

بیماری‌های درمان!

انسان تمهیل‌کرده لزوماً کسی نیست که دانش عمومی و تفهیمی زیار دارد. انسان تمهیل‌کرده کسی است که ذهنش را وسعت بشییره و به کمک آن می‌تواند به فواسته فود برسد. می‌تواند برون آنکه حقوق دیگران را زیر پا بگذارد به آنچه می‌فواهد دست یابد. «نابلتون هیل»

پس از عصر رنسانس و روشننگری، انقلاب علمی با تمام قدرت خود از طریق ارائه‌ی استنتاج استقرایی (Induction) و فروکاهیدن مجموعه‌های مشاهدات آدمی به تعداد اندکی قانون و اصل، انسان را به این باور رساند که می‌تواند با فروکاست‌گرایی (Reductionism) جنبشی بزرگ را در شناخت پدیده‌ها رقم بزند و تحولی عظیم را در زندگی خود پدید آورد. فروکاست‌گرایی که وامدار انقلاب نیوتونی بود با تبیین مکانیسمی پدیده‌های فیزیکی از طریق درک ماشین و حرکت، بتدریج راه خود بر حوزه‌های دیگر دانش بشری گشود و در این مسیر موفقیت‌های شگرفی را در عرصه‌های گوناگون علوم و تکنولوژی برای انسان به ارمغان آورد. تعمیم این بینش در علوم زیستی و پزشکی نیز زمینه‌ساز پیشرفت و ایجاد علمی مانند فیزیولوژی، آسیب‌شناسی و داروسازی شد. دیگر انسان بر این باور بود که می‌تواند رفتار یک پرنده را از مولکول‌های مغز و بدن وی پیش‌بینی کند و یا مکانیسم دقیق یک بیماری را کشف کند و در نتیجه با دخالت و دستکاری یک ساز و کار معیوب در یک بیماری می‌تواند براحتی آن را درمان کند. بدین ترتیب پرونده‌ی بسیاری از بیماری‌های انسان بر اساس نگرش فروکاست‌گرایانه‌ی «دکترین علت خاص»- که بیماری‌ها را ناشی از علت خاصی در نظر می‌گیرد- در حال بسته شدن بود. نظریه‌ی میکروبی بیماری‌ها توسط پاستور ارائه شده بود و عصر داروهای شیمیایی و آنتی‌بیوتیک‌ها و واکسن‌ها آغاز گردید. همه‌ی این مواد می‌باید از طریق شیمیایی یا فیزیولوژیکی بخش معیوب و علت غایی نقص عملکرد ماشین بدن و ذهن را ترمیم کنند و بنابراین کافی بود فرد بیمار دارو یا ماده‌ی مورد نظر را مصرف کند تا از بیماری رهایی یابد. با کشف DNA ساز و کار ماشین حیات نیز برملا شده بود و بدین ترتیب انسان می‌رفت که تمام چرخ‌دنده‌های حیات را به مانند اجزای یک ماشین از هم بازشناسد.

اما این یک روی سکه بود! در نیمه‌ی دوم قرن بیستم میلادی بتدریج ناکارآمدی فروکاست‌گرایی در شناخت و دخالت انسان در مورد بسیاری از پدیده‌های انسانی، ذهنی، زیست‌شناختی، روانشناختی، علوم اجتماعی، سیاست، مدیریت و حتی اقتصاد خود را نمایاند و روشن شد که نمی‌توان بسیاری از حوزه‌های مذکور را با الگوبرداری از فیزیک یا شیمی به چند اصل یا مدل ساده فروکاهید. اصل عدم قطعیت هایزنبرگ و نظریه‌ی آشوب (Chaos Theory) نیز با اشاره به محدودیت توانایی انسان و پیچیدگی ماورای محاسبه‌ی پدیده‌ها، ضربه‌ی دیگری را بر ساده‌اندیشی فروکاست‌گرایان وارد آورد و انسان را بویژه پس از بروز بحران‌های سیاسی، اجتماعی، اقتصادی و نیز شیوع بیماری‌های نوظهور، مزمن و دشوار درمان‌پذیر در دهه‌های اخیر، به تعمق مجدد در باره‌ی روش علمی و چپستی و چرایی مشکلات بشر و بیماری‌ها ذهن و بدن خود وادار کرد. موازی با آن، با تعریف WHO از تندرستی در سال ۱۹۴۷ بر جنبه‌های اجتماعی تاکید شد و در دهه‌های اخیر بر مدل کل‌نگر تندرستی که در بردارنده‌ی کلیه‌ی عوامل ذهنی، جسمی، اجتماعی، شغلی و محیطی است، تاکید گردید. بنابراین این تصور که یک ماده، دارو، مولکول یا هر عامل خاص بتواند با دخالت و ترمیم بخش آسیب دیده‌ی فرد، تندرستی وی را تامین کند و بیماری را به‌طور کامل درمان کند، مورد تردید قرار گرفت.

موج نوین خود انتقادی علم به مانند بسیاری از دستاوردهای علم راه خود را به‌کندی در جوامع در حال توسعه باز می‌کند و تاثیر آن در علوم تندرستی و پزشکی کشورهای توسعه‌یافته آغاز شده است. اکنون لازم است با چشمانی باز و ذهنی بدور از جانبداری به ریشه و اساس مشکلات علوم تندرستی و پزشکی در کشور خود نظر افکنیم.

فرایندهای جهانی و جهانی شدن با همه‌ی جنبه‌های مثبت و منفی خود، دامنه‌ی نفوذ خود را بر فرهنگ‌ها و سنن چنان می‌گستراند که ملت‌ها را وادار می‌سازد به‌جای مقاومت ستیزه‌جویانه و پیشداوری منفی و منفعلانه نسبت به هرگونه تغییر و اصلاح، آگاهانه و مسئولانه، رویکردها و ساختارهای کهن خود را به چالشی مداوم کشانند تا ضمن حفظ استقلال و هویت خود، از مسیر توسعه و به‌روزی و دستیابی به بالاترین استانداردهای زندگی بازمانند. این در حالی است که نظام خدمات تندرستی، پزشکی و درمان در جامعه‌ی کنونی ما از بیماری‌های گوناگونی رنج می‌برد که بیش و پیش از همه‌ی بیماری‌ها، خود نیاز مبرم و فوری به «درمان» دارد. امروزه، اولویت توجه به استعاره «بیماری‌های درمان» که رویکردی آسیب‌شناختی به نظام و ساختار درمان دارد نسبت به مقوله‌ی «درمان بیماری‌ها» که رویکردی آسیب‌شناختی به فرد دارد، امری حیاتی و گریزناپذیر شده است.

آنچه تاکنون پزشکان، مسئولان دولتی و دیگر دست‌اندرکاران علوم تندرستی، بهداشت و پزشکی در کشور ما بدان دست‌یافته‌اند در بهترین حالت، دنباله‌روی خام‌دستانه و بعضاً ناسره از دست‌آوردها و پیشرفت‌های علمی و پزشکی تمدن غرب در یک و نیم قرن اخیر بوده است. غالب پزشکان و مسئولان سلامت مردم در بهترین شکل حافظ و مجری کتاب‌های پزشکی هاریسون، سیسل، مرک مانوئل، شوارتز، سایبستون، گودمن گیلمن، کارنت، نلسون، ویلیامز و غیره هستند و چنان مقهور حجم و شکوه مندرجات و محتوای آنها شده‌اند که براستی فراموش کرده‌اند سهم خود را از تولید علوم

پزشکی و تندرستی در جهان و منطقه‌ی بومی خود مورد پرسش قرار دهند. این مسئله با در نظر گرفتن بسترهای فرهنگی، سیاسی و اجتماعی چند قرن اخیر در ایران که به جز موارد استثنایی، اصل را بر واردات علوم و تکنولوژی از دیگر کشورها قرار داده است، قابل درک است ولی پرسش اساسی این است که پزشکان به‌عنوان نخبگان جامعه، در اشاعه‌ی فرهنگ تولید (نه تقلید) علوم پزشکی و دستیابی بکر دست‌آوردهای پزشکی و ارائه‌ی آن به جامعه‌ی جهانی چقدر همت و تلاش کرده‌اند؟

