



تجارب کاربردی در:

مدیریت آموزشی بر مبنای جامعه

تالیف و ترجمه:

دکتر سودابه وطن خواه

(دانشیار مدیریت خدمات بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران)

ساناز سهرابی زاده

پیوند باستانی

(دانشجوی دکتری تخصصی سلامت در بلایا و فوریت ها) (دانشجوی دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی)

زیر نظر:

دکتر محمود بیگلر

معاون توسعه مدیریت و برنامه ریزی منابع دانشگاه علوم پزشکی تهران

سرشناسه	: وطن خواه، سودابه، ۱۳۲۵
عنوان و نام پدیدآور	: تجارب کاربردی : در مدیریت آموزشی بر مبنای جامعه/تالیف و ترجمه سودابه وطن خواه ، ساناز سهرابی زاده ، پیوند باستانی.
مشخصات نشر	: کرج: سیدمحمود اخوت، ۱۳۹۱.
مشخصات ظاهری	: ۱۷۱ ص.
شابک	: 978-600-6065-30-4
وضعیت فهرست نویسی	: فیبا
یادداشت	: کتابنامه.
موضوع	: آموزش پزشکی
شناسه افزوده	: سیدان زاده، ساناز
شناسه افزوده	: باستانی، پیوند
رده بندی کنگره	: ۳۷۳/۶۰۷۱۱
رده بندی دیویی	: ۶۱۰/۷۱۱
شماره کتابشناسی ملی	: ۲۸۵۲۸۶۳



تجارب کاربردی در: مدیریت آموزشی بر مبنای جامعه

ناشر: سیدمحمود اخوت

تالیف و ترجمه: دکتر سودابه وطن خواه، ساناز سهرابی زاده، پیوند باستانی

تاریخ چاپ اول: ۱۳۹۱

تیراژ: ۱۰۰۰ نسخه

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۶۰۶۵-۳۰-۴

قیمت: ۲۶۰۰ تومان

تلفن امور کتاب دانشگاه: ۰۲۱-۸۶۷۰۲۵۲۸-۸۶۷۰۲۵۰۸

حق چاپ محفوظ

مسئولیت صحت مطالب، تماماً با نویسندگان است.

مقدمه ریاست دانشگاه

آموزش پزشکی جامعه نگر، آموزش پزشکی مناسبی است که هدف از آن تربیت پزشکانی است که هم می‌خواهند و هم می‌توانند به جامعه خود خدمت کنند و با مشکلات بهداشتی به نحو موثری رو برو شوند چرا که در آموزش پزشکی جامعه نگر پاسخگویی به نیازهای جامعه در نظر گرفته می‌شود.

این بدین معناست که پاسخگویی و تعهد اجتماعی در آموزش علوم پزشکی باید در تمام جنبه‌های مختلف آموزش دیده شود. از این جنبه‌ها می‌توان پاسخگویی به جامعه در برنامه‌های آموزشی چون آموزش در شرایط واقعی جامعه و آموزش در محیط طبابت آینده و نیز پاسخگویی به جامعه در برنامه درسی از جمله: اهداف آموزشی متناسب با نیازهای جامعه، رشته‌های جدید و متناسب با نیازهای جامعه، کوریکولوم آموزشی متناسب با نیازهای جامعه، محتوای آموزشی متناسب با نیازهای جامعه، به کارگیری روشها و متدهای مناسب و تکنولوژی آموزشی، امتحانات ارزشیابی متناسب با وظیفه شغلی آینده فراگیران، دانشجویان و پاسخ به جامعه، اساتید و پاسخگویی به جامعه، محیط آموزشی و پاسخگویی به جامعه، مدیریت آموزشی و پاسخگویی به جامعه را نام برد. بنابراین تمرکز آموزش پزشکی باید از بیمار محور بودن به سمت جامعه محور بودن همراه با طراحی برنامه های آموزشی جهت اندازه گیری و بهبود سلامت و درک نیازهای بهداشتی جامعه حرکت کند. یک رویکرد ممکن در این راستا، تاکید بر مشارکت بیماران و یادگیری فعال دانشجویان علوم پزشکی می باشد که باعث تشویق دانشجویان در تشخیص جامعه نگر، ارزیابی محلی سلامت و نیازهای مراقبت بهداشتی می‌شود. از سوی دیگر، هدف از آموزش پزشکی جامعه نگر آشنا نمودن دانشجو با واقعیات طبابت در جامعه و معرفی نقش پزشک در اجتماع است که علاوه بر آموزش بالینی دانشجو در مکانی که بیمار زندگی می کند این امکان را می دهد که بیماران نیازمند به مراقبتهای خاص و فوری از بیمارانی که نیاز به تامل در روشهای تشخیص و درمان دارند، تفکیک داده شوند .

