

مقدمه

به دنبال پیروزی انقلاب شکوهمند اسلامی در ایران و تشکیل ستاد انقلاب فرهنگی، مسئولان برنامه‌ریزی گروه پزشکی، بازنگاری برنامه‌های آموزشی گروه پزشکی را آغاز کردند. آنچه در سالهای ۵۹ و ۶۰ به عنوان اولویت خاص در زمینه بررسی مسائل پزشکی مطرح می‌شد کمبود شدید نیروی انسانی و حضور پزشکان خارجی در ایران بود (در بعضی نقاط هر یک نفر پزشک به ازای ۱۸۰۰۰ هزار نفر جمعیت). مشکل عمده دیگر، ناهمگونی برنامه‌های دانشکده‌های گروه پزشکی از نظر کمی و کیفی - بود. رشته‌های غیر دکترای گروه پزشکی اکثراً در دانشکده‌های پزشکی واقع شده بودند و کمبودهای اساسی نیز در کارکنان کادر پرستاری، مامایی و رشته‌های مختلف پیراپزشکی وجود داشت. این نارساییها مسئولان برنامه‌ریزی و اجرایی کشور را بر آن داشت تا چند اقدام اساسی را در دستور کار خود قرار دهند: ۱- حداقل آموزش در هر رشته گروه

پزشکی را به طور یکنواخت برای کلیه مراکز پزشکی مشخص کنند و آموزش گروه پزشکی را به سوی بیماریهای شایع و مشکلات بهداشتی و درمانی رایج در مملکت سوق داده، قسمتی از آموزش را در سطح جامعه لحاظ کنند. ۲- برای تربیت نیروی انسانی مطابق با نیازهای جامعه و نیز برای استفاده هر چه بیشتر از مؤسسات درمانی در جهت آموزش پزشکی، دانشکده‌ها و مؤسسات آموزش عالی در گروه پزشکی با وزارت بهداشتی وقت ادغام و در قالب یک وزارتخانه واحد به نام «وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی» ادامه فعالیت دهد. از ابتدای تشکیل این وزارتخانه، هدفها به گونه‌ای طراحی شد که در نهایت در هر استان یک دانشگاه علوم پزشکی کلیه امور آموزشی، پژوهشی، درمانی و بهداشتی استان مربوط را عهده‌دار شود و نتیجه در هم آمیختگی علم، دانش و پویایی دانشگاه با تجربه و پیگیری سیستم بهداشتی - درمانی در کلیه امور پزشکی



سیر آموزش پزشکی در ایران

ارتقای کمی و کیفی آموزشی پزشکی کشور

دکتر فریدون عزیزی

استاد دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

رئیس کمیسیون پزشکی شورای پژوهش‌های علمی کشور

کل دانشکده‌های شاخه پزشکی به ۲۸ دانشکده پزشکی، ۷ دانشکده دندانپزشکی و ۷ دانشکده داروسازی بالغ شده^۱

در سال تحصیلی ۶۹-۶۸ در ۱۹ استان کشور یک یا چند دانشکده پزشکی وجود داشت. در سالهای ۶۹ تا ۷۴ شورای گسترش دانشگاهها با تأسیس ۷ دانشکده پزشکی در شهرهای اردبیل، ایلام، بوشهر، کردستان، لرستان، گرگان و یاسوج موافقت کرد که بجز یاسوج بقیه آنها در سالهای ۷۱ تا ۷۴ دانشجو پذیرفته‌اند^۲. در طی این سالها موافقت تأسیس ۹ دانشکده دندانپزشکی در شهرهای اهواز، بابل، رفسنجان، زاهدان، زنجان، قزوین، گیلان، همدان و یزد صادر شده است که بجز اهواز، زنجان و گیلان، بقیه آنها در سالهای ۷۰ تا ۷۳ دانشجو پذیرفته‌اند. در سال ۷۳ دانشکده داروسازی مازندران دانشجو پذیرفته است. لذا تا پایان سال ۱۳۷۴، تعداد کل دانشکده‌های فعال پزشکی ۳۴، دندانپزشکی ۱۳ و داروسازی ۹ می‌باشد. این توزیع، آنگاه تناسب پیدا می‌کند که پذیرش دانشجو، متناسب با شرایط اجتماعی و نیازمندیهای هر استان و کشور هماهنگ شود که در این صورت می‌تواند به عنوان اساسی‌ترین زیربنای تربیت نیروی انسانی پزشکی هر استان - در همان استان - محسوب شود؛ به عبارت دیگر، توزیع متناسب دانشکده‌های پزشکی این امکان را فراهم می‌آورد که دانشکده پزشکی هر استان، به عنوان مسئول تربیت نیروی انسانی پزشکی آن استان انجام وظیفه کند و در ارتباط با نیاز استان مورد نظر، تا حد امکان، به دانشجویان

مملکت - از روستا تا مرکز استان - جلوه‌گر شود^۱

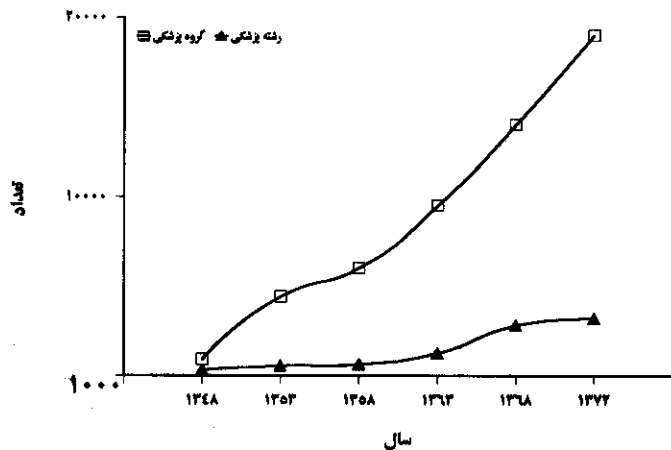
فرایند تأسیس دانشکده‌های پزشکی، دندانپزشکی و داروسازی در ایران

