

پیش داوری درباره 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 گزائی همانطور که Rodman در حدود ۳۰ سال قبل پیش بینی میکرد ، باعث شده تا رابطه میمانه ، حس ایمنی و اطمینان از یکطرف و احساس مسئولیت از طرف دیگر بین پزشک عمومی ، بعنوان پزشک خانواده ، و افراد خانوادهها ازسست 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 علامت بیماری مثلاً سردرد 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 تربیت یک رده جدید تخصص پزشکی گرفت که افراد آن بتوانند در سطح وسیع در هر شرایط بنحو قابل قبول و قابل اجرایی خدمات جامع تندرستی را ارائه دهند (۲۹). در یک قرن پیش «هانری سی جریست» استاد تاریخ پزشکی دانشگاه جان هاپکینز هم کمبود یک تخصص جدید پزشکی با کار آئی 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 توانائی 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 نظر 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 ، مراقبت های ویژه ، فوریت های پزشکی ،

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

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

دسترسی بخدمات دندانپزشکی ، پرستاری ، آزمایشگاهی و تخصصی های پزشکی برای نزدیک به ۲۰ میلیون جامعه روستائی ما در محل زندگی آنها مقدور نیست و در مورد دست یابی به پزشک عمومی ، چون مردم روستاها در ۶۰ تا ۷۰ هزار دهکده کوچک و متفرق پراکنده شده اند 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» نشده اند (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 شده اند (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 برنامه های درمانی در شهرستانها جلوگیری کرده است (۹).

* این مقاله و نیز مقاله آقای دکتر پاکدامن و خانم دکتر پرویندخت متحده که در این شماره درج شده ، موضوع تربیت پزشک خانواده از دودیدگاه مورد بحث و بررسی قرار گرفته است.

** دانشگاه آزاد ایران.

پایه‌گزاری شده (۲) شایع‌ترین بیماری‌های مملکت ما از جمله بیماری‌های زیر عملاً در دانشکده‌های پزشکی مورد توجه نیستند:

- ۱- بیماری‌های تغذیه‌ای بویژه فقر غذایی
- ۲- بیماری‌های مقاربتی
- ۳- بیماری‌های عفونی و انگلی شایع مملکت
- ۴- عفونت‌های دستگاه تنفس فوقانی
- ۵- اعتیادها .

ولی در مقابل به پزشک آینده محفوظات زیادی ارائه داده می‌شود و با وسایل بسیار پیچیده و منحصر بفردی آشنا می‌شود 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 بر نخواهد بست.

۳- مطابق آمار طرح توسعه خدمات درمانی و بهداشتی آذربایجان غربی، در مناطق روستائی مثلاً در روستاهای جلگه‌ای ۴۴٪ و در مناطق کم درآمد شهری ۵۰٪ بچه‌ها بیمار بوده‌اند (۹).

در دید اول برای حل این مسئله و بهبود وضع تندرستی مردم افزایش ظرفیت و تعداد واحدهای درمانی مقدم بنظر می‌رسد در صورتیکه برای کم کردن وریشه‌کنی بیماری‌ها فقط راه حل بهداشتی بویژه در زمینه بهداشت محیط و مسائلی مرتبط به ارتقاء سطح سلامتی و پیشگیری اختصاصی از بیماری‌ها می‌تواند موفقیت‌آمیز باشد. تازمانی که محیط زیست به حداقل قابل قبولی از پاک سازی نرسیده و بیماری‌های رایج و اگیر بکلی ریشه‌کن نشده‌است، هدف بزرگ انسانی و اقتصاد تندرستی ایجاب می‌کند که برنامه‌های بهداشتی، از اولویت بیشتری بهره‌مند شود (۲۲-۹).

در شکل کنونی اصول برنامه پزشک خانواده، مسئله بهداشت مخصوصاً طب وسیع طب پیشگیری و طب ارتقائی* مورد توجه قرار نرفته است. دید اولیه و بی‌نتیجه دانشگاه کلمبیا در چاره جوئی درمانی و تبحر به موفقیت‌آمیز آنها در انجام کارهای بهداشتی در یک تجربه معروف شاهد بارزی در این زمینه است (۲۱).

