

نظام پزشکی

مجله



نشریه رسمی سازمان نظام پزشکی شیراز
شماره ۶۲ / تابستان و پاییز ۱۴۰۴

مُنَادِیَاتِ بَنگِ مُرْتَضَا



دستان شفا بخش پزشکی و داروساز؛ مرهم دردهای بیماران و ناجی جانیشان

سلامتی جریان دارد ..

📍 شیراز - خیابان زند -
حد فاصل کوچه ۴۵ و خیابان ۷ تیر
(۲۰ متری سینما سعدی)
☎ ۰۷۱-۹۱۰۰۹۱۰۰
📱 payalab_shiraz
🌐 www.payalab.me

✓ بهره‌گیری از تجهیزات پیشرفته
و فناوری‌های نوین تشخیصی
✓ تیم تخصصی کار آزموده و متعهد
✓ تضمین صحت و دقت نتایج با اجرای
نظام کنترل کیفی مستمر



آزمایشگاه پاتوبیولوژی پایا
پروانه بهره‌برداری: ۳۹۱۲۴۴ - ۳۰

katkār®

مبللمان اداری و خانگی



نسخه ای برای آسایش محیط کار و خانه **کتکار**

شیراز، شهرک صنعتی بزرگ شیراز، میدان ابتکار، بلوار ابتکار شمالی، خیابان ۲۵۴

۰۹۱۷۱۰۲۲۹۶۸ ☎ (۰۷۱)۳۷۷۴۳۷۰۷ ☎ (۰۷۱)۳۷۷۴۳۷۰۶ ☎

katkār_home 📷 katkārwood 📷 www.katkārwood.com 🌐



شماره پروانه بهره برداری: ۳-۱۷۹۳۴۴

مرکز درمان ناباروری دکتر رستمی Dr. Rostami Fertility Center

- ▶ اعمال جراحی تشخیصی و درمانی زنان به روش های: لاپاراسکوپي و هیستروسکوپي
- ▶ انجام کلیه درمان های کمکی تولید مثل مطابق با روش های پیشرفته دنیا
- ▶ انجام تکنیک های پیشرفته کمک باروری شامل: IUI, IVF, ICSI, IVM, Laser assisted hatching
- ▶ انجماد و ذوب جنین، اسپرم و تخمک به روش Vitrification
- ▶ انجام انواع بیوپسی جنین شامل بیوپسی Blastomer و بیوپسی Trophectoderm
- ▶ انجام درمان های کمکی در صورت آژواسپرمی شامل: MESA, PESA, TESE, TESA

بخش فلوسایتومتری FLoW cytometry Department

پیشرو در ارائه ی خدمات تشخیص آسیب DNA اسپرم و ارزیابی ایمنی سلولی

♦ تست TUNEL:

- اندازه گیری شکست رشته های DNA اسپرم با دقت بسیار بالا
- امکان تحلیل همزمان سلول های زنده، اپوپتوتیک و نکروزیس

♦ تست SCSA:

- بررسی میزان حساسیت کروماتین اسپرم به دنا توراسیون اسیدی

♦ ارزیابی ایمنی سلولی:

- ارزیابی سلول های کشته ی طبیعی (NK Cells)
- کمک به تشخیص دلایل ایمونولوژیک ناباروری و انتخاب درمان های هدفمند

📍 شیراز . بلوار مطهری شمالی . بن بست ۳

☎ ۰۷۱-۳۶۲۷۵۵۱۱ 📠 ۰۷۱-۳۶۲۷۹۳۹۹

📍 Shiraz / motahari blvd / Deadend 3

☎ +98 71-36275511 📠 +98 71-36279399

🌐 www.dr.rostamifertilitycenter.com



دکتر سیروس رستمی

جراح و متخصص زنان و زایمان
فوق تخصص نازایی

■ لاپاراسکوپی ■ هیستروسکوپی ■ IVF



پیشرو در ارائه روش های نوین درمان ناباروری

📍 شیراز . بلوار مطهری شمالی . نبش کوچه ۱۸ . ساختمان مدیکال . طبقه چهارم

📞 ۰۷۱-۳۶۲۷۰۸۳۴ / ۰۷۱-۳۶۲۷۰۸۴۰ 🌐 www.shirazfertilitycenter.com

📍 Shiraz / motahari blvd/ 18 alley medical building/4th floor

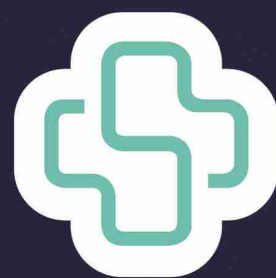
📞 +98 71-36270834 / +98 71-36270840 🌐 www.dr.rostamifertilitycenter.com

آزمایشگاه هدف

PATHOBIOLOGY LABORATORY

آزمایشگاه پاتوبیولوژی و مولکولار

شماره بهره برداری: ۳-۴۲۲۲۴۹



HADAF

هدف؛ همراه علمی پزشکان
همراه مطمئن بیماران

دکترها منجذب | دکتر مرزده نیکنام
متخصص پاتولوژی | متخصص پاتولوژی

| ارائه خدمات کامل |

- هیستوپاتولوژی و سیتولوژی • تست های مولکولی
- کلیه آزمایشات روتین و تخصصی بالینی

• نمونه گیری در منزل و محل کار



• طرف قرارداد با کلیه بیمه های پایه و تکمیلی



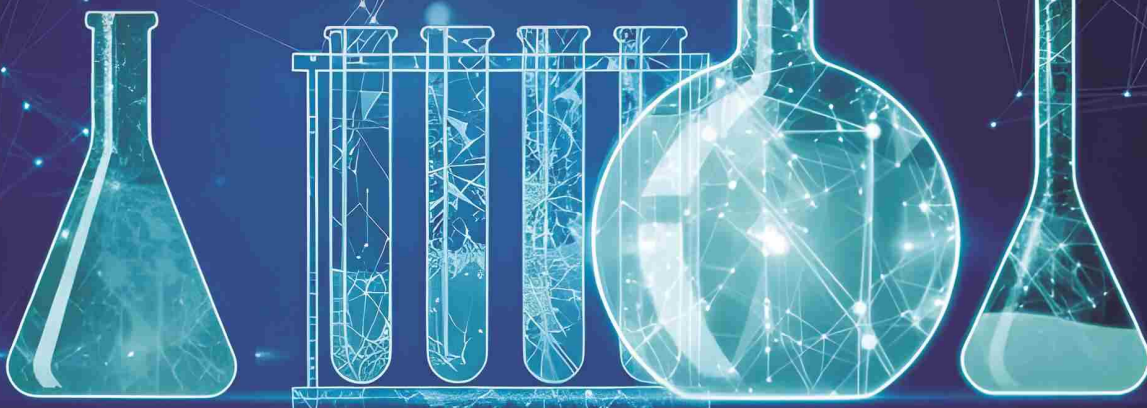
شنبه تا چهارشنبه: ۶ صبح الی ۱۰ شب
پنج شنبه: ۶ صبح الی ۷ بعد از ظهر

• شیراز. خیابان ملاصدرا. ابتدای خیابان خلیلی. نبش کوچه ۲

• ۰۷۱ - ۳۶۲۶ ۱۷۳۴ | ۰۹۱۷ ۷۴۹ ۰۵۹۲

• hadaflab.ir | hadaf.lab.shiraz

• Azmayeshgahhdf@gmail.com



صاحب امتیاز: سازمان نظام پزشکی شیراز
مدیر مسئول: دکتر محمود حقیقت
سر دبیر: دکتر مهرداد امیرآبادی
مدیر اجرایی: دکتر امید فاضل زاده
دبیر اجرایی: حسین دشتی
کارشناس مسئول: لیلا زمانی

هیئت تحریریه (به ترتیب حروف الفبا):
دکتر علی امامی، دکتر سیاوش باباجعفری، دکتر نسرين دانش،
دکتر امین رجا، دکتر قنبرعلی رئیس جلالی، دکتر سعید
نعمتی، مرضیه یوسفی نژاد، دکتر مانده حاجی آقایی، دکتر
محمدرضا نمازی، دکتر عباس یوسفی نژاد، دکتر محمد صادق
صفوت



مجری نشریه: کانون تبلیغات توسعه
(دارای مجوز رسمی به شماره ۸/۲۹۸۶۷)
از اداره کل فرهنگ و ارشاد اسلامی استان فارس

صاحب امتیاز کانون: راضیه شبیانی

قائم مقام مدیرمسئول و مدیر اجرایی کانون: حسین دشتی

امور پشتیبانی: مریم رنجبر

امور برنامه ریزی و اجرایی: حلیمه زارع

امور مالی: مهدیه کاظمی کیا، محبوبه دادگر، فاطمه فرزانه

امور آگهی ها: فرزانه زارع

امور هنری (طراحی و صفحه آرایي): فروغ فراغتی، مریم هادی پور،

محدثه رنجبر

نشانی کانون: شیراز، خیابان انقلاب اسلامی (مشیرفاطمی)

خیابان هدایت شرقی، جنب پارکینگ طبقاتی هدایت، پلاک ۱۳

طبقه دوم، واحد ۲۲

تلفکس: ۰۷۱ - ۹۱۰۱۰۷۹۰

ایمیل: toseejournals@gmail.com

پایگاه اینترنتی: www.TOSEEADS.com

تلفن تماس برای هماهنگی درج آگهی و مقاله ها در نشریه: ۰۹۱۷۵۶۷۹۳۸۶



یادداشت سردبیر

دکتر مهرداد امیرآبادی

روز پزشک و روز داروساز، دو مناسبت ارزشمند در تقویم حرفه‌ای نظام سلامت کشور، فرصتی مغتنم برای پاسداشت دانش، تعهد و مسئولیت‌پذیری زنان و مردانی است که سلامت جامعه را نه به عنوان یک شغل، بلکه به مثابه یک رسالت انسانی بر دوش کشیده‌اند. پزشکان و داروسازان ایران، در سال‌های اخیر، در سخت‌ترین شرایط اقتصادی، اجتماعی و حتی امنیتی، در کنار مردم ایستاده‌اند و اجازه نداده‌اند چراغ خدمت‌رسانی خاموش شود. با این حال، بزرگداشت واقعی این روزها، تنها در بیان جملات تقدیرآمیز خلاصه نمی‌شود. واقعیت آن است که هر دو قشر پزشک و داروساز با مشکلات صنفی انباشته‌ای روبه‌رو هستند که استمرار آن‌ها می‌تواند بنیان نظام سلامت را تضعیف کند. تأخیرهای طولانی در پرداخت مطالبات، تعرفه‌های غیرواقع‌بینانه، افزایش هزینه‌های سربار، فشارهای مالیاتی و بیمه‌ای، مداخلات غیرتخصصی در امور حرفه‌ای، و فرسودگی شغلی فزاینده، تنها بخشی از دغدغه‌های مشترک این دو گروه هستند. داروسازان، در خط مقدم تأمین دارو، با چالش کمبود نقدینگی، سیاست‌های ناپایدار ارزی و قیمت‌گذاری دست‌وپنجه نرم می‌کنند؛ پزشکان نیز با کاهش شأن حرفه‌ای، ناامنی شغلی و مهاجرت فزاینده همکاران مواجه‌اند. این مسائل نه تنها صنفی، بلکه ملی‌اند و بی‌توجهی به آن‌ها، سلامت عمومی را در معرض خطر قرار می‌دهد. انتظار می‌رود مسئولان ذی‌ربط، با نگاهی کارشناسانه، گفت‌وگویی صادقانه و تصمیماتی شجاعانه، در مسیر اصلاح ساختارها و حمایت عملی از فعالان نظام سلامت گام بردارند. سازمان نظام پزشکی و رسانه‌های صنفی نیز خود را متعهد می‌دانند که صدای مطالبات بحق پزشکان و داروسازان باشند. روز پزشک و روز داروساز گرمی باد؛ با امید به آینده‌ای که در آن، قدردانی از خدمت، در عمل معنا شود.

خواهشمند است گزارش‌ها و مقاله‌های خود را به صورت فایل (word) و با ذکر منبع به پست الکترونیکی زیر ارسال کنید.

nezampezeshkishiraz@yahoo.com

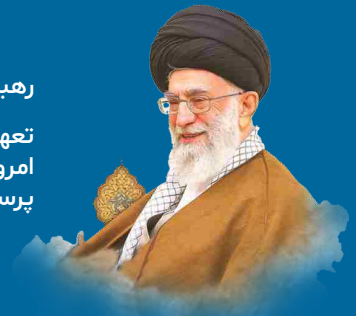
عکس‌های ارسالی تنها در صورت دارا بودن مشخصات زیر قابل استفاده خواهند بود.

Mode: CMYK

Resolution: 300 DPI

رهبر معظم انقلاب اسلامی:

تعهد انسانی و دینی مجموعه درمانی را امروز مشاهده می‌کنیم؛ کار پزشکان و پرستاران جهاد فی سبیل الله است.



فهرست

اخبار صنفی

- ۷ گزارش خلاصه عملکرد سازمان نظام پزشکی شیراز (تابستان و پاییز ۱۴۰۴)
- ۱۱ اخلاق، ستون فقرات طبابت - دومین سمینار اخلاق حرفه‌ای پزشکی در شیراز برگزار شد
- ۱۲ برخورد قانونی با دخالت افراد فاقد صلاحیت در امور پزشکی
- ۱۲ تجمع پزشکان خانواده فارس در اعتراض به مطالبات معوق
- ۱۳ پیگیری مطالبات پزشکان خانواده از سازمان‌های بیمه‌گر
- ۱۳ نشست مشترک برای مقابله با مداخلات غیرمجاز پزشکی در شیراز
- ۱۴ بازدید رئیس سازمان نظام پزشکی شیراز از مرکز خیریه دیالیز ابراهیمی در شهر صفا
- ۱۴ مراسم بزرگداشت روز پزشک و تقدیر از پزشکان نمونه‌ی کشوری و استانی
- ۲۳ افتتاح ساختمان جدید سازمان نظام پزشکی شیراز با حضور رئیس شورای عالی نظام پزشکی
- ۲۹ برگزاری نخستین نشست مشترک هیات مدیره با اعضای منتخب دوره‌ی نهم انتخابات نظام پزشکی شیراز
- ۳۰ اولین جلسه‌ی نهمین دوره‌ی هیات مدیره نظام پزشکی شیراز
- ۳۱ حضور معاون اجتماعی و امور مجلس سازمان نظام پزشکی در شیراز
- ۳۱ برگزاری کنگره‌ی احیا قلبی ریوی؛ وفاق ملی بی سابقه‌ای میان نهادهای متولی امر احیا

علمی و پژوهشی

- ۳۲ آگونیست‌های گیرنده پپتید ۱- شبه گلوکاگون - کاربردهای فراتر از دیابت و چاقی
- ۳۶ ارتباط دیابت بارداری با کاهش عملکرد شناختی در مادران و افزایش اختلالات رشد عصبی در کودکان
- ۳۸ آزمون بالینی
- ۳۸ بررسی نظام‌مند کاربردهای هوش مصنوعی در تشخیص سرطان پستان
- ۴۴ پزشکی شخصی: پارادایمی نوین در طبابت
- ۵۰ آیا پروتز سینه بر شیردهی تأثیر می‌گذارد؟
- ۵۲ پاسخ آزمون بالینی
- ۶۱ خشونت خانگی

فرهنگ و ادبی

- ۶۶ برگی از تاریخ پزشکی فارس
- ۶۸ نکته‌ها
- ۷۰ جملات ناب و تأثیرگذار بزرگان سینما و ادبیات جهان
- ۷۲ ما نباید مجبور باشیم از کوسه‌های دوره دستکاری جان سالم به در ببریم
- معرفی فیلم
- ۷۴ قهرمانان در حاشیه؛ تحلیل و معرفی فیلم سینمایی «شیفت آخر»
- ۷۶ «او را برگردان»
- ۷۷ «مادی گرا»
- ۷۸ «شوگان»
- ۷۹ آشنایی با مشاهیر علمی جهان
- ۸۰ معرفی کتاب «هرمنوتیک پزشکی و پدیدارشناسی سلامت»
- ۸۳ مناسبت‌های تخصصی سلامت - پاییز ۱۴۰۴



فایل pdf نشریه نظام پزشکی روی وبسایت رسمی سازمان نظام پزشکی شیراز به آدرس www.shirazimc.ir بارگذاری شده است. برای دریافت آن می‌توانید به منوی «نشریه سازمان» وارد شوید و فایل نشریه را دانلود کنید.

گزارش خلاصه عملکرد سازمان نظام پزشکی شیراز (تابستان و پاییز ۱۴۰۴)

فارس؛ در تاریخ ۱۴۰۴/۰۵/۰۸

۱۸ برگزاری کمیته مناقصه با نماینده افرا درب و نقاشی ساختمان؛ در تاریخ‌های ۱۴۰۴/۰۵/۱۴ و ۱۴۰۴/۰۵/۲۹

۱۹ برگزاری جلسه هیئت مدیره با تعداد ۶ مصوبه؛ در تاریخ ۱۴۰۴/۰۵/۱۵

۲۰ حضور نماینده سازمان در نشست هم‌اندیشی و هم‌افزایی اعضای کمیته فرهنگ‌سازی و اطلاع‌رسانی و مشارکت اجتماعی برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع؛ در تاریخ‌های ۱۴۰۴/۰۵/۱۵ و ۱۴۰۴/۰۵/۲۵

۲۱ جلسه ریاست سازمان با مدیریت شرکت ویستا پسماند؛ در تاریخ ۱۴۰۴/۰۵/۱۸

۲۲ برگزاری جلسه ریاست سازمان با اعضاء هیئت مدیره جمعیت مامایی درباره مشکلات آنها؛ در تاریخ ۱۴۰۴/۰۵/۱۸

۲۳ حضور نماینده سازمان در جلسه کمیسیون قانونی ماده ۲۰ امور داروخانه‌ها و توزیع؛ در تاریخ ۱۴۰۴/۰۵/۲۰

۲۴ برگزاری جلسه با مراکز درمانی و کلینیک‌ها در خصوص مطالبات شهرداری در زمینه تغییر کاربری با حضور اعضای هیئت مدیره؛ در تاریخ ۱۴۰۴/۰۵/۲۲

۲۵ جلسه ریاست و معاونت مالی-پشتیبانی سازمان با مدیر کل شعب بانک ملت استان؛ در تاریخ ۱۴۰۴/۰۵/۲۷

۲۶ برگزاری جلسه اضطراری هیئت مدیره جهت معرفی پزشک نمونه کشوری به نظام پزشکی کل کشور؛ در تاریخ ۱۴۰۴/۰۵/۲۷

۲۷ حضور نماینده سازمان در کمیته بهداشت و سلامت اجتماعی شورای اسلامی شیراز؛ در تاریخ ۱۴۰۴/۰۵/۲۷

۲۸ برگزاری جلسه در خصوص اجاره ساختمان سازمان واقع در فرهنگ شهر با حضور ریاست، معاونت مالی-پشتیبانی و مستاجر؛ در تاریخ ۱۴۰۴/۰۵/۲۹

۲۹ حضور نماینده سازمان در جلسه ستاد هماهنگی برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع؛ در تاریخ ۱۴۰۴/۰۵/۲۹

۳۰ حضور نمایندگان سازمان در جلسه شورای عالی؛ در تاریخ ۱۴۰۴/۰۵/۳۰

۳۱ برگزاری جلسه با عوامل ساخت و ساز پروژه ساختمانی باغ سازمان در خصوص پروژه ساختمانی باغ؛ در تاریخ‌های ۱۴۰۴/۰۶/۰۱ و ۱۴۰۴/۰۶/۰۶

۳۲ برگزاری کمیته روز پزشک با حضور مسئولین شرکت سیکاس مد به منظور پیشرفت امور و برنامه‌ریزی و هماهنگی؛ در تاریخ‌های ۱۴۰۴/۰۶/۰۳ و ۱۴۰۴/۰۶/۱۲ و ۱۴۰۴/۰۶/۱۶ و ۱۴۰۴/۰۶/۲۲ و ۱۴۰۴/۰۶/۲۶ و ۱۴۰۴/۰۶/۳۰

۵۱ برگزاری کمیته مناقصه در خصوص پروژه ساختمانی باغ سازمان؛ در تاریخ ۱۴۰۴/۰۴/۰۳

۵۲ برگزاری جلسه انجمن مامایی در محل سازمان نظام پزشکی شیراز؛ در تاریخ ۱۴۰۴/۰۴/۰۳

۵۳ برگزاری جلسه هیئت مدیره با ۵ مصوبه؛ در تاریخ ۱۴۰۴/۰۴/۰۴

۵۴ حضور نماینده سازمان در جلسه ستاد اجرایی پزشک خانواده شهری و نظام ارجاع؛ در تاریخ ۱۴۰۴/۰۴/۰۹

۵۵ برگزاری جلسه در خصوص میزان پیشرفت پروژه ساختمانی باغ سازمان؛ در تاریخ‌های ۱۴۰۴/۰۴/۱۱ و ۱۴۰۴/۰۴/۱۶ و ۱۴۰۴/۰۴/۱۷

۵۶ برگزاری جلسه کمیته خیرین؛ در تاریخ ۱۴۰۴/۰۴/۱۸

۵۷ برگزاری جلسه کمیته روز پزشک؛ در تاریخ‌های ۱۴۰۴/۰۴/۱۸ و ۱۴۰۴/۰۴/۲۳

۵۸ بازدید ریاست سازمان نظام پزشکی شیراز از مرکز خیریه دیالیز ابراهیمی در شهر صدا؛ در تاریخ ۱۴۰۴/۰۴/۲۳

۵۹ برگزاری جلسه کمیته تبلیغات با حضور نمایندگان سیما، منظر و فضای سبز، صدا و سیما، اداره ارشاد و فرهنگ اسلامی، معاون غذا و دارو، معاون درمان دانشگاه، پلیس فتا، معاون انتظامی، دادستان سازمان؛ در تاریخ ۱۴۰۴/۰۴/۲۴

۱۰ برگزاری جلسه کمیته پزشک خانواده؛ در تاریخ ۱۴۰۴/۰۴/۲۵

۱۱ برگزاری جلسه‌ای با موضوع برگزاری دومین سمینار اخلاق پزشکی؛ در تاریخ ۱۴۰۴/۰۴/۳۱

۱۲ برگزاری جلسه با عوامل ساخت و ساز پروژه ساختمانی باغ سازمان و بررسی میزان پیشرفت فعالیت‌های ساخت و ساز پروژه؛ در تاریخ‌های ۱۴۰۴/۰۵/۰۵، ۱۴۰۴/۰۵/۱۱ و ۱۴۰۴/۰۵/۱۵

۱۳ برگزاری کمیته روز پزشک با حضور مسئولین شرکت سیکاس مد جهت برنامه‌ریزی و هماهنگی؛ در تاریخ‌های ۱۴۰۴/۰۵/۰۷ و ۱۴۰۴/۰۵/۲۰ و ۱۴۰۴/۰۵/۲۵ و ۱۴۰۴/۰۵/۲۸

۱۴ جلسه بازرسین دادگستری با رئیس سازمان و دادستان به منظور بررسی اقدامات انجام شده در هیئت‌های انتظامی و شورای حل اختلاف؛ در تاریخ ۱۴۰۴/۰۵/۰۶

۱۵ جلسه مراقبین سلامت با رئیس سازمان به منظور بررسی مشکلات آنها؛ در تاریخ ۱۴۰۴/۰۵/۰۶

۱۶ برگزاری همایش یک روزه اخلاق پزشکی در محل جهاد دانشگاهی همراه با امتیاز بازآموزی؛ در تاریخ ۱۴۰۴/۰۵/۰۸

۱۷ حضور اعضای هیئت مدیره در کنگره انجمن صنفی دندانپزشکان

- ۳۳** برگزاری جلسه ریاست سازمان با مدیریت بیمارستان های میر و بعثت در خصوص مسائل پزشکان شاغل در بیمارستان ها؛ در تاریخ ۱۴۰۴/۰۶/۰۳
- ۳۴** برگزاری جلسه هیئت مدیره با ۶ مصوبه؛ در تاریخ ۱۴۰۴/۰۶/۰۵
- ۳۵** حضور نماینده سازمان در جلسه کمیته درمان و حمایت های اجتماعی استان؛ در تاریخ ۱۴۰۴/۰۶/۰۵
- ۳۶** حضور ریاست سازمان در جلسه شورای اداری استان؛ در تاریخ ۱۴۰۴/۰۶/۰۶
- ۳۷** برگزاری جلسه کمیته مناقصه مربوط به درب اتوماتیک، نرده، پرده و ... مربوط به ساخت و ساز پروژه ساختمانی باغ سازمان؛ در تاریخ ۱۴۰۴/۰۶/۱۲
- ۳۸** شروع برنامه تکمیل و تنظیم اظهارنامه مالیاتی جامعه پزشکی؛ از تاریخ ۱۴۰۴/۰۶/۳۱ لغایت ۱۴۰۴/۰۶/۱۵
- ۳۹** حضور نماینده سازمان در جلسه ای در خصوص همایش ها و کنفرانس های آموزشی مربوط به پزشکان عمومی؛ در تاریخ ۱۴۰۴/۰۶/۲۳
- ۴۰** برگزاری جلسه ریاست سازمان با ریاست دانشگاه در خصوص بررسی تعرفه ها براساس نامه شماره ۳۲۸۵ در تاریخ های ۱۴۰۴/۰۶/۲۳ و ۱۴۰۴/۰۶/۲۴
- ۴۱** حضور نماینده سازمان در جلسه ستاد اجرایی استانی برنامه پزشک خانواده شهری؛ در تاریخ ۱۴۰۴/۰۶/۲۵
- ۴۲** برگزاری جلسه اعضای هیئت مدیره با رؤسای بیمه سلامت و تأمین اجتماعی درباره مشکلات بیمه ای جامعه پزشکی؛ در تاریخ ۱۴۰۴/۰۶/۲۶
- ۴۳** حضور نماینده سازمان در کمیته بهداشت و سلامت اجتماعی شورای اسلامی شیراز در خصوص بررسی آخرین وضعیت پسماندهای عفونی؛ در تاریخ ۱۴۰۴/۰۶/۳۰
- ۴۴** برگزاری جلسه هیئت مدیره با دادستان شیراز درباره مشکلات جامعه پزشکی؛ در تاریخ ۱۴۰۴/۰۶/۳۱
- ۴۵** برگزاری جلسه کمیته روز پزشک؛ در تاریخ ۱۴۰۴/۰۷/۰۱
- ۴۶** برگزاری جلسه هیئت مدیره؛ در تاریخ ۱۴۰۴/۰۷/۰۲
- ۴۷** برگزاری جلسه معاونت پشتیبانی سازمان با کارکنان در خصوص هماهنگی های لازم جهت برگزاری مراسم روز پزشک؛ در تاریخ ۱۴۰۴/۰۷/۰۳
- ۴۸** برگزاری مراسم روز پزشک در باغ عفیف آباد، همراه با اهدای هدایا و لوح تقدیر به افراد نمونه معرفی شده از سوی انجمن های تخصصی پزشکی؛ در تاریخ ۱۴۰۴/۰۷/۰۳
- ۴۹** حضور نماینده سازمان در جلسه کارگروه مدیریت پسماند شهرستان ها؛ در تاریخ ۱۴۰۴/۰۷/۰۶
- ۵۰** برگزاری جلسه اضطراری هیئت مدیره با موضوع ساخت و ساز و جابه جایی از ساختمان فرهنگ شهر به ساختمان جدید؛ در تاریخ ۱۴۰۴/۰۷/۰۷
- ۵۱** حضور نماینده سازمان در جلسه کمیسیون تعزیرات؛ در تاریخ ۱۴۰۴/۰۷/۱۳
- ۵۲** حضور نماینده سازمان در جلسه ستاد اجرایی استانی برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع؛ در تاریخ ۱۴۰۴/۰۷/۱۴
- ۵۳** انجام فرآیند نقل و انتقال به ساختمان جدید سازمان؛ از تاریخ ۱۴۰۴/۰۷/۱۵ لغایت ۱۴۰۴/۰۷/۲۰
- ۵۴** برگزاری جلسه هیئت مدیره؛ در تاریخ ۱۴۰۴/۰۷/۲۱
- ۵۵** حضور نماینده سازمان در جلسه کمیسیون قانونی ماده ۲۰ امور داروخانه ها و توزیع؛ در تاریخ ۱۴۰۴/۰۷/۲۲
- ۵۶** برگزاری مراسم افتتاحیه ساختمان جدید سازمان با حضور مسئولین استانی، نمایندگان سازمان نظام پزشکی کشور، اعضای شورای عالی و رؤسای انجمن ها و بیمارستان ها؛ در تاریخ ۱۴۰۴/۰۷/۲۳
- ۵۷** برگزاری نهمین دوره انتخابات سازمان نظام پزشکی؛ در تاریخ ۱۴۰۴/۰۷/۲۵
- ۵۸** برگزاری جلسه کمیته مناقصه در خصوص امور کافی نت و بیمه؛ در تاریخ ۱۴۰۴/۰۷/۳۰
- ۵۹** حضور نمایندگان سازمان در جلسه شورای عالی سازمان نظام پزشکی کشور؛ در تاریخ ۱۴۰۴/۰۸/۰۱
- ۶۰** برگزاری جلسه تعامل و هماهنگی هیئت های مدیره دوره هشتم و نهم؛ در تاریخ ۱۴۰۴/۰۸/۰۳
- ۶۱** برگزاری جلسه کمیته مناقصه در خصوص انتخاب حسابدار جدید؛ در تاریخ ۱۴۰۴/۰۸/۰۵
- ۶۲** حضور نماینده سازمان در جلسه تبادل نظر و برنامه ریزی هفته پژوهش و ارتقای بهره وری؛ در تاریخ ۱۴۰۴/۰۸/۱۴
- ۶۳** حضور نماینده سازمان در جلسه کمیسیون تعزیرات؛ در تاریخ ۱۴۰۴/۰۸/۱۷
- ۶۴** برگزاری جلسه هیئت مدیره در خصوص پیگیری پیشرفت امور ساختمان و پیمانکاران؛ در تاریخ ۱۴۰۴/۰۸/۲۰
- ۶۵** حضور نماینده سازمان در جلسه کمیسیون قانونی ماده ۲۰ امور داروخانه ها و توزیع؛ در تاریخ ۱۴۰۴/۰۸/۲۰
- ۶۶** برگزاری مراسم ختم مرحوم آقای دکتر افشین پور، از اعضای هیئت مدیره دوره قبل؛ در تاریخ ۱۴۰۴/۰۸/۲۰
- ۶۷** برگزاری مراسم تودیع و معارفه هیئت مدیره دوره هشتم و نهم سازمان نظام پزشکی شیراز با حضور هیئت های نظارت و اجرایی انتخابات؛ در تاریخ ۱۴۰۴/۰۸/۲۱
- ۶۸** برگزاری اولین جلسه هیئت مدیره دوره جدید؛ در تاریخ ۱۴۰۴/۰۸/۲۸
- ۶۹** حضور نماینده سازمان در جلسه کمیته درمان و حمایت های اجتماعی استان؛ در تاریخ ۱۴۰۴/۰۸/۲۸
- ۷۰** برگزاری جلسه با اعضای مجمع عمومی استان فارس؛ در تاریخ ۱۴۰۴/۰۸/۳۰

۷۸ حضور نماینده سازمان در جلسات قرارگاه نظارت بر سلامت؛ در تاریخ‌های ۱۴۰۴/۰۹/۲۴ و ۱۴۰۴/۰۹/۲۳، ۱۴۰۴/۰۹/۱۷

۷۹ حضور نماینده سازمان در جلسه کمیسیون ماده ۱۱ تعزیرات؛ در تاریخ ۱۴۰۴/۰۹/۱۷

۸۰ حضور نماینده سازمان در جلسه کمیته درمان و حمایت‌های اجتماعی استان؛ در تاریخ ۱۴۰۴/۰۹/۱۸

۸۱ حضور معاونت پارلمانی سازمان نظام پزشکی کشور در سازمان و برگزاری نشست با رئیس و جمعی از اعضای هیئت مدیره؛ در تاریخ ۱۴۰۴/۰۹/۱۹

۸۲ حضور نماینده سازمان در جلسه کمیسیون قانونی ماده ۲۰ امور داروخانه‌ها و توزیع؛ در تاریخ ۱۴۰۴/۰۹/۲۵

۸۳ حضور نماینده سازمان در جلسه مدیریت اصولی پسماندهای پزشکی مراکز درمانی؛ در تاریخ ۱۴۰۴/۰۹/۲۹

۷۱ برگزاری مراسم شهادت حضرت فاطمه زهرا (س) در مسجد امام حسن مجتبی (ع)؛ در تاریخ ۱۴۰۴/۰۹/۰۳

۷۲ برگزاری جلسه در خصوص پیگیری پیشرفت امور پیمانکاران طرف قرارداد ساختمان جدید؛ در تاریخ ۱۴۰۴/۰۹/۰۵

۷۳ حضور نمایندگان سازمان در جلسه مجمع عمومی کشور؛ در تاریخ ۱۴۰۴/۰۹/۰۷

۷۴ حضور نماینده سازمان در جشنواره تجلیل از برگزیدگان پژوهش و فناوری استان؛ در تاریخ ۱۴۰۴/۰۹/۰۹

۷۵ برگزاری جلسه کمیته خیرین؛ در تاریخ ۱۴۰۴/۰۹/۱۱

۷۶ برگزاری جلسه هیئت مدیره با موضوع بررسی مکاتبات و مصوبات؛ در تاریخ ۱۴۰۴/۰۹/۱۲

۷۷ برگزاری جلسه اضطراری هیئت مدیره پیرامون نحوه انتخاب کمیسیون‌ها و بررسی سایر مشکلات جامعه پزشکی؛ در تاریخ ۱۴۰۴/۰۹/۱۶





اخلاق، ستون فقرات طبابت دومین سمینار اخلاق حرفه‌ای پزشکی در شیراز برگزار شد

سخنرانی خود به این مطلب اذعان داشت که ناآگاهی نسبت به مسئولیت‌های قانونی از دلایل عمده شکایات است. وی گفت: رعایت اصول اخلاقی، فقهی و قانونی از مهم‌ترین راه‌های پیشگیری از بروز چالش‌های حقوقی در پزشکی است. در بخش دیگری از این مراسم، دکتر مهر داد امیرآبادی، دبیر کمیسیون اخلاق سازمان نظام پزشکی شیراز، با اشاره به اینکه آمار تخلفات پزشکی نسبت به حجم بالای خدمات، بسیار اندک است، گفت: بسیاری از این موارد با گفت‌وگو و جبران قابل حل هستند. پزشکان در صورتی عملکرد بهتری خواهند داشت که در آرامش روانی و اقتصادی به سر ببرند. دکتر سعید شاقاسمی، معاون انتظامی سازمان نظام پزشکی شیراز، ضمن ارائه تحلیلی آماری از روند رسیدگی به شکایات اخلاقی، بر اهمیت آموزش حقوق حرفه‌ای، مستندسازی دقیق و مهارت‌های ارتباطی پزشکان تأکید کرد. دکتر محمدصادق صفوت، دادستان سازمان نظام پزشکی شیراز نیز با اشاره به موضوع رازداری به عنوان یکی از اصول بنیادین رابطه پزشک و بیمار، اظهار داشت: بی‌توجهی به حفظ حریم خصوصی، از دلایل اصلی شکایات اخلاقی است. آموزش مداوم و رعایت دقیق حقوق بیماران باید همواره در اولویت قرار گیرد. این رویداد که با مشارکت نهادهای دانشگاهی و سازمان نظام پزشکی شیراز برگزار شد، محلی برای ارتقای بینش اخلاقی و بازنگری در رویکردهای حرفه‌ای جامعه پزشکی فراهم ساخت. موضوعاتی چون سلامت روان و اخلاق حرفه‌ای، مروری بر راهنمای عمومی اخلاق پزشکی، اخلاق پزشکی در فضای مجازی و اخلاق از دیدگاه سعدی شیرازی از محورهای بحث در این گردهمایی بود. در پایان این سمینار، اعضای کمیسیون اخلاق حرفه‌ای سازمان نظام پزشکی شیراز با اهدای لوح، تقدیر شد.

به گزارش روابط عمومی نظام پزشکی شیراز، لیلا زمانی: دومین سمینار تخصصی «اخلاق حرفه‌ای پزشکی و آموزه‌های قانونی» با حضور جمعی از مسئولان، اساتید دانشگاه، پزشکان و فعالان حوزه سلامت در شیراز برگزار شد. این رویداد با هدف تبیین جایگاه اخلاق در حرفه پزشکی، بررسی ابعاد قانونی مسئولیت‌های شغلی و ترویج فرهنگ پاسخ‌گویی و اعتمادسازی، فرصتی برای گفت‌وگوی تخصصی پیرامون چالش‌های اخلاقی و حقوقی این حوزه فراهم کرد. در ابتدای مراسم، دکتر محمدرضا دیدبان، رئیس سازمان نظام پزشکی شیراز، با تأکید بر جایگاه تاریخی و اخلاق محور حرفه پزشکی گفت: ما محرم اسرار مردم هستیم و این مسئولیت، تنها با تعهد اخلاقی قابل تحقق است. وی اصول چهارگانه اخلاق پزشکی - سودمندی، ضرر نرساندن، خودمختاری و عدالت - را پایه‌های تصمیم‌گیری صحیح پزشکی دانست و افزود: رابطه پزشک و بیمار، بدون ستون اخلاق، معنایی ندارد. در ادامه، حجت‌الاسلام والمسلمین سید صدرالله رجایی نسب، رئیس کل دادگستری استان فارس، با نگاهی معنوی به حرفه پزشکی اظهار داشت: پزشکی، عشق است نه کسب‌وکار. اگر نگاه صرفاً سودمحور بر این حرفه حاکم شود، اخلاق از آن رخت برمی‌بندد. او اخلاق را مهم‌ترین عامل در پیشگیری از شکایات دانست و بر خدمت به بیمار با نیت الهی تأکید کرد. دکتر سید بصیر هاشمی، رئیس دانشگاه علوم پزشکی شیراز نیز در این مراسم با تأکید بر اینکه اعتماد عمومی به جامعه پزشکی ریشه در پایبندی به اصول اخلاقی دارد، گفت: «حل مشکلات پزشکان باید با گفت‌وگو و همراهی صورت گیرد، نه با انگ تخلف. تورم شدید و افزایش ناچیز تعرفه‌ها تعادل را بر هم زده است و نیازمند توازنی میان حقوق بیماران و پزشکان هستیم. دکتر علیرضا درودچی، رئیس پزشکی قانونی فارس از دیگر سخنرانان این مراسم بود که در



برخورد قانونی با دخالت افراد فاقد صلاحیت در امور پزشکی



به گزارش روابط عمومی نظام پزشکی شیراز، لیلا زمانی: در نشست مشترک مسئولان قضایی، انتظامی و شهری با حضور سازمان نظام پزشکی شیراز، راهکارهای مقابله با دخالت افراد فاقد صلاحیت در امور پزشکی بررسی شد و مقرر گردید با متخلفان به صورت قاطع و قانونی برخورد شود. این جلسه با حضور رئیس سازمان نظام پزشکی شیراز، معاونت و دادستان انتظامی سازمان، معاون دادستان مرکز استان فارس در امور فضای مجازی، معاونت های درمان و غذا و داروی دانشگاه، شهردار شیراز، مدیر کل اطلاعات استان، رئیس پلیس اطلاعات نیروی انتظامی و پلیس فتا برگزار شد.

در این نشست، موضوع دخالت افراد فاقد صلاحیت در امور پزشکی مورد بررسی قرار گرفت. حاضران بر لزوم صیانت از سلامت مردم و مقابله با اقدامات غیرقانونی تأکید کردند.

در پایان جلسه مقرر شد با افراد فاقد مجوز و غیرمتخصصی که در حوزه پزشکی فعالیت می کنند، به صورت قاطع و با برخورد شدید قانونی عمل شود.

تجمع پزشکان خانواده فارس در اعتراض به مطالبات معوق

وجود آمده است که سلامت جامعه را به مخاطره انداخته و تاب آوری ارائه دهندگان خدمت را به حداقل رسانده است. بر این اساس، ما پزشکان خانواده استان فارس در جهت صیانت از منافع ملی و حفظ بقای پایگاه های سلامت، خواستار اجرای فوری اقدامات زیر هستیم:

۱ تشکیل کارگروه های وعده داده شده در جلسات مشترک نمایندگان پزشکان خانواده با مدیران محترم وزارت بهداشت و استانداری فارس.

۲ تخصیص ردیف بودجه پایدار و مشخص برای اجرای برنامه پزشک خانواده در استان های فارس و مازندران و پرداخت منظم و به موقع مطالبات پایگاه ها به صورت تفکیک شده از سایر مراکز طرف قرارداد.

۳ پرداخت فوری مطالبات معوقه پایگاه های پزشک خانواده توسط سازمان تأمین اجتماعی. تجدید نظر در بخشنامه های مربوط به پزشک خانواده در سال اخیر مبنی بر کاهش سرانه پزشکان خانواده شهری دولتی و بخشنامه ۱۴۰۴/۲/۱۷.

ما پزشکان خانواده فارس، ضمن قدردانی از تلاش های صادقانه دلسوزان نظام سلامت، اعلام می داریم که بی توجهی به حقوق مسلم پزشکان خانواده و تداوم مشکلات موجود در اجرای این برنامه، خساراتی جبران ناپذیر برای سلامت جامعه و آینده نظام سلامت کشور در پی خواهد داشت. بدیهی است در صورت عدم تحقق خواسته های فوق، انجمن پزشکان عمومی استان فارس حق خود را برای پیگیری های بعدی و اقدامات قانونی و صنفی محفوظ می دارد.

« انجمن پزشکان عمومی استان فارس »

به گزارش روابط عمومی سازمان نظام پزشکی شیراز، لیلا زمانی: جمعی از پزشکان خانواده استان فارس به منظور پیگیری مطالبات معوق خود، در مقابل استانداری تجمع کردند. بر اساس این گزارش تجمع همکاران پزشک خانواده با هدف پیگیری مطالبات به حق آنان از سازمان های بیمه گر به صورت مسالمت آمیز برگزار شد. در این گزارش تأکید شده است که پزشکان خانواده ضمن برگزاری این تجمع، خواستار توجه جدی تر به وضعیت معیشتی و تسریع در پرداخت مطالبات معوق خود شدند. بیانیه پزشکان خانواده در این تجمع به شرح زیر است:

باسمه تعالی

مردم شریف ایران، مسئولان محترم کشور

با استعانت از خداوند متعال و با گرمی داشت یاد و مقام شامخ شهدای میهن، به ویژه شهدای جنگ ۱۲ روزه، ما پزشکان خانواده استان فارس در راستای تحقق منویات مقام معظم رهبری در حوزه عدالت در سلامت، ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی، تقویت اقدامات پیشگیرانه و دستیابی به خودکفایی در عرصه سلامت، از سال ۱۳۹۱ تاکنون در چارچوب برنامه پزشک خانواده مبتنی بر نظام ارجاع همراه نظام سلامت بوده ایم. علی رغم نقدها و مشکلات جدی، همواره با امید به اصلاح و بهبود، در مسیر اجرای این طرح ملی گام برداشته ایم. با این حال، امروز و پس از گذشت ۱۳ سال، به دلیل فقدان اعتبارات پایدار، نبود برنامه منسجم ستادی، وابستگی پایگاه های پزشک خانواده شهری به پرداخت های سازمان تأمین اجتماعی و تحمیل کلیه هزینه های پرسنلی و جاری بر دوش پزشکان، شرایطی به

پیگیری مطالبات پزشکان خانواده از سازمان های بیمه گر

در مانگاه ها به بیمه کردن دندانپزشکان شاغل - به ویژه آن دسته که تنها چند روز در هفته در در مانگاه حضور دارند - و نیز عدم دسترسی ماماها، شاغل در بخش خصوصی به سامانه نسخه نویسی الکترونیک مورد بررسی و بحث قرار گرفت. در پایان، نمایندگان سازمان های بیمه گر ضمن تأکید بر پیگیری مستمر این مطالبات از مجاری قانونی، توضیح دادند که فرآیند دریافت و انتقال مطالبات از تهران بسته به شرایط می تواند از نیم ساعت تا چندین روز زمان بر باشد. همچنین در خصوص مشکلات زیرساختی سامانه «سیب»، یادآور شدند که این سامانه تحت مدیریت وزارت بهداشت و معاونت در مان دانشگاه قرار دارد و سازمان های بیمه گر دسترسی مستقیم به آن ندارند.

همچنین در خصوص نسخه نویسی الکترونیک توسط ماماها، نمایندگان سازمان بیمه گر اعلام کردند که انعقاد قرارداد مستقیم با ماماها، در حضور پزشکان خانواده امکان پذیر نیست. با این حال تأکید شد که ماماها، شاغل در بخش خصوصی می توانند با ارائه کدهای تعریف شده به سازمان های بیمه گر و اخذ نام کاربری و رمز عبور، نسبت به انجام نسخه نویسی الکترونیک اقدام کنند.

به گزارش روابط عمومی نظام پزشکی شیراز، لیلا زمانی: نشست هم اندیشی با حضور نمایندگان سازمان های بیمه گر تأمین اجتماعی و بیمه سلامت، در محل سازمان نظام پزشکی شیراز برگزار شد. موضوع اصلی این نشست، بررسی و پیگیری مطالبات پزشکان خانواده بود.

در ابتدای جلسه، دکتر محمدرضا دیدبان، رئیس سازمان نظام پزشکی شیراز، با اشاره به مشکلات موجود میان جامعه پزشکی و سازمان های بیمه گر به ویژه سازمان تأمین اجتماعی، توضیحاتی درباره مطالبات پزشکان خانواده و معوقات پرداختی از سوی بیمه ها ارائه کرد. وی تأکید کرد: تداوم این مشکلات و فشارهای ناشی از آن بر جامعه پزشکی، می تواند تهدیدی جدی برای سلامت عمومی جامعه باشد. دکتر دیدبان خواستار همکاری و همراهی بیشتر سازمان های بیمه گر برای رفع این موانع شد تا از بروز پیامدهای ناخواسته جلوگیری شود. در ادامه، موضوعاتی همچون عدم تأمین مالی طرح پزشکان خانواده، تأخیر در پرداخت مطالبات جامعه پزشکی به ویژه پزشکان خانواده، مشکلات جابه جایی جمعیت برای پزشکان خانواده، سامانه استحقاق سنجی، اعتبار سنجی سامانه «سیب»، الزام



نشست مشترک مقابله با مداخلات غیر مجاز پزشکی



به گزارش روابط عمومی نظام پزشکی شیراز، لیلا زمانی: جلسه ای با هدف بررسی معضلات ناشی از مداخلات غیر مجاز در حوزه سلامت و درمان، با حضور رئیس سازمان نظام پزشکی شیراز، فرمانده پلیس فتا استان فارس و دادستان سازمان برگزار شد. در این نشست، موضوع ورود افراد فاقد صلاحیت حرفه ای - از جمله برخی آرایشگران و فعالان حوزه زیبایی - به عرصه های پزشکی و درمانی مورد بررسی قرار گرفت. رئیس سازمان نظام پزشکی شیراز با اشاره به تبعات سوء این اقدامات، بر لزوم برخورد قانونی و تشدید نظارت ها به منظور صیانت از سلامت شهروندان تأکید کرد. در ادامه، دکتر محمدصادق صفوت، دادستان انتظامی سازمان نظام پزشکی نیز با ارائه گزارشی از روند اقدامات انجام شده در واحد انتظامی سازمان، به تشریح فرآیند شناسایی، مستندسازی و ارجاع موارد تخلف به مراجع ذی صلاح پرداخت و بر ضرورت تداوم این روند در چارچوب قوانین و مقررات تأکید کرد. فرمانده پلیس فتا استان فارس نیز ضمن اعلام آمادگی برای همکاری، بر پیگیری قانونی این تخلفات در فضای مجازی و حقیقی و حمایت از امنیت حرفه ای جامعه پزشکی تأکید کرد.

بازدید رئیس سازمان نظام پزشکی شیراز از مرکز خیریه دیالیز ابراهیمی در شهر صدر



به گزارش روابط عمومی نظام پزشکی شیراز، لیلا زمانی: دکتر محمدرضا دیدبان اردکانی، رئیس سازمان نظام پزشکی شیراز، با حضور در مرکز خیریه دیالیز ابراهیمی در شهر صدر، از نزدیک در جریان روند خدمات رسانی این مجموعه به بیماران قرار گرفت. این مرکز خیریه، با هدف حمایت از بیماران کلیوی نیازمند، روزانه خدمات دیالیز را به ۸۰ بیمار دیالیزی ارائه می‌دهد. خدمات ارائه شده در این مرکز شامل سرویس رفت و برگشت رایگان، تأمین وعده غذایی مناسب و با کیفیت و ارائه خدمات درمانی مستمر و تخصصی است. ریاست سازمان در جریان این بازدید ضمن گفت‌وگو با کارکنان درمانی و مسئولین مرکز، از زحمات بی‌وقفه آنان در ارائه خدمات انسانی و تخصصی به بیماران قدردانی و تشکر به عمل آورد. وی همچنین این مرکز را الگوی موفق از مشارکت خیرین در حوزه سلامت دانست و بر لزوم حمایت بیشتر، از چنین نهادهایی تأکید کرد.

مراسم بزرگداشت روز پزشک و تقدیر از پزشکان نمونه کشوری و استانی

که این پروژه، در آینده نزدیک به بهره‌برداری رسد. وی در پایان سخنان خود، از اعضای هیئت مدیره و رؤسای انجمن‌های علمی پزشکی به دلیل پیگیری دغدغه‌های صنفی جامعه پزشکی، قدردانی کرد. در ادامه مراسم، دکتر محمد رئیس‌زاده، رئیس کل سازمان نظام پزشکی کشور، ضمن تجلیل از خدمات ارزشمند جامعه پزشکی استان فارس و تأکید بر پیش‌تاز بودن سازمان نظام پزشکی شیراز در برگزاری چنین جشن باشکوهی، از تلاش‌های هیئت‌مدیره نظام پزشکی شیراز و نمایندگان نظام پزشکی فارس در شورای عالی، قدردانی کرد.

