

چالش‌های آموزش پزشکی جامعه نگر در ایران

دکتر عباس انتظاری^۱، دکتر زهرا جلیلی^۲، دکتر محمد علی محقی^۳، دکتر نادر ممتاز منش^۴

چکیده

مقدمه: آموزش پزشکی جامعه نگر معمولاً به آموزش پزشکی که خارج از سطوح سوم یا دوم ارائه خدمات که در بیمارستان پایه‌گذاری شده است اشاره دارد. با آموزش مبتنی بر نیازهای جامعه، آگاهی از نیازهای بیماران و ارتقاء عملکرد پزشکی بطور کلی افزایش پیدا خواهد کرد. در این مطالعه با هدف بررسی وضعیت آموزش پزشکی جامعه نگر در ایران کلیه دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور توسط مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مورد بررسی قرار گرفتند.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر از نوع مطالعات کیفی است و از نمونه‌گیری هدفمند (مبتنی بر هدف) با مشارکت افرادی که تجربه ارائه خدمات جامعه نگر را داشته‌اند و افراد کلیدی و مؤثری که در مدیریت آموزشی نقش دارند و تجارب متفاوتی را دارا بودند به نحوی که گستردگی تجارب آنها باعث بدست آوردن کدهای متنوع گردید، استفاده شد.

یافته‌ها: نقاط قوت و ضعف همچنین فرصت‌ها و تهدیدها در آموزش پزشکی جامعه نگر در کشور مشخص گردید، جایگاه آموزش پزشکی جامعه نگر تعیین گردید و علل و عوامل ایجادکننده آن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

بحث: نتایج مطالعه با تحلیل سیستماتیک (درونداد، فرایند و برونداد) به صورت طبقه بندی‌هایی شامل: رسالت و چشم انداز، انگیزه، مدیریت آموزشی و ساختار، ساختار آموزشی (برنامه آموزشی)، پژوهش، ارتباطات، ساختارهای فیزیکی و تجهیزات، و نظارت و ارزشیابی مشخص گردید.

نتیجه‌گیری: با استفاده از نتایج این مطالعه، ضرورت تغییرات و تحول بنیادین و همه جانبه در اجرای برنامه‌های آموزشی و ارتقای روند آنها کاملاً مشخص گردید.

کلیدواژه‌ها: آموزش پزشکی جامعه نگر، چالش

- ۱- استادیار پزشکی اجتماعی، مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
- ۲- دانشیار آموزش بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان
- ۳- استاد جراحی عمومی، انستیتو کانسر، بیمارستان امام خمینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
- ۴- استادیار هماتولوژی و انکولوژی کودکان، بیمارستان لقمان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

مقدمه:

امروزه شناغلین پزشکی با چالشهای متفاوتی نسبت به پزشکان سابق مواجه هستند. این چالشها عبارتند از: تغییرات اجتماعی، اقتصادی، و جمعیت شناسی. در نتیجه بالارفتن انتظارات بیماران، و تاکید بر روی مراقبت های اولیه، آموزش فارغ التحصیلان پزشکی جامعه نگر اهمیت زیادی پیدا کرده است (۱). با آموزش مبتنی بر نیازهای جامعه، آگاهی از نیازهای بیماران و ارتقاء عملکرد پزشکی بطور کلی افزایش پیدا خواهد کرد. تمرکز آموزش پزشکی باید از بیمار محور بودن به سمت جامعه محور بودن همراه با طراحی برنامه های آموزشی جهت اندازه گیری و بهبود سلامت و درک نیازهای بهداشتی جامعه حرکت کند. موضوع بهداشت عمومی در پزشکی که شامل ارتقاء بهداشت و پیشگیری از بیماری، ارزیابی نیاز جامعه و هدف گذاری در راستای برطرف کردن نیازها و آگاهی از فاکتورهای محیطی و اجتماعی در ارتباط با بیماری است باید بطور آشکاری در کوریکولوم آموزشی لحاظ شود. یک رویکرد ممکن در این راستا، تاکید بر مشارکت بیماران و یادگیری فعال دانشجویان پزشکی می باشد که باعث تشویق دانشجویان در تشخیص جامعه نگر، ارزیابی محلی سلامت و نیازهای مراقبت بهداشتی می شود (۲). آموزش پزشکی جامعه نگر معمولاً به آموزش پزشکی که خارج از سطوح سوم یا دوم ارائه خدمات که در بیمارستان پایه گذاری شده است اشاره دارد. لذا جامعه باید بگونه ای در برنامه آموزشی لحاظ شود، که باعث افزایش پاسخگویی نظام سلامت به خواسته های به حق و مشروع جمعیت و همچنین سهم عادلانه امکانات است (۳) و (۴).

در ایران از سال ۱۳۶۴ با تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی وظیفه آموزش و تربیت نیروی انسانی بخش بهداشت و درمان به عهده این وزارتخانه نهاده شد تا بتواند نیروهای متخصصی را تربیت نماید که پاسخگویی بهتری به نیازهای بهداشتی درمانی جامعه داشته باشند. اما در ایران سابقه این حرکت به سال ۱۳۵۱ برمی گردد

که وزیر علوم و آموزش عالی وقت با همکاری تعدادی از استادان دانشگاهها و کارشناسان وزارت بهداشتی 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. در این مجموعه الگوی ایجاد شبکه بهداشتی درمانی و ادغام عرصه های آموزش پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی به عنوان یک طرح انقلابی ارائه شده است (۵).

پس از تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که با هدف پاسخگویی به نیازهای سلامت جامعه و اجرای یک آموزش جامعه نگر بود، دوره یک ماهه کارآموزی و کارورزی پزشکی اجتماعی جهت دانشجویان پزشکی و با هدف آشنا نمودن آنان با نظام شبکه بهداشتی درمانی کشور، شناخت واقعی مشکلات بهداشتی درمانی مردم و نحوه اداره مدیریت مراکز بهداشتی درمانی در برنامه آموزش پزشکی عمومی تعیین شد (۶). متعاقب آن گروههای پزشکی اجتماعی به عنوان گروه آموزشی مسؤول ارائه این برنامه گردیدند و به دنبال آن در گردهمایی هایی که در زیباکنار و پاکدشت ورامین با مشارکت فعال اساتید گروههای پزشکی اجتماعی و مسؤولین و دست اندرکاران برگزار گردید. سرانجام برنامه دوره کارآموزی و کارورزی بخشهای پزشکی اجتماعی به صورت طرح درس مدون تهیه و در اختیار دانشگاهها قرار گرفت. در جریان اجرای این برنامه و با ایجاد بخشهای پزشکی اجتماعی در اکثر دانشگاهها و تنوع تعداد کارآموزان و کارورزان و ویژگیهای عرصه های آموزش هر دانشگاهی حسب موقعیت خود اقدام به اجرای این دوره ها نموده و براساس شرایط خاص خود تغییراتی در آن به وجود آوردند (۷).