در سال تحصیلی ۴۹-۴۸، هفت دانشکده پزشکی دانشگاههای تهران، شیراز، مشهد، اصفهان، تبریز، اهواز و شهید بهشتی (ملی سابق) در زمینه پزشکی فعال بودند. در رشته دندانپزشکی، دانشکده‌های دندانپزشکی دانشگاههای تهران، شهید بهشتی و مشهد و در رشته داروسازی نیز دانشکده‌های داروسازی تهران، اصفهان و تبریز فعال بودند. تا سال تحصیلی ۵۴-۵۳ دانشکده دندانپزشکی شیراز و دانشکده علوم دارویی و تغذیه مشهد به مجموع دانشکده‌های قبلی ملحق شدند^۲

در فاصله سالهای ۵۴-۵۳ تا ۵۹-۵۸، مجتمع آموزش پزشکی هلال احمر، مرکز پزشکی ایران، دانشکده‌های پزشکی بوعلی سینا، همدان، رازی باختران، کرمان و ارومیه فعالیت خود را آغاز کردند. افزون بر اینها، دانشکده پزشکی فسا به عنوان برنامه نوآور در آموزش پزشکی از سال ۵۶ به سرپرستی دانشگاه شیراز آغاز به فعالیت کرد^۳. در این فاصله، دانشکده دندانپزشکی اصفهان نیز تأسیس شد و تعداد کل دانشکده‌های پزشکی، دندانپزشکی و داروسازی به ۲۳ مورد رسید^۳ در سال تحصیلی ۶۹-۶۸ مجموع

شکل ۱. تعداد پذیرفته شدگان گروه پزشکی و رشته پزشکی

در سالهای ۴۸ تا ۷۲



نمودار ۱: تعداد پذیرفته شدگان گروه پزشکی و رشته پزشکی در سالهای ۷۲-۱۳۴۸

تعداد دانشجویان گروه پزشکی

جدول ۲، افزایش تعداد دانشجویان شاغل از سالهای تحصیلی ۴۹-۴۸ تا ۷۳-۷۲ را نشان می دهد.

تعداد دانشجویان تمام رشته های گروه پزشکی در آغاز دهه دوم ۲/۷۵ برابر سال اول و در سال آغاز دهه سوم به ۲/۶۴ برابر سال اول دهه دوم افزایش یافت ولی در نیمه دهه سوم نسبت به آغاز آن فقط ۱/۲ برابر افزایش داشته است. مقایسه تعداد دانشجویان در سالهای مختلف نشانگر آن است که تعداد دانشجویان در سال ۷۳-۷۲ به ترتیب در گروه پزشکی ۵/۸، دندان پزشکی ۵/۱، داروسازی ۷/۸ و سایر رشته های گروه پزشکی، نسبت به سال تحصیلی ۴۹-۴۸، ۱۷ برابر افزایش داشته است (شکل ۲)

روند گزینش دانشجو

در سال تحصیلی ۴۹-۴۸ اولین آزمون سراسری پزشکی در کشور انجام شد و دانشگاه های شهرستانها تا حدود ۵۰ درصد از دانشجویان خود را از بین داوطلبان بومی برگزیدند^۸ در سال تحصیلی ۵۴-۵۳ گزینش دانشجو به صورت منطقه ای ادامه داشت. در این سال، حدود ۴۰ درصد از ظرفیت دانشگاه های

اصفهان، تبریز، اهواز و مشهد در بعضی از رشته ها به داوطلبانی اختصاص داده شد که گواهینامه ششم متوسطه آنان از شهرستانی دریافت شده بود که در منطقه یا دانشکده مربوطه قرار داشت^۹.

در سال تحصیلی ۵۹-۵۸ دانشگاه های اصفهان، ارومیه، تبریز، اهواز، شیراز و

همان استان پذیرش دهد و ظرفیت اضافی خود را به عنوان ظرفیت کشوری اعلام کند. یادآوری این نکته لازم است که روند توسعه دانشکده های پزشکی در مقیاس استان و دانشکده های دندان پزشکی و داروسازی در هر ناحیه می تواند جزئی از برنامه های کلی توسعه و رفاه اجتماعی استانها، نواحی و قطبهای آموزشی باشد.

تعداد پذیرفته شدگان گروه پزشکی

جدول ۱ تعداد پذیرفته شدگان گروه پزشکی را در مقاطع زمانی مختلف نشان می دهد.

از این جدول نکات زیر استنباط می شود:

۱- تعداد کل پذیرفته شدگان در تمام مقاطع، روند صعودی داشته است.

۲- پذیرفته شدگان رشته پزشکی در سال تحصیلی ۵۹-۵۸ حدود دو برابر سال تحصیلی ۴۹-۴۸ و در سال ۶۹-۶۸ حدود ۲/۵ برابر سال تحصیلی ۵۹-۵۸ بوده اما در سال ۷۳-۷۲ نسبت به سال ۶۸-۶۹ فقط ۴۰ درصد افزایش نشان می دهد.

۳- دانشجویان پذیرفته شده در رشته دندان پزشکی در ابتدای دهه دوم تقریباً دو برابر ابتدای دهه اول و در ابتدای دهه سوم نیز تقریباً دو برابر ابتدای دهه دوم بود و در نیمه دهه سوم تقریباً دو برابر ابتدای دهه سوم است.

۴- پذیرفته شدگان رشته داروسازی در سال تحصیلی ۵۹-۵۸ نسبت به سال تحصیلی ۴۹-۴۸ از نظر تعداد ثابت بودند ولی در سال تحصیلی ۶۹-۶۸ نسبت به سال تحصیلی ۵۹-۵۸ به ۲/۵ برابر افزایش یافت و در سال ۷۳-۷۲ کاهش مختصری را نشان داد.

۵- نسبت پذیرفته شدگان رشته پزشکی به کل پذیرفته شدگان گروه پزشکی که در سال تحصیلی ۴۹-۴۸ حدود ۴۵/۶ درصد بود، در سالهای بعد به حدود ۲۲ تا ۲۷ درصد رسید. این کاهش ناشی از توجه بیشتر به تربیت نیروهای انسانی پیراپزشکی و افزایش در تمامی رده های وابسته به پزشکی بوده است؛ به گونه ای که تعداد پذیرفته شدگان این رده ها از ۴۰۴ نفر در سال ۴۹-۴۸ به ۱۳۲۹۹ نفر در سال تحصیلی ۷۳-۷۲ افزایش یافت. به عبارت دیگر، در سال تحصیلی ۷۳-۷۲ تقریباً برابر سال ۴۹-۴۸ دانشجو پذیرفته شده است (شکل ۱).

