پزشك عمومی یا پزشك «نخستین رده»
چگونه پزشکی بیشتر مورد نیاز کشور است ؟

مجلهٔ علمی نظام پزشکی
سال ۲ ، شمارهٔ ۴ـ۵ ، صفحه ۲۴۱ ، ۱۳۵۱

دکتر ابوتراب نفیسی *

آنچه از آمار برمیآید بین دانشجویان دانشکده‌های پزشکی جهان تمایل‌شدیدی به‌متخصص شدن مشاهده میشود، بطوریکه در بعضی ممالك بیش از ۶۰٪ دیپلمه‌های پزشکی بدنبال گرفتن نوعی تخصص میروند ، درنتیجه روز بروز از تعداد پزشکان عمومی یا پزشکانی‌که آنها را «پیشرو» یا «نخستین رده» یا «نخستین صف» میشماریم کاسته میشود واتفاقاً همین دسته هستندکه بیشتر مورد احتیاج جامعه، مخصوصاً درشهرهای کوچك وروستاها که‌اکثریت ملت‌ها را تشکیل میدهند ، میباشند .

متأسفانه‌باید اذعان کرد که درمملکت ما نیز چندی است همین‌روش متداول‌شده** ودیری نخواهد گذشت‌که ما نیز مانندیگرممالك پیشرفته دچارکمبود این‌دسته ازپزشکان گردیم وصفوف‌مقدم‌جبهه جنگ مانیز علیه بیماریها از نیروی انسانی‌کافی تهی‌شود وچون همیشه «پیشگیری مقدم بردرمان‌است» لازم دانستم اطلاعات خود را ، همراه با نتیجهٔ بررسی‌هائی که طی چندین سال اشتغال به‌حرفهٔ مقدس پزشکی‌ومعلمی‌دانشکده ومطالعهٔ نوشته‌های‌مربوط وشرکت درکنگره‌ها وسمینارهای بهداشت جهانی ومشاهده عینی سازمان‌های پزشکی بیشتر ممالك از نزدیك بعمل آورده‌ام ، در دسترس‌علاقمندان بگذارم ودرانتها خلاصه‌ای ازآنچه راکه‌بنظرم مفیدآمده‌است به‌پیشگاه اولیای‌اموروطراحان‌برنامه‌های‌پزشکی کشور تقدیم دارم تا مورد بررسی قرارگرفته وتادیر نشده است جلوی این‌نقیصه احتمالی وبنظر من حتمی، گرفته شود.

برای روشن شدن موضوع قبلاً لازم‌است بطور مقدمه به روشن ساختن بعضی از اصطلاحات متداول که در اینجا بکاربرده و از نشریه‌های سازمان بهداشت جهانی استخراج شده است‌به‌پردازم:

۱ ـ پزشك : کسی راگویندکه باموفقیت پس ازطی دوره دوم یا متوسطه عمومی ، دوره کالج یا دانشکده پزشکی را گذرانده و در مملکت محل سکونت خویش اجازه اشتغال به حرفه پزشکی مستقل، وبدون قیمومت کسی‌دیگررا کسب کرده‌باشد. دراصطلاح عموم پزشکان را دکتر نیز خطاب میکنند .

۲ـ پزشك‌عمومی یا G.P. : پزشکی راگویند که حرفهٔ خود را محدود به‌گروه یادسته‌ای مخصوص از بیماریهـا نکرده وخدمت خویش‌را مستقیماً وبطور مداوم درخدمت‌مراجعین قرارداده‌باشد.

۳ـ متخصص یااسپسیالیست: پزشکی‌راگویندکه همه یاقسمتی‌از حرفهٔ خودرا محدود بیك گروه یادسته ازبیماریهاکرده، بیماران را بی‌واسطه و مستقیم و یـا از راه معرفی بوسیلهٔ همکاران دیگر می‌پذیرد . این متخصصین‌را نیز بدودسته میتوان تقسیم کردیکی متخصص‌دست اول‌یاعمومی (ویابقولی‌شبه متخصص یااسپسیالوئید) مـانند پزشك‌داخلی، پزشك‌کودکان ، پزشك مامائی وزنان یـا تناسلی وغیره ، ودیگری متخصصین دست دوم یـاخاص که شامل رشته‌های فرعی‌شعبات اصلی‌پزشکی‌مانندکاردیولوژی، نورولوژی،

---

* دانشکدهٔ پزشکی ـ دانشگاه‌اصفهان

** طبق آماری‌که درسال ۱۳۴۹، ازطرف‌نظام‌پزشکی منتشرشده ودرگزارش آقای دکترشمس‌الدین مفیدی به دومین‌کنگرهٔ‌آموزش‌پزشکی بهداشت جهانی دردسامبر ۱۹۷۰ آورده شده است، ازبین ۷۷۸۰ پزشك شاغل درایران تعداد ۲۰۸۷ نفردر رشته‌های مختلف پزشکی در ایران یا خارجه متخصص شده‌اندکه درحدود ۲۷٪ میشود ولی‌با سرعتی‌که‌گرفتن تخصص‌پیش میرود امکان دارد درسالهای‌آینده این‌تعداد خیلی بیشترازانتظارما بالا رود.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]

درماتولوژی، آندوکرینولوژی، جراحی قفسه سینه، جراحی قلب وغیره است. در بعضی نقاط این نحوه تقسیم را Primary and secondary specialization نامند.

۴- پزشك خانواده : در نقاط مختلف گیتی انواع مخصوص پزشك برای انجام دادن خدمات پزشکی خانواده وجود دارد که اختلاف آنها بیشتر تابع امکانات پزشکی آن ممالك است تا علل سیاسی یا اقتصادی یا ملی. عده زیادی از پزشکان شاغل حرفهٔ پزشکی خدمات خود را مستقیماً به افراد خانواده‌ای که «مشتری» آنها هستند عرضه داشته یـا در مطب آنها را معاینه ویا در منزل عیادت میکنند. خدمت آنهـا مداوم ومعمولاً درتمام «مدت طول عمر مراجعه‌ای»* این مشتریان است. این پزشکان در ضمن، نیازمندیهای مشتریان را در امر مشورت یا مراجعه به متخصص یامشاور واحیاناً کارهای بهداشتی واجتماعی برآورده ساخته یاراهنمائیها وکمك‌های لازم را بعمل می‌آورند. اینان معمولا پزشکان عمومی هستند ولی گاه ممکنست جزو متخصصین عمومی (داخلی ـ کودکان) نیز باشند.

در بعضی ممالك، مخصوصاً درمناطق شهری، گروهی از پزشکان برای مشتریان خود وخانواده آنان باتأسیس درمانگاه، پلی کلینیك یامراکز بهداشتی امکان خدمات پزشکی را فراهم میسازند واین مشتریان ممکنست یا ازراه معرفی بوسیله همکاران دیگر یامستقیماً به این گروهها مراجعه کنند. این پزشکان ممکنست پزشك عمومی یامتخصص دست اول یادست دوم باشند.

بالاخره در بعضی ممالك توجه بیشتری به اجتماع شده وخدمـات پزشکی گروهی ازافراد، یاافراد یك منطقه خاص، تحت نظارت سازمان ملی یـادولتی مخصوص قرار میگیرد، ورئیس آن که یك پزشك است مسئول اداره کلیه خدمات پزشکی آن گروه یامنطقه، اعم ازخدمات درمانی وبهداشتی یا اجتماعی، میباشد وعده‌ای از افراد «پـارامدیکال» مـانند پرستار و بهیار ومددکار اجتمـاعی وتکنیسین آزمایشگاه وغیره زیر نظر اوکارمیکنند. البته دراین ممالك کلیه امکانات فنی و وسیله‌ای وانسانی برای درمان بیماری وحفظ بهداشت افراد دراختیار سازمان مزبور قرار دارد.

در همهٔ آنهـا وجوه مشترك وظائف یك پزشك خـانواده چنین خواهد بود :

الف ـ دسترسی مستقیم بیمار به منبع اساسی خدمات پزشکی یعنی پزشك.

ب ـ بکار انداختن کلیه «وسائل پزشکی» اعم از درمـانگـاهی وبیمارستانی وبهداشتی درخدمت بیماران نیازمند، چه درمطب، چه دربیمارستان، چه درخانه وچه درمحل کار واجتماع.

پ ـ مداوم بودن خدمات پزشکی.

ت ـ آزادی پزشك که بامسئولیت خود بتواند همه وسائل را در حدود قوانین جاریه به نفع جامعه یاافراد خانواده زیر نظر خود بکار اندازد.

۵- پزشك «دست اول» یا «نخستین رده» : «یا First Contact یا Primary Physician عبارت از آن پزشکی است که در خط مقدم جبهه قرار دارد و اولین فردی است که با «بیمار» تمـاس میگیرد. این پزشکان ممکنست ازبین پزشکان عمومی یاپزشکان خانواده (شماره‌های ۲و۴) باشند ومقصود ماهم دراین بحث بیشتر همین نوع پزشك است که بیشتر ازهمه انواع پزشکان برای رفع نیازمندیهای جامعه، و از آنجمله جـامعهٔ ما، مورد لزوم است وبهمین جهت درهمه‌جا آنها را پزشکان «نخستین رده» یا «پیشرو» نام برده‌ایم.

در بعضی ممالك واز آنجمله درآمریکا اخیراً کوششی برای جدا ساختن پزشك عمومی ازپزشك خانواده بعمل آمده ودر دانشگاه‌های مختلف تحت ایندواسم دو نـوع «تخصص» بوجود آمده است که حقیقتاً تفاوت زیادی باهم ندارند وهمانطور که از طرف «کمیته آموزشی پزشکی خـانواده» وابسته به شورای آموزش پزشکی انجمن پزشکان آمریکائی تصریح شده باید پزشکی خانوادگی را مربوط به «عمل ونوع وظیفه» پزشك دانست وپزشکی عمومی را «محتوی آن» والا هردو دراصل یکسانست.

اینك که با اصطلاحات مختلف رایج آشنا شدیم، جوانب مختلف مسئله را در بخش‌های زیر شرح میدهیم، واضافه میکنیم که چون وظائف اساسی پزشکان «نخستین رده یـاپیشرو» مورد بحث ما، گاه بگاه باوظائف «پزشکان عمومی» و«پزشکان خانواده» یکسان می‌نمایدمانیز جابجا عناوین نامبرده را مترادف یکدیگر استعمال کرده‌ایم.

بخش اول : مقام ووظائف پزشك «پیشرو» دراجتماع امروز.

بخش دوم : بررسی وضع پزشك «پیشرو» یاپزشك عمومی در بعضی از ممالك نمونه.

بخش سوم : نتیجه بررسی نامبرده.

بخش چهارم : خلاصه وپیشنهاد.

بخش اول ـ مقام پزشك «پیشرو» درخدمات پزشکی جدید :

مقدمه و تعریف ـ اصل «بهداشت ودرمان برای همه» چیزی است که تمام ملل جهان بدان معتقد هستند ومورد نیـاز همگان است

* مقصود «ازطول مدت عمر مراجعه‌ای» یعنی تمام مدتیکه بیمارخود را مشتری آن پزشك میداند وبعللی کـه فراوانترین آن تغییر محل سکونت بیماریا پزشك یاغیبت فرد اخیراست، ازصورت «مشتری بودن» خارج میشود.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]

واز همین‌رو جزء اساس حقوق بشر بشمارمیرود ولی نحوه اجرای آن بستگی به‌شرائط زمانی ومکانی واقلیمی ، اجتماعی‌واقتصادی وسیاسی ملت‌ها دارد ، اگرچه اصول آن‌ها یکسان است .

درتمام سازمان‌های بهداشتی ودرمانی (پزشکی)، شخصی درصف مقدم قرار دارد که بهتراست‌بعوض اطلاق‌نام طبیب عمومی‌یاطبیب خانوادگی به او ، ویرا پزشك مقدم یا طلایه یا«پیشرو» نامید . اسم او هرچه میخواهد باشد وظائف اصولی‌ای که باید انجام دهدکم وبیش درهمه‌جا یکسان است ، از اینقرار :

۱ـ وی معمولاً اولین پزشکی است‌که بابیمار برخورد میکند واغلب آخرین پزشك نیز خود اوست وشاید همه یاقسمت اعظم مواظبت ازمراجعین طبقات‌مختلف اجتماع درتمام عمر نیز بعهده وی باشد .

۲ـ بیماران او معمولا بی‌واسطه ومستقیم بوی مراجعه می کنند و«گلچین» یا «غربال» نشده‌اند .

۳ـ معمولا دریك اجتماع کوچك وثابت‌که درحدود ۲ تاسه‌هزار جمعیت دارد کارمیکندوچون مراجعین اوبرای مدت دراز وگاه تمام عمر خویش مشتری او هستند بخوبی آنها را میشناسدوحتی باافراد خانواده ونسل‌های گذشته وآینده آنها آشناست . این اجتماع ممکنست دریك ده یاشهرکوچك ویا محله‌ای ازیك شهر بزرگ‌تر باشد .

۴ـ بیماری مراجعین وی را، بیشتربیماریهای فراوان وکم‌خطر تشکیل میدهد وکمتر ممکنست مسئول درمان بیماریهای‌خطرناك یانادر باشدکه معمولا مبتلایان به‌بیمارستانها مراجعه میکنند .

۵ـ علاوه بروظائف تشخیصی و درمانی و بهداشتی ، این پزشك معمولا باید ازنظر اجتماعی نیزمددکار باشد ودررتق وفتق‌مسائل مختلفی که در قلمرو محل سکونت او اتفاق میافتد بطور فعال شرکت‌کند . گاه علاوه براین‌وظائف ومخصوصاً درشهرستان‌های کوچك‌یاروستاها یك‌چنین‌پزشکی‌باید پزشك مدارس، کارگاهها، قوای‌تأمینیه، پزشك‌قانونی، انجمن‌شهرستان یابخش،انجمن‌های بهداری وآموزشی‌وپرورشی وشرکت‌های تعاونی وغیره نیز باشد وباصطلاح نوعی فرد «همه‌کاره» یا «هرکاره» باشدکه بتواندنقش «مادرکلید» یا «جوکر بازی» را انجام دهد .

چون یك چنین پزشك با مشخصات پیش‌گفته مورد احتیاج همه کشورهاحتی باسیستم‌های بهداشتی ودرمانی مختلف میباشد،لازم است درسطح‌جهانی وبین‌المللی‌فکری‌بحال اوبشود، وازهمین‌رو است‌که درسالهای اخیرسازمان بهداشت جهانی‌فکر خودرا بیشتر متوجه تربیت این‌نوع پزشك کرده‌است‌که هم‌تعدادآن‌هامتأسفانه روزبروز روبه‌نقصان میرود وهم‌موردنیازبیشتراجتماع‌هستند.

برطبق تعریف مورد قبول بهداشت جهانی، همانطورکه گفته‌شد، پزشك خانواده‌که بیشتر با موضوع مورد بحث ماتطبیق میکند وظائف زیر را بعهده دارد :

الف ـ پزشك دست اول فردی است‌که زودتر از همه بابیمار برخورد میکند وبوسیلهٔ او است که بیمار به‌دستگاه بهداشتی و درمانی وارد میشود .

