

مهاجرت پزشکان ایرانی به آمریکا «دومین قسمت»

مجله نظام پزشکی

سال سوم ، شماره ۴ ، صفحه ۲۸۵ - ۲۸۶

* دکتر حسینعلی رونقی *

کشورهای دیگر می‌شوند و کشور خود را از مردم ایابی نیروی انسانی که از مهم‌ترین عوامل توسعه و رشد اقتصادی است در مضيقه می‌اندازد.

مسئله فرار مغزها پس از جنگ جهانی دوم چشم گیر تر شد و آگاهی کشورهای زیانهای ناشی از مهاجرت صاحبان مهارت‌های تحصیلات عالیه خود، این کشورهارا بر آن داشت تا بفکر حلوگیری از فرار مغزها برآیند و حتی کار بجهانی رسید که در این مورد میان کشورهای کمتر توسعه یافته و کشورهای پیشرفته جزو بحث در گرفت. دیپر کل سازمان ملل متعدد در اجلاسیه پنجم نوامبر ۱۹۶۸ گزارش جامعی از گرفتاریهای ناشی از فرار مغزها و از دست دادن نیروی انسانی ماهر و تربیت شده در کشورهای در حال توسعه به اعضای سازمان تقدیم داشت. در این گزارش علل عدمهای این مهاجرت‌ها، ارتباط بیشتر بین المللی، ارزانی و آسانی مسافت‌ها و بالاخره پیدا شدن رقابت در صحنۀ بین المللی برای جذب افراد متخصص فنون و علوم ذکر شده است.

بتر دید ایالات متحده امریکا بزرگترین و مهم‌ترین خریدار تحصیلکرده‌های کشورهای کمتر توسعه یافته است. بر طبق آمار وزارت دادگستری آمریکا، سالانه در حدود ۴۰۰،۰۰۰ تن بعنوان مهاجر به این کشور وارد می‌شوند. باید در نظر داشت که دولت آمریکا بویژه در سالهای اخیر به سختی با اقامت دائم اتباع بیگانه در خاک آن کشور موافقت نمی‌کند، مگر اینکه این افراد دارای ارزش خدمتی در سطح بالا باشند. خط فرار مغزها در حالت حاضر نه تنها گریبانگیر کشورهای کمتر توسعه یافته می‌باشد، بلکه کشورهای نسبتاً پیشرفته نیز از آن مصون نیستند. بطور مثال در

مهاجرت از سرزمینی به سرزمین دیگر امریکا ملا طبیعی و گاهی لازم است. در طی قرون متعدد مردمان بدلایل گوناگون از جمله برای بدست آوردن منابع طبیعی بیشتر یا در نتیجه عدم امکان سازش با شرایط موجود در محیط خوش ناچار به مهاجرت بوده‌اند. از ابتدای قرن نوزدهم و همنهان با گسترش روزگار و سائل و راههای ارتباطی، مهاجرت‌ها بسرعت افزایش یافته و تدوین قوانین تازه‌ای طرف کشورها بمتقارن محدود ساختن مهاجرت‌ها توانسته است در حد مطلوب از کم و کیف آن بگاهد.

در قرون گذشته مهاجرت به اقتضای زمان و بر مبنای احتیاجات اولیه بشر برای پیدا کردن 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 اقوام آریائی از دشت‌های شمالی آسیا به جنوب و مهاجرت اروپائیان در قرون هفدهم، هجدهم و نوزدهم به آمریکا، میتوان نام برد.

در نیم قرن گذشته مهاجرت جنبه دیگری پیدا کرده است، بدین معنی که مهاجرت دسته‌جمعی بطور کلی از میان رفته است و تنها کشورهایی که از بنیه اقتصادی قوی برخوردارند به تعداد قابل توجهی از تبعگان کشورهای دیگر بویژه کشورهای کمتر توسعه یافته اجازه اقامت میدهند و بدین ترتیب مسئله «فرار مغزها» یا بعبارت دیگر «جذب و خرید مغزها» پیش می‌آید. افراد تحصیل کرده کشورهای کمتر توسعه یافته به امید پیدا کردن زندگی مرتفع و شغل پر درآمدتر وطن خویش را ترک کرده راهی

* شیراز - دانشکده پزشکی، دانشگاه پهلوی.

دومین نکته قابل توجه اینست که در کشورهای در حال توسعه کمیت و کیفیت رشته‌های مختلف دانشگاهی اغلب با نیازهای اجتماعی آن کشورها مطابقت نمی‌کند. جرج بالدوین کراراً در نوشه‌های خود اظهار داشته است که مسئله فرامغزها بطور عمده بعلم تربیت زیاده از حد و غیر ضرور متخصصان است تا حائیکه این کشورها از متخصصان اثبات شده‌اند و مازاد آنها اضطراراً بکشورهای دیگر روی می‌آورند. بعیده بالدوین، ایالات متحده با بکار گرفتن این متخصصان، کشورهای کم رشد را از یک مشکل عمده که تورم افزای تحصیلکرده است نجات میدهد، چون با وجودیکه احتیاج به این نیروی انسانی فوق العاده زیاد است، لیکن قدرت جذب آنان از نظر اقتصادی وجود ندارد. گرچه نظریه بالدوین در مورد دایر ان مصدق ندارد، لیکن شاید این نظر در مورد بعضی از کشورهای صادق باشد. برای نمونه میتوان به مقاله آقای علیرضا طاهری در روزنامه کيهان اشاره کرد. وی در مورد وضع فارغ التحصیلان: انشگاهی هندوستان مینویسد که در آن کشور بیش از دو میلیون تن دارای درجات لیسانس، فوق لیسانس و بالاتر از آن وجود دارد که به کارهای از قبیل راندن چرخهای باری و مباشرت خانه‌های زیبا مشغولند.

