

تغییرات برنامه‌های آموزش پزشکی در انطباق با نیازهای جامعه *

* دکتر فریدون عزیزی *

«پنجاه سال دانشگاه داشتیم و طبیبی که بتواند کفایت از ملت بکند و
احتیاج ملت را برآورده سازد بحسب اقرار خودشان نداریم...»
امام خمینی

ه بخشی از این مقاله در سمینار کشوری «نقش دانشکده‌های بهداشت و بخش‌های پزشکی اجتماعی دانشکده‌های پزشکی در نظام عرضه خدمات بهداشتی درمانی» بهمن ۱۳۶۴ ارائه شده است.
* استاد دانشکده پزشکی دانشگاه شهید بهشتی

۲. برنامه آموزش پزشکی. بیشتر برنامه های این از برنامه های مشابه دانشکده های پزشکی کشورهای غرب اقیاس شده بود و به خدماتی که پزشک باید در مناطق مختلف جامعه خود ارائه دهد کمترین توجه نمی شد. این برنامه، کمبودها و مشکلاتی داشت که در زیر توضیح داده می شود:

(الف) دانشجو، چه هنگام گذراندن دوره علوم پایه و چه زمان کارآموزی و کارورزی در بیمارستانها با مشکلات و مسائل اجتماعی و بهداشتی جامعه برخوردار نداشت. برنامه هفت ساله آموزش پزشکی همچون تولی، محصور به دانشکده و بیمارستانها بود که روحیه مدرک گرانی و مقام پرستی را قویت می نمود و آگاهی چندانی از واقعیتهای اجتماعی که دانشجو بعدها با آنها برخورد می کرد به اونمی داد.

(ب) آموزش عملی پزشکی محدود به آموزش بر بالین بیمار در بیمارستانهای دانشگاهی بود. در درمانگاه، برای دانشجوی پزشکی، آموزش یا وجود نداشت و یا به صورت بسیار غلطی به روش نسخه نویسی بدون توجه به تشخیص و مسائل مربوط به پیشگیری و آموزش های بهداشتی انجام می شد. دانشجوی پزشکی هرگز در مناطقی که قرار بود بعدها در آنجا خدمات خود را ارائه دهد - دور از محیط دانشکده و بیمارستانها - به کار اشتغال نمی یافت و با بیماری های رایج کشور خود و طرز کار در شرایط دشوار آشنا نمی کرد. عدم آموزش عملی پزشکی در مورد مسائل واقعی و رایج بهداشتی کشور سبب شده بود که پزشک فارغ التحصیل با سندروم های نادر و یا بیماری های شایع در کشورهای غربی آشنا نمی شد و با این بیماری های رایج در ایران و مشکلات بهداشتی روزمره مرون.

۳. مدرسین. با توجه به قدر و منزلت و خدمات بی شائبه بسیاری از استادی دانشکده های پزشکی باید اعتراف نمود که بسیاری دیگر خصوصیات اخلاقی و انسانی لازم را نداشتند و با ارزش های اسلامی نیز بیگانه بودند و مدارک آنان تنها شرط ورود به مؤسسات آموزش عالی بود. نظام منحط اجتماعی و الگویی که این گونه استادی برای دانشجویان پزشکی ترسیم می کردند، فرد متکبر، جاه طلب، علم گرا، بدون احساس، فاقد آشنا نی و توجه به مسائل بهداشتی و اجتماعی ملت خود و عاری از کمترین جنبه معنویت در حرفه مقدس پزشکی بود.

۴. کمیت. تا قبل از انقلاب فرهنگی، تعداد فارغ التحصیلان دانشکده های پزشکی ایران سالانه بین ۶۰۰ تا ۸۰۰ نفر بود. برای جمعیتی در حدود ۳۵ میلیون نفر که فقط ده هزار پزشک داشت و در سال حداقل یک میلیون نفر به آن اضافه می شد، تعداد کم پزشک سبب شده بود که هر سال از نسبت پزشک به جمعیت کاسته شود و کمبود پزشک محسوس تر گردد. به علاوه سالانه حداقل ۵۰٪ از فارغ التحصیلان، به کشورهای غربی مسافرت می کردند و بسیاری از آنان پس از اخذ تخصص مراجعت نمی کردند.^(۷) تا آنجا که تعداد پزشکان ایرانی مقیم خارج، از تعداد اطباء داخل مملکت افزون بود.

