

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

*دکتر ابوتراب نفیسی

مجله علمی نظام پزشکی
سال ۲، شماره ۵-۶، صفحه ۲۴۱، ۱۳۵۱

جلوی این نقیصه احتمالی و بنظر من حتمی، گرفته شود. برای روش شدن موضوع قبل از این است بطور مقدمه به روش ساختن بعضی از اصطلاحات متداول که در اینجا بکاربرده و از نشریه‌های سازمان بهداشت جهانی استخراج شده است به بردازم:
۱ - پزشک: کسی را گویند که با موقوفیت پس از طی دوره دوم یا متوسطه عمومی، دوره کالج یا دانشکده پزشکی را گذرانده و در مملکت محل سکونت خویش اجازه اشتغال به حرفه پزشکی مستقل، و بدون قیوموت کسی دیگر را کسب کرده باشد. در اصطلاح عموم پزشکان را دکتر نیز خطاب می‌کنند.

۲ - پزشک عمومی یا G.P: پزشکی را گویند که حرفه خود را محدود به گروه یادسته‌ای مخصوص از بیماریها نکرده و خدمت خویش را مستقیماً و بطور مداوم در خدمت مردمی انجین قرارداده باشد.
۳ - متخصص یا اسپسیالیست: پزشکی را گویند که همه یاقوتی از حرفه خود را محدود بیک گروه یادسته از بیماریها کرده، بیماران را بی‌واسطه و مستقیم یا از راه معرفی بوسیله همکاران دیگر می‌پذیرد. این متخصصین را نیز بدوسته میتوان تقسیم کرد یکی متخصص دست اول یا عامومی (و یا بقولی شبه متخصص یا اسپسیالوژید) مانند پزشک داخلی، پزشک کودکان، پزشک مامائی و زنان یا تناسلی وغیره، و دیگری متخصصین دست دوم یا خاص که شامل رشته‌های فرعی شعبات اصلی پزشکی مانند کار دیوالوژی، نورولوژی،

آنچه از آمار برمی‌آید بین دانشجویان دانشکده‌های پزشکی جهان تمایل شدیدی به مخصوص شدن مشاهده می‌شود، بطوریکه در بعضی ممالک بیش از ۶۰٪ دبیلمه‌های پزشکی بدنبال گرفتن نوعی تخصص می‌روند، در نتیجه روز بروز از تعداد پزشکان عمومی یا پزشکانی که آنها را «پیشرو» یا «نخستین رده» یا «نخستین صفت» می‌شماریم کاسته می‌شود واتفاقاً همین دسته هستند که بیشتر مورد احتیاج جامعه، مخصوصاً در شهرهای کوچک و روستاهای اکثریت ملت‌ها را تشکیل میدهند، «میباشدند».

متأسفانه باید اذعان کرد که در مملکت ما نیز چندی است همین روش متداول شده‌است و دیری نخواهد گذشت که مانیز مانند دیگر ممالک پیشرفتی دچار کمبود این دسته از پزشکان گردید و صفوی مقدم جبهه جنگ مانیز علیه بیماریها از نیروی انسانی کافی تهی شود و چون همیشه «پیشگیری مقدم بر درمان است» لازم دانستم اطلاعات خود را، همراه با نتیجه بررسی‌هایی که طی چندین سال اشتغال به حرفه مقدس پزشکی و معلمی دانشکده و مطالعه نوشه‌های مر بوط و شرکت در کنگره‌ها و سمینارهای بهداشت جهانی و مشاهده عینی سازمان‌های پزشکی بیشتر ممالک از نزدیک بعمل آورده‌اند، در دسترس علاقمندان بگذارم و در انتهای خلاصه‌ای از آنچه را که بنظرم مفید آمده است به پیشگاه اولیای امور و طراحان برق نامه‌های پزشکی کشور تقدیم دارم تا مورد بررسی قرار گرفته و تادیر نشده است

* دانشکده پزشکی - دانشگاه اصفهان

** طبق آماری که در سال ۱۳۴۹، از طرف نظام پزشکی منتشر شده و در گزارش آفای دکتر شمس الدین مفیدی به دو میلیون کیلومتر آهوزش پزشکی بهداشت جهانی در دسامبر ۱۹۷۰ آورده شده است، ازین ۷۷۸۰ پزشک شاغل در ایران تعداد ۲۰۸۷ نفر در رشته‌های مختلف پزشکی در ایران یا خارج مخصوص شده‌اند که در حدود ۲۷٪ می‌شود ولی با سرعی که گرفتن تخصص پیش می‌رود امکان دارد در رشته‌های آینده این تعداد خیلی بیشتر از انتظار ما بالا رود.

پ - مداوم بودن خدمات پزشکی .
ت - آزادی پزشک که بامسئولیت خود بتواند همه وسائل را در حدود قوانین جاریه به نفع جامعه یا افراد خانواده زیر نظر خود بکار اندازد .

۵- پزشک (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» تماس میگیرد . این پزشکان ممکنست ازین پزشکان عمومی یا پزشکان خانواده (شماره های ۴۲ و ۴۳) باشند و مقصود ماهم در این بحث بیشتر همین نوع پزشک است که بیشتر از همه انواع پزشکان برای رفع نیازمندی های جامعه ، و از آن جمله جامعه ما، مورد لزوم است و بهمین جهت در همه جا آنها را پزشکان «نخستین رده» یا «پیشرو» نام برده ایم .

در بعضی ممالک و از آن جمله در آمریکا اخیراً کوشش برای جدا ساختن پزشک عمومی از پزشک خانواده بعمل آمده و در دانشگاه های مختلف تحت این دو اسم دو نوع «تخصص» بوجود آمده است که حقیقتاً تفاوت زیادی باهم ندارند و همانطور که از طرف «کمیته آموختشی پزشکی خانواده» وابسته به شورای آموزش پزشکی انجمن پزشکان آمریکائی تصریح شده باید پزشکی خانوادگی را من بوط به «عمل و نوع وظیفه» پزشک دانست و پزشکی عمومی را «محتوی آن» والا هردو در اصل یکسانست .

اینکه با اصطلاحات مختلف رایج آشنا شدیم ، جواب مختلف مسئله را در بخش های زیر شرح میدهیم ، و اضافه میکنیم که چون وظایف اساسی پزشکان «نخستین رده» یا «پیشرو» موردنی بحث ما، گاه بگاه با وظایف «پزشکان عمومی» و «پزشکان خانواده» یکسان هی نماید مانند جایجا عنایون نامبرده را مترادف یکدیگر استعمال کرده ایم .

بخش اول : مقام و وظایف پزشک «پیشرو» در اجتماع امروز .
بخش دوم : بررسی وضع پزشک «پیشرو» یا پزشک عمومی در بعضی از ممالک نمونه .

بخش سوم : نتیجه بررسی نامبرده .

بخش چهارم : خلاصه و پیشنهاد .

بخش اول - مقام پزشک «پیشرو» در خدمهات پزشکی

جدید :

مقدمه و تعریف - اصل «بهداشت و درمان برای همه» چیزی است که تمام ملل جهان بدان معتقد هستند و مورد نیاز همگان است

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

۶- پزشک خانواده : در نقاط مختلف گینه ای انواع مخصوص پزشک برای انجام دادن خدمات پزشکی خانواده وجود دارد که اختلاف آنها بیشتر تابع امکانات پزشکی آن مالک است تاعلق سیاسی یا اقتصادی یا ملی . عده زیادی از پزشکان شاغل حرفه پزشکی خدمات خود را مستقیماً به افراد خانواده ای که «مشتری» آنها هستند عرضه داشته یا در مطب آنها را معاینه و یا در منزل عیادت میکنند . خدمت آنها مدام و معمولاً در تمام «مدت طول عمر مراجعه ای» * این مشتریان است . این پزشکان در ضمن ، نیازمندی های مشتریان را در امر مشورت یا مراجعت به متخصص یا مشاور و احیاناً کارهای بهداشتی و اجتماعی برآورده ساخته یارا هنرها و کمک های لازم را بعمل می آورند . اینان معمولاً پزشکان عمومی هستند ولی گاه ممکنست جزو متخصصین عمومی (داخلی - کودکان) نیز باشند .

در بعضی ممالک ، مخصوصاً در مناطق شهری ، گروهی از پزشکان برای مشتریان خود و خانواده آنان باتأسیس درمانگاه، پلی کلینیک یا مرکز بهداشتی امکان خدمات پزشکی را فراهم میسازند و دوین مشتریان ممکنست یا از راه معرفی بوسیله همکاران دیگر یا مستقیماً به این گروهها مراجعه کنند . این پزشکان ممکنست پزشک عمومی یا متخصص دست اول یادست دوم باشند .

بالاخره در بعضی ممالک توجه بیشتری به اجتماع شده و خدمات پزشکی گروهی اذافراد، یا افراد یک منطقه خاص، تحت نظارت سازمان ملی یادولتی مخصوص قرار میگیرد، و رئیس آن که یک پزشک است مسئول اداره کلیه خدمات پزشکی آن گروه یا منطقه، اعم از خدمات درمانی و بهداشتی یا اجتماعی، میباشد و عده ای از افراد «بارامدیکال» مانند پرستار و بهیار و عدد کار اجتماعی و تکنیسین آزمایشگاه وغیره زیر نظر او کار میکنند . البته در این ممالک کلیه امکانات فنی و سیلی ای و انسانی برای درمان بیماری و حفظ بهداشت افراد در اختیار سازمان مزبور قرار دارد .

در همه آنها وجود مشترک وظایف یک پزشک خانواده چنین خواهد بود :

الف - دسترسی مستقیم بیمار به منبع اساسی خدمات پزشکی یعنی پزشک .

ب - بکار اندادن کلیه «سائل پزشکی» اعم از درمانگاه ای و بیمارستانی و بهداشتی در خدمت بیماران نیازمند ، چه در مطب، چه در بیمارستان، چه در خانه و چه در محل کار و اجتماع .

* مقصود «از طول هدت عمر مراجعه ای» یعنی تمام مدتی که بیمار خود را مشتری آن پزشک میداند و ملی که فرآنشرین آن تغییر محل سکونت بیمار یا پزشک یا گیت فرد اخیر است، از صورت «مشتری بودن» خارج میشود .

برطبق تعریف مورد قبول بهداشت جهانی، همانطور که گفته شد، پزشک خانواده که بیشتر با موضوع مورد بحث مانطبیق می‌کند وظایف ذیر را بهدهد دارد:

الف - پزشک دست اول فردی است که زودتر از همه بسیمار برخورد می‌کند و بوسیله او است که بسیار به دستگاه بهداشتی درمانی وارد می‌شود.

ب - کلیه نیازمندیهای بهداشتی بسیار را ارزیابی می‌کند و آن قسمت از احتیاجات پزشکی او را که خود میتواند، برآورده می‌سازد و آن قسمت را که نیازمند استفاده از تخصص همکاران دیگر است بدنهای ارجاع مینماید، ولی هیچگاه نظارت خود را بر مواظبت از بسیمار قطع نمی‌کند.

پ - مسئولیت مواظبت کامل و همه جانبه از بسیار را بهدهد گرفته بعنوان هم‌آهنگ کننده در برآورده کلیه احتیاجات پزشکی وی بکار میرود.

ت - مسئولیت حفظ سلامت بسیار در اجتماع یا خانواده یا هر واحد دیگری که فرد بدان تعلق دارد و همچنین حفظ سلامت وی در محیط و عوامل محیطی مجاور، بر عهده اوست.

بنابراین وظیفه یک چنین پزشکی، هم علمی و پزشکی و همانسانی است، اگرچه ممکنست فقط خود را مسئول حفظ سلامت یک فرد از افراد فامیل بداند اما عملاً نیازمندیهای پزشکی افراد مختلف یک خانواده را بطرف می‌سازد و غالب خود مسئولیت رفع احتیاج افراد را دریک یا چند رشته پزشکی بهدهد دارد و در تنظیم برنامه‌های درمانی در رشته‌های دیگر نیز وظیفه هم‌آهنگ کننده را انجام می‌دهد. وی رابط بین متخصصین مختلف فنون پزشکی و بسیار، بین بسیار و افراد خانواده، بین بسیار و اجتماع و طراح کلیه خدمات پزشکی اعم از تشخیصی و درمانی و بهداشتی و توانی و برگشت فرد با اجتماع و تعیین یا تعیین شغل یا محل کار بسیار خود می‌باشد.

در اجتماع شهرهای متعدد امروز تخمین زده شده است که در حدود ۲۰٪ مردم هر سال محل سکونت خود را تغییر میدهند دولی خانواده‌ها بطور متوسط هر ۷ سال یکمرتبه جای خود را عوض می‌کنند. در این شهرها در این اجتماعات متحرک نیز باوجود اینکه وظیفه پزشک خانواده معنای حقیقی کاملاً مشکل بلکه غیر ممکن می‌نماید اما باز پزشک خانواده ممکنست مینما یا متابع اطلاعات دست اول برای پزشکان دیگر قرار گیرد. بطور خلاصه میتوان وظایف پزشک خانواده یا پزشک مقدم را به سه نوع تقسیم کرد: اول - وظیفه مواظبت از بسیار، یعنی حافظ سلامت بسیار و درمان کننده بسیاری وی بود.

واز همین رو جزء اساس حقوق بشر بشمار می‌رود ولی نحوه اجرای آن بستگی به شرائط زمانی و مکانی واقعی و اقتصادی و سیاسی ملت‌ها دارد، اگرچه اصول آنها یکسان است.

در تمام سازمان‌های بهداشتی و درمانی (پزشکی)، شخصی در صفت مقدم قرار دارد که بهتر است بعوض اطلاق نام طبیب عمومی باطیب خانوادگی به او، ویرا پزشک مقدم یا طلایه یا «پیشو» نامید. اسم او هرچه میخواهد باشد وظایف اصولی‌ای که باید انجام دهد کم و بیش در همه‌جا یکسان است، از این‌قرار:

۱ - وی معمولاً اولین پزشکی است که بسیار برخورد می‌کند و اغلب آخرین پزشک نیز خود است و شاید همه یا ساقمت اعظم مواظبت از مردم چنین طبقات مختلف اجتماع در تمام عمر نیز بهدهد وی باشد.

