

## Creation and Expansion Community Medicine in Iran

Hossain-Ali Ronaghy\*

\***Corresponding Author:** Hossain-Ali Ronaghy, Professor of Community and Family Medicine, Department of Community and Family Medicine, School of Medicine, University of California, United States  
Email: [ronaghy1@gmail.com](mailto:ronaghy1@gmail.com)

**Received:** 13 January 2018

**Accepted:** 13 January 2018

**Published:** 8 February 2018

### How to cite this article:

Ronaghy H-A. Creation and Expansion Community Medicine in Iran. *Community Health*. 2018;5(1):1-10.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.22037/ch.v5i1.19814>.

### Abstract

In 1972 a research was performed by the author at John's Hopkins University, regarding migration of Iranian medical graduates to the United States. We found (our) up to 90% of Shiraz medical graduate and 40% of Tehran graduate were permanently migrating to the United States. Further research indicates the cause of migration to be military housing income and sociopolitical facts.

Furthermore we found the curriculum of most medical schools in Iran is a carbon copy of western medical schools and had no relevance with the need of over 70% of Iranian population who were residing in rural communities in 1970s.

In order to alleviate these, we established the department of community medicine in 1972 in Shiraz to modify the curriculum of Shiraz medical school with an established and strong academic of clinical discipline was not an easy job, particularly when the medical staff was determined to make Shiraz a "center of excellence" and we in the department of community medicine felt we are desperate for a "program of relevance".

As I was professor of both medicine and community medicine and the chairman of medicine was extremely friendly with our program. We could compromise and eventually we decided to embark on a new medical school with totally new program. The new medical school which was established in Fasa was a successful program of recreating students from small town and we found recently 90% of graduates of first two years are still residing and practicing in Fars province. Unfortunately later this medical school was joined with all other medical school with national matching program, which was against our initial purpose for recruiting from small towns.

The other major achievement of the department of community medicine was establishing a health houses in rural community which was evaluated and approved by WHO and within eight years more than 1.5 Million rural population were covered by that program

## تاریخچه کوتاهی از پیدایش و گسترش پزشکی اجتماعی در ایران

حسینعلی رونقی\*

\* نویسنده مسئول: حسینعلی رونقی، استاد پزشکی اجتماعی، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی دانشگاه کالیفرنیا، آمریکا

Email: ronaghy1@gmail.com

تاریخ دریافت: دی ۱۳۹۶

تاریخ پذیرش: دی ۱۳۹۶

## چکیده

با بررسی جامعی که نویسنده در سال ۱۳۵۰ در دانشگاه Johns Hopkins به عمل آورد، چنین نتیجه‌گیری شد که ۹۰٪ پزشکان فارغ‌التحصیل شیراز و ۴۰٪ پزشکان دانشگاه تهران به آمریکا مهاجرت می‌نمایند. با بررسی بیشتر پزشکان علت مهاجرت خود را سربازی، درآمد، خانه و مسائل سیاسی قلمداد کرده بودند. یکی از مهم‌ترین علت مهاجرت ناهمگونی برنامه‌های دانشکده‌های پزشکی ایران با نیاز جامعه روستائی سال‌های ۱۳۵۰ بود و به خاطر درمان چنین نارسائی بخش پزشکی اجتماعی تشکیل شد تا برنامه‌های پزشکی شیراز را با نیاز جامعه هماهنگ سازد. با وجود تلاش فراوان دانشگاه شیراز و گسترش برنامه‌های دستیاری پزشکی اجتماعی در چهل سال گذشته، روند مهاجرت پزشکان پس از انقلاب اسلامی نیز ادامه یافته است. برنامه‌های جانبی تربیت بهداران روستائی و برنامه‌های روستائی تا حدود زیادی موفقیت‌آمیز بود و پوشش درمانی پذیرفتنی در سطح روستاها و خانه‌های بهداشت در کشور به وجود آمد، ولی تغییرات دموگرافی و رشد بی‌قاعده جمعیت از ۲۵ به ۷۰ میلیون و مهاجرت روستائیان به حاشیه شهرها برنامه‌ریزان بهداشتی را سرگردان کرده است و اوضاع پزشکی برپایه گزارش‌های نظام پزشکی و وزارت بهداشتی هنوز نیاز به تغییرات بیشتری دارد. هم‌اکنون گرفتاری بزرگ پزشکی در ایران سود بردن غیرلازم از تکنولوژی و هزینه‌های گزاف برای درمان‌های بیهوده و غیرلازم است و وظیفه پزشکی اجتماعی در ایران زیر و رو شده و در حال حاضر پیدا کردن و رهنمونی برای کم کردن هزینه‌های غیرلازم و تأکید بر تندرستی و پیشگیری از بیماری‌هاست. متأسفانه تصمیم‌گیرندگان بهداشت و درمان کشور پزشکان متخصص و فوق تخصص‌ها و صاحبان بیمارستان‌ها هستند که به راستی پیشگیری از کجروی‌ها به سودشان نیست و کلاف سردرگم "درمان" خود دشواری بزرگی برای سیستم درمانی کشور شده است.

