



افزایش پذیرش رزیدنتی آری یا نه!

با میان آمدن موضوع افزایش پذیرش رزیدنتی، جامعه ارولوزی ایران در اقدامی پیش‌دستانه نسبت به سایر انجمن‌ها و در همراهی با نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران به مسئله ورود کردند و در جلسه‌ای صنفی به بررسی این موضوع پرداختند. گزارش آن در همین شماره به اطلاع شما خواهد رسید.

خاص باشد که در گذشته در رابطه بین پزشکان و مردم حاکم بوده و باعث سوء مفاهمه زیادی در این مورد شده است. اما در واقع، بستری که تمام این قضیه بر آن جاری می‌شود، عدم وجود رابطه‌ای مؤثر و عمیق بین پزشکان و مردم و رسانه‌ها است.

این مقوله نیز صحبت کنیم، اما وظیفه اصلی بر دوش روابط عمومی نظام پزشکی است و اگر هم فعالیتی در انجمن‌ها صورت پذیرد، باید با هماهنگی این نهاد باشد. انجمن‌های علمی تا حد زیادی متکی بر حضور و فعالیت داوطلبانه هستند و این کار باعث می‌شود تا در دوره‌هایی که فضای کشور در حال رکود یا بدبینی است، با کاهش میزان این مشارکت‌ها عرصه فعالیت بسیار تنگ شود.

اهمیت رسانه در جامعه امروزی بر همه مشخص شده و در این مورد هیچ‌گونه تردیدی وجود ندارد. اما بزرگی این اهمیت و رابطه معمولاً مغفول می‌ماند و تنها کسانی که در حیطه‌های ارتباطی با مردم - مانند تجارت - هستند متوجه این رابطه می‌شوند. در واقع با گذاشتن نام کلمه تبلیغات بر این رابطه، آن را به آگهی‌هایی که پزشکان در رسانه‌های مختلف برای جذب بیماران می‌گذارند، فروکاسته‌ایم.

در واقع، وجود چنین واحدهای روابط عمومی و نیز فعال بودن و نگاه استراتژیک و رصدکننده این واحدها می‌تواند ارتباط بسیار بیشتری بین پزشکان و رسانه‌ها ایجاد کند.

اما آنچه در مورد آن صحبت می‌کنیم مسئله‌ای بسیار فراتر از تبلیغات است. سخن از یک ارتباط مؤثر و دوجانبه بین مردم و پزشکان است و این کار با وجود یک واحد روابط عمومی فعال در نظام پزشکی انجام می‌شود. ممکن است در مورد نقش انجمن‌های علمی در

در بسیاری از موارد، صرف نظر از اعتراضاتی از سوی پزشکان که در حد غرولند و اعتراضات پراکنده است، ارتباط مؤثری بین پزشکان و مردم وجود ندارد. در واقع، این ارتباط در دوسطح باید دنبال شود: در یک سطح فرهنگی که بیشتر مربوط به آحاد پزشکان و رفتار آنها با مردم در مطب و در سازوکار بهداشتی و درمانی است، و در یک سطح سازمان‌دهی شده

مسئله‌ای که مشخص است و کمابیش در آن شکی نمانده، آن است که کانون‌هایی منسجم و برنامه‌ریزی‌شده از قدرت، به‌صورت سیستماتیک به مسائل پزشکان پرداخته‌اند و با اتکا به دشواری‌ها و مشکلاتی که در مسئله سلامت و ارائه خدمات درمان وجود دارد، جایگاه پزشکان را تضعیف می‌کنند. اینکه این کار با چه انگیزه‌هایی صورت می‌گیرد البته مقوله‌ای جداگانه است که رنگ و بوی سیاسی دارد و از حیطه پرداختن این نشریه به آن، خارج است.

اغلب این حرکات با تکیه بر فضایی روان-شناختی صورت می‌گیرد که دلایلی مشخص دارد. یکی از این دلایل ممکن است شرایطی

مطالب این شماره:

| | |
|---|--|
| ۱ | سخن سردبیر: افزایش پذیرش رزیدنتی آری یا نه! |
| ۲ | نشست عمومی دوم دی‌ماه ۱۴۰۰ |
| ۴ | وصف الحال مشتاقی ۸: مصاحبه با استاد دکتر حمید ارشدی |
| ۵ | وصف الحال مشتاقی ۹: مصاحبه با استاد دکتر محمدعلی زرگر |
| ۷ | ناگفته‌های نانوشته: صبح |

سر قلم مونوپلار سوزنی میکروبرش (سر قلم Colorado)

گروه صنعتی طب تراش

Ver.1.0 Feb. 2022

تبلیغ
رایگان
برای
احترام
به
تولید
داخلی

برش دقیق، ظریف و کنترل شده

کاربردهای رایج:

- برش Coronar
- تشریح گردن
- بلفاروپلاستی
- لیفت لبرو
- برداشتن لوزه
- برش داخل دهانی

نوک تنگس "این الکترود با نوزی فوق العاده می‌تواند یک جریان جگالی یا لارا بدون خورده شدن نوک در انتهای نوک منترکز و یا دفت به بافت هدف انتقال دهد.

• تنگس فزی است که دمای فوب آن بالای 3400°C است.

نوک 10 میکرون

که برنامه‌های بلندمدت به صورت مستمر و پیگیرانه انجام شود و به نتیجه برسد. زیرا نیروهای داوطلب به مقتضای شرایط مجبور هستند که در وجوه فعالیت‌های خود تغییر دهند و این کار باعث می‌شود که یک فرد مدت زیادی در فعالیتی خاص توقف نکند و این کار رشته استمرار فعالیت را می‌گسلد. مجامع پزشکی باید به این نقطه اشعار کامل پیدا کنند که سرمایه‌گذاری در رسانه و ارتباط با مردم ضروری و پربازده است. آیا ما می‌توانیم این کار را در جامعه ارولوزی دنبال کنیم؟ در این مورد باید پذیرای پیشنهادهای شما باشیم. اینکه این مسئله تا چه حد به جامعه ارولوزی مربوط می‌شود یا چه وجوهی از مسائل را می‌توان از این طریق مطرح کرد یا اینکه چگونه رابطه- ای با نظام پزشکی وجود داشته باشد که آنها به این راهکارها اذعان کنند و آنها را دنبال نمایند.

دکتر سید محمد قهستانی
عضو هیئت‌مدیره جامعه ارولوزی ایران
سرمدیر نشریه

و آنها در مورد احوال یکدیگر باخبر باشند و نیز باید ابراز همدلی بیشتری بین پزشکان برای مشکلات مردم شده و در مورد آن اقدام شود. مسئله‌ای که در اعلام موضع سازمان نظام پزشکی در واکنش‌ها و واکنش‌ها در پی رواج بیماری کرونا در میان هنرمندان، که جامعه را از حضور و فعالیت تعدادی از آنها محروم کرد، دیده شد، باید به هر شکلی در موارد دیگر نیز انجام شود و مردم متوجه باشند که پزشکان جزئی از جامعه و فرزندان آنها هستند و برای آنها اهمیت قائل‌اند. باید بگوییم که در شرایط فعلی، هرچند تأکید ما این است که مسئله رسانه احتیاج به هزینه‌کرد دارد و هدف بسیار مهمی در آن دنبال می‌شود که ارزش بسیار و اولویتی بالا در هزینه‌کرد دارد، اما اکنون عمده فعالیت‌های این نهادها متکی به فعالیت داوطلبانه نیز هست. در عین حال، باز هم تأکید می‌کنیم که برنامه‌ریزی‌های پایدار نباید به طور کلی متکی بر فعالیت داوطلبانه باشد؛ در غیر این صورت نمی‌توانید انتظار داشته باشید

