مهاجرت پزشکان ایرانی به آمریکا

«دومین قسمت»

مجله نظام پزشکی
سال سوم ، شماره ۴ ، صفحه ۲۸۵ ، ۱۳۵۲

دکتر حسینعلی رونقی *

مهاجرت ازسرزمینی به‌سرزمین دیگرامری‌کاملاً طبیعی و گاهی لازم است. درطی‌قرون متمادی مردمان بدلایل‌گوناگون ازجمله برای بدست آوردن منابع طبیعی بیشتر یا درنتیجه عدم امکان سازش باشرایط موجود درمحیط خویش‌ناچار بمهاجرت‌بوده‌اند. از ابتدای قرن نوزدهم وهمزمان باگسترش روزافزون وسائل و راههای‌ارتباطی،مهاجرت‌ها بسرعت افزایش‌یافته وتدوین‌قوانین تازه‌ازطرف‌کشورها بمنظورمحدود ساختن مهاجرت‌ها نتوانسته است درحد مطلوب ازکم وکیف‌آن بکاهد.

در قرون گذشته مهاجرت به‌اقتضای زمان و برمبنای احتیاجات اولیه بشر برای پیداکردن غذا و یافتن محل مناسب زندگی صورت میگرفت و گروههای عظیم مردم به نقاط خالی از سکنه هجوم میبردند . دو نمونه از این مهاجرتهای دسته‌جمعی، یعنی مهاجرت اقوام‌آریائی از دشتهای شمالی‌آسیا بجنوب ومهاجرت اروپائیان درقرون هفدهم، هجدهم ونوزدهم به‌آمریکارا، میتوان نام برد.

در نیم قرن گذشته مهاجرت جنبه دیگری پیداکرده است، بدین معنی‌که مهاجرت دسته‌جمعی بطورکلی ازمیان رفته است و تنها کشورهائیکه از بنیهٔ اقتصادی قوی برخوردارنـد به تعداد قابل توجهی از نخبگان‌کشورهای دیگر بویژه‌کشورهای‌کمتر توسعه یافته اجازه اقامت میدهند و بدین‌ترتیب مسأله «فرار مغزها» یا بعبارت دیگر «جذب و خرید مغزها» پیش میآید. افراد تحصیل کرده کشورهـای‌کمتر توسعه یافته به امید پیداکردن زندگی مرفه‌تر و شغل پر درآمـدتر وطن خویش را ترك کـرده راهی کشورهای دیگرمیشوند وکشور خودرا ازمزایای نیروی انسانی که از مهمترین عـوامل توسعه و رشد اقتصادی است در مضیقه می‌اندازد .

مسأله فرارمغزها پس‌ازجنگ جهانی‌دوم‌چشم‌گیرترشد وآگاهی کشورهااز زیانهای‌ناشی‌ازمهاجرت صاحبان مهارت‌هاوتحصیلات عالیهٔ خود،این‌کشورهارا برآن داشت تابفکر جلوگیری ازفرار مغزها برآیند و حتی‌کار بجائی رسیدکه دراینمورد میان‌کشورهای‌کمتر توسعه یافته وکشورهای پیشرفته جروبحث درگرفت. دبیرکل سازمـان ملل متحد در اجـلاسیه پنجم نوامبر ۱۹۶۸ گزارش جامعی ازگرفتاریهای ناشی از فرار مغزها و از دست دادن نیروی انسانی مـاهر و تربیت شده درکشورهای در حال توسعه به اعضای سازمان تقدیم داشت . دراین‌گزارش علل عمده این مهاجـرتها ، ارتباط بیشتر بین‌المللی ، ارزانی و آسانی مسافرت‌ها و بالاخره پیدا شدن رقابت درصحنهٔ بین‌المللی برای جذب افراد متبحر فنون و علوم ذکر شده است.

بی‌تردیـد ایالات متحده امریکا بزرگترین و مهمترین خریدار تحصیلکرده‌های‌کشورهای‌کمتر توسعه یافته است . برطبق آمار وزارت دادگستری‌آمریکا،سالانه درحدود ۴۰۰،۰۰۰تن‌بعنوان مهاجر به این‌کشور وارد میشوند . باید درنظر داشت‌که دولت آمریکا بویژه در سالهای اخیر به سختی بـا اقامت دائم اتباع بیگانه در خاك آن‌کشور موافقت میکند، مگر اینکه این افراد دارای ارزش خدمتی درسطح بالاباشند. خطرفرار مغزها درحال حاضر نه‌تنها گریبانگیر کشورهای‌کمترتوسعه یافته میباشد، بلکه کشورهای نسبتاً پیشرفته نیز ازآن مصون نیستند. بطور مثال در

* شیراز ـ دانشکده پزشکی ، دانشگاه پهلوی.

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

فاصله سالهای ۱۹۶۱ ـ ۱۹۶۶، کشور انگلستان ۲۶۸۰۰ تن ازپزشکان ، مهندسین و بطورکلی دانشمندان خویش را در راه مهاجرت بخارج از دست داده ودر همین مدت ۱۹۰۰۰/ تن از تحصیلکردگان کشورهای آسیائی را بخدمت خود گرفته که رقم عمده این افراد از کشورهای هند و پاکستان تأمین شده است.

قبل از نتیجه گیری پیرامون مسأله مهاجرت پزشکان به آمریکا لازم است چند نکته را یادآوری کنیم:

نخست باید دانست که توسعه و رشد اقتصادی که شرط مسلم هر پیشرفت است به چهار عامل زیر بستگی دارد:

۱ـ منابع طبیعی (زمین، آب ، آفتاب و مواد خام).

۲ـ نیروی انسانی.

۳ـ سرمایه.

۴ـ مدیریت.

برای استفاده از منابع طبیعی و بکار انداختن سرمایه، در وهله اول نیاز به مغزهای متفکر یست که آن نیروها را در راه صحیح نیازهای اجتماعی هدایت کند. درمورد سرمایه نیز همینقدرکافی است که گفته شود توسعه اقتصادی با مغز پر و دست خالی عملی است ولی با دست پر و مغز خالی غیرممکن است.

