دانشجو

خودکشی یک پزشک با پلاکارد تبلیغاتی؟!

طبیب: «دکتر زهرا بنی یعقوب» پزشک ۲۷ساله و فارغ‌التحصیل دانشگاه تهران که دوره طرح خود را در همدان می‌گذراند، به اتهام همراه بودن با یک پسر به وسیله ضابطان امر به معروف دستگیر و ٤٨ ساعت بعد خبر مرگ او منتشر می‌شود...

معاون تحقیقات و آموزش دادگستری استان همدان در گفت‌وگو با ایسنا می‌گوید: «ضابطان امر به معروف این پزشک جوان را به علت ارتکاب «جرم مشهود» در یکی از اماکن عمومی به این مرکز انتقال دادند و به علت تعطیلی روز جمعه و عید فطر، ٤٨ ساعت در بازداشت به سر برده است». قاضی الماسی توضیح می‌دهد: «این دختر در راهروی طبقه دوم مرکز از فرصت به دست آمده استفاده کرده و با پارچه پلاکارد تبلیغاتی موجود در راهرو اقدام به خودکشی می‌کند». خبرنگار طبیب در این رابطه با سازمان نظام پزشکی تماس گرفت. روابط عمومی سازمان به علت آنچه «موارد ضد و نقیص در این پرونده» نامید، اعلام موضع قطعی در این مورد را نیازمند بررسی‌های بیشتری دانست. از سوی دیگر روابط عمومی وزارت بهداشت برای پیگیری این قضیه از تسلیم یک نامه به اداره کل بازرسی و رسیدگی به شکایات مردمی خبر داد. به هر ترتیب به نظر می‌رسد اخبار ضد و نقیص در مورد این واقعه موجب شده تا پس از گذشت دو هفته تا لحظه تنظیم این‌خبر، هنوز وزارت بهداشت و سازمان نظام پزشکی موضع قطعی خود را برای بررسی‌های بیشتر به آینده موکول کنند. مواردی چون: نوع جرم مشهود، شیوه بازداشت، نحوه برخورد با یک پزشک در بازداشتگاه و نگهداری بیش از ٢٤ ساعت.

طی تماس طبیب با هم‌دوره‌ای‌های خانم دکتر زهرا بنی یعقوب، او سلامت کامل روانی و شخصیتی آرام و مذهبی داشته و همیشه به شکلی کاملاً پوشیده در دانشگاه حاضر می‌شده است. از سوی دیگر خانم دکتر بنی‌یعقوب به علت اینکه پدرشان آزاده هستند، از طرح معاف بوده و به طور داوطلبانه برای گذراندن این دوره اعزام شده بوده است. بنا بر همین گفته‌ها ایشان همراه با نامزدشان که کارمند صدا و سیما هستند و با اطلاع کامل خانواده برای پیاده‌روی به پارک رفته بودند که به وسیله ضابطان امر به معروف بازداشت می‌شوند.

چاپار طبیب

نشریه‌تان را برای من نفرستید

مدیر مسئول نشریه طبیب

خواهش می‌کنم از این به بعد نشریه‌تان را برای من نفرستید. این اقدام شما که مخاطبین خود را به دو دسته تقسیم و دندان‌پزشکان را از پزشکان جدا کرده‌اید، یک توهین آشکار به جامعه دندان‌پزشکی است. تا وقتی که چنین رویه‌ای را ادامه می‌دهید، ترجیح می‌دهم این نشریه به دست من نرسد.

دکتر خسرو امانت یزدی

طبیب: جناب آقای دکتر، ما هیچ وقت قصد جسارت به جامعه محترم دندان‌پزشک را نداشته و نداریم. تنها دلیل اتخاذ این تصمیم، محدودیت‌های مالی بود که به این نشریه اجازه نمی‌داد شیوه سابق را ادامه دهد. راه حل اولی که به نظرمان رسید تبدیل روال چاپ نشریه از دو هفته‌نامه به ماهنامه و ارسال آن در همین تعداد صفحات و برای تمام پزشکان، دندان‌پزشکان، پرستاران، داروسازان و پیراپزشکان بود. راه حل دوم این بود که هر دو هفته یک بار همین تعداد صفحات را برای نیمی از مشترکین ارسال کنیم. راه حل دوم این مزیت را به دنبال داشت که در تعداد صفحات بیشتر می‌توانستیم به صورت تخصصی‌تر به مطالب بپردازیم. چنانچه به گواهی همکاران شما، در این مدت حجم مطالب دندان‌پزشکی مانند گروه‌های دیگر رشد چشمگیری داشته است. به هر حال نظر شما برای ما محترم است و به خواست شما و برخلاف میل خودمان از این شماره به بعد نشریه برای شما ارسال نخواهد شد. گرچه امیدواریم مجدداً نامه‌ای از شما داشته باشیم که اجازه ارسال نشریه را به ما بدهد. از دست دادن حتی یک دوست (مخاطب) برای ما بسیار تلخ و ناگوار است.

