

مدخل

کتاب تجربه‌ای ایرانی در خدمات اولیه بهداشتی شرح مبسوطی است از يك طرح تحقیقاتی موفق و برجسته در زمینه ارائه خدمات بهداشتی - درمانی در ممالک در حال توسعه که با فکر و سرمایه ایرانی به صورت مشترك به وسیله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی دانشگاه تهران و وزارت بهداشت با همکاری دفاتر مرکزی و منطقه‌ای سازمان بهداشت جهانی در ژنو و اسکندریه انجام گرفته است.

این طرح در سال ۱۳۵۰ (۱۹۷۱) با هدف کلی «آزمایش و یافتن راههای بهتری برای حل مشکلات بهداشتی در قالب يك نظام مؤثر و کار آمد ملی برای ارائه خدمات بهداشتی آغاز و با توجه به نتایجی که طی شش سال از آن گرفته شد، در سال ۱۳۵۶ (۱۹۷۷) به صورت سیاست کلی کشور مورد قبول قرار گرفت و مقرر شد که طی ششمین برنامه پنجساله توسعه ملی در سطح مملکت اجرا شود، به صورتی که در سال ۱۳۶۲ (۱۹۸۳) کلیه افراد مملکت ایران را زیر پوشش بگیرد» (مقدمه).

انقلاب اسلامی ایران در سال ۱۳۵۷ به ثمر رسید. به روایت دکتر کینگ: «هنوز خیلی زود است که در مورد اثرات این انقلاب در خدمات بهداشتی اظهار نظر کرد. آنچه می‌توانیم اظهار کنیم این است که این انقلاب، پزشکی ایران را با آزمایشی بزرگ و موقعیتی غیرعادی روبرو ساخته است. یا قسمت زیادی از آنچه را که تاکنون به دست آورده ایم از دست خواهیم داد و یا اینکه از این موقعیت استثنایی و غیرقابل تکرار بهره‌برداری و نظام ارائه خدمات بهداشتی - درمانی را به صورت مناسبی متحول خواهیم کرد».

در آینده معلوم خواهد شد که چقدر موفق بوده‌ایم. در عین حال خوشحالیم به اطلاع برسانیم که دولت فعلی جمهوری اسلامی ایران برنامه‌های خدمات اولیه بهداشتی را در اولویت قرار داده و در مورد آنها تأکید می‌نماید» (صفحات ۱۶۰ و ۱۶۱).

موضوع

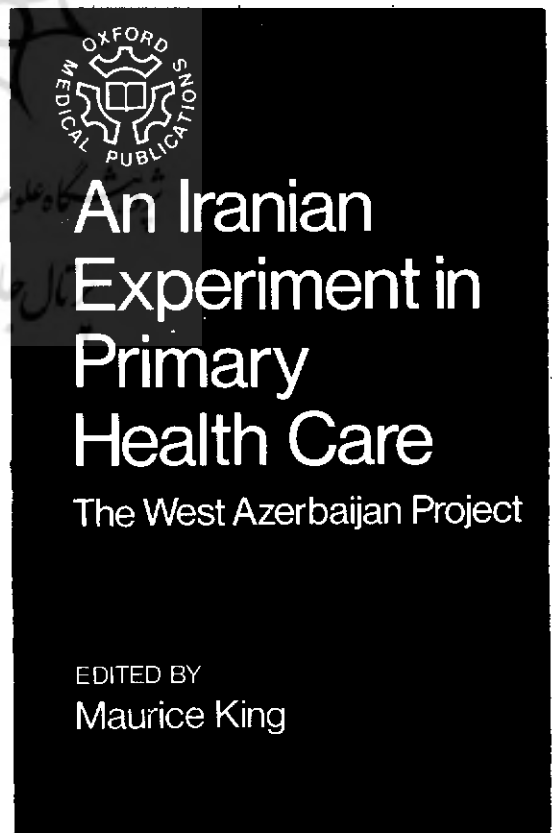
رشد و توسعه یکی از اساسی‌ترین جنبه‌های حیات و بقای يك مجموعه زستمند و يك نظام زنده است که فی نفسه صحیح و حتی ضروری است. در عین حال اگر رشد متناسب نباشد در حقیقت طوق لعنتی است که بر گردن نظام می‌افتد. فرایند رشد از دو جنبه می‌تواند نامتناسب باشد: یکی جنبه بیرونی یعنی تناسب آن با سوابق گذشته و پیش‌بینیهای آینده و دیگری جنبه درونی یعنی

نقدی بر تجربه‌ای ایرانی

در خدمات اولیه بهداشتی

دکتر کیومرث ناصری

*An Iranian Experiment in Primary Health Care. Edited by Maurice King. London. Oxford University Press. 1983. 165p.*