ب ـ کلیه نیازمندیهای بهداشتی بیمار را ارزیابی میکند و آن قسمت از احتیاجات پزشکی او راکه خود میتواند ، برآورده میسازد وآن قسمت‌راکه نیازمند استفاده ازتخصص همکاران‌دیگر است‌بدانهاارجاع مینماید،ولی‌هیچگاه نظارت خودرا برمواظبت ازبیمارقطع نمیکند.

پ ـ مسئولیت مواظبت کامل وهمه جانبهٔ ازبیمار را بعهده گرفته بعنوان هم‌آهنگ‌کننده در برآوردکلیهٔ احتیاجات پزشکی وی بکار میرود .

ت ـ مسئولیت‌حفظ سلامت بیمار دراجتماع یاخانواده یاهرواحد دیگری‌که فرد بدان‌تعلق‌دارد وهمچنین حفظ سلامت‌وی‌درمحیط وعوامل محیطی مجاور ، برعهدهٔ اوست .

بنابراین وظیفهٔ یك چنین پزشکی،هم علمی وپزشکی وهم‌انسانی است ، اگرچه ممکنست فقط خودرا مسئول حفظ سلامت یك‌فرد از افراد فامیل بداند اما عملا نیازمندیهای پزشکی‌افرادمختلف یك خانواده رابرطرف میسازد واغلب خود مستقیماً مسئولیت‌رفع احتیاج افراد را دریك یاچند رشتهٔ پزشکی بعهد دارد ودر تنظیم برنامه‌های درمانی در رشته‌های دیگر نیز وظیفه‌هم‌آهنگ کننده را انجام می‌دهد. وی رابط بین متخصصین مختلف فنون پزشکی وبیمار ، بین بیمار وافراد خانواده ، بین‌بیمار واجتماع وطراح کلیه‌خدمات پزشکی‌اعم ازتشخیصی ودرمانی وبهداشتی‌ونوتوانی وبرگشت فرد باجتماع وتعیین یاتغییر شغل یامحل‌کار بیمارخود میباشد .

در اجتماع شهرهای متمدن امروز تخمین زده شده است‌که در حدود ۲۰٪ مردم هرسال محل‌سکونت خود را تغییر میدهندولی خانواده‌ها بطور متوسط هر۷ سال یکمرتبه جای خود را عوض میکنند . دراین شهرها ودراین اجتماعات متحرك نیز باوجود اینکه وظیفه پزشك خانواده بمعنای حقیقی‌کلمه مشکل بلکه غیر ممکن می‌نماید اما باز پزشك خانواده ممکنست مبنا یامنبع اطلاعات‌دست اول برای پزشکان دیگر قرارگیرد . بطورخلاصه میتوان‌وظائف‌پزشك‌خانواده یاپزشك مقدم‌را به‌سه‌نوع‌تقسیم‌کرد:

اول ـ وظیفهٔ مواظبت ازبیمار ، یعنی حافظ سلامت بیماروردرمان کننده بیماری وی بودن .

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]

دوم ـ حفظ هماهنگی خدمات درمانی و بهداشتی مورد نیاز بیمار.
سوم ـ وظیفهٔ اجتماعی در (Community).
«تربیت پزشك دست اول برای دنیائی که درحال تغییر مداوم است»
شعار همه کشورها و ملتها و شعار بهداشت جهانی است، دنیائی که هم ازجهت اجتماعی وهم از نظر پزشکی باسرعت شگفت انگیزی درحال تغییر است.
از نظر اجتماعی، ما درجامعه‌ای زندگی میکنیم که روز بروز نسبت بمسائل درمانی و بهداشتی خود علاقه‌مندتر میشود و خواهان مواظبتهای بیشتر و گسترده‌تر است و از طرف دیگر روز بروز اطلاعات او وسیع‌تر و فرهنگش پیشرفته‌تر میگردد. از نظر پزشکی، دانش پزشکی آنچنان سریع بجلو می‌تازد که سیر تحول و تکامل آن بصورت «جهش» درآمده ودر نتیجهٔ این گسترش وسائل تشخیص ودرمان، تخصص‌ها وفنون تخصصی متعددی بوجود آمده وبدنبال آن کار یك پزشك عمومی وخانواده‌ای یادست اول، دراین جنگل عجیب بسیار مشکلتر شده است.
مشکل خدمات پزشکی باپیشرفت علوم پزشکی و گسترش اطلاعات عمومی و پزشکی توده مردم، از یکطرف خواسته‌های آنها روبتزاید نهاده و از طرف دیگر قیمت خدمات پزشکی صحیح وکامل، فوق‌العاده گران شده است. درنتیجه یك نوع افزونی تقاضا ومحدودیت نسبی عرضه بوجود آمده که نیازمند تنظیم و تعدیل وبرقراری نوعی جیره بندی پزشکی وایجاد اولویت‌هائی دربارهٔ نوع و میزان استفاده از وسائل موجود میباشد، زیرا خواسته ایده‌آل «بهداشت برای همه» را اگر مترادف «حداعلا یاحدمناسب بهداشت برای همه» بشماریم، چون امکانات کشورها ازنظر تهیه وسائل وبرآورد این احتیاجات بااین تقاضا هم‌پایه نیست همیشه این عقب ماندگی عرضه از تقاضا موجود خواهد بود وعملا بجای آرمان حداعلای بهداشت برای همه، باید جمله زیر ملاك کارقرار گیرد:
«حداقل بهداشت* برای همه وامکان استفاده ازوسائل موجود برای نیازمندترین افراد»، ومسئله‌ای که پیش خواهد آمد وحل آن نیز خالی ازاشکال نیست آنست که تعیین کنیم چه کسی نیازمندتر یا نیازمندترین است؟
منطق چنین حکم میکند که میزان نیاز اشخاص را بااستفاده از خدمات پزشکی از روی حدت بیماری یاعارضه (از نظر زمانی) وشدت آن وقابلیت درمان پذیری بیماری تعیین کنیم، ودر نتیجه بیماری‌های مزمن خفیف یاغیرقابل علاج در درجهٔ بعدی اهمیت قرار میگیرند ومامیدانیم که تعداد زیادی از بیماریهای روزمره فاقد سه‌شرط مزبور هستند ودراین مرتبه واقع میشوند. ازطرف دیگر بابهبود وضع بهداشت ودرمان مظاهر حاد بسیاری‌از بیماریها وافزایش طول مدت‌متوسط عمر، نسبت بیماریهای ناتوان کننده ومزمن واستحاله‌ای روبافزایش است ودرنتیجه قسمت اعظمی از بخش مصرف کننده «خدمات پزشکی» را ایندسته افراد تشکیل میدهند. بعبارت دیگر امروز نیز مثل قرون پیشین «پزشك عده کمتری را درمان میکند، عده زیادتری را تسکین میدهد، وهمه آنهائیرا که بهوی مراجعه میکنند، تسلا می‌بخشد». اما خدمات پزشکی باید شامل هرسه دسته باشد وتشخیص آنکه کدامیك بر دیگری مقدم است چون بستگی به عوامل مختلف اقتصادی، اجتماعی، جغرافیائی، سنتی‌وانسانی دارد کارآسانی نیست زیرادر هرمورد باید عوامل پیش گفته درنظر گرفته شود.
برخلاف نظر بعضی سازمان دهندگان بهداشتی، مشکل خدمات پزشکی هیچگاه باپول تنها حل نخواهد شد، اگرچه تا حدود زیادی‌بمیزان سرمایه گذاری‌ای که‌دراین راه‌میشود مربوط باشد. زیرا این خدمات چاه‌ویل است که هرچه درآن ریخته‌شود تمامی نخواهد داشت. مثلا بدنیست یادآور شویم که درممالك پیشرفته قیمت‌خدمات پزشکی (درمانی‌وبهداشتی) درهرده‌سال به‌نسبت‌یك درصد کل درآمد ملی آنان افزایش می‌یابد ومتوقف ساختن آن نه‌ایده‌آل خواهد بود ونه‌عملی. آنچه اهمیت دارد نحوه مصرف و مصرف بجای این سرمایه است که باید بدان توجه مخصوص مبذول گردد.

سطوح مختلف پزشکان و نحوه اداره

قبل از اینکه وارد خصوصیات و وظائف پزشك عمومی یاپزشك «نخستین‌صف» گردیم بدنیست مختصری ازسطوح وطبقات پزشکان مورد نیاز اجتماع را شرح دهیم:
پزشکان را میتوان به‌چهار طبقه یاسطح تقسیم کرد: طبقه یا سطح اول یا «نخستین‌صف» یاپزشك محلی، یامقدم‌جبهه، که‌همان‌پزشك عمومی یا خانواده را یادستیاران وی که مددکاران اجتماعی وپرستاران یابهیاران باشند تشکیل میدهد. این گروه مقدم با قسمت کوچکی از اجتماع یاکوچکترین واحد اجتماعی سروکار خواهد داشت و ممکنست شامل روستاها وبخش‌ها ویامنحصر به خانواده‌ها یا منطقه‌هائی محدود ازشهرها یاشهرستانها باشد. خدمات این گروه دست اول باید «همه‌جانبه ومداوم» باشد.
طبقه یاسطح دوم: شامل آن دسته از پزشکانی است که در منطقهٔ

* هرجا کلمهٔ بهداشت آورده شده مقصود خدمات پزشکی بطورکلی است ومرادف Health care یا Medical care است.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]

وسیعتری که لااقل ۱۰۰ تا ۳۰۰ هزار نفر جمعیت دارد فعالیت دارند واز امکانات بیشتری از آنجمله بیمارستان و آزمایشگاه مجهز ومتخصصین مختلف رشته‌های اصلی پزشکی برخوردارند وبهداشت قسمت بزرگتری‌را بعهده داشته خدمات اجتماعی آن‌ها نیز گسترده‌تراست (مقصود از رشته‌های اصلی‌پزشکی، بیماریهای داخلی، جراحی ، دستگاه تناسلی*، کودکان میباشد).

طبقه یاسطح سوم : شامل پزشکانی میشودکه درشهرهای بزرگ ومراکز استان‌ها که بین یك تا ۵ میلیون جمعیت دارند فعالیت وامکانات وسیعتر ومجهزتری دراختیار داشته متخصصین‌رشته‌های خاص پزشکی(که بنام‌های مختلف‌تخصص‌پیشرفته Advanced.S یا فوق تخصص یا Super Specialties نامیده میشود مانند کاردیولوژی ، نورولوژی ، جراحی‌اعصاب ، جراحی قفسه‌سینه، قلب وغیره) زیادتری در دسترس آنها است .

طبقه یاسطح چهارم: شامل پزشکانی‌است که درسطح مملکتی یا ملی‌قرار دارند ومسئول اداره خدمات پزشکی کل‌کشور و همهٔ مردم مملکت ،که‌از ۵۰ ملیون یابیشترجمعیت داشته‌باشد،میباشند وهمانها هستندکه سیاست‌کلی بهداری وبهداشتی کشور را طرح ریزی واجرا میکنند .

همه سطوح پیش‌گفته، سازمان ونظم‌خاص مخصوص بخودلازم‌دارد که درعین حال باسطوح مجاور نیز هم‌آهنگی کافی‌داشته باشد وفعلا آنچه مادر بحث خود بدان نیازداریم ، طبقه اول است .

مسائل پزشکی عمومی یاپزشك «نخستین رده» :

آیا پزشك «نخستین‌رده» باید طبیب عمومی یاژنرالیست باشد یا متخصص رشته‌های اساسی بالینی ؟ این نوع تخصص رشته‌های بالینی‌اساسی که بعقیده دکترجان‌فرای(Fry)از انگلستان‌میتوان بنام «تخصصی شکل» یا اسپسیالوئید (Specialoid) نامید شامل رشته‌های اصلی بالینی زیرخواهد بود: داخلی، کودکان، مامائی وزنان.این‌رشته‌اخیررا بهتراست رویهم رفته دستگاه تناسلی یا Reproductive نامیدکه شامل دستگاه‌های تناسلی زن و مرد، مقدمات باروری، باروری، زایمان‌وبیماریهای‌متعلق بهمه‌ایندوره‌ها میباشد. بعقیده عده‌ای، جراحی‌عمومی نیزدرزمره رشته‌های‌اساسی بالینی‌خواهد بود.

هریك از این نیمچه متخصصین یا متخصصین عمومی عده نسبتاً محدودی از اجتماع رازیر نظر خواهند داشت که شامل قریب هزار نفرکودك وبین ۲ تا ۳هزارنفرافرادبالغ میباشدوبیشتر به بیماریهای‌فراوان‌وعمومی که‌احتیاج‌به‌وسائل پیچیده‌ومواظبت‌های دقیق‌خاص نداشته باشد، رسیدگی میکنند . پزشك‌عمومی‌وپزشك خانوادگی آنطوریکه در بعضی‌کشورها معمول است خود نوعی متخصص یاشبه متخصص است که معلومات او درقسمت‌های اصلی بالینی جامع میباشد ومیتواند وظیفه یك پزشك‌داخلی عمومی، ژنیکولوژیست عمومی‌ومتخصص عمومی کودکان وجراح عمومی‌را انجام دهد .

هرکدام از دونوع پزشك پیش‌گفته میتوانند درصف مقدم انجام وظیفه‌کنند وتربیت وانتخاب انواع‌آنان تابع مقتضیات وامکانات خاص هرکشور خواهد بود که ما در زیر چند نمونه از آنها را درممالك مختلف‌که مورد مطالعه قرار داده‌ایم ویااز نزدیك‌شاهد آن بوده‌ایم ، میاوریم ، باشدکه پس از مطالعه بتوان «گلچینی» از مجموع آنها را انتخاب وباتوجه به‌شرائط خاص‌کشور ایران وخصوصیات ایرانی طرحی‌جامع پیشنهادکرد.

بخش دوم - بررسی وضع پزشك «پیشرو» وپزشك عمومی دربعضی از ممالك نمونه

۱- پزشك «نخستین رده» درایالات متحده آمریکا :

در شماره ۲۲ فوریه ۱۹۶۹ روزنامه تایم آمریکا از قول دکتر فیلیپ‌لی (Lee) وزیر سابق بهداری ایالات متحده آمریکا چنین نوشته‌شده که «عیب خدمات‌پزشکی‌آمریکاآنست که فاقدسیستم‌است وبوضع آش‌درهم جوشی درآمده است» واین حقیقتی است که‌باید آنرا قبول کرد .