که در روابط عمومی نهادهای مربوط به پزشکان از آن سخن گفتیم. در حقیقت، مردم از بسیاری از مشکلات به صورت مشروح و موثق خبر ندارند. مردم نمی‌دانند که برای یک عمل مشخص، پرداخت قانونی در بیمارستان‌های دولتی و خصوصی چقدر است زیرا این عددها به شرایطی رسیده‌اند که بیان آن برای مردم وضعیت اسفبار تعرفه‌ها را به طور کامل نشان می‌دهد. در واقع، برای آنها باید روشن شود که نحوه و میزان این پرداخت‌ها چقدر ممکن است با مکانیزم‌های جبرانی که اتخاذ می‌شود، باعث آسیب ناخواسته و سیستماتیک به سلامت مردم شود. این کار با ایجاد فضای رسانه‌ای صورت می‌گیرد و برای این فضا باید هزینه و فعالیت زیادی به خرج داد. باید علاوه بر رصد فعال رسانه‌های اجتماعی، حضور بارز در روزنامه‌ها، جراید و تمامی رسانه‌ها وجود داشته باشد. در کنار حضور پزشکان در صدا و سیما که به بیماری‌ها می‌پردازند، باید یک مفاهیم عاطفی بین مردم و پزشکان ایجاد شود

نشست عمومی دوم دی‌ماه ۱۴۰۰



پذیرش رشته‌های پزشکی باید بالا برده شود تا در آینده پزشک کافی و وضعیت درمان بهتری داشته باشیم، ولی جنبه کیفیت آموزش را در نظر نگیریم، قطعاً با مشکل مواجه خواهیم شد. این بحث هم در پزشکی عمومی مطرح است هم تخصصی، کما اینکه در رشته‌های تخصصی این مسئله چند برابر نمود خواهد داشت. در رشته- های تخصصی، از جمله ارولوزی، استاندارد برای آموزش داریم که به طور مثال آموزش- گیرنده از هر نوع عمل جراحی در تعداد مشخصی از آن شرکت داشته باشد. در حال حاضر این استاندارد وجود دارد و سعی می‌شود مطابق آن عمل شود ولی اگر تعداد آموزش- گیرنده بالا برود، با توجه به اینکه تعداد بیمار همان است، مراکز آموزشی همان است، تعداد بیمارستان همان است، مسلماً کیفیت آموزش افت خواهد کرد.

در همایشی که در روز پنجشنبه ۲ دی ۱۴۰۰ در هتل اسپیناس برگزار شد، پزشکان ارولوزیست و مسئولان انجمن‌های نفرولوزی، انجمن پیوند اعضا، انجمن زنان و مامایی، انجمن روان‌پزشکی، انجمن ارتوپدی، انجمن سرطان- های زنان، مجمع انجمن‌های علمی گروه پزشکی ایران و نیز نماینده شورای عالی سازمان نظام پزشکی ایران حضور داشتند؛ همچنین رئیس سازمان نظام پزشکی کشور و معاونت آموزش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به طور مجازی حضور یافتند. در این نشست، پدلی به موضوع افزایش ظرفیت در رشته‌های پزشکی اختصاص یافت و ابعاد مختلف این موضوع بررسی شد.

در مصاحبه‌ای که با **دکتر محمدهادی رادفر**، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و دبیر جامعه ارولوزی ایران، داشتیم در این باره فرمودند:

ما معتقدیم موضوع افزایش ظرفیت رشته‌های پزشکی چالش‌های مختلفی را ایجاد خواهد کرد و معایب و مضراتش و ضربه‌ای که به جامعه پزشکی کشور می‌زند بیش از منافع آن خواهد بود. از جنبه‌های مختلفی می‌توانیم این موضوع را بررسی کنیم. اولین جنبه این است که آیا اصلاً امکان آموزش برای تعداد بیشتری آموزش- گیرنده را داریم یا خیر. چون آموزش پزشکی فقط جنبه تئوری ندارد بلکه وابسته به آموزش عملی و تجهیزاتی است که در قسمت‌های مختلف مورد نیاز است و بر اساس استانداردهایی که وجود دارد در هر مرکز یا دانشگاهی تعیین می‌شود که آن مرکز چقدر ظرفیت آموزش دارد. اینکه با نظر غیرکارشناسی بگوییم که ظرفیت

عرض یک سال چند برابر افزایش یافته است و شما آن را در هزینه‌هایتان در نظر می‌گیرید ولی هزینه پزشک را در نظر نمی‌گیرید! نتیجه طبیعی‌اش این می‌شود که پزشک یا اصلاً وارد تخصص و فوق تخصص نمی‌شود یا آنهایی که هستند، تعدادی به فکر مهاجرت می‌افتند و تعدادی هم فیلد ساده‌تری را انتخاب می‌کنند. در حال حاضر، مراکز و پزشکان معدودی هستند که حاضر هستند اعمال جراحی سنگین و پرعرضه را انجام دهند.

ما معتقدیم موضوع افزایش ظرفیت رشته‌های پزشکی چالش‌های مختلفی را ایجاد خواهد کرد و مضرات آن و ضربه‌ای که به جامعه پزشکی کشور می‌زند بیش از منافع آن خواهد بود.



است و ما تبعات تصمیم‌گیری‌هایمان را حدود ۱۰ سال بعد خواهیم دید که این متخصصان فارغ‌التحصیل می‌شوند.

طبق برنامه ریخته شده، به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت یک متخصص ارولوژی لازم داریم، اما اکنون به ازای هر ۵۸۰۰۰ نفر یک ارولوژیست داریم؛ یعنی ۲ برابر نیاز پیش‌بینی شده متخصص داریم.

ساخت و تجهیز یک بیمارستان پایه و نه خیلی تخصصی ۵۰۰ تخت‌خوابی که بتواند خدمات ارولوژی بدهد، حدود ۵ هزار میلیارد تومان هزینه برمی‌دارد. هر ۵ سال برای نیرویی که تربیت کرده‌اید باید تجهیزات بدهید. بنابراین شما فرد متخصص را وارد چرخه‌ای کرده‌اید که حالا نیازهای بعدی خودش را برای جامعه مطرح خواهد کرد ولی چون جامعه این هزینه را پیش‌بینی و تأمین نکرده، همچنان باید منابع به فرد برسانیم تا بتواند در سطحی متوسط خدمات دهد.

بحث امروز ما این است که در مسائل این‌چنینی، تغییر یک عامل باعث بهبود سطح کیفی سلامت جامعه نخواهد شد و ما در کنار تربیت پزشک متخصص باید برای تربیت حداقل ۱۲ تخصص مختلف از پرستار و متخصص آزمایشگاه گرفته تا نگهبان و بخش حمل و نقل، برنامه‌ریزی کنیم. یعنی باید اینها را لحاظ کرده باشید که در کنارش متخصص را تربیت کنید. غیر از این باشد، اتلاف منابع خواهد بود.

سؤال دیگر این است که با این شرایط، برای مناطق محروم باید چه کرد و در پاسخ می‌توان گفت که باید روی سطح رفاه و توزیع در استان‌ها کار کرد. اگر مناطق محروم برای نیروی متخصص جاذبه ندارد، می‌توان دریافتی او را بیشتر کرد و نیز امکانات جانبی و تجهیزات را برایش توسعه داد و بستر را مناسب کرد برای افزایش جاذبه آن مناطق.

