

خبرنامه انجمن اورولوژی ایران



سخن سردبیر:

ماراتن در سنگلاخ

در این میان، ناگواری‌های سختی از شهیدان همکار و همراه در جامعه اورولوژی رسید و آونگ بیماری که برفراز سر جامعه درمانی پرصدا تر و مخوف تر از همه نوسان می‌کرد. همکاران ما در بخش‌های پرخطر رفت‌وآمد و فعالیت داشتند و دستیاران جوان اورولوژی در بخش‌های ویژه کرونا صفا آرای می‌شدند و زیر نگاه اشک‌بار و غمگین ما، بسیاری همچنان به سفر می‌رفتند، در مراسم و دوره‌های شرکت می‌کردند و بعد با پیکری نیمه‌جان و نفسی تنگ و دلی پر ترس خود را در آغوش و دستان ما می‌انداختند. آری، رسم روزگار چنین است.

داعیه‌ای برای معجزه کردن و رویین تن بودن در برابر شرایط جدید نداشتیم، با توانی خسته اما به‌سختی بر پای ایستاده و پیگیر سعی کردیم در مسیر اهداف و برنامه‌های مطرح‌شده گام برداریم. در مواضعی موفق شدیم، در بعضی جاها قدم‌های نخستین را برداشتیم و مذاکره کردیم و سند تهیه کردیم و حتماً در جاهایی عقب نشستیم. شما می‌توانید به ما انتقاد کنید؛ همین جا. حتی به گواهی که خودمان بر خودمان می‌دهیم که کوشیدیم بر سر پیمان باشیم و بکوشیم و از پا نیفتیم.

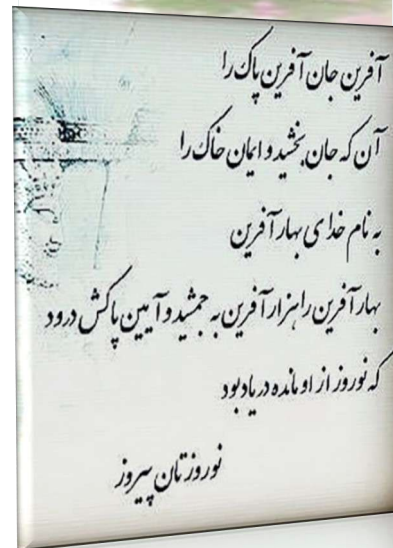
سید محمد قهستانی

عضو هیئت‌مدیره انجمن اورولوژی ایران و سردبیر خبرنامه

اسفند ۱۳۹۹

نوروز امسال شروع یک قرن جدید است. سال‌ها و ماه‌ها و قرن‌ها، صرف‌نظر از منشأ تقویم‌نگاری، پدیده‌های اعتباری هستند، اما حداقل از یک نظر دوره جدیدی در رویکرد و نگاه بشری آغاز شده است؛ رخداد کرونا نوع بشر را به این فکر وامی‌دارد که باید نگاهی متواضعانه‌تر، مراقبت‌کننده‌تر و عدالت‌گرایانه‌تر به جهان داشته باشد. به الزام ضرورت تنها این نگاه است که در آینده می‌تواند ضامن بقای انسان باشد. گمان می‌کنم که این تغییر به فعالیت و اندیشه علمی تسری پیدا خواهد کرد و باعث رشد نوعی از علم پزشکی خواهد شد که بیشتر به همه ابناء بشر بیندیشد، ارزان‌تر باشد و از تکنولوژی استفاده کند که آسیب کمتری به طبیعت بزند. آیا در رشته اورولوژی و در این سرزمین با این نگاه همراه خواهیم شد یا رویکرد پیروی از دیگران و مسابقه در زمین آنها را ادامه خواهیم داد؟

انجمن اورولوژی در سال جدید مثل همه مردم و گروه‌های علمی با یک تحول غیر مترقبه روبه‌رو شد، به تدابیر اندیشید و در زمان نسبتاً در خوری، نوع جدیدی از فعالیت‌ها را کلید زد. واقعیت محرز که من شاهد بودم این است که اعضای هیئت‌مدیره در هیچ برهه زمانی ناامید نشدند، با انعطاف به راه‌های جدید اندیشیدند و اجازه ندادند که حیرانی و سرگشتگی دامن‌گیر آنها شود. این کاری دشوار بود که زمانی که همه در قرنطینه طولانی به‌سر می‌بردند، بخش قابل توجهی از ذهن و انرژی خود را صرف اندیشیدن به خلاقیت در مسئولیتی بکنی که به تو سپرده‌اند. خبرنامه‌ای که روبه‌رو دارید، حاصل یکی از آن خلاقیت‌ها است.



فهرست مطالب

- ۱ پیام نوروزی
- ۲ تاریخچه اورولوژی در د ع پ شیراز
- ۳ وینار روز سلامت مردان
- ۴ وینار رزیدنت‌ها در جامعه جراحان
- ۵ از تجربیات دوران طرح «بستک»
- ۷ مصاحبه با دکتر همایون زرگر
- ۹ انتخابات کمیته اورولوژیست‌های جوان
- ۱۰ اطلاعیه نحوه کدنویسی تعرفه‌ها
- ۱۱ مصاحبه با دکتر حاج ابراهیمی
- ۱۳ پاسخ به کیس شماره قبل

هیئت‌مدیره انجمن اورولوژی ایران از

همکاری آحاد جامعه اورولوژی در

محتوای خبرنامه استقبال می‌کند و

خبرنامه را رسانه همکاران می‌داند





و دارا بودن مدرک تخصصی از آمریکا یا انگلیس) لذا نیاز بخش ارولوژی را از فارغ-التحصیلان خارج تأمین می‌کردند که در این‌جا باید از استخدام یک ارولوژیست انگلیسی هندی تبار بنام دکتر انور حلیم نام برد. ایشان فارغ‌التحصیل از دانشگاه لندن بود و تا یک سال بعد از انقلاب در ایران ماند.

در سال‌های کمی قبل از انقلاب دکتر عبدالعزیز خضری و دکتر احمد کسرائیان، به-ترتیب فارغ‌التحصیل و متخصص از انگلستان و آمریکا، به جمع این بخش پیوستند و برنامه آموزشی و تربیت دستیار روند بهتری یافت. اما دیری نپایید که در سال‌های انقلاب و بعد از انقلاب اسلامی، در اوایل جنگ تحمیلی عراق علیه ایران، بخش ارولوژی دچار تنش مجدد گردید؛ از یک طرف دکتر کسرائیان، دکتر کدیور و دکتر حلیم ایران را ترک کردند و از طرف دیگر جنگ تحمیلی موجب افزایش بار درمانی شده بود که در این برهه زمانی، با تلاش و سخت‌کوشی یکی دو نفر باقی‌مانده و در حقیقت استقامت و پایداری دکتر خضری، بخش را اداره و دستیاران در حین تحصیل را فارغ‌التحصیل نموده و به استخدام بخش ارولوژی درآوردند و دوباره بخش سروسامانی گرفت. به تدریج از بین فارغ‌التحصیلان ارولوژی زبده داخل کشور، افرادی به جمع هیئت‌علمی پیوسته و مشکلات کادر هیئت‌علمی به‌کلی حل شد.

تا سال ۱۳۸۵ بخش ارولوژی بر حسب سیاست کلی دانشگاه و طبق استانداردهای جهانی و دانشگاه‌های معتبر و معروف دنیا، هنوز شعبه‌ای از گروه جراحی بود؛ اما در همین سال، روند ارولوژی در این دانشگاه تغییر یافت و مشابه بقیه مراکز دانشگاهی ایران، به‌صورت گروهی مستقل و جدا از گروه جراحی درآمد. اکنون، فضای آموزشی گروه ارولوژی در چهار مرکز به ترتیب شامل بیمارستان شهید دکتر فقیهی، بیمارستان نمازی (ارولوژی عمومی و یوروانکولوژی)، بیمارستان حضرت علی (اصغر) (مرکز اندوبیورولوژی و آنکولوژی) و مرکز پیوند اعضا در بیمارستان نمازی می‌باشد (این مرکز شامل بخش پیوند اعضای جراحی عمومی و پیوند کلیه است).

گروه ارولوژی دارای ۱۰ عضو هیئت‌علمی تمام‌وقت جغرافیایی است که شامل یک استاد، ۴ دانشیار و ۵ استادیار می‌باشد. انتخاب این اساتید از بین بهترین و شریف-ترین فارغ‌التحصیلان داخل بر طبق ضوابط علمی دنیا بوده است.

در توانمندی اساتید این بخش همین بس که بسیاری از اعمال جراحی جدید انجام شده در این مرکز، برای اولین بار در ایران- منطقه و در مواردی مانند جایگزینی مثانه، برای اولین بار در آسیا بوده است.

تعداد فارغ‌التحصیلان این مرکز بیش از ۱۴۰ نفر بوده است و سالیانه بین ۴ تا ۵ دستیار می‌گیرند. بسیاری از فارغ‌التحصیلان ارولوژی این مرکز در دانشگاه‌های بزرگ داخل در سمت عضو هیئت‌علمی بوده و در مواردی چند، در دانشگاه‌های معتبر دنیا (آمریکا) عضو هیئت‌علمی هستند.

اساتید این بخش در چهار مرکز پژوهشی مصوب و بخش Animal lab به‌طور جد فعال‌اند.

