

## نقد و بررسی موضوع

# ادغام آموزش علوم پزشکی با وزارت علوم، تحقیقات و فناوری

نویسنده: دکتر عبدا... کریمی<sup>۱</sup>

### آموزش پزشکی و جایگاه آن در ایران و جهان

- آموزش موثرترین روش های تغییر نگرش و افزایش دانش و مهارت بوده و موفقیت هر جامعه ای با میزان انتقالی آموزش بر روی آحاد جامعه رابطه مستقیم دارد. نگرش مسئولین و برنامه ریزان کشور به آموزش در تعیین جایگاه آن نقش بسیار موثری داشته است و دیدگاه غیرمنطقی که آموزش را مقوله خدماتی صرف می داند باعث شده است که:
- دانش به جای ارزش بعنوان کالا عرضه شود.
  - دانش و دانشمند جایگاه واقعی خود را از دست بدهند.
  - انگیزه برای آموزش به حداقل برسد.
  - بودجه مناسب در اختیار مراکز آموزش گذاشته نشود.
  - نگرش جامعه به دانشگاه غیر منطقی گردد.
  - آموزش به جای ایفای نقش در اعتلای شاخص های سلامت تحت الشعاع بقیه فعالیت های سازمان قرار گیرد.
- برای اینکه پاره ای از چالش های مربوط به آموزش پزشکی برطرف شوند اولین تغییر مورد لزوم تغییر در نگرش مدیران، برنامه ریزان و قانون گذاران کشور است تا باور داشته باشند که:
- آموزش زیربنای توسعه فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و ... است و هرگونه سرمایه گذاری برای آموزش نوعی سرمایه گذاری ملی بنیادین بحساب می آید.
  - مشکلات ذکر شده بر سر راه آموزش عالی نه تنها در ایران بلکه در تمام جهان کم و بیش وجود دارد و در مورد آموزش پزشکی مسائل دیگری نیز وجود دارد که موضوع را پیچیده تر می کند:
- ۱- هیچ علمی به اندازه علم پزشکی برای سلامت به مردم و تامین و حفظ ارتقای سلامت جامعه نقش ندارد.
  - ۲- سرعت تغییر و رشد دانش و فناوری علم پزشکی به گونه ای است که میزان بهره برداری روزآمد و فراگیر از انبوه اطلاعات موجود را کمتر از حد انتظار می نماید.
  - ۳- تغییر الگوی بیماریها و شیوع و بروز آن ها از بیماریهای عفونی به طرف بیماریهای ناشی از شیوه زندگی و علل رفتاری ناهنجاریهای اجتماعی و بیماریهای ناشی از تصادفات
  - ۴- افزایش سرعت تغییرات در بخش بهداشت و درمان و نیازها و تقاضای جامعه و لزوم انجام اصلاحات بنیادین در نظام سلامت جهت ارائه خدمات بر پایه چهار اصل جامع عدالت، کیفیت، هزینه و اثربخشی و تناسب و کارائی
  - ۵- رشد بی رویه و انفجار گونه فناوری های پزشکی که با وجود تسهیل در تشخیص و درمان باعث گرانتر شدن ارائه خدمات و رخنه مقاصد اقتصادی در امر طبابت شده است و پزشکی را از مسئولیت پذیری اجتماعی به سوی کسب و کار منحرف ساخته است.
  - ۶- رو به افول گذاشته شدن اخلاق پزشکی و خدشه دار شدن روابط بین پزشک و بیمار و پزشک با همکار جامعه
  - ۷- آموزش بر مبنای بیماری و در بیمارستان های آموزشی که باید تا اندازه ای جای خود را به آموزش سلامت نگر و بر مبنای نیاز جامعه بدهد و درمان

۱- معاون آموزشی و امور دانشگاهی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

بیمارستانی با درمان سرپایی و مراقبت در منزل جایگزین گردد.

۸- تغییر ترکیب سنی جمعیت

مشکلات و چالش‌های بر سر راه ارتقاء کیفیت آموزش عالی بخصوص آموزش پزشکی بعدی زیاد و پیچیده است که جا دارد مسئولین برنامه ریز و قانون گذار کشور در جهت حل آنها تلاش نمایند و برای یکبار هم که شده بدور از ملاحظات غیرعلمی با در نظر گرفتن تمام جوانب امر و کارشناسی‌های لازم تصمیم بگیرند.

کیفیت آموزش عالی و پزشکی

قرن ۲۱ از سوی سازمان‌ها و فدراسیون‌های آموزشی بعنوان قرن کیفیت آموزش اعلام شده است و مرتب در مورد ارتقاء آن صحبت می‌شود. تعاریف مختلفی از کیفیت بیان شده است. از کیفیت بعنوان تطبیق یک محصول یا خدمت با ویژگیها و استانداردهای از پیش تعیین شده، توانایی یک محصول در برآوردن هدف مورد نظر با حداقل هزینه ممکن و انجام درست کارها و برآوردن نیازها و انتظارات مشتریان یاد شده و مناسب بودن خدمت، دسترسی آسان، تداوم خدمت و موثر بودن آن، کارایی و بازدهی بیشتر و عرضه به موقع خدمت از ابعاد مهم کیفیت می‌باشند. آن چیزی که باعث ارتقاء کیفیت می‌شود یک رویکرد سه قسمتی است ۱- طراحی کیفیت شامل شناخت و تعیین مشتری‌ها و نیازهای آنها و طراحی خدمت براساس نیازها و بالاخره طراحی فرآیندها برای ارائه خدمت ۲- کنترل کیفیت که عبارتست از ارزشیابی عملکرد به منظور تعیین عملکرد واقعی و مقایسه آن با اهداف ۳- ارتقاء کیفیت شامل ایجاد زیرساخت مناسب و تیم‌های ارتقاء فرآیندها

اجزای تعیین کننده کیفیت در آموزش عالی

همکاران:

درون دادها (استاد، دانشجو، برنامه درسی، مقررات، منابع مائی و انسانی)، فرآیندها (نحوه آموزش و شیوه تدریس و نحوه بکارگیری ابزارها و روشها) و برون دادها (فارغ التحصیلان و خدمات پژوهشی). در حال حاضر بنا به دلایل زیادی حضور اساتید در بخش‌های آموزشی به حدود ۲۵٪ موظفی رسیده است.

