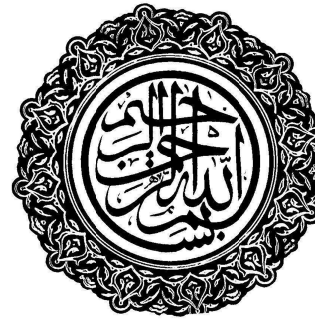




جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان
و آموزش پزشکی

ادغام آموزش پزشکی و نظام ارایه خدمات بهداشتی درمانی در جمهوری اسلامی ایران

فرهنگستان علوم پزشکی
جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت، درمان
آموزش پزشکی

۱۳۹۲

عنوان و نام پدیدآور:	ادغام آموزش پزشکی و نظام ارایه خدمات بهداشتی درمانی در جمهوری اسلامی ایران/[تهیه کننده] وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و فرهنگستان علوم پزشکی.
مشخصات نشر:	تهران: فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۹۲.
مشخصات ظاهری:	۱۵۴ ص.
شابک:	۹۷۸-۹۶۴-۹۵۰۹۸-۵-۳
وضعیت فهرست نویسی:	فیپا
موضوع:	آموزش پزشکی -- ایران
موضوع:	پزشکی-- ایران -- خدمات
شناسه افزوده:	ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
شناسه افزوده:	فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران
رده بندی کنگره:	R۸۳۴/الف۴ ۱۳۹۲
رده بندی دیویی:	۶۱۰/۷۱
شماره کتابشناسی ملی:	۳۲۰۴۰۱۲

عنوان کتاب: ادغام آموزش پزشکی و نظام ارایه خدمات بهداشتی درمانی در جمهوری اسلامی‌ایران

چاپ اول: تابستان ۱۳۹۲

تیراژ: ۱۰۰۰ جلد

انتشارات فرهنگستان: تهران- بزرگراه شهید حقانی- مجموعه فرهنگستان‌ها فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران- کد پستی: ۳۳۲۱۱- ۱۵۳۸۶ صندوق پستی:۱۹۳۹۵/٤٦٥٥ تلفن: ۱٦-۸۸٦٤٥٥۱۳ دورنگار: ۸۸٦٥٦۱۹٦

مولفین:

دکتر عباس انتظاری
دکتر سیدحسن امامی رضوی
دکتر کامران باقری لنکرانی
دکتر ناهید جعفری
دکتر علی رمضانخانی
دکتر محمدرضا رهبر
دکتر محمدحسین سالاریان‌زاده
دکتر محمدرضا سیف‌الهی
دکتر فریدون عزیزی
دکتر بهرام عین‌الهی
دکتر محمدرضا فرتوک‌زاده
مهندس جواد کبیر
دکتر رضا لباف‌قاسمی
دکتر ابوالفتح لامعی
دکتر محمدعلی محققی
دکتر علیرضا مرندی
دکتر محمداسماعیل مطلق
دکتر نادر ممتازمنش
دکتر مرضیه وحیددستجردی
دکتر شهرام یزدانی

فهرست مطالب

عنوان **صفحه**

مقدمه ۵
تاریخچه ادغام ۱۰
ضرورت پاسخگویی به نیازهای جامعه در حوزه سلامت ۲۰
گذار سلامت در کشور ۲۰
ضرورت تغییر از رویکرد فردنگری به جامعه‌نگری در آموزش پزشکی ۲۱
فرآیند ادغام در نظام بهداشتی ۲۴
شرایط لازم برای تحقق ادغام: (Antecedents) ۲۹
ادغام آموزش در عرصه ارایه خدمات و وظایف نظام سلامت ۳۱
ریشه‌ها و زمینه‌های ادغام در آموزش پزشکی جهان و ایران ۳۴
تجربه جهانی در رابطه با ادغام عرصه‌های آکادمیک و بالینی ۴۳
پیامدهای ادغام (Consequences) ۴۸
دستاوردهای ادغام ۵۰
ادغام و آموزش پاسخگو ۶۲
چالش‌ها و موضوعات مهم در زمینه ادغام در ایران ۶۵
مهمترین چالش‌های در مورد ادغام ۷۴
مشکلات مهم آموزش عالی علوم پزشکی کشور ۷۵
پیشنهادات سازمان بهداشت جهانی ۷۸
فعالیت‌های پیشنهادی برای تقویت ادغام از سوی سازمان بهداشت جهانی ۷۹
سیمای آموزش عالی در ایران ۸۱
فعالیت‌های پیش‌بینی شده برای آینده ۸۶
منابع و مستندات پشتیبان ۹۴
ضمایم ۱۰۷

بسم الله الرحمن الرحیم

الذی علم بالقلم علم الانسان مالم یعلم

تمدن ایرانیان باستان در زمینه علم و غنای محتوای فکری در زمره معدود افتخارات بشر بوده است. نقطه عطفی که در این تمدن حاصل شد، ظهور دین مبین اسلام بود که دانشمندان ایرانی را با عمق علوم انسانی آشنا نمود و آنان را در زمینه‌های مختلف علمی زبانزد جهانیان ساخت. عوامل و شرایط زمانی و فرهنگی متعددی در ایجاد چنین رشد خارق‌العاده موثر بودند که از میان آنها می‌توان وجود منابع علمی زمینه‌ساز طب ایرانی اسلامی، انگیزه و پیدایش علاقه به بالندگی، فرهنگ غنی و فراهم شدن مفاهیم برای یادگیری والاتر و بالاتر و تلاقی مکتب‌های مختلف علم طب در ایران را نام برد. این عوامل سبب شد که پزشکی ایران در قرن ۴ تا ۱۰ هجری در حفظ و ارتقا سلامت مردم و آموزش طب سرآمد جهانیان باشد.

پس از انقلاب شکوهمند اسلامی، شاخه پزشکی ستاد انقلاب فرهنگی عهده‌دار برنامه‌ریزی کمی و کیفی آموزش رشته پزشکی گردید و با توجه به کمبود نیروی انسانی، عدم ارتباط دانشکده‌های پزشکی با جامعه، عدم پویایی نظام ارایه خدمات بهداشتی درمانی و به منظور پاسخگویی به نیازهای جامعه در زمینه سلامت، تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را پیشنهاد کرد که نهایتا در سال ۱۳۶۴ به تصویب مجلس شورای اسلامی رسید و اعضای تیم شاخه پزشکی که تفکر ادغام را ابداع و پرورش داده بودند، در برنامه‌های راهبردی و اجرای آن تلاش نمودند.

انجام ادغام خدمات بهداشتی- درمانی با آموزش پزشکی در جمهوری اسلامی ایران، تفکر و نوآوری در دهه گذشته را در سطح جهانی به دنبال داشته است که آموزش پزشکی باید علاوه بر تربیت طبیبی که دارای دانش و مهارت‌های لازم است، ابعاد مختلف دیگری نظیر شناخت لازم از مسائل

بهداشتی درمانی جامعه، آموزش بیماران و افراد سالم جامعه، مدیریت مسائل سلامت جامعه ارایه کنندگان خدمات و امثال آن را به پزشک یاد دهد. تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که در جهان بی‌نظیر است، مناسب‌ترین زمینه را برای ایجاد توانمندی‌های فوق برای پاسخگویی به نیازهای سلامت جامعه فراهم کرده است.

بدون شک وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دانشگاه‌های علوم پزشکی و گروه‌های برنامه‌ریزی، پس از انقلاب اسلامی کار خارق‌العاده‌ای انجام داده‌اند که با وجود همه تنگناهای اقتصادی و مشکلات اجتماعی و سیاسی ناشی از جنگ تحمیلی؛ نه تنها رسالت خود در ارتقای خدمات سلامت، آموزش و پژوهش را انجام داده‌اند، بلکه از طریق افزایش کمی و نیروی پیشنهاد گروه پزشکی و نیز بهبود کیفی آموزش پزشکی. خدمات شایانی را جهت تربیت نیروی انسانی و نیز ارایه خدمات مناسب بهداشتی درمانی مورد نیاز کشور انجام داده‌اند.

مجموعه کنونی که با همت همکاران در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و فرهنگستان علوم پزشکی تهیه شده است، ضمن بررسی دستاوردهای تشکیل وزارت بهداشت، درمانی و آموزش پزشکی، چالش‌ها و کاستی‌ها را نیز مورد بررسی قرار داده و پیشنهاداتی برای تکمیل این نوآوری ارایه نموده است. ضمن تشکر از کلیه همکاران محترم که در برنامه‌ریزی و اجرای این نظام پاسخگو مشارکت داشته‌اند، امید است که مطالعه این مجموعه برای فرهیختگان، صاحبنظران و دانشجویان گروه پزشکی مفید واقع شود.

ربنا تقبل منا انک السمیع العلیم
و تب علینا انک انت التواب الرحیم

دکتر سید علیرضا مرندی
رئیس فرهنگستان

دکتر فریدون عزیزی
معاون علمی فرهنگستان

بسمه تعالی

پس از انقلاب شکوهمند اسلامی در ایران و با توجه به کمبود شدید نیروی انسانی در گروه پزشکی، با درایت مدیران انقلابی و دانشمندان ایرانی برای اولین با در جهان، علوم پزشکی به شکل ادغام یافته در نظام ارایه خدمات بهداشتی درمانی توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سطح تمامی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور آموزش داده شد. اصلی‌ترین پیامد ادغام برای نظام آموزشی، پاسخگویی آن به نیازهای جامعه می‌باشد. این امر، در ابعاد کمّی و کیفی تربیت نیروی انسانی، ایجاد تعادل بین ترکیب انواع نیروی انسانی مورد نیاز جامعه، تربیت نیروی انسانی در نزدیکترین مکان به صحنه زندگی مردم، توجه به همه موضوعات مرتبط با سلامت جامعه، نوآوری در کاربرد روشهای آموزشی و درگیر شدن نظام آموزشی در معماری نظام ارایه خدمات، تحقق تدریجی عدالت، کیفیت، دسترسی و هزینه اثربخشی خدمات می‌باشد. به گونه‌ای که در حال حاضر در دورافتاده‌ترین مناطق نیز دسترسی به خدمات سلامتی به راحتی میسر است. از سوی دیگر با توجه به عدم نیاز به ارجاع بیماران به خارج از کشور و عدم نیاز به حضور پزشکان خارجی در کشور از سال ۱۳۶۳ تا کنون قریب ۷۵ میلیارد دلار صرفه جوئی ارزی به عمل آمده است.

در سالهای ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۹ و تقریبا" ۲۵ سال پس از این ادغام یک تیم مدیران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مشاورین بین‌المللی از سازمان جهانی بهداشت با تشکیل یک ستاد زیر نظر وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با همکاری فرهنگستان علوم پزشکی کشور و پیشکسوتان به بررسی دستاوردها، چالش‌ها و برنامه‌های لازم برای آینده در این زمینه پرداخت. باید اذعان کرد هنوز تا تحقق کامل ادغام عملکردی فاصله زیادی وجود دارد و نیاز به بستر سازی فرهنگی در تمامی سطوح دارد. این کتاب با

هدف فرهنگ سازی ادغام نظام آموزش علوم پزشکی در نظام ارایه خدمات سلامت و با همت مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی کشور تدوین گردیده است.

در اینجا لازم می‌دانم حمایت‌های مقام عالی وزارت جناب آقای دکتر محمد حسن طریقت منفرد و همچنین از کلیه عزیزانی که طی این سالها در این زمینه فعالیت نموده اند تشکر نمایم. از جناب آقای دکتر کامران باقری لنکرانی عضو محترم هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی شیراز که در مقام وزارت بستر مناسبی برای توسعه این امر فراهم نمودند قدردانی نمایم. از جناب آقای دکتر ابوالفتح لامعی عضو محترم هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه که بیشترین زحمت را در راستای تدوین الگوی مفهومی ادغام متحمل شده‌اند تشکر می‌نمایم. همچنین از جناب آقای دکتر نادر ممتازمنش عضو محترم هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و جناب آقای دکتر عباس انتظاری عضو محترم هیأت علمی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که بیشترین زحمت را در تدوین این کتاب عهده دار بوده‌اند تشکر می‌نمایم.

دکتر بهرام عین اللهی

معاون آموزشی

مقدمه

علوم پزشکی در ایران باستان به تدریج رونق گرفته و پس از ظهور اسلام با درخشش دانشمندان ایرانی به قله علوم جهانی صعود نمود. پس از دوره فترت به دلیل حمله مغول به ایران، مطالب مربوط به طب جدید بتدریج مورد توجه قرار گرفت و با شروع به کار مدرسه طب در دارالفنون و اعزام دانشجو برای تحصیل طب به اروپا، به تدریج پزشکی جدید جایگزین طب قدیم شد. در نیمه اول قرن ۱۴ هجری شمسی، با شکل گرفتن دانشکده‌های گروه پزشکی به سبک نوین و مراجعت فارغ التحصیلان ایرانی از دانشگاه‌های عمده بین‌المللی، رشد فزاینده‌ای در تولید نیروی انسانی و بتدریج توسعه دوره‌های تخصص پزشکی حاصل شد، معهذا توسعه کمی و کیفی آموزش پزشکی نتوانست با رشد سریع اطلاعات پزشکی، توسعه رشته‌های تخصصی و فوق تخصصی در جهان هماهنگ شود و یا کمبود نیروی انسانی را تکافو کند.

پس از انقلاب شکوهمند اسلامی، شاخه پزشکی ستاد انقلاب فرهنگی عهده‌دار برنامه‌ریزی کمی و کیفی آموزش رشته پزشکی گردید و با توجه به کمبود نیروی انسانی، عدم ارتباط دانشکده‌های پزشکی با جامعه، عدم پویایی نظام ارایه خدمات بهداشتی درمانی و به منظور پاسخگویی به نیازهای جامعه در زمینه سلامت، تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را پیشنهاد کرد که نهایتا در سال ۱۳۶۴ به تصویب مجلس شورای اسلامی رسید و اعضای تیم شاخه پزشکی که تفکر ادغام را ابداع و پرورش داده بودند، در برنامه‌های راهبردی و اجرای آن تلاش نمودند.

انجام ادغام خدمات بهداشتی- درمانی با آموزش پزشکی در جمهوری اسلامی ایران، نقطه عطفی در همراهی آموزش پزشکی و ارایه خدمات بهداشتی

درمانی بود و این تفکر و نوآوری را در سطح جهانی القا نمود که آموزش پزشکی باید علاوه بر تربیت طبیبی که دارای دانش و مهارت‌های لازم است، ابعاد مختلف دیگری نظیر شناخت لازم از مسائل بهداشتی درمانی جامعه، آموزش بیماران و افراد سالم جامعه، مدیریت مسائل سلامت جامعه ارایه کنندگان خدمات و امثال آن را به پزشک یاد دهد. تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که در جهان بی‌نظیر است، مناسب‌ترین زمینه را برای ایجاد توانمندی‌های فوق برای پاسخگویی به نیازهای سلامت جامعه فراهم کرده است.

گروه‌های برنامه‌ریزی و دانشکده‌های گروه پزشکی مملکت ما، پس از انقلاب اسلامی‌کار خارق العاده‌ای انجام داده‌اند، که با وجود همه تنگناهای اقتصادی و مشکلات بی‌شمار اجتماعی و سیاسی- ناشی از هشت سال جنگ ناخواسته- نه تنها رسالت آموزشی خود را انجام دادند بلکه با وجود تمام کاستی‌ها، با افزایش کمی‌و در بعضی موارد کیفی آموزش پزشکی، خدمات شایانی را جهت تربیت نیروی انسانی مورد نیاز کشور انجام داده و می‌دهند.

دهه‌ی ۶۰ هجری شمسی سال‌های پرتلاش برای رفع کمبودهای کمی‌نیروی انسانی بود و گروه پزشکی رسالت خود را در این راه نشان داد. تعداد دانشکده‌های پزشکی از ۹ در سال ۱۳۵۳ به ۲۸ در سال ۱۳۶۸ و ۳۴ در سال ۱۳۷۳ افزایش یافت و اکنون ۳۶ دانشکده پزشکی موجود است. دانشکده‌های دندانپزشکی و داروسازی به ترتیب از ۴ و ۳ عدد در سال ۱۳۵۳ به ۱۵ و ۱۱ در سال ۱۳۸۷ افزایش یافته‌اند. به همین ترتیب تعداد پذیرش دانشجویان گروه پزشکی از حدود ۳۰۰۰ نفر در سال ۱۳۵۳ به نزدیک به ۳۰۰۰۰ نفر افزایش یافته است که حدود ۵۲ درصد آنان را خانم‌های دانشجو تشکیل می‌دهند. افزایش تربیت نیروی انسانی سبب خودکفایی در همه رشته‌های گروه پزشکی در کشور شده است، به نحوی که تعداد پزشکان کشور از حدود ۱۴۰۰۰ نفر در سال ۱۳۵۶ به حدود ۱۲۰۰۰۰ نفر رسیده است.

دوره‌های تخصصی و فوق تخصصی در سه دهه اخیر رشد فزاینده‌ای داشته است. پذیرش دانشجوی رشته‌های کارشناسی ارشد پزشکی از ۱۱۰ به ۱۵۱۰ و Ph.D از صفر به ۳۵۰ نفر رسیده است. همچنین پذیرش رشته‌های تخصصی بالینی در سه دهه گذشته از ۴۰۱ به ۱۳۷۲ و فوق تخصص بالینی از صفر به ۲۶۸ نفر افزایش یافته است. بسیاری از فارغ‌التحصیلان این رشته‌ها به خدمت در دانشگاه‌های علوم پزشکی پرداخته و تعداد اعضای هیأت علمی را در طی این سه دهه به ۱۰ برابر افزایش داده‌اند.

تحولات عظیمی‌که در چهار دهه اخیر در رشد تکنولوژی و علوم پایه پزشکی بخصوص ژنتیک، بیوشیمی‌و ایمونولوژی رخ داده است، همزمان با توجه سازمان بهداشت جهانی و دولت‌ها به امر "سلامت برای همه" و تاکید شدید بر پیشگیری سبب شده است که در ارایه خدمات پیشگیری درمانی تحولات عظیمی‌حاصل شود و نیاز به دگرگونی و تغییر در آموزش علوم پزشکی را بیشتر نمایان سازد. در چهار دهه اخیر این نوع تفکر قوت گرفت که آموزش‌های کلاسیک پزشکی – که در دو قرن اخیر در دنیا متداول شده است– نمی‌تواند پزشکانی تربیت کند که با مسائل بهداشتی– درمانی جامعه آشنایی داشته، در ارتقاء سلامت جامعه نقش اساسی ایفا کنند.

سال‌های دهه‌ی ۷۰ تلاش برای افزایش کیفیت آموزش پزشکی قوت گرفت و منجر به نگرش ژرفی بر آموزش پزشکی به صورت علمی پیشرو گردید و اقداماتی به شرح زیر انجام شد: استفاده از روش‌های تدریس براساس حل مشکلات و دانشجو محوری، آشنایی و اجرای روش‌های نوین ارزیابی دانشجویان، اعضای هیأت علمی و برنامه‌های آموزشی، توسعه‌ی آموزش پزشکی جامعه‌نگر و گسترش آموزش سرپایی در گستره‌ی خدمات بهداشتی– درمانی در جامعه و تأسیس، توسعه و گسترش مراکز توسعه آموزش پزشکی در دانشگاه‌های علوم پزشکی. با تصویب قانون بازآموزی و نوآموزی در مجلس شورای اسلامی، دوره پنج ساله اول بازآموزی پزشکان از سال ۱۳۷۰ تا ۱۳۷۴ به

طور گسترده در کشور انجام گرفت و آموزش سایر صاحبان حرف پزشکی نیز رو به رشد و توسعه گذاشت. تصویب و اصلاح مجدد قانون در سال ۷۶ سبب تداوم آموزش مداوم جامعه پزشکی گردید. این نوع آموزش فراگیر که به صورت منظم و مستمر در سراسر کشور انجام می‌شود در منطقه خاورمیانه و آفریقا بی‌سابقه و در جهان کم‌نظیر است.

همزمان با رشد کمی و کیفی آموزش پزشکی، تحقیقات رشد فزاینده‌ای را داشته است. تعداد مقالات پزشکی به زبان فارسی از ۴۲۴ عدد در سال‌های ۶۲-۱۳۵۸ به ۱۱۸۴۰ عدد در سال‌های بین ۱۳۸۲-۱۳۷۸ افزایش یافت و در چهار سال اخیر به بیش از ۱۳۰۰۰ عدد رسیده است. رتبه تولید علم در پایگاه‌های استنادی دنیا از حدود ۵۰ به رتبه‌های ۱۷ تا ۲۰ ارتقا یافته است. و استناد به مقالات ایرانی نیز افزایش قابل توجهی را نشان می‌دهد. در سال ۱۳۷۱، ۶۰ درصد از مقالات انگلیسی در مجلاتی منتشر می‌شدند که ضریب تأثیر (Impact factor) صفر تا ۱ داشتند ولی در سال ۲۰۰۷ بیش از ۷۰ درصد مقالات در مجلات با IF بالاتر از ۱ منتشر شده‌اند.

این همه تغییرات کمی و کیفی در آموزش و پژوهش با بهبود شاخص‌های بهداشتی درمانی و ارایه خدمات همراه بوده است. شایان ذکر است که ارتقا در زمینه‌های مختلف سلامت هنگامی‌اتفاق افتاده است که در راستای پاسخگویی به نیازهای جامعه، از سال ۱۳۶۴ با تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، نظام ارایه خدمات و آموزش پزشکی در جمهوری اسلامی ادغام شده‌اند. هدف از تدوین این مجموعه ارایه فلسفه روند اجرایی این ادغام در کشور و ارایه پیشنهادات برای آینده است.

فلسفه

و روند اجرایی

ادغام در کشور

تاریخچه ادغام

آموزش پزشکی در سال‌های پس از انقلاب اسلامی‌در روند تکاملی خود دگرگونی‌های فراوانی پیدا کرده است، ولی هنوز تا آموزش پزشکی بهینه فاصله وجود دارد. در مجموع، گروه‌های برنامه‌ریزی و دانشکده‌های گروه پزشکی مملکت ما، کار خارق‌العاده‌ای انجام داده‌اند، که با وجود همه تنگناهای اقتصادی و مشکلات بی‌شمار اجتماعی و سیاسی ـ ناشی از هشت سال جنگ ناخواسته ـ نه تنها رسال آموزشی خود را انجام دادند بلکه با وجود تمام کاستی‌ها، با افزایش کمی و در بعضی موارد نیاز کشور انجام می‌دهد.

پس از انقلاب شکوهمند اسلامی، به فرمان امام (ره) در سال ۱۳۵۹ ستاد انقلاب فرهنگی تأسیس شد. مسئولان برنامه‌ریزی گروه پزشکی ستاد بازنگری به برنامه‌های آموزشی گروه پزشکی را به عهده گرفتند. شاخه پزشکی ستاد که مسئول برنامه‌ریزی برای دانشکده‌های پزشکی بود با شرکت تعدادی از اعضای هیأت علمی‌دانشگاه‌ها، نمایندگانی از وزارت بهداشت و برخی از دانشجویان پزشکی تشکیل شد و از مشاورت بیش از ۲۰۰ عضو هیأت علمی دانشگاه‌های کشور و مسئولان وزارت بهداری بهره می‌گرفت. شاخه پزشکی ابتدا وضعیت آموزش پزشکی را از نظر کمی‌و کیفی مورد بررسی قرار داد و به این نتایج دست یافت:

۱. برنامه‌های آموزشی بسیار ناهمگون است و اختلاف بین برنامه‌های آموزش پزشکی در دانشکده‌های مختلف پزشکی کشور به بیش از ۵۰ درصد می‌رسد. برخی از دانشکده‌های نوپا که در سال‌های ۵۳ به بعد تأسیس شده‌اند فاقد برنامه‌های آموزشی مطلوب بودند و کادر هیأت علمی‌مناسبی نداشتند.

۲. اگر چه آموزش‌های تخصصی در رشته‌های اصلی از سال‌ها پیش به تربیت پزشکان متخصص می‌پرداختند ولی بیشتر دانش‌آموختگان در مؤسسات مربوط به وزارت بهداری و یا طب خصوصی اشتغال داشتند و در آموزش پزشکی کشور مسئولیتی نداشتند.

۳. کمبود شدید نیروی انسانی در اکثر نقاط کشور ــ بجز شهر تهران ـ چشمگیر بود؛ به نحوی که در بعضی از مناطق کشور برای هر ۱۸۰۰۰ نفر یک پزشک وجود داشت. این امر سبب جذب هزارات پزشک خارجی شده بود که بیشتر آنها اطلاعات پزشکی و تبحر بالینی کافی نداشتند و علاوه بر محدودیت‌های زبان، در جامعه تحت پوشش خود مشکلات فرهنگی فراوانی نیز ایجاد می‌کردند.

۴. آموزش رشته‌های گروه پزشکی ـ البته به غیر از دکترا ــ معمولاً در دانشکده‌های پزشکی انجام می‌شد و کمبودهای نیروی انسانی رشته‌های پرستاری، مامایی، پیراپزشکی، بهداشت و تغذیه حتی بیشتر از کمبود پزشک بود.

۵. تربیت دانشجویان گروه پزشکی در بیمارستان‌های تخصص وابسته به دانشگاه‌ها انجام می‌شد که با وزارت بهداری و کل جامعه ارتباطی نداشتند. این امر سبب شده بود که آموزش پزشکی فاقد جنبه‌های جامعه‌نگری باشد. بسیاری از فارغ‌التحصیلان که برای شروع خدمات پزشکی در سپاه بهداشت و یا ارتش خدمت می‌کردند، در ارایه خدمات صحیح بهداشتی ـ درمانی اولیه در مواردی مانند: اسهال، گلودرد، ضایعات پوستی و... ناتوان باشند.

۶. نیمی‌از دانش‌آموختگان دانشکده‌های پزشکی کشور پس از فارغ التحصیلی راهی کشورهای غربی شده، تعداد اندکی از آنها پس از اخذ تخصص به مملکت باز می‌گشتند.

۷. اکثر مؤسسات وزارت بهداری، به خصوص بیمارستان‌ها و درمانگاه‌ها، از نظر علمی‌در سطح قابل قبول نبودند و در روند تشخیص و درمان و برخی امور پیشگیری، رکود کامل به چشم می‌خورد.

۸. رشته‌های کارشناسی ارشد و phD به تعداد محدود و با پذیرش معدود دانشجو در سه دانشگاه انجام می‌شد. این امر سبب شد که علوم پایه پزشکی، از نظر کمی‌و کیفی، با مشکلات فراوانی روبرو شود.

شاخه پزشکی ستاد انقلاب فرهنگی ابتدا به تدوین اهداف و اصول آموزش

پزشکی پرداخت:

ماده ۱) به منظور تربیت اطبای متعهد بر اساس معارف و ارزش‌های اسلامی‌و اصول علمی‌و فنی به منظور رفع نیازهای کشور در زمینه مسائل پزشکی، دانشکده‌های پزشکی در نظام اموزش عالی تأسیس می‌شود.

ماده ۲) برای نیل به اهداف دانشکده‌های پزشکی رعایت اصول زیر ضروری است:

۱. تقدم تزکیه بر تعلیم؛
۲. توام بودن تعلیم و تعلم و تحقیق و عرضه خدمات بهداشتی ـ درمانی؛
۳. تطبیق محتوای برنامه‌های آموزشی با نیازهای بهداشتی و درمانی کشور؛
۴. استفاده از استادان متعهد، تمام وقت و متبحر در مسائل عمومی‌و تخصصی پزشکی.

سپس شاخه پزشکی به تدوین خصوصیات یک پزشکی (فرآورده آموزش پزشکی) مطلوب پرداخت و آن را به شرح زیر ترسیم کرد:

۱. بصیر و مورد اعتماد باشد.
۲. از مشکلات بهداشتی و درمانی منطقه خود و کشور شناسایی کافی داشته باشد با نظام عرضه خدمات بهداشتی و درمانی کشور آشنا باشد و بتواند در تمام نقاط انجام وظیفه کند.
۳. از دانش و مهارت لازم جهت پیشگیری و تشخیص بیماری‌ها و درمان بیماران مبتلا به امراض جسمی‌و روانی برخوردار باشد و در صورت لزوم، بتواند بیماران را به بخش‌های اختصاصی ارجاع دهد.
۴. این توانایی را داشته باشد که دانشجویان پزشکی و پیراپزشکی، کارمندان فنی، اطرافیان بیمار و نیز عامه مردم را آموزش دهد.
۵. در زمینه بهداشتی و درمانی به روش‌های تحقیقی، اجرایی و کاربردی آشنایی کافی داشته باشد و بتواند رهبری هیأت خدمات بهداشتی و درمانی اولیه

را به عهده گیرد و به اعضای هیأت آموزش‌های لازم را بدهد و خدماتی را که هیأت عرضه می‌کند ارزشیابی نماید.

۶. توانایی ادامه تحصیل و اخذ تخصص در یکی از رشته‌های پزشکی را داشته باشد.

برای تربیت پزشک با خصوصیات فوق، پس از بحث و تبادل نظرهای فراوان ـ که طی ماه‌ها با حضور صدها نفر از اعضای هیأت علمی‌دانشگاه‌ها، دانشجویان و مسئولان امور بهداشتی ـ درمانی شاغل در وزارت بهداری انجام شد ـ پیشنهاد شد:

۱. حداقل آموزش در هر رشته گروه پزشکی به طور یکنواخت برای کلیه مراکز آموزش پزشکی مشخص شود. این هدف به تدوین حداقل برنامه آموزشی دانشکده پزشکی در ۲۹۰ واحد به شرح زیر منجر شد:

الف) دوره علوم پایه ۶۸ واحد نظر و عملی و دروس عمومی۲۳ واحد؛

ب) دوره نشانه شناسی و فیزیوپاتولوژی ۳۰ واحد؛

ج) دوره کارورزی ۶۸ واحد و پایان نامه ۶ واحد.

۲. در آموزش پزشکی بیماری‌های شایع و مشکلات بهداشتی ـ درمانی رایج کشور گنجانده شود و قسمتی از آموزش در متن جامعه صورت گیرد.

۳. محیط دانشگاه به نحوی متحول شود که رفتارهای مناسب را در دانشجوی پزشکی به منصه ظهور رساند و او را متخلق به اخلاق پزشکی و دارای خصوصیاتی که در بالا شرح داده شد، نماید.

۴. برای تربیت نیروی انسانی مطابق با احتیاجات جامعه و برای استفاده هر چه بیشتر از مؤسسات درمانی برای آموزش پزشکی باید هماهنگی تنگاتنگی بین وزارت فرهنگ و آموزش عالی و وزارت بهداری به وجود آید.

این تفکر که دانشکده‌ها و مؤسسات آموزش پزشکی با وزارت بهداری وقت ادغام شوند توسط مسئول شاخه پزشکی ستاد و برخی صاحب نظران قوت گرفت و بابت جدیدی را در مباحثات باز کرد. اهداف اصلی این ادغام و ایجاد مدیریت واحد در امور مربوط به بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به صورت

زیر نمودار شد:

الف) استفاده از کلیه امکانات بهداشتی- درمانی کشور جهت گسترش امر آموزش پزشکی و تأمین نیروی انسانی مورد نیاز کشور

ب) شکستن حصار دانشکده‌های پزشکی از محوطه دانشکده و بیمارستان‌های تابعه و انجام قسمتی از آموزش در جامعه برای کمک به جامعه‌نگر کردن آموزش پزشکی

ج) سطح علمی‌مؤسسات، مراکز خدمات سرپایی و بیمارستان‌های وزارت بهداری با دمیدن روح دانشگاهی به تشکیلات فوق.

پس از قریب یکسال بحث و تبادل نظر با گروه‌های دانشگاهی و مسئولان وزارت بهداری، در نهایت، شاخه پزشکی ستاد تشکیل "وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی" را پیشنهاد کرد که به تصویب گروه پزشکی ستاد انقلاب فرهنگی، هیأت دولت و نهایتاً مجلس شورای اسلامی‌رسید. شورای نگهبان با ذکر اشکالاتی مصوبه را برای اصلاح به مجلس بازگردانید. متعاقب آن لایحه تشکیل وزارت جدید از طریق وزیر وقت بهداری از مجلس پس گرفته شد. با توجه به اهداف عالی که در توجیه لایحه وجود داشت، کوشش شد تا بین وزارت فرهنگ و آموزش عالی و وزارت بهداری در امور مربوط به پزشکی هماهنگی بیشتری به وجود آید. به همین منظور جلسات مشترکی با شرکت دو وزیر، نمایندگان مجلس و برخی از صاحب نظران به طور مرتب تشکیل شد، معهذا پس از دو سال کوشش بی‌ثمر وزرای وقت بهداری و فرهنگ و آموزش عالی به این نتیجه رسیدند که سر و سامان دادن به وضعیت پزشکی کشور، به ویژه تربیت نیروی انسانی پزشکی جز از طریق تشکیل وزارت واحد در امور پزشکی امکانپذیر نخواهد بود. دانشکده‌های گروه پزشکی با همه اهتمامی‌که در امر افزایش دانشجو ابراز کرده بودند فقط چند صد دانشجو به تعداد قبلی اضافه شد. زیرا تعداد اعضای هیأت علمی، مؤسسات آموزشی و بیمارستان‌های تابعه وزارت فرهنگ و آموزش عالی اندک و هماهنگی بین دو وزارت با اشکالات

فراوان اداری- مالی همراه بود، به نحوی که حتماً کارآموزی و کارورزی بهداشت دانشجویان پزشکی- که ستاد انقلاب فرهنگی آن را تصویب کرده بود و نیاز به اعزام و اقامت دانشجو در روستا و همکاری با سیستم بهداشتی- درمانی کشور داشت- با مشکلات فراوانی روبرو بود. در سال تحصیلی ۶۳ و ۶۴ دو اقدام مهم صورت گرفت:

۱. افزایش پذیرش دانشجوی پزشکی توسط رئیس دانشکده پزشکی دانشگاه شهید بهشتی، به گونه‌ای که برای نخستین بار ۶۳۷ دانشجو برای سال اول پذیرفته شدند. این آغازی برای افزایش تعداد دانشجو در دانشکده‌های دیگر گروه پزشکی و تطبیق وضع آموزش با تعداد بیشتر دانشجو بود.

۲. لایحه تشکیل«وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی» بار دیگر از طریق هیأت دولت به مجلس شورای اسلامی‌ارایه شد و پس از ماه‌ها بحث و تبادل نظر با اکثریت قاطع به تصویب رسید. در به تصویب رساندن این لایحه قسمت اعظم نیروی پزشکی برنامه‌ریز و مسئول کشور و نمایندگان پزشک مجلس کوشش فراوانی به کار بردند.

تاریخچه آموزش عالی پزشکی در ایران از دارالفنون تا تأسیس وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۱۳۶ سال به طول انجامید. طی این مدت، آموزش پزشکی ۱۳۶ سال به طول انجامید. طی این مدت، آموزش پزشکی دچار تحولات عظیم کمی‌و کیفی شده است. نمودار ۳-۳ سیر تاریخی آموزش عالی پزشکی را در ۱/۵ قرن اخیر نشان می‌دهد.

مؤسسه یا وزارت	سال تأسیس (ه. ش)
۱. دارالفنون	۱۲۲۸
۲. وزارت علوم	۱۲۳۲
۳. وزارت معارف، اوقاف و صنایع مستظرفه	۱۲۸۸
۴. وزارت فرهنگ	۱۳۱۹
۵. وزارت آموزش و پرورش	۱۳۴۳
۶. وزارت علوم و آموزش عالی	۱۳۴۶
۷. وزارت فرهنگ و آموزش عالی	۱۳۵۷
۸. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	۱۳۶۴

نمودار۱. سیر تاریخی آموزش عالی پزشکی در ۱۵۰ سال اخیر: از تأسیس دارالفنون تا تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۲۲۸تا۱۳۷۷ه.ش)

در ماه‌های پایانی سال ۱۳۶۴ از مجموعه دانشکده‌ها و مؤسسات آموزش عالی گروه پزشکی و وزارت بهداری تشکیلات جدیدی به نام «وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی» تأسیس شد. از ابتدای تشکیل این وزارت هدف‌ها به گونه‌ای طراحی شد که در نهایت هر استان یک دانشگاه علوم پزشکی داشته باشد که کلیه امور آموزشی، پژوهشی، بهداشتی و درمانی استان مربوطه را عهده‌دار شود و در نتیجه اختلاط علم، دانش و پویایی دانشگاه‌ها با تجربه و پیگیری سیستم بهداشتی- درمانی، سیستم پزشکی کشور در کلیه امور مربوطه- از روستا تا مرکز استان- نظام منسجمی را بوجود آورده، وضعیت پزشکی مملکت را از جهت کمی‌و کیفی ارتقاء دهد. این امر طی مراحل مختلفی انجام پذیرفت:

۱. دانشکده‌ها و دانشگاه‌های علوم پزشکی در سال ۱۳۶۵ تشکیل شد و تصمیم بر آن شد که در نهایت، در هر استان یک دانشگاه علوم پزشکی تأسیس گردد که رئیس آن عهده‌دار کلیه امور مربوط به بهداشت، درمان، آموزش و پژوهش پزشکی باشد و به تدریج خدمان نیز در آن ادغام گردد. دانشگاه‌ها در

امور بهداشت و درمان فعال‌تر شوند و از امکانات بیمارستانی و سرپایی وزارت بهداری سابق برای آموزش گروه پزشکی استفاده شود. در این مرحله، مدیریت سازمان‌های منطق‌های بهداشت و درمان در تهران و نیز استان‌های کشور در مدیریت دانشگاه‌ها ادغام نشد و عملاً جدا فعالیت می‌کرد. اگرچه مدیر عامل سازمان منطق‌های زیر نظر رئیس دانشگاه بود و لذا استفاده دو سیستم از نیروی انسانی و امکانات یکدیگر و نیز مشارکت هر سیستم در سیاستگزاری، برنامه‌ریزی، اجرا و ارزیابی سیستم دیگر محدود بود.

۲. ادغام کامل دانشگاه‌های علوم پزشکی و سازمان‌های منطق‌های بهداشت و درمان در تهران و استان‌ها در سال ۱۳۷۲، به این ترتیب که معاون بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی عهده‌دار کلیه امور بهداشتی استان گردید و معاونت‌های پشتیبانی، آموزشی، دانشجویی و پژوهشی دانشگاه‌ها توانستند در امور مربوط به خود در کل استان فعالیت چشمگیری داشته، از کلیه نیروی انسانی، امکانات فنی و رفاهی برای پیشبرد اهداف تعیین شده استفاده نمایند.

به این ترتیب آموزش و پژوهش در شبکه‌های بهداشتی- درمانی کشور شکل تازه‌ای به خود گرفت و ارتباط بین دانشگاه‌ها و شبکه در همه ابعاد خدماتی، درمانی، آموزشی و پژوهشی مستحکم‌تر شد.

فرآیند تأسیس دانشکده‌های گروه پزشکی، روند رو به رشد گزینش دانشجو و اعضای هیأت علمی، تغییرات در برنامه‌های آموزشی و تربیت نیروی انسانی در ۲۵ سال گذشته را می‌توان به این شرح خلاصه کرد:

۱. فرآیند تأسیس دانشکده‌های پزشکی، دندانپزشکی و داروسازی در ایران

در سال تحصیلی ۴۸-۴۹، هفت دانشکده پزشکی تهران، شیراز، مشهد، اصفهان، تبریز، اهواز و شهید بهشتی (ملی سابق) در زمینه پزشکی فعال بودند. در رشته دندانپزشکی دانشکده‌های دندانپزشکی تهران، شهید بهشتی و مشهد و در رشته داروسازی دانشکده‌های داروسازی تهران، اصفهان و تبریز دانشجو

پذیرفتند و کل دانشکده‌های پزشکی، دندانپزشکی و داروسازی ۱۳ عدد بود. تا سال تحصیلی ۵۳-۵۴ دانشکده دندانپزشکی شیراز و دانشکده علوم دارویی و تغذیه مشهد به مجموعه دانشکده‌های قبلی اضافه شدند.

در فاصله سال‌های ۵۳-۵۴ تا ۵۸-۵۹ مجتمع آموزش پزشکی هلال احمر، مرکز پزشکی ایران، علوم تندرستی، دانشکده‌های پزشکی بوعلی سینای همدان، رازی باختران، کرمان و ارومیه فعالیت خود را آغاز کردند. به علاوه دانشکده پزشکی فسا به عنوان برنامه نوآور در آموز پزشکی از سال ۵۶ به سرپرستی دانشگاه شیراز شروع به فعالیت کرد. در این فاصله، دانشکده دندانپزشکی اصفهان نیز تأسیس شد و تعداد کل دانشکده‌های پزشکی، دندانپزشکی و داروسازی به ۲۳ رسید. پس از انقلاب و قبل از تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در فاصله سال‌های تحصیلی ۵۸-۵۹ تا ۶۳-۶۴ سه دانشکده پزشکی قدس، یزد و گیلان فعالیت خود را آغاز کردند و تعداد دانشکده‌های پزشکی به ۱۷ و مجموعه دانشکده‌های پزشکی، دندانپزشکی و داروسازی به ۲۶ عدد افزایش یافت.

