

۱۴۳۲

دانشگاه تهران

دانشکده بهداشت

بایگان نامه

برای دریافت درجه تخصصی در رشته

مدیریت بهداشت عمومی

موضوع

نحوه ارائه خدمات پزشکی بهداشتی به روستاهای ایران

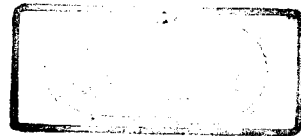
بر اساس تجربیات شبکۀ بهداشتی درمانی نمونه

( چنقرانلو )

نگارش

دکتر بهمن نیکپور

سال تحصیلی ۵۳ - ۵۴



۱۴۳۲

## فهم روستا خدمات

### فصل اول ( صفحه ۱ تا ۲۶ )

- ۱- مقدمه : هدف - روش بررسی - محدودیتها - علت انتخاب موضوع
- ۲- مشخصات کلی روستاهای ایران : جمعیت - مهاجرت - مسکن - خانوار  
هزینه و مصرف آب - دامداری - صنایع روستائی - سواد
- ۳- ۳- نیروی انسانی و تسهیلات پزشکی و بهداشتی موجود در روستاها :  
نیروی انسانی : پزشک و دندانپزشک - نیروی انسانی وابسته - تسهیلات
- ۴- شاخصهای حیاتی و بهداشتی : میزان مرگ و میر - میزانهای ولادت و  
باروری - مهمترین علل مرگ و میر
- ۵- برآورد احتیاجات بطور کلی

### فصل دوم ( صفحه ۲۶ تا ۴۸ )

بهداشت و درمان در برخی از کشورهای دنیا : بهداشت ملی انگلستان <sup>ت</sup>تشکیلات  
بهداری روسیه - نحوه ارائه خدمات پزشکی و بهداشتی در ونزوئلا

### فصل سوم ( صفحه ۵۱ تا ۸۰ )

سابقه تربیت کادر کمک پزشکی در دنیا - طرح تحقیقاتی " نحوه توسعه خدمات  
پزشکی و بهداشتی در ایران " - شبکه خدمات بهداشتی

فصل چهارم ( صفحه ۸۰ تا ۱۱۵ )

آزمایشگاه صحرائی ( چنقرانلو ) - کاربرد نتایج - خلاصه - خلاصه بزبان

انگلیسی - فهرست منابع و مآخذ .

فصل اول

مقدمه

الف: هدف:

هدف عبارتست از بررسی وضع موجود درمانی بهداشتی روستاهای ایران

و ارائه طریق براساس تجربیات شبکه درمانی بهداشتی چنقرانلو

ب: روش بررسی:

این بررسی از طریق مشارکت در برنامه های شبکه درمانی بهداشتی چنقرانلو

و مطالعه منابع موجود زیر نظر گروه اساتید راهنما توسط اینجانب انجام گرفته است

گروه اساتید راهنما عبارتند از:

جناب آقای دکتر فریدون امینی: راهنمای اصلی پایان نامه و استاد مشاور در

دوران تحصیل

جناب آقای دکتر گارگین سا روخانیان: استاد راهنمای اصلی در دوران تحصیل

جناب آقای دکتر کاظم محمد: استاد مشاور در دوران تحصیل

در اینجا لازم به تذکر است که راهنمای اصلی اینجانب بمدت یکسال با جناب آقای

دکتر حسن باسقی بوده است که جادارد در همین جا از کلیه اعضا گروه راهنمایی

سپاسگزاری کرده و توفیقشان را آرزو کنم.

اساتید دیگری هم مستقیم و غیر مستقیم مرایاری کرده اند ، از آن جمله اند جناب

آقای دکتر باقر قائمیان جناب آقای دکتر غلامعلی لیلی آبادی و جناب آقای دکتر

نادر کاووسی و همکار عزیز آقای اندرسن از سازمان بهداشت جهانی .

### ج : محدودیتها :

مهمترین محدودیتی که اینجانب در این بررسی با آن مواجه بودم فقدان آمار

صحیح و تناقض آمار موجود بوده است بهمین لحاظ اینجانب با نظر سراسر اساتید

راهنما هر جا که لازم بوده است بازگرمایند از همه آنها نام بردم مثلثاً از نظر

تعداد درمانگاههای موجود در روستا یکجا ۱۳۳۳ و در جایی دیگر تا ۱۵۰۰

ذکر شده است همینطور است در مورد شاخصهای حیاتی و غیره

مطلب دیگری که لازم بود تذکر است اینست که وقتی صحبت از نحوه ارائه خدمات درمانی

بهداشتی بروستاها میشود بطور کلی نمیتوان روستا را از شهر جدا کرد باین دلیل

در هر کجا لا زم بود شهر و روستا با هم دیگر وجود آگانه بررسی شده اند .

