

آموزش پزشکی

جلوه‌هایی از آموزش پزشکی در ایران

دکتر حسن وکیل*

مقدمه

آموزش پزشکی، تربیت پزشکان و اداره دانشکده‌های پزشکی دارای آنچنان اهمیت و حرمتی هستند که در بسیاری از کشورهای دنیا تغییر در نحوه‌های آموزش پزشکی، طرز برخورد با پزشکان و چگونگی اداره دانشکده‌های پزشکی با رعایت جمیع جوانب و با احتیاط‌های فراوان انجام می‌پذیرد.

در ایران نیز چنین است. کمبود تعداد پزشکان، حرمت و احترام دیرینه و بحق دانشکده‌های پزشکی و پزشکان در میان مردم و تصمیم‌گیران کشور به هر کدام از ابعاد مسائل مربوط به آموزش پزشکی، پزشکان و دانشکده‌های پزشکی و ویژگی‌های بخشیده است، آنچنان که دانشکده‌های پزشکی، پزشکان و آموزش پزشکی گاه به صورت تعیین کننده‌ترین عامل در طراحی یا شکل‌گیری نظام بهداشت، درمان و آموزش نیروی انسانی پزشکی متجلی می‌شوند. در چنین شرایطی نیاز به شناخت و بررسی جلوه‌هایی از آموزش پزشکی ضرورت بیشتری می‌یابد.

تاریخچه

دارالفنون به عنوان اولین نقطه شروع آموزش دانشگاهی در ایران از سال ۱۲۶۸ هجری قمری فعالیتهای خود را در رشته‌های مختلف واز جمله «طب» آغاز کرد. اولین بیمارستان آموزشی به نام مریضخانه دولتی (بیمارستان سینای امروز) در سال ۱۲۵۰ بنیاد نهاده شد. در سال ۱۲۹۷ مدرسه طب در محلی جدا از دارالفنون و بطور مستقل شروع به کار کرد و بالاخره دانشکده پزشکی که از سال ۱۳۱۳ مجاز به دادن درجه دکتری پزشکی شد در سال ۱۳۱۶ به محل فعلی دانشکده پزشکی دانشگاه تهران نقل مکان نمود. در سال ۱۳۱۹ به دلیل کمبود نیروی انسانی پزشکی و

عدم امکان تأسیس دانشکده‌های پزشکی و نیز به دلیل تأمین نیازهای پزشکی مناطق دورافتاده اولین آموزشگاه عالی بهداری، در مشهد تأسیس شد و در سال ۱۳۲۵ آموزشگاه‌های مشابهی در اصفهان و شیراز تأسیس گردید و این نوع آموزشگاه‌ها تا سال ۱۳۳۱ به کار خود مشغول بودند. در سال ۱۳۲۵ دانشکده پزشکی تبریز و در سال ۱۳۲۶ دانشکده پزشکی شیراز و اصفهان و در سال ۱۳۲۸ دانشکده پزشکی مشهد ایجاد گردید و در دهه ۱۳۳۰ تا ۱۳۴۰ فقط دو دانشکده پزشکی به وجود آمد که دانشکده پزشکی جندی شاپور (دانشکده پزشکی دانشگاه شهید چمران) در اهواز و دانشکده پزشکی دانشگاه ملی (شهید بهشتی فعلی) در سال ۱۳۳۸ در تهران افتتاح گردید و دیگر تا سال ۱۳۵۴ که مجتمع آموزش پزشکی وابسته به شیر و خورشید سابق (دانشکده پزشکی آیت‌الله طالقانی) شروع به پذیرش دانشجو نمود دانشکده‌ای به وجود نیامد.

مرکز پزشکی ایران در سال تحصیلی ۵۶-۵۷ موفق به کسب مجوز تربیت پزشک با پذیرش ۴۰ دانشجوی لیسانس شد (برنامه ریزی برای ایجاد مرکز پزشکی ایران با کمک دانشگاه‌های هاروارد، کورنل و کلمبیا انجام شد). این دانشکده برای سه دوره تحصیلی دانشجویان لیسانس رشته‌های زیست‌شناسی و شیمی را پذیرفت و پس از انقلاب فرهنگی و بازگشایی مجدد دانشگاه‌ها تعدادی دانشجوی پزشکی با دیپلم متوسطه به این مرکز راه یافتند.

دانشکده علوم تندرستی نیز که از سال ۱۳۵۴ با برنامه‌ای متفاوت با برنامه‌های دیگر رایج در کشور به تربیت پزشک عمومی در دو مقطع می‌پرداخت پس از بازگشایی دانشگاه‌ها موظف به پذیرش دانشجوی روال تعیین شده از سوی ستاد انقلاب فرهنگی شد و بعداً از سال تحصیلی ۶۴-۶۵ ضمیمه دانشکده پزشکی دانشگاه شهید بهشتی گردید.