رویه‌مرفته محتوای برنامه‌های فعلی بازآموزی در بخش‌هایی انجام می‌گردد که کیفیت آموزشی آنها در حد نیاز پزشکان کارآموز نیست و عملاً طبیب خوب آنرا میداند و اصولاً مشکل ارائه خدمات پزشکی ضعف آموزش نظری (تئوری) و بالینی نیست* و بازآموزی بحل مسئله‌ای کمک نمی‌کند .

بیماری‌های پوست، بیماری‌های گوش و حلق و بینی، رشته‌های انتخابی و کارهای تحقیقاتی پزشکی است (۲۹). دقیقاً نمی‌دانیم از این برنامه در زمینه کارهای درمانگاهی و بقیه در بخش‌های بیمارستانی همراه کارورزان و دستیاران مقیم بخش مر بوطه و پدید طب اجتماعی انجام می‌شود. مشکل بزرگی که کلیه بخش‌های بالینی دانشگاه جهان با آن مواجه هستند عبارتست از وجود مجموعه‌ای از بیماران بستری در بخش‌های مذکور که دچار امراض بسیار نادر و با زمان می‌باشند که ممکن است در آموزش این رده از پزشکان مؤثر نباشد. تاکید شده بیمارانی در بخش بستری شوند که در آینده پزشک خانواده بیشتر با آنها روبرو خواهد شد (۲۹-۶)، ضمناً در سال اول ۳۰ خانواده و در سال دوم ۱۰۰ خانواده و در سال سوم ۱۵۰ خانواده مسئولیت‌های درمانی- بهداشتی آنها به او سپرده می‌شود تا کاملاً با محیط شغلی خود آشنا شود (۲۹).

همزمان با آن در سمینار تربیت نیروی انسانی پزشکی بهداشتی تخت جمشید در سال ۱۳۵۳ اصل تربیت پزشک خانواده مورد تأیید قرار گرفت و در زمینه تنظیم برنامه، با تشکیل یک دوره ۲ ساله آموزش بالینی که شامل ۴ دوره شش‌ماهه آموزش بالینی در رشته‌های 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.

با توجه به سابقه ذکر شده در مورد آمریکا و در رابطه با مشکلات پزشکی- بهداشتی مملکت ما مسائل زیر در برنامه تربیت پزشک خانواده مطرح است:

۱- برخلاف آمریکا، در ایران خصوصاً در مناطق روستائی بشدت کمبود پزشک وجود دارد و برنامه پزشک خانواده تولید بیشتری در زمینه نیروی انسانی به ارمغان نمی‌آورد بلکه در یک دوران کوتاه مدت با گسیل شدن تعدادی پزشک عمومی، مراکز آموزشی، کمبود پزشک را تشدید هم می‌کند.

۲- بازآموزی دوره‌های 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 در مسائل آکادمیک

* منظور از طب ارتقائی اقداماتی است در زمینه بهبود تغذیه، بهداشت محیط، بهداشت روانی، بهداشت فردی... که موجب بالا رفتن سطح سلامتی افراد جامعه می‌شود.

** زیرا هم‌اکنون پزشکان ما اطلاعات زیادی در زمینه بیماری‌های قلبی، ریوی، تنظیم آب و الکترولیت... دارند ولی بعلم نبودن آزمایشگاه، وسایل رادیولوژی و الکتروکاردیوگرافی، عملاً از آنچه که پزشکان میدانند استفاده نمی‌شود پس چه فایده دارد اطلاعات تئوری بیشتری مثلاً درباره پیوند اعضا بدانند. زیرا اگر پزشکی در یک ناحیه روستائی روزی ۱۰۰ بیمار را درمان کند، روزهای بعد هم ۱۰۰ بیمار خواهد داشت. در صورتیکه اگر در زمینه‌های بهداشتی (واکسیناسیون، بهداشت مادر و کودک، بهداشت محیط بویژه در زمینه بهسازی منابع آب و جمع‌آوری زباله و مدفوع) اقداماتی کند، مسلماً در روزهای بعد اکثر بیماران بنحو قابل ملاحظه‌ای جلوگیری می‌شود.

