

تحولات گذار از طب سنتی به پزشکی نوین در مناطق کردنشین (وضعیت پزشکی، بیماری و درمان از ۱۳۰۴ - ۱۳۲۰)

*مطلب مطلبی

**سید محمود سادات

چکیده

در این پژوهش به روند اقدامات و تحولات بهداشتی و درمانی مناطق کردنشین در دوره پهلوی اول پرداخته شده است. با وجودی که تجربه گذار از طب سنتی و مواجهه با مفهومی متجدد از پزشکی و بهداشت در دوره قاجار رقم خورد، نمودهای عینی این تحول در مناطق کردنشین با تأخیری دو سه دهه‌ای همراه بود. در دوره جنگ جهانی اول و ورود نیروهای متخاصم به صفحات غربی ایران، نخستین مراکز مدرن پزشکی دائر شدند و در دهه دوم سلطنت رضاشاه، با تأسیس بیمارستان‌ها و روش‌های مدرن، مبارزه با بیماری‌ها ادامه یافت. با توجه به تحولات و دگرگونی‌های اساسی بهداشت و درمان در دوره مورد مطالعه، این پژوهش بر آن است با تکیه بر اسناد و مدارک منتشر نشده آرشیوی، روزنامه‌ها و با روش توصیفی - تحلیلی روند

* دکترای تاریخ و کارشناس سازمان اسناد و کتابخانه ملی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)،

motalebmotalebi@yahoo.com

**استادیار گروه تاریخ، پژوهشکده امام خمینی(ره) و انقلاب اسلامی، تهران، ایران m.sadat@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۹/۱۵ تاریخ پذیرش: ۹۸/۱۲/۲۰



Copyright © 2010, IHCS (Institute for Humanities and Cultural Studies).
This is an Open Access article distributed under the terms of the **Creative Commons Attribution 4.0 International**, which permits others to download this work, share it with others and Adapt the material for any purpose

تحولات و اقدامات بهداشتی و درمانی مناطق کردنشین را در دوره مورد نظر بررسی نماید. نتایج پژوهش بیانگر دایر شدن تدریجی مراکز درمانی، داروخانه‌ها و کاربست روش‌های مدرن برای بیماری‌های مسری است. با این وجود در دوره مورد مطالعه، طبیبان و داروفروشان سنتی هم به حیات خویش ادامه داده و در شهرهای کوچک و نواحی روستایی، آنها با چالشی جدی مواجه نشدند.

کلید واژه‌ها: طب سنتی. مناطق کردنشین. پزشکی نوین. پهلوی اول

۱. مقدمه

از جمله اهداف اصلی نخستین اعزام محصل به اروپا در جمادی‌الثانی ۱۲۳۰ / آوریل ۱۸۱۵، یکی نیز یادگیری و انتقال دانش جدید پزشکی بود. هر چند این اعزام دست کم در حوزه پزشکی دستاورد معینی نداشت اما مواجهه طب سنتی ایران با پزشکی نوین آغاز شده بود. از دوره ناصری با رواج تدریجی آموزش به سبک غربی در میان طبیبی از اشراف و نیز ظهور بیمارستان‌های جدید، زمینه چیرگی گفتمان پزشکی نوین بر طب سنتی فراهم شد. از این زمان مراکز درمانی مدرنی در برخی از شهرها دایر و در کنار آن شیوه درمان هم دگرگون شد و داروها نیز از گیاهی به داروهای شیمیایی و ترکیبی تغییر یافت. با وجود تحولات صورت گرفته در مرکز و برخی از شهرهای بزرگ، ایالات و ولایات مرزی تحول محسوسی را از جنبه پزشکی تجربه نکردند.

غرب ایران همچون بیشتر مناطق کشور از لحاظ بهداشت و درمان وضعیت رضایت بخشی نداشت. در سال‌های قدرت‌گیری رضاخان و حتی پس از کنارگیری وی، بخشی از درمان و روش‌های مبارزه با بیماری همچنان سنتی باقی ماند. طبیبان و دارو فروشان هم به طور سنتی مشغول کار بودند و بیمارستان و مریض‌خانه به معنای مدرن آن، یعنی جایی که بیمار برای درمان مدتی در آنجا بستری شود و تحت مراقبت‌های ویژه باشد، وجود نداشت. این مناطق در معرض تهدید هر ساله بیماری‌های مسری همچون طاعون، وبا، آبله و... بود. هم‌جواری با بین‌النهرین و تردهای زیاد تجاری- مذهبی بین دو کشور، عملاً مناطق کردنشین را به عنوان گذرگاه پر ترددی درآورده بود که با بین‌النهرین به عنوان یکی از منشاءهای

بیماری‌های واگیردار، ارتباط گسترده‌ای داشت. مناطق کردنشین ایران به علل ذکر شده بیش از هر نقطه ایران در معرض بیماری‌های مسری بود. نبود بیمارستان و مراکز درمانی بر گسترش و شیوع پر دامنه بیماری‌های مسری می‌افزود.

بهداشت و مراکز درمانی همچون دیگر پدیده‌های مدرن در دهه نخست سلطنت رضاشاه توسعه چندانی نیافتند و مراکزی که در این مناطق دائر شدند مربوط به دهه دوم سلطنت رضاشاه است.

مقاله‌ها و کتاب‌های چندی در ارتباط با بهداشت و درمان ایران در دوره پهلوی اول به صورت کلی و یا منطقه‌ای و یا تکیه بر موضوع خاصی انجام شده است. در این آثار به بهداشت و درمان مناطق کردنشین پرداخته نشده و یا اینکه به اشارات تعمیم‌گرایانه و کلی بسنده شده است. بنابراین تا کنون پژوهشی در ارتباط با بهداشت و درمان در حوزه مناطق کردنشین به صورت کلی و یا بخشی از آن صورت نگرفته است. وجه تمایز پژوهش حاضر با تحقیقات یاد شده این است که پژوهش حاضر تلاش دارد ضمن تمرکز بر مناطق کردنشین، اقدامات و تحولات صورت گرفته در این حوزه را تبیین نماید.

۲. نخستین مراکز درمانی

به نظر اولین مریض‌خانه مناطق کردنشین توسط عبدالحسین میرزا فرانفرما، حکمران وقت کرمانشاهان در ۱۹ شوال ۱۳۲۲/۲۷ دسامبر ۱۹۰۴ افتتاح شد. دکتر عبدالله کرمانشاهی، به عنوان طبیب و مشهدی علیرضا به مدیریت این بیمارستان منصوب شدند. اما به زودی و با عزل فرمانفرما و حکمرانی زین‌العابدین خان امیرافخم در سال بعد، اوضاع این مریض‌خانه رو به پریشانی گذاشت. چه آنکه کمک‌هایی که از جانب فرمانفرما به این بیمارستان می‌شد، با عزل وی قطع گردید. (سلطانی ۱۳۷۴: ۴-۵۳۳). دومین بیمارستان کرمانشاه، بیمارستان آمریکایی‌ها موسوم به «مسیح» بود. این بیمارستان در سال ۱۲۹۵/۱۹۱۶ توسط خانم استد (Stead) دائر و خود وی هم طبیب بیمارستان شد. پس از فوت وی در سال ۱۳۰۱/۱۹۲۲ دکتر پاکارد (Pacard) به ریاست این بیمارستان منصوب شد و پس از مأموریت وی به تهران، دکتر باسدیگر (Basygr) به جای او رئیس بیمارستان شد و تا سال ۱۳۰۵/۱۹۲۶

در این سمت باقی ماند. این بیمارستان تا سال ۱۳۳۰/۱۹۵۱ در کرمانشاه فعالیت داشت و به نوعی اولین بیمارستان این شهر بود. زیرا بیمارستان فرمانفرما پس از عزل وی، عملاً بلا استفاده ماند. (سلطانی ۱۳۷۴: ۵-۵۳۴).

