

”پشت روپوش های سفید...“

در این شماره می خوانیم:
سکوت شکسته؛ شروع روایت ها از فشارهای پنهان نظام دستکاری
مصاحبه با دکتر علی سلحشور؛ فعال صنفی و از عوامل ساخت مستند رزیدنت



صاحب امتیاز:

مهدی یوسفی

دانشجوی پزشکی



مدیرمسئول و سردبیر:

مهدی یوسفی

دانشجوی پزشکی



ویراستار:

فاطمه سادات رضوی

دانشجوی پزشکی



مرضیه امیری

دانشجوی علوم آزمایشگاهی



طراح جلد:

مهدی یوسفی

دانشجوی پزشکی



هیئت تحریریه:

امیرمهدی خاکی نهاد

دانشجوی پزشکی (نویسنده مهمان)



ریحانه شایان

دانشجوی پزشکی



مهدی قانعی

رزیدنت داخلی



احمد رضا جنگجو مادیانی

دانشجوی پزشکی



محمد مهدی حسینی

دانشجوی پزشکی



صفحه آرا:

شایان شریفی

دانشجوی پزشکی



سخن سردبیر

نظام سلامت، به عنوان یکی از بنیادی‌ترین زیرساخت‌های اجتماعی هر کشور، امروز در برابر چالش‌هایی پیچیده و متراکم قرار دارد؛ چالش‌هایی که تنها با نگاه چندبُعدی، تصمیم‌گیری‌های شجاعانه و مشارکت آگاهانه ذی‌نفعان، قابل مواجهه و عبور خواهند بود. در این میان، جایگاه دانشجویان علوم پزشکی و سایر رشته‌های مرتبط با سلامت، صرفاً به عنوان دریافت‌کنندگان آموزش‌های تخصصی محدود نمی‌شود. آنچه این نسل جوان را متمایز می‌سازد، ظرفیت کم‌نظیر آنان برای نقد سازنده، طرح ایده‌های نو و مطالبه‌گری مسئولانه در جهت بهبود وضعیت موجود است.

نسل امروز دانشجو، با آگاهی از تحولات جهانی، آشنایی با اصول حکمرانی خوب در سلامت و درک زیست‌جهان اجتماعی مردم، می‌تواند به یکی از مؤثرترین عوامل تغییر در آینده نظام سلامت ایران بدل شود. دغدغه‌مندی دانشجویان نسبت به مسائل بهداشت، درمان، عدالت در سلامت، آموزش پزشکی و سیاست‌گذاری عمومی، نه تنها نشانه‌ای از پویایی دانشگاه، بلکه امیدبخش‌فردایی روشن‌تر برای سلامت جامعه است.

ما بر این باوریم که صدای اندیشه‌ورز و نگاه مسئولانه دانشجویان، اگر با فرصت بیان، بسترسازی نهادی و حمایت مستمر همراه باشد، خواهد توانست گفتمانی نو و پایدار در مسیر اصلاح و ارتقاء نظام سلامت کشور رقم بزند.

شکافتنامه

صاحب امتیاز: مهدی یوسفی

مدیرمسئول و سردبیر: مهدی یوسفی

نویسندگان: مهدی قانع، احمدرضا جنگجو مادوانی، ریحانه شایان، امیرمهدی خاکی‌نهاد، محمدمهدی حسنی

ویراستار: فاطمه سادات رضوی، مرضیه امیری

طراح جلد: مهدی یوسفی

صفحه‌آرا: شایان شریفی

نسخه‌ای که برای ماندن پیچیده نشد!

صفحه ۱

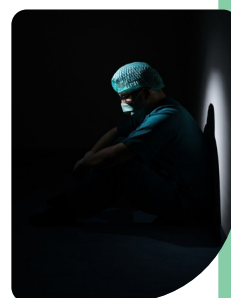


نگهبانان سلامت جهانی

صفحه ۴

از کویر کمیت تا واحه کیفیت!

صفحه ۷



بازگشت به مرکز دنیا

صفحه ۱۱

یک قدم جلوتر از بقیه!

صفحه ۱۴



سکوت شکسته: شروع روایت‌ها از فشارهای پنهان نظام دستکاری

صفحه ۱۶

نسخه‌ای که برای ماندن پیچیده نشد!

بررسی مهاجرت کادر سلامت از ایران: آمار، علل و پیامدها

مهدی قانعی

رزیدنت داخلی



۷۳۰ کلمه

۵ دقیقه

مقدمه

بررسی‌ها نشان می‌دهد که سالهای ۱۴۰۰ و ۱۴۰۱ اوج مهاجرت کادر سلامت بوده است. در این سالها، بیش از ۱۵ هزار نفر از کادر درمان درخواست گواهی گوداستندینگ (Good Standing Certificate) کرده‌اند که نشان‌دهنده قصد خروج از کشور است.

مهاجرت کادر سلامت شامل پزشکان، پرستاران، ماماها، داروسازان، تکنسینهای آزمایشگاه و سایر کارکنان حوزه درمان، به یکی از بحرانهای جدی نظام سلامت ایران تبدیل شده است. کمبود نیروی انسانی در بخش بهداشت و درمان، افزایش فشار کاری بر نیروهای باقیمانده، کاهش کیفیت خدمات پزشکی و تحمیل هزینه‌های سنگین اقتصادی بر کشور از جمله پیامدهای این پدیده است.

ب) ترکیب مهاجران کادر سلامت

- پزشکان عمومی و متخصص: بیشترین درخواست مهاجرت را دارند.
- پرستاران: به دلیل فشار کاری و پایین بودن حقوق، میزان مهاجرت آنها بسیار بالاست.
- داروسازان و ماماها: کشورهای اروپایی و حاشیه خلیج فارس مقصد اصلی آنها هستند.

در این مقاله، با استناد به داده‌های رسمی از وزارت بهداشت، مرکز آمار ایران، مجلس شورای اسلامی و سازمان نظام پزشکی، به بررسی مهاجرت کادر سلامت ایران، دلایل و پیامدهای آن می‌پردازیم.

۱. آمار مهاجرت کادر سلامت از ایران

الف) روند کلی مهاجرت کادر سلامت

طبق گزارشهای وزارت بهداشت و سازمان نظام پزشکی، مهاجرت کادر سلامت در دهه ۱۳۹۰ به تدریج افزایش یافت، اما در سالهای اخیر (۱۳۹۸ به بعد) این روند شدت گرفت.

آمار مهاجرت گروههای مختلف کادر سلامت در سالهای اخیر:

- پزشکان: ۳۰۰۰ تا ۴۰۰۰ نفر در سال
- پرستاران: ۵۰۰۰ تا ۷۰۰۰ نفر در سال
- داروسازان: ۸۰۰ تا ۱۵۰۰ نفر در سال
- تکنسینهای آزمایشگاه، بیهوشی و سایر مشاغل سلامت: ۲۵۰۰ تا ۳۵۰۰ نفر در سال

۲. علل مهاجرت کادر سلامت از ایران

الف) مشکلات اقتصادی و درآمدی

- درآمد پایین نسبت به استانداردهای جهانی
- عدم پرداخت به موقع حقوق و مزایا به خصوص در بخش دولتی
- افزایش هزینههای زندگی در ایران و عدم تناسب درآمد کادر سلامت با تورم
- اختلاف درآمد شدید بین ایران و کشورهای مقصد مانند کانادا، استرالیا، آلمان و کشورهای حاشیه خلیج فارس

برگشت به فهرست

۱



مبدا

شماره ۴-فروردین ماه ۱۴۰۴

ب) مشکلات صنفی و حرفه‌ای

- نبود امنیت شغلی برای بسیاری از کارکنان سلامت
- قراردادهای کوتاه مدت و حقوق نامنظم
- افزایش حجم کار و فشار کاری شدید
- سخت‌گیرانه‌ی سازمان نظام پزشکی و وزارت بهداشت

ج) شرایط نامناسب نظام سلامت

- کمبود تجهیزات پزشکی و دارو
- افزایش حجم کار پرستاران و پزشکان
- خشونت علیه کادر درمان و شکایات مکرر از آنها

د) دلایل اجتماعی و فرهنگی

- محدودیتهای اجتماعی و حرفه‌ای برای کادر درمان
- عدم حمایت از کارکنان سلامت
- تمایل به زندگی در کشورهای توسعه یافته



۳. هزینه تربیت نیروی انسانی سلامت در ایران و زیان اقتصادی ناشی از مهاجرت

الف) هزینه تربیت کادر سلامت در ایران

طبق گزارشهای وزارت بهداشت و مرکز پژوهشهای مجلس:

- پزشک عمومی: ۱.۲ تا ۱.۵ میلیارد تومان
- پزشک متخصص: ۳ تا ۵ میلیارد تومان
- پرستار: ۸۰۰ میلیون تا ۱ میلیارد تومان
- داروساز: ۲ تا ۳ میلیارد تومان

ب) زیان اقتصادی ناشی از مهاجرت کادر سلامت

با توجه به مهاجرت سالانه حدوداً ۱۵ هزار نفر از کادر سلامت، زیان اقتصادی کشور بین ۲۵ تا ۴۰ هزار میلیارد تومان در سال برآورد میشود.

