

پزشک خانواده در ایران

محله نظام پزشکی

سال هفتم، شماره ۱، صفحه ۱، ۱۳۵۸

دکتر ابوالقاسم پاکدامن دکتر پروین ندخت متخد*

در این اواخر پیشرفت سریع تکنولوژی و دخالت پیش از حد آن در پزشکی از یکطرف و مشکلات و نارسائی‌های اجتماعی به مرأه گرایشهای شدید مادی در کلیه سطوح جامعه از طرف دیگر سبب گردیده است که ارتباط بین پزشک و بیمار همانند ارتباط‌های سایر گروههای جامعه تحت تأثیر عوامل مختلف تاحدی از مسیر عادی تغییر چوت دهد و درنتیجه برمشکلات موجود که هر روز به نحوی شاهد و ناظر آن هستیم بیفزاید.

بمنظور رفع قسمتی از این مشکلات، تربیت متخصص در رشته پزشکی خانواده درسالهای اخیر بدفعات مطرح گردیده بطوریکه درسال ۱۳۵۳ در سمیناری باشی کت مقام‌های مسئول در این باره چنین اظهار نظر شده است:

«با توجه به اهمیتی که عرضه خدمات پزشکی و بهداشتی طور جامع در سطح خانواده برای استقرار رفاه اجتماعی و احتراز از پخش افراد نیازمند به خدمات پزشکی و بهداشتی در هر اکثر مختلف و بالاخره تأمین مراقبت مداوم آنان دارد سمینار تصویب نمود که تخصص جدیدی بنام تخصص «پزشکی خانواده» در دانشکده‌های پزشکی بوجود آید» (۱).

بدنبال این تصمیم، دوره آموزشی این رشته تخصصی با همکاری اعضای هیأت علمی دانشکده‌های پزشکی دانشگاه‌های کشور و متخصصان و صاحب‌نظران دیگر این رشته برنامه‌ریزی شد و دوره آن سه‌سال تعیین گردید و درسال ۱۳۵۴ اصول مربوط به برنامه آموزشی این رشته همراه با شرایط وضوابط تربیت دستیار برای

نیازشیده جامعه‌ها به عرضه خدمات بهداشتی - درمانی مناسب، کمبود پزشک و واحدهای کمکی پزشکی، توزیع نامتعادل عوامل خدماتی مورد نظر، نفس عوامل ارتباطی و نامناسب بودن راهها بخصوص در سطح روستاهای نارسا بودن برنامه‌های عرضه شده به سبب متاثر بودن آنها از دیدگاه‌های خاص، بودن ارتباط صحیح بین عوامل موثر و اصلی در این سیستم یعنی دولت، پزشک و مردم و موارد مشابه دیگر همه عواملی بشمار میروند که در نارسائی و سیستم بهداشت و درمان کشور بمثلوتر عرضه خدمات لازم و مناسب، هر یک به نحوی مؤثر بوده‌اند.

توجه به مسائل خاص جامعه ما که تاجنده پیش پزشک در آن نه تنها بعنوان درمان کننده درد بیماران بلکه بصورت عامل معنوی در ارتباط انسانی افراد جامعه نقش بسیار مؤثری داشته، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. وی در خانواده بیماران را درمان نمی‌نموده و مسائل بهداشتی و پزشکی پیشگیری را به مردم می‌آموخته است، ضمن راهنمایی مسائل فرهنگی، مشاور خانواده در اموری چون ازدواج و دیگر موارد اجتماعی و خانوادگی بوده و میتوان گفت که او در واقع به مردم تعلق داشته است، زیرا در شادی مردم شاد و در غم آنان شریک بوده و به سبب همین خصلت‌های مردمی است که پزشک را جامعه‌آن روز به معنای تمام و کمال پذیرفته و از اهمیت و احترام خاصی برخوردار بوده است.

* سازمان سنجش آموزش کشور.

