

تخصص پزشکی خانواده، نیاز جامعه امروز ایران

Family Medicine Specialty, A Necessity in Today's Iranian society

Maryam Nemati,
Mahdi Talebi,
Farshid Abedi,
Armin Mardani

دکتر مریم نعمتی^۱، دکتر مهدی طالبی^۲، دکتر فرشید عابدی^۳، دکتر آرمن مردانی^۴

^۱ مرکز تحقیقات اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
^۲ استادیار روانپزشکی، گروه پزشکی خانواده، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
^۳ دانشیار بیماری‌های عفونی و گرمسیری، مرکز تحقیقات حیانت، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران
^۴ مدیر گروه پزشکی خانواده، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

نویسنده مسئول:

Farshid Abedi MD, MPH
E-mail: abedi@munms.ac.ir

دکتر فرشید عابدی
مرکز تحقیقات حیانت، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران
مدیر گروه پزشکی خانواده، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران



ABSTRACT

Background: Family medicine is an interdisciplinary medical specialty. In this study, the characteristics of curriculum and training course of this field in different countries is presented and the efforts to establish this specialized field in Iran are described.

Methods: In this descriptive study, the characteristics of the training program, working hours, the amount of income, benefits and duration of program in different countries were evaluated.

Results: This specialty was introduced in 1969 for the first time as the 20th independent specialty in the United States. The purpose of this specialty is training of specialized physicians to provide personal, comprehensive and continuing health care for individual who are covered in the context of family and community. In fact, this field encompasses comprehensive health and medical care delivered by the specialist for all diseases, all body organs and in all ages. This field focuses on health promotion, disease prevention and improvement of lifestyle. Duration of training program of this specialty is between 3 to 5 years in most countries. Canada has the shortest training period which is 2 years. In Iran for the better response to the needs of the public health, the field of family medicine was established by a number of Iranian medicine universities including Mashhad University of Medical Sciences in 2009 for the first time. The training of this specialty in this country is based on a combination of synchronous and virtual learning. Training of this specialty is offered in the form of master of public health (MPH), while a 5-year clinical residency curriculum has been developed though it has not been implemented.

Conclusion: All countries define their required medical expertise with respect to their health policy and strategies as well as needs of healthcare system, economic status and social background. In Iran, according to the reform and evolution of the health system and the necessity of implementation of referral system in healthcare to provide specialized care to different levels of the community, attention to the fully development of the specialty of family medicine is more crucial than ever.

Keywords: Curriculum; Education; Family Medicine; Iran; Residency

چکیده

پیش زمینه: پزشکی خانواده یکی از رشته‌های تخصصی بین‌رشته‌ای است. در این مطالعه، خصوصیات دوره آموزشی این رشته در کشورهای مختلف معرفی و تلاش‌های صورت گرفته برای راه‌اندازی این رشته در ایران شرح داده شده است. **روش‌ها:** در این مطالعه توصیفی خصوصیات برنامه‌ای آموزشی، ساعات کاری، میزان درآمد، مزایا و طول مدت تحصیل در کشورهای مختلف مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها: این رشته برای اولین بار در سال ۱۹۶۹ به عنوان بیستمین رشته تخصصی مستقل در ایالات متحده معرفی شد. هدف از این رشته، تربیت پزشکان متخصصی است که مراقبت‌های شخصی، جامع و مداومی برای افراد تحت پوشش در زمینه خانواده و جامعه فراهم می‌کنند. این رشته در حقیقت به ارائه خدمات بهداشت و مراقبت‌های پزشکی همه جانبه در مورد همه بیماری‌ها، تمام اعضای بدن و در تمام سنین، توسط پزشک متخصص اختصاصی دارد. اساس این رشته بر ارتقای سلامت، بهبود شیوه زندگی و پیشگیری از بیماری‌ها استوار است. دوره آموزشی این رشته در اکثر کشورها بین ۲ تا ۵ سال است. کانادا با ۲ سال کوتاهترین دوره آموزشی را دارد. در ایران، برای پاسخگویی بهتر به نیازهای بهداشتی- درمانی جامعه، رشته پزشکی خانواده (در مقطع مدیریت عالی) در سال ۱۳۸۸ توسط تعدادی از دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور از جمله دانشگاه علوم پزشکی مشهد برای اولین بار راه‌اندازی شد. شکل ارائه‌ای این رشته در کشور تلفیقی از حضوری و مجازی است. آموزش این رشته تاکنون به صورت دوره مدیریت عالی (MPH) ارائه شده و به صورت دوره ۵ ساله دستیاری تدوین گردیده اما تاکنون اجرایی نشده است.