۴. پیامدهای مهاجرت کادر سلامت برای ایران

الف) کمبود نیروی انسانی و بحران درمان

- افزایش بار کاری پزشکان و پرستاران باقیمانده
- افزایش زمان انتظار بیماران برای دریافت خدمات درمانی
- کاهش کیفیت خدمات درمانی در بیمارستانهای دولتی

ب) افزایش هزینه‌های درمانی و وابستگی به نیروی خارجی

- افزایش هزینه‌های درمان برای مردم
- نیاز به جذب نیروی درمانی خارجی، به‌ویژه از کشورهای هند و پاکستان

ج) افزایش فشار بر نظام سلامت ایران

بیمارستانهای دولتی با کمبود نیروی پرستاری و پزشکی مواجه شده‌اند.

بخش خصوصی نیز به دلیل کمبود نیروی متخصص با چالش مواجه است.

الف) بهبود شرایط اقتصادی کادر سلامت

- افزایش حقوق پزشکان، پرستاران و سایر کارکنان سلامت
- پرداخت به موقع دستمزدها و مزایا
- تعدیل مالیاتهای سنگین بر کادر درمان

ب) اصلاحات در نظام سلامت

- کاهش فشار کاری کارکنان سلامت
- حمایت قانونی بیشتر از پزشکان و پرستاران در برابر شکایات و خشونتها
- افزایش امکانات بیمارستانی و بهبود شرایط کاری

ج) افزایش انگیزه‌های اجتماعی و حرفه‌ای

- فرصت‌های علمی و آموزشی برای کادر سلامت در داخل کشور
- تأمین امنیت شغلی و امکانات رفاهی برای جلوگیری از مهاجرت
- تشویق به فعالیت در مناطق محروم با ارائه مشوق‌های مالی و رفاهی

نتیجه‌گیری:

مهاجرت کادر سلامت از ایران، علاوه بر خسارات اقتصادی سنگین، چالشهای بزرگی را برای نظام سلامت کشور ایجاد کرده است. برای مهار این روند، اصلاحات اساسی در اقتصاد سلامت، وضعیت شغلی، نظام درمانی و حمایت‌های صنفی ضروری است. در غیر این صورت، کمبود نیروی درمانی به بحرانی جدی برای سلامت جامعه تبدیل خواهد شد.

نگهبانان سلامت جهانی

مروری بر تاریخچه و عملکرد سازمان جهانی سلامت (WHO)



احمد رضا جنگجو مادوانی

دانشجوی پزشکی



تاریخچه WHO:

زمانی که در سال ۱۹۴۵ جنگ جهانی دوم به پایان رسید، کشورهای دنیا در شهر سانفرانسیسکو دور هم جمع شدند و سازمان ملل متحد را تشکیل دادند. در حین نوشتن اساسنامه ملل متحد، دو کشور چین و برزیل یک پیشنهاد دادند که چرا یک سازمان، ویژه سلامت در سازمان ملل متحد نداشته باشیم؟ همه موافقت کردند و در سال ۱۹۴۶ یک کمیته ۱۸ نفره گرد هم آمدند و اساسنامه سازمان سلامت جهانی را نوشتند. در نهایت بعد از طی کردن مراحل اداری و جمع‌آوری امضا، این اساسنامه در ۷ آوریل سال ۱۹۴۸ اجرایی شد و این روز، «روز جهانی سلامت» نام گرفت.

روز ۷ام آوریل (معادل ۱۹ فروردین ماه) به عنوان «روز جهانی سلامت» نام‌گذاری می‌شود و شاید بد نباشد که به بهانه این روز مروری داشته باشیم بر ساختار و عملکرد سازمان جهانی سلامت یا به اختصار WHO (در اکثر مواقع به صورت «سازمان جهانی بهداشت» ترجمه می‌شود که نادرست است و ترجمه صحیح آن «سازمان جهانی سلامت» است). بدون تردید WHO یکی از سازمان‌های بسیار مهمی است که ما، به عنوان اعضای آینده کادر درمان، با آن در ارتباط خواهیم بود؛ پس نیاز است که با گذشته این سازمان، ساختار، اقداماتی که تاکنون انجام داده و فعالیت‌هایی که قرار است انجام بدهد، کمی بیشتر آشنا شویم.

اهداف WHO:

در اساسنامه سازمان جهانی سلامت به یک سری موضوع اشاره شده است که شامل: جنبه‌های سه‌گانه سلامت (جسمی، روانی و اجتماعی)، توسعه عادلانه در سلامت کشورها، اهمیت رشد سالم کودکان، نیاز به آموزش سلامت، نیاز به پشتیبانی عمومی از سلامت، دانستن سلامت به عنوان یک حق اساسی و الزام حکومت‌ها به تامین آن تا حد امکان.

هدف این سازمان، رسیدن به بالاترین سطح سلامت برای همه مردم دنیاست؛ اما این هدف به نوعی کمال‌گرایانه است و قابل دستیابی نیست چون منابع محدودیت دارند؛





مصوب شده‌اند.

از وظایف دیگر این هیأت می‌توان به تخصیص بودجه سازمان بین مناطق و اعضا اشاره کرد. این هیأت ۲۴ عضو از کشورهای مختلف دارد که شامل ۱۶ نفر ثابت و ۸ نفر (که هر ساله تغییر می‌کنند) می‌باشد.

(۳) دبیرخانه:

دبیرخانه تحت نظر دبیرکل سازمان جهانی سلامت فعالیت می‌کند. دفتر مرکزی این سازمان در کشور سوئیس، شهر ژنو قرار دارد و از وظایف اصلی دبیرخانه می‌توان به این موارد اشاره کرد:

- اجرای برنامه‌های روزانه WHO
 - هماهنگی بین کشورها در بحران‌های بهداشتی مثل همه‌گیری‌ها
 - ارائه گزارش‌های علمی و راهنماهای سلامت
 - مدیریت پاسخ به فوریت‌های سلامت مانند همه‌گیری‌ها و بلایای طبیعی
- مراکز تحت پوشش سازمان جهانی سلامت به ۶ منطقه تقسیم می‌شود:**

۱. جنوب شرق آسیا: مرکز آن در دهلی نو (هند)
۲. مدیترانه شرقی: مرکز در قاهره (مصر) که کشورمان ایران نیز تحت نظارت این مرکز قرار دارد.
۳. آمریکا: مرکز در واشنگتن (ایالات متحده)
۴. پاسیفیک غربی: مرکز در مانیل (فیلیپین)

مدیریت ناکارآمد و ورود روزافزون فن‌آوری‌های پرهزینه هم باعث می‌شود که این هدف قابل دستیابی نباشد. از طرف دیگر «بالاترین سطح سلامت» تعریف مشخصی ندارد و هر سطحی که در نظر گرفته شود، یک سطح بالاتر از آن نیز وجود خواهد داشت. پس با این توضیحات می‌شود یک هدف منطقی‌تر برای این سازمان را به این شکل تعریف کرد: «رسیدن به بالاترین سطح سلامت قابل دسترس».

ساختار WHO:

خود این سازمان زیر نظر سازمان ملل متحد هست و شامل ۳ بخش اصلی می‌باشد: مجمع سلامت جهانی، هیئت اجرایی و دبیرخانه؛ که هر بخش، وظایفی بر عهده دارد.

(۱) مجمع جهانی سلامت:

این مجمع به صورت سالانه برگزار می‌شود تا سیاست‌ها و بودجه‌ای که قرار است برای هر فعالیت اختصاص داده شود را تعیین کنند. برای هر کشور نیز متناسب با جمعیت و درآمد سرانه خود، یک سهم از بودجه مشخص می‌شود. کشورمان ایران نیز در این مجمع، نمایندگانی دارد که شامل وزیر بهداشت به همراه دو نفر از معاونین یا مشاورانشان هستند.

هر ساله در این مجمع شعار تعیین و به کشورها ابلاغ می‌شود که بیانگر اولویت‌ها و خط مشی سازمان در آن سال است. برای مثال در سال ۲۰۱۹، شعار سازمان: «Universal health: Everyone, Everywhere» بود یعنی: «سلامت جهانی: همه کس، همه جا». این شعار یعنی همه‌ی افراد، بدون هیچ تبعیضی بتوانند در هر زمان و مکان، بدون بار مالی به خدمات سلامت با کیفیت دسترسی داشته باشند. در سال ۲۰۲۵ هم شعار "Healthy beginnings, hopeful futures" انتخاب شد، برای ترغیب دولت‌ها و جامعه بهداشت جهت پایان دادن به مرگ‌های قابل پیشگیری مادران و نوزادان و اولویت دادن به سلامت و رفاه درازمدت زنان.

(۲) هیأت اجرایی:

همان‌طور که از نامش پیداست وظیفه این بخش اجرایی کردن سیاست‌هایی است که توسط مجمع سلامت جهانی

۵. آفریقا: مرکز در برازاویل (کنگو)

۶. اروپا: مرکز در کپنهاگ (دانمارک)

اقدامات و برنامه‌های WHO:

سازمان جهانی سلامت با همکاری ۱۹۴ کشور عضو در بیش از ۱۵۰ منطقه جهان فعالیت دارد تا بزرگ‌ترین چالش‌های سلامت را برطرف کند؛ مانند مقابله با بیماری‌های مختلف از جمله:

همه‌گیری‌های جدید مانند کووید-۱۹ و زیکا

بیماری‌های عفونی که از قدیم هم وجود داشتند اما خطرناک هستند مثل ایدز، مالاریا و سل.

