



MHJ

مجله تاریخ پزشکی

دوره دوازدهم، شماره چهل و چهارم، پاییز ۱۳۹۹

Journal Homepage: <http://journals.sbmu.ac.ir/mh>



مقاله پژوهشی

تحولات اجتماعی نظام سلامت ایران در طی دوران انقلاب اسلامی

کامران محلوجی^۱، شهناز حقی آق قلعه^۲، مه‌سایما عبدلی^۳، فروزان اکرمی^{۴*}

۱. کارشناس ارشد تاریخ پزشکی، گروه تاریخ پزشکی، دانشکده طب ایرانی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۲. کارشناس، معاونت حقوقی، مجلس و امور استان‌ها، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران.

۳. کارشناس ارشد تاریخ پزشکی، مؤسسه مطالعات تاریخ پزشکی، طب اسلامی و مکمل، دانشکده طب ایرانی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

۴. پژوهشگر پسادکتری، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: مطالعه روند تحولات اجتماعی نظام سلامت در جامعه ایران، از دوران انقلاب اسلامی تاکنون، می‌تواند گامی آغازین در تحلیل واکنش‌های مردم به امر بیماری، درمان، خود بیمارانگاری و فرایند پزشکی‌زدگی محسوب گردد. به همین دلیل در این مطالعه ضمن تشریح هر دوره، ابتدا به وضعیت پزشکی در آن دوره اشاره نموده و در مرحله بعد واکنش بیماران را به پزشکی و گرایش عمومی به سلامت و انتخاب درمانگر و رویکرد درمانی مورد تحلیل قرار می‌دهیم.

مواد و روش‌ها: در این پژوهش علوم اجتماعی، از روش کتابخانه‌ای برای مطالعه و تحلیل متون بهره گرفته شد. برای این کار علاوه بر جستجوی دستی اسناد و متون، از جستجوی اینترنتی هدفمند در پایگاه‌های داخلی SID، Irandoc، Noormags و نیز موتور جستجوی Google Scholar استفاده شد.

یافته‌ها: با توجه به شرایط حاکم بر نظام بهداشت و درمان کشور می‌توان فرایند مراقبتی سلامت کشور را به چهار دوره مشخص: ۱- کمبود؛ ۲- پزشکی مجلل؛ ۳- توسعه بهداشت عمومی؛ ۴- دوره تحقق هویت طب سنتی تقسیم‌بندی نمود. این فرایند در کشور ایران یک واقعه جامعه‌شناسی منحصر به فرد تلقی می‌شود.

ملاحظات اخلاقی: صداقت و امانتداری در گزارش و استناد به متون رعایت گردید.

نتیجه‌گیری: هرچند گرایش‌های پدسالارانه نظام سلامت در دولت یازدهم کاهش یافته و مسئولین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی سعی نموده‌اند تا چهره پاسخگویی از خود ارائه نمایند، اما به نظر می‌رسد جریان سلامت کشور در مسیری دیگری در حال تحقق است. تحلیل گرایش‌ها و واکنش‌های عموم به این چهار دوره می‌تواند در اصلاح ساختار نظام سلامت و عدالت در سلامت نقش چشم‌گیری داشته باشد.

اطلاعات مقاله

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۳/۱۰

تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۶/۱۴

تاریخ انتشار: ۹۹/۰۸/۲۵

واژگان کلیدی:

تحول اجتماعی

نظام سلامت

گرایش عموم

عدالت

انقلاب اسلامی

ایران

* نویسنده مسؤول: فروزان اکرمی

آدرس پستی: مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق

پزشکی، بن‌بست شمس، رو به روی خیابان توانیر،

خیابان ولیعصر، تهران، ایران.

پست الکترونیک:

froozan_akrami@yahoo.com

۱. مقدمه

رویه‌های پزشکی و انتخاب درمانگر و شیوه درمانی را به عنوان عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت مورد بررسی قرار می‌دهیم.

۲. ملاحظات اخلاقی

صداقت و امانتداری در گزارش و استناد به متون رعایت گردید.

۳. مواد و روش‌ها

در این مطالعه مروری، به دلیل نوع مطالعه به عنوان یک پژوهش علوم اجتماعی، از روش کتابخانه‌ای برای مطالعه و تحلیل متون بهره گرفته شد. برای این کار علاوه بر جستجوی دستی اسناد و متون، از جستجوی اینترنتی هدفمند در پایگاه‌های داخلی Noormags، Irandoc، SID و نیز موتور جستجوی Google Scholar استفاده شد.

۴. یافته‌ها

مطالعه روند تحولات نظام سلامت در جامعه ایران از دوران انقلاب اسلامی تاکنون، نشان می‌دهد که با توجه به شرایط حاکم بر نظام بهداشت و درمان کشور، می‌توان تغییرات نظام سلامت کشور را به چهار دوره مشخص: ۱- کمبود؛ ۲- پزشکی مجلل؛ ۳- توسعه بهداشت عمومی؛ ۴- دوره تحقق هویت طب سنتی تقسیم‌بندی نمود. این فرایند در کشور ایران یک واقعه جامعه‌شناسی منحصر به فرد تلقی می‌شود و واکنش‌هایی که مردم به این چهار دوره نشان داده‌اند، می‌تواند در تحلیل و اصلاح ساختار درمانی کشور و عدالت در سلامت نقش چشم‌گیری داشته باشد، لذا پس از تبیین مبانی مطالعه، به تفصیل درباره هر دوره شرح داده خواهد.