۲ - بسیاران او معمولاً بی‌واسطه و مستقیم بوی مراجعته می‌کنند و «گلچین» یا «غربال» نشده‌اند.

۳ - معمولاً در یک اجتماع کوچک و ثابت که در حدود ۳ تا سه‌هزار جمعیت دارد کار می‌کنند و چون مراجعین او برای مدت دراز و گاه تمام عمر خویش مشتری او هستند بخوبی آنها را می‌شناسند و حوتی با افراد خانواده و نسل‌های گذشته و آینده آنها آشناست. این اجتماع ممکنست در یک ده یا شهر کوچک و یا محله‌ای از یک شهر بزرگ‌تر باشد.

۴ - بسیاری مراجعین وی را، بیشتر بسیاریهای فراوان و کم خطر تشکیل میدهند و کمتر ممکنست مسئول درمان بسیاریهای خطرناک یا نادر باشد که معمولاً مبتلایان به بیمارستانها مراجعته می‌کنند.

۵ - علاوه بر وظایف تشخیصی و درمانی و بهداشتی، این پزشک معمولاً باید از نظر اجتماعی نیز مددکار باشد و در رتق و فتق مسائل مختلفی که در قلمرو محل سکونت او اتفاق می‌افتد بطور فعال شرکت کند. گاه علاوه بر این وظایف و مخصوصاً در شهرستان‌های کوچک یا روستاهای یک چنین پزشکی باید پزشک مدارس، کارگاه‌ها، قوای تأمینیه، پزشک قانونی، انجمن شهرستان یا بخش، انجمن‌های بهداشتی و آموزشی و پژوهشی و شرکت‌های تعاونی وغیره نیز باشد و با سلطاح نوعی فرد «همه‌کاره» یا «هر کاره» باشد که بتواند ناشی مادر کلیدی یا «جوکربازی» را انجام دهد.

چون یک چنین پزشک با مشخصات پیش‌گفته مورد احتیاج همه کشورهاحتی با سیستم‌های بهداشتی و درمانی مختلف می‌باشد، لازم است در سطح جهانی و بین‌المللی فکری بحال او بشود، و از همین رو است که در سالهای اخیر سازمان بهداشت جهانی فکر خود را بیشتر متوجه تربیت این نوع پزشک کرده است که هم تعداد آن‌ها متأسفانه روز بروز روبرو نقصان می‌رود و هم مورد نیاز بیشتر اجتماع استند.

قرار میگیرند و مامیدانیم که تعداد زیادی از بیماریهای روزمره فاقد سدهشت مزبور هستند و در این مرتبه واقع میشوند. از طرف دیگر با بهبود وضع بهداشت و درمان مظاهر حاد بسیاری از بیماریها و افزایش طول مدت متوسط عمر، نسبت بیماریهای ناتوان کننده و مزمن واستحاله‌ای رو باز ایش است و در نتیجه قسمت اعظمی از بخش مصرف کننده «خدمات پزشکی» را اینسته افراد تشکیل میدهند. بعبارت دیگر امروز نیز مثل قرون پیشین «پزشک عده کمتری را درمان میکند، عده زیادتری را تسکین میدهد، و حمه آنها ایکه بهوی مراجعه میکنند، تسلماً میبخشد». اما خدمات پزشکی باید شامل هرسه دسته باشد و تشخیص آنکه کدامیک بر دیگری مقدم است چون بستگی به عوامل مختلف اقتصادی، اجتماعی، جغرافیائی، سنی و انسانی دارد کار آسانی نیست زیرا در هر مورد باید عوامل پیش گفته در نظر گرفته شود.

برخلاف نظر بعضی سازمان دهنگان بهداشتی، مشکل خدمات پزشکی هیچگاه با پول تنها حل نخواهد شد، اگرچه تا حدود زیادی به میزان سرمایه گذاری ای که در این راه میشود منوط باشد. زیرا این خدمات چاچویل است که هر چه در آن ریخته شود تمامی نخواهد داشت. مثلاً بد نیست بادآور شویم که در ممالک پیشرفتی قیمت خدمات پزشکی (درمانی و بهداشتی) در هر ده سال به نسبت یک درصد کل درآمد ملی آنان افزایش می‌یابد و متوقف ساختن آن نهایده آآل خواهد بود و نه عملی. 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 وظایف پزشک عمومی یا پزشک «نخستین صفت» گردیم بد نیست مختصی از سطوح وطبقات پزشکان مورد نیاز اجتماع را شرح دهیم:

پزشکان را میتوان به چهار طبقه یا سطوح تقسیم کرد: طبقه یا سطح اول یا «نخستین صفت» یا پزشک محلی، یا مقدم جبهه، که همان پزشک عمومی یا خانواده را با دستیاران وی که مددکاران اجتماعی و پرستاران یا بهبیاران باشند تشکیل می‌دهد. این گروه مقدم با قسمت کوچکی از اجتماع یا کوچکترین واحد اجتماعی سروکار خواهد داشت و ممکنست شامل رستهای و بخش‌ها ویامنحضر به خانواده‌ها یا منطقه‌هایی محدود از شهرها یا شهرستان‌ها باشد. خدمات این گروه دست اول باید «همه جانبه و مداوم» باشد. طبقه یا سطح دوم: شامل آن دسته از پزشکانی است که در منطقه

دوم - حفظ هماهنگی خدمات درمانی و بهداشتی مورد نیاز بیمار. سوم - وظیفه اجتماعی در (Community).

«آن بیت پزشک دست اول برای دنیائی که در حال تغییر مداوم است» شعار همه کشورها و ملت‌ها و شعار بهداشت جهانی است، دنیائی که هم از جهت اجتماعی و هم از نظر پزشکی با سرعت شگفت‌انگیزی در حال تغییر است.

از نظر اجتماعی، ما در جامعه‌ای زندگی میکنیم که روز بروز نسبت به مسائل درمانی و بهداشتی خود علاقه‌مندتر میشود و خواهان موازیت‌های بیشتر و گسترده‌تر است و از طرف دیگر روز بروز اطلاعات او وسیع توفر هنگش پیشرفت‌تر میگردد. از نظر پزشکی، دانش پزشکی آنچنان سریع به جلویی تازد که سیر تحول و تکامل آن بصورت «جهش» درآمده و در نتیجه این گسترش وسائل تشخیص و درمان، تخصص‌ها و فنون تخصصی متعددی بوجود آمده و بدنبال آن کار یک پزشک عمومی و خانواده‌ای یاد است اول، در این جنگ عجیب بسیار مشکلتر شده است.

مشکل خدمات پزشکی با پیشرفت علوم پزشکی و گسترش اطلاعات عمومی و پزشکی توده مردم، از یکطرف خواسته‌های آنها رو بزرگ نهاده و از طرف دیگر قیمت خدمات پزشکی صحیح و کامل، فوق العاده گران شده است. در نتیجه یک نوع افزونی تقاضا و محدودیت نسبی عرضه بوجود آمده که نیازمند تنظیم و تعدیل و برقراری نوعی جیره بندی پزشکی و ایجاد اولویت‌هایی درباره نوع و میزان استفاده از وسائل موجود میباشد، زیرا خواسته ایده‌آل «بهداشت برای همه» را اگر مترادف «حداصلهای واحد مناسب بهداشت برای همه» بشماریم، چون امکانات کشورها از نظر تهیه وسائل و برآورد این احتیاجات با این تقاضا هم پایه نیست همیشه این عقب ماندگی عرضه از تقاضا موجود خواهد بود و عملابجای آرمان حداعلای بهداشت برای همه، باید جمله زیر ملاک کارقرار گیرد:

«حداقل بهداشت* برای همه و امکان استفاده از وسائل موجود برای نیازمندترین افراد»، و مسئله‌ای که پیش خواهد آمد و حل آن نیز خالی از اشکال نیست آنست که تعیین کنیم چه کسی نیازمندتر یا نیازمندترین است؟ منطق چنین حکم میکند که میزان نیاز اشخاص را به استفاده از خدمات پزشکی از روی حدت بیماری یا عارضه (از نظر زمانی) و شدت آن و قابلیت درمان پذیری بیماری تعیین کنیم، و در نتیجه بیماری‌های مزمن خفیف یا غیرقابل علاج در درجهٔ بعدی اهمیت

* هر جا کلمه بهداشت آورده شده مقصود خدمات پزشکی بطور کلی است و مراffد Health care یا Medical care است.

متخصص یا شبه متخصص است که معلومات او در قسمت های اصلی بالینی جامع میباشد و میتواند وظیفه یک پزشک داخلی عمومی، ژنیکو لوریست عمومی و متخصص عمومی کودکان و جراح عمومی را انجام دهد.

هر کدام از دونوع پزشک پیش گفته میتوانند در صفحه مقدم انجام وظیفه کنند و تربیت و انتخاب انواع آنان تابع مقتضیات و امکانات خاص هر کشور خواهد بود که ما در زیر چند نمونه از آنها را در ممالک مختلف که مورد مطالعه قرار داده ایم و یا از نزدیک شاهد آن بوده ایم، میاوریم، باشد که پس از مطالعه بتوان «گلچینی» از مجموع آنها را انتخاب و با توجه به شرائط خاص کشور ایران و خصوصیات ایرانی طرح جامع پیشنهاد کرد.

بخش دوم - بررسی وضع پزشک «پیشرو» و پزشک عمومی در بعضی از ممالک نمونه

۱- پزشک «نخستین رده» در ایالات متحده آمریکا:

در شماره ۲۲ فوریه ۱۹۶۹ روزنامه تایم آمریکا از قول دکتر فیلیپ لی (Lee) وزیر سابق بهداری ایالات متحده آمریکا چنین نوشتند که «عیب خدمات پزشکی آمریکا آنست که فاقد سیستم است و بوضع آش درهم جوشی درآمده است» و این حقیقتی است که باید آنرا قبول کرد.

در امر پزشکی، نیز مانند سایر امور، به «شیوه آمریکائی» سیستم های پزشکی متعددی برقرار شده است. این سیستم ها بعوض اینکه بر اساس نیازمندی های جامعه پی ریزی شده باشند روی امکانات بنا نهاده شده است، زیرا در «شیوه آمریکائی» آزادی معاملات، آزادی انتخاب همه چیز حتی پزشک، مسئولیت شخصی و فردی در امر پزشکی وجود دارد و باستانی موارد خاص ضرور و ملی، در امر پزشکی نیز مانند سایر امور و «دادوسته ها»، هر کس میتواند هر پزشکی را که مایل باشد انتخاب کند و پزشک هم طبق قوانین جاری و مورد قبول انجمن پزشکان میتواند بهر نحوی که صلاح بداند و دلش بخواهد بیمارش را مواظبت کند مشروط بر آنکه رعایت قوانین شده باشد. بر این اصول، سیستم های مختلف خدمات پزشکی که بوجود آمده، همانطور که بآورشیدم، بر همانی امکانات و مقتضیات قرار دارد، از آنجلمله قریب ۱۰٪ از آمریکائیان که فوق العاده غنی هستند از یک نوع سازمان پزشکی استفاده میکنند که کاملترین و بهترین وسائل موجود درجهان را در اختیار دارد و در مقابل قریب بدیگر از مردم هستند که در عین اینکه از اتباع آمریکا و جزو جامعه آمریکائی هستند از بدترین شرائط

وسيعتری که لااقل ۳۰۰ تا ۱۰۰ هزار نفر جمعیت دارد فعالیت دارند و از امکانات بیشتری از آنجلمله بیمارستان و آزمایشگاه مجهز و متخصصین مختلف رشته های اصلی پزشکی برخوردارند و بهداشت قسمت بزرگتری را بهره داشته خدمات اجتماعی آنها نیز گسترش دارد (مقصود از رشته های اصلی پزشکی، بیماری های داخلی، جراحی، دستگاه تنفسی، کودکان میباشد).

طبقه یاسطح سوم: شامل پزشکانی میشود که در شهر های بزرگ و مراکز استان ها که بین یک تا ۵ میلیون جمعیت دارند فعالیت و امکانات وسیعتر و مجهز تری در اختیار داشته متخصصین رشته های خاص پزشکی (که بنام های مختلف تخصص پیش فته S. Advanced) یا فوق تخصص یا Super Specialties نامیده میشود مانند کاردیولوژی، نورولوژی، جراحی اعصاب، جراحی قفسه سینه، قلب وغیره) زیادتری در دسترس آنها است.

طبقه یاسطح چهارم: شامل پزشکانی است که در سطح مملکتی یا ملی قرار دارند و مسئول اداره خدمات پزشکی کل کشور و همه مردم مملکت، که از ۵۰ میلیون یا بیشتر جمعیت داشته باشد، میباشدند و همانها هستند که سیاست کلی بهداری و بهداشتی کشور را طرح دیزی واجرا میکنند.

همه سطوح پیش گفته، سازمان و نظم خاص مخصوص بخود لازم دارد که در عین حال باسطوح مجاور نیز هم آهنگی کافی داشته باشد و فعل آنچه مادر بحث خود بدان نیازداریم، طبقه اول است.

مسائل پزشکی عمومی یا پزشک «نخستین رده»:

آیا پزشک «نخستین رده» باید طبیب عمومی یا ائنالیست باشد یا متخصص رشته های اساسی بالینی؟ این نوع تخصص رشته های بالینی اساسی که بعقیده دکتر جان فرای (Fry) از انگلستان میتوان بنام «تخصصی شکل» یا اسپیسیالوئید (Specialoid) نامیده شامل رشته های اصلی بالینی زیر خواهد بود: داخلی، کودکان، مامائی و زنان. این رشته آخرین راه برتر است رویهم رفته دستگاه تنفسی یا Reproductive نامیده که شامل دستگاه های تنفسی زن و مرد، مقدمات باروری، باروری، زایمان و بیماری های متعلق بهمها این دوره ها میباشد. بعقیده عده ای، جراحی عمومی نیز در زمرة رشته های اساسی بالینی خواهد بود.