## مقدمه

داستان پزشکی اجتماعی در ایران از سال ۱۳۳۴ آغاز شد. در این سال ۸۹۰ دیپلمه دبیرستان در شهرستان شیراز برای امتحان ورودی رشته پزشکی در دانشگاه شیراز ثبت نام کرده و ۴۲ نفر از آنها پذیرفته شدند. چون برنامه‌های دانشکده پزشکی شیراز از این سال از فارسی به انگلیسی تغییر یافته بود از این ۴۲ نفر پذیرفته شده، تنها ۳۲ نفر از آنها موفق به دفاع از پایان‌نامه خود شدند. ۲۴ نفر از این ۳۲ نفر برای اخذ تخصص به آمریکا رفتند و پس از گذشت شش سال تنها نه نفر به ایران بازگشتند. پس از دو سال دوباره دو نفر از آنان که به ایران برگشته بودند به آمریکا

بازگشتند. (شکل شماره ۱)

تصور من در آن زمان این بود که وجود برنامه پزشکی عمومی به زبان انگلیسی موجب شده که اکثریت فارغ‌التحصیلان ورودی ۱۳۳۴ به آمریکا مهاجرت کنند. ولی چهار سال بعد زمانی که برای فرصت مطالعاتی به دانشگاه Johns Hopkins رفتم، متوجه شدم که مهاجرت منحصر به ورودی‌های ۱۳۳۴ نمی‌باشد. در سال ۱۹۷۵ نزدیک به ۹۰٪ از فارغ‌التحصیلان پزشکی دانشگاه شیراز به آمریکا مهاجرت کرده بودند. (شکل شماره ۲)

با بررسی دقیقی که از کامپیوترهای نظام پزشکی آمریکا به عمل آمد مشاهده می‌شود که سایر

در روستاها زندگی می‌کردند. بر پایه گزارش نظام پزشکی ایران در آن سال شمار پزشکان ایران نزدیک به ۱۴۰۰۰ نفر بود که بیش از ۹۰٪ آنان در تهران و شهرهای بزرگ به کار اشتغال داشتند و شهرستان‌های کوچک و تعداد ۵۰۰۰۰ روستا با کمبود پزشک روبرو بودند (۵)

پزشکانی که از دانشکده‌های پزشکی ایران فارغ‌التحصیل می‌شدند در بیمارستان‌های دانشگاه با وسایل مدرن آموزش دیده و پس از پایان دوره هفت ساله پزشکی ناگزیر بودند، وارد برنامه سپاه بهداشت شوند. این برنامه پزشکان را وادار می‌کرد به جای خدمت سربازی دو سال به روستاها رفته و در آنجا خدمت کنند. این برنامه که برای رفاه و پوشش بهداشتی و درمانی روستاها ایجاد شده بود، باعث سرخوردگی شدید پزشکان از حرفه پزشکی می‌شد، چون پس از هفت سال آموزش در بیمارستان‌های پیشرفته، پس از پایان آموزش پزشکی، تنها با یک گوشی و دستگاه فشار خون و ۲۰ قلم دارو به روستاها فرستاده می‌شدند و بایستی در روز دست کم بین ۵۰ تا ۱۰۰ بیمار را معاینه و درمان می‌نمودند. عدم انطباق بین محتوی آموزشی و نیازهای درمانی مردم در روستاها، موجب دلسردی پزشکان شده و در نتیجه تشویق آنها به مهاجرت گسترده می‌شد. از این رو برای بهبود و چاره‌جویی اوضاع نابسامان بهداشت و درمان در ایران پیشنهاد تشکیل گروه پزشکی اجتماعی را نمودم (۶).

اهدافی که در آن موقع برای این گروه پیشنهاد شد عبارت بودند از:

(۱) گروه پزشکی اجتماعی وظیفه دارد که در هدف‌های کلی دانشکده اثرگذار باشد به طوری که پزشکان فارغ‌التحصیل قادر باشند نه تنها بیماران را درمان نمایند بلکه بایستی تمام خانواده و سایر افرادی که در آن جامعه به سر می‌برند را نیز زیر نظر داشته و نیازهای سلامت، بهداشتی و روانی آنها را تعیین و اولویت‌های جامعه را بررسی و برای آن چاره‌جویی و پیشنهادات لازم را ارائه نمایند.

(۲) پزشکان فارغ‌التحصیل خود باید قادر باشند، برای پژوهش در نیازهای سلامت جامعه و تعیین اولویت‌ها

دانشگاه‌های ایران از جمله دانشگاه تهران نیز سهم عمده‌ای در فرستادن پزشکان ایرانی به آمریکا دارد. نتیجه این بررسی‌ها در سال ۱۳۵۱ در مجله نظام پزشکی ایران و همچنین به زبان انگلیسی در مجله نظام پزشکی آمریکا چاپ و منتشر شد (۳-۱). انتشار این مقالات و بیان این موضوع که دانشگاه شیراز (موسوم به پهلوی) برای کشور آمریکا سودمند است و ادامه کار این دانشگاه برای ایران چندان سودی ندارد، دردسر بزرگی برای بنده ایجاد کرد. چون سفارت ایران در آمریکا متن نوشته را برای وزارت امور خارجه ارسال و دست آخر این گزارش برای ساواک ارسال شد. ساواک نیز بی‌درنگ دستور اخراج بنده را از دانشگاه شیراز صادر نمود (۴).

