

نیروی انسانی مورد نیاز برای خدمات پزشکی نخستین

دکتر سعید ط . مؤتمنی *

خلاصه

وسعت ، پراکندگی جمعیت و تعدد مناطق مسکونی در کشور ایجاب میکند که روش‌های جدیدی برای برآورد نیازمندی‌های درمانی و بهداشتی کشور انتخاب گردد. نسبت جمعیت به یک نفر پزشک در بعضی از نقاط کشور از یکصد هزار نفر تجاوز میکند. تربیت پزشکان جدید و بیشتر نه تنها نیاز به سالیان دراز دارد بلکه جذب پزشک در بیشتر نقاط بعلاوه معنود بودن افراد و مشکلات اجتماعی میسر نیست .

فرضیه «خدمات پزشکی نخستین» برداشت جدیدی را نسبت به مراجعات پزشکی مردم مطرح میسازد برآورد قسمت عمده نیازمندی‌های پزشکی از طریق تعلیم و تربیت افراد جدیدی در تحت عنوان «کارکنان خدمات پزشکی نخستین» امری معقول و ممکن بنظر میرسد. کارکنان پزشکی نخستین در موقعیت کشور لازم است در دو سطح لیسانس و دیپلم تربیت شوند .

نگاهی به خدمات پزشکی

نگهداری و بالابرد سطح سلامت اجتماع که خود یکی از مهمترین هدف‌های هر کشوری را تشکیل میدهد میتواند تنها براساس یک نظام خدمات درمانی و بهداشتی صحیح استوار گردد . کوشش در حفظ سلامت افراد نه تنها تامین یکی از حقوق طبیعی آنها را تشکیل میدهد بلکه بصورت اهرمی مؤثر ، نقش مهمی در بازدهی اقتصادی و شایستگی فردی بازی میکند .

هر نوع سازمان پزشکی برای تامین خدمات بهداشتی و درمانی بر مبنای نیروی انسانی آرموده میتواند پی ریزی گردد . کمبود نیروی انسانی پزشکی بزرگترین مشکل را بصورت یک مسئله جهانی طرح کرده است که حتی شیوه‌های خاص جلب مهارت‌ها و پرداخت بهای بیشتر نتوانسته است آن را برای کشورها حل نماید .

نقص خدمات پزشکی حتی در مقابل وجود نیروی انسانی لازم

* این مقاله در کنفرانس سالانه انجمن بهداشت ایران در تاریخ ۱۶ آذرماه ارائه

گاهی بصورت فقر خدمات پزشکی پیشرفته و زمانی بصورت کوتاهی‌های آشکار دربرآورد ساده‌ترین نیازمندی‌های پزشکی دیده میشود که نوع اول بظاهر در اثر عدم استفاده صحیح از پزشکان و شق دوم زائیده مشکلات ناشی از عدم دسترسی و شرایط اجتماعی و اقتصادی محلی است (۱).

تامین خدمات پزشکی بدنال رسوم و سنت‌ها فقط از پزشک متمور میباشد. پزشکی که امروزه راه طولانی برای آموزش و پرورش خود طی نموده است و مشکل تکنولوژی پزشکی بقدری در حال پیشرفت و دگرگونی است که حتی آگاه نگه‌داشتن پزشکان در تحولات جدید اغلب آسان نبوده و توسعه آن بصورت تخصص‌های باریک و دقیق، خدمات پزشکی عمومی را کنار زده است. رقم پزشکان متخصص از ۲۴۶۷ نفر به ۲۹۷۰ نفر یعنی از ۳۱٫۷ درصد به ۳۴ درصد در فاصله سالیهای ۱۳۴۹ و ۱۳۵۰ افزایش یافته است (۲ و ۳)