نتیجه‌گیری: هر کشور بر اساس سیاست‌ها و راهبردهای بهداشتی و درمانی، و با توجه به نیازهای نظام سلامت و شرایط اقتصادی و اجتماعی، تخصص‌های مورد نیاز خود را تعریف می‌نماید. در ایران، با توجه به اصلاحات و تحول صورت گرفته در نظام سلامت و نیاز به پیاده‌سازی نظام ارجاع برای ارائه خدمات تخصصی پزشکی به سطوح مختلف جامعه، توجه به راه‌اندازی کامل رشته تخصصی پزشکی خانواده بیش از پیش احساس می‌شود.

کلیدواژه‌ها: کوریکولوم، آموزش، پزشکی خانواده، ایران، دستیاری

مقدمه

رشته تخصصی پزشکی خانواده (Family Medicine) یکی از رشته‌های بین‌رشته‌ای پزشکی است که در چهار حیطه طب سرپایی، طب پیشگیری، نظام ارجاع و مدیریت پر فرد، خانواده و جامعه فعالیت دارد. هدف از این رشته، تربیت پزشکان متخصصی است که مراقبت‌های شخصی، جامع و مداومی برای افراد تحت پوشش در زمینه خانواده و جامعه فراهم می‌کنند.^۱ این رشته در حقیقت به ارائه خدمات بهداشتی و مراقبت‌های پایه پزشکی در مورد همه بیماری‌ها، تمام اعضای بدن و در تمام سنین، توسط پزشک متخصص اختصاص دارد. اساس این رشته بر ارتقای سلامت، بهبود شیوه زندگی و پیشگیری از بیماری‌ها استوار است.^۱

در واقع رویکرد رشته تخصصی پزشکی خانواده، تربیت پزشکانی سلامت‌نگر، جامع‌نگر، جامعه‌نگر، پاسخگو و با نگاه جامع به طب می‌باشد. متخصص این رشته به انسان در تمام ابعاد اعم از ابعاد جسمی، روانی، معنوی، فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی می‌نگرد و خدمات خود را در جنبه‌های درمانی، حفاظت‌کننده، پیشگیری‌کننده و ارتقا‌دهنده سلامت به آحاد جامعه ارائه می‌کند. در دنیای امروز با توجه به فراهم آمدن داروی ضد میکروبی، کاهش بیماری‌های عفونی و بهبود کلی بهداشت، اگرچه میزان مرگ و میر به علل عفونی بصورت نسبی کاهش پیدا کرده است، لیکن توزیع بیماری‌ها با افزایش شهرنشینی و روش زندگی نامناسب تغییر کرده است. از سوی دیگر، بسیاری از بیماران ترجیح می‌دهند برای درمان مستقیماً به پزشک متخصص مراجعه کنند. تربیت متخصصان پزشکی خانواده شاید راه حل بخشی از این مشکل باشد. نقاط قوت این رشته شامل امکان ارائه خدمات پزشکی متنوع و سبب تخصص و برقراری ارتباط صمیمانه و موثر بین پزشک و بیماران تحت پوشش است.^{۲،۳}

در ایران، اخیراً تلاش‌هایی در جهت تأسیس این رشته به عنوان یک تخصص پزشکی صورت گرفته است.^۱ هدف از مطالعه حاضر معرفی این تلاش‌ها و همچنین بررسی خصوصیات برنامه آموزشی، تعهدات شغلی در کشورهای دارای برنامه مدون این رشته است.

روش‌ها

در این مطالعه توصیفی خصوصیات برنامه‌ای آموزشی، ساعات کاری، میزان درآمد، مزایا و طول مدت تحصیل در کشورهای مختلف مورد بررسی قرار گرفت. انتخاب کشورها با توجه به در دسترس بودن داده‌ها صورت گرفته است. داده‌های این مطالعه از مقالات و تارنماهای معتبر استخراج شده است.