۴-۱. **مبانی مطالعه:** نابرابری در دسترسی به مراقبت‌های سلامت و بیمه‌های درمانی، به همراه افزایش هزینه‌های درمانی، مباحثاتی را درباره اقتضائات عدالت اجتماعی در کشورهای مختلف مطرح کرده است، ولی آیا نابرابری در دسترسی به مراقبت‌های سلامت یکی از مسائل جدی عدالت

مجموعه تحولات اجتماعی جامعه ایران حاکی از یک جامعه سیال، پویا و در حال تحول است؛ در هیچ یک از کشورهای جهان سرعت تغییر و تحولات اجتماعی در دهه‌های اخیر مشابه به ایران نبوده است. این تغییرات نظام سلامت و عدالت اجتماعی را متأثر می‌سازد. در دهه اخیر به دلیل رشد و گسترش ارتباطات و شبکه‌های اجتماعی با تحولات بیشتری مواجه هستیم. از یکسو این تحول می‌تواند یک تهدید برای نظام سلامت باشد و از سوی دیگر یک فرصت برای ارتقای سواد سلامت جامعه، مشارکت مردم، فعالیت‌های اجتماعی و ارتقای نظام سلامت محسوب می‌گردد.

سبک زندگی در دوران مدرن شکل‌دهنده هویت شخصی و اجتماعی افراد است. سبک زندگی متأثر از عوامل اجتماعی و محیطی و عاملیت فردی است. تأثیر این عوامل منجر به حرکت هرچه بیشتر جامعه از سبک زندگی روستایی و سنتی به سمت و سوی سبک زندگی شهری و مدرن شده است. همچنین سواد سلامت به عنوان شاخصی مهم و حیاتی بر وضعیت سلامت جامعه تأثیر می‌گذارد. مطالعات نشان داده‌اند که هرچه سبک زندگی افراد به سوی سلامت‌محوری سوق پیدا می‌کند، سلامت اجتماعی آنان نیز بالاتر خواهد بود (۱). مطالعات انجام‌شده حاکی از تمایل عموم برای خودمراقبتی و مشارکت در سلامت خود است. بنابراین توجه به گرایش عمومی برای دستیابی به هدف عدالت در سلامت ضرورت دارد (۲).

مطالعه روند تحولات نظام سلامت در جامعه ایران از دوران انقلاب اسلامی تاکنون، می‌تواند گامی آغازین در تحلیل واکنش‌های مردم به امر بیماری، درمان، خودبیمارانگاری و فرایند پزشکی‌گرایی (Medicalization) محسوب گردد. به همین دلیل در این مطالعه ضمن تشریح هر دوره، ابتدا به وضعیت بهداشت و پزشکی در آن دوره اشاره نموده و در مرحله بعد گرایش عموم به سلامت، واکنش بیماران به

حدی افزایش یافته است که مردم بسیاری از کشورها به منظور درمان به ایران سفر می‌کنند تا تحت نظر پزشکان ایرانی به مداوا و درمان بیماری خود بپردازند (۴).

رخداد جنگ تحمیلی و پشتیبانی کادر درمان از رزمندگان، به این کمبود دامن زد. در بخش دارو وضعیت کمی سخت‌تر بود، کمبود تجهیزات پزشکی کاملاً مشهود بود. بازار سیاه دارو به شدت گسترش یافت و داروهای قاچاق، تاریخ مصرف گذشته و یا تقلبی موجب کاهش اعتماد عمومی شد. به همین دلیل، مراکزی مانند جهادسازندگی و هلال احمر سعی در توزیع بهینه مختصر ذخیره دارویی کشور نمودند که تا حد زیادی در این امر موفق بودند. خاطرات نهادهای مردمی در این دوران لبریز از همکاری‌های داوطلبانه مردم برای تحویل دارو به مراکز مردمی برای ارسال به جبهه و مناطق نیازمند کشور بود.

ارزش‌های شهادت‌طلبانه، شکل جدیدی از خودمراقبتی را در جامعه محقق کرده بود، به طوری که ارزش‌های اخلاقی و معنوی از اولویت بیشتری برخوردار شده بودند. کمبود دارو و بسیاری از اقلام سبب مشارکت مردم و ارتقای سطح خود مراقبتی آنان به دلیل کاهش نیازهای اولیه آنان شد. میشل فوکو در واکنش اجتماعی مردم در دوران سختی می‌گوید (۵): «مصیبت... با حضور خود باعث مهربانی و شفقت می‌شود و در قلب انسان نیاز به تسلی و دلداری همراه با توده وجود دارد و مراقبت‌هایی که به مردم فقیر (نیازمند به خدمات) در خانه‌هایشان داده می‌شود، استفاده صحیح از کمک‌های فراوانی است که افراد خیر اهدا کرده‌اند. اگر افراد فقیر به بیمارستان برده شوند، آن‌ها از تمام این منابع محروم می‌شوند...»