بخاطر عدم قدردانی صحیح از اعضای هیات علمی، نحوه اداره دانشکده‌ها توسط مسئولین، نداشتن امنیت شغلی، خط مشی حاکم بر محیط کار، فراهم نبودن فرصت مناسب برای تحقیق و نیز شرکت در کنفرانس‌ها و کمی حقوق و دستمزد اساتید انگیزه‌های اساتید برای آموزش و پژوهش در حداقل میزان خود است و این مخصوص آموزش پزشکی نیست بلکه از دانشکده‌های غیر گروه پزشکی نیز گزارش شده است.

تعداد زیاد دانشجو، نبودن افق روشن شغلی، پائین آمدن جایگاه اجتماعی پزشکان، مشکلات مالی بر سر راه تحصیل و مشکلات آموزشی در کنار طولانی بودن طول مدت تحصیل سبب کاسته شدن انگیزه دانشجویان شده است که این مطالب کم و بیش در مورد گروه غیر پزشکی نیز صادق است.

مقررات استخدامی و نحوه گزینش استاد و دانشجو نیز مشکلات خاصی دارند که احتیاج به بازنگری دارد و این موضوع در حال بازمی و بازنگری می‌باشد.

بودجه آموزش عالی در حدود ۳٪ و بودجه تحقیقات نیز کمتر از ۷۵٪ درآمد ناخالص ملی کشور می‌باشد.

هرچند با ایجاد مراکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی در دانشگاه‌های علوم پزشکی سعی شده از جدیدترین شیوه‌های آموزشی استفاده شود و ارتقاء عمودی و افقی اعضای هیات علمی به گذراندن دوره‌های روش تدریس و روش تحقیق منوط شده است و بطور مستمر از اساتید (از نظر تسلط بر محتوی، مدیریت بر محیط درس، بهره گیری از مهارت‌های آموزشی و ...) و نیز برنامه‌های درسی ارزشیابی بعمل می‌آید. اما باید به یاد داشت که اگر نتوانیم با برطرف کردن مشکلات، حضور اثر بخش اساتید را بهبود ببخشیم هرگونه برنامه‌ریزی آموزشی ابر خواهد بود و با تحکم نخواهیم توانست استاد را وادار به مطالعه بیشتر و حضور موثرتر و کارآتر در کنار دانشجو بکنیم.

با این همه مشکل در درون دادها و فرآیندها که از اختیار مسئولین دانشگاهی بخصوص معاونین آموزشی خارج است، فارغ التحصیلان ما در اداره بیماران، مدیریت برنظام‌های سلامت و حل مشکلات بهداشتی - درمانی جامعه از چنان توانایی برخوردار هستند که مورد توجه کشورهای منطقه و جوامع غرب قرار گرفته‌اند و در محیط‌های علمی غرب سرآمد اقران می‌باشند. و از نظر اثر گذاری در جامعه توانسته‌اند نیاز به اتباع خارجی که در

برای ارتقاء کیفیت در بخش آموزش پزشکی پیوسته مدنظر بوده و هست. اما آیا این روند رو به رشد ادامه خواهد یافت یا نه؟ بستگی به عنایت قانون گذاران و برنامه ریزان عالی رتبه کشور در حل مشکلات ذیل دارد:

### ❖ مشکلات آموزش و پژوهش

#### الف) مشکلات در بخش آموزش:

- ضعف مدیریت
- کمی انگیزه در مجموعه نیروی انسانی دانشگاه
- اشکال در نظام گزینش استاد و دانشجو
- نقص در مقررات استخدامی اعضای هیات علمی
- جایگاه پائین دانش و دانشمند
- نظام پرداخت نامتعادل
- کمی مشارکت اعضای هیات علمی در اداره امور دانشگاهها
- وجود اشکالات عمده در امور رفاهی اعضای هیات علمی
- کمی امکانات لازم برای فرصت های مطالعاتی

#### ب) مشکلات در بخش پژوهش:

- تعدد مراکز تصمیم گیری
- بودجه کم تحقیقات و کمی ابزار تحقیق
- کمی محقق برجسته
- نبود بستر مناسب برای عرضه نتایج تحقیقات
- نبود مشتری برای خرید نتایج تحقیقات دانشگاهی
- درگیری محققین در رفع نیازهای اولیه زندگی
- نبود انگیزه برای تحقیق و تنزل جایگاه محقق در کشور
- انحصار جزایر بسته تحقیقاتی به گروه خاصی از اعضا
- کاربردی نبودن تحقیقات

بی شک حاصل مشکلات فوق در کنار طرح نظام نوین بیمارستانها که زائیده خودگردانی مراکز آموزشی است فرسودگی اعضای هیات علمی در مقابل کاردرمانی بیش از حد، افت سطح علمی، فرصت کم تماس با بیمار و دانشجو، رفتارهای غیر اخلاقی و حرفه ای، فرار مغزها و

سال ۶۵ حدود ۳۴۰۰ نفر آنها در ایران مشغول به کار بوده‌اند را به صفر برسانند و اعزام بیماران صعب‌العلاج به خارج از کشور را از ۱۱۰۰۰ در فاصله سالهای ۶۷-۶۵ به حدود ۲۰۰ نفر در سال ۷۸ کاهش بدهند که این امر جمعاً حدود ۱/۵۰۰ میلیون دلار صرفه جویی ارزی داشته است. در سال ۶۳ در کشور ۱۴۰۰۰ نفر پزشک و در سال ۷۹ بیش از ۷۰۰۰۰ نفر پزشک داشته ایم و نسبت پزشک به هزار نفر جمعیت در کشور از ۰/۳۹ نفر در سال ۶۳ به ۱/۰۴ در سال ۷۹ رسیده است. در سال ۶۳ بیش از ۵۰ درصد پزشکان عمومی، ۸۵ درصد متخصصین و ۶۵ درصد دندانپزشکان در تهران و ۵ شهر بزرگ حضور داشته اند ولی اکنون در اکثر شهرها متخصصین و در تمام مراکز استان ها فوق تخصص در بعضی رشته ها در خدمت مردم هستند و شاخص های سلامتی بخاطر استفاده از توان مدیریتی و علمی اعضای هیات علمی در سطح کشور ارتقاء پیدا کرده و در صدی از اساتید در حل معضلات اجتماعی در بخش سلامت درگیر شده اند.