در فاصله سال‌های تحصیلی ۶۳-۶۴ تا ۶۸-۶۹ مرکز پزشکی ایران و مجتمع آموزش پزشکی هلال احمر در هم ادغام شدند و دانشکده پزشکی ایران را تشکیل دادند. دانشکده پزشکی قدس نیز در دانشکده پزشکی شهید بهشتی ادغام شد. دانشکده پزشکی فسا به دانشگاه شیراز وابسته شد ولی از نظر برنامه‌ریزی و شرایط آموزشی همانند سایر دانشکده‌های پزشکی بود. به علاوه، دانشکده‌های پزشکی ساری، بابل، زاهدان، سمنان، قزوین، زنجان، بیرجند، اراک، رفسنجان، شرکرد، بندرعباس، جهرم و کاشان فعالیت آموزشی خود را شروع کردند. دو دانشکده دندانپزشکی تبریز و کرمان و سه دانشکده داروسازی شهید بهشتی، اهواز و کرمان نیز در این سال‌ها تأسیس شدند. به این ترتیب در سال تحصیلی ۶۸-۶۹ مجموع این دانشکده‌ها شامل ۲۸ دانشکده پزشکی، ۷ دانشکده دندانپزشکی و ۷ دانشکده داروسازی گردید.

بین سال‌های ۴۸ تا ۵۸ هفت دانشکده پزشکی جدید تأسیس شد که در سال‌های آخر این دهه پذیرش دانشجو آغاز کردند در حالی که در دهه دوم گسترش دانشکده‌های پزشکی سرعت بیشتری یافت، به گونه‌ای که در مناطق مختلف کشور ۱۴ دانشکده پزشکی تأسیس شد و شروع به فعالیت کرد. در سال تحصیلی ۶۸-۶۹ در ۱۹ استان کشور یک یا چند دانشکده پزشکی وجود داشت. در سال‌های ۶۹ تا ۷۴ شورای گسترش دانشگاه‌ها با تأسیس ۷ دانشکده پزشکی، در شهرهای اردبیل، ایلام، بوشهر، کردستان، لرستان، گرگان و یاسوج موافقت کرد که بجز یاسوج بقیه در سال‌های ۷۱ تا ۷۴، دانشجو پذیرفتند. طی این سال‌ها موافقت تأسیس ۹ دانشکده دندانپزشکی در شهرهای اهواز، بابل، رفسنجان، زاهدان، زنجان، قزوین، گیلان، همدان و یزد صادر شد که بجز اهواز، زنجان و گیلان بقیه آن‌ها در سال‌های ۷۰ تا ۷۳ دانشجو پذیرفتند، تعداد کل دانشکده‌های فعال پزشکی ۳۵، دندانپزشکی ۱۵ و داروسازی ۹ رسید (جدول ۱)؛ و روند رشد و توسعه تا به امروز ادامه دارد.

جدول ۱- تعداد دانشکده‌های پزشکی، دندانپزشکی و داروسازی از سال ۱۳۴۸ تا ۱۳۷۷

تعداد دانشکده‌ها / سال تحصیلی	پزشکی	دندانپزشکی	داروسازی
۴۹-۴۸	۷	۳	۳
۵۴-۵۳	۹	۴	۲
۶۹-۶۸	۲۸	۷	۷
۷۴-۷۳	۳۴	۱۴	۹
۷۵-۷۴	۳۴	۱۳	۹
۷۶-۷۵	۳۵	۱۵	۹
۷۷-۷۶	۳۵	۱۵	۹

مأخذ: مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

ضرورت پاسخگویی به نیازهای جامعه در حوزه سلامت:

برخورداری از یک زندگی سالم و مولد و با کیفیت، توأم با طول عمر قابل قبول و عاری از بیماری و ناتوانی، حقی است همگانی که مسئولیت و تولیت آن بر عهده دولت‌ها است و پیش شرط تحقق توسعه پایدار می‌باشد. برای تحقق این امر فراهم سازی امکانات و تسهیلات مناسب برای تأمین سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی انسان در کلیه مراحل زندگی و زنجیره حیات که از جمله حقوق طبیعی و نیازهای اساسی انسانها به شمار می‌رود در مکتب اسلام و قانون اساسی جمهوری اسلامی‌ایران مورد تاکید قرارگرفته است. قانون اساسی جمهوری اسلامی‌ایران ضمن محوری برشمردن سلامت کامل و جامع انسان، بهداشت و درمان را از جمله نیازهای اساسی می‌شناسد ودولت را مکلف کرده است تا تمامی‌منابع، امکانات و ظرفیت‌های خود را جهت تأمین، حفظ و ارتقای سطح سلامت افراد کشور بسیج کند (اصول ۳،۲۹،۴۳ قانون اساسی جمهوری اسلامی‌ایران).

گذار سلامت در کشور:

در دهه آینده شاهد تغییرات عمده در نیازهای بهداشتی مردم کشور خواهیم بود. در ایران همچون سایر مناطق در حال توسعه که چهار پنجم جمعیت جهان را شامل میشوند بیماری‌های غیرواگیر مثل افسردگی و بیماری‌های قلبی عروقی به سرعت جایگزین دشمنان سنتی بشر مانند بیماری‌های عفونی و سوء تغذیه می‌شود و در صدر عامل‌های ایجاد کننده ناتوانی و مرگ‌های زودرس قرار می‌گیرد این واقعیت به خوبی در مطالعات ملی نیز نشان داده شده است. انتظار میرود تا سال ۲۰۲۰ بیماری‌های غیرواگیر در کشورهای در حال توسعه و من جمله ایران مسبب ۷ مرگ از هر ۱۰ مرگ باشند. اهمیت صدمات و حوادث چه عمدی و چه غیر عمدی نیز رو به افزایش است و تا سال ۲۰۲۰ در همه جهان به عنوان بر هم زننده سلامت، رقیب بیماری‌های عفونی خواهد شد. انتظار این

تغییر به دلیل آن است که جمعیت ایران و به سرعت روبه سالمند شدن است به گونه‌ای که امید به زندگی که در دهه ۵۰ در ایران حدود ۵۰ سال بود در دهه ۸۰ به ۶۸ تا ۷۲ سال رسیده است. لذا بیماری‌های شایع جامعه به طور عمده به بزرگسالان مربوط می‌شود تا مسائل مربوط به کودکان، که این پدیده انتقال اپیدمیولوژیک نام گرفته است. در همه مناطق دنیا سرعت و ابعاد عظیم تغییر، دشواری‌های جدی بر سر راه نظام‌های بهداشتی قرار خواهد داد و تصمیم‌های سختی را بر روند توزیع منابع اندک تحمیل خواهد کرد.

ضرورت تغییر از رویکرد فردنگری به جامعه نگری در آموزش پزشکی:

آموزش علوم پزشکی به سبب نیاز به عرصه‌های متنوع یادگیری در گستره وسیع شکل‌گیری مسائل مرتبط با سلامت و بیماری مردم، نسبت به سایر آموزش‌ها از ویژگی‌های خاصی برخوردار است که در آموزش بالینی به مفهوم وسیع آن متبلور می‌شود. پیشرفت‌های فناوری و گسترش دانش علوم پایه با سرعتی سرسام‌آور در اوایل قرن بیستم سبب شد که پزشکی کاملا" دگرگون و از حالت یک حرفه یا فن که به‌صورت سینه به سینه آموخته و آموزانده می‌شد، خارج گردد. مدارس پزشکی در این زمان وظیفه تدریس علوم پایه و بالینی و آموزش مهارت‌های فنی را به دانشجویان بر عهده گرفتند و به همین دلیل بیمارستان‌های وابسته به مدارس پزشکی به وجود آمدند که عرصه‌ی آموزش مهارت‌های بالینی باشند. دانشکده‌های پزشکی اساساً برای پاسخگویی به نیازها و انتظارات جوامع به وجود آمده اند و به طور حتم از بدو شکل‌گیری آنها، پاسخگو بودن آموزش پزشکی به طور آشکار و ضمنی مد نظر بوده است. با تعمق در فلسفه وجودی دانشکده‌های پزشکی، پاسخگو بودن آموزش پزشکی امری بدیهی به نظر می‌رسد. با این وجود، دانشکده‌ها از نیازها و انتظارات جوامع خود فاصله گرفتند و برحسب علایق و اولویت‌های خود که نوعاً از

علایق و اولویت‌های جوامع متفاوت بودند، رسالت خود را تعریف کردند. در نتیجه، دانشکده‌ها "قرارداد اجتماعی" نانوشته خود مبنی بر برآوردن نیازها و انتظارات جامعه را فراموش کردند. از طرف دیگر، نظام عرضه خدمات در غیبت نظام آموزشی و یا حضور کم رنگ آن، عملاً در صنحه پاسخگویی به مسائل و مشکلات جامعه تنها ماند. نظام عرضه خدمات، بدون حمایت و پشتیبانی نظام آموزشی معلوم است که چه سرنوشتی پیدا می‌کند! در چنین شرایط از هم گسیخته، تکلیف جامعه نیز روشن است. ناکامی‌نظام عرضه خدمات و نارضایتی مردم کمترین دستاورد این شرایط بود. آموزش پزشکی در قرن بیستم شاهد موفقیت‌های گستردهای بوده است. مسلماً تربیت هزاران نیروی متخصص، در سطوح مختلف در علوم پزشکی، نقشی اساسی را در کاهش مرگ و میر انسانها ایفا نمود. اما آموزش پزشکی، به ویژه در دو دهه آخر قرن بیستم، با انتقادات جدی و گستردهای از طرف متخصصین و دست‌اندرکاران آن مواجه گشت، به طوری که بسیاری از انجمن‌های تخصصی، سازمانها و متخصصین، خواستار تغییر و انجام اصلاحات جدی در آموزش پزشکی گردیدند. هر چند تقاضا برای اصلاح به هیچ وجه به معنای نادیده گرفتن تلاش‌های گذشتگان نمی‌باشد، ولی سرعت تغییرات در نظام سلامت و نیازهای جامعه، بازنگری در آموزش پزشکی را به نحوی که پزشکانی متناسب و آماده رویارویی با مشکلات قرن بیست و یکم تربیت کند، ضروری می‌نماید. برخی از انتقاداتی که به آموزش پزشکی، به خصوص در دو دهه آخر قرن بیستم مطرح شده است، عبارتند از: فقدان آموزش در زمینه‌های علوم اجتماعی و انسانی، تمرکز بر آموزش بیمارستانی، تمرکز بیش از اندازه محتوای آموزشی بر درمان بیماریها. برای خروج از شرایط پیش آمده راهبردهای زیادی ارایه گردید. اغلب این راهبردها به دنبال شکستن حصارهای دانشکده‌های پزشکی و پیوند مجدد آنها با جوامع و نظام‌های عرضه خدمات بودند. از نظریه‌های مختلف، از جمله نظریه‌های سازمانی، نظریه‌های مدیریت و رهبری، نظریه‌های تغییر و نظریه‌های یادگیری برای ایجاد تحول در

دانشکده‌ها استفاده کردند. علاوه بر آنها، راهبردهایی چون آموزش پزشکی جامعه‌نگر و آموزش مستقر در جامعه نیز برای آشتی مجدد دانشکده‌ها با جوامع و نظام‌های عرضه خدمات و در واقع به منظور حرکت به سمت آموزش پاسخگو، پیشنهاد و مورد استقبال قرار گرفتند.

بنابراین علی‌رغم توسعه روزافزون علم پزشکی در سطح جهانی، فقط توجه و تاکید بر آموزش در بستر بیمار ما را به سلامت کامل اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت «سلامت منحصر به سلامت جسمی‌نیست و ابعاد سلامت، شامل: سلامت جسمی، روحی، روانی و حتی اجتماعی است» نخواهد رساند. نکته مهم در این نگرش این است که این ابعاد سلامت از یکدیگر قابل تفکیک نیستند و به طور کامل به یکدیگر گره خورده‌اند. با ظهور مفهوم جدید سلامتی و بهداشت و به دنبال ندای تحولات جهانی در آموزش پزشکی که در اولین نشست جهانی آن در سال ۱۹۷۸در آلماتا قزاقستان شروع و استراتژی PHC را به عنوان گامی‌اساسی در دستیابی به هدف بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰ پیشنهاد نمود و پس از آن مصوبات گردهمایی جهانی ادینبورگ در اسکاتلند در سال ۱۹۸۸، ضرورت تغییر در برنامه‌های آموزش پزشکی بر مبنای نیازهای جامعه و نقش نوین پزشک این قرن سبب شد که در برنامه‌های آموزش پزشکی تغییراتی رخ دهد به نحوی که توانمندی‌های فارغ التحصیلان در شناسایی مشکلات بهداشتی درمانی جامعه و نحوه انجام مراقبت و حفظ سلامت مردم افزایش یابد که این امر منجر به تغییرات در برنامه‌های آموزش دوره پزشکی عمومی‌شد. بنابراین، در آموزش پزشکی باید نگرشی جامع به همه ابعاد سلامت داشت که این نگرش در دانشکده پزشکی یا یک محیط صرفا" بیمارستانی با بیماران در مراحل انتهایی ایجاد نخواهد شد چرا که بسیاری از بیماری‌ها ناشی از عوامل خطر ساز متعددی هستند که در طول زمان ایجاد خواهند شد. در طیف سلامت مثبت تا بیماری انتهایی مراجعه افراد برای دریافت خدمات درمانی از بیمارستان‌ها فقط در مراحل انتهایی بیماری است و کاملا" واضح

است که در این مرحله اقدامات درمانی نمی‌تواند فرد را به سلامت مثبت برساند. حال توجه و تمرکز بر آموزش در محیط بیمارستان باعث تربیت پزشکانی خواهد شد که فقط توان درمان بیماری را دارند این در حالی است که سلامت جامعه صرفا" درمان بیماران نیست و باید دانشجویان در زمینه اقدامات بهداشتی اولیه توانمند شوند. آموزش اقدامات بهداشتی اولیه در محیط واقعی زندگی مردم و در بطن جامعه و خارج از بیمارستان و دانشکده پزشکی ممکن است.

فرآیند ادغام در نظام بهداشتی:

با وجود آن که ادغام واژه‌ای است که در حال حاضر بر زبان‌ها جاری است و در سال‌های اخیر توجه زیادی را به خود جلب کرده است. ولی عموماً معنی آن به عنوان یک مفهوم اجتماعی تأثیر گذار کمتر مطالعه شده است. سئوالات مهم درباره ادغام عبارت هستند از این که: ادغام به چه معنی است و چگونه باید تعریف شود؟ محتوای واژه و حدود و ثغور آن کدام است؟ ابعاد این واژه چند بُعدی چیست؟ چه شرایط و پیش زمینه‌هایی برای تحقق ادغام لازم است؟ ادغام چه پیامدهایی دارد و چگونه می‌توان این پیامدها را سنجید؟ چه اتفاقی بیفتد گفته می‌شود که ادغام اتفاق افتاده است؟ آیا عوامل سازمانی یا رفتاری بر ادغام تأثیر می‌گذارند؟

بررسی کاربردهای ادغام در مراقبت‌های بهداشتی نشان می‌دهد که در این سازمانها ادغام برای افراد مختلف، معانی مختلف دارد. گاهی به معنی اضافه کردن خدمات به خدمات موجود، زمانی افزایش همکاری بین برنامه‌های عمودی موجود، در مواقعی ادغامِ جامع مسئولیت‌ها برای اجرای یک برنامه و در موارد دیگر به معنی هماهنگی و پیوند و همکاری بین خدمات یا به معنی مدیریت چند رشته‌ای استفاده شده است. از طرف دیگر، تعریف ادغام و درک نحوه اجرای آن اغلب براساس دیدگاه برنامه‌ها و نقش افراد در نظام سلامت،

بسیار متفاوت بوده است.

نکته قابل توجه دیگر این است که در خدمات بهداشتی، در بسیاری از موارد ادغام به منظور نوعی دسته بندی خدمات مورد استفاده قرار گرفته است. بدین معنی که هر یک از دو نوع ادغام در مراقبت‌های بهداشتی، یعنی ادغام عمودی و ادغام افقی خدمات، مستلزم قرار گرفتن نوع خاصی از خدمات در کنار هم می‌باشد. در ادغام افقی، خدمات هم سطح با هم ترکیب می‌شوند و در ادغام عمودی، خدمات سطوح متفاوت با هم ترکیب می‌شوند. چنان که اشاره شد علی رغم این که افراد مختلف برداشت‌های متفاوتی از ادغام دارند، ولی هر جا که در مراقبت‌های بهداشتی تعریف واضحی از ادغام ارایه شده است، آن تعریف دربرگیرنده یک جهت‌گیری عملکردی یا فرایندی بوده است. به عبارت دیگر ادغام به عنوان یک فرایند مورد استفاده قرار گرفته شده است.

در آموزش پزشکی نیز درباره ادغام و ویژگی‌های آن به وضوح بحث نشده است. مثل مراقبت‌های بهداشتی، در آموزش پزشکی نیز از دو نوع ادغام بحث می‌شود: ادغام عمودی و ادغام افقی. در اینجا نیز ادغام به نوع خاصی از دسته بندی اشاره دارد. بدین معنی که ادغام افقی حاکی از ادغام دروس یک مقطع، مثل دروس علوم پایه و ادغام عمودی، ادغام دروس مقاطع مختلف، یعنی علوم پایه و بالینی را شامل می‌شود.

در پرستاری، ادغام در یک سطح انتزاعی به معنی ترکیب دو یا چند عنصر و تشکیل یک شیء جدید تعریف شده است. ولی در سطح عینی‌تر، تعامل بین انسان با محیط خود تعریف شده است که در آن تجارب جدید زندگی مثل بیماری با هویت و نقش‌های گذشته و حال فرد بیمار تلفیق می‌شود.

با وجود ابهامات و برداشت‌های مختلف از ادغام، اساساً ادغام به فعالیتها و سازوکارهایی گفته می‌شود که برای دستیابی به وحدت تلاش‌ها (یکپارچگی) بین زمینه‌های تخصصی مختلف، استفاده می‌شود. از درون کاربردهای ادغام در

زمینه‌های مختلف می‌توان به ویژگی‌های اصلی ادغام پی‌برد که در زیر به آنها اشاره خواهد شد.

بررسی دقیق متون علمی‌نشان می‌دهد که ادغام چهار ویژگی اساسی دارد. چهار واژه زیر این چهار ویژگی را نشان می‌دهند: فرایند، ترکیب، تعامل و یکپارچگی. به عبارت دیگر، مفهوم ادغام شامل فرایندِ ترکیب یک یا چند عنصر و تشکیل یک کلّ جدید یکپارچه می‌باشد. تعامل بین عناصر این کلّ موجب یکپارچگی آن می‌شود. در ذیل درباره هر یک از این ویژگی‌ها به طور مختصر توضیح داده می‌شود.

الف) فرایند: Batterham و همکاران پس از بحث طولانی و بسیار جالب درباره Activity Systems (یا نظام فعالیت مثل سازمانها، از قبیل سازمان‌های آموزشی، سازمان‌های ارایه خدمات و غیره) و نحوه عملکرد آنها و این که هر یک از سازمان‌های مراقبت‌های بهداشتی یک Activity System می‌باشند ادغام پزشکان عمومی‌در نظام ارایه خدمات را اصولاً یک فرایند تلقی کرده‌اند. درسایر مقالات نیز این ویژگی ادغام با ذکر عبارات آشکاری چون "ادغام یک فرایند است" یا بیان ضمنی آن در قالب یک سری فعالیت‌ها برای دستیابی به ادغام، مورد توجه قرار گرفته است. تلقی ما از ادغام به عنوان یک فرایند درسها و پیام‌های متعددی دارد. اوّل این که، ادغام یک موضوع پویا است، همواره می‌توان گامی‌به جلو یا احیاناً گامی‌به عقب برداشت. دستیابی به یکپارچگی کامل اگر چه به طور نظری امکان پذیر است ولی تحقق آن عملی نیست. بنابراین در رابطه با ادغام، همیشه باید به ارتقای مستمر اندیشید. دوّم این که، ادغام در مقیاس سیستم‌ها، برای مثال نظام آموزشی و نظام ارایه خدمات، می‌تواند کل این سیستم‌ها را تحت تأثیر قرار دهد. به عبارت دیگر ادغام یک فرایند سازمان شمول است. برای تحقق ادغام و یا حرکتِ رو به جلو، باید در هر سطحی از سطوح نظام‌های آموزشی و عرضه خدمات، صاحبان فرایند ادغام شناسایی شوند و در آنان آمادگی و توانمندی لازم برای درگیر شدن در فرایند

ادغام ایجاد شود. بنابراین، برای تحقق ادغام به عنوان یک تغییر سازمان شمول، تمرکز بر تغییر رفتار عناصر انسانی مقدم بر هر کار دیگری است. سوم این که، تحقق ادغام بدون برنامه‌ریزی، اجرا و ارزیابی نتایج امکان پذیر نیست. زیرا ادغام به عنوان یک فرایند، مثل هر فرایند دیگر، اگر رها شود وضعیت به وجود آمده ممکن است بسیار بد تر از زمانی شود که ادغام وجود نداشته است. چهارم این که ادغام باید تعریف کاربردی شود تا هدف گذاری و سنجش مقدار تحقق آن امکان پذیر باشد. بنابراین اگر به تعاریف نظری ادغام بسنده شود، در این صورت قادر نخواهیم بود نشان دهیم که کجا بودیم و اکنون چه مقدار از آنچه ادغام نامیده می‌شود، تحقق یافته است. پنجم این که ادغام به عنوان یک فرایند سازمان شمول اگر چه همه را درگیر می‌کند ولی مدیران و رهبران در هدایت تلاشها و بسیج دائمی‌همه آحاد و منابع سازمانی برای تحقق اهداف ادغام، نقش ویژه و برجسته‌ای دارند. سرنوشت ادغام بدواً به تصمیم، اراده، تعهد و قدرت رهبری مدیران ارشد یک سازمان بستگی دارد. بالاخره، اگرچه ساختار سازمانی(منابع، مقررات، تشویق و تنبیه‌ها) ویژگی اصلی ادغام نمی‌باشد ولی استفاده درست از آن، برای حمایت از فرایند ادغام، مثل سایر فرایندها، ضروری است.

ب) ترکیب: ترکیب عناصر یکی از ویژگی‌های محوری ادغام را تشکیل می‌دهد. نزدیکی حاصل از این ترکیب عناصر، بر فرایند ادغام تأثیر می‌گذارد. بدین معنی که ارتباط بین افراد حرفه‌ای ادغام را بهبود می‌بخشد. نزدیکی آنان باعث می‌شود که اطلاعات بیشتری را بین هم مبادله کنند و از نُرم‌ها و مقررات برقرار شده بهتر تبعیت کنند. Cott بیان می‌کند که نزدیکی فیزیکی، یعنی کار بر روی یک وظیفه؛ کار کردن در یک واحد سازمانی؛ امکان برقراری تماس‌های اجتماعی و نیز پیشینه حرفه‌ای مشابه موجب ارتباط بهتر می‌شود. ارتباط بهتر یعنی تعامل بهتر که در زیر به آن اشاره خواهد شد. بدیهی است که ترکیب به تنهایی کافی نیست. در بسیاری از سازمانها فقط ساختارها با هم ادغام یافته اند

ولی فرایندها و افراد حرفه‌ای همسویی و هماهنگی بهتری ندارند. به نظر می‌رسد که ساختارهای ادغام یافته نمی‌توانند رفتار افراد حرفه‌ای و نحوه همکاری آنان را به طور اساسی تغییر دهند. از طرف دیگر در بسیاری از کشورها نمونه‌های موفق مراقبت‌های ادغام یافته وجود دارد که در آنها افراد حرفه‌ای هنوز هم در سازمان‌های مجزا کار می‌کنند. بنابراین دلخوش کردن به ترکیب ساختارها و غفلت از تعامل بین سازمان‌ها و افراد برای رسیدن به اهداف تعیین شده، ممکن است به شرایطی منجر شود که بدتر از قبل از ادغام می‌باشد. برعکس، تمرکز بر تعامل و رفتار افراد حتی در شرایطی که ترکیبی انجام نگرفته است، می‌تواند سازمان را در مسیر ادغام پیش ببرد.

ج) تعامل: به لحاظ نظری هر نوع ترکیب عناصر امکان پذیر است. با این وجود، ترکیب برای تحقق ادغام به تن‌هایی کافی نیست. زمانی که درباره ادغام بحث می‌کنیم، باید تعامل بین عناصر ترکیب شده را مد نظر قرار دهیم. این جنبه از ادغام با واژه‌هایی چون تعامل، ارتباط، هماهنگی و مشارکت توصیف می‌شود. توجه به این نکته ضروری است که تعامل یک طرفه نیست، بلکه همه عناصر ترکیب شده در درون فرایند ادغام تعامل داشته و به درجاتی تغییر می‌کنند. اساساً تعریف کاربردی ادغام از درون سه ویژگی بالا و با تأکید بر ویژگی تعامل، قابل استخراج است. برای مثال، یک حادثه ادغام در نظام ادغام یافته وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را می‌توان چنین تعریف کرد: یک فقره تبادل اطلاعات بین نظام آموزشی و نظام ارایه خدمات به منظور حرکت به سمت اهداف مشترک این دو نظام را یک حادثه ادغام می‌نامند. با توجه به این تعریف از یک حادثه ادغام، می‌توان در سطوح و شرایط مختلف مصداق‌های متعددی از ادغام را فهرست کرد. چنان که در بالا اشاره شد تعامل بین عناصر ترکیب شده یکی از مهم‌ترین ویژگی‌ها برای ارایه تعریف کاربردی از ادغام می‌باشد. با ارایه تعریف کاربردی از ادغام، می‌توان شاخص یا شاخص‌هایی را برای سنجش آن ایجاد کرد. با در دست داشتن شاخص سنجش می‌توان عملکرد

نظام ادغام یافته را سنجید و برای ارتقای آن برنامه‌ریزی کرد.

د) یکپارچگی: ترکیب و تعامل میان عناصر به درجاتی موجب یکپارچگی می‌شود. به نظر می‌رسد یافتن هویت یگانه به معنی از بین رفتن هویت قبلی نمی‌باشد، بلکه عنصر ترکیب شده ضمن حفظ جنبه‌هایی از هویت اصلی خود، هویت یکپارچه جدید را نیز می‌پذیرد نکته قابل ذکر دیگر این است که در ادغام دو نظام، برای مثال نظام آموزشی و نظام ارایه خدمات، با یکپارچگی به وجود آمده، تضاد و تزاحم بین این دو از بین نمی‌رود، بلکه وجود تضاد و تزاحم باعث تغییر و تحول دائمی در نظام یکپارچه می‌شود. تشخیص تضاد و تزاحم و برنامه‌ریزی برای حفظ یکپارچگی نظام ادغام یافته امری ضروری است. بنابراین رها کردن نظام ادغام یافته موجب متلاشی شدن آن و دور شدن از اهداف خواهد شد. از طرف دیگر، یکپارچگی هرگز به صورت کامل تحقق نمی‌یابد. به عبارت دیگر، باید برای حفظ یکپارچگی نظام ادغام یافته تلاش‌های برنامه‌ریزی شده‌ای وجود داشته باشد.

مفاهیم Partnership، Collaboration، Interaction، Cooperation، Acting together و Synergy به جای مفهوم ادغام استفاده شده‌اند. این مفاهیم و مفهوم ادغام نشان می‌دهد که ادغام صرفاً یک تغییر اسم یا ترکیب عناصر مختلف، از دست دادن هویت و کسب هویت جدید، یا غلبه یک عنصر بر سایر عناصر نیست. بلکه در نتیجهٔ ادغام، تعامل بین همه عناصر و تغییر نهایی در همه آن‌ها به وجود می‌آید و موجود جدیدی متولد می‌شود که از هویت کاملاً یکپارچه‌ای برخوردار است.

شرایط لازم برای تحقق ادغام: (Antecedents)

ادغام خود به خود و بدون آمادگی و برنامه‌ریزی اتفاق نمی‌افتد. ادغام نظام آموزشی و نظام ارایه خدمات دشوارتر از آن است که بتوان تصورش را کرد. بنابراین باید تمهیداتی اندیشیده شود تا ادغام با کمترین موانع و دشواری انجام

پذیرد. در این ارتباط اگر چه در دنیا تجربه‌ای در مقیاس ادغامِ نظام‌های آموزشی و ارایه خدمات وجود ندارد، ولی در رابطه با ادغام خدمات مراقبت‌های سلامت در یک محدوده معین با نظام آموزشی مستقر در همان محدوده، تجربیات نسبتاً غنی وجود دارد که می‌توانند راهنمای عمل قرار گیرند. از طرف دیگر، ادغام به عنوان یک تغییر بزرگ، از اصول کلی تغییر در سازمانها تبعیت می‌کند. با این توضیح اهم شرایط و الزامات لازم برای تحقق ادغام به قرار زیر است.

۱. آگاهی از نیاز به تغییر و فراهم کردن الزامات سیاسی و قانونی برای ادغام
۲. اراده و تصمیم سیاسی برای ادغام
۳. رهبری ادغام و دفاع و پشتیبانی از آن
۴. وجود مدافعین و حامیان ادغام در سطوح سیاستگذاری و اجرایی
۵. استقرار فلسفه یک سیستم، یک مسئولیت (همه در قبال نظام ادغام یافته مسؤول هستند.)
۶. ایجاد نگرش و ارزش‌های حمایتی و استقرار فرهنگ ادغام
۷. تدارک سیاست‌ها، راهبردها و اهداف روشن و مشخص برای ادغام
۸. تبیین اصول تعامل و ارتباط بین دو نظام ادغام یافته و تعامل و ارتباط بین افراد حرفه‌ای
۹. استفاده از معیارهای ادغام برای انتخاب وظایف و ارزیابی عملکرد نظام‌ها و افراد
۱۰. تخصیص منابع
۱۱. دانش مشترک و مهارت وانگیزه در افراد درگیر ادغام
۱۲. تمرکز بر فرایندها و افراد حرفه‌ای برای ایجاد تغییر
۱۳. ایجاد جواعتماد و احترام به یکدیگر
۱۴. مدیریت کارآمد اطلاعات

تعمق و تفکر درباره هر یک از موارد بالا نشان می‌دهد که فراهم آوردن

شرایط لازم برای ادغام کار آسانی نیست. زیرا که ادغام یک تغییر بزرگ محسوب می‌شود و بالقوه وظایف سنتی و روابط بین همه عناصر را تغییر می‌دهد. این بدین معنی نیست که باید برای ادغام دو نظام، ابتدا یک شرایط ایده‌آل فراهم گردد بلکه شروع درست و استمرار درست حرکت، شروط اصلی برای تحقق ادغام می‌باشند. به موازات حرکتِ ادغام، بسیاری از ریزه کاری‌ها و جزئیات لازم را یاد می‌گیریم و درک می‌کنیم. به عبارت دیگر، ادغام در عمل خود را اصلاح می‌کند به شرط آن که دایماً به فکر اصلاح آن باشیم و از آموخته‌های خود در جریان ادغام درست استفاده کنیم.

به طور خلاصه برای ادغام، ایجاد ساختار فرایندی و استقرار فرهنگ متناسب با این ساختار ضروری است. تنها در این صورت است که در نتیجه ادغام یک نظام یکپارچه به وجود می‌آید؛ تنها در این صورت است که افراد سازمانی وظایف خود را در ارتباط با وظایف دیگران و در قالب یک فرایند، می‌بینند؛ تنها در این صورت است که همه آحاد سازمانی وظیفه خود را در راستای تحقق رسالت و اهداف نظام یکپارچه می‌بینند و انجام می‌دهند؛ تنها در این صورت است که همکاری و مشارکت جای خود را به جدایی و تفرقه بین افراد و واحدهای سازمانی می‌دهد؛ تنها در این صورت است که ادغام در رفتار فرد فرد اعضای نظام ادغام یافته قابل مشاهده می‌شود؛ تنها در این صورت است که رفتار فردی و جمعی افراد سازمانی حاکمیت فلسفهٔ "یک نظام، یک مسئولیت" را به نمایش می‌گذارد.

ادغام آموزش در عرصه ارایه خدمات و وظایف نظام سلامت:

ادغام فرایند ترکیب اجزا و عناصر جدا از هم برای ایجاد یک کلّ یکپارچه می‌باشد. در این تعریف چهار ویژگی مهم ادغام، یعنی فرایند، ترکیب، تعامل و کل یکپارچه، به وضوح، به طور منطقی و قابل درک گنجانده شده‌اند.

براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، نظام سلامت (Health System)

چهار وظیفه کلان دارد:

۱. تأمین و تخصیص مالی (Financing)
۲. تولید و خلق منابع (Resource Creation)
۳. ارایه خدمات (Provision)
۴. تولیت و نظارت کلان (Stewardship)

اگر چه نظام سلامت می‌تواند تربیت ارایه دهندگان خدمات را به خارج از نظام سلامت واگذار کند (یا سفارش دهد)، ولی تربیت ارایه کنندگان در داخل نظام سلامت چند مزیت اساسی دارد:

الف) نظام سلامت نظامی‌پیچیده و دایما در حال تغییر است و آموزش ارایه دهندگان خدمات سلامت باید براساس الزامات، مقتضیات و نیازهای نظام سلامت صورت گیرد. بدیهی است آموزش ارایه کنندگان خدمات سلامت در یک سیستم مستقل, انطباق آموزش با نیازهای در حال تغییر نظام سلامت را با دشواری مواجه می‌سازد.

ب) پاسخگویی اجتماعی (Social Accountability) در تمام سطوح نظام سلامت و همچنین در سطح دانشکده‌های پزشکی امری ضروری است. نظام سلامت باید در مقابل کیفیت خدمات ارایه شده توسط ارایه کنندگان خدمات سلامت پاسخگو باشد و دانشکده‌های پزشکی باید در مقابل دانش، نگرش، مهارت‌ها و توانایی‌های ارایه دهندگانی که فارغ التحصیل می‌کنند پاسخگو باشند. انفکاک عرصه‌های بالینی و آکادمیک موجب می‌شود این پاسخگویی در دو سطح به حداقل برسد. به بیان دیگر نظام سلامت در مقابل کیفیت خدمات ارایه کنندگانی که خود تربیت نکرده است پاسخگو نخواهد بود و دانشکده‌های پزشکی نیز فارغ التحصیلان خود را تحویل سیستمی‌مستقل و جداگانه خواهند داد و در قبال عملکرد بعدی آنها پاسخگو نخواهند بود.

ج) دانش پزشکی به طور باور نکردنی در حال گسترش و تغییر است و به عنوان مثال زمان دو برابر شدن حجم دانش پزشکی تنها ۲۰ ماه است و روایی و

صحت حدود یک سوم از شواهدی که در حال حاضر در طبابت بکار می‌رود در طی ۱۰-۵ سال آینده زیر سؤال خواهد رفت. به این ترتیب تعلیم و تربیت ارایه دهندگان خدمات سلامت امری مقطعی محسوب نمی‌شود و آموزش مداوم پزشکان (CME) و ارتقاء حرف‌های مداوم (CPD) آنان وظیف‌های خطیرتر و دشوارتر از تربیت اولیه آنان است. و این امر بجز در یک نظام سلامت ادغام یافته با عرضه آکادمیک محقق نخواهد شد.

د) آموزش پزشکی جامعه‌نگر (Community Oriented Education) و آموزش پزشکی در بطن جامعه (Community Based Education) جهت‌گیری‌های اصلی آموزش پزشکی در چند دهه اخیر را تشکیل می‌دهند و انفکاک عرصه‌های بالینی و آکادمیک ارتباط و تناسب (Relevance) محتوی، روش‌ها و جایگاه‌های آموزشی با نیازهای جامعه را به حداقل خواهد رساند.

هـ) پژوهش مسأله محور (Problem – Centered Research) یعنی پژوهشی که براساس مشکلات نظام سلامت و در جهت حل مشکلات نظام سلامت شکل می‌گیرد، بهترین شکل استفاده از بودجه‌های پژوهشی در کشورهای در حال توسعه و در شرایط محدودیت منابع می‌باشد. ادغام عرضه‌های آکادمیک و بالینی این امکان را مهیا می‌کند که پژوهش‌ها در دانشکده‌های پزشکی به بهترین نحو در راستای مشکلات نظام سلامت شکل گیرند و انفکاک این دو عرصه این خطر را در بر دارد که پژوهش‌های پزشکی به سمت مقولات بدون ارتباط و یا لوکس سوق پیدا کنند.

و) ادغام واقعی عرصه‌های آکادمیک و بالینی تضمین کننده کیفیت خدمات بالینی خواهد بود. سنتز اطلاعات و شواهد در قالب راهکارهای طبابت بالینی (Clinical Guidelines)، فرایند پایش عملکرد (Performance Monitoring) و ممیزی بالینی (Clinical Audit) و اعتبار بخشی به مؤسسات ارایه دهنده خدمات (Accreditation) تنها در تعامل نزدیک دانشکده‌های پزشکی با نظام سلامت معنی پیدا می‌کنند.

ریشه‌ها و زمینه‌های ادغام در آموزش پزشکی جهان و ایران

ادغام نظام آموزشی با نظام ارایه خدمات موضوعی نیست که یک شبه در ذهن رهبران نظام‌های آموزشی به وجود آمده باشد. ضرورت ادغام آموزش پزشکی با نظام ارایه خدمات، بدون توجه به مقیاس آن، از شرایطی ناشی شده است که در طول زمان شکل گرفته است. به واقع ریشه‌ها و زمینه‌های ادغام را باید دراین شرایط جستجو کرد. بررسی متون علمی‌نشان می‌دهد که تقریباً همه کشورهای دنیا از نظام آموزش پزشکی خود ناراضی هستند. شکاف فزاینده‌ای بین آموزش پزشکی و عملکرد افراد آموزش دیده وجود دارد که از تفاوت بین ارزش‌های علمی‌مؤسسات آموزشی از یک طرف و الزامات خدمتی و توقعات جامعه از طرف دیگر ایجاد شده است. حتی پیشرفت فناوری در دانشکده‌های پزشکی موجب نشده است که به نیازهای واقعی جامعه توجه شود. در بسیاری از مواقع برنامه‌های دانشکده‌های پزشکی ارتباط مستقیم خود با نیازهای جامعه را از دست داده‌اند.

محصول فرایندهای آموزشی و نیز خود فرایندها دچار مشکل هستند. بسیاری از دانشکده‌های پزشکی در سرتاسر دنیا در جهت اتخاذ شیوه‌های مناسب که پاسخگوی نیازهای جامعه باشد، به کندی گام برمی‌دارند.

آموزش پزشکی به دلیل قطع رابطه خود با مشکلات جامعه، در نقاط مختلف دنیا مورد انتقاد قرار گرفته است. در یک دهه گذشته آموزش دهندگان علوم پزشکی نگران این موضوع بوده‌اند که آیا پزشکان برای پاسخگویی به نیازهای درحال تغییر جامعه، آموزش مناسب می‌بینند. در بسیاری از کشورهای دنیا از محصولات مراکز آموزشی به دلیل عدم پاسخگویی به نیازهای جامعه، ترکیب و توزیع نامناسب آنان و جهت‌گیری دانش‌آموختگان آن دررابطه با مراقبتها انتقاد می‌شود. برخی از اندیشمندان، پزشکی را یک مسئولیت مردمی/ اجتماعی تلقی می‌کنند و مطرح می‌کنند که در بسیاری از زمینه‌های اساسی، طب از عهده مسئولیت اجتماعی خود مبنی بر پاسخگویی به نیازهای مرتبط با

سلامت جامعه برنمی‌آید.

آموزش پزشکی زندانی زمان، مکان و محتوا شده است. بارها هشدار داده شده است مبنی بر این که آموزشی که فقط در مراکز علمی وابسته به دانشکده‌های پزشکی ارایه می‌شود اعتبار اجتماعی خود را به دلیل عدم توجه به نیازهای وسیع اجتماعی از دست داده است. اسیر زمان، مکان و محتوا شدن آموزش پزشکی موجب خواهد شد که آموزش پزشکی اعتبار فنی خود را نیز از دست بدهد؛ زیرا روش‌های آموزشی آنها مورد پذیرش فراگیران و کل جامعه نخواهد بود. مطرح می‌شود که فاصله زیادی بین نیازهای واقعی جامعه و آنچه آموزش پزشکی پزشکان را برای انجام آن آماده می‌کند، وجود دارد. بر این امر توافق جمعی وجود دارد که آموزش پزشکی سنتی که در بیمارستان‌های وابسته به دانشکده‌های پزشکی ارایه می‌شود، اثربخشی و مفید بودن خود را از دست داده است.

