

## نگرش پزشکان عمومی مراکز بهداشتی درمانی استان گیلان

### در مورد آموزش طب سرپائی، ۱۳۸۱

دکتر زهرا محتشم امیری<sup>۱\*</sup>، دکتر علی داوودی<sup>۲</sup>، دکتر پویا نقش پور<sup>۲</sup>

۱- استادیار گروه پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی گیلان ۲- پزشک عمومی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

**سابقه و هدف:** مهمترین وظیفه پزشکان عمومی اداره بیماران سرپائی در مطب یا مراکز بهداشتی درمانی می باشد و علیرغم اینکه نظرها امروزه به سوی آموزش طب سرپائی معطوف شده، اما آموزش فعلی، آموزشی کلاسیک مبتنی بر بالین بیمار میباشد، لذا بر آن شدیم تا نظر پزشکان عمومی مراکز بهداشتی درمانی را که در اولین سطح ارجاع قرار دارند، نسبت به آموزش طب سرپائی جویا شویم.

**مواد و روشها:** در این مطالعه مقطعی، کلیه پزشکان عمومی مشغول به کار در مراکز بهداشتی درمانی استان گیلان در سال ۱۳۸۱ به تعداد ۱۶۱ نفر مورد پرسش واقع شدند. اطلاعات از طریق پرسشنامه ای حاوی متغیرهای زمینه ای سن، جنس، سال فراغت از تحصیل، دانشگاه محل تحصیل و دارا بودن مطب خصوصی و ۸ سؤال نگرش، از نحوه اجرای طب سرپائی در طی دوره عمومی دکترای پزشکی جمع آوری شد. سپس داده ها با استفاده از آزمون  $X^2$  تجزیه و تحلیل گردید.

**یافته‌ها:** در این مطالعه، ۸۵ نفر (۵۲/۸٪) نگرش مثبت و بقیه نگرش منفی نسبت به آموزش طب سرپائی داشته اند که ارتباط معنی داری بین نگرش پزشکان با سال فراغت از تحصیل، دانشگاه محل تحصیل و جنس وجود نداشته است. ۱۳۹ مورد (۸۶/۳٪) بیمارستانهای دانشگاهی را به تنهایی جهت آموزش دانشجویان جهت طب سرپائی کافی نمی دانستند. پیگیری بیماران را در مراکز بهداشتی درمانی بیشتر از بیمارستانها امکان پذیر می دانستند.

**نتیجه‌گیری:** این مطالعه نشان می دهد که آموزش طب سرپائی در طی دوره عمومی بصورت مطلوب انجام نمی گیرد و جهت ارتقاء کیفیت آموزش پزشکی نیاز به تغییر رویکرد از آموزش بیمارستانی به طب سرپائی می باشد. **واژه‌های کلیدی:** طب سرپائی، پزشکان عمومی، مراکز بهداشتی درمانی، نگرش.

#### مقدمه

برنامه ریزیها نقایصی همچون افزایش ظرفیت رشته های پزشکی، توزیع نامناسب پزشکان خصوصاً در مناطق محروم

در ایران، پس از انقلاب تغییراتی در آموزش پزشکی رخ داده، که هدف برآورده نمودن نیازهای جامعه بوده است. دانشکده های پزشکی به تربیت پزشکان همت گماشتند اما در

تابستان ۱۳۸۲

بازرتری نمایان کرده است. از طرفی بصورت غیر فعال، یکطرفه و بدون هرگونه امکان پیگیری برای دانشجویان می باشد (۷ و ۸) از طرفی تعداد زیادی از بیماریهای موجود در جامعه هرگز منجر به بستری فرد مبتلا در بیمارستان نخواهد شد، که این امر در برنامه ریزیهای آموزشی در جهت تطبیق این آموزشها با نیازهای جامعه بسیار مهم است. در سال ۱۹۹۰، استفاده از بخشهای آموزش سرپائی بعنوان جزئی از دوره آموزشی طب داخلی مورد توجه قرار گرفت که هدف آن پرورش مهارتهای لازم برای اداره بیماران سرپائی مراجعه کننده در دانشجویان پزشکی بوده است. (مطالعه دیگر در سال ۱۹۹۵ در آمریکا نشان داد که چرخشهای دوره ای دانشجویان در بخشهای طب سرپائی (۹) باعث افزایش توان دانشجویان در مدیریت بیمارستان بوده است (۱۰)).