مجموعه حاضر حاصل تلاش مولفان در راستای گردآوری مطالب کاربردی و شواهد عملی کشورهای مختلف در زمینه آموزش پزشکی جامعه نگر می باشد که توانسته است به نحو شایسته ای ضمن بیان اصول و کلیات آموزش پزشکی مبتنی بر جامعه به تبیین برنامه های کاربردی کشورهای مختلف در این زمینه بپردازد و نوشتار ارزشمندی را برای علاقه مندان در این زمینه و دانشجویان و محققان در بحث آموزش پزشکی و مدیریت برنامه های آموزشی ، به دست بدهد.

دکتر باقر لاریجانی

رئیس دانشگاه

مقدمه معاونت توسعه مدیریت و برنامه ریزی منابع

جامعه نگری مفهومی است که امروزه توجه به آن بیش از هر زمان دیگر جهت ارائه خدمات در قلمرو رشته های وابسته به علوم پزشکی احساس می گردد. در این روش، از جامعه به عنوان محیط یادگیری، بیشترین استفاده به عمل می آید و در این محیط نه تنها دانشجویان بلکه استادان، اعضای جامعه و نمایندگان دیگر بخش ها نیز به نحوی مشارکت فعالانه دارند. از سوی دیگر، به کارگیری روش «آموزش پزشکی جامعه نگر» می تواند در راستای اصلاح رویه های آموزشی موجود و به منظور کاربرد خدمات دانشجویان در سطح جامعه، روشی مناسب و سودمند باشد. ضمن آنکه می تواند موجب ارتقای سطح آموزشی دانشجویان و مهارت های عملی آنان در زمینه برقراری ارتباط موثر با مددجویان، تفکر انتقادی، ابتکار عمل و همزمان با آن تقویت مهارت های مدیریت، رهبری و مشاوره شود.

البته اجرای کامل آموزش پزشکی جامعه نگر در دانشگاه های کشور همتی بالا می طلبد و وجود موانعی نظیر تردید در ضرورت اجرای آموزش پزشکی جامعه نگر، کمبود واحدهای مناسب (عرصه)، عدم اختصاص بودجه کافی و ... از مشکلات اجرایی کار می باشد.

در همین رابطه، کتاب حاضر که حاصل تلاش جمعی از اساتید و دانشجویان علاقه مند به مقوله آموزش پزشکی و در راس آن آموزش پزشکی مبتنی بر جامعه بوده است، ضمن گردآوری شواهد ارزنده ای از تجارب سایر کشورها، به تبیین ضرورت و اهمیت اجرای پزشکی جامعه نگر در کشور و ارائه پیشنهادات کاربردی جهت اشاعه و گسترش بهیچیه آن در سطح واحدهای تحت پوشش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی پرداخته است، باشد که مورد توجه و استفاده علاقه مندان قرار گیرد.

دکتر محمود بیگلر

معاون توسعه دانشگاه

مقدمه مولفان

آموزش پزشکی جامعه نگر یا آموزش مبتنی بر نیازهای جامعه موجب می شود که آگاهی از نیازهای بیماران افزایش یافته و عملکرد پزشکان ارتقا یابد. از سوی دیگر، آموزش پزشکی جامعه نگر سبب می گردد که تمرکز آموزش پزشکی، از بیمار محوری به جامعه محوری سوق داده شود و همزمان نیازهای جامعه به طور عمیق مورد سنجش قرار گیرد.

در کشور ما علی رغم نقاط قوتی چون وجود عرصه های مناسب بهداشتی درمانی جهت آموزش جامعه نگر، گستردگی و تعدد واحدهای بهداشتی درمانی در قالب سطوح مختلف ارجاع، وجود بخش های پزشکی اجتماعی در دانشگاه های علوم پزشکی، وجود مراکز توسعه آموزش پزشکی در دانشگاهها، وجود دانشجویان علاقه مند و اساتید توانمند که برای آموزش پزشکی جامعه نگر برشمرده شده است، همچنان نقاط ضعفی نیز به چشم می خورد که از آن جمله می توان به ارتباط ضعیف و ناهماهنگی بین بخش آموزش با بهداشت و درمان، کمبود امکانات، تجهیزات و اعتبارات لازم برای بخش جامعه نگر، تمرکز بر آموزش بیمارستانی و جاذبه بیشتر آن نسبت به حیطه جامعه و مشکلات ساختاری و تشکیلاتی اشاره کرد. لذا به نظر می رسد که هنوز جا برای مطالعات و تحقیقات کاربردی در این زمینه باقی است.

