



Editorial

تکنولوژی پزشکی و نگرانی دور شدن از اصل پزشکی

محمدباقر اولیا*

هدف اولیه و فلسفه طب خدمت رسانی به بیماران بر اساس و با محوریت منافع بیماران است. بر این اساس هر اقدام درمانی یا تشخیصی باید بر اساس بالاترین استانداردهای رایج یا ممکن طراحی و اجرا گردد.

طبابت صدها سال قبل با دامنه محدودی که علم پزشکی داشت در ضمن ناقص بودن و ناکارآمدی در بسیاری از موارد، این حسن را داشت که پیچیدگی کمتری داشت و تنها مدعیان طب همان حکیمان قدیم بودند و بس. نه انگ بی‌سوادی به این حکیمان قابل چسباندن بود و نه مقوله پیچیده دید محدود تخصصی (Tubal vision) و صد البته اهالی حرف پزشکی یا خود، خود را حکیم می‌دانستند و یا توسط مردم به عنوان افراد سرآمد و نابغه مقبولیت داشتند.

هر چه صفحات تاریخ به جلو ورق می‌خورد بروز پزشکی که در قسمت‌های خاصی از طبابت قابلیت‌های ویژه داشتند، بیشتر به چشم می‌خورد تا اینکه مکاتب آکادمیک تربیت پزشکان، رسماً عزم را جزم نمودند تا تنوع غیر قابل تجمع بیماری‌ها را در قالب تخصص‌های مختلف به جامعه جبران نماید. قطعاً رسالت این مکاتب خرد کردن طب به اجزاء کم ارزش‌تر و آسان‌تر کردن کار طبابت نبود بلکه ایجاد اشرافیت و تسلط بیشتر پزشکان متخصص در قبال علمی بود که سرعت تولید آن بسیار بیشتر از سرعت تربیت پزشکان گردیده بود.

متأسفانه این تشعب (شاخه شاخه شدن) توسط برخی در جهت کسب پرستیژ بیشتر، راحتی کار و منافع بیشتر به خدمت گرفته شد و از رسالت اصلی خود دور شد و آنگاه شد که برخی پزشکان متخصص و فوق تخصص نه تنها مهارت‌های حداکثری رسیدگی به کل مشکلات بیماران (Patient care) را از دست دادند بلکه قابلیت درک جامع‌نگر (Holistic) در بسیاری موارد کمرنگ شد و خدمات پزشکی چونان لحاف صد پارچه در عرصه جامعه نمودار گردید که الزاما در بسیاری موارد همخوانی (Harmony) و پیوستگی لازم را با یکدیگر نداشت تا بتواند رسالت اصلی پزشکی را که بر اساس حداکثر منافع همه جانبه بیمار با حداقل هزینه بیمار بود به منصفه ظهور

* استاد تمام، فوق تخصص روماتولوژیست، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

تلفن: ۰۳۵ ۳۸۲۲۴۰۰۰، پست الکترونیکی: Bagherowlia@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۷/۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۴/۵

برساند. پزشکی اصیل مبتنی بر شرح حال جامع و معاینه بالینی (با در نظر گرفتن همه کاستی‌هایش) جای خود را به پزشکی ابزار محور (Instrument oriented) (با بعضاً جفا و تحمیل هزینه‌اش) داد و همان بود که شروع جریان خدمت مبتنی بر منافع غیر از منافع بیمار رقم خورد. کار به جایی رسید که رشد شگرف تکنولوژی در حوزه خدمات پزشکی بسیاری را جوگیر نمود و مسابقه در رسیدن به رشته‌های تخصصی ابزار محور با شعار خدمت بیشتر ولی واقعیتهای متفاوت از درون، شرکت‌کنندگان بیشتری را وارد صفحه رقابت نمود. شرکت‌های تولید کننده لوازم پزشکی که به لحاظ ماهوی سنخیتی با رسالت اصلی پزشکی نداشتند، تحمیل این ابزارها را به جامعه پزشکی و آکادمیک با رنگ و لعاب تکنولوژی برتر آغاز نمودند و همین جا بود که زمینه‌های خدمت صادقانه جای خود را به "پزشکی ماشینی" داد و مردم را چنان تربیت کرد که هر کس هر مشکلی پیدا می‌کرد مدینه فاصله‌اش انجام آزمایشات بی‌حساب و کتاب چکاپ، تصویربرداری‌های غیراصولی (۱) (از رادیوگرافی، سنجش پوکی استخوان، EOS تا MRI و...) بود و چنان به مردم این سوغات شوم را تحمیل کردیم که کار به جایی رسید که یک پزشک اگر هیچ شرح حالی (که رکن تشخیص است) را از بیمار اخذ ننماید، هیچ معاینه‌ای (که باز از ارکان تشخیص اصولی است) انجام ندهد و هیچ اطلاعات کسب شده را ثبت ننماید (رکن طبابت) و فقط کاتب سفارشات بیمار برای آزمایش و عکس و سونوگرافی و... باشد، پزشک مقبول و مردمی جلوه‌گر می‌شود. در حالیکه مردم باید آموزش می‌دیدند که دستور آزمایش و عکس و... در خصوص پزشکی که سرسری و بدون صرف وقت و داشتن سیستم ثبت اطلاعات بیمار برای بیمارش دست به قلم می‌شود فاقد کمترین اعتبار و صرفاً اتلاف وقت و پول است.

