

مهاجرت پزشکان ایرانی به آمریکا «دومین قسمت»

مجله نظام پزشکی

سال سوم، شماره ۴، صفحه ۲۸۵، ۱۳۵۲

دکتر حسینعلی رونقی *

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

مسأله فرار مغزها پس از جنگ جهانی دوم چشم گیر تر شد و آگاهی کشورها از زیانهای ناشی از مهاجرت صاحبان مهارت‌ها و تحصیلات عالیه خود، این کشورها را بر آن داشت تا ب فکر جلوگیری از فرار مغزها بر آیند و حتی کار بجائی رسید که در این مورد میان کشور-های کمتر توسعه یافته و کشورهای پیشرفته جرو بحث در گرفت.

دبیر کل سازمان ملل متحد در اجلاس پنجم نوامبر ۱۹۶۸ گزارش جامعی از گرفتاریهای ناشی از فرار مغزها و از دست دادن نیروی انسانی ماهر و تربیت شده در کشورهای در حال توسعه به اعضای سازمان تقدیم داشت. در این گزارش علل عمده این مهاجرتها، ارتباط بیشتر بین المللی، ارزانی و آسانی مسافرتها و بالاخره پیدا شدن رقابت در صحنه بین المللی برای جذب افراد متبحر فنون و علوم ذکر شده است.

بی تردید ایالات متحده آمریکا بزرگترین و مهمترین خریدار تحصیل کرده های کشورهای کمتر توسعه یافته است. بر طبق آمار وزارت دادگستری آمریکا، سالانه در حدود ۴۰,۰۰۰ تن بعنوان مهاجر به این کشور وارد میشوند. باید در نظر داشت که دولت آمریکا بویژه در سالهای اخیر به سختی با اقامت دائم اتباع بیگانه در خاک آن کشور موافقت میکند، مگر اینکه این افراد دارای ارزش خدمتی در سطح بالا باشند. خطر فرار مغزها در حال حاضر نه تنها گریبانگیر کشورهای کمتر توسعه یافته میباشد، بلکه کشورهای نسبتاً پیشرفته نیز از آن مصون نیستند. بطور مثال در

مهاجرت از سرزمینی به سرزمین دیگر امری کاملاً طبیعی و گاهی لازم است. در طی قرون متمادی مردمان بدلیل گوناگون از جمله برای بدست آوردن منابع طبیعی بیشتر یا در نتیجه عدم امکان سازش با شرایط موجود در محیط خویش ناچار بمهاجرت بوده اند. از ابتدای قرن نوزدهم و همزمان با گسترش روزافزون وسائل و راههای ارتباطی، مهاجرتها با سرعت افزایش یافته و تدوین قوانین تازه از طرف کشورها بمنظور محدود ساختن مهاجرتها نتوانسته است در حد مطلوب از کم و کیف آن بکاهد.

در قرون گذشته مهاجرت به اقتضای زمان و بر مبنای احتیاجات اولیه بشر برای پیدا کردن غذا و یافتن محل مناسب زندگی صورت میگرفت و گروههای عظیم مردم به نقاط خالی از سکنه هجوم میبردند. دو نمونه از این مهاجرتها دسته جمعی، یعنی مهاجرت اقوام آریایی از دشتهای شمالی آسیا بجنوب و مهاجرت اروپائیان در قرون هفدهم، هجدهم و نوزدهم به آمریکا، میتوان نام برد.

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

* شیراز - دانشکده پزشکی، دانشگاه پهلوی.

فاصله سالهای ۱۹۶۱ - ۱۹۶۶، کشور انگلستان ۲۶۸۰۰ تن از پزشکان، مهندسين و بطورکلی دانشمندان خویش را در راه مهاجرت بخارج از دست داده و در همین مدت ۱۹۰۰۰ تن از تحصیلکردگان کشورهای آسیائی را بخدعت خود گرفته که رقم عمده این افراد از کشورهای هند و پاکستان تأمین شده است. قبل از نتیجه گیری پیرامون مسأله مهاجرت پزشکان به آمریکا لازم است چند نکته را یادآوری کنیم:

نخست باید دانست که توسعه و رشد اقتصادی که شرط مسلم هر پیشرفت است به چهار عامل زیر بستگی دارد:

۱- منابع طبیعی (زمین، آب، آفتاب و مواد خام).

۲- نیروی انسانی.

۳- سرمایه.

۴- مدیریت.

برای استفاده از منابع طبیعی و بکار انداختن سرمایه، در وهله اول نیاز به مغزهای متفکر است که آن نیروها را در راه صحیح نیازهای اجتماعی هدایت کند. درمورد سرمایه نیز همینقدر کافی است که گفته شود توسعه اقتصادی با مغز پر و دست خالی عملی است ولی با دست پر و مغز خالی غیرممکن است.

