Review مراجعات

الاختصاصات الطبية واستراتيجية الرعاية الصحية الأولية*

أحمد الخفاجي[1] وإلهام خطاب[2]

تأثر اختيار التخصص لدى خريجي كلية الطب باختصاصات أساتذتهم

مايزال نظام التعليم الطبي الذي تتبعه معظم كلياتنا الطبية يتمسك بالأسلوب التقليدي في الممارسة والتطبيق. وهذا الأسلوب ينوء بحمل ثقيل من العيوب والثغرات، وتنهال الانتقادات عليه يوماً بعد يوم. وهي تتزايد بقدر تقلص مساحة هذا النظام في العالم، وبقدر عجزه عن مواكبة مسيرة التطور الطبي المتنامية، وفشله في تلبية حاجات المجتمع الصحية على الرغم من اعتماد معظم وزارات الصحة العربية، ومنها وزارة الصحة العراقية، استراتيجية الرعاية الصحية الأولية كركيزة للخدمات الصحية [2,1]. وفي مقدمة الأسباب الموجبة لانتقاد نظام التعليم الطبي سببان يتعلقان بالاختصاص الذي ينوي طالب الطب اختياره عند تخرجه من الكلية. أولهما تمحور نظام التعليم الطبي حول أستاذ الطب واختصاصه وخبراته مقارنة مع نظم التعليم الطبي الأخرى التي تجعل طالب الطب محور اهتمامها من خلال توجيه عملية التعليم نحوه كلياً لكونه المنتفع الأساسي منها. وبالتالي جعله هدف وبؤرة نظام التعليم الطبي برمته. أما السبب الثاني فينبع من كون النظام التعليمي التقليدي يقتصر في التدريب على المستشفيات التعليمية دون الاستفادة من مستويات الخدمات الصحية الأخرى. فلا نجد قدراً كافياً من الاهتمام بطب الأسرة في أنظمة التعليم التي تنفّذها كلياتنا الطبية، حيث لا يتم تدريب الطلبة في المؤسسات الصحية التي تختص بتقديم الرعاية الصحية الأولية [5,4,3]. علماً بأن مفاهيم الرعاية الصحية الأولية قد طُبقت في الدراسات الطبية العليا عندما استُحدث المجلس العلمي للاختصاص في طب المجتمع وطب الأسرة عام 1986 في المجلس العربي للاختصاصات الطبية. وكذلك استُحدث الاختصاص في المجالس القطرية للاختصاصات الطبية في عدد من الأقطار العربية. وعلى سبيل المثال يوجد مجلس علمي لطب الأسرة وطب المجتمع في الهيئة العراقية للاختصاصات الطبية.

هذان السببان يوحيان لطالب الطب وهو في مراحل دراسته الجامعية الأولى بالاعتقاد أن ممارسة الطب تكون أفضل عند التخصص بأحد المواضيع السريرية التي يمارسها أساتذته في المستشفى التعليمي [6]. علاوة على ذلك فإن تعليم الطلبة في المستشفى يجري بطريقة تنعزل فيها المواضيع السريرية بعضها عن البعض الآخر. فمثلاً يدرب الطلبة على موضوع الجراحة بمنأى عن بقية المواضيع. ويدرس أساتذة الطب الباطني مواضيع الباطنية فقط. وهكذا بقية الاختصاصات. وعندما يتخرج الطالب من الكلية الطبية يكون قد تتلمذ وتدرب على منهج طبي وممارسة

[1] أحمد الخفاجي. أستاذ طب المجتمع. كلية الطب. جامعة الموصل.

[2] إلهام خطاب، مديرة مركز تطوير التعليم الطبي، كلية الطب، جامعة الموصل.

*** Medical Specializations and the Primary Health Care Strategy**

Ahmed Al Kafajei[1], Professor of Community Medicine, and Ilham Khattab[2], Director, Centre for the Development of Medical Education, Faculty of Medicine, Mosul University, Mosul, Iraq.

Received: 12/03/98; accepted: 19/07/98.

عملية تفرق بين الحالات المرضية بموجب التخصصات المختلفة فتترسخ لديه قناعة مفادها أن الطب الباطني والجراحة والنسائيات وطب الأطفال مواضيع كل منها مستقل بذاته ولا يوجد أي تداخل فيما بينها، إلا في حالات قليلة ونادرة، ولكل منها معالم واضحة ومحدَّدة لا يتعداها إلى الآخر، ولا يوجد بينهما قاسم مشترك.

