

# پیش داوری در باره نتیجه تربیت پزشک خانواده و یا ایجاد شبکه تندرستی\*

مجله نظام پزشکی

سال هفتم ، شماره ۱ ، صفحه ۶ ، ۱۳۵۸

دکتر رضا جمالیان \*\*

رشد سریع تخصص گرایی همانطور که Rodman در حدود ۳۰ سال قبل پیش یافته میگرد، باعث شده تاریخ علمی میمانه، حس اینمی واطمنان از یکطرف و احساس مسئولیت از طرف دیگر بین پزشک عمومی، بعنوان پزشک خانواده، و افراد خانواده‌ها از است شود. تزلزل عمومی عقیده در کار آئی طبیب عمومی و اعتقاد به قدرت فوق العاده پزشک متخصص، در شهرها باعث شده که مردم برای هر عالمت بیماری مثلاً سر درد بین مطبهای پزشکان متخصص سرگردان بمانند. چهار سال قبل دانشگاه لوس آنجلس در کالیفرنیا در تعقیب بحث‌های مفصلی که در این باره مطرح بود (۲۵) تصمیم به ترتیب یک مردم جدید تخصص پزشکی گرفت که افراد آن بتوانند در سطح وسیع در هر شرایط پنجو قابل قبول و قابل اجرای خدمات جامع تندرستی را ارائه دهند (۲۹). در یک قرن پیش «هائزی سی جریست» استاد تاریخ پزشکی دانشگاه جان‌هاپکینز هم کمبود یک تخصص جدید پزشکی با کارآئی وسیع طبی جراحی را بیان کرده بود. هدف این است که این پزشکان اولین کسانی باشند که کلیه افراد خانواده را تحت درمان و مراقبت قرار دهند و در مقابل معالجه و پیگیری خدمات تندرستی کلیه افراد خانواده مسئول باشند. این پزشکان باید حدود توانایی خود را در نظر بگیرند و در موارد لزوم از مشاوره با افراد متخصص و یا ارجاع بیماران به سایر همکاران یا مراکز پزشکی خودداری نکنند (۲۹).

برای این تخصص پزشکی یک دوره چهار ساله در تظر گرفته شده است که یکسال آن دوره بهداشت عمومی (MPH) و ۳ سال دیگر آموزش بالینی در رشته‌های داخلی، جراحی، زنان و مامائی، کودکان، چشم پزشکی، مراقبت‌های ویژه، فوریت‌های پزشکی،

کمبود پزشک و همگام با آن کمبود دندانپزشک، پرستار و واحدهای واپسی به پزشکی از مهمترین عوامل نارسانی خدمات پزشکی در ایران است (۹).

عدم توزیع عادلانه امکانات پزشکی موجود درین جمعیت ایران- این نارسانی را در جامعه روستائی بشکل شدیدتری نمایانگر می‌سازد بطوریکه در یک بررسی مؤسسه تحقیقات و برنامه‌ریزی، در ۵ شهر انتخاب شده، در برابر ۱۷۴۶۰۰ روستائی، فقط ۳ پزشک وجود داشته است (۱۵).

دسترسی بخدمات دندانپزشکی، پرستاری، آزمایشگاهی و تخصصی‌های پزشکی برای نزدیک به ۲۰ میلیون جامعه روستائی ما در محل زندگی آنها مقدور نیست و در مردم دست‌یابی به پزشک عمومی، چون مردم روستاهای در ۶۰ تا ۷۰ هزار دهکده کوچک و متفرق پراکنده شده‌اند و راه ارتباطی خوب و دائمی برای همه آنها وجود ندارد، پزشکان فداکار و خدمتگزار سپاه بهداشت و درمانگاه‌های روستائی قادر به ایجاد یک پوشش درمانی بهداشتی «کامل و دائمی» نشده‌اند (۸-۹).

پزشکان متخصص در نسبت با کلیه پزشکان کشور زیاد و در رابطه با نیاز مردم اندک هستند و اکثریت آنان در تهران مستقر شده‌اند (۸-۱۵) و نرخ خدمات تخصص پزشکی خیلی بالاتر از امکان مالی اکثر مردم مخصوصاً روستائیان است.

