

پزشک عمومی یا پزشک «نخستین رده» چگونه پزشکی بیشتر مورد نیاز کشور است؟

دکتر ابوتراب نفیسی *

مجله علمی نظام پزشکی

سال ۲، شماره ۴-۵، صفحه ۲۴۱، ۱۳۵۱

جلوی این نقیصه احتمالی و بنظر من حتمی، گرفته شود. برای روشن شدن موضوع قبلاً لازم است بطور مقدمه به روشن ساختن بعضی از اصطلاحات متداول که در اینجا بکار برده و از نشریه‌های سازمان بهداشت جهانی استخراج شده است به پردازم:

۱- پزشک: کسی را گویند که باموفقیت پس از طی دوره دوم یا متوسطه عمومی، دوره کالج یا دانشکده پزشکی را گذرانده و در مملکت محل سکونت خویش اجازه اشتغال به حرفه پزشکی مستقل، و بدون قیمومت کسی دیگر را کسب کرده باشد. در اصطلاح عموم پزشکان را دکتر نیز خطاب میکنند.

۲- پزشک عمومی یا G.P.: پزشکی را گویند که حرفه خود را محدود به گروه یادستهای مخصوص از بیمارها نکرده و خدمت خویش را مستقیماً و بطور مداوم در خدمت مراجعین قرار داده باشد.

۳- متخصص یا اسپسیالیست: پزشکی را گویند که همه یا قسمتی از حرفه خود را محدود بیک گروه یادسته از بیمارها کرده، بیماران را بی واسطه و مستقیم و یا از راه معرفی بوسیله همکاران دیگر می پذیرد. این متخصصین را نیز بدو دسته میتوان تقسیم کرد یکی متخصص دست اول یا عمومی (و یا بقولی شبه متخصص یا اسپسیالوئید) مانند پزشک داخلی، پزشک کودکان، پزشک مامائی و زنان یا تناسلی وغیره، و دیگری متخصصین دست دوم یا خاص که شامل رشته‌های فرعی شعبات اصلی پزشکی مانند کاردیولوژی، نورولوژی،

آنچه از آمار برمی آید بین دانشجویان دانشکده‌های پزشکی جهان تمایل شدیدی به متخصص شدن مشاهده میشود، بطوریکه در بعضی ممالک بیش از ۶۰٪ دیپلمه‌های پزشکی بدنبال گرفتن نوعی تخصص میروند، در نتیجه روز بروز از تعداد پزشکان عمومی یا پزشکانی که آنها را «پیشرو» یا «نخستین رده» یا «نخستین صف» می‌شماریم کاسته میشود و اتفاقاً همین دسته هستند که بیشتر مورد احتیاج جامعه، مخصوصاً در شهرهای کوچک و روستاها که اکثریت ملتها را تشکیل میدهند، میباشد.

مناسفانه باید اذعان کرد که در مملکت ما نیز چندی است همین روش متداول شده* و دیری نخواهد گذشت که ما نیز مانند دیگر ممالک پیشرفته دچار کمبود این دسته از پزشکان گردیم و صفوف مقدم جبهه جنگ ما نیز علیه بیمارها از نیروی انسانی کافی تهی شود و چون همیشه «پیشگیری مقدم بر درمان است» لازم دانستم اطلاعات خود را، همراه با نتیجه بررسی‌هایی که طی چندین سال اشتغال به حرفه مقدس پزشکی و معلمی دانشکده و مطالعه نوشته‌های مربوط و شرکت در کنگره‌ها و سمینارهای بهداشت جهانی و مشاهده عینی سازمان‌های پزشکی بیشتر ممالک از نزدیک بعمل آورده‌ام، در دسترس علاقمندان بگذارم و در انتها خلاصه‌ای از آنچه را که بنظر مفید آمده است به پیشگاه اولیای امور و طراحان برنامه‌های پزشکی کشور تقدیم دارم تا مورد بررسی قرار گرفته و تدابیر نشده است

* دانشکده پزشکی - دانشگاه اصفهان

* طبق آماري که در سال ۱۳۴۹، از طرف نظام پزشکی منتشر شده و در گزارش آقای دکتر شمس‌الدین مفیدی به دومین کنگره آموزش پزشکی بهداشت جهانی در دسامبر ۱۹۷۰ آورده شده است، از بین ۷۷۸۰ پزشک شاغل در ایران تعداد ۲۰۸۷ نفر در رشته‌های مختلف پزشکی در ایران یا خارجه متخصص شده‌اند که در حدود ۲۷٪ میشود ولی با سرعتی که گرفتن تخصص پیش میرود امکان دارد در سالهای آینده این تعداد خیلی بیشتر از انتظارها بالا رود.

درما تولوژی، آندو کربنولوژی، جراحی قفسه سینه، جراحی قلب و غیره است. در بعضی نقاط این نحوه تقسیم را Primary and secondary specialization نامند.

۴- پزشک خانواده: در نقاط مختلف گیتی انواع مخصوص پزشک برای انجام دادن خدمات پزشکی خانواده وجود دارد که اختلاف آنها بیشتر تابع امکانات پزشکی آن ممالک است تا علل سیاسی یا اقتصادی مملکت. عده زیادی از پزشکان شاغل حرفه پزشکی خدمات خود را مستقیماً به افراد خانواده‌ای که «مشتری» آنها هستند عرضه داشته یا در مطب آنها را معاینه و یا در منزل عیادت میکنند. خدمت آنها مداوم و معمولاً در تمام مدت طول عمر مراجعه‌ای* این مشتریان است. این پزشکان در ضمن، نیازمندیهای مشتریان را در امر مشورت یا مراجعه به متخصص یا مشاور و احیاناً کارهای بهداشتی و اجتماعی برآورده ساخته یا راهنماییها و کمک‌های لازم را بعمل می‌آورند. اینان معمولاً پزشکان عمومی هستند ولی گاه ممکنست جزو متخصصین عمومی (داخلی-کودکان) نیز باشند.

در بعضی ممالک، مخصوصاً در مناطق شهری، گروهی از پزشکان برای مشتریان خود و خانواده آنان با تأسیس درمانگاه، پلی کلینیک یا مراکز بهداشتی امکان خدمات پزشکی را فراهم می‌سازند و این مشتریان ممکنست با اذراء معرفی بوسیله همکاران دیگر یا مستقیماً به این گروهها مراجعه کنند. این پزشکان ممکنست پزشک عمومی یا متخصص دست اول یا دست دوم باشند.

بالاخره در بعضی ممالک توجه بیشتری به اجتماع شده و خدمات پزشکی گروهی از افراد، یا افراد يك منطقه خاص، تحت نظارت سازمان ملی یا دولتی مخصوص قرار میگیرد، و رئیس آن که يك پزشک است مسئول اداره کلیه خدمات پزشکی آن گروه یا منطقه، اعم از خدمات درمانی و بهداشتی یا اجتماعی، میباشد و عده‌ای از افراد «پارامدیکال» مانند پرستار و بهیار و مددکار اجتماعی و تکنیسین آزمایشگاه و غیره زیر نظر او کار میکنند. البته در این ممالک کلیه امکانات فنی و وسیله‌ای و انسانی برای درمان بیماری و حفظ بهداشت افراد در اختیار سازمان مزبور قرار دارد.

در همه آنها وجوه مشترك و وظائف يك پزشک خانواده چنین خواهد بود:

الف - دسترسی مستقیم بیمار به منبع اساسی خدمات پزشکی یعنی پزشک.

ب - بکار انداختن کلیه «وسائل پزشکی» اعم از درمانگاه‌های و بیمارستانی و بهداشتی در خدمت بیماران نیازمند، چه در مطب، چه در بیمارستان، چه در خانه و چه در محل کار و اجتماع.

پ - مداوم بودن خدمات پزشکی.
ت - آزادی پزشک که با مسئولیت خود بتواند همه وسائل را در حدود قوانین جاریه به نفع جامعه یا افراد خانواده زیر نظر خود بکار اندازد.

۵- پزشک دست اول: یا «نخستین رده»: یا First Contact یا Primary Physician عبارت از آن پزشکی است که در خط مقدم جبهه قرار دارد و اولین فردی است که با «بیمار» تماس میگیرد. این پزشکان ممکنست از بین پزشکان عمومی یا پزشکان خانواده (شماره‌های ۲ و ۴) باشند و مقصود ما هم در این بحث بیشتر همین نوع پزشک است که بیشتر از همه انواع پزشکان برای رفع نیازمندیهای جامعه، و از آنجمله جامعه ما، مورد لزوم است و به همین جهت در همه جا آنها را پزشکان «نخستین رده» یا «پیشرو» نام برده‌ایم.

در بعضی ممالک و از آنجمله در آمریکا اخیراً کوششی برای جدا ساختن پزشک عمومی از پزشک خانواده بعمل آمده و در دانشگاه‌های مختلف تحت این دو اسم دو نوع «تخصص» بوجود آمده است که حقیقتاً تفاوت زیادی با هم ندارند و همانطور که از طرف «کمیته آموزشی پزشکی خانواده» وابسته به شورای آموزش پزشکی انجمن پزشکان آمریکائی تصریح شده باید پزشکی خانوادگی را مربوط به «عمل و نوع وظیفه» پزشک دانست و پزشکی عمومی را «محتوی آن» والا هر دو در اصل یکسانست.

اینکه با اصطلاحات مختلف رایج آشنا شدیم، جوانب مختلف مسئله را در بخش‌های زیر شرح میدهم، و اضافه میکنیم که چون وظائف اساسی پزشکان «نخستین رده» یا «پیشرو» مورد بحث ما، گاه بگاه با وظائف «پزشکان عمومی» و «پزشکان خانواده» یکسان می‌نماید ما نیز جایجا عنوان این نامبرده را مترادف یکدیگر استعمال کرده‌ایم.

بخش اول: مقام و وظائف پزشک «پیشرو» در اجتماع امروز.

بخش دوم: بررسی وضع پزشک «پیشرو» یا پزشک عمومی در بعضی از ممالک نمونه.

بخش سوم: نتیجه بررسی نامبرده.

بخش چهارم: خلاصه و پیشنهاد.

بخش اول - مقام پزشک «پیشرو» در خدمات پزشکی

جدید:

مقدمه و تعریف - اصل «بهداشت و درمان برای همه» چیزی است که تمام ملل جهان بدان معتقد هستند و مورد نیاز همگان است

* مقصود «از طول مدت عمر مراجعه‌ای» یعنی تمام مدتیکه بیمار خود را مشتری آن پزشک میدانند و بعملی که فراوانترین آن تغییر محل سکونت بیمار یا پزشک یا غیبت فرد اخیر است، از صورت «مشتری بودن» خارج میشود.

بر طبق تعریف مورد قبول بهداشت جهانی، همانطور که گفته شد، پزشک خانواده که بیشتر با موضوع مورد بحث ما تطبیق میکند وظایف زیر را بعهدہ دارد:

الف - پزشک دست اول فردی است که زودتر از همه با بیمار برخورد میکند و بوسیله او است که بیمار به دستگاہ بهداشتی و درمانی وارد میشود.

ب - کلیه نیازمندیهای بهداشتی بیمار را ارزیابی میکند و آن قسمت از احتیاجات پزشکی او را که خود میتواند، برآورده میسازد و آن قسمت را که نیازمند استفاده از تخصص همکاران دیگر است بدانها ارجاع مینماید، ولی هیچگاه نظارت خود را بر مواظبت از بیمار قطع نمیکند.

پ - مسئولیت مواظبت کامل و همه جانبه از بیمار را بعهدہ گرفته بعنوان هم آهنگ کننده در برآورد کلیه احتیاجات پزشکی وی بکار میرود.

ت - مسئولیت حفظ سلامت بیمار در اجتماع یا خانواده یا هر واحد دیگری که فرد بدان تعلق دارد و همچنین حفظ سلامت وی در محیط و عوامل محیطی مجاور، برعهده اوست.

بنابراین وظیفه یک چنین پزشکی، هم علمی و پزشکی و هم انسانی است، اگر چه ممکنست فقط خود را مسئول حفظ سلامت یک فرد از افراد فامیل بداند اما عملاً نیازمندیهای پزشکی افراد مختلف یک خانواده را برطرف میسازد و اغلب خود مستقیماً مسئولیت رفع احتیاج افراد را در یک یا چند رشته پزشکی بعهدہ دارد و در تنظیم برنامه‌های درمانی در رشته‌های دیگر نیز وظیفه هم آهنگ کننده را انجام می‌دهد. وی رابط بین متخصصین مختلف فنون پزشکی و بیمار، بین بیمار و افراد خانواده، بین بیمار و اجتماع و طراح کلیه خدمات پزشکی اعم از تشخیصی و درمانی و بهداشتی و نوتوانی و برگشت فرد با اجتماع و تعیین یا تغییر شغل یا محل کار بیمار خود میباشد.

در اجتماع شهرهای متمدن امروز تخمین زده شده است که در حدود ۲۰٪ مردم هر سال محل سکونت خود را تغییر میدهند ولی خانواده‌ها بطور متوسط هر ۷ سال یکمرتبه جای خود را عوض میکنند. در این شهرها و در این اجتماعات متحرک نیز با وجود اینکه وظیفه پزشک خانواده بمعنای حقیقی کلمه مشکل بلکه غیر ممکن می‌نماید اما باز پزشک خانواده ممکنست مهنا یا منبع اطلاعات دست اول برای پزشکان دیگر قرار گیرد. بطور خلاصه میتوان وظایف پزشک خانواده یا پزشک مقدم را به سه نوع تقسیم کرد: اول - وظیفه مواظبت از بیمار، یعنی حافظ سلامت بیمار و درمان کننده بیماری وی بودن.

و از همین رو جزء اساس حقوق بشر بشمار میرود ولی نحوه اجرای آن بستگی به شرائط زمانی و مکانی و اقلیمی، اجتماعی و اقتصادی و سیاسی ملت‌ها دارد، اگر چه اصول آن‌ها یکسان است.

