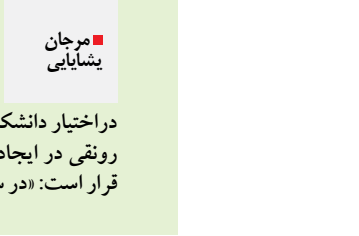


حرف‌های دکتر حسینیعلی رونقی درباره پروژه مراکز بهداشت و درمان روستایی

خطر کنیم و از چیزی تترسیم

پروفسور حسینیعلی رونقی را در تهران ملاقات کردم. در ۸۶ سالگی با امید و انرژی از کارهای انجام داده و انجام نداده می‌گوید و افقی امیدبخش از سلامت و درمان جلوی چشمان مخاطب ترسیم می‌کند. حرف‌ها و انتقاداتی هم از نظام فعلی درمان به‌خصوص در زمینه آموزش دارد و آنقدر به این آموزش اهمیت می‌داده که نیمی از اموال خود را در اختیار دانشکده پزشکی فسا که خود بنیانگذار آن بوده، گذاشته است. مختصری از آنچه دکتر حسینیعلی رونقی در ایجاد و گسترش شبکه سلامت و درمان روستایی انجام داده، به گزارش دانشگاه شیراز از این قرار است: «در سال ۱۳۵۰ به همت دکتر حسینیعلی رونقی، متخصص بیماری‌های کلیه و استاد بالینی بخش



پروفیسور حسینیعلی رونقی در تهران

■ اگر اجازه بدهید از اول شروع کنیم.
من در سال ۱۳۳۴ وارد دانشکده پزشکی شدم. ما حدود ۸۹۰ نفر فارغ‌التحصیل دبیرستان‌های شیراز و ایران بودیم که از بین ما ۴۲ نفر توانستند وارد دانشکده پزشکی شیراز شوند. نظام آموزشی طوری بود که انگار عده‌ای برای دیپلم غربال شده بودند، عده‌ای برای دانشکده پزشکی و حتی با ورود به دانشکده باز هم غربال‌هایی بود که هر کسی نمی‌توانست از آن عبور کند. از این ۴۲ نفر، تنها ۳۲ نفر پزشک شدند. غربال چهارم سفر این عده به آمریکا برای گرفتن تخصص و فوق‌تخصص بود. از این ۳۲ نفر، ۲۴ نفر به آمریکا رفتند که من هم جزو این عده بودم. از این ۲۴ نفر، ۹ نفر به کشور خود برگشتند که ۷ نفر مشغول تدریس در دانشگاه و ۲ نفر بقیه مشغول طبابت شدند. بعد از یکی-دو سال ۲ نفر دیگر از آمریکا بازگشتند. به این ترتیب، از عده‌ای که به آمریکا رفته بودند، ۱۷ نفر به ایران برگشتند. سال‌ها گذشت و با وقوع انقلاب اسلامی، همه پزشکان متخصصی که از آمریکا بازگشته بودند، دوباره کشور را ترک کردند؛ یعنی درنهایت می‌بینیم از ۸۹۰ نفری که در آن موقع در کنکور شرکت کردند و می‌توانم بگویم از درسخوان‌ترین بچه‌های آن زمان بودند، ۱۲ پزشک در ایران و ۲۰ نفر در خارج از کشور ماندند.

این موضوع مهاجرت جمعی پزشکان به آمریکا فکرم را مشغول کرد و خواستم بدانم این فقط مختص کلاس ما بوده یا متلابه همه فارغ‌التحصیلان پزشکی است. در سال ۱۳۵۰ شروع به تحقیق در این باره کردم. به کمک دانشگاه جان هاپکینز که تحقیقات را آنجا شروع کرده بودم، فهرست تمام پزشکان ایرانی ساکن آمریکا در اختیارم قرار گرفت و بعد از بررسی آمارها فهمیدم، ۹۰درصد از فارغ‌التحصیلان پزشکی شیراز و ۴۰درصد از پزشکان فارغ‌التحصیل دانشگاه تهران به آمریکا مهاجرت می‌کنند. در مورد دانشگاه‌های اصفهان، اهواز و تبریز، این نسبت حدود ۱۲–۱۰درصد بود.

