

## «سعید نمکی» سرپرست وزارت بهداشت شد

سعید نمکی به عنوان سرپرست وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی منصوب شد. به گزارش «ایلنا»، رئیس جمهور روز پنجشنبه با قدردانی از خدمات خالصانه و تلاش های صادقانه سید حسن قاضی زاده هاشمی وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی طی دولت‌های یازدهم و دوازدهم؛ به‌ویژه در اجرا و پیش‌برد طرح تحول سلامت، استعفا ی وی را پذیرفت و سرپرست جدیدی را برای این وزارتخانه منصوب کرد. متعاقبا حجت الاسلام حسن روحانی در حکمی، دکتر «سعید نمکی» را به عنوان سرپرست جدید این وزارتخانه منصوب کرد.

یکشنبه ● ۱۶ دی ۱۳۹۷ ● شماره صد و هشتاد و پنج

## مردم‌نسنه

برسهای در اندیشه‌ها و نظر یه‌ها

۰ ۱ ۲ ۳ ۴ ۵ ۶ ۷ ۸ ۹ ۱۰

پایان دانش کلینیکی و فتو گرافیک شدن رابطه پزشک با بیمار

# فناوری نباید رابطه پزشک و بیمار را قطع کند!



صورت، زبان پزشکی، معاینه با دست، دیدن اطلاعات تجربی و دانستن وضعیت کالبدی آدم‌ها بود و به این ترتیب پزشکی می‌توانست با انسان به‌معنای عام تعامل کرده و او را بشناسد و بیماری‌ها را بر اساس زبان جدیدی دسته‌بندی کند. این زبان در کلینیک‌هایی شناخته و توسط پزشکان جدید آموخته می‌شد و متخصصان پزشکی با زبانی که از هر بخش از بدن آموخته بودند با جسم و جان انسان‌ها تعامل کرده و آن را به تعادل باز می‌گردانند. اما امروز، این تعامل جای خود را بیشتر به رباتیزه کردن روابط داده است. پزشک دیگر بیش از آنکه به معاینه، تجربه و کالبدشناسی متکی باشد، به اطلاعاتی اکتفا می‌کند که آزمایشگاه‌ها و سونوگرافی‌ها در لحظه برایش تولید می‌کنند و به این طریق از مجموعه دانش کلینیکی خود اعتبارزدایی می‌کند تا بدن‌ها را همچون اجساد بی‌روح مورد تفتیش قرار داده و به نظام اطلاعاتی تصویری تبدیل کند. جامعه اطلاعاتی، بدن بیمار را به نظام پدیدار اطلاعات تصویری

تبدیل می‌کند تا به‌صورت روزمره در جای جسدهایی قرار گیرد که پیشتر هنگام مرگ مورد تشریح قرار داشته و سخن می‌گفتند. اینجا باید گفت این نظام اقتصادی است که تکنولوژی‌های خاص عکاسی را (سونوگرافی، ام‌آر‌آی و رادیوگرافی)، جایگزین زبان بالینی پزشکی می‌کند و به‌نوعی جای نظام معاینه بالینی و ارتباط چهره به چهره و زنده بین بیمار با اطبای قدیمی را گرفته است.

نظام اقتصادی، تکنولوژی را جایگزین لمس، آزمایش و دانش بدن می‌کند تا هر بار هزینه‌ای گزاف صرف تبدیل کردن بدن به تصویر کند؛ مضاف بر اینکه به طور کلی پزشکی را از محدوده ارتباط انسانی و تعامل میان فردی به ورطه ارتباط گرافیکی پزشک و بیمار می‌کشاند. در نتیجه، ارتباط در پزشکی امروز، دورتر از آن چیزی است که می‌تواند بین دو انسان صورت گیرد. پزشک و بیمار، دقیقا در کنار هم اما به‌شدت دور از هم قرار می‌گیرند.

