

آموزش پزشکی، پیشرفت‌ها و تنگناها

دکتر فریدون عزیزی*

حداقل ۶ سال ارائه می‌شود. لزوم بازبینی مجدد این برنامه که ۷ سال از اجرای آن می‌گذرد، به شدت احساس می‌شود و در دستور کار کمیته پزشکی شورایی عالی برنامه‌ریزی قرار دارد. نقایص عمده این برنامه و تغییرات احتمالی را می‌توان به صورت زیر خلاصه کرد:

۱. آموزش صحیح خدمات بهداشتی اولیه. اکثر دانشکده‌های پزشکی سراسر دنیا از این نظر که آموزشی متناسب با مسایل بهداشتی - درمانی اولیه کشور خود ارائه نمی‌دهند و بخصوص در آموزش طب سرپایی ناتوان هستند، مورد انتقاد قرار دارند (۲).

در کشورهای پیشرفته در جریان آموزش پزشکی، توجه و مراقبت بیمار (Patient care) کمتر از تکنولوژی پیشرفته مورد مطالعه قرار گرفته است. در اکثر این ممالک مسایل مربوط به بهداشت عمومی کنار گذاشته شده و تنها به تربیت متخصصین می‌پردازند که در حوزه کوچکی از پزشکی، استاد و مجتهد می‌شوند ولی از کلیت علم پزشکی - به عنوان حرفه‌ای که قداست ویژه خود را دارد و باید بر همه زندگی بیمار و مسائل بهداشتی و اجتماعی او توجه نماید - به سادگی در می‌گذرند. در سالهای اخیر انجام آموزش پزشکی به صورت Problem oriented و Community based بسیار مورد توجه قرار گرفته (۳ و ۴) و با اینکه در مملکت ما سمینارهایی برگزار شد و مقالاتی نیز، با تاکید بر این مورد ارائه شد (۵-۷)، ولی هنوز بجز موارد معدودی در چند دانشگاه چنین آموزشی در رویه آموزش

آموزش پزشکی در سالهای پس از انقلاب اسلامی در روند تکاملی خود دگرگونیهای فراوانی یافته است، ولی هنوز تا آموزش پزشکی مطلوب فاصله وجود دارد. در مجموع، گروههای برنامه‌ریزی و دانشکده‌های گروه پزشکی مملکت ما، کار خارق‌العاده‌ای انجام داده‌اند، که با وجود همه تنگناهای اقتصادی و مشکلات بی‌شمار اجتماعی و سیاسی - ناشی از هشت سال جنگ ناخواسته - نه تنها رسالت آموزشی خود را انجام داده بلکه با وجود تمام کاستیها، با افزایش کمی و در بعضی موارد کیفی آموزش پزشکی، خدمات شایانی را در جهت تربیت نیروی انسانی مورد نیاز کشور انجام می‌دهد. در این نوشتار در مورد برنامه‌های آموزش پزشکی، افزایش پذیرش دانشجو، برآوردی از نیروی انسانی و نیز مشکلات و موانعی که رفع آنها جهت ارتقای کیفیت آموزش پزشکی ضروری است، بحث می‌شود.

برنامه‌های آموزشی

الف) آموزش پزشک. برنامه‌کونی در سالهای ۶۰ - ۶۱ توسط ستاد انقلاب فرهنگی با طول دوره - ابتدا هفت و سپس شش ساله - تنظیم شد؛ سپس در سال ۱۳۶۴ توسط کمیته پزشکی شورایی عالی برنامه‌ریزی مورد تجدید نظر قرار گرفت (۱). این برنامه شامل چهار مرحله است. علوم پایه ۶۸ واحد؛ دروس عمومی ۲۳ واحد؛ نشانه‌شناسی و فیزیو-پاتولوژی ۳۰ واحد؛ کارآموزی بالینی ۹۵ واحد؛ کارورزی ۶۸ واحد و پایان‌نامه ۶ واحد که مجموعاً ۲۹۰ واحد در طول

کلاسیک پزشکی ما رخنه نکرده است. بدون شک انجام این مسئولیت به عهده بخشهای پزشکی اجتماعی دانشکده‌های پزشکی است که باید با آشنا و هماهنگ کردن سایر واحدها و گروههای آموزشی دانشگاه با مفاهیم بهداشتی و ارائه خدمات و آموزش عملی دانشجویان درگستره فعالیت خود (Field) تغییر عمده‌ای در نحوه آموزش ایجاد نمایند (۸).

مانعی که در کشورهای پیشرفته برای آموزش صحیح مسائل بهداشتی درمانی وجود دارد: یعنی جدایی آموزش و ارائه خدمات بهداشتی - درمانی، خوشبختانه در میهن ما با تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از بین رفته است. بیمارستانهای آموزشی ما، پذیرای همه نوع بیمار سرپایی و بستری هستند و اختصاص به پذیرش بیمار - یهای نادر و جالب - به طور انحصاری - ندارند و لذا محل بسیار مناسبی برای آموزش می‌باشند، ولی، مشکل اساسی آموزش ما ادامه "آموزش بر بالین بیمار" (bed side teaching) است. آموزش در درمانگاهها برای بیماران سرپایی مهمترین بخش از آموزش پزشکی است که متأسفانه در بیشتر مراکز به میزان ناچیز و به صورت نادرست اعمال می‌شود. تعداد ساعتی که دانشجویان، انترن و یا دستیار در درمانگاه می‌گذرانند - به نسبت ساعتی که در بخش فعالیت دارد - بسیار ناچیز است. و متأسفانه در آموزش درمانگاهی استاد شرکت فعال ندارد. این امر آنچنان حائز اهمیت است که در بعضی کشورها مدتی را که - مثلاً - دستیار داخلی - می‌بایست در درمانگاه بگذرانند تا ۲۵ درصد کل زمان آموزش او در نظر گرفته‌اند (۹)؛ به عبارت دیگر، دانشجویان باید استاد خود را حین انجام خدمات پزشکی مشاهده کنند نه به عنوان فردی که فقط چند ساعت در هفته سخنرانی می‌کند و یا در بحثهای بدون بیمار شرکت می‌کند.

۲. ساعتهای آموزش نظری، بدون شک برنامه جدید یکی از برنامه‌های بسیار فشرده آموزش پزشکی است که با ارائه واحدهای زیاد، که اکثر آنها به صورت نظری ارائه می‌شوند، سبب می‌شود که تمام وقت دانشجویان در کلاسها صرف شود. این امر باعث می‌شود که برای تحقیق، تتبع و تفکر فرصتی باقی نماند. بخشی از برنامه که از ابتدا مورد انتقاد بعضی از برنامه‌ریزان و صاحب نظران قرار گرفته بود، کثرت دروس نظری در سالهای کارآموزی بالینی است. و با توجه به اینکه بیشتر این دروس در کلاسهای مشترک و در بعد از ظهرها تدریس می‌شود، در شهرهای بزرگ، دانشجویان

فقط بین ساعات ۸ تا ۱۲ در بیمارستان است و قبل از ساعت ۱۲ خود را مهبای رفتن به دانشکده پزشکی و شرکت در کلاسهای دروس نظری می‌کند. در بازبینی برنامه‌های دانشکده پزشکی بجاست که این قسمت حذف شود، و یا ترتیبی اتخاذ شود که آموزشهای نظری در بخشهای بالینی انجام گیرد تا فعالیت روزانه دانشجویان در محیط بیمارستان و همراه با بیمار و مسائل بیمارستانی سپری گردد. به طور خلاصه برنامه باید به نحوی تنظیم شود که دانشجوی پزشکی به جستجوی دانش بپردازد و وقت کافی برای تحقیق و تعمق بیابد و انتظار او - که مایل است همه مطالب توسط استاد بازگو شود و در جلسات نظری تعلیم داده شود - تغییر یابد.