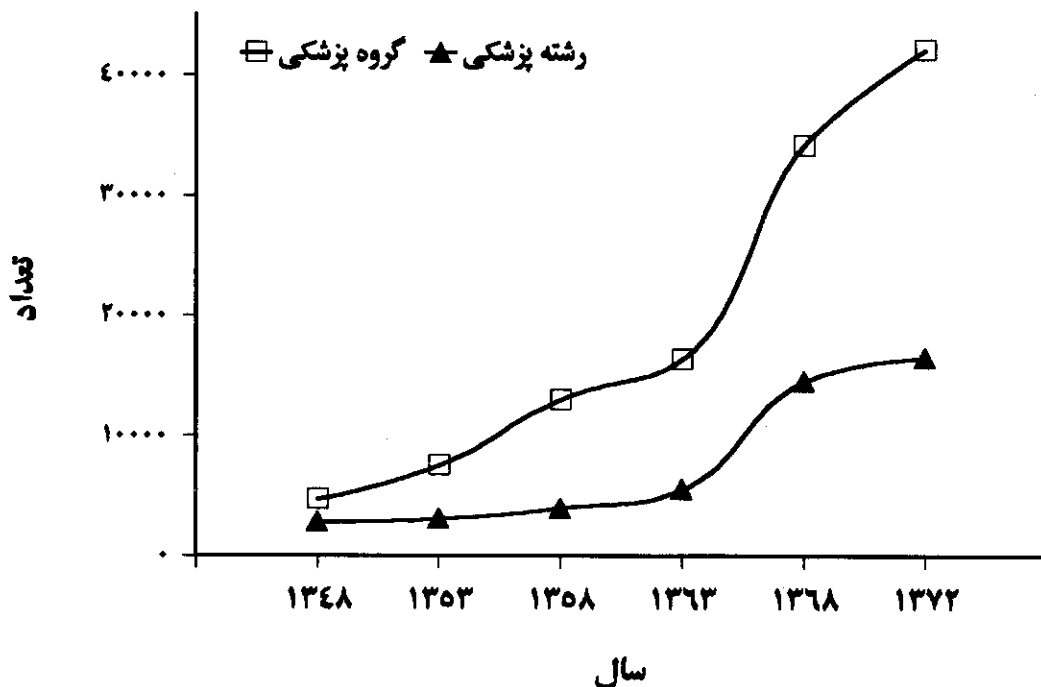
جدول ۱. تعداد پذیرفته شدگان گروه پزشکی در مقاطع زمانی مختلف

رشته تحصیلی	پزشکی		دندان پزشکی		داروسازی		سایر رشته ها		جمع
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۴۹-۴۸	۶۳۲	۴۵/۶	۱۳۲	۹/۵	۲۱۹	۱۵/۸	۴۰۴	۲۹/۱	۱۳۸۷
۵۴-۵۳	۱۲۰۷	۲۷/۷	۱۵۹	۳/۶	۱۱۷	۲/۷	۲۸۰	۶۶/۰	۲۳۶۳
۵۹-۵۸	۱۲۸۷	۲۲/۹	۲۴۰	۴/۳	۲۰۳	۳/۶	۳۸۸۳	۶۹/۲	۵۶۱۳
۶۴-۶۳	۲۰۴۹	۲۲/۷	۳۱۱	۳/۴	۲۵۵	۲/۸	۶۴۲۳	۷۱/۱	۹۰۳۸
۶۹-۶۸	۳۵۱۵	۲۶/۲	۴۲۵	۳/۲	۵۵۰	۴/۰	۸۹۴۹	۶۶/۶	۱۳۴۳۹
۷۳-۷۲	۳۶۳۰	۲۰	۷۵۳	۴/۲	۳۵۹	۲/۵	۱۳۲۹۹	۷۳/۳	۱۸۱۴۱

جدول ۲. تعداد دانشجویان گروه پزشکی در مقاطع زمانی مختلف

رشته تحصیلی	پزشکی		دندانپزشکی		داروسازی		سایر رشته‌ها		جمع
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
سال تحصیلی	۵۶۲۱	۶۰/۰	۶۹۴	۷/۴	۲۷۶	۵/۱	۲۵۷۹	۲۷/۵	۹۳۷۰
	۶۰۹۹	۴۰/۸	۹۵۰	۶/۳	۹۲۸	۶/۲	۶۹۸۸	۴۶/۷	۱۴۹۶۵
	۷۸۵۸	۳۰/۴	۱۵۷۳	۶/۱	۱۱۴۳	۴/۴	۱۵۲۷۴	۵۹/۱	۲۵۸۴۸
	۱۰۹۸۵	۳۳/۷	۱۸۱۷	۵/۶	۱۲۱۹	۳/۷	۱۸۵۸۳	۵۷/۰	۳۲۶۰۴
	۲۸۸۷۲	۴۲/۳	۳۰۱۶	۴/۴	۲۹۴۳	۴/۳	۳۳۳۹۳	۴۹/۰	۶۸۲۲۴
	۳۲۸۷۰	۳۹/۱	۳۵۲۱	۴/۲	۳۷۰۷	۴/۴	۴۳۹۲۸	۵۲/۳	۸۴۰۲۶