هر یک از این نیمچه متخصصین یا متخصصین عمومی عده نسبتاً محدودی از اجتماع را زیر نظر خواهد داشت که شامل قریب هزار نفر کودک و بین ۲ تا ۳ هزار نفر افراد بالغ میباشد و بیشتر به بیماری های فرآوان و عمومی که احتیاج به وسائل پیچیده و مواظبت های دقیق خاص نداشته باشد، رسیدگی میکنند، پزشک عمومی و پزشک خانوادگی آنطوری که در بعضی کشورها معمول است خود نوعی

* مقصود از دستگاه تنفسی دستگاه تولید مثلی یا Reproductive اعم از زن یا مرد و آبستنی و زایمان و مسائل منوط با آنهاست.

همه شئون پیش گفته بوسیله قوانین پزشکی کشور مورد قبول است و مقرراتی مخصوص بخود داد.

در آمریکا در مورد پزشک عمومی یا پزشک «نخستین رده» قوانین و مشخصات سنتی خاص وجود ندارد زیرا در اینجا نیز آمریکائی مثل همه کارهای دیگر بنارا بر آزادی انتخاب گذاشته و همانطور که برای خرید مایحتاج زندگی و باصطلاح «خرید» بیازار میرود برای نیازمندیهای پزشکی نیز بیازار میرود و هر کس را که پسندید یا باصلاح و صرفه خود تشخیص داد او را انتخاب میکند و این امر سبب رقابت نامحدود، که گاه غیر مشروع وغیرقانونی است، در بین پزشکان میگردد و آنها را به «دکانداری» برای جلب مشتری بیشتر میکشاند. مخصوصاً در شهرهای بزرگ که میزان «عرضه نسبتاً» زیاد است و طبیعی است هر کس سعی میکند کالای خود را بهتر بفروش برساند یا باصطلاح «آب» کند، از طرف دیگر چون متأسفانه در این کار نیز قانون عمومی آمریکاییعنی «خداؤندی دلار» صادق است ممکنست بعمل اقتصادی و نه اخلاقی و انسانی، از پزشک و بیمار کارهایی سربزند که در بسیاری از مجتمع مشابه نکوهیده و خلاف اخلاق یا خلاف وجود و جدان محسوب میگردد.

بیشتر این پزشکان عمومی میتوانند بیماران خود را در بیمارستانها بستری کنند و اکثر بیمارستانها به آنها اجازه میدهند که خود موظیت و درمان بیماران خویش را بعده گیرند و حتی جراحی ها و کارهای پزشکی اختصاصی که لازم دارند خود انجام دهند و این کار برای پزشکان فوق العاده پرسود است و چون بیشتر شرکت های بیمه فقط هزینه های بیمارستانی را قبول میکنند، یکی از علل عدمه 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 با احمدستی پزشک و متصدی بیمارستان و احیاناً بیمار، کاری غیر رایج نیست و همیشه نزاعی تمام نشدنی بین پزشکان و کلای آنها که آنهم خود داستانی جدا گانه دارد، باش که های بیمه یا وکلای آنها موجود است. این عوامل پسر وی هم، در روابط صمیمی بین پزشک و بیمار و تفاهم 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 در انگلستان این میزان

پزشکی موجود در هم سالک پیش فنه میتوانند استفاده کنند و بقول خود آمریکائیها در بیغولهای Ghetto یا Slum زندگی میکنند که بنام « محلات فقیر نشین » موسوم است و در بیشتر شهرهای بزرگ مانند نیویورک، واشنگتن، شیکاگو و لوس آنجلس پهلو پهلوی گروه دسته اول روزگار میگذرانند. سیستم دیگری که مختص قریب دو سوم جامعه آمریکائی است از نظر کیفیت متوسط و از نظر بهانسبتاً گران است و بوسیله خود مردم و شرکت های بیمه خصوصی ای که خود انتخاب کرده اند، به کار خدمات پزشکی مشغول است. این شرکت های بیمه عمولاً موظیت های فردی و خانوادگی مشغول را در خارج از بیمارستان و همچنین بعضی خدمات دیگر از قبیل زایمان و باروری و بیماریهای روانی را بهده نمیگیرند و همانطور که بعداً اشاره خواهیم کرد این سیاست شرکت های بیمه سبب هجوم مردم به بیمارستان ها میشود که گاه نیز بدان نیاز نبوده است و بعلت همین تعدد سیستم های خدمات پزشکی، پزشکانی که موضعی «نخستین رده» را در مبارزه با بیماریها انجام میدهند نیز در صفوک مختلف خواهند بود. این پزشکان را از نظر وظیفه بر طبق اصطلاح آمریکائی «پزشکان نخستین رده» یا Primary Physician مینامند.

تعدد سیستم های پزشکی تابع عوامل متعددی است از قبیل میزان دارایی افراد، محل سکونت (مثل در ایالات کالیفرنیا و نیویورک تعداد پزشک به جمعیت نسبتاً زیاد ولی در ایالات جنوبی و غربی مرکزی حقیقتاً کم بود پزشک محسوس است) نوع کار و شغل، و استنگی به اتحادیه ها و سندیکاهای (مثل بنیاد کایزر Kaiser، بنیاد شهر نیویورک، کارگران معدن، کارگران صنعت اتومبیل و غیره) سن و طبقه اجتماعی (پزشکی تهییدستان Medical Indigents) وغیره.

پزشکان «صف نخستین» ممکنست یکی از پزشکان زیر باشد: پزشک عمومی سیستم قدیم یا (G.P.) یانواع جدید آن که در یکی از رشته های اساسی بالینی تخصص داشته باشد مانند متخصصین داخلی یا کودکان - دکتر یا زیدن جوان متخصص اطاق اورثان - پزشک متخصصی که برخلاف بسیاری از همکاران خود بی میل به دیدن بیماران عمومی نیست و مستقیماً بی آنکه بر طبق معمول بیمار بوسیله همکاران باومعرفی شود مشتری قبول می کند - یکی از افراد «گروههای پزشکی» - یکی از پزشکان معروف به Quack یا حکیم باشی یا «دست پزشک» * - یکی از پزشکان شناخته شده به Cheir (Chiropractist) و سایر اشخاص مجاز. البته

* کیروپر اکتیست که خوشختانه در مملکت ما نظیر ندارد نوعی پزشکی است که بوسیله مس و لمس بادست بیماریها را درمان میکنند زیرا معتقدند که همه بیماریها بعلت اختلال عمل اعصاب بوجود آمده و بوسیله بعضی دستگاریها و مس قسمت های مخصوص بویژه ستون فقرات میتوان آنها را شفا بخشید (از لغت یونانی Cheir = دست افر = Praktikos).

تا ۱۹۵۳ در آمریکا ۲۳۵۰۰ پزشک با این نوع طبابت مشغول بوده اند. در دو سال اخیر این نوع آموزش بوسیله انجمن پزشکان آمریکائی محدود شده و از این پس دانشجوی دیگری برای کسب این تخصص آهوزش نمی بینند.

آینده ریاست جمهوری یاسایر پست‌های مؤثر دولتی و ملی تبلیغات خود را روی آن پایه گذاری کردند، همین تأمین نیازمندی‌های پزشکی و بهداشتی جامعه آمریکائی است.

در دوران ریاست جمهوری کندی و پس از آن در حکومت جانسون و در حکومت «نیکسون» توجه روزافزونی به مسئله بهداشت و نیازمندی‌های پزشکی آمریکاییان شده و با گذراختن دو قانون مهم مدیکر (Medicare)، که هدف آن تأمین بهداشت مردمان بیش از ۵۰ ساله است، و مدیکايد (Medicaid) که هدف آن کمک به مستمندان است، قدمهای بزرگی از سال ۱۹۶۵ ببعد برداشته شده است. علاوه بر آن در سالهای اخیر از راه کمک‌های دولت مرکزی و دولتهای محلی مبالغ هنگفتی سرمایه که بیشتر آن از راه مالیات تأمین می‌شود، بسوی امر بهداشت سر ازین شده و اگرچه عدای از پزشکان با این دخالت دولت در کار پزشکی مخالف است و آنرا با استقلال شغل و حرفة خویش منافی میدانند، معهداً چون مورد نیاز اکثریت توده مردم ایالات مختلف آمریکا است روز بروز گسترش می‌یابد. مخصوصاً که در سالیان اخیر این بر نامه‌ها مورد قبول انجمن پزشکان آمریکا واقع شده و کمیته مخصوصی از آن بنام کمیته خدمات پزشکی به مستمندان (Medical care of the poor) زیر نظر دکتر رابرتس لانگ R. Long از سال ۱۹۷۰ بطور جدی شروع به کار کرد و انتظار میرود در سالهای بعد نیازمندی‌های پزشکی جامعه آمریکائی بنحو نسبتاً رضایت‌بخشی تأمین گردد. برای اینکه اهمیت کمک به مستمندان را در آمریکا دریابیم بدنیست بهرقم زیر توجه کنیم که قریب سی میلیون نفر آمریکائی، آری سی میلیون از ۱۸۰ میلیون یعنی قریب ۱۷٪ کل جمعیت آمریکا، این مملکتی که ما آنرا غنی ترین ممالک روزی زمین میدانیم و کعبه آمال عدای از غرب زدگان فیز هست، در وضع بهداشتی نامناسب بسر میبرند یا اصلاً فاقد بهداشت و خدمات پزشکی هستند. و این عده هم سیاه‌ستند و هم سفید، و با افزایش روزافزون خدمات پزشکی تعداد بیشتری از مردم که در آمدشان متوسط یا پائین تراز متوسط است نیز هر روز باین جماعت افزوده می‌گردد و این مسئله‌ای است که اخیراً توجه اولیای امور بهداشت و آموزشی و مخصوصاً دانشگاه‌های آمریکا را همانطور که قبل نیز متذکر شدیم بیش از پیش بخود معطوف داشته است.

از جمله اقداماتیکه در این باره بعمل آمده و هدف آن تأمین نیروی پزشکی بیشتر برای جوابگوئی نیازمندی‌های جامعه آمریکائی است، توجه به تریت «پزشک خانواده» یا پزشک «نخستین رده» است که از سال ۱۹۶۷ تا حال تعداد زیادی از دانشگاه‌های آمریکا بدان متوجه شده یارشته تخصصی باین نام ایجاد کرده‌اند، و یاد بر نامه درسی

فقط ۱۰٪ است) و اکثر آنان فقط مدت کوتاهی در بیمارستان توقف می‌کنند. و اینها هم بدلائی است که شمۀ ای از آنها در بالا آورده شد. بیشتر پزشکان آمریکائی بطور افرادی به کار طبیعت می‌پردازند و فقط ۱۰٪ آنان بطور جمعی و «گروهی»، و بهمین دلیل رقابت شدیدی بین پزشکان برای جلب مشتری موجود است. عده بسیار کمی تحت مواظبت یک پزشک قرار دارند و در نتیجه پزشک خانواده و مواظبتهای مداوم بوسیله یک نفر روز بروز در آمریکا کمتر می‌شود.

در آمریکا مقدار سرمایه‌ای که در راه بهداشت به کار افتد است روز بروز بسرعت افزایش می‌یابد (Bowen ۱۹۷۰). در سال ۱۹۵۰، این مقدار قریب ۴/۵٪ در آمد کلی ملی بوده در سال ۱۹۶۷، به ۶/۵٪ رسیده که جمعاً در حدود پنجاه و یک بیلیون دلار می‌شود. قسمت اعظم این سرمایه گذاری از مالیات‌ها بdest می‌اید و در نتیجه روز بروز با آن افزوده می‌گردد.

برای اینکه میزان توجه بخش‌های خصوصی و عمومی آمریکائی را به امر بهداشت عمومی و خدمات بیمارستانی بفهمیم بدنیست به آمار زیر دقت کنیم:

در سال ۱۹۶۷، سرمایه‌ای که از بخش‌های خصوصی و عمومی در امر بهداشت مصرف می‌شده بین بطریق بوده است که ۸۰٪ در آمد پزشکان ۹۸٪ در آمد دندانپزشکان از کارهای اختصاصی یعنی مطب‌های شخصی و در آمد بخش‌های خصوصی تأمین می‌شده ۹۴٪ قیمت داروها ۹۸٪ پول عینک را خود مردم پرداخته‌اند (بخش خصوصی)، ولی در مقابله ۴۹٪ مخارج بیمارستانی و ۶۶٪ از مخارج آسایشگاه‌ها و ۹۰٪ هزینه‌های تحقیقاتی و ۱۰۰٪ خدمات بهداشتی از راه پرداخت مالیات و بخش عمومی تأمین شده است.