عمل عمدۀ مهاجرت پزشکان ایرانی به آمریکا

در قسمتهای گذشته عمل اصلی و عمدۀ مهاجرت فارغ التحصیلان ایرانی به کشورهای غربی و بیویژه آمریکا ذکر گردید اما عواملی که سبب اصلی مهاجرت فارغ التحصیلان رشته پزشکی از این کشور است، به دو موضوع زیر مربوط میگردد:

- نظام آموزش پزشکی در ایران.

- نقص نظام درمانی بادر نظر گرفتن امکانات و شرایط موجود. نظام آموزش پزشکی و نیز نظام درمانی در این کشور دارای مشکلات عمدۀ ایست که باید برای هر دو چاره‌اندیشی اساسی کرد.

- ۱ - نظام آموزش پزشکی**- همانگونه که قبلاً گفته شد، آموزش پزشکی در دانشکده‌های پزشکی ایران و بر نامه‌های تخصصی که در آمریکا بدانشجویان عرضه می‌شود، بامسائل درمانی و بداشتی که در ایران وجود دارد بکلی بیکاره و ناماؤوس است و برای اکثریت قابل توجه جامعه ایرانی قابل بهره برداری نیست. آموزش پزشکی در ایران تقليدي است از کشورهای اروپائی و آمریکائی و بسیار طولانی و پر خرج.

همه ساله از میان ۸۰,۰۰۰ تن دیلمه، نزدیک به ۶۰۰ تن بدانشکده‌های پزشکی ایران وارد می‌شوند. بی‌تردید این افراد در ردیف نخبه‌ترین فارغ التحصیلان دبیرستانهای این کشور بحساب می‌آیند. دوره دانشکده پزشکی برای این جوانان چنانچه همه

فاصله سالهای ۱۹۶۱ - ۱۹۶۶، کشور انگلستان ۲۶۸۰۰ تن مهاجرت بخارج از دست داده و در همین مدت ۱۹۰۰۰ تن از تحصیلکرده‌گان کشورهای آسیایی را بخدت خود گرفته که رقم عمدۀ این افراد از کشورهای هند و پاکستان تأمین شده است. قبل از نتیجه گیری پیرامون مسئله 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:
- ۱- منابع طبیعی (زمین، آب، آفتاب و مواد خام).
- ۲- نیروی انسانی.
- ۳- سرمایه.
- ۴- مدیریت.

برای استفاده از منابع طبیعی و بکار انداختن سرمایه، در وهله اول نیاز به مغزهای متغیر است که آن نیروها را در راه صحیح نیازهای اجتماعی هدایت کند. در مورد سرمایه نیز همینقدر کافی 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 مسئله فراد مغزها در مورد کشور خود اشاره می‌کنیم. تا سال ۱۹۶۹ مجموعاً ۸۴۹۳ تن از دانشکده‌های پزشکی دانشگاه‌های ایران فارغ التحصیل شده و در همان سال، ۶۹۰۹ تن از پزشکان مشغول بکار بوده‌اند. با توجه به اینکه ۱۷۰۷ تن از پزشکان شاغل در ایران فارغ التحصیلان دانشکده‌های خارج بوده‌اند، بنابراین تا سال ۱۹۶۹ کشورما ۳۲۹۱ تن، تنها در رشته پزشکی از دست داده است و با درنظر گرفتن نسبت کسانیکه در کشور ما دارای تحصیلات دانشگاهی هستند، از دست دادن چنین نیروی انسانی، تنها در یک رشته از علوم، بسیار قابل اندیشه است.

غیر از مهاجرت پزشکان که قسمت عمدۀ ای از «مغزهای فراری» را تشکیل می‌دهند، مهندسان و فارغ التحصیلان رشته‌های دیگر نیز بنوی به خود به ایالات متحده جلب و جذب شده‌اند. برای مثال در سال ۱۹۶۶ میلادی، ۱۰۶ تن و در سال ۱۹۶۷ میلادی ۱۰۶ تن مهندس و متخصصان دیگر رشته‌ها از ایران به ایالات متحده آمریکا مهاجرت کرده‌اند. در سالهای اخیر نیز تعداد قابل توجهی از فارغ التحصیلان رشته‌های دیگر پزشکی مثل دندانپزشکی، دارو سازی، دامپزشکی، پرستاری و تکنیسین‌های مشاغل کمک پزشکی به آمریکا مهاجرت کرده‌اند که مطالعه علّ و کیفیت این موارد نیز بسیار حائز اهمیت است.