وی شیراز را مرکز تلاقی وجوه عالی تمدن بشری دانست و افزود: این شهر در عرصه‌های گوناگون سرآمد و تمدن‌ساز بوده و با برخورداری از فرهنگی غنی و پزشکان نخبه، نقشی بنیادین در شکل‌گیری مفاهیم اصلی پزشکی در جهان ایفا کرده است. دکتر رئیس‌زاده با تقدیر از چهره‌های برجسته پزشکی شیراز، تأکید کرد: ظلم به پزشکان، ظلم به سلامت جامعه است. تعامل با این قشر فرهیخته باید با حکمت، درایت و احترام همراه باشد، چرا که سلامت اجتماعی جامعه در گروی سلامت روح و روان پزشکان است. وی همچنین افزایش ظرفیت پزشکی را ظلمی تاریخی به بدنه پزشکی کشور دانست و بر لزوم استقلال نظام پزشکی از دولت‌ها و تعامل

به گزارش روابط عمومی نظام پزشکی شیراز، لیلا زمانی: مراسم بزرگداشت روز پزشک با حضور جمعی از مسئولان ملی و استانی در باغ تاریخی عقیق‌آباد شیراز برگزار شد. در این مراسم، دکتر محمدرضا دیدبان، رئیس سازمان نظام پزشکی شیراز، ضمن خوش‌آمدگویی و قدردانی از تلاش‌های دکتر رئیس‌زاده، رئیس کل سازمان نظام پزشکی کشور، در حفظ جایگاه و پیگیری مطالبات جامعه پزشکی، به برخی از چالش‌های مهم این حوزه اشاره کرد. وی از جمله این مشکلات را افزایش ظرفیت پذیرش دانشجویان رشته پزشکی، خودکشی برخی از همکاران، عدم پرداخت مطالبات پزشکان به ویژه چالش‌ها و پیامدهای نامطلوب ناشی از تأخیر ۵ ماهه پرداخت سرانه بر زندگی همکاران مظلوم پزشک خانواده و مراکز خصوصی مانند داروخانه‌ها از سوی سازمان‌های بیمه‌گر به ویژه سازمان تأمین اجتماعی، و بی‌مهری برخی نهادها به جامعه پزشکی عنوان کرد و هشدار داد که تداوم این وضعیت می‌تواند سلامت عمومی جامعه را تهدید کند.

دکتر دیدبان در ادامه، ضمن اشاره به تلاش‌های هیئت مدیره هشتم نظام پزشکی شیراز در ساخت ساختمان جدید سازمان، از تمامی دست‌اندرکاران این پروژه تقدیر کرد. وی همچنین از تشکیل هیئت مدیره تعاونی مسکن پزشکان، خرید زمین و آغاز ساخت مجتمع مسکونی پزشکان خبر داد و ابراز امیدواری کرد

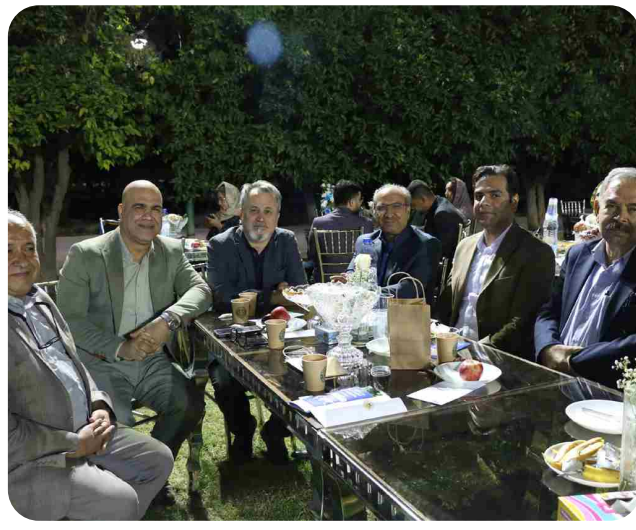
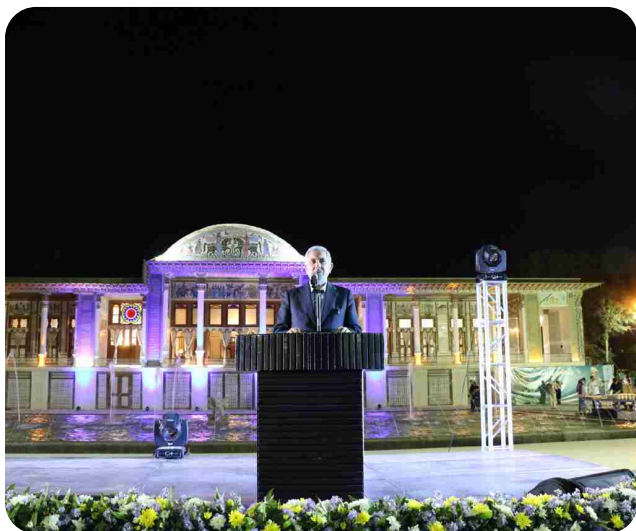
سپس دکتر سید اسماعیل حسینی، نماینده مردم شیراز در مجلس شورای اسلامی، با تأکید بر نقش حیاتی جامعه پزشکی در سلامت مردم، ضمن قدردانی از تلاش‌های پزشکان، قول داد مشکلات این قشر، به‌ویژه در زمینه پرداخت‌های بیمه‌ها را از مسیرهای قانونی، پیگیری کند. در ادامه مراسم، از اعضای هیئت تحریریه سازمان: دکتر مهرداد امیرآبادی، دکتر علی امامی، دکتر سیاوش بابا جعفری، دکتر نسرین دانش، دکتر امین رجا، دکتر قنبر علی رئیس جلالی، دکتر محمدصادق صفوت، دکتر امید فاضل‌زاده، دکتر سعید نعمتی، دکتر محمدرضا نمازی، دکتر عباس یوسفی‌نژاد، مرضیه یوسفی‌نژاد و دکتر مائده حاجی‌آقای به پاس زحمات و تلاش‌های ارزشمندشان در مسیر انتشار و ارتقای نشریه نظام پزشکی شیراز تقدیر شد.

همچنین در پایان مراسم، از پزشکان نمونه استانی و کشوری با اهدای لوح سپاس و یادبود تقدیر به‌عمل آمد.

هوشمندانه با حاکمیت، تأکید کرد.

در ادامه مراسم، دکتر محمد حسن اسدی، شهردار کلان‌شهر شیراز، ضمن گرامیداشت یاد شهدای مدافع سلامت و هفته دفاع مقدس، از تعامل سازنده شهرداری با سازمان نظام پزشکی و جامعه پزشکان سخن گفت. وی با اشاره به جایگاه ویژه شیراز به‌عنوان قطب پزشکی کشور، بر توسعه فضاهای درمانی و ارتقای کیفیت خدمات تأکید کرد.

در ادامه، دکتر سیدبصیر هاشمی، رئیس دانشگاه علوم پزشکی شیراز، بر گزاری نشست‌های هم‌اندیشی برای کاهش دغدغه‌های پزشکان و رفع چالش‌های صنفی آنان را از اقدامات مهم دانشگاه دانست و نقش مؤثر انجمن‌های تخصصی و سازمان نظام پزشکی را در ارتقای کیفیت خدمات سلامت کشور برجسته کرد. وی افزود: تجربه‌ها و ایده‌های موفق اجراشده در استان فارس و شهر شیراز می‌تواند الگویی ملی برای سایر استان‌ها باشد.



پزشکان نمونه کشوری

نام و نام خانوادگی	تخصص
دکتر الهام افلاکی	فوق تخصص بیماری‌های روماتولوژی
دکتر مهدی صالحی‌پور	متخصص اورولوژی
دکتر سید علیرضا مصباحی	فولوشیپ جراحی پلاستیک صورت
دکتر فاطمه نری میسا	دکترای حرفه‌ای پزشکی
دکتر روح انگیز غریب جرسقانی	دکترای حرفه‌ای پزشکی
دکتر احد عسکری ده شیبی	دکترای حرفه‌ای پزشکی
دکتر مسعود حسین‌زاده	متخصص آسیب‌شناسی
دکتر نوید ناصری	متخصص ارتودنسی
دکتر مجید تذروی فرد شیرازی	دکترای حرفه‌ای داروسازی
بهیه حنیف‌پور	کارشناس مامایی
دکتر علیرضا متاله	دکترای تخصصی فیزیوتراپی

پزشکان نمونه استانی

نام و نام خانوادگی	نام انجمن
دکتر شهرزاد نگهبان	انجمن آسیب‌شناسی ایران - شاخه فارس
دکتر نیکا نیک‌نژاد	انجمن راینولوژی ایران - شاخه فارس

نام و نام خانوادگی	نام انجمن
دکتر مهسا ناصری	انجمن متخصصان بیماری‌های پوست فارس
دکتر سعیده شنونده	انجمن متخصصان بیماری‌های داخلی فارس
دکتر بهیه نام‌آور جهرمی	انجمن متخصصان بیماری‌های زنان و زایمان فارس
دکتر اورانوس داسمه	انجمن متخصصان جراحی پلاستیک فارس
دکتر ایمان ایزدپناه	انجمن صنفی کارفرمایی دندان‌پزشکان فارس
دکتر قاسم محمدی نعمت آباد	انجمن پزشکان عمومی شیراز
دکتر بهرام رستگار	انجمن داروسازان ایران - شعبه فارس
دکتر علیرضا ژبانی سیرت	انجمن دکترای علوم آزمایشگاهی تشخیص طبی ایران - شاخه فارس
دکتر جواد علیایی	انجمن دندان‌پزشکان عمومی ایران - شعبه فارس
دکتر شهرام همدانی	جامعه‌ی دندان پزشکی ایران - شعبه فارس
دکتر علیرضا ملکیان نائینی	انجمن روان‌پزشکان ایران - شاخه فارس
دکتر مهدی پاسالار	انجمن علمی طب سنتی ایران - شاخه فارس
دکتر سعید اشکانی	انجمن جراحان ارتوپدی ایران - شاخه فارس
دکتر ایرج شهرامیان	انجمن متخصصان بیماری‌های اطفال فارس
دکتر عباس عطارزاده جوزدانی	انجمن متخصصان بیماری‌های چشم فارس
دکتر منصور پژمان	انجمن متخصصان کلیه و مجاری ادراری ایران - شاخه فارس
دکتر محمداسمعیل کوشش	انجمن متخصصان بیماری‌های گوش، حلق و بینی فارس
دکتر رامین اسداللهی	انجمن متخصصان بیهوشی فارس

نام و نام خانوادگی	نام انجمن
دکتر امیررضا غیثی	انجمن متخصصان طب فیزیکی و توانبخشی فارس
دکتر کوروش کاظمی	انجمن جراحان عمومی فارس
دکتر حسین رفیع السادات	انجمن متخصصان جراحی مغز و اعصاب فارس
دکتر مهرداد پورزند	انجمن متخصصان رادیولوژی ایران - شاخه فارس
دکتر وحیدرضا استوان	انجمن نورولوژی فارس - انجمن بیماری‌های مغزو اعصاب
دکتر غلامرضا دبیری	انجمن مراقبت‌های ویژه ایران - شاخه فارس
دکتر سیدعلاء کاظمینی	انجمن گوارش و کبد ایران - شاخه فارس
دکتر افشین قیدی	انجمن متخصصین طب کار استان فارس
دکتر حامد بذرافشان دریسی	انجمن متخصصین قلب استان فارس
دکتر سید محمد اوجی	انجمن درمانگاه‌های پوست، زیبایی و کاشت مو استان فارس
دکتر نوید آرسته	انجمن درمانگاه‌های دندانپزشکی استان فارس
دکتر مجید بازرگان لاری	انجمن صنفی مراکز درمان سوءمصرف مواد فارس
دکتر قادر افشاری	انجمن درمانگاه‌های خصوصی استان فارس
زهرا اطمینان	انجمن فیزیوتراپی فارس
سمیه کاووسی‌پور	انجمن کاردرمانی فارس
سلیمه جعفری	انجمن گفتار درمانی استان فارس
سمیرا میرزاد جهرمی	انجمن مهندسیین اروتز و پروتز فارس
فرانک روئین تن	انجمن مامایی شیراز

نام و نام خانوادگی	نام انجمن
محسن خطبائی	انجمن اپتومتری ایران - شعبه فارس
سید طه شجاع‌الدین	انجمن شنوایی‌شناسی ایران - شعبه فارس
محمد رضا ربیعی	انجمن علوم تغذیه ایران - شعبه فارس









افتتاح ساختمان جدید سازمان نظام پزشکی شیراز با حضور رئیس شورای عالی نظام پزشکی کشور

ارتقای کیفیت خدمات، در گرو هم‌افزایی و تعامل سازنده همه ارکان نظام سلامت می‌باشد. در بخش دیگری از این آیین، معاون هماهنگی امور اقتصادی استانداری فارس، ضمن قدردانی از تلاش‌های هیئت‌مدیره نظام پزشکی شیراز در ادوار مختلف، ساخت این بنا را اقدامی فاخر دانست و گفت: عالم بر سه پایه علم، عدالت و عشق استوار است و این سه عنصر در صنف پزشکی به خوبی متجلی است. پزشکان با علم و عشق خود حافظ سلامت جامعه هستند و جامعه پزشکی استان فارس در این مسیر سرآمد است. همچنین دکتر بهادر، رئیس اسبق سازمان نظام پزشکی شیراز، با اشاره به تلاش‌های هیئت‌مدیره دوره پنجم در خرید ساختمان قبلی نظام پزشکی و حمایت جامعه پزشکی در این مسیر، همدلی، همکاری و همفکری پزشکان را عامل اصلی تحقق اهداف مشترک جامعه پزشکی دانست و از نقش این همدلی در تقویت مشارکت در انتخابات نظام پزشکی سخن گفت. دکتر وفایی، از دیگر رؤسای پیشین سازمان، نیز با قدردانی از تعامل پزشکان و همکاران حوزه سلامت استان فارس، بر اهمیت حضور فعال، آگاهانه و انتخاب افراد شایسته در مسیر اعتلای جامعه پزشکی تأکید کرد و ابراز امیدواری نمود که شاهد جامعه پزشکی مقتدر، پویا و سالمی باشیم. در پایان این مراسم، از حامیان و مشارکت‌کنندگان در احداث ساختمان جدید سازمان نظام پزشکی شیراز با اهدای لوح سپاس تقدیر به عمل آمد.

به گزارش روابط عمومی سازمان نظام پزشکی شیراز، لیلا زمانی: مراسم افتتاح ساختمان جدید سازمان نظام پزشکی شیراز با حضور دکتر فاضل، رئیس شورای عالی نظام پزشکی کشور، رؤسای انجمن‌ها، مدیران بیمارستان‌های خصوصی، رئیس دانشگاه علوم پزشکی شیراز و جمعی از مسئولان استانی برگزار شد. در این آیین دکتر محمدرضا دیدبان، رئیس سازمان نظام پزشکی شیراز، ضمن قدردانی از تلاش‌های هیئت‌مدیره دوره هشتم و ادوار پیشین، به دشواری‌های مسیر احداث این مجموعه اشاره کرد و از حمایت‌های مسئولان استانی و تمامی افرادی که در تحقق این هدف همکاری داشتند، قدردانی نمود. وی هدف از احداث این مجموعه را فراهم‌سازی فضایی مناسب و شایسته برای پزشکان شیراز عنوان کرد. در ادامه، دکتر دهقان‌زاده، معاون مالی و پشتیبانی سازمان ضمن قدردانی از همراهی جامعه پزشکی در تأمین منابع مالی پروژه؛ گزارشی از روند خرید زمین، مراحل ساخت‌وساز و مشارکت جامعه پزشکی در تأمین هزینه‌ها، ارائه داد و از همکاری شهرداری منطقه یک در صدور مجوز ساخت چهار طبقه بنا، قدردانی نمود. وی همچنین از ایجاد کتابخانه‌ای با بیش از ۲۵۰ هزار جلد کتاب اهدایی دکتر علی رضایی، متخصص بیهوشی، در طبقه منفی یک این ساختمان خبر داد. در بخشی از مراسم، دکتر فاضل، رئیس شورای عالی نظام پزشکی کشور، در سخنانی با اشاره به چالش‌های حوزه سلامت از جمله افزایش ظرفیت پذیرش پزشکی و مهاجرت پزشکان، بر لزوم ایجاد زیرساخت‌های مناسب و تقویت تعامل میان بخش‌های مختلف نظام سلامت تأکید کرد. وی ساخت این بنا را کاری ماندگار، امیدآفرین و نشانه عشق و تعهد جامعه پزشکی شیراز دانست. در ادامه، دکتر سید بصیر هاشمی، رئیس دانشگاه علوم پزشکی شیراز، با تقدیر از تلاش‌های ماندگار جامعه پزشکی شیراز و هیئت‌مدیره‌های ادوار مختلف نظام پزشکی، گفت: پزشکان شیراز با همدلی، تدبیر و احساس مسئولیت جمعی توانسته‌اند فضایی در شأن این قشر فرهیخته فراهم کنند؛ اقدامی ارزشمند که نماد انسجام جامعه پزشکی در مسیر خدمت به مردم است. وی بر ضرورت همکاری مستمر میان انجمن‌های تخصصی و سازمان نظام پزشکی تأکید کرد و افزود: «تسریع در رفع چالش‌های حوزه سلامت و



پرسیا گروپ

با بیش از ۶۰ سال تجربه...



ویزای ۵ ساله
انگلستان



ویزای ۵ ساله
کانادا



بزرگترین مجری
تورهای اروپا در
جنوب کشور



بهترین نرخ پرواز
ترکیش و قطر



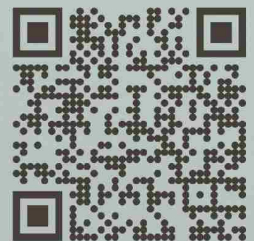
انگشت نگاری ویزا
اروپا در شیراز

+98 71 3336

www.persiagroup.co

info@persiagroup.co

W.Ghodosi Blv, Mosanik Bld, Shiraz, Iran



جهت دریافت آخرین
بروشور تور ها اسکن کنید!



آزمایشگاه پاتوبیولوژی و ژنتیک

Peyvand Pathobiology and Genetics Lab

آزمایشگاه پیوند؛ تداوم تعهد به کیفیت

تمدید گواهینامه



ISO 15189:2022



ISO 45001 : 2018



ISO 14001 : 2015



ISO 9001 : 2015



ISO 10002 : 2018

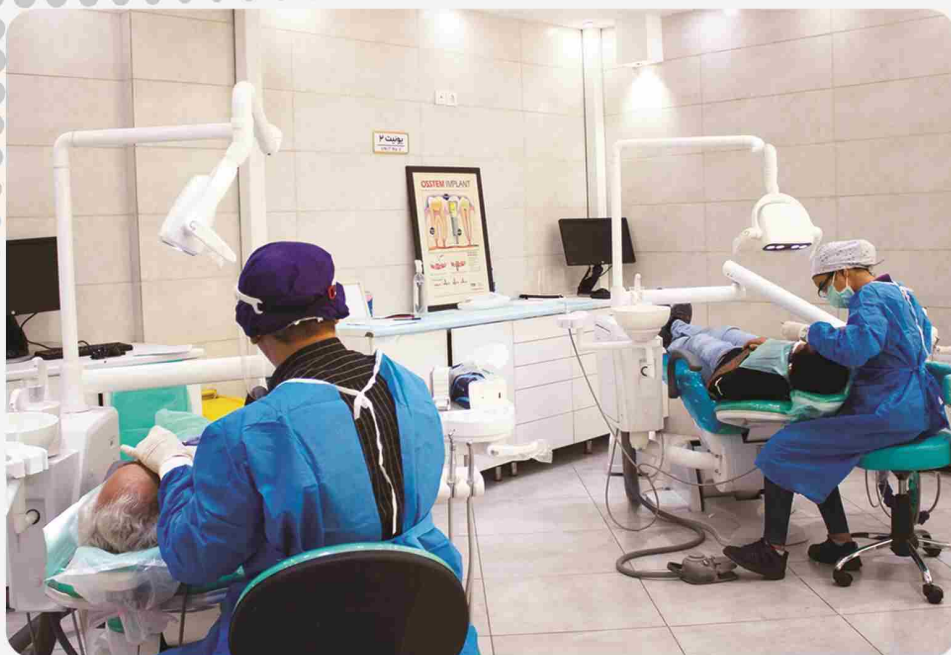


ISO 10004 : 2018

 peyvandlab.me

 info@peyvandlab.me

شیراز . خیابان اردیبهشت . حدفاصل خیابان هفت تیر
و صورتگر . نبش کوچه ۲ . جنب برج الکترونیک
۰ ۷ ۱ ۷ ۱ - ۹ ۱ ۰ ۰ ۷ ۱ ۷ ۱



Ibn Sina Dental Clinic

پروانه بهره برداری ۳۲۴۱۰۸۲

SCAN
ME



درمانگاه دندانپزشکی ابن سینا

Ibn Sina Dental Clinic

- ایمپلنت های دندان
- دندانپزشکی ترمیمی
- جراحی دهان / درمان ریشه
- پروتزهای دندان
- دندانپزشکی کودکان
- جراحی و بیماری های لثه

طرف قرارداد با



@ibnsinadental



فارس. شیراز. خیابان ملاصدرا. خیابان خلیلی. مقابل کوچه ۵. پلاک ۴۵۰

۰۷۱ - ۳۶۲۸۶۲۵۷ ۰۷۱ - ۳۶۲۸۶۰۱۴ ۰۷۱ - ۳۶۲۶۰۹۷۵

No.450 khalili Ave. Mollasadra st. shiraz 7193655411 Iran

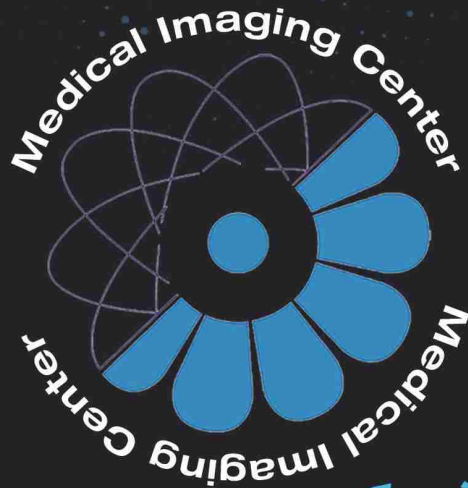
(+98) 71 - 36286257 36286014 36260975

| ibnsinadental.com | ibnsinadental



TABA

شماره پروانه بهره برداری
۳-۳۵۲۳۹۸



تابا

مرکز تصویربرداری پزشکی

- MRI 1.5 TESLA
- MAMOGRAPHY
- SONOGRAPHY
- CT SCAN
- BONE DENSITOMETRY
- DIGITAL RADIOLOGY



- ام آر آی 1/5 تسلا
- ماموگرافی
- سونوگرافی
- سی تی اسکن 128 اسلایس
- سنجش تراکم استخوان
- رادیولوژی دیجیتال
- انواع نمونه برداری
- تشخیصی و درمانی

www.tabamic.com

[Tabamic](https://www.instagram.com/Tabamic)

فارس . شیراز . خیابان معدل . قبل از خیابان فلسطین (باغشاه) . ساختمان تابا

۰۹۴۲ ۶۰۰ ۷۸۰۱

آزمایشگاه
تخصصی آرش



A r a s h

L a b o r a t o r y

📍 **آدرس ما:** شیراز، قصردشت، روبروی کوچه ۶۸، طبقه ۵
☎ **شماره مطب:** ۵۳۳۱ - ۶۲۶ - ۵۷۱ **شماره تماس:** ۲۹۳۳ - ۷۶۸ - ۵۹۵۱
جهت دریافت اطلاعات بیشتر در مورد آزمایشگاه تخصصی آرش کد کیو آر را اسکن کنید.



برگزاری نخستین نشست مشترک هیئت مدیره با اعضای منتخب دوره نهم انتخابات نظام پزشکی شیراز

دکتر دهقان زاده، معاون مالی و پشتیبانی نظام پزشکی شیراز ارائه گردید و سپس موضوعات مرتبط با آغاز فعالیت دوره جدید مورد بحث و تبادل نظر قرار گرفت. در بخش پایانی جلسه، با اهدای لوح سپاس از دکتر دهقان زاده، دکتر امین نعمتی، مهندس گلستانی و آقای لطیفی به پاس تلاش‌های پیگیرانه و مؤثر آنان در ساخت و ساز ساختمان جدید نظام پزشکی شیراز تقدیر شد.

به گزارش روابط عمومی نظام پزشکی شیراز، لیلا زمانی: نخستین نشست مشترک هیئت مدیره نظام پزشکی شیراز با حضور اعضای منتخب دوره نهم انتخابات برگزار شد. در ابتدای جلسه، دکتر محمدرضا دیدبان، رئیس سازمان نظام پزشکی شیراز، با قدردانی از زحمات چهار ساله اعضای هیئت مدیره پیشین، از تلاش‌ها و همراهی آنان در پیشبرد اهداف سازمان تشکر کرد. در ادامه، گزارش مالی مربوط به ساخت و ساز ساختمان جدید سازمان توسط



اولین جلسه نهمین دوره هیئت مدیره نظام پزشکی شیراز

شبانه‌روزی هیئت‌های نظارت و اجرایی در طول برگزاری انتخابات قدردانی به عمل آمد. پس از انجام تشریفات قانونی، کلیه حاضران به‌جز اعضای هیئت مدیره جدید جلسه را ترک کردند و بدین ترتیب، نخستین نشست رسمی هیئت مدیره جدید شیراز تشکیل شد.

به گزارش روابط عمومی سازمان نظام پزشکی شیراز، لیلا زمانی: اولین جلسه نهمین دوره هیئت مدیره نظام پزشکی شیراز، همزمان با سایر شهرهای کشور و با حضور اعضای هیئت‌های نظارت، اجرایی و اعضای هیئت مدیره در محل سازمان نظام پزشکی شیراز برگزار شد. در این مراسم، از تلاش‌ها و زحمات



حضور معاون اجتماعی و امور مجلس سازمان نظام پزشکی در شیراز

بر استمرار و تقویت این روند، تأکید کرد. وی همچنین بر تقویت رسانه رسمی سازمان و بهره‌گیری بیشتر از چهره‌های اجتماعی و شناخته‌شده پزشکی در راستای ارتقای سلامت جامعه تأکید نمود و قول همکاری برای پیگیری و حل مسائل مطرح‌شده از سوی هیئت‌مدیره را ارائه داد. در این جلسه، دکتر محمد رضا دیدبان، رئیس سازمان نظام پزشکی شیراز نیز به تشریح مهم‌ترین دغدغه‌ها و مشکلات جامعه پزشکی، به‌ویژه موضوع تعرفه‌ها و عوارض شهرداری پرداخت که دکتر میرخانی پیگیری آنها را در دستور کار خود قرار داد. دکتر میرخانی در بخش دیگری از سخنان خود، ضمن تبریک روز مادر به بانوان جامعه پزشکی، از نقش اثرگذار آنان در پیشبرد سلامت جامعه قدر دانی کرد. این نشست با تبادل نظر درباره راهکارهای ارتقای وضعیت جامعه پزشکی و بهبود خدمات سلامت به پایان رسید.

به گزارش روابط عمومی سازمان نظام پزشکی شیراز، لیلا زمانی: در جریان برگزاری اولین کنگره ملی احیای قلبی-ریوی که به‌همت مرکز آموزشی احیای قلبی-ریوی دانشگاه علوم پزشکی شیراز در مجتمع خلیج فارس - مجموعه «هنر شهر آفتاب» برگزار شد، دکتر سید محمد میرخانی، معاون اجتماعی و امور مجلس سازمان نظام پزشکی کشور، در این رویداد حضور یافت. وی پس از حضور در کنگره، از ساختمان جدید سازمان نظام پزشکی شیراز بازدید کرد و در جریان فعالیت بخش‌های مختلف این مجموعه قرار گرفت. همچنین در نشستی با حضور جمعی از اعضای هیئت‌مدیره، وی با اشاره به چالش‌های موجود در جامعه پزشکی، بر ضرورت تقویت ارتباط میان شهرستان‌ها و سازمان نظام پزشکی کشور تأکید کرد. معاون اجتماعی و امور مجلس با قدر دانی از عملکرد سازمان نظام پزشکی شیراز در مقابله با فعالیت افراد غیر مجاز در حوزه پزشکی، خواستار اطلاع‌رسانی گسترده‌تر درباره اقدامات انجام‌شده در این زمینه شد و

برگزاری کنگره احیا قلبی ریوی؛ وفاق ملی بی‌سابقه‌ای میان نهادهای متولی امر احیا خیز شیراز برای برگزاری نخستین کنگره بین‌المللی احیا در سال آینده

در ادامه دکتر جعفر میعادفر، رئیس سازمان اورژانس کشور، به عنوان سخنران ویژه مراسم اختتامیه، با ارائه آماری تکان‌دهنده، بر نقش حیاتی مردم در «زنجیره بقا» تأکید کرد. وی با بیان اینکه بیش از ۷۰ درصد ایست‌های قلبی در خارج از بیمارستان و عمدتاً در منازل رخ می‌دهد، گفت: هر دقیقه تأخیر در شروع عملیات احیاء، شانس بقای بیمار را حدود ۱۰ درصد کاهش می‌دهد. این در حالی است که اقدام سریع اطرافیان در همان لحظات نخست، می‌تواند شانس زنده ماندن فرد را سه تا چهار برابر افزایش دهد. رئیس سازمان اورژانس کشور پیشنهاد داد که آموزش احیای قلبی-ریوی (CPR) از حالت اختیاری خارج و به یک ضرورت ملی تبدیل شود. وی تصریح کرد: آموزش‌های پایه احیا باید در مدارس، دانشگاه‌ها و اماکن عمومی نهادینه شود و حتی پیشنهاد ما این است که گذراندن این دوره‌ها به عنوان بخشی از فرآیند اخذ گواهی نامه رانندگی در نظر گرفته شود.

سپس دکتر کوروش عزیزی، قائم مقام ریاست دانشگاه علوم پزشکی شیراز، با تأکید بر اینکه ثابته‌ها در سرنوشت بیماران ایست قلبی تعیین‌کننده‌اند، مهم‌ترین چالش امروز کشور را کمبود آموزش عمومی CPR دانست و با اشاره به تغییرات اقلیمی، روند روبه‌رشد سالمندی جمعیت و افزایش بار بیماری‌ها، این ضرورت را دوچندان توصیف کرد و اعلام کرد که آموزش CPR باید از مدارس، دانشگاه‌ها و مراکز عمومی آغاز شود و با همکاری آموزش و پرورش، رسانه ملی و نهادهای استانی و کشوری گسترش یابد. وی این کنگره را نقطه شروع یک حرکت ملی برای توانمندسازی جامعه در مواجهه با ایست قلبی دانست و از برنامه‌ریزی برای اجرای آموزش‌های ساختارمند در مدارس استان فارس، خبر داد. در ادامه، دیگر مسئولین حاضر با تأکید بر اهمیت فراگیری آموزش‌های احیا قلبی ریوی، ضمن تقدیر از برگزار کنندگان این رویداد مهم نقش احیا را حیاتی دانسته و بر گسترش و اشاعه آموزش‌ها در سطوح مختلف جامعه تأکید کردند. در پایان این مراسم نیز از برگزارندگان مسابقه عکس و پوستر کنگره با اهدای جوایزی تقدیر شد.

به گزارش روابط عمومی کنگره احیای قلبی ریوی شیراز: پرونده نخستین کنگره احیای قلبی-ریوی (CPR) شیراز در حالی بسته شد که استقبال کم‌نظیر متخصصان و پزشکان، کارکنان درمان و عموم افراد جامعه از این رویداد سه روزه، نویدبخش فصل تازه‌ای در ارتقای مهارت‌های نجات‌بخش و کاهش مرگ‌ومیرهای ناشی از ایست قلبی در کشور است. مجموعه هنر شهر آفتاب مجتمع خلیج فارس شیراز از ۱۹ تا ۲۱ آذرماه، میزبان بیش از ۱۱۰۰ شرکت‌کننده از جامعه پزشکی، کادر درمان و تعداد کثیری نیز از علاقه‌مندان مردم بود. کنگره احیا که با هدف هم‌افزایی علمی و استانداردسازی آموزش‌ها برگزار شد، با حضور رئیس سازمان اورژانس کشور، مقامات ارشد دانشگاه علوم پزشکی شیراز و جمعی از مدیران و اساتید برجسته نظام سلامت، در مراسمی باشکوه به کار خود پایان داد.

وفاق ملی؛ کلیدواژه موفقیت کنگره

دکتر منصور مسجدی، رئیس کنگره احیای قلبی-ریوی شیراز، در حاشیه مراسم اختتامیه، استقبال گسترده شرکت‌کنندگان را فراتر از تصور و مایه مباهات دانست. وی با اشاره به حضور متخصصان پزشکی از سراسر کشور اظهار داشت: آنچه در این سه روز شاهد بودیم، تنها یک گردهمایی علمی نبود، بلکه نمایشی از یک وفاق ملی کم‌نظیر میان دانشگاه‌های علوم پزشکی، سازمان نظام پزشکی، نظام پرستاری، اورژانس کشور و جمعیت هلال احمر بود؛ نهادهایی که همسویی آن‌ها، سال‌ها به عنوان یک خلأ احساس می‌شد. دکتر مسجدی با بیان اینکه هدف اصلی این کنگره، ارائه استانداردهای آموزشی در سطحی وسیع بود، افزود: پیام اصلی کنگره «با هم بیاموزیم و باهم نجات دهیم» بود و خوشبختانه این پیام به خوبی دریافت شد و با توجه به استقبال کم‌نظیر همکاران، ما مصمم هستیم تا با تکیه بر این تجربه موفق، سال آینده علاوه بر برگزاری دومین دوره ملی، نخستین کنگره بین‌المللی سالیانه احیای قلبی کشور را نیز کلید بنیم تا مسیر توسعه علمی این حوزه با شتابی دوچندان طی شود.

آگونیست‌های گیرنده پپتید-۱ شبه گلوکاگون (GLP-1) کاربردهای فراتر از دیابت و چاقی



دکتر عباس یوسفی‌نژاد

متخصص تغذیه و رژیم درمانی

چکیده

آگونیست‌های گیرنده پپتید-۱ شبه گلوکاگون (GLP-1RAs)، در ابتدا برای درمان دیابت نوع دو توسعه یافتند؛ اما پژوهش‌های جدید نشان می‌دهد که این داروها اثرات درمانی فراتر از کنترل گلیسمی و کاهش وزن دارند. این مقاله، مروری جامع به بررسی مکانیسم‌های عمل مولکولی، کاربردهای نوین در حوزه‌های مختلف پزشکی، عوارض احتمالی و جهت‌گیری‌های آینده این دسته دارویی می‌پردازد. شواهد موجود حاکی از تأثیرات قابل توجه GLP-1RAs در اختلالات خوردن، محافظت قلبی-عروقی، حفاظت اعصاب (neuroprotection)، و محافظت کلیوی است. همچنین توسعه پلی آگونیست‌های جدید، تحولی در درمان چاقی شدید ایجاد کرده است. اگرچه عوارضی مانند آسپیراسیون ریوی و پانکراتیت نیازمند توجه هستند، اما ظرفیت درمانی این داروها، نویدبخش کاربردهای گسترده‌تر در آینده است.

مقدمه

پپتید شبه گلوکاگون-۱ (GLP-1)، یک هورمون اینکرتین است که عمدتاً توسط سلول‌های «آل» روده و نورون‌های ساقه مغز ترشح می‌شود. این هورمون نقش کلیدی در تنظیم قند خون از طریق تحریک ترشح انسولین وابسته به گلوکز، مهار ترشح گلوکاگون، تأخیر در تخلیه معده و ایجاد احساس سیری ایفا می‌کند. نیمه عمر کوتاه GLP-1 طبیعی (حدود ۲ دقیقه) به دلیل تخریب سریع توسط آنزیم دی پپتیدیل پپتیداز-۴ (DPP-4)، توسعه آگونیست‌های مقاوم به تخریب را برای استفاده درمانی ضروری ساخته است. آگونیست‌های گیرنده GLP-1 که به عنوان «مقلدهای اینکرتین» نیز شناخته می‌شوند، شامل exenatide، liraglutide، lixisenatide، albiglutide، semaglutide و dulaglutide هستند. این داروها در ابتدا برای درمان دیابت

نوع دو تأیید شدند؛ اما به‌طور فزاینده‌ای برای مدیریت چاقی و سایر شرایط مرتبط مورد استفاده قرار می‌گیرند. در سال‌های اخیر، درک ما از طیف وسیع اثرات زیست‌شناختی این داروها به‌طور قابل توجهی گسترش یافته است.

بخش اول: مکانیسم‌های عمل مولکولی و فارماکولوژیک ۱ مکانیسم‌های پایه

فعالیت بیولوژیک GLP-1 از طریق اتصال به گیرنده‌های خاص (GLP-1R) انجام می‌شود که در بافت‌های مختلف از جمله لوزالمعده، مغز، قلب، کلیه و دستگاه گوارش بیان می‌شوند. اتصال لیگاند به گیرنده، منجر به فعال شدن مسیرهای پیام‌رسانی مختلفی می‌شود:

- فعالیت وابسته به گلوکز: تحریک ترشح انسولین از سلول‌های بتای لوزالمعده و مهار ترشح گلوکاگون از سلول‌های آلفا
- کنترل اشتها: تأثیر بر مراکز سیری در هیپوتالاموس و سیستم پاداش مزولیمبیک

- تأخیر در تخلیه معده: کاهش سرعت حرکت محتویات معده به روده باریک
- افزایش تکثیر سلول‌های بتا: تحریک تکثیر و مهار آپوپتوز سلول‌های بتای لوزالمعده

۲ مسیرهای پیام‌دهی (signaling) سلولی

فعالسازی گیرنده GLP-1 منجر به تولید cAMP و فعالسازی مسیرهای وابسته به آن شامل پروتئین کیناز (PKA) و Epac2 می‌شود. این مسیرها در نهایت منجر به تغییر فعالیت کانال‌های یونی، افزایش سطح کلسیم سیتوزولی و افزایش آگزیستوز گرانول‌های حاوی انسولین می‌شوند. علاوه بر این، فعالسازی مسیرهای PI3K/Akt و MAPK نیز در اثرات محافظتی سلولی این داروها نقش دارد.

جدول ۱: آگونیست‌های گیرنده GLP-1 تأیید شده و ویژگی‌های آنها

نام دارو	مدت اثر	موارد مصرف تأیید شده	میزان کاهش وزن	راه تجویز
Exenatide	کوتاه‌اثر	دیابت نوع ۲	۳/۶-۴/۸٪	تزریق دو بار در روز
Liraglutide	طولانی‌اثر	دیابت نوع ۲، چاقی	۶-۸٪	تزریق روزانه
Semaglutide	بسیار طولانی‌اثر	دیابت نوع ۲، چاقی	۱۴/۹٪ یا بیشتر	تزریق هفتگی یا خوراکی
Dulaglutide	طولانی‌اثر	دیابت نوع ۲	۳-۴٪	تزریق هفتگی
Lixisenatide	کوتاه‌اثر	دیابت نوع ۲	۲-۳٪	تزریق روزانه

۳ فارماکو کینتیک و فارماکودینامیک

تفاوت‌های فارماکو کینتیک بین آگونیست‌های مختلف GLP-1 منجر به تفاوت در اثربخشی و پروفایل عوارض جانبی آن‌ها شده است. به عنوان مثال، semaglutide با نیمه عمر حدود ۷ روز، امکان تجویز هفتگی را فراهم می‌کند، در حالی که exenatide نیاز به تجویز دو بار در روز دارد. این تفاوت‌ها ناشی از اصلاحات شیمیایی مختلفی است که بر اتصال به آلبومین و مقاومت در برابر تخریب آنزیمی تأثیر می‌گذارند.

● بخش دوم: کاربردهای فراتر از دیابت و چاقی

۱ اختلالات خوردن

اختلالات خوردن مانند اختلال پر خوری (BED) و بولیمیا نوروزا (BN) با چاقی و شرایط مرتبط مانند دیابت نوع ۲ و بیماری‌های قلبی-عروقی همراه هستند. مطالعات نشان داده‌اند که آگونیست‌های GLP-1 می‌توانند در مدیریت این اختلالات مؤثر باشند. مکانیسم اثر این داروها در اختلالات خوردن شامل:

- تعدیل سیستم پاداش: تأثیر بر انتقال دهنده‌های عصبی مرتبط با گرسنگی و پاداش در هیپوتالاموس و استریاتوم
- کاهش تمایل به پر خوری: از طریق افزایش احساس سیری و کاهش افکار وسواسی درباره غذا
- تأثیر بر عوامل روانی: بهبود علائم افسردگی و اضطراب مرتبط با اختلالات خوردن
- تنظیم عملکردهای شناختی: بهبود کنترل تکانه و تصمیم‌گیری مرتبط با مصرف غذا
- یک مطالعه سیستماتیک که ۱۸۲ شرکت کننده را شامل می‌شد، نشان داد که بیماران تحت درمان با آگونیست‌های GLP-1 کاهش وزن بیشتر، بهبود شاخص توده بدنی (BMI) و کاهش دور کمر را تجربه کردند. همچنین نمرات مقیاس پر خوری به طور قابل توجهی بهبود یافت.
- مطالعه دیگری نشان داد که پس از ۱۶ هفته درمان، کاهش قابل توجهی در دفعات پر خوری و کاهش وزن مشاهده شد.

۲ اثرات قلبی-عروقی

آگونیست‌های GLP-1 اثرات محافظتی متعددی بر سیستم قلبی-عروقی نشان داده‌اند. مطالعات بزرگ بالینی مانند LEADER (liraglutide) وREWIND (dulaglutide) وSUSTAIN-6 (semaglutide) کاهش معناداری در حوادث قلبی-عروقی عمده (MACE) نشان داده‌اند. مکانیسم‌های این اثرات محافظتی شامل:

- کاهش فشار خون: از طریق مکانیسم‌های گشاد شدن رگ‌های خونی وابسته و مستقل از اندوتلیوم
- بهبود نمای چربی (lipid profile): افزایش لیپولیز و کاهش سطح تری گلیسیرید
- کاهش التهاب: تعدیل فرآیندهای التهابی در عروق خونی از طریق کاهش سیتوکین‌های پیش التهابی
- حفاظت از ایسکمی: کاهش آسیب‌های ناشی از ایسکمی و خونرسانی مجدد (reperfusion) از طریق مسیرهای ارسال پیام بقای سلولی
- تأثیر بر آترواسکروز: کاهش پیشرفت پلاک‌های آترواسکروز و بهبود پایداری آن‌ها

۳ اثرات محافظتی بر سیستم عصبی و شناختی

تحقیقات نشان می‌دهند که آگونیست‌های GLP-1 ممکن است اثرات محافظتی بر سیستم عصبی مرکزی داشته باشند. گیرنده‌های GLP-1 در مناطق مختلف مغز از جمله هیپوکامپ، قشر مخ و هسته‌های قاعده‌ای، بیان می‌شوند. این اثرات شامل:

- کاهش تخریب عصبی: مهار پیشرفت بیماری‌های تخریب عصبی مانند آلزایمر و پارکینسون از طریق کاهش تجمع آمیلوئید بتا و پروتئین تاو
- بهبود عملکرد شناختی: افزایش انعطاف پذیری سیناپسی و تقویت حافظه از طریق مسیرهای CREB و BDNF
- حفاظت از سکنه مغزی: کاهش حجم منطقه سکنه و بهبود نتایج پس از سکنه مغزی
- اثرات ضد التهابی عصبی: کاهش فعال سازی میکروگلیا و استرس اکسیداتیو در سیستم عصبی مرکزی

۴ محافظت کلیوی و کبدی

- کلیه: کاهش آلبومینوری، مهار فیبروز کلیوی و بهبود عملکرد کلیه از طریق مسیرهای ضد التهابی و ضد فیبروتیک. مطالعات نشان داده‌اند که این داروها می‌توانند پیشرفت بیماری کلیوی مزمن را در بیماران دیابتی، کند کنند.
- کبد: کاهش التهاب کبدی، بهبود کبد چرب غیر الکلی و مهار فیبروز کبدی.
- اثرات مفید بر NAFLD و NASH از طریق کاهش استرس اکسیداتیو و بهبود حساسیت به انسولین.

۵ کاربردهای بالقوه در بیماری‌های دیگر

- سندرم تخمدان پلی کیستیک (PCOS): بهبود مقاومت به انسولین و تنظیم قاعدگی
- بیماری‌های التهابی روده: تعدیل پاسخ ایمنی و کاهش التهاب مخاطی
- اختلالات اعتیادی: تأثیر بر سیستم پاداش و کاهش رفتارهای اعتیادی
- بوکی استخوان: تأثیر مثبت بر متابولیسم استخوان و تراکم مواد معدنی استخوان

● بخش سوم: توسعه پلی آگونیست‌ها و درمان‌های ترکیبی

۱ پلی آگونیست‌های مبتنی بر GLP-۱

توسعه اخیر پلی آگونیست‌های تک مولکولی که چندین گیرنده را همزمان هدف قرار می‌دهند، تحولی در درمان چاقی ایجاد کرده است. این ترکیبات می‌توانند اثرات کاهش وزن قابل توجهی (۳۰-۲۰ درصد) مشابه جراحی چاقی ایجاد کنند. نمونه‌های قابل توجه:

- Tirzepatide: همکنش گر همراه (co-agonist) دو گانه GLP-1R/GIPR که کاهش وزن ۹/۲۰ درصد را نشان داده است. این دارو هم‌اکنون برای درمان دیابت نوع دو تأیید شده و در حال بررسی برای درمان چاقی است.
- Retatrutide: همکنش گر سه گانه (GLP-1R/GIPR/ triple agonist) که در حال آزمایش‌های بالینی است و نتایج اولیه کاهش وزن تا ۲۴ درصد را نشان داده است.
- SAR441225: همکنش گر سه گانه دیگر با توانایی قوی در کاهش وزن
- Cagrilintide: آنالوگ آمیلین که در ترکیب با semaglutide مورد مطالعه قرار گرفته است.

این ترکیب می‌تواند منجر به کاهش ۱۳ درصد در مصرف انرژی شود و نیز ترکیب با آنالوگ‌های آمیلین مانند pramlintide اثرات هم‌افزا (synergistic) در کاهش وزن نشان داده است.

۲ درمان‌های ترکیبی

ترکیب گلوکاگون و GLP-1 نشان داده که در کاهش اشتها و مصرف غذا مؤثرتر از هر یک به تنهایی، است. همچنین، مطالعات انسانی نشان داده که

جدول ۲: پلی‌آگونیست‌های در حال توسعه و ویژگی‌های آنها

نام دارو	نوع آگونیست	میزان کاهش وزن	مرحله توسعه	ویژگی‌های خاص
Tirzepatide	GLP-1 R/GIPR	۹/۲۵٪	تأیید شده برای دیابت	اثر قوی بر کنترل گلیسمی
Retatrutide	GLP-1 R/GIPR/GCGR	۲۴٪	فاز ۳ بالینی	سه مکانیسم عمل هم‌زمان
SAR425899	GLP-1 R/GCGR	۹/۱۴٪	فاز ۲ بالینی	تأثیر بر متابولیسم انرژی
Mazdutide	GLP-1 R/GCGR	۶/۱۲٪	فاز ۲ بالینی	توسعه یافته در چین
CagriSema	GLP-1 R/آمیلین	در حال مطالعه	فاز ۲ بالینی	ترکیب دو مکانیسم مکمل

۳ فرمولاسیون‌های جدید

فرمولاسیون‌های خوراکی: توسعه فرمولاسیون خوراکی semaglutide با استفاده از فناوری نانوحامل برای افزایش جذب
فرمولاسیون‌های با اثر طولانی‌تر: توسعه آنالوگ‌هایی با نیمه‌عمر طولانی‌تر برای کاهش دفعات تجویز
سیستم‌های رسانش نوین: استفاده از پیچ‌های پوستی، ایمپلنت‌ها و سیستم‌های رسانش کنترل شده

بخش چهارم: ملاحظات ایمنی و عوارض جانبی

۱ عوارض گوارشی

شایع‌ترین عوارض جانبی آگونیست‌های GLP-1 مرتبط با دستگاه گوارش هستند. این عوارض معمولاً خفیف تا متوسط بوده و با ادامه درمان کاهش می‌یابند.
حالت تهوع (اغلب گذرا و با ادامه درمان کاهش می‌یابد)
استفراغ
اسهال
یبوست
سوءهاضمه
نفخ و اتساع شکم

مدیریت این عوارض، شامل شروع با دوز پایین و افزایش تدریجی آن، تجویز همراه با غذا و در برخی موارد استفاده از داروهای ضد تهوع است.

۲ عوارض جدی‌تر

آسپیراسیون ریوی: به دلیل تأخیر در تخلیه معده، حتی با رعایت دستورالعمل‌های ناشتا بودن قبل از جراحی، خطر آسپیراسیون وجود دارد. FDA هشدار ایمنی برای این عارضه صادر کرده است. توصیه می‌شود این داروها حداقل یک هفته قبل از اقدامات جراحی متوقف شوند.
پانکراتیت: اگرچه برخی مطالعات ارتباطی نیافته‌اند، اما یک مطالعه در سال ۲۰۱۷ نشان داد که تجویز اینکرتین‌ها با افزایش احتمال بروز سرطان لوزالمعده مرتبط است. نظارت بر علائم پانکراتیت ضروری است.
هیپوگلیسمی: به ویژه هنگامی که با سولفونیل اوره یا انسولین ترکیب می‌شوند.
عوارض کلیوی: گزارش‌هایی از بدتر شدن عملکرد کلیه در افراد با بیماری کلیوی پیشرفته وجود دارد.