تریبت نیروی انسانی پزشکی که به نیازهای بهداشتی جامعه آگاهی کامل داشته باشد، یکی از مهمترین عوامل ارائه خدمات بهداشتی مطلوب در سطح جامعه است. از زمان تشکیل دانشکده های پزشکی در ایران تا پیروزی شکوهمند انقلاب اسلامی، آموزش در دانشکده های پزشکی شbahت تام به سبک و روش های دانشکده های پزشکی غرب داشت و از نظر کیفی و کمی، پاسخگوی نیازهای بهداشتی جامعه ما نبود. با شروع انقلاب فرهنگی در دانشگاه ها، برنامه های آموزش دانشکده های پزشکی نیز مورد بررسی قرار گرفت و با این هدف که فارغ التحصیلان این دانشکده ها باید آشنایی کافی به ارزش های اسلامی، فرهنگ جامعیه و رفع نیازهای بهداشتی کشور داشته باشد تغییراتی در این برنامه ها داده شد.

در این مقاله کمبودها و نقایص آموزش پزشکی قبل از انقلاب فرهنگی؛ تغییرات در برنامه آموزش پزشکی در جهت انتظام با نیازهای بهداشتی کشور، تنگناهای اجرای برنامه آموزشی مطلوب در دانشکده های پزشکی همراه با راه حل هایی ارائه شده است.

کمبودها و نقایص آموزش پزشکی قبل از انقلاب فرهنگی
شکی نیست که برنامه تریبت پزشک در دانشکده های پزشکی به هیچوجه در جهت تأمین نیازهای بهداشتی مردم ماند. تعداد کمی پزشک با اطلاعات پزشکی که خصوصاً در زمینه مسائل بهداشتی و بیماری های شایع مملکت بسیار ناقص بود تریبت می شدند که در جهت کسب مقام و رفاه و یا علم بیشتر کوشش می کردند و جنبه های معنی پزشکی را فاقد بودند.

مشخصات چنان برنامه آموزش پزشکی را می توان بشرح زیر خلاصه کرد:

۱. گزینش دانشجو. انتخاب دانشجوی پزشکی فقط بر مبنای علمی داوطلبان بود و بسیاری از پذیرفته شدگان از میان دانش آموزانی برگزیده می شدند که تحصیلات خود را در مدارس متاز شهری، علی الخصوص دبیرستانهای خصوصی، به پایان رسانده و از ساکنان شهرهای بزرگ و طبقات مرتفع جامعه بودند.^(۷) نقایص عمده این روش عبارت بودند از:

(الف) گزینش اخلاقی وجود نداشت و ممکن بود افراد بی مسئولیت و فاقد صفات اخلاقی، تنها به صرف پاسخ دادن به پرسشها به دانشگاه راه یابند.

(ب) به علت نحوه انتخاب، اکثر دانشجویان پزشکی با مسائل اجتماعی و بهداشتی شهرهای کوچک و روستاهای آشنا نی نداشتند.

(ج) علاقه واقعی فرد به حرفه پزشکی و خصوصیات انسانی او برای قبول مسئولیت این حرفه مقدس در نظر گرفته نمی شد.

(د) با توجه به نکات فوق، اکثر پذیرفته شدگان پس از اتمام تحصیلات از خدمت مستمر به مردم می هن خود سر باز می زندند و راهی کشورهای غربی می شدند.

پزشکی را داشته باشد.

