

فصل ششم

تحليل و نتیجه گیری

تعریف و ارزش سلامت

خداوند احسن‌الخالقین، انسان یعنی اشرف مخلوقات را آفرید تا او را عبادت کند و در مسیری که انبیا نشان داده‌اند راه کمال بپیماید. ارزش تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت این وجود والا چنان است که خداوند تبارک و تعالی در سوره مبارکه مائده می‌فرماید: ... و من احياءها فکانما احيا الناس جميعاً یعنی «و هرکس نفسی را به زندگی بازگرداند [از مرگ نجات دهد] مثل آن است که به همه آدمیان حیات بخشیده است.

توسعه که رمز و راز پیشرفت‌ها، قدرت‌ها و ابرقدرت‌ها است، خود نتیجه تبلور افکار، اندیشه، خلاقیت، توانایی و سازندگی انسانها است یعنی در حقیقت، انسان محور توسعه است و سلامت انسان رمز و راز توسعه به حساب می‌آید. البته سلامت به معنی واقعی کلمه و آن گونه که سازمان جهانی بهداشت آنرا تعریف کرده است. «صرف بیمار نبودن به معنی سلامت نیست»، بلکه سلامت به حالتی اطلاق می‌شود که انسان از سلامت جسمی، روانی و رفاه اجتماعی برخوردار باشد. سازمان مزبور سلامت را پایه و اساس صلح و امنیت می‌شناسد و تأمین آنرا مرهون و منوط به همکاری تنگاتنگ بین مردم و دولت‌ها می‌داند. این تشکیلات بین‌المللی برخورداری از بالاترین درجات سلامت را در زمره حقوق حقه و اولیه آحاد بشر تلقی می‌کند و برای نیل به چنان ابعادی از سلامت، برخورداری تمام مردم از چنان سطحی از زندگی که بتواند سلامت آنان را تأمین کند یعنی دسترسی به آب، غذا، پوشاک، مسکن، آموزش، مراقبت‌های بهداشتی- درمانی، خدمات اجتماعی و نیز - در صورت بروز بیماری، بیکاری، ناتوانی، کهولت، ازکار افتادگی و امثال آن- برخورداری از تأمین اجتماعی را حق مردم می‌داند.

بهداشت برای همه و مراقبتهای اولیه بهداشتی

سازمان جهانی بهداشت و به عبارت دیگر مجموعه کشورهای جهان در سال ۱۳۵۶ تصمیم گرفت که باید تا سال ۲۰۰۰ میلادی آن چنان تحولات اجتماعی در کشورها ایجاد شود که تمام مردم با برخورداری از درجات بالای سلامت بتوانند - از نقطه‌نظر اقتصادی و اجتماعی- زندگی مولد و مفیدی داشته‌باشند. سلامت برای همه، بُعد مهمی از توسعه و عدالت اجتماعی است و مراقبت‌های اولیه بهداشتی به عنوان کلیدی برای رسیدن به این هدف بزرگ، یعنی «سلامت برای همه» شناخته شده‌است. هر چند سطح سلامت مردم هر کشور، بسته به شرایط اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی آن کشور، با نقاط دیگر تفاوت دارد، ولی اولاً، سطح سلامت همه جوامع باید پیوسته در حال ارتقا و تعالی بوده؛ ثانیاً، سلامت هیچ فردی نباید از سطح خاصی پائین‌تر باشد.

با عنایت به ارزش فوق‌العاده‌ای که اسلام برای انسان‌ها قائل است تا جایی که می‌تواند به درجه خلیفه... ارتقا پیدا کند، و با توجه به حرمت و ارزش جان و سلامت انسان که وارد کردن هرگونه خدشه و خللی به آن می‌تواند دیه و قصاص به همراه داشته باشد، قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران هم در ارتباط با حقوق افراد در جامعه، بهداشت، درمان، آموزش، پوشاک، مسکن، تغذیه، تامین اجتماعی، مسائل اقتصادی، رفاهی، بیمه، ورزش، مسائل زنان - به طور اعم - و مادران و کودکان - به طور اخص - و خلاصه مجموعه مسائلی که در حفظ، تامین و ارتقاء سلامت جامعه نقش دارد، در اصول و بندهای مختلف تاکید لازم نموده است.

چرا بعضی از کشورها موفق‌ترند؟

سلامت هم منشاء توسعه است و هم هدف توسعه. آن دسته از کشورها که به این باور رسیده‌اند، سلامت را در مرکز توسعه انسانی و حتا توسعه به معنای اعم قرار داده‌اند؛ و به همین دلیل هم سلامت مردم و به خصوص آسیب پذیرترین اقشار را شاخص معتبر توسعه می‌شناسند. لذا برای تامین، حفظ و ارتقاء سلامت مردم، نظام پایداری ایجاد کرده‌اند که پاسخگوی نیازهای مردم باشد. با استفاده از شاخص‌ها وضعیت نظام را به شکل مستمر ارزیابی کرده، سعی در تکامل آن دارند. این امر به کشورهای صنعتی و متمکن منحصر نمی‌شود و در بین کشورهای جهان سوم هم نمونه‌های آن کم نیست. این پیشرفت‌ها را، به ویژه در دو دهه اخیر باید مدیون توجه به مراقبت‌های اولیه بهداشتی در سطح جهان دانست و اینکه دنیا مراقبت‌های اولیه بهداشتی را به عنوان سنگ زیر بنای «سلامت برای همه» می‌شناسد.

و چرا بعضی از کشورها کمتر موفق بوده‌اند؟

پیشرفت در همه کشورها یکسان نبوده است و در مسیر پیشرفت برخی از کشورها فراز و نشیب‌هایی به چشم می‌خورد. علت عدم موفقیت در همه کشورها یکسان نیست و معمولاً به دلایل مختلفی مربوط می‌شود که به پاره‌ای از آنها در زیر اشاره شده است:

در راس همه علل باید ناکافی بودن تعهد سیاسی در امر تامین، حفظ و ارتقاء سلامت برای همه را نام برد. نمونه‌های این دسته از کشورها کم نیستند. آنها اغلب وضعیتی مشابه وضعیت کشور ما تا قبل از پیروزی انقلاب اسلامی دارند. یعنی در این قبیل کشورها هر گاه سرمایه‌گذاری در ارتباط با سلامت مردم صورت پذیرد، صرفاً در خدمت گروه‌های فشار و افراد صاحب نفوذ خواهد بود، بدون آنکه عدالت اجتماعی و آحاد مردم مدنظر باشند. در این‌گونه از کشورها بجای سرمایه‌گذاری مناسب و گسترده در امر مراقبت‌های اولیه بهداشتی - که در حقیقت زیر بنا و شالوده هر سیستم جامع ارائه خدمات بهداشتی-درمانی محسوب

می‌شود و از طریق چنین سیستمی می‌توان با اعتبارات محدودتر عامه مردم را تحت پوشش قرارداد- دولت‌ها همه اعتبارات بهداشت و درمان را در جهت بنا کردن چند واحد بیمارستان به ظاهر مدرن و خریدن چند دستگاه پزشکی گران قیمت با فن‌آوری کاملاً وابسته در پایتخت و شهرهای بزرگ کشور مصرف می‌کنند. هرچند که از این طریق احتمال دارد رضایت صاحبان قدرتهای مالی و سیاسی فراهم شود، ولی این قبیل سرمایه‌گذارها بجز پاسخگویی به یک هزارم نیازهای بهداشتی-درمانی دسته‌ای از مردم که در آن شهرها زندگی می‌کنند، نتیجه دیگری ندارد. کشوری که فاقد یک نظام کارآی بهداشتی-درمانی باشد که زیربنای آن شبکه‌ای است که مراقبتهای بهداشتی-درمانی اولیه را به آحاد مردم در اقصی نقاط کشور ارائه می‌کند مطلقاً عدالت اجتماعی را مدنظر نداشته و رعایت نکرده‌است. آحاد مردم -اعم از روستایی، شهری، عشایر، مرزنشین، چادرنشین و غیره- همه و همه باید به سهولت به خدمات اولیه بهداشتی-درمانی دسترسی داشته‌باشند. آنان ضمن برخورداری از خدمات مورد اشاره، در صورتی که نیازی به مراقبتهای پیشرفته‌تر و پیچیده‌تر داشته‌باشند، از طریق سیستم ارجاع به سطوح بالاتر ارائه خدمات و تا سطح بیمارستانهای تخصصی و فوق تخصصی هدایت می‌شوند. چنین نظام بهداشتی-درمانی نه تنها امکان دسترسی آحاد مردم را فراهم می‌کند، که از نظر اقتصادی هم بسیار مقرون به صرفه است.

از علل دیگری که عدم موفقیت کشورها در استقرار نظام کارآی بهداشتی-درمانی و در نتیجه، عدم توفیق در امر تامین، حفظ و ارتقاء سلامت مردم مترتب می‌باشد، مشکلات اجتماعی-اقتصادی کشورها است؛ و علت دیگر، ناچیز بودن سهمی است که کشورها از مجموعه اعتبارات خود برای بهبود وضع سلامت مردم تخصیص می‌دهند. این امر ممکن است حتا به‌رغم مناسب بودن وضع اقتصادی برخی از کشورها باز هم اتفاق افتد.

علت دیگر عدم تحقق سلامت برای همه در پاره‌ای از کشورها، ناهماهنگ بودن بخش‌ها و نهادهای مختلف آن کشورها است؛ و به عبارت دیگر، ضعف در هماهنگی و همکاری بین بخشی در امور مربوط به بهداشت و سلامت جامعه. باتوجه به چند بعدی بودن سلامت و نقش وزارتخانه‌ها و ارگان‌های مختلف در این ارتباط، میزان هماهنگی و همکاری در بین بخش‌های مختلف در سرعت پیشرفت و ارتقاء سلامت جامعه نقش تعیین کننده دارد. در مورد تعدادی از کشورها درگیرهای داخلی و جنگ‌های خانمانسوز علاوه بر نابود کردن اعتبارات محدودشان، فرصت هرگونه اقدام سازنده را هم از آنان سلب می‌کند. علاوه بر این، بلایای طبیعی از قبیل قحطی، خشکسالی، سیل، زلزله و امثال آنها بعضاً به جوامع و کشورهای مختلف خسارتهای چشمگیری وارد می‌آورد. این مسائل و نیز افزایش سریع رشد

جمعیت و یا کوچهای بی حساب درون کشوری و یا بروز اپیدمی‌ها و بیماریهای نوپدید و باز پدید، همه می‌توانند از سرعت پیشرفت کشورها در زمینه سلامت مردم بکاهند و یا حتا آنرا متوقف کنند.

و اما در کشور عزیز ما ...

قبل از پیروزی انقلاب اسلامی

قبل از پیروزی انقلاب اسلامی نه تنها روستاها و روستاییان و عشایر کشور عزیز ما هم از نعمت بهداشت و درمان -مانند بسیاری نعمات دیگر- بی نصیب و یا بسیار کم نصیب بودند و جمعیت اکثر قریب به اتفاق شهرهای کشور هم وضع خیلی بهتری نداشتند. هر چند قبل از نشست آلمه‌آنا (قزاقستان)، پروژه تحقیقاتی ارزشمندی در چند نقطه کشورمان کارآیی شبکه بهداشتی-درمانی را در ارائه مراقبتهای اولیه بهداشتی به روشنی نشان داده بود ولی در زمان پیروزی انقلاب اسلامی تعداد کل کارخانه‌های بهداشت در کشور از ۱۸۰۰ باب تجاوز نمی‌کرد که تعداد زیادی از آنها هم غیر فعال و یا تعطیل بود. میزان دسترسی به آب آشامیدنی سالم در روستاها حدود ۲۵ درصد، که بیشتر آنها مربوط به روستاهای بزرگتر و نزدیک به شهرها بود. مسئولیت مراقبتهای بهداشتی که به عهده تیم‌های سیار بود، عمدتاً به واکسیناسیون و تهیه ماهیانه لام خون محیطی از افراد تب دار جهت بررسی مالاریا محدود می‌شد. خدمات پزشکی صرفاً توسط پزشکان خارجی ارائه می‌شد. پزشکان متخصص خارجی منحصر در شهرها و پزشکان عمومی خارجی اکثراً در شهرها و تعداد کمی هم در برخی از روستاها به طبابت اشتغال داشتند. کیفیت خدمات ارائه شده توسط آنان بسیار نامطلوب بود. بسیاری از آنان حتا دوره کارورزی را در کشور خود نگذرانده بودند، لذا بجای مدرک MD، فقط درجه MBBS داشتند. آنان با زبان و فرهنگ محل خدمت خود کاملاً ناآشنا بودند.

با قدرشناسی از آن دسته از پزشکان خارجی که بخصوص بعد از پیروزی انقلاب اسلامی با دلسوزی به مردم عزیزمان خدمت کردند، ولی در مقابل پرداخت سالیانه حدود یکصد میلیون دلار حقوق به پزشکان مزبور، حضور این گروه چندین هزار نفری عمدتاً در مردم احساس امنیت کاذب به وجود می‌آورد و موجب افزایش مصرف بی مورد داروها می‌شد. وضع بهداشت در شهرها خیلی بهتر از روستاها نبود. پزشکان به طور عمده علاقمند به ارائه خدمات درمانی بودند و آموزش عمومی بهداشت برای مردم از اولویت برخوردار نبود. در نتیجه، شاخص‌های مربوط به مراقبتهای بهداشتی نظیر واکسیناسیون و امثال آن در شهرها هم بخندان بی شباهت به روستاها نبود.

دارو...

داروی مورد نیاز کشور توسط شرکت‌های دارویی چند ملیتی از خارج وارد می‌شد. محدود دارویی در روستاها وجود داشت و در مجموع، میزان داروی تولیدی در کشور ناچیز بود. تجهیزات و ملزومات پزشکی

تمام تجهیزات پزشکی از خارج وارد می‌شد. همچنین کیت‌های آزمایشگاهی و ملزومات پزشکی و وسایل یک بار مصرف پزشکی هم صرفاً از اقلام وارداتی بود و در نتیجه نیاز ارزی در ارتباط با امور پزشکی خیلی زیاد بود و طبیعتاً وابستگی به خارج در زمینه نیازهای دارویی، ملزومات و تجهیزات پزشکی و آزمایشگاهی بسیار زیاد بود.

تخت‌های بیمارستانی

بیشتر تخت‌های بیمارستانی در تهران و چند شهر بزرگ کشور متمرکز بود و طبیعی است که به دنبال آن تمرکز پزشکان متخصص هم بیشتر در همین چند شهر بود. بیماران نقاط محرومتر و حتا شهرهای دیگر برای بسیاری از نیازهای پزشکی خود مجبور بودند به چند شهر بزرگ و به خصوص به تهران مسافرت کنند و بعضی موارد هفته‌ها و حتا ماه‌ها برای دریافت پاره‌ای از خدمات پزشکی و یا دسترسی به پزشکان خاص وقت و هزینه خود را مصرف کنند؛ یا برای دریافت برخی از اعمال جراحی قلب حتا سال‌ها در انتظار بمانند. در تعداد معدودی از بیمارستان‌ها خدمات قابل قبولی ارائه می‌شد ولی در بیشتر آنها ارائه خدمت بسیار نامطلوب و ناچیز بود.

آموزش پزشکی

آموزش پزشکی در چند دانشکده پزشکی ارائه می‌شد. هر چند تعداد دانشجویان و فارغ‌التحصیلان پزشکی نسبت به نیازهای کشور، کم و محدود بود ولی تعداد دانشجویان سایر رشته‌های گروه پزشکی و پیراپزشکی بسیار محدودتر و بعضاً بسیار ناچیز بود و سال به سال هم نسبت تعداد فارغ‌التحصیلان به جمعیت کشور نامطلوبتر می‌شد. آموزش پزشکی بر مبنای نیازها و مشکلات کشور ارائه نمی‌شد و در واقع، مقایسه کیفیت آموزش در بین دانشکده‌های مختلف بر مبنای تعداد و درصد قبولی فارغ‌التحصیلان دانشکده‌ها در امتحان ECFMG و رفتن آنان به آمریکا بود.

بعد از پیروزی انقلاب اسلامی

از لطف و کرم پروردگار متعال در کشور عزیز ما پس از پیروزی انقلاب اسلامی در زمینه‌های مختلف اجتماعی و همچنین توسعه اتفاقات شگرفی روی داد و به رغم جوان و

کم تجربه بودن انقلاب و انقلابیون و علیرغم جنگ تحمیلی و مشکلات اقتصادی همه این موفقیت‌ها به دست‌آمد. هر چه بدرگاه کبریاایش بواسطه نعمات بی انتهایش سجده شکر بجا آوریم کافی نیست.

از عواملی که پیشرفت را در همه امور تسریع و تعمیق می‌بخشید، وجود روحیه ایثار و فداکاری در همه اقشار مردم و از جمله در ارتباط با مسائل بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ایثار و فداکاری کارکنان بخش بهداشت و درمان، به ویژه مجموعه گروه ارزشمند پزشکی بود. ان شاء... باید در زمان حال و آینده هم با استفاده از همان روحیه‌ها و عملکردها و تلاش‌های مضاعف و ایثارگرانه، عقب ماندگی‌های کشورمان را در زمینه‌های مختلف، از جمله در زمینه‌های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بیشتر جبران کنیم.

بهداشت

هر چند اولویت دادن به بهداشت و پیشگیری، پس از پیروزی انقلاب اسلامی هم با تاخیر چند ساله‌ای تحقق پیدا کرد، ولی باید اذعان داشت که هر زمان برنامه‌ای در زمینه مسائل مربوط به پیشگیری و بهداشت جامعه ارائه می‌شد -به خصوص با توجه به ارتباط تنگاتنگ بهداشت عمومی و عدالت اجتماعی- نظام مقدس جمهوری اسلامی پیوسته آنرا با آغوش باز می‌پذیرفت و علیرغم جنگ تحمیلی و مشکلات اقتصادی کشور، اعتبارات و امکانات مورد نیاز آنرا فراهم می‌کرد. این امر در اعتلای فرهنگ بهداشت در کشور و ارتقاء سطح سلامت جامعه نقش عظیمی داشت و لذا شکر به درگاه خالق متعال و عرض سپاس و مراتب قدرشناسی نسبت به دولت و مجلس محترم شورای اسلامی ادای وظیفه است.

معاونت بهداشتی و در نهایت مجموعه وزارت بهداشتی (سابق) در خدمت این اقدام عظیم انقلابی یعنی پیاده کردن شبکه عظیم بهداشتی-درمانی کشور درآمد. در سال‌های اول جنگ تحمیلی اعتبارات کشور بسیار محدود و نیازهای مربوط به جنگ، فوق‌العاده گسترده بود. امکانات و بضاعت معاونت‌های بهداشتی استانها بسیار ناچیز بود. اولین و مهمترین خواست و نیاز همه در اقصی نقاط کشور، تامین اتومبیل‌های صحرایی لازم بود. به قول معاونان بهداشت استانها، در آن ایام، بهداشت روی چرخ‌ها استوار بود. چون همان‌طور که قبلاً اشاره شد، امکانات ثابت و مستقری برای ارائه خدمات بهداشتی وجود نداشت. اگر خدمتی باید ارائه می‌شد، از طریق تیم‌های سیار بود که آن هم به دلیل اینکه برای سالهای طولانی، واحدهای بهداشتی اتومبیلی در اختیار داشتند و آنان که احياناً وسیله‌ای نداشتند، اتومبیلی فرسوده و غیرقابل اعتماد بود، لذا برنامه‌های نیم بند تیم‌های سیار هم اغلب نافرجام می‌ماند.

ایمن سازی

در همان ایام، بررسی نشان داد که حداکثر پوشش واکسیناسیون کودکان ۳۰ درصد بود، و فقط ۳/۷ درصد از زنان باردار واکسن دریافت کرده بودند و بهمین دلیل بیماری‌های قابل پیشگیری با واکسن هم فوق العاده شایع بود و نظیر سالهای قبل از انقلاب اسلامی سالیانه حدود ۱۳۰-۵۰۰ هزار مورد سرخک گزارش می‌شد. بیش از ده هزار نوزاد به دلیل کزاز نوزادان تلف می‌شدند. دیفتی، سیاه سرفه و فلج اطفال بسیار شایع بود و در بیمارستانها بخش های بسیاری مملو از این گونه بیماران بود.

البته باید اذعان داشت که محدودیت اعتبارات، نبودن وسایط نقلیه، محدود بودن تولید انواع واکسن در داخل کشور، نبودن زنجیره سرد، ناامید بودن کارکنان عرصه بهداشت، و علل عدیده دیگر همه در نامساعد نگهداشتن وضع بهداشت -به طور اعم- و واکسیناسیون - به طور اخص- تاثیر داشتند. اما شاید بتوان مهمترین علت نابسامانی‌های بهداشت کشور را در این امر دانست که فرهنگ عمومی جامعه و حتا افراد تحصیل کرده، از جمله گروه پزشکی در زمینه مسائل بهداشت و پیشگیری در شأن نظام و جامعه اسلامی نبود. تظاهر این مطلب را می‌توان به عنوان مثالی در پایین بودن درصد واکسیناسیون فرزندان استادان دانشگاه (۸ درصد) مشاهده کرد. این اطلاعات طی مطالعه‌ای که در همان زمان در کوی استادان یکی از دانشگاههای بزرگ کشور صورت گرفت به دست آمد.

تدریس واحدهای درسی مربوط به بهداشت در دانشگاهها غالباً بسیار خشک و بی‌روح و فاقد هر گونه انگیزه اجرایی بود. به عنوان مثال در مبحث واکسیناسیون، متأسفانه عمده تأکید بر عوارض - حتا نادر- واکسن ها و مشکل نمودن شرایط دریافت واکسیناسیون بود. و در نتیجه این سوء تفاهمات همیشه امکان پیدا کردن دلیلی برای عدم انجام واکسیناسیون و به تعویق انداختن آن وجود داشت.

بیماریهای اسهالی

در آن ایام وضع بهداشت محیط هم اسف بار بود. زباله های شهرها واز جمله شهرتهران در جای جای شهر انباشته می‌شد و سگ های ولگرد، گربه ها و موشهای زیادی از آن تغذیه می‌کردند و به سرعت بر تعدادشان افزوده می‌شد. باتوجه به فقر شدید بهداشت محیط و محدودیت دسترسی به آب آشامیدنی سالم به خصوص در ارتباط با روستاییان، بیماریهای عفونی و به ویژه بیماریهای اسهالی فوق العاده شایع بود؛ به طوری که، در سالهای اول پیروزی انقلاب اسلامی نیز همچون گذشته، همه ساله با گرم شدن هوا، بیماریهای اسهالی به شدت در کشور شیوع پیدا می‌کرد که با تلفات جانی بالایی، به خصوص در کودکان همراه بود. در سراسر بیمارستانها برای

پذیرش این دسته از بیماران بسیج می‌شدند. علاوه بر بخشهای کودکان، تعداد زیادی از تخت‌های سایر بخش‌ها و از جمله بخش‌های داخلی و جراحی هم به امر مایع-درمانی درون سیاهرگی این قبیل بیماران اختصاص داده می‌شد. حجم بسیار زیادی از محلول‌های تزریقی (سرم) برای استفاده این بیماران تهیه می‌شد که در بعضی موارد آنها را احتیاجاً با هواپیما از خارج وارد می‌کردند. و بدین ترتیب، همه ساله سرمایه‌های هنگفت ارزی و ریالی مصرف می‌شد و همراه با آن حدود ۳۵۰۰۰ کودک زیر پنج سال فقط به دلیل بیماریهای اسهالی از دست می‌رفتند.

عفونت‌های حاد تنفسی

شیوع عفونت‌های حاد تنفسی و مرگ و میر ناشی از آن در بین کودکان و بویژه اطفال زیر پنج سال دست کمی از بیماریهای اسهالی نداشت. این عارضه به خصوص در بین کودکانی که دچار بیماریهای قابل پیشگیری با واکسن بودند، بشدت شایع‌تر و خطرتر، و احتمال مرگ و میر آنان خیلی بیشتر بود.

سوء تغذیه

سوء تغذیه از دیگر مشکلات عمده کودکان کشور بود. در آن دوران، تغذیه با شیر مصنوعی (شیر خشک) روش پذیرفته شده و رایج بود. و طبیعتاً محروم شدن کودکان از شیر مادر موجب می‌شد که انواع عفونت‌ها و نیز سوء تغذیه به شدت شایع شود. علاوه بر آن، سالیانه حدود یک صد میلیون دلار ارز صرف واردات شیر خشک می‌شد. علاوه بر از دست دادن این مبلغ، مبالغ بیشتری جهت درمان بیماریهای ناشی از مصرف نکردن شیر مادر اختصاص می‌یافت.

همچنین تحقیقات گوناگونی که طی سالها انجام شد نشان داد که حدود ۱۸ میلیون نفر از مردم کشورمان در معرض خطر کمبود ید و عوارض ناشی از آن هستند، که وضعیت ۳ میلیون نفر از این عده خطرتر و یا به عبارت دیگر وخیم‌تر گزارش شد. کم خونی فقر آهن، مشکل شایع و گسترده دیگری بود که به خصوص در زنانی که در سنین باروری بودند، بیشتر در معرض ابتلا و خطر مرگ ناشی از آن بودند. شایان ذکر است که متأسفانه این دسته از زنان هنوز هم خیلی در امان نیستند.

تنظیم خانواده و مراقبت از زنان باردار

اعمال سیاست کنترل جمعیت در سال‌های قبل از پیروزی انقلاب اسلامی موجب شده بود که سرعت افزایش جمعیت کشور کندتر شود. هر چند که میزان رشد ۲/۷ درصد در حد مطلوب نبود، ولی پس از پیروزی انقلاب، به دلائل مختلف و از جمله روشن نبودن سیاست رشد جمعیت و ابهامات زیادی - که در ارتباط با حرمت استفاده از روشهای مختلف

جلوگیری از بارداری وجودداشت- رشد جمعیت به سرعت افزایش یافت و طی سالهای جنگ تحمیلی به میزان ۳/۲ و حتی ۳/۹ درصد بالغ گشت.

افزایش بی رویه رشد جمعیت، خسارتهای عظیم اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و حتی سیاسی را در پی داشت. در عین حال، به دلیل عدم رعایت اصول تنظیم خانواده، بیشترین زیانها را به سلامت مادران و فرزندان خردسال آنان وارد می‌آورد. همچنین، به علت عدم ارائه خدمات و مراقبت های بهداشتی، به خصوص در روستاها، و عدم امکان دسترسی زنان باردار به مراقبت‌های دوران بارداری و زایمان، مرگ و میر زنان باردار هم -مشابه دوران قبل از پیروزی انقلاب اسلامی- همچنان بسیار بالا بود و به تبع آن مرگ و میر نوزادان کشور هم افزایش داشت.

بیماریهای واگیردار

علاوه بر انواع بیماریهای اسهالی، عفونت های تنفسی و بیماریهای قابل پیشگیری با واکسن که در کشور بسیار شایع بوده و مرگ و میر بالایی را موجب می‌شدند، شیوع بیماریهای واگیردار نظیر سل، جذام، حصبه، تب مالت و بسیاری بیماریهای مشترک بین انسان و حیوان، بیماریهای انگلی، قارچی و امثال آن بسیار زیاد بود. این شیوع بالا خود ناشی از پائین بودن فرهنگ بهداشت -به طور اعم- و فقر بهداشت فردی، آب، غذا و محیط -به طور اخص- است.

در مجموع، تصویر وضع بهداشت کشور، حتی در سالهای اول پیروزی انقلاب اسلامی حتی به عقب نگهداشته‌ترین کشورهای جهان بی شباهت نبود.

حرکتی امیدبخش در امر بهداشت و پیشگیری

در سال ۱۳۶۲ برای احیا و گسترش امر واکسیناسیون در معاونت امور بهداشتی تصمیم جدی گرفته شد. تامین اعتبارات ارزی و ریالی، به دلیل نیازهای گسترده جنگ تحمیلی و محدودیت های اقتصادی مطلقاً کارآسانی نبود. از طرفی متأسفانه در آن زمان به دلیل عدم سرمایه‌گذاری لازم در انستیتو رازی، کار تولید واکسن های نوع انسانی به طور دستی انجام می‌شد و لذا به رغم وجود سرمایه‌های ارزنده علمی، امکان تامین نیازهای فزاینده کشور فراهم نبود. لذا از همان زمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تلاش در جهت کمک به توسعه و تعالی تولید واکسن های انسانی انستیتو رازی را شروع کرد. خوشبختانه در حال حاضر انستیتو رازی قادر است سالیانه دهها میلیون دوز واکسن مورد نیاز برنامه کشوری ریشه‌کنی فلج اطفال و انواع دیگر واکسن های مورد نیاز را تامین کند، و حتی می تواند پاره‌ای از این اقلام را صادر کند. کما اینکه در سال ۱۳۷۳، وزارت بهداشت، درمان و آموزش

پزشکی علاوه بر انجام برنامه روتین واکسیناسیون و ارائه دو نوبت واکسن فلج اطفال به متجاوز از ۹ میلیون کودک زیر ۵ سال در آن سال، توانست ۹ میلیون دوز واکسن فلج اطفال به کودکان کشور افغانستان نیز هدیه نماید.

برای تامین واکسن هپاتیت B هم از همان زمان، تلاش برای ساخت واکسن نوع پلاسمائی در انستیتو پاستور شروع شد که به نتایج خوبی هم دست یافته است. ظرف چند سال اخیر هم انستیتو پاستور با همکاری کشور کوبا در شرف تولید واکسن هپاتیت B از نوع recombinant می‌باشد.

مشکل به ظاهر غیرقابل رفع، که اجرای هر برنامه‌ای را غیرممکن می‌ساخت، نبودن وسایط نقلیه بود و بهمین جهت تامین ناباورانه حدود ۱۴۰۰ دستگاه اتومبیل صحرایی، در واقع موجی از امید و تحرک را در دل همه کارکنان بهداشت کشور ایجاد کرد. به خصوص آنکه شاهد بودند که سایر بخش‌ها و دستگاه‌های تصاحب این اتومبیل‌ها، به دلائل و بهانه‌های گوناگون از هیچ کوششی فروگذار نکردند.

فقدان زنجیره سردی که بتواند سلامت واکسن‌ها را از محل تولید واکسن (چه در داخل و چه در خارج) تا اقصی نقاط روستاهای کوهستانی و صعب‌العبور کشور حفظ کند، معضل دیگری بود که به لطف خداوند سبحان برطرف شد. در ارتباط با این برنامه در سرتاسر کشور کارگاه‌های آموزشی بسیاری برپا شد. زمانی که مقدمات اجرایی کار در تمام نقاط کشور فراهم شد. اقدام‌های گسترده‌ای جهت افزایش آگاهی‌های عمومی و ارتقاء فرهنگ بهداشتی جامعه صورت گرفت، و در نتیجه، سطح واکسیناسیون ارتقاء یافت و در مدت چند سال به ارقامی که برای جهانیان هم حیرت‌انگیز بود، افزایش یافت. در واقع ۹۷-۹۸ درصد کودکان زیر یک سال کشور ما کلیه واکسن‌های خود را دریافت کرده‌اند. و این در حالی است که آمار واکسیناسیون بسیاری از شهرهای بزرگ آمریکا حتی ۵۰ درصد کودکان را هم پوشش نمی‌دهد.

سال‌های بعد...

شبکه بهداشتی-درمانی کشور

خواسته‌های پایان‌ناپذیر و به حق مردم سراسر نقاط کشور، قاطبه نمایندگان مجلس شورای اسلامی، ائمه جمعه و جماعات و مسئولان اجرایی استانها، شهرستانها، بخش‌ها و حتی روستاها، احداث بیمارستان بود. طی سال‌های اول بعد از پیروزی انقلاب اسلامی این تقاضا بسیار حادث‌تر بود، چه تخت‌های بیمارستانی عمدتاً در تهران و شهرهای بزرگ متمرکز بود و از سوی دیگر تقریباً همگان راز تامین سلامت مردم را منحصرأ در افزایش تخت‌های بیمارستانی

می‌پنداشتند.

با توجه به اینکه وزارت بهداشتی سابق فقط مسئول درمان مردم نبود باید جامع‌تر فکر می‌کرد و برنامه‌ریزی می‌نمود. البته طبیعی است که خدمات بستری بیمارستانی هم بشدت مورد نیاز بود و عدالت حکم می‌کرد که این نوع خدمات فقط در تهران و چند شهر بزرگ متبرکه نباشد، بلکه در اقصی نقاط کشور هم مردم براحثی به تخت بیمارستانی دسترسی داشته باشند. اما از طرف دیگر باید توجه داشت که خدمات بیمارستانی جوابگوی نیاز سالیانه حدود ۱ یا ۲ نفر از هر هزار نفر است. در حالی که حدود یک چهارم جمعیت کشور به نوعی از خدمات درمان سرپایی نیاز دارند و در ارتباط با خدمات بهداشتی تقریباً هیچ فردی بی نیاز از آن نمی‌باشد. لذا در هر برنامه‌ریزی صحیحی باید این مهم همواره مورد توجه قرار می‌گرفت و عمده سرمایه‌گذاری را در زمینه خدمات سرپایی و به ویژه مراقبت‌های اولیه بهداشتی صرف می‌کرد.

