

# A Three-Month Internship in the Field of Family Medicine: an Inevitable Shortcut to Training the Human Resources Needed for the Family Health Program

Heidarzadeh A<sup>1\*</sup>, Sabet B<sup>2</sup>, Aghabagheri M<sup>3</sup>, Dadgaran I<sup>1</sup>, Kalantar E<sup>4</sup>

1. Medical Education Research Center, Education Development Center. Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

2. Department of General Surgery, Shahid Modarres Hospital, School of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3. Philosophy of Science Department, School of Medicine, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

4. Smart University of Medical Sciences, Tehran, Iran

## Article Info

### Article Type:

Letter to the Editor

### Article History:

Received: 2023/09/27

Accepted: 2023/10/28

### Key words:

Internship

Family Health

Family Medicine

Carnegie Change Model

### \*Corresponding author:

Heidarzadeh A, Medical Education Research Center, Education Development Center, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran

abtinh@gmail.com



©2023 Guilan University of Medical Sciences

## Letter to the Editor

The family physician program in Iran was initially implemented in rural areas in 2005 and later expanded to cover urban communities up to 20,000 population (1). In this program, the family physician team serves as the first point of contact for patients within the healthcare system, and the family physician, as the central element of this team, requires competency in various medical and interpersonal areas. However, this program faced challenges that led to inconsistencies in the training of the required workforce. Efforts to strengthen the training of family physicians included introducing programs leading to certification and modular courses. Despite these efforts, challenges such as lengthy training schedules and uncertain outcomes, as well as limited acceptance, led to a lack of appeal for the general physicians (2).

Despite the changes in the national general medical education program, in order to address this issue and to announce it in 2017, a national survey was conducted in 2021 to assess the extent of using the capacities of this national educational program to increase the presence of medical students in the healthcare fields. Severe weaknesses in the use of these capacities and the establishment of a family medicine internship program (optional or mandatory) were still observed. In such a way that only 37% of the educational programs of medical schools showed signs of a maximum one-month presence of interns in the field of family medicine (3).

The General Medical Education Secretariat of the Ministry of Health began to address and diagnose this problem from the same year. After numerous expert meetings, using the six-element Carnegie model for educational change (4), it moved towards establishing family medicine internships as relatively long-term programs. In the first phase of these changes, it took action to implement a three-month internship in family medicine at 15 medical universities in the country. The elements of the Carnegie six-element model include: identifying problems with a user-centered approach, focusing on performance change, viewing the entire system as a factor in creating the current situation, determining success indicators and measurement methods, regular research for system improvement, and accelerating learning through the formation and enhancement of networked communities (4).

Now, nine months after the announcement of these changes in leading universities, a rapid survey conducted at 15 universities shows that the situation of using family medicine educational field has visibly changed. Not only independent one-month family medicine internship programs have been launched in over 90% of these universities, but also more than 60% of these universities report the implementation of two to three-month independent family medicine internships and a range of changes in educational programs for medical students' participation in family medicine even before they start their internship. This rapid pace of change, in conditions where medical universities are facing financial and human resource shortages, indicates the suitability of the change model used to implement changes in the educational program.

Certainly, this path has not been without its challenges, including issues such as a lack of physical space and human resources in the field of healthcare, a shortage of faculty members among family medicine, community medicine, and even trained family physicians for education, the high volume of traditional block-based internship programs, the need for an integrated and unified curriculum for a three-month family medicine internship, misinterpretation by some senior university officials regarding the training program in the healthcare system and its comparison to hospital-based training programs, the absence of a defined payment system for family physicians collaborating in education, and the lack of an efficient referral system in most universities involved, as reported by 15 participating universities in the intervention program.

However, considering the serious determination of the Ministry of Health and Medical Education to launch an urban family health program and the urgent need for capable personnel to carry out this important task, it seems that, based on the recent rapid survey results, the implemented changes have been able to achieve acceptable results in the short term. According to the implemented planning, it appears that a unified family medicine internship program will be established in all medical universities of the country from the beginning of the 2024 April.

**How to Cite This Article:** Heidarzadeh A, Sabet B, Aghabagheri M, Dadgaran I, Kalantar E. A Three-Month Internship in the Field of Family Medicine: an Inevitable Shortcut to Training the Human Resources Needed for the Family Health Program. RME. 2023; 15 (3): 81- 83.