• واکنش‌های حساسیتی: شامل کهیر و آنژیوادم

• تومورهای مدولاری تیروئید: منع مصرف در افراد با سابقه شخصی یا خانوادگی سرطان مدولاری تیروئید یا سندروم نئوپلازی اوکراین چندگانه نوع ۲

۳ ملاحظات قبل از جراحی

با توجه به خطر آسپیراسیون، لازم است:
• پزشکان قبل از جراحی در مورد مصرف این داروها از بیماران سؤال کنند.
• به بیماران در مورد لزوم اطلاع به جراح، آموزش داده شود.
• پایش‌های جدی‌تری برای بیماران تحت درمان با این داروها، در نظر گرفته شود.
• زمان‌بندی مناسب برای قطع دارو قبل از اقدامات جراحی برنامه‌ریزی شود.

۴ گروه‌های خاص جمعیتی

• بیماران مسن: ممکن است به دلیل کاهش عملکرد کلیه نیاز به تنظیم دوز داشته باشند.
• بیماران با اختلال عملکرد کلیوی: تنظیم دوز مورد نیاز در اختلال متوسط تا شدید
• بیماران با اختلال عملکرد کبدی: معمولاً نیازی به تنظیم دوز نیست.
• بارداری و شیردهی: داده‌های محدود، استفاده تنها در صورت منفعت بالقوه بیش از خطر

• بخش پنجم: جهت‌گیری‌های آینده و نتیجه‌گیری

۱ جهت‌گیری‌های تحقیقاتی آینده

• انجام مطالعات طولانی‌مدت برای ارزیابی ایمنی و اثربخشی بلندمدت
• بررسی تأثیر بر اختلالات خوردن مختلف در جمعیت‌های متنوع
• توسعه فرمولاسیون‌های جدید با نیمه‌عمر طولانی‌تر و عوارض کمتر
• مطالعه کاربدهای بالقوه در بیماری‌های تخریب‌کننده سیستم عصبی و قلبی-عروقی
• بررسی تأثیر بر میکروبیوم روده و تعامل دوطرفه با سیستم اینکرتین
• مطالعات ژنتیکی برای شناسایی نشانگرهای پیش‌بینی‌کننده پاسخ به درمان
• توسعه الگوریتم‌های هوش مصنوعی برای پیش‌بینی نتایج درمان شخصی‌سازی درمان

۲ چالش‌ها و محدودیت‌ها

• هزینه بالای درمان که ممکن است دسترسی را محدود کند.

References:

1. Baggio LL, Drucker DJ. Biology of incretins: GLP-1 and GIP. *Gastroenterology*. 2007;132(6):2131-2157.
2. Bloom et al. Combined glucagon/GLP-1 therapy for obesity and diabetes. 2013.
3. Nikkar A et al. Review of the Mechanism and Function of Glucagon-Like Peptide 1 (GLP-1) and GLP-1 Receptor Agonists in the Improvement of Type 2 Diabetes. *RJMS*. 2023;29(12):222-239.
4. FDA warning on GLP-1 receptor agonists and pulmonary aspiration risk. 2023.
5. Ataei N et al. The role of Glucagon-like peptide -1 (GLP-1) in blood sugar regulation and type II diabetes: a systematic review. *J Health Syst Res*. 2013;9(S1):1386-1393.
6. Radkhah H et al. Effects of GLP-1 receptor agonists on binge eating disorder. *Eat Weight Disord*. 2025.
7. Wikipedia contributors. ۱. نوگاکولگهیش دیتپ هدریگ تسینوگا. Accessed January 7, 2021.
8. Polygonists based on GLP-1: A promising alternative to bariatric surgery for weight loss. *Cell*. 2024.
9. Cochrane review on GLP-1 analogues for type 2 diabetes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2023.
10. FDA approves new diabetes and obesity drug. 2023.
11. Marso SP, et al. Semaglutide and Cardiovascular Outcomes in Patients with Type 2 Diabetes. *N Engl J Med*. 2016.
12. Gerstein HC, et al. Dulaglutide and cardiovascular outcomes in type 2 diabetes. *Lancet*. 2019.
13. Frias JP, et al. Tirzepatide versus Semaglutide Once Weekly in Patients with Type 2 Diabetes. *N Engl J Med*. 2021.
14. Müller TD, et al. The New Biology and Pharmacology of Glucagon. *Physiol Rev*. 2017.
15. Amaro A, et al. GLP-1 receptor agonists in the treatment of type 2 diabetes: state of the art. *J Endocrinol Invest*. 2022.

- نیاز به تجویز تزریقی برای بسیاری از عوامل
- عوارض گوارشی که ممکن است باعث قطع درمان شود.
- عدم قطعیت در مورد اثرات بلندمدت
- چالش‌های مربوط به پذیرش بیمار و پایبندی به درمان

۳ پیامدهای بالینی و بهداشت عمومی

- افزایش استفاده از آگونیست‌های GLP-1 می‌تواند پیامدهای قابل توجهی برای سیستم بهداشت و درمان داشته باشد:
- کاهش بار بیماری‌های مرتبط با چاقی و دیابت
- بهبود کیفیت زندگی بیماران
- کاهش هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی در بلندمدت
- نیاز به آموزش متخصصان مراقبت‌های سلامت و بیماران
- توسعه دستورالعمل‌های مدیریتی برای نظارت بر ایمنی و اثربخشی

۴ نتیجه گیری

آگونیست‌های گیرنده GLP-1 نشان داده‌اند که توانایی درمانی، فراتر از کاربردهای اولیه آنها در دیابت نوع دو و چاقی دارند. اثرات مفید این داروها در اختلالات خوردن، محافظت قلبی-عروقی، محافظت سیستم عصبی و محافظت کلیوی، آنها را به گزینه‌های درمانی چندوجهی تبدیل کرده است. توسعه پلی آگونیست‌ها، نویدبخش دستیابی به اثربخشی بیشتر با عوارض کمتر است. با این حال، چالش‌هایی مانند عوارض جانبی گوارشی، خطر آسیب‌رسانی ریوی و نگرانی‌های مربوط به پانکراتیت نیازمند توجه هستند. با ادامه تحقیقات و توسعه فرمولاسیون‌های جدید، به نظر می‌رسد که آگونیست‌های گیرنده GLP-1 نقش فزاینده‌ای در مدیریت بیماری‌های متابولیک و فراتر از آن خواهند داشت. این داروها نمایانگر الگوی نوینی در درمان هستند که در آن یک رویکرد فارماکولوژیک، می‌تواند همزمان چندین سیستم فیزیولوژیک را تعدیل کند و اثرات درمانی چندوجهی ارائه دهد. با تحقیقات بیشتر، ممکن است شاهد کاربردهای گسترده‌تر این داروها در حوزه‌های مختلف پزشکی باشیم.



ارتباط دیابت بارداری با کاهش عملکرد شناختی در مادران و افزایش خطر اختلالات رشد عصبی در کودکان



ترجمه: مرضیه یوسفی‌نژاد

کارشناس مامایی

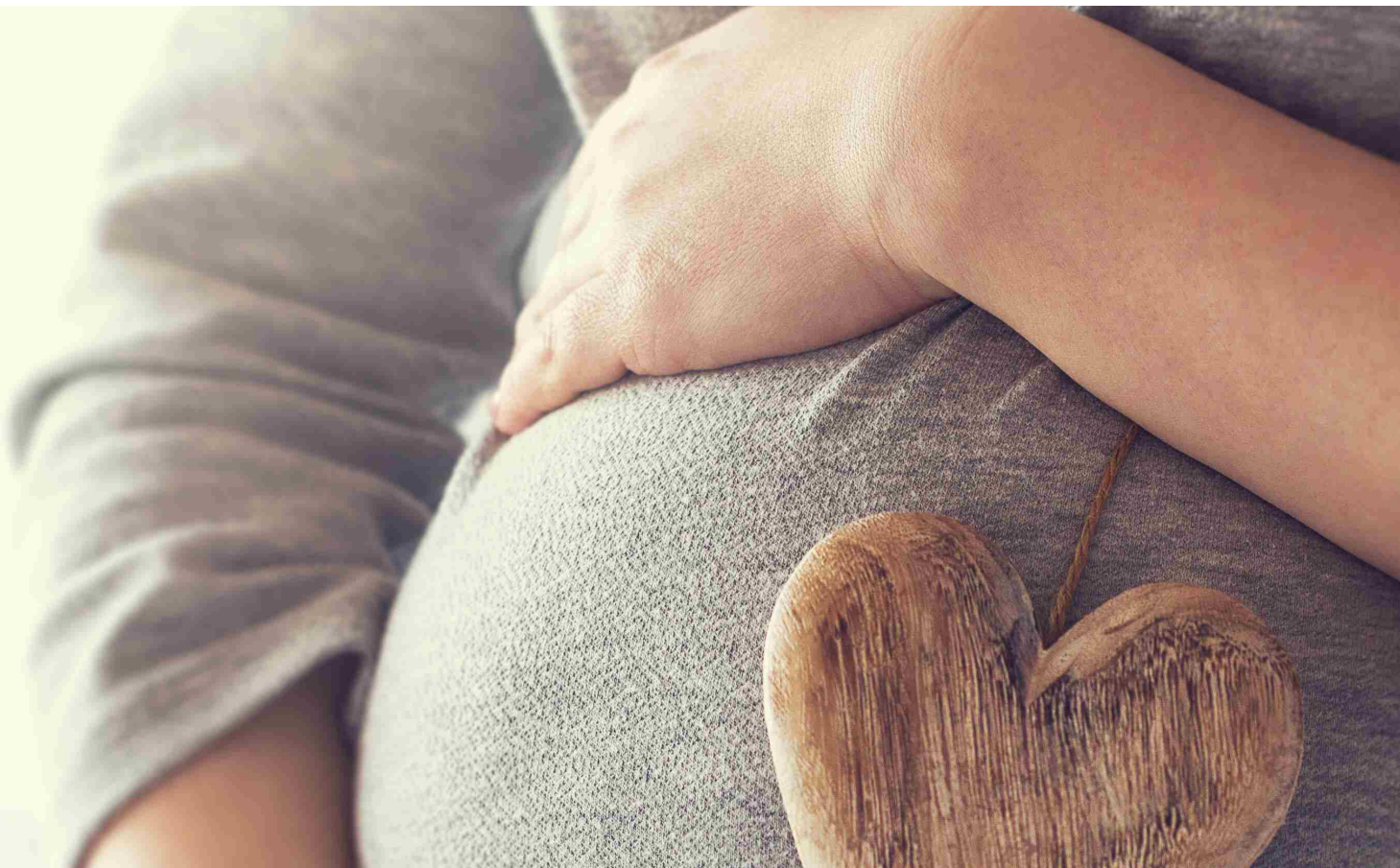
به این دغدغه مهم سلامت عمومی که خطر چشم‌گیری در بروز اختلال عملکرد شناختی هم در مادران و هم در فرزندان دارد، تأکید می‌کند. «دیابت بارداری - که می‌تواند در طول حاملگی ایجاد شود - حدود ۱۴ درصد از حاملگی‌ها را در جهان تحت تأثیر قرار می‌دهد و میزان بروز آن رو به افزایش است. افراد چاق، افرادی که سابقه خانوادگی دیابت دارند، مادران غیر سفیدپوست و افراد مسن‌تر، در معرض خطر بیشتری قرار دارند.

دیابت بارداری معمولاً بعد از زایمان برطرف می‌شود، اما می‌تواند باعث بروز مشکلاتی در طول بارداری و حتی پس از آن بشود؛ برای مثال، مادران، بیشتر در معرض فشار خون بالا و زایمان سزارین اولیه قرار می‌گیرند. همچنین، احتمال بروز این عوارض در نوزادان این مادران بیشتر است:

- تولد زودتر از موعد.
- وزن زمان تولد بیشتر از حد معمول نسبت به سن بارداری
- افت قند خون پس از تولد

بررسی‌های جدید مستندات موجود نشان می‌دهد که ابتلاء به دیابت بارداری در دوران حاملگی، با کاهش عملکرد ذهنی مادران مرتبط است و ممکن است خطر اختلالات رشد عصبی، از جمله اختلال گسترده اوتیسم و اختلال کم‌توجهی/ بیش‌فعالی (ADHD) را در کودکان افزایش دهد. این بررسی نظام‌مند و متاآنالیز که شامل ۴۸ مطالعه مشاهده‌ای بر روی بیش از ۹ میلیون حاملگی در حال انجام است، امسال در نشست سالانه انجمن اروپایی بررسی دیابت، (EASD 2025) که از ۱۵ تا ۱۹ سپتامبر در وین برگزار می‌شود، ارائه می‌گردد.

نویسندگان بیان می‌کنند که با توجه به افزایش شیوع دیابت بارداری در حاملگی، این یافته‌ها، بر اهمیت مدیریت دقیق و غربالگری زودهنگام، جهت کاهش و تشخیص این عوارض عصبی-شناختی، هم در مادران در طول بارداری و هم در کودکان پس از تولد، تأکید دارد. دکتر لینگ-جون لی، استادیار و نویسنده ارشد از دانشکده پزشکی دانشگاه ملی سنگاپور بیان می‌کند: «تگرانی‌های زیادی در مورد اثرات سمی عصبی دیابت بارداری بر رشد مغز وجود دارد. یافته‌های ما، به ضرورت پرداختن



• ۴۵ درصد افزایش خطر تأخیر کامل یا جزئی در رشد
• ۳۶ درصد احتمال بیشتر ابتلا به اختلال کم توجهی/ بیش فعالی (ADHD)
• ۵۶ درصد افزایش خطر ابتلا به اختلال طیف اوتیسم (ASD)
این یافته‌ها نشان می‌دهد که دیابت بارداری می‌تواند حتی سال‌ها پس از تولد، اثرات بلندمدتی بر رشد و سلامت عصبی- رفتاری کودک داشته باشد.
با این حال، در این متاآنالیز هیچ تفاوت قابل توجهی در ساختارهای اصلی مغز یا نمرات کلی عملکرد شناختی بین کودکانی که مادرشان دچار دیابت بارداری بوده و کودکانی که در معرض این بیماری نبوده‌اند، مشاهده نشد. یعنی هر چند برخی شاخص‌های رشد ذهنی و رفتاری تحت تأثیر قرار گرفته بودند، اما از نظر شکل کلی مغز و توانایی‌های شناختی عمومی، تفاوت چشم‌گیری گزارش نشده است. نویسندگان این پژوهش اشاره بر این دارند که هنوز به طور کامل مشخص نیست دیابت بارداری چگونه بر رشد مغز کودک اثر می‌گذارد. با این حال، چند توضیح احتمالی وجود دارد؛ در دوران بارداری عواملی مانند:

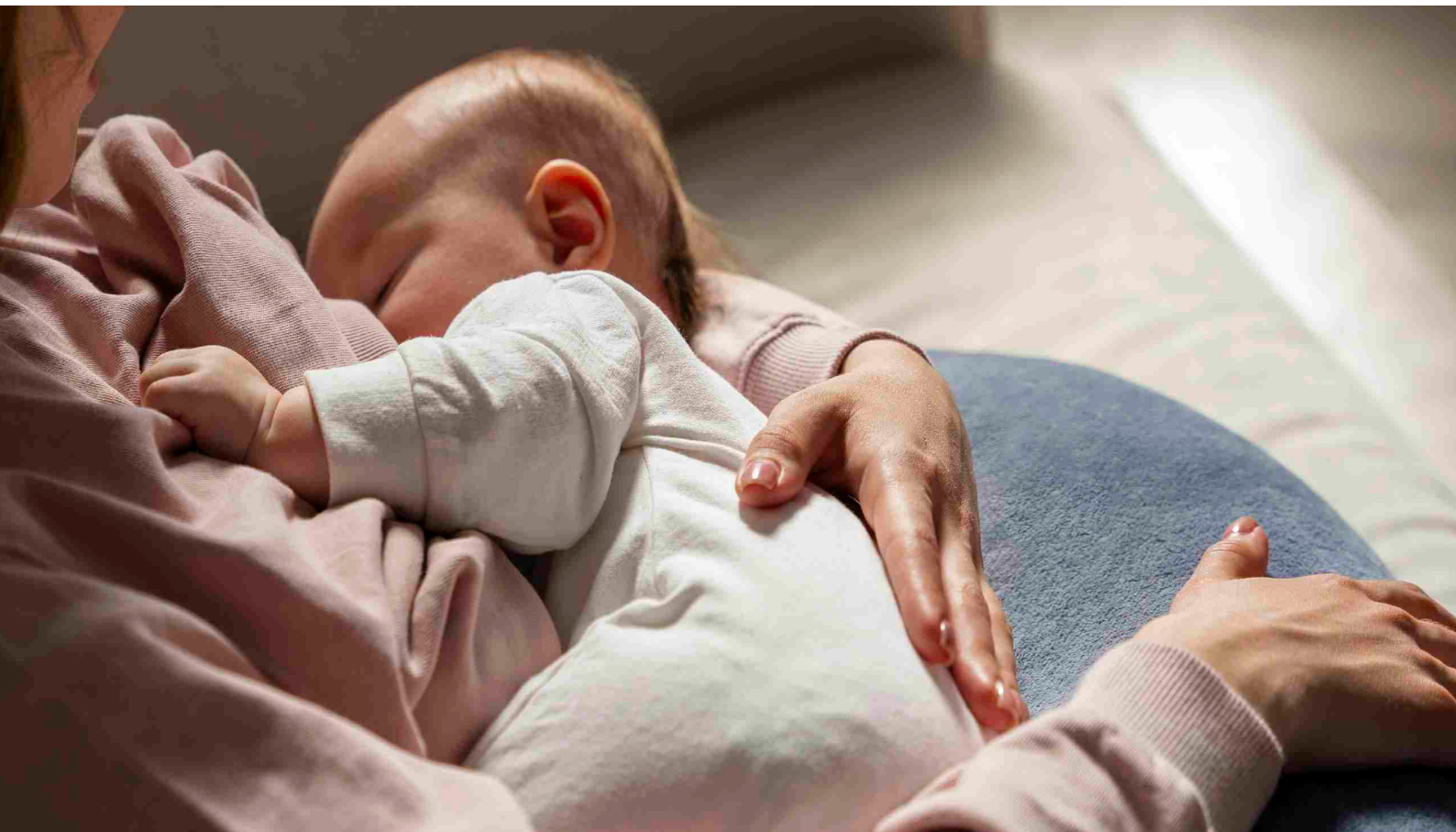
- التهاب در بدن مادر
- استرس سلولی (فشار و آسیب به سلول‌ها)
- کاهش اکسیژن‌رسانی به جنین
- سطح بالای انسولین در خون مادر

می‌توانند بر روند شکل‌گیری و رشد مغز جنین اثر بگذارند و در نتیجه، بعدها بر یادگیری و توانایی‌های شناختی کودک تأثیر منفی داشته باشند. تیم پژوهشی اعلام کرده که هنوز به تحقیقات بیشتری نیاز است تا رابطه علت و معلولی بین دیابت بارداری و طیف کامل عملکردهای شناختی مشخص شود. به گفته «کیتلین پور»، دانشجوی پزشکی دانشگاه موناخ در ملبورن، استرالیا: «پیگیری‌های طولانی‌مدت در طول دوران کودکی، جهت بررسی این که آیا این اثرات، ادامه پیدا می‌کنند یا حتی به پیامدهای بدتر دیگری منجر می‌شوند، نیاز است.»

Refrence

Medical Xpress-September14,2025

همچنین این کودکان در بزرگسالی، بیشتر در معرض خطر چاقی و ابتلا به دیابت قرار می‌گیرند. علاوه بر این، شواهد علمی نشان می‌دهند که دیابت بارداری می‌تواند بر عملکردهای عصبی و شناختی فرزندان نیز، تأثیر بگذارد. با این حال، تاکنون هیچ بررسی جامع و کامل برای جمع‌بندی و تحلیل شواهد موجود انجام نشده است.
برای بررسی دقیق‌تر، پژوهشگران یک مرور نظام‌مند و متاآنالیز انجام دادند. آن‌ها نتایج مطالعات مشاهده‌ای را که تا آوریل ۲۰۲۴ منتشر شده بود، گردآوری و ترکیب کردند. این مطالعات به بررسی تأثیر دیابت بارداری بر پیامدهای عصبی و شناختی هم در مادران (در دوران بارداری) و هم در فرزندان (از بدو تولد تا ۲۹ سالگی) پرداخته بودند. در مجموع، داده‌های ۴۸ مطالعه بر روی بیش از ۹ میلیون بارداری در ۲۰ کشور در سطح جهان، مورد تحلیل قرار گرفت. در بررسی پنج مطالعه بر روی عملکرد شناختی مادران در دوران بارداری، نشان داده شد زنانی که سابقه دیابت بارداری داشتند، در مقایسه با مادرانی که به این بیماری مبتلا نبودند، در آزمون «ارزیابی شناختی مونترال - Montreal Cognitive Assessment» (که نمره کامل آن ۳۰ است) به طور میانگین، ۲،۴۷ نمره کمتری کسب کردند، این یافته، یعنی دیابت بارداری می‌تواند با کاهش قابل توجه توانایی‌های ذهنی و شناختی مادر در دوران بارداری همراه باشد. (این توانایی‌ها شامل مواردی مثل حافظه، تمرکز، حل مسئله و سرعت پردازش ذهنی می‌باشد). تحلیل‌های تکمیلی روی ۴۳ مطالعه که عملکرد شناختی فرزندان را بررسی کرده بودند، نشان داد تفاوت‌های آماری قابل توجهی بین کودکانی که مادرشان در دوران بارداری دچار دیابت بارداری بوده و کودکانی که در معرض این بیماری نبوده‌اند، وجود دارد. برای مثال، کودکان متولد شده از مادران مبتلا به دیابت بارداری در آزمون هوش (IQ) به طور میانگین، ۳/۹۲ نمره کمتر کسب کردند. همچنین در شاخص هوش کلامی متبلور (verbal crystallized intelligence) - یعنی توانایی درک، تحلیل و برقراری ارتباط مؤثر از طریق زبان - نیز، کاهش ۳/۱۸ نمره‌ای مشاهده گردید. علاوه بر این، کودکانی که مادرشان در دوران بارداری مبتلا به دیابت بارداری بوده است، با خطرات بیشتری روبه‌رو هستند، از جمله:

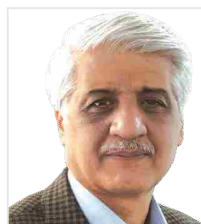


آزمون بالینی

تب و ضایعات پوستی

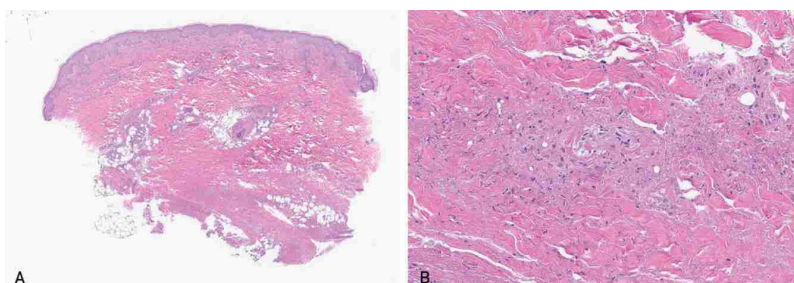
انتخاب و ترجمه دکتر رئیس جلالی

فوق تخصص بیماری های
کلیه و مجاری ادراری
استاد بخش داخلی
دانشگاه علوم پزشکی شیراز



آقای ۶۴ ساله ای مبتلا به مولتیپل میلوما است و پس از شیمی درمانی دچار کاهش گلبول های سفید و تب می شود؛ به بیمارستان، مراجعه می کند. در معاینه، چندین نودول ۳-۴ سانتی متری ملتهب و دردناک، با مرکز تیره در نواحی ساق، شانه و کمر مشاهده می شود. بیمار بستری می شود و پس از نمونه برداری از ضایعات و ارسال کشت خون، تزریق آنتی بیوتیک وریدی شروع می شود. در رنگ آمیزی گرم از نمونه، باسیل های گرم منفی دیده می شود.

تشخیص شما چیست؟



توضیح شکل: «نمونه بیوپسی پوست از قسمت جلویی ساق پا که نشان دهنده نکروز بافتی در درم عمقی و پانیکول (بافت چربی زیر جلدی) همراه با التهاب اندک (pauci-inflammatory) است. (رنگ آمیزی همانوکسیلین-ائوزین)

خواننده عزیز، پاسخ آزمون را می توانید در صفحه ۵۲ مجله مطالعه کنید

بررسی نظام مند کاربردهای هوش مصنوعی در تشخیص سرطان پستان



ترجمه: مرضیه یوسفی نژاد

کارشناس مامایی

چکیده

را می توان به کار سینوم تهاجمی و غیر تهاجمی، طبقه بندی کرد. کار سینوم تهاجمی، بسیار آسیب زننده و همراه با شرایط نامساعد متاستاتیک (پیش رونده) است؛ در حالی که سرطان پستان غیر تهاجمی، به اندام های مجاور گسترش پیدا نمی کند. بر اساس ارزیابی آماری سال ۲۰۲۰، تقریباً ۲.۳ میلیون زن در سراسر جهان، مبتلا به سرطان پستان تشخیص داده شدند که ۶۸۵،۰۰۰ مورد، منجر به مرگ شدند. در ایالات متحده آمریکا، تقریباً ۱۳ درصد زنان در طول زندگی شان سرطان پستان را تجربه خواهند کرد. سالانه ۲۸۷،۸۵۰ مورد سرطان تهاجمی و ۵۱،۴۰۰ سرطان غیر تهاجمی ثبت شده است. بروز این بیماری به طور چشمگیری افزایش یافته، اما میزان مرگ و میر اخیراً کمتر شده است.

به کارگیری همزمان هوش مصنوعی (AI) در تشخیص سرطان پستان، یک روش نوظهور است که به بهبود کیفیت تشخیص این بیماری منجر می شود. میزان موفقیت هوش مصنوعی، به توانایی آن در باز تولید، با استفاده از تصاویر با وضوح بالا از نمونه های بافتی مختلف، نسبت داده شده است. هوش مصنوعی، در مدل های محاسباتی برای شبیه سازی با توانایی های فکری انسان و همچنین بر طرف کردن نگرانی های جدی در مراقبت های بهداشتی، مانند ناهنجاری های زیست شناختی پیچیده، نظیر سرطان ها کاربرد دارد. متغیر های ژنومیک و اپی ژنومیک متعددی موجب پیچیدگی و تنوع سرطان می شوند؛ در نتیجه، استفاده از الگوریتم های هوش مصنوعی برای تشخیص جهش های ژنی یا ناهنجاری ها در مجموعه های پروتئینی در مرحله اولیه، بسیار امیدوار کننده است.

هدف این مطالعه بررسی پیشرفت های اخیر در کاربردهای تشخیصی هوش مصنوعی در تشخیص سرطان پستان، از طریق بررسی دقیق مطالعات موجود بر اساس موارد گزارش دهی است.

۱ هوش مصنوعی در سرطان پستان

در حال حاضر هوش مصنوعی تقریباً به همه صنایع راه یافته، با این هدف که تولید، کارایی و دقت را به حداکثر برساند. پیشرفت در محاسبات، داده ها و عملکرد الگوریتم ها، هوش مصنوعی را قدرتمندتر، کاربر پسندتر و هدفمندتر از قبل کرده است. این فناوری همچنین برای سیستم های تشخیص نفوذ، ترکیب تصاویر، شناسایی حالات چهره و غیره استفاده می شود.

در حوزه سلامت، هوش مصنوعی در زمینه های مختلفی مانند نظارت و پیگیری بیماران، توزیع داروها و مدیریت بیمارستان کاربرد دارد. هوش مصنوعی، بدون شک تأثیر بیشتری در تحلیل پیچیده تصاویر دارد و داده هایی را برای ارزیابی کمی فراهم کرده و خطر تشعشعات مرتبط با معاینات پرتونگاری پستان را از بین برده است. استفاده از روش های هوش مصنوعی می تواند برای ادغام ویژگی یادگیری، قابلیت پردازش و کنترل داده های پیچیده و چند بعدی و همچنین در دسترس بودن

مطالعات متعددی ارزش کاربردهای هوش مصنوعی در تشخیص سرطان پستان را نشان داده اند. بررسی نظام مند کاربردهای هوش مصنوعی در تشخیص سرطان پستان شامل چندین مطالعه است که تشخیص سرطان پستان و هوش مصنوعی را مقایسه می کنند. با این حال، این مطالعات سیستم بندی نشده اند و هر مطالعه منحصر به فرد انجام شده است. هدف این مطالعه، ارائه دانش تفصیلی درباره کاربردهای هوش مصنوعی در تشخیص سرطان پستان از طریق تحلیل استنادی و همچنین تحلیل مسائل موضوعی برای شناسایی انواعی که در هر دسته مورد پژوهش قرار می گیرند.

در این مطالعه، مجموعاً ۱۷،۹۰۰ مطالعه که سرطان پستان و هوش مصنوعی را بین سال های ۲۰۱۲ تا ۲۰۲۲ بررسی کرده اند، از پایگاه های داده: IEEE، Embase، Excerpta Medica Database Guide-Ovid، PubMed، Springer، Web of Science، و Google Scholar به دست آمد. در اکثریت قریب به اتفاق مطالعه ها درباره کاربردهای هوش مصنوعی، از مدل های طبقه بندی برای پیش بینی سرطان پستان استفاده کردند. با این حال، دقت، بالاترین تعداد معیارهای عملکردی را دارد (۹۹ درصد) و پس از آن، ویژگی (۹۸ درصد) و سطح زیر منحنی (۹۵ درصد) قرار می گیرند. علاوه بر این، شبکه عصبی پیچشی (Convolutional Neural Network) بهترین مدل انتخابی، در چند مطالعه بود.

کمیت و کیفیت مطالعاتی که از کاربردهای هوش مصنوعی در تشخیص سرطان پستان استفاده می کنند، سالانه افزایش می یابد. در نتیجه، کاربردهای مبتنی بر هوش مصنوعی به عنوان مکملی برای استدلال بالینی پزشکان در نظر گرفته می شوند که هدف نهایی آن ارائه مراقبت های بهداشتی با کیفیت است که هم مقرون به صرفه و هم برای همه در سراسر جهان قابل دسترسی باشد.

مقدمه

سرطان پستان، یکی از بزرگترین تهدیدها برای زنان در قرن بیست و یکم، محسوب می شود. این بیماری، باعث ناپایداری روانی بسیاری از زنان شده و جان بسیاری را گرفته است. اگرچه درمان زودهنگام، میزان مرگ و میر ناشی از این بدخیمی را کاهش می دهد، ولی تشخیص دیر هنگام، بالقوه کشنده است. عوامل بیماری زایی سرطان پستان شامل سن، اثرات باروری مانند شیردهی، سطح تستسترون و یائسگی، سابقه خانوادگی، اختلالات ژنتیکی و سایر عوامل محیطی است. از نظر آناتومی، پستان از عروق خونی سالم، بافت های همبند، لوبول های مجرای شیر و غدد لنفاوی تشکیل شده است. سرطان پستان زمانی رخ می دهد که سلول های غیر طبیعی (تومورها) در بافت های همبند، مجاری شیر، غدد لنفاوی و لوبول های پستان رشد کنند. سرطان پستان می تواند خوش خیم یا بدخیم باشد. موارد بدخیم

داده‌های تشخیصی آزمایش‌های مختلف بالینی مفید باشد.

بنابراین، مشاوران پزشکی، دانشگاهیان و سرطان‌شناس‌ها، ظرفیت توسعه و به کارگیری هوش مصنوعی در بسیاری از بخش‌های تشخیص اختلالات سرطان پستان را شناخته‌اند. این امید، با پیشرفت‌های اخیر در هوش مصنوعی تقویت شده است. پژوهش‌های هوش مصنوعی، اغلب از مدل‌های پیشرفته با میزان بالاتر بروز سرطان، نسبت به برنامه‌های غربالگری استفاده می‌کنند؛ در نتیجه، الگوریتم‌های ارزیابی تصویربرداری و تشخیص سرطان پستان در هر دسته از الگوریتم‌های هوش مصنوعی، بهبودهای قابل توجهی نشان داده‌اند.

همزمان، الگوریتم‌های یادگیری عمیق نیز، بسیار امیدوارکننده‌تر از الگوریتم‌های یادگیری ماشینی سنتی کشف شده‌اند. همچنین این الگوریتم‌ها، انتخاب بهتری برای مطالعات تصویربرداری، به‌ویژه برای تحقیقات پردازش تصاویر سرطان پستان هستند. روش تشخیص به کمک رایانه، از یادگیری ترکیبی استفاده می‌کند که شامل چهار طبقه‌بندی مبتنی بر ماشین بردار پشتیبان (Support Vector Machine) است. هر یک از طبقه‌بندهای پایه، از ویژگی‌های به دست آمده از جزء بافتی خاصی، استفاده می‌کنند.

از سوی دیگر، احتمال دارد که ماموگرافی، به دلیل عوامل مختلفی مانند تراکم پستان، اندازه تومور، یا علائم ظریف سرطان که در موارد متاستاز ناپیدا هستند، بسیاری از بدخیمی‌ها را نشان ندهد. تشخیص در هوش مصنوعی، با استفاده از ماموگرافی دیجیتال، دقیق است. علاوه بر این، حساسیت هوش مصنوعی وقتی از نظر توانایی تشخیص ویژگی‌های ساختارشناسی مختلف سرطان پستان، مانند عدم تقارن و انحراف ارزیابی می‌شود، بسیار مؤثر شناخته شده است.

الگوریتم هوش مصنوعی در تصویربرداری پزشکی استفاده می‌شود. اگرچه سیستم‌های بایگانی و ارتباطات تصاویر (PACS) در حال حاضر مورد استفاده قرار می‌گیرند و منبع عظیمی از اطلاعات را تشکیل می‌دهند، استفاده عملی از هوش مصنوعی در تصویربرداری پزشکی به دلیل عدم وجود پایگاه‌های داده عمومی گسترده، با مشکل مواجه شده است. با این حال، تعداد زیادی نرم‌افزار، که برای تشخیص‌های کلی و به‌ویژه برای شناسایی ضایعات پستان بسیار ارزشمند هستند، ساخته شده‌اند.

تشخیص ضایعات توسط هوش مصنوعی به طور خودکار در انواع مختلفی از روش‌های تصویربرداری اعمال می‌شود که رایج‌ترین کاربرد هوش مصنوعی به حساب می‌آید. این تشخیص، شامل یافتن نواحی از تصویر است که ضایعات زیاد و متفاوتی دارند. پژوهش‌های اخیر نشان داده‌اند که قابلیت تشخیص شبکه‌های عصبی پیچشی، با تشخیص یک رادیولوژیست باتجربه، برابر است. طبقه‌بندی شبکه عصبی پیچشی، مزیت حذف تغییرپذیری‌ها را دارد. قابلیت ترسیم مرزهای ضایعات، دلیل اصلی کاربرد شبکه عصبی پیچشی در ضایعات است. شبکه عصبی پیچشی، وقتی برای کارهای پیچیده شبیه‌سازی می‌شود، با دقت و سرعت بالاتری نسبت به انسان عمل می‌کند.

در نهایت، U-net ها که برای بخش‌بندی تصاویر استفاده می‌شود، نمونه معمولی از نوعی شبکه است که برای این هدف به کار می‌رود؛ آن‌ها می‌توانند با استفاده از محاسبه حجم ضایعه، بین بافت‌ها، مانند بافت‌های غده‌ای و چربی در ماموگرافی دیجیتال تمایز قائل شوند. از سوی دیگر، معیارهای تشخیصی برای طبقه‌بندی تصویربرداری و هیستوپاتولوژی گسترده است؛ با این حال، شناسایی، طبقه‌بندی و درجه‌بندی دستی که توسط رادیولوژیست‌ها انجام می‌شود، وقت‌گیر و مستعد تغییرات مشاهده‌ای بیشتری است.

با این وجود، بهبود در نتایج بالینی، صرفاً متکی به تشخیص زودهنگام سرطان پستان است. بر اساس بنیاد ملی سرطان پستان، این تشخیص زودهنگام شامل تشخیص توده‌های پستان، جرم، تراکم و غیره در مرحله اولیه - زمانی که هنوز در

مرحله موضعی قرار دارد - می‌شود. اگر تشخیص زودهنگام صورت پذیرد، میزان بقای کلی پس از پنج سال، ۹۹ درصد است. بنابراین انجام معاینات فردی ماهانه پستان، علاوه بر انجام معاینات دوره‌ای بالینی مانند ماموگرافی، بخش مهمی از تشخیص زودهنگام است و شانس بقای بیمار را افزایش می‌دهد.

در مطالعات یان ویتوفسکی، لورا هیگاک و همکاران، روشی مبتنی بر یادگیری عمیق ایجاد کردند که ویژگی تصویربرداری رزونانس مغناطیسی با کنتراست پویا (DCE-MRI) در بافت پستان را افزایش می‌دهد. DCE-MRI یک فناوری است که گاهی اوقات برای زنانی که در معرض خطر بیشتر ابتلا به سرطان پستان قرار دارند، استفاده می‌شود. این دانشمندان روش‌های یادگیری عمیق را بر روی گروه‌های مختلف، تأیید کردند و مشاهده شد که این راهبرد، قابلیت کاهش تعداد جراحی‌های غیر ضروری را با به حداقل رساندن درصد نتایج مثبت کاذب، دارد.

شناسایی زودهنگام سرطان پستان برای بهبود نتایج درمان، ضروری است. هوش مصنوعی ابزاری است که غربالگری سرطان پستان را بهبود می‌بخشد. کاربرد راهبردهای غربالگری با استفاده از هوش مصنوعی بر روی جمعیت، در کاهش میزان مرگ‌ومیر ناشی از سرطان پستان مؤثر بوده است. استفاده از فناوری هوش مصنوعی در غربالگری سرطان به ۸۹ درصد «ویژگی» و ۷۶ درصد «حساسیت» دست می‌یابد که هر دو به طور قابل توجهی، بالاتر از ارقام سیستم‌های تشخیص به کمک رایانه استاندارد (CAD) است که تقریباً ۵۰ درصد می‌باشد. این نتیجه، با استفاده از ماموگرافی دیجیتال حاصل شده است که به عنوان روش غربالگری برای زنان دعوت‌شده جهت مشارکت در برنامه‌های غربالگری مورد استفاده قرار می‌گیرد استفاده از ماموگرافی دیجیتال، امکان ساخت سیستم‌های تشخیص به کمک رایانه را فراهم می‌کند و باعث کاهش فشار کاری رادیولوژیست‌ها می‌شود. مطالعات نشان داده‌اند که فناوری‌های محرک هوش مصنوعی، دقت تشخیصی برتری نسبت به روش‌های سنتی دارند و احتمالاً این روند، به سمت پیاده‌سازی گسترده سیستم‌های مبتنی بر هوش مصنوعی، ادامه خواهد یافت. پیشرفت‌های اخیر در هوش مصنوعی، در زمینه کمک به رادیولوژیست‌ها در تفسیر ماموگرام‌های دیجیتال و تشخیص زودهنگام سرطان پستان، امکاناتی را ایجاد کرده است که از آنچه سیستم‌های تشخیص به کمک رایانه استاندارد ارائه می‌دهند، فراتر است. اهداف سیستم‌های هوش مصنوعی، مشابه سیستم‌های تشخیص به کمک رایانه است: بهبود تشخیص تومورهای بدخیم، به حداقل رساندن اثرات بدخیمی‌های فاصله‌ای و همزمان، کاهش میزان خوانش مورد نیاز. ممکن است در بلندمدت، سیستم‌ها و روش‌های جدید هوش مصنوعی حتی نسبت هزینه برنامه‌های تشخیص زودهنگام سرطان پستان را افزایش دهند.

در مطالعه دیگری، تمایز بین تومورهای خوش‌خیم و بدخیم از طریق استفاده از اولتراسونوگرافی که شکلی از تصویربرداری دیجیتال است، انجام شد. پیشنهاد شده است که شناسایی سرطان پستان به روش اولتراسونوگرافی، به وسیله کاربرد روش‌های مختلف هوش مصنوعی انجام شود. مدل طبقه‌بندی تصویر، دقت ۹۷.۱۸ درصدی دارد و سرطان پستان را با عنوان طبیعی، خوش‌خیم یا بدخیم، طبقه‌بندی می‌کند.

به این ترتیب، اولتراسوند روش تشخیصی انتخابی برای تعیین خوش‌خیم یا بدخیم بودن تومورهای پستان بوده است و از آنجا که بدخیمی‌های پنهان پستان را تشخیص می‌دهد، امروزه به روشی نوظهور تبدیل شده است. برخلاف سایر روش‌ها (مانند ماموگرافی، توموسنتز پستان دیجیتال Digital Breast Tomosynthesis و MRI)، اولتراسوند مزایایی دارد، به عنوان مثال: یونیزان نیست، مقرون به صرفه است و ظرفیت ارائه جزئیات و نظارت دقیق دارد.

بر اساس گزارش بنیاد ملی سرطان پستان در سال ۲۰۲۰، هوش مصنوعی با موفقیت در تشخیص بیش از ۲۷۶,۰۰۰ مورد سرطان پستان استفاده شده است.

کالبراسیون دوربین و پردازش داده‌ها همگی بخش‌هایی از این فرآیند هستند. همچنین موفقیت‌ها و دامنه کاربرد یادگیری نظارت شده و غیرنظارت شده مانند یادگیری عمیق، شبکه عصبی پیچشی و سایر رویکردهای مرتبط در ارزیابی سرطان پستان، مشاهده گردیده است.

ترکیب یادگیری غیرنظارت شده و یادگیری انتقالی در تشخیص سرطان پستان، روشی نوظهور در هوش مصنوعی است. استفاده از شبکه عصبی پیچشی که بر روی رویکردهایی که سازمان در طول فرآیند یادگیری انتقالی اتخاذ می‌کند آموزش دیده، مؤثرتر از آموزش نظارتی بیشتر است.

لازم است هنگام تجزیه و تحلیل تشخیصی و درمانی سرطان پستان، از حالت‌ها یا انواع مختلف تصاویر در ثبت و ترکیب استفاده شود. این امر، به پزشکان کمک می‌کند تا دانش بیشتری جهت دقت در تشخیص، کسب کنند. ثبت تصاویر در تشخیص سرطان پستان با هوش مصنوعی، نقاط مرجع را در تعداد زیادی تصویر، مکان‌یابی می‌کند؛ این کار با انجام چرخش (فضایی) روی تصاویر برای قرار دادن آن‌ها در یک مختصات، انجام می‌شود.

استفاده از روش‌های محاسباتی مانند فناوری‌های دیجیتال (تجزیه و تحلیل تصویر و هوش مصنوعی)، در کنار اشعه ایکس برای کمک به تشخیص زودهنگام سرطان پستان صورت می‌گیرد. گسترش این موضوع، همراه با توسعه فناوری پیشرفته، نه تنها تشخیص زودتر بیماری را تسهیل کرده، بلکه درمان تعداد زیادی از بیماران را نیز امکان‌پذیر ساخته است.

اهمیت تشخیصی تصاویر از طریق فرآیند تلفیق بیشتر می‌شود و شامل گرفتن اطلاعات معنادار از تصاویر متعدد، حذف اطلاعات غیرضروری و در نتیجه بهبود کیفیت تصویر است. به طور کلی تلفیق تصاویر، از تلفیق در سطح سیگنال، سطح داده، سطح ویژگی و سطح تصمیم‌گیری تشکیل شده است که به ترتیب صعودی از پایین‌ترین تا بالاترین سطح قرار دارند. استفاده از متآنالیز در کارایی تشخیصی یادگیری عمیق، شناسایی به موقع سرطان پستان را امکان‌پذیر کرده است. این مطالعه از چهار دسته‌بندی استفاده کرده است: سرطان پستان؛ نوع اعتبارسنجی؛ روش‌های تصویربرداری مانند اولتراسوند و الگوریتم‌های یادگیری عمیق در مقایسه با متخصصان سلامت. نتایج نشان داد که حساسیت تجمعی ۸۸ درصد (فاصله اطمینان ۹۵ درصد: ۸۵-۹۰ درصد)، ویژگی ۸۴ درصد (۷۹-۸۷ درصد) و سطح زیر منحنی ۰.۹۲ (۰.۹۰-۰.۹۴) بود. همچنین، نشان داده شد که تمام زیرگروه‌ها هنگام استفاده از الگوریتم‌های یادگیری عمیق معادل، دقت تشخیصی رضایت‌بخشی داشتند؛ در نتیجه، این روش‌ها برای تشخیص سرطان پستان از طریق استفاده از تصویربرداری تشخیصی مفید هستند.

همچنین در مطالعات Xue و همکاران، فریمن و همکاران، Mendes و همکاران، نشان داده شد که هوش مصنوعی به ترتیب ۵۳، ۴۵ و ۵۰ درصد از سرطان‌های کم‌خطر را تشخیص می‌دهد. علاوه بر این، هوش مصنوعی به ترتیب ۱۰ درصد، ۴ درصد و ۰ درصد از داده‌های سرطان پستان را از مجموعه‌ای که قبلاً غربالگری شده و توسط رادیولوژیست‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرد، شناسایی کرد. در کاربرد هوش مصنوعی در تصاویر سرطان پستان، هوش مصنوعی مجموعه‌ای از مزایا و مشکلات را در طول بررسی تصویربرداری سرطان پستان ارائه داد که شامل راه حل‌های آینده‌نگر با استفاده از یادگیری ماشین و یادگیری عمیق برای پیش‌بینی خطر سرطان، ارزیابی ماموگرافی و برچسب‌گذاری مجموعه داده بود.

علاوه بر این، بخش‌بندی نظام‌مند و سریع ناحیه مورد نظر (Region Of Interest) و تراکم پستان در MRI، همان‌طور که توسط پاندی و همکاران گزارش شد، نشان داد که تجزیه و تحلیل مبتنی بر تصویر، تقسیم‌بندی عالی را از نظر دقت و ویژگی و حساسیت نشان می‌دهد. این موفقیت، توسط بسیاری از دستگاه‌های پیشرفته

علاوه بر این رقم، ۴۸،۰۰۰ مورد، با استفاده از روش یادگیری non-deep تشخیص داده شدند، به ویژه در تشخیص انواع سرطانی تهاجمی. آزمایش ژنی و تصویربرداری هیستوپاتولوژیک در روش قابل استفاده برای شناسایی سرطان پستان هستند. از آنجا که تجزیه و تحلیل ژنتیکی مقرون به صرفه نیست، تصویربرداری بافت‌شناختی آزمایشگاه پزشکی، بیشتر برای غربالگری و تشخیص سرطان پستان به کار می‌رود ترکیب یادگیری عمیق و یادگیری ماشینی امکان تجزیه و تحلیل جامع تشخیص و درمان سرطان پستان با استفاده از توالی‌یابی ژنتیکی یا تصویربرداری هیستوپاتولوژیک را فراهم می‌کند. تجزیه و تحلیل تصاویر سرطان پستان با استفاده از هوش مصنوعی می‌تواند توده‌های پستان، بخش‌بندی جرم، تراکم پستان و خطر سرطان پستان را تشخیص دهد. در اکثر بیماران، توده‌های پستان، شایع‌ترین نوع بروز سرطان پستان هستند؛ بنابراین تشخیص دادن آن‌ها یک گام ضروری است که در تشخیص توسط رایانه، استفاده می‌شود.

در مطالعات فرحناز صدوقی و همکاران که سرطان پستان با استفاده از دستیابی به تصویر، تشخیص داده شد، اولین گام در فرآیند تشخیص، تصویربرداری بود، سپس تصویر، پردازش و بخش‌بندی شد. روش‌های مختلف هوش مصنوعی مانند ماشین بردار پشتیبان (SVM)، ژنتیک و Naive Bayes و همچنین یادگیری عمیق برای طبقه‌بندی آن به کار گرفته شدند. بر اساس یافته‌ها، ماشین بردار پشتیبان، بالاترین درصد دقت را در تمام مراحل تجزیه و تحلیل تصویر داشت.

برای بهبود اثربخشی تشخیصی، شاهد منیر شاه و همکاران، از روش‌های تصویربرداری مختلفی برای ساده‌سازی فرآیند شناسایی سرطان پستان استفاده کردند. این روش‌های تصویربرداری شامل ماموگرافی، اولتراسوند، تصویربرداری رزونانس مغناطیسی (MRI)، تصاویر هیستوپاتولوژیک، یا هر مدل ترکیبی از روش‌های تصویربرداری ذکر شده است. پیشرفت الگوریتم‌های توانمند هوش مصنوعی مانند یادگیری عمیق و در دسترس بودن مجموعه داده‌های بزرگ، دو عاملی هستند که به افزایش تحقیقات علمی اخیر کمک کرده‌اند.

علاوه بر این، دیلیپ گ. واس.ام. شاه از روش‌های تصویربرداری مختلفی در تشخیص سرطان پستان مانند ماموگرافی، اشعه ایکس، ترموگرافی، تصویربرداری رزونانس مغناطیسی (MRI)، توموگرافی (برش‌نگاری) رایانه‌ای پوزیترون، برش‌نگاری رایانه‌ای، اولتراسوند با تراکم فوق‌العاده بالا و معاینات هیستولوژیکی استفاده کردند. نتایج حاصل از استفاده از این روش‌های تصویربرداری نشان داد که بیشتر زنان، مبتلا به بدخیمی هستند که عوامل علت‌شناختی آن با وراثت، سبک زندگی و محیط مرتبط است. هوش مصنوعی در تشخیص سرطان پستان به کار می‌رود، زیرا تشخیص‌های سریع‌تر و دقیق‌تری ارائه می‌دهد.