بهدیهی است که رسیدن به اهداف فوق و تربیت پزشکانی که خصوصیات معنوی فوق را دارا باشند و بتوانند نیازهای بهداشتی مملکت را بشناسند و برآورزند سالهای طول خواهد انجامید. تغییرات عمده ای را که انقلاب فرهنگی در زمینه آموزش پزشکی ایجاد کرده است می توان به شرح زیر خلاصه کرد:

۱. گزینش دانشجو. گوینکه هنوز انتخاب دانشجوی پزشکی بر مبنای اطلاعات علمی است و در این گزینش، علاقه واقعی فرد به حرفه پزشکی و خصوصیات انسانی او برای تقبل این حرفه مقدس و نیز ثبات روانی او مورد ارزیابی قرار نمی گیرد، معهذا با اجرای گزینش انقلابی از ورود افراد فاسد و فاقد صلاحیت حتی الامکان جلوگیری می شود. گزینش سهمیه ای از نهادها و مناطق مختلف کشور سبب شده است که پذیرفته شدن در دانشکده های پزشکی از انحصار دانش آموزانی که تحصیلات خود را در مدارس متاز شهرهای بزرگ به پایان می رسانند خارج شود و اجازه ورود به دانش آموزان شهرهای کوچک داده شود چرا که آینان با مسائل اجتماعی و بهداشتی مناطق خود آشنایی بیشتری دارند و طبیعتاً تمایل بیشتری به اهتمام در رفع آنها خواهند داشت. بهدیهی است که در انتخاب سهمیه ها، سطح علمی داوطلبان سنجیده شده و خواهد شد.

۲. برنامه آموزش پزشکی. در تنظیم برنامه آموزش دانشکده های پزشکی نکات زیر مورد توجه قرار گرفت:

الف) با رعایت کیفیت آموزش، حتی الامکان از دروس نظری کاسته و به دروس عملی توجه بیشتری مبذول شود.

ب) دروس بهداشتی منطبق با نیازهای جامعه و کارآموزی بهداشت پس از پایان دوره علوم پایه است و یکماه نیز کارورزی بهداشت در نظر گرفته شده است.

ج) در دروس بالینی با توجه خاص به آموزش درمانگاهی، پیشنهاد شده است که بخش قابل توجهی از کارآموزی می باشد به آموزش در درمانگاهها اختصاص یابد و نحوه بررسی و درمان بیماران سرپایی با حضور اعضای هیأت علمی و دستیاران بخش به دانشجویان تعلیم داده شود.

د) برنامه آموزش پزشکی در کلیه دانشکده های پزشکی یکنواخت شده است.

ه) جزئیات هر درس توسط استادی دانشکده ها تنظیم شده و سعی شده است که به آموزش بیماریهای شایع در مملکت ما توجه خاصی مبذول شود.

باید در نظر داشت که اثرات ابتدایی انقلاب فرهنگی در دانشگاهها مانند از بین رفتن محیط غیراسلامی و جواغتشاش و آشایی پیشتر دانشگاهیان با جامعه و نیز وقوع جنگ تحمیلی و ارتباط تنگاتنگ دانشجویان با مسائل مربوط به جبهه در مرآکز آموزشی و درمانی و نیز اعزام کارورزان به جبهه ها در آشنایی بیشتر دانشجویان مشکلات جامعه سهم بسزایی داشته است. دو سال و نیم پس از اجرای برنامه آموزش پزشکی ستاد در

۵. فعالیتهای پژوهشی علوم پزشکی. در سال ۱۳۵۵، تعداد پژوهشگران گروه پزشکی ۱۶۱۲ نفر (۲۸٪ کل پژوهشگران کشور) بوده است ولی فعالیت پژوهشی در سطحی پایین و به صورتی بوده است که هر پژوهشگر به طور متوسط در هر ۵ تا ۶ سال یک طرح را اجرا و در هر سه سال یک مقاله منتشر می کرده است (۴).

به علاوه اکثر تحقیقات پزشکی منطبق با نیازهای بهداشتی درمانی جامعه نبود و از نظر رفع مشکلات موجود پزشکی مملکت نیز فاقد ارزش بود.