در سال ۱۳۷۷ با بررسیهایی که از طرف مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی وزارت متبوع در زمینه نحوه فعالیت گروههای پزشکی اجتماعی صورت گرفت نتایجی حاصل شد که منجر به تشکیل اولین کارگاه کشوری مدیران گروههای پزشکی اجتماعی در شهریور ماه ۱۳۷۷

با توجه به ساختار منحصر به فرد و ادغام یافته آموزش علوم پزشکی در نظام ارائه خدمات در ایران همچنین روند رشد جمعیتی کشور، تغییرات هرم سنی جامعه و تغییر الگوی زندگی مردم در کشور و به تبع آن تغییر در تقاضای بهداشتی درعانی و ضرورت ارتباط تحصیلی و حرفه‌ای دانشجویان گروه علوم پزشکی با نیازهای جامعه تهیه برنامه راهبردی کوتاه مدت و بلند مدت از اهمیت ویژه‌ای در ارتقای سطح آموزش، پژوهش، درمان برخوردار است.

در این مطالعه مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از سال ۱۳۸۶ با همکاری مراکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی کلیه دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اقدام به یک بررسی همه جانبه در زمینه چالش‌های آموزش پزشکی جامعه نگر در سطح کشور نمود.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر از نوع مطالعات کیفی بوده و به روش بحث گروهی متمرکز و که کاراترین روش جمع آوری داده‌ها در مطالعات کیفی است توسط مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی در کلیه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور انجام شده است (۸) و (۱۰). اساس این روش را برهم کنش و برخورد اندیشه‌ها در گروه و به ساختار و کلام در آمدن اندیشه‌های سازمان نیافته گروه تشکیل می‌دهد. در این مطالعه نمونه گیری هدفمند (مبتنی بر هدف) بوده و از مشارکت افرادی که تجربه ارائه خدمات جامعه نگر را داشته‌اند و افراد کلیدی و مؤثری که در مدیریت آموزشی نقش دارند و تجارب متفاوتی را دارا بودند به نحوی که گستردگی تجارب آنها باعث بدست آوردن کدهای متنوع گردید، استفاده شد. این مطالعه در سال‌های ۱۳۸۶ و ۱۳۸۷ به مدت ۱۸ ماه و حدود ۲۰۰۰ نفر ساعت کار کمیته‌های آموزش پزشکی جامعه نگر در ۲۸ دانشگاه متشکل از مدیر EDC دانشگاه، مدیر گروه پزشکی اجتماعی دانشگاه، نماینده معاونت آموزشی دانشگاه، نماینده معاونت بهداشتی دانشگاه،

گردید. در این کارگاه با عنایت به گسترش بخشهای پزشکی اجتماعی و فعال شدن آنان در اکثر دانشگاهها و به دلیل شرایط متفاوتی که از نظر تعداد کارآموز، کارورز، شیوه آموزش، امکانات پشتیبانی، امکانات بیتوته و نقلیه و غیره که باعث اجرای متفاوت برنامه مدون در دانشگاهها می‌شد، ضرورت بازنگری کارآموزی و کارورزی مطرح و تصویب گردید. ضمناً، در برخی از دانشگاهها، گروه‌های بالینی ماژور (داخلی، اطفال، جراحی، زنان) نیز تا حدودی به بحث آموزش پزشکی جامعه نگر پرداخته و فعالیت‌هایی داشته‌اند، اما به دلیل در دسترس نبودن برنامه مدون و زمینه‌های لازم عملاً این بحث به فراموشی سپرده شده است.

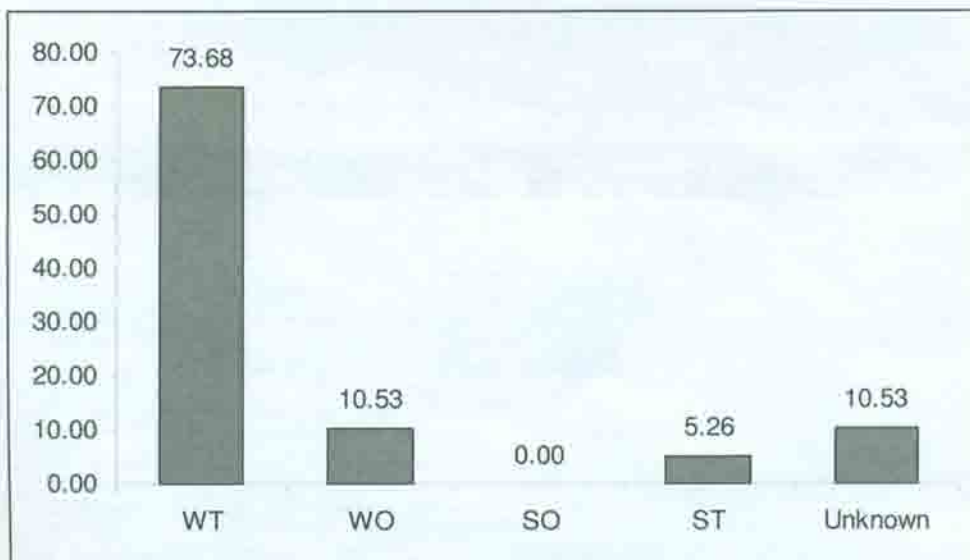
از سویی دیگر در ایران همچون سایر نقاط جهان، آموزش پزشکی شاهد نوسانات مکرر در بینش دست‌اندرکاران آموزشی بوده است به نحوی که در مقطعی تمرکز مباحث آموزشی بر سلول و ملکول، در مقطعی تمرکز بر بافتها و ارگانها، در برهه‌ای تمرکز بر خانواده، مدتی تمرکز بر جامعه و در این اواخر نیز تمرکز بر فرد بیمار بوده است. اگر رسالت آموزش پزشکی، سلامت به مفهوم کلان آن باشد، باید اهداف و محتوی آموزش پزشکی از تمرکز بر فرد به تمرکز بر جامعیت سلامت اعم از زن، فرد، خانواده، جامعه و اجتماع تغییر کند. بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامت منحصر به سلامت جسمی نیست و ابعاد سلامت، شامل سلامت جسمی، روحی، روانی و حتی اجتماعی است. نکته مهم در این نگرش این است که این ابعاد سلامت از یکدیگر قابل تفکیک نیستند و بطور کامل به یکدیگر گره خورده‌اند. بنابراین، در آموزش پزشکی باید نگرشی جامع به همه ابعاد سلامت و به خصوص بهداشت روانی در دنیای جدید، داشت (۸) و (۹). با توجه به مشکلات فوق و با توجه به اینکه تجربه تدوینی برنامه‌های آموزش جامعه نگر در کشور ما بسیار محدود است، لذا بنظر می‌رسد راه مناسب، حداکثر بهره‌گیری از تجربیات مدیران آموزشی و گروه پزشکی اجتماعی در استخراج نقاط قوت، ضعف، فرصت‌ها و ضعف‌های آموزش پزشکی جامعه نگر باشد.