تعداد دانشجویان پزشکی مشغول به تحصیل که در سال ۵۰-۵۱ در حدود ۵۱۴۲ نفر بوده‌اند در سال تحصیلی ۵۶-۵۷ به ۶۲۷۲ نفر و در سال تحصیلی ۶۲-۶۳ به ۷۹۴۵ نفر رسیده است.

به هر حال، کشور در شرایط فعلی دارای ۱۷ برنامه آموزش پزشکی است که با ظرفیت اعلام شده ۲۸۷۵ نفر و پذیرش واقعی بیش از ۳۰۰۰ نفر در سال به عنوان بالاترین حد فعالیت خویش با مشکلات اجرایی آموزش این تعداد فراوان درگیر هستند.

از سوی دیگر بررسی و محاسبه‌ای که توسط ۱۵ نفر از مقامات و کارشناسان آموزشی انجام گرفته است نشان می‌دهد برای سال ۱۳۸۱ که جمعیت کشور ۷۴/۴ میلیون نفر خواهد بود اگر با بالاترین ظرفیت متصور که با توجه به توانهای موجود و ظرفیت‌های قابل توسعه آنها محاسبه شده است - پذیرش دانشجویه عمل آید وضع کشور در نسبت‌های مختلف قابل قبول برنامه‌ریزی - به شرح زیر خواهد بود:

الف) اگر برای هر ۱۰۰۰ نفر ۰/۷۵ پزشک (در حال حاضر برای هر ۱۰۰۰ نفر ۰/۳۹ پزشک وجود دارد) در نظر گرفته شود:

- در سال ۶۶ که به ۳۶۰۰۰ پزشک احتیاج خواهد بود قریب ۲۰۰۰۰ پزشک کمتر از حد معمول وجود خواهد داشت.

- در سال ۷۱ که ۴۱۰۰۰ پزشک مورد نیاز خواهد بود باز هم کمبود پزشک بالغ بر ۲۰۰۰۰ نفر می‌باشد.

- در سال ۷۶ که به ۴۸۰۰۰ پزشک نیاز هست ۱۹۰۰۰ نفر کمبود وجود خواهد داشت.

- و در سال ۸۱ که به ۵۳۰۰۰ پزشک نیاز هست کمبود برای این استاندارد و سال در حدود ۸۰۰۰ نفر خواهد بود.

ب) و اگر برای هر ۱۰۰۰ نفر یک پزشک در نظر گرفته شود کمبود پزشک برای سال ۶۶ قریب ۳۰۰۰۰ و برای سال ۷۱ حدود ۳۵۰۰۰ و برای سال ۷۶ نزدیک به ۴۰۰۰۰ و در سال ۸۱ بالغ بر ۴۹۰۰۰ نفر خواهد بود.

در بررسی دیگری که آینده نزدیک را نشان می‌دهد نتایج زیر حاصل می‌شود:

تا سال ۱۳۷۱ قریب هفت تا هشت هزار پزشک احتمالاً بر پزشکان موجود اضافه می‌شود که حتی اگر تمام پزشکان فعلی را تا سال ۱۳۷۱ زنده و فعال و در ایران فرض کنیم در حدود ۲۴۰۰۰ پزشک وجود خواهند داشت. با توجه به اینکه در آن سال جمعیت ایران در حدود ۵۴/۸ میلیون نفر خواهد بود برای هر ۲۲۸۳ نفر باز هم یک پزشک وجود خواهد داشت. چنین بررسی و بررسی‌های مشابه نشان می‌دهد که ما در سال‌های آینده باید در حفظ نیروی انسانی موجود از هر نظر تلاشی فوق العاده مبذول داریم.

وضع کیفی آموزش

با توجه به آنچه که «روند گذشته» نام می‌گیرد مسائل مهم کیفی آموزش پزشکی را باید به شرح زیر خلاصه کرد:

- برنامه‌ریزی سنتی در آموزش پزشکی. تا سال ۱۳۵۰ برنامه‌ریزی آموزش پزشکی در ایران غالباً با توجه به برنامه دانشکده پزشکی دانشگاه تهران - که تا آن موقع شاید یکی از بهترین برنامه‌های آموزش پزشکی در

دانشکده پزشکی بوعلی سینای همدان که با الهام از راه‌های نوآور آموزش پزشکی فعالیت خویش را از سال ۱۳۵۵ شروع کرده بود و برنامه آموزش پزشکی فسا نیز که تجربه دیگری در مسیر نوآوری در آموزش پزشکی بود (سال ۱۳۵۶) بعد از انقلاب در جهت برنامه کلی آموزش پزشکی کشور تغییر مسیر دادند.

