

روستا منطقه مغضوب

نقش بر نامه و بودجه

در رساندن خدمات

به شهر و روستا (۲)

■ رژیم شاه در حالیکه دلارهای نفتی را در سفرهای رنگارنگ پخش می نمود، تنها ۳/۱٪ از بودجه عمومی دولت را به هزینه آموزش و پرورش اختصاص داده بود، در حالیکه نسبت هزینه آموزش و پرورش در بودجه عمومی دولت به درآمد ملی، حتی در کنگو به ۷/۵٪، ونزوئلا ۵/۴٪ و سوریه ۵٪، ترکیه ۵/۳٪ و در الجزایر ۷/۸٪ می رسید.

جهاد ۴۱

■ در مورد بهداشت هر ساله از هر ۱۰۰۰ نفر نوزاد تولد یافته بطور متوسط ۱۶۰ نفر تلف می شدند و بیماریهای مسری همچون تراخم، مالاریا و سل سالانه تعداد بسیاری قربانی می گرفت که بیشترین میزان قربانیها از روستائیان بود.

نمی شود در این نوع زراعت بهره گیری شود برداشت را در واحد هکتار، حداقل دو برابر خواهد کرد و این حقیقتی است که در کشور تجربه شده و براساس آن از هر واحد هکتار تا بیش از ۲ تن دیمزارهای موفق تولید داشته است، یعنی چنانچه بتوانیم فاکتورهای را که در کشت دیم کشور رعایت نمی شود بکار گیریم با احتساب حدود ۵ میلیون هکتار اراضی دیم خیز و برداشت حداقل یک تن از هر هکتار، در مجموع تولید کشور فقط از دیمزارها ۵ میلیون تن غله خواهد بود و این برابر است با یک نیردی بزرگ و مقدس با استکبار جهانی، اما به چه صورت این هدف تحقق خواهد یافت؟

همانگونه که در بالا ذکر شد ایجاد یک جهش عمیق در بعد اقتصادی نیاز به بسیج همگانی نیروهای مسلمان در غالباً یک تشکیلات مردمی دارد که بر این مبنا طرح بهزراعی دیم جهت ایصال به هدف در سال جاری توسط جهاد به اجرا در خواهد آمد.

اجرای این طرح بطور بسیجی و استفاده از تمام امکانات موجود در روستا و بخش کشاورزی خواهد بود که جهاد سازندگی آنرا از وظایف اساسی خویش می پندارد و تحت پوشش طرح سنابل ۱ و ۲ از سال جاری در ۹ استان دیم خیز کشور آغاز بکار می کند.

استانهای آذربایجان غربی، کردستان، ایلام، همدان، مرکزی، اصفهان، فارس، مازندران، خراسان، مناطقی هستند که بطور ضربتی در طرح قرار گرفته و قرار است با شروع عملیات زراعی دیم، جهاد تمام توان خویش را در بکار گیری شیوه صحیح کشت دیم توسط کشاورزان بکار اندازد و سعی شود بمنظور مبارزه با آفات دیم، بذرها ضد عفونی شده و پس از بوجاری مورد استفاده قرار گیرد و از ماشین آلات موجود روستا جهت شخم صحیح تمام دیمزارها در مرحله اول بهره گیری شود و در طرح سنابل ۱ همچنین پیش بینی شده است که یک میلیون هکتار از دیمزارها در سال جاری تحت پوشش قرار گرفته و کود لازم را نیز در اختیار کشاورزان قرار دهد و در اجرای طرح سنابل ۲ که یک میلیون دیگر از دیمزارها تحت پوشش طرح قرار می گیرند از سال جاری بمنظور حفظ رطوبت شخم زده شده و برای شخم بهاره نیز آماده گردد که در طول دو سال رو بهم دو میلیون هکتار از اراضی دیم کشور به شیوه صحیح بهره برداری خواهد شد.

امید است با همیاری مردم مسلمان و فراهم شدن تسهیلات لازم، در کوتاهترین زمان بتوانیم محصولات اساسی را در داخل تولید نماییم.