متأسفانه علی رغم همه تغییرات و توقعات، دانشکده‌های پزشکی بر اساس محرک‌های درونی خود- نه محرک‌های اجتماعی- حرکت می‌کنند و کمترین توجهی به ابعاد اجتماعی سلامت ندارند. با این حال دانشکده‌های پزشکی تا ابد نمی‌توانند بر بالای برج عاج بمانند و از دنیای واقعی و جامعه‌ای که در آن قرار دارند جدا باشند. آنها باید از برج عاج پایین بیایند تا هم دیوارهای بین رشته‌های مختلف آموزشی و هم بین مؤسسه آموزشی با جامعه را از میان بردارند و آموزش ارتباط اجتماعی بهتری پیدا کند.

اگر دانشکده‌های پزشکی این قدر از جامعه و مشکلات آن فاصله گرفته‌اند پس فلسفه وجودی آنها چیست؟ بدیهی است که دانشکده‌ها اساساً برای تربیت پزشکانی که بتوانند پاسخگوی نیازها و انتظارات جامعه باشند و نیز برای یافتن پاسخ به مشکلات بهداشتی و درمانی مردم به وجود آمده اند. چون به طور سنتی مسئولیت سنجش، ارزیابی و اولویت بندی نیازهای سلامت جامعه و نیز پاسخگویی به نیازها و انتظارات جامعه را نظام سلامت به عهده دارد، نباید بین

نظام آموزشی و نظام سلامت فاصله‌ای وجود داشته باشد. به عبارت دیگر، باید بین نظام آموزشی و نظام ارایه خدمات تعامل برنامه‌ریزی شده و هدفمند وجود داشته باشد.

متأسفانه به مرور زمان با فاصله گرفتن دانشکده‌های پزشکی از جامعه و نظام سلامت و یافتن محرک‌های درونی و غوطه ور شدن در "علم طب" جدایی نظام‌های آموزشی و ارایه خدمات از هم، در بُعد فیزیکی و نرم افزاری شکل گرفت. بر این اساس نظام‌های آموزشی و ارایه خدمات باید اتکای متقابل داشته باشند در غیر این صورت هیچ یک به تن‌هایی قادر نخواهد بود به مسئولیت اجتماعی خود به نحو مطلوب عمل کند.

باید اذعان کرد که دربسیاری از زمینه‌های مربوط به ارایه مراقبتها، آموزش و پژوهش به هیچ وجه نمی‌توان بین نظام آموزشی و نظام ارایه خدمات مرز مشخصی قائل شد و برای یکی از آن دو وظیفه‌ای تعیین کرد که دیگری به کلی با آن بیگانه باشد. بنابراین، برای نشان دادن اتکای متقابل نظام آموزش پزشکی و نظام ارایه خدمات، به اهم موارد اشاره می‌شود.

۱. سیاستگذاری و برنامه‌ریزی‌های کلان

نقطهٔ آغاز و سکوی حرکت نظام آموزشی و نظام ارایه خدمات برای همکاری مستمر، مؤثر و بلند مدت، تعیین سیاست‌ها و تدارک برنامه‌های کلان هر دو نظام می‌باشد. رسالت اجتماعی دانشکده‌های پزشکی و رسالت نظام ارایه خدمات تحقق نخواهد یافت مگر آن که همکاری نزدیک این دو و تلاش هر یک به عنوان مکمّل دیگری، در سیاست‌ها و برنامه‌های کلان هر یک از آن‌ها منعکس باشد. سیاست‌ها و برنامه‌های هر یک باید پشتیبان سیاست‌ها و برنامه‌های دیگری باشد. سیاست‌ها باید نشان دهند یکی از آن دو بدون دیگری قادر نیست به مسئولیت‌های اجتماعی خود به درستی عمل کند. بنابراین تصور این که نظام آموزشی بدون حضور نظام ارایه خدمات یا بالعکس، بتواند

سیاست‌ها و برنامه‌های کلان واقع بینانه تهیه کند، تصور نادرستی است. زیرا فلسفهٔ وجودی این دو نظام در ابعاد مختلفی به هم گره خورده است. برای عینیت یافتن فلسفه وجودی هر دو نظام، در کنار هم بودن آن‌ها برای تعیین سیاست‌ها و تدارک برنامه‌های کلان امری ضروری است. سیاست‌ها و برنامه‌های کلان، راهنما و" نقشهٔ راه" حرکت به سمت اهداف مشترک این دو نظام می‌باشد. از همین نقطهٔ آغاز سرنوشت نظام آموزش پزشکی و نظام ارایه خدمات به هم گره می‌خورد. ولی، در بسیاری از نقاط دنیا نظام‌های آموزشی و نظام‌های ارایه خدمات بندرت در سیاستگذاری‌ها و برنامه‌ریزی‌های کلان در کنار هم قرار می‌گیرند.

۲. تعیین اولویتها، نیازها و انتظارات جامعه

برای تعیین اولویتها، نیازها و انتظارات جامعه، نظام آموزشی و نظام ارایه خدمات باید سر یک میز بنشینند. برای برآوردن بسیاری از نیازها و انتظارات جامعه توسط نظام ارایه خدمات، نظام آموزشی باید زمینه سازی کند و ظرفیت‌های لازم را ایجاد نماید. همچنین پاسخگویی به بسیاری از انتظارات جامعه از نظام آموزشی در گرو همکاری نزدیک نظام ارایه خدمات با نظام آموزشی است. تدارک هر برنامه آموزشی یا برنامه ارایه خدمات باید ریشه در اولویتها و نیازها و انتظارات جامعه داشته باشد. اگر چه نظام ارایه خدمات در صف مقدّم درک اولویتها، نیازها و انتظارات جامعه قرار دارد، با این وجود در اینجا نیز نمی‌توان دو نظام را جدا از هم تصور کرد و باید در کنار هم باشند. با کمال تأسف نظام‌های آموزش پزشکی و نظام‌های ارایه خدمات بندرت درک مشترک و ارزیابی مشترک از نیازها و اولویت‌های جوامع خود دارند.

۳. ابعاد سلامت و عوامل تأثیر گذار بر آن

از دیر باز نظام آموزشی بر اساس دیدگاه" زیست پزشکی" و الگوی"

تشخیص و درمان" آموزش را طراحی و اجرا کـرده اسـت. بـه عبـارت دیگـر" بیماری" و نه" بیمار" اساس آموزش را تشکیل داده است. درحالی که بـه جـای بیماری- محوری باید سلامت نگری پایه آموزش قرار گیرد. می‌دانیم که آموزش برای سالم ماندن و سالم زندگی کردن از آمـوزش بـرای درمـان بیمـاری بسـیار متفاوت است. اولی به ما یاد آوری می‌کند که موضوع سـلامت افـراد و جوامـع ابعاد پیچیده و چند وجهی دارد که تنها یک وجـه آن درمـان بیمـاری اسـت. از طرف دیگر سلامت نگری مستلزم توجـه بـه بسـیاری از عوامـل تأثیرگـذار بـر سلامت افراد و جوامع می‌باشد که در قلمرو علوم زیست پزشکی قـرار ندارنـد. بسیاری از صلاحیت‌های مورد نیاز صاحبان حرفه‌های پزشکی برای پرداختن به مقوله سلامت، در رویکردهای زیست پزشکی و تشخیص و درمان به آمـوزش، نادیده گرفته می‌شوند. سلامت‌نگری با همه موضوعات مرتبط با سلامت جامعـه سروکار دارد و باید پزشکان و سایر صاحبان حرفه‌های بهداشتی برای پـرداختن به همه موضوعات مرتبط با سلامت آمادگی پیدا کنند. تحقـق ایـن امـر ایجـاب می‌کند که نظام آموزشی در کنار نظام ارایه خدمات قرار گیرد.

به بیان دیگر دانشکده‌های پزشکی باید به جای تربیت متخصص بـر تربیـت فرد" حرفه‌ای" متمرکز شوند. می‌توان با اسـتفاده از الگـوهـای آموزشـی سـنتی متخصص تربیت کرد و لی تربیت فـرد حرفـه‌ای محتـاج ورود بـه قلمـروهـای دیگری از معرفت، عرصه‌های آموزشـی دیگـر و روش‌هـای یـادگیری متفـاوتی است. زیرا در حال حاضر آنچه توسط نظام ارایه خدمات ارایه می‌شود، انعکاسی از الگوهای رایج آموزش پزشکی و تربیت نیروی انسانی پزشـکی اسـت، نظـام ارایه خدمات، باید نیروهای حرفه‌ای مجهّز به صلاحیت‌هـای لازم را در اختیـار داشته باشد تا بتواند به مسئولیت‌های اجتماعی خود عمـل نمایـد. در اینجـا نیـز نظام آموزشی و نظام ارایه خدمات باید با هم و درکنار هـم دیـدگاه‌هـای سـنتی خود را تغییر دهند و بر اساس نگرشی متفاوت از گذشته، برنامـه‌ریـزی و اقـدام کنند، مرزی بین این دو متصوّر نیست.

۴. پارادایم‌ها

همواره تغییر در پارادایم‌های نظام‌های ارایه خدمات، تغییر در پارادایم‌های نظام آموزشی را به دنبال دارد. اگر زمانی کیفیت فقط از دیدگاه ارایه کنندگان خدمات تعریف می‌شد، امروز چه اتفاقی افتاده است؟ کیفیت از دیدگاه مشتری‌ها تعریف می‌شود. اگر تا دیروز ارتقای کیفیت با دانش تخصصی بهتر و بیشتر مترادف بود، امروز می‌دانیم که دانش تخصصی صِرف برای ارتقای کیفیت کافی نیست. علاوه بر دانش تخصصی، دانش مربوط به نظام‌های ارایه خدمات و فرایندها و سیستم‌های مراقبتی یا به عبارت دیگر دانش ارتقا نیز لازم است. دانشکده‌های پزشکی باید دانش‌آموختگان خود را علاوه بر دانش تخصصی به دانش ارتقا نیز تجهیز نمایند. اگر در گذشته پزشکان برای ارایه آموزش و ارایه مراقبتها آزادی عمل کامل داشتند و به صورت تقریباً فردی عمل می‌کردند، امروز چه تغییری ایجاد شده است؟ مراقبت‌های بهداشتی در سازمان‌های بزرگ و در قالب تیم‌های مراقبتی و بر اساس شواهد ارایه می‌شود. بنابراین دانشکده‌های پزشکی باید دانش‌آموختگان خود را برای کار کردن در چنین محیط‌هایی آماده نمایند. اگر تا دیروز نظام ارایه خدمات بر اساس الگوی بیماری- محوری، بر بیماری افراد متمرکز بود، امروز چه حادثه‌ای رخ داده است؟ نظام ارایه خدمات خود را در موقعیتی می‌بیند که باید بر اساس الگوی سلامت نگری، به جای افراد بر جوامع متمرکز شود. نظام آموزشی باید دانش‌آموختگان خود را برای این امر آماده نماید. اگر تا این اواخر هزینهٔ خدمات در تصمیم‌گیری‌های مربوط به ارایه خدمات نقش قابل توجهی نداشته است، امروز جامعه چه انتظاراتی دارد؟ امروز جامعه خدمات بهداشتی حائز بالاترین کیفیت و پایین‌ترین هزینه را انتظار دارد. این در شرایطی است که بخش قابل توجهی از هزینهٔ تحمیل شده بر جامعه از ناکارآمدی نظام ارایه خدمات ناشی می‌شود. لازم است موضوع هزینه خدمات در کنار کیفیت خدمات در دانشکده‌های پزشکی به طور جدی مد نظر قرار گیرد. اگر تا چندی

پیش در دانشکده‌های پزشکی به رهبری نظام ارایه خدمات و نظام آموزشی تقریباً هیچ توجهی نمی‌شد، امروز چه اتفاقی افتاده است؟ به موازات پیچیده‌تر شدن نظام‌های آموزشی و ارایه خدمات، پزشکان زیادی رهبری سطوح مختلف نظام ارایه خدمات و نظام آموزشی را به عهده گرفته‌اند. دانشکده‌های پزشکی باید رهبران آتی نظام ارایه خدمات و نظام آموزشی را تربیت نمایند. برای درک و عمل به موضوعات بالا باید نظام آموزشی و نظام ارایه خدمات همواره در کنار هم قرار گیرند. نظام آموزشی و نظام ارایه خدمات باید مثل ظروف مرتبطه، در همهٔ زمینه‌های بالا و سایر زمینه‌های مورد بحث در زیر به تعادل برسند. فقدان همکاری بین این دو، هر دو را از تعادل خارج می‌کند.

۵. اصلاحات در نظام آموزشی و نظام ارایه خدمات

چون نظام ارایه خدمات به طور مستقیم مسئولیت تأمین، حفظ و ارتقای سلامت جامعه را به عهده دارد، برای پاسخگویی هر چه بهتر به نیازها و انتظارات جامعه به طور دایم دستخوش تحول می‌باشد. تحول در نظام ارایه خدمات باید تحول در نظام آموزشی را به دنبال داشته باشد آنچه حائز اهمیت است این است که نظام آموزشی نباید فقط نظاره گر تحول در نظام ارایه خدمات باشد و نسبت به سرنوشت نظام ارایه خدمات بی تفاوت باشد. عکس این نیز صادق است. بدین معنی که نظام ارایه خدمات باید خود را در سرنوشت نظام آموزشی سهیم بداند. به عبارتی هر دو نظام باید در اصلاحات دیگری نقش فعال و تعیین کننده داشته باشند. نظام آموزشی باید در شکل گیری نظام ارایه خدمات مطلوب و نظام ارایه خدمات در ایجاد تحول در نظام آموزشی و معماری یک نظام آموزشی ایده‌آل، نقش پیشرو و حضور فعال و مستمر داشته باشند. مشارکت هر یک از دو نظام آموزشی و ارایه خدمات در اصلاحات دیگری مستلزم این است که دو نظام چنان به هم پیوند خورده باشند که نسبت بهم احساس مالکیت کنند و به سرنوشت هم حساس باشند. نظام ارایه خدمات

خوب محتاج نظام آموزشی خوب است و برعکس. در شرایط موجود نظام‌های آموزشی و ارایه خدمات خیلی با هم بیگانه می‌باشند و احتمال این که نسبت به هم و مشکلات یکدیگر احساس مالکیت کنند، بسیار کم است.

۶. عرصه‌های آموزشی

آموزش در نظام آموزش پزشکی در گذشته اسیر زمان، مکان و محتوا بوده است. خروج از این اسارت برای همگامی‌با تحولات در نظام ارایه خدمات و نظام آموزشی یک ضرورت است. یادگیری و زمینه‌ای که در آن یادگیری اتفاق می‌افتد، از هم غیر قابل تفکیک هستند. پزشکی که در بیمارستان آموزشی وابسته به دانشکده پزشکی آموزش می‌بیند برای کار کردن در بیمارستان مناسب است. محیط یادگیری اساساً محتوا، روشها، زمان و مکان یادگیری را دیکته می‌کند. باید نظام آموزشی برای تربیت افراد حرفه‌ای مورد نیاز نظام ارایه خدمات، در جامعه و عرصه‌های مختلف نظام ارایه خدمات حضور پیدا کند. جامعه و عرصه‌های مختلف نظام ارایه خدمات یک محیط طبیعی، محیطی که دانش‌آموختگان نظام آموزشی در آینده وارد آن خواهند شد، برای یادگیری فراهم می‌کند. همه موضوعات مرتبط با سلامت جامعه و افراد در این عرصه‌ها قابل مشاهده و ملموس می‌باشند؛ مشکلات و چالش‌های پیش روی نظام ارایه خدمات در اینجا خود را نشان می‌دهند؛ نیازها و انتظارات مردم از نظام ارایه خدمات را می‌توان در این عرصه‌ها به عیان دید؛ ضرورت کار تیمی‌و آموزش چند حرفه‌ای را می‌توان در این عرصه‌ها درک کرد؛ خروج از قلمرو علوم زیست پزشکی و ورود به عرصه‌های سایر علوم، در اینجا خود نمایی می‌کند؛ هزینه و کیفیت مراقبتها، رویکرد سلامت- محوری به جای بیماری- محوری، رویکرد پرداختن به سلامت جوامع به جای سلامت افراد منفرد و بالاخره، برخورد با مشکلات مدیریت و رهبری نظام ارایه خدمات در این عرصه‌ها امکان پذیر است. در یک عبارت کوتاه، همگامی‌با تغییر پارادایم در نظام ارایه

خدمات، خروج از عرصه‌های سنتی آموزش پزشکی را می‌طلبد. هر دو نظام برای آماده کردن بستر حضور در عرصه‌های یاد شده مسئولیت دارند.

۷. پژوهش

نظام‌های آموزشی جهان در توسعهٔ قلمرو دانش بشری نقش بی‌نظیری داشته‌اند. به برکت تلاش‌های دانشکده‌های پزشکی نیز علوم پزشکی رشد و پیشرفت غیر قابل تصوری پیدا کرده است. ولی نظام‌های آموزش پزشکی همواره وقت خود را صرف تولید علم کرده‌اند در حالی که "مصرف" درست علم در نظام ارایه خدمات نقش انکارناپذیری در ارتقای سلامت جامعه دارد. مراکز آموزشی باید پژوهش را از انحصار آزمایشگاه‌ها خارج نمایند و به تولید علم در جامعه و نظام ارایه خدمات نیز بپردازند. مشارکت دانشکده‌های پزشکی در پژوهش‌های مرتبط با نظام ارایه خدمات یک ضرورت است. زیرا پژوهش‌های مرتبط با نظام ارایه خدمات اساس سیاستگذاری و برنامه‌ریزی کلان در هر دو نظام را به وجود می‌آورد. پژوهش در وسعت نظام ارایه خدمات می‌تواند به روشن شدن وضعیت دسترسی، اثربخشی و باز دهی مراقبتها، میزان پاسخگویی به نیازها و انتظارات افراد و جوامع، نحوهٔ مدیریت و رهبری نظام ارایه خدمات و بالاخره نحوهٔ تخصیص منابع منجر شود. پژوهش در موضوعات مرتبط با نظام ارایه خدمات زمینه‌های ضروری برای تجدید نظر در برنامه‌های آموزشی را نشان می‌دهد. کلام آخر این که پژوهش در نظام ارایه خدمات مکمل پژوهش‌های مرتبط با توسعه علم می‌باشد. هر دو نظام برای انجام پژوهش در عرصه‌های گسترده نظام ارایه خدمات مسئولیت دارند.

۸. اطلاعات

جریان آزاد و دوطرفه اطلاعات بین نظام آموزشی و نظام ارایه خدمات برای همکاری آن دو در همه امور، و کمک به تحقق رسالت طرفین، امری ضروری و

غیر قابل انکار می‌باشد. شواهد لازم برای سیاستگذاری، برنامه‌ریزی، ارزیابی موفقیت یا شکست راهبردها و نیز اثربخشی مداخلات در هر دو نظام باید از درون یک نظام اطلاعاتی یکپارچه به دست آید. نظام اطلاعاتی یکپارچه در اصل باید پل ارتباطی بین این دو نظام باشد. به نظر می‌رسد اولین گام برای همکاری مؤثر بین نظام آموزشی و نظام ارایه خدمات ایجاد یک نظام اطلاعاتی کارآمد باشد. در حال حاضر این پل ارتباطی وجود ندارد. فقدان آن همه بحث‌های مربوط به همکاری نزدیک بین نظام آموزشی و نظام ارایه خدمات را تا حدودی عقیم گذاشته است.

تجربه جهانی در رابطه با ادغام عرصه‌های آکادمیک و بالینی:

اعلامیه ادینبرگ شاید اولین واکنش رسمی بین‌المللی در رابطه با اصلاح آموزش پزشکی بود. در این اعلامیه برگسترش عرصه‌های آموزشی، تهیه برنامه‌های آموزشی بر مبنای نیازهای سلامت هر کشور، هماهنگی دانشکده‌های پزشکی با نظام سلامت، ایجاد تعادل در تربیت رده‌های مختلف پزشکی و سایر حرَف بهداشتی، آموزش چند حرفه‌ای و آموزش مداوم تأکید شده است.

در کنفرانس رسالت دانشکده پزشکی وسلامت مردم در سال ۱۹۹۱ در فلوریدای امریکا که در آن صاحب نظرانی از کشورهای امریکا، انگلیس، کانادا و استرالیا شرکت داشتند بر مسئولیت اجتماعی دانشکده‌های پزشکی تأکید شده است. بدین معنی که همه دانشکده‌های پزشکی باید مسئولیت پاسخگویی به نیازهای مردم را به عهده بگیرند. این ضرورت اجتماعی زمانی به بهترین وجه تحقق می‌یابد که دانشکده‌های پزشکی مسئولیت سلامت و مراقبت‌های بهداشتی یک ناحیه تحت پوشش یا جمعیت تحت پوشش داشته باشند.

کنفرانس جهانی آموزش پزشکی در سال ۱۹۹۳ در ادینبرگ مجدداً بر توصیه‌های قبلی خود مهر تایید می‌زند و آنها را به طور برجسته مطرح می‌کند.

در کنفرانس العین امارات در سال ۱۹۹۵ با عنوان "بسوی مشارکت: ارایه

مراقبت‌های بهداشتی و آموزش پزشکی" توصیه‌های متعددی برای سطوح مختلف تصمیم‌گیران بین‌المللی، ملی و دانشکده‌های پزشکی ارایه شده است. در اینجا نیز نزدیکی نظام آموزشی و نظام سلامت، محورِ توصیه‌ها می‌باشد.

در کنفرانس کیپ تاون با عنوان تربیت پزشکان برای قرن بیست و یکم در شرایط افریقا، توصیه‌های مشابهی ارایه شده است.

سردبیر مجله آموزش پزشکی مطلبی را تحت عنوان ادغام آموزش پزشکی ونظام ارایه خدمات در سال ۱۹۹۶ منتشر کرده است. در اینجا دو جمله از وی نقل قول می‌شود:

"آموزش پزشکی معاصر به طور مبرم محتاج بهترین سازوکار مناسب برای دستیابی به ادغام نظام سلامت و نظام آموزش پزشکی است."

"برای دستیابی به هماهنگی بین این دو نظام، همکاری بین وزارتخانه‌های آموزش[عالی] و بهداشت ضروری است. این دو نظام از نقطه نظر آموزشی باید غیر قابل تفکیک باشند، مثل دو روی یک سکه."

در اجلاس مشورتی اروپا در لیسبون درسال ۱۹۸۹، واکنش بسیار قوی نسبت به اعلامیه ادینبرگ نشان داده شد: باید سازوکارهای روشن و مؤثری همکاری نزدیک بین وزارتخانه‌های آموزش وبهداشت را به منظور تهیه خط‌مشی وبرنامه‌های آموزش نیروی انسانی، تسهیل کند.

اجلاس مشورتی وزرای کشورهای افریقایی در سال ۱۹۸۹ اعلام کرد: باید وزارتخانه‌های بهداشت و آموزش در هر یک از کشورها و کل منطقه با هم ادغام شوند تا هماهنگی بین آموزش پزشکی و خدمات مراقبت‌های بهداشتی فراهم شود.

در همایش جهانی آموزش پزشکی در سال ۱۹۹۳، اولین توصیه‌ای که ارایه شده است در ارتباط با پیوند آموزش پزشکی با محیط ارایه خدمت می‌باشد. بدین معنی که آموزش پزشکی خوب باید با نظام سلامت[و نیازهای جامعه]

تناسب داشته باشد. پزشک امروزی را نمی‌توان در بیمارستان‌های دانشکده‌های پزشکی تربیت کرد. بدون همکاری و مشارکت دو نظام، برنامه آموزشی ارتباط کمی‌با واقعیت‌های محیط ارایه خدمت خواهد داشت و آموزش مناسبی را که پاسخگوی نیازهای جامعه باشد ارایه نخواهد داد.

به دنبال همایش جهانی آموزش پزشکی در سال ۱۹۹۴، شش کنفرانس منطقه‌ای بین سال‌های ۱۹۹۴تا ۱۹۹۶ تشکیل گردیده است. همه این کنفرانس‌ها از کشورهای عضو خواسته‌اند که آموزش پزشکی با نظام سلامت در کنار هم باشند تا بتوان پزشکانی به نفع شهروندان هر کشور تربیت کرد.

بالاخره، مبارک الرفایی در مقاله‌ای تحت عنوان "بررسی الگوهای همکاری"، کامل اجلونی در مقاله‌ای با عنوان "خدمات بهداشتی و آموزش پزشکی"، گارسیا باربرو در مقاله‌ای تحت عنوان " آموزش پزشکی در پرتو راهبرد بهداشت برای همه سازمان جهانی بهداشت و اتحادیه اروپا"، هریک به نوعی بر همکاری و مشارکت نظام آموزشی و نظام سلامت تأکید کرده‌اند.

بنابراین به طور خلاصه باید اشاره کرد که آموزش پزشکی و ارایه مراقبتها به شدت بهم وابسته‌اند. همچنان که از نظر آموزش، دونظام آموزشی و ارایه مراقبتها باید دو روی یک سکه تلقی شوند، از نظر ارایه مراقبتها نیز وابستگی متقابل دارند. روند آموزش پزشکی در جهان نشان می‌دهد که آموزش پزشکی به تدریج از نیازها و انتظارات جامعه و نظام ارایه خدمات فاصله گرفته است. بنا به اظهار بسیاری از صاحب نظران، دانشکده‌های پزشکی به دلایل گوناگونی نتوانسته اند به مسئولیت اجتماعی خود عمل کنند. برای اصلاح این روند، دانشکده‌های پزشکی به اقدامات متنوعی رو آورده‌اند. از جمله این اقدامات مشارکت و همکاری با جامعه، آموزش جامعه‌نگر وآموزش مستقر در جامعه، همکاری با نظام ارایه خدمات می‌باشند. در سطح منطقه‌ای و بین‌المللی نیز به دفعات توصیه شده است که نظام آموزشی و نظام ارایه خدمات بهداشتی باید براساس سازو کارهای روشن همکاری نمایند. علاوه بر آن، اغلب دانشکده‌های

پزشکی تلاش کرده‌اند به موضوعاتی چون عوامل اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و رفتاری تأثیر گذار بر سلامت مردم و آموزش چند رشته‌ای و تیمی توجه جدی کنند. همه این تلاشها برای این صورت می‌گیرد که دانشکده‌های پزشکی بتوانند به مسئولیت‌های اجتماعی خود، که به اعتقاد بسیاری از صاحب نظران مورد غفلت قرار گرفته شده است، عمل نمایند.

نظام ارایه خدمات بهداشتی نیز دچار مشکل است. فقدان دسترسی برابر، مشخص نبودن اثربخشی بسیاری ازمداخلات، بازدهی پایین و هزینه سرسام آور مراقبتها، وجود تغییرات وسیع در ارایه مراقبتها به گروه‌های خاص بیماران، اتلاف منابع، دوباره کاری و تاخیر فقط فهرست کوتاهی از مشکلات نظام سلامت است. به نظر می‌رسد که جدایی آموزش و ارایه خدمات بهداشتی اثر دوجانبه دارد. بدین معنی که این جدایی بر هر دو نظام اثرات سوء دارد.

اگرچه تجربه‌ای در مقیاس ادغام دو نظام آموزشی و نظام عرضه خدمات در دنیا وجود ندارد، ولی تجربیات نسبتاً غنی در رابطه با ادغام خدمات در درون نظام‌های عرضه خدمات، وجود دارد. تفکر اولیه ادغام دانشکده‌های پزشکی در نظام سلامت در کشورهای در حال توسعه شکل گرفت و اولین تجربیات موفق در این رابطه در کشورهایی مانند مصر و سودان و تعدادی از کشورهای آفریقایی گزارش گردید. پس از مطرح شدن استراتژی PHC در آلماتا در سال ۱۹۷۸ ایده ادغام بین آموزش و ارایه خدمات در مجامع علمی‌دنیا مطرح گردید. در حال حاضر ۳۰٪ از دانشکده‌های پزشکی آمریکا Integration عرصه‌های علمی‌و خدمات پزشکی به وجود آمده است که نمونه‌هایی از آن را می‌توان در دانشگاه‌های پنسیلوانیا، میشیگان، نیومکزیکو، کارولینای شمالی، Mayo clinic و دانشگاه Duke نام برد و اصولا نظام سلامت متناظر با آنها را به نام دانشگاه و نه ایالت مربوط می‌شناسند. به عنوان مثال از عبارت Pennsylvania University Health System به جای Pennsylvania State Health System نام برده می‌شود. در مقابل در پارهای از ایالت‌های آمریکا ارتباط دانشکده پزشکی و

نظام سلامت در پایین‌ترین سطح قرار دارد که از آن جمله می‌توان به ارتباط بین دانشکده پزشکی North Dakota با نظام سلامت مربوط اشاره نمود. بررسی‌های انجام شده نشان داده است که در مواردی که سطح بالای ادغام بین دانشکده‌های پزشکی و نظام سلامت وجود دارد علاوه بر کیفیت بالاتر ارایه خدمات و کیفیت بالاتر خدمات آموزشی، پاسخگویی دانشکده‌ها و نظام سلامت در مقابل اجتماع نیز حداکثر است.

در کانادا دانشگاه Mac master، در گلاسکو انگلستان، در هلند دانشگاه ماستریخت و در مصر دانشگاه کانال سویز نیز از دانشگاه‌هایی هستند که آموزش پزشکی را با عرصه‌های خدمات بهداشتی درمانی به درجات مختلف در هم ادغام نموده‌اند. مشارکت در عرصه‌های آکادمیک پزشکی و عرصه‌های خدمات، در سال ۱۹۹۵ در کنفرانس منطقه مدیترانه شرقی در العین امارات متحده عربی و در سال ۱۹۹۷ در نشست بارسلون مورد تبادل نظر و بحث قرار گرفت و پاسخگویی و مسئولیت‌پذیری دانشکده‌های پزشکی در مقابل نیازهای جامعه مورد تأکید قرار گرفت. این ایده توسط فدراسیون جهانی آموزش پزشکی و سازمان‌های جهانی WHO، UNFPA و UNICEF نیز مورد حمایت قرار گرفت.

در کشور ما نیز از سال ۱۳۶۴ با تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی وظیفه آموزش و تربیت نیروی انسانی بخش بهداشت و درمان نیز به عهده این وزارتخانه نهاده شد که با این گام اساسی تجلی عینی ادغام آموزش و خدمت که یکی از عمده‌ترین راه حل‌های بهبود برنامه‌های آموزش پزشکی بود محقق شد چرا که توانمندی یک پزشک در پاسخگویی بهتر به نیازهای بهداشتی درمانی جامعه در گرو فراهم بودن عرصه‌های مناسب یادگیری در طول دوره آموزش پزشکی می‌باشد و لذا کسب آموزش در مواجهه با نیازهای واقعی جامعه به عنوان یکی از سیاست‌های برنامه‌ریزی تعیین گردید. اما در ایران سابقه این حرکت به سال ۱۳۵۱ برمی‌گردد که وزیر علوم و آموزش عالی وقت با

همکاری تعدادی از استادان دانشگاهها و کارشناسان وزارت بهداری وقت و همکاری سازمان جهانی بهداشت به بررسی وضعیت نظام سلامت و آموزش پزشکی پرداختند و نتیجه مطالعه در ۴ جلد کتاب تحت عنوان راهی به سوی تندرستی منتشر شده است. دراین مجموعه الگوی ایجاد شبکه بهداشتی درمانی و ادغام عرصه‌های آموزش پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی به عنوان یک طرح انقلابی ارایه شده است. اکنون پس از گذشت ۲۳ سال از تشکیل وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی الگوی ادغام در سطح ملی در ایران به عنوان یک الگوی موفق از سوی سازمان‌های معتبر بین‌المللی پذیرفته شده است و به کشورها توصیه شده است.

پیامدهای ادغام (Consequences)

اصلی‌ترین پیامد ادغام برای نظام آموزشی، پاسخگویی آن به نیازهای جامعه می‌باشد. این امر، در ابعاد کمی‌و کیفی تربیت نیروی انسانی، ایجاد تعادل بین ترکیب انواع نیروی انسانی مورد نیاز جامعه، تربیت نیروی انسانی در نزدیک‌ترین مکان به صحنه زندگی مردم، توجه به همه موضوعات مرتبط با سلامت جامعه، نوآوری در کاربرد روش‌های آموزشی و درگیر شدن نظام آموزشی در معماری نظام ارایه خدمات، خود را نشان می‌دهد. پیامد مهم ادغام برای نظام ارایه خدمات تحقق تدریجی عدالت، کیفیت، دسترسی و هزینه اثربخشی خدمات می‌باشد. این پیامدها از رفتارهایی ناشی می‌شوند که باید در نظام ادغام یافته قابل مشاهده باشند. به اهمّ این رفتارها در ذیل اشاره می‌شود. به عبارت ساده، میزان تعامل دو نظام آموزشی و ارایه خدمات در رابطه با هر یک از موارد زیر، که مصداق‌های عینی از نقاط تعامل این دو می‌باشند، میزان ادغام و تأثیر آن بر این دو نظام را نشان خواهد داد.

۱. سیاستگذاری و برنامه‌ریزی‌های مشترک
۲. مشارکت فعال نظام آموزشی و نظام ارایه خدمات در تعیین اولویتها و

نیازها و انتظارات جامعه

۳. بازنگری برنامه‌های آموزشی با تأکید بر عوامل مهم تأثیر گذار بر سلامت افراد و جوامع

۴. تغییر در الگوهای آموزشی و خروج از مرزهای آموزش سنتی

۵. درگیر شدن نظام آموزشی در موضوعاتی چون کیفیت و هزینه مراقبتها، دسترسی آسان به خدمات، کارتیمی، تخصیص منابع، مدیریت و رهبری نظام ارایه خدمات و تغییر و تحول دائمی در آن

۶. مشارکت نظام آموزشی در اصلاح نظام عرضه خدمات، ارایه نوآوریها در طراحی و ارایه خدمات و پیش‌بینی تحولات آتی نظام ارایه خدمات

۷. حضور نظام آموزشی در کلیه سطوح و عرصه‌های نظام ارایه خدمات به منظور آموزش و ارایه خدمت

۸. خروج پژوهش از چهار دیواری دانشکده‌های پزشکی و ورود به عرصه‌های گسترده نظام عرضه خدمات و جامعه

موارد بالا نشان می‌دهند که در پرتو ادغام، عملاً مرزهای سنتی موجود بین نظام آموزشی با جامعه و نظا م ارایه خدمات برداشته می‌شود. مهمتر از آن، نظام آموزشی "قرارداد اجتماعی" به فراموشی سپرده شده خود با جامعه را احیا می‌کند و همه نبوغ و منابع خود را برای عمل به مسئولیت اجتماعی و پاسخگویی به نیازهای جامعه بکار می‌گیرد. در شرایط ادغام، نظام آموزشی نه از طریق نظام ارایه خدمات و نه در کنار آن، بلکه پیشاپیش نظام ارایه خدمات و با رهبری تحولات مربوط به سلامت جامعه، شرایط را برای تحقق رسالت خود و رسالت نظام ارایه خدمات فراهم می‌سازد.

پیامد مهم ادغام برای نظام ارایه خدمات تحقق تدریجی *عدالت*، *کیفیت*، *دسترسی* و *هزینه اثربخشی* خدمات می‌باشد. (به گونه‌ای که در حال حاضر در دورافتاده‌ترین مناطق کشور نیز دسترسی به خدمات سلامتی به راحتی میسر است)

دستاوردهای ادغام

اصولاً هر جا درباره ادغام نظام آموزشی و نظام ارایه خدمات بحث می‌شود، صرف نظر از مقیاس ادغام، بحث‌ها حول پاسخگویی نظام آموزشی به عنوان دستاوردها و پیامدهای غایی آن دور می‌زند. بدین معنی که همواره "پاسخگویی اجتماعی" نظام آموزشی انگیزه ادغام بوده و می‌باشد. بنابراین نطفهٔ ادغام در بستر ضرورت پاسخگویی نظام آموزشی بسته می‌شود و نتایج ادغام را نیز باید در همین بستر جستجو کرد. از طرف دیگر پاسخگویی نظام آموزشی موضوعی نیست که با ادغام ساختاری یا یک سری اقدامات سطحی تحقق یابد. بلکه پاسخگویی مستلزم تحولات اساسی در نظام آموزشی است به طوری که همه فرایندهای نظام آموزشی، در تحقق پاسخگویی آن نقش مؤثر و هم نیرو بخش داشته باشند.

ادغام موجب تغییر پارادایم در نظام آموزشی و به دنبال آن تغییر در نگاه‌ها، باورها، الگوهای ذهنی و رویکردها به آموزش پزشکی و به تبع این‌ها تغییر در محتوای برنامه‌ها و راهبردهای آموزشی، تغییر در نگرش اعضای هیأت علمی به آموزش و پژوهش و در یک جمله ورود آموزش و پژوهش به دنیای واقعی‌تر می‌شود. به موازات این تغییرات در نظام آموزشی، تغییرات وسیعی نیز ممکن است در نظام سلامت به وجود آید. از جمله این تغییرات عبارتند از موضوعات مرتبط با سیاستگذاری، طراحی و اصلاح نظام ارایه خدمات، مدیریت نظام ارایه خدمات، تغییر در رویکرد برنامه‌ها به سلامت جامعه، نحوه استقرار، ارایه و ارتقای کیفیت خدمات. این تغییرات به هیچ‌وجه یک شبه و برای یک بار اتفاق نمی‌افتند بلکه نظام ادغام یافته با پویایی خود " تغییر" را به یک جریان دائمی اثربخش تبدیل می‌کند و از این طریق ابتکار و نوآوری را در همه زمینه‌ها نهادینه می‌کند.

تغییرات در حد ادعا باقی نمی‌ماند بلکه پیامدها و دستاوردهای نظام ادغام یافته قابل سنجش می‌باشد. بدین معنی که شاخص‌های پاسخگویی به نیازها و

انتظارات جامعه ابزار سنجش دستاوردها و پیامدهای ادغام را تشکیل می‌دهند. درکشورهای پیشرفته چون تقاضای ادغام تقریباً همیشه از جانب نظام آموزشی مطرح بوده است، به همین دلیل می‌توان نتایج ادغام را در برآورده شدن نیازها و انتظارات جامعه و ارتقای سلامت آن پیگیری کرد. همین امر باید در نظام ادغام یافته ما نیز صادق باشد. ولی در این ارتباط مشکلات و تنگناهایی وجود دارد که بعداً به ریشهٔ آنها اشاره خواهد شد. به طور خلاصه ادغام خواستار تحول در نظام آموزشی به منظور پاسخگویی بهتر به نیازها و انتظارات جامعه و به تبع آن تحول در نظام سلامت می‌باشد. تحقق این امر تابع درک درست ادغام، دیدن ادغام به عنوان یک فرایند مستمر و مدیریت تغییرِ ناشی از آن در طول زمان، می‌باشد. اگر در کشور ما به اهداف متعالی برخاسته از فلسفه ادغام کمتر دست یافته ایم، باید ریشه ناکامی‌ها را در نحوه برخورد با ادغام جستجو کرد نه در فلسفه آن. البته باید به این نکته اشاره کنم که ممکن است سیاست سرنوشت سازی، مثل ادغام، ذاتاً مؤثر باشد ولی اثربخشی آن در دنیای عینی، به شرایط، زمینه‌ها و عوامل متعدد تصمیم‌گیری و اجرایی بستگی دارد. همین تفاوت‌ها هستند که موجب می‌شوند یک سیاست در جایی مؤثر واقع شود و در جای دیگری غیرمؤثر واقع شود. مهمترین دستاوردهای موجود در زمینه ادغام که بر اساس چند مطالعه و یک بررسی جامع کشوری و بین‌المللی به قرار زیر است.

۱. گسترش عرصه‌های آموزش در رشته‌های مختلف
   - افزایش بیمارستانها و تخت‌های آموزشی
   - ایجاد *فیلدهای آموزشی* در شبکه‌های بهداشتی کشور
   - امکان استفاده از سایر عرصه‌های پاراکلینیک و عرصه‌های آموزش در جامعه

۲. افزایش تعداد و تنوع رشته‌های آموزشی در سطوح مختلف علوم پزشکی به تناسب نیاز جامعه
   - دوره‌های تخصصی و فوق تخصصی و PHD

- دوره‌های کارشناسی ارشد در رشته‌های گوناگون

۳. افزایش تعداد دانشجویان رشته‌های علوم پزشکی

۴. افزایش تعداد و رتبه‌های دانشگاهی اعضای هیأت علمی

۵. بهبود نسبت استاد به دانشجو

۶. افزایش تعداد دانش‌آموختگان و بهبود نسبت پزشکان و پیراپزشکان به جمعیت، با وجود دو برابر شدن جمعیت کشور!