مطالعه ای که در سال ۲۰۰۱ در ۶ ایالت آمریکا انجام شد. میزان علاقه مندی پزشکان متخصص خانواده. داخلی و کودکان به پذیرش دانشجویان پزشکی در مطب های خصوصی به عنوان جزئی از دوره طب سرپائی بررسی شد. در این مطالعه اکثریت پزشکان علاقه مند به انجام این کار بودند و دلیل آنرا روز آمد کردن اطلاعات خود، لذت از کار عملی با دانشجویان در کنار پیشرفت دانشکده و تبادل اطلاعات بالینی ذکر کردند (۱۱). علیرغم ارائه راهکارهای مناسب از جنبه تئوری، به این بخش از آموزش پزشکی تا کنون به جنبه عملی آنطور که باید و شایسته است پرداخته نشده است و نقایص زیادی هنوز وجود دارد. در این مطالعه سعی شده که نقطه نظرات پزشکان عمومی شاغل در مراکز بهداشتی درمانی که اولین سطح ارائه خدمات درمانی به جامعه و مواجه با تعداد زیادی بیمار سرپائی هستند، بررسی تا موانع موجود شناسائی و در برنامه ریزیهای آموزشی آینده بکار برده شود.

وجود داشته که آثار آن در سالهای اخیر خود را به شکل افزایش تعداد دانشجویان پزشکی با توجه به محدودیتهای موجود در سیستم آموزشی سبب ایجاد مشکلاتی در تربیت صحیح پزشکان کارآمد گردیده است. از موضوعات بسیار مهم دیگر، کمتر بهادادن به آموزش طب سرپائی در امر آموزش پزشکی می باشد. آموزش طب سرپائی، کلیه آموزشهایی است که در بخشهای بیمارستانی و بر بالین بیمار نبوده بلکه جهت اداره بیماران بدون نیاز به بستری انجام می پذیرد که متأسفانه در بیشتر مراکز آموزشی ما بصورت نادرست انجام می گیرد و تعداد ساعاتی که کارآموزان، کارورزان و دستیاران به آن می پردازند در مقایسه با آموزشهای بر بالین بیمار بسیار ناچیز است (۱۲ و ۱). مطالعات انجام شده در آمریکا و ایرلند نشانگر آن است که ارائه خدمات به طور سرپائی هم به صرفه تر از بستری کردن بیمار و هم موثرتر از آن می باشد از طرف دیگر رضایت مراجعین رانیز به دنبال دارد. (۳ و ۴). یکی از اساسی ترین خصوصیات هر آموزش برای کاربردی تر کردن و مفیدتر بودن آن، دارا بودن ویژگی آموزشی از راه انجام وظیفه یا کار واقعی است و منظور این است که هر یادگیرنده ای قبل از اتمام تحصیلات، مدتی را صرف یادگیری توأم با ایفای نقش واقعی در جامعه و جایگاه شغلی آینده اش نماید. (۵). بخش عمده آموزش پزشکی محدود به بخشهای بیمارستانی می باشد، در حالیکه بیماران اعزامی به بیمارستانها، به خصوص بیمارستانهای دانشگاهی، نماینده واقعی کل بیماران موجود در جامعه نمی باشند (۶).

امروزه آموزش پزشکی بصورت Community Based Problem oriented, بسیار مورد توجه قرار گرفته است اما این نوع آموزش هنوز در آموزش کلاسیک پزشکی رخنه نکرده و آموزش فعلی کماکان، آموزش بر بالین بیمار (Bed Side Teaching) می باشد. در این نوع آموزش تجربه لازم برای مشاهده علائم اولیه بیمار، از دانشجویان پزشکی سلب و قدرت تشخیص زودرس بیماریها را در ایشان از بین می برد. از طرف دیگر ارائه خدمات در بیمارستانهای دانشگاهی

## مواد و روشها

دانشگاهی را به تنهایی جهت آموزش دانشجویان کافی نمی دانستند و تلفیقی از بیمارستانهای دولتی غیر آموزشی، کلینیکهای ویژه بیمارستانها و مراکز بهداشتی درمانی را پیشنهاد نمودند. مهمترین ضعف آموزش طب سرپائی از نظر پزشکان عمومی مورد پرسش به ترتیب عدم وجود رده های مختلف آموزشی (اساتید و دستیاران)، ناکافی بودن مدت زمان لازم جهت طب سرپائی، تعداد بیش از حد دانشجویان در مراکز آموزشی، عدم همخوانی آموزشهای بیمارستانی با نیازهای جامعه و عدم پاسخگوئی به مدیریت بیمار ذکر گردید.

## بحث

اهمیت طب سرپائی در بخش آموزش پزشکی بسیار مهم و جهت افزایش توانایی پزشکان عمومی در برآورده نمودن نیازهای بیماران ضروری است. مطالعه Borollosy نشان می دهد یک برنامه موفق آموزش پزشکی باید براساس اهداف زیر طرح ریزی گردد.

۱- ایجاد انگیزه جهت خدمت به جامعه

۲- ایجاد وجدان کار و اخلاق انسانی

۳- بوجود آوردن آگاهی بنیادی در مسائل اقتصادی،

اجتماعی کشور و جهان

۴- ایجاد آگاهی و دانش کافی در گستره علوم پایه، طب

پیشگیری و اجتماعی و طب سرپائی

۵- ایجاد علاقه در تداوم فراگیری دانش پزشکی و ایجاد

زمینه برای آموزش تخصصی (۱۳)

در مطالعه حاضر ۴۷٪ پزشکان نگرش منفی در رابطه با چگونگی آموزش طب سرپائی در طی دوران تحصیل داشته اند که علل عمده ضعف سیستم آموزش طب سرپائی را عدم وجود رده های مختلف آموزشی، ناکافی بودن مدت زمان لازم برای ایجاد آموزشها، تعداد نامتناسب دانشجویان و عدم همخوانی آموزشهای دانشگاهی را با واقعیات جامعه و نیازهای جامعه ذکر کرده اند. مطالعه انجام شده در تبریز نیز مهمترین ضعف آموزش طب سرپائی را مدت زمان ناکافی و

در یک مطالعه مقطعی کلیه پزشکان عمومی مراکز بهداشتی درمانی استان گیلان به تعداد ۱۶۱ نفر مورد مطالعه قرار گرفتند. گردآوری داده ها توسط پرسشنامه بوده که شامل ۵ سؤال زمینه ای در رابطه با سن، جنس، سال فراغت از تحصیل، دارا بودن مطب خصوصی و دانشگاه محل تحصیل، ۸ سؤال نگرشی در رابطه با طب سرپائی و ۶ سؤال در رابطه با مکانهای پیشنهادی جهت آموزشی طب سرپائی، تفاوت مراکز مختلف از نظر تنوع، پیگیری و فرصت یادگیری نکات علمی و غیره بوده است. در انتها نیز یک سؤال باز در مورد نحوه اجرای بهتر آموزش طب سرپائی آورده شد. امتیاز بندی سئوالات نگرشی از ۰ تا ۳ و نقطه مرزی میانگین حداکثر و حداقل امتیازات (۱۲) در نظر گرفته شد. پرسشنامه ها توسط مدیران شبکه، پس از توضیحات لازم، در اختیار پزشکان قرار داده شد. داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS و آزمون آماری X2 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

## یافته ها

در این مطالعه ۱۶۱ پزشک عمومی شرکت داشتند که ۹۵ نفر (۵۹٪) مرد و ۶۶ نفر (۴۱٪) زن بودند. ۵۲٪ پزشکان، فارغ التحصیلان پس از سال ۷۵، ۴۱٪ نیز فارغ التحصیلان سالهای ۷۰-۷۵ بوده اند. ۸۵ نفر (۵۲٪) نگرش مثبت نسبت به آموزش طب سرپائی در طی دوره عمومی داشتند. ارتباط معنی داری بین نگرش پزشکان با سال فراغت از تحصیل، دانشگاه محل تحصیل، دارا بودن مطب خصوصی و جنس وجود نداشته است. ۸۶ نفر (۵۳٪) معتقد بودند که امکان پیگیری بیماران در مراکز بهداشتی درمانی بیش از مراکز دانشگاهی است. اما فقط ۳۴ نفر (۲۱٪) تنوع بیماران را در این مراکز بیش از مراکز دانشگاهی می دانستند، ۱۴۵ نفر (۹۰٪) بیمارستانها را در زمینه یادگیری نکات عملی کارآمدتر از سایر مراکز می دانستند. اما با توجه به عدم امکان پیگیری بیماران، مدت زمان کوتاه آموزش طب سرپائی در بیمارستانها و تعداد زیاد دانشجویان، ۱۳۹ نفر (۸۶٪) بیمارستانهای

## تابستان ۱۳۸۲

که مطالعات نقاط دیگر جهان نیز این مسئله را تأیید می کند که محیط درس و آموزش دانشجو از خانواده و جامعه شروع و به بخشهای تخصصی ختم می گردد (۱۷).

در سال ۱۳۷۷ نیز مطالعه ای در شیراز با هدف بررسی نگرش اعضاء هیأت علمی بالینی دانشگاه علوم پزشکی شیراز در خصوص استفاده از بخش خصوصی در آموزش طب سرپائی انجام شد که در این مطالعه ۲۱٪ با استفاده از مطبهای خصوصی جهت آموزش دانشجویان موافق بودند. نیمی از افراد مراکز درمانگاهی دانشگاه را به تنهایی جهت آموزش طب سرپائی مناسب می دانستند اما بقیه استفاده از درمانگاههای خیریه، تأمین اجتماعی و سایر مراکز دولتی، همچنین مراکز بهداشتی درمانی را پیشنهاد نمودند (۱۲).

مطالعه مشابه مطالعه شیراز در سال ۷۹ در گیلان به اجرا درآمد که در این مطالعه ۹۷/۵٪ اعضاء هیأت علمی مخالف با استفاده از بخش خصوصی در امر آموزش طب سرپائی به دانشجویان بودند که دلیل آنرا عدم رضایت بیماران و تداخل ارائه خدمات ذکر نمودند و ۶۶٪ مراکز بیمارستانی را به تنهایی جهت آموزش دانشجویان کافی می دانستند و بقیه استفاده از مراکز بهداشتی درمانی، بیمارستانهای دولتی غیر آموزشی را پیشنهاد نمودند. مشکلات عمده آموزشی طب سرپائی در این مطالعه تعداد زیاد دانشجو، عدم وجود کتب مرجع کافی در زمینه طب سرپائی، طول مدت زمانی نامناسب جهت آموزش به دانشجویان عنوان گردید (۱۷). یکی از اهداف مراکز طب سرپائی پیگیری بیماران می باشد که در این مطالعه ۵۳/۴٪ پزشکان اعتقاد داشتند که امکان پیگیری بیماران در مراکز بهداشتی درمانی بیش از مراکز دانشگاهی است. بدون شک یکی از مسائل ضروری در فرآیند معالجه بیماران پیگیری بیمار پس از درمان اولیه می باشد. مراکز تخصصی بیمارستانی ارائه خدماتشان بصورت یک طرفه و بدون امکان پیگیری منظم می باشد ادامه کار و سرنوشت بیمار بستگی به مراجعه وی دارد که خود چنین مراجعه ای، متأثر از میزان آگاهی، فراغت، بضاعت مالی و اعتقاد و دسترسی بیمار می

عدم حضور تمام وقت اساتید و دستیاران نشان داد. (۱۴) مطالعه مشابه انجام شده در آمریکا مهمترین موانع آموزشی طب سرپائی را عدم وجود دستورالعملهای معتبر آموزشی، یکسان نبودن نیازهای آموزش و زمان ناکافی ذکر کرده است (۱۵).

متأسفانه علیرغم تأکیدی که بر حضور تمام رده های آموزشی در کنار یکدیگر به ترتیب از استاد، دستیار، کارورز و کارآموز در محیط آموزشی می باشد، در آموزش پزشکی اکثریت دانشگاهها دیده نمی شود، که دلایل متعددی را می توان بر شمرد. از جمله عدم وجود اساتید تمام وقت آموزشی، عدم حضور کافی اساتید به دلیل مشغله های فراوان، نبود رشته های تخصصی و دستیاری در تعداد زیادی از دانشکده های جدید التاسیس، عدم تناسب تعداد دستیاران با بخشهای مختلف آموزشی، از علل عمده آن می باشد. این امر نه تنها در آموزش طب سرپائی، بلکه در آموزش بیمارستانی بر بالین بیمار نیز دیده می شود که شاید یکی از علل مهم افت کیفیت آموزشی، همین مسئله باشد. در بررسی انجام شده در تبریز ۹۵٪ اعضاء هیات علمی معتقد بودند که آموزش طب سرپائی با فعالیت پژوهشی آنان مغایرت دارد (۱۶). در مورد، مدت زمان لازم جهت آموزش طب سرپائی بر اساس دستورالعمل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی باید حداقل نیمی از دوره کارآموزی و کارورزی به دور از بالین بیمار باشد. بنظر می رسد که این موضوع در اکثریت مراکز آموزشی رعایت نمی گردد که شاید علت آن نبود مراکز سرپائی خارج بیمارستانی و محدود شدن طب سرپائی به اورژانس و درمانگاههای بیمارستانها، از طرفی بالا بودن تعداد دانشجویان تحت آموزش باشد. عدم رشد مراکز آموزشی درمانی به موازات افزایش تعداد دانشجویان در سالهای اخیر از معضلات مهم آموزشی می باشد. در مطالعه حاضر ۸۶/۳٪ پزشکان، بیمارستانهای آموزشی را به تنهایی جهت آموزش طب سرپائی کافی ندانسته اند و تلفیقی از بیمارستانهای دولتی غیر آموزشی، مراکز بهداشتی درمانی و کلینیکهای ویژه را پیشنهاد کرده اند

سامان دهی شود که فارغ التحصیلانی قادر به حل مسئله با استفاده از منابع اطلاعاتی، آشنا به فناوری، خود ایفا و دارای مهارت‌های ارتباطی و نگرش جامع نگر ترتیب شوند، دستیابی به این هدف نیازمند مدیریت تغییر، صرف وقت و انرژی می باشد تا رویکرد جامعه نگر به جای فردنگری در آموزش پزشکی ایجاد شود و در این راه باید به نحوه شتابنده ای تغییر رویکرد آموزش بیمارستانی به آموزش سرپائی انجام پذیرد. (۱۸).

### تقدیر و تشکر

از کلیه پزشکان مراکز بهداشتی و درمانی همچنین رؤسای مراکز شهرستانها جهت همکاری در طرح تشکر می گردد.

باشد. برای جبران این کاستی طبعاً نیاز به جایگاه، مکانیسم و برنامه ای صحیح برای پیگیری بیماران احساس می شود. در مطالعه حاضر فقط ۲۱٪ پزشکان تنوع بیماران سرپائی را در مراکز بهداشتی درمانی بیش از بیمارستانها می دانند که با مطالعات قبلی همخوانی ندارد و شاید علت این امر پائین بودن متوسط مراجعه به این مراکز در این استان باشد. در آمریکا با اصلاح ساختار آموزش پزشکی از درمان بیمارستانی به درمان سرپائی و مراقبت در خانه با توجه به محدودیت منابع و افزایش هزینه های سنگین بیمارستانی، استفاده از فناوری پیشرفته در تشخیص و انجام اعمال جراحی سرپائی، ورود داروهای جدید و عدم نیاز به بستری شدن بیماران، کاهش بیست درصدی در میزان اشتغال تختهای بیمارستانی دیده شده است (۶).

آموزش پزشکی باید متناسب با تحولات شتابنده قرن بیست و یکم و تجربیات بدست آمده از گذشته، به نحوی

## منابع

۱. عزیزی ف. آموزش پزشکی، پیشرفت‌ها و تنگناها. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۱۳۶۷؛ ۱۲(۱ و ۲): ۱۴-۳.
۲. عزیزی ف. تلاش برای ارتقاء کیفیت آموزش پزشکی، مجله دارو و درمان، ۱۳۶۶؛ ۴(۴۲): ۵-۳.
3. Anderson JJ, Ruwe M, Miller DR, et al. Relative costs and effectiveness of specialist and general internist ambulatory care for patients. *J Rheumatol* 2002; 29(7): 1488-95
4. Macleod C, McElroy G, Oloan D, et al. Ambulatory paediatrics: does it work? *Ir Med J*, 2002; 95(2): 41-4
۵. اکبری م. ابعاد و مزایای آموزش سرپائی در مراکز بهداشتی درمانی و مقایسه آن با آموزش سرپائی بیمارستان. مصوبات وزارت بهداشت، درمان، آموزش پزشکی، ۱۳۷۸؛ ص: ۱۲-۸.
۶. جمشیدی ح. ر. آموزش پزشکی در قرن بیست و یکم مجله آموزش در علوم پزشکی، زمستان ۱۳۷۹؛ ۱(۲): ۷-۳۱.
7. Ambulatory training in internal medicine residencies. The federal council for internal medicine. *Ann Intern Med* 1982; (96): 526.
8. Losky LG, Borkan SC. Strategies to improve teaching in the ambulatory medicine. *Arch Intern Med* 1990; 150(10): 2133-77.
9. Fink BG, Gaehde SA, Rubins HB. The medical day hospital, a new concept in ambulatory medical education. *Arch Intern Med* 1990; 150(3): 533-6.
10. Pangaro L, Gibson K. A prospective randomized trial of a six-week ambulatory medicine rotation. *Acad Med* 1995; 70(6): 537-41.
11. Baldor RA, Brooks WB, Warfield ME, et al. A survey of primary care physician's perceptions and needs regarding the perception of medical students in their offices. *Med Educ* 2001; 35(8):789-95
۱۲. صادقی حسن آبادی ع، مغیثی ع. بررسی نگرش اعضاء هیأت علمی بالینی دانشگاه علوم پزشکی شیراز نسبت به مشارکت پزشکان بخش خصوصی در آموزش طب سرپائی. پایان نامه دوره دکترای تخصصی پزشکی اجتماعی، ۱۳۷۷؛ ص: ۲-۱.
13. Borollosy AW. Establishment of a new medical school. Second WHO Conference on medical education in the eastern Mediterranean. 1971.
۱۴. امینی ا، علیزاده م، فرزانه ف. بررسی وضعیت آموزش طب سرپائی از دیدگاه کارورزان در مراکز آموزشی درمانی تبریز. مجله آموزش در علوم پزشکی، ۱۳۸۱؛ ۷: ۱۹.
15. Lesky LG, Hershman WY. Practical approaches to a major educational challenge, training students in the ambulatory settings. *Arch Intern Med* 1995 ; 155(9): 897-904.
۱۶. امینی ا، علیزاده م. بررسی آگاهی و نگرش اعضاء هیات علمی بالینی دانشگاه علوم پزشکی تبریز در مورد آموزش طب سرپائی. مجله آموزش در علوم پزشکی، ۱۳۸۱؛ ۷: ۸۷.
۱۷. محتشم امیری ز، شاعف س ب. بررسی نگرش اعضاء هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان نسبت به آموزش طب سرپائی. پایان نامه دکترای عمومی- شماره ثبت- ۱۳۷۹؛ ص: ۲-۱.
18. Kisserer JP. Redesigning graduate medical education location and content. *N Eng J Med* 1996; 335(7): 507-9.

\* آدرس نویسنده مسئول: رشت، مجتمع دانشگاهی گیلان، دانشکده پزشکی، صندوق پستی، ۴۱۶۳۵/۳۴۷۷، تلفن: ۰۱۳۱-۳۲۳۴۱۵۵.