

ممیزی تخصص ارتوپدی فوریت اصلاح آموزش دستیاری ارتوپدی

دکتر عزیز احمدی

بنیانگذار انجمن جراحی ارتوپدی ایران

چکیده:

این مقاله یک بررسی مقایسه‌ای بین وضعیت آموزش ارتوپدی در ایران و چند کشور دیگر است. برای این منظور برنامه آموزش دستیاری (Residency) کشورهای کانادا، انگلیس، روسیه، استرالیا، هند و عربستان سعودی را مورد بررسی قرار دادیم. فاکتورهای مورد مقایسه عبارت بودند از: وجود کریکولوم (Curriculum) و تمکین به آن، پوشش اتندینگ‌ها (Attendings)، کتابچه یادداشت روزانه، ساعات کار و دوره آموزش. نتایج این بررسی نشانگر تفاوت‌های فاحش بین شیوه آموزش ارتوپدی در ایران با کشورهای دیگر جهان است. در ایران، بنیان مستحکم آموزش رزیدنسی ارتوپدی در سال‌های اولیه برگرفته از مرکز ارتوپدی برجسته آن زمان یعنی آکادمی ارتوپدی آمریکا بود. این مرکز و به تبع آن، سایر مراکز تربیت رزیدنسی ارتوپدی به تدریج دچار فروکاستی‌هایی شدند که در عمل سبب شده است متخصصین از پس خدمات ارتوپدی به جامعه برنیایند. عوامل این فروهستگی و فترت، نبود کریکولوم، عدم پوشش اتندینگ‌ها، عدم نظارت سازمان‌های مربوطه و وجود فلوشیپ‌ها (Fellowships) در مراکز آموزش ارتوپدی بودند. تأثیر مخرب فلوشیپ‌ها بر آموزش ارتوپدی ایران انکارناپذیر بود. اهمیت دادن به نقش انجمن ارتوپدی، برد ارتوپدی، نظارت نهادهای مربوطه و به‌خصوص اتندینگ‌ها راه برون‌رفت از این بحران است.

تعیین شد. پرسش‌های امتحانات درون دوره‌ای از آکادمی ارتوپدی آمریکا دریافت می‌شد و بعد از انجام به آکادمی برگردانده و ارزیابی می‌شد. در آن دوران، میانگین نمره دستیاران در ایران با میانگین نمره دستیاران در آمریکا با هم برابر گزارش می‌شد. اجرای کریکولوم آکادمی آمریکا در مرکز آموزش شفا، شالوده و بنیان مستحکم برای چند دهه رشد و تعالی دستیاری ارتوپدی در ایران را به بار آورد. امروزه، نبود کریکولوم؛ نبود متولیان امور در مراکز آموزشی و عدم حضور نهادهای نظارتی سبب کاهش سطح علمی شده است. در حال حاضر دوران ۴ ساله دستیاری، در عمل به ۳/۵ سال تقلیل یافته است.

در تمام برنامه‌های دستیاری پزشکی وجود دفتر یادداشت روزانه و حضور سرپرست هیئت علمی در صدر موارد مهم قرار دارند. مطالب ثبت شده در دفترچه‌ها نمایان‌گر چگونگی وضعیت کریکولوم مربوطه است. اما در ایران دستیاری ارتوپدی فاقد دفتر ثبت اعمال جراحی است. همچنین، در حالی که حضور سرپرست هیئت علمی سنگ بنای توفیق برنامه‌های دستیاری است مشاهده کردیم که این سرپرستی بر دستیاران در ایران به تدریج محو شده است.

در یک ممیزی از رشته تخصصی ارتوپدی که در چارچوب «پروژه اداره کل ممیزی توسعه علوم ریاست جمهوری» در سال ۱۳۸۹ انجام شد گزارش شده است که دستیاران ارتوپدی فقط ۲۰ درصد از کریکولوم ارتوپدی را یاد می‌گیرند. در جستجوی علت این مشکل، به این نتیجه رسیدیم که ۸۰ درصد تخت‌های بیمارستان‌های آموزشی را بیماران اورژانس پر می‌کنند. در چنین شرایطی وضعیت به گونه‌ای می‌شود که استادان موظف (اتندینگ‌ها) بار اورژانس را بر دستیاران تحمیل