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

– در برنامه پزشک خانواده از اهمیت بیماریهای ناشی از فقر غذایی که شاید مشکل ۷۵٪ از جمعیت جهان است، صحبتی بمیان نیامده (۱۰-۴-۱) 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 تابویی کلیه دانشکده‌های پزشکی از بحث درباره آن وحشت دارند و در دوران جنینی، کودکی و بزرگی در رشد عقلی و جسمی و ارتقاء سلامتی تأثیر فراوانی دارد و شدیداً مورد توجه و تأکید می‌باشد، بحثی نشده است.

شکل کنونی برنامه پزشک خانواده بسیاری از مطالب مهمی را که در سیاست 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 دانش، مهارت و الگوی رفتاری مناسب را برای او در نظر گرفت و باویاد داد (۶).

علاوه بر آموزش یک دوره بهداشت عمومی برای برآورد احتیاجات بهداشتی و اجرائی، سایر مطالب اضافی را بایستی به برنامه او اضافه کرد.

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

اگر به این سادگی پزشک خانواده حلال مشکلات می‌شود ساده‌تر و عملی‌تر است که دانشجویان پزشکی بجای دوره کارورزی کنونی با یکسال بیشتر ۴ دوره شش ماهه به بیند 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 علاقه به آموزش پزشکی در بین دیپلمه‌ها تضعیف می‌شود و افراد با کارآئی بیشتر به تحصیلات پزشکی توجه نمی‌کنند.

– حتی افراد خوش بین هم باور نمی‌کنند این فارغ‌التحصیلان که متخصص شناخته می‌شوند به روستاها بروند و در نتیجه مشکل خدمات تندرستی روستاها لاینحل باقیمانده 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 تحولی نمی‌کند و در بهترین شرایط یک تخصص مثل سایر تخصص‌های پزشکی است و فقط هرم پزشکی و نسبت پزشک متخصص به پزشک عمومی و شکل معکوس هرم واحدهای پزشکی ایران تشدید می‌شود.

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

باز نگرسی به دروس علوم پایه و حتی کتابها و مطالب درسی در دانشکده‌های پزشکی گویای این حقیقت است که در مورد مسائل مهم و بیماریهای رایج ایران سکوت و کم توجهی شده و نسبت به مسائل نادر و بیماریهایی که هیچگاه در ایران دیده نشده تأکید گردیده است و به این ترتیب شاید آموزش براساس کارآئی نیست. مسلماً بیماریهای ویروسی دستگاه تنفس و بیماریهای انگلی باتمام شیوع و اهمیت آن نمیتواند برای ذهن‌های دانشگاهی جالب باشند

* باید بدانیم در آینده پزشکان ما چه کارهایی را عملاً انجام میدهند، مثلاً تب زرد و بیماری خواب مسئله آنهاست یا عفونت‌های ساده دستگاه تنفس فوقانی، اسهال‌ها، بیماریهای انگلی، بیماریهای مقاربتی، بیماریهای تغذیه... بنا بر این باید آن گروه از بیماریها و مشکلات بهداشتی را که بعداً با آنها سروکار دارند نوشته شده و برنامه ریزی آموزش براساس این مسئولیت‌های شغلی آینده آنان تهیه و اجرا شود.

یک رده تخصصی، حالت پشتیبانی برای خدمات پزشکان عمومی داشته باشد (۱۷). تولید زیاد این فارغ‌التحصیلان برای دهه‌های نزدیک بشکلی که تحولی بنیادی در ارکان خدمات پزشکی-بهداشتی ایران را باعث شود بوقت زیادی احتیاج دارد و اصولاً دروجوب آن در سطح جهانی شک و تردیدهایی 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 (۲۴)، میتوان دوره مشابهی از خدمت برای این گروه در درمانگاه‌های روستایی شبیه سپاه بهداشت استفاده کرد.