دوباره همان شرایط قبلی با شدت بیشتری شروع خواهد شد. (ب) قبول دو استاندارد متفاوت، یکی برای شهرها و دیگری برای روستاها که البته استاندارد ضعیف‌تر همیشه به روستاها اختصاص خواهد داشت، طرحهایی از قبیل تربیت بهدار و ماماروستایی که در گذشته انجام گرفته و ناموفق هم بوده است و یا طرح روستا پزشک که فعلاً پیشنهاد شده است در این گروه قرار می‌گیرد. این نوع برخورد نیز به دلایل زیر نمی‌تواند موفقیت‌آمیز باشد. اول آنکه جمعیت یک جامعه یا مملکت را به دو دسته فقیر و غنی، شهری و روستایی تقسیم می‌کند که گذشته از مقایرت با اصول ابتدایی حقوق انسانها باعث ایجاد بغض و نارضایی خواهد شد، دوم آنکه مقدار زیادی از بودجه کشور و نیروی موجود صرف جلوگیری از نقل و انتقال ارائه‌دهندگان خدمات از استانداردهای پایین به سطوح بالاتر خواهد شد و سوم آنکه اجرای چنین طرحی ایجاب خواهد کرد که، چون روستا پزشک تربیت می‌شود، روستایی هم در وضع فعلی نگاه داشته شود تا بتواند از خدمات او استفاده کند.

(پ) برخورد ریشه‌ای و اصولی با مسئله بدین نحو که روشن شود اولاً چه استانداردی از خدمات بهداشتی - درمانی را باید به عنوان حداقل در اختیار تمام مردم یک جامعه یا مملکت فارغ از روستائینی یا شهرنشینی، قرار داد. ثانیاً چه نوع افرادی برای ارائه این نوع خدمات باید تربیت شوند و چه نظامی باید برای ارائه این خدمات به وجود آید و ثالثاً آنکه دریافت‌کننده خدمات بهداشتی - درمانی چه شرایط و وظایفی را می‌باید دارا باشند. این روش برخلاف دو روش بالا، گذشته از اینکه بسیار مشکل و وقت‌گیر است، سر و صدای زیادی ندارد و قهرمان‌پرور هم نیست. در نتیجه خیلی کم مورد استفاده قرار می‌گیرد. در این روش ابتدا باید مشکلات بهداشتی - درمانی را به خوبی شناسایی کرد، سپس معلوم نمود که در قالب شرایط موجود چه مقدار از این مشکلات را می‌توان و می‌باید در محدوده وظایف و اختیارات نظام ملی ارائه خدمات بهداشتی - درمانی قرار داد و بالأخره چه نوع افرادی را با چه خصوصیات باید تربیت کرد تا بتوانند جای مناسب خود را در این نظام اشغال کنند. در این روش بعضی برخوردهای قاطع اجتناب‌ناپذیر است؛ برای مثال آموزش پزشکی باید از بنیاد تغییر کند و به جای استفاده از استانداردهای «وارداتی» برای تربیت پزشک از استانداردهای منبعث از شرایط و نیازهای ملی استفاده شود؛ مسئولیت سلامت افراد جامعه باید از دوش پزشک تنها برداشته شود و بین یک گروه از افراد آموزش دیده در سطوح

تناسب اجزای آن با یکدیگر. اگر جهان را به صورت یک مجموعه زیستمند و یک نظام زنده کلی مورد توجه قرار دهیم، رشد نامتناسب آن خواه عمدی و خواه اتفاقی، موجب ایجاد واقعیتی دردناک به نام ممالک توسعه یافته و ممالک در حال توسعه شده است. در هر یک از ممالک در حال توسعه نیز، رشد نامتناسب و غیرهماهنگ واقعیتی به نام شهر و روستا را ایجاد کرده است که تفاوت‌هایشان بسیار زیاد و گاه باور نکردنی است. یک شهرنشین تقریباً از تمامی مزایای پیشرفت صنعتی و رفاه برخوردار است، در حالی که روستائینان حتی از بدیهی‌ترین ضروریات زندگی یعنی آب سالم هم محروم هستند. این تفاوت‌های وحشتناک همیشه موجب رنج و آزار عقلاء و دانشمندان بوده و هر گروهی بسته به سابقه، امکانات و روشن‌بینی‌هایی که در اختیار داشته‌اند راه‌هایی برای از میان بردن این اختلافات پیشنهاد کرده‌اند.