درامر پزشکی، نیزمانند سایرامور، به«شیوه‌آمریکائی»سیستم‌های پزشکی متعددی برقرار شده است . این سیستم‌ها بعوض اینکه براساس نیازمندیهای جامعه پی‌ریزی شده باشند روی امکانات بنانهاده شده است، زیرا در «شیوه آمریکائی»آزادی معاملات، آزادی انتخاب همه چیز حتی پزشك ، مسئولیت شخصی وفردی درامرپزشکی وجود دارد وباستثنای موارد خاص ضرور وملی، درامر پزشکی نیز مانند سایر امور و «دادوستد»ها ، هرکس میتواند هرپزشکی را که مایل باشد انتخاب‌کند وپزشك هم‌طبق قوانین جاری ومورد قبول انجمن پزشکان میتواند بهرنحوی‌که صلاح‌بداند ودلش‌بخواهد بیمارش‌را مواظبت‌کند مشروط‌بر آنکه رعایت قوانین شده باشد . بر این اصول ، سیستم‌های مختلف خدمات‌پزشکی که بوجودآمده،همانطورکه‌یادآورشدیم، برمبنای امکانات ومقتضیات قراردارد، ازآنجمله قریب ۱۰٪ ازآمریکائیان که‌فوق‌العاده غنی‌هستند ازیك‌نوع سازمان‌پزشکی استفاده‌میکنند که‌کاملترین وبهترین وسائل موجود درجهان را در اختیار دارد ودرمقابل قریب به۲۵٪ دیگر ازمردم هستندکه در عین اینکه از اتباع آمریکا وجزو جامعه آمریکائی هستند از بدترین شرائط

* مقصود از دستگاه تناسلی دستگاه تولید مثل یا Reproductive اعم اززن یامرد وآسیبی وزایمان ومسائل مربوط بآنهاست .

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]

پزشکی موجود درممالك پیشرفته میتوانند استفاده کنند و بقول خود آمریکائیها در بیغوله‌ها Ghetto یا Slum زندگی میکنند که بنام «محلات فقیر نشین» موسومست ودر بیشتر شهرهای بزرگ مانند نیویورك ، واشنگتن ، شیکاگو و لوس آنجلس پهلو بپهلوی گروه دسته اول روزگار میگذرانند . سیستم دیگری که مختص قریب دوسوم جامعه آمریکائی است از نظر کیفیت متوسط واز نظر بهانسبتاً گران است و بوسیله خودمردم وشرکتهای بیمه خصوصی‌ای که خود انتخاب کرده‌اند، به کار خدمات پزشکی مشغول است. این شرکتهای بیمه معمولا مواظبتهای فردی وخانوادگی مشتریان را درخارج از بیمارستان وهمچنین بعضی خدمات دیگر از قبیل زایمان و باروری و بیماریهای روانی را بعهده نمیگیرند وهمانطور که بعداً اشاره خواهیم کرد این سیاست شرکتهای بیمه سبب هجوم مردم به بیمارستانها میشود که گاه نیز بدان نیاز نبوده است و بعلت همین تعدد سیستمهای خدمات پزشکی، پزشکانی که وظیفه «نخستین رده» را در مبارزه با بیماریها انجام میدهند نیز درصفوف مختلف خواهند بود. این پزشکان را از نظر وظیفه برطبق اصطلاح آمریکائی «پزشکان نخستین رده» یا Primary Physician مینامند .

تعدد سیستمهای پزشکی تابع عوامل متعددی است ازقبیل میزان دارائی افراد ، محل سکونت (مثلا درایالات کالیفرنیا و نیویورك تعداد پزشك به جمعیت نسبتاً زیاد ولی درایالات جنوبی وغربی مرکزی حقیقتاً کمبود پزشك محسوس است) نوع کار وشغل، وابستگی به اتحادیه‌ها وسندیکاها (مثلا بنیاد کایزر Kaiser ، بنیاد شهر نیویورك ، کارگران معدن ، کارگران صنعت اتومبیل و غیره) سن وطبقه اجتماعی (پزشکی تهیدستان Medical Indigents) وغیره .

پزشکان «صف نخستین» ممکنست یکی ازپزشکان زیر باشند :

پزشك عمومی سیستم قدیم یا (G. P.) یانوع جدید آن که دریکی از رشته‌های اساسی بالینی تخصص داشته باشد مانند متخصصین داخلی یا کودکان ـ دکتر یارزیدنت جوان متصدی اطاق اورژانس ـ پزشك متخصصی که برخلاف بسیاری ازهمکاران خود بی‌میل به دیدن بیماران عمومی نیست ومستقیماً بی‌آنکه برطبق معمول بیمار بوسیلهٔ همکاران باو معرفی شود مشتری قبول می‌کند ـ یکی ازافراد «گروههای پزشکی» ـ یکی از پزشکان معروف به Quack یاحکیمباشی یا «دست پزشك» * (Cheiropractist) وسایر اشخاص مجاز . البته همه شئون پیش گفته بوسیلهٔ قوانین پزشکی کشورمورد قبول است ومقرراتی مخصوص بخود داد .

درآمریکا درمورد پزشك عمومی یا پزشك «نخستین صف» قوانین و مشخصات سنتی خاص وجود ندارد زیرا دراینجا نیز آمریکائی مثل همه کارهای دیگر بنارا برآزادی انتخاب گذاشته وهمانطور که برای خرید مایحتاج زندگی و باصطلاح «خرید» ببازارمیرود برای نیازمندیهای پزشکی نیز ببازار میرودوهر کس راکه پسندید یا بصلاح وصرفه خود تشخیص داد او را انتخاب میکند واین امر سبب رقابت نامحدود ، که گاه غیر مشروع وغیرقانونی است، در بین پزشکان میگردد وآنها را به «دکانداری» برای جلب مشتری بیشتر میکشاند . مخصوصاً در شهرهای بزرگ که میزان «عرضه نسبتاً» زیاد است وطبیعی است هر کس سعی میکند کالای خود را بهتر بفروش برساند یا باصطلاح «آب» کند، ازطرف دیگرچون متأسفانه دراین کار نیز قانون عمومی آمریکا یعنی «خداوندی دلار» صادق است ممکنست بعلل اقتصادی ونه اخلاقی وانسانی، ازپزشك وبیمار کارهائی سر بزند که در بسیاری از مجامع مشابه نکوهیده وخلاف اخلاق یا خلاف وجدان محسوب میگردد .

بیشتر این پزشکان عمومی میتوانند بیماران خود را دربیمارستانها بستری کنند و اکثر بیمارستانها به آنها اجازه میدهند که خود مواظبت ودرمان بیماران خویش را بعهده گیرند وحتی جراحی‌ها وکارهای پزشکی اختصاصی که لازم دارند خود انجام دهند واین کار برای پزشکان فوق‌العاده پرسود است وچون بیشتر شرکتهای بیمه فقط هزینه‌های بیمارستانی را قبول میکنند، یکی ازعلل عمده کشانده شدن بیشتر مردم آمریکا بسوی بیمارستانها روشن میشود. مخصوصاً اگر توجه کنیم که چون هدف، بیشتر اقتصادی است «خرج تراشی» و «حساب سازی» برای شرکت بیمه باهمدستی پزشك ومتصدی بیمارستان واحیاناً بیمار، کاری غیررایج نیست وهمیشه نزاعی تمام نشدنی بین پزشکان و وکلای آنها که آنهم خود داستانی جداگانه دارد ، باشرکتهای بیمه یاوکلای آنها موجود است . این عوامل بر روی هم ، در روابط صمیمی بین پزشك وبیمار وتفاهم بین آنان مؤثر خواهد بود و «اخلاق پزشکی» را متزلزل خواهد ساخت ، چنانکه کرده است .

آنطوریکه حساب شده است بیش از ۱۵٪ جمعیت آمریکا در بیمارستان بستری میشوند (وحال آنکه درانگلستان این میزان

* کیروپراکتیست که خوشبختانه درمملکت ما نظیر ندارد نوعی پزشکی است که بوسیله مس ولمس بادست بیماریها را درمان میکنند زیرا معتقدند که همه بیماریها بعلت اختلال عمل اعصاب بوجود آمده وبوسیله بعضی دستکاریها ومس قسمتهای مخصوص بویژه ستون فقرات میتوان آنها را شفا بخشید (ازلغت یونانی Cheir = دست اثر = Praktikos).

تا ۱۹۵۳ درآمریکا ۲۳۵۰۰ پزشك باین نوع طبابت مشغول بوده‌اند . در دوسال اخیر این نوع آموزش بوسیلهٔ انجمن پزشکان آمریکائی محدود شده وازاین پس دانشجوی دیگری برای کسب این تخصص آموزش نمی‌بیند .

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]

فقط ۱۰٪ است) و اکثر آنـان فقط مدت کوتاهی در بیمارستان توقف میکنند. واینها هم بدلائلی است که شمه‌ای از آنها در بالا آورده شد. بیشتر پزشکان آمریکائی بطورانفرادی به‌کارطبابت‌میپردازند وفقط ۱۰٪ آنان بطور جمعی و«گروهی» ، وبهمین دلیل رقابت شدیدی بین پزشکان بـرای جلب مشتری موجود است . عـده بسیار کمی تحت مواظبت یك پزشك قرار دارند ودر نتیجه پزشك خانواده ومواظبت‌های مداوم بوسیلهٔ یك نفرروز بروز در آمریکا کمتر میشود .

درآمریکا مقدار سرمایه‌ای که درراه بهداشت به‌کارافتاده است‌روز بروزوبسرعت افزایش می‌یابد(Bowen–۱۹۷۰).درسال ۱۹۵۰، این مقدارقریب ۴/۵٪ درآمدکلی ملی بوده ودرسال ۱۹۶۷، به ۶/۵٪ رسیده که جمعاً درحدود پنجاه و یك بیلیون دلارمیشود. قسمت‌اعظم این‌سرمایه‌گذاری ازمالیات‌ها بدست میآید ودر نتیجه روزبروز بآن افزوده میگردد .

برای اینکه میزان توجه بخشهای خصوصی وعمومی آمریکائی‌را به‌امر بهداشت عمومی و خدمات بیمارستانی بفهمیم بدنیست به‌آمار زیر دقت کنیم :

درسال۱۹۶۷، سرمایه‌هائیکه ازبخشهای‌خصوصی وعمومی‌درامر بهداشت مصرف میشده بدین‌طریق بـوده است که ۸۰٪ درآمد پزشکان و۹۸٪ درآمد دندانپزشکان از کارهـای اختصاصی یعنی مطب‌های‌شخصی‌ودرآمدبخشهای‌خصوصی‌تأمین میشده و۹۴٪ قیمت داروها و۹۸٪ پول‌عینك‌راخودمردم پرداخته‌اند(بخش‌خصوصی)، ولی‌درمقابل۴۹٪ مخارج بیمارستانی‌و۶۶٪ ازمخارج آسایشگاهها و۹۰٪ هزینه‌هـای تحقیقاتی و۱۰۰٪ خدمـات بهداشتی از راه پرداخت مالیات وبخش عمومی تأمین شده است .

ازاین بررسی چنین‌برمیآیدکه قسمت اعظم هزینه خدمات‌پزشکی شخصی مردم‌درآمریکا بوسیلهٔ‌خود مردم پرداخت میشودودرمقابل قسمت بزرگی ازمخارج بستری‌شدن دربیمارستانها ازراه‌مالیات وبوسیلهٔ دولت‌وشرکت‌های بیمه تقبل شده‌است . متأسفانه‌باوجود اینکه مقادیر معتنابهی‌سرمایه بهامر بهداشت اختصاص‌یافته‌است، بهبود چشمگیری در تأمین نیروی انسانی پزشکی و یا افزایش تسهیلات مورد نیـاز مردم بوجود نیـامده مثل آنست کـه این پول اضافی خواسته مردم را به‌بهداشتی بهتر و خدمات پزشکی گسترده‌تر وکاملتر افزوده است و چون تقاضا زیاد شده امـا در برابر آن عرضه یعنی خدمات پزشکی‌کافی تأمین نشده درنتیجه عدم تعادلی بوجود آمده که سبب نارضائی بیشتر مردم در رفع نیازمندیها وخواسته‌های پزشکی آنان‌گشته است وجـای تعجب نخواهد بود اگر یادآور شویم یکی از برنامه‌هائیکه‌نامزدهای آینده ریاست‌جمهوری یاسایر پست‌های مؤثردولتی وملی‌تبلیغات خودرا روی آن پایه‌گذاری کرده‌اند ، همین تأمین نیازمندیهای پزشکی و بهداشتی جامعه آمریکائی است .

در دوران ریـاست جمهوری «کندی» و پس از آن در حکومت «جانسون» ودر حکـومت «نیکسون» توجه روزافزونی به‌مسئله بهداشت و نیازمندیهای پزشکی آمریکائیان شده و باگذراندن دو قانون مهم‌مدیکر(Medicare) ، که‌هدف‌آن‌تأمین بهداشت‌مردمان بیش‌از ۶۵سالهاست،و مدیکاید (Medicaid) که هدف‌آن‌کمك به‌مستمندان است ، قدمهای بزرگی ازسال ۱۹۶۵ ببعد برداشته شده است . علاوه برآن در سالهای اخیر از راه‌کمك‌های دولت مرکزی ودولتهای محلی‌مبالغ هنگفتی‌سرمایه‌که‌بیشتر آن ازراه مالیات تأمین میشود ، بسوی امر بهداشت سرازیر شده‌واگرچه عده‌ای از پزشکان بااین دخالت دولت درکار پزشکی مخالف‌اند وآنرا بااستقلال شغل وحرفه خویش‌منافی میدانند، معهذا چون مورد نیاز اکثریت توده مردم ایـالات مختلف‌آمریکا است روز بروز گسترش‌می‌یابد . مخصوصاً که درسالیان اخیر این‌برنامه‌ها مـورد قبول انجمن پزشکان آمریکا واقع شده وکمیته مخصوصی ازآن بنام‌کمیته‌خدمات‌پزشکی به‌مستمندان (Medical care of the poor) زیرنظردکتررابرت‌لانگR.Long ازسال۱۹۷۰ بطور جدی‌شروع به‌کارکرده‌وانتظارمیرودودرسالهای‌دهه۷۰ نیازمندیهای پزشکی جامعه‌آمریکائی بنحو نسبتاً رضایت بخشی تأمین گردد.

برای اینکه اهمیت کمك به‌مستمندان را درآمریکا دریابیم‌بدنیست به‌رقم زیرتوجه‌کنیم که قریب سی‌میلیون نفرآمریکائی، آری سی میلیون‌از۱۸۰میلیون یعنی قریب ۱۷٪کل جمعیت آمریکا ، این مملکتی‌که ماآنرا غنی‌ترین‌ممالك‌روی زمین میدانیم‌وکعبه‌آمال عده‌ای از غرب زدگان نیز هست ، در وضع بهداشتی نـامناسب بسر میبرند یااصلا فاقد بهداشت وخدمات پزشکی هستند. واین عده‌هم‌سیاه‌هستند وهم‌سفید ، وباافزایش‌روزافزون خدمات‌پزشکی تعداد بیشتری از مردم‌که درآمدشان متوسط یاپائین ترازمتوسط است‌نیزهرروز باین‌جماعت‌افزوده میگردد واین‌مسئله‌ای‌است‌که اخیراً توجه‌اولیای‌امور بهداشت‌وآموزشی ومخصوصاً دانشگاههای آمریکا را همانطورکه قبلا نیز متذکر شدیم بیش از پیش بخود معطوف داشته‌است.