با در نظر داشتن اهمیت و ارزش نیروی انسانی اکنون به مسأله فرار مغزها در مورد کشور خود اشاره میکنیم. تا سال ۱۹۶۹ مجموعاً ۸۴۹۳ تن از دانشکدههای پزشکی دانشگاههای ایران فارغالتحصیل شده و در همان سال، ۶۹۰۹ تن پزشک در ایران مشغول بکار بوده اند. با توجه به اینکه ۱۷۰۷ تن از پزشکان شاغل در ایران فارغالتحصیلان دانشکدههای خارج بوده اند، بنابراین تا سال ۱۹۶۹ کشور ما ۳۲۹۱ تن، تنها در رشته پزشکی ازدست داده است و با در نظر گرفتن نسبت کسانی که در کشور ما دارای تحصیلات دانشگاهی هستند، از دست دادن چنین نیروی انسانی، تنها در يك رشته از علوم، بسیار قابل اندیشه است.

غیر از مهاجرت پزشکان که قسمت عمده ای از مغزهای فراری را تشکیل میدهند، مهندسان و فارغالتحصیلان رشتههای دیگر نیز بنوبه خود به ایالات متحده جلب و جذب شده اند. برای مثال در سال ۱۹۶۶ میلادی، ۱۰۶ تن و در سال ۱۹۶۷ صدونود تن مهندس و متخصصان دیگر رشتهها از ایران به ایالات متحده آمریکا مهاجرت کرده اند. در سالهای اخیر نیز تعداد قابل توجهی از فارغالتحصیلان رشتههای دیگر پزشکی مثل دندانپزشکی، دارو سازی، دامپزشکی، پرستاری و تکنیسینهای مشاغل کمک پزشکی به آمریکا مهاجرت کرده اند که مطالعه علل و کیفیت این موارد نیز بسیار حائز اهمیت است.

دومین نکته قابل توجه اینست که در کشورهای در حال توسعه کمیت و کیفیت رشتههای مختلف دانشگاهی اغلب با نیازهای اجتماعی آن کشورها مطابقت نمیکند. جرج بالدوین کراراً در نوشتههای خود اظهار داشته است که مسأله فرار مغزها بطور عمده بعلت تربیت زیاده از حد و غیر ضرور متخصصان است تا جائیکه این کشورها از متخصصان اشباع شده اند و مازاد آنها اخطار را بکشورهای دیگر روی میآورند. بعقیده بالدوین، ایالات متحده با بکار گرفتن این متخصصان، کشورهای کم رشد را از يك مشکل عمده که تورم افراد تحصیلکرده است نجات میدهد، چون با وجودیکه احتیاج به این نیروی انسانی فوق العاده زیاد است، لیکن قدرت جذب آنان از نظر اقتصادی وجود ندارد. گرچه نظریه بالدوین در مورد ایران مصداق ندارد، لیکن شاید این نظر در مورد بعضی از کشورهای صادق باشد. برای نمونه میتوان به مقاله آقای علیرضا طاهری در روزنامه کیهان اشاره کرد. وی در مورد وضع فارغالتحصیلان دانشگاههای هندوستان مینویسد که در آن کشور بیش از دو میلیون تن دارای درجات لیسانس، فوق لیسانس و بالاتر از آن وجود دارند که به کارهایی از قبیل رانندن چرخهای باری و مباحثات خانمهای زیبا مشغولند.

علل عمده مهاجرت پزشکان ایرانی به آمریکا

در قسمتهای گذشته علل اصلی و عمده مهاجرت فارغالتحصیلان ایرانی به کشورهای غربی و بویژه آمریکا ذکر گردید اما عواملی که سبب اصلی مهاجرت فارغالتحصیلان رشته پزشکی از این کشور است، به دو موضوع زیر مربوط میگردد:

- نظام آموزش پزشکی در ایران.

- نقص نظام درمانی با در نظر گرفتن امکانات و شرایط موجود. نظام آموزش پزشکی و نیز نظام درمانی در این کشور دارای مشکلات عمده ایست که باید برای هر دو چاره اندیشی اساسی کرد.

۱- نظام آموزش پزشکی- همانگونه که قبلاً گفته شد، آموزش پزشکی در دانشکدههای پزشکی ایران و برنامههای تخصصی که در آمریکا به دانشجویان عرضه میشود، با مسائل درمانی و بهداشتی که در ایران وجود دارد بکلی بیگانه و نامأنوس است و برای اکثریت قابل توجه جامعه ایرانی قابل بهره برداری نیست. آموزش پزشکی در ایران تقلیدی است از کشورهای اروپائی و آمریکائی و بسیار طولانی و پر خرج.

همه ساله از میان ۸۰۰۰۰ تن دبیلعه، نزدیک به ۶۰۰۰ تن به دانشکدههای پزشکی ایران وارد میشوند. بی تردید این افراد در ردیف نخبهترین فارغالتحصیلان دبیرستانهای این کشور بحساب میآیند. دوره دانشکده پزشکی برای این جوانان چنانچه همه