موضوع مورد بحث ما خدمات بهداشتی - درمانی است. خدماتی که غالب شهرنشینان از بهترین و پیشرفته‌ترین نوع آن (البته بیشتر خدمات درمانی) برخوردارند، در حالی که روستائینان از مقدماتی‌ترین نوع آن نیز محروم‌اند. چگونه می‌توان این مشکل را حل و تفاوت را از میان برداشت؟

اقداماتی را که تاکنون برای برخورد با این مشکل و حل آن به کار رفته است می‌توان در سه مقوله اصلی زیر خلاصه کرد:

الف) قبول استانداردهای شهرنشینان به عنوان استاندارد مطلوب و سعی در تعمیم آن به روستاها با استفاده از انواع روشهای قانونی و اعمال زور. اعزام اجباری پزشکان و متخصصان به روستاها و مناطق محروم، ایجاد انواع محدودیتهای شغلی و اجتماعی، اخذ تعهدات گوناگون از جمله اقداماتی است که در این نوع برخورد قرار دارند. این نوع برخورد به چندین دلیل نمی‌تواند موفقیت‌آمیز باشد. اول آنکه تأکیدش بر خدمات درمانی است و خدمات بهداشتی و پیشگیری را در بر نمی‌گیرد. دوم آنکه تعمیم استانداردهای شهرنشینان به روستاها کاری است خطا، زیرا نه می‌توان شرایط لازم برای این گونه استانداردها را در روستاها به وجود آورد و نه می‌توان استانداردهای شهری را به عنوان استاندارد مطلوب مورد قبول قرار داد و بالأخره آنکه چون در این روش تکیه بر اعمال قدرت است، به محض کاهش یا حذف قدرت

مقاوت، که پزشک هم جزو آنها و قاعدتاً هسته اصلی آنهاست، تقسیم شود؛ در پراکندگی روستاها تغییرات اساسی به وجود آید و روستاهای کم جمعیت و دورافتاده غیر قابل دسترسی به نحو مناسب به مراکز تجمع روستایی منتقل گردند؛ راهها و وسایل مناسب برای حمل و نقل و ایجاد ارتباط به وجود آید و اقداماتی از این قبیل.

این نوع برخورد در تعدادی از ممالک در حال توسعه انجام گرفته است و نتایج آن نیز به صورت نوشتار موجود و در دسترس همگان قرار دارد، ولی از آنجا که این روش رابطه بسیار نزدیکی با مشخصات اقلیمی، فرهنگی و اجتماعی ممالک پیدا می کند، نمی توان نتایج به دست آمده در یک سرزمین را به سرزمین دیگری تعمیم داد و ضرورت دارد که هر مملکتی برای خود راه حل مناسبی بیابد و آن را آزمایش کند. تجربه آذربایجان غربی نیز دقیقاً به همین منظور طراحی و اجرا شده است تا بتواند راهی مناسب و نظامی کارآمد و مؤثر برای حل مشکلات بهداشتی و ارائه بهتر خدمات بهداشتی - درمانی در ایران پیدا کند.

#### تجربه

انستیتو تحقیقات بهداشتی و دانشکده بهداشت دانشگاه تهران که این طرح را با همکاری وزارت بهداشتی تهیه و اجرا کردند، از تجربه ای طولانی (متجاوز از بیست سال) در زمینه مسائل بهداشتی - درمانی مملکت برخوردار بودند. انستیتو تحقیقات بهداشتی که در سال ۱۳۳۱ به منظور اصلی مطالعه، برنامه ریزی و هدایت علمی برنامه مبارزه با بیماری مالاریا به وجود آمد و دانشکده بهداشت دانشگاه تهران که در سال ۱۳۴۵ در کنار انستیتو تحقیقات بهداشتی و در نتیجه گسترش گروه علوم بهداشتی (که خود از ادغام سه کرسی انگل شناسی، بهداشت و بیماریهای گرمسیری دانشکده پزشکی تشکیل شده بود) موجودیت یافت توانسته بود در همکاری بسیار نزدیک با وزارت بهداشتی تصویر روشنی از چگونگی سلامت و بیماری در کشور ایران به دست آورد. این دو مؤسسه در سیر تکاملی خود از مراحل توجه به یک بیماری خاص (مثل مالاریا، تراخم، بیلهارزیوز و جز اینها) و توجه به یک گروه از بیماریها (مثل بیماریهای انگلی، بیماریهای

