

## دگر گونیهای پزشکی

مجله نظام پزشکی

سال چهارم ، شماره ۳ ، صفحه ۱۷۷ ، ۱۳۵۳

\* دکتر حسینعلی روئقی \*

پزشکی بخودی خود بوجود نیامده و علمی نیست که بخودی خود توسعه یابد ، بلکه عوامل متعددی از جمله عوامل اقتصادی ، محیطی ، سیاسی ، فلسفی و اجتماعی به آن شکل داده و توسعه آن را باعث شده اند .

برای بررسی جامع آنچه در پزشکی میگذرد و پیش‌بینی آنچه در آینده روی خواهد داد ، بین بردن بعوامل تعیین‌کننده آن ضرور است . البته بسیاری از این عوامل مبهم و فاشناخته میباشند که باید پژامونشان تحقیق شود . بنابراین مسأله «دگر گونیهای پزشکی» باید از جهات مختلف مورد بررسی قرار گیرد .

تجزیه و تحلیل این دگر گونیها نه تنها کسب اطلاعات یافتن بلکه برای تعیین خط مشی آینده پزشکی مؤثر خواهد بود . بنابراین امکان کشف عوامل تعیین‌کننده و مؤثر در پزشکی کنونی ، همچنین عواملی که در آینده بر روی آن مؤثر خواهد بود وجود دارد . توسعه پزشکی و پیشرفت طب را میتوان از حیطه قدرت اقتصادی و اجتماعی پیرون آورده و به جانب هدفهای پیش‌بینی شده‌های متوجه شناخت این عوامل ، کسب اعتماد و اطمینان و بر نامه‌هایی صحیح اجتماعی را تضمین نمیکند بلکه نشان دهنده آن خواهد بود که آینده پزشکی بر حسب اثرات عوامل مختلف متغیر است و شناخت و تقاضاً صحیح درمورد حرفه پزشکی و نکات و مشخصات منحصر به فرد آن باید نقش بزرگی در نحوه پیشرفت و توسعه این حرفه داشته باشد . تمام اینها در وهله اول ممکن است واضح و بی‌نیاز از بحث بنظر بررسد ولی هنوز نکات زیادی هستند که بیشتر احتیاج به یک مطالعه روشنگر آن دارند تا اینکه عملاً مورد بررسی قرار گیرند .

در اوائل قرن حاضر ، بنظر میرسید که دلیل لازمی برای شناخت دگر گونیهای پزشکی وجود ندارد . بعداً هنگامیکه این مسأله

\* شیراز ، دانشکده پزشکی ، دانشگاه پهلوی .

بدین ترتیب پزشکی محبوبیت خود را بست آورد و حدود کمی خدمات بهداشتی توسعه یافت.

تمام اینها قسمتی از خواستها و انتظارات مردم بود که در اروپا و آمریکا، سالهای بین ۱۹۰۰ تا ۱۹۱۰ را بصورت یک دوره فعال پزشکی متمایز ساخت. در این دهه بود که فعالیتهای بهداشتی داوطلبانه آغاز شد. این فعالیتها معرف هیچ‌گونه جنبش انقلابی بمنقوله معرفی و بسط خدمات بهداشتی در سطوح گسترده‌تر نبود. سازمانهای داولطب بیشتر جنبه آموزشی داشتند و کارشناس اختصاص بهروشن ساختن مردم عامی درمورد جلوگیری و مراقبت از امراض مخصوصی داشت. آنها همچنین براین عقیده بودند که جامعه میتواند میزان مرگ و میر خود را تعیین و مجموعه‌ای از اطلاعات لازم را در این مورد کسب کند. آنها بودجه بیشتری برای خدمات پزشکی و امکانات تشخیص و درمان وسیعتری را توصیه میکردند. قدرت سازمان یافته‌ای برای گذاشتن خدمات پزشکی در دسترس عموم یا به عبارت دیگر (ملی کردن پزشکی) در اوخر دهه دوم این قرن بوجود آمد که حداقل قسمتی از آن نتیجه حوادث و تجارت حاصله از جنگ جهانی اول بود.