به نظر اولین مراکز درمانی کردستان بیمارستان صلیب سرخ و «کلینیک ایرانی» سنندج بودند. در جریان جنگ جهانی اول این شهر به اشغال نیروهای روسیه در آمد. در طی این دوره کلنل زاخارچینکف (Zakharchenko) در حال تأسیس کلینیکی بود و به همین منظور از اهالی سنندج اعانه جمع کرد و چهار هزار و پانصد منات از آن را برای خرید دارو به روسیه فرستاد و مبلغی را نیز صرف خرید اثاثیه و تجهیزات راجع به کلینیک کرد و یک هزار منات باقیمانده را نزد خلیفه ارامنه به امانت گذاشت که به کلینیک برساند در واقع روس‌ها با پول اهالی، بیمارستانی را در سنندج تأسیس کردند. این مراکز بیشتر عنوان بیمارستان را داشتند اما در عمل بهداری‌هایی با حداقل تجهیزات انسانی و پزشکی و دارویی بودند. با وقوع انقلاب اکتبر و متعاقب آن خروج نیروهای روسیه امور مربوط به کلینیک به دکتر موسی‌خان واگذار شد. در مدتی که روس‌ها در سنندج حضور داشتند بیمارستان دیگری هم تحت عنوان صلیب سرخ در این شهر دائر کردند که با خروج آنها تعلیق و برچیده شد و بنا شد داروها و تجهیزات آن در اختیار کلینیک ایرانی قرار بگیرد. دارو و تجهیزات را زاخارچینکف به شخصی به نام اردلانی واگذار کرد که به کلینیک تحویل نماید از آنجا که کلینیک هم در این اوضاع تعطیل شده بود این شخص داروها و تجهیزات را که ۱۶ کارتن برآورد شده بود به منزل خویش برد. همین موضوع بعدها مراسلات و مناقشات زیادی را بین وی و دکتر موسی‌خان و مجلس حفظ‌الصحه و دولت سبب شد و هر یک دیگری را به پنهان کردن اشیاء متهم می‌کرد. (ساکما، پرونده شماره، ۶۵-۲۹۶). بدین ترتیب دو مراکز درمانی «صلیب سرخ» و «کلینیک ایرانی» که تنها مراکز درمانی کردستان و وابسته به نیروهای روسیه بودند پس از خروج روس‌ها نتوانستند به حیات خویش ادامه دهند. این وضعیت تا پس از سلطنت پهلوی ادامه یافت.

در سال‌های آغازین سلطنت پهلوی کرمانشاهان هم وضعیت مطلوبی از لحاظ مراکز درمانی نداشت. در بازدید و راپورت دکتر ابوالقاسم بهرامی کفیل پاستور از کرمانشاه در

تیرماه ۱۳۰۵ / ۱۹۲۶ صحیحہ غرب دارای نواقص عمدہ و احتیاجات ضروری اعلام شد. (روزنامہ ایران، ۱۲ تیر ۱۳۰۵، شماره ۲۱۴۸).

بنا بر گزارش‌های موجود، سنندج مرکز ایالت در سال ۱۳۰۷ / ۱۹۲۸ فاقد صحیحہ بود و فقط طبیبان سنتی در آنجا فعالیت داشتند و از طرف صحیحہ، طبیبی در آنجا حضور نداشت. (ساکما، پروندہ شماره ۴۷۶۰۴ - ۲۴۰). این وضعیت تا سال ۱۳۰۹ / ۱۹۳۰ ادامه داشت و در نتیجہ نبودن طبیب و حتی داروخانہ «بیشتر مرضای اہالی در بی طبیبی و فقدان دواجات» تلف می‌شدند. (ساکما، پروندہ شماره، ۱۵۱۰۲ - ۲۴۰). جدای از نبود دکترا، کمبود داروخانہ‌ها ہم بر مشکلات موجود می‌افزود. داروخانہ‌ها از غروب بستہ می‌شدند و اگر کسی در طول شب مریض می‌شد ہج‌گونہ دسترسی بہ دارو نداشت. از آنجا کہ اکثر دارو فروشان کلیمی بودند «روزهای شنبہ دواخانہ‌ها بستہ و مرضا بدون دوا باید تا یکشنبہ منتظر باز شدن» داروخانہ می‌ماندند. در زمان‌های دیگر ہم از آنجا کہ نظارتی بر کار آنها نبود «دواها از حیث خوبی و بدی و قیمت کاملاً بستہ بانصاف و نظر دوا فروش» بود. (ساکما، پروندہ شماره ۲۶۰۷۵ - ۲۹۷).

۲، ۱. تأسیس بیمارستان و مراکز بهداشتی

روند تأسیس بیمارستان و مراکز بهداشتی و درمانی مناطق کردنشین در دورہ پهلوی، در سال ۱۳۰۷ / ۱۹۲۸ و از شہر کرمانشاہ آغاز شد. پیشتر مبلغ یک ہزار و ۸۰۰ تومان بہ منظور تأسیس بیمارستان جمع‌آوری شدہ و در بانک نگهداری می‌شد. قرار بود در اواخر ہمین سال این پول صرف ساخت بیمارستان گردد. اما بہ جای ساخت بیمارستان، ساختمانی را کہ بہ منظور «دارالایتم» و در نزدیکی «چیا سرخ» ساختہ شدہ بود، تعمیر و برای بیمارستان تخصیص دادند. (روزنامہ کوشش ۲۶ بہمن ۱۳۰۷ شماره ۳۳). همچنین در این سال قرار بود بیمارستانی در کردندائر گردد اما بہ دلیل مرکزیت شاہ‌آباد، بہ آنجا منتقل شد (روزنامہ کوشش ۱۶ اسفند ۱۳۰۷ شماره ۴۶). و در آغاز دہہ دوم سلطنت رضاشاہ بہ بهره‌برداری رسید. دکترا واسیلی بوکودراف (Vasily Bukudraf) طبیب و جراح روسی از یک مرداد ۱۳۱۴ / ۲۴ ژولای ۱۹۳۵

تا پایان اسفند همان سال و به مدت ۸ ماه ریاست این بیمارستان را پذیرفت. (ساکما، پرونده شماره، ۱۵۸۰-۲۴۰).

در اواخر تیرماه ۱۳۰۹/ژولای ۱۹۳۰ موسسه شیر و خورشید در اشنویه تأسیس و نام آن را «موسسه شاپور» گذاردند. (روزنامه کوشش، ۲۹ تیر ۱۳۰۹ شماره ۱۴۹). در همین ماه بنای بیمارستان شیر و خورشید مهباد هم شروع شد. (روزنامه کوشش، ۳۱ تیرماه ۱۳۰۹ شماره ۱۵۱). این بیمارستان بعدها تکمیل شد به طوری که در سال ۱۳۲۰/۱۹۴۱ بیست و پنج تختخواهی شد. (روزنامه کوشش، ۱۹ خرداد ۱۳۲۰ مسلسل ۴۶۲۵). تا سال ۱۳۰۹/۱۹۳۰ بیجار هم فاقد هرگونه بیمارستان و مریض‌خانه بود در این سال دکتر معاضد، رئیس صحنه، معالجه بیماران بیجار را بر عهده داشت. به نظر بنا بر سفارش و پیشنهاد همین شخص یک‌صد و چهل نفر از اعیان و بزرگان شهر در نامه‌ای به رئیس کل صحنه مملکتی تقاضای تأسیس بیمارستان در گروس نمودند. (روزنامه کوشش ۸ اردیبهشت ۱۳۰۹ شماره ۸۶). اما این درخواست ره به جایی نبرد.

ساختمان بیمارستان سنندج با سرمایه‌ای که به وسیله اعانه جمع‌آوری شده بود در سال ۱۳۳۲/۱۳۱۱ آغاز شد. پس از پیشرفت‌های اولیه به دلیل تمام شدن وجه، مدتی کار ساختمان آن تعلیق شد اما در نیمه دوم سال ۱۳۱۲/۱۹۳۳ تکمیل و تجهیز ساختمان از سر گرفته شد. (روزنامه کوشش، ۱ آذر ۱۳۱۲ شماره ۲۵۷). در دهه دوم سلطنت رضاشاه روند ساخت بیمارستان، شتاب بیشتری گرفت هر چند بسیاری از این مراکز بیماران را به صورت سرپایی پذیرش می‌کردند و در واقع بیشتر به بهداری شبیه بودند تا بیمارستان. البته در مراکز ایالتی و به ویژه کرمانشاه وضعیت تا حدود متفاوت بود. بیمارستان آمریکایی در این شهر هنوز فعالیت داشت. تجهیزات و خدمات آن به نسبت سایر مراکز درمانی، نسبتاً بهتر بود. (روزنامه کوشش، ۳۰ فروردین ۱۳۱۳ شماره ۷۷). ساختمان بیمارستان شیر و خورشید سرخ این شهر که به دلیل کمبود بودجه مدتی متوقف شده بود، مجدداً در اواخر تابستان ۱۳۱۴/۱۹۳۵ از سر گرفته شد. در این میان بلدیة کرمانشاه نیز با تدارک اثاثیه لازم از جمله؛ ۲۰ تختخواب، استخدام دکتر، پرستار و داروخانه، بخشی از هزینه‌های تجهیز بیمارستان را تقبل کرد. (روزنامه کوشش، ۴