هم اکنون در ۲۳ رشته تخصصی و ۲۳ رشته فوق تخصصی و ۳۵ رشته Ph.D بیش از ۶۰۰۰ دستیار مشغول به تحصیل هستند و تعداد اعضای هیات علمی نسبت به سال ۵۷ حدود ۵ برابر افزایش یافته است که البته هرم علمی متناسبی ندارد و حدود ۲۰٪ آنها در مرتبه علمی استاد و دانشیار و ۵۰٪ در مرتبه استادیار و ۳۰٪ در مرتبه مربی هستند.

آمار و ارقام قابل ارائه در خصوص رشد کمی و کیفی آموزش پزشکی بسیار زیاد است اما آنچه که از بیان چند شاخص عمده مد نظر است اینکه نباید با یک جمله کوتاه زحمات گذشته را بر باد بدهیم و بدون توجه به ابعاد قضیه بگوئیم (( کیفیت آموزش پزشکی پائین است ))، به نظر می رسد با توجه به اجزاء مختلف درون دادهای ذکر شده و مشکلات عمده بر سر راه آموزش نوین پزشکی محصول دانشگاههای علوم پزشکی با عنایت به نحوه عملکرد فارغ التحصیلان آن نه تنها از کیفیت پائینی برخوردار نیست بلکه در مقایسه با تحولات بخش صنعت و کشاورزی و ... از کیفیت بالایی برخوردار است، همانگونه که در بحث کیفیت بیان شد طراحی کیفیت و تربیت پزشکانی متناسب با نیازهای جامعه، کنترل کیفیت با ارزشیابی مستمر عملکرد اساتید و برنامه‌های آموزشی و آموزش مداوم جامعه پزشکی که گروههای غیر پزشکی از نعمت وجود آن محروم هستند

مسئولیت‌پذیری اجتماعی تاکید شده و استانداردهای زیر  
برای این منظور در نظر گرفته شده است :

- میزان شرکت دانشکده های پزشکی در فراهم نمودن مراقبت های بالینی
  - تعداد پزشکان آموزش دیده در مناطق ارائه خدمات سلامت
  - تعداد پزشکان آموزش دیده برای مدیریت خدمات سلامت
  - تعداد پزشکان آموزش دیده برای ارائه خدمات اولیه بهداشتی
  - میزان تحقیقات انجام شده در سرویس های ارائه خدمات سلامت
  - سطح آگاهی و مهارت های پزشکان در ارتباط با مراقبتهای بر مبنای سلامت جامعه
  - سطح رضایت بیماران و کیفیت مراقبت ها
  - وسعت پاسخگویی اجتماعی دانشکده های پزشکی
- تجربه دانشگاه مکزیک نو از آمریکا و دانشگاه کانال سوئز از مصر درباره ارزشیابی میزان ارتباط آموزش پزشکی و تحقیقات با نیازهای جامعه ، آموزش بر مبنای جامعه نگری ، فعالیت کادر پزشکی در واحدهای سلامت روستائی و شهری و بالاخره برنامه ریزی و هدایت پروژه های سلامت جامعه در همایش مذکور ارائه می‌شود.

بهرحال دنیا به دنبال ارائه الگوی جدید برای قرن جدید بوده و استراتژی ایده آل را فعالیت مشترک در شبکه همکاری بین دانشکده های پزشکی، بیمارستانهای آموزشی و نظام سلامت می‌داند . رئیس فدراسیون جهانی آموزش پزشکی در این باره به وزیر بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی وقت می‌نویسد:

(( زمانی تنی سون از تلالو نورماه در چشمان بلبل سخن گفته بود . این جمله شاید بتواند احساس من از کار عظیمی باشد که شما در ادغام خدمات بهداشتی ، درمانی و آموزش پزشکی انجام داده اید شما آنچه را که در بیانیه ادینبورگ و توصیه های نشست سران آمده است را به صورت یک واقعیت عملی خلق نموده‌اید و آنچه در طرح ها به عنوان آرزو نزد پاره ای از آموزش دهندگان پزشکی با امید مطرح است در کشور شما به تحقق پیوسته و به کرات قابل رویت می‌باشد)) و میدانید که دانشکده پزشکی شیراز بعنوان

مهمتر از همه تربیت نسلی نو با بار علمی کمتر از نسل فعلی خواهد بود.

### ارتباط بین نظام سلامت و آموزش پزشکی در

#### جهان و ایران

قبل از بحث بر سر ادغام بین بهداشت و درمان با آموزش پزشکی لازم است که مروری بر جدیدترین مقالات جهان در این ارتباط داشته باشیم .

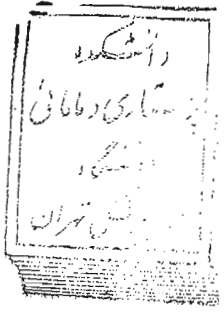
در سال ۱۹۹۸ انجمن دانشکده های پزشکی آمریکا و سازمان جهانی بهداشت ۴۰ فرد مجرب از ۲۰ کشور جهان را در بارسلون گردهم آوردند تا راجع به بهبود پاسخگویی و مسئولیت پذیری اجتماعی دانشکده های پزشکی بحث کنند این گردهمایی نشان می‌دهد که سازمان‌های متولی سلامت و آموزش پزشکی از نحوه پاسخگویی دانشکده های پزشکی رضایت ندارند و در صدد بهبود وضعیت فعلی هستند و از طرفی روند کنونی جهان بسوی افزایش ارتباط بین نظام های سلامت و نظام‌های آموزش پزشکی است .