کتاب حاضر، مجموعه ای کاربردی در زمینه تجارب کشورهای مختلف در آموزش پزشکی جامعه نگری است. ساختار کتاب در قالب بیست و دو عنوان اصلی طراحی شده است به نحویکه مباحث اول تا ششم به ترتیب به تاریخچه آموزش پزشکی و آموزش پزشکی جامعه نگر، مشکلات آموزش پزشکی، پاسخ ها و راهکارهای آموزش پزشکی به مشکلات موجود، کاربردهای پزشکی جامعه نگر و مدل های کاربردی جامعه نگری، اختصاص یافته است.

مروری بر ابعاد مختلف آموزش پزشکی جامعه نگر در جهان مبحث بعدی است که به آن پرداخته شده و در پی این بحث تجارب کشورهای مختلف چون نیجریه، استرالیا، سودان، نپال، ویتنام، مالزی، فنلاند، پاکستان، کانادا، انگلستان، افریقای جنوبی و اندونزی، در زمینه آموزش پزشکی جامعه نگر، به ترتیب آورده شده است.

در مبحث بعد به مروری بر آموزش پزشکی جامعه نگر در ایران پرداخته شده و در نهایت، مباحث بیست و یکم و بیست و دوم به جمع بندی و ارائه راهکارها و پیشنهادات کاربردی، اختصاص یافته است.

در نهایت، نویسندگان، ضمن پذیرش هر گونه کم و کاستی احتمالی در مطالب و محتوای کتاب، امید آن دارند که مجموعه حاضر، مورد استفاده و توجه اساتید، دانشجویان، محققان و علاقه مندان به مباحث آموزش پزشکی و خصوصا آموزش پزشکی جامعه نگر قرار گیرد و نظرات سازنده و ارزشمند این عزیزان بتواند در ارتقای هر چه بیشتر مطالب و مضامین موجود و پر بارتر شدن کتاب در چاپ های احتمالی بعدی یاری گر و کمک رسان باشد.

در پایان از زحمات سرکار خانم دکتر پویا جهت طراحی جلد و مدیریت مراحل اجرایی کمال قدردانی و تشکر را دارد.

گروه مولفان

خرداد ۱۳۹۱ - تهران

فهرست مطالب

تاریخچه :	۱۱
مشکلات آموزش پزشکی	۱۴
پاسخ های آموزش پزشکی به مشکلات و چالشها	۲۱
کاربردهای پزشکی جامعه نگر :	۳۹
پزشکی جامعه نگر:	۴۴
مدل های کاربردی	۴۹
مروری برابعاد مختلف آموزش پزشکی جامعه نگر در جهان :	۶۵
آموزش پزشکی جامعه نگر در نیجریه:	۶۵
چگونگی کسب موفقیت در رابطه با آموزش پزشکی در استرالیا:	۶۹
سودان	۷۹
نیپال :	۸۳
ویتنام	۸۸
مالزی :	۹۷
فنلاند :	۱۰۰
پاکستان:	۱۰۲
کانادا	۱۰۸
انگلستان	۱۱۲
افریقای جنوبی	۱۳۰
اندونزی :	۱۳۲
مروری بر آموزش پزشکی جامعه نگر در ایران	۱۴۱
جمع بندی :	۱۴۸
پیشنهادهای و راهکارها	۱۶۱
منابع :	۱۶۸

www.ketab.ir



تاریخچه :

آموزش علوم پزشکی به سبب نیاز به عرصه‌های متنوع یادگیری در گستره وسیع و شکل‌گیری مسائل مرتبط با سلامت و بیماری مردم، نسبت به سایر آموزش‌ها از ویژگی‌های خاصی برخوردار است که در آموزش بالینی به مفهوم وسیع آن متبلور می‌شود. پزشکی به عنوان یک حرفه مقدس و به عنوان یکی از حساس‌ترین حرفه‌ها از هزاران سال پیش مطرح بوده است و اطبا در دوره‌های مختلف نقش‌های مهم و حساسی را ایفا کرده‌اند. پیشرفت‌های فناوری و گسترش دانش علوم پایه با سرعتی سرسام‌آور در اوایل قرن بیستم سبب شد که پزشکی کاملاً "دگرگون شده و از حالت یک حرفه یا فن که به صورت سینه به سینه آموخته و آموزانده می‌شد، خارج گردد. مدارس پزشکی در این زمان وظیفه تدریس علوم پایه و بالینی و آموزش مهارت‌های فنی را به دانشجویان بر عهده گرفتند و به همین دلیل بیمارستان‌های وابسته به مدارس پزشکی به وجود آمدند که عرصه‌ی آموزش مهارت‌های بالینی باشند.

