

جغرافیای مشترک؛ سلامت و علوم انسانی

کامران باقری لنکرانی^۱

حمید ایزدبخش^۲

چکیده

در طول تاریخ نظام سلامت ایران کمتر شاهد اثرگذاری جدی و قابل توجه علوم اجتماعی در سلامت بوده‌ایم. از پیش از انقلاب تا به امروز همواره رشته‌های انسانی مرتبط با سلامت، یا نبودند یا در حاشیه بوده و نظام سلامت از تحلیل‌ها و اثرگذاری آن‌ها محروم بوده است. می‌توان گفت هرچه نظام سلامت ایران به میان‌سالی خود نزدیک می‌شود، بلوغ بیشتری یافته و احساس نیاز بیشتری به این مسائل پیدا می‌کند. این مقاله مروری هرچند کوتاه بر تاریخچه تعامل حرکت‌ها و مطالعات میان علوم انسانی و سلامت کرده است؛ از تاریخچه شکل‌گیری رشته‌های غیرپزشکی در نظام سلامت گرفته تا اثرگذاری این رشته‌ها و گرایش‌ها در طرح‌ها و پروژهای مختلف این حوزه. به قطع بررسی این تعامل با یک مقاله میسر نخواهد بود بلکه هر کدام از این طرح‌ها، نیازمند بررسی مفصل و موشکافانه است ولی در اینجا تنها به برخی از سرنخ‌ها و کلیات این ارتباط، اشاره خواهد شد. نظام سلامت از اولین روزهای پایه‌گذاری خود تا به امروز، همواره حداقلی از تعامل با علوم انسانی را تجربه کرده است. در برهه‌ها و زمان‌های مختلف این تعامل بیشتر و کمتر شده است اما هیچگاه از میان نرفته است. سیر تاریخی نظام سلامت نشان می‌دهد، هر کجا این تعامل جدی‌تر گرفته شده، موفقیت‌های بیشتری نیز به دست آمده است اما هرچه به سمت انحصار و یکجانبه‌گرایی رفته‌ایم، طرح‌ها و برنامه‌ها آنگونه که باید اثربخش نبوده‌اند. البته تعامل و ارتباط با علوم انسانی، کلید همه مشکلات نخواهد بود و قطعاً گسترش این تعامل انتهای مسیر نه، بلکه ابتدای راهی است که تلاش‌های فراوانی را می‌طلبد.

واژگان کلیدی: علوم انسانی، علوم پزشکی، میان‌رشته‌ای، علوم اجتماعی، تاریخچه نظام سلامت.

۱. مقدمه

یکی از ویژگی‌های متمایزکننده دانش در عصر جدید، تخصص‌گرایی و تفکیک قلمرو دانشی است. زمینه و بستر شکل‌گیری این خاصیت را باید در سیر تحولات روش‌شناسی علم و شیوه‌های شناخت و معرفت جست‌وجو کرد. تفکر تجزیه‌گرا و تحلیلی عصر مدرنیته، شناخت پدیده‌ها را در حصار جزءنگری گرفتار ساخت و امکان هرگونه روایت از جهان، خارج از محدوده تجربه را مسدود کرد.

۱ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی شیراز، شیراز، ایران.

۲ پژوهشگر هسته سلامت، دانشجوی دکتری خط‌مشی‌گذاری عمومی دانشگاه امام صادق علیه‌السلام.

بر اساس این تفکر، تکثیر علوم به شکل تخصصی آغاز شد و باعث ایجاد نوعی بیگانگی میان علوم مختلف و حتی بروز برخی دشمنی‌ها و رقابت‌های آشکار و پنهان میان آن‌ها گشت و علم را از هدف اصلی خود که فهم و تبیین طبیعت و عالم انسانی بود دور ساخت. اگرچه تخصص‌گرایی میان رشته‌های علوم، سبب پیشرفت‌های بسیاری برای تمدن غرب شد، اما ناکارآمدی و ضعف آن در حل مسائل کلان و تمدنی غرب آشکار گشت.

انتقاد از تخصص‌گرایی علوم از اواسط قرن بیستم در فضای دانشگاهی آغاز شد. جریان‌های فکری انتقادی در تلاش بودند تا با رویکرد انتقادی، به واکاوی ابعاد آسیب‌زای تخصصی شدن دانش بپردازند و راهبردهای پیشنهادی خود را ارائه دهند (سرآبادانی حسین و دیگران، ۱۳۹۶).

یکی از حرکت‌های انتقادی را می‌توان جنبش مطالعات میان‌رشته‌ای دانست. این جریان ضمن برشمردن محدودیت‌های روش‌شناختی تخصص‌گرایی، از وجود ظرفیت‌های فراوان پژوهشی و نوآورانه در حوزه‌های مختلف علم با مطالعات میان‌رشته‌ای سخن می‌گوید. در حقیقت پیش‌فرض این جنبش آن است که جهان و دنیای مورد مطالعه ما، جهانی پیچیده و لایه‌درلایه است و تقسیم‌بندی ذهنی و اعتباری ما از علم در آن یافت نمی‌شود. البته گاهی از حرکت میان‌رشته‌ای به همکاری میان رشته‌ای تنازل می‌شود و در حالیکه تخصص‌های مختلف محکم در جای خود ایستاده اند؛ سعی می‌شود در حل مسائل همکاری کنند؛ نمونه این رویکرد در موضوعات مرتبط با بهداشت و درمان زیاد یافت می‌شود. اما گاهی پا را فراتر گذاشته، و رشته‌های مختلف را موظف می‌دانند برای حل مسائل، پیش‌فرض‌ها و مبانی خود را کنار گذاشته و به تعامل با یکدیگر بپردازند (علوی‌پور و دیگران، ۱۳۸۷).

حرکت‌ها و جنبش‌های دیگری را نیز می‌توان در این مسیر نام برد که برخی محدودتر و برخی گسترده‌تر هستند. نگاه و تفکر سیستمی از جمله این حرکت‌هاست. اصل جریان سیستمی در رد تمایزات بیش از حد میان علوم برای ایجاد زبان مشترکی میان آن‌ها شکل گرفت. این جریان بیشتر به مدل معروف سیستمی برتالانفی^۱ شناخته شده است، اما حرکت اصلی در جهت زبان و نگرش مشترک بوده است (Boulding, ۱۹۵۶). حرکت دیگر در این مسیر که یکی از اصلی‌ترین اهداف آن تقریب میان علوم و ایجاد زبان مشترک است، مطالعات و چارچوب نهادی است، به طور خاص با محوریت مطالعات الینور استرم (استرم الینور، ۱۳۹۴) گسترش پیدا کرد.

مطالعات و حرکت میان رشته‌ای سابقه‌ای نسبتاً طولانی در دنیا دارد و افراد و نهادهای مختلفی در این مسیر فعالیت کرده و می‌کنند. علوم مرتبط با سلامت نیز از این حیطة خارج نبوده و قطعا ماهیت

۱ Ludvig von Bertalanffy

میان‌رشته‌ای سلامت این موضوع را بسیار حائز اهمیت می‌کند. این موضوع امر بعیدی در نظام سلامت نمی‌باشد، بلکه با وجود مطالعاتی مانند "عوامل اجتماعی موثر بر سلامت" (مارموت، مایکل؛ ویلکینسون ریچارد، ۱۳۹۳) بسیار روشن و واضح به نظر می‌رسد. اما در عمل شاهد رشد و نمو در خور در این مطالعات در کشور نیستیم هرچند ضرورت و نیاز آن به شدت احساس می‌شود.

در این مقاله سعی کردیم مروری هرچند کوتاه بر تاریخچه این تعامل یعنی حرکت‌ها و مطالعات چندرشته‌ای یا میان‌رشته‌ای در نظام سلامت داشته باشیم؛ از تاریخچه شکل‌گیری رشته‌های غیرپزشکی در نظام سلامت گرفته تا اثرگذاری این رشته‌ها و گرایش‌ها در طرح‌ها و پروژهای مختلف این حوزه. به قطع بررسی این تعامل با یک مقاله میسر نخواهد بود بلکه هر کدام از این طرح‌ها، نیازمند بررسی مفصل و موشکافانه است ولی در اینجا تنها به برخی از سرنخ‌ها و کلیات این ارتباط، اشاره خواهد شد.

۲. علوم اجتماعی و علوم سلامت در ایران

می‌توان اولین بروزهای علوم اجتماعی در نظام سلامت ایران را روان‌شناسی دانست. بیماری‌های اعصاب؛ روان‌پزشکان را به دریچه‌ی جدیدی از انسان هدایت کردند که آن ذهن و قدرت بالای آن بر روی بدن بوده است. هرچند ماهیت روان‌شناسی قرابت خوبی به علوم اجتماعی دارد، اما این رشته نتوانست پلی جدی میان این دو برقرار کند.

روزنه‌های حضور علوم اجتماعی را باید در جای دیگر پیدا کرد. تشکیل دانشکده بهداشت در سال ۱۳۴۵ در دانشگاه تهران را می‌توان سرآغاز شروع نگاه‌های جدیدی در سلامت کشور دانست. همزمان با تشکیل این دانشکده که به ظاهر ماموریتی بهداشتی دارد، نگاه‌های علمی انسانی به نظام سلامت ورود پیدا کرد؛ تشکیل رشته‌ها و گروه‌هایی با ماهیت علوم اجتماعی سرآغاز این حرکت جدید به حساب می‌آید. مدیریت بیمارستانی و MPH^۱ از جمله مهمترین آن‌هاست. ذیل رشته MPH مباحث مهم دیگری مثل اپیدمیولوژی، آمار حیاتی، جمعیت‌شناسی، اکولوژی و جامعه‌شناسی پزشکی تدریس می‌شد و دانشجویان بعد از گذراندن یک سال به صورت عمومی در یکی از این موضوعات به صورت جدی‌تر وارد می‌شدند از جمله افراد سرشناسی که در این دوره شرکت کردند، شادروانان دکتر شادپور و دکتر پیله‌رودی هستند.

تشکیل گروه پزشکی اجتماعی در دانشگاه شیراز نقطه مهم دیگری است که شاید اولین ورود مباحث اجتماعی به علم پزشکی بوده است. هرچند این گروه نتوانست به خوبی به حیات خود ادامه دهد و بعد از چند سال تعطیل شد (البته بعد از انقلاب دوباره راه اندازی شد) اما نشان‌دهنده ورود نگاهی جدید

دوره عالی بهداشت عمومی: MPH (Master of Public Health)

در علم پزشکی در کشور است. از شاخص‌ترین کارهای این گروه طرح کووار^۱ شیراز است که در مدل طراحی نسبتاً پیشرفته به حساب می‌آید؛ دکتر رونقی مسئولیت این گروه را به عهده داشته است. در کنار تشکیل رشته‌هایی با ماهیت علوم اجتماعی در دانشکده‌های پزشکی، حضور همزمان دانشکده‌های پزشکی و دانشکده‌های علوم اجتماعی در یک دانشگاه هرچند به صورت مجزا، بسترهای تعامل و همکاری بهتری را فراهم می‌کرد. به صورتی که برخی از افرادی که در زمینه‌های بهداشت و درمان متخصص نبوده با این مسائل آشنا شده و سعی می‌کردند از منظر خود به گره‌گشایی بپردازند. دکتر مجید رهنما از جمله این افراد است که با وجود اینکه فردی با تخصص حقوقی-اقتصادی است به طراحی مطالعات و مداخلاتی در زمینه بهداشتی-درمانی می‌پردازد که در ادامه به آن اشاره می‌کنیم. این تعامل صرفاً از جانب دانشمندان علوم اجتماعی نبوده است بلکه برخی از دانش‌آموختگان رشته پزشکی نیز به حوزه اجتماعی پزشکی علاقه‌مند شده و این مباحث را دنبال می‌کردند. دکتر حبیب‌اله پیمان از جمله این افراد است که در رشته جامعه‌شناسی نیز به تحصیل می‌پردازد و در مطالعه رودسر به آقای دکتر برزگر کمک می‌کنند (ملک افضلی^۲).

