



**صفر تا صد پرچالش‌ترین و پر حاشیه‌ترین آزمون تخصصی کشور**

# هزینه‌های گزاف یک تصمیم؛ تشویق پزشکان جوان به مهاجرت

آسیه فرور دین

خبرنگار

**کاهش ظرفیت پذیرش آزمون دستیاری تخصصی در بسیاری رشته‌ها، اعتراض شدید متقاضیان به‌ویژه پزشکان جوان را طی چند ماه گذشته در قالب نامه‌نگاری، تجمع و انتقادات صنفی به سیاست‌های آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به دنبال داشته است. علاوه بر این، تبعات منفی ناشی از کمبود پزشک متخصص و نارضایتی مردم از کمیت و کیفیت خدمات پزشکی، از دیگر تبعات منفی این**



علی‌رغم تأکید سیدابراهیم رئیسی، رئیس جمهوری در آذرماه سال گذشته، درخصوص استفاده از دانشجویان جوان و مستعد در مقطع تخصص برای تربیت و جذب پزشکان متخصص، ظرفیت پذیرش آزمون دستیاری امسال، کاملاً بیابنگر خلاف این دیدگاه و عدم هماهنگی وزارت بهداشت و معاونت آموزشی این وزارتخانه با رئیس جمهوری بود. همین امر موجب شد اواسط شهریور امسال

اعتراضات گسترده، مکاتبات اعتراضی متعدد و تجمعات داوطلبان در اعتراض به کاهش ظرفیت پذیرش آزمون دستیاری پزشکی، منجر به برگزاری نشست برخی نمایندگان در اوایل شهریورماه باهم‌عین‌اللهی، وزیر بهداشت،درمان و آموزش پزشکی و تشکیل کمیته‌ای مشترک شد تا مادل مشخصی برای افزایش ظرفیت آزمون دستیاری پزشکی، تهیه و پیش از اعلام اسامی پذیرفته‌شدگان ارائه شود. این کمیته متشکل از دو نفر از اعضای کمیسیون اصل ۹۰ مجلس و کارشناسان، دو نفر از

ارسال نامه سرگشاده به رئیس جمهوری درحالی صورت گرفت که پیش‌ازاین، داوطلبان معترض طی نامه‌ای به وزیر بهداشت و نیز رئیس کمیسیون بهداشت مجلس، درخواست لغو کاهش ظرفیت پذیرش دستیاری و شفاف‌سازی در نحوه پذیرش را مطرح کردند. پزشکان جوان و ناراضی از تصمیم وزارت بهداشت، طی ماه‌های گذشته با محمد

بهروز محبی نجم‌آبادی، عضو کمیسیون برنامه‌بودجه و محاسبات مجلس درباره کاهش ظرفیت پذیرش دست‌سپاری پزشکی اعلام کرد این تصمیم درست نبوده و وزارت بهداشت باید دلایل این اقدام را بیان کند. به گفته وی تقاضای زیادی برای تحصیل در رشته پزشکی در خارج از کشور وجود دارد و بسیاری از پزشکان پس از اتمام تحصیلات وارد کشور می‌شوند، بنابراین با توجه به تقاضای آموزش در داخل، کاهش ظرفیت درست نیست. این نماینده مجلس درباره

بهبروز محبی نجم‌آبادی، عضو کمیسیون برنامه‌بودجه و محاسبات مجلس درباره کاهش ظرفیت پذیرش دست‌سپاری پزشکی اعلام کرد این تصمیم درست نبوده و وزارت بهداشت باید دلایل این اقدام را بیان کند. به گفته وی تقاضای زیادی برای تحصیل در رشته پزشکی در خارج از کشور وجود دارد و بسیاری از پزشکان پس از اتمام تحصیلات وارد کشور می‌شوند، بنابراین با توجه به تقاضای آموزش در داخل، کاهش ظرفیت درست نیست. این نماینده مجلس درباره

تصمیم نسنجیده به شمار می‌رود.