منتقله به وسیله حشرات، بیماریهای مشترک انسان و دام، بیماریهای میکروبی و ویروسی، بیماریهای قارچی و مانند آنها) گذشته و به مرحله توجه به سلامت و بیماری در یک مجموعه کلی و جستجوی بهترین روش برای آموزش، برنامه ریزی، ارائه و مدیریت خدمات بهداشتی - درمانی رسیده بودند. از حدود سال ۱۳۴۷ به بعد، هدف اصلی این دو مؤسسه که همیشه تحت مدیریت واحد قرار داشته است منحصر به این نبود که انتشار بیماریها در ایران چگونه است و یا اینکه سلامت مردم کشور در چه سطحی قرار دارد، بلکه هدف اصلی این بود که چگونه می توان با این بیماریها مبارزه کرد و چه نوع خدمات بهداشتی - درمانی را باید برای مملکت به وجود آورد و چه نوع افرادی را باید تربیت کرد تا بتوانند سطح سلامت مردم را ارتقا دهند و به بهترین حد ممکن خود برسانند. در آن هنگام دقیقاً به این موضوع توجه شده بود که برای مشکلات ایران باید راه حل ایرانی پیدا کرد و یافتن راه حل ایرانی نیز جز با تجربه و برخورد صحیح علمی عملی نیست. به دنبال این نیاز و با توجه به این سابقه است که دکتر مفیدی (معاون پژوهشی دانشگاه تهران و رئیس قبلی دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی) در سال ۱۳۴۸ (۱۹۶۹) با دکتر نیوول رئیس بخش تحقیقات اپیدمیولوژیک و خدمات ارتباطی سازمان بهداشت جهانی ملاقات و پیشنهاد انجام یک طرح تحقیقاتی را با کمک سازمان بهداشت جهانی مطرح می کند. پس از مذاکرات زیاد و جلب موافقت و همکاری مسئولین مملکتی و بین المللی و بیان دقیق هدف طرح به صورت «ایجاد روشی برای گسترش خدمات بهداشتی به نحوی که در آن نگرشهای گوناگون به مسائل متفاوت بهداشتی از جهت تأثیر و کارایی هماهنگ شده باشد»، در خرداد ۱۳۵۱ (جون ۱۹۷۲) تجربه به صورت رسمی آغاز به کار می کند (تقویم زمانی صفحه ۱۲ مقدمه). اگرچه در طرح هیچ تمایزی بین شهر و روستا به وجود نیامده بود و هدف کلی طرح به صورت «یافتن سازوکار و تفسیراتی که ایجاد یک نظام کلی خدمات بهداشتی را تسهیل کند» (صفحه ۹) بیان شده بود، ولی لازم بود که طرح از یک منطقه روستایی آغاز شود و استان آذربایجان غربی نیز به این دلایل انتخاب شد؛ از نظر بزرگی در حد متوسط تقسیم بندی استانی کشور قرار داشت، یعنی در عین حال که به

اندازه‌ای بزرگ بود که می‌توانست نمونه خوبی از کل مملکت به دست دهد آن قدر هم گسترده نبود که غیر قابل کنترل باشد، نمونه‌هایی از کلیه سازمانهای متفاوت ارائه دهنده خدمات بهداشتی در آن موجود بود، روستاهای آن از بافت فرهنگی اجتماعی بسیار ریشه دار مستحکمی برخوردار بودند (صفحه ۵) و بالاخره اینکه هنوز دانشکده پزشکی در آن به وجود نیامده بود تا با دفاع از سنتهای قدیمی در مقابل طرح مقاومت کند و مهم تر از آن این امکان وجود داشت که اطلاعات به دست آمده از اجرای طرح را برای تهیه برنامه آموزشی يك دانشکده پزشکی جدید در آن استان مورد استفاده قرار داد (صفحه ۱۶۰). تصمیم گرفته شد که طرح در مرداد ۱۳۵۰ (اوت ۱۹۷۱) شروع و در اردیبهشت ۱۳۵۴ (آوریل ۱۹۷۵) مورد ارزشیابی قرار گیرد و همین طور هم شد (صفحه ۸). برای اجرای این طرح ده مرحله پیش بینی شده بود: ۱- جمع‌آوری اطلاعات موجود؛ ۲- انجام بررسیهای بهداشتی؛ ۳- تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده؛ ۴- فهرست بندی موانع و مشکلات؛ ۵- تعیین ضوابط برای برنامه‌ریزی؛ ۶- تعیین نقاط اصلی در برنامه‌ریزی؛ ۷- استفاده از ضوابط تعیین شده و تهیه برنامه؛ ۸- اجرای برنامه در سطح مقدماتی؛ ۹- اجرای برنامه در سطح استان؛ ۱۰- اجرای برنامه در سطح مملکت (صفحات ۱۰ و ۱۱). در نتیجه انجام چهار مرحله اول معلوم شد که ۷۲ درصد از کل بیماران به ۱۰ بیماری خاص مبتلا می‌شوند، که می‌توان خدمات اولیه در مورد آنها را بدون نیاز به پزشک به وسیله افراد تربیت شده ارائه کرد، تنها ۲۰ درصد از بیماران را باید به پزشک ارجاع کرد، در حدود يك سوم افراد در طول دو هفته پیش از آن دچار سرفه، اسهال و دردهای نامشخص بوده‌اند، افراد شهری دو برابر افراد روستایی به دنبال خدمات درمانی رفته‌اند، مراجعه به مراکز بهداشتی با بعد مسافت نسبت عکس دارد، تنها يك درصد از مراجعان به مراکز بهداشتی برای دریافت خدمات مربوط به مادر و کودک مراجعه کرده‌اند، پزشکان در مناطق شهری روزانه تا ۲۰۰ بیمار و در مناطق روستایی تا ۱۰۰ بیمار معاینه می‌کنند، در حدود ۹۰ سازمان مختلف به ارائه خدمات بهداشتی - درمانی اشتغال دارند و... (فصل سوم).