پس از پیروزی انقلاب شکوهمند اسلامی چند اتفاق مهم رخ داده که بر رشد و اثرگذاری علوم اجتماعی در نظام سلامت اثرگذار بوده است. اول از همه برپایی شبکه بهداشت و درمان کشور که به نوعی دوری و احتراز از صرفاً پزشکی دیدن سلامت بوده است. انتظار می‌رفت با پیاده‌سازی مراقبت اولیه سلامت (PHC) در کشور، شاهد شکوفایی و حرکت جدی علوم اجتماعی در نظام سلامت باشیم. اما متأسفانه این دستاورد مهم از حوزه دانشی جدا ماند و عمدتاً با نگاه خدمت‌رسانی به آن توجه گردید. جداسازی دانشکده‌های علوم پزشکی از سایر دانشگاه‌ها و تشکیل دانشگاه‌های علوم پزشکی نیز بستر ارتباطی با علوم اجتماعی را قطع کرد. در دانشگاه‌های جدید التاسیس علوم پزشکی نیز رشته‌های درمانی به خصوص در مقاطع دکتری مثل پزشکی و داروسازی و دندانپزشکی تفوق بیشتری داشته و علیرغم بازگشایی رشته تخصصی پزشکی اجتماعی و تربیت دانشجو در مقطع MPH این مقاطع نیز نتوانستند نگاه اجتماعی در علوم سلامت را گسترش دهند.

گسترش رشته‌ها در آغاز عمدتاً بر اساس تخصص‌گرایی بود. رشته‌های تخصصی و فوق تخصصی و تحصیلات تکمیلی چه در مقاطع کارشناسی ارشد و چه در مقطع دکتری PHD با نگاه جزء نگرایانه

^۱ در ادامه شرح آن آمده است.

^۲ بخش عمده‌ای از اطلاعات تاریخی این بخش از مصاحبه با آقای دکتر حسین ملک افضلی (ایزدبخش حمید، ۱۳۹۸) به دست آمده است.

توسعه فراوانی یافتند. البته هر یک از این رشته‌ها در گسترش دانش علوم پزشکی در کشور نقش به‌سزایی داشتند اما تاسیس این رشته‌ها ضمن مزایای مختلف واگرایی را افزایش و نگاه جامع به سلامت را دورتر کرد.

جایگزینی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی به جای مدیریت بیمارستانی، تشکیل گروه‌های تخصصی پزشکی اجتماعی در کشور، تاسیس رشته‌ها و گروه‌هایی با موضوعات اقتصاد بهداشت، سیاست‌گذاری سلامت، اقتصاد دارو، اخلاق پزشکی و ... در دهه ۷۰ و ۸۰ شمسی نویدبخش قوت گرفتن نگاه اجتماعی به سلامت بود.

البته در طول تاریخ نظام سلامت ایران کمتر شاهد اثرگذاری جدی و قابل توجه علوم اجتماعی در سلامت بوده‌ایم. از پیش از انقلاب تا به امروز همواره این رشته‌های اجتماعی مرتبط با سلامت یا نبودند یا در حاشیه بوده و نظام سلامت از تحلیل‌ها و اثرگذاری آن‌ها محروم بوده است. می‌توان گفت هرچه نظام سلامت ایران به میان‌سالی خود نزدیک می‌شود، بلوغ بیشتری یافته و احساس نیاز بیشتری به این مسائل پیدا می‌کند. بروز مسائل متعدد اجتماعی در حوزه سلامت و مهمتر از آن حرکت‌ها و جریان‌های علمی بین‌المللی که تاکید زیادی بر مطالعات بین‌رشته‌ای دارند به شدت بر گشایش‌های اخیر اثرگذار بوده است.

۳. علوم اجتماعی در طرح‌های اصلی نظام سلامت

نظام سلامت به معنای مدرن خود، از حوالی دهه ۳۰ شمسی در کشور ظهور و بروز یافته است. در طی این سالیان متمادی طرح‌ها و پروژه‌های مختلفی را درانداخته است که می‌توان نقش و اثرگذاری علوم اجتماعی را در این طرح‌ها مشاهده کرد.

یکی از اولین‌ها را می‌توان ایجاد بیمه در ایران دانست. بیمه ماهیتا پزشکی نبوده و از طراحی اجتماعی برخوردار است. نمی‌توان بیمه‌ای را بدون دانش علوم انسانی طراحی کرد. اولین بیمه‌ها در ایران بیمه خدمات درمانی (۱۳۲۸)، بیمه اجتماعی کارگران (۱۳۳۱) و بعد از آن‌ها سازمان بیمه روستائیان (۱۳۵۰) می‌باشند.

موضوع مهم دیگر توجه به بودجه سلامت به عنوان مسیر اصلی تامین مالی نظام سلامت بوده است. که این را هم از اولین سرمنشاهای علوم انسانی می‌توان دانست زیرا که بودجه نیز بدون مباحث مرتبط با مدیریت مالی و بودجه‌ریزی تقریباً امکان‌پذیر نیست.

همچنین تشکیل وزارت بهداشتی و تولی ماموریت‌های مختلف ذیل ادوات آن مثل اداره کل امور دارو از سال ۱۳۴۶ که سیاست‌های دارویی را اتخاذ کرده است و یا معاونت بهداشت و تنظیم خانواده در همان سال که اتفاقاً به صورت روشنی به ضرورت مباحث علوم انسانی در ترویج تنظیم خانواده پی برده

و تنظیم خانواده را امری فرهنگی قلمداد می‌کند؛ همگی نشان‌دهنده شکل گرفتن نیاز به علوم انسانی در کشور بوده که همزمانی این امر با تاسیس رشته‌هایی مثل مدیریت بیمارستان و یا MPH نشان‌دهنده بروز عرضه و تقاضا تقریباً به صورت همزمان در کشور است (هیئت بررسی مسائل بهداشتی و درمانی کشور، ج ۱، ۱۳۵۲: ۶۲-۵۲ و ۱۴۷-۱۴۳، باقری لنکرانی و دیگران، ۱۳۹۳: ۱۶۶-۱۶۵، روشنفکر، پیام، ۱۳۹۴: ۲۲۱-۲۲۰).

طرح‌های مختلفی نیز در پیش از انقلاب شروع شد که ربط جدی آن‌ها را با علوم انسانی نمی‌توان یافت و مطالعات آن‌ها در دست نیست اما به قطع نمی‌تواند بدون پشتوانه علوم انسانی طراحی و اجرا شده باشند. از جمله آنها طرح ریشه‌کنی مالاریا است که مطالعه شیوع‌شناسی ۳۰ ساله‌ای را از سال ۱۳۰۰ تا ۱۳۲۹ انجام داده و سپس اقدامات مقتضی را برنامه ریزی و اجرا کرده اند. این طرح جزو برنامه‌های عمودی به حساب می‌آید که در واقع مدل روز سازمان بهداشت جهانی برای مقابله با بیماری‌هایی مثل مالاریا بوده است. این برنامه‌ها به صورت عمودی و موازی سایر برنامه‌ها دنبال می‌شده است. برنامه‌های عمودی به این دلیل شکل گرفتند که برنامه‌های مبارزه با بیماری‌های مهمی چون مالاریا متولی مشخصی در کشورهای مقصد نداشتند و پاسخگویی و پیگیری کارها درست انجام نمی‌شد و یا اینکه هزینه‌های سربار زیادی را تحمیل مینمودند. بر این اساس دفتری مخصوص برای برنامه‌های خاص در کشور مقصد تشکیل و به صورت مستقیم با اعتبار دهنده یعنی سازمان بهداشت جهانی ارتباط داشت و همچنین واحدهای زیرین آن نیز تا سطح استان و شهرستان به صورت مستقیم با این دفتر ارتباط داشته‌اند (باقری لنکرانی و دیگران، ۱۳۹۳: ۴۶-۵۰). بنابراین به روشنی مدل و تفکری علوم انسانی پشت این نوع برنامه‌ها قرار داشته است.

طرح‌های دیگری مثل طرح تربیت بهدار^۱، طرح سپاه بهداشت^۲ هر کدام مبتنی بر منطق و ایده‌ای نظری-اجتماعی داشته‌اند. اما اگر بخواهیم به طرح‌هایی اشاره کنیم که علوم انسانی به صورت نظام‌مند

۱ این طرح از سال ۱۳۱۹ در مشهد و از سال ۱۳۲۵ در اصفهان و شیراز اجرا گردید. بهداران از میان افراد دیپلمه انتخاب و پس از چهار سال آموزش‌های نظری و عملی، به روستاها و شهرهای خیلی کوچک اعزام می‌شدند. این طرح در اوایل دهه ۴۰ متوقف شد. فارغ‌التحصیلان آموزشگاه‌های بهداری، پس از مدتی کار در روستاها، تحصیلات خود را از سال چهارم پزشکی ادامه داده و پزشک شدند (مجتمع آموزشی و پژوهشی، ۱۳۶۰: ۳۷ و باقری لنکرانی و دیگران، ۱۳۹۳: ۵۳).

۲ پس از منشور انقلاب سفید محمدرضا پهلوی، قانون سپاه بهداشت سال ۱۳۴۳ در ایران به اجرا درآمد. برابر این قانون، فارغ‌التحصیلان دانشکده‌های پزشکی و وابسته به آن و نیز تعدادی از دیپلمه‌های دبیرستانی مازاد بر احتیاج ارتش، خدمت وظیفه خود را در وزارت بهداری می‌گذراندند (باقری لنکرانی و دیگران، ۱۳۹۳: ۵۳).

و روش مند حضور داشته و اثرگذاری قابل توجه گذاشته است باید به شروع ایده مراقبت اولیه سلامت و انجام طرح‌ها پژوهشی مختلف در پیش از انقلاب اشاره کرد؛ که در زیر به صورت مختصر به هر کدام اشاره می‌کنیم.

۴. طرح‌ها و مطالعات مرتبط با مراقبت اولیه سلامت

۴-۱. طرح آذربایجان غربی

سازمان بهداشت جهانی حوالی سال ۱۳۴۷ بخشی به عنوان اپیدمیولوژی و اطلاعات^۱ تأسیس می‌کند. این بخش سفری را به کشورهای مختلف از جمله ایران ترتیب می‌دهند. این تیم پس از بازدید از تهران بر روی چند پروژه مشترک به تفاهم می‌رسند که مهمترین آن را می‌توان طرحی دانست که بعداً در آذربایجان غربی انجام شد، دانست (ایزدبخش حمید، ۱۳۹۷).

