

برنامه نیمه تمام پزشکی خانواده



دکتر محمود ناصری
متخصص پزشکی خانواده

اندیشه پزشکی خانواده^۱ و تلاش برای اجرای آن اولین بار از دانشگاه ماستریخت هلند و دانشگاه مک مستر کانادا آغاز شد و تا سالهای آخر دهه ۱۹۷۰ این طرح در چهار کشور کانادا، آمریکا، بریتانیا و هلند اجرا شده بود.

در ایران، در دهه ۱۳۵۰، برنامه تربیت پزشک خانواده در دانشگاه شیراز و براساس برنامه های آموزشی دانشگاه مک مستر کانادا آغاز شد. طبق برنامه، رزیدنتها در صورت لزوم دوره ای یک یا دو ساله را نیز در کانادا می گذرانند. دانشگاه شیراز شهر فسا را محل کارورزی این رزیدنتها قرار داد. اکنون هشت پزشک متخصص خانواده، فارغ التحصیلان همان دوره، در کشور مشغول به کارند.

مشخصات طرح

پس از طی هشت سال دوره پزشکی عمومی، چهار سال دوره تخصصی به ترتیب زیر طی می شود: دو سال داخلی، یک سال کودکان، شش ماه زنان و مامایی و جراحی عمومی، شش ماه دوره های گوش و حلق و بینی و روانپزشکی و پوست. الزامی برای پایان دوره در چهار سال نبود و هرگاه رزیدنت احساس آمادگی می کرد امتحان پایانی برگزار

طرح پزشک خانواده

در اسفند سال ۱۳۷۶، فرهنگستان علوم پزشکی طرحی در زمینه پزشک خانواده به وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ارائه داد. متن اندکی کوتاه شده این طرح را می خوانید.

در حال حاضر عوامل مختلفی سبب نگرانی دست اندرکاران آموزش پزشکی و تخصصی کشور و همچنین فارغ التحصیلان این رشته ها شده است. از جمله می توان به موارد زیر اشاره نمود:

می شد. در صورت عدم موفقیت، شش ماه بعد در امتحانی که مجدداً برگزار می شد شرکت می جست. در این شش ماه در بخشهایی که احساس می کرد نیاز علمی بیشتری به آنها دارد به کارآموزی می پرداخت. رزیدنتها ضمن آموزش و افزودن تجربه علمی، به عنوان استادیار به دانشجویان پزشکی در سطوح علوم پایه و سالهای اول بالینی آموزش می دادند.

برنامه از نظر آموزشی خودفراگیری^۲ بود، به این شکل که رزیدنت بیماری و مشخصات آن را فرا می گرفت و در مواجهه با بیمار، تشخیص خود را با استاد در میان می گذاشت. به این ترتیب، در جریان کار و تجربه عملی با بیمارها مجرب تر می شد. از آنجا که نسبت بالایی از بیمارها از نوع سرپایی است و تعداد کمی به فوق تخصص (برای مثال، قرنیه چشم) باز می گردد، آشنایی این پزشکان با انواع متداول بیماری در کشور ضروری بود که آن هم در جریان تجربه حاصل می شد.

قرار بر این بود که دو یا سه پزشک خانواده یک شهر ۵۰،۰۰۰ نفری را پوشش بیمارستانی دهند (نه در مطب). قاعدتاً تا هشتاد درصد مشکلات بیماران در محل قابل درمان است و ۲۰ درصدی که نیاز به مراجعه به متخصص دارد از سوی پزشک خانواده به متخصص ارجاع می شد. پاسخ متخصص را پزشک خانواده دریافت می کرد و به

بیمار اطلاع می داد. در واقع، پزشک خانواده واسطه بیمار و متخصص یا پزشک فوق تخصصی بود، به نحوی که بدون معرفی او بیمار نمی توانست به متخصص مراجعه کند.

