دفتر ایام

هر روز باید روز پزشک باشد

ایرج فاضل

۱ من از اینکه پزشک شده‌ام، بی‌نهایت راضی هستم و این مساله را بارها گفته‌ام و هزار بار دیگر هم می‌گویم که اگر دوباره فرصتی باشد، همین رشته را انتخاب می‌کنم. من حتی از دبستان به رشته علاقه داشتم و هیچ وقت به چیزی جز این رشته فکر نکرده! البته در جوانی مدت کوتاهی به خلبانی هم فکر کردم، ولی دیدم طبابت بهتر و مناسب‌تر به حرفه برای من است.

طبابت حرفه‌ای است که تمام عواطف، احساسات و زندگی آدمی را درگیر می‌کند. تردیدی ندارم که بهترین زمان در طبابت موقعی است که بیماری را درمان می‌کنیم و سلامت او را بازمی‌گردانیم. زمانی که رضایت او در گفتار و کردارش دیده می‌شود، عالی‌ترین لحظه برای هر پزشک است. همان‌طور که بهترین لحظات، زمانی است که بیماری را از مرگ نجات می‌دهیم، بدترین لحظات نیز زمانی است که با وجود تلاش و زحمات زیاد، گاهی اوقات می‌کشیم. بیماری‌های مختلفی داریم و لحظات بیماری را پشت‌سر می‌گذاریم، متاسفانه بیمار از دست می‌رود. هر بیماری که از دست می‌دهیم، یک تکه از روح و بدنمان را کنده و با خود می‌برد. این بدترین و دردناک‌ترین لحظات زندگی ماست. مردم شاید این را متوجه نشوند، ولی باید بدانند که طبیب همان‌طور که در شادی آنان شریک است، در غم آنان نیز شراکت خواهد داشت.

حرفه پزشکی چیزهای بسیاری به من داده و در عوض چیزی هم از من گرفته است. ساعات بی‌شمار و روزها و شب‌های بی‌شماری که اگر در حرفه دیگری بودیم در آسایش بیشتری زندگی می‌کردیم، اما به‌عنوان پزشک باید در ساعت‌های که دیگران استراحت می‌کنند به دیگران خدمت کنیم، ولی من از همه این لحظات هم لذت بردم. بنابراین می‌گویم طب همه چیز به من داده و چیزی از من نگرفته است. من در طول این ۳۰ سال (بعد از انقلاب) و به‌خصوص زمانی که برای تحصیل و فعالیت علمی به آمریکا رفتم، خانواده‌ام را قربانی کردم. بنابراین خانواده‌ای نیست که راضی باشد یا بتاند! ولی در شرایط فعلی تا حدودی راضی هستند.

من اعتقادی به روز پزشک ندارم. به نظرم کسانی که روز پزشک را بوجود آوردند و مطرح می‌کردند هم پزشک کشور بی‌لطفی کردند. به نظر من هر روز می‌تواند روز پزشک باشد. ما اینقدر در این حرفه با ساعات و لحظات مختلف مردم سروکار داریم که دیگر نمی‌توانیم کاری به روز برای پزشک و پزشکی در خور تلاش‌های این افراد باشد. نامگذاری روزها، بایستی برای رشته‌ها و حرفه‌های تاثیرگذار باشد. با اینکه مردم از وجود آن کم‌اطلاع هستند. پزشکی از زمان آغاز خلقت وجود داشته است. متاسفانه روزی را بعنوان روز پزشک انتخاب کردند، ولی من اعتقادی به این روز ندارم و هیچوقت در برنامه‌های چنین روزی شرکت نکردم. در طول دوره حرفه کاری ایجاب می‌شود چز اینکه به مشکلات و خواسته‌های صنفی همکاران پزشک توجه و رسیدگی شده و بخشی از آنها را روی دوش این حرفه عزیز برداشته شد. باید هر روز، روز پزشک باشد و نه فقط یک روز در سال با این عنوان یا نام قرار داده شود. با این همه امیدوارم مشکلات جامعه زحمت‌کش، بردبار، صبور و سربلند جامعه پزشکی ما هرچه زودتر حل شود.