** دانشکده پزشکی امام خمینی، دانشگاه تهران.

مجموع پزشکان در تهران ۶۷۲۶ تن است که ۳۶۰۵ تن از آنان متخصص میباشند یعنی علاوه بر حدود ۴۹۰ درصد از کل متخصصان کشور در تهران با جمعیتی حدود چهار و نیم میلیون تن به خدمات پزشکی اشتغال دارند. تعداد درصد پزشکان متخصص در سایر نقاط کشور برای حدود سی میلیون و نیم تن جمعیت برابر با ۱۶۵۴ تن یعنی ۳۱ درصد کل متخصصان مملکت میباشد.

در ایران در حال حاضر تعداد ۱۵ دانشکده و مجتمع آموزش پزشکی بهار، تربیت پزشک اشتغال داشته و سالانه حدود ۶۵۰ تن پزشک را به بازار کار عرضه مینمایند. نسبت جمعیت به مریک پزشک در شهر تهران که بالاترین رقم را در ایران دارد، برابر با ۶۹۵ و برای يك تن متخصص برابر با ۱۳۰۴ تن میباشد. کمترین نسبت جمعیت به يك پزشک مربوط به استانهای زنجان و ایلام است که به ترتیب برای ۷۲۲۹ و ۶۷۸۸ تن جمعیت يك پزشک وجود دارد. این کمبود در برخی از شهرستانها چشمگیرتر است بطوریکه در برخی از آنها علاوه برای ۴۰۰۰ تا ۱۲۰۰۰ تن يك تن پزشک موجود میباشد (۳).

اکنون با توجه به شناخت جامعه مورد بررسی و نیاز موجود، به طالعه فیروزی انسانی مورد نظر در ارتباط با پزشک خانواده پرداخته و اصول بر نامه آموزشی آنرا مورد بررسی قرار میدهیم.

۱- تعریف پزشک خانواده:

پزشک خانواده پزشکی است که بتواند اکثریت بیماریهای رایج و متداول تمام اعضای خانواده را بدرستی تشخیص داده و درمان کند. چنین پزشکی فقط در موارد نادر، که در سطح روستاهای شهرهای کوچک از نظر احتیاجات مبرم اهمیت است، احتیاج به مشاوره با پزشکان متخصص و یا اعزام بیماران نزد آنها دارد. (نقش پزشک خانواده متخصص بر اصول مذکور «نمودار شماره ۲»).

نمودار شماره ۲

فرق پزشک متخصص خانواده با سایر متخصصان رشته‌های تخصصی

سایر رشته‌های تخصصی	پزشک متخصص خانواده
کارآئی عمودی فقط در يك رشته	۱- کارآئی افقی در همه رشته‌ها
آخرین مرجع درمانی	۲- تختیین مرجع درمانی
انجام وظیفه پزشکی در واحدهای مجری	۳- انجام وظیفه پزشکی با حداقل امکانات
-	۴- خدمات پیشگیری و بهداشت
-	۵- آگاهی و تسلط بر وضع روانی کلیه افراد خانواده

سایر رشته‌های تخصصی جهت اجرا به دانشکده‌های پزشکی دانشگاه‌های کشور و مؤسسات آموزشی تخصصی پزشکی ابلاغ گردید (۲).

بدینه است که برخلاف آنچه تصور می‌رفت در این باره تصمیم نهائی و قطعی جهت اجرای برنامه‌های مورد نظر بعمل نیامد ولی آنچه مسلم است نیاز خانواده‌ها و جامعه‌ها به چنین متخصصانی مورد تأیید میباشد بنابراین با توجه به مسائل مذکور و مشکلات حاکم بر جامعه، از نظر بهداشت و درمان، نبودن ارتباط صحیح بین پزشک و بیمار و یا پزشک و خانواده و همچنین به علت کمبود پزشک و واحدهای کمکی در پاسخگوئی به نیازهای جامعه، استخدام و استفاده از پزشکان خارجی با کارآئی محدود به سبب پائین بودن سطح آگاهی و معلومات پزشکی و نداشتن ارتباط با جامعه مورد نظر و دادن امتیازهای بیشتر به این نوع پزشکان در مقایسه با پزشکان ایرانی و دیگر موارد مربوط، سبب شده است که در چند سال اخیر فکر ایجاد رشته تخصصی جدیدی که بتواند ارتباط بیشتر پزشک و بافت جامعه مارا در حدی مناسب تأمین نماید و تاحدی از نیازهای موجود بکاهد قوت گیرد بطوریکه پس از بررسیهای لازم، رشته تخصصی جدیدی تحت عنوان تخصص «پزشک خانواده» طرح ریزی گردید و دوره آن حدود ۲۱۵ سال در نظر گرفته شد، در اینجا سعی گردیده است تا برخلاف سایر تخصص‌های پزشکی که محدود به حوزه عمل خاص میباشد این گروه از متخصصان بتوانند محدوده وسیعتری را در ارتباط با خانواده و جامعه دربر گیرند (نمودار شماره ۱) و علاوه خدمات خود را در سطح گسترده‌تری به جامعه مورد نیاز این کشور که در اینجا بمنظور آشنازی و شناخت دقیق تر با آن اشاره‌ای میشود عرضه نمایند.