تغییرات در برنامه آموزش پزشکی پس از انقلاب فرهنگی کمیته پزشکی ستاد انقلاب فرهنگی پس از بررسی کمبودها و نقصای بر زمامه آموزش پزشکی به منظور تربیت اطبای متعدد براساس معارف و ارزشهای اسلامی و اصول علمی و فنی به منظور رفع نیازهای کشور در زمینه مسائل پزشکی رعایت اصول زیر را مد نظر قرار داد (۶):

۱. تقدیم تزکیه بر تعلیم؛

۲. توانم بودن تعلیم و تعلم و تحقیق و عرضه خدمات بهداشتی درمانی؛

۳. تطبیق محتوای برنامه های آموزشی با نیازهای بهداشتی و درمانی کشور؛

۴. استفاده از استادان متعهد، تمام وقت و متبحر در مسائل عمومی و تخصصی پزشکی.

خصوصیات، آگاهیها و توانهای فارغ التحصیل دوره دکترای پزشکی در اساسنامه دانشکده های پزشکی که توسط ستاد انقلاب فرهنگی تنظیم شده بود به شرح زیر است:

۱. پزشک می بایست تأمین بهداشت و درمان مردم را وسیله ای برای تقرب به خدا بداند؛

۲. بصیر و مورد اعتماد باشد؛

۳. از مشکلات بهداشتی و درمانی منطقه خود و کشور شناسایی کافی داشته باشد و با نظام عرضه خدمات بهداشتی و درمانی کشور آشنا و دارای قدرت انجام وظیفه در هر منطقه از آن باشد؛

۴. از دانش و مهارت لازم جهت پیشگیری و تشخیص بیماریها و درمان بیماران مبتلا به امراض جسمی و روانی برخوردار باشد و در صورت لزوم بتواند بیماران را به بخش های اختصاصی ارجاع دهد؛

۵. قادر به آموزش دانشجویان پزشکی و پرپزشکی، کارمندان فنی، اطرافیان بیمار و عامله مردم باشد؛

۶. در زمینه بهداشتی و درمانی به روشهای تحقیقی، اجرایی و کاربردی آشایی کافی داشته باشد و بتواند رهبری هیأت خدمات بهداشتی و درمانی اولیه را به عهده گیرد و به اعضا هیأت، آموزش های لازم را بدهد و خدماتی که هیأت عرضه می کند ارزشیابی نماید؛

۷. توانایی ادامه تحصیل و اخذ تخصص دریکی از رشته های

لازم برای امور پژوهشی و نیز درگیری بسیاری از اعضای هیأت علمی در کارهای اجرایی و یا درمانی بوده است.

مشکلات و پیشنهادات

باید اذعان کرد که برنامه آموزش پزشکی که در دانشکده های پزشکی اجرا می شود هنوز با نیازهای بهداشتی کشور انطباق کامل ندارد. بدینهی است که دگرگونی هر برنامه دانشگاهی با دشواریها و مشکلات فراوانی روبرو است و به گفته یکی از صاحبینظران جایه جا کردن کوه آسانتر از تغییریک برنامه دانشگاهی است. مسلم است که رسیدن به هدف «بهداشت برای همه» جز با همکاری دانشگاههای علوم پزشکی امکان پذیر نیست. عدم مشارکت دانشگاهها و عدم انطباق برنامه های آنان با امور اجرایی بهداشتی مملکت زایده دو علت عمده است: یکی عدم همکاری وزارت بهداری و دانشگاهها و عدم آشنایی هریک با مشکلات دیگری؛ و دوم علم زدگی و عدم انطباق برنامه های آموزشی دانشکده های گروه پزشکی با نیازها(۳). با تصویب و تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انتظار می رود که عامل اول از میان پرداشته شود و دانشکده های پزشکی و مسویون اجرایی امور بهداشتی با همکاری صمیمانه درفع مشکلات بکوشند. دانشگاههای علوم پزشکی باید در برنامه ریزی، اجرا و ارزشیابی خدمات بهداشتی در مملکت سهیم باشند تا با مسائل و مشکلات آشنایی کافی پیدا کنند. اهم مشکلات در زمینه برنامه آموزشی دانشکده های پزشکی و پیشنهادهایی جهت رفع آنها در زیر آورده می شود:

۱. گزینش دانشجو، علاوه بر توجه به مسائل اخلاقی و عدم فساد و نیز اطلاعات علمی در گزینش ها، مصاحبه حضوری توسط اساتید پزشکی، روانپزشکی، روانشناسی، جامعه شناسی با مقاضیان جهت انتخاب افرادی که علاقه واقعی به حرفه پزشکی دارند و از خصوصیات انسانی اسلامی جهت تقبل این وظیفه روحانی و نیز از ثبات روانی برخوردارند ضروری به نظر می رسد.