از نقطه نظر نماینده سازمان جهانی بهداشت در همایش ، عدالت ، کیفیت ، تناسب ، هزینه - اثر بخشی خدمات سلامت چهار ارزش جامع محسوب می‌شوند که تعادل بین آنها مهمترین نکته می‌باشد و این تعادل فقط با کارکردن دینفعان باهم حاصل می‌شود چون دانشکده های پزشکی در شکل دادن به نظام سلامت باید تلاش نمایند. نماینده ایالات متحده آمریکا پاسخ گوئی اجتماعی را بسیار مهم می‌دانسته است زیرا که اخلاق پزشکی حرفه‌ای آنرا طلب می‌کند و بودجه آموزش پزشکی به بودجه عمومی وابسته است .

از نقطه نظر نماینده مالزی باید ارتباطی بین دانشکده های پزشکی و وزارت بهداشت ایجاد گردد و ساماندهی مجدد ساختار این ارتباط به گونه ای باشد که پاسخگویی اجتماعی را افزایش دهد.

نظر نماینده آفریقا این بوده است که باید آموزش پزشکی متناسب با نیازهای جامعه باشد یعنی بازنگری برنامه ها و محتوای درسی برگرفته و متاثر از احتیاجات جامعه صورت بگیرد .

در این همایش به لزوم ارزشیابی و اعتبار بخشی دانشکده های پزشکی براساس پاسخگویی و



نیروهای انسانی از دانشکده‌های پزشکی به‌مصل نسر آورد و ارتباط این دو سازمان ارتباط دو موسسه جدا از هم است. سطح دوم ارتباط بصورت همکاری متقابل در استفاده از منابع مادی و انسانی همدیگر برای رفع نیازهای موسسه ای است. دانشکده‌ها از مراکز درمانی برای آموزش دانشجویان استفاده می‌کنند و نظام سلامت از نظر آموزشی اعضای هیات علمی و سالن‌های سخنرانی دانشکده‌ها بهره‌مند می‌شوند.

سطح سوم ارتباط بصورت وابستگی متقابل و درهم تنیدگی فضاهای فیزیکی، تجهیزات و منابع مادی و انسانی است چه بدون مشارکت نظام سلامت، دانشکده‌های پزشکی قادر به تامین منابع مادی و انسانی نیستند و می‌دانیم که این موضوع عمده ترین دلیل ادغام آموزش پزشکی با بهداشت و درمان در سال ۶۳ بوده است. از طرفی در این سطح از ارتباط نظام سلامت بدون حضور پزشکان قادر به سرویس دهی و تامین نیازهای اجتماع نیست. به نظر می‌رسد در حال حاضر ادغام در ایران در سطح سه یعنی وابستگی متقابل باشد. گفته می‌شود که چون نیاز به تولید پزشک برطرف شده است و دانشکده‌های پزشکی به رسالت خود در تولید نیروی انسانی دست یافته‌اند چه لزومی برای نگهداشت وضعیت در این سطح است و باید انفکاک مجدد صورت بگیرد. ولی آیا انصاف است که یک طرفه معامله را برهم بزنیم و نیاز جامعه به حضور پزشکان

یکی از پروژه‌های جهانی فدراسیون جهانی آموزش پزشکی برای ارزشیابی و اعتبار بخشی در سال ۱۳۸۰ پذیرفته شده که یکی از علل عمده این توفیق ادغام آموزش پزشکی با نظام سلامت در ایران بوده است.

در ضمن جناب والتون درباره ایران می‌گوید: ((دنیای علاقه مندانه به ادغام بی نظیر آموزش پزشکی و نظام سلامت در ایران چشم دوخته است.))

در جایی دیگر گفته می‌شود که بدون یک استراتژی کلان شامل الگوی ملی ایجاد شده در ایران اصلاحات مورد نیاز در مقیاس بین المللی هرگز حاصل نخواهد شد.

از الگوی هشت گانه فرضی ارائه شده برای ادغام نظام سلامت و آموزش پزشکی، الگوی مالکیت نظام سلامت توسط ریاست دانشگاه و ساماندهی ساختار ادغام یافته شبیه به آنچه که در ایران می‌گذرد در دانشگاه‌های پنسیلوانیا، کارولینای شمالی و دوک پیاده شده و توجه همگان را به خود جلب کرده است و کشور انگلستان در صدد ادغام خدمات سلامت با آموزش پزشکی با استفاده از تجربیات ایران و جهان است.

بهرحال بررسی متون مقالات خارجی نشان می‌دهد که روند جهانی آموزش پزشکی به سوی پاسخگویی بیشتر در مقابل نیازهای جامعه است.

به جدول ارتباط عملکردی بین دانشکده‌های پزشکی با نظام سلامت توجه فرمائید. چهار سطح

سطح	رابطه	دانشکده‌های پزشکی	نظام سلامت	فعالیت مشترک
۱	خودمختاری	فعالیت علمی صرف	ارایه خدمات سلامت	مربوطه ای
۲	همکاری متقابل	استفاده از مراکز درمانی	استفاده از سالن‌های سخنرانی و مشاوره با اعضای هیات علمی و... هزینه اثر بخش است.	استفاده از منابع بطور متقابل
۳	وابستگی متقابل	بدون مشارکت نظام سلامت قادر به تامین منابع مادی و انسانی نیستند. این مراکز دارای فناوری‌های پیشرفته‌اند.	بدون حضور پزشکان قادر به سرویس دهی و تامین نیازها نیستند و یا تامین آنها هزینه - اثر بخشی نیست.	درهم تنیدگی منابع
۴	مسئولیت پذیری اجتماعی	توان برخورد با نگرانی‌های اجتماعی را دارند	نیاز به پزشکان با توانایی‌ها و نگرش‌هایی با پاسخگویی در برابر خدمات سلامت اجتماع	پاسخگویی

آکادمیک را نادیده گرفته و به یکباره این ارتباط مستحکم را از بین ببریم هم اکنون بیشترین خدمات فوق تخصصی و تخصصی با پیشرفته ترین فناوری‌های پزشکی در بیمارستان‌های آموزشی ارائه می‌شوند اگر قرار باشد دانشکده‌ها تعهدی در قبال درمان جامعه نداشته باشند نظام سلامت که سطح دوم ارجاع را در دانشکده‌های اقماری و