### د - علت انتخاب موضوع :

دلیل انتخاب موضوع تفکر است که با روییت محرومیت های مردم روستا نشین ایران

از دیدگاه بهداشت و درمان در انسان بر میآید نگیرد و اینکه با وجود تلاشهای مستمر

مسئولین در امر رفاه روستائیان بالاخره چه باید کرد ؟

توفیق اجباری که با اقامت یکساله ام در استان آذربایجان غربی نصیب شد  
و راهنمایی های اساتید عزیز در این ظلمت چراغ راهم گردید و منشأ  
این فکر که سرانجام راه حل اساسی کدام است ؟ ، نگارنده اذعان دارد که  
این پایان نامه میتواند مشکل گشای همه این مسائل باشد ولی :

آب دریا را اگر نتوان کشید      همقد رتشنگی باید چشید

۲ - مشخصات کلی روستاهای ایران

الف - جمعیت :

جمعیت روستاهای ایران به استناد سرشماری ۱۳۳۵ - ۱۳۰۰۱۱۴۱ نفر

و در آمارگیری نمونه ای سال ۱۳۴۲ ۱۴۷۱۵۹۰ نفر در مقابل

۱۳۴۵ با استناد سرشماری عمومی آبانماه ۱۳۴۵ ۱۵۹۶۰۱۶۸ نفر

و در سال ۱۳۵۵ با محاسبه ۳/۲ درصد افزایش جمعیت ۲۰۲۲۰۰۶۴ تخمین

زده می شود ، گواينکه در کشورهای در حال توسعه نظیر ایران افزایش جمعیت روستاها

نسبت به شهر رشد کمتری دارد و علت آن بیشتر بعلت مهاجرت روستائیان به شهرها

و بالا بودن میزان مرگ و میر در روستاهاست .

جدول شماره ۱ آمارگیریهای انجام شده پیش بینی جمعیت رانشان میدهد ( ۱۹ )

سال	نام آمارگیری	جمعیت کل کشور	جمعیت روستا نشین در درصد روستا به شهر کل کشور
۱۳۳۵	سرشماری عمومی آبانماه	۱۸۹۵۴۷۴	۱۳۰۰۱۱۴۱ / ۶۸
۱۳۴۲	سرشماری نمونه ای نفوس آذرماه	۲۲۵۲۳۰۳۹	۱۴۹۷۶۳۳ / ۶۶
۱۳۴۵	سرشماری عمومی آبانماه	۲۵۷۸۱۰۹۰	۱۵۹۶۰۱۶۸ / ۶۱
۱۳۵۵	پیش بینی جمعیت	۳۴۰۳۱۰۳۹	۲۰۲۲۰۰۶۴ / ۶۰

بخصوص خرما ساخته شده زندگی می کنند . ( ٢٣ )

د - خانواده :

خانواده های روستائی واحدیست اقتصادی واکثراً روابط پدیدرسالاری برقراراست  
اعضای خانواده روستائی تولیدکننده می باشند درحالیکه درجوامع شهری خانواده ها  
مصرفکننده اند ، زن وشوهر به زمین وزراعت علاقه مشترك دارند وعلاوه بریدرومسادر  
وفرزندان حتی درسنین کودکی درکارهای کشاورزی کمکهای مؤثری می نمایند .

روستائی کمتر به تفریح می پردازد وفقط درعروسیها وجشنها بایکوبی ودست افشانی  
می نماید ، تأهل درجامعه روستائی بیشتر است وسن ازدواج یائین ترازجوامع شهری می باشد

( ٢٣ ) .



هـ - سطح هزینه و مصرف :

در مناطق روستائی می توان خانوارها را از نظر سطح هزینه ها در سه گروه عمده قرار داد :

گروه ۱- خانوارهایی که در سال کمتر از ۶۰،۰۰۰ ریال هزینه دارند

۱ / ۶۸ درصد خانوارهای روستائی در این گروه جای دارند :

از ۲۷ درصد در گیلان تا ۸۸ درصد در یزد .