ب) آموزشهای تخصصی. آموزش تخصصی در رشته‌های مختلف خوشبختانه از سالها قبل در دانشکده‌های پزشکی انجام می‌شده است و رشته پزشکی، برخلاف دندانپزشکی و داروسازی از این موهبت برخوردار بوده است. جا دارد که از زحمات اساتید گرامی دانشگاهها که در سالهای ۱۳۳۰ تا ۱۳۴۰ و پس از آن در این امر کوشش فراوان کرده و اساس آموزش تخصصی را در رشته‌های گوناگون پزشکی بنیاد نهاده - اند، سپاسگزاری شود. در سالهای اخیر آموزش تخصصی ادامه یافته و در بعضی رشته‌ها گسترش بیشتری یافته است. نحوه ارزشیابی فعلی اگرچه مطلوب نیست مع هذا - در قیاس با گذشته - به صورت منظم تر و بهتری جریان دارد. اگرچه آموزش هر یک از رشته‌های تخصصی دارای ویژگیهای خاص خود است، مع هذا یادآوری کلیاتی در این امر ضرور می‌نماید.

قسمت زیادی از آموزش دستپاری در شهرهای بزرگ و بویژه تهران انجام می‌شود که از نظر مسایل رفاهی دستپاران دچار مشکلات فراوانی است. در شهر بزرگی که پیدا کردن مسکن مناسب و تهیه دیگر مایحتاج زندگی با مشقات فراوانی همراه است بدین لحاظ اکثر دستپاران برای تأمین مسایل رفاهی خود و خانواده‌شان ناچار کار اضافی می‌کنند. جهت حضور کافی در محیط تحصیلی و گذاشتن وقت مناسب جهت آموزش تخصصی موانع زیادی وجود دارد: از طرفی جاذبه بخشهای خصوصی و مؤسسات پزشکی وابسته به بنیادها و نهادها، و عدم توانایی دانشگاهها در ایجاد جاذبه بیشتر برای اعضای هیأت علمی، سبب شده است که در بسیاری از موارد حضور استاد برای ارائه آموزش دستپاری کافی نباشد.

شود از امور ضروری این رشته‌ها است و نظارت کافی برای انجام چنین مهمی ضامن آموزش صحیح چنین نیروهایی است. دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی برای دستیاران فوق - تخصصی خود قبل از ورود به دوره، دوهفته کارگاه روش تحقیق (Workshop of methodology of research) تشکیل می‌دهد که دستیاران را به رموز پژوهش در پزشکی آشنا می‌کند. باشد که به لطف الهی از همان ابتدای دوره دستگیری خود با نظر پژوهشگرانه به مسایل فوق تخصصی بنگرند و منشاء ترقیات و کشفیاتی در این رشته‌ها گردند. نکته حائز اهمیت دیگر که باید در برنامه‌های آموزشی دستیاران تخصصی و فوق تخصصی در نظر گرفته شود آشنا کردن دستیار با روشهای آموزشی است. بدین معنی که، فردی که برای عضویت هیأت علمی دانشگاهها شرایط لازم را در خود جمع دارد و نیز در جریان دوره دستگیری خود رسالت عمده‌ای را در جهت آموزش دانشجویان و کارورزان به عهده دارد باید آموزش داد که چگونه آموزش دهد. برگزاری سمینارها، مجامع و استفاده از سایر روشهایی که روش آموزش را تعلیم می‌دهد نه تنها برای مؤثرتر شدن و افزایش بازدهی آموزش اعضای هیأت علمی دانشگاهها مفید است (۱۵)، بلکه مهارت دستیاران در ارائه خدمات آموزشی به دانشجویان و کارورزان را نیز می‌توان با مطرح کردن این روشها بهبود بخشید (۱۱)؛ و با استمرار چنین روشهایی اساتید بالینی شایسته‌ای که آشنایی کامل با روشهای آموزشی دارند، را تربیت نمود.

پذیرش دانشجو

یکی از رسالتهای عمده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاههای علوم پزشکی تأمین نیروی انسانی مورد نیاز مملکت در گروه پزشکی است که خوشبختانه با برنامه‌ریزی صحیح مسئولان و همت و ایثارگری گردانندگان و اساتید معظم دانشگاهها این مهم از نظر کمی انجام شده است. سه سال پس از انتشار اولین مقاله در مورد افزایش پذیرش دانشجویان پزشکی (۱۲)، ضروری است که نتایج این افزایش، بویژه مسایل مربوط به کمیت آموزش پزشکی و نیز هشدار در مورد تولید بیش از نیاز آموزش پزشکی مورد تجدید نظر قرار گیرد.

بدون شک توسعه و افزایش پذیرش دانشجو و تأسیس دانشکده‌های جدید در گروه پزشکی تا حدودی بیش از اندازه

کیفیت آموزش دستگیری علاوه بر داشتن اعضای هیأت علمی شایسته و حضور کافی آنان در مراکز آموزشی و درمانی، بستگی زیادی به امکانات و تجهیزاتی دارد که متأسفانه در چند سال اخیر به علت مشکلات ارزی در وضعیت مناسبی نیست. همچنین در مورد محل آموزش دستیاران علاوه بر بخشهای آموزشی، اتاقهای عمل و محلهای مخصوص انجام Procedures، باید به آموزش سرپایی در درمانگاهها و شبکه‌های بهداشتی - درمانی توجه خاص مبذول گردد.

ج) آموزشهای فوق تخصصی. بدیهی است که بجهت گسترش زیاد دانش پزشکی، جهت انجام صحیح امور درمانی و آموزشی، توسعه آموزش فوق تخصصی ضروری است. اگرچه در شرایط کنونی تعداد بخشهایی که می‌توانند عهده‌دار آموزش فوق تخصصی باشند بسیار محدود است و در چند سال آینده نیاز به توسعه بیشتری وجود دارد، ولی در برنامه‌ریزیها باید این امر در مد نظر باشد که رسالت اصلی آموزش پزشکی پس از تربیت پزشک عمومی پرداختن به رشته - های تخصصی اصلی است، و آموزش فوق تخصصی در شرایط کنونی باید به صورت محدود انجام شود.

با تصویب دستگیری مستقیم از رشته‌های داخلی، جراحی و کودکان به دوره‌های فوق تخصصی که توسط شورای آموزش پزشکی و تخصصی کشور تصویب شد، امسال برای اولین بار دستیاران تخصصی پس از قبول شدن در آزمونهای "پربورد" در امتحانهای گزینش فوق تخصصی شرکت کرده و پس از قبول شدن در این آزمونها و سپس امتحانهای تخصصی مربوطه وارد دوره‌های آموزش فوق تخصصی می‌شوند. این اقدام، تحول بی‌سابقه‌ای در آموزش این رشته‌ها ایجاد کرده و تربیت اعضای هیأت علمی از بین افراد جوانی که توان و استعداد استاد شدن را دارا هستند، بسهولت انجام پذیر است. تربیت چنین افرادی در رفع مشکلات درمانی استانها و تسهیل در امور آموزشی، بخصوص آموزش بالینی و فیزیوپاتولوژی، تأثیر بسزایی خواهد داشت. تا کنون ۱۶ رشته فوق تخصصی در بیماریهای داخلی، کودکان و جراحی مورد تأیید قرار گرفته است.