کمبود پزشک عمومی و پزشک متخصص و شدیدتر از آن کمبود پرستار که نمایانگر هرم معکوس واحد پزشکی کشور است از تحقق بسیاری از برنامه‌های درمانی در شهرستانها جلوگیری کرده است (۹).

\* این مقاله و نیز مقاله آقای دکتر پاکدامن و خانم دکتر پرویندخت هتجده که در این شماره درج شده، موضوع تربیت پزشک خانواده از دو دیدگاه مورد بحث و بررسی قرار گرفته است.  
\*\* دانشگاه آزاد ایران.

- پایه گزاری شده (۲) شایع ترین بیماریهای مملکت ما از جمله بیماریهای زیر علا در دانشکده های پزشکی «ورد توجه نیستند»:
- ۱- بیماریهای تغذیه ای بویژه فقر غذائی
  - ۲- بیماریهای مقاربی
  - ۳- بیماریهای عفوونی و انگلی شایع مملکت
  - ۴- عفوونت های دستگاه تنفس فوقانی
  - ۵- اعتیادها.

ولی در مقابل به پزشک آینده محفوظات زیادی ارائه داده می شود و با وسائل بسیار پیچیده و منحصر بفردی آشنا می شود که در آینده شغلی او اصلاً مورد استفاده ندارد و فردی که در کتابخانه و سالن کنفرانس کوهی از معلومات است در درمانگاه و خارج از بیمارستان از آنها طرفی برخواهد بست.

۳- مطابق آمار طرح توسعه خدمات درمانی و بهداشتی آذربایجان غربی، در مناطق روستائی مثلاً در روستاهای جلگه ای ۴۴٪ و در مناطق کم درآمد شهری ۵۰٪ بچه ها بیمار بوده اند (۹).

در دید اول برای حل این مسئله و بهبود وضع تدرستی مردم افزایش ظرفیت و تعداد واحد های درمانی مقدم بمنظور میرسد در صورتی که برای کم کردن وریشه کنی بیماریها فقط راه حل بهداشتی بویژه در زمینه بهداشت محیط و مسائلی مرتبط به ارتقاء سطح سلامتی و پیشگیری اختصاصی از بیماریها میتواند موقفيت آمیز باشد. تازمانی که محیط زیست به حداقل قابل قبولی از پاک سازی فرسیده و بیماریهای رایج و اگر بلکه ریشه کن نشده است، هدف بزرگ انسانی و اقتصاد تدرستی ایجاد میکند که بر نامه های بهداشتی، از اولویت پیشتری بهره مند شود (۹-۲۲).

در شکل کنونی اصول برنامه پزشک خانواده، مسئله بهداشت مخصوصاً طیف وسیع طب پیشگیری و طب ارتقائی \* مورد توجه قرار نگرفته است. دید اولیه و بی تیجه داشگاه کامپیا در چاره جوئی درمانی و ترجیه موقفيت آمیز آنها در انجام کارهای بهداشتی دریک تجربه معروف شاهد بارزی در این زمینه است (۲۱).

روی هم رفته محتوا ای برنامه های فلی باز آموزی در بخش های انجام میگردد که کیفیت آموزشی آنها در حد نیاز پزشکان کارآموز نیست و عملی طبیب خوب آنرا میداند و اصولاً مشکل ارائه خدمات پزشکی ضعف آموزش نظری (تئوری) و با این نیست\*\* و باز آموزی بحل مسئله ای کمک نمیکند.

\* مظور از طب ارتقائی اقداماتی است در زمینه بهبود تغذیه، بهداشت محیط، بهداشت روانی، بهداشت فردی... که موجب بالارفتن

\*\* زیرا هم اکنون پزشکان ها اطلاعات زیادی در زمینه بیماریهای قلبی، ریوی، تنظیم آب والکترولیت... دارند ولی بعلت نبود آزمایشگاه، وسایل رادیولوژی و الکتروکاردیوگرافی، عمل از آنچه که پزشکان میدانند استفاده نمیشود پس جه قایده دارد اطلاعات تئوری بیشتری مثلاً درباره پیوند اعضا بدانند. زیرا اگر پزشکی دریک ناحیه روش غربالی، مبتلا به اشکال نادر و مزمن بیماریها هستند ارزش آموزشی زیادی ندارد و با روند آموزشی کادر آموزشی هم که بر تاکید و بحث درمسائل آکادمیک