عوامل جهت‌دهنده سرمایه اجتماعی در دوران دفاع مقدس... مصطفی کریمی نیز در مطالعه بررسی نقش و تحولات سرمایه اجتماعی جامعه ایران در دوران دفاع مقدس، به افزایش سرمایه اجتماعی در دوران دفاع مقدس اشاره نموده و امکان رصد نشانه‌های آن در حوزه سلامت را خاطر نشان ساخته است (۶). او می‌نویسد: «در زمان جنگ به دلیل موقعیت بحرانی و بسترهای اجتماعی و فرهنگی و مذهبی جامعه ایران، نفی

است؟ به عنوان مثال، آیا همه گروه‌های سنی باید دسترسی یکسانی به منابع و تسهیلات سلامت داشته باشند؟ آیا دسترسی عموم به خدمات مختلف بهداشتی و درمانی می‌بایست فراهم گردد؟ در تلاش برای پاسخ به این قبیل سؤالات با نوعی عدم قطعیت درباره نحوه سازگار کردن اهدافی همچون دسترسی برابر به مراقبت‌های سلامت، آزادی‌گزینش برنامه سلامت، ارتقای سطح بهداشت، اقتصاد مبتنی بر بازار آزاد، کفایت اجتماعی و دولت خیرخواه مواجه می‌شویم (۳). بر این اساس، مرور و تحلیل تحولات اجتماعی در دوره‌های مختلف پس از انقلاب اسلامی می‌تواند وضعیت دسترسی عموم به مراقبت‌های سلامت، استقلال عمومی و آزادی‌گزینش برنامه‌های سلامت و سطح بهداشت و سلامت جامعه را به تصویر بکشد.

۲-۴. دوره‌های تغییر نظام بهداشت و درمان کشور: توجه به شرایط حاکم بر نظام بهداشت و درمان کشور، می‌تواند تغییرات نظام سلامت کشور را به چهار دوره مشخص تقسیم نمود که به تفصیل درباره هر یک توضیح داده خواهد شد.

۱-۲-۴. دوران کمبود: در دوران قبل از انقلاب اسلامی، تعداد محدودی پزشک برای جمعیت ۳۶ میلیونی ایران وجود داشت و روستاهای کشور تنها با ۱۵۰۰ مرکز بهداشتی درمانی روستایی از کمبود پزشک و سایر گروه‌های پزشکی رنج می‌برد. تعداد پزشکان موجود در کشور اعم از پزشک عمومی و متخصصین رشته‌های مختلف در سال ۱۳۵۷ حدود ۱۴ هزار نفر بود، این در حالی است که بخش قابل توجهی از این رقم شامل پزشکان خارجی و بیگانه می‌شد. با این حساب به ازای هر ده هزار نفر، حدود ۹/۳ پزشک وجود داشت. بر اساس گزارش بانک جهانی، شاخص پزشک به جمعیت در دوره پس از پیروزی انقلاب ۶ برابر بهبود یافته است. کشور ایران در سال ۱۳۵۶ با ۳۳ میلیون جمعیت، نیازمند ورود پزشک خارجی از سایر کشورها بوده است، اما هم‌اکنون با جمعیتی بیش از دو برابر و به تبع آن و نیاز بیشتر به پزشک، با رشد تعداد پزشکان در کشور مواجهه است. همچنین کیفیت خدمات تخصصی به

سرمایه اجتماعی و تغییر الگوی رابطه درمانگران و توده مردم فراهم آوردند: ۱- ساختار پزشکی ایران متناسب با سیاست‌های دولت وقت که از مدل اقتصادی بازار آزاد تبعیت می‌کرد (۸)، گام‌های اولیه جدی در زمینه خصوصی‌سازی بخش درمان را به سمت اشرافی‌گرایی، هزینه‌های غیر ضروری و مطب‌های مجلل برداشت. در یک اقتصاد بازار آزاد، تولیدکنندگان و مصرف‌کنندگان درباره آنچه که تولید یا خریداری می‌کنند، خود تصمیم می‌گیرند، در مقابل در اقتصاد سلامت، دولت درباره نوع و کمیت کالاهای تولیدشده تصمیم‌گیری می‌کند که این امر با توجه به اهمیت اخلاقی حوزه سلامت ضرورت دارد. از طرف دیگر قوانین مالیاتی ایران این امکان را فراهم آورد که پزشکان شاغل در خارج از کشور که مجبور بودند متناسب با بالارفتن درآمدها، مالیات بیشتری بپردازند، بتوانند به ایران بازگشته و کسب درآمد نمایند، بدون اینکه نیازی به پرداخت مالیات پلکانی که در کشورهای اروپایی و آمریکایی رایج بود، داشته باشند. به همین دلیل تعداد پزشکانی که سالیانه چند ماه را برای درمان بیماران به کشور می‌آمدند، فزونی گرفت. برنامه‌های اول و دوم توسعه، سیاست ضد جمعیتی داشت و این دیدگاه همیشه مورد نقد اجتماعی بود و عواقب سوء آن موجب شد در سال ۳۱ رسماً از دستور کار دولت خارج شوند. در این بین سیاست خودگردانی بیمارستان‌ها شاید آخرین صدمه را به اعتماد مردم به مراکز دولتی وارد کرد و تحقیقات متعددی در این زمینه صورت گرفت که همگی تأییدکننده تأثیرات منفی سیاست خودگردانی بخش‌های دولتی در حوزه درمان بود (۹).

ارتباط مطلوب بین بیمار و پزشک در این دوران رو به کاستی گذاشت. دوران حرکت مردم از پزشکان عمومی به سمت متخصصان در دوران غلبه پزشکی تحمل‌گرا رخ داد، البته در درون خود موج متفاوتی را نیز شکل داد. توجه پزشکان به گرایش‌های طب سنتی و حجامت از همین دوران به عنوان یک جریان متمایز در حال شکل‌گیری بود. پزشکان عمومی رو به

گرایش‌های فردگرایانه و ترویج روحیه جمع‌گرایی و درهم تنیدگی روابط اجتماعی، بافت اجتماعی جامعه ایران دستخوش تغییر شد.»