جنگها غالباً اطلاعات عمومی جامعه و درک اجتماعی را افزوده‌اند. در حقیقت نهضت‌های پزشکی که بدنبال تجارت حاصل از جنگ بوجود آمده نمایشگر نارسانیهای پزشکی جامعه‌قبل از جنگ میباشد. جنگهای کریمه نقش بسزائی در پی ریزی و اداره بیمارستانهای داشت و شخص فلورانس نایتینگل که بی اغراق مبتکر و مخترع پرستاری جدید بود آنرا بنیان نهاد.

برای پی‌بردن به تحولات پزشکی ایران پرسی تاریخچه و چگونگی این تحولات در کشورهای اروپائی و آمریکائی برای پزشکان ایران کاملاً آموزنده است. در اینجا بطور مختصر این تحولات را مورد بررسی قرار میدهیم.

افکار ضد و نقیضی که درباره ملی کردن خدمات پزشکی در فاصله جنگهای بین الملل اول و دوم و همچنین جنگهای منطقه‌ای بظهور پیوست نیز بنویه خود روی تحولات پزشکی در غرب اثر گذاشت که در اینجا شمایی از چگونگی این اثرات را مورد بحث قرار میدهیم.

جنگ بوئر و صنعتی کردن مملکت انگلستان رهبران سیاسی و اجتماعی انگلیس را بر آن داشت که اولین سرویس ملی بهداشتی انگلیس را بوجود آورند.

در ایالات متحده، عوارض ناشی از جنگ جهانی اول یک رشته اطلاعات متغیر بوجود آورد و در نتیجه اطلاعات حاصله از این جنگ معلوم شد که تعداد مردان جوان برای ارتش کافی نیست زیرا

هماهنگ نشد. شاید علت آن بود که تا اواسط قرن نوزدهم طریقه شناخت و حرمت حرفه و دانش‌پزشکی **بشكل کتونی وجود نداشت**. این مسئله را در اینجا دنبال نمیکنیم زیرا که از موضوع دور خواهیم شد. تنها کافیست که نکات تاریخی را بشناسیم و بدانیم که در دهه دوم این قرن دوران محدودیت پزشکی سپری شد، پس از آن دیگر پزشکی آزاد نبود که مسیر مخصوص خود را دنبال کند. روبرو شدن با نیازهای اجتماعی و پیشگامی در مبارزه با نقصانات اجتماعی گامهای بود که مصرانه و با شتاب برداشته شد.

دو عامل بسیار مهم در تسریع این تغییرات مؤثر بودند: عامل اول و مهمتر درک این حقیقت بود که پزشکی، سلامت، یعنی چیزی مهم و با ارزش که مردم آن را آرزو میکنند بهارمنان می‌آورد و عامل دوم این آگاهی بود که بسیاری از مردم بیش از آنکه قبل از ایشان وجود داشت به خدمات پزشکی احتیاج دارند. پزشکی نو از زمان ارسطو شروع شد ولی تامدتها بعد بیشتر بصورت رسمی و آکادمی بود، بدین معنی که بیشتر به نمایاندن ظواهر امر و صورت خارجی آن توجه میشد تا به طبع عملی و تایجی که میتوان از آن بست آورد.

تا اوائل قرن بیست و هشتاده سوم قرن بیستم، طب تابعی از طبیعت بشمارمی‌آمد و هدف اولیه آن عدم مخالفت باطیایع و زیان فراساندن به آنها بوده است، ولی از آغاز این قرن جراحان قادر به انجام کارهای فوق العاده شدند و پزشکان به نمایاندن چون واکسن‌ها، سرم‌ها، ضد سهای و داروهای مسلح شدند. اکنون جراحان و پزشکان با بیماریها دست و پنجه فرم میکنند، ابتکار عمل بخارج میدهند و بجای آنکه از طبیعت پیروی کنند آنرا لمس میکنند.

فرق نمیکند که این تصورات کلاه و تماماً یا فقط قسمی از آن صحیح بوده است. حقیقت این است که پزشکان بهمان اندازه مردم دیگر میدانستند.

بعد از کم کم اطلاعات جامعی از فیزیولوژی کسب کردند که در مداوا، جلوگیری امراض و تسریع در بوجود آوردن بهداشت مؤثر بود.

علم غدد شناسی و تغذیه بیشتر در اول این قرن بوجود آمد و «طب اطفال» بصورت یک تخصص در مورد رشد ایده‌آل نوزادان و کودکان و تشخیص و مداوای بیماریهای آنها درآمد. از طرف دیگر خدمات پزشکی دائمی گردید و در دسترس تمام مردم قرار گرفت و در نتش مشوق و بقول عده زیادی ضامن سلامت مردم بشمار آمد. معاینات دوره‌ای بعمنظور دقت در امور سلامت بوجود آمد و رهبران بهداشت عمومی نظریه‌ای مبنی بر اینکه هر جامعه میتواند در حدود امکانات طبیعی خود میزان مرگ و میر خود را تعیین و برای این منظور مجموعه‌ای از اطلاعات لازم را کسب کند، عرضه نمودند.

کمک میکرد. یک گروه مشکل از کارگران، انجمن بیمارستانی آمریکا، انجمن بهداشت عمومی آمریکا و گروههای فعال و پرسر و صدای دیگر از جمله اقتصاددانان، جامعه شناسان، متخصصین خدمات اجتماعی و بشردوستان برای ایجاد بهداشت اجباری دست به تظاهرات زدند.

گروه دیگر بر همراهی سازمان پزشکی آمریکا و با همکاری سازمان دنداپزشکی آمریکا و نیز با حمایت و پشتیبانی بخش خصوصی و جامعه اقتصادی بهم آمریکا با «اجتماعی شدن پزشکی» مخالفت میکرد. در این جدالها مردم هم الیه دخالت داشتند ولی هیچگاه بدرستی معلوم نشد که به کدام طرف تمایل دارند. رأی گیری عمومی نتایج میهم و متناقضی داشت که فقط نشان میداد مردم از تغییراتی که در نحوه خدمات پزشکی میگذرد مطلع هستند و عقایدی هم درباره آن دارند.

دبیله جدالها برای ملی ساختن پزشکی شدید و تلح و بدون دلیل و غیر عادلانه بود. طرفداران ملی شدن پزشکی همچون فرنگان خود را وقف جامعه کرده در پیشنهادات و مخالفتهای خود در مورد مسائل اقتصادی اصرار میورزیدند، چون میخواستند بهم بهداشتی مخصوصاً بصورت مالیات پزشکی اجباری شود.

جدالها خاتمه پیدا کردند نه بخاطر اینکه یک گروه نیرومند متحده و علاوه‌مند وجود نداشت بلکه باین دو دلیل که اولاً اعضاء کنگره آمریکا ترغیب نشده بودند، ثانیاً بیشتر بعلت بروز یک بحران در زندگی اقتصادی مردم که بمنزله یک سقوط در اوآخر سال ۱۹۲۰ و اوائل سال ۱۹۳۰ بود.

جنیش برای ملی کردن پزشکی در سالهای بعد مجدداً حیات تازه یافت. قوانین رفاه اجتماعی زیادی وضع شد، ولی از آنجا که نظرات زیادی علیه ملی کردن خدمات پزشکی در کنگره عنوان گردید هیچکدام از قوانین رفاه اجتماعی ثبت و تأیید نشد.

از آن زمان به بعد جنبش قابل ملاحظه‌ای برای ملی ساختن پزشکی بوقوع نپیوست و این بی شک تا حد زیادی بعلت بوجود آمدن بیمه‌های بهداشتی داولطبانه بود و شاید بخاطر فعالیت مشترک و دسته جمعی این بیمه‌ها، این فکر در مردم بوجود آمد که ارائه خدمات پزشکی آنقدرها که فکر میکردند ساده و آسان نیست.