این برنامه برای عموم ناشناخته ماند و برای مردم توضیح ندادند که هدف از این تخصص چیست. تعجبی ندارد که این برنامه تخصصی تعطیل شد و فارغ التحصیلان هم بنا به علاقه خودشان به یکی از رشته های شناخته شده رفتند. در نتیجه توجه ناکافی به این تخصص، پزشک خانواده پس از فارغ التحصیل شدن به بن بست می رسید، به این معنا که نمی توانست به تحصیل ادامه دهد. شاید بهتر می بود پس از مثلاً ده سال کار در رشته تخصص پزشکی خانواده، بدون قید شرط سنی، بتواند در رشته مورد علاقه خود به تحصیل ادامه دهد و فوق تخصص بگیرد. این می توانست مشوق روی آوردن پزشکان عمومی یا انترنها برای ادامه تحصیل تخصصی در این رشته شود، حال آنکه اینک متخصص پزشکی خانواده اجازه ادامه تحصیل و گرفتن فوق تخصص ندارد.

1 Family Medicine

2 self-learning

رشته هایی که در واقع تنه اصلی پزشکی را تشکیل می دهند و باید به نیازهای روزمره مردم پاسخ دهند خالی است.

۵. مشوش بودن سیستم ارجاع و مراجعه مستقیم و غالباً غیرضروری بیماران به متخصصان مختلف.

۶. ضرورت حضور دستیار در بخشهای دانشگاهی جهت انجام امور درمانی که سبب می شود همه ساله دستیاران زیادی بدون توجه به نیاز جامعه به تخصص آنها و صرفاً جهت اداره امور بخشهای آموزشی به کار گرفته شوند.

۱. تربیت پزشک افزون بر نیاز و بیکاری و سرگردانی پزشکان فارغ التحصیل.

۲. تربیت بیش از حد متخصص در رشته های مختلف پزشکی و پیامدهای منفی ناشی از آن.

۳. احساس نیاز شدید فارغ التحصیلان دانشکده های پزشکی به طی دوره های تخصصی برای کسب اعتبار لازم و تامین معیشت.

۴. فقدان حلقه اصلی در زنجیره پزشکی کشور برای درمان بیماران: انبوهی از فارغ التحصیلان پزشکی عمومی وجود دارد، اما جای متخصصان

۷. افزایش روز افزون انصراف در رشته‌های مختلف دستیاری. با توجه به عوامل فوق و مسائل متعدد دیگر، به شورای آموزش پزشکی و تخصصی کشور پیشنهاد می‌شود که برنامه تربیت پزشک خانواده را به صورت يك رشته تخصصی تصویب کند.

مدت زمان این رشته سه سال و نیم و آموزش در رشته‌های اساسی چهارگانه (داخلی، جراحی، زنان، کودکان) و مدت محدودتری در سایر رشته‌ها را شامل می‌شود و پس از طی دوره، گواهینامه تخصصی داخلی خانواده اعطا می‌شود. دارنده گواهینامه به عنوان متخصص از تمام مزایای

متخصصان استفاده می‌کند. شاید این تنها رشته تخصصی باشد که در آن نگرانی تراکم متخصص وجود ندارد و هرچه فارغ‌التحصیلان آن بیشتر شود طب مملکت بازده بهتر و ساختار مستحکم‌تری خواهد داشت.