۷. افزایش تعداد دانشگاهها و دانشکده‌های علوم پزشکی

۸. افزایش تعداد مقالات علمی‌و ارتقای جایگاه علمی‌کشور از رتبه ۱۰۱ جهانی در سال ۱۳۵۷ به رتبه ۲۵ در سال ۱۳۸۷

۹. افزایش کمی و کیفی روش‌های تشخیص و درمان در تقریبا" تمامی موارد علوم پزشکی و عدم نیاز به اعزام بیمار به خارج

۱۰. افزایش تولید دارو و مواد بیولوژیک در کشور و کاهش واردات آنها

۱۱. افزایش مراکز پژوهشی و گسترش پژوهش‌های کاربردی در سطح کشور بر اساس نیازهای سلامت کشور

۱۲. ایجاد شبکه مراکز توسعه آموزش پزشکی (EDC) در دانشگاه‌های علوم پزشکی و ایجاد تحول چشمگیر در توسعه کمی‌و ارتقای کیفی آموزش اعضای هیأت علمی‌در زمینه‌های:

- برنامه‌ریزی و مدیریت
- روش ارزیابی و ارزشیابی آموزشی
- روش تدریس
- فناوری آموزشی

۱۳. تصویب قانون آموزش مداوم و تضمین کیفیت در آموزش مداوم جامعه پزشکی مطابق با نیازهای جامعه

۱۴. اجرای طرح‌های جامع ارزشیابی و اعتبار سنجی در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور

۱۵. بهبود شاخص‌های بهداشتی کشور:

- افزایش طول عمر
- کاهش رشد جمعیت
- کاهش مرگ و میر کودکان
- کاهش بیماری‌های عفونی
- توسعه مراقبت‌های بهداشتی در زمینه
- افزایش دسترسی به خدمات بهداشتی سراسر کشور
- بهبود کنترل بیماری‌های واگیر

۱۶. توسعه کمی‌و کیفی تجهیزات پزشکی کشور

۱۷. بازنگری برنامه‌های آموزشی و بهبود روشها و محتوای آموزشی باتوجه به نیاز جامعه

۱۸. اجرای طرح‌های پژوهشی و آموزشی و توسع‌های متنوع و شاخص در زمینه‌های گوناگون بهداشتی، درمانی و مدیریتی با همکاری WHO، UNICEF، UNESCO و گسترش همکاریها و جایگاه بین‌المللی علوم پزشکی در ایران

۱۹. تشکیل شعب بین‌الملل دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی در راستای جذب دانشجویان از کشورهای خارجی و ترویج فرهنگ ایرانی و اسلامی و جلوگیری از خروج جوانان کشور

تغییرات پس از ادغام در جدول ۲ خلاصه شده‌اند.

جدول ۲) تغییرات پس از ادغام

۱- گسترش عرصه‌های آموزشی

- افزایش بیمارستان‌ها و تخت‌های آموزشی
- ایجاد فیلدهای آموزشی در شبکه‌های بهداشتی درمانی

۲- بهبود شاخص‌های بهداشتی کشور

- افزایش طول عمر
- توسعه مراقبت‌های بهداشتی
- کاهش مرگ و میر
- افزایش دسترسی
- کاهش رشد جمعیت
- پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر

۳- افزایش تعداد و تنوع رشته‌های آموزشی به تناسب نیاز جامعه و بهبود کمی و کیفی آموزش پزشکی

- دوره‌های تخصصی و فوق تخصصی
- دوره‌های کارشناسی ارشد و PhD
- افزایش تعداد دانشجویان رشته‌های علوم پزشکی
- افزایش تعداد رتبه‌های دانشگاهی
- بهبود نسبت استاد به دانشجو
- افزایش تعداد دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی
- عدم نیاز به اعزام بیمار به خارج
- افزایش تولید دارو و مواد بیولوژیک در کشور
- افزایش مراکز پژوهشی و گسترش پژوهش‌های کاربردی
- ایجاد شبکه مراکز توسعه آموزش پزشکی

موافقین و مخالفین ادغام دیدگاه‌های کاملاً متفاوتی در رابطه با دستاوردها و پیامدهای ادغام دارند. قبل از هر چیز اشاره به یک نکته ضروری است و آن این که به نظر می‌رسد دیدگاه‌های طرفین بیشتر براساس برداشت‌های آنان از شرایط جاری، یعنی موفقیتها یا مشکلات و تنگناهای اجرایی موجود شکل گرفته است

تا براساس شواهد محکم قابل اتکا. این دیدگاه‌ها اگرچه واقعی و ارزشمند هستند ولی ممکن است همه حقایق مرتبط با دستاوردها و پیامدهای ادغام را منعکس نکنند. همه مخالفین و موافقین ادغام اذعان دارند که ادغام در بُعد تربیت نیروی انسانی کاملاً موفق بوده است. در این زمینه حتی به مرز خود کفایی نیز رسیده ایم. مخالفین معتقدند ادغام و در نتیجه افزایش نیروی انسانی در بهبود شاخص‌های بهداشتی نیز تأثیر داشته باشد، اگرچه نمی‌توان با اطمینان گفت که چه مقدار از بهبود شاخص‌های بهداشتی در نتیجه ادغام حاصل شده است. همچنین مخالفین معتقدند ادغام در توزیع عادلانه خدمات بهداشتی درمانی مؤثر بوده باشد. یکپارچه شدن نظام مسئول تربیت نیروی انسانی و نظام توزیع و استفاده کننده نیروی انسانی ممکن است به عدالت اجتماعی در دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی منجر شده باشد.

صاحب نظران آموزش پزشکی کشور نیز در عین حال که از فلسفه ادغام حمایت می‌کنند ولی تردیدی ندارند که از همه ظرفیت‌های ادغام بدرستی استفاده نشده است. بدون آنکه در اینجا به دلایل این موضوع بپردازیم، به نکات چندی در رابطه با دستاوردهای ادغام اشاره می‌کنیم. با این توضیح که اگر عینک بدبینی یا خوش بینی افراطی را کنار بگذاریم، هنوز هم می‌توانیم برخی از دستاوردهای ادغام را فهرست وار ذکر کنیم. ادغام موجب شده است:

۱. در برنامه‌ریزی‌های آموزشی همه رشته‌های تخصصی، محتوای برنامه‌ها تا حدودی براساس نیازهای سلامت کشور تعیین شود.

۲. در آیین نامه ارتقای اعضای هیأت علمی، به ابعاد مختلف رسالت آنان وزن مناسب داده شده شود.

۳. تقریباً در همه کمیته‌های مرتبط با برنامه‌های کشوری نظام ارایه خدمات، اعضای هیأت علمی‌دانشگاه‌ها عضو فعال و تعیین کننده داشته باشند.

۴. به تدریج دستورالعمل‌های ارایه خدمات در محتوای آموزشی و ارزشیابی دوره‌های تخصصی وارد شود.

۵. برای کاربردی کردن نتایج تحقیقات انجام شده در کشور، مقالات منتشر شده در مجلات پزشکی معتبر داخلی جزو منابع امتحانی دوره‌های تخصصی قرار داده شود.

۶. در همه دانشگاه‌ها، برای گسترش عرصه‌های خارج بیمارستانی اقداماتی انجام داده شود، اگرچه ممکن است اقدامات انجام گرفته شده کافی نباشد.

۷. در تصمیم‌گیری‌های مرتبط با گسترش آموزش عالی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تعامل بسیار نزدیکی بین معاونت‌های مختلف، از جمله معاونت‌های آموزشی و سلامت، به وجود آید.

۸. در برنامه‌های راهبردی رشته‌های تخصصی و فوق تخصصی پاسخگویی به نیازهای سلامت کشور به طور برجسته مد نظر قرار گیرد.

۹. آموزش مداوم شکل قانونی به خود گرفته و به صورت فراگیر انجام گیرد.

به نظر اساتید برجسته کشور اگر ادغام انجام نگرفته بود، تحقق همه یا اغلب موارد بالا غیر ممکن بود. این بدین معنی نیست که در حال حاضر نظام آموزشی یا نظام ارایه خدمات مشکل ندارند یا از همه ظرفیت‌های بالقوه ادغام استفاده شده است. بلکه این مطالب نشان می‌دهد که کارهای مثبت زیادی در قالب ادغام انجام گرفته است، اگرچه آنچه اتفاق افتاده است بسیار کمتر از حد انتظار می‌باشد. اما در کل باید باید اذعان داشت بخشی از موفقیت‌های زیر ناشی از الگوی ادغام بوده است.

۱. در سال ۱۳۶۳ در کشور ۱۴۰۰۰ نفر پزشک داشته‌ایم که در سال ۱۳۷۹ به ۷۰۰۰۰ و در سال ۱۳۸۷ نزدیک ۱۰۰هزار نفر نفر رسیده است. به طوری که نسبت پزشک به هزار نفر جمعیت در کشور از ۰/۳۹ نفر در سال ۱۳۶۳ به ۱/۰۴ در سال ۱۳۷۹ رسیده است در سال ۱۳۶۳ حدود ۵۴٪ پزشکان عمومی‌و ۸۷٪ متخصصین و ۶۶٪ دندانپزشکان در تهران و ۵ شهر بزرگ حضور داشتند. ولی

اکنون در اکثر شهرهای کشور متخصص و تقریباً در تمام مراکز استانها و برخی شهرها فوق تخصص در بسیاری از رشته‌ها در دسترس مردم هستند.

۲. در سال ۱۳۶۳ تعداد تخت‌های ثابت ۵۰۷۶۰ و درسال ۱۳۷۹به ۱۰۴۴۰۰ تخت رسیده است نسبت تخت ثابت به یکصدهزار نفر جمعیت از ۱۵۴ در سال ۱۳۶۳ به ۱۶۴ در سال ۱۳۷۹ رسیده است. در ۵ سال گذشته حدود ۶۴۱۵ تخت به مجموعه تخت‌های کشور افزوده شده است. این در حالی است که در این مدت جمعیت کشور حدود ۳۶۵۰۰۰۰ نفر افزایش یافته، تعداد شهرها در کشور به سرعت توسعه پیدا کرده اند. افزایش تعداد تختها با سرمایه گذاری دولت انجام شده است. (۵۵٪ تخت‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تخت آموزشی است.)

۳. تعداد اعضاء هیأت علمی‌تمام وقت پزشکی از ۳۱۵۳ نفر در سال ۱۳۶۳ به بیش از ۱۱۰۰۰ نفرافزایش یافته است تعداد اعضای هیأت علمی در گروه پزشکی نسبت به سال ۱۳۵۷ حدود ۶ برابر و تعداد دانشجو ۴ برابرشده است. در وزارت علوم، تحقیقات و فنآوری تعداد هیأت علمی تمام وقت از ۱۰۴۱۶ نفر در سال ۱۳۵۷ با ۱۵۰۰۸۷ دانشجو (بجز دانشجویان پزشکی۲۵۵۸۸ نفر) به ۱۲۱۲۳ نفر هیأت علمی با ۴۸۰۶۴۷ دانشجو که ۱۸۴۷۹۸ نفرآن مربوط به دانشگاه پیام نور می‌باشد، در سال ۱۳۷۹ رسیده است.

مرتبه علمی‌اعضای هیأت علمی وزارت علوم، تحقیقات و فنآوری در سال ۱۳۵۷ نسبت به سال ۱۳۷۹، استاد از۹ به۵/۴۲، دانشیار از ۱۲به ۹/۰۳ و استادیار از ۲۸/۵ به ۳۸/۴۲ و مربی از۳۰/۳ به ۴۵/۱۶ و مربی آموزشیار از ۲۰/۲ به۱/۹۷درصد تغییر پیدا کرده است. نسبت دانشجو به هیأت علمی با احتساب دانشگاه پیام نور۴۰ بدون احتساب دانشگاه پیام نور۲۴ است.

- نسبت دانشجویان دوره‌های تحصیلات تکمیلی به کل دانشجویان گروه پزشکی از ۲/۳٪ در سال ۱۳۶۳ به حدود ۱۰٪ در سال ۱۳۷۹ افزایش یافته است. این شاخص در دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران و ایران به ۱۹٪

می‌رسد. در دانشگاهها و مؤسسات آموزش عالی وابسته به وزارت علوم، تحقیقات و فناوری این نسبت حدود ۱۰٪ است.

- فضای آموزشی از ۱۱/۵ متر مربع به ازای هر دانشجو در سال ۱۳۶۸ به ۱۲/۶ متر مربع در سال ۱۳۷۶ افزایش یافته است.

همانطور که ملاحظه می‌شود تعداد هیأت علمی، رتبه علمی، نسبت دانشجو به هیأت علمی‌و درصد دانشجویان تحصیلات تکمیلی که در آموزش عالی به عنوان شاخص‌های کیفی مطرح می‌شود درگروه پزشکی به مراتب سیر بهتری را طی کرده است.

ضمن آنکه برای بهبود کیفیت آموزش پزشکی اقدامات زیر انجام شده است که در اکثر موارد در آموزش عالی غیر گروه پزشکی کشور مشابه ندارد.

- ایجاد مراکز توسعه آموزش پزشکی به منظور توانمند سازی هیأت علمی در جهت بهبود آموزش، پژوهش و ارایه خدمات بالینی و مدیریتی و بهبود برنامه‌ریزی آموزشی
- برگزاری سالانه امتحان جامع علوم پایه و بالینی
- ارزیابی درونی به منظور بهبود مستمر کیفیت یاری دادن به خود تنظیمی‌امور نظام دانشگاهی، مشارکت دادن هیأت علمی در شفاف سازی امور دانشگاه‌ها، قدرت سپاری به آنها و پاسخگو نمودن دانشگاه‌ها که از سال ۱۳۷۵ درشش گروه به طور آزمایشی شروع و اکنون در ۱۳۵ گروه آزمایشی در ۳۵ دانشگاه علوم پزشکی در دست اجرا است. این امر در کشورهای هلند، فنلاند، دانمارک و سوئد نیز اجرا می‌گردد.
- برگزاری کارگاه‌های روش تدریس، تحقیق و مقاله نویسی برای اکثر اعضای هیأت علمی
- برگزاری ۴ همایش بین‌المللی درزمینه آموزش پزشکی
- توسعه تحقیقات آموزشی
- اجرای برنامه آموزش مداوم برای فارغ التحصیلان توسط دانشگاه‌های

علوم پزشکی

- برگزاری کارگاه‌های آموزش و مدیریت کیفیت جامع بمنظور بهبود مستمرکیفیت خدمات آموزشی، بهداشتی و درمانی
- ایجاد پایگاه‌های اطلاعاتی و دسترسی به اینترنت در دانشکده‌ها و بیمارستانها
- ایجاد دوره آموزشی از راه دور
- جامعه‌نگر نمودن آموزش پزشکی (یادگیری در عمل در عرصه خدمات بالینی)
- اجرای طرح اعتبار بخش دانشکده‌های پزشکی در سال ۱۳۷۹
- فراهم نمودن تجهیزات پیشرفته آموزشی
- بازنگری برنامه‌های درسی مبتنی بر نیازهای جامعه

۴. تعداد ۲۱ رشته فوق تخصصی راه اندازی شده است (بهبود کیفیت)

۵. تعداد دستیاران رشته‌های تخصصی به ۶۰۰۰ نفر افزایش یافته است.

۶. تعداد دانشکده‌های پزشکی از ۹ به ۵۱ مورد افزایش یافته است.

۷. تعداد رشته PhD و کارشناسی ارشد بترتیب به ۳۴ و ۴۴ مورد افزایش یافته است (بهبود کیفیت)

۸. تعداد مقالات علمی منتشر شده در مجلات معتبر در داخل از ۱۶۰مقاله درسال ۱۳۷۳ به ۱۸۴۷ مورد در سال ۱۳۷۹ رسیده است.

۹. تعداد مجله‌های علمی از ۵ مجله به قریب ۱۰۰ مجله افزایش یافته است.

۱۰. تعداد مراکز تحقیقاتی افزایش چشمگیری داشته است.

۱۱. پیوند اعضاء از ۶ مورد در سال ۱۳۶۳ به ۱۲۱۷ مورد در سال ۱۳۷۹ رسید به گونه‌ای که در حال حاضر نه تنها کمترین نیاز برای اعزام بیمار به خارج از کشور وجود دارد بلکه زمینه توریسم درمانی در کشور فراهم شده است و کشور پذیرای بیماران خارجی است.

۱۲. کاهش اعزام بیماران به خارج به علت موفقیت‌های بخش در پاسخگویی به نیاز بیماران از تعداد ۱۱۰۰۰ نفردر سال‌های ۱۳۶۵ تا ۱۳۶۷ به حدود ۲۰۰ نفر در سال ۱۳۷۸ کاهش یافته و این باعث ۶۰۰ میلیون دلار صرفه جویی ارزی گردیده است.

۱۳. تجهیزات پیشرفته پزشکی شامل M. R. I، CTSCAN، دستگاه‌های آنژیوگرافی، شتاب دهنده، تصویر برداری گاما، سنگ شکن، مانیتورینگ کنار تخت‌های ویژه در این چند سال اکثراً برای بیمارستان‌های آموزشی خریداری شده است.

۱۴. کنترل رشد جمعیت از ۳/۸ درصد از دهه اول انقلاب به ۱/۳ درصد در سال ۱۳۷۹ رسیده است و در این مدت از افزایش بیش از ۱۰ میلیون نفرجمعیت جلوگیری شده است.

۱۵. کاهش مرگ مادران به ازای یکصد هزار تولد از ۱۴۰ نفر در سال ۱۳۶۳ به ۳۷/۴ نفر در سال ۱۳۷۹ رسیده ازمرگ ۲۵۰۰۰ مادر جلوگیری شده است. این شاخصها در مقایسه با سایر کشورها که از نظر درآمدی مشابه ایران هستند بهتر است.

۱۶. کاهش مرگ کودکان زیر یکسال و ۵ سال به ازای یکهزار تولد زنده به ترتیب از ۵۱ و ۷۰ درسال ۱۳۶۳ به ۲۶ و ۳۳ درسال ۱۳۷۹ رسیده است که باعث جلوگیری از مرگ ۴۵۰۰۰۰ کودک در کشور ما شده است و این شاخص درمقایسه با کشورهای با درآمد مشابه در ایران بهتر است.

۱۷. پوشش واکسیناسیون برعلیه ۷ بیماری واگیردار قابل کنترل با واکسن از ۲۰ ٪ درسال ۱۳۶۳ به بالای ۹۵ ٪ در سال ۱۳۸۰ رسیده است.

۱۸. با اجرای برنامه کشوری کنترل بیماری تالاسمی‌تعداد متولدین تالاسمی ماژور از ۱۲۰۰ مورد در سال ۱۳۷۶ به ۸۶۰ مورد در سال ۱۳۷۹ نفر کاهش یافته است.

۱۹. حذف پست‌های سازمانی شامل ۲۰٪ مشاغل مدیریت و سرپرستی و

پیش از ۷۰۰ پست سازمانی در حوزه ستادی وزارتخانه و حذف ۲۰٪ از مشاغل مدیریت و سرپرستی در دانشگاه‌های علوم پزشکی و سازمان‌های منطقه‌ای بهداشت و درمان استانها و حذف تعداد۲۱۹۸۹ پست سازمانی از مجموعه پست‌های سازمانی دانشگاهها و سازمان‌های منطقه‌ای و نگهداری آنها دربانک پست بمنظور استفاده از توسعه‌های جدید و حذف تعداد ۷۵۱۴ پست سازمانی تا پایان برنامه دوم توسعه که تمام موارد فوق درجهت ارتقای کارآیی و کاهش بار مالی دولت بوده است.

۲۰. در اثر تأمین نیروی انسانی مورد نیاز کشور در داخل و عدم نیاز به پزشکان خارجی که در سال ۱۳۶۳ حدود ۳۱۵۳ نفر در ایران بوده‌اند حدود ۹۰۰ میلیون دلار صرفه جویی ارزی صورت گرفته است.

پیامدهای عمده ادغام آموزش پزشکی و ارایه خدمات بهداشتی درمانی را می‌توان به صورت جدول ۳ خلاصه کرد

.جدول ۳) خلاصه‌ای از پیامدهای مهم ادغام آموزش پزشکی و ارایه خدمات بهداشتی درمانی

- کفایت نیروی انسانی مورد نیاز کشور
- توانمندتر شدن صاحبان حرفه پزشکی در ارایه خدمات بهداشتی درمانی
- سیاستگزاری در برنامه‌ریزی‌های مشترک
- مشارکت فعال نظام آموزشی و نظام ارایه خدمات در تعیین اولویت‌ها و نیازهای جامعه
- بازنگری برنامه‌های آموزشی و خروج از مرزهای آموزش سنتی
- درگیر شدن نظام آموزشی در موضوعات سلامت

کیفیت و هزینه مراقبت‌ها، دسترسی آسان به خدمات، کار تیمی، مدیریت و رهبری و...)

- مشارکت نظام آموزشی در اصلاح نظام عرصه خدمات، ارایه نوآوری‌ها و پیش‌بینی تحولات
- حضور نظام آموزشی در کلیه سطوح و عرصه‌های نظام ارایه خدمات
- خروج پژوهش از چهار دیواری دانشکده‌های پزشکی و ورود به جامعه

ادغام و آموزش پاسخگو

دانشگاه‌ها و دانشکده‌ها با فلسفه وجودی پاسخگویی به نیازها و انتظارات جامعه پا به عرصه وجود گذاشتند. به عبارت دیگر، پاسخگویی جزو جدا نشدنی از فلسفه وجودی مراکز آموزشی- از بدو شکل‌گیری آنها- بوده است و این فلسفه وجودی هرگز قابل اغماض و انکار نبوده و نمی‌باشد. دانشکده‌های پزشکی نیز از این قاعده مستثنی نبوده‌اند. با این تفاوت که "گذرگاه" دانشکده‌های پزشکی برای پاسخگویی به نیازها و انتظارات جامعه، نظام ارایه خدمات بوده است. بناچار" پاسخگویی" در یک " کل" یکپارچه‌ای که از تعامل دانشکده، جامعه و نظام ارایه خدمات شکل می‌گیرد، معنی پیدا کرده و قابل تفسیر می‌باشد. به عبارت دیگر، از آغاز تشکیل دانشکده‌های پزشکی، دانشکده‌ها در ادغام کامل با جامعه و نظام ارایه خدمات، رسالت خود را قابل تحقق می‌دانستند. به زبان ساده، مفهوم "ادغام" نیز همزاد دانشکده‌های پزشکی بوده است. همان مقدار که پاسخگویی دانشکده‌های پزشکی یا آموزش به نیازها و انتظارات جامعه، امری طبیعی و کاملاً معقول به نظر می‌رسد، ادغام به عنوان "بستر پاسخگویی" نیز امری طبیعی و بدیهی به نظر می‌رسد. به بیان دیگر، ما باید فقدان ادغام را امری غیر طبیعی تلقی کنیم و در تحقق آموزش پاسخگو در فقدان آن، تردید کنیم!

با کمال تأسّف، دانشکده‌های پزشکی به تدریج در درون چهار دیواری‌های خود محصور شدند و رفته رفته ارتباط آنها با جامعه و نظام ارایه خدمات ضعیف‌تر شد و در طول سالیان دراز تقریباً همه فصل مشترک‌های بین این دو از بین رفت و جای خود را به مرز بندی‌های غیر قابل نفوذ داد؛ در نتیجه، در گذر زمان این ارتباط تقریباً قطع گردید. دانشکده‌ها با فاصله گرفتن از نیازها و انتظارات جوامع و برحسب علایق و اولویت‌های خود که نوعاً از علایق و اولویت‌های جوامع متفاوت بودند، رسالت خود را تعریف کردند. از طرف دیگر، نظام ارایه خدمات در غیبت نظام آموزشی و یا حضور کم رنگ آن، عملاً

در صحنه پاسخگویی به مسائل و مشکلات جامعه تنها ماند. نظام ارایه خدمات، بدون حمایت و پشتیبانی نظام آموزشی معلوم است که چه سرنوشتی پیدا می‌کند! تکلیف جامعه نیز در چنین شرایط از هم گسیخته ای، روشن است. ناکامی‌نظام ارایه خدمات در پاسخگویی به نیازها و انتظارات جامعه و نارضایتی مردم کمترین دستاورد این شرایط بود.

مشکل چنان بالا گرفت که از دهه ۱۹۸۰ اندیشمندان آموزش پزشکی ضمن توجه دادن دیگران به مشکلات پیش آمده و حساس سازی آنان به این امر خطیر، به فکر چاره اندیشی افتادند. برای خروج از شرایط پیش آمده راهبردهای زیادی ارایه گردید. اغلبِ این راهبردها به دنبال شکستن حصار دانشکده پزشکی و پیوند مجدد آنَ با جامعه و نظام ارایه خدمات بودند. از نظریه‌های مختلف، از جمله نظریه‌های سازمانی، نظریه‌های مدیریت و رهبری، نظریه‌های تغییر و نظریه‌های یادگیری برای ایجاد تحول در دانشکده‌ها استفاده کردند. علاوه بر آنها، راهبردهایی چون آموزش پزشکی جامعه‌نگر و آموزش مستقر در جامعه نیز برای آشتی مجدد دانشکده‌ها با جوامع و نظام‌های ارایه خدمات پیشنهاد و مورد استقبال قرار گرفتند.

اگر ما به روزهای اولّ تشکیل دانشکده‌های پزشکی برگردیم، بعید به نظر می‌رسد که در روزهای آغازین مرزی بین آنها، جوامع و نظام‌های ارایه خدمات متصور باشد. در آن روزها دانشکده‌های پزشکی بدون مرز بودند و بین آنها، جوامع و نظام‌های ارایه خدمات تعامل آزاد و پویا برقرار بود. به عبارت دیگر بین دانشکده‌ها، نظام‌های ارایه خدمات و جوامع، ادغام واقعی وجود داشته است؛ اگرچه ممکن است در آن روزها از این واژه حتی یک بار هم استفاده نشده باشد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که بازگشت به "ادغام" ما را از اغلب راهبردهای دیگر که درفقدان ادغام ارایه شده‌اند، بی‌نیاز می‌کند. ادغام در بستری طبیعی و قابل درک، در تعامل پویا بین سه عنصر دانشکده پزشکی، نظام ارایه خدمات و جامعه، متضمن آموزش پاسخگو است. با توسل به ادغام، بنیان تحول

در درون دانشکده‌ها گذاشته می‌شود و نظام ارایه خدمات و جامعه از نتیجه آن به نحو مطلوب بهره‌مند می‌شوند. این به معنی مسئولیت‌پذیری و پاسخگو بودن دانشکده پزشکی و به عبارت رساتر، آموزش پاسخگو می‌باشد.

آموزش جامعه‌نگر یعنی آموزشی که به نیازها و انتظارات جامعه پاسخ می‌دهد. به عبارت دیگر جامعه‌نگر بودن آموزش به معنی پاسخگو بودن آن می‌باشد. از منظر رویکرد آموزش جامعه‌نگر هر تصمیمی‌که در هر سطحی از نظام آموزشی گرفته می‌شود باید به توانمندی آموزش برای پاسخگویی به نیازها و انتظارات جامعه کمک کند. اگر اندکی درباره مفهوم آموزش جامعه‌نگر تأمل و دقت کنیم در می‌یابیم که اولاً آموزش جامعه‌نگر یک "رویکرد" یا جهت‌گیری است نه مجموعه‌ای از اقدامات خاص. ثانیاً جامعه‌نگری امری "نسبی" است. بدین معنی که در هیچ زمانی و تحت هیچ شرایطی آموزش صد در صد جامعه‌نگر نخواهد بود. بلکه در صورت عمل به این رویکرد، همواره حرکت به سمت و سوی تحقق آموزشی خواهد بود که بتواند در شرایط موجود، پاسخگوی اهمّ مشکلات جامعه باشد. اگر پاسخگویی به نیازها و انتظارات جامعه و در نتیجه "تعامل" پویای بین آموزش و جامعه یک تقاضای منطقی، مستمر و پایدار است، آموزش جامعه‌نگر نیز باید حاکی از یک حرکت دائمی و پایدار به سمت پاسخگویی به نیازهای جامعه باشد. بنابراین، آموزش جامعه‌نگر یک تصویر ایستا از یک شرایط "ایده آل" که در آن آموزش به همه نیازها و انتظارات جامعه پاسخ می‌دهد، ارایه نمی‌دهد، بلکه تصویری متحرک به سمت کمال را نشان می‌دهد.

برای حرکت به سمت آموزش جامعه‌نگر یا پاسخگو، می‌توان در هر سطحی از سطوح نظام آموزشی و در ارتباط با هر موضوع مرتبط با آن، اقدام مناسب به عمل آورد. اولین و اساسی‌ترین اقدام در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای عمل به این رویکرد، ادغام نظام آموزشی و نظام ارایه خدمات بوده است. با ادغام این دو نظام، بستر لازم برای پاسخگویی آموزش فراهم شده

است. اساساً سه مفهوم ادغام، آموزش جامعه‌نگر و آموزش پاسخگو قابل تفکیک نمی‌باشند. بدین معنی که ادغام زمینه طبیعی و بستر واقعی برای آموزش جامعه‌نگر فراهم می‌سازد و آموزش جامعه‌نگر، ماهیتاً آموزشی پاسخگو است. علاوه بر ادغام به عنوان بنیادی‌ترین اقدام در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای حرکت به سمت آموزش جامعه‌نگر، تحول در سیاستگذاری‌ها، اولویت بندی‌ها، برنامه‌ریزی‌ها، مدیریت و رهبری، ساختار و وظایف در سطوح مختلف، و نیز همسو نمودن تصمیم‌گیری‌ها با الزامات ادغام و رویکرد آموزش جامعه‌نگر، اقدامات ضروری دیگری هستند که باید مورد توجه قرار گیرند.

چالش‌ها و موضوعات مهم در زمینه ادغام در ایران:

اولین مسئله‌ای که در این رابطه توجه ما را جلب می‌کند تفاوت برداشت‌ها درباره مفهوم ادغام است. این تفاوت برداشت ممکن است در باره بسیاری از مفاهیم و از جمله مفهوم ادغام وجود داشته باشد. متأسفانه از بسیاری از مفاهیمی‌که مبنای عمل قرار می‌گیرند، تعریف کاربردی ارایه نمی‌شود. در کشور ما، پس از تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی واژه ادغام رایج گردید و تنها منبعی که می‌توانست تعریفی از ادغام ارایه یا برداشت افراد را شکل دهد ماده اول قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بود که در آن بیشتر جنبهٔ ترکیب یا ادغام ساختاری(یا تشکیلاتی) مطرح می‌باشد. به همین جهت بیشتر افراد مصاحبه شونده تعریف ساختاری از ادغام ارایه داده‌اند. در حالی که ادغام اساساً یک فرایند است۱۵. بدین معنی که در جریان ادغام باید فعالیت‌هایی انجام گیرد تا بتدریج دو یا چند سازمان در هم ترکیب شوند و یک ماهیت یگانه پیدا کنند به طوری که برای رسالت و اهداف مشترک کار کنند.

باید مفهومی‌که مبنای عمل یا تغییر قرار می‌گیرد تعریف کاربردی شود. کاربردی نشدن یک مفهوم پیامدهای نامطلوبی دارد. بدین معنی که، وقتی مفهومی‌کاربردی نمی‌شود نمی‌توانیم درباره آن ارتباط برقرار کرده و بحث و

گفتگو کنیم و همدیگر را درک کنیم. زیرا نمی‌دانیم بـه طـور دقیـق دربـاره چـه چیزی حرف می‌زنیم؛ نمی‌توانیم در رابطه با آن مفهوم کاری انجـام دهـیم، زیـرا ممکن است هر کار مرتبط یا غیر مرتبط را به حساب آن مفهوم بگـذاریم و نیـز نمی‌توانیم دورنمایی از آینده آن مفهوم ارایه دهیم زیرا نمی‌دانیم آینده آن چگونه خواهد بود. به نظر می‌رسد همه این دشواری‌ها در رابطـه بـا مفهـوم ادغـام، در ادغام نظام آموزشی با نظام سلامت در کشورمان، نیز وجود داشته و دارد.

هرگز یک مفهوم از زمینه ظهور و سیر تکاملی تاریخی خود نمی‌توانـد جـدا دیده شود. این امر در رابطه با ادغام نیز صادق است. ادغام آمـوزش پزشـکی بـا نظام سـلامت فلسـفه‌ای دارد ولـی از بـدو تشـکیل وزارت بهداشـت، درمـان و آموزش پزشکی، فلسفه ادغام هرگز به طور روشن بیان نشده است. اگر از ادغام ساختاری صرف نظر کنیم آیا ادغام عملکردی نظام آموزشـی بـا نظـام سـلامت ضرورت دارد؟ به حتم این یک ضرورت است. بدین معنی کـه نظـام آموزشـی می‌تواند ادعا کند که پاسخگوی نیازها و انتظارات جامعه می‌باشد که فرایندهـای آن از پذیرش دانشجو گرفته تا فرایندهای آموزشی در هر سطحی از سطوح آن، با فرایندهای نظام سلامت تعامل برنامه‌ریزی شده‌ای که نتایج آن قابـل سـنجش می‌باشد، داشته باشد. و تعامل بین دو نظام، آنها را بـه سـمت یکپـارچگی پـیش ببرد. در فرایند ادغام در کشورمان حرکت نظام‌های آموزشی و سلامت به سمت یکپارچگی، چندان محسوس نمی‌باشد.

مشکل بعدی نحوه مدیریت ادغام، به عنوان یک تغییر مهم، می‌باشد. ادغام به عنوان یک تغییر مهم باید مدیریت شود. به نظر می‌رسد بسیاری از مشکلاتی که امروزه دامنگیر نظام آموزشی است و به زودی دامنگیر نظام سلامت نیز خواهـد شد، از"مدیریت ادغام" به عنوان اجرای یک سیاست بـزرگ یـا تغییـر اساسـی، ناشی می‌شود. اولین مشکل این است که فرایند ادغام به وضـوح تعریـف نشـده است. یعنی هرگز مشخص نشده است که چه کارهایی، به چـه ترتیبـی، در چـه سطحی و به چه منظوری انجام خواهد گرفت تا در نهایت ادغام تحقـق پـذیرد.

هرگز انتظار نمی‌رود که ادغام به عنوان یک سیاست، اقداماتی را که برای اجرای این سیاست لازم است را دیکته کند. به عبارت دیگر، خود ادغام نمی‌تواند راهنمای اقدام یا عمل قرار گیرد. باید مسیر ادغام به لحاظ اجرایی روشن می‌شد که خودِ این کار نیز بسیار دشوار است. در عین حال که برای تحقق ادغام باید برنامه‌ریزی می‌شد ولی آزمون و خطا نیز ممکن بود در صورت هوشیاری، مددکار رهبران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، به عنوان مجریان سیاست ادغام، باشد.

مشکل بعدی در رابطه با ادغام این است که هرگز اهداف روشنی برای ادغام و راهبردهای مشخصی برای اجرای آن اعلام نشده است. بنابراین بسیاری از افراد حرفه‌ای نمی‌دانند ادغام چیست، فلسفه آن چیست، چه اهدافی دارد و برای تحقق آن چه باید کرد. طبیعی است که نتیجه عملی چنین شرایطی همراه نشدن بدنه نظام آموزشی و بلکه مخالفت آن با ادغام خواهد بود؛ زیرا که آنان از ادغام فقط ادغام ساختارها و پیامدهای منفی ادغام را دیده اند نه چیزی بیش از آن. نقل قول زیر اهمیت موضوع را روشن می‌کند.

> "باید تغییر، مدیریت شود. باید سازمان از مراحل تغییر به سلامت عبور داده شود و این کارِ بسیار دشواری است. اگر تغییر، مدیریت نشود سازمان با بحران مواجه خواهد شد و در چنین شرایطی شکست حتمی‌خواهد بود. همه نتایج و ثمرات پیش‌بینی شدهٔ تغییر زمانی حاصل خواهد شد که طراحان و مجریان تغییر، بتوانند آن را مدیریت کنند. مدیریت تغییر حساس‌ترین و وقت‌گیرترین قسمت از فرایند طراحی، اجرا و تثبیت تغییر می‌باشد. "

برخی از مشکلات جاری از ترکیب دو نظام آموزشی و نظام سلامت به عنوان نظام‌های فعالیت کاملاً بیگانه از هم، که اهداف به ظاهر کاملاً متفاوت دارند، ناشی می‌شود. نظریه فعالیت می‌گوید که هر نظام فعالیت توسعه تاریخی،

اجتماعی و فرهنگی خاص خود را دارد. بنابراین ادغام دو نظام فعالیت متفاوت عملاً بسیار مشکل است. نقطه آغاز برای ادغام، ارایه یک دورنمای روشن از آینده ادغام و سپس تعریف رسالت و اهداف مشترک برای عینیت بخشیدن به آن دورنما می‌باشد. نکته بعدی برقراری ارتباط دائمی‌و مؤثر بین همه افراد ذینفع می‌باشد. روشن بودن دورنما، رسالت، اهداف، مسیر اجرایی و برقراری ارتباط دائمی‌بین افراد ذینفع موجب می‌شود مشکلات و مخالفت‌های پنهان، به طور مستمر آشکار شده و برطرف گردد. زیرا که در درون یک نظام فعالیت و نیز در تعامل آن با نظام فعالیت دیگر همواره تضادها و اختلاف نظرهایی بروز می‌کند که باید زمان و فضا برای پرداختن به آنها در نظر گرفته شود والاّ به مرور زمان سیستم دچار فرسایش می‌شود. تحقق ادغام محتاج شرایط و مقدماتی است که در صورت غفلت به ناکامی‌منجر می‌شود.

مشکل اساسی دیگر این بوده است که ادغام در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در طول سالیان متمادی فاقد رهبری قوی و تأثیرگذار بوده است. هر تغییری با رهبران یک سازمان شروع می‌شود و به قدرت رهبری آنان استقرار پیدا می‌کند. احتمالاً به دلیل برداشت‌های متفاوت از ادغام، هرگز ادغام در طول سال‌های گذشته از یک رهبری آگاه، معتقد، متعهد و پیش برندهٔ ادغام برخوردار نبوده است.

> "باید رهبری سازمان در آغاز و ادامه تغییر انرژی لازم را به سازمان تزریق کند. تیم مدیریت ارشد سازمان باید پرچم دار تغییر باشد و از هر فرصت مناسب برای تأثیرگذاری بر کارکنان سطوح مختلف و همراه کردن آنان با حرکت استفاده نماید و با تزریق انرژی لازم آهنگ تغییر را حفظ کند. "

مشکل بعدی این است نتایج مورد انتظار از ادغام در بدو شروع آن به عنوان یک تغییر، مشخص نشده است. از ابتدا خیلی روشن نبود که ادغام چه نتایج

مورد انتظاری خواهد داشت. بدیهی است زمانی که خود معنی ادغام روشن نیست، مراحل و توالی فعالیت‌های مرتبط با ادغام روشن نیست و اهداف آن تبیین نشده است نمی‌توان انتظار نتایج فوق العاده داشت. امروز آنچه در صحنه عمل مشاهده می‌شود در برخی موارد ناامید کننده است. به نظر می‌رسد هر روز از استانداردهای جهانی در زمینه آموزش دور می‌شویم و نظام سلامت نیز از محصولات آن ناراضی است. آنچه اتفاق افتاده است با فلسفه ادغام در تضاد است!

"... قبل از اجرای تغییر و با توجه به ابعاد آن، باید نتایج تغییر پیش‌بینی شود.... اگر درمرحله طراحی، نتایج پیش‌بینی نشود، معلوم نخواهد بود که سازمان برای دستیابی به کدام نتایج باید تلاش نماید. پیش‌بینی نتایج انگیزه حرکت و تلاش را تقویت می‌کند و پیشاپیش زمینه را برای پذیرش دستارودهای تغییر فراهم می‌کند. "

سایر چالش‌های موجود در زمینه ادغام در ایران به قرار زیر است:

۱. گسترش ادغام و بهبود کیفیت آن در کلیه سطوح و مراکز دانشگاهی و ایجاد الگوی مناسب

۲. اصلاح مدیریت بیمارستان‌های آموزشی و برقراری انسجام و کیفیت مناسب بر محور نیازهای سلامت جامعه، بیمار و دانشجو

۳. بازنگری همه جانبه در هرم نیروی انسانی در سطوح عمومی و تخصصی پزشکی و سنجش نیازهای حال و آینده و تعیین ظرفیت‌های دانشجویی در یک سیستم کارآمد و پویا

۴. سرمایه‌گذاری عمومی، فنی، مدیریتی و مالی برای شکل‌گیری پزشکی خانواده برای بهبود کارآیی پزشکان عمومی‌و شکل‌گیری نظام مراقبت جامع خانواده

۵. بهره‌گیری بیشتر از فناوری آموزش الکترونیکی و آموزش از راه دور با گسترش شبکه OLN

۶. حرکت بسوی مدیریت غیرمتمرکز و استقلال دانشگاهها

۷. ایجاد زمینه مدیریت راهبردی بر پژوهش‌های علوم پزشکی و حمایت واقعی از حقوق و دستاوردهای پژوهشی (حقوق دانشگاه و اعضای هیأت علمی) با شکل دهی و هدایت منابع و کارفرمایان و مصرف کنندگان واقعی پژوهشها

۸. اصلاح جایگاه اجتماعی و اشتغال دانش‌آموختگان برای پیشگیری از افت کیفیت آموزش و فرار مغزها

۹. اصلاح بودجه سرانه بهداشتی و آموزشی با توجه به نیازهای رشته‌های تخصصی و فوق تخصصی، تغییر الگوی بیماریها در جامعه و افزایش هزینه‌های موجود

۱۰. اصلاح نظام ارجاع و سطح بندی خدمات، با پیاده کردن طرح پزشکی خانواده و طرح ساماندهی بیمه‌ها

۱۱. بهبود کیفیت آموزش بالینی از راه افزایش فرصت آموزشی اعضای هیأت علمی‌و بهبود نقش فراگیران بالینی.