بیماریهای پوست، بیماریهای گوش و حلق و بینی، رشته های انتخابی و کارهای تحقیقاتی پزشکی است (۲۹). دقیقاً نیمی از این بنامه در زمینه کارهای درمانگاهی و بقیه در بخش های بیمارستانی همان کارورزان و دستیاران مقیم بخش مر بوطه و بادید طب اجتماعی انجام می شود. مشکل بزرگی که کلیه بخش های بالینی دانشگاهی جهان با آن مواجه هستند عبارتست از وجود مجموعه ای از بیماران بستری در بخش های مذکور که چهار امراض بسیار نادر و یا هم من میباشد که ممکن است در آموزش این رده از پزشکان مؤثر نیفتند. تا کید شده بیمارانی در بخش بستری شوند که در آینده پزشک خانواده بیشتر با آنها روبرو خواهد شد (۶-۲۹)، ضمناً در سال اول ۳۰ خانواده و در سال دوم ۱۰۰ خانواده و در سال سوم ۱۵ خانواده مسئولیتها درمانی - بهداشتی آنها به او سپرده می شود تا کاملاً با محیط شغلی خود آشنا شود (۲۹).

هم زمان با آن در سمینار تریت پزشکی بیرونی انسانی پزشکی بهداشتی تحت جمشید در سال ۱۳۵۳ اصل تریت پزشک خانواده مورد تأیید قرار گرفت و در زمینه تنظیم بنامه، با تشکیل یک دوره ۲ ساله آموزش بالینی که شامل ۴ دوره ششم آموزش بالینی در رشته های بیماریهای داخلی، جراحی، زنان و مامائی و کودکان است بعنوان هسته اصلی، موافقت شد (۱۸) هر چند هنوز ریز واحدها مورد تصویب قرار نگرفته است.

باتوجه به سابقه ذکر شده درمورد آمریکا و در رابطه با مشکلات پزشکی - بهداشتی مملکت ما مسائل زیر در برنامه تریت پزشک خانواده مطرح است:

۱- برخلاف آمریکا، در ایران مخصوصاً در مناطق روستائی بشدت کمبود پزشک وجود دارد و بر نامه پزشک خانواده تولیدی شتری در زمینه نیروی انسانی به ارمنان نمی آورد بلکه در یک دوران کوتاه مدت با گسیل شدن تعدادی پزشک عمومی بمراکز آموزشی، کمبود پزشک را تشدید هم میکند.

۲- باز آموزی دوره های ۶ ماهه در بیمارستانهای دانشگاهی که فعلاً بیماران آن بیشتر بر اثر روش غربالی، مبتلا به اشکال نادر و مزمن بیماریها هستند ارزش آموزشی زیادی ندارد و با روند آموزشی کادر آموزشی هم که بر تاکید و بحث درمسائل آکادمیک

\* مظور از طب ارتقائی اقداماتی است در زمینه بهبود تغذیه، بهداشت محیط، بهداشت روانی، بهداشت فردی... که موجب بالارفتن سطح سلامتی افراد جامعه می شود.

\*\* زیرا هم اکنون پزشکان ها اطلاعات زیادی در زمینه بیماریهای قلبی، ریوی، تنظیم آب والکترولیت... دارند ولی بعلت نبود آزمایشگاه، وسایل رادیولوژی و الکتروکاردیوگرافی، عمل از آنچه که پزشکان میدانند استفاده نمیشود پس جه قایده دارد اطلاعات تئوری بیشتری مثلاً درباره پیوند اعضا بدانند. زیرا اگر پزشکی دریک ناحیه روش غربالی، مبتلا به اشکال نادر و مزمن بیماریها هستند ارزش آموزشی زیادی ندارد و با روند آموزشی کادر آموزشی هم که بر تاکید و بحث درمسائل آکادمیک

و اگر شرط جالب بودن مهم است بهتر است از معماری کهن و افسانه‌ای قدیم کشورهای مشرق‌زمین هم که مسائلی بسیاری در آموزش‌های پزشکی استفاده گردد!