شکل ۲. تعداد دانشجویان گروه پزشکی و رشته پزشکی در سالهای ۴۸ تا ۷۲



پیدا کرد. سهمیه مناطق از پنج منطقه به سه منطقه کاهش یافت. به این ترتیب که داوطلب براساس «بخش» محل اخذ مدرک تحصیلی سه سال آخر متوسطه و یا محل تولد در یکی از سهمیه‌ها قرار می‌گرفت. سهمیه‌های مختلف نظیر سهمیه عشایر، جانبازان انقلاب اسلامی، خانواده شهدا، رزمندگان، آموزشیاران نهضت سوادآموزی، جهادگران و مناطق محروم نیز هر یک به نوعی وجود داشتند. در این سال نیز شانس قبولی برای شرکت کنندگان به نسبت تعداد شرکت کنندگان در سهمیه به کل شرکت کنندگان بود. البته به استثنای رزمندگان که ۴۰ درصد سهمیه کل به آنان اختصاص داده شد و افراد بومی که دو برابر دیگران شانس قبولی داشتند^{۱۲} روند پذیرش دانشجو در تمام سالها و مخصوصاً در سالهای ۵۸ تا ۶۸ سیر صعودی داشت. شاید دانشکده‌های گروه پزشکی به دلیل نیاز فراوان به پزشک، به میل خود یا تحت تأثیر شرایط، پذیرش

مشهد هر کدام در بعضی رشته‌ها و به شیوه خاصی گزینش منطقه‌ای را انجام دادند^{۱۱} در سال تحصیلی ۶۳-۶۴ روند منطقه‌ای شدن حالتی دیگر به خود گرفت: به این ترتیب که داوطلبان آزمون سراسری با توجه به شهرستان محل اخذ دیپلم متوسطه و مدارکی که می‌بایست عرضه می‌کردند به پنج سهمیه منطقه‌ای، از برخوردارترین (منطقه یک) تا محرومترین مناطق (منطقه پنج) تقسیم شدند و سهم هر یک از گروه‌های یاد شده از ظرفیت رشته‌های تحصیلی دانشگاهها و مؤسسات آموزش عالی کشور با نسبت شرکت کنندگان هر سهمیه به کل شرکت کنندگان در امتحان گزینش متناسب بود. روند فوق به شکلهای مختلف و با تغییر در پذیرشها تا سال تحصیلی ۶۹-۶۸ ادامه یافت^{۱۱} در سال تحصیلی ۶۹-۶۸ نحوه گزینش دانشجو دگرگونی بیشتری

دانشجو را افزایش دادند؛ ولی، اینکه این افزایش طبق برنامه از قبل پیش‌بینی شده باشد، مورد تردید است^{۱۳۱}. خوشبختانه از سال تحصیلی ۶۸-۶۷ به بعد پذیرش دانشجویان پزشکی تحت تأثیر هشداریها و نیز برنامه‌ریزیهای مدونی که انجام گرفته و منتشر شده بود، از روند ثابتی برخوردار شده است. در سال تحصیلی ۶۹-۶۸، ۶۸ هزار و ۲۲۴ دانشجو در مقاطع مختلف رشته‌های گروه پزشکی در ایران مشغول به تحصیل بودند که از این تعداد، ۲۸ هزار و ۸۷۲ نفر در رشته پزشکی، ۳۰۱۶ نفر در رشته دندانپزشکی، ۲۹۲۳ نفر در رشته داروسازی و بقیه در سایر رشته‌های گروه پزشکی تحصیل می‌کردند؛ یعنی در ۶ سال بعد حدود ۲۸ هزار پزشک به تعداد پزشکان آن زمان - که ۱۹ هزار نفر بودند - افزوده می‌شد و نسبت جمعیت به پزشک از سه هزار نفر به یک پزشک (وضعیت کنونی) به حدود ۱۶۰۰ نفر به یک پزشک می‌رسید^{۱۳۲}. در سال ۱۳۷۴، در مجموع کل جمعیت، حدود ۴۴ هزار پزشک در کشور ما وجود داشته است. اگرچه این نسبت پزشک به جمعیت برای بسیاری از نظامهای بهداشتی - درمانی دنیا کافی نیست، ولی به دلیل نبودن سیستم بهداشتی - درمانی کارا و مشخص، بخصوص در شهرها و عدم ارتباط منطقی سیستم شبکه روستایی با سطح خدمات، از وجود این تعداد پزشک هم به نحو مطلوب استفاده نمی‌شود؛ به طوری که انتظار می‌رود با فارغ التحصیل شدن بیش از ۴۰ هزار دانشجوی پزشکی داخلی و خارجی تا ۷ سال دیگر (۱۳۸۱)، تعداد پزشکان از مرز ۷۰ هزار نفر گذشته و به مراتب بیش از ۵۱ هزار و ۶۴۰ نفری خواهد بود که باروند منطقی پذیرش دانشجو در چند سال قبل پیش‌بینی شده بود^{۱۳۳}.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان مسؤول تأمین بهداشت و درمان جامعه و نیروی انسانی پزشکی کشور و به دلیل فشارهای ناشی از کمبود نیروی انسانی پزشکی در سالهای اول تأسیس، پذیرش دانشجویان را بشدت افزایش داد؛ به طوری که این افزایش بیش از اندازه در بعضی سالها دور از انتظار برنامه‌ریزان و مسؤولان آموزش پزشکی بود. افزون بر آن، هر سال بین ۱۰ تا ۴۰ درصد - حتی بیش از ظرفیتهای اعلام شده - دانشجویان جدید به دانشگاهها راه یافتند^{۱۳۴}. در حال حاضر نیز که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با برنامه‌ریزی صحیح به فکر کاهش دانشجویان گروه پزشکی افتاده است، در سطح برنامه‌ریزان دو نوع طرز تفکر در این زمینه وجود دارد: یکی اینکه مؤسسات آموزش عالی مملکت باید با حداکثر توان هر تعداد دانشجو را در رشته‌های مختلف بپذیرد و در این پذیرش، عاقبت فارغ التحصیل و دستیابی به شغل مناسب با آموخته‌های او در نظر گرفته نشود بلکه دانشگاهها صرفاً برای افزایش سطح علم و فرهنگ جامعه تلاش کنند و تفکر دیگر اینکه، نظریه فوق باید منحصر به رشته‌های نظری باشد و در رشته‌هایی که فرد برای کارایی خاص تربیت می‌شود مانند پزشک، دندان‌پزشک، داروساز، پرستار، ماما و... افراد - به تعدادی که مملکت به خدمات آنان نیاز دارد و از طریق محاسبات دقیق^{۱۳۵} دست می‌آید - تربیت شوند. عدم امکان دستیابی به شغل مناسب که

مطابق با آموخته‌های کاربردی این افراد باشد، سبب سرخورگی، یأس، عدم اطمینان و مشکلات روحی، روانی و اجتماعی شدید این افراد خواهد شد که نمونه‌های آن در بعضی از کشورهای جهان مانند بنگلادش، پاکستان، هند، مکزیک و ایتالیا وجود دارد. تلاش برای ارائه مدارک کافی و مجاب نمودن مسؤولان و قانونگذاران به درستی نظریه دوم، از امور مفیدی است که بر عهده مسؤولان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دانشگاههای علوم پزشکی کشور است.