## اطلاعات مقاله

نوع مقاله:

نامه به سردبیر

## دوره کارورزی سه ماهه در عرصه پزشکی خانواده: میانبری گریزناپذیر به سوی

## تربیت نیروی انسانی مورد نیاز برای برنامه سلامت خانواده

آبتین حیدرزاده<sup>۱\*</sup>، بابک ثابت<sup>۲</sup>، مهدی آقاباقری<sup>۳</sup>، ایده دادگران<sup>۱</sup>، ابراهیم کلانتر مهرجردی<sup>۴</sup>

تاریخچه:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۷/۰۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۸/۰۶

کلیدواژه‌ها:

دوره کارورزی، سلامت خانواده،

پزشکی خانواده، مدل تغییر

کارنگی

\*نویسنده مسئول: آبتین

حیدرزاده،

abtin@gmail.com

۱. مرکز تحقیقات آموزش پزشکی، مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران
۲. گروه جراحی عمومی، بیمارستان شهید مدرس، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۳. گروه فلسفه علم، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران
۴. دانشگاه علوم پزشکی هوشمند، تهران، ایران

مدت را در دستور کار خود قرار داد و در اولین مرحله از این سلسله تغییرات نسبت به اجرایی نمودن کارورزی سه ماهه در عرصه پزشکی خانواده در ۱۵ دانشگاه علوم پزشکی کشور اقدام نمود. عناصر مدل شش عنصری کارنگی عبارتند از: تعیین مشکلات با رویکرد کاربر محور، تمرکز بر تغییر عملکرد، دیدن کل سیستم بعنوان عامل ایجاد وضعیت فعلی، تعیین شاخص‌های موفقیت و روش‌های اندازه‌گیری آن‌ها، تحقیق منظم برای ارتقای سیستم، شتابدهی یادگیری بواسطه تشکیل و ارتقا جوامع شبکه‌ای (۴)

در حال حاضر، نه ماه از ابلاغ این تغییرات در دانشگاه‌های پیشرو می‌گذرد، پیمایش سریع انجام شده در ۱۵ دانشگاه نشان می‌دهد که وضعیت استفاده از عرصه آموزشی پزشکی خانواده به‌طور مشهودی تغییر نموده است، به‌نحوی که نه تنها دوره‌های یک ماهه مستقل کارورزی پزشکی خانواده در بیش از ۹۰ درصد این دانشگاه‌ها راه‌اندازی شده است بلکه هم‌اکنون شاهد دوره‌های دو تا سه ماهه مستقل کارورزی پزشکی خانواده و طیفی از تغییرات در برنامه‌های آموزشی برای حضور دانشجویان پزشکی در عرصه پزشکی خانواده حتی قبل از رسیدن دانشجویان به دوره کارورزی هستیم. این سرعت تغییر در شرایطی که دانشگاه‌های علوم پزشکی کافی‌السابق با مشکلات مالی و نیروی انسانی روبرو هستند، نشانگر ظرفیت مناسب مدل Carnegie برای ایجاد تغییر در برنامه آموزشی پیاده شده می‌باشد.

چالش‌هایی که ۱۵ دانشگاه مجری در مسیر برنامه تغییر برنامه آموزشی گزارش نموده‌اند، شامل کمبود فضای فیزیکی و نیروی انسانی دوره دیده در عرصه‌های نظام سلامت، کمبود عضو هیات علمی از بین متخصصین پزشکی خانواده، پزشکی اجتماعی و حتی پزشکان خانواده دوره دیده برای آموزش، پر حجم بودن دوره کارورزی سنتی بلوک‌بندی شده و نیاز به تدوین برنامه درسی ادغام یافته و یکپارچه برای اجرای دوره

برنامه پزشک خانواده در ایران در سال ۱۳۸۴ در ابتدا در مناطق روستایی اجرا شد و بعداً برای پوشش جوامع شهری تا ۲۰۰۰ نفر گسترش یافت (۱).