نمودار شماره ۱

نقش «پزشک خانواده» متخصص در جامعه

- ۱- نخستین مرجع درمانی تمام افراد خانواده
- ۲- پیشگیری و تأمین بهداشت جسمی و روانی اعضاء خانواده
- ۳- مرابت بهداشتی و درمانی مداوم اعضاء خانواده
- ۴- مرجع نهائی در شبکه تیم پزشکی

ایران با ۱۹۵/۱۶۴۷ کیلومتر مربع مساحت دارای حدود ۳۵ میلیون نفر جمعیت میباشد. بر طبق آمارهای سازمان نظام پزشکی مجموع پزشکان در سطح کشور ۱۴۰۰ تن است، از این تعداد ۵۲۵۹ تن متخصص و بقیه پزشک عمومی میباشند. نسبت جمعیت به يك پزشک متخصص در کل کشور برابر با ۶۶۳۶ تن و همچنین نسبت به يك تن پزشک برابر با ۲۲۹۱ تن میباشد.

این رشته بطوری قرار دهد تا بر اساس آن بتوان افراد واجد شرایطی را که بتوانند جوابگوی نیازهای موجود باشند تربیت کند. چنین بر نامه‌هایی در سایر کشورها نیز به مرحله اجرا در آمده است همانطور که بر نامه آموزشی پزشکی خانواده در طول مدت ۲۰ سال عمرش در دانشگاه هاروارد برای کسانیکه مایل به تجربه آموختن در این رشته بودند، امکانات وسیعی را بوجود آورد، این بر نامه همچنین امکانات کار عملی در مجله‌ای کار آموزی را نیز برای مطالعه و تحقیق درباره مسائل پزشکی خانواده ویماریهای موجود در جامعه بوجود آورده است (۴).

بر نامه آموزشی پزشک خانواده بر چند اصل به ترتیب ذیر استوار است:

الف - در تربیت پزشک خانواده تکیه آموزش بر مسائل درمانگاهی است بطوریکه بر نامه آموزشی درمانگاهی $\frac{2}{3}$ و بر نامه آموزش بالینی $\frac{1}{3}$ دوره آموزشی را تشکیل میدهدند. جدول شماره ۳ بر نامه آموزشی پیشنهادی برای تربیت پزشک خانواده متخصص در ایران و مقایسه آن با چند کشور دیگر را نشان میدهد.

نمودار شماره ۳

بر نامه‌های آموزشی پزشک خانواده متخصص و بر نامه پیشنهادی برای ایران

ایران درصد آموزش	آلمان درصد آموزش	انگلستان درصد آموزش	امریکا درصد آموزش	مواد درسی
(۲۰/۵ سال)				
(۲۵) = ۲۰ سال	۲۰	۱۸	۲۲	امراض داخلی
(۲۵) = ۲۰ سال	۲۰	۱۶	۱۶	جزایر
(۲۵) = ۲۰ سال	۲۰	۱۸	۱۶	زاد و زایمان
(۲۵) = ۲۰ سال	۲۰	۱۸	۱۶	کودکان
(۱۰) = ۱۰ سال	۱۰	۱۸	-	چشم و گوش و حلق و بینی
(۱۰) = ۱۰ سال	-	-	۱۱	بهداشت اجتماعی
-	۱۰	۱۰	۸	روان پزشکی
۱۰۰٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪	جمع
۲ سال تا ۵ سال	۳ سال	۳ سال	۲ سال	سالهای آموزشی