عکس: محسن جزایری

گفت‌وگو با دکتر مجتبی مجتهدزاده، دبیر شورای تدوین و بررسی داروهای ایران

زمانی برای تغییر کردن

مرتضی جلالی‌فخر

ساعت نه صبح، تهران، خیابان ولی‌عصر. وقتی وارد دفتر شورای بررسی و تدوین داروهای ایران می‌شوم، هنوز مسئول دفتر دکتر مجتهدزاده نیامده، اما خود او در اتاق نشسته است. اتاقی که انگار درش به روی هیچ کس بسته نمی‌ماند. وارد اتاق که می‌شوم قبل از هر چیز، دیدن نام خودم که روی وایت‌برد نوشته شده، توجهم را جلب می‌کند. طبیب، ساعت نه، دکتر مرتضی جلالی‌فخر و ساعت ده یک قرار دیگر. می‌شد حدس زد دکتر سر وقت با کسی شوخی ندارد، پس گفت‌وگویمان را بی‌حرف اضافه شروع کردم.

شب تاریک و بیم موج!

«در حال حاضر وضعیت بخش مراقبت‌های ویژه در دنیا چگونه است و ما چقدر با استانداردها فاصله داریم»؟

این اولین پرسش من از دکتر مجتهدزاده بود. کسی که تحصیلاتش را در آمریکا با گذراندن دوره فوق تخصصی مراقبت‌های ویژه در دانشگاه تگزاس به پایان رسانده است. «نکته‌ای که در ابتدا باید مورد توجه قرار بگیرد این است که علم مراقبت‌های ویژه در سراسر دنیا در حال پیمودن مسیر تکاملی خود است. با منطق کنونی critical care medicine شاید زمانی حدود ۳۰ تا ٤٠ سال نیاز داشته باشیم تا در کشورمان به مفهوم واقعی بخش مراقبت‌های ویژه برسیم، هم از لحاظ پرسنل و هم از نظر سخت‌افزار و نرم‌افزار». دکتر در ادامه صحبت‌هایش تأکید می‌کند که اصل اول، لزوم تغییر نگاه به بخش‌های ویژه است. «اگر بخواهیم به چشم خریدار به این موضوع نگاه کنیم باید بدانیم که مهم‌ترین رکن این بخش‌ها بیماران بستری در آنها هستند. در واقع ما در این بیماران با تداخل و تقابل ارگان ها روبه‌رو هستیم. مشخص است کسی که مسئولیت این بخش‌ها را به عهده می‌گیرد باید این توانایی را داشته باشد که حداقل در ۷۲ ساعت اول همه این مسائل را کنترل کند. بدون شک این کار تنها از یک متخصص ریه، غدد، قلب و یا هر تخصص دیگری ساخته نیست، بلکه به کسی نیاز است که بتواند به طور هم‌زمان همه این موارد را کنترل کند».

روستاهای بی‌مسجد!

از دکتر می‌خواهم تا به طور مشخص درباره اداره بخش مراقبت‌های ویژه در ایران و مشکلات این بخش‌ها صحبت کند. او از نبودن امکانات در بخش‌های ICU می‌گوید: «یکی از مشکل‌هایی که وجود دارد این است که پرسنل ما متخصص نیستند. به پرستاران این بخش‌ها آموزش‌های لازم داده نمی‌شود. به پرستارانی هم که آموزش دیده‌اند به چشم یک پرستار معمولی نگاه می‌کنند و این موضوع انگیزه‌های آنها را کاهش می‌دهد». دبیر شورای تدوین و بررسی داروهای ایران در ادامه حرف‌هایش از کمبود امکانات بخش‌های ویژه در ایران گله می‌کند. از اینکه در بعضی مراکز از پمپ‌های مخصوص بزرگسالان برای بچه‌ها استفاده می‌شود. از اینکه بخش‌های ICU در کشور ما آزمایشگاه و داروخانه‌های مخصوص به خود ندارد. در آخر او بود که از من سؤال کرد: «از یک عالم ربانی در روستایی که مسجد ندارد چه کاری برمی‌آید»؟