ارزش اجتماعی او حتی بیش از استادانش در ایران است. تفاوت زندگی سپاهی در روستاهای ایران و ولای آسمانخراشهای آمریکا برای او بقدری عجیب و بهت آور است که در همان روزهای اول ورود تصمیم میگیرد که برای همیشه در این مکان که بنظرش بهشت موعود است بماند. گرچه این قاعده در مورد همه پزشکان و جوانان ایرانی صادق نیست ولی قدردان آنست که چنین سرنوشتی در انتظار تعداد قابل توجهی از آنان در گذشته بوده و اگر راه حل معقولی بکار گرفته نشود، در آینده نیز خواهد بود. لازم بیاد آوریم که وجود و گسترش بسیار زیاد بیمارستانهای مجهز در تمامی نقاط آمریکا، در حد بسیار وسیعی، نیاز به معلومات تئوریک و آزمایشگاهی اطباء فارغ التحصیل از کشورهای کمتر توسعه یافته دارد. در چنین موقعیتی پزشک جوان اگر نتواند بزودی به اشتباه خود پی ببرد و واقعیت خشک و بیروح ولی پر زرق و برق جامعه آمریکا را در نیابد برای تثبیت وضع خویش و گرفتن اجازه اقامت دائم دست به ازدواج بایک دختر آزادمنش آمریکائی که با شرایط بسیار ساده‌ای حاضر به ازدواج با او هست، میزند. تعدادی از اطباء ایرانی که پس از تاهل به آمریکا میروند نیز خود و همسرشان شیفته زندگی رنگین آمریکائی میشوند. با وجود همه اینها پس از چند سال، تمایل به مراجعت به ایران در آنان قوت میگیرد و این تمایل باعث میشود که در حدود نیمی از این متخصصان به کشور مراجعت کنند، امامشکلات واقعی از همینجا شروع میشود.

طبيب متخصص، قاعداً با انتظاراتی بیشتر، پس از چند سال دوری از وطن با معلومات کاملاً اختصاصی بکشور خود وارد میشود. دوری چند ساله او از ایران موجب شده است که تقریباً بسیاری از مسائل اجتماعی و اداری موجود در جامعه و دستگاههای دولتی را فراموش کند و حتی مواردیکه قبلاً برای او عادی محسوب میشد بنظرش عجیب و غریب بیاید. پیدا کردن کار در تهران برای بسیاری از آنان اگر غیرممکن نباشد بسیار مشکل است. در شهرهای درجه دوم نیز علاوه بر دسترسی نداشتن به وسائل آسایشی که در مدت اقامت خویش در آمریکا با آنها خو گرفته است، با اشکال پیدا شدن کار موردنظر، مواجه خواهد بود. درگیری با گرفتاریهای کوچکتری نظیر مسکن و عدم آشنائی وعادت به محیط، آنها را کم و بیش ناگزیر میگرداند تا در مورد بازگشت به آمریکا به اندیشه پرداخته و در بسیاری از موارد بدان اندیشه جامه عمل بپوشانند. زیسان بازگشت اضطرابی این افراد برای کشور نه تنها از دست دادن آنهاست، بلکه خود آنها بهنگام بازگشت به آمریکا عامل مهمی در ایجاد

سالها را با موفقیت طی کنند. حداقل ۷ یا ۸ سال خواهد بود، در طی این دوره طولانی، آموزش پزشکی در بیمارستانهای مجهز و مدرن دانشگاهی بعمل میآید. آموزش براساس استفاده از همان تجهیزات و متکی به شیوه‌های پرتونگاری و آزمایشگاهی و بکمی‌های متخصصان و تکنیسین‌های مختلف رشته‌های گوناگون آزمایشگاهی صورت میپذیرد. بجزرات میتوان گفت که ۷۵٪ وقت دانشجویان دانشکده‌های پزشکی صرف فراگیری علوم پایه، علوم آزمایشگاهی و چگونگی کاربرد دستگاههای موجود در بیمارستانها و فرا گرفتن تئوریک بیماریهایی که در این مملکت بسیار نادر است میشود. نتیجه مستقیم استفاده از تجهیزات بیمارستانهای مدرن دانشگاهی، بیگمان موجب فقدان قدرت کافی در تشخیص بالینی خواهد بود. سخنگیریهایی موجه و غیر موجه عده‌ای از استادان، دوره بیش از حد طولانی دانشکده پزشکی، انبوه دروسی که گاهی دانشجو آنها را تنها برای چند روز از بر میکند، موجب میشود که پس از پایان تحصیل، دانشجو از نظر مادی فقیر و از نظر معنوی خسته و سرخورده باشد و وقتی برای انجام خدمت‌وظیفه احضار میشود در روستاها برای نخستین بار احساس میکند که بهیچوجه نمیتواند از اندوخته دانش خویش سود جوید. او خود و کارآئی خود را با وضع موجود کاملاً بیگانه می‌بیند. در روستا، نه آزمایشگاهی وجود دارد و نه امکان عکسبرداری در میان است و متأسفانه در بعضی موارد حتی زبان روستائیان هموطن خویش را نیز نمیفهمد. از طرفی امکانات موجود در روستاها و شهرک‌ها توقعات او را پس از ۲۰ سال تحصیل برآورده نمیکند. او در این وضع بخوبی احساس میکند که توانائی بالقوه او عاطل مانده است، حتی در اینوضع هم اگر بتواند بیماریها را بدرستی تشخیص بدهد، داروهاییکه در دسترس دارد تنوع زیادی ندارند تا موجب شود از استعداد و معلومات خویش بدرستی استفاده کند. برای او در وهله اول این سؤال پیش میآید که آیا تجویز ۲۰-۳۰ رقم دارو احتیاج به ۲۰ سال تحصیل دارد؟

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

وقتی بر خورداری خویش را از فرآورده‌های تکنولوژی پیشرفته آمریکا مثل اتومبیل بزرگ و غیره می‌بیند نتیجتاً احساس میکند

لکن درآمد بیشتر و دسترسی به وسائل آسایش و سرگرمی نیز در تجمع پزشکان در مرکز و مراکز استانها بی تأثیر نبوده است.