رئیس وقت دانشگاه شیراز، دکتر فرهنگ‌مهر، پیش از اقدام به اخراج درباره دستور ساواک از معاون خود پرسش نمود. معاون دانشگاه نیز توضیح داد که این استاد درباره مهاجرت پزشکان سخنرانی‌های مختلفی انجام داده و نوشته‌هایی منتشر کرده و از سیستم آموزشی دانشگاه به شدت انتقاد نموده است. رئیس دانشگاه اظهار علاقه می‌نماید که در یکی از این سخنرانی‌ها شرکت کرده و خود شخصاً به محتوای گفته‌ها آگاه شود. برحسب تصادف در همان هفته برنامه سخنرانی درباره روش آموزش در شیراز برقرار بود که دکتر فرهنگ‌مهر در آن شرکت نمود و پس از شنیدن سخنرانی، با تأیید مطالب به تهران مسافرت و با مقامات کشوری و لشکری ملاقات و از اخراج بنده جلوگیری کرد.

از آنجا که اکثریت فارغ‌التحصیلان دانشکده پزشکی دانشگاه شیراز که به خارج از کشور مسافرت کرده بودند پس از پایان تخصص به ایران باز نمی‌گشتند و از طرفی دیگر بیشتر جمعیت ایران در روستاها زندگی می‌کردند، برای چاره‌جویی و انجام پژوهش‌های گسترده درباره علل مهاجرت پزشکان و یافتن راه‌حلی برای ارائه خدمات درمانی به مردم ساکن روستاها و همچنین پیشگیری از مهاجرت گروهی دانش‌اندوختگان پزشکی دانشگاه‌ها تصمیم به ایجاد گروه پزشکی اجتماعی شد.

در سال‌های ۱۳۴۰ نزدیک به ۷۰٪ جمعیت ایران

برنامه‌ریزی کنند.

۳) گروه پزشکی اجتماعی بایستی دانشجویان را طوری آموزش دهد که در پایان دوره آموزش خود بتوانند نیازهای مربوط به سلامت جامعه‌ای را که مسئول آن هستند تعیین و روش برآوردن این نیازها را ارائه دهند. ۴) گروه پزشکی اجتماعی بایستی همیشه پویایی خود را نگاه داشته و بر پایه نیازهای جامعه، تغییر مسیر و هدف دهد.

برای رسیدن به هدف‌های بالا بایستی دانشجویان با آمار حیاتی، اپیدمیولوژی و گسترش بیماری‌ها در هر منطقه‌ای که مشغول به خدمت هستند آشنایی پیدا کرده و در حد امکان با تعیین الویت‌ها برای برنامه‌ریزی در جهت سلامت و رفاه کل جامعه آمادگی پیدا کنند.

با تصویب شورای دانشکده پزشکی و تأیید آن در دانشگاه و وزارت علوم و آموزش عالی، بخش بهداشت متحول شده و نام آن به گروه پزشکی اجتماعی تغییر یافت. وزارت علوم و آموزش عالی به سایر دانشگاه‌ها نیز توصیه کرد که در صورت امکان برنامه‌های مشابهی در دانشگاه‌های خود انجام دهند.

در آن سال‌ها هیأت علمی برای چنین برنامه‌ای در دسترس نبود. بنابراین همزمان پیشنهاد برنامه دستیاری رشته تخصصی پزشکی اجتماعی به دانشگاه و وزارت علوم داده شد. برای تأمین اعضای هیأت علمی با دانشکده بهداشت دانشگاه تهران و دانشگاه Johns Hopkins هماهنگی به وجود آمد که برای تأمین اعضای هیأت علمی برای گروه پزشکی اجتماعی اقدام شود. برای تشویق دانشجویان پزشکی برای رشته تخصصی پزشکی اجتماعی توافق‌نامه‌هایی با دانشگاه‌های Harvard، Johns Hopkins و Minnesota بسته شد تا دستیاران پزشکی اجتماعی بتوانند برای دریافت کارشناسی ارشد بهداشت عمومی و برنامه‌ریزی بهداشتی و مدیریت بهداشتی در این دانشگاه‌ها آموزش ببینند. همچنین از سوی دانشگاه Johns Hopkins استاد مدعو برای شش ماه و انترن برای دو سال به گروه پزشکی اجتماعی فرستاده شد. برای تجهیز گروه پزشکی اجتماعی دانشگاه شیراز، سازمان برنامه برای ساختمان آن بودجه‌ای تعیین کرد

و ۱۵ نفر هیأت علمی در رشته‌های آمار، اپیدمیولوژی، محیط زیست، جمعیت‌شناسی و زنان و کودکان استخدام و به کار مشغول شدند.

همچنین گروه پزشکی اجتماعی با همکاری دانشکده‌های پزشکی، کشاورزی، مهندسی و عمران برای نخستین بار در ایران یک مرکز جمعیت‌شناسی بنیان گذاشت و با همکاری دانشگاه کارولینای شمالی مطالعات گسترده‌ای در مورد ظرفیت جمعیتی ایران انجام و گزارش آن به وزارت بهداشتی داده شد. در سال ۱۳۵۲ با مطالعه ظرفیت و ذخیره آب‌های جاری، شیرین و زیرزمینی حداکثر جمعیتی که برای ایران پیشنهاد شد ۳۰ میلیون نفر بود که گزارش آن به وزارت بهداشتی و نخست‌وزیری داده شد. وزارت بهداشتی با همکاری دانشگاه شیراز و فرستادن گروهی از پرستاران و ماماها به دانشگاه Pittsburgh برای راه‌های تنظیم خانواده اقدامات مؤثری انجام داد. از اقدامات دیگر گروه پزشکی اجتماعی در دانشگاه شیراز تأسیس و ایجاد پزشکی روستایی برای پوشش بهداشتی و درمانی روستاهای دوردست در استان فارس، بلوچستان و خوزستان بود (۷).