مسئله "در اجرای صحیح چنین آموزشی، حضور اساتید شایسته و امکانات و تجهیزات، حتی بیش از دوره‌های تخصصی، مورد نیاز است. انجام حداقل یک پروژه تحقیقاتی که به صورت کاملاً علمی و با رعایت معیارهای پژوهشی انجام

مملکت حدوداً ۲۷۴۴۰ نفر خواهد بود و در صورتی که ظرفیت پذیرش دانشجو به ۵۰۰۰ نفر در سال برسد تا سال ۱۳۸۱ تعداد پزشکان به ۵۱۶۰۰ نفر خواهد رسید (جدول ۲). در حالی که افزایش دانشجو از سال ۱۳۶۴ آغاز شد و در سالهای ۶۵ - ۶۶ و ۶۷ به اوج خود رسید، به طوری که در سال تحصیلی ۶۷ - ۶۸ حدوداً ۲۵۲۰۰ دانشجوی پزشکی در دانشکده‌های پزشکی مشغول تحصیل هستند که بیشتر آنان تا سال تحصیلی ۷۳ - ۷۴ فارغ‌التحصیل خواهند شد. در صورتی که اُفت تحصیلی سالانه دانشجویان پزشکی را ۲/۱۵ درصد و نیز میزان تحلیل رفتن تعداد پزشکان کشور را ۳/۶ درصد در سال در نظر بگیریم، تعداد پزشکان در سال ۱۳۷۳ به حدود ۳۶۰۰۰ نفر خواهد رسید. طبق آخرین آمار دفتر بررسی و تحلیل اطلاعات آماری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعداد پزشکان در سال ۱۳۶۶ حدوداً ۱۷۲۰۰ نفر بوده است؛ به این ترتیب، ظرف ۷ سال تعداد پزشکان دو برابر خواهد شد و مسلماً اگر این روند ادامه یابد در جهت افزایش بیش از حد پزشک مشکلاتی ایجاد خواهد کرد. زیرا از طرفی قدرت جذب مؤسسات دولتی - حتی در شبکه بهداشتی - درمانی ایده‌آل - محدود است؛ و نیز توزیع ناصحیح پزشکان، گرچه تا حدودی بهبود یافته است ولی به دلایل گوناگون و با کمال تأسف هنوز هم ادامه دارد، که این امر مشکلاتی را به وجود خواهد آورد. این افزایش مسلماً تا سال ۱۳۷۳ ظرفیت کلیه برنامه‌های آموزشی تخصصی و فوق تخصصی را اشباع خواهد کرد و مسئله کمبود دستیار در رشته‌های مورد نیاز مرتفع خواهد شد. انتظار می‌رود که تا سال ۷۳ رشته‌هایی نظیر هوشبری، روانپزشکی، آسیب‌شناسی و علوم پایه، که برای جذب دستیار پزشک در مضیقه هستند، از این موهبت برخوردار شوند و برای بعضی از رشته‌های تخصصی متقاضیان زیادی برای پذیرش در مقطع دستیاری رقابت نمایند.

تعداد پزشک مورد نیاز در جلسات شورای سیاست‌گذاری آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مورد بحث بوده و در مورد تعداد مطلوب، نظرات متفاوتی ابراز شده است. بهر صورت، این نگرانی وجود دارد که اگر پزشک به حدی زیاد شود که قابل جذب نباشد این خود مشکلات بیشماری را به وجود می‌آورد. تعداد پزشکان بیکار در ایتالیا ۴۵۰۰۰، مکزیک ۴۰۰۰۰، اسپانیا ۲۳۰۰۰، پاکستان ۶۰۰۰، بنگلادش ۵۰۰۰، مصر ۴۰۰۰ و در هلند ۲۵۰۰ نفر است و

و در بعضی سالها دور از انتظار برنامه‌ریزان و مسئولان آموزش پزشکی انجام گرفته است. تعداد برنامه‌های گروه پزشکی در سال تحصیلی ۶۶ - ۶۷ بر طبق آخرین آمار (۱۳) در جدول ۱ آورده شده است:

نام رشته	تعداد برنامه
پزشکی	۲۶
دندانپزشکی	۷
داروسازی	۷
پرستاری	۲۵
مامایی	۲۵
کاردانی علوم آزمایشگاهی	۱۸

جدول ۱. تعداد برنامه ۶ رشته از ۲۷ رشته گروه پزشکی در سال تحصیلی ۶۶ - ۶۷

افزایش این برنامه‌ها در شرایط جنگی و با مشکلات فراوانی که وجود داشت یکی از موفقیت‌های شایان توجه است و استفاده از مجموع امکانات موجود در وزارت بهداشتی سابق سبب شد که مثلاً تعداد برنامه‌های پزشکی از ۱۶ عدد در سال ۱۳۶۳ به ۲۶ عدد در سال تحصیلی ۶۶ - ۶۷ افزایش یابد؛ همین افزایش در سایر برنامه‌ها نیز بخوبی نمایان است. مثلاً:

تعداد پذیرش دانشجویان پزشکی که در سال ۶۳، ۱۸۰۰ نفر اعلام شده بود در سال تحصیلی ۶۵ - ۶۶ به ۶۱۸۳ نفر و در سال تحصیلی ۶۷ - ۶۸ به ۴۱۷۱ نفر بالغ گردید. تعداد کل ظرفیتهای اعلام شده برای کلیه دانشگاههای گروه پزشکی در سال ۶۴ فقط ۱۱۴۳۸ نفر بود، و در سالهای تحصیلی ۶۷ - ۶۶ و ۶۸ - ۶۷ به ترتیب به ۱۵۶۹۰ و ۱۷۶۵۶ نفر (به ترتیب ۳۷ و ۵۴ درصد افزایش) نسبت به سال ۶۴ رسیده است. البته باید توجه کرد که ظرفیتهای اعلام شده هیچوقت رعایت نشده‌اند و به علت افزایش سهمیه‌ها و نیز اشکالات گزینش در مورد افرادی که ابتدا مردود اعلام شده و پس از چند ماه تا چند سال مورد تأکید گزینش قرار می‌گیرند، در هر سال بین ۱۰ تا ۴۰ درصد بیش از ظرفیتهای اعلام شده به دانشگاهها راه یافته‌اند.

در سال ۱۳۶۴ که هنوز از فرایند کنونی افزایش دانشجو باخبر نبودیم، محاسبه شده بود که تا سال ۷۳ تعداد پزشکان

جدول ۲. تعداد فارغ‌التحصیلان دانشکده‌های پزشکی و تعداد پزشکان کشور تا سال ۱۳۸۱ با محاسبه پذیرش ۵۰۰۰ دانشجویان از سال ۱۳۶۸ با استفاده از مقاله "افزایش پذیرش دانشجویان پزشکی" مجله دانشکده پزشکی دانشگاه شهید بهشتی، سال نهم، شماره دوم، صفحه ۶۵

سال	۱۳۷۳	۷۴	۷۵	۷۶	۷۷	۷۸	۷۹	۸۰	۸۱
عنوان	تعداد فارغ‌التحصیلان	۳۵۰۰	۴۳۸۰	۴۳۸۰	۴۳۸۰	۴۳۸۰	۴۳۸۰	۴۳۸۰	۴۳۸۰
عنوان	تعداد پزشکان	۲۷۴۴۰	۳۰۸۳۰	۳۴۱۰۰	۳۷۲۵۰	۴۰۲۹۰	۴۳۲۲۰	۴۶۰۴۰	۴۸۷۷۰

جدول ۳. تعداد دانشکده‌های پزشکی و پزشکان دنیا

سال	۱۹۵۵	۱۹۷۵	۱۹۸۳
عنوان	تعداد دانشکده‌های پزشکی	۶۴۶	۱۱۵۱
عنوان	تعداد پزشکان	۱/۲۳۶/۰۰۰	۳/۰۶۲/۰۰۰

برای هر هزار نفر ۲/۳، در برزیل ۵/۸۵ و در جمهوری کره ۵/۶۹ گزارش شده است (۱۴).