با درنظر داشتن اهمیت و ارزش نیروی انسانی اکنون به مسأله فرار مغزها در موردکشور خود اشاره میکنیم . تا سال ۱۹۶۹ مجموعاً ۸۴۹۳ تن از دانشکده‌های پزشکی دانشگاههای ایران فارغ‌التحصیل شده و درهمان سال ، ۶۹۰۹ تن پزشك در ایران مشغول بکار بوده‌اند. با توجه به اینکه ۱۷۰۷ تن از پزشکان شاغل در ایران فارغ‌التحصیلان دانشکده‌های خارج بوده‌انـد ، بنابراین تاسال ۱۹۶۹ کشورما ۳۲۹۱ تن، تنها در رشته پزشکی ازدست داده است و با درنظر گرفتن نسبت کسانیکه درکشور ما دارای تحصیلات دانشگـاهی هستند، از دست دادن چنین نیروی انسانی ، تنها در یك رشته ازعلوم ، بسیار قابل اندیشه است.

غیراز مهاجرت پزشکان که قسمت عمده‌ای ازمغزهای فراری،را تشکیل میدهند، مهندسان و فارغ‌التحصیلان رشته‌های دیگر نیز بنوبه خود به ایالات متحده جلب و جذب شده‌انـد. برای مثال در سال ۱۹۶۶ میلادی ، ۱۰۶ تن و در سال ۱۹۶۷ صدونود تن مهندس ومتخصصان دیگر رشته‌ها از ایـران به‌ایالات متحده آمریکامهاجرت کرده‌اند. درسالهای اخیرنیز تعدادقابل‌توجهی از فارغ‌التحصیلان رشته‌های دیگر پزشکی مثل دندانپزشکی ، دارو سازی ، دامپزشکی، پرستاری وتکنیسین‌هـای مشاغل کمك پزشکی به آمریکا مهاجرت کرده‌اندکه مطالعه علل وکیفیت این موارد نیز بسیار حائز اهمیت است.

دومین نکته‌قابل‌توجه اینست‌که در کشورهای درحال توسعه کمیت وکیفیت رشته‌های مختلف دانشگاهی اغلب با نیازهـای اجتماعی آن کشورها مطابقت نمیکند. جرج بالدوین کراراً در نوشته‌های خود اظهارداشته‌است‌که مسأله فرارمغزها بطورعمده بعلت‌تربیت زیاده ازحد و غیرضرور متخصصان‌است تاحائیکه این کشورها از متخصصان اشباع شده‌اند ومازاد آنها اضطراراً بکشورهای دیگر روی میآورند. بعقیده بالدوین، ایالات متحده با بکارگرفتن‌این متخصصان، کشورهای کم رشد را از یك مشکل‌عمده که تورم‌افراد تحصیلکرده‌است نجات میدهد، چون با وجودیکه احتیاج به‌این نیروی انسانی‌فوق‌العاده زیاداست، لیکن‌قدرت جذب‌آنان ازنظر اقتصادی‌وجودندارد. گرچه نظریه بالدوین درموردایران‌مصداق ندارد، لیکن شاید این‌نظر درمورد بعضی‌ازکشورهاصادق باشد. برای نمونه میتوان به مقالـه آقای علیرضا طاهری در روزنامه کیهان‌اشاره‌کرد. وی درمورد وضع فارغ‌التحصیلان‌ انشگاههای هندوستان‌مینویسدکه‌درآن‌کشور بیش‌ازدومیلیون‌تن‌دارای درجات لیسانس، فوق لیسانس و بالاتر از آن وجود دارندکه به‌کارهائی ازقبیل راندن چرخهای باری ومباشرت خانمهای‌زیبا مشغولند.

علل عمده مهاجرت پزشکان ایرانی به‌آمریکا

در قسمتهای گذشته علل اصلی و عمده مهاجرت فارغ‌التحصیلان ایرانی به‌کشورهای غربی‌وبویژه‌آمریکا ذکرگردید اما عواملی که سبب اصلی مهاجرت فارغ‌التحصیلان رشته پزشکی از ایـن کشور است، به دو موضوع زیر مربوط میگردد:

ـ نظام آموزش پزشکی در ایران.

ـ نقص نظام درمانی بادرنظرگرفتن امکانات وشرایط موجود.

نظام آموزش پزشکی و نیز نظام درمانی در این کشور دارای مشکلات عمده‌ایست‌که بایدبرای هردوچاره‌اندیشی اساسی‌کرد.

۱ ـ نظام آموزش پزشکیـ همانگونه‌که قبلاً گفته شد، آموزش پزشکی‌در دانشکده‌های پزشکی‌ایران وبرنامه‌های‌تخصصی‌که در آمریکابه‌دانشجویان عرضه‌میشود، بامسائل‌درمانی‌وبهداشتی‌که‌در ایران وجود دارد بکلی بیگانه وناآنوس است و برای اکثریت قابل‌توجه جامعه ایرانی‌قابل بهره‌برداری نیست. آموزش‌پزشکی در ایران تقلیدی است ازکشورهای اروپائی و آمریکائی و بسیار طولانی و پرخرج .

همه ساله از میان ۸۰،۰۰۰ تن دیپلمه، نزدیك به ۶۰۰/ـ تن به‌دانشکده‌های‌پزشکی‌ایران وارد میشوند. بی‌تردید این‌افراد در ردیف نخبه‌ترین فارغ‌التحصیلان دبیرستانهای این‌کشوربحساب میآیند . دوره دانشکده پزشکی برای این جوانان چنانچه همه