آمارها شوکه‌ام کرد. در جریان تحقیقم برای پزشکان زیادی پرسشنامه فرستادم و دلیل ماندنشان در آمریکا پرسیدم. نتایج تحقیقات را اول در ایران در سال ۱۳۵۱ در اولین دومین شماره از نشریه نظام پزشکی منتشر کردم. طبعاًکسی مطلب را نخواند و به آن توجه نکرد. بعد از آن، دانشگاه جان‌هاپکینز از من خواست همان مقاله را در نشریه پزشکی آمریکا چاپ کنم. به محض انتشار این مقاله در نشریه پزشکی آمریکا، روزنامه شبکاگو تریبونی مقاله من را چاپ کرد. درواقع ماحصل تحقیقم این بود که تقریباً تمام پزشکیانی که به خرج ایران درمی‌آورند. پس چرا دانشگاه‌های ایران درشان باز است؟ خب، روزنامه‌نگاران هم کمی به قول معروف نغناغ داغ مطلب را زیاد کردند و از قول یک استاد دانشگاه ایران؛ یعنی من تیتُر زدند که دانشگاه‌های ایران نباید باز باشند! آن موقع‌ها سفارت ایران در واشنگتن بریده همه روزنامه‌های درباره ایران را جمع‌آوری می‌کرد. بریده گزارش من به وزارت خارجه و سپس خبر به ساواک رسید. ساواک بدون تحقیق درباره آنچه نوشته بودم، به دانشگاه شیراز دستور داد من را که آن موقع استاد رشته پزشکی بودم به جرم انتشار مطالب علیه امنیت کشور اخراج کنند. دستور اخراج که می‌رسد، آقای دکتر فرهنگ مهر، رئیس وقت دانشگاه شیراز، درباره من از معاونش، دکتر قوامی، پرس‌وجو می‌کند. دکتر قوامی هم جواب داده دکتر رونقی از نظام آموزش پزشکی ایران انتقاد کرده که چرا همه محصولات این نظام باید راهی آمریکا شوند. ظاهراً حرف من از نظر دکتر فرهنگ مهر اشکالی نداشته و اظهار علاقه می‌کند صحبت‌هایم را گوش کند. خلاصه اینکه در یکی از جلسات سخنرانی من حاضر شد و آخر سخنرانی در آغوشم کشید و پرسید حضری همین حرف‌ها را در حضور شاه هم بگویی؟

من خود را پژوهشگر می‌دانستم و اطمینان داشتم کارهایم مبنای علمی دارد، پس دلیل نداشت از ابراز آنها بترسم. مدتی بعد شاه به شیراز آمد و موقع حضور او در دانشگاه پهلوی دوباره حرف‌های قبلی‌ام را تکرار کردم. این را هم بگویم که من در زمانی که هنوز دانشجوی نشده بودم، به دلیل ایراد یک سخنرانی در طرفداری از دکتر مصدق، ۶ ماه زندان انفرادی افتاده بودم؛ یعنی می‌بینید که پرونده مناسبی از نظر امنیتی نداشتم. فراموش نمی‌کنم وقتی داشتم به شاه گزارش می‌دم، چند نفر محافظ او از ترس اینکه گزندى به جان شاه برسد، دوره‌ام کرده و هر حرکتم را مراقب بودند.

■ فکر می‌کنید این فرار مغزها در آن سال‌ها به چه علت بود؟

شاه هم دقیقاً همین را از من پرسید. برایش توضیح دادم که اختلاف درآمد زیاد متخصصان در ایران و آمریکا خیلی زیاد است. آن موقع یک پزشک متخصص در ایران ۷۰۰ تومان حقوق می‌گرفت، اما درآمد او در آمریکا ۷هزار دلار بود.