مجوز تربیت پزشک دانشگاه‌های ارومیه، گیلان، کرمان، رازی، و بلوچستان در سال ۱۳۵۵ صادر شده است که در این میان فقط دانشگاه بلوچستان و سیستان تا کنون توان انجام این مهم را نیافته است.

بعد از انقلاب علاوه بر دانشکده پزشکی یزد که از سال ۶۲-۶۳ شروع به فعالیت کرده است دانشگاه گیلان از سال ۶۳-۶۴ و دانشگاه مازندران از سال ۶۴-۶۵ دانشجوی پذیرفته‌اند و تازه‌ترین تغییرات پذیرش ۷۰ دانشجوی پزشکی توسط دانشگاه شهید بهشتی برای تحصیل در مجتمع عالی آموزشی دهخدا در قزوین است.

وضع کلی پزشکی از نظر کمی

حاصل تمام فعالیت‌های آموزشی و اقدامات مربوط به تأمین پزشک در کشور در جدول شماره ۱ آمده است.

طبق این جدول، کشور ایران در سال ۱۳۵۰ دارای جمعیتی معادل ۲۹/۶ میلیون نفر و پزشکان به تعداد ۸۷۲۴ نفر بوده‌اند که برای هر ۳۳۹۴/۶ نفر یک پزشک وجود داشته است. نسبت جمعیت به پزشک به تدریج سیر نزولی می‌یابد و در سال ۱۳۵۸ به پایین‌ترین حد خود می‌رسد که برای هر ۲۲۶۲ نفر یک پزشک وجود داشته است.

لازم به یادآوری است در سال ۶۰ هر ۲۵۵۵ نفر و در سال ۶۲ هر ۲۵۷۵ نفر یک پزشک داشته‌اند.

در شرایط فعلی نیز بر طبق آخرین برآوردها ۱۶۵۸۰ نفر پزشک در ایران وجود دارند که با توجه به تخمین جمعیت که بالغ بر ۴۴/۸ میلیون نفر است به هر ۲۷۶۲ نفر یک پزشک می‌رسد که به‌رحال با توجه به اینکه حتی اگر کشور برنامه‌های فاصله‌گذاری بین تولدها را به صورت موفقیت‌آمیز شروع کند و ادامه دهد و موفق هم بشود، باز جمعیت ایران در سال ۱۳۸۱ کمتر از ۷۴ میلیون نفر نخواهد بود که مسئله‌ای «هشدار دهنده» است.

وضع آموزش پزشکی از نظر کمی

جدول شماره ۲ وضع کمی آموزش پزشکی کشور را در سال‌های مختلف نشان می‌دهد. کادر تمام وقت آموزش پزشکی کشور در سال تحصیلی ۵۰-۵۱ در حدود ۴۱۶ نفر و در سال ۵۶-۵۷ در حدود ۱۲۱۸ نفر و در سال ۶۲-۶۳ بالغ بر ۱۵۲۵ نفر گزارش شده است در حالی که کادر آموزشی نیمه وقت و حق‌التدریسی در همین سالها به ترتیب ۴۹۳ و ۵۹۹ و ۳۵۸ نفر بوده‌اند.

میزان پذیرش دانشجو که در سال تحصیلی ۵۰-۵۱ در حدود ۶۵۵ نفر و در سال تحصیلی ۵۶-۵۷ قریب ۱۴۶۱ نفر و در سال تحصیلی ۶۲-۶۳ بالغ بر ۱۴۹۶ بوده است در سال تحصیلی ۶۴-۶۵ به عددی معادل ۳۰۰۰ نفر رسیده است.

جدول شماره ۱. میزان جمعیت و تعداد دانشجویان پزشکی مشغول به تحصیل و فارغ التحصیلان و پزشکان کشور از سال ۵۰ تا ۶۲