در تمام سازمان‌های بهداشتی و درمانی (پزشکی)، شخصی درصفا مقدم قرار دارد که بهتر است بعوض اطلاق نام طبیب عمومی یا طبیب خانوادگی به او، ویرا پزشک مقدم یا طلایه یا «پیشرو» نامید. اسم او هر چه میخواید باشد وظایف اصولی‌ای که باید انجام دهد کم و بیش در همه جا یکسان است، از اینقرار:

۱- وی معمولاً اولین پزشکی است که با بیمار برخورد میکند و اغلب آخرین پزشک نیز خود اوست و شاید همه یا قسمت اعظم مواظبت از مراجعین طبقات مختلف اجتماع در تمام عمر نیز بعهدہ وی باشد.

۲- بیماران او معمولاً بی واسطه و مستقیم بوی مراجعه می‌کنند و «گلچین» یا «غربال» نشده‌اند.

۳- معمولاً در یک اجتماع کوچک و ثابت که در حدود ۲ تا سه هزار جمعیت دارد کار میکند و چون مراجعین او برای مدت دراز و گاه تمام عمر خویش مشتری او هستند بخوبی آن‌ها را میشناسد و حتی با افراد خانواده و نسل‌های گذشته و آینده آن‌ها آشناست. این اجتماع ممکنست در یک ده یا شهر کوچک و یا محله‌ای از یک شهر بزرگ‌تر باشد.

۴- بیماری مراجعین وی را، بیشتر بیماریهای فراوان و کم خطر تشکیل میدهد و کمتر ممکنست مسئول درمان بیماریهای خطرناک یا نادر باشد که معمولاً مبتلایان به بیمارستانها مراجعه میکنند.

۵- علاوه بر وظایف تشخیصی و درمانی و بهداشتی، این پزشک معمولاً باید از نظر اجتماعی نیز مددکار باشد و در رتق و فتق مسائل مختلفی که در قلمرو محل سکونت او اتفاق می‌افتد بطور فعال شرکت کند. گاه علاوه بر این وظایف و مخصوصاً در شهرستان‌های کوچک یا روستاها یک چنین پزشکی باید پزشک مدارس، کارگاهها، قوای تأمینیه، پزشک قانونی، انجمن شهرستان یا بخش، انجمن‌های بهداری و آموزشی و پرورشی و شرکت‌های تعاونی و غیره نیز باشد و باصطلاح نوعی فرد «همه کاره» یا «هر کاره» باشد که بتواند نقش «مادر کلید» یا «جوکر بازی» را انجام دهد.

چون یک چنین پزشک با مشخصات پیش گفته مورد احتیاج همه کشورها حتی با سیستم‌های بهداشتی و درمانی مختلف میباشد، لازم است در سطح جهانی و بین‌المللی فکری بحال او بشود، و از همین رو است که در سالهای اخیر سازمان بهداشت جهانی فکر خود را بیشتر متوجه تربیت این نوع پزشک کرده است که هم تعداد آن‌ها متأسفانه روز بروز روبه نقصان میرود و هم مورد نیاز بیشتر اجتماع هستند.

دوم- حفظ هماهنگی خدمات درمانی و بهداشتی مورد نیاز بیمار. سوم - وظیفه اجتماعی در (Community).

«تربیت پزشک دست اول برای دنیائی که در حال تغییر مداوم است» شعار همه کشورهای و ملت‌ها و شعار بهداشت جهانی است، دنیائی که هم از جهت اجتماعی و هم از نظر پزشکی با سرعت شگفت‌انگیزی در حال تغییر است.

از نظر اجتماعی، ما در جامعه‌ای زندگی می‌کنیم که روز بروز نسبت بمسائل درمانی و بهداشتی خود علاقه‌مندتر میشود و خواهان مواظبت‌های بیشتر و گسترده‌تر است و از طرف دیگر روز بروز اطلاعات او وسیع‌تر و فرهنگش پیشرفته‌تر میگردد. از نظر پزشکی، دانش پزشکی آنچنان سریع به جلومی‌تازد که سیر تحول و تکامل آن بصورت «جهش» درآمده و در نتیجه این گسترش وسائل تشخیص و درمان، تخصص‌ها و فنون تخصصی متعددی بوجود آمده و بدنبال آن کار یک پزشک عمومی و خانواده‌ای یادست اول، در این جنگل عجیب بسیار مشکل‌تر شده است.

مشکل خدمات پزشکی با پیشرفت علوم پزشکی و گسترش اطلاعات عمومی و پزشکی توده مردم، از یکطرف خواسته‌های آنها روزبزیاد نهاده و از طرف دیگر قیمت خدمات پزشکی صحیح و کامل، فوق‌العاده گران شده است. در نتیجه یک نوع افزونی تقاضا و محدودیت نسبی عرضه بوجود آمده که نیازمند تنظیم و تعدیل و برقراری نوعی جیره بندی پزشکی و ایجاد اولویتهائی درباره نوع و میزان استفاده از وسائل موجود میباشد، زیرا خواسته ایده‌آل «بهداشت برای همه» را اگر مترادف «حداعلا یا حدمناسب بهداشت برای همه» بشماریم، چون امکانات کشورها از نظر تهیه وسائل و برآورد این احتیاجات با این تقاضا هم‌بایه نیست همیشه این عقب ماندگی عرضه از تقاضا موجود خواهد بود و عملاً بجای آرمان حداعلائی بهداشت برای همه، باید جمله زیر ملاک کار قرار گیرد:

«حداقل بهداشت* برای همه و امکان استفاده از وسائل موجود برای نیازمندترین افراد»، مسئله‌ای که پیش خواهد آمد و حل آن نیز خالی از اشکال نیست آنست که تعیین کنیم چه کسی نیازمندتر یا نیازمندترین است؟

منطق چنین حکم میکند که میزان نیاز اشخاص را به استفاده از خدمات پزشکی از روی حدت بیماری یا عارضه (از نظر زمانی) و شدت آن و قابلیت درمان پذیری بیماری تعیین کنیم، و در نتیجه بیماری‌های مزمن خفیف یا غیر قابل علاج در درجه بعدی اهمیت

قرار میگیرند و ما میدانیم که تعداد زیادی از بیماریهای روزمره فاقد سه شرط مزبور هستند و در این مرتبه واقع میشوند. از طرف دیگر با بهبود وضع بهداشت و درمان مظاهر حاد بسیاری از بیماریها و افزایش طول مدت متوسط عمر، نسبت بیماریهای ناتوان کننده و مزمن و استحاله‌ای رو با افزایش است و در نتیجه قسمت اعظمی از بخش مصرف کننده «خدمات پزشکی» را ایندسته افراد تشکیل میدهند. بعبارت دیگر امروز نیز مثل قرون پیشین «پزشک عده کمتری را درمان میکند، عده زیادتری را تسکین میدهد، و همه آنهائیرا که به وی مراجعه میکنند، تسلا می‌بخشد». اما خدمات پزشکی باید شامل هر سه دسته باشد و تشخیص آنکه کدامیک بر دیگری مقدم است چون بستگی به عوامل مختلف اقتصادی، اجتماعی، جغرافیائی، سنتی و انسانی دارد کار آسانی نیست زیرا در هر مورد باید عوامل پیش گفته در نظر گرفته شود.

برخلاف نظر بعضی سازعان دهندگان بهداشتی، مشکل خدمات پزشکی هیچگاه با پول تنها حل نخواهد شد، اگر چه تا حدود زیادی بمیزان سرمایه گذاری‌ای که در این راه میشود مربوط باشد. زیرا این خدمات جاه‌ویل است که هر چه در آن ریخته شود تمامی نخواهد داشت. مثلاً بدنیت یادآور شویم که در عمالک پیشرفته قیمت خدمات پزشکی (درمانی و بهداشتی) در هر ده سال به نسبت یک درصد کل درآمد ملی آنان افزایش می‌یابد و متوقف ساختن آن نه‌ایده‌آل خواهد بود و نه عملی. آنچه اهمیت دارد نحوه مصرف و مصرف بجای این سرمایه است که باید بدان توجه مخصوص مبذول گردد.

سطوح مختلف پزشکان و نحوه اداره

قبل از اینکه وارد خصوصیات و وظائف پزشک عمومی یا پزشک «نخستین صنف» گردیم بدنیت مختصری از سطوح و طبقات پزشکان مورد نیاز اجتماع را شرح دهیم:

پزشکان را میتوان به چهار طبقه یا سطح تقسیم کرد: طبقه یا سطح اول یا «نخستین صنف» یا پزشک محلی، یا مقدم جیهه، که همان پزشک عمومی یا خانواده را بدستیاران وی که مددکاران اجتماعی و پرستاران یا بهیاران باشند تشکیل میدهد. این گروه مقدم یا قسمت کوچکی از اجتماع یا کوچکترین واحد اجتماعی سروکار خواهد داشت و ممکنست شامل روستاها و بخش‌ها و یا منحصراً به خانواده‌ها یا منطقه‌هائی محدود از شهرها یا شهرستان‌ها باشد. خدمات این گروه دست اول باید «همه‌جانبه و مداوم» باشد.

طبقه یا سطح دوم: شامل آن دسته از پزشکانی است که در منطقه

* هر جا کلمه بهداشت آورده شده مقصود خدمات پزشکی بطور کلی است و مرادف Health care یا Medical care است.

متخصص یا شبه متخصص است که معلومات او در قسمت‌های اصلی بالینی جامع می‌باشد و میتواند وظیفه يك پزشك داخلی عمومی، ژنیکولوژیست عمومی و متخصص عمومی کودکان و جراح عمومی را انجام دهد.

هر کدام از دو نوع پزشک پیش گفته میتواند درصاف مقدم انجام وظیفه کنند و ترتیب و انتخاب انواع آنان تابع مقتضیات و امکانات خاص هر کشور خواهد بود که ما در زیر چند نمونه از آنها را در ممالک مختلف که مورد مطالعه قرار داده ایم و یا از نزدیک شاهد آن بوده ایم، می‌آوریم، باشد که پس از مطالعه بتوان «گلچینی» از مجموع آنها را انتخاب و با توجه به شرایط خاص کشور ایران و خصوصیات ایرانی طرحی جامع پیشنهاد کرد.

بخش دوم - بررسی وضع پزشک «پیشرو» و پزشک عمومی در بعضی از ممالک نمونه

۱- پزشک «نخستین رده» در ایالات متحده آمریکا:

در شماره ۲۲ فوریه ۱۹۶۹ روزنامه تایم آمریکا از قول دکتر فیلیپ لی (Lee) وزیر سابق بهداری ایالات متحده آمریکا چنین نوشته شده که «عیب خدمات پزشکی آمریکا آنست که فاقد سیستم است و بوضع آش درهم جوشی درآمده است» و این حقیقتی است که باید آنرا قبول کرد.

در امر پزشکی، نیز مانند سایر امور، به «شیوه آمریکائی» سیستم‌های پزشکی متعددی برقرار شده است. این سیستم‌ها بعضی اینک بر اساس نیازمندیهای جامعه پی ریزی شده باشند روی امکانات بنا نهاده شده است، زیرا در «شیوه آمریکائی» آزادی معاملات، آزادی انتخاب همه چیز حتی پزشک، مسئولیت شخصی و فردی در امر پزشکی وجود دارد و با استثنای موارد خاص ضرور و ملی، در امر پزشکی نیز مانند سایر امور و «دادوستد»ها، هر کس میتواند هر پزشکی را که مایل باشد انتخاب کند و پزشک هم طبق قوانین جاری و مورد قبول انجمن پزشکان میتواند بهر نحوی که صلاح بداند و دلش بخواهد بیمارش را مواظبت کند مشروط بر آنکه رعایت قوانین شده باشد. بر این اصول، سیستم‌های مختلف خدمات پزشکی که بوجود آمده، همانطور که یادآور شدیم، بر مبنای امکانات و مقتضیات قرار دارد، از آنجمله قریب ۱۰٪ از آمریکائیان که فوق العاده غنی هستند از يك نوع سازمان پزشکی استفاده میکنند که کاملترین و بهترین وسائل موجود در جهان را در اختیار دارد و در مقابل قریب به ۲۵٪ دیگر از مردم هستند که در عین اینکه از اتباع آمریکا و جزو جامعه آمریکائی هستند از بدترین شرایط

وسیعتری که لااقل ۱۰۰ تا ۳۰۰ هزار نفر جمعیت دارد فعالیت دارند و از امکانات بیشتری از آنجمله بیمارستان و آزمایشگاه مجهز و متخصصین مختلف رشته‌های اصلی پزشکی برخوردارند و بهداشت قسمت بزرگتری را بعهده داشته خدمات اجتماعی آنها نیز گسترده تر است (مقصود از رشته‌های اصلی پزشکی، بیماریهای داخلی، جراحی، دستگاه تناسلی*، کودکان میباشد).

طبقه یا سطح سوم: شامل پزشکانی میشود که در شهرهای بزرگ و مراکز استان‌ها که بین يك تا ۵ میلیون جمعیت دارند فعالیت و امکانات وسیعتر و مجهزتری در اختیار داشته متخصصین رشته‌های خاص پزشکی (که بنام‌های مختلف تخصص پیشرفته Advanced.S یا فوق تخصص یا Super Specialties نامیده میشود مانند کاردیولوژی، نورولوژی، جراحی اعصاب، جراحی قفسه سینه، قلب و غیره) زیاده‌تری در دسترس آنها است.

طبقه یا سطح چهارم: شامل پزشکانی است که در سطح مملکتی یا ملی قرار دارند و مسئول اداره خدمات پزشکی کل کشور و همه مردم مملکت، که از ۵۰ میلیون یا بیشتر جمعیت داشته باشد، میباشد و همانها هستند که سیاست کلی بهداری و بهداشتی کشور را طرح ریزی و اجرا میکنند.

همه سطوح پیش گفته، سازمان و نظم خاص مخصوص بخود لازم دارد که در عین حال با سطوح مجاور نیز هم آهنگی کافی داشته باشد و فعلاً آنچه مادر بحث خود بدان نیاز داریم، طبقه اول است.

مسائل پزشکی عمومی یا پزشک «نخستین رده»:

آیا پزشک «نخستین رده» باید طبیب عمومی یا ژنرال‌یست باشد یا متخصص رشته‌های اساسی بالینی؟ این نوع تخصص رشته‌های بالینی اساسی که بعقیده دکتر جان فرای (Fry) از انگلستان میتواند بنام «تخصصی شکل» یا اسپسیالوئید (Specialoid) نامید شامل رشته‌های اصلی بالینی زیر خواهد بود: داخلی، کودکان، مامائی و زنان. این رشته‌ها را بهتر است رویهم رفته دستگاه تناسلی یا Reproductive نامید که شامل دستگاه‌های تناسلی زن و مرد، مقدمات باروری، باروری، زایمان و بیماریهای متعلق بهمه این دوره‌ها میباشد. بعقیده عده‌ای، جراحی عمومی نیز در زمره رشته‌های اساسی بالینی خواهد بود.