چقدر موجب مباحثات استادی است اگر دانشجویان پی ببرند ایشان فلان کتاب رفرنس پزشکی را ۱۰ یا ۱۵ بار بطور کامل خوانده است و از قدرت ارجاع سریع وی به فلان مطلب در فلان صفحه غبطه خورند! اساتیدی که افتخار عضویت در هیات علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور را داشته‌اند چقدر در تولید نوآورانه‌ی علوم پزشکی که قابلیت ماندگاری و اثرگذاری در عرصه‌ی جهانی داشته باشد و نه طرح‌های تحقیقاتی تقلیدی که کمابیش تکرار حتی ناقص الگوهای تحقیقاتی کشورهای توسعه‌یافته می‌باشد، نقش ایفا کرده‌اند. آیا شکل و محتوای خدمات پزشکی و نظام درمان در مطب‌ها در ۵۰ سال اخیر در کشور پیشرفت فاحشی داشته یا دچار رکود و ناپویایی شده است؟ آیا پزشکان از نظر کیفیت ارائه‌ی خدمات پزشکی در مطب‌ها و درمانگاه‌های پزشکی در سالیان اخیر دچار سیر نزولی نشده‌اند؟ پزشکان جامعه‌ی ما به موازات درک «چگونگی» سازوکار دانش و خدمات پزشکی، چقدر به درک و روشنگری «چرایی» و موضوعیت خدمات پزشکی همت گمارده‌اند؟

امروزه، واحد جامعه در جوامع نوین، دیگر فرد نیست بلکه ساختار است، یعنی هرچه جوامع دارای ساختارهای متشکل تر و پایدارتر باشند بهتر در مسیر توسعه‌ی پایدار (Sustainable Development) قرار می‌گیرند. ساختارها عموماً با مرگ افراد نابود نمی‌شوند بلکه از نسلی به نسل دیگر انتقال پیدا می‌کنند و اصلاح یا کامل‌تر می‌شوند، در صورتی که یک فرد هرچقدر دانشمند، هنرمند، فرزانه، باتجربه، فرهیخته، مدیر یا مدیر باشد با مرگ خود جامعه را از بسیاری از دانایی‌ها و توانایی‌های خود محروم می‌سازد. با مطرح شدن ضرورت رویکرد سیستمی و ساختارگرا به برنامه‌های توسعه توسط آدمی به موازات برنامه‌ها و سیاست‌های توسعه‌ی پایدار بویژه در دهه‌های ۸۰ و ۹۰ قرن بیستم میلادی در برنامه‌های سیاست‌گذاران و تصمیم‌سازان، راهبرد و استراتژی نوینی مبنی بر ایجاد تعادل و تناسب بین نیازها و رضایت کوتاه‌مدت جامعه با نیازها و رضایت بلندمدت و نسل‌های آینده جامعه بویژه داشتن محیط‌زیستی سالم و امن، اقتصاد پویا، ارتقای دموکراسی، ترویج تکثرگرایی و کیفیت بالای زندگی تدوین شد.

این تغییر نگرش در قالب شعار «انسان تندرست به عنوان محور توسعه‌ی پایدار»، نیز تاحدودی نیز بر سیستم‌های خدمات پزشکی و درمان تسری یافت که منجر به ایجاد سیستم‌های درمانی جدیدی در کشورهای توسعه‌یافته موسوم به «سازمان‌های مراقبت از تندرستی» (Health Maintenance Organizations: HMOs) شد. در این گونه مراکز تندرستی و درمانی که واحد عملکرد ارائه‌ی خدمات معطوف به ساختار و سیستم است نه پزشک یا فرد دیگر، خط مشی اصلی بر این بنا شده است که تا با ارتقای تندرستی مشتریان اعم از غیر بیمار یا بیمار، بهره‌وری خدمات درمانی به چنان سطحی برسد که دست‌کم دستیابی به ۲ هدف زیر ممکن شود:

۱- مراکز درمانی و پزشکی در مسیر ارائه‌ی خدمات خود، با قطع مدار وابستگی اقتصادی خود به وجود بیمار و بیماری در جامعه، افزایش سلامت عمومی و افراد تندرست را در جامعه مد نظر قرار دهند (امری که با ساختار کنونی مراکز درمانی و پزشکی، که وابستگی اقتصادی به وجود بیمار و بیماری در جامعه دارند، امکان‌پذیر نیست).

۲- اقتصاد پزشکی، با پرهیز از صرف هزینه‌های سرسام‌آور پزشکی و تخصیص بهینه‌ی خدمات با سیاست‌های توسعه‌ی پایدار همگام شود تا از تحمیل هزینه‌های مازاد پزشکی بر بیماران جلوگیری شود.

اگر بدانیم حق «درمان شدن» با حق «سالم ماندن» متفاوت است، به این مسئله پی خواهیم برد که رویکرد بسیاری از سیاست‌گذاری‌های دهه‌های اخیر در حوزه‌ی سلامت و بهداشت، آنهم بطور ناقص و ناکارآمد، بر محور درمان بوده است نه تندرستی با تعریف ارائه‌شده از سوی سازمان جهانی تندرستی (WHO) بیش از ۶۰ سال پیش! مقوله‌ی «درمان» تنها پس از بروز بیماری در فرد قابل طرح است در حالیکه مقوله‌ی «سلامت» دربردارنده‌ی کلیه‌ی حوزه‌های مرتبط با سبک زندگی فرد از جمله سیاست، اقتصاد، فرهنگ، روابط اجتماعی، اشتغال، نیازهای اساسی انسان، پیشگیری، و نیز خود «درمان» می‌باشد. هنوز در کشور ما چیزی معادل بیمه‌ی تندرستی یا پیشگیری وجود ندارد و سازمان‌های بیمه در این راستا تنها برای بیمه‌ی درمانی آنهم نه به‌طور کامل خدمات می‌دهند.

فقر تدبیر و اندیشه و عدم انسجام راهبردی و اجرایی دست‌اندرکاران اعم از مسئولان دولتی، صنفی و پزشکان، بدور از نگاه ژرف به بسترهای جامعه‌شناختی و فرهنگی، وضع سلامت و کیفیت درمان مردم را به چنان وضعی رسانیده که شاهد آنیم. بسیاری از مردم به دلایل گوناگون نمی‌توانند تندرستی را با همه‌ی اهمیت و ارزشی که در اساسی‌ترین نیازهای انسان دارد، در اولویت‌های نخست هزینه‌های خانوار خود قرار دهند. غالب ما پزشکان نیز چنان در بین شاخ و برگ‌های طبابت و مطب و درمانگاه و بیمارستان سرگرم شده‌ایم که تنه و ریشه‌ی اصلی معضلات سلامت و درمان را در جامعه‌ی خود به فراموشی سپرده‌ایم.

از یک سو بیشتر پزشکان به دلیل درگیری با نیازهای اساسی و معیشتی و افتادن در گرداب روزمرگی، دیگر برای نقد و ارزیابی کارآمدی حرفه‌ی خود و طبابت به شکل امروزی آن و اصلاح سیاست‌های خرد و کلان و فرهنگ حاکم بر سلامت فرد و جامعه و خدمات پزشکی رغبت و فرصتی نمی‌یابند و از سوی دیگر مردم به تبعیت از زرق و برق‌های طبابت بیماری‌محور و تخصص‌گرایانه چنان مسحور و مفتون اعجاب‌ها و اکتشافات دارویی و پزشکی و پیشرفت‌های روزمره‌ی تکنولوژی پزشکی شده‌اند که تحت تأثیر عناوین، مدارک و سلاقی جورواجور حرف پزشکی، کمتر به محوریت تندرستی و عوامل آن در زندگی می‌اندیشند و غالباً منفعلانه و با اجتناب از مسئولیت‌پذیری، با این ذهنیت که دست‌اندرکاران علوم پزشکی - مخصوصاً پزشکان - همیشه راه‌حلی ساده برای درمان بیماری‌های تن و روان آنها خواهند داشت، برای برخورداری از مواهب و سوسه‌انگیز بازار خدمات پزشکی تخصصی و فوق تخصصی و اخذ نوبت در مطب‌ها از یکدیگر سبقت می‌گیرند. این در حالی است که به دلیل مدیریت ناکارآمد و اتلاف منابع نیروی انسانی در بخش عظیمی از نخبگان ذهنی جامعه‌ی ما که به رشته‌های پزشکی گرایش دارند، دیگر مجال چندانی برای تجزیه و تحلیل، پژوهش و بهره‌برداری مناسب از اندوخته‌ها و یافته‌های دوران تحصیل پزشکی و پس از آن باقی نمانده است.