سازمانی آموزش پزشکی جامعه نگر اقدام گردید. کلیه گزارشات از دانشگاهها (شامل صورتجلسات، یافته‌ها و نتایج بحث‌های گروهی) به مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی وزارت متبوع ارسال گردید و توسط کمیته راهبردی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و تمامی موارد مشترک بین دانشگاهها استخراج گردیده مجدداً «امتیاز دهی گردید. در مرحله بعد پس از SWOT Analysis نسبت به شناسایی جایگاه سازمانی آموزش پزشکی جامعه نگر اقدام گردید.

نتایج:

از مجموع ۲۸ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مورد مطالعه ۲۸ دانشگاه (۷۳٫۶۸٪) موقعیت خود را WT (تهدید-ضعف) تعیین نمودند. ۴ دانشگاه (۱۰٫۵۳٪) موقعیت خود را WO (ضعف-فرصت) و ۲ دانشگاه (۵٫۲۶٪) موقعیت خود را ST (قوت - تهدید) تعیین نمودند. هیچکدام از دانشگاهها موقعیت خود را SO (قوت-فرصت) تعیین نکردند و ۴ دانشگاه (۱۰٫۵۳٪) نیز موقعیت خود را مشخص نکرده بودند. نمودار شماره یک دانشگاهها را از لحاظ موقعیت سازمانی نشان می‌دهد.

نمایندگانی از کارآموزان و کارورزان و کمیته راهبردی آموزش پزشکی پاسخگو در مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی وزارت متبوع متشکل از اساتید و صاحب‌نظران آموزش پزشکی سراسر کشور انجام گرفت. برای هماهنگ بودن کار در کلیه دانشگاهها یک دستورالعمل از سوی وزارت متبوع به دانشگاهها ارسال گردید. در دانشگاهها یک نفر به عنوان هماهنگ کننده^۱ مطالب یک نفر به عنوان یادداشت بردار، و یک نفر به عنوان هماهنگ کننده جلسات نقش داشتند. سوالات مورد مصاحبه و بحث شامل «فرصتهای آموزش پزشکی جامعه نگر»، تهدیدهای آموزش پزشکی جامعه نگر، نقاط قوت آموزش پزشکی جامعه نگر، نقاط ضعف آموزش پزشکی جامعه نگر^۲ بود. به طور متوسط برای پاسخ‌گویی به هر سوال یک روز کاری بحث گروهی انجام شد. سپس پاسخ‌های ارائه شده از سوی اعضای جلسه طبقه‌بندی گردید. در مرحله بعد توسط یک ماتریس از پیش طراحی شده تک تک پاسخ‌های ارائه شده از سوی اعضا با توجه به ضریب اهمیت موضوع و درجه نفوذ آن همچنین ضریب تاثیر پذیری آن توسط همه اعضای کمیته امتیاز دهی گردید. در مرحله بعد پس از تحلیل نقاط قوت-ضعف و فرصت-تهدید^۳ نسبت به شناسایی جایگاه



نمودار شماره ۱- پراکندگی دانشگاهها از نظر موقعیت سازمانی در آموزش پزشکی جامعه نگر

جدول شماره ۱ تا ۴ نقاط قوت و ضعف، فرصت‌ها و تهدیدهای آموزش پزشکی جامعه نگر را نشان می‌دهد.

پس از تجزیه و تحلیل کلیه اطلاعات سطح کشور و استخراج موارد مشترک نقاط قوت، نقاط ضعف، فرصت‌ها و تهدیدهای آموزش پزشکی جامعه نگر مشخص گردید.

جدول ۱- نقاط قوت آموزش پزشکی جامعه نگر در کشور

ردیف	عنوان
۱.	وجود عرصه های مناسب بهداشتی درمانی جهت آموزش و پژوهش مبتنی در جامعه
۲.	گسترده‌گی و تعداد واحد های بهداشتی درمانی (خانه بهداشت، مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی)
۳.	وجود بخش های پزشکی اجتماعی در بسیاری از دانشکده های پزشکی
۴.	وجود مراکز توسعه و آموزش پزشکی در دانشگاه ها
۵.	داشتن بودجه مصوب برنامه آموزش پزشکی جامعه نگر
۶.	مناسب بودن واحد های بهداشتی درمانی (خانه بهداشت، مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی برای انجام پژوهش های کاربردی)
۷.	همکاری کارکنان بهداشتی و درمانی (فیلد) با کارآموزان و کارورزان
۸.	وجود اعضای هیأت علمی علاقمند به آموزش پزشکی جامعه نگر و سرپایی
۹.	وجود شورای آموزش پزشکی جامعه نگر فعال در برخی از دانشگاه ها
۱۰.	وجود برنامه های مدون توانمند سازی اعضای هیأت علمی در دانشگاه ها در آموزش پزشکی جامعه نگر