سال تحصیلی	شاخص‌های مهم آموزشی	جمعیت کشور	دانشجویان مشغول به تحصیل	فارغ التحصیلان	تعداد کل پزشکان کشور	جمعیت برای هریک پزشک
۵۰		۲۹/۶۰	۵۱۴۲	۳۹۰	۸۷۲۴	۳۳۹۴
۵۱		۳۰/۴۰	۵۴۶۲	۸۷۴	۹۵۳۵	۳۱۸۹
۵۲		۳۱/۲۲	۶۰۱۳	۸۷۲	۱۰۲۸۵	۳۰۳۶
۵۳		۳۲/۰۴	۵۱۹۱	۷۶۳	۱۱۳۷۳	۲۸۱۷
۵۴		۳۲/۸۷	۶۸۳۵	۹۰۷	—	—
۵۵		۳۳/۷۰	۶۰۲۱	۶۲۳	۱۲۴۴۰	۲۷۱۰
۵۶		۳۴/۶۵	۶۲۷۲	۷۲۴	۱۳۴۲۸	۲۵۸۰
۵۷		۳۵/۶۲	۷۱۰۶	۵۳۴	۱۴۷۰۰	۲۴۲۳
۵۸		۳۶/۶۵	۷۸۰۶	۶۴۸	۱۶۲۰۰	۲۲۶۲
۵۹		۳۷/۷۰	—	—	—	—
۶۰		۳۸/۷۸	—	۲۰۶۶	۱۵۱۸۲	۲۵۵۵
۶۱		۳۹/۹۰	۵۰۷۴	—	—	—
۶۲		۴۱/۰۶	۷۹۴۵	۳۹۶	۱۵۹۴۵	۲۵۷۵

جدول شماره ۲. شاخصهای مهم آموزشی دانشکده پزشکی دانشگاههای کشور در سال تحصیلی ۵۰-۵۱ تا ۶۴-۶۵

تعداد فارغ التحصیلان	تعداد دانشجویان شاغل به تحصیل	تعداد پذیرفته شدگان	تعداد کادر آموزشی نیمه وقت و حق تدریسی	تعداد کادر آموزشی تمام وقت	شاخصهای مهم آموزشی سال تحصیلی
۳۹۰	۵۱۴۲	۶۵۵	۴۹۳	۴۱۶	۵۰-۵۱
۸۷۴	۵۴۶۲	۸۱۴	۵۶۵	۶۰۸	۵۱-۵۲
۸۷۲	۶۰۱۳	۸۹۷	۴۷۵	۷۴۵	۵۲-۵۳
۷۶۳	۵۱۹۱	۷۶۲	۵۰۶	۸۸۰	۵۳-۵۴
۹۰۷	۶۸۳۵	۱۲۸۳	۵۶۴	۹۵۰	۵۴-۵۵
۶۲۳	۶۰۲۱	۹۶۹	۵۹۹	۱۰۵۷	۵۵-۵۶
۷۲۴	۶۲۷۲	۱۴۶۱	۶۱۴	۱۲۱۸	۵۶-۵۷
۵۳۴	۷۱۰۶	۱۴۳۵	۵۳۹	۱۱۳۴	۵۷-۵۸
۶۴۸	۷۸۷۴	۱۲۵۷	۵۱۷	۱۴۰۰	۵۸-۵۹
۲۰۶۶	۵۰۷۴	۱۹۷۰	۱۲۲	۱۳۰۲	۶۱-۶۲
۳۹۶	۷۹۴۵	۱۴۹۶	۳۵۸	۱۵۲۵	۶۲-۶۳
		۲۱۶۰			۶۳-۶۴
		۲۷۸۵			۶۴-۶۵

— چگونگی ارزیابی

نحوه ارزیابی دانشجویان هنوز هم همانند سالیان پیشین است. تنها پیشرفت حاصل در این زمینه استفاده از آزمونهای چند جوابی است. به ندرت می‌توان ارزیابی‌ای را پیدا کرد که معرف دانسته‌های واقعی دانشجویان آنچه که «باید بدانند» باشد و کمتری می‌شود ارزیابی‌ای را یافت که از روی روش خاص و منطبق با هدف از پیش تعیین شده‌ای انجام گرفته باشد.

— سازماندهی آموزشی

با توجه به تأثیر مستقیم سازماندهی آموزشی بر کل جریان آموزش باید دانست که سازماندهی آموزشی سالیان سال است تغییری نکرده است و مدیریت آموزشی نیز تقریباً در دانشکده‌های پزشکی کشور که ویژگی خاصی می‌طلبد فعلاً به روال دانشکده‌های دیگر انجام می‌گیرد. رابطه دقیق بیمارستانهای آموزشی و دانشکده به خوبی روشن نیست: بخشهایی که به حق باید شروع کننده دگرگونی در تمام جلوه‌های آموزشی باشند، نظیر بخش آموزش پزشکی و بخش پزشکی اجتماعی، تقریباً یا وجود ندارد یا اگر دارند حتی در دانشکده خود گمنام و مهجور مانده‌اند.