علوم انسانی را به صورت پررنگ می‌توان در طرح آذربایجان غربی مشاهده کرد. طرحی که با مشارکت سازمان بهداشت جهانی و کارشناسان ایرانی شکل گرفت که فقط متخصص امور بهداشتی نبودند بلکه اکثراً متعلق به دانشکده بهداشت دانشگاه تهران با گرایش‌های مختلف بودند.

تمهیدات اولیه برای مطالعه از تابستان ۱۳۵۰ مقارن جولای ۱۹۷۱ شروع شد. درابتدا بررسی کلی صورت گرفت. در تابستان ۱۳۵۱ مقارن جولای ۱۹۷۲ فاز مقدماتی بررسی اولیه رویه‌ها با استفاده از مشاهده به پایان رسید. در تابستان ۱۳۵۱ مقارن آگوست تا اکتبر ۱۹۷۲ اصلی‌ترین فعالیت‌های میدانی انجام شد. در پاییز و زمستان ۱۳۵۱ مقارن نوامبر ۱۹۷۲ تا مارس ۱۹۷۳ پردازش و فروکاهی داده‌ها و در نظر گرفتن پاسخ‌های مقتضی برای توسعه سیستم خدمات سلامت انجام شد. به موازات این مرحله؛ آماده‌سازی اجرای برنامه و رصد سیستم خدمات سلامت دنبال شد.

در طول دوره جمع‌آوری داده، مطالعات جمعیت^۲ سازماندهی شد: مشاهدات انسان‌شناختی (عمیق) در چهار روستا و مطالعه محیط (پیمایش روستا)، جامعه‌شناختی (پیمایش خانوار) و پزشکی (پیمایش پزشکی) در ۲۸ واحد نمونه‌گیری که در کل ۱۰۲۸ خانواده و ۶۱۹۲ فرد را در برمی‌گیرد. واحدهای نمونه‌گیری از طریق نمونه هدفمند از ۱۸ روستا و ۱۰ بلوک شهر انتخاب شدند تا طیفی از مشخصه‌های اجتماعی-اقتصادی، فرهنگی و جغرافیایی جمعیت آذربایجان غربی را پوشش دهد. مطالعه خدمات سلامت شامل پیمایش اکتشافی همه واحدهای موجود با مشاهده مستقیم ۲۲ واحد و مطالعات خاص (به طور خاص برای به دست آوردن و پوشش اطلاعات موجود در توسعه بین‌بخشی استان، اقتصاد سلامت و...) می‌باشد.

^۱ epidemiology & information

^۲ Population study

سیطره و همراهی رویکرد علوم اجتماعی را به صورت مشخص با پیگیری رویکرد سیستمی در طرح آذربایجان دید. سلامت را به نسبت سایر اجزاء جامعه دیدن و همچنین در نظر داشتن یکپارچگی سیستم و تحلیل کارکردی کارگزاری های مختلف سلامت با ملاحظه اهداف از جمله نقاط برجسته آن می باشد. وجه بارز دیگر توجه به فرآیند منطقی تصمیم گیری که طی آن، تبیین منطقی رسیدن به مراقبت اولیه سلامت به عنوان پاسخگوی نوع خاصی از نیاز روز جامعه است. در این فرآیند با بررسی وضعیت روز نظام سلامت کشور و تحلیل مشکلات و موانع و برای تصمیم گیری به جای طرح برنامه های مفصل و جامع و سپس مقاسه و انتخاب میان آن ها، "نقاط تصمیم" انتخاب شدند تا بر اساس آن تصمیمات به صورت سلسله مراتبی مرتب شده تا با هر انتخاب به تدریج محدوده خروجی نهایی تنگ تر و مشخص تر شود.

نقطه تصمیم، طیف تصمیماتی که برای یک طرح بایسته اتخاذ شود از تصمیمات کلان سیاسی تا فنی را در بر می گیرد. تصمیمات کلان سیاسی از نقاط تصمیم کنار گذاشته شده اند زیرا خطمشی های سلامت و برنامه های توسعه ملی مفروض اند. سه نقطه تصمیم بعد از آن قرار می گیرد اول اینکه چگونه انسجام کارکردی مورد نیاز سیستم خدمات سلامت را ایجاد شود. پس از آنکه پاسخ های بدیل در نقطه اول مطرح شوند به سراغ نقطه دوم می رویم که مربوط به ساختار کلی و روابط سیستم خدمات سلامت است. در این نقطه سوال اصلی آن است که چه بخشی در پیشبرد و تقویت توسعه از اولویت برخوردار است. این نقطه تصمیم اتکای بیشتری بر مشاهدات و تحلیل سیستم خدمات سلامت در بعد بین المللی دارد. در نقطه سوم تصمیم مواجهه سیستم خدمات سلامت با مردم مطرح است. در این نقطه استدلال های فنی و اجرایی و استفاده از مشاهدات مورد استفاده هستند اما انتخاب در این نقطه چیزی بیش از صرف یک انتخاب فنی است. انتخاب های فنی بعد از این سه نقطه تصمیم قرار می گیرند.

برای ارزشیابی بدیل های مورد نظر در هر نقطه تصمیم نیز با توجه به اهداف، مسئله شناسی و تحلیل های صورت گرفته چارچوبی کلی اعم از اهداف و خطمشی ها، تامین نیازهای بین المللی، الزامات کارکردی، مشخصه های کلی سیستم، امکان پذیری اجرا تعیین می گردد که هر کدام زیرمولفه هایی را در برمی گیرند (Health services in the Ostan of West Azerbaijan, ۱۹۷۳).

۲-۴. طرح راهی به سوی تندرستی

دکتر مجید رهنما پس از دوره وزارت خود در وزارت خانه علوم، قراردادی با سازمان خدمات اجتماعی منعقد می کند که بر اساس آن راجع به خدمات درمانی و بهداشتی کشور طرحی ارائه کند. بر این اساس گروهی از خبرگان را جمع کرده تا برای این امر تدبیری بیاندیشند.

این گروه برای کشف مسائل تندرستی مردم دو راه در پیش رو می‌دید. یکی رفتن میان مردم و گپ و گفت با آن‌ها و سرزدن به مراکز خدماتی و دیدن مستقیم مسائل و راه دوم- نام آن را روش علمی می‌گذارند- در آن با استفاده از روش‌های آماری و اطلاعاتی و سپس تجزیه و تحلیل منظم و اصولی (سیستماتیک) با استفاده از کارشناسان مطلع و بی‌غرض، و اسباب و ابزار کاری مساعد به مطالعه و بررسی می‌پردازند.

راه اول با وجود اینکه مستقیم‌تر می‌توانست آن‌ها را به مقصود برساند (امروزه به آن‌ها مشاهدات میدانی می‌گویند)، اما به دلیل آگاهی از مخاطراتی چون مشغول شدن به جزئیات و گیر افتادن در مسائل احساسی به عنوان تنها مسیر انتخاب نشد و از روش دوم نیز بهره بردند. هرچند بر چالش‌های آن که تحریف واقعیت است آگاه بودند. برای آن‌ها روشن بوده که در "مسائلی از قبیل بهداشت و فرهنگ، که عامل کیفیت در آن نقش اساسی دارد، توسل به ارقام و میانگین‌ها ... به هیچ وجه نمی‌تواند به تنهایی مبنای واقعیت‌های پیچیده تندرستی باشد. تعداد بیشتر یا کمتر پزشک و بیمارستان و یا معلم و مدرسه در یک جمعیت صدهزار نفری می‌تواند به عنوان ضابطه‌ای برای سنجیدن جنبه‌هایی از وضع بهداشت یا فرهنگ آن جمعیت به کار رود ولی تا روشن نشود که صلاحیت کارایی این عوامل و کیفیت و توزیع و ارتباط و نقش متقابل هر یک در مجموع نظامی که باید از آن‌ها استفاده شود از چه قرار است، این ضابطه به تنهایی مسلماً گمراه‌کننده و نامربوط است" بنابراین تلفیقی از این دو روش را به کار بردند تا بتوانند از مزیت‌های هر یک بهره برده و از معایب آن اجتناب کنند.

در زمینه ارائه راهکار علاوه بر دو روش پیشین، بایستی تجارب گذشته با استفاده از نخبگان بررسی و تحلیل و همچنین تحولات و جریانات فکری ملی و جهانی مطالعه می‌شد. که مورد اول با بررسی اسناد و مصاحبه با صاحب‌نظران صورت پذیرفت و مورد دوم با مطالعه کتاب‌ها و مقالات ارزنده که بعضاً از طریق مسافرت به سایر نقاط جهان به دست آمده بودند.

نویسندگان این طرح بر خلاف طرح‌های مشابه به ابعاد و مولفه‌های زیرین توجه بیشتری داشتند و کار خود را صرف آزمون مراقبت اولیه سلامت در ایران و یا تطبیق‌پذیر کردن آن با شرایط ایران نمی‌دانستند. توجه به ابعاد مختلف و همچنین حرکت از مبنا به بنا را می‌توان از نقاط برجسته این حرکت علمی دانست. چیزی که در طرح‌هایی مثل آذربایجان غربی کمتر مورد توجه قرار گرفته است.

نکته حائز اهمیت مطالعه راهی به سوی تندرستی توجه به ابعاد مختلف سلامت به صورت سیستماتیک است. آن‌ها در طراحی خود سعی می‌کنند، کل‌نگری را لحاظ کرده و در عین حال اصول را در آن‌ها سرایت دهند. ابعادی که در طرح‌های دیگر کمتر توجه شده و یا غفلت شده است به صورت قابل قبولی در طرح لحاظ کرده‌اند؛ مانند توجه جدی‌تر به ابعاد فرهنگی و سرمایه‌های سنتی کشور، توجه

به آموزش و دیدن نسبت آن با مراقبت‌های اولیه و حتی طراحی یک سیستم آموزشی متناسب و از همه مهمتر در نسبت دیدن این مولفه‌ها با کلیت جامعه (هیئت بررسی مسائل بهداشتی و درمانی کشور، ۱۳۵۴).

۳-۴. طرح رودسر

این طرح به مسئولیت آقای دکتر محمدعلی برزگر تقریباً همزمان با آذربایجان غربی ولی کمی پیش از آن انجام شده است. در این طرح ۶۲ هزار نفر ذیل دانشکده بهداشت در رودسر مورد بررسی قرار گرفتند. در این کار هم مشکلات مردم که در زمینه‌های مختلف بهداشت محیط، بیماری‌های شایع و گروه‌های آسیب‌پذیر بود مورد بررسی قرار گرفته است و هم الزامات نظام بهداشت و درمان کشور. در بررسی الزامات نظام سلامت به بررسی مراکز بهداشت-درمان در مواردی مثل کیفیت ارائه خدمت (معاینه مریض و...) پرداخته شده است. بخش دیگری مطالعه عمیق بهداشتی و درمانی روی خانوارهاست. در این بخش، گروهی به مدت ۱۵ روز با خانوارها همراه شده و تمام جزئیات زندگی آن‌ها را مشاهده می‌کردند. مثلاً مشاهده می‌کردند که آن‌ها چه غذایی می‌خورند و چه کسی تصمیم می‌گیرد که غذا چه باشد، چه ساعتی می‌خوابند، اگر فرزندشان بیمار شود یا مثلاً پایش بشکند، چه کسی به دنبال امور درمانی او می‌رود و کودک را به کجا می‌برد. باور مردم راجع به بیماری چیست و نسبت به سیستم بهداشت و درمان چه اعتقادی دارند. علاوه بر همه این‌ها، تیم دیگری معاینات پزشکی انجام می‌داده است. در این کار سه تیم اصلی با هدایت آقای دکتر برزگر امور مختلف را پیگیری می‌کردند. گروه معاینات پزشکی به هدایت خود دکتر برزگر، گروه پیمایش اجتماعی به رهبری دکتر حبیب‌اله پیمان و گروه پیمایش خدمات. بنابراین در این کار سه نوع تحلیل کنار هم آمدند؛ شامل مشکلات بهداشت و درمان مردم، وضعیت اجتماعی و باورهای مردم و لیاقت سیستم بهداشت و درمان مردم (باقری لنکرانی و دیگران، ۱۳۹۳: ۶۲-۶۶).