ب- عدم گسترش کافی خدمات بهداشتی در روستاها، شهرکها و شهرستانهای درجه ۳

با در نظر گرفتن کمبود نسبی پزشک در ایران و تمرکز همین تعداد کم در مرکز و مراکز استانها عدم امکان پوشش کامل درمانی در سطح روستاها توجیه میشود.

قدردانان اینک برای تأمین نیازهای درمانی پنجاه هزار روستای ایران، با جمعیتی در حدود ۱۷ میلیون تن، یک نیروی انسانی و مالی قابل توجهی مورد احتیاج است. سپاه بهداشت کمک بسیار مؤثر و قابل توجه به تأمین خدمات درمانی در سطح وسیعی انجام داده و بازده آن از هر لحاظ عالی است ولی طبیب سپاهی قبل از آشنائی کامل با امراض بومی و محلی، در پایان خدمت، مجبور بترك محل میباشد و ازسوی دیگر عده فارغ التحصیلان سالانه دانشکدههای پزشکی کم است و روستاها و شهرکها اذهم پراکنده اند.

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

پ- گران بودن نسبی هزینه خدمات درمانی

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

طبابت آزاد یعنی رویه معمول در ایالات متحده تنها نتیجه ای که داشته رفاه بیش از حد پزشکان در این کشور است، بطوریکه پزشکان بومی ایالات متحده تنها در دوره محدودی از سال و بعضی تنها در دوره محدودی از زندگی خویش بکار مشغولند و همین مسأله این کشور را مواجه با کمبود پزشک و بالا رفتن هر چه بیشتر هزینه درمان کرده است.

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

بدبینی در بین کسانی هستند که احتمالاً تصمیم مراجعت به ایران را دارند. بر طبق آمار وزارت علوم و آموزش عالی، در سال ۱۹۶۹ قریب به ۵۰۰۰ تن از دانشجویان ایرانی مقیم خارج در رشته پزشکی مشغول تحصیل بوده اند و لازم بیاد آورست که احتمال مراجعت این عده بمراتب کمتر از کسانیست که پس از پایان تحصیلات پزشکی در ایران، تنها برای اخذ تخصص، عازم کشورهای خارج شده اند.

با در نظر گرفتن آنچه تاکنون ذکر گردید عدم تطابق نظام آموزش پزشکی با نیازهای اجتماعی ایران کاملاً آشکار است و این ناسازگاری از مهمترین عوامل مهاجرت پزشکان بخارج میباشد.

۲- نقص نظام درمانی با در نظر گرفتن امکانات و شرایط موجود

بیگمان یکی از مهمترین علل مهاجرت پزشکان به خارج، نقائص غیر قابل چشم پوشی در وضع درمانی موجود است. نظام درمانی در ایران در مسیری پیش میرود که سالها پیش در ایالات متحده آمریکا تجربه شده است. بطور کلی نقائص موجود را بدین ترتیب میتوان دسته بندی کرد:

الف- تمرکز بیش از حد پزشکان در مرکز.

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

پ- گران بودن نسبی هزینه خدمات درمانی.

ت- عدم وجود تفاهم میان پزشک و بیمار.

ث- کمبود پزشک در ایران.

الف - تمرکز بیش از حد پزشکان در مرکز

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

ت- عدم وجود تفاهم میان پزشک و بیمار

مسأله بسیار مهمی که متأسفانه کمتر مورد توجه مجامع پزشکی قرار میگیرد چگونگی ایجاد تفاهم میان پزشک و بیمار است. وضع اجتماعی و فرهنگی جامعه کنونی ایران بگونه ایست که ایجاد این رابطه تا حدی مشکل بنظر میرسد، چه مراجعه بیماران به کلینیکها، بیمارستانها و مطبهای خصوصی بصورت پراکنده صورت میگیرد و هنوز در بسیاری از مطبهای خصوصی و حتی کلینیکها برای بیماران سرپائی پرونده پزشکی تشکیل نمیشود. از سوی دیگر بیمار تا هنگامیکه درد و رنج ناشی از بیماری او را مجبور به مراجعه پزشک نکرده است از مراجعه برای معالجه خودداری میکند. گاه اعتقاد به اصول خرافی نیز علت دیگر است که از اعتبار و ارزش خدمات بهداشتی در نظر بیماران بسیار می کاهد. از طرفی جدائی چشمگیری که در بعضی موارد از لحاظ اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی میان پزشک و بیمار وجود دارد موجب میشود تا بیمار خود را در برابر پزشک بیگانه حس کند و نتواند براحتی وضع جسمی خویش را تشریح نماید.