ارتباطی قابل تعریف است. در سطح اول دانشکده‌ها و واحدهای سلامت بصورت مجزا از هم و بدون هرگونه پاسخگویی فعالیت می‌کنند. فعالیتهای آموزشی و پژوهشی صرف در سطح آکادمیک صورت می‌گیرد و الزاماً برآورد کننده نیازهای جامعه نیست و نظام سلامت صرفاً به ارائه خدمات مربوطه مشغول است و هیچگونه حمایتی در تربیت

۳) امکان حضور هرچه بیشتر اعضای هیات علمی دانشگاه در جای جای جامعه، انجام پژوهش های کاربردی و ارتقاء کیفیت نظام ارائه خدمات

درست است که برای رسیدن به هدف کمی ذکر شده درهم تنیدگی فضاها، امکانات و منابع انسانی بوجود آمد و وابستگی متقابل شکل گرفت و اعضای هیات علمی مدیریت بهداشت و درمان را در دانشگاهها بعهده گرفتند و حضور دانشگاهیان در عرصه سلامت کشور باعث گردید مشکلات جدی جامعه مثل تالاسمی، گواتر، بیماریهای اسهالی و تنفسی و بالاخره مرگ و میر کودکان و زنان تبدیل به اولویت های پژوهشی کاربردی شوند، اما هیچگاه دانشکده های پزشکی، پرستاری و... برای پاسخگویی به نیازهای جامعه تغییر ساختار نیافتند و روسای دانشکده ها دارای قدرت و اختیاری در عرصه بهداشت و درمان نبودند تا مدیران گروه ها و اعضای هیات علمی عملاً پاسخگویی نیازهای جامعه باشند. درست است که از نظر مشورتی اعضای هیات علمی در بعضی کمیته های علمی-اجرایی بهداشت و درمان استفاده شد و گاهاً اجرای کارگاه های آموزشی به آنها محول گردید اما فقط درصد بسیار کمی از اعضای هیات علمی بنا به انگیزه های درونی و علاقه شخصی خودشان در عرصه سلامت و درون نظام ارائه خدمات به آموزش دانش آموختگان پرداختند و یا برای رفع نیازهای جامعه تحقیقات کاربردی را در اولویت قرار دادند. باید قبول کرد که پاسخگویی اجتماعی هرگز در دانشکده ها، مدیران گروه های آموزشی و اعضای هیات علمی نهادینه نشد و بحث پزشکی جامعه نگر از آنجا که جامعه نیز پزشک نگر نبود و به مشکلات آموزشی و پژوهشی ذکر شده در این مقاله توجه نکرد با وجود تمام تلاش های مسئولین پانگرفت.

**اما آموزش مداوم پزشکان از برنامه های موفق بعد از ادغام و یکی از مترقی ترین قوانین نظام جمهوری اسلامی ایران بوده است که به موجب این قانون کسانی که در ارائه خدمات بهداشتی-درمانی نقش دارند موظف هستند با طی دوره های آموزشی کوتاه مدت با توجه به تغییر سریع اطلاعات پزشکی و لزوم**

سطح سوم ارجاع را در دانشگاه ها از دست می دهد چگونه می تواند پاسخگویی نیاز درمانی مردم باشد؟

از طرفی در طول سه سال باقیمانده از خدمت دولت چه کسی اختلافات بین وزارت بهداشت و درمان و وزارت علوم، تحقیقات و فناوری را حل و فصل خواهد کرد اختلافاتی که بر سر تقسیم تخت های بیمارستانی، تجهیزات، منابع مادی و انسانی بروز خواهد کرد؟ آیا درگیری دو وزارتخانه عظیم از بیکره دولت با استهلاک هزینه ها و از همه مهمتر نیرو و وقت مسئولین همراه نیست و آیا این هدر رفتن استعدادها و توقف حرکت نیست؟

آیا اصلاحات در نظام سلامت که با تغییر ساختار و ساماندهی سیستم ارجاع شروع شده است می تواند بدون وجود سطح دوم و سوم ارجاع در مناطقی از کشور جامه عمل بپوشد؟

و آیا با جدائی آموزش پزشکی از بهداشت و درمان تربیت پزشکی، خانواده و بازنگری برنامه های آموزش پزشکی که محور اصلاح نظام سلامت است با تاخیر چند ساله مواجه نخواهد شد؟

همانگونه که ملاحظه می فرمائید سطح چهارم ارتباط، پاسخگویی اجتماعی دانشکده ها و احساس تعهد متقابل است در این سطح که دنیا مشوق آن است دانشکده ها توان برخورد با نگرانی های اجتماعی را دارند و اعضای هیات علمی در صدد حل معضلات سلامتی جامعه هستند. این سطح عمیقترین حالت ادغام می باشد که به نظر می رسد در ایران هنوز بصورت کامل در نیامده است هر چند که گاهاً ادعا می شود. جهت اثبات عرایض خود توجه شما را به توضیحاتی پیرامون واقعیت ادغام در ایران و میزان دستیابی به اهداف ادغام جلب می کنم.

به روایت کتاب سلامت در جمهوری اسلامی ایران، اهداف ادغام در موارد زیر خلاصه می شود:

۱) هدف کمی - استفاده از فضا و امکانات نظام ارائه خدمات بهداشتی - درمانی (بهداری) به عنوان فضای آموزشی جهت تربیت وسیع نیروی انسانی که حاصل آن بی نیازی از وجود پزشکان و تولید انبوه نیروی پزشکی می باشد.

۲) هدف کیفی - انجام آموزش و پژوهش مناسب در درون نظام ارائه خدمات (مجله کار واقعی دانش آموختگان) و در کلیه سطوح ارائه خدمات به جای آموزش بیمارستانی صرف

مختلف ایجاد کرد که در هیچ جای دنیا نظیر ندارد. چگونه می شود با تقویت تک بعدی درمان و افزایش درآمد تعدادی از اساتید و کور کردن انگیزه های درونی عده کثیری از آنها، مشارکت در امر ارتقاء سلامت و کیفیت آموزش و پژوهش را از آنها انتظار داشت؟

به هر حال باید در نظر داشت که عده کسیری از اعضاء هیات علمی علاقه مند به آموزش و تحقیق هستند ولی گرفتاری های مادی به حدی است که استاد وقت کافی برای مطالعه پیدا نمی کند و نمی تواند بخوبی بیندیشد و اندیشه ها و طرز اندیشیدن را به دیگران بیاموزد. بی شک استاد حرمت شکسته بی انگیزه و غرق در مسائل اولیه زندگی نمی تواند الگوی مناسبی برای دانشجو و دستیار بی انگیزه باشد.