۴-۴. طرح گوار

این طرح مسئله خود را کمبود نیروی پزشک و نیروهای کمک مثل پرستار در کشور اعلام می‌کنند و همچنین توزیع نامناسب آن‌ها. بخش پزشکی دانشگاه شیراز در پاسخ به این مسئله طرح کارکنان سلامت روستا^۱ را با حمایت مرکز پژوهش توسعه بین‌الملل کانادا^۲ طراحی و اجرا می‌کند. این طرح برای نشان دادن امکان‌پذیری تربیت کارکنانی که در روستا خدمات مراقبت اولیه و پیشگیری ارائه کنند، به اجرا در آمده است.

۱ Village health workers (VHWs)

۲ the International Development Research Center of Canada

سراسر این مطالعه طرحی از ماهیت علوم اجتماعی دارد. در مرحله مقدماتی ابتدا مهمترین بیماری‌ها در سطح منطقه شناسایی شده سپس مطالعه امکان‌سنجی مواجهه فردی کم‌آموزش دیده با بیماری‌های محیطی صورت گرفته، همچنین اطلاعات عمومی مثل جمعیت، ازدواج، تولد و... در روستاهای آزمایش و کنترل جمع‌آوری شده و در نهایت یک مطالعه KAP^۱ در روستای کنترل و آزمایش صورت داده‌اند و ماحصل همه این‌ها اهداف رفتاری را تعیین کرده است.

بر اساس داده‌های جمع‌آوری شده در پیمایش‌های مقدماتی و بر اساس ظرفیت‌های تخمینی کارآموزان، اهداف رفتاری تعیین شده، کتاب درسی و سایر وسایل کمک‌آموزشی تهیه و برنامه آموزشی مرحله شش‌ماهه طرح‌ریزی گردیده است و در نهایت کارآموزان انتخاب شدند. سپس در مرحله آموزشی، آموزش فشرده نظری و عملی را شامل می‌شده است. با توجه به اهداف رفتاری شش موضوع اصلی تدریس شده است. در فاز بعدی یعنی کار میدانی کارآموزان در روستا به عنوان کارکنان سلامت روستا شروع به کار کرده‌اند.

یکی از کارهای مهم در این مرحله برقرار کردن سرپرستی و نظارت بر کار کارکنان سلامت روستا بوده است که این کار با مشکل جدی مواجه شده است ولی به هر حال از آن غفلت نشده است ضمناً مشوق‌هایی نیز به صورت عمومی یا خصوصی به کارکنان روستا داده می‌شده است تا اعتماد به نفس و انگیزه آن‌ها را بالا برد.

هر بیمار ۲ تومان پرداخت می‌کرده است (دارو رایگان بوده است). اگر در ویزیت بیمار، دارو نبود، رایگان به حساب می‌آمد. این خط‌مشی برای کنترل تقاضای دارو صورت گرفته است. در مواردی هم که کارکنان سلامت ارجاع می‌دادند هزینه‌ای از ایشان گرفته نمی‌شده است زیرا در زمان ارجاع دادن، دارویی تجویز نمی‌کردند. این خط‌مشی باعث می‌شد که هم میل بیمار به دیدن پزشک کم نشود و همچنین میل بیماران به ویزیت شدن توسط کارکنان افزایش پیدا می‌کرد زیرا می‌دانستند اگر کارکنان سلامت نتوانند تشخیص دهند هزینه‌ای به او تحمیل نخواهد شد. از دانش‌آموزان هزینه‌ای گرفته نمی‌شده است و از بیماران نیازمند نیز به صلاحدید خود کارکنان سلامت.

گام مهم دیگر ارزشیابی برنامه بوده که هم به صورت کمی و آماری انجام شده است و هم اینکه پیمایشی هم در محیط برای ارزیابی نگرش و دانش به کارکنان سلامت روستا نشان‌دهنده سطح بالای رضایت در میان مردم بوده است.

غیر از این ارزشیابی‌ها، دو مرحله دیگر هم طراحی شده است یکی در ارزیابی اثر کارکنان سلامت روستا بر مرگ‌ومیر، نرخ تولد و اندازه خانوار، و دانش، نگرش و رفتار روستائیان در بهداشت^۱، تغذیه، بهداشت خانه و تنظیم خانواده می‌باشد. همچنین در این مرحله هزینه آموزش و نگهداشت کارکنان سلامت روستا برای ارائه خدمات خاص به جمعیت خاص تعیین می‌شود. در مرحله سوم ارزشیابی ارتباط کارکنان سلامت با سیستم کلی ارائه خدمت ارزشیابی می‌شود.

همچنین توجه به دلالت‌های خط‌مشی‌ای پروژه کارکنان سلامت روستای کووار از موارد قابل توجه آن می‌باشد. خط‌مشی‌های پیشنهادی خود را با توجه به مطالعه صورت گرفته در مواردی مثل نسبت کارکنان و مردم، داشتن شغل دوم، کار در روستای خود یا دیگری، توزیع بر اساس جنسیت یا وظیفه، آموزش و آموزش مستمر، سازماندهی فعالیت‌ها در فیلد، ظرفیت مشارکت مستمر سپاهیان بهداشت مطرح می‌کنند (Ronaghy A.Hossain, ۱۹۷۸).

۵-۴. طرح واحد سیار و کمک بهداشتی و اجتماعی فارس (عشایر)

در سال ۱۳۵۱ ذیل طرح راهی به سوی تندرستی، یک واحد سیار برای ارائه خدمات درمانی و بهداشتی به افراد ایل قشقایی در منطقه تشکیل می‌شود. این واحد سیار موظف بود در محل از بین افراد مستعد جوان عده‌ای را انتخاب کرده و در یک دوره کوتاه‌مدت آموزشی، به آن‌ها چگونه ارائه خدمات بهداشتی و مواظبت‌ها و مراقبت‌های اولیه درمانی را بیاموزد.

به این منظور از بین دختران و پسران با توجه به ویژگی‌هایی مثل سن بیشتر از ۱۷ سال و یا اینکه پسران خدمت سربازی را گذرانده یا معاف باشند و همچنین انتخاب افراد به نسبت جمعیت تیره‌های مختلف ایلات، داوطلبانی را انتخاب کردند. در این گزینش هدف برنامه و به خصوص انتظاراتی که هر کدام از افراد در پایان کار داشتند، مد نظر بوده است. در این چارچوب کلی بیشتر از هر چیز دارا بودن خصائل انسانی و اخلاقی لازم برایشان مهم بوده است و همچنین ایمان داشتن به هدف‌های برنامه و کار بهداشتی در شرایط مشکل و سخت.

اولین دوره آموزش شاگردان از ۳۰ تیر ۵۲ در منطقه در تلفیقی بین آموزش‌های نظری و عملی شروع می‌شود و در بازه‌هایی نیز به شیراز رفته و آموزش‌های تخصصی‌تر و یا کارآموزی را دنبال می‌کردند. مجموع این آموزش‌ها تا خرداد ۱۳۵۳ به طول می‌انجامد و آن‌ها پس از اتمام دوره آموزش و کارورزی به نام بهورز شناخته شده و در این سمت در خانه‌های بهداشتی که برای هر یک از آن‌ها در قالب شبکه

تندرستی سازمان خدمات اجتماعی در فارس تشکیل داده بودند، زیر نظر پزشکان چهار درمانگاه آموزشی مشخص مستقر می‌گردند.

طراحان و مجریان چند نکته مهم را در نظر داشتند اول آنکه دانش‌آموزان دید روشنی از هدف‌های کار خود و شناخت نیازهای تندرستی مردم به دست آورند و در چگونگی طرح آن و حل آن ورزیده شوند، دوم آنکه حل مسائل را در ترکیب تئوری و عمل به دست آورند و سوم آنکه مسائل را از دید مردم نیازمند ببینند و با توجه به امکانات و منابع موجود محل، با روش‌های خلاق و عملی و با حداکثر مشارکت داوطلبانه مردم به حل آن‌ها مبادرت ورزند و بالاخره آنکه نسبت به مردم و وظایفی که در قبال آن‌ها دارند احساس مسئولیت کرده و به همین جهت به حدود کار و نوع مداخلات خود دقیقاً واقف گردند (هیئت بررسی مسائل بهداشتی و درمانی کشور، ج ۱، ۱۳۵۲: ۳۵۶-۳۵۲). در این طرح نیز بوضوح خط روشنی از ایده‌پردازی و نقش علوم اجتماعی در طراحی، آموزش و به‌کارگیری به‌روز ذیل نهضت خدمات مراقبت اولیه به چشم می‌خورد.

۶-۴. سلسله (الشترا)

معجید رهنما سال ۱۳۵۲ پس از اجرای طرح عشایری فارس طرح توسعه منطقه‌ای سلسله را پیگیری می‌کند. این طرح با همان رویکردها در دستور قرار دارد با این تفاوت که بر خلاف مطالعات پیشین توسعه همه‌جانه روستا در نظر گرفته شده است. مدت آن پنج ساله بوده است تا در سال ششم به روی پای خود ایستاده و با امکانات منطقه و نیروی مردمی اداره شود.

رویکرد و اصول کلی مطرح شده ذیل طرح راه تندرستی بر این کار نیز استوارند و در همان راستا پیگیری می‌شود. در طرح‌های قبلی سلامت محوریت دارد اما در این طرح سعی می‌کند ابعاد مختلف را دخیل کند. مهمترین اصول و بایدها مورد تأیید که می‌توان آن را منتسب به رویکرد خاصی به توسعه روستایی دانست عبارت‌اند از توسعه درون‌زا و پایین به بالا، اولویت برطرف‌ساختن نیازهای اساسی، توسعه یکپارچه و همه‌جانبه، مشارکت مردم و خوداتکایی. طرح سلسله را می‌توان در ترکیبی از این اصول معنا کرد و البته گره خوردن آن با مدل پزشک پابره‌نه که یک کنش‌گر فعال محیطی بومی محور قرار می‌گیرد.

هرچه که در این طرح در دستور قرار گرفته و ساخته می‌شده است بر اساس نیاز واقعی آن‌ها، توجه به مشخصات فرهنگی و زندگی‌شان، و لحاظ دو بعد آموزش دسته‌جمعی و مشارکت آگاهانه مردم بوده است. به عنوان مثال در ساخت جاده‌ای در منطقه، ابتدا کلاس‌هایی برای مردم در رابطه با جاده‌سازی و پل‌سازی برگزار کرده و سپس به کمک آن‌ها، کارهای اجرایی را دنبال می‌کنند.