جدول شماره (۱) پزشکان متخصص و پزشکان عمومی در کشور

سال	تعداد کل پزشک	تعداد پزشک متخصص	در صد
۱۳۴۹	۷۷۸۰	۲۴۶۷	۳۱/۷
۱۳۵۰	۸۷۱۴	۲۹۷۰	۳۴

افرادی که سالیان متمادی از پزشکان خانوانگی استفاده می‌نمودند، امروزه برای تامین نیاز خود به متخصص روی می‌آورند و بسخن دیگر تخصص گرائی در خدمات پزشکی یکی از بزرگترین مشکلات را برای مصرف کننده و حتی خود پزشکان بوجود آورده است، وقت بسیاری از متخصصین برای رسیدگی به مشکلات ساده بیماران صرف می‌گردد. که بهیچوجه تناسب بانوع ومدت آموزش آنها ندارد. ازاینکه دانش پزشکی چگونگی باید در دسترس مردم قرار گیرد و آموزش پزشکی تا چه حدی میتواند پاسخگوی خواسته‌های مردم باشد اندیشه‌های بیشتری لازم است و کاوش دراین امر محتاج بررسی عمیق محتوای پزشکی وشيوه انجام خدمات پزشکی است.

تامین پزشک برای مراجعات مردم در صورتیکه از طریق پزشک عمومی فراهم گردد و چنانچه بطور متوسط برای هر فرد پنج‌بار در سال منظور شود (۴) باتوجه بهظرفیت خدماتی يك پزشک (ده هزار بازدید و مراجعه در سال) لازم است که ۱۵۰۰۰ پزشک در قسمت پزشکی عمومی بکار مشغول شوند این رقم بیش از سه برابر مجموع پزشکان عمومی در کشور است.

تامین پزشک برای چنین حجمی از خدمات در صورتیکه از طریق

افزایش سرعت در تربیت پزشک انجام بگیرد نه تنها بیش از ۳۰ میلیارد ریال (بر مبنای هر پزشک سه میلیون ریال) هزینه لازم خواهد داشت، بلکه بامیزان تولید فعلی بیش از ده سال وقت لازم خواهد بود تا ۱۰۰۰۰ پزشک دیگر فراهم گردد. در حالیکه نگاه دیگر نشان میدهد که فقط برای هر ۱۳۰۰ نفر نوزادی که در ایران چشم بجهان می‌گشایند فقط یک نفر پزشک جدید تربیت میشود و آنچه که در کشورهای پیشرفته میگذرد چهار برابر این رقم است (۵).

تاسیس دانشکده‌های پزشکی جدید یکی از طرقی است که جهان امروز آن را پذیرفته است و تعداد دانشکده پزشکی به جمعیت در کشور از حد متوسط جهانی که معادل یک دانشکده برای هر ۴ میلیون نفر است کمتر میباشد و جا دارد در توسعه دانشکده‌های جدید اقدام فوری بعمل آید.

آموزش پزشکی

راه دیگر بررسی مجدد محتوای پزشکی و تفکیک طولی و یا عرضی آن بمنظور تربیت گروه کثیری از پزشکان است که تقسیم طولی آن مشابه آنچه که در اتحاد جماهیر شوروی در راه تربیت پزشکان حاضر برای درمان، بهداشت و کودکان است و تقسیم عرضی اعزام بخدمت پس از چهار سال اول آموزش و پذیرش مجدد آنها برای چهار سال دیگر خواهد بود که چنین برنامه‌ای بدون شك آموزش پزشکی و زمان حساس آموزش را دچار اختلال خواهد کرد.

بنابراین آنچه که به نظر میرسد تجدید نظر در آموزش پزشکی نه تنها امیدبخش نخواهد بود بلکه نظیر اکثر گروه‌های کار که برای این منظور در گذشته تشکیل شده است طرح مسائل جدید دوره آموزش پزشکی را طولانی‌تر، محکم‌تر و پیچیده‌تر خواهد نمود.

توزیع پزشکان در کشور

مشکل دیگر توزیع ناهمگن پزشکان است بطوریکه رقم پزشکان در سال ۱۳۵۰ در تهران به نسبت یک پزشک برای هر ۷۵۰ نفر رسیده و نسبت مزبور در بعضی از نقاط کشور بیش از یکصد هزار نفر بوده و گاهی با تقلیل مواجه گردیده است (۶). مقایسه آماری که بر مبنای نشریه سال ۱۳۴۹ نظام پزشکی تنظیم شده در جدول شماره (۲) نشان داده شده است.

