

به آیت الله بهجت (رضوان ا.) گفتند: کتابی در زمینه اخلاق معرفی کنید!
فرمودند:

«لازم نیست یک کتابی باشد، یک جمله کافی است که بدانی،
خدا می بیند...»



شناسنامه ماهنامه:

ماهنامه الکترونیکی کوثر

مهر ۱۳۹۴

(نشریه داخلی بیمارستان محب حضرت فاطمه (س))

شورای نظارت و سیاست گذاری: دکتر محمدرضا آخوندی نسب -

دکتر سیدعلیرضا طباطبائی - دکتر حسین نداف نیا - دکتر بهروز زمان

مدیرمسئول: دکتر مهدیبرزگر

سردبیر: الهه شادی - عبدا. اصیل ادب

هیأت تحریریه: سارا حجازی - آریا فولادوند - نرگس مرتضوی -

الهام افضل - شهناز میری - مونا نوید - معصومه خوشنودی - سعیده راوند

صفحه آرا: سحر شریفی

فهرست مطالب:

۱	هزینه های اوباما کمر چقدر است؟
۲	یا حسین
۳	مصاحبه
۴	مبنای مسئولیت مدنی پزشک با نگاهی به لایحه جدید قانون مجازات اسلامی
۵	معرفی بخش صبا
۶	برخی از آموزش های مدرسه کمردرد
۷	خلاصه کتاب ۷ عادت مردمان موثر (بخش دوم)
۸	نقش مددکاران اجتماعی در مدیریت بحران های طبیعی
۹	طرح تحول نظام سلامت از نگاهی دیگر
۱۰	اخبار کوثر

هزینه های «اوباما کر» چقدر است؟



- مالیات برای شرکت های بیمه درمان.
- محدودیت پاداش به مدیران اجرایی، سالانه به مبلغ ۵۰۰ هزار دلار برای شرکت های بیمه سلامت و درمان.
- حذف تخفیف مالیاتی برای پوشش بیمه داروهای نسخه ای بازنشسته هایی که توسط کارفرما بیمه شده اند.
- جریمه تعهد کارفرما برای کسب و کارهایی که بیش از ۵۰ نفر کارمند تمام وقت دارند و از بیمه کردن کارکنان خود سرباز می زنند.

- مالیات غیر مستقیم ۱۰ درصدی بر شرکت های ارائه کننده خدمات برنزه کردن پوست.
- افزایش مالیات شرکت بیمه Blue Cross Blue Shield که در بیش از ۳۶ ایالت امریکا، برای بیش از ۱۰۶ میلیون امریکایی بیمه درمان تأمین می کند.
- افزایش مالیات غیر مستقیم برای بیمارستان های خیریه که خود را با الزامات اوباما کر تطبیق نداده اند.
- مالیات بر داروهای برند.

های اصلی درمان مانند مدیکید، مدیکر، سامانه بازار و چیپ، درمان و مراقبت های پزشکی را برای افرادی که توانایی کارکردن دارند و پیر نیستند، از نظر مالی میسر می کنند. در حدود $\frac{1}{5}$ این هزینه ها مربوط به مراقبت و درمان افراد نابینا و کم توان یا نا توان جسمی می شود و حدود $\frac{1}{5}$ دیگر آن برای هزینه کردن در درمان افراد بالای ۶۵ سال به کار گرفته خواهد شد.

منابع درآمدی اوباما کر از کجاست؟

- اوباما کر بودجه خود را از محل مالیات ها، جریمه ها، کاهش هزینه ها و اصلاحات صنعت سلامت و درمان تأمین می کند. این پول برای تأمین هزینه های این برنامه استفاده می شود و از این طریق به ده ها میلیون امریکایی برای تهیه پوشش بیمه درمانی یارانه اعطا می شود، مدیکر را بهسازی می کند و سقف پوشش مدیکید به ۱۵ میلیون نفر افزایش می یابد.
- منابع مالیاتی و جریمه ای این درآمد شامل موارد زیر هستند:
- $\frac{2}{3}$ درصد مالیات برای تولیدکنندگان تجهیزات پزشکی در سال ۲۰۱۴.

«اوباما کر» یا قانون «درمان مقرون به صرفه»، قانون اصلاح نظام بیمه و درمان در ایالات متحده امریکا است که در سال ۲۰۱۰ با ابلاغ رسمی باراک اوباما، اجرایی شد.

این قانون جنبه های مختلفی از زندگی مردم امریکا را در زمینه سلامت و بهداشت تحت تأثیر قرار می دهد و موافقان و مخالفان بسیاری دارد. هزینه های قانونی درمان مقرون به صرفه تا سال ۲۰۲۵، در حدود $\frac{1}{207}$ تریلیون دلار برآورد می شود. این هزینه شامل اقدامات اصلی مربوط به بیمه این قانون نیز می شود، اما دربرگیرنده جنبه های محدودکننده هزینه این قانون در آینده نیست.

از هزینه $\frac{1}{207}$ تریلیون دلاری برآورد شده، $\frac{1}{5}$ تریلیون دلار آن صرف ارتقای مدیکید و برنامه بیمه درمانی کودکان (CHIP) و اعتبارات و تخفیف های مالیاتی و دیگر یارانه ها برای تأمین مالی سامانه بازار برای افراد، خانواده ها و کسب و کارهای کوچک می شود. این هزینه ها با دریافت جریمه ها، کاهش سرانه درمان و مالیات غیر مستقیم بیمه نامه های با حق بیمه بالا در سال ۲۰۱۸ جبران خواهند شد. در حدود $\frac{1}{5}$ هزینه های فدرال برای برنامه

هر هفته، ۵۰۲ آمریکایی به دلیل نداشتن بیمه نامه درمانی و نداشتن توانایی کافی برای درمان، جان خود را از دست می دهند و این یعنی ۲۱۷۵ نفر در هر ماه. هزینه های واقعی اوباما کر در هزینه های درمانی و مالیات های ناشی از اجرای آن نیست، بلکه جان افرادی است که به خاطر نداشتن پول کافی برای درمان، از دریافت خدمات درمانی باز می مانند و می میرند. این رقم مرگ و میر ناشی از نداشتن بیمه درمانی از سال ۲۰۰۵ که ۲۰ هزار و ۲۵۰ نفر بوده است، به رقم ۲۶ هزار و ۱۰۰ نفر در سال ۲۰۱۰ رسیده است و این یعنی