در آغاز کار، بودجه‌ای از دولت کانادا برای این پژوهش گرفته شد. ۱۷ روستا در اطراف شیراز انتخاب و از بین افراد محلی که دارای سواد خواندن و نوشتن بودند داوطلبانی برگزیده شدند و آنها دوره کارآموزی خود را در درمانگاه‌های سیار گذراندند. این درمانگاه‌ها توسط گروه پزشکی اجتماعی راه‌اندازی شده بود. برخی از آنان که دارای هوش و ذکاوت بهتری بودند تنها در مدت سه ماه و برخی دیگر تا شش ماه به کارآموزی مشغول بودند. در پایان دوره ۳ تا ۶ ماهه آنها به عنوان بهورز در روستاها به کار گرفته شدند. وظیفه اصلی این بهورزان بهداشت تهیه آب آشامیدنی سالم، بهداشت محیط زیست و تنظیم خانواده با دادن قرص‌های جلوگیری و یا کاندوم بود (۱۰-۸). در مورد بیماری‌های که خواه ناخواه به آنان مراجعه می‌کردند، داروهای ابتدایی و اولیه مانند مسکن‌ها در دسترس آنها بود و در صورت لزوم آنان را به کلینیک‌های شهری ارجاع می‌نمودند.

بر پایه آمارهایی که در مدت دو سال به دست آمد

برای گروه کمی از مردم مورد استفاده قرار می‌گیرد و به اکثریت مردم کمترین سودی نمی‌رساند. دانشگاه باید در عین حالی که درمان‌های عالی برای بیماران دشوار در دسترس می‌گذارد، برای توده مردم نیز سودمند باشد.

گروه پزشکی اجتماعی چنین می‌گفت که وظیفه دانشگاه بر سه اصل مهم استوار است:

- (۱) انتقال دانش از استادان به دانشجویان
  - (۲) به وجود آوردن دانش تازه از طریق پژوهشها
  - (۳) به کارگیری دانش به دست آمده برای جمعیتی که مأمور خدمت به آنها هستند.
- که در اینجا به توضیح مختصری از هر یک می‌پردازیم:

#### هدف اول: آموزش

هدف اول دانشگاه انتقال دانش است. تکنیک ویژه‌ای لازم است و بایستی خود استادان از چگونگی انتقال دانش آگاهی داشته و بدانند که چگونه یک دانش از سوی استاد به دانشجو منتقل می‌شود و چگونه دانشجو می‌تواند دانش تازه را دریافت نموده و به کار گیرد. استادی که تخصص و حتی فوق تخصص داشته باشد دلیل آن نیست که استاد خوبی هم باشد و بتواند دانش خود را به خوبی به دانشجویان انتقال دهد و بنابراین خود آموزش پزشکی نیاز به مهارت انتقال معلومات پزشکی از استاد به دانشجو دارد.

#### هدف دوم: پژوهش

هدف دوم به دست آوردن دانش تازه از طریق پژوهش‌های گوناگون است. استادان و دانشجویان بایستی کوشش کنند، یافته‌های تازه برای بهداشت و درمان و بهزیستی مردم پیدا کنند. گروه پزشکی اجتماعی بر این باور بود که پژوهش بایستی بر پایه نیازهای جامعه باشد.

#### هدف سوم: به کارگیری دانش موجود برای جامعه

هدف سوم گروه پزشکی اجتماعی این بود که بتوانند به تصمیم‌گیرندگان دانشگاه و حتی کشور تفهیم نمایند که همه تلاش‌ها برای آموزش و پژوهش در جهت بهزیستی جامعه می‌باشد. بنابراین باید تلاش کرد که تمام دستاوردهای دانشگاه در خدمت همه مردم به ویژه گروه محروم جامعه باشد. شاید به نسبت وظایف دیگر دانشگاه به این وظیفه سوم

مرگ و میر کودکان در این روستاها در مقایسه با روستاهای مشابهی که در اطراف شیراز به عنوان شاهد انتخاب و آمارگیری شده بودند بصورت معنی‌داری کمتر شده بود. با مشخص شدن نتایج این پروژه، فعالیت روستایی گروه پزشکی اجتماعی گسترش پیدا کرد و دست آخر نزدیک به ۳۰۰ بهمدار (بهروز یا بهمدار روستایی) که در عرض دو سال آموزش یافته بودند به روستاها اعزام شدند و بدین ترتیب در انتهای ۵ سال نزدیک به یک و نیم میلیون نفر از مردم روستاهای اطراف شیراز و شهرستان‌های دیگر استان‌های فارس، بلوچستان و خوزستان زیر پوشش برنامه روستایی گروه پزشکی اجتماعی دانشگاه شیراز درآمدند.

هدف نهایی گروه پزشکی اجتماعی آن بود که در برنامه‌های دانشکده پزشکی دانشگاه، مؤثر واقع شده و دانشجویان را با نیازهای بهداشتی و درمانی روستاهای ایران آشنا سازد. کادر آموزشی گروه پزشکی اجتماعی با پژوهش‌های گسترده خود نشان داده بود که بیشترین مسائل درمانی کشور از روستاها و با باروری بدون برنامه و گسترش جمعیت روستایی آغاز می‌شود که نتیجه آن بیکاری و مهاجرت روستاییان به مناطق شهری است (۸ و ۹)

تأکید زیادتری که درباره تنظیم خانواده در مناطق روستایی انجام شد موجب کاهش رشد جمعیت روستاها از ۳٪ به کمتر از ۲٪ در عرض پنج سال شد. تهیه آب آشامیدنی و برپاکردن حمام‌های بهداشتی نیز جز برنامه بهروزان در روستاها بود.