شاه و همکاران، سرطان پستان را از نظر علت‌شناسی، تشخیص و درمان و همچنین اقدامات پیشگیرانه خلاصه کردند که «طبقه‌بندی و مدل‌های پیش‌بینی» نامیده می‌شوند و شانس ابتلا یکی زن به سرطان پستان را دسته‌بندی می‌کنند. همچنین راهنمای‌های غربالگری مستقیمی ارائه می‌دهند که از وجود متغیرهای خطر هورمونی، اکولوژیک (بوم‌شناسی)، رفتاری یا فامیلی مستقر و کمی شده حمایت می‌کنند. عامل فامیلی به پیدایش سرطان پستان در زنان کمک می‌کند.

با این حال، کمی‌سازی روش‌های تصویربرداری مانند MRI، مدل تشخیصی مؤثر اثبات‌شده‌ای به‌ویژه در تشخیص این بدخیمی است. ماموگرافی، انتخاب تشخیصی اولیه است که بسیاری از کارکنان درمان از آن استفاده می‌کنند، زیرا روشی اختصاصی است، مثل پروفایل‌سازی مولکولی و ژنومیک که در مدیریت سرطان پستان، ضروری هستند.

علاوه بر این، مطالعات دیگر، رابطه بین تجزیه و تحلیل تصویر سرطان پستان و کاربرد آن را نشان داده‌اند؛ تشخیص سرطان پستان، روش‌های بخش‌بندی،

کلی مانند سطح زیر منحنی (AUC)، حساسیت، ویژگی و دقت طبقه‌بندی شده‌اند. کلمات کلیدی مورد استفاده در جست‌وجو عبارتند از: سرطان پستان، تشخیص سرطان پستان، هوش مصنوعی و هوش مصنوعی در سرطان پستان. در مجموع، ۱۷۹۰۰ نتیجه بر اساس کلمات کلیدی بالا یافت شد. برخی از نتایج جست‌وجو خارج از حوزه سرطان پستان و/یا هوش مصنوعی بودند. نتایجی که در حوزه این مطالعه قرار داشتند، به جای تشخیص، گزینه‌های درمانی داشتند که منجر به غربالگری بیشتر شد. در نهایت، ۳۶ مطالعه مرتبط با این بازنگری در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت. (شکل یک)

۳ نتایج و بحث

این مطالعه، مقالات مختلفی را که به صورت نظام‌مند در مورد کاربرد هوش مصنوعی در تشخیص سرطان پستان بررسی و در مجلات مختلف منتشر شده‌اند، ارائه کرده است. اخیراً مطالعات متعددی مبتنی بر هوش مصنوعی در زمینه تشخیص سرطان پستان مشاهده شده که ارزش بالایی در این پژوهش دارد. رولند، دلیو مطالعه مشابهی بر روی مفهوم و همبستگی هوش مصنوعی، یادگیری ماشینی و یادگیری عمیق داشت، هر چند این کاربرد، به جای تمرکز بر سرطان پستان، به سمت سایر پیش‌بینی‌های بالینی توجه داشت.

مطالعات انتخاب شده بین سال‌های ۲۰۱۲ تا ۲۰۲۲ منتشر شده و جامع هستند. شکل زیر، داده‌های سالانه منتشر شده در زمینه هوش مصنوعی در تشخیص سرطان پستان را از پایگاه‌های داده مختلف نشان می‌دهد. به دلیل کاربرد امیدوارکننده هوش مصنوعی و تغییرات آن برای تطبیق با توموسنتز پستان، مطالعات فراوانی در زمینه کاربردهای هوش مصنوعی در تشخیص سرطان پستان از سال ۲۰۲۰ تا به امروز انجام شده است.

فناورانه که از یادگیری عمیق برای تشخیص سرطان پستان استفاده می‌کنند، مشاهده شد.

به طور خلاصه، براساس برخی تحقیقات، کاربردهای مختلف هوش مصنوعی در تشخیص سرطان پستان گزارش شد که ارزیابی‌های آن‌ها، اظهار نظر امیدوارکننده‌ای را مبنی بر این که چالش‌های پیش‌آگهی و تشخیص سرطان با استفاده از پیشرفت‌های هوش مصنوعی حل می‌شود، ارائه می‌دهد.

این چالش‌ها از طریق استفاده از هوش مصنوعی حل می‌شوند، زیرا هوش مصنوعی دقت تشخیصی بالاتری نسبت به CAD یا تشخیص به کمک رایانه، در شناسایی سرطان پستان در ماموگرام‌ها دارد. علاوه بر این، به دلیل دسترسی بودن مجموعه داده‌ها، در حال حاضر می‌توان از هوش مصنوعی برای تجزیه و تحلیل ماموگرام‌ها با استفاده از روش‌های مختلف پردازش تصویر، استفاده کرد.

به دلیل هزینه کمتر و افزایش کاربرد، تصاویر به‌دست آمده از آزمایش‌های بافت‌شناسی سرطان پستان، در تشخیص سرطان پستان با روش یادگیری عمیق استفاده می‌شوند. هوش مصنوعی در چندین روش غربالگری برای تعیین توده، تراکم و بخش‌بندی پستان ادغام شده است.

۲ روش‌شناسی

روش به کار رفته در این بازنگری نظام‌مند فاقد هرگونه داده‌های پزشکی (اعم از آینده نگر یا گذشته نگر) بیماران است؛ بنابراین نیازی به اخذ تأییدیه اخلاقی برای انجام مطالعه نبود.

داده‌های استفاده شده در این پژوهش شامل مقالاتی از انتشارات دسترسی آزاد می‌باشد که بر اساس جزئیاتی نظیر تاریخ انتشار، نام نویسندگان و روش‌شناسی‌های استفاده شده، نوع مدل‌های هوش مصنوعی، مجموعه داده‌های به کار رفته و نتایج

شکل یک - داده‌های استفاده شده در پژوهش‌های حاضر



و یادگیری عمیق وجود دارد. از نظر وابستگی‌های داده‌ای، یادگیری ماشینی مدل ریاضی را از داده‌های آموزشی می‌آموزد. مدل آموخته شده، آینده را با آزمایش داده‌ها پیش‌بینی می‌کند. یادگیری یا آموزش در یادگیری ماشینی، به روش مشارکتی ارزیابی اختلاف بین بدخیمی و خوش‌خیمی با استفاده از معیار ارزیابی به نام تابع هدف اشاره دارد. این یادگیری می‌تواند یادگیری نظارت‌شده باشد که در آن داده‌های آموزشی مشاهده شده و هدف پیش‌نیازهایی برای مدل آموزشی هستند. بنابراین، چندین شرکت و آزمایشگاه تحقیقاتی تلاش می‌کنند تا فناوری‌های هوش مصنوعی را برای حوزه‌های متنوع مراقبت‌های بهداشتی بسازند. یادگیری ماشینی نظارت‌شده (SML) ممکن است کمک بهتری به متخصصان مراقبت‌های سلامت در انجام تشخیص افتراقی ارائه دهد. همچنین در روش‌شناسی SML، از روش‌های پیشرفته برای پیش‌بینی مشکلات سلامت و هشدار دادن به عموم نسبت به خطرات قریب‌الوقوع استفاده می‌شود. در ماموگرافی، تصاویر سرطان، برچسب‌هایی هستند که به الگوریتم اجازه می‌دهند ویژگی‌های این بدخیمی را بیاموزند. ولی یادگیری غیرنظارت‌شده، هیچ ویژگی تشخیصی یا برچسب‌های غیرطبیعی ندارد. در یادگیری نیمه نظارت‌شده، اطلاعات ارائه‌شده برای الگوریتم، جهت آموزش اهمیتی ندارند. به‌طور همزمان، روش‌شناسی اضافی می‌تواند برای بهبود کارایی و کاهش تعداد پیش‌بینی‌های نادرست درباره سرطان پستان استفاده شود. همین موضوع، در مورد تصاویر پستان که به‌طور بالقوه برای تشخیص سرطان پستان استفاده می‌شوند، صدق می‌کند. در مقایسه با روش‌های دستی، تجزیه و تحلیل خودکار تصاویر مبتنی بر هوش مصنوعی، کمک می‌کند فرایندهای غربالگری طاقت‌فرسا و زمان‌بر را حذف شود، ضمن اینکه اطلاعات مفید و مرتبط را از تعداد زیاد داده‌های تصویر/عکس به‌طور کارآمد ثبت می‌کند. این امر در مقایسه با ارزیابی دستی انجام می‌شود.

۳.۳- مزایای تشخیص سرطان پستان

زمانی که از هوش مصنوعی در ماموگرافی استفاده می‌شود، سرطان را می‌توان تا دو سال زودتر از سرطان‌شناس‌ها تشخیص داد. اگر بیماری‌ها زودتر شناسایی و درمان شوند، جان‌های بیشتری نجات خواهد یافت. پزشکان با کمک هوش مصنوعی می‌توانند به تشخیص‌های خود اطمینان بیشتری داشته باشند و در نتیجه کارایی‌شان افزایش یابد. هوش مصنوعی همچنین استرس رادیولوژیست‌ها را کاهش می‌دهد. به‌جای صرف ساعت‌ها برای خواندن تصاویر ماموگرام، هوش مصنوعی هرگز خسته نمی‌شود. با هوش مصنوعی، دقت و تشخیص زودهنگام سرطان امکان‌پذیر است. علاوه بر این، با کمک هوش مصنوعی، مراقبت‌های پزشکی نیز بهبود می‌یابند. استفاده از ابزارهای تشخیصی مبتنی بر هوش مصنوعی در تشخیص سرطان پستان، به افزایش کارایی رادیولوژیست‌ها کمک کرده و نتایج بهتری را از آن‌چه که رادیولوژیست‌ها به تنهایی به دست می‌آورند، ایجاد می‌کند. در حالی که هوش مصنوعی بین ساختارها و اجزای تصویر با استفاده از الگوریتم‌های پیچیده یادگیری ماشینی تمایز قائل می‌شود، کاربرد آن در عمل بالینی، به دلیل ویژگی کم، محدود است. همچنین با استفاده از هوش مصنوعی، دقت CAD (تشخیص به وسیله رایانه استاندارد) افزایش می‌یابد. در هوش مصنوعی از CNN (شبکه عصبی در هم پیچیده) استفاده می‌شود؛ فناوری یادگیری عمیق، که برای ارزیابی و طبقه‌بندی تصاویر مناسب است و دقت تشخیصی دارد و تقریباً برابر یا حتی بهتر از فرد رادیولوژیست، در تشخیص سرطان است.

هوش مصنوعی همچنین می‌تواند به تشخیص سرطان‌های پستان که در غربالگری شناسایی نمی‌شوند کمک کند؛ در نتیجه، نیاز به غربالگری بیشتر، به‌ویژه در بافت‌های متراکم پستان که حساسیت کمی دارند، وجود دارد. برخی مطالعات نشان داده‌اند که در پستان‌های متراکم، نتایج منفی کاذب بیشتری مشاهده

همان‌طور که از این بازنگری مشخص است، اکثریت مطالعات، بر ویژگی یا سطح زیر منحنی تمرکز کرده‌اند، بدون اینکه سایر مؤلفه‌ها مانند حساسیت، دقت روش تشخیصی و غیره ذکر شود. این نمونه معمولی از محدودیت‌های موجود در مطالعات پزشکی است. با این حال، الگوهایی مانند CNN، شبکه‌های عصبی پیچشی عمیق (DCNN)، شبکه‌های عصبی مصنوعی (ANN)، پایگاه‌های داده دیجیتال برای غربالگری ماموگرافی (DDSM) و سایر مدل‌ها در مطالعات مختلف استفاده شده‌اند، به این دلیل که این مدل‌ها، قابلیت تشخیص خودکار سرطان و همچنین تفسیر ضایعات را دارند. این مطالعات، مشاوره مستقل برای رادیولوژیست‌ها و سرطان‌شناس‌ها را جهت بهبود شناسایی ضایعات و پیش‌آگهی ارائه می‌دهند. بیشترین تعداد مطالعات را ایالات متحده آمریکا و پس از آن چین و ژاپن دارند. در سال‌های ۲۰۱۷ و ۲۰۱۹، به ترتیب ۵۱۰/۰۰۰ مورد تراکم فیبروگدیدی پستان و ۶۴۰/۰۰۰ مورد تصویربرداری پستان با استفاده از الگوریتم طبقه‌بندی در سوئیس و انگلستان مطالعه شدند.

۳.۱- روش‌های نوین کاربردهای هوش مصنوعی در تشخیص سرطان پستان

رادیومیکس روش جدیدی است که ویژگی‌های کمی متغیری را از تصاویر با منشأ پزشکی استخراج می‌کند. رادیومیکس در مدیریت و تشخیص سرطان پستان مفید بوده است. دانش رادیومیکس، به پیش‌بینی، مرحله‌بندی تومورها و ارزیابی پاسخ درمانی کمک می‌کند. بسیاری از پژوهشگران معتقدند که رادیوتراپی، در پیش‌آگهی سرطان پستان بسیار مؤثر است. با این حال، تنها نقص رادیومیکس این است که داده‌های به دست آمده از سرطان پستان پیشرفته موضعی (LABC)، پس از درمان غیر کمکی و در طول درمان پس از جراحی، نمی‌تواند میزان بقای سرطان پستان را پیش‌بینی کند. در همین حال، با استفاده از کاربردهای هوش مصنوعی در تشخیص سرطان پستان، تکرارپذیری، به عنوان نکته کلیدی علوم تجربی عمل می‌کند، اما ممکن است توسط عوامل متعددی مانند سیستم انسانی یا بیولوژیکی، متغیرهای ذاتی، نمونه‌های نادرست برچسب‌گذاری شده، آلودگی متقابل و در برخی موارد، عبور بیش از حد در رده‌های سلولی تحت تاثیر قرار گیرد. جدای از مسئله تعمیم‌پذیری، محققان از روش‌هایی برای حذف این عوامل غیر ضروری (غیرمرتبط) استفاده می‌کنند که به حقایق آماری قابل اجرا، بسیار متکی هستند. کاربرد هوش مصنوعی در سرطان پستان در کشورهای در حال توسعه رایج است. به عنوان مثال، کاهش هزینه سیستم خودکار DeepMind، برای کشورهای توسعه یافته و توسعه نیافته، باعث سهولت و رفاه می‌شود، همان‌طور که توسط سازمان جهانی بهداشت (WHO) تایید شده است.

۳.۲- مفهوم و همبستگی‌های مربوطه هوش مصنوعی، یادگیری ماشینی و یادگیری عمیق

هوش مصنوعی شامل روش‌ها و روش‌هایی است که توانایی تقلید از رفتار انسان را به رایانه می‌دهد. کارکردهای اولیه هوش مصنوعی در غربالگری سرطان پستان عبارتند از: بخش‌بندی و طبقه‌بندی تومورهای خوش‌خیم یا سرطانی. یادگیری ماشینی، نوعی الگوریتم یادگیری است که ویژگی‌ها و متغیرهای آن نمایانگر داده‌های قابل مشاهده هستند. یادگیری عمیق، نمونه معمولی از یادگیری ماشینی است و روش آن وابسته به شبکه‌های عصبی عمیق است که شبیه نورون‌های مغز انسان هستند، ولی آن‌ها را بزرگ‌نمایی می‌کنند و در طبقه‌بندی و تشخیص تصاویر استفاده می‌شوند. یادگیری عمیق از ساختار عمیق قطعه‌ای (modular) برای ارتقای سلسله مراتب در یادگیری استفاده می‌کند و اطلاعات را از مدل‌های ساده به پیچیده استخراج می‌کند. با این حال، تمایز زیادی بین یادگیری ماشینی

۴- نتیجه‌گیری

در این مطالعه روش استاندارد برای بررسی نظام‌مند مقالات دنبال و اقدامات جدی در معیارهای ورودی در نظر گرفته شد. در این معیارها، امتیازات آزمون، از نظر جغرافیایی، یعنی مراکز مختلف مقالات در کشورهای مختلف، اعتبارسنجی شدند. این امر حجم زیادی از مطالعات را، به ویژه در مواردی که مجموعه داده برای آزمایش و اعتبارسنجی مشابه استفاده شده بود، مستثنی کرد. اعتبارسنجی داخلی، دقت را بیش از حد تخمین می‌زند و تعمیم‌پذیری محدودی دارد. این امر همچنین می‌تواند منجر به از دست دادن تعمیم‌پذیری شود، زیرا عملکرد مدل، وابسته به داده‌ها است. اعتبارسنجی زمانی، ظرفیت بالایی را برای مدل‌های آماری، جهت پیش‌بینی شرایط آینده برای کل جمعیت، بر اساس آن‌چه که مدل در ابتدا از آن مشتق شده و مشاهداتی که برای تولید مدل استفاده شده‌اند، فراهم می‌کند. با این وجود، مطالعات غیرانگلیسی به دلیل عدم ارتباط با مطالعه مستثنی شدند. عملکرد تشخیصی کلی با استفاده از هوش مصنوعی در رویکردهای تشخیصی، مثلاً در تشخیص کارسینومای متاستاتیک پستان در بیوپسی‌های غدد لنفاوی، می‌تواند بهبود یابد. از چند مدل مانند CNN (شبکه‌ی عصبی پیچشی)، پایگاه داده دیجیتال برای غربالگری ماموگرافی (DDSM)، به‌منظور دستیابی به نتیجه به موقع و دقیق استفاده شد. علاوه بر این، هوش مصنوعی نتایج قابل توجهی در تصاویر سرطان پستان به دست می‌آورد. این مطالعه نشان داد که CNN پرکاربردترین الگوریتم است. علاوه بر این، دقت، بالاترین تعداد معیارهای عملکرد را دارد (۹۸ درصد) و پس از آن، ویژگی (۹۹ درصد) و سطح زیر منحنی (۰.۹۵) قرار دارند. اکثر مطالعات در ایالات متحده آمریکا بود و پس از آن چین و ژاپن قرار داشتند.

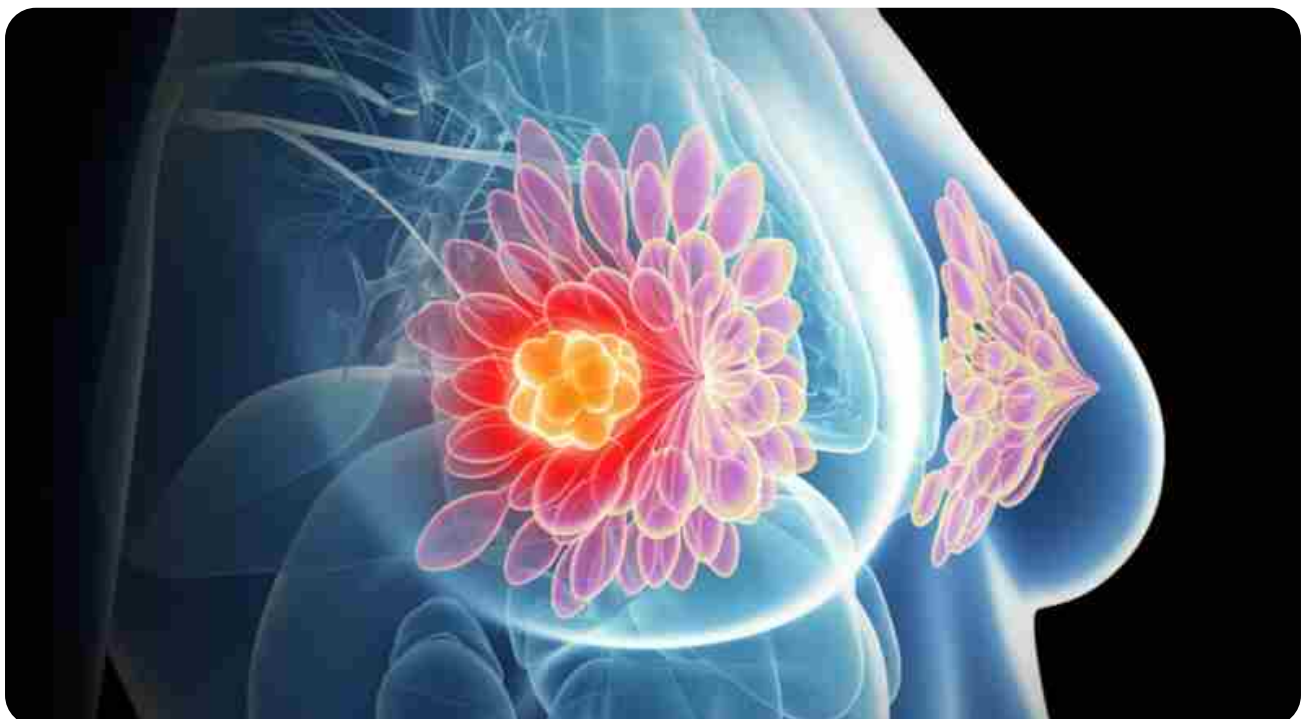
Reference:

Uzun Ozsahin D, Ikechukwu Emegano D, Uzun B, Ozsahin I. The systematic review of artificial intelligence applications in breast cancer diagnosis. *Diagnostics*. 2022 Dec 23;13(1):45.

می‌شود. نتیجه منفی ماموگرافی، ممکن است باعث اطمینان خاطر زنان مبتلا به سرطان شود. استفاده از هوش مصنوعی در تشخیص سرطان پستان با یکسری مشکلات مواجه است که این امر هوش مصنوعی را محدود می‌کند.

۳.۴- محدودیت‌های هوش مصنوعی در تشخیص سرطان پستان

این مرز بین هوش مصنوعی و هوش انسانی است. لازم است تا هوش مصنوعی به طور مستقل بدون کمک انسان، داده‌ها را تولید، تکرار و پذیرش کند. ماشین‌های هوش مصنوعی می‌توانند به عنوان شکل موجهی از هوش مصنوعی در نظر گرفته شوند. این امر مستلزم وجود کدی است که به صورت جهانی قابل دسترسی باشد که تنها از طریق توزیع عادلانه داده‌ها قابل دستیابی است. پایگاه‌های داده‌ای که جهت یابی در آن‌ها آسان است و نرم‌افزارهایی که استفاده از آن‌ها شهودی است، باید در سیستم‌های فناوری اطلاعات بیمارستان‌ها در سراسر جهان به کار برده شوند. علاوه بر این، باید اعتماد و اطمینان در میان پزشکان وجود داشته باشد تا از این پس هوش مصنوعی را در تمام تصمیمات بالینی خود به کار ببرند. در نتیجه، متخصصان پزشکی باید آموزش کافی در زمینه استفاده از نوآوری‌های هوش مصنوعی داشته باشند. عصر و فناوری مدرن، کاربردهایی را در اختیار ما قرار داده که بیماری‌ها را کنترل می‌کنند، مانند کنترل ضربان قلب و دیابت؛ با این حال، هنوز در موارد سرطان پستان این مسئله دیده نشده است. اگر این مورد نوآوری شود، کیفیت مراقبت از بیمار و رضایت بیمار را بهبود خواهد بخشید. از نظر اخلاقی، محرمانگی داده‌ها، نقض حریم خصوصی، استقلال بیمار، رضایت و غیره، نگرانی‌هایی هستند که هنگام استفاده از هوش مصنوعی در تشخیص سرطان پستان باید در نظر گرفته شوند. چند اقدام احتیاطی برای جلوگیری از افشای اطلاعات شخصی و قانون‌گذاری برای ممنوعیت هرگونه سوء رفتار وضع شده است. علاوه بر این، پروتوگان‌شناسی (radiomics) امروزه هنوز در زمینه اقدامات بالینی کمبودهای زیادی دارد. بنابراین، امیدواریم که تصمیم‌گیران، این محدودیت‌ها را پیگیری کنند تا هوش مصنوعی به عنوان ابزار تشخیصی مؤثر باقی بماند.



پزشکی شخصی: پارادایمی نوین در طبابت؛ از مبانی مولکولی تا افق‌های فلسفی



نویسنده: دکتر امید فاضل‌زاده

پزشک عمومی

چکیده

می‌گذارد، یک «شخص» منحصر به فرد است، نه یک نقطه داده در نمودار پراکندگی. ما پزشکان هر روز با این واقعیت روبه‌رو می‌شویم: چرا داروی الف، که بر اساس EBM بهترین درمان است، در بیمار X به خوبی پاسخ می‌دهد، اما در بیمار Y عوارض شدیدی ایجاد می‌کند و در بیمار Z اصلاً اثری ندارد؟ پاسخ در «فردیت» (Individuality) بیولوژیک نهفته است. پزشکی سنتی، در مواجهه با این عدم قطعیت، آن را به «شانس» یا «ویژگی‌های ناشناخته» بیمار نسبت می‌داد و به «هنر» پزشکی پناه می‌برد اما انقلاب ژنومیکس در اواخر قرن بیستم، این «جعبه سیاه» فردیت را گشود. پزشکی شخصی، تلاشی است برای پایان دادن به «استبداد میانگین» (Tyranny of the Average). این رویکرد، بازگشتی است به اصیل‌ترین سنت پزشکی که از بقراط به ارث برده‌ایم:

"It is more important to know what sort of person has a disease than to know what sort of disease a person has."

«این که بدانیم چه نوع شخصی به بیماری دچار شده، مهم‌تر از آن است که بدانیم شخص به چه نوع بیماری‌ای دچار شده است.» اما این بار، مسلح به ابزارهای قدرتمند بیوانفورماتیک، ژنومیکس، پروتئومیکس و سایر فناوری‌های «چند-امیک» (Multi-omics). این مقاله، استدلال می‌کند که پزشکی شخصی، صرفاً افزودن یک ابزار جدید به جعبه‌ابزار پزشک نیست، بلکه بازتعریفی از رابطه ما با بیماری، داده‌های سلامت و مهم‌تر از همه، بازتعریفی از رابطه پزشک و بیمار است.

۲ مفهوم‌شناسی و تعریف: فراتر از یک واژه مُد روز

اغلب، اصطلاحات «پزشکی شخصی» (Personalized Medicine) و «پزشکی دقیق» (Precision Medicine) به جای یکدیگر استفاده می‌شوند. این دو، گرچه هم‌پوشانی زیادی دارند، اما تفاوت‌های ظریفی در بار معنایی آن‌ها نهفته است که از منظر فلسفی اهمیت دارد.

• پزشکی دقیق (Precision Medicine):

این اصطلاح، که توسط مؤسسه ملی بهداشت آمریکا (NIH) رواج یافت، بیشتر بر جنبه‌ی «فنی» و «مولکولی» تأکید دارد. پزشکی دقیق به معنای طبقه‌بندی افراد به زیرگروه‌هایی بر اساس تفاوت‌های مولکولی (مانند جهش‌های ژنتیکی در یک تومور) و سپس انتخاب درمانی است که بر اساس آن طبقه‌بندی، بیشترین اثربخشی را دارد. تمرکز بر «دقت» در هدف‌گیری مکانیسم بیماری‌زاست.

پزشکی شخصی (Personalized Medicine)، که گاه با عنوان پزشکی دقیق (Precision Medicine) نیز شناخته می‌شود، رویکردی تحول‌آفرین در حوزه سلامت است که هدف آن بهینه‌سازی فرآیندهای پیشگیری، تشخیص و درمان بر اساس تنوع ژنتیکی، محیطی و سبک زندگی منحصر به فرد، هر شخص است. این الگوواره (پارادایم)، گذاری بنیادین از مدل سنتی «یک نسخه برای همه» (one-size-fits-all) به سمت «یک نسخه برای یک نفر» (n-of-1) محسوب می‌شود. این مقاله ضمن تعریف و تبیین مفهوم پزشکی شخصی و مؤلفه‌های کلیدی آن (مشهور به 4P: Predictive, Preventive, Personalized, Participatory)، به تبارشناسی تاریخی این رویکرد، از مشاهدات بقراط تا تکمیل پروژه ژنوم انسانی، می‌پردازد. در ادامه، موارد کاربرد بالینی آن، به‌ویژه در آنکولوژی و فارماکوژنومیکس، با ذکر مثال‌های عینی تشریح می‌گردد. بخش قابل توجهی از این تحلیل به کاوش در ملاحظات اخلاقی (Ethical Considerations) پیچیده‌ی این حوزه، از جمله عدالت در دسترسی، حریم خصوصی داده‌ها و پیامدهای هویتی، اختصاص دارد.

در نهایت، مقاله با ترسیم چشم‌انداز آینده پزشکی شخصی و نقش هم‌افزایی فناوری‌هایی چون هوش مصنوعی و ویرایش ژن (CRISPR)، به این پرسش فلسفی می‌پردازد که آیا این رویکرد، در نهایت، به «انسانی‌تر شدن» طبابت منجر خواهد شد یا به «فنی‌تر» شدن آن؟

کلیدواژه‌گان: پزشکی شخصی (Personalized Medicine)، پزشکی دقیق (Precision Medicine)، پزشکی 4P، فارماکوژنومیکس، اخلاق زیستی، پروژه ژنوم انسانی، هوش مصنوعی در پزشکی.

۱ مقدمه: بحران «میانگین» و ظهور «شخص»

در قلب فلسفه طبابت، همواره یک تنش بنیادین وجود داشته است: تنش میان «علم» و «هنر» پزشکی. علم پزشکی، به‌ویژه در قرن بیستم، با اتکا به کارآزمایی‌های بالینی تصادفی (RCTs) و اپیدمیولوژی، به دنبال کشف اصولی جهان شمول بود. ما به دنبال درمانی بودیم که بر روی «بیمار میانگین» (Average Patient) بهترین اثر را داشته باشد. این رویکرد، که پزشکی مبتنی بر شواهد (EBM) نام گرفت، دستاوردهای عظیمی در کنترل بیماری‌های عفونی و بهبود استانداردهای درمانی داشت.

اما این پیروزی، هزینه‌ای در پی داشت. «بیمار میانگین» یک برساخته آماری است؛ او در جهان واقعی وجود خارجی ندارد. هر بیماری که در مطب من قدم

او داده‌های خود را به مطب می‌آورد و از پزشک انتظار دارد که در تفسیر این داده‌ها و تصمیم‌گیری مشترک (Shared Decision-Making) به او کمک کند. این امر، نیازمند تغییر در آموزش پزشکان و بازتعریف نقش بیمار در جامعه است.

در مجموع، پزشکی 4P یک چشم‌انداز است؛ چشم‌اندازی که در آن، هر فرد نه به عنوان عضوی از یک گروه آماری، بلکه به عنوان یک سیستم بیولوژیک، روان‌شناختی و اجتماعی منحصر به فرد دیده می‌شود.

۳ تبارشناسی پزشکی شخصی: از مشاهدات بالینی تا انقلاب مولکولی

این که افراد به بیماری‌ها و درمان‌ها پاسخ‌های متفاوتی می‌دهند، شهودی باستانی است. پزشکی شخصی، هرچند با ابزارهای مدرن، ریشه در تاریخی طولانی از تلاش برای درک همین «تفاوت‌های فردی» دارد. تبارشناسی این مفهوم را می‌توان در چند مرحله کلیدی ردیابی کرد:

■ مرحله اول: دوران مشاهدات بالینی (از بقراط تا قرن ۱۹)

پزشکی باستانی، ذاتاً «شخصی» بود، اما نه بر اساس علم مولکولی، بلکه بر اساس مشاهدات دقیق و کل‌نگری. بقراط (Hippocrates) با نظریه اخلاط چهارگانه (Humors)، در واقع تلاشی برای طبقه‌بندی «مزاج» (Temperament) افراد و ارتباط آن با استعداد ابتلا به بیماری‌ها ارائه داد. ابوعلی سینا (Avicenna) در کتاب «قانون در طب»، فصلی طولانی را به «مزاج‌شناسی» اختصاص می‌دهد و تأکید می‌کند که درمان باید متناسب با مزاج ذاتی و عارضی بیمار تنظیم شود. اینها اولین تلاش‌ها برای فاصله گرفتن از درمان واحد برای همگان بود. در قرن ۱۸ و ۱۹، پزشکانی چون ویلیام ویتیرینگ (William Withering)، که در استفاده از گیاه دیژیتال (عصاره گل انگشتانه) برای درمان نارسایی قلبی پیشگام بود، به اهمیت «تیتراسیون دوز» بر اساس پاسخ فردی بیمار پی بردند. او فهمید که دوز مؤثر برای یک بیمار، می‌تواند برای دیگری سمی باشد.

■ مرحله دوم: عصر گروه‌های خونی و ژنتیک کلاسیک (اوایل قرن ۲۰)

نقطه عطف واقعی در سال ۱۹۰۱ رخ داد، زمانی که کارل لندشتاینر (Karl Landsteiner) گروه‌های خونی ABO را کشف کرد. این اولین باری بود که علم پزشکی به صورت عینی، یک «طبقه‌بندی» بیولوژیک مشخص را شناسایی کرد که پیامدهای درمانی مستقیمی داشت. انتقال خون، که پیش از آن یک قمار مرگبار بود، ناگهان به یک رویه علمی «دقیق» تبدیل شد. این کشف، سنگ بنای پزشکی مبتنی بر بیومارکر بود. همزمان، کشف مجدد قوانین مندل و ظهور علم ژنتیک، این ایده را تقویت کرد که صفات بیولوژیک (و در نتیجه، استعداد بیماری) قابل پیش‌بینی و توارث‌پذیر هستند.

■ مرحله سوم: تولد فارماکوژنومیکس (اواسط قرن ۲۰)

در دهه ۱۹۵۰، مشاهدات بالینی نشان داد که برخی داروها در افراد خاصی واکنش‌های شدید و غیرمنتظره‌ای ایجاد می‌کنند. به عنوان مثال، مشاهده شد که برخی بیماران پس از مصرف داروی ضد مالاریای «پریماکین»، دچار کم‌خونی همولیتیک شدید می‌شوند. تحقیقات بعدی نشان داد که این افراد دچار کمبود ژن G6PD هستند. این یکی از اولین براهین بود که نشان می‌داد یک تفاوت ژنتیکی واحد می‌تواند پاسخ به دارو را به شدت تغییر دهد. فردریش وگل (Friedrich Vogel)، ژنتیک‌دان آلمانی، در سال ۱۹۵۹ برای اولین بار اصطلاح «فارماکوژنتیک» (Pharmacogenetics) را ابداع کرد تا مطالعه‌ی پاسخ‌های دارویی متغیر بر اساس وراثت را توصیف کند.

● پزشکی شخصی (Personalized Medicine):

این مفهوم، گستره‌ای وسیع‌تر و «کل‌نگر» (Holistic) دارد. پزشکی شخصی نه تنها داده‌های مولکولی (ژنوم، میکروبیوم، متابولوم) را در بر می‌گیرد، بلکه به همان اندازه برای داده‌های محیطی، سبک زندگی، ترجیحات بیمار و ارزش‌های شخصی او اهمیت قائل است. پزشکی شخصی، «دقیق» بودن را در بر دارد، اما «شخص» را در مرکز قرار می‌دهد.

در واقع، پزشکی دقیق ابزاری برای رسیدن به پزشکی شخصی است. شما می‌توانید یک درمان «دقیق» (مانند داروی هدفمند برای یک جهش خاص) داشته باشید، اما اگر بیمار به دلیل عوارض جانبی، هزینه، یا باورهای شخصی‌اش نتواند آن را بپذیرد یا ادامه دهد، این درمان «شخصی‌سازی» شده نیست.

۲.۱. ارکان چهارگانه: پزشکی 4P

شاید بهترین و جامع‌ترین چارچوب برای درک پزشکی شخصی، مدلی باشد که توسط دکتر لروی هود (Leroy Hood)، یکی از پیشگامان این عرصه، ارائه شد. این مدل، پزشکی آینده را بر چهار ستون بنا می‌کند (پزشکی 4P):

۱ **پیش‌بینانه (Predictive):** این رکن، تغییر بنیادین از «پاسخ» به «پیش‌بینی» است. به جای انتظار برای بروز علائم بیماری، پزشکی شخصی می‌کوشد تا با تحلیل داده‌های ژنتیکی و بیومارکرها، احتمال ابتلای فرد به بیماری‌های خاص را در آینده پیش‌بینی کند. مثال کلاسیک آن، شناسایی جهش در ژن‌های BRCA1 و BRCA2 است که خطر ابتلا به سرطان پستان و تخمدان را به شدت افزایش می‌دهد. این دانش، به فرد امکان می‌دهد تا پیش از وقوع فاجعه، تصمیمات آگاهانه‌ای اتخاذ کند.

۲ **پیش‌گیرانه (Preventive):** دانش پیش‌بینی‌کننده، زمانی ارزشمند است که به اقدام پیش‌گیرانه منجر شود. اگر بدانیم فردی در معرض خطر بالای دیابت نوع ۲ قرار دارد (بر اساس ژنتیک و متابولوم*)، می‌توانیم پیش از آنکه قند خون او از مرزها عبور کند، مداخلات سبک زندگی (تغذیه، ورزش) و حتی مداخلات دارویی زودهنگام را به شکلی کاملاً شخصی‌سازی شده طراحی کنیم. این امر، به معنای حرکت نظام سلامت از یک سیستم «بیمار-محور» (Reactive) به یک سیستم «سلامت-محور» (Proactive) است.

۳ **شخصی‌شده (Personalized):** این همان جنبه‌ای است که اکثر مردم از پزشکی شخصی می‌فهمند: درمان متناسب با فرد. این بخش به این موضوع می‌پردازد که وقتی بیماری رخ داد، چگونه بهترین و مؤثرترین درمان را با کمترین عوارض جانبی برای آن فرد خاص انتخاب کنیم. فارماکوژنومیکس (که در بخش کاربردها به تفصیل به آن پرداخته خواهد شد) در قلب این رکن قرار دارد و به ما می‌گوید که چرا بدن یک فرد، یک داروی خاص را متفاوت از دیگری متابولیزه می‌کند.

۴ **مشارکتی (Participatory):** این رکن، از منظر فلسفه طب، انقلابی‌ترین جنبه‌ی پزشکی شخصی است. در مدل سنتی و پدرسالارانه (Paternalistic) پزشکی، پزشک در جایگاه «دانای کل» و بیمار در جایگاه «پذیرنده» منفعل قرار داشت. اما پزشکی شخصی، این پویایی را بر هم می‌زند.

در این مدل، بیمار دیگر یک دریافت‌کننده صرف خدمات نیست؛ او یک «شریک» فعال در فرآیند سلامت خود است. با ظهور فناوری‌های پوشیدنی (Wearables)، اپلیکیشن‌های سلامت و دسترسی آسان به داده‌های ژنتیکی، بیمار خود به منبع تولید و تحلیل داده تبدیل می‌شود.

● نتیجه شخصی سازی: اگر بیمار HER2- مثبت باشد، هر سپتین می تواند درمانی معجزه آسا باشد و بقای بیمار را به شدت افزایش دهد. اما اگر بیمار HER2- منفی باشد (۷۵ درصد باقیمانده)، این دارو مطلقاً هیچ فایده ای ندارد و صرفاً عوارض جانبی و هزینه های گزاف ایجاد می کند. پزشکی شخصی در اینجا به معنای انجام یک آزمایش ساده (ایمونوهیستوشیمی یا FISH) برای تفکیک این دو گروه است.

مثال ۲: ایمونوتراپی (Immunotherapy) و بیومارکرهای PD-L1 یکی از جدیدترین انقلاب ها در انکولوژی، «درمان های بازدارنده ایست بازرسی» (Checkpoint Inhibitors) یا ایمونوتراپی است. این داروها، به جای حمله مستقیم به تومور، ترمزهای سیستم ایمنی بدن بیمار (مانند PD-1) را آزاد می کنند تا سلول های T خود بیمار بتوانند سرطان را شناسایی و نابود کنند. اما این درمان در همه مؤثر نیست. مشخص شده بیمارانی که تومورهایشان سطح بالای از پروتئینی به نام PD-L1 را بیان می کند (که به عنوان سپر استتار تومور عمل می کند)، به این درمان ها پاسخ بسیار بهتری می دهند.

● نتیجه شخصی سازی: امروزه، پیش از شروع ایمونوتراپی برای بسیاری از سرطان ها (مانند ریه، ملانوم و ...)، سطح PD-L1 تومور سنجیده می شود. این یک نمونه عالی از «پزشکی دقیق» است که به ما می گوید کدام بیمار از این درمان گران قیمت و بالقوه سمی، بیشترین سود را خواهد برد.

مثال ۳: درمان «مستقل از تومور» (Tumor-Agnostic Therapy) این مفهوم، اوج پزشکی دقیق است. در سال ۲۰۱۷، سازمان غذا و داروی آمریکا (FDA) برای اولین بار داروی «کیترودا» (Pembrolizumab - یک نوع ایمونوتراپی) را نه برای یک نوع سرطان خاص (مثل ریه)، بلکه برای هر تومور جامدی (در هر جای بدن) که دارای یک بیومارکر ژنتیکی مشخص (به نام MSI-H یا dMMR) باشد، تأیید کرد. این یک چرخش پارادایمیک بود: دیگر محل آناتومیک تومور اهمیتی نداشت، بلکه «امضای مولکولی» آن، تعیین کننده درمان بود.

۴.۲. فارماکوژنومیکس (Pharmacogenomics): نسخه متناسب با DNA شما فارماکوژنومیکس (PGx) به این پرسش اساسی می پردازد که چگونه ژن های یک فرد، بر نحوه پردازش و پاسخ به داروها تأثیر می گذارند. بخش عمده ای از این تفاوت ها به آنزیم های کبدی خانواده «سیتوکروم P450» (به ویژه CYP2D6, CYP2C19, CYP2C9) بازمی گردد که مسئول متابولیزه کردن (شکستن یا فعال کردن) بخش عظیمی از داروهای رایج هستند.

بر اساس ژنتیک، افراد می توانند در مورد این آنزیم ها به دسته های زیر تقسیم شوند:

● متابولیزه کننده های فوق سریع (Ultra-rapid Metabolizers): دوز استاندارد دارو را به سرعت تجزیه می کنند؛ دارو به غلظت مؤثر نمی رسد (کاهش اثربخشی).

● متابولیزه کننده های طبیعی (Normal Metabolizers): پاسخ مورد انتظار.

● متابولیزه کننده های آهسته (Poor Metabolizers): دوز استاندارد را به کندی تجزیه می کنند؛ دارو در بدن تجمع یافته و منجر به عوارض جانبی شدید یا مسمومیت می شود.

■ مرحله چهارم: انقلاب ژنومیکس و داده های عظیم (اواخر قرن ۲۰ و اوایل قرن ۲۱)

اما انفجار واقعی، با «پروژه ژنوم انسانی» (Human Genome Project - HGP) رخ داد. تکمیل این پروژه در سال ۲۰۰۳، کتاب راهنمای حیات انسان را در اختیار ما قرار داد. اگرچه مشخص شد که انسان ها از نظر ژنتیکی ۹۹.۹ درصد شبیه به هم هستند، اما آن ۰.۱ درصد تفاوت (که شامل میلیون ها «پلی مورفیسم تک نوکلئوتیدی» یا SNPs است) منشأ بسیاری از تفاوت های فردی در پاسخ به بیماری و درمان است.

همزمان با HGP، توسعه فناوری های «توالی یابی نسل جدید» (NGS)، هزینه و زمان خواندن DNA را به شکل نجومی کاهش داد. ناگهان، آنچه زمانی یک پروژه تحقیقاتی چند میلیارد دلاری بود، به آزمایشی قابل دسترس در کلینیک تبدیل شد. این پیشرفت فنی، همراه با ظهور بیوانفورماتیک و توانایی پردازش «داده های عظیم» (Big Data)، زیرساخت لازم برای تحقق پزشکی شخصی را فراهم کرد.

از این نقطه، تمرکز از «فارماکوژنتیک» (بررسی یک ژن و یک دارو) به «فارماکوژنومیکس» (Pharmacogenomics) (بررسی تأثیر مجموعه ی ژنوم بر پاسخ دارویی) تغییر یافت. پزشکی شخصی از یک مفهوم نظری، به یک واقعیت بالینی در حال ظهور تبدیل شد.

۴ عرصه عمل: کاربردهای بالینی و مثال های تحول آفرین

پزشکی شخصی صرفاً یک رؤیای آکادمیک نیست؛ بلکه در حال حاضر، چهره ی چندین حوزه تخصصی پزشکی را دگرگون کرده است. اگرچه ظرفیت آن در تمام رشته ها (از قلب و عروق تا روانپزشکی) وجود دارد، اما دو حوزه انکولوژی (سرطان شناسی) و فارماکوژنومیکس، پیشگامان بلامنازع این الگوواره هستند.

۴.۱. آنکولوژی دقیق (Precision Oncology): درمان سرطان، نه درمان بیمار سرطانی.

در گذشته، ما سرطان را بر اساس محل آناتومیک آن طبقه بندی می کردیم: سرطان ریه، سرطان پستان، سرطان روده. درمان نیز بر همین اساس «استاندارد» بود (جراحی، سپس شیمی درمانی مشخص برای آن «نوع» سرطان). اما شیمی درمانی سنتی، سلاحی کور بود که به همان اندازه که سلول های سرطانی را می کشت، به سلول های سالم نیز آسیب می رساند. سرطان شناسی دقیق، این طبقه بندی را منسوخ کرد. در این رویکرد جدید، پرسش کلیدی این نیست که «سرطان در کجای بدن قرار دارد؟»، بلکه می پرسیم: «چه جهش مولکولی (Driver Mutation) این تومور را به حرکت درمی آورد؟»

امروزه، ما دیگر از «سرطان پستان» به عنوان یک بیماری واحد صحبت نمی کنیم. ما آن را بر اساس بیومارکرهای مولکولی اش (مانند گیرنده های استروژن / پروژسترون یا HER2) طبقه بندی می کنیم.

مثال ۱: هر سپتین (Trastuzumab) و سرطان پستان HER2- مثبت در حدود ۲۰ تا ۲۵ درصد از سرطان های پستان، تومورها دارای بیان بیش از حد (Overexpression) ژنی به نام HER2 هستند. این نوع سرطان، معمولاً بسیار تهاجمی است. داروی «هر سپتین» (Trastuzumab) یک آنتی بادی مونوکلونال است که به صورت «دقیق» طراحی شده تا به گیرنده های HER2 روی سلول های سرطانی متصل شده و آن ها را برای سیستم ایمنی نشانه گذاری کند یا رشد آن ها را متوقف سازد.

مثال ۱: وارفارین (Warfarin)

وارفارین یک داروی ضد انعقاد حیاتی اما بسیار حساس است. دوز درمانی آن (پنجره درمانی) بسیار باریک است؛ دوز کم منجر به لخته شدن خون و سکت و دوز زیاد منجر به خونریزی مرگبار می شود. تنظیم دوز آن به طور سنتی، یک فرآیند زمان بر و مبتنی بر «آزمون و خطا» با استفاده از آزمایش INR بوده است.

● نتیجه شخصی سازی: امروزه می دانیم که دو ژن (VKORC1 و CYP2C9) نقش اصلی را در متابولیسم و حساسیت به وارفارین دارند. FDA اکنون توصیه می کند که برای بیمارانی که شروع به مصرف وارفارین می کنند، از آزمایش ژنتیک برای پیش بینی دوز شروع مناسب استفاده شود. این کار، زمان رسیدن به دوز درمانی را کوتاه و خطر خونریزی را به شدت کاهش می دهد.

مثال ۲: کلپیدوگرل (Plavix)

کلپیدوگرل یک داروی حیاتی برای جلوگیری از تشکیل لخته در بیمارانی است که استنت قلبی گذاشته اند. این دارو یک «پیش دارو» (Prodrug) است؛ یعنی خود دارو غیرفعال است و باید توسط آنزیم CYP2C19 در کبد «فعال» شود.

● نتیجه شخصی سازی: حدود ۲ تا ۱۴ درصد از جمعیت (بسته به نژاد)، «متابولیزه کننده آهسته» برای CYP2C19 هستند. در این افراد، کلپیدوگرل به درستی فعال نمی شود. دادن دوز استاندارد این دارو به چنین بیماری، تقریباً معادل دادن «دارونما» (Placebo) است و بیمار در معرض خطر بالای لخته شدن مجدد در استنت و سکت قلبی قرار می گیرد. آزمایش ژنتیک ساده CYP2C19 می تواند این بیماران پرخطر را شناسایی کند تا از داروهای جایگزین (مانند تیکاگرلور) برای آن ها استفاده شود.

مثال ۳: روانپزشکی دقیق (Precision Psychiatry)

بسیاری از داروهای ضد افسردگی (SSRIs) و ضد روان پریشی توسط آنزیم های CYP2D6 و CYP2C19 متابولیزه می شوند. این یکی از دلایلی است که چرا یافتن داروی مناسب برای بیماران روانپزشکی اغلب یک فرآیند طولانی و فرساینده «آزمون و خطا» است.

● نتیجه شخصی سازی: پنل های ژنتیکی فارماکوژنومیکس اکنون می توانند به روانپزشک کمک کنند تا بر اساس پروفایل متابولیسم بیمار، داروهای را که احتمالاً باعث عوارض جانبی شدید (در متابولیزه کننده های آهسته) یا عدم پاسخ (در متابولیزه کننده های سریع) می شوند، از فهرست انتخاب های اول خارج کند و فرآیند درمان را «شخصی» و کارآمدتر نماید.

این مثال ها نشان می دهند که پزشکی شخصی از مرزهای نظری عبور کرده و به ابزاری قدرتمند در دستان پزشکان برای بهینه سازی درمان و، مهم تر از آن، جلوگیری از آسیب (Primum non nocere - اول، آسیب نرسان) تبدیل شده است.

۵. هزارتوی اخلاق: ملاحظات فلسفی و چالش های اجتماعی پزشکی شخصی

همانند هر انقلاب فناورانه ای در پزشکی، از کشف پنی سیلین تا پیوند اعضا، پزشکی شخصی نیز یک «شمشیر دولبه» است. قدرت عظیم آن در پیش بینی و درمان، چالش های اخلاقی (Ethical)، قانونی (Legal) و اجتماعی (Social Implications - ELSI) عمیق و بی سابقه ای را به همراه می آورد. اگر به این پرسش ها نپردازیم، خطر «انسانیت زدایی» (Dehumanization) در دقیق ترین شکل طبابت، ما را تهدید می کند.