اختصاص ظرفیت هر دانشکده پزشکی هماهنگ با نیازهای همان استان توانسته است از کوچهای بی‌مورد درون مرزی دانشجویان و هزینه‌ها و مخاطرات ناشی از آن جلوگیری کند. به عنوان مثال، در سال ۶۵-۶۴ حدود ۵۲/۷ تا ۱۰۰ درصد دانشجویان در استان غیر محل سکونت خود به تحصیل اشتغال داشته‌اند^{۱۳۶}. با توجه به مشکلات فرهنگی و اقتصادی استانهای مختلف و جمیع شرایط به نظر می‌رسد که گزینش استانی دانشجویان پزشکی می‌تواند همچون یک ضرورت تلقی شود. بدیهی است با توجه به لزوم حضور بهترین استعدادها در دانشکده‌های پزشکی و رعایت شرایط فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی، لازم است که همیشه درصدی از ظرفیتهای هر دانشکده به دانشجویان مستعد سراسر کشور اختصاص داده شود.

اعضای هیأت علمی گروه پزشکی

تعداد اعضای هیأت علمی گروه پزشکی از ۱۵۷۳ نفر در سال تحصیلی ۴۸-۴۹ به ۲۹۰۸ نفر در سال ۵۹-۵۸، ۳۹۸۷ نفر در سال ۶۹-۶۸ و ۷۹۷۹ نفر و در سال ۷۳-۷۲ بالغ شده است (جدول ۳).

جدول ۳. تعداد اعضای هیأت علمی در مقاطع زمانی مختلف

سال تحصیلی	تعداد
۴۸-۴۹	۱۵۷۳
۵۳-۵۴	۱۹۸۱
۵۸-۵۹	۲۹۰۸
۶۳-۶۴	۳۵۷۵
۶۸-۶۹	۳۹۸۷
۷۲-۷۳	۷۹۷۹

به عبارت دیگر، تعداد اعضای هیأت علمی در سال ۷۳-۷۲ نسبت به سال ۴۹-۴۸ تقریباً پنج برابر شده است. دو برابر شدن اعضای هیأت علمی در فاصله چهار سال (۶۹ تا ۷۳) نمایانگر تربیت بیشتر نیروی متخصص و به کارگیری این نیروها در دانشگاههای علوم پزشکی بوده است.

نسبت تعداد دانشجویان به استادان گروه پزشکی جدول ۴، نشان دهنده یکی از مهمترین شاخصهای کمی و کیفی

جدول ۴. نسبت دانشجویان به اعضای هیأت علمی گروه پزشکی در مقاطع زمانی مختلف

سال تحصیلی	تعداد دانشجویان گروه پزشکی	تعداد اعضای هیأت علمی	نسبت دانشجویان به تعداد هر یک از اعضای هیأت علمی
۴۹-۴۸	۹۳۷۰	۱۵۷۳	۶/۰
۵۴-۵۳	۱۴۹۶۵	۱۹۸۱	۷/۶
۵۹-۵۸	۲۵۸۴۸	۲۹۰۸	۸/۹
۶۴-۶۳	۳۲۶۰۴	۳۵۷۵	۹/۱
۶۹-۶۸	۶۸۲۲۴	۳۹۸۷	۱۷/۱
۷۳-۷۲	۸۴۰۲۶	۷۹۷۹	۱۰/۵

آموزش پزشکی است. این جدول تغییرات چشمگیر نسبت دانشجویان به استادان را طی دهه دوم (۵۹-۶۹) نشان می‌دهد. اگرچه با افزایش سریع پذیرش دانشجویان در دهه دوم، نسبت دانشجویان به استاد به دو تا سه برابر رسید ولی افزایش تعداد اعضای هیأت علمی در نیمه اول دهه سوم، نسبت دانشجویان به استاد را به رقم قابل قبول (۱۰ دانشجویان برای هر استاد) کاهش داد.

شاخص نسبت دانشجویان به استاد، بویژه در سالهای ۵۸ تا ۶۸ روند نامناسبی داشته است. کاهش روزافزون ارتباط علمی و سازنده بین استاد و دانشجو می‌تواند از آثار افزایش سریع پذیرش دانشجو باشد که خستگی، بی‌علاقگی استادان و عدم ارزیابی درست و به موقع را در پی خواهد داشت. این شرایط، گسسته از جریان آموزش - دانشجویان نیز بر آن می‌دارد که فقط به فکر قبول شدن در امتحانات باشد و بتدریج خلاقیت و توان خود را از دست بدهد و در چنین شرایطی نیازهای دانشجو از نظر علمی تأمین نمی‌شود، آگاهیهای لازم را کسب نخواهد کرد و تواناییهای لازم را به دست نخواهد آورد. در پنج سال اخیر به دلیل افزایش فارغ التحصیلان دوره‌های تکمیلی (کارشناسی ارشد، PhD، تخصصی و فوق تخصصی بالینی) و جذب بسیاری از آنان در دانشگاهها، نسبت استاد به دانشجو روند صعودی یافته که امید است در سالهای آتی به نسبت مطلوب نزدیک شود (شکل ۳)