در نقاطی که پزشک در دسترس مردم بوده است نحوه استفاده از وقت پزشک بهیچوجه تابع نظم و ترتیب نبوده است. بطوریکه در بخش عمومی پزشک گاهی فقط یک دقیقه برای هر بیمار صرف میکند و روشن نیست چگونه میتواند مشکل بیمار را در چنین زمان کوتاه حل نماید و از هر ۱۰۰، ۱۳۰ بیمار فقط میتواند درمان یک بیمار را در بیمارستان دنبال نماید که در هر حال انتخاب چنین بیماری میتواند با اصول علمی استوار

جدول شماره (۲) پزشکان و پراکندگی جمعیت

جمعیت	مناطق	متوسط جمعیت برای يك پزشك
۵۲۷۰۲۴۴	استان مرکزی	تا ۱۰۰۰
-	-	۲۹۹۹ » ۲۰۰۰
۳۵۰۰۴۱۳	استانهای خوزستان و اصفهان	۳۹۹۹ » ۳۰۰۰
۲۴۲۳۹۴	فرمانداریکل سمنان	۴۹۹۹ » ۴۰۰۰
۲۵۳۸۳۶۳	استانهای فارس - بلوچستان فرمانداریکل یزد	۵۹۹۹ » ۵۰۰۰
۷۹۰۲۳۲۶	استانهای کرمانشاهان - مازندران خراسان و فرمانداریهای کل چهار محال بختیارى - بنادر و جزائر - استان کرمان	۶۹۹۹ » ۶۰۰۰
۴۲۹۷۱۵۵	استان آذربایجان شرقی و غربی	۷۹۹۹ » ۷۰۰۰
۲۸۴۵۰۱۲	استانهای گیلان - لرستان	۸۹۹۹ » ۸۰۰۰
۱۷۶۰۸۶۹	استانهای کردستان - همدان	۹۹۹۹ » ۹۰۰۰
۸۹۹۲۳۹	پویراحمدی	۱۰۰۰۰ و بیشتر
۲۹۲۵۶۰۱۵	جمع کل جمعیت	

جدول شماره (۳) پزشکان کشور و شهر تهران

سال	پزشکان کشور	پزشکان تهران	پزشک به جمعیت در تهران
۱۳۳۵	۴۰۰۰	نا معلوم	نامعلوم
۱۳۴۰	۶۱۰۰	۱۶۶۰	۱۰۴۶
۱۳۴۵	۷۶۰۰	۲۱۸۳	۸۷۲
۱۳۵۰	در حدود ۱۰۰۰۰	۴۰۰۰	۷۵۰

گردد. بنابراین میتوان گفت که شیوه تامین خدمات و استفاده از وقت پزشک بر پایه صحیح بنا نشده است، در حالیکه بنظر میرسد که بر اساس فرضیههای جدید مدیریت لازم است وقت چنین افراد پرارزش در خدمات ارشمندتری بکار گرفته شود.

برای آنکه بتوان وضع خدمات پزشکی وامکان تامین نیروی انسانی برای آنرا مشخص نمود لازم است نگاهی بهآمار و واقعیتهای اقتصادی و اجتماعی نمود. موقعیت جغرافیائی کشور از لحاظ پراکندگی جمعیت و آماری گویا

وسعت کشور وضع خاصی را بوجود آورده است در حال حاضر ۶۰ درصد از جمعیت مناطق روستائی در ۶۶ هزار آبادی پراکنده هستند که در این میان فقط ۳۰۸ آبادی جمعیتی بین ۲۵۰۰ تا ۵۰۰۰ نفر دارد و روستاها با جمعیت ۲۵۰ نفر و یا کمتر معادل ۷۲٫۵ درصد کل آبادیها را تشکیل میدهد . (جدول شماره ۴) .