بیمارستانها به دلیل نوع و گرانی خدمات و نیروی انسانی متخصص ارائه کننده خدمات در شهرها متمرکز هستند. و اگر هم بخش سرپایی بیمارستان خدمات بهداشتی و درمان سرپایی به عامه مردم ارائه دهد باز هم به دلیل بعد مسافت، جوابگوی نیازهای ساکنان روستاها و شهرهای کوچک و محروم نمی‌باشد. در نتیجه باید انواع خدمات مورد نیاز مردم به نقاط دوردست برده می‌شد و در دسترس محرومان و روستاییان قرار می‌گرفت تا توزیع به شکل عادلانه انجام شود و به عدالت اجتماعی که شعار اسلام و انقلاب اسلامی است جامه عمل پوشانده می‌شد. بعد اقتصادی ارائه خدمات نیز باید در نظر گرفته می‌شد. چون جنگ تحمیلی و محدودیت‌های اقتصادی کشور همچنان ادامه داشت و مهمتر اینکه اصولاً از شرایط پایدار ماندن و تداوم یافتن ارائه خدمات یکی هم در نظر داشتن بعد صرفه و صلاح اقتصادی آن است. یعنی جامعه و دولت باید قادر باشند هزینه‌ها را هم در کوتاه مدت و نیز در دراز مدت متحمل شوند.

ارائه خدمات ضمن اینکه باید از فن‌آوری مناسبی برخوردار باشد که به کیفیت خدمات لطمه‌ای وارد نشود، در عین حال نوع فن‌آوری بایستی به گونه‌ای باشد که در تمام نقاط کشور، از جمله روستاها قابل تامین بوده، تداوم داشته باشد. این امر در مورد نیروی انسانی ارائه‌کننده خدمات هم صدق می‌کند. یعنی نیروی انسانی ضمن عالم، آگاه و مورد وثوق مردم بودن باید به طور مستمر در روستای محل خدمت خود ساکن باشد. ضمن اینکه نوع خدمات بستگی به نیازهای جامعه دارد، ولی در عین حال باید حتماً مراقبت‌های اولیه بهداشتی را شامل شود. در شروع کار طبیعتاً امکان ارائه همه خدمات و مراقبت‌ها فراهم نبود

ولی باید به تدریج هم بر تنوع خدمات اضافه می‌شد و هم امکان دسترسی افزایش می‌یافت. تجربه نشان داده است که به صرف اینکه امکان دسترسی به خدمات فراهم شود به این مفهوم نیست که مردم مراجعه خواهند کرد و از خدمات ارائه شده به خوبی بهره می‌برند. به عبارت دیگر، علاوه بر دسترسی باید از استفاده از خدمات هم اطمینان حاصل می‌شد. لازمه این امر، علاوه بر آموزش عمومی مردم و بالا بردن سطح فرهنگ عمومی، در آن بود که ارائه کننده خدمات از گروه جنسی همگن باشد و ساعات و نحوه ارائه خدمات و سایر شرایط مورد پذیرش مراجعه کنندگان باشد. لذا علاوه بر تامین سایر شرایط، باید ارائه خدمات حتماً با پیگیری همراه می‌بود. بدین ترتیب تا زمانی که فرهنگ عمومی در زمینه مسائل بهداشتی به حد مطلوب ارتقاء نیافته، همه به موقع برای دریافت خدمات مراجعه نمی‌کنند، علاوه بر تداوم آموزش بهداشت، ارائه کنندگان خدمت باید به سراغ نیازمندان خدمات بروند و علاوه بر ارائه آموزش های لازم از تداوم دریافت مراقبت های بهداشتی مورد نیاز آنان اطمینان حاصل کنند.

طبیعی است که امکان تشخیص همه مشکلات و ارائه کلیه خدمات به دلیل پیچیدگی آنها همیشه مقدور نیست و در عین حال باید اطمینان یافت که همه افرادی که در معرض چنین مشکلاتی هستند برای دریافت خدمات تخصصی تر ارجاع می‌شوند و امکان ارجاع آنان تا بالاترین درجات فوق تخصصی فراهم است. بعضاً ارجاع این موارد فاقد فوریت بوده، در محل می‌تواند مورد بررسی قرار گیرد و اگر تسریع لازم باشد بیمار به مراکز تخصصی تر هدایت می‌شود. بتدریج باید از خدمات عمومی کاسته می‌شد و به صورت خدمات جدیدتر و گسترده تر - به آنچه قبلاً ارائه می‌شد- اضافه می‌گردید و به افراد آموزش های لازم داده می‌شد. این سیستم باید همواره توسط سطوح بالاتر مورد بررسی، سرپرستی و پایش قرار می‌گرفت و از مناسب بودن کیفیت خدمات اطمینان حاصل می‌شد. همه اطلاعات به خانواده‌ها باید ثبت می‌شد و آمار و اطلاعات قابل استفاده برای پایش و برنامه‌ریزی و نیز برای آموزش و پژوهش باید پیوسته در دست می‌بود.

برای ارائه خدمات و تامین همه نقطه نظرات - به گونه‌ای که اشاره شد- هیچ محملی بهتر از شبکه بهداشتی-درمانی نبود که از مرز تا مرز، اقصی نقاط کشور را تحت پوشش در آورد و آحاد مردم بتوانند پیوسته از خدماتی با کیفیت مناسب استفاده کنند.

طی سال های ۱۳۶۱ و ۱۳۶۲ طرح اجرایی سیستم شبکه بهداشتی-درمانی کشور با همت والا و تلاش شبانه روزی معدودی از صاحب نظران و خبرگان بهداشت کشور تهیه شد. این دوستان سخت کوش با دعوت و تبادل نظر با کارشناسان هر استان به طور دقیق محل جغرافیایی تمام خانه های بهداشت و مراکز بهداشتی-درمانی سراسر کشور را مشخص کردند

و با محاسبات دقیق، نیروی انسانی مورد نیاز را برآورد نمودند.

و بالاخره در سال ۱۳۶۳ برنامه اجرایی گسترش شبکه بهداشتی-درمانی کشور تهیه شد. طبیعتاً در آن زمان شبکه برای همگان ناشناخته بود و در مذاکره با گروه‌های خاص -که تصویب آنان مورد نیاز بود- خانه بهداشت بسیار حقیر و نامطلوب می‌نمود و بر عکس بیمارستان حلال مشکلات جلوه می‌کرد. وزارت بهداشت سابق به منظور شناساندن شبکه و به امید تصویب بخشی -هر چند ناچیز- از اعتبارات مورد نیاز، از دولت خواست که برای هر استان فقط یک شهرستان را منظور نماید و اعتبار مورد نیاز را در اختیار بگذارد. وزارتخانه کم هزینه ترین و عملی ترین شهرستان را پیشنهاد کرد، ولی متأسفانه تلاشها به نتیجه نرسید، و به خصوص با توجه به محدودیت اعتبارات کشور و نیازهای گسترده دفاع مقدس، دولت این برنامه را در بودجه سالیانه خود منظور نکرد و در نتیجه به مجلس شورای اسلامی هم منعکس نشد. بدین ترتیب، کار مشکلتر شد، ولی بهر حال با تلاش خیلی گسترده جهت توصیف شبکه برای تقریباً فرد فرد نمایندگان مجلس شورای اسلامی و تبیین قرابت خدمات بهداشتی-درمانی از طریق شبکه با عدالت اجتماعی و اولویت دادن به محرومان و روستائینان که خواست بنیانگذار جمهوری اسلامی و مسئولان نظام بود، در نهایت، مجلس شورای اسلامی در آخرین روزهای سال و ساعات پایانی تصویب بودجه سال ۱۳۶۴، با اعتبار مورد درخواست موافقت کرد. وزارت بهداشت سابق با همت و تلاش فراوان به اجرای این امر حیاتی پرداخت و برای سال بعد هم همان مبلغ اعتبار را درخواست کرد.

نتیجه عملکرد وزارتخانه در نظر نمایندگان مجلس شورای اسلامی آن چنان بود که دو برابر اعتبارات مورد تقاضای وزارت بهداشتی را برای سال بعد تصویب کردند. طبیعی است که این مصوبه غیر منتظره، امیدهای بسیاری را در دل ها ایجاد کرد و تلاش خیلی گسترده تری را موجب شد و احساس مسئولیت را بسیار سنگین تر کرد. مصوبه مزبور در جملات نانوشته به مسئولان وقت وزارت بهداشت سابق این پیام را منتقل کرد که مجلس شورای اسلامی، دولت، مسئولان و مجموعه نظام مقدس جمهوری اسلامی ایران از هر تلاش انقلابی بشدت استقبال و آنرا حمایت می‌کنند و هر گام مثبتی را ارج می‌نهند. این مصوبه مشوقی بود برای مسئولان وزارت بهداشت سابق جهت ارائه برنامه های انقلابی دیگر، که از آن جمله تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ادغام حیات بخش سازمانهای منطقه‌ای بهداشت و درمان یعنی ارائه خدمات بهداشتی-درمانی در دانشگاههای علوم پزشکی کشور، قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور و ... را می‌توان نام برد.

شبکه بهداشتی-درمانی کشور شهرت بین‌المللی دارد و به کرات مورد بازدید و

تمجید کارشناسان و اساتید تراز اول جهان قرار گرفته است. این شبکه در حال حاضر از طریق ۱۵۰۰۰ خانه بهداشت و ۲۲۰۰ مرکز بهداشتی-درمانی روستایی در خدمت ۸۵ درصد از روستاییان کشور قرار دارد.

بهورزان آگاه، دلسوز و زحمتکش مراقبتهای اولیه بهداشتی را با کیفیت مطلوب به مردم ارائه می‌کنند. طی سالها بتدریج خدمات دیگر بهداشتی-درمانی از قبیل بهداشت دهان و دندان، بهداشت حرفه‌ای، بهداشت روان، پیشگیری و کنترل بیماریهای واگیردار نظیر مالاریا، جذام، سل، و ... به مراقبتهای بهداشتی اولیه اضافه شده است. برنامه‌های عدیده دیگری هم در سیستم شبکه، مراحل تحقیق و تجربه را گذرانده، یا در دست تجربه است تا در صورت موفق بودن، در سیستم شبکه ادغام شود. تمرکز زدایی که از اصول موفقیت در تسهیل ارائه خدمات است، همراه با دهها طرح تحقیقاتی دیگر در سیستم شبکه به محک تجربه زده شد و چون عملی و موفق می‌نمود، استانهای مختلف به اجرای آن و بسیاری از تحقیقات موفق دیگر همت گماشتند.

زیج حیاتی که در کلیه خانه‌های بهداشت سراسر کشور آمار دقیق تولدها و مرگ و میر سنین مختلف و نیز فعالیت های تنظیم خانواده را نشان می‌دهد و نیز گردونه آماری که در مراکز بهداشت شهرستانها، فعالیت های بهداشت محیط، مراقبتها، ایمن سازی کودکان و زنان باردار و نیز موارد جدید بیماریهای واگیردار را گزارش می‌کند در امر دسترسی در هر لحظه به آمارهای صحیح و دقیق نقش بسیار ارزنده‌ای دارد.

از برکت وجود شبکه بهداشتی - درمانی در روستاها، وضعیت بهداشت و سلامت روستاییان دگرگون شد و شاخص‌های بهداشتی مناطق روستایی بهبود چشمگیری پیدا کرد و به وضع قابل قبول و بعضاً مطلوبی رسید. تا جایی که بعضی از شاخص‌های بهداشتی حاکی از بهتر بودن کیفیت ارائه خدمات در مناطق روستایی نسبت به بسیاری از نقاط شهری است. به دلیل ادغام سازمان های منطقه‌ای بهداشت و درمان در دانشگاههای علوم پزشکی، در طی سالهای اخیر، رؤسا و هیات رئیسه دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی از تجارب بسیار ارزنده‌ای برخوردار شده‌اند، و تعدادی از دانشگاهها با بهره‌گیری از خلاقیت های خود، تلاش ها و اقدامات بسیار ارزنده‌ای به کار بردند که از آن جمله است احداث پایگاههای بهداشتی در شهرها و بخصوص در حاشیه شهرهای بزرگ. در این مناطق، خیل عظیمی از مهاجران عمدتاً روستایی بدون برخورداری از هرگونه خدمات شهری و از جمله خدمات بهداشتی سکونت گزیده‌اند. احداث پایگاههای بهداشتی در حاشیه شهرها و مناطق محروم تحول عظیمی ایجاد کرد. وجود شبکه‌ای از پایگاههای بهداشتی در شهرهای

کشور، آن چنان که بخصوص در بعضی از استانها به سرعت در حال گسترش است موجب خواهد شد تا امکان رسیدگی و نظارت بر بسیاری از مسائل و مشکلات بهداشتی شهرها و از جمله بهداشت محیط، بهداشت اماکن، بهداشت مواد غذایی، بهداشت مدارس، بهداشت حرفه‌ای و ... فراهم شود.

بیماریهای اسهالی

این دسته از بیماریها در کشورهای در حال توسعه دومین نابود کننده کودکان زیر ۵ سال است. در آن زمان وضعیت در کشور ما هم به همین صورت بود و لذا اجرای اقدامات جدی را طلب می‌کرد.

نظیر برنامه ایمن سازی و سایر برنامه های مهم بهداشتی، اولین گام، تشکیل کمیته علمی در سال ۱۳۶۴ بود که مرکب از مسئولان و کارشناسان زبده وزارتخانه و نیز تعدادی از اعضای برجسته و صاحب نظر هیات علمی دانشگاههای علوم پزشکی کشور بود. با تشکیل کمیته های علمی در زمینه های مختلف امکان تبادل نظر بین استادان و کارشناسان و مجریان وزارتخانه فراهم می‌شد. ضمن استفاده از بحث ها و نظریات اعضای هیات علمی، وزارتخانه هم فرصت می‌یافت که مسائل و مشکلات بهداشتی و اجرایی کشور را به استادان و از طریق آنان به دانشگاهها منتقل و در دراز مدت آموزشهای دانشگاهی را جامعه‌نگر کند؛ در عین حال، تلفیق نظریات علمی و اجرایی در داخل کمیته‌ها منجر به برنامه های اجرایی قابل دفاعی می‌شد که اساتید صاحب نظر و ارزشمند کشور، خود مدافع و مبلغ آن می‌شدند و با صرف وقت و مسافرتها مکرر به اقصی نقاط کشور و برگزاری کارگاههای آموزشی با شرکت سایر اعضای هیات علمی، پزشکان متخصص و عمومی، دستیاران، دانشجویان و گروههای پیراپزشکی زمینه همکاری و همفکری همگان را فراهم می‌کردند و اگر مقاومتی می‌شد آن را از سر راه برمی‌داشتند.

هیچ گونه تشکر و سپاسی پاسخگوی خدمات چشمگیر کمیته های ارزشمند علمی در زمینه‌های مختلف بهداشتی نیست، بلکه همه امیدها به لطف و عنایت پروردگار کریم است که ان‌شاء... سفره فضل و کرم بی انتهای خود را بر این عزیزان دلسوز و ارزشمند بگستراند. در کنار این اقدامات با کمک‌های ارزی و ریالی از طرف وزارتخانه به کارخانه های داروسازی - که در آن زمان همه دولتی بودند- امکان ساخت بسته های پودر ORS به تعداد مورد نیاز توسط کارخانه های داخلی فراهم شد. و مشابه سایر برنامه های بهداشتی تلاش گسترده‌ای برای آموزش عمومی مردم صورت گرفت و فرهنگ پیشگیری از بیماریهای اسهالی و ترویج تغذیه با شیر مادر و مایع درمانی خوراکی و ... ترویج شد. مجموعه این تلاش ها

موجب شد که مرگ و میر کودکان به دلیل بیماریهای اسهالی از رقم حدود ۳۴۰۰۰ مورد در سال فقط ظرف چند سال تا حدود ۹۰ درصد کاهش پیدا کند. تداوم حمایت از برنامه و اطمینان از ارائه خدمات مزبور در کلیه مراکز سربایی و تمام بیمارستانها و تاکید و اصرار بر آموزش گسترده آن در دانشکده های پزشکی همچنان مورد نیاز است.

عفونت های حاد تنفسی

عفونت های حاد تنفسی مهمترین علت مرگ و میر کودکان در کشورهای در حال توسعه است. در کشور ما هم به همین دلیل، طی سالهای پایانی جنگ تحمیلی، پیامد تشکیل کمیته علمی و انجام پاره ای تحقیقات، امکان اجرای این برنامه در معدودی از شهرستانها بررسی شد که تقریباً دو سال طول کشید و سپس از سال ۱۳۷۰ با موفقیت در سراسر کشور به اجرا درآمد، که منجر به کاهش چشمگیر مرگ ناشی از این دسته از بیماریها گردید. در بین علل مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال در سال ۱۳۶۸، عفونت های حاد تنفسی ۱۹/۶ درصد را به خود اختصاص داد که در سال ۱۳۷۱ به ۹/۴ درصد کاهش یافت و در سال ۱۳۷۴ در زیج حیاتی روستاها فقط ۴/۸ درصد موارد مرگ مربوط به عفونتهای حاد تنفسی بود. شناساندن بهتر و بیشتر این برنامه به اعضای هیات علمی و تداوم حمایت از آن هنوز مورد نیاز است.

تغذیه با شیر مادر

در سال ۱۳۶۵، فرمول ساخت دهها نوع شیر مصنوعی (شیرخشک) که به راحتی وارد کشور می شد مورد بررسی قرار گرفت و به جز معدودی از انواع، که فرمول آنها قدری به شیر مادر نزدیکتر بود از ارائه مجوز ورود به بقیه خودداری شد. کارخانه های سازنده شیرهای مصنوعی مجاز هم مجبور شدند بجای استفاده از برچسب های فریبده و گمراه کننده، از نوعی برچسب یکنواخت به زبان فارسی استفاده کنند که روی آن علاوه بر پاره ای اطلاعات ضروری روایت از پیامبر گرامی در ارتباط با ترویج تغذیه با شیرمادر نوشته شده است.

در جریان بسیج سلامت کودکان در سال ۱۳۶۷ آموزش های گسترده ای در ارتباط با تغذیه با شیرمادر از طریق رسانه های گروهی و غیره ارائه شد. در سال ۱۳۷۰ کمیته ترویج تغذیه با شیرمادر با عضویت تعدادی از استادان و صاحب نظران علاقمند تشکیل شد. فعالیت بسیار گسترده این کمیته تحولی شگرف در امر تغذیه با شیرمادر به وجود آورد. علاوه بر آموزش عمومی از طریق رسانه های گروهی و نشریات، هزاران کارگاه آموزشی در سراسر کشور برگزار شد. امکان شرکت در امتحان مورد اطفال و زنان و زایمان برای دستیاران این دو رشته منوط به شرکت در کارگاههای آموزشی یک هفته ای تغذیه با شیرمادر شد. مرکز کشوری ترویج تغذیه با شیرمادر به دلیل فعالیت های ارزنده خود به مرکز همکار سازمان جهانی بهداشت

تبدیل شد.

اجرای این برنامه موفق موجب شده است که تغذیه با شیرمادر، به عنوان یک اقدام ارزشمند از سوی خانواده ها و به خصوص مادران بشدت مورد استقبال قرار گیرد. تلاش بر آن بوده است که تغذیه با شیرمادر ظرف نیم تا یک ساعت اول عمر شروع شود و تغذیه انحصاری با شیرمادر، طبق خواست شیرخوار تا ۶ ماه ادامه یابد و آنگاه با شروع غذاهای کمکی مناسب، تغذیه تا دوسال تمام با شیرمادر تداوم یابد. اقبال فوق‌العاده خانواده ها و به خصوص مادران آگاه کشور عزیزمان به شیرمادر موجب شده است که تعداد قوطی شیر مصنوعی که به کشور وارد می‌شود از حدود ۵۰ تا ۷۰ میلیون قوطی در سال های بعد از پیروزی انقلاب اسلامی به حدود ۸-۱۲ میلیون قوطی در سال کاهش یابد که این امر سالیانه قریب به یک صد میلیون دلار صرفه‌جویی ارزی را به دنبال دارد.

مهمتر اینکه به دلیل نقش عظیمی که تغذیه با شیرمادر در تنظیم خانواده دارد و نیز به دلیل پیشگیری از پاره‌ای از بیماریها در کودک و مادر و در نتیجه نیاز خیلی کمتر به خدمات درمانی و بیمارستانی، صرفه‌جویی هنگفتی را برای خانواده ها و جامعه در پی دارد. اما مهمترین نکته‌ای که هرگز نباید از نظر دور بماند نقش چشمگیری است که این برنامه در رشد، تکامل، افزایش ضریب هوشی و ارتقاء سلامت کودکان امروز و در نتیجه سازندگی فردای کشور دارد. با توجه به اینکه به دلیل مرفقیت برنامه تنظیم خانواده عموماً خانواده ها بیش از یک یا دو فرزند نخواهند داشت، در نتیجه والدین اکثراً جوان و کم تجربه‌اند و لذا ضرورت دارد که به منظور تداوم توفیق این برنامه تلاشهای گسترده‌ای صورت پذیرد و امر آموزش عمومی مردم و آموزش پزشکی بسیار جدی تلقی شود.

از درسهایی که هر مسئول و خادم امر سلامت مردم می تواند با نگاهی به شاخص‌های زیر بیاموزد آنست که تلاشهایی، هرچند محدود توسط افراد ولو محدود در زمینه خدمات پیشگیری و بهداشت همیشه آثاری عظیم و گسترده و کم هزینه دنبال دارد. و چون رضای خالق هدف نهایی است، در نتیجه هر چند که اثرات خدمات پیشگیری و بهداشتی بلافاصله تظاهر نمی‌کند ولی در عین حال تاخیر در تظاهر آثار این دسته از خدمات نباید مانعی برای اولی شمردن آنها - تحت هر شرایطی - باشد.

جدول ۶-۱) مقایسه وضعیت تغذیه انحصاری، بیشتر در سن ۴ تا ۶ ماهگی و درصد تغذیه با شیر مادر در پایان یک و دو سالگی در سالهای مختلف

سال	۱۳۷۰	۱۳۷۴	۱۳۷۵	۱۳۷۶	درصد تغذیه با شیر مادر
روستا شهر	-	-	۵۳/۴	۶۱/۸	۶۵/۸
۱۱	۸	۴۱/۵	۴۳/۷	۵۵/۷	درصد تغذیه انحصاری با شیر مادر تا ۶ ماهگی
۶۰	-	۸۳	-	۸۶	درصد تغذیه با شیر مادر تا پایان یک سال
-	-	۵۰	-	۴۱	درصد تغذیه با شیر مادر تا پایان دو سال

اختلالات ناشی از کمبود ید

تحقیقات طی چند ده سال اخیر پیوسته حاکی از کمبود ید به طور گسترده در آب و خاک کشور ما بوده است. این کمبود، سلامت ۱۸ میلیون نفر از مردم کشور را تهدید می‌کرد که سه میلیون نفرشان در معرض کمبود شدید و در نتیجه مخاطرات خیلی بیشتری بودند. با توجه به مخاطرات جسمی و ذهنی که عامه مردم و به خصوص کودکان و مادران کشور را تهدید می‌کرد، کمیته کشوری تشکیل شد و پس از برنامه‌ریزیهای لازم، به نمک طعام مورد استفاده عامه مردم عنصر ید اضافه شد و آموزش عمومی گسترده‌ای برای تشویق همگان به جایگزینی نمک یددار بجای نمک معمولی داده شد. نتیجه بررسی ها نشان می‌دهد که متجاوز از ۹۰ درصد خانواده ها از نمک یددار استفاده می‌کنند.

نظر به اینکه تامین نمک یددار و شروع مصرف و اثر آن مدتی به درازا می‌کشید، در جریان برنامه‌ریزیها تصمیم گرفته شد که به گروه پرمخاطره ساکن نقاطی از کشور که کمبود شدید این عنصر وجود دارد، ید بصورت تزریقی تجویز شود و این برنامه هم به اجرا درآمد و در نهایت هم مقداری از ید تزریقی باقیمانده در اختیار کشورهای نیازمند همسایه قرار گرفت.

تنظیم خانواده و کنترل جمعیت

طی سالهایی که جنگ تحمیلی ادامه داشت نامه هایی از سوی وزیر بهداشت، درمان

و آموزش پزشکی به دولت و مسئولان بلند پایه کشور نوشته شد و در آن نامه‌ها از روند خارج از کنترل رشد جمعیت ابراز نگرانی شده و چاره‌جویی می‌شد. ولی فرصت بحث و تبادل نظر در این ارتباط در جلسه هیئت دولت نداد مگر یک بار در سال آخر دفاع مقدس. هر چند که در پایان بحث بسیار جدی، رای گیری به عمل آمد و با اختلاف یک رای، مساله لزوم وجود سیاست تنظیم خانواده و کنترل جمعیت به تصویب رسید ولی این مصوبه هرگز به صورت علنی ابلاغ نشد و در نتیجه نتوانست مثمر ثمر واقع شود. مذاکره با بعضی از مسئولان تراز اول و تعدادی از ائمه جمعه و روحانیون محترم هم نتایج مثبتی به دنبال نداشت. حداکثر توفیقی که از تعدادی از ملاقاتهای بعضاً چندین ساعته و مکرر دست می‌داد این بود که تبلیغات بنفع افزایش زاد و ولد کاهش یافته، توسط بعضی از بزرگان متوقف شود.

سازمان برنامه و بودجه با اجازه دولت نشستی برای بحث در این زمینه ترتیب داد که بی‌شبهت به مذاکره در پشت درهای بسته نبود. در این نشست بجز رئیس سازمان برنامه و بودجه و وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مسئول سطح بالای دیگری سخنرانی نکرد و حتا حضور هم نیافت؛ به طوری که یکی از وزرا که قبلاً قول حضور داده بود، اعلام انصراف کرده، حتا در جلسه حضور نیافت.

وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ناامید از سایر روش‌ها، نامه‌ای به محضر امام راحل (ره) نوشت و استمداد طلبید که در حقیقت، امام بزرگوار در پاسخ به این سوال بزرگ راهی را گشودند. با اجازه و تشویق آن امام همام بحث در محافل علمی و اجتماعی و از جمله روزنامه‌ها در این زمینه آغاز شد. پس از ملاقات با حضرت آیت‌الله العظمی خاتمی‌ای که در آن زمان سمت ریاست جمهوری را به عهده داشتند و دریافت رهنمودهای لازم از محضر مبارک ایشان بویژه در ارتباط با شیوه تبلیغات، برنامه پنج ساله تنظیم خانواده تصویب و به رشته تحریر درآمد. شیوه‌های مشروع جلوگیری از بارداری یکی پس از دیگری مورد تایید قرار گرفت و شرایط انجام آنها سهل تر شد. در حال حاضر روشهای مختلفی که از نظر علمی و از دیدگاه محافل بین‌المللی بهداشتی مورد قبول است در کشور ما هم اجرا می‌شود. تعدادی از کشورها از سقط جنین هم به عنوان روشی برای کنترل جمعیت استفاده می‌کنند که طبیعتاً این امر در میهن اسلامی ما مورد قبول نیست. در واقع باید گفت که سازمان جهانی بهداشت هم سقط جنین را به عنوان شیوه‌ای برای تنظیم خانواده و کنترل جمعیت تایید نمی‌کند.

نتیجه اجرای برنامه موفق تنظیم خانواده در کشور ما برای همه محافل داخلی و خارجی باور نکردنی بود. تا جایی که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نتایج بررسی

های کارشناسی و آماری خود را در زمینه میزان رشد جمعیت اعلام می‌کرد با موجی از ناباوریه‌ها و مخالفت های ناشی از این ناباوری روبرو می‌شد و این خود نشانه میزان بالای موفقیت است که سرعت آن باور کردنی نبود تا بالاخره طی سرشماری سال ۱۳۷۵ معلوم شد که نتایج حتماً فراتر از نتایجی است که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اعلام کرده بود. بسیار بعید به نظر می‌رسید که کشور دیگری این میزان سرعت در کاهش رشد جمعیت را تجربه کرده باشد. هر چند شاید نتوان تاثیر عوامل اقتصادی را هم در امر تنظیم خانواده و کنترل جمعیت در کشورمان نادیده گرفت ولی باید اذعان کرد که در پیشرفت این برنامه بهداشتی دو عامل نقش تعیین کننده داشت یکی اطمینان یافتن مردم به این امر که برنامه مزبور مغایرتی با اعتقادات مذهبی آنان نداشته، بلکه از نظر نظام مقدس با مصالح کشور هم همخوانی دارد. عامل دوم آموزش دادن به عامه مردم و تلاش در ارتقا بخشیدن سطح فرهنگ بهداشتی جامعه است که بحمداً... زمینه این امر مهم پس از پیروزی انقلاب اسلامی کاملاً فراهم شده است و رسانه های گروهی و به خصوص صدا و سیما در این ارتباط نقش فوق العاده ارزنده ای ایفا می‌کنند.

مقایسه رشد بالای جمعیت در طی سالهای اول پیروزی انقلاب اسلامی و سرعت کاهش این رشد در سالهای اخیر نشان دهنده عظمت خدمتی است که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در قالب برنامه تنظیم خانواده و کنترل جمعیت به میهن اسلامی نموده است. تردیدی نیست که اگر رشد جمعیت بهمان وضع ادامه می‌یافت، نیازهای فزاینده به مواد غذایی، امکانات بهداشتی-درمانی، فضا و امکانات آموزشی، مسکن، شغل، امکانات تفریحی و... قطعاً مشکلات اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، سیاسی گسترده‌ای را برای کشور عزیزمان بدنبال می‌داشت.

جدول ۶-۲) مقایسه رشد جمعیت در سالهای بعد از پیروزی انقلاب اسلامی

سال	رشد جمعیت
۱۳۶۵-۱۳۵۵	۳/۲٪
۱۳۷۱	۲/۷٪
۱۳۷۲	۲/۳٪
۱۳۷۳	۱/۸٪
۱۳۷۴	۱/۷۵٪
۱۳۷۵	۱/۵۶٪
۱۳۷۶	۱/۴۱٪

بهداشت نوجوانان و جوانان

نوجوانان و جوانان، مسائل بهداشتی خاص خود را دارند. وقوع بلوغ جسمی و جنسی در این دوران خاص به آن اهمیت ویژه‌ای می‌دهد. در عین حال به سن ازدواج و زندگی مشترک زناشویی نیز نزدیک می‌شوند. در این میان، سلامت دختران به دلیل وقوع بارداری در آینده از اهمیت فوق‌العاده‌ای برخوردار است. لذا در ظرف سالهای اخیر، در مورد این گروه سنی برنامه‌ریزی‌هایی بعمل آمد و کارگاههای آموزشی بسیاری برگزار شد. حتا به پیشنهاد وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشورمان، سلامت نوجوانان و جوانان در دستور نشست سال ۱۳۷۵ وزیران بهداشت کشورهای منطقه شرق مدیترانه قرار گرفت.

همچنین برای افزایش آگاهی جوانان در زمینه مسائل مختلف بهداشتی به تازگی کتابی نگاشته شده است که از جمله حاوی نکاتی بسیار جالب و آموزنده در ارتباط با مسائل مربوط به بلوغ و آموزش صحیح روابط جنسی زناشویی است. باید اذعان کرد که متأسفانه غفلت از این موضوع مهم، همه روزه موجب بحران‌ها و ناکامی‌های فراوان در امر ازدواج جوانان شده، طلاق‌ها و مشکلات روانی و جسمی فراوان و بعضاً انحرافات در پی داشته‌است.

مراقبت از زنان باردار و نوزادان

با گسترش شبکه بهداشتی-درمانی کشور و نیز آموزشهای عمومی مردم، بتدریج مراجعات جهت دریافت مراقبتهای دوران بارداری افزایش یافته، و بیشتر زایمان ها را افراد دوره دیده و با صلاحیت انجام می دهند. درصد مراجعات به موقع افزایش یافته است، نتیجه همه این اقدامات منجر به کاهش مرگ و میر مادران از ۲۵۴ نفر در یکصد هزار تولد زنده در سالهای قبل از پیروزی انقلاب اسلامی به ۳۵ در یکصد هزار تولد زنده در سال ۱۳۷۵ شده است. هر چند سرعت این کاهش فوق العاده ارزشمند است ولی جای آن دارد که جهت کاهش مرگ و میر مادران و نوزادان تلاش خیلی بیشتری به کار برده شود. حیات و ممات و سلامت مادر و نوزاد ارتباط فوق العاده تنگاتنگ با یکدیگر دارد.

اکنون که به واسطه فعالیت های گسترده و خدمات ارزنده به کودکان کشور مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال از عدد ۱۵۴ در هزار تولد زنده -در سالهای قبل از پیروزی انقلاب اسلامی- به ۳۳ در هزار تولد زنده در سال ۱۳۷۵ کاهش یافته، مرگ و میر کودکان زیر یک سال از ۱۰۴ در هر هزار تولد زنده به ۲۶ در هزار در سال ۱۳۷۵ کاهش یافته است، باید بیشتر توجهات بر کاهش مرگ و میر نوزادان متمرکز شود و با عنایت به اینکه مرگ و میر نوزادان ۱۶-۲۰ در هزار تولد زنده گزارش شده است هرگونه بهبود در وضع سلامت نوزادان و کاهش مرگ و میر آنان بر شاخص مرگ و میر کودکان زیر یک سال و زیر ۵ سال هم تاثیر مستقیم خواهد داشت.