هر يك از این نیمچه متخصصین یا متخصصین عمومی عده نسبتاً محدودی از اجتماع را زیر نظر خواهند داشت که شامل قریب هزار نفر کودک و بین ۲ تا ۳ هزار نفر افراد بالغ میباشد و بیشتر به بیماریهای فراوان و عمومی که احتیاج به وسایل پیچیده و مواظبت‌های دقیق خاص نداشته باشد، رسیدگی میکنند. پزشک عمومی و پزشک خانوادگی آنطوریکه در بعضی کشورها معمول است خود نوعی

* مقصود از دستگاه تناسلی دستگاه تولید مثل یا Reproductive اعم از زن یا مرد و آبستنی و زایمان و مسائل مربوط بآنهاست.

همه شئون پیش گفته بوسیله قوانین پزشکی کشور مورد قبول است و مقرراتی مخصوص بخود داد .

در آمریکا در مورد پزشک عمومی یا پزشک «نخستین صف» قوانین و مشخصات سنتی خاص وجود ندارد زیرا در اینجا نیز آمریکائی مثل همه کارهای دیگر بنا بر آزادی انتخاب گذاشته و همانطور که برای خرید مایحتاج زندگی و باصطلاح «خرید» بازار میرود برای نیازمندیهای پزشکی نیز بازار میرود و هر کس را که پسندید یا باصلاح و صرفه خود تشخیص داد او را انتخاب میکند و این امر سبب رقابت نامحدود ، که گاه غیر مشروع و غیر قانونی است، در بین پزشکان میگردد و آنها را به «دکانداری» برای جلب مشتری بیشتر میکشاند . مخصوصاً در شهرهای بزرگ که میزان «عرضه نسبتاً» زیاد است و طبیعی است هر کس سعی میکند کالای خود را بهتر بفروش برساند یا باصطلاح «آب» کند، از طرف دیگر چون متأسفانه در این کار نیز قانون عمومی آمریکایی یعنی «خداوندی دلار» صادق است ممکنست بعلا اقتصاد و نه اخلاقی و انسانی، از پزشک و بیمار کارهایی سر بزنده که در بسیاری از مجامع مشابه نكوهیده و خلاف اخلاق یا خلاف وجدان محسوب میگردد .

بیشتر این پزشکان عمومی میتوانند بیماران خود را در بیمارستانها بستری کنند و اکثر بیمارستانها به آنها اجازه میدهند که خود مواظبت و درمان بیماران خویش را بعهده گیرند و حتی جراحیها و کارهای پزشکی اختصاصی که لازم دارند خود انجام دهند و این کار برای پزشکان فوق العاده پرسود است و چون بیشتر شرکت های بیمه فقط هزینه های بیمارستانی را قبول میکنند، یکی از علل عمده کشانده شدن بیشتر مردم آمریکا بسوی بیمارستانها روشن میشود. مخصوصاً اگر توجه کنیم که چون هدف، بیشتر اقتصادی است «خرج تراشی» و «حساب سازی» برای شرکت بیمه بساهمدستی پزشک و متصدی بیمارستان و احیاناً بیمار، کاری غیر رایج نیست و همیشه نزاعی تمام نشدنی بین پزشکان و وکلای آنها که آنها خود داستانی جداگانه دارد ، با شرکت های بیمه یا وکلای آنها موجود است . این عوامل بر روی هم ، در روابط صمیمی بین پزشک و بیمار و تفاهم بین آنان مؤثر خواهد بود و «اخلاق پزشکی» را منزلزل خواهد ساخت ، چنانکه کرده است .

آنطوریکه حساب شده است بیش از ۱۵٪ جمعیت آمریکا در بیمارستان بستری میشوند (و حال آنکه در انگلستان این میزان

پزشکی موجود در ممالک پیشرفته میتواند استفاده کنند و بقول خود آمریکائیه در بیغولهها Ghetto یا Slum زندگی میکنند که بنام «محلات فقیر نشین» موسومست و در بیشتر شهرهای بزرگ مانند نیویورک ، واشنگتن ، شیکاگو و لوس آنجلس پهلو پهلو بپهلوی گروه دسته اول روزگار میگذرانند . سیستم دیگری که مختص قریب دوسوم جامعه آمریکائی است از نظر کیفیت متوسط و از نظر بهان نسبتاً گران است و بوسیله خود مردم و شرکت های بیمه خصوصی ای که خود انتخاب کرده اند، به کار خدمات پزشکی مشغول است. این شرکت های بیمه، معمولاً مواظبت های فردی و خانوادگی مشتریان را در خارج از بیمارستان و همچنین بعضی خدمات دیگر از قبیل زایمان و باروری و بیماریهای روانی را بعهده نمیگیرند و همانطور که بعداً اشاره خواهیم کرد این سیاست شرکت های بیمه سبب هجوم مردم به بیمارستانها میشود که گاه نیز بدان نیاز نبوده است و بعلت همین تعدد سیستم های خدمات پزشکی ، پزشکی که وظیفه «نخستین رده» را در مبارزه با بیماریها انجام میدهند نیز در صفوف مختلف خواهند بود. این پزشکان را از نظر وظیفه بر طبق اصطلاح آمریکائی «پزشکان نخستین رده» یا Primary Physician مینامند .

تعدد سیستم های پزشکی تابع عوامل متعددی است از قبیل میزان دارائی افراد ، محل سکونت (مثلاً در ایالات کالیفرنیا و نیویورک تعداد پزشک به جمعیت نسبتاً زیاد ولی در ایالات جنوبی و غربی مرکزی حقیقتاً کم بود پزشک محسوس است) نوع کار و شغل و وابستگی به اتحادیهها و سندیکاها (مثلاً بنیاد کایزر Kaiser ، بنیاد شهر نیویورک ، کارگران معدن ، کارگران صنعت اتومبیل و غیره) سن و طبقه اجتماعی (پزشکی تهیدستان Medical Indigents) و غیره .

پزشکان «صف نخستین» ممکنست یکی از پزشکان زیر باشند :
پزشک عمومی سیستم قدیم یا (G. P.) یا نوع جدید آن که در یکی از رشته های اساسی بالینی تخصص داشته باشد مانند متخصصین داخلی یا کودکان - دکتر یا زیدنت جوان متصدی اطاق اورژانس - پزشک متخصصی که بر خلاف بسیاری از همکاران خود بی میل به دیدن بیماران عمومی نیست و مستقیماً بی آنکه بر طبق معمول بیمار بوسیله همکاران با و معرفی شود مشتری قبول می کند - یکی از افراد «گروه های پزشکی» - یکی از پزشکان معروف به Quack یا حکیمباشی یا «دست پزشک» * (Cheiropractist) و سایر اشخاص مجاز . البته

* کیروپراکتیست که خوشبختانه در مملکت ما نظیر ندارد نوعی پزشکی است که بوسیله مس و لمس با دست بیماریها را درمان میکنند زیرا معتقدند که همه بیماریها بعلت اختلال عمل اعصاب بوجود آمده و بوسیله بعضی دستکارها و مس قسمت های مخصوص بویژه ستون فقرات میتوان آنها را شفا بخشید (از لغت یونانی Cheir = دست اثر = Praktikos).

تا ۱۹۵۳ در آمریکا ۲۳۵۰۰ پزشک باین نوع طبابت مشغول بوده اند . در دوسال اخیر این نوع آموزش بوسیله انجمن پزشکان آمریکائی محدود شده و از این پس دانشجوی دیگری برای کسب این تخصص آموزش نمی بیند .

آینده ریاست جمهوری یاسایر پست‌های مؤثر دولتی و ملی تبلیغات خود را روی آن پایه گذاری کرده‌اند، همین تأمین نیازمندیهای پزشکی و بهداشتی جامعه آمریکائی است.

در دوران ریاست جمهوری «کندی» و پس از آن در حکومت «جانسون» و در حکومت «نیکسون» توجه روزافزونی به مسئله بهداشت و نیازمندیهای پزشکی آمریکائیان شده و با گذراندن دو قانون مهم مدیکر (Medicare)، که هدف آن تأمین بهداشت مردمان بیش از ۶۵ ساله است، و مدیکاید (Medicaid) که هدف آن کمک به مستمندان است، قدمهای بزرگی از سال ۱۹۶۵ به بعد برداشته شده است. علاوه بر آن در سالهای اخیر از راه کمک‌های دولت مرکزی و دولتهای محلی مبالغ هنگفتی سرمایه که بیشتر آن از راه مالیات تأمین میشود، بسوی امر بهداشت سرانبر شده و اگرچه عدهای از پزشکان باین دخالت دولت در کار پزشکی مخالفاند و آنرا با استقلال شغل و حرفه خویش منافی میدانند، معیناً چون مورد نیاز اکثریت توده مردم ایالات مختلف آمریکا است روز بروز گسترش می‌یابد. مخصوصاً که در سالیان اخیر این برنامه‌ها مورد قبول انجمن پزشکان آمریکا واقع شده و کمیته مخصوصی از آن بنام کمیته خدمات پزشکی به مستمندان (Medical care of the poor) زیر نظر دکتر ابرت لانگ R. Long از سال ۱۹۷۰ بطور جدی شروع به کار کرده و انتظار میرود در سالهای دهه ۷۰ نیازمندیهای پزشکی جامعه آمریکائی بنحو نسبتاً رضایت بخشی تأمین گردد. برای اینکه اهمیت کمک به مستمندان را در آمریکا دریابیم بد نیست به رقم زیر توجه کنیم که قریب سی میلیارد نفر آمریکائی، آری سی میلیون از ۱۸۰ میلیون یعنی قریب ۱۷٪ کل جمعیت آمریکا، این مملکتی که ما آنرا غنی‌ترین ممالک روی زمین میدانیم و کعبه آمال عدهای از غرب زدگان نیز هست، در وضع بهداشتی نامناسب بسر می‌برند یا اصلاً فاقد بهداشت و خدمات پزشکی هستند. و این عده هم سیاه هستند و هم سفید، و با افزایش روزافزون خدمات پزشکی تعداد بیشتری از مردم که در آمدشان متوسط یا پائین تر از متوسط است نیز هر روز باین جماعت افزوده میگردد و این مسئله‌ای است که اخیراً توجه اولیای امور بهداشت و آموزشی و مخصوصاً دانشگاههای آمریکا را همانطور که قبلاً نیز متذکر شدیم بیش از پیش بخود معطوف داشته‌است.

از جمله اقداماتی که در این باره بعمل آمده و هدف آن تأمین نیروی پزشکی بیشتر برای جوانبگویی نیازمندیهای جامعه آمریکائی است، توجه به تربیت «پزشک خانواده» یا پزشک «نخستین رده» است که از سال ۱۹۶۷ تحال تعداد زیادی از دانشگاههای آمریکا بدان متوجه شده یا رشته تخصصی باین نام ایجاد کرده‌اند، و پادرب برنامه‌درسی

فقط ۱۰٪ است) و اکثر آنان فقط مدت کوتاهی در بیمارستان توقف میکنند. و اینها هم بدلائلی است که شمه‌ای از آنها در بالا آورده شد. بیشتر پزشکان آمریکائی بطور انفرادی به کار طبابت می‌پردازند و فقط ۱۰٪ آنان بطور جمعی و «گروهی»، و بهمین دلیل رقابت شدیدی بین پزشکان برای جلب مشتری موجود است. عده بسیار کمی تحت مواظبت يك پزشک قرار دارند و در نتیجه پزشک خانواده و مواظبت‌های مداوم بوسیله يك نفر روز بروز در آمریکا کمتر میشود.

در آمریکا مقدار سرمایه‌ای که در راه بهداشت به کار افتاده است روز بروز بسرعت افزایش می‌یابد (Bowen-۱۹۷۰). در سال ۱۹۵۰، این مقدار قریب ۴/۵٪ در آمد کلی ملی بوده و در سال ۱۹۶۷، به ۶/۵٪ رسیده که جمعاً در حدود پنجاه و يك بلیون دلار میشود. قسمت اعظم این سرمایه گذاری از مالیات‌ها بدست می‌آید و در نتیجه روز بروز بآن افزوده میگردد.

برای اینکه میزان توجه بخشهای خصوصی و عمومی آمریکائی را به امر بهداشت عمومی و خدمات بیمارستانی بفهمیم بد نیست به آمار زیر دقت کنیم:

در سال ۱۹۶۷، سرمایه‌هایی که از بخشهای خصوصی و عمومی در امر بهداشت مصرف میشده بدین طریق بوده است که ۸۰٪ در آمد پزشکان و ۹۸٪ در آمد دندانپزشکان از کارهای اختصاصی یعنی مطب‌های شخصی و در آمد بخشهای خصوصی تأمین میشده و ۹۴٪ قیمت داروها و ۹۸٪ پول عینک را خود مردم پرداخته‌اند (بخش خصوصی)، ولی در مقابل ۴۹٪ مخارج بیمارستانی و ۶۶٪ از مخارج آسایشگاهها و ۹۰٪ هزینه‌های تحقیقاتی و ۱۰۰٪ خدمات بهداشتی از راه پرداخت مالیات و بخش عمومی تأمین شده است.

