کردید و چند فرزند دارید؟

عید سال ۷۶، یعنی همان سالی که رزیدنتی پذیرفته شدم ازدواج کردم و یک دختر دارم.

چه سالی فارغ‌التحصیل شدید و در کجا مشغول شدید؟

سال ۱۳۸۰ فارغ‌التحصیل شدم و برای گذراندن ضریب K به لاهیجان آمدم و در بیمارستان ۲۲ آبان مشغول به کار شدم.

چرا کار در لاهیجان را انتخاب کردید؟

چون همسرم علاقه‌مند بود در کنار خانواده‌اش باشد.

هیچ‌وقت علاقه‌مند به کار در شهر دانشگاهی و بودن در فضای آموزشی نبودید؟

به طورکل به بودن در فضای آموزشی علاقه دارم. ابتدا که در لاهیجان مشغول شدم، شرایطش هم بود، ولی هیچ‌گاه در این باره تلاشی نکردم و کار در لاهیجان را انتخاب کردم.

اگر می‌خواستید با تجربه‌ی امروز شهر محل فعالیت‌تان را انتخاب کنید؛ کدام شهر یا حتی کشور را انتخاب می‌کردید؟

بستگی دارد در چه مقطعی این حق انتخاب را داشتم. اگر در زمان پس از دیپلم بود، مهاجرت می‌کردم و تحصیلاتم را ابتدا از آن‌جا آغاز می‌کردم، ولی در مقطع عمومی یا پس از تخصص، همین مسیری را که آمدم انتخاب می‌کردم. البته یک فضای آکادمیک برایم در اولویت بود.

نقطه قوت خود را چه می‌دانید و چگونه از آن استفاده می‌کنید؟

اعتماد به نفس. توانایی‌هایم را می‌شناسم و اگر فکر کنم کاری را می‌توانم انجام دهم، ورود می‌کنم و دوست دارم آن کار را تمام و کمال انجام دهم.

آیا در مسئولیتی که می‌پذیرید، از دیگران هم کمک می‌گیرید، یا ترجیح می‌دهید خودتان انجام دهید؟

معمولا برای انجام مسئولیتی داوطلب نمی‌شوم، ولی اگر مسئولیتی را بپذیرم از کمک دیگران استفاده می‌کنم؛ اما حتما نظارت و کنترل خواهم داشت تا مطمئن شوم آن مسئولیت به بهترین نحو به انجام می‌رسد.

فکر می‌کنید اگر از نزدیک‌ترین دوست یا همکاران بخواهیم شما را توصیف کند، چه بگوید؟ فکر می‌کنم دوستان من را قابل اتکا بدانند و با این ویژگی از من یاد کنند.

آخرین باری که از موقعیت کاری‌تان احساس عدم رضایت کردید؛ چه زمانی بوده است؟

مقطعی و موردی بوده و خوشبختانه عدم رضایت شغلی چشم‌گیری نداشتم و در مجموع راضی هستم.

از آن جایی که مشکلات قلبی از علل شایع مرگ محسوب می‌شود و شما به عنوان متخصص این رشته در شرایط اورژانس با این مقوله زیاد برخورد داشتید، دیدگاه شخصی شما به مرگ چیست؟

مرگ را یک واقعیت عینی می‌دانم که هر لحظه قابل تجربه است، ولی تا جایی که امکان دارد باید آن را به تأخیر انداخت.

اگر قرار باشد روزی پزشکی را کنار بگذارید؛ چه شغلی را انتخاب می‌کنید؟

تدریس ریاضی و فیزیک. با صرف زمان حداکثر شش ماه خودم را آماده‌ی تدریس این دو رشته می‌دانم.

مهم‌ترین چالش صنفی حال حاضر جامعه‌ی پزشکی ایران را چه می‌دانید؟

پزشکی دفاعی. به این معنا که پزشک برای درگیر نکردن خود با مسائل حاشیه‌یی بیش از اندازه محتاط عمل می‌کند و اقدامات تشخیصی‌یی که لازم نیست، یا مشاوره‌هایی که ضرورتی ندارد انجام می‌دهد. ریشه‌ی این مسئله هم نبودن یک مکانیسم واحد برای درمان یا کمبود Guide line های درمانی است. در سیستم‌های معتبر جهانی وجود Guide line کمک می‌کند که اگر پزشک طبق آن عمل نماید برایش اشکالی پیش نمی‌آید و به قول معروف پزشک سو نمی‌شود. ولی این‌جا یک پزشک در کنار دانش علمی باید عوامل و فاکتورهای دیگر را هم در نظر داشته باشد تا با مشکلات درگیر نشود.

مهم‌ترین مشکل پزشکی را در شهرستان لاهیجان چه می‌دانید؟

کمبود منابع مالی و مشکلات وابسته به آن، چه در بخش دولتی و چه در بخش خصوصی تأثیرگذار است. ازسوی دیگر در زمینه‌ی رشته تخصصی خودم از لحاظ تکنولوژی هیچ پیشرفتی در ۱۵ سال اخیر صورت نگرفته است. مهم‌ترین آن هم نبود آنژیوگرافی است و ما مجبوریم برای گذاشتن یک pacemaker موقت هم بیمار را اعزام کنیم.

اگر با دید امروز قدرت برگشت به گذشته را داشتید کجای زندگی‌تان را تغییر می‌دادید؟

اگر برمی‌گشتم، بعد از دیپلم در ایران نمی‌ماندم و تحصیل را خارج از ایران ادامه می‌دادم.

معمولا اوقات فراغت را چگونه سپری می‌کنید؟

ورزش می‌کنم و به بسکتبال علاقه‌مندم و بیش‌تر از بودن در جمع خانواده و دوستان خانوادگی لذت می‌برم.

از چه سنی بسکتبال بازی می‌کنید و پست مورد علاقه‌تان چیست؟

از ۱۵ سالگی تمرین باشگاهی داشتم. پست power forward را دوست دارم، ولی در حال حاضر به علت شرایط آمادگی جسمانی بیش‌تر گارد بازی می‌کنم.

به طور متوسط روزانه چقدر زمان برای مطالعه صرف می‌کنید؟

به طور متوسط نیم ساعت که گاه علمی و گاه غیر علمی است.

کدام منبع را برای مطالعه علمی دنبال می‌کنید؟

در رشته‌ی خودم از «JACC»

(Journal of the American college of Cardiology)

و در سایر رشته‌ها از مجله‌ی journal watch استفاده می‌کنم.

آخرین کتاب غیرعلمی که مطالعه کردید، چیست؟

سیاست اقتصادی، نوشته‌ی لودویک میزس

عنوان جالبی است، ممکن است کمی موضوع کتاب را توضیح دهید؟

این کتاب و کتاب‌هایی از این دست، در واقع اقتصادهای موفق و ناموفق جهان را تشریح می‌کنند و علل کامیابی اقتصادی برخی از کشورها، سیاست حاکم بر آن‌ها و شکست برخی دیگر را توضیح می‌دهند.

چه کتابی از نظر شما تأثیرگذار هست و خواندنش را به بقیه توصیه می‌کنید؟

کتاب بیشعوری، اثر خاویر کلمنت.

به کدام شاخه از هنر علاقه‌مندید؟

از موسیقی در سبک سنتی و آواز شجریان لذت می‌برم، البته فقط شنونده‌ی خوبی هستم.

لطفا یک حرف خوب، یا نکته‌یی نغز به خوانندگان ما یادگاری بدهید.

برای آن‌که رؤیایی واقعیت یابد، اولین لازمه‌ی آن قوه‌ی ایجاد رویا است و دومین اصل مقاومت و اعتقاد به رویا می‌باشد.

این جمله از دکتر هانس سلیه است و در ابتدای کتاب خواندن فوری الکترو کاردیوگرافی، انتشارات اقبال نوشته شده بود و در چاپ‌های بعدی هم تکرار نشد. این جمله همیشه گوشه ذهنم هست.

در پایان به عنوان عضوی از خانواده‌ی پزشکی لاهیجان که در قالب نشریه فرصت همراهی بیش‌تر با شما را پیدا کردیم؛ از وقتی که بی‌دریغ و بی‌منت برای نشریه صرف می‌کنید، سپاسگزاریم. حضور دلگرم‌کننده‌ی شما در هیئت تحریریه، به ما این امکان را می‌دهد که با دغدغه‌ی کم‌تر کار کنیم، زیرا می‌دانیم کسی را کنار خود داریم که اگرچه آرام و بی‌ادعاست، ولی چیزی از نگاه ریزبینش مغفول نمی‌ماند و توانایی بالایی در حل مسئله دارد.

روزگار سپری شده‌ی

زنده‌یاد دکتر جهانگیر چرختاب



دکتر اردشیر شهریزاد

اتوبوس عمر آدم‌ها در جاده‌ی پرفرازونشیب هستی از ازل تا ابد در حرکت است. در هر تکه‌یی از مسیر پر از رمز و راز این جاده، مسافرانی سوار و پیاده می‌شوند. مدت بودن هر مسافر در اتوبوس حیات در مقایسه با طول جاده بسیار اندک است و این مدت هم برای هر مسافر نسبت به مسافر دیگر متفاوت است؛ اما نقطه‌ی مشترک برای همه‌ی مسافران این است که چه بخواهند و چه نخواهند، دیر یا زود باید در مسیر جاده از اتوبوس پیاده شوند. چه فراوان مسافرانی که سوار اتوبوس حیات شدند، مسیری گاهی طولانی را در کنار سایرین طی کردند؛ اما اثر و خاطره‌یی از آنان باقی نمانده است.



در این میان بودند مسافرانی که از بدو ورود به اتوبوس طوری رفتار کردند که در طول سفر هم به خود و هم به همسفران خوش بگذرد. آنان از اول دریافته بودند که دیر یا زود باید در ایستگاهی پیاده شوند. بنابراین در مسیر

سفر عمر با همسفران خود رابطه‌یی ایجاد کردند که آثار و خاطرات خوب از خود به جا گذاشتند. یکی از این مسافران خوب دکتر «جهانگیر چرختاب مقدم» بود.