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

خلاصه و پیشنهاد

تربیت پزشک خانواده هر چند کمبود پزشک را جبران نکرده و تخصص‌گرایی را هم تشدید میکند و با برنامه پیشنهادی فعلی به برنامه‌ای امتیازات تخصصی داده میشود که در رابطه با سایر رشته‌های تخصصی بسیار سطح پائین دارد و نحوه کارآموزی در بخش‌های بیمارستانی از بازده و نتیجه کمی برخوردار خواهد شد و به آموزش بهداشت در سطحی که لازم است و به مشکلات مهم درمانی-بهداشتی کشور مثلاً بیماری‌های تغذیه‌ای، مقاربتی، عفونی و انگلی، بیماری‌های ویروسی دستگاه تنفس فوقانی و اعتیاد توجهی نشده و در مقایسه با برنامه‌های مشابه در آمریکا در نصف مدت این برنامه و بی‌توجه و تأکید بر کارآموزی درمانگاهی و سرپرستی بهداشتی-درمانی خانواده‌ها تهیه شده و در آن آموزش چشم پزشکی، گوش و حلق و بینی، مراقبت‌های ویژه، فوریت‌های پزشکی، بیماری‌های

دفع زباله و مدفوع و ساختن مستراح با مصالح و امکانات محلی و با خودیاری و خودسازی مردم، در عین ساده بودن، تأثیر شگرفی در پائین آوردن وفور و شیوع بیماری‌های انگلی و روده‌ای خواهد داشت و اگر پزشک خانواده بایستی در بخش‌ها خدمت کند خیلی بیشتر از یکسال و احتمالاً بیشتر از ۵۰٪ برنامه او باید در زمینه کارهای عملی و آگاهی‌تئوری 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 برنامه 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 قوانین تصویب شده در مورد مسائل پزشک را بداند زیرا در آینده مثل حالت کنونی آمریکا، شکایت از پزشک درمان‌کننده و ادعای خسارت مسلماً رایج خواهد شد و طب دفاعی قسمتی از طب اجتماعی را بخود اختصاص خواهد داد. در برنامه‌ریزی کلی کنونی حتی بر حسب آنکه دستیار مقیم پزشکی خانواده، بطور تصادفی در تابستان یا زمستان در بخش‌های کودکان یا داخلی قرار بگیرد، مهارت بالینی کسب شده او بسیار متفاوت خواهد بود، زیرا مثلاً در تابستان بیشتر اسهال و در زمستان اکثراً عفونت‌های ریوی بیماران بخش را تشکیل میدهند.

بازتوانی و نوتوانی 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 ارائه‌کننده این نوع خدمات، پزشک خانواده موارد نحوه درخواست خدمت و نوع کارآئی آنها را باید بشناسد.

پزشک خانواده لزومی ندارد درباره بازتوانی و نوتوانی 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 او را به این نوع مراکز درمانی راهنمایی کند.

همانطوریکه در هفتمین کنفرانس ارزشیابی آموزشی مطرح گردید، منظور از تربیت پزشک خانواده تربیت یک رده تخصصی و پشتیبانی در شهرهاست. از آنجائیکه برای شهرهای کوچک و متوسط اعزام متخصصان رشته‌های مختلف عملاً موفقیت‌آمیز نبوده و نیست، تصور می‌رود پزشک خانواده که حالتی نیمه متخصص در بیماری‌های کودکان، داخلی، زنان و مامائی و جراحی دارد، بتواند بصورت

مسئله‌ای مهم در اینجا قابل توجه است که حتی در شوروی که تجربه موفقیت‌آمیز در یک قرن اخیر در تولید رده‌های مختلف پزشکی و رسیدن بحدتورم درمیزان 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 با کار دقیق و مشکل و ماهها خدمات صحرائی، خود و خانواده آنها وضع چندان خوبی ندارند که دردنیای مادی و بادید اقتصادی کنونی انگیزه‌ای برای جلب پزشکان جوان برای اخذ تخصص بهداشت باشد.