* رییس جامعه جراحان ایران

فردای روشن

چشم امید پزشکان به عملکرد دولت اعتدال

علیرضا ژالی

امروز، واقعیت تلخ این است که قطبه و اکثریت افراد جامعه پزشکی کشور ما از مشکلات متعدد مالی، صنفی، حرفه‌ای، رفاهی و تحصیلاتی رنج می‌برند. مثال این مساله نیز همکاران جوان ما مبوط‌به پزشکان عمومی و ماه‌های گذشته هستند. براساس آمار، هم‌اکنون متخصصان پزشک عمومی در کشور بیکارند و از ظرفیت شغلی ۱۲ هزار پزشک‌عمومی دیگر نیز به اندازه کافی و کیفی استفاده نمی‌شود. متاسفانه دوسوم (حدود ۶۰درصد) از ماه‌های کشور، فاقد امکان ارایه خدمات شغلی در رسته خدمتی خود هستند.

پیش‌بینی و ارزیابی اینجانب و بسیاری از کارشناسان این است که شرایط حداکثری مالی و درآمدی مناسب، مختص دو تا سه‌درصد از اعضای جامعه پزشکی کشور است و بالغ بر ۱۰۸۰ ۹۰درصد از افراد جامعه پزشکی مشکلات متعددی دارند که به‌خصوص با تغییرات هرم سنی جامعه پزشکی در گروه جوان‌تر، معمولا این مساله بیشتر دیده می‌شود. به‌خصوص که یک پزشک جوان برای اینکه وارد مدار ارایه خدمات شود با چالش‌هایی ازجمله تامین اعتبارات برای تاسیس مطب و تعداد کم بیمار در شروع فعالیت حرفه‌ای مواجه خواهد بود که این موضوع نیز به مشکلات دامن خواهد زد.

دیده می‌شود که بخش عمده‌ای از جامعه پزشکی برای کسب درآمد متناسب جهت اداره زندگی خود، مجبور به گذراندن چندین شیفت کاری هستند که متاسفانه موجب فرسودگی شغلی نیز می‌شود. در همین شهر تهران همکارانی را سراغ داریم که متخصص داخلی‌اند و در برنامه کاری خود، حدود ۳۲ شیفت کشیک مستقر در بیمارستان دارند تا به حداقل درآمد موردنیاز خود برسند. براساس بررسی‌ها، پرداختی به پزشکان عمومی شاغل در مراکز درمانی دولتی ۷۵۰ و ۸۰۰هزارتومان است با بسیاری از متخصصان غیرهیات‌علمی در بسیاری از مراکز کمتر از ۵۰۰هزارتومان دریافتی دارند. این مسایل نشان‌دهنده آن است که بسیاری از پزشکان عمومی و چهره‌های شاخص پزشکی، دچار مشکلات جدی اقتصادی و معیشتی هستند.

یکی از برنامه‌های ما در نظام‌پزشکی این است که ترتیبی دهیم تا از ظرفیت‌های خالی تشکیلاتی در بخش دولتی استفاده شود. خوشبختانه بررسی‌ها حاکی از آن است که بسیاری از ظرفیت‌های خالی در بهداشت و درمان کشور، برای تخصیص به پزشکان خالی است و می‌توان با به تنظیم قرارداد پزشکی در بخش دولتی، به ایجاد فضای شغلی جدیدی، آن را جایگزین کرد. البته این نیازمند یک تصمیم‌گیری است و مجلس شورای اسلامی است. نکته دوم این است که با کمک دستگاه‌های اجرایی کشور به سمتی حرکت کنیم که تسهیلات جدید برای جامعه پزشکی در نظر گرفته شود به‌صورتی که اگر پزشکی قصد افتتاح، اجاره یا تجهیز مطب دارد امکانات مناسب اقتصادی در اختیار وی قرار گیرد.