امروزه جراحی ارتوپدی در عرصه‌های توسعه و پیشرفت، با بسط تحقیقات و تأکید بر پیامدها و به‌دادن به خدمات درمانی قدم بر می‌دارد. تربیت متخصصان لایق لازمه دستیاری به این مقاصد می‌باشد. آموزش متخصصان ارتوپدی نه تنها در این عرصه‌ها قدم بر نداشته است بلکه از عهده تعلیمات اولیه متخصصان برنیامده است. برای مقایسه برنامه آموزش ارتوپدی کشورهای کانادا، انگلیس، روسیه، استرالیا، هند و عربستان سعودی، در زمینه‌های: شیوه انتخاب دستیاری، دوران دستیاری، ساعات کار، دفتر یادداشت روزانه اعمال جراحی و خدمات درمانی، امتحانات میان دوره‌ای، متدهای ارزیابی، امتحانات نهایی، سرپرستی اساتید، معلومات کلینیکی، مهارت‌های کلینیکی را مورد بررسی قرار داده‌ایم^(۲۰۱).

در وهله نخست، برنامه آموزش دستیاری ارتوپدی در کشورهای یاد شده بررسی شد. نتیجه این بود که به غیر از روسیه، در شش کشور دیگر، کریکولوم جامع (!)؛ کتابچه یادداشت اعمال جراحی و پوشش اتندینگ‌ها مشابه بودند. اما طول دوران دستیاری در این کشورها بین ۵ تا ۱۰ سال و ساعت کار آنها بین ۵۶ تا ۸۰ ساعت در هفته متغیر بود^(۴۰۳).

آموزش دستیاری ارتوپدی در ایران

رشته علمی دستیاری ارتوپدی در ایران با تصویب وزارت علوم در سال ۱۳۵۲، به طور همزمان در دانشگاه شیراز و بیمارستان شفا در تهران ایجاد شد. برنامه آموزشی (کریکولوم) دستیاری ارتوپدی ایران از آکادمی ارتوپدی آمریکا به امانت گرفته شد. دوره دستیاری در آمریکا ۵ سال بود اما طول این دوره برای دستیاری ارتوپدی در ایران ۴ سال

متوسط یا بالاتر از درآمد افراد مشابه و موفق در سایر رشته‌های بخش خصوصی باشد. این امر به سادگی میسر است و هیچگونه بار مالی به دولت تحمیل نمی‌کند. اگر چنین بشود هیچ‌کس دنبال دروسهای خرید سهام آنچنانی و دروسهای تأمین بیمار نمی‌رود و با ماده ۱۳ آئین نامه انتظامی که اعتبار شخصیت دانشگاهی را سلب می‌کند مواجه نمی‌شود.

این ایده که به جای بوردا ارتوپدی، رئیس‌ان مراکز آموزش ارتوپدی مدارک تخصصی را اعطا کنند ایده درستی نیست و عملی نخواهد بود. از سوی دیگر، اساتید پاره وقت نیز استحقاق چنین منزلتی را نخواهند داشت.

فلوشیپ‌ها، یا زیرشاخه‌های تخصصی (subspecialty).

در ابتدای این بحث ضروری است معنی و علت وجودی فلوشیپ‌ها روشن کنیم. فلوشیپ‌ها برای تکمیل دانش و رفع کمبود معلوماتی که از دوران دستپاری باقی مانده بود به وجود آمدند. به تدریج بر تعداد این دوره‌ها و تعداد داوطلبان افزوده شد. علت علاقه به این دوره‌ها را از داوطلبان پرسیده‌اند و همگی متفق‌القول گفته‌اند برای گرفتن شغل بهتر و یافتن موقعیت بالاتر داوطلب فلوشیپ شده اند.

چنین بود که شغل بهتر در ایران معادل شد با داشتن مدرک بالاتر. به عبارتی، «مدرک‌گرایی» که آفت بالندگی اندیشه و ذات خرد است رایج شد.