هم‌اکنون تنها در حدود ۴۰ متخصص بهداشت در ایران وجود دارد که در حدود یک‌تن 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 بهبود 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 شورای عالی تندرستی است (۱۶-۱۷-۹-۱).

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 که ک‌های پزشکی ب مردم خواهند کرد و بیماران را با معرفی نامه، بهره‌ده بالاتر اعزام خواهند کرد. در بخش‌ها و شهرها و مراکز 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 کارهایی که رده‌های پایین ب خوبی میتوانند آنها را انجام بدهند گرفته نخواهد شد (۲۸).

منابع و ماخذ :

- ۱- اشراقی - رحمت‌الله ، طرح بهداشت روستائی صفحه ۱۲-۶ ، سال ۱۳۴۹.
- ۲- اشراقی - رحمت‌الله ، آموزش پزشکی و تربیت پزشک در ایران ، صفحه ۲۳-۶ ، سال ۱۳۴۸.
- ۳- ارفع - فریدون ، کرم‌شناسی پزشکی جلد اول ، صفحه ۱۴ ، سال ۱۳۵۱.
- ۴- انستیتو خواروبار ایران ، کم‌خونی‌های تغذیه‌ای ، نشریه شماره ۴۶ ، صفحه ۳۱.
- ۵- برنامه خدمات بهداشتی در دوره پنجم ، صفحه ۲۳-۱ .
- ۶- یارسای - فری‌ناز ، برنامه ریزی آموزشی بطریق سیستماتیک با تأکید آموزش بر اساس شایستگی و تبحر ، 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 برنامه ریزی علمی و آموزشی صفحه 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 ۲۵۷-۲ ، سال ۱۳۵۳.
- ۱۰- زوزنه دوکاسترو ، ژئوپلیتیک گرسنگی ترجمه منیر جزئی.
- ۱۱- سازمان برنامه ، برنامه پنجم عمرانی کشور ۱۳۵۲-۵۶ ، صفحه ۲۵۵ ، دیماه سال ۱۳۵۱.
- ۱۲- صفوی - حسن ، گزارش مأموریت به شوروی ، وزارت علوم و آموزش عالی صفحه ۱۱ ، سال ۱۳۵۰.
- ۱۳- مریدانی - باقر ، آموزش فراخور دانشجو ، یادگیری کامل ، دانشگاه آزاد ایران ، صفحه ۲۴ ، شهریورماه سال ۱۳۵۴.
- ۱۴- نشریه سازمان نظام پزشکی ایران ، وضع طبابت بهداران ، شماره هشتم ، صفحه ۸-۷ ، دیماه سال ۱۳۵۴.
- ۱۵- مؤسسه تحقیقات و برنامه علمی و آموزشی - آموزش پزشکی و پوشش بهداشتی و درمانی مناطق روستائی ، سال ۱۳۵۱.
- ۱۶- وزارت بهداشتی ، طرح اجرائی شبکه تندرستی کشور ، برنامه‌ها و طرح‌ها صفحه ۲۷-۱ ، شماره ۲۶.
- ۱۷- وزارت علوم و آموزش عالی ، هفتمین کنفرانس ارزشیابی آموزشی رامسر ، صفحه ۵۶ ، سال ۱۳۵۳.
- ۱۸- وزارت علوم و آموزش عالی ، سمینار تربیت نیروی انسانی پزشکی و بهداشتی تخت جمشید ، صفحه ۴۴ ، بهمن‌ماه ، سال ۱۳۵۳.
- ۱۹- هیئت بررسی مسائل بهداشتی و درمانی کشور ، راهی‌نو برای تندرستی ، صفحه ۱۰۸ ، سال ۱۳۵۳.

- 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.