متأسفانه در کشور ما، علیرغم سیاست‌گذاری‌ها، دستورالعمل‌ها و تلاش‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان نظام پزشکی کشور برای تدوین و تحقق «طرح ارجاع و پزشک خانواده» در راستای قانون برنامه‌ی چهارم توسعه، هنوز تندرستی و شاخص‌های آن از جایگاه شایسته و بایسته‌ای در نظام سلامت، بهداشت و درمان برخوردار نشده و ارتباط معنی‌داری بین خدمات پزشکی و مفاهیم تندرستی به‌وجود نیامده است. آنچه در جامعه‌ی ما حاکم است، با مبانی یک نظام درمان مناسب و کارآمد مغایرت دارد. سهم عمده‌ی این ناکارآمدی در بعضی موارد ناشی از ضعف یا سکوت قوانین و آیین‌نامه‌های مربوطه و در موارد دیگر وجود قوانین و آیین‌نامه‌های دست و پا گیر است که مانع باروری و شکوفایی راه‌کارهای برآمده از رقابت آزاد و مثبت گروه‌ها، نهادها و اشخاص فعال در بخش خصوصی و سازمان‌های غیردولتی می‌شود. البته مشکل ریشه‌ای‌تر از آن است که با مقصر قلمداد کردن یک یا چند عامل ظاهری، در پی اصلاح ساختار نظام درمان براییم؛ اما تأملی چند درباره‌ی مشکلات و کاستی‌های نظام درمان، می‌تواند ما را از عمق بحران آگاه سازد:

۱- نگرش غیر سیستمی: بسیاری از مشکلات درمان چه در حوزه‌ی فردی مانند علت‌شناسی یا درمان بیماری‌ها و چه در حوزه‌ی اجتماعی مانند اپیدمیولوژی و مدیریت درمان ناشی از خلا نگرش و اندیشه‌ی سیستمی در جامعه‌ی ما است. اندیشه‌ی سیستمی (Systems Thinking) رویکرد و چارچوبی برای درک پدیده‌ها و حل مشکلات است مبنی بر اینکه برای درک و حل مشکلات یک سیستم و قسمت‌های آن، باید به جای کشف صرف اجزا و عناصر تشکیل‌دهنده‌ی آن، ارتباطات و واکنش‌های عناصر آن را با همدیگر و محیط خارج در قالب یک مجموعه‌ی کل شناخت. این اندیشه از اواسط قرن بیستم میلادی، پس از ناکارآمدی دیدگاه مکانیستی و فروکاست‌گرایی در تبیین بعضی از پدیده‌ها، بتدریج راه خود را در بسیاری از زمینه‌ها از جمله کامپیوتر، مهندسی، اپیدمیولوژی، تندرستی، مدیریت، اقتصاد و محیط زیست گشود. اندیشه‌ی سیستمی روابط و واکنش‌ها را خطی و یک بعدی نگاه نمی‌کند بلکه حجمی و چند بعدی با در نظر گرفتن مجموعه‌ی عوامل درونی و بیرونی در نظر می‌گیرد.

با اندیشه‌ی سیستمی متوجه می‌شویم که بسیاری از دوگانگی‌های ظاهری مانند خوب و بد، بیماری و تندرستی، دوست و دشمن، مرد و زن، غرب و شرق، ذهن و بدن، راست و دروغ، عقل و احساس، و سیاه و سفید نمادهای ارزش‌گذاری ذهن ما بوده و در واقع مکمل‌های هم‌بسته و لازم و ملزوم یکدیگرند که باید در وحدت، توازن و هماهنگی در زیرمجموعه‌ی یک کلیت در نظر گرفته شوند. همچنان‌که اندیشه و نگرش سیستمی بتدریج بر حوزه‌های مختلف دانش بشر تاثیر مهمی گذاشت، در پزشکی نیز منجر به ایجاد مفهوم **پزشکی کل نگر** شد. این نوع پزشکی مجموعه‌ای از سیستم‌های مراقبت از تندرستی، پزشکی و خدمات درمانی را در بر می‌گیرد که ارتباطی همگرایانه بین همه‌ی عوامل مؤثر در تندرستی از جمله وضعیت بدنی، ذهنی، عاطفی و اجتماعی را در جهت حفظ شرایط بهینه‌ی آنها فراهم می‌کند. در این مفهوم جدید تمامی برنامه‌ریزی‌ها و طراحی فرآیند تشخیص، پیشگیری، درمان و پی‌گیری متکی به فرد یا بخش خاصی از سیستم نمی‌باشد بلکه پزشکان و تمام کارکنان سیستم با پشتوانه‌ی ساختاری سازمان‌یافته و هماهنگ شده و نیز امکان ذخیره‌ی اطلاعات پرونده‌ی فرد در بایگانی مکتوب و رایانه‌ای و نه متکی به حافظه، اقدام به برنامه‌ریزی و ارائه‌ی خدمات برای فرد می‌کنند که در این صورت امکان خطا یا اشتباه به حداقل مقدار خود می‌رسد.

در وضع موجود جامعه‌ی ما، پزشک به‌عنوان یک انسان جایز‌الخطا، به‌عنوان تصمیم‌گیرنده و مرجع اصلی اطلاعات گوناگونی که از بیمار اخذ می‌شود، باید راه‌کارهای تشخیصی و درمانی را برای بیمار برنامه‌ریزی و اجرا نماید و این در حالیست که تنها از طریق حافظه و قوه‌ی تفکر خود که تحت تاثیر شرایط و فشارهای کاری گوناگون در محیط کار قرار دارد، مدد می‌جوید. این معضل امکان خطاپذیری پزشک را که بعضاً می‌تواند صدمات جبران‌ناپذیری را به سلامت بیمار وارد کند و هزینه‌های مازاد پزشکی را بر وی تحمیل نماید، افزایش می‌دهد. متأسفانه به‌دلایل ضعف اندیشه‌ی سیستمی و عدم کل‌نگری بویژه در سطح دولت و وزارت‌خانه، بخشی‌نگری، روزمرگی، مشارکت‌ناپذیری، تمرکز تصمیم‌گیری، دولت‌مداری،

تحول‌گریزی، ارجحیت وفاداری سیاسی و جناحی بر شایسته‌سالاری و غفلت از جهانی شدن و نیز در نظر نگرفتن ارتباط کلیه اجزا و زیرمجموعه‌های دخیل در امر درمان و سلامت، دستیابی به تراز بالای کیفیت درمان و خدمات پزشکی در جامعه‌ی ما تاکنون میسر نگردیده است.

۲- تصدی‌گری دولتی به دلیل در اختیار داشتن وظایف و مسئولیت‌های غیر حاکمیتی از جمله رقابت آزاد، گسترش مالکیت، فعالیت بنگاه‌های اقتصادی، افزایش سطح عمومی اشتغال، بهره‌وری منابع مادی و انسانی و فناوری، توانمندسازی بخش‌های خصوصی و تعاونی، افزایش تولید، تشویق اقشار مردم به پس‌انداز و سرمایه‌گذاری و بهبود درآمد خانوارها **توسط نهاد دولت**، مانع اصلی توسعه است. در کشور ما حوزه‌ی بهداشت و درمان نیز از این مسئله در امان نمانده است. کفایت بدانید بیش از ۸۰ درصد خدمات بستری در کشور ما در بیمارستان‌های دولتی ارائه می‌شود و هنوز در واگذاری سیاست‌گذاری‌ها، تصمیم‌گیری‌ها، مدیریت، اختیارات و اجرای برنامه‌ها و طرح‌های حوزه‌ی سلامت و پزشکی به نهادهای متولی آن مانند سازمان نظام پزشکی و انجمن‌ها و تشکل‌های مرتبط راه درازی در پیش داریم.

متأسفانه هیچ‌گاه در طول سالهای گذشته سلامت و درمان در هرم ارزش‌گذاری دولت جایگاه مناسبی نداشته است و مقوله‌ی سلامت به عنوان هزینه انگاشته می‌شود نه سرمایه‌گذاری. حتی علیرغم ابلاغیه‌ی اصل ۴۴ قانون اساسی مبنی بر تغییر نقش دولت از مالکیت و مدیریت مستقیم به نقش هدایتی و نظارتی صرف، نگاه دولتمردان ما تغییر چندانی نیافته است. شاهد این مدعا تنش‌های اخیر بدنه‌ی دولت برای بازستاندن حق تعیین تفره‌ی بخش خصوصی از سازمان نظام پزشکی به دولت و حتی طرح اصلاح قانون نظام پزشکی کشور بود. مقاومت بدنه‌ی دولت در مقابل این واگذاری اختیار، از یک سو ناشی از بدبینی و تنگ‌نظری دولتمردان به توانمندی نهاد سازمان نظام پزشکی در ساماندهی بازار مصرف خدمات پزشکی و کنترل هزینه‌های آن است تا در خلا سیستم‌های بیمه‌ی قدرتمند، احیاناً مشکلات شدید مالی بر مردم تحمیل نشود و از سوی دیگر گرایش به قیمت‌گذاری دستوری و نادیده گرفتن تاثیر سیستم عرضه و تقاضا در ایجاد تعادل و سامان‌دهی داد و ستد مشتری و ارائه دهنده‌ی خدمت است. در حالیکه در فعالیت‌های بخش‌های خصوصی امور درمان و پزشکی نیز، ساز و کار بازار و رقابت سالم، خود بهترین تنظیم‌کننده‌ی روابط اقتصادی است و تعیین نرخ یا تفره برای طب خصوصی از سوی دولت مبنای منطقی، عرفی، حقوقی یا حتی شرعی ندارد، لذا هزینه‌های درمان و سلامت باید بر اساس رضایت متقابل و بدون دخالت مراجع ناظر تعیین و تنظیم شود.