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

سالها را با موفقیت طی کنند حداقل ۷ یا ۸ سال خواهد بود، در طی این دوره طولانی، آموزش پزشکی در بیمارستانهای مجهز ومدرن دانشگاهی بعمل میآید. آموزش براساس استفاده ازهمان تجهیزات و متکی به شیوه‌های پرتونگاری و آزمایشگاهی و بکمک هیأت متخصصان و تکنیسین‌های مختلف رشته‌های گوناگون آزمایشگاهی صورت میپذیرد. بجرأت میتوان گفت که ۷۵٪ وقت دانشجویان دانشکده‌های پزشکی صرف فراگیری علوم پایه، علوم آزمایشگاهی و چگونگی کاربرد دستگاههای موجود در بیمارستانها و فراگرفتن تئوریك بیماریهائی که در این مملکت بسیار نادر است میشود. نتیجه مستقیم استفاده از تجهیزات بیمارستانهای مدرن دانشگاهی، بیگمان موجب فقدان قدرت کافی در تشخیص بالینی خواهد بود. سختگیریهای موجه و غیر موجه عده‌ای از استادان، دوره بیش از حد طولانی دانشکده پزشکی، انبوه دروسی که گاهی دانشجو آنها را تنها برای چند روز ازبر میکند، موجب میشود که پس ازپایان تحصیل، دانشجو ازنظر مادی فقیر و ازنظر معنوی خسته و سرخورده باشد ووقتی برای انجام خدمت وظیفه احضار میشود درروستاها برای نخستین بار احساس میکند که بهیچوجه نمیتواند از اندوخته دانش خویش سود جوید. او خود وکارآئی خودرا باوضع موجود کاملاً بیگانه می‌بیند. درروستا، نه آزمایشگاهی وجود دارد ونه امکان عکسبرداری در میان است و متأسفانه در بعضی موارد حتی زبان روستائیان هموطن خویش را نیز نمیفهمد. از طرفی امکانات موجود در روستاها و شهرکها توقعات او را پس از ۲۰ سال تحصیل برآورده نمیکند. او در این وضع بخوبی احساس میکند که توانائی بالقوه او عاطل مانده است، حتی دراینوضع هم اگر بتواند بیماریها را بدرستی تشخیص بدهد، داروهائیکه دردسترس دارد تنوع زیادی ندارند تا موجب شود از استعداد و معلومات خویش بدرستی استفاده کند. برای او در وهله اول این سئوال پیش میآید که آیا تجویز ۲۰ـ۳۰ رقم دارو احتیاج به ۲۰ سال تحصیل دارد؟

عده‌ای از فارغ‌التحصیلان پزشکی پس از خاتمه دوره سپاهی در اولین فرصت عازم آمریکا میشوند. در آمریکا در بدو امر، یعنی در طی دوره انترنی، با حقوق متوسط ۵ـ۶ هزار تومان بکار آغاز میکنند. جامعه صنعتی و متمول آمریکا هرتازه واردی را بزودی میفریبد و پزشك جوان ایرانی نیز از این قاعده مستثنی نیست.

وقتی برخورداری خویش‌را از فرآورده‌های تکنولوژی پیشرفته آمریکا مثل اتومبیل بزرگ وغیره می‌بیند نتیجتاً احساس میکند ارزش اجتماعی او حتی بیش از استادانش در ایران است. تفاوت زندگی سپاهی درروستاهای ایران ولابلای آسمانخراشهای آمریکا برای او بقدری عجیب و بهت‌آور است که درهمان روزهای اول ورود تصمیم میگیرد که برای همیشه دراین مکان که بنظرش بهشت موعود است بماند. گرچه این قاعده در مورد همه پزشکان و جوانان ایرانی صادق نیست ولی قدرمسلم آنست که چنین سرنوشتی در انتظار تعداد قابل توجهی از آنان درگذشته بوده و اگر راه حل معقولی بکار گرفته نشود، در آینده نیز خواهد بود. لازم بیاد آوریست که وجود وگسترش بسیار زیاد بیمارستانهای مجهز درتمامی نقاط آمریکا، در حد بسیار وسیعی، نیاز به معلومات تئوریك و آزمایشگاهی اطباء فارغ‌التحصیل از کشورهای کمتر توسعه یافته دارد. در چنین موقعیتی پزشك جوان اگر نتواند بزودی به اشتباه خود پی ببرد و واقعیت خشك و بیروح ولی‌پر زرق و برق جامعه آمریکا را در نیابد برای تثبیت وضع خویش وگرفتن اجازه اقامت دائم دست به‌ازدواج بایك دختر آزادمنش آمریکائی که با شرائط بسیار ساده‌ای حاضر به ازدواج با او هست، میزند. تعدادی از اطبای ایرانی که پس از تأهل به آمریکا میروند نیز خود و همسرشان شیفته زندگی رنگین آمریکائی میشوند. با وجود همه اینها پس ازچند سال، تمایل به مراجعت به ایران در آنان قوت میگیرد و این تمایل باعث میشود که درحدود نیمی ازاین متخصصان به کشور مراجعت کنند، امامشکلات واقعی ازهمینجا شروع میشود.

طبیب متخصص، قاعدتاً با انتظاراتی بیشتر، پس از چند سال دوری از وطن با معلومات کاملاً اختصاصی بکشور خود وارد میشود. دوری چند ساله او از ایران موجب شده است که تقریباً بسیاری از مسائل اجتماعی و اداری موجود در جامعه و دستگاههای دولتی‌را فراموش کند و حتی مواردیکه قبلاً برای او عادی محسوب میشد بنظرش عجیب و غریب بیاید. پیداکردن کار درتهران برای بسیاری از آنان اگر غیرممکن نباشد بسیار مشکل است. درشهرهای درجه دوم نیز علاوه بردسترسی نداشتن به وسائل آسایشی که در مدت اقامت خویش در آمریکا با آنها خو گرفته است، با اشکال پیدا شدن کار موردنظر، مواجه خواهد بود. درگیری با گرفتاریهای کوچکتری نظیر مسکن و عدم آشنائی وعادت به محیط، آنها راکم و بیش ناگزیر میگرداند تا در مورد بازگشت به آمریکا به اندیشه پرداخته و در بسیاری از موارد بدان اندیشه جامه عمل بپوشانند. زیان بازگشت اضطراری این افراد برای کشور نه تنها از دست دادن آنهاست، بلکه خودآنها بهنگام بازگشت به‌آمریکا عامل مهمی در ایجاد

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

بدبینی در بین کسانی هستند که احتمالاً تصمیم مراجعت به ایران را دارند . برطبق آمار وزارت علوم و آموزش عالی ، در سال ۱۹۶۹ قریب به ۵۰۰۰/ تن از دانشجویان ایرانی مقیم خارج در رشته پزشکی مشغول تحصیل بوده‌اند و لازم بیاد آوریست که احتمال مراجعت این عده بمراتب کمتر از کسانیست که پس از پایان تحصیلات پزشکی در ایران ، تنها برای اخذ تخصص ، عازم کشورهای خارج شده‌اند.

با در نظر گرفتن آنچه تاکنون ذکر گردید عدم تطابق نظام آموزش پزشکی با نیازهای اجتماعی ایران کاملاً آشکار است و این ناسازگاری از مهمترین عوامل مهاجرت پزشکان بخارج میباشد.