اولین زیرشاخه تخصصی ارتوپدی، زیرشاخه جراحی دست بود. بونل و لیتلر پزشکان بنامی بودند که در جنگ جهانی دوم متوجه شدند برای معالجه ضایعات دست، لازم است جراح عروق، جراح اعصاب، جراح پلاستیک و جراح ارتوپد در صحنه حاضر باشند. البته این امر به سادگی میسر نبود. بعد از پایان جنگ، تصمیم گرفتند جراحانی را تربیت کنند که توانایی‌های هر چهار تخصص را داشته باشند. تخصص‌های زیرشاخه دست از همین جا ظاهر شد. باید توجه کرد وسعت این زیرشاخه به وسعت نیمی از پیکر ارتوپدی است.

زیرشاخه جراحی دست در سال ۱۳۵۸ و زیرشاخه ستون فقرات پس از آن در بیمارستان شفا یحیائیان دایر شد. داوطلبان این رشته، نخست به مدت یک سال دوره می‌دیدند، اما عنوان فوق تخصص به آنها داده نمی‌شد. بیست سال بدین گونه سپری شد و هیچ اتفاقی نیفتاد، ناگهان زیرشاخه‌های دیگری به وجود آمدند به نام «فوق تخصص». بدون هیچ گونه مشورتی با دست اندرکاران، درجه فوق تخصص به جراحی دست هم اعطا شد و فلوشیپ‌ها در ایران سرنوشت دیگری پیدا کردند.

اول - تغییر نام:

در مرحله نخست، فلوشیپ‌ها تبدیل شدند به زیرشاخه (subspecialty) و از زیرشاخه یا زیرتخصص به فوق تخصص. حال آنکه ترجمه درست این لغت «زیرتخصص» است. به کارگیری کلمه «فوق تخصص» در این مورد نادرست و غیراخلاقی است. زیرشاخه‌ها هیچ چیزی به دانش موجود تخصص ارتوپدی نمی‌افزایند. لذا در قالب و هیئت متخصص ارتوپدی به آنها نگریسته می‌شوند.

می‌کنند. در عین حال، در موارد اورژانس، امکان سرپرستی و نظارت اتندینگ‌ها بر دستیاران وجود ندارد. ما فقط یک مرکز تربیت دستپاری پیدا کردیم که پوشش شبانه‌روزی را تا حدودی داشت (مرکز آموزشی شفا یحیائیان).

در موارد دیگر هم سرپرستی چندان شایسته‌ای وجود ندارد. بعضی از مراکز اصلاً اتندینگ ندارند. از نظر مالی، در حالی که حقوق دستیاران بسیار ناچیز است، دستمزد جراحی‌هایی که آنها انجام می‌دهند به اتندینگ‌ها پرداخت می‌شود. البته در دو، سه سال اخیر تغییراتی در درآمد رزیدنت‌ها حاصل شده است.

شش ماه سال آخر را دستیاران در مرخصی آمادگی برای امتحانات بوردا می‌گذرانند. این دوره شش ماهه برای دستیاران سال آخر می‌تواند بهترین فرصت برای عملی کردن اندوخته‌های علمی در تاق عمل و انتقال معلوماتشان به دستیارهای سال پائین باشد که این چنین هدر می‌رود.

از عوامل آفت و تنزل آموزش دستپاری می‌توان به نبود نظارت در بوردا ارتوپدی، پایبند نبودن مراکز آموزش به اجرای کریکولوم آموزشی، ظهور و حضور فلوشیپ‌ها در بخش‌های آموزشی و پاره‌وقت بودن اتندینگ‌ها اشاره کرد.

برای بررسی بیشتر موارد بالا از مطلب آخر شروع می‌کنم.

هیئت علمی پاره وقت

با استعانت از ادبیات مذهبی که «احترام امام‌زاده با متولی آن است»، استناد می‌کنم به مراکز علمی که هیئت علمی آنها پاره‌وقت است و لاجرم متولی مستقیم ندارند. بنابراین کسی غمخوار اعتبار و احترام این مراکز نیست. مراکز علمی صاحب متولی، هم به متولیان خود و هم به دانشگاه خود اعتبار می‌بخشند. معتبرترین شخصیت‌های علمی جهان از میان متولیان دانشگاه‌ها برخاسته‌اند. اشاره به ادبیات شیعه به این خاطر است که متصدیان امور شرعاً مقید به انجام آن باشند.