یافته‌ها

اصول برنامه مدون آموزشی (کوریکولوم) تخصص پزشکی خانواده

برنامه آموزشی پزشکی خانواده در نقاط مختلف دنیا با وجود برخی تفاوت‌ها دارای مبانی مشترکی است. در ادامه به بررسی این موارد پرداخته شده است:

ایالات متحده آمریکا و کانادا: این رشته برای اولین بار در سال ۱۹۶۹ به عنوان بیستمین رشته تخصصی مستقل در ایالات متحده معرفی شد.^۴ در کانادا نیز متخصصین این رشته مدرک خود را تحت

نظارت هیأت عالی پزشکان خانواده آن کشور (The College of Family Physicians of Canada) که از سال ۱۹۵۴ تأسیس شده است دریافت می‌کنند.^۵ هدف اصلی از راه‌اندازی این دوره، تربیت متخصصینی لایسوز و توانمند و توانمند مبتنی بر احترام متقابل به پایه‌ی تجربیات عملی می‌باشد. علاوه بر موارد ذکر شده، در طول این دوره تقویت ارزشهای اخلاقی، بالابردن گرایشهای اجتماعی، افزایش توانمندیهای فردی و گروهی نیز جزو اولویتهای اصلی به شمار می‌روند. این دوره بر اساس آمار منتشر شده در ۲۱ ساله گذشته جز ده دوره برتر در سرتاسر آمریکا بوده است. متقاضیان تحصیل در تخصص پزشکی خانواده در آمریکا و کانادا پس از کسب حداقل نمره در آزمون صدور مجوز پزشکی (USMLE) در آمریکا و MCCQE (در کانادا)، با ارائه درخواست و نامه معرفی استاد و نیز با توجه به نمره‌های دوره پزشکی عمومی خود پذیرش می‌شوند. خصوصیات برنامه آموزشی دستیاران این رشته در دو دانشگاه میزوری آمریکا و آلبرتا کانادا که جزئیاتشان به طور کامل در دسترس بود در جدول ۱ و ۲ نشان داده شده است.^{۶،۷} در این برنامه، رویتش‌های خاص این رشته علاوه بر رویتش‌هایی (گردش) که شناخته شده هستند ارائه می‌گردد که شرح آنها در زیر آمده است:

- پزشک خانواده بستری (Inpatient Family Medicine): در این رویتش آموزش مراقبت‌های لازم برای بیماران نیازمند بستری ارائه می‌گردد. رویتش‌ها در گزارش صبحگاهی شرکت می‌کنند و با تیم‌های چندمنظوره مراقبت همکاری می‌کنند.

- درمان سرپایی اطفال (Ambulatory Pediatrics): در این رویتش، آموزش درمان و مراقب کودکان به صورت سرپایی آموزش داده می‌شود. در این رویتش رویتش‌ها این فرصت را پیدا می‌کنند تا با متخصصین اطفال در درمانگاه اطفال بیمارستان دانشگاه همکاری داشته باشند.

- سلامت جامعه/رفتاری (Behavioral and Community Health): در این رویتش، رویتش‌ها با متخصصین سلامت روان و اصلاحات رفتاری (Mental health and behavioral modifications) در ارتباط خواهند بود. این کار تجربه‌ی بی نظیری را برای رویتش فراهم می‌آورد تا بتوانند نیازهای بهداشت روانی جامعه و اپیدمیولوژی بالینی را بآموزند.

- جراحی عمومی (General Surgery): در رویتش جراحی عمومی، رویتش‌ها با کلینیک‌های سرپایی جراحی عمومی و کلینیک‌های بیمارستان دانشگاه همکاری می‌کنند تا پرسوجرهای رایج در جراحی، اندیکاسیون‌های ارجاع و مدیریت بیماران بعد از عمل جراحی را به درستی بیاموزند.

- طب سالمندان/طب تسکینی (Geriatric and Palliative Care Medicine): در این رویتش رویتش‌ها این فرصت را پیدا می‌کنند تا با مراکز تخصصی پزشکی خانواده در زمینه مراقبت از بیماران سالمند همکاری کنند. رویتش‌ها در این رویتش بصورت سرپایی به مشاوره سالمندان و مراقبت تسکینی می‌پردازند. علاوه بر این، رویتش‌ها ساعاتی را صرف مراقبت از بیماران پزشکی خانواده، خانه سالمندان و کلینیک منحصراً به فرد ارزیابی ویژه سالمندان می‌کنند.