علیرغم ادغام سازمانی و ساختاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، هنوز ادغام کامل عملیاتی در سطوح مختلف، تحقق نیافته است. لازمه بهره‌مندی مطلوب از فلسفه مترقی ادغام، دستیابی به تحلیل جامع از وضعیت موجود است تا بتوان برمبنای آن گام‌های آینده را مستند به شواهد علمی‌و در راستای حفظ منافع ملی و ارتقای کیفیت *آموزش و خدمات پزشکی* با اطمینان کامل برداشته و از اتلاف نیرو و سرمایه و دوباره‌کاری جلوگیری کرد.

در سال ۱۳۸۱ موضوع انتزاع مجدد عرصه‌های آموزش پزشکی با نظام ارایه خدمات از جانب نمایندگان مجلس مطرح گردید و بحث‌های مهمی‌را به دنبال داشت. در بین مجامع علمی‌کشور نیز همواره به ادغام آموزش در نظام ارایه خدمات با دیده تردید نگریسته شده است، این درحالیست که اکثر صاحب نظران بر لزوم وجود ارتباط منطقی بین دانشگاه و جامعه و مبتنی بودن اهداف

آموزش بر نیاز جامعه تأکید داشته‌اند.

انتقادات بر ادغام:

۱. فرهنگ سازی و بستر سازی نشده است

۲. دیدگاه ادغام آموزش پزشکی با بهداشت و درمان به اهداف مورد نظر خود نرسیده و انتقادات زیادی بر آن وارد شده است. از جمله:

- ضرورت ادغام افزایش پذیرش دانشجو و در نتیجه آموزش نیروی انسانی مورد نیاز برای ارایه خدمت به مردم ایران در نظام سلامت بوده است ولی در حال حاضرتعداد زیادی از فارغ التحصیلان این گروه بیکار هستند لذا موضوع منتفی است.
- افت کیفیت و کم انگیزگی هیأت علمی و دانشجویان
- به استقلال دانشگاه و دانشگاهیان در طرح ادغام خدشه وارد شده
- بهم خوردن تئوری وحدت علوم (جدا افتادن پیکره آموزش پزشکی از سایر رشته‌های علوم در دانشگاهها)
- آموزشی نمودن تخت‌های درمانی باعث افت کیفیت درمان شده است
- مشغله زیاد مدیریت دانشگاه برای امور غیر آموزشی وپژوهشی
- نارضایتی مردم، از خدمات بیمارستانی

اما ادغام به عنوان یک تغییر بزرگ از اصول کلی تغییر در سازمانها تبعیت می‌کند. با این توضیح اهم شرایط لازم برای تحقق ادغام به قرار زیر است

۱. آگاهی از نیاز به تغییر و فراهم کردن الزامات سیاسی و قانونی برای ادغام

۲. اراده و تصمیم سیاسی برای ادغام

۳. رهبری، پشتیبانی و دفاع از ادغام

۴. مدافعین و حامیان ادغام در سطوح سیاستگذاری و اجرایی

۵. استقرار فلسفه یک سیستم، یک مسئولیت

۶. ایجاد نگرش و ارزش‌های حمایتی و استقرار فرهنگ ادغام
۷. تدارک سیاست‌ها، راهبردها و اهداف روشن و مشخص برای ادغام
۸. تبیین اصول تعامل و ارتباط بین دو سیستم و بین افراد حرفه‌ای
۹. معیارهای ادغام برای انتخاب وظایف و ارزیابی عملکرد سیستم‌ها و افراد
۱۰. تخصیص منابع
۱۱. دانش مشترک و مهارت وانگیزه در افراد درگیر ادغام
۱۲. تمرکز بر فرایندها و افراد حرفه‌ای برای ایجاد تغییر
۱۳. جو اعتماد و احترام به یکدیگر
۱۴. ابزار مدیریت اطلاعات کارآمد

اما ادغام عرصه‌های آکادمیک و بالینی تنها یکی از مداخلاتی است که جهت تعامل مثبت و پویای این دو عرصه ضرورت دارد، و این مقصود، نیازمند دو مداخله دیگر است که تکمیل کننده ادغام عرصه‌های آکادمیک و بالینی است.

الف) سازماندهی عرصه بالینی (Clinical Enterprise Organization) : ادغام دانشگاه‌های علوم پزشکی با عرصه بالینی هنگامی بیشترین تأثیر را خواهد داشت که خود عرصه بالینی، یکپارچه و سامان یافته باشد. به بیان دیگر وجود یک نظام ارایه خدمات سازمان یافته (Organized Delivery System) یکی از شرایط تحقق اهداف ادغام عرصه‌های آکادمیک و بالینی می‌باشد. در چنین نظامی، ارایه خدمات در سطوح مختلف اعم از مطب و کلینیک و بیمارستان و در بخش‌های مختلف اعم از بخش دولتی و خصوص بصورت هماهنگ و سازمان یافته صورت می‌گیرد. بدیهی است ادغام عرصه آکادمیک با چنین عرصه بالینی بیشترین مزایا را در برخواهد داشت. در مقابل، ادغام دانشگاه‌های علوم پزشکی با نظام سلامتی که خود بدون سازمان دهی (Disorganized) و قطعه قطعه (Fragmented) است حداقل فایده را خواهد داشت.

ب) جایگاه حاکمیتی عرصه آکادمیک در مقابل عرصه بالینی (Authority

Position of Academic Enterprise) صرف ادغام عرصه‌های بالینی و آکادمیک یا تعامل بین این دو تضمین کننده اهداف نظام سلامت نمی‌باشد. به بیان دیگر اگر در این تعامل، قدرت (Authority) در اختیار عرصه بالینی باشد، جهت‌گیری عرصه آکادمیک به طور انفعالی در راستای منافع بازار خواهد بود در حالی که نظام سلامت هرگز مشخصات یک بازار را دارا نمی‌باشد و در چنین وضعیتی دانشگاه‌های علوم پزشکی سوبسید گیرنده بخش سلامت و به عنوان یک اندام ضمیمه (Appendage) به نظام سلامت خواهند بود. با توجه به آنکه عرصه آکادمیک در حکم مغز نظام سلامت محسوب می‌شود، بهترین وضعیت آن است که سیاستها، جهت‌گیری‌ها، و نظارت کلان به عهده عرصه آکادمیک باشد. به بیان دیگر توصیه می‌شود حاکمیت بالینی (Clinical Governance) با واسطه دانشگاه‌های علوم پزشکی صورت گیرد.

در کشور ما ادغام عرصه‌های آکادمیک و بالینی به بهترین شکل رخ داده است به بیان دیگر دانشگاه‌های علوم پزشکی به صورت زیر مجموعه‌ای از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شکل گرفته‌اند. ولی علت آن که تاکنون نتوانسته‌ایم از این ادغام به نحو مقتضی استفاده نماییم این است که دو شرط بعدی محقق نگشته است. به بیان دیگر عرصهٔ بالینی در جمهوری اسلامی‌ایران بدون سازماندهی و قطعه قطعه است و از طرفی ارتباط حاکمیتی عرصهٔ آکادمیک در مقابل عرصه بالینی شکل نگرفته است. یعنی دانشگاه‌های علوم پزشکی قدرت کمی‌برای سیاستگذاری، تعیین جهت‌گیری‌ها و نظارت کلان بر عرصه بالینی دارند. بدیهی است در چنین وضعیتی تمام تلاش باید در جهت محقق نمودن این دو شرط باشد و زیر سؤال بردن اصل ادغام عرصه‌های آکادمیک و بالینی در حکم پاک نمودن صورت مسئله می‌باشد.

استنباط در رابطه با کیفیت آموزش پزشکی نیازمند مبنا یا الگوی مناسبی جهت مقایسه می‌باشد. فدراسیون جهانی آموزش پزشکی مجموعهٔ کاملی از استانداردهای آموزش پزشکی را منتشر نموده است. این فدراسیون در فوریه

۲۰۰۴ گزارشی را تحت عنوان Impressions of Medical Education in IR Iran منتشر نمود. در این گزارش مفصل با اشاره به نقش کلیدی مراکز توسعه آموزش پزشکی (EDC) در دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران، آموزش پزشکی در ایران هم راستا با استانداردهای جهانی و اصلاحات آموزشی پزشکی در ایران الهام بخش کلیه کشورهای جهان ذکر شده است.

مهمترین چالش‌های در مورد ادغام

۱. گسترش ادغام و بهبود کیفیت آن در کلیه سطوح و مراکز دانشگاهی و ایجاد الگوی مناسب

۲. اصلاح مدیریت بیمارستان‌های آموزشی و برقراری انسجام و کیفیت مناسب بر محور نیازهای سلامت جامعه، بیمار و دانشجو

۳. بازنگری همه جانبه در هرم نیروی انسانی در سطوح عمومی‌و تخصصی پزشکی و سنجش نیازهای حال و آینده و تعیین ظرفیت‌های دانشجویی در یک سیستم کارآمد و پویا

۴. سرمایه‌گذاری عمومی، فنی، مدیریتی و مالی برای شکل‌گیری پزشکی خانواده برای بهبود کارآیی پزشکان عمومی‌و شکل‌گیری نظام مراقبت جامع خانواده

۵. بهره‌گیری بیشتر از فناوری آموزش الکترونیکی و آموزش از راه دور با گسترش شبکه OLN

۶. حرکت بسوی مدیریت غیرمتمرکز و استقلال دانشگاهها

۷. ایجاد زمینه مدیریت راهبردی بر پژوهش‌های علوم پزشکی و حمایت واقعی از حقوق و دستاوردهای پژوهشی (حقوق دانشگاه و اعضای هیأت علمی) با شکل دهی و هدایت منابع و کارفرمایان و مصرف کنندگان واقعی پژوهشها

۸. اصلاح جایگاه اجتماعی و اشتغال دانش‌آموختگان برای پیشگیری از

افت کیفیت آموزش و فرار مغزها

۹. اصلاح بودجه سرانه بهداشتی و آموزشی با توجه به نیازهای رشته‌های تخصصی و فوق تخصصی، تغییر الگوی بیماریها در جامعه و افزایش هزینه‌های موجود

۱۰. اصلاح نظام ارجاع و سطح بندی خدمات، با پیاده کردن طرح پزشکی خانواده و طرح ساماندهی بیمه‌ها

۱۱. بهبود کیفیت آموزش بالینی از راه افزایش فرصت آموزشی اعضای هیأت علمی‌و بهبود نقش فراگیران بالینی.

مشکلات مهم آموزش عالی علوم پزشکی کشور:

الف) دانش‌آموختگان:

کمبود فرصت‌های شغلی

- ضعف کارآیی فارغ التحصیلان
- ضعف نظام پایش، ارزشیابی و بهبود کیفیت
- نظام پرداخت نامناسب

ب) برنامه‌های آموزشی:

ناهماهنگی بین برنامه‌های آموزشی با نیاز جامعه از ابعاد

- روش‌های آموزش و ارزیابی دانشجو
- اهداف و محتوای برنامه‌ها
- راهبردهای کلی آموزش

ج) عرصه‌های آموزش بالینی:

مدیریت غیر منسجم (گسسته) بیمارستان‌های کشور و تعارض بین خدمات انتفاعی و آموزشی

ضعف آموزش سرپایی و آموزش در جامعه

افت کیفیت مراقبت‌های بالینی و آموزشی در بخش‌های عمومی‌و اورژانس

سیطره انگیزه‌ها و مشغله‌های درآمدزا در مراکز بالینی بر فعالیت‌های آموزشی و پژوهشی

د) اخلاق حرفه‌ای:

کم توجهی به ضوابط و مقررات حرفه‌ای و حقوق متقابل بیمار و پزشک به سبب ناکارآمدی نظام اجرایی و حقوقی

جاری نبودن قانون مالکیت معنوی و توابع ناخوشایند آن در اخلاق علمی‌و دانشگاهی و کاهش انگیزه خلاقیت و نوآوری

هـ) پژوهش‌های دانشگاهی:

ضعف ارتباط بین دانشگاه و سایر بخش‌های صنعتی و خدماتی

عدم حمایت کافی از پژوهش‌های اصیل و کاربردی در دانشگاهها

سطحی‌نگری و وجود انگیزه‌های فردی و کوتاه مدت در پژوهش

کم توجهی به حقوق مراکز دانشگاهی و پژوهشگران و سهم ناچیز این افراد و مراکز از منافع پژوهشها

و) سیاستگذاری و مدیریت:

حاکمیت مدیریت اداری سنتی و دست و پاگیر

کم توجهی به شایسته سالاری در مدیریتها

تمرکز گرایی بیش از حد

بی ثباتی و عدم انگیزه کاری مدیران به لحاظ کمی‌اختیارات، نحوه گزینش و جابجایی‌های سریع

ضعف نظام نظارت و پاسخ گویی در کلیه سطوح و تشویق غیر مستقیم رابطه سالاری و اهمال‌کاری

عدم برخورد قاطع و سیستماتیک با خلاف‌های رایج و ضعف نظام دفاع از حقوق مراجعین و جامعه

سهم ناچیز بخش بهداشت و آموزش پزشکی از بودجه عمومی‌کشور

تمایل مدیران به تصدی‌گری و درآمدزایی تا رهبری، مدیریت، نظارت و

ارزشیابی

طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی، موافقین به دستاوردهای زیر اشاره میکنند:

پوشش بیش از ۹۰ درصدی کشور با خدمات بهداشتی- درمانی، افزایش تعداد دانشکده‌های پزشکی، تعداد کافی پزشکان بدون نیاز به پزشکان خارجی، و بهبود قابل توجه در مقوله اجتماعی و مردم شناختی از میزان بالای ایمن‌سازی گرفته تا افزایش ارایه دهندگان خدمات بهداشتی- درمانی، امید به زندگی، خصوصی سازی مراقبت‌های بهداشتی- درمانی، دستیابی بیشتر به موقعیت‌های پژوهشی، به ویژه در اولویت‌ها و سیستم‌های خدامت بهداشتی- درمانی. همچنین مخالفین اظهار می‌دارند که بسیاری از دستاوردهای بالا ممکن است تا حد زیادی با ادغام نامرتبط باشند و معتقدند که ادغام، آموزش پزشکی را به شدت تضعیف نموده است. ایشان اظهار میدارند که برنامه‌ریزی، تعیین اهداف کلی، پایش، و معیارهای ارزیابی وجود ندارند. اصلاح کوریکولوم انجام نشده و یا بسیار ناچیز بوده است و بسیاری از دانشگاهیان از منطق ادغام بی‌خبرند. به علاوه ایشان فقدان مهارت‌های مدیریتی مدیران را در سطوح مختلف خاطر نشان گشته و این واقعیت را یادآور می‌شوند که افرادی نظیر رؤسای دانشگاه‌ها در کنترل اوضاع بسیار ضعیف عمل می‌کنند و در برخی سطوح هیچ ارتباط یا ادغامی‌وجود نداشته است. به موارد بالا میتوان فقدان نسبی خودمختاری اکثر دانشکده‌های پزشکی را اضافه نمود. تصمیم‌گیری از بالا که کم اتفاق نمی‌افتد، تغییرات را در کارکنان رده‌های کلیدی سبب گشته و به از دست رفتن حافظه سازمانی، ممانعت از برنامه‌ریزی درازمدت و کمرنگ شدن اخلاقیات در بین اعضای هیأت علمی منجر می‌گردد.

طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی، تقویت نظام ادغام یافته موجود و بهبود عملکرد بیش از برچیدن آن به سود کشور و جامعه در ابعاد وسیع خواهد بود. جداسازی آموزش پزشکی از خدمات بهداشتی- درمانی، تأثیر منفی

عظیمی‌بر جنبه‌های استراتژیک، تکنیکی، مالی و پشتیبانی بر جای می‌گذارد. در نتیجه، توصیه‌ها و برنامه عملیاتی در جهت تقویت نظام موجود طراحی شده‌اند.

پیشنهادات سازمان بهداشت جهانی

۱. حمایت از ادغام با یک برنامه مدرنیزاسیون

۲. بررسی سیستماتیک، پژوهش و مستند سازی، حفظ و تقویت وجود موفق ادغام

۳. سیاست مشترک مبتنی بر یک برنامه توسعه منابع انسانی در امر آموزش پزشکی و مشاغل مرتبط با سلامت

۴. نقش داشتن تمامی‌مراکز و مؤسسات بهداشتی- درمانی(بیمارستانها و مراکز بهداشتی- درمانی) در آموزش در تمامی رده‌ها

۵. بررسی هزینه‌های ملی صرف شده در فعالیت‌های مشترک خدمات بهداشتی- درمانی، آموزش پزشکی

۶. بررسی و بازنگری ساختار پرداخت دستمزدها را برای تمامی‌دست اندرکاران بخش بهداشت و درمان با توجه به ارزیابی مهارت‌ها و دانش لازم

۷. بازنگری ساختار وزارتی و دانشگاه‌ها و اعطای خود مختاری بیشتر به دانشگاه‌ها

۸. لغو دستمزدهای مربوط به ارایه خدمات و آموزش

۹. آغاز برنامه‌های آموزشی در مدیریت خدمات بهداشتی- درمانی، آموزش مربیان و آموزش مهارت‌های آموزشی به اساتید پزشکی و سایر علوم مرتبط با سلامتی به شکلی منظم

۱۰. بازنگری آموزش پزشکی و حرف مرتبط با سلامتی را در جهت یک سیاست مشترک مبتنی بر شواهد و مطابق با یک برنامه ملی توسعه منابع انسانی که به خوبی سازماندهی شده باشد

۱۱. اجرای استراتژی یادگیری جامعه‌نگر، مبتنی بر حل مسئله و سایر

استراتژی‌های یادگیری اثربخش به منظور اطمینان از مربوط بودن(relevance)، کیفیت، عدالت و مقرون به صرفه بودن برنامه‌ها و تناسب نتایج و برون دادها با هدف

۱۲. تدوین یک سند استراتژیک با عنوان " خدمات بهداشتی- درمانی و آموزش پزشکی ادغام یافته در رویارویی با چالش‌های قرن بیست ویکم "

۱۳. جلب حمایت‌های بین‌المللی در راستای تقویت نقاط قوت و کاهش نقاط ضعف

فعالیت‌های پیشنهادی برای تقویت ادغام از سوی سازمان بهداشت جهانی

۱. ایجاد یک کمیته / مکانیسم ملی و تخصیص آن به ارایه تعریف مجدد از ادغام با هدف مدرنیزه کردن سیستم ادغام یافته خدمات بهداشتی- درمانی با آموزش پزشکی

در این راستا اقدامات زیر باید انجام گردد

- تعریف یک چارچوب اثربخش تر را از نو
- اطمینان از تناسب با اهداف، چیدمان و پایش قدرتمندتر اهداف کلی، مدیریت عملکرد با روابط شفاف‌تر و پاسخگویی اجتماعی
- شناسایی عناصر مثبت و منفی چارچوب موجود، تنگناها، نقاط آسیب پذیر و یا دلسردکننده در ادغام
- به کارگیری متخصصین خارجی برای ایجاد یک درک از چارچوب موجود در کشور
- شناسایی همتایان بین‌المللی در زمینه ادغام

۲. فرمول بندی سیاست ملی برای توسعه منابع انسانی به عنوان بخشی از برنامه ملی سلامت با هدف تأمین نیاز سیستم سلامت به نیروی انسانی یکپارچه در حال و آینده در تمامی‌سطوح و گروه‌ها به بهترین وجه ممکن

در این راستا اقدامات زیر باید انجام گردد:

- نیاز سنجی نیروی انسانی در کلیه سطوح
- اطمینان از اجرای برنامه‌های آموزشی متناسب با نیاز سنجی
- حضور مدیران موفق بدون توجه به مدرک تحصیلی ایشان، در زمینه علوم مرتبط با سلامت در وزارتخانه.

۳. کاربرد بهینه منابع برای آموزش، پژوهش و خدمات با هدف استفاده بهینه از تمامی‌مؤسسات شامل بیمارستان‌ها، مراکز بهداشتی و مراکز مشابه در سه کارکرد آموزش، پژوهش و خدمات

در این راستا اقدامات زیر باید انجام گردد

- یک نقشه کامل و سراسری از مؤسسات بهداشتی در نقاط هدف با جزئیات مربوط
- به کارگیری تمامی‌مؤسسات بهداشتی موجود در کارکردهای گوناگون دانشگاه به ویژه در امر آموزش، تربیت و پژوهش
- تهیه یک نقشه جامع در جهت حمایت از مؤسسات از طریق تدارک حمایت‌های مناسب به ویژه بازتوانی و تربیت منابع انسانی شاغل در این مؤسسات

۴. بررسی سیستم استفاده از منابع مالی مربوط به مراقبت‌های بهداشتی

بر این اساس به منظور پاسخگویی هرچه بیشتر به نیازهای سلامت جامعه و در راستای تربیت نیروهای تخصصی توانمند برای کشور، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی طی سه سال گذشته نسبت به ارزیابی همه جانبه با یک رویکرد ۳۶۰ درجه در خصوص مقوله ادغام آموزش در نظام ارایه خدمات و با مشارکت همه ذی‌نفعان و موافقین و مخالفین مقوله ادغام پرداخته است. ماحصل سه سال فعالیت و برگزاری چندین کارگاه و مشارکت هزاران نفر ساعت از اساتید برجسته کشور در زمینه آموزش علوم پزشکی و برنامه‌ریزی و بحث، راه دستیابی به یک آموزش پاسخگو، تقویت ادغام عملکردی در مجموعه

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی پیشنهاد گردیده است.

سیمای آموزش عالی در ایران

آیا آنچه در رابطه با زمینه‌ها و پیشینه ادغامِ نظام آموزش پزشکی با نظام سلامت بحث کردیم، در رابطه با ادغام در آموزش عالی نیز صادق است؟ آیا انتظارات از آموزش عالی شبیه انتظاراتی است که از آموزش پزشکی وجود دارد؟ آیا در حال حاضر آموزش عالی آن گونه که باید و شاید از عهده مسئولیت‌های اجتماعی خود بر می‌آید؟ اگر پاسخ سئوال دوم منفی باشد، آموزش عالی چه باید بکند تا بتواند از عهده این مسئولیت‌ها برآید؟ آیا در تبیین رسالت آموزش عالی مشکل وجود دارد؟ آیا در مدیریت، برنامه‌ها، محتوای برنامه‌ها، راهبردهای آموزشی یا پارادایم‌های مورد اتکا مشکل وجود دارد که آموزش عالی را دچار مشکل کرده است؟ اجازه دهید به برخی از این مشکلات اشاره کنم و برای درک بهتر مشکلات مبتلا به آموزش عالی، آموزش عالی در زمینه علوم پزشکی و غیر علوم پزشکی را در جریان بحث‌ها مقایسه کنیم. احتمالاً در پایان این بحث به این نتیجه خواهید رسید که مشکلات آموزش عالی و انتظارات از آن در قلمرو علوم پزشکی و غیر علوم پزشکی تفاوت و تمایز چندانی ندارند. به عبارت دیگر آموزش عالی در هر دو قلمرو از مشکلات، نارسایی‌ها و ناکامی‌های یکسان رنج می‌برند. در زیر به بخشی از مشکلات نظام آموزش عالی اشاره خواهم کرد. سعی می‌کنیم دیدگاه‌های دیگران را به صورت مستقیم نقل قول کنم تا دامنه، ابعاد و عمق مشکلات روشن گردد.

در آثار و متون علمی‌مرتبط با آموزش پزشکی در سطح وسیعی به پاسخگویی نظام آموزش پزشکی به نیازها و انتظارات جامعه اشاره شده است. به نظر می‌رسد پاسخگویی نظام آموزش پزشکی در قبال جامعه در راستای رسالت و در مرکز ثقل فلسفه وجودی آن قرار دارد. موضوع پاسخگویی در نظام آموزش عالی غیر علوم پزشکی نیز مورد بحث بسیار قرار گرفته است و

مسئولیت آموزش عالی در آموزش شهروندی به عنوان محور پاسخگویی، مورد توجه ویژه قرار گرفته است. هم نظام آموزش پزشکی و هم نظام آموزش عالی غیر علوم پزشکی در قبال پاسخگویی به مسائل و مشکلات جامعه خود مسئول هستند. هر دو نیروی انسانی را بدین منظور تربیت می‌کنند و هر دو نظام بارها و بارها بدلیل ضعف ارتباط یا قطع ارتباط خود با نیازها و انتظارات جامعه مورد انتقاد قرار گرفته‌اند. از طرف دیگر محصور شدن دانشگاهها در چهاردیواری خود موجب شده است دانشگاهها نتوانند نیروهایی را که برای برخورد با واقعیت‌های بیرونی آمادگی داشته باشند، تربیت کنند.

نقش دانشگاه‌های علوم پزشکی در توسعه پایدار و دانش محور از طریق تأمین، حفظ و ارتقای سلامت جامعه و گسترش مرزهای دانش و دانشگاه‌های غیر علوم پزشکی از طریق تأمین منابع انسانی واجد کیفیت، ایجاد نظام نوآوری ملی قدرتمند و فراهم آوردن زیرساخت‌های فناوری ارتباطات و اطلاعات، مورد تأکید قرار گرفته است.

حال سئوال این است که با توجه به تأکید بر مسئولیت‌های اجتماعی دانشگاهها – اعم از علوم پزشکی و غیر علوم پزشکی- آیا دانشگاهها توانسته‌اند به مسئولیت‌های خود عمل کنند؟ با توجه به این که قبلاً در باره دانشگاه‌های علوم پزشکی بحث کرده ایم، بحث را به دانشگاه‌های غیر علوم پزشکی اختصاص می‌دهم. در اینجا به اهمّ مشکلاتی که دانشگاهها گرفتار شده‌اند، اشاره خواهد شد. تصور می‌کنم بحث در این زمینه به درک ضرورت ادغام در نظام آموزش عالی کشور کمک خواهد کرد. "آموزش عالی در این ارتباط که رسالت تربیت شهروندان مؤثر در توسعه را به عهده دارد، نه فقط تربیت افراد برای انجام یک شغل، به چالش کشیده شده است."؛ "آموزش عالی باید سرراست تر و بهره ورتر شود. باید برنامه‌های خودرا از نو سازماندهی کند و هیأت علمی‌خودرا طوری جهت‌گیری دهد تا بتوانند دانشجویان را در مدت کمتر، هزینه کمتر و نتایج بهتر تربیت کنند. ؛ به طور مستمر بر لَهِ این موضوع که

دانشکده‌های ما دانشجویان را به عنوان شهروندان مؤثر تربیت نمی‌کنند، شواهد جمع می‌شود. بزرگترین چالشی که به عنوان یک ملت با آن مواجه هستیم این است که با ناکفایتی آموزش عالی و مهارت‌های ناکافی شهروندان مقابله کنیم. ؛ "بقای ما در این است که آموزش عالی در کمک به شهروندان برای کسب مهارت‌ها، ارزشها و نگرش‌های مورد نیاز، درگیر شود. "؛ "توجه فزاینده به یادگیری در حین ارایه خدمت به جامعه به درجات بالایی منعکس کننده این موضوع می‌باشد که مؤسسات آموزش عالی باید پاسخگوی نیازهای جامعه بوده و آموزش عالی باید ارتباط بیشتری با زندگی مردم داشته باشد. ؛ در دیدگاه سنتی چنین تلقی می‌شد که یادگیری باید در یک محیط تخصصی تربیتی، مثل دانشگاه، دانشکده یا انستیتو، انجام گیرد و فارغ التحصیل پس از اتمام آموزش رسمی بتواند از آموخته‌های خود در محیط کار و عمل استفاده کند. این الگوی آموزش قادر نیست پاسخگوی نیازهای محیط کاری جدید باشد. ؛ از مستخدمین فارغ التحصیل دانشگاهها به دلیل این که هنگام فارغ التحصیلی مغزهای آنان از نظریه‌ها، اصول و اطلاعات پر می‌باشد ولی در برخورد با مسائل واقعی محیط کار، مثل تصمیم‌گیری، حل مشکل یا خود یادگیری، بسیار ضعیف هستند، انتقاد می‌شود. حتی فارغ التحصیلان دانشگاهها زمانی که وارد محیط کار می‌شوند و آموخته‌های خود را با نیازها و انتظارات محیط کار ناسازگار می‌بینند، دچار "شوک واقعیت" می‌شوند. "؛ "دانشگاهها بر یادگیری در بیرون از بستر دنیای واقعی اصرار می‌ورزند و در نتیجه فراگیران را سازگار با شرایط مختلف کاری و یادگیری تربیت نمی‌کنند. "؛ "دانشکده‌ها و دانشگاهها به دلیل حساس نبودن به ملاحظات جامعه، فقدان توجه به مشکلات جامعه بزرگتر و... مورد انتقاد شدید قرار گرفته‌اند. "؛ "ساختار بسیاری از برنامه‌های آموزشی دانشگاهها به دلیل تأکید بر محتوای یادگیری به جای فرایند یادگیری، بر علیه انعطاف پذیری و خلاقیت می‌باشد. در دانشگاه کسب مهارت‌های فنی به خودی خود یک هدف است و به این موضوع که دانشجویان این مهارتها را در جوّی یاد

می‌گیرند که از دنیای واقعی جدا است، توجه نمی‌کنند. حتی در بسیاری از آموزش‌های خارج دانشگاهی نیز چون اهداف و ساختار برنامه‌ها توسط دانشگاه تحمیل می‌شود، به دانشجو مجال کافی داده نمی‌شود تا برای یادگیری مرتبط با کاری که انجام می‌دهد، برنامه‌ریزی و اجرا کند"؛ "دانشگاهها با جامعه خود قرار داد اجتماعی دارند و قرار داد اجتماعی دانشگاه گستره، عمق و دفعات تعامل بین دانشگاه و جامعه را نشان می‌دهد. " دانشگاهها کمتر به این قرارداد اجتماعی خود عمل کرده‌اند. همه این نقل قول‌ها نشان می‌دهند که دانشگاه‌های غیر علوم پزشکی نیز مانند دانشگاه‌های علوم پزشکی دچار مشکل هستند. "در امریکا محیط‌های کار دچار مشکل هستند، همچنان که آموزش عالی دچار مشکل می‌باشد."

سازوکارهای زیادی برای تحقق رسالت و انجام مسئولیت دانشگاهها در قبال پاسخگویی به نیازها و انتظارات جامعه مورد استفاده قرار گرفته است. جالب توجه است که بدانید سازوکارهای مورد استفاده در آموزش پزشکی با سازوکارهای پیشنهادی برای دانشگاه‌های غیر علوم پزشکی تفاوتی ندارند، فقط اصطلاحات به کار برده شده متفاوت هستند. به هر حال تغییر در پیش است: "پیش‌بینی شده است در ۲۰ سال آینده باید آموزش عالی به نوعی کلاس‌های درس خود را ترک کند و درخارج از دانشگاه و در محیط واقعی حضور پیدا کند. شرایط برای تغییرات اساسی در فرایندها، ساختارها و اهداف آموزش عالی در حال فراهم شدن است. " این تحول در آموزش عالی غیر علوم پزشکی درست همان تحولی است که در آموزش علوم پزشکی جستجو و تأکید می‌شود. ارتباط دانشگاه با صنعت در قالب دایرکردن مراکز پژوهشی مشترک، ایجاد دوره‌های آموزشی مورد نیاز صنایع، متناسب با شرایط و مقتضیات محیط کار و شاغلین، طراحی دوره‌هایی برای یادگیری در حین ارایه خدمت (service learning) برای حضور در محیط واقعی، از سازوکارهای مهم برای نزدیکی دانشگاه با جامعه و درک مسئولیت‌های اجتماعی خود، می‌باشد. "یکی از

روش‌های دستیابی به تغییر در محیط‌های علمی‌تأکید بیشتر بر همکاری با صنایع در محیط‌های خارج دانشگاهی است که منافع متقابل برای دانشجویان، دانش‌آموختگان و استخدام کنندگان خواهد داشت. ؛ "اگرچه تعامل بین دانشگاه با جامعه جزء لاینفک دانشگاه می‌باشد... ولی تعامل مؤثر باید سه ویژگی داشته باشد: اول این که تعامل برای هر دو طرف مفید باشد؛ تعامل براساس انتخاب دانشگاه و راهبردهای آن انجام گیرد و تعامل برای هردو طرف ارزش و اهمیت داشته باشد. " سازوکارهای دیگر مثل یادگیری تجربی(experiential learning)، یادگیری مبتنی بر مشکل (problem-based learning)، یادگیری مبتنی بر پروژه(project-based learning) و حتی ادغام با صنایع مورد استفاده قرار گرفته‌اند چرا که اکثر فارغ‌التحصیلان دانشگاهی کشور ما نظیر مهندسی کشاورزی، مهندسی الکترونیک و... پس از فارغ‌التحصیل شدن باید توسط ارگانها و سازمان‌های به خدمت گیرنده آنان مجددا" آموزش ببینند و فقدان ارتباط بین عرصه خدمات (صنعت) با دانشگاه‌ها سبب گشته است که محصولات دانشگاهی ما اعم از فارغ‌التحصیلان و مقالات و روش‌های علمی‌کمترین کاربردی در ارایه خدمت (صنعت) نداشته باشند. لذا به منظور تقویت منابع دانشگاه‌ها و افزایش کارایی فارغ‌التحصیلان دانشگاهی الگوی ادغام در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌تواند کمک کننده باشد.

پس به طور خلاصه، ادغام به معنی پایه ریزی تحول در دانشگاه‌ها بر مبنای پاسخگویی به نیازها و انتظارات جامعه می‌باشد. بدیهی است چنین تحولی به اتکای پارادایم‌های مورد عمل فعلی دانشگاه‌ها ممکن نیست. پارادایم‌هایی که دانشگاه‌ها را در حصارهای محکم و غیر قابل نفوذ قرار داده‌اند و رابطه بین آنها با جامعه‌ای که در آن قرار دارند را بریده اند. پارادایم‌هایی که آموزش و یادگیری را به اسارت محتوا، زمان و مکان در آورده‌اند. به طوری که برای آموزش و یادگیری یک محیط کاملاً تصنعی به وجود آورده‌اند و خروج از آن را مغایر با شیونات دانشگاه تلقی می‌کنند. حاصل این که فارغ التحصیلان

دانشگاه‌ها وقتی وارد محیط کار می‌شوند خود را برای انجام مسئولیت‌های محوله ناتوان می‌بینند. دانشگاهها در محیط انتزاعی خود کمک مؤثر و درحد انتظاری به توسعه علمی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور نمی‌توانند بکنند. در حالی که دانشگاه‌ها اصولاً برای همین منظور به وجود آمده اند.

ادغام به عنوان یک پارادایم جدید، همه محاسبات سنتی مربوط به دانشگاه‌ها را به هم می‌ریزد و دانشگاه‌ها را وارد محیط‌های واقعی آموزش و پژوهش می‌کند و از این طریق نقش آنها را در توسعه کشور- هم از طریق تربیت نیروی کاری توانمند و هم تولید علم متناسب با نیازهای کشور- تقویت می‌کند. ادغام نه تنها برای دانشگاه‌ها مفید و شاید تنها راهبرد خروج از وضعیت نابسامان امروزی می‌باشد بلکه به توانمند سازی وزارتخانه‌ها و سازمان‌های اجرایی نیز منجر می‌شود. بنابراین ادغام منافع دو طرفه دارد. شرط بهره بردار ی از منافع آن، درک درست و اجرای درست آن می‌باشد. بدین معنی که ادغام به معنی تعریف فرایندهای تعامل دائمی بین دانشگاه‌ها با وزارتخانه‌ها و سازمان‌های اجرایی است به طوری که تولیدات دانشگاه‌ها پاسخگوی نیازهای کشور باشد؛ دانشگاه‌ها بتوانند دانشجویان خود را در محیط‌های واقعی تربیت کنند؛ مشکلات واقعی و پاسخگویی به این مشکلات ایده‌های پژوهش را به وجود آورند و بالاخره، وزارتخانه‌ها و سازمان‌های اجرایی از تولیدات دانشگاه‌ها رضایت داشته باشند.

فعالیت‌های پیش‌بینی شده برای آینده:

به منظور پاسخگویی هرچه بیشتر به نیازهای سلامت جامعه و در راستای تربیت نیروهای تخصصی توانمند برای کشور، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی طی سه سال گذشته نسبت به ارزیابی همه جانبه با یک رویکرد ۳۶۰ درجه در خصوص مقوله ادغام آموزش در نظام ارایه خدمات و با مشارکت همه ذی‌نفعان و موافقین و مخالفین مقوله ادغام پرداخته است.

ماحصل سه سال فعالیت و برگزاری چندین کارگاه و مشارکت هزاران نفر ساعت از اساتید برجسته کشور در زمینه آموزش علوم پزشکی و برنامه‌ریزی و بحث، راه دستیابی به یک آموزش پاسخگو، تقویت ادغام عملکردی در مجموعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی پیشنهاد گردیده است. در این راستا به منظور افزایش پاسخگویی هرچه بیشتر به نیازهای سلامت جامعه آیین نامه تشکیل شبکه‌های بهداشتی-آموزشی تدوین گردیده است تا محیط آموزش به محیط ارایه خدمت نزدیک‌تر گردد.

مهمترین مداخلات پیشنهاد شده

۱. بازنگری حجمی‌محتوی نظری کوریکولوم‌های بالینی به منظور افزایش تناسب با نیازهای بومی

در این اقدام دانشگاه‌ها موظف می‌گردند در تسهیم زمان آموزش نظری برنامه‌های آموزشی بالینی اپیدمیولوژی بومی‌مشکلات سلامت را لحاظ نمایند.

الف) اطلاعات و اولویت‌های سلامت کشور توسط معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مشخص می‌شود. (مطالعات بار بیماری‌ها، DHS، سیمای سلامت و مرگ و میر) و به دانشگاه‌های علوم پزشکی ابلاغ گردد.

ب) مراکز مطالعات و توسعه آموزشی دانشگاه‌های علوم پزشکی با در نظر گرفتن اطلاعات فوق و مشاوره با مدیران گروه‌های بالینی و در چارچوب زمان فعلی تدریس دروس نظری بالینی زمان اختصاص داده شده به بیماری‌ها و مشکلات سلامت را مورد بازنگری قرار می‌دهند به نحوی که حدود ۴۰٪ از زمان تدریس دروس بالینی به ۲۰ علت اصلی واجد اولویت اختصاص می‌یابد. این زمان اضافی از زمان تدریس بیماری‌هایی کم می‌شود که با صلاحدید مدیران گروه‌های بالینی مدیریت آنها در چارچوب وظایف پزشکان عمومی‌قرار نمی‌گیرد.

د) سیلابوس بازنگری شده پس از تصویب در شورای آموزشی دانشگاه

جهت تایید نهایی به مرکز مطالعات و توسعه آموزش وزارت متبوع ارسال می‌گردد.

هـ) سیلابوس‌های بازنگری شده پس از بررسی و تایید در مرکز مطالعات و توسعه آموزش وزارت متبوع جهت اجرا به دانشگاه‌ها ابلاغ می‌گردد.

و) مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی وزارت متبوع میانگین حجمی‌زمان تخصیص یافته به بیماری‌ها را جهت رعایت در تسهیم سؤالات آزمون‌های جامع بالینی (پیش کارورزی و رزیدنتی) به هیأت‌های ممتحنه مربوطه ارسال می‌نماید.

ز) نظارت برحسن اجرای موارد فوق در دانشگاه‌ها به عهده مرکز مطالعات و توسعه آموزش وزارت می‌باشد و در رتبه بندی دانشگاه‌ها و دانشکده‌ها و همچنین Approval گروه‌ها و بخش‌های آموزشی در نظر گرفته خواهد شد.

۲. بازنگری آموزش نظری دروس فارماکولوژی با تأکید بر فارماکوپه ملی، فارماکوپه بیمه‌ای و تجویز منطقی داروها (Rational Drug Use) :

در این اقدام دانشگاه‌ها موظف می‌گردند پس از تشکیل کمیته آموزش داروسازی جامعه‌نگر در تسهیم زمان آموزش نظری دروس فارماکولوژی، فارماکوپه ملی، پوشش بیمه‌ای داروها، اشکال دارویی و مباحث مربوط به تجویز منطق داروها را لحاظ نمایند.

الف) اطلاعات مربوط به آخرین فهرست داروهای ثبت شده در فارماکوپه ملی، فهرست داروهای تحت پوشش بیمه، اقلام پرمصرف و پرهزینه دارویی و اشتباهات متداول در نسخه نویسی (کنترل نسخ) را به طور سالانه به دانشگاه‌های علوم پزشکی ارسال نمایند.