برای مملکت ما چه تعداد پزشک مورد نیاز است؟ برای پاسخ به این سؤال باید عوامل زیر را در نظر داشت:

۱. مراکز بهداشتی درمانی. به طور تقریبی می‌توان برآورد کرد که تا سال ۱۳۸۱ جمعیت کشور بالغ بر ۸۲/۵ میلیون خواهد شد، که از این تعداد ۴۰ درصد (۲۳ میلیون) در روستاها و ۶۰ درصد (۴۹/۵ میلیون) در شهرها زندگی می‌کنند. برای شبکه بهداشتی - درمانی در سطح روستا برای هر ۷۵۰۰ نفر و در شهرها برای هر ۲۵۰۰ نفر یک پزشک لازم است؛ و تعدادی پزشک نیز برای عهده‌دار شدن امور مدیریت در سطح شبکه کشور لازم خواهد بود. بدین ترتیب حدود ۲۸۰۰۰ پزشک برای خدمت در مراکز شهری، روستایی و مدیریت شبکه مورد نیاز هستند.

۲. بیمارستانها. تعداد پزشکان متخصص مورد نیاز کشور را که در بیمارستانهای مختلف شهری، استانی و دانشگاهی

برآورد شده است که تا سال ۲۰۰۰ در بعضی از کشورها مانند کره ۲۶۰۰۰ نفر پزشک، بیکار باشند (۱۴).

رشد سریع تعداد دانشکده‌های پزشکی به میزان ۲/۷ درصد در سال و تعداد پزشکان در دنیا در جدول ۳ آمده است.

بدیهی است تعداد کل پزشکان در بعضی کشورها مانند هندوستان و پاکستان زیاد نیست و علت بیکاری آنان بخاطر فقدان نظام صحیح ارائه خدمات بهداشتی و درمانی و استفاده نادرست از این فشر است. در هندوستان برای هر هزار نفر ۵/۳۶ و در پاکستان ۵/۲۷ پزشک وجود دارد؛ از طرف دیگر، کشورهایی که توانسته‌اند با ارائه خدمات بهداشتی - درمانی مناسب از پزشکان به نحو مطلوب استفاده کنند، با افزایش تعداد آنان مسئله "پزشکان بیکار" نخواهند داشت. مثلاً، در کشور کوبا برای هر هزار نفر ۲/۳ پزشک موجود است و این تعداد پزشک را مناسب دانسته‌اند لذا تعداد مطلوب بستگی به نحوه ارائه خدمات بهداشتی - درمانی دارد. به عنوان نمونه این تعداد در کشور کوبا

فعالیت می‌کنند را می‌توان به طور تخمین براساس جدول ۴ برآورد کرد. بدیهی است تعداد متخصص برای تختهای مراکز دانشگاهی بیشتر است و نیز به تعداد تختهای بیمارستانی، تراکم جمعیت و موقعیت جغرافیایی و عوامل دیگر بستگی دارد.

جدول ۴

تعداد پزشکان متخصص مورد نیاز در یک بیمارستان عمومی ۳۵۰ تختخوابی

بخش	تعداد تخت	تعداد پزشک متخصص
داخلی	۹۰	۱۲
جراحی	۶۰	۸
زنان و زایمان	۶۰	۸
کودکان	۳۰	۵
اعصاب و روان	۳۰	۵
ارتوپدی	۲۰	۳
جراحی اعصاب	۱۰	۲
اورولوژی	۱۰	۲
چشم	۱۰	۳
گوش و حلق و بینی	۱۰	۳
هوشبری	-	۱۰
پوست	۱۰	۲
مراقبت‌های ویژه	۱۰	۳
پرتوشناسی	-	۳
اورزانس	-	۴
آسیب شناسی	-	۳
نوتوانی	-	۲
سایر تخصصها	-	۲
جمع	۳۵۰	۸۰

۳. طب خصوصی. مسئله عمده‌تر برای محاسبه تعداد پزشک مورد نیاز، نحوه ارائه خدمات بهداشتی - درمانی و جایگاه طب خصوصی است. اگرچه سیاست وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در این مورد ارائه خدمات از طریق شبکه - های بهداشتی - درمانی است، ولی به دلایل مختلف امکان مهار طب خصوصی موجود نبوده است. عدم ارائه صحیح خدمات در مراکز دولتی؛ وابستگی به مطب و طب خصوصی که در فرهنگ مردم جایگزین شده است؛ رشد غیرقابل کنترل مؤسسات درمانی بنیادها و نهادها و عدم توازن پرداختها به پزشکان و کادر پیراپزشکی در بخش خصوصی و سازمانهای دولتی؛ عدم سیاستگزاری و اجرای صحیح نظارت بر امور درمان و بسیاری عوامل دیگر هرگونه پیش بینی در این مورد را دچار تزلزل و عدم اطمینان می‌سازد. در یک شبکه بهداشتی - درمانی که به نحو مطلوب اداره شود دیگر جایی برای طب خصوصی - مگر به صورت محدود - موجود نیست و لذا به نظر می‌رسد که مسئله افزایش تعداد پزشکان خصوصی بایستی کنترل شود و از ازدیاد بی‌رویه آنان جلوگیری به عمل آید. تحقق این امر به پشتیبانی کامل مجلس و دولت نیازمند است و نیز لازم است که رشد نامتناسب مؤسسات نیمه خصوصی وابسته به بنیادها را - که عملاً "توازن پزشکی مملکت را دچار اشکال کرده است و در رقابت با طب خصوصی و همگام با آن لطمه شدیدی به استحکام و استقرار طب دولتی صحیح و ارائه سیستم شبکه وارد می‌نماید - مهار شود. بدیهی است در حالی که برای اعزام تعداد معدودی از بیماران به خارج از کشور در سال میلیونها دلار صرف می‌شود ولی ابتدایی - ترین تسهیلات و تجهیزات پزشکی برای تشخیص و درمان بیماریهای شایع در شهرهای کوچک و بزرگ و حتی مراکز آموزشی - درمانی دانشگاهی موجود نیست، رشد و توسعه این‌گونه مؤسسات کاملاً "خصوصی دلایل توجیهی فراوان پیدا می‌کند.

۴. تفاوت کارآیی خانمهای پزشک. حدود ۴۰ درصد یا بیشتر، از سهمیه‌های کنکور در رشته‌های پزشکی به خانمها تعلق می‌گیرد. اگرچه تربیت پزشک زن برای ارائه خدمات بهداشتی - درمانی عمومی و تخصصی، بویژه در رشته‌های زنان و زایمان و کودکان ضروری است ولی تجربه ثابت کرده است که بیشتر پزشکان زن - به دلایل مختلف - در ارائه این خدمات کارآیی کافی را از دست می‌دهند. وظایف

اگر میزان ۱/۵ تخت برای هر هزار نفر مورد قبول باشد در سال ۱۳۸۱ حدود ۱۲۰/۰۰۰ تخت بیمارستانی در کشور وجود خواهد داشت و با توجه به اینکه بیمارستانهای شهرهای کوچک فقط دارای بخشهای داخلی، جراحی، اطفال و زنان و مامایی خواهند بود و لذا تعداد پزشکان نسبت به تعداد تختها کمتر از بیمارستانهای متوسط یا بزرگ است برای انجام خدمات بیمارستانی حدوداً "به ۲۴۰۰۰ پزشک نیاز خواهد بود.