رشدی ۲۸/۲۵ درصدی در افزایش مرگ در اثر نداشتن بیمه نامه درمانی تنها در ۵ سال. این مرگ و میر تنها به دلیل افزایش هزینه های درمان اتفاق افتاده است که با فراهم کردن سازوکار اصلاح نظام بیمه در ایالات متحده کاملاً قابل جلوگیری بوده است. البته هزینه نبودن اوباما کر تنها یک مسئله بشر دوستانه نیست، بلکه این قانون به کاهش رشد سرانه درمان در امریکا کمک کرده است. به تازگی هزینه ۲/۸ تریلیون دلاری نظام سلامت، به رقم ۹ هزار دلار در سال برای هر زن، مرد و کودک منجر شده بود و تورم هزینه های درمانی به بیمار ماندن بیشتر، خارج شدن افراد از پروسه اشتغال، کاهش درآمد آنان و نهایتاً ورشکستگی های زیادی در طبقه متوسط و در میان اقشار کم درآمد امریکا منجر شده بود.



اوباما کر برای اقشار کم درآمد یا طبقه متوسط مهم است، بحث یارانه هایی است که دولت بابت هزینه سهم بیمار در هنگام خرید از سامانه بازار پرداخت می کند و پرداختی از جیب بیمار را کاهش می دهد. اوباما کر برای خانواده هایی که زیر ۲۵۰٪ سطح فقر فدرال درآمد دارند، امکان دستیابی به پوشش بیمه قوی تری را ایجاد می کند. اعتبارات مالیاتی حق بیمه که در بالا گفته شد، مربوط به میزان خطری ۷۰ درصدی است و اوباما کر این امر را برای افراد کم درآمد فراهم می کند تا با پرداخت کمتری به خسارت بالاتری دست یابند.

اگر اوباما کر اجرا نمی شد

پژوهش های تازه نشان می دهد که با وجود اجرای قانون درمان مقرون به صرفه،

در حال حاضر ۳ نوع کمک هزینه در سامانه بازار ارائه می شود که مختص افرادی است که زیر مبلغ مشخصی درآمد دارند و کارفرمایان نیز آنها را بیمه نمی کنند. اول، کمک هزینه مدیکید/چیپ که افراد و خانواده هایی که درآمد زیر ۱۳۸٪ از سطح فقر فدرال دارند، واجد شرایط دریافت آن هستند. دوم، کمک هزینه پرداختی از جیب بیمار که برای افراد و خانواده هایی است که تا ۲۵۰٪ از سطح فقر فدرال درآمد دارند و سوم، تخفیف مالیات بر حق بیمه، که مختص افراد یا خانواده هایی است که تا ۴۰۰٪ از سطح فقر فدرال درآمد دارند. افراد ممکن است واجد شرایط کمک هزینه حق بیمه و سهم بیمار باشند زیرا پرداخت یکی منافاتی با پرداخت دیگری ندارد. موضوع دیگری که در بحث آورده های

به مبلغ ۲۰۰۰ دلار برای هر کارمند و ۳۰۰۰ دلار اگر کارمند از اعتبارات مالیاتی برای خرید بیمه نامه از سامانه بازار استفاده کرده باشد. مالیات مدیکر بر درآمد حاصل از سرمایه گذاری ۳/۸ درصد برای درآمدهای بالاتر از ۲۰۰ تا ۲۵۰ هزار دلار.

- افزایش مالیات بخش A مدیکر. ۹ درصد برای درآمدهای بالاتر از ۲۰۰ تا ۲۵۰ هزار دلار.
- فرم W-2 که فرم ارسال اطلاعات بیمه ای کارمندان توسط کارفرماست. این فرم کارکردی اطلاعاتی دارد ولی چنانچه کارفرما فرم را نفرستد، مشمول جریمه خواهد شد.
- جریمه تعهد شخصی، چنانچه فرد از خرید بیمه نامه دولتی سر باز زند، که بر مالیات بر درآمد فدرال او محاسبه می شود و بطور ماهیانه دریافت خواهد شد.

آورده های اوباما کر برای طبقه متوسط و افراد کم درآمد در امریکا

آورده های قانون درمان مقرون به صرفه برای افراد کم درآمد یا با درآمد متوسط و کسب و کارهای کوچک، بخش جدایی ناپذیر این قانون است. در این بخش برای پوشش این موضوع، کمک هزینه های خرید از سامانه بازار، افرادی که واجد دریافت این کمک هزینه هستند، انواع این کمک هزینه، کاهش سهم بیمار و اعتبارات و تخفیف های مالیاتی مورد بحث قرار می گیرند.

« کیست مرا یاری کند؟ »

سالهاست که شیعیان شعار «یا لیتنا کنا معک» (ای کاش ما هم با شما در کربلا می بودیم) سر می دهند
اما خوب است بدانید،

۳۰ هزار دینار طلا، مبلغی بود که یزید به هر نفر اهل خواص کوفه داد و دینشان را خرید!
هر دینار ۴,۵ گرم و هر گرم طلا ۹۸ هزار تومان. به پول امروز نزدیک به ۱۳ میلیارد تومان!!!!!!
اگر در آن زمان بودیم، یار حسین (ع) می ماندیم؟!!!

لیک یا حسین!





مصاحبه با دکتر طباطبائی
عضو هیئت مدیره بیمارستان محب حضرت فاطمه(س)

بنا بود از طریق اصلاح تعرفه ها شکاف موجود از بین برود که این مطلب در کوتاه مدت به نفع مردم بود اما به دلیل عدم تخصیص به موقع منابع مالی، متأسفانه شاهد آن هستیم که امروزه این شکاف عمیقتر شده است و بیمه ها توان پرداخت هزینه های ایجاد شده این طرح را ندارند و مشخص نیست آینده آن چه خواهد شد. به طور مثال بیمه نیروهای مسلح به شدت قراردادهای خود را محدود نموده است، حتی به بیمارستان های نظامی هم پرداخت کمتری دارد، به طوری که بیمارستان شهید چمران دچار معضلاتی شده است.