از این بررسی چنین برایمی‌اید که قسمت اعظم هزینه خدمات پزشکی شخصی مردم در آمریکا بوسیله خود مردم پرداخت می‌شود و در مقابله قسمت بزرگی از مخارج بسترهای دنی بیمارستانها از راه مالیات و بوسیله دولت و شرکت‌های یمه تقبل شده است. متأسفانه با وجود اینکه مقادیر معنابهی سرمایه به امر بهداشت اختصاص یافته است، بهبود چشمگیری در تأمین نیروی انسانی پزشکی و یا افزایش تسهیلات مورد نیاز مردم بوجود نیامده مثل آنست که این پول اضافی خواسته مردم را به بهداشتی بهتر و خدمات پزشکی گسترش‌دهنده و کاملتر افزوده است و چون تقاضا زیاد شده اما در برای بر آن عرضه یعنی خدمات پزشکی کافی تأمین نشده در نتیجه عدم تعادلی بوجود آمده که سبب نارضائی بیشتر مردم در رفع نیازمندیها و خواسته‌های پزشکی آنان گشته است و جای تعجب نخواهد بود اگر یاد آور شویم یکی از برنامه‌هاییکه نامزدهای

عيادت در منزل ، افزون درمانی Over-Treatment و افزون Over-investigation آزمایشی یا Over-Costing و افزون ارزایی Hospitalization و افزون ارزایی Over-Costing مبنایند وابن امری است که ماهما خبر از در شهرستان های بزرگ و مخصوصاً در پایتخت بدان دچار شده ایم و متاسفانه روز بروزهم در آن گردد اب بیشتر فرو می رویم و دانشگاه های ما ، که باید سرمشق تربیت «پزشک ایرانی برای ایرانی و در امکانات اکثریت ملت ایران» باشد ، با نسouی تقلید «پیخته» از خدمات پزشکی خصوصی ینگی دنیایی ، که مثل هر چیز «پیخته ای» ممکنست سبب سوء هضم ها و «ثقل» عای غیر قابل جبران و بدون بازگشت شود ، به کار گاهی تبدیل گردیده که مصنوع خود را به ینگی دنیا صادر می کنند تا بهترین و مرغوب ترین آنرا همانجا مصرف کرده ، با قیمانده را همراه معدودی از مرغوبین ، با هزاران سلام و صلوات بازگردانند و این تسلسل یا «سیکل» از نو شروع شود ، وما در این باره اگر فرست شد در آخر ، بحث خواهیم کرد و نظر خود را تقدیم خواهیم داشت .

بالاخره پس از مسئله مصرف کننده و جنس مورد مصرف بمسئله تولید کننده نیز باید توجه کرد و این مسئله دانشگاه های پزشکی است که بعلت نقص سازمان و توجه کمتر دانشجویان به رشته پزشکی عمومی یا خانوادگی ، مورد بیمه ری قرار گرفته و بیشتر دانشجویان به تخصص های دیگر گسیل می شوند و خود این افزونی تخصص یا Over-Specialization مسئله ای شده است همه گیر ، که طراحان و مسئولان آموزش پزشکی را در آمریکا و در کشورهای دیگری که همان سیاست را پیروی می کنند ، بوحشت انداخته است . واژ همین ره در چند سال اخیر کوشش هم جانبه ، مخصوصاً از طرف انجمن مدارس پزشکی آمریکا Association of American Medical colleges بعمل آمده و در عده ای از دانشگاه های پزشکی رشته تخصصی خاصی بنام «پزشکی خانوادگی» یا Family Medicine برقرار شده است . همه این کوشش ها به پیروی از توجهی است که جامعه آمریکا و خانواده آمریکائی به لزوم این نوع پزشک در اجتماع پزشکان خود کرده است و مطابق قانون طبیعی چون مردم خواسته اند «وتقاضا» داشته اند ، تولید کنندگان نیز بفکر تولید «عرضه» آن برآمده اند . همانطور که گفته شد این امر از سال ۱۹۶۶ ببعد رسماً وارد عمل شده و بجای «آکادمی پزشکان عمومی» که در سال های قبل موجود بود «آکادمی آمریکائی پزشکی خانوادگی» بوجود آمده است .

ولی متاسفانه تا اسال ۱۹۶۹ فقط ۱۰٪ از پزشکان بعضویت این آکادمی درآمده اند .

دانشکده پزشکی دروسی را گنجانده اند که پزشکان را به کار «پزشکی خانوادگی» ، بیشتر وارد سازند و این قسمت درس سال اخیر بعلت فشار اولیای امور دولتی آمریکا وارد کردن سرمایه های گذاف بصورت کمک بدانشگاه هایی که تر بیت پزشک دست اول را عهدده دار شوند فوق العاده گسترش یافته و یک هیئت متحده تخصصی جدیدی بنام «پزشکی خانوادگی» از طرف انجمن پزشکان آمریکائی بوجود آمده که در بهار سال ۱۹۷۰ اولین امتحان آن بعمل آمد و در مارچ ۱۹۷۱ قریب ۳۱ بر نامه تخصصی یارزیدنی بوسیله این هیئت مورد قبول واقع شده و تعداد آنها روز افزون است . دوره تخصص برای پزشکی خانوادگی در آمریکا سال است و بر نامه یارزیدنی (دستیاری) آن نیاز از طرف انجمن AMA از سال ۱۹۶۶ ببعد تصویب شده و در حال اجرا است . اصول این برنامه تقریباً یکسان ولی بر حسب احتیاجات هر محل یا ایالت و امکانات آموزشی اختلافات جزئی در آن موجود است .

بعلاوه «آکادمی آمریکائی طب عمومی و کمیسیون آموزشی آن» در سال ۱۹۶۹ پیشنهاد کرده است که قسمتی از این برنامه در طی سالهای دوران تحصیل پزشکی هم مان بأسایر دروس پزشکی آموخته شود و دنباله آن پس از دیپلم در طی سه سال کار آموزی یارزیدنی تخصصی ادامه یابد و این برنامه مورد قبول عده زیادی از دانشگاه های قرار گرفته است . برای اطلاع بیشتر در این باره علاقمندان را به مطالعه گزارش آکادمی پزشکی عمومی او هایو (۱۹۷۰) توصیه می کنیم .

مسئله پزشکی عمومی در آمریکا چندین جنبه دارد از آن جمله همانطور که گفته مسئولیت کامل و مدامیم یک پزشک برای یک فرد کمتر موجود است ، هم پزشکان دوره گردند و هم بیماران . طول مدت اقامت یک فرد در یک شهر در آمریکا بطور متوسط ۷ سال حساب شده و پزشکان نیز از این قاعده مستثنی نیستند و همین امر خود دلیل بر عدم ثبات روابط بین پزشک و بیمار پزشک و خانواده بیمار است و سبب می شود که یک پزشک در یک محل کمتر «بوم» کند . و چون نفس امر قبول مسئولیت کامل مستلزم فداکاری ها و احیاناً زحمات و مشقات بیشتر است این سبک طبایت با «مسئولیت کمتر» بیشتر مطبوع طبع آدمی واقع خواهد شد و پزشکان را باتخاب یک چنین شغل مزاحمی چون پزشک خانوادگی کمتر مشتاق می سازد .

دومین مسئله آنست که کیفیت خدمات پزشکی بسیار می تلف و متغیر و تابع عوامل متعددی است که در پیش گفته آمد . قیمت آن نیز عمولاً بالا و در بعضی موارد غیر قابل تحمل (لاقل برای اکثریت مردم) است . بسیاری از مردم از نبود پزشک خانواده و کم شدن

است که اندکی هم از نسبت دلخواه بیشتر است و این تعداد تقریباً دو برابر نسبتی است که در ممالک متعدد آمریکا یا انگلستان موجود است.

سطوح و درجات مختلف خدمات پزشکی در کشورشوروی بخوبی مشخص و روشن است. این سطوح بترتیب زیر است:

پزشک صاف نخستین یاپزشک محلی یا «اوچاستوک» که بیشتر کار آنها در درمانگاههای مختلف در سطح روستاهاست و پزشک سطح دوم یا پزشک شهرستانی یا «یون» که از مزایای بیمارستانی فیز استفاده میکند و بالاخره پزشک سطح سوم یاپزشک استانی یا «او بلاست» که از مزایای مرآکز پزشکی بزرگ بهره میبرد.

در اولین صفحه خدمات پزشکی که مورد بحث ماست، افراد، آزادی انتخاب پزشک ندارند و همگی مجبورند به پزشکان «محلی» خود مراجعه کنند که دریک پست درمانگاهی در محل مستقر شده‌اند که از چهار نوع پزشک سطح اول تشکیل شده است: یکی پزشک عمومی درمانی، که او را «تراپیست» مینامند و خدمات پزشکی ۲۰۰۰ شخص بالغ بعده او است، دیگری پزشک کوکان یا «پدیاتریست» که مسئول خدمات پزشکی ۱۰۰۰ کودک محلی است و سومی پزشک بهداشتی یا «هیئتنیست» و چهارمی دندان پزشک یا «استوماتولوژیست». پزشکان این درمانگاه در بیمارستان کار نمیکنند و پزشکان بیمارستانی عموماً افراد دیگری در همین سطح هستند که وظیفه‌شان فقط کار در بیمارستان است.

پزشک خانواده نیز در این اجتماع معنی ندارد، چون متجاوز از نیمی از ۲۳۰ میلیون جمعیت شوروی در مناطق روستائی زندگی میکنند و سعی قریب سه برابر ممالک متعدد آمریکا را باید زیر نظر داشته باشد. برای تسهیل در کار، دولت شوروی اتوسول بهتر بیت پزشک مخصوصی شده که بنام «فلچر» خوانده میشود که در درحقیقت مانند پزشک دوم یا «بهدار» خودمان است وسی از سه سال آموزش پزشکی میتواند زیر نظر پزشک و بعنوان کمک پزشک در مرآکز روستائی انجام وظیفه کند.

عمولاً طرز کار «خدمات پزشکی» وسلسله مراتب آن در شوری چنین است که: یک پست «کمک پزشکی» در هریک از کوچکترین واحدهای اجتماعی که یک «دهاشتر اکی» یا «کلخوز» باشدو عموماً بین ۵۰۰-۱۰۰۰ نفر جمعیت دارد، مستقر میشود. این پست زیر نظر اولین پست پزشکی درمانگاه محلی یا اوچاستوک قرار دارد که عمولاً بفاصله ۱۵-۳۰ کلومتری پست‌های امدادی ابتدائی است. والبته هر درمانگاه، وابسته یک بیمارستان محلی است که بین ۲۵-۱۰۰ تخت دارد و زیر نظر پزشکان عمومی و کوکان و جراحی و مامائی اداره میشود که از پزشکان درمانگاه جدا هستند.

نگارنده هنگام شرکت در آخرين انجمن كالج هاي پزشکي آمريکائي در اکتبر ۱۹۷۰ در لوس آنجلس شاهد فعالiteهای کارگر دانان انجمن بهقبولاندن اين نيز از عمومي جامعه آمريکائي بدروسي دانشکده ها بود. بنظر ميرسد در اينکار نيز توفيق قابل توجهی بدست آمده است و مدارس بيشتری اين تخصص را جزو رشته‌های تخصصي خود گنجانده باشند.

آنچه ما از بررسی اختصاری «پزشکی در آمریکا» بدست میاوریم و درسی که میاموزیم اینست که: اولاً برای حسن انجام «خدمات پزشکی» که یکی از نیازمندیهای اولیه و همگانی هر جامعه است باید نوعی «سازمان ملی» بوجود آید که طراح و برنامه‌ریز برای همه طبقات و سطوح مختلف اجتماع باشد. و چون بهای این خدمات در آمریکا و بعضی کشورهای مشابه فناز زیاد است باید کوشش همچنانه بعمل آید که بنحوی ازانجاء حداقل این خدمات را، برای «همه» آحاد اجتماع فراموش آورد و این کار بدون نوعی دخالت دولتها امکان پذیر نخواهد بود. البته در زمانی بهداشت و حفظ سلامت و صحت مردم این مسئولیت دولتها غیر قابل تردید است.

ثانیاً در عین حال که موافقیم پزشکان «نخستین رده» به بیمارستانها دسترس داشته باشند و بتوانند آنسته از هم‌اجمیع خود را که حتماً نیاز به استری شدن دارند بستری‌سازند، با این امر نمیتوانیم موافق باشیم که مسئولیت درمان و مواظبت آنان در بیمارستانها کاملاً بعهده این دسته از پزشکان باشد مخصوصاً در جایی که مذافعه مادی و اقتصادی انگیزه اصلی این کار قرار گیرد و دیدیم که در اکثر بیمارستانهای خصوصی آمریکا این انگیزه موجود بوده و در اساسته همه شرکت‌های بیمه این امتیاز (که بستری شدن در بیمارستان باشد) بنحوی گنجانده شده است. باید مقررات طوری تنظیم شود که در عین کنترل پزشکان مختلف تشویق به افزون‌بستره کردن بیمار یا Over-Hospitalization نشود.

۳- پزشک «نخستین رده» در اتحاد جماهیر شوروی.

اتحاد جماهیر شوروی یکی از ممالکی است که از تعداد فراوان پزشک و کمک پزشک برخوردار است. (مقصود از کمک پزشک کلیه افرادی هستند که مانند پرستار، بهیار، تکنیسین، وغيره بنحوی ازانجاء در اعر خدمات پزشکی اعم از درمانی Medical Auxiliaries و بهداشتی به پزشک کمک میکنند و بنام عام موسومند). در آماری که بوسیله اسازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۶۵ منتشر شده در این کشور برای هر ۴۸۰ نفر یک پزشک موجود

هیئت امنا بوسیله وزارت بهداشت ازین داوطلبان انتخاب میشود و کمیتههای فرعی اداری و مشورتی کارهای اجرائی را انجام میدهد. ۲- خدمات عمومی پزشکی و دندانپزشکی، چشمپزشکی بوسیله «شورای اجرائی» انجام میگیرد (Executive Council) که تعداد آنها در انگلستان (بغیر از اسکاتلند و ایرلند) ۱۳۸ تا است و وظیفه آن پیش از انجام خدمات عمومی و عمومی پزشکی است از قبیل پرداخت به پزشکان عمومی، ترتیب انتقال بیماران وغیره. این شوراهای نیز وظائف خود را بوسیله کمیتههای فرعی اداری، حرفاها و مشورتی انجام میدهد. بر عکس کارمندان بیمارستانها که حقوق بگیر هستند، پزشکان عمومی هنوز سیستم دستمزد گیری را نگاهداشته‌اند که از روی «سرانه» بوسیله سازمان پرداخت میشود. این پزشکان از آزادی وسیعی در نحوه عمل خویش و دائم کردن مطب شخصی بر خوردارند و حتی میتوانند از عضویت سازمان نیز خارج شوند.