بطور کلی میتوان گفت با توجه به حملات گاه بگاه جراید به پزشکان در کشور ما رویه ارائه خدمات درمانی تا حد زیادی موجبات نارضایتی عمومی را فراهم آورده است. این نارضایتی نشان دهنده این واقعیت است که نقائص چشم گیری در این نظام وجود دارد و وقتی مسأله مهاجرت پزشکان به خارج نیز مورد توجه قرار گیرد عدم رضایت طبای ایرانی نیز از وضع موجود روشن خواهد شد و چنانچه در این مورد اقدام فوری صورت نگیرد مسلماً روز بروز ناراحتی بیمار و پزشک هر دو افزوده خواهد گردید.

ث- کمبود پزشک در ایران

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

برای ایجاد پوشش درمانی کامل حداقل به ۵۰۰۰۰ طبیب، جراح و دندانپزشک نیاز خواهد بود که پیش بینیهای برنامه پنجم عمرانی در مورد فارغ التحصیلان پزشکی و رشتههای وابسته حتی یک سوم

این تعداد را تأمین نخواهد کرد.

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

اسرائیل $\frac{1}{43}$ ، اردن $\frac{1}{3500}$ ، اتیوپی $\frac{1}{65000}$ ، ژاپن $\frac{1}{91}$ ، کویت $\frac{1}{85}$ ، فرانسه $\frac{1}{780}$ ، اسکاتلند $\frac{1}{76}$ ، آلمان شرقی $\frac{1}{69}$ ، استرالیا $\frac{1}{85}$ ، آلمان غربی $\frac{1}{60}$.

راه حل و پیشنهاد اساسی

شاید بنظر عدهای ساده ترین و سریعترین راهها وضع قوانین شدید برای محدود کردن خروج پزشکان از کشور باشد، لیکن این کار نه تنها نتیجه مطلوبی نخواهد داشت بلکه زیانهای بسیاری را به بار خواهد آورد که مهمترین آنها بی خبری از پیشرفتهای نوین دیگر جوامع پزشکی جهان و نتیجتاً پائین آمدن سطح دانش پزشکی از سطح بین المللی خواهد بود.

راه حل پیشنهادی بر مبنای تغییر در وضع آموزش پزشکی است. بطور خلاصه پزشک را برای انجام وظائفی که در آینده انتظار آن را داریم باید تربیت کرد و اصولاً در بسیاری از موارد احتیاج به داشتن طبیب در سطح آموزشی کنونی نیست. برای کسیکه باید در شرایط موجود در روستاها و شهرکهای ایران خدمت کند ۲۵ سال تحصیل پزشکی و تخصص نه تنها لازم نیست بلکه بی ثمر و بیهوده است. برای تأمین نیاز درمانی در حال حاضر احتیاج بسیار بیشتری به کمک پزشک احساس میشود تا پزشک. ناگفته نماند این نظر بمعنی آن نیست که در ایران به پزشک متخصص احتیاجی نیست بلکه همین آنست که در شرایط کنونی با توسعه و پیشرفت کشور، همگام با تربیت پزشک متخصص بیمارستانی باید تعداد بیشتری کمک پزشک، برای تماس اولیه با بیمار و مداوای بیماریهای شناخته شده و احاله موارد مهم و مشکوک به طبیب متخصص، فراهم کرد و با تأسیس دوره چهارساله آموزش پزشکی که در بسیاری از کشورهای دنیا منجمله اتحاد جماهیر شوروی با موفقیت تجربه شده است تأمین نیاز درمانی اولیه را در سطح بسیار وسیعی از کشور تدارک دید. مسأله عمده و قابل توجه اینکه بفرص صرف هزینههای بسیار بسیار گراف بتوان نسبت پزشک به جمعیت را تا حد لزوم بالا برد باز مسأله تأمین نیاز درمانی در تمام سطح کشور لاینحل باقی خواهد ماند.

مردم آمریکا علیرغم صرف ۸٪ از درآمد ملی برای امور پزشکی و داشتن نسبت $\frac{1}{7}$ پزشک به جمعیت از وضع کنونی شدت نارضایتی اند و دلیل این عدم رضایت در وهله اول هزینه سرسام آور مداوا در این کشور است. با وجودیکه دولت آمریکا همه ساله بودجه بسیار قابل توجهی را در راه خدمات درمانی بمصرف میرساند تقریباً ۲۵٪ تورم

تشکیلات تربیت فلچر را ملغی کند. یکی از نویسندگان روسیه پیش از انقلاب نظریه نجبا و ثروتمندان را درباره فلچر چنین توصیف کرده است: «دهقان نیاز به خدمات پزشکی علمی ندارد، بیماریهای اوساده هستند و برای مداوای او فلچر کافی است، پزشک باید اربابان را معالجه کند و فلچر دهقانان را.»