• آینده بیمارستان های محب را چگونه پیش بینی می نمایید؟

آینده بیمارستان های محب بستگی زیادی به رویکرد وزارت بهداشت دارد و این چالشی است میان موسسه محب و وزارت بهداشت. در واقع موسسه محب اساساً یک موسسه غیر انتفاعی و با نیت وقف می باشد که بیمارستان های خود را با استفاده از منابع بانکی تأسیس می کند، بصورت غیر انتفاعی اداره می نماید و پس از پرداخت بدهی های بانکی آن را وقف عام می کند و مالکیت آن را به اداره اوقاف می سپارد اما مدیریت آن را همچنان به حفظ می کند.

اما این طرز تفکر تا کنون مورد پذیرش وزارت بهداشت قرار نگرفته است. بنابراین آینده بیمارستان های محب بستگی به این دارد که وزارت بهداشت این مدل مدیریت را می پذیرد یا نه. همانگونه که بیمارستان محب مهر پس از گذشت حدود ۸ سال موفق شده است که بدهی بانکی خود را تا پایان سال جاری پرداد و وقف عام شود، دیگر بیمارستان های موسسه محب نیز توانایی این کار را دارند. این برنامه ای است که برای ۲ بیمارستان دیگر محب نیز در نظر گرفته شده بود، ولیکن بنابر تغییراتی که در وزارت بهداشت بوجود آمد، وارد مذاکرات طولانی با وزارت بهداشت شده ایم تا بتوانیم برای بیمارستان های محب پروانه خصوصی بگیریم و بیمارستان های مجاور آنها را نوسازی کنیم و از طریق درآمدهای خود، بیمارستان های مجاور را مورد حمایت مالی خود قرار دهیم و «مراکز دولتی با رفتارهای غیر دولتی» را ایجاد نماییم.

والسلام

در اختیار بخش خصوصی قرار گرفت. اما ساله است که ثابت شده است ساختار های دولتی بخصوص در بخش درمان کارایی لازم را ندارند و اگر قرار باشد بخش درمان توسط دولت اداره شود منابع مالی بی حد و حصری را می طلبد، بطوری که کشورهای خیلی ثروتمند مانند امریکا، آلمان و ژاپن سیستم درمانی خود را به سمت خصوصی شدن سوق داده اند. (البته امریکا در این رابطه پیش قراول دیگر کشورهاست.) مابقی کشورها هم به این درک رسیده اند که درمان نباید در اختیار دولت باشد و باید با بهره وری خیلی بالا توسط بخش غیر دولتی اداره گردد.

اما دولت با تصور کوچک کردن بخش دولتی درمان، طرح تحول نظام سلامت را مطرح نموده است. این امر باعث مداخله منابع مالی دولتی در بخش درمان شد و باعث ایجاد یک تعارض جدی در بحث کوچک سازی بخش درمان و برون سپاری آن شد و هرچه این موضوع بیشتر ادامه داشته باشد گرفتاری دولت در بخش درمان بیشتر خواهد شد. حتی اگر این طرح بصورت عالی اجرا شود (من از جزئیات مزایا و معایب درونی اجرای این طرح در بیمارستان ها می گذرم...) درنظر داشته باشید که وارد شدن منابع به مراکز دولتی غیر کارآمد، یعنی به هدر دادن آن منابع و این اتفاقی است که از سال گذشته رخ داده است و یک تعارض عمیقی را بوجود آورده است.

ما ۳ نوع بیمارستان در موسسه محب داریم (یک بیمارستان کاملاً خصوصی یعنی محب مهر، یک بیمارستان کاملاً دولتی یعنی محب یاس و یک بیمارستان خصوصی/دولتی یعنی بیمارستان محب حضرت فاطمه(س)) طرح تحول نظام سلامت وارد بیمارستان های خصوصی نشده است و اصولاً کاری با این نوع مراکز ندارد. اما در بیمارستان محب حضرت فاطمه(س)، که ادغام شده ۲ بیمارستان دولتی و خصوصی است، این طرح در ساختمان حضرت فاطمه(س) اجرا و محاسن آن وارد بیمارستان شد. ورود منابع مالی باعث شد تا این ساختمان (بیمارستان) تا حدودی خود را از آن وضعیت نابسامان گذشته نجات دهد و از همه مهمتر مبحث پرداخت از جیب بیمار که می بایست ۶٪ باشد، اتفاق افتاد که این مطلب به نفع مردم است. همچنین خرید ملزومات پزشکی از عهده بیماران خارج شد و به وظایف شرکت های بیمه اضافه گردید.

• با سلام، ضمن معرفی، توضیحاتی پیرامون سوابق اجرایی و مدارج علمی خود بیان فرمایید.

بسم الله الرحمن الرحيم. من سید علی رضا طباطبائی هستم. متولد آذرماه ۱۳۴۰ در تهران. متخصص بیهوشی از دانشگاه تهران هستم و دوره تخصصی ICU را در کشور آلمان گذرانده ام. مدت ۱۰ سال مدیر بهداری و رئیس بیمارستان شهید چمران بوده ام و دوره های متعدد مدیریتی را در وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح گذرانده ام. عضو هیئت مدیره بیمه های شهر و ساخن بوده ام و هم اکنون عضو هیئت مدیره بیمارستان محب حضرت فاطمه(س) هستم.

