تحولات پزشکی وجراحی و دندانپزشکی درکشورهای اروپائی

مجله نظام پزشکی
سال پنجم ، شماره ۳ ، صفحه ۳۵۸ ، سال ۲۵۳۵

سازمان نظام پزشکی ایران همواره دراین اندیشه بوده است که نظامات پزشکی و وابسته پزشکی در سایرکشورهای جهان را مورد مداقه قرار داده موارد جالب آنرا ترجمه و منتشر کند.
سال گذشته کتاب پرارزش و مفیدی از طرف بازار مشترک اروپا درباره امور پزشکی این کشورها منتشر شد که نظام پزشکی ایران پس‌ازبررسی‌های دقیق‌آن‌کتاب را برای‌ترجمه و نشر مفید تشخیص داد و اینک قسمتهائی ازآن‌کتاب برای انتشار برگزیده شده است تاهمکاران ارجمند بتوانند سابقه تاریخی هنرپزشکی را ازقرون وسطی تابامروز درکشورهای بزرگ اروپائی مطالعه وبررسی کنند.
اینک قسمت سوم ترجمه کتاب به چاپ میرسد و امید میرود مقبول طبع همکاران‌ارجمند قرارگیرد.

۱۶- احاله امور داروئی به پزشکان :

در فرانسه مقررات مربوط به‌تشکیلات حرفه داروسازی ، درسال ۱۹۴۱ تنظیم شده سپس درآن تغییراتی داده شده که‌آخرین‌آن در سال۱۹۵۹میباشد. برطبق‌این‌مقررات هر پزشکی که درمحل‌کارش داروسازوجودنداشته‌باشد، حق‌دارد به‌بیمارانی که‌تحت درمان دارد داروهای ساده ومرکب که اسامی آنها در فهرست وزارت بهداری مندرج است، بدهد . این فهرست بانظرشورای نظام‌پزشکی‌ونظام داروئی تنظیم شده است . پزشکانیکه از این‌اجازه استفاده می کنند مشمول‌مقررات‌داروسازان هستند ولی‌هیچگاه حق‌ندارنددراروخانهٔ جداگانه برای فروش دارو دائر کنند .

فرماندار باتوجه به مصالح بهداشت همگانی این اجازه را صادر می‌کند . او می‌تواند حتی برای مکانی غیر از مکان محل اقامت پزشك نیز اجازه صادرکند ولی‌صدور این اجازه نباید براین‌اصل که پزشك تنها باعایدات پزشکی خود قادر بامرار معاش نیست ، متکی باشد. اجازه مذکور ممکن است باکسب اجازه از مقامات مافوق لغو شود . چنانچه در محل ، داروخانه تأسیس شود لغو اجازه اجباری است .

پزشکی‌که علاوه برپزشکی بکار اضافی داروسازی وفروش دارو نیز اشتغال دارد ، درنتیجه این فعالیت اضافی نه‌دارای مزایای‌یك تاجراست ونه‌می‌تواند ازمزایای‌ناشی از نظام داروئی‌استفاده‌کند.

۱۷- درهلند : بطورکلی قانون ۱۸۶۵ پزشکان را جز در موارد خاص وبرطبق‌اجازه مخصوص ازاشتغال به‌داروسازی منع می‌کند ولواینکه دارای دیپلم داروسازی باشند.

چنانچه داروخانه متعلق به پزشکی در یك دهستان باشد که در آن‌جا یا در دهستان مجاور داروسازی مستقر نباشد، پزشك فقط در داخل داروخانه خویش می‌تواند دارو توزیع کند؛ مگرآنکه حدود وثغور دیگری ازطرف‌کمیسیون مخصوص درنظرگرفته‌شده باشد . پزشك صلاحیت ساختن دارو را ندارد و نیز نمیتواند به اشخاصیکه درمکانهای خارج ازمنطقه او مقیم هستند ، دارو بدهد. تحویل‌دارو به‌بیماران برای‌معالجه بعنوان‌توزیع داروتلقی‌نمیشود. پزشك می‌تواند داروی بیماران خود را در داروخانه همکاری‌که اجازه فروش دارو دارد، تهیه‌کند. تمام پزشکان می‌توانند خود داروهای‌مربوط‌به‌امراضی‌راکه‌بایدسرطبی‌به‌شمارآید، به بیماران خویش‌بدهند. این‌داروها باید به‌وسیله داروسازان تهیه شده باشد.