معهداً کمیته «حرف‌پزشکی» مناطق مختلف را از نظر تعداد پزشکان لازم برای هر منطقه دقیقاً زیر نظر قرار داده است بنحوی که اجازه دائم کردن مطب را در مناطقی که تعداد پزشکان آن زیاد باشد نمیدهد. ایجاد مطبهای گروهی، بیش از پیش تشویق میشود و بر تعداد آنها افزوده شده است. برای داروسازان و دندانپزشکان و چشمپزشکان آزادی بیشتری موجود است بطوریکه میتوانند بدون اینکه فقط بیماران نام نوشته در لیست را بهینند بدون واسطه مراجعین و مشتریان را معاینه کرده دستمزد مناسب را مستقیماً دریافت دارند.

بیماران قسمتی از هزینه‌های دندانپزشکی و چشمپزشکی را میپردازند و از سال ۱۹۶۵ تا ۱۹۵۲ قسمتی از هزینه داروئی خدمات ملی پزشکی نیز بوسیله بیماران بداروسازان پرداخته میشد.

۳- سومین قسمت، مربوط به «اولیای امور بهداشتی محلی» است که باسابقه خلی فرق نکرده و اعضای آن بوسیله مردم انتخاب میگردد و فقط خدمات آنها گسترش بیشتری پیدا کرده که وظیفه آنها بیشتر، پرداختن بهداشت مردم است. کار این سه شعبه از خدمات پزشکی ملی بوسیله وزارت بهداشت هم آهنگ میشود. بطور کلی این سازمان توانسته است خدمات پزشکی کافی برای عده زیادی از مردم که سابقاً توانایی و امکان استفاده از آنها را نداشته‌اند، فراهم آورد. ولی نتائی در اجرای هم آهنگی بین شبكات مختلف آن موجود بوده و از نظر مالی نیز اشکالاتی داشته که بتدریج رفع شده است مخصوصاً در قسمت مربوط به پزشک عمومی هنوز آنطور که باید رضایت خاطر مردم و پزشکان را فراهم نیاورده و درنتیجه عده‌ای از پزشکان بهمکانی دیگر مهاجرت کرده‌اند و نسبت پزشک به جمعیت رو بقصان نهاده است. از همین رو، در سالهای

هر پزشک «محلى» بین ۶-۳۶ فلچر زیر نظر دارد که موظف است آنسان را مرتبأ در محل کار ملاقات کند و بالاوه آنان نیز همیشه به پزشک مزبور دسترسی دارند. در سطح شهرستان یک پزشک بعنوان رئیس بهداری وجود دارد که مسئول خدمات پزشکی درمانگاهی و بیمارستانی و بهداشتی آن منطقه است.

رابطه بین پزشکان شهرستان‌ها و استان‌های مختلف آزاد است و اغلب اتفاق میافتد که یک پزشک از بیمارستان مرکزی به بیمارستان محیطی تو پرواز میکند تا مشکلات آنسان را در قلمرو تخصص خویش برطرف سازد.

مشخصات سازمان خدمات پزشکی در شوروی در درجه اول سختی و انعطاف پذیری روش و نحوه اجرای آن است، و در درجه دوم نبودن پزشک خانواده، و در درجه سوم وظیفه خاص فلچرهاست که در هیچ‌جایی از ممالک دیگر نظیر آن نیست، و در درجه چهارم ارتباط بسیار نزدیک پزشکان و «خدماتین پزشکی» سطوح و درجات مختلف باهم است که مجبور نزدیک حسن جریان امور این ارتباط را همواره حفظ کنند. بعارت دیگر هیچ‌کس و حتی پزشک یاد نشوند، مالکیت ندارد و همه مال دولت است و این مالکیت شامل تخصص پزشکان نیز میگردد. علاوه بر این در اتحاد شوروی مرکز خاص عمومی برای استفاده بیماران مخصوص یا گروهی از بیماریهای-ا وجود دارد که بنام «آسایشگاه» خوانده می‌شود؛ مانند هر اکثر مخصوص بیماریهای دیوی، بیماریهای قلبی، بیماریهای عصبی، بیماریهای اریهای مزمن، معلولین، سالمدان وغیره. برای «بازشناسی» و کشف این گروه مبتلایان است که در هر سال لااقل ۸۵ میلیون نفر در شوروی باید معاینه و «غربال» شوند تا آنها که مشکوک هستند به مرکز مزبور گشیل شوند.

۳- پزشک «نخستین رده» در انگلستان

سازمان ملی بهداشت انگلیس: از سال ۱۹۴۶، قانون بهداشت ملی انگلیس برای تأمین خدمات پزشکی مجانی جهت کلیه ساکنین انگلستان و سپس قانون جداگانه‌ای برای اسکاتلند و ایرلند شمالی در همین زمینه از پارلمان انگلیس گذشت که از ۵ جولای ۱۹۴۸ بمرحله عمل درآمد.

سازمان خدمات بهداشتی ملی انگلیس B.N.H.S از سه سازمان تشکیل شده که زیر نظر وزارت بهداشت کار میکند. حدود وظایف این سازمان شامل کلیه خدمات بیمارستانی، طبع عمومی، دندانپزشکی و چشمپزشکی و خدمات مربوط به «مقامات بهداشتی محلی» میشود. ۱- بیمارستانها در ۱۴ منطقه تقسیم شده‌اند و هر کدام زیر نظر هیئت امنای بیمارستانی منطقه، که از ۲۰-۳۰ عضو تشکیل شده، کار میکند. هر یک از آنها لااقل بایک بیمارستان آموزشی مربوط است. اعضاء

۴- پزشک «نخستین رده» در اروپای غربی

در بیشتر دانشکده‌های پزشکی اروپای غربی یک دانشجو وقتی دیپلم پزشکی خود را گرفت نوعی «پایه پزشک» یا (Basic Doctor) خواهد بود که میتواند یاوارد «حرفة عمومی پزشکی» گردد و یا بدنبال تحصص برود. در عده‌ای دیگر از دانشکده‌ها در حین تحصیل پزشکی نیز دانشجو را به مسائل تخصصی مورد نظر آینده خویش آشنا ساخته راهنمائی میکنند و آنرا «راهنمائی زودرس» یا «پیش راهنمائی» Early Orientatoin مینامند، که در بعضی از دانشکده‌ها، واز آنچه ملء در فرانسه یکی دو سال است بصورت تجریبی اجرا میگردد، (در پیشنهاد اینجانب به بهداشت جهانی در اکتبر ۱۹۷۰ نیز تقدیر آن گنجانده شد که دانشجو در دو سال آخر تحصیل خود آزاد باشد قسمی از کارورزی یا کار آموزی خود را در رشته‌هایی صرف کند که در آینده میتواند در آن رشته متخصص شود و دوره انترنی را بدوسال یکی انترنی «گردان» (Rotating) یا «اکسترنسی» تقدیر کارورزی فعلی، و دیگری انترنی «مستقیم» یا Straight که بیشتر مصروف رشته‌های مورد علاقه دانشجو است، تقسیم کردم و امیداست که مورد اجرا قرار گیرد. این روش حد فاصل بین تخصص پس از گرفتن دیپلم پزشکی (که متدالو بیشتر کشورهای است) و تخصص زودرس است که بعداً گفته میشود.

بالاخره در گروه سومی از کشورهای اروپایی مانند اتحاد جماهیر شوروی تخصص زودرس موجود است، که در نیمه اول تحصیلات پزشکی کلیه دانشجویان پزشکی باهم درس میخوانند و از آن بعد بر حسب اینکه کدامیک از رشته‌های تخصصی اساس بالینی را بخواهند انتخاب کنند (پزشک درمانگری یا تراپیست، پزشک کودکان، پزشک بهداشت و دندان پزشک) قسمی از برآنمه آنها مشترکه شود و بقیه اختصاص بهمان رشته‌های خواهد داشت که بعداً بدان اشتغال خواهند ورزید. این نوع تخصص را در اصطلاح بهداشت جهانی «تخصص اولیه» یا Primary Specialisation (که عده‌ای نیز آنرا شبه تخصص یا Specialloid نامیده‌اند) نامند، در مقابل تخصص‌های فرعی که آنرا «تخصص ثانویه» یا Secondary Specialisation می‌خوانند. در هیچیک از این کشورها پزشک عمومی یا خانواده بصورت تخصص مخصوص (آنطور که در آمریکا است) نیست و هر دانشجویی که دیپلم پزشکی را دریافت کرد میتواند اجازه پرداختن به پزشکی عمومی را دریافت کند (مانند ایران). در ممالک اسکاندیناوی و هلند و بیشتر ممالک اروپای غربی وضع خدمات پزشکی مخلوطی از خدمت «نیمه عمومی» از راه برقراری سازمانهای بیمه اختصاصی یادولتی و مملی و خدمت «شخصی» و «غيرعمومی» است. در نوع اول شرکت‌های بیمه‌درمان بیشتر بیماری‌هارا متعهد می‌شوند و قسمی از

آخر تجدید نظری در میزان و نحوه پرداخت دستمزد پزشکان عمومی بر مبنای سالیان خدمت و نوع و کیفیت خدمت وغیره بعمل آمده که تاحدی این نقصه را جبران کند.

برطبق آخرین قانونی که پس از اصلاحات متعدد فعلاً اجرا میشود هر فرد انگلیسی و افراد خانواده‌اش که مقررات «سازمان» را پذیرفته باشد بواسیله این سازمان بهر پزشک عمومی منطقه محل سکونت خویش که خود انتخاب کرده باشد، برای استفاده از خدمات پزشکی، مجانية معرفی میشود، مشروط بر آنکه آن پزشک برای مقررات موجود، عضویت سازمان را قبول کرده و با صلح از نظر سازمان «مجاز» شناخته شده باشد.

تعداد فراجعین هر پزشک عمومی طبعاً محدود به منطقه محل سکونت اوست و بستگی به حسن شهرت و سابقه و امکانات پزشک و خواسته مردم، دارد. بهر پزشک مبلغی از روی «سرانه» برای هر بیمار پرداخت میشود. بعلاوه مقداری نیز فوق العاده پرداختی گردد که تابع میزان مهارت و کیفیت خدمت و سوابق و سایر امتیازات پزشک است. دارو مجاناً از هر داروخانه مجاز (که مقررات سازمان را گردن نهاده باشد) به بیمار داده میشود.

بنابراین در انگلستان یک پزشک عمومی وظیفه پزشک «صف اول» را ایفا کرده و برای کلیه افراد اجتماع اعم از کودک یا بالغ، زن یا مرد و همه بیماریهای معمولی آنسان «خدمات پزشکی» را انجام میدهد. این پزشکان که معمولاً بطور انفرادی در مطب شخصی و گاه بصورت گروه باعده‌ای از همکاران خودکار میکنند با دسته‌ای دیگر از پزشکان که فقط در بیمارستانها یا بیماریان پزشکی بیمارستانی کار کرده و حقوقی نیستند، و معمولاً خدمات پزشکی بیمارستانی ۶۰- ۷۰ هزار تفر را بعده دارند، تفاوت دارند و همانطور که گفته شد از آزادی بیشتری برخوردار هستند ولی حق دخالت در کار بیمارستان را ندارند.

آنچه از بررسی «سازمان بهداشت ملی» انگلستان بدست می‌آید آنست که اولاً حدود وظایف پزشک «دست اول» یا عمومی کاملاً معلوم نیست و ثانیاً امکان کار برای این پزشک در بیمارستانها اغلب موجود نمی‌باشد و نمیتواند چنانکه شاید باید از تسهیلات پاراکلینیکی بیمارستانها و دانشگاهها استفاده کند.

ثالثاً وظیفه پزشک عمومی و مقامات محلی بهداشتی از هم مجزا است و حال آنکه از نظر اجتماع بهتر میبود جای پزشک صفت نخستین را «پزشک خانواده» اشغال و بهم کارهای پزشکی و اجتماعی و بهداشتی بیمار و خانواده اورسیدگی کند برای اطلاع بیشتر درباره سازمان «پزشکی عمومی» در انگلستان به قسم‌ضمیمه مراجعه شود.

طی کرده باشد میتواند اجازه اشتغال به حرفه پزشکی را از وزارت علوم و آموزش عالی کسب کند و عملاً همه پزشکان مزبور میتوانند به شغل «پزشکی نخستین رده» یا پزشکی عمومی «یا پزشکی خانواده‌ای» مشغول شوند. در سالیان قبل گویا در حدود سال ۱۳۰۸ بعلت کمبود پزشک عده‌ای از شاغلین بی‌دیپلم به حرفه پزشکی، بر حسب قانون معینی که مستلزم گذاردن امتحان خاص بوده میتوانستند بنام «پزشک مجاز» بکار خود در قلمرو محدودی که قانون معین کرده بود، ادامه دهند. و اکنون از این گروه گمان می‌رود فقط تعداد بسیار کمی ذنده باشند و دسته‌ای دیگر نیز فارغ التحصیلان آموزشگاههای بهداری بودند که مجبور بخدمت در روستاهای بوده و اکثر آنان مجدداً وارد دانشکده‌های پزشکی شده و فعلاً یا پزشک دیپلم شده‌اند یا مشغول تحصیل میباشند و عده خیلی کمی در روستاهای بهمان شغل «بهداری» ادامه میدهند.