دکتر چرختاب در ۱۳۴۶/۶/۲۵ در خانواده‌یی اصیل در شهر لاهیجان به دنیا آمد. پدرش «جعفر چرختاب» رئیس اداره‌ی تعاون روستایی بود و مادرش خانم کریم از خانواده‌های بزرگ لاهیجان بود.

جهانگیر به دلیل مامور شدن پدر به «شهرستان رودسر» سال اول دبستان را در این شهر گذراند، بعد از بازگشت به لاهیجان، سال دوم تا پنجم دبستان را در مدرسه‌ی «منتصرالملک» طی کرد و دوره‌ی راهنمایی را در مدرسه‌ی امجدالسلطان به پایان برد و از همان ابتدای کودکی در پی چرایی و رابطه‌ی علت و معلول پدیده‌های تجربی بود و ذهن کنجکاو او همیشه در گیرمسایل پیرامون خود بود تا خیلی از موارد را شخصا تجربه کند و یا راهی جدید برای رسیدن به هدف پیدا کند.

دوره‌ی دبیرستان را در سال ۱۳۶۰ در دبیرستان شهید مصطفی خمینی لاهیجان آغاز کرد. این دوران نقطه عطفی برای «جهانگیر» بود، دوره‌یی که شخصیت اصلی «جهانگیر» شکل گرفت. چرختاب جوان، به دلیل حسن خلق و وسعت قلباش، همواره محبوب همکلاسی‌ها و دوستانش بود و همچنین به دلیل توانایی بالا در برقراری ارتباط با دیگران، دوستان زیادی پیدا کرد که با ایشان همت والای خود این روابط را تا آخرین لحظه‌ی حیات خود نگه داشت.

همیشه با لبخندش دیگران را مسحور می‌کرد. صبر و حوصله و حسن نیتاش آن قدر زیاد بود که همیشه دوروبرش شلوغ بود. صبوری، هوش و استعداد بالایی او باعث می‌شد تا دوستان و همکلاسی‌هایش ترجیح دهند سوالات درسی‌شان را بیش‌تر از جهانگیر بپرسند. همیشه پذیرای دوستان بود. از انتقال معلومات خود به دیگران، نه تنها خسته نمی‌شد، که لذت هم می‌برد.

در سال‌های بعد، این فضیلت را در رابطه با دوستان و سایر افراد جامعه تقویت کرد، به نحوی که داشته‌های خود را با دوستان و مردم به اشتراک می‌گذاشت و به دلیل همین بخشندگی بسیار، محبوب مردم بود و خیلی‌ها، حتی دوستان نزدیکاش، بعد از رفتن او، به عمق و گستردگی روابطش با مردم پی بردند.

اتوبوس عمر در مسیر جاده‌ی هستی پیاده شد؛ اما آثار و خاطره‌های زیادی برای همسفران خود به‌جا گذاشت. او در قلب و یاد مردم مانا شد و شیوه‌ی زندگی‌اش سرمشقی برای دیگران شد.

سرانجام، دکتر چرخاب که انسانی مومن و معتقد بود، در ۱۳۹۷/۸/۱۶ شب رحلت پیامبر(ص) چشم از جهان فرو بست و در روز شهادت امام رضا(ع) به هنگام اذان ظهر به خاک سپرده شد.

روحش شاد و یادش گرامی باد

در سال ۱۳۶۴ دبیرستان را به پایان رسانید و در همان سال، در رشته‌ی پزشکی دانشگاه شهید بهشتی پذیرفته و در سال ۱۳۷۱ فارغ‌التحصیل شد. خدمت مقدس سربازی و طرح نیروی انسانی خود را در «روستای مته‌کشان» از توابع شهرستان زنجان گذراند. سپس در سال ۱۳۷۴ در رشته‌ی تخصصی عفونی پذیرفته شد. پس از فارغ‌التحصیلی، ابتدا در شهرهای اردبیل و تهران خدمت کرد و سرانجام به زادگاهش برگشت و تا آخر حیات در شهر لاهیجان به خدمت‌رسانی ادامه داد.

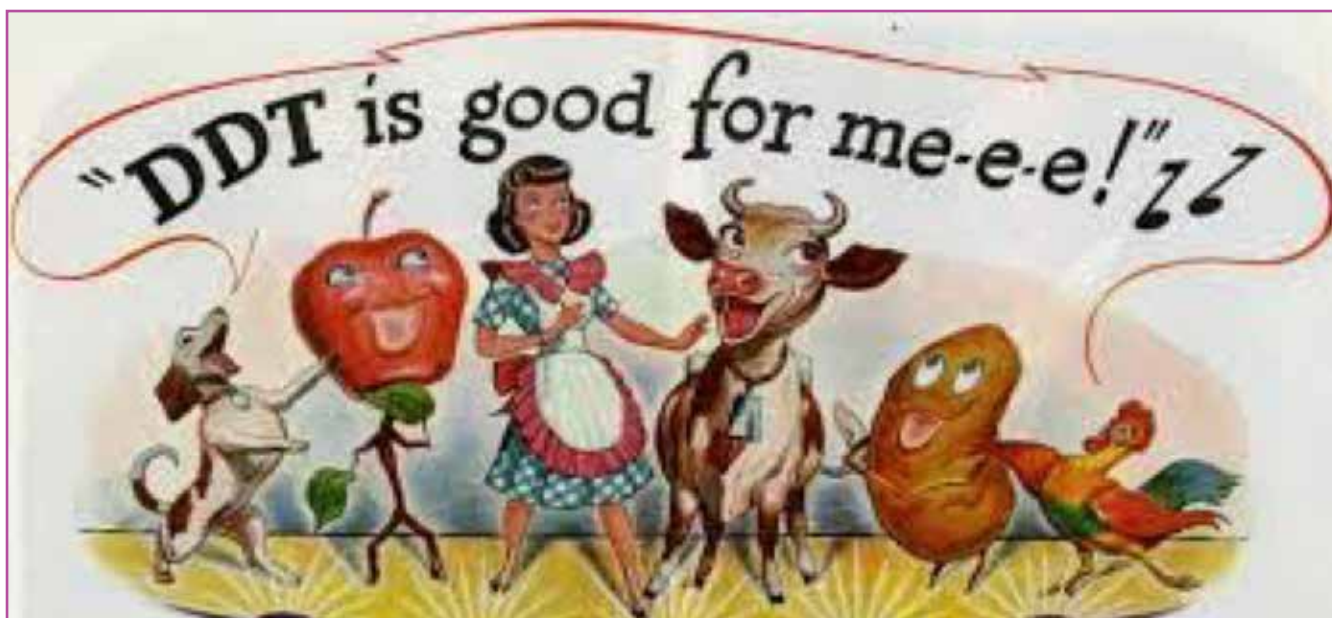
دکتر جهانگیر چرخاب در آخرین سال دوره‌ی تخصصی‌اش با سرکار خانم هادی‌پور صنعتی ازدواج کرد. حضور دکتر چرخاب در شهر لاهیجان همراه با برکات فراوان بود. ارتباط خوب با مردم، همکاران و سازمان‌های مرتبط با سلامت، آثار مثبت فراوانی داشت و حضور او در زادگاهش موجب دلگرمی همشهریانش بود.

زنده‌یاد دکتر جهانگیر چرخاب مقدم، در کنار طبابت و درمان بیماران به روابط انسانی اهمیت فراوان می‌داد. دستگیری و کمک او به مراجعین بی‌بضاعت و افراد نیازمند جامعه، بسیار فراگیر و زبانزد خاص و عام بود. خیلی از امور خیر و کمک‌های او به نیازمندان، پس از رفتن‌اش هویدا شد و هرگز در زمان حیات‌اش، از این موارد سخنی به میان نمی‌آورد.

دکتر چرخاب همواره ارتباط خوب خود را با دوستان و همکلاسی‌های دوران مدرسه حفظ کرده بود و از کوچک‌ترین فرصت برای جمع کردن آن‌ها به دور هم استفاده می‌کرد. او به ابتکار خود تمامی دوستان دبیرستانی‌اش را به همراه خانواده‌های‌شان در آخرین جمعه‌ی ماه مبارک رمضان، مهمان سفره‌ی خود می‌کرد و این سنت را سال‌های سال اجرا می‌نمود، به گونه‌یی که همکلاسی‌هایش در جای جای کشور می‌دانستند که افطار آخرین جمعه‌ی ماه مبارک رمضان را میهمان جهانگیر هستند و سعی می‌کردند به هر شکل خود را به میهمانی برسانند.

بخشنده‌گی از صفات برجسته‌اش بود. بسیار خوش اخلاق بود. همیشه لبخند بر روی لب داشت. با دوستان و اطرافیانش با ملاطفت و مهربانی رفتار می‌کرد. در طول پنج دهه زندگی پربارش هرگز کسی از او حرف سردی نشنید و همیشه مایه‌ی قوت قلب و دلگرمی دیگران بود. نوع دوستی و کمک به هم‌نوعان سرلوحه‌ی زندگی او بود. از دکتر و همسر فداکارش ۴ فرزند به یادگار مانده است. ۲ پسر و ۲ دختر که پسر ارشدش دانشجوی دندانپزشکی است و پسر کوچک دبستانی است. دختر بزرگ‌اش در سال آخر دبیرستان تحصیل می‌کند و دختر کوچک نیز دبیرستانی است.

جاودانه‌یاد دکتر جهانگیر چرخاب مقدم بسیار زود از



مفهوم «دِ دِ ت» در زمان‌های مختلف

دکتر بهمن مشفق



برانگیز بود! او تعریف می‌کرد روزی در بازارچه‌ی دهی وقتی ماشین جیب ما توقف کرد، ناگهان بچه‌ها و جوان‌ها و زن و مرد جلوی ماشین جیب ما را با خوشحالی و شادمانی گرفتند و شروع به رقص و پای‌کوبی و دست‌افشانی کردند و فریاد می‌زدند:

آمه دیهات، ماشین بمه آمه دیهات، ماشین بمه

(به دهات ما، ماشین آمده است.)

