

تعیین حوزه‌ها، عوامل بازدارنده و عوامل پیشران در تعاملات حرفه‌ای بین دانشکده پزشکی و بیمارستان‌های آموزشی، از دیدگاه خبرگان، مورد: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

عبدالله جوادی نژاد^۱، نادرقلی قورچیان^{۲*}، اختر جمالی^۳

چکیده

زمینه و هدف: دانشکده‌های پزشکی و بیمارستان‌های آموزشی همواره در مسیر تحقق اهداف مشترک آموزش، پژوهش و ارائه خدمات سلامت، همکاری نزدیکی در قالب سیاست‌ها، قوانین و مقررات، تفاهم‌نامه‌ها دارند. انجام شایسته وظایف و مسئولیت‌های متقابل دو موسسه مذکور، در درجه اول مستلزم شناخت دقیق و جامع کلیه ابعاد تعاملات می‌باشد. هدف این مطالعه تعیین کلیه حوزه‌های تعاملات حرفه‌ای بین دانشکده پزشکی و بیمارستان‌های آموزشی، تعیین عوامل پیشران و تعیین عوامل بازدارنده تعاملات در دانشگاه علوم پزشکی ایران بود.

روش بررسی: مطالعه حاضر با بهره‌گیری از رویکرد کیفی در سال ۱۴۰۰ انجام شد. مشارکت‌کنندگان این پژوهش ۱۶ نفر از خبرگان دانشگاه علوم پزشکی ایران بودند که اغلب دارای سابقه مدیریت در دانشگاه (رئیس دانشگاه، معاون دانشگاه، رئیس دانشکده پزشکی، رئیس بیمارستان، مدیر بیمارستان و مدیر گروه) بودند. جمع‌آوری اطلاعات از طریق مصاحبه نیمه‌ساختار یافته انجام شد و از روش تحلیل مضمون به منظور تجزیه و تحلیل مصاحبه‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: با مرور پژوهش‌های پیشین و تجزیه و تحلیل مصاحبه‌های به عمل آمده، تعاملات حرفه‌ای بین دانشکده پزشکی و بیمارستان‌های آموزشی در ۷ حوزه اصلی شامل آموزش و پژوهش، حکمرانی، بودجه و امور مالی، منابع انسانی، ارائه خدمات سلامت، فضا و تجهیزات فیزیکی و زنجیره تامین در ۱۷ مولفه، ۲۲ عامل بازدارنده و ۲۲ عامل پیشران استخراج و جمع‌بندی نتایج انجام گرفت.

نتیجه‌گیری: شناسایی کامل حوزه‌های تعاملی بین دانشکده پزشکی و بیمارستان‌های آموزشی باعث ایجاد شفافیت، شناخت وظایف و مسئولیت‌های متقابل و پرکردن خلاءها، کاهش تنش‌ها و هم‌افزایی خواهد شد. یافته‌های پژوهش بیانگر این بود که دانشکده پزشکی و بیمارستان‌های آموزشی در حوزه آموزش و پژوهش از طریق برنامه‌ریزی آموزشی، آموزش بالینی و برنامه‌ریزی و توسعه پژوهش، در حوزه حکمرانی در مولفه‌های نظارت، پاسخگویی و ساختار، در حوزه بودجه و امور مالی در زمینه تخصیص بودجه آموزشی و هزینه‌های آموزش، در حوزه منابع انسانی در خصوص اعضای هیئت علمی، کارکنان و فراگیران، در حوزه ارائه خدمات سلامت در مورد پروتکل‌های درمانی و درمان بیماران، در حوزه منابع فیزیکی و تجهیزات در بخش فضای آموزشی و تجهیزات آموزشی و در حوزه زنجیره تامین در خصوص تامین اقلام آموزشی و تامین خدمات آموزشی دارای تعاملات حرفه‌ای می‌باشند. تقویت عوامل پیشران تعاملات و حذف و یا تعدیل عوامل بازدارنده تعاملات، باعث بهبود سطح همکاری و هماهنگی دانشکده پزشکی و بیمارستان‌های آموزشی و ارتقاء آموزش، پژوهش و ارائه خدمات سلامت خواهد شد.

کلمات کلیدی: تعاملات حرفه‌ای، دانشکده پزشکی، بیمارستان آموزشی، آموزش، درمان

۱. دکتری مدیریت آموزش عالی، دانشکده مدیریت و اقتصاد، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۲. نویسنده مسئول. استاد گروه مدیریت آموزش عالی، دانشکده مدیریت و اقتصاد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران. Naghourchian@yahoo.com

۳. استادیار گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران

مقدمه

در تعامل سازمانی، سازمان‌ها با هم تصمیماتی را اتخاذ و در آن ذینفع هستند. سطح نیاز به تعامل بین‌سازمانی با سطح وابستگی سازمان‌ها به یکدیگر افزایش می‌یابد. تعامل میان سازمانی از وجود پیوند میان سازمان‌های همکار براساس استفاده از کارکنان یا دیگر ابزارهای سازمان‌های درگیر ایجاد می‌شود و می‌تواند در اشکال گوناگون شامل تیم‌های میان‌سازمانی، شراکت‌ها، اتحاد راهبردی و شبکه‌ها نمود پیدا کند. هنگامی که سیستم میان‌سازمانی از نظر ساختاری گسسته باشد، تعامل و هماهنگی پایین می‌باشد (۱). تعامل مناسب بین سازمان‌ها و به تبع آن همکاری خوب بین‌سازمانی مستلزم شناخت محیط درونی و بیرونی، محدودیت‌ها، قوانین و مقررات و خط‌مشی‌ها، رویه‌ها، سیاست‌ها و اهداف سازمانی از طرف هر سازمان در مورد سازمان دیگر است (۲). توانمندسازی آگاهانه فراگیران و افزایش صلاحیت آنها در بهبود کیفیت و ایمنی بیمار به ایجاد نیروی کار بالینی مطمئن در آینده می‌انجامد. مراکز دانشگاهی که زمینه آموزش و آموزش بالینی را فراهم می‌کنند، به طور منحصر بفردی می‌توانند از طریق محیط یادگیری بالینی و برنامه درسی رسمی فراگیران، در انجام این تحولات نقش ویژه‌ای ایفا کنند. برای تحقق این اهداف دانشکده‌های پزشکی باید در نحوه تعامل و همکاری با بیمارستان‌های آموزشی تجدید نظر نمایند، از مدل‌های جدید یکپارچه سازی استفاده نمایند، مشارکت را در فراگیران و اعضای هیئت علمی افزایش دهند و فرایندهای ارتباطی را بازنگری نمایند (۳). بیمارستان‌های آموزشی به عنوان بخش مهمی از ساختار دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی، علاوه بر ارائه خدمات تشخیصی و درمانی، بستر اصلی آموزش بالینی و پژوهش هستند. این بیمارستان‌ها تعاملات متعددی با واحدهای مختلف ستادی دانشگاه شامل معاونت‌ها، واحدهای پشتیبان و حوزه ریاست و نیز

دانشکده‌های مختلف دارند. تعدد ارتباطات، بیمارستان‌ها را با چالش‌هایی روبرو کرده است که به دلیل هم‌راستا نبودن سیاست‌ها و تصمیمات ابلاغ شده در حوزه‌های مختلف مانند آموزش، درمان، منابع انسانی، امور مالی و متعدد بودن استانداردها و نظام‌های ارزشیابی بیمارستانی با چالش‌های کاهش کارایی، افزایش هزینه و نارضایتی مواجه شده‌اند (۴). چالش‌های بیمارستان‌های آموزشی وابسته^۱ به دانشگاه‌های علوم پزشکی در آموزش، شامل کم شدن توجه به مأموریت آموزشی بیمارستان، کمبود امکانات و تجهیزات و کمبود استانداردهای آموزشی، چالش‌های پژوهشی شامل ساختار پژوهش، کیفیت پژوهش و امکانات و تجهیزات مورد نیاز پژوهش و چالش‌های ارائه خدمات سلامت شامل کیفیت درمان و کمبود منابع و امکانات ارائه خدمات است (۵). تعاملات حرفه‌ای بین دانشکده پزشکی و بیمارستان‌های آموزشی، همواره از موضوعات مهم پزشکی آکادمیک بوده است؛ تغییرات گسترده و همزمان در سازمان‌های ارائه دهنده خدمات سلامت، تامین مالی و نحوه ارائه خدمات بهداشتی درمانی، مدیریت این تعاملات را به طور فزاینده‌ای مشکل‌ساز نموده است (۶). این موسسات در روابط بین‌سازمانی همواره درگیر اختلافات و چالش‌های متعدد هستند. جذب اعضای هیئت علمی، قیمت ارائه خدمات درمانی، نحوه پشتیبانی برنامه‌های مورد توافق و مشترک، پرداخت هزینه‌های آموزش پزشکی و بالینی و موارد دیگر از جمله موضوعاتی هستند که به طور دائم این دو موسسه را با چالش‌های مختلف مواجه می‌کند (۷). همچنین سبک مدیریت متفاوت در دو موسسه، ضعف در شفافیت نقش هر دو موسسه، تفاوت در پاسخگویی و انتظارات، تفاوت در نحوه مدیریت منابع مالی، تفاوت در نیازها و کمبود منابع انسانی از علل دیگر چالش‌های فیما بین می‌باشد (۸). پس از اجرای طرح خودگردانی نقش دانشکده‌های پزشکی در بیمارستان‌های آموزشی تضعیف شده است، اعضای هیئت