طی چند سال اخیر با تشکیل کمیته ای مرکب از اعضای هیات علمی و کارشناسان و با حضور وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای کاهش مرگ و میر مادران و نوزادان تلاش شده است برای سطوح اول و دوم خدمات، دستورالعمل های لازم و مطالب آموزشی جهت استفاده پزشکان و گروههای ذیربط پزشکی تهیه شده، سیاهه تجهیزات و ملزومات پزشکی که برای ارائه مراقبتهای نوزادان در سطوح مختلف خدمات مورد نیاز است به دانشگاهها ابلاغ شده است. تقریباً تمام استانها باید بمنظور ارائه خدمات کاملاً تخصصی حداقل یک بخش مراقبتهای ویژه نوزادان را جهت ارائه خدمات ویژه به نوزادانی که بیماری آنان شدید است، تجهیز کنند. استانهای بزرگ، به نسبت جمعیت و وسعت، به تعداد واحدهای بیشتری نیاز دارند. کلیه بیمارستانها مکلف شدند که کمیته فعالی داشته باشند که مرگ و میرهای در ارتباط با زایمان در بیمارستان را بررسی کنند و نتایج بررسی های انجام شده در این کمیته ها را در اختیار کمیته مرکزی دانشگاه قرار دهند. طبیعی است که کمیته بیمارستانی، دانشگاهی و کشوری بررسی مرگهای زایمانی قادر خواهد بود جهت رفع مشکلات واحدهای ذیربط توصیه های

لازم را ارائه دهند و برنامه‌ریزیهای مورد نیاز را طراحی کنند. با توجه به وفور مرده‌زایی و اینکه آسفیکسی (خفگی) در جهان علت ۷۰ درصد مرده‌زایی‌ها و ۲۰ درصد مرگ نوزادان (میانگین ۵۰ درصد) به حساب می‌آید لذا کمیته حیات بخشی به نوزادان چند سال قبل تشکیل شد و کارگاههای آموزشی متعددی برای مدیران گروههای تخصصی کودکان و زنان و مامایی دانشگاههای علوم پزشکی کشور و نیز سایر اعضای هیات علمی گروههای مزبور و کادر پرستاری و مامایی مسئول - که از طرف دانشگاهها معرفی شده بودند- برگزار کرد. لزوم تهیه وسایل مورد نیاز احیاء نوزادان، جهت استفاده در بخش های نوزادان، اتاقهای زایمان و فوریتهای بیمارستانها به دانشگاهها ابلاغ شد و جهت امکان دسترسی دانشگاهها به این وسایل و تجهیزات و ملزومات مورد نیاز برای واردات اقلامی از آنها اقدام لازم به عمل آمد.

برنامه های مربوط به احیاء نوزادان و کاهش مرگ و میر مادران و نوزادان نیازمند حمایت همه جانبه است؛ به خصوص آنکه این امر با معاونت های مختلف دانشگاهها و وزارتخانه در ارتباط است. لذا لازم است در همه ابعاد آموزشی، پژوهشی، درمان و بهداشت، برنامه ها هدایت، پیگیری و حمایت شوند.

بیماریهای واگیردار

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی طی سالهای اول پیروزی انقلاب اسلامی مسئولیت تامین آب آشامیدنی سالم روستاها را به عهده داشت که در این زمینه اقدامات موثر و گسترده‌ای به عمل آمد و موجب شد بسیاری از روستاییان به آب آشامیدنی سالم دسترسی پیدا کنند. بعدها که این وظیفه با وزارت جهادسازندگی تقسیم شد فعالیتهای هر دو وزارتخانه همگام با هم ادامه یافت و در نهایت، فقط مسئولیت نظارت به عهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی باقی ماند و اقدامات اجرایی به وزارت جهادسازندگی محول شد. مجموعه این اقدامات و آموزش های کارکنان شبکه بهداشتی-درمانی موجب شده است که در سال ۱۳۷۵ بیش از ۸۲/۵ درصد از روستاییان به آب آشامیدنی سالم دسترسی پیدا کنند. این امر و تلاش در جهت گسترش استفاده از توالت بهداشتی (۷۵ درصد جمعیت روستایی) بهسازی محیط و آموزش بهداشت موجب کاهش چشمگیر بعضی از بیماریها شد؛ که از آن جمله است بسیاری از بیماریهای انگلی و پارازیتی، اسهال خونی و بیماریهای اسهالی نظیر التور و غیره. همچنین جمع‌آوری زباله ها، به خصوص در سطح شهرها موجب شد که بیماری هاری کاهش یابد.

اعمال بیمار یابی فعال و درمان مبتلایان به بیماریهایی نظیر جذام موجب کاهش شدید

میزان بیماریها شده است. همکاریهای تنگاتنگ سازمان دامپزشکی و وزارت بهداشت کمک بسیار ارزنده‌ای در جهت کاهش موارد بیماری تب مالت نمود. گسترش ایمن سازی در کشور، ما را در آستانه کنترل، حذف و حتا ریشه‌کنی تعدادی از بیماریهای واگیردار قرار داد. ترویج تغذیه با شیر مادر بروز و مرگ و میر بسیاری از بیماریهای گوارشی و عفونتهای حاد تنفسی را در بین کودکان به طور چشمگیر کاهش داده است.

باید اذعان کرد که آموزش عمومی در گستره مسائل بهداشت و در نتیجه ارتقاء فرهنگ بهداشتی مردم، سازنده‌ترین نقش را در ارتباط با کاهش بیماریهای واگیردار و اصولاً در پیشبرد همه مسائل مربوط به سلامت جامعه ایفا کرده است. هرگونه سرمایه‌گذاری در این ارتباط، ارزشمندترین و پربازده‌ترین سرمایه‌گذاریها به حساب می‌آید.

باید توجه داشت که بیماریهای واگیردار از عمده‌ترین مسائل بهداشتی کشورهای جهان سوم است که مرگ و میر بالایی را موجب می‌شود و از علل عمده سوءتغذیه در این کشورها به حساب می‌آید. هر چند که وضع بیماریهای واگیردار در میهن اسلامی، با اکثریت عظیمی از کشورهای در حال توسعه قابل مقایسه نیست ولی در عین حال تا رسیدن به وضع مطلوب هنوز راهی دراز در پیش رو داریم. به خصوص اینکه کشور عزیزمان محصور در بین کشورهایی است که مطلقاً از وضع مناسب بهداشتی برخوردار نیستند و در نتیجه تقریباً از طریق مرزهای جغرافیایی مورد تهدید انواع بیماریهای واگیردار قرار داریم.

در درجه بعد از تهدید بسیار جدی مواد مخدوری که از افغانستان وارد کشور عزیز ما می‌شود و سلامت جسم و روان میلیونها ایرانی را تهدید می‌کند، باید از انواع بیماریهای واگیردار که از این منطقه وارد کشورمان می‌شود بسیار نگران بود. از جهت شیوع بسیاری از بیماریهای واگیردار و مخاطرات آن برای کشور ما، تعداد دیگری از کشورهای شرق و غرب و شمال کشورمان هم وضعیت بهتری ندارند. به دلیل وجود این قبیل کانونهای عفونی است که روزهای واکسیناسیون فلج اطفال همه ساله ادامه یافته است. بیماریهای عفونی دیگر از قبیل مالاریای مقاوم، سل مقاوم، حصبه مقاوم و... از مشکلات بسیار جدی بعضی از کشورهای دیگر و از جمله بعضی از کشورهای همسایه است که باید کاملاً نگران آنها بود.

با توجه به برخورداری از شبکه بهداشتی-درمانی فوق‌العاده کارآی کشور، استفاده جدی از روش DOTS [Directly Observed Therapy (Short course)] در مورد درمان بیماری سل بشدت توصیه می‌شود و گر نه با توجه به افزایش موارد سل در جهان و به خصوص موارد فزاینده سل مقاوم و نیز با توجه به وضعیت نامساعد بهداشت در تقریباً کلیه کشورهای همسایه، ممکن است روزی با صرف اعتباری چند صد برابر امروز باز هم امکان چنین موفقیتی فراهم

نشود.

از نگرانیهای کلیه کشورهای جهان -اعم از توسعه یافته و در حال توسعه- در ظرف دهه‌های اخیر، بیماریهای باز پدید و نوپدید هستند، که از آن جمله است بیماری نوپدید ایدز، که هیچ کشوری از این بیماری در امان نمی‌باشد. هر چند کشور ما طی سالها وضعیت قابل قبولی داشت ولی در ظرف سال گذشته چند صد مورد آلودگی در بعضی زندانهای کشور، بین قاچاقچیان و معتادان به مواد مخدر دیده شد که آلودگی آنان پیامد استفاده مشترک از چیزی شبیه یک سرنگ ساختگی برای تزریقات درون سیاهرگی بین آنان گسترش یافت. با توجه به ملاقاتهای تقریباً منظم زندانیان با همسرانشان و با توجه به پاره‌ای آشفته‌گی‌های درون خانواده بعضی از این افراد خطر انتشار این آلودگی بسیار زیاد است. همچنین با توجه به بعضی تردهای ایرانیان به برخی از کشورها و یا تردد پاره‌ای از افراد کشورهای همسایه به داخل کشور ما، نگرانی برای احتمال انتشار این بیماری از طریق روابط جنسی در کشورمان کم نیست. در سالهای اخیر ظاهراً به منظور کویرزدایی، گیاهان خاصی در نزدیکی بعضی از شهرها و روستاهای حاشیه کویر کاشته شده است. این اقدام موجب جذب موشها و پشه‌ها و در نتیجه انتقال گسترده بیماری سالک به ساکنان تعدادی از شهرها و روستاهای مزبور شده است. این تجربه تلخ یعنی همه‌گیر شدن بیماری سالک به عنوان یک بیماری بازپدید در پاره‌ای مناطق، و شاید نوپدید برای مناطق دیگر کشور باید مسئولان دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی و نیز مسئولان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را بر آن دارد تا بیش از پیش به ارگانها، نهادها و وزارتخانه‌هایی که در این قبیل امور و یا هر گونه اقدام مشابهی که نوعی دخالت در طبیعت را موجب شود -اعم از جنگل کاری و به خصوص قطع جنگلها و یا سدسازی و غیره - هشدار دهند که قبل از انجام اقداماتی از این قبیل، با مسئولان بهداشتی مشورت‌های لازم را به عمل آورند وگرنه ممکن است بعضی کارهای سازندگی و عمرانی اگر بدون مطالعه انجام شود و همه جوانب آن درست بررسی نشود موجب مشکلات جدید بهداشتی شود. بدین شکل که بیماری جدیدی را در منطقه رایج نماید و یا اگر بیماری خاصی که قبلاً در آن محل شایع بوده، در حال حاضر تحت کنترل درآمده و دیگر منطقه را تهدید نمی‌کند دوباره بروز کند و مشکل آفرین شود. مثال این مساله از جمله همان شیوع بیماری سالک در ارتباط با اقدامات کویرزدایی است که شاید اگر بررسی‌های بیشتری صورت می‌گرفت یا از نوع متفاوت گیاه برای منطقه استفاده می‌شد و یا در فاصله متفاوتی از شهرها و روستاها کاشته شده و یا تمهید دیگری به کار می‌رفت؛ و یا اگر قرار باشد فرضاً سدی در یک منطقه مالاریا خیز ساخته شود باید قبل از احداث، این احتمال را در نظر گرفت که وجود

آبهای ساکن زمینه رشد بیشتر پشه مالاریا و احتمال انتشار بیماری مزبور را فراهم می‌نماید و در نتیجه، تمهیدات لازم را مدنظر قرار داد.

آموزش بهداشت

علم و تعلیم در اعتقادات مذهبی ما جایگاهی بسیار رفیع دارد و در کتاب آسمانی هم به کرات به آن اشاره شده است. علم و آگاهی می‌تواند کلیدی برای دستیابی به سعادت دنیا و آخرت باشد. در امر تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت فرد و جامعه هم هر چه میزان آگاهی و دامنه آن گسترده‌تر باشد، احتمال چیرگی بر بیماریها و اصولاً پیشگیری از آنها بیشتر است و لذا از وظائف بسیار سنگین و اصلی پزشکان گروه پزشکی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مساله آموزش بهداشت است. به همین دلیل همزمان با تصمیم بر احداث و توسعه شبکه بهداشتی-درمانی و ارائه مراقبتهای اولیه بهداشتی به عامه مردم از این طریق، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بر آن شد تا تمام اجزای این مراقبتها را با کیفیت و کمیت مناسب در اختیار عامه مردم، به ویژه روستائینان و محرومان قرار دهد. لازمه استفاده صحیح و مناسب از خدمات بهداشتی، بالا بودن میزان آگاهی مردم است و گرنه امکان دارد دسترسی به خدمات هم به سادگی فراهم باشد ولی به علت عدم آگاهی و شناخت لازم از منافع و ضرورت دریافت خدمات ارائه شده، استفاده مطلوب از آنها به عمل نیاید و لذا لازم است که آموزش بهداشت را رکن اصلی مراقبتها و خدمات بهداشتی-درمانی به حساب آورد، و بر اولویت و اهمیت اجرای آن در همه موارد و تحت همه شرایط تأکید کرد.

به همین دلیل تلاش برای ارتقاء فرهنگ عمومی مردم در امور مربوط به سلامت از اولویت برخوردار شد و تلاش به عمل آمد تا در ملاقاتها و برخوردهای نیروی انسانی بهداشتی-درمانی با مراجعان، آموزش‌ها بصورت رو در رو ارائه شود. در عین حال، با وارد کردن هرچه بیشتر مطالب بهداشتی در کتابهای درسی دانش آموزان پیامهای لازم را به آنان و خانواده‌هایشان بدیم. در عین حال، نشریات متعددی به چاپ رسید که مقدم بر همه آنها کتاب بهداشت برای طلاب علوم دینی بود که با تیراژ بالای چند ده هزارى در اختیار حوزه‌ها قرار گرفت و حتا در تدریس بعضی از مطالب مزبور در حوزه‌ها مشارکت شد. در این امر تردید نیست که با اعتقاد راسخی که مردم به روحانیت محترم دارند و با عنایت به حضور گسترده روحانیون اقصی نقاط کشور و نقش ارزنده‌ای که در زندگی روزمره مردم دارند، توصیه‌های بهداشتی آنان می‌تواند بسیار کارساز باشد.

از سوى دیگر از رسانه‌های گروهی -به طور اعم- و صدا و سیما -به طور اخص- استمداد طلبیده شد و باید اذعان کرد که کلیه رسانه‌ها اعم از نوشتاری، صوتی و تصویری در

حد توان همراهی و مساعدت کردند. در جریان یک آموزش مستمر، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی هر از چند گاهی موجی از مطالب را در اختیار مردم می‌گذارد و با تکرار آن سبب می‌شود تا مسائل در اذهان مردم نقش بندد. از آن جمله بود فعالیت بسیار گسترده و موفق که در سال ۱۳۶۷ تحت عنوان بسیج سلامت کودکان به اجرا درآمد. این برنامه عمدتاً آموزشی که به مدت یک هفته ادامه یافت، هدیه‌ای بود از طرف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که به مناسبت دهمین سال پیروزی انقلاب اسلامی و با هدف ارتقاء فرهنگ عمومی مردم در ارتباط با مسائل بهداشتی و بویژه بهداشت کودکان به مردم تقدیم شد. هر چند برنامه مزبور در اوج جنگ تحمیلی به اجرا درآمد ولی هیچ نقطه‌ای از کشور از آن بی نصیب نماند و بشدت مورد استقبال مسئولان و به خصوص مردم قرار گرفت. پیامهای بهداشتی در زمینه های مختلف ایمن سازی، تغذیه با شیر مادر، بیماریهای اسهالی و مایع درمانی خوراکی، تغذیه کمکی، پایش رشد و... به اشکال مختلف و متنوعی به مردم منتقل می‌شد.

در سطح همه شهرها و حتا روستاها پلاکاردهای فراوانی حاوی شعارهای بهداشتی به چشم می‌خورد؛ در رسانه‌های نوشتاری مقالات عدیده‌ای چاپ می‌شد و صدا و سیما واقعاً کلیه برنامه های خود را در طول هفته به برنامه های بهداشتی اختصاص می‌داد. برنامه ها بسیار شاد و جذاب تهیه شده بود و لذا مردم با انگیزه های متعددی از آنها استفاده می‌کردند. البته سیستم ارائه خدمات دولتی هم آمادگی کامل یافته بود تا پاسخگوی نیازها و مراجعات مردم باشد. در ظرف همان هفته و پیامد آن، چنان استقبالی از نظام ارائه خدمات شد که به رغم آمادگی کامل به دفعات مراکز ارائه خدمات دچار کمبود واکسن می‌شدند. بعید است که خاطره صف های بعضاً کیلومتری مردم در مقابل انستیتو پاستور و بعضی مراکز دیگر ارائه خدمات -که به منظور ایمن سازی کودکان خود تشکیل می‌دادند- از اذهان رفته باشد. برنامه بسیج سلامت کودکان در سطح بین‌المللی انعکاس گسترده‌ای یافت و سازمانهای بین‌المللی شیوه انجام و نتایج درخشان و حتا گوشه هایی از برنامه های تلویزیونی را برای استفاده کشورهای دیگر مطرح کردند. برای مجریان هیچ لذتی بالاتر از مشاهده اثرات کار و استقبال گسترده مردم از خدمات مزبور نبود.

آموزشهای بسیج گونه برای کشورهای که سیستم ارائه خدمات مناسبی ندارند و در نتیجه خدمات به صورت عمودی ارائه می‌شود آنچنان اثرات مثبت و پایداری نخواهد داشت و پس از مدتی آثار آن زایل می‌شود. ولی در کشور ما بررسیها نشان داد که به دلیل وجود سیستم شبکه اثرات آموزشی آن از بین نرفت. برای مثال پوشش ایمن سازی که با شروع برنامه بسیج سلامت کودکان افزایش چشمگیری را نشان داد، سیر فزاینده خود را همچنان ادامه داد

و هرگز افت نکرد. البته تردیدی نیست که اگر آموزشهای معمول روزمره حذف شود اثرات آموزشی بسیج گونه آن هم بتدریج زائل می‌شود؛ به عبارت دیگر، آموزش بسیج گونه هرگز جای آموزش دائمی را نمی‌گیرد ولی در عین حال نظیر دوزهای یادآور واکسن، در زمان کوتاهی ناگهان سطح معلومات و آگاهی جامعه را در حد چشمگیری افزایش می‌دهد.

همچنین از هر نوبت از برنامه های روزهای ملی واکسیناسیون فلج اطفال که سالی دو بار، با فاصله ۴ تا ۵ هفته، به منظور ریشه‌کنی بیماری فلج اطفال در کشور به اجرا درآمد، برای آموزش عمومی مردم استفاده زیادی به عمل آمد. همچنین در سال ۱۳۷۵ که برای ریشه‌کنی بیماری سرخک برنامه‌ریزی شد و کودکان زیر ۱۵ سال مناطق خاصی از کشور علیه بیماری سرخک واکسینه شدند باز هم، همزمان آموزشهای بسیج گونه‌ای به مردم داده شد. خلاصه اینکه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به دلیل اهمیت و ارزش آموزش عمومی بهداشت تلاش می‌کرد تا از هر فرصتی برای ارتقاء فرهنگ عمومی در زمینه بهداشت استفاده کند و تداوم این امر در همه فرصت ها و در کل نظام ارائه خدمات و از جمله بیمارستانهای آموزشی توصیه می‌شود. متأسفانه در سیستم آموزش پزشکی به این امر مهم تأکید لازم نمی‌شود که باید اصلاح شود.

بیماریهای غیر واگیردار

در کشورهایی که از کمترین درجه توسعه برخوردارند، بیماریهای واگیردار شایعترین بیماریها و عمده ترین مشکل بهداشتی این دسته از کشورها به حساب آمده، مهمترین علت مرگ و میرها محسوب می‌شود. برعکس، کشورهای صنعتی و توسعه یافته به دلیل پیشرفت چشمگیر در مسائل بهداشتی توانسته‌اند این دسته از بیماریها را بشدت تحت کنترل درآورده، عملاً بعضی از آنها را ریشه‌کن کنند. در این گروه از کشورها علت عمده مرگ و میر را بیماریهای غیر واگیردار نظیر بیماریهای قلب و عروق، سرطان، دیابت و غیره تشکیل می‌دهد. مردم این کشورها برعکس کشورهای در حال توسعه که از سوءتغذیه رنج می‌برند، اغلب گرفتار چاقی هستند.

در کشور عزیز ما هر دو دسته از بیماریها شایع هستند، متنها بیماریهای واگیردار رو به کاهش و بیماریهای غیر واگیردار رو به افزایش است. به عبارت دیگر، همان طوری که کشور بطرف توسعه یافتگی پیشرفت می‌کند، بیماریهای غیر واگیردار به سرعت افزایش می‌یابد. نکته فوق‌العاده مهم که توجه به آن ضرورت کامل دارد این است که لازمه پیشرفت در امر بهداشت و سلامت و کاهش بیماریهای واگیردار، صنعتی شدن و ثروتمند بودن نیست بلکه کشورهایی نظیر سریلانکا، کوبا و غیره، به رغم محدودیت درآمد ناخالص ملی و به حساب

نیامدن در زمره کشورهای صنعتی دهها سال است که بر برخی از مشکلات بهداشتی کاملاً فائق آمده، شاخص های بهداشتی خود را به خوبی اصلاح کرده‌اند. در عین حال کم نیستند کشورهایی که به طرف صنعتی شدن پیشرفت داشته، درآمد ناخالص ملی آنها بالاست ولی به علت عدم رعایت عدالت اجتماعی و توجه ناکافی به مسائل بهداشتی از وضعیت مناسبی برخوردار نیستند.

جمهوری اسلامی ایران خوشبختانه علیرغم فشارهای سیاسی-اقتصادی صاحبان قدرت مادی در جهان، حرکت به سمت توسعه را شروع کرده، با آهنگ مطلوبی به پیش می‌رود. ولی مقدم بر تلاشهای گسترده سازندگی کشور و در واقع در بحبوحه جنگ تحمیلی-در زمانی که کلیه نهادها، وزارتخانه ها و در حقیقت کل کشور و از جمله [وزارت بهداشت سابق] و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی درگیر دفاع مقدس و عوارض تبعی و اقتصادی جنگ تحمیلی بود- این وزارتخانه برنامه‌ریزی و حرکت به طرف توسعه را شروع کرد. تلاشها به قدری گسترده و سرعت اقدامها آن چنان بود که به رغم محدودیت شدید نیروی انسانی پزشکی و گروه پزشکی در آن ایام و بروز مشکلات عمیق اقتصادی و ناچیز بودن امکانات و نیز علیرغم مسئولیت وزارتخانه در امر درمان صدها هزار مجروح جنگ تحمیلی (بمباران ها و موشک بارانهای شهرها) آثار این خیزش در اقصی نقاط کشور مشهود بود. از دلایل عمده‌ای که سازمانهای بین‌المللی از همان زمان (جنگ تحمیلی) تحت تاثیر فعالیت های گسترده و پیشرفت وضعیت بهداشتی کشور قرار گرفتند شروع و سرعت پیشرفت این امر در زمان جنگ بود.

به هر حال، مجموع این شرایط موجی شده است تا ضمن اینکه ما هنوز درگیر بیماریهای واگیردار هستیم، به دلیل کاهش سریع مرگ و میر و افزایش طول عمر و مکانیزه شدن زندگی، به خصوص در شهرهای بزرگ و استرس های ناشی از این نوع زندگی و کاهش فعالیت های بدنی و تغییر در عادات غذایی و تغذیه، سیگار کشیدن و غیره... مردم بیشتر در معرض ابتلا به بیماریهای قلب و عروق، سرطان، چاقی، دیابت و امثال آن قرار گیرند.

در طی چندین سال اخیر برنامه‌ریزیهای گسترده و دقیق برای پیشگیری از این مشکلات به عمل آمده است. چون در ارتباط با این بیماریها و به خصوص در زمینه بیماریهای قلب و عروق، عمده فعالیت ها و اقدامات باید از طریق سایر نهادها و ارگانها اعمال شود لذا برنامه‌ریزی با مشارکت آنها انجام شده، فعالیت های اجرایی آغاز شده است. از قانون اجباری کردن ثبت موارد سرطان استفاده می‌شود؛ در مورد سرطان پستان اقدامات گسترده آموزشی شروع شده، حتا مقدمات خودآزمایی توسط بانوان از طریق صدا و سیما فراهم شده است.

در مورد بیماری تالاسمی و هموفیلی عمده تلاشها و سرمایه‌گذاریها از طریق آموزش عمومی به مردم صورت می‌گیرد و انجام آزمایشهای خون داوطلبان ازدواج در نهایت، کلیه کودکان و نوجوانان صورت می‌پذیرد تا از ازدواج ناقلان ژن بیمار به یکدیگر جلوگیری به عمل آید. در این ارتباط توفیقات فراوانی هم حاصل شده است؛ به نحوی که، در پاره‌ای از استانها بین چنین زوجهایی کمتر ازدواج صورت می‌گیرد.

در ارتباط با سیگار تلاشهای فراوانی به عمل آمده ولی میزان توفیق در اجرا بسیار محدود است. هرچند تلاش در جهت آموزش عمومی مردم ادامه داشت ولی متأسفانه بسیاری از کشورهای جهان از میهن اسلامی و انقلابی ما جلو افتادند. هر بار که لایحه و یا آئین‌نامه‌ای تقدیم می‌گردید با ناکامی روبرو می‌شدیم. شاید مسئولان و اعضای دولت گمان می‌کنند که منع سیگار کشیدن در اماکن عمومی و غیره فشار بیش از حدی به مردم وارد می‌آورد. خوشبختانه در سالهای اخیر آئین نامه‌ای در دولت به تصویب رسید ولی تا دستیابی به حد آرمانی و آنچه در بسیاری از کشورهای دیگر اعمال می‌شود، فاصله زیادی وجود دارد. سوانح و حوادث نیز از علل عمده مرگ و میر در کشور ما محسوب می‌شود. به ویژه حوادث رانندگی و جاده‌ای که تا حد غیر قابل تحملی افزایش یافته است. در این ارتباط عوامل مختلفی نقش دارند که از آن جمله می‌توان به مشکلات جدی و مستمر بر رانندگی و تردد و بدتر از همه جدی نگرفتن این مشکل از طرف مسئولان اشاره کرد.

آلودگی هوا از دیگر مسائل بهداشتی است که نسبت به آن حساسیت لازم لحاظ نمی‌شود. خسارتهای جانی ناشی از این مشکل کم نیست. به گونه‌ای که سرب بسیار فراوانی که در اثر سوخت بنزین در هوا آزاد می‌شود، از عمده خسارات ناشی از این امر تاثیر آن بر ضریب هوشی کودکان است.

برای کاهش روند رو به رشد بیماریهای غیر واگیردار بایستی به طور جدی و در دراز مدت با آن مبارزه کرد و نظیر تمام برنامه‌های مربوط به پیشگیری و بهداشتی، آثار تلاشها بلافاصله ظاهر نمی‌شود و لذا کلیه مسئولانی که به نحوی -ولو غیر مستقیم- در امر سلامت جامعه نقش دارند، باید اولویت پیشگیری و بهداشت را به طور عمیق باور داشته باشند، در آن راه گام بردارند و همکاری لازم به عمل آورند. مسئولان مستقیم سلامت جامعه هم باید سایر مسئولان کشور و مردم را توجیه کنند تا به جای سرمایه‌گذاری هنگفتی برای درمان این قبیل بیماریها صرف می‌شود، قسمت چشمگیری از آن را در امر پیشگیری هزینه کنند. به خصوص جهت ارتقاء هرچه بیشتر فرهنگ بهداشت عمومی مردم صرف وقت و سرمایه‌گذاری نمایند.

بهداشت محیط و بهداشت صنعتی

همان طور که قبلاً اشاره شد در طی سالهای پس از پیروزی انقلاب اسلامی، دسترسی روستاییان به آب آشامیدنی سالم از حدود ۲۵ درصد به متجاوز از ۸۲/۵ درصد در سال ۱۳۷۵ افزایش یافت.

بهداشت مواد غذایی در زمان جنگ تحمیلی به دلیل محدودیت ها بسیار نامطلوب بود ولی پس از خاتمه جنگ بتدریج به این مهم پرداخته شد و از طریق دادن آموزش به صنفهای گوناگون و نظارت دقیقتر، در این امر بهبود چشمگیری حاصل شد. در کنار این اقدامات با به کارگیری شیوه Hazard Analysis Critical Control Point System (HACCP) در نظارت بر مواد غذایی و ایمنی آنها بهبود گسترده و منظمی در حال شکل گرفتن است.

در مورد بهداشت صنعتی هم تلاشها و اقدامات جدید و گسترده‌ای صورت گرفته است. از جمله اینکه بهداشت حرفه‌ای در شبکه ادغام شده است. کارخانه‌هایی که بیش از ۵۰۰ نفر کارگر دارند، دارای مراکز حفاظت فنی و بهداشت کار شده، برای آنها که ۴۹۹-۵۰۰ کارگر دارند متجاوز از ۱۸۰۰ خانه بهداشت کارگری، جهت ارائه مراقبتهای اولیه بهداشتی، دایر شده است؛ و در کارگاهها و کارخانه‌هایی که بین ۲۰ تا ۴۹ نفر کارگر دارند با استفاده از طرح ایجاد ایستگاه بهگر خدمات امدادگری ارائه می‌شود. طرح خدمات بهداشت حرفه‌ای به کارگاههای قالب‌بافی (طرح بقا) به اجرا درآمده به قالب‌بافان خدمت ارائه می‌دهند. و طرح صنوف عمدتاً کارگاههای کوچک و خویش فرمایان را شامل می‌شود. تاکنون آزمایشگاههای رفرائس بهداشت حرفه‌ای در ۵ استان تجهیز شده است. در عین حال هنوز از بهداشت حرفه‌ای متأسفانه شناخت کافی وجود ندارد و تلاش خیلی گسترده‌تری را می‌طلبید، به ویژه آنکه ۸۵ درصد افراد در واحدهای صنفی و کارگاههای کمتر از ۲۰ نفر اشتغال دارند. هر چند در حال حاضر با وضعیت مطلوب فاصله زیادی وجود دارد اما همچون بهداشت و ایمنی مواد غذایی امید به آینده بهداشت صنعتی هم زیاد است.

پروژه شهر سالم

تامین و حفظ و ارتقاء سلامت نیازمند همکاری بخش‌های مختلف فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی و مشارکت مردم است. با توجه به اینکه در قرن بیست و یکم زندگی شهرنشینی سلامت مردم را تهدید می‌کند لذا تلاشهای گسترده‌ای در سطح جهان برای ایجاد شهرهای سالم شروع شده است.

متعاقب فعالیت‌های بین‌المللی در مورد پروژه شهر سالم در کشور عزیز ما هم اقدامات ارزنده‌ای صورت گرفت. کوی آبان در شهر تهران و نیز تعدادی از شهرهای کشور

به عنوان شهر سالم برگزیده شدند و با همکاری تنگاتنگ تعدادی از وزارتخانه ها و سازمانهای دولتی و مشارکت مردم تلاشهای زیادی برای پیاده کردن شرایط شهر سالم به عمل آمد که نتایج قابل توجهی هم به دنبال داشت. با تصویب ستاد کشوری شهر سالم به تدریج تعداد بیشتری از شهرها به گروه شهرهای سالم خواهند پیوست.

در همین راستا پروژه روستای سالم هم با هدایت وزارتخانه، فعالیت های خانه های بهداشت، همکاری های بین بخشی، شوراهای بهداشتی و روستایی و مشارکت روستاییان به موفقیت هایی دست یافته است. مشارکت ساکنان روستا به خصوص در زمینه دفع بهداشتی فضولات و زباله ها باعث شد که وضعیت بهداشت محیط تعداد زیادی از روستاها دگرگون شود.

مشارکت مردم

با عنایت به این امر که دولت در حقیقت کارگزار مردم است و به نیابت آنان انجام وظیفه می کند، لذا ایده آل آن است که هر بخشی از دولت در جریان ارائه خدمات و انجام وظائف مربوط به خود، منحصراً در راستا و چارچوب خواست مردم حرکت کند. برای نیل به این مقصود مردم باید در امر برنامه ریزی، اجرا و نظارت مشارکت فعال داشته باشند. در واقع، اصل مشارکت های مردمی در کنار همکاریهای بین بخشی و استفاده از فن آوری مناسب و قابل دسترس برای جامعه از اصول و ستونهای مراقبتهای اولیه بهداشتی محسوب می شود. مشارکت مردم موجب افزایش چشمگیر استفاده از خدمات و کاهش نسبی هزینه ها شده، پایش آنان، ارتقاء کیفیت را در پی خواهد داشت.