با وجود تلاش‌های فراوان برای تأثیرگذاری در برنامه‌های آموزشی دانشکده، متأسفانه گروه پزشکی اجتماعی نتوانست تغییری در برنامه‌های آموزشی دانشکده پزشکی شیراز به وجود آورد.

در آن زمان در دانشکده پزشکی دانشگاه شیراز تضاد عمیقی وجود داشت. گروهی در گروه داخلی اعتقاد داشتند، دانشگاه باید مرکز بهترین و عالی‌ترین آموزش درمان‌های پزشکی در سرتاسر کشور باشد و دانشگاه شیراز مرکز ارجاعی برای تمام کشور و حتی خاورمیانه قرار گیرد.

در حالی که گروه پزشکی اجتماعی بر این باور بود که در چنین حالتی این سطح عالی پزشکی تنها



برنامه‌ریزی و چگونگی آموزش با پزشکی اجتماعی همکاری نمود.

برنامه دانشکده پزشکی فسا بر پایه حل دشواری‌ها و توجه به نیاز آموزشی دانشجویان، همراه با فراگرفتن مهارت‌های پزشکی که بتواند برای جامعه‌ای که به آنها محول شده سودمند باشند، پایه‌گذاری شد. روش پذیرش دانشجویان نیز به کلی با سایر دانشگاه‌ها متفاوت بود. به این ترتیب که تنها داوطلبان با مدرک دیپلمه که در شهرهای کوچک درس خوانده و زندگی کرده باشند می‌توانستند در امتحان ورودی این دانشکده حضور یابند. دانشجویان شیرازی و سایر شهرهای بزرگ ایران که در شهر خودشان دانشکده پزشکی داشتند نمی‌توانستند در آزمایش ورودی دانشکده پزشکی فسا شرکت کنند. اگر دانشجویان نمره قابل قبولی در امتحان کتبی کسب می‌کردند، در یک مصاحبه شفاهی شرکت می‌کردند تا هدف و علاقه آنها به رشته پزشکی مورد بررسی قرار گیرد. هر داوطلبی می‌بایست با دست کم دو نفر از کادر آموزشی دانشکده پزشکی فسا مصاحبه نموده و مورد پذیرش قرار می‌گرفت (۱۱ و ۱۲).

#### کادر آموزشی

کادر آموزشی دانشکده پزشکی فسا از بین دستیاران گروه پزشکی اجتماعی که دوره روش‌های آموزش را گذرانده بودند انتخاب می‌شدند. همچنین از بین کادر پزشکی و آموزشی دانشکده پزشکی شیراز آنهاایی که علاقه‌مند به خدمت داوطلبانه در فسا بودند نیز انتخاب می‌شدند. خوشبختانه ۱۰ نفر از استادان دانشکده پزشکی شیراز به طور متناوب در آموزش دانشکده پزشکی فسا شرکت نمودند.

#### ساختمان و تسهیلات

نزدیک به ۵۰۰ هزار مترمربع زمین از سوی یکی از زمینداران شهر فسا هدیه و نزدیک به ۱۲ هزار مترمربع زیربنا برای دانشکده پزشکی فسا ساخته شد. پیش از آغاز ساختمان نیز چاه عمیقی حفر و نزدیک به ۵۰۰۰ درخت محلی در این زمین کاشته شد.

همچنین کتابخانه‌ای با ۱۵۰۰ کتاب پزشکی که بیشتر به زبان انگلیسی بود همراه با اشتراک ده مجله بزرگ

کمتر توجه شده است. به این ترتیب تمام تلاش این گروه بر آن بود که بتوانند برای به کارگیری دانش موجود برای جامعه سودمند باشد.

گروهی که در شیراز طرفدار برقراری مرکز عالی پزشکی بودند، به رهبری دکتر خسرو نصر با همکاری دکتر اصغر رستگار و دکتر فرامرز اسماعیل‌بیگی توانستند برنامه‌ریزی گسترده‌ای در دانشکده پزشکی شیراز به وجود آورند که فارغ‌التحصیلان رشته داخلی بتوانند استادان خوبی برای دانشگاه‌ها بوده و از سویی "برد داخلی" آنان مورد پذیرش برای استخدام کشوری و دانشگاهی باشد و بدین ترتیب نیازی به خارج رفتن نداشته باشند. این هدف با اهداف گروه پزشکی اجتماعی هماهنگی داشت و بنابراین تضادهای یاد شده در بالا را کاهش می‌داد، از سویی دکتر نصر که رئیس دانشکده بود تمام استادان و به ویژه رؤسای گروه‌ها را تشویق می‌نمود که همراه سایر استادان به درمانگاه‌های روستایی رفته و از نزدیک دشواری‌های روستاییان را مشاهده نمایند. به این ترتیب این گروه توانستند سطح آموزش را در دانشگاه شیراز بالا ببرند ولی در عین حال بر این باور بودند که نیاز جامعه بسیار مهمتر است و به همین دلیل با گروه پزشکی اجتماعی نیز همکاری بسیار نزدیک و صمیمانه‌ای داشتند.