۲. برنامه آموزش پزشکی. تجربیات چند سال اخیر نشان می دهد که تغیرات در برنامه آموزش پزشکی تا آنجا که لازم بوده انجام شده است و با کسب تجربه فقط می توان تعدادی از واحدهای را جایه جا یا کم و زیاد کرد. مسئله اصلی نحوه اجرای برنامه آموزشی است که به طور مطلوب انجام نمی گیرد. دانشکده های پزشکی نتوانسته اند برنامه پیشنهادی را به نحوی اجرا کنند که فارغ التحصیلان آنها از نیازهای بهداشتی مملکت اطلاع کافی کسب نمایند زیرا:

الف) امکان تدریس دروس بهداشتی به نحوی مطلوب، گیرا و منطبق با نیازهای بهداشتی، به علت کمبود اعضای هیأت علمی متاخر، موجود نبوده است.

ب) امکان کارآموزی و یا کارورزی بهداشتی، به علت عدم وجود برنامه در مرآکز آموزش دهنده و کمبود اعضای هیأت علمی با تجربه، وجود نداشته است.

ج) باید توجه کرد که برای اینکه دانشجو در ارتباط محلی با خدمات بهداشتی تربیت شود و آموزش و عمل را توانماً انجام دهد

دانشکده های پزشکی، این برنامه توسط کمیته پزشکی شورایعالی برنامه ریزی انقلاب فرهنگی بازنگری و تغییراتی در برنامه داده شد(۱) که در جدول ۱ آورده شده است:

جدول ۱. تفاوت های برنامه آموزش پزشکی ستاد انقلاب فرهنگی و شورایعالی برنامه ریزی

عنوان	برنامه ستاد	برنامه شورایعالی برنامه ریزی	طول دوره
	۷ سال	۶ سال	
دروس عمومی	۳۶ واحد	۲۳ واحد	علم پایه
فیزیوپاتولوژی و سمیولوژی	۳۹ واحد	۳۱ واحد	کارآموزی
کارورزی	۸۸ واحد	۹۵ واحد	پایان نامه
پایان نامه	۶ واحد	۶۸ واحد	جمع واحد
	۳۳۱ واحد	۲۹۰ واحد	

۳. مدرسین. اعضای هیأت علمی که قادر به تطبیق خود با اهداف جمهوری اسلامی نبودند پس از انقلاب به خارج از کشور سفر کردند. آنان که باقی مانده اند با تعداد کمتر ولی با حداکثر توان و ایشارگری به امور آموزشی و درمانی اشتغال دارند. خوشبختانه اساتیدی که تفکرات، روشهای و نحوه برخورد آنان بتواند الگوهای بدی برای دانشجویان باشد کمتر بچشم می خورند و گزینش اعضای هیأت علمی در سطوح مختلف نیز این امیدواری را می دهد که به لطف الهی هر سال به تعداد اساتید متعهد و معتقد و درآشنا افزوده شود.

۴. کمیت. خوشبختانه در سالهای پس از انقلاب فرهنگی، پذیرش دانشجویان رشتہ پزشکی افزایش یافت، بطوریکه در سالهای ۱۳۶۱ و ۱۳۶۲ به ترتیب ۱۹۰۰، ۱۵۰۰ و ۱۵۰۰ نفر در دارند. در سال ۱۳۶۴ حدود ۲۹۰۰ نفر در دانشکده های پزشکی پذیرفته شدند؛ ولی با توجه به اینکه برای ۱۷ سال آینده حدود ۳۰ میلیون نفر به جمعیت کشور ما افزوده می شود و در سال ۱۳۸۱ حدوداً بالغ بر ۷۴ میلیون نفر خواهد شد و نیز با توجه به این واقعیت که فارغ التحصیلان دانشکده های پزشکی بین سالهای ۶۴ تا ۶۷ حدوداً ۳۱۰۰ نفر و کل پزشکان در آغاز سال ۱۳۶۸ فقط ۱۵۴۰۰ نفر (۳۱٪) پزشک به ازای هر هزار نفر (خواهد بود)(۵) نیاز به یک جهش بزرگ در افزایش پذیرش دانشجو احساس می شود.