تا قبل از شهر یورسال ۱۳۲۰، بعلت کمی تعداد متخصصین بیشتر پزشکان به همه کار می‌پرداختند و در حقیقت پزشک عمومی یا پزشک خانواده بودند و خود اینچنان در سالهای بین ۱۳۱۶ و ۱۳۲۰ مجبور بودم همه کارهای یک پزشک عمومی، از بیماریهای داخلی و کودکان و جراحی کوچک و بیماریهای زنان گرفته، تا بیماریهای میز راه و چشم پزشکی و گوش و حلق و بینی و کارهای آزمایشگاهی معمولی و رایج وغیره را خود بنته‌ای انجام دهم. وهم اکنون نیز پزشکانی که در روستاهای یا شهرستان‌های درجه دوم هستند «مجبور نه همین کارهارا بکنند. بتدریج و بالفرایش تعداد متخصصین، پزشکان در شهرستان‌ها و شهرهای بزرگ از نظر نوع اشتغال بدرجات زیر منقسم می‌شوند:

- ۱- پزشکان عمومی یا «پزشکان نخستین رده» که اکثر آنها در یکی از سازمان‌های دولتی یاواسته بدولت یا نیمه مای و خصوصی مانند دانشگاه یا وزارت بهداری، سازمان بیمه اجتماعی، سازمان برنامه و وزارت خانه‌های راه، آموزش و پرورش، کار، دادگستری، شیر و خودشید سرخ، بانک‌ها و غیره بکار مشغول هستند و قسمتی از وقت خود را صرف برگزاری امور مطب شخصی یا مواظبت از بیماران خوبی در بیمارستانهای خصوصی می‌کنند. این عده یا فاقد تخصص میباشند و یاد ریکی از رشته‌های داخلی، کودکان، جراحی، مامائی و زنان تخصص دارند اما کم و بیش همه کارهایند. عده کمتری از آنان منحصر اکار آزاد دارند که روز بروز از تعداد آن‌ها کاسته می‌شود.

در سالهای اخیر بتدریج کارهای جراحی عمومی، داخلی عمومی، کودکان عمومی و زنان و مامائی عمومی در حال جدا شدن است. یعنی تخصص‌های دسته‌های اول یا اسپرسیالوئید، شکل می‌گیرد ولی هنوز هم در شهرستان‌ها هستند جراحانی که کار پزشکان داخلی

هزینه پزشکی بهده بیمار و بقیه آن بهده شرکت است. پزشکان از دوراه مزد می‌گیرند یکی از روی تعداد بیمار مراجعت کننده یعنی «سرانه»، دیگری مبلغ اضافی بنام «خدمات پزشکی خاص». پزشکی عمومی در این ممالک هنوز هم وجود دارد و بوسیله پزشکان منفردی انجام می‌گیرد که دارای مطبهای خصوصی هستند و معمولاً بر طبق قانون عرضه و تقاضا مشمول رقابت شغلی هستند. دسترسی آنها به بیمارستان و وسائل تشخیصی پاراکلینیکی بر حسب مقتضیات هر مملکت متغیر است. در بعضی ممالک مانند سوئی این امکان خیلی بیشتر است. متأسفانه جنبشی که در همه جهات بسوی «تخصص هرچه بیشتر» و Over Specialization پدید آمده ممالک اروپائی را نیز مغافل نداشت و تعداد پزشکان عمومی را روز بروز مخصوصاً در شهرها کمتر کرده است.

۵- پزشک نخستین رده در استرالیا و ممالک مشابه

وضع پزشکی در استرالیا و کانادا و افریقای جنوبی همانند وضع انگلستان در سالیان قبل از اجرای قانون «پزشکی ملی» ۱۹۴۸ این کشور است.

در این ممالک همراه با خدمات پزشکی «خصوصی» نوعی پزشکی بیمه عمومی در سطح ملی و دولتی و بیمه‌های خصوصی وجود دارد. «خدمات عمومی پزشکی» بوسیله پزشکان عمومی انجام می‌گیرد که معمولاً انفرادی است و مانند کشورها در مطبهای خصوصی با در آمد های شخصی به کار مشغول است. ولی کار این پزشکان بهمین مطب و درمانگاهی محدود نمی‌شود و مواظبت از بیماران خود را در بیمارستانهای خصوصی و آسایشگاههای اختصاصی نیز ادامه میدهند. هنوز هم عده‌ای از این پزشکان عمومی کارهای جراحی کوچک و مامائی و زنان را نیز انجام میدهند که علت آن قسمتی اقتصادی و برای کسب درآمد بیشتر است و قسمتی معلول کمبود متخصص کافی در این رشته‌هاست. با وجود اینکه عده‌ای از پزشکان «گروهی» کارمی‌کنند هنوز هم در استرالیا تفاوت بادارند گران مطبهای شخصی است.

مهترین مشخص خدمات پزشکی در این ممالک آنست که این خدمات معمولاً بوسیله پزشکانی انجام می‌گیرد که فوق العاده به استقلال حرفه‌ای خوبی پایه بند هستند، و داشتن مطب شخصی و درآمد اختصاصی را بهر نوع رفورمی ترجیح میدهند و از همین رو وضع طبایت در آنچا بی‌شباهت با وضع عملکت خودمان نیست یعنی «خدمات پزشکی انفرادی».

۶- پزشکی «نخستین رده» در ایران

بر طبق قوانین جاری کشورهای پزشکی که از یکی از دانشگاههای ایران یا خارج دیپلم گرفته و خدمت خارج از مرکز استان خود را

و تقاضا در این مبحث کاملاً صدق نکند، زیرا آنطور یکه حرف پزشکی پیش میرود و مقاصد مادی، بر مبانی اخلاقی و اجتماعی می‌چرخد، ممکنست عده‌ای از پزشکان برای شیرین تر کردن کالای خود به راههای انحرافی متول شوند و بر تعداد تخصص‌ها بطوره صنوعی بیفزایند زیرا بر طبق قانون پارکینسون نفس تعدد کارگر، خود، کار پیشتر میافریند» و مبنی‌وان ادعا کرد که عده‌ای از این تخصص‌های خبلی پیش‌رفته که بنام Ultra-specialization عده‌ای خود پزشکان ایرانی پزشکان «یا بعبارت دیگر «نظام پزشکی» ایران است. زیرا مردم هر جازیق و برق پیشتر دیدند بهمانجا بیشتر روی میاورند مخصوصاً که در ظاهر بنتظر میاید هر چه میدان تخصص و معلومات تنگتر و محدودتر باشد عمق آن بیشتر خواهد بود و این امر طبیعی است. اما در جاییکه ماقاقد بعضی از متخصصین دست اول یعنی متخصصین عمومی هستیم نباید نیروی خود را در شبکه دست دوم به دردهم و در این کار یک نوع سیاست پزشکی در حد ملی لازم است.

۳- آیا پزشک نخستین صفت یا «پیشرو» باید یک پزشک عمومی باشد؟ (مانند انگلستان و کشورهای مشابه) یا اینکه مانند آمریکا و شوروی نوعی متخصص دست اول یا شبه متخصص، و کار او به گروه مخصوصی از اجتماع (مانند کودکان، بالغین، زنان و آبستنی‌ها) محدود گردد؟ این مسئله‌ای است در خور دقت پیشتر، و در هر مملکت فرق میکند. در صورت آنچه مسلم است و نباید آنرا از نظر دور داشت این است که هیچگاه این گونه پزشکان (ولوش به متخصص باشند و یاد رشته‌های عمومی تخصصی کار کرده باشند) وقتی وظیفه «پزشک صفا اول» را قبول کرند نباید در کارهای تخصصی «خاص» وارد شوند زیرا این تجاوزی خواهد بود به درجه متخصصین.

۴- حدود و وظیفه پزشکان «صفا اول» تقریباً همانست که تا حال بعده پزشک خانواده مجمل بوده است و در ابتدای مقال به آنها اشارت رفت و روی مرتفه مواظبت از «بیماریهای عمومی شایع» محدوده آنان را تشکیل میدهد. منتها آنچه باسابقه فرق کرده و باید بکند این است که امکان تشخیص زودتر و جلوگیری از بروز بیماریها و بهداشت مناسب، بدانها بیشتر از پیش داده شود و برای اینکار لازم است فقط و فقط از آن دسته از آزمایش‌های پاراکلینیک استفاده گردد که قطعی بودن ارزش آنها در امر تشخیص مسام شناخته شده والا تعهیم بعضی آزمایش‌های گران قیمت و پیچیده و نیازمندوسائیل کمیاب و گران، و بی در تظر گرفتن ارزش آنها در تشخیص بیماریهای عمومی کاری بیهوده و اسرافی خواهد بود که باید حتی از آن پرهیز کرد، واگر این معیار را به درستی در تظر گیریم از

یا کودکان و زنان و مامائی هم در این انجام میدهند یا پزشکان داخلی که بیماریهای کودکان و زنان را نیز زیر نظر دارند.

۲- پزشکان متخصص: شامل تخصص‌های دست اول (داخلی، جراحی، کودکان، زنان و مامائی و رادیولوژی) یاد است دوم مانند چشم، گوش و حلق و بینی، اعصاب، روان‌پزشکی، قلب و سایر شبکه‌های داخلی و جراحی میشود، که روز بروز بر تعداد آنان افزوده میشود. و همانطور که گفتیم عده‌ای از آنها مخصوصاً دسته اول ممکنست گاه‌گاه و در مطب‌های شخصی خود، کار پزشک عمومی را انجام دهند. مراجعتین این متخصصین اغلب بطور مستقیم و گاهی بوسیله همکاران دیگر هدایت میشوند.

۳- پزشکی خانواده، که معمولاً بهده همان پزشکان عمومی است و در هر شهرستان تعدادی از خانواده‌ها ابتدا به پزشک خود که بیشتر اوقات از اقوام یا آشنايان نزدیک آنان هستند مراجعه می‌کنند و با مشورت آنها ممکنست به متخصصین دست اول یاد مراجعه می‌شوند.

روی هم رفتہ هنوز حدود و شفاعة پزشک «دست اول» یا «نخستین رده» معین نشده و گرچه باجرای قانون نظام پزشکی تاحدودی نظم در این کار بوجود آمده اما هنوز هم پزشک «نخستین رده» ممکنست بتفاوت یک پزشک عمومی (یعنی فاقد هیچگونه تخصص) یا یک متخصص داخلی اطفال، جراحی، یا رشته‌های تخصصی وابسته به گروههای داخلی، جراحی باشد. مضافاً باینکه هنوز هم پزشکان عمومی خود را عموماً متخصص داخلی میدانند، زیرا حدود مشخصی برای این نوع تخصص ترسیم نشده است و عده زیادی نیز از القاب و عنوانین تخصصی استفاده میکند که قانوناً وجود آن نیستند و با کوششهای نظام پزشکی امید می‌رود این نقیصه رفع گردد.

بخش سوم :

نتیجه: از مجموع بررسیهای فوق چنین میتوان نتیجه گرفت که:

- ۱- بعلت توسعه علوم پزشکی و کثیر امکانات و وسائل تکنیکی و همچنین افزایش بها و هزینه‌های خدمات پزشکی باید در هر مملکتی بر حسب مقتضیات و امکانات مخصوص به آن، نوعی «سازمان خدمات پزشکی ملی» بوجود آید که اصل «بهداشت ممکن برای همه» را بهتر و بیشتر برحله اجرا در آورد و امکانات مملکتی را در دسترس همگی نیازمندان قرار دهد و بهمین جهت ما در اصل «بهداشت برای همه»، کلمه ممکن را نیز اضافه کرده‌ایم که بیشتر رسا باشد.

- ۲- چون تخصص در عالم پزشکی روبرو باشد و این امر بعلت گسترش دامنه علوم پزشکی اجتناب ناپذیر است، مسئله‌ای که پیش می‌آید آنست که در هر مملکت تاچه حد باید به گسترش و تعدد و افزایش این تخصص‌ها میدان داد. بنظر میرسد قانون عرضه

و محیطی، مرضی وغیره وارد است و هم جامعتر از هر فرد دیگری میتواند بنفع بیمار خود نظر بدهد یا تصمیم بگیرد.

۷- بالاخره نکته‌ای را که نباید ناگفته بگذاریم آنست که در این پزشکی عمومی و پزشکان «صف نخستین» مانند هر پزشک دیگر- رعایت آزادی واستقلال پزشک (که یک حق اکتسابی طبیعی او است) از یکطرف واجرای سیاست‌ملی دولتی که نفع کلی جامعه را در نظر گرفته وطبیعاً معارض حق اول خواهد بود از طرف دیگر، کاری است بس مشکل و نیاز با یکنوع حسن نیت و حسن تفاهم دوچار نماید بلکه سه‌جانبه بین مردم و پزشکان و دولت‌ها دارد که باید این‌ها آنرا تبلیغ کردو با برگزاری میزگردهاوسخنرانی‌ها و جلسات گفت و شنود و استفاده از کلیه وسائل اطلاع جمعی نکات تاریک آنرا روشن و به حل مسائل پیش‌آمده کمک کرد.

بخش چهارم :

خلاصه پیشنهاد: سخنان پیش‌گفته خود را که در ضمن بصورت پیشنهادی، به‌اولیای امور مملکت و مخصوصاً نظام پزشکی و قاطئه پزشکان است در زیر خلاصه می‌کنم:

۱- برای اجرای هرچه صحیح‌تر اصل «خدمات پزشکی ممکن برای همه ایرانیان» باید نوعی «سازمان خدمات پزشکی یا سازمانی ملی» بوجود آید تاهمه نیازمندان جامعه مناسب با میزان نیازخویش بتوانند از همه امکانات فنی و انسانی موجود بهره‌بردارند.

۲- وجود پزشک «نخستین رده» یا «پیشو» با خصوصیاتی که دارد شد لازم است و برای تربیت هرچه بیشتر و کافی‌تر این گروه باید بیشتر کوشید و این وظیفه دانشکده‌های پزشکی است که در تأمین این نیازکلی طبق برنامه جامع و عملی بکوشند، خواه بصورت پزشک عمومی یا پزشک خانواده^{*} و یا از طریق «پیش‌راهنمایی».

۳- چون «آموزش پزشکی» آموزشی است مدام و در تمام طول مدت «حیات حرفه‌پزشکی» باید ادامه داشته باشد پیشنهاد می‌شود در همه دانشکده‌های پزشکی دپارتمان یام مؤسسه‌ای که مسئول این نوع آموزش مدام پزشکان باشد تأسیس یابد، تاهم پزشکان خود را از جامعه علمی دورافتاده ندانند و هم سطح معلومات آنان و در نتیجه کمیت و کیفیت خدمات پزشکی آنان بالاتر بینند.