خلاصه کلام اینکه ما در سطح سوم ادغام (جدول ارتباط عملکردی ...) قرار داریم و هر چند که در هم تنیدگی در فضاها و منابع مادی و انسانی همه اوج خود رسیده است اما درگیری اعضاء هیات علمی، مدیران گروه ها و دانشکده های پزشکی در پاسخگویی اجتماعی و مسئولیت پذیری کمتر از حد انتظار است و نگاه و توجه به آموزش و پژوهش در همه یون سیستمی نگاه منطقی و به عنوان زیربنای توسعه نیست و سرمایه گذاری در آن یک سرمایه گذاری ملی و بنیادین محسوب نمی شود. حال باید دید که:

**انفکاک آموزش پزشکی از بهداشت و درمان و اساق  
ان با وزارت علوم، تحقیقات و فناوری چه مشکلی را  
حل خواهد کرد؟**

با چسبندی نظرات موافقین انفکاک آموزش پزشکی ۶ هدف قابل ذکر است که عبارتند از:

#### ۱- کاهش نیروی انسانی تولیدی

طبق برنامه سوم توسعه ما موظفیم ظرفیت بعضی از رشته ها مثل دکترای حرفه ای را سالانه ۵٪ تا پایان برنامه کاهش بدهیم بطوری که کل پذیرش دانشجوی پزشکی در سال ۸۰ حدود ۲۰۰۰ نفر بوده است و با کاهش ظرفیت پذیرش بعضی از بیمارستان های آموزشی به تدریج به بیمارستانهای درمانی تبدیل وضعیت می دهند بنابراین بدون طرح انفکاک نیز کاهش تولید نیروی انسانی

به روز نگهداشتن اطلاعات، ضمن حفظ عملکرد حرفه ای به ارتقاء سطح دانش، نگرش، مهارت و ارتباطات حرفه ای خود همت گمارند مطمئناً گروه های آموزشی و اعضاء هیات علمی در نظام مند شدن این برنامه آموزشی نقش موثر و کلیدی داشته اند و با سعی و تلاش آنها بوده که ایران توانست مقام اول را در اجرای برنامه های آموزش مداوم در منطقه خاورمیانه کسب نماید. برنامه ای که متأسفانه برای فارغ التحصیلان وزارت علوم، تحقیقات و فناوری اجرا نمی شود هر چند که ضرورت آن بیش از پیش احساس می شود.

درست است که درگیری اعضاء هیات علمی در بحث آموزش در عرصه و پژوهش برای جامعه کمتر از حد انتظار بوده است ولی تلاش آنها در درمان بیماریهای پیشرفته، شبانه روزی و دور از انتظار است. و بار درمانی بر دوش اعضاء هیات علمی به حدی است که آموزش و پژوهش در بیمارستان های آموزشی هم کم رنگتر از سابق شده است چه خورن آموزش و پژوهش با درمان و اجبار در اجرای طرح خودگردانی بیمارستان ها باعث شد که دانشگاه نتواند از عهده پرداخت حقوق و مزایای اعضاء هیات علمی برآید و به ناچار طرح نظام نوین اداره بیمارستان ها را جهت کسب درآمد بیشتر توسط پزشکان و ایجاد انگیزه در آنها به مرحله اجرا در آورد. از زمان اجرای طرح مذکور که تقریباً با ادغام کامل همزمانی داشت فعالیت های آموزشی و پژوهشی تحت الشعاع قرار گرفتند و ارزش خود را از دست دادند و این باعث شد که اعضاء هیات علمی به جای شرکت در راندهای آموزشی و پرداختن به امور پژوهش و حضور در کلاس درس و مطالعه برای بالا بردن سطح سواد و به روز نمودن اطلاعات، بیشترین اوقات خود را صرف درمان مراجعین نمایند. وجود انبوه بیماران مبتلا به بیماریهای متعدد در جامعه و اجبار اعضاء هیات علمی شاغل در دانشگاهها برای ارائه خدمات درمانی و حل مشکلات معیشتی باعث شد که فرصت های آموزشی - پژوهشی از اساتید، دستیاران و دانشجویان سلب شود و این در حالی است که دانشجویان شاکی از عدم حضور اساتید در بالین بیماران و اعضاء هیات علمی گله مند از زوال کیفیت آموزش و پژوهش در اثر اشتغال به امر درمان در تمام اوقات روز می باشند. با این حال نادیده گرفته شدن امر آموزش و پژوهش در طرح نظام نوین اختلافی حدود بیش از ۳۰ برابر بین دریافتی اساتید رشته های

ارزشیابی درونی، اعتباربخشی و استانداردهای برنامه‌ها از سال‌ها پیش در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شروع شده و نتایج آن در نشست معاونین آموزشی دانشگاه‌های علوم پزشکی در اهواز در سال ۸۰ به تفصیل بیان شده است اما این بحث در وزارت علوم، تحقیقات و فناوری، برنامه‌ای نوپا و محتاج تجربیات گرانقدر کارشناسان حوزه آموزشی و امور دانشگاهی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است.

مراکز مطالعه و توسعه آموزش پزشکی در دانشگاه‌های کوچک و بزرگ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از سال‌ها پیش شکل گرفته و بعنوان مغز متفکر دانشگاه‌ها رسالت ارزشیابی، بازرگری برنامه‌ها، تحقیق در آموزش، توسعه نیروی انسانی و آموزش روشهای آموزشی به اساتید و آموزش مداوم را بعهده دارند و از این طریق مدیریت بر سیستم آموزشی به نحو صحیح و علمی اعمال می‌شود متأسفانه دانشگاه‌های غیرپزشکی از وجود چنین نعمت گرانبهائی محروم هستند.