همچنین دوره سربازی از عوامل مهاجرت دسته‌جمعی فارغ‌التحصیلان پزشکی پیش از انقلاب بود. البته به شاه گفتم بعضی دلایل اجتماعی هم وجود دارد چون نمی‌توانستم به او بگویم «از شما خوششان نمی‌آید!»

■ بعد از آن تغییری هم ایجاد شد؟
به هویدا دستور بررسی و پیگیری داده شد. قرار شد به شاه گزارش بدهند. سربازی ۲ساله تبدیل به ۱۳ماه شد. دستور داده شد زمین‌های اوقاف دراختیار فارغ‌التحصیلان پزشکی قرار گیرد و از طرف بانک هم وام‌هایی به آنها داده شد. حقوق هم از ۷۰۰ تومان به ۴هزار تومان رسید.

■ شما از مبتکران گسترش شبکه سلامت و درمان در روستاها و شهرهای کوچک ایران بودید که هنوز آثار مثبت آن را می‌توان مشاهده کرد. لطفاً در این باره برایمان توضیح دهید.

در سال ۵۳، در کل ایران ما فقط ۱۴هزار پزشک و ۵۰هزار واحد روستایی داشتیم، از این ۴هزار پزشک تقریباً ۱۲هزار نفر در تهران و شهرستان‌های بزرگ ساکن بودند. ۲۰درصد مردم آن‌موقع روستایی بودند و این به این معنی بود که ۷۰درصد از جمعیت ایران تنها از خدمات

۱۰درصد پزشکان برخوردار می‌شدند. واضح بوداگر می‌خواستیم برای همه این مناطق پزشک تربیت کنیم، ۴۰–۳۰سالی طول می‌کشید. ۲ مساله اینجا مهم بود؛ اول اینکه دانشجویان دانشکده‌های پزشکی شهرهای بزرگ مانند تهران، شیراز، اصفهان، مشهد، تبریز، تماماً از دانش‌آموزان دبیرستان‌های درجه اول مثل البرز و انوشیروان دادگر و خوارزمی بودند. طبیعی است این افراد بعد از فارغ‌التحصیلی حاضر نمی‌شدند در روستاها یا شهرهای کوچک مشغول درمان شوند.

به نظر من که همان موقع هم گفتم، پزشکی یک شغل شهری است، نه شغل روستایی، پس باید تغییری در این نظام ایجاد می‌شد.

دلیل اینکه هیچ کلام از ما پزشکان به روستاها نمی‌رفتیم این بود که همه ما زاده و ساکن افرادی نه از نظر اجتماعی و امکانات زندگی و نه از نظر اقتصادی تاب محیط‌های روستایی را ندارند و نه اینکه در محیط‌های کوچکی مانند روستا به چنین تخصصی نیاز بود. بیماری‌های روستایی اغلب بسیار شایع و مشترک هستند و با برخی آموزش‌ها می‌توان این بیماری‌ها را تشخیص داد بنابراین راه‌حل این بود که افراد بومی با برخی آموزش‌های خاص برای درمان و سلامت شهرهای کوچک و روستاها به خدمت گرفته شوند.

در آن موقع به نظرم بهترین کار تغییر آموزش پزشکی دانشکده‌های ما بود. سال‌ها برای قبولاندن این نظر کوشش کردم اما موفق نشدم. برنامه‌های درسی دانشکده‌های پزشکی عوض شدنی نبودند و نیستند.

■ زمان این برنامه‌ها کی بود؟
سال‌های ۱۳۵۳–۱۳۵۲، حدود ۵ سال قبل از انقلاب.