آموزش پزشکی

برای هر اشکالی

باید يك یا چند گناهکار معرفی کرد؟

خلاصه و نتیجه‌گیری از آنچه در صفحه‌های پیشین آمد

بیکاران بالقوه پزشک می‌شوند، بنابراین باید انتظار داشت که ده درصد پزشکان بیکار بمانند. دوم: آیا پزشک پرورش یافته در محیط به اصطلاح گلخانه‌ای در بیمارستانهای وابسته به دانشگاهها و دور از جمع بیماران در پهنه جامعه قادر خواهد بود با شرایط واقعی کنار بیاید و آن را تحمل کند؟ مدرسان دانشکده‌های طب با حرارت تمام می‌گویند هیچ‌گاه چیزی به نام طب گلخانه‌ای وجود نداشته است و دانشجوی پزشکی در محیط بیمارستان وابسته به دانشگاه هم با همین مردم سر و کار داشت، نه با منتخبی دستچین از آدمهای برخوردار. اساساً مراجعه به بیمارستانهای معمولاً رایگان یا بسیار ارزان دانشگاهها به معنی نابرخورداری از نظر مالی و طبقاتی است؛ برخورداران به چیزی کمتر از کلینیک درجه يك رضایت نمی‌دهند. کسانی، در مقابل، می‌پرسند پس چگونه است که بسیاری از فارغ‌التحصیل‌های همین دانشکده‌ها مستقیماً به غرب مهاجرت می‌کردند؟ پاسخی که از آن سو می‌رسد این است که مهاجرت در پی شرایط بهتر برای کار صرفاً نتیجه محیط تحصیلی و شغلی نیست؛ منحصر به يك حرفه خاص هم نیست. کیست که هیچ‌گاه آرزو نکرده باشد کاش می‌توانست در محیطی دلخواه کار کند؟ پاسخ متقابل این است که آموزش پزشکی کار بسیار پرهزینه‌ای است و مشکل بتوان به اندازه‌ای پزشک تربیت کرد که مانند یا رفتن ده و صد و هزار نفر آنها علی‌السویه باشد. دبروز مهاجرت پزشکان ایرانی ناخوشایند بود؛ بیکار ماندن امروزشان چطور؟ سوم: در این بررسی کوشیده‌ایم وارد بحث بهداشت

در بحث آموزش پزشکی در ایران و دگرگونیهای غریب آن در يك دهه اخیر چندین نکته نهفته است که پرداختن به هر يك از آنها فارغ از تأثیرهای آن عوامل بر یکدیگر راه به جایی نخواهد برد. پاره‌ای از این عوامل ناقص یکدیگرند و دفاع از یکی، خواه‌ناخواه، به معنی مخالفت با يك یا چند موضوع دیگر خواهد بود. اول: خواست دیرین جامعه ایران که دارو و درمان از حیطه علم برتر خارج شود و در حد خدماتی عام برای همه مردم گسترش یابد. در عین حال، بسیاری از همین مردم انتظار دارند که جوانانشان به آسانی به دانشکده‌های پزشکی راه یابند و از همان امتیازهای شغل برتر برخوردار شوند. به بیان دیگر، دست‌کم در میان اقشار میانه‌حال شهرنشین، فلسفه فراهم بودن دارو و درمان عام و رایگان، یا ارزان، با این خواست که حرفه پزشکی برخوردار از تضمین شغلی باشد در تعارض است. چگونه می‌توان مفاهیم عمومیت و مصونیت را آشتی داد؟ چگونه می‌توان بینهایت پزشک تربیت کرد تا تولید از حد تقاضا سرریز کند اما مشکل بیکاری پزشک پیش نیاید؟ نبودن شغل کافی برای همه درس خواندگان يك رشته نه منحصر به ایران است و نه منحصر به يك رشته خاص. اگر مفهوم عدالت اجتماعی به گونه‌ای به عمل در آید که تحصیل هر علمی برای همه متقاضیان میسر باشد، مشکل بتوان به همه متقاضیان وعده داد مشاغل کافی برای همه آنها فراهم خواهد بود. اما کسانی می‌پرسند اگر وزارت بهداشتی عهده‌دار تربیت پزشک شد تا تحصیل و استخدام یکپارچه و يك کاسه شود، پس این داستان بیکاری پزشکان چیست؟ از آن سو، کسانی می‌گویند ده درصد

و درمان نشویم؛ چه، خود بحث آموزش پزشکی به اندازه کافی پیچیده و پر از زاویه‌های ناروشن است. میحث بهداشت و درمان محدود به حیطه علم پزشکی یا آمار صرف نیست: ساختار اجتماعی، شیوه تقسیم عایدات ملی، قدرت اقشار و طبقات و صنفها و درجه رسا بودن صدا و سرسختی هر يك آنها در طلب کردن سهم و حق خویش در برخورداری شان از این خدمات اثر دارد.