— ارتباط با نظام عرضه خدمات بهداشتی - درمانی

این ارتباط که هیچگاه نمی‌توان «وجود» و «وجوب» آن را انکار کرد، برحسب شرایط افراد مسئول در نوسان بوده است. نظام عرضه‌کننده خدمات هیچگاه یارای آن را نداشته است که آنچه را می‌خواهد طلب کند و نظام آموزش پزشکی نیز ندانسته یا دانسته و با توجه به این مطلب، بیشتر از پیش خود را در قالب دانشگاهی محدود کرده و از توجه به بعضی از زمینه‌های حقیقی خدمت دور مانده است. آنچنان که اساتید، جزیماستانهای آموزشی و آنهم بر بالین بیمار نمی‌توانند حضور یابند و خدمات درمان سر پای غالباً به وسیله کارورزان و دستیاران ارائه می‌شود و آنان معلمی نکرده درگیر تعلیم می‌شوند. نکته جالب در این مورد خاص این است که برای دروسی نظیر بهداشت و پزشکی اجتماعی زمینه‌های آموزشی عملی وجود ندارد و بخشهای پزشکی اجتماعی قادر به انجام رسالت سنگینی که در آموزش نوین پزشکی بر عهده دارند نیستند.

نکته آخر اینکه دو نظام آموزش پزشکی و عرضه خدمات بهداشتی - درمانی که جدا از هم قسمت اعظم معنای حقیقی خویش را از دست می‌دهند هیچ کدام در طراحی نظام هماهنگ بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در کشور یا نکوشیده‌اند یا به دلالتی موفق نبوده‌اند و به رغم تلاشهای گاه گاه گروههای علاقمند هیچگاه آن «پدیده مطلوبی» که باید «در جریان» باشد «پانگرفته است» و تأثیر این جریان بر کیفیت آموزش پزشکی در عدم انطباق آن با نیازهای جامعه مهمترین عامل برون

سطح منطقه بوده است - انجام می‌گرفت. دانشگاه شیراز، دانشگاه شهید بهشتی (ملی) و مرکز پزشکی ایران در طول سالهای ۵۰ تا ۵۵ هر کدام به نوعی تغییراتی در برنامه‌های آموزش پزشکی خویش و طریق اجرای آن به وجود آوردند. این تغییرات هر چند کم بود ولی به هر حال در راستای نوآوریها و دگرگونیهای مربوط به آموزش پزشکی در دنیا سیر می‌کرد، آنچنان که هر کدام به نحوی در سطح کشور و مراجع آشنا به آموزش پزشکی مطرح شدند. به هنگام انقلاب فرهنگی و وقفه در پذیرش دانشجویان، ستاد انقلاب فرهنگی با بهره‌گیری از نظرات اساتید دانشگاههای ایران به روش معمول تجدیدنظر در برنامه‌های آموزش پزشکی بازنگاری نمود و برنامه‌ای یکسان و هفت ساله و تقریباً کامل برای اجرا در تمام کشور ارائه داد که در سال ۶۴ این برنامه نیز در کمیته پزشکی شورای عالی برنامه ریزی مورد تجدیدنظر قرار گرفت و این بار هم برنامه‌ای یکسان و شش ساله برای اجرا در تمام دانشکده‌های پزشکی تهیه و تنظیم و ابلاغ گردید.

— کمبود ارتباط استاد و دانشجو

کمبود استاد که ناشی از علل مختلف است در جمیع رده‌های آموزشی و بخصوص در رشته پزشکی اساسی‌ترین مانع و مشکل در ایجاد حداقل ارتباط مفید و بالنتیجه جریان مناسب آموزش است. افزایش روزافزون تعداد دانشجویان به استاد ابعاد این مسأله کیفی را هر روز گسترده‌تر و پیچیده‌تر می‌سازد.

— نحوه تدریس

آموزش پزشکی در ایران هر چند در بسیاری موارد در تربیت پزشکان در معیار جهانی موفق بوده است، همیشه روشهای آموزش دنیای غرب را به کار برده است، بدون اینکه به موقع و برحسب ضرورت نوآوریها و تغییرات آن را پذیرفته باشد. لاجرم، آموزش پزشکی - چه از درون چه از برون - به عدم توجه به مسائل روز، بویژه در زمینه متدولوژی آموزشی متهم شده است. علت اصلی این شرایط، عدم آشنایی نظام آموزشی پزشکی کشور با پدیده آموزش به عنوان تکنیک و هنر و یک علم مستقل بوده است؛ و به این دلیل استادان و مربیان، به رغم ترقی روزافزون علم و فن آموزش پزشکی این شانس را نیافته‌اند که دوره‌های مخصوص آموزش را طی نمایند. بنابراین هر آنچه دارند از تجربه خویش یا مدل سازی اساتید پیشین خود کسب نموده‌اند. این برای جریان نوین آموزش پزشکی در دنیای امروز کافی نیست و به این دلیل است که روشهای تدریس مورد عمل از تازگی، نوآوری، روش منطبق با هدف و بهره‌گیری از وسائل جدید آموزشی و کمک آموزشی بهره کمی دارد و کار به جایی رسیده است که این عقیده خطرناک هر روز در بین دانشجویان پزشکی و حتی اساتید آنان فزونی بیشتری می‌یابد که اساتید دروس نظری تأثیری در آموزش دانشجویان ندارند.