در برنامه پزشک خانواده از اهمیت بیماریهای ناشی از فقر غذائی که شاید مشکل ۷۵٪ از جمعیت جهان است، صحبتی بهمیان نیامده (۱۰-۱۴) و به آموزش بیماریهای انگلی که در حدود ۵۰٪ از جمعیت ایران از آن رنج می‌برند اشاره‌ای نشده است (۳-۴).

از موضوع تغذیه که چون تابوئی کلیه دانشکده‌های پزشکی از بحث درباره آن و حشت‌دارند و در دوران جنبی، کودکی و بزرگی در رشد عقلی و جسمی و ارتقاء سلامتی تأثیر فراوانی دارد و شدیداً مورد توجه و تأکید می‌باشد، بعثت نشده است.

شكل کنونی برنامه پزشک خانواده بسیاری از مطالب مهمی را که درسیاست بهداشتی درمانی برنامه پنجم قید شده و عیناً نقل می‌شود در بر نمی‌گیرد.

سلامت یکی از حقوق مسلم فردی و اجتماعی است و سلامت افراد زیر بنای مهم پیشرفت اقتصادی و اجتماعی را تشکیل می‌دهد. هدف اساسی برنامه پنجم هم، ارتقاء میزان سلامت افراد از طریق پیشگیری از بیماریها، بهداشت محیط، بهبود تغذیه‌ عمومی، کنترل تولید مثل و توسعه کمی و کیفی خدمات درمانی و توان بخشی است (۱۱)»

برای برنامه ریزی صحیح برای تربیت پزشک خانواده بجای انتخاب بلوک‌های بزرگ که احتمالاً محتوی اجزاء غیر لازمی است، باید مسئولیت‌های آینده او را فهرست وار تنظیم کرد \* و بسته به نوع مسئولیت، مقدار کافی داشت، مهارت و الگوی رفتاری مناسب را برای او در نظر گرفت و باویاد داد (۶).

علاوه بر آموزش یک دوره بهداشت عمومی برای برآوردهای اجتماعی، اجرائی، سایر مطالب اضافی را بایستی به برنامه او اضافه کرد.

در برنامه آموزشی او صحبت از کرم کدوی خوکی، تب زرد و آلوکی با کرم تریشین که حتی یک مورد آنها در ایران دیده نشده نباید جایی داشته باشد. بر عکس در موضوع‌های لازم اگر هم جاذبه دانشگاهی نداشته باشد باید تأکید لازم بشود. بهسازی محیط بویژه در بهداشتی کردن منابع آب، بهبود دروضع

اگر باین سادگی پزشک خانواده حلال مشکلات می‌شود ساده‌تر و عملی تر است که دانشجویان پزشکی بجای دوره کارورزی کنونی با یکسال بیشتر ۴ دوره شش ماهه بهینه و براحتی هم متخصص شوند و هم از حقوق و مزایای استخدامی پزشک خانواده استفاده کنند.

- برنامه کنونی پزشک خانواده ضمن آنکه کمبودی را جبران نمی‌کند در جامعه نسبت به کارآئی پزشک عمومی تردید ایجاد می‌کند و این مسئله از لحاظ اجتماعی و اخلاقی تولید اشکالاتی می‌کند و علاوه بر آموزش پزشکی در بین دیلمه‌ها تعییف می‌شود و افراد با کارآئی بیشتر به تحصیلات پزشکی توجه نمی‌کنند.

- حتی افراد خوش‌بین هم باور نمی‌کنند این فارغ‌التحصیلان که متخصص‌شناخته می‌شوند به روستاها بروند و در نتیجه مشکل خدمات تدرستی روستاها لا ینحل باقیماند و در شهرها هم با وجود پزشکان متخصص و عمومی، وارد شدن این رده تخصص جدید که برای امریکا ممکن است مفید باشد، در ایران تولید تحول نمی‌کند و در بهترین شرایط یک تخصص مثل سایر تخصص‌های پزشکی است و فقط هر می‌گیرد و نسبت پزشک متخصص به پزشک عمومی و شکل معکوس هر می‌گیرد.