از سوی دیگر، امروزه شاغلان حرفه‌های پزشکی با چالش‌های متفاوتی چون تغییرات اجتماعی اقتصادی، تغییرات جمعیت شناختی، تغییر در سطح انتظارات مردم و تاکید بر آموزش‌های اولیه و .. نسبت به همکاران خود در سالهای قبل مواجه می‌باشند که این چالش‌ها خود زمینه ساز گسترش مفاهیمی چون آموزش پزشکی جامعه نگر گردید.

با ظهور مفهوم جدید سلامتی و بهداشت و به دنبال ندای تحولات جهانی در آموزش پزشکی که اولین نشست جهانی آن در سال ۱۹۷۸ در آلمانا قزاقستان شروع و استراتژی PHC به عنوان گامی اساسی در دستیابی به هدف بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰ پیشنهاد شد و پس از آن مصوبات گردهمایی جهانی ادینبورگ در اسکاتلند در سال ۱۹۸۸، ضرورت تغییر در برنامه‌های آموزش پزشکی بر مبنای نیازهای جامعه و نقش نوین پزشک قرن آینده سبب شد که در برنامه‌های آموزش پزشکی تغییراتی رخ دهد به

نحوی که توانمندی های فارغ التحصیلان در شناسایی مشکلات بهداشتی درمانی جامعه و نحوه انجام مراقبت و حفظ سلامت مردم افزایش یابد که این امر منجر به تغییرات در برنامه های آموزش دوره پزشکی عمومی گردید. این کنفرانس جهانی، برای ارتقای کیفیت آموزش پزشکی، ساختاری تشکیلاتی با عملکرد در چهار سطح جهانی، منطقه‌ای، کشوری و مؤسسه‌ای تعیین کرد. شش انجمن منطقه‌ای فدراسیون جهانی آموزش پزشکی، ضمن پیوستن به شش منطقه سازمان جهانی بهداشت، با دیگر مؤسسات و سازمانها، بخصوص یونیسف، یونسکو، برنامه‌های عمران سازمان ملل و بانک جهانی مناسبات متقابل برقرار ساخت و از این راه شبکه بین‌المللی گسترده‌ای را برای دست یافتن به تغییرات مورد لزوم در آموزش پزشکی برپاداشت. این کنفرانس سلسله‌ای از طرحها و فعالیت‌ها را به حرکت درآورد که تا به امروز ادامه دارد.

گردهمایی جهانی سال ۱۹۹۲ طیف وسیعی از مسائلی را که بر آموزش پزشکی اثر می‌نهد، بررسی کرد. دویست و چهل شرکت کننده از ۸۰ کشور جهان، که هر یک در کشور خود نقش رهبری داشتند در این گردهمایی حضور یافتند. هدف اصلی گردهمایی، مرور نظام یافته (سیستماتیک) تمامی مسائل، یافتن پاسخهای ممکن و تنظیم استراتژی‌هایی برای اجرای توصیه‌ها در سراسر جهان بود.

گردهمایی جهانی آموزش پزشکی در سال ۱۹۹۳ یک رویداد عمده بین‌المللی در رشته پزشکی بود. کنفرانس جهانی سال ۱۹۷۸ درباره مراقبتهای اولیه بهداشتی (در آلماتای اتحاد جماهیر شوروی سابق) که در آن برنامه بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰ پا گرفت، و کنفرانس سال ۱۹۸۸ فدراسیون جهانی آموزش پزشکی که به تنظیم اعلامیه ادینبورگ منجر شد مقدمه این گردهمایی را تشکیل می‌داد.

اعلامیه، دستورالعمل‌هایی را برای پیشرفت آموزش پزشکی به سوی بهداشت و سلامت نوع بشر تعیین کرد. علی‌رغم موانع حاصل از :

- توسعه نیافتگی در برخی از کشورها،
- معکوس شدن روند توسعه در برخی دیگر،
- و پیچیدگیهای جریان تغییر



پیشرفت به سوی این هدفها قابل ملاحظه بوده است. عمل کردن آموزش پزشکی به این وظیفه واجب است و نمی‌توان آن را به حال خود رها کرد یا به وقوع رویدادهای تصادفی وا گذاشت.