|||

**آغاز ماجرا: کاهش ۷ درصدی پذیرش**

چهل ونهمین آزمون دستیاری پزشکی که از آن به‌عنوان «آزمون تخصص» و مهم‌ترین آزمون علوم پزشکی نام برده می‌شود، با حضور ۱۱ هزار و ۸۴۷ نفر در اردیبهشت‌ماه امسال برگزار شد اما کاهش ظرفیت پذیرش نسبت به چهل‌وهشتمین آزمون، با واکنش‌ها و انتقادهای گسترده‌ای مواجه شد که بعد از گذشت چندین ماه همچنان تداوم‌یافته است. سال گذشته، ظرفیت

## اعتراض و هشدار داوطلبان: الوعه، وفا

جمعی از پزشکان جوان و داوطلب دستیاری تخصصی پزشکی با نامه‌ای به رئیس جمهوری، از سه ظلم سیستم بهداشت و درمان کشور انتقاد کنند؛ محدودیت شرکت در آزمون تخصص، محدودیت ظرفیت رشته‌های مهم آزمون تخصص و محدودیت ورود به بازار کار پزشکی. این داوطلبان معترض خطاب به رئیس جمهوری اعلام کردند انتظار این است که: «به شعار دولت صادق الوعد

## تجمع و انتقاد معترضان: از دولت به مجلس

مخبر معاون اول رئیس جمهوری، انسیه خزعلی معاون رئیس جمهوری و برخی نمایندگان مجلس مانند شجاعی، پژمانفر، نادری و خضریان و نیز تعدادی از اعضای شورای عالی انقلاب فرهنگی مکاتبه کردند اما نتیجه مطلوبی حاصل نشد. در همین زمینه، اواسط شهریور امسال، چندین تجمع از سوی تعدادی از دستیاران پزشکی در اعتراض به آزمون

گروهیانه تخصص در مقابل وزارت بهداشت برگزار شد. دستیاران پزشکی به‌رورد برگزاری آزمون گواهینامه تخصص، امتحان غیراستاندارد گواهینامه، سسولات مبهم و نظایر آن معترض بودند و این وضعیت را اجحاف به خود، بازماندن از خدمت در مناطق محروم، خیانت بزرگ و عاملی برای ناامیدی به آینده و مهاجرت به خارج از مرزها دانستند.

## اقدام غیرقانونی وزارت بهداشت

ماه‌های گذشته تاکنون، موجب اعتراض برخی از نمایندگان مجلس به تصمیم وزارت بهداشت به‌عنوان متولی اصلی این ماجرا شده است. مجتبی توانگر، عضو کمیسیون اقتصادی مجلس یکی از نمایندگانی است که اواخر تیرماه، در دو نامه جداگانه به روسای قوه مجریه

## تعارض منافع، انحصار و خیانت

ذی نفع بودن پزشکان در این تصمیم با موضع محتاطانه‌ای عنوان کرد که وی وزارت بهداشت و پزشکان را در این زمینه متهم نمی‌کند اما درعین حال این موضوع از سوی مردم قابل پذیرش نیست. عبدالعلی رحیمی مظفری، عضوهیات رئیسه کمیسیون انرژی مجلس نیز مرداد امسال، با صراحت بیشتر و انتقاد شدید نسبت به تصمیم وزارت بهداشت، مخالفت با افزایش ظرفیت در رشته‌های پزشکی را «خیانت به مردم» دانست و اعلام کرد درصورت افزایش نیافتن

## پیامدهای یک اعتراض

معاونت آموزشی وزارت بهداشت (که یکی از آنها معاون آموزشی وزیر بهداشت است) و نیز کارشناسان آن وزارتخانه‌است. آن‌گونه که نصرالله پژمانفر، رئیس کمیسیون اصل نوداعلام کرده، مقرر شد علاوه بر افزایش ظرفیتی که قبلاً برای پذیرفته‌شدگان این آزمون دستیاری پزشکی لحاظ شده، این ظرفیت، در سال جاری و آینده، ۵۰۰ نفر دیگر افزایش می‌یابد. البته این افزایش ظرفیت، ویژه شرکت کنندگان بومی هر استان است که در دانشگاه‌های منطقه خود پذیرش می‌شوند. در همین رابطه، معاون