#### دانشکده پزشکی فسا

با وجودی که دو گروه یاد شده در بالا با هم همکاری نزدیک داشتند ولی به هیچ وجه تغییر عمده و بنیادی در سیستم آموزشی دانشگاه به وجود نیامد. بنابراین پس از مشورت با همکاران و دوستان، گروه پزشکی اجتماعی دانشگاه تصمیم گرفت که در شهرستان‌های کوچک استان فارس دانشکده‌ای دیگری تأسیس نماید که دانشجویان آن از شهرستان‌های کوچک برگزیده شده و سیستم آموزشی آنان بر پایه نیازهای جامعه و روستاها پایه‌گذاری شود. با این هدف برای نخستین بار برای تأسیس دانشکده‌ای محلی برای تربیت پزشک جامعه‌نگر، در شهر فسا انتخاب شد و برنامه‌ریزی برای چگونگی آموزش و هدف دانشکده به روشنی معلوم و با کادر آموزشی در میان گذاشته شد. افزون بر آن گروه آموزش پزشکی نیز برای

انتخاب شده بودند در فسا مشغول آموزش پزشکی شدند.

در سال ۱۳۵۷ و پس از انقلاب اسلامی روش‌های یاد شده که در دانشکده پزشکی فسا اعمال می‌شد از میان برداشته شد و دانشکده پزشکی فسا نیز مانند سایر دانشکده‌های پزشکی ایران به کنکور سراسری کشور پیوست و دوباره این دانشکده مانند سایر دانشگاه‌های پزشکی از فارغ‌التحصیلان تهرانی و شیرازی پر شد.

در سال ۱۳۹۴ پژوهش کوتاهی درباره فارغ‌التحصیلان دانشکده پزشکی فسا انجام شد که به روشنی نشان داد بیش از ۹۰ درصد فارغ‌التحصیلان دو سال اول دانشکده پزشکی فسا که از سوی گروه پزشکی اجتماعی هدایت می‌شد، در خود استان فارس به کار مشغول بودند در حالی که از بین فارغ‌التحصیلان دانشگاه‌های برتر ایران یعنی دانشگاه تهران، دانشگاه شهید بهشتی و دانشگاه شیراز نزدیک به سه هزار نفر پس از انقلاب اسلامی به آمریکا مهاجرت نموده بودند (۱۲ و ۱۳).

هدف نهایی گروه پزشکی اجتماعی از به وجود آوردن دانشکده پزشکی فسا در درازمدت به وجود آوردن یک کارگاه بزرگ پژوهشی برای نسل‌های بعدی بود که در سال‌های آینده بتوانند چگونگی آموزش تازه در برابر آموزش‌های سنتی سایر دانشگاه‌ها و همچنین تأثیرگذاری و بازده تندرستی به بهزیستی جامعه را نسبت به هزینه‌ها به دست آورند.

دانشگاه Harvard در نیم قرن گذشته در آمریکا با به وجود آوردن یک برنامه همگانی در جامعه شهرک Framingham مطالعه جامعی درباره تمامی مردم آن به وجود آورده است که هنوز هم ادامه دارد. این پژوهش کلی بدون تردید بالاترین و بیشترین دستاوردهای پزشکی را در حیطه قلب و عروق به دنیا ارائه کرده است. در شیراز آرزوی و رؤیای نویسنده بر این بود که همان‌گونه که در دانشگاه هاروارد مطالعه‌ی کل جامعه به وجود آمده بود، در دانشگاه شیراز نیز موسسه‌ای به وجود آید که بتواند دست کم ناحیه و یا منطقه‌ای از استان فارس را برای مطالعه کل جمعیت انتخاب و روی آنها مطالعات پزشکی، بهداشتی و آموزشی به عمل آورد.