ارذش اجتماعی او حتی بیش از استادانش در ایران است. تفاوت ذندگی سپاهی در روزتاهای ایران ولای آسمان‌خراش‌های آمریکا برای او بقدری عجیب و بهت‌آور است که در همان روزهای اول ورود تصمیم می‌گیرد که برای همیشه در این مکان که بنظرش بهشت موعود است بماند. گرچه این قاعده در مورد همه پزشکان و جوانان ایرانی صادق نیست ولی قدر مسلم آنست که چنین سر نوشی در انتظار تعداد قابل توجهی از آنان در گذشته بوده و اگر راه حل معقولی بکار گرفته شود، در آینده نیز خواهد بود. لازم بیاد آوریست که وجود و گسترش بسیار زیاد بیمارستانهای مججهز در تمامی نقاط آمریکا، در حد بسیار وسیعی، نیاز به معلومات تئوریک و آزمایشگاهی اطباء فارغ التحصیل از کشورهای کمتر توسعه یافته دارد. در چنین موقعیتی پزشک جوان اگر تواند بزودی به اشتباخ خود پی ببرد و واقعیت خشک و بیرون ولی بر زرق و برق جامعه آمریکا را در نیابد برای ثبت وضع خویش و گرفتن اجازه اقامات دائم دست به اذواج بایک دختر آزادمنش آمریکائی که با شرایط بسیار ساده‌ای حاضر به اذواج با او هست، میزند. تعدادی از اطباء ایرانی که پس از تأهیل به آمریکا می‌روند نیز خود و همسرانشان شیفته زندگی رنگین آمریکائی می‌شوند. با وجود همه اینها پس از چند سال، تمايل به مراجعت به ایران در آنان قوت می‌گیرد و این تمايل باعث می‌شود که در حدود نیمی از این متخصصان به کشور مراجعت کنند، امامشکلات واقعی از همینجا شروع می‌شود.

طبیب متخصص، قاعده‌تاً 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 دولتی را فراموش کند و حتی مواردیکه قبلاً برای او عادی محسوب می‌شد بنظرش عجیب و غریب بیاید. پیدا کردن کار در تهران برای بسیاری از آنان اگر غیرممکن نباشد بسیار مشکل است. در شهرهای درجه دوم نیز علاوه بر دسترسی نداشتن به وسائل آسایشی که در مدت اقامات خویش در آمریکا با آنها خو گرفته است، با اشکال پیدا شدن کار مورد نظر، مواجه خواهد بود. در گیری با گرفتاریهای کوچکتری نظیر مسکن و عدم آشنایی وعادت به محیط، آنها را کم و بیش ناگزیر می‌گرداند تا در مورد بازگشت به آمریکا به اندیشه پرداخته و در بسیاری از موارد بدان اندیشه جامه عمل پیوشا نند. زیان بازگشت اغطراری این افراد برای کشور نه تنها از دست دادن آنهاست، بلکه خود آنها به نگام بازگشت به آمریکا عامل مهمی در ایجاد

سالها را با موفقیت طی کنند. حداقل ۷ یا ۸ سال خواهد بود، در طی این دوره طولانی، آموزش پزشکی در بیمارستانهای مججهز و مدرن داشتگاهی بعمل می‌آید. آموزش براساس استفاده از همان تجهیزات و متنکی به شیوه‌های پرتونگاری و آزمایشگاهی و بكمکه هیأت متخصصان و تکنیسین‌های مختلف رشته‌های گوناگون آزمایشگاهی صورت می‌ذیرد. بجز این میتوان گفت که ۷۵٪ وقت دانشجویان دانشکده‌ای پزشکی صرف فراگیری علوم پایه، علوم آزمایشگاهی و چگونگی کاربرد دستگاههای موجود در بیمارستانها و فراگرفتن تئوریک بیماریهایی که در این مملکت بسیار نادر است می‌شود. تئیجه 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 از بر میکند، موجب می‌شود که پس از پایان تحصیل، دانشجو از نظر مادی فقیر و از نظر معنوی خسته و سرخورده باشد و وقته برای انجام خدمات وظیفه احضار می‌شود در روزتاهای بیای نخستین بار احساس می‌کند که بی‌چوجه نمیتواند از اندوخته داشت خویش سود جوید. او خود و کارآئی خود را با وضع موجود کاملاً بیگانه می‌بیند. در روزتا، نه آزمایشگاهی وجود دارد و نه امکان عکسبرداری در میان است و متأسفانه در بعضی موارد حتی زبان روزتایان هموطن خویش را نیز نمی‌فهمد. از طرفی امکانات موجود در روزتاهای شهرکها توقعات او را پس از ۲۰ سال تحصیل برآورده نمی‌کند. او در این وضع بخوبی احساس می‌کند که توانایی بالقوه او عاطل مانده است، حتی در اینوضع هم اگر بتواند بیماریها را بدرستی تشخیص بدهد، داروهاییکه در دسترس دارد تنوع زیادی ندارند تا موجب شود از استعداد و معلومات خویش بدرستی استفاده کند. برای او در وهله اول این سؤال پیش می‌آید که آیا تجویز ۳۰-۴۰ رقم دارو احتیاج به ۲۰ سال تحصیل دارد؟

عده‌ای از فارغ التحصیلان پزشکی پس از خاتمه دوره سپاهی در اولین فرست عازم آمریکا می‌شوند. در آمریکا در بد امر، یعنی در طی دوره انترنی، با حقوق متوسط ۶-۵ هزار تومان بکار آغاز می‌کنند. جامعه صنعتی و متمول آمریکا هر تازه واردی را بزودی می‌فریبد و پزشک جوان ایرانی نیز از این قاعده مستثنی نیست.