بالاخره مخالفین ملی ساختن پزشکی، پیشنهاد دیگری برای پوشش درمانی همگانی ارائه نمودند و آن تقویت و ایجاد بخش خصوصی و بیمه‌های مختلف به اشکال و نامهای گوناگون بود. هزینه اشتراک بیمه‌های مزبور در اکثر موارد بقدرتی زیاد بود که تنها قسمت کمی

جوانها از انواع بیماریها و مشکلات اعم از فیزیکی، فیزیولوژیکی وغیره رنج میبردند و آنچه بیشتر آنها را رنج میداد در کار این حقیقت بود که بسیاری از این عوامل ناتوانی، قابل پیشگیری و علاج بودند. افشاری این حقایق، این دو سوال بنظر ساده را برای بسیاری از مردم مطرح ساخت که اگر مشکلات قابل پیشگیری هستند چرا پیشگیری نشوند؟ و اگر قابل علاجند چرا علاج نگردد؟

نتیجه این بررسیها این فکر را بوجود آورد که مطالعاتی در زمینه توسعه بهداشت که محدود به جوانان و گروه سنی نظامی بود در سطوح ملی و همگانی و برای تمام سنین از مرد و زن انجام شود. سرانجام چنین استنتاج شد که تعداد بسیاری، شاید در حدود یک چهارم تا یک سوم کل جمعیت آمریکا سالم نیستند و باندازه کافی از خدمات پزشکی برخوردار نمیشوند. این برداشت‌ها، بعلاوه ایمان راسخ در مورد صلاحیت پزشکی برای حفظ سلامت شخصی و ایجاد بهداشت و سلامت عمومی، موجی از احساسات تند را در راه ملی ساختن پزشکی سبب شد. این احساسات و هیجانات با اینکه همبستگی‌هایی در اکثر سطوح اجتماعی بوجود آورده بیشتر از همه باعث ایجاد «کمیته بررسی مخارج خدمات پزشکی» شد. این کمیته در سال ۱۹۲۷ سازمان یافت و مطالعاتش را برای ۵ سال ادامه داد و در سال ۱۹۳۲ گزارش نهایی خود را ارائه نمود. با توجه به برداشت‌ها و تجربه بعدی میتوان گفت که مطلب اصلی مورد توجه این کمیته جنبه اقتصادی خدمات پزشکی بود. هدف اولیه کمیته بصورت «فرموله کردن نتایج مطالعات وسیع ۵ ساله درمورد جنبه‌های اقتصادی خدمات پزشکی» عنوان شد.

برای برطرف کردن عیوب و نقصائی که در گزارش نهایی کمیته عنوان شده بود «خدمات پزشکی بصورت گروهی و اصول بیمه بهداشتی» و بهمراه بهداشتی بصورت «مالیات پزشکی اجباری» به روش انگلیسی مؤثر ترین راه حل قلمداد شد.

از آنجاییکه تمام اعضاء کمیته در تمام جوابات باتفاق نرسیدند دونوع گزارش کار منتشر شد:

یکی گزارش اکثریت و دیگری گزارش اقلیت که بصورت ضمیمه درآمد. گروه اقلیت با اینکه در بیشتر موارد با اکثریت موافق بود معهذا با بوجود آمدن کارپزشکی گروهی با این عقیده که بصورت پزشکی مقاطعه‌ای درمی‌آمد و باعث ازین رفاقت نظام صحیح پزشکی میشود مخالفت میکرد. گروه اقلیت همچنین با بوجود آمدن بیمه‌های درمانی بشرطی که تحت نظر و کنترل مجامع طبی باشد موافقت داشت. با کار گروهی و بیمه درمانی که بودجه‌شان بوسیله آذانس‌های واسطه تهیه شود از طرف سازمان پزشکی آمریکا و سازمانهای وابسته به آن در ایالات مختلف نیز مخالفت شد. انتشار گزارش‌های کمیته، به اتحاد و بهم پیوستن گروههای مخالف

گذشته برای ازین بردن و پراکنده کردن این عقاید، همچنین برای نشان دادن پیچیدگی زندگی و رفتار بشرسی بسیار شده است، درحالیکه امروزه برای حل مسائل مربوط به عمومی ساختن خدمات پزشکی جنبش و فعالیت زیادی نمیشود.

آگاهی ناگهانی مردم از پیچیدگی مسائل مربوط به خدمات پزشکی بودکه آکادمی پزشکی نیویورک را بر آن داشت که در فوریه ۱۹۴۳ مطالعات و تحقیقات خود را تحت عنوان «پزشکی و نحوه تغییر آن» شروع کند. این کمیته بعداز چهار سال مطالعه و مشورت گزارش نهایی خود را در فوریه ۱۹۴۷ انتشار داد.

تکیه کردن روی برداشتها و توصیه‌های این کمیته ایده‌آل و منطقی نیست، ولی بهر حال دقت نظر در اصولی که مورد توجه کمیته بوده است از ضروریات هرمطالعه‌ای در این زمینه است. مسائلی که مورد توجه کمیته قرار داشتند عبارت بودند از: مرور چگونگی و کیفیت و نحوه تغییرات اقتصادی و اجتماعی که درحال صورت گرفتن هستند، پیش‌بینی تغییرات در آینده نزدیک و بخصوص بررسی اثرات این تغییرات در پزشکی از جهات مختلف، تعیین بهترین راهها برای کسب علم و هنر پزشکی و عرضه آن به جامعه، شناخت و انتقاد از تغییرات اجتماعی که در حرفه پزشکی بوجود خواهد آمد.

برای درک مقصود کمیته، از بکار بردن عبارت پسرمنی «تمرکز بر اساس پزشکی» که مورد علاقه جامعه شناسان بود مطالعه دقیقی لازم نیست. مقصود این عبارت باید این باشد که پزشکی اگر قدرت مطلق نیست باید قدرتی بوده و در حیطه خود رئیس و حاکم بر سرنوشت خویش باشد. بهر حال از زمانیکه گزارش کمیته در سال ۱۹۴۷ منتشر شد کاملاً واضح و روشن شده است که پزشکی بیش از آنکه شناخته و تحسین شده باشد رابطه نزدیک و دوستانه‌ای با سرفوشت جامعه دارد.

پزشکی در زمان حاضر کمتر از هر زمان دیگر در تاریخ خود رئیس خانه خویش و حاکم بر سرنوشت خود میباشد. بنابراین برای پیش‌بینی آینده پزشکی باید بیشتر به نقش قدرتی‌های جامعه بر آن توجه کرد تا به تغییرات داخلی خود آن.

از نظر تاریخی، پزشکی تنها یک حرفه شخصی و فردی نبوده بلکه برای مدتی طولانی در برابر اثرات ضمی سازمانهای صنعتی و تکنولوژی، خود را مصون داشته است.

فقط از سه چهار دهه گذشته پزشکی از نظر داخلی و اجتماعی در بند تکنولوژی گرفتار شده است. از نظر داخلی، « تقسیم کارها » را پذیرفته و این امر منجر به افزایش تخصص‌ها و بوجود آمدن کاردسته جمعی پزشکان شده که نشانه تقسیم مسئولیت‌هاست و در نتیجه هیچ پزشکی به تنهایی مسئول بیمار نبست.

از مردم مرغه را در بر می‌گرفت. و قشر عظیمی از مردم بیضاعت از این پوشش بی بهره می‌ماند.

در قرن حاضر تمام امور اجتماعی از جمله پزشکی بطور محسوس در حال تغییر است و فقط عده محدودی این تغییر را حس میکنند. متأسفانه با اینکه همیشه روی مخارج خدمات پزشکی تأکید میشود هیچ‌وقت عملای این امر توجه نمیشود که نحوه ارائه خدمات بر حسب احتیاجات باید تغییر کند و مخارج آن باید تابعی از این تغییر باشد. در این باره از طرف مردم مخالفتها و اعتراضهای وجود دارد. مردم بطور قطع به آن کیفیت خدمات درمانی که نیاز دارند نمیرساند و مخارج درمانی با توجه به درآمد مردم کران است تنها راه حل مشکل، بیمه بهداشتی اجباری است، چه بهداشت همگانی و مزایای آن از این طریق بدست خواهد آمد.

نکته مهم اینستکه بیمه اساساً سگینی باز همینه مداوای بیماریهای شدید و طولانی را کم نمیکند، بلکه تقریباً مسئله مالی مهمترین مسئله‌ای استکه مردم در زمینه بهداشتی با آن مواجه میشوند.

کسانیکه از بیمه اجباری بعنوان یک راه ساده و مؤثر تأمین بهداشت برای همه مردم حمایت میکرند بیش درست فکر میکرند، ولی از بسیاری جهات بی اطلاع بودند و اهمیت وظائف را درک نمیکرند. آنها بیمه صرفاً یک طریق برای تقسیم هزینه‌های پزشکی موجود بود.

مهترین اثر سروصدایانی که له وعلیه ملی شدن پزشکی میشود محبو و فراموش شدن مسائل جدی‌تر و دقیق‌تر خدمات پزشکی است. درباره «کیفیت» پزشکی و محدوده تأثیرات آن در امر آموزش پزشکی و اثرات آن در بیماری وسلامت مردم خیلی کم بررسی و مطالعه میشود. جوانب دیگر پزشکی از جمله رابطه اجتماعی بین پزشک و جامعه و بین پزشک و بیمار و جنبه‌های طبیعی، محیطی و روانی پزشکی تاحد زیادی فراموش و در حقیقت کوچ شمرده میشود. پزشکی بعنوان یک مجموعه علمی و مهارت که توسط پزشکان تعلیم یافته به مردم عرضه میشود بحساب می‌اید و سوالمهم و چشمگیر دیگری که چگونه میتوان آنرا بعده بیشتری از مردم عرضه نمود، مطرح نمیشود.

این عقاید باعث یک جهش فکری در قرن معاصر شد و این امر با تجربه‌هایی که از جنگهای قرن قبل بدست آمده بود تشید گردید. بهتر است این مسئله روشن شود که محرك بسیاری از جنبشها برای ملی ساختن پزشکی، عقاید و ترغیب‌های ساده و بی‌دیانتی بوده که راه حل این مشکل (ملی ساختن پزشکی) را آسان ساخته است. در طی بیست سال

شایستگیها باید با مطالعه و زحمت زیاد کسب شوند. بویژه پزشکی باید از آنچه در حال حاضر هست پا فراتر نهاد و موقعیت خود را در شرائط مختلف و رابطه اش را با قدرت هایی که نحوه کنونی پزشکی را تغییر میدهد درک کند. پزشکی احتیاج به مطالعه و قوه درک دارد و هیچ عاملی نمیتواند جای معلومات و قوه دید را بگیرد و هیچ شخصیت اجتماعی دیگر اعم از قانونگذار، کارگر، متخصص امور صنعتی، اقتصاددان و یا جامعه شناس نمیتواند حقی در پزشکی داشته باشد یادرباره آن نظر بدهد. فهم وادرآ و اطلاعات عمومی ومهارت در رشته های دیگر نمیتوانند جایگزین معلومات و اطلاعات منحصر بفرد پزشکی که یک پزشک را از دیگران مقابله میکند گردند.

این باین معنی نیست که پزشک تهها کسی است که نمیتواند درباره پزشکی از دید اجتماعی قضاوت کند. از طرف دیگر معمولاً اطلاعات وتجارب یک پزشک درباره حرفه ای غیرپزشکی از کسان دیگر مانند قانونگذار، کارگر، متخصص امور صنعتی وغیره کمتر است. باز این بدان معنی نیست که یک پزشک مطلع در میان کسانی که برای نیازمندی های پزشکی در زمان حاضر برنامه دیزی میکنند فقط باید به حرفخود پردازد و کار خود را انجام دهد.

از عبارت «طب کاملاً شناخته شده» چه برداشتی میتوان داشت؟ مسلمان پزشکی به همه چیز مربوط میشود و هر چیز با پزشکی ارتباط دارد ولی هنوز نه عملی و نه ایده آل است که پزشکی شامل اطلاعات لازم درباره «همه چیز» باشد. نوعی ارجحیت باید در نظر گرفته شود و درباره قسمتها یکه به نحوی باحرفه پزشکی مربوط میشوند تأکید شود.