با توجه به این شرایط بهترین راه ارائه خدمات بهداشتی چه بود؟ راهی که انتخاب کردیم عبارت بود از استفاده از گروههایی از «بهداشت کاران» ساده برای ارائه خدمات اولیه در قالب يك کل عملیاتی (فصل چهارم). به موجب برنامه ما، خدمات اولیه بهداشتی - درمانی در برخورد اول در مراکزی به نام «خانه

بهداشت» به وسیله بهداشت کاران زن (بهورز) و بهداشت کاران مرد (بهداشت یار) ارائه می‌شد. در سطح دوم، بعد از خانه بهداشت، «مرکز بهداشت» قرار داشت که پزشک و کمکهایش در آن مستقر هستند. بعد از این دو سطح بیمارستانها و مراکز درمانی عمومی و تخصصی شهرستان و استان قرار دارد که در صورت نیاز مورد استفاده قرار می‌گیرد. هر خانه بهداشت با در اختیار داشتن معادل يك و نیم بهداشت کار جمعیتی در حدود ۲۲۵۰ نفر را تحت پوشش دارد و هر ده خانه بهداشت زیر نظر يك مرکز بهداشت قرار دارند (فصل پنجم، صفحه ۱۳۱).

واژه خدمات اولیه بهداشتی یا Primary Health Care اولین بار در سال ۱۳۵۲ (۱۹۷۳) به وسیله مجریان این تجربه ابداع گردید و با تعریف زیر در سطح جهانی مورد قبول قرار گرفت: «خدمات اولیه بهداشتی همان خدمات اصلی بهداشتی است که به صورت همگانی و از راهی مورد قبول که متضمن همکاری دریافت کننده و حداقل هزینه ممکن باشد در اختیار کلیه افراد و خانواده‌های يك اجتماع قرار می‌گیرد. این خدمات که هسته اصلی نظام ارائه خدمات بهداشتی يك مملکت را تشکیل می‌دهد، جزئی جدایی ناپذیر از این نظام و برنامه توسعه اقتصادی و اجتماعی جامعه نیز به حساب می‌آید» (صفحه ۳).

خانه بهداشت که مرکز اصلی توجه در برنامه بود عبارت است از ساختمانی سه یا چهار اتاقه در يك روستا که اطاقهای آن به شرح زیر تقسیم می‌شود: يك اتاق برای انتظار، يك اتاق برای معاینه و عملیات درمانی، يك اتاق برای استراحت بهداشت کاران و در صورتی که بهداشت کاران در خانه بهداشت سکونت نمایند، يك اتاق هم برای سکونت آنها. این خانه باید حتی المقدور شبیه به سایر ساختمانهای روستا باشد. زیرا کوچکترین اختلاف باعث ایجاد تشخص غیر ضروری و حتی نوعی رعب نامطبوع خواهد شد. وسایلی که در هر خانه بهداشت وجود دارد بسیار ساده و معدود است: يك ترازوی میله‌ای برای توزین بزرگسالان، يك ترازوی مخصوص توزین نوزادان و يك ترازوی حمام که قابل حمل و نقل است، چند سرنگ و سوزن و مقداری وسایل دفتری از قبیل پوشه و کابینت و جز اینها. بهداشت کاران گوشه‌ای در اختیار ندارند و آموزش لازم برای استفاده از آن را نیز دریافت

۵ سال میزان مرگ و میر کودکان را از ۱۳۰ در هزار به ۸۰ در هزار، میزان خام تولد را از ۴۲ در هزار به ۲۷ در هزار، میزان خام مرگ را از ۱۰/۵ در هزار، به ۸/۵ در هزار، و میزان خام رشد جمعیت را از ۳/۲ در صد به ۱/۸ در صد تقلیل دهد. علاوه بر این توانست پوشش مراقبت از کودکان را از ۱ در صد به ۸۹ در صد، و پوشش مراقبت از زنان باردار را از ۱ در صد به ۹۸ درصد افزایش دهد (فصل شانزدهم). طرحهای دیگری غیر از این طرح نیز به طور همزمان در ایران انجام می‌شد، از جمله طرح دانشگاه شیراز در کوار و طرح سازمان خدمات اجتماعی در الشتر لرستان. در سال ۱۳۵۵ (۱۹۷۶) گروهی از خبرگان و صاحبان نظران جهانی از طرف سازمان بهداشت جهانی برای ارزشیابی و مقایسه این طرحها به ایران آمدند و پس از انجام یک ارزشیابی دقیق بر اساس ضوابط مشخص طرح آذربایجان غربی را به مراتب بهتر و متناسب تر از بقیه طرحها در رابطه با نیازهای محلی تشخیص دادند. این گروه در گزارش نهایی خود نوشتند که «طرح آذربایجان غربی» در مقایسه با طرحهای دیگر، کاملترین و تلفیق یافته ترین نوع از خدمات اولیه بهداشتی را ارائه می‌دهد. بیشترین تکیه در این طرح بر بهداشت خانواده و بهسازی محیط قرار دارد و خدمات درمانی نسبت به سایر طرحها از اهمیت کمتری برخوردار است.