وقتی بر خورداری خویش را از فرآوردهای تکنولوژی پیشرفته آمریکا مثل اتومبیل بزرگ وغیره می‌بیند نیمچنان احساس می‌کند

لکن درآمد بیشتر و دسترسی به وسائل آسایش و سرگرمی نیز در تجمع پزشکان در مرکز و مرکز استانها بی تأثیر نبوده است.
ب - عدم گسترش کافی خدمات بهداشتی در روستاهای شهرکها و شهرستانهای درجه ۳

با در نظر گرفتن کمبود نسبی پزشک در ایران و تمکن از همین تعداد کم در مرکز و مرکز استانها عدم امکان پوشش کامل درمانی در سطح روستادها توجیه می شود.

قدرت مسلم اینکه برای تأمین نیازهای درمانی پنجاه هزار روستای ایران، با جمعیتی در حدود 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 لحظه عالی است ولی طبیب سپاهی قبل از آشنائی کامل با امراض بومی و محلی، در پایان خدمت، مجبور بر ترک محل میباشد و ازسوی دیگر عده فارغ التحصیلان سالانه دانشکده های پزشکی کم است و روستاهای و شهرکها از هم پراکنده اند.

باتعمیم بیمه های اجتماعی در میان کارگران و کشاورزان، مسلماً باید مقدار زیادتری از درآمد ملی صرف هزینه های درمانی و بهداشتی شود.

پ - گران بودن نسبی هزینه خدمات درمانی

بطوریکه اشاره گردید، نظام درمانی در کشور ما در مسیر پیش رفته که سالها پیش ایالات متحده نیز این روش را مورد تجربه قرار داده است. بطوریکه نتایج بدست آمده نشان داده، بازده و حاصل هزینه های درمانی در کشور ما، با در نظر داشتن درآمد سرانه افراد، تا حد زیادی گران و از قدرت اقتصادی اکثریت قابل توجهی از جمعیت این کشور خارج است. چنانچه هزینه داروهای مورد احتیاج را نیز بحساب بیاوریم نحوه عرضه خدمات درمانی روشن تر خواهد بود.

طبابت آزاد یعنی رویه معمول در ایالات متحده تنها نتیجه ای که داشته رفاه بیش از حد پزشکان در این 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 همین مسئله این کشور را مواجه با کمبود پزشک وبالا رفتن هرچه بیشتر هزینه درمان کرده است.

در ایران نیز با کوششی که برای توسعه و تعمیم بیمه های اجتماعی معمول می شود، باید هر اقب بود که صرف مبالغی از درآمد ملی در این راه بر اصول صحیحی استوار باشد تا استفاده از خدمات درمانی برای همگان مقدور گردد.

بدینی درین کسانی هستند که احتمالاً تصمیم مراجعت به ایران را دارند. بر طبق آمار وزارت علوم و آموزش عالی، در سال ۱۹۶۹ قریب به ۵۰۰۰۰ تن از دانشجویان ایرانی مقیم خارج در رشته پزشکی مشغول تحصیل بوده اند و لازم بیاد آوریست که احتمال مراجعت این عده بر اینکه از کسانیست که پس از پایان تحصیلات پزشکی در ایران، تنها برای اخذ تخصص، عازم کشورهای خارج شده اند.

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.

۳ - نقص نظام درمانی با در نظر گرفتن امکانات و شرایط موجود
بیگمان یکی از مهمترین علل مهاجرت پزشکان به خارج، نقصان غیرقابل چشم پوشی در وضع درمانی موجود است. نظام درمانی در ایران در مسیری پیش میرود که سالها پیش در ایالات متحده آمریکا تجربه شده است. بطور کلی نقصان موجود را بدین ترتیب میتوان دسته بندی کرد :

الف - تمکن از حد پزشکان در مرکز.

ب - عدم گسترش کافی خدمات بهداشتی در روستاهای شهرکها و شهرستانهای درجه ۳.

پ - گران بودن نسبی هزینه خدمات درمانی.

ت - عدم وجود تفاهم میان پزشک و بیمار.

ث - کمبود پزشک در ایران.

الف - تمکن از حد پزشکان در مرکز

نزدیک به ۷۰٪ از متخصصان کشور در تهران و استان مرکزی هستند که شده اند، بطوریکه میتوان گفت تهران از نظر پذیرش متخصصان تازه گنجایش خود را از دست داده و بصورت اشباح در آمده است. در شمال تهران برای هر دویست تن یک پزشک متخصص وجود دارد. عامل اصلی این مسئله وضع اقتصادی و وجود متولینی است که با پیدا شدن کوچکترین نشانه ای از بیماری پزشک مراجعت میکنند. این مسئله قابل توجه است که بسیاری از مردم در تهران تنها در صورتی به «پزشکان محلی» مراجعه میکنند که ناراحتی خود را ناشی از عارضه ای کوچک بدانند و در غیر اینصورت ترجیح میدهند برای معالجه و مداوا راهی کشورهای اروپائی یا آمریکا شوند. تمکن از اطبان نهاده به پایتخت نیست، در مرکز استانها نسبت به شهرستانها و شهرکها نیز چنین وضعی وجود دارد. گرچه علت اصلی این تمکن کزو وجود بیمارستانهای مجهز و مدرن و وسائل آزمایشگاهی و غیره است

این تعداد را تأمین نخواهد کرد.