جدول شماره ۴- پراکندگی جمعیت در نقاط روستائی

جمعیت	تعداد	بر آوردن کل جمعیت
کمتر از ۲۵۰ نفر	۴۸۳۱۴	۴ ۰۰۰ ۰۰۰ نفر
۲۵۰ - ۴۹۹	۱۰۴۱۵	۳ ۶۳۰ ۰۰۰
۵۰۰ - ۹۹۹	۵۳۱۴	۳ ۶۳۵ ۰۰۰
۱۰۰۰ - ۲۴۹۹	۲۰۸۷	۳ ۰۱۰ ۰۰۰
۲۵۰۰ - ۵۰۰۰	۳۰۸	۱ ۰۲۰ ۰۰۰
جمع	۶۶۴۲۸	۱۵ ۲۹۰ ۰۰۰

سکونت در آبادیهای کوچک نه تنها ترك نشده است بلکه بررسیهای بیشتر نشان میدهد که با توسعه ارتباطات و تسهیلات عمومی تعداد آبادیهای کوچک در حال افزایش است (۱) و از طرف دیگر آهنگ رشد جمعیت روستائی بهر آنب سریع تر از آهنگ شهرگرائی آنها است . نیازمندیهای پزشکی نقاط روستائی با ۱۲۰۰ نفر پزشک و با بطور متوسط بایک پزشک برای هر ۱۵۰۰۰ نفر تامین میگردد ، و از طرف دیگر شهرگرائی را نمیتوان برای روستاها چاره ای دانست چه رشد جمعیت بسرعت خلاء افرادی را که راه شهرها را در پیش میگیرند پر میکند . در فاصله دو سرشماری عدد مطلق جمعیت روستائی بیش از يك میلیون نفر افزایش یافته است .

كوشش برای جاب سکونت و خدمت پزشکان در نقاط روستائی بطور کلی توام باموفقیت نبوده است . بگفته یکی از متفکرین «جای تعجب است که بخواهیم افراد فنی در جاهائی که شرائط حرفه ای واجتماعی برای آنها تامین نیست سکونت و خدمت را بپذیرند» (۷) از سوی دیگر وجود شرائط خاص در نقاط دیگر و بخصوص بازار پررواج خارج کشور بیشتر سبب هجوم پزشکان به شهرها و یا مهاجرت آنها به خارج می گردد .

۱- تعداد نقاط ، جمعیت کمتر از ۵۰۰۰ نفر در سرشماری ۱۳۳۵ عبارت از ۴۹۰۵۴ و در سرشماری سال ۱۳۴۵ ، ۶۶۴۳۸ بوده است .

گروه کار سیاست خدمات درمانی عدم امکان استفاده از آموخته‌های تخصصی و نواقص موجود از لحاظ ارائه خدمت را موجب فرار ویامهاجرت دانسته‌اند (۸).

در نقاط روستائی پائین بودن سطح درآمد مشکل دیگری را طرح کرده است چنانچه در نقاط روستائی شیوه تامین درمان بنحوی باشد که در شهرها وجود دارد درآمد سرانه کمتر از ۱۰۰۰۰ ریال نه تنها هزینه درمان را بپوشاند بلکه هزینه‌های زفت و آمد غالباً طولانی را نیز باید جبران نماید (۸).

در سال ۱۳۵۰ سه میلیون موارد از بیماریها که در درمانگاه‌های روستائی گزارش شده است بیماریهای عفونی ۲۵ درصد و بیماریهای دستگاه گوارشی ۱۵ درصد بوده است.

بنابراین می‌توان گفت که خواست‌های عمومی را از نظر بهداشتی شکایت از بیماریها تشکیل میدهد نه آگاهی از موازین سلامتی.

شیوه دیگری که در تامین خدمات پزشکی مطرح است تجزیه و تحلیل نوع خدمات است که امروزه فرضیه خدمات پزشکی نخستین^۱ را بوجود آورده است.

خدمات پزشکی نخستین

بدون شك نمیتوان تعریف واحدی برای خدمات پزشکی نخستین تدوین نمود، و محتوای آن نسبت به سطح فرهنگ و امکانات هر کشور تغییر خواهد نمود. ولیکن آنچه که ارزش دارد اینست که پزشک با خصوصیات^۲ که بحث شد قادر نیست پاسخگوی مشکلات بیمار باشد و تربیت نیروی انسانی پزشکی بستگی به مدلی خواهد داشت که برای خدمات پزشکی در نقاط مختلف کشور پی‌ریزی گردد.