این نوع برخورد نتیجه تحلیل گسترده ای است که در ابتدای شروع طرح انجام گرفته است و در نتیجه این طرح بیشتر از هر طرح دیگر با نیازهای بهداشتی منطقه تناسب دارد (فصول چهاردهم و هفدهم). همان گونه که اشاره شد، این طرح اختصاصاً برای روستاییان تهیه نشده بود، بلکه تنها به علت نیاز شدید روستاها ابتدا در روستا به مرحله اجرا در آمد. به دنبال نتایج موفقیت آمیزی که از این طرح به دست آمد و منجر به این شد که به صورت سیاست کلی کشور در زمینه ارائه خدمات بهداشتی - درمانی پذیرفته شود، مجریان طرح اقداماتی را در زمینه انطباق آن با محیط شهری در مرکز بهداشت ۱۳ آبان از سال ۱۳۵۹ در جمعیت حاشیه نشین شهر تهران شروع کرده اند که هنوز در مراحل مقدماتی است و نتایج آن منتشر نشده است. علاوه بر این اطلاعات و نتایج به دست آمده از این طرح در برنامه ریزی آموزشی دانشکده های پزشکی ارومیه و بوعلی سینای همدان به کار برده شد.

### کتاب

به دنبال انتشار گزارش گروه ارزیاب سازمان بهداشت جهانی و

نکرده اند. در هر خانه بهداشت دو قفسه مشخص و متمایز دارو هست، یکی برای استفاده پزشک که کلیدش نزد پزشک است و دیگری برای استفاده بهداشت کاران که حاوی داروهای بسیار ساده و بی ضرری از قبیل اسپیرین، قرص سولفامید و پنی سیلین، شربت سینه، شربت و ترکیبات خوراکی ضد اسهال، شیر خشک، پماد چشمی تتراسیکلین، قطره گوش، ترکیبات ویتامین و آهن، قرصهای ملین، پماد پوستی و مانند آنهاست (فصل ششم). بهورزان حداقل ۱۶ ساله و دارای تصدیق ششم ابتدایی هستند. بهداشت یاران به علت اینکه بعد از انجام خدمت سربازی استخدام می شوند کمی مسن ترند و در حدود ۲۰ سال دارند. دوران آموزش بهورزان و بهداشت یاران دو سال است که چهار ماه از آن در سه مرحله متفاوت در کلاس انجام می شود و به آموزش نظری اختصاص دارد. بهورزان و بهداشت یاران زیر نظر مستقیم پزشک مرکز بهداشت به کار می پردازند و دارای لباس متحدالشکل اند. غیر از خدمات ابتدایی درمانی که بهورز و بهداشت یار به صورت یکپارچه ارائه می کنند، وظیفه اصلی بهورزان مراقبت از مادران و کودکان و نظارت بر بهداشت و تنظیم خانواده است، در حالی که وظیفه اصلی بهداشت یاران نظارت بر بهداشت محیط در روستا و تشویق روستائینان به خودیاری و همکاری در حفظ بهداشت و راهنمایی آنهاست. علاوه بر این بهداشت یاران مایه کوبیهای متفاوت را در مراکز تجمع کودکان انجام می دهند. نیمی از وقت بهورزان و قسمت کوچکی از وقت بهداشت یاران در خانه بهداشت می گذرد و بقیه وقت صرف مراجعه به منازل افراد و پیگیری بیماران و مادران حامله و کودکان می شود. در حدود ۸۰ درصد از مراجعان به خانه بهداشت خدمات مورد نیاز خود را دریافت می کنند و باقیمانده که احتیاج به مراقبتهای پزشک دارند به پزشک ارجاع می شوند. ارجاع به دو صورت انجام می گیرد، یا ارجاع فوری که بیمار به مرکز بهداشت فرستاده می شود یا ارجاع غیر فوری که وقت مشخصی برای بیمار تعیین می شود تا در روز خاصی که پزشک مرکز بهداشت از خانه بهداشت بازدید می کند مراجعه و معاینه شود (فصلهای هفتم و یازدهم).