برای انتخاب منطقه مورد نظر، بررسی‌هایی از دامنه‌های زاگرس انجام می‌شود بخش‌های دلفان، سلسله (الشر) و چغلوندی از شهرستان خرم‌آباد برای پیاده‌سازی طرح انتخاب می‌شوند و در پاییز ۱۳۵۳ گروهی مرکب از دو پزشک، دو مهندس کشاورزی، یک جامعه‌شناس، کارشناس اقتصادی برخی از دستیارهای امور آموزشی و رئیس اجرایی به محل اعزام می‌شوند و عملیات طرح شروع به کار می‌کند؛ طرح بر آن اساس بوده که فاز اولیه در سلسله اجرایی شود. اهالی این منطقه اکثراً لر (لک) و منطقه شامل عشایر، نیمه عشایر و ساکن بوده و فعالیت اقتصادی منطقه، پرورش گله و دامداری، زراعت معیشتی، صنایع دستی و خرید و فروش بوده است.

به موازات پیگیری امور اجرایی طرح سلسله "مرکز مطالعات درونزا" برای انجام مطالعات نظری مرتبط تأسیس می‌شود که ضمن ایجاد هماهنگی در روش‌ها، آثار طرح را در منطقه ارزیابی کرده و الگوی کلی آن را برای توسعه به مناطق مشابه دیگر استخراج کند؛ چگونگی جلب مشارکت مردم، شناخت کلی منطقه، انتشار کتب و جزوه‌های درسی و گزارش‌های مختلف و انجام پژوهش‌های مستمر درباره مسکن از فعالیت‌های اولیه است که بعدتر به مطالعات آماری مختلف، پژوهش‌هایی در رابطه با منطقه و برنامه‌ریزی‌ها مختلف می‌پردازد. به صورت کلی ساختار کلی این طرح علاوه بر این مرکز شامل مجری، رئیس اجرایی، کمیته هماهنگی و سیاست‌گذاری، دفتری در تهران و کارشناسان بوده است.

آموزش، بهداشت، مسکن و رفاه هدف اصلی طرح در فاز اولیه بوده است. فعالیت‌ها به صورت کلی به چهار دسته زیر تقسیم می‌شدند:

۱. تأمین خدمات مورد نیاز: بر اساس طرح، خدمات اصلی که باید عرضه می‌شد، در زمینه‌های بهداشت، آموزش، کشاورزی، مسکن و ایجاد زیربنای اقتصادی و عمرانی لازم از قبیل راه‌سازی، آبرسانی و بهسازی محیط زیست بود.
۲. مردم‌یار و نیروهای فنی

ابتداءاً سه نوع نیروی انسانی با عناوین آموزگاران، بهورزان و مروجان در زمینه‌های آموزش، بهداشت و کشاورزی در دستور کار قرار می‌گیرد. کلاس‌های آموزشی برگزار شده تفاوت جدی با آموزش‌های دیگر داشت و در آن معلم بر اساس نظرخواهی و به صورت دوطرفه و بر اساس فرصت برابر کلاس را اداره می‌کرده است و شاگردان نیز نباید تنها به حفظ کردن مطالب اکتفا می‌کردند.

پس از اتمام دوره‌های تخصصی برای هماهنگی بیشتر، یک دوره آموزشی عملی (کاربردی) در یکی از روستاهای منطقه با عنوان "تنه مشترک" انجام می‌شده. در طول این دوره، بر مسائل و موضوعات مشترک از قبیل شیوه زندگی در بین روستاییان، نحوه خدمات رسانی، جلب مشارکت و همکاری، نحوه اولویت‌بندی نیازها، چگونگی گسترش روح تعاون در بین مردم، ارزش‌گذاری به سنت‌ها و اداره

امور توسط نمایندگان واقعی، استفاده از فناوری جدید در تولید و همیاری بین سه گروه در سطح روستا و منطقه، آموزش داده شده است.

بعد از برگزاری "تنه مشترک"، برای خنثی کردن گرایش‌های گروهی و اجتناب از حرفه‌ای شدن، تصمیم می‌گیرند به جای آموزش افراد جدید، از همین تعداد افراد به طور کیفی استفاده شود. از این رو، نام افراد سه گروه به "مردم یار" تغییر می‌یابد. پس از آن هر کارورزی که در دوره آموزشی دو گروه دیگر شرکت کرده بود، "مردم‌یار ارشد" و کسی که فقط در دو دوره آموزشی شرکت کرده بود، "مردم‌یار دو بعدی" و کسی که در یک دوره آموزشی شرکت کرده بود "مردم‌یار تک‌بعدی" نامیده می‌شود که این امر امتیازات مادی و معنوی به دنبال داشته است.

علاوه بر مردم‌یار با استفاده از امکانات طرح و نیز امکانات نهادهای دولتی، تعدادی نیروهای فنی مثل بتا، نجار و... پرورش داده می‌شوند. البته این افراد بیشتر در بخش خصوصی مشغول شده ولی با آموزه‌های طرح آشنایی پیدا کرده‌اند.

۳. ایجاد سازورکاهای مشارکت: ایجاد انگیزه‌های لازم برای مشارکت مردم هدف این محور بوده است. آشنایی با ساخت قدرت و روابط اجتماعی، توجه به شرکت‌های تعاونی، آشنایی با انجمن‌های محلی و مواردی از این دست از مهمترین فعالیت‌های انجام شده است. ایجاد روحیه و طرز فکری جدید در مردم که بر آن اساس خود را در همه حال، عاملان اصلی پیشرفت و توسعه دانسته و خود را متکی به دولت و یا سایرین ندانند.

۴. پژوهش و نوآوری: پژوهش‌های بسیاری در زمینه بیوگاز، معماری با استفاده از مصالح و امکانات محلی، ساخت جاده‌های ارزان‌قیمت و مبارزه با مالاریا با رویکرد استفاده از فناوری ساده، مفید و متکی به منابع و امکانات محلی و رشد درونزایی با حداکثر مشارکت نیروی فعال کار موجود و مردم ذینفع انجام داده‌اند.

با نزدیکی انقلاب اسلامی، با توجه به اینکه حیات اقتصادی و برخی از عوامل اصلی این طرح به دربار وابسته و یا مرتبط بودند، این طرح متوقف می‌شود. افراد تربیت شده در طرح سلسله جذب مراکز مختلفی دولتی شده و عملاً پرونده آن بسته می‌شود (طالب مهدی، حقیقی مقدم عبدالمنان، ۱۳۹۰).

۷-۴. طراحی اجرایی و پیاده‌سازی شبکه بهداشت و درمان

یکی از طرح‌های مهم که پس از انقلاب اسلامی در حالیکه کشور درگیر جنگ تحمیلی بود آغاز گردید؛ پیاده‌سازی نظام شبکه بهداشت و درمان در کشور است. این طرح از جهت توجه به مبانی علوم انسانی و نیز از نظر اثر گذاری در سیمای سلامت کشور طرحی ممتاز محسوب میشود.

اجرای خط‌مشی ضوابط و مراحل مستقلى دارد و در دنيا نيز معمولاً گرايش هاى متفاوتى در خط‌مشى‌گذارى وجود دارد. توجه به اين موضوع، بُعدى مهم از طراحى و اجراى نظام شبكه بهداشت و درمان را پررنگ‌تر مى‌کند؛ طراحى صرف يك مدل، با مدل پياده‌سازى آن متفاوت است. طراحى مدل شبكه بهداشت و درمان با پياده‌سازى آن امرى متفاوت ولى مرتبط به حساب مى‌آيد و اين امر از آغاز مورد توجه مجريان طرح بود.

در مورد شبكه بهداشت و درمان، شاهد طراحى اجرايى خوبى در کشور بوديم. طراحان براى توسعه شبكه در سطح کشور با محدوديت‌هاى قابل توجهى در تربيت نيروى انساني، عمليات ساختمانى و سرمايه‌گذارى و تأمين اعتبارات مواجه بودند. آن‌ها دو سناريو پيش چشم خود داشتند: آغاز همزمان در تمام استان‌هاى کشور و يا آغاز کار از يك يا چند استان که به علل مختلف سناريوى دوم را بر مى‌گزینند. با توجه به اين نکات، در اين پيشنهاده سال ۱۳۷۰ سال پايان استقرار کامل شبكه بهداشتى درمانى کشور قرار داده مى‌شود. که در هفت سال اول ۱۵ استان محروم کشور را هدف و در سه سال بعدى ۹ استان ديگر با استفاده از امکانات و تجارب اين ۱۵ استان انجام شوند. آن‌ها بر اساس شاخص‌هاى نسبت پزشک و تخت در استان و نسبت مراکز درمانى به وسعت و تراکم منطقه، استان‌ها را (بر اساس نياز) اولويت‌بندى کردند.

پس از انتخاب سناريوى توسعه طرح و همچنين اولويت‌بندى استان‌هاى کشور بر اساس معيارهاى بيان شده، به طراحى دقيق و با جزئيات شبكه بهداشت پرداخته شد. نکته مهم و حائز اهميت رويکرد مشارکتى در طراحى بوده است که مزيت‌هاى مختلفى براى مجريان فراهم کرده بود. (مجمع آموزشى و پژوهشى ۱۳۶۰: ۲۴۵-۲۳۹).

در اين مرحله حد مطلوب جمعيت تحت نظر هر خانه بهداشت مشخص شد. به اين منظور براى هزار نفر جمعيت بر اساس استانداردهاى روز، بار کار سالانه را محاسبه کردند. براى تعيين تعداد روستاهى تجمع شده ذيل يك خانه بهداشت ملاحظات اجتماعى، تاريخى و تبارى در نظر گرفتند. وقتى که جمعيت بهينه ذيل خانه بهداشت به دست مى‌آمد، يك روستا، اصلى و روستاهى ديگر روستاى قمر نام مى‌گرفت.

همچنين در اين مرحله نيروى انساني بر اساس سه مولفه اصلى بار کارى مورد نياز براى پاسخ به يك خدمت مشخص (يا بسته‌ى خدمتى) در جمعيت هدف، زمان مورد نياز براى انجام هر وظيفه، ظرفيت کارى واقعى کارکنان سلامت براى انجام هر وظيفه خاص، تخمين زده شد. با اين سه مولفه

فرمولی ابداع شد که می‌توانستند بر آن اساس تعداد هر کدام از کارکنان سلامت را محاسبه کنند. سپس با توجه و دقت به جزئیات امکانات و تجهیزات مورد نیاز برای هر نوع محل ارائه خدمت تهیه و آماده کردند.

بر این اساس طرح توسعه شبکه در سطح همه شهرستان‌ها تدوین گشت که شامل یک نقشه کلی (طرح‌های تفصیلی) تهیه شده که شامل اطلاعات کلی جغرافیایی و جمعیت‌شناختی، توصیف دقیق خانه‌های بهداشتی که بایستی ساخته شوند، لیستی از تجهیزات موجود و مورد نیاز، لیست دقیق مراکز بهداشت روستایی (واحدهای موجود و مواردی که بایستی ساخته شوند)، مراکز بهداشت شهری موجود و مورد نیاز، نیروی انسانی مورد نیاز و پرسنل مورد نیاز در مرکز بهداشت شهرستان بوده است. با استفاده از این اطلاعات؛ طرح‌های توسعه، سرمایه مورد نیاز برای ساخت و تجهیز خانه‌های بهداشت و همچنین تخمین نیروی انسانی مورد نیاز نیز ارائه می‌گردید (Shadpour, Kamel & Shadpour Pejman, ۲۰۱۵: ۳۴-۴۱).