مشاهده‌ی آن صحنه برای ما جالب بود؛ اما حیفم آمد این داستان را با نقل حکایت دیگری در مورد نقش بستن «د.د.ت» بر روی دیوارها و درختان جنگل، با ذکر خاطره‌ای از پزشک شریف و نجیب گیلانی، شادروان دکتر عطاالله فریدونی متخصص بیماری‌های قلب، به پایان نرسانم.

«فرح خانم فرهنگی» همسر شادروان دکتر عطاالله فریدونی از خاطرات سال‌های آشنایی و نامزدی‌اش نقل کرده است: هر وقت با «عطا» که عاشق جنگل و روستاها بود به جنگل و روستاهای گیلان می‌رفتیم، «عطا» روی تنه‌ی درختان به شکلی چشم‌گیر و زیبا می‌نوشت:

«د.د.ت»

من شگفت‌زده به او می‌گفتم:

عطا سال‌هاست مبارزه با مالاریا تمام شده است، این چیست که روی درختان می‌نویسی د.د.ت؟

در پاسخ با لبخند می‌گفت:

عزیزم این حروف مخفف این جمله است که از قلب و زبانم جاری می‌شود:

دوست دارم ترا «د.د.ت»!

۶۴ سال پیش، یعنی سال ۱۳۳۳ شمسی، زمانی که برادرم سال دوم دانشکده‌ی پزشکی دانشگاه تهران را می‌گذراند، از سوی دولت وقت طرحی در کشور ما آغاز شد موسوم به طرح «مبارزه با بیماری مالاریا» که معروف بود با کمک گرفتن از برنامه‌ای که به «اصل چهار ترومن/ رئیس‌جمهور وقت آمریکا» برای بسیاری از کشورها از جمله ایران به اجرا گذاشته شده است.

دولت ایران برای این کار، با کمک گرفتن از دانشجویان دانشکده‌ی پزشکی دانشگاه تهران، گروه‌های سیاری را که مرکب از یک دانشجوی پزشکی و یک کمک دانشجو بود، همراه با یک دستگاه خودروی جیب (هنوز در آن سال‌ها ماشین لندروور وارد ایران نشده بود) و یک راننده، برای مبارزه با پشه‌ی مالاریا - که در آن سال‌ها در گیلان و مازندران بیداد می‌کرد - فرستاد و آن گروه‌ها، سمی موسوم به «د.د.ت» را با دستگاه مخصوص سم‌پاشی، سم ضد پشه‌ی مالاریا را در خانه‌ها و محوطه‌ی روستاها (و حتی شهرها) می‌پاشیدند و سپس با قلم قرمز روی دیوار خانه‌ها و حتی درختان قطور می‌نوشتند:

«د.د.ت زده شد»

و این حروف سال‌های سال و چه بسا هنوز در بعضی از دهات روی دیوارها یا درب خانه‌های قدیمی روستاها و شهرها باقی مانده باشد.

برادرم می‌گفت گاهی به زحمت اکیپ مبارزه با مالاریا را به دهاتی می‌رساندیم که مردم آن‌جا تا آن زمان هنوز اتومبیل ندیده بودند و مشاهده‌ی ماشین جیب ما برای آن‌ها تعجب

طلاق عاطفی

برای تغییر جهت دیر نیست



دکتر ساقی کوشا

شروع نادیده گرفتن طرف مقابل است. در این مرحله هر کدام از طرفین در حصار انزوا و تنهایی خود فرو می‌روند.

مرحله‌ی چهارم: سرکوب

سرکوبی نوعی احساس کرحتی و بی‌حسی است. در این مرحله فرد دیگر احساسات منفی خود را حس نمی‌کند. در مقابل هم هیچ احساس مثبتی لمس نمی‌شود. زندگی وارد عادت شده و در این مرحله‌ی فاجعه‌آمیز، نوع رابطه تغییر می‌کند. از بیرون همه چیز خوب و مرتب به نظر می‌رسد؛ اما هر کدام از زوجین بسیاری از مهارت‌های عاطفی خود را فراموش کرده‌اند و به یک جسد ماشینی و متحرک تبدیل شده‌اند که زندگی محدود و بی‌طراوتی را دنبال می‌کنند.

در مواجهه با طلاق عاطفی چه باید کرد؟

اگر در ابتدای مسیر طلاق عاطفی قرار دارید. در زمان مناسب در مورد هر موضوعی که موجب تیرگی روابط شما با همسرتان شده، صحبت کنید. مسایل را حل‌جایی کرده و به صورت یک کتاب باز رها نکنید، چرا که هر کشمکش نیمه‌کاره روی هم انباشته شده و روزی سر باز می‌زنند، تفکر نادرست فرهنگی در مورد ابراز علاقه را کنار بگذارید. و این دیوار شیشه‌ای غرور را در هم بشکنید. برای رسیدن به نگاه مشترک تلاش کنید، هرگز اولویت یک رابطه را فرزندان، استقلال مالی یا مسایل فرهنگی قرار ندهید، چرا که شروع تشکیل خانواده بر اساس رابطه‌ی زوجین شکل می‌گیرد.

در هر صورت اولویت را با همسر خود در زندگی قرار دهید، انتظارات خود را متعادل کنید و در جهت رسیدن به درک مشترک قدم بردارید.

اگر به طلاق عاطفی دچار شده‌اید، حتماً برای بررسی مسایل و مشکلات به یک روانشناس یا مشاور خانواده مراجعه کنید. از بازگو کردن مشکلات نهراسید و اگر با نظر مشاور به پایان یک رابطه رسیده‌اید، از اعلام آن فرار نکنید.

مشکلات زندگی به سان گلوله‌برف‌هایی در مسیر دامنه کوه، با هر غلت بزرگ‌تر می‌شود. اگر در میانه‌ی مسیر هستید؛ برای تغییر جهت هرگز دیر نیست.

می‌شود. روح سرزندگی و شادایی از آن‌ها دریغ می‌شود، در یادگیری نقش همسری با مشکل مواجهه می‌شود و توانایی تشکیل یک خانواده‌ی سالم از آن‌ها گرفته می‌شود. در ارتباط با این پدیده‌ی نوظهور، در زوج‌هایی اتفاق می‌افتد که چه بسا رابطه را با احساس عمیق و پررنگ آغاز می‌کنند؛ اما به مرور زمان شاهد رنگ باختن عشق و علاقه‌ی اولیه می‌شوند؛ دیگر نگران هم نبوده، تحمل بودن زیر یک سقف با هم برای‌شان دشوار می‌شود، حتی شنیدن صدای طرف مقابل عذاب‌آور می‌شود. معمولاً طلاق عاطفی از سال پنجم به بعد زندگی شروع می‌شود. وقتی افراد به هر دلیلی اعم از فرزندان، استقلال مالی، ترس از بی‌آبرویی از طلاق رسمی فرار می‌کنند و امید تغییر شرایط حاضر را از دست می‌دهند به تدریج شروع انفکاک عاطفی است.

مراحل طلاق عاطفی

در دسته‌بندی مشخص قدم‌های رسیدن به طلاق عاطفی به صورت زیر است.

مرحله‌ی اول: مخالفت

در اولین مرحله، یکی از طرفین همه‌ی توجه و تمرکز خود را صرف پیدا کردن ایراد و انتقاد کردن از همسر معطوف می‌کند، برای تمام اتفاق‌های گذشته، حال، آینده انگشت اتهام را به سمت طرف مقابل نشانه می‌رود، با جروب‌های طولانی شروع می‌شود. فرد شروع کننده غالباً افسرده، غمگین و آشفته است و رگبارهای ممتد از انتقادهای خود به سمت شریک زندگی روانه می‌کنند، در انتظار تغییر شرایط گام برمی‌دارد بی‌آن‌که بداند ضربه‌های ابتدایی خاموشی یک رابطه است و در مقابل، همسر او نیز دست به لجاجت زده و از مواضع خود عقب‌نشینی نمی‌کند (معمولاً در این مرحله شروع کننده که غالباً زن‌ها هستند، تقاضای جدایی را به صورت لفظی بیان می‌کنند).

مرحله‌ی دوم: رنجش و عصبانیت

در این مرحله وارد تهاجم دو طرفه شده، هر هر موضوع کوچکی دعوای بزرگی رخ می‌دهد و بعد از آن که ساعت‌ها از جروب‌ها گذشت، علت اصلی و اولیه‌ی دعوا از خاطر می‌رود.

مرحله‌ی سوم: عدم پذیرش و طرد

فرهنگ هر جامعه درون‌مایه‌ی اصلی تفاوت‌هاست و هر فرهنگی مختص روحیات و مقتضیات زمانه خویش است. زمانی سنت و رسوم رنگ تحجر به خود می‌گیرد که همگام با زمان، پوسته‌ی جزمی خود را نشکند و از مواضع‌اش پیروی کند.

تفکر رفتن با رخت سپید به خانه‌ی بخت و بازگشت با لباس سپید از همان تفکرهایی است که با وجود تمام مدرنیت و دگردیسی‌های جامعه زیر پوسته‌ی صبر، تحمل، شکیبایی و گذشت جا خوش کرده و مثل یک توده‌ی بدخیم به روح پویای جامعه افتاده است. با گذشت زمان هنوز جدایی به عنوان جزئی از یک رابطه پذیرفته نشده است.

هر شروع خوب اگر به سرانجام نرسید، پایان به‌جا و معقولانه بسیار بهتر از ادامه دادن تلخ و بی‌پایان است، مسایلی همچون سرنوشت بچه‌ها، نگاه مردم و .. دست‌آویزی برای حفاظت از این تفکر پوچ و بی‌اساس شده است.

این روزها همه چیز به انقضای قانونی یک رابطه ختم نمی‌شود. زمانی که صدای فریادهای کمتر شده، جروب‌ها جایش را به بی‌تفاوتی بدهد، اسلحه‌ها غلاف شده و ادامه‌ی راه به هر طریقی یعنی جرقه‌ی جدایی عاطفی زده شده است.