تجربه‌های مکرر نشان داده که اقباس از برنامه‌هایی که در کلیه زمینه‌های اجتماعی، اقتصادی، کشاورزی و پزشکی در کشورهای دیگر موفقیت آمیز بوده است لزوماً نمیتواند در کشور ما همان شدت موفقیت آمیز باشد، بلکه از آنجاییکه مسائل و مشکلات بینایی ما با آنها متفاوت است، البته با درنظر گرفتن تجربه‌های دیگران، باید با دقت فراوان در برنامه ریزی بویژه استفاده از کسانی که ذهنی روش دارند بچاره‌جوئی پرداخت و در رأس آن باید بکم کردن یا حذف بعضی از واحدهای درسی بخصوص در علوم پایه پزشکی اقدام کرد (۱۸).

باز نگری به دروس علوم پایه و حتی کتاب‌ها و مطالعه درسی در دانشکده‌های پزشکی گویای این حقیقت است که در مورد مسائل مهم و بیماریهای رایج ایران سکوت و کم‌توجهی شده و نسبت به مسائل نادر و بیماریهایی که هیچگاه در ایران دیده نشده تأکید گردیده است و بهاین ترتیب شاید آموزش بر اساس کارآئی نیست. مسلماً بیماریهای ویروسی دستگاه تنفس و بیماریهای انگلی با تمام شیوع و اهمیت آن نمیتواند برای ذهن‌های دانشگاهی جالب باشد

\* باید بدآنیم در آینده پزشکان ما چه کارهایی را عمل انجام میدهند، مثلاً تب زرد و بیماری خواب مسئله آنهاست یا عفونت‌های ساده دستگاه تنفس فوقانی، اسهال‌ها، بیماریهای انگلی، بیماریهای مقاربی، بیماریهای انسانی ... بنابراین باید آن گروه از بیماریها و مشکلات بهداشتی را که بعداً با آنها سروکاردارند نوشته شده و برنامه‌ریزی آموزش بر اساس این مسئله‌ها شغلی آینده آنان تهیه و اجرا شود.

یک رده تخصصی ، حالت پشتیبانی برای خدمات پزشکان عمومی داشته باشد (۱۷). تولید زیاد این فارغ‌التحصیل‌ها برای دهه‌های نزدیک بشکلی که تحولی بنیادی در ارکان خدمات پزشکی- بهداشتی ایران را باعث شود بوقت زیادی احتیاج دارد و اصولاً در جنوب آن در سطح جهانی شک و تردیدهای وجود دارد (۲۵) و باید بعنوان یک تنوع مثل سایر تخصص‌های پزشکی به آن نگاه کرد و انتظار تحولاتی بزرگ نداشت.

همانطوریکه در هندوستان ۳ ماه خدمت کارورزان در بخش‌ها و دهکده‌ها بیشتر در زمینه بهداشتی ، در کم کردن بیماریهای شایع بسیار مؤثر بوده است (۲۶) ، میتوان دوره مشابهی از خدمت برای این گروه در درمانگاه‌های روستائی شبیه سپاه بهداشت استفاده کرد.

عده‌ای اعتقاد دارند در حالیکه مثلاً در کشورها که ۳۰٪ بیماریها عفونت‌های ریوی و ۲۸٪ بیماریهای انگلی است ، برای درمان این قبیل بیماریها بوجود پزشک که دوره تخصص‌پزشک خانواده دیده باشد احتیاجی نیست و در ضمن پزشک خانواده هم با دوره پیش‌بینی شده آنقدر کارآئی ندارد که در اشکالات مهم زنان و مامائی ، شکستگی‌ها ، بیماریهای قلبی و سایر حالات بفرنج پزشکی ارائه خدمت کند و رویه‌مرتفه دقیقاً دامنه کار و محل خدمتی او معلوم و تعریف نشده است (۲۵) . در ضمن میتوان فکر کرد که احتمالاً او آنقدر غرق در خدمات درمانی علامتی خواهد شد که انتظار خدمات بهداشتی از او یک آرزوی خوش بینایی بیش نخواهد بود و با ۴ سال تحصیل در امریکا هم این شک وجود دارد که انتقال از او بیشتر از سطح معلوماتی است که به او آموزش داده شده است.