ازجمله اقداماتیکه دراین باره بعمل‌آمده وهدف‌آن تأمین‌نیروی پزشکی‌بیشتر برای‌جوابگوئی نیازمندیهای جامعه‌آمریکائی‌است، توجه‌به‌تربیت«پزشك‌خانواده»یاپزشك«نخستین‌رده»است که‌ازسال ۱۹۶۷ تاحال تعداد زیادی از دانشگاههای آمریکا بدان متوجه شده یادشته تخصصی باین نام ایجادکرده‌اند، ویادربرنامه‌درسی

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]

دانشکده پزشکی دروسی را گنجانده‌اند که پزشکان را به‌کار «پزشکی خانوادگی»، بیشتر وارد سازند و این قسمت درسه سال اخیر بعلت فشار اولیای امور دولتی آمریکا و واردکردن سرمایه‌های گزاف بصورت کمك بدانشگاه‌هائیکه تربیت پزشك دست اول را عهده‌دارشوند فوق‌العاده گسترش یافته ویك هیئت ممتحنه تخصصی جدیدی بنام «پزشکی خانوادگی» ازطرف انجمن پزشکان آمریکائی بوجود آمده که دربهار سال ۱۹۷۰ اولین امتحان آن بعمل آمد ودر مارچ ۱۹۷۱ قریب ۳۱ برنامه تخصصی یارزیدنسی بوسیلهٔ این هیئت مورد قبول واقع شده وتعداد آنها روزافزون است. دوره تخصص برای پزشکی خانوادگی درآمریکا سه‌سال است و برنامهٔ رزیدنسی (دستیاری) آن نیز ازطرف انجمن AMA ازسال ۱۹۶۶ ببعد تصویب شده ودرحال اجرا است . اصول این برنامه تقریباً یکسان ولی برحسب احتیاجات هر محل یاایالت و امکانات آموزشی اختلافات جزئی درآن موجود است .

بعلاوه «آکادمی آمریکائی طب عمومی و کمیسیون آموزشی آن» درسال ۱۹۶۹ پیشنهاد کرده است که قسمتی ازاین برنامه درطی سالهای دوران تحصیل پزشکی همزمان باسایر دروس پزشکی آموخته شود ودنبالهٔ آن پس از دیپلم در طی سه‌سال کارآموزی یارزیدنسی تخصصی ادامه یابد واین برنامه مورد قبول عده زیادی از دانشگاهها قرارگرفته است . برای اطلاع بیشتر دراین باره علاقمندان را بمطالعه گزارش آکادمی پزشکی عمومی اوهایو (۱۹۷۰) توصیه میکنیم .

مسئله پزشکی عمومی در آمریکا چندین جنبه دارد از آنجمله همانطورکه گفتیم مسئولیت کامل ومداوم یك پزشك برای یك فرد کمتر موجود است ، هم پزشکان دوره گردند و هم بیماران . طول مدت اقامت یك فرد دریك شهر در آمریکا بطور متوسط ۷ سال حساب شده وپزشکان نیزازاین قاعده مستثنی نیستند وهمین امر خوددلیلی برعدم ثبات روابط بین پزشك وبیمار یاپزشك وخانواده بیماراست وسبب میشود که یك پزشك دریك محل کمتر «بوم» کند. وچون نفس امرقبول مسئولیت کامل مستلزم فداکاریها واحیاناً زحمات ومشقات بیشتر است این سبك طبابت با «مسئولیت کمتر» بیشتر مطبوع طبع آدمی واقع خواهد شد و پزشکان را بانتخاب یك چنین شغل مزاحمی چون پزشك خانوادگی کمتر مشتاق میسازد .

دومین مسئله آنست که کیفیت خدمات پزشکی بسیار مختلف ومتغیر وتابع عوامل متعددی است که درپیش گفته آمد . قیمت آن نیز معمولا بالا ودر بعضی موارد غیرقابل تحمل (لااقل برای اکثریت مردم) است . بسیاری ازمردم از نبودن پزشك خانواده وکم شدن عیادت درمنزل ، افزون درمانی Over-Treatment و افزون آزمایشی یا Over_investigation وافزون بستری Over - Hospitalization و افزون ارزایی Over-Costing مینالند واین امری است که ماهم اخیراً درشهرستانهای بزرگ ومخصوصاً درپایتخت بدان دچارشده‌ایم ومتأسفانه روزبروزهم درآن گرداب بیشتر فرو می‌رویم و دانشگاه‌های ما ، که بایدسرمشق تربیت «پزشك ایرانی برای ایرانی ودر امکانات اکثریت ملت ایران» باشد ، با نوعی تقلید « نپخته » از خدمات پزشکی خصوصی ینگی دنیائی، که مثل هرچیز «نپخته‌ای» ممکنست سبب سوءهضم‌ها و «ثقل»های غیرقابل جبران وبدون بازگشت شود، به‌کارگاهی تبدیل گردیده که مصنوع خود را به ینگی دنیا صادر می‌کنند تا بهترین و مرغوبترین آنرا همان جا مصرف کرده ، باقیمانده را همراه معدودی از مرغوبین ، با هزاران سلام و صلوات بازگردانند و این تسلسل یا « سیکل » ازنو شروع شود، وما دراین باره اگر فرصت شد در آخر ، بحث خواهیم کرد ونظر خود را تقدیم خواهیم داشت .

بالاخره پس ازمسئله مصرف کننده وجنس مورد مصرف بمسئله تولیدکننده نیز باید توجه کرد واین مسئله دانشکده‌های پزشکی است که بعلت نقص سازمان وتوجه کمتر دانشجویان به‌رشته پزشکی عمومی یاخانوادگی، موردبیمهری قرارگرفته وبیشتر دانشجویان به تخصص‌های دیگر گسیل میشوند وخود این افزونی تخصص یا Over-Specialization مسئله‌ای شده‌است همه گیر ، که‌طراحان ومسئولان آموزش پزشکی را درآمریکا ودرکشورهای دیگری که همان سیاست را پیروی میکنند ، بوحشت انداخته است . واز همین‌رو درچندسال اخیر کوشش همه‌جانبه ، مخصوصاً از طرف انجمن مدارس پزشکی آمریکا Association of American Medical colleges بعمل آمده ودرعده‌ای ازدانشکده‌های پزشکی رشته تخصصی خاصی بنام «پزشکی خانوادگی» یا Family_ Medicine برقرار شده است . همه این کوشش‌ها به‌پیروی از توجهی است که جامعه آمریکا و خانواده آمریکائی به‌لزوم این نوع پزشك دراجتماع پزشکان خودکرده است ومطابق قانون طبیعی چون مردم‌خواسته‌اند «وتقاضا» داشته‌اند ، تولیدکنندگان نیز بفکر تولید و«عرضه» آن برآمده‌اند . همانطورکه گفته شد این امرازسال ۱۹۶۶ ببعد رسماً وارد عمل‌شده وبجای «آکادمی پزشکان عمومی» که‌درسال‌های قبل‌موجود بود «آکادمی آمریکائی پزشکی خانوادگی» بوجود آمده است .

ولی متاسفانه تاسال ۱۹۶۹ فقط ۱۰٪ ازپزشکان بعضویت این آکادمی درآمده‌اند .

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]

نگارنده هنگام شرکت در آخرین انجمن کالجهای پزشکی آمریکائی در اکتبر ۱۹۷۰ در لوس آنجلس شاهد فعالیتهای کارگردانان انجمن به‌قبولاندن این نیاز عمومی جامعه آمریکائی به‌رؤسای دانشکده‌ها بود. بنظر میرسد در اینکار نیز توفیق قابل توجهی بدست آمده است ومدارس بیشتری این تخصص را جزو رشته‌های تخصصی خود گنجانده باشند.

آنچه ما از بررسی اختصاری «پزشکی در آمریکا» بدست میآوریم ودرسی که میاموزیم اینست که : اولا برای حسن انجام «خدمات پزشکی» که یکی از نیازمندیهای اولیه وهمگانی هر جامعه است باید نوعی «سازمان ملی» بوجود آید که طراح و برنامه‌ریز برای همه طبقات وسطوح مختلف اجتماع باشد. وچون بهای این خدمات در آمریکا و بعضی کشورهای مشابه فعلا زیاد است باید کوشش همه‌جانبه بعمل آید که بنحوی از انحاء حداقل این خدمات را، برای «همه» آحاد اجتماع فراهم آورد واین کار بدون نوعی دخالت دولتها امکان پذیر نخواهد بود. البته درزمینهٔ بهداشت وحفظ سلامت وصحت مردم این مسئولیت دولتها غیر قابل تردید است.

ثانیاً درعین حال که موافقیم پزشکان «نخستین رده» به بیمارستانها دسترس داشته باشند وبتوانند آندسته از مراجعین خود را که حتماً نیاز به بستری شدن دارند بستری سازند، بااین امر نمیتوانیم موافق باشیم که مسئولیت درمان ومواظبت آنان در بیمارستانها کاملا بعهدهٔ این دسته از پزشکان باشد مخصوصاً درجائیکه منافع مادی واقتصادی انگیزه اصلی این کار قرار گیرد و دیدیم که در اکثر بیمارستانهای خصوصی آمریکا این انگیزه موجود بوده‌ودر اساسنامه همه شرکتهای بیمه این امتیاز (که بستری شدن در بیمارستان باشد) بنحوی گنجانده شده است. باید مقررات طوری تنظیم شود که درعین کنترل پزشکان متخلف تشویق به افزون بستری کردن بیمار یا Over_Hospitalization نشود.

۲- پزشك «نخستین رده» در اتحاد جماهیر شوروی.

اتحاد جماهیر شوروی یکی از ممالکی است که از تعداد فراوان پزشك وکمك پزشك برخوردار است. (مقصود از کمك پزشك کلیه افرادی هستند که مانند پرستار، بهیار، تکنیسین، وغیره به‌نحوی از انحاء در امر خدمات پزشکی اعم از درمانی و بهداشتی به پزشك کمك میکنند و بنام عام Medical Auxiliaries موسومند). در آماری که بوسیله سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۶۵ منتشر شده در این کشور برای هر ۴۸۰ نفر یك پزشك موجود است که اندکی هم از نسبت دلخواه بیشتر است واین تعداد تقریباً دو برابر نسبتی است که در ممالك متحده آمریکا یا انگلستان موجود است.

سطوح ودرجات مختلف خدمات پزشکی در کشور شوروی بخوبی مشخص وروشن است. این سطوح بترتیب زیر است :

پزشك صف نخستین یا پزشك محلی یا «اوچاستوك» که بیشتر کار آنها در درمانگاه‌های مختلط در سطح روستاهاست وپزشك سطح دوم یا پزشك شهرستانی یا «یون» که از مزایای بیمارستانی نیز استفاده میکند و بالاخره پزشك سطح سوم یا پزشك استانی یا «اوبلاست» که از مزایای مراکز پزشکی بزرگ بهره میبرد.

دراولین صف ازخدمات پزشکی که مورد بحث ماست، افراد، آزادی انتخاب پزشك ندارند وهمگی مجبورند به‌پزشکان «محلی» خود مراجعه کنند که در یك پست درمانگاهی درمحل مستقر شده واکثراً از چهار نوع پزشك سطح اول تشکیل شده است : یکی پزشك عمومی درمانی، که اورا «تراپیست» مینامند وخدمات پزشکی ۲۰۰۰ شخص بالغ بعهده اواست، دیگری پزشك کودکان یا «پدیاتریست» که مسئول خدمات پزشکی ۱۰۰۰ کودك محلی است وسومی پزشك بهداشتی یا «هیژنیست» وچهارمی دندان پزشك یا «استوماتولوژیست». پزشکان این درمانگاه در بیمارستان کار نمیکنند وپزشکان بیمارستانی عموماً افراد دیگری درهمین سطح هستند که وظیفه‌شان فقط کار در بیمارستان است.

پزشك خانواده نیز دراین اجتماع معنی ندارد، چون متجاوز از نیمی از ۲۳۰ میلون جمعیت شوروی درمناطق روستائی زندگی میکنند و وسعتی قریب سه برابر ممالك متحده آمریکا را باید زیر نظر داشته باشد. برای تسهیل درکار، دولت شوروی متوسل به‌تربیت پزشك مخصوصی شده که بنام «فلچر» خوانده میشود که درحقیقت مانند پزشك دوم یا «بهدار» خودمان است وپس از سه سال آموزش پزشکی میتواند زیر نظر پزشك وبعنوان کمك پزشك درمراکز روستائی انجام وظیفه کند.

معمولا طرز کار «خدمات پزشکی» وسلسله مراتب آن در شوروی چنین است که : یك پست «کمك پزشکی» درهریك از کوچکترین واحدهای اجتماعی که یك «دهاشتراکی» یا «کلخوز» باشد ومعمولا بین ۵۰۰-۱۰۰۰ نفر جمعیت دارد، مستقر میشود. این پست زیر نظر اولین پست پزشکی درمانگاه محلی یا اوچاستوك قرار دارد که معمولا بفاصله ۱۵-۳۰ کیلومتری پست‌های امدادی ابتدائی است. والبته هردرمانگاه، وابستهٔ یك بیمارستان محلی است که بین ۲۵-۱۰۰ تخت دارد و زیر نظر پزشکان عمومی و کودکان وجراحی وزایمانی اداره میشود که ازپزشکان درمانگاه جدا هستند.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]

هر پزشك «محلی» بین ۳ـ۶ فلچر زیر نظر دارد که موظف است آنـانرا مرتباً درمحل کار ملاقـات کند و بعلاوه آنان نیز همیشه به‌پزشك مزبور دسترسی دارند . در سطح شهرستـان یك پزشك بعنوان رئیس بهداری وجود دارد که مسئول خدمـات پـزشکی درمانگاهی و بیمارستانی و بهداشتی آن منطقه است .

رابطه بین پزشکان شهرستان‌ها و استان‌های مختلف آزاد است و اغلب اتفـاق میافتد که یك پزشك از بیمارستان مرکزی به بیمارستان محیطی‌تر پرواز میکند تا مشکلات آنـانرا در قلمرو تخصص خویش برطرف سازد .

مشخصات سازمان خدمات پزشکی درشوروی در درجهٔ اول سختی وانعطاف ناپذیری روش ونحوهٔ اجرای آن است ، ودر درجه دوم نبودن پزشك خانواده ، ودر درجه سوم وظیفهٔ خاص فلچرهاست که درهیچیك ازممالك دیگر نظیر آن نیست ، ودر درجه چهارم ارتباط بسیار نزدیك پزشکان و «خادمین پزشکی» سطوح ودرجات مختلف باهم است که مجبورند برای حسن جریان امور این ارتباط را همواره حفظ کنند. بعبارت دیگر هیچکس وحتی پزشك یادانشمند، مالکیت ندارد وهمه مال دولت است واین مالکیت شامل تخصص پزشکان نیز میگردد. علاوه براین دراتحاد شوروی مراکز خاص عمومی برای استفاده بیماران مخصوص یا گروهی از بیماریهـا وجود دارد که بنام «آسایشگاه» خوانده می‌شود : مانند مراکز مخصوص بیماریهای ریوی ، بیماریهای قلبی ، بیماریهای عصبی، بیماریهـاریهـای مزمن ، معلولین ، سالمندان وغیره . برای «بـازشناسی» وکشف این گروه مبتلایان است که درهرسال لااقل ۸۵ میلیون نفر درشوروی باید معاینه و«غربال» شوند تاآنهاکه مشکوك هستند به‌مراکز مزبور گسیل شوند .