**جدول ۵. تعداد پزشک مورد نیاز مملکت
در سال ۱۳۸۱ به تفکیک مسئولیتها**

محل کار	تعداد پزشک
مراکز بهداشتی - درمانی روستایی و شهری	۲۸۰۰۰
بیمارستانها	۲۴۰۰۰
مدیریت	۱۰۰۰
خصوصی	۷۰۰۰
سایر سازمانها	۲۰۰۰
جمع	۶۲۰۰۰

بدیهی است که درصد فوت و بازنشستگی و خارج شدن از خدمات پزشکی (حدود ۳/۶ درصد)، تفاوت کارآیی پزشکان زن و نیز آفت تحصیلی در دانشکده‌ها را باید در تعیین تعداد پذیرش سالانه دانشجویان پزشکی تا رسیدن به مرحله خودکفایی در زمینه نیروی انسانی، در نظر گرفت.

با توجه به مطالب یاد شده و با در نظر گرفتن این این حقیقت، که افزایش دانشجویان پزشکی از سال ۶۴ (بجای سال ۶۸) آغاز شده است؛ و نیز با عنایت به این واقعیت که در وضع کنونی ۲۵۲۰۰ دانشجو در دانشکده‌های پزشکی مشغول تحصیل هستند و لذا تا سال ۱۳۷۳ تعداد پزشکان مملکت ما به حدود ۳۶۰۰۰ نفر خواهد رسید، پیشنهاد می‌شود که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی پذیرش دانشجویان پزشکی را به ۴۰۰۰ نفر در سال کاهش دهد. جدول ۶ نشان می‌دهد که در صورتی که از سال تحصیلی

همسری و مادری که در فرهنگ اسلامی ما به بهترین وجه وجود دارد، و اولویت وظایف زن را تشکیل می‌دهد مانع از بهره‌برداری صحیح از آموخته‌های زنان پزشک است. اگر مملکت ما از نظر تعداد پزشک به خودکفایی برسد و دانشکده‌های پزشکی ناچار نباشند که سالی ۶۰۰ تا ۸۰۰ دانشجوی پزشکی بپذیرند، این امر مشکلی را ایجاد نمی‌کند؛ ولی، در شرایط فعلی که با مشقات فراوان تعداد دانشجویان افزایش یافته و با توجه به اینکه برای آموزش هر دانشجوی پزشکی میلیونها تومان خرج می‌شود، و نیز به دلایل مذهبی - فرهنگی، بسیاری از خانمهای پزشک پس از اتمام تحصیلات به شهرهای کوچک و یا عموماً "مناطق خارج از شهر محل سکونت خانواده خود نمی‌روند؛ و خانمهای پزشک متأهل نیز - مطابق شرع و قانون - در شهرهایی که همسران آنان سکونت دارند، باقی می‌مانند، در مورد سهمیه خانمها تا سال ۱۳۸۱ باید تجدید نظر شود. گفتنی است که در برخی کشورها مانند ژاپن که به اندازه کافی پزشک دارند هنوز درصد پذیرش دانشجویان زن از ۵ درصد تجاوز نمی‌کند. بهر صورت در هر برنامه‌ریزی باید سهمی برای تفاوت کارآیی خانمها، بویژه که تمایلی برای انجام خدمات در مراکز روستایی و شهری نشان نمی‌دهند، منظور نمود.

با توجه به نکات فوق، تعداد پزشک مورد نیاز مملکت تا سال ۱۳۸۱ در جدول ۵ تخمین زده شده است.

جدول ۶. تعداد فارغ‌التحصیلان دانشکده‌های پزشکی و تعداد پزشکان کشور تا سال ۱۳۸۱ - با محاسبه پذیرش ۴۰۰۰ دانشجو در سال از سال تحصیلی ۶۸ - ۶۹*

سال	۷۳	۷۴	۷۵	۷۶	۷۷	۷۸	۷۹	۸۰	۸۱
پذیرش سالانه دانشجو	۴۰۰۰	۴۰۰۰	۴۰۰۰	۴۰۰۰	۴۰۰۰	۴۰۰۰	۴۰۰۰	۴۰۰۰	۴۰۰۰
تعداد فارغ‌التحصیلان	۴۴۰۰**	۳۵۰۰	۳۵۰۰	۳۵۰۰	۳۵۰۰	۳۵۰۰	۳۵۰۰	۳۵۰۰	۳۵۰۰
تعداد پزشکان	۳۶۰۰۰	۳۸۳۰۰	۴۰۴۰۰	۴۲۴۸۰	۴۴۴۵۰	۴۶۳۵۰	۴۸۱۸۰	۴۹۹۴۰	۵۱۶۴۰

* بر اساس اینکه هر سال ۳/۶ درصد از پزشکان از خدمت خارج می‌شوند و افت تحصیلی دانشجویان پزشکی هر سال ۲/۵ درصد است.
** فارغ‌التحصیلان سال ۱۳۷۳، در سال ۶۷ به تعداد تقریبی ۵۰۰۰ نفر پذیرش یافته‌اند.
فارغ‌التحصیلان سالهای بعد از ۷۳ برای پذیرش ۴۰۰۰ نفر در سال منظور شده است.

مهاجرت دانشجویی. از عوامل دیگری که می‌بایست مورد تجدید نظر قرارگیرد نحوه تقسیم پذیرفته شدگان دانشگاهها است. اگر دانشگاههای کشور از امکانات و نیروی انسانی کامل برخوردار بودند و به نسبت دانشجویی که می‌پذیرند خوابگاه، وسیله نقلیه و سایر امکانات را در اختیار می‌داشتند، تقسیم دانشجویان به صورت کنونی معقول بود. زیرا این امر سبب اختلاط مردم ساکن در استانهای مختلف می‌شد و نیز هر فرد می‌توانست برحسب علاقه خود در دانشگاه مناسبی در نقاط مختلف مملکت تحصیل کند. ولی در شرایط کنونی که دانشگاهها با کمبودهای شدید در زمینه مسکن و امور رفاهی دانشجویی روبرو هستند نحوه تقسیم پذیرفته شدگان کنکور در دانشگاهها منطقی نیست. نگاهی به آمار مهاجرت دانشجویی بین استانهای مختلف کشور در کنکور سراسری ۶۵ - ۱۳۶۴ نشان می‌دهد (جدول ۸) که بین صفر تا ۴۷/۳ درصد از دانشجویان پذیرفته شده در استان خود به تحصیل دانشگاهی می‌پردازند؛ به عبارت دیگر، بین ۵۲/۷ درصد تا صد درصد دانشجویان در استان غیر محل سکونت خود پذیرفته می‌شوند.

مهاجرت دانشجویی در شرایط کنونی دارای معایب زیر است:
الف) امکانات خوابگاهی دانشگاهها بسیار ضعیف است. این امر مخصوصاً در دانشگاههای شهرهای بزرگ که تعداد دانشجویان پذیرفته شده زیاد و اکثرشان غیر بومی هستند، به وضوح مشاهده می‌شود. مهیا نمودن خوابگاه و امکانات

۶۸ - ۶۹، به ۴۰۰۰ دانشجوی پزشکی در سال پذیرش داده شود تا سال ۱۳۸۱، حدود ۵۱۶۴۰ نفر پزشک خواهیم داشت که مساوی تعداد پزشکی است که قبلاً" با ظرفیت ۵۰۰۰ دانشجوی در سال محاسبه شده بود (جدول ۲ که با محاسبه افزایش دانشجویان از سال ۶۸ محاسبه شده بود).