وحصيلة ذلك كله ستكون حتماً ابتعاداً عن طب الأسرة والرعاية الصحية الأولية، وغياباً متفاقماً لشمولية الطب البشري كعلم متوحد، له كيان متفرد باتساعه واتصال حلقاته ونفعه العام المتمثل باتصاله بحياة الإنسان في جميع مراحل نموه وفي محيط عمله وسكناه. فاختصاص طب الأسرة يتميز بتقديم الرعاية الصحية الأولية. فهو يجمع كل الاختصاصات السريرية تحت لواء واحد. كما أن الممارسة في طب الأسرة التي تعتمد على الدراية والخبرة في جميع المواضيع السريرية تمتاز عند مقارنتها بالتخصصات السريرية التي تُمارَس في المستشفى، بكونها: أولاً، شاملة لجميع الحالات المرضية الباطنية والجراحة والنسائيات وطب الأطفال الحادة منها والمزمنة، وشديدة الوطأة والخفيفة، ولجميع أفراد الأسرة على حد سواء بكافة أعمارهم ولكلا الجنسين. أما الميزة الثانية فهي استمرار التواصل، حيث تمتد متابعة المرضى لفترات أطول بكثير من فترة مكوث المريض في المستشفى. أما الميزة الثالثة فإنها تتضح بالمنفعة المتحققة باكتشاف الأمراض في مراحلها الأولى وعلاجها الحاسم والسريع. وهي بذلك تكون أكثر جدوى من رعاية المستشفيات التي تكون عادة أكثر كلفة. والميزة الرابعة التي يقدِّمها طب الأسرة تتجلى بتنظيمه لخدمات المستشفى ذاتها لتوجيهها إلى أولئك الذين يحتاجونها فعلاً، مما يخفف الزحام غير المبرر. وبعبارة أخرى يمكن القول إن اختصاص طب الأسرة يبرز من بين الاختصاصات الطبية لكونه يلبي حاجات الرعاية الصحية الأولية.

وفي دراسة جرت في كلية الطب بجامعة البصرة شملت 517 طالباً في جميع مراحل الدراسة الست في الكلية عن التخصص الذي سوف يختارونه لأنفسهم بعد التخرج، تبيَّن أن معظمهم يفضلون التخصص بالطب الباطني والجراحة وفروعها وطب الأطفال والنسائيات والتوليد [7]، وحصل كل من الطب الباطني والجراحة العامة وبعدهما طب الأطفال وطب العيون وجراحة العظام والكسور على أعلى الدرجات على التوالي في السلم الذي قيست بموجبه تقديرات الطلبة للاختصاصات التي يرغبون بها بعد تخرجهم. أما اختصاص طب الأسرة فلم يختره إلا عدد قليل من الطلبة.

وهنالك عوامل أخرى لا تتعلق بالمنهاج التعليمي واختصاصات أساتذة الطب. ولكنها تؤثر كذلك في مسيرة الاختصاصات الطبية وتوجهاتها، من أهمها العوامل المتعلقة بالصورة الاجتماعية والمنفعة الشخصية والمادية التي يوفرها الاختصاص المعيّن. إضافة إلى العوامل المتعلقة بتوفر فرص الدراسات العليا بالاختصاصات السريرية وفتح دراسات عليا في الاختصاصات الطبية ذات التقنية المتقدمة [8].

وتحاول الدراسة الحالية أن تحصي نسبة الذين تخصصوا من خريجي كلية الطب بجامعة الموصل كنموذج لباقي كليات الطب ذات المنهج التعليمي التقليدي، ومقارنة خريجي دورتين من هذه الكلية: الدورة الأولى تخرجت في العام الدراسي 73/1972 (دورة 73)، والأخرى تخرجت بعدها بخمس عشرة سنة في العام 88/1987 (دورة 88).

الغاية من البحث

قياس التغيرات في نسب ونوع التخصصات الطبية التي اختارها خريجو دورة 73 بالمقارنة مع خريجي دورة 88 لغرض معرفة مدى استجابة هذه الاختصاصات لاحتياجات الخدمات الصحية وتوجهاتها نحو تطبيق استراتيجية الرعاية الصحية الأولية.

تصميم البحث والمشاركين

أجري تحليل لعينة نموذجية من خريجي كلية الطب بجامعة الموصل. ولقد اعتمدنا في اختيار العينة المتمثلة بخريجي دورة 73 ودورة 88 على المفاضلة والموازنة بين عاملين اثنين يعمل أحدهما ضد الثاني. الأول هو الفترة الزمنية المتاحة أمام الخريجين للحصول على مؤهل الاختصاص، والثاني هو الفترة الزمنية الكافية بين الدورتين لإظهار الفروقات إن وجدت في نسبة الاختصاصيين ونوع الاختصاص.