بیماری‌های مزمن مانند دیابت، بیماری‌های قلبی و سرطان به زبان دیگر، WHO در خط مقدم مبارزه با بیماری‌ها قرار دارد و کشورها را برای رسیدن به جهانی سالم‌تر همراهی می‌کند.

شاید بتوان گفت موفق‌ترین اقدام سازمان جهانی سلامت در مورد مبارزه با بیماری فلج اطفال و ریشه‌کنی آبله بوده است. این سازمان با رهبری کمپین جهانی واکسیناسیون موفق شد بیماری آبله را برای همیشه ریشه‌کن کند و موارد بیماری‌های فلج اطفال تا ۹۹٪ کاهش دهد. آبله اولین و تنها بیماری عفونی است که تا کنون کاملاً ریشه‌کن شده است. همچنین این سازمان نقش کلیدی در تحقیقات حوزه سلامت و بهداشت ایفا می‌کند؛ از تعیین اولویت‌ها و تأمین مالی مطالعات گرفته تا تسهیل همکاری‌های بین‌المللی این سازمان برای انجام تحقیقات در زمینه مالاریا، بیماری‌های نوظهور، واکسن‌ها (مانند

کووید-۱۹ ابولا و زیکا). هدف اصلی این پروژه‌های تحقیقاتی ارتقای عدالت در سلامت جهانی، تقویت سیستم‌های بهداشتی و مقابله با اپیدمی‌هاست.

هر از چند سال، برنامه‌های سازمان برای چهارالی پنج سال آینده تحت عنوان GPW در وبسایت رسمی این سازمان منتشر می‌شود. در جدیدترین برنامه سازمان جهانی سلامت با نام GPW۱۴، **شش هدف اصلی برای سال ۲۰۲۵ تا ۲۰۲۸ مشخص شد که شامل موارد زیر است:**

(۱) اقدامات در جهت تغییرات آب و هوایی به عنوان تهدیدی برای سلامت

(۲) بررسی عوامل اجتماعی و ریشه‌ای بیماری‌ها

(۳) تقویت مراقبت‌های بهداشتی اولیه (PHC) و سیستم‌های سلامت برای پوشش همگانی (UHC)

(۴) بهبود پوشش خدمات بهداشتی و حمایت مالی از مردم

(۵) پیشگیری، کاهش خطر و آمادگی برای همه انواع بحران‌ها

(۶) تشخیص سریع و پاسخ پایدار به فوریت‌های بهداشتی

شناخت ساختار، بخش‌ها، عملکرد و اهداف ارگان‌هایی از جمله سازمان جهانی سلامت برای کسانی که در حوزه سلامت و بهداشت فعالیت دارند بسیار ضروری است و در درک نقش ارگان‌ها و اشخاص در حل مسائل مربوط به سلامت، بسیار کمک‌کننده است.



از کویر کمیت تا واحه کیفیت!

مروری بر آنچه که در طرح افزایش ظرفیت رشته‌های علوم پزشکی بر ما گذشت

ریحانه شایان

دانشجوی پزشکی



۱۵۰۰ کلمه ۱۰ دقیقه

در سال‌های اخیر، سیاست افزایش ظرفیت پذیرش دانشجو در رشته‌های علوم پزشکی در ایران به یکی از موضوعات جنجالی تبدیل شده است. این طرح که با هدف جبران کمبود پزشک و متخصص در کشور آغاز شد، امروزه با انتقادات گسترده‌ای از سوی جامعه پزشکی، اساتید دانشگاه و حتی دانشجویان روبه‌روست. اما آیا این افزایش کمی، بدون توجه به کیفیت آموزش و توزیع منابع انسانی، راهکار مناسبی است؟

بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت (WHO)، نسبت پزشک به جمعیت در ایران حدود ۱.۵ پزشک به ازای هر ۱۰۰۰ نفر است، درحالی‌که این شاخص در کشورهای توسعه‌یافته به طور متوسط ۳.۵ پزشک به ازای هر ۱۰۰۰ نفر و در برخی کشورها مانند آلمان و اتریش به ۴.۲ می‌رسد. این آمار نشان می‌دهد ایران در مقایسه با استانداردهای جهانی با کمبود نسبی پزشک مواجه است. اما نکته حیاتی اینجاست که ۸۰٪ پزشکان کشور در ۲۰٪ شهرهای بزرگ متمرکز شده‌اند، در حالی که مناطق محروم، روستاها و حتی شهرهای کوچک با کمبود شدید نیروی متخصص روبه‌رو هستند. این شکاف نشان می‌دهد مشکل اصلی نه در تعداد کلی پزشکان، بلکه در توزیع ناعادلانه و نبود مکانیزم‌های تشویقی برای جذب نیرو در مناطق محروم است.

در آذرماه سال ۱۴۰۰، شورای عالی انقلاب فرهنگی با ریاست سید ابراهیم رئیسی، کلیات طرح افزایش سالانه ۲۰ درصدی ظرفیت دانشجویان پزشکی به مدت ۴ سال را تصویب کرد. هدف اصلی این طرح، رفع کمبود پزشک در مناطق محروم و رسیدن به سرانه ۲۰ پزشک به ازای هر ۱۰ هزار نفر

برگشت به
فهرست

۷



مَسْبَد

شماره ۴-فروردین ماه ۱۴۰۴

جمعیت تا سال ۱۴۱۰ بود. براساس این مصوبه، پذیرش دانشجویان پزشکی از ۸۰۰۰ نفر در سال ۱۴۰۰ به ۱۶۵۸۸ نفر در سال ۱۴۰۴ افزایش می‌یافت. افزایش ظرفیت عمدتاً به مناطق محروم اختصاص داده شد و این دانشجویان، پس از فارغ التحصیلی، موظف به خدمت در این مناطق بودند. در دی‌ماه ۱۴۰۰، رئیس‌جمهور ماده واحده «افزایش ظرفیت پزشکی در مقطع عمومی» را ابلاغ کرد. این ماده وزارت بهداشت را موظف به تدوین آیین‌نامه اجرایی طی یک ماه و افزایش سالانه ۲۰ درصدی ظرفیت از سال ۱۴۰۱ کرد. تبصره‌های کلیدی این طرح عبارتند از:

۱. الزام به افزایش ظرفیت در دانشگاه آزاد و مراکز تحت



۲. نیاز به ارائه طرح افزایش ظرفیت در رشته‌های تخصصی کم‌متقاضی

۳. استفاده از فناوری‌های نوین مانند هوش مصنوعی در نظام سلامت

وزارت بهداشت از ابتدا با این مصوبه مخالفت کرد و اعلام نمود افزایش ظرفیت بدون بهبود زیرساخت‌ها (مانند بیمارستان‌های آموزشی، اساتید مجرب و خوابگاه‌ها) کیفیت آموزش را کاهش می‌دهد. آن‌ها همچنین اشاره کردند که از سال ۱۳۹۳ تا ۱۴۰۰، ظرفیت پزشکی ۵۰ درصد افزایش یافته است. تأمین مالی این طرح نیازمند ۳۰,۰۰۰ میلیارد تومان بود؛ اما بودجه کافی اختصاص نیافت. هزینه هر تخت آموزشی نیز حدود ۱۰ میلیارد تومان برآورد شد که پرداخت نشد.

این شورا که نقش اصلی در سیاست‌گذاری آموزش عالی دارد، بدون هماهنگی کامل با وزارت بهداشت، مجوز تأسیس دانشگاه‌های علوم پزشکی غیردولتی و پردیس‌های خودگردان را صادر کرد. دانشگاه‌هایی مانند دانشگاه آزاد اسلامی، غیرانتفاعی‌های وابسته به نهادهای خاص (مانند بنیادهای اقتصادی و مؤسسات خیریه) و پردیس‌های بین‌الملل دانشگاه‌های دولتی، به طور گسترده اقدام به جذب دانشجو در رشته‌های پزشکی، دندانپزشکی و داروسازی کردند. بسیاری از این مراکز فاقد زیرساخت‌های لازم مانند بیمارستان‌های آموزشی، آزمایشگاه‌های استاندارد و اساتید تمام‌وقت بودند.

برخلاف شعارهای اولیه مبنی بر رفع کمبود پزشک در مناطق محروم، بیش از ۷۰٪ افزایش ظرفیت در شهرهای بزرگ (تهران، مشهد، اصفهان) و دانشگاه‌هایی اتفاق افتاد که پیش از این با کمبود امکانات مواجه بودند.

برخی دانشگاه‌های خودگردان با کاهش نمره قبولی در آزمون سراسری (کنکور)، اقدام به جذب دانشجویان با صلاحیت علمی پایین‌تر کردند. این موضوع به ویژه در پردیس‌های بین‌الملل مشهود است که شرط اصلی پذیرش، توانایی مالی دانشجویان است و متأسفانه سازمان سنجش آموزش کشور و وزارت بهداشت، به دلیل فشارهای سیاسی و اقتصادی، نظارت مؤثری بر کیفیت آموزش در این مراکز نداشتند.