۱۸-لوگزامبورك -آلمان- ایتالیا: در لوگزامبورگ تشکیلات داروئی به وسیله مقررات سال ۱۸۴۱ تنظیم شده است . تأسیس داروخانه مستلزم اجازه وزارت بهداری است. صاحب داروخانه

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-10-30]

باید شخصاً داروخانه را اداره کند مگر درموارد استثنائی. دارو باید فقط در داروخانـه فروخته شود . پزشکان حق دائر کردن داروخانه ندارند ، ولی هر پزشکی که مطبش درحدود ۸ کیلومتر از محل داروخانه فاصله داشته‌باشد مجبور است داروهای مندرج در فهرستی را که ازطرف وزارت بهداری تنظیم وبوسیله داروساز تهیه شده است ، فقط برای مصرف بیماران خود در اختیار داشته باشد .

درآلمان داروسازی آزاد نیست. برطبق قانون ۱۸۶۹ برای تهیه وتحویل دارو باید تحصیل‌جوازکرد وداشتن‌جوازمستلزم داشتن دیپلم است.

درایتالیا قانون بهـداشت ۱۸۸۸ ، حق اشتغال به امر درمان را به‌اشخاص صلاحیت‌دار واگذارمی کند. داروسازان نیز باید واجد شرایط اصولی‌پزشکان باشند؛ مانند:

بالغ بودن، داشتن‌دیپلم وثبت نام در دفترشهرداری... یك شخص میتواند مشاغل‌متعددکه دیپلم آن‌را دارد، درآن واحد داشته‌باشد؛ به استثنای داروسازی‌که باید شغل منحصر بفرد باشد.

درمواقعی که مطب پزشك دردهستانی‌فاقدداروخانه دائرو دسترسی به‌داروخانه‌های دهستانهای مجاورمشکل باشد، فرماندارمی‌تواند با کسب اجازه از کمیسیون بهداشت به پزشك اجازه دادن دارو به‌بیمار را بدهد.

قسمت سوم

اشتغال به داروسازی برخلاف قانون

۱۹ــ اشتغال غیرقانونی: در نتیجه جـدائی قطعی داروسازی از پزشکی، پـزشکان یا داروسازانی که درکار دیگـری دخالت کنند مستوجب تنبیهات قانونی میشوند. استثناهائی راکه برای پزشکان از نظرتصدی اموردارویی وجود دارد متذکر شده‌ایم. درمواردی چند، به‌داروسازان‌اجازه‌داده شده که‌استثنائاً پاره‌ای اموزپزشکی را انجام دهند بعنوان مثال :

در بلـژیك به دارنـدگان دیپلم داروسازی و به لیسانسیه‌های شیمی اجازه داده می‌شود که تجزیـه‌های زیست شنـاسی بالینـی Analyse de biologie clinique را انجام دهند.

نحوه‌کار وشرائط آن با نظرآکادمی پزشکی معین شده است. جز درمواقع استثنائی‌داروسازان حق‌ندارند درآن واحد هم داروخانه دائرکنند وهم به‌امور تجزیه پزشکی بپردازند.

انجام تجزیه‌های بالینی عملا ممکن‌است به‌دوطریق صورت گیرد: یا در آزمایشگاه‌های مجهز یادر داروخانه. قانونگـذار بلژیکی انجام توأم کارآزمایشگاهی و داروفروشی را منع می کند وازاین راه خواسته است نگذارد داروساز خود تجزیه‌ای انجام دهد وبنا به تشخیصی که داده است ، بلافاصله داروئی تجویز کند که ممکن است خطرهای بـزرگی در پی داشته باشد . چنین عملی یك کار برخلاف قانون پزشکی تلقی میشود.