عامل دیگری که به بیبودی نسبت پزشک به جمعیت کمک خواهد کرد، کاهش قابل توجه تعداد فارغ التحصیلانی است که به کشورهای غربی انتقال می یابند. این کاهش به علت مقررات مملکتی و نیز عدم نیاز کشورهای غربی به پزشکان خارجی به وجود آمده است.

۵. فعالیت های پژوهشی علوم پزشکی. پس از انقلاب اسلامی، پژوهشها کاربردی در زمینه شناسائی و رفع نیازهای بهداشتی - درمانی مملکت در دانشگاهها انجام شده است ولی تعداد آنها به نسبت اعضای هیأت علمی دانشگاهها بسیار ناچیز بوده است. این امر به علت وجود مشکلات در تهیه و استفاده از وسائل و تجهیزات کارکنان متخصص

اعضای هیأت علمی می بایست از راههای مختلف با اهمیت مسائل بهداشتی و آموزش پزشکی منطبق با نیازهای جامعه آگاهی یابند و در آموزش‌های عملی شرکت کنند. در زمینه افزایش تعداد اعضای هیأت علمی و افزایش جاذبه بیمارستانهای آموزشی جهت خدمت تمام وقت استاید و کاهش جاذبه های طب خصوصی اقدامات عاجلی ضروری است.

۴. کیت. طرح افزایش دانشجوی پزشکی به صورت ضربی حدود دو سال پیش در شورای هماهنگی وزارتی فرهنگ و آموزش عالی و بهداری مطرح و مورد بررسی قرار گرفت و سال گذشته با موافقت دو وزیر و تأیید نخست وزیر، با در اختیار گرفتن امکانات فضایی و بودجه ای محدودی، دانشکده پزشکی دانشگاه شهید بهشتی توانست حدود ۶۳۰ نفر دانشجوی سال اول را پذیرا شود و نیز در آغاز فعالیت دانشکده پزشکی شاخه قزوین با ۷۳ نفر دانشجو اهتمام ورزد.

این اقدام همراه با افزایش پذیرش دانشجو توسط سایر دانشکده های پزشکی، تعداد دانشجویان پذیرش یافته در سال ۶۴ را به حدود ۲۹۰۰ نفر (یعنی از سه برابر میزان قبل از انقلاب) افزایش داد. خوشبختانه با تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و هماهنگ شدن کلیه امکانات آموزشی، بهداشتی و درمانی مملکت امکان پذیرش تعداد بیشتری دانشجوی پزشکی در سال ۶۵ مهیا شده است. و همانگونه که در مقاله «افزایش دانشجویان پزشکی» آمده است، افزایش تعداد دانشجو به سالیانه ۴۰۰ نفر موجب خواهد شد که شاخص پزشک به ازای هر هزار نفر در سال ۱۳۸۱ به ۶۱/۰ بیهود یابد. بهترین راه حل، اهتمام در افزایش پذیرش دانشجوی پزشکی به سالیانه ۵۰۰ نفر است که سبب خواهد شد در سال ۱۳۸۱ به ازای هر ۱۴۰۰ نفر یک پزشک داشته باشیم. (۲)

۵. فعالیتهای پژوهشی. ایجاد جاذبه برای فعالیتهای پژوهشی در دانشگاهها از اولویت خاصی برخوردار است و مسؤولین باید با ایجاد امکانات پژوهشی، توجه خاص به پژوهشگران، و دراختیار گذاشتن بودجه و منابع اطلاعاتی در این راه کوشای بشنید. پیشنهاد می شود که اجرای طرحهای پژوهشی خدمات بهداشتی در اختیار دانشگاههای علوم پزشکی قرار گیرد و تسهیلات و جاذبه کافی از راههایی غیر از روشهای اداری فعلی فراهم آید. انتظار می رود که اجرای صحیح قانون تأسیس وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در توسعه امور پژوهشی پزشکی مفید باشد.

