



عنوان جلسه:

نظام سلامت در میانه جنگ وجودی



مِتَد

(مرکز توسعه دانش مسئله محوری)

www.Mtod.ir



طرح کلی جلسه: این جلسه، پارادایم فکری حاکم بر نظام درمان را از مواجهه با یک بحران مقطعی و زمان‌مند، به درک و دریافت جنگی وجودی و چندبعدی ارتقاء می‌بخشد؛ جنگی که در آن، الگوهای مرسوم و رایج دریافت و ارائه خدمت، دستخوش اختلال و گسست گردیده و هشدار انباشت نیازهای پنهان و پاسخ‌نیافته، به صدا درمی‌آید. در این درسگفتار، تبیین می‌شود که در چنین شرایط پیچیده و متغیری، چگونه می‌توان به‌جای آرمان‌گرایی‌های دور از دسترس و انتزاعی، بر نقطه صفر میدان عمل و چالش‌های عینی و اجرایی متمرکز شد و از رهگذر راهکارهای ملموس و انطباق‌پذیر نظیر: انتقال وظیفه، چندپیشگی کادر درمان و فعال‌سازی ظرفیت‌های خودمراقبتی، از فرصت طلایی همدلی اجتماعی برای ایجاد تغییراتی تدریجی، گام‌به‌گام و پایدار، و در نهایت صیانت و حفظ سلامت جامعه، بهره‌ای شایسته و کارآمد برد.

پیش از ورود به موضوع اصلی، دو مقدمه مختصر در حوزه نظام سلامت طرح می‌گردد و سپس با تعمقی بیشتر، به برخی از مباحث بنیادین پرداخته می‌شود.

مقدمه نخست: ادراک نظام سلامت از مفهوم جنگ

نخستین مقدمه به ادراکی بازمی‌گردد که در نظام سلامت از مفهوم جنگ وجود دارد. پرسش اساسی آن است که این ادراک چیست؟

نظام سلامت، جنگ را همچون یک بحران تلقی می‌کند؛ بحرانی همسان با سایر بحران‌ها، به‌گونه‌ای که در طبقه‌بندی‌های مرسوم، جنگ در کنار سیل، زلزله، طوفان و رویدادهای مشابه جای می‌گیرد. اما در اینجا به مقوله جنگ وجودی اشاره‌ای دقیق صورت گرفته است و این تعبیر، تعبیری ژرف و بایسته می‌نماید. شاید در تحلیل‌های نظام سلامت، ضروری باشد که این نکته مد نظر قرار گیرد که جنگ وجودی با سایر بحران‌های مطرح در این حوزه، تفاوت‌های ماهوی دارد.

این تفاوت عمدتاً به حضور دشمنی بازمی‌گردد که از هیچ اقدامی فروگذار نمی‌کند. اگر جنگ وجودی با این رویکرد نگریده و تفسیر شود، تغییرات معناداری در بینش و کنش پدیدار خواهد شد. این تغییرات عبارت‌اند از:

نخست، رویکرد راهبردی به نظام سلامت که بدین معناست که وقتی به این باور برسیم که دشمن به‌طور مستمر در حال برنامه‌ریزی است و این برنامه‌ریزی را معطوف به نقاط آسیب‌پذیر ما می‌سازد، به‌ناچار به سمت همان نقاط ضعف حرکت کرده و بر تقویت نقاط قوت خود تأکید می‌ورزیم. این نگاه راهبردی است که می‌تواند در نظام سلامت جاری و ساری شود؛ در حالی که اگر، برای نمونه، حادثه‌ترین وضعیت بحران‌های طبیعی نظیر زلزله را در نظر بگیریم، شاید چنین نگاه راهبردی چندان مصداق پیدا نکند.

دومین پیامد این دیدگاه، چندبعدی‌نگری نسبت به مسئله است؛ یعنی این باور که جنگ در عرصه‌های متعدد و هم‌زمان در جریان است: بخشی در عرصه نظامی، بخشی در عرصه فرهنگی و بخشی در عرصه اقتصادی. شاید در مقطع کنونی، بعد اقتصادی آن از سایر ابعاد پررنگ‌تر باشد، اما این ابعاد به‌طور هم‌زمان و پیوسته پیش می‌روند و هیچ‌یک متوقف نمی‌شوند. توجه به این واقعیت، در حیطه سیاست‌گذاری و مدیریت نظام سلامت، از اهمیتی والا برخوردار است.