بران روشن تر شدن مطلب نسبت پزشک به جمعیت در بعضی کشورها در پائین نشان داده میشود:

اسرائیل $\frac{1}{42}$ ، اردن $\frac{1}{250}$ ، ایتالیا $\frac{1}{65000}$ ، ژاپن $\frac{1}{90}$ ، کویت $\frac{1}{85}$ ، فرانسه $\frac{1}{78}$ ، اسکاتلند $\frac{1}{76}$ ، آلمان شرقی $\frac{1}{690}$ ، استرالیا $\frac{1}{85}$ ، آلمان غربی $\frac{1}{600}$.

راه حل و پیشنهاد اساسی

شاید بضرر عده‌ای ساده‌ترین و سریعترین راهها وضع قوانین شدید برای محدود کردن خروج پزشکان از کشور باشد، لیکن این کار نه تنها نتیجه مطلوبی نخواهد داشت بلکه زیانهای بسیاری را بارد خواهد آورد که مهمترین آنها بی‌خبری از پیشرفت‌های نوین دیگر جوامع پزشکی جهان و تیجناً پائین آمدن سطح دانش پزشکی از سطح بین‌المللی خواهد بود.

راه حل پیشنهادی بر مبنای تغییر در وضع آموزش پزشکی است. بطور خلاصه پزشک را برای انجام وظایفی که در آینده انتظار آن را داریم باید تربیت کرد و اصولاً در بسیاری از موارد احتیاج بهداشتی طبیب در سطح آموزشی کافی نیست. برای کسیکه باید در شرائط موجود در رسته‌ها و شهر کهای ایران خدمت کند ۲۵ سال تحصیل پزشکی و تخصص نه تنها لازم نیست بلکه بی‌ثمر و بیهوده است. برای تأمین نیاز درمانی در حال حاضر احتیاج بسیار پیشتری به کمک پزشک احساس میشود تا پزشک. ناگفته نماند این نظر معنی آن نیست که در ایران به پزشک متخصص احتیاجی نیست بلکه مبین آنست که در شرایط کنونی با توسعه و پیشرفت کشور، همگام با تربیت پزشک متخصص بیمارستانی باید تعداد پیشتری کمک پزشک، برای تعامل اولیه با بیمار و مددایی بیماریهای شناخته شده و احواله موارد مهم و مشکوک به طبیب متخصص، فراهم کرد و با تأسیس دوره چهارساله آموزش پزشکی که در بسیاری از کشورهای دنیا منجمله اتحاد جماهیر شوروی با موفقیت تجربه شده است تأمین نیاز درمانی اولیه را در سطح بسیار وسیعی از کشور تدارک دید. مسئله عده و قابل توجه اینکه بفرض صرف هزینه‌های بسیار بسیار گزاف بتوان نسبت پزشک به جمعیت را تا حد لزوم بالا برد باز مسئله تأمین نیاز درمانی در تمام سطح کشور لایحل باقی خواهد ماند.

مردم آمریکا علیرغم صرف 8% از درآمد ملی برای امور پزشکی و داشتن نسبت $\frac{1}{700}$ پزشک به جمعیت از وضع کنونی بشدت ناراضی اند و دلیل این عدم رضایت در وهله اول هزینه سراسر آور مدواوا در این کشور است. با وجودیکه دولت آمریکا همه ساله بودجه بسیار قابل توجهی دارد راه خدمات درمانی بمصر فمیرساند تقریباً 25% تورم

ت- عدم وجود تفاهم میان پزشک و بیمار

مسئله بسیار مهمی که متأسفانه کمتر مورد توجه مجتمع پزشکی قرار میگیرد چگونگی ایجاد تفاهم میان پزشک و بیمار است. وضع اجتماعی و فرهنگی جامعه کنونی ایران بگونه ایست که ایجاد این رابطه تا حدی مشکل بنظر میرسد، چه مراجعت بیماران به کلینیک‌ها، 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 به مراجعه پزشک نکرده است از مراجعه برای معالجه خودداری میکند. گاه اعتقاد به اصول خرافی نیز عملت دیگریست که از اعتبار و ارزش خدمات بهداشتی در نظر بیماران بسیار می‌کاهد. از طرفی جدایی چشمگیری که در بعضی موارد از لحاظ اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی میان پزشک و بیمار وجود دارد موجب میشود تا بیمار خود را در برابر پزشک بیگانه حس کند و نتواند برای خود وضع جسمی خوبیش را تشریح نماید.

بطور کلی میتوان گفت با توجه به حملات گاهی بگاه جراید به پزشکان در کشور ما رویه ارائه خدمات درمانی تا حد زیادی موجبات نارضایی عمومی را فراهم آورده است. این نارضایی نشان دهنده این واقعیت است که نقاوص چشمگیری در این نظام وجود دارد و وقایت مسئله هم‌هاجرت پزشکان به خارج نیز مورد توجه قرار گیرد عدم رضایت اطبای ایرانی نیز از وضع موجود روش خواهد شد و چنانچه در این‌مورد اقدام فوری صورت نگیرد مسلماً روز بروز ناراحتی بیمار و پزشک هر دو افزوده خواهد گردید.