## دوروی سکه

است. نارضایتی از کمبود پزشک و کیفیت خدمات به‌خاطر نبود فضای رقابتی، سفرهای اجباری به شهرهای بزرگ با هزینه‌های گزاف، افزایش هزینه خدمات توسط پزشکان انحصاری، صف طولانی دریافت خدمت، محرومیت بسیاری مناطق از پزشک متخصص به‌خاطر کاهش ظرفیت و توزیع ناعادلانه آن، تعداد کم پزشکان متخصص زن و بحران خدمت‌رسانی به بیماران ناشی از رویدادهای غیرمنتظره مانند کرونا یا به‌دلیل گسترش سالمندمحوری در سال‌های آینده، تنها بخشی از نتایج سیاست‌های

# جامعه

چهارشنبه ۴ آبان ۱۴۰۱ شماره ۳۷۱۷



**صاحب‌امتیاز:** دانشگاه آزاد اسلامی- **مدیرمسئول:** محمدامین ایمانجانی- **سرمدیر:** سعود فروغی **تلفن وفکس:** ۲۶۹۹۴۴۵ (۰۲۱) **کدپستی:** ۱۱۴۵۲۳۳۸۱۶ **چاپ:** چاپخانه دانشگاه آزاد اسلامی

**نشانی:** خیابان حافظ، پایین‌تر از جمهوری، روه‌روی ساختمان بورس، ساختمان فریختگان، طبقه سوم

### گزارش

## چرا آنفلوآنزا اپیدمی شد؟

ترویج سبک زندگی سالم و پیشگیری از بیماری، یک اصل اساسی در سیاست‌های کلان ارتقای سلامت عمومی است. حتما عبارت معروف «پیشگیری بهتر از درمان است» بارها به گوش تان خورده است.

پیشگیری بهتر از درمان است مگر در مواردی که هزینه آن را پرداخت کنید. این جمله را به فیلسوف هلندی «دسیدریوس اراسموس» که در قرن ۱۵ میلادی می‌زیسته، نسبت داده‌اند. این جمله اکنون یک اصل اساسی در مراقبت‌های بهداشتی مدرن و امری ذاتی در استراتژی‌های مراقبت‌های بهداشتی و اجتماعی در سراسر دنیاست. طرح‌هایی مانند پزشک خانواده که پیش‌تر در همین صفحه درباره اهمیت‌شان نوشتیم نیز درواقع بیش از آنکه بر پوشش خدمات درمانی جامعه متمرکز باشند، حائز یک رویکرد پیشگیرانه به‌سلامت افراد هستند، رویکردی که پیش از واکامت هر بیماری و عارضه‌ای آنها را شناسایی و کشف کرده و نسبت به‌سلامت خانوار برخوردی فعالانه و مسئولانه داشته باشد. کنترل اپیدمی‌ها نیز نه‌تنها از این قاعده مستثنی نیست، بلکه اساسا کنترل اپیدمی برخاسته از نگاه و رویکردی پیشگیرانه است. اپیدمیولوژیست‌ها قبل از آنکه ویروسی به‌طرز غیرقابل کنترل در جامعه شیوع پیدا کند، ساختار آن را شناسایی می‌کنند، طریقه و محل انتشار ویروس را معرفی می‌کنند، لزوم رعایت پروتکل‌های بهداشتی و قرنطینه‌ها را تشخیص می‌دهند و واکسیناسیون عمومی را هم برای جلوگیری از بحران سلامت جامعه توصیه می‌کنند؛ سناریویی که اهمیتش را جز به‌جزء در پاندمی کرونا شاهد بودیم. سوال این است که آیا این تجربه برای اصلاح رویکرد نظام سلامت در مواجهه با بحران‌ها و اپیدمی‌ها کافی بوده یا در موج اخیر آنفلوآنزا نیز نباست چرخ مقابله با اپیدمی را از اول اختراع کنیم؟