تا بدینجا طراحی پیش از اجرا یا طراحی اولیه بود. در طراحی اولیه، توسعه طرح با اولویت مناطق محروم مد نظر بوده است. اما در فاز اجرایی طرح، تغییراتی در این رویکرد مشاهده می‌شود. مجریان دو گزینه جدی پیش روی خود می‌دیدند؛ توسعه کامل یک شهرستان به صورت کامل و یا توسعه تدریجی واحدهای بهداشت و درمان سرپایی در یک شهرستان.

اما آن‌ها به جای انتخاب میان یکی از آن‌ها، هم تدریج عمودی (سطوح مختلف شبکه) و هم تدریج افقی (وسعت خدمات هر سطح) را در دستور قرار دادند. در تدریج عمودی اولاً از کل کشور به یک شهرستان از هر استان تمرکز کردند و در ثانی اولویت را اول به تأسیس خانه‌های بهداشت و سپس مراکز بهداشت استان و شهرستان و مراکز بهداشتی درمانی روستایی و شهری دادند. علت این تصمیم آن بود که ایجاد مراکز بهداشتی درمانی با دو مشکل اساسی تأمین فضای مناسب و نیروی انسانی مقتضی مثل کاردان بهداشت مواجه بودند. همچنین برای استقرار خانه‌های بهداشت و ایجاد عدم تمرکز مدیریتی نیاز به مراکز بهداشت استان و شهرستان بوده تا بتوانند خودشان کار را دست بگیرند. از اینرو تأسیس این مراکز در اولویت بعدی قرار گرفتند. حتی در تأسیس خانه‌های بهداشت با برنامه‌هایی که متولی و ساختار موازی نداشتند مثل بهداشت مادر و کودک شروع کردند و تا حد ممکن هزینه‌ها را کاهش دادند تا بتوانند مرحله اولیه را به سرانجام رسانده و نمونه خوبی پیش چشم همگان قرار دهند (پبله‌رودی، سیروس، ۱۳۸۵: مقدمه).

بر این اساس و با سیاستی که در اجرا در پیش گرفته شد، مدل اصلی کنار گذاشته شد و تنها به صورت ایده‌آل در ذهن بازیگران قرار داشت و آن‌ها با توجه به اقتضائات تصمیم گرفته و مدلی منحصر

به فرد برای پیاده‌سازی شبکه بهداشت در پیش گرفتند. به عنوان مثال نهادی به اسم "آموزشگاه بهورزی" خلاء نهادهای نظارتی، آموزشی و حتی اجرایی را به صورت موقت به دوش می‌کشد تا تاسیس شد. این آموزشگاه‌ها یک نهاد کلیدی توسعه طرح به حساب می‌آیند.

فاز اجرایی شبکه بهداشت، بسیار مفصل بوده و تبیین آن در این مجال نمی‌گنجد. در اینجا سعی شد به اجمال به کلیاتی از مدل توسعه طرح شبکه اشاره شود تا بتوان به نقش و جایگاه علوم اجتماعی در فاز اجرایی شبکه پی برد.

۸-۴. ادغام خدمات در دانشگاه‌ها

در سال ۱۳۶۴ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از ادغام ارائه خدمات و سازمان‌های منطقه‌ای وزارت بهداشتی در دانشگاه‌های علوم پزشکی شکل یافت. در این حالت دانشگاه‌های علوم پزشکی در واقع هم سازمان‌های منطقه‌ای (ادارات کل) وزارت خانه بودند، هم مسئول آموزش نیروی انسانی و مسئول ارائه خدمات پزشکی. دانشگاه‌های علوم پزشکی نیز دیگر ذیل وزارت علوم نبوده و تحت هدایت این وزارت خانه قرار گرفتند. این کار اهداف زیر را دنبال می‌کرد:

۱. استفاده از فضا و امکانات وزارت بهداشتی به منظور تربیت وسیع نیروی انسانی در راستای بی‌نیازی کشور از پزشکان خارجی
۲. انجام آموزش و پژوهش مناسب در درون نظام ارائه خدمت و در کلیه سطوح ارائه خدمات.
۳. امکان حضور هرچه بیشتر اعضاء هیئت علمی دانشگاه در جای، جای جامعه؛ انجام پژوهش‌های کاربردی و ارتقاء کیفیت نظام ارائه خدمات. فرض این بود که حضور دانشگاه باعث پویایی نظام ارائه خدمات می‌شود. نیاز جامعه دائما در حال تغییر است و خدمات نیز پیچیده‌تر می‌شوند و حضور دانشگاه می‌تواند پاسخگوی این دو متغیر باشد.
۴. مدیریت واحد بر تولید و مصرف نیروی انسانی می‌تواند آموزش و پژوهش را بر اساس نیاز جامعه جهت دهد.
۵. ادغام می‌تواند به حضور دانشگاه در درون جامعه کمک کند (مرندی و دیگران، ۱۳۷۷: ۳۹-۳۸).

برای ادغام دانشگاه‌های علوم پزشکی در وزارت بهداشت معایب و محسنات متعددی بر شمرده‌اند (نوری حمت، سمیه و دیگران، ۱۳۹۷) اما از منظر علوم اجتماعی به نحو دیگری باید به آن نگرست. تا قبل از این ادغام، بهداشت و درمان به عنوان یک حوزه به شدت تخصصی به نحوی که امروزه تصور می‌شود، نگاه نمی‌شد. حتی به متولیان بهداشت و درمان به سبب تحقیر بهداری چی می‌گفتند. اما ادغام باعث شد که علم در قدرت ضرب شده و اقتدار بالایی شکل گرفت به صورتی که بهداشت و درمان یک حوزه

به شدت تخصصی گردید و در این حالت به صورت آگاهانه یا ناآگاهانه سایر علوم از ورود به آن کنار گذاشته شدند. تا پیش از این پزشکان و سایر دانشگاهیان از بیرون به این نظام می‌نگریستند اما با بروز مسئله ادغام دیگر پزشکان به عنوان یک رکن دانشگاهی و اداری در آمدند و به سبب تمرکز قدرت و علم در آن‌ها و حتی جدایی فیزیکی که میان آن‌ها و سایر رشته‌ها گسست علوم اجتماعی از نظام سلامت بیشتر شد.

در بعد ساختاری مهمتر از متولی وزارت بهداشت، ساختار ادغام‌یافته‌ای است که اقتدار را در دانشگاه‌ها جمع کرد. این اقتدار خود مانعی شد برای توسعه بیشتر شبکه بهداشت. پس از اینکه شبکه ذیل دانشگاه‌های علوم پزشکی قرار گرفت، شبکه به حالت انجماد درآمد. این را به علل مختلفی می‌توان نسبت داد که بایستی به دقت هم بررسی شود اما به نظر می‌رسد همان اتفاقی که در سطح وزارت افتاد، در دانشگاه‌ها هم رخ داد؛ جوّ درمانی دانشگاه‌ها و مشکلات عدیده دانشگاه‌ها، شبکه را به مرور به حاشیه راند. البته در ابتدا یک مزیت برای طرح به حساب می‌آمد زیرا به شبکه، طراحان و مجریان آن وجهه‌ی علمی بخشید اما با گذشت زمان ساختارها کار خود را کردند^۱.

به نظر می‌رسد ادغام یک ایده‌ی شکل یافته بود که قرار بود آموزش را ارتقاء دهد چه از نظر کمی و چه از نظر کیفی. اما نسخه‌ی پیچیده شده به آن سو رفت که خدمات را بر همه چیز سیطره داد و امروز با دانشگاه خدمات درمانی مواجه هستیم تا دانشگاه علوم پزشکی. شاید اگر عینک علوم اجتماعی بر چشم تصمیم‌گیران بود راه دیگری را برای این مشکل بر می‌گزیدند.

۹-۴. طرح ژنریک

پس از پیروزی انقلاب اسلامی طرح "نظام نوین دارویی کشور" در دستور قرار گرفت که پنج اصل کلی داشت: ۱- استفاده از نام ژنریک (به جای نام اختصاصی و یا تجاری) ۲- واردات متمرکز با محوریت موسسات تحت کنترل دولت ۳- توزیع داروی در سراسر کشور ۴- تملک کارخانجات دارویی چندملیتی ۵- معرفی علمی داروهای ژنریک. بنابراین تمام شرکت‌های چند ملیتی در کشور، ملی اعلام شد و تحت حاکمیت دولت قرار گرفت.

۱ با authority که خود وزارت بهداشت و آموزش پزشکی ادغام شد، به این کار [توسعه شبکه] خیلی کمک کرد. چون [می‌گفتند] وزارت بهداشتی‌چی‌ها [می‌گویند]، این‌ها بهداری‌چی‌اند، سواد ندارند. وقتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شد، آدم‌هایی که مثل ما که علمی بودیم، حرف‌ها را زدیم، آن‌ها راحت‌تر قبول کردند ... این [ادغام] هم یک نقص دیگر شبکه به حساب می‌آید. وقتی وارد دانشگاه‌ها شد شاید پیگیری‌ها کم شد و به روز دیگر نشد. این یک معضل طرح است (ایزدبخش، ۱۳۹۶).

بر این اساس استفاده از نام تجاری برای داروهای تولید داخل ممنوع اعلام شد و حتی واردات دارو نیز بایستی بر اساس نام ژنریک داروها صورت می‌گرفت. قیمت‌گذاری در دست دولت قرار گرفت و آن نیز برای هر مولکول دارویی، یک قیمت تعیین می‌کرد نه آنکه با توجه به برندهای مختلف تعیین قیمت صورت گیرد.

بنابراین چند سیاست دارویی مهم در کشور اتخاذ شد ملی کردن دارو، واحد کردن تمام قیمت‌ها و به نحوی بی معنا کردن رقابت در عرصه تولید دارو، و همچنین متمرکز کردن واردات دارو. این سیاست‌ها به صورت قطع تبعات و پیامدهایی بر صنعت دارو و همچنین نظام سلامت کشور داشته است. هر چند مقتضیات سالهای اول انقلاب و قطع حضور شرکتهای چند ملیتی و بحرانهای دارویی آن زمان و سپس شرایط جنگ تحمیلی؛ این اقدامات را الزامی می‌نمود ولی ارتقا و روزآمدی این طرح به ویژه پس از پایان جنگ تحمیلی ضروری بود.

در اینجا قصد بررسی و نقد این سیاست را نداریم اما بدون شک ورود نگاه چند رشته‌ای می‌توانست تصمیماتی را رقم بزند که در مرحله بازنگری این طرح با آسیب کمتری ادامه یابد. به طور مثال پس از مشخص شدن مشکلات در زمینه واردات دارو، ابتدا سه شرکت غیرانتفاعی از جمله هلال احمر در قالب داروهای تک نسخه‌ای به واردات دارو پرداختند و چند سال بعد واردات دارو گستره بیشتری پیدا کرد و شرکت‌های خصوصی نیز در این عرصه وارد شدند (نیلفروشان مرتضی و دیگران، ۱۳۹۷ و مدنی حسام‌الدین و دیگران، ۱۳۹۰ و مرنندی سیدعلیرضا و دیگران، ۱۳۷۷).