امید است با استقرار دولت جدید و شعار تدبیر و امید که شعار محوری دولت است و به‌خصوص توجه رییس‌جمهور منتخب به استفاده از توان تخصصی گروه‌های صنفی که برای اقدامات راهبردی جامعه تاکید داشتند، انشاءالله در فضای فعالیتی دولت یازدهم بتوانیم با استفاده از تعامل سازنده با دستگاه‌ها، بویژه با وزارت بهداشت و کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی، وزارت تعاون کار و رفاه اجتماعی، بتوانیم زمینه انتظار بایدار و متناسب با شأن جامعه پزشکی را فراهم کنیم.

* رییس سازمان نظام‌پزشکی

دشواری‌های حرفه پزشکی در گفت‌وگو با «کاظم عباسیون»

پزشکی همه وجودم را فراگرفته است

نگار کرمیان

دکتر «کاظم عباسیون» در چهارم اسفند ۱۳۱۶ در تهران و در یک خانواده بازرگان متولد شد. تحصیلات ابتدایی را در دبستان فردوسی و متوسطه را در دبیرستان‌های علمیه و مروی به‌پایان رساند و در سال ۱۳۳۵ وارد دانشکده پزشکی دانشگاه شیراز شد. سپس در سال ۴۱ به‌مدت یک‌سال رزیدنتی در رشته آسیب‌شناسی عمومی را در بیمارستان نمازی شیراز شروع کرد و سال ۴۲ به آمریکا عزیمت کرد. دوره شش‌ساله تخصص جراحی مغزواعصاب را در دانشگاه «جان‌هاپکینز» طی کرد و سال ۴۸ موفق به اخذ بورد تخصصی شد. دکتر عباسیون، با اینکه از دانشگاه جان‌هاپکینز دعوت به همکاری شده بود، اما به‌دلیل علاقه به وطن در همان سال ۴۸ برگشت و با مقام دانشیاری در دانشکده پزشکی دانشگاه شیراز مشغول آموزش دانشجویان شد و به‌مدت چهارسال تدریس تعاملوت و سرپرستی امور دانشجویان را برعهده داشت. وی سال ۵۲ به دانشگاه تهران منتقل شد و در تجهیز و راه‌اندازی دانشکده پزشکی و بخش مخصوص داروهای تیرک سابق (بیمارستان شریعتی فعلی تهران) سهم بسزایی داشت و از سال ۱۳۵۲ مسوولیت آموزش بخش جراحی مغزواعصاب را عهده‌دار شد. دکتر «کاظم عباسیون»، پس از ترک دانشگاه تهران در سال ۱۳۶۵، فعالیت خود را کماکان ادامه داد و به تقویت و تکمیل بخش جراحی مغزواعصاب بیمارستان «آراد» تهران همت گماشت. وی از سال ۱۳۵۰ عضو انجمن جراحان مغزواعصاب آمریکا و کنفدراسیون بین‌المللی جراحان مغزواعصاب را نیز و از ۱۳۵۴ عضو هیات‌مدیره انجمن جراحان مغزواعصاب ایران بوده‌اند. دکتر «عباسیون» از سال ۱۳۶۳ عضو جامعه جراحان ایران بود و طی ۱۰سال گذشته به‌عنوان عضو هیات‌مدیره و جامعه انتخاب شد. در هفتسال گذشته در سمت دبیر اجرایی جراحان ایران در تدوین و تنظیم و اجرای کنگره‌های سالانه و برآموزشی جراحان کشور، نقش بسزایی را ایفا کرد. سال‌ها خدمت شایسته در درمان بیماران، فعالیت مداوم در ارتقای سطح علمی رشته جراحی مغزواعصاب ایران، تلاش در حل مشکلات پزشکی ایران از طریق خدمت در سازمان نظام‌پزشکی ایران از نکات برجسته کارنامه حرفه‌ای وی است.

آیا از پزشک‌شدن‌تان راضی هستید؟

بله، صددرصد. چون این علاقه و عشق من بود و اگر حتی روزی دوباره به این دنیا بیاری گشتم، دوباره همین رشته پزشکی و همین تخصص جراحی اعصاب را انتخاب می‌کردم و باز به مردم همین کشور خدمت می‌کردم، چراکه فکر می‌کنم شغل پزشکی بزرگ‌ترین خدمت را به بشریت ارایه می‌کند. فردی نمی‌کند در کدام دانشگاه تحصیل می‌کردم جون من از دانشگاه پهلوی سابق شیراز، پزشکی عمومی را آغاز کردم، در دانشگاه تهران به پزشکی ارایه داده، بیمارستان آراد را به‌نوعی یادگاری و فعال کردم که اکنون ۱۰ جراح مغزواعصاب به‌صورت تعاملوت و بازوطت در آن کار می‌کنند.