«والسلام»

مقدمه: در مقاله گذشته به بررسی میزان ارائه خدمات شهری و روستائی در سه بخش آب، برق و مسکن پرداختیم و دیدیم که جهت گیری قسمت اعظم بودجه کشور در رساندن خدمات به شهرهای بزرگ عمل می نمود چنانچه در قسمت توسعه منابع آب در برنامه چهارم از مجموع ۵۳ میلیارد ریال اعتبار، ۴ میلیارد ریال آن به روستاها اختصاص داشت و در قسمت برق نیز در سال ۱۳۵۵ از صد و یازده میلیارد ریال کل سرمایه گذاری بخش برق فقط ۱۱۳٪ آن به روستاها اختصاص یافته بود و در قسمت مسکن نیز در سال ۵۶ از ۳۹۲/۵ میلیارد ریال سرمایه گذاری شهری فقط ۳۱/۳ میلیارد ریال به روستاها تخصیص داشت. در این مقاله نیز به دو بخش تحصیل و بهداشت می پردازیم:

برنامه چهارم در بخش آموزش و پرورش تدوین می گردد. در گسترش آموزش ابتدائی در اهداف کلی برنامه چهارم، پیش بینی های زیر ارائه گردیده است:

«در آموزش ابتدائی هدف عبارت از افزایش نسبت دانش آموزان دبستانی از ۲/۹ میلیون نفر به ۳/۷ میلیون نفر است بطوری که در حدود ۹۳٪ کودکان واجب التعلیم در شهرها و ۵۵٪ در روستاها می توانند در برنامه چهارم به مدارس ابتدائی راه یابند».

در پاورقی همین مطلب در توضیح چرائی پائین بودن درصد کودکان واجب التعلیم روستائی چنین می آید:

«باتوجه به آنکه قسمت قابل ملاحظه ای از دهات کشور فاقد جمعیت کافی از اطفال

واجب التعلیم بوده و نزدیک به ۱۶ هزارده از دهات ایران کمتر از ۱۵۰ سکنه و در نتیجه هریک کمتر از ۲۴ طفل واجب التعلیم تا ۱۱ ساله دارد و تاسیس مدرسه در آنها توصیه نمی شود ۵۵٪ فوق الذکر، توسعه قابل توجه تعلیمات ابتدائی در دهات دارای جمعیت کافی را طی برنامه چهارم نشان می دهد».

بدین گونه با ذکر چنین دلیلی، نزدیک به نیمی از کودکان به سن تحصیل رسیده روستائی از حوزه تعلیمات کشور حذف می گردند در حالیکه با احداث مدارس منطقه ای، ایجاد مدارس برای دهات نزدیک به هم و واحدهای سیار آموزشی چنین مشکلی قابل حل می باشد همچنانکه در بقیه مناطقی که کودکان روستائی از امکانات آموزشی جدا

۴- تحصیل و آموزش

بیسوادی و فقر فرهنگی و پائین بودن نسبت افراد با سواد در کل جمعیت، از جمله مشخصه های اجتماعی بسان سایر کشورهای توسعه نیافته و استعمارزده محسوب می گردد که در دل این جامعه، تفاوت قاحشی میان میزان سواد و آگاهی در جوامع شهری و جوامع روستائی آشکار است که این فاصله خود ناشی از عدم امکانات تحصیلی و آموزشی بطور عام در مناطق روستائین است، اگرچه در شهرها نیز تمام افراد بگونه ای یکسان از امکانات موجود بهره نمی یابند، سیاست تمرکزگرائی شهری در حکم سیاست توصیه شده امپریالیستی در این محور نیز همچون دیگر محورها اقتصادی اجتماعی، یکی دیگر از فصول تفاوت های شهر و روستا در ایران را بازمی کند که تخصیص بودجه و امکانات اعم از مالی و انسانی بطور نابرابرانه، در حوزه تحصیل و آموزش در این سمت حرکت می کند.

ابتدائاً برای بیان پائین بودن سطح آگاهی و میزان سواد در کل جامعه، ذکر نمونه ای از قول رژیم طاغوت ضرورت می یابد تا آنگاه به نمودهای تفاوت تحصیلی و آموزشی در شهر و روستا پرداخته شود.

برنامه ریزان رژیم وابسته در بخش «سنجش عملکرد برنامه سوم عمرانی» در محدوده تحصیلی، به هنگام تدوین چهارمین برنامه با اصطلاح عمرانی، عنوان می دارند:

«با آنکه کشور ایران در حدود ۱۹٪ از بودجه جاری و ۴/۵٪ از تولید ناخالص ملی خود را صرف آموزش و پرورش می کند، معذک هنوز در حدود ۴۰٪ اطفال در تعلیمات ابتدائی و ۸۰٪ نوجوانان در تعلیمات متوسطه به مدرسه راه نیافته اند»

نسبتهای ارائه شده از سوی رژیم در همین زمان در روستاهای کشور به مراتب بالاتر بوده است.