## عدالت در سلامت، رویای فراموش شده

به ضرورت دسترسی عمومی و عادلانه به سلامت تاکید دارد، فاصله افتاد و نابرابری در سلامت به اشکال گوناگون سر‌بر‌آورد و تشدید شد. دولت، خصوصی‌سازی درمان و بعد بهداشت را گسترده‌تر از پیش کرد و به‌تدریج به اسم کاهش هزینه‌ها، تصدی‌گری خود را بر سلامت به حداقل ممکن رساند. البته در این میان، تناقض‌هایی هم در سیاست‌های سلامت مشاهده می‌شود، که مهم‌ترینش این است که با آنکه در طرح تحول سلامت بر حق عموم در دستیابی به سلامت‌تاکیدی می‌شود، ولی از طرف دیگر، ماشین خصوصی‌سازی با شتاب پیش می‌رود و آرمان عدالت در سلامت را زیر می‌گیرد. طرح تحول سلامت با آنکه با تبلیغاتی وسیع و دامنه‌دار به‌عنوان یک دستوراد معرفی می‌شود، اما هم‌زمان مشکلات موجود نادیده گرفته‌می‌شود که مثلاً تعداد اندک بیمارستان‌های دولتی و تخت‌های کم‌شمار و امکانات محدود کفای بیماران متقاضی خدمات دولتی که متاثر از شرایط سخت اقتصادی و تشدید فقر و نابرابری، تعدادشان در حال افزایش است را نمی‌دهد و خصوصی‌سازی در شرایطی ترویج و تقویت می‌شود که اکثریت بیماران توان پرداخت هزینه‌های بیمارستان‌های خصوصی را ندارند.

از طرفی در سیاستی که مبتنی بر کالانگاری سلامت است و سود حاصل از فروش خدمات سلامت در آن محوریت دارد، درمان بیش از پیش جایگاهی رفیع و ممتاز پیدا می‌کند و پیشگیری و بهداشت در گفتمان سلامت به حاشیه رانده شده و در عوض، مفهوم خودمراقبتی که سلامت را به فرد محول می‌کند، و گویا خوانشی جدید از همان دیدگاه لیبرال قرن نوزدهمی درباره سلامت و بیماری است، جایگزین آن می‌شود.

رئیس جمهور روز پنجشنبه با قدردانی از خدمات خالصانه و تلاش های صادقانه سید حسن قاضی زاده هاشمی وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی طی دولت‌های یازدهم و دوازدهم؛ به‌ویژه در اجرا و پیش‌برد طرح تحول سلامت، استعفا ی وی را پذیرفت و سرپرست جدیدی را برای این وزارتخانه منصوب کرد. متعاقبا حجت الاسلام



### کتینو | ۰۷

پزشک به بیان «رولان بارت»، در عین حضور بیمار، او را به بدنی بی‌جان تبدیل کرده و به‌صورت تصویری، فریز می‌کند تا آن را بخواند. اگرچه دانش فتوگرافیک می‌تواند اطلاعات زیادی در باره جسد زنده به‌دست دهد، اما با حذف کردن زبان کلینیکی، اطلاعات کم‌هزینه دیگری را به ارزانی از دست می‌دهد که می‌توانست از طریق معاینه، تجربه و کالبدشناسی به‌دست بیاید. روش‌های جدیدی که با استعمار زبان آکادمیک پزشکی آن را به حاشیه رانده و به تبع آن به استعمار بدن بیمار می‌انجامد. دستگاه‌های فتوگرافیک هر روز ساخته می‌شوند و با حذف زبان کلینیک، پزشکی به آن‌ها وابسته شده و هزینه‌های سرسام‌آوری را روی دست نظام درمانی می‌گذارد.

مسئله این نیست که بیماران نیاز به دستگاه‌های گرافیکی ندارند، بلکه مسئله این است که بیماران برای خرید پیوسته دستگاه‌های گرافیکی توسط پزشک یا توسط نظام اقتصادی تولیدکننده این دستگاه‌ها گاهی به‌طور مزورانه‌ای موظف به مراجعه به دستگاه‌های ام‌آر‌آی و سونوگرافی می‌شوند تا آن‌ها را کهنه کرده و نظام درمانی را برای خرید نسل‌های جدید آن، نیازمند کنند.