گروهی از کارشناسان انجمن پزشکان انگلستان در سال ۱۹۷۰ خدمات پزشکی نخستین را به خدماتی اطلاق نموده‌اند که برای کسب آن بیمار برای اولین بار مراجعه مینماید و در این تماس نظر مشورتی پزشک را خواسته و یا نوعی از درمان را جویا میگردد. (۱۰)

در تعریف دیگر خدمات پزشکی نخستین را معادل تماس اولیه^۱ دانسته‌اند عده‌ای خدمات پزشکی نخستین را راه حل ورود به خدمات ثانوی میدانند^۲. در هر صورت خدمات پزشکی نخستین را میتوان ۸۰ درصد مراجعات نسخ نشده اکثریت مردم دانست.

اغلب بیماری‌ها را در نقاط روستائی و نقاط محروم شهرها شکایات مردم تشکیل میدهد و تشخیص عبارت است از تعبیر آن به لغت دیگر. فندال^۳ بیماری‌ها را به دو گروه قابل دید^۴ و قابل ارجاع تقسیم میکند.

1_ Primary medical care .

1_ First contact 2_ View expressed 64 U. S. P. H. S.

3_ Fendall .N.R.E. 4_ Visible

در گروه اول پایه شناسائی را تشخیص علامتی دانسته و مواردی را چون سردرد، یبوست، اسهال، زخم‌های جلدی، بیماری‌های عمومی در گروه پیش‌گفت قرار میدهد و در گروه دیگر بیماری‌هایی را قرار میدهد که پزشک برای تشخیص آن از وسائل تشخیص پیچیده استفاده مینماید.

گروهی از پژوهشگران خدمات پزشکی نخستین را بطور تجربی در آلبانی آمریکا مورد مطالعه قرار داده و در این آزمایش از پرستار بعنوان عامل خدمات پزشکی نخستین استفاده نموده‌اند مطالعه از سال ۱۹۷۱ شروع شده است. گروه مزبور خدمات پزشکی نخستین را در یک واحد چنین تدوین نموده‌اند. (۴)

۱ - تامین مستقیم خدمات پیشگیری، نگهداری سطح بهداشتی و خدمات فوتوانی.

۲ - ایجاد مکانیسم برای تشخیص مسائل مهم پزشکی افراد (از طریق ارجاع بیماران).

۳ - ایجاد رابطه صحیح و طولانی بین مصرف کننده و فراهم کننده خدمات پزشکی.

۴ - جستجوی خدمات جامع برای بیمار.

۵ - تقلیل مسائل مربوط به مراجعه بیمار.

۶ - شرکت در تنظیم برنامه‌ها.

۷ - تسهیل مسائل مربوط به آموزش و نحوه استفاده از نیروی انسانی پزشکی نیروی انسانی لوازم برای خدمات پزشکی نخستین.

عده‌ای استفاده از حرف شناخته پزشکی چون پرستار را برای انجام خدمات پزشکی نخستین مناسب دانسته‌اند، ولیکن در کشورهایی که مشاغل مزبور نوبنیاد و کمبود صاحبان آن چشم‌گیر است استفاده از این افراد توصیه نمیگردد.

در سال ۱۹۶۸ سازمان بهداشت جهانی استفاده از کمک پزشک را لازم دانسته فاجر در اتحاد جماهیر شوروی