- بستری اطفال (Inpatient Pediatrics): در این رویتش کار در بخش اطفال و مهارت‌های مورد نیاز برای مراقبت از کودکان با

جدول ۱. جزئیات برنامه آموزشی رشته تخصصی پزشکی خانواده در دانشگاه میزوری آمریکا

مباحث مورد آموزش	سال اول	سال دوم	سال سوم
پزشک خانواده بستری	۴ ماه	۲ ماه	۲ ماه
بستری اطفال	۲ ماه	-	-
مراقبت کودک سالم	۱ ماه	-	-
زنان و زایمان	۱ ماه	-	-
واحد مراقبت‌های ویژه نوزادان	۰/۵ ماه	-	-
طب اورژانس	۱ ماه	-	-
مراقبت مادر باردار	۱ ماه	۰/۵ ماه	۰/۵ ماه
سلامت زنان	-	-	۱ ماه
واحد مراقبت‌های ویژه قلب و عروق (CCU)	-	۱ ماه	-
واحد مراقبت‌های ویژه (ICU)	-	۱ ماه	-
سرویس بستری روستایی	-	۱ ماه	-
سلامت جامعه/ سلامت رفتاری	-	۱ ماه	-
طب سالمندان - طب تسکینی	-	۱ ماه	-
جراحی عمومی	-	۲ ماه	-
زیرشاخه‌های جراحی *	-	-	۰/۵ ماه
پوست	-	-	۱ ماه
ارتوپدی/پزشکی ورزشی	-	-	۲ ماه
اختیاری	۰/۵ ماه	۱/۵ ماه	۴ ماه
مرخصی	۱ ماه	۱ ماه	۱ ماه
طول مدت تحصیل	۳ سال		
درآمد سالانه به دلار آمریکا	۵۰,۲۹۱ - ۵۳,۷۶۳ دلار		
سایر مزایا	لپ‌تاپ برای هر رزیدنت، بیمه خدمات پزشکی و دندانپزشکی، وعده‌های ناهار و شام، بیمه مسئولیت		
* زیرشاخه‌های جراحی شامل اورولوژی، گوش، گلو و بینی و چشم پزشکی می باشند.			

همکاری می‌کنند. رزیدنت‌ها در این رویتین به ارائه خدمات پزشکی به نوزادان سالم نیز می‌پردازند.

- بهداشت زنان (Women's Health): در طی این رویتین، رزیدنت‌ها مهارت‌های لازم در درمان مشکلات زنان از قبیل بیماری‌های تناسلی، پستان و ناباروری را به دست می‌آورند.

ایران: در سال‌های اخیر تلاش‌هایی برای امانداری این رشته تخصصی در ایران صورت گرفته است. این تلاش‌ها در اصل در ادامه اقدامات صورت گرفته پس از انقلاب در زمینه توسعه مراقبت‌های بهداشتی اولیه و برنامه پزشک خانواده هستند.^۲ بنابراین، برای پاسخگویی بهتر به نیازهای بهداشتی درمانی جامعه، رشته‌ی پزشکی خانواده در مقطع مدیریت عالی (MPH) برای اولین بار در سال ۱۳۸۸ راه‌اندازی شد. شکل ارائه‌ی این رشته در کشورمان تلفیقی از مجازی و حضوری است. برنامه‌ی دستیار پزشکی خانواده در سال ۱۳۹۱ تدوین گردید، اما به تأیید بودرد تخصصی این رشته نرسید و هنوز دانشجوی پذیرش نشده است. شرایط پذیرش داوطلبان در دوره‌های تکمیلی پزشکی خانواده به تناسب وضعیت در دو حالت زیر پیش‌بینی گردیده است:

بیماری‌های حاد آموزش داده می‌شود. علاوه بر راندهای آموزشی، گزارش صبحگاهی روزانه در این رویتین برگزار می‌شود.

- خدمات بستری روستایی (Rural Inpatient Service): هدف از رویتین برخلاف رویتین بستری در بیمارستان دانشگاه متمرکز بر به دست آوردن تجربه‌های لازم در مراقبت از بیماران در جامعه کوچک روستایی است.