۴۰ دانشگاه علوم پزشکی، ۶۰ انجمن علمی و سازمان نظام پزشکی با هماهنگی اداره کل آموزش مداوم برای مضمونین قانون آن بیش از ۱۵۰۰ برنامه آموزشی را در سال ۱۳۸۰ به مرحله اجراء در آوردند که بهتر است به دانشگاه‌های غیر پزشکی هم تسری پیدا کند.

اینجانب فکر می‌کنم انفکاک آموزش پزشکی و الحاق آن به وزارت علوم حداقل این دستاورد را برای وزارت علوم خواهد داشت که تجربیات بخش آموزش پزشکی به راحتی در اختیار آنها قرار بگیرد و خبرگان آموزش پزشکی باعث ارتقاء کیفیت آموزش عالی در بخش غیر پزشکی شده و در توسعه نیروی انسانی آنها موثر واقع شوند.

۵- برگرداندن شأن و منزلت آکادمیک به

اساتید آموزش پزشکی

بی‌شک با توجه به علل عدم حضور موثر اساتید که همه دانشگاه‌ها اعم از پزشکی و غیر پزشکی از آن رنج می‌برند با انفکاک آموزش پزشکی و الحاق آن به وزارت علوم اتفاق جدیدی نخواهد افتاد و فقط بار سنگین مسئولیت‌پذیری اجتماعی از روی دوش دانشگاه‌های علوم پزشکی برداشته خواهد شد و از مشغله فکری - اجرایی

میسر است، البته جالب است که خود وزارت علوم تحقیقات، فناوری هم از زیادی تولید نیرو به شدت رنج می‌برد.

۲- انگیزش انگیزه برای آموزش و پژوهش

در صفحات قبل مشکلات بر سر راه ارتقاء کیفیت آموزش و پژوهش ذکر شد باید دانست که وزارت علوم، تحقیقات و فناوری نیز حداقل به اندازه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از مشکلات یاد شده رنج می‌برد و خود نیز نیاز به کمک دارد و با مروری بر مسائل گفته شده مشخص خواهد شد که راه حل مشکلات گفته شده، ادغام آموزش پزشکی در وزارت علوم و افزودن باری به عظمت ۳۷/۰۰۰ تخت آموزشی فعال بر دوش آن که مستلزمه‌اش ایجاد سیستم درمانی موازی با اداره بیمارستان‌های درمانی وابسته به وزارت بهداشت و درمان است نمی‌باشد.

۳- تاکید بر وحدت علم و ارائه علوم در یک

دانشگاه

توسعه و تولید علم بصورت واحد یک نظریه است اما اگر وحدت علم را در کنار عمل به علم قرار داده و تهید عالی در رفع نیازهای جامعه را مد نظر داشته باشیم و بپذیریم از بین این دو یکی را انتخاب نکنیم بی‌شک، توأم بودن علم با عمل را بخواهیم گزید و این ایراد را بر آموزش و پژوهش وزارت علوم وارد خواهیم دید که ((عدم ارتباط مناسب بین صنعت و دانشگاه موجب عدم توفیق دانشگاه‌ها و مراکز آموزش عالی در ابعاد کمی و کیفی آموزش و پژوهش شده است))

۴- ارتقاء کیفیت آموزش

اینکه کیفیت چیست و در مقوله آموزش چه مفهومی دارد قبلاً مورد بحث قرار گرفت ما مدعی هستیم که کیفیت آموزش در مجموعه دانشگاه‌های علوم پزشکی نه تنها پایین‌تر از دانشگاه‌های غیر پزشکی نیست بلکه بالاتر از آن است. برای اثبات این ادعا تقاضای ارزشیابی و مقایسه آموزش پزشکی و غیر پزشکی توسط کارشناسان مجرب داخلی و خارجی را دارم.



باید قبول داشت که در صورت انفکاک کامل آموزش پزشکی و الحاق آن به وزارت علوم مشکلات عدیده ای برای نظام سلامت بوجود خواهد آمد که اهم آنها عبارتند از :

- ۱) از دست دادن بیمارستان های آموزشی با ۳۷۰۰۰ تخت فعال در سطح شهرستان های دارای دانشکده های اقماری و استان های دارای دانشگاه و عدم امکان ارجاع بیماران به سطوح ۲ و ۳ در بعضی مناطق کشور
  - ۲) متوقف شدن اصلاحات در نظام سلامت که مهمترین برنامه در اولویت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است.
  - ۳) محروم شدن مردم از بعضی خدمات فوق تخصصی و تخصصی قابل ارائه در بیمارستان های آموزشی به دلیل تغییر رسالت دانشگاه های علوم پزشکی به انجام امور آموزشی و پژوهشی صرف و سلب مسئولیت در قبال نیازهای جامعه
  - ۴) درهم تنیدگی فضاها، منابع مادی و انسانی که برای جداسازی و تقسیم آنها سالها وقت لازم است و نیروی زیادی از مسئولین کشور صرف جداسازی خواهد شد که بزرگترین سرمایه ملی محسوب می شود.
  - ۵) تحت تاثیر قرار گرفتن فعالیت های مربوط به برنامه های آموزش مداوم که توسط دانشگاه ها ارائه می گردد.
  - ۶) اعتراض مجامع بین المللی آموزش پزشکی و سازمان جهانی بهداشت و زیر سوال رفتن دستاوردهای مثبت ادغام درجهان
- اینجانب وارد بحث مالی نمی شوم زیرا اگر ثابت شود که این مصوبه تنها روش ممکن برای رسیدن به اهداف افزایش شاخص های سلامت و ارتقاء کیفیت آموزش است، ارزش هزینه کرد هزاران میلیارد تومان را دارد.

### پیشنهادهای ۱

۱- گروهی از کارشناسان بی طرف داخلی و خارجی دعوت شوند تا وضعیت موجود نظام سلامت و آموزش عالی اعم از پزشکی و غیر پزشکی را مورد مطالعه قرار بدهند و براساس شاخص ها و استانداردهای بین المللی نکات

مسئولین دانشگاه های علوم پزشکی کاسته خواهد شد تا بتوانند نیم نگاهی هم به آموزش و پژوهش داشته باشد.