ب) کارگاه مصرف منطقی داروها با تأکید بر مباحث availability، accessibility، affordability، هزینه اثر بخشی، جیره بندی(Rationing) توسط معاونت دارو و غذای وزارت متبوع برای نمایندگان گروه‌های فارماکولوژی دانشگاه‌های علوم پزشکی برگزار می‌گردد.

ج) مراکز مطالعات و توسعه آموزشی دانشگاه‌ها باتوجه به اطلاعات دارویی و با همکاری گروه فارماکولوژی اقدام به طراحی کارگاه مصرف منطقی داروها (۱ واحد از فارماکولوژی تخصصی) برای دانشجویان پزشکی می‌نمایند. مسئول اجرای این کارگاه گروه فارماکولوژی خواهد بود.

د) گروه فارماکولوژی موظف است در تدریس هر مبحث بر داروهای موجود در کشور (فارماکوپه ملی) و داروهای تحت پوشش بیمه تأکید نماید.

هـ) در مورد اقلام پرمصرف و پرهزینه داروهای ساخت داخل کشور اشاره به اشکال دارویی اصلی ضروری می‌باشد.

و) مراکز مطالعات و توسعه آموزش دانشگاه‌ها با همکاری کمیته‌های آموزش داروسازی جامعه‌نگر نسبت به برنامه‌ریزی جهت برگزاری دوره‌های آموزشی در فیلد برای دانشجویان داروسازی اقدام می‌کنند.

۳. افزایش زمان آموزش بالینی عملی در مراکز سرپایی جامعه‌نگر:

در این اقدام دانشگاه‌ها موظف می‌گردند سهم بیشتری از زمان آموزشی عملی برنامه‌های آموزشی بالینی را به آموزش در جایگاه‌های ارایه خدمات بالینی سرپایی جامعه‌نگر اختصاص دهند.

الف) مراکز مطالعات و توسعه آموزش دانشگاه موظفند در زمینه تشکیل کمیته آموزش جامعه‌نگر اقدام نمایند.

ب) این کمیته حداقل شامل معاون بهداشتی دانشگاه، معاون آموزشی دانشگاه، مدیر مرکز مطالعات و توسعه دانشگاه، مدیران گروه‌های بالینی، مدیران شبکه‌های بهداشت و درمان و مدیر گروه پزشکی اجتماعی (درصورت وجود) می‌باشد.

ج) این کمیته تمهیدات لازم را جهت حضور فعال دانشجویان کارآموزی و کارورزی در کلینیک‌های جامعه‌نگر (مراکز بهداشتی و درمانی شهری و روستایی منتخب، مطب پزشکان منتخب و درمانگاه‌های منتخب مهیا خواهد کرد.

د) دانشجویان دوره کارآموزی حداقل ۳۰ روز در کلینیک‌های جامعه‌نگر

تحت نظر پزشکان ارشد به ویزیت بیمار خواهند پرداخت.

هـ) دانشجویان دوره کارورزی حداقل ۲۰ روز به طور مستقل در کلینیک‌های جامعه‌نگر به ویزیت بیمار خواهند پرداخت.

و) این دوره‌ها صرفا جنبه بالینی دارد و مستقل از دوره‌های آموزشی و کارورزی بهداشتی طراحی می‌گردد.

۴. مراکز آموزشی بهداشتی درمانی شهری (educational urban health center) ایجاد شود تا اعضای هیأت علمی در آنجا حضور داشته باشند و دانشجویان در آن مراکز آموزش ببینند. (Educational health network) که فواید این اقدام شامل:

الف) تبدیل شبکه‌های بهداشتی و مراکز بهداشتی درمانی شهری به جایگاه آموزشی ایده‌ال برای دانشجویان رشته‌ها و مقاطع تحصیلی مختلف

ب) افزایش کیفیت خدمات سلامت ارایه شده در شبکه‌های بهداشتی درمانی شهری

۵. رزیدنت‌ها دوره‌های یکماهه طرح را در مراکز بهداشتی طی نمایند. (سال‌های ۱ و ۲) (Residental health rotation)

به منظور توسعه نقش ترویج سلامت (health advocacy) و رهبری اجتماعی (community leadership) در مقابل نقش ارایه دهنده خدمات بالینی clinical care provision)) و ارتقا جو اکادمیک در شبکه‌های بهداشتی

۶. کارگاه الزامی«مدیریت عوامل خطرزای سلامت» Health Risk Management برای اعضای هیأت علمی به منظور آشنا سازی یا مبانی و روش مدیریت عوامل خطر زای سلامت برگزار گردد که در ارتقای آنان نیز لحاظ شود.

۷. پروتکل بین بخشی برای Health Risk Management در سطح شورای سلامت استان تدوین شود.

۸. فرصت مطالعاتی برای هیأت علمی بالینی در مراکز بهداشتی به عنوان

«فعالیت درجامعه»(community outreach) و بالعکس در نظر گرفته شود.

۹. افراد علاقمند و داوطلب عضویت در هیأت علمی‌دانشگاهها بعنوان هیأت علمی‌افتخاری مروج سلامت (Health advocated affiliated faculty member) در مراکز بهداشتی بکار گرفته شوند.

الف) جذب فارغ‌التحصیلان تخصصی و فوق تخصصی به دانشگاه در شرایط اشباع ردیف‌های هیأت علمی و بدون افزایش تعهد مالی

ب) افزایش حضور متخصصین بالینی به عنوان مروج سلامت در سطح شبکه‌های بهداشتی

ج) ارتقای فضای اکادمیک در شبکه‌های بهداشتی

د) تکمیل سطوح تخصصی خدمات سرپایی در نظام ارجاع

۱۰. برنامه‌ریزی برای گسترش پژوهش‌های کاربردی در سطح گروه آموزشی

۱۱. اولویت گذاری پژوهشی دانشگاه‌های علوم پزشکی براساس نیازهای نظام سلامت:

در این اقدام نیازهای پژوهشی نظام سلامت به طور سازمان یافته جمع‌آوری شده و پس از اولویت‌گذاری به دانشگاه‌های علوم پزشکی منتقل می‌شود.

الف) معاونت پژوهشی وزارت متبوع مسئول طراحی فرم جمع‌آوری نیازهای پژوهشی مبتنی بر جامعه و سازوکار اولویت گذاری نیازهای پژوهشی می‌باشد.

ب) فرم‌های اعلام نیاز پژوهشی (RFP) در اختیار مدیران و کارشناسان حوزه‌های مختلف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و ارگان‌های مرتبط قرار می‌گیرد و به طور ادواری به معاونت پژوهشی وزارت ارسال می‌گردد.

ج) معاونت پژوهشی وزارت بهداشت و درمان به طور ادواری (هر ۶-۴ ماه) اقدام به اولویت‌گذاری موارد مورد نیاز و اعلام موارد مطروحه به دانشگاه‌های

علوم پزشکی می‌باشد.

د) معاونت پژوهشی دانشگاه‌های علوم پزشکی به نحو مقتضی، مراکز پژوهشی و هیأت علمی دانشگاه را در جریان موارد حائز اولویت می‌گذارند.

هـ) اشخاص حقیقی و حقوقی موظف می‌شوند proposal خود را جهت انجام پروژه پژوهشی به معاونت پژوهشی دانشگاه ارسال نمایند. این proposal های ارسالی پس از تایید در شورای پژوهشی دانشگاه به معاونت پژوهشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ارسال می‌گردد و در صورت تایید نهایی با دانشگاه مربوطه قرارداد عقد می‌گردد.

و) مراکز پژوهشی موظفند حداقل ۱۰٪ از عناوین پژوهشی خود را در طی سال از اولویت‌های پژوهش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انتخاب نمایند.

ز) درصورتی که هیأت علمی‌دانشگاه پژوهش‌های خود را از عناوین پژوهشی حائز اولویت انتخاب نمایند از حداکثر امتیاز بندهای مربوطه آیین نامه ارتقاء برخوردار خواهند بود.

ح) برنامه‌ریزی برای گسترش عرصه‌های یادگیری سرپایی از جمله گسترش به عرصه‌های نظام عرضه خدمات و جامعه

۱۲. برنامه‌ریزی برای ایجاد یک نظام اطلاعات ساده و مؤثر بین گروه‌های آموزشی و نظام ارایه خدمات در تمامی‌سطوح به منظور تقویت دسترسی به اطلاعات

۱۳. طراحی مرکز ترجمان دانش Knowledge Translation Center (KTC) به منظور تبدیل داده‌های مختلف به اطلاعات و ترجمه دانش به زبان مشتری مربوطه (داخلی و خارجی) با استفاده از مدیریت دانش

الف) طراحی Textbookهای ملی بر اساس دانش حاصله از فرایندهای انجام شده در KTC

۱۴. تأسیس مراکز تعالی خدمات بالینی (CCE): Center for clinical

excellence

در این اقدام دانشگاه‌ها موظف می‌گردند به منظور افزایش کیفیت خدمات بالینی در حوزه تحت پوشش خود مراکز تعالی خدمات بالینی را در زیرمجموعه معاونت‌های بهداشتی و درمان خود راه اندازی نمایند.

الف) معاونت سلامت وزارت متبوع با همکاری دانشگاه‌های فعال در زمینه تعالی خدمات بالینی اقدام به طراحی ساختار و تبیین عملکرد مراکز تعالی خدمات بالینی می‌نمایند و آنرا به دانشگاه‌های علوم پزشکی ابلاغ می‌نماید.

ب) دانشگاه‌های علوم پزشکی مکلف می‌گردند تا براساس ساختار مورد توافق به تشکیل CCE اقدام نمایند.

ج) معاونت سلامت وزارت متبوع با همکاری دانشگاه‌های فعال در زمینه تعالی خدمات بالینی اقدام بر طراحی و اجرای کارگاه‌های آموزشی در زمینه‌های مرور نظام‌مند متون، تدوین راهکارهای طبابت بالینی، ارزیابی فناوری سلامت و ممیزی بالینی جهت اعضای منتخب مراکز تعالی خدمات بالینی دانشگاه‌های علوم پزشکی می‌نماید.

د) معاونت سلامت وزارت متبوع جهت ضمانت حسن عملکرد مراکز تعالی بالینی در دانشگاه‌های علوم پزشکی اقدام به تشکیل ساختار شبکه‌ای می‌نماید که در آن CCE دانشگاه‌های علوم پزشکی فعال در این زمینه در ارتباط با معاونت سلامت وزارت فعالیت می‌نمایند و هر یک مسئول حمایت از CCE تعدادی از دانشگاه‌های منطقه می‌باشند.

برگزاری جشنواره ترویج سلامت در هفته سلامت.

منابع:

۱. عزیزی ف: افزایش پذیرش دانشجویان پزشکی. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، سال نهم، شماره دوم، صفحات ۶۳-۶۴، مهر، آبان و آذر ۱۳۶۴.

۲. عزیزی ف: آموزش پزشکی، پیشرفت‌ها و تنگناهاو مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، سال دوازدهم، شماره اول و دوم، صفحات ۳-۱۵، ۱۳۶۷.

۳. وکیل ح: جلوه‌هایی از آموزش پزشکی در جمهوری اسلامی‌ایران، مجتمع آموزشی و پژوهشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، صفحات ۷-۴۷، دی ماه ۱۳۶۴.

۴. آمار آموزش عالی ایران سال تحصیلی ۶۴-۱۳۶۳. جلد دوم، مرکز برنامه‌ریزی آموزشی وزارت فرهنگ و آموزش عالی، بهمن ۱۳۶۴.

۵. منفرد ا، علیخانی ف: اطلاعات کلی در مورد آموزش پزشکی در جمهوری اسلامی‌ایران و مرکز مطالعات برنامه‌ریزی آموزشی، معاونت آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. مرداد ۱۳۶۹، صفحات ۲-۲۳.

۶. مرکز مطالعات توسعه آموزش پزشکی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. نشریه تیر ماه ۱۳۷۶.

۷. عزیزی ف: وضعیت آموزشی دانشگاه‌های علوم پزشکی. دارو و درمان، سال ششم، شماره ۲، صفحات ۳-۱۰، ۱۳۶۷.

۸. وکیل ح: نگرشی بر برنامه آموزش پزشکی ستاد انقلاب فرهنگی. مجتمع آموزشی و پژوهشی وزارت بهداری، ۱۳۶۴، صفحات ۱۲-۱۷.

۹. عزیزی ف: تغییرات برنامه آموزش پزشکی در انطباق با نیازهای جامعه. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، سال نهم، شماره چهارم، صفحات ۲۳۹-۲۴۴. فروردین، اردیبهشت و خرداد ۱۳۶۵.

10. Azizi F. The Reform of Medical Education in Iran. Medical

Education **1997; 31: 159-162.**

11. Azizi F: Medical education in the Islamic Republic of Iran: Three decades of success. Iran J Public Health **2009; 38: 19-26.**

۱۲.سند چشم‌انداز جمهوری اسلامی‌ایران در افق سال ۱۴۰۴

۱۳.قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی‌ایران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

۱۴.سند ملی توسعه بخش بهداشت و درمان در برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور

۱۵.قانون اساسی جمهوری اسلامی‌ایران

۱۶.حمیدرضا جمشیدی، آموزش پزشکی در قرن ۲۱، مجله آموزش پزشکی در ایران سال اول، شماره ۲، زمستان ۱۳۸۰

۱۷.دکتر سیاری، آموزش پزشکی در انتظار تداوم یا ادغام، تحلیل مستندات علمی‌و اجرایی ادغام آموزش پزشکی و نظام ارایه خدمات درمانی، انجمن علمی‌آموزش پزشکی ایران، مرداد ۱۳۸۱

۱۸.لامعی، ابوالفتح، تحلیل مفهوم ادغام. طب و تزکیه، سال شانزدهم، پاییز و زمستان ۱۳۸۶ ص ۲۲ تا ۳۰.

۱۹.لامعی، ابوالفتح، گام‌های ضروری برای اجرای تغییر، طب و تزکیه، سال چهاردهم، زمستان ۱۳۸۴ ص ۱۰تا ۱۳.

۲۰.لامعی، ابوالفتح، مدیریت جامع کیفیت: اصول، کاربرد و درس‌هایی از یک تجربه. مؤسسه فرهنگی انتشاراتی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، چاپ دوم، سال ۱۳۸۲، صفحات: ۶۹ تا ۷۴ و ۹۲ تا ۹۴.

21. Christopher Murray & David B evans : Health system performance assessment, World Health Organization 2003

22. Maranhi. SA. "The integration of medical education and health care system in the Islamic Republic of Iran. a hospital overview" j. of

m. education. Vol. 1. No. 1. 2001.

23. Wasylenki D,Byrne N,Merobb B. "The social contract challenge in medical education". Medical Education. 1997; 37:250-8.

24. CO-EDITORS' "NOTES Focus on Community and Integrating Community" Health Education for Health, Vol. 19, No. 2, July 2006, 141 – 144

25. PAUL WORLEY et all, "Integrity: The Key to Quality in Community-based Medical Education", Education for Health, Vol. 15, No. 2, 2002, 129 – 138

26. Amanda Howe et all, "education at four new UK medical schools New perspectives—approaches to medical education" BMJ 2004;329;327-331

27. Amanda Howe, "Twelve tips for community-based medical education Medical Teacher", Vol. 24, No. 1, 2002

28. James Rourke, "Social Accountability in Theory and Practice" Ann Fam Med 2006;4(Suppl 1):S45-S48. DOI: 10. 1370/afm. 559

29. Ajlouni K. Partnership: health services and medical education. Medical Education 1995; 29(supplement1): 61-62.

30. Al-Refai AM. Exploring models of cooperation. Medical Education 1995; 29(supplement1): 53-55.

31. Batterham R, Southern D, Appleby N, Elsworth G, Fabris S, Dunt D, Young D. Construction of a GP integration model. Social Science & Medicine, 2002; 54: 1225-1241.

32. Berer M. Integration of Sexual and Reproductive Health Services: a health sector Priority Reproductive Health Matters 2003; 11: 6-15.

33. Boelen C. Adapting Health Care Institutions and Medical Schools to Societies' Needs. Acad. Med. 1999; 74(supplement): S11- S20.
34. Boelen C. Prospects for Change in Medical Education in the Twenty- first Century. Acad. Med. 1995; 70(supplement): S21- S28.
35. Burke LM. The process of integration of schools of nursing into higher education. Nurse Education Today 2006; 26: 63- 70.
36. Cappon P, Watson D. Improving the social Responsiveness of Medical Schools: Lessons from the Canadian Experience. Acad. Med. 1999; 74(supplement): S81- S90.
37. Dick MLB, King DB, Mitchell GK, Kelly GD, et al. Vertical Integration in Teaching and Learning (VITAL): an approach to medical education in general practice. MJA 2007; 187: 133-135.
38. Duncan C, Cloutier JD, Bailey PH. Concept analysis: the importance of differentiating the ontological focus. Journal of Advanced Nursing, 2007; 58: 293-300.
39. Dunt D, Elsworth G, Southern D, Harris C, potiriadis M, Young D. Individual and area factors associated with general practitioner integration in Australia: A multilevel analysis. Social Science & Medicine, 2006; 63: 680-690.
40. Editorial. A curriculum should meet future demands. Medical Teacher 1999; 21: 127-129.
41. Editorial. Integration of medical education and the health care system. Medical Education 1996; 30: 1-2.
42. Editorial. Outcomes in medical education must be wide, long and deep. Medical Teacher 1999; 21: 125-126.

43. Editorial. The need for more efficacy and relevance in medical education. Medical Education 1996; 30: 235- 238.
44. Evanoff R. Integration in intercultural ethics. International Journal of Intercultural Relations. 2006; 30: 421-437.
45. Friedman CP. The marvelous medical education machine or how medical education can be “unstuck” in time. Medical Teacher 2000; 22: 496- 502.
46. Garcia-Barbero M. Medical education in the light of the World Health Organization Health for All strategy and the European Union. Medical Education 1995; 29: 3- 12.
47. Gask L. Overt and covert barriers to the integration of primary and specialist mental health care. Social Science & Medicine, 2005; 61: 1785-1794.
48. Harden A. Reproductive Health Care in the Netherlands: would Integration Improve It? Reproductive Health Matters 2003; 11: 59-73.
49. Iglehart J. Forum on the Future of Academic Medicine: Session III- Getting from Here to There. Acad. Med. 1998; 73: 146-151.
50. Jong ID, Jackson C. An evaluation for a new paradigm- health care integration. Journal of Evaluation in Clinical Practice 2001; 7: 71-79.
51. Ledingham IM, Harron D, Walton H. Towards Partnership: Health Care Delivery and Medical Education: A Blueprint for Change. Medical Education 1995; 29(supplement1): 1-2.
52. Ledingham IM, Lanpher JH. Role of the medical school. Medical Education 1995; 29(supplement1): 31-36.
53. LewKonia R. The functional relationships of medical schools and

health services. Medical Education 2002; 36: 289-298.

54. Neufeld VR, Maudsley RF, Pickering RJ, Turnbull JM, Weston WW, Brown MG, Simpson JC. Educating Future Physicians for Ontario. Acad. Med. 1998; 73: 1133- 1148.

55. Nichol D. The managerial revolution: medicine as a business. Medical Education 1995; 29(supplement1): 41- 43.

56. O'Keefe M, White D, Spurrier N, Fox N. An inter- university community child health clinical placement program for medical students. Medical Education 2001; 35: 384- 390.

57. Oliff M, Mayaud P, Brugha R, Semakafu AM. Health Services in a reforming health Sector: The Case of Tanzania. Reproductive Health Matters 2003; 11: 37-48.

58. Oxford ADVANCED LEARNER'S Dictionary. Oxford University Press. 2005.

59. Rabkin MR. A Paradigm Shift in Academic Medicine. Acad. Med. 1998; 73: 127- 131.

60. Rundall TG, Shortell SM, Alexander JA. A Theory of Physician-Hospital Integration: Contending Institutional and Market Logics in the health Care Field. Journal of Health and Social Behavior, 2004; 45: 102-117.

61. Seifer SA. Service- Learning: Community- Campus Partnerships for Health Professions Education. Acad. Med. 1998; 73: 273- 277.

62. Southern DM, Young D, Dunt D, Appleby NJ, Batterham RW. Integration o f primary health care services: Perceptions of Australian general practitioners, non- general practitioner health service

providers and consumers at the general practice- primary care interface. Evaluation and Program Planning 2002; 25: 47- 59.

63. Sylla L, et. al. Integration and co-location of HIV/AIDS. Tuberculosis, and drug treatment services. International Journal of Drug Policy, 2007(in press).

64. Walker LO, Avant KC. Strategies for Theory Construction in Nursing (4th Ed.). Upper Saddle, New Jersey, Pearson Education, Inc. , 2005.

65. Wallace A. Educating Tomorrow's Doctors: The Thing That Really Matters Is That We Care. Acad. Med. 1997; 72: 253- 258.

66. Walowitz PA, Jellen BC, Hanold K, Lee GF, Ropp AL, Lucas VA. Desperately Seeking Synergy: The Journey to Systems Integration of Women's health Services. WOMEN HEALTH ISSUES 2000; 10(4): 161-177.

67. Wear D, Castellani B. The Development of Professionalism: Curriculum Matters. Acad. Med. 2000; 75: 602- 611.

68. Westra BL, Rodgers BL. Integration: A concept for evaluating outcomes of nursing care. Journal of Professional Nursing, 1991; 7: 277- 282.

69. Whittemore R. Analysis of Integration in Nursing science and Practice. JOURNAL OF NURSING SCHOLARSHIP, 2005; 37: 261-267.

70. Wijngaarden HDH van, Bont AA de, Huijsman R. Learning to cross boundaries: The integration of a health network to deliver seamless care. Health Policy 2006; 79: 203-213.

71. Ashley EA. Medical education- beyond tomorrow? The new doctor – Asclepiad or logitros? Medical Education 2000; 34: 455-459.

72. Associations of Professors of Medicine. Community- based Teaching: Defining the Added Value for Students and Preceptors. The American Journal of Medicine 2002; 112: 512- 517.

73. Bender AD, Krasnick CJ. Implementing total quality management in the medical practice: managing the transition. The Health Care Manager, 1993; 12: 61-69.

74. Cape Town Deceleration. Medical Education, 1995; 385-86.

75. Cappon P, Watson D. Improving the social Responsiveness of Medical Schools: Lessons from the Canadian Experience. Acad. Med. 1999; 74(supplement): S81- S90.

76. Carlton B, Weston WD. Changing Health Professions Education in West Virginia. Acad. Med. 1997; 72: 110- 115.

77. Curtoni SE. Missions of a Medical School: A European Perspective. Acad. Med. 1999; 74: SupplementS31-S37.

78. Friedman CP. The marvelous medical education machine or how medical education can be “unstuck” in time. Medical Teacher 2000; 22: 496- 502.

79. Garcia-Barbero M. Medical education in the light of the World Health Organization Health for All strategy and the European Union. Medical Education 1995; 29: 3- 12.

80. Griner PE, Blumenthal D. Reforming the Structure and Management of Academic Medical Centers: Case Studies of Ten Institutions. Acad. Med. 1998; 73: 817- 825.

81. Habbick B, Leader SR. Orienting medical education to community need: a review. Medical Education 1996; 30: 163- 171.

82. Hamad B. Establishing community- oriented medical schools: Key issues and steps in early planning. Medical Education 1999; 33: 382-389.

83. Hamilton J. Training for skills. Medical Education 1995; 29 Supplement 1: 83- 87.

84. Harden RM. Progress in medical education. Medical Education 1995; 29 Supplement 1:79- 82.

85. Hensel WA, Smith DD, Barry DR, Foreman R. Changes in Medical Education: The Community Perspective. Acad. Med. 1996; 71: 441- 446.

86. Howe A, Ives G. Does community- based experience alter career preference? New evidence from a prospective longitudinal cohort study of undergraduate medical students. Medical Education 2001; 35: 391- 397.

87. Iglehart J. Forum on the Future of Academic Medicine: Session III-Getting from Here to There. Acad. Med. 1998; 73: 146-151.

88. Kaufman A, Galbraith P, Alfero C, Urbina C, Derksen D, Wiese W, Contreras R, Kalishman N. Fostering the Health of Communities: A Unifying Mission for the University of New Mexico Health Sciences Center. Acad. Med. 1996; 71: 432- 440.

89. Ledingham IM, Lanpher JH. Role of the medical school. Medical Education 1995; 29(supplement1): 31-36.

90. LewKonia R. The functional relationships of medical schools and

health services. Medical Education 2002; 36: 289-298.

91. Maudsley G, Strivens J. Promoting knowledge, experiential learning and critical thinking for medical students. Medical Education 2000; 34: 535-544.

92. Maurana CA, Goldenberg K. A Successful Academic- Community Partnership to Improve the Public's Health. Acad. Med. 1996; 71: 425- 431.

93. Murray E, Jinks V, Modell M. Community-based medical education: feasibility and cost. Medical Education 1995; 29: 66- 71.

94. Neufeld VR, Maudsley RF, Pickering RJ, Turnbull JM, Weston WW, Brown MG, Simpson JC. Educating Future Physicians for Ontario. Acad. Med. 1998; 73: 1133- 1148.

95. Nichol D. The managerial revolution: medicine as a business. Medical Education 1995; 29(supplement1): 41- 43.

96. Pellegrino ED. Academic Medical Centers and Society: An Ethical Reflection. Acad. Med. 1999; 74: SupplementS21-S26.

97. Rabinowitz HK, Babott D, Bastacky S, Pascoe JM, Patel KK, Pye KL. Innovative Approaches to Educating Medical Students for Practice in a Changing Health Care Environment: The National UME-21 Project. Acad. Med. 2001; 76: 587- 597.

98. Rabkin MR. A Paradigm Shift in Academic Medicine. Acad. Med. 1998; 73: 127- 131.

99. Seabrook MA, Lempy H, Woodfield SJ. Extending community involvement in the medical curriculum: lessons from a case study. Medical Education 1999; 33: 838- 845.

100.Seifer SA. Service- Learning: Community- Campus Partnerships for Health Professions Education. Acad. Med. 1998; 73: 273- 277.

101.Waldman JD, Schargel F. Twins in trouble: the need for system-wide reform of both healthcare and education. TQM & BUSINESS EXCELLENCE 2003; 14: 895-901

102.Wallace A. Educating Tomorrow's Doctors: The Thing That Really Matters Is That We Care. Acad. Med. 1997; 72: 253- 258.

103.Walton H. Charge to the conference. Medical Education 1995; 29(supplement1): 3-6.

104.Wasylenki D, Bryne N, McRobb B. The social contract challenge in medical education. Medical Education, 1997; 31: 250-258.

105.Wear D, Castellani B. The Development of Professionalism: Curriculum Matters. Acad. Med. 2000; 75: 602- 611.

106.White K, Connelly JE. The medical School's Mission and the Population's Health. Annals of Internal Medicine 1991; 115: 968-972.

107.Whitecomb A. Putting Patients First: The Need to Reform Graduate Medical Education. Acad. Med. 2003; 78: 851-852.

108.Batterham R, Southern D, Appleby N, Elsworth G, Fabris S, Dunt D, Young D. Construction of a GP integration model. Social Science & Medicine, 2002; 54: 1225-1241.

109.Burke LM. The process of integration of schools of nursing into higher education. Nurse Education Today 2006; 26: 63- 70.

110.Duncan C, Cloutier JD, Bailey PH. Concept analysis: the importance of differentiating the ontological focus. Journal of Advanced Nursing, 2007; 58: 293-300.

111.Gask L. Overt and covert barriers to the integration of primary and specialist mental health care. Social Science & Medicine, 2005; 61: 1785-1794.

112.Jong ID, Jackson C. An evaluation for a new paradigm- health care integration. Journal of Evaluation in Clinical Practice 2001; 7: 71-79.

113.Bell S. University-Industry Interaction in the Ontario Centers of Excellence. Journal of Higher Education, 1996; 67: 323-348.

114.Bringle RG, Hatcher JA. Implementing Service Learning in Higher Education. Journal of Higher Education, 1996; 67: 221-239.

115.Candy PC, Crebert RG. Ivory Tower to Concrete Jungle: The Difficult Transition from the Academy to the Workplace as Learning Environments. Journal of Higher Education, 1991; 62: 570-592.

116.Cappon P, Watson D. Improving the social Responsiveness of Medical Schools: Lessons from the Canadian Experience. Acad. Med. 1999; 74(supplement): S81- S90.

117.Curtoni SE. Missions of a Medical School: A European Perspective. Acad. Med. 1999; 74: SupplementS31-S37.

118.Emmert MA, Crow MM. The Cooperative University Research Laboratory: Policy Implication for Higher Education. Journal of Higher Education, 1989; 60: 408-422.

119.Fairweather JS. Academic Research and Instruction: The Industrial Connection. Journal of Higher Education, 1989; 60: 388-407.

120.Garcia-Barbero M. Medical education in the light of the World

Health Organization Health for All strategy and the European Union. Medical Education 1995; 29: 3- 12.

121.Johnston DB. College at Work: partnership and the Rebuilding of American Competence. Journal of Higher Education, 1994; 65: 168-182.

122.Ledingham IM, Lanpher JH. Role of the medical school. Medical Education 1995; 29(supplement1): 31-36.

123.LewKonia R. The functional relationships of medical schools and health services. Medical Education 2002; 36: 289-298.

124.Rhoads RA. In the Service of Citizenship: A Study of Student Involvement in Community Service. Journal of Higher Education, 1998; 69: 277-297.

125.Seifer SA. Service- Learning: Community- Campus Partnerships for Health Professions Education. Acad. Med. 1998; 73: 273- 277.

126.The Taskforce on Higher Education and Society. Comparative Education Review, 2004; 48: 70- 88.

127.Wagner J. Social Contracts and University Public Service: The Case of Agriculture and Schooling. Journal of Higher Education, 1993; 64: 696-729.

128.White K, Connelly JE. The medical School's Mission and the Population's Health. Annals of Internal Medicine 1991; 115: 968-972.

Whitecomb A. Putting Patients First: The Need to Reform Graduate Medical Education. Acad. Med. 2003; 78: 851-852.

ضمایم

ضمیمه ۱- گزارش مشاوران سازمان جهانی بهداشت

گروهی از مشاوران و کارکنان WHO با اختیارات مشروحه زیر در تاریخ ۱۷ الی ۲۸ ژوئن از جمهوری اسلامی‌ایران بازدید به عمل آوردند:

- مشاهده ساختار و عملکرد ادغام آموزش در سیستم ارایه خدمات بهداشتی- درمانی در سطوح مرکزی و پیرامونی
- بررسی داده‌های موجود درباره فرایند ادغام
- نهایی کردن چارچوب ارزیابی، ابزارها و متدولوژی مربوطه با همکاران محلی
- ارزیابی ادغام آموزش پزشکی، پژوهش و ارایه خدمات بهداشتی- درمانی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- تسلیم گزارش کار شامل سند اقدام اجرایی(Executive Action Document)، خلاصه اجرایی، پیشنهادها، و برنامه اجرایی همراه با نسخه الکترونیکی آن.
- اعضای تیم متشکل از مشاوران WHO و شامل افراد زیر بودند:
- پروفسور B.Salafsky رئیس دانشکده در دانشگاه امریکایی کاراییب و معاون مرکز ملی حرف مرتبط با بهداشت روستایی وابسته به دانشکده پزشکی دانشگاه ایلینویز، راکفورد، امریکا
- پروفسور سلمان رواف، رئیس بخش بهداشت عمومی، سرپرستی مراقبتهای اولیه واندورث، لندن، انگلستان
- پروفسور نورالدین آشور، رئیس انستیتوی ملی بهداشت عمومی، وزارت بهداشت عمومی، تونس

همچنین کارکنان WHO شامل افراد زیر در این تیم حضور داشتند:

- دکتر ابراهیم م. عبدالرحیم، تونس،EMRO
- دکتر غنیم الشیخ، ,EMRO ،RA/HRD

- دکتر علی حسن آبادی، RA/EDT، EMRO,

به علاوه یک تیم محلی متشکل از افراد خبره به وسیله دولت جمهوری اسلامی‌ایران مأمور شد که به تیم WHO در قاهره پیوسته و از شهرهای ایران بازدید به عمل آورد. این تیم شامل افراد زیر بود:

دکتر ع. امینی، رئیس EDC، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تبریز و مشاور معاون آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

- دکتر جمشیدی، عضو هیأت علمی، دانشگاه علوم پزشکی وخدمات درمانی شهید بهشتی، تهران
- دکتر ش. یزدانی، رئیس EDC، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران
- دکتر ط. چنگیز، رئیس EDC، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی اصفهان

این مأموریت شامل فعالیت‌های مختلف در مکانهای متفاوت بود. کارکنان WHO دو ابزار را تهیه نمودند که از تاریخ ۴ الی ۸ ژوئن در دفتر منطقه‌ای در قاهره با همراهی تیم محلی مورد بررسی قرار گرفت. مشاوران WHO قبل از مسافرت به ایران در تاریخ ۱۶ ژوئن به منظور آغاز مأموریت، در روزهای۱۴و ۱۵ ژوئن در قاهره به این تیم پیوستند.

خلاصه یافته‌ها

در بیست سال گذشته، مؤسسات آموزشی مرتبط با مقوله بهداشت و درمان که پیش از آن به وزارت آموزش عالی تحقق داشتند، در سیستم ارایه خدمات بهداشتی- درمانی وزارت بهداشت، درمان وآموزش پزشکی ادغام شدند. این ادغام از طریق رؤسای دانشگاهها و معاونت‌های دانشکده‌های پزشکی به سطوح شهرستانی گسترش یافت.

هدف از ادغام این بود که آموزش پزشکی با نیازهای اجتماع مرتبط‌تر بوده و

نسبت بدان‌ها حساس‌تر باشد.

در این دوره در حالی که ادغام مراحل متعددی را پشت سر گذاشته است، به تقاضای دولت محلی بررسی‌هایی به وسیله تیم‌های خارجی WHO انجام گرفته است. این پیمایش (survey)ها ارزیابی وجوه گوناگون ادغام را به لحاظ اسناد و مدارک و نیز توصیه‌ها و پیشنهادها مد نظر قرار داده است. هم اکنون پس از بیست سال هنوز موفقیت و شکست ادغام آموزش پزشکی با سیستم ارایه خدمات بهداشتی- درمانی مورد چالش است.

موافقین به دستاوردهای زیر اشاره می‌کنند: پوشش بیش از ۹۰ درصدی کشور با خدمات بهداشتی- درمانی، افزایش تعداد دانشکده‌های پزشکی، تعداد کافی پزشکان بدون نیاز به پزشکان خارجی، و بهبود قابل توجه در مقوله اجتماعی و مردم شناختی از میزان بالای ایمن سازی گرفته تا افزایش ارایه دهندگان خدمات بهداشتی- درمانی، امید به زندگی، خصوصی سازی مراقبت‌های بهداشتی- درمانی، دستیابی بیشتر به موقعیت‌های پژوهشی، به ویژه در اولویت‌ها و سیستم‌های خدامت بهداشتی- درمانی.

مخالفین اظهار می‌دارند که بسیاری از دستاوردهای بالا ممکن است تا حد زیادی با ادغام نامرتبط باشند و معتقدند که ادغام، آموزش پزشکی را به شدت تضعیف نموده است. ایشان اظهار میدارند که برنامه‌ریزی، تعیین اهداف کلی، پایش، و معیارهای ارزیابی وجود ندارند. اصلاح کوریکولوم انجام نشده و یا بسیار ناچیز بوده است و بسیاری از دانشگاهیان از منطق ادغام بی‌خبرند. به علاوه ایشان فقدان مهارت‌های مدیریتی مدیران را در سطوح مختلف خاطر نشان گشته و این واقعیت را یادآور می‌شوند که افرادی نظیر رؤسای دانشگاه‌ها در کنترل اوضاع بسیار ضعیف عمل می‌کنند و در برخی سطوح هیچ ارتباط یا ادغامی وجود نداشته است.

به موارد بالا میتوان فقدان نسبی خودمختاری اکثر دانشکده‌های پزشکی را اضافه نمود. تصمیم‌گیری از بالا که کم اتفاق نمی‌افتد، تغییرات را در کارکنان

رده‌های کلیدی سبب گشته و به از دست رفتن حافظه سازمانی، ممانعت از برنامه‌ریزی درازمدت و کمرنگ شدن اخلاقیات در بین اعضای هیأت علمی‌منجر می‌گردد.

اگرچه سیستم موجود نقاط قوت زیادی دارد، درعین حال به دلیل عوامل متفاوت داخلی و خارجی از ضعف‌های اجرایی و عملیاتی رنج می‌برد. این عوامل به طور مفصل در گزارش مأموریت که عملیات و راه حل‌های لازم را برای غلبه بر مشکلات و تقویت سیستم پیشنهاد می‌کند، شرح داده شده‌اند. از آنجایی که بسیاری از این عوامل در خارج از سیستم وجود دارند، می‌بایست به وسیله دولت مورد توجه قرار گیرند.

در نتیجه، یافته نهایی این است که تقویت نظام موجود و بهبود عملکرد بیش از برچیدن آن به سود کشور و جامعه در ابعاد وسیع خواهد بود. جداسازی آموزش پزشکی از خدمات بهداشتی- درمانی، تأثیر منفی عظیمی‌بر جنبه‌های استراتژیک، تکنیکی، مالی و پشتیبانی بر جای می‌گذارد. در نتیجه، توصیه‌ها و برنامه عملیاتی در جهت تقویت نظام موجود طراحی شده‌اند.

پیشنهادها به دولت جمهوری اسلامی‌ایران

۱. از سیستم ادغام خدمات بهداشتی- درمانی و آموزش پزشکی با یک برنامه مدرنیزاسیون حمایت کنید تا اطمینان حاصل کنید که در جهت هدف، نهادینه کردن، پایش قوی‌تر، مدیریت عملکرد، ارتباط شفاف‌تر و پاسخگویی اجتماعی حرکت می‌کنید. بدین ترتیب اصلاحات به شکل سیستماتیک آغاز شده و بر طبق اولویت‌های تعریف شده در زنجیره‌ای ازعملیات مقرر به پیش می‌رود.

۲. وجوه موفق ادغام را از طریق بررسی سیستماتیک، پژوهش و مستندسازی، حفظ وتقویت نموده و توسعه دهید.

۳. اطمینان حاصل کنید که آموزش پزشکی و حرف مرتبط با سلامت، سیاست مشترک مبتنی بر یک برنامه توسعه منابع انسانی را که به خوبی طراحی شده است، دنبال می‌کند.

۴. اطمینان حاصل کنید که در یک سیستم کاملا ادغام یافته خدمات بهداشتی – درمانی و آموزش پزشکی، تمامی مؤسسات بهداشتی– درمانی (بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی– درمانی) در آموزش و تعلیم تمامی‌گروه‌های حرفه‌ای مرتبط با سلامت متناسب با توانایی‌های آنها به شکلی فعال و سیستماتیک، نقش بازی می‌کنند.

۵. هزینه‌های ملی صرف شده در فعالیت‌های مشترک خدمات بهداشتی– درمانی، آموزش پزشکی و پژوهش را با احتساب مسیرهای توسعه منابع انسانی در بخش سلامت و حوزه‌های وابسته و همچنین نیازهای جامعه مورد بررسی قرار دهید.

۶. به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

۷. ساختار پرداخت دستمزدها را برای تمامی‌دست اندرکاران بخش بهداشت و درمان با توجه به ارزیابی مهارت‌ها و دانش لازم برای هر شغل مورد بررسی قرار دهید.

۸. دستمزدهای مربوط به ارایه خدمات و آموزش را لغو نموده و اطمینان حاصل کنید که مهارت و دانش تمامی‌کارکنان بخش خدمت‌رسانی و دانشگاهیان بر اساس شیوه یکسانی ارزیابی می‌شود.

۹. ساختار مدیریتی فعلی را در دو سطح وزارتی و محلی بررسی نموده و همزمان با تقویت مسیرهای استراتژیک و مدیریت عملکرد، خود مختاری بیشتری اعطا کنید تا از ادغام عملیاتی اثربخش در سطوح مختلف اطمینان حاصل نمایید.