• استقرار طرح تحول نظام سلامت در بیمارستان های محب را چگونه ارزیابی می کنید؟

من فکر می کنم نظام سلامت در کشور ما به دلیل اینکه قرار و نشیب های زیادی داشته و در گذشته ای نه چندان دور یک سیستم آموزشی داشتیم و یک سیستم درمانی که از یکدیگر جدا بودند و در وزارتخانه علوم و وزارتخانه بهداشت درمان بصورت مستقل از هم مدیریت می شدند. اما به دلایلی این دو موضوع در هم ادغام شدند و آموزش و درمان کنار هم قرار گرفتند و دارای مزایا و معایبی شدند. معایب کار در این بود که کل سیستم درمانی کشور دولتی شد و یک درصد ناچیزی



مبنای مسئولیت مدنی پزشکی با نگاهی به لایحه جدید قانون مجازات اسلامی

از معالجه مستقیم یا صدور دستور معالجه مسئول بشناسیم مگر اینکه عدم تقصیر او به اثبات برسد. این نظریه که تفسیری معقول از ماده ۳۱۹ و راهی برای تعدیل حکمی است که از ظاهر آن استنباط می شود هم با قواعد عمومی مسئولیت مدنی و هم با مصلحت جامعه سازگار است و تعارضی هم با فقه امامیه ندارد. زیرا در فقه، مبنای تقصیر در زمینه مسئولیت پزشکی مطرح شده است و فتاوی معتبری در این خصوص دیده می شود. البته جا دارد رویه قضائی این تفسیر را - که نظری میانه و واسطه بین نظریه تقصیر (اثبات شده) و نظریه مسئولیت محض است - بپذیرد، تا بتوان در دعاوی مطروحه با اطمینان بیشتری به آن استناد کرد. نظریه ای که در مورد شرط برائت از ضمان پذیرفته شده مبنی بر اینکه این شرط بار دلیل را جابجا می کند و با اثبات تقصیر پزشکی، شرط مزبور نمی تواند موجب معافیت از مسئولیت باشد می تواند مؤید نظر دوم در تفسیر ماده ۳۱۹ قانون مجازات اسلامی باشد.

نیست. بنابراین پزشک را فقط هنگامی میتوان مسئول شناخت که تقصیر او به اثبات برسد. وانگهی اگر مسئولیت پزشک، مسئولیت محض و بدون تقصیر باشد، پزشک جرأت نمی کند به معالجه ها و جراحی های خطرناک دست بزند و این امر مانع پیشرفت علم پزشکی و به زیان بیماران و جامعه خواهد بود.

تحلیل مواد ۳۱۹

ماده ۳۱۹ قانون مجازات اسلامی درباره مسئولیت مدنی و به تعبیر فقهی ضمان پزشک چنین مقرر می دارد: «هرگاه طبیبی، گرچه حاذق و متخصص باشد در معالجه هایی که شخصا انجام می دهد یا دستور آن را صادر می کند، هرچند با اذن مریض یا ولی او باشد، باعث تلف جان، نقص عضو یا خسارت مالی شود ضامن است». قابل ذکر است که این ماده دارای قلمرویی گسترده است. زیرا هم اتلاف و هم تسبیب را شامل می شود. راه حل بهتر آن است که به طور کلی مسئولیت پزشک را مبتنی بر تقصیر مفروض بدانیم، یعنی پزشک را در صورت ایراد خسارت ناشی

با اثبات تقصیر، وی مسئول و مکلف به جبران خسارت خواهد بود.

خوشبختانه قانون جدید مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۰ که هنوز لازم الاجرا نشده است از قاعده پیشین عدول کرده و مبنای تقصیر را در مسئولیت پزشک پذیرفته است، لیکن به نظر می رسد که مبنای مسئولیت در این قانون، تقصیر مفروض است، نه تقصیر اثبات شده. بدین معنی که قانون، پزشک را مسئول فرض می کند، مگر این که عدم تقصیر او به اثبات برسد. تحصیل برائت از ضمان نیز در قانون جدید پیش بینی شده است که فایده آن، جابجایی بار دلیل است.

پذیرش نظریه تقصیر در زمینه مسئولیت پزشکان مبتنی بر این فکر است که اصولاً تعهد پزشک تعهد به وسیله است نه تعهد به نتیجه. یعنی پزشک به موجب قرارداد یا قانون متعهد است بیمار را با رعایت موازین پزشکی مداوا کند و کوشش و مهارت خود را برای درمان او بکار بندد. لیکن درمان قطعی و شفا دادن بیمار در اختیار او و مورد تعهد او

یکی از مسائل مهم مورد بحث در حقوق امروز، مسئولیت مدنی پزشک است که قانون مدنی و قانون مسئولیت مدنی مصوب سال ۱۳۳۹ نسبت به آن ساکت است، ولی در قانون مجازات اسلامی مقرراتی به آن اختصاص یافته است. در حقوق تطبیقی مسئولیت مدنی پزشک اصولاً مبتنی بر نظریه تقصیر است. یعنی پزشک هنگامی مسئول و مکلف به جبران خسارت وارده به بیمار شناخته می شود که تقصیر او به اثبات رسیده باشد. این راه حل علاوه بر هماهنگی با قواعد عمومی مسئولیت مدنی، با مصلحت بیمار و جامعه قابل توجیه است. با وجود این، در قانون مجازات اسلامی ۱۳۷۵ ظاهراً مسئولیت محض یا بدون تقصیر پزشک، به پیروی از قول گروهی از فقهای امامیه پذیرفته شده که قابل انتقاد می نماید، هرچند که قاعده یاد شده با پذیرش شرط برائت از ضمان (شرط عدم مسئولیت) تعدیل شده است. البته تحصیل برائت از ضمان، پزشک را از مسئولیت به طور کامل معاف نمی کند، زیرا در این فرض نیز

معرفی بخش صبا



است و مراقبت های پرستاری طبق استاندارد های موجود ارائه می گردد.

جهت رفاه حال همراهان بیمار علاوه بر خدمات مهمانداری، سایر امکانات رفاهی برای بیمار و همراه نیز فراهم است. متوسط اقامت بیماران در این بخش با توجه به ارائه خدمات پرستاری با بالاترین میزان کیفیت ۱/۶ روز می باشد.

ریاست بخش صبا آقای دکتر اسماعیل عظیمی شهبازی، مسئول بخش خانم شهناز میری و منشی بخش خانم مارال بدرخانی می باشند. ما در این بخش با توکل به خدا و استفاده از پرسنل متعهد و آموزش دیده برآنیم که از درد و رنج بیماران بکاهیم و تلاش می کنیم که در مدت اقامتشان در این بخش جز بیماریشان نگرانی و دلوپسی دیگری نداشته باشند.