ث- گمبود پزشک در ایران

بنابر آخرین آمار موجود جمعیت ایران بالغ بر سی میلیون تن و تعداد پزشکان در همین سال تقریباً ده هزار تن بوده است. نسبت تعداد پزشک به جمعیت $\frac{1}{331}$ تخمین زده میشود. در طی ۲۰ سال آینده احتمالاً جمعیت این کشور به ۵۵ میلیون تن بالغ خواهد شد. با وضع کنونی بازده دانشکده‌های پزشکی بهیچوجه نمیتواند برآورده نیاز خدمات بهداشتی باشد، بخصوص که بارشد سریع اقتصادی، ازدیاد درآمدها، افزایش آگاهی عمومی به مسائل بهداشتی، کم شدن مرگ و میر و بالا رفتن سن متوسط، افزایش تعداد پیران و بیماران، نیاز به پزشک را هر چه بیشتر افزایش خواهد داد.

برای ایجاد پوشش درمانی کامل حداقل به ۵۰۰۰۰ طبیب، جراح و دندانپزشک نیاز خواهد بود که پیش‌بینی‌های برنامه پنجم عمرانی در مورد فارغ‌التحصیلان پزشکی و رشته‌های وابسته حتی یاکسوم

تشکیلات تربیت فلچر را ملغی کند . یکی از نویسندهای کان روسيه پیش از انقلاب نظریه نجبا و ترومندان را درباره فلچر چنین توصیف کرده است : «دھقان نیاز بخدمات پزشکی علمی ندارد، بیماریهای اوساده هستند و برای مداوای اولفلچر کافی است، پزشک باید ارتباط را معالجه کند و فلچر دھقان را».

بهمنی دلیل دولت جدید شوروی تصمیم گرفت تربیت فلچر را پایان دهد، اما نیازشیدید به انجام خدمات پزشکی و بیویژه مسئله کمبود پزشک برای مناطق روستائی، دولت رابر آن داشت که در فاصله سالهای ۱۹۲۰-۱۹۳۰ با ایجاد تشکیلات تازه‌ای تربیت فلچر و سایر کارکنان پزشکی حد وسط را درباره آغاز کند . در حال حاضر سالانه ۳۰۰۰۰ فلچر در این کشور تربیت میشود که این رقم را باید با ۲۸۰۰۰ فارغ‌التحصیل دانشکده‌های پزشکی مقایسه کرد .

فلچرها در اتحاد شوروی حد وسط میان فارغ‌التحصیلان دانشکده پزشکی و کمک پزشکان هستند . این افراد به دسته‌هایی بدین

ترتیب تقسیم میشوند:

- ۱- فلچرهای معمولی
- ۲- فلچرهای بهداشتی
- ۳- فلچرهای آزمایشگاهی .

از سال ۱۹۵۴ دو رشته مجزای فلچر و ماما بوجود آمده است . فلچرهای معمولی دارای وظایفی کاملاً شبیه افسیه دوسانه بعضی ممالک اروپائی دارند .

در شوروی تعداد قابل توجهی از فلچرها و نیز کارکنان پزشکی در حد وسطرا، بانوان تشکیل داده‌اند . بر طبق آمارسازمان بهداشت جهانی ۷۳٪ از پزشکان و ۹۲٪ از کارکنان پزشکی در حد وسط زن بوده‌اند .

نقش و وظایف فلچر در شهرها

در اتحاد جماهیر شوروی بیشتر به نقش فلچر درجهت همکاری های دست‌جمعی توجه میشود . سازمان بهداشت جهانی نقش فلچر معمولی را در سال ۱۹۶۳ چنین توصیف کرده است: «فلچر باید به معالجه‌فوريتهای پزشکی و ارائه کمکهای اولیه و تشخیص اولیه بیماری قادر باشد» .

از وظایف دیگر فلچر اقدامات پیشگیری در جامعه، کارهای پرستاری در بیمارستانهای شهری و روستائی، خدمت در پنی‌کلینیک (محل مراقبتهای اولیه پزشکی و مرافقتهای سرتاسری توسط متخصصان)، خدمت در سرویس آمبولانس و مؤسسات پزشکی صنعتی است . باید توجه داشت که فلچرها همواره زیر نظر پزشک انجام وظیفه میکنند .

اقتصادی سال ۱۹۷۰ آمریکا مستقیماً بروط به هزینه‌های گراف پزشکی در این کشور بوده است ($\frac{۱}{۱۰}$ ٪ از ۳٪ تورم اقتصادی) . دنباله روی 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 راه حل اساسی ارائه میشود علاوه بر قابل اطباق بودن با محیط فعلی، وامکانات و شرایط موجود ایران، در اتحاد جماهیر شوروی، هند، پاکستان، چند کشور افریقایی و حتی در یکی دو سال اخیر در ایالات متحده آمریکا با موفقیت آزمایش شده است . علاوه بر آن در سطح محدودی از روستاهای نزدیک شیراز توسعه بخش پزشکی اجتماعی دانشگاه پهلوی اجرا شده است که لازم میداند تاریخچه و نتیجه‌های بدست آمده را در اتحاد جماهیر شوروی و نیز نتیجه مطالعه مرتبط را در دانشگاه پهلوی مختصرآ بیان نماید .