آنچه که در جدول ۶ محاسبه شده است حداقل پزشکان با محاسبه پذیرش ۴۰۰۰ دانشجوی پزشکی در سال است. شواهدی وجود دارد که اُفت دانشجویان پزشکی در سال به مراتب کمتر از ۲/۵ درصد است؛ و از طرف دیگر، به علت جوان بودن پزشکی که پس از انقلاب به تعداد زیاد تربیت شده و می‌شوند، پزشکی که از خدمت خارج می‌شوند از ۳/۶ درصد به مراتب کمتر است. در صورتی که این برداشتها درست باشد احتمال دارد که با پذیرش ۴۰۰۰ دانشجوی پزشکی در سال، در سال ۱۳۸۱ حتی بیش از ۶۰ هزار پزشک در مملکت وجود داشته باشد که نیازهای مملکت را از نظر تعداد پزشک - طبق جدول ۵ - برآورده خواهد کرد. بر اساس پذیرش ۴۰۰۰ دانشجوی در سال ظرفیت هر یک از دانشکده‌های پزشکی در جدول شماره ۷ پیشنهاد شده است.

جدول ۷. ظرفیت پیشنهادی دانشکده‌های پزشکی با محاسبه پذیرش ۴۰۰۲ دانشجو در سال

ظرفیت (نفر)		نام دانشکده‌ها
هرکدام	جمع	
۳۰۰	۶۰۰	شهید بهشتی، تهران
۲۵۰	۱۲۵۰	اصفهان، ایران، تبریز، شیراز، مشهد
۲۰۰	۴۰۰	اهواز، کرمان
۱۲۵	۱۰۰۰	یزد، ارومیه، باختران، زاهدان، قزوین، رشت، بابل، همدان
۷۵	۷۵۰	اراک، بندرعباس، بیرجند، زنجان، سمنان، شهرکرد، کاشان، فسا و جهرم
جمع	۴۰۰۰	

جدول ۸. درصد پذیرفته شدگان کنکور سراسری ۶۴-۶۵ که در استان که دیپلم گرفته‌اند در دانشگاه همان استان به تحصیلات خود ادامه می‌دهند

استان	درصد	استان	درصد
آذربایجان شرقی	۲۷/۸	فارس	۳۳/۰
آذربایجان غربی	۱۵/۵	کردستان	۲/۹
اصفهان	۳۷/۹	کرمان	۲۲/۰
باختران	۱۴/۳	گیلان	۲۰/۸
بوشهر	۲/۷	لرستان	۷/۶
تهران	۳۷/۱	مازندران	۳۳/۷
خراسان	۴۷/۳	مرکزی	۲۵/۰
خوزستان	۳۰/۲	هرمزگان	۱۱/۱
زنجان	۱۶/۰	همدان	۱۸/۶
سمنان	۳/۳	یزد	۱۵/۹
سیستان و بلوچستان	۹/۱	ایلام، چهارمحال و بختیاری کهگیلویه و بویراحمد	صفر

خدمات بهداشتی - درمانی لطمه شدیدی به برنامه‌ریزیها وارد می‌کند. شاید یکی از دلایل تمرکز گروه پزشکی در شهرهای بزرگ مهاجرت دانشجویی باشد. حتی برقراری طرحهای نیروی انسانی نتوانسته است نتایج حاصله از مهاجرت دانشجویی را بهبود بخشد. زیرا فردی که با تسهیلات و رفاه شهرهای بزرگ آشنا می‌شود با سعی و کوشش فراوان و از راههای مختلف (دستیاری، عضویت هیأت علمی، مأ موریتهای دولتی و...) سعی می‌کند پس از انجام طرحها و تعهدها (و یا حتی قبل از آن) در یکی از شهرهای بزرگ مسکن گزیند. لذا نیروی انسانی که برای انجام طرحها و تعهدها به استانها گسیل می‌شوند ناپایدار هستند. و در نتیجه تجمع در شهرهای بزرگ و عدم توازن نیروها در سطح مملکت همچنان ادامه دارد. قبل از توسعه دانشگاهها، امر مهاجرت دانشجویی اجتناب ناپذیر بود: دانشکده‌های پزشکی فقط در ۶ استان و در چند سال قبل از انقلاب در ۱۰ استان وجود داشتند و لذا دیپلمه‌های سایر استانها برای ادامه تحصیلات ناگزیر از مهاجرت می‌شدند؛ ولی، در شرایط فعلی که ۲۸ دانشکده پزشکی در ۱۸ استان موجود است، اکثر دانشجویان می‌توانند در استان محل سکونت خود تحصیل کنند. جای تعجب است که ما دانشکده پزشکی جدید در مرکز یکی از استانها تأسیس می‌کنیم ولی دیپلمه -

رفاهی، حتی برای $\frac{1}{5}$ دانشجویان پذیرفته شده بسیار دشوار است. این امر سبب شده که بسیاری از دانشگاهها در سالهای اخیر در تابستان هر سال با آگهی در روزنامه‌ها به شرکت کنندگان کنکور اطلاع می‌دهند که امکان ارائه مسکن به دانشجویان پذیرفته شده را ندارند. مع هذا دانشجوی پس از ورود به دانشگاهی که در استان غیر از محل سکونت خود اوست با مشکلات زیادی روبرو می‌شود و گاه در مسافرخانه‌های نامناسب یا محلهایی که در شان دانشجوی نیست اقامت می‌گزیند. مشکلات مسکن، بخصوص برای دانشجویان مهاجر زن، بسیار حائز اهمیت و در مواردی انحرافات اخلاقی را نیز به دنبال داشته است؛

ب) صدمات روانی که در اثر دوری از خانواده، آشنا شدن با فرهنگی نسبتاً متفاوت، واکنش در مقابل برخورد های نامناسب وجود دارد را نمی‌توان نادیده گرفت. بدیهی است افرادی که از نظر ثبات روانی در حد Borderline هستند در مقابل استرسهای ناشی از مهاجرت دانشجویی در معرض خطر هستند؛

ج) آشنا شدن با محیط شهرهای بزرگ و سکونت در آنها سبب می‌شود که دانشجوی پس از اتمام تحصیلات و فارغ التحصیل شدن تمایلی به مراجعت به زادگاه خود و ارائه خدمات، از خود نشان ندهد. این امر، بویژه در مورد ارائه

ارزی که به هر موه‌سسه کمتر از ۶۰ هزار دلار در سال تعلق می‌گیرد، ناچیز بودن این سهمیه را به وضوح نشان می‌دهد، زیرا، این مبلغ حتی برای تعمیر دستگاههای مختلف یک بیمارستان که متأسفانه اکثراً قدیمی هستند، کافی نیست تا چه رسد به اینکه تجهیزات و امکانات جدیدتری را - با توجه به توسعه لحظه به لحظه علم پزشکی - تأمین نماید و یا برای آزمایشگاههای آموزشی و بخشهای سمعی بصری جهت ارتقاء آموزش وسایل و تجهیزات نوینی فراهم کند.

۰۲. برقراری تناسبی بین طب خصوصی و دولتی لازم است. اگر چه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در امور مربوط به بهداشت و آموزش پزشکی به موفقیت‌های زیادی دست یافته ولی در امر درمان ناتوان بوده است. این نه تنها مشکل مملکت ما، بلکه مشکل همه دنیاست، یعنی کشور - های پیشرفته نیز نتوانسته‌اند نحوه صحیحی جهت ارائه خدمات درمانی که ارزان و در ضمن جامع و مترقی باشد به مردم خود عرضه نمایند و انواع مختلف ارائه خدمات بهداشتی - درمانی دچار کاستیها و نارساییهای فراوان بوده است (۱۵). عدم توازن بین طب دولتی و طب خصوصی که این وزارت امید داشت با تعیین تعرفه‌ها سر و سامان پیدا کند به دو علت دچار شکست شده است:

اول. رشد سریع و نامتناسب طب "نه خصوصی و نه دولتی" که توسط بعضی بنیادها و نهادها به دور از هر ضابطه و بدون رعایت قوانین موجود توسعه یافته است.