سازمانی بوده است.

این مسئله نیازمند توجه به خط مشی‌های زیر است:

— افزایش معقول و آگاهانه ظرفیتهای فعلی با همکاری اعضای هیأت علمی دانشکده‌هایی که واقعاً این توان را دارند همراه با رفع نیازمندیهای آنان در زمینه‌های فنی، اعتباری، مدیریت و رفاه ...

— انتخاب بخشی از دانشجویان رشته پزشکی به طور منطقه‌ای ولی با رعایت حداقل دانش لازم برای ورود به دانشکده؛ به نحوی که آنان بتوانند حداقل دانسته‌ها و مهارت‌های لازم برای پزشک شدن را فرا گیرند.

— استفاده از توانهای بالقوه که در بعضی از مناطق کشور یا برخی از مؤسسات اجرایی وجود دارد.

— عدم پذیرش بیش از حد دانشجویان آنچنان که امکان ایجاد حداقل ارتباط بین استاد و دانشجو و حداقل شرایط لازم برای راه افتادن جریان دوطرفه آموزش باقی بماند.

(ج) طراحی نظامی از «خدمت و نیروی انسانی» که در آن نظام، به تعداد زیاد پزشک نیاز نباشد. چنین به نظر می‌آید اصلاح مسیری در آنچه که در برنامه پنجساله اول جمهوری اسلامی ایران نوشته شده است لازم می‌آید و در این اصلاح مسیر:

— بهورزان و بهداشتیاران در خط اول مناطق روستایی

— کاردانه‌های بهداشت خانواده و مبارزه با بیماریها در سطح میانی، اکثریت خدمات اولیه را باید انجام دهند و از پزشک فقط در مناطقی که احتمال خدمتگزاری کامل دارد می‌تواند مرجع ارجاع نیز باشد باید استفاده گردد. نگاهی مجدد به برآورد پزشکان مورد نیاز جامعه مهمترین مسئله از نظر اقتصاد آموزشی است، علی‌الخصوص اگر این دونکته را بدانیم که اولاً توسعه اجتماعی با پزشک به وجود نمی‌آید و ثانیاً تمام مشکلات بهداشتی - درمانی با «پزشک» حل نخواهد شد.

۲. بهبود و ارتقای کیفیت آموزش

برای بهبود کیفیت تدریس و ارزشیابی و آشنایی مدرسین با فنون جدید آموزشی و روشهای جدید ارزیابی و ارزشیابی باید مرکز تربیت معلم در رشته پزشکی در یکی از دانشکده‌های پزشکی کشور با همکاری سازمان بهداشت جهانی ایجاد گردد. به علاوه اعزام یک یا دو نفر از اساتید هر دانشکده پزشکی برای دیدن دوره‌های دانشگاهی آموزش پزشکی، اولین گام مهمی است که می‌توان در این راه برداشت. بدیهی است در این صورت به فاصله چند سال هر دانشکده پزشکی خود نیز می‌تواند دارای بخش آموزش پزشکی باشد، که اینها می‌توانند در ارتقای کیفیت تدریس مؤثر باشند و اساتید نیز ضمن آشنایی با روندهای جدید آموزش و رویه‌ها و راههای مختلف و نوین آزمون و ارزیابی، خواهند توانست نظام آزمون و ارزشیابی صحیح و علمی را برای دانشکده خود پی‌ریزی نمایند.

۳. سازماندهی مناسب آموزشی

در سازماندهی دانشکده پزشکی یا دانشگاه علوم پزشکی باید به نوعی عمل

چه باید کرد؟

۱. حفظ و افزایش نیروی انسانی پزشکی

مهمترین مسئله و تنگنا - چه در مورد پزشکی و چه در بخش بهداشت و درمان - کمبود نیروی انسانی پزشکی است که این پدیده توجه عمیق و همه جانبه به سه سیاست اصلی زیر را ضروری می‌سازد.

الف) حفظ نیروی انسانی پزشکی موجود تا سرحد امکان؛

ب) تربیت هرچه بیشتر نیروی انسانی پزشکی به نوعی که حداقل کیفیت رعایت گردد؛

ج) طراحی نظامی از خدمت و نیروی انسانی که در آن نظام، پزشک کمتری مورد نیاز باشد.

الف) حفظ نیروی انسانی پزشکی موجود نیازمند اتخاذ خط مشی‌های زیر است:

— احترام کامل به حرفه پزشکی و حفظ حقوق انسانی و اجتماعی شاغلین حرف پزشکی.