سازمان نظام پزشکی به‌عنوان نهاد قدرتمند پزشکان و دیگر سازمان‌های مرتبط در امر سلامت و پزشکی باید در تعامل با نمایندگان مجلس به‌عنوان نماینده‌ی مردم و سازمان‌های بیمه به حل معضلات اقتصاد درمان و سلامت اقدام کند و دولت و وزارتخانه‌های متبوع تنها ناظر بر اجرای سیاست‌ها و تصمیم‌های گرفته شده مطابق با قوانین مصوب باشند. اگر از اقتصاد درمان و سلامت انتظار رشد، پویایی و رضایت‌مندی متقابل را انتظار داریم، باید با حذف کامل تصدی‌گری و مداخله‌گری دولتی و حتی برجیده شدن کلینیک‌های و مراکز درمانی وابسته به سازمان‌های دولتی مانند بانک‌ها، شهرداری، شرکت نفت و صدا و سیما، راه را برای نقش آفرینی، رقابت‌پذیری و هم‌اندیشی سازمان‌ها، نهادها و اشخاصی که در ارتباط مستقیم با امر درمان و سلامت هستند، هموار کنیم.

۳- ناکارآمدی بیمه‌های درمانی: پیشرفت علم و تکنولوژی پزشکی، اکتشافات دارویی، ابداع روش‌های جدید تصویربرداری و بررسی‌های فرابالینی و تکنیک‌های درمانی تهاجمی و غیرتهاجمی، امکانات بیشتری را برای بیماران فراهم کرده‌اند اما از طرف دیگر باعث افزایش شتابنده‌ی هزینه‌ها شده‌اند چنانکه امروزه نیاز به بیمه‌ی درمانی حتی برای دهک‌های بالاتر جامعه غیر قابل اجتناب شده است. با این همه، بیمه‌ی درمانی در جامعه ما به دلیل ساختار سنتی و عدم تمرکز و توانمندی تصمیم‌گیرندگان آن برای حل چالش‌های پیش رو از غافله عقب مانده است. بدیهی است که بیمه‌ی درمانی باید مکانیسم‌ها و نحوه‌ی محاسبه‌ی ضریب ریسک مشکلات درمانی و پزشکی جمعیت تحت پوشش خود را به نحوی روزآمد تغییر دهد تا ضمن ارائه‌ی خدمات مناسب، به لحاظ نسبت هزینه-فایده دچار بحران نگردد و این امکان‌پذیر نخواهد بود مگر در ارتباطی تنگاتنگ و مستقیم با سازمان‌ها و نهادهای پزشکی.

متأسفانه سازمان‌های بیمه‌گر درمانی به‌جای حل مسئله اقدام به پاک نمودن صورت مسئله کرده‌اند که از آن جمله می‌توان به ارائه‌ی مستقیم خدمات درمانی از طریق تاسیس مراکز درمانی و بیمارستان، طرح مراکز درمانی معین بیمه‌ای، مداخله در رابطه‌ی بیمار-پزشک، خارج کردن تعداد زیادی از داروهای مورد نیاز و بعضاً گران از لیست حمایت جمعیت تحت پوشش خود، حذف غیر علمی بعضی از اقلام دارویی نسخه شده توسط پزشک عمومی از لیست حمایت بیمه‌ای، عدم تخصیص منابع به مقوله‌ی سلامت و پیشگیری و تعیین تفره‌های درمانی نامتناسب با نیازهای بخش خصوصی اشاره کرد. بیمه‌های درمانی باید به موازات پوشش هزینه‌های درمانی، بخشی از سرمایه و منابع خود در جهت ارتقای فرهنگ سلامت و پیشگیری و حمایت از مراکز خصوصی که خدمات سلامت محور و پیشگیرانه در آن بر خدمات بیماری محور و درمانی اولویت دارد، اختصاص دهند تا با ارتقای سطح تندرستی و کاهش نیازهای درمانی جمعیت تحت پوشش خود ریسک‌پذیری خود را به حداقل برسانند و به سودآوری برسند. متأسفانه در سالیان اخیر، ارائه‌ی مستقیم خدمات درمانی توسط سازمان‌های بیمه‌گر، نظام عرضه و تقاضای خدمات پزشکی را به هم زده است و این به بحران بازار و اقتصاد

خدمات پزشکی لطمه‌ی سختی وارد کرده است که این به‌نوبه‌ی خود همراه با افزایش ضریب ریسک بیمه‌ی درمانی، باعث شده است که سازمانهای بیمه اعم از سازمان تامین اجتماعی، بیمه‌ی خدمات درمانی و بیمه‌های تکمیلی، از پوشش درمانی کامل شانه خالی کنند.

۴- اختلال رابطه‌ی اقتصادی بیمار و درمان‌گر: به‌دلیل ساختار نادرست حاکم بر روابط اقتصادی بیمار و پزشک و ناکارآمدی نظام بیمه و رویکرد بیماری‌محور، غالب پزشکان به تعدد بیماران در مطب خود و به نرخ مصوب ویزیت که از بیماران در هر وعده ویزیت دریافت می‌کنند، وابستگی «معیشتی- اقتصادی» پیدا کرده‌اند. در وضع کنونی، به‌دلیل سیستم پرداخت Per Case و کارانه (Fee for Service) که به صورت پرداخت حق ویزیت به پزشک به ازای ویزیت هر بیمار می‌باشد، هر چه انواع بیماری و تعداد بیماران در جامعه بیشتر شوند، بالطبع درآمد پزشکان و مراکز درمانی فزونی می‌گیرد و برعکس، هر چه تراز تندرستی افراد جامعه بالاتر رود و تعداد بیماران کم شود، درآمد پزشکان و مراکز درمانی کاهش می‌یابد. این وضعیت به بحران سلامت و پیشگیری در جامعه دامن زده است و اقتصاد پزشکان را خواسته یا ناخواسته، وابسته به وجود بیماری و بیمار در جامعه کرده است، به‌گونه‌ای که به عنوان علت اصلی تعارض سلامت آحاد جامعه با معیشت پزشکان خود را نمایان ساخته و رابطه‌ی اقتصادی بیمار و درمان‌گر را در وضع نابسامانی قرار داده است. راه برون‌رفت از این معضل، اتخاذ رویکردی نوین برای اصلاح ساختار مناسبات اقتصادی پزشکان با بیماران به گونه‌ای است که نه تنها درآمد و اقتصاد مراکز درمانی از کاهش بیماری و تعداد بیماران در جامعه لطمه نبینند بلکه مرکز درمانی به لحاظ محاسبه‌ی «هزینه- فایده»، سود خود را در ارتقای تندرستی افراد مراجعه‌کننده بجوید.

این هدف، از طریق تغییر سیستم‌های پرداخت به‌ویژه به صورت سرانه (Capitation)، اصلاح نظام و ساختار بیمه و اشتغال پزشکان در سازمان‌های مراقبت از تندرستی (HMO) میسر می‌گردد که نه تنها دغدغه‌ی اقتصادی ناشی از کاهش بیماری و بیماران نخواهند داشت بلکه به دلیل کاهش هزینه‌های مزاد خدمات درمانی و پزشکی، سود مادی و معنوی بیشتری توأمان نصیب مشتریان و بیمه می‌شود، ضمن اینکه درآمد مرکز ارائه دهنده‌ی خدمات درمانی و بالطبع پزشکان و دیگر کارکنان، علیرغم کاهش موارد بیماری در افراد تحت پوشش خود، افزایش می‌یابد. در واقع یکی از راهبردهای اصلی مراکز خدمات درمانی و تندرستی باید این باشد که نیاز بیماران را به ویزیت‌های مکرر یا مجدد کم کند، چرا که محور اساسی خدمات آن تقدم پیشگیری بر درمان است. متأسفانه تاکنون محور اصلی بسیاری از اختلافات و چالش‌های بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان نظام پزشکی، مجلس شورای اسلامی و دیگر نهادهای مرتبط، تعیین مبلغ حق ویزیت و مرجع تعیین‌کننده آن بوده است و این در حالیست که حق ویزیت به‌دلیل القای تقاضای افزون بر نیاز، کاهش بهره‌مندی جامعه از خدمات سلامت، کم‌کاری ارائه‌کننده‌ی خدمت، کاهش حس مسئولیت پزشک، عدم کارآمدی در مهار هزینه و مدیریت مشکل آن؛ روابط اقتصادی بیمار و پزشک را دچار آسیب جدی کرده است.