■ یعنی به نظر تان چه تغییراتی باید در این برنامه‌ها داده می‌شد؟

فکر می‌کردم و هنوز هم فکر می‌کنم، دانشجوی پزشکی به جای اینکه مدام با تخت بیمارستانی در بیمارستان‌های دانشگاه و استادان خود در ارتباط باشد باید از همان ابتدای ورود به این رشته، به درمانگاه‌های شهر و روستا برود و آشنا بشود. دانشجویا باید بفهمند مشکل مردم و کشور کجاست، نه اینکه تمام مدت آموزششان در بیمارستان‌های لوکس یا دانشگاهی بگذرد. من گفتم بچه‌های پزشکی از همان اول باید بروند به روستاها اما موفق نشدم.

فکر می‌کردم و هنوز هم فکر می‌کنم، دانشجوی پزشکی به جای اینکه مدام با تخت بیمارستانی در بیمارستان‌های دانشگاه و استادان خود در ارتباط باشد باید از همان ابتدای ورود شهر و روستا برود و آشنا بشود. دانشجویها باید بفهمند مشکل مردم و کشور کجاست، نه اینکه تمام مدت آموزششان در بیمارستان‌های لوکس یا دانشگاهی بگذرد

■ فکر می‌کنید دلیل این عدم موفقیت چه بود؟

گروه‌های جراحی و تخصصی اطفال و زنان و رشته‌های دیگر در این نظام قوی بودند و طبیعتاً اجازه نمی‌دادند دانشجویانشان به روستاها بروند بنابراین آن موقع به نظرم چهاره این بود که دانشکده‌های پزشکی در شهرستان‌های کوچک بسازیم که فقط از همان اطراف مثلاً فسا، داراب، استهبان و جهرم دانشجو بپذیرند و هیچ دانشجویی که متولدشیراز باشد یا حتی در شیراز درس خوانده باشد، مجاز به تحصیل در آن دانشکده‌ها نباشد.

این کار با کلنجار زیاد با وزارت علوم پیش رفت و من درواقع نظرم این بود که این افراد از طریق کنکور سراسری هم پذیرفته نشوند. البته این دانشکده‌ها امتحانات ورودی خاص خود را داشتند اما دانشجو از شهرهای بزرگ نمی‌گرفتیم. بعدها این ترتیبات به هم ریخت و پذیرش دانشجو در این دانشکده‌ها هم از طریق کنکور سراسری انجام شد. در همان تحقیقاتی که گفتم انجام دادم و چاپ هم شد، فهمیدم پزشکیانی که برای همیشه به آمریکا مهاجرت کرده‌اند، اغلب ساکنان شهرهای بزرگ بوده‌اند، مثلاً آن موقع اغلب از کالج البرز آمده بودند. خاطرم هست دکتر مجتهدی، مدیر دبیرستان البرز پیش از انقلاب، برای باز دیدی به لس‌آنجلس آمده بود و فارغ‌التحصیلان البرز برایش مراسم بزرگداشتی گرفتند. بسیاری از برگزار کنندگان از دانش‌آموزان البرز بودند. همان موقع به این فکر افتادم که باید دانشکده‌هایی بسازیم که از مردم بومی دانشجو بپذیرند. پیشنهاد دادم در همه شهرستان‌های کوچک دانشکده‌هایی



دکتر حسینیعلی رونقی در شیراز

ساخته شوند که برنامه درسی‌شان با دانشکده‌های بزرگ تفاوت داشته باشد و متناسب با نیاز جوامع محلی آموزش داده شوند. یکی از مسائل کشورهای درحال توسعه این است که همه درباره مشکل صحبت می‌کنند و کمتر صحبتی از راه‌حل زده می‌شود. به نظر من ما کشورهای در حال توسعه باید فکر کنیم و راه حل‌ها را بیابیم. از بحث خارج نشویم، قرار ما در دانشکده‌های کوچک این بود که دانشجو را از لحظه ورود به دانشکده با بیمار و بیماری آشنا کنیم و او را بالای سر بیمار ببریم. این کار کمک می‌کرد دانشجو بتواند درباره مشکلات درمان روستایی فکر کند. دانشجویان را در گروه‌های چندنفره در روستاهای مختلف تقسیم می‌کردیم و از آنها می‌خواستیم ببینند گرفتاری آن روستاها چیست.