این گروه دارای دوره آموزشی دستبازی مصوب و دوره‌های فلوشیپ پیوند کلیه، اندوبیورولوژی، یورولاپاراسکوپ، یوروانکولوژی باکمیت و کیفیت خوب است و نیز شرایط لازم برای فلوشیپ یورولوژی اطفال فراهم شده است.

در حیطه آموزشی و پژوهشی و درمان، در تمام سطوح به‌شدت فعال و گزارش‌های مربوط به دانشگاه مصداق آن است.

کمیته دستبازی انجمن ارولوژی ایران



تاریخچه ارولوژی در دانشگاه علوم پزشکی شیراز

شروع کار در رشته ارولوژی تقریباً هم‌زمان با کار بالینی در دانشکده پزشکی شیراز حدود سال ۱۳۳۰ و توسط جراحان عمومی آن زمان بود؛ در این میان باید از مرحوم دکتر حسین علی فاتح‌نژاد که فارغ‌التحصیل پزشکی از دانشگاه تهران و متخصص جراحی عمومی- ارولوژی از کشور فرانسه بود نام برد. وضع فعالیت در رشته ارولوژی و در این دانشگاه تا سال‌های ۱۳۴۰ خورشیدی تقریباً به همین منوال بود تا اینکه به-تدریج دانشکده پزشکی در بطن گروه جراحی عمومی فارغ‌التحصیلانی در این رشته از آمریکا به‌خدمت گرفت و در دو بیمارستان سعدی (شهید فقیهی فعلی) و نمازی مشغول خدمت شدند که در این میان باید از دکتر محمد سناده‌زاده و مرحوم دکتر روح‌اله کدیور و دکتر کانون آمریکایی نام برد.

در این زمان بخش ارولوژی مستقلی وجود نداشت و فقط تقسیم کار بین جراحان بود و بیماران ارولوژی توسط متخصصان این رشته دیده شده و جراحی می‌شدند.

برنامه آموزشی ارولوژیست‌ها به آموزش دانشجویان پزشکی و دستیاران جراحی عمومی ختم می‌شد؛ به عبارت دیگر، ارولوژیست‌های شاغل عضوی از گروه آموزشی جراحی عمومی بودند.

مدت‌ها بر همین منوال گذشت ولی با تغییر و تحولی که در سیاست کلی دانشگاه و روند علمی آن بوجود آمد، زمینه نوگرایی مهیا شد و در همین شرایط به‌وجود آمده بود که آقای دکتر محمد سناده‌زاده در سال ۱۳۴۷ اولین مورد پیوند کلیه در ایران و خاورمیانه و شاید آسیا از دنور زنده را در بیمارستان نمازی شیراز با موفقیت انجام داد و دو سال بعد، مرحوم دکتر روح‌اله کدیور اولین مورد پیوند کلیه از کادور در ایران را به انجام رسانید. این موفقیت‌ها در شرایطی بود که همودیالیز در اختیار نداشته و داروهای ایمنوسوپرسیو وضع کنونی را نداشت.

تأسیس بخش ارولوژی و پذیرش دستیار به سال ۱۳۵۱ برمی‌گردد که بخش ارولوژی به عنوان شعبه‌ای از گروه جراحی با گرفتن یک دستیار در سال شروع شد و در این زمان اساتید بخش، مرحوم دکتر روح‌اله کدیور و مرحوم دکتر پرویز جواهری بوده که هر دو فارغ‌التحصیل ارولوژی از آمریکا بودند.

موانع قانونی آن وقت حاکم بر دانشگاه مانع از جذب فارغ‌التحصیلان متخصص در داخل کشور بود (دو شرط استخدام: خدمت به‌صورت تمام‌وقت جغرافیایی در دانشگاه



وبینار روز سلامت مردان « اسفند ۹۹ »

دکتر نریمانی (مسئول روز سلامت مردان سال ۹۹)

دکتر بصیری (رئیس انجمن اورولوژی ایران)

این برنامه با همکاری شهرداری تهران، وزارت بهداشت- درمان- آموزش پزشکی و شبکه سلامت صدا و سیما برگزار شد.

دکتر نریمانی یادآور شد: «این اولین بار است که با تلاش گسترده انجمن و جناب آقای دکتر بصیری، در روز سلامت مردان، پوشش خبری گسترده در صدا و سیما و جراید داشتیم و ویدئوها و پمفلت‌های آموزشی برای مردم تهیه و برنامه زنده در اینستاگرام اجرا شد؛ همچنین، حمایت شهرداری تهران را از برنامه روز سلامت مردان داشتیم.»

ایشان از دیگر برنامه‌های این هفته، فرستادن رزیدنت‌های اورولوژی به سرای سلامت محله‌ها و نیز برگزاری ویزیت رایگان در ایستگاه‌های مترو (۵ ایستگاه) و ۱۹ درمانگاه در تهران ذکر کرد.

در پایان، متن پیام شهردار تهران (جناب آقای حناچی) که به دلیل شرایط کرونا معذور از حضور در همایش بودند، خوانده شد.

لازم به ذکر است که فیلم‌ها و مطالب آموزشی مربوط به سلامت مردان، در صفحات مجازی انجمن اورولوژی ایران قابل مشاهده است.

انجمن اورولوژی ایران در روز جمعه اول اسفند ۹۹، وبینار «روز و هفته سلامت مردان» را با حضور پزشکان و متخصصان در مرکز همایش‌های شهرداری تهران برگزار کرد.

گردانندگان این برنامه دکتر نیما نریمانی (مسئول روز سلامت مردان سال ۹۹) و دکتر عباس بصیری (رئیس انجمن اورولوژی ایران) بودند.

دکتر نریمانی ضرورت برگزاری این همایش را افزایش آگاهی مردم و توجه بیشتر مردان به سلامت خود ذکر کرد.

همچنین این برنامه از روز یکشنبه تا چهارشنبه (۲۲ تا ۲۴ اسفند) ویژه عموم مردم و از طریق صفحه اینستاگرام انجمن اورولوژی ایران به نشانی @uroiranian همراه با پرسش و پاسخ برگزار شد.

دکتر بصیری اظهار امیدواری کرد که با برگزاری این برنامه‌ها، عموم مردم بتوانند به جای مراجعه به مطالب و کانال‌های نامعتبر و غیرعلمی در زمینه سلامت مردان، از مطالب علمی و معتبر استفاده کنند.

دکتر نریمانی موضوعات زیر را محور همایش ذکر کرد:

- ناباروری و مشکلات زناشویی
- نقش سبک زندگی (Life style) در ناباروری

مطالب وبینار به صورت زیر و به همراه پرسش و پاسخ آنلاین ارائه شد:

موضوع	ارائه‌دهندگان
چاقی، رژیم غذایی و ناباروری	دکتر حامد اخوی‌زادگان
سیگار، الکل، مواد مخدر و ناباروری	دکتر حمید آراسته
ورزش منظم، مصرف مکمل‌ها و سوء مصرف هورمون‌ها بر ناباروری	دکتر اکبر عابدی
مخاطرات شغلی و ناباروری	دکتر پیمان صالحی

موضوع	ارائه‌دهندگان
درمان‌های غیراختصاصی ناباروری	دکتر علیرضا خردمند
چه زمانی بیمار را برای ART ارجاع دهیم؟	دکتر سراج‌الدین وحیدی
درمان‌های ناتوانی جنسی	دکتر شاه‌محمدی
اثرات سالمندی بر مثانه	دکتر مریم امامی



انجمن اورولوژی ایران
 وب‌سایت: iua.org.ir
 اینستاگرام: @uroiranian



جامعه جراحان ایران

وبینار میزگرد بررسی مشکلات آموزشی - معیشتی دستیاران تخصصی پزشکی و

متخصصان متعهد طرح تأمین نیروی انسانی

از مجموعه میزگردهای دستیاران و متخصصان جوان

پنجشنبه ۱۸ دی ماه ۱۳۹۹

ساعت ۲۰:۰۰ - ۱۸:۰۰

برگزارکننده: کمیته دستیاری جامعه جراحان ایران

وبینار نشست رزیدنت‌ها در

جامعه جراحان ایران

معاون ارزشیابی و اعتباربخشی دبیرخانه نیز در ادامه افزود: توجه ویژه ما به موضوع Wellbeing دستیاران است و برنامه به‌سازی وضعیت آنها از اولویت‌های دبیرخانه است. هدف ما از این اقدامات کاهش سختی‌هایی است که خودمان گذرانده‌ایم. امسال با ۲۷ درصد ظرفیت خالی پذیرش دستیاری و در دوره فوق تخصص ۳۷ درصد بوده است که علل شایع آن عدم پاسداشت حرمت انسانی، تحقیر و خشونت کلامی، خستگی فیزیکی مسائل اقتصادی، نبود آموزش سیستماتیک و نامشخص بودن دورنمای کاری است.

دکتر لاری معاون وزارت بهداشت بیان کردند که صدای مظلومیت دستیاران را شنیدیم و اقداماتی برای حل مشکلات آنها در وزارتخانه انجام دادیم که برخی از آنها به شرح زیر است:

- تأکید بر حداکثر ۱۲ کشیک در ماه و انجام کشیک اضافه‌تر در صورت پرداخت حق‌الزحمه
- اصلاحات متن فرم تعهدنامه محضری
- پوشش بیمه سلامت برای تمامی دستیاران و تلاش جهت انجام بیمه تأمین اجتماعی و بیمه تکمیلی
- افزایش حقوق دستیاران در سال جاری و چندبرابری در سال آینده
- پرداخت وام دستیاری و افزایش آن در سال آینده و همه‌گیری وام مسکن برای تمامی دستیاران
- در پایان، نمایندگان دستیاران راهکار اصلی برای بهبود وضعیت دستیاران را استمرار چنین جلساتی با هدف پاسخگویی و پیگیری و همچنین دخیل کردن دستیاران در برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری دانستند.