ب- کار در مطب: آموزش در مطب پزشکان با تجربه برای این گروه از دستیاران از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. بطوریکه آنها میتوانند در این مدت عملابانجحه برخورد پزشک با بیمار و روشهای معاینه و درمان آشنا گردند. این بخش از آموزش نیز درسایر کشورها برای این رشته مورد توجه بوده، بطوریکه دولت امریکا با پولی که در اختیار بر نامه آموزشی پزشکی خانواده قرارداده است، امکان گذاراندن یک ماه دوره دستیاری دانشجویان پزشکی را در مطب پزشکی خانواده تسهیل نموده است. این بر نامه آموزشی با استقبال دانشجویان روبرو شد با این ترتیب که برای شش ماه کلیه مطبها رزرو شده بود (۵).

۲- وظایف پزشک خانواده :

الف - آموزش‌های لازم بهداشتی به زنان باردار.

ب - آموزش کنترل تولید مثل به زنان جوان.

ب - آموزش تغذیه شیرخواران به مادران و پیشگیری از بیماریهای ناشی از تغذیه غلط و کمبود ویتامین.

ت - پیشگیری از بیماریهای عفونی ویژه کودکان از طریق واکسیناسیون منظم آنما و همچنین واکسیناسیون علیه سایر بیماریهای عفونی مسری چون سل و وبا.

ث - تشخیص و درمان بیماریهای داخلی رایج کودکان و بزرگسالان و روانشناسی خانواده.

ج - احاطه کامل بهداروها مخصوصاً آنکه بیو تیکها (موارد استعمال و مقدار) و موارد عدم استعمال آنها و همچنین آشنائی به روشهای درمانی سنتی مرسوم در روستاها و نقاط مختلف کشور.

ج - همامائی در حدود انجام یک زایمان طبیعی و برش مهبل در موقع زایمان.

ح - جراحی در حدود انجام جراحی‌های کوچک و دوختن بریدگیها و یا جانداختن و درمان بعضی از در رفتگی‌ها و شکستگی‌ها.

خ - گوش و حلق و بینی در حدود دیدن پرده گوش و تشخیص و درمان و رمهای گوش میانی چرکی (مخصوصاً در کودکان).

د - چشم پزشکی در حد تشخیص فوریت‌ها و درمان موارد ساده‌آن و یا انجام اقدام‌های اولیه و اعزام بیماران نزد متخصصان مربوط ذه پوست در حدود بیماریهای مقابله‌ای و عفونتهای پوست (پو درمی) واگزما و آرژیها.

ر - آشنائی به بیماریها و مسائل جسمی و روانی پیران جهت کمک به آنان.

۳- پذیرش دستیار:

شناخت جامعه و مشکلات بهداشتی - درمانی آن از یکطرف و برقراری ارتباط صحیح بین پزشک و خانواده از جانب دیگر برای متخصص رشته «پزشک خانواده» از اهمیت خاصی برخوردار است، بهمین علت در انتخاب دستیاران این رشته لازم است تا به این امر توجه شود. از آنچه که این نوع آشنائی اغلب برای آن عده از پزشکانیکه سالهادور از پایتحت و مرکز استانها به خدمت اشتغال داشته‌اند پیشتر می‌باشد، بنابراین در انتخاب دستیار به پزشکانی که دوره سپاهی بهداشت را گذرانده و یا حادفل دوسال در خارج از پایتحت و یا مرکز استانها به خدمت اشتغال داشته‌اند، برتری داده خواهد شد.