۳ـ پزشك «نخستین رده» درانگلستان

سازمان ملی بهداشت انگلیس: ازسال ۱۹۴۶ ، قانون بهداشت ملی انگلیس برای تأمین خدمات پزشکی مجانی جهت کلیه ساکنین انگلستان وسپس قانون جداگانه‌ای برای اسکاتلند وایرلند شمالی درهمین زمینه ازپارلمان انگلیس گذشت که از ۵ جولای ۱۹۴۸ بمرحلهٔ عمل درآمد.

سازمان خدمات بهداشتی ملی انگلیس B.N.H.S ازسه سازمان تشکیل شده که زیر نظروزارت بهداشت کارمیکند. حدود وظائف این سازمان شامل کلیه خدمات بیمارستانی، طب عمومی، دندانپزشکی وچشم پزشکی وخدمات مربوط به«مقامات بهداشتی محلی» میشود.

۱ـ بیمارستانها در ۱۴ منطقه تقسیم شده‌اند وهرکدام زیر نظر هیئت امنای بیمارستانی منطقه، که از ۲۰ـ۳۰ عضو تشکیل شده، کارمیکند. هریك ازآنها لااقل بایك بیمارستان آموزشی مربوط است. اعضاء هیئت امنا بوسیلهٔ وزارت بهداشت ازبین داوطلبان انتخاب میشود وکمیته‌های فرعی اداری ومشورتی کارهای اجرائی را انجام میدهد.

۲ـ خدمات عمومی پزشکی ودندانپزشکی، چشم‌پزشکی بوسیله «شورای اجرائی» انجام میگیرد(Executive Council) که تعداد آنها درانگلستان (بغیرازاسکاتلند وایرلند) ۱۳۸ تااست ووظیفه آن بیشترانجام خدمات معمولـی وعمومی پزشکی است از قبیل پرداخت به‌پزشکان عمومی، ترتیب انتقال بیماران وغیره. این شوراهانیزوظائف خودرا بوسیله کمیته‌های فرعی‌اداری، حرفه‌ای ومشورتی انجام میدهد. برعکس کارمندان بیمارستانها که حقوق بگیرهستند ، پزشکـان عمومی هنـوز سیستم دستمزد گیـری را نگاهداشته‌اند که ازروی «سرانه» بوسیله سازمان پرداخت میشود. این پزشکان از آزادی وسیعی درنحوه عمل خویش و دائر کردن مطب شخصی برخوردارند وحتی میتوانند ازعضویت سازمان نیز خارج شوند.

معهذا کمیته «حرفه‌پزشکی» مناطق مختلف‌را ازنظر تعداد پزشکان لازم برای هرمنطقه دقیقاً زیر نظر قرارداده‌است بنحوی که اجازه دائر کردن مطب‌را در مناطقی کـه تعداد پزشکان آن زیاد باشد نمیدهد. ایجاد مطب‌های گروهی، بیش‌ازپیش تشویق میشود وبر تعداد آنها افزوده شده‌است. برای داروسازان و دندانپزشکان و چشم‌پزشکان آزادی بیشتری موجود است بطوریکه میتوانندبدون اینکه فقط بیماران نام نوشـته در لیست‌را به‌بینند بدون واسطه مراجعین و مشتریان را معاینه کرده دستمـزد مناسب را مستقیماً دریافت دارند.

بیماران قسمتی ازهزینه‌های دندانپزشکی وچشم‌پزشکی رامیپردازند وازسال ۱۹۵۲ تا ۱۹۶۵ قسمتی از هزینه داروئـی خدمات ملی پزشکی نیز بوسیلهٔ بیماران بداروسازان پرداخته میشد.

۳ـ سومین قسمت، مربوط به«اولیای امور بهداشتی محلی» است که باسابـق خیلی فرق نکرده و اعضای آن بوسیله مـردم انتخاب میگردد وفقط خدمات آنها گسترش بیشتری پیدا کرده که وظیفه آنها بیشتر، پرداختن به‌بهداشت مردم است. کاراین سه‌شعبه از «خدمات پزشکی‌ملی» بوسیلهٔ وزارت بهداشت هم‌آهنگ میشود. بطورکلی این‌سازمان توانسته است خدمات پزشکی کافی بـرای عده زیادی از مردم که سابقاً توانائی و امکان استفاده از آنهارا نداشته‌اند، فراهم آورد. ولی نقائصی در اجـرای هم‌آهنگی بین شعبات مختلف آن موجود بوده وازنظرمالی نیزاشکالاتی داشته که بتدریج رفع شده‌است مخصوصاً درقسمت مربوط به‌پزشك‌عمومی هنوزآنطورکه باید رضایت خاطر مردم وپزشکان‌را فراهم‌نیاورده ودرنتیجه عده‌ای ازپزشکان به‌ممالك دیگر مهاجرت کرده‌اند و نسبت پزشك به‌جمعیت روبنقصان نهاده‌است. ازهمین‌رو، درسالهای

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]

اخیر تجدید نظری در میزان و نحـوه پرداخت دستمزد پزشکان عمومی برمبنای سالیان خدمت و نوع و کیفیت خدمت وغیره بعمل آمده که تاحدی این نقیصه را جبران کند.

برطبق آخرین قانونی که پس از اصلاحات متعدد فعلا اجرا میشود هرفرد انگلیسی و افـراد خانواده‌اش که مقررات «سازمان» را پذیرفته باشد بوسیله این سازمان بهر پزشك عمومی منطقه سکونت خویش که خود انتخاب کرده باشد، برای استفاده از خدمات پزشکی، مجانی معرفی میشود. مشروط بر آنکه آن پزشك برابر مقررات موجود، عضویت سازمان را قبول کرده و باصطلاح از نظر سازمان «مجاز» شناخته شده باشد.

تعداد مراجعین هر پزشك عمومی طبعاً محدود به منطقه محل سکونت اوست و بستگی به حسن شهرت و سابقه و امکانات پزشك و خواستهٔ مردم، دارد. به هر پزشك مبلغی از روی «سرانه» برای هر بیمار پرداخت میشود. بعلاوه مقداری نیز فوق‌العاده پرداخت می‌گردد که تابع میزان مهارت و کیفیت خدمت و سوابق و سایر امتیازات پزشك است . دارو مجاناً از هر داروخانـه مجاز (که مقررات سازمان را گردن نهاده باشد) به بیمار داده میشود.

بنابراین در انگلستان یك پزشك عمومی وظیفه پزشك «صف اول» را ایفا کرده و برای کلیه افراد اجتماع اعم از کودك یا بالغ، زن یا مرد و همه بیماریهای معمولی آنـان «خدمات پزشکی» را انجام میدهد. این پزشکان که معمولا بطور انفرادی در مطب شخصی و گاه بصورت گروه باعده‌ای از همکاران خودکار میکنند بادسته‌ای دیگر از پزشکان که فقط در بیمارستانها یا بعنوان پزشك عمومی کار کرده و حقوق میگیرند، ومعمولا خدمات پزشکی بیمارستانی ۶۰ـ ۷۰ هزار نفررا بعهده دارند، تفاوت دارند. وهمانطور که گفته شد از آزادی بیشتری برخوردار هستند ولـی حق دخالت درکار بیمارستان را ندارند.

آنچه از بررسی «سازمان بهداشت ملـی» انگلستان بدست میآید آنست که اولا حدود وظائف پزشك «دست اول» یاعمومی کاملا معلوم نیست وثانیاً امکان کاربرای این پزشك در بیمارستانها اغلب موجود نمی‌باشد و نمیتواند چنانکه شاید و باید از تسهیلات پاراکلینیکی بیمارستانها و دانشگاهها استفاده کند.

ثالثاً وظیفه پزشك عمومی ومقامات محلی بهداشتی ازهم مجزا است وحال آنکه از نظر اجتماع بهتر میبود جای پزشك صف نخستین را « پزشك خانواده » اشغال و بهمه کارهای پزشکی و اجتماعی و بهداشتی بیمار وخانواده اورسیدگی کند. برای اطلاع بیشتر دربارهٔ سازمان «پزشکی عمومی» در انگلستان به قسمت ضمیمه مراجعه شود.

۴ـ پزشك «نخستین رده» دراروپای غربی

دربیشتر دانشکده‌های پزشکی اروپای غربـی یك دانشجو وقتی دیپلم پزشکی خودرا گرفت نوعی «پایه پزشك» یا (Basic Doctor) خواهد بود که میتواند یاوارد «حرفه عمومی پزشکی» گردد ویا بدنبال تخصص برود. درعده‌ای دیگر از دانشکده‌ها درحین تحصیل پزشکی نیز دانشجورا به مسائل تخصصی مورد نظر آینده خویش آشنا ساخته راهنمائی میکنند وآنرا «راهنمائی زودرس» یا «پیش راهنمائی» Early Orientatoin مینامند، که در بعضی از دانشکده‌ها، واز آنجمله در فرانسه یکی دوسال است بصورت تجربـی اجرا میگردد، (درپیشنهاد اینجانب به بهداشت جهانی دراکتبر ۱۹۷۰ نیز نظیر آن گنجانده شد که دانشجو در دوسال آخر تحصیل خود آزاد باشد قسمتی ازکارورزی یاکار آموزی خودرا در رشته‌هائی صرف کند که در آینده میخواهد درآن رشته متخصص شود ودوره انترنی را بدوسال یکی انترنـی «گردان» (Rotating) یا «اکسترنی» نظیر کارورزی فعلی، و دیگری انترنـی «مستقیم» یا Straight که بیشتر مصروف رشته‌های مورد علاقه دانشجو است، تقسیم کردم وامیداست که مورد اجرا قرار گیرد). این روش حد فاصل بین تخصص پس از گرفتن دیپلم پزشکـی (که متداول بیشتر کشورهاست) وتخصص زودرس است که بعداً گفته میشود.

بالاخره در گروه سومی از کشورهای اروپائی مانند اتحاد جماهیر شوروی تخصص زودرس موجود است ، که درنیمه اول تحصیلات پزشکی کلیه دانشجویان پزشکی باهم درس میخوانند وازآن ببعد برحسب اینکه کدامیك ازرشته‌های تخصصی اساس بالینی را بخواهند انتخاب کنند (پزشك درمانگر یاتراپیست، پزشك کودکان، پزشك بهداشت ودندان پزشك) قسمتی از برنامه آنها مشترك می‌شود و بقیه اختصاص بهمان رشته‌هائی خواهد داشت که بعداً بدان اشتغال خواهند ورزید. این نوع تخصص را دراصطلاح بهداشت جهانی «تخصص اولیه» یا Primary Specialisation (که عده‌ای نیز آنرا شبه تخصص یا Specialoid نامیده‌اند) نامند، درمقابل تخصص‌های فرعی که آنرا «تخصص ثانویه» یـا Secondary Specialisation می‌خوانند. درهیچیك ازاین کشورها پزشك عمومی یا خانواده بصورت تخصص مخصوص (آنطور که در آمریکاهست) نیست وهردانشجوئی که دیپلم پزشکی را دریافت کرد میتواند اجازه پرداختن به پزشکی عمومی را دریافت کند (مانند ایران). درممالك اسکاندیناوی وهلند وبیشتر ممالك اروپای غربی وضع خدمات پزشکـی مخلوطی از خدمت «نیمه‌عمومی» از راه برقراری سازمانهای بیمه اختصاصی یادولتی وملی وخدمت «شخصی» وغیرعمومـی است. درنوع اول شرکتهای بیمه‌درمان بیشتر بیماریهارا متعهد می‌شوند وقسمتی از

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]

هزینه‌پزشکی بعهده بیمارو بقیهٔ آن‌بعهده شرکت‌است. پزشکان‌از دوراه مزد میگیرند یکی ازروی تعداد بیمار مراجعه‌کننده یعنی «سرانه»، دیگری مبلغی اضافی بنام «خدمات پزشکی خاص». پزشکی‌عمومی دراین ممالك هنوزهم‌وجود دارد و بوسیله پزشکان منفردی انجام‌میگیردکه دارای مطب‌های خصوصی هستندومعمولا برطبق قانون عرضه وتقاضا مشمول رقابت شغلی‌هستند. دسترسی آنهابه‌بیمارستان و وسائل تشخیص‌پاراکلینیکی‌برحسب مقتضیات هرمملکت متغیر است. دربعضی ممالك مانند سوئد این امکان خیلی بیشتراست. متأسفانه جنبشی‌که درهمه‌جا بسوی «تخصص هرچه‌بیشتر»و Over Specialization پدیدآمده ممالك‌اروپائی رانیزمعاف نداشته وتعداد پزشکان عمومی را روزبروز مخصوصاً درشهرها کمتر کرده است.

۵- پزشك نخستین‌رده دراسترالیا وممالك مشابه

وضع پزشکی دراسترالیا وکانادا و افریقای جنوبی همانند وضع انگلستان درسالیان قبل ازاجرای قانون «پزشکی ملی» ۱۹۴۸ این کشوراست.

دراین ممالك همراه باخدمات پزشکی «خصوصی» نوعی پزشکی بیمه عمومی درسطح ملی ودولتی وبیمه‌های خصوصی وجود دارد. «خدمات عمومی پزشکی» بوسیلهٔ پزشکان عمومی انجام میگیرد که معمولا انفرادی است ومانندکشورما درمطب‌های خصوصی با در آمدهای شخصی به‌کار مشغول‌اند. ولی‌کار این‌پزشکان بهمین مطب ودرمانهای درمانگاهی‌محدود نمی‌شود ومواظبت ازبیماران خودرا دربیمارستانهای خصوصی و آسایشگاههای اختصاصی نیز ادامه میدهند. هنوزهم عده‌ای از این پزشکان عمومی کارهای جراحی کوچك ومامائی وزنان را نیز انجام میدهندکه علت آن قسمتی اقتصادی وبرای‌کسب درآمد بیشتر است وقسمتی معلول کمبود متخصص کافی در این‌رشته‌هاست. باوجود اینکه عده‌ای‌از پزشکان«گروهی»کارمیکنند هنوزهم‌دراسترالیاتفوق‌بادارندگان مطب‌های شخصی است.

مهمترین مشخص خدمات پزشکی در ایـن ممالك آنست‌که این خدمات معمولا بوسیلهٔ پزشکانی انجام میگیردکه فوق‌العاده به استقلال حرفه‌ای خویش پای‌بند هستند، وداشتن مطب شخصی و درآمد اختصاصی‌را بهرنوع رفورمی ترجیح‌میدهند واز همین‌رو وضع طبابت درآنجا بی‌شباهت بوضع مملکت خودمان نیست‌یعنی «خدمات پزشکی انفرادی».