این طرح با صرف مبلغی در حدود ۲۵ تومان برای هر نفر از جمعیت زیر پوشش در هر سال که در حدود ۴۰ در صد از آن نیز صرف حقوق و دستمزد شده بود (فصل سیزدهم) توانست طی مدت

نظر اظهار شده مبنی بر اینکه «این طرح بهترین نحوه ارائه خدمات اولیه بهداشتی است که دیده شد» (صفحه ۱۲۹)، مرحوم دکتر طباطبائی وقت منطقه مدیریت شرقی سازمان بهداشت جهانی موافقت کرد که مشروح این طرح و نتایج آن به صورت کتابی از طرف سازمان بهداشت جهانی و به منظور استفاده سایر ممالکی که در این زمینه فعالیت می کنند منتشر شود. بدین منظور از دکتر موریس کینگ که تجربه زیادی در زمینه ارائه خدمات بهداشتی در ممالک در حال توسعه به دست آورده بود دعوت شد تا پیش نویس کتاب را تهیه کند. دکتر کینگ در سال ۱۳۵۷ (۱۹۷۸) به خرج سازمان بهداشت جهانی مدت ۲ ماه در ایران اقامت کرد، با کلیه مجریان و مسئولان طرح در محل ملاقات و مذاکره کرد، مدارک بسیار زیادی گرد آورد و کتاب حاضر را تدوین کرد. پس از تهیه کتاب، سازمان بهداشت جهانی به دلایل گوناگون از چاپ و انتشار آن منصرف شد و به دکتر کینگ اجازه داد تا هر نوع که میل دارد آن را به چاپ برساند. دکتر کینگ متن تهیه شده را برای تأیید به دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی و وزارت بهداشتی ارسال داشت و کتاب پس از تصحیح و تأیید با حفظ حق امتیاز دانشکده بهداشت و وزارت بهداشتی ایران، از طرف این دو مؤسسه به وسیله انتشارات دانشگاه آکسفورد منتشر شد.

کتاب دارای یک مقدمه، یک تقویم زمانی، ۱۷ فصل، یک بعدالتحریر و فهرست منابع است که در ۱۷۸ صفحه تنظیم و خواننده را قدم به قدم با چگونگی برنامه ریزی، نحوه اجرا و نتایج به دست آمده آشنا می کند. کتاب در مجموع دارای بعضی کاستیها و اشتباهات است که حداقل در کتابهای چاپ «فرنگ» کم سابقه است و معلوم نیست که مسئولیت آنها با چه کسی است: نویسنده متن، تأیید کننده ایرانی متن، خانم کریستی منشی دکتر کینگ که حروف چینی کتاب را انجام داده است و یا انتشارات دانشگاه آکسفورد؟ به هر حال این کاستیها به طور خلاصه عبارتند از:

۱) اغلاط املائی در چند مورد کوچک در متن و در مورد بسیاری از اسامی ایرانی مثل بهداشت یار، خانه بهداشت، طایفه جنقرانلو، شفیع، بهیار، ماما روستایی، مردم یار، خوی، و مانند اینها.

۲) عدم یکنواختی در مورد بعضی اعداد و جداول به عنوان مثال در صفحه ۴۸ در فاصله ۳ خط، فاصله بین دهکده جنقرانلو و شهر ارومیه یک بار ۱۵ کیلومتر و یک بار ۲۰ کیلومتر ذکر شده است. یا در صفحه ۲۸ متن و جدول شماره ۴-۴ دارای اختلاف است.

۳) پس از به ثمر رسیدن انقلاب اسلامی ایران، نام سازمان شیروخورشید سرخ به هلال احمر تغییر یافته است. کوششی که در این کتاب برای تغییر نام شیروخورشید سرخ به هلال احمر انجام گرفته است بسیار ناقص، ناکافی و احتمالاً غیر ضروری است. بهتر بود که اسامی به همان صورتی که در هنگام اجرای طرح وجود داشت حفظ می شد و در مقدمه به این تغییر نام و موارد مشابه اشاره می گردید.

۴) منابعی که در کتاب ذکر شده است بسیار محدود است و به منابع مهم دیگری که در این زمینه وجود دارد اشاره نشده است. علاوه بر آن مطالبی در کتاب ذکر شده است که منبع مشخصی نداشته و بیشتر جنبه افواهی دارد مثل: «مهمتر از این دولت از پزشکیانی که قصد مهاجرت دارند می خواهد که هزینه تحصیلات خود را بپردازند» (صفحه ۱۰۴) و یا «خیلی از پزشکان عمومی تابلوهایی با عنوان متخصص برای خود تهیه کرده اند- چشم پزشک، جراح، جراح استخوان - در حالی که خیلی از آنها تحصیلاتی که مورد تأیید باشد ندارند» (صفحه ۱۵۸). و یا «تا چندی پیش عنوان تخصص پزشک را قادر می ساخت که حق معاینه خود را حتی برای ارائه خدمات اولیه دوبرابر کند. خوشبختانه این وضعیت اکنون تغییر کرده است و اگر یک متخصص خدماتی در زمینه خدمات اولیه ارائه دهد حق معاینه ای معادل یک پزشک عمومی دریافت می کند» (صفحه ۱۵۹).