۵.۱. عدالت و شکاف سلامت: پزشکی برای ۱ درصد؟

این، فوری ترین و مهم ترین دغدغه اخلاقی است. فناوری های «چند-امیکی» (Multi-omics)، توالی یابی ژنوم، درمان های سلولی (CAR-T) و داروهای بیولوژیک هدفمند، همگی به شکلی سرسام آور گران قیمت هستند.

● پرسش عدالت توزیعی: چه کسی به این درمان ها دسترسی خواهد داشت؟ آیا پزشکی شخصی، به جای کاهش نابرابری های سلامت، به «شکاف ژنتیکی» (Genetic Divide) منجر خواهد شد؟ آیا ما در حال خلق سیستمی هستیم که در آن، ثروتمندان بر اساس پروفایل مولکولی خود درمان های سفارشی دریافت می کنند و فقرا همچنان در گیرالگوی «یک نسخه برای همه» قرن بیستم باقی می مانند؟

● سوگیری در داده ها (Data Bias): الگوریتم های هوش مصنوعی و پایگاه های داده ژنتیکی که اساس پزشکی شخصی را می سازند، بر اساس داده های موجود آموزش می بینند. واقعیت این است که اکثر داده های ژنومی موجود در جهان (حدود ۸۰-۹۰ درصد) متعلق به افرادی با تبار اروپایی است. این بدان معناست که «دقت» پزشکی دقیق، برای اقلیت های نژادی و قومی، به مراتب کمتر خواهد بود. این یک «بی عدالتی الگوریتمیک» است که می تواند نابرابری های بهداشتی موجود را تشدید کند.

۵.۲. حریم خصوصی در عصر ژنوم: وقتی داده، خود «شما» هستند

در پزشکی سنتی، اطلاعات سلامت شما (مانند فشار خون یا سطح کلسترول) اگرچه حساس هستند، اما «درباره» شما هستند. اما ژنوم شما، خود «شما» است؛ بنیادی ترین شناسنامه بیولوژیک شما.

● مالکیت و کنترل داده: مالک واقعی داده های ژنتیکی شما کیست؟ شما، شرکتی که آزمایش را انجام داده، دولت، یا شرکت بیمه؟ آیا شرکت ها حق دارند داده های ژنتیکی شما را (حتی به صورت ناشناس) برای تحقیقات بفروشند؟

● امنیت و سوءاستفاده: برخلاف رمز کارت اعتباری که قابل تغییر است، ژنوم شما غیرقابل تغییر است. اگر پایگاه داده ژنتیکی یک کشور هک شود، چه اتفاقی می افتد؟ این داده ها نه تنها اطلاعات مربوط به شما، بلکه اطلاعات مربوط به تمام بستگان خونی شما را نیز فاش می کنند.

● تبعیض ژنتیکی (Genetic Nondiscrimination): آیا یک کارفرما می تواند به دلیل داشتن ژنی که شما را مستعد افسردگی می کند، از استخدام شما امتناع کند؟ آیا یک شرکت بیمه می تواند به دلیل داشتن ژن BRCA، حق بیمه عمر بالاتری از شما مطالبه کند؟ اگر چه قوانینی مانند GINA در آمریکا برای جلوگیری از این امر وجود دارد، اما اجرای آن در سطح جهانی و در تمام ابعاد زندگی، بسیار پیچیده است.

۵.۳. اختیار و جبر ژنتیکی: بار «دانستن»

اینجاست که فلسفه، مستقیماً وارد اتاق معاینه می شود. رکن «پیش بینانه» (Predictive) پزشکی شخصی، به ما قدرتی می دهد که پیش از این در اختیار نداشتیم: توانایی خواندن آینده بیولوژیک.

● حق ندانستن (The Right Not to Know): آیا هر فردی می خواهد بداند که در سن ۶۵ سالگی، ۷۰ درصد احتمال ابتلا به آلزایمر دارد؟ پزشکی شخصی، اصل «اختیار» (Autonomy) بیمار را نه تنها در «انتخاب درمان»، بلکه در «انتخاب ندانستن» نیز به چالش می کشد. تحمیل دانش ناخواسته در مورد آینده ای محتوم (که شاید درمانی هم نداشته باشد)، می تواند به خودی خود آسیب زا (iatrogenic) باشد.

● خطرات جبرگرایی (Determinism): تمرکز بیش از حد بر ژن ها، این خطر

خود «بیمار» گروه شاهد و درمان خویش است. درمان‌های مختلف به صورت نظام‌مند روی یک فرد واحد آزمایش می‌شوند تا مشخص شود کدام یک دقیقاً برای بیولوژی «او» بهترین نتیجه را دارد.

۵۴. یکپارچگی داده‌های سبک زندگی (Wearables و IoT): پزشکی شخصی آینده، ژنوم شما را در خلاء نمی‌بیند. آن را در کنار داده‌های لحظه‌ای که از ساعت هوشمند شما (ضربان قلب، خواب، سطح استرس)، حسگرهای پایش مداوم قند خون، و حتی داده‌های محیطی (کیفیت هوا، گرده‌ها) می‌آید، تحلیل می‌کند. این یک تصویر ۳۶۰ درجه و پویا از سلامت فرد ارائه می‌دهد.

۷ نتیجه‌گیری: بازگشت به «شخص» در عصر دقت

در ابتدای این مقاله، تنش میان «علم» (دقت و میانگین) و «هنر» (فردیت و شهود) پزشکی مطرح شد؛ پزشکی شخصی، به طریقی متناقض‌نما، راه حل این تنش است.

این الگوواره، در نگاه اول، بسیار فنی، سرد و داده‌محور به نظر می‌رسد. به نظر می‌رسد که ما در حال تقلیل «شخص» به مجموعه‌ای از کدها و مولکول‌ها هستیم. اما دیدگاه دیگری نیز قابل ارائه است. مدل «پزشکی مبتنی بر میانگین» (Average-Based Medicine) در واقع «غیرشخصی»‌ترین شکل طبابت بود. این مدل، ما پزشکان را مجبور می‌کرد که با فرد منحصر به فردی که در مقابل ما نشسته است، مانند یک «میانگین آماری» رفتار کنیم. ما مجبور بودیم تفاوت‌های فردی او را نادیده بگیریم، زیرا ابزاری برای درک آن‌ها نداشتیم. پزشکی شخصی، با فراهم کردن ابزارهای «دقیق» برای درک بیولوژی منحصر به فرد بیمار (Precision Medicine) در واقع به ما «اجازه» می‌دهد تا دوباره «شخصی» (Personalized) طبابت کنیم. وقتی الگوریتم، تحلیل داده‌های ژنتیکی و فارماکوژنومیکس را انجام می‌دهد، ذهن پزشک از بار محاسباتی «کدام دارو؟» و «کدام دوز؟» آزاد می‌شود. این آزادی، به پزشک فرصت می‌دهد تا به بخش «انسانی» طبابت بازگردد: به شنیدن روایت بیمار، به درک ترس‌ها و امیدهای او، به بحث در مورد «ارزش‌ها»ی او (که رکن چهارم، یعنی مشارکتی بودن، را ممکن می‌سازد) و به ساختن یک اتحاد درمانی واقعی.

پزشکی شخصی، اگر به درستی هدایت شود، نه انسانیت‌زدایی، بلکه «انسانی‌سازی مجدد» پزشکی است. این موضوع، یک بازگشت به ریشه‌های بقراطی طبابت است، اما این بار نه فقط با شهود، بلکه با داده‌هایی به قدمت خود حیات. مسئولیت نسل ما این است که اطمینان حاصل کنیم در مسیر رسیدن به «دقت» مولکولی، «شخص» را گم نکنیم.

توجه: این مقاله به کمک هوش مصنوعی جمینی نسخه 2.5 Pro تدوین شده و از سوی نویسنده، مورد بازخوانی و ویرایش قرار گرفته است.

پانوش:

* منظور از «متابولوم» (Metabolome)، مجموعه‌ی کامل مولکول‌های کوچک (Small Molecules) موجود در یک سلول، بافت، ارگان یا ارگانیسم زنده در یک زمان مشخص است.

** اینترنت اشیا (Internet of Things): به شبکه‌ای از دستگاه‌ها، وسایل نقلیه، ساختمان‌ها و سایر اشیاء فیزیکی اطلاق می‌شود که مجهز به سنسورها، نرم‌افزار و فناوری‌های ارتباطی هستند. این تجهیزات به آن‌ها اجازه می‌دهد تا از طریق اینترنت به یکدیگر متصل شده و داده‌ها را جمع‌آوری و مبادله کنند (مانند ساعت‌های هوشمند، ترموستات‌های هوشمند و یا یخچال‌های متصل به اینترنت).

را ایجاد می‌کند که ما به یک «جبر ژنتیکی» تقلیل‌گرایانه (Reductionist) سقوط کنیم. ما فراموش می‌کنیم که انسان‌ها چیزی فراتر از مجموع ژن‌هایشان هستند. «ژن» سرنوشت نیست؛ بلکه تنها بخشی از داستان پیچیده‌ی تعامل میان ژنتیک، محیط (Epigenetics)، سبک زندگی و شانس است. ما نباید اجازه دهیم که پروفایل ژنتیکی، به برجسبی هویتی تبدیل شود که زندگی، انتخاب‌ها و امید فرد را تعریف کند.

۵.۴ بازتعریف نقش پزشک و بیمار: از شهود تا الگوریتم

رکن «مشارکتی» (Participatory) نیز پویایی سنتی قدرت را درگون می‌کند.

● پزشک به مثابه مفسر داده: وقتی بیمار با انبوهی از داده‌های ژنتیکی و داده‌های حسگرهای پوشیدنی خود وارد مطب می‌شود، نقش پزشک از «تجویزکننده» به «مفسر داده» (Data Interpreter) و «راهنما» (Navigator) تغییر می‌کند. این امر نیازمند سواد آماری و بیوانفورماتیکی بالایی است که بسیاری از پزشکان فعلی برای آن آموزش ندیده‌اند.

● تضعیف هنر پزشکی؟ آیا اتکای صرف به الگوریتم‌ها و بیومارکرها، «شهود بالینی» (Clinical Intuition) و «هنر پزشکی» را که از مشاهده، شنیدن و لمس بیمار به دست می‌آید، تضعیف خواهد کرد؟ ما در خطر درمان «داده» به جای درمان «بیمار» هستیم. پزشک آینده باید بیاموزد که چگونه میان شواهد مولکولی «دقیق» و روایت شخصی «بیمار» تعادل برقرار کند.

۶ افق آینده: هم‌افزایی فناوری‌ها و پزشکی فردا

پزشکی شخصی یک مقصد نهایی نیست، بلکه سفری است که تازه آغاز شده. آینده آن توسط هم‌افزایی شگفت‌انگیز چندین فناوری نوظهور شکل خواهد گرفت:

۱۵. هوش مصنوعی (AI) و یادگیری ماشین: اگر داده‌های «چند-امیک» (ژنوم، پروتئوم، میکروبیوم) مصالح ساختمانی پزشکی شخصی هستند، هوش مصنوعی «معمار» و «سازنده» آن است. ذهن انسان قادر به پردازش و یافتن الگو در این حجم از داده‌های پیچیده نیست.

● همزاد دیجیتال (Digital Twin): چشم‌انداز نهایی، ساخت یک «همزاد دیجیتال» برای هر فرد است؛ یک مدل رایانه‌ای شبیه‌سازی شده از بیولوژی منحصر به فرد شما. پیش از تجویز هر دارو یا انجام هر جراحی، پزشک ابتدا آن را روی همزاد دیجیتال شما آزمایش خواهد کرد تا اثربخشی و عوارض جانبی آن را در یک محیط مجازی «شخصی‌سازی شده» بسنجد.

۱۶. ویرایش ژن (CRISPR-Cas9): از «خواندن» ژنوم به «نوشتن» آن پزشکی شخصی تا به امروز عمده‌تاً در مورد «خواندن» کد ژنتیکی و «پاسخ» به آن بوده است اما فناوری‌هایی مانند کریسپر به ما اجازه می‌دهند که این کد را «ویرایش» کنیم.

● درمان‌های سفارشی: این به معنای فراتر رفتن از درمان علائم و رفتن به سمت «درمان علت» است. ما می‌توانیم جهش‌های ژنتیکی عامل بیماری‌هایی چون کم‌خونی داسی‌شکل یا دیستروفی عضلانی را مستقیماً در بدن بیمار «اصلاح» کنیم. این، شخصی‌سازی در بنیادی‌ترین سطح ممکن است. البته، این فناوری عمیق‌ترین چالش‌های اخلاقی را نیز به همراه دارد، به‌ویژه در مورد ویرایش سلول‌های جنسی (Germline Editing) که به نسل‌های بعد منتقل می‌شود.

۱۷. کارآزمایی‌های بالینی N-of-1: مدل سنتی کارآزمایی بالینی (RCT) که بر «میانگین» تمرکز دارد، در تضاد با روح پزشکی شخصی است. آینده به سمت کارآزمایی‌های «N-of-1» (کارآزمایی تک‌نفره) می‌رود. در این مدل،

آیا پروتز سینه بر شیردهی تأثیر می‌گذارد؟



ترجمه: مرضیه یوسفی‌نژاد

کارشناس مامایی

زیر عضله، احتمال آسیب به مجاری شیر را افزایش می‌دهند. انتخاب محل مناسب برش توسط جراح با تجربه می‌تواند اثر منفی بر توانایی شیردهی را به حداقل برساند.

چه نوع پروتزهایی کمترین تأثیر را بر شیردهی دارند؟

انتخاب نوع پروتز سینه نقش مهمی در حفظ توانایی شیردهی دارد. پروتزهایی که حداقل تماس با بافت غدد شیردهی و مجاری شیر دارند، کمترین تأثیر را بر تولید شیر ایجاد می‌کنند. همچنین، تجربه و مهارت جراح در جای گذاری پروتز در موقعیت مناسب، به حفظ عملکرد طبیعی سینه کمک می‌کند و خطر آسیب به بافت حساس را کاهش می‌دهد.

تفاوت پروتز سیلیکونی و سالینی

پروتزهای سیلیکونی و سالینی هر دو کاربرد گسترده‌ای دارند، اما تفاوت‌هایی در شکل، طبیعی بودن و وزن دارند. پروتز سیلیکونی بافت نرم‌تر و شکل طبیعی‌تری ایجاد می‌کند، در حالی که پروتز سالینی سبک‌تر است و در صورت آسیب، نشتی آن به راحتی جذب بدن می‌شود. در زمینه شیردهی، هر دو نوع پروتز در صورت جای گذاری صحیح، تأثیر قابل توجهی بر تولید شیر ندارند و انتخاب نوع پروتز بیشتر بر اساس نیاز زیبایی و راحتی بیمار انجام می‌شود.

جای گذاری پروتز زیر عضله یا روی عضله

جای گذاری پروتز زیر عضله سینه‌ای، تماس مستقیم با غدد شیردهی را کاهش داده و احتمال کاهش تولید شیر را به حداقل می‌رساند. در مقابل، پروتزهایی که

تصمیم برای انجام جراحی پروتز سینه تنها به جنبه‌های زیبایی محدود نمی‌شود و پرسش‌های مهمی درباره سلامت و عملکرد طبیعی بدن به همراه دارد. یکی از نگرانی‌های اصلی بسیاری از بانوان، امکان شیردهی پس از این عمل است. افراد می‌خواهند بدانند آیا قرار دادن پروتز می‌تواند بر تولید شیر یا روند تغذیه نوزاد تأثیر بگذارد یا خیر. پاسخ این پرسش به شرایط فردی، نوع پروتز و روش جراحی بستگی دارد.

در این مقاله به بررسی تأثیر گذاری پروتز سینه بر شیردهی می‌پردازیم.

آیا پروتز باعث کاهش تولید شیر می‌شود؟

بررسی‌های بالینی نشان می‌دهد که در بیشتر موارد، جراحی پروتز سینه با رعایت روش استاندارد، تأثیر قابل توجهی بر تولید شیر ندارد؛ زیرا غدد و مجاری شیردهی معمولاً دست‌نخورده باقی می‌مانند و پروتز در پشت بافت پستان یا زیر عضله قرار می‌گیرد، بدون آنکه عملکرد طبیعی شیر را مختل کند، ولی آسیب به بافت حساس پستان، استفاده از پروتزهای بزرگ بیش از حد یا جراحی غیر اصولی، ممکن است بر عملکرد غدد شیردهی اثرگذار باشد و این عوامل می‌توانند احتمال کاهش تولید شیر را افزایش دهند. بنابراین، انتخاب جراح ماهر و پای‌بندی به روش‌های استاندارد اهمیت بالایی در حفظ توانایی شیردهی دارد.

تأثیر محل برش جراحی بر شیردهی

محل برش جراحی از دیگر عوامل تأثیرگذار بر شیردهی است. برش‌هایی که در اطراف آرنج یا روی بافت شیردهی ایجاد می‌شوند، نسبت به برش‌های زیر سینه یا

فشار بیش از حد به سینه نیز اهمیت زیادی دارد. این کار جریان شیر را بهتر می کند و برای مادر هم راحت تر خواهد بود.

روش های افزایش شیر مادر پس از جراحی

برخی مادران ممکن است پس از عمل احساس کنند، تولید شیر کمتر شده است. این وضعیت معمولاً موقتی است و با رعایت چند نکته برطرف می شود. تغذیه نوزاد به صورت منظم و مکرر یکی از مؤثرترین راه ها، برای تحریک غدد شیردهی است. رعایت برنامه غذایی متعادل با مصرف سبزیجات تازه، پروتئین کافی و آجیل ها به تقویت بدن و افزایش شیر کمک می کند. نوشیدن آب کافی نیز نباید فراموش شود، زیرا کم آبی می تواند به سرعت بر روند شیردهی اثر منفی بگذارد.

استراحت کافی و کنترل استرس نقش مهمی در موفقیت شیردهی دارند. مادرانی که پس از عمل جراحی، در دوران نقاهت، اضطراب بیشتری تجربه می کنند، معمولاً با کاهش شیر روبه رو می شوند. در این شرایط غلبه بر هر گونه استرس و ایجاد محیطی آرام می تواند بسیار کمک کننده باشد.

در کنار این موارد، رعایت برنامه غذایی مناسب در افزایش شیر مادر مؤثر خواهد بود، اما مصرف آن ها باید حتماً با نظر پزشک انجام گیرد. در صورت کاهش قابل توجه شیر، پزشک ممکن است مکمل های خاص یا داروهای مناسب تجویز کند.

به صورت کلی، مادران دارای پروتز سینه می توانند مانند دیگران دوران شیردهی سالم و موفق را تجربه کنند؛ آنچه اهمیت دارد، رعایت اصول مراقبتی، توجه به سلامت نوزاد و حفظ آرامش در این مسیر است.

روی عضله و نزدیک بافت شیردهی قرار می گیرند، احتمال فشار بر مجاری شیر را افزایش می دهند. بنابراین تصمیم گیری درباره محل جای گذاری پروتز باید با دقت و مشورت با جراح با تجربه انجام شود تا هم نتیجه زیبایی مطلوب و هم توانایی شیردهی حفظ گردد.

مراقبت های لازم برای مادران دارای پروتز در دوران شیردهی

داشتن پروتز سینه به معنای محدودیت در شیردهی نیست، اما این مادران باید با دقت بیشتری به شرایط خود توجه کنند. پس از جراحی پروتز، نگرانی درباره کیفیت شیر یا تأثیر احتمالی آن بر سلامت نوزاد طبیعی است. رعایت چند نکته کلیدی می تواند به مادر کمک کند تا با آرامش بیشتری شیردهی را ادامه دهد و سلامت نوزاد نیز به بهترین شکل حفظ شود.

نکات مهم برای حفظ سلامت نوزاد

یکی از مهم ترین اقدام ها، توجه به دفعات و کیفیت شیردهی است. تماس پوستی میان مادر و نوزاد علاوه بر تقویت پیوند عاطفی، باعث افزایش ترشح شیر می شود. بررسی منظم وزن نوزاد در هفته های نخست نیز به اطمینان از دریافت کافی شیر کمک می کند.

پژوهش ها، نشان می دهد که پروتز سینه ترکیب شیر مادر را تغییر نمی دهد؛ ولی اگر مادر متوجه کاهش وزن نوزاد یا مشکلاتی در روند تغذیه شد، باید بدون تأخیر، موضوع را با پزشک در میان بگذارد. انتخاب وضعیت مناسب برای شیردهی و پرهیز از

توصیه پزشکان به زنان متقاضی پروتز سینه:

زمان	اقدام لازم
پیش از جراحی	انجام مشاوره کامل و بررسی وضعیت سلامت عمومی
زمان انتخاب نوع پروتز	انتخاب اندازه و جنس پروتز متناسب با شکل و ساختار بدن و نیاز فرد
دوران نقاهت پس از جراحی	رعایت مراقبت های بعد از عمل و پرهیز از فعالیت سنگین
پیش از بارداری و شیردهی	مشورت با جراح برای اطمینان از بی خطر بودن شیردهی

آیا قرار دادن پروتز سینه بر ترکیب شیر مادر تأثیر می گذارد؟

پاسخ: پروتز سینه معمولاً تأثیری بر ترکیب شیر ندارد و شیر مادر همچنان از نظر تغذیه ای کامل و مناسب باقی می ماند.

آیا پروتز سینه می تواند باعث انسداد مجاری شیردهی شود؟

پاسخ: در صورت استفاده از روش های مناسب و قرار گیری صحیح پروتز، احتمال انسداد مجاری شیردهی، بسیار کم است.

منبع:

مجیدی، علیرضا - سایت اینترنتی یک پزشک - شهریور ۱۴۰۴

سخن پایانی

پروتز سینه به طور کلی، مانعی جدی برای شیردهی ایجاد نمی کند و بسیاری از مادران با وجود انجام این جراحی، بدون مشکل به نوزاد خود شیر می دهند. نکته مهم، توجه به نوع پروتز، محل قرار گیری آن و رعایت توصیه های پزشکی پس از عمل جراحی است. انتخاب پزشک متخصص و مراقبت های درست، می تواند نگرانی ها را کاهش دهد و شرایطی فراهم کند که هم سلامت مادر حفظ شود و هم نیاز های تغذیه ای نوزاد برآورده گردد.

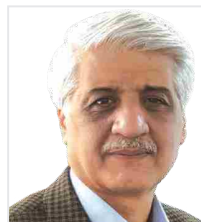
سؤالات متداولی که ممکن است در رابطه با پروتز سینه و تأثیر آن بر شیردهی پیش بیاید، شامل این موارد است:

پاسخ آزمون بالینی

تب و ضایعات پوستی

انتخاب و ترجمه دکتر رئیس جلالی

فوق تخصص بیماری‌های کلیه و
مجاری ادراری
استاد بخش داخلی
دانشگاه علوم پزشکی شیراز

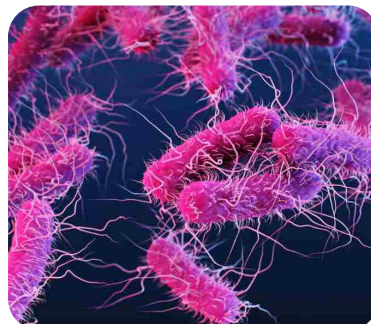


Reference:

McHugh JW, Lehman JS, Shah A. Pseudomonas aeruginosa–Associated Ecthyma Gangrenosum: A Classic Presentation. In Mayo Clinic Proceedings 2024 Feb 1 (Vol. 99, No. 2, pp. 336-337). Elsevier.

تشخیص:

اکتیمایگانگرنوزوم (Ecthyma gangrenosum) مرتبط با سودوموناس آئروژینوزا (Pseudomonas aeruginosa) هم در کشت‌های خون و هم در کشت‌های بافت به دست آمده از بیوپسی پوست شناسایی شد: اکتیمایگانگرنوزوم در نتیجه تهاجم باکتریایی اطراف عروقی (perivascular) به لایه‌های مدیا (میانی) و ادوانتیس (خارجی) شریان‌ها و وریدها، همراه با نکروز ایسکمیک ثانویه رخ می‌دهد. درمان شامل درمان ضد میکروبی و در موارد شدید، برداشتن ضایعه اکتیمای جراحی (surgical excision) است. در بزرگترین «مجموعه موارد» (case series) گزارش شده تا به امروز، سودوموناس آئروژینوزا (P. aeruginosa) در ۷۳ درصد موارد به عنوان ارگانیسم عامل (مقصر) شناسایی شده است.





SHAHRIAR
Medical Diagnosis
Laboratory

آزمایشگاه تشخیص طبی شهریار

 shahriar_medicallaboratory

انجام کلیه آزمایش های بالینی تخصصی و فوق تخصصی



فارس . شیراز . شهرک گلستان
میدان امام علی . مجتمع پزشکی ابن سینا

 ۰۷۱ - ۳۶ ۲۱ ۳۳۴۴  ۰۹۳۷ ۰۷۹ ۲۱۱۸



دکتر عبدالمجید ایلون کشکولی

دارای بورس تخصصی



■ جراح و متخصص بیماری های کلیه
و مجاری ادراری تناسلی

- درمان بیماری ها و اختلالات ادراری اطفال و نوزادان
- درمان ناباروری، اختلالات جنسی، پروتز آلت تناسلی
- درمان انواع زگیل و ضایعات تناسلی
- جراحی اندوسکوپی سنگ ها و سرطان های
- سیستم ادراری تناسلی، کرایوتراپی
- درمان بیماری های کلیه، پروستات
- مثانه و مجرای ادراری، سیستوسکوپی
- و بی اختیاری ادراری، پلاسما درمانی (PRP)



شیراز . بلوار زند . جنب هتل
پارس . ساختمان ظفر . طبقه ۲

۰۹۰۱۷۹۶۲۴۵۴

۰۷۱ - ۳۲۳۰۶۲۰۸

كوپال

آژانس هواپیمایی

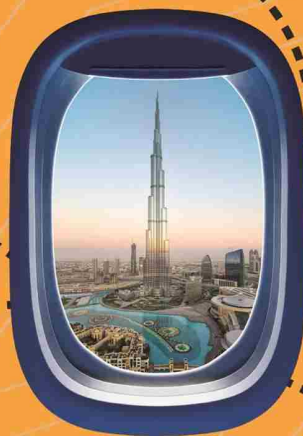
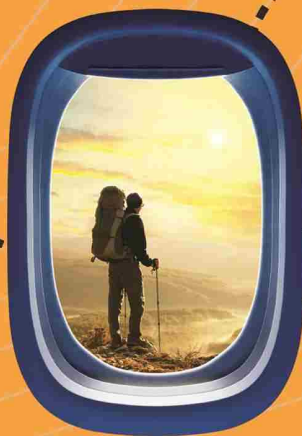
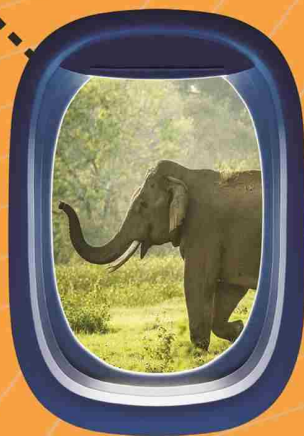
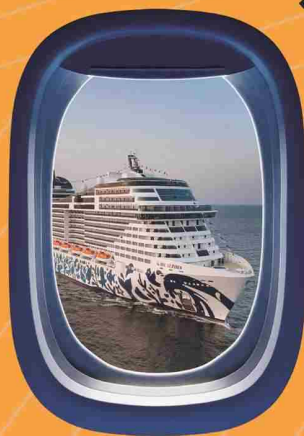
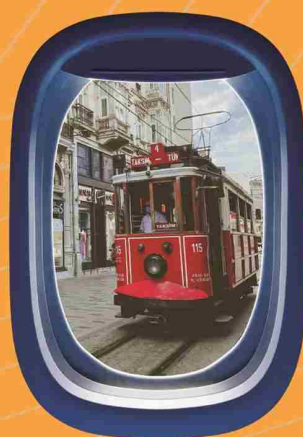
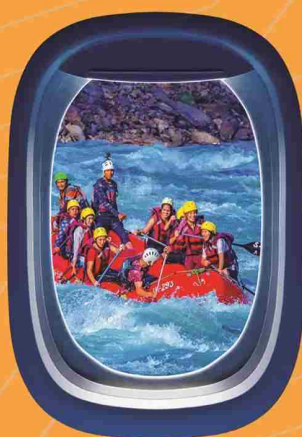
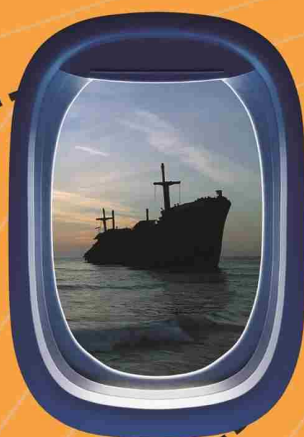
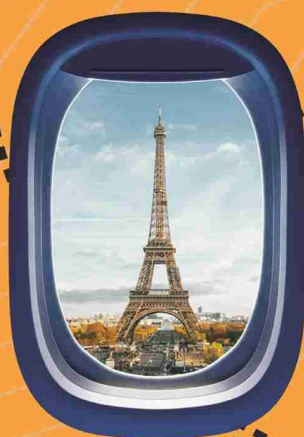


WWW.KOOPALTRAVEL.COM



Koopaltravel

از ایرانگردی تا جهانگردی



071-9101-5949

071-9101-3131



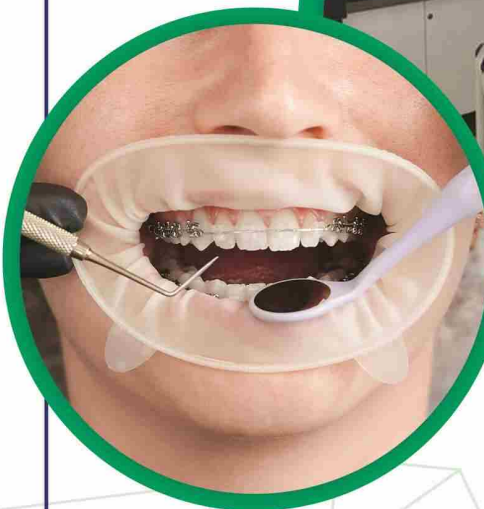
KOOPALTRAVEL

شعبه 1: خیابان عفیف آباد، مجتمع تجاری عفیف آباد، طبقه منفی 1
شعبه 2: بلوار چمران، انتهای بلوار نیایش، ساختمان آنتدانته



سبز

درمانگاه
دندانپزشکی



شماره پروانه: ۳-۳۵۴۷۷۹

- دندانپزشکی ترمیمی • درمان ریشه
- دندانپزشکی کودکان • ارتودنسی
- جراحی لثه • ایمپلنت دیجیتال
- ساخت انواع دندان های مصنوعی
- ثابت و متحرک

تاچارا. حدفاصل معالی آباد و پل میرزای شیرازی
بعد از پارک علوی. جنب آموزشگاه قائم

۰۷۱-۳۶۲۵ ۹۰۷۲ | ۰۹۳۸ ۰۲۲ ۸۱۸۱

@Sabz.dental.clinic_



DR. SERAJ PHARMACY داروخانه دکتر سراج

ارائه انواع داروها | مشاوره دارویی
آرایشی و بهداشتی | مکمل های ورزشی

طرف قرارداد با بیمه ها

☎ ۰۷۱ - ۳۲ ۳۶ ۹۴۰۱
📞 ۰۹۹۰ ۹۴۸ ۷۴۳۹
📷 dr.serajpharmacy

شیراز. خیابان ملاصدرا
📍 خیابان معدل غربی
ساختمان پزشکی راز



شرکت صنعت گستر تیرازیس

با نام تجاری **پارس گام**

• تولیدکننده انواع:

کمپرسورهای پزشکی و دندان پزشکی (اوایل فری و اسکرول)



۰۷۱ - ۳۷۷۳ ۲۵۲۰

۰۷۱ - ۳۷۷۳ ۲۵۲۲

۰۹۱۷ ۷۱۹ ۲۲۶۱

۰۹۱۷ ۷۰۶ ۹۶۲۳

شیراز. شهرک صنعتی بزرگ

بلوار نوآوران. خیابان ۵۰۱. پلاک ۲۶



www.parsgaam.com

[parsgamaircompressor](https://www.instagram.com/parsgamaircompressor)



خشونت خانگی

ترجمه و بازنویسی: دکتر نسرين دانش

متخصص روانپزشکی



باشد. حوادث به ندرت به صورت موردی رخ می دهند و معمولاً از نظر فراوانی و شدت، از فرد به فرد متفاوت باشد و اکثراً در صورت تحمل فرد قربانی یا سکوت او، تشدید می شوند. خشونت خانگی ممکن است به آسیب جسمی جدی یا حتی مرگ منجر شود.

طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی شیوع خشونت علیه شریک زندگی در طول زندگی از ۲۰ درصد در غرب اقیانوس آرام، ۲۲ درصد در کشورهای با درآمد بالا و اروپا و ۲۵ درصد در مناطق قاره آمریکا، تا ۳۳ درصد در منطقه آفریقا، ۳۱ درصد در منطقه مدیترانه شرقی و ۳۳ درصد در منطقه جنوب شرقی آسیا، متغیر است. در سطح جهانی، تا ۳۸ درصد از کل قتل های زنان توسط شریک زندگی، انجام می شود. علاوه بر خشونت علیه شریک زندگی، ۶ درصد از زنان در سطح جهانی گزارش می دهند که توسط شخصی غیر از شریک زندگی خود مورد تجاوز جنسی قرار گرفته اند؛ اگر چه داده ها در مورد خشونت جنسی علیه غیر شریک زندگی محدودتر است. خشونت علیه شریک زندگی و تجاوز جنسی عمدتاً توسط مردان، علیه زنان انجام می شود.

آیا مورد آزار و اذیت قرار می گیرید؟

برای فکر کردن در مورد نحوه برخورد با شما و نحوه برخورد شما با شریک زندگی تان، به سؤالات زیر نگاهی بیندازید.

خشونت خانگی که «تهدید خانگی» یا «خشونت شریک زندگی» نیز نامیده می شود، می تواند به عنوان الگویی از رفتار در هر رابطه ای تعریف شود که برای کسب یا حفظ قدرت و کنترل بر شریک صمیمی استفاده می شود. خشونت، اعمال تهدیدهای جسمی، جنسی، عاطفی، اقتصادی یا روانی است که بر شخص دیگری تأثیر منفی می گذارد. این موضوع، شامل هر گونه رفتاری است که باعث ترس، ارباب، وحشت، دستکاری روانی، آسیب، تحقیر، سرزنش، جراحت یا احساس گناه شدید می شود. خشونت خانگی می تواند برای هر کسی از هر نژاد، سن، گرایش جنسی، مذهب یا جنسیتی اتفاق بیفتد. این امر، می تواند در طیف وسیعی از روابط، از جمله زوج هایی که ازدواج کرده اند و با هم زندگی می کنند یا مدتی است که با یکدیگر ملاقات می کنند رخ دهد. خشونت خانگی، بر افراد با هر پیشینه اجتماعی-اقتصادی و سطح تحصیلات تأثیر می گذارد و ممکن است در هر سطح اجتماعی به نوعی اتفاق بیفتد. هر کسی صرف نظر از سن، نژاد، جنسیت، تحصیلات، شغل، مرتبه اجتماعی، گرایش جنسی، مذهب یا فرقه عقیدتی می تواند قربانی خشونت خانگی باشد، قربانیان خشونت خانگی همچنین ممکن است شامل کودک، بزرگسال یا سالمند یا هر عضو دیگر خانواده باشند. رفتارهای خشونت آمیز معمولاً به صورت الگویی از رفتار توهین آمیز نسبت به شریک صمیمی در یک رابطه عاشقانه یا خانوادگی بروز می کند که در آن فرد بدرفتار بر قربانی، قدرت و کنترل اعمال می کند. خشونت خانگی می تواند ماهیت عاطفی-هیجانی، روانی، جسمی، اقتصادی یا جنسی داشته



تشخیص علائم سوء استفاده خانگی: آیا شریک زندگی شما (بیش از پنج مورد)

• شما را در مقابل دوستان یا خانواده‌تان شرم‌ده یا مسخره می‌کند؟
• دستاوردهای شما را کوچک جلوه می‌دهد؟
• کاری می‌کند که احساس کنید قادر به تصمیم‌گیری نیستید؟
• از ارباب یا تهدید برای جلب رضایت استفاده می‌کند؟
• دائم به شما می‌گوید که بدون آنها هیچ هستید و توان مراقبت از خود را بدون او ندارید؟
• با شما خشن رفتار می‌کند؟ شما را می‌گیرد، هل می‌دهد، نیشگون می‌گیرد، هل می‌دهد یا می‌زند؟
• چندین بار در شب با شما تماس می‌گیرد یا می‌آید تا مطمئن شود جایی که گفته‌اید، هستید؟
• از مواد مخدر یا الکل استفاده می‌کند تا برای گفتن حرف‌های آزاردهنده یا سوءاستفاده از شما بهانه داشته باشد؟
• شما را به خاطر احساسات یا اعمالش سرزنش می‌کند؟
• شما را به خاطر چیزهایی که برای آنها آماده نیستید، تحت فشار جنسی قرار می‌دهد؟
• کاری می‌کند که احساس کنید «هیچ راه فراری» از رابطه وجود ندارد؟
• مانع از انجام کارهایی می‌شود که می‌خواهید - مانند گذراندن وقت با دوستان یا خانواده؟
• آیا سعی می‌کند بعد از دعوا شما را از رفتن بازدارد یا شما را جایی بعد از دعوا ترک کند تا «درس عبرتی به شما بدهد»؟

قربانی یک بدرفتاری عاطفی از سوی شریک زندگی تان هستید؟ (بیش از دو مورد) آیا شما...

• گاهی اوقات از رفتار احتمالی شریک زندگی تان می‌ترسید؟
• دائماً برای رفتار شریک زندگی تان نزد دیگران بهانه می‌آورید؟
• باور دارید که می‌توانید به شریک زندگی تان کمک کنید تا تغییر کند، فقط اگر خودتان چیزی را در مورد خودتان تغییر دهید؟ (اگر من حرف نزدم، او عصبی نمی‌شود)
• سعی می‌کنید کاری انجام ندهید که باعث درگیری یا عصبانیت شریک زندگی تان شود؟
• همیشه کاری را که شریک زندگی تان می‌خواهد انجام می‌دهید، نه کاری را که خودتان می‌خواهید؟
• با شریک زندگی تان مانده‌اید زیرا از کاری که شریک زندگی تان در صورت جدایی انجام می‌دهد، می‌ترسید؟

همیشه به یاد داشته باشید: «هیچ کس سزاوار آزار و اذیت نیست. این آزار و اذیت تقصیر شما نیست و شما تنها نیستید.»

اگر هر یک از این موارد در رابطه شما اتفاق می‌افتد، با کسی صحبت کنید. بدون کمک، سوءرفتار ادامه خواهد یافت. اولین تماس برای درخواست کمک، گامی شجاعانه است.

چرخه قدرت و کنترل بر شریک عاطفی

PHYSICAL **VIOLENCE** SEXUAL



PHYSICAL **VIOLENCE** SEXUAL

تجاوزهای فیزیکی و جنسی، یا تهدید به ارتکاب آنها، آشکارترین اشکال خشونت خانگی و آزار و اذیت هستند و معمولاً اقداماتی هستند که به دیگران اجازه می‌دهند، از مشکل آگاه شوند. با این حال، استفاده منظم از سایر رفتارهای توهین آمیز توسط فرد متجاوز، هنگامی که با یک یا چند عمل خشونت فیزیکی تقویت شود، سیستم بزرگتری از آزار و اذیت را تشکیل می‌دهد. اگر چه تجاوزهای فیزیکی ممکن است فقط یک بار یا گاهی اوقات رخ دهند، اما ترس از حملات خشونت آمیز آینده را القا می‌کنند و به فرد متجاوز اجازه می‌دهند تا زندگی و شرایط قربانی را کنترل کند. اغلب، یک یا چند حادثه خشونت آمیز ممکن است با مجموعه‌ای از این انواع دیگر سوءاستفاده همراه باشد. آنها به راحتی قابل تشخیص نیستند، اما به طور قاطع الگویی از آزار و اذیت و کنترل را در رابطه ایجاد می‌کنند.

بدرفتاری عاطفی: شامل تضعیف حس عزت نفس فرد از طریق انتقاد مداوم؛ کوچک شمردن توانایی‌های او؛ فحاشی یا سایر بد رفتاری‌های کلامی؛ آسیب رساندن به رابطه شریک زندگی با فرزندان؛ یا اجازه ندادن به شریک زندگی برای دیدن دوستان و خانواده است.

این چرخه، از سوی مجامع علمی به عنوان یک ملاک برای بررسی میزان خشونت بر علیه شریک عاطفی یا عضو خانواده استفاده می‌شود. چرخه قدرت و کنترل، ابزاری بسیار مفید در درک الگوی کلی رفتارهای توهین آمیز و خشونت آمیز است که توسط فرد متجاوز برای ایجاد و حفظ سلطه استفاده می‌شود (برای ایجاد و حفظ کنترل بر شریک زندگی خود یا هر قربانی دیگری در خانه یا در روابط نزدیک).

در این چرخه مواردی مانند:

- ۰۱ تمسخر و تحقیر در گفتار و رفتار با دیگری.
- ۰۲ اجبار دیگری به رفتار نا بهنجار یا غیر قانونی و غیر اخلاقی از هر نوع.
- ۰۳ در شرایط سخت اقتصادی قرار دادن او.
- ۰۴ ترک کردن و محدود کردن از نظر ارتباطات.
- ۰۵ بی ارزش سازی و سرزنش مداوم او برای خواسته‌ها و انتظاراتی که از شما دارد.
- ۰۶ واداشتن به رفتار برده‌وار با زور و اجبار و استفاده از قدرت بدنی بیشتر.
- ۰۷ استفاده از بچه‌ها برای ایجاد اجبار در شریک زندگی (مثلاً محدودیت در دیدار او با فرزند).

به عنوان مثال اگر شریک زندگی شما:

• شما را با الفاظ رکیک صدا می‌زند، به شما توهین می‌کند یا دائماً شما انتقاد می‌کند.
• به شما اعتماد ندارد و به شیوه‌های حسادت آمیز یا مالکیت گرایانه رفتار می‌کند.
• سعی می‌کند شما را از خانواده یا دوستانش جدا کند.
• جاهایی که می‌روید، با چه کسی تماس می‌گیرید و وقت خود را با چه کسی می‌گذرانید را دائماً زیر نظر دارد.
• نمی‌خواهد شما کار یا تحصیل کنید.
• امور مالی را کنترل می‌کند یا از به اشتراک گذاشتن پول خودداری می‌کند.
• با دریغ کردن محبت و دور از دسترس بودن، شما را تنبیه می‌کند.
• انتظار دارد که برای هر کاری، از او اجازه بگیرید.
• تهدید می‌کند که به شما، فرزندان، خانواده یا حیوانات خانگی تان آسیب می‌رساند.
• شما را به هر نحوی تحقیر می‌کند.

سوء استفاده روانی: شامل ایجاد ترس از طریق آزار و اذیت؛ تهدید به آسیب جسمی به خود، شریک زندگی یا فرزندان؛ تخریب حیوانات خانگی و اموال؛ «بازی‌های ذهنی» یا انزوای اجباری از دوستان، خانواده، مدرسه و/یا محل کار است.

سوء استفاده مالی یا اقتصادی: شامل ایجاد یا تلاش برای وابسته کردن مالی فرد با حفظ کنترل کامل بر منابع مالی، جلوگیری از دسترسی به پول و/یا منع حضور در مدرسه یا محل کار است.

سوء استفاده جسمی: شامل آسیب رساندن یا تلاش برای آسیب رساندن به شریک زندگی با زدن، لگد زدن، سوزاندن، گرفتن، نیشگون گرفتن، هل دادن، سیلی زدن، کشیدن مو، گاز گرفتن، امتناع از مراقبت‌های پزشکی یا اجبار به مصرف الکل و/یا مواد مخدر یا استفاده از سایر نیروهای فیزیکی است.

به عنوان مثال اگر شریک زندگی شما:

• هنگام عصبانیت به اموال آسیب می‌رساند (اشیاء را پرتاب می‌کند، به دیوارها مشت می‌زند، درها را لگد می‌زند و غیره).
• شما را هل می‌دهد، سیلی می‌زند، گاز می‌گیرد، لگد می‌زند یا خفه می‌کند.
• شما را در مکانی خطرناک یا ناآشناها می‌کند.
• با رانندگی بی احتیاط شما را می‌ترساند.
• از سلاح برای تهدید یا آسیب رساندن به شما استفاده می‌کند.
• شما را مجبور به ترک خانه می‌کند.
• شما را در خانه به دام می‌اندازد یا مانع از ترک خانه توسط شما می‌شود.
• مانع از تماس شما با پلیس یا درخواست مراقبت‌های پزشکی می‌شود.
• به فرزندان شما آسیب می‌رساند.
• در موقعیت‌های جنسی از نیروی فیزیکی استفاده می‌کند.

اگر شریک زندگی شما موارد زیر را انجام دهد، ممکن است در یک رابطه سوءاستفاده جنسی باشید:

سوءاستفاده جنسی: شامل مجبور کردن شریک زندگی به شرکت در یک عمل جنسی در حالی که شریک زندگی رضایت ندارد، می شود.

• شما را به خیانت متهم می کند یا اغلب به روابط بیرونی شما حسادت می کند.
• می خواهد شما به شیوه های جنسی، لباس بپوشید.
• به شما به شیوه های جنسی توهین می کند یا شما را با القاب جنسی صدا می زند.
• تا به حال شما را مجبور به رابطه جنسی یا انجام اعمال جنسی کرده یا تحت فشار قرار داده است.
• در طول مدت رابطه جنسی، شما را به اجبار نگه می دارد.
• وقتی بیمار یا خسته اید و یا بعد از کتک زدن شما، از شما رابطه جنسی می خواهد.
• در طول رابطه جنسی، با سلاح یا اشیاء به شما آسیب می رساند.
• افراد دیگر را در فعالیت های جنسی با شما، درگیر می کند.
• احساسات شما در مورد رابطه جنسی را نادیده می گیرد.

ملل متحد است، بلکه ممکن است طبق قانونی که در محل کار و کشور شما اعمال می شود، تحت پیگرد قانونی قرار بگیرد.

Reference:

- 1.WHO /Violence against women/25.March2024. in: <https://www.un.org/>
- 2.Huecker MR, King KC, Jordan GA, Smock W. Domestic Violence. 2023 Apr 9. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. PMID: 29763066.
- 3.Sapkota D, Baird K, Saito A, Anderson D. Interventions for reducing and/or controlling domestic violence among pregnant women in low- and middle-income countries: a systematic review. Syst Rev. 2019 Apr 02;8(1):79. [PMC free article] [PubMed]
- 4.Klein LB, Chesworth BR, Howland-Myers JR, Rizo CF, Macy RJ. Housing Interventions for Intimate Partner Violence Survivors: A Systematic Review. Trauma Violence Abuse. 2021 Apr;22(2):249-264. [PubMed]
- 5.Marie-Mitchell A, Kostolansky R. A Systematic Review of Trials to Improve Child Outcomes Associated With Adverse Childhood Experiences. Am J Prev Med. 2019 May;56(5):756-764. [PubMed]
- 6.Lewis NV, Dowrick A, Sohal A, Feder G, Griffiths C. Implementation of the Identification and Referral to Improve Safety programme for patients with experience of domestic violence and abuse: A theory-based mixed-method process evaluation. Health Soc Care Community. 2019 Jul;27(4):e298-e312. [PMC free article] [PubMed]
- 7.Sarkar R, Ozanne-Smith J, Bassed R. Systematic Review of the Patterns of Orofacial Injuries in Physically Abused Children and Adolescents. Trauma Violence Abuse. 2021 Jan;22(1):136-146. [PubMed]

تعقیب و آزار:

شامل هر الگوی رفتاری است که هیچ هدف مشروعی را دنبال نمی کند و با هدف آزار، اذیت یا ایجاد وحشت در قربانی انجام می شود. فعالیت های معمول تعقیب و آزار شامل تماس های تلفنی مکرر، نامه های ناخواسته یا هدایای پستی، نظارت در محل کار، خانه و سایر مکان هایی است که قربانی به طور مکرر به آنها مراجعه می کند. تعقیب و آزار معمولاً تشدید می شود.

برای بازماندگان خشونت خانگی

باید در خصوص تجربه خود با افراد آگاه و یاریگر صحبت کنید. گاهی فقط اطلاع رسانی به دیگران، موجب کاهش میزان خشونت و رزی می گردد؛ هیچ کس سزاوار سوءاستفاده و بد رفتاری نیست. بد رفتاری شریک زندگی تان تقصیر شما نیست. شما تنها نیستید.

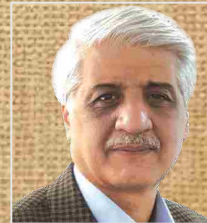
چگونه می توانید به قربانیان خشونت خانگی کمک کنید؟

- به فرد مورد آزار و اذیت گوش دهید و حرف هایش را باور کنید تا بداند تنها نیست
 - او را تشویق کنید تا از طریق یک خط تلفن محرمانه با یک متخصص در این زمینه، ارتباط برقرار کند و درخواست پشتیبانی کند.
 - نگرانی خود را نسبت به او ابراز کنید، حمایت خود را نشان دهید و منابع موجود را به او معرفی کنید.
 - اگر مستقیماً با شما تماس گرفته نشده است، اما دلیلی دارید که باور کنید همکار تان ممکن است در یک رابطه خشونت آمیز باشد، با یک دفتر مشاوره یا وکیل و بازرس سازمان خود مشورت کنید.
- توجه:** به خاطر داشته باشید که یک بازمانده، اغلب قبل از موفقیت، چندین بار برای ترک رابطه خشونت آمیز تلاش می کند.