به همین دلیل دولت جدید شوروی تصمیم گرفت تربیت فلچر را پایان دهد، اما نیاز شدید به انجام خدمات پزشکی و بویژه مسأله کمبود پزشک برای مناطق روستائی، دولت را بر آن داشت که در فاصله سالهای ۱۹۲۰-۱۹۳۰ با ایجاد تشکیلات تازه‌ای تربیت فلچر و سایر کارکنان پزشکی حد وسط را دوباره آغاز کند. در حال حاضر سالانه ۳۰۰۰۰ فلچر در این کشور تربیت میشود که این رقم را باید با ۲۸۰۰۰ فارغ‌التحصیل دانشکده‌های پزشکی مقایسه کرد. فلچرها در اتحاد شوروی حد واسط میان فارغ‌التحصیلان دانشکده پزشکی و کمک پزشکان هستند. این افراد به دسته‌هایی بدین ترتیب تقسیم میشوند:

۱- فلچرهای معمولی

۲- فلچرهای بهداشتی

۳- فلچرهای آزمایشگاهی.

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

در شوروی تعداد قابل توجهی از فلچرها و نیز کارکنان پزشکی درحد وسط را، بانوان تشکیل داده‌اند. بر طبق آمار سازمان بهداشت جهانی ۷۳٪ از پزشکان و ۹۲٪ از کارکنان پزشکی درحد وسط، زن بوده‌اند.

نقش و وظائف فلچر در شهرها

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

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

اقتصادی سال ۱۹۷۰ آمریکا مستقیماً مربوط به هزینه‌های گزاف پزشکی در این کشور بوده است (۱/۳٪ از ۳٪ تورم اقتصادی). دنباله روی و تقلید از سیستم پزشکی آمریکا با در نظر داشتن ضعف نسبی قدرت اقتصادی کشور ما وضع وخیم‌تری را برای آینده پزشکی ایران به ارمغان خواهد آورد. پیشنهادی که در ذیل بعنوان راه حل اساسی ارائه میشود علاوه بر قابل انطباق بودن با محیط فعلی، وامکانات و شرایط موجود ایران، در اتحاد جماهیر شوروی، هند، پاکستان، چند کشور آفریقائی و حتی در یکی دو سال اخیر در ایالات متحده آمریکا با موفقیت آزمایش شده است. علاوه بر آن در سطح محدودی از روستاهای نزدیک شیراز توسط بخش پزشکی اجتماعی دانشگاه پهلوی اجرا شده است که لازم میدانند تاریخچه و نتیجه‌های بدست آمده را در اتحاد جماهیر شوروی و نیز نتیجه مطالعه مربوطه را در دانشگاه پهلوی مختصراً بیان نماید.

تجربه در اتحاد جماهیر شوروی

تاریخچه: مابین دوران جراحان قرون وسطی و جراحان تحصیلکرده قرن نوزدهم یک دوره طولانی وجود داشت که در آن کارکنان نظامی اروپا تعلیمات پزشکی مخصوصی دیده، بکار طبابت مشغول میشدند. این افراد را (فلچر) مینامند. اصل این کلمه آلمانی و بمعنی جراح صحرائی میباشد. تربیت این افراد در روسیه از قرن هفدهم و در زمان پتر کبیر آغاز گردید. علت وجودی آنان شماره بسیار زیاد ارتش تزار روس بود. در قرن نوزدهم عده‌ای از فلچرها در مناطق روستائی شروع بطبابت کرده قسمت اعظم کارهای پزشکی روستائیان را به عهده گرفتند. با لغو قانون بردگی در ۱۸۶۱ میلادی و شروع اصلاحات اجتماعی، الکساندر دوم اقدام به تشکیل دولتها و انجمنهای محلی منطقه‌ای نمود. قسمت اعظم نمایندگان این انجمنها توسط نجبا و مالکین انتخاب شده امور بهداشتی، خدمات پزشکی، تعلیم و تربیت و امور خیریه به عهده آنها گذاشته شد. در این زمان نیاز شدیدی به تربیت فلچر احساس گردید، زیرا علاوه بر اینکه آنان حقوق کمتری نسبت به پزشکان می‌گرفتند حاضر بخدمت در مناطق محدود روستا بودند، بنابراین در سال ۱۸۶۴، مدارس دوساله‌ای برای تربیت فلچر در این کشور بوجود آمد. در اواخر قرن نوزدهم تعداد این مدارس به ۳۲ مدرسه رسید و شماره فارغ‌التحصیلان آن در ۱۹۱۳ بالغ بر ۳۰۰۰ تن گردید که نزدیک به دوسوم از کارکنان متوسط پزشکی را تا قبل از جنگ جهانی اول تشکیل میدادند. در آن زمان تعداد پزشکان در روسیه نزدیک به ۲۳۰۰ تن بود، بعد از انقلاب اکتبر ۱۹۱۷، دولت جدید شوروی تصمیم گرفت

وظائف فلچر در روستاها

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

- ۱- اقدامات پیشگیری.
- ۲- سعی در کاهش دادن مرگ و میر مادران و کودکان.
- ۳- پیدا کردن بیماری در مراحل اولیه.
- ۴- انجام دادن وظائف درمانی که از طرف پزشک پیشنهاد شده است.
- ۵- خدمات پزشکی در مورد بیماری سل و بیماریهای بدخیم تحت مراقبت پزشک.
- ۶- اقدامات بهداشتی بمنظور بهبود سطح زندگی روستائیان.
- ۷- آموزش بهداشت.