همچنین افزایش تحرک اجتماعی پس از جنگ تحمیلی را می‌توان ناشی از جوانی جمعیت، گسترش شهرنشینی و ارتباطات و افزایش آموزش و سطح سواد دانست. موارد زیر از ویژگی‌های عمده این دوران محسوب می‌گردد:

- تمرکز درمان در خانواده‌ها و نهادهای اجتماعی و نیمه‌دولتی.
- افزایش سرمایه اجتماعی در حوزه خودمراقبتی.
- افزایش سرمایه اجتماعی در حوزه اعتماد به کادر درمان مراکز دولتی.

- کاهش درخواست درمان در سطح حداقل.

- کاهش اعتماد به شبکه‌های غیر دولتی در امر درمان مگر از سر اجبار.

۲-۲-۴. دوران تحمل‌گرایی و ظهور پزشکی مجلل: بعد از اتمام جنگ تحمیلی، دانشگاه آزاد اسلامی (تأسیس ۱۳۶۱ ش.) اولین فارغ‌التحصیلان رشته پزشکی خود را روانه عرصه سلامت و درمان نمود. از طرف دیگر دولت که با کمبود پزشک و متخصص رو به رو بود و تعداد زیادی جانباز از عواقب جنگ تحمیلی را می‌بایست پوشش می‌داد، سعی کرد با مقرر کردن تسهیلات ویژه‌ای برای پزشکان خارج از کشور آنان را به کشور بازگرداند. یکی از اهداف این تصمیم جلوگیری از خروج مقدار زیادی ارز از کشور برای هزینه‌های درمانی بود، البته نمی‌توان به طور قطع درباره موفقیت این طرح نظر داد، چراکه نظاره‌گر کاهش چشم‌گیر مراجعات به خارج از کشور برای درمان از سال ۱۳۸۰ بوده‌ایم (۷)، اما ورود این متخصصان به کشور برخی عوارض اجتماعی را نیز به همراه داشت. متخصصینی که با پوشش و فرهنگ کشورهای اروپایی و آمریکایی سازگار شده بودند و با پوشش متعارف جامعه ایران پس از جنگ چندان سازگاری نداشتند، نمود بارز جریانی شدند که از آنان با عنوان نمایندگان پزشکی تحمل‌گرا یاد می‌کنیم. به طور کلی چهار عامل بستر را برای تجلی پزشکی تحمل‌گرا در کشور و کاهش

کرد و برنامه‌های بهداشتی فراوانی در کشور تولید شد. شرکت‌های دارویی توجه ویژه‌ای به ایران معطوف داشتند و میزان مصرف دارو در کشور در این زمان، به بالاترین مصرف سرانه دارو در جهان نزدیک شد. مطالعات نشان می‌دهد که درمان علامتی بیماری‌ها، اهمیت‌دادن به بیماری و بار مالی ناشی از پرداخت ویزیت به پزشک از علل مهم تأثیرگذار بر رفتار مصرف خودسرانه دارو است، البته عوامل اجتماعی و اقتصادی نظیر سطح سواد، شغل و منطقه سکونت نیز بر این رفتار مؤثرند (۱۱).

۴-۲-۴. دوره بازگشت به هویت خویشتن و تحقق طب سنتی: بعد از تثبیت بهداشت در عرصه سلامت، گرایش به خودمراقبتی در کشور با اقبال فراوانی رو به رو شده و مشارکت مردم در سلامت در کشور شکل تازه‌ای به خود گرفت، از دلایل این اقبال می‌توان به موارد زیر اشاره کرد (۲):

- تغییر در الگوی بیماریها از حاد به مزمن.

- تغییر دیدگاه از درمان قطعی (cure) به مراقبت (care).

- افزایش ناراضیاتی حاصل از توسعه فناوری و غیر شخصی شدن مراقبت‌های پزشکی.

- رشد دانش افراد غیر متخصص.

- تمایل به اعمال کنترل شخصی در مسائل بهداشتی و در همکاری با متخصصین.

- نیاز به کنترل هزینه‌های مراقبت از خود.

این اقبال توسط چند گروه از افراد رصد شد و هر کدام از این گروه‌ها فراخور نیاز و دیدگاهشان با موضوع خودمراقبتی، نظام‌های درمانی و الگوهای جایگزین طبی رو به رو شدند. رویکرد خود مراقبتی، هرچند ریشه‌ای قدیمی‌تر داشت، ولی بروز آن در این زمان تحقق یافت. گرایش «ضد تکنوکراتی» که در انتخابات سال ۱۳۸۴ بروز کرد، به این موضوع دامن زد. از نظر هانتینگتون، تحولات عمیق اجتماعی در جوامعی رخ می‌دهد که جامعه شاهد افزایش مشارکت و بسیج سیاسی گروه‌هایی است که پیش‌تر از صحنه سیاست خارج بوده‌اند و از سوی دیگر فاقد نهادهای سیاسی لازم برای جذب این

خدمات متمایزی آوردند که منجر به تحول روش‌های درمان در دهه‌های بعدی شد.