خانواده‌تان چطور؟ آیا از شغل و تخصص شما راضی هستند؟

بی‌شک خانواده من هم تمام فکر و تصمیمات خود را گوشه‌ای که ناکنون درکنار من هستند. هرچند من خیلی دیر ازدواج کردم البته شغل و کار ما فواید و مضراتی دارد که آنها هم بذیرفتند، ولی می‌دانم که فرزندان من از من راضی هستند و گلایه‌ای ندارند.

همکاران شما و بیمارانتان لقب «پنجه طلایی» را برای شما انتخاب کرده‌اند. دلیلش چیست؟

این لقب، لطف مردم و همکاران نسبت به من است چون من برای مداوای بیمارانم دقت خاصی دارم و سعی می‌کنم که بهترین روش درمانی را به آنها ارایه دهم، نتیجه درمان هم در اغلب موارد بسیار رضایت‌بخش بود و به همین دلیل بیماران لقب «پنجه طلایی» را برای من انتخاب کردند.

به‌عنوان یک پزشک، لذتبخش‌ترین لحظه‌های زندگی شما چیست؟

وقتی بیماری وارد مطب می‌شود و مشکلش را برایم تعریف می‌کند، معاینه‌اش می‌کنم، عکس‌هایش را می‌بینم، برایش توضیح می‌دهم و او با لبخند از مطب خارج می‌شود، واقعا برایم ارضاکننده است و خیلی لذت می‌برم. البته از آموزش به پزشکان جوان یا دانشجویان پزشکی و آموزش در اتاق عمل نیز همان‌قدر لذت می‌برم! همراهی من با بیمار در اغلب موارد، مبنی از هرچیزی لذت‌بخش است و بسیاری از بیمارانی که به من مراجعه می‌کنند، می‌گویند آقای دکتر! کاش زندگیتان دیگر هم مثل شما معاینه می‌کردند و دوباره نوع بیماری و روش درمان، کمی به ما توضیح می‌دادند. اینموارم همه پزشکان این رویه را در پیش بگیرند.

آیا تاکنون پیش آمده که از کار خسته شوید؟

خستگی‌ها بوده، ولی زود گذر بوده، به‌خصوص در زمان جنگ، تعداد بیمارانی که باید جراحی می‌شدند طوری بود که گاهی تا ۲۴ساعت هم نمی‌توانستیم بخوابیم. بالاخره باری بود که با علاقه برداشتیم و مسالهای هم به وجود نیامد.

کمی هم از زمان جنگ برایمان تعریف می‌کنید؟

ما در زمان جنگ، پدیده‌هایی را دیدیم که در دانشگاه هایکینز آمریکا هم نمی‌شد دید چون مختص زمان جنگ بود. مثلا مدمات عروق مغزی در اثر اصابت ترکش‌ها و خمپاره‌ها به وجود می‌آمد و می‌شد گفت که شناخت کافی نبود و با تحقیقات و آزمونگرافی‌هایی که از بیماران گرفتیم، تعداد زیادی از بیماران را پیدا کردیم که به جراحی نیاز داشتند، ما هم جراحی کردیم و این جمع‌آوری بیماران به انتشار چندین مقاله مستند خوب در سطح بین‌المللی منجر شد.

آقای دکتر الگوهای شما چه کسانی بودند؟

هر دانشجوی پزشکی الگوهای خاصی برای خود دارد. من افتخار آشنایی با دکتر امحسن ضیایی، متخصص بیماری‌های کودکان از دانشگاه جان‌هاپکینز را داشتم و این اساتد گرامی در دوره پزشکی‌ام الگوی من بودند. علاوه بر آن، یک جراح مغزواعصاب کانادایی نیز که مدت شش‌سال مشغول خدمت و آموزش در دانشگاه شیراز بود، الگوی خوبی شد که راه آینده‌ام را انتخاب کنم.