۲ـ نقص نظام درمانی بادر نظر گرفتن امکانات وشرایط موجود

بیگمان یکی از مهمترین علل مهاجرت پزشکان به‌خارج، نقائص غیرقابل چشم پوشی در وضع درمانی موجود است. نظام درمانی درایران درمسیری پیش میرود که سالها پیش در ایالات متحده آمریکا تجربه شده است. بطور کلی نقائص موجود را بدین ترتیب میتوان دسته‌بندی کرد :

الف ـ تمرکز بیش ازحد پزشکان در مرکز.

ب ـ عدم گسترش کافی خدمات بهداشتی در روستاها، شهرکها و شهرستانهای درجه ۳.

پ ـ گران بودن نسبی هزینه خدمات درمانی.

ت ـ عدم‌وجود تفاهم میان پزشک و بیمار.

ث ـ کمبود پزشک درایران.

الف ـ تمرکز بیش‌ازحد پزشکان درمرکز

نزدیک به ۷۰٪ از متخصصان کشور در تهران و استان مرکزی متمرکز شده‌اند ، بطوریکه میتوان گفت تهران از نظر پذیرش متخصصان تازه گنجایش خودرا از دست داده وبصورت اشباع در آمده‌است. درشمال تهران برای هردویست تن یک پزشک متخصص وجود دارد. عامل اصلی این مسأله وضع اقتصادی ووجود متمولینی است که با پیدا شدن کوچکترین نشانه‌ای از بیماری بپزشک مراجعه میکنند . این مسأله قابل توجه است که بسیاری از مردم در تهران تنها در صورتی به «پزشکان محلی» مراجعه میکنند که ناراحتی خود را ناشی از عارضه‌ای کوچک بدانند و در غیر اینصورت ترجیح میدهند برای معالجه و مداوا راهی کشورهای اروپائی یا آمریکا شوند. تمرکز اطباتنها منحصر به‌پایتخت نیست، درمراکز استانها نسبت به‌شهرستانها وشهرکها نیز چنین وضعی‌وجود دارد. گرچه علت اصلی این تمرکزوجود بیمارستانهای مجهز و مدرن و وسائل آزمایشگاهی و غیره است لکن درآمد بیشتر و دسترسی به‌وسائل آسایش و سرگرمی نیز درتجمع پزشکان درمرکز ومراکز استانها بی‌تأثیر نبوده است.

ب ـ عدم گسترش‌کافی خدمات بهداشتی در روستاها، شهرکها و شهرستانهای درجه ۳

با در نظرگرفتن کمبود نسبی پزشک در ایران و تمرکز همین تعداد کم درمرکزومراکز استانها عدم‌امکان پوشش‌کامل درمانی درسطح روستاها توجیه میشود.

قدرمسلم اینکه برای تأمین‌نیازهای درمانی پنجاه هزار روستای ایران، با جمعیتی درحدود ۱۷ میلیون تن ، یک نیروی انسانی و مالی قابل توجهی مورد احتیاج است . سپاه بهداشت کمک بسیار مؤثر و قابل توجه به تأمین خدمات درمانی در سطح وسیعی انجام داده و بازده آن از هر لحاظ عالی است ولی طبیب سپاهی قبل از آشنائی کامل با امراض بومی و محلی، در پایان خدمت ، مجبور بترک محل میباشد و ازسوی دیگرعده فارغ‌التحصیلان سالانه دانشکده‌های پزشکی کم است و روستاها وشهرکها ازهم پراکنده‌اند.

باتعمیم بیمه‌های‌اجتماعی درمیان کارگران وکشاورزان، مسلماً باید مقدار زیادتری از درآمد ملی صرف هزینه‌های درمانی و بهداشتی شود.

پ ـ گران بودن نسبی هزینه خدمات درمانی

بطوریکه اشاره گردید، نظام درمانی درکشور ما در مسیری‌پیش رفته که سالها پیش ایالات متحده نیز این روش را موردتجربه قرار داده است . بطوریکه نتایج بدست آمده نشان داده ، بازده و حاصل هزینه‌های درمانی در کشور ما ، با در نظر داشتن درآمد سرانه افراد، تاحدزیادی گران وازقدرت‌اقتصادی اکثریت‌قابل‌توجهی‌ازجمعیت‌این کشورخارج‌است. چنانچه‌هزینه داروهای‌مورد احتیاج‌را نیز بحساب بیاوریم نحوه عرضه خدمات درمانی روشن‌تر خواهد بود.

طبابت آزاد یعنی رویه معمول در ایالات متحده تنها نتیجه‌ای که داشته رفاه بیش از حد پزشکان دراین کشور است، بطوریکه پزشکان بومی ایالات متحده تنها در دوره محدودی از سال و بعضی تنها در دوره محدودی از زندگی خویش بکار مشغولند و همین‌مسأله این کشوررا مواجه باکمبود پزشک وبالا رفتن هرچه بیشتر هزینه درمان کرده است.

در ایران نیز باکوششی که برای‌توسعه وتعمیم بیمه‌های‌اجتماعی معمول میشود، باید مراقب بود که صرف مبالغی از درآمد ملی در این راه براصول صحیحی استوار باشد تا استفاده ازخدمات درمانی برای همگان مقدور گردد.

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

ت ـ عدم وجود تفاهم میان پزشك و بیمار

مسأله بسیار مهمی که متأسفانه کمتر مورد توجه مجامع پزشکی قرار میگیرد چگونگی ایجاد تفاهم میان پزشك و بیمار است. وضع اجتماعی و فرهنگی جامعه کنونی ایران بگونه ایست که ایجاد این رابطه تا حدی مشکل بنظر میرسد، چه مراجعه بیماران به کلینیك‌ها، بیمارستانها و مطب‌های خصوصی بصورت پراکنده صورت میگیرد و هنوز در بسیاری از مطب‌های خصوصی و حتی کلینیکها برای بیماران سرپائی پرونده پزشکی تشکیل نمیشود. از سوی دیگر بیمار تا هنگامیکه درد و رنج ناشی از بیماری اورا مجبور به‌مراجعه بپزشك نکرده است ازمراجعه برای معالجه‌خودداری میکند. گاه‌اعتقاد به‌اصول‌خرافی نیزعلت دیگریست که از اعتبار و ارزش خدمات بهداشتی در نظر بیماران بسیار می‌کاهد. ازطرفی‌جدائی چشمگیری که در بعضی موارد از لحاظ اقتصادی، فرهنگی‌واجتماعی‌میان پزشك و بیماروجود دارد موجب میشود تا بیمار خودرا دربرابر پزشك‌بیگانه حس‌کند و نتواند براحتی وضع جسمی خویش را تشریح نماید.