انجام تمام‌آزمایشهای بالینی‌درآزمایشگاه مستلزم داشتن‌اطلاعات تخصصی مافوق دیپلم داروسازی است.

درست است که در آغاز داروساز درباره شیمی اطلاعات وسیع‌تری نسبت به‌پزشك درباره این علم دارد، ولی مسائـل بسیار غامضی وجود داردکه‌ایجاب میکند یك‌پزشك پس‌از دریافت دیپلم‌دکترای خویش‌یك‌دوره پنجساله‌را برای‌مهیاشدن‌جهت‌تصدی اموربیولوژی بالینی طی‌کند. در هرحال بیولوژی بالینی شامل مباحثی است که به‌کلی بامبانـی داروسازی تفاوت دارد و مستلـزم انجام اعمال فوق‌العاده دقیقی است که حتی پزشك ماهر باید با نهایت احتیاط انجام دهد. شواهد متعددی دراین مورد بیان شده است ، از آن‌ـ جمله‌آزمایش هیپووهیپرگلیسمی تحریکی رامیتوان مثال زد.

این آزمایش شامل تزریق انسولین است که ممکن است در نتیجه پائین آمدن میزان‌گلوکوز درخون باعث بروز حالت اغما شود. درچنین‌حالتی‌مداخله پزشك ودرمان‌فوری‌ضرورت‌دارد. آزمایش هیپوگلیسمی‌تحریکی‌ممکن‌است باتزریق‌سرم‌گلوکوزه‌هیپرتونیك در داخل رگ صورت گیرد واین عمل جـز با اجازه پزشك نباید انجام پذیرد.

پائین‌آمدن میزان‌گلوکوز درخون ممکن‌است نزد بعضی اشخاص باعث مرگ شود، و تنها اقدام‌فوری پزشك تزریق‌کننده می‌تواند رفع خطر کند .

۲۰ـ داروسازوکمك داروساز: قانونگذاردربلژیك‌بیشتر به‌کیفیت خدماتی‌که برای مردم انجام می گیرد، توجه داشته است و ناظر به‌حمایت او بوده. ازاین‌رو برای‌کمك داروساز وکمك دندانساز صلاحیتی قائل نشده است.

درمقررات سال۱۹۶۴تصریح گردیده‌است که داروساز باید شخصاً نسخه‌های پزشك را بپیچد و خود مستقیماً در امر تهیـه داروها دخالت داشته‌باشد. قوانین جزائی متعدد داروسازی راکه پیچیدن نسخه را به عهده کمك داروساز واگذار کند ، مجرم میشناسد . داروسازان مجازند با مسئولیت خویش از دستیاری‌کمك داروساز استفاده کنند ولی‌جهت‌تسهیل وتسریع امر نظارت، هیچ داروسازی مجاز نیست بیش‌از سه‌تن دستیار داشته باشد.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-10-30]

فصل سوم

دندانسازان وهنر پزشکی

قسمت اول ـ هنر دندانپزشکی و پزشکی

۲۱ـ دندانپزشکی از نمایش بازار روز آغاز شد. درفرانسه، بلژیك و آلمان تا دیرزمانی دندانسازی امری پیش پا افتاده و در زمره نمایش‌های بساط‌اندازان سرکوی وبرزن به‌شمارمی‌آمد وکار هرتازه واردی به‌ویژه «لوده»ها بود. کشیدن دندان نمایشی بودکه درحضورجماعت‌توأم‌باهلهله‌وتمجیدتماشاگران‌انجام می‌شد. برای‌آن‌که هنردندانسازی به‌قلمروی‌هنرپزشکی‌وارد شود، تردید فراوان وجود داشت. شاید این تردید بیشتر ناشی از این بودکه اغلب کشیدن دندان را با دندانپزشکی اشتباه می‌کردند: اشتباهی که دربسیاری از تألیفات کهن به چشم می‌خورد.