طلاق عاطفی، طلاق روحی است که زن و شوهر با این‌که در یک خانه زندگی می‌کنند عواطف را از هم دریغ می‌کنند، سرگرم امور خویش‌اند، با مرور زمان عشق و علاقه بین‌شان کم‌رنگ‌تر شده و محو می‌شود، یکدیگر را به جای همسر، هم‌خانه خطاب می‌کنند.

از عوامل موثر در طلاق عاطفی می‌توان به بی‌اعتمادی، چندی پیشگی، کاهش ابراز علاقه، پرخاش‌گری، تولد فرزند، ازدواج‌های تحمیلی، خست، عصبانیت، دورویی، دروغ، پنهان‌کاری، لجاجت، خودبینی یاد کرد. این رابطه‌ی رو به زوال و بی‌نقطه پایان بیشتر از تصور برای فرزندان عذاب‌آور است. کودک در اوضاع نابسامان طلاق عاطفی قربانی تسویه حساب والدین می‌شود، اگر در ظاهر سالم بماند به معضلات اجتماعی، بیماری‌های متعدد روانی و بزه‌کاری مبتلا



دکتر علیرضا سلطانی نژاد
متخصص پزشکی خانواده

آیا سلامتی پزشکان نیاز به مراقبت دارد؟

سیکل معیوب باعث افزایش اشتباهات پزشکی، همدلی پایین، بازنشستگی زودرس و رضایت کم بیماران خواهد شد.

طیف فرسودگی شغلی

در انتهای این طیف سلامتی، رفاه و تعادل در زندگی حرفه‌ای و شخصی قرار دارد؛ اما همچنان که استرس افزایش می‌یابد و در طول زمان ادامه می‌یابد، خستگی روانی نیز زیاد می‌شود. در انتهای طیف فرسودگی، افسردگی، اضطراب، افکار خودکشی و سوءمصرف مواد وجود دارد. مرگ در اثر خودکشی یک خطر عمده‌ی شغلی در پزشکان شمرده می‌شود. زمانی که استرس ناشی از کار طولانی منجر به فرسودگی شغلی می‌شود، هشدار است که نیاز به تغییر و تمرکز روی سلامت پزشکان را ضروری می‌کند. زمانی که پزشکان از خودشان مراقبت نمی‌کنند، باعث آسیب به خود و بیماران‌شان می‌گردند. ما باید یاد بگیریم که «نخست به خودمان آسیب نرسانیم».

حفاظت از فرسودگی شغلی

به نظر می‌رسد برخی نگرش‌های شخصی در مقابل فرسودگی حفاظت کننده باشند (جدول یک). داشتن یک سرشت سالم و حس شوخ‌طبعی همراه با خودآگاهی و سازندگی سازگار با نیازهای شخصی کمک کننده هستند. به علاوه ارزش‌های معنادار و هدف‌های خوش‌بینانه در زندگی نیز به عنوان صفات محافظت کننده‌ی مهم، شناخته شده‌اند. پزشکان شاد با نگرش‌های مناسب و بخشش و با پذیرش دلسوزانه خود و دیگران می‌توانند حفاظت قابل توجهی از فرسودگی داشته باشند؛ مهارت‌هایی که خوشبختانه قابل آموختن و پشتیبانی است. ورزش منظم و مداوم هم ابزار بسیار مناسبی برای پیشگیری و حتی درمان فرسودگی شغلی و عوارض ناشی از آن است.

تفریح ایجاد می‌شود. به طور کلی سه فاکتور خطر مشخص شده است که به صورت مستقل همراه با فرسودگی پزشکان است:

- ساعت کاری در هفته

- تجربه تعارض اخیر در کار یا در خانه

- چگونگی برخورد با تعارض و بر طرف شدن آن

در کل ۶۰ درصد همه‌ی پزشکان، تجربه‌ی فرسودگی در برخی از برهه‌های دوره‌ی خدمت خود را گزارش می‌کنند و شاید مهم‌ترین جنبه‌ی آن آغاز زود هنگامش باشد، به طوری که ۴۵ درصد دانشجویان پزشکی و ۸۰ درصد رزیدنت‌ها فرسودگی مرتبط با کار قابل توجهی را گزارش می‌نمایند.

به نظر می‌رسد که فرسودگی شغلی در بین پزشکان از سایر گروه‌های شغلی شایع‌تر باشد و پزشکان مراقبت‌های اولیه و متخصصین طب اورژانس در ریسک بالاتری قرار دارند (شکل ۱).

گفته‌ای وجود دارد که «پینه دوز همیشه بدترین کفش‌ها را می‌پوشد» و یا این که «کوزه‌گر از کوزه‌ی شکسته آب می‌نوشد». دیده شده است که پزشکان در حالی که مراقبت‌های گوناگون با بالاترین کیفیت را به بیماران‌شان ارائه می‌کنند ولی خودشان از مراقبت‌های بهینه‌ی کم‌تری برخوردار بوده و درباره‌ی سلامتی‌شان کم‌تر دقیق هستند. عوامل زیادی می‌توانند در این زمینه نقش داشته باشند:

ویژگیهای شخصیتی، احساس قوی کمال‌گرایی، تیپ شخصیتی آ، همدلی بالا، اعتماد بنفس پایین، فقدان مهارت‌های مقابله با استرس، عادات غیربهداشتی مانند سیگار کشیدن و سوءمصرف الکل، ارتباط اندک با همکاران، نبود زمان برای مراقبت و خودمراقبتی ...

۵۰ درصد از پزشکان با فرسودگی شغلی افسرده‌اند و این به صورت یک

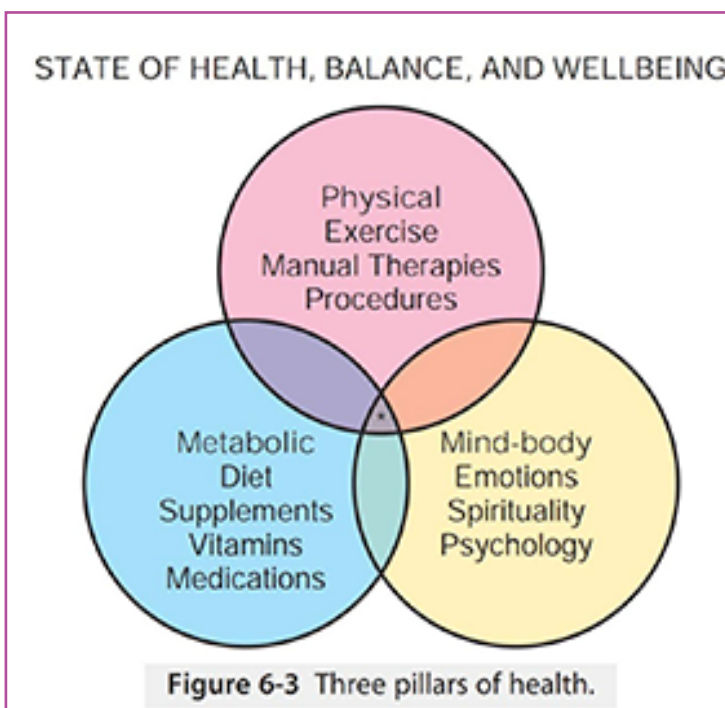
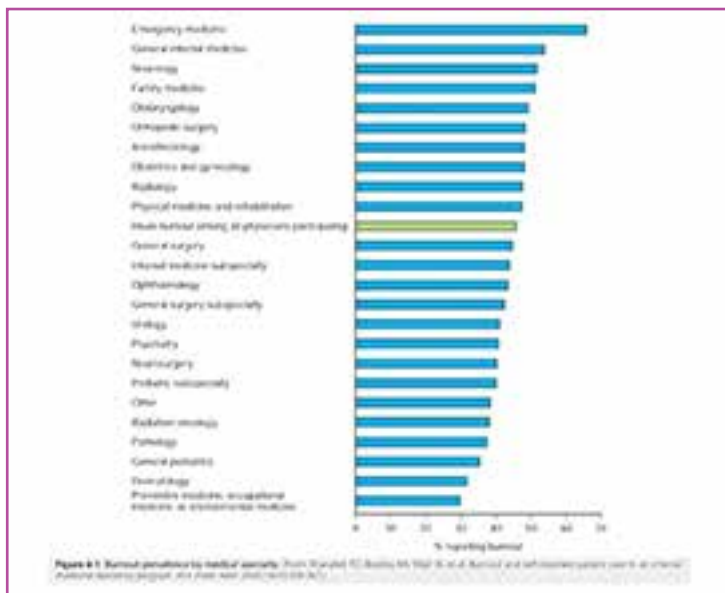
کار در پزشکی مدرن می‌تواند حرفه‌ای پر استرس و پرخطر باشد که شامل استرس‌های گوناگون مداوم و حتی تهدیدکننده‌ی زندگی است. مطالعات گوناگون نقش استرس‌های غیرقابل پیش‌بینی و شدید، به ویژه در موارد اورژانس، مراقبت‌های طاقت‌فرسای بیماران و بیداری در موقعیت‌های کشیک و آنکال را در افسردگی و فرسودگی پزشکان نشان داده است که در طول زمان اثرات منفی بسیاری روی سلامت و کیفیت زندگی پزشکان می‌گذارد.

سلامتی و تندرستی وابسته به شرایط فیزیکی، اجتماعی و روانی است و دارای شش بخش عمده می‌باشد:

منابع اقتصادی، کار و مشارکت، ارتباطات و مراقبت، جامعه و محیط، بهداشت و در نهایت دموکراسی و ارزش‌ها. به طور سنتی پزشکان به تندرستی خود در مقایسه با سایر حرفه‌ها اهمیت و توجه کم‌تری می‌کنند. طبیعت پزشکی این عقیده را که پزشکان هرگز بیمار نمی‌شوند القا می‌کند. این نظریه معروف است که دکترها به چیزی وابستگی ندارند و در رقابت و رسیدن به هر چیزی پیش‌تاز و بی‌نیازند؛ آن‌هایی که به نیازشان توجه می‌کنند، افراد ضعیفی هستند! پزشکان محکوم به ایجاد توازن بین زندگی شخصی و حرفه‌ای خود هستند. با اضافه شدن فشار زندگی شخصی، خانواده، خانه و مشکلات مالی، به راحتی می‌توان فهمید که پزشکان امروزی فرسودگی شغلی قابل توجهی را تجربه می‌کنند.