هر چند عملکرد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در این زمینه تا حد مطلوب فاصله دارد ولی در هر بعدی که درجانی از این تفکر تبعیت شده، آثار خیر و برکات فراوان به همراه داشته است. از نمونه های به اجرا درآمده می توان به حضور داوطلبانه و فعال خواهران در صحنه بهداشت اشاره کرد که با عنوان رابط بهداشتی، خدمات بسیار ارزشمندی به جامعه ارائه می کنند. این گروه که تعدادشان در حال حاضر متجاوز از سی و پنج هزار نفر بوده، مرتباً رو به افزایش است با ارتباط مستقیمی که از یک سو با مراکز بهداشتی-درمانی محل زندگی خود و از سوی دیگر با حدود پنجاه خانواده همان محدوده جغرافیایی دارند، از طریق انتقال آموخته های بهداشتی خود به خانواده های مزبور، ارتقاء فرهنگ بهداشتی خانواده ها و جامعه را سبب می شوند و در نتیجه هم خانواده ها جهت مراجعه به مراکز و دریافت خدمات بهداشتی فعالتر می شوند و هم در مجموع سطح انتظار و توقع جامعه افزایش می یابد و به

طور غیرمستقیم موجب ارتقاء سطح و کیفیت خدمات می‌گردد. این عزیزان بیشترشان علاوه بر خدمات داوطلبانه یاد شده، با مراجعات مکرر و پیگیریهای مستمر در کارهای عمرانی و خدماتی محل زندگی خود تحولات عظیمی به وجود آورده‌اند.

نمونه دیگر از مشارکت مردمی فعالیت خواهران و برادران بسیجی در گستره ریشه‌کنی فلج کودکان است. چند صد هزار نفر از بسیجیان که در عرصه دفاع مقدس درسهای گرانمایی از مکتب اسلام را پیروزمندانه پشت سر گذارده بودند، وارد صحنه‌ای متفاوت از سازندگی و بالندگی انسان شدند و با مشارکت فعال در امر برنامه‌ریزی، فراهم کردن مقدمات کار، اجرا و نظارت، هم باعث سربلندی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شدند و هم در ظرف چند ساعت به بیش از ۹ میلیون کودک زیر ۵ سال قطره واکسن فلج اطفال خوراندند و به خانواده آنان آموزش بهداشت دادند و در اعتلای فرهنگ بهداشت کوشش لازم را به کار بستند. بعدها این عزیزان، خود اذعان کردند که برای خود آنان هم تجربه‌ای بسیار شیرین و ارزنده بوده است. ما کارکنان و خدمتگزاران عرصه بهداشت هم از این انسانهای ارزشمند درسهای بسیار گرفتیم.

در طی هفته‌ها و روزهایی که مقدمات کار فراهم می‌شد، در مورد امکان همکاری دو گروه به ظاهر غیر متجانس -یعنی بسیجی و پزشک- تردید فراوان وجود داشت و بسیار بودند افرادی که توفیق این همکاری را به مراتب کمتر از آن می‌دیدند که اگر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی صرفاً با نیروهای محدود خود وارد عرصه عمل می‌شدند، یعنی در واقع ورود بسیجیان و یا به عبارت صحیح تر نیروهای مردمی را در کار حرفه‌ای، مخل تشخیص می‌دادند و دست‌کم آنرا موجب عدم استقبال مردم و کندی کار می‌دانستند. و این تفکر درست همان عامل بازدارنده‌ای است که همیشه و در تمام موارد ارائه خدمات تخصصی مانع از دعوت مردم به صحنه‌های تصمیم‌گیری و مشارکت در اجرا و نظارت می‌شود.

آنچه اتفاق افتاد، خلاف این پیش‌بینی‌ها و نگرانی‌ها را به اثبات رساند. مشارکت و همکاری بسیجیان و کارکنان بهداشت بسیار صمیمانه بود. اگر در شروع در اذهان هر دو طرف ابهامات و نگرانیهایی وجود داشت، در پایان روز آخر اشک‌های شوق و دوستی فراوان و خاطرات شیرین و فراموش‌ناشدنی را به دنبال داشت. ناظران این صحنه‌ها بارها از شوق گریستند و شکر خداوند را به جای آوردند.

از نمونه‌های دیگر مشارکت مردمی در مسائل بهداشتی می‌توان به طرحهای بهرگر، رضاکار و نیز ورود خواهران بسیجی به صحنه آموزش بهداشت جامعه در قالب پایگاههای بسیج اشاره کرد. خواهران بسیجی در این پایگاهها، مسائل مختلف بهداشت خانواده را آموزش

می‌دهند.

بهداشت روان

هرچند که مرگ و میر ناشی از بیماریهای روانی در جهان، فقط حدود ۱ درصد کل مرگ‌ها به حساب می‌آید، ولی در واقع ۱۱ درصد از بار بیماریها در جهان ناشی از افسردگی، و اسکیزوفرنی و مسائل مشابه است. هر چند در کشور عزیز ما به دلیل اعتقادات قویتر مذهبی و انسجام خانواده خوشبختانه بیماریهای روانی به اندازه کشورهای صنعتی شایع نیست ولی متأسفانه درجائی از افسردگی را می‌توان به وفور در بسیاری از مردم و به خصوص در جوانان و نوجوانان و افراد سالمند مشاهده کرد.

علیرغم نقش تعیین کننده بهداشت روان در تامین، حفظ و ارتقاء سلامت افراد و جامعه، به دلیل پاره‌ای از ذهنیت های نادرست هنوز، در حد نیاز از رشته روانپزشکی استفاده نمی‌شود. و با عنایت به اینکه مشکلاتی از قبیل درجات خفیف تر افسردگی که از شایعترین مشکلات روانی کشور است به آسانی توسط پزشکان عمومی و متخصصان داخلی و غیره قابل درمان است. با توجه به اهمیت بهداشت روان، توجه به این امر از اولین اقدامات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بود. برنامه بهداشت روان پس از تحقیقات طولانی، به صورت برنامه کشوری درآمد و در فعالیت های شبکه بهداشتی-درمانی ادغام شد. شبکه بهداشتی-درمانی از طریق آموزش مردم، بیمار یابی، ارجاع، درمان و پیگیری در این راستا فعالیت می‌کند. ضمناً مراکز مشاوره و آموزش بهداشت روان و نیز کلینیک‌های مشاوره و بهداشت روان کودک و نوجوان هم تاسیس شده است که نیاز به گسترش خیلی بیشتری دارد.

بهداشت مدارس

هر چند که قانون مصوب مجلس شورای اسلامی، کلیه وظائف مربوط به بهداشت مدارس را به عهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی گزارده است، ولی متأسفانه میزان همکاری ادارات کل آموزش و پرورش در همه استانهای کشور یکسان نبود. آن دسته از ادارات کل که به طور مستقل و بدون پرسش از مدیران کل وزارتخانه متبوع همکاری می‌کردند، نتایج مطلوبتری عاید دانش آموزان مدارس استان خود نمودند.

برنامه مدرسه جامعه‌نگر، برنامه مدرسه سالم، برنامه توانیاران، طرح توسعه ورزش و بهداشت مدارس راهنمایی، طرح بهداشتیاران مدارس و برنامه همیاران جوان از جمله برنامه‌هایی بود که اغلب به دلیل همکاریهای بین بخشی در تعدادی از استانها نتایج مناسبی در برداشت.

سایر برنامه‌ها

در زمینه پیگیری و کنترل کم‌خونی ناشی از فقر آهن، طرح غنی‌سازی آرد در دست بررسی قرار گرفت. جهت پیگیری از آمبلیوپسی، طرح شناسایی، پیگیری و درمان بیماریهای چشمی کودکان به اجرا درآمد. نگرانی از بروز عفونت‌های ادراری در شیرخواران پسر ختنه نشده - که در حدود ۲ سالگی ختنه می‌شدند - به والدین و پزشکان توصیه شد که ختنه را تا حد امکان در دوره نوزادی انجام دهند. به دلیل افزایش چشمگیر درصد عمل سزارین، در بعضی از بیمارستانها ضمن توصیه‌های لازم به عامه مردم در دانشگاههای علوم پزشکی کمیته‌هایی برای بررسی و نظارت بر این امر تشکیل شد. بهداشت دهان و دندان که از همان سالهای اول بعد از پیروزی انقلاب اسلامی مورد توجه بود، در برنامه شبکه ادغام شد و خوشبختانه در حال حاضر میزان DMF در کودکان ۶ ساله به ۲/۰۲ کاهش یافته است.

تمرکز زدایی

واگذاری مسئولیت‌ها، تفویض اختیارات و تمرکز زدایی برای توفیق در کارهای اجرایی - به ویژه در سطوح گسترده بهداشت و درمان کشور - از گامهای ضروری و در واقع اجتناب ناپذیر است.

این امر نه فقط از اصول مدیریت بوده، از طرف سازمان جهانی بهداشت توصیه شده است، بلکه در عین حال پروژه تحقیقاتی بروجن هم عملی بودن و بسیار مفید و موثر بودن آنرا نشان داد. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی هم که به گفته مسئول وقت نهاد ریاست جمهوری پس از پیروزی انقلاب اسلامی طولانی‌ترین مجموعه مدیریتی را در بین وزارتخانه‌های کشور داشته است دقیقاً به همین نتایج عملی دست یافت و در نتیجه به تدریج کلیه کارهای اجرایی که در ستاد مرکزی و معاونت‌ها انجام می‌شد به دانشگاهها واگذار گردید و تلاش کرد تا بتدریج، بجز سیاستگذاری‌های کلان، کلیه تصمیم‌گیریها به دانشگاهها و از ستاد مرکزی دانشگاهها به محیط واگذار شود. خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی برای کوچکترین تصمیمات خود مجبور به نامه‌نگاری نمی‌شود و هفته‌ها و شاید ماهها فرصت ارزشمند خود را بی‌جهت از دست نمی‌دهد. طبیعی است که در ستاد مرکزی وزارتخانه هم اختیارات اداری و مالی به همه معاونت‌ها تفویض شد.

این شیوه منطقی عملکرد به شدت توصیه می‌شود و در واقع نه فقط صرفه‌جویی‌های مادی فوق‌العاده‌ای را به همراه دارد بلکه از اتلاف بزرگترین سرمایه‌ها، یعنی وقت و فرصت جلوگیری کرده، دلسردی مسئولان سطوح اجرایی پائین‌تر به امیدواری و

دلگرمی تبدیل می‌شود و با سرعتی فراوان به بسیاری از نابسامانی‌ها سامان می‌بخشد.

درمان

تخت‌های بیمارستانی

بعد از پیروزی انقلاب اسلامی، «تب بیمارستان خواهی!» بالا گرفت. کم نبودند افرادی که حتی برای بعضی از روستاها تقاضای احداث بیمارستان می‌کردند. برای سالهای طولانی که هنوز بهداشت به عنوان یک فرهنگ، جایگاهی نیافته بود تقریباً هیچ کس تقاضایی برای خدمات بهداشتی نداشت و حتی تا زمانی که خانه بهداشت ارزش واقعی خود را به اثبات نرسانده بود، بحث احداث خانه بهداشت در نظر مخاطبان، اهانت آمیز می‌نمود.

البته در آن ایام هم تعداد تخت‌های بیمارستانی نسبت به جمعیت کشور کم بود و آنچه وجود داشت نیز عمدتاً در تهران و چند شهر بزرگ متمرکز بود. ساختمان‌ها اغلب قدیمی و نامناسب بودند و نیاز به جایگزینی داشتند. ولی در عین حال مشکل عمده آن بود که کشور اصولاً نظام ارائه خدمات نداشت، تا در قالب آن سیستم، محل بیمارستانها مشخص شده، تعداد تخت‌های مورد نیاز هم به طور دقیق برآورده شود.

آن گاه که مراقبت‌های اولیه بهداشتی به عنوان کلید سلامت برای همه و سنگ زیربنای طرح جامع مراقبت‌های سلامتی تشخیص داده شد، و سیستم شبکه بهداشتی-درمانی طراحی شد، در حقیقت باید به موجب این طراحی محل بیمارستانها به عنوان سطح سوم شبکه تعیین و تثبیت می‌شد. ولی متأسفانه در عمل چنین نشد و حتی در مورد متجاوز از یک‌صد باب از بیمارستانها، مصوبه مجلس شورای اسلامی محل و تعداد تخت‌ها را تعیین کرد.

با وجود محدودیت‌های اعتباری که در جریان جنگ تحمیلی کشور با آن دست به گریبان بود وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعداد زیادی بیمارستان جدید در اقصی نقاط کشور بنا کرد و تعداد تخت‌های بیمارستانی را که حدود ۵۷۰۰۰ عدد بود به بیشتر از یک‌صد هزار افزایش داد. تلاش بر آن بود تا با توجه به افزایش تعداد دانشکده‌ها و دانشگاههای علوم پزشکی در همه استانها، هم تخت‌های آموزشی مورد نیاز تامین شود و هم احداث بیمارستانها و نیز توزیع تخت‌ها به طور عادلانه‌تر صورت گیرد. همزمان با سرمایه‌گذاری هنگفت دولت در امر برپایی تخت‌های بیمارستانی، این بیمارستانها به تجهیزات مدرن و گران قیمت تخصصی و فوق تخصصی مجهز شدند. طی سالهای اخیر تقریباً کلیه ملزومات یک بار مصرف پزشکی، کیت‌های آزمایشگاهی و بخش عظیمی از تجهیزات بیمارستانی در داخل کشور تولید می‌شوند که خود صرفه‌جویی قابل توجهی را به همراه داشته است. از طرف

دیگر، کمبود نیروی انسانی گروه پزشکی که در سالهای اول پیروزی انقلاب به شدت به چشم می‌خورد و نارضایتی شدید مردم را به همراه داشت به تدریج در داخل کشور تربیت شدند و در نتیجه، این کمبود هم برطرف شد. در حال حاضر مردم بیشتر نقاط کشور از خدمات پزشکان ایرانی برخوردار می‌باشند.

بیمه همگانی خدمات درمانی

زمانی که لایحه تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در مجلس شورای اسلامی مطرح شد، ماده‌ای به آن اضافه شد که دولت را مکلف کرد تا لایحه همگانی خدمات درمانی را تقدیم مجلس کند. وزارتخانه پیش‌نویس لایحه را تهیه و به دولت تقدیم کرد. همزمان طرحی هم در مجلس شورای اسلامی نوشته شد و در دستور کار مجلس قرار گرفت اما به دلیل محدودیت اعتبارات زمان جنگ تحمیلی به تصویب نرسید. مجدداً دولت لایحه دیگری تقدیم مجلس کرد که در سال ۱۳۷۳ تصویب شد. پس از تصویب اساسنامه سازمان خدمات درمانی و آئین‌نامه‌های ذیربط، ارائه خدمات به صورت گسترده‌ای آغاز شد. اقشار آسیب‌پذیر با جمعیتی متجاوز از چهار میلیون نفر با کمک کمیته امداد امام خمینی به طور رایگان تحت پوشش قرار گرفتند. دولت به اقشار گوناگون جامعه، نظیر جانبازان، آزادگان، ایثارگران، خانواده شهدا، دانشجویان، طلاب، روحانیون، روستاییان و ... حتا آن دسته از خویش‌فرمایان که از بضاعت مالی خوبی برخوردار نیستند، یارانه پرداخت می‌کند. در قانون ارائه خدمات به روستاییان به درستی در قالب سیستم شبکه بهداشتی- درمانی پیش‌بینی شده است.

نحوه عملکرد شرکت‌های بیمه در خارج و یا داخل کشور همیشه بر این اصل استوار است که اقشار مختلف جامعه، اصناف و گروههایی را به طور دسته جمعی بیمه می‌کنند و با محاسبه میزان بیماردهی جمعیت یا قشر یا گروه سنی مورد نظر، با عنایت به هزینه‌های خدمات درمانی مورد نیاز آن جمعیت، سرانه بیمه و فرانشیز را محاسبه می‌کنند و از بیمه شدگان دریافت می‌دارند. در مواردی که بیمه کردن دسته جمعی عملی نیست و خانواده‌ها و یا افراد به طور جداگانه بیمه شوند، شرکت‌های بیمه نامبردگان را در بدو امر معاینه نموده، در صورت برخورداری از سلامت کامل، متناسب با سن افراد، سرانه درمان و فرانشیز آنان را محاسبه می‌کنند. در صورتی که متقاضی، سابقه بیماری خاصی داشته باشد، شرکت بیمه در صورتی او را بیمه می‌کند که نامبرده حق سرانه خاص و فرانشیز خیلی بالاتری راپردازد. این قبیل شرکت‌ها اغلب از پرداخت هزینه‌های بارداری و یا بیماریهایی که متقاضی در زمان بیمه شدن به آن مبتلا بوده است، خودداری می‌کند. و خلاصه شرکت‌های بیمه با کمک این

روش‌ها نه تنها از ورشکستگی خود جلوگیری می‌کنند، بلکه تداوم کار و سوددهی خود را نیز تضمین می‌کنند.

در کشور ما نه تنها چنین اقداماتی صورت نگرفته است بلکه با دستور ریاست محترم جمهوری [سابق] و بعدها بر طبق قانون، بیمار حتا روی تخت بیمارستان هم می‌تواند بیمه شود. طبیعی است که تصویب این قانون ارفاق بزرگی به همه مردم می‌کند ولی در عین حال هزینه بسیار سنگینی را به سازمان بیمه خدمات درمانی و در نهایت دولت تحمیل می‌کند. قاعدتاً بسیاری از مردم هم ممکن است با توجه به تصویب این قانون دیگر ضرورتی نبینند که خود و یا خانواده خود را بیمه کنند مگر در صورت نیاز به بستری شدن در بیمارستان که قاعدتاً هزینه سنگینی را به دنبال دارد.

این درجه از دلسوزی برای عامه مردم قابل تحسین است ولی در عین حال نظام مقدس جمهوری اسلامی بدین ترتیب، عملاً هزینه درمان افراد متمکن را هم به عهده گرفته است. اشکال عمده آن است که دولت به دلیل محدودیت اعتبارات تاکنون از عهده پرداخت به موقع بدهی‌ها بر نیامده، همه پرداخت‌ها با تاخیر فراوان صورت می‌گیرد. این تاخیرها موجب شده است که بیمه در نظر بخش خصوصی بی‌اعتبار شود و بخش دولتی هم که به دلیل فلسفه خودگردانی بیمارستانها عملاً متکی به درآمدهای بیمه هستند با درجاتی از ورشکستگی روبرو می‌شوند.

بدون تردید طرح خودگردانی بیمارستانها منافعی را هم در برداشت و مسئولان بیمارستانها توانستند هوشیارانه‌تر با مسائل اقتصادی بیمارستان برخورد نموده، هزینه‌ها را کاهش دهند. ولی چون به طور ناگهانی به اجرا درآمد و با عنایت به این که پرداخت‌ها تقریباً پیوسته با ماهها تاخیر صورت می‌پذیرد لذا بیمارستانها در ارائه خدمات بشدت دچار مشکل شده‌اند. در گذشته بیمارستانها قادر بودند که تجهیزات و ملزومات پزشکی و داروهای مورد نیاز بیمارستان را از قبل خریداری کرده، برای استفاده بیماران پیوسته در اختیار داشته باشند. در حالی که با عنایت به تاخیر در پرداخت اعتبارات به سازمان بیمه خدمات درمانی و در نتیجه به دانشگاهها، بیمارستانها توان مالی خرید همه وسائل و داروهای مورد نیاز را ندارند و در نتیجه، متأسفانه در بسیاری از موارد اطرافیان بیمار برای تهیه پاره‌ای از اقلام دارویی و یا ملزومات پزشکی در سطح شهر سرگردان می‌شوند. طبیعی است که بخشنامه‌های عدیده وزارتخانه به بیمارستانها و تحت فشار قرار دادن آنها بدون تامین اعتبارات مورد نیاز، کارساز نبوده است.

وزارتخانه در آئین‌نامه‌های پیشنهادی خود که متأسفانه به تصویب دولت نرسیده،

پیش‌بینی کرده بود که هر پزشک عمومی مسئول سلامت تعدادی از افراد جامعه و خانواده‌ها باشد و با بودجه سازمان بیمه خدمات درمانی برای کلیه افراد پرونده سلامت تشکیل شود. انتخاب پزشک توسط بیمار صورت گیرد و حق تغییر پزشک برای مردم محفوظ باشد ولی در صورت تغییر پزشک و یا ارجاع بیمار جهت دریافت خدمات تخصصی، هر بار پرونده بیمار هم منتقل شده، در نتیجه کلیه سوابق و مدارک محفوظ بماند. با استفاده از این روش، پزشک احساس مسئولیت خیلی بیشتری در قبال افراد و یا خانواده‌ها داشته و با مسایل و مشکلات آنان آشنایی خیلی بیشتری پیدا خواهد کرد. در عین حال بیمار به دلیل کم هزینه بودن بیمه، برای هر مشکل کوچکی به چندین پزشک متخصص مراجعه نکرده، انبوهی از داروها را دور نمی‌ریزد و در نتیجه از بُعد اقتصادی این شیوه بسیار ارزانتر خواهد بود.

در آئین‌نامه‌های مزبور پیش‌بینی شده بود که بیمه شدگان و فرزندانشان بتوانند در صورت تمایل به جای پزشک عمومی، پیوسته به پزشکان متخصص داخلی و یا اطفال مراجعه کنند و آنان را به عنوان پزشک خانوادگی خود برگزینند، مشروط بر آنکه مابه‌التفاوت مبلغ تعرفه‌ها را شخصاً پرداخت کنند. همچنین با توجه به محدودیت اعتبارات دولت و با عنایت به این که قانونگذار امکان استفاده از خدمات بیمه‌های مضاعف را پیش‌بینی کرده بود، در آئین‌نامه‌های تقدیمی، اقلامی از داروها و پاره‌ای از اعمال جراحی غیرحیاتی و گران‌قیمت تحت پوشش بیمه خدمات درمانی پیش‌بینی نشده بود. اما در تمام موارد یاد شده دولت تصمیم گرفت که همه خدمات را به عهده بگیرد و کلیه هزینه‌ها را هم بپردازد. هر چند موضع دولت و مجلس شورای اسلامی بسیار خوشایند و در جهت دلسوزی برای همگان است ولی با عنایت به تجارب گذشته، هنوز هم به نظر می‌رسد اگر دولت مشابه غالب کشورها و شرکت‌های بیمه، پوشش آن دسته از خدمات را که مورد نیاز عامه مردم است تقبل می‌کرد؛ و یارانه لازم را می‌پرداخت ولی سایر اقلام دارویی و خدمات غیرمعمول پزشکی را در غالب بیمه مضاعف پوشش می‌داد و در مقابل، تمام هم خود را صرف پرداخت به موقع تعرفه‌های واقعی می‌نمود بسیار موفق‌تر بود و دفترچه بیمه ارزش و اعتبار خود را در بخش دولتی و خصوصی حفظ می‌کرد.

باید تلاش کرد که شبکه بهداشتی- درمانی کشور که به دلیل کارایی و تاثیر فوق‌العاده‌اش در کاهش مرگ و میر و ارتقاء سطح سلامت عامه مردم و به خصوص روستاییان، شهرت بین‌المللی یافته است، همچنان پویایی و سیر تکاملی خود را حفظ کند. مبادا در جریان اجرای بیمه خدمات درمانی روستاییان کوچکترین خدشه‌ای به بعد ارجاع و یا ابعاد دیگر آن وارد شود.

در واقع با عنایت به اینکه لازمه ارائه بیمه همگانی خدمات درمانی به کلیه روستاییان آن است که پوشش شبکه هر چه زودتر کامل شود و در عین حال کمبودها و کسری‌های شبکه- چه از نقطه نظر نیروی انسانی و چه ملزومات و تجهیزات و غیره- هرچه سریعتر برطرف شود. لذا موکداً توصیه می‌شود که از این فرصت استثنایی به منظور گسترش و ارتقاء کمی و کیفی شبکه بهداشتی- درمانی کشور استفاده شود.

خدمات سرپایی

خدمات سرپایی اعم از عمومی و تخصصی در شهرها عمدتاً توسط بخش خصوصی ارائه می‌شود. در عین حال عده قابل توجهی از مردم - اعم از ساکنان شهرها و روستاها - به خصوص آنان که پزشکی را به عنوان پزشک خود انتخاب نکرده‌اند در زمان نیاز به خدمات درمانی مستقیماً به بیمارستانها مراجعه می‌کنند و چون بسیاری از بیمارستانها محل مناسبی برای ارائه خدمات تشخیصی - درمانی سرپایی ندارند چه بسا به همین دلیل، بیمار به اورژانس بیمارستان مراجعه می‌کند و در نتیجه بار خدمات اورژانس به طور کاذب اضافه می‌شود. این امر موجب می‌شود احیاناً خدمات ارائه شده به مراجعان واقعی اورژانس تحت تاثیر قرار گرفته، دچار تاخیر، تعجیل و کمی دقت شود.

از طرف دیگر، به رغم ارائه خدمات پزشکی که عمدتاً به صورت سرپایی صورت می‌گیرد و بیمارانی که نیاز به خدمات بستری پیدا می‌کنند در مقابل تعداد کثیر بیماران سرپایی بسیار ناچیز هستند ولی متأسفانه آموزش پزشکی سستی هنوز عمدتاً بر بالین بیماران بستری در بیمارستان صورت می‌گیرد و فرصت بسیار ناچیزی صرف آموزش بیماران سرپایی می‌شود. شاید از دلایل عمده این امر نبودن فضا و امکانات مطلوب برای این منظور باشد. متأسفانه بیشتر مسئولان خدمات درمانی، علیرغم محدودیت اعتبارات، آمادگی و تمایل برای سرمایه‌گذاریهای هنگفت برای خرید تجهیزات گران قیمت برای قسمت بستری دارند ولی از تامین نیازهای اولیه بخش‌های سرپایی غافل‌اند آنان می‌توانند با صرف مبلغی محدود که از هزینه احداث چند تخت بیمارستانی و بعضاً حتی یک تخت بیمارستانی کمتر است، بخش سرپایی بیمارستان را فعال کنند. این امر رضایت مراجعان و پزشکان را فراهم می‌آورد و زمینه را برای گسترش بیشتر آموزش پزشکی سرپایی فراهم می‌کند. در حال حاضر با وجود آنکه سالهاست که شورای عالی برنامه‌ریزی این مصوبه را اعلام کرده است که آموزش سرپایی باید حداقل ۵۰ درصد آموزش بالینی را به خود اختصاص دهد، ولی متأسفانه به دلیل عدم دسترسی به فضا و امکانات مطلوب در کمتر دانشگاهی این مصوبه تحقق یافته است. واقعیت این‌که آموزش سرپایی باید بسیار فراتر از ۵۰ درصد دوران بالینی را به خود اختصاص دهد.

صرفاً از طریق گسترش ارائه خدمات سرپایی است که می‌توان به دانشجو آموزش داد که هدف ما تامین، حفظ و ارتقاء سلامت فرد و جامعه و نه فقط درمان آنان در مراحل سخت بیماری است و لذا باید به آنان تغذیه، پایش رشد، ایمن‌سازی، مراقبت‌های زمان‌بندی شده برای سنین مختلف، آزمایشهای غربالگری و آموزش بهداشت را آموزش داد. از طرف دیگر، جهت اجرای قانون بیمه همگانی خدمات درمانی در ارتباط با روستاییان چون قانون به درستی ارائه خدمت به آنان را در قالب شبکه بهداشتی- درمانی توصیه کرده است لذا آنگاه که بیماری از روستا به شهر مراجعه می‌کند باید جهت مراجعه این قبیل بیماران محل مناسبی پیش‌بینی شود که با توجه به گسترش آموزش پزشکی در سراسر کشور و تعداد قابل توجه دانشجو مناسبترین محل ارجاع به پلی‌کلینیک‌ها و مراکز سرپایی بیمارستانها است که در عین حال مجهز به آزمایشگاه، رادیولوژی، داروخانه و غیره هم هستند و لذا از سرگردانی بیماران روستایی جلوگیری می‌شود.

خدمات پزشکی در زمان جنگ تحمیلی

از لحظات آغاز جنگ تحمیلی که بمب افکن‌های دشمن فرودگاه مهرآباد و بعضی فرودگاههای کشور را بمباران کردند مجموعه پزشکان کشور، گروه پزشکی. و وزارتخانه در خدمت دفاع مقدس قرار گرفتند. در آن اوقات تعداد پزشکان کشور بسیار محدود بود و شاید از ۱۲۰۰۰ نفر تجاوز نمی‌کرد. جمعیت به سرعت رو به افزایش بود و هنوز تعدادی از پزشکان در حال ترک کشور بودند. اما پزشکانی که مانده بودند به رغم تعداد کم آنان نسبت به جمعیت رو به افزایش کشور، با گذشت و فداکاری بسیار، شانه‌های ارزشمند خود را تکیه‌گاه نیازهای پزشکی دلاوران جبهه کردند و در طول هشت سال دفاع مقدس خوش درخشیدند. از سویی آلام مجروحان و جانبازان عزیز را تسکین می‌دادند و بعضی از آنان به همراه رزمندگان به درجه رفیع شهادت نائل آمدند و بعضی دیگر در زمره جانبازان و آزادگان قرار گرفتند و آنان که ماندند هم پاسخگوی جبهه‌ای به وسعت نیمی از مساحت کشور و هم پاسخگوی نیازهای عادی کشور بودند و چون در طول همین سال‌های مشکل جنگ تحمیلی خدمات بهداشتی پایه‌گذاری و سریعاً فراگیر شد و نیز طی همین دوران بود که بذر دانشگاههای علوم پزشکی در سراسر کشور کاشته شد و تعداد دانشجویان گروه پزشکی افزایش یافت، همین انسانهای خوب بودند که گسترش و اعتلای بهداشت و آموزش پزشکی را تحقق بخشیدند. آنان در تمام مدت از نظر تجهیزات و ملزومات پزشکی و دارو در مضیقه بودند و در واقع، با چنگ و دندان و با تلاش مضاعف برای خود افتخار آفریدند.

هرچند که خدمات داوطلبانه برای جبهه دفاع مقدس فراوان بود ولی در عین حال

برطبق قانون، کلیه پزشکان و پیراپزشکان مکلف بودند که همه ساله یک ماه را در نقاط جنگی و یا نیازمند خدمت کنند. این، علاوه بر قانون دیگری بود که کلیه فارغ التحصیلان را مکلف می‌کند تا قبل از این که بتوانند ادامه تحصیل دهند و یا در نقطه مورد نظرشان مشغول خدمت شوند مدت ۵ سال را در نقاط محروم و نیازمند بگذرانند. البته طی سالهای بعد از جنگ که نیاز کمتر شد و تعداد نیروی انسانی افزایش یافت به تدریج از مدت ۵ سال خدمت کاسته شد. جنگ تحمیلی علاوه بر این که فشار و فعالیت طاقت‌فرسایی را بر گروه پزشکی و کارکنان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تحمیل کرد، مصرف دارو و ملزومات پزشکی یک بار مصرف و وسایل جراحی و کلیه مواد مصرفی را فوق‌العاده افزایش داد و ست‌های جراحی، وسایل و تجهیزات گران قیمت پزشکی به دلیل آنکه مرتباً مشغول کار بود، به سرعت فرسوده و از کار افتاده می‌شدند. بسیاری از امکانات در جریان بمبارانها و موشک باران‌ها نابود شدند. محدودیت‌های ارزی و ریالی و تحمیل انحصار اقتصادی و عدم مسئولیت‌پذیری نمایندگان شرکت‌های خارجی تجهیزات پزشکی، مشکلات را بسیار پیچیده‌تر می‌کرد.

واردات و تولید دارو تازه از جنگ شرکت‌های چند ملیتی خارج شده بود و نظام نوین دارو و طرح ژنریک در واقع دوران نوزایی خود را طی می‌کرد و لذا وضع بسیار شکننده‌ای داشت. هنوز کارخانه‌های عظیم و متعدد داروسازی در کشور ساخته نشده بود و لذا تکیه عمدتاً بر واردات بود. پادزیستها و سایر داروهای مورد نیاز جنگ نه تنها از نظر کمی بسیار کم بود، از نظر ارزش ارزی و ریالی نیز جزو گران قیمت‌ترین اقلام دارویی به حساب می‌آمد. بمبارانهای شیمیایی دشمن، تجربه‌ای تازه، تلخ، غیرمنتظره و گسترده بود. در عین حال ضرورت داشت که در اسرع وقت مسائل و پیچیدگی‌های آن شناسایی شود و برای پیشگیری و درمان آن اقدام عاجل صورت گیرد. همین مساله به تنهایی، دنیایی از کار، تلاش و استرس را در پی داشت. همه کارها باید همزمان پیش می‌رفت؛ زنگ تلفن‌ها تقریباً لحظه‌ای قطع نمی‌شد؛ درخواست‌ها شب و روز نمی‌شناخت و غیر از پاسخ مثبت برای اقدام هیچ عذر، توضیح، توجیه و جوابی پذیرفته نمی‌شد. جبهه‌های جنگ بازدید کنندگان بسیار داشت و کم نبودند عزیزانی که هرگاه توفیق عزیمت به جبهه را به دست می‌آوردند، یکی از وظائف خود را ارائه سیاهه‌ای از خواسته‌ها و نیازهای جبهه می‌دانستند.