۵) اگرچه زبان انگلیسی زبان مادری ویراستار بوده است و نویسنده این مسطور در مقامی نیست که بتواند نسبت به سلاست و رشایی کتاب از لحاظ بیان انگلیسی اظهار نظر کند، ولی لااقل می تواند به این نکته اشاره کند که احتمالاً دکتر کینگ کتاب را در کمال شتابزدگی تهیه کرده است و اگر قبل از چاپ یک بار دیگر آن را مطالعه می کرد می توانست بسیاری از نارساییهای آن را رفع کند. در این کتاب بیش از حد لازم از اسامی فارسی استفاده شده است به صورتی که ممکن است کتاب را برای یک خواننده غیر ایرانی تا حدودی غیر مفهوم کند. در کتاب جای یک نگاره بسیار مهم در زمینه کروکی طرحی که تهیه شده است در فصل ششم خالی است. بعضی از نگاره های کتاب مثل شکل ۱-۵ در صفحه ۴۲، شکل ۳-۱۶ در صفحه ۱۴۱ نامفهوم است. شکل ۱-۳ در صفحه ۱۴

دکتر موریس کینگ که با تهیه متن فوق این طرح مهم و موفق را به دنیا معرفی کردند تشکر شود و همچنین از شادروان دکتر طبا که در تمام مراحل برنامه ریزی و اجرای این طرح از هیچ نوع مساعدت و همکاری خودداری نکردند یاد خیری به عمل آید.

نشر دانش: امید است که همکاران و مجریان این طرح به تهیه گزارشهای مطالعات و نتایج بررسیها اکتفا نکنند و متن منقح تر و مناسب تری را به زبان فارسی تهیه و در اختیار جامعه تحصیل کرده و دانشگاهی این مملکت قرار دهند و این خواری را بر خود و مردم خود روا ندارند که پس از مبارزات خونین ملت برای کسب استقلال سیاسی و اقتصادی و رهایی از نفوذ و سلطه فرهنگی استیلاجویان جهان، اجازه دهند که باز هم بیگانگان از جانب آنها سخن بگویند و باز هم ایرانیان مجبور باشند که شرح تلاشهای علمی و گزارش تحقیقات ملی خود را از زبان دیگران بشنوند.

رابطه با توضیحاتی که در صفحه ۱۵ داده شده است خیلی ضروری به نظر نمی رسد. در صفحات ۴۴ و ۴۵ از مراکز بهداشتی درجه پنج و درجه سه نام برده شده است، بدون اینکه هیچ توضیح قبلی یا بعدی در مورد آنها داده شود.

۶) در ذکر اسامی افرادی که به عنوان سایر همکاران در صفحه اول نام برده شده اند کاستیهایی به چشم می خورد و اسامی عده ای از همکاران که نقش قابل توجهی نیز در اجرای طرح داشته اند از قلم افتاده است، مانند دکتر شمس الدین مفیدی، دکتر محمدعلی فقیه، و دکتر ابوالحسن ندیم رؤسای پیشین دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی دانشگاه تهران و مقامات مسئول برنامه ریزی و اجرایی وزارت بهداشتی و در سطح بین المللی دکتر نیوول رئیس بخش تحقیقات اپیدمیولوژیک سازمان بهداشت جهانی.

با وجود کاستیهای فوق ضرورت دارد که از زحمات آقای

شرح تصویر روی جلد: بقعه پیربکران، محل تدریس و آرامگاه محمد بن بکران، یکی از عرفا و زهاد و مدرسین نیمه دوم قرن هفتم هجری، است. این بقعه در دهکده پیربکران از دهات ناحیه لنجان در فاصله سی کیلومتری جنوب غربی اصفهان واقع است. گنج بری ضلع شرقی این بقعه صلوات است بر چهارده معصوم و حضرت خدیجه، بدین شرح «اللهم صل علی محمد المصطفی و صل علی علی المرتضی و صل علی فاطمة الزهرا و صل علی خدیجة الکبری و صل علی حسن مجتبا [مجتبی] و صل علی حسین شهید کربلا و صل علی زین العابدین و صل علی محمد باقر و صل علی جعفر صادق و صل علی موسی الکاظم و صل علی محمد تقی و صل علی علی تقی و صل علی حسن السکری و صل علی محمد مهدی.» (رجوع کنید به گنجینه آثار تاریخی اصفهان، تألیف لطف الله هنرفر، اصفهان، ۱۳۴۴، صفحات ۲۵۲ تا ۲۵۷).