مشکلات زیادی وجود دارد. تا زمانی که دانشجو استادان و مریان خود را در کنار خود و مشغول خدمت در جامعه نبیند برای گذراندن این گونه دوره ها از خود رغبت نشان نمی دهد.

(د) تدریس بیمارستانی هنوز منحصر به تدریس برای بیماران بستری شده است. تدریس درمانگاهی مستلزم داشتن درمانگاههای فعال، با حضور استاید آشنا به مسائل پیشگیری و بهداشتی است که در کمتر مرکزی به چشم می خورد.

برای بهبود اجرای برنامه های آموزشی باید اهمیت آموزش مسائل بهداشتی و هدف «بهداشت برای همه» برای اعضای هیأت علمی دانشگاهها روش نیز در دانشکده های پزشکی مفید به نظر می رسد.

(الف) بخش های بهداشت دانشکده ها می بایست در آموزش مسائل بهداشتی به طور عملی فعالتر شوند. تجربیات سالهای اخیر نشان می دهد که مسئولین بهداشت و درمان و بهداری سابق در اجرای برنامه های آموزش عملی بهداشت، به علت کمی امکانات و کادر، موقتیت چندانی نداشته اند. آموزش دوره های کارآموزی و کارورزی بهداشت توسط بخش های بهداشت دانشکده ها و با همکاری استاید رشته های مختلف و احیاناً استفاده از طرح خدمت یکماهه استاید بسیار مناسب خواهد بود.

(ب) در صورتی که تعداد اعضای هیأت علمی کافی باشد، حضور آنها در درمانگاهها و عناصر خاص به جنبه های پیشگیری و بهداشت و درمان صحیح بیماران، بخصوص در بیمارستانهای دانشگاهی که اکثر آنها مستضعفترین مردم مملکت ما هستند، بسیار مفید و از تغییرات عمده ای است که هر دانشکده پزشکی می بایست در برنامه ریزیهای خود به طور مستمر مد نظر داشته باشد.

(ج) تقویض مسؤولیت ارائه خدمات بهداشتی - درمانی به جمعیت معینی در یک منطقه به هر یک از دانشکده های پزشکی در اجرای برنامه های عملی آموزش بهداشت ممکن است مفید باشد.

۳. مدرسین. جهت تأمین اعضای هیأت علمی، دانشگاههای علوم پزشکی نیاز فوری به تصویب قانونی دارند که بتوانند از فارغ التحصیلان متعهد و مطلع خود، قبل از اینکه از محیطهای علمی دور شوند، استفاده نمایند.

مراجع

۱. مشخصات کلی، برنامه و سرفصل دروس دوره دکترای پزشکی، شورای عالی برنامه ریزی، وزارت فرهنگ و آموزش عالی، ۱۳۶۴.
۲. فریدون عزیزی، افزایش دانشجویان پزشکی، مجله دانشکده پزشکی دانشگاه شهید بهشتی. سال ۹، شماره ۲، (آذر ۱۳۶۴).

۳. سازمان بهداشت جهانی، نقش دانشگاهها در استراتژیهای بهداشت برای همه. ترجمه: کامل شادپور، حسن وکیل، وزارت بهداری (۱۳۶۴).
۴. فریدون عزیزی، مسائل پژوهشی علوم پزشکی در دانشگاهها، در مجموعه مقالات و نقطه نظرات نخستین سمینار بررسی مسائل پژوهشی دانشگاهها و مؤسسات آموزش عالی کشور، دانشگاه فردوسی مشهد (۱۳۶۴).
۵. بررسی مسائل بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور، وزارت بهداری (۱۳۶۲).
۶. مشخصات کلی، برنامه و سرفصل دروس دوره دکترای پزشکی، ستاد انقلاب فرهنگی (۱۳۶۱).
۷. راهی نوبرای تندرستی، گزارش هیأت بررسی مسائل بهداشتی و درمانی کشور جلد اول، سازمان خدمات اجتماعی (۱۳۵۵).