دارو و درمان در جهان امروز مدام گرانتر و از نظر فنی پیچیده‌تر می‌شود. اکنون دیگر حاذق بودن به سبک ابوعلی سینا تنها بخشی کوچک از قضیه است: برای تشخیص و معالجه به ابزارها و دستگاههایی پیشرفته و پرخرج نیاز است که از راه‌نرسیده قدیمی می‌شوند. در این میان، رشد سریع جمعیت و بالا رفتن سن جامعه را نیز نباید از نظر دور داشت. شرکت‌های بیمه در جاهایی مانند ایالات متحده آمریکا می‌کوشند به توده مردم حالی کنند که همه افراد مسن نباید انتظار داشته باشند يك رشته جراحی ادواری روی قلب و کلیه و چشم و مثانه و کبد و غیره تک‌تک شهروندان انجام شود، چون این قبیل جراحیها بسیار پرخرج و پیچیده‌اند و بهتر است مردم به معالجاتی متعارف و عام قانع باشند. بیمه‌شدگان پاسخ می‌دهند که جراحی قلب معالجه‌ای است حیاتی، نه تجملی. در هر حال، در مرحله گذار به درمانهای نوین، عمر متوسط هم افزایش یافته است، اما این مشکل هم مطرح شده است که هزینه درمانهای طولانی و مکرر خیل سالمندان را باید از کجا تأمین کرد؟

در ایران، گرچه جمعیت هنوز نسبت به بسیاری کشورهای پیشرفته بسیار جوان است و تا رسیدن به آن تنگنا هنوز فاصله داریم، این قدر هست که دیگر شمار بزرگتر پزشکان به‌تنهایی پاسخگوی مسئله پیچیدگی و گرانی دارو و درمانهای جدید نیست. پزشک امروزی باید به ابزار جدیدی مجهز باشد که به‌اندازه کافی و در همه جا پیدا نمی‌شود، یا بسیار گران است. بنابراین با شکل قدیم اداره دانشکده‌های پزشکی هم احتمالاً امروز همین مشکل، دست‌کم تا حدی، در برابر می‌بود، چرا که خود روند درمان بسیار پرهزینه شده است.

چهارم: در محافل مدرسان دانشکده‌های پزشکی این حساسیت وجود دارد که هر تلاشی برای محدود کردن شمار پذیرفته‌شدگان این دانشکده‌ها مترادف با انداختن نردبان در پشت سر تلقی شود. برخی از این مدرسان می‌گویند دانشجوی پزشکی ندا در می‌دهد که "بیندید درها را!" اما اگر قرار بر بستن درها می‌بود، بسیاری از کسانی که اکنون وارد شده‌اند باید پشت در مانده باشند.

در جنبه‌های اجتماعی و سیاسی، کاستن از شمار ورودی‌های دانشکده‌های پزشکی کاری است در حد انداختن زنگوله به گردن گربه. نه دولت یا مجلس اشتیاقی به پیشقدم شدن در این اقدام شدیداً مخالف‌تراش دارند، و نه مقامهای دانشگاهی، البته اگر فرض کنیم کاری از دسته اخیر ساخته باشد. دولتها معمولاً یا در تدارک برنامه انتخابات بعدی‌اند و دست زدن به چنین اقدامهایی را به صلاح خود نمی‌دانند، یا تازه در انتخابات پیروز شده‌اند و لازم می‌بینند تا مدتی خوش خلق و جوان‌نواز

به‌نظر برسند؛ در میان این دو واقعه هم درگیر زد و خوردهای جدی‌تری‌اند و وقت چندانی برای رتق‌وتفقی این قبیل موضوعهای مکتبخانه‌ای ندارند. بهترین چیزی که می‌توان آرزو کرد این است که وضع به همین منوال بماند تا راهی برای بهبود آن - و نه تنها برای به‌هم ریختن وضع موجود با طرحهایی خلق‌الساعه و ده‌فوری - پیدا شود. نیروی بانیان دانشکده‌های پزشکی جدیدالتأسیس و بیرون از چارچوب نظام آموزش عالی را هم نباید نادیده گرفت. حرف نهایی را در این زمینه چه کسی می‌زند؟ همه و هیچ‌کس.