۶- پزشکی «نخستین‌رده» درایران

برطبق قوانین‌جاری‌کشورهرپزشکی‌که از یکی از دانشگاههای ایران یاخارج دیپلم گرفته وخدمت خارج ازمرکز استان خودرا طی کرده‌باشد میتواند اجازه اشتغال به‌حرفه پزشکی‌را ازوزارت علوم وآموزش‌عالی کسب‌کند وعملا همه پزشکان مزبورمیتوانند به‌شغل«پزشکی‌نخستین‌رده»یاپزشکی‌عمومی«یاپزشکی‌خانواده‌ای» مشغول‌شوند. درسالیان‌قبل‌گویا درحدودسال۱۳۰۸ بعلت‌کمبود پزشك عده‌ای ازشاغلین بی‌دیپلم به‌حرفهٔ پزشکی، برحسب قانون معینی‌که مستلزم‌گذراندن امتحان خاص بـوده میتوانستند بنام «پزشك مجاز» بکارخود در قلمرو محدودی‌که قانون معین‌کرده بود، ادامه دهند. واکنون از این گروه‌گمان میـرود فقط تعداد بسیار کمی زنـده باشند و دسته‌ای دیگر نیـز فارغ‌التحصیلان آموزشگاههای بهداری بودندکه مجبور بخدمت درروستاهابوده واکثرآنان مجدداً وارد دانشکده‌های پزشکی شده وفعلابا‌پزشك دیپلمه شده‌اندیامشغول تحصیل میباشندوعده خیلی‌کمی درروستاها بهمان شغل «بهداری» ادامه میدهند.

تاقبل‌ازشهریورسال ۱۳۲۰، بعلت‌کمی‌تعدادمتخصصین‌بیشتر پزشکان به‌همه‌کار میپرداختند ودرحقیقت پزشك عمومی یاپزشك خانواده بودند وخود اینجانب درسالهای بین۱۳۱۶و۱۳۲۰ مجبوربودم همه‌کارهای‌یك‌پزشك‌عمومی، ازبیماریهای‌داخلی‌وکودکان‌وجراحی کوچك‌وبیماریهای‌زنان گرفته، تابیماریهای‌میزه‌راه‌وچشم‌پزشکی و گوش‌وحلق‌وبینی‌وکارهای‌آزمایشگاهی معمولی‌ورایج وغیره‌را خودبتنهائی انجام دهم. وهم‌اکنون نیز پزشکانی‌که در روستاها یاشهرستان‌های درجه‌دوم هستند مجبورند همین‌کارهارا بکنند.

بتدریج وباافزایش تعداد متخصصین ، پزشکان در شهرستان‌ها و شهرهای بزرگ از نظر نوع اشتغال بدرجات زیرمنقسم میشوند:

۱- پزشکان عمومی‌یا «پزشکان نخستین‌رده» که اکثرآنهـا در یکی ازسازمان‌های دولتی یاوابسته بدولت یانیمه ملی وخصوصی مانند دانشگاه یاوزارت بهداری، سازمان‌بیمه اجتماعی، سازمان برنامه ووزارت خانه‌های راه، آموزش‌وپرورش، کار، دادگستری، شیروخورشید سرخ، بانك‌ها و غیره بکار مشغول هستند وقسمتی ازوقت خودرا صرف برگزاری امور مطب شخصی یا مواظبت از بیماران خویش دربیمارستانهای خصوصی‌میکنند. این‌عده یافاقد تخصص میباشند ویادریکی‌از رشته‌های داخلی، کودکان، جراحی، مامائی وزنان تخصص دارندامااکم‌وبیش همه‌کاره‌اند. عده‌کمتری ازآنان منحصراً کارآزاد دارندکه روزبروز ازتعداد آن‌هاکاسته میشود.

درسالهای اخیر بتدریج کارهای جراحی عمومی، داخلی عمومی، کودکان عمومی وزنان ومامائی عمومی درحال جدا شدن است. یعنی تخصص‌های دسته اول یا اسپسیالوئید، شکـل میگیرد ولی هنوز هم‌در شهرستان‌ها هستند جراحانی‌که‌کار پزشکان داخلی

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]

یا کودکان وزنان و مامائی همه‌را باهم انجام میدهند یا پزشکان داخلی که بیماریهای کودکان وزنان‌را نیز زیر نظر دارند.

۲ـ پزشکان متخصص: شامل تخصص‌های دست‌اول (داخلی، جراحی، کودکان، زنان‌ومامائی‌ورادیولژی) یادست دوم‌مانندچشم، گوش‌و حلق‌وبینی، اعصاب، روان‌پزشکی، قلب‌وسایرشعبات‌داخلی‌وجراحی میشود، که روزبروز برتعداد آنان افزوده میشود. وهمانطورکه گفتیم عده‌ای ازآنها مخصوصاً دسته اول ممکنست گاهگاه ودر مطب‌های شخصی خود، کار پزشك عمومی‌را انجام دهند. مراجعین این متخصصین اغلب بطور مستقیم وگاهی بوسیلهٔ همکاران دیگر هدایت میشوند.

۳ـ پزشکی‌خانواده، که معمولا بعهده همان پزشکان عمومی‌است ودر هرشهرستان تعدادی از خانواده‌ها ابتدا به‌پزشك خـود که بیشتراوقات ازاقوام یاآشنایان‌نزدیك‌آنان‌هستند مراجعه‌می کنند وبامشورت آنها ممکنست به‌متخصصین دست اول یادوم راهنمائی شوند.

رویهمرفته هنوز حدود و ثغورپزشك «دست‌اول» یا «نخستین‌رده» معین نشده وگرچه بااجرای قانون نظام‌پزشکی تاحدودی نظم دراین‌کار بوجودآمده اماهنوزهم پزشك «نخستین‌رده» ممکنست بتفاوت یك پزشك عمومی (یعنی فاقد هیچگونه تخصص) یـایك متخصص داخلی اطفال، جراحی، یا رشته‌های تخصصی وابسته به‌گروههای داخلی، جراحی‌باشد. مضافاً باینکه هنوزهم‌پزشکان عمومی خودرا عموماً متخصص‌داخلی‌میدانند، زیراحدود مشخصی برای این‌نوع تخصص ترسیم نشده‌است وعده زیادی نیزاز القاب و عناوین تخصصی استفاده میکنندکه قانوناً واجد آن نیستند وبا کوششهای نظام‌پزشکی امید میرود این نقیصه رفع گردد.

بخش سوم :

نتیجه : ازمجموع بررسیهای فوق‌چنین میتوان نتیجه گرفت‌که:

۱ـ بعلت توسعه علوم پزشکی وکثرت امکانات و وسائل‌تکنیکی وهمچنین افزایش‌بها وهزینه‌ی‌خدمات پزشکی باید درهرمملکتی برحسب‌مقتضیات وامکانات مخصوص به‌آن، نوعی «سازمان‌خدمات پزشکی ملی» بوجودآیدکه اصل «بهداشت ممکن برای‌همه» را بهترو بیشتر بمرحله اجرا درآورد وامکانات‌مملکتی را دردسترس همگی نیازمندان قراردهد وبهمین‌جهت ما دراصل «بهداشت‌برای همه» کلمه ممکن را نیز اضافه‌کرده‌ایم‌که بیشتر رسا باشد.

۲ـ چون تخصص درعالم پـزشکی روبتزاید و این امر بعلت گسترش دامنه علوم پزشکی اجتناب ناپذیر است، مسئله‌ای که پیش میآیدآنست‌که درهرمملکت تاچه حد باید به‌گسترش‌وتعدد وافزایش این تخصص‌ها میدان داد. بنظر میرسد قـانون عرضه وتقاضا دراین‌مبحث کاملا صدق نکند، زیرا آنطوریکه‌حرفه‌پزشکی پیش میرود ومقاصد مادی، برمبانی اخلاقی واجتماعی‌می‌چربد، ممکنست عده‌ای از پزشکان برای شیرین‌تر کردن کالای خود به راههای انحرافی متوسل شوند وبرتعداد تخصص‌ها بطوره‌صنوعی بیفزایند زیرا برطبق قانون پارکینسون نفس «تعددکارگر، خود، کار بیشتر میافـریند» و میتـوان ادعا کرد که عده‌ای از این تخصص‌هـای خیلی پیشرفته که بنـام Ultra-specialization موسومند بعلت نیازجامعه بوجود نیامده‌اند، بلکه موجداصلی آنها خود پزشکان میباشند. محدودکردن این تخصص‌ها تنها وتنهادر عهده «سازمان‌ایرانی پزشکان» یابعبـارت دیگر «نظام پزشکی» ایران است. زیرا مردم هرجازرق وبرق بیشتر دیدند بهمان‌جا بیشتر روی میآورندمخصوصاً که درظاهر بنظر میآید هرچه‌میدان تخصص ومعلومات تنگتر ومحدودتر باشد عمق‌آن بیشترخواهد بود واین امرطبیعی‌است. اما درجائیکه مافاقدبعضی‌ازمتخصصین دست اول یعنی‌متخصصین عمومی‌هستیم‌نباید نیروی‌خودرا درشعبات دست‌دوم بهدردهیم ودراین‌کار یك‌نوع سیاست‌پزشکی درحد ملی لازم است.

۳ـ آیا پزشك نخستین صف یا «پیشرو» بـاید یك پزشك عمومی باشد؟ (مانند انگلستان وکشورهای مشابه) یااینکه مانند آمریکا وشوروی نوعی متخصص دست‌اول یاشبه متخصص، وکاراو به‌گروه مخصوصی‌از اجتماع (مانندکودکان، بالغین، زنان‌وآبستنی‌ها) محدودگردد؟ این‌مسئله‌ای‌است درخور دقت‌بیشتر، ودرهرمملکت فرق میکند. درهرصورت، آنچه مسلم است و نبایدآنرا ازنظر دور داشت این‌است که‌هیچگاه این‌گونه پزشکان (ولوشبه‌متخصص باشند ویادر رشته‌های عمومی‌تخصصی‌کارکرده باشند) وقتی‌وظیفه «پزشك‌صف‌اول» را قبول‌کردند نباید درکارهای تخصصی «خاص» وارد شوند زیرا این تجاوزی خواهدبود به‌حریم متخصصین.

۴ـ حدود و وظیفهٔ پزشکان «صف‌اول» تقریباً همانست‌که تاحال بعهده پزشك خانواده محول بوده است ودرابتدای مقال‌به‌آنهـا اشارت رفت ورویهمرفته مواظبت از «بیماریهـای عمومی شایع» محدوده آنان را تشکیل میدهد. منتها آنچه باسابق فرق کرده وباید بکند این‌است‌که امکان‌تشخیص زودتر وجلوگیری ازبروز بیماریهاو بهداشت‌مناسب، بدانها بیشترازپیش‌دادەشودو برای‌اینکار لازم است فقط وفقط ازآن دسته‌ازآزمایشهای پاراکلینیك‌استفاده گرددکه قطعی بودن ارزش آنها در امرتشخیص‌مسلم شناخته‌شده والا تعمیم بعضی آزمایشهای‌گران قیمت وپیچیده ونیازمندوسائل کمیاب وگران، وبی درنظرگرفتن ارزش آنهـا در تشخیص بیماریهای‌عمومی‌کاری بیهوده واسرافی خواهدبودکه باید حتماً ازآن پرهیزکرد، واگر این‌معیار را به‌درستی درنظرگیریم از

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]

اتلاف‌مقادیرزیادی نیروی انسانی‌و وقت وپول وحتی‌جان‌بیماران جلوگیری کرده‌ایم . تشخیص و باصطلاح قـانونی شناختن این آزمایشها نیز از وظائف کمیته مخصوص فنی « نظـام پزشکی» ایران است‌که دائماً این‌آزمایشهارا مورد بررسی‌قرار وهرکدام را صحیح‌تر و مؤثرتر ومنـاسب‌تر تشخیص دهد به‌جامعهٔ‌پزشکان عرضه دارد وازاین‌هرج‌ومرج فعلی که‌گریبانگیرمردم این‌سامان شده است ، همگان را رهائی‌بخشد.

۵ـ اخیراً جنبشی بطرف «خدمـات پزشکی گروهی» پیدا شده وروزبروز مانند هر «مدی» روبه‌گسترش است و این گسترش هم بنظر منطقی‌وقابل قبول میرسد، زیرا نیاز اجتماع به استفاده از همه رشته‌های پزشکی مسلم‌است ودامنهٔ این‌علوم نیز دائماً‌درحال گسترش، وهمبستگی مردم و افرادجامعه وپزشکان نیز در حـال پیشرفت . ولی این‌سازمان‌ها نباید صرفاً ازنظر اقتصادی وبهره رسانی به‌صاحبان سهام یامؤسسین، تأسیس‌یابد. بلکه حتماً بـاید متضمن‌هدفهای‌عالی‌حرفهٔ مقدس پزشکی وخدمت بهمنوع‌نیز باشد ولو آنکه سود مادی نـداشته باشد ، که اغلب دارد . بـا یك چنین‌کارگروهی ممکنست اجرای قسمتی بیشتر از این‌خدمات‌را بعهده « کمك پزشکان» وباصطلاح هیئت پارامدیکال و حتی افراد اداری گذاشت : ازقبیل تهیه وتنظیم وبایگانی پرونده‌ها ، آماده کردن بیماران، کمك درانجام‌آزمایشها وامتحانات پاراکلینیك، ارتباط باجامعه، مددکاری اجتماعی، سایروظائف مربوط‌به‌اداره وکارگردانی مؤسسه .

۶ـ مسئله‌ادامهٔ خدمات پزشکی«نخستین‌صف» تابیمارستان‌وسپس در دوره نقاهت ، مسلماً برای تکمیل روابط بین پزشك وبیمار مفیداست وبنظرمیرسد اگر بشود که‌این گونه پزشکان‌بتوانندلااقل بیماران‌خودرا دربیمارستانها بستری‌کرده تاحدودی‌تحت‌مراقبت دائم‌خویش داشته‌باشند، مفیدتر خواهدبود (خواه‌دربیمارستانهای عمومی یاخصوصی) ولی این امر بستگی بوضع محل دارد، امـا مسلم است درآینده بیش ازگذشته بدان توجه خواهد شد . اگر سیستم « پزشکی ملی» مورد قبول واجرا قرارگیرد وخدمـات پزشکی عده‌ای از افرادجـامعه یاخانواده‌هـا، به‌پزشکی محول گردد ، طبیعی است اگر آن پزشك بتواند درهمه حالات‌وموارد بنفع بیمار خود از وسائل عمومی یـاخصوصی چه در بیمارستان وچه در درمانگاه وچه‌درمراکز بهداشتی وچه دراجتماع‌استفاده مشروع ومجاز بکندکاری درست انجام داده است. زیرا او است، وتنهـا اواست ، که بهتر ازهرشخص دیگری به‌بیخ‌وبن کاربیمار خود هم از نظر سوابق خانوادگی ، شخصی، شغلی ، اجتمـاعی ومحیطی ، مرضی وغیره وارد است وهم‌جامعتر ازهرفرد دیگری میتواند بنفع بیمار خود نظر بدهد یاتصمیم بگیرد .