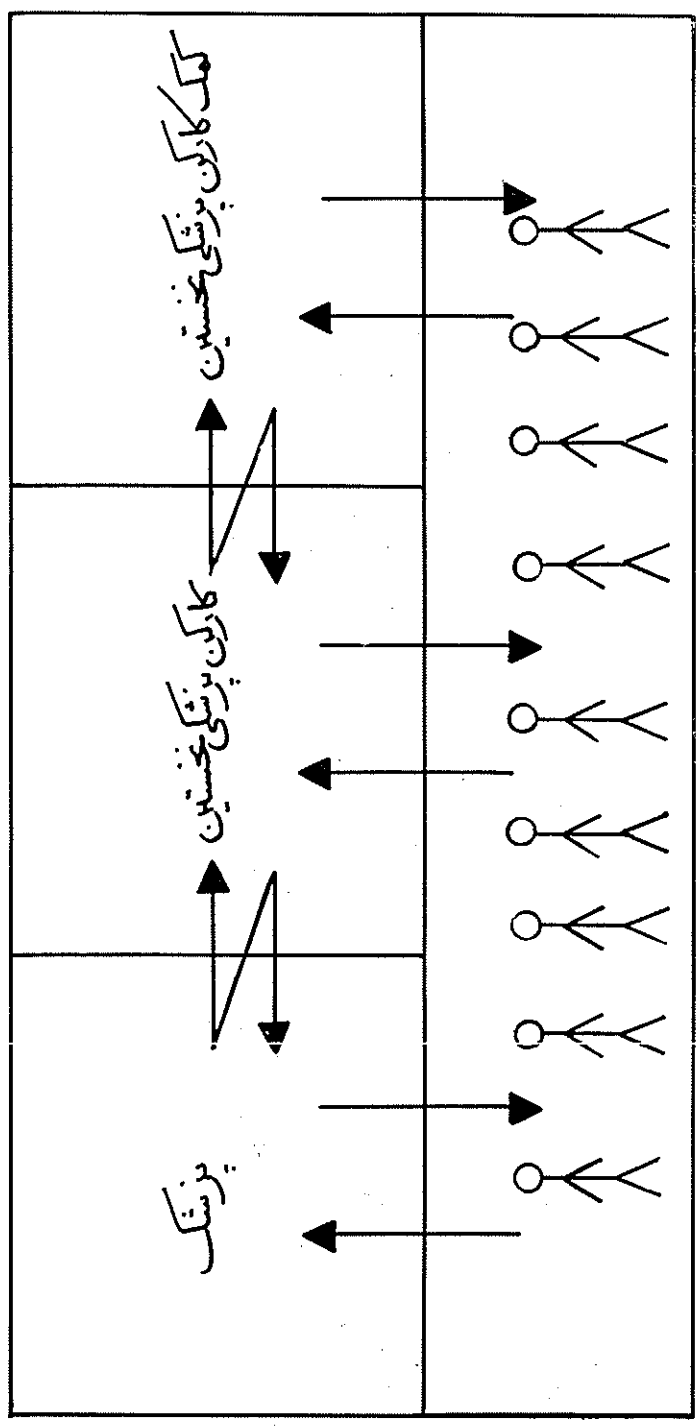
در سودان Medical Corpsman در آمریکا Entermeria در وتروئلا Adjoint medicaux de Service در الجزایر را مثال‌هایی

از آن شمرده است (۱۱).

در تجربه‌ای از دانشگاه پهلوی شیراز دیده میشود که از خدمات فرد لیسانس برای انجام خدمات پزشکی نخستین استفاده شده است. (۱۲)

شکستی که در استفاده از خدمات بهداران در گذشته حاصل گشته است ناشی از استقلال خدمات آن بوده است. خدمات آنها غالباً فراموش شده دور از نظارت و در محیطی محروم از تسهیلات لازم برای خدمت و سکونت بوده است.

نمای خدمات پزشکی و بیهوشی انشا



مسائل خاص جغرافیائی نظیر پراکندگی جمعیت ، فراوانی آبادی‌ها و کمبود پزشك در نقاط نیازمند ایجاب میکند که افرادی بعنوان كمك پزشك تربیت گردد. فردی که بتواند باآسانی ازعهده انجام کارهای ساده پزشکی، خدمات پیشگیری ، امور غیر پزشکی بیماران برآمده و دامنه خدمات پزشکی را به نقاط دور افتاده کشور بکشاند . چنین فردی برای همیشه میتواند نقشی در مجتمع خدمات پزشکی داشته باشد. توسعه مشاغل جدید نظیر روستا پزشك در صورتیکه بطور مجزا و مستقل از خدمات پزشك انجام بگیرد موجب دوباره کاری ، تقلیل سطح خدمات و تشکیل تمایز طبقاتی در خدمات پزشکی خواهد شد .

میزان دانش کارکنان خدمات پزشکی نخستین باید در سطحی باشد که مبادله اطلاعات بین او و پزشك باآسانی انجام گرفته و موجب اتلاف وقت پزشك نگردد .