— توجه به نتایج کوتاه مدت و بلندمدت آیین‌نامه‌ها و قوانین خدمت به نوعی که وضع آیین‌نامه‌ها و قوانین، اثر معکوس در ماندگاری پزشکان در کشور نداشته باشد.

— توجه به شرایط زیستی و رفاهی پزشکان به نوعی که بخشی از پزشکان جوان فارغ التحصیل خارج و داخل با علاقمندی به خدمت اشتغال ورزند.

— توجه به ویژگیهای کشوری و بین‌المللی نیروی انسانی پزشکی و اتخاذ سیاستهای مناسب و مدیریت شایسته با رعایت تمام آنچه ظرافت خاص این حرفه طلب می‌کند.

— توجه به سرنوشت نسل قدیم خدمتگزاران بهداشتی کشور و در نظر گرفتن این نکته که پزشکان جوان برای خدمت در بهداشت، سرنوشت پیش کسوتان خویش را مورد بررسی قرار می‌دهند.

وزارت جدید التاسیس بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و هر دستگاه اجرایی و آموزشی دیگری اگر در مورد حفظ نیروی انسانی پزشکی موجود پنج خط مشی اساسی فوق را صمیمانه مورد عمل قرار دهد مسلماً می‌تواند به تدریج از همراهی و همیاری پزشکان در جمیع برنامه‌های خود بهره‌مند گردد. آنچه که این مطلب را به صورت ضرورتی ملی و کشوری نمودار می‌سازد این است که هیچ برنامه بهداشتی، درمانی و آموزش پزشکی کشور بدون حمایت قلبی و صادقانه پزشکان و اساتید دانشکده‌های پزشکی نمی‌تواند برای مدتی طولانی پایدار بماند و اگر هم ماندگار باشد نمی‌تواند ثمربخش و مفید واقع شود. بنابراین در تمام قوانین و مقررات و سازماندهی که برای خدمات بهداشتی - درمانی و نیروی انسانی پزشکی تهیه و تنظیم می‌شود این اصل را همه تهیه کنندگان - چه پزشک و چه غیر پزشک - بهتر است مورد توجه قرار دهند.

ب) تربیت هرچه بیشتر نیروی انسانی پزشکی به نوعی که حداقل کیفیت رعایت گردد:

(ب) هماهنگی در سازماندهی بین بخش آموزش و بخش بهداشت و درمان. سازماندهی بهتر است به نوعی طراحی شود که از هماهنگی شروع نماید و پس از تمرین آن به نوعی از تلفیق طبیعی و همکاری غیرقابل اجتناب و دست‌آخیریکی شدن برسد. در این مسیر ساختارهای معقول مختلفی را می‌توان در نظر گرفت که مرجح‌ترین آنها ساختارهایی است که بتواند نیروی انسانی پزشکی بیشتری را - چه در بخش آموزش و چه در بخش بهداشت و درمان - عملاً در پدیده‌های هماهنگی و همکاری و تلفیق به کار گیرد.

(ج) ایجاد ستاد توانا برای بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. ستادی که باید فعالیتهای بخش بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را برنامه‌ریزی و بر اجرای آن نظارت نماید باید ستادی باشد متشکل از اساتید مجرب و عالم و کارشناسان با تجربه و دانشمند. اگر چنین حالتی که توانایی فنی و تخصصی کارشناسان و مدیران را ایجاد می‌کند در تشکیلات پذیرفته شود و ستاد از مجموعه‌ای از این افراد تشکیل گردد دستگاههای مرکزی و استانی هماهنگ با هم در خدمت مردم قرار خواهند گرفت.

(د) توجه کامل به عدم تمرکز: ستاد مرکزی وقتی عدم تمرکز را پذیرا می‌شود که در کار خویش توانا باشد و بداند که چه باید بکند؛ زیرا اگر دانست که چه باید بکند می‌داند که اصل اساسی مدیریت که قدرت و توانایی در برنامه‌ریزی، ارزشیابی و هدایت و راهنمایی است در دست اوست و از سوی دیگر نکته‌ای که هیچگاه نباید فراموش شود این است که مدیریت بر مؤسسات اجرایی و آموزشی در بخش بهداشت و درمان که باید در عمل خویش مسئولیت و اختیار کامل داشته باشند جز به وسیله تفوق حرفه‌ای و دانش تخصصی ممکن و میسر نخواهد بود.

نکته آخر اینکه اگر اصول مذکور در فوق و خط مشی‌های مربوط به آنها پذیرفته شود مسلماً آموزش پزشکی و بهداشت و درمان کشور در راه پیشرفت قدم بر خواهد داشت که امید است چنین شود.