همچنین دکتر عباس بصیری، رئیس هیئت مدیره جامعه ارولوژی ایران، در این مورد دیدگاه خود را این‌چنین مطرح کردند:

بحث برآورد منفعت و هزینه است. یعنی چقدر سرمایه‌گذاری کنید چقدر منفعت می‌برد. این عمل افزایش ظرفیت پذیرش پزشک در واقع پاک کردن صورت مسئله و آدرس غلط دادن است. اگر ما هرم ارائه خدمات را درست نکنیم، مشکل حل نمی‌شود. برای بعضی مشکلات کافی است بیمار ابتدا به بهورز منطقه خودش مراجعه کند، سپس اگر لازم باشد به پزشک ارجاع داده شود.

باید سیستم ارجاع داشته باشیم، آگاهی داشته باشیم و سیستم ارائه خدمات بر اساس منطق باشد تا بتوانیم با علم روز دنیا حرکت کنیم در غیر این صورت مثل این است که بنزین هواپیما را در ماشین زین بریزید و حرکت کنید.

این سیستم در دنیا جا افتاده است و ضوابط خاص خود را دارد. خدمات پرستاری، بهیاری، آزمایشگاه و... همه اصولی دارد و اگر زیرساخت فراهم نباشد، این موضوع افزایش ظرفیت پزشکی فقط شعار است و جز در فضای عمومی اقتناع ایجاد کردن و مانور سیاسی دادن چیز دیگری نیست.

در این نشست، انجمن‌های مربوطه با دعوت از اصحاب رسانه خواستار رساندن صدای جامعه پزشکی به مسئولان تصمیم‌گیری و اجرایی در کشور شدند با امید افزایش آگاهی جامعه و مسئولان در این حیطة و اصلاح و اجرای تصمیمات صحیح و کارشناسانه و مسئولانه در جهت بهبود اوضاع و منفعت کل جامعه ایرانی.



۱۳۹۹، یعنی ۵ سال قبل از آن، ۱۳۶۵ ارولوژیست فعال داریم.

این نشان می‌دهد که برای آموزش طبق برنامه کارشناسی وزارتخانه پیش‌رفتیم و مشکلاتی ایجاد شده است.

سپس توزیع استانی متخصصان را مطالعه کردیم و متوجه شدیم در استان‌هایی که امکانات و رفاه اجتماعی بیشتری دارند مثل تهران، یزد، اصفهان و... بسیار بیشتر از نیاز جمعیت ارولوژیست داریم اما در استان‌های با رفاه اجتماعی پایین‌تر مثل سیستان و بلوچستان و بوشهر، با کمبود شدید ارولوژیست مواجه هستیم.

در نتیجه، این بحث که ارولوژیست در کشور کم داریم، بحثی کارشناسی نشده است و چه بسا که در جاهایی که ارولوژیست زیاد داریم، تعدادی از آنها مجبور شده باشند به شغل دیگری روی بیاورند یا در سایر فیلدهای پزشکی وارد شده باشند به این دلیل که بیمار ندارند.

دلیل اینکه استان‌های با رفاه کمتر اجتماعی متخصص کمتر دارند این است که شرایط زندگی در آن مناطق برای طولانی‌مدت و به‌خصوص برای پزشکان غیربومی آنجا، سخت است و بعد از اتمام دوره طرح آنجا را ترک و کوچ می‌کنند به استان‌های با رفاه بیشتر.

این بحث وجود دارد که آیا تعداد دانشجویی پزشکی بیشتری می‌خواهیم یا خیر. در پاسخ باید گفت وقتی که ما برای آموزش و کسب مهارت فردی که بعد از ۷ تا ۱۰ سال وارد بازار کار می‌شود هزینه بسیار زیادی اختصاص می‌دهیم، به‌جای آن می‌توانیم همان هزینه را در رده‌های پایین‌تر مانند خدمات بهورزی و توانمند کردن خانه‌های بهداشت، که رده اول خدمات‌رسانی را دارند، خرج کنیم و متخصصان را در جایی بگذاریم که امکانات و تجهیزات خدمات‌رسانی وجود داشته باشد.

این سؤال وجود دارد که اگر متخصص زیاد باشد چه اتفاقی می‌افتد. در پاسخ باید گفت متخصصانی که تربیت می‌شوند نیاز به امکانات و تجهیزات و پرستار و آزمایشگاه و... دارند، یعنی یک متخصص یک نفر هست از یک بدنه بسیار بزرگ و اگر به استانی برود که بیمارستان مجهز و تجهیزات تخصصی و پرستار و بهیار و آزمایشگاه مناسب و... نداشته باشد، یعنی مالیات و بودجه را از مردم گرفته‌اید و صرف آموزش فردی کرده‌اید و او را مأمور به خدمت در جایی کرده‌اید که امکان خدمت‌رسانی وجود ندارد و نمی‌تواند مهارتش را به طور کامل در اختیار جامعه قرار دهد.

در بحث افزایش ظرفیت، علاوه بر مسائل مالی، مسئله جانی هم‌وطنان و بیماران نیز مطرح است که ناشی از عدم مهارت بالینی کافی پزشکان به دلیل افت کیفیت آموزش خواهد بود. بنابراین بحث افزایش ظرفیت پذیرش دانشجوی کارشناسی‌نشده

جنبه دیگر موضوع، توزیع جغرافیایی نامناسب پزشکان است. عمده پزشکان در شهرهای بزرگ تجمع دارند. وزارت بهداشت باید با ایجاد انگیزه و مشوق‌های لازم در مناطق محروم کشور زمینه توزیع مناسب پزشکان را فراهم کند. تنها رشته‌ای که فارغ‌التحصیلان آن را بالاچار چند سال به مناطق محروم می‌فرستند کار کند، پزشکی است. اما اگر آن پزشک بعد از اتمام طرحش در آن منطقه احساس کند که معیشتش تأمین است و نیاز نیست به شهر بزرگ برود، این اتفاق نمی‌افتد. (البته طرح‌هایی هم در این زمینه هست از قبیل طرح پذیرش بومی پزشک، چه عمومی و چه تخصصی...)

این موضوع توزیع نامناسب جغرافیایی پزشک، حتی با افزایش ظرفیت پذیرش هم حل نخواهد شد، مگر اینکه سیستم توزیع نیروی انسانی اصلاح شود.

ولی با سیستم کنونی، نتیجه افزایش ظرفیت در چند سال آینده افزایش چند برابر مهاجرت پزشکان خواهد بود و یا اینکه در آینده پزشکی خواهیم داشت که بعد از اتمام تحصیل، پزشکی نخواهند کرد. اکنون در مناطق محروم مسئله کمبود تجهیزات و امکانات حداقلی وجود دارد و فرستادن پزشک متخصص به جایی که امکانات حداقلی برای کار او وجود ندارد، چه سودی دارد؟

البته در این مورد فقط از موضع پزشک به موضوع ننگرید، بلکه هزینه‌ای که سیستم بهداشت و درمان مملکت دارد می‌پردازد را نیز در نظر بگیرید؛ اینکه این هزینه با منفعتی که به‌دست می‌آید چقدر تناسب دارد. اینکه تربیت یک متخصص چقدر هزینه دارد و سپس این متخصص را می‌فرستید در بیمارستان در شهری که اصلاً کارایی و امکانات حداقلی هم برای یک متخصص ندارد، یعنی هدررفت منابع و هزینه کردن بدون بازگشت منفعت به سیستم بهداشت و درمان.

در صورت افزایش ظرفیت پذیرش، قطعاً هزینه چندبرابری باید صرف شود و اگر به‌جای این کار، همین هزینه را در قسمت توزیع متناسب پزشکان صرف کنید، مسلماً نتیجه بهتری خواهد داشت.

به لحاظ استاندارد جهانی نسبت تعداد پزشک به بیمار نیز در حال حاضر در حد استاندارد جهانی یا بالاتر هستیم و کمبود پزشک در کشور نداریم.