#### خلاصه و پیشنهاد

تریبت پزشک خانواده هر چند کمبود پزشک را جبران نکرده و تخصص گرایی را هم تشیدید میکند و با بر نامه پیشنهادی فعلی به بر نامه‌ای امتیازات تخصصی داده میشود که در ای طبقه پاسایر رشته‌های تخصصی بسیار سطح پائین دارد و نحوه کارآموزی در بخش‌های بیمارستانی از بازده و نتیجه کمی برخورد دار خواهد شد و به آموزش بهداشت در سطحی که لازم است و به مشکلات مهم درمانی- بهداشتی کشور مثلاً بیماریهای تغذیه‌ای ، مقاربی ، عفونی و انگلی ، بیماریهای ویروسی دستگاه تنفس فوقانی و اعیان توجهی نشده و در مقایسه با بر نامه‌های مشابه در آمریکا در نصف مدت این بر نامه و بی توجه و تأکید بر کارآموزی درمانگاهی و سپرستی بهداشتی- درمانی خانواده‌ها تهیه شده و در آن آموزش چشم‌پزشکی ، گوش و حلق و بینی ، مرابت‌های ویژه ، فوریت‌های پزشکی ، بیماریهای

دفع زباله و مدفوع و ساختن مستراح با مصالح و امکانات محلی و با خودباری و خودسازی مردم ، در عین ساده بودن ، تأثیرشگرفی در پائین‌آوردن وفور و شیوع بیماریهای انگلی و روده‌ای خواهد داشت و اگر پزشک خانواده بایستی در بخش‌ها خدمت کند خیلی بیشتر از یک‌مال و حتماً بیشتر از ۵۰٪ بر نامه او باید در زمینه کارهای عملی و آگاهی تئوری از مسائل بهداشتی محل خدمت او باشد.

دانستن جغرافیای مرضی ایران و توجه به این مسئله که در بعضی از استانهای ایران بیماری‌های منحصر به آن استان وجود دارد و با در آن استان شیوع بیشتری دارد ، کاملاً ضرور و لازم است . در بر نامه پزشک خانواده بایستی از جامعه‌شناسی ، روانشناسی ، مردم‌شناسی و موضوعات مشابه در سطحی که مرتبط با آینده و نیاز شغلی پزشک خانواده است استفاده کرد (۲۳) .

پزشک خانواده باید دقیقاً ووانین تصویب شده در مورد مسائل پزشک را بداند زیرا در آینده مثل حالت کنونی آمریکا ، شکایت از پزشک درمان‌کننده و ادعای خسارت مسلمان رایج خواهد شد و طب دفاعی قسمتی از طب اجتماعی را بخود اختصاص خواهد داد . درین ناحیه‌ای کلی کنونی حتی بر حسب آنکه دستیار مقیم پزشکی خانواده ، بطور تصادفی در تابستان یا زمستان در بخش‌های کوکران یا داخلی قرار گیرد ، مهارت بالینی کسب شده او بسیار متفاوت خواهد بود ، زیرا مثلاً در تابستان بیشتر اسهال و در زمستان اکثر آن‌عفونت‌های ریوی بیماران بخش را تشکیل میدهدن .

بازتوانی و نتوانی با شیوع حوادث که عده زیادی از قربانیان آن افراد تحصیل کرده و محصول گرانبهای سرمایه‌گذاری ملی هستند اهمیت ویژه‌ای پیدا میکند و ضمن توسعه دستگاه‌های ارائه کننده این نوع خدمات ، پزشک خانواده موارد نجوه در خواست خدمت و نوع کارآئی آنها را باید بشناسد .

پزشک خانواده‌لر و می‌ندارد در باره بازتوانی و نتوانی اطلاعاتی در سطح کاربرد داشته باشد ، بلکه فقط باید بداند چه کارهایی در این زمینه قابل اجرا است و در چه درمانگاه یا بیمارستانی این کارها انجام می‌گیرد تا اگر به بیماری برخورد ، بتواند اورا به این نوع مراکز درمانی راهنمائی کند .