برای نخستین‌بار درسال ۱۷۳۰ سپس درسال ۱۷۶۸ مقرراتی وضع شدکه بموجب‌آن درپاریس‌دندانسازهاباید درکالج جراحی‌احراز تخصص کنند ولی درعین حال آنانرا از دخالت در رشته‌های دیگر جراحی منع مینمود .

در سال ۱۷۲۸ فوشارد «Fauchard» فرانسوی کتابی درباره دندان منتشر کرد واین‌کتاب نکات پزشکی دندانسازی را بخوبی آشکار ساخت.

در آلمان، در ایالت پروس، برای دندانسازان امتحان دولتی برقرارگردید و بتدریج سطح معلومات بالا برده شد تا بالاخره درسال ۱۹۱۹ عنوان پزشك را برای دندانسازان قائل شدند.

در هلند و بلژیك قانون مورخ ۱۸۱۸ مقرراتی برای حرفه دندانسازی درنظر گرفته‌است وکمیسیونهای پزشکی ایالتی را موظف می‌کندکه با انجام امتحانات لازم صلاحیت دندانسازان وجراحان ومتصدیان زایمان وماماها وعینك‌سازان و داروفروشان را تصدیق کند.

در هلند درسال ۱۸۶۸ برای تصدی دندانپزشکی ، داشتن دیپلم پزشکی اجباری شد. چون این تصمیم با توجه به‌اوضاع و احوال روز وفقدان تعدادکافی دانشگاه دیده غیرعملی بود، لذا در سال ۱۸۷۶ سیرقهقرائی به‌عمل‌آمد وبه داشتن یك دیپلم مخصوص قناعت شد.

درفرانسه مقررات ۱۷۳۰ دربارهٔ دندانسازها باوضع‌قانون دیگری در ۱۸۰۳ عملا لغو گردیدو مدرك صلاحیت برای دندانسازان کنار گذاشته شد بطوریکه کار دندانسازی ، یك کاردستی تلقی می‌شدکه تنها مستلزم ظرافت و تردستی‌است و به‌هیچ‌وجه احتیاج به اطلاعات علمی ندارد.

درسال ۱۸۹۲ باوضع قانون‌جدید ازیك‌طرف حداقل‌معلومات‌برای متصدیان امور دندانپزشکی درنظر گرفته میشود و از طرف دیگر راهی‌بازمی‌گرددکه دانشجویان داوطلب شغل‌افسر بهداشت‌که قادر به‌دریافت درجه دکترا نیستند، بتوانند بامور دندانپزشکی اشتغال ورزند.

۲۲ـ درمان دندان ودرمان طبی: امروزکسی‌شك‌ندارد‌که‌درمان دندان مستلزم داشتن معلومات دانشگاهی و پزشکی است. میزان این معلومات درممالك مختلف متفاوت‌است. این تفاوت در درجه اول ناشی ازاین‌است‌که امکان درمان‌دندان منحصراً توسط پزشکان پرسابقه، باتوجه به‌کمی تعداد این قبیل پزشکان ونیز کمی تعداد دانشجویان پزشکی، میسرنیست.

در نتیجه پیشرفت علوم اینك روشن شده است‌که از طرفی میان امراض دهان وامراض بدن به‌طور کلی ارتباط وجود دارد و از طرف دیگر انجام پاره‌ای معالجات دندان و بی‌حسی موضعی وبه کاربردن پاره‌ای داروها که غیر ممکن است تأثیرآنها منحصر به دهان باشد و درقسمتهای دیگر بدن تأثیر نکند، بی‌شك می‌تواند مخاطراتی به‌وجودآورد.