یک دانشگاه علوم پزشکی با ۳۸۰۰ تختخواب و ارائه خدمات درمانی سرپایی و بستری در شهر تهران همراه با آموزش ده هزار دانشجو در ۶ دانشکده معظم فقط یک میلیون دلار در سال ارز دارد، حال آنکه بیمارستانهای دانشگاهی که بهترین و بالاترین مرجع پزشکی برای مراجعه بیماران مستضعف و عامه مردم هستند، با مشکلات عظیم کمبود وسایل و تجهیزات و حتی وسایل مصرفی روزانه خود روبرو می‌باشند. نحوه پرداخت دستمزد موه‌سات غیردولتی نیز به نحوی است که اعضای هیأت علمی دانشگاهها را که معتبرترین پزشکان مملکت هستند به سهولت جذب می‌کند و استادی که بعد از ظهر وقت خود را در این موه‌سات می‌گذراند به ناچار برای هر مشکلی که برای بیمارارش پیش می‌آید صبحها نیز برای رسیدگی به وضع بیماران خود به بیمارستانهای این موه‌سات مراجعه می‌کند و لذا در

های شهرهای دیگر را به آنجا می‌آوریم و مشکلات رفاهی فراوان برای هر دو گروه به وجود می‌آوریم. با گسترش دانشگاههای علوم پزشکی در کلیه استانها، امکان‌پذیر است که ۹۰ درصد دیپلمه‌های هر استان، که در کنکور سراسری قبول می‌شوند، در دانشکده‌های موجود در همان استان تحصیل نمایند و ۱۰ درصد دیگر که تمایل به مهاجرت دارند بتوانند شانس تعیین محل تحصیل خود را داشته باشند. بدیهی است برای دانشگاههایی که ظرفیت آنها از سهمیه استانی بیشتر است و یا برای دانشگاههایی که ظرفیت آنها محدودتر است و یا فاقد دانشگاه هستند می‌توان جابجایی انجام داد.

مشکلات موجود و پیشنهادات برای رفع آنها

۱. آموزش پزشکی نیاز به بودجه خاص دارد. همیشه به نظر می‌رسیده است که از مراکز درمانی بدون صرف هیچگونه بودجه و مبلغ اضافی برای آموزش می‌توان استفاده کرد. متأسفانه این تصور ناصحیح در چند سال اخیر وجود داشته است و همین "آموزش مجانی" سبب کاستیهای فراوان می‌شود. پزشک - چه کار درمانی بکند و چه علاوه بر کار درمانی در آموزش نیز شرکت نماید - از امکانات رفاهی یکسان برخوردار خواهد بود، یعنی پرداخت به او تغییر نمی‌کند و حتی در بسیاری موارد کاسته می‌شود.

آموزش و بهداشت از مهمترین عوامل رشد و توسعه هر کشور هستند، ولی از آنجا که هر دو بخش، مصرف‌کننده بودجه هستند لذا در اکثر کشورهای جهان سوم دچار کاستیهای فراوان هستند، زیرا بودجه مملکتی بیشتر صرف وزارتخانه‌ها و موه‌ساتی می‌شود که درآمدهای کلان، بخصوص درآمدهای ارزی، برای کشور داشته باشند. همراه شدن این واقعیت با صدمات جنگ تحمیلی که به ناچار از بودجه همه قسمتها - از جمله بهداشت و آموزش - کاسته است مشکلات فراوانی را در جهت تهیه وسایل و تجهیزاتی که برای درمان بیماران و آموزش صحیح ضروری می‌باشد ایجاد نموده است.

برای دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی که دارای یازده موه‌سسه آموزشی و درمانی بزرگ و ۶ دانشکده با بیش از ده هزار دانشجو و ۳۸۰۰ تخت بیمارستانی است و عملاً "یک سوم تا یک چهارم خدمات درمانی سرپایی و بستری را در شهر بزرگ تهران انجام می‌دهد اختصاص دادن میزان

زمانی مورد عنایت شاگردان ممتاز دانشگاهها بودند. امروزه پذیرای شاگردان متوسط هستند. فرآیند فعلی اعلام خطری است برای کاهش کیفیت رشته‌های تخصصی پزشکی که با تفکر و تشخیص سر و کار دارند و اصول آموزش بالینی را به دانشجویان تعلیم می‌دهند.

۳. توجه به استقلال دانشگاهها ضروری است. عدم استقلال دانشگاهها در امور آموزشی، اداری و مالی از معضلات اصلی است و با توجه به تنگناهایی که وجود دارد عملاً "دانشگاه به یک "دبیرستان بزرگ" تبدیل شده است که برای انجام هر امری باید از مراکز دیگر استمداد و یا رخصت طلبد. چنین موهسه‌ای نمی‌تواند پویایی داشته باشد و به طرف کمال سیر نماید. با توجه به رسالتی که دانشگاههای علوم پزشکی بر عهده داشته و تعداد دانشجویان خود را به طرز بی‌سابقه‌ای افزایش داده‌اند، امکانات اداری و مالی و بخصوص کادر آگاه آموزشی و فنی که بتواند عهده‌دار این افزایش کمی آموزش باشد در اختیار آنها قرار نگرفته است؛ لذا برای انجام برنامه‌ریزیها و اجرای آنها و نیز ارزشیابی برنامه‌های آموزشی دچار کاستیهای زیاد است. برای رفع این مشکلات بهتر است:

الف) دانشگاهها از طریق هیأت‌ات‌امنا اداره شود. بدیهی است اعضای هیأت‌ات‌امنا باید از افراد دانشگاهی و یا آشنا به مسائل دانشگاه باشند و کلیه اختیارات اداری و مالی توسط مجلس شورای اسلامی به آنان تفویض شود. ب) اختیارات آموزشی، تاحدی که شایسته یک موهسه آموزش عالی است، به دانشگاهها تفویض شود و شورایی عالی برنامه‌ریزی ضمن حفظ نقش نظارت خود، در بسیاری از امور اختیاراتی را به دانشگاهها منتقل نماید که در جهت ایجاد پویایی و رقابت آموزشی در دانشگاهها و متعالی شدن آنها مفید واقع شود.

۴. حرمت و منزلت اساتید رعایت شود. وضعیت فعلی اعضای هیأت‌ات‌علمی به صورتی است که از زمان ورود به دانشگاه به صورت مربی یا استادیار تا هنگامی که به پایه ده استادی می‌رسند تفاوت عمده‌ای در مقام، منزلت و امور رفاهی آنها ایجاد نمی‌شود. آنچه که کمتر در دانشگاهها در نظر گرفته شده است حرمت و منزلت وجود عزیزانی است که با گذشت و فداکاری، صرف ساعات مفید زندگی، و در بسیاری موارد مایه گذاشتن از زندگی شخصی و خانوادگی

ساعتهای فعال بخشهای بالینی بیمارستانهای دانشگاهی که باید تربیت دانشجو، انترن و دستیار صورت گیرد از حضور اساتید خود بی‌بهره می‌ماند. ادامه چنین وضعیتی مسلماً با اُفت شدید کیفیت آموزش پزشکی بالینی همراه خواهد بود.