1 Affiliated teaching hospital

علمی بیشتر وقت خود را صرف امور درمانی نموده و از فعالیت اصلی خود که همانا آموزش و پژوهش می باشند بازمانده اند. این مسئله موجب افت کیفی آموزش گردیده است. کاهش طیف بیماری‌ها در مراکز آموزشی، محدود شدن فضای آموزشی و الگوگیری غلط دانشجویان از برخورد مادی گرایانه اساتید و در نتیجه تضعیف اخلاق پزشکی از جمله تبعات دیگر کم رنگ شدن نقش دانشکده‌های پزشکی در در بیمارستان‌های آموزشی می باشد (۹). نتایج بسیاری از مطالعات نیز بیانگر آن است که شکاف نسبتاً عمیقی در روند آموزش دانشجویان وجود دارد، به طوری که آموزش‌های بالینی موجود، توانایی لازم را برای ابراز لیاقت و مهارت بالینی به دانشجو نمی دهند. این در حالیست که وظیفه دانشکده‌های پزشکی و بیمارستان‌های آموزشی تربیت دانش آموختگانی است که توان ارائه خدمات بالینی را بر اساس پیشرفت‌های علمی روز داشته باشند و با دانش کافی و مهارت بالینی بتوانند نیاز مددجویان را برآورده کنند (۱۰).

باتوجه به مشکلات موجود در تعاملات، به روز نشدن سازوکارهای تعاملی و کافی نبودن شفافیت در تعاملات بین دانشکده پزشکی و بیمارستان‌های آموزشی و اینکه اساساً این دو موسسه در چه حوزه‌هایی باید دارای تعامل باشند، تعیین نمودن دقیق حوزه‌های تعاملی و عوامل موثر بر تعاملات و شناخت کامل کلیه ابعاد تعاملی اولین گام برای از بین بردن شکافها و چالش‌های تعاملی و ارتقاء تعاملات می‌باشد، این پژوهش درصدد است به شناسایی کامل حوزه‌های تعاملات حرفه‌ای بین دانشکده پزشکی و بیمارستان‌های آموزشی و عوامل بازدارنده و پیشران در این تعاملات در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران بپردازد.

روش بررسی

باتوجه به هدف پژوهش، مبنی بر شناسایی حوزه‌های تعاملات حرفه‌ای و عوامل بازدارنده و پیشران این تعاملات بین

دانشکده پزشکی و بیمارستان‌های آموزشی، روش پژوهش تحلیل محتوای کیفی با تکنیک تحلیل مضمون بود. این مطالعه در سال ۱۴۰۰ در بین صاحب‌نظران، خبرگان و مطلعان موضوع به انجام رسید. پرسش‌شوندگان اغلب از اساتید دارای سابقه مدیریت در دانشکده پزشکی و یا بیمارستان آموزشی در سطوح رئیس، معاون، مدیرگروه در دانشگاه علوم پزشکی ایران بودند که به صورت هدفمند انتخاب شدند. گردآوری اطلاعات موردنیاز از طریق مصاحبه نیمه‌ساختاریافته با ابزار پرسشنامه باز انجام شده است. پرسش‌های اصلی در مصاحبه با توجه به پرسش‌های تحقیق بود و با توجه ماهیت نیمه ساختار یافته آن، پرسش‌های دیگری نیز با توجه با پاسخ‌ها و به منظور روشن‌تر شدن مفهوم پاسخ‌های ارائه‌شده مطرح شد. سه پرسش اصلی عبارت بودند از: ۱- حوزه‌های تعاملات بین دانشکده پزشکی و بیمارستان آموزشی کدامند؟ ۲- چه عواملی باعث بازدارندگی در تعاملات بین دانشکده پزشکی و بیمارستان آموزشی می‌گردند؟ ۳- عوامل پیشران که باعث بهبود تعاملات بین دانشکده پزشکی و بیمارستان آموزشی می‌شوند چه مواردی هستند؟ پس از انجام ۱۶ مصاحبه، پژوهشگر به این نتیجه رسید که کدها به مرحله اشباع نظری رسیدند و پاسخ‌ها تکراری شد و داده جدیدی یافت نگردید. در فرآیند پژوهش به مصاحبه‌شوندگان از حیث محرمانگی وعدم افشای اسامی اطمینان خاطر داده شد. پس از انجام مصاحبه‌ها، متن همه مصاحبه‌ها پیاده سازی و از روش تحلیل مضمون برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد. تحلیل اطلاعات با خواندن مصاحبه‌ها و به منظور استخراج کدها، به صورت کامل مطالعه شد، سپس با استفاده از شیوه مقایسه مداوم و به روش تحلیل استقرایی تجزیه تحلیل شدند. واژه‌ها، عبارت‌ها و پاراگراف‌هایی که از مطالب مصاحبه‌شوندگان حاوی نکات مهم و مرتبط با موضوع پژوهش بود به عنوان واحد معنایی و یادداشت نویسی در حاشیه متن همراه با کدگذاری انجام شد. برای

نرم‌افزاری داده‌ها از نرم‌افزار MAXQDA ۲۰۱۸ استفاده شد.

یافته‌ها

تجزیه و تحلیل آماری بر روی ۱۶ مصاحبه انجام شده صورت گرفت. براساس تحلیل موضوعی مصاحبه‌ها و مطالعه متون، تعاملات حرفه‌ای بین دانشکده پزشکی و بیمارستان آموزشی در ۷ حوزه (تم اصلی) و ۱۷ مولفه (تم فرعی ۱)، ۲۲ عامل بازدارنده (تم فرعی ۲) و ۲۲ عامل پیشران (تم فرعی ۳) استخراج گردید (جدول شماره ۲).

کدگذاری اولیه از کلمات خود مصاحبه‌شوندگان و تعدیل آن بر اساس برداشت‌های پژوهشگر از مطالب آنان استفاده گردید. کدها چندین بار بازخوانی شدند تا براساس تشابه معنایی در زیرتم‌ها و تم‌های اصلی جایگزین شوند. در مرحله بعدی تعاریفی برای هر تم و زیرتم و کد صورت گرفت و بدین ترتیب به گزارش عوامل موثر هر یک از حالت‌ها پرداخته شد. دقت و اعتبار کدگذاری‌ها از طریق ارزیابی و مرور مداوم همکاران پژوهش و رعایت مراحل و پروتکل تحلیل مضمون صورت پذیرفت. همچنین برای تحلیل