بنابراین دندانپزشکی‌مستلزم داشتن اطلاعات وسیع پزشکی‌است. عدهٔ دیگری، مخصوصاً در هلند، معتقدند چنانچه داشتن اطلاعاتی بدین وسعت میسر نباشد می‌توان باداشتن اطلاعات عمومی و لازم، مثلامعلومات مربوط به‌دندانپزشك، رفع‌احتیاج کرد ودندانپزشك خواهدتوانست‌حال‌عمومی بیمار را درنظر گیرد و او را راهنمائی کندکه برای پیشگیریهای لازم به‌پزشك مراجعه کند.

به این ترتیب مراقبت کامل پزشکی به‌وسیله یك فردکه به تنهائی دارای صلاحیت کامل باشد انجام نمی‌گیرد ، بلکه یك عده متخصص‌که در رشتهٔ خویش صلاحیت دارند با یکدیگر همکاری می‌کنند و هریك قسمتی ازکار را انجام می‌دهد واطلاعات و تبحر خویش را دراختیار دیگری میگذارد. لیکن به‌کاربستن این روش بسیار مفید مستلزم وجود تشکیلاتی مجهز وتجزیه و تقسیم انواع خدمات ومواظبتها ومسئولیتها است.

قسمت دوم

میدان فعالیت دندانساز دربلژیك

۲۳ـ میدان فعالیت دندانساز

درسال ۱۹۳۴ دربلژیك‌دورهٔ لیسانس علوم مربوط به‌دندان‌تأسیس گردید وبدینوسیله مراحل‌تهیه‌ومهیاساختن دانشگاهی‌دندانپزشك بمرحله نهائی قدم نهاد. ومقررات سال ۱۹۶۷ حق‌انحصاری انجام امورمربوط به‌هنردندانپزشکی‌را به‌دندانپزشکان واگذار و وظائف آنهـا را با تذکر عناصر اعمال غیرقانونی که نباید انجام دهند ، تعیین نمود بدین ترتیب:

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-10-30]

هیچکس حق ندارد به‌دندانپزشکی اشتغال ورزد مگر آنکه دارای دیپلم دندانپزشکی باشد: دیپلمی که بایدبرطبق مقررات دانشگاه و پس از گذراندن امتحانات مربوط به‌دست آمده ویا اینکه برطبق قانون از گذراندن این امتحان معاف شده باشد. قالب گیری و گذاردن دندان منحصراً از وظایف دندانپزشکان شناخته شده و بدینطریق صلاحیت کمك دندانسازان محدود شده است.

بنابه‌روش قضائی در بلژیك قالب گیری دندان در حیطه هنر شفابخشی تلقی نمی‌شد و ممکن بود بوسیله هرکسی انجام گیرد. ولی قانون مذکور باتوجه به‌سود مردم دخالت اشخاص غیروارد رامنع میکند و مقرراتی در نظر می گیرد که متناسب باپیشرفت علم وفن می‌باشد.

ناگفته نماند که دندانسازان در بلژیك نمیتوانند اعمالی را که منجر به‌خونریزی می‌شود جزروی دندان ونسوج مربوط انجام دهند. دندانسازان حق ندارند به درمان بیماری دهان بپردازند. اینگونه معالجات درحیطه صلاحیت پزشکی است وپزشکان میتوانند برای بی‌حس کردن عمومی اقدام کنند. زیرا قانونگذار بلژیکی معتقد است که این قبیل معالجات مستلزم تحصیلات پزشکی اساسی وکامل است.

۲۴ـ انحصار معالجات دندان

باتوجه به‌مطالب مذکور وتفکیك دومنطقه‌عمل، قانون بلژیك انجام کارهای دندانپزشکی را منحصراً در صلاحیت اشخاصی می‌داند که دارای لیسانس در رشته دندانپزشکی باشند وبرای پاره‌ای قسمتها دخالت کارگران حرفه‌ای صلاحیت‌دار را مجازمیداند.