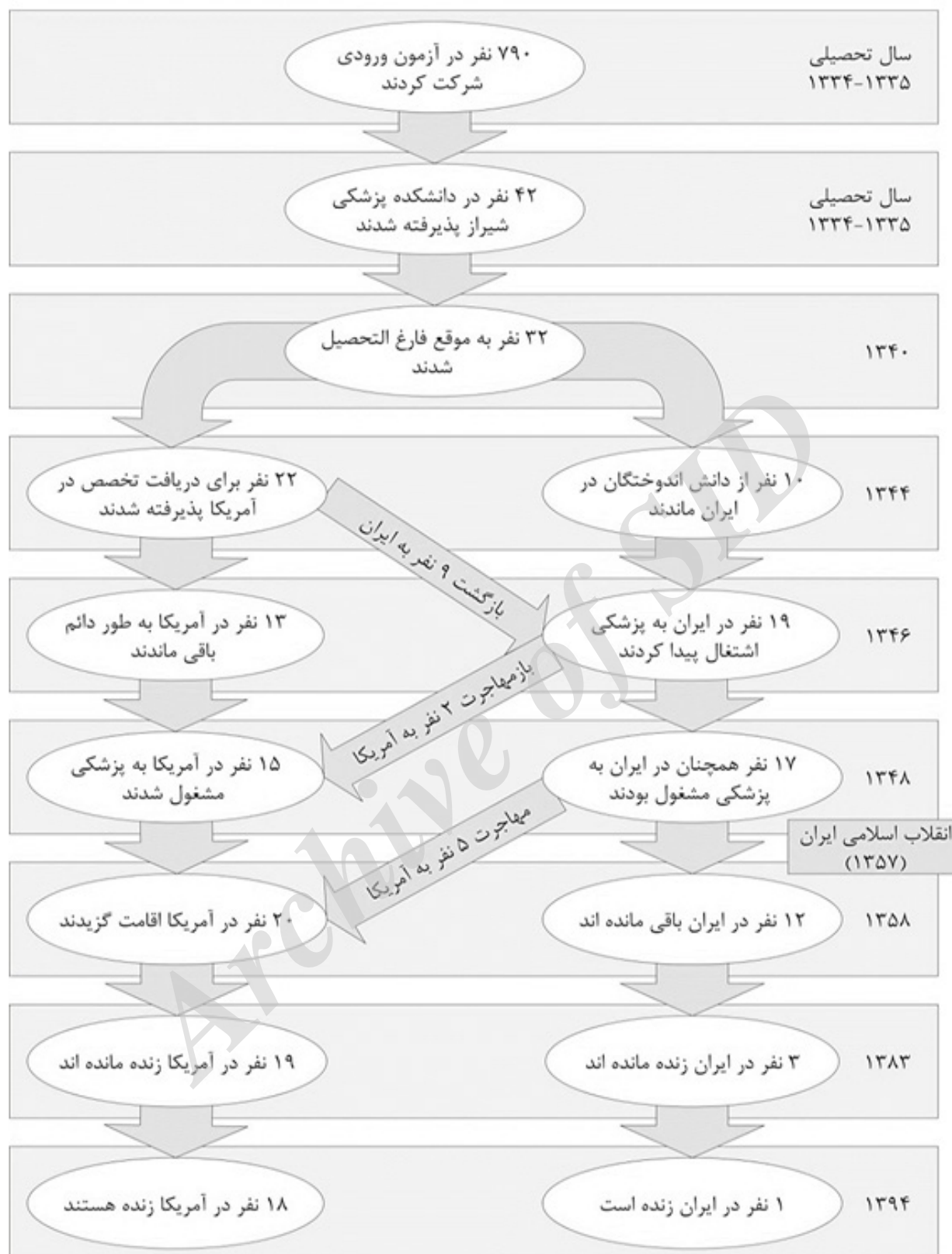
علمی بین‌المللی برای دانشکده تهیه و در دسترس قرار گرفت. مسئول کتابخانه یکی از دانش‌اندوختگان موسسه Pratt در نیویورک بود که به استخدام دانشکده درآمد. با همکاری گروه پاتولوژی دانشکده پزشکی شیراز تعداد ۳۰ میکروسکوپ خریداری و سایر تسهیلات برای میکروبی شناسی و آسیب شناسی نیز تهیه شد.

### برنامه‌های آموزشی دانشکده پزشکی فسا

ویژگی آموزشی دانشکده پزشکی فسا بر پایه مشکل گشایی پایه گذاری شده بود. بدین ترتیب که دانشجویان پزشکی از همان روزهای سال اول تحصیلی به کلینیک‌های روستایی و یا شهری گسیل می‌شدند، در آنجا زیر نظر مربیان خود با بیمار تماس داشتند، از شرح حال بیمار جستجو می‌نمودند و با برنامه تعیین شده برای هر گروه دانشجویی بخشی از بدن مورد بررسی قرار می‌گرفت. برای نمونه دانشجویان را با بیمارانی که گرفتاری‌هایی در حفره شکم داشتند در تماس قرار داده و آشنا می‌کردند و سپس آنان در گروه‌های کوچک با مربی خود از محتویات اندام‌هایی که در حفره شکم قرار گرفته است گفتگو انجام می‌دادند. با نشان دادن حفره‌های پلاستیکی بدن انسان دانشجویان متوجه می‌شدند که چه اندام‌هایی در داخل شکم قرار گرفته است و برای دو هفته آینده یک به یک اعضای داخل شکم مانند کبد، کلیه، طحال، معده و روده‌ها مورد مطالعه دانشجویان قرار می‌گرفت.