جدول ۱. خلاصه‌ای از پژوهش‌های پیشین و حوزه تمرکز آنها

پژوهشگران	حوزه تمرکز پژوهش	ردیف
Deboer, S. et al	ایجاد مشارکتی موفق و پایدار در مؤسسه‌های علوم پزشکی (۲۱)	۱
Mubuuke, A. G. et al.	رابطه‌ی پیچیده بین یک دانشکده پزشکی و یک بیمارستان آموزشی: مطالعه موردی در اوگاندا (۶)	۲
Keroack, Mark A. et al.	همسویی عملکردی و نه یکپارچگی ساختاری دانشکده‌های پزشکی و بیمارستان‌های آموزشی (۲۵)	۳
Pizzo Ph. A	دانشکده‌ی پزشکی دانشگاه استنفورد و بیمارستان‌های آموزشی آن (۲۶)	۴
Bolander Laksov k, et al.	تحول در راستای توسعه‌ی هیأت علمی مبتنی بر کارگروهی: برنامه‌ای برای تسهیل تغییر در آموزش پزشکی (۱۲)	۵
Flanders, S. et al.	چالش‌ها و فرصت‌ها در بیمارستان‌های دانشگاهی (۱۹)	۶
Sholl, S. et al	ایجاد تعادل بین آموزش بالینی و مراقبت از بیمار در انگلستان (۲۲)	۷
Collins, C. et al	بهترین شیوه برای تفاهم‌نامه بین مؤسسات درمانی و دانشگاه‌ها (۱۸)	۸
university of Ontario and Grace Hospital	توافق نامه بین دانشگاه آنتاریو و بیمارستان گریس (۲۰)	۹
Schwartzstein R	تدوین و اجرای برنامه‌ی راهبردی جامع آموزش پزشکی در مرکز پزشکی دانشگاهی (۱۴)	۱۰
Ziegelstein R. c	ایجاد فرصت‌های ساختاریافته برای مشارکت اجتماعی و ارتقای رفاه و جلوگیری از فرسودگی شغلی دانشجویان و دستیاران پزشکی (۲۴)	۱۱
Lobo, M. et al.	بیمارستان‌های آموزشی در برزیل (۱۷)	۱۲
جوادی، زینب و همکاران	طراحی الگوی ارتقای کیفیت آموزش دستبازی در اجرای طرح تحول نظام سلامت (۲۷)	۱۳
آل بویه، محمدرضا و همکاران	هزینه‌های آموزش دستیاران تخصصی در یک بیمارستان آموزشی منتخب (۲۸)	۱۴
ابوالحسنی، فرید و همکاران	چالش‌های روابط ستاد دانشگاه علوم پزشکی و بیمارستان‌های وابسته: مورد مطالعه یکی از دانشگاه‌های مستقر در تهران (۴)	۱۵
صفارانی، سمیه و همکاران	چالش‌ها و فرصت‌های پیش‌روی بیمارستان‌های آموزشی از منظر تأمین‌کنندگان و مدیران بیمارستانی (۵)	۱۶
مرتضوی، مصطفی و همکاران	شناسایی عوامل کیفی مؤثر بر کیفیت آموزش بالینی (۱۰)	۱۷
کریمی، عبدالله و ناطقیان، علیرضا	آموزش پزشکی و خودگردانی بیمارستان‌های آموزشی (۹)	۱۸

تعیین حوزه‌ها، عوامل بازدارنده و عوامل پیشران در تعاملات

جدول ۲. مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان در پژوهش

متغیر	گروه بندی	تعداد	درصد
جنس	زن	۳	۱۹٪
	مرد	۱۳	۸۱٪
سن	۴۵ تا ۴۵ سال	۱	۶٪
	۴۵ تا ۵۰ سال	۲	۱۳٪
	۵۵ تا ۵۵ سال	۱۳	۸۱٪
رتبه علمی	بدون رتبه علمی	۱	۶٪
	دانشیار	۲	۱۳٪
سابقه کار	استاد	۶	۳۷٪
	۸	۵۰٪	
سابقه مدیریت	۲ تا ۱۵ سال	۲	۱۳٪
	۲۰ تا ۲۵ سال	۶	۳۷٪
سابقه مدیریت	بالتر از ۲۵ سال	۸	۵۰٪
	۱۵ تا ۱۵ سال	۶	۳۷٪
سابقه مدیریت	۲ تا ۱۵ سال	۲	۱۳٪
	بالتر از ۲۰ سال	۸	۵۰٪

آموزش و پژوهش

الف- برنامه‌ریزی آموزشی: ادغام مأموریت کیفیت و ایمنی بیمارستانهای آموزشی و آموزش پزشکی گامی ضروری برای ارائه دانش، مهارت و نگرش پزشکان نسل بعدی است. مشارکت دانش‌آموختگان پزشکی و دستیاران در کیفیت و ایمنی دیگر فقط یک نیاز به کسب اعتبار نیست، بلکه به عنوان یک نشانگر موسسه آموزشی موفق می‌باشد (۸). یکی از صاحب‌نظران اظهار داشت " دانشجویان پزشکی بیشتر از دو سال کار علوم پایه‌ای ندارند و بقیه کار تعامل با بیمارستان های آموزشی هست، ما در این بخش خیلی خیلی مشکل داریم، یعنی بار زیادی از طرف دانشکده پزشکی به بیمارستان آموزشی تحمیل کردند در صورتیکه خیلی از این کارها با تعامل قابل انجام شدن هست. الان فراگیران در دانشکده تقسیم می‌شوند، بدون اینکه با بیمارستان آموزشی هماهنگی شود و از مسئولین بیمارستان سوال شود چند تا سالن آموزشی دارید؟ صبح ها سالن های آموزش گنجایش چند نفر را دارند؟ ... اصلا این سه تا رشته اضافی که دارید به بیمارستان اضافه می کنید اصلا کشش دارد؟ مریض

برای بستری شدن وجود دارد؟ و... (۵) یکی دیگر از صاحب‌نظران اظهار داشت " دانشکده پزشکی باید با بیمارستان‌های آموزشی یک برنامه مشخص داشته باشد، برای آموزش دستیار، کارآموز و کارورز. فرایند مشخص باشد، مسئول هرکدام از اینها هم مشخص شود، شرح وظایف هر یک از گروه‌های آموزشی، اعضای هیئت علمی، حتی کارشناسانی که ممکن است در بیمارستان باشد مشخص شود، تعداد دانشجو و دستیار و فراگیر با بیمارستانهای آموزشی و امکانات و تجهیزات اعضای هیئت علمی و نیروی انسانی تعیین گردد" (۱۱). ب- آموزش بالینی: دانشجویان پزشکی بخش قابل توجهی از دوره تحصیل خود را در محیط‌های آموزشی بالینی می‌گذرانند. علیرغم افزایش دانش چگونگی تسهیل کردن آموزش عملی و بالینی، اجرای آن در جهت ارتقاء آموزش‌های بالینی همواره با چالش‌های متعددی روبرو بوده‌است. ارتقاء آموزش در دانشکده پزشکی عمدتاً بر ارتقاء علمی و جنبه‌های نظری آموزش پزشکی برای بهبود آموزش دانشجویان تاکید دارد (۹). آموزش بالینی مجموعه‌ای از فعالیت‌های تسهیل‌کننده یادگیری در محیط بالینی است که هدف آن ایجاد تغییرات در دانشجو در جهت انجام مراقبت‌های بالینی است (۱۰). یکی از مدیران اظهار داشت " وقتی که دانشجوی پزشکی بعد از گذراندن علوم پایه می‌خواهد از تئوری‌ها و لابراتورها برود به سمت بالینی دوره کارآموزی، هنگامی این انتقال می‌خواهد انجام شود یک ایست‌آنجا می‌خورد، یک دفعه از توی اتاق و کلاس و آزمایشگاه می‌رود وسط بیمارستان، چه کسی باید این تسهیل‌گری را انجام دهد؟ یک دانشکده پزشکی که با بیمارستانش هارمونی داشته باشد و مشکل اینست که اصلاً این هارمونی نیست" (۱۸). ج- برنامه‌ریزی و توسعه پژوهش: برنامه‌ریزی استراتژیک و توسعه پژوهش با حمایت از ایمنی بیمار در برنامه توسعه هیئت علمی یکی دیگر از عوامل مهم در تعاملات بین دانشکده پزشکی و بیمارستان آموزشی بوده و بازنگری در فرآیندهای موجود و اصلاح آنها می‌تواند به بیمارستان آموزشی برای تمرکز بر مأموریت اصلی کمک نموده و اعضای هیئت علمی را تقویت و منجر به برنامه‌های

نوآورانه نماید(۱۱). نظر یکی از مدیران این بود "اساتید علوم پایه در کنار اساتید بالینی پروژه های مشترک می‌توانند داشته باشند و این تعاملات هم قطعا توسط دانشجویان انجام می‌شود، یعنی اساتید ابزارکارشان و همراه اصلی‌شان دانشجویانشان

هستند. که مخصوصا می‌توانند این تعامل را تقویت کنند، پس پروژه‌های مشترک در مسیر پژوهش های بالینی، پایه و یا فناوری می‌تواند وجود داشته باشد، خیلی از این علوم پایه‌ها می‌روند بیمارستان مثلا لابراتوار بیمارستان را به عهده می‌گیرند"(۸P).