بیمارستانهایی که کیفیت بهتری دارند و هم در بیمارستانهایی که از امکانات متوسط برخوردارند - دوره‌های آموزشی خود را بگذرانند. متوسط تختهایی که در شرایط فعلی در اختیار فعالیتهای آموزشی است، به ازای هر دانشجوی پزشکی دو تخت است و این در شرایطی است که بیشتر وقت آموزش بالینی دانشجو در بخشها سپری می‌شود. این نسبت تنها در کشورهایی همچون فیلیپین، ترکیه و بنگلادش از یک کمتر است (جدول ۶) در امریکای شمالی برای هر دانشجوی پزشکی ۳/۷۸ تخت و در بریتانیا برای هر ۳/۵۱ تخت دانشجوی پزشکی وجود دارد. هر چند که آموزش پزشکی هر کشور باید معیارهای خاص خود را داشته باشد ولی به هر حال بهبود معیارهای بیمارستانهای آموزشی کشور یک ضرورت و نیاز اصلی است. گام اصلی که توسط گروه پزشکی شورای عالی انقلاب فرهنگی در تأکید بر تعلیم آموزشهای گروه پزشکی در مراکز سرپائی و درمانگاهی - که در دهه ۶۰ به دانشگاهها ابلاغ شده بود - برداشته بود با تجدید فعالیتهای شورای آموزش پزشکی جامعه‌نگر و ارائه طریق به صورت نظری و عملی عینیت یافته است و با تأکید بر بیش از ۵۰ درصد آموزش در مراکز سرپائی (خارج از بخشها و بیماراران بستری)، به نظر می‌رسد تعداد تختهایی بیمارستانی که در حال حاضر وجود دارد، نیازهای آموزش بر بالین بیمار را برآورده می‌کند.

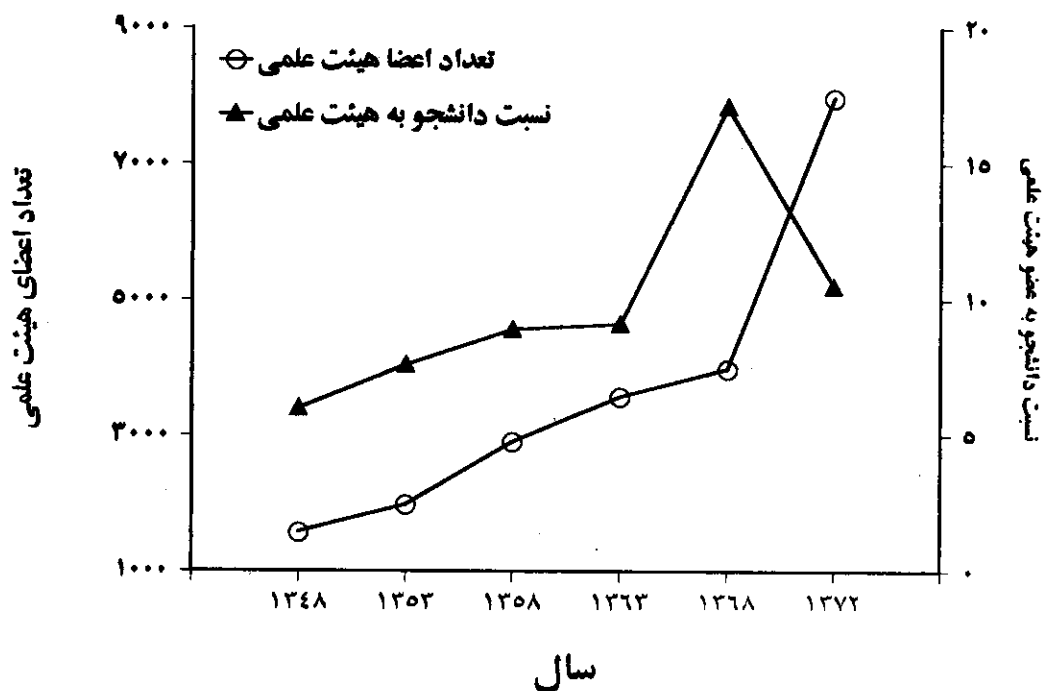
برنامه‌ریزی برای تأمین نیروی انسانی پزشکی

در فاصله سالهای ۵۸ تا ۶۸ برنامه‌ریزی نیروی انسانی پزشکی مورد توجه استادان و صاحب نظران امور پزشکی قرار گرفت و مهمترین نارساییهای نیروی انسانی پزشکی عوامل زیر دانسته شد: کمبود پزشک، عدم توسعه دانشکده‌های پزشکی، عدم پذیرش دانشجو به تعداد مورد نیاز و فرار مغزها به کشورهای غربی. به دنبال این توجهات، دستگاههای آموزشی و اجرایی، با توجه به میزان جمعیت کشور و هر منطقه آن، ساختار سنی جمعیت و حجم خدمات مورد انتظار هر برنامه‌ریز حسب میزان جمعیت مورد نظر (نظیر خدمات مورد نیاز کودکان زیر یکسال و...) و سطح قابل قبول فعالیت، رده‌های مناسب فنی نیروی انسانی پزشکی مورد نیاز را در سطح خانه‌های بهداشت، مرکز بهداشتی - درمانی روستایی، مرکز بهداشتی - درمانی شهری، بیمارستانهای عمومی و تخصصی و

نسبت تخت آموزشی به دانشجوی پزشکی در مقاطع زمانی مختلف

بر اساس آنچه در جدول شماره ۵ ارائه شده، نسبت تخت آموزشی به دانشجوی پزشکی، در مقاطع زمانی مختلف، از نظر عددی تقریباً یکسان است: این نسبت در سال تحصیلی ۴۹ - ۴۸ معادل ۱/۰۵ تخت به ازای هر دانشجوی پزشکی؛ در سال تحصیلی ۵۹ - ۵۸، ۱/۲۱ تخت به ازای هر دانشجو و در سال تحصیلی ۶۹ - ۶۸ معادل ۱/۰۳ تخت به ازای هر دانشجو بوده است. افزایش سریع تختهایی آموزشی در چند سال اخیر سبب شده که نسبت تخت آموزشی به دانشجوی پزشکی به حدود ۲ افزایش یابد. ناهمگونی شرایط بیمارستانهای مختلف - حتی در دانشکده‌های بزرگ کشور - باعث شده است تمام دانشجویان با روند چرخشی - هم در

شکل ۳. تعداد اعضای هیأت علمی گروه پزشکی و نسبت دانشجویان به عضو هیأت علمی



جدول ۵. تعداد تختهای آموزشی و دانشجویان رشته پزشکی و نسبت تخت آموزشی به دانشجویان پزشکی در مقاطع زمانی مختلف

سال تحصیلی	تخت / دانشجویان	تعداد تختهای آموزشی	تعداد دانشجویان رشته پزشکی	نسبت تخت آموزشی به دانشجویان پزشکی
۴۹-۴۸		۵۹۰۰	۵۶۲۱	۱/۰۵
۵۴-۵۳		۸۱۸۵	۶۰۹۹	۱/۳۴
۵۹-۵۸		۹۵۵۸	۷۸۵۸	۱/۲۱
۶۴-۶۳		۱۰۷۵۹	۱۰۹۸۵	۰/۹۸
۶۹-۶۸		۲۹۹۵۹	۲۸۸۷۲	۱/۰۳
۷۳-۷۲		۶۸۴۶۸	۳۲۸۷۰	۲/۰۸

برنامه ریزی آموزشی

طبق مدارک موجود تا سال ۱۳۵۰، منبع اصلی برنامه های آموزش دانشکده های پزشکی مختلف کشور، برنامه دانشکده پزشکی دانشگاه تهران بود، ولی در دهه ۴۸ تا ۵۸ در دانشگاه شیراز، با استفاده از دوره های پیش دانشگاهی و نیز به زبان انگلیسی و با استفاده از استادان خارجی از یک سو، برنامه ای نظیر آموزش پزشکی دیگر کشورها را الگو می کرد و از سوی دیگر، به چند فعالیت بسیار مثبت، از جمله ایجاد بخش آموزش پزشکی و پزشکی اجتماعی و از همه مهمتر، اجرای برنامه نوآور آموزش پزشکی در فضا پرداخت و در مجامع علمی داخل و خارج کشور

بخش خصوصی، تعیین و نیروی انسانی مورد نیاز کل کشور برآورد و ظرفیتهای ورودی مناسب برای سالهای آینده پیش بینی شد. ۱۸ و ۱۳ و ۱۷

اگر هدف کلی برنامه ریزی نیروی انسانی پزشکی ایجاد تعادل بین فرهیختگان و جذب آنان در نظام بهداشتی - درمانی کشور باشد، در این صورت در نیروی انسانی پزشکی تعادل کیفی و کمی وجود داشته باشد^{۱۹}. به همان اندازه که در سالهای ۴۸ تا ۵۸ برنامه ریزان کشور نگران کمبود پزشک بودند، در اواخر دهه ۶۰، نگران افزایش آن شدند و این همان عارضه ای است که بسیاری از کشورهای دنیا گرفتار آن هستند.

جدول ۶. تعداد تختهای آموزشی و دانشجویان رشته پزشکی و نسبت تخت آموزشی به دانشجویان پزشکی در کشورهای مختلف در سال تحصیلی ۱۹۸۳-۱۹۸۴

نام کشور	تعداد تخت دانشجویان رشته پزشکی	نسبت تخت آموزشی به دانشجوی پزشکی
استرالیا	۸۴۲۹	۳/۱۳
اندونزی	۱۱۰۳۵	۰/۹۶
ایالات متحده آمریکا	۶۴۸۵۹	۳/۷۸
بریتانیا	۱۴۷۱۷	۳/۵۱
بلغارستان	۱۰۵۰۵	۱/۲۷
بنگلادش	۱۰۷۵۷	۰/۴۹
ترکیه	۲۱۹۶۱	۰/۸۶
عربستان سعودی	۳۰۶۴	۱/۳۵
فنلاند	۴۳۲۶	۲/۰۷
فیلیپین	۱۴۲۴۱	۰/۷۰
کانادا	۷۵۸۴	۱۱/۴۴
کوبا	۲۲۲۳۲	۱/۱۲
کویت	۳۹۸	۵/۰۳
مجارستان	۷۳۰۴	۱/۰۷
هندوستان	۱۷۱۵۰	۲/۲۵

آموزش پزشکی، در برنامه‌های گروه پزشکی تغییرات عمده‌ای پیشنهاد کردند^{۲۲} که مهمترین آنها عبارتند از: تشریح هدفهای برنامه، بیان نقش و توانایی پزشک، شرح کامل هر درس، توصیه به مجریان آموزش پزشکی برای تعلیم در مراکز سرپایی و درمانگاهی، افزایش دروس بهداشتی، کارآموزی و کارورزی بهداشتی. برنامه مهم دیگری که در گروه پزشکی به تصویب رسید حضور ۶ ماه آخر دوره‌های کاردانی و یکسال آخر دوره‌های کارشناسی در عرضه بعدی خدمات خود و انجام دادن امور عملی (شبهه به دوره کارورزی پزشکی) است که بتدریج در کلیه رشته‌ها اعمال شده است. تهیه برنامه‌های آموزشی برای تمامی رده‌های آموزشی از جمله کارهای مهمی است که در دهه دوم توسط گروه پزشکی شورای عالی انقلاب فرهنگی به اجرا در آمده است. در همین ارتباط، توجه به نکات زیر ضروری است:

برنامه‌های آموزشی یکسان برای ۲۸ دانشکده پزشکی با سطوح تحصیلی مختلف، می‌تواند راهنمای دانشکده‌های تازه تأسیسی باشد تا آموزش درحد قابل قبولی تثبیت شود. البته، این مشکل نیز وجود دارد که اگر دانشگاههای بزرگ، همانند دانشکده‌های کوچک عمل کنند و فقط در قالب برنامه فعالیت نمایند، بنابراین برای تربیت پزشک یا سایر رده‌ها از بخشی از تواناییهای بالفعل و بالقوه خود استفاده نخواهند کرد. خوشبختانه در سالهای اخیر دانشگاههای بزرگ این اختیار را به دست آورده‌اند که در برخی موارد و تا درصد چشمگیری در تغییر برنامه‌های دانشگاه خود، نظریات خود را

شهره شد. در همین دهه، مرکز پزشکی ایران دانشجویان پزشکی را از میان افرادی که دستکم دارای مدرک لیسانس زیست‌شناسی یا شیمی بودند برای دوره چهار یا پنجساله پزشکی انتخاب می‌کرد^{۲۳}