- مراقبت مادر باردار (Family Maternity Care): این سرویس، برنامه‌ی آموزشی در زمینه مراقبت از مادر باردار، نوزادان و کودکانی که نیاز به بستری دارند را برای رزیدنت‌ها فراهم می‌کند. در این رویتین هر رزیدنت به صورت تک نفره در قسمت زایشگاه بیمارستان زنان و کودکان حضور دارد و بطور کلی تریاژ مادران باردار، مدیریت زایمان و مراقبت‌های پیش و پس از تولد را آموزش می‌بینند.

- مراقبت کودک سالم (Well Baby Nursery): در این رویتین، رزیدنت‌ها برای به دست آوردن مهارت‌های مورد نیاز در زمینه‌ی تشخیص و درمان بیماری‌های نوزادان، احیا و ختنه با بخش اطفال

طور پزشکان عمومی که به عنوان پزشک خانواده در نظام سلامت فعلی کشور اشتغال دارند و قبلاً از دوره ی پودمانی MPH پزشکی خانواده ارائه شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی گواهی اتمام دوره دریافت کرده اند، می توانند وارد دوره دستپاری بالینی شوند. پذیرفته شدگان موظف خواهند بود علاوه بر خدمت بر طبق برنامه ی تنظیم شده در طی دوره ی تحصیل، معادل آن سنوات در محل ها و بر اساس شرایطی که وزارت بهداشت تعیین می نماید خدمت کنند.^{۸،۹} لازم به ذکر است علی رغم تدوین برنامه آموزشی دستپاری تاکنون پذیرش دستیار صورت نگرفته است.

بحث و نتیجه گیری

ضرورت تأسیس رشته تخصصی پزشکی خانواده در ایالات متحده از آنجایی مطرح شد که مشخص گردید دوره آموزشی پزشکی عمومی برای ارائه خدمات پزشکی متنوع و کسب دانش کلی پزشکی با توجه به گسترش روزافزون محتوای آن متناسب و کافی نبوده است.^۲ از زمان تأسیس این رشته در امریکا تعداد قابل توجهی از متخصصین پزشکان خانواده فارغ التحصیل و مشغول به کار شده اند که این مسئله نقش مؤثری در افزایش اعتماد و آشنایی مردم آن کشور با خدمات اولیه بهداشتی داشته و منجر به بهبود سلامت عمومی با هزینه هایی به مراتب کمتر شده است.^{۱۰،۱۱}

طول مدت تحصیل در پزشکی خانواده در آمریکا، هند و بیشتر کشورهای اروپایی ۳ ساله است، اما کانادا کوتاه ترین برنامه با مدت زمان ۲ سال را دارد. با این وجود تقریباً حدود یک سوم از رزیدنت های کانادایی سال سوم را نیز می گذرانند و تعدادی روئین ۱۲ ماهه آموزش اضافه برای کسانی که آمادگی بیشتری برای شروع فعالیت در نیاز دارند، وجود دارد.^{۲،۸،۱۰،۱۱} استرالیا، نیوزلند و ایرلند رشته پزشکی خانواده را در ۵ سال آموزش می دهند و در کشور انگلستان نیز دوره ۴ تا ۵ ساله همراه یک دوره ی ۲ ساله پایه اجرا میشود.^{۱۲}

در خاورمیانه؛ کشور لبنان در زمینه تخصص پزشکی خانواده پیشرو بوده و قدیمی ترین برنامه آموزشی که عمدتاً مبتنی بر سیستم آموزش آمریکایی است را از سال ۱۹۷۹ ارائه کرده است.^{۱۳} در کویت، از سال ۱۹۸۵ پزشکی خانواده به عنوان یک تخصص رسمی شناخته شده است و برنامه آموزشی سه ساله مبتنی بر کوریکولوم انگلستان در این کشور ارائه می شود.^{۱۴} در بحرین، قطر، امارات متحده عربی و اردن نیز برنامه های مشابهی از اوایل دهه نود میلادی اجرایی شده اند.^{۱۵} در کشور ترکیه، پزشکی خانواده از سال ۱۹۸۴ بعنوان تخصص شناخته و از سال ۱۹۹۲ در دانشگاه های آن کشور پذیرش دستیار این رشته صورت گرفته و هم اکنون ۲۳ دانشگاه از ۵۷ دانشگاه پزشکی دارای دپارتمان پزشکی خانواده می باشند. دوره ی پزشکی خانواده در ترکیه ۳ ساله است و رزیدنت ها موظف هستند تا روئین های روانپزشکی (۴ ماه)، زنان و نازایی (۸ ماه)، بیماری های داخلی (۹ ماه)، اطفال (۹ ماه)، جراحی و طب اورژانس (۶ ماه) را بگذرانند.^{۱۶،۱۷}