شما و بیماران و پروفسور «مجید سمیعی» و پروفسور «اعرالله عاملی» از استادان نامدار جراحی مغزواعصاب هستید. کمی درباره این استادان برایمان بگویید.

گرچه بطور مشخص شاگرد هیچ‌کدام از این دو انسان والا و استاد محبوب نبوده‌ام، اما این افتخار را داشتم که جندسال همکاری نزدیکی با پروفسور «عاملی» داشته باشم و در جند دوره، درخصوص بیماران با پروفسور «سمیعی» مشاوره کردهام این دو بزرگوار از سال ۱۳۲۹ بخش جراحی اعصاب را در بیمارستان هراز تختخوابی (امام‌خمینی فعلی) افتتاح کردند و با زحمت فراوان تدابیم این رشته را تثبیت کردند. به‌عنوان یک پزشک، لذتبخش‌ترین لحظه‌های زندگی شما چیست؟ وقتی بیماری وارد مطب می‌شود و مشکلش را برایم تعریف می‌کند، معاینه‌اش می‌کنم، عکس‌هایش را می‌بینم، برایش توضیح می‌دهم و او با لبخند از مطب خارج می‌شود، واقعا برایم ارضاکننده است و خیلی لذت می‌برم. البته از آموزش به پزشکان جوان یا دانشجویان پزشکی و آموزش در اتاق عمل نیز همان‌قدر لذت می‌برم! همراهی من با بیمار در اغلب موارد مبنی از هرچیزی لذت‌بخش است و بسیاری از بیمارانی که به من مراجعه می‌کنند، می‌گویند آقای دکتر! کاش زندگیتان دیگر هم مثل شما معاینه می‌کردند و دوباره نوع بیماری و روش درمان، کمی به ما توضیح می‌دادند. اینموارم همه پزشکان این رویه را در پیش بگیرند.

آیا تاکنون پیش آمده که از کار خسته شوید؟

خستگی‌ها بوده، ولی زود گذر بوده، به‌خصوص در زمان جنگ، تعداد بیمارانی که باید جراحی می‌شدند طوری بود که گاهی تا ۲۴ساعت هم نمی‌توانستیم بخوابیم. بالاخره باری بود که با علاقه برداشتیم و مسالهای هم به وجود نیامد.

کمی هم از زمان جنگ برایمان تعریف می‌کنید؟

ما در زمان جنگ، پدیده‌هایی را دیدیم که در دانشگاه هایکینز آمریکا هم نمی‌شد دید چون مختص زمان جنگ بود. مثلا مدمات عروق مغزی در اثر اصابت ترکش‌ها و خمپاره‌ها به وجود می‌آمد و می‌شد گفت که شناخت کافی نبود و با تحقیقات و آزمونگرافی‌هایی که از بیماران گرفتیم، تعداد زیادی از بیماران را پیدا کردیم که به جراحی نیاز داشتند، ما هم جراحی کردیم و این جمع‌آوری بیماران به انتشار چندین مقاله مستند خوب در سطح بین‌المللی منجر شد.

آقای دکتر الگوهای شما چه کسانی بودند؟

هر دانشجوی پزشکی الگوهای خاصی برای خود دارد. من افتخار آشنایی با دکتر امحسن ضیایی، متخصص بیماری‌های کودکان از دانشگاه جان‌هاپکینز را داشتم و این اساتد گرامی در دوره پزشکی‌ام الگوی من بودند. علاوه بر آن، یک جراح مغزواعصاب کانادایی نیز که مدت شش‌سال مشغول خدمت و آموزش در دانشگاه شیراز بود، الگوی خوبی شد که راه آینده‌ام را انتخاب کنم.

شما و بیماران و پروفسور «مجید سمیعی» و پروفسور «اعرالله عاملی» از استادان نامدار جراحی مغزواعصاب هستید. کمی درباره این استادان برایمان بگویید.