آیا شما یک فرد آزارگر هستید؟

اگر متوجه شدید که با شریک زندگی خود بد رفتاری می کنید، ممکن است منابعی در جامعه شما وجود داشته باشد که به شما در پایان دادن به این بد رفتاری کمک کند. خط تلفن ۱۴۸۰ یا ۱۲۳ خشونت خانگی، منابع متعددی دارد که می توانند به شما کمک کنند. درک کنید که آزار خانگی نه تنها خلاف اصول اخلاقی سازمان

برگی از تاریخ پزشکی فارس

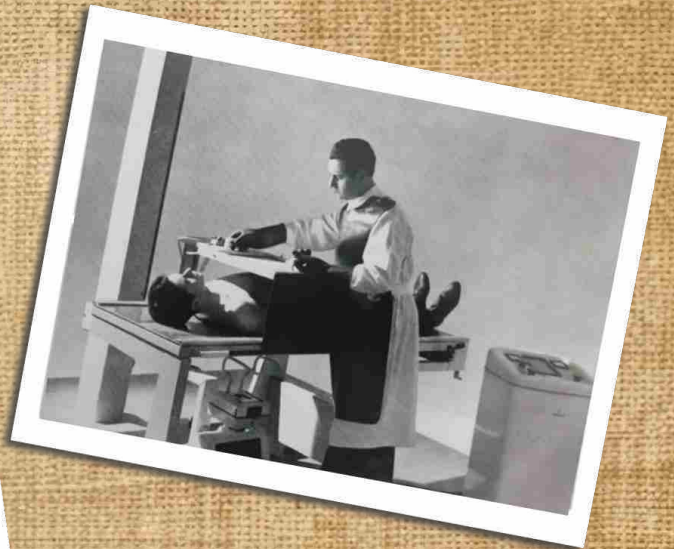


انتخاب و ترجمه دکتر رئیس جلالی

فوق تخصص بیماری‌های کلیه و
مجاری ادراری
استاد بخش داخلی
دانشگاه علوم پزشکی شیراز

دکتر عبدالغفار تفضل، اولین استاد رادیولوژی دانشکده پزشکی شیراز

اولین مؤسسه رادیولوژی شیراز به صورت خصوصی توسط مرحوم دکتر عبدالغفار تفضل در سال ۱۳۲۷ هجری شمسی با استفاده از یک دستگاه رادیولوژی بادو تیوب و فلوروسکوپی اطاق تاریک افتتاح شد. با تأسیس آموزشگاه عالی بهداشتی در سال ۱۳۳۴ تا ۱۳۳۵ مرکز کوچکی با یک دستگاه پشت بیمارستان سعدی تشکیل گردید که مسئولیت آن به عهده مرحوم دکتر تفضل بود.

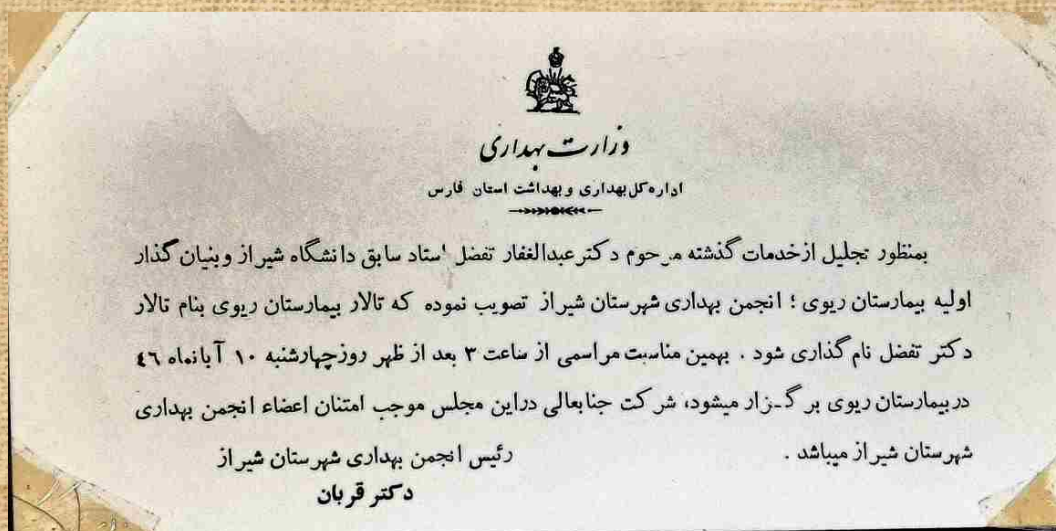


دکتر عبدالغفار تفضل از پیشگامان رادیولوژی در فارس در حال انجام فلوروسکوپی



شناسنامه دکتر عبدالغفار تفضل
وفات مهر ۱۳۴۲ بیمارستان نمازی

روزنامه پارس ۱۳۴۲



دکتر قربان بیمارستان ریوی (چمران) ۱۳۴۶

منبع: تاریخچه بخش رادیولوژی دانشگاه علوم پزشکی شیراز، سایت دانشگاه علوم پزشکی شیراز
با تشکر از سرکار خانم دکتر هما تفضل برای در اختیار گذاشتن عکس‌ها

نکته‌ها



به انتخاب: دکتر مهرداد امیرآبادی

متخصص و جراح گوش، حلق و بینی
دبیر کمیسیون اخلاق پزشکی و حرفه‌ای
سازمان نظام پزشکی شیراز

ادبیات عرفانی

شمس و مولانا

استاد جلال الدین همایی در مقدمه کتاب تفسیر مثنوی مولوی، داستان قلعه ذات الصور، یا دژ هوش را که واپسین داستان مثنوی شریف است، می‌گوید: «جذبه شمس‌الدین تبریزی چنان در روح مولانا اثر کرد که او را از حالت زهد و خلوت و سجاده‌نشینی و پیشوایی و رهبری شریعت و طریقت، به عاشقی دل‌باخته و شیدا و شاعری ترانه‌گوی و سماع‌جوی مبدل ساخت. صحبت شمس و تأثیر آن در روح مولانا آب حیات‌ی بود که زندگانی تازه و نوینی بدو بخشید. آبی بود که دفتر احوال سابق او را بشست و دفتری تازه ساخت که سطور و صفحاتش همه شعر و سرود و رقص و سماع و وجد و حال بود.

به راستی، این شمس تبریزی کیست که این گونه آتش به وجود مولانای فقیه حکیم پرمایه چهل ساله می‌افروزد و او را چنان شیفته و دیوانه می‌کند که جامه درس و تفسیر را دور می‌افکند، در کوی و برزن می‌رقصد و همگان را در شگفتی بی‌سابقه‌ای نگه می‌دارد؟ شمس تبریزی در ابتدای ورود در جامه بازرگانان در بازار شکر فروشان کار می‌کند و مشخص نیست چه مدت بعد، مولانای فقیه را می‌بیند. درباره این موضوع و نخستین دیدار آنها سخن بسیار رفته است، ولی در درستی‌شان تردید وجود دارد. آنچه مسلم است، آنکه شمس در قونیه از وجود مولانا آگاهی داشته و در پی فرصتی بوده است تا او را ببیند و بیشتر بشناسد و اگر او را مانند دیگر فقها بیاید، بر او بتازد؛ اما در نخستین دیدار، مولانا، شمس را مسحور شخصیت خود کرد و شمس، مولانا را.

بعد از آنکه شمس، قونیه را ترک گفت، مولانا در پی او و برای یافتن او دوبار به دمشق رفت و بی‌نتیجه و ناامید بازگشت. هیچ روشن نیست که آیا شمس از قونیه گریخت یا او را کشتند. به گفته سلطان ولد - پسر مولانا - «ناگهان گم شد از میان همه». غیبت شمس مولانا را بیش از پیش آشفته کرد و جز به غزل گفتن و رقص و سماع کاری نمی‌کرد. با وجود مخالفت و خشم فقیهان، مولانا بی‌هیچ هراسی از تکفیر و شکایت آنان، در عالم خود بود و به گفته سلطان ولد: «یک زمان بی‌سماع و رقص نبود.» چنان که خود گفته است:

چند کنم تو را طلب خانه به خانه در به در

چند گریزی از برم گوشه به گوشه کو به کو

چون مولانا از وجود شمس نومید و از جست‌وجوی او فارغ شد، به قونیه باز آمد و بنای تربیت و ارشاد را بر بنیادی نو پایه نهاد. به تدریس و ارشاد مدیران روی آورد و با بیت، غزل و سماع نازک طبعان را با خوی و رفتار انسانی آشنا کرد.

منبع: قربانی، م. کهنه و نو در جهان عارفان. تهران: نشر ترنند، ۱۴۰۰.

ورود عشق به تصوف

ورود لفظ عشق به زبان صوفیانه یکی از مهم‌ترین حوادثی است که در تاریخ تصوف و ادب پارسی رخ داده است. این حادثه صرفاً مربوط به کاربرد یک لفظ نبود؛ لفظ عشق به منزله تخمی بود که از آن در سرزمین خراسان درخت تنومند و پهنای رویید با شاخ و برگ‌های فراوان و سایه‌ای گسترده. این درخت، همان زبان تصوف عاشقانه و شعر عاشقانه - صوفیانه پارسی است که قلمرو وسیعی از سرزمین‌های اسلامی را فتح کرده و در شعر زبان‌های دیگر از جمله ترکی وارد و تأثیر گذاشته است. با همه اهمیتی که این حادثه در تاریخ تصوف داشته است، کیفیت بروز آن به درستی برای ما روشن نیست. درخت زبان تصوف عاشقانه و شعر عاشقانه - صوفیانه پارسی در خراسان رویید، ولی صوفیه خراسان نخستین کسانی نبودند که این لفظ را به کار می‌بردند.

ابوالحسن دیلمی در باب دوم کتاب عطف، تحت عنوان «هَلْ يَجُوزُ إِطْلَاقُ الْعُشْقِ عَلَى اللَّهِ وَ مِنْ اللَّهِ» (آیا اطلاق عشق بر دوستی انسان به خداوند و دوستی خداوند به انسان جایز است یا نه؟)،

تاریخچه‌ای از چگونگی ورود لفظ عشق به زبان صوفیه در اختیار ما گذاشته است. دیلمی در جایی می‌نویسد که شیوخ ما در مورد جایز بودن اطلاق لفظ عشق بر دوستی انسان نسبت به خدا و دوستی خدا نسبت به انسان، اختلاف نظر داشتند و برخی از ایشان آن را جایز می‌دانستند و برخی دیگر جایز نمی‌دانستند و اسامی صوفیانی را که به کار بردن لفظ عشق را جایز می‌دانستند، ذکر می‌کند:

اولین آنها اصحاب عبدالواحد بن زید (ف. ۱۷۷) بودند و قاطبه اهل دمشق. دیلمی سپس از بایزید بسطامی (ف. ۲۶۰) و ابوالقاسم جنید بغدادی و حسین بن منصور حلاج و بالاخره شیخ خودش، ابو عبدالله ابن خفیف، به عنوان کسانی که به کار بردن لفظ عشق را جایز می‌دانستند، نام می‌برد.

پرسش دیلمی را حدود دو قرن بعد، روزبهان بقلی در فصل اول عبهر العاشقین مطرح کرده و سپس پاسخ دیلمی را هم با تفصیل بیشتر نقل کرده است. علاوه بر اسامی کسانی که ابوالحسن دیلمی ذکر کرده است، روزبهان، از ابوالحسن نوری (ف. ۲۹۵) و ذوالنون مصری و یوسف بن حسین رازی و ابوبکر واسطی (ف. بعد از ۳۳۰) و ابوالحسن حصری (ف. ۳۷۱) و شبلی (ف. ۳۳۴) نیز نام برده است. روزبهان از هیچ صوفی دیگری پس از ابن خفیف یاد نکرده است. گویی او خبر نداشته است که در فاصله دو قرن میان او و ابن خفیف یعنی قرن‌های پنجم و ششم، چه حادثه‌ای در خراسان رخ داده و چگونه ده‌ها شاعر و نویسنده صوفی لفظ عشق و مشتقات آن را در آثار منثور و منظوم خود به کار برده و زبان خاصی در تصوف پدید آورده بودند

منبع: پورجوادی، ن. کتاب باده عشق. تهران: نشر کارنامه، ۱۳۹۸.

ادبیات عرفانی؛ در فاصله سنایی تا عطار

اثر، می‌توان کتاب‌ها نوشت. در این کتاب به مناسبت شیفتگی و علاقه خاصی که شیخ صفی‌الدین اردبیلی به شعرهای عطار داشته است و در آن به تفسیر عرفانی چندین شعر از شعرهای عطار پرداخته مطلب بسیار مهمی نیز در باب شاعری به نام شکر آمده است که به گفته مؤلف کتاب، وی استاد عطار بوده است. اینک عین عبارت او و شعر آن شاعر و تفسیر شیخ صفی‌الدین از آن شعر شکر که استاد عطار بوده است:

و شیخ صفی‌الدین در تحقیق بر این بیت شکر که گویند استاد عطار است - رحمه الله علیهما:

«ره محو شد از پا و سر»

رهرو نماند و راهبر

در فقر فانی شد شکر

در بحر معنی جاودان»

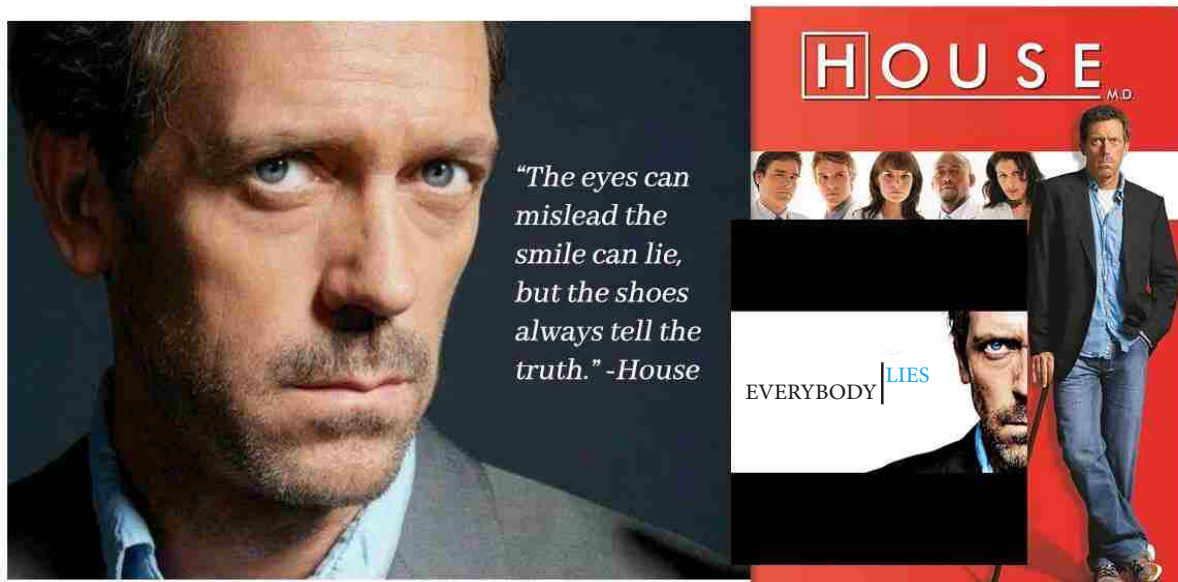
بی‌گمان اطلاعات موجود در این کتاب، مانند اغلب «مقامات»‌های مشایخ صوفیه، ادامه اطلاعات رایج در میان حلقه‌های صوفیه از روزگار شیخ صفی‌الدین بوده است و آنچه در عصر شیخ صفی‌الدین که تولدش ربع‌قرنی بعد از وفات عطار بوده است - رواج داشته، مستند به همان نوع اطلاعات در باب مشایخ قبل، بوده است. پس می‌توان پذیرفت که شاعری با نام یا با تخلص «شکر» در نسل قبل از عطار وجود داشته که در حلقه‌های خانقاهی او را به عنوان «استاد عطار» می‌شناخته‌اند.

در این جا، بحث ما بر سر این نیست که این شکر عارف آیا واقعاً استاد عطار بوده است یا نه، ولی این قدر مسلم می‌توان داشت که قبل از عطار، شاعری عارف با چنین نمونه‌ای از شعر عرفانی که شیخ صفی‌الدین آن را نقل و تفسیر کرده است، وجود داشته است. پس در فاصله سنایی تا عطار، ما باید به وجود شاعری عارف با نام یا تخلص «شکر» توجه داشته باشیم و از همان یک بیتی که شیخ صفی‌الدین نقل و تفسیر کرده است می‌توان به لحن و اسلوب و نوع مضامین شعری شکر پی برد که مشابه لحن عطار است.

منبع: شفیعی کدکنی، م. ر. کتاب زبور پارسی. تهران: نشر آگه، ۱۳۷۸.

در فاصله سنایی با عطار، شعر عارفانه پارسی چهره چندان درخشانی به خود ندیده است و اگر بوده است در تاریخ ادبیات و اسناد موجود تذکره‌ها، نام و آثارش به ثبت نرسیده است. با این همه، یادآوری نام و کار چند شاعر درین فاصله بی‌فایده نیست، به ویژه که یکی از اینان بر طبق بعضی اشارات نویافته، از استادان عطار به شمار می‌رفته است. اگر تاریخ وفات عطار را ۶۲۷ (به احتمال قوی) و یا ۶۱۸ (به احتمال کمتر) بپذیریم و سال وفات سنایی را نیز همان ۵۲۹ بدانیم، میان دوره حیات این دو شاعر یا بهتر است بگوییم میان سال‌های وفات ایشان، حدود صد سال فاصله است. سنایی در حدود ربع اول قرن ششم و عطار در حدود ربع اول قرن هفتم در گذشته‌اند. در این صد سال، شعر عرفانی فارسی چه تجربه‌هایی بعد از سنایی به دست آورده است؟ اگر از عطار صرف نظر کنیم، با همه افزونی شمار شاعران - که فهرست قابل ملاحظه‌ای از زندگینامه و شعر ایشان را محمد عوفی در لباب‌الالباب برای ما محفوظ نگاه داشته است - شعر عرفانی چندان چشم‌گیری، در این فاصله دیده نمی‌شود. البته نمونه‌هایی از شعر «زهد» در منقولات عوفی و بعضی متون تاریخی و مذهبی تألیف شده در این عصر، می‌توان ملاحظه کرد ولی این نمونه‌های «شعر زهد» در قیاسی با آن چه از ناصر خسرو و سنایی و حتی شاعران قبل از ایشان دیده‌ایم، موضوع تازه و مهمی به حساب نمی‌آید. با این همه سه چهارتن از شاعران قرن ششم را که قبل از عطار بوده‌اند، نباید از یاد برد. یکی از این شاعران، شاعری به نام شکر است که به گفته بعضی «استاد عطار» بوده است. اطلاع درباره این شاعر منحصر است به آنچه در مقامات شیخ صفی‌الدین اردبیلی (۷۳۵-۶۵۰) آمده است. می‌دانیم که یکی از مهم‌ترین اسناد تاریخ عرفان ایرانی کتاب گرانقدر صفوه‌الصفای ابن بزاز اردبیلی است که در سال ۷۵۹ هجری، تألیف شده است. اگر چه به علت تصرفات کاتبان، در دوره‌های آغازی عهد صفوی، آن بخش از این کتاب که مرتبط با تبار صفویه است، در اغلب نسخه‌ها قدری مخدوش است و با احتیاط، باید تلقی شود؛ اما دیگر بخش‌های آن سرشار است از اطلاعات درست و دقیق، به ویژه درباره حیات عرفانی غرب ایران و از این لحاظ دریای بی‌کرانی است که هنوز کمترین موجی از آن به ساحل تحقیقات معاصران ما راه نیافته است و درباره آن بخش‌های این

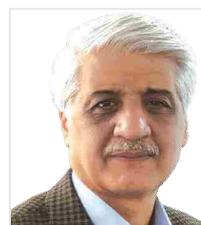




گفت‌وگوهای ماندگار سریال دکتر هاوس

به انتخاب: دکتر قنبرعلی رئیس جلالی

فوق تخصص بیماری‌های کلیه و
مجاری ادراری
استاد بخش داخلی دانشگاه
علوم پزشکی شیراز

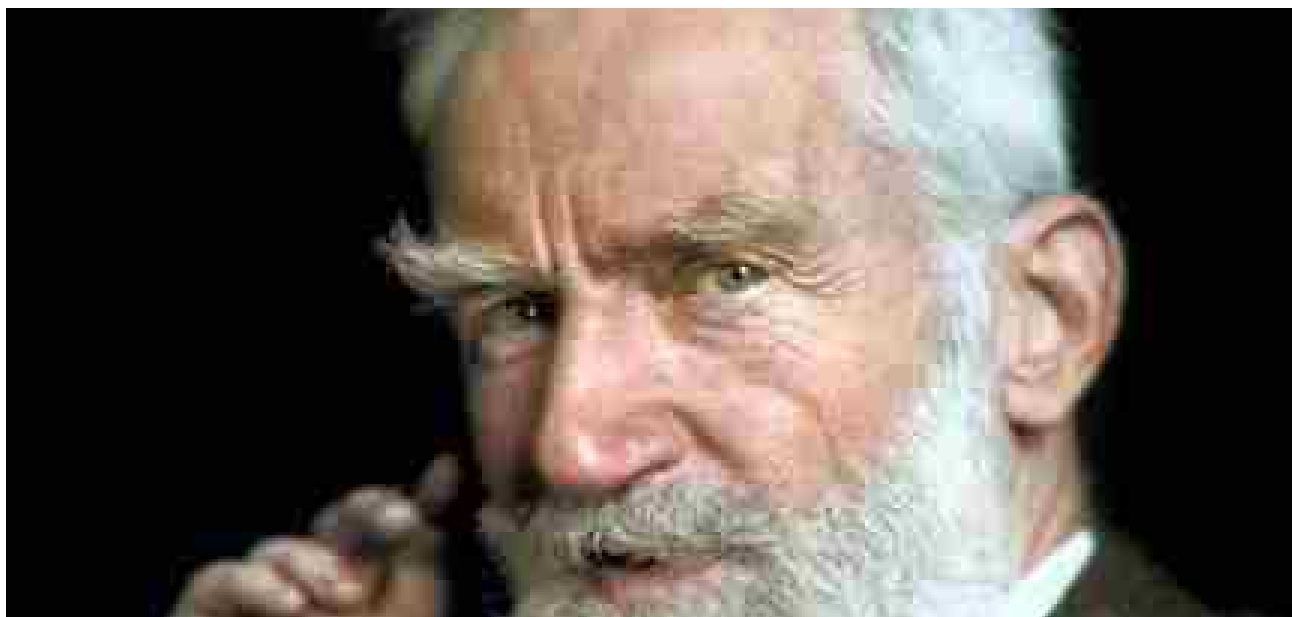


- اگر هیچ کس ازت متنفر نیست بدون که حداقل داری یک کاری رو اشتباه انجام میدی.
- همیشه می‌شنویم که مردم میگن عشق چقدر مهم هست و بدون عشق اصلا نمیشه زندگی کرد... اکسیژن خیلی مهم تره!
- تمام حقیقت‌ها با یک دروغ آغاز میشن.
- تو این دنیا چیزی به اسم مرگ شرافتمندانه وجود نداره... انسان میتونه شرافتمندانه زندگی کنه، اما نمیتونه با شرافت بمیره... همه مرگ‌ها رقت انگیزند.
- مداوا کردن «بیماری‌ها» دلیلی هست که ما دکتر شدیم، مداوا کردن «بیمارها» دلیلیه که بیشتر دکترها رو به درد نخور کرده.
- طبیعت انسان‌ها این هست که همشون دروغ میگن. تنها متغیر اینه که دوباره چی دروغ میگن.

سریال دکتر هاوس محصول آمریکا در سال ۲۰۰۴ است که توسط دیوید شور و گرگ یایتانز و دیران سارافیان و دیوید استرایتون کارگردانی شده است. از بازیگرانی که در این سریال درام و رازآلود به ایفای نقش پرداخته‌اند می‌توان هیو لوری، لیسای ادلستین، عمر اپس، رابرت شان لئونارد، جسی اسپنسر، جنیفر موریسون، پیتز جکوبسن، کل پن، اولیویا وایلد، آمبر تامبلین، چارلین وای، اودت انابل و سلا وارد را نام برد.

این سریال روایت یک دکتر نابغه ضد اجتماع و معلول است که در کشف بیماری‌ها تخصص دارد و به کمک تیمش هر کاری را برای کشف پیچیدگی‌های مرضی که بیمارانش به آن مبتلا هستند، انجام می‌دهد.

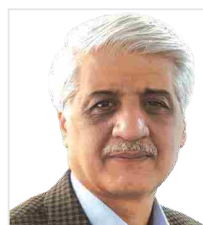
در ادامه گفت‌وگوها و دیالوگ‌های ماندگار این سریال را با هم بخوانیم:



جملات ناب و تاثیر گذار بزرگان سینما و ادبیات جهان

به انتخاب: دکتر قنبر علی رئیس جلالی

فوق تخصص بیماری‌های کلیه و
مجاری ادراری
استاد بخش داخلی دانشگاه
علوم پزشکی شیراز



میشوی و مهم‌تر آنکه، خوک از این کار لذت می‌برد.
■ مجازات آدم دروغگو این نیست که کسی باورش نمی‌کند، بلکه این است که خودش نمی‌تواند حرف کسی را باور کند.
■ فقط یک نفر را می‌شناسم که معقول و سنجیده رفتار می‌کند، او خیاط من است زیرا هر بار که مرا می‌بیند از نو اندازه‌گیری می‌کند بقیه به معیارها و عقاید کهنه خود درباره من پای‌بند هستند.
■ زندگی میوه کرم خورده‌ای است که باید به قسمت‌های سالم آن گاز زد.
■ هرگاه قصد شوخی دارم حقیقت را بیان می‌کنم، حقیقت بزرگترین شوخی جهان است.
■ سکوت کامل‌ترین ابراز ناسزا است.
■ اگر می‌خواهید حقیقت را به مردم بگویید، آنها را بخندانید، در غیر این صورت شما را خواهند کشت.
■ کسانی که نمی‌توانند نظر خود را تغییر دهند، نمی‌توانند چیزی را تغییر دهند.

جرج برنارد شاو ۱۸۵۶ - ۱۹۵۰ که به اصرار خود با نام برنارد شاو شناخته می‌شود، نمایش‌نامه‌نویس، منتقد ادبی، اهل جدل، فعال سیاسی و مبلغ سوسیالیست ایرلندی تبار و همچنین گیاهخوار بود.
وی تبدیل به برجسته‌ترین نمایش‌نامه‌نویس دوران خود شده و در سال ۱۹۲۵ برنده جایزه نوبل ادبیات شد.
از او به‌عنوان توانمندترین نمایش‌نامه‌نویس بریتانیایی پس از شکسپیر و نافذترین رساله‌نویس پس از جانانان سوییفت، هجونویس ایرلندی، یاد می‌کنند.

سخنان جورج برنارد شاو

■ از مکالمه و پرگویی بی‌جا نجات پیدا خواهید کرد، اگر به یاد بیاورید که مردم هرگز نصایح شما را قبول نمی‌کنند، مگر اینکه وکیل مدافع یا دکتر باشید و آنها برای شنیدن صحبت‌های شما پول خرج کرده باشند.
■ مدت‌ها پیش آموختم که نباید با خوک کشتی گرفت چون خیلی کثیف

ما نباید مجبور باشیم از «کوسه‌های» دوره دستیاری (رزیدنتی) «جان سالم به در ببریم»



نویسنده:

بتسی اچ (هیوز) گرانچ، دکترای پزشکی،
فلوشیپ جراحی مغز و اعصاب آمریکا
(FAANS)، فلوشیپ کالج جراحان آمریکا
(FACS) • جراحی مغز و اعصاب

ترجمه: دکتر امید فاضل زاده
(پزشک عمومی)



کنار رهبران سومی استفاده شده است. این جزوه در ادامه چندین «قانون» را فهرست می‌کند که برای زنده ماندن در هنگام شنا با کوسه‌ها باید دنبال می‌شد. استعاره این است که پزشکان مافوق (Attending Physicians) همان کوسه‌ها هستند و اینترن‌ها همان شناگران. برای اینکه از دوره اینترنی جان سالم به در ببرید، باید این قوانین اساسی را یاد بگیرید. شش قانون در این جزوه ذکر شده بود که سومی بودن در محیط مراقبت‌های بهداشتی را ترویج می‌کرد. در واقع، در طول دوره اینترنی من، این نوع رفتاری که به ما آموزش داده شد، باعث شد یکی از همکاران اینترن من در نیمه شب در یک انبار وسایل پرستاری، اقدام به خودکشی کند. من می‌خواهم این قوانینی را که به ما داده شده بود، مجدداً بررسی کنم و آنها را به قوانین امروزی تبدیل کنم تا محیط آموزشی مثبت‌تری فراهم شود.

بررسی مجدد ۶ قانون قدیمی برای محیط آموزشی مثبت:

۱ فرض کنید ماهی‌های ناشناس، کوسه هستند.

قانون قدیمی: بهتر است فرض کنید همه ماهی‌های ناشناس کوسه هستند.

موضوع فضای سومی در آموزش پزشکان، موضوع جدیدی نیست. در واقع، این دوره به این دلیل دستیاری (رزیدنتی) نامیده می‌شود که به طور سنتی، پزشکان در حال آموزش، بیشتر وقت خود را در بیمارستان می‌گذرانند و در واقع «مقیم» (residents) بیمارستان می‌شدند. در سال ۲۰۰۳ بود که ACGME (شورای اعتباربخشی آموزش پزشکی تحصیلات تکمیلی) مجموعه‌ای از مقررات ساعات وظیفه را برای دستیاران تصویب کرد، که این مقررات در سال ۲۰۱۱ نیز به روز شدند.

من بیش از ۱۱ سال است که جراح مغز و اعصاب دارای بورد هستم و دوره دستیاری خود را در زمانی گذراندم که مقررات ساعات کار تنظیم نشده بود. در اولین روزی که به عنوان اینترن جراحی عمومی شروع به کار کردم، رئیس بخش ما تمام اینترن‌های تازه‌وارد را نشان داد و یک سخنرانی «معارفه» با یک جزوه همراه با آن ایراد کرد که عنوانش «چگونه با کوسه‌ها شنا کنیم: یک مقدمه» بود. این جزوه از مقاله بدنامی الگوبرداری شده بود که توسط ولتر کوستو در دهه ۱۸۰۰ برای غواصان اسفنج نوشته شده بود. این مقاله به عنوان پایه‌ای در بسیاری از زمینه‌ها، از جمله پزشکی، برای راهنمایی عملی در مورد چگونگی زنده ماندن در

قانون متقابل (امروزی): حمایت پیشگیرانه باید توسط همه کارآموزان مورد انتظار باشد تا احساس حمایت کنند.

۵۶ یک حمله سازمان یافته را بر هم بزنید.

قانون قدیمی: حملات سازمان یافته کوسه‌ها را با ایجاد اختلال داخلی در حمله منحرف کنید تا کوسه‌ها به خودشان حمله کنند. در نظر بگیرید که کوسه‌ها را به سمت شناگر تازه کار منحرف کنید.

معنای آن: این رفتار خرابکاری در درون گروه کوسه‌ها با ایجاد اختلاف داخلی را ترویج می‌کند. همچنین «زیر آب زنی» معروف را تشویق می‌کند.

قانون متقابل (امروزی): کار تیمی در پزشکی برای دستیابی به نتایج خوب در مراقبت از بیمار بسیار مهم است. خرابکاری داخلی در یک تیم در یک محیط مراقبت‌های بهداشتی تحمل نخواهد شد.

این شش قانون مانند یک برنامه اساسی در آن روز به من ارائه شد؛ در حالی که من با روپوش سفید کوتاه و شلوار سفید نشسته بودم، آماده بودم تا وارد دنیای جدیدی از مراقبت‌های بهداشتی، در شهری جدید، بیمارستانی جدید و با همکاران جدید شوم. من ترسیده بودم و بعد از این سخنرانی، در درونم احساس پوچی می‌کردم. من این جزوه را تمام این سال‌ها در یک پوشه در کشوی میزم نگه داشتم، بیشتر به عنوان یادآوری احساسی که آن روز اول جولای، در آن صندلی سفت کلاس درس نشسته بودم، داشتم. من در آن روز سوگند خوردم که با رشد در پزشکی، این نوع رفتارهای سمی را ادامه ندهم. امیدوارم همه ما بتوانیم چنین قول‌هایی را در مواجهه با تجربیات منفی به خود بدهیم، زیرا این کار ما را به پزشکان و مربیان بهتری تبدیل می‌کند. با هم، می‌توانیم سمی بودن تاریخی آموزش مراقبت‌های بهداشتی را تغییر دهیم و کیفیت زندگی همه کسانی که در پزشکی هستند، از جمله جوان‌ترین پزشکانمان، را بهبود ببخشیم. بیایید این جزوه را باز نویسی کنیم و مطمئن شویم که «نجات‌دهندگان» متعهد و عاملان تغییر هستیم.

پانوش:

دکتر بتسی گرانچ یک جراح مغز و اعصاب دارای بورداست که در گینزویل، جورجیا طبابت می‌کند.

علاقه اصلی او تکنیک‌های ستون فقرات با حداقل تهاجم و پیشبرد زمینه نوروتروما (آسیب‌های عصبی) است. علاوه بر این، دکتر گرانچ با نام [ladyspinedoc@](https://www.ladyspinedoc.com) به صورت آنلاین شناخته می‌شود، جایی که او از رمزگشایی موضوع جراحی مغز و اعصاب، ضمن نشان دادن تعادل کار و زندگی خود به عنوان یک مادر، همسر و دوست به مخاطبان لذت می‌برد. پلتفرم پر رونق او، در رسانه‌های اجتماعی به دنبال توانمندسازی عموم مردم با دانش پزشکی حیاتی، الهام بخشیدن به متخصصان مراقبت‌های سلامت فعلی و آینده و افزودن کمی مثبت‌گرایی و شوخ‌طبعی، به روز شما است.

منبع:

آدرس اینترنتی:

<https://opmed.doximity.com/articles/we-shouldn-t-have-to-survive-the-sharks-of-residency>

معنای آن: این فرض می‌کند که همه پزشکان بیمارستان کوسه هستند و می‌توانند در هر لحظه رفتار پر خاشگرانه از خود نشان دهند.

قانون متقابل (امروزی): همه پزشکان در حال آموزش باید مهارت‌های رهبری برای مربی‌گری کارآموزان جدید را داشته باشند.

۵۲ خونریزی نکنید.

قانون قدیمی: وقتی خونریزی می‌کنید، کوسه‌ها را جذب می‌کنید. خونریزی حتی حملات تهاجمی بیشتری را تحریک می‌کند و مشارکت سایر کوسه‌های غیردرگیر را افزایش می‌دهد.

معنای آن: این قانون خاص در پزشکی مضراست و از پزشکان جوان می‌خواهد که در صورت نیاز، درخواست کمک نکنند. این نه تنها به خود کارآموز آسیب می‌زند، بلکه رفتارهایی را تشویق می‌کند که در نهایت می‌تواند به بیماران آسیب برساند **قانون متقابل (امروزی):** نشان دادن ضعف‌های شما بخش طبیعی از یادگیری است و یادگیری چگونگی کسب قدرت در زمینه‌های ضعف خود در طول زمان، همان راهی است که شما به عنوان یک پزشک رشد می‌کنید. ما با دانش و مهارت‌هایی که یک پزشک مافوق دارد به دنیا نیامده‌ایم؛ این مجموعه‌ای از مهارت‌هاست که با دوره‌هایی از خونریزی و بهبودی به دست می‌آید.

۵۳ به سرعت با هر پر خاشگری مقابله کنید.

قانون قدیمی: آماده باشید تا از هر نیروی لازم برای دفع اقدامات تهاجمی کوسه‌ها استفاده کنید.

معنای آن: این امر، یادگیرنده را مجبور می‌کند که همیشه برای یک حمله آماده باشد و اضطراب و استرس روانی را افزایش می‌دهد که منجر به افکار منفی و احساس ناامنی شدید می‌شود.

قانون متقابل (امروزی): آماده باشید تا با حمایت پزشکان ناظر خود بر ضعف‌های خود غلبه کنید. نقش آنها کمک به رشد و یادگیری شماست.

۵۴ اگر کسی خونریزی می‌کند، از آب خارج شوید.

قانون قدیمی: اگر شناگر دیگری آسیب دیده و خونریزی می‌کند، سریعاً از آب خارج شوید و سعی نکنید شناگر آسیب دیده را نجات دهید. وقتی خون ریخته شد، مداخله شما نمی‌تواند از او محافظت کند. معنای آن: به همکاران اینترنت خود اگر در حال تقلا هستند، کمک نکنید.

قانون متقابل (امروزی): همه ما زمانی بهتر یاد می‌گیریم و احساس حمایت می‌کنیم که یک تیم کامل در کنار ما باشد. ما باید همیشه در مواقع نیاز به دیگران کمک کنیم. یک سیستم حمایتی قوی در میان کارآموزان برای سلامتی پزشکان ضروری است.

۵۵ از تلافی پیشگیرانه استفاده کنید.

قانون قدیمی: ممکن است کوسه‌ها به اشتباه حمله کنند و شناگر ماهر باید آماده باشد تا در هر لحظه تلافی کند. معنای آن: این فرض می‌کند که یادگیرنده باید همیشه برای حمله هوشیار باشد.

قهرمانان در حاشیه

تحلیل و معرفی فیلم سینمایی «شیفت آخر»

محصول: سال ۲۰۲۵، سوئیس

نویسنده: دکتر امید فاضل زاده (پزشک عمومی)

مقدمه:

نگاهی از قلب اروپا به بحران خاموش مراقبت‌های بهداشتی

فیلم سینمایی «شیفت آخر» (Late Shift) که در برخی مناطق با نام «قهرمان» (Heldin) نیز شناخته می‌شود، محصول سال ۲۰۲۵، یکی از شاخص‌ترین آثار سینمای اجتماعی سوئیس و آلمان در سال‌های اخیر است که بلافاصله پس از اکران، توجه محافل بین‌المللی سینما را به خود جلب کرد. این فیلم که به کارگردانی توانمند پترا بیوندین وولپه (Petra Biondina Volpe)، سینماگر سوئیسی-آلمانی، ساخته شده است، فراتر از یک درام بیمارستانی صرف، یک برش عمیق و دردناک از زندگی روزمره و طاقت‌فرسای قهرمانان خاموش سیستم مراقبت‌های سلامت، یعنی پرستاران است. «شیفت آخر» که توسط سوئیس برای رقابت در بخش بهترین فیلم بین‌المللی جوایز اسکار نیز معرفی شد، به سرعت به یک فریاد جهانی برای درک بهتر شرایط کار و زندگی پرستاران تبدیل گشت و توانست قلب و ذهن مخاطبان را در سراسر جهان تسخیر کند.



جزئیات	مشخصه
Late Shift (یا Heldin)	عنوان اصلی
شیفت آخر وقت / شیفت آخر	عنوان فارسی
(سوئیس و آلمان) (تولید مشترک)	کشور تولیدکننده
۲۰۲۵	سال تولید/اکران
Petra Biondina Volpe) پترا بیوندین وولپه	کارگردان و نویسنده
در نقش فلوریا (Leonie Benesch) لئونی بنش	بازیگر نقش اصلی
درام اجتماعی، درام بیمارستانی	ژانر
نماینده سوئیس در نود و هشتمین دوره جوایز اسکار ۲۰۲۶	اهمیت

● نگاه دقیق و مستندگونه

برای اثرگذاری فیلم، لئونی بنش، بازیگر نقش فلوریا، مدتی را با پرستاران واقعی گذراند تا نقش خود را کاملاً طبیعی و باورپذیر ایفا کند. نتیجه این تلاش، به شکلی است که بیننده واقعاً احساس می‌کند با یک پرستار کار کشته مواجه است. دوربین فیلم، با همراهی نزدیک فلوریا، لحظات کوچک، اضطراب‌ها، دودن‌های بی‌امان و حتی لحظاتی را که او برای ثانیه‌ای نفس می‌گیرد یا اشک می‌ریزد، ثبت می‌کند. این جزئی‌نگری، فیلم را به یک اثر آموزشی برای درک سختی‌های این شغل تبدیل می‌کند.

●۴ تحلیل ساختاری و هنری

از نظر تکنیکی، «شیفت آخر» یک شاهکار در استفاده از عناصر سینمایی برای ایجاد حس اضطراب و درگیری است:

- بازی خیره‌کننده لئونی بنش: تمام بار احساسی و دراماتیک فیلم بر دوش بنش است. او هیچ نمایی (پلانی) را بدون درخشش نمی‌گذراند. توانایی او در انتقال خستگی مزمن، تعهد مطلق، و فروپاشی‌های کوتاه، قلب تپنده فیلم است.
- موسیقی و صداگذاری: موسیقی متن فیلم به صورت هدفمند، حس اضطراب، استیصال و گاهی امید را به مخاطب منتقل می‌کند. صداگذاری محیط بیمارستان (صدای دستگاه‌ها، زنگ‌های هشدار، قدم‌های سریع) به قدری واقعی است که مخاطب را در فضای خفه‌کننده شیفت شب قرار می‌دهد.
- پایان‌بندی معنادار: سکانس پایانی فیلم به یادماندنی و عمیق است. فلوریا در اتوبوس (مثل ابتدای فیلم) با کوله‌باری از خستگی، درد و تجربه‌های تلخ نشسته است. ناگهان، روح پیریزی که تیمارش کرده بود، می‌آید و کنارش می‌نشیند. فلوریا سرش را با آرامش بر شانه او می‌گذارد و فیلم تمام می‌شود. این پایان، نشان‌دهنده آن است که گرچه نظام بیمارستان ظالم است، اما پیوندهای انسانی و حس احترامی که فلوریا به بیماران خود می‌دهد، تنها آرامش و تسلائی او در این مسیر است. این صحنه، نمادی از تقدیر معنوی از رنجی است که قهرمان متحمل شده است.

●۵ بازخوردها و اهمیت جهانی

«شیفت آخر» توسط منتقدان به دلیل صداقت بی‌رحمانه و انسانیت عمیقش مورد تحسین قرار گرفت. این فیلم نه فقط یک موفقیت سینمایی، بلکه یک فریاد جهانی برای پرستاران شد.

- منتقدان آن را به دلیل روایت ساده اما قدرتمندش که قدر دان بخش‌های پیش پا افتاده زندگی و مشکلات مردم عادی است، ستودند.
- انتخاب آن به عنوان نماینده سوئیس در اسکار، نشان‌از اهمیت بین‌المللی این موضوع در سطح جهانی و تلاش سینمای سوئیس برای مطرح کردن موضوعات اجتماعی کلیدی داشت.
- بسیاری از پرستاران واقعی پس از تماشای فیلم، تأکید کردند که این فیلم، شیفت شب جهنمی آن‌ها را به شکلی باورنکردنی و واقعی به تصویر کشیده است.

نتیجه‌گیری: چرا «شیفت آخر» فراتر از یک فیلم است؟

فیلم «شیفت آخر» محصول ۲۰۲۵ سوئیس، به کارگردانی پترا وولپه، یک قطعه هنری ارزشمند است که با دقت و صراحت، به یکی از بزرگترین معضلات اجتماعی دوران ما، یعنی وضعیت قهرمانان مراقبت‌های بهداشتی، می‌پردازد. این فیلم، یک درام پرتنش، تأثیرگذار و مهم است که مخاطب را وادار به تفکر می‌کند که «قهرمانی» واقعی، نه در میدان جنگ، بلکه در پشت یک روپوش سفید و در میان هزاران ساعت شیفت شب و مبارزه با کمبودها و بوروکراسی، معنای یابد. «شیفت آخر» دعوتی است برای دیدن، شنیدن و ارزش‌گذاری مجدد به کسانی که بدون ادعا، شیفت آخر زندگی بسیاری از ما را به تنهایی به دوش می‌کشند.

●۱ شناسنامه و پیش‌زمینه ساخت فیلم

پترا وولپه، که پیش از این نیز با آثاری چون «نظم الهی» (The Divine Order) به موضوعات اجتماعی و حقوق زنان پرداخته بود، در «شیفت آخر» نیز با همان نگاه دقیق و مفهومی، به سراغ یک بحران اجتماعی-اقتصادی رفته است. این فیلم در فضایی واقع‌گرایانه و بدون اغراق‌های هالیوودی، تصویری مستندگونه از فشار کاری، کمبود منابع و فرسودگی شغلی پرستاران ارائه می‌دهد.

●۲ روایت: یک شب طولانی در قلب بیمارستان

داستان فیلم بر محوریت شخصیت فلوریا با بازی درخشان لئونی بنش می‌چرخد. فلوریا یک پرستار کار کشته و متعهد در بیمارستانی شلوغ و کم‌تجهیز در سوئیس است. ساختار فیلم حول یک «شیفت شب» فشرده و طاقت‌فرسا شکل می‌گیرد. این شب، نه تنها برای فلوریا بلکه برای کل تیم باقی‌مانده بیمارستان، به یک کابوس تبدیل می‌شود. **تلاش در برابر کمبود:** فلوریا در شرایطی قرار می‌گیرد که مجبور است مسئولیت رسیدگی به حدود ۲۵ بیمار را به تنهایی بر عهده بگیرد، زیرا همکارش سر کار حاضر نشده است. او باید بین وظایف حیاتی (مانند رسیدگی به یک بیمار بدحال در بخش مراقبت‌های ویژه) و نیازهای اساسی بیماران (مانند کمک به یک بیمار مسن برای استفاده از سرویس بهداشتی) یک تعادل ناممکن برقرار کند.

نقطه اوج انسانی: در این شب طولانی، فلوریا با انواع تراژدی‌ها و لحظات کوچک انسانی روبه‌رو می‌شود. یکی از تأثیرگذارترین سکانس‌های فیلم، لحظه فوت یک بیمار مسن است. فلوریا به جای بر خورد ماشینی و صرفاً فنی با مرگ، با نهایت احترام و آرامش، تشریفات نهایی را برای جسد انجام می‌دهد: پنجره اتاق را باز می‌کند، دست‌های پیرزن را روی سینه‌اش می‌گذارد و با ملایمت پلاک شناسایی را به پای او می‌بندد. این لحظه، که با نهایت جزئی‌نگری به تصویر کشیده شده است، نه تنها ادای احترام به کرامت انسانی بیمار در لحظه مرگ است، بلکه اوج حس همدلی و فداکاری فلوریا را نشان می‌دهد. پس از خروج از اتاق، قهرمان فیلم بر زمین زانو می‌زند و گریه امانش نمی‌دهد؛ لحظه‌ای که فشار انباشته کار و غم را بر روح یک پرستار متعهد نمایان می‌سازد.

●۳ تحلیل محتوایی و اجتماعی: پرستار، یک قهرمان خیلی معمولی

«شیفت آخر» یک فیلم صرفاً درباره بیمارستان نیست؛ بلکه یک بیانیه اجتماعی قدرتمند درباره کارکنان بخش سلامت، فرسودگی شغلی و بحران ارزش‌گذاری در جوامع پیشرفته است.

● فرسودگی نظام مند (Systemic Burnout)

فیلم به وضوح نشان می‌دهد که مشکلات فلوریا نه ناشی از بی‌کفایتی فردی، بلکه نتیجه یک سیستم معیوب است. کمبود نیروی انسانی، نبود امکانات کافی، ساعات کاری بی‌رویه و فشار مدیریت برای «انجام دادن بیشتر با کمتر»، پرستاران را به مرز فرسودگی کامل روحی و جسمی رسانده است. وولپه با تمرکز بر این جزئیات، مخاطب را متوجه می‌سازد که بقای سیستم مراقبت‌های بهداشتی به قیمت جان و روان افرادی مانند فلوریا تمام می‌شود.

● قهرمان در سایه

عنوان اصلی فیلم در سوئیس، "Heldin" به معنای «قهرمان» است. این انتخاب عمدی، به شدت با مفهوم فیلم هماهنگ است. فلوریا یک قهرمان نیست که در اخبار یا مراسم رسمی تجلیل شود. او یک «قهرمان خاکستری» یا «قهرمان خیلی معمولی» است که در سایه روپوش سفید خود، هر روز با مرگ و زندگی دست و پنجه نرم می‌کند، در حالی که جامعه او را نادیده می‌گیرد. او در طول فیلم، همزمان هم با مشکلات بیماران و هم با بوروکراسی بیمارستان و تفاوت‌های طبقاتی (مثلاً بیماران که خصوصی هستند و انتظار توجه بیشتر دارند) دست و گریبان است.