در مجموعه وبینار میزگردهای دستیاری چهل‌وچهارمین کنگره سالانه جامعه جراحان ایران در دی ۱۳۹۹ میزگردی با موضوع مشکلات آموزشی - معیشتی دستیاران تخصصی و متخصصان متعهد طرح در دفتر جامعه جراحان ایران برگزار شد.

در این وبینار نمایندگان دستیاران، فارغ‌التحصیلان و مسئولانی از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و سازمان نظام پزشکی حضور داشتند.

دکتر جابر انصاری دبیر کنگره سالانه جامعه جراحان ایران به اهمیت جایگاه دستیاران در نظام بهداشت و درمان کشور و ضرورت مرتفع ساختن مشکلات آموزشی و معیشتی دستیاران و همچنین لزوم آگاهی دستیاران و متخصصان جوان به قوانین و مسائل حقوقی اشاره کردند.

دکتر قانعی دبیر شورای آموزش پزشکی و تخصصی وزارت بهداشت، دکتر وحیدشاهی معاون ارزشیابی و اعتباربخشی دبیرخانه شورای آموزش پزشکی و تخصصی وزارت بهداشت، دکتر سیما سادات لاری معاون فرهنگی و دانشجویی وزارت بهداشت، دکتر سلیمی معاون آموزشی و پژوهشی سازمان نظام پزشکی، دکتر ساعدی معاون آموزشی سابق دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران و آقای مهندس بهروز رحیمی رئیس صندوق رفاه دانشجویان وزارت بهداشت، در این جلسه به بحث و پاسخ‌گویی پرداختند.

مواردی که توسط نمایندگان دستیاران در این جلسه مطرح شد:

- تلاش‌های داوطلبانه و بی‌دریغ دستیاران در پاندمی COVID-19 علی‌رغم کم شدن تعداد بیماران و پروسیجرها، لغو شدن اعمال جراحی، ابتلا به بیماری و حجم کاری زیاد
- بازنگری آیین‌نامه دستیاری مطابق با استانداردهای ACGME-تعریف دستیار، ساعات کاری و تعداد کشیک دستیاری
- لزوم تفکیک آموزش و درمان و راهکارهای آن: افزایش دریافتی اعضای هیئت علمی، بازنگری کوریکولوم‌های آموزشی و نظارت بر آنها
- ثبات در تصمیم‌گیری و اعلام در زمان مناسب و مشخص بودن نهاد تصمیم‌گیرنده در خصوص مسائل آموزشی
- افزایش کمک‌هزینه‌ها و لزوم رفع موانع برای اجباری بودن بیمه درمانی رایگان برای رزیدنت‌های سراسر کشور و بیمه تکمیلی با هزینه معقول
- دکتر مصطفی قانعی در پاسخ به موارد مطرح‌شده بیان داشتند: بازدیدها و اعتباربخشی‌های دوره و رتبه‌بندی مراکز از ابزار دبیرخانه شورای آموزش پزشکی و تخصصی برای نظارت بر آموزش دستیاران است. هر بیمارستانی باید دستیار را فقط برای مقاصد آموزشی بخواهد و برای پوشش خدمات فکر دیگری کند.





تجربیات دوران طرح در بستک:

آرامش در حضور دیگران

دکتر ناصر یوسف زاده کندوانی - اسفند ۱۳۹۹

اینترنتی شهر اعلام شود که بستک مجدداً ارولوژیست دارد، خیلی زود برنامه سالن‌های فوتبال و استخر شهر را یاد گرفتم و روزی فرا رسید

که از صبح تا غروب بیمارستان بودم و در حال بیمار دیدن و عمل کردن و از عصر تا پاسی از شب مشغول ورزش کردن و در گروه‌های مختلف شهر حضور داشتن و صد البته، امتحان کردن غذاهای بی‌نظیر جنوبی و عربی و هندی!

کم‌کم دیگر با همه دوست شده بودم، با مغازه‌دارها، با پرسنل اداره‌هایی که با آنها می‌رفتم فوتبال و بیشتر از همه، با پرسنل بیمارستان و همین‌طور بیمارهایم. خیلی حس خوبی داشتم. مردم قدرشناس و مهربان، مهربان و یک عالمه مهربان جنوب در دلم جا باز کرده بودند و مرتب مهمان خانه‌هایشان می‌شدم. کم‌کم با همکاری که برای شروع طرحشان به بستک آمده بودند نیز همراه شده بودم و برای خودمان جامعه‌ای شده بودیم و این شد همان احساس فهمیده شدن و مورد اعتماد و اتکا بودن.

در محیط کار، از قبل یاد گرفته بودم که بزرگ‌تر کوچک‌تری را رعایت کنم. البته غیر از من ارولوژیست دیگری حضور نداشت و جراح‌های دیگر نیز همه مثل من و هم‌سن و سال من بودند؛ ولی مطلع بودم که در شهر های نزدیک مجاور، ارولوژیست‌هایی قدیمی و باتجربه مشغول به کار هستند. با آنها تماس گرفتم و سعی کردم محترمانه اعلام حضور کنم و قول حمایتشان را در مواقع مورد نیاز بگیرم. انصافاً هم برخوردها خوب و حمایت‌گراانه بود. نمی‌دانم این چیست، خاک و آب و هوای جنوب است یا دیدن صاف و سادگی و دل‌پاکی آدم‌هایش که باعث می‌شود افرادی که مدتی در آنجا زندگی کنند نیز گرم و صمیمی رفتار کنند. ولی در بیمارستان، باتجربه‌ترها در رشته‌های مختلف حضور داشتند و ابتدا طبیعی بود که با عینک نقادی به کار من نگاه کنند.

برای شروع کار به توصیه اساتیدم از عمل‌ها و کیس‌هایی شروع کردم که مطمئن باشم مشکلی برای بیمارم پیش نخواهد آمد و باز به توصیه اساتیدم از نت‌هایی که در دوران رزیدنتی از تجربیات اتاق عمل یادداشت کرده بودم استفاده می‌کردم و تکنیک عمل‌ها را هم از روی کتاب مطالعه می‌کردم.

به خودم هم مکرراً می‌گفتم که قضاوت و فشار نگاه و نقد پرسنل را باید نادیده بگیرم و همه قدم‌هایم را در اتاق عمل و هنگام عمل، محکم بردارم و کار استاندارد را انجام بدهم. اولین کیسی که مقداری به مشکل برخورد، پدر متروتن بیمارستان بود که بعد از TURP حالت‌هایی داشت که نگران شدم سندرم TUR شده باشد. یکی دو ساعت در ریکاوروی بالای سرش بودم، نمی‌گفت مشککش چیست، فقط می‌گفت حالش بد است. آزمایش‌ها نرمال بود، وضعیت قلبش هم خوب بود. در نهایت، گفتم نکند هایپوترم شده است، Warmer خراب بود، با سرم گرم که اطرافش قرار دادیم و به عنوان مایع شست‌وشو هم از همان‌ها استفاده کردیم، حالش خیلی بهتر شد.

چند هفته بیشتر طول نکشید تا اعتماد به نفسم را به‌دست آوردم و کم‌کم احساس کردم زیر ذره بین پرسنل و متخصص بی‌هوشی و مسئولان اتاق عمل و بیمارستان نیستم. بیمارستان بستک بیمارستان جالبی بود، به کمک خیرین، تجهیزات خوبی برایش خریداری شده بود؛ یورتروسکوپ ۸ و ۶، رزکتوسکوپ، نفروسکوپ، وسیله‌های اینترنتال یورتروتومی، دستگاه ESWL و حتی سیستم‌سکوپ فلکسیبل! همه‌شان هم برند خوب و معروف بودند! کم‌کم عمل‌هایم بیشتر و متنوع‌تر شد. بازه سنی که عمل می‌کردم هم

هر متخصصی بعد از دوران طاقت‌فرسا و افسرده‌کننده آمادگی برای آزمون خورد و بعد از آزمون و رها شدن از چنگ دلهره‌همیشگی و اضطراب چندساله سنجیده شدن، داوری شدن و قضاوت شدن، پر می‌شود از احساس سبکی... احساسی که خودخواه نیست و به‌زودی جای خود را با اشیاق شروع به کار سهیم می‌شود. برای من هم چنین بود. با شروع سال چهار دستبازی، دلهره اتمام دستبازی و آزمون خورد شده بود، از طرفی برنامه سنگین عمل‌های جراحی سال ۴ و مسئولیت چیف رزیدنتی سرگرم کرده بود و از طرف دیگر دغدغه آماده شدن برای آزمون، آرام و قرارم را گرفته بود. گذشت...

در کمتر از دو هفته بعد از آزمون، به فکر افتاده بودم، به فکر پیدا کردن جایگاهی خالی برای یک ارولوژیست. حدس می‌زدم که تا زمان تقسیم طرح و شروع آن زمان زیادی طول خواهد کشید. به کمک یکی از دوستانم که به‌تازگی طرح خود را در شهری کوچک در استان هرمزگان سپری کرده بود، با بستک آشنا شدم. یکی دو تماس با رئیس بیمارستان و مسئولان دانشگاه کافی بود تا بتوانم به عنوان پزشک مهمان کارم را در بستک شروع کنم.