وتم إحصاء نسبة الاختصاصيين ونوع الاختصاص لكلٍّ من الدورتين على انفراد، كما هو واقع وحاصل في وقت معين واحد هو النصف الأول من عام 1998. واعتبر الطبيب اختصاصياً عند حصوله على شهادة عليا بعد الدراسة الجامعية الأولية.

لقد تأسست كلية الطب في جامعة الموصل عام 1959 وتخرجت أول دورة منها عام 1965. وتتبع الكلية المنهاج التعليمي التقليدي الذي يستند على الموضوع العلمي.

النتائج

رغم أن الفترة التي أتيحت أمام خريجي دورة 88 هي أقل من نصف الفترة التي مضت على تخرج دورة 73 فإن **الجدول الأول** يبيِّن أن نسبة الاختصاصيين قد زادت من 56% (88/49) في دورة 73 إلى 77% (180/138) في دورة 88. وهذه الزيادة تبدو واضحة في كلٍّ من الجراحة وفروعها وطب الأطفال والنسائيات والتوليد والأشعة. وكان هناك انخفاض في نسبة المتخصصين بالطب الباطني وفروعه.

ويبيِّن **الجدول الثاني** أن الجامعات الوطنية والمجلس العربي والهيئة العراقية للاختصاصات الطبية حلت محل الجامعات الأجنبية والكليات الملكية البريطانية كجهات مانحة لشهادة الاختصاص عند مقارنة دورة عام 1988 بدورة عام 1973.

ويكشف **الجدول الثالث** أن الزيادة في الاختصاصات السريرية كانت بمجملها السبب في زيادة نسبة الاختصاصات بصورة عامة حيث ارتفعت نسبة الاختصاصات السريرية من 51% إلى 69%. واستحوذت الاختصاصات الرئيسية الأربعة وهي الطب الباطني والجراحة والنسائيات وطب الأطفال على حصة الأسد في تلك الزيادة فأصبحت نسبتها تشكِّل 58% من خريجي دورة 88 بعدما كانت 45% فقط من خريجي دورة 73.

وبالمقابل نجد أن الزيادة في اختصاص طب المجتمع كانت طفيفة حيث ارتفعت نسبتها من 3% إلى 5% فقط. وشكِّل المتخصصون في حملة الشهادات المهنية العليا في الاختصاصات الرئيسية الأربعة نسبة 64% من مجموع المتخصصين في دورة 88، بينما بلغت نسبتهم 53% من مجموع المتخصصين في دورة 73.

وكانت الجهات المانحة لهذه الاختصاصات في دورة عام 1988 هي المجلس العربي والهيئة العراقية للاختصاصات الطبية بعدما كانت الكليات الملكية البريطانية هي الجهات الوحيدة المانحة لشهادات الاختصاص في دورة عام 1973.

المناقشة

إن مجمل النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة تشير إلى إخفاق التخصصات الطبية بالتوجه نحو سد حاجة الخدمات الصحية. فلم تستجب هذه التخصصات، وبضمنها تلك التي حصل عليها الأطباء الذين تخرجوا من كلية الطب قبل عشر سنوات، إلى استراتيجية الرعاية الصحية الأولية التي تعتمد على اختصاص طب الأسرة بصورة رئيسية [10,9]. وبقيت الاختصاصات الطبية متأثرة بمتطلبات سوق العمل المادية وعوامل التعليم الطبي التقليدي التي تَحفز خريجي كليات الطب للتوجه نحو التخصصات السريرية التي تُمارَس في المستشفيات. ويمكننا الجزم بأن تأثير هذه العوامل ازداد بازدياد نسبة التخصصات السريرية بين الأطباء المتخرجين حديثاً مقارنة بمثيلتها عند الأطباء الذين سبقوهم في التخرج. إن التوسع في ممارسة طب الأسرة في هيكلية وزارة الصحة يُبنَى على مفهوم

الجدول 1: نسبة الاختصاصات حسب نوعها بين خريجي كلية طب الموصل - دورة 1973 بالمقارنة مع دورة 1988 - الموقف عام 1998 (الأرقام الواردة بين قوسين تشير إلى عدد الخريجين)