با داشتن چنین تصویری، اهداف کلی

■ **به اعتراف خود رژیم ۹۲٪ کودکان واجب التعلیم در شهرها و ۵۵٪ در روستاها می توانند در برنامه چهارم به مدارس ابتدائی راه یابند و دلیل حذف نزدیک به نیمی از کودکان به سن تحصیل رسیده روستائی از حوزه تعلیمات کشور را عدم وجود جمعیت کافی در قسمت اعظم دهات کشور عنوان می کند در همان حال ۱۰/۱۰ میلیارد ریال اعتبار برای آموزش و پرورش کودکانی که فقط در شهر مورد استفاده دارد اختصاص می یابد.**

■ **در سال ۵۶ نسبت باسوادی در گروه سنی ۲۹-۶ سال در کل کشور ۵۰/۱۹٪ بوده است که از این میان ۷۷/۶٪ مربوط به مناطق شهری و حدود ۳۰/۵٪ مربوط به مناطق روستائی کشور بوده است یعنی تفاوتی نزدیک به ۲/۶ برابر.**

■ **در برنامه پنجم از کل اعتبارات بخش بهداشت (۲۳۷ میلیارد ریال) تنها ۲۸ میلیارد ریال به روستاها تعلق می گرفت.**



از چگونگی آن بهره می‌گیرند از همین شیوه‌ها استفاده می‌شده است که بطور نمونه در موارد بسیاری، کودکان چند ده برای تحصیل در یک منطقه جمع می‌شده‌اند و یا در برخی نقاط روستائی مدارس منطقه‌ای فعالیت داشته‌اند.

باتوجه به این تفاوت در آموزش ابتدائی، در توضیح اهداف برنامه در مراحل آموزش راهنمائی و متوسطه و نظری بدلیل فاصله عمیقتر و عدم تخصیص امکانات و سرمایه به روستاها، از ذکر نسبت افراد مورد تعلیم در شهر و روستا خودداری شده است.

در همین برنامه در حالیکه نزدیک به نیمی از کودکان روستائی واجب‌التعلیم از حوزه آموزش حذف گردیده‌اند پیش‌بینی می‌گردد

که محصلین کودکان روستائی در شهرها به نسبت برنامه سوم، ۲۵٪ افزایش یابند و یا در برنامه پنجم عمرانی برای آموزش و پرورش کودکان روستائی که تنها در شهر مورد استفاده دارد، ۱۰/۱ میلیارد ریال اعتبار در نظر گرفته شده است، یعنی حذف بسیاری از نونهالان روستائی از محدوده آموزشی کشور و تخصیص اعتبار برای کودکان شهری که هنوز به سن تحصیل ابتدائی نرسیده‌اند.

این در حالی است که کودکان واجب‌التعلیم روستائی در مرحله ابتدائی از «مراحم و الطاف» بیشتری نسبت به کودکانی که در دوره راهنمائی و متوسطه قرار گرفته‌اند، برخوردارند چراکه تفاوت مذکور در حوزه تعلیمات ابتدائی شهر و روستا در دو مرحله راهنمائی و متوسطه

به مراتب فاحش‌تر می‌گردند، بطوریکه نوجوانان دوره راهنمائی و متوسطه روستائی بر فرض عبور از تمام موانعی که بر سر راه تحصیل آنان قرار گرفته، جهت تحصیل عمدتاً مجبور به ترک ده خود و در مواردی به رفتن به شهر اجبار پیدا می‌کنند و در کل، میزان امکانات تحصیلی در ادوار راهنمائی و متوسطه در روستاها اعم از سرمایه، تعداد مدارس، تعداد معلم و مدرس و... به مراتب کمتر از همین امکانات در دوره ابتدائی است، لذا نمود مشخص این تفاوتها در جامعه روستائی بدین صورت متبلور می‌گردد که بخشی از روستائینی که در حد خواندن و نوشتن سواد دارند، تنها دوره ابتدائی را گذرانیده‌اند و از تحصیلات بالاتر محروم مانده‌اند مگر





درموردی که دروه‌های راهنمایی و متوسطه در مناطق روستائی فعالیت داشته و یا آموزگاران دلسوز و متعهد و در دانشنا شخصاً این امر را بعهده گرفته و یا آنکه افراد روستائی برای ادامه تحصیل خود از ده به شهر یا یک منطقه روستائی معتبرتر رفته‌اند.

مضافاً آنکه بخش عمده‌ای از روستائیان که در حوزة آموزشی قرار گرفته‌اند، در مقایسه با کودکان شهری که در همان مرحله تحصیل قرار داشته‌اند، سن بیشتری داشته‌اند، برای مثال یک کودک شهری بطور طبیعی مرحله ابتدائی را

در سنین ۱۰ یا ۱۱ سالگی بپایان می‌برد، در حالیکه یک کودک ۱۰ ساله روستائی در موارد بسیار در کلاس اول ابتدائی تحصیل می‌کرده است که این تفاوت سنی در مراحل مختلف تحصیلی ادامه دارد که از بین رفتن استعداد و کندی ذهن از طبیعی‌ترین پیامدهای چنین تفاوتی است.

با عنوان نمودن بخشی از کمبودها، دقت بر نسبت افراد با سواد روستائی در مقایسه با کل جمعیت با سواد و نیز با کل جمعیت کشور، در سالهای گوناگون، لازم می‌نماید تا آمارها و رقمها خود بعنوان زبان گویایی، تفاوتها، نابرابری‌های ظالمانه را نمایان سازند.

«جدول نسبت با سواد در جمعیت ۶ ساله و بالاتر در سال ۱۳۵۴»*

کل کشور	مردوزن	مرد	زن
%۴۱/۸	%۵۲/۶	%۳۰/۲	

مناطق روستائی	مردوزن	مرد	زن
%۲۴/۶	%۳۶/۵	%۱۰/۹	

مناطق روستائی	مردوزن	مرد	زن
۳۳/۶	۴۶/۹	۱۹/۷	

مناطق شهری	مردوزن	مرد	زن
%۶۲/۴	%۷۲/۱	%۵۲/۱	

مناطق شهری	مردوزن	مرد	زن
۶۸/۳	۷۶/۷	۵۸/۸	

در همین سال نسبت جمعیت در حال آموزش به جمعیت در سن تحصیل در جامعه شهری حدود ۹۲٪ و در جامعه روستائی حدود ۵۴٪ بوده است که سیاست حذف نیمی از روستائیان از حوزة تحصیلی کماکان ادامه داشته است. در سال ۵۵ یعنی یکسال بعد همین فاصله با اندک تفاوتی بفتح جامعه شهری حفظ می‌شود، بطوری که نسبت جمعیت تحت تعلیم به لازم التعلیم در شهر و روستا به ترتیب برابر ۹۸٪ و ۵۸٪ است.

در سال ۱۳۵۶ نسبت با سواد در گروه سنی ۶ تا ۲۹ سال در کل کشور ۵۰/۹٪ بوده است که از این میان ۷۷/۶ درصد مربوط به مناطق شهری و حدود ۳۰/۵٪ مربوط به مناطق روستائی کشور بوده است یعنی تفاوتی نزدیک به ۲/۶ برابر. در سال ۱۳۵۷ آخرین سال عمر سیاه رژیم وابسته به امپریالیسم نسبتهای زیر را منعکس می‌سازد:

کل کشور	مردوزن	مرد	زن
۵۰/۸	۶۲/۴	۳۹	

در این سال در حالیکه نسبت با سواد در جمعیت ۶ تا ۲۹ ساله شهری ۸۲/۲٪ میلیون بوده است، این نسبت به ۴۸/۵٪ در روستا در همین فاصله سنی رسیده است:

در همین سال «سال تحصیلی ۵۷-۱۳۵۶» با توجه به کمبودهای فاحش در روستا، تعداد کادر آموزشی در مناطق روستائی نسبت به سال قبل از آن ۱۱٪ کاهش داشته و در مقابل، در مناطق شهری به کادر آموزشی ۱۰/۱ درصد اضافه شده است.

سیاستهای استخدامی کادر آموزشی، وزارت آموزش و پرورش نیز بنحوی بود که تفاوت عظیم کادر شهری و روستائی را همواره محفوظ نگاه می‌داشت.

تمامی مشکلات عنوان شده بر سر راه تحصیل روستائیان در ادوار مختلف ابتدائی تا متوسطه همگی در حوزة آموزشهای زیردانشگاهی قابل طرح است، چرا که آموزش عالی و بالاتر از دیپلم، با توجه به تمرکز کامل امکانات تقریباً بطور تمام و کمال در اختیار شهرها قرار دارد.

موانع موجود عدیده بر سر راه تحصیل

روستائیان تا مرحله دیپلم، سیاستهای پذیرش دانشجویان از سوی وزارت علوم و موسسات خصوصی آموزش عالی، عدم تخصیص سهمیه برای روستائیان در کلاس و حتی در مراکز منطقه‌ای و ... عملاً ورود روستائیان را به آموزش عالی ناممکن می‌ساخت مگر در مواردی که یک روستائی با رشد همه جانبه استعداد های خود، موانع موجود را به هیچ انگاشته و ارزش وجودی خود و استعدادهای بارور شده خویش را بر رژیم «استعداد کش» تحمیل می‌نمود، در حالیکه اگر تنها مقداری جزئی از مبالغی که صرف هزینه‌های تحصیلی طبقات مرفه شهری، ارزهای ارسالی برای دانشجویان خارج از کشور، ارزهای اختصاص یافته به نورچشمی‌های رژیم و فرزندان شهوتران و خوشگذران درباریان و وابستگان به رژیم و ... به انگیزه رشد استعدادهای محرومین روستائی بکار می‌افتاد، جامعه علمی کشور از موهبت استعدادهای فرزندان پاک نهاد روستائی برخوردار بود.

رژیم سفاک شاه در حالیکه دلارهای نفتی را در سفره‌های رنگارنگ غارت پخش می‌نمود، تنها ۳/۱٪ از بودجه عمومی دولت را به هزینه آموزش و پرورش اختصاص داده بود، در حالیکه نسبت هزینه آموزش و پرورش در بودجه عمومی دولت به درآمد ملی، حتی در کنگو به ۷/۵٪ در ونزوئلا به ۵/۴٪، در سوریه به ۵٪ در ترکیه به ۵/۳٪، در عراق به ۶/۱٪ و در الجزایر به ۷/۱٪ می‌رسد.

در ایران، این هزینه ناچیز هم بطور برابری تقسیم نشده و این دور از واقعیت نیست اگر عنوان شود مخارج سالانه مدرسه فرزندان شاه و وابستگان و مدارس درجه اول تهران و شهرهای بزرگ (اعم از پرداخت حقوق معلمان و کارمندان هزینه‌های آموزشی، تحصیلی و رفاهی و تفریحی) با مخارج بخش عمده‌ای از آموزش در روستاها برابری میکند.

با آنکه در آموزش و پرورش ایران، تنها در مرحله ابتدائی نیمی از استعدادهای حذف می‌گردد، و در مراحل راهنمایی و متوسطه نیز تفاوت امکانات میان شهر و روستا قابل قیاس نمی‌باشد، معهذ در چگونگی و کیفیت تحصیل همان بخش محدود از استعدادهای روستائی و محصلین شهری نیز فاصله‌ای بسیار وجود دارد، در حالیکه تنها آرائی آموزشی یک روستا، یکی دو معلم یا سپاهی دانش، یک تخته سیاه، چند میز فکستی و ... معدود کتابهای درسی است، مدارس سطح بالای تهران دارای کلاسهای مجهز، آموزگاران کافی و مجرب، مدیران باتیکت، امکاناتی از قبیل کولر، شوماژ، فنکولر، ویدئو، تلویزیونهای مدار بسته، زمینهای ورزش، سالن آمفی‌تئاتر، کتابخانه،

بوفه و غذاخوری، سرویس و ... می‌باشند، در یک رده پائین‌تر نیز اوضاع تحصیلی فرزندان طبقه متوسطه و یا حتی وضع تحصیلی فرزندان کارگران و اقشار محروم شهری نیز بسیار بهتر از اوضاع و احوال کلاسهای صحرائی روستاها در فضای باز و روی زمین یخزده است.

با این احوال تفاوت‌های آموزشی میان شهر و روستا، برگ دیگری به «مجموعه شرمناک فاصله‌ها» می‌افزاید.

۵- بهداشت و تغذیه

بهداشت نیز به سان دیگر بخشهای اجتماعی، نه تنها کمبودهایی فاحش را بعنوان مشخصه خود نمایان می‌سازد بلکه دارای پوششی همگانی نبوده و بخش مهمی از تقسیمات کشوری بویژه مناطق روستائی و شهرهای کوچک را در محدوده خدماتی خود جای نمی‌دهد.

رجوع به برخی از واقعیت‌های اوضاع بهداشتی کشور در آغاز برنامه سوم عمرانی که مقارن با سالهای شروع رفرف در ایران است، گذشته‌های تاریک از این بخش حیاتی را ترسیم می‌سازد که کمبودهای همه‌جانبه این بخش با در نظر گرفتن افزایش جمعیتی، با نسبت‌های کمابیش ثابت، پس از آن نیز محفوظ بوده است.