۱۰.یک سیستم برآورد سالانه را مشتمل بر توصیف دقیقی از کار، برنامه سالانه کار، و لزوم به روز نگه داشتن دانش و مهارت‌ها برای تمامی‌گروه‌های کارکنان به صورت فوری به مرحله اجرا درآورید.
۱۱.برنامه‌های آموزشی را در مدیریت خدمات بهداشتی- درمانی، آموزش مربیان و آموزش مهارت‌های آموزشی به اساتید پزشکی و سایر علوم مرتبط با سلامتی به شکلی منظم (در دوره‌هایی که بیش از سه سال نباشند)، به شکل فوری آغاز نمایید.
۱۲.آموزش پزشکی و حرف مرتبط با سلامتی را در جهت یک سیاست مشترک مبتنی بر شواهد و مطابق با یک برنامه ملی توسعه منابع انسانی که به خوبی سازماندهی شده باشد، بازسازی نمایید. بازسازی می‌بایست ادغام افقی عناصر علوم پایه و ارایه زودتر بخش‌های بالینی را همراه با ارایه بیشتر و زودتر مراقبت‌های اولیه جامعه‌نگر عمودی در برگیرد.
۱۳.کوریکولوم موجود را از طریق اجرای استراتژی یادگیری جامعه‌نگر، مبتنی بر حل مسئله و سایر استراتژی‌های یادگیری اثربخش به منظور اطمینان از مربوط بودن(relevance)، کیفیت، عدالت و مقرون به صرفه بودن برنامه‌ها و تناسب نتایج و برون دادها با هدف، به فوریت بازنگری و به روز کنید.
۱۴.کوریکولوم بازنگری شده را در ۳ تا ۴ دانشگاه در سراسر کشور به صورت پیلوت به اجرا درآورده و پس از پایش و ارزیابی، یک الگوی ملی تهیه کنید.
۱۵.یک سیستم پایش و مدیریت عملکرد مبتنی بر مسیرهای به دقت تعریف شده ارتقای سلامت، دسترسی به خدمات، کیفیت خدمات و رضایت از خدمات ایجاد نمایید.
۱۶.تحت یک استراتژی قدرتمند ارتباطی، برای مسیرهای آتی بهداشت و آموزش پزشکی ادغام یافته یک سند استراتژیک با عنوان خدمات بهداشتی- درمانی و آموزش پزشکی ادغام یافته در رویارویی با چالش‌های قرن بیست ویکم، یا هر موضوع مشابه دیگر، انتشار دهید.

۱۷.حمایت فنی بین‌المللی را برای اطمینان از اجرای اقدامات اصلی توصیه شده به گونه‌ای هماهنگ و در صورت امکان سازماندهی نمایید که مهارت‌ها و تخصص‌های بخش‌های مرکزی و پیرامونی در جهت تقویت نقاط قوت و غلبه بر ضعف‌ها و نارسایی‌های ذکر شده به خدمت گرفته شوند.
تمامی کارهای مشترک را با سازمان‌های جهانی از جمله WHO به گونه‌ای برنامه‌ریزی کنید که اجرای این توصیه‌ها را به عنوان بخشی از برنامه استراتژیک ملی حمایت نماید.

فعالیت:

پروژه ۱: ایجاد یک کمیته / مکانیسم ملی و تخصیص آن به ارایه تعریف مجدد از ادغام

مسئولیت: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان جهانی بهداشت و ذی نفعان

زمانبندی:۲۰۰۷-۲۰۰۶

ساختار: می‌بایست از نمایندگان وزارتخانه، رؤسای دانشگاه‌ها، اعضای هیأت علمی مرتبط با خدمات بهداشتی-درمانی و ارایه دهندگان بهداشت عمومی تشکیل گردد.

هدف: مدرنیزه کردن سیستم ادغام یافته خدمات بهداشتی- درمانی با آموزش پزشکی

اقدامات:

- یک چارچوب اثربخش تر را از نو تعریف و ایجاد نمایید.
- از تناسب با اهداف، چیدمان و پایش قدرتمندتر اهداف کلی، مدیریت عملکرد با روابط شفاف تر و پاسخگویی اجتماعی اطمینان حاصل کنید.

- عناصر مثبت و منفی چارچوب موجود، تنگناها، نقاط آسیب پذیر و یا دلسردکننده را شناسایی نموده و تعیین کنید که چگونه میتوان در سطوح مختلف آنها را اصلاح نمود.
- تخصص‌های خارجی را در مدیریت سازمانی به خدمت بگیرید تا هم در زمینه تفاهم نامه تنظیم شده نظر خود را اعلام نمایند و هم به درکی از چارچوب موجود رسیده و کمیته را در طراحی مجدد یک ساختار سازمانی جدید که تضمین کننده ادغام در تمامی‌سطوح باشد، مستقیماً یاری رسانند.
- گروه‌هایی از افراد را شناسایی کنید که درک میکنند که موفقیت در ادغام به ایجاد یک الگوی جهانی منجر شده و یک اعتبار ملی و جهانی بسیار قابل توجه را در زمینه سلامت به همراه دارد. این همتایان بسیار حساس می‌توانند با تیم‌ها و کمیته‌های مختلف بین‌المللی کار کنند.
- تیم‌هایی از همتایان برای پیلوت کردن این وظایف متنوع در مناطق خاص تشکیل دهید، چرا که وظایف مشروحه بالا نمی‌توانند در آن واحد در سطح ملی به انجام رسند. تنها پس از دستیابی به نتایج و آثار مثبت است که می‌توان پارادایم جدید را در تمامی نقاط کشور به مرحله اجرا درآورد.

فعالیت:

پروژه ۲: فرمول بندی سیاست ملی برای توسعه منابع انسانی به عنوان بخشی از برنامه ملی سلامت

مسئولیت: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و ذی نفعان

زمانبندی: ۲۰۰۸-۲۰۰۷

ساختار: متخصصین و کارشناسان توسعه منابع انسانی

هدف: تأمین نیاز سیستم سلامت به نیروی انسانی یکپارچه در حال و آینده در تمامی سطوح و گروه‌ها به بهترین وجه ممکن.

اقدامات: در چارچوب بازنگری شده ادغام:

- نیاز به نیروی انسانی را در زمان حال و آینده با توجه به محل آموزش و نیز ماهیت نیروی انسانی مورد نیاز تعیین نمایید.
- اطمینان حاصل کنید که تمامی‌برنامه‌های آموزشی داخلی و خارجی در زمینه مدیریت با این سیاست هماهنگی داشته باشند.
- در نظر داشته باشید حضور مدیران موفق بدون توجه به مدرک تحصیلی ایشان در زمینه علوم مرتبط با سلامت، برای آینده مؤسسات آموزشی، بیمارستانها، درمانگاه‌ها، و نیز خود وزارتخانه ضروری است.
- متخصصین خارجی را به همتایان ایرانی ایشان که می‌بایست مسئولیت گزارش به کمیته ملی و سایر مقامات مربوطه را بر عهده داشته باشند، واگذار نمایید.

پروژه ۳: کاربرد بهینه منابع برای آموزش، پژوهش و خدمات

مسئولیت: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

زمانبندی:۲۰۰۷-۲۰۰۶

ساختار: ادارات وابسته به معاونت‌های دانشگاه‌ها در امور پشتیبانی

هدف: استفاده بهینه از تمامی‌مؤسسات شامل بیمارستان‌ها، مراکز بهداشتی و مراکز مشابه در سه کارکرد آموزش، پژوهش و خدمات

اقدامات: در چارچوب بازنگری شده ادغام:

- یک نقشه کامل و سراسری از مؤسسات بهداشتی در نقاط هدف با جزئیات مربوط به منابع انسانی، فضا، امکانات و سایر منابع تهیه نمایید.
- سیاست به کارگیری تمامی‌مؤسسات بهداشتی موجود را در کارکردهای گوناگون دانشگاه به ویژه در امر آموزش، تربیت و پژوهش با روابط قانونی مشخص و نظام شفاف پرداخت آغاز نمایید.
- یک نقشه جامع را در جهت حمایت از مؤسسات از طریق تدارک حمایت‌های مناسب به ویژه بازتوانی و تربیت منابع انسانی شاغل در این مؤسسات تهیه نمایید.

- مسیرهای سیستماتیک و متدولوژی‌ها را به منظور به کارگیری تمامی‌نیروی کار در گروه‌های مختلف مرتبط با سلامت در دو وجه یادگیری و آماده سازی برای تربیت و آموزش، بر اساس اهداف و با استفاده از دستورالعمل‌ها،**SOPs** و چک لیست‌ها اتخاذ نمایید.

اقدام ۴:

مسئولیت: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و ذی نفعان

زمانبندی: ۲۰۰۸-۲۰۰۷

هزینه ملی را در مورد فعالیت‌های تلفیق یافته خدمات بهداشتی، آموزش پزشکی و پژوهش با احتساب مسیرهای توسعه منابع انسانی در حوزه سلامت و حوزه‌های وابسته و همچنین نیازهای جامعه در امر سلامت، بررسی و مرور نمایید.

فعالیت:

پروژه ۵: بررسی سیستم استفاده از منابع مالی مربوط به مراقبت‌های بهداشتی

ساختار: ادارات مرتبط درسطح دولت، وزارتخانه، دانشگاه و کالج با متخصصین بومی و خارجی

هدف: ارایه یک سیستم قابل اداره، منصفانه و مقرون به صرفه در زمینه تأمین بودجه مراقبت‌های بهداشتی و پرداخت‌ها

اقدامات: تیمی‌از متخصصین برخوردار از دانش مستقیم در زمینه برنامه‌های مختلف مراقبت‌های بهداشتی می‌بایست مجاز به انجام اقدامات زیر باشد:

- بررسی برنامه‌های فعلی جمهوری اسلامی ایران
- آشنا کردن خود با نظام موجود
- ارزیابی گردش و نحوه استفاده از بودجه‌های مراقبت‌های بهداشتی
- ارزیابی برنامه‌های بیمه همگانی و بیمه خصوصی

- بررسی دستمزدهای متخصصین علوم پایه، غیرپزشکان در مشاغل مختلف، پزشکان از قبیل اعضای هیأت علمی، کادر آموزشی بیمارستان‌ها، و ارایه کنندگان بهداشت عمومی
- گردآوری مدارکی در مورد رویکرد band-aid به "تقاضاهای" گروه‌های مختلف که در نهایت منتهی به یک نظام پرداخت غیر قابل مدیریت، غیرمنصفانه و غیرمقرون به صرفه می‌گردد.
- پیشنهاد برنامه‌های بازتعریف شده بر اساس چارچوب جدید ادغام

اقدام۶:

ساختار فعلی نظام مدیریت را در دو سطح وزارتخانه و محلی با دادن خودمختاری بیشتر در حین تقویت مسیرهای استراتژیک و مدیریت عملکرد بررسی نمایید تا از ادغام عملیاتی در رده‌های مختلف اطمینان حاصل کنید.

مسئولیت: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

زمانبندی:۲۰۰۷-۲۰۰۶

پروژه ۷: ایجاد یک نظام جامع ملی در زمینه استفاده، مدیریت و توسعه منابع انسانی شاغل در بخش سلامت

مسئولیت: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاه‌ها

زمانبندی: ۲۰۰۹-۲۰۰۷

ساختار: معاونت ذیربط در وزارتخانه و دانشگاه‌ها

هدف: بهبود دائمی‌اثربخش و کارآمد عملکرد و تأثیر (impact) نیروی کار شاغل در تمامی‌حوزه‌های مرتبط با سلامت بر حوزه سلامت

اقدامات: در چارچوب تجدید نظر یافته ادغام، یک شبکه مرتبط از دفاتر و ادارات در مورد نیروی کار در تمامی‌بخش‌های مرتبط با سلامت، در تمامی‌سطوح کار خواهد نمود:

- یک نظام شفاف و پذیرفته شده را در زمینه استفاده از نیروی کار در بخش سلامت مشتمل بر سیاست استخدامی‌شفاف، برنامه‌های شغلی (career schemes) و توصیف مشاغل اعمال نموده و آن را حفظ کنید.
- یک سیستم ارزیابی سالانه را مشتمل بر برنامه سالانه شغلی و مدارک و شواهدی درباره به روز نگه داشتن دانش و مهارت‌ها اعمال و حفظ کنید. برنامه اجباری موجود در زمینه CME می‌بایست بر ارتقا، دستمزدها و مشوق‌ها تأثیرگذار بوده و تمامی بخش‌ها را تحت پوشش قرار دهد.
- برنامه آموزش اولویتها در مدیریت خدمات بهداشتی- درمانی، دوره‌های آموزش مربیان و آموزش مهارتهای آموزشی به اساتید رشته پزشکی و علوم وابسته را بر یک اساس منظم و قاعده‌مند آغاز نمایید (دوره‌ها بیش از سه سال نباشند).

فعالیت:

پروژه ۸: اصلاح و مدرن سازی آموزش پزشکی و حرف مرتبط با سلامت

مسئولیت: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دانشگاه‌ها، کالج‌ها، EDCs، WHO و ذینفعان

زمانبندی: ۲۰۱۰-۲۰۰۷

ساختار: ادارات وابسته به معاونت وزارت، معاونین دانشگاه‌ها، رؤسای دانشکده‌ها، مراکز توسعه آموزش و سازمان‌های حرفه‌ای و ذی نفعان

هدف: بازسازی برنامه‌های آموزش پزشکی و سایر رشته‌های مرتبط با سلامت جهت دنبال کردن یک سیاست مشترک یکپارچه مبتنی بر شواهد و منطبق بر یک برنامه دقیق توسعه منابع انسانی ملی

اقدامات: در چارچوب تجدید نظر شده ادغام، ادارات ذیربط یاد شده همراه با یکدیگر با متخصصین بومی‌و بین‌المللی کار خواهند کرد تا:

- کوریکولوم‌های آموزشی undergraduate را برای رشته‌های مرتبط با سلامت بررسی و اصلاح نمایند به گونه‌ای که موارد زیر را در بر بگیرد: الف- ادغام افقی علوم پایه و معرفی زودتر مواد بالینی، ب- ارایه زودتر وبیشتر مراقبت اولیه جامعه‌نگرعمودی، ج- دوره‌ها و واحدهای بین حرفه‌ای
- استراتژی‌های جامعه‌نگر، مبتنی بر حل مسئله و سایر استراتژی‌های اثربخش یادگیری را به کار گیرند تا از مرتبط بودن(relevance)، عادلانه بودن و مقرون به صرفه بودن برنامه‌ها و تناسب نتایج و برون دادها با اهداف اطمینان حاصل کنند.
- کوریکولوم را به صورت پیلوت در ۳ یا ۴ دانشگاه در سراسر کشور اجرا کنند تا بتوانند تاثیر(impact) و ابعاد مدیریت تغییر را ارزیابی نموده و یک الگوی ملی ارایه نمایند.
- در همکاری با سازمانهای محلی و بین‌المللی، یک نظام اعتباربخشی ملی را در تمامی‌بخش‌های undergraduate در برنامه‌های آموزشی رشته‌های مرتبط با سلامت به فوریت آغاز نمایند.

پروژه ۹: ارایه نظام‌های پایش و مدیریت عملکرد
مسئولیت: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، WHOو ذی نفعان
زمانبندی: ۲۰۰۹-۲۰۰۷

ساختار: ادارات وابسته به معاونت وزیر، معاونین دانشگاه‌ها، رؤسای دانشکده‌ها، مراکز توسعه آموزش پزشکی و سازمانهای حرفه‌ای و ذی نفعان

هدف: یک سیستم پایش و مدیریت عملکرد مبتنی بر مسیرهای به خوبی شناسایی شده ارتقای سلامت، دستیابی به خدمات، کیفیت مطلوب خدمات و رضایتمندی از خدمات

اقدامات: در چارچوب بازنگری شده ادغام، ادارات نامبرده ذی ربط، در جهت برنامه‌ریزی و اجرای سیستم با توجه موارد زیر با یکدیگر و همراه با

متخصصین بومی‌و بین‌المللی کار میکنند:

- ادغام مدیریت
- محدود سازی تصمیم‌گیری در رده‌های بالا در نظام ادغام یافته در بالاترین رده‌های مدیریتی در حالی که در سطوح عملیاتی، تنها قدرت و ظرفیت تصمیم‌گیری محدودی وجود دارد.
- اطمینان از تمرکززدایی نظام مدیریتی با تفویض اختیار و تصمیم سازی کافی

فعالیت:

- شفافیت عنصر مهمی‌در موفقیت سیستم غیرمتمرکز به ویژه در امر تخصیص منابع است.
- رهبری، برنامه‌ریزی و توانایی‌های مدیریتی در نتیجه تغییرات مکرر در رهبری
- استانداردهای کیفی عملکرد به ویژه در آموزش می‌بایست از طریق آگاهی سیستم موجود از ارزش‌های حرفه‌ای، اصول آکادمیک و یکپارچگی مؤسسات تحقق پیدا کنند.
- آموزش مدیریت و رهبری مناسب به کارکنان رده بالای سیستم
- تقویت توانایی مدیریتی سیستم با توجه به تقویت ظرفیت آن در بهداشت عمومی

پروژه ۱۰: تولید و انتشار اسناد استراتژیک در مورد " سیستم ادغام یافته خدمات بهداشتی- درمانی و آموزش پزشکی با توجه به چالش‌های قرن بیست ویکم"

مسئولیت: وزارت بهداشت، درمان وآموزش پزشکی

زمانبندی: ۲۰۰۷

ساختار: ادارات وابسته به معاونت وزارت

هدف: استفاده و آگاهی گسترده از استراتژی ادغام آموزش پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی در آینده و درتمامی‌سطوح

اقدامات: در چارچوب بازنگری شده ادغام، اداره ذی ربط می‌بایست استراتژی آینده ادغام آموزش پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی را به گستردگی انتشار دهد:

- در وهله اول به نقایص مربوط به استراتژی‌های ارتباطی، سیاست‌ها، برنامه عملی، پیشرفت و بسیاری دیگر ازفرایندها و تصمیم‌گیری‌های مدیریتی بپردازد
- استراتژی‌های اثربخش و کارآمد سازمانی را در زمینه ارتباط با کارکنان (در داخل) و همچنین جامعه(مشتریان) و ذی نفعان(در خارج) حفظ نماید.

اقدام ۱۱-۱:

حمایت فنی بین‌المللی را به منظور اطمینان از اجرای اقدامات اصلی توصیه شده، هماهنگ و در صورت امکان سازماندهی نمایید تا بتوانید تخصص‌ها را در دو سطح مرکزی و پیرامونی به سوی تقویت نقاط قوت و غلبه بر کمبودها و نقاط ضعف هدایت کنید.

اقدام ۱۱-۲:

برنامه‌های کاری دوجانبه را با سازمان‌های جهانی از جمله WHO، در جهت حمایت از اجرای توصیه‌های مذکور به عنوان بخشی از یک برنامه استراتژیک ملی طراحی نمایید.

مسئولیت: وزارت بهداشت، درمان وآموزش پزشکی

زمانبندی:۲۰۰۶ به بعد

ضمیمه ۲- نامه وزیر به ریاست وقت مجلس شورای اسلامی (۱۳۸۴)

جناب آقای دکتر حداد عادل
رئیس محترم مجلس شورای اسلامی

با سلام

احتراما عطف به دستور مورخ ۸۴/۴/۶ جنابعالی در هامش نامه شماره ۱۹۸۹/ب/۴/ف مورخ ۸۴/۵/۲۹ رئیس محترم فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران موضوع انتقال آموزش پزشکی به دانشگاه‌های مادر به استحضار می‌رساند که:

از یک طرف در تبیین فلسفه ادغام آموزش پزشکی در نظام ارایه خدمات (بهداری سابق) تاکنون حق مطلب ادا نشده است. و از طرف دیگر مشکلات مزمن نظام های آموزشی و بهداشتی درمانی گذشته که در حال حاضر دامنگیر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شده است، به ناحق به ادغام نسبت داده شده است. متأسفانه مشکلات کشور در این زمینه موجب شده است که دستاوردهای ادغام همواره در سایه این مشکلات خود را کم رنگتر نشان دهد.

انتظار می‌رود اصل موضوع ادغام جدا از مشکلات مزمن وزارت متبوع نقد و بررسی شود. مراجعه به منابع و آثار علمی موجود در زمینه آموزش پزشکی و دیدگاههای رایج درباره ادغام آن با نظام ارایه خدمات می‌تواند به روشن شدن روند آموزش پزشکی در جهان، فلسفه ادغام و دستاوردهای آن کمک شایان توجهی بنماید. بدیهی است که اتکا به آرای شخصی و یا تحلیل‌های سطحی ممکن است ما را دچار اشتباهاتی بکند که جبران ناپذیر باشد.

در اینجا به اهم نقطه نظرات موافقان انتزاع آموزش پزشکی از نظام ارایه خدمات اشاره می‌کنم و در ادامه با بهره‌گیری از منابع علمی، خلاصه‌ای از نارسایی های موجود در آموزش پزشکی و دیدگاههای صاحب نظران درباره ادغام را ارایه خواهم داد. مخالفان تداوم ادغام چهار موضوع اساسی زیر را مبنای استدلال خود قرار می‌دهند:

۱. انقضای تاریخ مصرف فلسفه ادغام : بدین معنی که ادغام آموزش پزشکی با نظام ارایه خدمات و تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی یک نیاز اجتماعی زمان خود بود. جبران کمبود نیروی انسانی اصلی ترین دلیل ادغام بوده است که در حال حاضر با تربیت نیروی انسانی کافی فلسفه ادغام از بین رفته است.
۲. وسعت ادغام: ممکن است ادغام بصورت محدود یک ضرورت انکارناپذیر باشد ولی در هیچ کجای دنیا در مقیاس یک کشور ادغام انجام نگرفته است. نسخه ایران یک نسخه منحصر به فرد می‌باشد.
۳. افت کیفیت آموزش پزشکی: توجه بیش از حد به کمیت ها به کیفیت آموزش پزشکی لطمه وارد کرده است و زمان آن رسیده است که با انتزاع آموزش پزشکی به کیفیت آموزش توجه شود.
۴. انتقال مشکلات مدیریتی به محیط‌های علمی : بدین معنی که محیط‌های علمی تحت تأثیر مشکلات روزمره ارایه خدمات بهداشتی و درمانی قرار می‌گیرند. درگیری بیش از حد مدیران ارشد دانشگاههای علوم پزشکی با مشکلات بهداشتی درمانی فرصت توجه به آموزش پزشکی را از آنان گرفته است.

بررسی آثار علمی نشان می‌دهد که اغلب مشکلات نظام آموزشی ریشه در عدم ادغام در نظام ارایه خدمات دارد. در همین ارتباط به چند نکته اساسی اشاره می‌شود:
۱. در کل دنیا دانشکده های پزشکی نتوانسته اند آنطور که باید و شاید به مسئولیتهای اجتماعی خود عمل کنند.
۲. ریشه این ناتوانی فاصله گرفتن تدریجی دانشکده‌های پزشکی از جامعه و نظام ارایه خدمات بهداشتی درمانی بوده است.
۳. تحول در آموزش پزشکی در همه کشورهای جهان یک ضرورت است. برای ایجاد تحول ابتدا باید " فرایند تفکر" مسئولان دانشکده های پزشکی (دانشگاهها) تغییر کند؛ بدین معنی که قبل از هر چیز باید تلاش نمایند آموزش پزشکی را با فلسفه وجودی دانشکده های پزشکی که تربیت نیرو برای پاسخگویی به نیازهای جامعه است، سازگارتر کنند. به عبارت دیگر باید

آموزش پزشکی از آموزش "متخصص" به " آموزش حرفه‌ای" تغییر یابد.
۴. برای چنین تغییر جهت گیری، باید نظام های آموزشی براساس سازوکارهای روشن با نظامهای ارایه خدمات همکاری نزدیک داشته باشند. بهترین سازوکار این همکاری " ادغام" آنها می‌باشد. ادغام می‌تواند به صورت محدود انجام گیرد، یعنی هر جا که دانشکده پزشکی وجود دارد مسئولیت ارایه خدمات بهداشتی درمانی آن منطقه نیز به عهده آن دانشکده باشد یا می‌تواند بصورت نامحدود و کامل انجام گیرد؛ یعنی کل نظام آموزش پزشکی و حرفه های وابسته با نظام ارایه خدمات ادغام شود، مثل آنچه در ایران اتفاق افتاده است.

برخلاف تصور برخی، دنیا در جهت ادغام آموزش پزشکی با نظام ارایه خدمات پیش میرود. سه رأس مثلث آموزش، پژوهش و خدمات نباید از هم جدا شوند. در صورت انتزاع آموزش، ارتباط دانشگاه با جامعه و سلامت آن قطع خواهد شد. دانشگاه بریده از نظام ارایه خدمات نخواهد توانست به درستی نیازها و انتظارات جامعه را برآورده کند، به تعبیر دیگر اگر کیفیت آموزش را پاسخگویی به نیازها و انتظارات جامعه تعریف کنیم. انتزاع آموزش موجب خواهد شد به کیفیت آموزش به شدت لطمه وارد شود.

ما معتقدیم فلسفه ادغام یک فلسفه ماندگار است و ما تاکنون نتوانسته ایم از همه ظرفیتهای ناشی از ادغام استفاده کنیم. جا دارد با تعمق در این فلسفه و کمک به حل مشکلات ریشه‌ای و مزمن وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی فضایی ایجاد شود تا بهتر بتوانیم از برکات ادغام بهره‌مند شویم.

در پایان ضمن تشکر فراوان از عزیزانی که صادقانه و از روی دلسوزی و احساس مسئولیت با تداوم ادغام مخالفت می‌کنند، از خداوند متعال می‌خواهم همه ما را مشمول فضل و رحمت خود قرار دهد و همه ما را در تصمیم گیری درست و عمل به وظیفه یاری نماید./ب

دکتر لنکرانی

وزیر

رونوشت :معاونت آموزشی و امور دانشجویی

ضمیمه ۳- نامه انجمن آموزش پزشکی به وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۸۴)

جناب آقای دکترباقری لنکرانی
وزیر محترم بهداشت، درمان وآموزش پزشکی

سلام علیکم

این روزها بازهم گفتارها ورفتارهایی شنیده ودیده می شود که سینه ستبرادغام آموزش پزشکی درنظام ارایه خدمات را هدف گرفته است. اعضای انجمن علمی آموزش پزشکی ایران که متشکل از اعضای محترم هیأت علمی درسراسرکشوراست، بار دیگر غیرعلمی وغیراجرایی بودن این عمل را مستندبه مدارک ملی وبین‌المللی، تحقیقاتی وتجربی گوشزد نموده وبه عنوان مثال صدها برگ از این مستندات را برای بهره برداری تقدیم معاونت محترم حقوقی وامورمجلس وزارت بهداشت درمان وآموزش پزشکی نموده است. دراینجا بطور خلاصه نکات منفی چنین اندیشه‌ای را جهت مزید استحضار آن برادر ارجمند ودرصورت صلاحدید انتشارآن اعلام میدارد :

۱. حذف پرچم داری جمهوری اسلامی ایران به عنوان نخستین کشوری که این فرایند علمی را تاحدودی به انجام رسانده است ونقل محافل بزرگ بین‌المللی وآموزشی جهان گردیده است.

۲. مخالفت باروند بسیار سریع ادغام قطعی آموزش پزشکی درنظام ارایه خدمات درسراسرجهان بطوریکه شما در انگلیس، کانادا و بسیاری از کشورهای اروپایی وآسیائی و افریقایی دانشکده‌ای پیدا نمی‌کنید که مسئول خدمات علاوه برآموزش و تحقیق نباشد.

بعنوان مثال این اتفاق درامریکا چنان سیرتندی راطی می‌کند که اخیراً دانشگاه معتبر پنسیلوانیا نام خود را به دانشگاه سلامت. « University of

Health » تغییرداد.

۳. تعطیل حداقل ۲۳ دانشگاه علوم پزشکی درسراسر کشور ومحروم ساختن این استان ها وشهرستان ها از حضور اعضای هیأت علمی برای پاسخ‌گویی به نیازهای تخصصی وفوق تخصصی سلامت مردم که قطعاً جوابی برای مردم بزرگوار ونمایندگان بصیرآنها باقی نخواهد ماند.

۴. حذف هدف بزرگ آموزش برمبنای نیاز جامعه ومبتنی بر بیمار و بیماران محلی که باعث ارتقای کیفی آموزش گیرندگان می‌شود.

۵. عدم امکان اجرایی تفکیک که رویارویی با هزاران عضو هیأت علمی دانشگاهها وکارمندان رامنجرشده وحق الناس را بر سختی اجرای چنین اندیشه‌هایی می‌افزاید.

۶. تجربه قبلی مجلس محترم شورای اسلامی درسال ۱۳۸۱ که درتاریخ تأ سیس این مجلس سابقه نداشته است. نمایندگان بزرگوار این ملت، درطول چند روز پس از تصویب قانون، باکسب آگاهی از عاقبت نامساعدآن، نظرخود را پس گرفتند وحکم به انقضای مصوبه دادند.

۷. این تغییر نامیمون هزینه های بسیار زیادی را می‌طلبد که بیش از هزینه ایجاد یک وزارت‌خانه عریض و طویل خواهد بود و قطعاً نمایندگان محترم ملت و بیت‌المال توان تحمل چنین اتفاقی را نخواهند داشت.

۸. دست آوردهای منحصربه فرد سلامت درکشورمان با سرانه‌ای قریب یکصد دلار در سال که کمترین مقدار در بین کشورهای منطقه و هم سطح است میوه شیرین این ادغام است. که هیچ دلباخته‌ای به نظام مقدس جمهوری اسلامی وخدمت گذار مردم بارتلخ نابودی آنرا به دوش نخواهد کشید.

امروزه شاخص‌های سلامت و آموزش پزشکی جمهوری اسلامی ایران درمحافل علمی واجرایی جهان زبانزد است. به طوری که سازمان جهانی بهداشت و فدراسیون بین‌المللی آموزش پزشکی آنرا سلامت و آموزش پزشکی قرن آینده نامیده‌اند.

۹. سازمان جهانی بهداشت بارها و بارها این اقدام را بررسی و تأکید کرده است واخیراً نیز با اعزام یک تیم کارشناسی بین‌المللی و تحقیقی کارشناسانه برای بررسی نتایج حاصله از این ادغام بار دیگر مهر تایید به آن زده است که بزودی کتاب آنرا نیز در سطح جهان منتشر خواهند کرد.

انجمن آموزش پزشکی ایران مصرانه از حضرتعالی وهمکاران ونمایندگان بزرگوار ملت درمجلس شورای اسلامی می‌خواهد که عالمانه و دلسوزانه این مهم را مورد مداقه قرارداده واجازه ندهید گردبادهای مخربی که بعضاً از محافل غیرآگاه بلند می شود چهره تابناک این عمل خیر و جمهوری اسلامی ایران را مکدر سازند.

من الله التوفیق وعلیه التکلان

انجمن آموزش پزشکی ایران

ضمیمه ۴- نامه انجمن علمی آموزش پزشکی ایران به وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۸۵)

جناب آقای دکترباقری لنکرانی
وزیر محترم بهداشت، درمان وآموزش پزشکی

سلام علیکم

انجمن علمی آموزش پزشکی ایران، از تلاشهای دلسوزانه شما برای آگاهی بخشی اجتماعی، بویژه نمایندگان بزرگوار ملت درمجلس شورای اسلامی دردفاع از اقدام علمی ومؤثر ادغام آموزش پزشکی دربخش سلامت صمیمانه تشکر میکند. ذیلاً خلاصه‌ای از معضلات پیش روی مردم درصورت انتزاع آموزش پزشکی بیان می شود، امیدورایم حضرتعالی دستور فرمائید به نحو مقتضی به اطلاع نمایندگان محترم رسانده شود.

خلاصه :

درصورت الحاق مجدد علوم پزشکی به وزارت علوم، تحقیقات و فن آوری، پیش‌بینی می‌شود موارد زیر پدید آیند:

افت آموزش پزشکی به علل زیر:

۱. کاهش فضاها وعرصه‌های آموزش بالینی.
۲. کاهش تعداد هیأت علمی.
۳. افت شاخص هیأت علمی به دانشجو.
۴. کاهش ظرفیت پذیرش دانشجو ودرصورت عدم آن شلوغی بیش از حد بخشهای آموزشی.
۵. افت شاخص‌های تأمین تجهیزات پزشکی دربیمارستانهای آموزشی.
۶. افت شاخص‌های وزارت علوم بدلیل افزایش وصف ناپذیرحجم کاری.

ایجاد تنشهای اجتماعی بدلایل زیر :

۱. تعطیلی بیش از نیمی از دانشگاههای علوم پزشکی کشور.

۲. بلاتکلیف شدن دانشجویان دانشگاههای تعطیل شده و مشکلات ناشی از ادامهٔ تحصیل آنها.

۳. بروز مشکلات ناشی از تقسیم بیمارستانها بین دانشگاه و بهداری.

۴. نقل وانتقال پرسنل واعضای هیأت علمی به بهداری و دانشگاه.

۵. یکسان نبودن مقررات در دو سازمان علوم پزشکی و وزارت علوم.

۶. اختلافات حقوقی در دو سازمان بدلیل اختلاف ماهیت فعالیتها.

۷. بروز بی ثباتی شغلی وبسط عدم امنیت شغلی در بین شاغلین در بخش آموزش پزشکی.

۸. تحمیل هزینه‌های هنگفت اجباری و غیر اصولی.

افت شاخص‌های بهداشتی درمانی بدلایل زیر:

۱. قطع رابطه دانشگاهیان با سیستم شبکهٔ بهداشت و درمان وضعیف شدن بدنهٔ کارشناسی سیستم سلامت.

۲. سرگردانی یا عدم پذیرش حجم بالایی از بیماران توسط بیمارستانهای آموزشی (بدلیل اینکه دیگراین بیمارستانها مأموریت درمانی نخواهند داشت) ودرنتیجه کاهش خدمات درمانی به مردم.

افت شاخص‌های پژوهشی بدلایل زیر:

۱. کاهش شدید پژوهش‌های کاربردی. (Health system Researches)

۲. کاسته شدن عرصه‌های پژوهش‌های میدانی (شبکه‌های بهداشتی – درمانی)

۳. پیچیده‌ترشدن فرآیند تصویب طرح‌های پژوهشی.

تضعیف سیاستهای جهان شمول نظیر:

۱. جامعه‌نگری و آموزشهای مبتنی با نیازهای جامعه.

۲. Social Accountability دانشکده پزشکی

۳. سلامت محوری.

توضیح تبعات زیان بار الحاق مجدد آموزش پزشکی به وزارت علوم، تحقیقات وفن آوری :

- کاهش عرصه های آموزش پزشکی این موضوع به علت جداشدن بخشی از بیمارستانهای آموزشی از سیستم آموزش موجود والحاق آن به بهداری اتفاق خواهد افتاد.

- بروز تنشهای ناشی از نقل وانتقالات، بویژه نقل وانتقال کارکنان، هیأت علمی، تشکیلات وواحدها. (پیش بینی می شود، اکثریت هیأت علمی راضی نیستند از دانشگاه جدا شوند، تأمین نیروی تخصصی بیمارستانهای جداشده نیز به سادگی ودرکوتاه مدت امکان پذیرنمی‌باشد).

- کاهش خدمات درمانی به مردم (بیمارستانهای آموزشی طبیعتاً چون دیگر مأموریت درمانی ندارند، پذیرش بیمار کمتری خواهند داشت، بنابراین حجم کاربیمارستانهای بهداری بسیارزیاد می‌شود و بخشی از بیماران نیز به بیمارستانهای خصوصی سوق داده خواهند شد).

- پذیرش دانشجو اجباراً کمتر خواهد شد و اگر نشود، شاخصهای مربوط به هیأت علمی به دانشجو افت خواهد نمود. اگرهم پذیرش دانشجو کم نشود، با کاهش تعداد بیمارستانها، عملاً شاخص‌ها برمی‌گردند به زمانی که باتعداد بیمارستان بیشتر، دانشجوی بیشتری پذیرفته می‌شد.

- بدلیل اینکه دربسیاری از استانهای کم جمعیت تقریباً درحال حاضر کلیه بیمارستانهای شهرهای دانشگاهی دراختیاردانشگاه هستند، بدلیل فقدان عرصهٔ بالینی، احتمال تعطیلی نیمی از دانشگاههای کشور وجود دارد. دراینصورت، تکلیف دانشجویان دانشگاههای مورد بحث چه می‌شود ؟

- فزایش بار وصف ناپذیر کار وزارت علوم، تحقیقات وفن آوری (درزمان تشکیل وزارت بهداشت درکشور، حداکثر ۱۰ دانشگاه و چیزی حدود ۵۰ بیمارستان آموزشی وجود داشت، ولی درحال حاضر بیش از ۴۵ دانشگاه علوم پزشکی وبیش از ۲۵۰ بیمارستان و مراکز متعدد پژوهشی وجود دارد که قرار

است امور مربوط به آن به وزارت علوم، تحقیقات وفن آوری تحویل شود وبیان این موضوع به زبان، ساده است و درعمل مشکلات فراوانی پیش خواهد آورد) واین درحالیست که وزارت موصوف، توان گذران مطلوب امور تشکیلات فعلی خود را نیز ندارد.

- مشکلات درمان مردم حل نخواهد شد، مشکلات آموزش پزشکی حل نخواهد شد، مشکلات معیشتی اعضای هیأت علمی تغییری نخواهد کرد، مشکلات پژوهش دوچندان خواهد شد و مشکلات اجتماعی ناشی از الحاق نیز غیر قابل پیش‌بینی و بعضاً خطرناک خواهد بود.

- از مفاهیم پزشکی جامعه‌نگر، پزشکی مبتنی برمشکلات جامعه و موضوع Social Accountability چیزی باقی نخواهد ماند. (در حال حاضر موضوع ۵۰-۴۰ درصد پایان‌نامه‌ها مبتنی بر جامعه هستند چون امکان اجرای آنها فراهم است. ضمناً دربسیاری از مقالات دروزارتخانه فعلی، اعضای هیئت علمی دانشگاه نقش برنامه ریز، مشاور، مجری و مدیر رادارند مثل : برنامه‌های واکسیناسیون – مبارزه با بیماریها – دارو - بهداشت محیط و غیره وحدود ۱۲۰ کمیته وزیرکمیته دروزارت بهداشت، درمان وآموزش پزشکی فعال هستند که از خدمات علمی اعضای هیأت علمی دانشگاهها استفاده میکنند که با انفکاک آموزش از عرصهٔ خدمات، دیگر هیچگونه تضمینی برادامهٔ کارآنها نیست). لذا پیش بینی می شود که : حجم فعالیتهای علمی اجتماعی درعلوم پزشکی کم شود، ضمناً فعالیتهای علمی کمیته‌های تصمیم گیری دربهداری کمرنگ شود به عبارت دیگر ارتباطات دانشگاه برنامه ریزان بهداشتی درمانی جامعه قطع می‌شود.(مثل آن چیز که درحال حاضردر دانشگاههای غیر پزشکی وجود دارد).

- فرآیند پیچیده فعلی اعمال هزینه‌های پژوهشی، تصویب طرحهای پژوهشی، خرید تجهیزات فنی پزشکی و غیره پیچیده و پیچیده‌تر خواهد شد و اصولا طرحهای پژوهشی HSR به تدریج بی رنگ خواهند گردید.

– بارمالی هنگفتی بابت تغییرتشکیلات، تغییرات مکانی، تغییر سربرگها، تابلوها، و تغییرات شبکه‌ای تثبیت شده به ملت تحمیل می‌شود.

– اختلاف کارانهٔ پزشکان که بابت خدمات تخصصی خارج از ساعات اداری و بعضاً شبانه روزی که به مردم ارایه می‌کنند دریافت می نمایند، بادریافتی اعضای هیأت علمی غیرپزشک تنش زا می‌شود.

– شاخصهای پژوهشی بدلیل کاسته شدن عرصه های پژوهشی (شبکهٔ بهداشتی کشور) افت می‌نماید یکسان سازی قوانین ومقررات جاری دردوسازمان (وزارت بهداشت، درمان وآموزش پزشکی و وزارت علوم، تحقیقات وفن آوری)فشاراجرایی وتنش های اجتماعی فراوانی را درپی دارد. مثل : (قانون حق محرومیت از مطب – قانون طرح نیروی انسانی درعلوم پزشکی – تصمیمات هیأت امنا و...)

– افت شاخصهای بهداشتی به دلیل کم شدن رابطهٔ دانشگاه باشبکه های بهداشتی کشور

– درصورت الحاق، چه کسی دانشگاه جامع را اداره خواهد کرد؟ فارغ‌التحصیلان رشتهٔ مدیریت ؟ پزشکان؟ یا مهندسین ؟ این مشکلی است که تمام دانشگاههای جامع بلااستثناء باآن روبرو هستند ولی چون استقلال دارند ورئیس دانشگاه قدرت زیادی داردنمود زیانباری ندارد ولی ما که استقلال نداریم وهررشته به فکر منافع خود است چه ؟

– کلیهٔ برنامه های استراتژیک که دردانشگاههای علوم پزشکی وغیر پزشکی تدوین شده وپیگیری می شوند ملغی می شوند واصولاً سند چشم انداز توسعهٔ چهارم دربخش بهداشت، درمان وآموزش پزشکی بلاتکلیف می‌شود.

– به خود کفایی پزشکی لطمه وارد می‌شود.