۴-۲-۳. دوران توسعه بهداشت در کشور: جریان گسترش بهداشت از زمان برنامه اول توسعه آغاز شد، اما تحقق محسوس آن در سال‌های ۱۳۸۰ به بعد مشاهده شد. طرح‌های واکسیناسیون فلج اطفال و طرح‌های عمومی بهداشت در این دوران توسعه یافت. بزرگ‌ترین دستاورد گسترش بهداشت که حجم زیادی از نیازهای بیماران را در سطح ملی پوشش می‌دهد، ناشی از تحقق طرح‌های عظیم ملی است که توانست اعتماد جامعه را که در دوران قبل کاهش یافته بود، یک گام به جلو ببرد، اما ورود فراگیر تجهیزات پزشکی گران‌قیمت به کشور، بدون تأثیر از امواج امتداد یافته مدل پزشکی تحمل‌گرا نبود. همچنین مصرف سرانه دارو در کشور افزایش یافت. آمارها نشان می‌دهد که ورود مواد اولیه به کشور در این دوران افزایش چشم‌گیری پیدا کرد (۷).

بعد از انقلاب اسلامی میزان مشارکت مردم در سرنوشت خود توسعه چشم‌گیری یافت. توسعه رسانه‌ها ایفای نقش ملموس انواع شبکه‌های اجتماعی مجازی، طی سال‌های اخیر در ایران، تأثیر آن بر افزایش سرعت تحول اجتماعی را مطرح نموده است. در مطالعه‌ای که با هدف بررسی نقش رسانه‌ها در تحول سبک زندگی روستاییان انجام شد، ۴/۴۴ درصد از پاسخگویان سطح سلامت اجتماعی خود را در سطح بالا ارزیابی کرده‌اند. همچنین یافته‌های این مطالعه نشان داد که میانگین تماشای تلویزیون در میان پاسخگویان ۴ ساعت و ۲۰ دقیقه در روز بود. مطالعات انجام‌شده نشان می‌دهد که سه کارکرد «توسعه قابلیت‌های نظارتی، هم‌گرایی ارتباطات اجتماعی و ارزش‌سازی وایبر و تلگرام» بر شش مؤلفه از هشت مؤلفه فرهنگ سیاسی کاربران دانشگاهی در ایران مؤثر بوده است (۱۰). از طرف دیگر، در نظام مدرن می‌بایست رسانه در اختیار سلامت نیز قرار گیرد. از این رو شاهد انتشار اولین هفته‌نامه‌های تخصصی سلامت با تبلیغات گسترده دارویی که حجم اصلی صفحات مجله‌ها را تشکیل می‌داد، بودیم. زمزمه‌های شبکه سلامت بروز

روان‌شناسی، سرطان‌شناسی، سالمندشناسی، سم‌زدایی و طب سوزنی متمرکز است. دانش‌آموزان جدید می‌توانند به طور مستقیم این برنامه را انتخاب کنند یا اینکه به صورت یک دوره تحصیلات تکمیلی ۲ ساله پس از دریافت دیپلم طب سوزنی و طب شرقی، برای شرکت در این برنامه اقدام کنند، اما این مدل به دلیل عدم موافقت وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، در ایران اجرا نشد و طب سنتی - ایرانی در غالب دکترای تخصصی محقق گردید (۱۲).

از طرف دیگر مقابله با تقاضای القایی عرضه‌کنندگان خدمات سلامت که در اصل هدایت بیمار به سمت دریافت خدمات غیر ضروری و پرهزینه است، از هزینه‌های دارویی گرفته تا جراحی‌های غیر ضروری، بخش زیادی از منابع کشور را که می‌توانست صرف بهبود وضعیت سلامت جامعه شود، به سمت هزینه‌های غیر ضروری معطوف نمود. تقاضای القایی که بخش زیادی از منابع را نابود می‌کند، از اختلاف سطح دانش بیمار و درمانگر ناشی می‌شود، رسانه‌های همگانی می‌توانند برنامه‌های آموزشی هدفمند را برای پرکردن این خلأ تنظیم و ارائه نمایند. پزشکی‌زدگی به معنای «ورود و درمان موضوعات غیر پزشکی به حوزه پزشکی» و الزام برای مراجعه به متخصص که به طور مداوم در رسانه‌ها تکرار می‌شود (۱۳)، این سؤال را برای سیاستگذاران سلامت مطرح می‌سازد که هدایت هجوم افرادی که داشتن زمینه بیماری به آن‌ها القا شده است، به سمت متخصصین، بسیار پرهزینه‌تر از طرح‌ریزی و اجرای برنامه‌هایی است که زمینه کنترل عوامل خطر، بروز سرطان و بیماری‌های مزمن را در کشور کاهش می‌دهد و دیدگاه تک بعدی طب مدرن به جای دیدگاه کل‌نگر همچنان به این مسأله دامن می‌زند.

۳-۴-۲-۴. گرایش عموم مردم: محققین عقیده دارند که ارتقای سلامت عمومی و دستیابی به عدالت در سلامت مستلزم در نظر قراردادن گرایش عمومی است. در این میان پدیدارشدن سبک خودمراقبتی تدافعی بر پزشکی‌زدگی، تمایل مردم به مشارکت برای مراقبت از خود و رویکرد آنان به طب

مشارکت هستند. اصولاً در این جوامع «نوسازی سیاسی» رخ داده است، اما «توسعه سیاسی» هنوز واقع نشده است. در این مشارکت، فرهیختگان جامعه، مدیران اجرایی و توده مردم سهیم بودند.