۴- طبیعی است که هدف اصلی سنتگاه تولیدی پزشک، یعنی دانشکده‌های پزشکی، باید تأمین نیازهای پزشکی ایران بdest ایرانی و برای ایرانی بهسبک و شیوه ایرانی باشد و آن مستلزم آموزش این شیوه‌ها به افراد هیئت‌های علمی دانشکده‌های پزشکی است، بطوریکه هر کدام از این افراد قبل از اینکه وارد اولین مرحله آموزش یعنی استادیاری شوند یک دوره کوتاه‌مدت ایران

اتلاف مقادیر زیادی نیروی انسانی وقت و پول و حتی جان بیماران جلوگیری کرده‌ایم. تشخیص و باصطلاح قسانوئی شناختن این آزمایشها نیز از وظائف کمیته مخصوص فنی «نظام پزشکی» ایران است که دائماً این آزمایش‌هارا مورد بررسی قرار و هر کدام را صحیح‌تر و مؤثرتر و مناسب‌تر تشخیص دهد به جامعه پزشکان عرضه دارد و از این‌urg و مرج فعلی که گریبان‌گیر مردم این سامان شده است، همگان را رهائی بخشد.

۵- اخیراً جنبشی بطرف «خدمات پزشکی گروهی» پیدا شده و روزی‌روز مانند هر «مدی» روبه‌گسترش است و این گسترش هم بمنظور منطقی وقابل قبول میرسد، زیرا نیاز اجتماع به استفاده از همه رشته‌های پزشکی مسلم است و دامنه این علوم نیز دائم‌درحال گسترش، و هم‌بستگی مردم و افراد جامعه و پزشکان نیز در حال پیشرفت. ولی این سازمان‌ها نباید صرفاً از نظر اقتصادی و بهره‌رسانی به صاحبان سهام یام مؤسسه‌ین، تأسیس یابد. بلکه حتماً باید متنضم‌من‌هدوهای عالی حرفه مقدس پزشکی و خدمت به منع نیز باشد و لو آنکه سود مادی نداشته باشد، که اغلب دارد. با یک چنین کار گروهی ممکنست اجرای قسمتی پیشتر از این خدمات را بعده «کمک پزشکان» و باصطلاح هیئت پارامدیکال و حتی افراد اداری گذاشت: از قبیل تهیه و تنظیم و بایگانی پرونده‌ها، آماده کردن بیماران، کمک در انجام آزمایشها و امتحانات پاراکلینیک، ارتباط با جامعه، مددکاری اجتماعی، سایر وظایف هر بوط به اداره و کارگردانی مؤسسه.

۶- مسئله‌دادهای خدمات پزشکی «نخستین صف» تابیه‌مارستان و سپس در دوره نقاوت، مسلماً برای تکمیل روابط بین پزشک و بیمار مفید است و بنظر میرسد اگر بشود که این گونه پزشکان بتوانند لااقل بیماران خود را در بیمارستانها بستری کرده تاحدودی تیخت برآقت دائم خویش داشته باشند، مفیدتر خواهد بود (خواهد در بیمارستان‌ها عمومی یا خصوصی) ولی این امر بستگی بوضع محل دارد، اما مسلم است در آینده بیش از گذشته بدان توجه خواهد شد. اگر سیستم «پزشکی ملی» مورد قبول و اجرای قرار گیرد و خدمات پزشکی عده‌ای از افراد جامعه یا خانواده‌ها، به پزشکی محول گردد، طبیعی است اگر آن پزشک بتواند در همه حالات و موارد بنفع بیمار خود از وسائل عمومی یا خصوصی چه در بیمارستان و چه در درمانگاه و چه در مرکز بهداشتی و چه در اجتماع استفاده م مشروع و مجاز بکند کاری درست انجام داده است. زیرا او است، و تنها او است، که بهتر از هر شخص دیگری به بین و بن کار بیمار خود هم از نظر سوابق خانوادگی، شخصی، شغلی، اجتماعی

* نگارنده در این باره پیشنهادهایی دارد که در صورت لزوم ارائه خواهد داد.

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 در قسمت پیش آگاهی:

وقوف بر اهمیت پیش آگاهی درباره بیمار و خانواده وی و شغل او. بررسی میزان توانایی بیمار برای انجام دادن کار.

۱-۴ در قسمت درمان:

مداوای کلیه بیماریهای عضوی یاروایی خفیف. مواظبت از کلیه بیماران مبتلا به بیماریهای سخت تر جسمی یاروایی در منزل.

توانایی تسکین کلیه نشانه‌های مبتلای درد وغیره. مواظبت از بیماران مزمن، چه جوان و چه سالمند. درمان اتفاقات و بیماریهای فوری و تصادفی در محدوده پزشکی عمومی و انجام دادن تدابیر و کمک‌های اولیه. جراحی‌های کوچک و تدابیر درمانی معمول در پزشکی عمومی. شناسائی تغذیه بطور عموم و تقدیمه نوزاد بطور اخص.

نوتونایی و برگشت مجدد بکار پس از رفع و بهبود کلیه بیماریها و تصادفات چه آنهاییکه در بیمارستان بستری بوده یا نبوده‌اند. دادن دستورهای درمانی و مواظبت‌های درازمدت از بیمار و افراد خانواده یا کارفرمای شخص مصدوم یا بیمار، و توجه مخصوص به آنان که ناتوان شده‌اند.

مواظبت‌های واپسین بیمار مختصر و تشریفات منبوط باان.

۲- از نظر اجتماعی

شناسائی و بکار بردن کلیه خدمات و کمک‌هایی که پزشک خانواده بتواند در حل مشکلات مسائل خانوادگی یا اجتماعی همه بیماران خود در هر سنی که باشند انجام دهد.

برقراری رابطه بین پزشک عمومی و «اولیای امور بهداشتی محلی» و بکار بردن کلیه تسهیلات و امکانات آن‌ان در رفع نیازمندیهای بیماران یا افراد خانواده آنها اعم از خدمات بهداشتی، پرستاری، بهیاری، بهسازی، مددکاری اجتماعی، روانی، کمک‌های سازمان‌های دولتی و عمومی باخصوصی و خیریه وغیره که به نحوی در پیشبرد این مقصود کمک‌کند.

کمک‌هایی که پزشک عمومی درامر بهداشت مدرس و محل کار میتواند بکند.

کمک در پیشبرد خدمات پزشکی عمومی در سطح مملکتی و انجام دادن دستورات بهداشتی وزارت‌های بهداری، کارورفاه اجتماعی و سایر

شناسی‌وایرانی شناسی همراه با آداب تعلیم و تربیت یا «پداگوژی» بگذرانند تایبیه‌تر از پیش‌بوضع تاریخی و چهار افیائی «ملکت و ملت و آداب و رسوم و سنت‌ها و فرهنگ آن آشنا گردند.

ضد میمه (۱)

پزشک عمومی: تعریف و وظائف و نحوه آموزش و مقام آن در جامعه *

پزشک عمومی باید اطلاعات خاصی درباره مسائل منبوط به پزشکی خانواده و خدماتیکه باید به بیماران خود درامر مداوا و پیشگیری انجام دهد و حیطی که بیمار در آن زندگی میکند، داشته باشد. بعلاوه از اثرات بیماری بر بیمار و افراد خانواده و اجتماع و محل سکونت او نیز کاملا آگاه باشد. درامر تشخیص و درمان بیماریهای عمومی (یعنی بیماریهایی 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 یک پزشک عمومی با آن برخورد میکند و نوع وظایفی که باید انجام دهد، در زیر مورد بحث قرار میگیرد:

۱- از نظر بالینی

اطلاعات پزشک عمومی در قسمت بالینی بقرار ذیر باید باشد:

۱-۱- در قسمت پیشگیری بیماریها

اپیدمیولوژی بیماریهای عفوی و واگیر عمولاً با توجه خاص به وظیفه مخصوص پزشک عمومی درامر پیشگیری، و جلوگیری از گسترش بیماری، ایمونولوژی در پزشکی عمومی. مقام پزشک عمومی در آموزش بهداشتی و مراقبت در حفظ صحت و بهداشت ساده (صورت انفرادی یا گروهی). آزمایش پزشکی معمولی نوزادان و کودکان (هم از نظر جسمی و هم روانی) و بالغین که شامل سالمندان نیز بشود. پیشگیری از حوادث و تصادفات مخصوصاً در کودکان و سالمندان.

۱-۲- در قسمت تشخیصی :

کشف و شناسائی زودرس هر گونه انحرافی که از نظر عضوی یا عاطفی در وضع طبیعی افراد بوجود آید (تشخیص زودرس). تشخیص بیماریهای آشکار با توجه مخصوص به مسئله تشخیص اتفاقی و آن دسته از نشانه‌های عینی با احساسی که بیشتر در پزشکی عمومی روزمره آنها برخورد میشود (Objective and subjective).

شناسائی کامل، گرفتن شرح حال و آزمایش جسمی و روانی از بیمار و دستور کارهای پاراکلینیکی ساده که یا خود بتواند آنها را انجام دهد و یا در منطقه محل سکونت او انجام پذیر باشد.

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

این برنامه مخصوصاً باید خواسته‌های زیر را برآورده سازد:

- ۱ - با تأمين «مراکز پزشکی نمونه تربیت پزشک خانواده» دانشجویان را به انتخاب این رشته از خدمات پزشکی تشویق کرده آثاراً بافلسفه ایجاد یک چنین رشته‌ای آشنا سازد.

۲ - برای دانشجو امکان آموزش بالینی و عملی و کسب مهارت در تشخیص و درمان بیماریها و روش‌های تکنیکی لازم در حرفه پزشکی خانواده را فراهم سازد.

۳ - برای دانشجو امکان کسب اطلاعات کافی و عمیق در کلیه رشته‌های پزشکی را که با پزشکی خانواده مر بوط می‌شود فراهم آورد.

۴ - بدانشجو روش تحقیق در امر خدمات پزشکی موردنیاز جامع را بیاموزد تا خود بتواند بطورفعال در پیشبرد این خدمات ورفع نقصان احتمالی شرکت و در بهترین رساندن آنها کوشش کند.

۵ - تقویم صحیح این نکته که در این رشته نیز مانند سایر رشته‌های پزشکی، آموزش باید مدام الیات باشد، و برای عالی نگاهداشتن سطح اطلاعات پزشکی، هر پزشک باید همواره از آموزش مداوم برخوردار باشد.

پایه‌های بر نامه آموزش «پزشکی خانواده»

مهمنترین پایه این رشته در پزشکی باید «مرغوبیت» آن باشد، در اینجا نیز مانند سایر قسمت‌های پزشکی کلیه اطلاعات علمی و عملی لازم برای تربیت پزشک باید آموخته شود ولی چند خصوصیت هست که بیشتر باید مد نظر قرار گیرد.

الف - دسترسی به یک مرکز پزشکی یا بیمارستان عمومی که در آن کلیه رشته‌های پزشکی موردنیاز این تخصص جمع باشد و بعنوان «سرمشق یامدل» زیر نظر یک واحد اداری آگاه بظایف و خصوصیات پزشکی خانواده کار کند، ازمه‌مترين پایه‌های این آموزش است.

خصوصیات یک چنین مرکزی باید چنین باشد که:

۱ - دانشجو و پزشک مسئول (رزیدنت) بیمارستان بعنوان پزشک دست اول بشمار روند

۲ - دانشجو و پزشک مسئول (رزیدنت)، مسئول انجام دادن کلیه خدمات لازم و ممکن درمورد بیماران در همه وقت باشند. آموزش بیماران در نحوه بکاربردن این خدمات نیز بوسیله آنان باید انجام گیرد تا بتوانند در غیاب پزشک نیز دستورهای اورا ادame دهند.

۳ - رابطه بین بیمار و دانشجو و پزشکان مسئول باید دائم بر قرار باشد و بعبارت دیگر همیشه خدمات پزشکی در دسترس بیمار باشد.

۴ - توجه مخصوص، به بیماران سرپائی، بیماریهای شایع، بیماریهای

سازمانهای دولتی و مملکتی که به نحوی ازانجاء با کارهای پزشکی مر بوط می‌شوند. واسطه بودن بین بیمار و پزشک‌های مشاوره‌یامن‌خصوصی و مدیران بیمارستانها یا سایر مراجع کارگری یا اجتماعی.

۳ - از نظر سازمانی

شناسائی اشکال مختلف خدمات پزشکی: مطب انفرادی، شرکتی، گروهی، مراکز بهداشتی، پلی کلینیک، واحدهای تشخیصی و درمانی. شناسائی ابزار جراحی، نسخه نویسی و تدبیر درمانی در پزشکی عمومی، پرونده نویسی و بایگانی، نوشتن گواهی، اطلاع دادن به ادارات بهداشت، کمکهای فرعی (سازمانهای پزشکی کمکی)، وقت دادن به بیمار، جانشینی و سیستم‌های گردشی (جانشینی شدن پزشکی بجای دیگری) و سیستم کشیک، قوانین بهداشتی و بهداری مملکتی.

۴ - از نظر قانونی و علم الاحلاق پزشکی

رابطه بین پزشک عمومی با بیماران، بامسوسین و دوستان بیمار و با کارفرمایان وی (اعم از بخش‌های خصوصی یا دولتی). روابط اخلاقی پزشکان خانواده با همکاران عمومی دیگر، متخصصین، پزشکان بیمارستانی و مشاورین.

رابطه پزشک وظایفی را که نسبت به قانون، پلیس، و کیل، «طبوعات، شهرداری و منتصدیان کفن و دفن و جواز وغیره دارد. مسائلی که از نظر طب قانونی در موارد تصادفات، مسمومیت‌ها، مرگ ناگهانی و مرگ مشکوک باید دانسته شود.