بطورکلی‌میتوان گفت باتوجه به‌حملات‌گاه‌بگاه‌جراید به‌پزشکان درکشور ما رویه ارائه خدمات درمانی تا حد زیادی موجبات نارضائی عمومی را فراهم‌آورده است. این نارضائی نشان دهنده این واقعیت است که نقائص چشم‌گیری در این نظام وجود دارد ووقتی‌مسأله‌مهاجرت پزشکان به‌خارج نیز موردتوجه قرارگیرد عدم رضایت اطبای ایرانی نیزازوضع موجود روشن‌خواهدشد و چنانچه در اینمورد اقدام فوری صورت نگیرد مسلماً روزبروز ناراحتی بیمار و پزشك هردو افزوده خواهدگردید.

ث ـ کمبود پزشك در ایران

بنابرآخرین آمار موجود جمعیت ایران بالغ بر سی‌میلیون تن و تعداد پزشکان در همین سال تقریباً ده هزار تن بوده است. نسبت تعداد پزشك به جمعیت $\frac{۱}{۳۳۱۰}$ تخمین زده میشود. در طی ۲۰ سال آینده احتمالاً جمعیت این‌کشور به۵۵ میلیون تن بالغ خواهد شد. با وضع کنونی بازده دانشکده‌های پزشکی بهیچوجه نمیتواند برآورنده نیازخدمات‌بهداشتی‌باشد، بخصوص‌که بارشد سریع‌اقتصادی، ازدیاد درآمدها، افزایش‌آگاهی عمومی‌به‌مسائل بهداشتی، کم شدن مرگ ومیر و بالا رفتن سن متوسط، افزایش تعداد پیران و بیماران، نیاز به‌پزشك را هرچه بیشتر افزایش خواهد داد.

برای‌ایجادپوشش‌درمانی‌کامل‌حداقل به۵۰۰۰ طبیب، جراح و دندانپزشك نیازخواهد بودکه پیش‌بینی‌های برنامه‌پنجم عمرانی درمورد فارغ‌التحصیلان پزشکی و رشته‌های وابسته حتی یك‌سوم این تعداد را تأمین نخواهدکرد.

برای روشن‌ترشدن مطلب نسبت‌پزشك بجمعیت دربعضی‌کشورها در پائین نشان داده میشود:

اسرائیل $\frac{۱}{۴۲۰}$، اردن $\frac{۱}{۳۵۰۰}$، اتیوپی $\frac{۱}{۶۵۰۰۰}$، ژاپن $\frac{۱}{۹۱۰}$، کویت $\frac{۱}{۸۵۰}$، فرانسه $\frac{۱}{۷۸۰}$، اسکاتلند $\frac{۱}{۷۶۰}$، آلمان شرقی $\frac{۱}{۶۹۰}$، استرالیا $\frac{۱}{۸۵۰}$، آلمان‌غربی $\frac{۱}{۶۰۰}$.

راه حل و پیشنهاد اساسی

شاید بنظرعده‌ای ساده‌ترین وسریعترین‌راهها وضع قوانین‌شدید برای محدودکردن خروج پزشکان ازکشورباشد، لیکن این‌کار نه‌تنها نتیجه مطلوبی نخواهد داشت بلکه‌زیانهای بسیاری را ببار خواهد آوردکه مهمترین‌آنها بی‌خبری ازپیشرفتهای نوین‌دیگر جوامع پزشکی جهان ونتیجتاً پائین آمدن سطح دانش پزشکی ازسطح بین‌المللی‌خواهد بود.

راه حل پیشنهادی برمبنای تغییر در وضع آموزش پزشکی است. بطور خلاصه پزشك‌را برای انجام وظائفی‌که درآینده انتظارآن را داریم باید تربیت‌کرد و اصولاً در بسیاری از موارد احتیاج به‌داشتن طبیب درسطح آموزشی‌کنونی نیست. برای کسیکه باید در شرائط موجود در روستاها و شهرکهای ایران خدمت‌کند۲۵ سال تحصیل پزشکی و تخصص نه‌تنها لازم نیست بلکه بی‌ثمر و بیهوده است. برای تأمین نیاز درمانی در حال حاضر احتیاج بسیار بیشتری به‌کمك پزشك احساس میشود تا پزشك. ناگفته نماند این نظر بمعنی آن نیست که در ایران به پزشك متخصص احتیاجی نیست بلکه مبین آنست که در شرایط کنونی با توسعه و پیشرفت کشور، همگام با تربیت پزشك متخصص بیمارستانی باید تعداد بیشتری‌کمك پزشك، برای تماس اولیه با بیمار و مداوای بیماریهای شناخته شده و احاله موارد مهم و مشکوك به‌طبیب متخصص، فراهم‌کرد و باتأسیس دوره چهارساله‌آموزش پزشکی‌که در بسیاری از کشورهای دنیا منجمله اتحاد جماهیر شوروی با موفقیت تجربه شده است تأمین نیاز درمانی اولیه را در سطح بسیار وسیعی ازکشور تدارك دید. مسأله عمده و قابل توجه اینکه بفرض صرف هزینه‌های بسیار بسیار گزاف بتوان نسبت پزشك به جمعیت را تا حد لزوم بالا برد باز مسأله تأمین نیاز درمانی در تمام سطح‌کشور لاینحل باقی خواهد ماند.

مردم آمریکا علیرغم‌صرف ۸٪ از درآمد ملی برای امورپزشکی و داشتن نسبت $\frac{۱}{۷۰۰}$ پزشك به‌جمعیت‌ازوضع کنونی بشدت‌ناراضی‌اند ودلیل‌این‌عدم رضایت در وهله‌اول‌هزینه سرسام‌آور مداوا دراین کشوراست. باوجودیکه دولت‌آمریکا همه ساله بودجه بسیارقابل توجهی‌را در راه‌خدمات درمانی‌بمصرف‌میرساندتقریباً ۲۵٪تورم

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

اقتصادی سال ۱۹۷۰ آمریکا مستقیماً مربوط به هزینه‌های گزاف پزشکی در این کشور بوده است (۸/۱۰ از ۳٪ تورم اقتصادی). دنباله‌روی و تقلید از سیستم پزشکی آمریکا با در نظر داشتن ضعف نسبی قدرت اقتصادی کشور ما وضع وخیم‌تری را برای آینده پزشکی ایران به ارمغان خواهد آورد. پیشنهادی که در ذیل بعنوان راه‌حل اساسی ارائه میشود علاوه برقابل انطباق بودن با محیط فعلی، وامکانات وشرایط موجود ایران، در اتحاد جماهیر شوروی، هند، پاکستان، چندکشور افریقائی وحتی در یکی دو سال اخیر درایالات متحده آمریکا با موفقیت آزمایش شده‌است. علاوه بر آن درسطح محدودی از روستاهای نزدیك شیراز توسط بخش پزشکی اجتماعی دانشگاه پهلوی اجرا شده است که لازم میداند تاریخچه و نتیجه‌های بدست آمده را در اتحاد جماهیر شوروی ونیز نتیجه مطالعه مربوطه‌را دردانشگاه پهلوی مختصراً بیان نماید.

