

خلاصه سی و دومین نشست عصرانه داغ سلامت

عنوان: تقویت نظام شبکه و پزشکی خانواده: از مبانی تا عمل (۳)

🏠 مکان: تالار حریرچیان

📅 تاریخ: ۱۴۰۱/۰۹/۲۱

🕒 زمان: ۱۵ تا ۱۸:۳۰

رئیس جلسه: دکتر محمدرضا رضایتمند، رئیس مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت

دکتر آبتین حیدر زاده، دانشیار پزشکی اجتماعی مرکز تحقیقات آموزشی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

آموزش پزشکی خانواده در جهان. چالش های آموزش پزشکی خانواده در ایران

دکتر مرضیه نجومی، استاد پزشکی اجتماعی پژوهشکده پیشگیری از آسیب های اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی ایران

وضعیت موجود آموزش پزشکی خانواده برای دانشجویان پزشکی عمومی در ایران

دکتر پژمان عقدک. رئیس دبیرخانه کارگروه سلامت و امنیت غذایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

مدلی موفق برای آموزش پزشکان عمومی

دکتر آسیه متضرع. متخصص پزشکی خانواده. مسئول مرکز خدمات جامع سلامت آموزشی گلدسته

مدلی موفق برای آموزش دستیاران پزشکی خانواده

در این نشست مجازی-حضورى که از ساعت ۱۵ تا ۱۸:۳۰ در «تالار حریرچیان» دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی برگزار شد، ابتدا جناب آقای دکتر محمدرضا رضایتمند، رئیس مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، با قدردانی از تلاش های اعضای مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت و کمیته پژوهش های دانشجویان دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، به مروری از جلسات قبل پرداختند. ایشان خاطر نشان کردند برای استقرار پزشکی خانواده نیازمند نیروی انسانی ماهر هستیم بنابراین موضوع آموزش در این زمینه بحثی بسیار جدی را می طلبد. در این زمینه دو سوال مطرح شد:

سوال اول اینکه آیا تربیت شدگان نظام آموزش فعلی ما مهارت کافی برای عملکرد موثر در تیم پزشکی خانواده را دارند یا خیر؟

سوال دوم اینکه آیا نظام آموزشی علوم پزشکی ما سیاست مدونی برای آیندگان دارد؟ آیا نیروهای تربیت شده عملکرد موثر خواهند داشت؟ وقتی بحث پزشکی خانواده روی میز سیاستگذاری است و به عنوان اولویت اول توسط مسئولان عالی رتبه مطرح می شود آیا سیاست مدونی برای آیندگان دارید یا خیر؟

خلاصه سی و دومین نشست عصرانه داغ سلامت

عنوان: تقویت نظام شبکه و پزشکی خانواده: از مبانی تا عمل (۳)

🏠 مکان: تالار حریرچیان

📅 تاریخ: ۱۴۰۱/۰۹/۲۱

🕒 زمان: ۱۵ تا ۱۸:۳۰

در ادامه نشست، جناب آقای **دکتر آبتین حیدرزاده**، دانشیار پزشکی اجتماعی مرکز تحقیقات آموزشی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان، صحبت های شان را در دو بخش زیر ارائه دادند:

✓ آموزش پزشکی خانواده در جهان:

۱. بخش اول شامل شمال آمریکا و اروپای غربی و اقیانوس ای بود که عملاً **family medicine** را در کانادا و انگلیس و آمریکا در حدود سالهای ۱۹۶۰ تا ۱۹۷۰ راه اندازی شده بود. در کشورهایی مثل دانمارک و هلند تا سال ۲۰۱۷ سیستم **chipping** را به کار می بردند. طول مدت دوره های آموزش پزشکی خانواده در این بخش دنیا به ترتیب از کمترین به بیشترین در کانادا (دوره دو ساله)، در آمریکا دوره چهار ساله (که پزشکان از دوره سه ساله برای متخصص شدن و چهار ساله برای عضو شدن در برد تخصصی رشته استفاده می کنند)، و در دانمارک هم که طولانی ترین دوره را دارد پنج سال طول می کشد.
۲. بخش دوم شامل کشورهای آمریکای لاتین می شود که ۶۰ درصد پزشکان خانواده افرادی هستند که دارای مدرک پزشکی عمومی اند و ۴۰ درصد باقیمانده متخصص هستند. ۷۰ درصد این اشخاص در کوبا تحصیل کرده اند و بیشتر آنها در برزیل مشغول به کارند. از سال ۱۹۷۱ آموزش پزشکی خانواده در آمریکای لاتین شروع شد و دوره آموزش پزشکی خانواده در این کشورها سه سال است.
۳. بخش سوم شامل آفریقای جنوبی است که توسعه یافته تر از سایر نقاط آفریقا می باشد و از سال ۱۹۶۸ دوره های آموزش پزشکی خانواده را برگزار می کرده است. دوره های آموزش تحت نظارت دانشگاه های آمریکا و کانادا برگزار می شود. در آفریقا پزشک خانواده نقش **Gatekeeper** دارد و **primary medicine** ندارد چون اصولاً بیماری مزمن نسبت به بیماری حاد در این کشورها کمتر است و پزشکان کارهای مربوط به بیماری های حاد را انجام می دهند.
۴. بخش چهارم شامل خاورمیانه و شمال آفریقا است که عموماً بعد از تفاهم آلمآتا دوره های آموزش پزشکی خانواده به عنوان پزشکان روستا برگزار شده است و در اکثر کشورهای خاورمیانه دوره رزیدنتی پزشک خانواده داریم. (ایران از سال ۲۰۰۰ دوره آموزشی پزشکی خانواده را راه اندازی کرده است).
۵. بخش پنجم شامل روسیه و اروپای شرقی و مرکزی است که در این ناحیه دوره های آموزشی ۳ الی ۵ ساله است و در همه کشورها دوره های تخصصی وجود دارد.
۶. بخش ششم شامل آسیای میانه و آسیای شرقی است که از سال ۱۹۷۰ آموزش پزشکی خانواده در سنگاپور برقرار شد و دوره های مستر و دیپلم بوده و الزام تخصصی نیست. تایلند دوره سه ساله و ویتنام دوره رزیدنتی دارد. در کل کشور های آسیا دوره رزیدنتی یا دوره مستر سه ساله یا دو ساله برای تربیت پزشکان خانواده دارند.

خلاصه سی و دومین نشست عصرانه داغ سلامت

عنوان: تقویت نظام شبکه و پزشکی خانواده: از مبانی تا عمل (۳)

🏠 مکان: تالار حریرچیان

📅 تاریخ: ۱۴۰۱/۰۹/۲۱

🕒 زمان: ۱۵ تا ۱۸:۳۰

۷. چین که بخش عمده‌ای از جمعیت جهان را دارد، فقط ۵ درصد از پزشکان متخصص پزشک خانواده هستند که دوره ۱ ساله **full time** یا دوره دو ساله **part-time** را می‌گذرانند و در این دوره رزیدنتی بیمارستانی دارند و متخصص میشوند. سالی ۵۰ هزار پزشک برای این دوره ها پذیرش می شوند و برنامه چین برای آینده این است که هر ۱۰۰۰ نفر یک پزشک خانواده داشته باشند.

به طور خلاصه در همه دنیا یک دوره رزیدنتی ۲ الی ۵ ساله داریم یا دوره های کوتاه تر **master** یا دیپلما دارند که مدت زمان آنها بین یک سال تا سه سال است.

✓ چالش های تربیت متخصص پزشک خانواده در ایران شامل موارد زیر است:

۱. بین آموزش پزشکی با نیاز **family medicine** همخوانی وجود ندارد.
۲. پزشکان **treatment oriented** ندارند.
۳. **Social determined doctor** یا وضعیت اجتماعی به پزشکان ما آموزش داده نمی شود.
۴. در عرصه **clinical competency** دچار فقدان هستند.