بدین صورت، سید مصرف بیماران از پزشکی به‌شدت کاهش می‌یابد. یا هزینه‌های رفاهی کیفیت زندگی جسمانی برای آنان گران تمام می‌شود، چرا که به‌جای تعامل با پزشک، هزینه قرائت تصویری را می‌دهند که از طرفی تولید تصویر بدن‌شان به قیمت گزاف برای آن‌ها در می‌آید، از طرف دیگر، خرید دستگاه‌های این چنین، جای تمام هزینه‌های توسعه رفاه‌درمانی جامعه را گرفته و نظام بهداشت و درمان را به‌جای تولید خدمات به مردم، به یک دور باطل برای تأمین منافع تولیدکنندگان دستگاه‌های تصویر برداری و تهیه عکس‌ها و فیلم‌های مختلف می‌کند. حال نکته حیاتی این است که لذت خوانش بصری اجساد زنده، جای روشنفکر مایی پزشکان صد سال قبل را گرفته و آنان را از جایگاه امدادگرانی برای بازگرداندن جان‌های بیمار به چرخه زندگی، به نقش تصویرپردازانی تبدیل کرده که طالع بیماران را در تصویرهای گزاف می‌بینند. با این وضعیت، تنها کسانی که روز‌به‌روز زنده‌تر می‌شوند، تولیدکنندگان دستگاه‌های عکس برداری درمانی هستند و فوکو باید برگردد و گرایش به جهان بی‌روح پزشکی در دیار ما را تماشا کند.

ارائه حداقل خدمات به بیماران چون مرحمتی سخاوتمندانه از جانب دولت به ملت، تلقی می‌شود، از این رو انتظار می‌رود بیماران توقعات خویش را کنترل و در مواجهه با کمبودها و ضعف‌ها دم‌برنیاورند، چون ارائه خدمت بیش از این در سیستم بهداشتی و درمانی‌ای که سودای سود دارد، مقذور و میسر نیست. بیمار فقیر در مواجهه با این سیستم مراقبت سلامت، بیش از همیشه مقهور قدرت پزشکی و سلطه ارائه‌دهندگان خدمات سلامت واقع می‌شود، فرصتی محدود دارد و از حق مشارکت در امر تشخیص و درمان هم خبری نیست، او هرکدام از این‌ها را که نپذیرد، ناگزیر باید راهی مراکز خصوصی شود که در آن‌ها حق در برابر پول تعریف شده و از آنجا که او توان پرداخت هزینه بیمارستان خصوصی را ندارد، بنابراین باید سکوت و اطاعت پیشه کند شاید موهبت سلامت به سوشب بازآید. نظام بهداشتی –درمانی که در آن سلامت یک امتیاز و کالایی قابل فروش پنداشته می‌شود، در واقع جان و سلامت جامعه را به گروگان گرفته تا منافع اقلیت تأمین شود. سخن آخر آنکه، نظام مراقبت سلامت ما اگر ادعایی در خصوص رعایت حقوق مردم دارد و اگر سوءتذیه، مسکن نامناسب و سطح بهداشت پایین احتمال بیماری‌شان هم بیشتر است و با دشاوژر شدن شرایط اقتصادی بر شمارشان افزوده می‌شود، قربانیان سیستمی هستند که در آن، عدالت در سلامت، چیزی بیش از رویایی فراموش شده و زینت‌بخش برخی محافل شبه‌علمی نیست. در چنین سیستمی که کمبودهای حوزه سلامت امری دائمی، مزمن، بغرنج و لاینحل شمرده و خصوصی‌سازی به‌عنوان تنها راه‌حل ممکن معرفی می‌شود،



«یادداشت»  
«زهراحضرتی»