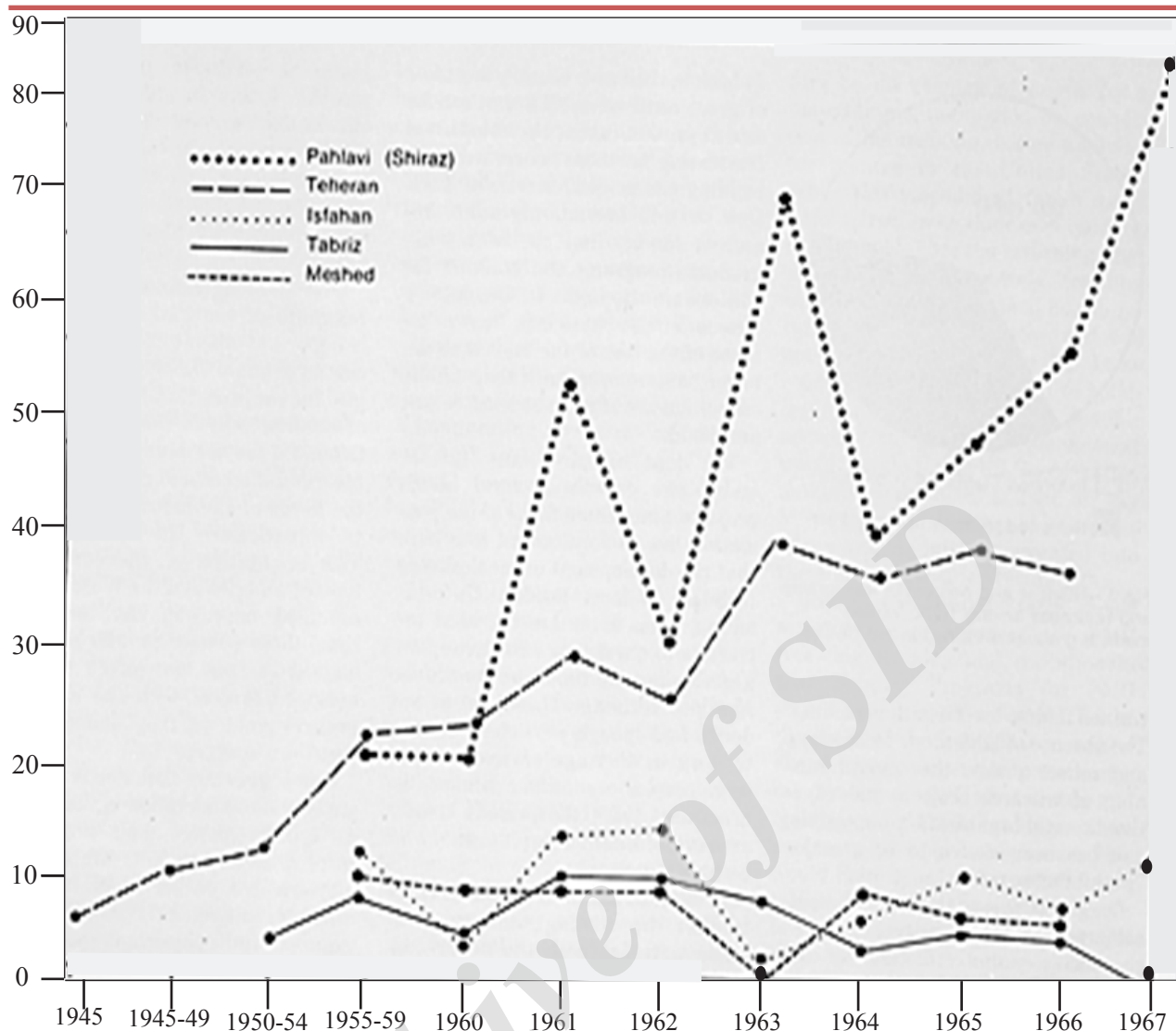
دانشجو پس از اینکه با بیماری که مبتلا به دل درد یا تورم شکم بود روبه‌رو می‌شد احساس می‌کرد که نیاز دارد بداند در داخل حفره شکم چه اندام‌هایی وجود دارد و ساختمان آنها از چه قرار است و بنابراین خود دانشجوی به گونه‌ای فعال به دنبال یادگیری آناتومی، فیزیولوژی و پاتولوژی آنها می‌رفت. دانشجویان که در گروه‌های ۵ تا ۶ نفره بودند هر کدام مأمور می‌شدند که یکی از اندام‌ها را انتخاب کرده و درباره آن به طور گسترده مطالعه نمایند و روز بعد برای سایرین توضیح دهند.

بدین ترتیب دانشکده پزشکی فسا آغاز به کار کرد و پس از دو سال ۳۷ دانشجوی پزشکی که همگی از شهرستان‌های استان فارس و استان‌های مجاور



شکل شماره ۱- سرنوشت نهایی دانشجویان سال تحصیلی ۳۵-۱۳۳۴ دانشکده پزشکی دانشگاه شیراز





شکل شماره ۲- نمودار مهاجرت پزشکان ایرانی به آمریکا در سال ۱۳۵۱

## REFERENCES

1. Immigration of Iranian Doctors to the United States. *Journal of Medical Council of Iran*, 1973(3):1-8.
2. Ronaghy HA, Kathleen C, Timothy D. Baker. "Physician Migration to the United States: one country's transfusion is another country's hemorrhage." *JAMA* 227.5(1974):538-42.
3. Ronaghy, HA, Kathleen N, Williams D, Timothy D. Baker. "Immigration of Iranian Physicians to the United States, A Ten-year Follow-up of Graduates of Shiraz Medical School" *Pahlavi Med J*.4(1973):147-93.
4. Mehr Farhang. *My Concubines* (Farhang Mehr Workbook). New Era Communication, 2013.
5. *Journal of Medical Council of Iran*, July 23, 1970.
6. Ronaghy H A, Khosrow N. "Medical Problems of Developing Nations: An Attempt to Bring Medical Care to Rural Communities in Iran." *British Medical Journal* 1.5691(1970):295.
7. Ronaghy HA. "Kavar Village Health Worker Project." *Journal of Tropical Pediatrics and Environmental Child Health* 24.1(1978):13-60.

8. Ronaghy H A, et al. "Insertion of IUDs by Rural Midwives in Iran." *Public Health Reports* 90.6(1975):498.
9. Ronaghy HA, et al. "The front Line Health Worker: Selection, Training, and Performance." *American Journal of Public Health* 66.3(1976):273-77.
10. Ronaghy HA, Steven L Solter. "The Auxiliary Health Worker in Iran." *The Lancet* 302.7826 (1973): 427-29.
11. Joorabchi B. "The Fassa Project-a Medical School without Walls." *MedicalTeacher* 1.1(1979):31-35.
12. RonaghyH A, Khosrow N. "Fasa University Medical School: a Novel Experience in Medical Education." *Journal of Advances in Medical Education & Professionalism* 2.1(2014):51.

Archive of SID