

مکان مناسب برای آموزش دانشجویان پزشکی

دکتر محمد اسماعیل اکبری - عضو هیأت علمی دانشگاه و دبیر شورای آموزش پزشکی جامعه نگر

Appropriate Setting for Medical Education ABSTRACT

The 3.4 million population of Isfahan province was evaluated by cluster sampling. In this study, 11230 cases had one or several medical complaints, 9818 had sought treatment in medical centers; 146 were hospitalized. Only 74 of the latter were admitted to university hospitals. During the month prior to study, 945 cases had been resting at home. The ratio of cases resting at home to those who were hospitalized was 6 : 1. This study shows that the number and variety of outpatient cases is higher than hospitalized ones, and that university hospitals are not adequate for the training of medical students, and that attending community based outpatient clinics and training centers is essential for a good medical education.

مقدمه

نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی و آموزش علوم پزشکی، دو مقوله بسیار مهمی هستند که فعالیت اصلی بسیاری از کشورهای پیشرفته و در حال پیشرفت را در جهت تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت فرد و جامعه به خود اختصاص می دهند.

اهمیت این مطالب و حضور بیش از قبل اندیشه "تغییر در نظام آموزش پزشکی کشور" و نیز اصلاح و ترمیم نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی، دلایل تدوین این مقاله هستند.

این مقاله بخشی از تحقیق بزرگی است (Health Survey) که در سال ۱۳۶۸ در استان اصفهان انجام شده است و تحت عنوان "بررسی ضرورت تغییر نظام آموزشی و ارائه خدمات بهداشتی درمانی براساس نیازمندیهای جامعه" در سال ۱۳۷۰ منتشر گردید(۱).

روش کار

به همت صدھا تن پوششگر شیوه زندگی، بیماردهی، خدمات پذیری جامعه و خدمات رسانی نظام ارائه کننده خدمات بهداشتی درمانی در جمیعت مورد مطالعه بررسی شد و با استفاده از

خلاصه

جمعیت ۳/۴ میلیون نفری استان اصفهان به صورت خوشای با رعایت نسبت درست جمیعت شهری، جمیعت حاشیه شهر و روستایی آن در سال ۱۳۶۸ مورد مطالعه قرار گرفتند(۱).

از این جمیعت ۱۱۲۳۰ نفر در طی ماه گذشته ایراز یک یا چند نوع ناراحتی نمودند که ۹۸۱۸ نفر آنها به یک مرجع جهت معالجه مراجعه کردند، واز آن میان ۱۴۶ نفر در بیمارستان بستری شدند، که سهم بیمارستانهای آموزشی وابسته به دانشگاه، ۷۴ بیمار بود. همچنین در طول یک ماه گذشته ۹۴۵ نفر از این جمیعت بدلایل مختلف در منزل بستری بوده اند که نسبت به بیماران بستری همزمان در بیمارستان ها نسبت $\frac{4}{1}$ را شامل می شود.

با بهره وری از این تحقیق که تعداد بیماران سرپایی را نسبت به بستری بسیار متنوع تر و متعدد تر نشان داده، جامعه را نیز محل بزرگ برای حضور بیماران آشکار و نهان نشان می دهد، بیمارستان های آموزشی را محل کافی و مناسب آموزش دانشجویان پزشکی ندانسته، حضور در مراکز آموزشی سرپایی بخصوص مراکز بهداشتی درمانی و جامعه را از ضروریات یک آموزش باکیفیت مطلوب عنوان خواهیم کرد.

توسط مردم در قالب اصطلاحات متداول تر پژوهشی قرار داده شده است، به عنوان مثال "عوارض نورولوژیک" شامل سرگیجه، اختلال در تعادل و صرع می‌باشد.

اختلالات ادراری نیز شامل سوزش ادرار، اختیابس ادراری، می اختیاری در دفع ادرار و شب ادراری است. منظور از مراقبت های ربهداشتی نیز انجام واکسیناسیون و مراقبت های تنظیم خانواده است، همانطور که ملاحظه می شود نوع بیماری خود مایل عدیده ای را مطرح می کند که مورد بحث تمی باشد. تنها در این قسمت مرجع انتخابی جمعیت مورد مطالعه را برای ابزار ناراحتی روشن می کنیم.

نمودار شماره ۱- این مراجع را مشخص می‌کند، همانطور که ملاحظه می‌شود، از ۵۶۱۵ نفری که در طول دو هفته گذشته ابراز یک یا چند ناراحتی کرده‌اند ۴۹۰۹ نفر، ۴۱۲ بار به مراجع مختلف رجوع کرده‌اند که ۴۲۹۴ بیمار به پزشک و دندانپزشک چه در بخش خصوصی و چه در بخش دولتی مراجعت کرده‌اند. این بار مراجعت، ۸۶ درصد رجوع جمعیت را شامل می‌شود و تنها ۱۴ درصد یعنی ۷۶ نفر به واحدهایی مراجعت نموده‌اند که در آنها پزشک با دندانپزشک حضور نداشته است و در این میان سهم خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی بدون پزشک ۱۱/۵۷ درصد بوده است.

بیماران فوق الاشاره ۵۹۸۷ بار مورد مداوا قرار گرفته‌اند که ۱۰۸۷ بار آن به صورت "خود درمانی" (۱۸ درصد) بوده است و ۴۸۳۱ بار با استفاده از داروهای شیمیایی و ۱۹ بار (۰.۳٪) با مصرف داروهای گیاهی بوده است، ۵۹ نفر نیز به دلایل مختلف تحت عمل جراحی قرار گرفته‌اند. جدول شماره ۳ فراوانی بستری شدگان در بیمارستان‌ها را در طول یکسال گذشته بر حسب علت بستری نشان می‌دهد.

پرسشنامه‌هایی که به کمک تعداد زیادی از اعضاي هیئت علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی اصفهان و تهران تهیه شد، تمونه‌ای از جمعیت استان شامل ۳۳۷۱۴ نفر به طور خوش‌های از سراسر استان مورد مطالعه قرار گرفت.

با توجه به اینکه در نظام سنتی (Traditional) آموزش علوم پزشکی، مهمترین عنصر برای آموزش دانشجویان در رده‌های مختلف "بیماردھی" جامعه است، در اینجا منحصرأ گزارشی از بیماردھی جامعه و خدمات رسانی به آن، از سوی بخش‌های دولتی، خصوصی و خیریه آورده می‌شود، تا بر آن اساس عرصه متناسب آموزشی برای دانشجویان علوم پزشکی، بخصوص دانشجویان رشته پزشکی مشخص گردد.

نکته قابل اشاره اینکه، استفاده از بیماردهی جامعه (بیمارنگری) را مناسب ترین شیوه برای آموزش علوم پزشکی نمی دانیم، بلکه چون این روش در حال حاضر در کشور ما و بسیاری از دانشگاههای جهان معمول است آن را مورد عنایت قرار داده ایم.

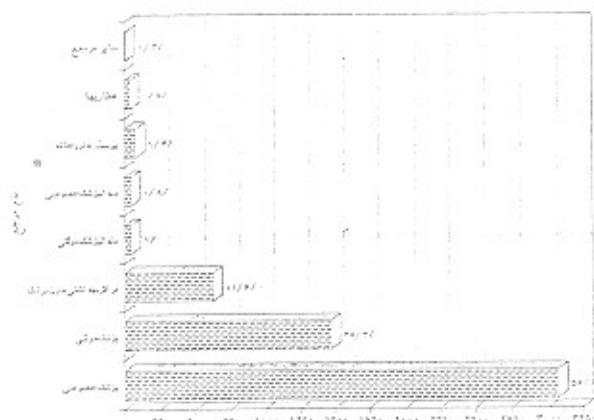
نتائج

جدول شماره ۱ توزیع سنی، جنسی جمعیت مورد مطالعه را بر حسب محل زندگی نشان می دهد، همانطور که ملاحظه می شود از ۳۳۷۱۴ نفر، ۱۸۰۲۴ نفر در شهر (۵۵ درصد) و ۱۵۱۹۰ نفر در وسیا (۴۵ درصد) زنگنه می کنند.

از سرپرستان خانوار سئوال شد، در طول دو هفته گذشته چند نفر از اعضاء خانواده و به چه دلیل دچار ناراحتی (بیماری) شده‌اند. زمان دو هفته، معمولاً به دلیل اینکه فرد قادر به یادآوری اتفاقات در

جدول شماره ۲، تحویه توزیع بیماری‌ها را از زیان سرپرستان خانوارنشان می‌دهد. در این جدول بعضی از اصطلاحات بکار رفته

WPA Library 2010-09-02 10:45:00 2010-09-02 10:45:00



جدول شماره ۱- توزیع جمعیت مردم مطابق بگروههای سنی در مناطق شهری و روستایی

مناطق روستایی		مناطق شهری		کل جمعیت		گروه سنی	
زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	کمتر از ۵ ساله	۵-۹ ساله
۱۰۴۸	۱۱۱۸	۱۱۸۷	۱۱۸۸	۱۱۸۸	۱۱۸۸	۴۰۶۱	۴۰۶۱
۱۱۵۲	۱۲۳۸	۱۳۵۷	۱۳۸۵	۱۳۸۵	۱۳۸۵	۵۱۳۲	۵۱۳۲
۱۰۵۱	۱۱۴۲	۱۲۰۰	۱۱۸۸	۱۱۸۸	۱۱۸۸	۴۰۸۱	۴۰۸۱
۹۱۲	۱۰۰۶	۹۹۵	۹۹۵	۹۹۵	۹۹۵	۳۸۷۸	۳۸۷۸
۹۰۱	۷۴۷	۸۰۶	۸۹۴	۸۹۴	۸۹۴	۳۱۴۸	۳۱۴۸
۴۰۰	۴۶۹	۷۱۳	۷۲۲	۷۲۲	۷۲۲	۲۳۰۱	۲۳۰۱
۳۶۳	۳۵۰	۶۳۲	۶۳۹	۶۳۹	۶۳۹	۱۹۸۴	۱۹۸۴
۳۲۹	۳۱۵	۴۹۸	۵۰۹	۵۰۹	۵۰۹	۱۶۵۱	۱۶۵۱
۲۶۳	۲۳۵	۳۲۰	۴۰۰	۴۰۰	۴۰۰	۱۲۷۳	۱۲۷۳
۱۸۲	۲۰۶	۲۲۰	۲۷۷	۲۷۷	۲۷۷	۹۰۰	۹۰۰
۲۴۱	۲۴۷	۳۳۰	۲۹۰	۲۹۰	۲۹۰	۱۱۰۸	۱۱۰۸
۲۰۹	۲۰۲	۲۴۰	۲۶۲	۲۶۲	۲۶۲	۹۱۳	۹۱۳
۲۱۰	۲۴۰	۲۱۹	۲۳۳	۲۳۳	۲۳۳	۹۰۲	۹۰۲
۲۸۹	۳۶۱	۳۲۲	۴۰۸	۴۰۸	۴۰۸	۱۳۷۷	۱۳۷۷
۷۳۱۷	۷۸۷۳	۹۰۷۹	۹۴۴۵	۹۴۴۵	۹۴۴۵	۳۳۷۱۴	۳۳۷۱۴
						جمع	

جدول شماره ۲- توزیع نواری نازحتی های ابزار شده در جمیعت هورز مظاکعه در طول نو هفت گذشته

سرپایی، بیمارستانها، مراکز آموزشی بستری در ارائه خدمت به آنهاست که با مورد مشابه مطالعه آفای Wright و همکارانشان مقایسه شده است. همانطور که ملاحظه می فرمائید، سهم مراکز آموزشی بستری در این مطالعه یک نفر از ۱۰۰۰ نفر بوده است و در مطالعه ما در استانی که ۵۰ درصد تخت های بستری، آموزشی بوده اند ۳ نفر بوده است.

نکته مهم و جالب دیگر اینکه، همزمان با این تحقیق تعداد بیماران بستری شده در منزل، جمیعاً ۹۴۵ بیمار بستری بوده‌اند، که در مقایسه با زمان مشابه ۱۴۶ نفر در بیمارستان بستری بوده‌اند، یعنی تعداد بستری شدگان در منزل بیش از ۶ برابر بستری شدگان در بیمارستان می‌باشد.

مسئله دیگر، موضوع تأخیر در مراجعه بیماران به مرجع درمانی است. جدول شماره ۶ علت تأخیر بیماران را نشان می‌دهد.

همانطوریکه ملاحظه می شود بی توجهی قریب ۶۰ درصد علت تاخیر را شامل است و یقیه علل نیز خود از اهمیت بالایی پخور دارند.

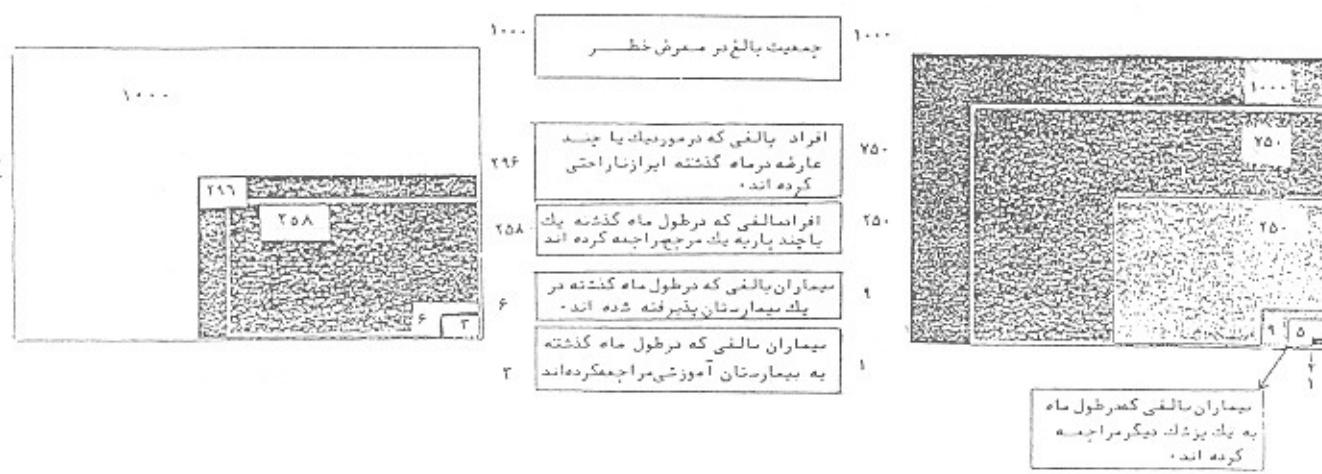
برای تسهیل در نمایاندن بیماردهی جامعه و نقش پزشکان، مراکز درمانی و بیمارستان‌ها در پاسخ به آن ارقام فوق را خلاصه می‌کنیم. جدول شماره ۴ بیماردهی را در ۱۰۰۰ نفر از جمعیت مورد مطالعه نشان می‌دهد که ۳۳۴ نفر از آنها در طول ماه گذشته ابراز یک یا چند ناراحتی داشته‌اند و از آن تعداد ۲۹۲ نفر (۸۷درصد) به یک مرجع درمانی سربایی رجوع کرده‌اند. در حالیکه ۱۳درصد از کسانی که یقین به بیماری خود داشته‌اند هیچ مرجعی را برای مشاوره معالجه انتخاب نکرده‌اند.

نها ۴ نفر از مراجعین به مراکز سرپایی به بیمارستانها معرفی و
بستری شده‌اند. با توجه به اینکه در محیط مورد مطالعه ما ۵۰ درصد
تخت‌های بستری متعلق به بیمارستان‌های آموزشی بوده است،
سه‌هم این مراکز از بیماران بستری ۲ نفر خواهد بود (کمتر از یک
درصد مراجعین سرپایی).

برای مقایسه حاصل این مطالعه با بررسی مشابهی که توسط Wright, Williams & Creenberg (۲۰۰۰) انجام شده است^(۳)، نفر از جمعیت بالغ (۱۵ سال تمام و بالاتر) انتخاب شده‌اند. نمودار شماره ۲ معرف بیماردهی این جمعیت و نقش مراکز

خودار شماره ۲ - مقایسه دو مطالعه در رابطه با شیوع بخاری در ماه گذشته در جمعیت بالغ

^۱ نقش زنگان مراکز سیاسی و پادشاهی در هر ایالت از آنها



(سالن= ۱۵ سال و بالاتر)

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی بستگان در پهارستان در یکسال گذشته بر حسب علت بستگی

	درصد	تعداد	علت
۱/۸۹	۳۳		تب*
۱/۸۹	۳۳		عوارض نورولوژیک
۱/۴۳	۲۵		نازاحتی گوش و حلق و بینی
۲/۵۲	۴۴		نازاحتی تنفسی
۳/۸۹	۶۸		اسهال و استفراغ
۴/۲۹	۷۵		شکم درد
۴/۴۱	۷۷		عوارض ادراری
۳/۲۱	۵۶		درد اسکلتی
۱/۰۴	۲۷		عوارض اعتیاد
۲۴/۰۴	۴۲۰		جراحی
۴/۲۴	۷۴		جراحی تصادفات
۲/۱۲	۳۷		سکته
۴/۲۴	۷۴		بیماری قلبی
۱/۰۹	۱۹		معلولیت مادرزادی
۰/۶۹	۱۲		دهان و دندان
۳۳/۷۱	۵۸۹		آبستنی و زایمان
۱/۰۴	۲۷		مسروقیت غذائی
۰/۸	۱۴		معلولیت جنگی
۲/۴۶	۴۳		سایر
۱۰۰	۱۷۴۷		جمع

جدول شماره ۴-برآوردهای شیوه بیماری در طول ماه گذشته در جامعه و نقش پزشکان، بیمارستانها و مراکز آموزشی در مقابله با آنها

	شرح	تعداد
	کل جمعیت	۱۰۰۰
	ابزار ناراحتی	۳۳۴
	رجوع به یک مرکز	۲۹۲
	بستری در بیمارستان	۴
	بستری در بیمارستان آموزشی	۲

جدول شماره ۵: درصد بستری شدن در منزل در یک ماه گذشته بر حسب مدت زمان بستری

زمان بستری (روز)	>۱۰	۶-۹	۴-۵	۳	۱-۲	نامعلوم
درصد	۲۰	۱۷	۱۴/۵	۱۶	۱۸/۵	۱۴

جدول شماره ۶: درصد علل تأخیر در مراجعه بیماران به یک مرجع بهداشتی - درمانی

علت	درصد	نامعلوم
بی توجهی	۶۱	
مشکلات مالی	۹	
دور بودن مرجع یا نداشتن وسیله نقلیه	۱۵	
نامعلوم	۱۵	

با توجه به نظام ارائه خدمات که در جامعه شهری ما مسورة عمما می باشد، استفاده از مراکز بهداشتی درمانی دولتی و پایگاههای بهداشتی که در حال حاضر در اختیار دانشگاههای علوم پزشکی قرار گرفته اند، یکی از مناسب ترین محله های آموزش علوم پزشکی در کنار مراکز تخصصی و بیمارستانها می باشند. البته به شرطی که از نظر علمی به عنوان عرصه آموزش آماده شوند، قادر خواهند بود در کنار آموزش بیمارستانی فضای آموزشی کاملتری را در اختیار دانشجویان گروه پزشکی قرار دهند که در حقیقت، محل اصلی خدمت این دانشجویان پس از فراغت از تحصیل می باشد.

حداقل مزایای آموزش سرپایی عبارتند از :

- تعداد بیشتری بیمار در اختیار آموزش گیرندگان قرار می گیرد.
- بیماران معمولاً بطور مستقیم از جامعه مراجعه می کنند و هنوز کارهای تشخیصی درمانی روی آنها صورت نگرفته است، در نتیجه برای آموزش مناسبتر هستند.
- امکان آگاهی از متغیرهای موجود در خانواده و اجتماعع که روی بیمار تأثیر گذشته است بیشتر است.
- برقراری رابطه با جامعه به دلیل نزدیکی به آن آسان است.
- جامعیت علم طب (پیشگیری اولیه، ثانویه و ثالثیه) را راحت تر می توان رعایت کرد.

- امکان انجام کار گروهی (Team Work) برای بیمار در قالب نظام اراده خدمات وجود دارد.

- استفاده از روش های پیشرفته آموزشی مانند یادگیری به روش حل مسئله Problem Based Learning و یادگیری در جامعه Community Based Learning به دلیل کوچک بودن گروه های آموزش گیرنده در مراکز آموزشی سرپایی آسان تر است.

- امکان ادغام (Integration) علوم پایه و بالینی در مراکز آموزشی سرپایی راحت تر است.

- امکان شناخت بیماریهای شایع و برنامه ریزی استانی و ملی برای مهار آنها وجود دارد که خود می تواند به عنوان یک برنامه آموزشی تلقی شود.

- زمینه انجام تحقیقات مستمر نظام ارائه خدمات، کلینیکی و پاراکلینیکی مهیات است.

- به راحتی می توان آموزش و پژوهش را در مسیر خدمات بکار گرفت.

- امکان شناخت نیازهای واقعی جامعه به وجود آمده که خود می تواند مبنای دقیق تری برای تعیین و ظایف شغلی در ارائه خدمات و اهداف آموزشی در نظام آموزش پزشکی کشور قرار گیرد.

بحث

با توجه به اینکه بیماردهی جامعه عنصر مهم آموزش در علوم پزشکی می باشد، ضرورت دارد محل حضور بیماران و خدمات گیرندگان پزشکی مورد بحث قرار گیرد.

با توجه به نمودارها و جداول ارائه شده بازای هر ۲۹۲ بیمار که به بخش سرپایی مراجعه می کنند، تنها ۴ نفر در بیمارستان بستری می شوند که از این تعداد ۲ نفر آنها در بیمارستانهای آموزشی بستری شده و به عنوان بیمار عنصر اولیه مورد نیاز آموزش پزشکی را تشکیل می دهند. حداقل ۴ نفریه بزرگ در این انتخاب وجود دارد:

- ۱- بستری شدگان در بیمارستانهای آموزشی تعداد بسیار کمی از بیماران موجود در جامعه هستند که در این بررسی ۲ نفر از ۳۳۴ نفری بشمار می آیند که در جمعیت یکهزار نفری، ابراز یک یا چند ناراحتی کرده اند که نسبت بسیار ناچیزی می باشد (۶ درصد).

۲- محل خدمت آتی کلیه رده های علوم پزشکی تا حد پزشک عمومی بیمارستان نمی باشد و این گروه در آینده باید در مراکز بهداشتی درمانی روستاپی، شهری و یا مطب های خصوصی کار کنند در نتیجه رابطه ای با بیمارستانها بجز ارجاع بیماران که آن هم معمولاً با واسطه پزشکان متخصص صورت می گیرد، ندارند.

۳- مراکز سرپایی که محل اصلی حضور بیماران است، چه در بخش دولتی و چه در بخش خصوصی، به عنوان یک مرکز آموزشی تلقی نشده و تیجناً به دلیل قطع رابطه این مراکز با دانشگاه، احتمال افت علمی و به دنبال آن افت کیفیت خدمات وجود دارد.

همچنین امکانات سریع این مراکز که می تواند به عنوان سرمایه های ارزشمندی در آموزش بکار گرفته شود، عاطل و باطل می ماند.

۴- در تامین سلامت آحاد مردم غیر از عوامل بیولوژیک فاکتورهایی نظیر شیوه زندگی، رفتار بیمار، محیط زندگی و رابطه اجتماعی تاثیر دارند.

تصویر شماره یک این رابطه را نشان می دهد. همانطور که ملاحظه می شود اگر سلامت مردم را فتوتایپ یک واقعه ژئوگرافی تصور کنیم عوامل زیر در ایجاد این سلامت تأثیر دارند:

- عوامل اجتماعی

- عوامل محیطی

- نظام اراده خدمات پزشکی

طبيعي است که بیمارستانهای آموزشی، محل مناسبی برای آگاهی از متغیرهای موثر بر سلامت و بیماری بر اجتماع و محیط زندگی (خانواده، جامعه و محیط کار) نمی باشد و این امر ضرورت حضور نزدیکتر به جامعه را طلب می کند.

منابع

- ۱- اکبری، محمد اسماعیل "بررسی نحوه تغییر نظام آموزشی و ارائه خدمات بهداشتی درمانی براساس نیازمندیهای جامعه"، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ۱۳۷۰.
- 2- World Summit on Medical Education, the changing Medical profession. Edinburgh 8-12 August 1993

World Federation for Medical Education, Recomendations and Communiqué

3- Gary D. Friedman; Primer of Epidemiology, 1987

4- Medical Education, Volume 29, Supplement 1, 1995