### اهمیت سلامت زنان

زنان به‌عنوان نیمی از جامعه بشری در توسعه پایدار، نقشی محوری به‌عهده‌دارند، آمایی‌تردید حضور و مشارکت واقعی زنان در گرو توانمندی آن‌هاست و به‌عبارتی توانمندی زنان مقدمه لازم برای حضورشان در جریان توسعه است.با توجه به آسیب‌پذیری زنان در روند بهداشت باروری (دوران بارداری، دوران بعد از باروری و دوران یائسگی) و عوارض ناشی از فقدان خدمات مطلوب و سریع، نقش مؤلفه‌های رفاه اجتماعی می‌تواند بستر آramش را برای این گونه زنان و خانواده‌های آنان فراهم کند و توانمندی این قشر عظیم را در مقابل آسیب‌های جسمی و روحی به‌ویژه سلامت بهداشت باروری در سطح خانواده‌ها تأمین کند. همه گروه‌های زنان، از دختران تا زنان میانسال و سالمند، نیازمند حمایت جدی برای ارتقای همه‌جانبه کیفیت زندگی و سلامت هستند. در خصوص نقش و اهمیت سلامت زنان به‌د نکته مهم باید اشاره کرد.اهمیت نقش زنان در سلامت خانواده و جامعه و همچنین اهمیت سلامت این قشر. در خصوص نکته اول، رشد حضور اجتماعی زنان در سال‌های پس از پیروزی انقلاب، به‌کارگیری نیروهای زن در سطوح مختلف تخصصی (به‌خصوص برای بهداشت وسلامت جامعه) قابل تأمل است و یکی از افتخارات جمهوری اسلامی ایران درگیرکردن زنان در نظام سلامت است. حضور پزشکان زن در صحنه‌های جنگ و بحران و بلاای طبیعی، اثباتی بر شجاعت آنان در قبول مسئولیت‌های اجتماعی است. زنان تضمین کننده سلامت خانواده هستند. آن‌ها به‌طور معمول، مدیریت کودکان گرفته تا تغذیه نوجوانان و کاستن از استرس‌های بزرگ‌ترها و ارائه خدمات به سالمندان را به‌عهده‌دارند.بخش سلامت‌تذئیه از مزرعه‌تاسفره نیز معمولاً عرصه تصمیم‌گیری بانوان است. از طرف دیگر، آثار نامطلوب بیماری و مرگ‌ومیر مادر به سلامت اعضای خانواده غیرقابل چشم‌پوشی است.زنان به‌عنوان مادر در خانواده، محور سلامت خانواده‌اند و مرگ‌ومیر، ناتوانی و رفتارهای آن‌ها، همه ابعاد سلامت خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهد. از جمله این موارد می‌توان تاثیر خطرات تهدیدکننده سلامت مادران به سلامت سایر گروه‌های سنی در خانواده را نام برد؛ انتقال بیماری از مادر به جنین، اثر سوءتذیه و دیابت و فشارخون مادر بر جنین، اثر استعمال دخانیات بر سلامت جنین و سایر افراد خانواده و .... به‌علاوه با توجه به یادگیری رفتار در خانواده و نقش مادران در شبکه یادگیری اجتماعی، آثار رفتارهای زنان و مادران بر جنبه‌های مختلف سلامت و بیماری و تأثیر آن در فرهنگ رفتاری همه اعضای خانواده

بر هیچ کس پوشیده نیست، همچنین بررسی‌ها نشان داده‌ترخ مرگ‌ومیر کودکانی که مادرشان را از دست داده‌اند، افزایش قابل توجهی داشته است. افزایش مواردی مثل کودکان کار و کاهش تحصیل در فرزندان مادر از دست داده نیز از سایر آثار نامطلوب مرگ مادر است. مرگ مادر نه فقط به دلایل مرتبط با بارداری و زایمان، بلکه‌به دلایل دیگر نیز به‌برای خانواده‌فاجعه‌آمیز است و در تمامی ابعاد، دردناک و جبران‌ناپذیر است. طبق بررسی انجام‌شده در کشور، بیماری‌های قلبی و عروقی و بیماری‌های عروقی منفرد و همه عوامل خطر ساز و زمینه‌ای که به آن‌ها منجر می‌شوند مانند دیابت، فشارخون و چاقی از اولویت ویژه‌ای در سلامت زنان برخوردارند. اگرچه مرگ‌ومیر زنان در بعضی از گروه‌های سنی کمتر از مردان است، اما بر اساس بررسی ملی‌با بیماری‌ها، زنان در مقایسه با مردان آسیب‌پذیرترند و ناتوانی‌های ناشی از بیماری‌های مزمن در آن‌ها به مراتب بیشتر از مردان است. مرگ‌ومیر مادران به علت بارداری و زایمان نیز از علل مهم مرگ‌ومیر زنان است که نمی‌توان به‌سادگی از آن گذشت. بارداری‌های ناخواسته، بارداری‌های پرخطر، عدمبرخورداری از مراقبت‌های شش‌گانه دوران بارداری وزایمان غیرارغین از علل مرگ‌ومیر زنان هستند که باید از آن‌ها پیشگیری کرد. همچنین سرطان‌ها از علل اصلی مرگ‌ومیر زنان هستند. در ایران بار اصلی سرطان‌ها در زنان، مربوط به سرطان پستان است.

دانشجوی دکترای جامعه‌شناسی