گرچه بطور مشخص شاگرد هیچ‌کدام از این دو انسان والا و استاد محبوب نبوده‌ام، اما این افتخار را داشتم که جندسال همکاری نزدیکی با پروفسور «عاملی» داشته باشم و در جند دوره، درخصوص بیماران با پروفسور «سمیعی» مشاوره کردهام این دو بزرگوار از سال ۱۳۲۹ بخش جراحی اعصاب را در بیمارستان هراز تختخوابی (امام‌خمینی فعلی) افتتاح کردند و با زحمت فراوان تدابیم این رشته را تثبیت کردند. به‌عنوان یک پزشک، لذتبخش‌ترین لحظه‌های زندگی شما چیست؟ وقتی بیماری وارد مطب می‌شود و مشکلش را برایم تعریف می‌کند، معاینه‌اش می‌کنم، عکس‌هایش را می‌بینم، برایش توضیح می‌دهم و او با لبخند از مطب خارج می‌شود، واقعا برایم ارضاکننده است و خیلی لذت می‌برم. البته از آموزش به پزشکان جوان یا دانشجویان پزشکی و آموزش در اتاق عمل نیز همان‌قدر لذت می‌برم! همراهی من با بیمار در اغلب موارد مبنی از هرچیزی لذت‌بخش است و بسیاری از بیمارانی که به من مراجعه می‌کنند، می‌گویند آقای دکتر! کاش زندگیتان دیگر هم مثل شما معاینه می‌کردند و دوباره نوع بیماری و روش درمان، کمی به ما توضیح می‌دادند. اینموارم همه پزشکان این رویه را در پیش بگیرند.

ضرورت نگاه همه‌جانبه و کل‌نگر برای درمان

ستایش علم پزشکی در روز گار کم‌مهری

عبدالرضا ناصرمقدسی
متخصص مغز و اعصاب

Raima-Arya.com عکس:

حرفه پزشکی بسیار پیچیده و سرشار از جنبه‌های مختلف است. ما پزشکان، در دوران دانشجویی با انبوهی از علایم و بیماری‌ها آشنا شدیم ولی وقتی آموزش تمام شد و وارد دوران عملی حرفه خود شدیم، دانستیم که پزشکی بسیار فراتر از آن چیزی است که در کلاس‌های درس خواندیم. به‌مشخصه این افتخار را داشتم که از محضر استادان گرانمایه‌ای استفاده کنم. استادانی که همواره به شاگردی آنها افتخار می‌کنم. اما عمق ارادت من به این فرزانگان وقتی روشن شد که کلاس‌های درس را ترک کردم و وارد کار طبابت شدم. آنگاه دانستم که آنچه این بزرگواران را برجسته می‌کند، فقط سواد و احاطه آنها در رشته‌های مختلف این علم وسیع نبود و نیست بلکه بینش شگفت آنها در درک انسان به‌مثابه یک کل، آنها را چنین متبحر و دانا می‌کرد.