Burnout

فرسودگی شغلی با از دست رفتن انرژی عاطفی، روانی و فیزیکی مشخص می‌شود که به وسیله‌ی استرس مداوم شغلی، بدون وجود زمان کافی برای دوری از وظایف حرفه‌ای برای استراحت و



توصیه شده را مصرف می کنند. اهمیت این موضوع از این جهت که همواره پزشکان به عنوان الگوی جامعه تحت پوشش قرار می گیرند، دو چندان می گردد. علاوه بر این گزارشات متعددی از عدم خوردن و آشامیدن طی ساعات کاری وجود دارد که می تواند ناشی از حجم زیاد کار، کمبود وقت، دسترسی نداشتن به غذای بهداشتی و سالم، نبود فرهنگ اولویت سلامت پرسنل پزشکی باشد و تاثیر نامناسبی روی اثر بخشی کار ارایه شده توسط پزشک و نیز سلامتی وی و بیماران خواهد گذاشت و با علایمی همچون بی قراری، احساس سبکی سر، ترمور، تهوع، عدم تمرکز و کاهش قدرت تصمیم گیری

بسیاری از پزشکان به دلایل گوناگونی از درخواست و جستجوی کمک برای پیشگیری و یا درمان خود سود نمی برند؛ دلایلی مانند زمان کم، فقدان دسترسی به منابع پیشگیری و درمانی، ترس از پیامدهای بعدی و خجالت کشیدن.

بنابراین نقش سازمان هایی مانند سازمان نظام پزشکی در این زمینه پر رنگ خواهد بود تا با ایجاد برنامه های ورزشی و تفریحی مناسب، پیشگیری و حفاظت لازم را در این مورد فراهم نماید. از طرفی با تغییر نگرش، بسیاری از انجمن ها و سازمان های پزشکی دنیا برای سلامت پزشک و خدمات بالینی مداوم متعهد شده اند و شروع به شناسایی نیازهای حرفه ای و خطراتی که سلامت پزشکان را تهدید می کند، نموده و برنامه های گوناگونی برای نیازهای مراقبتی اعضای خود طراحی کرده اند. در وبسایت سازمان نظام پزشکی ایرلند، محلی برای اظهار مشکلات سلامتی پزشکان وجود دارد که آمادگی کمک به آن دسته از پزشکانی که مشکلاتشان را مطرح می کنند، فراهم می کند. در این وب سایت اولویت مسئولیت سلامت به صورت زیر بیان شده است:

-سلامت خود

-سلامت خانواده ی خود

-سلامت بیماران خود

مطالعات فراوان نشان داده است که ارتباط مستقیمی بین سلامتی پزشکان با سلامتی جمعیت بزرگی از انسان ها وجود دارد. هم اکنون پژوهش درباره ی سلامت پزشکان در سه زمینه ی: استرس های شغلی و فرسودگی؛ بیماری های روحی مانند افسردگی و خودکشی و سوءاستفاده از مواد متمرکز شده است و پژوهش های کمی درباره ی رفتارهای شیوه ی زندگی و مراقبت های سلامت و پیشگیری برای پزشکان انجام شده است. بسیاری از بیماری های مزمن غیرواگیر مانند دیابت، بیماری های قلب و عروق، بیماری های کلیوی و... علل اصلی ابتلا و مرگومیر را در جامعه شامل می شوند که پزشکان هم از خطر ابتلا به آن ها جدا نیستند. ایجاد شرایط عملی برای مبارزه ی موثر با این بیماری ها از طریق تغییر شیوه ی زندگی (تغذیه، ورزش، کاهش وزن، ترک سیگار و...) می تواند تضمین کننده سلامت پزشکان و ایجاد الگوی مناسب و قدرتمند عملی برای مردم و جامعه باشد.

مطالعه ی بزرگ فرانک و سگووا در کانادا و چندین مطالعه ی دیگر نشان داده اند که جنبه های مختلفی از سلامت پزشکان با توجه بیش تر به تغذیه، ورزش، خواب و خود مراقبتی روزانه تضمین و بهبود می یابد.

تغذیه

مواجه شدن با بحران چاقی و رشد آن در جامعه و پیرو آن در پزشکان، نیاز فزاینده به تمرکز روی عادات غذایی را بالا می برد و نشان از این دارد که پزشکان هم مانند سایر افراد جامعه بهبود مناسبی به وضعیت تغذیه خود بدهند.

گزارش پزشکان کانادا نشان می دهد که بیش از نیمی

همراه باشد.

ورزش و فعالیت بدنی

پزشکان هم مانند بسیاری از مردم به‌طور ثابت از راهنماهای فعالیت فیزیکی بهره نمی‌برند. آژانس سلامت عمومی کانادا و بسیاری از راهنماهای بالینی دنیا بر حداقل ۱۵۰ دقیقه فعالیت بدنی متوسط تا شدید در هفته در سنین ۱۸ تا ۶۵ سال تا حداکثر ۳۰۰ دقیقه تاکید کرده‌اند. میزان فعالیت بدنی با افزایش حجم کار کاهش می‌یابد و رابطه‌ی عکس بین این دو وجود دارد. مطالعات موید این است که پزشکان کم‌تر از نیمی از این میزان را انجام داده و این رقم احتمالاً در ایران که مطالعه‌ی کافی برای آن وجود ندارد، بسیار کم‌تر خواهد بود.

یک مطالعه‌ی مداخله‌ای چهار ساله نشان داد که وجود آموزش در زمینه‌های تغذیه، ورزش و مصرف سیگار و الکل در برنامه‌های آموزشی دانشجویان پزشکی باعث بهبود تجربیات سلامت شخصی و رفتارهای شیوه‌ی زندگی بیماران تحت پوشش نسبت به گروه کنترل شده است و تاکید بر نقش آموزش در این زمینه‌ها دارد.

خواب

نیمی از پزشکان از مشکلات خواب و دو سوم از خستگی و خواب‌آلودگی در حداقل سه روز از هفته به‌علت عوارض ناشی از ساعات طولانی کار به‌صورت شیفت و بیداری‌های ناشی از کشیک و آنکال بودن رنج می‌برند که می‌تواند موجب مشکلات شناختی، افزایش احتمال خطاهای پزشکی و نیز احتمال آسیب به خود شود. خواب نامناسب و کم‌خوابی باعث افسردگی، بیماری‌های قلبی و عروقی و سیستم گوارش گردد.

خودمراقبتی

جمله‌ی معروفی است که «پزشکان به‌طور انگشت‌نمایی بیماران بدی هستند». یک سوم رزیدنت‌های استرالیا پزشک خانواده ندارند. ۲۵ درصد از پزشکان جوان ایرلندی طی ۵ سال گذشته به پزشک خانواده مراجعه نکرده‌اند. مطالعات در کشورهای مختلف مانند انگلستان، استرالیا و هنگ‌کنگ مؤید این نکته است که بخش بزرگی از جامعه‌ی پزشکان درگیر خوددرمانی هستند، نه خودمراقبتی. پزشکان در مواجهه با مشکلات پزشکی به‌طور شایعی از انکار و اجتناب استفاده می‌کنند و اغلب برخلاف مردم در جست‌وجوی کمک و خدمات پزشکی نیستند. به‌عنوان نمونه یک مطالعه در

کانادا نشان داد که فقط ۲ درصد از پزشکان برای افسردگی مراجعه کرده بودند. عقیده‌ی غالب در حرفه‌ی پزشکی نزد جامعه این است که پزشکان هرگز بیمار نمی‌شوند و اگر هم بیمار شدند، باید در سکوت به کارشان ادامه دهند و مراقبت از بیماران‌شان را بالاتر از هر چیزی در نظر بگیرند! که در رویکردهای جدید نیاز به تغییر آن ضروری تشخیص داده شده است. همه‌ی پزشکان باید به پزشک خانواده‌ی خود برای دریافت مراقبت منظم، مداوم و موثر مراجعه کنند و تحت غربالگری‌های پیشگیرانه‌ی توصیه شده قرار گیرند و از خوددرمانی و خودتجویزی اجتناب کنند. برنامه‌های متعددی در این مورد در چندین کشور وجود دارد و اجرا می‌گردد، به‌عنوان نمونه برنامه‌های:

Norway's physicians for physicians program
در نروژ

Britain's Doctors for Doctors unit
در انگلستان

نتیجه‌گیری

اهمیت طب پیشگیری و پزشکی خانواده در جمعیت عمومی و وجود سیستم نظام‌پزشکی خانواده و ارجاع که تضمین کننده‌ی مراقبت‌های سطح اول، پایدار و همه‌جانبه است، برکسی پوشیده نیست و رویکرد پزشکی مدرن در جوامع پیشرفته هم تایید کننده‌ی این واقعیت است. سلامت پزشکان به‌عنوان یکی از ارکان سلامت جامعه نیز بخش مجزایی از این رویکرد مهم نیست. مداخلات هدفدار پیشگیرانه در زمینه‌های تغذیه‌ی درست و ورزش منظم در این چارچوب اثرات مثبت فراوانی را هم در سلامت شخصی پزشکان و هم در تجربیات بالینی آنان برای مردم نمایان کرده است. ما نیاز داریم تا این باور نادرست که پزشکان بیمار نمی‌شوند و باید سلامت خود را قربانی سلامت بیماران و مردم کنند، از بین ببریم. در فرهنگ جدید بر ارتقای تندرستی حداکثری پزشکان برای بهبودی بهینه‌ی مراقبت بیماران تاکید شده است.