امروزه در صورتی که یک پزشک بخواهد از بیمار شرح حال دقیق بگیرد و دستگاه‌های مختلف بدن بطور سیستماتیک مورد معاینه قرار دهد و تازه پس از آن بررسی‌های فرابالینی، تشخیص افتراقی، پیگیری‌ها، پیشگیری و درمان را برای وی برنامه‌ریزی کند، به زمان بسیار طولانی‌تر و انرژی بسیار بیشتر از یک ویزیت معمولی نیاز دارد. در این صورت سیستم پرداخت حق ویزیت به هیچ وجه جوابگو و جبران‌کننده‌ی انرژی و زمان صرف شده توسط پزشک نخواهد بود. بخش مهمی از نارسایی‌های کنونی نظام خدمات تندرستی و درمان در جامعه‌ی ما، ناشی از حاکمیت سیستم حق ویزیت در مناسبات اقتصادی بین بیمار و پزشک است، بگونه‌ای که از یک سو پزشکان با توجه به هزینه‌های مطب و نسبت هزینه- فایده و نیز در نظر گرفتن مزد جبران سالها ممارست، دانش‌اندوزی و کسب مهارت، گرایشی نمی‌یابند زمان و انرژی زیادی را به هر بیمار اختصاص دهند و از سوی دیگر بیماران ضمن گران دانستن حق ویزیت انتظار دارند خدمات درمانی و پیشگیری مناسب به آنان ارائه شود.

حل این پارادوکس و پر کردن شکاف عظیم بین توقعات پزشک و بیمار از طریق سیستم حق ویزیت غیر ممکن است. وقت آن رسیده است (و شاید از مدت‌ها پیش می‌باید) که پزشکان و نمایندگان مردم به عنوان تصمیم‌گیرندگان اصلی رابطه‌ی اقتصادی بیمار-پزشک، و سازمانهایی مانند وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و بیمه، به‌جای چانه‌زنی بر سر چندرغاز مبلغ حق ویزیت، به اصلاح اساسی نظام پرداخت حق‌الزحمه‌ی پزشک از طریق جایگزینی سیستم‌های دیگر مانند سرانه به جای حق ویزیت بپردازند تا منافع اقتصادی حرفه‌ی پزشکی که از خطرترین و مشکل‌ترین شغل‌هاست، بگونه‌ای بازتعریف شود که هم‌راستا با ارتقای سلامتی مردم، پزشکان و دیگر شاغلان حرفه‌ی پزشکی از امنیت شغلی و اقتصادی برخوردار گردند.

۵- بی‌تناسبی عرضه و تقاضا در آموزش، جذب و اشتغال پزشک عمومی، متخصص و فوق تخصص: بدلیل عدم تبیین جایگاه سطوح پزشک عمومی، متخصص و فوق تخصص که آنهم ناشی از محاسبه‌ی بدون ژرف‌نگری و مقطعی مسئولان مربوطه و نیز خلا یا ضعف نهادهای صنفی و رسانه‌ای است، تناسبی بین نیازهای پزشکی جامعه و سطوح و رشته‌های گوناگون پزشکی وجود ندارد. این بدان معنی است که اگر نظام درمان از طریق اجرای طرح پزشک خانواده و ارجاع سامان یابد، به‌دلیل تغییر الگوی بازتوزیع بیماران و اقتصاد وابسته به بیماران مراکز درمانی خصوصی و دولتی، جمع‌کثیری از پزشکان بویژه در بخش خصوصی دچار بحران اشتغال می‌شوند، مگر اینکه به موازی آن راه‌کارهای اساسی در اصلاح اقتصاد مراکز درمانی از

طریق اصلاح سیستم‌های پرداخت، نظام بیمه یا تشکیل سازمان‌های مراقبت از تندرستی (HMOs) اتخاذ شود. طرح این موضوع می‌تواند تا حدودی مقاومت بسیاری از پزشکان شاغل در سطوح و رشته‌های گوناگون (بویژه گروه‌های تخصصی و فوق تخصصی) را نسبت به ایجاد تغییراتی در نظام تندرستی و درمان توجیه کند.

۶- درک نادرست از توانمندی و جایگاه پزشک عمومی و پزشک خانواده: پزشک عمومی به‌عنوان کسی که به‌واسطه‌ی اندوخته‌ها و اطلاعات جامع خود درباره‌ی بیماری‌های انسان و روش‌های گوناگون پیشگیری و درمان می‌تواند بدون پیش‌داوری و باریک‌بینی و با ذهن باز و با در نظر گرفتن تمام موضوعات مرتبط با بیمار از جمله سبک زندگی، سابقه‌ی بیماری‌های دیگر، سابقه‌ی خانوادگی، محیط زندگی و کار، تغذیه، میزان فعالیت بدنی، مصرف دارو، استعمال دخانیات، اعتیاد به مواد مخدر، مصرف الکل و بازبینی‌های مرتب (چک‌آپ)، اقدامات «تشخیصی، پیشگیری و درمانی» ضروری را برای وی طراحی و برنامه‌ریزی نماید. این امتیازی است که عموماً از شرح وظایف پزشکان متخصص خارج است. یک پزشک عمومی قادر است عمده‌ی مشکلات بیماران را از طریق مدیریت فرایند تشخیص، پیشگیری، درمان، ویزیت مجدد و پی‌گیری در تیم پزشکی متشکل از خود، پزشکان متخصص و فوق تخصص رشته‌های گوناگون حل و فصل نماید. بر این اساس اغراق‌آمیز نخواهد بود که پزشک عمومی را به‌عنوان شایسته‌ترین فرد برای مدیریت و تصمیم‌گیری یک مرکز یا سیستم درمانی در نظر بگیریم.

پزشک عمومی به دلیل داشتن رویکردی جامع درباره‌ی بیماری‌ها می‌تواند چند مشکل به‌ظاهر بی‌ربط بیمار را در هر شرایط سنی و جنسی، با هم در قالب یک برنامه‌ی درمانی برطرف کند و این مزیتی است که پزشک متخصص عموماً از آن بی‌بهره است. برخورد اول با هر نوع بیماری، با ویزیت پزشک متخصص یا فوق تخصص آغاز نمی‌گردد، بلکه باید از پزشک عمومی آغاز شود و سپس در صورت صلاحدید وی، مراجعه به سطوح یا رشته‌های تخصصی انجام گیرد. غالب مراجعان به پزشکان متخصص و فوق تخصص را در مطب‌ها، بیمارانی تشکیل می‌دهند که تنها نیاز به ویزیت پزشک عمومی دارند و بیماری‌شان بدون نیاز به بررسی‌های تخصصی یا فوق تخصصی و صرف هزینه‌های گزاف و اتلاف وقت، به‌راحتی درمان می‌شود.

نظام درمان و تندرستی نیز به‌عنوان یک مجموعه‌ی تفکیک‌ناپذیر، برای ارائه‌ی خدمات مناسب به افراد نیازمند، نیاز به پزشک عمومی به‌عنوان متولی و مدیر تصمیم‌گیری در امور پیشگیری و درمان دارد و هیچ‌کس بهتر از او نمی‌تواند در ضرورت و سامان‌دهی موارد ارجاع و مشاوره‌ی تخصصی یا تخصصی ویژه تصمیم‌گیری کند، چرا که تنها اوست که می‌تواند بر کلیه‌ی مشکلات و مسائل تندرستی بیمار اشراف داشته باشد. پزشک عمومی متخصص «پی تخصصی» است. وی متخصص اولین برخورد با بیمار است. اهمیت این موضوع چنان است که در بعضی کشورها همانند رشته‌های دیگر، رشته‌ی تخصصی «پزشکی عمومی» یا «پزشک خانواده» به‌وجود آمده است.