مهر ۱۳۱۴ شماره ۲۱۷). ساختمان شمالی این بیمارستان در اردیبهشت ۱۳۱۵ / می ۱۹۳۶ تمام شد و طبقه فوقانی آن هم در دست اقدام بود. (روزنامه کوشش، ۲۴ اردیبهشت ۱۳۱۵ شماره ۱۰۲). تا اوایل مهر ۱۳۱۵ / سپتامبر ۱۹۳۶ ساختمان قسمت‌های داخلی بیمارستان شیر خورشید به اتمام رسید. اما قسمت‌های خارجی هنوز در دست ساخت بود. اما قسمت‌های خارجی هنوز در دست ساخت بود. برای رفت و آمد آسان‌تر بیماران، شروع به ساخت و تسطیح خیابانی از میدان خیابان شاه تا بیمارستان نمودند. (روزنامه کوشش، ۹ مهر ماه ۱۳۱۵ شماره ۲۱۹). اداره صحتیه در شهریور ۱۳۱۳ / ۱۹۳۴ ساخت بیمارستان ایلام را در زمینی به مساحت ۱۶ هزار متر آغاز نمود. (روزنامه کوشش، ۱۷ شهریور ۱۳۱۳ شماره ۱۹۱). رئیس صحتیه کل در تیرماه ۱۳۱۴ / ۱۹۳۵ به منظور نظارت و سرکشی این ساختمان به ایلام سفر کرد. (روزنامه کوشش، ۱۶ تیر ۱۳۱۴ شماره ۱۴۸). بیمارستان شهرداری کرمانشاه هم در سال ۱۳۱۶ به بهره‌برداری رسید و دکتر حسن به عنوان رئیس بهداری و بیمارستان در آنجا مشغول کار شد. (روزنامه کوشش، ۱۰ دی ماه ۱۳۱۶ شماره ۳). شهرداری سنقر هم در اسفند ۱۳۱۷ / ۱۹۳۸ مشغول تهیه مقدمات یک بیمارستان ده تخته‌خوابی بود. (روزنامه کوشش، ۲۶ اسفند ۱۳۱۷ شماره ۵۷). اما ساختمان این بیمارستان در دوره رضاشاه تمام نشد.

با وجودی که دوره مورد مطالعه طولانی نبود و بخش زیادی از آن صرف تثبیت قدرت مرکزی شد. مراکز بهداشتی و درمانی در این دوره از لحاظ کمی رشد چشمگیری یافتند به طوری که بیشتر شهرها دارای حداقل یک بیمارستان یا مرکز بهداری شدند. هر چند که این مراکز هنوز از کیفیت لازم برخوردار نبودند و از کمبود نیروی انسانی متخصص و نبود تجهیزات پزشکی رنج می‌بردند، با این وجود اداره کل صحتیه هر چند مدت با صدور متحدالمالی به عموم اطبای صحتی و بلدی اعلام می‌کرد که نیازها و نواقص صحتیه‌های ولایت را اعلام نمایند و صحتیه‌های ولایت نیز لیست نیازها و نواقص خویش را اعلام می‌کردند. اداره کل صحتیه حتی المقدور بخشی از نیازها و نواقص را رفع می‌کرد. (ساکما، پرونده شماره، ۸۲۱۰-۲۹۰).

سویای بیمارستان‌ها، هر چند مدت، مریض‌خانه‌های سیار به مراکز ولایتی و قصبه‌ها رفت و آمد داشتند. پزشکان مریض‌خانه‌های سیار خارجی بودند. توقف آنها از چند روز تا حداکثر یک ماه و بسته به مراجعه کنندگان بود. در اواخر سال ۱۳۰۹/۱۹۳۰ یک مریض‌خانه سیار آمریکایی وارد سنندج شد و مدت ۱۴ روز در این شهر توقف داشت. (۲۶ اسفند ۱۳۰۹ تا ۱۰ فروردین ۱۳۱۰) آنها در این مدت قلیل ۳۹۵۰ نفر را ویزت کردند که ۲۳ نفر از مراجعه کنندگان جراحی‌هایی از قبیل بواسیر، چشم، بیضه و پستان شدند و مبلغ ۴۴۰ تومان از مراجعه کنندگان دریافت شد و البته افراد بی‌بضاعت را مجانی ویزت می‌کردند. (روزنامه کوشش، ۱۷ فروردین ۱۳۰۹ شماره ۶۱).

پرداخت مواجب طبیبان یکی از موانع و چالش‌های توسعه امور صحتی به ویژه در قصبه‌ها و نواحی روستایی بود. در قصبه‌ها حقوق طبیبان می‌بایست از سوی بلدیة محل تأمین می‌شد. از آنجا که درآمد بلدیة شهرهای کوچک به اندازه‌ای نبود «که کاملاً بودجه و مخارجات بلدیة را کفایت کند» پرداخت حقوق طبیبان با مشکل مواجه می‌شد. برای نمونه در اواخر سال ۱۳۱۲/۱۹۳۳ طبیبی با حقوق ماهیانه ۴۴۰ ریال مأمور کنگاور شد و پرداخت حقوق وی بار اضافی بر دوش بلدیة محل بود که در آمد چندانی نداشت. در چند نوبت درخواست شد که حقوق وی «از بودجه صحیة کل» پرداخت شود. تا بلدیة بتواند به بیماران تهی‌دست در تهیه داروی مورد نیاز و نیز برخی دیگر از هزینه‌های بهداشتی محل کمک نماید. (ساکما، پرونده شماره ۱۰۱۶۹۳-۲۴۰، ۱۳۱۲ش.) که مورد موافقت قرار نگرفت.

۳. بیماری‌های رایج

بر اسناد و مدارک موجود شایع‌ترین بیماری‌های این مناطق در دوره مورد مطالعه مالاریا و آبله بود که به تناوب در تمامی مناطق و در کل دوره مورد مطالعه شیوع داشت.

۳.۱. مالاریا

مالاریا از زمان‌های قدیم در ایران شیوع داشته و پزشکان ایرانی با علائم این بیماری آشنا بودند. این بیماری شایع‌ترین بیماری عفونی ایران بود. در دوره مورد مطالعه، مبارزه با آن بیشتر به صورت توزیع «کنین» به منظور پیشگیری و درمان بیماری بود. تلفات ناشی از این

بیماری بسیار بالا بود. بین ۲۰ تا ۳۰ درصد مرگ و میرها به این بیماری اختصاص داشت. مالاریا جزو بیماری‌های شایع مناطق کردنشین هم بود. شیوع آن در پاییز ۱۳۰۵/۱۹۲۶ در قصرشیرین باعث فوت سه نفر شد. از آنجا که پزشک صحیه هم در قصر حضور نداشت و به مرخصی رفته بود بیماران در وضعیت خوبی نبودند. (روزنامه کوشش، ۶ آبان ۱۳۰۵ شماره ۱۰۱). در اواخر تیرماه ۱۳۱۲/ژوئای ۱۹۳۳ بیماری مالاریا در سردشت شیوع یافت که دکتر تقی‌خان امانی رئیس صحیه گردان مستقر در سردشت مشغول درمان و پیشگیری آن شد. (روزنامه کوشش، ۱ مرداد ۱۳۱۲ شماره ۱۵۳). در شهریور همین سال مالاریا در قروه و نواحی روستایی آن، باعث تلفاتی شد. برای جلوگیری از توسعه بیشتر بیماری، از طرف صحیه کل دو نفر به نام‌های دکتر شهرزاد و آقای طبیب‌زاده وارد قروه شدند. این دو در مدت توقف، ۴۰ نفر از بیماران را معاینه کردند. تشخیص این گروه از اوضاع صحیه قروه این بود که غیر از بیماری مالاریا، بیماری دیگری در این حدود شایع نبوده و نبود دکتر و دارو را علت اصلی شیوع و گسترش بیماری و تلفات گزارش کردند. (روزنامه کوشش، ۱۹ اردیبهشت ۱۳۱۲ شماره ۱۹۴). در شهریور این سال بیماری مالاریا در شاه‌آباد شیوع گسترده‌ای داشت، شیوع آن در میان محصلین شدیدتر بود. (ساکما، پرونده شماره، ۲۵۴۴۰-۲۹۷). این بیماری یکی از بیماری‌های رایج شاه‌آباد در دوره مورد مطالعه بود به طوری که برخی گزارش‌ها از ابتلای چهل درصدی افراد این منطقه به مالاریا اطلاع می‌دهند. (ساکما، پرونده شماره ۱۶۴-۳۷۰). هر چند که این آمار مبالغه‌آمیز می‌نماید اما نشان از شیوع گسترده این بیماری در این حدود دارد. رودخانه برف‌آباد از منابع عمده تولید این بیماری بود. بر روی این رودخانه سدی سنگی ساخته شده بود و سدهای پنج‌گانه خاکی سراب سرنشور و سدهای خاکی پیرزاده، ارکوازی و سراب‌علی، مطابق اصول علمی ساخته نشده بودند. نتیجه آن علاوه بر هدر رفت آب، تولید باطلا‌های زیاد و زمنیه شیوع بیماری مالاریا می‌شد. از آنجا که مجرای آب عمیق بود در طول مسیر گودال‌ها و چاله‌هایی ایجاد شده که پس از تخلیه سد، آب در این گودال‌ها راکد می‌ماند. (ساکما، پرونده شماره ۱۶۴-۳۷۰). چنین وضعیتی سبب شیوع هر ساله بیماری مالاریا در این منطقه می‌شد.