مقررات بخش صبا متناسب با تمامی آئین نامه های بیمارستانی به این گونه تدوین شده است:

۱- ساعات ملاقات ۱۴-۱۶ بعداز ظهر، در صورت هماهنگی با بخش و نیاز و شرایط بیمار می توان به صورت محدود در غیر این

بخش صبا واقع در طبقه پنجم ضلع شمال شرقی بیمارستان محب حضرت فاطمه(س) واقع است. این بخش به صورت اختصاصی مربوط به بیماران ارولوژی مردان و زنان است و شامل ۱۸ تخت بستری که دو اتاق، خصوصی و ایزوله و بقیه اتاق ها دو تخته هستند. تمامی اتاق ها دارای تخت های اتوماتیک سرویس بهداشتی فرنگی و امکانات مربوط به احضار پرستار، تلفن شخصی و نور پردازی روز و شب متناسب با استراحت بیمار و همچنین متناسب با کار پرسنل پرستاری می باشد. در این بخش به طور میانگین روزانه ۶ تا ۷ مورد عمل جراحی ارولوژی از قبیل : TURP - BPH - TUL - TURBT - PCNL - واریکوسلکتومی - هیدروسل و ... انجام می شود و میانگین ماهیانه تعداد اعمال جراحی در این بخش حدود ۲۰۰ عمل جراحی می باشد. این بخش دارای تجهیزات مطلوب پزشکی از قبیل : تخت های اتوماتیک ، ترالی احیا ، دستگاه ECG ، پالس اکسیمتری ، تشک مواج ، مانیتور پرتابل ، وکیوم و اکسیژن سانترال و اتاق ایزوله با فشار منفی جهت بیماران خاص نیازمند ایزوله تنفسی و تماسی

آسیب دیده انتخاب نموده اند که تعداد ۲۷ بیمار در این بخش بستری و مورد درمان قرار گرفته اند.

امید که هرگز شاهد چنین رخداد های ناگواری برای هموطنان عزیزمان نباشیم. جهت دریافت بازخوردها از تمامی مشتریان و افزایش رضایتمندی بیماران واحد صدای شما آماده شنیدن پیام های بیماران و همراهان محترم می باشد. (شماره تماس ۴۲۷۰۲۱۴۱)

اسامی پزشکان ارولوژیست بخش صبا:

- ۱-دکتر اسماعیل عظیمی شهرابی
- ۲-دکتر پرهام حلیمی اصل
- ۳-دکتر امیر مدیر
- ۴-دکتر شهرام عرفانیان دانشور
- ۵-دکتر مرتضی حمیدی
- ۶-دکتر امیر ایجادی
- ۷-دکتر محمد رضا جعفری
- ۸-دکتر علیرضا وزیر نیا
- ۹-دکتر موسی اسدی
- ۱۰-دکتر فرشاد نامداری
- ۱۱-دکتر حسن نیرومند
- ۱۲-دکتر اصغر فلاح نژاد

ساعات ترتیب ملاقات بسیار کوتاه فراهم گردد.

۲- ترخیص بیمار از ساعت ۱۰ صبح پس از تائید بیمه بیمار انجام می گردد.

۳- از ورود کودکان به غیر از موارد خاص جلوگیری بعمل می آید.

۴- خروج بیمار بدون همراه و هماهنگی با بخش به دلیل به خطر افتادن سلامت بیمار ممنوع است.

۵- کشیدن سیگار و داشتن بیش از یک همراه در بخش ممنوع است .

۶- پرونده بیمار جزو اسناد بیمارستان محسوب شده و به جز آزمایشات و موارد پاراکلینیکی و خلاصه پرونده چیزی به بیمار تحویل نمی گردد.

۷- صبحانه ساعت ۶:۰۰، ناهار ساعت ۱۲:۳۰ و شام ساعت ۱۸:۰۰ سرو می گردد.

در مهر ماه سال جاری با توجه به ضایعه اسف باری که برای هموطنان عزیزمان در مکه و حین انجام مناسک حج اتفاق افتاد، ریاست و مدیریت بیمارستان محب حضرت فاطمه(س) با عنایت به پرسنل متعهد و دلسوز و کارآمد بخش صبا و همچنین وجود تجهیزات و تاسیسات مناسب، این بخش را جهت میزبانی و ادامه درمان هموطنان عزیز



برخی از آموزش های مدرسه کمر درد

- در حین ایستادن و راه رفتن، ستون فقرات خود را مستقیم نگه دارید و به گردن حالت افتاده یا به جلو آمده، ندهید.
- وقتی می ایستید، شانه ها را بیش از حد به جلو یا عقب نبرید بلکه شانه ها باید در وضعیت ما بین جلو و عقب قرار بگیرند و عضلات آن کاملاً شل باشند.
- برای برداشتن اجسام (حتی بسیار سبک) از روی زمین، با زانوهای خم و کمر صاف، این کار را انجام دهید و از دولا شدن جدا خودداری کنید. نکته: اجسام سنگین را هرگز به تنهایی جابجا نکنید.
- هنگام حمل اشیاء، ستون فقرات خود را کاملاً در وضعیت صاف نگه دارید و جسم مورد نظر را تا حد ممکن به بدن خود نزدیک کنید.
- تشک مناسب برای خوابیدن، تشکی است که دارای یک سطح نرم روی یک سطح سخت باشد و هنگامی که آنرا با دست فشار می دهید تنها یک سانتی متر فرو رفتگی ایجاد کند (هرگز مستقیماً روی زمین نخوابید) در هر صورت، استفاده از تشک های استاندارد توصیه می شود. ضمناً خوابیدن روی تشک های بادی و ففنی در طولانی مدت منجر به بد شکلی های بدنی می شود.

چند حرکت جهت تقویت عضلات شکم و کمر



- از صندلی استاندارد استفاده نمایید. اگر صندلی شما استاندارد نیست، بهتر است با گذاشتن بالش مناسب در ناحیه پشت، آنرا تا حدودی اصلاح کنید.
- در حالت نشسته قوس کمر باید توسط تکیه گاه حفظ شود. (هرگز بدون تکیه گاه و در حالت قوز کرده ننشینید) بهتر است تکیه گاه صندلی نسبت به نشیمن گاه تقریباً ۱۵ درجه شیب داشته باشد.
- باسن باید کاملاً به تکیه گاه نزدیک باشد. هرگز در وضعیت لم داده قرار نگیرید. اگر وضعیت نشستن با هر دو پای کاملاً کشیده را به مدت طولانی حفظ کنید، ممکن است منجر به تشدید دردهای سیاتیک گردد.
- از نشستن طولانی مدت در هر وضعیتی پرهیز کنید. لازم است بین ساعت هایی که مجبورید بنشینید، وضعیت خود را هر نیم ساعت یک بار تغییر دهید، بایستید و یا چند قدم راه بروید.
- در مواقعی که مجبورید رانندگی طولانی مدت داشته باشید، بهتر است با فواصل منظم توقف کنید و از اتومبیل خارج شده چند قدم راه بروید.
- در وضعیت ایستاده حتماً عضلات شکم را در حالت انقباض نگه دارید و اجازه ندهید قوس کمر زیاد شود. (به عبارتی شکم خود را سفت کنید)

خلاصه کتاب ۷ عادت مردمان موثر (بخش دوم)

عادت ۱ : عامل باشید.