نظام سلامت در میانه جنگ وجودی

سومین پیامد، به میزان اتکا به یاری دیگران مربوط می‌شود. در نظام سلامت، معمولاً مجامع بین‌المللی، نهادها و سازمان‌های جهانی را با اهمیت می‌شمارند و در برنامه‌ریزی‌ها، هم از الگوهای آنان تا حد امکان بهره می‌جویند و هم می‌کوشند از مشارکت آن‌ها استفاده کنند. اما در شرایط جنگی و در حضور دشمنی که قابلیت نفوذ در همه‌جا را دارد، نباید امید چندانی به این نهادها بست. درست است که وظایف خویش به‌جا آورده می‌شود و طبیعتاً در عرصه دیپلماسی نظام سلامت نیز فعالیت وجود دارد، اما به آن رویدادها دل بسته نمی‌شود. مهم‌ترین تجربه‌ای که در این زمینه می‌توان بدان استناد کرد، تجربه همه‌گیری کروناست. این بیماری به‌روشنی نشان داد که سازمان‌ها و نهادهای بین‌المللی در عمل با کاستی‌های چشمگیری مواجه‌اند و نباید به آن‌ها امید بست.

چهارمین و آخرین پیامد، کسب آمادگی مستمر و دائمی است؛ یعنی بهره‌گیری از تمامی فرصت‌ها. اکنون، میان جنگ دوازده‌روزه، حوادث دی‌ماه و متعاقباً جنگ رمضان، فواصل زمانی پدید آمده است. اگر باور داشته باشیم که دشمن، با همان تعبیر وجودی، در کمین نابودی ما ایستاده است، به‌طور قطع رفتاری دیگر پیشه خواهد شد و برای تحصیل این آمادگی به‌گونه‌ای مداوم و پیوسته کوشش می‌شود. این آمادگی، هم می‌تواند در سطح کلان نظام سلامت تعریف شود و هم در سطح آماده‌سازی کادر درمان و کارکنان حوزه سلامت. یکی از چالش‌های جدی در حوادث دی‌ماه، فقدان این باور در میان برخی افراد بود که دشمن آن برنامه‌ریزی‌ها را سامان داده است؛ و این نقص باور، از لحاظ روانی، تأثیری بس عمیق و آزاردهنده بر کادر درمان بر جای گذاشت. از چند تن از مسئولان و بزرگواران نظام سلامت نقل شده است که تأکید می‌کردند رویدادهای آن بازه، تفاوتی بنیادین با جنگ دوازده‌روزه و جنگ رمضان داشت. در آن دو جنگ، عملکرد دشمن کاملاً عیان و پیش چشم همگان رخ می‌داد، اما در آن مقطع، به‌ویژه در همان دو روز، به دلیل نبود چنین وضعیتی و وجود این طرز تلقی که شاید اختلافات درونی یا کنش‌هایی از سوی حاکمیت مطرح است، این امر بر کادر درمان، به‌ویژه از نظر روان‌شناختی، تأثیری بسیار منفی و بازدارنده گذاشت.

مقدمه دوم: گستره و شمول نظام سلامت

مقدمه دوم ناظر به گستره و شمول نظام سلامت است که می‌توان آن را از زوایای گوناگون مورد کاوش قرار داد. بحث در اینجا در دو سطح دنبال می‌شود:

سطح نخست، سطح سلامت جامعه و سلامت اجتماعی است. با همان تعبیر دشمن وجودی که به‌کار رفت، اگر سلامت را در مقیاس جامعه بنگریم، دشمن در واقع سلامت جمعی را هدف قرار داده است. سلامت جمعی به چه معناست؟ تجلی آن در اتحاد، انسجام اجتماعی، هم‌زیستی و پیوستگی جامعه است. در این مدت، مکرراً شاهد بوده‌ایم که رویدادهای مختلف و برنامه‌ریزی‌های گوناگونی رخ داده تا این انسجام و یکپارچگی را مخدوش سازد؛ بنابراین این مؤلفه، از ارکان بسیار اساسی سلامت اجتماعی و جمعی به‌شمار می‌رود. این بحث خود به‌تفصیل نیازمند است که ورود به آن در این مجال میسر نیست.

سطح دوم، سلامت جمعیت است؛ یعنی سلامت مردم و سلامت تک‌تک آحاد جامعه. آنچه معمولاً از نظام سلامت برداشت می‌شود و انتظار می‌رود، همین سطح است؛ یعنی نظام سلامت باید کارکردهای پیشین خود را حفظ کند. این حوزه، ابعاد متعددی دارد که از آنجا که مخاطبان عموماً افراد متخصص و آشنا با این مباحث هستند، نیازی به تفصیل نیست؛ مواردی همچون تأمین مالی، منابع انسانی، تجهیزات و دارو، و کارکردهای متنوع نظام سلامت. اما در ادامه، به‌طور ویژه بر کارکرد ارائه خدمت متمرکز می‌شویم.