مساله خون و فرآورده‌های خونی یکی از معضلات بود. نه تنها در زمان حملات دشمن بلکه در زمان حمله نیروهای خودی هم همیشه به خون نیاز بسیار داشتیم. اما با توجه به تلاش در حفظ اسرار جنگ و به منظور غافل‌گیری نیروی خصم، طبیعتاً زمان و مکان

حملات باید مخفی می‌ماند. در نتیجه، سازمان انتقال خون همیشه در مقابل عمل انجام شده قرار می‌گرفت. باید همیشه هزاران واحد خون تازه یا نسبتاً تازه آماده تحویل داشت، و در عین حال اجازه نداشت که تبلیغ و یا از مردم درخواست کند. در طول جنگ تحمیلی اگر اطلاعیه‌ای مبنی بر نیاز به خون برای جبهه‌ها صادر می‌شد هر بار صف‌های داوطلبان به کیلومترها می‌رسید ولی با نگرانی از اینکه چنین اطلاعیه‌ای، این تصور را در مردم به وجود می‌آورد که یا تعداد مجروحان زیاد هستند و یا اینکه مردم از دادن خون استقبال نکرده‌اند. هرگز امکان اعلام نیاز فراهم نمی‌شد. ولی در عین حال نظیر هر مساله و مشکل دیگری که خداوند به فضل و کرم خود حل می‌فرمود، در مورد مسائل جنگ هم این چنین شد.

یکی از ویژگی‌های جنگ‌ها بروز بیماری‌های همه‌گیر است که به دلایل مختلف بروز می‌کند: که از آن جمله است محدودیت‌های اقتصادی خانواده‌ها و دولت در تامین مواد غذایی، مواد بهداشتی، شوینده‌ها و پاک‌کننده‌ها، وسایل پیشگیری، واکسن، دارو و ... و نیز کوچها و مهاجرت‌های گسترده مردم به دلیل جنگ و اجبار به زندگی در محیط‌های بسیار نامناسب و غیربهداشتی و ... باید شکر بیکران به جای آورد که نه تنها در میهن اسلامی چنین اتفاقاتی نیفتاد، بلکه پایه‌گذاری و توسعه خدمات بهداشتی در جریان جنگ تحمیلی صورت گرفت و این خود از نشانه‌های عظمت موفقیت‌های نظام مقدس جمهوری اسلامی و از دلایل تمجیدها و ستایشهای محافل و نهادهای بین‌المللی بهداشتی است.

یکی از درسهای آموزنده و مهم دوران جنگ تحمیلی این است که در سخت‌ترین شرایط و با کمترین درآمدهای ارزی و ریالی و به رغم درگیر بودن در جبهه‌های مختلف کار و فعالیت و افزایش چشمگیر نیازها و محدودیت فرصت برنامه‌ریزی و عدم اطمینان به اجرای برنامه‌ها باز هم امکان کار و فعالیت و تلاش فراهم شد و اصولاً شاید هم از آمادگی‌های ذهنی مردم و مسئولان در شرایط سخت بهتر از هر زمان دیگری بتوان برای کار و تلاش بیشتر استفاده کرد. تردیدی نیست که اعتبارات ارزی و ریالی نقش تعیین‌کننده‌ای دارند ولی عزم و اراده افراد، توکل به خدا، امید به آینده، صرف وقت بسیار و تلاش مضاعف می‌تواند در هر زمان و هر شرایط بهترین نتایج را به همراه داشته باشد. ارتقاء وضع بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور ما ریشه در همین طرز تفکر و عملکرد دارد.

رضایت‌مندی مردم

سختی دوران بیماری نه فقط به دلیل جسمی و نگرانی از آینده بیماری است، بلکه ناگهانی و خارج از انتظار بودن زمان وقوع بیماری و عدم آمادگی شخص، بازماندن از کار و فعالیت اقتصادی و تحمیل هزینه‌های سنگین بیماری و بسیاری علل دیگر موجب می‌شود تا فرد بیمار و اطرافیان او وضعیت روحی نامناسبی پیدا کنند. در چنین شرایطی ممکن است انتظارات آنان بیش از حد معمول بوده، یا واکنش‌هایشان نامطلوب باشد.

طبیعی است که پزشکان و گروه پزشکی هم مانند دیگر افراد در زندگی فراز و نشیب‌هایی داشته باشند. ولی در عین حال انتظار بیماران و اطرافیان آنان و طبیعت حرفه این گونه اقتضا می‌کند که بیماران کانون همه توجهات باشند. یعنی در واقع پزشکان و پرستاران خود و مشکلاتشان را فراموش کنند. ناسپاسی‌ها و حتا تلخی‌های بیمار و اطرافیان او را به جان بخرند و کوشش‌های خستگی‌ناپذیر خود را تداوم بخشند.

انتخاب حرفه و رشته هم با علم به این واقعیات بوده است. اخلاق پزشکی و پرستاری هم چنین حکم می‌کند که «رنج خود و راحت یاران طلب». در واقع کمک به آرامش خاطر بیمار و تقویت روحیه و امیدوار ساختن وی بخشی از وظائف پزشکان و گروه پزشکی و در ضمن جزیی از درمان بیمار است و قطعاً رضایت خالق بی‌همتا نیز همسو با رعایت این اصول است.

بیمار اغلب انتظار دارد که مرکز توجهات باشد؛ همه نسبت به وی سمپاتی داشته باشند؛ مشکل او در صدر مسائل قرار گیرد و به سرعت به آن توجه شود. درد کمی را تحمل کند؛ و دوران بیماری وی هر چه کوتاهتر باشد. درمان تا حد امکان ساده، کم‌هزینه و بدون عارضه‌تر و ... باشد. اگر بستری شده قطعاً مایل است هرچه سریعتر مرخص شود. شرایط روحی وی آن چنان است که ممکن است کوچکترین لغزش و اشتباهی را نادیده نگیرد. بهر حال اخلاق اسلامی و نیز اخلاق پزشکی ما- که خود از اخلاق اسلامی نشأت گرفته است- حکم می‌کند که همه این نکات مدنظر باتسد.

طی سالهای اخیر کنگره‌ها، نشست‌ها و کارگاههای آموزشی متعددی در زمینه اخلاق پزشکی و گروه پزشکی از طرف وزارتخانه و بعضی از دانشگاهها برگزار شده است. کتابها و نشریات بسیاری به چاپ رسیده، دوره‌های تحصیل کوتاه مدت و دراز مدت پیش‌بینی شده، مبادله استاد در این زمینه صورت گرفته است. مرکز تحقیقات اخلاق پزشکی وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تاسیس شده و درس اخلاق پزشکی در دانشکده‌ها تدریس می‌شود. اما در عین حال هنوز مشکل رضامندی بیمار حل نشده است.

در بسیاری از اوقات به نظر می‌رسد که در بکارگیری علم و هنر پزشکی در خدمت بیمار هیچ گونه کوتاهی و تعللی نشده، پزشک و پرستاران و دیگر اعضای گروه وظایف فنی و تکنیکی خود را به خوبی انجام داده‌اند، یعنی بعد مکانیکی خدمت درست انجام شده، ولی روح مراقبت توأم با دلسوزی و عطوفت در آن دمیده نشده است. هرچند امکان دارد پزشک و پرستار همه دلسوزیهای لازم را در عمل به کار برده باشند ولی در نشان دادن، بیان نمودن و منتقل کردن آن به بیمار و اطرافیانش موفق نبوده‌اند. این نکته بسیار مهم، منشاء بسیاری از گله‌ها، نارضایتی‌ها و حتا شکایتهای بیماران و اطرافیان آنان است.

هرچند کمیت و کیفیت خدمات ارائه شده در بخش دولتی در بیشتر موارد، بیشتر و بهتر از بخش خصوصی است ولی به دلیل کم توجهی به رضامندی بیمار، داوری در مورد بخش دولتی تقریباً همیشه نامناسبتر است. علاوه بر گروه پزشکی، بدون تردید کارکنان اداری بیمارستانها و مراکز ارائه خدمات هم می‌توانند در تامین رضایت بیماران و اطرافیان آنان نقش بسیار زیادی داشته باشند.

در ظرف سالهای اخیر، علاوه بر اندیشیدن به سایر تمهیدات، تامین رضایت بیماران خود به عنوان هدف مهمی در ارائه مراقبت‌ها منظور شد و قرار شد تا در بررسی‌ها و ارزیابی بیمارستانها به رضامندی بیماران هم به عنوان یک عامل مهم برای استاندارد کردن خدمات توجه شود و هر گاه در این زمینه کاستی مشاهده شود، تاثیر منفی آن بر ارزشیابی موجب سقوط بیمارستان به درجه پایین‌تر شود که نتیجه این اقدام بر درآمد بیمارستان تاثیر مستقیم خواهد گذاشت و تا وضعیت اصلاح نشود و ارزیابی آنرا تائید نکند، نحوه پرداخت بیمه و غیره به همان منوال خواهد بود.

مطلب بسیار مهم تامین رضایت مردم در سیستم ارائه خدمات بهداشتی- درمانی است که باید به شدت مورد توجه باشد و پیوسته در جهت اعتلای آن تلاش شود.

تجهیزات و ملزومات پزشکی

کشور ما نه تنها از نظر تجهیزات پزشکی حتا در زمینه ساده‌ترین ملزومات پزشکی هم تا سالهای اخیر منحصرأ وابسته به واردات بود و از خود تولیدی نداشت. سرمایه‌گذاری عمده در راستای ساخت ملزومات پزشکی در سالهای پایانی جنگ تحمیلی انجام گرفت و خوشبختانه در حال حاضر تقریباً کلیه ملزومات پزشکی یک بار مصرف و کیت‌های آزمایشگاهی و وسائل دندانپزشکی در کشور تولید می‌شود و تقریباً کل نیازهای کشور را جوابگو می‌باشد و بعضی اقلام حتا به خارج صادر می‌شود. طبیعی است که این امر صرفه‌جویی هنگفتی را هم به دنبال داشته است. پروژه ساخت یونیت‌ها و وسائل دندانپزشکی

هم به سالهای آخر جنگ تحمیلی برمی‌گردد. سیر تکاملی یونیت‌ها و وسایل دندانپزشکی بسیار سریع و چشمگیر بود. و در ظرف سالهای اخیر هرگاه که تجهیزات و وسایل دندانپزشکی ساخت داخل در نمایشگاههای بین‌المللی خارج از کشور عرضه شده‌اند با توجه به کار خوب و قیمت خیلی ارزانترشان، از فروش خوبی برخوردار بوده، زمینه مناسبی برای صادرات آنها فراهم شده است.

شروع ساخت پاره‌ای از اقلام تجهیزات پزشکی هم به سالهای پایان جنگ تحمیلی بازمی‌گردد ولی ساخت قسمت اعظم تجهیزات و به خصوص قطعات پیچیده‌تر مربوط به سالهای اخیر است. سیاست حمایتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در این بوده است که هر وسیله‌ای که ساخته می‌شود و با معیارهای بین‌المللی مطابقت کند و قول ساخت آن داده شود بلافاصله اجازه ورود آن وسیله از خارج کشور لغو می‌شود. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جهت حمایت بیشتر از سازندگان فرآورده‌های مزبور، در بسیاری از موارد حتی آنها را پیش خرید می‌کنند. سیاست کلی بر آن است که کلیه ملزومات پزشکی، کیت‌های آزمایشگاهی و وسایل دندانپزشکی و همچنین کلیه تجهیزات پزشکی به استثناء اقلامی که به دلیل محدودیت نیاز و یا صرفه و صلاح اقتصادی ساخت آنها به صلاح نباشد، در داخل کشور تولید شود.

در حال حاضر تعداد چشمگیری از تجهیزات پزشکی با کیفیت فوق‌العاده خوب در داخل کشور ساخته می‌شود. که صرفه‌جویی فوق‌العاده زیاد ارزی را هم به همراه دارد و بیمارستانهای تمام نقاط کشور به وسایل مزبور دسترسی ندارند و تعمیرات و نگهداری آنها نیز مقدور می‌باشد.

انطباق امور پزشکی با موازین شرع مقدس

تا سالهای طولانی پس از پیروزی انقلاب اسلامی، به دلیل محدودیت امکانات و از جمله تخت‌های بیمارستانی و نیروی انسانی گروه پزشکی، امکان استفاده از نیروی انسانی همگن تقریباً غیرممکن بود. ولی به تدریج که تعداد تخت‌ها و نیروهای انسانی افزوده شد، آئین‌نامه‌ای تدوین شد تا بر مبنای آن تا حد امکان، خدمات پرستاری، تکنیسین‌های رادیولوژی، نوار قلب، هوشبری، اتاق عمل، نمونه‌گیری در آزمایشگاه، تزریقات، پانسمان و ... به وسیله نیروی انسانی همگن صورت پذیرد. همچنین بخش‌های زنان و مردان در بیمارستانها به تدریج به طرف تفکیک کامل رفت و استفاده از توالت‌ها و امکانات مشترک ممنوع شد. محل دست شستن زنان و مردان در محوطه اتاقهای عمل و غیره مجزا شد. برای بیمارستانهای در دست ساخت و آنچه در آینده احداث می‌شود دستورالعمل‌های لازم تهیه و ابلاغ شد.

در مجموع تلاش بر این بوده است که حتاالمقدور امنیت خاطر برای بیماران و به ویژه خواهران فراهم شود و بیماران، همراهان و گروه پزشکی دائماً نگران اینکه ناخواسته در معرض ارتکاب گناه قرار گیرند، نباشند.

این اقدامات از سالهای جنگ تحمیلی شروع شد و هرچه امکانات بیشتر شد اقدامات گسترده‌تر و جدی‌تری صورت پذیرفت. طی این مدت، محدود بیمارستانهایی مختص بانوان راه‌اندازی شد. تداوم این اقدامات به شدت توصیه می‌شود. شایان ذکر است که طی سالهای اجرای این آئین‌نامه حتا یک مورد مخالفت و یا نارضایتی و شکایت گزارش نشد و لذا به نظر می‌رسد واکنشی که در مقابل طرح انطباق امور پزشکی با موازین شرع مقدس - که به مجلس شورای اسلامی ارائه شده است- مشاهده می‌شود عمدتاً ناشی از محدودیت آگاهی معترضان نسبت به اصل موضوع و موفقیت‌آمیز بودن اجرای تدریجی آن در گذشته باشد.

سازمان انتقال خون

سازمان انتقال خون به ویژه در جریان جنگ تحمیلی، به رغم وجود محدودیت‌ها، خدمات بسیار ارزنده‌ای به مجروحان جنگ تحمیلی کرد. سازمان مزبور توانسته است پیوسته خون را به طور رایگان در اختیار بیماران قرار دهد و کلیه کیسه‌های خون را از نظر احتمال آلودگی به ویروس‌های هپاتیت B و C و نیز HIV بررسی کند. طی سالهای جنگ تحمیلی زمانی که مساله آلودگی به ویروس HIV و ابتلا به بیماری ایدز در جهان مطرح شد و احتمال انتقال آلودگی از طریق خون و فرآورده‌های خونی شناخته شد، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نگران از آلودگی‌های گسترده فرآورده‌های ساخت خارج- تصمیم گرفت که پالایشگاه پلاسما را دایر کند و خوشبختانه طی سالهای اخیر این کارخانه معظم توانسته است فرآورده‌های زیست‌شناختی و خونی فراوانی را تهیه کند؛ به طوری که، حتا پاره‌ای از اقلام مزبور علاوه بر تامین نیازهای داخلی، به خارج کشور نیز صادر می‌شود.

خدمات تخصصی و فوق تخصصی

سالهای نخست بعد از پیروزی انقلاب اسلامی نیز همچون قبل از انقلاب وضعیت تخصص پزشکی در کشور مطلوب نبود. متخصصان عمدتاً در تهران و چند شهر بزرگ اشتغال داشتند و شهرهای نسبتاً کوچکتر و حتا تعدادی از استانها به شدت از خدمات تخصصی پزشکی مناسب محروم بودند. در تعدادی از استانها تعداد پزشکان متخصص ایرانی از انگشت‌های یک دست تجاوز نمی‌کرد و پاره‌ای از شهرها حتا مسئولان اجرایی هم ایرانی نبودند. بیماران به واقع در زحمت بودند؛ به گونه‌ای که آنان که در تهران نیز زندگی می‌کردند برای خدمات تخصصی هفته‌ها، ماهها و بعضاً سالها در انتظار نوبت می‌ماندند. ساکنان

شهرستانها و به خصوص استانهای دور دست، از محرومیت مضاعف رنج می‌بردند. با تصویب قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و احداث دانشگاههای علوم پزشکی در استانها نه تنها ۲۳ رشته تخصصی پزشکی در کشور توسعه یافت بلکه متجاوز از ده سال قبل برای اولین بار، بیست رشته فوق تخصصی پایه گذاری شد و به سرعت مردم در سراسر کشور از همه گونه خدمات تشخیصی و درمانی تخصصی و فوق تخصصی توسط پزشکان ایرانی و با کیفیت مطلوب بهره مند شدند و میهن اسلامی ما از اعزام هزاران بیماری که همه ساله به دلیل این کمبود به خارج فرستاده می شدند و دهها میلیون دلار هزینه می کردند بی نیاز شد و بار فرهنگی منفی حاصله اصلاح شد و به تدریج زمینه مسافرت بیماران کشورهای همسایه برای درمان به کشور ما فراهم شد.

تردیدی نیست که هیات امنای ارزی وزارتخانه در امر مجهز کردن مراکز مختلف تخصصی و فوق تخصصی به تجهیزات مدرن و گران قیمت نقش مهمی داشت. در حال حاضر همه استانها و بسیاری از شهرستانها که در گذشته نه چندان دور، حداکثر از خدمات پزشکان متخصص خارجی استفاده می کردند، پزشکان ایرانی با درجات تخصصی مختلف و حتا بعضاً فوق تخصصی مشغول به کار هستند. و این امر علاوه بر کمک به تامین سلامت مردم، موجب آسایش بیشتر خیال آنان هم شده است. انتظار پزشکان و به خصوص پزشکان عمومی و متخصصان بیماریهای داخلی، کودکان و روانپزشکان آن است که از صرفه جویی هنگفت ارزی حاصل از عدم پرداخت به پزشکان خارجی جهت بهبود وضع اقتصادی این دسته از پزشکان ایرانی استفاده شود و در مورد تعرفه های خدمات درمانی واقع بینانه برخورد شود.

فوریت های پزشکی

بیمار شدن پیشامد نامطلوبی است و آنگاه که این عارضه به صورت ناگهانی تظاهر کند و یا در پی حادثه و سانحه ای روی دهد، تلخی آن نه تنها کام بیمار و اطرافیان او بلکه همه را متاثر می کند. این دسته از بیماری ها غالباً خدمات فوری را- چه به دلیل نفس بیماری و چه به دلیل نگرانی ناشی از آن- طلب می کنند. و به هر دلیل که باشد، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف و شایق است که خدمات مورد نیاز را به نحو اکمل و در اسرع وقت ارائه کند. چه بدین طریق نه تنها رضایت متقاضیان را تامین کرده، از درد بیماران می کاهد بلکه با پیشگیری از معلولیت ها، صرفه جویی اقتصادی و ارتقاء سلامت جامعه را موجب می شود. به دلائلی که مذکور افتاد، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تلاش مستمری جهت بهبود و اصلاح وضع موجود - چه از نظر افزایش کمیت و بهبود کیفیت آمبولانس ها و چه از بعد نیروی انسانی و کیفیت خدمات ارائه شده و بالاخره از نظر سرعت

پاسخگویی داشته است. باید اذعان داشت که توفیق در قیاس با ابعاد گسترده نیازها، محدود می‌باشد. جمعیت افزایش یافته و فرهنگ مراجعه بیشتر شده است. متأسفانه حوادث و سوانح به طور چشمگیری افزایش یافته است و مشکلات ترافیک هم از کارآیی آمبولانس‌ها و سرعت کار آنها کاسته است. در طول جنگ تحمیلی فرسایش فوق‌العاده و انهدام تعداد زیادی از آمبولانس‌ها بر مشکلات افزوده و به رغم تایید همگان بر ابرام این نیاز هرگز اعتبارات مناسبی برای جایگزینی تصویب نشد.

از طرف دیگر نهادها و سازمانهای دیگری از سرویس نسبتاً گسترده‌تر آمبولانس برخوردارند. در شرایط وفور و وضع اقتصادی مطلوب، شاید خرده‌گیری به این امر کمتر جایگاهی داشته باشد ولی در شرایط موجود به نظر می‌رسد صلاح بر این باشد که امکانات ارائه خدمات در زمینه فوریت‌های پزشکی در کشور و به خصوص در شهر تهران با یکدیگر تلفیق و یا حداقل هماهنگ شود، تا بلکه این مجموعه بهتر بتواند پاسخگوی کل نیازها باشد. توزیع جغرافیایی و هر گونه هماهنگی را باید در قالب حیطه اجرایی دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی کشور محاسبه کرد. البته در تهران که سه منطقه مختلف ارائه خدمات تحت مسئولیت سه دانشگاه است، می‌توان با پیش‌بینی ستاد هماهنگی، فعالیت‌های سه دانشگاه را در این زمینه هماهنگ کرد. منطق حکم می‌کند که همزمان با هماهنگ کردن، ارگانهایی نظیر ارتش، سپاه، شرکت نفت و ... آمبولانس‌های مورد استفاده در واحدهای مختلف داخل دانشگاه از قبیل مراکز اورژانس، بیمارستانهای مختلف، تسهیلات زایمانی و غیره نیز همه تحت فرماندهی واحدی در دانشگاه خدمت کنند.

به نظر نمی‌رسد ایجاد سازمان عریض و طویلی تحت مدیریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ولی مستقل از دانشگاهها بنام سازمان اورژانس کشور یا هر نام دیگری بتواند حلال مشکلات باشد. بلکه احتمالاً به دلیل داشتن مدیریتی جداگانه از مدیریت دانشگاهها، ناهماهنگی‌ها تشدید شده، مشکلات افزایش خواهد یافت. علاوه بر این، به جای افزایش کارآیی صرفاً افزایش هزینه کارکنان اکثراً اداری را به دنبال خواهد داشت.

به هر حال به دلیل محدودیت‌های شدید، فقط درصد ناچیزی از مردم از آمبولانس برای نقل و انتقال بیماران خود استفاده می‌کنند و بیشتر آنان به وسائل شخصی و یا کرایه متوسل می‌شوند. متأسفانه مشکل بزرگتر از تعداد آمبولانس‌ها، تجهیزات آنها است که وضعی اسفبار دارد. یعنی در واقع آمبولانس‌ها فاقد هرگونه امکانات هستند و این امر نگران کننده است و باید به سرعت اصلاح شود، چرا که جان‌های بسیاری - حتا آمبولانس - در معرض خطر از بین رفتن و یا آسیب دیدن هستند. نوزادان تقریباً بدون استئنا در تمام نقل و انتقالات

خسارات جدی را تحمل می‌کنند که از شایعترین و خطرناکترین آنها سقوط درجه حرارت بدن آنان است.

مساله دیگر نیاز به افزایش کارایی نیروی انسانی از طریق بازآموزی و نوآموزی است. و شاید با توجه به تعداد پزشک عمومی فارغ‌التحصیل کشور زمان آن رسیده است که از بین نیروی ارزنده، پس از آموزشهای مدون لازم، استفاده بیشتری به عمل آید.

تعرفه‌های پزشکی

طی سالهای قبل از پیروزی انقلاب و سالهای اول بعد از پیروزی، زمانی که تعداد پزشکان ایرانی و به خصوص متخصصان کارآزموده نسبت به جمعیت کشور بسیار کم و بلکه ناچیز بود، معدودی از پزشکان عمدتاً متخصص در رشته‌های جراحی به دلیل شدت نیاز مردم و شاید هم به علت ورود همزمان به فعالیت‌های جنبی اقتصادی، از تمکن بیشتری برخوردار بودند. متأسفانه همیشه در بین افراد همه صنوف و صاحبان مشاغل معدودی را می‌توان یافت که پیوسته در مسیر مستقیم حرکت نکنند. جمع این دو مطلب حساسیت بیش از حد در اذهان نسبت به درآمد پزشکان ایجاد کرد و لذا طی سالها شاید درآمد صاحبان کمتر حرفه‌ای به اندازه پزشکان زیر ذره‌بین بوده است. به همین دلیل هم دولت مصوبات بیش از حد محدود کننده خود را در زمینه تعرفه‌های پزشکی حفظ کرده است.

اینکه تعرفه‌های پزشکی هم باید حدود و ثغوری داشته باشد اعتراضی وجود ندارد بلکه اشکال در آن است که مبالغی که طی سالهای طولانی به عنوان تعرفه‌های پزشکی به تصویب رسیده و به ظاهر اعمال می‌شود با هیچ حرفه، فن، هنر و شغل دیگری متناسب نیست. یعنی پزشکی که به دلیل پای‌بندی هر چه بیشتر به اعتقادات مذهبی مصمم به تبعیت از این ارقام باشند، ادامه کار را غیر ممکن می‌بینند. چون به دلیل وجدان آگاه مایل نیستند با ویزیت کردن تعداد بیشتری بیمار در فرصت محدود مختصری بر درآمد خود بیافزایند و در مقابل خساراتی را متوجه بیماران کنند، لذا یا به خاطر رعایت تعرفه‌ها باید طبابت را رها کنند- که معدودی ممکن است این راه را انتخاب کنند- و یا به منظور تأمین هزینه‌های جاری طبابت مجبورند تعرفه‌های مصوب را نادیده بگیرند که به نظر می‌رسد تقریباً همه راه دوم را انتخاب کرده باشند.

حتا اگر دولت بخواهد تصمیم بگیرد که هر پزشک عمومی و یا متخصص غیرجراح از چه مبلغی بیشتر نباید در زندگی درآمد داشته باشد، قادر خواهد بود پس از محاسبات دقیق تعداد بیمارانی که پزشک قادر است ویزیت کند، هزینه‌های مختلف طبابت و از جمله مالیات را از درآمد کسر کند و با یک محاسبه رقم صحیح و منطقی‌تر ویزیت را تعیین کند. در حال

حاضر چنین نیست و لذا هم از ویزیت‌های تصویب شده تبعیت نمی‌شود- که خود تشویق به قانون‌شکنی است- و هم بسیاری از بیماران به دلیل صرف وقت کمتر توسط پزشک خسارت می‌بینند. آنان مجبور می‌شوند به دلیل عدم صرف وقت و دقت لازم برای یک بیماری خاص به پزشکان متعدد مراجعه کنند و بین توصیه‌های مختلف و انبوهی از داروهای گوناگون که توسط چند پزشک به طور همزمان تجویز شده است فکرشان مغشوش شده احیاناً از عوارض ناشی از مصرف چند نوع دارو و یا تداخل داروها مصدوم و مسموم شوند. بررسی مجدد اغلب تعرفه‌های پزشکی ضروری است ولی در مورد تعرفه‌های پزشکان عمومی و نیز متخصصان داخلی، اطفال و روانپزشکی اجتناب‌ناپذیر است.

پروتکل‌های درمانی

طی دهه‌های اخیر، در کشورهای نظیر کانادا و امثال آن که از بیمه ملی خدمات درمانی برخوردارند، از پروتکل‌های بیمه به طور روزافزون استفاده می‌کنند. در واقع، در صورتی که پزشک از توافق‌نامه‌های مورد اشاره تبعیت نکند و احیاناً به دلیل شیوه درمانی مورد استفاده وی عارضه‌ای گریبانگیر بیمار شود، پزشک در مقابل آن هزینه‌ها مسئول خواهد بود.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نه به دلائلی که ذکر شد بلکه جهت اطمینان از مطلوب و صحیح بودن خدمات تشخیصی- درمانی بر آن شد تا پروتکل‌های درمانی جهت بیماریهای مختلف تهیه کند و در این راستا نمونه‌های زیادی از پروتکل‌هایی که در کشورهای با طب پیشرفته مورد استفاده قرار گرفته‌اند را جمع‌آوری نمود و کار آغاز شد. همچنین سعی شد جهت آموزش عامه مردم، جزوه‌های (Pamphlets) مختلفی در ارتباط با مسائل مختلف بهداشتی، پزشکی و بیماریهای گوناگون تهیه شود و به طور گسترده در اختیار مردم قرار گیرد. این هر دو اقدام یعنی تهیه پروتکل‌های درمانی و نیز جزوه‌های آموزش بهداشت می‌تواند نقش فوق‌العاده ارزشمندی در تامین، حفظ و ارتقاء سلامت جامعه به عهده داشته باشد. اقدام اول عمدتاً به منظور ارتقاء دانش صاحبان حرفه پزشکی است. و روش دوم جهت اعتلای آگاهی عموم مردم و فرهنگ بهداشت جامعه می‌باشد. با عنایت به اینکه سرمایه‌گذاری محدودی در این راستا نتایج گرانبهایی را به دنبال خواهد داشت، طبیعتاً پیگیری جدی هر دو کار بشدت توصیه می‌شود.

در انتخاب پروتکل‌ها اولویتهایی را باید مد نظر داشت: یکی اینکه قبل از آماده کردن هر پروتکل بهتر آن است که پروتکل‌های مورد استفاده در کشورهای دیگر هم مورد بررسی و مذاقه قرار گیرد و از تجارب دیگران نیز استفاده شود. نکته بسیار مهم دیگر اینکه در

حال حاضر در مورد کدامیک از شیوه‌ها و خدمات درمانی مشکلات و یا ابهامات بیشتری وجود دارد. مثلاً افزایش بی‌رویه عمل جراحی سزارین به جای زایمان طبیعی که در بعضی از بیمارستانهای کشور و توسط بعضی از متخصصان به میزان غیرقابل قبولی انجام می‌شود، نشان دهنده آن است که در مورد تصمیم‌گیری برای انجام عمل سزارین باید هر چه سریعتر پروتکلی در اختیار داشت. البته مقصود آن نیست که تا آماده شدن پروتکل‌های مورد نظر باید منتظر ماند بلکه وزارتخانه و دانشگاهها باید در اسرع وقت و به صورت همزمان به بیمارستانها و پزشکانی که کلیه منابع و انتشارات علمی را نادیده گرفته و آمار عمل سزارین آنان با مآخذ علمی مطابقت ندارد و این شیوه پرخطر به دنیا آوردن را بدون دلیل تحمیل می‌کنند تذکر لازم داده شود و اگر وضعیت سریعاً اصلاح نشد تمهیدات قانونی لازم را اعمال کنند. شایان ذکر است که مقدمات این اقدامات قبلاً فراهم شده و در رسانه‌ها هم تذکرات لازم داده شده است.

تولید دارو

از اولین اقدامات انقلابی در جمهوری اسلامی ایران باید ملی کردن صنایع داروسازی چند ملیتی و نیز پایه‌گذاری نظام نوین دارویی کشور و اجرای طرح ژنریک را نام برد. شرکت‌های چند ملیتی دارویی، کشور ما را هم مثل بسیاری از کشورهای در حال توسعه دیگر به بازار مکاره تولیدات خود تبدیل کرده بودند. اگر همان وضع قبل از پیروزی انقلاب اسلامی ادامه می‌یافت، نه تنها کشور ما به طرف خودکفایی در امر تولید دارو سیر نمی‌کرد، بلکه با توجه به گرانی فوق‌العاده قیمت داروهای ساخت خارج و با عنایت به افزایش نیاز و مصرف دارو، مبلغ ارز مورد نیاز برای تامین داروی مصرف سالیانه کشور به مبالغ هنگفت و غیرقابل دسترسی - یعنی متجاوز از دو میلیارد دلار - بالغ می‌شد.

پس از پیروزی انقلاب، کارخانه‌های داروسازی تکمیل، تجهیز و بازسازی شدند و کارخانه‌های متعدد عظیم و مدرنی احداث گردید و در نهایت، در قالب ۵۰ کارخانه داروسازی کشور، خطوط تولید و فرمولاسیون دارو به طور روزافزون به ساخت و تولید دارو پرداخت؛ به طوری که، در حال حاضر صنعت داروسازی کشور تقریباً کلیه اشکال دارویی را در داخل کشور تولید می‌کند. کارخانه‌های دارویی که تقریباً همگی دولتی بودند بین سال‌های ۱۳۶۸ تا ۱۳۷۲ به بخش‌های غیردولتی و خصوصی واگذار شدند.

از زمان پیروزی انقلاب تا به حال، جمعیت کشور به حدود دو برابر افزایش یافته است. جمعیت شهری اکثریت قابل توجهی از کل جمعیت کشور را به خود اختصاص داده است. جاده‌های روستایی فوق‌العاده افزایش یافته است. تعداد پزشکان، داروسازان، دندانپزشکان به چند برابر رسیده است. ایجاد و گسترش شبکه بهداشتی-درمانی، دسترسی آسان

۸۵ درصد روستاییان را به خدمات بهداشتی- درمانی میسر ساخته است. تخت‌های بیمارستانی به حدود دو برابر قبل از پیروزی انقلاب اسلامی افزایش یافته است. تنوع داروها نسبت به گذشته و فرهنگ استفاده از خدمات بهداشتی- درمانی خیلی بیشتر شده است. در نتیجه، همه این رخدادهای مصرف دارو به پنج برابر قبل از پیروزی انقلاب اسلامی افزایش یافته است. ولی خوشبختانه در همین مدت، تولید دارو در داخل کشور، از رقمی کمتر از ۲۵ درصد کل اقلام دارویی به حدود ۹۷ درصد اقلام افزایش یافته است. به تدریج و با ورود داروهای جدیدتر به بازار، تلاش بر این بوده است که به محض اینکه ساخت آنها از مرحله انحصاری خارج می‌گردد، اگر از بعد اقتصادی برای کشور مقرون به صرفه باشد، کوشش شود که آن اقلام در درون کشور فرمول‌بندی شود.