اساسی ترین عادت، عامل بودن است. عامل بودن یعنی مسئولیت خود را به عهده گرفتن، ملامت نکردن اوضاع و شرایط و یا اشخاص، یا این بهانه که رفتار شما حاصل شرطی شدن شماست. نقطه مقابل عامل بودن، واکنشی بودن است. مردمان موثر عاملند. یعنی مسئولند و رفتارشان حاصل تصمیم و انتخاب آگاهانه خودشان است.

نظریه های مختلف جبرگرایی، رفتار و خصوصیات ما را در ۳ جنبه ژنتیکی، روانی و محیطی تحلیل می کنند و قائل به اختیار و انتخاب آگاهانه نیستند. معتقدان به چنین نظریه هایی، افرادی واکنشی هستند و همواره دیگران یا خود و یا شرایط را ملامت می کنند. حال آنکه افراد عامل، فقط ارزش ها و اصولی را انتخاب می کنند که خودشان دروناً بتوانند صحت و اعتبار آن را تشخیص داده و تأیید کنند. یکی از بهترین راه های تشخیص عامل بودن خود، این است که ببینیم وقت و انرژی خود را صرف چه چیزهایی می کنیم. می توانیم

حلقه نگرانی خود را از حلقه چیزهایی که درباره آنها نگرانی بخصوصی نداریم جدا کنیم. با نگرستن به امور درون حلقه نگرانی خود را در می یابیم که چه چیزهایی بیرون از اختیارمان قرار دارند و در مورد کدام چیزها می توانیم کاری انجام دهیم. دسته اخیر در دایره کوچکتري به نام حلقه نفوذ قرار می گیرند. با تمرکز بر این حلقه می توان آن را گسترش داد تا جایی که حتی بزرگتر از حلقه نگرانی شود. بدین ترتیب است که همواره به نگرانی ها پاسخ مناسب خواهیم داد.

عادت ۲ : ذهناً از پایان آغاز کنید.

مفهوم ذهنی این عادت این است که به روشنی مقصد و هدفان را بشناسید، تا بدانید که به کجا می خواهید برسید. تا آنچه سرانجام می خواهید بدان برسید، روز به روز هدایتتان کند. به یاد داشته باشید که همیشه ۲ آفرینش وجود دارد، هر آفرینش مادی یک آفرینش ذهنی در پشت خود دارد. شعار رسالت شخصی خود را در دل و ذهن

خویش حک کنید و از طریق تخیلتان خود را به توانایی خویش وصل کنید. اگر بیاموزید با وضوح و روشنی، آینده مورد نظر خود را مجسم کنید، بنیادی ترین اصول زندگیتان را کشف کرده اید. چنین کشفی شعار رسالت شخصی شماست و باید آن را بنویسید. این عادت را می توان عادت رهبری خواند. رهبری متفاوت از مدیریت است و با این مسئله سروکار دارد که چه اموری را می خواهیم به انجام رسانیم. در حالی که مدیریت به این می اندیشد که چگونه می توان امور معینی را به بهترین وجه به انجام رسانیم. رهبران با کسب و درونی کردن این عادت در خود، همواره از منظری بالاتر به پیشرفت ظاهری امور می نگرند و آن را با مقصدی که در نظر داشته اند می سنجند تا به مسیری اشتباه نیفتند. نوشتن شعار رسالت امری زمان بر است و نباید برای آن عجله کرد. باید فرصت کافی داد تا همه کسانی که به نحوی درگیر آن هستند در آن مشارکت داشته باشند. چرا که راز تعهد، مشارکت راستین همه افراد است و نوشتن

شعار رسالتی که افراد به آن پایبند نباشند کاری عبث است. چنانچه بتوانید اختیار زندگی خود را در دست بگیرید احساس امنیت درونی خواهید کرد و این باعث ایجاد «ذهنیت فراوانی» در شما می شود. به این ترتیب قابلیت تولید خود را بالا برده اید. در مقابل کسانی که منشأ احساس امنیت آنها دیگرانند، دارای ذهنیت کمبودند. با احساس وجود یک کانون تغییر ناپذیر درونی است که می توانیم با آسودگی و اطمینان به استقبال تغییرات و تحولات برویم چهار عامل امنیت، هدایت، حکمت و قدرت کاملاً به یکدیگر وابسته و دارای اتکای متقابلند. امنیت و هدایت روشن، حکمت می آورند و این حکمت مانند جرعه ای قدرت را نمایان می سازد و جهت می بخشد. با جمع شدن و هماهنگ بودن این چهار عامل نیروی عظیم شخصیتی اصیل، متوازن و فردی صاحب تمامیتی منسجم آفریده می شود.

نقش مددکاران اجتماعی در مدیریت بحران های طبیعی

این منشور به عنوان فرایند محور فعالیت ها، به ۴ مرحله پیش از فاجعه، زمان فاجعه، روز های نخست فاجعه و هفته های اول فاجعه تقسیم می شود و سرانجام منجر به جلب مشارکت واقعی بازماندگان برای بازسازی منطقه می شود.

مرحله پیش از فاجعه

برنامه های پیش از فاجعه، به مراتب ثمر بخش تر از برنامه های پس از فاجعه است. آموزش مددکاران اجتماعی برای آمادگی کار در شرایط بحران.