عمده منابع مالی این طرح از طریق شهریه‌های سنگین دانشجویان پردیس‌های خودگردان تأمین می‌شود. به عنوان مثال، شهریه رشته پزشکی در برخی دانشگاه‌های غیردولتی برای کل دوره هفت ساله تحصیل پزشکی، بین ۳۰۰ تا ۶۰۰ میلیون تومان برآورد می‌شود. این شهریه‌ها اغلب به صورت وام‌های تحصیلی بلندمدت از بانک‌ها دریافت می‌شود که فشار مالی بلندمدتی بر دانشجویان وارد می‌کند. بودجه وزارت بهداشت برای هر دانشجوی پزشکی در دهه گذشته، به دلیل تحریم‌ها و تورم، تا ۴۰٪ کاهش یافته است. این کاهش بودجه، دانشگاه‌ها را مجبور کرده تا برای جبران کسری، به افزایش تعداد دانشجویان روی آورند. تأسیس بیمارستان‌های خصوصی وابسته به دانشگاه‌های خودگردان، منبع درآمد دیگری برای این مراکز است. این بیمارستان‌ها با ارائه خدمات گران‌قیمت، هزینه‌های خود را تأمین می‌کنند، اما دانشجویان اغلب اجازه استفاده از این امکانات را برای آموزش عملی ندارند.

برخی نهادهای حاکمیتی و بنیادهای اقتصادی، با سرمایه‌گذاری در دانشگاه‌های علوم پزشکی غیردولتی، به دنبال تبدیل آموزش پزشکی به یک صنعت سودآور هستند. این نهادها از معافیت‌های مالیاتی و حمایت‌های دولتی برای جذب سرمایه بیشتر بهره می‌برند.

در بسیاری از دانشگاه‌ها، بودجه‌ای که پیش از این به پژوهش، تجهیز آزمایشگاه‌ها و جذب اساتید مجرب اختصاص می‌یافت، اکنون صرف پرداخت حقوق کارمندان اداری و نگهداری ساختمان‌ها می‌شود.

از پیامدهای مالی و اجرایی این طرح می‌توان به کاهش کیفیت آموزش، با توجه به این‌که، نسبت استاد به دانشجو در برخی دانشگاه‌ها به ۱ به ۵۰ رسیده، در حالی که استاندارد جهانی آن ۱ به ۱۰ است؛ اشاره نمود. همین طور خروج و مهاجرت نخبگان و دانشجویان مستعد به دلیل نارضایتی از کیفیت آموزش، یکی از پیامدهای این طرح می‌باشد و متأسفانه با وجود افزایش تعداد فارغ‌التحصیلان، مناطق محروم همچنان با کمبود پزشک مواجه‌اند؛ زیرا بیش از ۸۰٪ پزشکان ترجیح می‌دهند در شهرهای بزرگ فعالیت کنند. بسیاری از دانشجویان خودگردان پس از فارغ‌التحصیلی، با بدهی‌های میلیونی مواجه می‌شوند که آن‌ها را مجبور به کار در محیط‌های غیراستاندارد یا مهاجرت می‌کند.

سرانجام، برخی نمایندگان مجلس، عملکرد وزارت بهداشت را کند و مغایر با عدالت سلامت دانستند و خواستار تسریع در تصویب آیین‌نامه و کاهش تعهدات دانشجویان شدند و همین‌طور محمدرضا ظفرقندی، وزیر بهداشت دولت فعلی، اعلام کرد افزایش ۸۰ درصدی ظرفیت در ۳ سال گذشته بدون بهبود زیرساخت‌ها، کیفیت آموزش را به خطر انداخته است. وی همچنین اشاره کرد که در رشته‌های تخصصی (به جز ۳ رشته)، ظرفیت‌ها خالی مانده‌اند. در نهایت، شورای عالی انقلاب فرهنگی در سال ۱۴۰۳ به دلیل کمبود زیرساخت‌ها (مانند نبود تخت‌های بیمارستانی، آزمایشگاه‌ها و خوابگاه‌ها) و محدودیت بودجه، اجرای طرح را پس از ۴ سال متوقف کرد. و مقرر شد پس از ۴ سال، بازنگری جامعی برای ارزیابی اثرات طرح و تنظیم سیاست‌های آینده انجام شود.

و اما یکی از نکات مهم قابل توجه این طرح این است که موضوع افزایش ظرفیت رشته‌های علوم پزشکی در ایران، تنها یک تصمیم آموزشی یا بهداشتی نیست، بلکه شبکه‌ای از منافع سیاسی، اقتصادی و ایدئولوژیک در پشت آن فعال است که کمتر به آن پرداخته می‌شود. درک این لایه‌های پنهان، کلید فهم تناقضات موجود در اجرای این طرح است.

برخی جریان‌های فکری در حاکمیت، با تفسیر خاصی از «عدالت»، افزایش تعداد پزشکان را راهکاری برای کاهش سلطه «قشر خاصی» (معمولاً طبقه مرفه شهری) بر نظام سلامت می‌دانند. این گروه‌ها معتقدند با افزایش عرضه پزشکان، دستمزدها کاهش می‌یابد و خدمات پزشکی «ضد انحصاری» می‌شود. هرچند این نگاه ظاهری عدالت‌خواهانه دارد، اما در عمل به دلیل نادیده گرفتن کیفیت آموزش و اشباع بازار کار، به کاهش استانداردهای خدمات سلامت و مهاجرت نخبگان پزشکی منجر شده است و همین‌طور، بخش قابل توجهی از افزایش ظرفیت، مربوط به دانشگاه‌های علوم پزشکی خودگردان (پردیس‌های بین‌الملل) است که شهریه‌های میلیونی از دانشجویان دریافت می‌کنند. این مراکز که عموماً وابسته به نهادهای خاص یا بنیادهای اقتصادی قدرتمند هستند، از افزایش ظرفیت به عنوان منبع درآمد پایدار استفاده می‌کنند. جالب این‌جاست که بسیاری از این دانشگاه‌ها فاقد بیمارستان‌های آموزشی کافی یا اساتید تمام‌وقت هستند و کیفیت آموزش در آن‌ها به شدت زیر سوال است.

افزایش تعداد پزشکان در آمار رسمی، برای برخی سیاستمداران ابزاری است تا ادعا کنند «مشکل کمبود پزشک» حل شده است. این آمارسازی، به ویژه در آستانه انتخابات یا برای نمایش عملکرد دولت، نقش پررنگی دارد. در حالی که این آمارها توزیع جغرافیایی، تخصص‌های مورد نیاز (مانند پزشکی روستایی یا پزشکی اورژانس) و کیفیت خدمات را نادیده می‌گیرند.

برخی نهادهای غیرتخصصی (مانند شورای عالی انقلاب فرهنگی یا سازمان برنامه و بودجه) که اختیار تصویب یا تأمین مالی چنین طرح‌هایی را دارند، گاه تحت تأثیر لابی‌های سیاسی یا اولویت‌های کلان اقتصادی، بدون مشورت با جامعه پزشکی، بر افزایش ظرفیت اصرار می‌ورزند. این تصمیم‌گیری‌های غیرکارشناسی، باعث شده است وزارت بهداشت به عنوان متولی اصلی سلامت، عملاً در اجرای سیاست‌های خود با محدودیت مواجه شود. و همین‌طور در سال‌های اخیر، گفتمان رسانه‌ای خاصی با هدف «عادی‌سازی افزایش ظرفیت» شکل گرفته است که در آن، جامعه پزشکی به عنوان «انحصارگران ثروتمند» تصویر می‌شوند و افزایش تعداد پزشکان به عنوان راه مقابله با این «انحصار» تبلیغ می‌شود. این روایت، با تحریک احساسات عمومی، سعی در توجیه سیاست‌های ضعیف آموزشی دارد.

برخی تحلیلگران معتقدند افزایش ظرفیت پزشکی، بخشی

از سیاست کلان کاهش ارزش مدارک دانشگاهی و تبدیل آموزش عالی به یک «کالای مصرفی» است. این روند که با گسترش بی‌ضابطه دانشگاه‌های آزاد و غیرانتفاعی در دهه‌های گذشته آغاز شد، اکنون به علوم پزشکی نیز تسری یافته است. نتیجه این سیاست، ایجاد نسلی از فارغ‌التحصیلان با مهارت‌های محدود و بدهی‌های سنگین (از طریق وام‌های تحصیلی) است که به راحتی جذب بازار کار غیررسمی یا قاچاق خدمات پزشکی می‌شوند.

در میان تمامی نگرانی‌ها درباره آینده رشته‌های علوم پزشکی، یک حقیقت درخشان وجود دارد: پزشکی هرگز کهنه نمی‌شود، بلکه همیشه در حال تولد دوباره است. تاریخ نشان داده است که حتی در سخت‌ترین شرایط، کسانی که عشق به انسانیت، اشتیاق به یادگیری و تعهد به پیشرفت حرفه‌ای را در خود زنده نگه می‌دارند، نه تنها جایگاه خود را می‌سازند، بلکه چراغ راه نسل‌های بعدی می‌شوند. به قول لوئیس پاستور: «شانس تنها به ذهن‌های آماده روی می‌آورد». امروز شاید کلاس‌های شلوغ، کتاب‌های انبوه و نگرانی‌های شغلی، راه را دشوار نشان دهند، اما بدانید که همه بزرگان پزشکی روزی همچون شما در همین راه قدم گذاشتند. آینده از آن کسانی است که باور دارند «پزشک بودن» یک شغل نیست، یک رسالت است. از همین امروز قلم سرنوشت را به دست بگیرید و بنویسید: «من آمدم تا درمانگر دردها باشم، نه شماره‌ای در آمار».