جدول ۲- نقاط ضعف آموزش پزشکی جامعه نگر در کشور

ردیف	عنوان
۱.	نداشتن چشم انداز و مأموریت از برنامه آموزش جامعه نگر
۲.	ارتباط ضعیف و ناهماهنگی بین آموزش و بخش بهداشت و درمان
۳.	نگرش منفی اعضای هیأت علمی گروه ها نسبت به خدمات مراقبت اولیه و انتقال آن به دانشجویان
۴.	ضعف دانش اعضای هیأت علمی در خصوص آموزش جامعه نگر
۵.	نبود سیستم انگیزشی و تشویق برای جذب اساتید در فیلد
۶.	تعداد کم بیماران و کمی تنوع در موارد بیماری
۷.	کمبود اعتبارات لازم برای برنامه های جامعه نگر
۸.	نبود برنامه عملیاتی مشخص
۹.	کمبود امکانات و تجهیزات لازم در فیلد

ادامه جدول ۲- نقاط ضعف آموزش پزشکی جامعه نگر در کشور

۱۰.	عدم همکاری اساتید سایر بخش های بالینی با آموزش با پزشکی جامعه نگر
۱۱.	نبودن انگیزه لازم مدرسین و کارشناسان جهت حضور در فیلد
۱۲.	عدم حضور اعضای هیات علمی در فیلد
۱۳.	نبودن نظام پیگیری follow up بیماران
۱۴.	ایجاد جاذبه های آموزش بالینی در بیمارستان
۱۵.	تمرکز و تأکید اساتید بر آموزش بیمارستانی
۱۶.	ضعف در مهارت های ارتباطی پزشک با بیمار
۱۷.	تأکید آموزش پزشکی بر موارد نادر
۱۸.	ضعف در همکاری و ارتباط با نظام خدمات بهداشت
۱۹.	عدم تخصیص منابع و کمبود تجهیزات آموزشی و کمک آموزشی در مراکز بهداشتی درمان (فیلد) برای آموزش دانشجویان
۲۰.	محور نبودن گروه پزشکی اجتماعی در دانشکده
۲۱.	کم بودن وقت اعضای هیات علمی و کم بودن نسبت اعضای هیات علمی به دانشجویان پزشکی
۲۲.	ارتباط اندک آموزشی بین معاونت ها در دانشگاه ها به ویژه معاونت آموزشی، بهداشتی و درمان
۲۳.	عدم شناخت و گسترش آموزش پزشکی جامعه نگر در سطح دانشکده ها
۲۴.	بی توجهی مدیران آموزشی به محدودیت ها و موانع اجرای برنامه آموزشی پزشکی جامعه نگر
۲۵.	عدم تأکید در اجرای طرح ها و پایان نامه ها در خصوص مشکلات موجود در جامعه
۲۶.	حمایت های ضعیف معاونین آموزشی از برنامه های آموزش پزشکی جامعه نگر
۲۷.	ارتباط اندک بین اساتید دانشگاه و مدیران و کارکنان مراکز بهداشتی درمانی
۲۸.	ضعف در ساختار تشکیلاتی اجرای برنامه جامعه نگر
۲۹.	عدم وجود بانک اطلاعات از فیلد های آموزش جامعه نگر دانشگاه
۳۰.	نداشتن متولی تعریف شده و مورد توافق و ثابت برای برنامه آموزش پزشکی جامعه نگر
۳۱.	کمبود تجهیزات و امکانات ایاب و ذهاب
۳۲.	کسر بودجه جامعه نگر دانشگاه
۳۳.	نا رضایتی دانشجویان از نحوه اجرای برنامه آموزشی جامعه نگر
۳۴.	نداشتن کمیته جامعه نگر فعال در دانشگاه
۳۵.	عدم استقلال دانشگاه ها جهت تدوین برنامه استاندارد آموزش جامعه نگر
۳۶.	کم رنگ شدن روز افزون انگیزه های یادگیری دانشجویان
۳۷.	نداشتن باور دانش آموختگان پزشکی جهت یادگیری مادام العمر و خود آموزی

جدول ۳- فرصت‌های آموزش پزشکی جامعه نگر در کشور

ردیف	عنوان
۱.	وجود صاحب نظران و افراد خبره در زمینه آموزش پزشکی جامعه نگر
۲.	توجه ویژه مسئولین و مدیران ارشد وزارت متبوع برای تدوین برنامه آموزش جامعه نگر
۳.	وجود مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی به عنوان متولی برنامه آموزش جامعه نگر در وزارت
۴.	حمایت مسئولین عالی رتبه وزارت از برنامه های مبتنی بر حل مشکلات
۵.	تمایل مردم به مشارکت در امور سلامت و تغییر سبک زندگی
۶.	اجرای برنامه آموزش پزشکی جامعه نگر در برخی از گروه های آموزشی دانشگاه
۷.	تمایل افراد جامعه به دریافت مراقبت های بهداشتی با هزینه های پایین
۸.	رسالت دانشگاه به عنوان یک نهاد اجتماعی با نقش کمک به تحلیل و حل مسائل اساسی جامعه
۹.	جدیت مسئولین عالی رتبه وزارت متبوع به رویکرد ادغام و اصلاح نظام آموزش و سلامت
۱۰.	ایجاد و توسعه برنامه پزشک خانواده در نظام بهداشت و درمان کشور
۱۱.	وجود ارتباط مناسب و منطقی وزارت متبوع با دانشگاه ها
۱۲.	استقبال دانشگاه های علوم پزشکی کشور از تدوین برنامه استاندارد آموزش پزشکی جامعه نگر
۱۳.	اقدام در بازنگری کوریکولوم پزشکی در برخی از دانشگاه های علوم پزشکی کشور
۱۴.	احترام جامعه به طب و طبابت
۱۵.	افزایش سطح آموزش و آگاهی های عمومی در جامعه
۱۶.	رایگان بودن خدمات بهداشتی عرضه شده در واحد ها و مراکز بهداشتی کشور
۱۷.	گرایش و وظیفه دانشگاه به ارائه خدمات سلامت