پیش بینی های ضروری
پیش گیری های ممکن

آموزش کاهش آسیب پذیری شامل :

الف . پیش گیری از ضایعات نابجای پس از حادثه .
ب . بسیج همگانی برای مقابله با عوامل بحران ساز فیزیکی و رفتاری

زمان فاجعه

اقدامی اجتماعی برای برپایی سریع ستاد های خدماتی به منظور اسکان اضطراری و موقت کودکان، زنان، سالمندان و معلولان در منطقه.



وساکنان آن مناطق به حالت مطلوب و نزدیک به گذشته ویا بهتر از آن باز گردانند به گونه ای که زندگی آنان به روال عادی خود باز گردد.

پیش نویس منشور مددکاری اجتماعی برای فاجعه های غیر مترقبه

منشور مددکاری اجتماعی در فاجعه های غیر مترقبه نشان می دهد که چه اقدام هایی، در چه مراحل و از طرف چه نیرو هایی باید صورت پذیرد تا هدف تعیین شده تحقق یابد.

مددکاران اجتماعی در کاستن آثار و شواهد آسیب ها و التیام دردها و زخم های آسیب دیدگان و بازماندگان از بحران نقش مهمی را ایفا می کنند . بخشی از خدمات مربوط به آثار روانی یا شوک و عواقب سوگ در افراد است ،مددکار بعد از بروز بلایای طبیعی می تواند نقش موثر و فعالی داشته باشند. آنان فقط به درمان روانی افراد نمی پردازند بلکه نوعی تسهیل گر دستیابی بازماندگان به امکانات روان درمانی و روانپزشکی خواهند بود.

وظیفه دیگری که مددکاران ایفا می کنند مربوط به ترمیم عوارض جسمانی بازماندگان مانند ارجاعات به مراکز درمانی و خدماتی ،همچنین ثبت و ضبط مدارک ،گزارش نویسی ،پیگیری روند کار،کمک به ترمیم مسائل اقتصادی و اجتماعی بازماندگان است که می تواند با کمک سازمانها و ارگانهای ذی ربط و بانظارت و پیگیری مددکار به ترمیم آنچه ازدست رفته تلاش کرد. پیگیری گمشدگان ناشی از سیل و زلزله و... وجستجو برای یافتن افراد گمشده ای که هنوز امیدی برای یافتن آنان وجود دارد از دیگر خدماتی است که مددکاران انجام می دهند. بخش عمده فعالیت های مددکاری اجتماعی در هماهنگی لازم برای جبران خسارت و مشکلات اجتماعی و اقتصادی پس از فرو کش کردن بحران های روانی و آسیب های اجتماعی است ،مددکاران باید شرایط زیست را برای بازماندگان حوادث

است که بازماندگان فاجعه، افراد درمانده ای نیستند بلکه دارای نیروی فراوانی هستند و حس یاری آنان به شدت افزایش یافته است مردان به نوعی و زنان به گونه ای دیگر که ثمر بخش است، می توانند امدادگران را یاری رسانند تا تصمیم های منطقی تری بگیرند و خود در فعالیت های روزانه خویش مشارکت کنند.

هفته های اول فاجعه

- بازنگری برنامه ها و اصلاح موردی آنان.
- ارائه یافته ها و نحوه همکاری با مسئولان محلی.
- زمینه کار و تلاش مجدد و پیشگیری از وابستگی مردم.
- شناسایی دقیق تر افراد نیازمند و بی سرپرست و تشکیل هسته های خویشاوندی.
- رشد و توسعه محلی و زمینه های بازسازی منطقه با مشارکت سازمان های محلی.

توانبخشی افراد و بازسازی منطقه

پس از گذر از این مراحل، تعدادی از مددکاران اجتماعی مجرب در منطقه، به کار خود ادامه می دهند تا در کنار روانشناسان و مشاوران متخصص، در قالب کار تیمی، بازتوانی اختلال های ناشی از پس ضربه های حادثه را سامان بخشند. علاوه بر این، تاکید بر مشارکت واقعی مردم، مشارکت در تفکر، برنامه ریزی، تصمیم گیری و اجرا برای بازسازی خانه های خود، از ظرفیت خاصی برخوردار است...



مطالعه سریع نیازمندی های اولیه.

آمارگیری اقوام و خویشاوندان کودکان بازمانده، استقرار کودکان در منطقه و احتراز از تغییر مکان عجولانه آنان. ایجاد پل ارتباطی بین بازماندگان و مجروحان ساکن در مراکز مختلف درمانی.

روز های نخست فاجعه

- پیگیری اقدامات مراحل قبلی.
- ارزیابی اسکان های اضطراری موقت به منظور اسکان مناسب تر.
- تاکید بر اسکان موقت به صورت خانواده های تک جنسی به جز خانواده های بی تلفات، خانواده های دارای پدر یا مادر و فرزندان این نظام خانواده تک جنسی در گروه های سنی مختلف شکل می گیرد تا هم شبه خانواده ای تداعی و هم از احتمال بروز رفتار های انحرافی جلوگیری شود.
- در روز های بعد می توان بازماندگان خویشاوند را در اسکان مناسب تر یاری رساند.

- بهره گیری از انرژی های خاص افراد بازمانده، به جای دلسوزی های محض و به سوگ نشستن های طولانی که نتیجه نهایی و کارکرد پنهان این بهره گیری، همانا پیشگیری از بروز خشم بازماندگان و تقویت مشارکت واقعی آنان به منظور بازسازی منطقه در مراحل بعدی است. تجارب زلزله های پیشین و مشاهده رفتار بازماندگان، گویای این واقعیت



طرح تحول نظام سلامت از نگاهی دیگر



نداشتند انجام می گیرد و این به معنای تحمیل بار اضافی خدمات به پرسنل درمانی است در نتیجه، افزایش انتظارات مردم در دریافت خدمات ارزان و توقع جامعه پزشکی را در جبران خدمات در پی دارد.

مشکل دیگر اولویت دادن درمان به پیشگیری و بهداشت است در حالی که، پیشرفت حقیقی در سلامت جامعه، مبتنی بر مراقبت های پیشگیرانه و رعایت بهداشت می باشد.