در خاتمه، ذکر این نکته ضروری است که هر کشور بر اساس سیاست ها و راهبردهای بهداشتی و درمانی، و با توجه به نیازهای نظام سلامت و شرایط اقتصادی و اجتماعی، تخصص های مورد نیاز خود را تعریف می نماید. در ایران، با توجه به اصلاحات و تحول

جدول ۲. جزئیات برنامه آموزشی رشته تخصصی پزشکی خانواده در دانشگاه آلبرتا کانادا

مباحث مورد آموزش	سال اول	سال دوم
پزشکی خانواده	۶ ماه	-
پزشکی خانواده بستری	-	۴ تا ۵ ماه (حداقل)
پزشکی داخلی	۲ ماه	-
واحد مراقبتهای ویژه قلبی - عروقی	۱ ماه	-
کودکان	۲ ماه	-
طب اورژانس	۱ ماه	۱ ماه
طب سالمندان	-	۱ ماه
جراحی	-	۱ ماه
آرتوپدی	-	۱ ماه
طب تسکینی	-	۱ ماه
روانپزشکی	-	۱ ماه
اختیاری*	-	۳ تا ۴ ماه
مرخصی	۱ ماه	۱ ماه
طول مدت تحصیل	۲ تا ۳ سال**	

درآمد سالانه به دلار آمریکا ۵۰,۲۲۰ - ۵۲,۰۰۷ دلار

*اختیاری سال دوم شامل: مامایی، مراقبتهای شدید، تیم مراقبتهای اولیه بیمارستان، درمان تسکینی، بیهوشی و مراقبتهای طولانی مدت است.

** ۱۲ ماه آموزش افزوده برای کسانی که آمادگی بیشتری برای کار نیاز دارند، امکان پذیر است که بیشتر بر مباحث بیهوشی، مامایی، طب اورژانس، روانپزشکی و - متمرکز است.

۱) دوره مدیریت عالی (MPH) پزشکی خانواده: برنامه درسی این دوره به مدت ۲ سال و به صورت پودمانی و ارائه دروس بصورت مجازی و حضوری می باشد، پزشکان عمومی که حداقل ۳ سال سابقه خدمت به عنوان پزشک خانواده داشته اند، می توانند وارد دوره MPH شوند. لازم به ذکر است دانشگاه علوم پزشکی مشهد جزو دانشگاه های پیشرو در این زمینه است به گونه ای که در بهمن ۱۳۸۸ اقدام به تأسیس گروه حقیقی پزشک خانواده با کمک ۱۵ نفر از اعضای هیأت علمی نمود. از جمله وظایف این گروه، آموزش دانشجویان دوره MPH پزشکی خانواده می باشد. هم اکنون بیش از ۷۰ دانشجوی دوره MPH در دانشکده پزشکی مشغول به تحصیل می باشند.

۲) دوره دستپاری بالینی: این دوره تاکنون راه اندازی نشده است اما طبق کوریکولوم اولیه طول مدت این دوره ۵ سال به صورت پودمانی و مجازی و همراه با دوره های بالینی حضوری مطابق با برنامه درسی دوره می باشد. داوطلبانی مجاز به تحصیل در این برنامه هستند که قبلاً دوره MPH پزشکی خانواده را گذرانده باشند. همین

نظام ارجاع، باید با روش مهندسی معکوس از طرح تحول نظام سلامت به طرف تقویت برنامه پزشک خانواده از طریق تغییر در نظام آموزش فعلی پزشکی عمومی با تأکید بر پزشکی خانواده، تقویت دوره عالی مدیریت پزشکی خانواده و نهایتاً تربیت متخصصان پزشکی خانواده و قلوهای فوق تخصصی در این رشته اقدام نمود.

تضاد منافع: ندارد.