اولین روزهای حضورم در این شهر کوچک، به‌یاد ماندنی بود. آدم وارد شهر های کوچک و دور از خانه که می‌شود، احساسات متناقض درگیرش می‌کنند. از طرفی ذوق کار کردن، درمان کردن، مفید بودن و صد البته درآمد داشتن را داریم و از طرف دیگر، محدودیت‌ها و آرامش و خلوت بودن عجیب این شهر نگرانم می‌کرد که شاید روزی از حضور در اینجا کلافه شوم. دلتنگی دور شدن از همسر و خانواده و دوستان هم که بودند.

یادم هست که در آن روزها یکی از دوستان عزیزم داشت مهاجرت می‌کرد. برایش نوشته بودم:

”یه چیزایی رو هم تو خوب می‌دونی و هم من چیزایی که تو دلامونه، تو گذشته‌ست، شیرینه، عزیزه... پس نمی‌خوام بازش کنم فقط بدون که هر بار که این اتفاق می‌افته، یعنی یکیمون می‌ره، یه چیزی از وجود ما کم می‌شه، شاید یه چیز بزرگی که الان قسمتیشو و در آینده بیشترشو درک خواهیم کرد ولی و از طرفی، ذوق دیدن و شنیدن چند سال دیگتو دارم که مثل یه گل شکوفا شدی فقط، دیگه بسه خوش نگذرونند و دلواپس بودنا!

دوست دارم تو مسیر هم ببینم که پری از احساس فهمیده شدن و مورد اعتماد و اتکا بودن برای آدم‌های محیطت. مراقب خودت باش رفیق”

خودم به حرف خودم فکر می‌کردم... بسه دیگه دلواپس بودن‌ها... و چه خوب می‌شد اگر من هم برای آدم‌های محیط جدیدم مورد اتکا می‌شدم. پس دلم را صاف کردم. من در این شهر باید کار کنم و بدرخشم. باید فرهنگ و زندگی‌هاشان را لمس کنم، باید بهترین خودم باشم.

تصمیم گرفتم تا می‌توانم کار کنم و تا می‌توانم بستکی بشوم! برنامه مفصلی برای کلینیک صبح و عصر ترتیب دادم، پیگیری کردم در همه گروه‌های

معمولاً این‌طور وقت‌ها از بیمار زمان می‌خواستم و به کمک گرفتن از اساتید و همکاران سابقه‌تری که در تهران می‌شناختم رو می‌آورد. اولین سینوس اوراکوس را وقتی می‌خواستیم عمل کنم، نگران بودم؛ دختر ۶ ساله‌ای که پدرش در داروخانه بیمارستان کار می‌کرد و هم‌رکاب تورهای دوچرخه من نیز بود. به خاطر دارم که با تماس با یکی از اساتید ارولوژی اطفال مطمئن شدم که کودک را به‌درستی آماده عمل کردم. البته حتی برای ما اورولوژیست‌ها هم لحظاتی فرا می‌رسد که زمان برای مشورت نداشته باشیم.

یک شب ساعت ۳ شب متخصص اطفال زنگ زد و گفت کودک ۴ ساله‌ای را عقرب گزیده و الان ۴-۵ ساعت هست که پنیس Erect هست. کودک بدحال بود و قصد اعزامش را داشتند. رتم و او را دیدم. در مسیر، وقتی راننده آمده بود دنبالم، داشتم در منابع دنبال این می‌گشتم که آیا درمان پریاپیسم در این سن کم و با این اتیولوژی متفاوت است یا نه. به نتیجه خاصی نرسیدم. بالای سر بچه که رسیدم هنوز ارکشن کامل داشت. نیمه هوشیار بود. تصمیم به تخلیه و شست‌وشوی کورپوس‌ها گرفتم بعد از پلاک پنیس، که خیلی هم کوچک بود و با آنژیوکت خیلی ظریفی شروع کردم از قاعده خون را تخلیه کنم، سخت بود، عادت داشتیم پنیس با سایز بالغ را تخلیه کنیم و شست‌وشو بدهیم. ارکشن بعد از شست‌وشو برطرف شد. ۲ روز بعد جویای احوالش شدم و گفتند جان سالم به در برده است.

بعد از شروع پاندمی کرونا، در محیط کار اختلافاتی رخ داده بود، گروهی از جمله متخصصان بی‌هوشی در صدد تعطیل کردن اتاق عمل بودند و گروه مدیران هم پیگیر ادامه ارائه خدمات ضروری بودند. ما نیز ناخودآگاه وارد اختلافات شده بودیم. یک بار که از برخورد متخصص بی‌هوشی دلخور بودم، این‌گونه یادداشتی برای همکارانم نوشته بودم:

“من به تجربه‌ای که در چند روز اخیر به‌دست آوردم، فکر می‌کنم، چه چیزی باعث می‌شود که من، که باور دارم انگیزه‌های اصلی‌ام برای حضور در این محیط و کار کردن، انسانی‌اند، از جانب کسانی که بینمان محبت و دوستی وجود داشته و برایشان همیشه احترام زیادی قائل بوده‌ام و هستم، این چنین مورد خطاب و عتاب قرار بگیرم؟ به‌خاطر ندارم که تا جایی که آگاه‌ام، خطا، کم‌کاری، خودخواهی یا رفتار غیر محترمانه‌ای از جانب من سر زده باشد. اکنون که از بالاتر به ماجراها نگاه می‌کنم، معتقدم هرچه بوده، به علت نبود خط و مرزها و باید و نبایدها بوده است. کدهایی که باید در همه شرایط نوشته شده و مشخص و در دسترس همه باشند. آنچه بین ما رخ داد و شما همه شاهد آن بودید، از تعریف نشدن به‌موقع قوانین و کدهای رفتاری نشأت گرفت و خب موجب دل‌گیری همه ما شد.”

چند ماه حضور من در بستک و تجربه زندگی کردن در این شهر، یک‌دل و یک‌رنگ و همراه شدن با مردم فوق‌العاده آن، پیدا کردن دوستانی جدید از گروه پزشکی که طرحتان را سپری می‌کردند و لحظات شیرینی را با هم سپری کرده بودیم و همین‌طور انجام دادن حدود ۳۰۰ جراحی، بسیار بارزش بودند. وقتی به تهران بازمی‌گشتم، دلم عمیقاً گرفته بود. حسی که فکر نمی‌کردم دچارش بشوم. به تهران بازگشتم و وارد دانشگاه شدم و باز هم محیط جدید و آدم‌هایی جدید در پیش رویم قرار گرفتند و داستان‌هایی جدید آغاز شد...



بیشتر شد. به‌طور واضح، با بیشتر شدن حجم کار، نگرانی‌ام از اینکه کیفیت کارم پایین بیاید بیشتر می‌شد و خب گاهی هم با بی‌دقتی یا با کم‌حوصله کار کردن، به ددرسهایی نیز می‌افزادم:

به خاطر دارم یک بار برای پسر ۳ ساله‌ای با سنگ حالب بزرگ که به ESWL جواب نداده بود، TUL انجام دادم. عمل خوب بود و دبل‌جی گذاشتم. قبل از خروج دبل‌جی، با توجه به رزجوی سنگ، قصد یورتروسکوپی داشتم و دبل‌جی را خارج کردن همانا و عدم امکان ورود مجدد به حالب همانا! به خاطر دارم آن موقع برای خودم این را نوشته بودم: “گاهی انجام دادن یک کار و اقدام کوچک یا انجام ندادن یک احتیاط خیلی ظریف و ساده میتونه خیلی گرون تموم بشه، برای من یا بیمارانه. باید خوب فکر کنم در مورد همه اقداماتم حین عمل، به‌خصوص در مورد هر کاری که به نظرم می‌رسه مختصری خارج از روتینه. تجربه یورتروسکوپی نا موفق پسر کوچولوی ۳ ساله رو نباید یادم بره”

کودک را بعد از ۲ هفته دوباره یورتروسکوپی کردم و مشکل برطرف شد ولی خب، ۲ بار بی‌هوشی گرفتم، دو بار هزینه رفت‌وآمد از روستا به شهر را دادند، دو بار آنژیوکت به او زدند. من تنها توانستم بدون اینکه مطلع بشوند، ترتیبی اتخاذ کنم که برای بستری دوم هزینه‌ای ندهند ولی خب...

گاهی وقت‌ها هم عمل‌هایی انجام می‌دادم که قبلاً کمتر انجام داده بودم. اولین نفرکتومی پارشیل را در شرایطی انجام دادم که بیمار دایبی یکی از پرسنل اتاق عمل و خودش هم در اتاق حاضر بود و حین عمل، مکرراً از اینکه دایبی‌اش چقدر آدم خوب و حمایتگر و مهربانی است حرف می‌زد! من هم با توجه به اینکه پرسنل قبلاً این عمل را ندیده بودند، با یک دستم پارانشیم زیر توده را گرفته بودم و با دست دیگر بستر توده و عروق خونریزی‌دهنده را سوچور می‌کردم. عمل خوب تمام شد ولی خب بعد عمل تا نیم ساعت ضربان قلبم بالا بود!