الاختصاص	النسبة المئوية بين مجموع الخريجين			
	دورة 1973		دورة 1988	
الطب الباطني وفروعه	13.6		10.0	
الجراحة وفروعها	23.9		27.2	
النسائيات والتوليد	6.8		10.0	
طب الأطفال	1.1		11.1	
الأشعة	3.4		7.2	
التخدير	2.3		3.9	
طب المجتمع	3.4		5.0	
العلوم الطبية الأساسية	1.1		2.2	
بلا اختصاص	44.3		23.3	
المجموع	100.0	(88)	100.0	(180)
وفاة		(1)		(4)
من أقطار عربية		(5)		(13)
العنوان غير معروف		(6)		(10)
مجموع الخريجين		(100)		(207)

تطوير الخدمات الصحية والقوى العاملة بطريقة التداخل. فالمناهج الدراسية واستحداث أقسام علمية كقسم طب الأسرة في كليات الطب يتولى مهمة التدريس في الدراسات الأولية والعليا يأتي منسجماً وملبياً لحاجات الخدمات الصحية التي تعد الهدف من تطوير الدراسات في موضوع طب الأسرة.

لقد تبيَّن في دراسة سابقة أن العدد المطلوب من الأطباء المتخصصين في طب الأسرة هو طبيب واحد لكل 4000 نسمة من السكان (أي 500 أسرة). كما أن مركز الرعاية الصحية الأولية الذي يخدم 32 000 نسمة يحتاج إلى ثمانية أطباء مختصين بطب الأسرة. وبعبارة أخرى فإن بلداً مثل العراق سيبلغ عدد سكانه في سنة

الجدول 2: أعداد الاختصاصيين ونوع الاختصاص وجهة منحه لخريجي كلية طب الموصل من دورة 1973 ودورة 1988 – الموقف عام 1998

الاختصاص	الشهادة	الجهة المانحة*	دورة 1973 (88 خريج)	دورة عام 1988 (180 خريج)
الطب الباطني	دبلوم/ماجستير	و/ج	3	7
وفروعه	شهادة العضوية	ك	9	–
	شهادة الاختصاص	ع	–	11
الجراحة وفروعها	دبلوم	و	10	9
	شهادة الزمالة	ك	10	–
	شهادة الاختصاص	ع	1	40
النسائيات والتوليد	دبلوم	و	4	9
	شهادة العضوية	ك	2	–
	شهادة الاختصاص	ع	–	9
طب الأطفال	دبلوم	و	1	13
	شهادة الاختصاص	ع	–	7
الأشعة	دبلوم	و	3	12
	شهادة الاختصاص	ع	–	1
التخدير	دبلوم	و/ج	2	7
طب المجتمع	دبلوم/ماجستير	و	3	9
علوم طبية أساسية	ماجستير/دكتوراه	و/ج	1	4
بلا اختصاص			39	42

* جهة منح الشهادة:
و = جامعة وطنية، ج = جامعة أجنبية، ك = الكليات الملكية البريطانية،
ع = المجلس العربي للاختصاصات الطبية أو الهيئة العراقية للاختصاصات الطبية.

ألفين، أربعة وعشرين مليون نسمة، يحتاج إلى 6000 طبيب مختص بطب الأسرة، لا يوجد منهم حالياً إلا عدد قليل يُعد على أصابع اليد [11].

وإذا علمنا أن الدول المتقدمة في الخدمات الصحية مثل الولايات المتحدة وفنلندا وأسراليا يشكّل اختصاصيو طب الأسرة فيها أكثر من 30% من مجموع الاختصاصات الطبية عامة [12] ، فإن ذلك يتطلب منا أن نخصص في خطة القبول للدراسات الطبية العليا مقعداً واحداً لطب الأسرة من بين كل ثلاثة مقاعد في الاختصاصات الطبية بصورة عامة.

إضافة إلى ذلك فقد أكد كثير من الدراسات على الحاجة الماسة لتطوير التدريب في طب الأسرة [15,14,13]. فعلى كلياتنا الطبية أن تعمل على الارتقاء بمفردات طب الأسرة والاهتمام بها في مناهجها الدراسية الأولية وتعمل على استحداث قسم خاص بطب الأسرة ليصبح تدريب الأطباء على مفاهيم هذا الاختصاص في المناهج الجامعية الأولية والدراسات العليا على حد سواء، ملائماً وموازياً لتطوير الممارسة المهنية لطب الأسرة في مركز الرعاية الصحية الأولية. وكذلك فإن التعاون مع وزارة الصحة يخدم المجتمع ضمن مفهوم تنمية الخدمات الصحية والقوى العاملة بصورة متداخلة من خلال تطوير ممارسة طب الأسرة ومناهج كليات الطب [16].