همانطوریکه در هفتمنی کنفرانس ارزشیابی آموزشی طرح گردید ، منظور از تریبت پزشک خانواده تریبت یک رده تخصصی و پشتیبانی در شهرهاست . از آنجاییکه برای شهرهای کوچک و متوسط اعزام متخصصان رشته‌های مختلف عملاً موقفيت آمیز نبوده و نیست ، تصور می‌رود پزشک خانواده که حالتی نیمه متخصص در بیماریهای کوکران ، داخلی ، زنان و مامائی و جراحی دارد ، بتواند بصورت

مسئله‌ای مهم در اینجا قابل توجه است که حتی در شوروی که تجربه موقبیت‌آمیز در یک قرن اخیر در تولید رده‌های مختلف پزشکی و رسیدن بحد تورم در میزان تولید کادرهای درمانی دارند در زمینه کارشناسان بهداشتی دچار کمبود هستند (۱۲). در ایران هم با یک همه‌پرسی از ۱۴۸ پزشک که در استان سیستان و بلوچستان خدمت میکردند هیچ‌کدام علاقه‌ای به طی دوره‌ای در دانشکده بهداشت نداشتند (۱۹).

در مورد رفاهی که خانواده پزشکان درمانی و خود آنها دارند متخصصان بهداشت باکار دقيق و مشکل و ماهها خدمات صحرائی، خود و خانواده آنها وضع چندان خوبی ندارند که در دنیای مادی و بادید اقتصادی کنونی انگیزه‌ای برای جلب پزشکان جوان برای اخذ تخصص بهداشت باشد.

هم‌اکنون تنها در حدود ۴۰۰ متخصص بهداشت در ایران وجود دارد که در حدود یک تن برای هر یک میلیون نفر از جمعیت ایران است و اگر بهداشت اهمیت دارد و کشور ما به خدمات بهداشتی نیاز دارد باید برای تربیت نیروی انسانی کافی از هم‌اکنون برنامه ریزی کرد.

پوست و تحقیقات پزشکی گنجانده نشده است، در صورت برطرف کردن همه یا عده‌ای از اشکالات فوق ممکن است مفید باشد. راهی که منجر به بیهود در وضع و نحوه مراقبت کامل و دائمی از تمام مردم با امکان استفاده از تمام خدمات پزشکی و بهداشتی برای کلیه افراد جامعه از جمله ساکنین دور افتاده‌ترین روستاهای ایران می‌شود، تشکیل شبکه تندرستی زیر نظر شورایعالی تندرستی است (۱۶-۱۱-۱۶).

برای این منظور بیشتر برای ارائه خدمات بهداشتی بویژه در گروههای آسیب‌پذیر از جمله کودکان کمتر از پنجسال و زنان باردار و بچه‌دار بایستی از خدمات بهورز و در راه بهسازی محیط از بهداشت یار استفاده کرد.

بهورزان در حد کمک‌های اولیه کمک‌های پزشکی بردم خواهند کرد و بیماران را با معرفی نامه، بهره‌ده بالاتر اعزام خواهند کرد. در پخش‌ها و شهرها و مرکز استانها بیمار بر حسب نیاز از خدمات پزشکان عمومی و پزشکان متخصص و امکانات پیشرفته تشخیص و درمانی استفاده خواهد کرد و در ضمن وقت پزشکان رده بالا با کارهای که رده‌های پائین بخوبی میتوانند آنها را انجام بدeneند گرفته نخواهد شد (۲۸).