– بسیاری از موافقین الحاق به امید واهی بهترشدن وضع معیشتی و یا کمترشدن مسئولیتهای درمانی، الحاق آموزش پزشکی به وزارت علوم را

پذیرفته اند وظرف مدت کوتاهی وقتی ببینند، وعده‌ها واقعیت نداشته، این امر موجب بروز تنشهای اجتماعی خواهد شد. ازطرفی دستکاری مرتب و بی مطالعه جامعه، موجب عدم امنیت شغلی درکارکنان یکی از پرجمعیت ترین وزارتخانه‌ها خواهد گردید. ضمن اینکه انحلال وزارت بهداشت، درمان وآموزش پزشکی، بدون ارایه مستندات علمی کافی، نوعی اهانت به جامعه تحصیل کرده ای است که در ۲۰ سال گذشته موجب خود کفایی رشتهٔ خود، جهش علمی درابعاد درکشور، بهبود Surveillance مختلف، بهبود بخشی به شاخصهای سلامت جامعه، ایجاد نظام بخشی به شاخصهای پژوهشی وحضور درعرصه‌های بین‌المللی شده‌اند.

بهرحال با اجرای طرح الحاق مجدد لطمه های فراوانی به کشور وارد می‌شود که باید با مطالعهٔ بیشتری مورد تصمیم‌گیری قرار گیرد و صد البته مشکلات آموزش پزشکی ارزیابی و جهت رفع آنها نیز گامهای اساسی برداشته شود که انجمن آموزش پزشکی ایران، دردورهٔ قبل به برخی از راهکارها بصورت مبسوط اشاره کرده است.

با احترام وآرزوی توفیقات الهی
انجمن علمی آموزش پزشکی ایران

ضمیمه ۵- آموزش بالینی: فراتر از رویکردهای جاری

ابوالفتح لامعی

مقدمه

ادغام نظام ارایه خدمات و نظام آموزش پزشکی یکی از رخدادهای بسیار بزرگ و حائز اهمیت در تاریخ معاصر کشور ما به شمار می‌رود. با به وجود آمدن نظام یک پارچه، فلسفه وجودی نظام آموزشی با فلسفه وجودی نظام ارایه خدمات نیز ادغام گردید. بنابراین شرایطی فراهم گردید که برای اولین بار در کشور، دانشکده های پزشکی به عنوان مراکز تولید کننده "نیروی انسانی" بتوانندرکنار مراکز ارایه مراقبتها به عنوان یکی از مشتریهای مهم آنها، بنشینند. اما ادغام به گونه‌ای انجام گرفت که دانشکده‌های پزشکی نتوانستند در فرایند ادغام نقش فعالی را ایفا نمایند و برای بسیاری از اعضای هیأت علمی ادغام در حد یک وصله، یعنی وصله نظام ارایه خدمات بر پیکر نظام آموزش پزشکی، مطرح بوده و هست.

ادغام یک بستر فلسفی، فکری وعملی مناسبی را برای تحول، هم در نظام ارایه خدمات و هم نظام آموزشی، به وجودآورد ولی عدم درک درست آن مانع آن شد که از طرفیتهای به وجود آمده،استفاده مطلوب به عمل آید. ادغام می‌توانست این مجال را فراهم کند که دانشکده‌های پزشکی، نظام ارایه خدمات را تنها از منظر تربیت پزشک نگاه نکنند، بلکه پزشکان را برای رویارویی با همه چالش‌های سرنوشت ساز نظام ارایه خدمات آماده نمایند. (۱، ۴، ۱۰، ۱۲، ۱۴) در همه جای دنیا تغییر در نظامهای ارایه خدمات نیروی محرکی برای تغییر در نظام های آموزشی بوده است، اگرچه آموزش همواره تعییرات را با تأخیر پذیرفته است. امروزه دانشکده های پزشکی با این سؤال جدی مواجه هستند که آیا پزشکانی را که تربیت می‌کنند آمادگی لازم برای کار کردن در نظام‌های ارایه خدمات پیچیده را دارند؟ (۱، ۱۲) ادغام، بالقوه زمینه درک ضرورتهای نوظهور

در نظامهای، می‌کنند آمادگی لازم برای کارکردن در نظامهای ارایه خدمات توسط دانشکده های پزشکی را فراهم کرده است. ولی دانشکده ها آن طور که باید و شاید خود را درگیر سایر ابعاد تربیت نیروی انسانی به غیر از بعد تخصصی آن نکرده‌اند (۱، ۱۰، ۱۲).

در این مقاله درباره لزوم تحول در آموزش بالینی از نظر ضرورتهای امروزین نظام ارایه خدمات بحث خواهد شد. چون در این زمینه مطالعاتی در کشور انجام نگرفته است به ناچار به دیدگاه های اندیشمندان و صاحبنظران غربی، به عنوان شواهدی از جهان غرب، اشاره خواهد شد.

حاکمیت دیدگاههای سنتی بر آموزش پزشکی

به طور سنتی آموزش پزشکی بر ایجاد دانش، نگرش و مهارت های مربوط به علوم زیست پزشکی و طبابت متمرکز بوده است. تلاشهای بهبود، برنامه ریزی‌ها، بکارگیری روشها و عرصه های متنوع آموزشی همه در خدمت تربیت پزشکانی بوده است که بتوانند از بعد تخصص پاسخگوی نیازها و انتظارات جامعه باشند. بنابراین همه ابتکارات در راستای تربیت پزشکانی بوده است که دانش فنی و تخصصی بالاتری داشته باشند. پس از ادغام، مراکز آموزشی ما اگرچه به شدت در ارایه مراقبت‌ها درگیر شدند ولی اغلب، ارایه مراقبتها را در تضاد با آموزش پزشکی دیده‌اند و نتوانسته‌اند یادگیری را در شرایط جدید مدیریت کنند. علاوه بر آن دانشکده‌های پزشکی و مراکز آموزشی وابسته به آنها از تربیت پزشکانی که بتوانند در آینده مسئولیت رهبری تحول در نظام ارایه خدمات را به عهده بگیرند، غفلت کرده‌اند (۱، ۴، ۷، ۱۲، ۱۴) تلاش‌های سال‌های اخیر برای تربیت پزشکانی بهنر قابل تقدیر است با این وجود، آموزش پزشکان "بهتر" لازم است ولی کافی نیست زیرا این پزشکان باید رهبری ارتقای نظام ارایه خدمات را به عهده بگیرند و نظام بهتری را برای کارکردن و ارایه مراقبت به وجود آورند. پزشک بهتر تربیت کردن با ایجاد نظام

بهتر دو چیز متفاوت هستند و مهارت‌های متفاوتی نیـاز دارنـد (۱۲) اگرچـه در ارتباط با موضوع اول دانشکده ها همواره تلاش کرده اند ولی موضوع دوم هرگز مدنظر و کانون توجه دانشکده ها قرار نگرفته است. با تغییر پارادایم در نظامهـای ارایه خدمات، از جمله نظام ارایه خدمات ما، باید دانشکده های پزشکی آموزش بالینی را در راستای پاسخگویی به ضرورتهای برخاسته از این تغییر، تغییر دهند.

تغییر پارادایم در نظام‌های ارایه خدمات (۳، ۵، ۷، ۸، ۹، ۱۲، ۱۴)

نظام های ارایه خدمات با چالش‌های جدید و جدی مواجه هستند. هر روز که می‌گذرد این نظامها پیچیده‌تر می‌شوند و با موضوعاتی از قبیل رهبری این نظامها، کیفیت و هزینه مراقبتها مواجه می‌شوند که باید دانشکده های پزشکی، پزشکان را برای پرداختن به این چالشها و موضوعات آماده کنند. ابتدا لازم است دانشکده‌های پزشکی تغییر پارادائمی که در نظامهای ارایه خدمات اتفاق می‌افتد را درک کنند و آنگاه اندیشه و عمل خود را برای واکنش مناسب به آنها تغییر دهند. اهم موضوعاتی که باید دانشکده های پزشکی به آنها توجه کنند عبارت هستند از:

مدیریت و رهبری نظام ارایه خدمات

در گذشته پزشکان نقش اندکی در مدیریت و رهبری نظامهای ارایه خدمات داشته‌اند درحالی که امروز باید به عنوان یک ضرورت در صحنه رهبری و مدیریت آنها حضور قوی داشته باشند. دانشکده های پزشکی باید به تربیت مدیران و رهبران نظام ارایه خدمات توجه نمایند. اگرچه ادغام شرایط مناسبی را برای توجه به این امر فراهم کرده است ولی تاکنون دانشکده های پزشکی نسبت به این امر به مدیریت نمی‌باشد، می توان صلاحیتهای PhD حد کافی حساس نبوده اند. باید دقت شود که تربیت رهبران آینده نظام ارایه خدمات محتاج درجه رهبری را به صورت ادغام یافته در آموزش بالینی ایجاد کرد. در بخش نهایی این مقاله به این موضوع اشاره خواهد شد.

ارتقای کیفیت مراقبتها

پاسخگویی به نیازها و انتظارات مشتری ها در نظام ارایه خدمات زمانی میسر است که دانشکده های پزشکی کیفیت را یک ارزش تلقی کنند و فراتر از ابعاد فنی و تخصصی آموزش، به آن توجه نمایند. اگر دانش‌آموختگان دانشکده‌های

پزشکی در دوران تحصیل خود به دانش ارتقا مجهز شوند، قادر خواهند بود باتوسل به روشهای علمی به ارتقای مستمر مراقبت ها در نظام ارایه خدمات بپردازند و صحنه ارایه مراقبتها را نیز به صحنه یادگیری و کسب و انتقال تجربه تبدیل کنند.

هزینه مراقبتها

امروزه یکی از موضوعات مهمی که نظام های ارایه مراقبت ها با آن مواجه هستند، هزینه مراقبتها است. اگرچه استفاده از فناوری‌ها و ابزار و تجهیزات جدید نقش قابل توجهی در افزایش هزینه‌ها داشته است ولی بخش قابل توجهی از هزینه ها از طراحی بد فرایندها / سیستم های مراقبتی، استاندارد نبودن این فرایندها / سیستم ها و وجود تغییرات ۱ شدید در ارایه خدمات ناشی می‌شود. بدیهی است که پزشکان در کنار سایر صاحبان حرفه‌های پزشکی باید برای طراحی، اصلاح و ارتقای فرایندها و سیستمهای مراقبتی و کاهش هزینه‌ها اقدام نمایند. بنابراین دانشکده‌های پزشکی باید دانش‌آموختگان خود ر ا برای ارایه مراقبت‌های حائز کیفیت با هزینه اثربخش ترین روشها آماده کنند.

مدیریت سلامت جوامع به جای سلامت فردی

دیدگاه سلامت محوری ایجاب می‌کند که دانشکده های پزشکی از چهار دیواری مراکز آموزشی خود خارج شوند و برای پیشگیری و ارتقای سلامت گروههای جمعیتی اقدام نمایند. این کافی نیست که دانشکده‌های پزشکی فراگیران خود را برای پرداختن به مشکل یک فرد یا تلاش برای حفظ و ارتقای سلامت او تربیت کنند. باید درها را به روی جامعه باز کنند و ریشه مشکلات سلامت جوامع را جستجو کرده و فراگیران را برای برخورد با آنها آماده کنند. بدیهی است که برای تحقق این امر باید دانشکده‌های پزشکی رویکرد خود به آموزش بالینی را تغییر دهند. مدیریت پیشگیری و ارتقای سلامت جوامع به

رویکردی متفاوت از تشخیص، درمان و اداره یک بیماری نیاز دارد.

همکاری و کار تیمی

پزشکان همواره از آزادی عمل نسبی برخوردار بوده‌اند و بصورت منفرد عمل کرده‌اند. امروزه ضرورت ایجاب می کند که به عنوان عضوی از تیم مراقبتی، تعامل تعریف شده‌ای با سایر اعضای تیم داشته باشند. دانشکده ها باید به این جنبه مهم از تربیت حرفه‌ای پزشکان توجه نمایند.

محتوی مراقبتها

در طبابت فردی پزشکان براساس قضاوت بالینی خود عمل می‌کنند،اگرچه این موضوع هنوز هم از اهمیت نسبی برخوردار است ولی طبابت به سمت استانداردکردن فرایندهای مراقبتی براساس شواهد علمی" واجماع نظر متخصصان رشته های مختلف وارایه آن به صورت تیمی پیش می‌رود. ابداع خط سیرهای بالینی ۲ و استفاده وسیع از آنها در بسیاری از کشورهای غربی شاهد این مدعا است.

آیا دانشکده های پزشکی توانسته اند به این تغییر پارادایم پاسخ مثبت بدهند؟ به نظر می‌رسد درارتباط با بسیاری از این زمینه ها دانشکده‌های پزشکی حتی گامهای اولیه را نیز بر نداشته اند. با کمال تاسف دانشکده های پزشکی از الزامات رهبری و مدیریت نظامهای ارایه خدمات غفلت کرده‌اند و به مسئولیتهای اجتماعی خود عمل نکرده اند.

لازم است دانشکده های پزشکی در مسئولیتها، نقشها و وظایف خود تجدید نظر کنند. اولین گام، درک ضرورتهای امروزی نظامهای ارایه مراقبتها است. باید دانشکده های پزشکی براساس درک خود از این ضرورتها و حول پاسخگویی به این ضرورتها، آموزش پزشکی را متحول سازند. دانشکده‌های پزشکی باید پزشکانی را تربیت کنند که بتوانند معماران، طراحان و رهبران آینده سازمانهای

مراقبتهای بهداشتی شوند. آموزش سنتی حتی اگر به بهترین وجه ممکن انجام گیرد نخواهد توانست پاسخگوی ضرورتهای امروز و فردای نظامهای ارایه مراقبتها شود.

دانش ارتقا اساس تغییر در آموزش بالینی (۱-۶، ۹، ۱۱-۱۳)

گفته شد که نظامهای ارایه مراقبتها با ضرورتهای نوظهوری مواجه هستند که دانشکده‌های پزشکی باید به این ضرورتها واکنش مناسب نشان دهند. در غیراین صورت فلسفه وجودی آنها زیر سؤال خواهد رفت. امروزه نمی‌توان با تربیت پزشکانی که فقط دانش تخصصی دارند، مشکلات سلامت جامعه را حل کرد. باید دامنه آموزش پزشکی به فراتر از دانش و مهارتهای سنتی گسترش یابد. تلفیق دانش ارتقا با دانش تخصصی مسئولیت محوری دانشکده های پزشکی برای پاسخگویی به ضرورت‌های پیش گفت می‌باشد.

دانش ارتقا

تلفیق دانش ارتقا با دانش تخصصی در آموزشهای بالینی، اساس تحول در آموزش پزشکان و آماده سازی آنان برای ارایه مراقبتها در شرایط دشوار و پر از چالشهای جدید را تشکیل می‌دهد. ورود دانش ارتقا به حوزه اندیشه و عمل رهبران آموزشی و اعضای هیأت علمی دانشکده‌های پزشکی، پیشگامی دانشکده‌های پزشکی در پاسخگویی به ضرورتهای نوظهور نظام ارایه خدمات را تضمین خواهد کرد. از طرف دیگر شرایطی فراهم خواهد کرد که یادگیری، ارتقا و تولید علم در بستر فرایندهای مراقبتی پیوند بخورند. دانش ارتقا از رهبران، اعضای هیأت علمی و فراگیران دانشکده‌های پزشکی می‌خواهد که :

۱. مراقبت را به صورت یک فرایند / سیستم ببینند.
۲. تغییرات در فرایندهای مراقبتی را درک کنند و نسبت به کاهش آنها اقدام نمایند.

۳. فرایندهای مراقبتی را براساس نیازها و انتظارات مشتری‌ها طراحی و ارتقا دهند.
۴. در بستر فرایندهای مراقبتی برای ارتقا و یادگیری همکاری کنند.
۵. عملکرد فرایندها را برای اطمینان از پاسخگویی به نیازها و انتظارات مشتری‌ها بطور مستمر بسنجند.
۶. پاسخگوی مسئولیت‌های خود در قبال مشتری‌ها باشند.

همه تحولات در آموزش پزشکی و به تبع آن در نظام ارایه خدمات از درک دانش ارتقا و بخصوص دیدن مراقبت بصورت یک فرایند / سیستم ناشی می‌شود. وقتی مراقبت را بصورت یک فرایند ببینیم:

- جریان افقی کار، نه سلسله مراتب سازمانی، را خواهیم دید
- تدارک کنندگان و مشتریهای فرایند را درک خواهیم کرد
- وظیفه خود را در ارتباط با وظایف دیگران خواهیم دید
- درک خواهیم کرد که دانش مربوط به کل فرایند را به تنهایی در اختیار نداریم
- خواهیم فهمید که برای ارتقای فرایند اقدام فردی به جایی نمی‌رسد
- درک خواهیم کرد که برای اطمینان از عملکرد فرایند، همکاری، کار تیمی و برقراری ارتباط موثر یک ضرورت است
- خواهیم فهمید که تا ندانیم مشتری‌ها چه انتظاراتی دارند
- نمی‌توانیم به انتظارات آنها پاسخ دهیم
- درک خواهیم کرد که تا ندانیم فرایندها چگونه عمل می‌کنند،
- نمی‌توانیم آنها را ارتقا دهیم
- می‌فهمیم که فرایندهای مراقبتی بهترین بستر را برای یادگیری و تولید علم کاربردی فراهم می‌کنند
- درک خواهیم کرد که فرایندها بطور مستمر باید ارتقا داده شوند تا بتوانند به نیازها و انتظارات در حال تغییر مشتری‌ها پاسخ دهند می‌فهمیم که مرزبندی‌ها و سلسله مراتب سازمانی اغلب مانع تمرکز بر فرایندها هستند درک می‌کنیم که باید به جای سازمان، فرایندها مدیریت شوند و از فرایندهای رها شده نباید

انتظار عملکرد عالی داشت درک می‌کنیم که ساختار فرایندها عملکرد آنها را تعیین می‌کنند و می‌توان با تغییر ساختار، عملکرد فرایندها را ارتقا داد.

درک یک کار به عنوان یک فرایند یا سیستم اولین جزء از دانش ارتقا است. درک تغییرات در عملکرد فرایندها / سیستم‌ها، روانشاسی کار و نظریه دانش (یادگیری) سه جزء دیگر دانش ارتقا هستند. واردکردن مجموعه اینها به آموزش فراگیران دانشکده‌های پزشکی می‌تواند این فراگیران را علاوه بر مجهز کردن به بهترین دانش تخصصی، به رهبران آینده سازمانهای مراقبتهای بهداشتی تبدیل کند، زیرا که به قول پیتر شولتز رهبران امروز و فردا باید صلاحیت‌های زیر را داشته باشند (۱۱):

۱. توانایی تفکر در قالب سیستم‌ها و دانستن نحوه رهبری آنها

رهبران آینده نظامهای ارایه خدمات، نباید سازمان ها را در قالب نمودار سازمانی جستجو و مدیریت کنند، بلکه باید در قالب تعامل و روابط متقابل اجزا و عناصر آن ببینند و روابط و تعامل بین اجزا و عناصر را رهبری کنند.

۲. توانایی درک تغییرات در فرایندها / سیستم‌ها

رهبران آینده باید درک کنند که اغلب مشکلات، نقص ها، خطاها، حوادث، اشتباهات، اتلاف منابع و دوباره کاری ها در سازمانها ریشه در طراحی فرایندها و سیستم‌ها دارند. فقط با مدیریت فرایندها می‌توان ریشه مشکلات را خشکاند.

۳. درک نظریه دانش (یادگیری، رشد و توسعه)

رهبران آینده نظامهای ارایه مراقبت ها باید یاد بگیرند که دیگران چگونه یاد می‌گیرند و رهبری یادگیری و ارتقای واقعی را به عهده بگیرند. جالب است بدانید که آموزش در ریشه لاتین خود به معنی "رهبری" است، بنابراین دانشکده‌ها همواره باید فراگیران را به سوی درک اینکه چگونه یاد می‌گیرند رهبری کنند و خصلت یادگیری را به عنوان یک موضوع مادام العمر در فراگیران ایجاد نمایند. باید توجه شود که بیشترین یادگیری در انسان ها در عمل اتفاق می‌افتد، بنابراین ارایه فرایندهای مراقبتی بهترین بستر یادگیری را برای پزشکان و سایر صاحبان حرفه‌های پزشکی فراهم می‌کند.

۴. درک علل رفتار انسان‌ها (درک روانشناسی کار)

دانشکده‌های پزشکی باید این درک را در فراگیران خود ایجاد کنند که نمی‌توان انگیزه را به افراد تزریق کرد باید انگیزه از درون افراد بجوشد. رهبران باید شرایطی فراهم کنند که افراد با قلب و فکرشان برای انجام درست کار درست اقدام نمایند.

۵. درک تعامل بین سیستم، تغییرات، یادگیری و رفتار انسان

چهار جزء دانش ارتقا در تعامل هستند. رهبران سازمانهای مراقبت های بهداشتی باید بدانند هریک از این اجزاء چگونه بر دیگری تأثیر می‌گذارند. نمی‌توان در یک سازمان یکی از آنها را به کار گرفت و از سه جزء دیگر دانش یکپارچه ارتقا غفلت کرد.

۶. ارایه دورنما، جهت‌گیری و کانون توجه به سازمان

سازمانی که دورنما، جهت گیری و کانون توجه ندارد نمی‌تواند به نیازها و انتظارات مشتری‌ها پاسخ دهد. در چنین شرایطی انرژی اعضای سازمان هدر می‌رود و یادگیری در آن اتفاق نمی‌افتد. دانشکده‌های پزشکی باید پزشکان و رهبران آینده سازمانهای مراقبتهای بهداشتی را برای معنی بخشیدن به حیات این سازمانها از طریق ارایه دورنما، جهت‌گیری و کانون توجه آماده کنند.

صلاحیت‌هایی که در بالا به آنها اشاره شد از ادغام دانش ارتقا با دانش تخصصی به وجود خواهد آمد. فقط در این صورت است که دانشکده‌های پزشکی قادر خواهند بود پزشکانی تربیت کنند که آمادگی کارکردن در نظام های ارایه خدمات و رهبری تغییر و ارتقای آن را دارند. تأخیر در پذیرش و ادغام دانش ارتقا موجب خواهد شد دانشکده های پزشکی فرصتهای بی شماری را از دست بدهند و نظام ارایه مراقبت‌ها همچنان در مشکلات خود غوطه ور بماند (۱۳).

References

1. Batalden PB. If Improvement of the Quality and Value of Health and Health Care is the Goal, Why Focus on Health Professional Development? Quality Management in Health Care, 1998; 6: 52-61.

2. Batalden PB, Nelson EC, Edwards WH, Godfrey MM, Mohr JL. Microsystems Part 9. Developing Small Clinical Units to Attain Peak Performance, 2003; 29: 575.

3. Batalden PB, Stevens DP, Kizer KW. Knowledge for Improvement: Who Will Lead the Learning? Quality Management in Health Care, 2002; 10: 3-9.

4. Berwick DM, Nolan TW. Physicians as Leaders in Improving Healthcare: A new Series in Annals of Internal Medicine. Ann Intern Med. 1998; 128: 289-92.

5. Hoff TJ, Pohl H, Bartfield J. Creating a Leading Environment to Produce Competent Residents: The Roles of Culture and Context. Academic Medicine, 2004; 79: 532.

6. Kosnik LK, Episona JA. Microsystems in Health Care: Part7. The Microsystems as a Platform for Merging Strategic Planning and Operations. Jt Comm J Qual Saf, 2003; 29: 452.

7. Leach DC. Changing education to improve patient care. Quality in Health Care, 2001; 10: 1154.

8. McPherson K, Headrick L, Moss F. Working and Learning Together: good quality care depends on it, but how we achieve it? Quality Care, 2001; 10(Supp ¡¡): ¡¡46-¡¡53.

9. Nolan TW.Understanding Medical Systems. Ann Intern Med. 1998; 128: 293-8.

10. Rabkin MT. A Paradime Shift in Academic Medicine? Academic Medicine, 1998; 73:127- 131.

تربیت پزشک متبحر به جز در یک نظام سلامت ادغام یافته با عرضه آکادمیک محقق نمی‌شود

دکتر شهرام یزدانی

رئیس مرکز مطالعات دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی با بیان اینکه دانش پزشکی به طور باورنکردنی در حال گسترش و تغییر است، گفت: به عنوان مثال زمان دو برابر شدن حجم دانش پزشکی تنها ۲۰ ماه است و روایی و ۵ سال آینده زیر سوال – صحت حدود یک سوم از شواهدی که در حال حاضر در طبابت به کار می‌رود در طی ۱۰ خواهد رفت. به این ترتیب تعلیم و تربیت ارایه دهندگان خدمات سلامت امری مقطعی محسوب نمی‌شود و آموزش مداوم پزشکان و ارتقا حرفه‌ای مداوم آنان وظیفه‌ای خطیرتر و دشوارتر از تربیت اولیه آنان است و این امر بجز در یک نظام سلامت ادغام یافته با عرضه آکادمیک محقق نخواهد شد.

به گفته رئیس مرکز مطالعات دانشگاه علوم پزشکی بهشتی، آموزش پزشکی جامعه‌نگر و آموزش پزشکی در بطن جامعه جهت‌گیری‌های اصلی پزشکی در چند دهه اخیر را تشکیل م یدهند و انفکاک عرصه های بالینی و آکادمیک ارتباط و تناسب محتوی، روش‌ها و جایگاه‌های آموزشی با نیازهای جامعه را به حداقل می‌رساند، به بیان دیگر وجود یک نظام ارایه خدمات سازمان یافته یکی از شرایط تحقق اهداف ادغام عرصه‌های آکادمیک و بالینی است.

۹۰ درصد مراکز پژوهشی بخش سلامت بالینی هستند

دکتر یزدانی با اشاره به وضعیت فعلی بخش سلامت، خاطر نشان کرد: ۹۰ درصد مراکز پژوهشی این بخش بالینی هستند و ۹۵ درصد بخش آموزش نیز مبتنی بر خدمات سلامت است، بنابراین در این شرایط تعامل و ادغام با بخش سلامت مهمترین ضرورت است.

وی با بیان اینکه نتایج پژوهش هرگز نباید بدون استفاده و عاطل باقی بماند و پژوهشی که نتایج آن به تصمیم‌گیری کمک نکند تنها اسراف منابع محسوب می‌شود، اظهار کرد: در نظام سلامت گرو ههای مختلف در سطوح مختلف نیازمند دستیابی به نتایج پژوهشهای بومی می‌باشند و ماهیت پژوهشهایی که پاسخگوی نیاز گروه‌های مختلف است نیزبا یکدیگر متفاوت میباشد.

بازگشت آموزش پزشکی، پژوهش های پزشکی را به سمت مقولات بدون ارتباط سوق میدهد.

به اعتقاد یزدانی، پژوهشی که براساس مشکلات نظام سلامت و در جهت حل مشکلات نظام سلامت شکل می‌گیرد، بهترین شکل استفاده از بودجه‌های پژوهشی در کشورهای در حال توسعه و در شرایط محدودیت منابع است و در این میان ادغام عرصه‌های آکادمیک و بالینی این امکان را مهیا می‌کند که پژوهشهای در دانشگاه‌های علوم پزشکی به بهترین نحو در راستای مشکلات نظام سلامت شکل گیرند و انفکاک این دو عرصه این خطر را در بردارد که پژوهش‌های پزشکی به سمت مقولات بدون ارتباط و یا لوکس سوق پیدا کنند.

ادغام واقعی عرصه های آکادمیک و بالینی تضمین کننده کیفیت خدمات بالینی است.

دکتر یزدانی در ادامه این میزگرد ایسنا، ادغام واقعی عرصه های آکادمیک و بالینی را تضمین کننده کیفیت خدمات بالینی دانست و گفت: سنتز اطلاعات و شواهد در قالب راهکارهای طبابت بالینی، فرایند پایش علمکرد، ممیزی بالینی و اعتبار بخشی به مؤسسات ارایه دهنده خدمات تنها در تعامل نزدیک دانشگاه‌های علوم یا نظام سلامت معنی پیدا می‌کنند.

وی افزود: در کشور ما ادغام عرص ههای آکادمیک و بالینی به بهترین شکل رخ داده است، به بیان دیگر دانشگاه‌های علوم پزشکی به صورت زیرمجموعه‌ای

از وزارت بهداشت شکل گرفته‌اند. به اعتقاد وی علت آن که تاکنون نتوانسته‌ایم از این ادغام به نحو مقتضی استفاده نماییم این است که دو شرط بعدی محقق نگشته است. به بیان دیگر عرصه بالینی ایران بدون سازماندهی و قطعه قطعه است و از طرفی ارتباط حاکمیتی عرصه آکادمیک در مقابل عرصه بالینی شکل نگرفته است.

یعنی دانشگا ههای علوم پزشکی قدرت کمی برای سیاستگذاری، تعیین جهت‌گیریها و نظارت کلان بر عرصه بالینی دارند. بدیهی است در چنین وضعیتی تمام تلاش باید در جهت محقق نمودن این دو شرط باشد و زیر سؤال بردن اصل ادغام عرص ههای آکادمیک و بالینی در حکم پاک نمودن صورت مسأله می‌باشد.

مدیر مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی با بیان اینکه ادغام یک طیف است، تصریح کرد: نتایج بررسی وضعیت آموزش پزشکی کشور پس از ادغام و همچنین آموزش وزارت علوم نشان داده است که این طیف از شش سطح تشکیل شده است. ارتباط، همیاری، هماهنگی، همکاری چهار سطح اولیه این طیف است که در نتیجه آنها مرحله ادغام رخ می‌دهد و طی آن یک بازبینی و بازآرایی در سطح رسالت،اهداف، بودجه، فعالیتها و عملکردها برای رسیدن به سطح نهایی یعنی تحکیم ضروریست.

وی افزود: در حال حاضر قسمت عمده تعامل دانشگا ههای علوم پزشکی با عرصه سلامت در سطح همکاری و ادغام می‌باشد و در سالهای اخیر این ادغام در بعضی از موارد به تحکیم رسیده است که مثال بارز آن هماهنگی کامل در اصلاحات نظام سلامت و اصلاحات آموزشی، بهره‌مندی از توان دانشگاه‌های علوم پزشکی در تدوین و طرح ایجاد مراکز تعالی خدمات بالینی در دانشگاه‌های علوم پزشکی (CPG) آموزش راهکارهای طبابت بالینی می‌باشد.

این در حالی است که به جرات می‌توان ادعا نمود که شدت این ادغام در دانشگاه‌های غیرپزشکی به طوری پایین است که حتی دانشکده‌های مختلف (به

عنوان مثال دانشکده علوم انسانی و دانشکده کامپیوتر) حتی در سطح ارتباط با یکدیگر تعامل ندارند و ارتباط دانشگاه با بخش صنعت نیز ضعیف و کمتر از سطح ارتباط می‌باشد.

دکتر یزدانی با بیان این که تفکر اولیه ادغام دانشکده ی پزشکی در نظام سلامت در کشورهای در حال توسعه شکل گرفت و اولین تجربیات موفق در این رابطه در کشورهایی مانند مصر، سودان و تعدادی از کشورهای آفریقایی گزارش شده است، تصریح کرد: از آنجاییکه این تفکر با فلسفه وجودی دانشکده پزشکی و با اهداف کلان نظام سلامت کاملاً همخوانی دارد، در حال حاضر موارد متعدد و موفقیت آمیزی از ادغام دانشکده های پزشکی در نظام سلامت را در کشورهای توسعه یافته می‌بینیم. به عنوان مثال در بررسی که در سال ۱۹۹۹ توسط Farrell در ایالات متحده ی آمریکا صورت گرفت ۳۰ درصد از دانشکده‌ی پزشکی ادغام کامل با نظام سلامت ایالت مربوطه محسوب می‌شد و مدیر ارشد اجرایی دانشکده پزشکی (CEO) علاوه بر وظایف معمول خود رهبری نظام سلامت را نیز عهده‌دار بود.

وی با اشاره به اظهارنظر برخی افراد که دخالت دانشگا ههـا در بخش سلامت و بهداشت را باعث کاهش شانیت آنها می‌دانند، گفت: این اظهار نظر بسیار غیرمنطقی است، چرا که وظیفه دانشگاه‌ها همین است یعنی قاطی شدن با مشکلات درمانی و بهداشتی جامعه، چرک و خون و در اصل خدمت به مردم. به گفته وی، تقدس دانشگاه تا زمانی‌است که در خدمت مردم و جامعه باشد نه اینکه تافته‌ای جدابافته و دور از سیستم سلامت باشد.

وزارت علوم تعامل لازم میان دانشگاه و عرصه خدمت را فراهم نکرده است.

وی با اشاره به مشکل و معضل نبود ارتباط میان دانشگاه و صنعت در نظام آموزش عالی کشور، تصریح کرد: سازو کار وزارت علوم به نحوی است که

تعامل لازم میان دانشگاه و عرصه خدمت فراهم نشده است، از طرف دیگر بخش سلامت یک تفاوت با سایر عرصه‌ها دارد که اهمیت آن برای همه جامعه شناخته شده و این مسأله حق مثبته مردم یعنی تأمین سلامت است.

دکتر یزدانی با تکذیب کاهش کیفیت آموزش پزشکی کشور، افزود: مدعیان افت کیفیت و شاخصهای آموزش پزشکی باید با ارایه مدارک مستند و بر اساس استاندارد ملی یا جهانی این مسئله را مطرح کنند که البته در این راستا وزارت علوم این استاندارد ملی را تدوین و تهیه نکرده است ولی این استاندارد در وزارت بهداشت در حال گذراندن مراحل تدوین است.

اصلاحات آموزش پزشکی در ایران الهام بخش کلیه کشورهای جهان ذکر شده است

وی با اشاره به شواهد اثبات کننده افزایش کیفیت آموزش پزشکی، خاطر نشان کرد:فدراسیون جهانی آموزش پزشکی مجموعه کاملی از استانداردهای آموزش پزشکی را منتشر نموده است. این فدراسین در فوریه ۲۰۰۴ گزارشی را تحت عنوان Impressions of Medical Education in IR Iran منتشر نمود. در این گزارش مفصل با اشاره به نقش کلیدی مراکز توسعه آموزش پزشکی (EDC) در دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران، آموزش پزشکی در ایران هم راستا با استانداردهای جهانی و اصلاحات آموزش پزشکی در ایران الهام بخش کلیه کشورهای جهان ذکر شده است. در این راستا همه کشورهای دنیا به سمت اجرای طرح ادغام حرکت کرده‌اند و حرکت به این سمت برای آنها نوعی ارزش محسوب می‌شود.

وی افزود: اگر بین تولید منابع انسانی و استفاده از منابع، لینک و ارتباط قوی نباشد و کسی برای پاسخگویی به آن وجود نداشته باشد، تبعات منفی آن متوجه مردم می شود. بنابراین ادغام عرصه سلامت و آموزش عالی، ادغامی است که در راستای پاسخگویی در تمام سطوح است.

دکتر یزدانی، استراتژیها یا راهکارهای کلان اصلاح این بخش را چند نوع دانست و گفت: استراتژیهایی وجود دارند که در دنیا پاسخ داده و به نتیجه رسیده است ولی گاهی اوقات در کشور، اجرای این استراتژیها با مشکل روبرو می شود و در نهایت اجرای نامطلوب این استراتژی باعث می شود که کل استراتژی و فلسفه اصلی آن زیر سوال برود، در حالیکه این مسأله به هیچ عنوان صحیح و منطقی نیست، بلکه باید نقاط ضعف اجرا و مراحل عملیاتی کردن آن اصلاح و بازنگری شود.

طی ۲۰ سال گذشته نزدیک به ۲۰ سال به طول عمر مردم اضافه شده است

وی با بیان اینکه کشور در حیطه‌های سد سازی، مخابرات و انرژی هسته‌ای به خوبی پیش رفته است، گفت: با این حال در سایر حیطه‌های علوم در جهت خودکفایی کشور پیش نرفته ایم، ولی در عرصه سلامت در طول ۲۰ سال گذشته نزدیک به ۲۰ سال به طول عمر مردم اضافه شده است که یکی از افتخارات بزرگ است.

بنابراین باید بررسی شود که ارگان یا سازمانی که قصد دارد مسئولیت آموزش پزشکی را بر عهده بگیرد آیا توانایی توسعه و پیشرفت حوزه خود را دارد؟

ما در بخش سلامت ادعای خود کفایی داریم

وی افزود: ما در بخش سلامت ادعای خود کفایی داریم حتی آنقدر پیشرفت کرده ایم که وارد عرصه تجارت سلامت و پذیرش بیمار از سایر کشورها شده‌ایم.

دکتر یزدانی با بیان اینکه با مستندات و شواهد علمی و منطقی می‌توان نادرست بودن بازگشت آموزش پزشکی به وزارت علوم را اثبات کرد، گفت: اثبات اثر بخشی اینچنین سیستم پیچیده‌ای بسیار مشکل است. با این حال

مسئولین سازمان بهداشت جهانی نسبت به اثر بخشی و مثبت بودن طرح ادغام در کشور و حفظ کیفیت آموزش اذعان دارند.

وی افزود: متأسفانه در کشور ما مخالفت ارزش ایجاد میکند اگرچه ذهن یک دانشمند باید نقاد وشکاک باشد ولی نباید بدون شواهد و مدارک نسبت به هر چیزی شک و با آن مخالفت کند، یعنی ذهن دانشمند فقط نقد و انتقاد نیست بلکه باید به دنبال خود، سازندگی داشته باشد.

بسیاری از مخالفتهای موجود با طرح ادغام ریشه فرهنگی دارد

دکتر یزدانی با بیان اینکه بسیاری از مخالفت‌های موجود با طرح ادغام ریشه فرهنگی دارد، اظهار کرد: بسیاری از این مخالفت‌ها بی‌اساس و منطق و بدون انجام کار کارشناسی و بی فایده است. بنابراین اگر مخالفی عدد، رقم و دردانشگاه علوم پزشکی «دانش و فناوری پیشرفته سلامت» شواهد اثبات کنند آورد ما نیز آنرا می‌پذیریم. دانشکده شهید بهشتی ایجاد شد. وی در بخش دیگری از سخنان خود با اشاره به پیشرفت علوم نوین در دانشگاه علوم در شورای آموزشی دانشگاه « دانش و فناوری پیشرفته سلامت » پزشکی شهید بهشتی، اظهار کرد: دانشکده تصویب شده است که البته این اقدام با انجام کار کارشناسی در مرکز مطالعات و توسعه آموزش دانشگاه عملیاتی شده است به گونه‌ای که پویایی و رشد مثبت این دانش نیز مورد بررسی قرار گرفت و سپس روی آن سرمایه‌گذاری شد. ولی از آنجا که ۱۰ تا ۱۵ سال طول می‌کشد تا دانش پیشرفته نهادینه شود و در ادامه بین ۴ تا ۵سال طول می‌کشد که به مرحله تولید برسد باید در آینده منتظر نتایج مثبت این طرح باشیم.

رئیس مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی با بیان اینکه با استفاده از شواهد جهانی می‌توان علمی بودن طرح ادغام را اثبات کرد، گفت: علاوه بر اینکه دانشکد ههای پزشکی دنیا به این سمت در حال حرکت هستند، سند ملی توسعه دانش و فناوری بخش سلامت باید شکل

بگیرد و پس از تبیین و شفاف سازی تعاملات دانشگاه‌های علوم پزشکی، غیر پزشکی، مراکز پژوهشی مختلف، عرصه سلامت، صنعت و بازار، اگر لزومی برای بازگشت به وزارت علوم بود، آنزمان اینکاررا انجام می‌دهیم ولی در هر صورت باید بر اساس این سند اقدام شود.

دکتر یزدانی در خاتمه با بیان اینکه در محور خلق منابع، تربیت و آموزش نیروی انسانی جزو وظایف اصلی نظام سلامت محسوب می‌شود، گفت: نظام سلامت نظامی پیچیده و دائماً در حال تغییر است و آموزش ارایه دهندگان خدمات سلامت باید بر اساس الزامات، مقتضیات و نیازهای نظام سلامت صورت گیرد. بدیهی است آموزش ارایه کنندگان خدمات سلامت در یک سیستم مستقل، انطباق آموزش با نیازهای در حال تغییر نظام سلامت را با دشواری مواجه می‌سازد. همچنین، پاسخگویی اجتماعی در تمام سطوح نظام سلامت و همچنین در سطح دانشگاه‌های علوم پزشکی امری ضروری است، نظام سلامت باید در مقابل کیفیت خدمات ارایه شده توسط ارایه کنندگان خدمات سلامت پاسخگو باشد و دانشگاه های علوم پزشکی باید در مقابل دانش، نگرش، مهارت‌ها و توانایی‌های ارایه دهندگانی که فارغ التحصیل می‌کنند پاسخگو باشند بنابراین انفکاک عرصه‌های بالینی و آکادمیک موجب می‌شود این پاسخگویی در دو سطح به حداقل برسد. به بیان دیگر نظام سلامت در مقابل کیفیت خدمات ارایه کنندگانی که خود تربیت نکرده است پاسخگو نخواهد بود و دانشگاه های علوم پزشکی نیز فارغ‌التحصیلان خود را تحویل سیستمی مستقل و جداگانه خواهند داد و در قبال عملکرد بعدی آنها پاسخگو نخواهند بود.

انتهای پیام کد خبر: ۸۴۰۷-۳۱۳۸