جدول ۳. یافته‌های حاصل از تحلیل کیفی مصاحبه نیمه‌ساختاریافته با خبرگان و مدیران مضمون حوزه‌های تعاملی بین دانشکده پزشکی

وبیمارستان‌های آموزشی

ردیف	حوزه تعاملات حرفه‌ای	مولفه‌ها	عوامل بازدارنده تعاملات	عوامل پیشران تعاملات
۱	آموزش و پژوهش	برنامه‌ریزی آموزشی	اولویت درمان به آموزش	تفکیک آموزش و درمان
		آموزش بالینی	کم توجهی اعضای هیئت علمی به آموزش	توجه بیشتر اعضای هیئت علمی به آموزش
		برنامه ریزی و توسعه پژوهش	ضعف در انجام پژوهش‌های مشترک	افزایش اعتبارات پژوهشی
۲	حکمرانی	نظارت	فقدان مکانیزم‌های نظارتی موثر	تقویت مکانیزم‌های نظارتی
		پاسخگویی	ضعف در پاسخگویی	ارتقا پاسخگویی در همه سطوح
		ساختار	عدم به روز رسانی ساختار	بازنگری در چارت سازمانی
۳	بودجه و امور مالی	تخصیص بودجه آموزش	توجه کم به بودجه آموزش	افزایش بودجه آموزش
		هزینه‌های آموزش	متناسب نبودن بودجه آموزش با هزینه های آموزشی	سامان‌دهی هزینه‌های آموزشی
		اعضای هیئت علمی	دریافتی کم اساتید	افزایش انگیزش اساتید
۴	منابع انسانی	کارکنان	اشراف کم کارکنان بر برنامه‌های آموزشی	توانمندسازی منابع انسانی
		فراگیران	کم توجهی به امور رفاهی فراگیران	تقویت امور رفاهی فراگیران
		مشکلات خوابگاه ها	مشکلات خوابگاه ها	
۵	ارائه خدمات سلامت	پروتکل‌های درمانی	به روز نبودن پروتکل‌های درمانی	استفاده از آخرین پروتکل‌های درمانی
		درمان بیماران	درمان بیماری‌های پرتکرار و روتین	درمان بیماری‌های خاص و پیچیده با تعداد کم
۶	منابع فیزیکی و تجهیزات	فضاهای آموزشی	کمبود فضای آموزشی	استفاده بهینه فضاهای آموزشی
		تجهیزات آموزشی	کمبود تجهیزات و امکانات آموزشی	بهبود امکانات آموزشی
۷	زنجیره تامین	تامین اقلام آموزشی	خرید تجهیزات غیراستاندارد آموزشی	نظارت بر خرید تجهیزات آموزشی بیمارستان
		تامین خدمات آموزشی	ارائه خدمات نامطلوب به اساتید و فراگیران	ارائه خدمات مطلوب برای اساتید و فراگیران

جدول ۴. نمونه بدست آوردن تم یا مضمون از مصاحبه‌ها

منبع کد	نمونه نقل قول	تعداد مراجع	تم فرعی ۱	تم فرعی ۲	تم فرعی ۳
P2	اساتید برای افزایش درآمد بیمارستان تحت فشارند	۱۱		اولویت درمان به آموزش	
P9	لازمه اولویت دادن به آموزش، تامین اعتبارات مورد نیاز است	۸		افزایش بودجه آموزش	
P8	یکی از نگرانی‌های رئیس دانشکده این بوده که تسلط کافی بر پزشکان در بیمارستان ندارند و آنها راه خودشان را می‌روند	۷	نظرات		

حکمرانی

یکی از اساتید اظهار داشت "عضو هیات علمی، ابلاغش را دانشکده پزشکی می‌زند ولی کارش در بیمارستان آموزشی هست و عملاً پاسخگویی به بیمارستان ندارد می‌گوید ما به دانشکده پاسخگو هستیم! چرا؟ چون ارتقاء او با دانشکده است، هیچ مکانیزی هم وجود ندارد که رئیس بیمارستان روی مهمترین و کلیدی‌ترین نیرویش اختیاری داشته باشد" (P2). صاحب نظر دیگری اظهار داشت: از نظر ساختاری فرایند سیاستگذاری تحت کنترل باشه و هر کسی در جایگاه خودش پاسخگو باشه یعنی شرایط پاسخگویی در همه سطوح چه دانشکده چه مرکز آموزشی درمانی شرایط فراهم کنیم که افراد در قبال خدمتی که ارائه می‌کنند بتوانند پاسخگو باشند (P3).

ج- ساختار: مدیریت بیمارستان‌ها به دانش جامع بالینی و مدیریت بازرگانی و همچنین مهارت‌های علمی عالی نیاز دارد، از آنجا که کارکردهای بیمارستان‌های دانشگاهی شامل مراقبت‌های بهداشتی، آموزش پزشکی، علوم و عملکرد سیستم مراقبت‌های بهداشتی بسیار واجد شرایط است، نیازهای پشتیبانی برای تصمیم‌گیری و ساختار سازمانی از سایر شرکت‌های دولتی و حتی از بیمارستان‌های سطح دیگر متفاوت خواهد بود (۱۳). یکی از مدیران در این خصوص اظهار داشت "اگر قرار هست بین آموزش و درمان رابطه درستی برقرار باشد باید دید ساختار جوری طراحی شود که ما را به هدف دلخواه برساند. از طرفی دانشکده پزشکی برای تربیت فراگیرش نیاز به مراکز آموزشی درمانی دارد برای رونق آموزش پژوهش، از طرفی اقتصاد بیمارستان از درجه اهمیت بالایی برخوردار هست، حالا اگر قرار باشد مرکز آموزشی درمانی اقتصادی اداره شود چه جوری باید بشود؟ اگر

الف- نظارت: پس از انتشار گزارش آبراهام فلکسنر^۱ در سال ۱۹۱۰ مبنی بر وجود کمبودها و نارسایی‌ها در بخش امکانات و تجهیزات و از همه مهمتر در آموزش و نتایج آموزش پزشکی در ایالات متحده آمریکا و کانادا، تغییرات اساسی در آموزش پزشکی کشورهای نظیر انگلیس، فرانسه و آلمان اتفاق افتاد، این تحول ادغام آموزش‌های گسترده آکادمیک و بالینی در کلاس‌های با آزمایشگاه‌های مجهز و بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه بود. آموزش بالینی توسط دانشکده پزشکی در بیمارستان آموزشی وابسته به دانشگاه هدایت و نظارت می‌شد (۱۲). یکی از اساتید گفت "دانشکده پزشکی باید نظارت داشته باشد، وقتی دانشجویی را به بیمارستان آموزشی معرفی کرده کار تمام شده نیست، دانشکده پزشکی باید نظارت کند یعنی حوزه معاونت آموزشی باید برود ببیند دانشجویانی که معرفی کردند آموزششان بر طبق کوریکولوم هست یا نه؟ طرح درس بر اساس کوریکولوم تهیه شده؟ طرح درس، طرح دوره در واقع برای کارآموزان و غیره دارد به آن شکل انجام می‌شوند؟ چک لیست داشته باشد، گروه‌ها را موظف کند که این چک لیستها را تکمیل، میزان رضایت‌مندی را از کارورز و کارآموز تهیه کند همه اینها در تعامل موثر است" (P1).

ب- پاسخگویی: تعامل مناسب بین سازمان‌ها و به تبع آن همکاری خوب بین سازمانی مستلزم شناخت محیط درونی و بیرونی، محدودیت‌ها، قوانین و مقررات و خط‌مشی‌ها، رویه‌ها، سیاست‌ها و اهداف سازمانی از طرف هر سازمان در مورد سازمان دیگر است (۲).

صرفاً مصرف منابع مالی قلمداد کرد، انجام تمرینات آموزشی در بیمارستان برای دانشجویان و دستیاران به عنوان یکی از خروجی‌ها و محصولات بیمارستان آموزشی بوده که باعث حضور پزشکان و متخصصین با کیفیت بالا در جامعه می‌گردد (۱۴). یکی از مدیران گفت: "مسئولین دانشکده پزشکی میگویند ما یک رسالتی داریم به نام آموزش به هیچ‌چیز دیگر هم کار نداریم، فراگیران ما هم باید بیمارستان باشند، امکانات خوب، هتلینگ خوب، بخش خوب و کارهای خوب، اینجا آموزش ببینند و اینکه فراگیران به چه تعدادی باشند کاری ندارند، اینکه آنها چقدر برای بیمارستان هزینه دارند کاری ندارند! چه کسی باید این هزینه‌ها را پرداخت کند کاری ندارند! هزینه تجهیزات و تعمیرات چقدر هست کاری ندارند" (۱۴).