هنوز خاطرم هست زمانی که حکیم دکتر «طوبایی» در کلاس‌های روانپزشکی که در بیمارستان حافظ دانشگاه علوم پزشکی شیراز برگزار می‌شد، برای اولین‌بار از مدلی با عنوان «biopsychosocial» برای ما سخن گفت. این مدل که در سال ۱۹۷۷ توسط پروفسور «انگل» تئوریزه شد، بر این موضوع دلالت می‌کرد که باید جنبه‌های مختلف طبی، روانشناختی و اجتماعی فرد را در رویکرد به یک بیمار جسمانی در نظر گرفت و تمام این عوامل در کنار هم، بیمار کلی‌نگر بیماری او را مشخص می‌کنند. کسی که از نظر روانی وضعیت مطلوبی داشته باشد و حمایت اجتماعی از او به عمل آید، بسیار بهتر از اشخاص دیگر می‌تواند یک بیماری جدی را با سلامتی پشت سر بگذارد. این مدل شاید برای بیماران ملموس نباشد. فرض کنید فردی به سکته مغزی مبتلا شده و به واسطه آن دچار ضعف اندام‌های سمت راست شده است. این فرد اگر حمایت‌های خوب خانوادگی داشته باشد، از لحاظ روانی پذیرای شرایط بیماری خود باشد و در فرهنگی زیاد رشد کند که در آن یک نقص را می‌توان با تکیه بر پارامترهای مثبت درونی پوشاند، به راحتی بر این نقصان غلبه می‌کند. بر عکس فردی با شرایط مشابه که از لحاظ روانی نتواند بیماری خود را بپذیرد و نیز فرهنگی که در آن رشد کرده، پذیرای موجودیت یک بیمار نباشد، ممکن است صدمه‌های جبران‌ناپذیری را از این بیماری متحمل شود. این مدل نه‌تنها نوع درک ما از بیماری عوض می‌کند بلکه در عین حال گوشزد می‌کند که پزشکان نیز یک بیماری جسمانی مشاهده نکنند. این همان چیزی بود که استادان گرامی من در برخورد با بیماران خود نشان می‌دادند. با کلاس‌های تئوری هیچ‌گاه نتوانست اهمیت این رویکرد را به من گوشزد کند و فقط بعد از شروع طبابت و برخورد با بیماران مختلف بود که دریافتم برای طبابت هرچه بهتر، باید انسان را به‌مثابه یک کل دانست و فهمید و اینکه، در جسمانی یک بیمار از درد روانی و فرهنگی وی جدا نیست. شاید بهترین نمونه این ادعا در جامعه ما وضعیت بیماران مبتلا به اعتیاد باشد. برخلاف قوبیای شدیدی که بیمارمون این بیماری در جامعه ما وجود دارد، این بیماری در هر فرد سبب کاملا متفاوتی را طی می‌کند و بنابراین ممکن است کاملا خوش‌خیم بوده و فرد به‌هرنحو وضع این بیماری، سیر متناسبی را طی کند. اما متاسفانه در جامعه ما تلقی بسیار انشعابی در مورد اساس وجود دارد و اکثر افراد این گمانند که فرد مبتلا در پایه یا زود از پا افتاده و بولچرنشین می‌شود. این تلقی نه‌تنها روابط فرد مبتلا را دیگران را نحت‌تاثیر قرار می‌دهد بلکه حتی خود فرد را نیز به این باور انشباه می‌رساند که او دیر یا زود تحت‌تاثیر این بیماری ناتوان خواهد شد. در واقع قضایی که فرد مبتلا در جامعه به آن در آغاز می‌گیرد، به‌شدت تمام جواب بیماری وی را تحت‌تاثیر قرار می‌دهد. جالب است که یک بیماری کاملا قابل کنترل، همانند دیابت می‌تواند عوارضی بسیار شدیدتر از اعلام سای مراجع رسمی و رسانه‌های دولتی نیز تایید می‌شود. هر از جندی ما با این اخبار روبه‌رو می‌شویم که درمان قطعی اعلام کشف شده است: نایعه‌ای آمده و با ترکیب زعفران و آب هندوانه و... اعلام را درمان کرده است و رسانه‌ها هم آنرا گرفته و آنچه را که شاید هیچ وقت در حالت عادی از خود نشان نمی‌داد، اکنون در دنیا می‌کنیم بلکه یک امید واهی نیز به بیماران می‌دهیم؛ بیمارانی که فقر فرهنگی ما به شکلی خودخواه باعث رنجور شدنشان شده است.

مولد، بیماری را منکر شده و از شروع و پذیرش درمان سر باز می‌زند. از این رو بیماری اعلامی در جامعه ما می‌تواند به عنوان تابیدی برای تئوری «لگل» محسوب شود. فرد در فرهنگی قرار دارد که اعلام را نتنگ بیماری لاعلاج (که وی را به قهقرا می‌برد)، تلقی می‌کند. او نیز بیماری را عاملی می‌نماید که زندگی و آزوهایش را از او گرفته است. این است که بسیاری از این بیماران در خود خوش‌خیم‌رو، و این فرورفتگی تبه مقدمه‌ای می‌شود برای پیشرفت بیماری‌شان. البته باید به همه اینها فقر فرهنگی را نیز افزود.