ترجمه و بازنویسی: دکتر نسرين دانش

متخصص روانپزشکی



نام فیلم: او را برگردان (Bring Her Back)

سال تولید: ۲۰۲۵ میلادی

کارگردان: کریستوفر نولان

هنرپیشه‌های شاخص: فلورنس پیو، سیلیان مورفی، بری کیوگن، آنیا

تیلور جوی

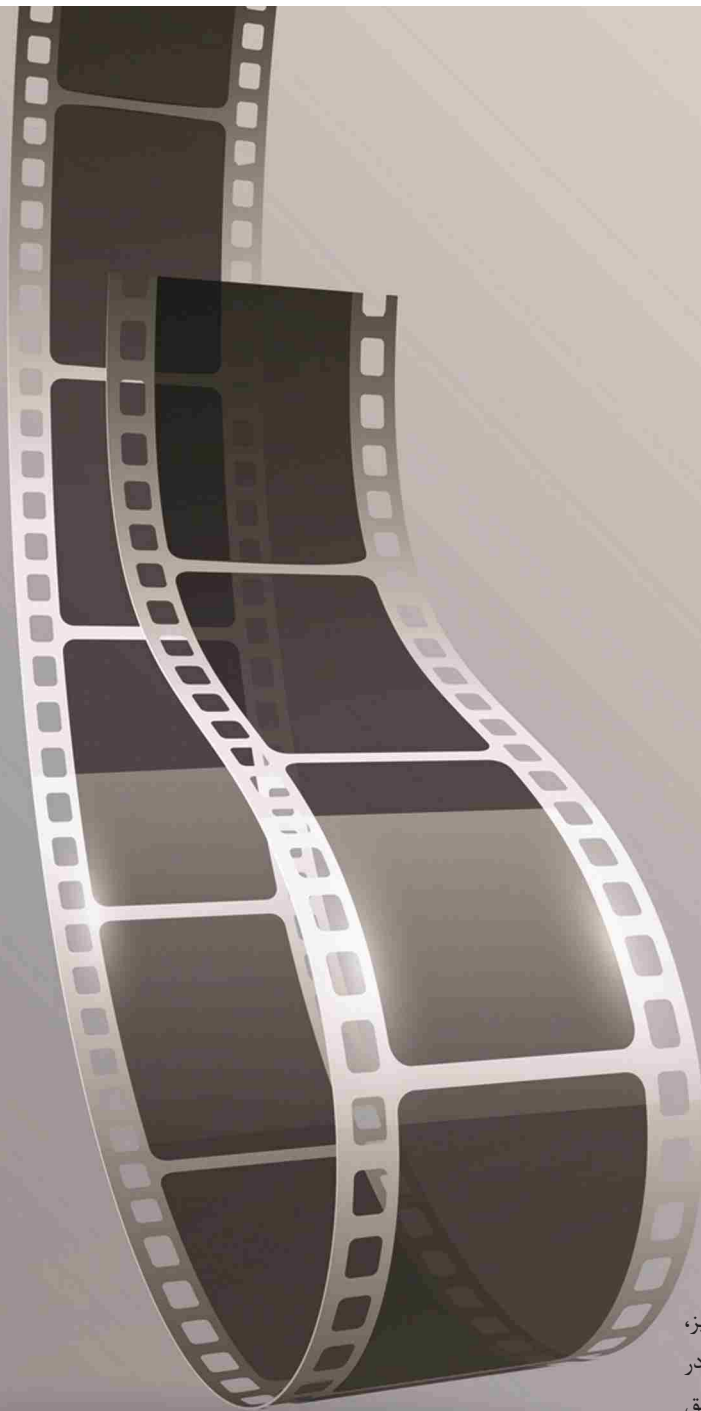
فیلم «او را برگردان»، بازگشت نولان به فضای ذهنی و احساسی تری است که از دوران فیلم «تلقین» (Inception) به یاد داریم. برخلاف پروژه‌های عظیم تاریخی‌اش، این فیلم مقیاسی درونی‌تر دارد و حول پرسش از مرز میان مرگ و آگاهی می‌چرخد. نولان، این بار جهانی ساخته که در آن فناوری بازسازی ذهن انسان، از حافظه دیجیتال ممکن شده است. مردی دانشمند، تلاش می‌کند همسر در گذشته‌اش را با استفاده از داده‌های عصبی (neural data reconstruction) به زندگی بازگرداند؛ اما با بازگشت چیزی روبه‌رو می‌شود که بیش از انسان، شبیه خاطره‌ای زنده است.

فلورنس پیو، با بازی درخشانش، به تصویر یک هوش مصنوعی انسانی جان می‌دهد؛ نگاهی خالی از گرما، اما آکنده از درد. سیلیان مورفی، در نقش همسر، میان علم و عشق در نوسان است. نولان در این فیلم از تدوین غیرخطی استفاده کرده، تا تضاد میان زمان ذهنی و زمان واقعی را ملموس کند. موسیقی هانس زیمر، این بار با استفاده از هارمونیک‌های طولانی که حس بی‌زمانی را القا می‌کند، کمتر انفجاری و بیشتر تأمل‌برانگیز است.

«او را برگردان»، بیش از هر چیز درباره سوگ است؛ درباره تلاش انسان برای فریب مرگ از راه علم؛ و اینکه آیا عشق بدون جسم هنوز معنا دارد یا نه. فیلم نه تنها یک اثر علمی‌تخیلی، بلکه مراقبه‌ای فلسفی بر حافظه و از دست دادن است.

این فیلم در راتن تومیتو ۸۹ درصد، نقدهای مثبت منتشر شده توسط منتقدان حرفه‌ای تأیید شده را از آن خود کرده است.

Bring Her Back



نام فیلم: مادی‌گرا (Materialist)

ژانر: کمدی-احساسی

سال تولید: ۲۰۲۵ میلادی

کارگردان: سلین سونگ

هنرپیشگان: داکوتا جانسون، کریس اوانز، پدرو پاسکال

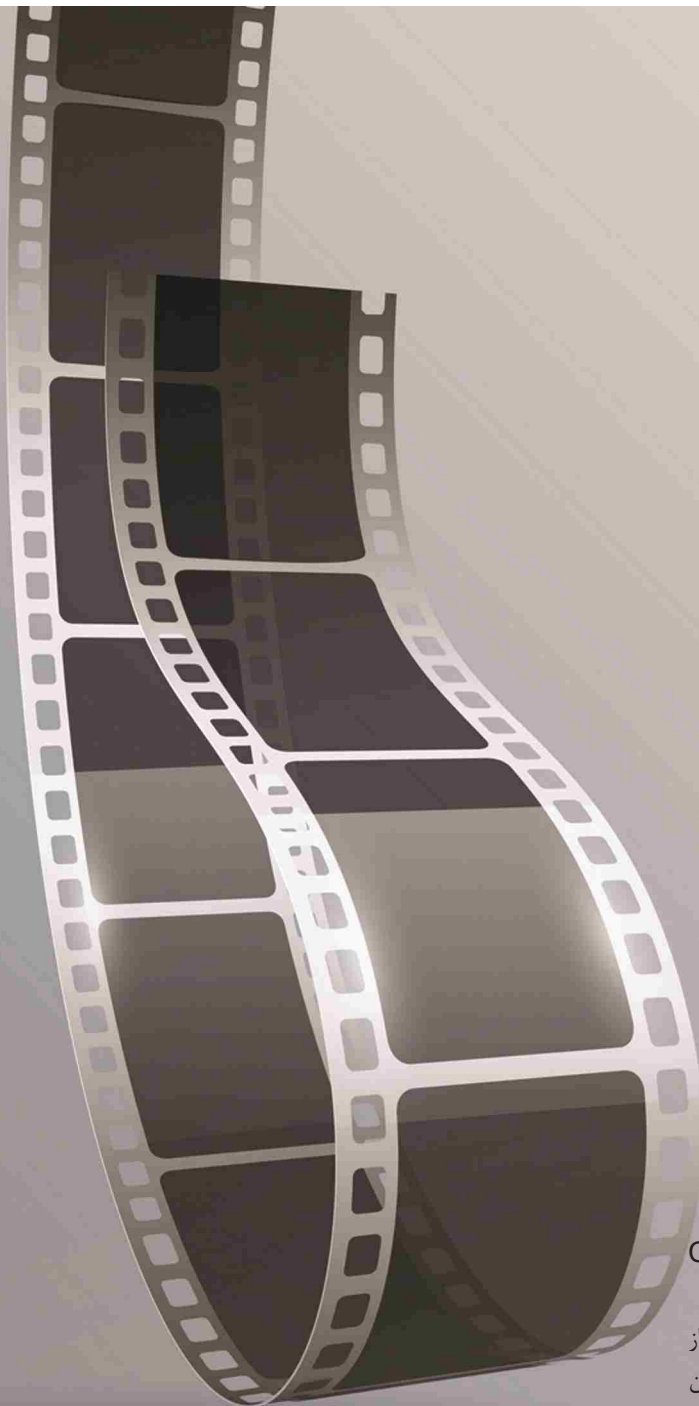
داستان: لوسی، کارمند آژانس همسریابی است و در موارد بسیاری نیز، انتخاب‌های موفق‌تری را به افراد معرفی کرده است؛ اما خودش هنوز مجرد است و در یکی از جشن‌های عروسی، همزمان با یک مرد مجرد طالب از دواج و نیز نامزد سابق خود روبه‌رو می‌شود و در دوراهی انتخاب عاشقانه یا عقلانی قرار می‌گیرد.

تفسیر:

تولستوی معتقد بود بزرگ‌ترین خوشبختی و بدبختی یک انسان، کسی است که با او از دواج می‌کند. شاید در دنیای امروز که طول مدت زندگی‌های مشترک کوتاه‌تر شده، آنقدرها این جمله دقیق و درست جلوه نکند؛ اما در واقع برای یک انتخاب موفق و غیر آسیب‌زا، دقت در این انتخاب عاقلانه و منطقی است. فیلم، دغدغه ذهنی زنی جوان را شرح می‌دهد که از لحاظ منطقی می‌داند که نمی‌توان با تهیدستی و صرفاً بر مبنای احساسات زندگی کرد؛ اما نیروی عشق را برای زندگی مشترک لازم می‌داند. به نظر می‌رسد، احتمال موفقیت یک زوج، زمانی به حداکثر خواهد رسید که در جهت مثبت تلاش کنند، درک کافی از رؤیاها و انتظارات یکدیگر داشته‌باشند و عشق را در وجود خود حفظ و بارور کنند.

این فیلم در ارزش‌گذاری راتن تومیتو، ۷۸ درصد، نقدهای مثبت منتشر شده توسط منتقدان حرفه‌ای تأیید شده را از آن خود کرده است که نشان از سناریو و بازیگری قوی هنرپیشگان فیلم، دارد.

Materialist



نام سریال: شوگان (Shogun)

ژانر: سریال ماجراجویی، درام، تاریخی

سال تولید: ۲۰۲۴ میلادی

کارگردان‌ها: جری لندن و تاکه‌شی فوکوناگا

بازیگران: Cosmo Jarvis، Anna Sawai، Tadanobu Asano

Shogun

شوگان یک درام تاریخی جذاب و هیجان‌انگیز بر اساس رمانی پرفروش از James Clavell با همین نام است و دیزنی پخش آن را بر عهده دارد. در این سریال جدید با مضامینی مثل طمع، وفاداری، قدرت و اشتیاق روبه‌رو خواهید شد. اگر به سریال و فیلم‌هایی با مضامین حماسی و تاریخی علاقه‌مند هستید، نباید این سریال را از دست دهید. شوگان، نمایشی جذاب از اربابان فئودالی ژاپن طی قرن هفدهم است که هر یک از آن‌ها برای به دست آوردن قدرت هر کاری می‌کنند. علاوه بر سفر به تاریخ و حماسه، در این سریال جدید خارجی ۲۰۲۴، با فرهنگ ژاپن به گونه‌ای آشنا خواهید شد که پیش از این ندیده بودید. یکی از نکات جالبی که درباره این سریال کوتاه ژاپنی وجود دارد، تشبیه آن به سریال محبوب بازی تاج‌وتخت است. هر دو سریال، نبردهای خونین و درگیری‌های سیاسی برای رسیدن به قدرت در یک سرزمین را روایت می‌کنند ولی در شوگان از مضامین فانتزی بازی تاج‌وتخت، خبری نیست. سریال شوگان در یک فصل ۱۰ قسمتی ساخته شده و فصل دوم نخواهد داشت.

امتیاز IMDB: ۸٫۷ از ۱۰

آشنایی با مشاهیر علمی جهان

این اسکناس، تصویر دانشمند مشهوری را نشان می‌دهد که در اکثر کتابفروشی‌ها آثار وی مشاهده می‌شود.



۰۱ اطلاعات کوتاهی درباره او بیان کنید.

زیگموند فروید که پایه‌گذار و پدر علم روانکاوی شناخته می‌شود.

۰۲ محل تولد این دانشمند اکنون در کدام کشور است؟

محل تولد وی در اتریش بود که امروزه جزء جمهوری چک است.

۰۳ این دانشمند به کدام یک از صنایع دستی ایران علاقه زیادی داشت؟

او به قالیچه ایرانی علاقه داشت و یک نمونه زیبا را روی تخت روانکاوی خود انداخته بود.

۰۴ کدام دانشمند بزرگ از وی خواستار ارائه راه حل برای صلح پایدار جهانی شد و پاسخ وی چه بود؟

انیشتین. فروید معتقد بود که پر خاشگری جزئی از ذات بشر است و رهبران فقط تانیمه راه جنگ مردم را می‌کشاند؛ اما شاید تکامل فرهنگی بشر بتواند مانع ایجاد جنگ‌ها شود.

۰۵ این دانشمند دوازده بار نامزد دریافت نوبل پزشکی شد که نهایتاً پذیرفته نشد. موضع انیشتین در این خصوص چه بود؟

انیشتین معتقد بود که نظریات فروید به صورت تجربی قابل اثبات نیست و از فروید حمایتی نکرد. با وجود اینکه اکنون بیش از هشتاد سال از درگذشت فروید می‌گذرد و کتاب‌هایش در تمام کتابفروشی‌های بزرگ جهان موجودند؛ اما هنوز همین ایراد بر گفته‌های وی واقع است.

۰۶ کدام پدیده‌های روانی توضیح داده شده توسط وی، همچنان در روانشناسی برای توجیه رفتارهای آدمی استفاده می‌شوند؟

ساز کارهای دفاعی

۰۷ سه شاگرد او را که کتاب‌هایشان در کتابفروشی‌های ایران یافت می‌شود، نام ببرید؟

کارل یونگ، اریک فروم، آنا فروید (دخترش). نظرات فروید، چه درست چه نادرست، بسیار تفکربرانگیز بوده است.

زیگموند فروید: ۱۸۵۶-۱۹۳۹ میلادی



معرفی کتاب هرمنوتیک پزشکی و پدیدارشناسی سلامت



نویسنده: دکتر امید فاضل زاده
(پزشک عمومی)

مفهوم کلیدی: بیماری به مثابه «ناهم‌خانگی» (Unhomeliness)

در خشان‌ترین ایده اسونایوس در این کتاب، باز تعریف بیماری با استفاده از واژه آلمانی Unheimlichkeit (نامأنوس بودن یا ناهم‌خانگی) است.

در حالت سلامت، ما بدن خود را حس نمی‌کنیم. بدن ما «شفاف» است؛ ابزاری است که بدون جلب توجه، ما را به دنیا وصل می‌کند. اسونایوس این حالت را «در خانه بودن» (Being-at-home) در جهان می‌نامد. اما وقتی بیمار می‌شویم:

۱۱ بدن به یک مانع تبدیل می‌شود: بدنی که قبلاً ساکت بود، حالا با درد، سرفه یا ناتوانی، خود را به رخ می‌کشد.

۱۲ جهان غریبه می‌شود: کارهای ساده (مثل بالا رفتن از پله یا تمرکز بر یک متن) که قبلاً بدیهی بودند، ناگهان دشوار و طاقت‌فرسای می‌شوند.

۱۳ گسست در زمان‌مندی: آینده که پیش از این سرشار از برنامه بود، اکنون پشت ابرهای ابهام و ترس از مرگ یا ناتوانی پنهان می‌شود.

● نکته محوری: بیماری از نظر اسونایوس، صرفاً یک اختلال در عملکرد سلول‌ها نیست، بلکه یک «تغییر در نحوه بودن مادر جهان» است که در آن فرد احساس می‌کند دیگر در خانه خود (بدن و دنیای مألوفش) سکونت ندارد.

نقد نگاه پوزیتیویستی به پزشکی

اسونایوس در فصول ابتدایی کتاب، به شدت به مدل «زیست-پزشکی» (Biomedical Model) می‌تازد. او معتقد است وقتی پزشک فقط به «بیماری» (Disease - به معنای اختلال بیولوژیک) توجه می‌کند و «بیمار بودن» (Illness - به معنای تجربه ذهنی رنج) را نادیده می‌گیرد، در واقع بخشی از حقیقت بالینی را از دست داده است. او نشان می‌دهد که تشخیص پزشکی (Diagnosis) در واقع یک عمل هرمنوتیکی

کتاب فردریک اسونایوس (Fredrik Svenaeus) با عنوان "The Hermeneutics of Medicine and the Phenomenology of Health" (هرمنوتیک پزشکی و پدیدارشناسی سلامت) که در سال ۲۰۰۰ (بر اساس رساله دکتری او در دانشگاه لینشوپینگ) منتشر شد، پاسخی است به یک بحران مدرن: «بحران معنا در پزشکی»؛ در حالی که طب مدرن در تکنولوژی و بیولوژی به موفقیت‌های خیره‌کننده‌ای دست یافته، به همان اندازه از درک «تجربه زیسته» بیمار فاصله گرفته است. اسونایوس در این کتاب تلاش می‌کند تا با استفاده از ابزارهای فلسفه قاره‌ای، جایگاه «انسان» را در قلب فرآیندهای درمانی احیا کند. کتاب مذکور، یکی از آثار کلاسیک و بسیار تأثیرگذار در حوزه «فلسفه پزشکی» است که با نگاهی پدیدارشناسانه به مفاهیم سلامت، بیماری و رابطه پزشک و بیمار می‌پردازد.

چارچوب فلسفی: چرا پدیدارشناسی و هرمنوتیک؟

اسونایوس استدلال می‌کند که پزشکی صرفاً یک «علم طبیعی» (Natural Science) نیست، بلکه یک «علم انسانی-عملی» (Human-Practical Science) است. او برای تبیین این ادعا، از دو ستون اصلی استفاده می‌کند:

■ پدیدارشناسی (Phenomenology): برای توصیف دقیق این که بیماری «چگونه» توسط بیمار حس می‌شود (به جای اینکه فقط به دنبال علت بیولوژیک آن در زیر میکروسکوپ باشیم). او به شدت تحت تأثیر مارتین هایدگر و مریس مرلو-پونتی است.

■ هرمنوتیک (Hermeneutics): برای تبیین فرآیند «تفسیر». از نظر او، پزشک و بیمار در حال بازخوانی یک «متن» هستند؛ این متن، همان زندگی مختل‌شده بیمار است. او در اینجا وام‌دار هانس گئورگ گادامر است.

در یک طبابت موفق، این دوافق باید با هم ادغام شوند. پزشک نباید صرفاً بیمار را به عنوان یک «مورد بیولوژیک» (Case) ببیند، بلکه باید «داستان» او را بشنود. تشخیص درست، زمانی اتفاق می‌افتد که زبان علمی پزشک با زبان زیسته بیمار پیوند بخورد.

پزشکی: هنر تفسیر (The Art of Interpretation)

اسونایوس استدلال می‌کند که فرآیند تشخیص، شبیه به خواندن یک متن دشوار است.

■ بیمار نشانه‌هایی (Signs) را بروز می‌دهد که برای خودش گنگ و ترسناک هستند
■ پزشک به عنوان یک «مفسر»، باید این نشانه‌ها را در سیاق کل زندگی بیمار معنا کند
■ او از «حلقه هرمنوتیکی» صحبت می‌کند: برای فهم علت یک درد (جزء)، باید کل زندگی و وضعیت روانی بیمار (کل) را در نظر گرفت و برعکس. پزشکی که فقط به آزمایش خون نگاه می‌کند، مثل کسی است که فقط حروف را می‌بیند اما توانایی خواندن کلمات و جملات را ندارد.

بازگشت به «در خانه بودن»؛ هدف غایی درمان

از نظر اسونایوس، هدف درمان (Cure/Healing) صرفاً کشتن باکتری‌ها یا جراحی تومور نیست. هدف نهایی، «بازگرداندن بیمار به خانه‌اش» است.

این «خانه» دو معنا دارد:

۱. خانه فیزیکی: بازگشت به زندگی روزمره.

۲. خانه وجودی: آشتی دوباره با بدنی که به واسطه بیماری، خائن و غریبه شده بود. گاهی در بیماری‌های مزمن، درمان (Cure) به معنای بیولوژیک ممکن نیست، اما «شفا» (Healing) به معنای پدیدارشناختی ممکن است؛ یعنی کمک به بیمار برای اینکه در شرایط جدیدش، دوباره معنایی برای زندگی بیابد و با بدن تغییر یافته‌اش به صلح برسد.

نقد فناوری زندگی در پزشکی

اسونایوس در این بخش هشدار می‌دهد که غلبه بیش از حد فناوری و نگاه آماری، باعث «تاپدید شدن انسان» در فرآیند درمان شده است. وقتی پزشک بیشتر به مانیتور نگاه می‌کند تا به چهره بیمار، در واقع پیوند هرمنوتیکی گسسته شده است. او معتقد است که پدیدارشناسی باید به عنوان یک «صلاح‌گر» در کنار دانش تجربی قرار گیرد تا مانع از تبدیل شدن بیمار به «شیء» شود.

است؛ یعنی تلاشی برای معنا بخشیدن به یک وضعیت نامفهوم و بیگانه (بیماری) و بازگرداندن بیمار به حالتی از «آشنایی» با خود.

بدن پدیدارشناختی در مقابل بدن کالبدشناختی

اسونایوس با الهام از مرلو-پونتی، میان «بدن به مثابه ایزه» (Körper) و «بدن زیسته» (Leib) تمایز قائل می‌شود.

■ در پزشکی مدرن، بدن اغلب مثل یک ماشین خراب است که باید تعمیر شود.
■ در پدیدارشناسی اسونایوس، بدن همان «من» است. وقتی دست من درد می‌کند، این فقط یک عصب نیست که سیگنال می‌فرستد، بلکه «بودن من در جهان» دچار اختلال شده است.

سلامت: هماهنگی پنهان و سکوت بدن

اسونایوس با تکیه بر آراء گادامر در کتاب «معمای سلامت»، سلامت را یک «هماهنگی پنهان» (Harmony Hidde) تعریف می‌کند. ویژگی اصلی سلامت این است که «خود را نشان نمی‌دهد».

■ سلامت به مثابه پس زمینه: در حالت سلامت، ما بدن خود را به عنوان یک ابزار آزار دهنده حس نمی‌کنیم؛ بدن در خدمت اراده ماست و اجازه می‌دهد در فعالیت‌هایمان غرق شویم.

■ تعادل وجودی: سلامت یعنی توانایی «نادیده گرفتن بدن» برای پرداختن به «زندگی».

■ پذیرش محدودیت: اسونایوس معتقد است سلامت به معنای نبود کامل نقص نیست، بلکه به معنای بازگشت به حالتی است که در آن، با وجود محدودیت‌ها، فرد دوباره احساس «در خانه بودن» (Homelikeness) می‌کند. یک معلول می‌تواند در دنیای خود «سالم» (به معنای پدیدارشناختی) باشد اگر بتواند با شرایط جدیدش به هماهنگی برسد.

بالین به مثابه فضای «فهم مشترک»

یکی از درخشان‌ترین بخش‌های کتاب، تحلیل اسونایوس از ملاقات پزشک و بیمار است. او این ملاقات را از یک «بازرسی فنی» به یک «برخورد هرمنوتیکی» ارتقا می‌دهد. او از مفهوم «امتزاج افق‌ها» (Fusion of Horizons) گادامر استفاده می‌کند:

۱. افق بیمار: لبریز از ترس، رنج، تاریخچه شخصی و استعاره‌های فردی از درد.

۲. افق پزشک: لبریز از دانش آناتومیک، آمارهای پاتولوژیک و چارچوب‌های درمانی

موضوع	نگاه زیست-پزشکی (رایج)	نگاه پدیدارشناختی (اسونایوس)
بیماری	(Disease) اختلال در عملکرد بیولوژیک	(Unhomelikeness) تجربه ناهم‌خانگی و بیگانگی
سلامت	نبود آسیب‌شناسی	هماهنگی پنهان و در خانه بودن
بدن	ماشین یا ارگان‌سیستم فیزیکی	بدن زیسته و واسطه بودن در جهان
نقش پزشک	تکنسین و تعمیرکار	مفسر و شریک در گفتگو
هدف درمان	حذف عامل بیماری‌زا	بازگشت به تعادل و سکونت در جهان



نقد و بررسی انتقادی

اگرچه رویکرد پدیدارشناختی اسونایوس جانی تازه به کالبد پزشکی دمیده است، اما منتقدان نکاتی را مطرح می‌کنند:

■ انتزاعی بودن زبان: برخی منتقدان معتقدند استفاده گسترده از اصطلاحات پیچیده هایدگری (مثل Dasein یا Unheimlichkeit، فهم کتاب را برای جامعه پزشکی (پزشکان و پرستاران) که با زبان تجربی و دقیق تربیت شده‌اند، دشوار می‌کند. این خطر وجود دارد که نظریه در تالارهای فلسفه باقی بماند و به بالین بیمار نرسد.

■ بیماری‌های حاد و اورژانسی: الگوی «گفت و گوی هر منوتیکی» و «امتزاج افق‌ها» در بیماری‌های مزمن یا روان‌تنی بسیار کارآمد است؛ اما در یک بخش اورژانس که بیمار در کماست یا دچار خونریزی شدید شده، اولویت با «بدن به مثابه ماشین» است. در اینجا، نگاه مکانیکی نه تنها بد نیست، بلکه نجات‌بخش است. اسونایوس به این مرز میان فوریت بیولوژیک و تجربه پدیدارشناختی کمتر می‌پردازد.

■ خطر ذهنیت‌گرایی افراطی: تأکید زیاد بر تجربه شخصی بیمار (Illness) ممکن است گاهی باعث نادیده گرفتن شواهد عینی (Evidence-based medicine) شود. چالش اصلی اینجا است: چگونه می‌توان تعادلی میان «تفسیر بیمار» و «یافته‌های آزمایشگاهی» برقرار کرد که به نفع بیمار باشد؟



چالش‌های عملی در نظام سلامت مدرن

حتی اگر یک پزشک کاملاً با اسونایوس موافق باشد، در دنیای واقعی با موانع بزرگی روبه‌روست:

■ **کمبود وقت:** نظام‌های سلامت امروزی پزشک را مجبور می‌کنند، هر بیمار را در ۱۰ تا ۱۵ دقیقه ویزیت کند. «امتزاج افق‌ها» و شنیدن داستان زندگی بیمار، فرآیندی زمان‌بر است که در ساختار سرمایه‌داری پزشکی امروز، «غیراقتصادی» تلقی می‌شود.

■ **بوروکراسی و دیجیتالی شدن:** ورود پرونده‌های الکترونیک باعث شده پزشکان نیمی از وقت خود را به تایپ کردن و نگاه به مانیتور بگذرانند. این دقیقاً همان «تکنولوژی زندگی» است که اسونایوس نسبت به آن هشدار می‌دهد و باعث می‌شود پیوند انسانی و هرمنوتیکی گسسته شود.



میراث کتاب و تأثیر بر «پزشکی روایی» (Narrative Medicine)

کتاب اسونایوس یکی از سنگ‌بناهای جنبش «پزشکی روایی» شد. او به ما آموخت که:

■ پزشک فقط یک «دانشمند» نیست، بلکه یک «خواننده» و «شنونده» است.

■ اخلاق پزشکی نباید فقط بر پایه اصول (مثل عدالت یا خودفرمانی) باشد، بلکه باید

بر پایه «همدلی پدیدارشناختی» بنا شود. یعنی پزشک باید بتواند «جهان بیمار» را درک کند تا بتواند بهترین تصمیم اخلاقی را بگیرد.

جمع‌بندی نهایی

فردریک اسونایوس در کتاب "The Hermeneutics of Medicine and the Phenomenology of Health" با مهارتی ستودنی، خشک‌دستی علم پزشکی را با ژرفای فلسفه پیوند می‌زند. او به ما یادآوری می‌کند که:

پزشکی، تعمیر یک ماشین خراب نیست؛ بلکه یاری رساندن به انسانی است که در پی یک بحران (بیماری)، خانه‌اش (بدنش) را گم کرده و به دنبال راهی برای سکونت دوباره در جهان است.

این کتاب برای هر کسی که با مفاهیم رنج، درمان و مراقبت سر و کار دارد (از فیلسوفان گرفته تا پزشکان و پرستاران)، دعوتی است به بازگشت به «خود چیزها»؛ یعنی بازگشت به انسانی که در پشت کدهای تشخیص و نتایج آزمایش پنهان شده است.

اسونایوس به ما می‌گوید که سلامت، سکوت بدن است و درمان، هنر بازگرداندن این سکوت از طریق درک و تفسیر فریاد درد.

پانویس:

انتشار این کتاب، اسونایوس را به عنوان یکی از پیشروترین فیلسوفان پزشکی در جهان معرفی کرد. این موفقیت باعث شد:

■ او به مقام استادی (Professor) در مرکز مطالعات کاربردی میراث فرهنگی در دانشگاه سودرتورن سوئد برسد.

■ به عنوان سردبیر و داور در معتبرترین ژورنال‌های فلسفی و اخلاق پزشکی جهان مانند Theoretical Medicine and Bioethics دعوت به کار شود.

■ این کتاب توسط انتشارات Kluwer Academic Publishers (که اکنون بخشی از Springer است) در سری مشهور Philosophy and Medicine منتشر شد. قرار گرفتن یک کتاب در این سری، به خودی خود یک «مهر تأیید» علمی بسیار بزرگ محسوب می‌شود، زیرا تنها آثاری در این مجموعه چاپ می‌شوند که استانداردهای بسیار بالای پژوهشی و نوآوری نظری داشته باشند.

■ دستاورد بزرگ این کتاب، خروج از مرزهای فلسفه و ورود به حوزه‌های عملی بود.

- **در پرستاری:** نظریات اسونایوس در مورد «تجربه زیسته بیمار»، تأثیر شگرفی بر نظریه‌پردازان علوم پرستاری داشته است تا مراقبت‌ها را «بیمار-محور» کنند.

- **در روان‌پزشکی:** رویکرد هرمنوتیکی او در تشخیص بیماری‌های روانی (که در آن آزمایش خون وجود ندارد و همه چیز بر پایه تفسیر روایت بیمار است) به عنوان یک الگوی کارآمد پذیرفته شده است.

■ کتاب هرمنوتیک پزشکی و پدیدارشناسی سلامت، با ترجمه ناصر مومنی توسط موسسه فرهنگی هنری پگاه روزگار نو در سال ۱۳۹۹ منتشر گردیده است.



مناسبت‌های تقویم پاییز ۱۴۰۴

۱۴ مهر روز جهانی دستیار دندانپزشک	۱۴ مهر روز جهانی فلج مغزی	۹ مهر روز جهانی سالمن‌دان	۷ مهر روز جهانی قلب	۴ مهر روز جهانی بهداشت محیط	۳ مهر روز جهانی روان درمانی
۲۲ مهر روز جهانی بینایی	۲۱ مهر روز جهانی ترومبوز	۲۰ مهر روز جهانی آرتروز	۱۹ مهر روز جهانی مبارزه با درد	۱۸ مهر روز جهانی شنوایی شناسی	۱۵ مهر روز جهانی آگاهی رسانی درباره سلول‌های مغز و استخوان
۲۸ مهر روز جهانی پوکی استخوان	۲۷ مهر آغاز هفته ملی بیماری صرع	۲۵ مهر روز جهانی تروما	۲۴ مهر روز جهانی هوشبری	۲۴ مهر روز جهانی غذا	۲۴ مهر آغاز هفته ملی سلامت بانوان ایران
۲۳ آبان روز جهانی دیابت	۲۳ آبان آغاز هفته ملی حمایت از بیماران کلیوی	۱۷ آبان روز جهانی رادیولوژی	۵ آبان ولادت حضرت زینب و روز پرستار	۵ آبان روز جهانی کار درمانی	۱ آبان آغاز هفته ملی اطلاع‌رسانی هیپاتیت
	۲۷ آبان آغاز هفته جهانی آگاه‌سازی آنتی بیوتیک	۲۴ آبان روز جهانی خون بند ناف	۲۳ آبان روز جهانی اتاق عمل		

روز جهانی روان درمانی - (۱۴۰۴/۰۷/۰۳)

۲۵ سپتامبر به عنوان روز جهانی روان درمانی معرفی شده است. روان درمانی امری پیچیده است و تعریف واحدی برای آن وجود ندارد و بسته به گرایشی که دارد به صورت روابط میان فردی، مراقبت از سلامتی، رفع مشکلات اجتماعی، برقرار کردن رابطه و موارد دیگر مرتبط می شود. روان درمانی کاربرد آگاهانه اصول روانشناسی است که به افراد کمک شود تا رفتارها، شناختها، هیجانها و یا ویژگیهای شخصی دیگر خود را در مسیری مطلوب تغییر دهند. روان درمانی اهداف متفاوتی را دنبال می کند که یکی از آنها، بر طرف کردن علائم موجود می باشد و یکی از اهداف اساسی از بین بردن و تقلیل دادن رنج و درد بیمار است و در واقع به فرد کمک می شود تا محدودیت هایی که این درد و رنج به فرد تحمیل کرده است، بر طرف سازد. از اهداف دیگر، متوقف کردن علائم موجود می باشد که برای جلوگیری از وخیم تر شدن بعضی از بیماری های روانی اسکیزوفرنی مزمن و شدید می توان از روان درمانی استفاده کرد ولی احتمال معالجه کامل وجود ندارد اما در کاهش علائم بسیار مفید خواهد بود. مورد دیگر، این که روان درمانی در مسائل خانوادگی، شغلی، اجتماعی، تحصیلی و مانند آنها جنبه های عاطفی دارند و با این روش می توان از بر طرف کردن علائم به تصحیح الگوهای غلط بین فردی و اجتماعی استفاده کرد و هدف دیگر این که تقویت رشد و تکامل جنبه های سالم و مثبت شخصیت می باشد. در خصوص درمان سه رویکرد اصلی روانکاو، رفتاری شناختی و انسان گرایانه راه های اساسا متفاوتی را برای بررسی انسان و مشکلات عاطفی و رفتاری او ارائه می دهند و مشاوره به روش های گوناگون فردی، گروهی و خانوادگی می باشد.



روز جهانی بهداشت محیط - (۱۴۰۴/۰۷/۰۴)

روز جهانی بهداشت محیط توسط فدراسیون بین المللی بهداشت محیط (IFEH) در سال ۲۰۱۱ با هدف تمرکز بر اهمیت مراقبت از سلامت محیط زیست تاسیس شد. محیط طبیعی ساخته شده بر سلامت جسمی و روانی ما تأثیر می گذارد. به گفته سازمان بهداشت جهانی (WHO)، محیط های سالم تر می تواند یکی از مهم ترین دلایل جلوگیری از تقریباً یک چهارم بار جهانی بیماری ها باشد. هوای پاک، چرخه آب و هوا، آب آشامیدنی کافی، بهداشت و بهداشت، استفاده ایمن از مواد شیمیایی، شیوه های صحیح کشاورزی، شهر های حامی سلامت و طبیعت حفاظت شده همگی بهترین شیوه ها برای یک محیط زیست سالم هستند که می تواند منجر به سلامت عمومی شود. از آنجایی که ما اغلب روزانه با محیط اطراف خود در تعامل هستیم، تأثیر آن بسیار قابل توجه است. حفظ سلامت محیط برای محافظت از زندگی در برابر خطرات مختلف محیطی بسیار ضروری است. این عوامل شامل خطرات فیزیکی، شیمیایی و بیولوژیکی است. چنین خطراتی منجر به سرطان، اختلالات سیستم تنفسی، آسم، آلرژی و سایر بیماری ها می شود. دلیل اصلی برای گرامیداشت روز جهانی بهداشت محیط، گسترش آگاهی در مورد بهداشت محیط و رویدادهای مختلف مرتبط با آن است. کنفرانس ها و کارگاه های آموزشی مختلفی در چندین دانشگاه و کالج برگزار می شود که آگاهی نسل جوان را برای درک نیاز و الزام مقابله با مسائل زیست محیطی و همچنین پیشگیری از آنها افزایش می دهد.



روز جهانی قلب - (۱۴۰۴/۰۷/۰۷)

روز جهانی قلب یک رویداد مهم سالانه است که هر سال در ۲۹ سپتامبر (۷ مهر ماه) برگزار می شود. این روز با سازماندهی فعالیت ها و رویدادهای آگاهی رسانی مختلف در سطح جهانی برای افزایش آگاهی در مورد بیماری های قلبی و اقدامات پیشگیرانه آن برای مدیریت بیماری های قلبی عروقی جشن گرفته می شود. قلب یکی از اندام های حیاتی بدن انسان است که عملکرد نادرست آن ممکن است منجر به مرگ شود، بنابراین مراقبت از سلامت قلب برای همه ضروری است. به دلیل عدم آگاهی در مورد سلامت قلب و عروق و برخی عادات سبک زندگی، بیماری های قلبی عروقی (CVDs) یکی از دلایل اصلی مرگ و میر در سراسر جهان است. هر سال حدود ۱۰۷ میلیون نفر به دلیل بیماری های قلبی عروقی جان خود را از دست می دهند که حدود ۳۱ درصد از کل مرگ و میر جهانی را شامل می شود. حمله قلبی، سکته مغزی و بیماری عروق کرونر قلب از شایع ترین دلایل مرگ و میر ناشی از اختلالات قلبی عروقی است. این اختلالات قلبی تقریباً ۸۵ درصد از کل مرگ و میرهای ناشی از بیماری های قلبی عروقی را تشکیل می دهند. روز جهانی قلب نقش حیاتی در ایجاد آگاهی برای آموزش مردم در سراسر جهان برای درک اهمیت سلامت قلب و گرد هم آوردن سایر سازمان ها برای مشارکت فعال در سازماندهی رویدادهای مختلف برای ایجاد آگاهی ایفا می کند. تناسب اندام یکی از کلیدهای کنترل و مدیریت بیماری های قلبی عروقی است.



روز جهانی سالمندان - (۱۴۰۴/۰۷/۰۹)

روز جهانی سالمندان، روزی برای گرامیداشت سهم سالمندان در جامعه و برجسته کردن اهمیت عزت، استقلال و شمول آنهاست. مراسم بزرگداشت امسال با موضوع «سالمندان محرک اقدامات محلی و جهانی: آرمان‌های ما، رفاه ما، حقوق ما» به صورت حضوری در دفتر مرکزی سازمان ملل متحد در شهر نیویورک، در اول اکتبر ۲۰۲۵، برگزار شد. اکنون جمعیت جهانی شاهد تغییر جمعیتی عمیق است و افراد مسن سهم فزاینده‌ای از جامعه را تشکیل می‌دهند. این تغییرات، نیاز فوری به سیاست‌ها و ابتکاراتی را برجسته می‌کند که رفاه، عزت و شمول سالمندان را در سراسر جهان در اولویت قرار دهند. رشد سریع جمعیت سالمند، تعداد افراد ۶۵ سال به بالا، بین سال‌های ۱۹۸۰ تا ۲۰۲۱، سه برابر شده و از حدود ۲۶۰ میلیون به ۷۶۱ میلیون نفر افزایش یافته است که اهمیت فزاینده پرداختن به مسائل مربوط به سالمندی را برجسته می‌کند. پیش‌بینی می‌شود از سال ۲۰۲۱ تا ۲۰۵۰، نسبت افراد مسن در جمعیت جهانی از کمتر از ۱۰ درصد به تقریباً ۱۷ درصد افزایش یابد و سیستم‌های برنامه‌ریزی و پشتیبانی پیشگیرانه را برای نسل‌های آینده ضروری سازد. همچنین، پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۱۰۰، تعداد افراد ۶۵ سال به بالا به ۲.۴ میلیارد نفر برسد و سریع‌ترین بخش در حال رشد، افراد ۸۰ سال به بالا خواهند بود. در روز جهانی سالمندان، نقش حیاتی ارتباطات اجتماعی در زندگی خود را گرامی می‌داریم و حمایت از جوامع برای بزرگداشت روز جهانی سالمندان فقط بخش کوچکی از چگونگی تغییر روایت مادر مورد سالمندی است.



روز جهانی فلج مغزی - (۱۴۰۴/۰۷/۱۴)

فلج مغزی یا (CP)، در واقع گروهی از اختلالات حرکتی غیر پیش‌رونده است. این اختلالات ناشی از رشد غیر طبیعی مغز یا آسیب به مغز هستند و توانایی فرد در کنترل ماهیچه‌های خود را تحت تأثیر قرار می‌دهند و می‌توانند زندگی فرد و اعضای خانواده‌ی او را به شدت تحت تأثیر قرار دهد. از جمله عوارض فلج مغزی می‌توان به انقباض شدید ماهیچه‌ها، مشکلات بلع، سوء تغذیه، کاهش تراکم استخوان و مشکلات روانی اشاره کرد. بنابراین تأمین تغذیه مناسب با در نظر گرفتن مشکلات بلع می‌تواند از سوء تغذیه، اختلال رشد، کمبود دریافت مواد مغذی و پوکی استخوان در افراد مبتلا جلوگیری کند. عوامل مختلفی در بروز فلج مغزی مؤثر هستند. رشد غیر طبیعی مغز یا صدمه‌ای که منجر به فلج مغزی می‌شود ممکن است قبل از تولد، هنگام تولد، یک ماه پس از تولد یا در اولین سال‌های زندگی کودک، در حالی که مغز هنوز در حال رشد است، رخ دهد. بر همین اساس فلج مغزی به دو گروه تقسیم می‌شود. فلج مغزی مادرزادی و فلج مغزی اکتسابی. چنانچه رشد غیر طبیعی مغز یا آسیب مغزی، قبل یا حین تولد رخ بدهد، فرد در اصطلاح به فلج مغزی مادرزادی مبتلا است. اکثر موارد ابتلا به فلج مغزی (۸۵ تا ۹۰ درصد) مادرزادی هستند و در بسیاری از موارد علت بروز آن مشخص نیست.



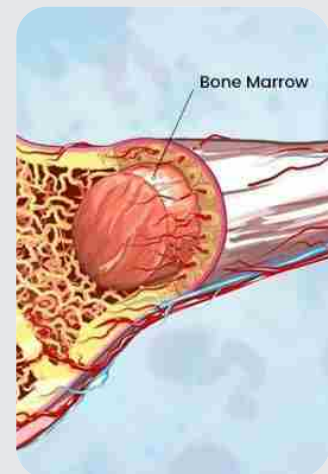
روز جهانی دستیار دندانپزشک - (۱۴۰۴/۰۷/۱۴)

دستیاران دندانپزشک نقش مهمی در ارائه راهکارهای تشخیصی و درمانی دارند. این حرفه با ترکیب وظایف بالینی و اداری به دندانپزشکان کمک می‌کند تا خدمات بهتری به بیماران ارائه دهند و کیفیت تجربه درمانی آن‌ها را بهبود بخشند. دستیار دندانپزشک نه تنها در مدیریت روند درمان، بلکه در ایجاد ارتباط مؤثر با بیماران و حفظ نظم و بهداشت محیط کلینیک نیز نقشی کلیدی ایفا می‌کند. با افزایش تقاضا برای خدمات دندانپزشکی در سال‌های اخیر، نیاز به این حرفه بیش از پیش احساس می‌شود و همین موضوع اهمیت آشنایی با وظایف، مهارت‌ها و مسیر شغلی دستیار دندانپزشک را دوچندان می‌کند. دستیار دندانپزشک فردی است که با انجام وظایف متنوع بالینی و اداری به دندانپزشکان کمک می‌کند تا در زمان‌ها به صورت کارآمد و منظم انجام شوند. این افراد به عنوان بازوی کمکی دندانپزشک عمل کرده و نقش مهمی در تسهیل روند درمان بیماران دارند. وظایف آن‌ها شامل آماده‌سازی ابزارها، ضدعفونی تجهیزات، هماهنگی با بیماران، ثبت اطلاعات پزشکی و حتی مدیریت امور اداری کلینیک است. برخلاف سایر مشاغل مرتبط مانند بهداشت کار دهان و دندان که عمدتاً بر پیشگیری و درمان بهداشت دهان تمرکز دارند، یا تکنسین‌های لابراتوار دندانپزشکی که در ساخت و ترمیم پروتزها تخصص دارند، دستیار دندانپزشک وظایفی گسترده‌تر دارد و هم در بخش درمان و هم در مدیریت کلینیک نقش آفرینی می‌کند. این ویژگی‌ها باعث شده است که دستیار دندانپزشک به یکی از مشاغل پر تقاضا و ضروری در صنعت دندانپزشکی تبدیل شود.



روز جهانی آگاهی رسانی درباره سلول های مغز استخوان - (۱۴۰۴/۰۷/۱۵)

مغز استخوان بافت نرم و ژلاتینی است که حفره های مدولاری یا مراکز استخوان ها را پر می کند. دو نوع مغز استخوان عبارتند از: مغز استخوان قرمز که به بافت میلوئیدی معروف است و مغز استخوان زرد که به بافت چربی معروف است. هر دو نوع مغز استخوان با رگ های خونی و مویرگ ها غنی می شوند. مغز استخوان روزانه بیش از ۲۲۰ میلیارد سلول خونی جدید می سازد. بیشتر سلول های خونی در بدن از سلول های مغز استخوان ایجاد می شوند. مغز استخوان شامل دو نوع سلول بنیادی است: مزانشیمی و خون ساز. مغز استخوان قرمز از یک بافت فیبری ظریف و بسیار عروقی حاوی سلول های بنیادی خون ساز تشکیل شده است. اینها سلول های بنیادی خون ساز هستند. مغز استخوان زرد حاوی سلول های بنیادی مزانشیمی یا سلول های استرومایی مغز است. اینها چربی، غضروف و استخوان تولید می کنند. سلول های بنیادی خون ساز در مغز استخوان دو نوع سلول اصلی را ایجاد می کنند: دودمان میلوئید و لنفوسیت و شامل مونوسیت ها، ماکروفاژها، نوتروفیل ها، بازوفیل ها، ائوزینوفیل ها، گلبول های قرمز، سلول های دندریتیک و مگا کاربوسیت ها یا پلاکت ها و همچنین سلول های T، سلول های B و سلول های کشنده طبیعی (NK) می شوند. انواع مختلف سلول های بنیادی خون ساز از نظر ظرفیت و قدرت بازسازی متفاوت هستند. بسته به اینکه چند نوع سلول می توانند ایجاد کنند، می توانند چند توان، یا تک توان باشند. سلول های بنیادی خون ساز پر توان دارای خواص تجدید و تمایز هستند. آنها می توانند سلول دیگری مشابه خودشان را تولید مثل کنند و می توانند یک یا چند زیر مجموعه از سلول های بالغ بیشتری تولید کنند.



روز جهانی شنوایی شناسی - (۱۴۰۴/۰۷/۱۸)

از سال ۲۰۱۴ میلادی روز دهم اکتبر هر سال به نام «روز جهانی شنوایی شناسان» یا World Audiologists Day نامگذاری گردید و هدف از این روز نیز پاسداشت زحمات شنوایی شناسان در سطح جهان بر شمرده شده است. شنوایی شناسی (Audiology) شاخه ای از علم است که به بررسی دستگاه شنوایی، تعادل و اختلالات مرتبط با آن می پردازد و شامل مجموعه اقداماتی در راستای پیشگیری از کاهش شنوایی، ارزیابی وضعیت شنوایی و تعادل در کودکان و بزرگسالان، تشخیص زود هنگام کم شنوایی در نوزادان، توانبخشی (تجویز سمعک و دیگر وسایل کمک شنوایی، تربیت شنوایی و توانبخشی دستگاه وستیبولار)، پایش و مدیریت اختلالات مربوط به دستگاه شنوایی و تعادل می باشد. کاهش شنوایی یک ناتوانی پنهان است که افراد در هر گروه سنی از نوزادان تا بزرگسالان را درگیر می کند. آسیب شنوایی با هر درجه و شکلی قادر است تا ارتباط، عملکرد اجتماعی و امنیت فرد را به مخاطره اندازد. بر اساس اعلام سازمان جهانی بهداشت (WHO)، در سراسر جهان بیش از ۱٫۵ میلیارد نفر سطحی از کم شنوایی را تجربه می کنند. از این تعداد، حدود ۴۳۰ میلیون نفر دچار کم شنوایی با شدت متوسط یا بالاتر هستند. بر اساس آمارها پیش بینی می شود تا سال ۲۰۵۰ این تعداد به ۳۲۲ میلیون افزایش یابد. اگر کم شنوایی درمان نشود، تاثیر زیادی بر زندگی افراد مبتلا و خانواده های آن ها دارد. از این رو، برای پیشگیری و رفع کم شنوایی به منظور کاهش اثرات نامطلوب آن در تمام مراحل زندگی، اقدام فوری لازم است.



روز جهانی مبارزه با درد - (۱۴۰۴/۰۷/۱۹)

با توجه به اهمیت موضوع درد در زندگی انسان ها، کنترل و درمان درد به عنوان یکی از حقوق بنیادین انسانی شناخته می شود. درد یکی از شایع ترین دلایل مراجعه بیماران به پزشکان است و تقریباً هیچ انسانی نیست که در دوره ای از زندگی خود گونه ای از درد را تجربه نکرده باشد. دردها، چه در نوع حاد و چه در نوع مزمن، بر جنبه های مختلف زندگی فردی و اجتماعی تأثیرات غیرقابل انکاری بر جای می گذارند. این مناسبت جهانی با هدف جلب توجه افکار عمومی به نیاز فوری بشر برای تسکین دردهای مزمن و حاد بر گزار می شود. کمر درد، سردرد و آرتروز تنها بخشی از دردهای مزمنی هستند که افراد زیادی در سراسر جهان با آن دست و پنجه نرم می کنند و پیامدهایی چون کاهش کیفیت زندگی، افت بهره وری شغلی و افزایش هزینه های بهداشتی و اجتماعی را به همراه دارند. در این میان، بیشتر مبتلایان به دردهای مزمن در کشورهای کم درآمد زندگی می کنند. داروهای ضد درد پر مصرف شامل ایبوپروفن، ناپروکسن، دیکلوفناک، کتورولاک، ایندومتاسین و ... هستند که با وجود اثربخشی مناسب، در صورت مصرف نادرست می توانند منجر به بروز عوارض جانبی مانند مشکلات گوارشی، کاهش خون رسانی به کلیه و آسیب کلیوی، افزایش فشار خون، اثرات ضد پلاکتی و خون ریزی شوند. از این رو توصیه می شود از مصرف هم زمان یا طولانی مدت مسکن ها بدون مشورت پزشک خودداری شود. همچنین لازم است به تداخل این داروها با داروهای کاهنده فشار خون (نظیر لوزارتان و کاپتوپریل)، داروهای ضد پلاکت (مانند آسپرین و وارفارین) و داروهای کورتیکواستروئیدی (از جمله پردنیزولون و هیدروکورتیزون) توجه شود.