از این بررسی چنین بر می‌آید که قسمت اعظم هزینه خدمات پزشکی شخصی مردم در آمریکا بوسیله خود مردم پرداخت میشود و در مقابل قسمت بزرگی از مخارج بستری شدن در بیمارستانها از راه مالیات و بوسیله دولت و شرکت‌های بیمه تقبل شده‌است. متأسفانه با وجود اینکه مقادیر معتنا بهی سرمایه به امر بهداشت اختصاص یافته‌است، بهبود چشمگیری در تأمین نیروی انسانی پزشکی و یا افزایش تسهیلات مورد نیاز مردم بوجود نیامده مثل آنست که این پول اضافی خواسته مردم را به بهداشتی بهتر و خدمات پزشکی گسترده‌تر و کاملتر افزوده است و چون تقاضا زیاد شده اما در برابر آن عرضه یعنی خدمات پزشکی کافی تأمین نشده در نتیجه عدم تعادلی بوجود آمده که سبب ناراضائی بیشتر مردم در رفع نیازمندیها و خواسته‌های پزشکی آنان گشته است و جای تعجب نخواهد بود اگر یادآور شویم یکی از برنامه‌هایی که نامزدهای

عیادت در منزل، افزون درمانی Over-Treatment و افزون آزمایشی یا Over-investigation و افزون بستری - Over Hospitalization و افزون ارزیابی Over-Costing مینالند و این امری است که ماهم اخیراً در شهرستان های بزرگ و مخصوصاً در پایتخت بدان دچار شده ایم و متأسفانه روزبروز هم در آن گرداب بیشتر فرو می رویم و دانشگاه های ما، که باید سرمشق تربیت «پزشک ایرانی برای ایرانی و در امکانات اکثریت ملت ایران» باشد، با نوعی تقلید «نپخته» از خدمات پزشکی خصوصی ینگی دنیائی، که مثل هر چیز «نپخته ای» ممکنست سبب سوءهضم ها و «ثقل» های غیر قابل جبران و بدون بازگشت شود، به کارگاهی تبدیل گردیده که مصنوع خود را به ینگی دنیا صادر می کنند تا بهترین و مرغوبترین آنرا همان جا مصرف کرده، باقیمانده را همراه معدودی از مرغوبین، با هزاران سلام و صلوات بازگردانند و این تسلسل یا «سیکل» از نو شروع شود، و ما در این باره اگر فرصت شد در آخر، بحث خواهیم کرد و نظر خود را تقدیم خواهیم داشت.

بالاخره پس از مسئله مصرف کننده و جنس مورد مصرف بمسئله تولید کننده نیز باید توجه کرد و این مسئله دانشکده های پزشکی است که بعلمت نقص سازمان و توجه کمتر دانشجویان به رشته پزشکی عمومی یا خانوادگی، مورد بیمه ری قرار گرفته و بیشتر دانشجویان به تخصص های دیگر گسیل میشوند و خود این افزونی تخصص یا Over-Specialization مسئله ای شده است همه گیر، که طراحان و مسئولان آموزش پزشکی را در آمریکا و در کشورهای دیگری که همان سیاست را پیروی میکنند، بوحشت انداخته است. و از همین رو در چند سال اخیر کوشش همه جانبه، مخصوصاً از طرف انجمن مدارس پزشکی آمریکا Association of American Medical colleges بعمل آمده و در عده ای از دانشکده های پزشکی رشته تخصصی خاصی بنام «پزشکی خانوادگی» یا Family Medicine برقرار شده است. همه این کوشش ها به پیروی از توجهی است که جامعه آمریکا و خانواده آمریکائی به لزوم این نوع پزشک در اجتماع پزشکان خود کرده است و مطابق قانون طبیعی چون مردم خواسته اند «و تقاضا» داشته اند، تولید کنندگان نیز بفکر تولید و «عرضه» آن برآمده اند. همانطور که گفته شد این امر از سال ۱۹۶۶ پیع رسماً وارد عمل شده و بجای «آکادمی پزشکان عمومی» که در سال های قبل موجود بود «آکادمی آمریکائی پزشکی خانوادگی» بوجود آمده است.

ولی متأسفانه تا سال ۱۹۶۹ فقط ۱۰٪ از پزشکان بعضویت این آکادمی درآمده اند.

دانشکده پزشکی دروسی را گنجانده اند که پزشکان را به کار «پزشکی خانوادگی»، بیشتر وارد سازند و این قسمت در سه سال اخیر بعلمت فشار اولیای امور دولتی آمریکا وارد کردن سرمایه های گزاف بصورت کمک بدان نگاه هائیکه تربیت پزشک دست اول را عهده دار شوند فوق العاده گسترش یافته و یک هیئت ممکنه تخصصی جدیدی بنام «پزشکی خانوادگی» از طرف انجمن پزشکان آمریکائی بوجود آمده که در بهار سال ۱۹۷۰ اولین امتحان آن بعمل آمد و در مارچ ۱۹۷۱ قریب ۳۱ بر نامه تخصصی یارزیدنیسی بوسیله این هیئت مورد قبول واقع شده و تعداد آنها روز افزون است. دوره تخصص برای پزشکی خانوادگی در آمریکا سه سال است و بر نامه رزیدنیسی (دستیاری) آن نیز از طرف انجمن AMA از سال ۱۹۶۶ پیع تصویب شده و در حال اجرا است. اصول این بر نامه تقریباً یکسان ولی بر حسب احتیاجات هر محل یا ایالت و امکانات آموزشی اختلافات جزئی در آن موجود است.

بعلاوه «آکادمی آمریکائی طب عمومی و کمیسون آموزشی آن» در سال ۱۹۶۹ پیشنهاد کرده است که قسمتی از این بر نامه در طی سالهای دوران تحصیل پزشکی همزمان با سایر دروس پزشکی آموخته شود و دنباله آن پس از دیپلم در طی سه سال کارآموزی یارزیدنیسی تخصصی ادامه یابد و این بر نامه مورد قبول عده زیادی از دانشگاهها قرار گرفته است. برای اطلاع بیشتر در این باره علاقمندان را به مطالعه گزارش آکادمی پزشکی عمومی اوهایو (۱۹۷۰) توصیه میکنیم.

مسئله پزشکی عمومی در آمریکا چندین جنبه دارد از آنجمله همانطور که گفتیم مسئولیت کامل و مداوم یک پزشک برای یک فرد کمتر موجود است، هم پزشکان دوره گردند و هم بیماران. طول مدت اقامت یک فرد در یک شهر در آمریکا بطور متوسط ۷ سال حساب شده و پزشکان نیز از این قاعده مستثنی نیستند و همین امر خود دلیلی بر عدم ثبات روابط بین پزشک و بیمار یا پزشک و خانواده بیمار است و سبب میشود که یک پزشک در یک محل کمتر «بوم» کند. و چون نفس امر قبول مسئولیت کامل مستلزم فداکاریها و احیاناً زحمات و مشقات بیشتر است این سبک طابایت با «مسئولیت کمتر» بیشتر مطبوع طبع آدمی واقع خواهد شد و پزشکان را بانتخاب یک چنین شغل مزاحمی چون پزشک خانوادگی کمتر مشتاق میسازد.

دومین مسئله آنست که کیفیت خدمات پزشکی بسیار مختلف و متغیر و تابع عوامل متعددی است که در پیش گفته آمد. قیمت آن نیز معمولاً بالا و در بعضی موارد غیر قابل تحمل (لااقل برای اکثریت مردم) است. بسیاری از مردم از نبودن پزشک خانواده و کم شدن

است که اندکی هم از نسبت دلخواه بیشتر است و این تعداد تقریباً دو برابر نسبتی است که در ممالک متحده آمریکا یا انگلستان موجود است.

سطوح و درجات مختلف خدمات پزشکی در کشور شوروی بخوبی مشخص و روشن است. این سطوح بترتیب زیر است:

پزشک صف نخستین یا پزشک محلی یا «اوجاستوک» که بیشتر کار آنها در درمانگاه‌های مختلط در سطح روستاهاست و پزشک سطح دوم یا پزشک شهرستانی یا «یون» که از مزایای بیمارستانی نیز استفاده می‌کند و بالاخره پزشک سطح سوم یا پزشک استانی یا «اوبلاست» که از مزایای مراکز پزشکی بزرگ بهره میبرد.

در اولین صف از خدمات پزشکی که مورد بحث‌ماست، افراد، آزادی انتخاب پزشک ندارند و همگی مجبورند به پزشکان «محلی» خود مراجعه کنند که در یک پست درمانگاهی در محل مستقر شده و اکثراً از چهار نوع پزشک سطح اول تشکیل شده است: یکی پزشک عمومی درمانی، که او را «تراپیست» می‌نامند و خدمات پزشکی ۲۰۰۰ شخص بالغ به‌عهده او است، دیگری پزشک کودکان یا «پدیا ترپست» که مسئول خدمات پزشکی ۱۰۰۰ کودک محلی است و سومی پزشک بهداشتی یا «هیژنیست» و چهارمی دندان پزشک یا «استوماتولوژیست». پزشکان این درمانگاه در بیمارستان کار نمی‌کنند و پزشکان بیمارستانی عموماً افراد دیگری در همین سطح هستند که وظیفه‌شان فقط کار در بیمارستان است.

پزشک خانواده نیز در این اجتماع معنی ندارد، چون مجاوز از نیمی از ۲۳۰ میلیون جمعیت شوروی در مناطق روستائی زندگی میکنند و وسعتی قریب سه برابر ممالک متحده آمریکا را باید زیر نظر داشته باشد. برای تسهیل در کار، دولت شوروی عموماً به‌ترتیب پزشک مخصوصی شده که بنام «فلچر» خوانده می‌شود که در حقیقت مانند پزشک دوم یا «بهدار» خودمان است و پس از سه سال آموزش پزشکی میتواند زیر نظر پزشک و بعنوان کمک پزشک در مراکز روستائی انجام وظیفه کند.

معمولاً طرز کار «خدمات پزشکی» و سلسله مراتب آن در شوروی چنین است که: یک پست «کمک پزشکی» در هر یک از کوچکترین واحدهای اجتماعی که یک «ده اشتراکی» یا «کلخوز» باشد و معمولاً بین ۵۰۰-۱۰۰۰ نفر جمعیت دارد، مستقر میشود. این پست زیر نظر اولین پست پزشکی درمانگاه محلی یا اوجاستوک قرار دارد که معمولاً فاصله ۱۵-۳۰ کیلومتری پست‌های امدادی ابتدائی است. و البته هر درمانگاه، وابسته یک بیمارستان محلی است که بین ۲۵-۱۰۰ تخت دارد و زیر نظر پزشکان عمومی و کودکان و جراحی و مامائی اداره میشود که از پزشکان درمانگاه جدا هستند.

نگارنده هنگام شرکت در آخرین انجمن کالج‌های پزشکی آمریکائی در اکتبر ۱۹۷۰ در لوس آنجلس شاهد فعالیت‌های کارگر دانان انجمن به قبولاندن این نیاز عمومی جامعه آمریکائی به رؤسای دانشکده‌ها بود. بنظر میرسد در اینکار نیز توفیق قابل توجهی بدست آمده است و مدارس بیشتری این تخصص را جزو رشته‌های تخصصی خود گنجانده باشند.

آنچه ما از بررسی اختصاری «پزشکی در آمریکا» بدست می‌آوریم و درسی که می‌آموزیم اینست که: اولاً برای حسن انجام «خدمات پزشکی» که یکی از نیازمندی‌های اولیه و همگانی هر جامعه است باید نوعی «سازمان ملی» بوجود آید که طراح و برنامه‌ریز برای همه طبقات و سطوح مختلف اجتماع باشد. و چون بهای این خدمات در آمریکا و بعضی کشورهای مشابه فعلاً زیاد است باید کوشش همه‌جانبه بعمل آید که بنحوی از انحاء حداقل این خدمات را، برای «همه» آحاد اجتماع فراهم آورد و این کار بدون نوعی دخالت دولتها امکان پذیر نخواهد بود. البته در زمینه بهداشت و حفظ سلامت و صحت مردم این مسئولیت دولتها غیر قابل تردید است.

ثانیاً در عین حال که موافقم پزشکان «نخستین رده» به بیمارستانها دسترس داشته باشند و بتوانند آندسته از مراجعین خود را که حتماً نیاز به بستری شدن دارند بستری سازند، با این امر نمیتوانیم موافق باشیم که مسئولیت درمان و مواظبت آنان در بیمارستانها کاملاً به‌عهده این دسته از پزشکان باشد مخصوصاً در جائیکه منافع مادی و اقتصادی انگیزه اصلی این کار قرار گیرد و دیدیم که در اکثر بیمارستانهای خصوصی آمریکا این انگیزه موجود بوده و در اساسنامه همه شرکت‌های بیمه این امتیاز (که بستری شدن در بیمارستان باشد) بنحوی گنجانده شده است. باید مقررات طوری تنظیم شود که در عین کنترل پزشکان مختلف تشویق به افزون بستری کردن بیمار یا Over-Hospitalization نشود.

۲- پزشک «نخستین رده» در اتحاد جماهیر شوروی.

اتحاد جماهیر شوروی یکی از ممالکی است که از تعداد فراوان پزشک و کمک پزشک برخوردار است. (مقصود از کمک پزشک کلیه افرادی هستند که مانند پرستار، بهیار، تکنیسین، و غیره به‌نحوی از انحاء در امر خدمات پزشکی اعم از درمانی و بهداشتی به پزشک کمک میکنند و بنام عام Medical Auxiliaries موسومند). در آماري که بوسیله سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۶۵ منتشر شده در این کشور برای هر ۴۸۰ نفر یک پزشک موجود

هیئت امنای بوسیله وزارت بهداشت از بین داوطلبان انتخاب میشود و کمیته‌های فرعی اداری و مشاورتی کارهای اجرایی را انجام میدهد.

۲- خدمات عمومی پزشکی و دندانپزشکی، چشم پزشکی بوسیله «شورای اجرایی» انجام میگردد (Executive Council) که تعداد آنها در انگلستان (بغیر از اسکاتلند و ایرلند) ۱۳۸ تا است و وظیفه آن بیشتر انجام خدمات معمولی و عمومی پزشکی است از قبیل پرداخت به پزشکان عمومی، ترتیب انتقال بیماران و غیره. این شوراها نیز وظایف خود را بوسیله کمیته‌های فرعی اداری، حرفه‌ای و مشاورتی انجام میدهد. برعکس کارمندان بیمارستانها که حقوق بگیر هستند، پزشکان عمومی هنوز سیستم دستمزدگیری را نگاهداشته‌اند که از روی «سرانه» بوسیله سازمان پرداخت میشود. این پزشکان از آزادی وسیعی در نحوه عمل خویش و دائر کردن مطب شخصی برخوردارند و حتی میتوانند از عضویت سازمان نیز خارج شوند.