۴- بر نامه آموزشی :

بر نامه آموزشی پزشک خانواده باید از جامعیت کامل برخوردار باشد و در حقیقت امکانات گسترده آموزشی را در اختیار دستیاران

- جرایی ۶ ماه (۳ ماه در بخش، ۳ ماه در درمانگاه).
سایر رشتهها ۶ ماه
- ۶- مشخصات افراد آموزنده:**
- ۱- افراد آموزنده باید حداقل دارای تجربه کار در شهروستانهای غیردانشگاهی داخل یا خارج از کشور باشند و یا اقلابه موقعیت بهداشتی - درمانی مناطق مختلف کشور که پزشک خانواده در آن به خدمت اشتغال خواهد ورزید آشنائی لازم داشته باشند.
 - ۲- افراد آموزنده باید متخصص بوده و دارای سابقه کار آموزشی (در داخل یا خارج کشور) باشند و حتی الامکان به موازین علوم تربیتی آشنا باشند و یا این اصول را طی بر نامه های خاصی فراگیر نه و در جریان آموزش مورد نظر، اصول مزبور را نیز بکار بینند. بدینه است که اهمیت آشنا بودن هیأت آموزشی دانشکده های پزشکی به روشهای تعلیم و تربیت از مواردی است که متخصصان سازمان بهداشت جهانی پس از مدت ها بررسی آنرا مورد تأیید و تأکید قرارداده، بطور یکه تنها در اروپا در سال ۱۹۷۱ بیش از دو هزار فرد آموزشی در این نوع دوره های تکمیلی شرکت داشته اند (۶).
 - ۳- اعضا، آموزشی این رشته باید قبل از شروع به آموزش دوره ای، برای پی بردن به دنیای آموزشی پزشک خانواده، روشهای آموزشی خاص این دوره را بگذرانند قادر اجرای برنامه آموزشی خود از مسیر اصلی خارج نشوند.

۷- محل آموزش:

با توجه به نوع آموزش و وظایف پزشک خانواده باید توجه شود که محل آموزش دستیاران این رشته در بیمارستانهای باشد که شرایط لازم را برای آموزش مورد نظر به نحو مطلوب تأمین نماید. برای این منظور میتوان از بیمارستانهای منطقه ای و مرکزی بهداشتی که دارای امکانات لازم باشند برای قسمت عمده آموزش استفاده کرد. همچنین دستیاران باید طی برنامه های مشخصی از بیمارستانهای دانشگاهی و مرکز آموزشی بازدید بعمل آورده شمن دیدن آموزش های لازم بالامکانات و تجهیزات جدید پزشکی آشنا شوند. گذشته از آن دستیاران لازم است که در ضمن آموزش و در بعد از ظهر ها در برنامه های معاينه و درمان بیماران در رشته های تخصصی مورد نظر و پزشکی عمومی که در مطب ها انجام میگیرد برآسas بر نامه معینی شرکت نمایند. درسالهای اخیر توجه به مشکل کمبود پزشک از یکطرف و گرایش به راهنمایی تخصصی بیماران و ارتباط سریع خانواده با پزشک همراه باعوامل مشابه از جانب دیگر سبب شده است که آموزش و تربیت پزشک خانواده در جهان از جامعیت و وسعت بیشتری

پ- کارآموزی دستیار رشته پزشک خانواده در هر یک از رشته های تخصصی با کارآموزی دستیاران آن رشته تخصصی دارای یک فرق اساسی است باین معنی که در آموزش رشته پزشک خانواده از «وسعت» و «تسراکم»، که اساس تنظیم چنین برنامه های برای رسیدن به هدفهای پزشک خانواده در سطح انجام وظایفی که در این مقاله بدان اشاره گردیده است، موردنظر میباشد.

ت- هر رشته پزشک خانواده باید اقلابه هر سه سال یک بار بسته باحتیاجات محلی و دکر گونی های علمی پزشکی، دوره های آموزشی تکمیلی دو تا سه ماهه را بگذراند.

رشته های مورد نظر برای کارآموزی

۱- کودکان - برنامه آموزشی این رشته باید براساس نکات زیر استوار باشد:

الف- تعذیبه نوزادان و شیرخواران و بیماریهای اختلال تغذیه متداول (اسهال و استفراغ، اختلالهای تغذیه ای (دیستروفی) ناشی از تعذیب یک جانبه، مثل دیستروفی غذاهای آردی و کمبود ویتامین ها ب- واکیناسیون.

ب- روانشناسی خانواده (کودک، پدر، مادر).

ت- بیماریهای رایج کودکان (سرخک، آبله مرغان، سیاه سرفه، سرخچه...).

ث- بیماریهای جلدی کودکان و گوش دردها.