تجربه دراتحاد جماهیر شوروی

تاریخچه: مابین دوران جراحان قرون وسطی و جراحان تحصیلکرده قرن نوزدهم یك دوره طولانی وجود داشت که در آن کارکنان نظامی اروپا تعلیمات پزشکی مخصوصی دیده، بکارطبابت مشغول میشدند. این افراد را (فلچر) مینامند. اصل این کلمه آلمانی و بمعنی جراح صحرائی میباشد. تربیت این افراد در روسیه ازقرن هفدهم و درزمان پطر کبیر آغاز گردید. علت وجودی آنان شماره بسیار زیاد ارتش تزار روس بود. در قرن نوزدهم عده‌ای ازفلچرها در مناطق روستائی شروع بطبابت کرده قسمت اعظم کارهای پزشکی روستائیان را بعهده گرفتند. با لغو قانون بردگی در ۱۸۶۱ میلادی وشروع اصلاحات اجتماعی، الکساندر دوم اقدام به تشکیل دولتها و انجمنهای محلی منطقه‌ای نمود. قسمت اعظم نمایندگان این انجمنها توسط نجبا و مالکین انتخاب شده امور بهداشتی، خدمات پزشکی، تعلیم و تربیت و و امور خیریه بعهده آنها گذاشته شد. در این‌زمان نیاز شدیدی به‌تربیت فلچر احساس گردید، زیرا علاوه براینکه آنان حقوق کمتری نسبت به‌پزشکان میگرفتند حاضر بخدمت درمناطق محدود روستا بودند، بنابراین درسال ۱۸۶۴، مدارس دوساله‌ای برای تربیت فلچر در این کشور بوجود آمد. در اواخر قرن نوزدهم تعداد این مدارس به ۳۲ مدرسه رسید و شماره فارغ‌التحصیلان آن در ۱۹۱۳ بالغ بر ۳۰۰۰۰ تن گردید که نزدیك به دوسوم ازکارکنان متوسط پزشکی‌را تاقبل ازجنگ جهانگیر اول تشکیل میدادند. درآنزمان تعداد پزشکان در روسیه نزدیك به ۲۳۰۰۰ تن بود، بعداز انقلاب اکتبر ۱۹۱۷، دولت جدید شوروی تصمیم گرفت تشکیلات تربیت فلچر را ملغی کند. یکی ازنویسندگان روسیه پیش از انقلاب نظریه نجبا و ثروتمندان را درباره فلچر چنین توصیف کرده است: «دهقان نیاز بخدمات پزشکی علمی ندارد، بیماریهای اوساده هستند وبرای مداوای اوفلچر کافی‌است، پزشك باید اربابان را معالجه کند و فلچر دهقانان را.»

بهمین دلیل دولت جدید شوروی تصمیم گرفت تربیت فلچر را پایان دهد، اما نیازشدید به‌انجام خدمات پزشکی وبویژه مسأله کمبود پزشك برای مناطق روستائی، دولت را بر آن داشت که درفاصله سالهای ۱۹۲۰-۱۹۳۰ با ایجاد تشکیلات تازه‌ای تربیت فلچر و سایر کارکنان پزشکی حد وسط را دوباره آغاز کند. در حال حاضر سالانه ۳۰۰۰۰ فلچر دراین کشور تربیت میشود که این رقم را باید با ۲۸۰۰۰ فارغ‌التحصیل دانشکده‌های پزشکی مقایسه کرد. فلچرها دراتحاد شوروی حدواسط میان فارغ‌التحصیلان دانشکده پزشکی وکمك پزشکان هستند. این افراد به دسته‌هائی بدین ترتیب تقسیم میشوند:

۱- فلچرهای معمولی

۲- فلچرهای بهداشتی

۳- فلچرهای آزمایشگاهی.

ازسال ۱۹۵۴ دو رشته مجزای فلچر و ماما بوجود آمده است. فلچرهای معمولی‌دارای وظائفی کاملاً شبیه افیسیه دوسانته بعضی ممالك اروپائی دارند.

در شوروی تعداد قابل توجهی از فلچرها و نیز کارکنان پزشکی درحد وسط‌را، بانوان تشکیل‌داده‌اند. برطبق آمارسازمان بهداشت جهانی ۷۳٪ ازپزشکان و ۹۲٪ ازکارکنان پزشکی درحد وسط، زن بوده‌اند.

نقش و وظائف فلچر در شهرها

در اتحاد جماهیر شوروی بیشتر به نقش فلچر درجهت همکاری های دستجمعی توجه میشود. سازمان بهداشت جهانی نقش فلچر معمولی را درسال ۱۹۶۳ چنین توصیف کرده‌است: «فلچر باید به‌معالجه‌فوریتهای پزشکی و ارائه کمکهای اولیه وتشخیص اولیه بیماری قادر باشد».

از وظائف دیگر فلچر اقدامات پیشگیری در جامعه، کارهای پرستاری دربیمارستانهای شهری وروستائی، خدمت درپلی‌کلینیك (محل مراقبتهای اولیه پزشکی و مراقبتهای سرپائی توسط متخصصان)، خدمت در سرویس آمبولانس و مؤسسات پزشکی صنعتی است. باید توجه داشت که فلچرها همواره زیر نظر پزشك انجام وظیفه میکنند.

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

وظائف فلچر در روستاها

در مناطق روستائی وظیفه فلچرها بکلی متفاوت است و خدمات آنان دربیشتر موارد مستقل و بطورکلی عبارت است از:

۱ـ اقدامات پیشگیری.

۲ـ سعی درکاهش دادن مرگ ومیر مادران‌وکودکان.