به مرور زمان، دانشگاهیان، پایه‌پای پیدایش بیمارستان‌های خصوصی و به علت حقوق نازل دانشگاهی، متمایل به بخش خصوصی شدند. این گرایش در دوسرهایمانند خرید سهم گران بیمارستان‌ها و عدم دسترسی به بیمار به علت نداشتن سابقه طبابت را با خود داشت. حل مشکل کمبود بیمار شرایطی ایجاد کرد که منجر به تصویب و صدور ماده ۱۳ آئین‌نامه انتظامی تخلفات نظام پزشکی شد. به موجب این ماده «جذب و هدایت بیمار از مؤسسات بهداشتی و درمانی دولتی به مطب شخصی یا بخش خصوصی به منظور استفاده مادی توسط شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته ممنوع است». هدف از تصویب این آئین‌نامه نگهداری متخصصان پزشکی در مراکز دولتی بوده است ولی ایجاد ممنوعیت بدون ایجاد تسهیلات نتیجه مثبتی در بر نخواهد داشت.

در گذشته اقداماتی به منظور نگهداری تمام وقت دانشگاهیان شده است ولی هر بار به علت بی‌پشتوانه بودن و عدم قاطعیت مدیران و بی‌توجهی به واقعیت‌های معیشتی اعضای هیئت علمی این اقدامات با شکست مواجه شده است. در آمد عضو هیئت علمی باید رقمی برابر حد

دوم - تبعیض.

تعرفه‌های خدمات درمانی، ویزیت فلوها را بیشتر از متخصصان ارتوپدی تعیین کرده است. از تسهیلات بانکی، بیشتر از متخصصان بهره‌مند می‌شوند و مزایای دیگری شامل حالشان می‌شود. در صورتی که حقوق اینها باید کمتر از متخصص‌هایی باشد که درس‌شان را در دوران دستیاری به خوبی یاد گرفته‌اند. فروکاستن مقام ارتوپدهای قدیم با انبوهی از تجربیات، تبعیض ناروای دیگری است.

سوم - تشویش اذهان جامعه

این روزها، بیماران، پزشکان خود را از طریق اینترنت و فضای مجازی انتخاب می‌کنند. عنوان فوق تخصص در این آدرس‌ها فریبنده است. بد نیست خاطره‌ای برای روش شدن این موضوع بیان کنم. مرد جوانی با دختر دوساله‌اش برای معالجه ناهنجاری مادرزادی دست به دیدن من آمدند. بیمار را معاینه کردم، می‌توانستم کمکش کنم. پدر بیمار گفت ما شما را به زحمت انتخاب کردیم، ولی می‌خواستیم بدانم آیا شما فوق تخصص جراحی دست هستید؟ پاسخ دادم نه! او با خجالت گفت من بچه‌ام را می‌برم پیش یک نفر فوق تخصص. بعد از مدتی مجدداً بیمار را معاینه کردم که متأسفانه دیگر نمی‌شد کاری برایش کرد. باید اشاره کنم که علاقه و تجربه ۴۰ ساله من بر روی ناهنجاری‌های مادرزادی دست بوده است و به همین سبب به مرور زمان، گوشه‌های تاریکی از این عارضه برای من و به نفع بیماران روشن شده است.

تأثیر فلوشیپ‌ها بر آموزش دستیاری ارتوپدی:

عمل‌های جراحی مراکز آموزشی به طور سیستماتیک باید توسط دستیاران انجام شود. اما فلوهای مراکز آموزشی با انجام جراحی‌های متعلق به دستیاران آنها را از حق‌شان محروم می‌کنند. تأثیر مخرب این شیوه بر آموزش جراحی ستون فقرات که بخش عمده پیکره ارتوپدی را تشکیل می‌دهد مثال زدنی است. این بخش از آموزش جراحی از نقشه جغرافیای ارتوپدی پاک شده است. فلوهای ستون فقرات مجال را از دستیاران گرفته‌اند و آنها را تهی از معلومات تحویل جامعه داده‌اند. خدمت به بیماران در این زمینه به جراحان مغز و اعصاب واگذار شده است. ارتوپدها پاتولوژی استخوان، رفتار با استخوان و ابزارگذاری را بیشتر از هر تخصصی در پیشینه آموزشی خودشان دارند. دریغ است که نتوانند این نیروی پتانسیل را به فعل درآورند و در اختیار بیماران قرار بدهند. در ادامه، به چند مورد از آثار مخرب حضور فلوشیپ‌ها در این حیطة اشاره می‌کنم:

۱- فلو شیب هیپ (hip).