۱-۴-۲-۴. نقش محققین و فرهیختگان: فرهیختگان، طب سنتی را به عنوان یک طب همسو با نیازهای فرهنگی و عمومی به شرح زیر به جامعه معرفی نمودند. مثلث دکتر علی‌اکبر ولایتی، دکتر باقر لاریجانی و محمدرضا شمس اردکانی توانست تلاش نسل‌های متماد محققینی که بخش عمده عمر خود را صرف تحقیق و مدون‌سازی طب سنتی نموده بودند را به بار نشانند. دکتر عبدالله احمدیه، دکتر حسن تاج‌بخش، دکتر محسن ناصری، استاد اسماعیل ناظم، سیدجلال مصطفوی، دکتر مهدی محقق کاشانی، استاد محمد عبادیانی، استاد روح‌الله محلوجی کرمانشاهی، دکتر محمود نجم‌آبادی و محمد مهدی اصفهانی معدودی از فهرست فرهیختگان طب سنتی بودند که توانستند الگوی متفاوت از درمان رایج را برای بهره‌مندی جامعه باز تولید نمایند. واکاوی مثلث طلایی طب سنتی یک از کلیده‌های تاریخ‌نگاری حوزه طب سنتی معاصر خواهد بود.

۲-۴-۲-۴. نقش مسؤولین و مدیران اجرایی: مسؤولین نظام سلامت متوجه شدند که در مسیر «سلامت تخصصی» ساختار مدیریت قیم‌مآبانه (Paternalism) نظام سلامت کشور با درآمد کشور تطابق ندارد و سرمایه‌گذاری در این مدل نمی‌تواند پاسخگوی نیازهای جامعه باشد و اصولاً حدی برای رسیدن به نقطه بهینه وجود ندارد. در موقعیت مشابه کشور چین برنامه آموزشی پنج ساله، دکتری طب سنتی چینی Doctor of Traditional Chinese Medicine, D.TCM را طراحی کرد و توانست بخش فراوانی از بیمارانی که بیماری آنان به سمت مزمن‌شدن حرکت می‌کند را در غالب هزینه کمتری درمان نماید، این دوره آموزشی حتی در کانادا هم برگزار می‌گردد. دکتر طب سنتی چینی یک برنامه ۱۰ ترمی است که عمیقاً بر مناطقی از طب سنتی چینی مانند

که عزم جدی دولت و وزارت بهداشت و درمان بر این است که خدمات تأییدشده طب سنتی را در نظام سلامت ادغام کند، از سال ۱۳۸۶ رشته دکتری تخصصی طب سنتی تأسیس شد، اما این امر به این معنا نبود که خدمات آن هم وارد نظام سلامت شده است، بلکه این کار صرفاً گامی در جهت ظرفیت سازی بود. بر اساس ماده ۳۴ قانون برنامه پنجم توسعه و نقشه جامع علمی کشور، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است که بستر طب سنتی را در نظام سلامت فراهم سازد، اگرچه نیاز به تعامل و تبادل منطقی اطلاعات بین طب سنتی و رایج، برای استفاده از هر دو ظرفیت برای سلامتی مردم همچنان ادامه دارد. در نهایت، وزیر وقت دکتر سعید نمکی در سال ۱۳۹۸، خواستار ادغام طب سنتی در طب مکمل و نظام بهداشت و درمان کشور برای رفع مشکلات و حواشی این حوزه و نیز استفاده مناسب از طب ایرانی شدند. این رویکرد می‌تواند به بهره‌برداری مثبت از طب ایرانی در همراهی با طب مدرن منجر گردد که هم‌افزایی آن دو پیامدهای مثبتی را در کنترل عوامل خطر بیماری‌های غیر واگیر و نیز درمان بیماران به دنبال خواهد داشت. همچنین با رخداد همه‌گیری کرونا، ایشان با اشاره به طب سنتی و مکمل به عنوان جزء تفکیک‌ناپذیر تاریخ علوم پزشکی جهان و دیرینه طب سرزمین‌های کهن، بر فعالیت و بهره‌برداری از ظرفیت‌های ملی طب سنتی در کنار روش‌های مدرن، در مقابله با عالم‌گیری بیماری کووید تأکید نمودند.

۶. نتیجه‌گیری

تحولات اجتماعی ارتباط مستقیمی با ساختار نظام سلامت در کشور دارد، اما در دورانی که در اغلب کشورهای در حال توسعه استفاده از درمان‌هایی با روش‌های طب مکمل رو به افزایش است و ساختار درمانی کشورها این درمانگران را به رسمیت می‌شناسد، معطل کردن طب سنتی و روش‌های درمانی بومی به تأیید متخصصین طب مدرن، موجب شکل‌گیری تقویت گرایش‌های تدافعی نسبت به این سبک از پدرسالاری