۷- تنزل ارج، اعتبار و مقام پزشک عمومی: به ضرورت محوریت پزشک عمومی در نظام ارتقای سلامتی جامعه و درمان بیماران، وی باید همانند- و چه بسا بیش از- یک پزشک متخصص، به کسب دست‌آوردهای مهم در زمینه‌ی پزشکی و علوم مرتبط همت گمارد. در واقع علت گرایش یک پزشک عمومی به رشته‌ی تخصصی، صرف نیاز به کسب دانش پزشکی بیشتر و گسترده‌تر نیست بلکه نیاز به تخصیص بهینه‌ی توانایی‌های خود به فراگیری تنها بخشی از حوزه‌ی وسیع دانش پزشکی و البته تعمیق دانش و مهارت خود در آن حوزه است که می‌تواند بر اساس علاقه و سلیقه، انگیزه و محرک اصلی او برای کسب دانش تخصصی باشد. بنابراین انتخاب رشته‌ی تخصصی یا پزشکی عمومی برای اشتغال در حرفه‌ی پزشکی، انتخاب بین دو حالت متفاوت با حوزه‌های فعالیت نسبتاً متمایز است نه نشانه‌ی پیشرفت و برخورداری از دانش بیشتر و ارجحیت پزشک متخصص نسبت به پزشک عمومی!

اینکه چرا پزشک عمومی علیرغم دارا بودن مدرک دکترا نمی‌تواند عضو هیئت علمی دانشگاه باشد، هیچ توجیح منطقی ندارد. هم از این روست که بسیاری از مردم و حتی پزشکان تصور می‌کنند تنها شرط موفقیت یک پزشک در زندگی شخصی و کارآمدی خدمات وی در جامعه، اخذ مدرک تخصصی است! این بحران هویت چنان تسری یافته که بسیاری از پزشکان عمومی از ابراز یا درج عنوان «عمومی» در تبلیغات شغلی خود ابا دارند، و از سوی دیگر فراوانند مردم و حتی مسئولانی که بر این باورند که پزشک عمومی در صورت عدم ادامه‌ی تحصیل در سطوح تخصصی، تحصیلات خود را ناقص گذاشته و بنابراین ضمن محرومیت از مزایای چشمگیر اقتصادی سطوح تخصصی و فوق تخصصی که ناشی از بحران موجود در بازار خدمات پزشکی است، از جایگاه محکم و ارزشمندی در جامعه برخوردار نخواهد بود!

۸- مصرف‌گرایی خدمات پزشکی: به دلیل وجود پیش‌زمینه‌های فرهنگی نامناسب در جامعه، به معضل «مصرف‌گرایی خدمات پزشکی» دامن زده شده است. مصرف‌گرایی داروها، آزمایش‌های فرابالینی متعدد و مصرف‌گرایی غیرمسئولانه‌ی مردم از ویزیت‌های متعدد پزشکان از جمله این مشکلات است. دارو شالوده‌ی پزشکی رایج را تشکیل می‌دهد و ویزیت بدون ارائه‌ی نسخه‌ی دارویی از سوی پزشک، از نظر بیمار نوعی اتلاف وقت و سوءاستفاده از حق ویزیت برداشت می‌شود. تحت تأثیر این باور (که البته خود پزشکان هم در شکل‌گیری آن سهیم‌اند)، بیشتر پزشکان مقبولیت حرفه‌ی خود را در این می‌بینند که نسخه‌ای، هرچه پربرتر از لحاظ دارو، به بیمار ارائه دهند تا بدین گونه رضایت وی را فراهم کنند. در واقع ارائه‌ی اطلاعات درباره‌ی بیماری و دیگر روش‌های درمان و بررسی زمینه‌های بروز بیماری به‌ویژه از نظر سبک زندگی، الگوهای تغذیه‌ای، ورزش و فعالیت بدنی، نقش استرس،

سابقه‌ی خانوادگی، زمینه‌های اجتماعی، مشکلات اقتصادی، مصرف دارو، استعمال دخانیات و اعتیاد به مواد مخدر، عملاً اهمیت کمتری نسبت به نسخه‌های دارویی در پزشکی رسمی پیدا کرده است.

حجم کثیری از اخبار رسانه‌های پزشکی و علوم تندرستی را کشف داروها و موادی تشکیل می‌دهد که با انتشار آن بویژه قبل از انجام بررسی‌ها و آزمایشات دقیق علمی و مورد تایید، موجی از افزایش تقاضای مصرف آن را حتی در سطح بین‌المللی در بین توده‌ی مردم ایجاد می‌کنند. آنها با ایجاد ترس و واکنش نسبت به متغیرهای آزمایشگاهی که در بیماری‌ها افزایش یا کاهش می‌یابند (مانند کلسترول یا قند خون) مردم را نسبت به این متغیرها که از مواد طبیعی بدن‌اند، دشمن می‌کنند و به آنان القا می‌کنند که متهم اصلی بیماری‌تان را یافته‌اند و کفایت با داروی یا هر طریق دیگری این متغیر را به مقدار طبیعی بازگردانند. غافل از اینکه این متغیرها خود معلول و شاخص فرایندهای بیمارگونه در بدن‌اند نه علت آن.

مردم گمان می‌کنند می‌توانند با انجام آزمایش‌های بازبینی (به اصطلاح چک‌آپ) و اطلاع از طبیعی بودن آن از سلامتی خود اطمینان حاصل نمایند. **این اطمینان کاذب است؛** چرا که بسیاری از تهدیدها و عارضه‌های پنهان در بدن مانند تصلب شرایین، تجمع مواد زیانبار در داخل و بیرون سلول و تغییرات و تخریب‌های آغازین سلولی ناشی از سبک نادرست زندگی و مصرف سیگار و مواد مخدر در هیچ‌یک از آزمایش‌های بازبینی خود را نشان نمی‌دهند. آزمایش‌های بازبینی تنها نشان‌دهنده‌ی این است که فرد مبتلا به بیماری خاصی است یا نه و طبیعی بودن آن به هیچ وجه حاکی از سلامت فرد نیست. به تعبیر ساده‌تر این آزمایش‌ها نشان می‌دهد که فرد در **وضعیت قرمز** قرار دارد یا نه، ولی نمی‌تواند ثابت کند که فرد در **وضعیت سفید** قرار دارد! طبیعی بودن این آزمایش‌ها به فرد اطمینان کاذب از وضع سلامتی خود می‌دهد و از انگیزه و توجه وی برای اصلاح سبک زندگی و اجتناب از عوامل خطر ساز می‌کاهد و فرد را به سوی انجام آزمایش‌های بازبینی متعدد سوق می‌دهد تا در صورت طبیعی بودن آن و نظر مثبت پزشک، بتواند مجوز دلخوش‌کننده‌ای را برای ادامه سبک نادرست زندگی خود داشته باشد.

۹- تخصص‌گرایی مفرط (Overspecialization) با القای این ذهنیت نادرست که گوناگونی و فراوانی بیماری‌های انسان نشان از تفاوت ماهیت و ریشه‌ی هر نوع بیماری دارد، و بنابراین تنها راه مقابله با بیمارهای متنوع انسان ایجاد رشته‌های گوناگون تخصصی در پزشکی است، نقش مهمی را در ایجاد بحران در نظام درمان داشته است. تحت تاثیر این پنداشت، بیماری‌ها پدیده‌های مستقلی‌اند و همه‌ی مردم کمابیش در معرض ابتلا به آنها هستند. هر فرد در صورت ابتلا به یک بیماری، تنها همان بیماری را مورد هدف قرار می‌دهد و بنابراین راه چاره را در این می‌یابد که با مراجعه به متخصص مربوط به همان بیماری، آن را معالجه کند. بر این اساس، یک پزشک متخصص بررسی‌های خود را به‌طور عمده بر بیماری حوزه‌ی تخصصی خود- و نه بیمار- متمرکز می‌کند و پس از محو علائم و نشانه‌های بیماری، وظیفه‌ی خود را تمام‌شده می‌پندارند.

بخش مهمی از تخصص‌های پزشکی، عضو یا دستگاه‌محور است، یعنی پزشک متخصص یا فوق‌متخصص هر رشته‌ای، با تمرکز بر عضو یا دستگاه بیمار، کمتر بر فضای خارج از آن و کلیت فرد بیمار توجه می‌کند؛ بنابراین برنامه‌ی درمانی خود را بیشتر در قلمرو همان عضو یا دستگاه بیمار تنظیم می‌کند و صرف بهبود عضو بیمار را کفایت درمان در نظر می‌گیرد. پزشکی تخصصی بیماری‌ها را به‌عنوان پدیده‌هایی مستقل و غیرمرتبط با یکدیگر در نظر می‌گیرد که هر یک با سازوکار ویژه‌ی فرد را مبتلا می‌کند و بنابراین تنها با درمان ویژه و تخصصی علاج می‌یابند.