■ در صحبت‌هایتان به پزشکی اجتماعی اشاره کردید. منظور تان از پزشکی اجتماعی چیست؟

من از معتقدان و شاگردان حافظ هستم، خواستم طرحی نو دراندازم و طرح نو این بود که با جامعه شروع کنیم. این یک تخصص بین‌رشته‌ای است؛ یعنی هم پزشکی است و هم سیاست‌گذاری. منظور مدیریت پزشکی بود. پزشکی اجتماعی هنوز درباره مسائل ایران پژوهش می‌کند. برنامه از اول این بود که پزشکی اجتماعی با بررسی اجتماع راه‌حل‌هایی برای برنامه‌های اجتماعی پیدا کند ولی متأسفانه امروز وزارت بهداشت خود این متخصصان پزشکان اجتماعی را مشکل می‌داند.

■ در این برنامه از کشورهای دیگر مثلاً کشورهای سوسیالیستی که نظام‌های سلامت گسترده و فراگیر دارند هم الگویی گرفتید؟

بله، آن موقع که این برنامه در ایران تدوین شد، سازمان جهانی بهداشت علاقه‌مند شد و از شانس مارتینس سازمان در آن موقع ایرانی بود. شادروان دکتر علی‌اکبر طب‌با به برنامه علاقه‌مند شدند و مراکز آموزش روستاپزشکی که ایجاد شدند، ایشان قبول کردند که شیراز مرکز این برنامه‌ها باشد و افرادی از کشورهایی مانند سودان و سومالی به شیراز آمدند تا الگو را ببینند و خود من هم مأموریت پیدا کردم در کشورهای سودان و سومالی و کشورهای خاوردور الگو را ارائه کنم.

شماره هفتصدمده‌یست و یک اردیبهشت نودهشت

داخلی، برنامه‌ریزی برای مرکزی که پروژه‌های بهداشت و درمان روستایی را اجرا و نظارت کند، آغاز شد. برای موفقیت این برنامه‌ها لازم بود این مرکز با چارچوبی آکادمیک و در تشکیلات رسمی دانشکده پزشکی ایجاد شود تا بتواند از پشتوانه لازم علمی برخوردار باشد و به صورت یک بخش آموزشی – پژوهشی هم‌تراز با سایر بخش‌های دانشکده عمل کند. از این جهت گروه پزشکی اجتماعی با هدف ارتقای آموزش علوم بهداشتی و طب پیشگیری در دانشکده پزشکی، تربیت نیروی انسانی بهداشتی – درمانی از سطح تخصصی تا رده‌های میانی و سطوح اولیه، انجام پژوهش‌های میدانی و جامعه‌گرا و کلاسوق آموزش و پژوهش کلاسیک به سمت نوعی جامع‌نگر و مبتنی بر نیازهای مردم شکل گرفت.»