در این برنامه، تیم پزشک خانواده اولین نقطه تماس بیماران با نظام سلامت است و پزشک خانواده به‌عنوان عنصر محوری این تیم نیازمند توانمندی در حوزه‌های مختلف پزشکی و بین فردی است. البته این برنامه با چالش‌هایی مواجه شد که منجر به ناهماهنگی در آموزش نیروی مورد نیاز بود. تلاش برای تقویت آموزش پزشک خانواده شامل معرفی برنامه‌های منجر به مدرک و دوره‌های ماژولار منتهی به گواهی‌نامه شد. علی‌رغم این تلاش‌ها، چالش‌هایی مانند زمان‌بندی آموزشی طولانی و پیامدهای نامشخص و پذیرش محدود موجب عدم جذابیت برای گروه پزشکی گردید (۲). علی‌رغم تغییر در برنامه ملی آموزش پزشکی عمومی کشور برای رفع این مشکل و ابلاغ آن در سال ۱۳۹۶، در پیمایش ملی که در خصوص بررسی میزان استفاده از ظرفیت‌های این برنامه ملی آموزشی برای افزایش حضور در عرصه نظام سلامت برای دانشجویان پزشکی در سال ۱۴۰۰ انجام شد، هم‌چنان ضعف شدید در استفاده از این ظرفیت و ایجاد دوره کارورزی پزشکی خانواده (انتخابی/ اجباری) مشاهده شد. به‌نحوی که تنها در ۳۷ درصد از برنامه‌های آموزشی دانشکده‌های پزشکی نشانه‌هایی از حضور حداقل یک ماهه کارورزان در عرصه پزشکی خانواده گزارش شد (۳).

دبیرخانه آموزش پزشکی عمومی وزارت بهداشت از همان سال به ریشه‌یابی و آسیب‌شناسی این معضل پرداخت و پس از جلسات متعدد کارشناسی با استفاده از مدل تغییرات آموزشی شش عنصری Carnegie (۴) حرکت به سوی ایجاد کارآموزی و کارورزی پزشکی خانواده به‌صورت دوره‌های نسبتاً طولانی

سه ماهه کارورزی در عرصه پزشکی خانواده، سوء تعبیر برخی مسئولان ارشد دانشگاهی در خصوص دوره آموزش در عرصه نظام سلامت و تشبیه آن به دوره‌های آموزش درمانگاهی بیمارستانی، فقدان نظام پرداخت تعریف شده برای پزشکان خانواده‌ای که با آموزش همکاری می‌کنند، عدم استقرار سیستم ارجاع کارآمد بود.

با توجه به عزم جدی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به راه‌اندازی برنامه سلامت خانواده شهری و نیاز مبرم به

نیروهایی توانمند برای انجام این مهم، به‌نظر می‌رسد برنامه تغییر اعمال شده توانسته است در کوتاه مدت نتایج قابل قبولی را به‌دست آورد و امید است برنامه‌ریزی انجام شده از ابتدای سال ۱۴۰۳ به‌صورت یک‌پارچه در دوره کارورزی پزشکی خانواده در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور نهادینه شود.

## References

1. Heidarzadeh A, Hedayati B, Huntington MK, Alvandi M, Aarabi A, et al. Challenges Associated with the Education of Family Physicians in Iran: A Systematic Review. *J Med Edu* 2022; 21 (1): e130153. [DOI:10.5812/jme-130153]
2. Ferdosi M, Goli F, Aghili G, Daneshvar SMA. A Brief History of Family Medicine Development and Training in Iran (2005-2018). *Int J Body Mind Cult* 2018; 5 (2): 89–93. [DOI:10.22122/ijbmc.v5i2.122]
3. Heidarzadeh A, Nojomi M, Alvandi M, Mohammadi A, Mohseni F, Naghshpour P. [Evaluating the Current Status of Education in Family Physicians in Iranian Medical Schools]. *RME* 2022; 14 (3): 29-37. [Persian] [DOI:10.52547/rme.14.3.29]
4. LeMahieu PG, Grunow A, Baker L, Nordstrum LE, Gomez LM. Networked improvement communities: The discipline of improvement science meets the power of networks. *Quality Assurance in Education* 2017; 25 (1): 5- 25. [DOI:10.1108/QAE-12-2016-0084]