صورت گرفته در نظام سلامت و نیاز به ارائه خدمات تخصصی پزشکی همجانبه به سطوح مختلف جامعه بصورت مناسب و در دسترس، توجه به رشته تخصصی پزشکی خانواده و ادامه آموزش دانشجویان دوره MPH با جدیت بیشتر، بیش از پیش احساس می‌شود. آنچه اهمیت راه اندازی دوره تخصصی پزشکی خانواده را دوجندان می‌کند نیاز به ارتباط بین دو برنامه پزشک خانواده و طرح تحول نظام سلامت می‌باشد. برای ایجاد این حلقه ارتباطی و پیاده‌سازی

لطفاً به این مقاله از ۲۰ تا ۲۱ امتیاز دهید.

کد این مقاله: ۶۶۰۴

شماره پیامک مجله: ۳۰۰۰۷۸۷۸

نحوه امتیازدهی: امتیاز-شماره مقاله

نمونه صحیح امتیازدهی (چنانچه امتیاز شما ۲۰ باشد): ۶۶۰۴-۲۰

References:

1. Soltanipour S, Heidarzadeh A, Hasandokht T. The family medicine specialty, learning from experience. J Family Med Prim Care. 2014;3:436-7.
2. Lebaron SW, Schultz SH. Family medicine in Iran: the birth of a new specialty. Fam Med. 2005;37:502-5.
3. Buddeberg-Fischer B, Stamm M, Marty F. Family medicine in Switzerland: training experiences in medical school and residency. Fam Med. 2007;39:651-5.
4. Pisacano NJ, American Board of Family Medicine. History of the Specialty [Internet]. Accessed 2014 Dec 8. Available from: <http://www.theabfm.org/about/history.aspx>
5. Medical Council of Canada. Certification Examination in Family Medicine [Internet]. Accessed 2014 Dec 8. Available from: <http://mcc.ca/examinations/certification-in-family-medicine/>
6. Department of Family Medicine, School Of Medicine, University Of Missouri. Family Medicine Residency Curriculum [Internet]. Accessed 2014 Dec 8. Available from: <http://fcm.missouri.edu/residency/curriculumrotations.aspx>
7. Allan GM, Korownyk C, Tan A, et al. Developing an integrated evidence-based medicine curriculum for family medicine residency at the University of Alberta. Acad Med. 2008;83:581-7.
8. Details and requirements of registration in the first postgraduate course of "Family Medicine" in Iran [Internet]. Accessed 2014 Dec 12. Available from: <http://isna.ir/fa/news/91092715610>
9. Center of excellence for E-learning in Medical Education, Tehran University of Medical Sciences. Family Medicine Residency Program [Internet]. Accessed 2014 Dec 12. Available from: <http://etums.tums.ac.ir/Default.aspx?PageID=95>
10. Doohan NC, Endres J, Koehn N, et al. Back to the future: reflections on the history of the future of family medicine. J Am Board Fam Med. 2014;27:839-45.
11. Gutierrez C, Scheid P. The history of family medicine and its impact in US health care delivery. Leawood (KS): AAFP Foundation; 2002. Accessed 2014 Sep 20. Available from: <http://www.aafpfoundation.org/online/etc/medialib/found/documents/programs/chfm/foundationgutierrezpaper.Par.0001.File.tmp/foundation-gutierrezpaper.pdf>
12. Sankarapandian V, Christopher PR. Family medicine in undergraduate medical education in India. J Family Med Prim Care. 2014;3:300-4.
13. Gerada C, Riley B, Simon C. Preparing the future GP: the case for enhanced GP training. London, UK: Royal College of General Practitioners; 2012.
14. Abyad A, Zoorob R, Sidani S. Family medicine in Lebanon: the 10th anniversary. Fam Med. 1992;24(8):575-9.
15. Frazer RC. Developing family practice in Kuwait. Br J Gen Pract. 1995;45:102-6.
16. Abyad A. Family medicine in the Middle East: reflection on the experiences of several countries. J Am Board Fam Pract. 1996;9:289-97.
17. Ersoy F, Sarp N. Restructuring the primary health care services and changing profile of family physicians in Turkey. Fam Pract. 1998;15:576-8.
18. Unluoglu I, Ayranli U. Turkey in need of family medicine. Prim Care. 2003;3:988-94.