منتقدان جدایی دانشکده‌های پزشکی از مجموعه دانشگاهها می‌گویند اصل پدیده دانشگاه علوم پزشکی پیش‌درآمد ابداعات دیگر بود. هم‌اینان می‌گویند اگر کار به این شکل پیش نرفته بود و در مسیری دلخواهی نیفتاده بود، افرادی جرئت نمی‌کردند در هر گوشه و کناری دانشکده پزشکی درست کنند. منظور از این انتقادات، عمدتاً تشکیلات دانشگاه آزاد است. اما این واقعیت هم به‌جای خود باقی است که فارغ‌التحصیلان دانشگاه آزاد اکنون بخشی از بازار کار پزشکی‌اند و نمی‌توان آنها را تنها به این سبب که گوش دانشگاهشان به حرف کسی بدهکار نیست نادیده گرفت یا شریک جرم دانست.

عامل مهم در پشت این تحولات، مکتب اراده‌گرایی و میل به حل مشکلات جامعه با اقدامات ضربتی و یک‌بار برای همیشه است. چه بسیار کسانی که می‌پنداشته‌اند شخصاً طرحهایی در آستین دارند که پاسخگوی تمام مسائل حیطه مورد نظر است، اما دستهایی مرموز در پشت پرده نمی‌گذارند سرانگشت تدبیر اینان مشکلات را حل کند. شگفتا این چاره‌اندیشان حیطه آموزش پزشکی که ده سال پیش گویی اکسیر اعظم در کف داشتند و می‌پنداشتند شب و روز هم پزشک بیرون بدهیم باز کم است، امروز غالباً چنان افسرده و خشمگینند که حتی حاضر به دفاع علنی از برنامه‌ها و افکار خود نیستند، تا چه رسد به صحبت درباره آنچه اتفاق افتاده است. به مقامهایی، کنونی یا پیشینی، بر می‌خوریم که اعتقاد دارند هرچه در این باره کمتر حرف بزنیم بهتر است و لزومی ندارد گاه‌گه‌گه باد بدهیم: آنها که کار را تباه کردند عناصری بودند که یا از روی سوءنیت دست به خرابکاری زدند یا ندانم‌کار بودند، وگرنه آنچه بنده می‌گفتم نقص نداشت. می‌توان دید که افراد میل ندارند باور کنند طرحی که در ذهن داشتند نمی‌توانست نتیجه‌ای بهتر از آنچه به‌دست آمده عاید کند، چون کل آن طرحها بر مبنای آزمون و خطا بود. نه کسی توان معجزه داشت و نه حتی طرحی جامع تدارک دیده بودند. تقریباً همه کورمال کورمال پیش می‌رفتند تا ببینند نتیجه چه خواهد شد.

آیا در پایان این همه آزمون و خطا به راههای بهتری خواهیم رسید؟ بهتر است بپرسیم آیا این تکرار آزمون و خطا در حیطه آموزش عالی را اساساً پایانی خواهد بود؟ درگیر و دار این تلاش و تقلاها، و امیدها و ناکامی‌ها، می‌توان به این فرض دل خوش کرد که اگر دانشگاه نوین به معنی تجربه‌اندوزی در آزمایش راههای جدید در همه حیطه‌ها باشد، خود آن نهاد نیز بناچار در معرض و موضوع جهان‌بینی تجربه‌گرای خویش است. □