ایرانی دلالت دارد (۲). به نظر می‌رسد که تحولات اجتماعی مردم بر رویکرد مردم به سوی خودمراقبتی و طب سنتی مؤثر بوده است. مثال‌های زیر به این گرایش‌ها مردمی اشاره دارد. برای مثال مدیر مؤسسه حجامت اعلام کرد که ۱۲ میلیون حجامت در سال انجام می‌شود. این در حالی است که علی‌رغم شواهد علمی تولیدشده مبتنی بر سودمندی آن در موارد خاص (۱۶-۱۴)، حجامت نه‌تنها توسط پزشکی مدرن مورد تأیید نیست، بلکه نهی می‌شود، اما گرایش عموم به حجامت از یکسو ریشه در فرهنگ و سنت جامعه دارد و از سوی دیگر می‌تواند منتج از آثار بهبودی باشد که توسط بیماران تجربه می‌گردد. همچنین مصرف عرقیجات در کشور افزایش چشم‌گیری یافته است. تجویز این عرقیجات هم مطابق با یک سنت عمومی است و هم در موارد خاص توسط اطباء طب سنتی تجویز می‌گردد، اگرچه مصرف گوشت به طور کلی در کشور رو به کاهش است، اما آمارها نشان می‌دهد که علی‌رغم این کاهش، به دلیل توصیه پزشکان طب سنتی، مصرف گوشت گوسفند نسبت به گوشت گاو افزایش یافته است. همه این شواهد نشان‌دهنده آن است که جریان خودمراقبتی مسیر کاملاً متفاوتی را در راستای مخالفت با نظام جاری سلامت دنبال می‌کند که از نظر سیاستگذاران مغفول مانده است.

۵. بحث

تمایل روزافزون مردم و رویکرد آنان به طب سنتی و لزوم استفاده از ظرفیت موجود در کشور موجب شد تا یک ماده از سیاست‌های کلی سلامت ابلاغ‌شده توسط مقام معظم رهبری، به طور خاص به بازشناسی طب سنتی اختصاص یافته و جامعه پزشکی را متوجه نقش غیر قابل انکار طب سنتی در تغییر سبک زندگی، پیشگیری و حتی درمان بسیاری از بیماری‌ها نماید. از این رو از ابتدای سال ۱۳۹۲ ایجاد ساختار معاونت طب سنتی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مد نظر قرار گرفت و هویت طب سنتی به رسمیت شناخته شد. ایجاد ساختار اجرایی در ستاد وزارت بهداشت، به این معنا بود

است، هرچند گرایش‌های پدروسالارانه نظام سلامت در دولت یازدهم در برخی از حوزه‌ها کاهش چشم‌گیری یافته و مسؤولین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی سعی نموده‌اند تا چهره پاسخگویی از خود ارائه نمایند، اما به نظر می‌رسد جریان سلامت کشور در مسیری دیگری در حال تحقق است و همانطور که اشاره شد، گرایش عمومی به طب سنتی به دلیل عوارض کمتر و نیز به عنوان راه‌گزینی از خطاهای پزشکی یکی از عوامل مؤثر بر تحولات اجتماعی نظام سلامت است. آسیب‌شناسی این گرایش‌ها برای سیاست‌گذاران حوزه سلامت، رویه‌ای برای بهبود سطح خدمات مراقبتی و درمانی کشور به شمار آمده و به آنان کمک می‌کند تا با به رسمیت‌شناختن گرایش‌های اقشار مختلف مردم، سلامت و کیفیت خدمات آن را از طریق تحول در ساختار ارائه خدمات و بیمه‌های سلامت و ادغام آن در نظام بهداشت و درمان کشور ارتقا دهند.

۷. تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله نویسندگان مراتب قدردانی خود را از راهنمایی‌های ارزشمند داوران و اعضای محترم هیأت تحریریه و اجرایی مجله اعلام می‌دارند.

۸. سهم نویسندگان

نفر اول: طراحی و اجرای پژوهش و تدوین مقاله.
نفرات دوم و سوم: جمع‌آوری متون و تدوین مقاله.
نفر چهارم: طراحی و اجرای پژوهش، تدوین و بازنگری مقاله.

۹. تضاد منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تعارض منافی را گزارش ننمودند.

جدول ۱: تغییرات میزان انواع گوشت مصرفی

سال	جمع	گوسفند و بره	بز و بزغاله	گاو و گوساله	گاو میش و بچه گاو میش	شتر و بچه شتر
۱۳۸۳	۳۸۱	۱۳۱	۳۱	۲۰۷	۷	۵
۱۳۸۴	۴۳۰	۱۴۶	۳۵	۲۳۷	۸	۴
۱۳۸۵	۴۶۳	۱۶۶	۳۹	۲۴۶	۷	۵
۱۳۸۶	۴۲۹	۱۶۱	۳۴	۲۲۳	۶	۶
۱۳۸۷	۴۸۷	۱۷۰	۳۳	۲۶۹	۸	۷
۱۳۸۸	۴۰۳	۱۱۴	۲۷	۲۴۷	۵	۱۰
۱۳۸۹	۳۴۷	۹۰	۲۵	۲۲۲	۳	۶
۱۳۹۰	۳۹۱	۱۰۴	۲۷	۲۵۰	۴	۶
۱۳۹۱	۴۱۶	۱۲۶	۳۲	۲۴۸	۵	۵
۱۳۹۲	۳۷۷	۱۳۸	۳۳	۱۹۸	۳	۵
درصد تغییر سال ۱۳۹۱ به ۱۳۹۲	-۹	۱۰	۳	-۲۰	-۴۰	۰

منبع: بررسی وضعیت تولید و مصرف گوشت قرمز در ایران (آمار اتاق بازرگانی صنایع و معادن و کشاورزی تهران، سال ۹۲-۱۳۹۱)