دکتر حسینیعلی رونقی در شیراز

من این ایده را از ۲ جا گرفته بودم؛ اول اینکه در زمان جنگ دوم جهانی، اتحاد شوروی افرادی را برای درمان سربازانش به جبهه می‌فرستاد. جنگ که تمام شد، اینها دیگر کاری نداشتند. اتحاد شوروی آن موقع این افراد را که به آنها «پلچر» می‌گفتند به روستاها فرستاد و مدرسه پلچری هم ساختند که تجربه موفقی بود. به علاوه سفری به چین کردم و در این سفر با پزشکان پابرهنه چینی آشنا شدم.[پزشکان پابرهنه که از عناصر خاص تاریخ بهداشت و درمان چین هستند، پزشکان غیررسمی بودند که عمدتاً در سال‌های دهه ۶۰ تا ۸۰ قرن بیستم فعالیت می‌کردند و با دانش اندک خود دست به کار درمان روستاییان چینی شدند.] به نظرم کار بسیار جالبی آمد. ایده درواقع از تجربه‌های موفق این دو کشور آمد اما خوشبختانه اشتباه همیشگی را نکردیم؛ یعنی الگو را درست قبول نکردیم و آن را مطابق با شرایط خودمان تغییر دادیم. برای بومی‌سازی این برنامه‌ها به روستاها رفتیم و آماری از بیماری‌های شایع تهیه کردیم. ۹۰درصد از بیماری‌ها در زمستان‌ها سرماخوردگی و در تابستان‌ها اسهال و درصد کمی استخوان‌درد یا زانودرد یا ناراحتی‌های پوستی بود.

■ در حال حاضر یکی از مشکلات نظام سلامت ما بیماری‌های مزمن ناشی از تغذیه اشتباه و کم‌تحرکی مانند دیابت و فشار خون است. وضعیت این بیماری‌ها در آن موقع چطور بود؟

می‌توانم بگویم تقریباً وجود نداشت. آن موقع، بیماری‌ها همان‌ها بود که گفتم و طبیعا افراد غیرپزشک با برخی آموزش‌های خاص می‌توانستند برای این بیماری‌ها درمان‌هایی توصیه کنند.

■ یعنی به چه صورت؟
برای امتحان، از راننده جیبی که ما را در روستا این طرف و آن طرف می‌برد، خواستم به کار پزشکان روستا تکیه کند که چطور بیمار را مداوا می‌کنند. بعد از ۵–۴ ماه از آنها خواستم این کار را یاد بگیرند تا خودشان بتوانند این مداوا را انجام دهند. تصمیم بر این شد که این راننده‌ها با دیده‌ها و تجربیاتشان شروع به کار کنند و بیمار ببینند تا کار آنها با کار پزشکان مقایسه شود.

همکاران خودم مانند دکتر قوامی، دکتر نصر و دکتر رستگار را بردم تا نتیجه را ببینند. آنها متخصصان و رئیس‌ها و معاونان دانشکده بودند. قرار شد این آقایان در روستا بیمار ببینند و تجویزهای خود را گزارش کنند. در مرحله بعدی راننده‌های باتجربه تجویزهایشان را گزارش دادند. نتایج عجیب و باورنکردنی بود. ۹۵درصد از تجویزهای استادان دانشگاه و راننده‌های جیب دربارۀ بیماری‌های معمول و شایع روستا باهم همخوانی داشتند. ۵–۴درصد بیمارهایی بودند که باید برای درمان به شهر می‌رفتند. نتیجه همه اینها که گفتم این شد که چرا برای ۹۰درصد بیماری‌هایی که یک فرد با تحصیلات متوسط و آموزشی چندماهه می‌تواند درمان کند، نیروهای پزشک ماهرمان را روانه روستا کنیم؟ ماحصل این امتحان و نتیجه‌گیری آموزش روستاپزشک‌ها بود. امروز خوشحالم که دانشکده پزشکی در فسا مشغول آموزش است. این دانشکده حاصل عمر من است. به گفته سعدی؛

نام نیکی گر بماند ز آدمی
به کزو ماند سرای ماندگار
در آخر می‌خواهم شعری از اقبال لاهوری بخوانم؛
«زندگی در صدف خویش گهر ساختن است
در دل شعله فرو رفتن و نگذاختن است
مذهب زنده‌دلان خواب پریشانی نیست
از همین خاک جهان دگری ساختن است.»
باید خطر کنیم و جلو برویم و از اشتباه کردن نترسیم. آموزش روستاپزشک همان رفتن درون شعله بود. با تجربه‌اندوزی و بررسی و خطرپذیری می‌توانیم بدون گذاختن از شعله بیرون بیاییم. ■