پس از ایشان خانم **دکتر مرضیه نجومی**، استاد پزشکی اجتماعی در پژوهشکده پیشگیری از آسیب های اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی ایران درباره وضعیت موجود آموزش پزشکی خانواده برای دانشجویان پزشکی عمومی در ایران صحبت کردند. ایشان بیان کردند که نظام سلامت به دنبال آن بود که نظام ارجاع راه اندازی شود و عدالت در سلامت و دسترسی به خدمات سلامت و کاهش هزینه را در پی داشته باشد. ایشان خاطر نشان کردند که پزشک خانواده باید به عنوان یک **Gatekeeper** عمل کند و با اصول غربالگری و تشخیص و درمان بیماری ها آشنا باشد و همچنین از مهارت های ارتباطی خوبی برخوردار باشد، توانایی این را داشته باشد که عوامل روانی، اقتصادی و اجتماعی را تحلیل کند و ارتباط آن را با سلامت بررسی کند. انتظار می رود که افرادی در زمینه پزشکی خانواده وارد شوند که علاقه و توانایی و حداقل های مورد نیاز را داشته باشند تا به عنوان یک پزشک خوب ارائه خدمت کنند. واقعیتی وجود دارد این است که در اغلب دانشکده های ما یک نگرش اشتباه وجود دارد و این است که وقتی از گروه آموزشی بالینی درخواست میشود که در آموزش دانشجویان همکاری کنند اغلب پذیرش این درخواست با اکراه مواجه می شود.

سپس جناب آقای **دکتر پژمان عقدک**، رئیس دبیرخانه کارگروه سلامت و امنیت غذایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، مدلی موفق برای آموزش پزشکان عمومی ارائه دادند. ایشان بیان کردند باید فردی را برای پزشکی خانواده پیدا کنیم که در مرکز بهداشت و درمان شهری یا روستایی مستقر شود و بتواند بسته هایی که نظام سلامت طراحی می کند و قاعدتاً مبتنی بر نیاز سنجی است را عمل کند. در ۲۰۱۶ یک استاندارد برای پزشک خانواده طراحی شد که ۳ پزشک خانواده به ازای هزار نفر در منطقه باید حاضر باشد و این پزشک باید عمومی یا متخصص یا پزشک عمومی که دوره خاص را طی کرده و مهارت های لازم را کسب

خلاصه سی و دومین نشست عصرانه داغ سلامت

عنوان: تقویت نظام شبکه و پزشکی خانواده: از مبانی تا عمل (۳)

🏠 مکان: تالار حریرچیان

📅 تاریخ: ۱۴۰۱/۰۹/۲۱

🕒 زمان: ۱۵ تا ۱۸:۳۰

کرده باشد. ایشان همچنین عنوان پایان نامه را مطرح کردند که عبارت بوده است الگوی برگزاری دوره های دانشگاهی تربیت پزشک خانواده در ایران در افق ۲۰۳۰ با اهداف کلی به شرح زیر:

- ✓ تبیین وضعیت موجود
- ✓ نقاط قوت و ضعف بزرگترین برنامه برای تربیت پزشک خانواده در کشور
- ✓ چه مسیرهایی برای تربیت پزشک خانواده وجود دارد؟
- ✓ اگر روش های مختلفی برای تربیت پزشک خانواده وجود دارد با کدام معیار می توانیم بگوییم که کدام روش مناسب است؟

در ادامه سرکار خانم **دکتر آسیه متضرع** به ارائه مدلی موفق برای آموزش دستیاران پزشکی خانواده در مرکز سلامت پرداختند و درباره مقاله ای که در ژانویه ۲۰۲۱ که درباره ارائه مراقبت های اولیه سلامت توسط پزشک خانواده و نقش بسیار مهمی که در دسترسی به خدمات سلامت عادلانه و اثربخش دارد صحبت کردند. ایشان بیان کردند جوامعی که PHC قوی تری دارند با هزینه کمتر، از سطح سلامت بالاتر برخوردار هستند و این در حالی است که کمبود پزشکان مراقبت اولیه و کمبود های ساختاری که بر اثر رویکرد بیمارستانی برای آموزش ها وجود دارد نظام سلامت را تهدید می کند. پس آموزش دستیاران پزشک خانواده در این مراکز و به کارگیری آنها بعد از اتمام دوره آموزشی می تواند به عنوان یک راه حل به موقع مطرح شود. با توجه به نقش پزشکان خانواده در سلام، طبیعی است که برنامه ای هدفمند برای آموزش آن ها داشته باشیم تا به طیف گسترده ای از مهارت های بالینی دست یابند. ایشان در خصوص یک مطالعه کیفی که توسط دانشگاه علوم پزشکی تهران به مدت دو سال انجام شده بود صحبت کردند که در آن برای رسیدن به اجماع نظر در خصوص روش های مناسب آموزش دستیار در مراکز سلامت از روش **expect panel** استفاده شد. در بخشی از این مقاله اشاره شد که با برگزاری **expect panel** و نظرسنجی از افراد صاحب نظر، استانداردهای مراکز سلامت آموزشی و نهایتاً روش هایی که باید برای آموزش دستیاران استفاده شود به تصویب رسید. استانداردهای مرکز آموزشی ۲۲ استاندارد بود و بعضی از آنها شامل موارد زیر می شد:

- ✓ برخورداری مرکز سلامت از مراجعین کافی با طیف گسترده ای از مشکلات سلامت
- ✓ برخورداری از حداقل امکانات آموزشی و رفاهی از جمله اینترنت پرسرعت
- ✓ تالیف استانداردهای آموزشی بالینی در مراقبت های اولیه سلامت
- ✓ خدمات آموزش به بیمار
- ✓ طراحی استاندارد های ارزشیابی سطوح مختلف آموزشی
- ✓ نظرسنجی دوره ای از دستیاران پزشکی خانواده حضور هیئت علمی جامعه نگر از مراکز سلامت

خلاصه سی و دومین نشست عصرانه داغ سلامت

عنوان: تقویت نظام شبکه و پزشکی خانواده: از مبانی تا عمل (۳)

🏠 مکان: تالار حریرچیان

📅 تاریخ: ۱۴۰۱/۰۹/۲۱

🕒 زمان: ۱۵ تا ۱۸:۳۰

✓ نوبت دهی الکترونیک

✓ حضور حداقل ۴ الی ۶ رزیدنت در مراکز آموزشی و...

پس از ایشان جناب آقای **دکتر خلیلی** از نکات و تجربیات شان در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و سیستم پزشکی اجتماعی صحبت کردند و خاطر نشان کردند که بحث پزشکی خانواده نه مشکل امروزه کشور و نه مشکل استاندارد اتاق پزشک و نه استاندارد وسایل پزشکی و نه مشکل آموزش پزشک است، بلکه مشکل اصلی عدم اشتیاق پزشکان برای تخصص پزشک خانواده است. ایشان در این باره اشاره‌ای به آموزش بهورزان در سال‌های گذشته کردند. مربوط به زمانی که اسهال در کودکان زیاد شده بود و همچنین بحث پنومونیک و تجویز آنتی بیوتیک مسئله مهمی شده بود. همچنین ایشان به موضوع تراژدی تب روماتیسمی اشاره کردند و بیان کردند که در آن زمان باید پنادور تزریق می‌شد که به علت کمبود پزشک می‌خواستند تجویز این آنتی بیوتیک را به عهده بهورز بگذارند. در این باره از طرف وزارتخانه ابلاغ شد، بهورز حق دارد که به کودک زیر ۶ سال بنزاتین پنی سلین تزریق کند و اگر شک برای کودک رخ داد وزارتخانه دیه کودک را می‌دهد. در بحث پزشک خانواده هم پزشک رزیدنتی را آموزش می‌بیند پایان نامه را به سختی کسب می‌کند و در دوره بخش‌های داخلی کشیک می‌دهد. در زمان آزمون سوالات سخت پرسیده می‌شود و پزشک بعد از تلاش بسیار قبول می‌شود اما به او می‌گویند که از طرف بیمه گفته شده است که برای مثال پست شما روستایی بوده است. پس الان نیز باید برای کار به روستا برگردی و حقوق تان‌ها به صورت سرانه ای است. بدیهی است که این شرایط انگیزه پزشکان را برای تخصص پزشکی خانواده کم می‌کند. وظیفه ما این است که شرایط را برای پزشکان مشتاق به تخصص پزشکی خانواده فراهم کنیم تا شاهد افزایش روز افزون تعداد پزشکان خانواده باشیم.