گاهی وقت‌ها هم حسرت لحظه‌ای سر عمل را می‌خوردم که می‌دانستم باید یک کاری را انجام بدهم تا خیالم راحت باشد ولی انجام نداده بودم و بعد عمل دچار استرس می‌شدم. یک بار چنین لحظاتی را این‌گونه ثبت کردم:

“حتماً همه جراح‌ها این حس رو تجربه می‌کنن. اینکه بیماری رو عمل کرده باشی و نگران رخداد عوارض عمل باشی و منتظر شنیدن آزمایشاتی که رخداد عوارض رو رد یا تأیید می‌کنن. تا جواب آزمایش رو نشنیدی خوابت نمی‌گیره و دلشوره داری و دقیقه‌ها به‌سختی سپری می‌شن و وقتی جواب آزمایش رو بهت می‌گن، دلت آروم می‌شه و می‌ری نصفه‌شبی برای خودت یه نوشیدنی خنک میاری و به افتخار این لحظه، درش رو باز می‌کنی.”

شاید قبلاً و در دوران دستیاری هم حس‌های این مدلی رو تجربه کرده باشم ولی مشخصاً با قدرت کمتر و ماهیتی متفاوت‌تر. تفاوتی که از احساس مسئولیت و تنها و بدون کمک بودن ناشی می‌شه.

در مورد عمل‌هایی که من تا الان داشتم، ته دلت می‌دونی که قرار نیست اتفاق خیلی بدی برای بیمار توی بیفته، در بدترین شرایط مجبوری دوباره ببریش اتاق عمل و عارضه رخ داده رو برطرف کنی. ولی تصور اینکه به بیمار و همراهانش و همکارانت تو بیمارستان بخواهی توضیح بدی که کاری که کردی کار کاملی نبوده، سخته، هرچند می‌دونم که رخداد عارضه غیر قابل اجتنابه و برای هر کسی ممکنه پیش بیاد.

الآن می‌تونم بفهمم جراحی‌هایی که در آنها عوارض می‌تونن منجر به مرگ بیمار بشن، چقدر می‌تونن فشار روانی ایجاد کنن، ولی خب اینکه بخواهی از شون دوری کنی، راه حل نیست. باید بهتر و قوی‌تر شد. باید خیلی جدی گرفت کار رو، عمل کردن رو، حتی اگه خیلی کوچیک و ساده باشه...

۱۴ آذر ۱۹۸۰، بامداد، بستک، هرمزگان - بعد از اطلاع هموگلوبین پایدار بیمار هسپترکتومی و برج شده‌ای که شک به افت هموگلوبین و خونریزی بعد از عمل داشتم. و خب مثل هر جراح دیگری، لحظاتی هم بود که ایده خاصی نداشتم باید چه بکنم!

جوان ارولوژیست موفق: خیلی دور خیلی نزدیک

دکتر همایون زرگر



دید هم در آن بهتر است و به لحاظ تکنیکی با لاپاراسکوپی قابل مقایسه نیست.

اینکه می‌گویید بعضی عمل‌های خاص را با لاپاراسکوپی معمولی نمی‌توان انجام داد، فکر نمی‌کنید علتش این باشد که (به خاطر وجود روبات) دلیلی نمی‌بینید که تلاش کافی را در لاپاراسکوپی بکنید؟

خیر. به هیچ وجه. البته من در بیمارستانی که روبات ندارد، با همه وجود تلاشم را می‌کنم؛ اما به‌رحال آن ابزار وجود ندارد و شما دارید عمل دوبعدی را با سه‌بعدی مقایسه می‌کنید.

۴- چقدر فکر می‌کنید که ابزارهای Semi-automated و دید سه‌بعدی در کشورهایی مثل ایران که فعلاً از تکنولوژی روباتیک محروم‌اند، بتواند راهگشا و Cost effective باشد؟

بله، صد درصد. اینکه بتوان با پله‌های کوچک‌تر، فاصله را کمتر کرد، امکان‌پذیر و خوب است. و یک موضوع جالب را بگویم، اینکه من آموزش لاپاراسکوپی را ندیدم و بعد از آموزش عمل باز، مستقیماً آموزش کار با روبات را دیدم. اما در این بیمارستانی که کار می‌کنم و تعداد زیادی عمل انجام می‌دهم، روبات ندارد و در نتیجه، بدون هیچ آموزشی از روبات رفتن به لاپاراسکوپی و به هر حال، تکنیک‌های روبات را برگرداندیم به لاپاراسکوپی.

البته مقداری زمان می‌برد تا برای مغز جا بیفتد، اما همه این‌ها Reproducible است.

۵- فکر می‌کنید اگر کسی conventional laparoscopy بلد باشد و بخواهد بعدش روبات را یاد بگیرد (برعکس راهی که شما رفتید)، چه دوره‌ای و چند عمل را باید بگذرانند؟

بستگی دارد چه عملی باشد. ولی به نظر من چندان مشکل نخواهد بود. مثل این است که شما رانندگی را بلدید اما پشت فرمان ماشین پیشرفته‌تری از ماشین قبلی خود بنشینید، مدتی زمان می‌برد تا با سیستم دنده‌ها و فوت و فن آن آشنا شوید؛ این یک مسئله است و مسئله دوم این است که حالا پیچ‌ها را چطور بروید، چون ماشین شما بزرگ‌تر و قوی‌تر است. یعنی تکنیک‌ها و رویکردها در این دو متفاوت است.

۱- لطفاً خلاصه‌ای از بیوگرافی خود را به همراه موفقیت‌های تحصیلی ذکر کنید:

متولد ۱۳۵۵ هستم. پزشکی عمومی را در نیوزلند، در سال ۱۳۷۴ آغاز کردم و با اتمام آن وارد جراحی عمومی شدم و بعد، وارد رشته ارولوژی شدم که تخصصم را از استرالیا و نیوزلند از کالج مشترکی بین دو کشور گرفتم. بعد از آن یک سال در ونکوور در Prostat cancer cell type بودم و در مراکز جراحی ونکوور، عمل باز پروستات و انکولوژی را آموزش دیدم.

پس از آن دو سال در آمریکا بودم که روباتیک و لاپاراسکوپی کار کردم، سپس برای مدت یک سال به ملبورن، بیمارستان ملبورن در مرکز پیتر مک، آمدم که باز هم روباتیک بود. بعد از آن به عنوان متخصص شروع به کار کردم یعنی در سال ۲۰۱۵ میلادی

۲- چقدر فکر می‌کنید که رشته ارولوژی را به خاطر تاثیری که پدرتان بر شما گذاشته است انتخاب کرده‌اید؟

آیا امکان اینکه رشته‌های دیگر همچون چشم‌پزشکی یا ارتوپدی را انتخاب کنید برای شما وجود داشت؟

به‌طور کلی جراحی‌ها برایم جذاب بودند، ولی به‌رحال تأثیر پدر هم در علاقه به ارولوژی نقش داشت. تنوع در ارولوژی بیشتر است و البته در خانه هم دیده بودیم و با پدر در این زمینه بیشتر صحبت می‌کردیم و به‌رحال نسبت به سایر رشته‌ها جذابیتش برایم بیشتر بود و برادرم هم بعد از من، رشته ارولوژی را انتخاب کرده است.

ارتوپدی و جراحی آن اصلاً برایم جذابیت نداشت. رشته‌هایی مثل مغز و اعصاب و چشم را اصلاً در دوره رزیدنتی کار نکردم.

۳- تعداد زیادی از ارولوژیست‌ها در ایران، کارکردن با روبات را دوست دارند. فکر می‌کنید این علاقه جنبه واقعی دارد یا مسئله‌ای مربوط به پرستیژ است؟ درحالی‌که شما می‌دانید که conventional laparoscopy هم در ایران داریم و در نوع خودش، خوب کار می‌کند

صد درصد روبات بهتر است. من خودم در بیمارستانی که روبات ندارد، لاپاراسکوپی کار می‌کنم، ولی به‌طور کلی و واقعاً این دو با هم قابل مقایسه نیست. حتی روبات با عمل باز هم قابل مقایسه نیست. روبات این امتیاز را به ما می‌دهد که لاپاراسکوپی کمپلکس را به‌راحتی انجام دهیم و

نقش برجسته پدربان در ارولوژی ایران باشید را بفرمایید تا از وجود شما استفاده بیشتری در جامعه ارولوژی ایران بشود.

به‌رحال، هر کسی در حد توان خود باید کاری برای کشورش انجام دهد.

من فکر می‌کنم که در ایران با اینکه دست زیاد است و حجم عمل‌ها بالا است اما آن‌طور که شایسته است Clinical research انجام نمی‌شود. جمع‌آوری داده‌ها خیلی راحت است و باید جمع‌آوری شود و چون بالین خیلی بالا است، می‌توان با هر سانتری رقابت کرد. این کاری است که من خوب یاد گرفتم انجام دهم و راحت است و یک توصیه از جانب من است که اگر دارید کاری انجام می‌دهید، به من هم بگویید که دارید چه کاری می‌کنید، و سؤال کنید که آیا داریم درست انجامش می‌دهیم؟ و داده‌ها را جمع‌آوری کنید و کیس‌هایتان را نشان دهید و به بحث بگذارید.

به نظر من در ایران در این زمینه خیلی می‌توانند موفق باشند چون حجم کار بالینی زیاد است.

همچنین، می‌بینید ما که در international literature آن‌طور که شایسته است حضور جامع نداریم. اگر این به‌صورت چشم‌انداز و با اصول جمع شود، خیلی مهم است.