در اواخر تابستان و اوایل پاییز سال ۱۳۱۴/ سپتامبر ۱۹۳۵ این بیماری در کرد و نواحی اطراف هم شیوع زیادی پیدا کرد. با وجود که طبیب صحیه آنجا سعی زیادی در مهار بیماری و درمان بیماران داشت. اما به دلیل کمبود دارو، فعالیت‌های وی در مهار بیماری چندان موثر نشد. (روزنامه کوشش، ۹ مهر ۱۳۱۴ شماره ۲۲۱). در اواخر خرداد ۱۳۱۷/ ژوئن ۱۹۳۸ و بنا به دستور اداره کل بهداری، دکتر اعتمادزاده مشغول تزریق عمومی آمپول ضد مالاریا در روانسر شد. (روزنامه کوشش، ۱۲ خرداد ۱۳۱۷ شماره ۱۱۸). در آبان ۱۳۲۰/ نوامبر ۱۹۴۱ مالاریا در گیلان غرب هم شیوع پیدا کرد و چون پزشک صحیه، آنجا را ترک کرده بود و تعیین جانشین برای وی مقدور نبود مردم در مضیقه بودند و احتمال شیوع آن به دیگر نقاط هم جدی بود. ترس از شیوع گسترده آن، وزارت بهداری را بر آن داشت که بهداری کرمانشاه را ملزم به اعزام یک نفر پزشک با داروی لازم به گیلان غرب نماید. (ساکما، اسناد نخست وزیری، پرونده شماره، ۱۱۱۰۰۳).

۳، ۲. آبله

آبله از دیگر بیماری‌های شایع مناطق کردنشین در دوره مورد مطالعه بود. گزارش‌هایی از شیوع آن در بیشتر نواحی کردنشین در دست است. شیوع آبله در اواخر تابستان ۱۳۰۴/ ۱۹۲۵ در سقز تلفاتی را موجب شد. به دنبال آن از جانب بلدیہ کردستان، دانیال‌خان (معین‌الطبای سابق) برای خدمات صحی و آبله‌کوبی بدانجا اعزام شد. (روزنامه کوشش، ۶ ربیع‌الاول ۱۳۴۴ شماره ۹۲). شیوع این بیماری در بهمن ۱۳۰۸/ فوریه ۱۹۳۰ در شاه‌آباد روزانه تلفاتی از اطفال این حدود می‌گرفت. (روزنامه کوشش، ۷ بهمن ۱۳۰۸ شماره ۱۸). از ابتدای سال ۱۳۱۳/ آوریل ۱۹۳۴ در نواحی مکریان آبله شیوع پیدا کرده و تا زمستان ادامه داشت (ساکما، پرونده شماره، ۴۷۳-۲۹۰). در تیرماه ۱۳۱۸/ ژولای ۱۹۳۹ آبله در کرمانشاه در حال شیوع بود که با اقدام به موقع از شیوع گسترده آن جلوگیری شد. (روزنامه کوشش، ۳۱ تیرماه ۱۳۱۸ شماره ۱۶۰). بیماری مالاریا و آبله تقریباً هر ساله با شدت و ضعفی در مناطق غربی شیوع داشتند و این دو شایع‌ترین بیماری‌های این مناطق در دوره مورد مطالعه بودند. در کنار این دو،

بیماری‌های دیگری نیز شایع بودند که دامنه شیوع آنها کوتاه بود و نیز هر ساله شیوع نمی‌یافتند.

۳,۳. بیماری نادر در کرمانشاه

در تیرماه ۱۳۰۵/ژولای ۱۹۲۶ بیماران با زخم‌هایی در صورت و بدن در کرمانشاه مشاهده شدند که روسا و حکومت کرمانشاه را به تکاپوی جدی وا داشت. نظر به ناشناخته بودن بیماری، اداره کل صحیه مرکز، تعلیماتی تحت ۱۲ ماده به کمیسیون صحی مرکب از اطبا، ابلاغ و رئیس صحیه غرب و معاون او ملزم شدند فوراً به کرمانشاه مراجعه نمایند. همچنین دکتر ابوالقاسم بهرامی کفیل پاستور با تجهیزات لازمه، ۱۲ ساعته از تهران به کرمانشاه رسید و شروع به معاینه نمود. در نتیجه این امر خیابان‌هایی که این چنین بیماران داشتند ضدعفونی نموده و بیماران را به خارج شهر انتقال دادند و کلیه اثاث خانه آنها را آتش زدند. در کنار آن و برای پیشگیری از شیوع بیماری، قرنطینه ده روزه مسافران و زوار به کار بسته شد مگر آنان که برگ تصدیق‌نامه تلقیح همراه داشتند. (روزنامه کوشش، ۱۰ تیر ماه ۱۳۰۵ شماره ۵۷). با این کار و اقدام به موقع این بیماری مهار شد.

۳,۴. جذام

بنابر گزارش‌ها در سال ۱۳۰۷/۱۹۲۸ تعدادی جزامی در کردستان وجود داشتند (روزنامه کوشش، ۲۹ جمادی الثانی ۱۳۴۷ شماره ۲۴۹). تعداد جذامی‌های ۴۵ تا ۵۰ نفر بود و بیشتر در سنندج و سقز بودند. با وجودی که در حاشیه سنندج مکانی برای آنها مشخص شده بود. اما کترلی بر آنها نبود و بودجه‌ای برای کنترل و نگهداری آنها تخصیص نیافته بود. بنابراین در پاره‌ای از مواقع در بین مردم حضور می‌یافتند و یا به مکان‌های دیگری می‌رفتند. با وجود پیشنهادهای مکرر برای تخصیص بودجه‌ای برای ساخت مکان مشخصی در املاک خالصه برای آنها (ساکما، پرونده شماره ۴۷۶۰۴-۲۴۰). به نظر می‌رسد تمهیدات بایسته‌ای در مورد جداسازی آنها و عدم ارتباط آنها با سایرین اتخاذ نشد. چرا که گزارش‌های موجود از ورود چند نفر جذامی به کرمانشاه در مرداد ۱۳۱۲/ آگوست ۱۹۳۳ حکایت دارد. صحیه کرمانشاه

هم به محض اطلاع از این امر تنها به اخراج آنها اکتفا کرد و آنها را به اطراف سنندج که از آنجا آمده بودند عودت داد. (روزنامه کوشش، ۳ مرداد ۱۳۱۲ شماره ۱۵۴).