گردهمایی جهانی سال ۱۹۹۳ با مقوله‌های تازه‌ای روبه‌رو بود. تغییرات جاری جهان، بر آموزش پزشکی تأثیر عمیقی دارد:

- ازدیاد فراوان جمعیت در برخی از کشورها
- جابجایی‌های وسیع در ساختارهای سیاسی ملی و منطقه‌ای
- رکود اقتصادی
- منابع رو به کاهش
- جنگها و خشونت
- گسترش عالم گیر ایدز
- احیای دوباره بیماریهایی که تصور مهار شدن آنها می‌رفت
- آشفته‌گی نظامهای خدمات بهداشتی و پوشش ناکافی آنها
- افزایش خارج از کنترل قیمتها

اعتقاد عمومی بر این است که دانشکده‌های پزشکی برای پاسخگویی به این مسائل با نارساییهای جدی و شدید روبه‌هستند. دانشگاه‌ها و دانشکده‌های پزشکی غالباً سرگرم مشغله‌های آکادمیک خویش و به دور از نگرانی‌های جامعه به نظر می‌رسند. سیر پزشکی به سوی تبدیل شدن به کسب و کار، انحراف آشکار آن، از تعهدی است که به طور سنتی در قبال مراقبت و شفای مردم داشت. پیشرفت در تکنولوژیهای زیست پزشکی گاه به معنی کاهش جنبه‌های انسان دوستانه در پزشکی تلقی شده است. پزشکان به منزله موجوداتی بی مهر نسبت به برخی از بیماران، مانند مبتلایان به ایدز، نگریسته می‌شوند.

پزشکی، شدیداً در زیر ذره بین قرار دارد. پیشرفتهای علمی درهای تازه‌ای را به سوی مراقبتهای بهتر از فرد و جامعه باز کرده است؛ نظامهای بهتر مراقبتهای بهداشتی نوید بخش عدالت است؛ و نوآوریها در آموزش پزشکی راههای مهمی را برای تغییر، پیش پا می‌گذارد. ولی همچنان آموزش پزشکی با نارساییهای جدی روبه روست.

پس از مطرح شدن استراتژی PHC در آلماتا ایده ادغام بین آموزش و ارائه خدمات در مجامع علمی دنیا مطرح گردید. در حال حاضر ۳۰٪ از دانشکده های پزشکی آمریکا از ائتلاف عرصه های علمی و خدمات پزشکی به وجود آمده است که نمونه‌هایی از آن را می‌توان در دانشگاه‌های پنسیلوانیا، میشیگان، نیومکزیکو، داکوتای شمالی، کارولینای شمالی، مایو کلینیک و دانشگاه دوک نام برد. در کانادا دانشگاه ماک مستر، در گلاسکو انگلستان، در هلند دانشگاه ماستریخت و در مصر دانشگاه کانال سوئز نیز از جمله دانشگاه‌هایی هستند که آموزش پزشکی را با عرصه‌های خدمات بهداشتی درمانی به درجات مختلف در هم ادغام نموده‌اند. مشارکت در عرصه‌های آکادمیک پزشکی و عرصه‌های خدمات، در سال ۱۹۹۵ در کنفرانس منطقه مدیترانه شرقی در العین امارات متحده عربی و در سال ۱۹۹۷ در نشست بارسلون مورد تبادل نظر و بحث قرار گرفته و پاسخگوئی و مسئولیت پذیری دانشکده‌های پزشکی در مقابل نیازهای جامعه مورد تاکید قرار گرفت. این ایده توسط فدراسیون جهانی آموزش پزشکی و سازمانهای جهانی UNFPA، WHO و UNICEF نیز مورد حمایت قرار گرفت.

مشکلات آموزش پزشکی

آموزش پزشکی در قرن بیستم، تغییرات قابل توجهی به خود دیده است، از زمانی که فلکسنر، بر ایجاد علم آموزش پزشکی تاکید نمود. رشد آگاهی علمی منجر به تقسیم بندی کوریکولوم شد و آموزش دهندگان پزشکی در جستجوی راههای جدید تر سازماندهی محتوا بودند. این موضوع منجر به ایجاد کوریکولوم های ادغامی در نیمه دوم



قرن شد. دانشکده های پزشکی شروع به بنیان نهادن واحدهای آموزشی جهت آماده سازی اساتید هیات علمی و تسهیل پیشرفت ها نمود. رشد برنامه های انتخابی^۱، مواجهه زود هنگام با تجربیات بالینی، یادگیری مبتنی بر مشکل و آموزش پزشکی جامعه نگر (COME)، مقوله های دیگری بودند که در ربع چهارم این قرن پدیدار شدند.

به تحقیق، مهمترین اهداف دانشگاههای علوم پزشکی، تربیت نیروی انسانی متخصص و کارآمد و ارائه خدمات بهداشتی درمانی متناسب با نیازهای جامعه و توجه به امکانات و شرایط موجود در جهت ارتقای سلامت است اما تربیت نیروی انسانی متناسب با نیازهای بهداشتی و درمانی جامعه مستلزم تغییر در شیوه های آموزشی موجود می باشد. سیاستگذاران آموزش پزشکی معتقدند که نظام آموزش پزشکی باید در جهتی توسعه یابد که بتواند ضمن بهره گیری از تازه ترین دستاوردهای علمی جهان با نیازهای جامعه نیز سازگار باشد.