در گفت‌وگویی که با دکتر فرزانه شریفی افندس، استاد بخش ارولوژی بیمارستان شهید لبافی‌نژاد و دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، عضو هیئت مدیره و مسئول کمیته صنفی جامعه ارولوژی ایران داشتیم، ایشان با نگاهی آماری به موضوع پرداختند و گفتند:

از سال ۱۳۹۸ تا ۱۳۹۹ تحقیق ۱/۵ ساله‌ای را انجام دادیم؛ روی تعداد ارولوژیست‌های فعال و محل خدمت آنها تحقیق میدانی کردیم و در واقع اطلاعات موجود در این زمینه در وزارتخانه و سایر مراکز اطلاع‌رسانی را به‌روزرسانی و راستی‌آزمایی کردیم. به این نتیجه رسیدیم که ما در شرایط فعلی با توجه به جمعیت ایران بین سال‌های ۱۳۹۹-۱۴۰۰ ۸۵ میلیون نفر تخمین زده می‌شود، ۱۳۶۵ نفر ارولوژیست فعال داریم. اما این تعداد از نسبتی که اسناد بالادستی وزارتخانه در مورد نیاز کشور به متخصص ارولوژی پیش‌بینی کرده بود، بسیار بیشتر است. مطابق دو برنامه بالادستی تنظیم شده در مورد تعداد متخصصان ارولوژی در ایران، ما باید در سال ۱۴۰۴ حدود ۱۲۴۰ تا ۱۳۰۰ ارولوژیست داشته باشیم. ولی حالا در سال

وصف الحال مشتاقی «۸»

مصاحبه با پیش‌کسوت ارولوژی

استاد دکتر حمید ارشدی



است. لحظه جالب وقتی است که خنده کودک یا والدین او را بعد از پیوند کلیه و بعد از یک عمر وابستگی به ماشین دیالیز می‌بینیم.

استاد مورد علاقه‌تان چه کسی بوده است؟

من ۵۸ سال است که شاگردی می‌کنم و همه اساتیدم مورد علاقه‌ام هستند. اساتیدم قبل از دوره پزشکی را تا قبل از کرونا هر کدام سالی یکی دو بار زیارت می‌کردم و به همه آنها عرض ارادت و فروتنی دارم.

اخیراً یکی از اساتیدم ۵۰ سال پیش من به عنوان بیمار به من مراجعه کردند و خوشحال از دیدارشان شدم. در دوران پزشکی نیز مستقیماً شاگردی استاد پورمند و آقای دکتر کجیاف‌زاده را کردم ولی از سایر اساتید دانشگاه تهران تا جایی که فعلاً حافظه یاری می‌کند، استاد بهادری، استاد یلدا و استاد عقیقی همیشه مورد احترام من بوده‌اند.

از فعالیت‌های غیرکاری و غیرعلمی خود در اوقات فراغت بگویید.

به مطالعات مذهبی، تاریخی، جغرافیایی و طبیعت علاقه دارم و به آنها می‌پردازم. در پایان اگر کلامی باقی مانده است، بفرمایید.

بدون تعارف اساتید دیگر پیشکسوت‌تر و با سابقه‌تر هستند که شایسته است قبل از من با آنها این‌گونه گفت‌وگوها صورت گیرد.

با تشکر از استاد ارشدی گرامی جهت قرار دادن وقت گران‌بهایشان در اختیار ما؛ برای ایشان سلامتی و موفقیت روزافزون از بارگاه الهی خواستاریم.

مصاحبه‌کننده:

دکتر نیلوفر احمدیان



زمینه صورت گیرد. مسئله دیگر بحث وسایل و ابزار است و رشته ما وابسته به تجهیزات است و اگر وسایل خوب در اختیار نباشد و البته با توجه به مسائل ارزی، برخی از این وسایل خیلی گران‌قیمت‌اند و تهیه‌اش برای هر کسی راحت نیست.

این مشکلات کار همکاران را محدود می‌کند و مسئله بعدی مشکلات مالی و بحث تعرفه‌ها و پرداخت‌هایی است که باید همکاران با آن مواجه شوند.

برای حل این مشکلات چه راه‌حلی به نظر شما می‌رسد؟

در فضای فعلی، راه حل این مشکلات عمدتاً در دست سیستم‌های دولتی است اگرچه ارگان‌هایی مثل نظام پزشکی و انجمن‌های تخصصی هم می‌توانند در این زمینه‌ها فعالیت داشته باشند و راه‌حلی ارائه دهند؛ البته اطلاع دارم که انجمن خودمان در این زمینه فعالیت‌هایی کرده است.

فلوی اطفال را پیشنهاد می‌کنید؟ از مزیت‌ها و سختی‌های این فلوشیپ صحبت کنید.

من این فلوشیپ را به همکاران پیشنهاد می‌کنم؛ البته هر کسی بر حسب علاقه‌اش باید انتخاب کند. این رشته بیشتر به reconstruction می‌پردازد نسبت به ablation

علاقه ندارم راجع به مزیت‌ها یا سختی‌های این رشته در مقایسه با سایر رشته‌ها صحبت کنم. می‌توانم این رشته را پیشنهاد کنم چون نسبت به رشته‌های دیگر مثل اندو تعداد کم است و یک چهارم نیروی مورد نیاز است.

اگر خاطره یا جراحی جالبی در دوران کاری یا رزیدنتی داشته‌اید، در مورد آن صحبت کنید.

زندگی جراح پر از خاطرات تلخ و شیرین

لطفاً خودتان را معرفی بفرمایید.
حمید ارشدی هستم. در بخش ارولوژی اطفال دانشگاه علوم پزشکی تهران در خدمت آقای دکتر کجیاف‌زاده و سایر همکاران به فعالیت مشغول هستم.
از دوران تحصیل خود بگویید.

در مهر ۱۳۴۲ دوره ابتدایی و در ۱۳۵۴ دبیرستان را به پایان رساندم و در کنکور آن سال شرکت کرده و در ۳۳ از دانشکده-های پزشکی تهران و شیراز و ۲ تا از رشته-های فنی تهران و نفت آبادان قبول شدم. ولی دانشکده پزشکی دانشگاه تهران را انتخاب کردم و وارد رشته پزشکی عمومی شدم.

در سال ۱۳۶۱ وارد دوره دستیاری ارولوژی در بخش استاد پورمند در بیمارستان سینا دانشگاه تهران شدم و طی ۴ سال دوره را به پایان رساندم. البته به علت مسائلی مانند تعطیلی دانشگاه‌ها و جنگ ایران و عراق، مقداری دوره و امتحانم به طول انجامید.

آیا به رشته ارولوژی علاقه داشتید؟
من رشته‌ام را بر حسب بخش‌هایی که در طول دوره استازوری در دانشگاه دیده بودم انتخاب کردم و الآن هم تغییر عقیده نداده‌ام.

از مشکلات راه یک ارولوژیست پس از فارغ‌التحصیلی بفرمایید.

این مشکلات تا حدودی عام است و همه فارغ‌التحصیلان پزشکی در ایران به آن دچار می‌شوند. اگر بخواهم نام ببرم، یکی از این مشکلات بحث قوانینی است که راجع به خدمات بعد از فارغ‌التحصیلی شامل همکارها می‌شود.

این قوانین بعضاً نیز غیرعادلانه است. گرچه به هر حال هر کس که تحصیل می‌کند، خدمتی هم باید ارائه دهد، ولی به نظر می‌رسد در کشور یکنواخت نیست و باید نظم و روش یکنواخت و عادلانه‌ای در این

وصف الحال مشتاقی «۹»

مصاحبه با پیش‌کسوت ارولوی

استاد دکتر محمدعلی زرگر



انجمن ارولوی ایران قدیمی‌ترین

انجمن علمی ایران است و جزو اولین

انجمن‌هایی بود که صاحب دفتر شد.