جدول ۴- تهدیدهای آموزش پزشکی جامعه نگر در کشور

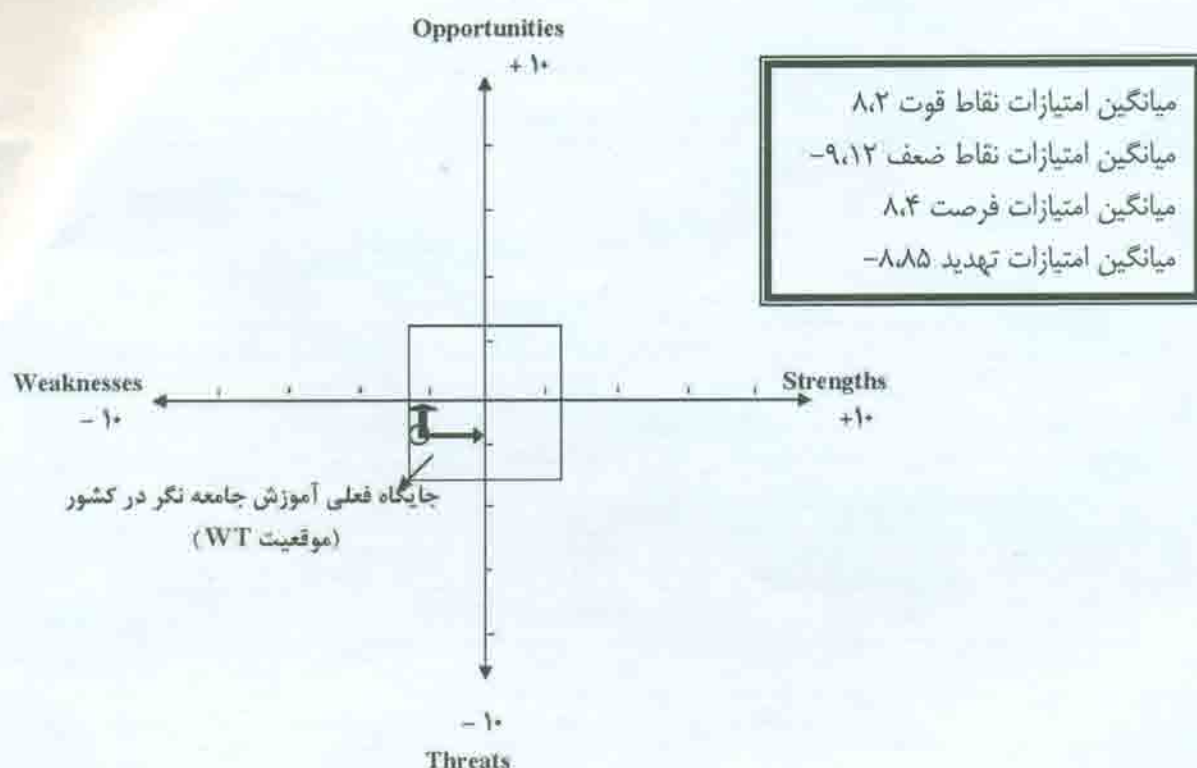
ردیف	عنوان
۱.	عدم تطبیق کوریکولوم آموزش پزشکی با نیاز های سلامت جامعه
۲.	تخصصی و فوق تخصصی شدن گروه های آموزشی
۳.	بی توجهی به برنامه مراقبت های اولیه در جامعه
۴.	افت دانش و مهارت دانش آموختگان در زمینه تشخیص و درمان بیماری های شایع
۵.	نداشتن درک حرفه ایی و تعهدات پزشکی
۶.	شناخت ناکافی از بیماری ها و الویت های جامعه
۷.	افزایش بیماری های مزمن در جامعه
۸.	تأکید بر انجام پژوهش در بیمارستان ها با الویت موارد بالینی

ادامه جدول ۴- تهدیدهای آموزش پزشکی جامعه نگر در کشور

۹.	گسترش رشته ها و بخش های فوق تخصصی و کم رنگ شدن دید Holistic و جامعه نگر در آموزش دانشجویان
۱۰.	نداشتن مهارت دانش آموختگان در ارزیابی جامعه
۱۱.	نبود حساسیت در دانش آموختگان در رابطه با ارزیابی و حل مشکلات جامعه
۱۲.	نداشتن برنامه و راهکار مناسب جهت ایجاد ارتباط بین آموزش پزشکی و نظام عرضه خدمات (معاونت سلامت)
۱۳.	عدم وجود ارتباط بین رشته های مختلف علوم پزشکی به ویژه رشته های دارو سازی و فیلدهای آموزشی
۱۴.	کم بودن انگیزه در بین اعضای هیأت علمی و دانشجویان
۱۵.	سهم ناکافی بودجه جامعه نگر از کل بودجه وزارت
۱۶.	عدم رضایت جامعه از خدمات پزشکی
۱۷.	نداشتن پایگاه اطلاعاتی مرکزی آموزش جامعه نگر برای دانشگاه هادر ستاد
۱۸.	نداشتن نظام نظارت و ارزشیابی مستمر برنامه ها و فعالیت های آموزشی جامعه نگر در ستاد
۱۹.	نبود حساسیت و تعهد پذیری اجتماعی دانش آموختگان پزشکی در برخورد با مراجعین
۲۰.	نبود برنامه مستمر ارزیابی و تحلیل منطقی وضع موجود جامعه
۲۱.	کم شدن تعداد کارورزان (کاهش تعداد پذیرش) و بکار گیری بیشتر وقت آنان در امور درمانی بیمارستانی (و نه سر پایی) بیماران
۲۲.	تسلط اندک پزشکان فارغ التحصیل برحیطه های مختلف نظام ارایه خدمات سلامت در مراکز بهداشتی ودرمانی
۲۳.	تسلط اندک پزشکان فارغ التحصیل بر پیشگیری و کنترل بیماری های شایع و جنبه های عملیاتی نظام سلامت
۲۴.	حجم زیاد دروس علوم پایه و عدم ارتباط این دروس با کاربرد آن در حرفه پزشکی
۲۵.	تغییر در شیوه های زندگی مردم و به دنبال آن افزایش رفتار های پر خطر
۲۶.	عدم ثبات سیاستهای بهداشتی درمانی کشور

شماره ۲ نشان داده شده است،
 نمودار شماره ۲: SWOT Analysis

پس از امتیاز دهی موارد و SWOT Analysis موقعیت
 سازمانی آموزش پزشکی جامعه نگر در کشور موقعیت
 WT (تهدید - ضعف) مشخص گردید که در نمودار



نمودار شماره ۲- SWOT Analysis

کارورزان و کمیته راهبردی آموزش پزشکی پاسخگو در مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی وزارت متبوع متشکل از اساتید و صاحبان نظران آموزش پزشکی سراسر کشور انجام گرفت.

نتایج مطالعه با تحلیل سیستماتیک (درونداد، فرایند و برونداد) به صورت طبقه بندی های شامل، رسالت و چشم انداز، انگیزه، مدیریت آموزشی و ساختار، ساختار آموزشی (برنامه آموزشی)، پژوهش، ارتباطات، ساختارهای فیزیکی و تجهیزات، و نظارت و ارزشیابی انجام گردید.