۳، ۵. نوبه و دیگر بیماری‌های رایج

نوبه از دیگر بیماری‌های شایع این مناطق بود. شیوع بیماری موسوم به «نوبه غش» در ایالت کردستان در ظرف یک هفته ۵۰ کودک را در شهریور ۱۳۰۴ تلف نمود. (روزنامه کوشش، ۶ ربیع الاول ۱۳۴۴ شماره ۹۲). در تیرماه سال بعد هم بیماری تب و نوبه و درد چشم در ولایت گروس شیوع یافت، که به دلیل نبودن دکتر بسیاری از مبتلایان تلف شدند. (روزنامه کوشش، ۱۵ محرم ۱۳۴۵ شماره ۶۴). گزارش‌های موجود از شیوع و زیاد بودن بیماری نوبه در بیجار حکایت دارد که نبود دکتر و دارو به شیوع بیشتر آن انجامید. (ساکما، پرونده شماره ۲۶۰۷۵-۲۴۰). شیوع مرض گلو درد در تیرماه ۱۳۰۷ / ۱۹۲۸ دو کودک را در کردستان تلف نمود. (روزنامه کوشش، ۲۵ محرم ۱۳۴۷ شماره ۱۲۹). در تابستان ۱۳۰۹ / ۱۹۳۱ بیماری در بین طایفه منصوری از جانب حکومت باوندپور گزارش شد که تشخیص اولیه پزشک، بیماری طاعون بود. همین امر سبب شد که حکومت کرمانشاه فوراً راپورتی را به وزارت داخله ارسال نمایند و برای پیشگیری از سرایت بیماری به دیگر نقاط، یک عده نظامی مأموریت یافتند که از عبور مرور بین طوایف جلوگیری نمایند و بلافاصله از تهران نیز چند پزشک با تجهیزات لازم و به صورت هوایی به کرمانشاه اعزام شدند و پس از ورود به محل، شروع به تلقیح نمودند اما در نتیجه معاینات معلوم شد که این بیماری طاعون نبوده بلکه بیماری «باد سرخ» بوده است. (روزنامه کوشش، ۱۳ تیر ۱۳۰۹ شماره ۱۳۸). در بهمن ۱۳۱۲ / فوریه ۱۹۳۴ بیماری کریپ شیوع گسترده‌ای در سردشت و نواحی اطراف داشت که دکتر تقی‌خان زمانی، رئیس صحنه و همچنین دکتر بلدیه مشغول معالجه و پیشگیری از بیماری بودند. (روزنامه کوشش، ۹ بهمن ۱۳۱۲ شماره ۱۷). در اواخر دی‌ماه این سال بیماری سرخک در سرپل‌ذهاب شیوع داشت. (روزنامه کوشش، ۶ بهمن ۱۳۱۲ شماره ۱۵).

یکی از گزارش‌های موجود اوضاع صحی کردستان را در اردیبهشت ۱۳۱۹ / می ۱۳۱۹ رضایت‌بخش توصیه کرده است و اینکه امراض مهمی در آنجا شایع نبوده و فقط عده‌ای از

اطفال به سیاه سرفه مبتلا بوده‌اند. در این گزارش عملیات صحیه ایالت به شرح ذیل آمده است:

جمع کل بیمارانی که به پست‌های امدادی مراجعه نموده‌اند. ۳۶۸ نفر

۱۱۹ نفر مبتلا به امراض چشم

۲۱۷ نفر امراض مختلف

۲۲ نفر مالاریا

شعبه قابلگی هم ۴۵ نفر را در این سال معاینه کرد که ۱۲ نفر از آنها مبتلا به امراض مقاربتی بوده و ۳۲ نفر دیگر امراض مختلفه داشتند. عده تلقیح شدگان در ۱۵ روزه دوم خرداد این سال ۲۸۹ نفر گزارش شده است. (روزنامه کوشش، ۹ خرداد ۱۳۱۲ شماره ۱۱۰). در خرداد ۱۳۱۹ / ژوئن ۱۹۴۰ بیماری سیاه سرفه در سندنج و اطراف آن شیوع داشت. (روزنامه کوشش، ۲۰ خرداد ۱۳۱۹ شماره ۱۲۷).

۴. درمان

از گذشته زمان شیوع بیماری، تلاش‌ها برای کنترل و درمان آن آغاز می‌شد. در این دوره هم بودند افرادی که در موقع بیماری به دعا و دعا نویسان متوسل می‌شدند و عقیده‌ای به مراجعه دکتر نداشتند. (ساکما، پرونده شماره، ۱۰۱۶۹۳ - ۲۴۰). تلاش برای کنترل و مهار بیماری بیشتر اجرای قرنطینه بود و درمان هم بیشتر با داروهای گیاهی بومی و نیز طبیبان سنتی انجام می‌شد. اما در دوره مورد نظر علاوه بر این دو روش، داروهای شیمیایی هم به منطقه ورود کرده و پزشکان متخصص هم هرچند محدود، به این مناطق رفت و آمد داشتند. تلاش‌های این دو در مهار و درمان بیماری بسیار موثرتر بود.

۴, ۱. قرنطینه

قرنطینه به عنوان یکی از راه‌های جلوگیری از شیوع بیماری، از قدیم همواره مورد توجه بوده است. قرنطینه ممکن بود در داخل کشور، محدوده شهرها و یا در نواحی مرزی اجرا شود. در واقع منشاء بسیاری از بیماری‌های مسری همچون طاعون و وبا، بین‌النهرین قلمداد می‌شد و کرمانشاهان که علاوه بر گذرگاه تجاری، گذرگاه مذهبی ایران و عراق هم بود، از این لحاظ

بسیار اهمیت داشت. بیشتر قرنطینه‌های این ایالت در نواحی سرحدی دائر می‌شدند. با این وجود گزارش‌هایی از اجرای قرنطینه در محدوده شهرهای مناطق غربی هم موجود است. در مواقع بروز بیماری‌های واگیردار در بین النهرین، وزارت داخله و حکومت‌های کردستان و کرمانشاه عبور و مرور مسافران و زوار را در نواحی سرحدی کنترل می‌کردند و البته این کار نهایتاً توسط گمرک اجرا می‌شد. در سال ۱۳۰۲/۱۹۲۳ که وبا در بین‌النهرین شیوع داشت، قرنطینه در نواحی سرحدی اجرا شد. (ساکما، پرونده شماره، ۱۳۶۲۱-۲۴۰). در این میان مسافرانی که از جانب ایران به بین‌النهرین می‌رفتند و دارای تذکره قانونی بودند، می‌توانستند از ایران خارج شوند. از جانب دیگر ورود مسافر از بین‌النهرین به ایران منحصرأ منوط به در دست داشتن «تصدیق‌نامه صحی» بود که از طریق آن معلوم می‌شد در هنگام حرکت به ایران «مایه ضد وبا بآنها تلقیح» شده است. (ساکما، پرونده شماره، ۱۳۶۲۱-۲۴۰). دولت عراق از هر مسافری که به خاک آن کشور وارد می‌شد مبلغی تحت عنوان «تاکس صحی» دریافت می‌کرد، این مبلغ در سال ۱۳۰۵/۱۹۲۶ پنج قران بود. به دولت‌مردان ایران هم پیشنهاد شد که همین مبلغ را از مسافرین وارده از عراق دریافت دارند و عایدات آن را برای «تکمیل و تأسیس قرنطینه‌های سرحدی» اختصاص دهند. (روزنامه ایران، ۱۶ تیرماه ۱۳۰۵ شماره ۲۱۵۲). اما این امر در دوره مورد مطالعه صورت عملی به خود نگرفت.

در اسفند ۱۳۰۴/مارس ۱۹۲۶ بیماری طاعون در بغداد شیوع داشت و روزی ۱۰-۱۵ نفر تلفات می‌گرفت. با گرم شدن تدریجی هوا، امکان سرایت آن به ایران افزایش می‌یافت. به دلیل رفت و آمد زیاد بین دو کشور، ممکن بود این بیماری به داخل ایران هم سرایت کند. وزارت خارجه در گزارشی به رئیس‌الوزرا ضمن تأیید شیوع بیماری، برای جلوگیری از سرایت آن به ایران، درخواست نمود قرنطینه در نواحی سرحدی ایجاد کرده و از عبور و مرور جلوگیری نمایند. (ساکما، اسناد نخست وزیری، پرونده شماره، ۱۱۳۰۰۹). در همین راستا هیأت وزراء در تاریخ ۲۷ اسفند و «نظر به احتیاج سریع در تأسیس قرنتین کرمانشاهان» مبلغ ۵۰ هزار تومان از محل ۶۰ هزار تومان اعتبار مخارج غیر مترقبه دولت، به اداره صحیه اعتبار داد. (ساکما، اسناد نخست وزیری، پرونده شماره، ۱۱۳۰۰۹). با صرف ۵۰۰ تومان از