معهدا کمیته «حرفه پزشکی» مناطق مختلف را از نظر تعداد پزشکان لازم برای هر منطقه دقیقاً زیر نظر قرار داده است بنحوی که اجازه دائر کردن مطب در مناطقی که تعداد پزشکان آن زیاد باشد نمیدهد. ایجاد مطب‌های گروهی، بیش از پیش تشویق میشود و بر تعداد آنها افزوده شده است. برای داروسازان و دندانپزشکان و چشم پزشکان آزادی بیشتری موجود است بطوریکه میتوانند بدون اینکه فقط بیماران نام نوشته در لیست را به بینند بدون واسطه مراجعین و مشتریان را معاینه کرده دستمزد مناسب را مستقیماً دریافت دارند.

بیماران قسمتی از هزینه‌های دندانپزشکی و چشم پزشکی را میپردازند و از سال ۱۹۵۲ تا ۱۹۶۵ قسمتی از هزینه داروئی خدمات ملی پزشکی نیز بوسیله بیماران بداروسازان پرداخته میشود.

۳- سومین قسمت، مربوط به «اولیای امور بهداشتی محلی» است که با سابق خیلی فرق نکرده و اعضای آن بوسیله مردم انتخاب میگردد و فقط خدمات آنها گسترش بیشتری پیدا کرده که وظیفه آنها بیشتر، پرداختن به بهداشت مردم است. کار این سه شعبه از «خدمات پزشکی ملی» بوسیله وزارت بهداشت هم‌آهنگ میشود. بطور کلی این سازمان توانسته است خدمات پزشکی کافی برای عده زیادی از مردم که سابقاً توانائی و امکان استفاده از آنها را نداشته‌اند، فراهم آورد. ولی نقائمی در اجرای هم‌آهنگی بین شعبات مختلف آن موجود بوده و از نظر مالی نیز اشکالاتی داشته که بتدریج رفع شده است مخصوصاً در قسمت مربوط به پزشک عمومی هنوز آنطور که باید رضایت خاطر مردم و پزشکان را فراهم نیاورده و در نتیجه عده‌ای از پزشکان به ممالک دیگر مهاجرت کرده‌اند و نسبت پزشک به جمعیت رو بنقصان نهاده است. از همین رو، در سالهای

هر پزشک «محلی» بین ۳-۶ فلچر زیر نظر دارد که موظف است آنرا مرتباً در محل کار ملاقات کند و بعلاوه آنان نیز همیشه به پزشک مزبور دسترسی دارند. در سطح شهرستان یک پزشک بعنوان رئیس بهداری وجود دارد که مسئول خدمات پزشکی درمانگاهی و بیمارستانی و بهداشتی آن منطقه است.

رابطه بین پزشکان شهرستانها و استانهای مختلف آزاد است و اغلب اتفاق می‌افتد که یک پزشک از بیمارستان مرکزی به بیمارستان محیطی تر پرواز میکند تا مشکلات آنرا در قلمرو تخصص خویش برطرف سازد.

مشخصات سازمان خدمات پزشکی در شوروی در درجه اول سختی و انعطاف ناپذیری روش و نحوه اجرای آن است، و در درجه دوم نبودن پزشک خانواده، و در درجه سوم وظیفه خاص فلچرهاست که در هیچیک از ممالک دیگر نظیر آن نیست، و در درجه چهارم ارتباط بسیار نزدیک پزشکان و «خدمتین پزشکی» سطوح و درجات مختلف باهم است که مجبورند برای حسن جریان امور این ارتباط را همواره حفظ کنند. بعبارت دیگر هیچکس و حتی پزشک یادانشمند، مالکیت ندارد و همه مال دولت است و این مالکیت شامل تخصص پزشکان نیز میگردد. علاوه بر این در اتحاد شوروی مراکز خاص عمومی برای استفاده بیماران مخصوص یا گروهی از بیمارها وجود دارد که بنام «آسایشگاه» خوانده می‌شود؛ مانند مراکز مخصوص بیمارهای ریوی، بیمارهای قلبی، بیمارهای عصبی، بیمارهای سایر بیماریهای مزمن، معلولین، سالمندان و غیره. برای «بازشناسی» و کشف این گروه مبتلایان است که در هر سال لااقل ۸۵ میلیون نفر در شوروی باید معاینه و غربال شوند تا آنها که مشکوک هستند به مراکز مزبور گسیل شوند.

۳- پزشک «نخستین رده» در انگلستان

سازمان ملی بهداشت انگلیس: از سال ۱۹۴۶، قانون بهداشت ملی انگلیس برای تأمین خدمات پزشکی مجانی جهت کلیه ساکنین انگلستان و سپس قانون جداگانه‌ای برای اسکاتلند و ایرلند شمالی در همین زمینه از پارلمان انگلیس گذشت که از ۵ جولای ۱۹۴۸ بمرحله عمل درآمد.

سازمان خدمات بهداشتی ملی انگلیس B.N.H.S از سه سازمان تشکیل شده که زیر نظر وزارت بهداشت کار میکنند. حدود وظایف این سازمان شامل کلیه خدمات بیمارستانی، طب عمومی، دندانپزشکی و چشم پزشکی و خدمات مربوط به «مقامات بهداشتی محلی» میشود.

۱- بیمارستانها در ۱۴ منطقه تقسیم شده‌اند و هر کدام زیر نظر هیئت امنای بیمارستانی منطقه، که از ۲۰-۳۰ عضو تشکیل شده، کار میکنند. هر یک از آنها لااقل باید یک بیمارستان آموزشی مربوط است. اعضا

۴- پزشک «نخستین رده» در اروپای غربی

در بیشتر دانشکده‌های پزشکی اروپای غربی یک دانشجوی وقتی دیپلم پزشکی خود را گرفت نوعی «پایه پزشک» یا (Basic Doctor) خواهد بود که می‌تواند یا وارد «حرفه عمومی پزشکی» گردد و یا بدنبال تخصص برود. در عده‌ای دیگر از دانشکده‌ها در حین تحصیل پزشکی نیز دانشجویان به مسائل تخصصی مورد نظر آینده خویش آشنا ساخته راهنمایی می‌کنند و آنرا «راهنمایی زودرس» یا «پیش راهنمایی» Early Orientation می‌نامند، که در بعضی از دانشکده‌ها، و از آنجمله در فرانسه یکی دو سال است بصورت تجربی اجرا می‌گردد، (در پیشنهاد اینجانب به بهداشت جهانی در اکتبر ۱۹۷۰ نیز نظیر آن گنجانده شد که دانشجوی در دو سال آخر تحصیل خود آزاد باشد قسمتی از کارورزی یا کارآموزی خود را در رشته‌های صرف کند که در آینده می‌خواهد در آن رشته متخصص شود و دوره انترنی را بدو سال یکی انترنی «گردان» (Rotating) یا «اکسترنی» نظیر کارورزی فعلی، و دیگری انترنی «مستقیم» یا Straight که بیشتر مصروف رشته‌های مورد علاقه دانشجوی است، تقسیم کردم و امید است که مورد اجرا قرار گیرد). این روش حد فاصل بین تخصص پس از گرفتن دیپلم پزشکی (که متداول بیشتر کشورهای است) و تخصص زودرس است که بعداً گفته می‌شود.

بالاخره در گروه سومی از کشورهای اروپایی مانند اتحاد جماهیر شوروی تخصص زودرس موجود است، که در نیمه اول تحصیلات پزشکی کلیه دانشجویان پزشکی باهم درس می‌خوانند و از آن بعد بر حسب اینکه کدامیک از رشته‌های تخصصی اساس بالینی را بخواهند انتخاب کنند (پزشک درمانگر یا تراپیست، پزشک کودکان، پزشک بهداشت و دندان پزشکی) قسمتی از برنامه آنها مشترک می‌شود و بقیه اختصاص بهمان رشته‌هایی خواهد داشت که بعداً بدان اشتغال خواهند ورزید. این نوع تخصص را در اصطلاح بهداشت جهانی «تخصص اولیه» یا Primary Specialisation (که عده‌ای نیز آنرا شبه تخصص یا Specialoid نامیده‌اند) نامند، در مقابل تخصص‌های فرعی که آنرا «تخصص ثانویه» یا Secondary Specialisation می‌خوانند. در هیچک از این کشورهای پزشک عمومی یا خانواده بصورت تخصص مخصوص (آنطور که در امر بگاست) نیست و هر دانشجویی که دیپلم پزشکی را دریافت کرد می‌تواند اجازه پرداختن به پزشکی عمومی را دریافت کند (مانند ایران). در مالک اسکاتلند و هلند و بیشتر ممالک اروپای غربی وضع خدمات پزشکی مخلوطی از خدمت «نیمه عمومی» از راه برقراری سازمانهای بیمه اختصاصی یا دولتی و ملی و خدمت «شخصی» و غیر عمومی است. در نوع اول شرکت‌های بیمه درمان بیشتر بیماریهار را متعهد می‌شوند و قسمتی از

آخر تجدید نظری در میزان ونحوه پرداخت دستمزد پزشکان عمومی بر مبنای سالیان خدمت و نوع و کیفیت خدمت و غیره بعمل آمده که تاحدی این نقیصه را جبران کند.

بر طبق آخرین قانونی که پس از اصلاحات متعدد فعلاً اجرا میشود هر فرد انگلیسی و افراد خانواده‌اش که مقررات «سازمان» را پذیرفته باشد بوسیله این سازمان بهر پزشک عمومی منطقه سکونت خویش که خود انتخاب کرده باشد، برای استفاده از خدمات پزشکی، مجانی معرفی میشود. مشروط بر آنکه آن پزشک برابر مقررات موجود، عضویت سازمان را قبول کرده و با اصطلاح از نظر سازمان «مجاز» شناخته شده باشد.

تعداد مراجعین هر پزشک عمومی طبعاً محدود به منطقه محل سکونت اوست و بستگی به حسن شهرت و سابقه و امکانات پزشک و خواسته مردم، دارد. بهر پزشک مبلغی از روی «سرانه» برای هر بیمار پرداخت میشود. بعلاوه مقداری نیز فوق العاده پرداخت می‌گردد که تابع میزان مهارت و کیفیت خدمت و سوابق و سایر امتیازات پزشک است. دارو مجاناً از هر داروخانه مجاز (که مقررات سازمان را گردن نهاده باشد) به بیمار داده میشود.

بنابر این در انگلستان یک پزشک عمومی وظیفه پزشک «صف اول» را ایفا کرده و برای کلیه افراد اجتماع اعم از کودک یا بالغ، زن یا مرد و همه بیماریهای معمولی انسان «خدمات پزشکی» را انجام میدهد. این پزشکان که معمولاً بطور انفرادی در مطب شخصی و گاه بصورت گروه با عده‌ای از همکاران خود کار میکنند با دسته‌ای دیگر از پزشکان که فقط در بیمارستانها یا بعنوان پزشک عمومی کار کرده و حقوق می‌گیرند، و معمولاً خدمات پزشکی بیمارستانی ۶۰-۷۰ هزار نفر را بعهده دارند، تفاوت دارند. و همانطور که گفته شد از آزادی بیشتری برخوردار هستند و لسی حق دخالت در کار بیمارستان را ندارند.

آنچه از بررسی «سازمان بهداشت ملی» انگلستان بدست می‌آید آنست که اولاً حدود وظایف پزشک «دست اول» یا عمومی کاملاً معلوم نیست و ثانیاً امکان کار برای این پزشک در بیمارستانها اغلب موجود نمی‌باشد و نمیتواند چنانکه شاید و باید از تسهیلات پاراکلینیکی بیمارستانها و دانشگاهها استفاده کند.

ثالثاً وظیفه پزشک عمومی و مقامات محلی بهداشتی از هم مجزاست و حال آنکه از نظر اجتماع بهتر میباشد جای پزشک صف نخستین را «پزشک خانواده» اشغال و بهمه کارهای پزشکی و اجتماعی و بهداشتی بیمار و خانواده او رسیدگی کند. برای اطلاع بیشتر درباره سازمان «پزشکی عمومی» در انگلستان به قسمت ضمیمه مراجعه شود.

طی کرده باشد میتواند اجازه اشتغال به حرفه پزشکی را از وزارت علوم و آموزش عالی کسب کند و عملاً همه پزشکان مزبور میتوانند به شغل «پزشکی نخستین رده» یا پزشکی عمومی «یا پزشکی خانواده‌ای» مشغول شوند. در سالیان قبل گویا در حدود سال ۱۳۰۸ بعلت کمبود پزشک عده‌ای از شاغلین بی‌دیپلم به حرفه پزشکی، بر حسب قانون معینی که مستلزم گذراندن امتحان خاص بوده میتوانند بنام «پزشک مجاز» بکار خود در قلمرو محدودی که قانون معین کرده بود، ادامه دهند. و اکنون از این گروه گمان می‌رود فقط تعداد بسیار کمی زنده باشند و دسته‌ای دیگر نیز فارغ التحصیلان آموزشگاههای بهداری بودند که مجبور بخدمت در روستاها بوده و اکثر آنان مجدداً وارد دانشکده‌های پزشکی شده و فعلاً با پزشک دیپلمه شده اند یا مشغول تحصیل میباشند و عده خیلی کمی در روستاها بهمان شغل «بهداری» ادامه میدهند.

تا قبل از شهر یورسال ۱۳۲۰، بعلت کمی تعداد متخصصین بیشتر پزشکان به همکار میپرداختند و در حقیقت پزشک عمومی یا پزشک خانواده بودند و خود اینجانب در سالهای ۱۳۱۶ و ۱۳۲۰ مجبور بودم همه کارهای یک پزشک عمومی، از بیماریهای داخلی و کودکان و جراحی کوچک و بیماریهای زنان گرفته، تا بیماریهای میزه راه و چشم پزشکی و گوش و حلق و بینی و کارهای آزمایشگاهی معمولی و رایج و غیره را خود بنتهائی انجام دهم. و هم اکنون نیز پزشکانی که در روستاها یا شهرستانهای درجه دوم هستند مجبورند همین کارها را بکنند. بتدریج و با افزایش تعداد متخصصین، پزشکان در شهرستانها و شهرهای بزرگ از نظر نوع اشتغال بدرجات زیر منقسم میشوند:

۱- پزشکان عمومی یا «پزشکان نخستین رده» که اکثر آنها در یکی از سازمانهای دولتی یا وابسته بدولت یا نیمه ملی و خصوصی مانند دانشگاه یا وزارت بهداری، سازمان بیمه اجتماعی، سازمان برنامه و وزارت خانه‌های راه، آموزش و پرورش، کار، دادگستری، شیر و خورشید سرخ، بانکها و غیره بکار مشغول هستند و قسمتی از وقت خود را صرف برگزاری امور مطب شخصی یا مواظبت از بیماران خویش در بیمارستانهای خصوصی میکنند. این عده یافاقد تخصص میباشند و یادریکی از رشته‌های داخلی، کودکان، جراحی، مامائی و زنان تخصص دارند اما کم و بیش همه کاره‌اند. عده کمتری از آنان منحصرأ کار آزاد دارند که روز بروز از تعداد آنها کاسته میشود.