وظائف پزشک عمومی در باره نوشتن گواهی‌ها و اطلاع دادن بیماریهای لازم به مراکز بهداشتی و تجویز داروهای سمی و خطرناک.

۵ - آموزش پزشکی مداوم در پزشکی عهودی

آشنائی با روش‌های آموزش پزشکی مداوم جاری در مملکت و شناختن انواع آنها و استفاده از هر کدام که میسر باشد.

۶ - پژوهش در پزشکی عهودی

آگاهی به امکاناتی که برای پزشک عمومی در امر پژوهش هست و استفاده از فرصت‌های مناسب برای شرکت در این فعالیتها.

ضمیمه(۳)*

اطلاعات درباره برنامه تربیت «پزشک خانواده» (Family Medicine)

هدف: هدف پژوهش پزشک خانواده باید تربیت چنان پزشکانی باشد که در امر مدیریت کلیه خدمات پزشکی مر بوط به افراد و خانواده‌آنها وارد باشند و بتوانند نیازمندیهای پزشکی و بهداشتی آنان را با آسانی برآورده ساخته راهنماییهای لازم بعمل آورند.

* اقتباس از گزارش کمیته آموزشی «پزشکی خانواده» شورای آموزشی انجمن پزشکی آمریکائی.

بیماریهای مشترک بین کودک و بالغ، مسائل ذیر خواهد بود: مسائل نوزادان و دوره‌های رشد و نوجوانی، مسئله تنفسی، ناهنجاریهای مادرزادی، عقب مانندگی روانی، مسائل رفتاری و عاطفی کودکان، و درمان یامواظبت از آنان.

همچنین مسائل مر بوط به طب پیشگیری و درمانگاه کودکان و مواقت کودک در منزل و درون خانواده و بالاخره آموزش بیماریهای عفونی و واگیر و وضع کودک در سازمان اجتماعی خانواده و مدرسه و اجتماع.

۳- جراحی: آموزش جراحی بیشتر باید درجهت فراگیری کارهای ضرور و تدا بیرونی قبلاً از رسیدن جراح و تشخیص بموقع بیماریهای که نیازمند جراحی خواهند بود و نوع جراحی لازم و مسائلی که در اثر جراحی ممکنست بوجود آید، باشد. اطلاعات دانشجویان وسائل و تکنیکهای جراحی ضرور و همچنین مشکلاتی که بعضی اعمال جراحی ممکنست برای بیمار بوجود آورند، باید کافی باشد تا بتواند بیمار و خانواده اورا بموضع درجریان بگذارد.

۴- روانپزشکی: دانشجو باید راههای تشخیص و نحوه درمان اکثر بیماریهای پسیکوسوماتیک (روان تی) و عالطفی را بیاموزد، و بیماریهای شایع روانی چون فشارهای روحی، اضطراب و ضعف روانی و اختلالات احساسی، عاطفی و پسیکوزها را بشناسد و مواظبهای لازم در درمانگاه و بیمارستان و دوره نقاوت را بتواند انجام دهد. آموزش این رشته یکی از مهمترین قسمت‌های بر نامه را تشکیل میدهد و همراه با آموزش طب داخلی و کودکان باید انجام شود. کارآموزش بالینی و درمانگاهی آن نیز همراه با دو رشته اساسی پیش‌گفته باید در بیمارستان «عمومی مدل» پهلو پهلوی آنها انجام گیرد.

۵- زنان و مامائی یا پزشکی تناولی: دانشجو باید مسائل بیولوژیک و روانی دستگاههای تناولی، تولید تخم و رشد جنین، دوران آبستنی زایمان و تولد نوزاد و اثراتی را که آبستنی و تولد در افراد خانواده میگذارد، کاملاً بیاموزد و از مواظبهای اقیانوسی مطلع باشد، تا بتواند خود درامر زایمان کمک کند و با عوارض احتمالی و درمان آنها آشنا باشد.

همچنین بیماریهای شایع دستگاه تناولی زن و مرد و درمان آنها را در درمانگاه و بیمارستان و دوره نقاوت بشناسد. علاوه از امدور من بوط به مسائل جنسی و ازدواج و بهداشت و سلامت نسل، یعنی دو موضوع اساسی طب عمومی و خانوادگی، باید اطلاعات کافی داشته باشد.

در بسیاری از موارد لزومی ندارد که پزشک خانواده خود مباشر زایمان باشد و در آن صورت آموزش زمان تحصیل کافی خواهد بود،

هرمن، مسائل عاطفی و رفتاری، طب پیشگیری، حفظ بهداشت و نوتوانی، مبدول گردد.

۵- شرکت دانشجویان و پزشکان مسئول در امر خدمات پزشکی درون خانه، اعم از عیادات بیمار یا دستورهای بهداشتی در محل سکونت و محل کار و پیشه.

۶- تنظیم بر نامه‌های کشیک گردان بین دانشجویان و پزشکان مسئول (رزیدنت) در قسمت‌های مختلف خدمات پزشکی مانند بخش‌های بیمارستانی و درمانگاهها و خدمات درون خانه‌ای، که همه بتوانند یک نحو از امکانات استفاده کنند.

۷- امکان افزایش استقلال و مسئولیت دانشجویان و پزشکان مسئول در امر خدمات پزشکی بر حسب سوابق کار آنان.

۸- استفاده از وسائل و تسهیلات محلی، اجتماعی، پیشه‌ای و بهداشتی برای دانشجو و پزشک.

ب- امکان آموزش در رشته‌های بزرگ پزشکی من بوط به پزشکی خانواده و رشته‌های وابسته.

پ- امکان شرکت دانشجویان و رزیدنت‌ها در امور پژوهش بالینی و مسائل بهداشتی.

ت- امکان آموزش قسمت‌های انتخابی بر حسب تمایل دانشجو باطوریکه بتواند در رشته‌های وابسته مورد علاقه خویش بر عمق اطلاعات خود بیافزاید.

مواد درسی بر نامه «پزشکی خانواده».

همانطور که گفته شد بر نامه «پزشکی خانواده» باید انعطاف‌پذیر باشد و بر حسب مقتضیات هر محل و احتیاجات آن و امکانات موجود تغییر کند، ولی عده‌ای از دروس هست که حتماً باید در هر بر نامه گنجانده و اساس آن شمرده و بدانها توجه بیشتر شود از این‌قرار:

۱- علبه‌داخلی در «پزشکی خانواده» مهمترین پایه‌را تشکیل میدهد و اولین درس بالینی است که بدانشجو آموخته می‌شود. اساس برخورد با بیمار و گرفتن شرح حال و امتحانات جسمی و روانی و آزمایش‌های لازم و پایه‌های تشخیص و قضاوت و تعبیر پاسخ‌های پساراکلینیکی و دقت در سیر بیماری و جستجوی علل و مطالعه قبیز یا لوثی و پاتولوژی بیماریها، وبالاخره اصول درمان، همه را بین قسمت پایه‌ریزی می‌شود. علاوه بر این در طب داخلی اساس طب پیشگیری و تکنیک‌های مرسم و همچنین «پزشکی نوتوانی» آموخته می‌شود.

۲- کودکان: شباهت بسیار طب داخلی و طب کودکان سبب می‌شود که در آموزش ایندو رشته همیشه تجاوزی از یکی به دیگری اتفاق بیفتد، که قسمتی از آن اجتناب ناپذیر است. ولی آنچه مخصوصاً در طب کودکان باید بدان بیشتر توجه شود علاوه بر

۸- دیگر رشته‌های تخصصی: برای هر دانشجو باید یک جای انتخابی هم بازگذاشت که بتواند بدلخواه خود در رشته‌های تخصصی دیگر که مورد علاقهٔ او است یا ممکنست بدان احتیاج پیدا کند مانند رشته‌های بیهوشی، رادیولوژی، چشم پزشکی، گوش و حلق و بینی، کاردیولوژی، نوروولوژی و غیره، تحصیل کند، زیرا در بعضی موارد حتی باید یک پزشک «دست اول» «با خانواده» اطلاعات تخصصی داشته باشد مانند کارهای احیائی و بازگرداندن زندگی یا Reanimation، مسمومیت‌ها و نجات غریق و خفگی و سایر اورژانس‌های طبی یا جراحی حیاتی وغیره.

آموزش پس از دپلم یاد ر دوره تخصص

این قسمت از آموزش باید بصورت رزیدنسی در همان مرآکز پزشکی عمومی انجام گیرد که طول مدت و نحوه اجرای آن برای همه یکسان نیست و بر حسب مقتضیات زمانی یامکانی تغییر می‌کند.

ولی آنچه پس از بحث و فحص بسیار موردنیرو کمیته آموزشی قرار گرفته آنست که سه سال رزیدنسی برای «رشته پزشکی خانواده» کافیست، که باید شامل رشته‌های طب داخلی، کودکان، طب اجتماعی و بهداشت و رشته‌های انتخابی باشد. این رشته‌ها ممکنست شامل مامائی، زنان، جراحی یا شعب آن، شب داخلي، آزمایشگاهی رادیولوژی و نظائر آن باشد.

آموزش مداوم (Continuing education)

با گسترش دانش پزشکی، هم در سطح وهم در عمق، امکان این را که یک پزشک بتواند تا مدتی مددی بدون آموزش جدید اطلاعات خود را در سطح مناسب نگاه دارد و بهمان معلومات اندوخته شده در زمان تحصیل دانشکده پزشکی، اکتفا کند از بین برده است، چه حساب شده است که «نیمه عمر» اطلاعات پزشکی در حدود پنج سال است و آن نیز تابع چگونگی آموزش زمان تحصیل و نوع انتربنی و رزیدنسی و سطح آموزش دانشکده‌ای که در آن تحصیل کرده است می‌باشد. در هر حال هر پزشک واز آنجله پزشک خانواده لاقل هر ۵ سال باید بنحوی اطلاعات خود را تازه سازد و دائمًا با تازه‌های پزشکی آشناشود.

برای اینکار پزشک خانواده باید بطور متناوب در دوره‌های کوتاه یا دراز مدت آموزش مداوم شرکت کند، البته در رشته‌هایی که عمومی باشد و با پایه‌های اساسی حرفة او بیشتر بروط باشد. این رشته‌ها بر حسب نیاز اجتماع و نیاز پزشک و میزان پیشرفت و دانش‌های تازه در هر رشته مخصوص، مختلف خواهد بود و انتخاب آن تابع امکانات زمانی و اجتماعی و اقتصادی پزشک و دانشگاه و اجتماع است.

ولی در صورتیکه بنا باشد پزشک خانواده خود رأساً نیز در امر زایمان اقدام کند آنوقت احتیاج به تخصصات خاص پس از دپلم خواهد داشت که در قسمت رزیدنسی گفته خواهد شد.

۶- طب اجتماعی یا (Community Medicine): طب اجتماعی یکی از رشته‌هایی است که فوق العاده مورد نیاز پزشک خانواده خواهد بود، و در آموزش آن باید توجه شود که دانشجو اصول ابیدمیولوژی و بهداشت محیط و سازمان‌های بهداشتی اجتماعی و نحوه اداره آن و روابط بین اداره کنندگان قسمت‌های مختلف آن را بیاموزد و از مسائل بهداشتی مورد نیاز اجتماع، بحد کافی آگاهی یابد، واژه‌لیفه دولت‌ها و بخش‌های خصوصی در امر بهداشت و سازمان‌های مددکاری اجتماعی و داوطلبان مطلع باشد. از مشکلات اقتصادی و اجتماعی و روحی مردم در قبول یارده روشهای و دستورات بهداشتی آگاه باشد و دلائل پیشرفت یا عدم پیشرفت بر نامه‌ها را بدقت مطالعه کند و امکانات بهداشت فردی و اجتماعی هر دور از نظر بگیرد و با آنها آشناشود.

این بر نامه باید از همان ابتدای تحصیل پزشکی و در مرحل مختلف آن پاییای سایر رشته‌های علوم پایه و علوم بالینی آموخته شود و دانشجو را وارد اجتماع سازد، و با مسائل و مشکلات پزشکی آن آشناسازد به نحوی که ویرا از همان ابتدا در این کار «در گیر» کند، تا خود شخصاً با آنها روبرو شده، راه حل‌های تازه‌ای بیابد.

۷- علوم اجتماعی و رفتاری (Behavioral and Social):

این رشته‌ها که شامل جامعه شناسی، روانشناسی اجتماعی، و مردم شناسی می‌گردد باید دانشجو را باین نکته واقف سازد که پزشک با یک «انسان» سروکار دارد. این موجودی است که باید بعنوان یکی از پایه‌های اجتماع و درون اجتماع مورد نظر قرار گیرد. در این آموزش مسائل مربوط به پزشک و بیمار، پزشک و اجتماع، پزشک و خانواده و کلیه مسائلیکه به آنها وابسته می‌شود باید در نظر گرفته شود. سوابق فرهنگی، سنتی، طبقاتی، مذهبی، تاریخی، اقلیت‌ها، نژادها وغیره همه باید بررسی و آموخته شود تا یک پزشک خانواده که خود نوعی پزشک اجتماعی است به دردهای اجتماع و دیشه‌های آن بیشتر آگاه شود تا بتواند در رفع نیازمندی‌ها و مشکلات مراجعت کنند. این مسائل بطور فعال بکوشد. خلاصه مانندسابق پزشک «بار ومددکار» خانواده‌ها باشد و در حل آنها راهنمایی و پزشکی سایر مشکلات آنان را نیز در باید و در حل آنها راهنمایی و کمکهای لازم را ب موقع بعمل آورد. مسلم است قدم اول این «مردم‌شناسی» و «جامعه شناسی»، «خودشناسی» خواهد بود یعنی هر کس اول خود را بشناسد و سپس خود را در مقام یک پزشک و سپس پزشک را در اجتماع. یعنی مقام کلی پزشک و مقام انفرادی هر پزشک را در اجتماع بشناسد که لازمه آن «خود» «شناسی» خواهد بود.

REFERNCES:

- 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).