بیشتر شرکت کنندگان به نداشتن رسالت و چشم انداز برنامه آموزشی جامعه نگر پی برده بودند. رسالت بیانیه ایی است که مشروعیت ایجاد، ادامه حیات و بقاء یک سازمان و یا برنامه را تعیین می کند و اجزاء اصلی آن شامل اهداف فعالیت، ارزش ها و فلسفه حاکم بر برنامه می باشد. چشم انداز نیز تصویری از آینده است که در صورت تحقق اهداف و مقاصد سازمانی به آن دست

بر اساس نتایج مطالعه حاضر موقعیت دانشگاه ها در وضعیت WT قرار دارد.

بحث:

همان گونه که در روش کار ذکر گردید مطالعه حاضر از نوع کیفی و به روش بحث گروهی متمرکز انجام شده است. علت به کارگیری این روش، انعطاف پذیری، سرعت عمل و هزینه پائین و سهولت فهم نتایج است. ضمن اینکه در این روش محققان و سیاستگذاران به راحتی پاسخ‌هایی شفاف دریافت می‌کنند. اما این روش خود دارای محدودیت‌هایی نیز می‌باشد (۱۰). اما با این همه امروزه اکثر جوامع علمی در جهت افزایش پاسخ‌گویی سیستم به نیازهای سلامتی در جامعه به این اقدام متوسل شده‌اند. جلسه بحث گروه متمرکز با شرکت مدیران مرکز مطالعات و آموزش پزشکی، مدیران گروه پزشکی اجتماعی دانشگاه ها، نماینده معاونین آموزشی، نماینده معاونین بهداشتی دانشگاه، نمایندگان از کارآموزان و

از ویژگیهای خاصی برخوردار است که در آموزش بالینی به مفهوم وسیع آن متبلور می‌شود. پزشکی به عنوان یک حرفه مقدس و به عنوان یکی از حساس‌ترین حرفه‌ها از هزاران سال پیش مطرح بوده است و اطبا در دوره‌های مختلف نقش‌های مهم و حساسی را ایفا کرده‌اند. پیشرفت‌های فناوری و گسترش دانش علوم پایه با سرعتی سرسام‌آور در اوایل قرن بیستم سبب شد که پزشکی کاملاً دگرگون و از حالت یک حرفه یا فن که به صورت سینه به سینه آموخته و آموزانده می‌شد، خارج گردد (۱۰). برنامه‌های آموزشی گروه پزشکی از یک سو به این تغییرات مستمر بستگی دارد و از طرف دیگر می‌بایست همگام و مطابق با تغییرات در نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی باشد. به منظور پاسخگویی به نیازهای سلامتی در جامعه، سیاستگذاران و طراحان برنامه‌های آموزشی در هر نظام سلامت باید از شرایط جامعه، امکانات و شرایط آموزشی موجود خود آگاه باشند همچنین شرایط گذار در جامعه را بشناسند (۱۱). با در نظر گرفتن این شرایط لزوم برنامه ریزی بلند مدت در گروه‌های آموزشی، و سیاستگذاری کلان آموزشی کاملاً ضروری خواهد بود. در یک نگاه اجمالی می‌توان دریافت سرعت تغییرات در نظام سلامت و نیازهای جامعه در کشور، با برنامه‌های آموزشی در تمامی سطوح هماهنگی لازم را ندارد شاید این مسئله مربوط به فقدان نگاه استراتژیک و بلند مدت در نظام آموزشی علوم پزشکی در کشور باشد (۱۲). البته این مشکل جنبه جهانی دارد و انتقادات زیادی را به نظام‌های سلامت در سطح جهانی وارد کرده است از آن جمله می‌توان به بر هم خوردن نسبت نیروهای متخصص در مقابل نیروی عمومی، تمرکز بیش از اندازه محتوای آموزشی بر درمان بیماریها، فقدان جایگاه جدی آموزش اخلاق پزشکی در برنامه‌های آموزشی، فقدان موضوع طب جایگزین در آموزش پزشکی، فقدان آموزش در زمینه‌های علوم اجتماعی و انسانی، تمرکز بر آموزش بیمارستانی و فقدان آموزش بر روی بیماران مرحله آخر حیات اشاره نمود (۶) و (۱۳).

خواهیم یافت و شامل مقصود، توجیه و فایده است و مایه شوق و امید و به یادماندنی می‌باشد. معتاقب نداشتن رسالت و چشم انداز برنامه آموزش جامعه نگر، شرح وظایف و متولی مشخصی برای آن تعریف و تدوین نشده است. علاوه بر اینکه کمبود اعتبارات لازم، کمبود امکانات آموزشی و تجهیزات در فیلدها، کمبود تجهیزات و امکانات ایاب و نهاب و تعداد کم بیماران و کمی تنوع در موارد بیماری نیز از کدهای به دست آمده در بخش درونداد می‌باشد. نداشتن کمیته جامعه نگر فعال و کمبود وقت اعضای هیأت علمی از تم‌های تکرار شونده بود.

یکی از کدهای مهم نداشتن نظام نظارت و ارزشیابی مستمر برنامه و فعالیت‌های آموزش جامعه نگر در ستاد و فیلد و نداشتن برنامه بازخورد از فعالیت‌های آموزشی و یادگیری دانشجویان

از کدهای طبقه درون داد نداشتن انگیزه لازم مدرسین و کارشناسان جهت حضور در فیلد و نگرش منفی اعضای هیأت علمی و دانشجویان نسبت به ارائه مراقبت‌های اولیه و حضور در مراکز بهداشتی و کاهش انگیزه‌های یادگیری دانشجویان درمانی بوده است. تأکید آموزش پزشکی بر موارد نادر و آموزش بیمارستانی و نبودن برنامه آموزش هماهنگ و همچنین عدم نظام پیگیری بیماران و برنامه منظم جهت یادگیری مادام‌العمر و خود آموزی از کدهای بدست آمده در ساختار برنامه آموزشی بود. از دیگر کدهای استخراج شده در طبقه ارتباطات مواردی شامل ارتباط ضعیف و ناهماهنگ بین آموزش و درمان، ارتباط ناکافی مدیران آموزشی و مدیران بخش سلامت، ارتباط ناکافی گروه پزشکی اجتماعی با اساتید بالینی و ارتباط اندک بین معاونت‌ها در دانشگاه‌ها به ویژه معاونت آموزشی و بهداشتی می‌باشد. در بخش پژوهش تأکید بر انجام پژوهش در بیمارستان یا الویت موارد بالینی و عدم تأکید بررسی و مطالعه بر نیازها و الویت جامعه مطرح شده است.