تغییرات در کارکرد ارائه خدمت

در حوزه کارکرد ارائه خدمت، از جنگ دوازده روزه به بعد تغییراتی مشهود بوده است. نکته قابل تأمل آنکه نظام سلامت، برخلاف بسیاری از نظام‌ها و بخش‌های دیگر، تحولات خود را آنی و فوری نشان نمی‌دهد؛ گاه رویدادهایی رخ می‌دهد که آثارش ممکن است پس از چند سال خود را آشکار سازد.

بنابراین، در ابتدای امر نیازمند تحلیلی دقیق از این تغییرات هستیم. ارائه خدمت از نیاز و نیازسنجی آغاز می‌شود؛ یعنی نخست باید واکاوی کرد که چه دگرگونی‌هایی در نیازهای مردم پدید آمده است. در شرایط جنگی، نیازها عموماً به دو دسته کلان تقسیم می‌شوند:

دسته نخست، نیازهایی که پیش‌تر نیز در نظام سلامت وجود داشته و **نیازهای روزمره‌اند**؛ مانند بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن که همواره با نظام سلامت در ارتباط‌اند و به دریافت خدمت نیازمندند.

دسته دوم، نیازهایی هستند که **متأثر از جنگ** پدید می‌آیند که بارزترین آنها، مجروحان جنگی‌اند. در جنگ دوازده روزه، حوادث دی‌ماه و جنگ رمضان، به‌فراوانی با این دسته مواجه بوده‌ایم و مجروحان جنگی آشکارترین مصداق آن به‌شمار می‌روند.

اما آیا به همین‌جا محدود می‌شود؟ به‌هیچ‌وجه. مصادیق دیگری نیز می‌توان برشمرد؛ همچون سلامت روان. بی‌گمان سلامت روان یکی از خطرناک‌ترین چالش‌هایی است که چه جنگ ادامه یابد و چه در همین نقطه متوقف شود، با آن دست‌به‌گریبان خواهیم بود. نمونه‌های دیگر نیز وجود دارد؛ مانند خدماتی که کودکان و مادران بدان نیاز دارند، به‌ویژه در شرایط جنگی که تنش‌های خاصی بر آنان تحمیل می‌شود و این تنش‌ها، دگرگونی‌هایی پدید می‌آورد و سلامتشان را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد. از این دست نیازها باز هم می‌توان برشمرد. پس تا اینجا دریافتیم که الگوی نیاز در نظام سلامت، دستخوش تغییراتی واقعی شده و این نیازها افزایش یافته است.

اما الگوی دریافت خدمت دستخوش چه تحولاتی می‌شود؟ ممکن است در مقاطع زمانی کاهش یابد که این کاهش، آسیب‌هایی را به دنبال خواهد داشت. اما نخست باید علل کاهش دریافت خدمات و مراقبت را بررسی کرد. یکی از عوامل، بحث دسترسی است. در جنگ‌های اخیر، جابجایی جمعیت از رویدادهای روزهای نخست بود. این جابجایی، دسترسی مردم را دگرگون می‌سازد؛ مردم به مناطقی از کشور می‌روند که خدمات، برخلاف شهرهای بزرگ، در دسترس نیست. عامل دیگر، ترس است؛ بسیاری از افراد به دلیل هراس از مراجعه و اینکه مبادا در مسیر یا در بیمارستان حادثه‌ای برایشان پیش آید، پیگیری نمی‌کردند و بیماری خود را دنبال نمی‌کردند. مشکل دیگر، شرایط اقتصادی است، به‌ویژه در جنگی که چندی است و این مسئله می‌تواند بسیار آسیب‌زا باشد و برخی را از دریافت خدمت محروم کند.