در حال حاضر ۱۵۲۶ قلم دارو در سیاهه داروهای کشور وجود دارد که ۶۵۰ قلم آن تولید داخل است و حدود ۶۴۷ قلم که عمدتاً داروهای فوق تخصصی، گران و کم‌مصرف است از خارج وارد می‌شود. تمام این ۱۲۹۷ قلم دارو تحت پوشش بیمه است. بقیه اقلام در شرایط خاص و به تعداد بسیار محدود جهت بیماران خاص از طریق مرکز فوریت‌های هلال احمر از خارج وارد می‌شود. این دسته از داروها تحت پوشش بیمه نیستند. داروهای وارداتی که حدود ۳-۳/۵ درصد اقلام دارویی را تشکیل می‌دهند، متجاوز از ۳۰ درصد سهمیه ارزی داروی کشور را به خود اختصاص داده است. طبق مصوبه شورای بررسی و تدوین داروهای ایران، دارونامه رسمی کشور در آینده نزدیک چاپ و منتشر خواهد شد.

مواد اولیه

در مورد مواد اولیه متأسفانه وابستگی به خارج بسیار زیاد است. به عنوان نمونه سالانه بیش از ۴۰ درصد ارز داروسازی کشور صرف وارد کردن مواد اولیه پادزیست‌ها می‌شود. طی سالهای اخیر، برای تشویق تولید مواد اولیه در داخل تلاش خیلی بیشتری به عمل آمده است. از جمله اینکه دست‌کم ۵ درصد از سهمیه ارزی دارو (با نرخ هر دلار ۱۷۵۰ ریال) برای تولید مواد اولیه در داخل کشور تخصیص یافت. خرید مواد اولیه ساخت داخل با قیمت عادلانه تضمین شد. قائل شدن حق انحصاری برای تولید کنندگان و ممنوعیت ورود موادی که در داخل تولید می‌شود اولین بار انجام شد. خوشبختانه این اقدامات توفیقات چشمگیری را در پی داشت و امید آن است که بجای دهها قلم مواد اولیه‌ای که در حال حاضر در داخل تولید می‌شود در آینده نه چندان دوری بتوان آنرا به چندین صد ماده اولیه، جانبی و بسته‌بندی افزایش داد.

کیفیت

در مورد درجه خلوص و کیفیت مواد اولیه و داروهای ساخته شده تاکنون توجه و دقت بسیار زیادی به عمل آمده است. در عین حال، با عنایت به فن‌آوریهای جدید از قبیل بیوتکنولوژی و مهندسی ژنتیک- که چه بسا آینده داروسازی و درمان بیماریها در این علوم و فنون نهفته باشد- باید کیفیت کنترل و بررسی داروها را با استفاده از تکنولوژیهای جدیدتر آزمایشگاهی *in vivo* از قبیل *Clinical trial* و *Bioavailability* و امثال آن ارتقا بخشید. طی سالهای اخیر این مطلب عملی شد و قرار است حداکثر در چهار سال آینده علاوه بر داروهای وارداتی، کارخانه‌های داروسازی کیفیت کلیه اقلام دارویی را با استفاده از تکنولوژیهای جدید با دقت آزمایش کنند تا بتوانند برای اقلام مزبور پروانه ورود یا ساخت دریافت دارند.

این امر برای تامین رضایت مصرف کنندگان داخلی و اطمینان پزشکان، کار ارزنده و مهمی است. در عین حال با توجه به بالا بودن ظرفیت تولید کارخانه‌های داخلی که در حال حاضر فقط با استفاده از نیمی از ظرفیت تولیدی خود، نیازهای کشور را تامین می‌کند، هر گونه دقت و تلاش برای ارتقاء کیفیت می‌تواند به افزایش صادرات دارو کمک کند. در نتیجه، از سویی درآمدهای ارزی کشور را افزایش می‌دهد و از سوی دیگر بخشی از ارز حاصله می‌تواند صرف توسعه، تکمیل و تجهیز بیشتر کارخانه‌ها و ارتقاء وضع موجود گشته و گسترش بیشتر کارهای تحقیقاتی را هم موجب شود.

داروهای گیاهی

تجویز و مصرف داروهای گیاهی در ظرف چند ده سال اخیر در جهان از رونق بیشتری برخوردار شده و تدریجاً جایگاه ویژه‌ای را به خود اختصاص داده است. در میهن اسلامی ما، به رغم گذشته‌های درخشان طب گیاهی و اسلامی در این سرزمین و در نتیجه، آشنایی ذهن عامه مردم و مقبولیت آن در جامعه، مع‌هذا افزایش مصرف و تولید داروهای گیاهی سیر کندتری داشته است. در عین حال پس از پیروزی انقلاب اسلامی و به خصوص طی سالهای اخیر تلاش‌های چشمگیری در این راستا انجام گرفته، نتایجی هم به دنبال داشته است. طبیعی است که این کوشش‌ها باید تا دستیابی به نتایج مطلوبتر همچنان ادامه یابد.

پژوهش در ارتباط با دارو

در سالهای اخیر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به مساله پژوهش در امر دارو و صنعت داروسازی بسیار بها داده است. اختصاص دادن ۱ درصد از مبالغ حاصل از فروش دارو به امر تحقیق و توسعه (صندوق تحقیق و توسعه صنایع دارویی) در همین راستا

انجام شد؛ از سوی دیگر، خوشبختانه با فارغ‌التحصیل شدن داروسازان به تعداد بیشتر، امکان استفاده از خدمات آنان در خارج از محیط داروخانه هم فراهم شده است. جمع این دو مطلب موجب جذب تعداد چشمگیری از فارغ‌التحصیلان این رشته برای پرداختن به کارهای تحقیقاتی در صنایع داروسازی شده و حتی کارخانه‌ها تعدادی از داوطلبان رشته‌های تخصصی مورد نیاز خود را از طریق ارائه بورسیه جذب می‌کنند.

با توجه به پیشرفت‌های زیادی که در علم و صنعت داروسازی پدید آمده، لازم است هر چه سریعتر صنعت داروسازی کشور ما به فن‌آوریهای جدید اشراف و احاطه لازم پیدا کند تا از احتمال ایجاد وابستگی مجدد در آینده جلوگیری شود. خوشبختانه پروژه جدید ساخت واکسن هپاتیت B با استفاده از روش بیوتکنولوژی به زودی در انستیتو پاستور شروع به کار خواهد کرد و امیدواریم که این امر مطلع ورود هرچه بیشتر استفاده از این فن‌آوری برای ساخت فرآورده‌های دارویی باشد.

عرضه دارو

کمبود شدید تعداد داروسازان فارغ‌التحصیل - چه قبل از پیروزی انقلاب اسلامی و چه سالهای طولانی پس از آن - موجب شد تا افرادی که تحصیلاتی در زمینه داروسازی نداشتند، به این حرفه روی آورند، و داروخانه‌های زیادی را در اقصی نقاط کشور و حتی تهران اداره کنند. حتی این امر هم جوابگوی نیاز کشور نبود و شکایتها و اعتراضهای دائمی مردم مناطق مختلف کشور موجب شد تا مجلس شورای اسلامی با تصویب قانونی دانشجویان رشته داروسازی را مکلف کند تا پس از گذراندن واحدهای درسی و در واقع قبل از فراغت از تحصیل، جهت اداره داروخانه‌ها به مناطق نیازمند بروند.

خوشبختانه امروزه به برکت تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و گسترش دانشکده‌ها و امکانات آموزشی، وضع تا حدود زیادی اصلاح شده است و حتی مردم بسیاری از نقاط محروم که هرگز تصور حضور پزشک و داروساز ایرانی را در آن مناطق نمی‌کردند، می‌توانند از خدمات ارزنده آنان بهره ببرند. امید می‌رود که افزایش تعداد داروسازان فارغ‌التحصیل، موجب ارتقاء کیفیت خدمات آنان در ۵۰۰۰ داروخانه موجود کشور بشود. در حال حاضر مردم، مسئولان و حتی خود صاحبان حرفه هم از نحوه ارائه خدمات دکترهای داروساز در داروخانه‌ها رضایت کامل ندارند. در واقع از علم و آگاهی داروسازان جهت رشد آگاهی و دانش مردم، مراجعان، پزشکان و گروه پزشکی به درستی استفاده نمی‌شود. آنان باید از درستی اصول نگارش نسخه، مقدار و نحوه مصرف دارو و عدم امکان تداخل داروها اطمینان حاصل کنند و در صورت وجود هر گونه تردیدی با پزشک ذیربط تماس

بگیرند. در حال حاضر متأسفانه غالباً این گونه عمل نمی‌شود.

قیمت دارو

داروسازان مدعی هستند که درآمدهای آنان، به خصوص در مقابل ارائه خدمات صادقانه که نیازمند صرف وقت زیاد و آموزش مراجعان است ناکافی می‌باشد. با توجه به اینکه به واسطه ثانوی بیمه همگانی خدمات درمانی، اقشار آسیب‌پذیر و روستاییان تحت پوشش بیمه قرار گرفته‌اند و امکان استفاده از بیمه خدمات درمانی برای آحاد مردم به راحتی فراهم است، شاید زمان آن فرا رسیده باشد که در قیمت داروهای کشور تجدید نظر شود. با توجه به افزایش تعداد داروسازان متقاضی داروخانه، فاصله فیزیکی بین داروخانه‌ها کاهش داده شود و چون این امر موجب کاهش نسبی تعداد مراجعان می‌شود، بدین ترتیب داروسازان فرصت صرف وقت بیشتری با بیماران و اطرافیان آنان خواهند داشت و همزمان می‌توان میزان سود آنان (۲۰ درصد) و شاید حق فنی نسخه‌پیچی (۱۰ درصد) را نیز اصلاح کرد. شرکت‌های شش گانه پخش (توزیع) دارو هم که وضع آشفته قبل از انقلاب اسلامی را در ارتباط با توزیع سر و سامان بخشیده‌اند، در حال حاضر از میزان سود خود (۱۱ درصد) ناراضی هستند که می‌توان همزمان آنرا هم بررسی و اصلاح کرد.

کارخانه‌های داروسازی نیز از میزان (۱۳ درصد) سود خود ناراضی بوده و حتی در ساخت تعدادی از اقلام دارویی ادعای ضرردهی دارند. در صورت اصلاح میزان سود آنها می‌توان آنان را تشویق به سرمایه‌گذاری در امر توسعه و بهسازی خطوط تولید، آزمایشگاه‌های تحقیق و ارتقاء کیفیت در امور از قبیل فرمول‌سازی، بسته‌بندی و امثال آن نمود. همچنین زمان آن فرا رسیده است که به منظور اعمال نظارت و کنترل دقیق‌تر، داروخانه‌ها از طریق رایانه به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه‌های وابسته ارتباط پیدا کنند. کما اینکه امور مختلف مربوط به دارو از جمله برنامه‌ریزی تولید و واردات دارو هم در وزارتخانه کامپیوتری شده است.

قاچاق دارو و کمیابی دارو در بازار

طی سال‌های بعد از پیروزی انقلاب اسلامی به دلیل ارزانی بیش از حد قیمت دارو در کشور، متأسفانه همه ساله مقدار متناهی دارو به کشورهای اطراف قاچاق می‌شود. برآورد این مقدار آسان نیست ولی اگر مقدار داروی قاچاق شده را فقط ۱۰ درصد کل داروی کشور حساب کنیم مبلغی معادل ۱۱۰ میلیارد ریال یعنی حدود ۶۳ میلیون دلار در سال خواهد بود. و با عنایت به اینکه اقلامی که قاچاق می‌شوند معمولاً داروهای گران قیمت تر نظیر آنتی‌بیوتیک‌ها و امثال آن هستند لذا احتمال می‌رود قیمت داروی قاچاق شده از مرز یکصد میلیون دلار تجاوز کند.

از طرفی، کارخانه‌های داروسازی که از مقدار سود خود راضی نیستند، به دلیل آنکه ساختن بعضی از داروها به دلیل مقرون به صرفه نبودن، از تولید آنها خودداری نموده، یا دست‌کم در ساخت آنها تعلل می‌ورزند. این امر نیز به کمبود بعضی از اقلام در بازار دامن می‌زند. همچنین به دلیل ارزانی قیمت دارو پزشکان بعضاً اقلام و تعداد بیشتری دارو نسخه می‌کنند و بیماران به دلیل کمی ارزش دارو، اقلام عدیده‌ای از داروها را مصرف نکرده، انبار می‌کنند و در واقع عملاً دور می‌ریزند. بعضی از داروخانه‌ها ممکن است به دلیل ارزان بودن داروها و کم بودن بعضی از اقلام به سادگی داروهای مورد نیاز را در اختیار همه متقاضیان و مراجعان قرار ندهند. باز به دلیل ارزانی نسبی دارو و درمان چه بسا تعدادی از بیماران به علت بروز عارضه خاصی به پزشکان مختلف مراجعه کرده، کلیه داروهای نسخه شده توسط همه اطبا را تهیه می‌کنند و چون متأسفانه اغلب داروسازان برای آموزش دادن به مردم وقت کافی صرف نمی‌کنند، چه بسا اشتباه‌های عدیده‌ای که در نحوه مصرف کردن داروها پیش می‌آید و یا حتی در صورت صحیح مصرف کردن آنها مشکلات ناشی از تداخل داروها عارض می‌شود. در نتیجه، نه تنها بسیاری از بیماران از اقدامات درمانی استفاده لازم را نمی‌برند، از عوارض و خسارات جانی و اقتصادی حاصل از این حلقه معیوب هم رنج می‌برند.

از علل دیگر کمبود دارو در کشور آن است که نظام عرضه و تقاضا نقش تعیین کننده‌ای در برنامه‌ریزی واردات، تولید و توزیع دارو ندارد و تصمیم‌گیری‌ها صرفاً در قالب اعتبارات ارزی و تخصیص ارز و ریال، توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، بانک مرکزی، وزارت بازرگانی و ... صورت می‌گیرد. توزیع استانی هم بر مبنای سهمیه‌بندی و نه نیاز واقعی - صورت می‌گیرد. مسئولان استانها هم به علت نگرانی از احتمال کمبود در آینده، اجازه جابجایی اقلام دارویی را به استانهای دیگر - حتی اگر هم مازاد باشند - نمی‌دهند.

آموزش پزشکی

طی سالهای اول بعد از پیروزی انقلاب اسلامی، کشور به شدت دچار کمبود پزشک بود ولی جمعیت کشور به سرعت افزایش می‌یافت و از سوی دیگر تعداد پزشکان کشور هم محدود بود و عده‌ای از همان تعداد محدود پزشک هم یکی پس از دیگری کشور را ترک می‌کردند. روز و هفته‌ای نمی‌گذشت که نام تعدادی از پزشکان برده می‌شد که کشور را ترک کرده بودند. برای جلای وطن هم دلائل مختلفی ابراز می‌شد که در بین آنها داشتن همسران خارجی، عدم رضایت از تغییرات ناشی از پیروزی انقلاب اسلامی، عدم تحمل اعضای خانواده نسبت به استفاده از حجاب اسلامی، هتک حرمت توسط پاره‌ای از افراد

احتمالاً مغرض، تعطیلی دانشگاهها، عدم امکان ورود فرزندان به دانشگاهها به دلیل وجود سیستم گزینش عمومی و اخلاقی از آن جمله بود. به هر حال علت مهاجرت به خارج هر چه بود نتیجه‌اش آن بود که تعداد محدود پزشکان آن زمان روز به روز هم کمتر می‌شدند. از سوی دیگر هر یک از پزشکان که کشور را ترک می‌کردند، بیماران تحت مراقبتشان به شدت احساس خلاء می‌کردند و این امر خود جو روانی کمبود پزشک در کشور را متشنج‌تر می‌کرد؛ به ویژه آنکه تعداد چشمگیری از پزشکان مزبور در زمره متخصصان سرشناس کشور بودند. زمانی که این افراد یکی پس از دیگری کشور را ترک می‌کردند احساس نگرانی و عدم امنیت تشدید می‌شد: بارها در جراید و در صحن مجلس شورای اسلامی از مسئولان وزارت بهداشت سابق در مورد تمهیدات اندیشیده شده سوال می‌شد. در استانهای محرومتر وضع اسف‌بار بود به نحوی که در بعضی از استانها تعداد پزشکان متخصص ایرانی از تعداد انگشتان یک دست هم کمتر بود و لذا در این قبیل استانها حتا برای چهار تخصص اصلی یعنی اطفال، داخلی، جراحی، زنان و زایمان هم پزشکان ایرانی وجود نداشتند چه پرسد به تخصص‌های دیگر. کمبود پزشک ایرانی در حدی بود که پاره‌ای از کارهای اجرایی و حتا مسئولیت بهداشت و درمان شهرستان هم، در بعضی موارد عملاً به پزشکان خارجی واگذار شده بود.

هرچند که تعداد پزشکان ایرانی محدود بود ولی به دلائل مختلف- که به بعضی از آنها اشاره می‌شود نیاز به خدمات پزشکی بسیار زیاد شده بود. از جمله این دلائل یکی افزایش جمعیت بود و دیگری اصل پیروزی انقلاب اسلامی و افزایش امید و بالا رفتن سطح انتظارات مردم. برای اولین بار، محرومان و مستضعفان و روستائینان به حساب می‌آمدند و حق خواستن و مطرح کردن نیازهای خود را پیدا کرده بودند و در حقیقت، برای آنان اولویت هم قائل شده بودند. ارتباط جاده‌ای امکان تحرک و نزد پزشک رفتن را به آنان می‌داد. امکان استفاده از داروهایی که تا آن زمان فقط منحصر به شهرنشینان بود برای آنان نیز فراهم شده بود. رادیو و تلویزیون مرتباً آنان را نسبت به حق و حقوق خودشان حساس می‌کرد. شعار عدالت اجتماعی و سایر شعارهای انقلاب مرتباً تکرار می‌شد و سطح توقعات را بالاتر می‌برد. همه خواستار تحقق هرچه سریعتر شعارها بودند.

جنگ تحمیلی نیازهای پزشکی را به طور گسترده‌ای افزایش می‌داد. تک‌ها و پاتک‌ها، گسترده‌گی جبهه‌های جنگ، حملات مکرر و مستمر هوایی و موشک بارانهای دشمن که دست‌کم نیمی از شهرها و شهرنشینان کشور را در معرض تهدید دائم قرار داده بود؛ استفاده از سلاحهای شیمیایی توسط نیروهای دشمن و فشارهای روانی ناشی از جنگ تحمیلی از عوامل دیگری بود که نیازهای پزشکی کشور را به شدت افزایش می‌داد. در عین حال،

سطح توقع و انتظار اقشار متوسط و متمکن کشورمان هم، به دلیل فرهنگ بالا و شناخت و آگاهی نسبی از آنچه در کشورهای صنعتی و غربی می‌گذرد انتظار عمومی مردم این بوده که سطح خدمات پزشکی کشورمان مشابه کشورهای صنعتی شود. البته خواسته‌ها به حق بود و مردم توقع داشتند که در سرزمین اسلامی، در زمینه رفع کمبود پزشک هم اقدامی انقلابی صورت پذیرد.

پزشکان خارجی

استفاده از پزشکان خارجی از سالهای قبل از پیروزی انقلاب اسلامی معمول بود. پزشکان متخصص در سطح شهرها و بیمارستانها اشتغال داشتند و پزشکان عمومی در شهرها و روستاها مشغول به کار بودند. آشنایی پزشکان مزبور نه تنها نسبت به فرهنگ و سنن و زبانهای محلی بلکه نسبت به زبان فارسی هم غالباً بسیار محدود و ضعیف بود و لذا اغلب امکان برقراری ارتباط صحیح و درک مشکلات و تشخیص درست بیماری‌ها مقدور نبود و طبیعتاً درمان هم به شکل ناقص و نامناسب صورت می‌گرفت- حتا اگر عارضه به درستی تشخیص داده می‌شد؛ انتقال مطالب و توصیه‌های پزشکان خارجی به بیماران عملاً به درستی صورت نمی‌گرفت. پزشکان مزبور اذعان داشتند که در راستای تامین خواسته‌های مراجعه کنندگان نسخه می‌دهند و در نتیجه کمتر نسخه‌ای فاقد داروهای تزریقی بود و در بعضی از نسخه‌ها فقط یک عدد کپسول آنتی‌بیوتیک تجویز شده بود و در نتیجه بعضی از دختران جوان روستا از مجموعه رنگارنگ کپسولها گردنبندی ساخته، به گردن خود می‌آویختند.

در عین حال، تنها نکته مثبت حضور پزشکان خارجی در آن بود که تا حدودی امنیت فکری و ذهنی روستائینان و شهرنشینان نقاط دور افتاده را تامین می‌کرد. و پزشکان مزبور هم بعضاً با استفاده از روشهای خاص خود توجه پاره‌ای از مسئولان را آن چنان به خود جلب کرده بودند که در پایان مدت قرار دادشان حتا اگر به دلائل مختلفی تصمیم بر عدم تمدید قرارداد آنان گرفته می‌شد، با انواع تشبث‌ها، به رغم تخلفات و ... برای ادامه اقامت تلاش می‌کردند و بعضی از آنان موفق هم می‌شدند. آنان قادر بودند در آن سالها دست‌کم ماهانه یک هزار دلار ذخیره داشته باشند و طبیعی است که اگر زن و شوهر، هر دو پزشک بودند دست‌کم دو برابر مبلغ بالا را ذخیره می‌کردند. این امر برای کشورمان سالانه حدود صد میلیون دلار هزینه در برداشت.

به دلیل گستردگی کشور و پراکندگی شهرها و روستاها و بالا رفتن سطح انتظارات مردم و نیازها، استخدام ۶۰۰۰ پزشک خارجی کفایت نمی‌کرد و لذا وزارتخانه ناگزیر شد که ۶۰۰۰ پزشک خارجی دیگر را به کار گیرد که دولت با آن موافقت نکرد. هر چند وزارتخانه

خود متقاضی گرفتن مجوز مزبور بود اما در واقع از مخالفت دولت خوشحال بود چون اگر از طریق کسب مجوز جدید امکان به کارگیری ۶۰۰۰ پزشک خارجی جدید و یا هر تعداد دیگری هم فراهم می‌شد، باز هم این امر به منزله مسکن بود. ضمن اینکه در کوتاه مدت جوابگوی پاره‌ای از تقاضاهای مردم بود ولی خود به نوعی مانع اقدامهای زیربنایی و اصولی می‌شد. از سوی دیگر سالیانه حداقل یکصد میلیون دلار دیگر، ارز هزینه می‌شد. فرهنگ نقاط روستایی و شهرهای کوچکتر که غالباً دست نخورده و اصیل باقی‌مانده است، چه بسا تحت تاثیر قرار می‌گرفت؛ به خصوص اینکه بسیاری از پزشکان خارجی مسلمان نبودند. اما مطلب بسیار مهم دیگر، وابستگی بیش از حدی بود که در این زمینه به چند کشور پیدا شده بود که در بعضی موارد مسایل سیاسی نیز به همراه داشت.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی علاقمند بود تا از پزشکان بسیار کم سواد استفاده نکند و حتی‌المقدور پزشکان مسلمان را به استخدام بگیرد و لذا مایل بود از طریق برگزاری امتحان و انجام مصاحبه، پزشکان مورد نیاز خود را انتخاب کند. این امر تقریباً هیچ‌گاه مورد موافقت کشورها نبود و تقریباً همیشه در عمل از اجرای آن به نحو مطلوب جلوگیری می‌کردند. در بسیاری از موارد اگر چنین اقداماتی صورت می‌گرفت عمدتاً از راههای غیررسمی انجام می‌شد. بسیاری از پزشکان خارجی که داوطلب خدمت در ایران بودند حتا اگر از کوچکترین مسایل پیش پا افتاده پزشکی هم بی‌اطلاع بودند و بسیاری از آنان فقط درجه MBBS داشتند و در واقع حتا دوران کارورزی را هم نگذرانده، لذا به دریافت درجه M.D. (Medical Doctor) نائل نشده بودند.

تلاش جهت افزایش دانشجو

طی سالهای اول پیروزی انقلاب اسلامی پیوسته از وزارت فرهنگ و آموزش عالی درخواست می‌شد که دانشجویان گروه پزشکی و به خصوص پزشکی افزایش یابد. ولی وزارتخانه انگیزه‌ای برای افزایش دانشجو نداشت و هرگاه که افزایشی در تعداد دانشجو داده می‌شد بسیار ناچیز و کم‌اثر بود. از سوی دیگر آنان به شدت نیازمند امکانات بیمارستانی بودند و در نتیجه نتوانسته بودند حتا معدود دانشکده‌های پزشکی تازه تاسیس را در شهرستانها فعال کنند و لذا این دانشکده‌ها هم تقریباً همگی در معرض خطر تعطیل شدن بودند.

متعاقب فرمان حضرت امام راحل (ره)، ستاد انقلاب فرهنگی و سپس گروه پزشکی و شاخه پزشکی انقلاب فرهنگی تشکیل شد. طی دهها جلسه شاخه پزشکی که با حضور اساتید و صاحب‌نظران مدعو تشکیل می‌شد، دهها طرح پیشنهادی که توسط افراد حقیقی و حقوقی

ارسال شده بود مورد بحث و بررسی قرار گرفت. در نهایت، تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تنها طرحی بود که می‌توانست پاسخگو باشد و لذا در جلسات شاحه و گروه پزشکی و نهایتاً ستاد انقلاب فرهنگی به تصویب رسید. برطبق این طرح، کلیه دانشکده‌های گروه پزشکی از وزارت فرهنگ و آموزش عالی جدا می‌شد و پس از انجعال وزارت بهداشتی سابق با آنچه از وزارتخانه مزبور باقی می‌ماند ادغام شده، وزارت جدیدی تشکیل می‌شد که کلیه وظائف آموزش، پژوهش و ارائه خدمات بهداشتی- درمانی را به عهده خود می‌گرفت. لایحه‌ای تهیه و تقدیم شد که در مجلس شورای اسلامی به تصویب رسید. شورای نگهبان ابهامات و سوالاتی را مطرح کرد که وزیر وقت بهداشتی به جای پاسخگویی و رفع ابهامات، در این مرحله لایحه را از مجلس باز پس گرفت.

با توجه به اینکه مشکلات همچنان به قوت خود باقی بود و بین دو وزارتخانه بهداشتی و فرهنگ و آموزش عالی عدم هماهنگی وجود داشت، لذا در پی پیشنهاد معاون امور بهداشتی وزارتخانه و پس از مذاکره جداگانه با وزرای دو وزارتخانه و قبول آنان شورایی به نام شورای هماهنگی دو وزارتخانه به وجود آمد. با توجه به تلاش معاون امور بهداشتی هر دو وزیر او را به عنوان دبیر این شورا برگزیدند. جلسات منظمی با حضور وزرا و معاونان دو وزارتخانه و در موارد ضروری با حضور افراد مدعو تشکیل می‌شد. برخی از اعضای کمیسیون بهداشتی و بهزیستی مجلس و بعضی از اعضای ستاد انقلاب فرهنگی هم در شورای هماهنگی عضویت داشتند. به منظور ایجاد هماهنگی هرچه بیشتر و رفع مشکلات، جلسات بسیاری تشکیل شد ولی متأسفانه به رغم تصویب نهایی بسیاری از راهکارها و مطالب، به دلیل فقدان ضمانت اجرایی غالباً مصوبات مزبور به اجرا در نمی‌آمد و مشکلات همچنان لاینحل باقی ماند. به دلیل مشکلات فراوان و نبودن راه علاج دیگر، این جلسات، شاید برای متجاوز از یک سال تشکیل می‌شد ولی به رغم افزودن پاره‌ای قیود به امید اجرای مصوبات، نظیر عضویت و حضور برخی از اعضای ستاد انقلاب فرهنگی و کمیسیون بهداشتی و بهزیستی در جلسات شورای مذکور، هماهنگی لازم به وجود نیامد و عملاً معاونان هر دو وزارتخانه از اجرای مصوبات مزبور سر باز می‌زدند.

در این مرحله، تغییراتی در سطح وزیران هر دو وزارتخانه به وجود آمد. وزیر جدید بهداشتی علی‌رغم مشارکت فعال در بحث‌ها و مذاکرات شاخه، گروه و ستاد انقلاب فرهنگی و وقوف به این امر که شاید راه دیگری جز تصویب لایحه تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نباشد و نیز به‌رغم تجربه ناموفقی که خود به عنوان دبیر شورای هماهنگی بین دو وزارتخانه بهداشتی و فرهنگ و آموزش عالی داشت، مع‌هذا نزد وزیر جدید فرهنگ و

آموزش عالی رفت و به وی قول داد که برای رفع مشکلات و از جمله برای افزایش تعداد دانشجویان پزشکی از هر گونه همکاری دریغ نخواهد کرد و آموزش عالی سیاهه‌ای از نیازها و پیش شرطها را اعلام کرد تا در صورت تحقق آنها افزایش دانشجو را عملی سازد. مهمترین این خواسته‌ها واگذاری بیمارستانهای استانیهای مختلف کشور و از جمله تهران بود. وزیر بهداری سابق دستور واگذاری را صادر و چند نفر از معاونان را جهت تغییر و تحول و رفع مشکلات به استانها اعزام کرد ولی این راه هم هرگز هموار نشد و به دلائل مختلف و از جمله اختلافات زیربنایی بین قوانین استخدامی بیمارستانهای وابسته به دو وزارتخانه - چه در مورد کارکنان عادی و چه پزشکان و اعضای هیات علمی- به شکست کامل منتهی شد. و لذا وزیر وقت فرهنگ و آموزش عالی هم به این نتیجه رسید که جز تصویب لایحه تشکیل وزارت جدید بهداشت، درمان و آموزش پزشکی راه دیگری وجود ندارد.

وزیر بهداری همه امور را به آقای نخست‌وزیر گزارش داد و تقاضای طرح و تصویب مجدد لایحه تشکیل وزارت جدید را تقاضا کرد. آقای نخست‌وزیر دستور دادند که کمیسیون ویژه‌ای تشکیل شود که با حضور وزاری دو وزارتخانه بهداری و فرهنگ و آموزش عالی و سایر پزشکان عضو دولت، رئیس و یک نفر از اعضای کمیسیون بهداری و بهزیستی مجلس شورای اسلامی، و دو پزشک، به عنوان نمایندگان شخص نخست‌وزیر در کمیسیون مزبور تشکیل می‌شد. پس از بحث و بررسی طی چند جلسه باز هم همان نتیجه عاید شد که راه دیگری جز تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی وجود ندارد. پس از ارائه گزارش نهایی به آقای نخست‌وزیر اصلاحاتی هم که قبلاً مورد نظر شورای نگهبان بود در لایحه مزبور لحاظ شد و در نتیجه بدون هر گونه مشکلی به تصویب دولت و سپس مجلس شورای اسلامی و شورای نگهبان رسید. با تصویب این قانون عملاً در پیشرفت امور مربوط به بهداشت، درمان، آموزش و پژوهش پزشکی جهشی به وجود آمد. سرآمد همه مسائل دو انتظار بود که بحمد... متحقق شد. یکی افزایش کمی و دیگری ارتقای کیفی آموزش و خدمات و در عین حال حرکت به طرف جامعه‌نگر شدن پزشکی.

در واقع به محض تصویب قانون، کار تشکیل و تاسیس دانشکده‌ها و دانشگاههای علوم پزشکی آغاز شد. پاسخ به این سوال که آیا کشور نیاز به چه تعداد پزشک و در نتیجه دانشجوی پزشکی دارد قبلاً روشن شده بود. در حقیقت همزمان با جلسه شورای هماهنگی بین دو وزارتخانه یعنی قبل از تصویب قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، طی جلسات جداگانه‌ای با حضور تعدادی از اساتید و صاحب‌نظران و از جمله برخی از مسئولان

وقت وزارت فرهنگ و آموزش عالی به این موضوع پرداخته شد. در آن زمان معیار یک پزشک برای معدل هزار نفر جمعیت کشورها به عنوان حداقل تعداد پزشک مورد نیاز مطرح بود. هر چند شاخص مزبور مربوط به دهها سال قبل و به عبارت دیگر قدیمی بود ولی این نسبت برای سال ۱۳۸۱ یعنی بیست سال بعد کشورمان مورد قبول قرار گرفت. در همان زمان نسبت به جمعیت در کشورهای صنعتی به طور متوسط $1/500$ تا $1/700$ و در کشورهای کمونیستی آن زمان $1/200$ تا $1/400$ بود. وضعیت در کشورهای در حال توسعه، از روند خاصی پیروی نمی‌کرد. در مجموع در کشورهایی که وضع بهداشت و درمان عامه مردم مطلوبتر بود از تعداد پزشک بیشتری برخوردار بودند ولی در کشورهای کمتر توسعه یافته که اکثریت عظیمی از مردم روستانشین هستند، پزشکان عمدتاً در شهرها متمرکزند و روستانشینان بیمار بیشتر به حکیم‌باشی‌های سابق، یا دکانویسان و ساحران متوسل می‌شوند. طبیعی است که در چنین کشورهایی، میسیونرهای غربی و یا هر گروه مشابهی به شدت مورد استقبال قرار گیرند و بتوانند با سرعت به اهداف خود برسند.