پیشنهادها

مفاهیم شدن بهبود شرایط تغذیه در سازمان‌های ارایه‌ی خدمات پزشکی دولتی و غیردولتی برای نمونه ایجاد زمان‌های منظم کوتاه برای مصرف غذای سالم طی کار، افزایش غذاهای سالم برای انتخاب در کافه تریاهای بیمارستان و بهبود دسترسی به آن‌ها. نقش سازمان‌های آموزش پزشکی

در آموزش مناسب دانشجویان پزشکی به‌عنوان ارایه دهنده‌ی آینده‌ی نظام سلامت.

• به‌همراه آوردن غذاهای سالم توسط پزشکان به جای غذاهای پر کربوهیدرات و نوشیدنی‌های دارای کافئین بالا به محیط کار و استفاده از آن‌ها در فرصت‌های کوتاه بین کار.

• ایجاد پانل مناسب در وب سایت سازمان نظام‌پزشکی لاهیجان برای مطرح شدن مشکلات سلامت پزشکان توسط خودشان. • ایجاد شرایط مناسب برای تحت پوشش قرار گرفتن مراقبت هر پزشک توسط یک پزشک دیگر با هماهنگی و سرپرستی سازمان نظام‌پزشکی لاهیجان (با هماهنگی و سرپرستی سازمان، هر پزشکی یک پزشک دیگر را برای پیشگیری، یادآوری و پیگیری سلامت به سازمان معرفی نماید و پزشک معرفی شده موظف باشد که این خدمات را برای همکار خود انجام دهد و کمیته‌ای داوطلب از پزشکان به‌عنوان مشاور برای موارد خاص و مشاوره به این روند کمک کنند)

• هماهنگی برای ایجاد گروه‌های ورزشی و تفریحی منظم و مداوم با سرپرستی و هدایت نظام‌پزشکی لاهیجان. • برگزاری کلاس‌های مدیریت‌شن و ریلکسیشن در سازمان نظام‌پزشکی لاهیجان.

References:

- 1-Textbook of family medicine, Robert E. Rakel, David p. Rake, ninth edition 2016
- 2-Physician health: A Review of lifestyle behaviors and preventive health care among physicians. BCMJ, Vol. 54, No 8, October 2012, pages 419-423, Katie Wiskar, BSc
- 3-Royal college of physicians and surgeons of Canada. CanMEDs 2005 physicians competency framework, 2012
- 4-Provincial physicians health programs. Canada Medical Association. 2012
- 5-British Columbia Medical Association. Walk with your doctor. 2012
- 6-Australian Medical Association. AMA surgery report on junior doctor health and wellbeing, 2012
- 7-JAMA Research challenges perceptions of physician burnout, Michael Devitt Oct. 2018
- 8-Looking after your health and wellbeing (A guide for Doctors), Royal college of physicians of Ireland, 2018
- 9-Avoid burnout with self-care and well-ness strategies. Brower K.J, MD, 2016
- 10-Caring for oneself to care for others: Physicians and their self-care. Sandra Sánchez and etc., Apr 2014



جشن‌ها در مناطق کوهستانی گیلان غسل مولود و گاره‌بندی در دیلمان

گردآوری و نگارش: حسین کیهان‌پور*

خارج از خانه بروند و دوروبر آن‌ها اشیای تیزی مثل کارد، داس و سوزن قرار می‌دهند که مبادا نصرت (آل) به آنان آسیبی برساند.

این زمان چهل روزه را «چله» می‌گویند. برای دوری از آزار و اذیت نصرت (جن) بر روی درِ اتاق زائو، موی بز آویزان می‌کنند و بر روی یقه‌ی نوزاد، چاقویی کوچک و پیراهن زن زائو، سنجاق می‌بستند. شب شش را سنگین‌تر و مخوف‌تر از سایر شب‌ها می‌دانند. مرد خانه همراه با چند نفر از زنان تا سحر از زائو و نوزاد مواظبت و مراقبت می‌کنند تا به بچه و مادرش آسیبی نرسد.

بعد از مراسم شب‌شش، مراسم گهواره‌بندی (گاره‌بندی) است که خودش داستان و لالایی‌های خاصی به همراه دارد.

* حسین کیهان‌پور، کارشناس ارشد زبان و ادبیات فارسی با همکاری دکتر شهرام آکسته

عبدالهاشم عبدالمناف) می‌برند. بعد از زدن ناف نوزاد، برایش شب‌شش (شب ششم) می‌گیرند. در این شب آشنایان و اقوام برای صرف شام و شرکت در شادی و پایکوبی جشنی که از قبل تهیه شده بود دعوت می‌شوند. مردان و پسران روستا در این شب بازی به نام قاب‌بازی انجام می‌دهند و با انداختن قاب: شاه، وزیر، جلاد و دزد معلوم می‌شود. در این بازی با فرمان شاه و دستور وزیر، جلاد دزدان را با پارچه‌ای به هم تابیده و یا کمر بند (قیش) شلاق می‌زند.

زنان روستا هم که در این جشن حضور دارند؛ به تماشای بازی مردان مشغول می‌شوند و شادی و پایکوبی می‌کنند. برای نوزاد دختر فقط در صورتی که بچه‌ی اول باشد شب شش می‌گیرند، ولی برای نوزاد پسر تا شش نفر هم باشد این جشن را اجرا می‌کنند. زائو (مادر) و نوزاد به مدت چهل روز مراقبت و مواظبت لازم دارند و نباید

دیلمان سرزمین کهن و مستحکم گیلان در ارتفاعات البرز واقع شده و مردم‌اش همیشه با نشاط و پرکار بوده و به آداب و رسوم، احترام خاصی می‌گذارند. از نظر مردم این منطقه جشن‌ها به سه گروه تقسیم می‌شوند:

۱- جشن‌های ملی، مانند: عید نوروز، مهرگان، سده و...

۲- جشن‌های مذهبی، مانند: عید قربان، عید غدیر و...

۳- جشن‌های بومی محلی، مانند: نوروزبل، تیرماسینزه، جشن تولد بچه و ...

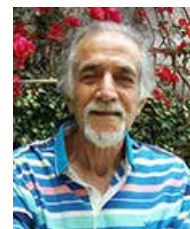
در این یادداشت کوتاه، یکی از جشن‌های بومی محلی، یعنی تولد نوزاد را به اختصار می‌خوانید.

قابله (ماما) نوزاد را پس از تولد غسل مولود می‌دهد. برای غسل مولود، نوزاد را داخل تشت پر از آبی غسل داده، آیه‌ای از قرآن کریم برای او می‌خوانند و بعد از غسل، ناف نوزاد را با خواندن عبارت (عبدالله ابن عبدالمطلب بن



اکبر شاهانی همراه با کتابش

حسین خدیر



ام، بر حسب شانس از راه رسیده، شاهانی را روبه‌روی خود با لبخندی عاریه نگرفته از جایی و حرکتی هنرمندانه نشسته به سیمایش دیدم و از آن تاریخ او را هر روز در همان مکان مدرسه‌ی چسبیده به پارک گل‌ها دیدم و بیش‌تر شناختم تا به روزی که خبر چاپ کتابش را شنیدم و منتظر ماندم تا کتاب «فرهنگ عامه ضرب‌المثل‌ها و کنایه‌های لاهیجان» برسد که رسید، شکل گرفته در ۱۴۲ صفحه که هر صفحه برای خود کتابی است به قاعده عامه‌پسند برای آنانی که عشق به کتاب و کتابخوانی دارند.

کتاب او در استان من است که زیرکانه و آگاهانه به هزارها لایه‌ی عامیانه‌ی فرهنگ مردمانش نفوذ کرده و آن‌چه دلنشین‌تر بوده بیرون آورده و آن‌چه تعریف بوده، در بیان آراستگی دختران لاهیجان تحت عنوان (کله خوس لاجونه لاکونه) را به رخ کشیده است.

حالا دیگر اکبر شاهانی مقدم را با کتابش بیش‌تر شناختم و به افکارش در قالب یک هنرمند پی بردیم که جای خوشوقتی دارد.

لاهیجان همیشه بهار / اول مهر ۱۳۹۷

خیلی وقت پیش با نام اکبر شاهانی آشنا شدم و هر روز بیش از پیش نامش در ذهنم تکرار شد؛ اما اگر او را سر راهم به چهره می‌دیدم؛ حتما نمی‌شناختم. وقت‌هایی از خود می‌پرسیدم اکبر شاهانی همانی است که اطلاعاتی سفید کاغذ ۸۴ تدریس‌اش در علم هنروری در حوالی پارک گل‌ها به دیواری و یا تیر چراغ برقی به گاهی نصب می‌شود؟ و یا صاحب کاغذ سفید، کسی دیگری است که با هم اسمی مشابه دارند؟ زمانی هم چهره‌اش را در تصورم نقاشی می‌کردم، بی‌آنکه بدانم خود او نقاش ماهری است. حال آن‌که شاید او را به دفعات در سر راه دیده بودم و از کنار هم گذشته بودیم، بی‌آنکه بدانم شاعری است نیمایی در فضای ادبی شهر که خیلی‌ها بیش‌تر از من می‌دانند که شاهانی دستی هم بر قلم و اندیشه‌ی نو در افکار و آوازه‌ی در گفتار دارد. از پس این همه روزهای ناشناختی، موسم آن رسید چهره به چهره بینم‌اش تا دریابم شاهانی کیست که در پس فامیلی‌اش کلمه‌ی مقدم را دارد؟

روز موعد از راه رسید و در ساعت تعطیلی مدرسه‌ی نوه ام در کوچه‌ی چسبیده به پارک که من به دیوار انتظار تکیه زده

هنر و ادبیات

فقیر بودن چیز گندی است

نگاهی به خاطرات صدرصد واقعی یک سرخپوست پاره وقت



برگ پاییز

جدامانده
(THE DEPARTED)