مبلغ اختصاص یافته، از سرایت طاعون به داخل ایران جلوگیری و رفع نگرانی شد. پس از آن اولیای امور کرمانشاهان درخواست نمودند که مبلغ باقیمانده را صرف بنای قرنطینه در قصرشیرین نمایند و خواهان تصویبنامه دیگری در این زمینه شدند. (ساکما، اسناد نخست وزیری، پرونده شماره، ۱۳۰۰۹). هیأت وزراء در جلسه ۲۷ اردیبهشت با این درخواست موافقت کرد. (ساکما، اسناد نخست وزیری، پرونده شماره، ۱۳۰۰۹). ساختمان قرنطینه در آبان ۱۳۰۸/ نوامبر ۱۹۲۶ تکمیل و به بهره‌برداری رسید. ساختمان شامل محلی برای قرنطینه، بنائی برای مریض‌خانه و عمارتی برای مأمورین قرنطینه بود. (روزنامه اطلاعات، ۱۳ آبان ۱۳۰۸، سال چهارم، شماره ۹۰۱). کسانی که قرنطینه می‌شدند، می‌بایست هزینه و مخارج مدت قرنطینه را پرداخت نمایند. اما در مواردی که افراد توان پرداخت مخارج قرنطینه را نداشتند اولیای امور، از اداره کل صحی استعلام و کسب تکلیف می‌کردند. در تابستان ۱۳۱۰/۱۳۱۰ یک عده مسافر بی‌بضاعت وارد قصرشیرین شدند و مطابق مقررات صحی می‌بایست در قرنطینه بمانند، اما این گروه مخارج قرنطینه را نداشتند. از طرف دیگر لزوم مقررات ایجاب می‌کرد که در قرنطینه بمانند. به همین منظور از اداره کل صحیه مملکتی در این مورد استعلام و کسب تکلیف شد و بنا به دستور رسیده، بنا شد که بدون دریافت هزینه، آنها را تا مشخص شدن عدم بیماری در قرنطینه نگه دارند. (روزنامه کوشش، ۸ سپتامبر ۱۹۳۱ شماره ۱۸۰). مسافرین و زواری که از کشور عراق بر می‌گشتند در مواقعی که قرنطینه جاری بود مدت معینی را در آنجا اقامت می‌کردند و در سایر موارد بدون توقف، عبور می‌کردند. معمولاً در فصل زمستان قرنطینه نبود. (روزنامه کوشش، ۱۸ بهمن ۱۳۱۲ شماره ۲۵).

۴.۲. دارو و دارو فروشان سنتی

کنترل و مهار بیماری‌های مسری از عهده حکیمان و دارو فروشان سنتی و تجربی خارج بود و عملاً هیچ اقدام موثری از جانب این اشخاص در کنترل و مهار این نوع بیماری‌ها صورت نمی‌گرفت. اما در موارد دیگری این مردم به حکیمان و دارو فروشان سنتی مراجعه می‌کردند و البته چاره و انتخاب دیگری هم نبود. دارو فروشان نقش طبیب و نسخه پیچ را هم داشتند و معمولاً در هر شهر و ناحیه‌ای تعداد مشخص و شناخته شده از آنها وجود داشت. برای

نمونه در سال ۱۳۰۳/۱۹۲۴ هفت نفر دارو فروش در بیجار فعالیت داشتند که دو نفر از آنها کلیمی و بقیه مسلمان بودند. (ساکما، پرونده شماره، ۳۶۱۰۹-۲۹۷).

نام	مدت اشتغال	نمره تصدیق نامه یا اجازه وزارتی	ملاحظات
حاج محمد	۲۰	ندارد	سواد فارسی
رمضان	۱۲	ندارد	سواد فارسی
احمد	۶	ندارد.	مختصر سواد فارسی
کربلایی کریم	۴	-	مختصر سواد فارسی
محمد	۱۵	ندارد	بی سواد
کلیمی اسمعیل	۸	-	-
یاره کلیمی	۱۰	-	-

همچنان که در جدول ملاحظه می شود هیچ کدام از این دارو فروشان، تصدیق نامه پزشکی نداشتند و حتی سه نفر از آنها بی سواد بودند و سواد بقیه هم در حد خواندن و نوشتن فارسی بود.

اما به تدریج داروخانه‌هایی در سطح شهرهای این مناطق دایر شدند. برای نمونه در سال ۱۳۰۸/۱۹۲۹ داروخانه نصرت در قصرشیرین دایر گردید، قبل از آن داروخانه توکلی هم در این شهر فعالیت داشت. (روزنامه کوشش، ۲۲ خرداد ۱۳۰۹ شماره ۱۱۹). با وجود مزیت محسوس داروخانه‌های جدید، آنها هم دارای مشکلات و معایبی بودند. در سال ۱۳۱۲/۱۹۳۳ دو داروخانه در شهر سنج دایر بودند که دارو را به صورت شیشه سر بسته می فروختند در چنین وضعیتی، فقرا و ضعفا که دو سه مثقال نیاز داشتند توان خرید شیشه سر بسته را نداشتند

و برای تأمین داروی مورد نیاز در مضیقه بودند. (روزنامه کوشش، ۲۴ آبان ۱۳۱۲ شماره ۲۵۱). از سوی دیگر مجوز افتتاح داروخانه نیازمند تخصص چندانی نبود و اگر کسی برای چند سال در یک داروخانه سابقه کار داشت با ارائه تصدیق‌نامه‌ای مبنی بر اشتغال در آنجا، می‌توانست برای ایجاد داروخانه اقدام نمایند. در سال ۱۳۱۰/۱۹۳۰ میرزاباقر بانیانی که با داروخانه حقیقت کرمانشاه شریک و مدت ۷ سال در آنجا کار کرده بود، پس از ارائه درخواست تأسیس داروخانه، از جانب وزارت معارف اوقاف و صنایع مستظرفه، اجازه تأسیس داروخانه و داروسازی دریافت کرد. (ساکما، پرونده شماره، ۳۸۰۹۸-۲۹۷). داروفروشان سنتی در برخی از شهرها تا اواخر دوره رضاشاه همچنان حضور داشتند، به ویژه در شهرهایی که فاقد داروخانه جدید بودند حضور آنها پررنگ‌تر بود. برای نمونه صحنه تا سال ۱۳۱۷/۱۹۳۸ فاقد داروخانه بود. در این سال فرماندار شهر، در جلسه شورای بخش پیشنهاد دائر شدن داروخانه در این شهر را داد. (روزنامه کوشش، ۲۳ اردیبهشت ۱۳۱۷ شماره ۱۰۲). که از اجرایی شدن آن در دوره رضاشاه اطلاعی در دست نیست.

با وجود نواقص و معایبی که داروخانه‌های جدید داشتند اما به وضوح بر دارو فروشی‌های سنتی برتری داشتند. در دارو فروشی‌های سنتی فقط داروهای گیاهی ارائه می‌شود. اما در داروخانه‌های جدید داروهای شیمیایی و مورد تأیید وزارتی که البته بیشتر وارداتی بودند، موجود بود و در درمان بیماری‌ها بسیار موثرتر بودند.

۴, ۳. مهار و کنترل بیماری‌های مسری

مهار و کنترل بیماری‌های مسری که در گذشته تلفات زیادی می‌گرفت و درمان موثری برای آن نبود در این دوره تا حدود زیادی موفقیت‌آمیز بوده و به تدریج این بیماری‌ها مهار و کنترل شد و از شیوع گسترده آنها به میزان قابل توجهی کاسته شد. یکی از راه‌های پیشگیری، آبله‌کوبی بود که با وجود موانع و محدودیت‌ها در بیشتر این مناطق اجرایی شد.

در اسفند ۱۳۰۹/مارس ۱۹۳۱ بیماری آبله در کردستان عراق شیوع یافت. از ۱۴۶ نفر مبتلا به این بیماری ۳۲ نفر تلف شدند. ترس از احتمال سرایت این بیماری به ایران و به منظور پیشگیری، صحیه کل مملکتی در تلگرافی به صحیه کردستان، دستور تلقیح آبله اهالی