**پیشگیری همچنان بهتر از درمان است**

پیشگیری درواقع مقابله با علل بالادستی بیماری است و هیچ نکته جدید دیگری در مورد مفهوم پیشگیری بهتر از درمان وجود ندارد. در یکی از مقالات کالج سلطنتی پرستاری درمورد اهمیت پیشگیری در نظام درمان نوشته شده: «بریتانیا تاریخ غنی‌ای در تمرکز بر پیشگیری دارد، از ساخت واکسن آبله اودارد جنر در سال ۱۷۹۶ تا استفاده از تجزیه‌وتحلیل داده‌ها برای تعیین علت شیوع وبا در سال ۱۸۵۴. درحالی‌که در بسیاری از روندهای بهداشت عمومی پیشرفت زیادی صورت گرفته است، امید به زندگی در بریتانیا متوقف‌شده و در برخی مناطق بریتانیا حتی کاهش یافته است. همچنین روند نگران‌کننده‌ای در نابرابری‌های بهداشتی و درمانی در این کشور وجود دارد، کاهش چشمگیر امید به زندگی برای برخی گروه‌ها و نابرابری‌های فاحش بین میزان امید به زندگی بین مناطق محروم‌تر و کم‌برخوردار. افزایش نرخ مرگ‌ومیر ناشی از الکل، مواد مخدر و بستری شدن در بیمارستان، بیماری‌های مقاربتی، چاقی و تغییر الگوی بد سلامتی به‌سمت شرایط بهداشتی متعدد نیز نشان‌دهنده نیاز به اقدامات جدی است. این کالج سال‌هاست که برای تمرکز بیشتر بر پیشگیری با تخصیص بودجه‌های قابل توجه تلاش کرده است. این امر به‌ویژه در انگلستان، پس از تخصیص بودجه سلامت عمومی به مقامات محلی در سال ۲۰۱۳ و پس از آن کاهش قابل‌توجه بودجه کمک‌هزینه بهداشت عمومی به‌وضوح قابل مشاهده است. تعهد این کالج بر محقق ساختن یک استراتژی پیشگیری بین دولتی با بودجه مناسب است. به عبارتی سرمایه‌گذاری بلندمدت پایدار در بهداشت عمومی و پیشگیری که مبتنی بر ارزیابی نیاز جمعیت و درک نابرابری‌های بهداشتی است. اتحادهای کلیدی سازمان‌ها برای حمایت از این استراتژی در بهداشت عمومی نیز از اهداف اصلی این سازمان است. به‌عنوان مثال اتحادیه سلامت الکل خواستار صرف یک میلیارد پوند مالیات بر صنعت الکل شده است تا این مبلغ برای تأمین مالی ۴۰ هزار شغل خالی پرستاری هزینه شود.»

**نظام سلامت ما هنوز درگیر ابتداییات حوزه بهداشت و درمان است**

حمید سوری، اپیدمیولوژیست در گفت‌وگو با «فرهیختگان» عدم توجه به رویکرد پیشگیرانه در نظام سلامت را علت بروز موج اخیر آنفلوآنزا در کشور می‌داند. وی در این رابطه به «فرهیختگان» می‌گوید: «در دنیا این وقایع از پیش اطلاع‌رسانی می‌شود است اما نظام سلامت ما هنوز آتقدر درگیر ابتداییات بهداشت و درمان است که توجهی به امر پیشگیری ندارد. با چنین شرایطی بدیهی است که آنفلوآنزا ظرفیت تبدیل شدن به یک اپیدمی را پیدا خواهد کرد اما نکته این است که این اپیدمی فصلی است و مثل کرونا دامنه‌دار نخواهد بود. در کشورهایی که نظام سلامت پیشرفته‌تری دارند، آمادگی لازم برای مواجهه با تهدیدات فصلی وجود دارد و مراقبت لازم از گروه‌های پرخطر انجام می‌شود. بنابراین در این کشورها چندان گسترش بیماری را نمی‌بینیم. زمانی که موارد مشاهده‌شده ما از بروز یک بیماری بیشتر از موارد مورد انتظار باشد، آن وضعیت را اپیدمی تلقی می‌کنیم. منظور از اپیدمی ایجاد وحشت عمومی یا هراس افکنی در جامعه نیست، وضعیت اپیدمی به این معناست که باید برای مقابله با آن برنامه‌ریزی کنید. حداقل ۱۰ درصد از جامعه ما بیشتر از ۵۵ سال دارند که گروه‌های پرخطر به شمار می‌روند. در این گروه‌ها معمولا بیماری زمینه‌ای شایع است و کمتر اشخاص بیش از ۵۵ سال را می‌بینیم که به بیماری‌های زمینه‌ای مثل دیابت، فشارخون و مشکلات قلبی دچار نباشند. مرگ زودرس در کشور ما درصد زیادی دارد و همه این فاکتورها نشان می‌دهد جمعیت ما به لحاظ استعداد اپیدمی و پاندمی نسبت به کشورهای اطراف شکننده‌تر است. به این معنا که استعداد اپیدمی در جامعه وجود دارد.»