انباشت نیاز و راهبردهای مواجهه با آن

تغییراتی که در الگوی نیاز و الگوی دریافت خدمت بدان‌ها اشاره شد، به یک پدیده مهم در نظام سلامت می‌انجامد که اصطلاحاً انباشت نیاز خوانده می‌شود؛ یعنی در دوره جنگ، با انباشتی از نیازها مواجه می‌شویم؛ نیازهایی که پاسخ شایسته‌ای دریافت نکرده‌اند و اگر تدبیری برای آنها اندیشیده نشود، در آینده سلامت جامعه را با آسیب‌های جدی مواجه خواهند ساخت. در ادبیات حوزه سلامت و نظام سلامت و همچنین مدیریت بحران، سه راهبرد اساسی برای این معضل ارائه شده است: راهبرد نخست، جذب است؛ یعنی هنگامی که سطح نیاز بالا می‌رود، منابع تازه‌ای جذب کنیم؛ این منابع می‌توانند مالی، تجهیزاتی یا نیروی



انسانی باشند. این راهکار در برخی بحران‌ها و مواقع ممکن است پاسخ‌گو باشد، اما لزوماً در جنگ جواب نمی‌دهد، زیرا ممکن است شرایط به شدت پیچیده شود. راهبرد دوم، انطباق است؛ یعنی نظام سلامت از منابع موجود خود به نحوی کارآمدتر بهره گیرد؛ بکوشد خدماتی را که ارائه می‌داده، تداوم بخشد، اما با مشکلات پیش آمده و افزایش نیاز، از همان منابع باقی مانده به گونه‌ای بهینه‌تر استفاده کند. راهبرد سوم، تحول است؛ یعنی الگوهای ارائه خدمت در حوزه‌های گوناگون را دستخوش تغییراتی بنیادین کند که این نیز معمولاً هنگامی که بحران به مراحل حاد خود می‌رسد، لزوماً شاید قابل اجرا نباشد.

راهبرد انطباق و کاربرست آن در شرایط کنونی

تأکید اصلی، با توجه به شرایط کنونی، بر راهبرد انطباق است که برای آن راهکارهایی مشخص وجود دارد. این راهکارها عبارت‌اند از: انتقال وظیفه، فعال‌سازی و چندپیشگی.

انتقال وظیفه به مثابه راهکاری کلیدی

نخستین راهکار، **انتقال وظیفه** است. در نظام سلامت، هر می از نیروهای انسانی وجود دارد که رأس آن را متخصصان تشکیل می‌دهند و هر چه به سمت قاعده حرکت می‌کنیم، با نیروهایی مواجه می‌شویم که سطح تخصصشان فروتر است. انتقال وظیفه بدین معناست که کارهای سطوح بالاتر را تا حد ممکن خرد کنیم و بخش‌هایی را که امکان‌پذیر است به سطوح پایین‌تر محول سازیم؛ یعنی متخصص به پزشک عمومی، پزشک عمومی به پرستار، پرستار به مراقب سلامت، و به همین ترتیب تا حد ممکن از نیروی انسانی موجود به نحو مطلوب‌تری بهره گرفته شود.

فعال‌سازی ظرفیت‌های خودمراقبتی و مراقبت غیررسمی

دومین راهکار، **فعال‌سازی** است؛ یعنی بهره‌گیری از منابعی که بالفعل در دسترس‌اند اما به شکل شایسته‌ای از آنها استفاده نمی‌شود؛ مصداق بارز آن، خود بیمار و خانواده بیمار یا مراقبان غیررسمی هستند که پتانسیلی بسیار بالا دارند. می‌دانیم که شاید بالغ بر ۴۰ درصد از عوامل مؤثر بر سلامت، به رفتارها و مراقبت‌های شخصی بازمی‌گردد. نمونه‌ای در این زمینه قابل ذکر است: چند سال پیش، الگویی در نظام سلامت طراحی و پیاده شد که در آن تشخیص پوسیدگی دندان کودکان به مادران واگذار شده بود و مطالعه‌ای نشان داد که مادران تا حد بسیار خوبی می‌توانند این تشخیص را به درستی انجام دهند.

چندپیشگی کادر درمان در شرایط اضطراری

سومین راهکار، **چندپیشگی** است. نظام سلامت در سال‌های اخیر به سمت تخصصی‌شدن سیری شتابان داشته است؛ حتی پرستاران خدمات تخصصی ارائه می‌دهند و پرستارانی وجود دارند که صرفاً در یک بخش خاص مشغول‌اند. در شرایط جنگی، باید کوشید این افراد بتوانند چندین نقش را ایفا کنند و چند نیاز را هم‌زمان پوشش دهند که در ادبیات نظام سلامت «چندپیشگی» نامیده می‌شود.