مصاحبه‌کننده:

دکتر ناصر یوسف‌زاده

لطفاً در مورد فعالیت‌های خود در تأسیس انجمن ارولوی ایران از ابتدا تاکنون شرح موجز بفرمایید.

انجمن ارولوی ایران در سال ۱۳۳۸ تأسیس شده است. یعنی قدیمی‌ترین انجمن ایران است. زمانی که در بیمارستان شهدا رزیدنت بودم، در جلسات انجمن شرکت می‌کردم. تعداد آن موقع ارولویست‌ها در تهران شاید حدود ۲۰-۳۰ نفر بیشتر نبود. بعد از انقلاب تا چند سال در انجمن خبری نبود.

در سال ۱۳۵۸ فارغ‌التحصیل شدم و با اینکه تهران در بیمارستان شهدا پیشنهاد کار داشتم، رفته اهواز و استادیار دانشگاه جندی‌شاپور شدم و در آنجا تنها ارولویست استان خوزستان بودم و ۱۰-۱۲ دستیار ارولوی داشتم. بعداً مرحوم دکتر شریعی در آنجا با ما شروع به کار کرد. بعد شرایطی پیش آمد که در سال ۱۳۵۹ آمد تهران و از طریق شورای معاونین وزارت بهداشت در بیمارستان به‌آر سابق شروع به کار کردم. آن موقع هم بیمارستان به‌آر آموزشی بود. من بودم و دکتر اسدنی و دکتر کامران کریمی؛ ۳ نفر اتندینگ بودیم که آن ۲ نفر زحمت خود را قبل از من کشیده بودند. حدود ۳-۲ سال بعدش منتقل شدیم به بیمارستان شهید هاشمی-نژاد فعلی.

دکتر حسینی بعد از فارغ‌التحصیلی دوره‌ای رفتند انگلیس و قبل آمدن ایشان انجمن ارولوی بود (در بیمارستان هاشمی‌نژاد با دکتر سناده‌زاده و دکتر سیم‌فروش و ... انجمن داشتیم) ولی خیلی فعال نبود و بعد از آمدن ایشان در سال ۱۳۷۳ دوباره انتخابات برگزار کردیم که در ۲ دوره اول من رئیس انجمن و دکتر حسینی نایب رئیس بودند و بعد از آن ایشان شدند رئیس انجمن و من نایب رئیس.

در سال ۱۳۷۳ دارایی انجمن یک صندلی بود و یک میز کوچک که محل آن در سازمان نظام پزشکی بود و سه چهارتا انجمن در آن میز و صندلی شریک بودند؛ اولین چیزی که به ذهنمان خطور کرد این

بود که باید برای انجمن دفتر تهیه کنیم. از دوستان پول قرض کردیم (که البته بعداً پرداخت کردیم) و در یکی از کوچه‌های هفت‌تیر ساختمانی ۸۰ متری به‌عنوان دفتر انجمن خریداری کردیم. بعد خانم خرسند آمدند و جلسات رونق پیدا کرد و جلسات ماهیانه و کنفرانس سالیانه شروع شد. ساختمان فعلی را هم داشتند می‌ساختند و خریداری کردیم و از آن موقع اینجا ساکن شدیم. یعنی جزو اولین انجمن‌هایی بودیم که صاحب دفتر شدیم و هیئت‌مدیره نیز مرتب تشکیل می‌شد.

دوستی داشتم (مهندس داستان) که رئیس شهرک هشتگرد بود و گفت بیا زمینی به شما بدهم. گفتیم من نمی‌خواهم، زمین را به انجمن بدهید. به این ترتیب این زمینی را که اکنون در اختیار انجمن است (بیش از ۴۰۰۰ متر) برای انجمن خریداری کردیم و چک خودم و دکتر حسینی را آنجا گرو گذاشتیم (البته پول را پرداخت کردیم). این زمین ۲۲ سال خوابیده بود و پول ساختش را نداشتیم. می‌خواستیم سالن کنفرانس بسازیم، ساختمان استراحتگاه و... نقشه‌های زیادی داشتیم.

اما در دو سه سال اخیر شرکت عمران شهرک هشتگرد دست گذاشت روی زمین تا از ما بگیرد و ما خبردار شدیم. بی‌گیری قضایی بسیاری کردیم تا اینکه دیروز قرارداد ساخت امضا شد و این خبر مسرت‌بخشی است. اولین چک انجمن را به سازنده پرداخت کردیم و انشاءالله قرار است در عرض ۶ ماه الی یک سال کتابخانه را (به زیربنای ۲۰۱ متر) بسازد؛ سپس سند بقیه زمین بیش از ۴۰۰۰ متری به اسم انجمن صادر می‌شود و انجمن می‌تواند بقیه زمین را صرف کارهای مختلفی بکند. ولی به اطلاع شما برسانم که این برای هیئت‌مدیره بعدی سرمایه‌هنگفتی است و وقتی ساخته شود سند زمین به نام انجمن ارولوی خواهد بود و شاید در حد ۱۰-۱۵ میلیارد تومان سرمایه برای انجمن است و به نظرم نمی‌رسد هیچ انجمنی چنین سرمایه‌ای داشته باشد.

اکنون هیئت‌مدیره انجمن حداقل هفته‌ای یک بار جلسه دارد و کنفرانس ماهیانه نیز برگزار می‌شود.

من بیش از ۲۷ سال است که در انجمن فعال هستم که البته منت بر سر کسی نیست اما تمام دارایی‌های انجمن بر اثر فعالیت من و به پشتوانه هیئت‌مدیره بوده است و از حمایت‌های هیئت‌مدیره تشکر می‌کنم.

در کنار کار انجمن، بیش از ۳۷ سال در بیمارستان هاشمی‌نژاد به عنوان عضو هیئت علمی مشغول به کار بودم و با درجه استادی بازنشسته شدم و هنوز هم ارتباط کاری‌ام را با بیمارستان هاشمی‌نژاد قطع نکرده‌ام.

از خانواده و فرزندان خود بگویید.

سه فرزند دارم (دو پسر و یک دختر) و پنج نوه. دو پسرم یوروانکولوژیست هستند یکی در ملبورن استرالیا طبابت می‌کند و دیگری در اوکلند نیوزلند. دخترم در داروسازی Ph.D دارد و در نیوزلند در یک شرکت دارویی مشغول به کار است. امیدوارم روزی بیایند به ایران و به مملکت خود خدمت کنند.

علاوه بر کار دانشگاهی که داشتم، سهام‌دار بیمارستان طوس هستم (بیش از ۳۷ سال). قبل اینکه به بیمارستان طوس بیایم، بیمارستانی در سرچشمه بود به اسم دکتر سفیر که سال‌ها آنجا کار می‌کردم و هر عملی که در بیمارستان هاشمی‌نژاد انجام می‌دادیم، در آن بیمارستان پایین شهر نیز انجام می‌دادم.

بعد از بازنشستگی بیشتر کارم در بیمارستان طوس است (صبح‌ها مطب، بعدازظهرهای یک‌شنبه و سه‌شنبه و روزهای جمعه عمل دارم و پنج‌شنبه‌ها یا انجمن یا کنفرانس و...).