چیزهایی برای تغییر

«برای اصلاح این وضعیت کار را باید از کجا شروع کرد»؟ هنوز سؤال من تمام نشده دکتر پاسخ دادن را آغاز کرد: «در حقیقت کار مدت‌هاست شروع شده، یعنی از همان زمان که برگزاری دوره‌های فلوشیپی مراقبت‌های ویژه در ایران آغاز شد، اما هنوز هم برای رسیدن به وضعیت استاندارد فاصله زیادی وجود دارد. اگر قرار بر این باشد که فاصله‌ها را پر کنیم، باید قبل از هر چیز به اهمیت این بخش‌ها پی ببریم. باید آن مادر و پدری که همه چیزش را می‌فروشد تا فرزندش نود روز در ICU بستری باشد، درک کرده و باور کنیم نمی‌شود با جان بیماران بازی کرد». بعد از این صحبت‌ها، دکتر مجتهدزاده به سراغ بیان راه‌حل‌ها رفت. «در اصلی‌ترین و مهم‌ترین گام، ما باید بر اندوخته‌های علمی متخصصانمان اضافه کنیم. این حتی از اینکه ICU ها را با امکانات پیشرفته و مدرن تجهیز کنیم، مهم‌تر است. ما نیازمند افرادی هستیم که به طور مداوم در حال تحقیق و پژوهش در این زمینه باشند. از طرف دیگر باید استفاده از intensivist در بیمارستان‌ها جا بیفتد. باید بپذیریم که اداره بخش مراقبت‌های ویژه تنهاوتنها به‌دست intensivist ها و یا زیر نظر مستقیم خود آنها باشد. افرادی که ICU را اداره می‌کنند غیر از برخورداری از دانش مناسب باید در برقراری ارتباط با خانواده بیماران نیز توانا باشند. در کنار این، هر بخش ICU به گروهی برای پشتیبانی از خانواده‌ها نیاز دارد». دکتر صحبت‌هایش را با تأکید بر جایگاه پرستاران در بخش مراقبت‌های ویژه پی می‌گیرد: «در گروه اداره کننده ICU ها، پرستاران از ارزشمندترین سرمایه‌ها هستند. در حقیقت آنها هستند که به طور مداوم با بیماران در ارتباطند و دستورهای پزشک را اجرا می‌کنند. اگر شما با یک پرستار آموزش دیده روبه‌رو نباشید، بهترین برنامه‌های درمانی هم راه به جایی نمی‌برد».

شاید چند سال دیگر، شاید!

وقتی می‌پرسم آینده بخش مراقبت‌های ویژه را در ایران چگونه می‌بینید، دکتر به سراغ پنج سال بعد می‌رود. «فکر می‌کنم تا ٦-٥ سال دیگر وضعیت خیلی بهتر از این می‌شود. اکنون در دانشجویان دوره‌های فلوشیپی ICU آنقدر شور و اشتیاق وجود دارد که ما را به آینده خیلی امیدوار می‌کند. وقتی نیروی متخصص کارآمد و دانشمند وجود داشته باشد، حتی با کمبود نسبی امکانات نیز می‌توان ICU ها را به خوبی اداره کرد. با وجود این، بهبود این وضعیت به عزم جدی مسئولین نیز نیاز دارد. مسئولین نظام سلامت باید متخصصین ICU و از همه مهم‌تر بیماران بستری در این بخش‌ها را دریابند. سیستم بیمه‌ای کشور نیز باید این بیماران را در سبد حمایتی خود قرار دهد. مهم‌تر از همه این نکته‌ها ما باید سیستم نظارتی قوی‌ای داشته باشیم. باید جلوی سوءاستفاده از ICU ها را بگیریم. نباید اجازه دهیم هر انباری به ICU تبدیل شده و یا هر فردی برای سودجویی تحت عنوان مونیتورینگ یک تا دو روز بیشتر در بخش نگه داشته شود».

دکتر قبل از اینکه حرف آخرش را بزند از همکارانی گله می‌کند که برای پایین آوردن میزان مرگ‌ومیر بخش‌های ICU از پذیرفتن بیماران بدحال امتناع می‌کنند. «همان‌طور که گفتم قبل از هر چیز باید نگاه ما به این بخش‌ها تغییر کند. بهترین جا برای این تغییر نیز دوران اینترنی است. تنها این تغییرهاست که می‌تواند ما را از این وضعیت رها کند».