بدون شک یک تصمیم در این حد برای اینکه ابعاد مختلف آن ترسیم شده و پیامدهای منفی آن کاسته شود، نیاز به نگاه بین رشته‌ای دارد. این تصمیم اثرات جدی اقتصادی داشته به نحوی که در این حالت هیچ‌کدام از شرکت‌ها میل به تحقیق و توسعه برای کشف داروهای جدید را ندارند. قطعاً بازار دارویی کشور محدود شده و همیشه شرکت‌های تولیدکننده دارو در داخل کشور دست‌چندم به حساب می‌آیند زیرا واردکننده‌گان دارو سود اصلی را نصیب خود کرده و تولیدکنندگان بایستی به سوداندک بسنده کنند. ضمن اینکه با تصمیم واردات متمرکز دارو، کشور در برهه‌های مختلف از جمله سال ۱۳۹۲ مشکلات جدی در زمینه تامین دارو داشته است.

بیان این مشکلات و معایب، به معنای چشم‌پوشی بر محاسن طرح ژنریک نمی‌باشد، بلکه القاء تبیین نیاز به نگاه دیگری است که بتواند با عینکی دقیق‌تر مسائل را نگاه کرده و بکوشد تصمیمات صحیح‌تری اتخاذ کند.

۱۰-۴. طرح خودگردانی

ریشه اصلی مطرح شدن طرح خودگردانی را به نحوی می‌توان به طرح اولیه شبکه بهداشت و درمان گره زد؛ آنجا که طراحان شبکه در طرح کلی خود برای نظام سلامت، مراکز درمانی مستقلی دیده‌اند (مجتمع آموزشی و پژوهشی، ۱۳۶۰). اما آنچه آن‌ها در طرح‌واره کلی خود مد نظر داشتند به کل از آنچه به عرصه اجرا کشیده شد متفاوت بود. شاید طرح عملیاتی بیشتر برگرفته و بر اساس نسخه بانک جهانی بوده باشد تا آن طرح اولیه.

شروع طرح خودگردانی با عنوان طرح "نظام نوین اداره امور بیمارستان‌ها" از سال ۱۳۷۳ بود که بر آن اساس بیمارستان به عنوان یک بنگاه اقتصادی به رسمیت شناخته شدند. در این طرح بیمارستان از مراجعین خود هزینه دریافت کرده و درآمد خود را صرف هزینه‌های بیمارستان کرده و همچنین بین پرسنل خود کارانه تقسیم می‌کرد که در این میان سهم پزشکان از سایر کادر درمانی بیشتر بود. بر این اساس، به غیر از حقوق پرسنل رسمی و پیمانی که به عهده دولت بود، مابقی را خود بیمارستان بایستی تامین می‌کرد. این طرح در واقع همان طرح کارانه به حساب می‌آید.

ماحصل این مرحله از اداره نوین، که قرار بود بدنه دولت را کوچک کند و ضمناً انگیزه خوبی برای فعالیت بیشتر پزشکان در بیمارستان‌های دولتی باشد، چیزی نبود جز انگیزه بیشتر مهاجرت پزشکان به بخش خصوصی (زیرا درآمد بخش خصوصی پزشکان بسیار بیشتر افزایش یافت)، نارضایتی سایر کارکنان سلامت و همچنین مردم. البته این طرح مزایایی قطعاً داشته است اما به اهداف خود نرسید (کریمی، سعید، ۱۳۸۰) شاید بتوان علت اصلی این شکست را نداشتن نگاهی بین‌رشته‌ای و دیدن ابعاد مختلف یک تصمیم دانست.

کمی بعدتر یعنی در سال ۱۳۸۳ طرح "اصلاح ساختار مدیریتی اقتصادی بیمارستان‌های کشور" شروع شد که منجر به شکل گرفتن بیمارستان‌های هیئت امنایی در کشور گردید. در این طرح، ابعاد مختلف خودگردانی دیده شده بود اعم از ساختار بیمارستانی، بودجه‌ریزی عملیاتی، مدیریت مبتنی بر عملکرد، برون‌سپاری، مدیریت نگهداشت و سامانه اطلاعات بیمارستان. اما بررسی اجرای این طرح نیز حکایت از اجرای محدود آن در کشور دارد. طرح اصلاح ساختاری را بیشتر می‌توان مبتنی بر نسخه بانک جهانی دانست (جعفری سبزی، مهدی و دیگران، ۱۳۸۷).

عدم موفقیت این طرح در هر دو مرحله خود برای دستیابی به اهدافش، شاید دوباره ما را به ارتباط میان علوم انسانی و سلامت رهنمون کند. به نظر می‌رسد از اول هدف معین و دقیقی برای آن مشخص نشده بود و سازوکارهای رسیدن به هدف بررسی نشده بودند. اینکه طرح خودگردانی در مرحله اول خود فقط به کارانه بسنده می‌کند و حتی سازوکار دقیقی برای آن تعیین نمی‌کند، اینکه در فاز دوم نیز با وجود

چارچوب مشخص در طراحی، اما چارچوب اقدام معینی تعیین نمی‌شود که مرحله به مرحله به پیشرفت کار کمک کند، همگی ما را به خلاء فکر و اندیشه‌ای در نظام سلامت می‌کشاند که نبود آن از اثربخشی و کارایی این نظام کاسته است.

۱۱-۴. پزشک خانواده

طرح پزشک خانواده به صورت جدی از سال ۱۳۸۴ با شروع طرح پزشک خانواده و بیمه روستایی در شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر شروع به کار کرد. پس از گذشت چهار سال، وقتی هنوز الزامات قانونی آن نهادینه نشده و ارزیابی درستی از آن به دست نیامده بود، سعی شد در شهرهای بزرگ به اجرا گذاشته شود که ابتدا سه شهر سیستان و بلوچستان، خوزستان و چهارمحال و بختیاری بر اساس نسخه ۰۱ در سال ۱۳۸۹ به اجرا گذاشته شد. بدون بررسی جدی و جامعی بر روی نسخه ۰۱، نسخه ۰۲ آن در سال ۱۳۹۱ در دو استان فارس، مازندران در نهایت به اجرا درآمد که آن هم دیری نپایید و با مطرح شدن طرح تحول نظام سلامت، از اولویت کنار رفت.

مقایسه طرح پزشک خانواده از مراحل طراحی تا مراحل پیاده‌سازی آن را اگر با طرح شبکه بهداشت در ایران مقایسه کنیم، به تفاوت‌هایی جدی پی خواهیم برد. از نحوه برنامه‌ریزی تا اجرا همگی حکایت از یک کار بالا به پایین دارند که قبل از اینکه یک طرح به بلوغ خود برسد، دست به اجرا سپرده شده و آن را از بین برد. نمی‌توان ادعا کرد که تمام مشکلات شکست طرح پزشک خانواده در کشور به نبود نگاه بین رشته‌ای بر می‌گردد، اما قطعاً حضور این نگاه می‌توانست در طراحی و اجرا به موفقیت طرح بسیار کمک کند.

ندیدن مولفه‌ها و الزامات اولیه در طراحی پزشک خانواده، بالا به پایین بودن و دستوری بودن طرح و اقدامات، عدم بومی‌سازی، جامع نبودن طرح و مواردی از این دست که در مطالعات مختلف تبیین شده است (مهرتپور مجتبی، تاجور مریم، ۱۳۹۷ و دمار و دیگران، ۱۳۹۵) همگی نشان‌دهنده این خلاء جدی در نظام سلامت می‌باشند.

۱۲-۴. طرح تحول نظام سلامت

طرح تحول نظام سلامت به صورت سراسری در کل کشور در ۵۵۷ بیمارستان دولتی از اردیبهشت ماه ۱۳۹۳ شروع شد. این طرح از نظر میزان حمایت‌های صورت گرفته اعم از مالی، قانونی، سیاستی و... نه تنها در حوزه سلامت بی‌نظیر است بلکه حتی می‌توان گفت در طول چهل سال گذشته در میان برنامه‌های دولت از جمله نوادر است.

به گفته طراحان اصلی، مطالعاتی شش ماهه برای طراحی طرح تحول صورت گرفته است. فارغ از اینکه این مطالعات به چه نحو انجام شده است، عملکرد طرح تحول نشان از ضعف بینشی جدی در

این زمینه است. نه تنها در طراحی چنین طرحی از ذینفعان مختلف استفاده نشده است، بلکه در اجرا نیز خوانش‌های مختلفی از طرح تحول به چشم می‌خورد. به صورتی که برخی طرح تحول نظام سلامت را تنها اصلاح تعرفه‌های پزشکان می‌دانستند ولی عده‌ای دیگر حتی پزشک خانواده را در آن حیطه تعریف می‌کردند (دانایی فرد حسن، ایزدبخش حمید، ۱۳۹۵). در عمل طرح تحول سلامت به اهداف البته نامشخص خود نرسید و وزیر مربوطه مجبور به استعفا شد.

اگر به اهداف و برنامه‌هایی که به صورت عمومی از این طرح منتشر شده است نگاهی بیاندازیم آشفتگی برنامه‌ریزی به وضوح به چشم می‌آید. به طور مثال بررسی دستورالعمل اجرایی طرح نشان می‌دهد که در تدوین این برنامه از متخصصان برنامه‌ریزی راهبردی و یا متخصصان سیاست‌گذاری استفاده نشده است؛ به طوری که اهداف کلی و اختصاصی گاهی ابرازند نه هدف و همچنین محورهایی که برای طرح تحول گذاشته شده‌اند، محور نبوده بلکه چند وظیفه و کارکرد خرد به حساب می‌آیند (معاونت درمان، ۱۳۹۳).

بنابراین در طرح تحول نظام سلامت نیز به وضوح فقدان نگاه بین رشته‌ای به چشم می‌خورد. البته به طور قطع نمی‌توان شکست طرح تحول را به فقدان چنین نگاهی نسبت داد و هدف این مقاله نیز این نمی‌باشد. اما به صورت قطع می‌توان گفت حضور چنین نگاهی می‌توانست حداقل از تبعات منفی آن بکاهد و سرنوشت این طرح را مشابه نیاکان خود نگرداند.

۱۳-۴. کووید-۱۹ و نظام سلامت

همه‌گیری کووید ۱۹ که توسط ویروس کرونایی جدید به صورت رسمی از اسفند ۱۳۹۸ در کشور اعلام شد اما برخی شواهد بر وجود آن حداقل از ابتدای بهمن ماه دلالت دارند. ناشناخته بودن و گستره‌ی زیاد این بیماری، مرزهای سلامت را جابه‌جا کرد. هیچ زمانی در کشور به این میزان دانشمندان و پژوهشگران مختلف به مقوله سلامت به منزله یک موضوع اجتماعی نپرداخته بودند؛ به صورتی که در حال حاضر بسیاری از دانشگاه‌های علوم اجتماعی که ارتباط مستقیمی نیز با دانشگاه‌های علوم پزشکی ندارند، در این زمینه جلسات مختلف برگزار کرده و همچنین مقالات و کتب منتشر می‌کنند.