۳ـ پیداکردن بیماری درمراحل اولیه.

۴ـ انجام‌دادن وظائف‌درمانی که‌ازطرف‌پزشك پیشنهاد شده‌است.

۵ـ خدمات پزشکی درمورد بیماری سل وبیماریهای بدخیم‌تحت مراقبت پزشك .

۶ـ اقدامات بهداشتی بمنظور بهبود سطح زندگی روستائیان.

۷ـ آموزش بهداشت.

۸ـ معرفی‌بیماران مبتلا به‌امراض حاد یاناشناخته‌به‌بیمارستانها.

۹ـ مراقبت از وضع زنان باردار و ارائه توصیه‌های بهداشتی به آنان و نیز انجام امور بهداشتی نوزادان درماههای نخست تولد.

بطورکلی نتایج حاصله از ایجاد سیستم نیمه پزشکی فلچرها رضایتبخش بوده است تا آنجاکه میزان بیماری درمیان نوزادان ۱۰٪ و در میان‌کودکان ۱ـ۱۵ ساله ۱۴٪ و میزان مرگ و میر در فاصله سالهای ۱۹۶۲ـ۱۹۶۷ ، ۷۳٪کاهش یافته است.

مسلماً سیستم تربیت نیمه پزشك (فلچر) مثل تمامی پدیده‌های دیگر نمیتواند ازنقص‌خالی باشد وچنانچه شرایط زمانی، مکانی و منطقه‌ای درمورد ایجاد سیستم مشابهی در ایران درنظر گرفته نشود امکان خواهد داشت نتیجه‌کامل ازآن بدست نیاید.

درروسیه شوروی هریك از فلچرها درروستائی با جمعیت‌تقریبی ۵۰۰ الی ۱۰۰۰ تن‌بکار گماشته‌شده‌وسرپرستی‌آنها به‌درمانگاهی که درشعاع ۲۰ تا ۳۰ کیلومتری محل سکونت ایشان قراردارد محول میشود. در این درمانگاه ۴ پزشك متخصص‌وجود داردکه هرچند روز برای ویزیت بیماران به روستای محل اقامت فلچر میروند ونیزهمیشه‌برای موارد اضطراری وفوری، فلچر به‌ایشان دسترسی دارد.

ازجمله انتقاداتیکه ازاین‌سیستم بعمل‌آمده اینست‌که چون ۴۳٪ از اوقات فلچرها صرف معاینه و مداوای بیماران میگردد کمتر فرصت برای‌اقدامات بهداشتی‌وپیشگیری‌خواهندداشت وهمچنین بسیاری ازبیماران پس‌ازمداوا بوسیله فلچرتوسط پزشك‌متخصص معاینه نمیشوند.

هنری سی جریست در سال ۱۹۳۷ چنین نوشت:

«این خطر دربین است‌که فلچرها ازوظائف اصلی خود پافراتر نهاده بمداوای بیمارانیکه صلاحیت درمان آنها را ندارند پرداخته برای آنان خطرناك باشند . فلچرها را میتوان با پرستار بهداشت عمومی آمریکا مقایسه‌کرد با این تفاوت‌که در مامائی و جراحی نیز دوره‌هائی دیده‌اند.»

در مقاله دیگری نیز ضمن اشاره به اینکه ۴۱/۹٪ از بیماران منطقه‌ای با جمعیت ۱۸۰۰۰۰ نفر برای مداوا به‌این دسته نیمه پزشك مراجعه‌کرده‌اند اضافه میکندکه فلچرها اغلب درتشخیص بیماریهای قلبی و مجاری تنفسی دچار اشتباه میشوند، با وجود این در پیش‌گیری امراض درمناطق روستائی نقش اصلی را ایفا میکنند .

دوره تربیت فلچر در شوروی سه سال تا سه‌سال ونیم بطول می‌انجامد. دراین‌مدت دانشجویان دروسی‌شامل بیولوژی، تشریح، میکربشناسی ، آناتومی پاتولوژیك ، مدیریت بهداشت عمومی، داخلی ، پرستاری جراحی ، همه‌گیر شناسی ، زنان و مامائی، کودکان ، بیماریهای عفونی ، پوست ، امراض مقاربتی ، بیماریهای عصبی و روانی ، چشم پزشکی، گوش و حلق و بینی، شکسته‌بندی و فیزیوتراپی را فرا میگیرند . در این سه سال و نیم ۶۸٪ اوقات دانشجویان بفراگیری دروس‌تئوری، ۱۰/۵٪ کارهای‌عملی، ۵/۵٪ امتحان و۱۶٪ برای‌تعطیلات اختصاص‌یافته است. درحال حاضر ۸۶۰۰۰ فلچر در مناطق روستائی شوروی بکار مشغولند و تنها درسال ۱۹۶۷ در ۵۳۸ مدرسه فنی که‌برای تربیت فلچر وکمك پزشك وکادر حدوسط بهداشتی دراین‌کشور وجود داشته قریب به ۲۵۰۰۰۰ تن بتحصیل مشغول بوده‌اند.

در سال تحصیلی ۱۳۵۰ ـ ۱۳۵۱ برای برآورد امکانات عملی طرح تربیت‌نیمه‌پزشك دربخش‌پزشکی اجتماعی دانشگاه‌پهلوی، چنین‌تجربه‌ای درسطح محدود انجام گرفت. دراین مطالعه ابتدا برای مدت سه ماه یك نفر لیسانسیه علوم را مورد آموزشهای بهداشتی و پزشکی قرار داده و در طول این مدت‌کوشش شد تا نشانه‌های مشخص بیماریهای متداول وکلیه داروهای موجود را با خواص وکاربرد آنها در مورد بیماریهای مختلف بشناسد وهر هفته سه روز یك پزشك عمومی ناظر چگونگی معاینه و مداوای وی باشد . پس از پایان این دوره بیمارانیکه واردکلینیك سیار روستائی دانشگاه پهلوی میشدند ابتدا بوسیله این‌کمك پزشك معاینه شده تشخیص و درمان وی یادداشت میگردید، سپس همان بیمار مجدداً توسط پزشك عمومی معاینه شده وتشخیص و درمان در مورد وی انجام و ضمناً نتیجه آن ثبت میشد.