گروه ۲- خانوارهایی که در سال بین ۶۰،۰۰۰ و ۱۲۰،۰۰۰ ریال هزینه دارند .

۲۴ درصد خانوارهای روستائی در این گروه قرار می گیرند :

از ۴۵ درصد در گیلان تا ۹ درصد در کرمان

گروه ۳- خانوارهایی که در سال بیش از ۱۲۰،۰۰۰ ریال هزینه دارند .

۵ / ۷ درصد خانوارهای روستائی در این گروه جای دارند :

از ۲۸ درصد در گیلان تا ۸ / ۰ درصد در کرمان و یزد . ( ۱۹ ) .

در حالیکه به علت کمی تولید صرف نظر از جنبه های اقتصادی و اجتماعی بنگریم مسأله

طوق گرسنگی جلب نظر می کند در گزارش سالیانه انستیتو تغذیه ایران ضمن بررسی درضا

روستائی آذربایجان این جملات بچشم می خورد ( معدل میزان مصرف کمتر از ۶۰۰۰ و

حتی در بعضی نقاط در حدود ۱۲۵۰ کالری بوده . پروتئین حیوانی ، کلسیم ،

ویتامین آ ، ویتامین ث مصرفش بسیار کم بوده ) .

## توی آب :

آب زراعتی بیشتر روستاها بوسیله قنات تأمین می شود و میزان آبادانی و وفور محصول

در این مناطق بستگی کامل به وجود قنات های پر آب و لا روپی شده داشته است .

سالهاست که بسیاری از قنات ها کاملاً مورد بی توجهی قرار گرفته اند و تعداد زیادی

از آنان به علت لا روپی نشدن یا حفر چاه های عمیق خشکیده یا در حال خشکیدن هستند .

لا روپی مجدد قنات های متروک می تواند حتی مقداری از زمینهای بایر کنونی را به زمینهای

زیر کشت مبدل کند .

در برخی موارد ، مظهر قنات تا کشت زارها فاصله زیاد دارد و مقدار زیادی از آب قنات

بدین ترتیب تا رسیدن به مزرعه ها از بین می رود . میزان تلف شدن آب گاهی اوقات تا

۵۰ درصد می رسد .

در لا سجرد سمنان این امر کاملاً صادق است و ده ملای شاهرود آب چشمه سازنرسیده

به ده خشک می شود . رودخانه های موسمی و کم آب نیز همین وضع را دارند .

برای جلوگیری از تبخیر و نفوذ آب در زمین ، می توان در اطراف نهرها از درختانی که

متناسب با شرایط اقلیمی محلی باشند استفاده کرد . فضا های سبز نیز بدین ترتیب بوجود

می آیند و از فوائد بیشتر خود روستاها را بهره مند خواهند ساخت . در بیشتر روستاهای

مورد بررسی به این موضوع توجه نشده است و میزان زیادی از آب تبخیر شده و در طول مسیر

خود به زمین نفوذ می کند .

حفر چاه عمیق برای هر نوع محصولی مقرون به صرفه نیست و اقدام به آن باید توأم با

برنامه حساب شده باشد . زیرا علاوه بر سرمایه گذاری که برای حفر چاه های عمیق ضروری است نگاهداری و تعمیر موتور پمپ و وسائل لازم دیگر برای کشاورزان بسیار مشکل است و هزینه های اضافی دیگری را ایجاد می کند .

شناخت منابع آب زیرزمینی ، بهره برداری و نگاهداری مطلوب چشمه سازها و دیگر منابع آب های سطحی ، اصلاح کانالهای آب رسانی ( جوی ونهر ) تأمین و افزایش آب مورد نیاز کشاورزی رامیسر خواهند داشت . ( ۲۳ )

### ب - دامداری :

از مدت ها پیش تاکنون دامداری در نواحی بررسی شده رونق نداشته است و جز در ریسکی در مورد ، مانند دولت آباد کلنو ( در کلاردشت ) بصورت درخور اعتنائی وجود ندارد . ( این مطالعات توسط وزارت تعاون و امور روستاها در سال ۵۲ انجام شده است )

داشتن يك ياد و گاو و چند بز و گوسفند برای هر خانوار را نمیتوان دامداری نامید . دامداری بوجود مراتع در تابستان و تهیه آذوقه زمستانی احتیاج دارد و در منطقه های مورد نظر به دلیل موقعیت اقلیمی و امکان ناپذیر بودن کوچ ، دامداری با مشکلات زیادی مواجه شده است و روستائیان کشاورزی را ترجیح داده اند . ( ۲۳ )

### ج - صنایع روستائی :

در گذشته ای نه چندان دور که اقتصاد کشاورزی سنتی حاکم بر تولیدات کشور بود ، در روستاهای ایران فرآورده های گوناگونی تهیه میکردید و بیشتر برای تأمین نیازهای زندگی بسته روستائیان به کار میرفت .