در سالهای اخیر بتدریج کارهای جراحی عمومی، داخلی عمومی، کودکان عمومی و زنان و مامائی عمومی در حال جدا شدن است. یعنی تخصص‌های دسته اول یا اسپسیالوئید، شکل میگیرد ولی هنوز هم در شهرستانها هستند جراحانی که کار پزشکان داخلی

هزینه پزشکی بعده بیمار و بقیه آن بعده شرکت است. پزشکان از دوره مزد میگیرند یکی از روی تعداد بیمار مراجعه کننده یعنی «سرانه»، دیگری مبلغی اضافی بنام «خدمات پزشکی خاص». پزشکی عمومی در این ممالک هنوز هم وجود دارد و بوسیله پزشکان منفردی انجام میگیرد که دارای مطب‌های خصوصی هستند و معمولاً بر طبق قانون عرضه و تقاضا مشمول رقابت شغلی هستند. دسترسی آنها به بیمارستان و وسائل تشخیص پاراکلینیکی بر حسب مقتضیات هر مملکت متغیر است. در بعضی ممالک مانند سوئد این امکان خیلی بیشتر است. متأسفانه جنبشی که در همه جا بسوی «تخصص هر چه بیشتر» و Over Specialization پدید آمده ممالک اروپائی را نیز معاف نداشته و تعداد پزشکان عمومی را روز بروز مخصوصاً در شهرها کمتر کرده است.

۵- پزشک نخستین رده در استرالیا و ممالک مشابه

وضع پزشکی در استرالیا و کانادا و افریقای جنوبی همانند وضع انگلستان در سالیان قبل از اجرای قانون «پزشکی ملی» ۱۹۴۸ این کشور است.

در این ممالک همراه با خدمات پزشکی «خصوصی» نوعی پزشکی بیمه عمومی در سطح ملی و دولتی و بیمه‌های خصوصی وجود دارد. «خدمات عمومی پزشکی» بوسیله پزشکان عمومی انجام میگیرد که معمولاً انفرادی است و مانند کشور ما در مطب‌های خصوصی با درآمدهای شخصی به کار مشغول‌اند. ولی کار این پزشکان بهمین مطب و درمانهای درمانگاهی محدود نمی‌شود و مواظبت از بیماران خود را در بیمارستانهای خصوصی و آسایشگاههای اختصاصی نیز ادامه میدهند. هنوز هم عده‌ای از این پزشکان عمومی کارهای جراحی کوچک و مامائی و زنان را نیز انجام میدهند که علت آن قسمتی اقتصادی و برای کسب درآمد بیشتر است و قسمتی معلول کمبود متخصص کافی در این رشته‌هاست. با وجود اینکه عده‌ای از پزشکان «گروهی» کار میکنند هنوز هم در استرالیا تفوق با دارندگان مطب‌های شخصی است.

مهمترین مشخص خدمات پزشکی در این ممالک آنست که این خدمات معمولاً بوسیله پزشکانی انجام میگیرد که فوق‌العاده به استقلال حرفه‌ای خویش پای بند هستند، و داشتن مطب شخصی و درآمد اختصاصی را بهر نوع رفورمی ترجیح میدهند و از همین رو وضع طبابت در آنجا بی‌شبهت بوضع مملکت خودمان نیست یعنی «خدمات پزشکی انفرادی».

۶- پزشکی «نخستین رده» در ایران

بر طبق قوانین جاری کشور هر پزشکی که از یکی از دانشگاههای ایران یا خارج دیپلم گرفته و خدمت خارج از مرکز استان خود را

و تقاضا در این مبحث کاملاً صدق نکند، زیرا آنطوریکه حرفه پزشکی پیش میرود و مقاصد مادی، بر مبنای اخلاقی و اجتماعی می چربد، ممکنست عده‌ای از پزشکان برای شیرین تر کردن کالای خود به راههای انحرافی متوسل شوند و بر تعداد تخصص‌ها بطور مصنوعی بیفزایند زیرا بر طبق قانون پارکینسون نفس «تعدد کارگر، خود، کار بیشتر می‌افزایند» و میتوان ادعا کرد که عده‌ای از این تخصص‌های خیلی پشرفته که بنام Ultra-specialization موسومند بعلمت نیاز جامعه بوجود نیامده‌اند، بلکه موجداصلی آنها خود پزشکان میباشد. محدود کردن این تخصص‌ها تنها و تنها در عهده «سازمان ایرانی پزشکان» یا بعبارت دیگر «نظام پزشکی» ایران است. زیرا مردم هر جازرق و برق بیشتر دیدند بهمان جا بیشتر روی می‌آورند مخصوصاً که در ظاهر بنظر می‌آید هر چه میدان تخصص و معلومات تنگتر و محدودتر باشد عمق آن بیشتر خواهد بود و این امر طبیعی است. اما درجائیکه مافاقد بعضی از متخصصین دست اول یعنی متخصصین عمومی هستیم نباید نیروی خود را در شعبات دست دوم به دردهیم و در این کار يك نوع سیاست پزشکی در حد ملی لازم است.

۳- آیا پزشک نخستین صف یا «پشرو» باید يك پزشک عمومی باشد؟ (مانند انگلستان و کشورهای مشابه) یا اینکه مانند آمریکا و شوروی نوعی متخصص دست اول یا شبه متخصص، و کار او به گروه مخصوصی از اجتماع (مانند کودکان، بالغین، زنان و آبسننی‌ها) محدود گردد؟ این مسئله‌ای است در خور دقت بیشتر، و در هر مملکت فرق میکند. در هر صورت، آنچه مسلم است و نباید آنرا از نظر دور داشت این است که هیچگاه این گونه پزشکان (ولو شبه متخصص باشند و یادر رشته‌های عمومی تخصصی کار کرده باشند) وقتی وظیفه «پزشک صف اول» را قبول کردند نباید در کارهای تخصصی «خاص» وارد شوند زیرا این تجاوزی خواهد بود به حریم متخصصین.

۴- حدود و وظیفه پزشکان «صف اول» تقریباً همانست که تاحال بعهدہ پزشک خانواده محول بوده است و در ابتدای مقال به آنها اشارت رفت و رویهمرفته مواظبت از «بیماریهای عمومی شایع» محدوده آنان را تشکیل میدهد. منتها آنچه با سابق فرق کرده و باید بکند این است که امکان تشخیص زودتر و جلوگیری از بروز بیماریها و بهداشت مناسب، بدانها بیشتر از پیش داده شود و برای اینکار لازم است فقط و فقط از آن دسته از آزمایشهای پاراکلینیک استفاده گردد که قطعی بودن ارزش آنها در امر تشخیص مسام شناخته شده و الا تعمیم بعضی آزمایشهای گران قیمت و پیچیده و نیازمند وسائل کمیاب و گران، و بی در نظر گرفتن ارزش آنها در تشخیص بیماریهای عمومی کاری بیهوده و اسرافیه خواهد بود که باید حتماً از آن پرهیز کرد، و اگر این معیار را به درستی در نظر بگیریم از

یا کودکان و زنان و مائمی همه را باهم انجام میدهند یا پزشکان داخلی که بیماریهای کودکان و زنان را نیز زیر نظر دارند.

۲- پزشکان متخصص: شامل تخصص‌های دست اول (داخلی، جراحی، کودکان، زنان و مائمی و رادیولوژی) یا دست دوم مانند چشم، گوش و حلق و بینی، اعصاب، روان پزشکی، قلب و سایر شعبات داخلی و جراحی میشود، که روز بروز بر تعداد آنان افزوده میشود. و همانطور که گفتیم عده‌ای از آنها مخصوصاً دسته اول ممکنست گاهگاه و در مطلب‌های شخصی خود، کار پزشک عمومی را انجام دهند. مراجعین این متخصصین اغلب بطور مستقیم و گاهی بوسیله همکاران دیگر هدایت میشوند.

۳- پزشکی خانواده، که معمولاً بعهدہ همان پزشکان عمومی است و در هر شهرستان تعدادی از خانواده‌ها ابتدا به پزشک خود که بیشتر اوقات از اقوام یا آشنایان نزدیک آنان هستند مراجعه می‌کنند و با عسورت آنها ممکنست به متخصصین دست اول یا دوم راهنمایی شوند.

رویه پرفته هنوز حدود و ثغور پزشک «دست اول» یا «نخستین رده» معین نشده و گرچه با اجرای قانون نظام پزشکی تا حدودی نظم در این کار بوجود آمده اما هنوز هم پزشک «نخستین رده» ممکنست بتفاوت يك پزشک عمومی (یعنی فاقد هیچگونه تخصص) یا يك متخصص داخلی، اطفال، جراحی، یا رشته‌های تخصصی وابسته به گروه‌های داخلی، جراحی باشد. مضافاً اینکه هنوز هم پزشکان عمومی خود را عموماً متخصص داخلی میدانند، زیرا حدود مشخصی برای این نوع تخصص ترسیم نشده است و عده زیادی نیز از القاب و عناوین تخصصی استفاده میکنند که قانوناً واجد آن نیستند و با کوششهای نظام پزشکی امید میرود این نقیصه رفع گردد.

بخش سوم:

نتیجه: از مجموع بررسیهای فوق چنین میتوان نتیجه گرفت که: ۱- بعلمت توسعه علوم پزشکی و کثرت امکانات و وسائل تکنیکی و همچنین افزایش بها و هزینه‌های خدمات پزشکی باید در هر مملکتی بر حسب مقتضیات و امکانات مخصوص به آن، نوعی «سازمان خدمات پزشکی ملی» بوجود آید که اصل «بهداشت ممکن برای همه» را بهتر و بیشتر به مرحله اجرا درآورد و امکانات مملکتی را در دسترس همگی نیازمندان قرار دهد و بهمین جهت ما در اصل «بهداشت برای همه» کلمه ممکن را نیز اضافه کرده‌ایم که بیشتر رسا باشد.

۲- چون تخصص در عالم پزشکی رو به تزاید و این امر بعلمت گسترش دامنه علوم پزشکی اجتناب ناپذیر است، مسئله‌ای که پیش می‌آید آنست که در هر مملکت تاجه حد باید به گسترش و تعدد و افزایش این تخصص‌ها میدان داد. بنظر میرسد قانون عرضه

و محیطی، مرضی و غیره وارد است و هم جامعتر از هر فرد دیگری میتواند بنفع بیمار خود نظر بدهد یا تصمیم بگیرد.

۷- بالاخره نکته‌ای را که نباید ناگفته بگذاریم آنست که در امر پزشکی عمومی و پزشکان «صف نخستین» مانند هر پزشک دیگر - رعایت آزادی و استقلال پزشک (که يك حق اکتسابی طبیعی او است) از یکطرف و اجرای سیاست ملی و دولتی که نفع کلی جامعه را در نظر گرفته و طبیعاً معارض حق اول خواهد بود از طرف دیگر، کاری است بس مشکل و نیاز با یکنوع حسن نیت و حسن تفاهم دوجانبه بلکه سه‌جانبه بین مردم و پزشکان و دولت‌ها دارد که باید دائماً آنرا تبلیغ کرد و با برگزاری میزگردها و سخنرانی‌ها و جلسات گفت و شنود و استفاده از کلیه وسائل اطلاع جمعی نکات تاریک آنرا روشن و به حل مسائل پیش آمده کمک کرد.

بخش چهارم:

خلاصه و پیشنهاد: سخنان پیش گفته خود را که در ضمن بصورت پیشنهادی، به اولیای امور مملکت و مخصوصاً نظام پزشکی و قاطبه پزشکان است در زیر خلاصه میکنم:

۱- برای اجرای هر چه صحیح‌تر اصل «خدمات پزشکی ممکن برای همه ایرانیان» باید نوعی «سازمان خدمات پزشکی یا بهداشتی ملی» بوجود آید تا همه نیازمندان جامعه متناسب با میزان نیاز خویش بتوانند از همه امکانات فنی و انسانی موجود بهره‌برند.

۲- وجود پزشک «نخستین رده» یا «پیشرو» با خصوصیات که ذکر شد لازم است، و برای تربیت هر چه بیشتر و کافی‌تر این گروه باید بیشتر کوشید و این وظیفه دانشکده‌های پزشکی است که در تأمین این نیاز کلی طبق برنامه جامع و عملی بکوشند، خواه بصورت پزشک عمومی یا پزشک خانواده* و یا از طریق «پیش راهنمایی».

۳- چون «آموزش پزشکی» آموزشی است مداوم و در تمام طول مدت «حیات حرفه پزشکی» باید ادامه داشته باشد پیشنهاد میشود در همه دانشکده‌های پزشکی دپارتمان یا مؤسسه‌ای که مسئول این نوع آموزش مداوم پزشکان باشد تأسیس یابد، تا هم پزشکان خود را از جامعه علمی دور افتاده ندانند و هم سطح معلومات آنان و در نتیجه کمیت و کیفیت خدمات پزشکی آنان بالاتر بماند.

۴- طبیعی است که هدف اصلی دستگاه تولیدی پزشک، یعنی دانشکده‌های پزشکی، باید تأمین نیازهای پزشکی ایران بدست ایرانی و برای ایرانی به سبک و شیوه ایرانی باشد و آن مستلزم آموزش این شیوه‌ها به افراد هیئت‌های علمی دانشکده‌های پزشکی است، بطوریکه هر کدام از این افراد قبل از اینکه وارد اولین مرحله آموزش یعنی استادیاری شوند يك دوره کوتاه مدت ایران

اتلاف مقادیر زیادی نیروی انسانی و وقت و پول و حتی جان بیماران جلوگیری کرده‌ایم. تشخیص و باصلاح قانونی شناختن این آزمایشها نیز از وظائف کمیته مخصوص فنی و نظام پزشکی، ایران است که دائماً این آزمایشها را مورد بررسی قرار و هر کدام را صحیح‌تر و مؤثرتر و مناسب‌تر تشخیص دهد به جامعه پزشکان عرضه دارد و از این هرج و مرج فعلی که گریبانگیر مردم این سامان شده است، همگان را رهایی بخشد.