**شیوع موج اخیر آنفلوآنزا در کشور غیرمنتظره نبود**

این ویروس شناس پدیدار شدن موج شیوع آنفلوآنزا را امری غیرمنتظره نمی‌داند و علت وقوع اپیدمی را این‌گونه توضیح می‌دهد: «وقتی وقعه‌هایی برای جولان ویروس جامعه ایجاد شود ویروس طبیعتا برای بقای خود تلاش خواهد کرد اما در اکثر موارد بدون میزبان شناسی برای ادامه حیات نخواهد داشت. مثل ویروس آنفلوآنزا که بیرون از بدن موجود زنده قابلیت زنده ماندن ندارد، این ویروس طی این سال‌های جولان کرونا در کشور وضعیت مناسب یا میزبانی نداشته که بتواند تکثیر یابد و به حیات خود ادامه دهد چرا‌که رعایت‌های مربوط به کرونا اجازه جولان به ویروس دیگری را نمی‌داد. تا زمانی‌که سدهایی که برای شیوع ویروس آنفلوآنزا وجود داشت برداشته شد، به دنبال پرهیز از تمرکز و تجمع و رعایت‌هایی که مردم برابر کرونا انجام می‌دادند ویروس هم فرصت بروز پیدا نمی‌کرد اما با کنار رفتن این رعایت‌ها بازگشت آنفلوآنزا به کشور قابل انتظار بود اما اطلاع‌رسانی درستی در جامعه برای مقابله با این تهدید صورت نگرفت. تفاوت آنفلوآنزای فصلی با کرونا در این است که کووید خیلی تابع درجه حرارت و فصل و زمان نبود ولی آنفلوآنزا تابع فصل و زمان است. آنفلوآنزا در مکان‌هایی که محافظت‌های اولیه انجام می‌شود یا کشورهایی که وضعیت آب‌وهوایی متفاوتی دارند امکان تبدیل به یک پاندمی را ندارد ولی شیوع آنفلوآنزای فصلی معمولا در مناطقی که مثل ما در نیم کره شمالی هستند، طبیعی است.»

**لازم است واکسن‌ها بومی و به‌روز باشند**

سوری همچنین با تأکید بر واکسیناسیون هرچه سریع‌تر گروه‌های پرخطر، توصیه‌هایی را برای انتخاب واکسن آنفلوآنزا مطرح می‌کند. وی در این باره به «فرهیختگان» گفت: «واکسن آنفلوآنزا می‌بایست هرساله با توجه به واریانت‌های جدید و جهش‌ها به‌روز شود. شاید سوال شود که این واکسن‌هایی که در داروخانه‌ها وجود دارد هر سال به‌روزرسانی می‌شود؟ بله. هنگام خرید به تاریخ درج‌شده روی آنها نگاه کنید. گفتنی است کیفیت واکسن‌ها براساس واریانت‌های قالب درست می‌شود. لازم است این زمینه در داخل کشور ایجاد شده و متناسب با شرایط بومی ویروس در کشور واکسن تولید شود. ممکن است واریانت‌های بومی در کشور داشته باشیم که با وضعیت ویروس در اروپا متفاوت باشد پس نباید انتظار داشت واکسن‌ها اثربخشی که در سایر نقاط دنیا ایجاد کرده را اینجا هم ایجاد کنند، مگر اینکه بومی‌سازی صورت گرفته باشد و با جمع‌آوری اطلاعات به‌روزشده واریانت‌ها واکسن‌های داخلی ساخته شوند.»