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

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

بطور کلی نتایج حاصله از ایجاد سیستم نیمه پزشکی فلچرها رضایتبخش بوده است تا آنجا که میزان بیماری در میان نوزادان ۱۰٪ و در میان کودکان ۱-۱۵ ساله ۱۴٪ و میزان مرگ و میر در فاصله سالهای ۱۹۶۲-۱۹۶۷، ۷۳٪ کاهش یافته است.

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

در روسیه شوروی هر یک از فلچرها در روستایی با جمعیت تقریبی ۵۰۰ الی ۱۰۰۰ تن بکار گماشته شده و سرپرستی آنها به درمانگاهی که در شعاع ۲۰ تا ۳۰ کیلومتری محل سکونت ایشان قرار دارد محول میشود. در این درمانگاه ۴ پزشک متخصص وجود دارد که هر چند روز برای ویزیت بیماران به روستای محل اقامت فلچر میروند و نیز همیشه برای موارد اضطراری و فوری، فلچر به ایشان دسترسی دارد.

از جمله انتقاداتیکه از این سیستم بعمل آمده اینست که چون ۴۳٪ از اوقات فلچرها صرف معاینه و مداوای بیماران میگردد کمتر فرصت برای اقدامات بهداشتی و پیشگیری خواهند داشت و همچنین بسیاری از بیماران پس از مداوا بوسیله فلچر توسط پزشک متخصص معاینه نمیشوند.

هنری سی جریست در سال ۱۹۳۷ چنین نوشت:

«این خطر در بین است که فلچرها از وظائف اصلی خود پافرا تر نهاده بمداوای بیمارانیکه صلاحیت درمان آنها را ندارند پرداخته برای آنان خطرناک باشند. فلچرها را میتوان با

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

در مقاله دیگری نیز ضمن اشاره به اینکه ۹/۴۱٪ از بیماران منطقه ای با جمعیت ۱۸۰۰۰ نفر برای مداوا به این دسته نیمه پزشک مراجعه کرده اند اضافه میکند که فلچرها اغلب در تشخیص بیماریهای قلبی و مجاری تنفسی دچار اشتباه میشوند، با وجود این در پیش گیری امراض در مناطق روستایی نقش اصلی را ایفا میکنند.

دوره تربیت فلچر در شوروی سه سال تا سه سال و نیم بطول می-انجامد. در این مدت دانشجویان دروسی شامل بیولوژی، تشریح، میکروشناسی، آناتومی پاتولوژیک، مدیریت بهداشت عمومی، داخلی، پرستاری جراحی، همه گیر شناسی، زنان و مامائی، کودکان، بیماریهای عفونی، پوست، امراض مقاربتی، بیماریهای عصبی و روانی، چشم پزشکی، گوش و حلق و بینی، شکسته بندی و فیزیوتراپی را فرا میگیرند. در این سه سال و نیم ۶۸٪ اوقات دانشجویان بفرآگیری دروس تئوری، ۱۰/۵٪ کارهای عملی، ۵/۵٪ امتحان و ۱۶٪ برای تعطیلات اختصاص یافته است. در حال حاضر ۸۶۰۰۰ فلچر در مناطق روستایی شوروی بکار مشغولند و تنها در سال ۱۹۶۷ در ۵۳۸ مدرسه فنی که برای تربیت فلچر و کمک پزشک و کادر حدوسط بهداشتی در این کشور وجود داشته قریب به ۲۵۰۰۰۰ تن بتحصیل مشغول بوده اند.

در سال تحصیلی ۱۳۵۰-۱۳۵۱ برای برآورد امکانات عملی طرح تربیت نیمه پزشک در بخش پزشکی اجتماعی دانشگاه پهلوی، چنین تجربه ای در سطح محدود انجام گرفت. در این مطالعه ابتدا برای مدت سه ماه یک نفر لیسانسیه علوم را مورد آموزشهای بهداشتی و پزشکی قرار داده و در طول این مدت کوشش شد تا نشانه های مشخص بیماریهای متداول و کلیه داروهای موجود را با خواص و کاربرد آنها در مورد بیماریهای مختلف بشناسد و هر هفته سه روز یک پزشک عمومی ناظر چگونگی معاینه و مداوی وی باشد. پس از پایان این دوره بیمارانیکه وارد کلینیک سیار روستائی دانشگاه پهلوی میشدند ابتدا بوسیله این کمک پزشک معاینه شده تشخیص و درمان وی یادداشت میگردد، سپس همان بیمار مجدداً توسط پزشک عمومی معاینه شده و تشخیص و درمان در مورد وی انجام و ضمناً نتیجه آن ثبت میشود.