روز جهانی آرتروز - (۱۴۰۴/۰۷/۲۰)

آرتروز (OA) شایع ترین نوع آرتريت است که برخی افراد آن را بیماری دژنراتیو مفصلی یا ساییدگی غضروف نیز می نامند. اگرچه آرتروز می تواند هر مفصلی را درگیر کند، اما این اختلال بیشتر مفاصل دست، زانو، لگن و ستون فقرات را تحت تاثیر قرار می دهد. مفصل جایی است که دو استخوان به هم می رسند. انتهای این استخوان ها با بافت محافظتی به نام غضروف پوشانده شده است. در افراد مبتلا به آرتروز، این غضروف تجزیه شده و باعث می شود استخوان های داخل مفصل به هم ساییده شوند. آرتروز اغلب باعث درد، سفتی و تورم در ناحیه آسیب دیده شده و در برخی موارد نیز کاهش عملکرد و ناتوانی فرد را به دنبال دارد به طوری که برخی افراد مبتلا به آرتروز دیگر قادر به انجام کارهای روزانه خود نخواهند بود. علائم آرتروز اغلب به آرامی ظاهر شده و با گذشت زمان بدتر می شوند. باید توجه داشت که آسیب مفصلی معمولاً جبران پذیر نیست اما علائم ناشی از آن را می توان کنترل نمود. حفظ وزن مناسب و دریافت درمان های خاص با تجویز پزشک، ممکن است پیشرفت بیماری را کند کرده و به بهبود درد و عملکرد مفاصل کمک کند. اولین مراسم روز جهانی آرتروز در سال ۱۹۹۶ برگزار شد. این مراسم با تلاش های مشترک بنیاد بین المللی آرتروز و روماتیسم آغاز شد. این سازمان غیردولتی بهداشتی تلاش کرد پیام های عمومی را در مورد بیماری های اسکلتی عضلانی منتشر کند.



روز جهانی ترومبوز - (۱۴۰۴/۰۷/۲۱)

روز جهانی ترومبوز یک رویداد جهانی است که در ۱۳ اکتبر هر سال برای افزایش آگاهی جهانی در مورد ترومبوز شامل علل، عوامل خطر، نشانه ها و علائم آن و همچنین درمان و پیشگیری مبتنی بر شواهد برگزار می شود. در این روز، سازمان های مختلف ملی و بین المللی، متخصصان مراقبت های بهداشتی، گروه های حامی بیماران در سراسر جهان گرد هم می آیند و رویدادهای ویژه، وبینارها و انجمن های آموزشی را برگزار می کنند که بر کاهش بروز، ارتقای آموزش، آگاهی و اقدامات لازم در مورد ترومبوز، تمرکز دارد. ترومبوز یک وضعیت جدی است که در آن یک یا چند لخته خون در رگ های خونی یا قلب ایجاد می شود. رگ ممکن است ورید یا شریان باشد که در نهایت لخته منجر به ترومبوز ورید عمقی (وریدی) یا ترومبوز عروق کرونر (شریانی) می شود. وقتی این اتفاق می افتد، لخته می تواند جریان خون را در جایی که تشکیل شده مسدود کند، یا می تواند شل شود و به جای دیگری از بدن برود. اگر یک لخته متحرک در یک منطقه بحرانی گیر کند، می تواند باعث شرایط تهدید کننده زندگی مانند سکته مغزی و حمله قلبی شود. یک لخته خون، پس از تشکیل، می تواند جریان طبیعی خون را به تأخیر بیندازد، متوقف کند و حتی بشکند یا به یک عضو برود. ترومبوز عامل اصلی و قابل پیشگیری سه علت اصلی مرگ قلبی عروقی یعنی ترومبوآمبولی وریدی (VTE)، حمله قلبی و سکته ترومبوآمبولیک است.



روز جهانی بینایی - (۱۴۰۴/۰۷/۲۲)

روز ۹ اکتبر از سال ۲۰۰۰ توسط سازمان بین المللی پیشگیری از نابینایی (IAPB) به عنوان روز جهانی بینایی تعیین شده است. روز جهانی بینایی تعیین شده تا دقت جهانی را به نابینایی و اختلال بینایی معطوف کند. میلیاردها نفر در جهان به اختلال بینایی قابل جلوگیری مبتلا هستند. کم بودن یا نداشتن بینایی می تواند تأثیرات عمده و طولانی مدت در تمام جنبه های زندگی داشته باشد، از جمله کارهای شخصی روزانه، تعامل با جامعه، تحصیل و موقعیت های شغلی و توانایی دسترسی به خدمات عمومی. کم بودن بینایی می تواند به وسیله عوامل گوناگون به وجود بیاید، از جمله بیماری هایی مثل دیابت و چشم درد، ضربه به چشم یا شروطی مثل عیب های انکساری، آب مروارید، دژنراسیون ماکولای وابسته به سن یا گلوکوم. اکثر افراد دارای اختلال بینایی بیش از ۵۰ سال سن دارند. با این حال، از دست دادن بینایی می تواند افراد در هر سنی را تحت تأثیر قرار دهد. روز جهانی بینایی تلاش می کند تا توجه عمومی را به این نکته جلب نماید که ۸۰ درصد موارد نابینایی قابل پیشگیری یا قابل درمان می باشند و دولت ها و موسسات و دیگر منابع سرمایه گذار را باید تشویق کرد تا در پیشگیری جهانی از نابینایی سرمایه گذاری کنند. زندگی مدرن فشار زیادی بر چشمان وارد می کند و به رنج شدن طیف وسیعی از نقص های بینایی منجر می شود. با این حال بسیاری از درمان های اصلاحی برای کمک به چشمان در راستای سازگاری با نیازهای دنیای مدرن ایجاد شده اند.



آغاز هفته ملی سلامت بانوان ایران - (۱۴۰۴/۰۷/۲۴)

سلامت زنان یکی از مسائل مهم و اساسی در جامعه است که توجه به آن می تواند به بهبود کیفیت زندگی و ارتقای رفاه اجتماعی منجر شود. سلامت زنان تنها به مراقبت های جسمی محدود نمی شود، بلکه ابعاد روانی، اجتماعی و اقتصادی نیز نقش مهمی در آن دارند. در این راستا، رعایت تغذیه سالم، فعالیت بدنی منظم، پیشگیری از بیماری ها، توجه به سلامت روان و دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی از جمله اصولی هستند که باید در زندگی زنان مورد توجه قرار گیرند. پیشگیری از بیماری های مزمن مانند سرطان پستان و رحم، بررسی های دوره ای برای تشخیص زودهنگام بیماری ها، و توجه به بهداشت روانی زنان از اهمیت ویژه ای برخوردار است. علاوه بر این، حمایت های اجتماعی و فرهنگی برای کاهش استرس های زندگی و تقویت اعتماد به نفس زنان نیز به سلامت کلی آنها کمک می کند. داشتن محیطی امن، حامی و برابر برای زنان می تواند سلامت جسمی و روانی آنها را بهبود بخشد و باعث ارتقاء سطح کیفیت زندگی شود. زنان بر اساس آمارهای بهداشتی در مقایسه با مردان آسیب پذیری بیشتری در مقابل بیماری دارند. شیوع برخی بیماری ها در میان آنان بیشتر است و از نظر دسترسی و استفاده از خدمات بهداشتی درمانی شرایط نامساعدتری دارند. زنان تقریباً نیمی از جمعیت جامعه را تشکیل می دهند بنابراین سلامت زنان محور اصلی سلامت اعضای خانواده و در نتیجه سلامت جامعه محسوب می شود بنابراین برای رسیدن به جامعه ای سالم باید به سلامت زنان، مادران و دختران آن جامعه توجه ویژه داشت.



روز جهانی غذا - (۱۴۰۴/۰۷/۲۴)

روز جهانی غذا که هر ساله در ۱۶ اکتبر توسط سازمان غذا و کشاورزی ملل متحد (FAO) برگزار می شود، فرصتی است تا اهمیت تغذیه سالم، امنیت غذایی و تولید پایدار غذا را مرور کنیم. این روز که در سال ۱۹۴۵ همزمان با تأسیس FAO پایه گذاری شد، به یکی از مهم ترین رویدادهای جهانی تبدیل شده و در سراسر دنیا با برگزاری برنامه ها و کارگاه های متنوع، مردم را به تفکر و عمل در جهت تأمین غذای سالم برای همه ترغیب می کند. یکی از اهداف روز جهانی غذا، آگاهی بخشی درباره لزوم تغذیه سالم و پایدار است. امروزه بخش بزرگی از جمعیت جهان به مشکلاتی چون سوء تغذیه، فقر غذایی و یا دسترسی محدود به مواد غذایی مغذی دچارند. با این حال، مادر جهانی زندگی می کنیم که همزمان با چالش های فقر غذایی، معضل هدررفت غذا و استفاده غلط از منابع طبیعی نیز وجود دارد. در این روز، نهادهای مختلف و افراد با تأکید بر مصرف مسئولانه و توجه به سلامت غذا، به راه حل هایی برای کاهش این مشکلات می اندیشند به همین دلیل روز جهانی غذا به عنوان روز جهانی غذای سالم هم شناخته می شود. افزایش آگاهی در مورد رژیم های غذایی سالم و ارتقای امنیت غذایی در سراسر جهان به ویژه در مواقع بحران، هدف اصلی روز جهانی غذا است. می توان از روز جهانی غذا برای افزایش آگاهی در مورد رژیم های غذایی سالم و آنچه بدن نیاز دارد استفاده کرد. روز جهانی غذا یک فرصت عالی برای آموزش بیشتر و آگاهی در این زمینه است.



روز جهانی هوشبری - (۱۴۰۴/۰۷/۲۴)

شانزدهم اکتبر سال ۱۸۴۶ روزی است که نخستین استفاده موفقیت آمیز از ماده «اتر» برای بیهوشی به ثبت رسید. رشته هوشبری و بیهوشی از مهمترین رشته های علوم بالینی بوده و فعالیت و تلاش شبانه روزی اساتید، متخصصان، پزشکان، کارشناسان، محققان و دانشجویان بیهوشی و هوشبری در حساس ترین بخش های بیمارستانی یعنی اتاق عمل و بخش های مراقبت های ویژه نشان از بالاترین مسئولیت حرفه ای آنان در چرخه ارائه خدمات درمانی است. در سال های اخیر شاهد پیشرفت های قابل توجهی در زمینه بیهوشی و هوشبری و همچنین علوم جراحی بودیم که نوید بخش سلامت برای بیماران نیازمند به جراحی و به بار نشستن زحمات و تلاش های متخصصان این عرصه است. پزشکان هوشبری با تسلط بر علوم فیزیولوژی، داروشناسی و فناوری های پیشرفته، شرایطی فراهم می کنند تا جراح با اطمینان کامل، عمل را در آرام ترین و ایمن ترین وضعیت ممکن انجام دهد. هوشبری تنها به معنای «بیهوش کردن» نیست؛ بلکه هنر حفظ تعادل حیاتی بدن در طول عمل جراحی است. متخصص هوشبری از لحظه ورود بیمار به اتاق عمل تا پایان ریکاوری، در کنار اوست و هر تغییر کوچک در وضعیت بیمار را لحظه به لحظه بررسی می کند. آنان به دقت میزان اکسیژن، فشار خون، ضربان قلب و عمق بیهوشی را تنظیم می نمایند تا تجربه ای بدون درد و با حداقل عوارض برای بیمار رقم بخورد.



روز جهانی تروما - (۱۴۰۴/۰۷/۲۵)

۱۷ اکتبر روز جهانی تروما؛ روزی برای آگاهی بخشی درباره آسیب های جسمی و روانی و اهمیت پیشگیری و درمان مؤثر آن ها است. این روز جهانی فرصتی است برای تأمل در تأثیرات گسترده تروما بر زندگی انسان ها، از تصادفات و سقوط ها گرفته تا خشونت های خانگی و ضربه های روحی. تروما به آسیب های شدید جسمی یا روانی ناشی از عوامل خارجی مانند تصادف، سقوط، خشونت یا بلایای طبیعی گفته می شود. هدف این روز، افزایش آگاهی عمومی درباره اهمیت مراقبت های فوری و تخصصی برای افراد آسیب دیده است. همچنین این روز بر پیشگیری از آسیب ها از طریق آموزش، ایمنی در محل کار، رانندگی مسئولانه و کاهش خشونت تأکید دارد. طبق آمار سازمان جهانی بهداشت، تروما یکی از سه علت اصلی مرگ و میر در جهان است، به ویژه در میان جوانان. در کشورهای در حال توسعه، نبود زیرساخت های درمانی و تأخیر در رسیدگی به مصدومان، نرخ مرگ و میر را افزایش می دهد. نخستین آسیب ثبت شده در جهان که از طریق وسایل نقلیه رخ داده است، مربوط به یک موتور سوار نیویورکی در سال ۱۸۹۶ بوده است. بعد از آن و در همان سال یک عابر پیاده ساکن لندن جان خود را در اثر برخورد با یک وسیله نقلیه از دست داد. این در حالی است که صد سال بعد تعداد مرگ های ناشی از حوادث ترافیکی، به ۲۵ میلیون نفر رسید و همین موضوع، کارشناسان جهانی را بر آن داشت که از این امر به عنوان فاجعه خاموش قرن یاد کنند و به همین مناسبت ۱۸ اکتبر (۲۷ مهر) را به عنوان روز جهانی تروما نامگذاری کنند.



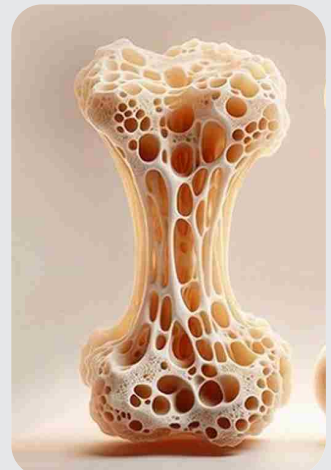
آغاز هفته ملی صرع - (۱۴۰۴/۰۷/۲۷)

بیماری صرع حملات بزرگ و کوچک مغزی است که از چند ثانیه تا چند دقیقه احتمال بروز دارد، در زمان بروز حملات بیماری، فرد هوشیاری و تعادل خود را از دست می دهد و لازم است که اطرافیان به سرعت بیمار را به کنترل خود در آورند و از افتادن و ضربه خوردن مجدد به سر جلوگیری کنند. حرکات دست و پا و تشنج را از دیگر علائم بروز حملات صرع، این بیماری تنها از طریق دارو در بلندمدت قابل کنترل و درمان است و در این راستا به ویژه در دوران کودکی، مراقبت خانواده امر حیاتی و مهمی است. معمولاً برخی کودکان مبتلا به صرع دارای بهره هوشی کمتر و اختلالات یادگیری هستند و در برخی دروس مانند ریاضی، خواندن و نوشتن نسبت به کودکان دیگر کند هستند، به همین دلیل معلمان مدارس باید در نظر داشته باشند که کودکان صرعی برای دریافت یک مفهوم باید تکرار و تمرین بیشتری داشته باشند، همچنین در پرسش ها سریعاً و به محض طرح سوال منتظر پاسخ نباشند. گاهی کودکان مبتلا به صرع دچار عقب ماندگی و اختلالات رفتاری و عاطفی نیز هستند، گاه این بیماران به دلیل نوع برخورد جامعه و اطرافیان و ترحم آنها رفتار پر خاشاگرانه از خود بروز می دهند و این امر خود مشکلات دیگری را به همراه دارد. در تقویم سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به منظور ارتقای آگاهی در مورد بیماری صرع ۲۷ مهر ماه تا ۳ آبان ماه به نام هفته صرع نامگذاری شده است. این مناسبت فرصتی ارزشمند برای رسیدگی به مشکل مبتلایان به این بیماری، خانواده ها، یاران و مراقبان بهداشتی است.



روز جهانی پوکی استخوان - (۱۴۰۴/۰۷/۲۸)

هر ساله ۲۰ اکتبر از سوی سازمان جهانی بهداشت به عنوان «روز جهانی پوکی استخوان» نامگذاری می شود که با هدف آموزش و ارتقاء سطح آگاهی، اقدامات متنوع در سراسر جهان انجام می گردد. پوکی استخوان، یکی از انواع بیماری های ارتوپدی است که باعث ضعیف و شکننده شدن استخوان ها می شود. فشارهایی که در حالت عادی باعث آسیب استخوان نمی شود در پوکی استخوان می تواند آسیب رسان باشد. زمین خوردن و حتی فشارهای خفیف مانند خم شدن بیش از حد استخوان یا سرفه می تواند باعث شکستگی شود. شکستگی های ناشی از پوکی استخوان شدید ممکن است به شکل ترک خوردگی (مانند شکستگی مفصل ران) یا به شکل فروپاشی بر اثر فشار (مانند شکستگی فشاری مهره های ستون فقرات) باشد. اگر چه شکستگی مربوط به پوکی استخوان در هر استخوانی می تواند رخ دهد اما ستون فقرات، مفصل لگن، دنده ها و مچ دست، قسمت های مستعد و شایع شکستگی هستند. برخی از این شکستگی ها می توانند عواقب جدی در پی داشته باشند. استخوان بافت زنده ای است که به طور مداوم تجزیه و جایگزین می شود. به این ترتیب، بدن تراکم استخوان و یکپارچگی بلورها و ساختار آنها را حفظ می کند. پوکی استخوان زمانی رخ می دهد که تعادل بین تشکیل استخوان جدید و تجزیه ی استخوان قدیمی بهم خورد و استخوان مانند اسفنج، حفره دار و پوک شود. تراکم استخوانی در سن ۲۵ سالگی به حداکثر مقدار خود می رسد و تا حدود ۳۵ سالگی در اوج باقی می ماند و پس از آن با افزایش سن، استخوان سالیانه ۰/۳ تا ۰/۵ درصد از تراکم خود را از دست می دهد. سرعت از دست دادن تراکم استخوانی در زنان پس از یائسگی افزایش می یابد.



آغاز هفته ملی اطلاع رسانی هپاتیت - (۱۴۰۴/۰۸/۰۱)

۱۷ تا ۱۸ آبان ماه هفته ملی اطلاع رسانی هپاتیت، فرصتی است برای جلب توجه جامعه، مسئولان و کادر درمان به یکی از مهم ترین چالش های سلامت عمومی در جهان و کشور ما. هپاتیت، به معنای التهاب بافت کبد، می تواند در اثر عوامل متعددی از جمله ویروس ها، سموم، داروها، الکل و بیماری های خودایمنی ایجاد شود. در میان انواع مختلف آن، هپاتیت های ویروسی A، B، C، D و E از اهمیت ویژه ای برخوردارند. این بیماری ها به ویژه نوع B و C، در صورت مزمن شدن می توانند منجر به سیروز (نارسایی پیش رونده کبدی) و کارسینوم هپاتوسلولار (سرطان اولیه کبد) شوند. بر اساس برآوردهای سازمان جهانی بهداشت (WHO)، بیش از ۳۰۰ میلیون نفر در سراسر جهان به نوعی از هپاتیت مزمن مبتلا هستند، در حالی که بخش قابل توجهی از آن ها از بیماری خود آگاه نیستند. سالانه نزدیک به یک میلیون نفر در اثر عوارض مرتبط با هپاتیت های ویروسی جان خود را از دست می دهند. در ایران، با اجرای برنامه ملی واکسیناسیون علیه هپاتیت B از سال ۱۳۷۲، میزان شیوع این بیماری به ویژه در نسل های جدید به طور قابل ملاحظه ای کاهش یافته است. با این وجود، در برخی گروه های پرخطر از جمله بیماران دیالیزی، معتادان تزریقی، کادر درمان و دریافت کنندگان فرآورده های خونی، احتمال ابتلا همچنان وجود دارد. تشخیص هپاتیت های ویروسی معمولاً از طریق آزمایش های سرولوژیک و مولکولی مانند HBsAg، Anti-HCV و تست های PCR انجام می شود. درمان هپاتیت B اغلب شامل داروهای ضد ویروسی طولانی مدت مانند تنوفویر و انتکاویر است که موجب مهار تکثیر ویروس می شوند. درمان هپاتیت C با داروهای خوراکی جدید (DAAs) انجام می شود که دوره درمانی کوتاه و میزان اثربخشی بسیار بالا دارند.



روز جهانی کار درمانی - (۱۴۰۴/۰۸/۰۵)

روز کار درمانی برای اولین بار در سال ۲۰۱۰ گرامی داشته شد. از آن زمان، این روز به یک تاریخ مهم در تقویم کار درمانی برای ترویج و بزرگداشت این حرفه در سطح بین المللی تبدیل شده است. فدراسیون جهانی کار درمانگران (WFOT: The World Federation of Occupational Therapists) از ۱۱۱ سازمان حرفه ای کار درمانی ملی تشکیل شده است و ایران نیز از سال ۲۰۰۶ (انجمن علمی کار درمانی) به این جمع پیوسته است. کار درمانی شاخه ای از علوم توانبخشی است که هدف آن کمک به افراد برای دستیابی به استقلال در فعالیتهای روزمره است. روز جهانی کار درمانی فرصتی است برای افزایش دیده شدن این حرفه و ترویج فعالیتهای WFOT در سطح محلی، ملی و بین المللی و کمک به افزایش آگاهی کار درمانگران و جامعه در مورد تأثیر جهانی کار درمانی. این روز فرصتی بی نظیر برای متحد کردن جامعه جهانی کار درمانی و به اشتراک گذاشتن تجربیات با پزشکان و دانشجویان کار درمانی در سراسر جهان است. کار درمانی یک حرفه مراقبت های بهداشتی است که هدف آن ارتقای سلامت جسمی و روانی است. کار درمانی تنها شغلی است که به افراد در تمام طول عمر کمک می کند تا از طریق استفاده درمانی از فعالیتهای روزمره، کارهایی را که می خواهند و باید انجام دهند را انجام دهند. این حرفه به افراد مختلف کمک می کند تا از طریق استفاده درمانی از فعالیتهای روزانه (مانند شغل یا حضور در مدرسه) کارهای روزمره خود را، علیرغم داشتن برخی ناتوانی ها، به بهترین نحو انجام دهند. متخصصان کار درمانی به افراد در هر سنی کمک می کنند تا در پیشگیری یا ارتقای سلامت خود، با وجود آسیب، بیماری یا ناتوانی، زندگی بهتری داشته باشند.



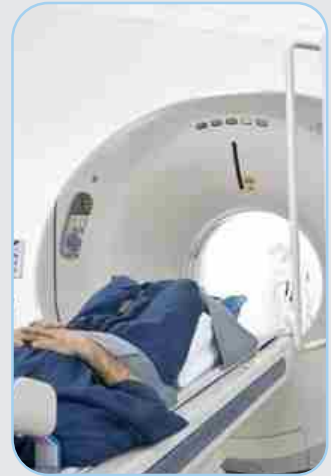
روز پرستار و ولادت حضرت زینب (س) - (۱۴۰۴/۰۸/۱۷)

در تقویم ایران، روز پرستار به تاریخ ۵ جمادی الاول قمری اختصاص داده شده است. در سال ۱۴۰۴ شمسی، این روز مصادف با دوشنبه ۵ آبان خواهد بود. دلیل انتخاب این روز، سالروز ولادت حضرت زینب (س) است. حضرت زینب در واقعه کربلا نقشی فراتر از یک خواهر یا یک بانوی مقاوم داشت. ایشان با صبر و شجاعت مثال زدنی خود، پرستاری از امام زین العابدین (ع) و دیگر بازماندگان حادثه کربلا را بر عهده گرفتند. به همین دلیل در ایران این روز با نام روز پرستار شناخته می شود و نمادی از ایثار، دلسوزی و شجاعت است. پرستاری هم ریشه در معنویت دارد و هم در دانش مدرن. هر دو نگاه در نهایت به یک حقیقت می رسند: پرستاری یکی از مهم ترین و انسانی ترین مشاغل جهان است. پرستاری فقط یک شغل نیست، بلکه مجموعه ای از مسئولیت های انسانی، اخلاقی و علمی است. پرستاران در تمامی مراحل درمان همراه بیماران هستند و مسئولیت های گسترده ای را بر دوش دارند. با پیشرفت علم و فناوری، پرستاری نیز متحول شده است. پرستاران امروزی با ابزارهای دیجیتال و دستگاه های پیشرفته کار می کنند و همین موضوع کیفیت خدمات درمانی را ارتقا داده است. روز پرستار فقط یک روز در تقویم نیست، بلکه فرصتی برای قدر دانی، بازاندیشی و تقویت فرهنگ احترام به کسانی است که شبانه روز برای حفظ سلامت جامعه تلاش می کنند.



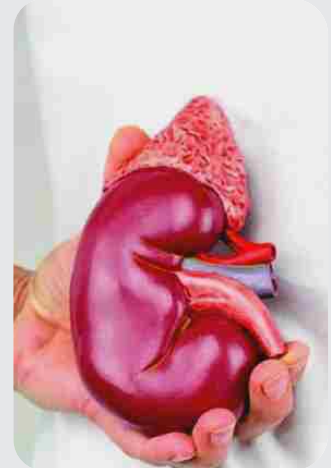
روز جهانی رادیولوژی - (۱۴۰۴/۰۸/۱۷)

هشتم نوامبر، روز جهانی رادیولوژی است. در چنین روزی در سال ۱۸۹۵، ویلهلم کُنراد رونتگن وجود اشعه اکس را کشف کرد. با مشاهده ساطع شدن نور از یک ورق فلورسنت (جسمی که بر اثر تابشی خاص، مانند اشعه اکس، از خود نور می‌دهد) که در نزدیکی یک لامپ اشعه کاتودی قرار گرفته بود، رونتگن برای اولین بار به وجود اشعه اکس پی برد. طی آزمایش‌های بعدی، او متوجه شد که اشیاء مختلف، اثر متفاوتی بر اشعه عبوری دارند. رونتگن با ثابت نگه داشتن دست همسرش در جلوی یک فیلم فلورسنت، اولین عکس رادیولوژی تاریخ را ثبت کرد. اولین استفاده پزشکی از تصویر رادیولوژی توسط دکتر جان هال -ادواردز در سال ۱۸۹۶ انجام شد که ثبت عکس یک سوزن فرو رفته در دست یکی از همکارانش بود. به دلیل اینکه مضرات اشعه اکس در ابتدا شناخته شده نبود، بسیاری از پزشکانی که با این روش تصویربرداری سرو کار داشتند دچار مشکلاتی مانند ریزش مو، مسمومیت پرتوی و سرطان شدند. برای مثال دکتر هال -ادواردز در سال ۱۹۰۸ به دلیل «سرطان پوست ایجاد شده بر اثر اشعه اکس»، دست چپش را از دست داد. مقالات او باعث شفاف‌سازی و حرکت به سوی ایمنی وسایل عکس‌برداری برای پزشکان و بیماران شد. روش‌های تصویربرداری طی ۱۲۰ سال اخیر پیشرفت بسیاری کرده‌اند. امروزه انواع روش‌های تصویربرداری، روش‌های تشخیصی معمولی برای پزشکان هستند؛ برای مثال پزشکی ورزشی در سال‌های اخیر بسیار از روش‌های مختلف تصویربرداری استفاده کرده‌است.



آغاز هفته ملی حمایت از بیماران کلیوی - (۱۴۰۴/۰۸/۲۳)

به منظور افزایش سطح آگاهی عمومی و آموزش‌های بهداشتی لازم برای پیشگیری از بیماری‌های کلیه و حفظ سلامت کلیه‌ها، ۲۳ الی ۳۰ آبان‌ماه در کشور به نام «هفته ملی حمایت از بیماران کلیوی» نام گرفته است. در این هفته تلاش می‌شود که آگاهی عمومی درباره بیماری‌های کلیوی ارتقا یافته و وضعیت بیماران کلیوی مورد بازنگری قرار گیرد و مشکلات متعددی که این بیماران با آن مواجه بوده و حل نشده باقی مانده به چالش کشیده شود. بیماری‌های کلیوی در مرحله اولیه ممکن است علائم یا نشانه‌ای نداشته باشند و ممکن است تا زمانی که بیماری پیشرفت نکرده باشد، فرد متوجه بیماری خود نشود. بنابراین تشخیص اولیه و سریع بیماری از اهمیت بالایی برخوردار است. نقص و کاستی در هر یک از اعضای دستگاه پیچیده بدن دردناک و اسفبار است. کلیه‌ها اعضای مهمی در ساختار بدن هستند که هر گونه اشکال در عملکرد آنها از انواع عفونت‌ها و نارسایی‌ها گرفته تا از کار افتادن آنها بیمار را دچار سختی و ناتوانی می‌کند و حیات او را به خطر می‌اندازد. درمان بیماری‌های کلیوی پرهزینه و همراه با درد و رنج است. این هفته تلنگری است تا متولیان سلامت مردم و خیرین سازمان‌های مردم نهاد برنامه‌های خود را در جهت آگاه‌سازی و اطلاع رسانی در خصوص پیشگیری و درمان به هنگام این بیماری‌ها تقویت کنند و زیرساخت‌های درمان بیماران را فراهم سازند. متخصصان پزشکی پیشنهاد می‌کنند که تغذیه سالم، کنترل وزن و فعالیت بدنی راه‌های ساده‌ای جهت جلوگیری از بیماری کلیوی است.



روز جهانی دیابت - (۱۴۰۴/۰۸/۲۳)

فدراسیون بین‌المللی دیابت و سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۱ و در پاسخ به رشد روزافزون دیابت در تمامی جوامع بشری، روز ۱۴ نوامبر مصادف با سالگرد تولد فردرک بن‌تینگ (که به همراه دستیارش چارلز بست توانست داروی انسولین را در سال ۱۹۲۲ کشف کند) را به نام روز جهانی دیابت نامگذاری کردند. این روز در سال ۲۰۰۶ توسط سازمان ملل متحد به عنوان یک روز رسمی در تقویم جهان ثبت شد. روز جهانی دیابت، بزرگترین کمپین اطلاع‌رسانی در مورد دیابت است که هر ساله با محوریت مشخص و با شعاری که فدراسیون بین‌المللی دیابت انتخاب می‌کند، بیش از ۱۶۰ کشور دنیا برگزار می‌گردد. بر اساس آخرین گزارش منتشر شده توسط فدراسیون بین‌المللی دیابت، ۵۳۷ میلیون بزرگسال (۲۰ تا ۷۹ سال) در جهان مبتلا به دیابت هستند که این یعنی یک نفر از هر ۱۰ نفر بزرگسال! متأسفانه پیش‌بینی می‌شود این تعداد تا سال ۲۰۳۰ یعنی کمتر از ده سال آینده، به ۶۴۳ میلیون و تا سال ۲۰۴۵ به ۷۸۴ میلیون افزایش پیدا کند. این گزارش مطرح می‌کند که در حال حاضر هر ۵ ثانیه یک نفر در جهان به دلیل دیابت فوت می‌کند. این روز می‌تواند فرصتی استثنایی برای ایجاد تغییرات برای بیش از ۴۶۰ میلیون نفر از مبتلایان به دیابت و میلیون‌ها نفر از افراد در معرض خطر ایجاد کند. دایره آبی نمادی جهانی برای آگاهی درباره دیابت است. این نماد، نشانه‌ی یکپارچگی جامعه جهانی دیابت در واکنش به اپیدمی دیابت می‌باشد.



روز جهانی اتاق عمل - (۱۴۰۴/۰۸/۲۳)

۱۴ نوامبر برابر با ۲۳ آبان در تقویم پزشکی جهان به نام روز جهانی اتاق عمل نام گذاری شده است. در نبرد جنگ جهانی اول و دوم نیاز به تکنسین اتاق عمل بیش از گذشته احساس شد. در این زمان از پزشکان به عنوان کمک اول جراح در اتاق عمل استفاده می شد. اتاق عمل مکانی استریل در بیمارستان است که جهت کارکنان بخش استریل و تیم جراحی طراحی شده است. یکی از اهداف بزرگداشت روز اتاق عمل آشنا کردن جامعه با گروهی به نام کارشناسان اتاق عمل است. این افراد از ارزش بسیاری زیادی برخوردارند چرا که بخشی از کار تیم جراحی در اتاق عمل برعهده آنان است. شاغلان اتاق عمل در چرخه سلامت باید شناخته شوند، به دلیل ظرافت های خاص حرفه ای، تقویت کار گروهی در رشته اتاق عمل بسیار اهمیت دارد. فعالیت های این افراد تسهیل کننده و تسریع کننده کار جراحان است. این مناسبت بهانه ای است تا توانمندی آنان را به جامعه عرضه کنیم تا این قشر بهتر شناخته شوند. افرادی که در اتاق عمل مشغول به کار هستند باید رفتاری حرفه ای از جمله مقاوم بودن در برابر استرس، درک نیازهای مددجو در پیش و پس از عمل جراحی، آگاهی به اهمیت کار گروهی و توانایی همکاری تیم جراحی داشته باشند. حمل و جابه جایی وسایل استریل مهم ترین روند در فرآیند تکنیک آسپتیک بوده و کارکنان اتاق عمل موظف به اجرای این قوانین می باشند.



روز جهانی خون بند ناف - (۱۴۰۴/۰۸/۲۴)

محققان و پزشکان سراسر دنیا هر سال روز ۱۵ نوامبر را به روز افزایش اطلاع رسانی در مورد فواید خون بندناف اختصاص می دهند و در این روز به اشتراک یافته ها و پیشرفت های مرتبط با این منبع غنی از سلول های خونساز می پردازند. خون بندناف منبع غنی از سلول های بنیادی خونساز است و کاربردهای پزشکی این سلول ها با سرعت زیادی در حال گسترش است. در حال حاضر، این سلول ها را می توان برای درمان تقریباً ۸۵ بیماری، از جمله اختلالات خونی مانند سلول داسی شکل و تالاسمی، بیماری های عصبی مانند فلج مغزی و سرطان های خونی مانند لوسمی مورد استفاده قرار داد. اولین پیوند موفقیت آمیز خون بند ناف در سال ۱۹۸۸ انجام شد و تا به امروز ۵۰۰۰ پیوند سلول های بنیادی خونساز در سراسر جهان انجام شده است. ذخیره کردن خون بندناف کودک امکان دسترسی به مزایای این منبع پزشکی شگفت انگیز را در آینده می دهد. توانایی قابل توجه این سلول ها در تحریک بازسازی سلول های دیگر (و تبدیل به انواع خاصی از سلول ها) به دانشمندان کمک می کند تا بافت ها و حتی اندام ها را به گونه ای بازسازی کنند که می تواند در مان بیماری های مختلف مانند دیابت، ام اس و بیماری های قلب را متحول کند. فرآیند جمع آوری سلول های بنیادی خون بندناف سریع، بدون درد و غیر تهاجمی است و می تواند روزی جان او را نجات دهد. با توجه به بسیاری از مطالعات تحقیقاتی نوظهور در مورد استفاده احتمالی از سلول های بنیادی خون بندناف (و بافت بند ناف)، آینده در مان های سلول های بنیادی بسیار روشن است.



آغاز هفته جهانی آگاه سازی آنتی بیوتیک - (۱۴۰۴/۰۸/۲۷)

پدیده مقاومت میکروبی از سوی سازمان جهانی بهداشت به عنوان یکی از ۱۰ تهدید اصلی سلامت مطرح شده است. استفاده نادرست و بیش از حد از مواد آنتی میکروبیال در انسان، محرک های اصلی در توسعه پاتوژن های مقاوم به دارو هستند، به همین مناسبت از تاریخ ۱۸ نوامبر تا ۲۶ نوامبر برای آگاه سازی نسبت به مصرف آنتی بیوتیک انتخاب شده است. هدف از برگزاری هفته آگاه رسانی در زمینه آنتی بیوتیک ها افزایش آگاهی عمومی و جهانی در برابر مقاومت میکروب ها به داروهای آنتی میکروبیال است. در این هفته سعی بر این است تا آگاهی و حساسیت سیاستگذاران، شاغلین حرفه پزشکی و همچنین عموم مردم در زمینه افزایش مقاومت میکروبی نسبت به داروهای آنتی میکروبیال افزایش یابد. مقاومت به داروهای آنتی میکروبیال زمانی اتفاق می افتد که باکتری ها، ویروس ها، قارچ ها و همچنین انگل ها به اثرات دارو مقاوم شوند و به همین دلیل درمان عفونت ها بسیار سخت تر و خطر گسترش بیماری ها نیز افزایش پیدا می کند و در نتیجه ممکن است منجر به بیماری های شدید و مرگ شود. ترکیبات آنتی میکروبیال به عنوان یک ابزار بسیار مهم در درمان بیماری های انسان ها، حیوانات و گیاهان به شمار می روند و شامل آنتی بیوتیک ها، داروهای ضد ویروس، ضد قارچ و ضد پروتوزا هستند. عواملی که در حال حاضر منجر به بروز مقاومت میکروبی شده است متعددند؛ از آن جمله می توان به استفاده بیش از اندازه از دارو ها در انسان ها، صنعت پرورش دام، کشاورزی و همچنین عدم دسترسی انسان ها به آب آشامیدنی سالم و بهداشتی برای مصرف شخصی و استفاده در کشاورزی اشاره کرد.



دکتر کاوہ باستی

Kaveh Bashti, MD

متخصص ارتوپدی، فلوشیپ جراحی زانو



Kaveh Bashti, MD

- فلوشیپ جراحی زانو از دانشگاه تهران
- فلوشیپ کلینیکال جامعه جراحان زانوی اروپا
- عضو آکادمی جراحان ارتوپدی آمریکا
- پزشک منتخب کمیته جهانی المپیک



Board certified orthopaedic surgeon
Fellowship of knee and sport surgery
from TUMS and ESSKA international
Olympic committee certified AAOS
and ISAKOS member



Kaveh Bashti, MD

Ghasrdasht St. World Trade Center
Novin Building No.402-Shiraz-Iran

Tel: (+98) 7136291650-36291652

Fax: (+98) 7136291635

b a s h t i @ g m a i l . c o m



۰۷۱ - ۳۶ ۲۹ ۱۶۵۰

۰۷۱ - ۳۶ ۲۹ ۱۶۵۲

۰۷۱ - ۳۶ ۲۹ ۱۶۳۵

شیراز. خیابان قصر دشت

بالا تراز عقیف آباد. نیش کوچه ۵۳

ساختمان نوین. طبقه ۴. واحد ۴۰۲



رعنا همراه قابل اعتماد مراکز درمانی

رعنا
رویایی از لطافت



۲۷ سال در کنار شماستیم



📍 شیراز. شهرک صنعتی بزرگ. بلوار نوآوران. انتهای خیابان ۵۰۵

☎ فکس: ۰۷۱-۳۷۷۳۲۹۵۶ ☎ تلفن: ۰۷۱-۳۷۷۷۳۲۹۳۹ ☎ دفتر فروش: ۰۷۱-۳۷۷۳۲۹۵۴ ☎ روابط عمومی: ۰۷۱-۳۷۷۳۲۹۵۰

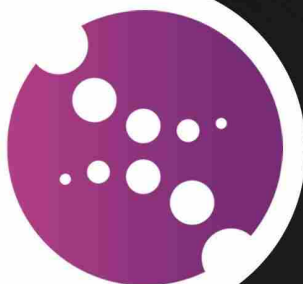
Product of Fars Raana Hygienic Industrial Co.

نلسالم

شیراز

آزمایشگاه ژنتیک پزشکی

Welgenex genetic lab



Naslesalem.shiraz

شماره پروانه بهره برداری
۳-۲۰۱۴۵۳



مرکز تخصصی غربالگری بارداری
و تست ژنتیک جنین در جنوب ایران

www.welgenex.com



تست (NIPT) Cell Free DNA

تست Cell-Free DNA زمان بارداری (NIPT)
برای غربالگری بیماری های شایع کروموزومی

تست تشخیص قبل از لانه گزینی (PGD)

تست PGT_M

بررسی ژنتیک بیماری های تک ژنی مانند تالاسمی
ناشنوایی و نابینایی و ... در جنین ها می باشد
که در کنار روش های کمک باروری انجام می شود.

تست PGT_A

غربالگری جنین های که به روش های کمک باروری
ایجاد شده اند و به منظور افزایش احتمال بارداری و
کاهش احتمال سقط در بعضی از افراد توصیه می شود.

 naslesalem.shiraz



شیراز . خیابان قصر دشت . بالاتراز تقاطع
عقیف آباد . نبش کوچه ۵۳ . ساختمان نوین

طبقه ۲ . واحد ۲۰۳

۰۷۱-۳۶۲۹۴۴۶۰ / ۰۷۱-۳۶۲۹۴۴۶۲





بهار

CILINIC BAHAR

درمانگاه عمومی شبانه روزی

بخش های کلینیکی و پاراکلینیکی

بخش قلب (اکو. تست ورزش. نوار قلب)

گچ گیری | آزمایشگاه | داروخانه

سونوگرافی و رادیولوژی | چشم و بینایی سنجی

عینک سازی | دندانپزشکی و ارتودنسی

گفتار درمانی | شنوایی سنجی

شستشو و ساکشن گوش | نوار عصب

پزشک خانواده و مراقبین سلامت | بخش فیزیوتراپی

گروه مشاورین (کارشناس تغذیه کارشناس روانشناسی بالینی)

طرف قرارداد با:

کانون بازنشستگان ارتش
سپاه پاسداران
نیروی انتظامی
وزارت دفاع
بیمه های: ملت معلم
سینا پارسیان



خانواده معزز شهدا و ایثارگران (بیمه دی)
بیمه کوثر . جانبازان عزیز نیروهای مسلح و
خانواده آنها . بیمه آتیه سازان و بیمه دانا

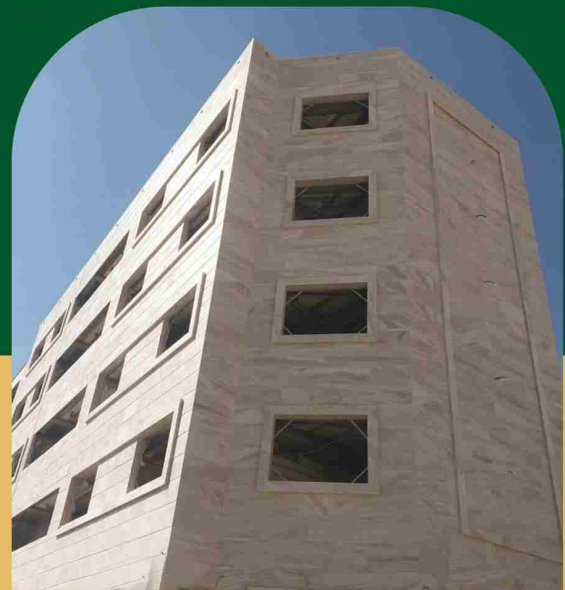
شیراز. بلوار رحمت. بلوار ابوذر غفاری. جنب پل هوایی

دندانپزشکی: ۰۷۱ - ۳۷ ۵۰ ۳۰۹۱

سونوگرافی: ۰۷۱ - ۳۷ ۵۴ ۳۲۵۴

(۱۵ خط) ۰۷۱ - ۳۷ ۵۰ ۳۰۷۰

واتساپ ۰۹۳۶ ۴۱۱ ۵۶۹۰



احداث فاز ۲ درمانگاه بهار

✉ baharclinic2022@gmail.com

کلینیک دندانپزشکی

نهال



ارائه کلیه خدمات دندانپزشکی

دندانپزشکی ترمیمی

کاشت دندان مصنوعی

عصب کشی

ایمپلنت

درمان بیماری‌های لثه



شیراز. بلوار سرداران. بلوار جانباز. نبش کوچه ۳۶



۰۷۱ - ۳۷۴۰ ۷۶۸۵ | ۰۹۰۲ ۷۵۲ ۳۲۸۱



nahal_dental_chinic

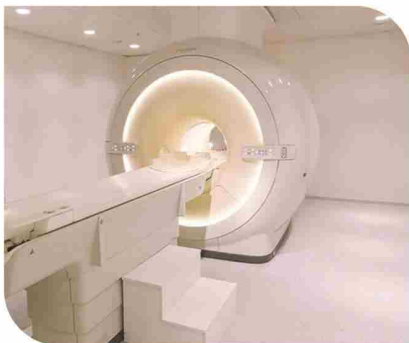
مرکز تصویر برداری پزشکی تابش

Tabesh Medical Imaging Center



شماره پروانه: ۳۱۹۱۴۸-۳

- ام آر آی ۱/۵ تسلا دیجیتال فیلیپس
- سی تی آنژیوگرافی قلب و عروق
- سی تی اسکن مولتی اسلایس
- سونوگرافی جنرال و داپلر رنگی
- ماموگرافی با کمترین دوز اشعه
- رادیوگرافی دیجیتال و رنگی
- سنجش تراکم استخوان BMD
- رادیولوژی مداخله ای (اینترونشن)



سی تی اسکن جنرال



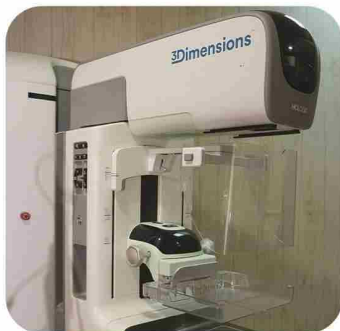
سی تی آنژیوگرافی قلب و عروق



ام آر آی ۱/۵ تسلا فیلیپس

ارائه خدماتی نو به مردم

تجهیز مرکز تصویربرداری پزشکی تابش به سی تی آنژیوگرافی قلب و عروق



ماموگرافی سه بعدی هولوزیک آمریکا



سنجش تراکم استخوان هولوزیک آمریکا



سونوگرافی جنرال و داپلر رنگی



مرکز تصویربرداری
پزشکی تابش



سالن انتظار سی تی آنژیو قلب ، طبقه همکف

ایران . شیراز . خیابان شهید فقیهی (مورنگر) تقاطع معدل . مرکز تصویربرداری پزشکی تابش



WWW.TABESHCENTER.COM



۰۷۱-۳۲۳۱۱۱۱۱



۰۹۱۷۸۰۸۰۲۱۰



Tabesh_center



۰۹۱۷۸۰۵۰۷۴۰

نوبت‌دهی سی تی آنژیو قلب

خدمات تخصصی ژنتیک بالینی

خدمات تخصصی توالی‌یابی ژنتیکی (NGS)

- تعیین توالی تمام ژنوم
Whole Genome Sequencing
- تعیین توالی تمام اگزون‌های کد کننده پروتئین
Whole Exome Sequencing
- تعیین توالی گروهی از بیماری‌های خاص
Targeted Sequencing

خدمات ژنتیکی پیش از تولد

- تشخیص پیش از تولد بیماری‌های ژنتیکی
(Prenatal Diagnosis) PND
- تشخیص ژنتیکی پیش از لانه‌گزینی جنین
PGS و PGD
- تست غیر تهاجمی تعدادی کروموزوم‌های جنین
(NIPT) یا (Cell Free-fetal DNA) و با دقت ۹۹.۹٪
- بررسی تعدادی کروموزوم‌های جنین (QF-PCR)
- کاریوتایپ با رزولوشن بالا Karyotype HR
- تشخیص علل سقط‌های مکرر
- تعیین جنسیت جنین

- پائل ناقلین برای تشخیص بیماری‌های نهان در خانواده‌های دارای ازدواج فامیلی.
- تشخیص اختلالات ژنتیکی ناشنوایی نابینایی ، قلبی-عروقی، کلیوی، مغزی ، ...
- تشخیص بیماری‌های متابولیک و تک ژنی (PKU, Albinism, G6PDD, ...)
- تشخیص بیماری‌های تکرار نوکلئوتیدی (Fragile X, ALS, ...)
- تشخیص بیماری‌های تحلیل برنده عضلانی (SMA, DMD) با روش MLPA

مشاوره ژنتیک

- مشاوره ژنتیک قبل از ازدواج
- مشاوره ژنتیک پیش از بارداری
- مشاوره ژنتیک حین بارداری
- مشاوره ژنتیک ناباروری زنان و مردان
- مشاوره ژنتیک علل سقط مکرر



مرکز تخصصی خدمات (NGS) در ایران
بدون نیاز به ارسال نمونه به خارج از کشور

بلوار شهید رجایی (فرهنگ شهر). نرسیده به اداره
دارایی. روبروی بانک تجارت. کوچه ۱۷. پلاک ۴۱
درمانگاه ژنتیک دکتر فقیهی

۰۷۱۳۶۳۱۱۱۲۹ | ۰۷۱۳۶۳۱۱۱۳۰
۰۹۱۷ ۷۹۳ ۳۰۷۴
@shirazgenetics
info@shirazgenetics.ir
www.shirazgenetics.ir



آزمایشگاه راز

تخصصی و فوق تخصصی



راز همیشگیست

📍 شیراز. خیابان معدل غربی. مجتمع پزشکی راز

🌐 www.razlab.com | [@razlab.ir](https://www.instagram.com/razlab.ir) | ☎ 07191009393

آزمایشگاه پاتوبیولوژی دکتر دانشبد

DR. DANESHBOD PATHOBIOLOGY LAB

شماره پروانه بهره برداری: ۳-۳۳۳۷۹۴



40
years

از تجربه تا آینده
همگام با فن آوری و تکنولوژی