فیلم نوشت

کتاب نوشت

قاب نگاه دوست

تکرار شیرین طولانی ترین شب



میلان مندی

Naghibi
Furniture



فروشگاه میل تقیبی، لاهیجان، بلوار شهید انصاری
تلفن: ۴۲۲۳۵۰۹ - فکس: ۴۲۲۲۹۵۱۸ - ۴۲۲۲۹۵۱۷
فروشگاه میل تقیبی، لاهیجان، میدان ایریشم
تلفن: ۴۲۲۳۴۰۳۲
گزارخانه: میدان ایریشم
تلفن: ۴۲۲۳۴۷۳۵ - ۴۲۲۳۴۱۰۳
فروشگاه میلمان و تزئینات منزل (لوستر و آباژور) توکلی و تقیبی
لاهیجان، ابتدای خیابان امام خمینی
تلفن: ۴۲۲۳۷۵۷۴ - فکس: ۴۲۲۴۹۱۵۱



جدامانده

(THE DEPARTED)

دکتر رحمان مجتبی

می‌کند و از او می‌خواهد که برایش والیوم نسخه کند. دی‌کاپریو به زیبایی استیصال شخصیت کاستیگان و تنش شخصیتی او را به تصویر کشیده است. البته بسیاری معتقدند که مارتین اسکوسیزی کارگردان فیلم در این مورد نقش به‌سزایی داشته و استادانه دی‌کاپریو را در این نقش پرورانده است. نقش روانپزشک در فیلم بسیار کلیدی است. چون با هر دو شخصیت داستان در ارتباط است، او زن جوانی است که به‌تازگی با اداره‌ی پلیس همکاری می‌کند و اتفاقاً می‌خواهد با کالین سالیوان (مت‌دیمون) ازدواج کند و به‌تدریج به ذات نادرست و شرور او پی می‌برد و از طرف دیگر با این‌که نمی‌داند که کاستیگان (دی‌کاپریو) پلیس مخفی است و فکر می‌کند که او یک تبهکار حرفه‌ای است؛ اما شیفته‌ی ذات درست او می‌شود.

اسکوسیزی در این فیلم به کمک فیلم‌نامه‌نویس زبردستش بسیار هوشمندانه توانسته تقابل خیر و شر را به تصویر بکشد و آن را برای ما در قالب یک فیلم گانگستری تماشایی، باورپذیر کند.

این فیلم به نظر وجود و حضور خداوند و عدالت به سبک او را نیز نشان می‌دهد، کاستیگان (دی‌کاپریو) که دنبال رهایی است، در سیر داستان رستگار می‌شود و حتی تداوم نسل او نیز تضمین می‌شود، شاید فیلم‌نامه‌نویس و کارگردان با وجود تمام خشونت‌ها و جنایات حاکم بر جامعه دوست دارند از آینده‌ای پاک به‌همراه انسان‌های درست برای بیننده پرده بردارند. امیدوارم فرهیختگان گران‌قدر از تماشای فیلم «جدامانده» لذت ببرند.

چهره‌ی پرتنش و مضطربی دارد و هر لحظه فکر می‌کند که ممکن است شناسایی شده و توسط گروه مافیایی کشته شود، این چهره در تقابل با چهره‌ی آرام سالیوان (مت‌دیمون) تضادی قابل تأمل دارد، به‌طوری‌که ما به عنوان بیننده در می‌یابیم که گروه‌های مافیایی چه اندازه می‌توانند حساب شده کار کنند و از کودکی فردی را برای جاسوسی در اداره‌ی پلیس پرورش دهند. جک نیکلسون بازیگر سرشناس و کهنه‌کار سینمای هالیوود در نقش فرانسیس کاستلو (رهبر گروه مافیایی) طبق معمول بازی جذابی ارائه داده است، به‌ویژه میمیک چهره‌ی او در هنگام بیان دیالوگ‌ها بسیار دیدنی است.

فیلم‌نامه‌ی این اثر بسیار دقیق نوشته شده است، به‌طوری‌که هیچ نقصی در سیر روایت داستان نمی‌توان یافت. مارتین اسکوسیزی در مقام کارگردان با چند دهه فعالیت در این عرصه، معمولاً فیلم‌هایی می‌سازد که خشونت حاکم بر جامعه را به تصویر می‌کشد و در این فیلم هم سکانس‌های خشونت‌بار بسیار می‌بینیم. یکی از نکات برجسته‌ی فیلم تمرکز داستان روی شخصیت‌هاست و به‌خوبی توانسته تمام اجزای شخصیت‌ها و روایات آن‌ها را نیز به تصویر بکشد.

کاستیگان (دی‌کاپریو) همان‌طور که از نام فیلم بر می‌آید «جدامانده» است و به دنبال رهایی است و آن‌چنان‌که پیش‌تر بیان شد کاملاً پرخاشگر و تهاجمی است، درحالی‌که می‌دانیم انسان درستی است، به قرص کسی‌کانتین پناه می‌برد و هر روز نزد روانپزشک می‌رود و با او درد دل

فیلم «جدامانده» برنده‌ی اسکار بهترین فیلم سال ۲۰۰۶، بهترین فیلم‌نامه‌ی اقتباسی (ویلیام موناهان) و بهترین تدوین شده است. فیلم در ژانر گانگستری -پلیسی قرار می‌گیرد و در عین حال ویژگی‌های فیلم‌های روان‌شناسانه را نیز دارد. بازیگران سرشناسی از جمله لئوناردو دی‌کاپریو، جک نیکلسون و مت‌دیمون در جدامانده به ایفای نقش می‌پردازند و به نظر می‌رسد نام فیلم برگرفته از شخصیت اصلی داستان (بیلی کاستیگان) که نقشش را دی‌کاپریو بازی می‌کند، باشد.

کاستیگان (دی‌کاپریو) که کارآگاه پلیس ایالتی است، مأموریت می‌یابد که در یک باند مافیایی به سرکردگی فرانسیس کاستلو با بازی «جک نیکلسون» نفوذ کند و اطلاعات حاصله از معاملات قاچاق را در اختیار پلیس قرار دهد و از طرف دیگر کالین سالیوان که نقشش را «مت‌دیمون» بازی می‌کند، به‌عنوان پلیس خوب وارد پلیس ایالتی شده و خبرچین گروه مافیایی است.

کالین سالیوان (مت‌دیمون) که از کودکی تحت حضانت کاستلو (همان رهبر گروه مافیا) بوده است، در محیطی آرام و تا حد امکان بدون تنش پرورش یافته و اکنون که به سن جوانی رسیده است، توانسته مدارج پیشرفت را در سازمان طی کند و افسر عالی‌رتبه‌ی پلیس ایالتی شود. بعد از مدتی او می‌فهمد که خبرچینی در گروه مافیایی نفوذ کرده است و از طرف دیگر کاستیگان (دی‌کاپریو) نیز درمی‌یابد که اطلاعات پلیس به گروه مافیایی درز می‌کند و این دو، در تلاش‌اند که یکدیگر را شناسایی کنند.

در تمام زمان فیلم کاستیگان (دی‌کاپریو)



دکتر زری دارو ور

فقر بودن چیز گندی است

نگاهی به خاطرات صد درصد واقعی یک سرخپوست پاره وقت

مادرش اشاره می‌کند و این‌که اگر به رویاهای هر دو توجه می‌شد در کجا قرار داشتند و بعد می‌گوید:

«ما سرخپوست‌های قرارگاهی به رویاهای مان نمی‌رسیم، امکاناتش را نداریم. حق انتخابش را نداریم. ما فقط فقیریم همین و بس. فقیر بودن چیز خیلی گندی است. این هم که آدم احساس کند یک جورهایی حقش است فقیر و بیچاره باشد، گند است.

آدم یواش یواش باورش می‌شود که به‌خاطر این فقیر شده که زشت و کودن است و بعد باورش می‌شود که به‌خاطر این زشت و کودن است که سرخپوست است و حالا که سرخپوست است باید سرنوشتش را که فقر است قبول کند دور زشت و باطلی است.» و این‌گونه از جایی که امید رخت بر بسته بود، به جایی می‌رود که هنوز مردمش امید دارند و دردهای انسان درجه ۲ بودن در محیط جدید را می‌پذیرد تا راهش را پیدا کند.

جملاتی از کتاب:

- قبلنا فکر می‌کردم دنیا از روی قبیله‌ها تقسیم می‌شه، قبیله‌ی سیاه و قبیله‌ی سفید، قبیله‌ی سرخپوست‌ها و قبیله‌ی سفیدپوستا. ولی حالا می‌فهمم درست دنیا فقط به دو قبیله تقسیم می‌شه: قبیله‌ی آدمایی که بی‌شعور و قبیله‌ی آدمایی که بی‌شعور نیستن.

اردوگاه‌های سرخپوستی که آخرین بازماندگان نسل‌های در حال نابودی آن‌ها در آن سکنی گزیده بودند، جای مناسبی نبود و تحقیر و کتک خوردن از برنامه‌های روزانه برای وی بود؛ ولی او با پناه‌بردن به کاریکاتور و نقاشی دردهای درونی و جسمی خود را قابل تحمل می‌کرد و در این میان از دوستی



و حمایت تنها رفیقش که نوجوانی سایکوپات بود بهره می‌برد. آن‌چه در این کتاب بیش از همه جلب توجه می‌کند، قدرت امید و نگاه متفاوت به پیرامون است. نگاهی که اشک و درد و رنج و ترس را تبدیل به نیرو و توانایی می‌کند.

در جایی از کتاب به رویاهای پدر و

«خاطرات صد درصد واقعی یک سرخپوست پاره وقت» کتابی است نوشته‌ی شرمن الکسی (متولد اکتبر ۱۹۶۶) با ترجمه‌ی «رضا هیرمندی» که در این کتاب با طنزی زیبا، گزنده و با نفوذ در واقع کودکی خود را به تصویر کشیده است، تا به ما از نابرابری و اختلاف طبقاتی و نژادی در جوامع سرمایه‌داری بگوید.