مقایسه نتیجه تشخیص‌ومداوا برروی ۲۰۰ بیمار از ۱۹ روستای مجاور شیراز در ۹۸٪ موارد یکسان بود ، با در نظر گرفتن اینکه چنانچه‌کمك پزشك مزبور بجای سه‌ماه درمدت ۴ سال در یك آموزشگاه با برنامه حساب شده‌ای تعلیم می‌یافت تا چه حد میتوانست برای‌جامعه روستائی‌مفیدباشد وچنانچه تعداد زیادتری

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

از فارغ‌التحصیلان بومی مدارس متوسطه تحت عنوان کمك پزشك، بهدار، بهیار، یا هرعنوان دیگر تحت‌آموزش قرار گیرند در تأمین نیاز درمانی لازم در روستاها تا چه حد مؤثر خواهند بود. بااجرای این پیشنهاد علاوه برمداوای روستائیان درمحل، این‌نتیجه نیزطبعاً بدست‌خواهد آمدکه با راهنمائی کمك‌پزشکان تنها بیماران مشکوك و موارد حاد و ناشناخته به بیمارستانها و مراکز درمانی اعزام خواهند شد و بالنتیجه از انبوه مراجعین به این مراکز کاسته میشود.

قبلاً یادآوری گردیدکه درچند سال پیش سیستمی شبیه این‌طرح در ایران اجرا شد وعده‌ای بنام بهدار به‌روستاها اعزام شدند. طرح مزبور بچند علت موفقیت‌آمیز نبود و بهمین دلیل ازمیان رفت . اولا اینکه بهداران پس‌از خاتمه تحصیل تنها برای مدت محدودی به‌روستاها میرفتند وهمیشه مترصد یافتن‌فرصت مناسبی برای بازگشت و ورود به‌دانشگاه بودند. درپیشنهاد فعلی علاوه براینکه‌کمك‌پزشکان ازمیان افرادبومی هرمنطقه انتخاب‌خواهند شد، شرط لازم ورود به آموزشگاه، خدمت مادام‌العمرآنان در مناطقی خواهد بودکه تا حد معقولی نیز در انتخاب آن محل آزاد خواهندبود. ثانیاً درگذشته عدم‌وجود مدیریت موردلزوم، وضع نابسامان وسائل ارتباطی میان روستاها و شهرهای نزدیك ومشکلات‌اقتصادی، دلائل دیگری برشکست طرح مزبور بودکه درحال حاضرامکانات اقتصادی و انسانی واقلیمی بکلی‌دگرگون و شرایط موجود، خود ضامن موفقیت پیشنهاد فعلی‌خواهد بود. مسلماً ارزش اجتماعی این کمك پزشك‌ها با دید نوینی‌که جامعه درچندسال اخیرنسبت به ارزیابی خدمات پیداکرده‌است، مسلما خیلی بالاتر و قابل توجه‌تر خواهد بود.

REFERENCES:

1- Research and Technical Programs Subcommittee of the Committee on Government Operations, U.S. House of Representatives: The Brain Drain into the United States of Scientists, Engineers, and Physicians, Washington, D.C., Government printing office,-1967.

2- National science foundation: Immigrant Scientists, Engineers and Physicians Increase in FY 1970, Science Resources Studies Highlights, April 22, 1971, pp. 1-4.

3- Margulies, Harold, and Bloch, Lucille S.: Foreign Medical Graduates in the United States, Cambridge, Harvard University Press, 1969.

4- Ferguson, Donald C. : Iranian medical graduates in America A survey of selected characteristics. Acta Medica Iranica 10: 47-66, 1967.

5- Medical Licensure Statistics. Appendix Table 12B. Results of ECFMG Examination, 1970, by Medical School, J.A.M.A. 216: 1845-1851, 1971.

6- Medical Licensure Statistics. Appendix Table 12, Foreign-Trained physicians examined for Licensure in the United States, 1970, J.A.M.A. 216: 1832-1844, 1971.

7- Kidd, Charles V.: In, The Brain Drain into the United States of Scientists, Engineers, and Physicians, p. 7 and pp. 104-110, Washington, D.C., Government printing Office, 1967.

8- Barr, R.: Hospital practice: Core of tomorrow's medicine? Hospital Physician, pp. 77-83, February, 1969.

9- Owens, A : solo vs. Partnership: A new economic. Comparison, Medical Economics, pp. 81-87, March 15, 1971.

10- Owens, A. : Inflation closes in on physicians earnings. Medical Economics, pp. 63-71, December 21, 1970

11- Mehra, Torab A. : Orientation of Iranian Physicians Toward Rural Health Practice 1969. Doctor of public health thesis, Johns Hopkins University, Baltimore, Maryland, June, 1969.

12- Ronaghy, H. A. and Nasr, K.: Medical problems of developing nations.: An attempt to bring medical care to rural communities in Iran, British Medical Journal 1:295-6, 1970.

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

13- Takulia, Harbans S., Taylor, Carl E., Sangal, S. Prakash, and Alter, Joseph D : The Health Center Doctor in India, Baltimore, The Johns Hopkins Press, 1967.

14- Sidel, Victor W. : Feldshers and «Feldsherism»: The Role and Training of the Feldsher in the USSR, The New England Journal of Medicine. Vol. 278, No. 17: 934-938, Apr. 25,1968.

15- Sidel, Victor W., Feldshers and «Feldsherism» (Concluded): The Role and Training of the Feldsher in the USSR, The New England Journal of Medicine Vol. 278, No. 18, 987-992, May 2,1968.

16- Borhanmanesh, M: R.C.D. Seminar on Brain, Drain, Tehran, Nov. 15-18, 1970: 3-16.

17- Rahimi, N.: R.C.D. Seminar on Brain Drain, Tehran, Nov. 15-18, 1970: 18_38, 41-64.

۱۸ـ مجله نظام پزشکی «چگونه پزشکی مورد نیاز کشور است» دکتر ابوتراب نفیسی شماره ۴ـ۱۵ امردادماه ۱۳۵۱.

۱۹ـ روزنامه کیهان «اردیبهشت ۵۰ دیدارهند» علیرضا طاهری.

۲۰ـ بهداشت و بهداری، برنامه‌عمرانی چهارم کشور، گروه برنامه‌ریزی رفاه‌اجتماعی، دفتر برنامه‌ریزی، امردادماه ۱۳۴۷.

۲۱ـ آمار پزشکان و دندانپزشکان کشور، نشریه آماری نظام پزشکی ایران، شماره (۱) امردادماه ۱۳۴۹.

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