References

1. Parsamehr M, Rasoulinezhad SP. The Study of the Relationship between Lifestyle and Social Health among People of Talesh City. *Scientific Journal Management System* 2015; 10(1): 35-66.
2. Mahlooji K, Akrami F. Public Autonomy and Self-Care Approach in Iran. *Bioethics Journal* 2019; 8(30): 45-54.
3. Beauchamp T, Childress J. Principles of Biomedical Ethics. 7th ed. USA: Oxford University Press; 2013.
4. Islamic Revolution Documentation Center. The achievements of the Islamic Revolution in the field of health. Tehran: Irandoc; 2017. Available at: <http://www.irdc.ir/fa/print/4533>.
5. Ekhlasi E, Rastegar Y, Rasekhi Z. Meta-analysis of the studies regarding social construction of body in Iranian society (Case study: Native research papers 2008-2017). *Sociological Cultural Studies* 2019; 10(3): 1-30.
6. Moulaei Arani M, Bagheri Kani M. An Investigation of Directing Factors of Social Capital in the Holy Defense Era. *Islamic Management Journal* 2020; 24(2): 77-104.
7. Marandi A, Azizi F, Larijani B, Jamshidi H. Health in I.R.I. Tehran: Andishmand Publication; 2014.
8. Schotter A. Free Market Economics: A Critical Appraisal. New York: St. Martin's Press; 1985.
9. Meshki M, Ramazanpoor E, Sepordeh Y. Personnel's Attitude about Relation of Autonomous and Hospital Performance in Guilan University of Medical Sciences. *Journal of Guilan University of Medical Sciences* 2014; 23(90): 80-85. [English]
10. Badsar M, Fathi S, Rezaeei R, Shabanali Fami H. The Role of Media in Rural Life Style Changes (The Case of Zanjan Township). *Scientific Journal Management System* 2017; 6(24): 153-166.
11. Tavakoli R. The survey of important socio-economic and cultural variables influencing self-medication. *Daneshvar Medicine* 2001; 8(34): 9-12.
12. Pacific Rim College. Doctor of Traditional Chinese Medicine program. 2016. Available at: <https://www.pacificrimcollege.com/faculties-programs/course-descriptions/program/program-doctor-of-traditional-chinese-medicine>.
13. Pourreza A, Goharinezhad S, Fadaei Dehcheshmeh N, Azmal M. Developing the "Medicalization" concept: Patient or customer, dream or reality, treatment or trading. *Razi Medical Journal* 2015; 22(135): 122-130.
14. Tagil SM, Celik HT, Ciftci S, Kazanci FH, Arslan M, Erdamar N, et al. Wet-cupping removes oxidants and decreases oxidative stress. *Complement Ther Med* 2014; 22(6): 1032-1036.
15. Farhadi K, Schwebel DC, Saeb M, Choubsaz M, Mohammadi R, Ahmadi A. The effectiveness of wet-cupping for nonspecific low back pain in Iran: A randomized controlled trial. *Complement Ther Med* 2009; 17(1): 9-15.
16. Ahmadi A, Schwebel DC, Rezaei M. The efficacy of wet-cupping in the treatment of tension and migraine headache. *The American Journal of Chinese Medicine* 2008; 36(01): 37-44.



ORIGINAL RESEARCH

Social Developments of Iran's Health System during Islamic Revolution

Kamran Mahlooji¹, Shahnaz Haghi Aghghaleh², Mahsima Abdoli³, Forouzan Akrami^{4*}

1. MSc, Department of History of Medicine, School of Persian Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2. Expert Staff, Deputy of Legal, Parliamentary and Provincial Affairs, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran.

3. MSc, Research Institute for Islamic and Complementary Medicine, School of Iranian Medicine, Iran University of Medical sciences, Tehran, Iran.

4. Postdoctoral Researcher, Medical Ethics and Law Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

ARTICLE INFORMATION

Article history:

Received: 30 May 2020

Accepted: 04 September 2020

Published online: 15 November 2020

Keywords:

Social Development

Health System

Public Tendency

Equity

Islamic Revolution

Iran

ABSTRACT

Background and Aim: Study of Social developments of health system in Iran society, ever since the Islamic Revolution, could be the first step in analyzing people's reactions to the disease, treatment, hypochondriasis and process-oriented medicine and medicalization. Therefore, in this study, meanwhile description of each period, firstly, we explore the medical situation and then address patients' reactions and public tendency to health and selection of the therapist and treatment approach.

Materials and Methods: In this social science research, library method was used to study and analyze texts. In addition, targeted search in the internal databases of Noormags, Irandoc, SID, as well as the google. Scholar was done.

Findings: According to the conditions of the treatment system and political development of the country, country's health-care process can be divided into four distinct periods: the lack of medical upscale, Luxury-oriented medicine, public health development and realization of divided identity of traditional medicine

Ethical Considerations: Honesty and fidelity were observed in reporting and citing the texts.

Conclusion: Although the patriarchal tendencies of the health system in the Eleventh Government have diminished and the officials of the Ministry of Health and Medical Education have tried to Ministry of Health and Medical Education has tried to provide accountability, but it seems, this flow is being realized in the other way. The analysis of the general tendencies and reactions to these four periods can play a significant role in reforming the structure of the health system and health equity.

* Corresponding Author: Forouzan Akrami

Address: Shams Alley, Tavanir, Vali Asr Street, Tehran, Iran.

Email: froozan_akrami@yahoo.com

© Copyright (2018) Medical Ethics and Law Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Cite this article as:

Mahlooji K, Haghi Aghghaleh SH, Abdoli M, Akrami F. Social Developments of Iran's Health System during Islamic Revolution. *Medical History Journal* 2020; 12(44): e9.