در سال ۱۳۴۲ یعنی سال آغاز سومین برنامه عمرانی، تنها ۵۲۶۴ پزشک، ۱۰۰۰ دندانپزشک و ۱۵۰۰ داروساز در کل کشور موجود بوده است، از طرفی تعداد کل تخت‌های بیمارستانی مجموعاً ۳۱۰۰۰ بوده که به هر هزار نفر تنها ۱۱/۷ تخت می‌رسد که همین امکانات اندک نیز تنها در چند شهر بزرگ بخصوص تهران متمرکز بوده و در میان روستائیان بطور «سرپائی» تنها توسط تعدادی درمانگاه روستائی و گروههای سپاه بهداشت انجام می‌گیرد، در حالیکه بیش از ۷۰٪ از جمعیت ۲۴ میلیونی کشور در این زمان در روستاها بسر می‌برند.

در این اوان با توجه به کمبودهای گسترده، هر ساله از هر ۱۰۰۰ نفر نوزاد تولد یافته، بطور متوسط ۱۶۰ نفر تلف شده و بیماریهای مسری همچون تراخم، مالاریا و سل سالانه تعدادی بسیار قربانی می‌گیرند که وسیعترین بخش تلفات را روستائیان تشکیل می‌دهند.

با دقت بر مجموعه کمبودها، در تنظیم چهارمین برنامه عمرانی، در توسعه خدمات درمانی، اهداف زیر منظور گردیده است:

«در زمینه توسعه شبکه درمان شهری پیش‌بینی برنامه چهارم اینست که تعداد ۱۴۵۰۰ تخت بیمارستانی و ۲۰ مرکز مختلط درمانی بهداشتی ایجاد گردیده و نسبت به

تکمیل و بهبود استاندارد ۲۲۷۰۰ تخت بیمارستانی اقدام گردد در ازای این امکانات که به امکانات تمرکز یافته در چند شهر بزرگ افزوده می‌گردد، تنها افزایش گروههای سپاه بهداشت واحداث ۵۰۰ درمانگاه روستائی که از کمترین امکانات لازم برای نجات افراد برخوردار نیستند، پیش‌بینی شده است که در کل اعتبارات بهداشت برنامه چهارم که به میزان ۲۵۹۵۰ میلیون ریال می‌رسد نسبت بسیار اندکی را تشکیل می‌دهد.

در برنامه پنجم عمرانی نیز در فصل بهداشت و درمان، از کل اعتبارات این بخش، به میزان ۲۳۶۷۴ میلیارد ریال تنها ۲۸ میلیارد ریال به خدمات بهداشتی و درمانی روستائی تعلق گرفته است و در حالیکه تعداد بیمارستانها و درمانگاهها بویژه از جانب بخش خصوصی در شهرها افزایش می‌یابد، افزایش امکانات روستائی تنها به احداث ویا ترمیم درمانگاههای روستائی ویا اعزام سپاهیان بهداشت و دیگر اقداماتی از این دست، محدود می‌شود. علاوه بر آنکه در توزیع امکانات بهداشتی و درمانی نابرابریهای عمیق میان شهر و روستا مشاهده می‌گردد در میان شهرها و استانهای گوناگون کشور نیز تفاوت‌های عمیقی موجود است، بطوری که در سال ۱۳۵۴، نسبت جمعیت به پزشک در تهران حدود ۹۷۰ نفر در استان ایلام ۱۱۲۰۰ نفر بوده است ویا نسبت جمعیت به دندانپزشک در تهران ۵۶۰۰ نفر ودر استان کهگیلویه ۱۲۰ هزار نفر می‌باشد.

جهت پی بردن به توزیع نابرابر امکانات درمانی در سطح کشور بخصوص میان شهر و روستا، لازم است که برآمار امکانات بهداشتی کشور در طی سالهای مختلف مروری انجام گیرد:

«امکانات بهداشتی کشور»

سال	تعداد پزشک	تعداد دندانپزشک	تعداد تخت بیمارستانی
۱۳۵۴	۱۱۸۰۰	۱۸۰۰	۴۸۰۰۰

سال	۱۳۵۵	۱۳۵۶	۱۳۵۷
تعداد پزشک	۱۵۰۰۰	۱۴۲۰۰	۱۵۰۰۰
تعداد دندانپزشک	۱۹۵۰	۲۱۰۰	۲۲۰۰
تعداد تخت بیمارستانی	۵۰۰۰۰	۵۵۲۰۰	۵۶۸۰۰

«نسبت امکانات به کل جمعیت»

