

پزشکی خانواده: موقعیت در جهان، ضرورت در ایران

نویسندگان: دکتر محمد رضا سهرابی^۱، دکتر سهیل
سعادت^۲، دکتر زهرا حاجی هاشمی^۳

خلاصه:

با گرایش پزشکان به رشته‌های تخصصی، در سال ۱۹۶۹ تخصص پزشکی خانواده برای اعتبار بخشی به حیطه جنرالایسم و خروج آن از بحران در آمریکا شکل گرفت و به عنوان محور تلاشهای جهانی برای بهبود کیفیت، هزینه-اثر بخشی و برابری در سیستمهای مراقبت‌های سلامتی معرفی شد. این رشته علیرغم موفقیت‌هایی که در ابتدا داشت، با گذشت زمان با چالش‌هایی روبرو شد و نتوانست الگوی جدیدی برای خدمات سلامتی ارائه کند که بهترین درمان ممکن را در پی داشته باشد. خطاها را کم کند و پیامدهای سلامتی را بهبود بخشد. در سالهای اخیر تمایل پزشکان برای تحصیل در این رشته کاهش یافته و مردم نیز آنها را به عنوان یک متخصص به رسمیت نمی‌شناسند.

در ایران نیز اخیراً پیشنهاد برقراری این رشته مطرح شده است. اما قبل از برقراری شتابزده این رشته باید سوالات و ابهاماتی که در زمینه برقراری این رشته در کشور وجود دارد و همچنین تجربیات جهانی مورد توجه قرار گرفته و از نظر هزینه-فایده و هزینه-تأثیر بررسی شود.
کلید واژه: پزشکی خانواده، تاریخچه، ایران

تاریخچه:

در دوران بعد از جنگ، متخصصین امتیاز کار در بیمارستان، درآمد بیشتر و منزلت روزافزونی به دست آوردند. سایر پزشکان GP ساده تلقی میشدند. بنابراین پزشکان عمومی نیاز به تغییراتی را حس کردند و فکر ایجاد پزشکی خانواده به عنوان یک رشته مورد احترام و نیاز، کم کم ظاهر شد ولی هنوز برنامه درسی مدونی برای آن وجود نداشت. بنابراین در سال ۱۹۴۷، آکادمی طب عمومی آمریکا (American Academy of General Practitioners) پس از بررسی تغییرات ایجاد شده در حرفه پزشکی که

پزشکی خانواده امتداد وضعیت پزشکان در طول تاریخ است؛ اولین پزشکان جنرالایستها بودند و برای هزاران سال خدمات پزشکی را به مردم ارائه میدادند (۱). این وضعیت تا جنگ دوم جهانی ادامه داشت؛ با شروع جنگ، پزشکان مثل بیشتر مردان وارد ارتش شده و وظایف خاصی بر اساس نیاز ارتش، و نه بر اساس رشته و توانایی آنها، به آنها سپرده شد. بدین ترتیب پزشکان عمومی یک شبه تبدیل به جراح، متخصص بیهوشی، ارتوپد و غیره شدند.

۱- متخصص پزشکی اجتماعی، معاونت سیاستگذاری و برنامه ریزی وزارت رفاه و تأمین اجتماعی
۲- گروه اپیدمیولوژی دانشگاه علوم پزشکی تهران
۳- متخصص بیماریهای داخلی

دکتر محمدرضا سهرابی و همکاران ...

- (۱) پزشک خانواده یک کلینیسین ماهر است.
- (۲) پزشکی خانواده یک رشته جامعه-محور است.
- (۳) پزشک خانواده یک منبع برای جمعیت تعریف شده است (حیطه طبابت خود را به صورت یک جمعیت در معرض خطر مبیند و کار خود را طوری سازماندهی میکند که مطمئن شود بیمار چه به مطب مراجعه کند چه مراجعه نکند، سلامت او تضمین شود).
- (۴) رابطه پزشک-بیمار نقش محوری در پزشکی خانواده دارد (۸).

جایگاه و سیر تاریخی پزشکی خانواده در کشورهای مختلف:

در این قسمت وضعیت پزشکی خانواده در کشورهای مختلف جهان بررسی می شود:

(۱) ایالات متحده آمریکا: با کاهش درصد فارغ التحصیلانی که به سمت پزشکی عمومی می رفتند از ۴۷ درصد در سال ۱۹۰۰، به ۱۹ درصد در ۱۹۶۴ پزشکی عمومی محکوم به مرگ شده بود (۹) و پزشک خانواده با ظهورش در سال ۱۹۶۹ یک فرصت مناسب در تاریخ ایالات متحده برای حرفه ای کردن مجدد حوزه طب عمومی پدید آورد (۱۰).

در اواخر دهه ۱۹۷۰ موج اصلاحات اجتماعی که منجر به ظهور پزشکی خانواده شده بود فروکش کرد و پزشکی خانواده در فرهنگ غالب طب ادغام شد؛ چیزی که انتظار میرفت مخالفت ایدئولوژیک با آن داشته باشد!

تأسیس پزشکی خانواده به عنوان یک تخصص در آمریکا، تخصص گرایی را کاملاً رواج داد و سپس به سمت برقراری رشته های فوق تخصصی پیش برد به طوری که در سال ۲۰۰۰ پزشکی خانواده ۳ رشته فوق تخصصی طب سالمندان، طب ورزش و طب نوجوانان داشت. برقراری فوق تخصص برای پزشکی خانواده، مشکلات تعریف این رشته را به عنوان یک حوزه پزشکی جنرال پررنگتر نمود.

در ایالات متحده پزشکی خانواده از سالهای ۱۹۹۷-۱۹۹۲ برای ۶ سال به طور مداوم افزایش محبوبیت داشته و متقاضیان این رشته هر سال بیشتر می شدند (۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷) اما از

جنرالیزم را مورد تهدید قرار داده بود، توصیه کرد که دوران اینترنی طولانی تر شده و در سال دوم، آموزش بالینی در زمینه جراحی، طب داخلی، مامایی و اطفال ارایه شود. تا سال ۱۹۵۰، ۹۴ دوره دستیاری طب عمومی در ۳۲ بیمارستان مختلف برقرار شده بود (۲، ۳).

از آنجا که در دو دهه بعد از جنگ تعداد متخصصان و فوق تخصصها به طور چشمگیری افزایش و تعداد پزشکان عمومی به طور واضحی کاهش یافت لذا جامعه به طور فزاینده ای به تفکیک مراقبتها و کمبود نیروی پزشکی که قادر به ارایه مراقبتهای اولیه مداوم و جامع باشد، توجه کرد. (۱) طی اواخر دهه ۵۰ و اوایل ۶۰، نیاز به یک دوره سه ساله با آزمون مورد مطرح شد. در سال ۱۹۶۶ گزارشی تحت عنوان گزارش میلیس و سه گزارش ملی دیگر (۲) منتشر و پیشنهاد کرد تخصصی به عنوان مراقبتهای اولیه تأسیس شود. در ۱۹۶۹ بورده تخصصی آمریکا، بورده پزشکی خانواده آمریکا را به رسمیت شناخت و در سال ۱۹۷۲، AAGP نام خود را رسماً به آکادمی پزشکی خانواده آمریکا تغییر داد. (۳، ۴) و بدین ترتیب مفهوم جنرالیزت با استقرار پزشکی خانواده به عنوان پزشک قرن بیستم دوباره متولد شد (۱). در حال حاضر ۵۶ کشور برنامه رزیدنتی پزشکی خانواده را برقرار کرده اند و پزشکی خانواده از طرف سازمان بهداشت جهانی (WHO) به عنوان مرکز تلاشهای جهانی برای بهبود کیفیت، هزینه، اثربخشی و برابری در سیستمهای مراقبت های سلامتی تلقی میشود (۵).

تعریف: پزشک خانواده یک پزشک جنرالیزت است که مسئولیت حرفه ای برای مراقبت جامع از بیماران غیرانتخابی با مشکلات تمایز نیافته را دارد و به ارائه خدمت به افراد بدون در نظر گرفتن سن، جنس، نوع بیماری (زیست شناختی، رفتاری یا اجتماعی) و یا نظام سازمانی متعهد است (۱، ۶، ۷).

دوره تخصصی پزشکی خانواده در اغلب کشورهای یک دوره سه ساله، شامل بخشهای مختلف بالینی، کلینیکهای پزشکی خانواده و پروسیجرهایی مانند کولونوسکوپی، اندوسکوپی، بعضی اعمال جراحی می باشد.

در کانادا پزشکی خانواده چهار اصل اساسی دارد:

تغییرات پیشنهادی برای سیستم بهداشتی جمهوری خلق چین قرار داشتند. پزشکی خانواده در چین مراقبتهای معمول غرب (پیشگیری، نوتوانی، تنظیم خانواده، طب اطفال طب سالمندان، بیماریهای پوست و...، طب سنتی چین (حفظ تعادل بدن با طب سوزنی، داروها، داروهای گیاهی و...) را با هم ادغام کرده است (۳۴).

۵) ویتنام: پروژه راه اندازی پزشکی خانواده یک تلاش طولانی مدت گروهی است که برای بالابردن سطح مراقبتهای اولیه سلامتی در ویتنام -کشوری که بعضاً از پایینترین معیارهای سلامتی در جهان رنج میبرد- طراحی شده است. وزارت بهداشت تأسیس تخصص پزشکی خانواده را به عنوان مدلی برای آموزش پزشکان مراقبتهای اولیه در کشور اعلام کرد (۳۵).

۶) تایلند: در آگوست ۱۹۹۸ پزشکی خانواده به عنوان یک تخصص جدید در تایلند ظاهر شد. در ژوئن ۱۹۹۹ اولین برنامه رزیدنتی با ورود ۹ کارآموز شروع به کار کرد. علیرغم شروع تشویق آمیز، پزشکی خانواده با موانعی مانند تقاضای کم برای تخصص و ارزشمند نبودن اصول و تواناییهای پزشکی خانواده مواجه شد (۳۶).

۷) ژاپن: در ژاپن پزشکی خانواده موفق نبوده و به عنوان یک تخصص به رسمیت شناخته نمیشود؛ همچنین از نظر اغلب پزشکان بدون هویت است. تعداد پزشکان خانواده در این کشور کم است و نفوذ سیاسی و اجتماعی کمی دارند. اگر پزشکی خانواده بخواهد در ژاپن باقی بماند موانع مراقبت، هم در مطبهای پزشکان و هم در بیمارستانها باید به حداقل برسد (۳۷).

۸) عربستان سعودی: گرچه واقعیت های اقتصادی این کشور، سوق دادن اساس مراقبت بیمار از بیمارستان به جامعه را ضروری می سازد، اما برای تحقق این امر با کمبود نیروی انسانی مواجه است. بیش از ۹۰ درصد پزشکان مراقبتهای سلامتی (PHC) کارشناسانی هستند که آموزش مناسبی برای این کار ندیده اند. عدم علاقه به پزشکی خانواده به عنوان یک حرفه در میان دانشجویان پزشکی عربستان سعودی یک معضل برای پیشرفت آتی خدمات سلامتی این کشور است (۳۸).

۹) فلسطین اشغالی: پزشکی خانواده در فلسطین اشغالی نمونه ای از ایجاد سریع یک رشته است. دو چالش عمده برای

سال ۲۰۰۳-۱۹۹۸ به طور مداوم کاهش محبوبیت داشته و از تعداد متقاضیان این رشته کاسته شده است. از طرف دیگر هر سال فاصله بین موقعیتهای ارائه شده و موقعیتهای اشغال شده برای دستیاری پزشکی خانواده بیشتر می شود. علیرغم پیدایش پزشکی خانواده، بین سالهای ۱۹۶۵ و ۱۹۹۲ نسبت پزشکان در طب عمومی از ۵۱ درصد به ۳۵ درصد کاهش یافت (۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷).

۲) کانادا: در سال ۱۹۹۳ قائم مقام وزیر بهداشت اعلام کرد که ۵۰ درصد رزیدنتهای کشور باید به پزشکی خانواده گرایش پیدا کنند؛ اما در سال ۱۹۹۶ این میزان ۳۵ درصد، در سال ۲۰۰۱ کمتر از ۲۸ درصد و در سال ۲۰۰۳، ۲۴ درصد دانشجویان پزشکی، پزشکی خانواده را به عنوان اولین انتخاب برگزیدند. بیش از ده درصد موقعیتهای رزیدنتی در سال ۲۰۰۱ و حدود ۳۰ درصد در سال ۲۰۰۳، خالی ماند. این کاهش در ادامه افت دایم از ۴۰ درصد در سال ۱۹۹۰ بوده است (۲۸، ۲۹، ۳۰).

تعداد افرادی که پس از فراغت از تحصیل حرفه پزشکی خانواده را برگزیدند از ۵۸ درصد در سال ۱۹۸۹ به ۵۰ درصد در سال ۱۹۹۰ و ۴۳ درصد در سال ۱۹۹۴ رسید (۳۱، ۳۲).

۳) انگلستان: درصد پزشکان شاغل در سیستم مراقبتهای اولیه در بریتانیا ۵۰ درصد و فارغ التحصیلان جدیدی که وارد این فیلد می شوند، ۲۶ درصد است. در بریتانیا دانشجویان پزشکی پس از دبیرستان وارد یک دوره ۵ ساله شده و سپس ۱۲ ماه دوره اینترنی را گذرانده و پس از آن مجاز به کار یا انتخاب تخصص می شوند. اگر دانشجویی مایل بود در فیلد طب عمومی کار کند، پس از اینترنی، ۲ سال دیگر در بخش های بیمارستانی چرخش کرده، و در سالهای دوم و سوم تحت نظارت یک پزشک عمومی قرار می گیرد و در سال آخر در در مانگاه به عنوان دستیار یک پزشک عمومی دیگر کار می کنند. در بریتانیا، پزشکان خانواده در داخل بیمارستان ها نقشی ایفا نمی کنند (۳۳).

۴) چین: مسن بودن جمعیت، افزایش شهرنشینی، افزایش بیماریهای عفونی، افزایش بهای مراقبتهای سلامتی، عوامل تشویق کننده استقرار پزشکی خانواده در چین بودند.

پزشکان جنرال نیست که قادر به مدیریت طیف وسیعی از مشکلات پزشکی و درمان افراد در همه سنین هستند، در مرکز

- ایالات متحده در بین کشورهای صنعتی غربی، تنها کشوری است که رشته‌های تخصصی جنرال متعددی (پزشکی خانواده، داخلی، کودکان و زنان) را برقرار نموده است. این در حالی است که ۷۰٪ پزشکان فعال بریتانیا و ۵۰٪ پزشکان فعال کانادا را پزشکان عمومی تشکیل می‌دهند.

- هم‌اکنون مراقبتهای بیمارستانی عمدتاً توسط متخصصین بیمارستانی (Hospitalists) ارائه می‌شود و نقش جنرال‌یست‌ها در این حیطه روز به روز کم‌رنگتر می‌شود.

- با توجه به پیچیدگی سیستم مراقبت سلامت و اقبال روز افزون به بیماریهای مزمن در مقابل بیماریهای حاد، پزشکی خانواده نیازمند صرف‌نظر کردن از اداره تمام طیف نیازهای سلامتی خانواده خواهد بود (۴۹، ۴۸).

- نسبت جنرال‌یست‌ها از ۵۰ درصد در سال ۱۹۶۱، به ۳۳/۵ درصد در سال ۱۹۹۰ کاهش یافته در حالی که تخصصهای غیر مرتبط با مراقبتهای اولیه به شدت رشد کرده و این امر دسترسی جامعه به خدمات اولیه سلامت را با مشکل مواجه ساخته است (۵۰).

- پزشکان خانواده آزمونهای آزمایشگاهی بی‌فایده و غیر ضروری بسیاری انجام می‌دهند و اغلب موقعیتهایی که برای ارائه خدمات پیشگیری دارند، مانند ایمنسازی کودکان در خلال ویزیت برای یک بیماری حاد، را از دست می‌دهند (۵۱).

- پزشکی خانواده در هنگام محدودیت منابع مالی تشویق می‌شود، زیرا نسبت به سایر تخصصها هزینه‌اثربخش است (۵۲)؛ اما هزینه‌اثربخشی آن به علت دستمزد کمتر است (۵۳).

اشتباهات و مشکلات دیگر پزشکی خانواده: اثر محدودکننده نام تخصص، فلسفه تکروی (که منجر به انزوای آن شده)، تمایل دائم برای ایفای نقش مخالف، عدم علاقه به مراکز سلامتی دانشگاه-محور، عادت به الگوهای رهبری غلط، سیاست «هر چه بزرگتر بهتر» است؛ در ضمن فرصتهایی مانند الگوی مراکز پزشکی خانواده داشته که از آنها به خوبی استفاده نکرده‌است (۵۴، ۵۵).

در کانادا و کشورهای دیگر نیز این رشته با کاهش علاقه روبروست. بعضی از علل آن عبارتند از: کمبود پزشک، حجم کاری زیاد، افزایش مشکلات و کاهش درآمد پزشکان خانواده

آینده عبارتند از: ۱) ادغام مراقبتهای پیشگیری در پزشکی خانواده و ۲) مواجهه مراقبتهای اولیه با رقابت از طرف متخصصین رشته‌های بیمارستانی در یک فضای تجاری فزاینده (۳۹).

۱۰) **آفریقای جنوبی:** در آفریقای جنوبی پزشک عمومی به پزشکی اطلاق می‌شود که بعد از تکمیل یکسال دوره کارورزی وارد حرفه پزشکی عمومی می‌شود و پزشک خانواده دوره ۳ سال تخصصی را می‌گذراند. در این کشور مردم تفاوتی بین پزشک خانواده و پزشکی عمومی نمی‌گذارند و هر دو را به عنوان سطح پایینتر ارائه خدمات، البته نوع قابل قبول آن، میدانند (۴۰).

در سایر کشورها از جمله هندوستان، روسیه، مالزی، استونی، نپال و آلبانی نیز این رشته برقرار شده است، اما در زمینه موفقیت یا عدم موفقیت آن گزارشی در دست نیست (۴۱، ۴۲، ۴۳، ۴۴، ۴۵).

مشکلات و چالشها:

باگسترش بسیار زیاد دانش پزشکی و مهارتها در چند دهه گذشته، ناکافی بودن چهار سال دانشکده پزشکی و یک سال دوره اترنی با برقراری دوره رزیدنتی در یک تخصص جدید بنام پزشکی خانواده جبران شد (۹)؛ اما متأسفانه پزشکی خانواده به عنوان رهبر تغییرات نتوانسته الگوی جدیدی برای خدمات سلامتی ارائه کند که بهترین طبابت را در پی داشته باشد، خطاها را کم کند و پیامدهای سلامتی را بهبود بخشد (۴۶). از طرف دیگر بسیاری از مشکلات اساسی شاخص در دهه ۱۹۶۰، بدون چاره باقی مانده، بعضی بدتر شده و مشکلات جدید نیز اضافه شده‌اند. وظایف متعدد و معمولاً غیرشفافی که این رشته در حیطه پزشکی ایفا میکند، تثبیت موقعیت این تخصص در آینده را نیز با دشواریهایی مواجه ساخته است. (۴۷، ۹).

با مرور تاریخ ۳۰ ساله این رشته در ایالات متحده درمی‌یابیم که:

- پزشکی خانواده موفق به تغییر و اصلاح سیستم آموزش پزشکی، عملکرد سیستم پزشکی و حتی سیستم مراقبت‌های سلامت نشده است.

- این رشته تنها یکی از چند رشته‌ای به شمار می‌رود که ارائه مراقبتهای سلامت را به عهده دارند.



در مقایسه با دیگر تخصصها، تمرکز دانشکده های پزشکی روی فوق تخصصها و تحقیقات آنها، اعتبار کمتر این رشته نسبت به سایر رشته های تخصصی، تغییر نگرش نسبت به پزشکی خانواده در جامعه و دانشگاه، اصلاحات و مراقبتهای اولیه، افزایش نقش پرستاران و داروسازان و کاهش اهمیت نقش پزشکی خانواده (۳۳، ۳۴) درگیری با جنبه تجاری رشته (۵۶).
در سال ۲۰۰۰ در کنفرانس «کی استون» چهار نظریه مختلف در مورد وضعیت پزشکی خانواده و مشکلات آن ارائه شد:
نظر ۱: پزشکی خانواده در واقع ناموفق نیست بلکه آنرا کنار گذاشته اند.

نظر ۲: پزشکی خانواده به عنوان بخشی از یک الگوی قدیمی شکست خورده است.
نظر ۳: پزشکی خانواده شکست خورده زیرا وظایف اشتباهی را انتخاب کرد.

نظر ۴: پزشکی خانواده شکست خورده زیرا هرگز جزئی از فرهنگ نشده است (۵۷).

علیرغم اینها، پزشکان خانواده منبع معمول غالب برای مراقبت از جمعیت تحت مراقبتهای پزشکی (Medicare) در ایالات متحده بخصوص جمعیت اقلیت های محروم و کسانی که در نواحی روستایی زندگی میکنند، است (۵۸).

چشم انداز آینده:

آیا پزشک خانواده میباید در آینده تشخیص دهنده همه بیماریها در تمام سنین یا مشاوره برای والدین و فرزندان یا متخصص بیماریهای مزمن یا مدیر یک تیم چند حرفه ای یا... باشد؟ آیا پزشکی خانواده به صورت یک حیظه باقی خواهد ماند یا حیظه های متعددی را پوشش میدهد؟ رسالتش چه خواهد بود؟ آیا این رشته در آینده رشد خواهد کرد، ثابت خواهد ماند یا افول خواهد داشت؟ (۵۹)

پزشکی خانواده برای حفظ و ارتقاء موقعیت خود در هزاره جدید باید برای سوالات و چالشها پاسخی در خور ارائه کند و به توصیه های زیر عمل نماید:

۱) روشی برای مقابله با دسترسی مستقیم به سرویسهای تخصصی که پزشکی خانواده را از اعتبار انداخته و موجب

پسرفت آن شده، ارائه کند (۶۰).

۲) حوزه طبابت، مهارتهای مورد نیاز برای بیماران بستری، مامایی و استفاده از ابزارهای تشخیصی خود را مشخص نماید.
۳) نحوه طبابت خود را (طبابت در مطب بدون کار بیمارستانی، کار بیمارستانی بدون پایه خدمات اولیه، خدمات اورژانس، یا نیم وقت با مراقبتهای مداوم محدود یا بدون آن) تعیین کند (۶۱).

۴) روند آموزش و درمانی را انتخاب کند که متناسب با تغییرات ترکیب جمعیتی، تغییر نسبت جنسی، افزایش نسبت افراد مسن، و روندهای اقتصادی اجتماعی عمده و تفاوت عمده در درآمد باشد (۶۲).

۵) سه جنبه کیفیت استانداردهای مراقبتهای سلامتی در آینده را مد نظر قرار دهد:

الف) امنیت بیمار و فقدان خطا

ب) آرایه مداوم مراقبت با استفاده از پیشرفته ترین فن آوریها.
ج) تعالی خدمات (۶۳).

۶) توجه تمایز پزشکی خانواده از سایر حوزه ها را مشخص و ابهام درباره جنرالیت یا متخصص بودن پزشکان خانواده را برزاید.

۷) رشد نمایی مراقبتهای مدیریت شده و افزایش آشکار انتظارات مشتریان را مورد توجه قرار دهد.

۸) نقش خود در خدمات کنترلی و بیمه را مشخص نماید (۶۴).

۹) تحول ناشی از اینترنت را در مبادله اطلاعات و تعامل بیماران و آرایه دهندگان مراقبتهای سلامتی درک و خود را با آن سازگار نماید.

۱۰) جایگاه خدمات بالینی، هیأت علمی و تحقیقات را تعالی بخشد (۶۵).

پزشکی خانواده در ایران:

در ایران به دنبال عدم موفقیت سیستم ارجاع در مناطق شهری، اصلاحات جدیدی در نظام ارائه خدمات سلامتی در حال شکل گیری است. در الگوی جدید پزشک خانواده به عنوان محور ارائه خدمت در نظر گرفته شده است تا بسته خدمت



نظر هزینه-فایده و هزینه-تاثیر بررسی شود. پزشک خانواده به عنوان یک جنرالست تداخل عمل زیادی با سایر تخصصها دارد. با توجه به وضعیت فعلی تخصصها و مازاد نیروی پزشک در برخی تخصصها در ایران، در این زمینه چه می توان کرد؟ پزشکی خانواده در ایالات متحده بدلیل فشار عمومی و دولت، رشد کرد، در صورتیکه در کشورهای دیگر چنین حرکتی دیده نمیشود (۴۱)؛ همچنین این سؤال مطرح است که آیا الگوی ایالات متحده و کانادا در سایر نقاط دنیا که در آنها کمبود شدید پزشک و توزیع نامناسب آنها وجود دارد، قابل کاربرد است؟ (۴۸)

نتیجه گیری

مطالب فوق بیانگر آن است که اولاً هر کشور با توجه به شرایط خود اقدام به تاسیس رشته پزشکی خانواده نموده، ثانياً برقراری آن لزوماً به معنای موفقیت آن نیست. بدون اصلاح نظام سلامت کشور و حل مشکلات ساختاری آن برقراری این رشته یا هر اقدام دیگری ناکارآمد خواهد بود و تنها منجر به اتلاف وقت و هزینه خواهد شد لذا در درجه اول باید این مشکلات شناسائی و رفع گردند.

در این مرحله به نظر می رسد که بهترین راهکار موجود، برقراری پزشک خانواده به عنوان یک موقعیت شغلی در نظام ارائه خدمات و نه به عنوان یک تخصص باشد. برای بهره گیری بهتر از پزشکانی که این موقعیت شغلی را اشغال می کنند، استفاده از روشهای کوتاه مدت آموزش پزشکی خانواده با برقراری دوره های آموزش مداوم برای دانش آموختگان و ادغام در دوره undergraduate با اصلاح کوریکولوم آموزشی دوره پزشکی عمومی و جامعه-محور کردن آموزش پزشکی و انطباق آن با نیازهای کشور برای دانشجویان بهترین راهکار پیشنهادی می باشد.

تعریف شده ای را به جمعیت تحت پوشش خود ارائه کند. چالش پدید آمده، بر سر وضعیت پزشکان خانواده در سیستم ارائه خدمت است: آیا تخصصی تحت عنوان پزشک خانواده تاسیس شود یا دوره های کوتاه مدت آموزشی برای آن در نظر گرفته شود و یا تنها به عنوان یک موقعیت شغلی برای پزشکان عمومی ورشته های جنرال در نظر گرفته شود؟ لازم به ذکر است که پزشکی خانواده در دنیا به سه روش مختلف ادغام در دوره undergraduate، دوره کوتاه مدت ۶ ماهه و دوره تخصصی سه ساله ارائه میشود.

قبل از تصمیم گیری در این مورد باید به سوالات و ابهاماتی موجود در زمینه ضرورت برقراری این رشته و همچنین در صورت برقراری، برای طول مدت آموزش آن پاسخ داده شود: چه نیازهایی برقراری این رشته را در ایران ضروری می سازند؟ با توجه به دوره هفت ساله پزشکی عمومی در ایران که شامل ۱۸ ماه دوره کارورزی است، آیا پزشکان عمومی و سایر جنرالستها نمی توانند وظیفه پزشکان خانواده را انجام دهند؟ (در برخی کشورها از جمله ایالات متحده دوره پزشکی عمومی کوتاهتر است و دوره کارورزی جزئی از دوره دستیاری محسوب می شود).

با توجه به مسائل فرهنگی، به نظر نمی رسد رشته های جنرال در ایران موفق باشند. چنانکه حتی در کشورهایی که این رشته برقرار و موفق بوده در حال حاضر با عدم اقبال عمومی روبروست و تمایل برای مراجعه مستقیم به متخصصین روز به روز بیشتر می شود.

برای ایجاد پوشش کافی توسط پزشکان خانواده باید هر سال تعداد زیادی دستیار در این رشته پذیرفته شود تا در طی چندین سال و با صرف هزینه بسیار زیاد این امر تحقق یابد. این امر باید از



References:

1. American Academy of family physicians available from: URL:<http://www.aafp.org>
2. Pellegrino Edmond D. can the Generalist Survive the 21st century ? *Journal of American Board of family practice* 2000 13 (4): 312 – 314 .
3. Carmichael lynn , Schooley susan. Is where we are where we were going ? A Dialogue of Two generations. *Family medicine* 2001 ; 33 (4) : 252- 8.
4. Young P. Family practice: Birth and Development of a specialty. *American Family Physician* 1997. September 1.
5. Rivo M, family practice in the new Millennium: from health care to health Improvement. *Family practice management* . June 1997 .
6. Phillips WR, Huynes DG. The Domain of family practice: Scope, role and function, *Fam Med* 2001; 33 (4) ;P 273-7.
7. Jogerst G.j, lenochs, Ely jw. Russian Family Practice Training Program: A single step on along journey. *Family Medicine*. May 1998. P372 – 377 .
8. Available from <http://www.cfpc.ca/English/cfpc/about%20us/principles/default.Asp?>
9. Pisacano Nj. History of the specialty available form <http://www.AAFP.ORG>
10. Stephens. GG, Family practice and social and Political change. *Fam med* 2001; 33(4): 248 – 51
11. Kahn BN, Schmitting GT Garner JG, Entry of US medical school Graduates into Family Practice Residencies: 1997 – 1998 and 3 – year summery. *Fam med* 1998; 30 (8): 554 – 63.
12. Kahn Norman B. Medical Schools Can Indeed Produce Family Physicians. *Family medicine* 1996: 28 (6): 439-44.
13. Kahn BK, schmitting GT, Garner JG,. Entry of US medical school graduates into family practice residencies:1997-1998 and 3-year summary. *Fam Med* 1998;30(8):554-63
14. Kahn NB, Garner JG, Schmitting GT, Ostegaard DJ, Graham R. Result of the 1997 national resident matching program: family practice. *Fam Med* 1997;29(8):553-9
15. Kahn BK, schmitting GT, Garner JG, Graham R. Entry of US medical school graduates into family practice residencies:1996-1997 and 3-year summary. *Fam Med* 1997;29(8):545-52
16. Kahn NB, Garner JG, Schmitting GT, Ostegaard R. Result of the 1995 national resident matching program: family practice. *Fam Med* 1995;27:501-5.
17. Kahn BK, schmitting GT, Garner JG, Graham R. Entry of US medical school graduates into family practice residencies:1994-1995 and 3-year summary. *Fam Med* 1995;27:492-50
18. Praszek K , Taylor A, chappelle K. Family medicine : A call to the front line *JAMA*, may 6, 1998. Vol 279. ISS.17. P 1903 ostegaard DJ, Graham R. Results of the 1998 National Resident Matching programs Family practice. *Fam Med* 1998, 30(8): 564 – 70.
20. Matt Borsellino. Family medicine continue to lose ground in race for recruits. *Medical post*. Jun 26, 2001. Vol 57;p24-28
21. Sullivan, Patrick. Family medicine loses lustre as students Vote with feet in 2001 residency match . *CMAJ* Apr 17, 2001 . Vol 164 , ISS. 8; P 1194
22. Rosser, ww. The decline of family medicine as a career choice, *cmaj* . may 28, 2002 . vol 166, lssl, P 1419 - 20
23. Pugno perry A., Mc Pherson Deborah S , Schmitting Gordon T. Results of the 2001 national matching program: family practice. *Family medicine* 2001; 33 (8): 594-601
24. Kahn BK, schmitting GT, Garner JG, Entry of US medical school graduates into family practice residencies:1998-1999 and 3-year summary. *Fam Med* 1999;31(8):542-50.
- 25 .Kahn NB, Garner JG, Schmitting GT, Result of the 1999 national resident matching program: family practice. *Fam Med* 1999;31(8):551-8.
26. Skinner BD, Newton WP. A long-term perspective on family practice residency match success:1984-1998. *Fam Med* 1999;31(8):559-65.
27. Skinner BD, Newton WP. A long-term perspective on family practice residency match success:1984-1998. *Fam Med* 1999;31(8):559-65.
28. Moulton Donalee. Family medicine remains unpopular with med students *CMAJ*. Jun 24, 2001. Vol 165. ISS.2; P201
- 29 Rosser, ww. The decline of family medicine as a career choice, *cmaj* . may 28, 2002 . vol 166, Iss.II, P 1419 - 20
- 30 Wharry steve. Family medicine crisis? Field attracts smallest ever share of residency applicants. *CMAJ*. Apr1,2003; 168(7); 881 – 2
31. Buske, Lynda. Class of '94 results point to family medicines declining popularity . *CMAJ*. NOV 12.2000. vol 167.ISS.10. P1161
- 32 . McELroy, ROSS. Our family medicine Crisis. .

CMAJ. OCT 16. 2001, 165(8)

33. Onion Daniel K, Berrington Robert M., Deanery Anglia. Comparisons of UK General practice and Us family practice. *Journal of American Board Family Practice* 12 (2): 162 - 172

34. Nie men lz, kvale J, Fux Gu , Bringing A family practice model of health to the People's Republic of china. *Fam Med* 2001; 33 (9):696 - 701

35. Schemer JM, Le NH, Can dib LM, Medical family therapy case book: The Vietnam family medicine development project: A cross Cultural collaboration/ Response. *Families, Systems & health. Fall 2002. Val 20, Iss. 3: P 303 - 310*

36. Wiliams RL. Henley E. Prueksaranond S, family practice in Thailand: will it work? *JABFP. Jan - Feb 2002 - Vol5, NO2 P 73-76*

37. Smith. B WH , Demers R, Garcia - sheltanl. *Family medicine in Japan Archive of family medicine , Jan/ feb 1997. Vol 6. ISS.1. P 59-62*

38. Al farsi EA. Student evaluation of a traditional and an innovatiive Family medicine course in Saudi Arabia. *Education for Health. Jul 2000. vol 13,. ISS,2. P 231-5*

39. Weingarten MA, laderer j. The development of family medicine in Israel. *Fam med* 1995;27:599 -604

40. Williams RL. Reid SJ. Family practice in the New South Africa. *Fam med; 1998 30(7): 574 - 8.*

41. Rumbullakul, Theodorakis PN, Pulluqi P, Post-graduate training in Family medicine in Albania . *Post-graduate medical Journal . May 2002 . Vol 78 , ISS. 919, P 308 - 310*

Ackerman L, karki p. Family practice training in Nepal. *Fam. Med. 2000; 32 (2) :p 126 - 8.42*

43. Lember m. a policy of introducing a new funding system of general practice in Estonia. *Health plan mgmt* 2002; 17; 41 - 53

44. Available from: URL: <http://WWW.aafp.org>

45. Kumars. Indian government first update of national health policy in 18 years. *The lancet. Vol 368 - sep 15, 2003; p 651*

46. Herbert C.P. Clinical Health promotion and Family Physicians:A *Canadian perspective. Patient Education and counseling* 23 (1995) 277 - 282.

47. Stevens Rosmary A. The Americanization of family medicine: Contradictions, Challenges, and Change, 1969 - 2000. *Family Medicine* 2001, 33(4): 232 - 43.

48. Geyman John P., Bliss Erika. What does family practice need to do next? A cross generational review. *Family medicine* 2001 ; 33 (4) :259-67

49. David Alan K. *Challenges for family medicine, family medicine* 1998; 30 (6) : 440-8

50. Board of directors . Family Physician work force Reform : AAFP Recommendations. *American family Physician January 1996: 65-82*

51. Bowman, Marjorie A, Schwenk , Thomasl . Family medicine . *JAMA. Jun19, 1996. Vol 275. ISS.23;P 1809 -10*

52. Thomas, schwenk. . Family medicine. *JAMA. Jul 15 1992. vol 268. ISS,3. P 356-8*

53. Weiss BD. The death of academic family medical: can it be prevented? *Fam med* 1995. 27(2): 139 - 142

54. Magill, MK, Kane Wj. What opportunities have we Missed, and what Bed Deals Have we Made? *Fam Med* 2001; 33(4): 268 - 72

55. Halvorsen jG. Family medicines failures: Reflections an Keystone III. *Fam med, may 2001, 33 (5) : 390 - 392*

56. Stevenson C, Hamilton GR, Choosing Family medicine. *CMAJ. Aug 7, 2001. Vol 165. ISS3; P.56 272-3*

57. Green L.A. The view from 2020: How family practice failed. *Fam med*2000; 33(4): 320 - 4.

58. Family physicians are the main source of primary health care for the Medicare population. Available from <http://www.AAFP.ORG>

59. Stevens Rosmary A. The Americanization of family medicine: Contradictions, Challenges, and Change, 1969 - 2000. *Family Medicine* 2001, 33(4): 232 - 43

60. Appleby Cuck. Open Access Plane: will family physicians be left behind? *Family practice management* 1997; mach

61. Geymen JP. Family practice in a failing health care system: New opportunities to advocate for system Reform. *JABFP. Sep - oct 2002 Vol 15 .NO.5 P407-415*

62. South - Paul JE, Grumback K. How does a changing Country change Family Practice? *Fam Med* 2001; 33(4): 248 - 85.

63. Scherger je, family practice residencies in the 21st Century: How much old? How much New? *Fam med* 1999; 31 (10): 722 - 5

64. Green LA, fryer GE. Family practice in the US: Position and prospects. *Acad med. 2002, 77:781 - 789*

65. Bowman M.A. Family practice Triumphs by the year 2020: what will we have done right? *Fam Med* 2001; 33(4): 248 - 85.



Abstract

Family medicine residency program: is it worth to establish?

Authors: Dr. Sohrabi, M. R.¹ Dr. Saadat, S.² Dr. Haji Hashemi, Z.³

Family medicine residency program was established for accreditation of general practice and exit from crisis after physicians' tendency to specialty in USA in 1969. It was introduced as the axis of world attempts for improving quality, cost-effectiveness and equity in health care systems.

In spite of early successes, the program was faced with challenges through the time and did not succeed to provide a new model for health care with the end result of a better treatment, decreased professional errors and improve health outcomes. On the other hand and in recent years, physicians' tendency for family medicine residency has been decreased and the colleagues too, don't recognize them as specialist.

Recently, establishing residency program has been suggested in Iran. Before making the final decision, some questions and doubts about establishing such program must be studied very carefully. In conclusion, paying attention to the word experiences and the cost-benefit and effectiveness of the program should be carefully studied and evaluated.

Key words: Family medicine, residency program, Iran

1- Deputy Minister, Ministry of Welfare and Social Security
2- Department of Epidemiology Tehran University of Medical Sciences
3 - Internist