منابع انسانی

الف- اعضای هیئت علمی: اعضای هیئت علمی در بیمارستان آموزشی برای انجام امور درمانی تحت فشار هستند و همواره ممکن است از آنها درخواست گردد درمان بیشتری در راستای کسب درآمد بیمارستان انجام دهند، این امر باعث افت کیفیت آموزش می‌شود، لذا میزان حضور اساتید و چگونگی انجام کار به صورت دقیق باید مشخص شود، همچنین نحوه انجام کار دستیاران و شرح وظایف آنها نیز باید شفاف گردد (۱۶). یکی از اساتید اظهار داشت: "زمانی که بیمارستان صرفاً آموزشی بود اساتید همه تمام‌وقت بودند، چه کاری انجام میشد یا نمی‌شد، در واقع این ساختار را بهم زدیم، ساختاری که در ابتدای کار دانشکده‌های پزشکی و بیمارستان‌های آموزشی ایجاد شد را بهم زدیم. آن موقع اساتید تمام‌وقت بودند و حقوق مکفی دریافت می‌کردند و بیماران با حداقل هزینه یا بدون هزینه در بیمارستان آموزشی درمان می‌شدند. مابین ساختار را شکستیم، این ساختار را کلاً از بین بردیم، در نتیجه اساتید حقوق مکفی دریافت نمی‌کنند و مجبورند کار خصوصی داشته باشند" (۱۶).
ب- کارکنان: ایجاد حس همکاری به جای رقابت بین کارکنان دانشکده پزشکی و بیمارستان آموزشی یکی از مهمترین

بخواهیم یک بیمارستان آموزشی درمانی در حدی باشد که خدمات ایمن و جامع و با کیفیت ارائه بشود از قبل آن تولید دانش اتفاق بیفتد یا انتصابات که در بیمارستان‌های آموزشی انجام میشه باید از طریق دانشکده پزشکی یا معاون درمان یا معاون توسعه دانشگاه باشد؟ این موارد باید فکر کرد که در هر مدلی مزایا و معایبی هست" (۱۳).

بودجه و امور مالی

الف- تخصیص بودجه آموزش: عدم توازن در بودجه اختصاص یافته در بخش آموزش، درمان و پژوهش و ترکیب نامتوازن در تخصیص اعتبارات مانع بزرگی در تحقق همه ابعاد ماموریت بیمارستان آموزشی می‌باشد (۴). اندازه و پیچیدگی بیمارستان که به شدت با حجم آموزش و تحقیقات نیز ارتباط دارد، تاثیر مستقیم در تخصیص منابع مالی از طرف دانشکده به بیمارستان دارد (۱۴). یکی از صاحب‌نظران اظهار داشت "در قوانین بودجه‌ای داریم که یک درصد درآمد اختصاصی دانشگاه، (البته یک تا سه درصد که دانشگاه‌ها معمولاً یک درصد می‌گذارند) برای توسعه آموزش بکار برود. در یک دانشگاه حتی بزرگ یک درصد در کل دانشگاه میشود ۱۰ میلیارد تومان! الان یک دستگاه میکروسکوپ جراحی چشم ۵ میلیارد تومان هست! با این ۱۰ میلیارد تومان باید پاپیون بسازیم، به رزیدنت‌ها بدهیم ژورنال بخریم، می‌بینیم که اصطلاحاً می‌شود نخود یک آش و اتفاقی هم نمی‌افتد" (۱۹).
ب- هزینه‌های آموزش: یکی از موارد حیاتی هزینه‌های آموزش پزشکی و بالینی هست که به طور دائم این دو موسسه را با چالش‌های مختلف مواجه می‌کند. این اختلاف نظرها و چالش‌ها ممکن است از درک محدود یا متناقض از تعهدات مالی طرفین و توجه ناکافی به وابستگی ذاتی بین دانشکده پزشکی و بیمارستان آموزشی باشد (۱۵). بیمارستان‌های آموزشی باتوجه به نوع ماموریت هزینه‌های بالاتری نسبت به هم‌تایان غیرآموزشی خود دارند، افزایش فعالیت‌های آموزشی لزوم در اختیار داشتن منابع مالی بیشتر را نیز می‌طلبد. هر چند هزینه‌های آموزش و تحقیق را نباید

قسمتهای تعامل سازمانی مناسب و مؤثر است، کارکنان به هیچ وجه نباید احساس رقابت با یکدیگر داشته باشند، بلکه احساس آنها باید این باشد که برای رسیدن به هدف مشترکی باهم همکاری صمیمانه دارند، پروژه‌های مشترک فرصت‌های جدیدی پیش‌روی کارکنان سازمان‌ها قرار می‌دهد تا آنها با یکدیگر تعامل کنند، همکاری داشته‌باشند، برای موفقیت یکدیگر تلاش کنند و در نهایت موفقیت‌های بدست‌آمده را بین خود تسهیم کنند (۲).

ج- فراگیران: ارتباط بیشتر و رودرو با اساتید در بیمارستان‌های کوچک و درمانگاه‌ها باعث افزایش بهره‌وری در یادگیری دانشجویان در خدمات بالینی می‌شود. مشارکت دانشجویان و دستیاران باعث می‌شود. بازخوردها به صورت جاری و روزمره توسط اساتید به دانشجویان اعلام می‌شود که این امر باعث افزایش تجربه آنها می‌گردد (۱۷). حضور دستیاران در بیمارستان آموزشی نه تنها به عنوان محرکی برای فعالیت‌های آموزشی بیمارستان می‌باشد بلکه به عنوان سرمایه‌های انسانی نقش بسزایی در جایگزینی پزشکان بیمارستان و ارائه مشاوره‌های پزشکی به بیماران را دارند. یک دستیار پزشکی گرچه به عنوان یک منبع مهم نیروی انسانی است اما او به عنوان مهمترین محصول در راستای تحقق مأموریت علمی خود می‌باشد (۱۴). یکی از صاحب‌نظران اظهار داشت: "معمولا فراگیران توسط معاونت آموزشی دانشکده پزشکی به بیمارستان‌ها و گروه‌ها معرفی می‌شوند. دانشکده پزشکی باید با گروه‌های آموزشی بیمارستان در مورد تعداد اینها باید تعامل داشته باشد، بر حسب ظرفیت بخشها از نظر تخت بستری، ظرفیت درمانگاه، تعداد مراجعین بستری چون اینها در کوریکولومشان به حداقلی تعریف شده است. مثلا دستیار چه تعداد جراحی انجام دهد، چقدر باید مشاهده کند، چقدر باید مشارکت داشته باشد، برای کارورز هم به همین ترتیب. این تعامل خیلی وقتها دچار اختلال می‌شود یعنی دانشکده تعدادی را معرفی می‌کند که بیمارستان با یک ظرفیت بیش از حد روبروست به خصوص دانشجوی پزشکی، بیمارستان دستیار را ظرفیتی تصویری می‌کند که ارائه خدمت هم دارد و شاید اصلا استقبال هم نکنند از اینکه دستیار بیشتری

برود (البته آنهم بستگی دارد به امکانات و تجهیزات آموزشی) اما به خصوص در مورد کارآموز مشکل هست، چون کارآموز می‌رود کار یاد بگیرد و اغلب اگر تعداد زیاد باشد دچار مشکل می‌شوند" (۱۱).

ارائه خدمات سلامت

الف- پروتکل‌های درمانی: بیمارستان آموزشی یک موسسه چند منظوره در مورد بیمار است که خدمات مراقبت‌های بهداشتی ثانویه و عالی را به بیماران ارائه می‌دهد، در اجرای برنامه‌های آموزش علوم پزشکی شرکت می‌کند، کارهای علمی و تحقیقاتی در زمینه پزشکی انجام می‌دهد و معرفی روش‌های درمانی جدید و فن‌آوری‌های پزشکی را ترویج می‌کند (۱۳). یکی از مدیران اظهار داشت "ما در بیمارستان روی ارتقا هتلینگ به نوعی که بیمارستان را به شکل هتل اداره کنیم، زیرساخت‌ها را رسیدگی کردیم، نوسازی کردیم، پرداخت پرسنل و پزشکان و هیات علمی به روز شد، با مکانیزم‌های مالی که در گذر زمان ایجاد شده بود رضایت اعضای هیات علمی را جلب کردیم، پرداخت‌ها به پیمانکاران به روز بود و همه اینها روی کیفیت و ایمنی خدمت‌رسانی به مردم موثر است. اینکه اعضای هیات علمی انتخاب می‌کردند که کدام بیمارستان کار کنند یا رزیدنت‌ها، فلوشیپ‌ها انتخاب اولشان کجا بود بر عملکرد بیمارستان تاثیر می‌گذاشت. در نظام آموزشی به این توفیق رسیدیم که رزیدنت‌ها را سطح بندی کردیم رزیدنت سال ۲ و ۳ فقط در درمانگاه یا اورژانس و در اتاق عمل فقط رزیدنت سال ۳ و ۴ ارائه خدمت‌دهد، که باعث شد خطاهای درمانی به حداقل برسد و ایمنی بیمار بیشتر رعایت شود و همواره دغدغه ما این بود که چه کنیم که در نظام آموزشی درمانی بهترین کیفیت خدمت و ایمن‌ترین خدمت به مردم ارائه شود تا مردم اولین انتخابشان مراکز آموزشی درمانی باشد" (۲).