بازگشت به مرکز دنیا

جستاری پیرامون مسیر صحیح فعالیت یک تشکیلات تراز دانشجویی، با نگاه ویژه به بیانات سال‌های اخیر رهبر معظم انقلاب

۱۱۸۰ کلمه ۷ دقیقه

امیرمهدی خاکی‌نهاد

دانشجوی پزشکی (نویسنده مهمان)



خط قرمزهای تشکیلات دانشجویی در تضاد است. فراگیر شدن این مدل رفتاری در تشکلهای دانشجویی تابع یک سری عوامل است؛ عواملی که هم وابسته به برخی فاکتورهای درون تشکیلاتی، و هم برخی فاکتورهای برون تشکیلاتی هستند و در این متن به برخی از آنها اشاره می‌کنیم.

مهم‌ترین عامل برون تشکیلاتی، استحاله سیاسی جامعه و به تبع آن دانشگاه، به دست سیاست‌های جاهلانه یا مغرضانه دستانی است که خدا لعنتشان کند. فضای جامعه و دانشگاه از اواسط دهه نود به سمت تهی شدن از گفتمان، آرمان‌گرایی و خواسته‌های سیاسی رفت و جای نگاه‌های آرمان خواهانه به عنوان هدفی والاتر از هر چیز را غایتی که صرفاً خواب‌وخور و لذت جویی موقتی در آن باشد، گرفت. این استحاله از دو سو تشکلهای سیاسی ما را تحت فشار قرار می‌دهد، یکی مواجهه با دانشجویانی که از آرمان‌گرایی سیاسی برخوردار نیستند، به امور سیاسی رغبت نمی‌کنند و در چنین شرایطی ناگزیر کار تشکلهای دانشجویی برای ساخت یک بدنه اجتماعی با بینش سیاسی بسیار سخت می‌کنند. دوم، مواجهه با مسئولانی که هیچ نگاه آرمان‌گرایانه‌ای ندارند، تنها به ساکت کردن دانشجویان و پیشبرد بی‌صدای خواسته‌های مدیریتی خودشان می‌اندیشند و به ساختارهای دانشجویی و خواسته‌های متعالی انقلاب و نیروسازی انقلابی بهایی نمی‌دهند. از دیگر عوامل تهدیدکننده تشکیلات، رشد خارج از رویه موازی‌کاری در سطح دانشجویی است. تا حدی که بعضاً در یک دانشگاه حد وسط کشور، جمع تشکلهای قانون‌ها و انجمن‌های علمی و شورای صنفی و کمیته‌های دانشجویی به عددی بیش از چهل ساختار می‌رسد. تعدد ساختارها و رفع انحصار کامله به خودی خود بد نیست

یکی از مهم‌ترین کلیدواژه‌هایی که انسان در بسیاری از کارهای خود، از جمله کار تشکیلاتی و به خصوص کار تشکیلاتی دانشجویی و دانشگاهی به دنبال آن می‌گردد، «اثرگذاری» است و ما در بسیاری از مواقع وقتی نسبت به یک امر علاقه‌مند می‌شویم که آن را اثرگذار بدانیم؛ حال این اثرگذاری می‌تواند در سطح شخصی باشد، در سطح دانشگاهی باشد، یا در سطح شهری و استانی و کشوری و حتی بین‌المللی؛ وگرنه هیچ آدم عاقلی آب در هاون نمی‌کوبد و به کاری که هیچ حاصلی در آن نبیند، مشغول نمی‌شود.

در این متن قرار است کمی دقیق‌تر راجع به اصالت این اثرگذاری در دل تشکلهای دانشجویی کندوکاو کنیم که البته، پیدا کردن اثرگذاری که از آن پیش‌تر سخن گفتیم، به همین سادگی‌ها هم نیست و میل به اثرگذاری، سوالات دیگری را هم در دل خود پدید می‌آورد. به طور مثال در یک تشکیلات دانشجویی، مانند همین تشکل انجمن اسلامی دانشجویان که در آن هستیم، یا هر ساختار تشکیلاتی دانشجویی دیگری، ما چطور می‌توانیم اثرگذار باشیم؟ و نوک پیکان اولویت اثرگذاری‌های ما باید به کدام سو باشد؟

حرف آخر را اول می‌گوییم؛ «تشکل دانشجویی، باید پیش از هر چیز در سطح دانشگاهی، و مهم‌تر از همه، دانشگاه خودش، اثرگذار باشد.» گزاره‌ای که بر همگان واضح و مبرهن است؛ اما در عمل به صورت درست اتفاق نمی‌افتد. زمانی که تشکلهای دانشجویی راجع به وضع تعرفه، از سوی ایالات متحده علیه کانادا کنشگری تعریف کرده، اما نسبت به نصب یک فرد ضدانقلاب، یا ناکارآمد در هیئت‌مدیره دانشگاه خود کاملاً مسکوت و سازش‌کارانه عمل می‌کنند. سکوتی که با روح آزاد و بی‌پروا نسبت به

و از سویی باعث می‌شود افراد بیشتری راحت‌تر بتوانند فعالیت‌هایی مطابق با سلیقه‌شان را بر عهده بگیرند. این کار با فرصت‌هایی از جمله رشد مشارکت مدیریتی دانشجویان نیز همراه است؛ اما باید بهینه‌سازی شود که در هر ساختار یک فرصت نو پدید بیاید، نه این‌که در بعضی موارد با جزیره‌ای‌سازی سیستم‌های دانشجویی به گستره کار ساختارهای دانشجویی مادر لطمه بزند، محدودیت‌زایی کند و از شکل‌های اثرگذاری آن بکاهد. چرا که در شرایط موازات مکرر امور دو حالت پیش می‌آید؛ یا کار در نهایت به دست فقط یک ساختار می‌افتد، که ارج تلاش و تفکر سایر ساختارها را پایین می‌آورد، یا به صورت همگانی جدا پیش می‌رود که خروجی این تجمیع کارها، گیجی و ملال را برای دانشجوی جدیدالورود به ارمغان می‌آورد و بازدهی شناسایی و جذب نیرو یا اثرگذاری عام را به هیچ‌کدام از این ساختار حداقل به شکل بهینه‌اش نمی‌دهد. یا در بهترین حالت به صورت همگانی تجمیعی و در قالب همکاری مشترک برگزار می‌شود، موردی که در اکثر حالات یا اصلاً به وقوع نمی‌پیوندد، یا اگر هم اتفاق بیفتد، باز هم در نتیجه تعدد بیش از حد ساختارها، در ذات خود پراکندگی نیروها و در نتیجه پراکنده‌سازی گفتمان‌ها و نگاه‌ها را حل نمی‌کند.

از سوی دیگر یک‌سری ضعف‌ها به درون تشکیلات باز می‌گردد و جبران این ضعف‌ها باید از درون تشکیلات بجوشد. اگر یک تشکیلات جوشش درونی خوبی داشته باشد، با تمام فشارها و در اوج سختی‌های بیرونی هم تمام آن عوامل بیرونی را خنثی کرده و راه و چاه خودش را می‌یابد. از قدیم گفته‌اند ترس برادر مرگ است؛ اولین علت بسیار مهمی که تشکیلات دانشجویی از دانشگاه فاصله گرفته‌اند، به ترس در سیستم یا افراد تشکیلات باز می‌گردد. مثال ساده‌ای می‌زنم؛ شما هر چقدر هم از جایگاه یکی از هزاران تشکیلات دانشجویی کشور ده‌ها بار هم ترامپ ملعون را نفرین کنید، کسی یقه‌تان را نمی‌گیرد و برای شما هزینه نمی‌تراشد؛ اما امان از روزی که مثلاً با معاون آموزشی دانشگاه به کوچکترین گلاویزی بیفتید، معاون برای زهرچشم گرفتن از شما غیبت‌هایتان را ذره‌ای موجه نمی‌کند و شما هم که نگران کوچک‌ترین غیبت هستید، سریع از موضعتان هر چقدر هم که بر حق باشد، عقب می‌نشینید، بلکه درس نیم‌واحدی‌تان با کسری دو سه نمره‌ای مواجه نشود و معدل دل‌انگیزتان یکی دو صدمی‌اش نیفتد. شاید یکی از مهمترین عللی که باعث می‌شود تشکیلات دانشجویی اعتبار خود را