۷ـ بالاخره نکته‌ای راکه نباید ناگفته بگذاریم آنست که‌درامر پزشکی عمومی وپزشکان «صف نخستین» مانند هر پزشك دیگر ـ رعایت آزادی واستقلال پزشك (که یك حق اکتسابی طبیعی او است) از یکطرف واجرای سیاست‌ملی ودولتی‌که نفع‌کلی‌جامعه را در نظر گرفته وطبعاً معـارض حق اول خواهد بود از طرف دیگر ، کاری است بس‌مشکل و نیـاز بایکنوع حسن‌نیت وحسن تفاهم دوجانبه بلکه سه‌جانبه بین مردم وپزشکان ودولت‌ها دارد که‌بایددائماً آنرا تبلیغ کردوبابرگزاری‌میز گردهاوسخنرانی‌ها وجلسات گفت وشنود واستفاده ازکلیه وسائل اطلاع جمعی نکات تاریك آنرا روشن وبه‌حل مسائل پیش‌آمده کمك کرد .

بخش چهارم :

خلاصه و پیشنهاد: سخنان پیش گفته خود را که درضمن بصورت پیشنهادی، به‌اولیای امور مملکت ومخصوصاً نظام پزشکی وقاطبهٔ پزشکان‌است درزیرخلاصه میکنم:

۱ـ برای اجرای هرچه صحیح‌تر اصل «خدمات پزشکی ممکن برای همه ایرانیان» باید نوعی «سازمان خدمـات پزشکی یـا بهداشتی‌ملی» بوجود آیدتاهمه نیازمندان جامعه متناسب‌بامیزان نیازخویش بتوانند ازهمه امکانات‌فنی وانسانی موجودبهره‌برند.

۲ـ وجود پزشك«نخستین‌رده» یا «پیشرو» باخصوصیاتی که‌ذکر شد لازم‌است،وبرای تربیت هرچه بیشتر وکافی‌تر این گروه‌باید بیشتر کوشید واین وظیفه دانشکده‌های پزشکی است که درتأمین این نیازکلی طبق برنامه جـامع وعملی بکوشند، خواه بصورت پزشك عمومی‌یاپزشك خانواده * ویااز طریق «پیش راهنمائی».

۳ـ چون «آموزش پزشکی» آموزشی است مداوم ودر تمام طول مدت «حیات حرفه‌پزشکی» باید ادامه داشته باشد پیشنهادمیشود درهمه دانشکده‌های پزشکی دپارتمان یامؤسسه‌ای‌که مسئول این نوع آموزش مداوم پزشکان باشد تأسیس‌یابد، تاهم پزشکان‌خودرا از جامعه علمی دورافتاده ندانند و هم سطح معلومات آنان ودر نتیجه‌کمیت وکیفیت خدمات پزشکی آنان بالاتر بماند .

۴ـ طبیعی است‌که هدف اصلی دستگـاه تـولیدی پزشك ، یعنی دانشکده‌های پزشکی ، بایدتأمین نیازهای پزشکی ایران‌بدست ایرانی و برای ایرانی بسبك وشیوه ایرانی باشد وآن مستلزم آموزش این‌شیوه‌ها به‌افراد هیئت‌های علمی دانشکده‌های‌پزشکی است ، بطوریکه هرکدام از این‌افراد قبل از اینکه وارد اولین مرحلهٔ آموزش یعنی استادیاری شوند یك دوره‌کوتاه‌مدت‌ایران

* نگارنده دراین باره پیشنهادهایی داردکه درصورت لزوم ارائه خواهد داد.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]

شناسی و ایرانی شناسی همراه با آداب تعلیم و تربیت یا «پداگوژی» بگذرانند تا بیشتر از پیش بوضع تاریخی و جغرافیائی مملکت و ملت و آداب و رسوم و سنت‌ها و فرهنك آن آشنا گردند .

ضمیمه (۱)

پزشك عمومی : تعریف و وظائف و نحوه آموزش و مقام آن درجامعه *

پزشك عمومی باید اطلاعات خاصی درباره مسائل مربوط به پزشکی خانواده و خدماتیکه باید به بیماران خود درامر مداوا و پیشگیری انجام دهد و محیطی که بیمار در آن زندگی میکند ، داشته باشد. بعلاوه از اثرات بیماری بر بیمار و افراد خانواده و اجتماع ومحل سکونت او نیز کاملا آگاه باشد . درامر تشخیص و درمان بیماریهای عمومی (یعنی بیماریهائی که بیشتر وجود داشته و مبتلا به عمومی است) نیز باید بحد کافی تبحر داشته باشد و دانش خویش را با پیشرفت‌های پزشکی همیشه تازه نگاهدارد. مسائلی که یك پزشك عمومی با آن برخورد میکند و نوع وظائفی که باید انجام دهد ، در زیر مورد بحث قرار میگیرد :

۱ـ از نظر بالینی

اطلاعات پزشك عمومی درقسمت بالینی بقرار زیر باید باشد :

۱-۱- درقسمت پیشگیری بیماریها

اپیدمیولوژی بیماریهای عفونی و واگیر معمولا با توجه خاص بوظیفه مخصوص پزشك عمومی درامر پیشگیری، وجلوگیری از گسترش بیماری، ایمونولوژی درپزشکی عمومی .

مقام پزشك عمومی درآموزش بهداشتی ومراقبت در حفظ صحت و بهداشت ساده (بصورت انفرادی یا گروهی). آزمایش پزشکی معمولی نوزادان و کودکان (هم از نظر جسمی وهم روانی) و بالغین که شامل سالمندان نیز بشود. پیشگیری از حوادث و تصادفات مخصوصاً در کودکان وسالمندان .

۱-۲- درقسمت تشخیصی :

کشف وشناسائی زود رس هر گونه انحرافی که از نظر عضوی یا عاطفی درروضع طبیعی افراد بوجود آید (تشخیص زودرس). تشخیص بیماریهای آشکار باتوجه مخصوص به مسئله تشخیص افتراقی و آن دسته از نشانه‌های عینی یا احساسی که بیشتر در پزشکی عمومی روزمره بآنها برخورد میشود (Objective and subjective). شناسائی کامل، گرفتن شرح حال و آزمایش جسمی و روانی از بیمار ودستورکارهای پاراکلینیکی ساده که یاخود بتواند آنهارا انجام دهد و یا درمنطقه محل سکونت او انجام پذیر باشد .

تشخیص آبستنی و ناهنجاریهای آن، شناسائی اندازه‌های طبیعی مقادیر عناصر و سازمان‌های مختلف بدن یا با اصطلاح (Normal values). شناسائی اختلالات معمولی نمودار ترسیم‌های الکتروکاردیوگرافی.

۱ - ۳ درقسمت پیش آگاهی :

وقوف براهمیت پیش آگاهی درباره بیمار وخانواده وی وشغل او. بررسی میزان توانائی بیمار برای انجام دادن کار.

۱ - ۴ درقسمت درمان :

مداوای کلیه بیماریهای عضوی یاروانی خفیف.

مواظبت از کلیهٔ بیماران مبتلا به بیماریهای سخت‌تر جسمی یاروانی درمنزل.

توانائی تسکین کلیه نشانه‌ها مانند درد وغیره.

مواظبت از بیماران مزمن، چه جوان وچه سالمند.

درمان اتفاقات و بیماریهای فوری و تصادفی درمحدوده پزشکی عمومی و انجام دادن تدابیر و کمك‌های اولیه.

جراحی‌های کوچك و تدابیر درمانی معمول درپزشکی عمومی.

شناسائی تغذیه بطورعموم وتغذیه نوزاد بطوراخص.

نوتوانی و برگشت مجدد بکارپس ازرفع و بهبود کلیه بیماریها و تصادفات چه آنهائیکه در بیمارستان بستری بوده یا نبوده‌اند.

دادن دستورهای درمانی ومواظبت‌های درازمدت از بیمار وافراد خانواده یا کارفرمای شخص مصدوم یا بیمار ، و توجه مخصوص به آنان که ناتوان شده‌اند.

مواظبت‌های واپسین بیمارمحتضر و تشریفات مربوط بآن.

۲ - از نظر اجتماعی

شناسائی و بکار بردن کلیه خدمات و کمك‌هائی که پزشك خانواده بتواند درحل مشکلات مسائل خانوادگی یا اجتماعی همه بیماران خود درهرسنی که باشند انجام دهد.

برقراری رابطه بین پزشك عمومی و «اولیای امور بهداشتی محلی» و بکاربردن کلیه تسهیلات و امکانات آنان دررفع نیازمندیهای بیماران یا افراد خانواده آنها اعم ازخدمات بهداشتی، پرستاری، بهیاری، بهسازی، مددکاری اجتماعی، روانی، کمك‌های سازمان‌های دولتی وعمومی یاخصوصی وخیریه و غیره که به نحوی درپیشبرد این مقصود کمك کند .

کمك‌هائی که پزشك عمومی درامر بهداشت مدرسه و محل کار میتواند بکند .

کمك درپیشبرد خدمات پزشکی عمومی درسطح مملکتی و انجام دادن دستورات بهداشتی وزارت‌های بهداری، کارورفاه اجتماعی وسایر

* اقتباس از نشریه فنی سری ۲۵۷ سازمان بهداشت جهانی واجازه شورای کالج پزشکان عمومی انگلستان.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]

سازمانهای دولتی ومملکتی که به‌نحوی ازانحاء باکارهای پزشکی مربوط‌میشوند. واسطه‌بودن‌بین بیماروپزشك‌های مشاوریامتخصصین ومدیران بیمارستانها یاسایرمراجع کارگری یا اجتماعی.

۳ ـ از نظرسازمانی

شناسائی اشکال مختلف خدمات‌پزشکی: مطب‌انفرادی، شرکتی، گروهی، مراکز بهداشتی، پلی کلینیك، واحدهای‌تشخیصی‌ودرمانی. شناسائی ابزارجراحی، نسخه‌نویسی وتدابیردرمانی درپزشکی عمومی، پرونده نویسی و بایگانی، نوشتن گواهی، اطلاع دادن به ادارات‌بهداشت، کمك‌های فرعی (سازمانهای پزشکی‌کمکی)، وقت دادن به‌بیمار، جانشینی وسیستم‌های گردشی (جانشین شدن پزشکی بجای دیگری) وسیستم کشیك، قوانین‌بهداشتی و بهداری مملکتی.

۴ـ از نظرقانونی وعلم‌الاخلاق پزشکی

رابطه بین‌پزشك عمومی با بیماران، بامنسوبین ودوستان بیماروبا کارفرمایان‌وی(اعم‌ازبخشهای خصوصی‌یا دولتی). روابط اخلاقی پزشکان خانواده با همکاران عمومی دیگر ، متخصصین، پزشکان بیمارستانی ومشاورین.

رابطه‌پزشك ووظائفی راکه‌نسبت‌به‌قانون، پلیس، وکیل، مطبوعات، شهرداری ومتصدیان کفن ودفن وجواز وغیره دارد.

مسائلی‌که ازنظرطب قانونی در مـوارد تصادفات، مسمومیت‌ها، مرگ ناگهانی ومرگ مشکوك باید دانسته شود.

وظائف پزشك عمومی در باره نوشتن گواهی‌هـا و اطـلاع دادن بیماریهای‌لازم به‌مراکز بهداشتی وتجویزداروهای سمی‌وخطرناك،

۵ ـ آموزش پزشکی مداوم درپزشکی‌عمومی

آشنائی با روشهای آموزش پزشکی مداوم جـاری در مملکت و شناختن انواع آنها واستفاده ازهرکدام‌که میسر باشد.

۶ ـ پژوهش درپزشکی عمومی

آگاهی به امکاناتی‌که برای‌پزشك عمومی درامرپژوهش هست و استفاده ازفرصتهای مناسب برای شرکت دراین فعالیتها.

ضمیمه(۲)*

اطلاعات درباره برنـامه تربیت «پزشك خـانواده»

(Family Medicine)

هدف: هدف پرورش‌پزشك خانواده باید تربیت چنان پزشکانی باشدکه درامرمدیریت‌کلیه خـدمات پزشکی مربوط‌به افراد و خانواده‌آنها واردباشند وبتوانند نیازمندیهای‌پزشکی و بهداشتی آنان را بآسانی برآورده ساخته راهنمائیهای لازم بعمل آورند.

این برنامه مخصوصاً باید خواسته‌های زیررا برآورده سازد:

۱ ـ با تأمین « مراکز پزشکی نمونه تربیت پزشك خانواده » دانشجویان را به انتخاب این رشته ازخدمات‌پزشکی‌تشویق کرده آنانرا بافلسفه ایجاد یك چنین رشته‌ای آشنا سازد.

۲ ـ برای دانشجو امکان‌آموزش بالینی وعملی وکسب مهارت در تشخیص ودرمان‌بیماریها وروشهای تکنیکی لازم درحرفه‌پزشکی خانواده را فراهم سازد.

۳ـ برای دانشجو امکان کسب‌اطلاعات کافی‌وعمیق‌در کلیه‌رشته‌های پزشکی راکه با پزشکی‌خانواده مربوط میشود فراهم آورد.

۴ ـ بدانشجو روش‌تحقیق در امرخدمات‌پزشکی مورد‌نیازاجتماع را بیاموزد تاخود بتواند بطورفعال درپیشبرد این خدمات ورفع نقائص احتمالی شرکت ودربه‌ثمررساندن آنها کوشش کند.

۵ ـ تفهیم صحیح این‌نکته‌که دراین رشته‌نیزمانند سایررشته‌های پزشکی، آموزش باید مادام‌الحیات‌باشد، وبرای‌عالی‌نگاهداشتن سطح اطلاعات پزشکی، هرپزشك بـاید همواره ازآموزش مداوم برخوردارباشد.

پایه‌های برنامه آموزش «پزشکی خانواده»

مهمترین پایه این رشته درپزشکی باید «مرغوبیت» آن‌باشد، در اینجا نیزمانند سایرقسمت‌های‌پزشکی کلیه اطلاعات علمی‌وعملی لازم برای تربیت پزشك باید آموخته شود ولـی چند خصوصیت هست‌که بیشتر باید مدنظرقرارگیرد.

الف ـ دسترسی به‌یك مرکزپزشکی یابیمارستان عمومی‌که درآن کلیهٔ رشته‌های پزشکی موردنیازاین تخصص جمع باشد وبعنوان «سرمشق‌یامدل» زیرنظریك‌واحداداری آگاه‌به‌وظائف،وخصوصیات پزشکی خانواده کارکند ، ازمهمترین پایه‌های این‌آموزش‌است.

خصوصیات یك چنین مرکزی باید چنین باشدکه:

۱ ـ دانشجو وپزشك مسئول (رزیدنت) بیمارستان بعنوان‌پزشك دست اول بشمار روند

۲ ـ دانشجو وپزشك مسئول (رزیدنت)، مسئول انجام دادن‌کلیه خدمات لازم وممکن درمورد بیماران درهمه وقت باشند. آموزش بیماران درنحوه بکاربردن‌این‌خدمات نیز بوسیلهٔ‌آنان باید انجام گیرد تابتوانند درغیاب پزشك نیز دستورهای اورا ادامه دهند.

۳ ـ رابطه بین بیمـار و دانشجو و پزشکان مسئول بایـد دائم برقرار باشد وبعبارت دیگرهمیشه خـدمات پزشکی در دسترس بیمارباشد.