و روستاهای سرحدی را داد و از جانب صحیه کردستان هم بلافاصله آبله‌کوب به نواحی جوانرود، مریوان و هورامان تا قلعه شاپور اعزام شد. این کار البته دارای محدودیت‌هایی هم بود؛ اول اینکه صحیه کردستان اوضاع به سامانی نداشت کفیل صحیه بیش از ۸ ماه حقوق نگرفته بود و هشت تومان حقوق سال ۱۳۰۸/۱۹۳۰ عبدالخالق شیرزاد، طبیب آبله‌کوب این ایالت پرداخت نشده بود. از دیگر سو، کل آبله‌کوب‌های ایالت دو نفر بودند. سوای این محدودیت‌ها، خود مردم هم چندان رغبتی به آبله‌کوبی نداشتند به طوری که در پاره‌ای موارد می‌بایست برای آبله‌کوبی مأموران نظامی، آبله‌کوب‌ها را معاودت و همراهی نمایند. (روزنامه کوشش ۱۸ اسفند ۱۳۰۹ شماره ۴۸). همچنین در پاره‌ای از موارد تلقیح آبله، موفقیت‌آمیز نبود. در اسفند ۱۳۱۳/۱۹۳۵ آبله‌هایی که به اطفال سنقر تلقیح شد هیچ‌گونه اثری نداشت و ظاهراً دلیل امر «کهنه بودن» مایه‌آبله بود. (ساکما، پرونده شماره ۱۰۱۶۹۳-۲۴۰). از اول سال ۱۳۱۳/۱۹۳۴ آبله در حوزه مکریان هم شیوع داشت که مهار و کنترل آن تا زمستان این سال طول کشید. در این فاصله در کل حوزه آبله‌کوبی انجام شده و فقط حوزه فیض‌الله‌بیگی در جنوب مکریان باقی مانده بود که در آنجا هم آبله‌کوب سیاری مشغول آبله‌کوبی بود. (ساکما، پرونده شماره، ۴۷۳۱-۲۹). مبتلا شدن چند نفر در کرمانشاه در تیرماه ۱۳۱۸/ژولای ۱۹۳۹ سبب شد بهداری علاوه بر تلقیح بیماران و نیز کلیه همسایگان آنها، به منظور جلوگیری از شیوع بیشتر، آبله‌کوبی عمومی در شهر و نواحی اطراف اجرا نماید. (روزنامه کوشش، ۳۱ تیر ۱۳۱۸ شماره ۱۶۰). پس از آن دکتر علامه، رئیس بهداری کرمانشاه سه دسته آبله‌کوب را که هر دسته شامل یک پزشک و دو نفر کمک کار با یک مأمور بود، به هر یک از بخش‌ها فرستاد که به تلقیح عمومی و اجباری مردم اقدام نمایند. این اقدامات پیشگیرانه سبب شد که تلفات این دوره بیماری، فقط یک مورد باشد. (روزنامه کوشش، ۸ مرداد ۱۳۱۷ شماره ۱۶۷). درمان مالاریا، پودر کنین بود که به «گنه‌گنه» موسوم بود و در برخی از موارد از آمپول آن هم استفاده می‌کردند. پودر کنین می‌بایست دو بار در روز مصرف شود. این پودر آنقدر تلخ بود که آن را در کاغذ سیگار می‌پیچیدند و بدین طریق آن را مصرف می‌نمودند. به دلیل نبود سرنگ یکبار یکبار مصرف، سرنگ را پس از استفاده در قوطی خودش که فلزی بود، با انبر روی

آتش نگاه می داشتند و مدتی آن را می جوشاندند تا استریل گردد! یک سرنگ ممکن بود برای چند صد نفر استفاده شود. (الیه خلیلی، ۲۰۰۴: ۲۶۵). در سال ۱۳۱۴ / ۱۹۳۵ بیماری مالاریا در شاه‌آباد شیوع گسترده‌ای یافت و در میان محصلین شیوع آن بیشتر بود. با وجود در دسترس بودن داروهای گنه‌گنه و کینین در شاه‌آباد، در کوتاه مدت این بیماری مهار نشد. (ساکما، پرونده شماره، ۲۵۴۴۰-۲۹۷).

نواحی روستایی این مناطق فاقد همان امکانات محدود پزشکی و درمانی شهری بود. در مواقع شیوع بیماری، پزشکان و آبله‌کوبان مأموریت می‌یافتند و به تلقیح و آبله‌کوبی نواحی مورد نظر می‌پرداختند. در سایر موارد و در شرایط عادی، پزشکان و اطبایی که در نواحی شهری ساکن بودند هرچند مدت یکبار به روستاهای تحت پوشش سرکشی می‌کردند و سرپایی به مداوای بیماران می‌پرداختند. (روزنامه کوشش، ۱۶ تیر ماه ۱۳۰۹ شماره ۱۴۱). در دسترس نبودن پزشک در این دوره از مشکلات عمده این مناطق بود. نواحی روستایی به کلی فاقد پزشک بودند و در صورت شیوع بیماری پزشکانی بدانجا اعزام می‌شدند. بسیاری از قصبه‌ها هم فاقد پزشک بوده و آنهایی هم که دارای پزشک بودند فقط یک پزشک به امور صحتی آنها رسیدگی می‌کرد و در مواقعی که بنا به هر دلیل شهر را ترک می‌کرد اهالی بدون پزشک می‌ماندند. برای نمونه در خرداد ۱۳۱۵ / ژوئن ۱۹۳۶ طیب شیر و خورشید اشویه برای انعقاد قرارداد به ارومیه رفت و پس از گذشت دو ماه هنوز مراجعت نکرده بود و اهالی در این مدت بدون پزشک بودند. (روزنامه کوشش، ۱۵ خرداد ۱۳۱۵، شماره ۱۲۰).

۵. بهداشت شهری

در نواحی شهری وضعیت بهداشتی برخی از مکان‌های عمومی، تأثیر زیادی در سرایت بیماری‌ها و یا بالا بردن سطح بهداشت داشت. حمام‌ها در صدر مکان‌های تولید و اشاعه بیماری جای داشتند. از آنجا که بیشتر مراجعه‌کنندگان بدون لنگ وارد خزینه حمام می‌شدند، آب خزینه‌های به قدری کثیف و بد بو می‌شد که خود آن باعث سرایت بیشتر بیماری‌ها و زخم‌ها می‌گردید. (ساکما، پرونده شماره، ۲۶۰۷۵-۲۹۷). اداره صحتیه به منظور بالا بردن سطح بهداشت مراکز عمومی تمهیداتی را اندیشیده و اجرایی کرد. برای نمونه رئیس صحتیه غرب

در همین زمینه دستورات زیر را صادر کرد: «۱- کلیه بنکدارها باید اجناس خود را در ظرف‌های محفوظ ریخته نگهداری نمایند، به علاوه درب دکاکین خود را شیشه بیندازند. ۲- قصاب‌ها و قهوه‌چی‌ها باید بر خلاف مقررات صحیحه عملی نکنند. ۳- کلیه حمام‌ها باید ظرف مدت یک ماه خزانه‌ها را درب بیندازند و بعلاوه در جلوی خزینه شیری نصب کنند که واردین اول خود را زیر آن شست و شو و بعد داخل خزینه شوند.» (روزنامه کوشش، ۱۱ اسفند ۱۳۰۴ شماره ۴۲). در اواخر سال ۱۳۱۸/ ۱۹۴۰ شهرداری کرمانشاه به دارندگان تمام گرمابه‌ها دستور داد که به منظور تصفیه آب، بایستی تا اواخر اسفند، هر گرمابه، یک آب انبار بسازد و تأکید شده بود که از ابتدای فروردین ۱۳۱۹/ آوریل ۱۹۴۰ گرمابه‌های فاقد آب انبار، بسته خواهند شد. (روزنامه کوشش، ۲۱ بهمن ۱۳۱۸ شماره ۲۹).

در راستای اصلاح ساختار شهری و ایجاد و ارتقاء خدمات عمومی و بهداشتی، انجمن بلدی لایحه احداث توالت‌های عمومی در شهرها را تصویب کرد. قرار شد که در فاصله هر پانصد متر یک توالت عمومی احداث گردد. (روزنامه کوشش، ۲۵ آبان ۱۳۱۱ شماره ۲۴۷).

در بسیاری از نواحی شهری و قصبه‌های مناطق کردنشین در دوره مورد مطالعه، هنوز مواشی نگهداری می‌شد. این امر علاوه بر اینکه چهره این مراکز را از حالت شهری خارج می‌کرد، از لحاظ بهداشتی نیز خطراتی را متوجه ساکنین می‌نمود. بنابراین به منظور اصلاح ساختار شهری و ارتقاء سلامت ساکنین، به تدریج نگهداری دام در این مراکز قذغن شد. با این وجود این برنامه به صورت کامل اجرای نشد و در اواخر دوره رضاشاه در بسیاری از این مراکز همچنان نگهداری مواشی رایج بود. (روزنامه کوشش، ۲۵ آبان ۱۳۱۱ شماره ۲۴۷).

رودخانه‌هایی که از داخل و یا حاشیه شهرها می‌گذشتند از دیگر عوامل شیوع بیماری‌های واگیر بودند. در دوره مورد مطالعه اکثر نواحی شهری مناطق کردنشین دارای رودخانه‌هایی بودند که از جنبه بهداشتی وضعیت نامساعدی داشتند. در سال ۱۳۱۵/ سپتامبر ۱۹۳۶ آلودگی رودخانه اشنویه حکمران را بر آن داشت که با اجرای اقداماتی، به پاکسازی رودخانه کمک نماید. (روزنامه کوشش، ۶ خرداد ۱۳۱۵ شماره ۱۱۲). در اغلب موارد فاضلاب خانه‌ها به رودخانه‌های وسط شهر وارد می‌شد و این وضعیت در بدی بهداشت شهر تأثیر زیادی داشت.