از دست بدهد، همین است که عافیت‌طلبی ساختار تشکیلات را فرا بگیرد و آسه برود و آسه بیاید که بلکه به قبال کسی که ممکن است برایش هزینه‌ای اعم از کوچک و بزرگ بپردازد، بر نخورد. آن هم در شرایطی که اصالت تشکیلات، عمل به گزاره‌ی «قل الحق و ان کان مُراً» است. که یک تشکل دانشجویی انقلابی، از انقلاب اسلامی و در انقلاب اسلامی‌ست، نه بر انقلاب اسلامی. اتفاقاً تشکیلات دانشگاهی وقتی بنده‌ی اجتماعی می‌سازد که دانشجو، تشکیلات را صدای خود و زبان بَرَنده‌اش در برابر کاستی‌های دانشگاهی بداند و در کنار این کنشگری‌های نمایان است که حرف‌های دیگر تشکیلات هم بیشتر شنیده می‌شود و ارزش‌های تشکیلات را تقویت می‌کند؛ نه این‌که بدون هیچ اثرگذاری دانشگاهی توقع داشته بردها و بیانیه‌ها و کارهای تئوریزه شده‌ما، از اساس و مستقل از عمل‌گرایی دانشگاهی ما برایمان ارزش تولید کنند و سواد سیاسی بپروانند. یک تشکیلات وقتی در دانشگاهش محور می‌شود که شورای مرکزی آن تشکیلات، یا حداقل دبیر آن

تشکیلات، در دانشگاه دیده بشود و شاخص باشد. بتواند از خود محل رجوعی برای دانشجو ساخته و نشان بدهد که می‌تواند که از کار دانشجو و دانشگاه گرهی باز کند. از مختصات کمبودها و ظرفیت‌های دانشگاهی آگاهی نسبی خوبی داشته باشد و بتواند در مسائل مختلف دانشگاه، اعم از فرهنگی دانشجویی، آموزشی، پژوهشی و حتی عمرانی دانشگاه نظر تولید کند. نظراتی که به‌طور مستقیم، یا غیرمستقیم خروجی مثبت آن به دانشجویان برسد و فضای ارتقای شرایط ایشان در حوزه‌های مختلف را فراهم کند. تشکیلاتی که توانست در دانشگاه خود نظر تولید کند، شناخته می‌شود و اثر می‌گذارد. وقتی اثر گذاشت، محل رجوع می‌شود. وقتی محل رجوع شد، مرجع می‌شود و وقتی مرجع خوبی شد، بدنه‌ی اجتماعی مخصوص به خودش را می‌سازد که هم بدنه تشکیلاتی آن تشکیلات و هم بدنه اجتماعی دانشجویی آن تشکیلات را تامین و تضمین می‌کند. وقتی این‌ها تامین شد، اتفاقاً حرف و خواست این تشکیلات در سطوح بالاتر اثرگذارتر می‌شود.

سوالی که در این جا باید پرسید این است که ما در حال حاضر در دانشگاه‌هایمان چه تعداد تشکیلات داریم که با این گزاره‌ها منطبق باشند؟ و تشکیلاتی که ما در آن هستیم چقدر با این گزاره‌ها منطبق است؟ کمای آن که مطابق بیانات رهبر معظم انقلاب در دیدار رضانی ابتدای سال گذشته با دانشجویان نیز «تشکل‌های دانشجویی باید به‌ویژه در محیط دانشجویی و داخل دانشگاه اثرگذار باشند، در حالی که این اثرگذاری اکنون دیده نمی‌شود یا اندک است.»

پس اگر گاهی موقعیتی پیش آمد که شک کردیم آیا کار تشکیلاتی ما اصلاً فایده‌ای هم داشته؟ بهتر است به جای شروع از سطوح بالا در جستجوی شاید اثری سطوح پایین‌تر، پیش از هر چیز به مبدا خودمان، به کف دانشگاه رجوع و از آن جا تلاش برای اثر گذاشتن و اثر ساختن، برای بهره‌دیدن و اثرگذاری واقعی را شروع کنیم.

زندگی منظم با TickTick!

قدرتمندترین اپلیکیشن در حوزه برنامه‌ریزی: TickTick



داد، بدون این‌که نگران فراموشی کاری باشیم. همچنین، ماندن تاریخچه‌ی کارهای انجام‌شده می‌تواند برای بعضی از کاربران مفید باشد.

این نرم‌افزار در ویجت و نوار وضعیت گوشی نیز نمایش داده می‌شود و می‌توان دسته‌بندی دلخواه را در صفحه اصلی موبایل قرار داد تا بر اساس اولویت تعیین شده، همواره جلوی چشم باشد و فراموش نشود. یکی دیگر از قابلیت‌های این نرم‌افزار، داشتن تایمر Pomo-doro است که می‌تواند باعث افزایش تمرکز در انجام هر کار شود. این تایمر در اصل یک شمارشگر معکوس است که باعث می‌شود شما در مدت‌زمان مشخصی روی کار خود تمرکز کنید و سپس با یک تایم استراحت، مجدداً به کار بپردازید و مدیریت و تمرکز بهتری روی کار خود داشته باشید.

این برنامه قابلیت این را دارد که به شما کمک کند عادت‌های مفید کوچکی مثل مطالعه کتاب را که همیشه دوست داشته‌اید انجام دهید، اما به دلایل مختلف موفق نشده‌اید را در خود ایجاد کنید. شاید بپرسید چگونه؟ کافی است به تب مربوطه مراجعه کنید و مشخص کنید که در چه روزهایی و به چه میزانی قصد انجام هر کاری را دارید. این برنامه، همه چیز را تنظیم کرده و هر بار به شما یادآوری می‌کند تا کار موردنظر را انجام دهید.

شاید شما هم تجربه ناموفق برنامه‌ریزی‌های متعددی را داشته باشید که هیچ‌وقت عملی نشده‌اند. با این حال، با استفاده از این اپلیکیشن قدرتمند و امکانات گسترده‌ی آن، می‌توان تا همیشه از یک زندگی با برنامه و بدون فراموشی لذت برد.

نویسنده: محمد مهدی حسنی / دانشجوی پزشکی

همه‌ی ما برای اینکه استفاده مفیدی از وقت خود داشته باشیم، نیاز به برنامه‌ریزی داریم. درباره اهمیت برنامه‌ریزی و نوشتن کارهای روزانه، می‌توان متون بسیار طولانی نوشت که از حوصله خارج است. به همین دلیل، تنها به یک حدیث از امام علی علیه‌السلام اکتفا می‌کنیم که فرمودند: «پایداری و قوام زندگی به برنامه‌ریزی نیکوست و وسیله رسیدن به آن، مدیریت صحیح است.»

یکی از روش‌های برنامه‌ریزی، نوشتن کارهای روزمره و اولویت‌بندی آن‌هاست. امروزه اپلیکیشن‌های زیادی در این زمینه وجود دارد؛ اما قصد داریم قدرتمندترین برنامه‌ای را که برای این کار ساخته شده است معرفی کنیم؛ برنامه‌ای با بیش از ۵ میلیون نصب و امتیاز ۴.۹ در Play Store. نام این اپلیکیشن TickTick است.

این اپلیکیشن دسته‌بندی‌های مختلفی دارد که چند مورد از آن‌ها را مثال می‌زنم؛ مانند شخصی، کاری، آموزشی، خرید و ... می‌توان لیست کارهای روزانه را در هر بخش نوشت و اولویت‌بندی کرد. برای هر کار می‌توان جزئیاتی را مشخص کرد؛ جزئیاتی مثل گام‌های انجام کار، توضیحات، تاریخ، ساعت، زنگ هشدار جهت یادآوری کار و همچنین امکان افزودن عکس که به یادآوری کارها کمک می‌کند. با تعیین تاریخ و ساعت هشدار، می‌توان برای ماه‌ها برنامه‌ریزی دقیق انجام

یک قدم جلوتر از بقیه!

بیمه دانشجویی؛ بیمه‌ای با مزایا و امکانات ویژه قشر نخبه



محمد مهدی حسینی

دانشجوی پزشکی

۴۸۰ کلمه ۳ دقیقه

آزاد و حرف محسوب می‌شود و در سه بسته مختلف به دانشجویان ارائه می‌شود که هر کدام نرخ حق بیمه متفاوتی دارند و نحوه محاسبه آن، درصدی از حداقل حقوق تعیین شده برای کارگران توسط وزارت کار است.

- بسته‌ی اول: نرخ حق بیمه ۱۲ درصد که شامل بازنشستگی و فوت بعد از بازنشستگی می‌شود.
- بسته‌ی دوم: نرخ حق بیمه ۱۴ درصد که شامل بازنشستگی، فوت قبل و بعد از بازنشستگی می‌شود.
- بسته‌ی سوم: نرخ حق بیمه ۱۸ درصد که شامل بازنشستگی، ازکارافتادگی و فوت

دانشجو، در تمام جوامع مورد احترام است و به عنوان قشر نخبه از جایگاه بالایی برخوردار است؛ به همین علت در اکثر کشورهای توسعه‌یافته برای دانشجویان امتیازات ویژه‌تری نسبت به سایر اقشار جامعه قائل می‌شوند تا دانشجو فقط دغدغه علم را داشته باشد، چرا که دانشجو موتور پیشران جامعه است و یک کشور، با علم می‌تواند به شکوفایی و بالندگی دست پیدا کند. یکی از مزایا و امکاناتی که در کشورهای مختلف برای دانشجو قائل می‌شوند، بیمه مختص دانشجویان است.