چطور شد پزشکی را انتخاب کردید؟

من همیشه به دبیری علاقه داشتم، آن هم دبیری شیمی و به دنبال پزشکی نبودم. از دوران دبیرستان تدریس می‌کردم و همیشه شاگرد داشتم و زندگی‌ام را از این راه تأمین می‌کردم. در کنکور نیز برای رشته

Early to bed and early to rise makes a man healthy, wealthy, and reach.

شما انرژی زیادی برای آموزش دادن می‌گذاشتید، حتی بیش از ۳۰ سال به کار ادامه دادید. این انرژی از کجا می‌آید؟

علاقه شخصی است و از اینکه بتوانم چیزی را به کسی آموزش بدهم، لذت می‌برم و به نظرم باقیات الصالحات هم هست.

چه دیدگاهی در مورد پول و ثروت دارید؟

خدا را شاهد می‌گیرم که هیچ‌گاه به خاطر پول عمل نکرده‌ام. البته پول بگیرم می‌آید اما به خاطر پول عمل نکرده‌ام و دستمزد هم خیلی پایین و معقول است.

روزی پسر من پرسید بابت فلان عمل چقدر پول می‌گیری؟ گفتم پسر من راجع به پول صحبت نکن راجع به تکنیکش صحبت کن. بعد فراموش کرد و دو ساعت بعد دوباره همان سؤال را پرسید. گفتم اگر بار سوم بپرسی در گوشت خواهیم زد. شما کار خوب بکن مردم با طیب خاطر پول می‌دهند؛ اما اگر پزشکی به خاطر مادیات عمل کند، حتماً خراب خواهد کرد.

در مورد عوارضی که بعد از عمل ممکن است پیش آید، این برای نسل جوان پزشکان کمی تحمل آن سخت است. نظر و تجربه شما در این مورد چیست؟

البته ارولوزی رشته صبر و حوصله است. مثلاً کسی را که سنگ حالب دارد سریع نمی‌گویم باید عمل کند، باید صبر کند تا حدود زیادی دفع شود... و اگر عارضه بعد عمل پیش آمد باید به کتاب مراجعه کرد و در صورت نیاز با سایر پزشکان مشورت کرد. همچنین خوب است که عمل‌هایی که انجام داده‌اید و عوارض را یادداشت کنید؛ خودم اشتباهی که کردم این بود که در این حدود ۴۰ سال این موارد را یادداشت نکردم.

همچنین، در مورد توضیح عارضه عمل به بیمار، مردم ۲ دسته هستند. یک دسته برایشان قابل درک است و متوجه می‌شوند و می‌پذیرند، ولی عده دیگری هستند که فکر می‌کنند فلان دکتر دیگر نباید عارضه بدهد و برایشان قابل قبول نیست. بنابراین، اگر بیمار شما جزو گروه اول است برایش شرح دهید ولی اگر جزو دسته دوم است شرح ندهید. اما یک توصیه دارم و این است که اگر برای بیمار شما عارضه ایجاد شد، برای پزشک دیگر نفرستید و خودتان مدیریت کنید این موضوع را. چون کار خراب می‌شود. و برای بیمار عارضه‌دار بیشتر از سایر بیمارانتان وقت بگذارید و او را بیشتر ببینید و در موردش مطالعه و مشورت کنید.

در کل همه پزشکان عارضه می‌دهند و همین باعث تجربه پیدا کردن و یاد گرفتن می‌شود.

آیا شنیدن اخبار مسائل روز و وضع موجود روی شما تأثیر می‌گذارد؟

به نظرم هیچ موضوعی روی رسالت پزشک نباید تأثیر بگذارد. به اخبار خارجی هم نمی‌توان چندان اعتماد کرد و

دنیا مد شده بود، انجام داد.

در مورد PCNL خاطره‌ای بگویم؛ دو دستیار بودند که تازه PCNL یاد گرفته بودند و مریضی را PCNL کرده بودند و یک آپاسیتی در عکس مانده بود و آنها نگران بودند که به استاد چه جوابی بدهند. عکس را به من نشان دادند که سنگ را چه کنیم؟ و به آنها گفتم این در واقع سنگ نیست و ماده حاجب است که مانده است و تا فردا از بین خواهد رفت. آنها از آن موقع علاقه‌مند شدند و هر وقت مشکلی پیش می‌آمد می‌آمدند با من مشورت می‌کردند.

آیا پیش آمده که عمل خاصی را برای اولین بار بخواهید انجام دهید و درباره‌اش مطالعه کنید؟

بله خیلی پیش آمده. و این را بگویم که فکر نمی‌کنم



ارولوژیستی به اندازه من کتاب ارولوزی داشته باشد (علاوه بر مجله). مجلات مختلف خارجی برایم می‌آمد ولی به World Journal خیلی علاقه داشتم. قبل از هر عملی در مورد آن در کتاب‌ها جستجو می‌کنم و نه یک کتاب بلکه چند کتاب مختلف؛ که ببینم بقیه به چه روش‌های مختلفی آن را انجام داده‌اند و من هم برداشت خودم را می‌کنم.

دو سری کتاب کمیل خریده‌ام که یک سری را وقتی می‌روم خارج با خودم ببرم و یک سری را هم اینجا دارم.

پس توصیه شما به ارولوزیست‌های جوان این است که قبل از عمل حتماً مطالعه کنند؟

بله حتماً. البته کسی که الفبای جراحی را بلد باشد یعنی جراح است اما همیشه قبل عمل باید مطالعه کرد. حتی در مورد عمل عمل پروستات که هفته‌ای دو سه بار انجام می‌دهیم.

شاید خوب باشد که تکنیک عمل پروستات من را فیلم بگیرند و ببینند شاید با بقیه تفاوت داشته باشد. مثلاً من هیچ وقت سوند را نمی‌گذارم گردن مثانه بکشم، بلکه می‌گذارم در فوسا و آن قدر به آن آب می‌زنم تا خونریزی بند آید. روز بعد آب بادکنک را کم می‌کنم تا بیمار راحت باشد. من هیچ وقت سوچور زدن گردن مثانه در دوره رزیدنتی ندیدم و یاد نگرفتم. بعداً که فارغ‌التحصیل شدم دیدم بقیه دوستان سوچور می‌زنند... بنابراین شما هر چه بیشتر ببینید بهتر است و مطالعه بسیار لازم است.

شما انسان سحر خیزی هستید و شب زود می‌خوابید.

آیا این کار خوب است؟

بله. می‌گویند:

دبیری شرکت کردم اما چون آن موقع در اهواز رتبه اول شدم، تصمیم گرفتم به‌جای دبیری، پزشکی را انتخاب کنم و در دانشگاه جندی‌شاپور اهواز وارد رشته پزشکی شدم.

چطور شد که ارولوزی را انتخاب کردید؟

بیشتر خوزستانی‌ها از جمله خودم، به خاطر شخصیت دکتر سنادی‌زاده ارولوزی را انتخاب می‌کردند. و البته قصدم این بود که جراحی بخوانم و آن موقع این فکر را با خودم کردم (که البته این فکر اشتباه بود) که اگر جراحی عمومی بخوانم خیلی وسیع است و ارولوزی جمع‌وجورتر است. این شد که وارد رشته ارولوزی شدم و در بیمارستان شهدا شروع به کار کردم و پشیمان نیستم و افتخار هم می‌کنم.

در جامعه جراحان رشته‌های دیگر اگر سراغ یک ارولوزیست خوب را بگیرند، نام شما را می‌برند. چرا؟

بله من از موقعی که عضو انجمن ارولوزی شدم، عضو گروه جامعه جراحان نیز هستم. یعنی بیش از ۲۰ سال است که عضو هیئت‌مدیره جامعه جراحان هستم. اما در انتخابات سال آینده احتمالاً دیگر عضو نخواهم بود.