۵- اخیراً جنبشی بطرف «خدمات پزشکی گروهی» پیدا شده و روز بروز مانند هر «مدی» رو به گسترش است و این گسترش هم بنظر منطقی و قابل قبول میرسد، زیرا نیاز اجتماع به استفاده از همه رشته‌های پزشکی مسلم است و دامنه این علوم نیز دائماً در حال گسترش، و همبستگی مردم و افراد جامعه و پزشکان نیز در حال پیشرفت. ولی این سازمان‌ها نباید صرفاً از نظر اقتصادی و بهره‌رسانی به صاحبان سهام یا مؤسسين، تأسیس یابد. بلکه حتماً باید متضمن هدفهای عالی حرفه مقدس پزشکی و خدمت بهمنوع نیز باشد و لو آنکه سود مادی نداشته باشد، که اغلب دارد. با يك چنین کار گروهی ممکنست اجرای قسمتی بیشتر از این خدمات را بعهده «کمک پزشکان» و باصلاح هیئت پارامدیكال و حتی افراد اداری گذاشت: از قبیل تهیه و تنظیم و بایگانی پرونده‌ها، آماده کردن بیماران، کمک در انجام آزمایشها و امتحانات پاراکلینیک، ارتباط با جامعه، مددکاری اجتماعی، سایر وظائف مربوط به اداره و کارگردانی مؤسسه.

۶- مسئله ادامه خدمات پزشکی «نخستین صف» تا به بیمارستان و سپس در دوره نقاهت، مسلماً برای تکمیل روابط بین پزشک و بیمار مفید است و بنظر میرسد اگر بشود که این گونه پزشکان بتوانند لااقل بیماران خود را در بیمارستانها بستری کرده تا حدودی تحت مراقبت دائم خویش داشته باشند، مفیدتر خواهد بود (خواه در بیمارستانهای عمومی یا خصوصی) ولی این امر بستگی بوضع محل دارد، اما مسلم است در آینده بیش از گذشته بدان توجه خواهد شد. اگر سیستم «پزشکی ملی» مورد قبول و اجرا قرار گیرد و خدمات پزشکی عده‌ای از افراد جامعه یا خانواده‌ها، به پزشکی محول گردد، طبیعی است اگر آن پزشک بتواند در همه حالات و موارد بنفع بیمار خود از وسائل عمومی یا خصوصی چه در بیمارستان و چه در درمانگاه و چه در مراکز بهداشتی و چه در اجتماع استفاده مشروع و مجاز بکنند کاری درست انجام داده است. زیرا او است، و تنها او است، که بهتر از هر شخص دیگری به بیخوبن کار بیمار خود هم از نظر سوابق خانوادگی، شخصی، شغلی، اجتماعی

* نگارنده در این باره پیشنهادهایی دارد که در صورت لزوم ارائه خواهد داد.

تشخیص آبستنی و ناهنجاریهای آن، شناسایی اندازه‌های طبیعی، مقادیر عناصر و سازمان‌های مختلف بدن یا با اصطلاح (Normal values). شناسایی اختلالات معمولی نمودار ترسیم‌های الکتروکاردیوگرافی.

۱ - ۳ در قسمت پیش آگاهی :

وقوف بر اهمیت پیش آگاهی درباره بیمار و خانواده وی و شغل او. بررسی میزان توانایی بیمار برای انجام دادن کار.

۱ - ۴ در قسمت درمان :

مداوای کلیه بیماریهای عضوی باروانی خفیف. مواظبت از کلیه بیماران مبتلا به بیماریهای سخت تر جسمی باروانی در منزل.

توانائی تسکین کلیه نشانه‌ها مانند درد و غیره.

مواظبت از بیماران مزمن، چه جوان و چه سالمند.

درمان اتفاقات و بیماریهای فوری و تصادفی در محدوده پزشکی عمومی و انجام دادن تدابیر و کمک‌های اولیه.

جراحی‌های کوچک و تدابیر درمانی معمول در پزشکی عمومی.

شناسائی تغذیه بطور عموم و تغذیه نوزاد بطور خاص.

نوتوانی و برگشت مجدد بکار پس از رفع و بهبود کلیه بیماریها و تصادفات چه آنهاست که در بیمارستان بستری بوده یا نبوده‌اند.

دادن دستورهای درمانی و مواظبت‌های درازمدت از بیمار و افراد خانواده یا کارفرمای شخص مصدوم یا بیمار، و توجه مخصوص به آنان که ناتوان شده‌اند.

مواظبت‌های واپسین بیمار محتضر و تشریفات مربوط بآن.

۲ - از نظر اجتماعی

شناسائی و بکار بردن کلیه خدمات و کمک‌هایی که پزشک خانواده بتواند در حل مشکلات مسائل خانوادگی یا اجتماعی همه بیماران خود در هر سنی که باشند انجام دهد.

برقراری رابطه بین پزشک عمومی و اولیای امور بهداشتی محلی، و بکار بردن کلیه تسهیلات و امکانات انسان در رفع نیازمندیهای بیماران یا افراد خانواده آنها اعم از خدمات بهداشتی، پرستاری، بهیاری، بهسازی، مددکاری اجتماعی، روانی، کمک‌های سازمان‌های دولتی و عمومی یا خصوصی و خیریه و غیره که به نحوی در پیشبرد این مقصود کمک کند.

کمک‌هایی که پزشک عمومی در امر بهداشت مدرسه و محل کار میتواند بکند.

کمک در پیشبرد خدمات پزشکی عمومی در سطح مملکتی و انجام دادن دستورات بهداشتی و زارت‌های بهداری، کارورفاه اجتماعی و سایر

شناسی و ایرانی شناسی همراه با آداب تعلیم و تربیت یا «پداگوژی» بگذرانند تا بیشتر از پیش بوضع تاریخی و جغرافیائی مملکت و ملت و آداب و رسوم و سنت‌ها و فرهنگ آن آشنا گردند.

ضمیمه (۱)

پزشک عمومی : تعریف و وظائف و نحوه آموزش و مقام آن در جامعه *

پزشک عمومی باید اطلاعات خاصی درباره مسائل مربوط به پزشکی خانواده و خدماتیکه باید به بیماران خود در امر مداوا و پیشگیری انجام دهد و محیطی که بیمار در آن زندگی میکند، داشته باشد. به‌علاوه از اثرات بیماری بر بیمار و افراد خانواده و اجتماع و محل سکونت او نیز کاملاً آگاه باشد. در امر تشخیص و درمان بیماریهای عمومی (یعنی بیماریهایی که بیشتر وجود داشته و مبتلا به عمومی است) نیز باید بحد کافی تبصر داشته باشد و دانش خویش را با پیشرفت‌های پزشکی همیشه تازه نگاهدارد. مسائلی که يك پزشک عمومی با آن برخورد میکند و نوع وظائفی که باید انجام دهد، در زیر مورد بحث قرار میگیرد :

۱- از نظر بالینی

اطلاعات پزشک عمومی در قسمت بالینی بقرار زیر باید باشد :

۱-۱- در قسمت پیشگیری بیماریها

ایده‌یولوژی بیماریهای عفونی و واگیر معمولاً با توجه خاص به وظیفه مخصوص پزشک عمومی در امر پیشگیری، و جلوگیری از گسترش بیماری، ایمنولوژی در پزشکی عمومی.

مقام پزشک عمومی در آموزش بهداشتی و مراقبت در حفظ صحت و بهداشت ساده (بصورت انفرادی یا گروهی). آزمایش پزشکی معمولی نوزادان و کودکان (هم از نظر جسمی و هم روانی) و بالین که شامل سالمندان نیز بشود. پیشگیری از حوادث و تصادفات مخصوصاً در کودکان و سالمندان.

۱-۲- در قسمت تشخیصی :

کشف و شناسائی زود رس هر گونه انحرافی که از نظر عضوی یا عاطفی در وضع طبیعی افراد بوجود آید (تشخیص زودرس). تشخیص بیماریهای آشکار با توجه مخصوص به مسئله تشخیص افتراقی و آن دسته از نشانه‌های عینی یا احساسی که بیشتر در پزشکی عمومی روزمره با آنها برخورد میشود (Objective and subjective). شناسائی کامل، گرفتن شرح حال و آزمایش جسمی و روانی از بیمار و دستورکارهای پاراکلینیکی ساده که یا خود بتواند آنها را انجام دهد و با درمنطقه محل سکونت او انجام پذیر باشد.

سازمانهای دولتی و مملکتی که به نحوی از انحاء با کارهای پزشکی مربوط میشوند. واسطه بودن بین بیمار و پزشکهای مشاور یا متخصصین و مدیران بیمارستانها یا سایر مراجع کارگری یا اجتماعی.

۳- از نظر سازمانی

شناسائی اشکال مختلف خدمات پزشکی: مطب انفرادی، شرکتی، گروهی، مراکز بهداشتی، پلی کلینیک، واحدهای تشخیصی و درمانی. شناسائی ابزار جراحی، نسخه نویسی و تداوم درمانی در پزشکی عمومی، پرونده نویسی و بایگانی، نوشتن گواهی، اطلاع دادن به ادارات بهداشت، کمکهای فرعی (سازمانهای پزشکی کمکی)، وقت دادن به بیمار، جانشینی و سیستمهای گردشی (جانشین شدن پزشکی بجای دیگری) و سیستم کشیک، قوانین بهداشتی و بهداشتی مملکتی.

۴- از نظر قانونی و علم الاخلاق پزشکی

رابطه بین پزشک عمومی با بیماران، با منسوبین و دوستان بیمار و با کارفرمایان وی (اعم از بخشهای خصوصی یا دولتی). روابط اخلاقی پزشکان خانواده با همکاران عمومی دیگر، متخصصین، پزشکان بیمارستانی و مشاورین.

رابطه پزشک و وظائفي را که نسبت به قانون، پلیس، وکیل، مطبوعات، شهرداری و متصدیان کفن و دفن و جواز و غیره دارد. مسائلی که از نظر طب قانونی در موارد تصادفات، مسمومیتها، مرگ ناگهانی و مرگ مشکوک باید دانسته شود.

وظائف پزشک عمومی در باره نوشتن گواهیها و اطلاع دادن به بیماریهایی لازم به مراکز بهداشتی و تجویز داروهای سمی و خطرناک،

۵- آموزش پزشکی مداوم در پزشکی عمومی

آشنائی با روشهای آموزش پزشکی مداوم جاری در مملکت و شناختن انواع آنها و استفاده از هر کدام که میسر باشد.

۶- پژوهش در پزشکی عمومی

آگاهی به امکاناتی که برای پزشک عمومی در امر پژوهش هست و استفاده از فرصتهای مناسب برای شرکت در این فعالیتهای.

ضمیمه (۲)*

اطلاعات درباره برنامه تربیت «پزشک خانواده» (Family Medicine)

هدف: پرورش پزشک خانواده باید تربیت چنان پزشکانی باشد که در امر مدیریت کلیه خدمات پزشکی مربوط به افراد و خانواده آنها وارد باشند و بتوانند نیازمندیهای پزشکی و بهداشتی آنان را با سانی بر آورده ساخته راهنماییهای لازم بعمل آورند.

این برنامه مخصوصاً باید خواستههای زیر را بر آورده سازد:
۱- با تأمین «مراکز پزشکی نمونه تربیت پزشک خانواده» دانشجویان را به انتخاب این رشته از خدمات پزشکی تشویق کرده آنانرا با فلسفه ایجاد يك چنین رشتهای آشنا سازد.

۲- برای دانشجو امکان آموزش بالینی و عملی و کسب مهارت در تشخیص و درمان بیماریها و روشهای تکنیکی لازم در حرفه پزشکی خانواده را فراهم سازد.

۳- برای دانشجو امکان کسب اطلاعات کافی و عمیق در کلیه رشتههای پزشکی را که با پزشکی خانواده مربوط میشود فراهم آورد.

۴- بدانچه روش تحقیق در امر خدمات پزشکی مورد نیاز اجتماع را بیاموزد تا خود بتواند بطور فعال در پیشبرد این خدمات و رفع نقائص احتمالی شرکت و در برهه رساندن آنها کوشش کند.

۵- تفهیم صحیح این نکته که در این رشته نیز مانند سایر رشتههای پزشکی، آموزش باید مادام الحیات باشد، و برای عالی نگاهداشتن سطح اطلاعات پزشکی، هر پزشک باید همواره از آموزش مداوم برخوردار باشد.

پایه های برنامه آموزش «پزشکی خانواده»

مهمترین پایه این رشته در پزشکی باید «مرغوبیت» آن باشد، در اینجا نیز مانند سایر قسمت های پزشکی کلیه اطلاعات علمی و عملی لازم برای تربیت پزشک باید آموخته شود و لسی چند خصوصیت هست که بیشتر باید مدنظر قرار گیرد.

الف- دسترسی به يك مرکز پزشکی یا بیمارستان عمومی که در آن کلیه رشتههای پزشکی مورد نیاز این تخصص جمع باشد و بعنوان «سرمشق بامدل» زیر نظریک واحد اداری آگاه به وظایف و خصوصیات پزشکی خانواده کار کنند، از مهمترین پایه های این آموزش است.

خصوصیات يك چنین مرکزی باید چنین باشد که:

۱- دانشجو و پزشک مسئول (رزیدنت) بیمارستان بعنوان پزشک دست اول بشمار روند

۲- دانشجو و پزشک مسئول (رزیدنت)، مسئول انجام دادن کلیه خدمات لازم و ممکن در مورد بیماران در همه وقت باشند. آموزش بیماران در نحوه بکار بردن این خدمات نیز بوسیله آنان باید انجام گیرد تا بتوانند در غیاب پزشک نیز دستورهای او را ادامه دهند.

۳- رابطه بین بیمار و دانشجو و پزشکان مسئول باید دائم برقرار باشد و بعبارت دیگر همیشه خدمات پزشکی در دسترس بیمار باشد.

۴- توجه مخصوص، به بیماران سر پائی، بیماریهای شایع، بیماریهای

مزمّن، مسائل عاطفی و رفتاری، طب پیشگیری، حفظ بهداشت و نوتوانی، مبدول گردد.