ب- درمان بیماران: افزایش تمرکز بر ارائه خدمات درمانی، رقابت بر ایجاد درآمد بیشتر، افزایش دانشجویان پزشکی و نیاز روزافزون به آموزش‌های بالینی در بیمارستان، کمبود منابع و تمایل بسیاری از اساتید برای انجام کارهای درمانی به جای آموزش بر پیچیدگی‌های

آموزشی بدهیم. تازه این تعامل به این خاطر هست که اساتید ما خیلی خوبند و همکاری صمیمانه‌ای دارند و گرنه با توجه به تعداد فراگیران هر گروه و نوع رشته‌ها امکانپذیر نیست" (p۵).
 ب- تجهیزات آموزشی: فراهم نمودن تجهیزات آموزشی مناسب در بخش‌های بالینی، تدوین و برنامه ریزی آموزشی نظام مند، ایجاد جو آموزشی بالینی مناسب تر به همراه ارائه اصول برخورد صحیح و مناسب با دانشجویان در بالین به خصوص برای دانشجویان اتاق عمل به منظور ارتقای سطح آموزش بالینی بسیار ضروری است (۱۰). طبق اظهارات یکی از اساتید "اگر اقتصاد بیمارستان خوب نباشد، آموزش هم خوب نیست. اگر بی توجه باشیم چرخه معیوب مدام تکرار میشود یعنی هزینه تخریب وسایل و تجهیزات و امکانات و دوباره بدتر شدن آموزش، بعداً به جایی میرسد که هیچی نداریم، نه وسایل داریم نه تجهیزات داریم نه آموزش داریم. عضو هیات علمی خودش اعتقاد داشته باشد که این تجهیزات و امکانات من هست، بخش من باید اقتصادی باشد بخش من باید منظم باشد، مرخص به بهترین نحو سرساعت باید خدمت بگیرد. آن موقع تجهیزات مناسب وجود خواهد داشت" (p۴).

زنجیره تامین

الف- تامین اقلام آموزشی: تامین امکانات بیمارستان آموزشی که قرار است دانشکده پزشکی از آن برای تحقق اهداف آموزشی خود استفاده کند به عنوان یکی از مهمترین موضوعات در مسئولیت مشترک دو موسسه تعیین شده است (۲۰). یکی از اساتید اظهار داشت "تجهیزات و خرید تجهیزات بیمارستان حتماً باید دانشکده پزشکی تایید کند و بیمارستان آموزشی باید تامین کنندگان با اهداف آموزشی باشد نه اینکه آموزش را فدا کند، در بیمارستان مثلاً بخشی که کارایی آموزشی ندارد بیمارستان درمانی نیست که بخواد راه بیندازد و نباید انجام شود" (p۶).
 ب- تامین خدمات آموزشی: توجه روزافزون به مسائل رفاهی دانشجویان پزشکی و دستیاران و همچنین افزایش مهارت‌های آنها برای جلوگیری از فرسودگی شغلی در کارآموزان پزشکی

مشارکت و تعامل بین دانشکده ی پزشکی و بیمارستان آموزشی افزوده است (۱۸). هنگامی که نیاز به ارائه خدمات سلامت فزونی می یابد وقت و منابع برای آموزش پزشکی و خدمات درمانی اولین قربانیان هستند که فدای ارائه خدمات درمانی می شوند (۱۹). یکی از اساتید اظهار داشت "در بعضی بیمارستان‌هایی که بار درمان خیلی بالاست آموزش به طور منفی تحت تاثیر قرار دارد، یعنی هر زمان که ما مانند بیمارستان‌های درمانی تعداد زیاد بیماری مراجعه کنند عملاً آموزش آسیب می بیند. بنابراین بیمارستان آموزشی بار مریضش تا به حدی باید باشد نه اینکه سرریز بیمار داشته و خوشحال باشد از اینکه درآمد بیمارستان رفته بالا! به بیمارستان درمانی نیست بیمارستان تامین اجتماعی نیست که به جای ۲۰ تا ۲۰۰ مریض ۲۰۰ مریض بیاید و درآمد بالا برود! کیفیت آموزش به شدت پایین میاید چرا که اساتید و دستیاران عملاً فرصتی برای آموزش ندارند" (p۵).

منابع فیزیکی و تجهیزات

الف- فضای آموزشی: رفع کمبودهای فضای آموزشی مانند کمبود اتاق‌های آموزشی در بخش‌های بیمارستانی، افزایش امکانات کمک آموزشی و وسایل رفاهی دانشجویان در بیمارستان ها و استفاده بیشتر از امکانات و وسایل بیمارستان ها توسط دانشجویان می‌تواند در بهبود فرایند آموزش و بهبود کیفیت ارائه خدمات به مردم مفید باشد (۱۰). یکی از صاحب‌نظران بیان کرد "این گروه یک ساعت و نیم کلاس آموزشی دارد، پرسیدم قبلاً چکار می کردید؟ گفت من ده تا کارآموز داشتم سه تا کارورز^۲، چهارتا هم دستیار^۳ کلاس ما الان بیست نفر ظرفیت دارد کافی بود، الان همان گروه تعدادش شده ۵۰ نفر! در مورد گروه‌های دیگر هم وضع به همین منوال است. ما مجبور شدیم برای اینکه چالش ایجاد نشود کلاس‌های صبح را یک ساعت یک ساعت کنیم و بین گروه‌ها به شکل چرخشی دربیوریم! برای اینکه به همه گروه‌ها فضای

stager	1
intern	2
resident	3

است (۲۱). صاحب‌نظری می‌گفت: "بهتر این است که همه جای دنیا، به مجتمعات بزرگ که دانشکده پزشکی و بیمارستان آموزشی به جاست، همه همان جاهستند. دانشجو هم وظیفه اش همان جاست خوابگاهش هم همان گوشه اش. الان دانشکده پزشکی ما اینجاست، بیمارستان توی شاه‌عبدالعظیم، خوابگاه میدان نور! رزیدنت یعنی مقیم یعنی آنجا می‌خوابد با امکانات خوب، به گوشه ساختمان با یک ویوی عالی. فضای رزیدنت ها یک قسمت از دانشکده پزشکی و به اتاق اساتید وصل بودند" (۲۲).

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه توانست شبکه حوزه‌های تعاملات دانشکده پزشکی و بیمارستان‌های آموزشی را با استفاده از دیدگاه‌ها و ایده‌های خبرگان و اساتید کشف و استخراج نموده و دیدی کل‌نگر به این حوزه‌ها بدست‌آورد براین اساس تعاملات بین دانشکده پزشکی و بیمارستان‌های آموزشی در ۷ حوزه شامل: آموزش و پژوهش، حکمرانی، بودجه و امور مالی، منابع انسانی، ارائه خدمات سلامت، منابع فیزیکی و تجهیزات و زنجیره‌تامین می‌باشد. در حوزه‌های تعاملی آموزش و پژوهش بین دانشکده پزشکی و بیمارستان آموزشی که بر برنامه‌ریزی آموزشی، آموزش بالینی و برنامه‌ریزی و توسعه پژوهش تاکید دارد با یافته‌های دی بورا^۱ مطابقت داشت که بر بهبود آموزش‌های عملی و بالینی، ارتقای مراقبت از بیماران و درگیر شدن اعضای هیئت علمی در تحقیقات برای ایجاد مشارکتی موفق و پایدار در موسسه‌های علوم پزشکی تاکید دارد (۲۱). افزایش توجه اعضای هیئت علمی به آموزش، فاصله‌گرفتن از اعمال درمانی پرتکرار و معرفی فراگیران به بیمارستان آموزشی طبق برنامه مشخص باعث افزایش کیفیت آموزشی بالینی فراگیران می‌گردد. تعریف پروژه‌های مشترک پژوهشی قدمی بسیار مهم در افزایش هماهنگی و نزدیکی دانشکده پزشکی و بیمارستان آموزشی می‌باشد.