چالش اجرا و ضرورت بازنگری در رویکردها

راهکارهای دیگری نیز در منابع مطرح شده که در اینجا به بسط آنها پرداخته نمی‌شود. اما نکته اساسی آن است که این راهکارها، عموماً راهکارهایی عمومی هستند که بسیاری از سیاست‌گذاران و مدیران با آنها آشنایی دارند؛ چالش اصلی در حوزه اجرا نهفته است. در سابقه چندساله در حوزه سیاست‌گذاری نظام سلامت، مسئله اجرا به عنوان یکی از مهم‌ترین آسیب‌ها قابل تشخیص



بوده است. به نظر می‌رسد در خدمات مختلف، راهکارها، برنامه‌ها و الگوهای بسیار ارزشمندی طراحی شده، اما به مرحله اجرا که می‌رسد، توفیق چندانی حاصل نمی‌شود. به عنوان نمونه، پزشکی خانواده، الگویی کلان است که بیش از ۲۰ سال است کانون توجه نظام سلامت بوده، اما در برهه‌های گوناگون با چالش اجرایی مواجه بوده است؛ یا در ابتدای همین دولت، سندی ارزشمند برای خودمراقبتی تدوین شد، اما باز هنگامی که برنامه‌ها می‌خواهند عملیاتی شوند، دچار مشکل می‌شویم. به نظر می‌رسد نظام سلامت باید این چالش‌های اجرایی را ریشه‌یابی کرده و برای آنها چاره‌جویی نماید.

سه راهکار عملیاتی برای غلبه بر چالش اجرا

مواردی چند در اینجا قابل اشاره است که در شرایط جنگ نیز کاربرد دارد: نخست، حرکت از وضع موجود، نه از چشم‌انداز. نقطه آغازین حرکت نباید چشم‌انداز باشد، بلکه باید از وضعیت موجود آغاز گردد؛ یعنی مسئله‌شناسی شود و تشخیص داده شود که اکنون بر زمین، مشکل عینی چیست. در تجربیات اخیر، همواره می‌کوشند یک‌باره به وضع مطلوب ذهنی دست یابند و این سنگ بزرگی می‌شود که برنامه‌ها با شکست مواجه می‌شوند. دوم، ایجاد تغییرات تدریجی و گام‌های کوچک. باید گام‌هایی کوچک تعریف شود؛ تغییراتی که در کنار یکدیگر، سرانجام به تحولی بنیادین می‌انجامند. در نظام سلامت، به چرخه‌های دائمی اصلاح نیاز است، اما چرخه‌هایی که کوچک‌اند و تغییرات جزئی رقم می‌زنند. سوم، بهره‌گیری از فرصت همدلی و همراهی که در شرایط جنگی پدید می‌آید. این همدلی را هم در ارائه‌کنندگان خدمت می‌توان دید و هم در دریافت‌کنندگان.

بهره‌گیری از فرصت همدلی اجتماعی در شرایط جنگی

در جنگ‌های اخیر، نمونه‌های فراوانی از داوطلبان ارائه خدمت وجود داشته است. گاه این همدلی فقط در سطح ارائه خدمت دیده می‌شود و گاه در اصلاح الگوی ارائه خدمت به کار گرفته می‌شود؛ مثلاً از پزشک داوطلب استفاده شود تا به سایر ارائه‌کنندگان آموزش دهد یا مردم را توانمند سازد. همین همدلی در دریافت‌کنندگان خدمت نیز وجود دارد و مردم آمادگی پذیرش برخی تغییرات را بیشتر دارند. برای نمونه، در زمینه نهادینه‌سازی الگوی پزشکی خانواده، همواره این چالش وجود داشته که مردم تمایل به مراجعه مستقیم به متخصص دارند. در شرایط جنگی، شاید این همدلی شرایط را مساعدتر سازد و پذیرش مردم افزایش یابد.

جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

در نهایت، می‌توان از این فرصت همدلی و همراهی برای تحقق اهداف و برنامه‌هایی که نظام سلامت مدتهاست در پی آنهاست و به اجرا درنیاورده، بهره برد و از منابع موجود، استفاده‌ای بهینه‌تر و کارآمدتر به عمل آورد.



مِتود

مرکز توسعه دانش مسئله محوری

    Mtood_ir

۰ ۲ ۱ ۹ ۱ ۰ ۹ ۳ ۴ ۲ ۴

۰ ۹ ۰ ۱ ۲ ۱ ۵ ۳ ۹ ۵ ۷

تهران، میدان ولیعصر، بلوار کشاورز، خیابان شوریده
تقاطع خیابان شوریده و پرویز، ساختمان سبحان، پلاک ۵، واحد ۳