بعد نظارت نیز به دلیل حساسیت زیاد نیازمند توجه و دقت نظر بیشتری است. ولی در حال حاضر توسط وزارت متولی طرح و گاه کارشناسان خارج از گود تخصصی انجام می گیرد. سخن آخر اینکه ای کاش اولویت خالص منابع بر اساس بخش های بهداشت و پیشگیری که دارای حداکثر بازدهی است، صورت می گرفت و از آزمون و خطا در تزریق منابع پرهیز می شد ولی در حال حاضر باعث سوق بیماران سرپایی به بستری شده است و بستری های طولانی مدت و غیرضروری را ایجاد کرده است.

نیست نمی توان در بخش دولتی از بیمه های تکمیلی استفاده کرد.

از مشکلات ساختاری نظام سلامت که بگذریم و وارد اجرای طرح تحول شویم، به دستاوردهایی همچون کاهش پرداختی و سرگردانی بیماران در تأمین تجهیزات و داروهای مصرفی، کاهش میزان شاخص هزینه های کمرشکن، دسترسی ساکنان مناطق محروم به خدمات برمی خوریم که با افزایش سهم درمان از درآمد ناخالص داخلی امکان پذیر شده است. اولین زنگ خطر اینجا به صدا در می آید!! اعتبار لازم برای ادامه طرح چگونه تأمین می شود. به نقل از عضو کمیسیون بهداشت و درمان مجلس: بدهی دولت به صندوق های بیمه گر اهداف طرح تحول سلامت را باخطر روبه رو می کند. در واقع محافظت مالی مردم در قبال هزینه های سلامت با افزایش هزینه های دولت و چالش تأمین زیرساخت های مالی همراه بوده است. با اجرای طرح مذکور، ارائه خدمات به تعداد بسیار زیادی از بیماران که قبلاً به دلیل بالابودن هزینه ها توان درمان

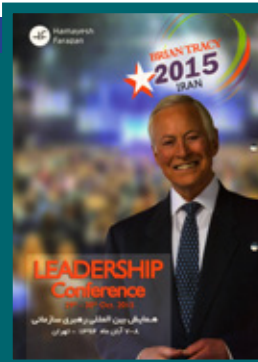
طرح تحول در نظام سلامت نماد اولین برنامه موفق است که توانسته است سهم پرداختی بیماران از هزینه درمان را بعد از گذشت سالها، به ۱۰ درصد کاهش دهد و بیمارستان ها و پزشکان را ملزم به تأمین خدمات سلامت با شرایطی خاص و با هدف دسترسی بهتر و بیشتر نماید! ولی آیا می توان طرح تحول سلامت را با این معیارها، موفق تلقی کرد؟ شواهد نشان می دهد سیستم سلامت ایران از نظر ساختاری خالی از اشکال نیست و مشکلات ساختاری را نمی توان با تزریق پول حل کرد. از جمله وجود بیمه های متعدد که توسط وزارت خانه های مختلف تأمین می شوند و برخی از آنها، بیمه هایی با پوشش گسترده خدماتی هستند و برخی دیگر کمترین امکانات را برای بیمه شدگان فراهم می کنند این درحالیست که همگی از بخش دولتی و از محل بودجه دولت تأمین می شوند. عدالت حکم می کند این هزینه ها به بخش سلامت و صنعت بیمه بازگردد تا همه مردم بطور یکسان از آن بهره مند گردند. از طرفی چون متولی بیمه های تکمیلی وزارت بهداشت

اخبار کوثر

سارا حجازی (مسئول روابط عمومی و سایت)

• برگزاری همایش بین المللی رهبری سازمانی با حضور برایان تریسی

همایش بین المللی رهبری سازمانی با حضور برایان تریسی، سخنران مطرح جهانی و مولف صد ها کتاب در زمینه های مدیریتی و رهبری سازمانی در روزهای ۷ و ۸ آبان ماه در سالن همایش های صدا و سیما برگزار شد. در این همایش موضوعاتی همچون کلمات کلیدی رهبری، ساخت تیم، مهارت تصمیم گیری، راه های بهبود عملکرد سازمانی و... مطرح گردید. یادآوری می شود در این همایش برخی از مدیران بیمارستان های تحت پوشش موسسه غیر انتفاعی محب، از جمله مدیران و کارشناسان بیمارستان محب حضرت فاطمه (س) حضور داشتند.



• کلاس آموزشی تربیت سازنده

در روز دوشنبه ۲۷ مهرماه ۱۳۹۴ کلاس آموزشی تربیت سازنده با حضور جناب آقای دکتر «شاهین فرد» متخصص بیماری های اعصاب و روان و درمان اختلالات رفتاری کودکان و نوجوانان برگزار گردید. در این کلاس در مورد اختلالات رفتاری کودک، تنبیه و تشویق و تأثیر آن در تربیت، رشد عاطفی کودکان و... صحبت شد. همچنین در انتهای جلسه به سولات حضار جلسه پاسخ داده شد.

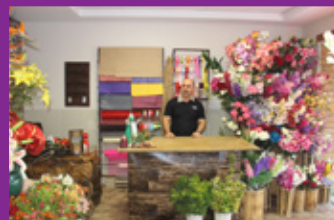


• بازدید هیأت کره ای از بیمارستان



• دوره آموزش درباره کرونا توسط وزارت بهداشت

در روز دوشنبه ۱۳ مهرماه ۱۳۹۴ دوره آموزشی ویروس کرونا توسط دکتر «رضایی» پزشک معاونت درمان برای تمامی پرسنل بالینی، پرستاری و اداری-پشتیبانی برگزار شد و در این جلسه آموزشی درباره پیشگیری و علائم این ویروس توضیحاتی ارائه شد که در انتها حضار سولات خود را پرسیدند و ابهامات آنان برطرف گردید.



• افتتاح گل فروشی بیمارستان

گل فروشی بیمارستان در حیاط ساختمان کوثر افتتاح گردید.



دوستان گرامی

از اینکه همراه شمائیم به خود می بالیم و افتخار می کنیم
که مورد وثوق شما باشیم.

خواهشمندیم ما را در پیمودن این راه تنها نگذارید.
صمیمانه منتظر نظرات و مطالب خواندنی شما هستیم.

تلفن داخلی: ۲۳۹

تلفن همراه: ۰۹۳۶۳۷۷۳۸۰۰

پست الکترونیکی: s.adiban1972@yahoo.com