تجربه در اتحاد جماهیر شوروی

تاریخچه: مابین دوران جراحان قرون وسطی و جراحان تحصیلکرده قرن نوزدهم یک دوره طولانی وجود داشت که در آن کارکنان نظامی اروپا تعليمات پزشکی مخصوصی دیده، بکار طبابت مشغول میشدند . این افراد را (فلچر) مینامند . اصل این کلمه آلمانی و معنی جراح صحرائی میباشد . تربیت این افراد در روسیه از قرن هفدهم و در زمان پطر کبیر آغاز گردید . علت وجودی آنان شماره بسیار زیاد ارتش تزار روس بود . در قرن نوزدهم عده‌ای از فلچرها در مناطق روستائی شروع بطلبات کرده قسمت اعظم کارهای پزشکی روستاهای دا بهده گرفتند . با لغو قانون بردگی در ۱۸۶۱ میلادی و شروع 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 امور خیریه بعده آنها گذاشته شد . در این زمان نیاز شدیدی به تربیت فلچر احساس گردید، زیرا علاوه بر اینکه آنان حقوقی کمتری نسبت به پزشکان میگرفتند حاضر بخدمت در مناطق محدود روستا بودند، بنابراین در سال ۱۸۶۴، مدارس دوسره‌ای برای تربیت فلچر در این کشور بوجود آمد . در اوخر قرن نوزدهم تعداد این مدارس به ۳۲ مدرسه رسید و شماره فارغ‌التحصیلان آن در ۱۹۱۳ بالغ بر ۳۰۰۰۰ تن گردید که نزدیک به دو سوم از کارکنان متوسط پزشکی را تا قبل از جنگ جهانگیر اول تشکیل میدادند . در آن زمان تعداد پزشکان در روسیه نزدیک به ۲۳۰۰۰ تن بود، بعداز انقلاب اکتبر ۱۹۱۷، دولت جدید شوروی تصمیم گرفت

پرستار بهداشت عمومی آمریکا مقایسه کرد با این تفاوت که در مامائی و جراحی نیز دوره های دیده اند.

در مقاله دیگری نیز ضمن اشاره به اینکه 41% از بیماران منطقه ای با جمعیت 180000 نفر برای مداوا به این دسته نیمه پزشک مراجعه کرده اند اضافه میکند که فلچرها اغلب در تشخیص بیماریهای قلبی و مجاری تنفسی دچار اشتباه میشوند، با وجود این در پیش گیری امراض در مناطق روستائی نقش اصلی را ایفا میکنند.

دوره تربیت فلچر در شوروی سه سال تا سه سال و نیم بطول می-انجامد. در این مدت دانشجویان دروسی شامل بیولوژی، تشریح، میکروبشناسی، آناتومی پاتولوژیک، مدیریت بهداشت عمومی، داخلی، پرستاری جراحی، همه گیر شناسی، زنان و مامائی، کودکان، بیماریهای اعفونی، پرست، امراض مقاربی، بیماریهای عصبی و روانی، چشم پزشکی، گوش و حلق و بینی، شکسته بندی و فیزیوتراپی را فرا میگیرند. در این سه سال و نیم 68% اوقات دانشجویان بفراغیری دروس تئوری، $10/5\%$ کارهای عملی، $5/5\%$ امتحان و 16% برای تعطیلات اختصاص یافته است. در حال حاضر 86000 فلچر در مناطق روستائی شوروی بکار مشغولند و تنها در سال 1967 در 538 مدرسه فنی که برای تربیت فلچر و کمک پزشک و کادر حدود سطح بهداشتی در این کشور وجود داشته قریب به 250000 تن بتحصیل مشغول بوده اند. در سال تحصیلی $1350 - 1351$ برای برآورد امکانات عملی طرح تربیت نیمه پزشک در بخش پزشکی اجتماعی دانشگاه پهلوی، چنین تجربه ای در سطح محدود انجام گرفت. در این مطالعه ابتدا برای مدت سه ماه یک نفر لیسانسیه علوم را مورد آموخته های بهداشتی و پزشکی قرار داده و در طول این مدت کوشش شد تا نشانه های مشخص بیماریهای متداول و کلیه داروهای موجود را با خواص و کاربرد آنها در مورد بیماریهای مختلف بشناسد و هر هفتگه سه روز یک پزشک عمومی ناظر چگونگی معاینه و مداوی وی باشد. پس از پایان این دوره بیمارانیکه وارد کلینیک سیار روستائی دانشگاه پهلوی می شدند ابتدا بوسیله این کمک پزشک معاینه شده تشخیص و درمان وی یادداشت میگردد، سپس همان بیمار مجددآ توسط پزشک عمومی معاینه شده و تشخیص و درمان در مورد وی انجام و ضمیماً نتیجه آن ثبت می شد.

مقایسه نتیجه تشخیص و مداوا بر روی 200 بیمار از ۱۹ روستای مجاور شیراز در 98% موارد یکسان بود، با در نظر گرفتن اینکه چنانچه کمک پزشک مزبور بجای سه ماه در مدت 4 سال در یک آموختگاه با برنامه حساب شده ای تعلم می یافت تا چه حد میتوانست برای جامعه روستائی مفید باشد و چنانچه تعداد زیادتری

وظائف فلچر در روستاها

در مناطق روستائی وظیفه فلچرها بکلی متفاوت است و خدمات آنان در بیشتر موارد مستقل و بطور کلی عبارت است از:

۱- اقدامات پیشگیری.

۲- سعی در کاهش دادن مرگ و میر مادران و کودکان.

۳- پیدا کردن بیماری در مرحله اولیه.

۴- انجام دادن وظایف درمانی که از طرف پزشک پیشنهاد شده است.

۵- خدمات پزشکی در مورد بیماری سل و بیماریهای بدخیم تحت مراقبت پزشک.