یافته‌های این پژوهش با یافته‌های کراک^۲ در خصوص نحوه حکمرانی و تاثیر آن در تعامل بین دانشکده پزشکی و بیمارستان آموزشی مبنی بر اینکه هنگامی که دو مؤسسه تحت مدیریت و حکمرانی واحدی قرار داشتند تعاملات حرفه‌ای و میزان همکاری نسبت به دسته دیگر با تمرکز مدیریت کمتر و مستقل‌تر بیشتر بود، تطابق داشت (۲۵). تغییرات در مراکز سلامت دانشگاهی عمدتاً تحت تأثیر اولویت‌های سازمانی، عوامل اقتصادی، نیازهای رقابتی و شخصیت و عملکرد مدیران آنها قرار می‌گیرد و نیاز به تعریف جدیدی از اولویت‌بندی‌ها و جهت‌گیری‌های سازمانی دارد که دانشکده پزشکی و بیمارستان وابسته آموزشی را شریک سازد. وضعیت موجود گرچه ممکن است به کار خود ادامه دهد اما تغییرات آتی و ضرورت پاسخ به عوامل و فشارهای داخلی و خارجی و تغییرات مدیریتی استفاده از این مدل جدید حکمرانی در راستای تعامل بین دانشکده‌ی پزشکی و بیمارستان آموزشی را ناگزیر می‌کند (۲۶). بازنگری ساختار سازمانی و اختیارات در دانشکده پزشکی و بیمارستان‌های آموزشی چابکی سازمانی را در پی دارد؛ همچنین انتصاب مسئولین بیمارستان آموزشی توسط دانشکده پزشکی یا با هماهنگی دانشکده پزشکی بستر مناسبی برای ارتقاء تعاملات می‌باشد. تخصیص بودجه و مسائل مالی یکی از مهمترین موضوعات تعاملی و دارای پتانسیل چالش‌برانگیز بود که با یافته‌های موباک^۳ مبنی بر اینکه عوامل کلیدی منفی در تعامل دانشکده پزشکی و بیمارستان آموزشی ناشی از ساختار مدیریتی متفاوت، فقدان پتانسیل لازم برای تسهیم منابع انسانی و مالی بین دو موسسه و تامین و جبران کسری‌ها در این خصوص بوده است، منطبق بود (۸). هزینه‌های آموزش و تحقیق را نباید صرفاً مصرف منابع مالی قلمداد کرد، انجام تمرینات آموزشی در بیمارستان برای دانشجویان و دستیاران به عنوان یکی از خروجی‌ها و محصولات بیمارستان آموزشی بوده که باعث حضور پزشکان و متخصصین با کیفیت بالا

چالش‌های ارائه خدمات سلامت در بیمارستان‌های آموزشی که بر سه محور باردرومانی، آموزش بالینی و نظارت تاکید دارد تطابق داشت که ضرورت توجه به هر دو مسئولیت آموزش و درمان و جلوگیری از فداشدن آموزش در اثر ارائه بیش‌ازحد خدمات درمانی تاکید داشت (۲۸). استفاده از آخرین پروتکل‌های درمانی و ارجاع درمان بیماری‌های پرتکرار به مراکز صرفاً درمانی نقش مهمی در حفظ و ارتقاء آموزش بالینی و افزایش تعاملات دارد. یکی دیگر از محورهای تعاملات بین دانشکده پزشکی و بیمارستان آموزشی که نقش مهمی در تحقق اهداف مشترک این دو موسسه دارد بهره‌مندی مناسب از فضا و تجهیزات آموزشی بود که با یافته‌های مرتضوی تطابق داشت، بر اساس یافته‌های ایشان اولین عامل مؤثر بر کیفیت آموزش بالینی، فضا و امکانات است و رفع کمبودهای فضای آموزشی مانند کمبود اتاق‌های آموزشی در بخش‌های بیمارستانی، افزایش امکانات کمک آموزشی و وسایل رفاهی دانشجویان در بیمارستان‌ها و استفاده بیشتر از امکانات و وسایل بیمارستان‌ها توسط دانشجویان می‌تواند در بهبود فرایند آموزش و بهبود کیفیت ارائه خدمات به مردم مفید باشد (۱۰). برنامه‌ریزی مجدد برای استفاده از فضاها و تجهیزات آموزشی موجود در دانشکده پزشکی و بیمارستان‌های آموزشی به خصوص منابع فیزیکی بالقوه که کمتر مورد استفاده واقع شده‌اند باعث بهره‌مندی مجموعه آموزش از این امکانات و افزایش تعاملات بین دو مؤسسه می‌گردد. چگونگی تامین اقلام و خدمات مرتبط با آموزش پزشکی یکی دیگر از حوزه‌های تعاملی بین دانشکده پزشکی و بیمارستان آموزشی بود که با یافته‌های آل‌بویه تطابق داشت، یافته‌های تحقیق آل‌بویه نشان داد تامین به موقع مواد و لوازم مصرفی عمومی و اختصاصی، تعمیر و بازسازی ساختمان و تجهیزات، تغذیه، رفت و آمد نقش بسیار مهمی در ایجاد تعاملات مناسب بین دانشکده پزشکی و بیمارستان آموزشی دارد (۲۶). راه‌اندازی سامانه‌های نظارتی پویا از سوی دانشکده پزشکی و انجام نظارت‌های موثر نقش مهمی در شناسایی شکاف‌های تعاملاتی و به حداقل رساندن این شکاف‌ها دارد.

در جامعه می‌گردد. یک دستیار پزشکی گرچه به عنوان یک منبع مهم نیروی انسانی است اما او به عنوان مهمترین محصول در راستای تحقق مأموریت علمی خود می‌باشد (۱۷). نیازسنجی دقیق اعتبارات مورد نیاز، تخصیص به موقع و کامل اعتبارات و دارای نقش بودن دانشکده پزشکی در مسیر برآورد و تخصیص بودجه، بیمارستان آموزشی را در انجام تعهدات نسبت به آموزش توانمندتر می‌نماید. یکی از حوزه‌های مهم تعاملی بین دانشکده پزشکی و بیمارستان آموزشی منابع انسانی اعم از اساتید، کارکنان و فراگیران است که توسعه یافتگی منابع انسانی نقش بسزایی در تعامل سازنده بین این دو موسسه داشته و منجر به ارتقای آموزش پزشکی و ارائه خدمات ایمن به بیماران می‌گردد، یافته‌های این تحقیق با یافته‌های جعفرزاده که بر تقویت ویژگی‌های فردی مدرسان، استفاده از مربیان در تمام بخش‌های بالینی، افزایش انگیزه مربیان و تقویت توانمندی‌های آنان، فراهم نمودن امکانات و تجهیزات مناسب در بخش‌های بالینی، تدوین و برنامه‌ریزی آموزشی نظام مند، ایجاد جو آموزشی بالینی مناسب تر به همراه ارائه اصول برخورد صحیح و مناسب با دانشجویان در بالین به خصوص برای دانشجویان اتاق عمل به منظور ارتقای سطح آموزش بالینی مدنظر تاکید دارد انطباق داشت (۱۳). برگزاری کارگاه‌های مشترک برای کارکنان دو مؤسسه و نیز اساتید علوم پایه و بالینی بر شناخت متقابل آنها از یکدیگر و اشراف بر وظایف و مسئولیت‌های متقابل کمک شایانی خواهد نمود. بهره‌مندی اساتید از پرداخت‌های عادلانه نقش مهمی در افزایش انگیزه آنها و ارتقاء آموزش در بخش پایه و بالینی خواهد داشت. توجه به رفاه فراگیران آنها در افزایش کیفیت یادگیری بسیار موثر می‌باشد. یکی از مأموریت‌های بیمارستان‌های آموزشی ارائه خدمات سلامت ایمن به بیماران می‌باشد. ایجاد تعادل بین آموزش و درمان و مراقبت از کیفیت و کمیت آموزش پزشکی همواره دغدغه مسئولین دانشکده پزشکی بوده و یکی از موضوعات مهم تعاملی بین دانشکده پزشکی و بیمارستان آموزشی بر سر همین موضوع است. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های جوادی در خصوص

تعیین حوزه‌ها، عوامل بازدارنده و عوامل پیشران در تعاملات

آموزش، پژوهش و ارائه خدمات سلامت می‌گردد. تعدیل عوامل بازدارنده و تقویت عوامل پیشران در این تعاملات، گامی مهم در جهت ارتقاء سطح تعاملات می‌باشد. انجام شایسته تعاملات بین دو موسسه تربیت پزشکان‌ماهر، دستیابی به دستاوردهای جدید پزشکی و افزایش رضایت‌مندی بیماران را تسهیل می‌نماید.