### ۶- افزایش استقلال دانشگاه ها

برای افزایش استقلال دانشگاه ها اعم از پزشکی و غیر پزشکی نیاز به محول کردن سطوحی از سیاستگذاری و امور اجرایی به دانشگاه ها و نیز اصلاح قانون هیات های امناء و اجرای صحیح آن می باشد و این موضوع ربطی به انفکاک و ادغام ندارد و بی شک استقلال واقعی دانشگاه ها باعث شکوفایی علمی- اجرایی دانشگاه ها خواهد شد و شایسته است که بعنوان مهمترین اولویت کاری و برنامه ای هر دو وزارتخانه قرار بگیرد.

### پس چه باید کرد؟

مجلس محترم با نگرش خاصی که به درمان و آموزش پزشکی داشته است بند ۳ را که طی آن باید آموزش پزشکی از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی منفک و به وزارت علوم تحقیقات و فناوری محلق بشود به تصویب رساند.

هر چند که همچون مصوبه ای ناگهانی و غیر مترقبه بوده است ولی بهر حال ناشی از اختلاف دیدگاه ها بوده که امری طبیعی است از آنجا که کارشناسی دقیق و بحث اقناعی روی موضوع صورت نگرفته بوده است بحث ها و کارشناسی های عمیق تری بعد از تصویب به صورت مختلف شکل گرفت.

لذا هر منتقدی بهتر است پیشنهادی هم ارائه بکند.

### قانون همه یا هیچ؟

دو تفکر غالب در جریان است، بعضی مخالف انفکاک و بعضی موافق آن هستند و هر کدام دلایلی در اثبات ادعای خود و رد ادعای طرف مقابل ارائه می دهند. به نظر می رسد باید منصفانه با قضیه برخورد کرد و نکات ضعف و قوت هر دو نظریه را سنجیده و ذکر کرد و در این میان در صورت امکان راه سومی را پیدا کرده و پیشنهاد نمود.



۲- استقلال کامل از طریق قوانین بازنگری و اصلاح شده هیات های امانه به دانشگاه های قطب داده شود.

۳- بودجه آموزشی و پژوهشی با استانداردهای جهانی در اختیار این مراکز قرار داده شود تا بتوانند در سطح بین المللی وارد رقابت علمی بشوند.

۴- در رسالت این دانشگاه ها تجدید نظر شود و از تولید نیرو، علم و برنامه های آموزشی و موسسات وابسته، اعضاء هیات علمی و وظایف آنها تعریف جدیدی بعمل آید و استانداردهای جهانی در مورد آنها جاری باشد.

۵- منطقه ای با جمعیت تعریف شده برای آموزش و تحقیق در عرصه در اختیار دانشگاه های پزشکی و غیرپزشکی گذاشته شود.

۶- ادغام فیزیکی، منابع مادی و انسانی بین دانشگاه های علوم پزشکی و دانشگاه های غیر پزشکی صورت نگیرد ولی همکاری بین بخش ها، واحدهای وابسته و اعضاء هیات علمی پزشکی و غیر پزشکی طبق تعریف جدیدی انجام گیرد تا از خدمات متقابل هم بهره مند شوند.

لازم به ذکر است که اظهارات فوق براساس نظر شخصی بوده و ممکن است مجموعه معاونت آموزشی و امور دانشگاهی و یا وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نظر دیگری داشته باشند.

امید است که با کارشناسی های لازم و با صبر و تحمل در اتخاذ تصمیمات کلان بتوانیم همه با هم در ارتقای کیفیت آموزش عالی کشور که در استحکام بخشیدن به زیر ساختهای اقتصادی، فرهنگی و سیاسی و ... نقش عمده ای دارد کوشا باشیم.

ضعف و قوت دو حوزه را ارزیابی کرده و دورنمای انفکاک و ادغام را ترسیم بکنند.

۲- گروه کارشناسی متشکل از نمایندگان دولت، مجلس، سازمان مدیریت و برنامه ریزی، وزارتین علوم، تحقیقات و فناوری و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مصوبه مجلس محترم را از زوایای مختلف مورد نقد و بررسی قرار داده و نظر کارشناسی و برنامه عملی خود را اعلام نمایند.

## پیشنهاد ۲

اگر هدف از انفکاک و ادغام، افزایش کیفیت آموزش عالی و کاهش حجم وظایف مدیران دانشگاه های علوم پزشکی، وحدت علم، استقلال دانشگاه ها و اعتلای شأن و منزلت اعضاء هیات علمی است، از آنجا که مجموعه تعداد دانشکده های پزشکی و غیر پزشکی بسیار زیاد و تعداد اعضاء هیات علمی بیس از ۲۰/۰۰۰ نفر است و تزییق هزینه مکفی به آموزش و پژوهش و نیز بیمارستان های آموزشی تمام دانشگاه ها در حال حاضر مسیر نیست و لزومی هم ندارد که سطح علمی همه دانشگاه های پزشکی و غیرپزشکی در یک حد و آن هم سطح پایین نگه داشته شود بنابراین باید چند شمع در تاریکی روشن کرده و به چند دانشگاه با توانمندی ها و ظرفیت های بالای علمی عنایت ویژه ای داشت. از آنجا که هدف کلی ارتقاء کیفیت آموزش عالی اعم از پزشکی و غیرپزشکی می باشد بنابراین می شود به تعدادی از دانشگاه های وابسته به وزارتین علوم، تحقیقات و فناوری و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی استقلال کامل داد و در این مناطق سازمان های منطقه ای سلامت را از دانشگاه های علوم پزشکی مجزا کرد و بسته به رسالت و وظایف تعریف شده برای آن دانشگاه ها، تعدادی تخت آموزشی اختصاص داد و تعدادی از بیمارستان های آموزشی را بصورت درمانی درآورده و در اختیار سازمان های سلامت جهت پاسخگویی به نیازهای درمانی مردم و سطح ۳ ارجاع قرار داد.

در نهایت دانشگاه های صرفاً آکادمیک پزشکی و غیر پزشکی را توسط هیات مدیره مرکزی با اختیارات کامل اداری - مالی به شکلی واحد هماهنگ نمود و شرایط زیر را فراهم آورد:

۱- این دانشگاه ها بعنوان قطب های دانشگاهی اعلام شوند.