آموزش علوم پزشکی به سبب نیاز به عرضه‌های متنوع یادگیری در گستره وسیع شکل‌گیری مسایل مرتبط با سلامت و بیماری مردم، نسبت به سایر آموزش‌ها

با توجه به نتایج حاصله می‌توان استنباط نمود آموزش پزشکی جامعه نگر در سطح کشور موفق نبوده است علل این عدم موفقیت را می‌توان موارد زیر نام برد.

۱. مشکلات نظام سلامت در کشور از جمله سیستم بیمه ای در کشور

• مشکل اصلی نظام آموزش علوم پزشکی در جمهوری اسلامی ایران و مهمترین آن نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی کشور می‌باشد و بدون تغییر در نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی و ارتقای جایگاه پزشکان و نیروهای آموزش دیده در گروه علوم پزشکی، اجرای طرح پزشک خانواده و پیاده سازی نظام ارجاع نمی‌توان شاهد تحول اساسی در آموزش علوم پزشکی کشور بود.

۲. ضعف در سیاستگذاری مبتنی بر شواهد علمی در سطح ملی برای نظام سلامت و آموزش پزشکی

• در شرایط حاضر چندگانگی تصمیم گیرندگان و تامین کنندگان مالی سلامت موجب گردیده است تا وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از جایگاه و اراده سیاسی لازم برای اعمال اصلاحات و تغییرات جدی در مدیریت و ارائه بهتر خدمات آموزشی و سلامت جامعه برخوردار نباشد.

۳. نارسایی ساختار سازمانی بخش سلامت و آموزش پزشکی در کشور

• ابعاد ساختار سازمانی نظام سلامت اعم از ساختاری و محتوایی قابل نقد است در ابعاد ساختاری دچار رسمیت گرایی زیاد و در نتیجه افت نوآوری و خلاقیت گردیده است. علیرغم تلاشهای فراوان برای تمرکز زدایی هنوز رویکرد متمرکز بر ساختار سلامت حاکم است

۴. چالش مدیریت منابع انسانی (اعضای هیات علمی)

• خوشبختانه بخش اعظم اعضای هیات علمی دانشگاه‌ها در سطح بالایی از دانش و مهارت قرار دارند که این بنیوی خود مدیریت معقول تری را می‌طلبد. احساس تفاوت غیر

عادلانه با گروه کثیری از مشاغل، ضعف انگیزش‌های غیر مالی نظیر عوامل شغلی و محیط کار و مکانیزمهای تشویق و ترغیب اعضای هیات علمی را با چالش انگیزشی مواجه ساخته است. اگرچه ایمان و انساندوستی همواره پشتوانه خدمت‌رسانی در این بخش بوده است. همچنین متأسفانه توجه و ارزش‌گذاری ناکافی بر فعالیت‌های آموزشی اعضای هیات علمی (در مقابل فعالیت‌های پژوهشی و درمانی) باعث افت انگیزه اعضای هیات علمی گردیده است

۵. ضعف مدیریت دانش و اطلاعات سازمانی

• یکی از مهمترین مشکلات ریشه ای نظام سلامت ایران و آموزش پزشکی در کشور، بهره مندی کم از نظام یکپارچه اطلاعات مدیریت خدمات سلامت در سطوح سیاستگذاری و عملیاتی است. سیستم‌های یکپارچه اطلاعات مدیریت همه جزایر اطلاعاتی مربوط به حوزه‌های عملکرد یک سازمان را بطور منسجم و یکپارچه می‌بینند و امکان برنامه ریزی و پیش بینی آینده را برای یک سازمان میسر می‌سازند.

۶. فقدان محتوا مناسب و منابع علمی ملی و برای آموزش (Textbook)

• اگرچه طی یک دهه گذشته منابع و کتب بسیار خوبی توسط دانشمندان پزشکی ایرانی تولید گشته است اما علی‌رغم سابقه دیرینه علم پزشکی در کشور متأسفانه هنوز منابع علمی معتبر داخلی Textbook تولید نشده است. این مشکل خود ناشی از فقدان انگیزه دانشمندان ایرانی، حمایت ناکافی دولت و ارزشگذاری نامناسب به فعالیت‌های اعضای هیات علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی می‌باشد.

سایر علل را می‌توان به ترتیب زیر نام برد:

۷. پرداختن به چگونگی اجرا بدون درک چرایی و

ضرورت آموزش پزشکی جامعه نگر

۸. جامعه در حال تغییر و شناور در کشور به گونه‌ای

که جامعه‌ای که باید نگرینسته شود هنوز مشخص نیست و

تعداد کمتری از دانشجویان در مراکز متعدد، از کارایی نظام آموزش کاسته خواهد شد با افزایش تفاوت درآمد میان بخش دولتی و بخش خصوصی، اساتید دانشگاه انگیزه کمتری برای فعالیت آکادمیک خواهند داشت و اشباع بیش از پیش بازار کار و درآمدهای غیرواقعی پزشکان، روند مهاجرت پزشکان را از کشور را تسریع خواهد کرد (۱۴) و (۱۵) و (۱۶) و (۱۷) و (۱۸) و (۱۹).

نتیجه گیری:

در صورت رفع موانع و مشکلات و انجام اصلاحات، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، براساس نیاز نظام سلامت، سیاست‌های آموزشی خود را تعیین و ترکیب، تعداد و مشخصات ارایه‌کنندگان مورد نیاز خود را مشخص می‌نماید؛ براساس توان و صلاحیت دانشگاه‌های علوم پزشکی، تربیت آنان را مطابق یک الگوی کارا سفارش می‌دهد؛ با وضع استانداردهای تنظیمی و حمایت از مؤسسات اعتباربخشی و با تکیه بر اهرم‌های اجرایی از جمله تخصیص بودجه و منابع، از کیفیت خدمات آموزشی ارایه شده اطمینان حاصل می‌کند؛ دانشگاه‌های علوم پزشکی، با علم بر نیازها، شرایط، الزامات و مقتضیات نظام سلامت، از طریق ارایه برنامه‌های آموزشی دانشجوی - محور، مبتنی بر مسأله، ادغام یافته، جامعه‌نگر، انعطاف‌پذیر و نظام‌مند، به تربیت دانشجویانی می‌پردازند که پس از فارغ‌التحصیلی قادرند با کسب دانش و توانایی‌های مورد نیاز، با مسایل پیچیده نظام سلامت مواجه گشته و نقش‌های تعیین شده را به خوبی عهده‌دار شوند (۱۴) و (۲۰) و (۲۱) و (۲۲) و (۲۳).