از دیگر مواردی که در این دوره و در نواحی شهری وضعیت مطلوبی نداشت، آب شرب بود. آب شرب نواحی شهری، در معرض انواع آلودگی قرار داشت چرا که در این دوره هنوز لوله‌کشی صورت نگرفته بود و آب شرب از چشم‌سارهایی تأمین می‌شد که با عبور از کنار رودخانه‌ها در معرض انواع آلودگی قرار داشتند. (ساکما، اسناد نخست وزیری، پرونده شماره، ۱۱۱۰۰۳). سوای اقدامات عملی که بهداری‌ها و ادارات صحیه برای بالا بردن بهداشت شهری انجام می‌دادند. هر چند وقت یکبار کنفرانس‌هایی هم در مورد بهداشت تشکیل می‌شد که شرکت کنندگان آن اکثر از مقامات دولتی و محصلین مدارس بودند. برای نمونه از سوی بهداری کرمانشاه کنفرانسی در مورد بهداشت، در اردیبهشت ۱۳۱۶/ می ۱۹۳۷ در دبیرستان شاپور شکل گرفت که ۴۰۰ نفر در آن شرکت کردند. (روزنامه کوشش، ۳۱ اردیبهشت ۱۳۱۶ شماره ۱۱۰).

۶. نتیجه گیری

نتایج حاصل از پژوهش بیانگر آن است؛ پزشکی نوین تا سال‌های آغازین دهه دوم سده ۱۴ش. حضوری کم رنگ در مناطق کردنشین داشت. اما در دهه دوم حضور و نقش آن پررنگ‌تر و موثرتر گردید. با وجودی که دوره مورد مطالعه طولانی نبود و بخش زیادی از آن صرف تثبیت قدرت حکومت مرکزی شد اما مراکز بهداشتی و درمانی در این دوره از لحاظ کمی رشد چشمگیری یافتند به طوری که بیشتر شهرها دارای حداقل یک بیمارستان یا مرکز بهداری شدند. هر چند که این مراکز هنوز از کیفیت لازم برخوردار نبودند و از کمبود نیروی انسانی متخصص و نبود تجهیزات پزشکی رنج می‌بردند.

از دیگر نتایج پژوهش این که از گذشته تنها راه مقابله با بیماری‌های مسری فقط قرنطینه بود. درمان هم بیشتر با داروهای گیاهی بومی و نیز طبیبان سنتی انجام می‌شد که در مهار بیماری ناتوان بود. اما با ورود پزشکی نوین روش‌های جدیدی درمان و مبارزه با بیماری‌های مسری به کار بسته شد و پزشکان متخصص هم هرچند محدود به این مناطق رفت و آمد یافتند تلاش این دو در مهار و کنترل بیماری‌های مسری موفق‌تر بود.

با این وجود در دوره مورد مطالعه طبیبان و داروفروشان سنتی هم به حیات خویش ادامه دادند به ویژه در شهرهای کوچک و نواحی روستایی آنها با چالشی جدی مواجه نشدند.

کتابنامه

خلیلی، الیه. (۲۰۰۴م). یاد از گذشته‌ها؛ زندگی و سرگذشت یهودیان کرد ایران، کالیفرنیا، شرکت کتاب.

سلطانی، محمد علی. (۱۳۷۴ش). جغرافیای تاریخی و تاریخ مفصل کرمانشاهان، جلد ۱، تهران، موسسه فرهنگی نشر سها.

محبوبی اردکانی، حسین، (۱۳۷۰ش). تاریخ موسسات تمدنی جدید در ایران، ج ۱، تهران، انتشارات دانشگاه تهران.

اسناد

سازمان اسناد و کتابخانه ملی ایران (ساکما) پرونده‌های شماره؛ ۱۳۶۲۱-۲۴۰ / ۱۵۱۰۲-
۲۴۰ / ۳۸۰۹۸-۲۹۷ / ۴۷۳۱-۲۹۰ / ۱۰۱۶۹۳-۲۶۰۷۵ / ۲۴۰-۴۷۶۰۴ / ۲۴۰ /
۱۰۱۶۹۳-۲۴۰ / ۱۳۶۲۱-۲۴۰ / ۱۵۸۰-۲۴۰-۲۵۴۴۰ / ۲۴۰-۳۶۱۰۹ / ۲۹۷-۴۶۵ / ۲۹۷-
۴۷۳ / ۲۹۶-۸۲۱۰ / ۲۹-۲۹۰

ساکما، اسناد نخست وزیری پرونده‌های شماره؛ ۱۱۳۰۰۹ / ۱۱۱۰۰۳

روزنامه

روزنامه اطلاعات، ۱۳ آبان ۱۳۰۸، سال چهارم، شماره ۹۰۱

روزنامه ایران، ۱۲ تیر ۱۳۰۵، شماره ۲۱۴۸

روزنامه ایران، ۱۶ تیرماه ۱۳۰۵ شماره ۲۱۵۲

روزنامه کوشش ۱ آذر ۱۳۱۲ شماره ۲۵۷ / ۱ مرداد ۱۳۱۲ شماره ۱۵۳ / ۱۰ تیر ماه ۱۳۰۵

شماره ۵۷ / ۱۰ دی ماه ۱۳۱۶ شماره ۳ / ۱۱ اسفند ۱۳۰۴ شماره ۴۲ / ۱۲ خرداد ۱۳۱۷

شماره ۱۱۸ / ۱۳ تیر ۱۳۰۹ شماره ۱۳۸ / ۱۵ خرداد ۱۳۱۵، شماره ۱۲۰ / ۱۵ محرم

۱۳۴۵ شماره ۶۴ / ۱۶ اسفند ۱۳۰۷ شماره ۴۶ / ۱۶ تیر ۱۳۱۴ شماره ۱۴۸ / ۱۶ تیر ماه

۱۳۰۹ شماره ۱۴۱ / ۱۷ فروردین ۱۳۰۹ شماره ۶۱ / ۱۸ اسفند ۱۳۰۹ شماره ۴۸ / ۱۸

تحولات گذار از طب سنتی..... ۲۸۵

بهمن ۱۳۱۲ شماره ۲۵ / ۱۹ اردیبهشت ۱۳۱۲ شماره ۱۹۴ / ۱۹ خرداد ۱۳۲۰ مسلسل
۴۶۲۵ / ۲۱ بهمن ۱۳۱۸ شماره ۲۹ / ۲۲ خرداد ۱۳۰۹ شماره ۱۱۹ / ۲۳ اردیبهشت
۱۳۱۷ شماره ۱۰۲ / ۲۴ اردیبهشت ۱۳۱۵ شماره ۱۰۲ / ۲۴ آبان ۱۳۱۲ شماره ۲۵۱ /
۲۵ محرم ۱۳۴۷ شماره ۱۲۹ / ۲۶ اسفند ۱۳۱۷ شماره ۵۷ / ۲۶ بهمن ۱۳۰۷ شماره
۳۳ / ۲۹ تیر ۱۳۰۹ شماره ۱۴۹ / ۲۹ جمادی الثانی ۱۳۴۷ شماره ۲۴۹ / ۳ مرداد
۱۳۱۲ شماره ۱۵۴ / ۳۰ فروردین ۱۳۱۳ شماره ۷۷ / ۳۱ اردیبهشت ۱۳۱۶ شماره ۱۱۰
/ ۳۱ تیر ۱۳۱۸ شماره ۱۶۰ / ۳۱ تیرماه ۱۳۰۹ شماره ۱۵۱ / ۳۱ تیرماه ۱۳۱۸ شماره
۱۶۰ / ۴ مهر ۱۳۱۴ شماره ۲۱۷ / ۶ بهمن ۱۳۱۲ شماره ۱۵ / ۶ خرداد ۱۳۱۵ شماره
۱۱۲ / ۶ ربیع الاول ۱۳۴۴ شماره ۹۲ / ۶ ربیع الاول ۱۳۴۴ شماره ۹۲ / ۷ بهمن ۱۳۰۸
شماره ۱۸ / ۸ اردیبهشت ۱۳۰۹ شماره ۸۶ / ۸ سپتامبر ۱۹۳۱ شماره ۱۸۰ / ۸ مرداد
۱۳۱۷ شماره ۱۶۷ / ۹ بهمن ۱۳۱۲ شماره ۱۷ / ۹ خرداد ۱۳۱۲ شماره ۱۱۰ / ۹ مهر
۱۳۱۴ شماره ۲۲۱ / ۶ آبان ۱۳۰۵ شماره ۱۰۱ / ۱۹ خرداد ۱۳۲۰ شماره مسلسل ۴۶۲۵
/ ۲۵ آبان ۱۳۱۱ شماره ۲۴۷ / ۱۷ شهریور ۱۳۱۳ شماره ۱۹۱ / ۲۰ خرداد ۱۳۱۹
شماره ۱۲۷ / ۹ مهر ماه ۱۳۱۵ شماره ۲۱۹ /