واقعیت این است که بیماری‌ها و نشانگان (Syndrome) بسیار متنوع در انسان، تنها صورتی از اختلالات زمینه‌ای سیستم بدن‌اند و بنابراین پدیده‌های کاملاً مستقلی از یکدیگر نیستند، بلکه در بسیاری موارد علت مشترک دارند و یا علت و عللی فراتر از محدوده‌ی یک عضو یا دستگاه دارند. بنابراین رفع اختلال عضو یا دستگاه خاصی از بدن بیمار توسط یک متخصص، تنها بخشی از فرایند درمان را تشکیل می‌دهد. ارائه‌ی راه‌کارهای درمانی **اساسی** برای مقابله با علت‌های یک بیماری، اتخاذ رویکرد سیستمی و ایجاد سیستم‌های درمانی ساختارگرا را- فراتر از رویکرد تخصصی و پزشک‌محوری- طلب می‌کند. امروزه به گوش‌های کل‌نگر برای غلبه بر کری تخصصی نیاز است.

۱۰- اختلال نظام ارجاع و مشاوره: به دلیل عدم محوریت پزشک عمومی در نظام درمان و بحران اقتصادی پزشکان، اعم از عمومی یا متخصص، تمایل آنها برای ارجاع بیمار به همکاران اصلح و مشاوره با آنها کاهش یافته است. به‌گونه‌ای که خلا ناشی از عدم ارتباط و مشاوره‌ی پزشکان در سطوح مختلف درمان شدیداً احساس می‌شود، بویژه هنگامی که نیاز به تضارب آرا و هم‌اندیشی در باره‌ی مسائل پیچیده‌ی پزشکی وجود داشته باشد. این موضوع نظام ارجاع و مشاوره را در بین پزشکان، دچار آسیب جدی کرده است و باعث تداخل حوزه‌های فعالیت پزشکی عمومی، متخصص و فوق تخصص و دخالت پزشکان عمومی، متخصص و فوق تخصص در وظایف یکدیگر شده است.

بسیاری از متخصصان به دلیل قلت بیماران نیازمند خدمات تخصصی و مشاوره‌های تخصصی، در جایگاه پزشک عمومی و در خط مقدم درمان ارائه‌ی خدمت می‌کنند (حجم کثیری از بیماران مراجعه‌کننده به مطب‌های تخصصی را بیماران دست‌اولی تشکیل می‌دهند که برای بار اول به پزشک مراجعه می‌کنند و مشکل‌شان به‌سادگی با ویزیت پزشک عمومی حل می‌شود) و از طرف دیگر بعضی از پزشکان عمومی که از کمبود بیمار و مراجعه‌ی ابتدایی بیماران به پزشکان متخصص گله‌مندند، اقدام به ارائه‌ی بعضی از خدمات تخصصی می‌کنند که بعضاً می‌تواند برای بیمار خطر ساز باشد. این معضل

باعث شده است که پزشکان برای جلب بیماران به مطب و نیز به دلیل فقدان مرکزی برای راهنمایی و ارجاع بیماران، تابلوی مطب‌ها را با توسل به روش‌های بعضاً گمراه‌کننده، ناشیانه و ناهماهنگ تبلیغات، به شکل ناجور و ناهماهنگی در سطح شهرها و معابر نصب نموده‌اند، به طوری که مردم در صورت نیاز به خدمات پزشکی و انتخاب پزشک مربوط به بیماری خود، دچار سردرگمی و اتلاف وقت می‌شوند.

۱۱- بیماری به مثابه‌ی کوه یخی: زمان شروع بسیاری از بیماری‌های جدی و مهم «بسیار زودتر» از زمانی بوده است که اغلب مردم تصور می‌کنند. باید هفته‌ها، ماه‌ها و شاید سال‌ها اتفاقاتی در بدن رخ دهد تا این بیماری‌ها نمایان شوند. حتی بیماری‌های ساده‌ای مانند سرماخوردگی یا تب‌خال ساده، گرچه اتفاقات زودگذری هستند اما زمینه‌ی بروز آنها ریشه در مدت‌های مدیدی دوری از شرایط بهینه‌ی بدن دارد. اگر بیماری را به کوه یخی تشبیه کنیم بروز هر بیماری مانند سر بر آوردن قله‌ی کوه یخی است که نشان از وجود بخش عظیم‌تر ولی پنهان آن در جای دیگر دارد. بروز هر بیماری نیز باید پزشک و بیمار را به وجود پیش‌زمینه‌ها و اختلالات مهم‌تر در بدن بیمار رهنمود سازد.

عموماً فرد مراجعه‌کننده به مطب‌ها و مراکز درمانی یک بیمار است که تنها پس از ظهور علائمی نگران‌کننده در خود متقاعد می‌شود که به پزشک مراجعه کند و این در حالیست که بسیاری از اتفاقات بیمار گونه در بدن وی، مدتها قبل از ظهور علائم که بیمار را مجبور به مراجعه به پزشک کند، در بدن وی آغاز شده است.

یکی از مشکلات کنونی نظام درمان این است که مراکز درمانی اعم از خصوصی یا دولتی در حال حاضر چارچوبی برای ارائه‌ی خدمات پیشگیری و تندرستی قبل از بروز بیماری به افراد ظاهراً سالم ندارند. در واقع موضوعیت بسیاری از این مراکز، ارائه‌ی خدمات درمانی به مراجعه‌کنندگان بیمار است نه ظاهراً سالم. عموماً پزشک پس از محو نشانه‌های بیماری و حذف قله‌ی کوه یخی، ماموریت خود را در درمان بیماری تمام شده می‌انگارد. این مسئله یکی از علل مهم بحران سلامت است.

نیاز به وجود مراکز درمانی ساختارگرا و مبتنی بر رویکرد پزشکی کل‌نگر از این منظر قابل دفاع است که هر فرد به ظاهر سالم نیز بدون آنکه از بیماری یا علامت خاصی شاکی باشد، بتواند از خدمات پزشکی برخوردار گردد تا پی به مسائل و مشکلات بالقوه‌ی تندرستی و پزشکی خود ببرد. بنابراین افراد به ظاهر سالم جامعه نیز باید توسط مرکز درمانی مورد بررسی و ویزیت قرار می‌گیرند تا شرایط و زمینه‌های بالقوه‌ی هر فرد برای ابتلا به یک بیماری خاص کشف و اقدامات درمانی و پیشگیری منحصر به فرد برای وی هر چه زودتر آغاز شود. در نتیجه پزشک و مرکز درمانی، نباید خود را از پی‌گیری وضع فرد مراجعه‌کننده، حتی پس محو کامل نشانه‌های بیماری، معاف بدانند. بر این اساس ارتباط مرکز درمانی با فرد یک ارتباط پویا، دائمی و در برگیرنده‌ی کل نیازهای پزشکی که فرد از آن آگاهی دارد یا حتی کاملاً بی‌خبر است، خواهد بود.

۱۲- پزشک‌سالاری: در پزشکی رایج کمتر به تفاوت‌های فردی بیماران با یکدیگر توجه می‌شود و عقاید و باورهای پزشک محور اصلی درمان است. در نظام درمان کنونی بیشتر به درمان **بیماری** پرداخته می‌شود تا **بیمار** و یک بیماری در همه‌ی افراد تقریباً طرح درمانی یکسانی دارد، بنابراین فردیت بیمار، منفعلانه تحت تأثیر تشخیص نوعی از بیماری قرار می‌گیرد که فقط پزشک از آن اطلاع دارد. این نوع رابطه که فراوان‌ترین رابطه‌ی بیمار-پزشک است، به دلیل استیلای عقاید و باورهای پزشک در روند درمان، رابطه‌ی پدرسالارانه نامیده می‌شود و نتیجه‌ی آن پزشک‌سالاری است که به‌عنوان یکی از دلایل مهم عدم پویایی و رکود توسعه‌ی کیفی مراکز درمانی تلقی می‌گردد. راه‌کار مدیریت خدمات در پزشکی در سیستم پزشک‌سالار بر اساس رویکردی ایستا و متمرکز شکل می‌گیرد نه پویا و غیرمتمرکز، یعنی پزشک و دیگر بخش‌های خدمات درمانی منتظر می‌مانند تا بیمار عموماً پس از ظهور بیماری به وی مراجعه نماید، که در این حالت بخش مهمی از منابع اقتصادی جامعه از دست می‌رود.