پزشکی که دارای اجازه دندانپزشکی نباشد و یا متخصص بیماری دهان و دندان نباشد حق ندارد، بکار دندان پزشکی بپردازد. دخالت متخصصین اخیرالذکر در صورتی میسر است که تشکیلات قانونی برای این تخصص وجود داشته باشد.

قانون لوگزامبورك به‌طورصریح‌تر و قاطع‌تر اشتغال به‌دوکار را صریحاً رد نموده وپزشکان را به‌سه دسته باشرائط و ارزش مساوی تقسیم میکند: پزشکان عمومی، پزشکان متخصص و دندانپزشکان. در فرانسه، آلمان وهلند باوجودیك‌دسته اشخاص‌متخصص‌حرفه‌ای مانند جراح دندانساز و دندانپزشك، هرپزشکی اعم از اینکه متخصص امراض دهان ودندان باشد یانباشد ازنظرقانون صلاحیت درمان بیماری دندان را دارد، مشروط براین که به شرائط و مسئولیتهای‌ناشی ازامکانات‌واقعی وظرفیت‌خویش توجه داشته‌باشد وجنبه احتیاط را منظوردارد.

۲۵ـ صلاحیت جراحان دندانسازفرانسوی

در فرانسه نیز حرفه جراح دندانساز (Chirurgien_dentiste) مواجه بامسائل ناشی ازمحدودیتهای ناظر به‌صلاحیت حرفه‌ایست. درتصویب‌نامه سال ۱۹۴۸ وسائل تشخیص، که بکار بردن آن در صلاحیت جراحان دندانساز است، محدود ومعین شده‌است.

تصویب نامه سال ۱۹۶۹ حدود این صلاحیت را وسیع‌تر کرده است بی‌آنکه درشرائط تحصیلی‌تغییری‌قائل‌شود. درآن تصویب‌نامه هنر دندانپزشکی بدین‌سان تعریف می‌شود:

تشخیص ودرمان امراض دندان، دهان وفك، قالب گیری، امتحان نصب وبکارانداختن وسایل‌ثابت‌یاکمکی‌نویاتغییرشکل‌یافته‌یااصلاح شده. با توسعه دادن صلاحیت درمان دندان به‌تمام امراض دهان، موضوع تحصیلات کافی خود به‌خود مطرح می‌شود وبی شك حدود صلاحیت به‌حد مهیا بودن‌کامل از نظر پزشکی، می‌انجامد. باید متذکرشویم که شورای دولتی‌این تصویب‌نامه را لغو کرده واوضاع را بوضع سابق برگردانده‌است.

۲۶ـ دندانپزشکی به‌منزله یك هنرپزشکی مستقل

درآلمان، هلند ولوگزامبورگ دیپلم دکترای دندانپزشك هم‌پایه دیپلم دکترای‌پزشکی بشمار می‌رود. بدینسان درآلمان حدود عمل دندانپزشکان توسعه یافته و شامل بیماری دهان ودندان و جراحی فك وصورت می‌شود. عملا مقررات حرفه‌ای آنها را ازتجاوز از حدود صلاحیت خویش بازمی‌دارد وازآنها می‌خواهدکه درمواقع لزوم به‌پزشکان متخصص مراجعه کنند. از نظرحقوقی روش قضائی آلمان براین پایه است که نظام حرفه‌ای نمی‌تواند صلاحیتی را که قانون اعطاکرده محدودکند.

۲۷ـ هنردندانپزشکی منضم به‌هنرپزشکی

کشورهای دیگرآخرین‌مرحله تحول‌را در دندانپزشکی‌پیموده‌اند همانند تحولی‌که در جراحی و چشم پزشکی صورت گرفته است. مثلا ایتالیا، اطریش و اسپانیا به این نتیجه رسیده‌اندکه برای درمان دهان و دندان صلاحیت پزشکی مورد نیاز است. بدین‌سان دراین‌کشورها دیگر موضوع حدود صلاحیت برای درمان بیماری دهان مانند ابتلائات سرطانی‌زبان و.... مطرح‌نیست. بدین‌طریق مسئله مشکل نظارت برمحدودیتها برای استفاده ازوسائل معمول درطب عمومی، که‌برای پاره‌ای بیماری دهان‌لازم‌میشود، خودبه‌خود برطرف می‌گردد.