پاندمی کووید ۱۹ در واقع به همه فهماند که سلامت موضوعی اجتماعی است؛ هرچند یک بعد جدی آن مباحث مرتبط با پزشکی می‌باشد. به ما نشان داد همانقدر که تخصص‌هایی مانند ایمنی‌شناسی، شیوع‌شناسی، تخصص‌های داخلی و عفونی در مدیریت بحران کرونا مهم هستند، نگرش‌های سیاست‌گذاری، جامعه‌شناختی، اقتصاد؛ ارتباطات و... نیز مهم و اثرگذارند.

البته این امر به صورت نظری بر کسی پوشیده نیست. همانطور که در مقدمه اشاره شد، عوامل اجتماعی موثر بر سلامت^۱ (SDH)، ادبیاتی پذیرفته شده در نظام سلامت به حساب می آید. اما در موضع عمل و اجرا و به خصوص ساختارها، مانع از چنین ترابطی هستند. در تعامل نیز معمولاً هسته مرکزی را پزشکی در نظر گرفته و سایرین در حاشیه قرار میگیرند. حال آنکه با توجه به رویکرد SDH، ۸۰ درصد سلامت مردم، خارج از نظام مراقبت سلامت رقم می خورد.

پاندمی کووید ۱۹ همچنین به متولیان نظام سلامت دوباره گوشزد کرد که به تهایی نمی توانند سلامت مردم را تامین کنند و لاجرم باید دست همکاری به سوی سایر تخصص ها دراز کنند. البته از سوی دیگر نیز صاحبان تخصص های دیگر، سلامت را یک متغیر جدی دریافتند. تا پیش از آن هرچند سلامت برایشان مهم بود، اما به عنوان مقوله ای اجتماعی به آن نگاه نمی کردند. این بحران سبب شد تا آن ها نیز به گونه ای دیگر به سلامت نگاه کنند.

بررسی تحلیل های اجتماعی این مدت می تواند ادعای پیش گفته را روشن تر کند. در یک نمونه تحلیلی، سعی شده علت سفرهای مردم در ایام کرونایی (رحمانی جبار، ۱۳۹۹) را با نگاهی اجتماعی تبیین کند. در این تفسیر، در جامعه ایرانی خانواده عمیق ترین سطح تعلقات اجتماعی را در بر می گیرد و معمولاً وقتی به جامعه ایرانی گفته می شود قرنطینه را رعایت کرده و از دیگران دوری کنید، آن ها روابط اجتماعی خارج از خانه را در نظر می گیرند. و وقتی از سفر کردن منع می شوند، چون خانه را محلی ایمن در نظر می گیرند، به خانه خود در شهر دیگری رفته و آنجا خود را قرنطینه می کنند. این تحلیل سعی دارد، شکاف موجود در نگاه پزشکان که به صورت بیولوژیک به قرنطینه نگاه می کنند، و مردمی که فرهنگی آن را می فهمند، روشن کند. با این تحلیل است که ابعاد دیگری از نظام سلامت روشن می شود. این تحلیل ها به خوبی می تواند علل و ریشه های رفتار مردم را برای سیاست گذار روشن کرده، تا آن ها به نحو بهتری تصمیم گیری کنند.

۵. جمع بندی و نتیجه گیری

نظام سلامت از اولین روزهای پایه گذاری خود تا به امروز همواره، حداقلی از تعامل با علوم اجتماعی را تجربه کرده است. در برهه ها و زمان های مختلف این تعامل بیشتر و کمتر شده است اما هیچگاه از میان نرفته است. سیر تاریخی نظام سلامت نشان می دهد، هر کجا این تعامل جدی تر گرفته شده، موفقیت های بیشتری نیز به دست آمده است اما هرچه به سمت انحصار و یکجانبه گرایی رفته ایم، طرح ها و برنامه ها آنگونه که باید اثربخش نبوده اند.

^۱ Social Determinants of Health (SDH)

البته تعامل و ارتباط میان علوم انسانی، کلید همه مشکلات نخواهد بود و قطعاً شروع شدن این تعامل انتهای مسیر نه، بلکه ابتدای راهی است که تلاش‌های فراوانی را می‌طلبد. علوم اجتماعی آکسیری نیست که نظام سلامت را جان ببخشد، بلکه آن نیز بایستی مدیریت شده و با تدبیر به کار گرفته شود و امید می‌رود از این مسیر روزنه‌هایی برای آینده نظام سلامت فراهم شود.

منابع

۱. استرم، الینور (۱۳۹۴)، فهم تنوع نهادی، ترجمه محسنی زنونزی، سیدجمال‌الدین، تهران: انتشارات دانشگاه امام صادق علیه السلام.
۲. ایزدبخش، حمید (۱۳۹۷/۰۵/۰۱)، شبکه بهداشت و درمان، ندیم، ابوالحسن، فرهنگستان علوم پزشکی.
۳. ایزدبخش، حمید (۱۳۹۸/۲۸/۱۱): تاریخچه علوم انسانی در نظام سلامت، ملک افضلی، حسین، فرهنگستان علوم پزشکی.
۴. ایزدبخش، حمید (۱۳۹۶/۱۲/۲۸)، شبکه بهداشت و درمان، ملک افضلی، حسین، فرهنگستان علوم پزشکی.
۵. باقری لنگرانی کامران؛ حافظی، رحمت‌الله؛ علویان، سیدمویذ؛ متولیان، سیدعلیرضا؛ رمضان‌پور خاکی، حسام؛ فیاض‌بخش محمدعلی؛ شاکری محمدحسین؛ هنرور، بهنام؛ قهرمانی، سولماز (۱۳۹۳)، دانش و تجارب مدیران ارشد و خبرگان در روند توسعه شبکه‌های بهداشتی ایران، مرکز تحقیقات سیاست‌گذاری سلامت، انتشارات خسروی.
۶. پیله‌رودی، سیروس (۱۳۸۵)، شبکه بهداشت و درمان شهرستان، انتشارات رضویه.
۷. جعفری‌سیریزی، مهدی؛ رشیدیان، آرش؛ ابوالحسنی، فرید؛ محمد، کاظم؛ یزدانی، شهرام؛ پارکرتون، پاتریشیا؛ یونسین، مسعود؛ اکبری، فیض‌الل؛ عرب، محمد (۱۳۸۷)، مطالعه کیفی بررسی ابعاد و درجه اعطای خودگردانی به بیمارستان‌های دانشگاهی مورد پژوهش، فصلنامه پژوهش حکیم، ۱۱(۲)، ۵۹-۷۱.
۸. دانایی فرد، حسن؛ ایزدبخش، حمید (۱۳۹۵)، مدل‌سازی تعاملات دولت با ذینفعان کلیدی حوزه سلامت: پژوهشی بر مبنای تحلیل ذینفع، دانشگاه امام صادق علیه السلام.
۹. دماری، بهزاد؛ وثوق مقدم، عباس؛ رستمی گوران، نرگس؛ کبیر، محمدجواد (۱۳۹۵)، ارزیابی برنامه پزشک خانواده شهری و نظام ارجاع در استان‌های فارس و مازندران: پیشینه، دستاوردها، چالش‌ها و راه‌حل‌ها، فصلنامه دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، ۱۴(۲)، ۱۷-۳۸.
۱۰. رحمانی، جبار (۱۳۹۹)، سفرهای کرونایی؛ چرا مردم به سفر می‌روند؟ در جستارهایی در ابعاد فرهنگی و اجتماعی بحران ویروس کرونا در ایران، پژوهشکده مطالعات فرهنگی و اجتماعی وزارت علوم، تحقیقات و فناوری. ۶۹-۸۹.
۱۱. روشنفکر، پیام (۱۳۹۴)، تاریخ شفاهی شبکه بهداشت کشور، مرور خاطرات دکتر حسین ملک افضلی، انتشارات دریچه نو.
۱۲. سرآبادانی‌نفرشی، حسین؛ ابراهیمی، کریم؛ حیدری، محمدتقی؛ پرکان، حسین (۱۳۹۶)، بازگشت به اصل؛ درآمدی بر نگاه وحدتگرا به علوم از منظر حکمت اسلامی، معرفت فلسفی ۵۷ (۱۴): ۱۰۶-۸۹.

۱۳. علوی پور، سیدمحسن؛ و همکاران (۱۳۸۷)، مجموعه مقالات مبانی نظری و روش‌شناسی مطالعات میان‌رشته‌ای، پژوهشکده مطالعات فرهنگی و اجتماعی.
۱۴. کریمی، سعید (۱۳۸۰)، طرح نظام نوین اداره امور بیمارستان‌های: کامیابی‌ها و ناکامی‌ها، نشریه مدیریت سلامت، ۴(۱۱)، ۸۱-۸۶.
۱۵. مارموت، مایکل؛ ویلکینسون ریچارد (۱۳۹۳)، مولفه‌های اجتماعی سلامت، ترجمه منتظری، علی، سازمان انتشارات جهاد دانشگاهی.
۱۶. مجتمع آموزشی و پژوهشی (۱۳۶۰)، نگرشی بر: بهداشت، درمان و آموزش نیروی انسانی پزشکی.
۱۷. مدنی، حسام‌الدین؛ شاه‌حسینی، محمدحسن؛ خمسه، عباس (۱۳۹۰)، تأثیر طرح ژنریک بر توسعه توانمندی‌های فناوری، فصلنامه پژوهش حکیم، ۱۴(۱): ۳۱-۲۳.
۱۸. مرندی، سیدعلیرضا؛ عزیزی، فریدون؛ لاریجانی، محمدباقر؛ جمشیدی، حمیدرضا (۱۳۷۷)، سلامت در جمهوری اسلامی ایران، یونیسف.
۱۹. معاونت درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۹۳)، مجموعه دستورالعمل‌های برنامه تحول نظام سلامت، نسخه اجرایی.
۲۰. مهترپور، مجتبی؛ تاجور، مریم (۱۳۹۷)، تحلیل سیاست‌گذاری برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در ایران با استفاده از چارچوب مثلث تحلیل سیاست، نشریه پژوهش‌های سلامت محور، ۴(۱)، ۳۱-۴۹.
۲۱. نوری حکمت، سمیه؛ حقدوست، علی‌اکبر؛ دهنویه، رضا؛ قربانی‌نیا، راحیل (۲۰۱۹)، پیامدهای اجرای طرح ادغام آموزش علوم پزشکی در نظام ارائه خدمات سلامت ایران: یک مرور نظام‌مند و فراترکیب، مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران، ۱۴، ۱۲-۲۶.
۲۲. نیلفروشان، مرتضی؛ سرکندی، مجتبی؛ بیاتی، خسرو (۱۳۹۷)، طرح ژنریک دارو، مصداق عدالت در سلامت در حوزه خدمات دارویی، ۲(۴): ۴۲۳-۴۳۷.
۲۳. هینت بررسی مسائل بهداشتی و درمانی کشور (۱۳۵۴)، راهی به سوی تندرستی.
۲۴. Boulding, K. E., ۱۹۵۶, "General systems theory-the skeleton of science", Management science, ۲(۳), p. ۹۷-۲۰۸.
۲۵. Health services in the Ostan of West Azerbaijan: Plan For Further Development Of The Health Services System. Volume ۱. ۱۹۷۳. Project For Health Services Development Research In Iran. Tehran.
۲۶. Shadpour, Kamel & Shadpour, Pejman (۲۰۱۵) Networking Primary Health Care: Mississippi discovers the Iranian Health system. Oxford International Development Group (OIDG).