اگر من رئیس بخشی باشم، اولین کاری که می‌کنم همین موضوع است که این دیتای practice هر روز ثبت شود که بدانیم ما چه کاری را چطور انجام می‌دهیم. سپس سؤال شود که آیا این کار را بهتر می‌شود انجام داد یا خیر. همین برای خودش یک clinical research است. یعنی این پروسه کار را بهتر کردن، جزو کار هرروزه باشد.

تخصص من جراحی روباتیک است و دوست دارم این فرصت ایجاد شود برای بچه‌های عالی که بیایند پیش من و یاد بگیرند و برگردند به ایران و همان را reproduce بکنند و برای ایران خدمت بکنند.

به هر حال برای من این امکان نیست که برگردم به ایران و اینجا به نوعی مستقر شده‌ام؛ ولی علاقه‌مندم که آموزش بدهم و مطمئن هستم که پدرم هم همین نظر را دارند.

(در واقع می‌توانیم این را به عنوان یک دعوت به همکاری تلقی کنیم؟ بله. حتما)

۱۲- در پایان اگر نکته، سؤال یا هرگونه اظهار نظری دارید، بفرمایید.

متشکرم که به من فرصت این مصاحبه را دادید.

و در خود روبات هم بعد از مدتی که تبحر پیدا کردید، تکنیک‌ها را گاه‌به‌گاه عوض می‌کنید و تکنیک‌های بهتری را جایگزین می‌کنید. یعنی به‌طور کلی، آموزش از لاپاراسکوپ به روباتیک، ابتدا مقداری زمان می‌برد اما وقتی راه افتادید، روی غلتک می‌افتید.

۶- در کشوری که زندگی می‌کنید، آیا همه دسترسی مساوی به همه خدمات درمانی دارند؟

در زمینه روبات، در این‌جا در بیمارستان‌های دولتی روبات ندارند و فقط بیمارستان‌های خصوصی دارند. عمل در بیمارستان دولتی رایگان است ولی روبات موجود نیست. اما در خصوصی، بیمار یا بیمه باید هزینه را بپردازد اما روبات هست و در نتیجه در بیمارستان دولتی، کیفیت عملی که برای بیمار انجام می‌دهیم شاید به خوبی بیمارستان خصوصی نباشد و این درست نیست و اجحاف در حق بیمار است.

۷- آیا در چشم‌انداز نزدیک، ساخت ربات و Maintenance آن را در کشورهای دیگر ممکن می‌دانید؟

من فکر می‌کنم حدود ۱۰ سال دیگر طول بکشد که اصولاً سایر کشورهای دنیا بتوانند روبات موثر و رقیب داوینچی بسازند. درست است که ظاهراً پتنت داوینچی منقضی شده ولی خود روبات داوینچی متشکل از ۵۰۰۰ پتنت مختلف است و حتی خود ایده جراحی با روبات جداگانه پتنت شده و معنایش این است که به شدت از لحاظ قانونی هم محافظت می‌شود.

(آیا شما روباتیک اطفال کار کرده‌اید؟ خیر. در اینجا جراحی اطفال بیشتر در بیمارستان دولتی انجام می‌شود و روبات ندارد.)

۸- شما چند فرزند دارید؟ و در نیمه‌راه زندگی، اگر به گذشته نگاه کنید، فکر می‌کنید چه فعالیت‌ها و کارهایی را که انجام نداده‌اید یا به اندازه کافی روی آن وقت نگذاشته‌اید، انجام می‌دادید؟

من از مسیرم و کارهایی که انجام داده‌ام راضی هستم؛ فقط Higher degree را انجام نداده‌ام؛ یعنی Ph.D ندارم و فقط MD گرفتم؛ البته خیلی مهم نیست (چون بعداً در کارهای پژوهشی خیلی فعال شدم)، اما از چیزهایی است که قابل تکرار نیست و الان نه وقت و نه انرژی لازم برای این کار را دارم. موضوع چندان مهمی نیست ولی در راه آکادمیک ممکن است مقداری کمک‌کننده باشد.

۱۰- فکر می‌کنید کمبود یا نقطه‌ضعف اصلی ارولوژی ایران که با ترمیم آن بتوان پیشرفت و تحول بیشتری ایجاد کرد، کدام است؟ راه‌هایی را که می‌توانید از آن طریق به جامعه ارولوژی ایران کمک کنید و تحکیم‌کننده

انتخابات کمیته ارولوژیست‌های جوان



تعدادی از این ایمیل‌ها تکراری است اما به هر حال آمار مشارکت همچنان قابل توجه است. با توجه به اینکه مقرر شده بود کار شمارش و اعلام آرا توسط جمعی از اعضای شناخته‌شده و معتمد انجمن ارولوژی ایران صورت گیرد، این مرحله در حال تکمیل است و نتایج در اسرع وقت از طریق وبسایت انجمن و پیامک به اطلاع همه همکاران خواهد رسید.

مجموعاً ۹ نفر از همکاران واجد شرایط کاندید شدند که از این تعداد ۵ نفر به عنوان اعضای کمیته انتخاب خواهند شد. پس اسامی همکاران داوطلب عبارت‌اند از: دکتر مهدی آذرآبادی، دکتر پوریا رضوانی، دکتر امیرحسین رهاویان، دکتر علی زارع، دکتر مهدی ستوده، دکتر بهنام شکیبا، دکتر فرشاد قلی پور، دکتر علی گودرزی کریم، دکتر نیما نریمانی

دکتر فرزین سلیمانزاده

عضو هیئت‌مدیره انجمن ارولوژی ایران - مسئول برگزاری انتخابات

یکی از کمیته‌های انجمن ارولوژی ایران که منشأ اثرات مهم و مفیدی در عملکرد انجمن شده است، کمیته ارولوژیست‌های جوان است. این کمیته به دنبال تشکیل کمیته دستگیری و با هدف متمرکز کردن و سامان بخشیدن فعالیت‌ها و ارزیابی نیازهای قشر جوان اورولوژیست‌ها، چه از نظر خواست‌ها و مطالبات کاری و علمی و پژوهشی و چه مطالبات صنفی و رفاهی آنها، بیش از یک دهه قبل تشکیل شد. هیئت‌رئیس این کمیته از ۵ نفر تشکیل می‌شود که بر اساس انتخابات و معمولاً در جریان کنگره‌ها تشکیل می‌شود و بر اساس تعریف اعضای آن شامل ارولوژیست‌هایی می‌شود که بدون توجه به سن شان، کمتر از ده سال از فارغ‌التحصیلی دوره تخصص آنها سپری شده باشد. انتخابات این دوره کمیته ارولوژیست‌های جوان به دلیل تعویق کنگره سال ۱۳۹۹ در اثر پاندمی کرونا و همچنین برگزاری مجازی این کنگره به تعویق افتاد و در نهایت، با تصمیم هیئت‌مدیره، به‌صورت ایمیلی در یک میل‌باکس مخصوص همین امر، در بهمن و اسفند ۱۳۹۹ برگزار شد. این فرایند ابتدا با اعلام ثبت‌نام کاندیدها در وبسایت و ارسال پیامک به همه اعضای انجمن آغاز شد و با ثبت‌نام کاندیدها، اعلان نحوه ارسال آرا و واجدین شرایط رأی‌دهی و همچنین برنامه‌های کاندیدها از طریق وبسایت و اعلان پیامکی مکرر، در نهایت در طی دو روز هشتم و نهم اسفند برگزار شد. زمان ابتدایی رأی‌گیری ایمیلی، یکم و دوم اسفند بود که به دلیل تمدید مهلت ثبت‌نام کاندیدها، این انتخابات با یک هفته تأخیر انجام شد.

به طور کلی، تعداد ایمیل‌های دریافت‌شده از همکاران جوان، ۱۶۶ ایمیل بود که به لحاظ آماری از تمامی دوره‌های قبل به وضوح بیشتر است و انجمن ارولوژی ایران از این افزایش مشارکت چشمگیر صمیمانه سپاسگزار و قدردان است. اگرچه

اطلاعیه و نظر خواهی مهم در زمینه نحوه کدنویسی تعرفه‌های اعمال جراحی

اعمال سلیاق غیر مستند، از این موقعیت در ارولوژی استفاده نمی‌شده است. در نهایت، پیشنهاد شد که انجمن ارولوژی پیشنهادهایی را در باره نحوه کدنویسی اعمال جراحی به شورای عالی بیمه ارائه کند تا با نظر مساعد شورا به عنوان رویه به کارشناسان بیمه ابلاغ شود. این مجموعه از آن پس به عنوان راهنما در نحوه کدنویسی توسط ارولوژیست‌ها مورد استفاده قرار خواهد گرفت. متعاقب این تصمیم، هیئت مدیره انجمن در نامه‌ای به رؤسای شاخه‌های تخصصی در خواست کردند که پیشنهادهای خود را در این زمینه به هیئت مدیره منعکس نمایند.

از آحاد جامعه ارولوژی نیز تقاضا می‌کنیم که در این زمینه هر پیشنهادی دارند، هم مستقلاً به رؤسای شاخه‌ها و هم به هیئت مدیره انجمن (iua.accessory@gmail.com) اطلاع‌رسانی کنند.