بیمه، یک سازوکار مالی برای کاهش ریسک و حمایت از افراد در برابر حوادث غیرمترقبه است. این سیستم بر پایه پرداخت حق بیمه از سوی افراد و ارائه خدمات جبرانی توسط شرکت‌های بیمه‌ای یا سازمان‌های دولتی عمل می‌کند. بیمه در حوزه‌های مختلفی از جمله سلامت، بازنشستگی، حوادث و اموال ارائه می‌شود و نقش مهمی در تأمین رفاه اجتماعی و امنیت اقتصادی افراد دارد.

بیمه دانشجویی مزیت‌های بیشتری نسبت به بیمه‌های عادی دارد؛ خوشبختانه کشور عزیزمان ایران نیز از این قافله عقب نمانده و امکانات خوبی را برای دانشجویان تدارک دیده است که از این نظر ما را هم‌سطح و حتی بالاتر از کشورهای تراز اولی مانند آمریکا، انگلیس، ایتالیا، هلند و ... قرار داده است. از سال ۱۳۹۷ سازمان تأمین اجتماعی و دولت نسبت به طرح بیمه دانشجویی اقدام کردند که هم‌اکنون در حال اجراست.

بیمه دانشجویی در ایران، زیرمجموعه بیمه مشاغل



قبل و بعد از بازنشستگی می شود.

شده توسط شرکت های خصوصی استفاده کنند.

به عنوان مثال، نرخ حق بیمه برای بسته ی ۱۴ درصدی، مطابق حداقل حقوق وزارت کار در سال ۱۴۰۴ که حدوداً مبلغ ۱۰,۴۰۰,۰۰۰ تومان است، رقمی بالغ بر ۱,۴۵۶,۰۰۰ تومان می شود.

در تمام بسته های فوق، دولت نیز دو درصد به مبلغ پرداختی توسط دانشجو اضافه می کند. همچنین، این قابلیت وجود دارد که با پرداخت مبلغی اندک، تحت پوشش بیمه درمانی تأمین اجتماعی نیز قرار گرفت و حتی خانواده خود را، در صورتی که تحت پوشش بیمه ی درمانی نباشند، تحت پوشش قرار داد.

دانشجویان بین المللی که در ایران تحصیل می کنند، حق استفاده از این بیمه را ندارند؛ اما داشتن بیمه ی سلامت برای آن ها اجباری است و باید از بیمه های جایگزین ارائه

دانشجویانی که حداقل ۱۸ و حداکثر ۵۰ سال سن دارند و دانشجوی یکی از دانشگاه های کشور باشند، می توانند به صورت حضوری و مجازی، با داشتن کارت دانشجویی یا گواهی اشتغال به تحصیل از دانشگاه محل تحصیل، شناسنامه و کارت ملی، اقدام به ثبت نام این بیمه کنند.

مزیت این بیمه ها، مقرون به صرفه بودن آن ها نسبت به بیمه ی مشاغل آزاد و خویش فرما است و برای دانشجویانی که طول مدت تحصیل زیادی دارند، خصوصاً دانشجویان رشته پزشکی، می تواند بسیار کاربردی باشد؛ چرا که طول دوران تحصیل خود را نیز جزو سابقه بیمه ای خود محسوب می کنند و می توانند زودتر از سایرین بازنشسته شوند. همچنین، این بیمه قابلیت این را دارد که در آینده به هر نوع بیمه ای که فرد به آن ملحق می شود، متصل شود.



سکوت شکسته: شروع روایت‌ها از فشار

پنهان نظام دستکاری

مصاحبه با دکتر علی سلحشور؛ فعال صنفی و از عوامل ساخت مستند رزیدنت

۱۳۱۵ کلمه ۳ دقیقه

مهدی یوسفی

دانشجوی پزشکی



مصاحبه

با کسب بالاترین رأی در میان دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور به عضویت شورای مرکزی شورای صنفی سراسر کشور درآمد.

در حال حاضر به عنوان سرپرست روابط عمومی و امور بین‌الملل سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران مشغول به فعالیت هستم. همچنین، دبیر کمیته صنفی و مسئول روابط عمومی انجمن آنستزیولوژی و مراقب‌های ویژه ایران نیز می‌باشم.

در کنار طبابت و فعالیت حرفه‌ای، همواره تلاش کرده‌ام صدای جامعه پزشکی، به‌ویژه پزشکان جوان، رزیدنت‌ها و دانشجویان را به گوش مسئولان برسانم. دغدغه‌ها و تجربیاتی که در مسیر حرفه‌ای خود داشتم، مرا به فعالیت‌های رسانه‌ای و سیاست‌گذاری در حوزه سلامت سوق داده است. حضور من در مستند «رزیدنت» نیز بخشی از همین مسیر بوده است.



۲. شما در چه سالی و چه دانشگاهی وارد مقطع رزیدنتی شدید؟

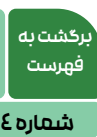
من در سال ۱۳۹۶ وارد دوره رزیدنتی رشته بیهوشی در دانشگاه علوم پزشکی مازندران - شهر ساری - شدم. این ورود در زمانی اتفاق افتاد که وزارت بهداشت تعرفه‌های رشته بیهوشی را به شدت کاهش داده بود و اعتراضات گسترده‌ای از سوی متخصصان بیهوشی در کشور مطرح شده بود.

۳. هدف شما از ورود به این مقطع چه بود؟

رشته بیهوشی به عنوان یک رشته تخصصی، دارای ماهیتی کاملاً متفاوت از پزشکی عمومی است. هدف ورود من

۱. لطفاً خودتان را به خوانندگانی که ممکن است شما را نشناسند، معرفی کنید و مختصری از زندگی‌نامه خود بگویید.

من علی سلحشور هستم، متولد ۸ خرداد ۱۳۶۱ در تهران. ورودی سال ۱۳۸۰ دانشگاه علوم پزشکی تهران با رتبه‌ی ۶۰. هم اکنون پزشک متخصص بیهوشی‌ام و در حال خدمت‌رسانی در این حوزه هستم. فعالیت‌های صنفی من به‌طور جدی از سال ۱۳۹۹ آغاز شد؛ زمانی که به عنوان دبیر شورای صنفی رزیدنتی و دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی مازندران فعالیت می‌کردم. در ادامه، سال ۱۴۰۰



شماره ۴ - فروردین ماه ۱۴۰۴

به این مقطع، مخالفت با تخصص‌گرایی یا کم‌توجهی به پزشکان عمومی نبود؛ بلکه از ابتدا جذب یک حوزه تخصصی شدم که بعدها با آشنایی با موضوع درد و مدیریت آن، علاقه من را دوچندان کرد. در طول دوران رزیدنتی، علاقه‌ام به بیهوشی عمیق‌تر شد و امروز معتقدم این رشته، یکی از زیباترین و ارزشمندترین تخصص‌های پزشکی است.

۴. تصور شما از دوران رزیدنتی چه بود و چطور گذشت؟

دوران رزیدنتی معمولاً به عنوان دوره‌ای سخت و طاقت‌فرسا با فشارهای فیزیکی و روحی (به خاطر ناهنجاری‌هایی که در رفتار برخی از رزیدنت‌های سال بالاست) شناخته می‌شود. خوشبختانه در رشته بیهوشی، فضا کمی ملایم‌تر به نظر می‌رسد. اگرچه رفتارهایی مانند «شیرینی گرفتن» بعد از انجام اولین پروسیجر به عنوان نشانه‌ای از ایجاد صمیمیت وجود داشت، اما تعدادی از رزیدنت‌های سال بالا با برخوردهای غیرمنطقی مواجه می‌شدند که در این شرایط، از پذیرش زور سر بر نمی‌گردید.

در میان این تجارب، از خانم دکتر زمانی که هم‌زمان اساتید دانشگاه مازندران و نماینده شهر ساری در مجلس شورای اسلامی هستند، به شدت سپاسگزارم؛ حمایت‌های ایشان فضای سخت آن دوران را برای ما قابل تحمل‌تر کرد.

۵. فعالیت صنفی شما از چه زمانی شروع شد و چرا به این حوزه ورود کردید؟

ورود جدی من به فعالیت‌های صنفی از سال ۱۳۹۹ آغاز شد. من همیشه فردی بوده‌ام که نمی‌توانم نسبت به مشکلات بی‌تفاوت باشم و همیشه در تلاش برای یافتن راه‌حل برای مسائل موجود هستم. در دوران رزیدنتی، با رویارویی با مشکلات و ناعدالتی‌ها، نمی‌توانستم از کنار آن‌ها بی‌تفاوت بگذرم و وارد شورای صنفی شدم.

در همان زمان، همه‌گیری کرونا رخ داد. دانشگاه تجهیزات و وسایل محافظتی کافی برای گروه بیهوشی فراهم نکرده بود؛ بنابراین با تلاش‌های شخصی و ارتباط با خیرین داخل و خارج کشور، توانستم مبالغ مناسبی جمع‌آوری کنم و بهترین تجهیزات محافظتی را برای رزیدنت‌های بیهوشی و کادر این رشته در بیمارستان‌های ساری تهیه و توزیع کنم. این اقدام باعث شد همکاران من با اطمینان بیشتری به خدمت‌رسانی و ارائه خدمات به بیماران بپردازند.