به‌رحال اگر شناخته شدیم به خاطر فعالیتیمان بود. همچنین اگر پزشکی رزیدنت خوبی داشته باشد، احتمالاً آن پزشک هم خوب خواهد شد. چون در مقابل رزیدنتش به چالش کشیده می‌شود و باید به خاطر رزیدنت برود مطالعه کند.

بهترین شاگردان شما چه کسانی هستند؟

فکر کنم بیش از ۱۰۰ دستیار داشتم و همه خوب هستند، هم از لحاظ اخلاقی هم کاری.

شما نمونه کسی هستید که هم در زمینه درمانی خیلی کار کردید و هم در کنارش کاراکتر غیردرمانگر و مدیریتی دارید. چطور توانستید در هر دو بعد موفق باشید؟

وقت گذاشتن، علاقه‌مند بودن و نیز همپاری خوب همسر در امور خانواده و فرزندان، همه اینها مؤثر هستند.

آیا فعالیت‌های تفریحی و ورزشی هم دارید؟

زمانی بسکتبال بازی می‌کردم. اما اکنون بیشتر پیاده‌روی می‌کنم. صبح زود بیدار می‌شوم و پیاده‌روی می‌کنم.

همچنین فیلم دیدن را خیلی دوست دارم و در خانه که هستم یا تلویزیون می‌بینم یا کتاب می‌خوانم.

در مورد مهاجرت کردن چه توصیه‌ای به نسل جدید دارید؟

طبیعتاً اگر بخواهم بگویم در ایران بمانید، می‌گویند چرا فرزندان خود از ایران رفته‌اند. ولی به نظرم اینجا مملکت ما است و باید با هم آن را بسازیم.

خودم ۶ ماه در وین بودم. شاید اولین کسی بودم که رفتم آنجا و PCNL و وسکولار سرجری را یاد گرفتم. منتها وقتی به ایران آمدم و خواستم این کار را شروع کنم دیدم کسی نیست و خودم تنها دارم اشعه می‌خورم و رهایش کردم. کم‌اینکه وقتی تعداد ارولوزیست کم بود و فیلد زیاد بود، راحت‌تر می‌شد کارهایی از جمله PCNL را که تازه در

درصدش هم کم باشد، ولی یک نفر را هم تشخیص دهید و عمل کنید و خوب شود، پیروزی است. نمی‌دانید من چقدر مریض با PSI دارم که تشخیص کنسر دادم.

همچنین، ۲ تا آزمایش داریم که خیلی مهم است یکی اسپریم‌کانت و دیگری PSR، که آن قدر از آزمایشگاه‌های مختلف جواب‌های جورواجور می‌گیرید که نمی‌دانید کدام صحیح‌تر است. به همین دلیل من این دو آزمایش را فقط به یک آزمایشگاه ارجاع می‌دهم و مبنای من برای بررسی این دو مورد، یک آزمایشگاه است نه چندتا.

منمون از اینکه وقت گران‌بهای خود را به ما اختصاص دادید.

بود و پرسیدم می‌شناسید ایشان را، با حس خوب از کار شما تعریف کرد.

بله من به مراجعان احترام زیادی می‌گذارم و ممکن است کسی کسی تپ مرا دوست نداشته باشد، اما اخلاقم را دوست دارند. همچنین بیماران را معاینه می‌کنم، البته برخی شاید با توشرکتال موافق نباشند، اما اگر بیماری را توشرکتال نکنیم و ایندیکیشن داشته باشد، انگار که یک چیزی کم است.

توصیه می‌کنم بیماری را که ایندیکیشن دارد حتماً توشرکتال کنید حتی اگر دلیل مراجعه‌اش هم پروستات نباشد و از همین می‌توانید کشف کنید. حال ممکن است

خودمان باید دلسوز خودمان باشیم و برای خود کاری نکنیم. استاد به یاد دارم همیشه عید که می‌شد، به رزیدنت-ها عیدی می‌دادید و در کل هوای رزیدنت‌ها را خوب داشتید.

بله لذت می‌بردم از این کار و رزیدنت‌ها مثل فرزندان ما هستند و آینده مملکت. روزی ما می‌رویم کنار و اگر کار خوبی کرده باشیم آنها هم یاد خواهند گرفت. این اواخر بیشتر کتاب عیدی می‌دادم.

فکر می‌کنم تعامل شما با مردم هم خوب باشد، چون خاطره‌ای از یک آرایشگر سلمانی دارم که گویا بیمار شما بوده و کارت شما را زیر شیشه میزش گذاشته

ناگفته‌های نانوشته

صبح

هر صبح شروع تازه‌ای است...
تلفنم زنگ می‌خورد. همان‌طور که چشم‌هایم هنوز بسته است با دستم به دنبال گوشی می‌گردم. جزو معدود دفعاتی است که انگار به خوابی عمیق فرو رفته بودم. به لطف کشیک و آنکال بودن، سال‌هاست یاد گرفته‌ام که هوشیار بخواهم و برای بیدار شدن هم نیازی به هیچ نیروی کمکی ندارم! اورژانس است. حرف‌های صدای خواب‌آلود آن‌ور خط را منقطع می‌شوم و ترجیح می‌دهم خودم بروم بیمار را ببینم تا به آن مکالمه از سر اجبار ادامه بدهم. صدای آن‌ور خط هم از خداخواسته بدون معطلی تلفن را قطع می‌کند. چشم‌هایم هنوز باز نشده است و در رختخواب، مجاله‌ام اما ذهنم بیدار است و دارد کلماتی را که شنیده، می‌گذارد کنار هم. اورژانس... درد پهلوی... کاهش حجم ادرار... تهوع... انگار دارد باورم می‌شود که قضیه جدی است. در رختخواب کمی جابه‌جا می‌شوم. به‌زور لای پلک‌هایم را باز می‌کنم. همیشه دلم می‌خواست اولین چیزی که بعد از بیدار شدن می‌بینم آسمان باشد. برای همین است که همیشه تخت‌خوابم را یک جایی روی‌روی پنجره می‌گذارم و همیشه هم پرده پنجره را کنار می‌زنم تا وقتی چشم‌های خواب‌آلودم آرام آرام از دنیای خواب برمی‌گردند، کیف دیدن آسمان قند در دلم آب کند. چشم‌هایم باز شده‌اند اما از آبی آسمان خبری نیست. گرگ‌ومیش است هنوز. ساعت نزدیک ۵ است انگار. صدای برخورد قطره‌های باران با کلاهک دودکش بخاری مرا می‌برد به پاییز و زمستان سال اول دستیاری. آن روزها اگر بیمارستان نمانده بودم، همیشه هوا تاریک بود که از خانه می‌زدم بیرون. از پاپیون تا بخش، زیر نم‌باران یا برف، خدا می‌داند چطور می‌دویدم که برسم پانسمان‌ها را تعویض کنم، آزمایشات اول صبح را نگاهی بیندازم و میزان ترشحات درن یا ادرار بیماران را یادداشت کنم! همیشه عذاب وجدان این را داشتم که صبح به این زودی بیماران و همراهانشان را بیدار می‌کردیم تا این‌گونه شاید زمان بخریم برای آن همه کاری که سرمان ریخته بود!

اوایل، ساختمان قدیمی و دوطبقه بخش‌های میزراه برایم ترسناک بود. از دیدن موزاییک‌های کف بخش که سیاه شده



نکشیدیم و آسمان همیشه مهمان اتاقمان بود. وقت‌هایی که فرصتی می‌شد به اتاقمان بیاییم، خودمان را می‌پیچیدیم لای پتو و زل می‌زدیم به تغییر رنگ آسمان. گاهی نارنجی، گاهی آبی کم‌رنگ، گاهی زرد رنگ‌پریده و گاهی سیاه مطلق...