شود که دانشکده یا دانشگاه علوم پزشکی بتوانند به طور کامل خود را اداره نمایند. هر قدر از این قدرت - چه از نظر سازمانی و چه از نظر مدیریت - کاسته شود دقیقاً بر کیفیت آموزشی صدمه وارد می‌شود و دانشکده، بیمارستانها و مراکز بهداشتی - درمانی تابعه آن باید به عنوان یک پیکر واحد آموزشی تلقی شوند. سنت دانشگاهی کشور ما و شرایط مدیریت آن چنان است که اگر دانشکده پزشکی بر بیمارستانها و مراکز تابعه خود مدیریت و اقتدار نداشته باشد گمان نمی‌رود بتوان پدیده آموزشی مناسبی در آن بیمارستانها و مراکز به وجود آورد.

طبیعی است در مورد مدیریت درون دانشکده، هیچ‌گاه نمی‌توان و نباید اصول مدیریت بر جامعه دانشمندان را فراموش کرد که مهمترین آن دخالت مستقیم و هر چه بیشتر اساتید در مدیریتهای مختلف دانشکده است. ایجاد بخشهایی نظیر بخش آموزش پزشکی و بخش پزشکی اجتماعی و تقویت روزافزون این بخشها از مهمترین تغییرات درون سازمانی است که باید در دانشکده‌های پزشکی مورد توجه قرار گیرد.

۴. ایجاد نظام هماهنگ بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

چهار نکته مهم در ایجاد این نظام مؤثر است:

(الف) هماهنگی در تعیین خط مشی و برنامه ریزی. اگر چنین پدیده‌ای پا بگیرد آنگاه ارزشیابی و تدوین نظام سازمانی مناسب آن آسان خواهد بود و چنین کیفیتی وقتی جریان مطلوب خود را طی خواهد کرد که تفوق علمی و فکری مرجع تعیین خط مشی و برنامه ریزی از سوی دست‌اندرکاران بهداشت، درمان و آموزش پزشکی پذیرفته شده باشد و به همین دلیل است که در ترکیب سازمانی، شورایی که مسئول تعیین خط مشی و برنامه ریزی است به همان اندازه که وجود مقامات اصلی و صاحب قدرت کشور - نظیر وزرا - ضروری است حضور اساتید عالم و مجرب و کارشناسان با تجربه و دانشمند الزام آور است. بدیهی است نحوه گزینش اساتید و کارشناسان باید طوری باشد که آنان را از زیاری و حمایت سایر همکاران خویش بهره‌مند گرداند.

مراجع

۱. دفتر مطالعات آموزشی دانشگاه تهران، راهنمای دانشگاه تهران، سال تحصیلی ۱۳۵۲-۵۳، تهران.
۲. دکتر تقی رضوی، دکتر محسن ضیایی و دیگران، گزارش هیأت بررسی مسائل بهداشتی و درمانی کشور، تهران، بهمن ماه ۵۳.
۳. دکتر سیروس پیله‌رودی، دکتر کامل شادپور و دکتر حسن وکیل، نگرشی بر بهداشت، درمان و آموزش نیروی انسانی پزشکی، مجتمع آموزشی و پژوهشی وزارت بهداشت، تهران، دیماه ۱۳۶۰.
۴. مؤسسه تحقیقات و برنامه ریزی علمی و آموزشی وزارت فرهنگ و آموزش عالی، آمار آموزش عالی ایران، مجلات مربوط به سالهای ۱۳۵۰ تا ۱۳۶۲ تهران.
۵. نظام پزشکی ایران، آمار پزشکان و دندانپزشکان و مؤسسات درمانی نشریات آماری شماره ۱۰ و

۶. دکتر کامل شادپور و دکتر حسن وکیل (مترجمین) نقش دانشگاه‌ها در استراتژی بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰، تهران، ۱۳۶۳
۷. وزارت بهداشت، بررسی مسائل بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور، تهران اسفندماه ۱۳۶۲
۸. بررسی روشهای جدید تربیت پزشک، مرکز برنامه ریزی آموزشی وزارت فرهنگ و آموزش عالی، تهران، خردادماه ۶۳
۹. دکتر حسن وکیل، «نگرشی بر برنامه آموزش پزشکی» مجله دانشکده پزشکی دانشگاه شهید بهشتی سال ۹، شماره ۱، (تیر، مرداد و شهریور ۱۳۶۴) صفحه ۵۸-۶۲

10. Raja Bandranayke: Trends in curricula University of New South Wales, center for Medical Education, Research and Development, Australia, 1979

11. Tamas Fulop and Milton I. Romer: International Development of Health Man Power Policy, WHO offset Publication, No. 61, Geneva, 1982