دوم. عدم تناسب بین درآمدهای رشته‌های جراحی و آنها که با وسایل سر و کار دارند با رشته‌های دیگر سبب اُفت شدید رشته‌هایی شده است که اصول تشخیص و درمان اکثریت بیماران را در همه جای دنیا به عهده دارند. ثابت نگهداشتن حق ویزیت رشته‌های داخلی، کودکان، اعصاب روانپزشکی، عفونی و سایر رشته‌هایی که درآمد پزشکی فقط مربوط به معاینه، تشخیص و درمان بیمار است، در حالی که رشد تورم در مملکت افزایش یافته و تعرفه‌های جراحی بالا برده شده، و نیز عدم امکان نظارت بر تعرفه‌های جراحی و رشته‌هایی که با وسایل (Procedure) سر و کار دارند، سبب شده است که درآمد طبای گروه اول به حدود $\frac{1}{5}$ تا $\frac{1}{10}$ درآمد پزشکان گروه دوم تنزل یابد. این عدم تناسب در درآمدها و مشکلات مربوط به تورم موجب مهاجرت بعضی از پزشکان عالیقدر رشته‌های غیر جراحی و یا تمایل اعضای هیأت‌ات‌علمی این رشته‌ها به صرف وقت بیشتری در بخش خصوصی شده است و لذا بخشهای بالینی بیمارستانهای دانشگاهی از حضور این گروه از اعضای هیأت‌ات‌علمی که سمبولوژی، تشخیص، تشخیص افتراقی، تجزیه و تحلیل و مهارت بالینی (Judgment and clinical competence) را به دانشجویان و دستیاران تعلیم می‌دهند، محروم مانده است؛ به عبارت دیگر، رشته‌هایی که با تفکر بیشتر سر و کار دارند مورد بی‌مهری قرار گرفته‌اند. در چند سال اخیر بخوبی مشخص شده است که تمایل پزشکان جوان برای ادامه دوره‌های تخصصی بیشتر متوجه رشته‌های گروه جراحی است. و با اینکه رشته‌های چشم، اورولوژی، گوش و حلق و بینی و ارتوپدی و نیز قلب و عروق - که با دستگاهها و Procedure سر و کار دارند - جزء رشته‌های لوکس شناخته شده و فقط پزشکانی می‌توانند در این رشته‌ها وارد شوند که خدمات نیروی انسانی را انجام داده باشند، ولی حتی برای رشته‌های دیگر نیز که دانشجویان از طریق انترنی مستقیم و یا سهمیه ۱۰ درصد وارد می‌شوند، رقابت اصلی برای ورود به رشته‌های جراحی، ارتوپدی، جراحی اعصاب است؛ و رشته‌هایی مانند داخلی و کودکان - که

خاتمه جنگ تحمیلی، در مورد اعاده حرمت و منزلت استاد، احترام به علم و عالم و توجه به مقام اعضای هیأت علمی در اجتماع و در مقررات دانشگاهها توجه خاص مبذول شود. رفع نیازهای علمی آنان شامل فراهم نمودن امکانات مطالعاتی و تحقیقاتی، تسهیل مسافرت‌های علمی کوتاه مدت و میان مدت، تسهیل چاپ مقالات و تالیفات؛ کاهش بار آموزشی برای بهره‌برداری بیشتر در امر تحقیقات از یک طرف و برآوردن نیازهای اجتماعی این قشر از جمله تأمین مسکن، وسیله نقلیه، تلفن و دیگر وسائل رفاهی، امور آموزشی و تحصیلات عالی فرزندان و رفع مشکلات اداری آنان از طرف دیگر، از نکاتی است که باید به صورت عملی و بدون آنکه با مقررات دست و پاگیر اداری درگیر شوند، انجام گردد.

خود به تربیت نیروی انسانی ممتاز این مملکت مشغول است. در سالهای اخیر حتی برای سفارش کتب و مجلات علمی برای اعضای هیأت علمی محدودیت ارزی وجود دارد و مسافرت‌های علمی آنقدر پردرد سر است که استاد باید از چند هفته قبل از مسافرت جهت انجام مقدمات کار در بخش‌های خود حضور نیابد و میزان ارزی که برای چند روز به او تعلق می‌گیرد کمتر از یک سوم ارزی است که وی برای مسافرت نیاز دارد و لذا در بعضی موارد سبب صرف مخارج زیاد و یا مشکلات فراوانی در یک کشور بیگانه می‌گردد. میزان دستمزد اعضای هیأت علمی دانشگاه از حقوق همتای آنان در وزارتخانه‌های دیگر و در بعضی موارد از حقوق افرادی که حتی پست کارشناسی ندارند، کمتر است. بجاست که ده سال پس از پیروزی انقلاب اسلامی و

مراجع

۱. مشخصات کلی، برنامه و سرفصل دروس دوره دکتری پزشکی (۱۰۱۴)، تهیه شده توسط کمیته پزشکی، مصوب هفدهمین جلسه شورای عالی برنامه ریزی، مورخ ۶۴/۶/۳۰
2. McDermott W: Education and general medical care. Ann Intern Med 96:512-517, 1982
۳. دکتر کامل شادپور و دکتر حسن وکیل: "نقش دانشگاهها در استراتژیهای بهداشت برای همه". ترجمه از متن انگلیسی، نشریه سازمان بهداشت جهانی، نشریات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۶۴
۴. دکتر فریدون عزیزی: "تغییرات برنامه های آموزش پزشکی در انطباق با نیازهای جامعه". مجله دانشکده پزشکی دانشگاه شهید بهشتی، سال نهم، شماره ۴، ۱۳۶۵
۵. دکتر بیژن صدریزاده: "سیاستها، برنامه ها و اولویتهای آنها، انتظارات و نیازهای بخش بهداشت و درمان از مؤسسات آموزشی". ارائه شده در سمینار کشوری نقش دانشکده های بهداشت و بخشهای پزشکی اجتماعی در نظام عرضه خدمات بهداشتی درمانی، تهران ۱۶ و ۱۷ بهمن ۱۳۶۴
۶. دکتر علی صادقی حسن آبادی: "طرح پیشنهادی برای ایجاد واحدهای منطقه ای طب پیشگیری". ارائه شده در سمینار کشوری نقش دانشکده های بهداشت و بخشهای پزشکی اجتماعی در نظام عرضه خدمات بهداشتی درمانی، تهران ۱۶ و ۱۷ بهمن ۱۳۶۴
۷. دکتر بهمن نیک پور و دکتر حسین ملک افزلی: "اهمیت و نقش دانشکده های پزشکی در تقویت مبانی خدمات بهداشتی اولیه"، سراوان، اسفند ۱۳۶۵
۸. دکتر فریدون عزیزی: "تلاش برای ارتقاء کیفیت آموزش پزشکی"، دارو و درمان، سال چهارم، شماره ۴۲، صفحات ۳ تا ۶، ۱۳۶۶
9. Ambulatory training in internal medicine residencies. The federated council for internal medicine. Ann Intern Med 96: 526, 1982
10. Skeff KM: Evaluation of a method for improving the teaching performance of attending physicians. Am J Med 75: 465-470, 1984
11. Edwards JC, Kissling GE, Brannan JR et al: Study of teaching residents how to teach. J Med Educ 603-610, 1988
۱۲. دکتر فریدون عزیزی: "افزایش پذیرش دانشجویان پزشکی". مجله دانشکده پزشکی دانشگاه شهید بهشتی، سال نهم، شماره دوم، صفحات ۶۳ - ۶۶، ۱۳۶۴
۱۳. مقایسه ظرفیت های اعلام شده رشته های گروه پزشکی در سه سال تحصیلی ۶۴ - ۶۷. مرکز مطالعات برنامه ریزی آموزشی، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، مهرماه ۱۳۶۶
14. Bankowski Z : A wasteful mockery. World Health, WHO.P3,, April 1987
15. Himmelstein DU, Woolfhandler S, et al.: A national health program for the United States; a physicians' proposal. N Engl J Med 320: 102-8,1989