ولكي يكون طب الأسرة بمثابة حجر الزاوية في الخدمات الصحية، علينا أن نسعى لتحويل الممارسة فيه إلى واقع عملي ملموس. ولبلوغ مثل هذا الهدف ينبغي أن تتضافر جهود جميع المعنيين لتوضيح معالم هذا الاختصاص وتحديد موقعه في هيكل عمل الخدمات الصحية. وعلينا أن نبدأ أولاً بفك اشتباك طب الأسرة بطب المجتمع. والفصل بين الاختصاصين بصورة قاطعة وواضحة سيكون نافعاً لكلٍّ منهما ولصالح عملية التقدم الصحي عموماً.

الجدول 3: مقارنة الاختصاصات الطبية لخريجي دورة 1973 مع تلك الخاصة بخريجي دورة عام 1988 - كلية طب الموصل - دراسة عينة نموذجية للعام 1998 - بالنسبة المئوية من مجموع الخريجين

	دورة عام 1973 (88 خريج)	دورة عام 1988 (180 خريج)
جميع الاختصاصات	56	77
الاختصاصات السريرية	51	69
الاختصاصات الأربع الرئيسية	45	58
اختصاص طب المجتمع	3	5
الاختصاصات المهنية العليا من مجموع الاختصاصات	53	64

ولغرض استحداث قسم خاص في طب الأسرة، علينا أن نضع ضوابط واضحة ضمن مناهج كليات الطب لهذا القسم موضحين من خلالها الأهداف والعلاقة الوظيفية بالأقسام الأخرى والوصف الوظيفي للمهارات الخاصة بطب الأسرة عند خريج كلية الطب. فعلى الذين سيقودون حركة التغيير باستحداث مثل هذا القسم أن يتحلوا باندفاع يفوق مهامهم التدريسية والأكاديمية [17].

References المراجع

1. قانون الصحة العامة رقم 89 لسنة 1981 : الوقائع العراقية، 17 آب 1981, العدد 2845: 759--772.
2. فريق عمل في وزارة الصحة، المؤتمر القطري الأول لرعاية الأم والطفل: نيسان، مطبوعات وزارة الصحة، بغداد. 1985
3. Miller GE. *Aspects of medical education in developing countries.*, Geneva, World Health Organization, 1972 (Public Health Paper, No. 47).
4. *Health manpower requirements for the achievement of health for all by the year 2000 through primary health care. Report of a WHO Expert Committee.* Geneva, World Health Organization, 1985 (WHO Technical Report Series, No. 717).
5. *Priorities at the interface of health care, medical practice and medical education: report of the global conference on international collaboration on medical education and practice, 12-15 June, Rockford, Illinios, USA.* Geneva, World Health Organization, 1995
6. Abdel Aziz F, Malik MB. A comparison of graduates of an innovative medical school and a conventional school in relation to primary health care. *Eastern Mediterranean health journal*, 1997, Vol. 3 (2):222--7.
7. Al-Na'ama MR, Al-Kafajie AMB, Joseph G. Profile of the medical student and his out-look on medical education. The Basrah experience. *Medical education*, 1980, 14:401--8.
8. Morrissy JR. Career preferences of medical studies --- some unanswered questions. *British journal of general practice*, 1996, 46:703--4.
9. Pearson P, Jones K. Primary care --- opportunities and threats. Developing professional knowledge: making primary care education and research more relevant. *British medical journal*, 1997, 314:817--20.
10. د. موهاباترا، ف. رامادا سمورتي، رامناث، وم. موهانرام: لو تحسن التعليم لتحسنت الرعاية الصحية منبر الصحة العالمي 1990، المجلد التاسع، 433--435.
11. الخفاجي، أحمد: طب المجتمع وطب الأسرة اختصاص واحد أم اختصاصان، المجلة الطبية لجامعة البصرة، 1966, المجلد 14: 151-156.
12. *Family medicine: curriculum.* Washington, American Academy of Family Physicians, 1986, (*Washington Reports*, No. 261--270).

13. Al-Kafajie AMB, Antony R. The way we teach community medicine. *Medical teacher*, 1983, 5:137--43.
14. Al-Kafajie AMB. Antony R. Medical education and primary health care. *Saudi medical journal*. 1984, 5:152--8.
15. Boelen C. Frontline doctors of tomorrow. *World health*, 1994, 47:4--5.
16. Taher Moustafa A. Health service and medical education boards: a proposal for the integration of health service and medical education. *Health service journal of the Eastern Mediterranean Region, WHO*, 1993, 7:2.
17. English T. Medicine in 1990s, needs a team approach: education and debate. *British medical journal*, 1997, 314:661--3.