۵- شرکت دانشجویان و پزشکان مسئول در امر خدمات پزشکی درون خانه، اعم از عیادت بیمار یا دستوره‌های بهداشتی در محل سکونت و محل کار و پیشه.

۶- تنظیم برنامه‌های کشیک گردان بین دانشجویان و پزشکان مسئول (رزیدنت) در قسمت‌های مختلف خدمات پزشکی مانند بخش‌های بیمارستانی و درمانگاهها و خدمات درون خانه‌ای، که همه بتوانند بیک نحو از امکانات استفاده کنند.

۷- امکان افزایش استقلال و مسئولیت دانشجویان و پزشکان مسئول در امر خدمات پزشکی بر حسب سوابق کار آنان.

۸- استفاده از وسائل و تسهیلات محلی، اجتماعی، پیشه‌ای و بهداشتی برای دانشجوی و پزشک.

ب- امکان آموزش در رشته‌های بزرگ پزشکی مربوط به پزشکی خانواده و رشته‌های وابسته.

پ- امکان شرکت دانشجویان و رزیدنت‌ها در امور پژوهش بالینی و مسائل بهداشتی.

ت- امکان آموزش قسمت‌های انتخابی بر حسب تمایل دانشجوی بطوریکه بتواند در رشته‌های وابسته مورد علاقه خویش بر عمق اطلاعات خود بیافزاید.

مواد درسی بر نامه «پزشکی خانواده».

همانطور که گفته شد بر نامه «پزشکی خانواده» باید انعطاف پذیر باشد و بر حسب مقتضیات هر محل و احتیاجات آن امکانات موجود تغییر کند، ولی عده‌ای از دروس هست که حتماً باید در هر برنامه گنجانده و اساس آن شمرده و بدانها توجه بیشتر شود از اینقرار:

۱- **طب داخلی** در «پزشکی خانواده» مهمترین پایه‌ها را تشکیل میدهد و اولین درس بالینی است که بدانچه آموخته میشود. اساس برخورد با بیمار و گرفتن شرح حال و امتحانات جسمی و روانی و آزمایش‌های لازم و پایه‌های تشخیص و قضاوت و تعبیر پاسخ‌های پسا راکلینیکی و وقت در سیر بیمه‌سازی و جستجوی علل و مطالعه فیز یولوژی و پاتولوژی بیماریها، و بالاخره اصول درمان، همه در این قسمت پایه‌ریزی میشود. علاوه بر این در طب داخلی اساس طب پیشگیری و تکنیک‌های مرسوم و همچنین «پزشکی نوتوانی» آموخته میشود.

۲- **کودکان**: شباهت بسیار طب داخلی و طب کودکان سبب میشود که در آموزش این دو رشته همیشه تجاویزی از یکی به دیگری اتفاق بیفتد، که قسمتی از آن اجتناب ناپذیر است. ولی آنچه مخصوصاً در طب کودکان بساید بدان بیشتر توجه شود علاوه بر

بیماریهای مشترک بین کودک و بالغ، مسائل زیر خواهد بود: مسائل نوزادان و دوره‌های رشد و نوجوانی، مسئله تغذیه، ناهنجاریهای مادرزادی، عقب ماندگی روانی، مسائل رفتاری و عاطفی کودکان، و درمان یا مواظبت از آنان.

همچنین مسائل مربوط به طب پیشگیری و درمانگاه کودکان و مواظبت کودک در منزل و درون خانواده و بالاخره آموزش بیماریهای عفونی و واگیر و وضع کودک در سازمان اجتماعی خانواده و مدرسه و اجتماع.

۳- **جراحی**: آموزش جراحی بیشتر باید در جهت فراگیری کارهای ضرورتاً پرفوری قبل از رسیدن جراح و تشخیص بموقع بیماریهای که نیازمند جراحی خواهند بود و نوع جراحی لازم و مسائلی که در اثر جراحی ممکنست بوجود آید، باشد. اطلاعات دانشجویان و مسائل و تکنیک‌های جراحی ضرورتاً و همچنین مشکلاتی که بعضی اعمال جراحی ممکنست برای بیمار بوجود آورند، باید کافی باشد تا بتواند بیمار و خانواده او را بموقع در جریان بگذارد.

۴- **روانپزشکی**: دانشجویان باید راههای تشخیص و نحوه درمان اکثر بیماریهای پسیکوسوماتیک (روان تنی) و عاطفی را بیاموزد، و بیماریهای شایع روانی چون فشارهای روحی، اضطراب و ضعف روانی و اختلالات احساسی، عاطفی و پسیکوزها را بشناسد و مواظبت‌های لازم در درمانگاه و بیمارستان و دوره نقاهت را بتواند انجام دهد. آموزش این رشته یکی از مهمترین قسمت‌های برنامه را تشکیل میدهد و همراه با آموزش طب داخلی و کودکان باید انجام شود. کار آموزش بالینی و درمانگاهی آن نیز همراه با دورشته اساسی پیش گفته باید در بیمارستان «عمومی مدل» پهلو پهلو ی آنها انجام گیرد.

۵- **زنان و مامائی یا پزشکی تناسلی**: دانشجویان باید مسائل بیولوژیک و روانی دستگاههای تناسلی، تولید تخم و رشد جنین، و دوران آبستنی و زایمان و تولد نوزاد و اثراتی را که آبستنی و تولد در افراد خانواده میگذارد، کاملاً بیاموزد و از مواظبت‌های قبل و بعد از زایمان مطلع باشد، تا بتواند خود در امر زایمان کمک کند و با عوارض احتمالی و درمان آنها آشنا باشد.

همچنین بیماریهای شایع دستگاه تناسلی زن و مرد و درمان آنها را در درمانگاه و بیمارستان و دوره نقاهت بشناسد. علاوه از امور مربوط به مسائل جنسی و ازدواج و بهداشت و سلامت نسل، یعنی دوموضوع اساسی طب عمومی و خانوادگی، باید اطلاعات کافی داشته باشد.

در بسیاری از موارد لزومی ندارد که پزشک خانواده خود مباشر زایمان باشد و در آن صورت آموزش زمان تحصیل کافی خواهد بود،

۸- دیگر رشته‌های تخصصی: برای هر دانشجو باید یک جای انتخابی هم باز گذاشت که بتواند بدوخواه خود در رشته‌های تخصصی دیگر که مورد علاقه او است یا ممکنست بدان احتیاج پیدا کند مانند رشته‌های بیهوشی، رادیولوژی، چشم پزشکی، گوش و حلق و بینی، کاردیولوژی، نورولوژی و غیره، تحصیل کند، زیرا در بعضی موارد حتماً باید یک پزشک «دست اول» یا خانواده اطلاعات تخصصی داشته باشد مانند کارهای احیائی و بازگرداندن زندگی یا Reanimation، مسمومیت‌ها و نجات غریق و خفگی و سایر اورژانس‌های طبی یا جراحی حیاتی و غیره.

آموزش پس از دیپلم یادر دوره تخصص

این قسمت از آموزش باید بصورت رزیدنسی در همان مراکز پزشکی عمومی انجام گیرد که طول عدت و نحوه اجرای آن برای همه یکسان نیست و بر حسب مقتضیات زمانی یا مکانی تغییر میکند.

ولی آنچه پس از بحث و فحس بسیار مورد قبول کمیته آموزشی قرار گرفته آنست که سه سال رزیدنسی برای «رشته پزشکی خانواده» کافیتست، که باید شامل رشته‌های طب داخلی، کودکان، طب اجتماعی و بهداشت و رشته‌های انتخابی باشد. این رشته‌ها ممکنست شامل مامائی، زنان، جراحی یا شعب آن، شعب داخلی، آزمایشگاهی رادیولوژی و نظائر آن باشد.

آموزش مداوم (Continuing education)

با گسترش دانش پزشکی، هم در سطح و هم در عمق، امکان این را که یک پزشک بتواند تا مدتی مدید بدون آموزش جدید اطلاعات خود را در سطح مناسب نگاه دارد و بهمان معلومات اندوخته شده در زمان تحصیل دانشکده پزشکی، اکتفا کند از بین برده است، چه حساب شده است که «نیمه عمر» اطلاعات پزشکی در حدود پنج سال است و آن نیز تابع چگونگی آموزش زمان تحصیل و نوع انترنی و رزیدنسی و سطح آموزش دانشکده‌ای که در آن تحصیل کرده است میباشد. در هر حال هر پزشک و از آن جمله پزشک خانواده لاقلاً هر ۵ سال باید بنحوی اطلاعات خود را تازه سازد و دائماً با تازه‌های پزشکی آشنا شود.

برای اینکه کار پزشک خانواده باید بطور متناوب در دوره‌های کوتاه یا دراز مدت آموزش مداوم شرکت کند، البته در رشته‌هایی که عمومی باشد و با پایه‌های اساسی حرفه او بیشتر مربوط باشد. این رشته‌ها بر حسب نیاز اجتماع و نیاز پزشک و میسران پیشرفت و دانش‌های تازه در هر رشته مخصوص، مختلف خواهد بود و انتخاب آن تابع امکانات زمانی و اجتماعی و اقتصادی پزشک و دانشگاه و اجتماع است.

ولی در صورتیکه بنا باشد پزشک خانواده خود رأساً نیز در امر زایمان اقدام کند آنوقت احتیاج به تحصیلات خاص پس از دیپلم خواهد داشت که در قسمت رزیدنسی گفته خواهد شد.

۶- طب اجتماعی یا (Community Medicine): طب اجتماعی یکی از رشته‌هایی است که فوق‌العاده مورد نیاز پزشک خانواده خواهد بود، و در آموزش آن باید توجه شود که دانشجو اصول اپیدمیولوژی و بهداشت محیط و سازمان‌های بهداشتی اجتماع و نحوه اداره آن و روابط بین اداره کنندگان قسمت‌های مختلف آن را بیاموزد و از مسائل بهداشتی مورد نیاز اجتماع، بعد کافی آگاهی یابد، و از وظیفه دولت‌ها و بخش‌های خصوصی در امر بهداشت و سازمان‌های مددکاری اجتماعی و داوطلبان مطلع باشد. از مشکلات اقتصادی و اجتماعی و روحی مردم در قبول یارد روشها و دستورات بهداشتی آگاه باشد و دلایل پیشرفت یا عدم پیشرفت برنامه‌ها را بدقت مطالعه کند و امکانات بهداشت فردی و اجتماعی هر دوراد را نظر بگیرد و با آنها آشنا شود.

این برنامه باید از همان ابتدای تحصیل پزشکی و در مراحل مختلف آن پایبای سایر رشته‌های علوم پایه و علوم بالینی آموخته شود و دانشجو را وارد اجتماع سازد، و با مسائل و مشکلات پزشکی آن آشنا سازد به نحوی که ویرا از همان ابتدا در این کار «درگیر» کند، تا خود شخصاً با آنها رو برو شده، راه‌حل‌های تازه‌ای بیابد.

۷- علوم اجتماعی و رفتاری (Behavioral and Social):

این رشته‌ها که شامل جامعه‌شناسی، روانشناسی اجتماعی، و مردم‌شناسی میگردد باید دانشجو را باین نکته واقف سازد که پزشک بایک «انسان» سروکار دارد. این موجودی است که باید بعنوان یکی از پایه‌های اجتماع و درون اجتماع مورد نظر قرار گیرد. در این آموزش مسائل مربوط به پزشک و بیمار، پزشک و اجتماع، پزشک و خانواده و کلیه مسائلی که به آنها وابسته میشود باید در نظر گرفته شود. سوابق فرهنگی، سنتی، طبقاتی، مذهبی، تاریخی، اقلیت‌ها، نژادها و غیره و غیره همه باید بررسی و آموخته شود تا یک پزشک خانواده که خود نوعی پزشک اجتماعی است به دردهای اجتماع و ریشه‌های آن بیشتر آگاه شود تا بتواند در رفع نیازمندیها و مشکلات مراجعین خود پیش از پیش بطور فعال بکوشد. خلاصه مانند سابق پزشک «یار و مددکار» خانواده‌ها باشد و علاوه بر مشکلات پزشکی سایر مشکلات آنان را نیز در یابد و در حل آنها راهنمایی و کمک‌های لازم را بموقع بعمل آورد. مسلم است قدم اول این «مردم‌شناسی» و «جامعه‌شناسی»، «خودشناسی» خواهد بود یعنی هر کس اول خود را بشناسد و سپس خود را در مقام یک پزشک و سپس پزشک را در اجتماع. یعنی مقام کلی پزشک و مقام انفرادی هر پزشک را در اجتماع بشناسد که لازمه آن «خود» شناسی» خواهد بود.

REFERNCES:

- 1- Social insurance: Health service: Encyclopedia Britannica, Vol. 20 p. 897.
- 2- Health service (British National) in the New Caxton Encyclopedia, 1967 p. 2944_45.
- 3- Meeting the Challenge of family practice. Sept. 1966 AMA.
- 4- Training of the physician for family practice. WHO technical reports, Ser 1963.257.
- 5- J. Fry: The plac. of the General Practitioner in Modern Medical Care, and Some international comparison. Proc. Roy. S. Med. Vol. 63. February 1970.
- 6- British National Health Service: British Med. J. 1962, 2, 1392.
- 7- Dr. Sh. Mofidi: Who EMRO second conference on medic. education report II Tehran 12-19 Dec. 1970.
- 8- Planning and implementation of the Community Health Foundation, of Cleveland, Ohio U.S. Dept. of Health, Education and Welfare 1969.
- 9- R. Smith: Family Medicine in the Academic and community settings: Proc. Roy Soc. Med. Vol 64 524, 528. May 1971.
- 10- American Academy of General practice (1969): Education for family practice. Kansas city.
- 11- American Medic. Assoc. (1964): The graduate Education of physicians. Report of the council on Medical Education by J.S. Miller et al.
- 12- Education by J.S.: Health care of the poor: Program and policies. Report of the committee.
- 13- Bowen. J.R. (1970) Curr. Medic. Dig 37-46].
- 14- Ohio Academy of General Practice (1970) Education for family practice. Report by T.Williams. et al.
- 15- Royal commission on Medical. Education. (1968). Report.
- 16- Smith R. Curven, et al: Lancet i, 65. (1966).