کودکی که با نقص‌های متعدد متولد شد و همه‌ی این نقص‌ها را با طنزی بیان می‌کند که قدرت تحمل تمام آن آسیب‌ها را به وی داده است.

«وقتی به دنیا آمدم توی مغزم آب بود. دقیق‌ترش را بخواهید، نه، آب نبود. راستش به دنیا که آمدم مایع نخاعی داخل جمجمه‌ام بیش از اندازه بود. اما مایع نخاعی مغز اصطلاح شیک دکترها برای روغن داخل مغز است. روغن مغز توی لوب‌ها آن کاری را می‌کند که روغن ماشین توی موتور. یعنی باعث می‌شود قطعه‌ها نرم و روان کار کنند. اما وضع من وارونه بود یعنی موقع تولد توی جمجمه‌ام آن قدر روغن بود که کم‌کم غلیظ و چنندش‌آور و قروقاطی شد و برعکس کار را خراب کرد، تا جایی که موتور فکر کردن و نفس کشیدن و زندگی کردن به پت‌پت افتاد و خفه کرد.»

مسلماً برای کودکی با این وضع،

تکرار شیرین طولانی ترین شب



ثنا جعفرپناه

پاییزم؛ امشب شب آخر بودن توست. درست است که می‌روی؛ اما قول پاییزی‌مان پا
برجا می‌ماند. من اشک‌ها و باران‌هایت را به خاطر می‌سپارم و تو در عوض قصه‌هایی
را که برای برگ‌های درختانت بافتم، با خود به دوش می‌کشی.
سهم تو فقط غصه و غم نبود. سهم تو تمام آن‌چه که من دارم بود. تو مهر شدی و
در دلم نشست. تو آبان شدی و مهر و آذر را با هم پیوند زدی و در نهایت آذر شدی و
سمبل کمان‌دار قلب تیر خورده‌ی من....
بیچاره پاییز، خودش را تکه تکه کرد تا معنی مهر و محبت را به آدم‌ها بفهماند و آن‌ها
در عوض روز آخرش را با جشن به اتمام می‌رسانند.
دوست دارم زیباترین فصل قصه‌هایم.
تقدیم به تمام کسانی که قدردانت هستند. نامه‌ام را نه با پیک، بلکه با گرمای خورشید
تابستان سال بعد برایت می‌فرستم.
خدا به همراهت.

برگ پاییز



دکتر شکوفه شعبانی پور

زردی برگم خبر از کوچه‌ای بی‌انتهای دارد
 من اما خوب می‌دانم که او در قلب خود، غم‌ها نهان دارد
 به یاد برگ سبزی از دیار عشق و سرمستی
 چه محنت‌ها که در رگبرگ خشکش جاودان دارد
 چو بارانی که در پاییز دوران‌ها، هوس‌ها در سرش دارد
 و اما خاک می‌داند که پیوندی ورای آرزو دارد
 و اما برگ زرد بی‌رمق از ناله‌های زرد پاییزی
 سکوتی سرد و حسرت‌بار در دریای زردش غوطه‌ور دارد
 و او در قلب خود طوفانی از گریز بی‌دلیل ساقه‌ها دارد
 به یاد بستری سبز و پر از آوای بی‌حصر جوانی‌اش
 خیال پر کشیدن را به مرز بی‌کران یادها دارد
 و اما خوب می‌داند که پاییزش، زمان در سینه‌اش دارد
 برگ زرد پیر و عاشق در گواه دوستی اما
 میل افتادن به روی خاک لبریز از تمام دوستان دارد
 و او بار دگر در سفره سبز بهاری،
 چه میهمان‌ها که در قلب زمین دارد...

استخر لاهیجان

قاب نگاه دوست

دکتر مهران قسمتی زاده



تبریک

همکاران محترم:

دکتر الناز رستم زاد / دندانپزشک	دکتر مریم مفیدی / متخصص قلب
دکتر آریتا دلخوش نخجیری / پزشک عمومی	دکتر ایلناز حریری / متخصص مواد دندان
دکتر رکسانا بهتاجی / متخصص بیهوشی	دکتر علی اکبر بخشی پور / پزشک عمومی
دکتر سیده مهدیه فلاح چای / متخصص داخلی	دکتر سجاد زارعی / دندانپزشک
دکتر مریم شاپوری / پزشک عمومی	دکتر احمد قربان پور / متخصص داخلی
دکتر فروغ مقسم حمیدی / دندانپزشک	دکتر یاسرین برنگی / متخصص زنان و زایمان
دکتر سمیه طریقت / متخصص گوش و حلق و بینی و جراحی سر و گردن	دکتر لیلا میرزا آقا پور / متخصص اطفال

شروع فعالیت حرفه‌ای شما را در شهر زیبای لاهیجان صمیمانه تبریک و شادباش می‌گوییم. امید است شهروندان محترم از خدمات صادقانه و جامعه‌ی پزشکی از حسن همکاری‌تان بهره‌مند گردند

تسلیت

جناب آقای **دکتر مهران قسمتی زاده** ریاست محترم سازمان نظام پزشکی لاهیجان؛ درگذشت پدر همسر محترم‌تان را تسلیت می‌گوییم و برای شما و خانواده عزیزتان صبر و آرامش مسئلت داریم

ریاست محترم سازمان نظام پزشکی لاهیجان آقای **دکتر مهران قسمتی زاده**؛ درگذشت عموی بزرگوارتان را تسلیت عرض می‌کنیم. روح آن عزیز، قرین رحمت و غفران الهی

همکار گرامی، جناب آقای **دکتر احمد قربان پور**؛ درگذشت پدر محترم‌تان را تسلیت می‌گوییم، برای آن مرحوم مغفرت و برای بازماندگان صبر آرزو مندیم

درگذشت همکار عزیزمان **دکتر جهانگیر چرختاب مقدم** را به خانواده‌ی محترم‌شان و جامعه‌ی پزشکی تسلیت عرض می‌کنیم

همکار محترم: سرکار خانم **دکتر شهین فیروزبخش**، درگذشت برادر عزیزتان را به شما و خانواده‌ی گرامی‌تان تسلیت عرض می‌کنیم و آرزوی صبر برای شما داریم

همکار گرامی: جناب آقای **دکتر رکن الدین محمدی جو**، مصیبت از دست دادن برادر عزیزتان را به شما و خانواده‌ی گرامی تسلیت عرض می‌کنیم و برای عزیز سفر کرده آرزوی آرامش روح داریم

همکار محترم: **سرکار خانم سهیلا مجیدی**، ما نیز در غم از دست دادن خواهر عزیزتان با شما سهیم هستیم، شادی روح آن سفر کرده، آرزوی قلبی ماست

همکار گرامی: جناب آقای **دکتر بهمن میرشکار**، درگذشت برادر عزیزتان را به شما و خانواده‌ی محترم‌تان تسلیت عرض می‌نماییم و برای شما و خانواده‌ی گرامی صبر و شکیبایی آرزو مندیم



دکتر عادل کسومیر

متخصص جراحی مغز و اعصاب
دارای بورس تخصصی

درمان انواع سردردها و دردهای کمری
جراحی های دیسک کمر، دیسک گردن
تنگی کانال کمری، تنگی کانال گردنی
آسیب های مغزی
تومورهای مغز، نخاع
و هیدروسفالی



- ویزیت روزهای شنبه و سه شنبه از ۵ تا ۸ عصر
- پنج شنبه ها ۹ صبح تا ۱۲ ظهر
- کلینیک تخصصی بیمارستان ۲۲ آبان

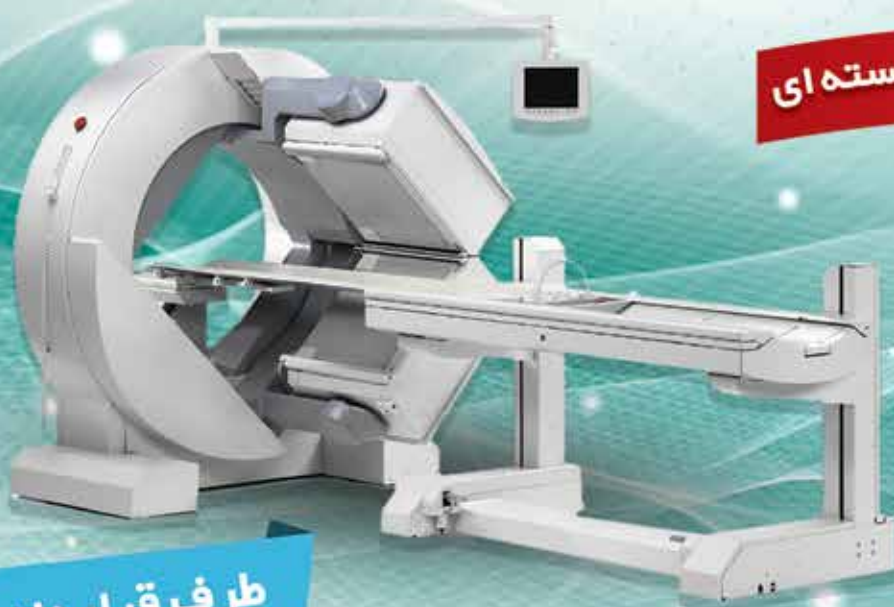


گاما اسکن ابریشم

● مرکز پزشکی هسته‌ای ●

دکتر انسیه مشکین قلم
متخصص پزشکی هسته‌ای
دارای بورده تخصصی

ارائه‌کننده کلیه اسکن‌های هسته‌ای



- اسکن قلب
- اسکن استخوان
- اسکن تیروئید
- اسکن کلیه
- اسکن ریه
- و...

طرف قرارداد
با کلیه بیمه‌ها

ساعات مراجعه: ۸ صبح الی ۸ شب

لاهیجان. بلوار استخر (مطهری هفتم)

نرسیده به خیابان نیما. **کوچه بهار**. پلاک ۴۵

تلفکس: ۳۶۶۶ ۴۲۲۲ ۰۱۳

abrisham.nuclear@gmail.com

Abrisham Nuclear Medicine Center