وحدت پزشکی تحت تأثیر وفشار نیروهای‌گریزاز مرکز

قسمت اول

افکار و نظرات متقابل

۲۸ـ جدائی یاالحاق ـ بطوری‌که ملاحظه می‌شود ترفیع مقام جراح در قرن گذشته وپایان یافتن جدالهای صلاحیت که جراحی

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-10-30]

را در مقابل پـزشکی قرارمیداد، مولـود متحدالشکل شدن حرفه پزشکی بود نه معلول جدائی قطعی یك میدان فعالیت مشخص از میدان دیگر. به‌بیان دیگر میدان فعالیت جـراح و پزشك به‌جای جدائی وپیشرفت در دوخط متباعد، باهم یکی شدند و در دو خط موازی به‌جلو رفتند. امروزه غیرقابل‌تصور است‌که بتوان عملهای جراحی را به‌جراحانی‌واگذارکردکه پزشك‌نباشند. چشم پزشك نیز طبیب شده است. این جنبش به‌سوی تمرکـز معلومات اساسی و مقدماتی حرف پزشکی ، امری است‌که به موازات پیشرفتهای اجتماعی وامکانات آن پیش می‌رود.

بالا رفتن سطح درآمد اشخاص و تـوسعه حرف دانشگاهی اجازه می‌دهندکه تضمینهای بیشتروشرایط سنگین‌تربرای متصدیان حرف بهداشتی در نظر گرفته شود . بـدیهی است مسائل مبتلا برای کشوری‌که ۱۴۳ پزشك‌برای هرصدهزارتن‌جمعیت دارد وکشوری که فقط چهارپزشك برای‌تعداد جمعیت مذکوردارد (مثل‌کامرون) فرق می‌کند.

مثلا دربلژیك اخیراً بیهوشی بعهده پزشکان واگذارمیشود (۱۴۳ پزشك برای صد هزار تن) درحالیکه درفرانسه‌کـه ۱۱۲ پزشك برای صدهزارتن وجوددارد، ممکن‌است بیهوشی‌بوسیله پرستاران و تحت‌نظرپزشك مسئول‌انجام گیرد.

۲۹ـ کشش بسوی تجزیهـ باوجودآنچه گفته شد، اینك‌ازنظرحقوقی سعی‌میشودکه جریان درجهت عکس‌پیشرفت‌طبیعی‌مذکورسیر کند. درسالهای اخیرمشاغل گوناگون فراوان وابسته به‌پزشکی که آنها را پیرا پزشکـی می‌نامیم به شغل وابستگان پزشکی افزوده شده که همه درصدد به‌دست‌آوردن موقع ومقام مشخص وآتیه مطمئن‌با استفاده از وسائل قانونی هستند.

قوانین اکثر ممالك پیشرفتـه با درهم برهم عجیبی مواجه است که نتیجه‌غیرمنطقی‌آن ممکن‌است باعث شودکه باردیگرامردرمان طبی‌تجزیه شود و درمسیرتشکیلات‌اتحادیه‌ای قرارگیرد و درنتیجه کیفیت خویش را ازدست بدهد وبرخی امور به‌اشخاصی که واجد صلاحیت‌کامل نیستند واگذار شود.

بدین‌سان بیماران ازمراجعه به‌متخصصین ذی‌صلاحیت که پزشکانند بازداشته‌شوند.