در نظام‌های ساختارگرای درمانی مبتنی بر رابطه‌ی متقابل پزشک-بیمار، با بهره‌گیری از ابزارهای ارتباطی، غربالگری، پی‌گیری و نیز ایجاد بسترهای ترغیب و تشویق در مردم برای مراقبت و مسئولیت‌پذیری نسبت به تندرستی خود، قبل از ظهور علائم بیماری، بهره‌وری و کارآمدی خدمات خود را به‌طور چشم‌گیر افزایش می‌دهند و نیز هر فرد بیمار با خصوصیات منحصر به فرد در نظر گرفته می‌شود که وی را به‌مانند تفاوت اثر انگشت، از افراد دیگر متمایز می‌کند. بر این اساس سعی می‌شود از برنامه‌ی درمانی واحدی برای یک بیماری در افراد گوناگون استفاده نشود، بلکه باید با در نظر گرفتن کلیت فرد و ویژگی‌های مختص وی، برنامه‌ی درمانی ویژه در مورد او به‌کار رود و بیشتر به درمان بیمار پرداخته شود. احساسات، عقاید و باورهای بیمار نقش مهمی در روند پیشگیری و درمان دارد و برنامه‌ی تشخیصی و درمانی باید بر اساس فردیت بیمار و نقش فعال و مسئولانه وی طراحی می‌شود و به عبارتی بهترین درمانگر بیماری خود فرد بیمار است. به گفته‌ی بقراط- پدر علم طب- «این که بدانیم چه کسی بیمار شده مهم‌تر از آن است که بدانیم به چه بیماری مبتلا شده است».

۱۳- پایین بودن فرهنگ درمان که ناشی از ضعف اطلاع‌رسانی و فرهنگ‌سازی توسط رسانه‌های گروهی فراگیر از جمله صدا و سیما و نیز نهادها و انجمن‌های پزشکی است. متأسفانه هنوز شکل غالب حرفه‌ی پزشکی و فرهنگ درمان در جامعه‌ی ایران شدیداً تحت تأثیر دیدگاه سنتی است. توقع عموم بیماران از پزشکان در جامعه‌ی ما معمولاً نسخه‌ای است حاوی چند قلم دارو که بیمار پس از تهیه‌ی آن از داروخانه، باید آنها را برای درمان

بیماری خود مصرف کند. بیماران غالباً از مسئولیت‌پذیری پزشکی گریزانند و از پزشک انتظار چیزی شبیه معجزه انتظار دارند. بیماری‌های زیادی وجود دارند که علم پزشکی کار زیادی درباره‌ی آن نمی‌تواند انجام دهد.

از دحام و شلوغی بیماران دفترچه بدست در بعضی از درمانگاه‌های سازمانهای بیمه‌گر و دولتی حکایت از نابسامانی فرهنگی و فقر اطلاع‌رسانی و نیز عدم انگیزه‌ی مراکز درمانی مذکور در ساماندهی مراجعات، نوبت‌دهی و خدمات‌رسانی دارد. این معضل در بعضی از مراکز درمانی و مطب‌های بخش خصوصی نیز به چشم می‌خورد. مردم بدون شناخت کافی از دانش و مهارت پزشک و ارتباط آن با مشکل خود، گرایش به مطبی می‌یابند که صندلی خالی برای نشستن نداشته باشد، حتی اگر هنگام ویزیت مجبور شوند بدون در نظر گرفتن حریم خصوصی خود با چند بیمار دیگر یکجا ویزیت شوند. به دلیل وقت کم ویزیت در بسیاری از مطب‌ها و درمانگاه‌ها، عادت به خود سانسوری پرسش‌های خود کرده‌اند و عموماً از حق خود برای سر در آوردن چرا و چگونگی بیماری و مشکل خود صرف نظر می‌کنند. بیماران عموماً به دست معجزه‌آسای پزشک بیشتر دل می‌بندند تا دانش و مهارت علمی وی و تامل و تعمق پزشک هنگام ویزیت را بر نمی‌تابند چرا که آن را حمل بر کم سوادى وی می‌دانند و از او انتظار سرعت و عدم تردید و درنگ در نوشتن نسخه‌ی دارویی دارند. این مسئله پزشک را مجبور می‌کند (حتی در موارد بیماری‌های غیر اورژانس)، در حضور بیمار و با حفظ پرستیژ ظاهری خود مبنی بر احاطه به دانش پزشکی، بلافاصله یا با وقت بسیار محدود و بدور از تحلیل و بررسی دقیق و نیز بدون مراجعه به کتب و منابع پزشکی (به‌گونه‌ای که از سوی بیمار حمل بر بی‌سوادى وی نشود) به نتایج تشخیصی و درمانی بعضاً نادرست برسد تا بدینوسیله رضایت بیمار را جلب کند و نسخه‌ای را سریعاً برای او تجویز نماید.

بیماران توصیه‌ها و دستورهای پزشک را بیشتر منفعلانه و ناآگاهانه رعایت می‌نمایند تا مسئولانه و آگاهانه و عموماً پس از شنیدن اخبار منفی از پزشک خود را می‌بازند و براحتمی تحت تاثیر توصیه‌ها و راه‌حل‌های غیر علمی اطرافیان، دوستان و منابع تایید نشده قرار می‌گیرند. آنها این را نمی‌دانند که اظهارات پزشکان راجع به خطر و عوارض بیماری، عواقب، ناتوانی و معلولیت دائمی، طول مدت بیماری و خطر مرگ‌ومیر تعبیرات کلی‌اند که از داده‌های آماری هزاران بیمار به‌دست آمده‌اند، در صورتی که یک انسان در صورت وجود زمینه‌های اکتسابی یا ژنتیکی در بدن خود بیمار می‌شود نه احتمالات آماری یک بیماری در جامعه. هر شخص دارای ویژگی‌های منحصر به‌فرد است و دلیلی ندارد معدله‌ها و آمارها در مورد وی صدق کند. متأسفانه باور کردن اظهارات منفی و بزرگ‌نمایی نیمه‌ی خالی لیوان می‌تواند تأثیر منفی بر روند بهبودی بگذارد.

همچنین بیماران فکر می‌کنند به‌محض کوچک‌ترین بیماری باید به پزشک متخصص مراجعه کنند و این در حالی است که نقش محوری پزشکان عمومی و پزشکان خانواده را در درمان اساسی بسیاری از بیماری‌ها نادیده می‌انگارند. از سوی اکثر مردم مراجعه به پزشک و پرداخت هزینه‌های پزشکی تا قبل از بروز هرگونه علامت یا نشانه‌ی بیماری، بی‌معنی و اسراف‌کاری است و بیشتر گرایش دارند تا تنها پس از ظهور بیماری که غالباً هزینه‌زاست، کمک پزشکی بجویند. مردم غالباً به روش‌های درمانی سریع، غیر ریشه‌ای و علامتی بیشتر روی می‌آورند تا درمان‌های زمان‌بر، ریشه‌ای و علتی! متأسفانه بسیاری از مردم می‌پندارند که پزشکی می‌تواند بوسیله‌ی دارو، اشعه یا جراحی، عوارض چندین سال زندگی با سبک‌های نادرست را در بدن کاملاً از بین ببرد. به اینها تب عمل‌های جراحی زیبایی را نیز باید افزود که در بستر نابسامان فرهنگ زیباپسند ما، چنان بالا گرفته است که بیشتر مردم، منفعلانه و تحت تأثیر جذابیت‌های ظاهری این‌گونه عمل‌ها، به‌جای درک صحیح عناصر زیبایی‌شناختی و تناسب صورت و بدن و اتخاذ رویکردهایی علمی و پیشگیرانه برای حفظ و افزایش زیبایی همراه با اصلاح سبک زندگی خود، به یک جراحی به‌ظاهر ساده برای رفع دغدغه‌های زیبایی خود تن در می‌دهند.

در پایان قابل ذکر است که این مقاله آسیب‌شناسی نظام درمان را هدف قرار داده است و راه‌کارهای اساسی برای اصلاح آن، گرچه با تبیین موردی هر یک از آنها در متن مستتر و به‌نظر دست‌یافتنی می‌آید، اما به مجال و بررسی فراخوری نیاز است تا در بستر هم‌اندیشی دست‌اندرکاران سلامت و درمان و تقویت نهادهای صنفی-مدنی پزشکی قابل حصول و ارائه گردد.

شهرام آورین (MD)

پزشک عمومی

مدیرعامل موسسه‌ی پزشکی تندرستی ساوان