در جریان محاسبات همه متغیرهای مختلف و از جمله بازنشتگی و از کارافتادگی پزشکان در نظر گرفته شد و با توجه به شرایط اقتصادی جهان و کشور و نیز رشد جمعیت محاسبات دقیقی انجام شد. نتایج بحث‌های دقیق و کارشناسی آن جلسات به صورت نشریه معتبر و پرحجم با ذکر جزئیات منتشر شد و مورد استفاده قرار گرفت. طبق محاسبات و مندرجات نشریه مزبور خیلی روشن بود که در شروع کار، به چه تعداد دانشجوی پزشکی باید پذیرش داده شود و این تعداد پذیرش دانشجو تا چه سالی باید ادامه پیدا کند تا کمبودهای حاد مرتفع شود و آنگاه از چه سالی باید تعداد پذیرش یافتگان را کاهش داد و آنرا در حدی نگهداشت که فقط پاسخگوی افزایش جمعیت کشور و افزایش پزشکان فعال باشد.

اولین افزایش قابل توجه و چشمگیر دانشجو در دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به مرحله اجرا درآمد. ریاست دانشگاه ضمن درخواست برای حمایت و تامین پاره‌ای نیازها که مورد تأیید وزارتخانه هم بود تعداد دانشجویان را تا ۶۰۰ نفر افزایش داد. در سال بعد با موافقت روسای دانشگاهها تعداد پذیرش هر یک از دانشکده‌های پزشکی و گروه پزشکی تعیین و به سازمان سنجش ابلاغ شد. در آن سال به دلیل پاره‌ای تغییرات که در نحوه گزینش عمومی و اخلاقی متقاضیان ورود به دانشگاهها به وجود آمد، علاوه بر تعداد قبولی مورد تقاضای وزارتخانه - که قبلاً اعلام شده بود- به تدریج تعداد بسیار زیادی بر فهرست قبولی‌ها اضافه شد و دانشگاههای علوم پزشکی با تعداد کثیر و پیش‌بینی نشده دانشجو مواجه شدند که از حد انتظار خودشان و نیز وزارتخانه خارج بود، و این امر در آن

سال اختلالاتی را هم در امر آموزش بوجود آورد. همچنین در آن زمان دانشگاه آزاد اسلامی تشکیل شد و بناگاه تعداد قابل توجهی دانشجو اضافه شد. همچنین با توجه به شرایط زمان جنگ تحمیلی جوانان زیادی به خارج از کشور رفتند و ظاهراً به دلیل نیاز کشور عده زیادی از آنان در رشته پزشکی تحصیل نمودند و بازگشت آنان به کشور در افزایش دکترای فارغ التحصیل موثر بود.

تردیدی نیست که اگر همه وجود روسای دانشگاههای علوم پزشکی آکنده از توکل به خداوند و ایثارگری و روحیه انقلابی نبود، اقدامات شجاعانه و خدایپسندانه آن روزها صورت نمی‌پذیرفت. روسای دانشگاهها مجبور بودند با چنگ و دندان دانشگاهها را تاسیس کنند. همه امکانات در اختیار وزارت فرهنگ و آموزش عالی و دانشگاههای وابسته به آن وزارتخانه بود. بسیار طبیعی بود که در شرایط سخت اقتصادی زمان جنگ تحمیلی، وزارت فرهنگ و آموزش عالی و دانشگاهها که خود به خود به شدت دچار محدودیت بودند خیلی مایل نباشند که امکانات محدود خود را تقسیم کنند، به ویژه آنکه حدود ۵۵ درصد از کل اعتبارات و امکانات دانشگاهها به بخش پزشکی اختصاص داده شده بود. و حقیقتاً باید از مسئولان محترم دو وزارتخانه و دانشگاههای غیرپزشکی بسیار سپاسگزار بود که به رغم مشکلات و مسائل حاد روز، در حد توان همکاری کردند و کار عظیم تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تأسیس دانشگاههای علوم پزشکی در سطح کشور عملی شد. همچنین جا دارد که از جناب آقای نخست‌وزیر و نیز وزیر محترم دادگستری وقت (معاون اول محترم ریاست جمهوری فعلی) هم تشکر فراوان به عمل آید. چه وزیر محترم دادگستری هم به عنوان حکم و نماینده آقای نخست‌وزیر نقش فوق‌العاده ارزشمند ولی پر دردسری را ایفا کردند.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در مرحله خطیر نوزایی خود با یک هجمه خطرناک و پیش‌بینی نشده دیگر هم مواجه شد. و آن طرح انحلال وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و بازگشت آن به وزارت بهداری سابق بود. اصولاً مطرح شدن این امر در اذهان کافی بود که بنیاد همه چیز سست شود و مسئولان وزارتخانه دیگر نتوانند در امر برنامه‌ریزی و یا اجرا هیچ گونه قدمی بردارند. چه در نظر بسیاری همه چیز تمام شده می‌نمود. مسئولان وزارتخانه که با همه وجود تلاش می‌کردند تا با اقدامی انقلابی یکی از بزرگترین معضلات کشور یعنی کمبود شدید پزشک را برطرف کنند و مردم عزیز انقلابی را از شرایطی که برای تامین، حفظ و ارتقاء سلامت خود و خانواده‌شان به نوعی ذلت دچار شده بودند، نجات دهند. اما همان مسئولان وزارتخانه با مطرح شدن طرح جدید در مجلس شورای اسلامی بیش از هر زمان نگران شدند. چه نه تنها همه چیز به حالت قبل باز می‌گشت، بلکه

دیگر امیدی هم برای آینده وجود نداشت؛ بدتر از همه، با از دست دادن وقت ارزشمند و گرانبها، باری هم بر بار مشکلات کشور و دولت خدمتگذار اضافه می‌شد.

دولت تا این زمان حامی و پشتیبان لایحه و سپس قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بود. اما در اینجا به دلیل نگرانی از آینده و اینکه چه اتفاقات ناگواری ممکن است رخ دهد و اینکه آیا اصولاً وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قادر خواهد بود با وجود نظریات مخالف وزارت فرهنگ و آموزش عالی، اوضاع را سرو سامان دهد و آیا به همین دلایل حتا امکان پاره‌ای اغتشاشها در دانشگاهها وجود نخواهد داشت و شاید به این دلایل و بسیاری نگرانیهای دیگر، دولت موضعی موافق وزارت فرهنگ و آموزش عالی گرفت و با انحلال وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مخالفت نکرد.

خوشبختانه مجلس شورای اسلامی بر نظرات قبلی خود ثابت قدم ماند و طرح انحلال وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به تصویب نرسید. هر چند وزارت بهداشت به دلیل مطرح بودن طرح مذکور، چندین ماه فرصت طلایی را از دست داد ولی در مقابل با رد شدن طرح انحلال دیگر تردیدی در اذهان باقی نماند که کشور با تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و اهداف آن موافق است و در نتیجه موقعیت وزارتخانه به نوعی تقویت شد و از آن پس کارها خیلی بهتر پیش رفت.

گسترش دانشکده‌ها و ایجاد دانشگاهها

به تدریج دانشکده‌های جدید پزشکی و گروه پزشکی در استانهای مختلف کشور تاسیس شد. تاکنون همه چیز، از جمله درمان بسیاری از بیماران و بیماریها و طبیعتاً آموزش پزشکی فقط در تهران و چند شهر بزرگ کشور خلاصه می‌شد. هدف و شعار انقلاب اسلامی و رهبر فقید انقلاب اسلامی برعکس، توانمند کردن همه مردم در همه امور و در همه ابعاد زندگی بود. عدالت اجتماعی که به شدت مورد نظر انقلاب اسلامی بود حکم می‌کرد که سطح فرهنگ، به طور اعم، و فرهنگ بهداشت و سلامت، به طور اخص، در تمام نقاط کشور ارتقا پیدا کند. از طریق احداث دانشکده‌ها و دانشگاههای علوم پزشکی تعداد زیادی از اعضای هیات علمی، پزشکان و گروه پزشکی در آن استانها و شهرها مستقر می‌شدند و علاوه بر فعالیتهای آموزشی، به ارائه خدمات بهداشتی- درمانی هم می‌پرداختند و لذا مردم با هزینه‌های خیلی کمتر و بدون اتلاف وقت می‌توانستند از خدمات با کیفیت فوق‌العاده بهتری برخوردار شوند.

طبیعی است که وقتی در شهر و استانی دانشگاه احداث می‌شود به طور مستقیم و یا غیرمستقیم بر کیفیت زندگی در آن استان و شهرستان و نیز تمشیت امور اداری تاثیر

می‌گذارد. شاید بسیاری از افراد و حتا مسئولان ارزشمندی که به دلیل عقب افتاده به نظر رسیدن و فراهم نبودن شرایط مناسب زندگی حاضر نبودند در آن استانها و شهرستانها اقامت کنند و یا کارخانه و غیره تاسیس کنند، با متحول شدن وضع بهداشت و درمان تغییر عقیده دهند. خلاصه تاثیر تاسیس دانشکده‌ها و دانشگاههای علوم پزشکی را نباید منحصرأ در قالب اعتلای وضع بهداشت و درمان جستجو کرد بلکه آثار مثبت آنرا به سهولت می‌توان در همه شئون زندگی در شهرها و استانها مشاهده کرد. همچنین به تجربه ثابت شده است که همیشه ورود سیستم آموزشی به محیط بیمارستان و سایر مراکز ارائه خدمات در افزایش کیفیت و کمیت خدمات ارائه شده نقش چشمگیری داشته و خواهد داشت.

تاسیس دانشگاهها و دانشکده‌های جدید پزشکی، دندانپزشکی، داروسازی، پرستاری و مامایی و ... در استانهای مختلف کشور و توسعه دانشکده‌ها و دانشگاههای قبلی موجب شد تا بتوان به تربیت دانشجویان بیشتری پرداخت. در بدو امر، بیشتر دانشگاههای استانها به مشارکت اعضای هیات علمی دانشگاههای واقع در تهران و چند شهر بزرگ نیاز داشتند ولی به تدریج - اما به سرعت - نیازشان کاهش یافت و در پاره‌ای از نقاط حتا به کلی مرتفع شد. علاوه بر مسئولان دانشگاهها و دانشکده‌ها که با تلاش و کوشش و صف‌ناپذیر همه هم خود را مصروف توسعه و اعتلای دانشگاهها و دانشکده‌ها و ارتقا سلامت جامعه نمودند، اعضای هیات علمی هم در سراسر کشور به مردم و انقلاب اسلامی خدمات فراموش نشدنی ارائه کردند. چه بسیاری از آنان که به خاطر رضای خدا و همسویی با خواست‌های نظام مقدس از خطوط مقدم جبهه تا شهرهای در معرض بمب و موشک، خدمات درمانی ارائه کردند و همزمان در دانشکده‌های خود و سایر دانشکده‌ها به تدریس و تحقیق مشغول بودند؛ و از سوی دیگر هم به اعتلای سریع بهداشت و فرهنگ بهداشت در کشور می‌پرداختند. حقیقتاً هر چه به درگاه کبریا پیش شکر و سپاس به جای آوریم، حتا گوشه‌ای از نعمات بی‌شماری که به واسطه انقلاب اسلامی نصیبمان شده است را نمی‌توانیم پاسخگو باشیم.

ادغام سازمانهای منطقه‌ای و دانشگاهها

با تصویب قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی امکان گسترش و توسعه دانشکده‌ها و دانشگاههای علوم پزشکی فراهم شد. اما در عمل مدیریت دانشگاهها و مدیریت سازمانهای منطقه‌ای بهداشت و درمان در استانها و در تهران از یکدیگر جدا بود. یعنی هر چند که مدیریت امور آموزش و پژوهش و امور بهداشت و درمان در سطح وزارتخانه در هم ادغام شده بودند ولی در سطح استانها مدیریت دو گانه بود و هماهنگی لازم در آن سطح فراهم نبود. دانشگاهها قادر نبودند از امکانات موجود در سازمانهای منطقه‌ای بهداشت

و درمان و از اختیارات قانونی آنها جهت ارتقاء کمی و کیفی آموزش و پژوهش استفاده کنند؛ و یا در جهت ارتقاء کیفی خدمات بهداشتی- درمانی سازمان منطقه‌ای تاثیر چندانی داشته باشند. لذا در بدو امر تصمیم گرفته شد تا رئیس دانشگاه با حفظ سمت، سرپرستی سازمانهای منطقه‌ای را هم بر عهده گیرد تا بتوان از این طریق- هر چند هنوز دو تشکیلات جداگانه در هر استان و یا شهرستان ارائه خدمت می‌کنند- ولی با انتخاب یک مسئول مشترک برای هر دو واحد، هماهنگی لازم را فراهم کرد. قرار شد که هر بار پس از آنکه ریاست هر یک از دانشگاهها تعیین می‌شد وزیر بهداشت طی حکمی نامبرده را، با حفظ سمت، به عنوان سرپرست سازمان منطقه‌ای بهداشت و درمان استان و یا شهرستان هم منصوب می‌نماید.

روسای دانشگاهها معمولاً یک قائم مقام برای خود تعیین می‌کردند که امور سازمان منطقه‌ای را اداره می‌کرد ولی بهر حال هماهنگی نهایی تا حدودی مقدور بود. این روال هر چند کامل و در حد مطلوب نبود و کاستیهایی داشت چون چاره دیگری نبود برای سالها ادامه یافت ولی در نهایت، ریاست جمهور محترم این شیوه عملکرد را برخلاف قانون اساسی دانستند؛ یعنی یک فرد نمی‌تواند در آن واحد دو مدیریت را به عهده داشته باشد.

پیامد طرح این مشکل بدین ترتیب عمل شد که رئیس دانشگاه فردی را به وزیر معرفی می‌کرد و وزیر طی حکمی شخص معرفی شده را به عنوان مدیر عامل سازمان منطقه‌ای بهداشت و درمان منصوب می‌کرد. بدین ترتیب هر چند مدیر عامل از سوی رئیس دانشگاه معرفی می‌شد ولی از اشراف رئیس دانشگاه و مسئولیت او در مقابل سازمان منطقه‌ای بهداشت و درمان به شدت کاسته شد و هماهنگی‌ها به حداقل رسید. در نتیجه هدف اصلی از تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از دسترس به دور ماند. لذا تصمیم گرفته شد تا به طور قانونی سازمانهای منطقه‌ای بهداشت و درمان و دانشگاههای علوم پزشکی در هم ادغام شوند. این امر حیاتی از طریق مصوبه شورای عالی اداری و جهه قانونی یافت و در نتیجه عرصه ارائه خدمات بهداشتی- درمانی و عرصه آموزش و پژوهش در یکدیگر ادغام شدند و دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی تاسیس شد. ناگفته پیداست که علاوه بر فراهم شدن امکان هماهنگی کامل بین عرصه ارائه خدمات و آموزش و پژوهش، این اقدام صرفه‌جویی قابل توجه اقتصادی و نیروی انسانی را نیز به همراه داشت و از بسیاری از دوباره‌کاریها جلوگیری کرد.

این ادغام موجب شد تا معاونت‌های آموزش و پژوهش هم بتوانند عیناً نظیر معاونت امور بهداشت در شبکه بهداشتی- درمانی اعمال مدیریت کنند و جهت پیشرفت اهداف آموزشی و پژوهشی دانشگاه از کلیه امکانات فنی، رفاهی و ... شبکه بهداشتی- درمانی استفاده بهینه به

عمل آید.

ادغام عرصه‌های ارائه خدمات و آموزش موجب شد که ارائه خدمات به شدت ارتقا پیدا کند و ابعاد مختلف ارائه خدمات به طور فزاینده‌ای با مبانی علمی و با فکر و اندیشه نوین آشنا و عجین شده است. از جمله اینکه اگر به صاحبان صنوف مختلف و از جمله تولید، توزیع و ارایه مواد غذایی آموزش‌های لازم داده شود، چه بسا در جهت اعتلای وضع بهداشت محصولات و فرآورده‌های کارگاهها و کارخانه‌های خودشان کیلومترها جلوتر از مسئولان بهداشت و درمان حرکت کنند و بدین ترتیب هم وزارتخانه و دانشگاهها به اهداف خود می‌رسند و هم از انهدام مکرر مقادیر معتابهی از فرآورده‌ها و مواد غذایی بی‌نیاز می‌شوند. خلاصه اینکه، با ورود مستقیم دانشگاهیان به صحنه اجرا بسیاری از راهکارها تغییر کرد و نتایج درخشانی را هم به دنبال داشت.

از سوی دیگر در عمل هر چه تعداد پست‌های مسئولان هم سطح و موازی بیشتر باشد احتمال سهولت پیشرفت امور کمتر می‌گردد و نیاز به ایجاد هماهنگی افزایش می‌یابد. لذا همان طور که ضمن ادغام سازمان‌های منطقه‌ای بهداشت و درمان دانشگاهها با یکدیگر تلاش شد تا تعداد معاونت‌ها - تا حد امکان - محدودتر شود همین طرز تفکر در مورد ستاد مرکزی وزارتخانه هم به اجرا درآمد.

در گذشته علاوه بر مدیر عامل سازمان تامین اجتماعی و رئیس سازمان بهزیستی کشور که هم‌تراز معاون وزیر هستند وزارتخانه نه معاون دیگر هم داشت. لذا لازم بود تعداد معاونان وزیر به شدت کاهش یابند تا گردش و پیشرفت کارها تسهیل شود و هماهنگی‌ها به حداکثر برسد؛ ولی به دلیل عدم آمادگی همگانی تصمیم گرفته شد تا این ادغامها طی دو مرحله انجام شود. در نتیجه در مرحله اول تعداد معاونت‌ها به ۶ معاونت کاهش یافت، تا بتوان با آمادگی بیشتر در ظرف سالهای آینده تعداد معاونت‌ها را به حداکثر سه معاونت تقلیل داد. و بدین ترتیب کار اساسی ادغام معاونت‌های بهداشت را با دارو و درمان به انجام رساند.

از عمده‌ترین محاسن کاهش تعداد معاونت‌ها و مدیریت‌ها آن است که ستاد مرکزی از کارهای اجرایی فاصله بگیرد و منحصرأ به امور سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، ارزشیابی و نظارت بپردازد. در عین حال الگویی برای دانشگاهها فراهم می‌شود که آنها هم از تمرکزگرایی هرچه بیشتر دوری جویند و مسئولیت‌ها و اختیارات را به رده‌های هرچه محیطی‌تر وگذار کنند، تا گردش کارها به شدت تسهیل شود. توصیه می‌شود این راه که حرکتی منطبق با اصول علمی است تداوم یابد.

جامعه‌نگری

قبل از پیروزی انقلاب اسلامی، معیار مقایسه کیفیت آموزش پزشکی در دانشکده‌های مختلف پزشکی عمدتاً قبولی در امتحان ECFMG بود. حدود نیمی از دانشجویان دانشکده پزشکی دانشگاه تهران همه ساله در امتحان مزبور قبول شده، جلای وطن می‌کردند. وضعیت دانشکده پزشکی دانشگاه شیراز شاید از این هم بدتر بود و ظاهراً معدودی از دانشجویان آن دانشگاه در کشور باقی می‌ماندند. در عین حال همه و از جمله آنان که در امتحان ECFMG قبول شده بودند در حین خدمت نظام وظیفه و در سپاه بهداشت، متوجه این نکته می‌شدند که با بسیاری از مسائل پیش پا افتاده پزشکی مردم کشور خود آشنایی لازم را ندارند و نسبت به مسائل بهداشتی کشور عملاً بیگانه‌اند.

مگر نه اینست که پزشکان و صاحبان حرف وابسته، مسئول تامین، حفظ و ارتقای سلامت جامعه هستند. اگر کشورهای صنعتی توانسته‌اند طی دهه‌های اخیر وضعیت خود را از شرایطی مشابه کشورهای در حال توسعه به وضع کنونی برسانند جز با استمداد از پزشکان و گروه پزشکی نبوده است.

آنان علوم بهداشتی- درمانی را مطابق شرایط آن ایام آموزش داده، به آن عمل کرده‌اند تا به وضعیت امروز رسیده‌اند و در نتیجه کتابهای درسی آنان و به طریق اولی، تمام مقالات و نشریات امروز حول محور شرایط امروزی آنان است که با وضعیت کنونی ما کاملاً تفاوت دارد. بسیاری از مسائل و مشکلات حاد امروز ما دهها سال قبل گریبانگیرشان بوده، با چاره‌جویی و رفع آن مشکلات دیگر نگرانی ندارند و به آنها نمی‌پردازند.

طبیعی است اگر منابع درسی و مطالعاتی ما منحصرأ کتابهای درسی و نشریات امروز غرب باشد برای حل مشکلات زیربنایی و عمده کشورهای در حال توسعه هرگز به پاسخ‌های لازم و عملی دست نخواهیم یافت.

آنان جهت پیشگیری از بیماریهای عفونی و کنترل، حذف و ریشه‌کنی بسیاری از بیماریهای مزبور سالها تلاش کرده‌اند و به نتایج مناسبی هم رسیده‌اند؛ دهها سال است که برای پیشگیری از بیماریهای غیرواگیردار، نظیر بیماریهای قلب و عروق، سرطان، دیابت، کم‌کاری تیروئید و غیره برنامه‌ریزی کرده‌اند تا بالاخره موفق شده‌اند نه تنها از سیر صعودی این بیماریها در کشورهای خود جلوگیری کنند بلکه از بروز و شیوع آنها هم بکاهند؛ در حالی که، در کشور ما و سایر کشورهای مشابه نه تنها بیماریهای عفونی هنوز از مشکلات عمده بهداشتی به حساب می‌آید بلکه بیماریهای غیرواگیردار هم به شدت رو به افزایش است و به‌رغم شیوع این قبیل بیماریها هنوز از اقدامات پیشگیری کننده منسجمی تبعیت نمی‌شود.

اگر کشورهای صنعتی توانسته‌اند به وضعیت کنونی سلامت دست یابند و مطابق کتابها و نشریات علمی روز طبابت کنند و به ریزه‌کاریها پردازند به خاطر آن است که با اینکه بسیاری از بیماریهای واگیردار را تحت کنترل درآورده‌اند، باز هم سرانه بهداشت و درمان آنها بیش از ۷۰ برابر کشور ما می‌باشد. به عبارت دیگر، این قبیل کشورها دهها سال است که شالوده و زیربنای بهداشت و پیشگیری را پایه‌گذاری کرده، برای گزارش‌دهی و سیستم مراقبت بیماریها ساختار لازم را در کشور به وجود آورده‌اند. از قوانین و مقررات و نظم و انضباط لازم برخوردار شده‌اند. با به حساب آوردن انسان به عنوان محور توسعه به این تفاهم رسیده‌اند که قدرت اقتصادی کشورشان در گرو سلامت انسانها است و لذا سرانه بهداشت و درمان هر فرد آمریکائی در سال ۱۹۹۴ متجاوز از ۳۵۰۰ دلار بود که قطعاً طی سالهای بعد بیشتر هم شده است.

این قبیل کشورها خود سازنده اصلی داروها، مواد اولیه، ملزومات و تجهیزات بسیار گران‌قیمت پزشکی هستند. با تحمیل حق انحصاری اختراع (Patent) و قیمت‌های سرسام‌آور بر کشورهای در حال توسعه، هزینه ماشین عظیم تحقیقاتی خود را تامین می‌کنند، و پژوهش‌های مزبور به دنبال خود دنیایی از پیشرفت بیشتر و سریعتر و در عین حال شکوفایی اقتصاد و درصدر ماندن در زمینه‌های مختلف علمی، صنعتی، اقتصادی، نظامی و غیره را در پی دارد. و در عین اینکه چنین کشورها از برکت جهل و عقب‌افتادگی سایر کشورها در اوج قدرت اقتصادی هستند، باز هم به طور جدی به مسائل اقتصاد بهداشت می‌پردازند. شرکت‌های بیمه برای پزشکان کشور پروتکل‌های درمانی تهیه می‌کنند که کوتاهترین دوره و کم هزینه‌ترین شیوه درمانی را می‌پذیرد. پزشک مجاز نیست که هر نوع آزمایشی را دستور دهد مگر اینکه شرکت‌های بیمه اجازه دهند. آزمایشهایی از قبیل MRI و سی‌تی‌اسکن و امثال آن که در کشور ما آزادانه تجویز و توصیه می‌شود، فقط در صورت دریافت مجوز خاص از شرکت‌های بیمه آن کشورها قابل اجرا است؛ و بسیاری مطالب و مسائل دیگر که به منظور جلوگیری از اطاله کلام از مطرح کردن آنها صرفنظر می‌شود.

سوال این است که به‌رغم نبودن هیچ‌گونه شباهتی بین کشور ما و کشورهای صنعتی در زمینه‌های مختلف اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، بهداشتی، صنعتی و ... آیا به صلاح و اصولاً امکان‌پذیر است که ما کورکورانه از پزشکی آنها تقلید کنیم؟ متأسفانه باید اذعان کرد که این راهی است که همه روزه بدون توجه ولی با اصرار می‌پیمائیم و طبیعی است که ما را به شرایط مطلوب هدایت نخواهد کرد. چون همان طوری که ذکر شد قدرت اقتصادی آنرا نداریم و لذا به قیمت پاسخگویی به فشارها و به نیاز گروه ناچیزی از مردم و برخی از پزشکان،

از آنان و... در خارج از کشور است. بخش عظیمی از اعتبارات این قبیل کشورها برای خرید تجهیزات از این قبیل مصرف می‌شود و زمانی که نوبت به عامه مردم، به ویژه اقشار آسیب‌پذیر و کم درآمد می‌رسد دیگر اعتباراتی باقی نمانده است تا حتی کمترین نیازهای این قبیل خانواده‌ها تامین شود. طبیعی است که در این قبیل کشورها بهداشت و پیشگیری به دست فراموش سپرده می‌شود و شاید یکی از دلائل این باشد که مسائل بهداشتی منبع مناسبی برای درآمد افراد نیست. دلیل دیگر آنکه برای رسیدن به نتیجه بعضی اوقات باید سالهای طولانی صبر کرد؛ در حالی که، با خرید وسیله گران‌قیمت درمانی می‌توان در فاصله زمانی کوتاهی آنرا از طریق رسانه‌های گروهی به نمایش گذارد و در مورد آن تبلیغ کرد. در حالی که افتخار آن مربوط به کشورهای ابداع کننده و سازنده این قبیل وسائل است و نه برای مصرف کننده. نگرانی از وضعیت پزشکی و آموزش پزشکی در جهان، باعث شد که به دعوت فدراسیون جهانی آموزش پزشکی و با مشارکت سازمان جهانی بهداشت، یونسف، یونسکو، بانک جهانی و بعضی سازمانهای بین‌المللی دیگر و نیز با حضور وزرای فرهنگ و آموزش عالی و وزرای بهداشت و تعدادی از روسای دانشکده‌های پزشکی ۶۷ کشور جهان در مرداد ۱۳۶۷ در شهر ادینبورگ (Edinburgh) انگلستان نشستهایی برگزار شود. اجلاس مزبور بار دیگر در سال ۱۳۷۲ و در همان محل تشکیل شد. در پایان اجلاس اول اطلاعیه‌ای صادر شد که به اعلامیه ادینبورگ مشهور شد. در قسمتی از مقدمه این اعلامیه آمده است که «... هدف از آموزش پزشکی، تربیت طبایی است که بتوانند بهداشت و سلامت کلیه آحاد مردم را اعتلا بخشند. به‌رغم پیشرفت‌های چشمگیر علوم پزشکی در قرن حاضر، در بسیاری از نقاط دنیا به این هدف نزدیک نشده‌ایم. البته هر بیمار حذاقت‌های مختلفی را از طبیب خود انتظار دارد ولی این امر که پزشک فقط بعضی از بیماران را معالجه کند کافی به نظر نمی‌رسد. همه روزه هزاران نفر از مردم از بیماریهای قابل پیشگیری و درمان و نیز از بیماریهایی که به دست خود شخص عارض شده است رنج برده، می‌میرند و میلیونها نفر هیچ گونه دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی ندارند. این کاستیها مدتها است که شناخته شده ولی تلاش برای برانگیختن آگاهی بیشتر اجتماعی در دانشکده‌های پزشکی با توفیق چشمگیری همراه نبوده است...» در ادامه این مقدمه آمده است که «... پژوهش‌های علمی ثمرات با ارزشی پدید می‌آورند ولی نیاز آدمی به بیش از علم خالص است و درواقع این نیازهای بهداشتی نسل انسان و هر فرد انسانی است که باید مورد توجه مدرسان پزشکی قرار گیرد.»

در اعلامیه ادینبورگ انجام پاره‌ای از اقدامات به دانشکده‌های پزشکی توصیه شده است و از جمله اطمینان یافتن از اینکه محتوای برنامه‌های آموزشی متناسب با اولویت‌های

عامه مردم به فراموشی نسبی سپرده می‌شوند.

مگر نه این است که ما غیر از درمان مسئول سلامت مردم هم هستیم؛ مگر نه این است که اسلام، عقل، منطق و علم پزشکی همه و همه بهداشت و پیشگیری را در اولویت قرار می‌دهند. پس چرا، گویی منتظریم تا مردم بیمار شده، به پزشک مراجعه کنند و آن گاه به درمان آنان پردازیم. چرا خود را مسئول برنامه‌ریزی برای تامین، حفظ و ارتقاء سلامت آنان و جامعه نمی‌دانیم. مگر نه این است که سلامت علاوه بر بعد جسمی، ابعاد اجتماعی و روانی را هم شامل می‌شود. پس ما هم نظیر کشورهای صنعتی باید هر چه بیشتر به سایر ابعاد سلامت هم پردازیم و برای آنها برنامه‌ریزی کنیم. آنها راه را برای کشور خودشان شناسایی و انتخاب کرده‌اند ما هم باید جامعه و شرایط کشور خودمان را بشناسیم. با سنن و فرهنگ و شرایط اجتماعی - اقتصادی کشورمان آشنایی کامل داشته باشیم. مشکلات بهداشتی و مسائل تهدید کننده، جنبه‌های مختلف سلامت را شناسایی نموده، برای آنها برنامه‌ریزی کنیم. بسیار طبیعی و منطقی است که از کتابها و نشریات و علم رایج در کشورهای صنعتی هم به طور کامل استفاده کنیم ولی باید آنها را با شرایط کشور خودمان، ازجمله شرایط اقتصادی، تطبیق دهیم. آنچه در حال حاضر در بعضی از کشورهای در حال توسعه اتفاق افتاده این است که تلاش و افتخار آنها در خرید وسائل و تجهیزات مدرن و بسیار گران‌قیمت خارجی است؛ در حالی که، حتا بعضاً از عهده تعمیرات ساده‌ترین این وسایل نیز بر نمی‌آیند. اما به دلیل فشارهای سیاسی، اعتبارات محدود و بلکه ناچیز خود را صرف وسائل و امکاناتی می‌کنند که فقط عده معدودی از آن استفاده می‌کنند تا شاید مرگ آنان حداکثر چند ماه یا چند سال به تاخیر افتد و چه بسا این چند ماه و چند سال هم با معلولیت‌های بسیار و مرارت‌های بیشمار، درد و الم فراوان و بار هنگفت اقتصادی همراه باشد. اما همین کشورها از وضعیت نابسامانی سلامت عامه مردم ناآگاه و یا نسبت به آن بی‌اعتنا هستند. آموزش پزشکی در هر کشوری باید صاحبان حرفه را نسبت به همه این مسائل حساس و به همه تفهیم کند که در همه کشورها پزشکان در مقابل سلامت کل جامعه و همه مردم مسئولند. گروه پزشکی فقط برای درمان قشر مرفه و بیماریهای خاصی تربیت نشده است. طبابت با تجارت تفاوت فاحش دارد. در بعضی از کشورهای در حال توسعه گویی تجهیزات گران قیمت پزشکی خریداری می‌شود تا به بهانه درمان افراد معدودی - و عمدتاً متمکن - عده‌ای از پزشکان ارتزاق کنند. خرید و ورود وسائل و تجهیزات گران‌قیمت مزبور عمدتاً با هدایت مستقیم و غیرمستقیم شرکت‌ها و نمایندگی‌های آنها صورت می‌پذیرد. که این اقدام به اشکال مختلف انجام می‌شود که یکی از این روش‌ها دعوت‌های به ظاهر علمی از بعضی از پزشکان و پذیرایی

جامعه و قابلیت دسترسی به منابعی- که جامعه از عهده پرداخت آن برمی‌آید- می‌باشد؛ و نیز در امر آموزش، تاکید بر اعتلای موازین بهداشتی و پیشگیری از بیماری‌ها و پرداختن بیشتر به مسائل اجتماعی است. در ارزیابی دانشجو، پرداختن به وجوه کیفی شخصیت او و مهارت‌های مورد نیاز حرفه‌ای و اتکاء وی به ارزشهای اجتماعی مورد توجه بوده، همچنین در تربیت استاد، خصلت‌های کامل یک معلم- و نه صرفاً مجرب بودن در محتوای درس- مدنظر باشد و بالاخره اطمینان یافتن از استمرار یادگیری در تمام عمر برای همه صاحبان حرفه‌های پزشکی. از جمله نکات بسیاری که در اعلامیه ادینبورگ آمده، به مطالب زیر تاکید شده است:

(۱) وسعت بخشیدن به قلمرو و برنامه‌های آموزش پزشکی به نوعی که نه فقط بیمارستانها بلکه منابع دیگر جامعه را نیز در برگیرد.