ج- عفونت های حلق، مجرای تنفسی و ریهها و عفونت های چشم، ج: سل و منژیت های چرکی.

ح: ورم های رماتیسمی حاد مفاسل.

۲- بیماریهای داخلی رایج و قابل درمان.

۳- بیماریهای جراحی.

۴- زایمان و بیماریهای زنانگی در حدود زایمان طبیعی و بهداشت دستگاه تناسلی و خونریزی های آن (از نظر سرطان).

۵- آموزش های لازم بهداشتی بزنان باردار.

۶- روانشناسی خانواده.

۷- بهداشت اجتماعی.

۵- مدت زمان آموزش:

زمان لازم برای اجرای برنامه آموزشی مورد نظر با توجه به نوع و نحو آموزش رشته پزشک خانواده میتواند به ترتیب زیر در نظر گرفته شود:

کودکان ۶ ماه (۲ ماه در بخش، ۴ ماه در درمانگاه).

زنان و زایمان ۶ ماه (۳ ماه در بخش، ۳ ماه در درمانگاه).

داخلی ۶ ماه (۲ ماه در بخش، ۴ ماه در درمانگاه).

میباشد. ضمناً یک دوره آموزشی ۳ ماهه در رشته‌های چشم و گوش و حلق و بینی و یک دوره آموزشی ۳ ماهه بهداشت نیز در نظر گرفته شده است.

باتوجه به اهمیت وارزش کار متخصصان رشته پزشک خانواده، نوع آموزش و کاربرد وسیع آن در جامعه که از زمان بسته شدن نطفه و مشاوره زنان باردار تا هنگام پیری و مرگ یعنی در حقیقت تمام عمر یک انسان را شامل میشود امید است که این تماس مदاوم بتواند بر بینادهای انسانی و مردمی استوار گشته و مقابلاً بوجود آوردن ارتباط منطقی بین پزشک و خانواده باشد و در نتیجه برفع مشکلات بهداشتی - درمانی جامعه منجر گردد. از آنجاکه آموزش این متخصصان باطیف گسترده آموزشی آن یعنی وسیعتر درنگرش و پرسی مسائل بهداشتی - درمانی جامعه مورد نیاز را به آنان میدهد، بنابراین عملاً در سطح گسترده‌تری میتوانند در رفع مشکلات مورد نظر مؤثر باشند و در صورتیکه وظایف خود را به نحو شایسته‌ای انجام دهند طبیعتاً این پزشکان مورد احترام مردم بوده بطوریکه ایجاد این حسن تفاهم میتواند عامل مؤثری در عرضه خدمات مفیدی برای جامعه مورد نیازما باشد. مجل جذب این متخصصان میتواند سازمانهای ماتنوزارت بهداری و هزیستی، شیروخورشید سرخ ایران، سازمان خدمات اجتماعی و دیگر سازمانهای بهداشتی - درمانی و باصورت شرکت در برنامه‌های نظام طبلی و مردمی در اقصی نقاط مملکت باشند. در ضمن تعدادی از بیمارستانهای سازمانهای مذکور و پزشکان شاغل در آنها نیز میتوانند در امر آموزش دستیاران این رشته تخصصی شرکت فعالی داشته باشند. بهمین سبب پیشنهاد میشود تا حتی الامکان اینگونه سازمانهای با استفاده از امکانات آموزشی و بیمارستانی خود در برنامه ریزی رشته پزشک خانواده شرکت فنوده و برای تربیت متخصصان این رشته نیز سرمایه گذاری کنند.

امید است که با تریت این گروه از متخصصان که از طرفی از آموزش وسیع برخوردار بوده و از جانب دیگر تأمین کننده ارتباط سالم بین پزشک و خانواده میباشند، بتوان بخش عده‌ای از مشکلات و گرفتاریهای موجود خانواده و در نتیجه جامعه را در حد معقول و مناسبی بر طرف نموده تا در حقیقت به‌هدف نهائی که درمان صحیح بیماران میباشد نزدیکتر شویم.