اما آموزش پزشکی، به ویژه در دو دهه آخر قرن بیستم، با انتقادات جدی و گسترده ای از طرف متخصصین و دست اندرکاران آن مواجه گشت، به طوری که بسیاری از انجمنهای تخصصی، سازمانها و متخصصین، خواستار تغییر و انجام اصلاحات جدی در آموزش پزشکی گردیدند. هر چند تقاضا برای اصلاح، به هیچ وجه به معنای نادیده گرفتن تلاشهای گذشتگان نمی باشد، ولی سرعت تغییرات در نظام سلامت و نیازهای جامعه، بازنگری در آموزش پزشکی را به نحوی که پزشکانی متناسب و آماده برای رویارویی با مشکلات قرن بیست و یکم تربیت کند، ضروری می نماید. برخی از انتقاداتی که به آموزش پزشکی، به خصوص در دو دهه آخر قرن بیستم وارد شده است، عبارتند از:

۱. برهم خوردن نسبت نیروهای متخصص در مقابل نیروی عمومی
۲. تمرکز بیش از اندازه محتوای آموزشی بر درمان بیماریها
۳. فقدان جایگاه جدی آموزش اخلاق پزشکی در برنامه های آموزشی
۴. فقدان موضوع طب جایگزین در آموزش پزشکی

^۱ Elective

۵. فقدان آموزش در زمینه‌های علوم اجتماعی و انسانی

۶. تمرکز بر آموزش بیمارستانی

۷. فقدان آموزش بر روی بیماران مرحله آخر حیات

فقدان تناسب بین تخصص‌گرایی و کلان‌نگری در آموزش پزشکی موجب قطعه قطعه شدن مفاهیم جامع در سلامت و آموزش پزشکی شده به نحوی که برخی از دست‌اندرکاران آموزشی را دچار فقدان بینش جامع، کلان و کلی از سلامت نموده است. توقع عمومی از پزشکی بسیار زیاد است، با پا گرفتن جریان دموکراسی که امروز در بسیاری از نقاط جهان رخ داده است، تقاضا برای خدمات بهداشتی افزایش خواهد یافت. نقش سنتی پزشک به عنوان یک شفا دهنده، همراه با پیشرفتهای شگرف علم زیست پزشکی، تقاضای وسیع تری را برای خدمات بهداشتی پدید آورده است. اگرچه در آغاز، مصرف کنندگان خدمات پزشکی غالباً تابع خدمات موجود بودند، اما امروزه بهره‌مند شدن از مزایای طب نوین، فعالانه از جانب بیماران آگاه‌تر درخواست می‌شود و بازار نیز به این تقاضا جواب می‌دهد. ولی زمینه‌ای که پزشک در آن کار میکند نیز با جنبشی متناسب با مسائل و پیچیدگیهای خاص خود در حال تغییر بوده است، الگوهای جمعیتی و بیماری و مرگ، تحول یافته است، غالباً به نظر می‌رسد که پزشک قادر به کنترل تبعات تصمیم‌گیریهای بالینی خود در ایجاد هزینه‌های درمانی نیست، خدمات بهداشتی به آنان که محتاج ترند نرسیده است، قیمتها به نحوی پدیدار می‌شود که افزایش دارد، فشار بازار کار طبابت را به سوی تجارت سوق داده است، متخصصان بیش از حد نیاز تربیت می‌شوند و حال آنکه پزشکان عمومی، مورد نیاز هستند و به آنها دسترسی نیست، پیشگیری از بیماریها به حداقل رسیده است و این اعتقاد تقویت می‌شود که از نقش پر حرمت و مقدس پزشک به عنوان نگاهبان سلامت و یاور دوران دردمندی فقط ردپا و یادگاری از گذشته‌ها بر جای مانده است.

حال سوال اینجاست که در برابر این تغییرها و خرده گیرها، آموزش پزشکی در چه جایی قرار دارد و جایگاه حافظان آن یعنی دانشگاه‌ها کجاست؟ به این تناقض باید توجه



کرد که علی رغم همه این انتقادات، چه در جنبه‌های علمی و چه در کیفیت طبابت و آموزش پزشکی، پیشرفتهای فراوانی رخ داده است. مفاهیم تازه که برای اعتلای بهداشت و درمان بهتر، وجه اساسی دارد به برنامه‌های آموزشی راه یافته است. شیوه‌های مؤثرتر یاددهی به کار گرفته می‌شود. آموزش با گذر از مرز روال‌های آکادمیک به کانون واقعیت‌های جامعه، یعنی محل بیشترین نیازهای بهداشتی پا گذارده است. ولی همه این پیشرفتهای عظیم، حالتی تکه تکه و پراکنده دارد، به طوریکه بسیاری از دانشکده‌های پزشکی را دست نخورده بر جای گذاشته و قادر نبوده است که برای دگرگونی استوار، جمع کثیر مورد لزوم را فراهم آورد. آموزش پزشکی برای کاستن از ضعفها و افزودن به قوت‌های خود نیازمند آن است که هرچه زودتر جایگاه خویش را باز یابد و این کاری بس دشوار است چرا که در بسیاری از جنبه‌ها، قلمروهای کار خارج از کنترل آموزش پزشکی قرار دارد. زمینه کار پزشکی را به دلیل برخورد با عوامل اقتصادی، فرهنگی، سیاسی، اداری و محیطی، می‌توان زمینه‌ای اجتماعی دانست. پزشکی باید در به نظم کشیدن نظامها و زمینه‌هایی که ناگزیر از کار در آنهاست نقش مؤثرتری ایفا کند. در گذشته مبانی اخلاقی کار طبابت در پدید آوردن حرمت برای آن سهمی بسزا داشته است. امروز شناخت پزشکی از خویش و ارزشهای اخلاقی درباره مناسبات میان پزشکان و بیماران، و میان عرضه کنندگان خدمات بهداشتی و مردم روبه افزایش است. به طور روز افزون اخلاق پزشکی جزو بخش‌های لازم برنامه‌های درسی به حساب می‌آید و آموزش آن از کلاس درس به بالین بیمار و جامعه، جایی که دانشجویان از رابطه متقابل با دیگران چیز یاد می‌گیرند تغییر مکان می‌دهد. ولی همان آشفتگی‌هایی که در معیار جهانی بر کل جریان پزشکی اثر می‌گذارد بر زمینه‌های اخلاقی نیز حاکم است. پیشرفتهای علمی و محدودیتهای منابع، پرسشهای اخلاقی تازه‌ای را پدید آورده است. الگوی مناسب علم در پزشکی، دیگر به علوم پزشکی محدود نمی‌شود بلکه علوم اجتماعی و روان شناختی را نیز دربر می‌گیرد. امروز شاخه جدیدی از اخلاق پزشکی به مسائل مربوط به ارزش پول، و به اخلاق حاکم بر اولویتها و تخصیص منابع در تناسب با نیازهای بیماران و جامعه توجه دارد. عدالت اجتماعی و فرصتهای برابر برای همگان از

حمایت فزاینده‌ای برخوردار شده است. تأکید بیشتر بر دموکراسی، مشارکت در تصمیم‌گیریهای پزشکی را جابه‌جا کرده است: از نقش سنتی پزشکان به مثابه یک داور صرف به مداخله مستقیم و بیشتر در کار بیماران و عموم مردم، سیر به سوی تجاری شدن پزشکی، مسائل اخلاقی جدی و مهمی در تضاد با منافع پزشکان ایجاد کرده است. ایدز و دیگر بیماریهای مزمن، حساسیتهای اجتماعی و پاسخگویی های اخلاقی پزشکان را به میدان می‌آورد. از این رو، اخلاق در آموزش پزشکی نقشی متفاوت و گسترده‌تر دارد و شناخت ارزشهای بنیانی این حرفه را تقویت می‌کند. به طوریکه امروز پزشکان با دشواریهای تصمیم‌گیری و عمل در مسائل وجدانی روبه‌رو هستند.

از جمله بزرگترین مسائل پیش روی حرفه پزشکی تحول در زمینه بهداشت است. این تحول موجب تغییر الگوی بیماریها از بیماریهای مربوط به کمبودها و عفونتها در کشورهای در حال توسعه به بیماریهای قلبی و عروقی و دیگر بیماریهای مشابه در کشورهای توسعه یافته جهان شده است. از سوی دیگر، جمعیت رو به سالخوردگی دارد: امروز طول عمر برای جهان حدود ۶۵ سال و در کشورهای رو به رشد ۶۳ سال است. سرطان، بیماریهای قلبی عروقی و دیابت از مهمترین علل مرگ و میر در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه جهان می‌باشند. هزینه مراقبتهای طولانی برای بیماریهای مزمن بسیار بیش از مخارج درمان عفونتهای حاد است. در عین حال، بسیاری از کشورهای در حال توسعه تا غلبه بر بیماریهای حاصل از عفونت و سوء تغذیه راهی دراز در پیش دارند. دانش ناظر بر عفونت و سوء تغذیه بیش از میزان کاربرد آنهاست. درمان بیماریهای گرمسیری نشان می‌دهد که دستاوردهای تحقیقاتی در این زمینه چقدر کم به کار گرفته می‌شود. نظامهای ناظر بر مراقبتهای بهداشتی ناقص است. نارضایتی جامعه از قیمتهای فزاینده، و کیفیت خدمات - که یا واقعاً نازل است و یا نازل تلقی می‌شود - و عدم دسترسی - که همه آنها نیز ظاهراً رو به خراب تر شدن دارد - باری بر دوش دولتهاست. افراد کم بهره از خدمات و محرومان از تأمین اجتماعی قشر غالب جامعه را تشکیل می‌دهند، هرچند که از نظر سیاسی صدایشان بازتاب کمتری دارد. پزشکان از وضعیت بهداشتی مردمی که به کلینیک آنان مراجعه نمی‌کنند، اطلاع کافی ندارند.