چنانکه در شماره‌های قبلی اطلاع‌رسانی شد، هیئت مدیره انجمن با همراهی تعدادی از اساتید ارولوژی کشور توانستند جلسه‌ای را با دکتر حق‌دوست- معاون آموزشی وزیر بهداشت- تشکیل دهند. هرچند محور اصلی جلسه میزان پذیرش سالانه رزیدنتی ارولوژی بود، اما مسائل دیگر، از جمله مسئله تعرفه‌ها، مورد بحث قرار گرفت که دکتر حق‌دوست دستور فراهم آمدن شرایطی را برای دیدار با رئیس شورای عالی بیمه سلامت- دکتر رضوی- صادر کردند. در دیداری که بین بعضی از اعضای هیئت مدیره از جمله دکتر بصیری- رئیس هیئت مدیره- با دکتر رضوی برگزار شد، معلوم شد که چشم‌انداز نزدیکی برای تغییر تعرفه‌ها دیده نمی‌شود. اما با ارائه مثال‌هایی از رشته‌های دیگر، این راه پیشنهاد شد که بسیاری از عمل‌ها این خصوصیت را دارند که از اجزای دیگری تشکیل شده‌اند و بعضاً به واسطه عدم مهارت کافی جراح در کدنویسی یا سخت‌گیری کارشناسان بیمه در

ریاست محترم شاخه تخصصی سرکار خانم دکتر / جناب آقای دکتر

ضمن عرض سلام و احترام،

همان‌گونه که مستحضر هستید، یکی از اهداف اصلی انجمن ارولوژی ایران، تلاش در جهت بهبود و ارتقای شرایط صنفی- حرفه- ای همکاران عزیز می‌باشد. در این راستا، انجمن درصدد گردآوری و دسته‌بندی مجموعه‌ای از اقدامات جراحی است که قابل- تفکیک به اجزای خود می‌باشند و با تجمیع تعرفه اجزای جراحی به روش قانونی بتواند در جهت رفع پاره‌ای از مشکلات صنفی همکاران و جلب رضایت (احقاق حقوق) آنان قدمی برداشته باشد.

از آن همکار گرامی تقاضا داریم با جلب مشارکت اعضای آن شاخه، در جهت گردآوری اعمال جراحی اختصاصی آن شاخه تخصصی، انجمن را یاری فرمایید.

برای راهنمایی نیز، لطفاً به پیوست این نامه که حاوی نمونه‌هایی از بعضی اعمال جراحی ارولوژی و نحوه تجمیع کدهای واحد است، رجوع بفرمایید.

دکتر عباس بصیری

ریاست انجمن ارولوژی ایران



وصف الحال مشتاقی

مصاحبه با رئیس شاخه ارولوژی زنان

سرکار خانم دکتر حاج ابراهیمی «عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز»

لطفاً خودتان را معرفی کنید.

من دکتر سکینه حاج ابراهیمی، استاد Female urology دانشگاه علوم پزشکی تبریز هستم. متولد شهر خوی در استان آذربایجان غربی هستم. در خانواده‌ای مذهبی و تحصیل کرده بزرگ شدم. متأهل و مادر دو فرزند هستم. پسرم دوره پزشکی عمومی را به پایان رسانده و ان‌شاءالله به‌زودی به عنوان رزیدنت ارولوژی شروع به کار می‌کند. دخترم هم در سال آینده کنکور را در پیش رو دارد. همسرم استاد گروه چشم‌پزشکی دانشگاه تبریز هستند. دانشجوی ورودی ۶۶ علوم پزشکی ارومیه و ورودی سال ۷۴ رزیدنتی ارولوژی تبریز هستم. سال ۷۸ به عنوان ارولوژیست فارغ‌التحصیل شدم و سال ۸۰ (۲۰۰۲) وارد فلوشیپ شدم. نیمه سال ۲۰۰۳ دوره فلوشیپ به اتمام رسید و اولین فارغ‌التحصیل رشته Female urology در کشور بودم (مدرکم به تأیید وزارتخانه رسید). به مدت ۵ سال هیئت‌علمی دانشگاه تبریز بودم و سپس دانشیار و در سال ۹۰ استاد تمام گروه ارولوژی تبریز شدم. یک دوره ۳-۴ ماهه نوروپارولوژی در دانشگاه Sheffield انگلیس تحت نظر پروفیسور چپل گذراندم. دوره EBM را در سال ۲۰۰۶ در آکسفورد انگلیس و فلوشیپ رشته Clinical EBM را از دانشگاه ادلاید استرالیا گرفتم.

به عنوان اولین فارغ‌التحصیل رشته Female در ایران، چه سختی‌هایی در این مسیر داشته‌اید؟

علاقه من به رشته ارولوژی از اکسترنی شروع شده بود زیرا ذات این رشته هم مدیکال و هم سرجیکال بود و نظم خاصی در آن وجود دارد؛ اینکه قبل از عمل جراحی تشخیص گذاشته می‌شود و اینکه اورژانس کمی دارد از نکات مد نظرم بود. چون جزو اولین خانم‌های این رشته بودم مقاومت زیادی وجود داشت. در مجموع، تغییر سخت است و برای تغییر به vision نیاز داریم که در درازمدت قرار است با این تغییر به چه چیزی برسیم! افرادی که outcome این تغییر را نمی‌بینند، سد راه می‌شوند. در کل، طب مسئله‌ای جنسیتی نیست بلکه مهارتی است و به ظن بالینی و اخلاق حرفه‌ای ربط دارد.

به پیشنهاد یکی از سال‌بالاهای خودم، به رشته Female فکر کردم. پایان‌نامه من نیز شیوع بی‌اختیاری ادراری در زنان آذربایجان بوده است. باتوجه به نبود رشته Female در ایران، من در سال ۱۳۷۸ جهت

فلوشیپ اپلای کردم. آن زمان Female ترند نبود و من نامه

دستی نوشتم و توانستم از نیویورک یک پذیرش عالی بگیرم. ۶ سپتامبر جهت اخذ ویزا رفتم که در ۱۱ سپتامبر، اتفاق برخورد هواپیما با برج-های دوقلو رخ داد و کل برنامه ما کنسل شد و رفتار بدی با من جهت اپلای صورت گرفت. ۶ ماه بعد مجدداً جهت کانادا اپلای کردم و از دانشگاه مک‌گیل پذیرش گرفتم. اصرار و استقبال اساتید جهت اپلای من، برایم بسیار ارزشمند بوده است. خوش‌شانسی که برای من در کانادا رخ داد این بود که فردی که از عربستان آمده بود از برنامه کناره‌گیری کرد و پوزیشن این فرد به من رسید. علاوه بر دوره Female urology، جهت نوروپارولوژی، یوروگاینوکولوژی و نوروپارولوژی اطفال نیز دوره دیدم.

علاوه بر گذراندن دوران آموزشی Female، موضوع research هم مطرح بود. روزی استادم برگه‌ای به من دادند و گفتند که برای درمان سیستماتیک بینابینی یک systematic review بنویس و توضیح اضافه دیگری ندادند. این پیشنهاد تحول بزرگی در زندگی من بود. باید قبل از تعطیلات کریسمس این کار را به اتمام می‌رساندم. آن موقع کامپیوتر نداشتیم و دسترسی به data به این صورت نبود و محدودیت زیادی وجود داشت. من هر شب تا دیروقت در این باره مطالعه می‌کردم و در این میان متوجه مبحثی به نام EBM شدم که این مباحث در آن جا می‌شود. کارگاه آموزشی درباره EBM وجود داشت و چون هزینه کارگاه بالا بود، مجبور بودم خودم مطالعه کنم. لذا به‌صورت خودآموز EBM را یاد گرفتم و تا زمان موعود، مقاله را تحویل دادم. این قضیه باب آکادمیک جدیدی در زندگی من باز کرد. بعد از بازگشت به ایران با همکاری مسئولان، مرکز EBM را در ایران تأسیس کردیم (حدود سال ۲۰۰۴).

اوایل، خیلی از جراحی‌های Female را بیمه‌ها نمی‌شناختند و کد تعریف نشده بود، امکانات کافی جهت جراحی نیز وجود نداشت. من و همکاران برای لحظه‌به‌لحظه این رشته و مواردی که در حال حاضر خیلی سهل‌الوصول و آسان تلقی می‌شود، جنگیدیم. من که برای فلوشیپ به کانادا رفتم، دانشگاه هزینه ۶ ماه من را تقبل کرد و مابقی هزینه‌ها از تنها دارایی من که در آن زمان پراید بود، تأمین شد. بقیه مسافرت‌ها و آموزش‌های دوران کاری من و فعالیت‌های بین‌المللی

آیا تفاوت جنسیتی در این رشته حس می‌شود یا به مرور زمان تغییر کرده است؟

در کل دنیا اگر یک خانم با سطح توانمندی برابر با آقا بخواهد پوزیشنی کسب کند، قطعاً آن موقعیت به آقا می‌رسد. این قضیه مربوط به رشته خاصی نیست.

هنوز زمان زیادی مانده تا به برابری جنسیتی برسیم ولی امیدوارم نسل جدیدی که می‌گویید vision بزرگی داشته باشد و به جهانی شدن رشته ارولوژی فکر کند.

استادی که به گردن شما حق زیادی دارد کیست؟

ما یک رابطه مرید و مرادی (mentorship) داریم که برای من استاد دکتر مداین در این جایگاه قرار دارند. ایشان از دیدگاه اخلاق نمونه‌ای دست‌نیافتنی هستند. استاد دیگری که دلم می‌خواهد شبیه ایشان بشوم پروفیسور چپل از انگلستان هستند که جراح متبحری است که بر اساس EBM طبابت می‌کند و محقق متفکری است. از لحاظ تعلیم هم دوست دارم شبیه پروفیسور گوردون گاپات از دانشگاه مک مستر کانادا بشوم که پدر EBM است و من افتخار همکاری با ایشان را دارم.