آپاندیس

دکترمیثم رضایی

شوخی‌بردار نیست

بگذارید به حساب اینکه کم آورده‌ام. نمی‌توانم طنز بنویسم. مگر خود شما همیشه حال و حوصله شوخی کردن دارید؟ فرض کنید باید درباره ICU طنز بنویسید و یکی از عزیزان شما زبانم لال در ICU است. حالا به من حق می‌دهید؟ عموی من چند روزی است در ICU یکی از بهترین بیمارستان‌ها بستری است. عموی من نه فقط به این دلیل که صدا و تصویرش مرا به یاد پدرم می‌اندازد و نه به دلیل اینکه پدر شهید است و بسیار شوخ و مهربان و گشاده‌روست، بلکه به خاطر خودش بسیار نازنین و دوست داشتنی است. نمی‌دانم پرستاران پرسنل این ICU از کجا باید عموی من را بشناسند ولی اگر می‌شناختند، لازم نبود از آنها به عنوان یک پزشک خواهش کنم با انجام یک ساکشن او را از دیسترس خارج کنند. اگر از عموی من مراقبت شود، به اکسیژن نیاز ندارد و به راحتی نفس می‌کشد ولی این روزها نمی‌شود اکسیژن را از او جدا کرد مگر اینکه یک نفر آنجا باشد که هر چند ساعت یادآوری کند. بیمار بستری در ICU نیاز به ساکشن دارد. خدایا کاری کن و به ما پرسنل بیمارستانی معرفتی عطا کن که تمام بیماران بدحال و نیازمند را بشناسیم و خوبی‌های آنها، قشنگی‌های آنها، علاقه خانواده‌شان به آنها و خیلی چیزهای دیگر را درک کنیم. خدایا کاری کن که ما بفهمیم اینجا شوخی‌بردار نیست. خدایا وقتی که خیلی خسته‌ایم، وقتی که تنها هستیم و چند بیمار را به ما سپرده‌اند، تو به ما توانی عطاکن که بتوانیم به همه آنها رسیدگی کنیم. خدایا، تو می‌دانی که ما بیش از توان خود و بیش از آنچه برای عمل ما ارزش قائل می‌شوند، به حرفه خود عشق می‌ورزیم و فعالیت می‌کنیم پس حقوق و اضافه حقوق و پاداش را از تو می‌خواهیم.

وب پزشک

تکریم ارباب رجوع

ساعت ۲۱:۳۰ شب بود. موتور سوار پیژامه‌به‌پایی، جلوی داروخانه نگه‌داشت و وارد داروخانه شد. «آقا ببخشید کپسول ۲۵۰ چند است»؟ (منظورش آموکسی‌سیلین ۲۵۰ بود).

– ۳۰۰ تومان

– خُب، کپسول ۵۰۰ چند است؟

– ۵۰۰ تومان

– سفالسکین (همان سفالکسین) چند است؟

– ۲۵۰میلی‌اش ٤۰۰ تومان، ۵۰۰ میلی‌اش هم ۷۵۰ تومان!

چشم‌هایش برق می‌زد، انگار کشف مهمی کرده باشد. ظاهراً با این کشفش حسابی مچ ما را گرفته بود. در حالی‌که از احساس شعف و سرخوشی نیشش تا بنا گوش باز بود، کله‌اش را از سوراخ شیشه پیشخوان داخل آورد. احساسش را درک می‌کردم. با این کشف بسیار بزرگ می‌توانست داد خود و مریضان بی‌پناه را از ما سوداگران بستاند و درفش کاویانی را بر سر در این داروخانه به اهتزاز در آورد!

«آقای دکتر محترم، پس چرا شما آسپرین ۸۰ را می‌دهید جعبه‌ای ۱۰۰۰ تومان ولی‌من دیروز یک جعبه ۱۰۰ میلی را از داروخانه دیگری گرفتم ۵۰۰ تومان؟ مگر این موادش بیشتر نیست پس چرا ارزان‌تر است؟»

سؤال این است: شما اگر به جای من بودید به این افراد چه جوابی می‌دادید؟

۱ـ آسپرین ۱۰۰میلی دزانتگران عمل خرد شدن دارو به جای معده به وسیله خود مریض به صورت مکانیکی انجام‌می‌شود ولی آسپرین ۸۰ به دلیل داشتن روکش انتریک در داخل روده باز می‌شود تا عوارض جانبی کمتری برای بیمار داشته باشد.

۲ـ آسپرین ۱۰۰میلی دزانتگران ندارد و از مواد اولیه کمتری تشکیل شده، ولی در آسپرین ۸۰ میلی به دلیل داشتن روکش انتریک، از مواد اولیه بیشتری استفاده شده است.

۳ـ پروسه تولید آسپرین ۱۰۰میلی به دلیل نداشتن مواد دزانتگران کوتاه‌تر است، ولی تولید آسپرین ۸۰ به دلیل داشتن مرحله کوتینگ پروسه تولید طولانی‌تری دارد، بنابراین دستمزد سربار کارگری بیشتری دارد.

٤ـ برو بابا حال نداریم! چرا از همان داروخانه قیمت آسپرین ۸۰ را نپرسیدی؟!

برگرفته از وبلاگ « مازیار هستم، یک داروساز» [با اندکی تغییر و تلخیص]
http://daroo72.blogfa.com