سال	نسبت پزشک به کل جمعیت	نسبت دندانپزشک به کل جمعیت	نسبت تخت به کل جمعیت
۱۳۵۴	۲۸۰۰	۱۸۳۰۰	۶۹۰

سال	۱۳۵۵	۱۳۵۶	۱۳۵۷
نسبت پزشک به کل جمعیت	۲۸۰۰	۲۸۰۰	۲۸۰۰
نسبت دندانپزشک به کل جمعیت	۱۹۵۰	۲۱۰۰	۲۲۰۰
نسبت تخت به کل جمعیت	۵۰۰۰۰	۵۵۲۰۰	۵۶۸۰۰

بقیه در صفحه ۵۴

۲۴۰۰	۲۴۰۰	۲۴۰۰ //
۱۶۴۰۰	۱۶۴۰۰	- //
۶۰۰	۶۲۰	۶۷۰ //

جای توضیح است که این نسبتها در تهران بسیار پائین تر است و در حقیقت تهران به تنهایی بیش از نیمی از امکانات بهداشتی و درمانی اعم از پزشک، دندانپزشک، پرستار، بیمارستان، تخت بیمارستانی و درمانگاه را در خود متمرکز ساخته است.

در سال ۱۳۵۴ نسبت جمعیت به پزشک در تهران ۹۷۰ و نسبت دندانپزشک ۵۶۰ می باشد.

در سال ۱۳۵۵ نسبت جمعیت به پزشک در تهران ۸۷۳ نفر است

در سال ۱۳۵۶ نسبت جمعیت به پزشک در تهران ۷۴۰ نفر و نسبت جمعیت به دندانپزشک ۵۰۰ نفر است

در سال ۱۳۵۷ برای هر ۲۲۸ نفر جمعیت تهران، یک تخت بیمارستانی موجود بوده است

لذا تهران در عمل اصلی ترین بخش امکانات بهداشتی و درمانی را چه در حوزه بخش دولتی و چه در حوزه بخش خصوصی در خود جای می دهد که پس از تهران، بقیه شهرهای بزرگ به تناسب اهمیت بخش باقیمانده امکانات را صاحب می گردند که در خود تهران و شهرهای بزرگ نیز اقلیت محدودی، حداکثر بهره گیری را از خدمات درمانی به عمل آورده و بخش عظیمی از مردم که امکان دسترسی به خدمات درمانی بخش خصوصی را نمی یافتند، به خدمات درمانی بخش دولتی که فاقد کسش لازم و پوشش وسیع بود روی می آوردند.

در خود شهرها بخصوص تهران، اکثریت پزشکان آزاد، تعداد قابل توجهی از تختهای بیمارستانی و نیز بهترین و مجهزترین بیمارستانها و درمانگاهها و اورژانسها در حوزه استفاده از همان اقلیت محدود قرار می گرفت از اینرو مطلوبترین بخش خدمات درمانی اعم از پزشک، بیمارستان و سایر امکانات دارای پوشش همگانی نبوده و عملاً کمترین بهره ای به بخش مهمی از شهرهای کوچک و متوسط و نیز مناطق روستایی کشور، نمی رساندند و نهایتاً بقیه امکانات انسانی و حتی بخش خدمات درمانی کشور، باید به نحوی میان حوزه های وسیع، متشکل از شهرهای کوچک، بخشها و کلیه روستاها تقسیم گردد که در این حوزه نیز روستا بعنوان بی بهره ترین بخش نمایان می شود چسرا که فقدان سرمایه گذاری انسانی و مالی رژیم و جهت گیری ضد مردمی آن از یکطرف و نیز ارزشهای موجود در جامعه اعم از تحصیل و کسب «رفاه»، «تشنه»، «آینده»

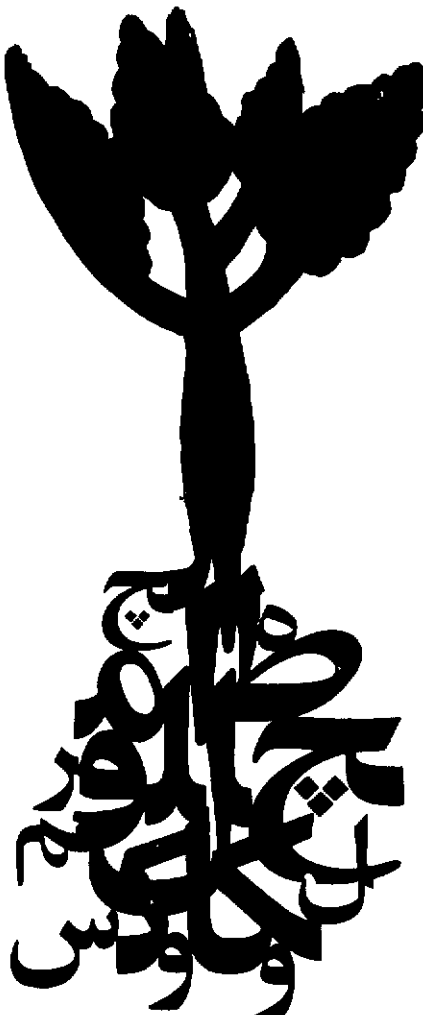
و «پیشرفت» از طرف دیگر، انگیزه های برای خدمت نیروی انسانی بخش خدمات درمانی در روستاها ایجاد نمی کرد.