با توجه به اینکه بار تروما بر عهده دستیاران است، آنها تجربه زیادی در برخورد با آناتومی و ساماندهی ناحیه هیپ و استابلوم دارند. دستیاران طی دوره آموزشی خود ده‌ها همی‌آرتروپلاستی هیپ انجام می‌دهند و در یک دوره چند ماهه، در سال‌های آخر دستیاری، می‌توانند مهارت خود را در آرتروپلاستی و بازسازی‌ها به حد کمال برسانند. پس از آن، در سطح مملکت به کار می‌شوند و خدمات را به مردم می‌رسانند. در

وضعیت فعلی، فوق تخصص‌های هیپ که بیشتر از ۲۰ نفر نیستند عهده‌دار درمان ۸۵ میلیون نفر شده‌اند.

۲- فلوشیپ شانه

همین مطلب در مورد فوق تخصص شانه هم صدق می‌کند. در این باره باید گفت ترمیم پارگی روتیتور کاف و بی‌ثباتی شانه، ۹۰ درصد از اعمال شانه را دربرمی‌گیرد. دستیاران سال دوم یا سوم به خوبی از عهده انجام این قبیل عمل‌ها برمی‌آیند. در اینجا نیز، هفت یا هشت نفر، قصد دارند جوابگوی درمان ۸۵ میلیون نفر جمعیت ایران شوند. از آموزش بموقع جراحی شانه که در بطن کریکولوم قرار دارد دریغ شده است و در ازاء یاد ندادن آنچه که باید یاد می‌دادیم، آنها را به پرداخت مبالغ گزاف شهریه و صرف یک سال و نیم عمر گرانبها محکوم می‌کنیم.

تأثیر فلوشیپ‌ها بر سرنوشت متخصصان ارتوپدی:

پزشکی قانونی و مقامات قضائی در محاکمات، آراء خود را با اتکا به تخصص و فوق تخصص صادر می‌کنند. با آشی که برای متخصصان ارتوپدی پخته شده است، اگر دست به هر کاری بزنند، برای مثال، عمل جراحی تونل کارپال، یا دررفتگی شانه، مجرم شناخته می‌شوند.

دلسردی و عدم رغبت دستیاران به کار، در تمام مراکز مشهود است. این دلسردی ناشی از غم آینده تاریک است، آینده‌ای تاریک نه تنها به علت درآمد وهن‌آمیز، بلکه به دلیل دست و بال بسته و ترس از ورود به حوزه و حریم فوق تخصص‌ها. این وضعیت، تجسمی مغیون از سرانجام دانش‌اندوزی است. حاصل کار اینکه متخصصانی پدید آورده‌ایم که در برابر ۴ سال کار طاقت فرسا و فدا کردن جوانی خود، از عهده خدمات بیماران بر نمی‌آیند. دود این ندانم‌کاری به چشم بیماران می‌رود و آنها هستند که ضرر می‌بینند.

به یاد نوشته‌های از کتاب رستم‌التواریخ افتادم. نویسنده در باب ظلم و ستم و جور و تحکم و زجر و شکنجه اربابان و حاکمان به رعایا می‌گوید **«هر آنچه را که تصور می‌شود انجام می‌دهند؛ اگر به این حد پسنده می‌کردند نه به خاطر اینکه نمی‌خواستند، بلکه به این خاطر بود که بیشتر از آن بلد نبودند.»** رفتار ما با دستیاران ارتوپدی بهتر از این نیست.

این وضعیت، وجدان هر انسانی را جریحه‌دار می‌کند. این وضعیت را اگر بیماری به حساب آوریم باید گفت خود ما آن را به وجود آورده‌ایم. آیا درمانی برای این بیماری جانکاه وجود دارد؟ می‌گویم آری! اما با وجدانی آزرده، چرا که دیر به دلایل آن پی برده‌ایم.

چاره و درمان**۱- حذف و ابطال دوره فوق تخصص:**

مطالب منتسب به فوق تخصص در بطن کریکولوم مستتر است. اگر کریکولوم درست اجرا شود احتیاج به دوره‌های تکمیلی نیست. فوق تخصص‌های ارتوپدی موجب تشویش اذهان، تبعیض بین پزشکان و محرومیت دستیاران از آموزش ارتوپدی شده‌اند.