۶- اقدامات بهداشتی بمنظور بهبود سطح زندگی روستاییان.

۷- آموزش بهداشت.

۸- معرفی بیماران مبتلا به امراض حاد یا ناشناخته به بیمارستانها.

۹- مراقبت از وضع زنان باردار و ارائه توصیه های بهداشتی به آنان و نیز انجام امور بهداشتی نوزادان در ماههای نخست تولد.

بطور کلی نتایج حاصله از ایجاد سیستم نیمه پزشکی فلچرها رضایت‌بخش بوده است تا آنچه که میزان بیماری در میان نوزادان 14% و در میان کودکان $15-16\%$ میزان مرگ و میر در فاصله سالهای $1962-1967$ ، 73% کاهش یافته است.

مسلمان سیستم تربیت نیمه پزشک (فلچر) مثل تمامی پدیده های دیگر نمیتواند از نقص خالی باشد و چنانچه شرایط ذمیانی، مکانی و منطقه ای در مورد ایجاد سیستم مشابهی در ایران در نظر گرفته نشود امکان خواهد داشت نتیجه کامل از آن بدست نیاید.

در روسیه شوروی هریک از فلچرها در روستائی با جمعیت تقریبی 500 الی 1000 تن بکار گمashته شده و سرپرستی آنها به درمانگاهی که در شعاع 20 تا 30 کیلومتری محل سکونت ایشان قرار دارد محول میشود. در این درمانگاه 4 پزشک متخصص وجود دارد که هر چند روز برای ویزیت بیماران به روستای محل اقامت فلچر میروند و نیز همیشه برای موارد احتطراری و فوری، فلچر بایشان دسترسی دارد.

از جمله انتقاداتی که از این سیستم بعمل آمده اینست که چون 43% از اوقات فلچرها صرف معاینه و مداوای بیماران میگردد کمتر فرصت برای اقدامات بهداشتی و پیشگیری خواهد داشت و همچنین بسیاری از بیماران پس از مداوا بوسیله فلچر توسط پزشک متخصص معاینه نمیشوند.

هنری سی جریست در سال 1937 چنین نوشت: «این خطر در بین است که فلچرها ازوظایف اصلی خود پا فراتر نهاده بمداوای بیمارانیکه صلاحیت درمان آنها را ندارند پرداخته برای آنان خطرناک باشند. فلچرها را میتوان با

برای بازگشت و ورود به دانشگاه بودند. در پیشنهاد فعلی علاوه بر اینکه کمک پزشکان از میان افراد بومی هر منطقه انتخاب خواهند شد، شرط لازم ورود به آموزشگاه، خدمت مادام‌العمر آنان در مناطقی خواهد بود که تا حد معقولی نیز در انتخاب آن محل آزاد خواهد بود. ثانیاً در گذشته عدم وجود مدیریت هوردلزوم، وضع ناپسامان وسائل ارتباطی میان روستاهای شهرهای نزدیک و مشکلات اقتصادی، دلائل دیگری بر شکست طرح مزبور بود که درحال حاضر امکانات اقتصادی و انسانی واقعیمی بکلی دگر گون و شرایط موجود، خود ضامن موافقیت پیشنهاد فعلی خواهد بود. مسلماً ارزش اجتماعی این کمک پزشک‌ها با دید نوینی که جامعه در چند سال اخیر نسبت به ارزیابی خدمات پیدا کرده است، مسلماً خوبی بالاتر و قابل توجه‌تر خواهد بود.

از فارغ التحصیلان بومی مدارس متوسطه تحت عنوان کمک پزشک، بهدار، بهمار، یا هر عنوان دیگر تحت آموختن قرار گیرند در تأمین نیاز درمانی لازم در روستاهای تا چه حد ممکن خواهند بود. با اجرای این پیشنهاد علاوه بر مداوای روستائیان در محل، این نتیجه نیز طبعاً بدست خواهد آمد که با راهنمایی کمک پزشکان تنها بیماران مشکوک و موارد حاد و ناشناخته به بیمارستانها و مرکز درمانی اعزام خواهند شد و بالنتیجه از انبوه مراجعین به این مرکز کاسته نمیشود.

قبلاً یادآوری گردید که در چند سال پیش سیستمی شبیه این طرح در ایران اجرا شد و عده‌ای بنام بهدار بروستاها اعزام شدند. طرح مزبور بچند عمل موفقیت‌آمیز نبود و بهمین دلیل از میان رفت. اولاً اینکه بهداران پس از خاتمه تحصیل تنها برای مدت محدودی بروستاها میرفتند و همیشه مترصد یافتن فرست مnasبی

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- Ronagh, 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.

- 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.
- ۱۸- مجله نظام پزشکی «چگونه پزشکی موردنیاز کشور است» دکتر ابوتراب نفیسی شماره ۱۵-۴ امردادماه ۱۳۵۱
- ۱۹- روزنامه کیهان «اردبیلهشت ۵۰ دیدارهند» علی رضا طاهری .
- ۲۰- بهداشت و بهداری، بر نامه عمرانی چهارم کشور، گروه بر نامه ریزی رفاه اجتماعی، دفتر بر نامه ریزی، امردادماه ۱۳۴۷
- ۲۱- آمارپزشکان و دندانپزشکان کشور، نشریه آماری نظام پزشکی ایران، شماره (۱) امردادماه ۱۳۴۹ .