در جامعه ما اطلاعات عمومی در مورد بیماری‌ها و علم پزشکی بسیار کم است. متاسفانه علم در سطح جامعه جایگاهی ندارد و ما هرروزه در طبابت با مواردی برخورد می‌کنیم که بیماران برای درمان بیماری‌ها، راه‌حل‌های عجیب و غریبی را امتحان می‌کنند و همین فقر فرهنگی باعث شده که شیادانی از آن گل‌آلود ماهی بگیرند و با عنوان درمان قطعی اعلام، پول‌های هنگفتی را به جیب بزنند. واقعا مایه تاسف است که این مسأله گاه از سوی مراجع رسمی و رسانه‌های دولتی نیز تایید می‌شود. هر از جندی ما با این اخبار روبه‌رو می‌شویم که درمان قطعی اعلام کشف شده است: نایعه‌ای آمده و با ترکیب زعفران و آب هندوانه و... اعلام را درمان کرده است و رسانه‌ها هم آنرا گرفته و آنچه را که شاید هیچ وقت در حالت عادی از خود نشان نمی‌داد، اکنون در دنیا می‌کنیم بلکه یک امید واهی نیز به بیماران می‌دهیم؛ بیمارانی که فقر فرهنگی ما به شکلی خودخواه باعث رنجور شدنشان شده است. البته فقر فرهنگی ما به اینجا ختم نمی‌شود. نمونه‌های فراوانی از این واقعیت دردناک را به طور روزمره شاهد هستیم: خیلی از این بیماران در ازدواج مشکل دارند، گرچه از لحاظ جسمی سالم‌اند، این جوان مارک این بیماری و تبعات فرهنگی آن بر روبشان خورده، همه از عاقبت کار می‌ترسند و اصطلاحا با پس می‌کشند. بسیاری از این بیماران در پیدا کردن شغل مشکل دارند و محبورند بیماری خود را پنهان کنند. وقتی هم در عده‌ای از بیماران این بیماری بتبیند که دیگر نمی‌توانند این مشکلات ده چندان می‌شوند. به سنگ دیگر، مبتلایان به اعالس در جامعه ما در نوعی فقر فرهنگی و بیماری روانی- فرهنگی گرفتار آمده‌اند؛ حال در نبود ارگان‌های سیستماتیک و کلینیک‌های جامع که تمام‌تخصص‌های مورد نیاز را در خود داشته باشند، پزشک باید بار تمام این مشکلات را به تنهایی بر دوش بکشد. این گونه، گرچه کار طبابت را سخت و پیچیده می‌کند اما پزشک را به انسانی مبدل می‌سازد که تجربه‌های عمیقی را بواسطه رویه‌رو شدن با ذات انسانی کسب کرده است.

بیماری نوعی انحراف از وضع موجود است و همین انحراف باعث می‌شود که فرد بیمار در موقعیتی خاص و ویژه قرار گیرد و آنچه را که شاید هیچ وقت در حالت عادی از خود نشان نمی‌داد، آشکار می‌کند. این فرایندی پیچیده و وابسته به بافت روانی- فرهنگی خود باز نمایاند و ریش‌کنی نسبت که توان درک این بازنمایی پیچیده را دارد. در فیلم «رش قرمز: گورسوا» محصول سال‌های استثنایی وجود دارد، آنجا که ریش قرمز از آن پزشک جوان می‌خواهد که به تماشای مرگ مردی بیمار بنشیند و بیان می‌دارد که این یکی از پزشکونزین لحظات زندگی هر انسان است. مرگ بی‌مخابا می‌آید و پزشکان در تمامی مستقیم با این درنیافتنی‌ترین ویژگی انسانی هستند. لحظه‌ای که درچهای به سوی راهای انسانی است. اولین‌بار که یکی از بیمارانم فوت کرد، من دانشجوی سال پنجم پزشکی بودم. در بخش جراحی که من دوره‌ام را در آن می‌گذراندم، مرد مسنی بستری شده بود که در اثر بیماری‌های کلیه اندام کبد را نیز آسیب‌دیده بود