مقایسه نتیجه تشخیص و مداوا بر روی ۲۰۰ بیمار از ۱۹ روستای مجاور شیراز در ۹۸٪ موارد یکسان بود، با در نظر گرفتن اینکه چنانچه کمک پزشک مزبور بجای سه ماه در مدت ۴ سال در یک آموزشگاه با برنامه حساب شده ای تعلیم می یافت تا چه حد میتواند برای جامعه روستائی مفید باشد و چنانچه تعداد زیادتری

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

قبلاً یادآوری گردید که در چند سال پیش سیستمی شبیه این طرح در ایران اجرا شد و عده‌ای بنام بهدار به روستاها اعزام شدند. طرح مزبور بچند علت موفقیت آمیز نبود و بهمین دلیل از میان رفت. اولاً اینکه بهداران پس از خاتمه تحصیل تنها برای مدت محدودی به روستاها میرفتند و همیشه مقرر شد یافتن فرصت مناسبی

برای بازگشت و ورود به دانشگاه بودند. در پیشنهاد فعلی علاوه بر اینکه کمک پزشکان از میان افراد بومی هر منطقه انتخاب خواهند شد، شرط لازم ورود به آموزشگاه، خدمت مادام العمر آنان در مناطقی خواهد بود که تا حد معقولی نیز در انتخاب آن محل آزاد خواهند بود. ثانیاً در گذشته عدم وجود مدیریت مورد لزوم، وضع نابسامان و سائل ارتباطی میان روستاها و شهرهای نزدیک و مشکلات اقتصادی، دلایل دیگری بر شکست طرح مزبور بود که در حال حاضر امکانات اقتصادی و انسانی و اقلیمی بکلی دیگرگون و شرایط موجود، خود ضامن موفقیت پیشنهاد فعلی خواهد بود. مسلماً ارزش اجتماعی این کمک پزشک‌ها با دید نوینی که جامعه در چند سال اخیر نسبت به ارزیابی خدمات پیدا کرده است، مسلماً خیلی بالاتر و قابل توجه‌تر خواهد بود.

REFERENCES:

- 1- Research and Technical Programs Subcommittee of the Committee on Government Operations, U.S. House of Representatives: The Brain Drain into the United States of Scientists, Engineers, and Physicians, Washington, D.C., Government printing office, -1967.
- 2- National science foundation: Immigrant Scientists, Engineers and Physicians Increase in FY 1970, Science Resources Studies Highlights, April 22, 1971, pp. 1-4.
- 3- Margulies, Harold, and Bloch, Lucille S.: Foreign Medical Graduates in the United States, Cambridge, Harvard University Press, 1969.
- 4- Ferguson, Donald C. : Iranian medical graduates in America A survey of selected characteristics. Acta Medica Iranica 10: 47-66, 1967.
- 5- Medical Licensure Statistics. Appendix Table 12B. Results of ECFMG Examination, 1970, by Medical School, J.A.M.A. 216: 1845-1851, 1971.
- 6- Medical Licensure Statistics. Appendix Table 12. Foreign-Trained physicians examined for Licensure in the United States, 1970, J.A.M.A. 216: 1832-1844, 1971.
- 7- Kidd, Charles V.: In, The Brain Drain into the United States of Scientists, Engineers, and Physicians, p. 7 and pp. 104-110, Washington, D.C., Government printing Office, 1967.
- 8- Barr, R.: Hospital practice: Core of tomorrow's medicine? Hospital Physician, pp. 77-83, February, 1969.
- 9- Owens, A.: solo vs. Partnership: A new economic. Comparison, Medical Economics, pp. 81-87, March 15, 1971.
- 10- Owens, A. : Inflation closes in on physicians earnings. Medical Economics, pp. 63-71, December 21, 1970
- 11- Mehra, Torab A. : Orientation of Iranian Physicians Toward Rural Health Practice 1969. Doctor of public health thesis, Johns Hopkins University, Baltimore, Maryland, June, 1969.
- 12- Ronaghy, H. A. and Nasr, K.: Medical problems of developing nations.: An attempt to bring medical care to rural communities in Iran, British Medical Journal 1:295-6, 1970.

- 13- Takulia, Harbans S., Taylor, Carl E., Sangal, S. Prakash, and Alter, Joseph D : The Health Center Doctor in India, Baltimore, The Johns Hopkins Press, 1967.
- 14- Sidel, Victor W. : Feldshers and «Feldsherism»: The Role and Training of the Feldsher in the USSR, The New England Journal of Medicine. Vol. 278, No. 17: 934-938, Apr. 25, 1968.
- 15- Sidel, Victor W., Feldshers and «Feldsherism» (Concluded): The Role and Training of the Feldsher in the USSR, The New England Journal of Medicine Vol. 278, No. 18, 987-992, May 2, 1968.
- 16- Borhanmanesh, M: R.C.D. Seminar on Brain Drain, Tehran, Nov. 15-18, 1970: 3-16.
- 17- Rahimi, N.: R.C.D. Seminar on Brain Drain, Tehran, Nov. 15-18, 1970: 18-38, 41-64.
- ۱۸- مجله نظام پزشکی «چگونه پزشکی مورد نیاز کشور است» دکتر ابوتراب نفیسی شماره ۴-۱۵ مردادماه ۱۳۵۱.
- ۱۹- روزنامه کیهان «اردیبهشت ۵۰ دیدارهند» علی رضا طاهری.
- ۲۰- بهداشت و بهداری، برنامه عمرانی چهارم کشور، گروه برنامه ریزی رفاه اجتماعی، دفتر برنامه ریزی، مردادماه ۱۳۴۷.
- ۲۱- آمار پزشکان و دندانپزشکان کشور، نشریه آماری نظام پزشکی ایران، شماره (۱) مردادماه ۱۳۴۹.