اجرای مراقبتهای اولیه بهداشتی در بسیاری از کشورها به دلیل فقر شدید، منافع خاص و اولویتهای متضاد که غالباً نیز وابسته به امور دفاعی است، یکسان توزیع نمی‌شود. سرانه هزینه‌های بهداشتی در بسیاری از کشورهای توسعه یافته جهان بیش از سرانه تولید ناخالص ملی در کشورهای روبه رشد است. پزشکان معمولاً خود را در نگرش یک بعدی به بیماری محدود می‌کنند. از طرف دیگر برخی از کشورهای کم درآمد جهان به تشخیص خود، راه سرمایه گذاری در بهداشت و دیگر بخش‌های توسعه اجتماعی را برگزیده‌اند. دگرگونی‌های سیاسی و آشفته‌گی‌های اقتصادی در شرق اروپا تماماً، امنیت اجتماعی را به خطر انداخته است. فشارهای تازه بازار ممکن است بر بخش بهداشت و رفتارهای پزشکان، اثراتی غیر قابل پیش بینی بر جای گذارد. از سوی دیگر، تعادلی بین پزشکان عمومی و دارندگان تخصص‌های مختلف وجود ندارد. بویژه در کشورهای در حال توسعه، عامه مردم علاقه دارند که حتی برای ناراحتیهای ساده به متخصصان مراجعه کنند. این در حالی است که جامعه به قدر است و نه باید چنین شماری از پزشکان متخصص را فراهم سازد. در مقابل، پزشکان عمومی توانا، بیکار می‌مانند و ناگزیر یا درصد گذراندن دوره‌های تخصصی پزشکی بر می‌آیند و یا مهاجرت می‌کنند. احتمال اینکه متخصصان در نواحی محروم سکنی گزینند بسیار کم است. یک پزشک خانواده علی‌رغم آموزش‌های کافی و مدرک تخصصی خویش غالباً متخصص تلقی نمی‌شود. هر بخش مفروض دانشکده پزشکی برای توجیه موجودیت خود چاره‌ای جز تربیت متخصصان بی شمار نمی‌بیند. عدم تعادل در توزیع، به صورت اضافی بودن تعداد پزشکان و کمبود پرستاران و دیگر رده‌های نیروی انسانی که کم هزینه و غالباً مؤثرترند انعکاس می‌یابد.

از طرف دیگر، پیشرفتهای تکنولوژیک عصر ما عامه مردم و متخصصان را به یک اندازه شگفت زده می‌کند. گفته می‌شود که فوران دانش زیست پزشکی در ۴۰ سال گذشته بیش از همه اعصار تاریخ بوده است. جامعه، به درستی سرمایه‌های خود را متوجه پژوهشهای پزشکی ساخته است؛ و اکنون نوبت آن رسیده که به هزینه‌های این کار، کاربرد یافته‌ها و عوامل اخلاقی وابسته به آن توجه کند. برای برخورد با پیشرفتهای

علمی، پزشکان به دانش و مهارت‌های تازه احتیاج دارند. ایدز به نحوی منحصر به فرد ضعف پزشکان را آشکار می‌کند: این "بلائی بطنی"، مهارت‌های ارتباطی پزشکان، مسئولیت در مراقبت دلسوزانه دراز مدت، توان رویارویی با حوادثی چون مرگ، جنسیت، و شیوه‌های متفاوت زندگی، ناتوانی در درمان و نیز دانش پزشکان در زمینه بهداشت عمومی و بیماری‌های عفونی را به میدان مبارزه می‌آورد. علاوه بر این، مناسبات متقابل میان ایدز و پزشک، نمونه و الگویی است برای بسیاری دیگر از ناخوشی‌های شایع جامعه نوین: اعتیاد، بیماری‌های مزمن ناشی از سالخوردگی جمعیت، و دیگر بیماری‌های عفونی جدید یا تازه بازگشته.