اگر خاطره جالب از دوران کاری دارید بفرمایید.

پروفیسور رز (Raz) که قبلاً در حیطة Female خیلی معروف بودند، تکنیکی برای جراحی پرولامین واژن و بی‌اختیاری ادراری، که مقرون به صرفه جهت کشورهای در حال توسعه بود، ابداع کرده بود که من از روی مقاله ایشان ۴ بار این جراحی را انجام دادم.

در دوران فلوشیپ در کانادا، در یکی از کدهای اتاق عمل، همان مشی مربوط به این جراحی را که من خودم درست می‌کردم، دیدم. از استادم درباره آن پرسیدم و ایشان گفتند که منتظر پروفیسور رز خودشان بیایند و این عمل را انجام دهند و من از دست ایشان ببینم و یاد بگیرم. حدود ۱۵ ماه بعد، پروفیسور رز به کانادا آمدند و حین انجام این عمل دو orifice حالی را سهواً سوچور کردند و مجدداً مجبور شدند سوچورها را باز کنند. دو درس مهم از این مسئله آموختم: ۱- صاحب تکنیک هم ممکن است عرضه بدهد. ۲- اگر قرار است عملی را انجام بدهم، حتماً قبلش درست آموزش ببینم و بعد انجام دهم.

تفریح مورد علاقه‌تان در اوقات فراغت چیست؟

من از پیاده‌روی لذت می‌برم و روزانه حدود ۷ کیلومتر پیاده‌روی می‌کنم. کتاب خواندن و آشپزی نیز از دیگر مواردی است که برایم لذت‌بخش است.

موردی هم که می‌توانم ادعا کنم که تقریباً در حد حرفه‌ای آن را انجام می‌دهم، طراحی داخلی است و تقریباً هر روز درباره آن مطالعه می‌کنم.

با سپاس فراوان از استاد محترم جهت وقت گران‌بهایی که به مصاحبه ما اختصاص دادید. شادمانی و موفقیت‌های بیشتر شما در آینده آرزوی ماست.

ماست.

شخصی من، در ۹۰ درصد موارد هزینه‌ها با خودم بوده است.

سال ۸۹ بعد از مشکلات زیاد، موفق شدیم که رشته Female را در تبریز افتتاح کنیم. بعد از ما، دانشگاه شهید بهشتی نیز موفق به افتتاح این رشته شد.

جهت شناخت بیشتر دیگران و افزایش مهارت خودمان، کورس‌های بین‌المللی برگزار کردیم. از حدود سال ۲۰۱۰ ایران را به affiliation ICS (International continence society) تبدیل کردیم. لوگوی ما هم در انجمن ICS وجود دارد.

حدود ۶ سال قبل Ph.D نورویورولوژی هم برای اولین بار در کشور در تبریز راه‌اندازی شد. فلوشیپ Clinical EBM و کارشناسی ارشد EBM هم از دیگر مواردی است که با همکاری دانشگاه ادلاید استرالیا در اینجا تأسیس کردیم. این مرکز چند سال به عنوان Center of excellence یا قطب علمی کشور در حیطة EBM فعالیت داشته است. Researchهایی که ما در مرکز تحقیقات انجام می‌دهیم در حد پایه سلولی، حیوانی و مولکولی است و هم در سطح ملی و هم بین‌المللی در حیطة Clinical trial و هم به صورت حرفه‌ای در Systematic review فعالیت داریم.

از بین اعمال جراحی ارولوژی، کدام عمل برایتان جالب‌تر است؟

ما کارهای عجیب و غریب زیادی انجام دادیم. از اعمال جراحی خوبی که به نظرم بهتر است دوستان یاد بگیرند، یوروتروپلاستی Female است که تکنیک‌های مختلفی برای آن وجود دارد که از دیلتاسیون صرف بهتر است و اصلاً تکنیک‌های سختی نیستند و دست‌یافتنی است.

به نظر شما ورود به دوره فلوشیپ ضروری است؟ و آیا فلوشیپ

Female را پیشنهاد می‌کنید یا به نظرتان اشباع شده است؟

اکیداً به دوستان توصیه می‌کنم که فلوشیپ بگیرند چون تا زمانی‌که وارد فیلد نشدید فکر می‌کنید که بر همه چیز تسلط دارید؛ لذا حتماً برای کسب مهارت، لازم است.

به نظرم در رشته ارولوژی لازم است دست خانم‌ها را بگیریم تا شکوفا بشوند ولی وقتی به مرحله شکوفایی رسیدند دیگر جنسیت مهم نیست. به نظرم زنان در این رشته باید سعی کنند که تعداد صندلی‌ها را بیشتر کنند، نه اینکه همدیگر را کنار بزنند تا دیده شوند. تقریباً ۱۵ سال گذشته من سعی کردم این صندلی‌ها را بیشتر کنم.

جهت فلوشیپ هم من Female را پیشنهاد می‌کنم زیرا این رشته دنیای دیگری دارد. در طول ۲۰ سال گذشته، بیماران بی‌اختیاری ادراری و اختلالات فانکشنال چندین برابر شده‌اند و علت اصلی آن افزایش آگاهی مردم درباره این بیماری‌ها است. اگر دوست دارید دائم در حال تفکر باشید و استدلال بالینی قوی دارید، می‌توانید وارد این رشته شوید زیرا تشخیص درست گذاشتن نیاز به استدلال و تحلیل دارد. درضمن، شما در این رشته به کسانی کمک می‌کنید که سال‌ها مشکلشان تابو بوده و کتمان می‌شده است؛ پس نه تنها خدمت پزشکی بلکه اجتماعی انجام می‌دهید و خیلی آرام با بی‌عدالتی مبارزه می‌کنید.

پاسخ به کیس شماره قبل



دختر ۵ ساله با بی اختیاری دائم و هیدروپورتر و نفروز دوطرفه توسط نفرولوژیست اطفال ارجاع شده است. بیمار قبلاً دوز حداکثری آنتی کولینرژیک دریافت کرده و سونداژ متناوب انجام داده است و وجود این، پاسخ مناسبی به درمان نداد. برای بیمار آزمایش کامل ادرار، سونوگرافی و VCUG انجام شد.

شرح سونوگرافی هیدروپورتر و نفروز شدید دوطرفه:

قطر قدامی خلفی لگنچه کلیه راست: ۲۰ میلی/متر / قطر قدامی خلفی لگنچه کلیه چپ: ۲۰ میلی-متر / قطر حالب دیستال راست: ۷ میلی/متر / قطر حالب دیستال چپ: ۵ میلی-متر
ضخامت دیواره مثانه پر: ۳/۵ میلی/متر / باقی مانده ادراری: ۱۰۰ سی سی

کلیدهای VCUG: ذیل گزارش

آزمایش کامل ادرار: WBC=3 RBC=1 SG=1002 Nitrite=Neg

با توجه به پلی اوری و پلی دیپسی و S.G ادرار کمتر از ۱۰۰۵ برای بیمار D.I مطرح می شود. لذا عقلانی است که با توجه به اینکه sign و symptom های بیمار از جمله بی اختیاری ادراری توتال، خشک شدن مخاطات و احساس عطش فراوان به خوردن آب، هیدرونفروز و هیدروپورتر دوطرفه و پلی اوری به درمان های مثانه نورونیک از جمله CIC منظم هر ۳ ساعت و آنتی-کولینرژیک پاسخ نداده، درمان با دسموپرسین را به درمان های قبل اضافه کنیم.

پاسخ پزشکی معالج

دکتر مهدی فارغی، ارولوژیست اطفال

دکتر اخوی زادگان، عضو هیئت علمی گروه ارولوژی دانشگاه علوم پزشکی تهران

نقطه نظر

که هر ساعت بعد از تجویز باید حجم ادرار چک شود و اگر در دو ساعت پیاپی حجم کمتر از ۴ سی سی در کیلوگرم وزن نشود، سدیم مجدداً چک شود و یا اگر حجم ادرار هر ساعت کمتر از یک سی سی برای کیلوگرم شود، دوز دارو کم شود. مطمئناً رعایت پروتکل های تشخیص و درمان در این بیمار با کمک نفرولوژیست یا اندوکرینولوژیست کودکان، زیبایی های درمان موفق و ستودنی این کودک را بیشتر جلوه می داد.

تشخیص دیابت بی مزه مبتنی بر یافت سه یافته هایپرناترمی بالای ۱۴۵، حجم ادرار بیش از ۴ سی سی به ازای کیلوگرم وزن در هر ساعت و پایین تر بودن دائمی وزن مخصوص ادرار از ۱۰۰۵ است و در صورت اثبات هر سه مجوز تجویز وجود دارد. در ضمن، پس از احراز هر سه کرایتریای لازم، تجویز دسموپرسین نیازمند رعایت پروتکل ایمنی پیشگیری از هیپوناترمی مبتنی بر کنترل دریافت مایعات، حجم خروجی ادرار، توزین مکرر و در صورت لزوم، اندازه گیری سدیم خون در شروع درمان است. به طوری-

انجمن ارولوژی ایران

وبسایت:

IUA.ORG.IR

اینستاگرام:

@UROIRANIAN

شماره تماس:

۰۲۱-۸۸۵۲۶۹۰۰

شماره فکس:

۰۲۱-۸۸۵۲۶۹۰۱