۶. نقش شما در مستند «رزیدنت» چه بود و ماجرای این مستند از کجا شروع شد؟

در سال ۱۴۰۰، در چارچوب فعالیت‌های صنفی و پیگیری مشکلات رزیدنت‌ها، به‌ویژه در خصوص تبدیل دوره رزیدنتی به شغل، در جلسه‌ای با کمیسیون بهداشت مجلس شورای اسلامی حضور داشتم. همان زمان بود که متوجه شدیم صدای ما برای بیان مشکلات کافی نیست و نیاز به ابزاری جامع برای انتقال پیام‌ها احساس می‌شد. ایده ساخت مستند «رزیدنت» از همین نقاط شروع شد. به‌طور اتفاقی، گروهی از هنرمندان جوان نیز در همان زمان به دنبال ایجاد مستندی در همین زمینه بودند. وقتی به سازمان نظام پزشکی مراجعه کردند، ارتباط بین ما برقرار شد و پروژه به‌طور جدی شکل گرفت. در آن زمان، تنها افرادی که حاضر به ارائه مصاحبه شدند، من و خانم دکتر نفیسه برهانی (متخصص اطفال مشهد) بودیم. نقش من در این مستند به عهده کارگردان (آقای امیرمحمد کوچک‌زاده) و تهیه‌کننده (آقای محمدتقی بستجانی) قرار گرفت؛ هرچند که خودم معتقد هستم نقش من در روشن ساختن مشکلات و بیان واقعیت‌های دوره رزیدنتی قابل تقدیر است.

۷. چالش‌های اصلی در مسیر تولید مستند «رزیدنت» چه بودند؟

بسیار چالش‌هایی در ساخت این مستند وجود داشت. یکی از مهم‌ترین مشکلات، این بود که بسیاری از رزیدنت‌ها با نام و چهره واقعی خود، تمایلی به حضور در مستند نداشتند؛ از ترس عواقب احتمالی یا فشارهای محیطی. همچنین، اجازه فیلم‌برداری در برخی از بیمارستان‌ها داده نمی‌شد که این موضوع کار تیم سازنده را با مشکلات فراوانی مواجه می‌ساخت.

۸. هدف نهایی شما از ساخت مستند چه بود و آیا به آن دست یافتید؟

هدف اصلی ما انتقال صدای رزیدنت‌ها و بیان واقعیت‌های پنهان این دوره بود. احساس می‌کردیم که گفت‌وگوی اداری و درون‌سازمانی دیگر کافی نخواهد بود؛ نیازمند حضور رسانه‌ای و عمومی برای بیان مشکلات بودیم. پس از انتشار مستند، دست کم تأثیر مثبتی مشاهده شد؛ دیگر به سادگی رزیدنت‌ها تحت فشار قرار نمی‌گرفتند و جامعه به درک بهتری از وضعیت رزیدنتی دست یافت.

به یاد دارم در زمان پیگیری افزایش حقوق رزیدنتی، دریافتی‌ها بسیار پایین بود و به‌طور غیرمنطقی رقم‌های کمی اعلام می‌شد؛ اما با تلاش‌های مستمر، حقوق‌ها جهشی مثبت پیدا کردند. اگرچه این تغییرات کامل نبوده‌اند، اما گام مؤثری در جهت بهبود شرایط محسوب می‌شوند.

۹. برای بلندمدت چه آینده‌ای برای جامعه علوم پزشکی متصور هستید؟

اگر شرایط کنونی و ضعف‌های موجود در نظام سلامت بدون تغییر باقی بمانند، چشم‌انداز روشنی برای آینده جامعه پزشکی متصور نیست. احتمال مهاجرت نخبه‌های پزشکی، چه به‌صورت جغرافیایی و چه شغلی، بسیار بالاست و کیفیت خدمات درمانی نیز ممکن است کاهش یابد؛ امری که به نفع کشور و بیماران نخواهد بود.

۱۰. رویکرد وزارت بهداشت در قبال مستند «رزیدنت» چه بود؟

متأسفانه، رویکرد وزارت بهداشت نسبت به پخش مستند «رزیدنت» چندان همیارانه نبود. در چند دانشگاه هماهنگی شده بود تا اکران و جلسه پرسش و پاسخ برگزار شود، اما بسیاری از این برنامه‌ها در لحظات آخر لغو شد. تنها دانشگاه علوم پزشکی تهران، با کمک جهاد دانشگاهی، توانست اجازه اکران بدهد. برای من این موضوع پرسشی بود: چرا مسئولان از شنیدن واقعیت‌ها می‌ترسند و اجازه نمی‌دهند که دانشجویان و رزیدنت‌ها به‌صورت شفاف از مشکلات خود سخن بگویند؟

۱۱. نظر شما درباره اظهار نظر مسئولین در قبال مستند و ابراز تمایل به حمایت از آن چیست؟

اگر واقعاً علاقه و اشتیاق وجود داشت، حداقل اجازه می‌دادند مستند در دانشگاه‌ها اکران شود. متأسفانه، میان گفتار و عمل شکاف‌هایی مشاهده می‌شود؛ صحبت‌ها و تمایلات اعلامی با آنچه در عمل انجام می‌شود، فاصله زیادی دارد.

۱۲. به نظر شما نهادهایی مانند مجلس یا شورای عالی انقلاب فرهنگی در روند تغییرات چه نقش و تأثیری دارند؟

من باور ندارم که هدف نهادهای مذکور ناامیدی جامعه پزشکی باشد؛ بلکه هدفشان ارائه راه‌حل‌هایی برای مشکلات موجود است. اما اغلب در عمل، نحوه برخورد و

تصمیم‌گیری‌هایشان، ناخواسته باعث انتقال حس ناامیدی می‌شود. در واقع، راه‌حل‌های اعلام‌شده در بسیاری موارد نه تنها مشکل اصلی را حل نمی‌کند، بلکه مسائل دیگری را نیز به همراه دارد.

۱۳. آینده مستندات و مسائل صنفی را در تیم فعلی وزارت بهداشت چگونه می‌بینید؟

من بسیاری از افراد تیم فعلی وزارت بهداشت را از نظر فردی می‌شناسم و به‌طور کلی نسبت به دوره‌های گذشته امیدوارتر هستم. اما تغییرات واقعی در کشور زمان‌بر و پیچیده است؛ از تصمیم‌گیری تا اجرا فاصله زیادی وجود دارد. با این حال، روند مثبت و امیدبخش‌تری نسبت به گذشته احساس می‌کنم.

۱۴. برای دانشجویان و رزیدنت‌هایی که نمی‌دانند چگونه مطالبات خود را به مسئولین برسانند، چه پیشنهادی دارید؟

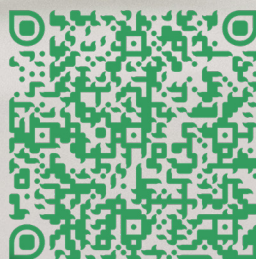
یکی از بزرگ‌ترین ضعف‌های نظام آموزشی ما این است که نحوه پیگیری مطالبات و ارتباط اداری به ما آموزش داده نمی‌شود. به دانشجویان و رزیدنت‌ها توصیه می‌کنم که حتی اگر در ابتدا تغییرات بزرگی ایجاد نشود، ابتدا در سطح خودشان تغییراتی ایجاد کنند. وقتی شما به عنوان یک رزیدنت سال بالا وارد عمل می‌شوید، لطفاً همان رفتاری که روزهای اولیه باعث نارضایتی شده است را تکرار نکنید. این تغییرات کوچک می‌تواند در بلندمدت تأثیرگذار باشد.

۱۵. اگر صحبت پایانی‌ای دارید، لطفاً بیان کنید.

دو پیام دارم: یکی برای مسئولین و یکی برای همکارانم. به مسئولین می‌گویم: لطفاً گوش شنوایی داشته باشید. تصور نکنید که همه چیز را می‌دانید؛ تا زمانی که مشکلات را از زبان افرادی که درگیر هستند نشنوید، راه‌حل‌های واقعی نخواهید یافت. اگر به دقت به مشکلات گوش دهید، می‌توانید راه‌حل‌هایی بیابید که نه تنها مشکل را برطرف کند، بلکه زمینه بهبود وضعیت را فراهم آورد.

” مسئله‌ی سلامت، جزو مسائل درجه‌ی یک هر کشوری است، یعنی اگر ما دو سه مسئله‌ی درجه‌ی یک را بخواهیم کنار هم بگذاریم، بلاشک یکی از آنها مسئله‌ی سلامت و بهداشت و درمان است. اگر در کار نگاه تخصصی و عالمانه نباشد، دچار مشکل خواهد شد؛ یعنی یا موازی‌کاری میشود یا کار غلط انجام میگیرد؛ بنابراین باید نگاه عالمانه در آن وجود داشته باشد؛ و این هم جز با حضور پزشکان و اساتید و مانند اینها امکانپذیر نیست.

گزیده‌ای از بیانات رهبر انقلاب اسلامی در دیدار
اعضای مجمع خیرین سلامت کشور
۱۳۹۱/۱۰/۱۱



جهت دانلود نسخه الکترونیک
نشریه، اسکن کنید.



آدرس وبسایت انجمن
اسلامی دانشجویان دانشگاه
علوم پزشکی جهرم