منابع

1. Fayaz, H. C., Smith, R. M., Ebrahimzadeh, M. H., Pape, H. C., Parvizi, J., Saleh, K. J., ... & Jupiter, J. B. (2019). Improvement of orthopaedic residency programs and diversity: Dilemmas and challenges, an international perspective. *Archives of Bone and Joint Surgery*, 7(4), 384.
2. Syed, S., Mirza, A. H., & Ali, A. (2009). A brief comparison of orthopaedic training in English-speaking countries. *The Annals of The Royal College of Surgeons of England*, 91(3), 226-231.
3. Sarmiento, A. (1994). Certificates of added qualifications in orthopaedic surgery. A position against the certificates. *JBSJ*, 76(11), 1603-1605.
4. Sarmiento, Augusto. "On the education of the orthopaedic resident." *Clinical Orthopaedics and Related Research*® 400 (2002): 259-267.

فلوشیپ موجب امپوتاسیون و قطع عضو از پیکر ارتوپدی شده است. این وضعیت در مورد جراحی ستون فقرات اتفاق افتاده است.

چون اولویت انجام عمل جراحی با دستیاران ارتوپدی است، فلوها حق انجام عمل جراحی ندارند. اگر حق دستیاران را از فلوها بگیریم، فلوشیپی وجود نخواهد داشت. فوق تخصص با این کیفیت، توهمی بیش نیست.

درجه فوق تخصص ارتوپدی در هیچ کجای دنیا وجود ندارد. دوره جراحی پلاستیک مشتمل بر ۴ سال دستیاری جراحی عمومی و ۳ سال دستیاری جراحی پلاستیک است. همه جا غیر از ایران، مدرک آن تخصص جراحی پلاستیک است. فقط در ایران است که مدرک آن فوق تخصص است.

ابطال مدرک فوق تخصص ممکن است با مقاومت یا مخالفت‌هایی روبرو شود. با استدلالی که شد، عده‌ای متقاعد می‌شوند که این هیاهو برای هیچ بوده است. اما عده‌ای اصرار به حفظ مدرک خواهند داشت. برای این گروه می‌توان یکی از عناوین زیر را اعطا کرد.

مدرک محقق یا Research Fellow، مدرک M S و یا مدرک PHD. این مدرک‌ها می‌توانند به ارتقا در سلسله مراتب اداری کمک کنند.

۲- هیات علمی تمام وقت.

بدون استاد تمام وقت هیچ دانشگاهی و هیچ مرکز آموزشی پا نمی‌گیرد و اعتبار پیدا نمی‌کند. هنگامی که صلاحیت اعطای تخصص ارتوپدی به دست هیئت علمی باشد؛ وجود هیئت علمی تمام وقت ضرورت مطلق است.

۳- تدوین و اجرای کامل کریکولوم .

کریکولوم فعلی مطالب دوره‌های تکمیلی را در محتوا دارد. با توجه به تحولات شگرف در علوم؛ دوره ۴ ساله می‌تواند تغییر یابد.

۴- توجه به وضعیت معیشتی دستیاران.

پرداخت ۲۵ درصد تعرفه کمک جراحی به دستیاران برای سیستم بار مالی ندارد (اخیرا ترمیمی در وضعیت حقوق بوقوع پیوسته است).

۵- جبران مافات

برای جبران آنچه که متخصصان ارتوپدی در گذشته از دست داده‌اند می‌توان چنین اندیشید:

ایجاد دوره‌های تکمیلی ۳ ماهه برای ارتوپدهای شاغل در مراکز که فلو داشتند، با یک نظرخواهی، داوطلبان در لیست اولویت قرار می‌گیرند.

اختصاص دادن بخش عمده‌ای از فضای نشریات و مجله ارگان ارتوپدی به مقالات دستیاران برای جبران این نقیصه.

بسیج کردن و گسترش فعالیت‌های بازآموزی، تشکیل سمینار و برگزاری کارگاه به منظور رفع نقیصه‌های موجود.

ماحصل کار اینکه می‌توان توصیه کرد معاونت آموزش، بورد ارتوپدی، انجمن‌ها، سردبیر مجله و به ویژه مراکز آموزشی، اولویت‌ها و مساعی خود را صرف جبران مافات کنند