REFERENCE:

1. John A.Dent, Ronald M.Harden, a PRACTICAL GUIDE FOR MEDICAL TEACHERS, will retrieve in: www.elsevierhealth.com.
2. John A.Dent, Ronald M.Harden, a PRACTICAL GUIDE FOR MEDICAL TEACHERS, will

چگونه باید تعریف شود

۹. ساختار و محتوای آموزش پزشکی در جامعه به گونه ایست که مفهوم جامعه نگری به روشنی دیده نشده است
۱۰. اجزا و عناصر سیستم آموزش علوم پزشکی اعم از پذیرش دانشجو، فرایندهای آموزشی، محتوای آموزشی، محیط آموزشی، اساتید و ارزشیابی آموزشی به گونه‌ای متناسب یا مفاهیم جامعه نگری طراحی و اجرا نشده است
۱۱. فرهنگ سازی و بستر سازی لازم انجام نشده است
۱۲. ادغام آموزش پزشکی با نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی که با هدف جامعه نگر شدن آموزش علوم پزشکی در کشور انجام شده است هنوز پس از گذشت ۲۵ سال به خوبی تبیین نشده است و به اهداف مورد نظر خود نرسیده است.

۱۳. کل مشکلات آموزشی کشور اعم از توسعه بی‌رویه دانشگاه‌ها و پذیرش بیش از نیاز دانشجو نیز بر آموزش پزشکی جامعه نگر نیز تاثیر میگذارد
۱۴. تخصص و فوق تخصص گرایی افراطی توجه به مباحث پایه و فلسفی را در آموزش پزشکی کم رنگ کرده است

ادامه روند فعلی، به سبب اشباع بازار کار و ابهام در آینده شغلی و بی‌توجهی نظام دانشگاهی به کیفیت آموزش، موجب کاهش انگیزه اساتید برای ارایه آموزش کیفی و کاهش انگیزه دانشجویان برای تلاش و یادگیری خواهد شد؛ دانشگاه‌ها و دانشکده‌های متعدد، تحت فشار سیاسی موجود، کماکان به تربیت دانشجویان اگرچه به تعداد کمتر ادامه خواهند داد و لذا از این سو، بر اضافه بار نیروی کار افزوده خواهد شد و از سوی دیگر، با آموزش

retrieve in: www.elsevierhealth.com.

3. General Medical Council Education Committee. Tomorrow's Doctors. London: GMC; 1993.
4. Newble D, Cannon R. A Handbook for Medical Teachers. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers; 1994.

- دانشگاه علوم پزشکی تهران، سال ۶۲، شماره ۱، ۱۳۸۳
13. Christopher Murray & David B evans: Health system performance assessment, World Health Organization 2003
۱۴. نقشه جامع علمی کشور در حوزه سلامت - شورای سیاستگذاری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی - اردیبهشت ۱۳۸۸
۱۵. سند چشم‌انداز جمهوری اسلامی ایران در افق سال ۱۴۰۴
۱۶. قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱۷. سند ملی توسعه بخش بهداشت و درمان در برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور
۱۸. قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران
19. Wasylenki D, Byrne N, Merobb B. "The social contract challenge in medical education". *Medical Education*. 1997; 37:250-8.
20. CO-EDITORS' "NOTES Focus on Community and Integrating Community" *Health Education for Health*, Vol. 19, No. 2, July 2006, 141 – 144
21. PAUL WORLEY et all, "Integrity: The Key to Quality in Community-based Medical Education", *Education for Health*, Vol. 15, No. 2, 2002, 129 – 138
22. Scottish Home and Health Department. *Scottish Health Authorities Review of Priorities for the Eighties and Nineties*. Edinburgh: HMSO; 1988.
23. Habbick BF, Leeder SR. Orienting medical education to Community need: a review. *Med Educ* 1996;30:163±71.

۵. دکتر سیاری، آموزش پزشکی در انتظار تداوم یا ادغام، تحلیل مستندات علمی و اجرایی ادغام آموزش پزشکی و نظام ارائه خدمات درمانی، انجمن علمی آموزش پزشکی ایران، مرداد ۱۳۸۱
۶. حمیدرضا جمشیدی، آموزش پزشکی در قرن ۲۱، مجله آموزش پزشکی در ایران سال اول، شماره ۲، زمستان ۱۳۸۰
۷. شورای نویسندگان، دستاوردها و چالش‌ها و افق‌های پیش روی نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران، شورای سیاستگذاری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تیرماه ۱۳۸۹
۸. انتظاری عباس، شهیدی دادرس محمد، حلاجی زهرا، مرتضوی حسین، طوسی پرویز، تدوین برنامه استراتژیک آموزشی رشته تخصصی پوست در ایران، مجله پژوهش در پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دوره ۲۲، شماره ۴، زمستان ۱۳۸۷، ص ۲۲۷ تا ۲۳۴
۹. انتظاری عباس، پرورش محمد مهدی، کارخانه رضا، جوادی محمد علی، تدوین برنامه استراتژیک آموزشی رشته تخصصی چشم در ایران، مجله چشم پزشکی بینا، سال سیزدهم، شماره ۴ (پیاپی ۵۳) تابستان ۱۳۸۷، ص ۴۵۰ تا ۴۵۷
۱۰. زمانی ق، هولاکوئی نائینی ک. ارزیابی نیازهای تندرستی، گروه مولفین، روش شناسی پژوهش‌های کاربردی در علوم پزشکی، تهران: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی تهران ۱۳۸۴: ص ۱۶-۱۵
۱۱. عزیزی فریدون، لزوم تغییر در آموزش پزشکی عمومی، پژوهش در پزشکی، سال ۲۷، شماره ۱، بهار ۱۳۸۲ ص ۲۰۱
۱۲. سید منصور رضوی و همکاران، نگرش صاحب‌نظران دانشگاهی نسبت به نتایج ادغام آموزش پزشکی با عرصه های بهداشتی درمانی، مجله دانشکده پزشکی،