در این میان هزینه‌های درمان نسبت به منافع درمان چربید و مسولین کشوری از این مهم و دلال مظلمه بودن غافل ماندند و این در حالی بود که کشورهای صاحب این تکنولوژی، خود سخت‌گیرانه مقید به رعایت استانداردهای لازم در استفاده از این ابزارها بودند (۲) و البته منافع شرکت‌های تولیدکننده این تکنولوژی‌ها در فروش محصولات خود به ده‌ها و صدها برابر قیمت تمام شده به کشورهای در حال توسعه و عقب‌مانده بود.

افراد آگاه به خوبی از سخت‌گیری پزشکان کشورهای پیشرفته در درخواست MRI و سایر اقدامات تشخیص پزشکی و رعایت سطح‌بندی در ارائه خدمات اطلاع دارند و از بی‌حساب و کتاب بودن درخواست خدمات پزشکی پر هزینه در کشور ما نیز مطلع هستند. خیلی‌ها از این وضع نه فقط ناراضی نیستند بلکه هزینه شدن از بیمه‌ها را یک فرصت می‌دانند! انگار بیمه‌ها خود ماشین‌های تولید پول هستند! بیمه‌های خوش خدمت مانند بانک‌ها، نیروهای مسلح، معادن و... در پذیرش درخواست خدمت از پزشکان برای اقدامات تشخیصی پزشکی پر هزینه و داروهای گران‌قیمت بسیار سخاوتمندانه برخورد نمودند و برخی متولیان سلامت از این فرصت غافل نماندند (۳).

از طرفی پژوهش‌های ما از پژوهش‌های Basic و کم‌هزینه مبتنی بر مشکلات (problem oriented) به سمت پژوهش‌های شیک و پرهزینه و مشتری پسند شیفت نمود و البته اگر این تناسب برای همه تخصص‌ها حفظ شده بود نه که بد نبود بلکه جای افتخار هم داشت. داروهایی که سالیان سال کار خود را به خوبی انجام می‌دادند بدون اینکه عوارض مهمی از آنها دیده شود با تلقین شرکت‌های سازنده دارو بکلی جای خود را به داورهای مدرن با عناوین کم‌عارضه‌تر و موثرتر دادند؛ در صورتیکه برداشت واقعی پزشکان در این انتخاب، کمترین جایگاه را داشت (۴). ارزشمندترین و ارزان‌ترین ابزارهای تشخیص پزشکی مانند گوشی استتوسکوپ و چکش رفلکس جای خود را به گران‌ترین ابزارها مانند انواع ماشین‌های سنجش پوکی استخوان، اکوکاردیوگرافی، نوار عصب و MRI دادند و تست‌های تشخیصی منفی با نتایج نرمال (یا بی ربط) بیش از ۹۰ درصد بررسی‌ها را شامل شد (۵،۶).

هدف از این مقاله جسارت به جامعه پزشکی نیست بلکه هشدار است برای اکثر خدمات در جامعه برای بازگشت به اصل خویش.

References:

- 1- Schroeder AR, Duncan JR. *Overuse of Medical Imaging and Its Radiation Exposure: Who's Minding Our Children?* JAMA pediatrics 2016; 170: 1037-8.
- 2- Hunter G, Schneider J, Pinkard S. *Prior authorization and overuse of imaging.* Health affairs 2012; 31: 2830.
- 3- Parchman ML, Henrikson NB, Blasi PR, et al. *Taking action on overuse: Creating the culture for change.* Healthcare 2016.
- 4- Tran DM, Forbes MP. *Addressing cost of unwarranted medical care in the medical curriculum.* Australian health review : a publication of the Australian Hospital Association 2016.
- 5- Saadat S, Ghodsi SM, Firouznia K, Etminan M, Goudarzi K, Naieni KH. *Overuse or underuse of MRI scanners in private radiology centers in Tehran.* International J technology assessment in health care 2008; 277: 24-81.
- 6- Avoundjian T, Gidwani R, Yao D, et al. *Evaluating Two Measures of Lumbar Spine MRI Overuse: Administrative Data Versus Chart Review.* J American College of Radiology: JACR 2016; 13: 1057-66.