REFERENCES:

- Haggert, R.J., Family Medicine: A Teaching Program for Medical Students and Pediatric House Officers, J. Med. Edu. 37: 531, 1962.
- Robertson, et al., Changing the Medical Care System a Controlled Experiment in Comprehensive Care, Praeger Washington, 1974.
- آشنا ساختن هیات آموزشی دانشکده‌های پزشکی به روشهای تعلیم و تربیت (کزارش فنی شماره ۵۲۱ سازمان بهداشت جهانی)، مجله نظام پزشکی ایران - سال سوم شماره ۳، صفحه ۲۷۴، شهریور ماه سال ۱۳۵۲.
- Albert, J.J., Kosa, et al. Effects of a Family Health Care Program, Abstract, Ambulatory pediatric Society, Annual Meeting, 1973.
- Strobl Karl, C.F., Arztliche Ausbildung Band 2 (OAK), Seite 68, Wien. Sept. 1974.

بر خوردار گردد. بعنوان مثال از ۱۱۳ دانشکده پزشکی در ایالات متحده امریکا بیکار ۸۲ دانشکده آن رشته طب خانواده دایر گردیده که به امر آموزش و تربیت این دسته از پزشکان اشتغال دارند. در تماش این دانشکده‌های طب خانواده یک واحد جدا گانه محسوب میشود و در ۳۲ دانشکده، این رشته به صورت بخشی در آمده که میتواند در برنامه ریزی و دیگر قسمتهای دانشکده اظهار نظر کند. علاوه بر این، ۱۶۴ برنامه دستیاری در طب خانواده در بیمارستانهای ۳۸ ایالت اجرا میشود، باتوجه به نسأمه کارورزی یا دستیاری ۱۹۶۹ در رشته طب خانواده برنامه کارورزی امریکا توصیه کرد که پزشک خانواده تاسطح یک متخصص ارتقاء یابد. بدنبال این نظر هیئت در رشته طب خانواده تشکیل گردید تا برنامه‌های آموزشی وضوابط مربوط به این رشته را تعیین کنند.

در سال ۱۹۷۱ آپریت کوزا در مردم تأثیرات دراز مدت در سهای پیوسته دانشجویان پزشکی به تحقیق پرداخت. این تحقیق که روی ۸۹۴ دانشجویی که بین سالهای ۱۹۵۲ تا ۱۹۷۰ در دانشگاه به تحریل اشتغال داشتند از طریق پرسشنامه انجام گرفت جمعاً ۸۳٪ از آنها پاسخ دادند. نتیجه کار از نظر انتخاب نهائی برای برگزیدن حرفو شغل بدین ترتیب بود که دانشجویانی که درس انتخابی بهداشت (پزشکی) خانواده را گذرانیده بودند این درس بخصوصی بهداشت (پزشکی) خانواده را بعنوان بزرگترین مشوق برای انتخاب حرفة پزشکی در آنده میدانستند (۷).

دوره آموزشی رشته تخصصی پزشک خانواده در آمریکا ۲ سال و در کشورهای اروپائی ۳ سال میباشد (۸). در ایران با در نظر گرفتن شرایط و موقعیت نفاطی که با کمبود پزشک روبرو میباشند و باتوجه به زمان لازم برای کسب معلومات و آگاهی‌های مورد نیاز برای چنین افرادی یک دوره آموزشی ۲ الی ۲/۵ ساله در نظر گرفته شده است که شامل:

بیماریهای داخلی	۶ ماه
بیماریهای زنان زایمان	۶ ماه
بیماریهای جراحی	۶ ماه
بیماریهای اطفال	۶ ماه

۱- نشریه سمینار تربیت نیروی انسانی پزشکی و بهداشتی و برآوردهای خدمات درمانی و بهداشتی صفحه ۴۵، شیراز، تخت جمشید، ۲۳ تا ۲۵ بهمن ماه سال ۱۳۵۳.

۲- شرایط وضوابط تربیت دستیار در رشته‌های تخصصی پزشکی بعنوان شرایط تخصصی در رشته‌های تخصصی پزشکی

رشته‌های پزشکی وزارت علوم و آموزش عالی.

۳- آمار پزشکان و دندانپزشکان کشور - نشریه آماری نظام پزشکی ایران، شماره ۸، آذرماه سال ۱۳۵۷.