در چارچوب این نظام ، تمام مواد قابل استفاده به کار میرفتند و ما زاد مصرف بخارج از روستا فرستاده میشد و بخشی از مواد مورد نیاز مناطق شهری و قسمتی از کالا های صادراتی کشور از این راه تامین میگردیدند .

روستائشینان کشور که هنوز تحت تاثیر اقتصاد سنتی گذشته اند ، از تحرك و تجربه ضروری برای پذیرش و اجرای طرح های صنعتی برخوردار نیستند و آمادگی و علاقه لا زم برای سرمایه گذاری در واحدهای صنعتی نشان نمیدهند . ( ۲۳ ) .

#### طی س سواد

جدول شماره ۲ میزان سواد ، در مناطق روستائی را بر حسب نسبت درصد

جمعیت در سال ۵۳ نشان میدهد . ( ۲۱ ) .



۳- نیروی انسانی و تسهیلات پزشکی و بهداشتی موجود در روستاها

الف نیروی انسانی

الف ۱- پزشک و دندانپزشک

با توجه به محدودیت های ذکر شده طبق آخرین آمار وزارت بهداشتی تعداد پزشکان

کل کشور ۱۲۴۳۰ و تعداد دندانپزشکان کل کشور ۱۹۴۷ تا پایان شهریور ۱۳۵۴ می

باشد . این تعداد طبق آخرین نشریه آماری نظام پزشکی ۱۱۳۱۰ پزشک و ۱۶۱۰

دندانپزشک میباشد . در هر حال از این تعداد ۸/۴۶٪ درصد پزشکان و ۸۶/۵۶ درصد

دندانپزشکان کشور در محدوده تهران بزرگ ( شامل ۷/۱۲ درصد جمعیت کل کشور )

ساکن هستند روستاها اصولاً فاقد دندانپزشک و حدود ۱۰٪ درصد پزشکان در درمانگاههای

روستائی مشغول کارند . نسبت پزشک به جمعیت در کل کشور معادل  $\frac{۱}{۲۸۷۲}$  و در تهران

بزرگ  $\frac{۱}{۸۶۶}$  و در نقاطی مثل ایلام و بویراحمدی معادل  $\frac{۱}{۱۰۵۶۰}$  و  $\frac{۱}{۷۳۵۴}$  بوده

است . نسبت دندانپزشک به جمعیت در سطح کشور  $\frac{۱}{۱۹۶۵۵}$  و در تهران بزرگ

$\frac{۱}{۴۹۸۳}$  و در نقاطی مانند همدان ، لرستان و ایلام معادل  $\frac{۱}{۶۳۵۶۲}$  و  $\frac{۱}{۷۸۷۵۰}$

$\frac{۱}{۱۱۴۰۰۰}$  میباشد . ( ۲۲ )

جدول شماره ۳ آمار دندانپزشکان و پزشکان کشور را بر حسب استان و فرمانداریها

نشان میدهد .

الف ۲-- نیروی انسانی وابسته :

در ایران از نظر نیروی انسانی وابسته به پزشکی دوره‌های مختلف وجود داشته و دارد بطور مثال هم‌اکنون در ایران شش نوع ماما در سطح کشور موجود است که عبارتند از: پرستار ماما بهیار ماما — ماما لیسانسیه — ماما سپلهسی — ماما بی‌روستائی و ماما ی فوق دیپلم . بطوریکه ملاحظه میشود تنوع تعداد آموزشگاه‌های تربیت‌کننده کاررپیرا پزشکی و تناقضات اما موجود مانع از برآورد صحیح آنها همیشه بود علی‌هذا جدول شماره ۴ آمار آموزشگاه‌های تربیت‌کننده کاررپیرا پزشکی و تعداد پرستاران و بهیاران و ماماها را در سطح کشور تـا پایان شهریورماه ۱۳۵۴ نشان میدهد . ( ۲۶ ) .