(۲) اطمینان یافتن از اینکه محتوای برنامه‌های آموزشی متناسب با اولویت‌های جامعه و قابلیت دسترسی به منابعی باشد که جامعه از عهده پرداخت آن برمی‌آید.

(۳) برقراری نظامی در برنامه‌ریزی آموزشی و ارزیابی دانشجو که دستیابی به مهارت مورد نیاز حرفه‌ای و آنگاه ارزش‌های اجتماعی را میسر سازد نه آنکه صرفاً به ضبط و انتقال محفوظات منجر شود.

(۴) تعمیم همه جانبه در مورد مراقبت از بیماران با تاکید بر اعتلای موازین بهداشتی و پیشگیری از بیماری‌ها.

هرچند که شاید مخاطبان اصلی این دو نشست، عمدتاً افراد کشورهای در حال توسعه بودند ولی طبق معمول، اولین کشورهایی که به سرعت نسبت به اجرای توصیه‌های نشست‌های مزبور همت گماشتند، کشورهای توسعه یافته و از جمله خود انگلستان بود. لازم به یادآوری است که سال‌های قبل از تشکیل نشست‌های یاد شده، شورای عالی برنامه‌ریزی جمهوری اسلامی ایران در قسمتی از مصوبه سال ۱۳۶۴ اظهار داشت که «طیب باید در جهت آشنایی بیشتر با مکتب و تزکیه و تعالی روح کوشا باشد و کمک به تأمین بهداشت و درمان مردم را وسیله‌ای برای رضای خدا و تقرب به او بداند؛ از شناخت کافی در مورد مسائل عمده بهداشتی و درمانی و نظام ارائه خدمات بهداشتی- درمانی کشور برخوردار بوده، قابلیت علمی و عملی شرکت در برنامه‌های پیشگیری و بهداشت عمومی را داشته باشد».

تأثیر متقابل ارائه خدمات بهداشتی - درمانی به فرد و جامعه بر هیچ کس پوشیده نیست ولی ارزش ابعاد وسیع خدمات بهداشتی به جامعه با ارائه خدمات درمانی به فرد قابل قیاس نمی‌باشد، و از آن جمله است ابعاد انسانی و صرفه‌جویی‌های مادی آن.

به دلیل نقش فوق‌العاده زیادی که دانشگاه‌ها می‌توانند در امر ارتقاء سلامت جامعه داشته باشند، سازمان جهانی بهداشت هم نسبت به این امر عنایت زیاد داشته، قرار دادن مسأله آموزش پزشکی در دستور کار اجلاس سالیانه سازمان مزبور به همین دلیل است. طبق توصیه مجمع عمومی سازمان جهانی بهداشت، دفاتر منطقه‌ای هم موظف شدند مسأله را پیگیری نموده، جلساتی با حضور کشورهای منطقه برگزار کنند، که به همین دلیل تاکنون جلساتی در قاهره و کشور امارات تشکیل شده است. در جلسه‌ای که در قاهره تشکیل شد از وزیران کشورهای منطقه و نیز صاحب‌نظران دعوت شده بود. در نشست مزبور معاون یونسکو و رئیس فدراسیون جهانی آموزش پزشکی، آقای پروفیسور والتون هم شرکت داشتند.

اولین برنامه نشست ارائه گزارش توسط وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جمهوری اسلامی در ارتباط با آنچه پس از پیروزی انقلاب اسلامی در کشورمان رخ داده است، بود. این گزارش یک ساعته به موضوع تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و نیز ادغام سازمان‌های منطقه‌ای بهداشت و درمان و دانشگاه‌های علوم پزشکی پرداخت و اثرات آنرا در زمینه‌های مختلف ارایه خدمات و آموزش و پژوهش مورد تحلیل قرار داد که به شدت مورد توجه حاضران قرار گرفت. آنچه در میهن اسلامی ما انجام شده است به عنوان وضعیت مطلوب و در واقع آرمانی برای همه کشورهای منطقه شناخته شد و مورد تأیید قرار گرفت. ولی به دلیل اینکه ممکن است این اقدام بلافاصله و در طی یک مرحله برای سایر کشورها مقدور نباشد لذا قرار شد اقدامات در آن کشورها به صورت مرحله‌ای انجام شود.

در این نشست پروفیسور والتون که به شدت تحت تأثیر قرار گرفته بود از وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی درخواست کرد تا گزارش ارائه شده را در مجله آموزش پزشکی (Medical Education) به چاپ برساند که این کار انجام شد. بعدها که پروفیسور والتون به دعوت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی شهید بهشتی به ایران آمد و از بعضی از دانشگاه‌ها و از جمله شبکه‌های بهداشتی- درمانی کشور بازدیدهایی به عمل آورد طی سخنرانی در تالار ابوریحان دانشگاه و نیز مصاحبه‌هایی که با خبرنگاران داشت و همچنین ضمن مکاتباتی که پس از بازگشت از ایران با اساتید و شخصیت‌های علمی بین‌المللی نمود و تصویر تعدادی از نامه‌های مزبور را برای وزارتخانه ارسال داشت مکرراً از موقعیت‌های خاص کشورمان یاد کرد.

پروفیسور والتون در سخنرانی خود در تالار ابوریحان اظهار داشت که: «... من علاقمندم که آنچه را که دانشمند بزرگ، اسحاق نیوتن در سال ۱۶۷۵ بیان داشت را به شما یادآوری نمایم. او گفت: «اگر من فراتر را می‌بینم برای آن است که روی شانه‌های غول‌ها

ایستاده‌ام. من به این نتیجه رسیده‌ام که وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جمهوری اسلامی ایران و همکارانشان در دنیای آموزش پزشکی جهانی، همان غول‌هایی هستند که مدرسان پزشکی جهانی بایستی روی شانه‌های آنان بایستند تا فراتر را مشاهده کنند. من معتقدم که شما آموزش پزشکی را در سطح جهان بسیار مطلوب به نمایش گذاشته‌اید. بیش از هر چیزی آنچه که ما به آن نیاز داریم به ساز و کار روشن و موثر بین ارائه خدمات بهداشتی از یک سو و آموزش پزشکی از سوی دیگر می‌باشد. دنیا در انتظار مشاهده چنین ساز و کاری است. من باور دارم که آموزش پزشکی و ارائه خدمات بهداشتی که دو روی یک مسأله می‌باشند، از یکدیگر غیرقابل تفکیک نمی‌باشند. شما نشان داده‌اید که چگونه این دو سیستم را می‌توان در هم ادغام کرد.» دیگر قابل قبول نیست که پزشکان آینده و صاحبان حرفه پزشکی را در برج عاج آموزش دهیم. آنان باید در دنیا و محیط واقعی آموزش ببینند و دستاوردهای کشور ما نمونه‌ای از این خواسته والا می‌باشد.

ما کنفرانس جهانی را در ادینبورگ (Edinburgh) در سال ۱۹۸۸ و مجدداً در سال ۱۹۹۳ برگزار کردیم و کنفرانس مزبور توسط سازمان‌های جهانی نظیر سازمان جهانی بهداشت، یونسف، یونسکو، برنامه‌های توسعه سازمان ملل، بانک جهانی و تعداد زیادی از اعضای جامعه جهانی حمایت شد. آنان بسیار نگران حرفه پزشکی بودند و آگاهی کامل داشتند که تامین، حفظ و ارتقای سلامت بدون تربیت و آموزش درست پزشک، پرستار و دندانپزشک و سایر اعضای حرفه پزشکی امکان‌پذیر نخواهد بود. در اعلامیه ادین‌برو تاکید شد که برنامه آموزش بالینی بر پایه نیازهای ملی استوار باشد و بین آموزش پزشکی و ارائه خدمات بهداشتی هماهنگی کامل باشد. و دانشکده‌ها خود باید برای جامعه‌ای که دانشگاه در آن قرار دارد منبع بهداشت باشند. ...» در کنفرانس جهانی سران در امر آموزش پزشکی که در سال ۱۹۹۲ تشکیل شد، درخواست شد که دو سیستم در هم ادغام شوند.

پروفسور والتون همچنین اظهار داشت که جلسه مشورتی سازمان جهانی بهداشت تاکید کرد که تقریباً در تمام کشورها زمانی که این دو سیستم جدا از هم عمل می‌کنند، قطعاً برای جامعه زیان‌آور خواهد بود. جلسه مشورتی اعلام کرد که چنانچه سازو کار و ساختارهایی در کشورها به وجود آید که این دو سیستم در هم ادغام شده، هماهنگ عمل کنند نتایج مطلوب زیر به دست خواهد آمد:

- وضع بهداشت بهبود خواهد یافت.
- ارائه خدمات به بیماران بهبود خواهد یافت.
- هزینه‌های خدمات بهداشتی کاهش می‌یابد.

- منابع موجود در کشور برای آموزش بهتر به کار گرفته خواهد شد.

- طرح‌ریزیهای بهداشتی جهت ارائه خدمات بهتر انجام خواهد گرفت.

پروفسور والتون ضمن مصاحبه با خبرگزاری جمهوری اسلامی اظهار داشت که «باید اساتید دانشکده‌های پزشکی جمهوری اسلامی ایران را متقاعد کنیم که این راه درستی است که باید دنبال شود. زیرا گمان می‌کنیم همه آنان متقاعد نشده‌اند. نکته مهم و یا نقطه ضعف دیگر این است که تصور نمی‌کنیم که هنوز مردم ایرانی پی برده باشند که دارای چه سیستم خدمات بهداشتی ارزنده‌ای هستند. سیستمی که همانند گوه‌ری درخشان بر تارک ایران می‌درخشد.»

مشابه اظهارات پروفسور والتون هم به دفعات از زبان مسئولان سازمان جهانی بهداشت، وزیران و روسای دانشگاه‌های سایر کشورها شنیده شده است.

به هر حال باید شاکر خداوند کریم باشیم که آنچه را که سایر کشورها در رویا هم نمی‌بینند نصیب ما فرموده است. با تلاش در تقویت این سیستم آرمانی و ارزشمند باید بتوان در راستای ارتقاء کیفیت آموزش و حرکت هرچه سریعتر به طرف جامعه‌نگری و نیز ارتقاء کیفیت خدمات بهداشتی- درمانی گامهای بزرگتر و سریعتری برداشت.

آموزش مداوم پزشکی

با توجه به سرعت پیشرفت علوم و به ویژه علم پزشکی و با عنایت به این امر که بعضاً در زمان نسبتاً کوتاهی تغییرات گسترده و گاهی زیربنایی در تشخیص و درمان بعضی از بیماریها به وجود می‌آید، بعضی از کشورهای صنعتی طی دو دهه اخیر به اجباری کردن تداوم آموزش پزشکی اقدام نموده‌اند. جمهوری اسلامی ایران هم که به رغم مشکلات جنگ تحمیلی، محدودیت‌های اقتصادی، فشارهای سیاسی و کارشکنی‌های قدرتهای جهانی تلاش فوق‌العاده‌ای را برای جبران عقب‌افتادگی‌های پیش از انقلاب و رسیدن به سطح علمی کشورهای پیشرفته نموده است، با تصویب قانون بازآموزی سعی بر آن دارد تا پزشکان و گروه پزشکی، دائماً طبابت خود را با علم روز تطبیق دهند.

هرچند قانون مزبور فقط دوران پنج ساله آزمایشی خود را پشت سر گذارده است و در نتیجه قطعاً نیاز به اصلاحات و تجدید نظرهایی در شیوه اجرا دارد، ولی وسیله بسیار ارزشمند و مناسبی برای هدایت جامعه پزشکی به طرف جامعه‌نگری و آشنایی هرچه بیشتر آنان با مسائل جامعه و استمداد از آنان برای حل مشکلات است. در مدت پنج سالی که از تصویب قانون گذشته است قانون به خوبی و در عین حال با سرعت به اجرا درآمد و در برخی از رشته‌ها اصول جامعه‌نگری هم تا حدودی رعایت شد که قطعاً نیازمند توجه خیلی بیشتری

است. از جمله اینکه باید تلاش کرد تا شیوه عملی آموزش مداوم را هم اصلاح کرد و حتی‌المقدور از روش سخنرانی کمتر استفاده نمود.

همچنین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌تواند از این فرصت طلایی استفاده نماید و پروتکل‌های درمانی را که از هر نظر مورد قبول هیأت‌های بوردهای تخصصی و وزارتخانه باشد از طریق آموزش مداوم به پزشکان ارائه و آموزش دهد و بر اجرای صحیح آنها نظارت کند.

کیفیت آموزش

همزمان با تلاش جهت افزایش تعداد دانشجویان گروه پزشکی، این نگرانی وجود داشت که گسترش دانشگاه‌های علوم پزشکی و افزایش کمی دانشجویان موجب افت کیفیت آموزش دانش‌پژوهان می‌شود. در نتیجه از بدو امر با وسواس به این موضوع پرداخته شد. تلاش شد تا به کلیه عوامل موثر بر کیفیت آموزش نظارت و رسیدگی شود. از بیمارستانهایی که توان آموزشی شدن داشتند، استفاده شد. تمهیدات لازم جهت تامین فضاها، امکانات، تجهیزات و نیروی انسانی مورد نیاز به کار گرفته شد.

وزارتخانه برای تجهیز بیمارستانهای کشور سرمایه‌گذاری ارزی هنگفتی نمود و در عین حال مقدمات ساخت تجهیزات و ملزومات پزشکی را در کشور فراهم کرد که در سالهای بعد به بار نشست و در نتیجه با سرمایه‌گذاری بسیار کمتر تعداد بیمارستانهای خیلی بیشتری در سرتاسر کشور به تجهیزات بسیار مدرن مجهز شدند. دانشجویان و کارورزان فرصت پیدا کردند تا همراه با اعضای هیات علمی در شبکه بهداشتی-درمانی هم حضور یابند که همین امر آموزش آنان را بیشتر به سمت جامعه‌نگری سوق داد. با به کارگیری تعداد بیشتری اعضای هیات علمی نسبت استاد به دانشجو کاملاً حفظ شده، یا مختصری بهبود یافته است.

با فراهم کردن امکان تاسیس دوره دستیاری به خصوص در چهار رشته اصلی زنان و زایمان، کودکان، داخلی و جراحی در دانشگاه‌های تازه تاسیس که در عین حال از شرایط لازم برخوردار بودند، گام دیگری جهت ارتقاء آموزش برداشته شد. همچنین با توسعه رشته‌های مختلف تخصصی در سطح دانشگاهها و نیز با ایجاد دوره فوق تخصص در کشور در نهایت، تاسیس ۲ رشته فوق تخصص، تعدادی از اعضای هیات علمی دانشگاهها با ادامه تحصیل در رشته‌های مزبور ارتقاء علمی پیدا کردند. از سوی دیگر علاوه بر ارزیابی‌ها و امتحانات متداول، با اعمال امتحانات جدیدی از قبیل امتحان جامع علوم پایه، امتحان جامع قبل از کارورزی، امتحان ورودی دستیاری، امتحانات ارتقاء سالیانه دستیاری، امتحان پره‌برد و امتحان خورد، دانشجویان و پزشکان را به طور مکرر در معرض محک‌های علمی قرار داد و

با برگزار کردن امتحانات مزبور به صورت ملی و سراسری علاوه بر اینکه امکان مقایسه‌های مکرر علمی بین دانشکده‌ها و دانشگاهها با یکدیگر فراهم شده است در ضمن از احتمال سقوط علمی یک یا تعدادی از دانشکده‌ها هم جلوگیری می‌شود. همچنین از طریق تاسیس مراکز توسعه آموزش در دانشگاهها، تاسیس و گسترش رشته‌های مختلف کارشناسی ارشد و Ph.D. در سطح دانشگاهها، توسعه اثر تحقیقات و جامعه‌نگری در سطح دانشگاهها، به تعالی و ارتقاء کیفیت آموزش در دانشگاهها کمک بیشتری شده است.

نکته دیگر پذیرش نسبتاً آسان تعداد قابل توجهی از فارغ‌التحصیلان کشور ما جهت طی دوره‌های تکمیلی و یا فرصت‌های مطالعاتی و ... در کشورهای صنعتی است. و باز نکته دیگر داوریهایی بسیار مثبت اساتید، کارشناسان و صاحب‌نظران خارجی در دیدارهای خود از کشور ما است. در عین حال به قضاوت اساتید زبده و ارزشمند دانشگاههای خودمان و از جمله و به خصوص اساتید محترمی که از طریق ماموریت‌های بین‌المللی امکان ارزیابی دانشگاههای داخل و خارج را داشته‌اند، وضع آموزش پزشکی در میهن اسلامی، قابل مقایسه با قبل از انقلاب نبوده، روز به روز هم ارتقاء کیفی بیشتری پیدا کرده است. البته تردیدی نیست که به وضع موجود نباید قانع بود بلکه دائماً باید برای بهبود کیفی آموزش گروه پزشکی و جامعه‌نگر کردن هر چه بیشتر آن کوشش کرد.

کاهش تعداد دانشجویان

همان طوری که قبلاً توضیح داده شد، برطبق محاسبات انجام شده لازم بود تعداد دانشجویان گروه پزشکی، به طور اعم، و پزشکی، به طور اخص، افزایش یابد و پس از چند سالی که دقیقاً محاسبه و مشخص شده بود به تدریج از تعداد دانشجویان کاسته شود تا در نهایت، آن تعداد دانشجوی پزشکی تربیت شوند که از یک سو پاسخگوی افزایش جمعیت کشور و از سوی دیگر ورود نیروی انسانی باشد که به همین ترتیب هم عمل شد. ولی به محض اقدام جهت کاهش پذیرش دانشجو و ابلاغ آن به سازمان سنجش بلافاصله بعضی از نمایندگان مجلس شورای اسلامی ضمن طرح سئوالی از وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در این ارتباط، با هر گونه کاهش به شدت مخالفت کردند. یک سال بعد هم آنگاه که وزارتخانه مجدداً تعداد کاهش یافته دانشجوی مورد نیاز خود را به سازمان سنجش ابلاغ کرد، مجلس شورای اسلامی بلافاصله با ارائه یک طرح دو فوریتی، اختیار تعیین تعداد دانشجویان پزشکی پذیرفته شده را از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی سلب نمود و تعداد پذیرش دانشجو را تا پنج سال دیگر تثبیت کرد. این امر مورد اعتراض وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار گرفت و طی جلساتی با کمیسیون بهداری و بهزیستی مجلس شورای اسلامی، قرار شد

نمایندگان مجلس پس از حدود یک سال طرحی ارائه داده و مصوبه قبلی را اصلاح کند. هرچند اقدامات فوق به منظور کاهش پذیرش دانشجو انجام شد ولی گویی کشور ما به دلیل اینکه سال‌های طولانی دچار کمبود پزشک بوده است به این امر عادت کرده، آنرا پذیرفته است. بعضی افراد انتظار دارند هر زمان که از دانشکده پزشکی فارغ‌التحصیل می‌شوند در هر نقطه از کشور که میل داشته باشند، استخدام شوند و طبیعتاً نقطه مورد تقاضایشان هم در بسیاری از اوقات تهران است. در گذشته به دلیل کمبود شدید پزشک و فراوانی بیمار، تقریباً همیشه پزشکان به شدت مشغول بودند و بدون اینکه تلاش زیادی جهت کسب رضایت و اعتماد بیماران لازم به نظر برسد، مراجعه به پزشک زیاد بود. در واقع، مردم عملاً چاره‌ای جز پذیرش آنچه اتفاق می‌افتاد نداشتند. ولی حالا تناسب بیشتری بین تعداد مراجعان و پزشکان ایجاد شده است و پزشکان باید با صرف وقت و دقت بیشتر و ارائه خدمات ارزنده‌تر رضایت مردم و مراجعه کنندگان را جلب کنند که نکته بسیار مثبتی است و در واقع، به دلیل دقت بیشتر پزشکان، شأن و احترام آنان هم اعتلا می‌یابد.

در حال حاضر انجام بعضی اقدامات توصیه می‌شود: یکی پیگیری مسأله کاهش دانشجو از طریق تصویب طرح جدیدی در مجلس شورای اسلامی برای خنثی کردن مصوبه قبلی؛ اقدام دوم که به مراتب از اولی مهمتر است تجدید نظر در مبلغ تعرفه‌های پزشکی و نحوه محاسبه آنها است. بدین معنا که در حال حاضر به دلیل ناچیز بودن مبلغ تعرفه‌های پزشکان مجبورند با کوتاه کردن طول مدت ویزیت و افزایش تعداد بیماران ویزیت شده از درآمد بیشتری برخوردار باشند که این روش در عمل خسارات جبران‌ناپذیری را متوجه بیماران می‌کند. چرا که، پزشکان برای تشخیص، درمان و آموزش بیماران فرصت کافی ندارند و لذا بیمار برای درمان بیماری خود غالباً مجبور است به دفعات مراجعه نماید و احتمالاً نتیجه مطلوبی هم نگیرد. پزشک هم از کار خود ناراضی است چرا که قادر نیست از تمام توان و علم خود، به دلیل محدودیت وقت، استفاده کند.

تعداد زیادی از بیماران مشکلات پیچیده‌تری دارند که جهت تشخیص مشکل آنان به فرصت بیشتری نیاز است و بسیاری از آنان نیازمند بحث و مشاوره دراز مدت هستند که به دلیل اعمال تعرفه‌های یکسان و ناچیز کنونی امکان ارائه چنین مشاوره‌هایی فراهم نمی‌شود. و لذا بسیاری از مشکلات مراجعان لاینحل مانده، بعضاً تشدید هم می‌شوند. توصیه می‌شود علاوه بر افزایش تعرفه‌های پزشکی - تا حدی که امکان ادامه زندگی شرافتمندانه را برای پزشکان فراهم کند- برای آن دسته از بیماریها و بیمارانی که نیازمند صرف وقت بیشتر و جلسات مشورتی طولانی‌تری هستند تعرفه متفاوتی در نظر گرفته شود.

مسأله دیگر اینکه در حال حاضر مراجعان تقریباً فقط برای دریافت خدمات تشخیصی-درمانی مراجعه می‌کنند؛ در حالی که، جهت تامین، حفظ و به خصوص ارتقاء سلامت جامعه لازم است عامه مردم در سنین مختلف برای معاینات ادواری مراجعه کنند که فواصل مراجعات طبیعتاً بستگی به سن و شرایط افراد دارد. دولت و شرکتهای بیمه باید برای این قبیل معاینات و ویزیت‌ها سرمایه‌گذاری کنند. چه این روش در مجموع و در انتها برای شرکت‌های بیمه و دولت صرفه‌جویی مادی به همراه دارد.

طبیعتاً برای این قبیل معاینات باید وقت بیشتری صرف شود و با عنایت به اینکه عامه مردم هم نیازمند آن هستند در عمل متوجه خواهیم شد که تعداد پزشکان موجود مطلقاً کفاف رفع این نیاز را نخواهد کرد. استفاده از این روش مراجعه، در جهان صنعتی کاملاً متداول است. پزشک در قبال سلامت مراجعان احساس مسئولیت بیشتری دارد. مشکلات و مسائل را با آموزش به مراجعان پیشگیری کرده، در صورت بروز با نخستین تظاهرات آنرا شناسایی و درمان می‌کند و طبیعتاً تشخیص و درمان بیماری‌ها در مراحل اولیه، هزینه فوق‌العاده کمتری را به بیماران تحمیل می‌کند و نتیجه درخشان‌تری در پی خواهد داشت.

شاید مناسبترین شیوه برای اینکه همه این مسائل را بتوان همزمان حل کرد آن است که تمام خانواده‌ها در کل کشور پزشکانش را به عنوان پزشک خانواده برای خود انتخاب نمایند که عمدتاً شامل پزشکان عمومی خواهند بود مگر در مورد خانواده‌هایی که تمایل داشته باشند متخصص داخلی و یا متخصص اطفال را برای خود و یا کودکان خود انتخاب کنند و اختلاف تعرفه پزشکان مزبور را شخصاً پردازند. آنگاه پزشکان مزبور مسئول سلامت خانواده‌های مزبور به حساب آمده، از آنان معاینات دوره‌ای به عمل می‌آورند. در زمان بیماری آنانرا تحت درمان قرار داده، در صورت ضرورت آنان را به پزشکان متخصص ارجاع می‌دهند. این شیوه ارائه خدمات از بعد اقتصادی هم مناسبتر بوده، همه پزشکان کشور را به کار می‌گیرد. چون بیماران حق تعویض پزشک را دارند، در نتیجه پزشک جهت جلب رضایت مراجعان تلاش خواهند کرد و مهمتر از همه آنکه، کلیه مردم پرونده سلامت خواهند داشت که نزد پزشک آنان است و در صورت تعویض پزشک، پرونده هم منتقل خواهد شد. در آغاز تصویب قانون بیمه همگانی خدمات درمانی، این روش ارائه خدمات به هیات دولت معرفی شد ولی متأسفانه در آن زمان به تصویب نرسید. البته دولت اجازه داد تا وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در دو، سه استان این روش را به اجرا گذارد تا در صورت قابل قبول بودن، آنرا به کل کشور تسری دهد.

مسائل رفاهی دانشجویان

به رغم اینکه تعداد دانشجویان گروه پزشکی نسبت به سالهای اول پیروزی انقلاب اسلامی تا چهار برابر افزایش یافته است، ولی دولت و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای ساختن دهها باب ساختمان به عنوان خوابگاههای دانشجویی و نیز خرید دهها باب ساختمان آماده و تبدیل آنها به خوابگاه سرمایه‌گذاری چشمگیری کرد تا بتواند پاسخگوی نیاز دانشجویان دختر و پسر در اقصی نقاط کشور باشد. هر چند در مورد تأمین خوابگاه برای دانشجویان متاهل نیز اقدامی انجام شده است ولی به دلیل محدودیت اعتبارات، مطلقاً پاسخگوی نیازهای دانشجویان متاهل نبوده‌ایم. با توجه به اینکه در نظام مقدس جمهوری اسلامی امر ازدواج به موقع موکداً توصیه می‌شود، لازم است که سرمایه‌گذاری قابل توجهی در زمینه خوابگاه دانشجویان متاهل به عمل آید. به خصوص اینکه آمار و ارقام و گزارشهای محرمانه سالهای اخیر نشان می‌دهد که تقریباً کلیه خلاف‌های اخلاقی و تخلفات از قوانین و مقررات دانشگاهی و کشوری مربوط به دانشجویان اعم از تخلفات ناچیز تا گناهان نابخشودنی توسط دانشجویان مجرد اتفاق افتاده است. قطعاً تأمین تعداد کافی خوابگاه برای دانشجویان متاهل می‌تواند کمک موثری باشد.

علاوه بر خوابگاه، انواع وامهای دانشجویی هم برای درصد قابل توجهی از دانشجویان تأمین شد، ولی باید اذعان کرد که مبلغ وامها اغلب بسیار ناچیز بوده، در رفع مشکلات دانشجویان نقش بسیار محدودی دارد. امید است که در این راستا هم بتوان گامهای شایسته‌تری برداشت. بدون تردید اگر بتوان از طریق تأمین خوابگاه برای دانشجویان متاهل و ارائه وامهایی که در واقع مشکل‌گشا باشند، از دغدغه‌های خطر دانشجویان کاست، آن گاه می‌توان امیدوار بود که آنان نیز همه وقت و هم خود را مصروف مطالعه و تحقیق و اعتلای وضع علمی خود و دانشگاه کرده، آینده درخشانتری را برای کشور تضمین کنند.

پژوهش

قبل از پیروزی انقلاب اسلامی و حتا طی سالهای اول پیروزی، تحقیقات در زمینه پزشکی در کشور ما از گستردگی زیادی برخوردار نبود و آنچه که انجام می‌شد اکثراً تکرار کارهای پژوهشی کشورهای دیگر بود. البته شاید این روند خیلی هم متفاوت از وضع کلی تحقیقات در سطح کشور نبود. ناگفته نماند که در عین حال به طور پراکنده کارهای پژوهشی ارزنده‌ای انجام می‌شد که نمونه آن پروژه بسیار ارزشمند تحقیقاتی بود که قبل از پیروزی انقلاب اسلامی در استان آذربایجان غربی صورت گرفت و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی پس از چندین سال با استفاده از تجارت مزبور، شبکه بهداشتی - درمانی کشور را طرح‌ریزی و پایه‌گذاری کرد.

احداث و گسترش شبکه مزبور منافع بی‌شماری را به همراه داشت، از جمله این که شبکه بهداشتی- درمانی کشور، جایگاه بسیار مناسبی برای آموزش پزشکی و رشته‌های وابسته و محمل بسیار گرانبها و در عین حال مقرون به صرفه‌ای برای ارائه خدمات در سطح کشور است. در واقع استفاده بهینه از این سیستم بود که به بهبود چشمگیر شاخص‌های بهداشتی کشور، کاهش شدید مرگ و میر و ارتقاء سلامت جامعه منجر شد و شعار عدالت اجتماعی در زمینه خدمات بهداشتی- درمانی را هم به معنی واقعی کلمه محقق نمود. در عین حال شبکه مزبور خود مخزن و منبع عظیمی از اطلاعات صحیح، دقیق و جدیدی است که زمینه را برای انجام کارهای بسیار گسترده تحقیقاتی به خصوص در زمینه سیستم تحقیقات سلامت (Health System Research) را فراهم کرده است. به عبارت دیگر انجام یک پروژه تحقیقاتی، حتا پس از سالها منافع گسترده‌ای را به همراه داشته است.

پیامد تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با ایجاد پست معاونت پژوهش، تلاشهای گسترده‌ای برای ترویج امر تحقیقات در زمینه سلامت در سطح کشور و به ویژه دانشگاهها به عمل آمد. در این راستا برگزاری کارگاههای روش تحقیق در سطح ملی و در دانشگاهها نقش ارزنده‌ای داشت. ایجاد مراکز تحقیقاتی هم بدون تردید در امر گسترش تحقیقات در سطح دانشگاهها نقش داشته است. قائل شدن امتیاز بیشتر برای پژوهش‌های مربوط به جنگ تحمیلی و نیز تحقیقات کاربردی و جامعه‌نگر موجب تقویت بیشتر پژوهش در این زمینه‌ها شده است. همچنین جدی‌تر تلقی نمودن مسأله ارتقاء مرتبه اعضای هیات علمی دانشگاهها و نیز افزایش دانشجویان دوره‌های کارشناسی ارشد و Ph.D، همه در افزایش تعداد پروژه‌ها و مقالات پژوهشی نقش داشته است. و به خصوص طی سالهای اخیر در واقع جهشی در تعداد مقالات تحقیقاتی پزشکی به چشم می‌خورد و شاید همین وضع

موجب شد تا علاوه بر افزایش تدریجی اعتبارات پژوهشی، کمبود اعتبارات هم به عنوان یکی از تنگناها مطرح شود. در گذشته علاوه بر اینکه اعتبارات تحقیقات در جای خود به مصرف نمی‌رسید، اعتبارات پژوهشی وزارتخانه در پایان سال، چه بسا به خزانه هم بازگشت داده می‌شد. ولی خوشبختانه به تدریج در مجموع اعتبارات پژوهشی وزارتخانه و دانشگاهها رشد فزاینده‌ای دیده شده و در مورد نحوه استفاده از اعتبارات هم صحیح‌تر عمل شده است.

هرچند اعتبارات مربوط به پژوهش و تعداد پروژه‌های تحقیقاتی روند رو به افزایش دارد ولی در عین حال، سرعت افزایش در حد مطلوب نمی‌باشد. تعداد پژوهشگران کشورمان و تعداد پروژه‌ها و مقالات تحقیقی و کیفیت کارهای تحقیقاتی و به ویژه تحقیقات مداخله‌ای با حد مطلوب فاصله بسیار زیادی دارد و تلاش بی‌وقفه‌ای را جهت اصلاح وضع موجود می‌طلبد.

حال که خوشبختانه نیروی انسانی پزشکی کشور کمبودهای شدید گذشته را پشت سر گذارده است باید وسیله‌ای فراهم کرد که تعداد چشمگیری از نیروی جوان تحصیل کرده در این رشته‌ها به پژوهش روی آورند و در عین حال زندگی آنان نیز از این طریق تامین شود. در حال حاضر درآمدهای طب خصوصی با درآمدی که پزشکان عضو هیات علمی و غیرهیات علمی از طریق آموزش و پژوهش کسب می‌کنند قابل قیاس نمی‌باشد و لذا عمده وقت و فرصت این گروه عظیم و ارزشمند صرف خدمات تشخیصی- درمانی خصوصی آنان شده، در نتیجه آموزش و پژوهش از ارتقاء و پیشرفت کافی برخوردار نیست.