در پایان جلسه سرکار خانم **دکتر چنگیز** به ارائه جمع بندی از تمام مطالب کل جلسه پرداختند. ایشان بیان کردند که یک گزاره کلی در طراحی برنامه دروس داریم که می‌گویند اساساً برنامه درسی را نمی‌توان وارد یا صادر کرد. حتی برنامه درسی رشته‌های محض و کاربردی چون همه رشته‌ها وابسته به بافتار هستند. از بین رشته‌ها، بحث پزشک خانواده نه تنها وابسته به بافتار است بلکه وابسته به سیستم هم هست. یعنی سیستم ارائه خدمات دیکته می‌کند که اهداف یادگیری چیست و توانمندی‌ها چه چیزهایی هستند و اگر محتوای آموزشی دوره پزشکی خانواده را در کشورهای مختلف ببینید؛ مشاهده می‌کنید که یک مدل در آمریکا وجود دارد و نمونه‌های مشابه آن در ایران برقرار است. یک نمونه در بیروت و لبنان وجود دارد که **best practice** نیست زیرا پزشک خانواده یک مطب شخصی دارد و بیماران را بر حسب نیاز بستری می‌کند. یک مدل دیگر در انگلستان و کانادا و استرالیا وجود دارد که کاملاً وابسته به سیستم است. از دیگر مدل‌ها می‌توان به مدل ملغمه ای که در بعضی از کشورهای اروپایی وجود دارد اشاره کرد. ایشان همچنین بیان کردند تا وقتی تعریف نکنیم که پزشک خانواده قرار است در چه سیستمی کار کند و چه کارهایی انجام دهد حرف از اینکه یک برنامه برای آنها بنویسیم و ارائه کنید در دراز مدت ممکن نیست. زیرا ایران کشوری بزرگ است با تنوع بسیار زیاد و کاملاً اشتباه است که بخواهیم یک مدل و یک نسخه را برای همه سطوح و در همه بافتارها

خلاصه سی و دومین نشست عصرانه داغ سلامت

عنوان: تقویت نظام شبکه و پزشکی خانواده: از مبانی تا عمل (۳)

🏠 مکان: تالار حریرچیان

📅 تاریخ: ۱۴۰۱/۰۹/۲۱

🕒 زمان: ۱۵ تا ۱۸:۳۰

استفاده کنیم. شرح وظایف و اهداف و توانمندی های پزشکی خانواده برای مرکز بهداشتی در یک شهر با جمعیت زیر ۲۰ هزار نفر که در آنجا هیچ بخش خصوصی وجود ندارد و هیچ بیمارستان یا هیچ متخصصی در هیچ رشته خدمات سرپایی ارائه نمی کند؛ با پزشک خانواده مرکز جامعه سلامت در شهری که ممکن است بیمارستان یا حتی یک کلینیک داشته باشد تفاوت وجود دارد.

اگر ما برای جایگاه شغلی که تعریف می کنیم احترام، یک معیشت قابل قبول و امکاناتی که فرد بتواند کاری را که یاد گرفته است انجام دهد؛ فراهم نکنیم، کسی به سمت پزشک خانواده جذب نمی شود. پس در کل، مجموعه برای به ثمر رساندن اهداف خود باید صبر و حوصله داشته باشد زیرا زمان طولانی، یک پلن بلند مدت و مرحله بندی شده نیاز است. همچنین اهداف را باید ست بندی کنیم و حتی **implantation** را در مناطق مختلف به صورت مرحله ای اجرا کنیم و بدانیم که این برنامه فرا دولتی است و همه باید به این برنامه متعهد باشند. پس از آن متناسب با **implantation** سیستم آموزش را هم بایستی اجرا کنیم. نهایتاً چیزی که ما در این سیستم کم داریم یک تفاهم تفصیلی در مورد پزشکی خانواده است. یک تصمیم جدی برای اجرایی شدن و یک تصمیم فرا دولتی برای اینکه اولویت همه برای اجرای این برنامه باشد.

گردآورندگان: کیمیا پژمان، زینب خاکپور، پریسا احمدی و فاطمه مستأجران

دانشجویان کارشناسی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی