

مکان مناسب برای آموزش دانشجویان پزشکی

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

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 می‌دهند.

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 صدها تن پرسشگر شیوه زندگی، بیماردهی، خدمات پذیرای جامعه و خدمات رسانی نظام ارائه‌کننده خدمات بهداشتی درمانی در جمعیت مورد مطالعه بررسی شد و با استفاده از

خلاصه

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

از این جمعیت ۱۱۲۳۰ نفر در طی ماه گذشته ابراز یک یا چند نوع ناراحتی نمودند که ۹۸۱۸ نفر آنها به یک مرجع جهت معالجه مراجعه کردند، و از 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 جمعیت بدلائل مختلف در منزل بستری بوده‌اند که نسبت به بیماران بستری همزمان در بیمارستان‌ها نسبت ۶/۱ را شامل می‌شود.

با بهره‌وری از این تحقیق که تعداد بیماران سرپایی را نسبت به بستری بسیار متنوع‌تر و متعددتر نشان داده، جامعه را نیز محل بزرگ برای حضور بیماران آشکار و نهان نشان می‌دهد، بیمارستان‌های 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 با کیفیت مطلوب عنوان خواهیم کرد.

جدول شماره ۱- توزیع جمعیت مورد مطالعه برحسب گروههای سنی در مناطق شهری و روستایی

| مناطق روستایی | | مناطق شهری | | | کل جمعیت | گروه سنی |
|---------------|------|------------|------|-------|-----------------|----------|
| زن | مرد | زن | مرد | | | |
| ۱۰۶۸ | ۱۱۱۸ | ۱۱۸۷ | ۱۱۸۸ | ۴۵۶۱ | کمتر از ۵ ساله | |
| ۱۱۵۲ | ۱۲۳۸ | ۱۳۵۷ | ۱۳۸۵ | ۵۱۳۲ | ۵-۹ ساله | |
| ۱۰۵۱ | ۱۱۴۲ | ۱۲۰۰ | ۱۱۸۸ | ۴۵۸۱ | ۱۰-۱۴ ساله | |
| ۹۱۲ | ۱۰۰۶ | ۹۶۵ | ۹۹۵ | ۳۸۷۸ | ۱۵-۱۹ ساله | |
| ۶۵۱ | ۷۴۷ | ۸۵۶ | ۸۹۴ | ۳۱۴۸ | ۲۰-۲۴ ساله | |
| ۴۰۰ | ۴۶۶ | ۷۱۳ | ۷۲۲ | ۲۳۰۱ | ۲۵-۲۹ ساله | |
| ۳۶۳ | ۳۵۰ | ۶۳۲ | ۶۳۹ | ۱۹۸۴ | ۳۰-۳۴ ساله | |
| ۳۲۹ | ۳۱۵ | ۴۹۸ | ۵۰۹ | ۱۶۵۱ | ۳۵-۳۹ ساله | |
| ۲۶۳ | ۲۳۵ | ۳۲۰ | ۴۵۵ | ۱۲۷۳ | ۴۰-۴۴ ساله | |
| ۱۸۲ | ۲۰۶ | ۲۴۰ | ۲۷۷ | ۹۰۵ | ۴۵-۴۹ ساله | |
| ۲۴۱ | ۳۴۷ | ۳۳۰ | ۲۹۰ | ۱۱۰۸ | ۵۰-۵۴ ساله | |
| ۲۰۹ | ۲۰۲ | ۲۴۰ | ۲۶۲ | ۹۱۳ | ۵۵-۵۹ ساله | |
| ۲۱۰ | ۲۴۰ | ۲۱۹ | ۲۳۳ | ۹۰۲ | ۶۰-۶۴ ساله | |
| ۲۸۶ | ۳۶۱ | ۳۲۲ | ۴۰۸ | ۱۳۷۷ | ۶۵ ساله به بالا | |
| ۷۳۱۷ | ۷۸۷۳ | ۹۰۷۹ | ۹۴۴۵ | ۳۳۷۱۴ | جمع | |

سرپایی، بیمارستانها، مراکز آموزشی بستری در ارائه خدمت به آنهاست که با مورد مشابه مطالعه آقای Wright و همکارانشان مقایسه شده است. همانطور که ملاحظه می‌فرمائید، سهم مراکز آموزشی بستری در این مطالعه یک نفر از ۱۰۰۰ نفر بوده است و در مطالعه ما در استانی که ۵۰ درصد تخت‌های بستری، آموزشی بوده‌اند ۳ نفر بوده است.

نکته مهم و جالب دیگر اینکه، همزمان با این تحقیق تعداد بیماران بستری شده در منزل، جمعاً ۹۴۵ بیمار بستری بوده‌اند، که در مقایسه با زمان مشابه ۱۴۶ نفر در بیمارستان بستری بوده‌اند، یعنی تعداد بستری‌شدگان در منزل بیش از ۶ برابر بستری‌شدگان 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 می‌شود بی‌توجهی قریب ۶۰ درصد علت تأخیر را شالم است و بقیه علل نیز خود از اهمیت بالایی برخوردارند.

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 (۸۷ درصد) به یک مرجع درمانی سرپایی رجوع کرده‌اند. در حالیکه ۱۳ درصد از کسانی که یقین به بیماری خود داشته‌اند هیچ مرجعی را برای مشاوره معالجه انتخاب نکرده‌اند.

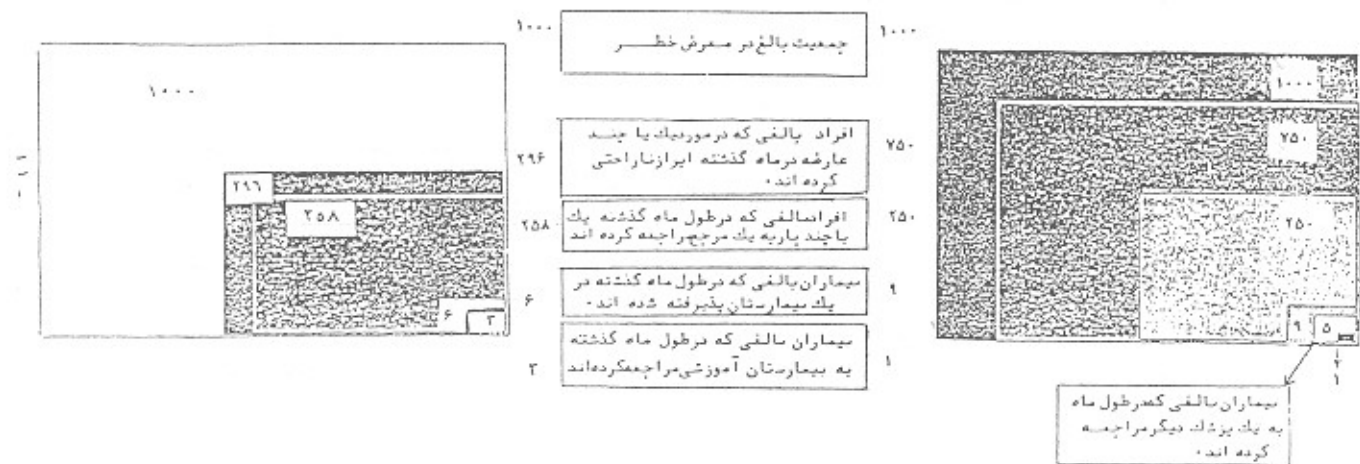
تنها ۴ نفر از مراجعین به مراکز سرپایی به بیمارستانها معرفی و بستری شده‌اند. با توجه به اینکه در محیط مورد مطالعه ما ۵۰ درصد تخت‌های بستری متعلق به بیمارستان‌های آموزشی بوده است، سهم این مراکز از بیماران بستری ۲ نفر خواهد بود (کمتر از یک درصد مراجعین سرپایی).

برای مقایسه حاصل این مطالعه با بررسی مشابهی که توسط Wright, Williams & Greenberg انجام شده است (۳)، ۱۰۰۰ نفر از جمعیت بالغ (۱۵ سال تمام و بالاتر) انتخاب شده‌اند.

نمودار شماره ۲ معرف بیماردهی این جمعیت و نقش مراکز

نمودار شماره ۲ - مقایسه دو مطالعه در رابطه با شیوع بیماری در ماه گذشته در جمعیت بالغ

و نقش پزشکان مراکز سرپایی و بیمارستانها در مراقبت از آنها



(بالغ= ۱۵ سال و بالاتر)

جدول شماره ۳: توزیع فراوانی بستری شدگان در بیمارستان در یکسال گذشته برحسب علت بستری

| علت | تعداد | درصد |
|--------------------------|-------|-------|
| تب | ۳۳ | ۱/۸۹ |
| عوارض نورولوژیک | ۳۳ | ۱/۸۹ |
| ناراحتی گوش و حلق و بینی | ۲۵ | ۱/۴۳ |
| ناراحتی تنفسی | ۴۴ | ۲/۵۲ |
| اسهال و استفراغ | ۶۸ | ۳/۸۹ |
| شکم درد | ۷۵ | ۴/۲۹ |
| عوارض ادراری | ۷۷ | ۴/۴۱ |
| درد اسکلتی | ۵۶ | ۳/۲۱ |
| عوارض اعتیاد | ۲۷ | ۱/۵۴ |
| جراحی | ۴۲۰ | ۲۴/۰۴ |
| جراحی تصادفات | ۷۴ | ۴/۲۴ |
| سکته | ۳۷ | ۲/۱۲ |
| بیماری قلبی | ۷۴ | ۴/۲۴ |
| معلولیت مادرزادی | ۱۹ | ۱/۰۹ |
| دهان و دندان | ۱۲ | ۰/۶۹ |
| آبستنی و زایمان | ۵۸۹ | ۳۳/۷۱ |
| مسمومیت غذایی | ۲۷ | ۱/۵۴ |
| معلولیت جنگی | ۱۴ | ۰/۸ |
| سایر | ۴۳ | ۲/۴۶ |
| جمع | ۱۷۴۷ | ۱۰۰ |

جدول شماره ۴- برآورد شیوع بیماری در طول ماه گذشته در جامعه و نقش پزشکان، بیمارستانها و مراکز آموزشی در مراقبت از آنها

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

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

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

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

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

بحث

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

با توجه به نمودارها و جداول ارائه شده بازای هر ۲۹۲ بیمار که به بخش سرپایی مراجعه می‌کنند، تنها ۴ نفر در بیمارستان بستری می‌شوند که از این تعداد ۲ نفر آنها در بیمارستانهای آموزشی بستری شده و به عنوان بیمار عنصر اولیه مورد نیاز آموزش پزشکی را تشکیل می‌دهند. حداقل ۴ نفر 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 می‌آیند که در جمعیت یکپهزار نفری، ابراز یک یا چند ناراحتی کرده‌اند که نسبت بسیار ناچیزی می‌باشد (۶ درصد).

- ۲- محل خدمت آتی کلیه رده‌های علوم پزشکی تا حد پزشک عمومی بیمارستان نمی‌باشد و این گروه در آینده باید در مراکز بهداشتی درمانی روستایی، شهری و یا مطب‌های خصوصی کار کنند در نتیجه رابطه‌ای با بیمارستانها بجز ارجاع بیماران که آن هم معمولاً با واسطه پزشکان متخصص صورت می‌گیرد، 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 نتیجتاً 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 می‌تواند به عنوان سرمایه‌های ارزشمندی در آموزش بکار گرفته شود، عاطل و باطل می‌ماند.

- 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 می‌دهد. همانطور که ملاحظه می‌شود اگر سلامت مردم را فنوتایپ یک واقعه ژنتیکی تصور کنیم عوامل زیر در ایجاد این سلامت تاثیر دارند:

- عوامل اجتماعی

- عوامل محیطی

- نظام ارائه خدمات پزشکی

طبیعی 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) نمی‌باشد و این امر ضرورت حضور نزدیکتر به جامعه را طلب می‌کند.

با توجه به نظام ارائه خدمات که در جامعه شهری ما مورد عمل می‌باشد، استفاده از مراکز بهداشتی درمانی دولتی و پایگاههای بهداشتی که در حال حاضر در اختیار دانشگاههای علوم پزشکی قرار گرفته‌اند، یکی از مناسبترین محل‌های آموزش علوم پزشکی در کنار مراکز تخصصی و بیمارستانها می‌باشند. 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 می‌باشد.

حداقل مزایای آموزش سرپایی عبارتند از:

- تعداد بیشتری بیمار در اختیار آموزش گیرندگان قرار می‌گیرد.
- بیماران معمولاً بطور مستقیم از جامعه مراجعه می‌کنند و هنوز کارهای تشخیصی درمانی روی آنها صورت نگرفته است، در نتیجه برای آموزش مناسبتر هستند.
- امکان آگاهی از متغیرهایی موجود در خانواده و اجتماع که روی بیمار تاثیر گذاشته است بیشتر است
- برقراری رابطه با جامعه به دلیل نزدیکی به آن آسان است.
- جامعیت علم طب (پیشگیری اولیه، ثانویه و ثالثیه) را راحت‌تر می‌توان رعایت کرد.
- امکان انجام کار گروهی (Team Work) برای بیمار در قالب نظام ارائه خدمات وجود دارد.
- استفاده از روش‌های پیشرفته آموزشی مانند یادگیری به روش حل مسئله Problem Based Learning و یادگیری در جامعه Community Based Learning به دلیل کوچک بودن گروههای آموزش گیرنده در مراکز آموزشی سرپایی آسان‌تر است.
- امکان ادغام (Integratation) علوم پایه و بالینی در مراکز آموزشی سرپایی راحت‌تر است.
- امکان شناخت بیماریهای شایع و برنامه‌ریزی استانی و ملی برای مهار آنها وجود دارد که خود می‌تواند به عنوان یک برنامه آموزشی تلقی شود.
- زمینه انجام تحقیقات مستمر نظام ارائه خدمات، کلینیکی و پاراکلینیکی مهیا‌تر است.
- به راحتی می‌توان آموزش و پژوهش را در مسیر خدمات بکار گرفت.
- امکان شناخت نیازهای واقعی جامعه به وجود آمده که خود می‌تواند مبنای دقیق‌تری برای تعیین و ظایف شغلی در ارائه خدمات و اهداف آموزشی در نظام آموزش پزشکی کشور قرار گیرد.

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, Recommendations and Communique

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

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