دکتر نگار بهتاش

یک‌وقت‌هایی از خستگی گرمی زدیم، اما در نهایت ما که عاشق

کارمان بودیم، به سعدی اقتدا می‌کردیم که می‌گفت:

ستم از کسی ست بر من که ضرورت است بردن و با یک چای و یک نیم‌نگاه به آسمان محصور در پنجره، دوباره مشغول کارهایمان می‌شدیم. بعضی از صبح‌ها که سرحال‌تر بودیم، مریم با دو لیوان چای داغ برای صبحانه می‌آمد و تا من نان و پنیری آماده کنم، ترانه الهه ناز بنان را می‌گذاشت و غرق می‌شدیم در جادوی صبح و بنان و چای و بعد روی ابرها می‌رفتیم برای شروع کار و ویزیت بیماران بخش...!

همین‌طور که در تخت نشسته‌ام، به ساعت نگاه می‌کنم. حدود پنج و ربع است. چگونه از این همه سال قبل سر درآورده بودم؟ عجب سرعتی دارد ذهن آدمیزاد! وگر نه خانه کوچک من در اندیمشک کجا و پاپیون دستیاران بیمارستان سینا کجا؟ دیگر چشم‌هایم به پنجره نورگیر خانه و گلدان پیچکی که روی طاقچه گذاشته بودم کاملاً باز شده است. هوا کمی روشن‌تر شده است. بلند می‌شوم و پنجره را باز می‌کنم. دستی به شاخه پر پیچ‌وتاب پیچکم می‌کشم و زیر لب برایش زمزمه می‌کنم که در دلبری به غایت معنا رسیده‌ای. زیر کتری را روشن می‌کنم و الهه ناز بنان را می‌گذارم... طنین جادویی صدای بنان در خانه... یاد روزهای سال‌های نه‌چندان دور پر التهاب و آرزو... بیماری با درد پهلوی در اورژانس... طعم چای هول‌هولی اول صبح و من سر به هوا به سودای آسمان که می‌رود یک روز دیگر را شروع کند...

بودند، از کثرت رفت‌وآمد آن همه برانکارد و بیمار و پزشک و پرستار و خدمه دلم به هم می‌خورد. با اینکه روزی چند بار شسته می‌شدند اما انگار سیاهی به خوردشان رفته بود. پنجره‌های بلند و طاقچه‌های باریک و پرده‌های ساتن آبی کم‌رنگ که یک‌درمیان انگار گیره پرده‌هایشان افتاده بود و به‌زور خودشان را به میله پرده نگه داشته بودند، تنها روزنه نور به اتاق‌های چندتخته با سقف‌های نسبتاً کوتاه بخش بودند.

برای آن صبح‌های زود ترسناک و پراسترس تنها کاری که آن زمان از دستم برمی‌آمد این بود که وارد هر اتاقی که می‌شدم، پرده را کنار می‌زدم. لای پنجره را کمی باز می‌کردم. این‌طوری خنکی ملایم اول صبح را می‌همان چشمانم پف‌کرده ساکنان تخت‌های فلزی اتاق‌های بخش می‌کردم. بعضی‌ها پتوهایشان را می‌کشیدند روی سرشان و غر می‌زدند که سرد شده یا نور زیاد است اما کم‌کم عادت می‌کردند. اگر خوش‌شانس بودم و در زمان ویزیت با سر پایین مشغول یادداشت‌برداری از دستورات دستیار سال بالا نبودم، یا شاید در حین دیدن از یک اتاق به اتاق دیگر از لایه‌لای همان پنجره‌ها طلوع آفتاب را می‌دیدم. اگر نه که ممکن بود تا فردا یا روزهای بعدش هم روشنی روز را نبینم. بارها شده بود که در تاریکی رفته بودم بیمارستان و در تاریکی هم برگشته بودم خانه. روز و شب‌ها را گم می‌کردم آن روزها. بعدترها که خودم دستیار سال بالا شدم، ساعت ویزیت را یک ربع دیرتر کردم. این یک ربع به جایی بر نمی‌خورد اما در عوض، آفتاب را می‌دیدیم که پخش می‌شود در آسمان و مثل آدم می‌فهمیدیم که صبح شده است و احساس گم‌شدگی در روزها و روزمرگی‌ها انگار کم‌رنگ‌تر می‌شد.

در پاپیون، با دستیاران جراحی عمومی هم‌اتاق بودیم و اتاقمان یک پنجره بزرگ نورگیر داشت رو به خیابان سی‌تیر. آن سال‌ها داشتند خیابان را سنگ‌فرش می‌کردند و آن برویبا و همهمه‌ای که الان در خیابان سی‌تیر هست، نبود. ولی برای من که عاشق آسمان بودم مگر فرقی می‌کرد؟ مریم هم مثل من سربه‌هوا و عاشق آسمان بود. سال-بالاترهایمان که رفتند، دیگر هیچ‌وقت پرده کرکره پنجره را



جامعه ارولوزی ایران

وبسایت:

Iua.org.ir

اینستاگرام:

@uroiranian

شماره تماس:

۰۲۱-۸۸۵۲۶۹۰۰

شماره فکس:

۰۲۱-۸۸۵۲۶۹۰۱

جامعه ارولوزی از شرکت‌ها و بخش‌های خصوصی که تمایل به خبررسانی از طریق نشریه انجمن Sponsorship دارند، استقبال می‌کند و آن را به‌عنوان شاخص مشارکت بخش‌های خصوصی در فعالیت‌های علمی انجمن در نظر می‌گیرد. برای این کار با دفتر انجمن و خزانه‌دار انجمن (دکتر زرگر) تماس حاصل فرمایید.

سردبیری و ویراستاری نشریه جامعه ارولوزی آمادگی دارد که همکاری افراد جامعه ارولوزی برای نوشتن ستون‌های اختصاصی و مداوم با موضوعیت مشخص در حوزه‌های مربوط به جامعه ارولوزی را بپذیرد. برای این کار ترجیحاً با شماره واتساپ یا ایمیل سردبیر نشریه (دکتر قهستانی) تماس بگیرید. طبیعتاً سردبیری حق خود را برای انتخاب از بین موضوعات مطروحه و البته با نگاه باز و موسع، محفوظ نگاه می‌دارد.

مسئول ستون دستپاری



دکتر وحید فخار

مسئول ستون پژوهشی



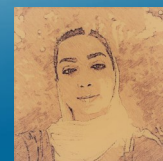
دکتر مهدی رضایی بیناباج

مسئول ستون ناگفته‌های نانوشته



دکتر نگار بهتاش

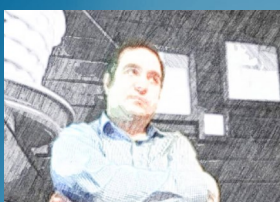
مسئول دفتر نشریه



شیما انوری

همکاران سردبیر

سردبیر



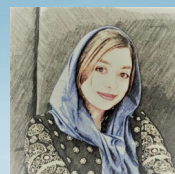
دکتر سید محمد قهستانی

عضو هیئت‌مدیره جامعه ارولوزی ایران
عضو هیئت‌علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
ایمیل: mgrosva@gmail.com



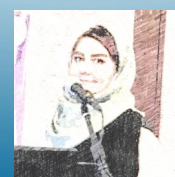
دکتر ناصر یوسفزاده

عضو هیئت‌علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران



دکتر نیلوفر احمدیان

رزیدنت ارشد دانشگاه علوم پزشکی تبریز



دکتر مهری مهراذ

ارولوژیست فانکشنال