۴ـ توجه‌مخصوص، به‌بیماران‌سرپائی، بیماریهای شایع، بیماریهای

* اقتباس ازگزارش کمیته‌آموزشی «پزشکی‌خانواده» شورای‌آموزشی‌انجمن‌پزشکی‌آمریکائی.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]

مزمن ، مسائل عاطفی ورفتاری ، طب پیشگیری، حفظ بهداشت ونوتوانی، مبذول گردد.

۵ـ شرکت دانشجویان وپزشکان مسئول در امر خدمات پزشکی درون خانه، اعم ازعیادت بیمار یادستورهای بهداشتی در محل سکونت ومحل کاروپیشه .

۶ـ تنظیم برنامه‌های کشیك گردان بین‌دانشجویان‌وپزشکان مسئول (رزیدنت) در قسمت‌های مختلف خدمات پزشکی مانند بخشهای بیمارستانی ودرمانگاهها وخدمات درون خانه‌ای، که همه‌بتوانند بیك نحو از امکانات استفاده کنند .

۷ـ امکان‌افزایش استقلال ومسئولیت دانشجویان وپزشکان‌مسئول درامر خدمات پزشکی برحسب سوابق کارآنان .

۸ـ استفاده از وسائل وتسهیلات محلی ، اجتماعی ، پیشه‌ای وبهداشتی برای دانشجو وپزشك .

ب ـ امکان آموزش دررشته‌های بزرگ پزشکی مربوط به‌پزشکی خانواده ورشته‌های وابسته .

پ ـ امکان شرکت دانشجویان ورزیدنت‌ها درامور پژوهش بالینی ومسائل بهداشتی .

ت ـ امکان آموزش قسمت‌های انتخابی برحسب تمایل دانشجو بطوریکه بتواند در رشته‌های وابسته مورد علاقه خویش برعمق اطلاعات خود بیافزاید .

مواد درسی برنامه «پزشکی‌خانواده».

همانطورکه گفته شد برنامه «پزشکی خانواده» باید انعطاف‌پذیر باشد وبرحسب‌مقتضیات هرمحل واحتیاجات آن واکانات‌موجود تغییر کند،ولی عده‌ای از دروس هست‌که حتماً باید در هر برنامه گنجانده واساس‌آن شمرده وبدانها توجه بیشتر شود ازاینقرار:

۱ـ طب‌داخلی در«پزشکی‌خانواده» مهمترین‌پایه‌را تشکیل‌میدهد و اولین درس بالینی است‌که بدانشجو آموخته میشود . اساس برخورد بابیمار وگرفتن شرح حال وامتحانات جسمی وروانی وآزمایش‌های لازم و پایه‌های تشخیص وقضاوت وتعبیر پاسخ‌های پاراکلینیکی ودقت در سیر بیماری وجستجوی علل و مطالعه فیزیولوژی‌وپاتولوژی‌بیماریها،وبالاخره اصول‌درمان،همه‌دراین قسمت پایه‌ریزی میشود . علاوه براین درطب داخلی اساس طب پیشگیری‌وتکنیك‌های‌مرسوم‌وهمچنین «پزشکی‌نوتوانی» آموخته میشود .

۲ـ کودکان: شباهت بسیارطب داخلی‌وطب‌کودکان سبب میشودکه در آموزش ایندو رشته همیشه تجاوزی از یکی به دیگری اتفاق بیفتد، که قسمتی‌از آن اجتناب ناپذیر است . ولی آنچه مخصوصاً در طب‌کودکان باید بدان بیشتر توجه شود علاوه بر بیماریهای مشترك بین‌کودك وبالغ، مسائل زیر خواهد بود: مسائل نوزادان و دوره‌های رشد و نوجوانی ، مسئله تغذیه، ناهنجاریهای مادرزادی ، عقب ماندگی روانی، مسائل رفتاری وعاطفی‌کودکان، ودرمان یامواظبت از آنان .

همچنین مسائل مربوط به‌طب پیشگیری و درمانگاه کودکان و مواظبت کودك در منزل ودرون خانواده وبالاخره آموزش بیماریهای عفونی و واگیر و وضع کودك در سازمان اجتماعی خانواده ومدرسه واجتماع .

۳ـ جراحی: آموزش‌جراحی‌بیشتر باید درجهت فراگیری‌کارهای ضروروتدابیرفوری‌قبل‌ازرسیدن‌جراح وتشخیص‌بموقع‌بیماریهائی که نیازمند جراحی خواهند بود ونوع جراحی لازم ومسائلی‌که دراثر جراحی ممکنست بوجود آید، باشد. اطلاعات دانشجواز وسائل وتکنیك‌های جراحی ضرور و همچنین مشکلاتی‌که بعضی اعمال جراحی ممکنست برای بیمار بوجود آورند، بایدکافی باشد تابتواند بیمار وخانواده اورا بموقع درجریان بگذارد.

۴ـ روانپزشکی: دانشجو باید راههای تشخیص و نحوه درمان اکثربیماریهای پسیکوسوماتیك (روان تنی) وعاطفی را بیاموزد، و بیماریهای شایع روانی چون فشارهای روحی ، اضطراب و ضعف روانی و اختلالات احساسی ، عاطفی و پسیکوزها را بشناسد ومواظبتهای‌لازم دردرمانگاه وبیمارستان‌ودوره نقاهت را بتواندانجام‌دهد. آموزش‌این‌رشته‌یکی‌ازمهمترین‌قسمت‌های‌برنامه را تشکیل میدهد و همراه باآموزش طب داخلی وکودکان باید انجام شود. کارآموزش‌بالینی‌ودرمانگاهی‌آن نیزهمراه با دورشته اساسی پیش‌گفته باید دربیمارستان«عمومی‌مدل» پهلو بپهلوی‌آنها انجام‌گیرد.

۵ـ زنان ومامائی یاپزشکی تناسلی: دانشجو بایدمسائل‌بیولوژیك وروانی دستگاههای تناسلی، تولید تخم و رشد جنین ، ودوران آبستنی وزایمان وتولد نوزاد و اثراتی‌راکه آبستنی وتولد در افراد خانواده میگذارد، کاملا بیاموزد وازمواظبت‌های قبل‌وبعد اززایمان مطلع باشد، تابتواند خود درامر زایمان‌کمك‌کند وبا عوارض احتمالی ودرمان آنهاآشنا باشد.

همچنین بیماریهای شایع دستگاه تناسلی زن‌ومرد ودرمان آنهارا دردرمانگاه وبیمارستان و دوره نقاهت بشناسد. بعلاوه ازامور مربوط به‌مسائل جنسی و ازدواج وبهداشت و سلامت نسل، یعنی دوموضوع اساسی طب عمومی و خانوادگی، باید اطلاعات‌کافی داشته باشد.

دربسیاری ازموارد لزومی نداردکه پزشك خانواده خود مباشر زایمان باشد ودرآنصورت‌آموزش زمان تحصیل‌کافی خواهدبود،

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]

ولی در صورتیکه بنا باشد پزشك خانواده خود رأساً نیز در امر زایمان اقدام کند آنوقت احتیاج به تحصیلات خاص پس از دیپلم خواهد داشت که درقسمت رزیدنسی گفته خواهد شد.

۶- طب اجتماعی یا (Community Medicine): طب اجتماعی یکی از رشته‌هائی است که فوق‌العاده مورد نیاز پزشك خانواده خواهد بود، و در آموزش آن باید توجه شود که دانشجو اصول اپیدمیولوژی و بهداشت محیط و سازمان‌های بهداشتی اجتماع و نحوه اداره آن و روابط بین اداره کنندگان قسمت‌های مختلف آن را بیاموزد وازمسائل بهداشتی مورد نیاز اجتماع، بحد کافی آگاهی یابد، وازوظیفه دولت‌ها و بخش‌های خصوصی در امر بهداشت و سازمان‌های مددکاری اجتماعی وداوطلبان مطلع باشد. ازمشکلات اقتصادی واجتماعی وروحی مردم درقبول یارد روشها ودستورات بهداشتی آگاه باشد ودلائل پیشرفت یاعدم پیشرفت برنامه‌ها را بدقت مطالعه کند وامکانات بهداشت فردی واجتماعی هردورادر نظر بگیرد وباآنها آشناشود.

این برنامه باید ازهمان ابتدای تحصیل پزشکی ودرمراحل مختلف آن پابپای سایر رشته‌های علوم پایه وعلوم بالینی آموخته شود و دانشجورا وارد اجتماع سازد، و بامسائل ومشکلات پزشکی آن آشناسازد به‌نحوی که ویرا ازهمان ابتدا دراین کار «درگیر» کند، تاخود شخصاً باآنها روبرو شده، راه‌حل‌های تازه‌ای بیابد.

۷- علوم اجتماعی ورفتاری (Behavioral and Social):

این رشته‌ها که شامل جامعه شناسی، روانشناسی اجتماعی، ومردم شناسی میگردد باید دانشجورا باین نکته واقف سازد که پزشك بایك «انسان» سروکار دارد. این موجودی است که باید بعنوان یکی ازپایه‌های اجتماع ودرون اجتماع مورد نظر قرار گیرد. در این آموزش مسائل مربوط به‌پزشك و بیمار، پزشك و اجتماع، پزشك و خانواده وکلیه مسائلیکه به‌آنها وابسته میشود باید در نظر گرفته شود. سوابق فرهنگی، سنتی، طبقاتی، مذهبی، تاریخی، اقلیت‌ها، نژادها وغیره وغیره همه باید بررسی وآموخته شود تا یك پزشك خانواده که خودنوعی پزشك اجتماعی است به‌دردهای اجتماع وریشه‌های آن بیشتر آگاه شود تا بتواند دررفع نیازمندیها ومشکلات مراجعین خودبیش ازپیش بطورفعال بکوشد. خلاصه مانندسابق پزشك «یارومددکار» خانواده‌ها باشد وعلاوه بر مشکلات پزشکی سایرمشکلات آنان‌را نیز دریابد ودرحل آنها راهنمائی و کمکهای لازم‌را بموقع بعمل آورد. مسلم است قدم اول این «مردم‌شناسی» و «جامعه شناسی»، «خودشناسی» خواهدبود یعنی هرکس اول خودرا بشناسد وسپس خودرا در مقام یك پزشك وسپس پزشك را در اجتماع. یعنی مقام کلی پزشك و مقام انفرادی هرپزشك را دراجتماع بشناسد که لازمه آن «خود» «شناسی» خواهدبود.

۸- دیگر رشته‌های تخصصی: برای هردانشجو باید یك جای انتخابی هم باز گذاشت که بتواند بدلخواه خود دررشته‌های تخصصی دیگر که مورد علاقهٔ اواست یاممکنست بدان احتیاج پیدا کند مانند رشته‌های بیهوشی، رادیولوژی، چشم پزشکی، گوش و حلق و بینی، کاردیولوژی، نورولوژی و غیره، تحصیل کند، زیرا دربعضی‌موارد حتماً باید یك پزشك «دست‌اول» «یاخانواده» اطلاعات تخصصی داشته‌باشد مانندکارهای احیائی وبازگرداندن زندگی یا Reanimation، مسمومیت‌ها ونجات غریق وخفگی و سایر اورژانس‌های طبی یاجراحی حیاتی وغیره.

آموزش پس‌ازدیپلم یادر دوره تخصص

این‌قسمت ازآموزش باید بصورت رزیدنسی درهمان مراکز پزشکی عمومی انجام گیرد که طول مدت و نحوه اجرای آن برای همه یکسان نیست وبرحسب مقتضیات زمانی یامکانی تغییر میکند. ولی آنچه پس‌ازبحث وفحص بسیار موردقبول کمیتهٔ آموزشی قرار گرفته آنست که سه‌سال رزیدنسی برای «رشته پزشکی‌خانواده» کافیست، که باید شامل رشته‌های طب‌داخلی، کودکان، طب‌اجتماعی وبهداشت و رشته‌های انتخابی باشد. این رشته‌ها ممکنست شامل مامائی، زنان، جراحی یاشعب آن، شعب داخلی، آزمایشگاهی رادیولوژی ونظائر آن باشد.

آموزش مداوم (Continuing education)

باگسترش دانش پزشکی، هم‌درسطح‌وهم درعمق، امکان این‌را که یك‌پزشك بتواند تامدتی مدید بدون آموزش جدید اطلاعات خودرا درسطح مناسب نگاه دارد وبهمان معلومات اندوخته شده درزمان تحصیل دانشکده پزشکی، اکتفا کند ازبین‌برده است، چه حساب شده‌است که «نیمه‌عمر» اطلاعات پزشکی‌درحدود پنج‌سال است وآن نیز تابع چگونگی آموزش زمان تحصیل ونوع انترنی ورزیدنسی وسطح آموزش دانشکده‌ای که درآن تحصیل کرده‌است میباشد. در هرحال هرپزشك واز آنجمله پزشك خانواده لااقل هر۵سال بایدبنحوی اطلاعات خودراتازه سازد ودائماً باتازه‌های پزشکی آشناشود.

برای اینکار پزشك خانواده بایدبطور متناوب دردوره‌های کوتاه یا دراز مدت آموزش مداوم شرکت کند، البته در رشته‌هائی که عمومی باشد وباپایه‌های اساسی حرفهٔ اوبیشترمربوط باشد. این رشته‌ها برحسب نیاز اجتماع ونیازپزشك ومیزان پیشرفت ودانش‌های‌تازه درهررشته مخصوص، مختلف خواهدبود وانتخاب آن تابع امکانات زمانی واجتماعی و اقتصادی پزشك ودانشگاه واجتماع است.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]

REFERFNCES:

1- Social insurance: Health service: Encyclopedia Britannica, Vol. 20 p. 897.
2- Health service (British National) in the New Caxton Encyclopedia, 1967 p. 2944_45.
3- Meeting the Challenge of family practice. Sept. 1966 AMA.
4- Training of the physician for family practice. WHO technical reports. Ser 1963.257.
5- J. Fry: The plac. of the General Practitioner in Modern Medical Care, and Some international comparison. Proc. Roy. S. Med. Vol. 63. February 1970.
6- British National Health Service: British Med. J. 1962, 2, 1392.
7- Dr. Sh. Mofidi: Who EMRO second conference on medic. education report II Tehran 12-19 Dec. 1970.
8- Planning and implementation of the Community Health Foundation, of Cleveland, Ohio U.S. Dept. of Health, Education and Welfare 1969.
9- R. Smith: Family Medicine in the Academic and community settings: Proc. Roy Soc. Med. Vol 64 524, 528. May 1971.
10- American Academy of General practice (1969): Education for family practice. Kansas city.
11- American Medic. Assoc. (1964): The graduate Education of physicians. Report of the council on Medical Education by J.S. Miller et al.
12- Education by J.S.: Health care of the poor: Program and policies. Report of the committee.
13- Bowen. J.R (1970) Curr. Medic. Dig 37-461.
14- Ohio Academy of General Practice (1970) Education for family practice. Report by T.Williams. et al.
15- Royal commission on Medical. Education. (1968). Report.
16- Smith R. Curven, et al: Lancet i, 65. (1966).

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-11]