این وضع به‌ویژه درکشورهـای ثروتمند درحـال پیدایش است : کشورهائی‌که درآن اجرت پزشکان درنتیجه مقررات جاری‌قابل تحمل است، کشورهائی‌که درآن نسبت تعداد متصدیان پزشکی به جمعیت زیاد است و نه در کشورهائی‌که پزشك کم است و یا در کشورهائی‌که پرداخت اجرت پزشك برای مردم مقدور نیست . بدینسان‌نیروهای گریز ازمرکز درکشورهای بازار مشترك‌درحال تأثیر است: کشورهائی‌که بیمـه‌های اجتماعی تمـام یاقسمت عمده مخارج بیمـاران را می‌پردازد و کشورهائی که تعـداد پزشکان زیاد است. برای‌هرصد هزار تن درآلمان ۱۴۴ پزشك، دربلژیك ۱۴۳تن، درهلند۱۱۴تن، درفرانسه ۱۱۲ تن ودرلوگزامبورگ ۹۸ پزشك وجود دارد.

پاره‌ای افکارکه اولیای امور ومسئولان امور بیمه درمانی‌طرفدار آن‌هستند، این‌است‌که درمان به‌وسیلهٔ تکنیسین‌هاکه‌دوره‌تحصیلات آنهاکمتر است ارزان‌تر تمام میشود . بنابراین از نظر اقتصادی (ونه ازنظرکیفیت درمان)صلاح درآن است‌که یك قسمت‌ازفعالیت پزشکان به‌پزشکیاران واگذارگردد. و محتمل است‌که بار دیگر متصدیان‌امور بهداشت بصورت‌تکنیسین‌های وابسته به‌پزشکی‌روی کارآیند.

این‌امر خواهی نخواهی درکشورهائی‌که در نظر دارند باتشکیل دوره‌های پزشکی‌کوتاه مدت عقب افتادگی‌خود را ازنظربهداشت جبران‌کنند نزج می‌گیرد اولیای امورچاره‌ای جز قبول واقعیت ندارند . ولی باید توجه داشت‌که همین‌کشورها بتدریج که تعداد پزشکانشان بـه حد کافی می‌رسد پست افسران بهداشت را حذف می‌کنند. اوضاع واحوال در اتحاد جماهیر شوروی ازاین لحاظ قابل توجه است .

۳۰ـ فلدشر(Feldscher)**دراتحاد جماهیرشوروی**ـ سمت‌فلدشر قابل‌مقایسه‌است باسمت افسران بهداشت قدیم فرانسه . میدان عمل فلدشر محدود به‌کمك‌های فوری و راهنمائی و تعیین نوبت برای مراجعه بیماران به‌پزشکان وانجام دستورهای پزشك است .

همانندقابله‌های غربی، فلدشر قابله هم وجود دارد ولی اوهمواره باید باپزشك عمومی درتماس باشد .

پزشکان‌عمومی هردوهفته یکبار ومتخصصین‌هرماه یك‌بار به‌پستهای فلدشرها سرکشی می‌کنند .

وزارت بهداری روسیه معتقد است‌که استفاده از فلدشرها تنها به دلیل عدم وجود پزشکان به‌تعداد کافی است. ولی عدم تبحرآنهـا مخصوصاً بـرای تشخیص بیمـاری ایجاب می‌کند بتدریج که تعداد پزشکان بیشتر می‌شود ، پزشکان جانشین فلدشرها شوند. فلدشرها یا برای مدد کاری اجتماعی و یـا برای پرستـاری (پرستار دیپلمه) مهیا می‌شوند ولی از سال ۱۹۵۷ سمت اخیر بیشتر مورد توجه بوده است . در حال حاضر وزارت بهـداری کوشش داردکه سیستم پزشك وپرستار تحت نظر ومسئولیت‌پزشك را تعمیم داده سمت فلدشررا حذف‌کند. مدارسی‌که تاکنون‌فلدشر وپرستارتربیت می‌کردند ازسال ۱۹۷۰ به‌بعد دیگرفلدشر تربیت نمی‌کنند.

(دنباله دارد)

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-10-30]