برای آنکه عامل خدمات پزشکی نخستین بتواند قسمت عمده مسائل پزشکی را حل نماید حداقل به چهار سال آموزش نیاز خواهد داشت و این مدت او را برای دریافت لیسانس آماده خواهد ساخت. ولیکن باتوجه به تعداد روستاهای کشور لازم است فرد دیگری بعنوان كمك به او تربیت گردد تا بتواند در اجرای برنامه‌های بهداشتی نظیر تنظیم خانواده، جمع‌آوری نمونه‌های آزمایشگاهی و بازدید منازل به او یاری نماید.

برآورد نیازمندیهای درمانی و انجام برنامه‌های بهداشتی ایجاب میکند که هر فرد يك بار در ماه با مجتمع خدمات پزشکی در تماس باشد و چنین تصویری ۱۲ مراجعه برای هر فرد را درسال مطرح میسازد .

در صورتیکه در روستاها ۲ مراجعه به پزشك، ۵ مراجعه به کارکن خدمات پزشکی نخستین و ۵ تماس باكمك کارکن اختصاص داده شود و چنانچه میزان بازدهی بطور متوسط برای پزشك ۱۲۰۰۰ بار در سال و برای هر يك از دو گروه کارکنان پزشکی نخستین ۲۰۰۰۰ در نظر گرفته شود ، انجام چنین برنامه‌ای با ۳۰۰۰ نفر پزشك و ۴۵۰۰ نفر کارکن

جدول شماره (۵) نیروی انسانی لازم برای خدمات پزشکی عمومی

و نخستین در روستاها

تعداد مورد نیاز	میزان انجام خدمت درسال	تعداد مراجعه و یا تماس برای يك نفر	نیروی انسانی پزشکی
۳۰۰۰	۱۲۰۰۰	۲	پزشك (عمومی)
۴۵۰۰	۲۰۰۰۰	۵	کارکنان خدمات پزشکی نخستین
۴۵۰۰	۲۰۰۰۰	۵	كمك کارکنان »

خدمات پزشکی نخستین و ۴۵۰۰ نفر کمک کارکن پزشکی نخستین میسر خواهد بود .

در صورتیکه میزان مراجعه و تماس در شهرها ۴ بار برای پزشک و ۴ بار برای کارکنان خدمات پزشکی نخستین و ۴ بار برای کمک کارکنها در نظر گرفته شود تعداد مورد نیاز از هر یک از سه گروه ۴۰۰۰ نفر خواهد بود .

REFERENCES

- 1 - Janessens P. G. Why Medical auxiliaries in the tropiés. Lessons of a meaningful past. Bull N, Y. Acad Med, Vol 48 No 10 Nor 1972
- ۲ - نظام پزشکی ایران ، نشریه شماره ۱ ، مرداد ۱۳۴۹ .
- ۳ - نظام پزشکی ایران ، نشریه شماره ۲ ، دیماه ۱۳۵۰ .
- 4 - Bruneto E., Birk P., the Primary Care Nurse The generalist in a structured health care team. A. J. P. H. 1972, Vol 62. No 6
- 5 - Fendall N. R. E. Ball N. Y. Acad Med. Vol 48 No 10 1972
- ۶ - دکتر موتمنی. سعید. نیروی انسانی برای خدمات درمانی و بهداشتی کشور آذرماه ۱۳۵۰ .
- 7 - Fendall N. R. E. Training the physician for development Ball N. Y. Acad Med. Vol 48, No 10 Nor. 1972
- ۸ - خلاصه گزارش تعیین سیاست درمانی کشور ۱۳۵۰ .
- 9 - Facts and Figures on Iran's Health Status, Long range Health Planning project 1973
- 10- British Medical Association Planning Unit. Report No 4. Report on the working party on praimary Medical care London. W. C. I. B. M. A. House . May 1970
- 11- WLD HLTH Org. Tech. Rep. Ser. 1968., 385
- ۱۲ - دکتر رونقی ، حسینعلی . مهاجرت پزشکان ایران به آمریکا - دانشکده پزشکی دانشگاه پهلوی .
- ۱۳ - سالنامه آماری کشور سال ۱۳۴۸ .