## منابع و مأخذ:

- ۱- اشرافی - رحمت‌الله ، طرح بهداشت روستائی صفحه ۱۲-۶، سال ۱۳۴۹.
- ۲- اشرافی - رحمت‌الله ، آموزش پزشکی و تربیت پزشک در ایران ، صفحه ۶-۲۳، سال ۱۳۴۸.
- ۳- ارفع - فریدون ، کرم‌شناسی پزشکی جلد اول ، صفحه ۱۴۵۱، سال ۱۳۵۱.
- ۴- انسیتیوخواروبار ایران ، کم خونی‌های تعذیبی ای ، نشریه شماره ۴۶، صفحه ۳۱.
- ۵- بر نامه خدمات پهداشتی در دوره پنجم ، صفحه ۱-۲۳.
- ۶- پارسای - فری‌ناز ، بر نامه‌ریزی آموزشی بطریق سیستماتیک باتأکید آموزش براساس شایستگی و تبحیر ، دانشگاه آزاد ایران ، ترجمه، صفحات ۲۴-۸-۵-۲، سال ۱۳۵۴.
- ۷- حکمت - علیرضا ، آموزش پزشکی و بهداشتی در اتحاد جماهیر شوروی ، از نشریات مؤسسه تحقیقات و بر نامه دیزی علمی و آموزشی صفحه ۲۰-۲۰-۱۹، سال ۱۳۵۲.
- ۸- رونقی - حسینعلی ، مهاجرت پزشکان ایرانی به آمریکا ، سال سوم مجله نظام پزشکی ایران.
- ۹- رهنما - مجید ، ضیائی - محسن ، شفائی - علیرضا ، صفوی ، فرمان ، گزارش هیئت بررسی مسائل بهداشتی و درمانی ، صفحات ۲-۲۵۷، سال ۱۳۵۳.
- ۱۰- زوزه دوكاسترو ، ڈوپلیتیک گرسنگی ترجمه منیر جز نی.
- ۱۱- سازمان برنامه ، بر نامه پنجم عمرانی کشور ۱۳۵۲-۵۶ ، صفحه ۲۵۵، ۱۳۵۱ ، دیماه سال ۱۳۵۱.
- ۱۲- صفوی - حسن ، گزارش هاموریت به شوروی ، وزارت علوم و آموزش عالی صفحه ۱۱، سال ۱۳۵۰.
- ۱۳- مریدانی - باقر ، آموزش فرآخور دانشجو ، یادگیری کامل ، دانشگاه آزاد ایران ، صفحه ۲۴ ، شهریورماه سال ۱۳۵۴.
- ۱۴- نشریه سازمان نظام پزشکی ایران ، وضع طبیعت بهداران ، شماره هشتم ، صفحه ۷-۸ ، دیماه سال ۱۳۵۴.
- ۱۵- مؤسسه تحقیقات و برنامه علمی و آموزشی - آموزش پزشکی و دیوشن بهداشتی و درمانی مناطق روستائی ، سال ۱۳۵۱.
- ۱۶- وزارت بهداری ، طرح اجرائی شبکه تندرستی کشور ، بنامدها و طرحها صفحه ۱-۲۷ ، شماره ۲۶.
- ۱۷- وزارت علوم و آموزش عالی ، هفتمنی کشف انس ارزشیابی آموزشی رامسر ، صفحه ۵۶ ، سال ۱۳۵۳.
- ۱۸- وزارت علوم و آموزش عالی ، سمینار تربیت نیروی انسانی پزشکی و بهداشتی تحت جمشید ، صفحه ۴۴ ، بهمن‌ماه ، سال ۱۳۵۳.
- ۱۹- هیئت بررسی مسائل بهداشتی و درمانی کشور ، راهی نو برای تندرستی ، صفحه ۱۰۸ ، سال ۱۳۵۴.

- 20- Alberto, V. D. Health Care Extension using Medical Auxiliaries in Guatemala Lancet 1: 127-130. 1974.
- 21- Aguirre, A. Community Medicine at the University of Valle pp. 51 - 64. 1970.
- 22- Akinkugbe, O.O. Role of Teaching Hospitals in a Developing Country. British. Med. J. Vol 1: 474-476. 1973.
- 23- Buri, P. Medical Education: Responsibility and Objectives: p. 17 - 32. 1970.
- 24- Ghablani, T. D. Rural Training Programme for Rotating Housemen, Indian. Pub. Heal. 201-207. 1968
- 25- Grinny, J.T. Internists and Family Practice, to the Editor, New Engl. J. Med. 1268-1270. 1974.
- 26- Physician's Assistant Program, Hahnemann Medical College, Philadelphia, 1975.
- 27- Northeastern University, Boston. a Guide for Family Practice residency 1974.
- 28- Rahnema Majid, H. E.: The Role of Frontline Health workers Who Chronicle 29: 6-9. 1975.
- 29- Ucla, Instruction to Family Practice Residency Application Residency Prog. July 1975.
- 30- WHO Training Teachers for Medical School of Developing Countries pp. 5-19 1966.