در این حال تنهادرانی بخش خدمات درمانی روستایی از درمانگاههای سرپائی روستایی، گروههای سپاه بهداشت چادرهای صحرایی کمکهای اولیه و تعدادی پزشک اعم از پزشکان درجه سه و چهار، پزشکان هندی، پاکستانی و فیلیپینی که در طول برنامه پنجم استخدام گردیدند و نیز بخشی تاز پزشکان تجربی بحساب می آمد و در حالیکه طبقات مرفه شهری از امکانات نسبتاً کافی گرد آمده در بخش خصوصی بهره می گرفتند و برای زیباسازی آنان کلیه امکانات برای عمل بینی، پوست و... فراهم بود، در مناطق روستایی زایمان زنان باردار بدون کمترین امکان بهداشتی در خانه انجام می گرفت، بسیاری از روستائیان رنگ دندانپزشک ندیده بودند، برای مداوای امراض گوناگون کماکان از گیاهان داروئی سنتی استفاده می شد، تلقیح و واکسیناسیون کودکان روستایی در هیچ اندازه ای از نظم و ترتیب و رعایت جوانب امور بر خوردار نبود، در مواقع ابتلاء به بیماری های خطرناک و یا جراحات عمیق راهی جز مرگ و یارفتن به شهر برای روستایی باقی نمی ماند، روستایی با آمبولانس، تخت راحت، داروی کافی، پزشک مجرب و امکانات لازم بیگانه بود و... برای هرگونه بیماری یک نسخه پیش نویس شده تکراری تجویز می گردید. مجزا از تفاوت های فاحش در حوزه درمانی، در سایر امور بهداشتی نیز اختلافات عمیقی میان شهر و روستا به چشم می خورد.

در شهرهای بزرگ حمامهای منازل، حمامهای عمومی و خصوصی بسیار، غسلخانه های بزرگ، خدمات شهرداریها در نظافت و بهداشت شهر، رعایت های بهداشتی در مصرف مواد غذایی، پاکیزگی اماکن عمومی، هشدارهای بهداشتی رسانه های گروهی و... حتی الامکان در تامین و حفظ بهداشت عمومی نقش موثری ایفا می کردند که این مهم بطور گمابیش در شهرهای کوچک نیز مراعات می گردید، حال آنکه در روستا در کمترین حدی، امنیت بهداشتی تامین نبود بویژه در مناطقی که از کمبود آب آشامیدنی و مصرفی نیز رنج می بردند.

از طرف دیگر نهادهائی چون «مراکز تنظیم خانواده»، «بنگاه حمایت مادران و نوزادان»، «مراکز توانبخشی»، «حفاظت محیط زیست»، «ناجمن راهنمای بهداشت خانواده»، «سازمان ملی رفاه خانواده» و... در عمل تنها از پوشش شهری بر خوردار بودند و فقط در مواردی برای مانورهای تبلیغاتی، تیمهایی از این نهادها به روستا نیز سری می زدند.

بقیه در صفحه ۵۶



نسل آینده کشاورزی

توضیح:

با توجه به اشکالاتی که در صفحه بندی «مقاله» مقدمه ای بر نیروی انسانی بخش کشاورزی «که در شماره قبل به چاپ رسیده وجود داشت، متن کامل آنرا جهت استفاده خوانندگان مقاله مجدد در این شماره آورده ایم. امید است مفید واقع گردد.

می دانیم که شخصیت یک انسان از سالها و روزهای کودکی و نوجوانی او شکل می گیرد و بمرور زمان قوام می آید و تثبیت می شود بخصوص شخصیت شغلی او و آنچه که باعث می شود تا در آینده راه مشخصی را پیش گیرد همانا آموخته های دوران کودکی و نوجوانی