این قسمتها شامل توجه به کسانی که از خدمات پزشکی استفاده میکنند، محیط و چگونگی عرضه خدمات پزشکی، منابع راهها و وسائلی که پزشک برای عرضه خدمات پزشکی از آنها استفاده میکند، کمکهایی که به پزشکان میشود و روابط پزشک با سازمانهایی که هزینه خدمات پزشکی را میپردازند میشود.

همچنین پیشرفت علم و تکنولوژی در حرفه پزشکی، استخدام و تنظیم کارپرستل لازم همزمان باشد جمعیت، قسمتها دیگری هستند که باید مورد توجه قرار گیرند. آموزش و تربیت دانشجویان پزشکی (مستقل از پیشرفت علم پزشکی)، ثبت و تثبید حسن تعهد و مسئولیت نسبت به انسانها و نسبت به پزشکی بر اساس گفته بقراط: «جائی که عشق به انسان وجود داشته باشد عشق به هنر هم وجود دارد» نیز حائز کمال اهمیت میباشد.

از نظر اجتماعی پزشک با گروههای دیگر مربوط و به آنها وابسته شده که بعضی از این گروهها روی نحوه کار او اثر میگذارند و گروههای دیگر شرائط، طرق و نحوه های خدمات پزشکی را تعین مینمایند. آزمایشگاهها و کارخانه های داروسازی را میتوان بعنوان مثال برای گروه اول و اتحادیه های پزشکی و انواع ییمه ها را برای گروه دوم ذکر کرد.

غالباً بنظر میرسد که پزشک اسیرو یا وابسته به آزمایشگاهها و کارخانه های داروسازی است که بهمان اندازه که با ارزش و مفید هستند جانشین پزشکان نیز شده اند. میکرسکپ، گوشی، لوله آزمایش، اسباب تقطیر وغیره هر کدام بنوبه خود اثرات عمیقی در پزشکی بوجود آورده است.

گرفتاری پزشک از نحوه اقتصادی «پیش پرداختی»، کمتر نشده، این پیش پرداختها تنها تعیین کننده کیفیت و خدمات پزشکی از لحاظ پولی که پزشک برای کارش دریافت میکند نیست بلکه از لحاظ نحوه کار او و رابطه اش با بیمار نیز تعیین کننده میباشد.

نکتای که بخوبی درک نشده اینستکه پیش پرداخت باعث میشود که پزشک خدمات درمانی را بصورت انجام وظیفه ارائه دهد و تمام این عوامل، فعالیت پزشک را محدود میکند.

میتوان گفت که اگر پزشک «وابسته» است تاحدود زیادی بمیل خود تن به این اسارت میدهد. امروزه هیچ پزشک عاقلی از کمک آزمایشگاهها، آنتی بیوتیکها و داروهای عالی دیگر صرف نظر نمیکند و مانند پزشکان عمومی قرن گذشته بنهایی و بدون کمک کار نمیکند ولی در عین حال همین پزشک ظاهر منطقی نمیتواند کاملاً متوجه خطرهایی که از حاکمیت مطلق آزمایشگاهها، کارخانه های داروغی و بر نامه های پیش پرداختی ناشی میشود باشد. بنابراین پزشک باین نتیجه میرسد که انتخابش نباید چیزی بین ردیا قبول آنچه ذکر شد درآید، بلکه باید بصورت حاکمیت حرفه پزشکی در توسعه روابط پزشکی و اجتماعی باشد.

حقیقت آنستکه پزشکی در حال کسب تجربه و تغییرات اصلی و اساسی است، اما این تغییرات برای عرضه کردن معلومات مخصوص و استعداد منحصر بفرد پزشکی بسته بقدرت هایی است که روی پزشکی اثر میگذارند و آنرا برای آینده میسازند، لذا این تغییرات بر سرنوشت پزشکی بمنفع خود آن قدرت و اجتماع مؤثر می افتد. در اینجا باید باتأکید اضافه کنیم که بهر حال لازمه معلومات مخصوص و استعداد منحصر بفرد، تنها لیاقت و شایستگی فردی است که این شایستگی چیزی مخصوص پزشکی نیست، بعبارت دیگر این معلومات و