از آنجا که تعاملات حرفه‌ای در حوزه‌های مهم و حیاتی بین دانشکده پزشکی و بیمارستان آموزشی وجود دارد، تعیین دقیق وظایف و مسئولیت‌های دانشکده پزشکی و بیمارستان‌های آموزشی در هریک از حوزه‌های هفتگانه و انجام شایسته آنها بسیار ضروری بوده که باعث تحقق سه هدف مشترک دو موسسه یعنی



منابع

1. Biddloo F and Rahnavard F, Measuring inter-organizational coordination and identifying the factors affecting it in public organizations. *Management and Development Process*.2017; 30(2):3-20
2. Lubas R.L, Bordeianu S, interaction between departments: Strategies for Improving Interdepartmental Collaboration through Communication, university of new mexico:2013; https://digitalrepository.unm.edu/uills_fsp
3. Hillman E,Paul J, Neustadt M, Reddy M, Wooldridge M, Dal L, et al,establishing a multi-institutional quality and patient safety consortium. *Academic Medicine*.2020;95(12):1864-1873
4. Abolhasani F,Sayyarifard A,Ghadirian L,Farshadi M,Rajabi F, Challenges of the relationship between the staff of the University of Medical Sciences and affiliated hospitals: a case Study of one of the universities located in Tehran. *Journal of Healthcare Management*. 2020; 11 (1):8-19
5. Safarani S, Ravaghi H, Raeissi P, Maleki M, Challenges and Opportunities Faced by Teaching Hospitals in the Perception of Stakeholders and Hospital System Managers. *Education in Medicine Journal*.2018; 10(4):9-21
6. Weiner, Bryan J. Organizational Models for Medical School–Clinical Enterprise Relationships, *academic medicine*.2001;76(2):113-124
7. Kolachalama, Vijaya B. and Garg, Priya S. machine learning and medical education. *npj digital medicine*.2018, 1:54 ; doi:10.1038/s41746-018-0061-1.
8. Mubuuke A.G, Businge F, Mukule E. The Intricate Relationship Between a Medical School and a Teaching Hospital: A Case Study in Uganda. *Health(Abingdon)*.2014;27(3):249-254
9. Karimi A,Nateghian A, Medical education and autonomy in teaching hospitals. *Iranian Journal of Medial Education*.2002;2:33-34
10. Mortazavi M,Sharifi Rad Gh,Mohebi S1399. Identification of qualitative factors affecting the quality of clinical education in hospitals of Saveh. *Journal of Arak University of Medical Sciences*.2020; 23(4):558-568
11. Tess A, Vidyarthi A, Yang J, Myers J. bridging the gap:a framework and strategies for integrating the quality and safety mission of teaching hospitals and graduate medical education. *Academic Medicine*.2015 ; 90(9):1251-1257
12. Bolander Laksov k, Elmberger A, Liljedahl M, Björck E. shifting to team-based faculty development. *higher education research & development*.2020; 10
13. Jafarzadeh S,Fereidooni A,Khiali Z. et al. 1397. The quality of clinical education from the perspective of operating room students. *Journal of Fasa University of Medical Sciences*.2019; 8(4):1046-1055
14. Schwartzstein R, Huang G, Coughlin C.2008development and implementation of a comprehensive strategic plan for medical education at an academic medical center, *Academic Medicine*.2008;83(6):550-559
15. Sullivan,C.C,Qualitative Case Study of the Influence of American Medical Education's Structure, Governance, and Function on

- Curriculum Reform, Thesis .2018
16. Petersone M, Ketners K, Krievins D, Kricberga I, Developing a Comprehensive Model for Forthcoming Reforms of University Hospitals Management Theory and Studies for Rural Business and Infrastructure Development. 2019; 41(2): 97-112
 17. Lobo M, Ozcan Y, Estellita M, Cristina M, Fiszman S, Fiszman R, 2014, teaching hospital in brazil: Findings on determinants for efficiency, international journal of healthcare management. 2014; 7(1): 60-68
 18. Collins C, Gasset L, Silva G, best practices for affiliation agreements between health systems and universities healthcare financial management. 2018; 1-4
 19. Flanders S, Centor B, Weber V, McGinn, T, DeSalvo K, Auerbach, A. Challenges and Opportunities in Academic Hospital Medicine. Journal of Hospital Medicine. 2009; 4 (4): 240-246
 20. Ohta R, Ryu R, Katsube T, Moriwaki Y, Otani J, et al. strengths and challenges for medical students and residents in rural Japan, family medicine .family medicine .2021; 53(1): 32-38
 21. DeBoer S, Dockx J, Lam Ch, Shah Sh, Young G, Quesnel M, et al. Building successful and sustainable academic health science partnerships: exploring perspectives of hospital leaders, Canadian Medical Education Journal. 2019; 10(1): 59-67
 22. Sholl S, Ajjawi R, Allbutt H, Butler J, Jindal-Snape D, Morrison J, et al. Balancing health care education and patient care in the UK workplace: a realist synthesis, Medical Education published by Association for the Study of Medical Education and John Wiley & Sons Ltd. 2017; 51: 787-801
 23. Agreement between the university of western Ontario and Hotei-Dieu Grace Hospital. 2013
 24. Ziegelstein R.c, Creating Structured Opportunities for Social Engagement to Promote Well-Being and Avoid Burnout in Medical Students and Residents, Academic Medicine. 2018; 93(4): 537-539
 25. Keroack M, McConkie R, Johnson K, Gladys J, Thompson M, Functional alignment, not structural integration, of medical schools and teaching hospitals is associated with high performance in academic health centers, The American Journal of Surgery . 2011; 202: 119-126
 26. Pizzo Ph.A, Case Study: The Stanford University School of Medicine and Its Teaching Hospitals, Academic Medicine. 2008; 83(9) : 867/872
 27. Javadi Z, Arasteh H, Abbasian H, Abdollahi B, Designing a model for improving the quality of residency training in the implementation of the health system transformation plan, Journal of Research in Medical Education. 2020; 12(1): 24-35
 28. Al-Bouyeh M.R, Rezapour A, Meshkani Z, Alipour V, Soleimani Movahed M, Costs of training specialist assistants in a selected teaching hospital: A case study. Quarterly - Health-Based Research. 2019; 2: 117-130

Determining the Domains, Inhibitory Factors and Driving Factors in Professional Interactions between Medical School and Teaching Hospitals, from the Perspective of Experts, Case: Iran University of Medical Sciences and Health Services

Abdollah Javadinejad¹, Nadergholi Ghourchian^{2*}, Akhtar Jamali³

Abstract

Background and objective: Medical schools and teaching hospitals cooperate in achieving the common goals of education, research and health services, which are in the form of policies, rules and regulations, memoranda. The purpose of this study is to determine the areas of professional interaction between medical schools and teaching hospitals. Determining the driving factors and inhibiting factors of these interactions was in Iran University of Medical Sciences.

Methods and Materials: The present study was conducted using a qualitative approach in 1400. The participants in this study were 16 experts from Iran University of Medical Sciences who had a background in management at the university. Data collection was done through semi-structured interviews and Thematic analysis method was used to analyze the interviews.

Findings: Reviewing previous research and analyzing interviews, professional interactions between medical school and teaching hospitals in 7 main areas including education and research, governance, budget and finance, human resources, health services, space and physical equipment and supply chain. , With 17 components, 22 inhibitory factors and 22 propellants, the results were extracted and summarized.

Conclusion: The complete identification of interactive areas between the medical school and teaching hospitals will create transparency, recognition of mutual duties and responsibilities and fill gaps, reduce tensions and synergy. The findings of the research indicated that the medical school and teaching hospitals In the field of education and research through educational planning, clinical training and research planning and development, in the field of governance in the components of supervision, accountability and structure, in the field of budget and financial affairs in the field of educational budget allocation and education costs, in the field of human resources regarding members Faculty, staff and learners have professional interactions in the field of providing health services regarding treatment protocols and treatment of patients, in the field of physical resources and equipment in the field of educational space and educational equipment, and in the field of supply chain regarding the provision of educational items and provision of educational services. Strengthening the driving factors of interactions and removing or adjusting the factors inhibiting interactions will improve the level of cooperation and coordination of the medical school and teaching hospitals and promote education, research and health services.

Keywords: Professional Interactions, Medical School, Teaching Hospital, Education, Treatment

1. PhD in Higher Education Management, Islamic Azad University, Research Sciences Branch, Iran

2*. Corresponding author. Professor, Faculty of Management and Economics, Islamic Azad University, Research Sciences Branch, Iran
Naghourchian@yahoo.com

3. Assistant Professor Iran University of Medical Sciences, Iran