ناهمگونی و عدم تعادل برنامه‌های آموزشی دانشکده‌های مختلف باعث شد که در سال ۱۳۵۴ نمایندگان دانشکده‌های پزشکی دانشگاههای مختلف کشور، برای هر یک از درسهای دوره پزشکی، میزان حداقل، حداکثر و مناسب را تعیین کردند^{۲۴} در دهه دوم نیز، گروه پزشکی ستاد و سپس شورای عالی انقلاب فرهنگی و کمیته‌ها و شاخه‌های وابسته به آن برای رشته‌ها و مقاطع مختلف گروه پزشکی برنامه‌های یکسان طراحی کردند. به عنوان مثال، در برنامه دوره دکترای پزشکی پس از استناد به شرایط بهداشتی - درمانی کشور، ابتدا هدفهای آموزشی این دوره مشخص شد و سپس به شناخت کافی پزشک از مسائل عمده بهداشتی - درمانی و نظام ارائه خدمات بهداشتی - درمانی کشور تأکید شده است. در این مجموعه، طول دوره و مراحل مختلف آن (علوم پایه، نشانه‌شناسی و فیزیوپاتولوژی، کارآموزی و کارورزی بالینی) به روشنی مشخص و مقررات مربوط به هر دوره تعیین شده است^{۲۵}

از سال ۱۳۶۴ به بعد، برنامه‌های گروه پزشکی ستاد انقلاب فرهنگی توسط گروه پزشکی شورای عالی برنامه‌ریزی مورد تجدید نظر قرار گرفت. اعضای گروه پزشکی در جهت جامعه‌نگر کردن



اعمال کنند^{۲۳} و^{۲۴} راه مناسب برنامه‌ریزی آموزشی این است که از طریق تجزیه و تحلیل، کارایی لازم پزشکی و سایر رده‌های مختلف نیروی انسانی را در انطباق با نظام عرضه خدمات بهداشتی - درمانی کشور تعیین کرده، سپس با بهره‌گیری از روشهای علمی و بدون فاصله گرفتن از مفاهیمی که جنبه بین‌المللی دارد، برنامه‌های جدید آموزش پزشکی با شرایط کشور متناسب شود. فراموش نشود که صرفاً کاستن و ساده کردن محتویات برنامه‌ها، به دانشجویان برای یادگیری و به کارگیری دانسته‌هایشان کمکی نمی‌کند^{۲۵} علاوه بر آن باید در نظر داشت که برنامه آموزشی تا زمانی مفید و ثمربخش است که با محیطی که آموزش در آن صورت می‌گیرد هماهنگی داشته باشد و آموزش، هنگامی از نظر دانشجو منطقی خواهد بود که با محیط همخوانی و همبستگی نزدیک داشته باشد^{۲۶}

ارزیابی در آموزش

در حال حاضر در آموزش پزشکی کشور برای ارزیابی دانشجویان از چند شیوه معمول استفاده می‌شود که رایجترین آنها آزمونهای چند جوابی در مورد دروس نظری و آزمونهای شفاهی و گاه عملی در مورد کارآموزیهاست که در دانشکده‌های مختلف به شیوه‌های مشابه انجام می‌شود. با توجه به اینکه در مورد چگونگی ارزیابی میزان روایی و پایایی آزمونها، مطالب مکتوبی در دسترس نیست می‌توان چنین استنباط کرد که متعاقب این آزمونهای مشابه در مورد سؤالات و نحوه تهیه آنها، انجام دادن آزمونها، میزان دقت و نتایج آزمونها بررسی چندانی صورت نمی‌گیرد. در سالهای اخیر دو آزمون مهم در دوره پزشکی عمومی انجام می‌گیرد که یکی آزمون جامع علوم پایه است که در پایان سال دوم پس از اتمام دروس عمومی و پایه پزشکی انجام می‌شود و دیگری، آزمون جامع کارورزی است که شرکت و قبولی در آن برای ورود به دوره کارورزی ضروری است^{۲۱}. مسلماً اگر تعداد پرسشهای این دو آزمون کافی باشند و نیز بتوانند میزان آگاهی، توانایی و تبصر بالینی دانشجویان را بسنجند، می‌توانند برای تصحیح گزینش دانشجویان و نیز ارزیابیهای انجام شده قبلی سازوکار مناسبی باشند. هر چند در دوره‌های تخصصی پزشکی نیز آزمونهایی انجام می‌شود و برای ارزیابی استادان نیز فرمهای مخصوص مورد استفاده قرار می‌گیرد ولی به طور کلی باید گفت که ارزیابی کلی جریان آموزش که متکی بر سنجش میزان داناییها و تواناییهای فارغ‌التحصیلان در برآورد نیاز اجرایی و آموزش است و مستلزم ارتباط عملی مؤسسات آموزش با دانش‌آموختگان در محیط کار می‌باشد، هنوز ناکافی است.

دانشجویان تاریخچه بیماری را می‌گیرند و یا او را معاینه می‌کنند در دوره آموزش بالینی دانشجویان به میزان زیادی مشهود است^{۲۷} طی دو دهه، فقط در دانشکده پزشکی شیراز بخش آموزش پزشکی وجود داشت که به عنوان مرکز تربیت مدرس منطقه‌ای سازمان جهانی بهداشت دوره‌ها و کارگاههای آموزشی در زمینه ارزیابی آموزشی و برنامه‌ریزی برای اعضای هیأت علمی کشور برگزار می‌کرده است. این فعالیتهای در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و سپس سایر دانشگاهها نیز شروع شده است و کارگاههای متعددی در زمینه روش تحقیق، روشهای آموزشی و آموزش در رشته و جامعه محوری در آموزش پزشکی تشکیل شد که همچنان ادامه دارد و تاکنون تعداد زیادی از استادان دانشگاهها در آنها شرکت کرده‌اند. هر چند که این فعالیتهای باعث شده است که در برخی دانشگاهها و دستگاههای اجرایی حرکت تازه‌ای به وجود آید، ولی این موضوع را نیز نباید فراموش کرد که طی دو دهه گذشته، هیچ‌گونه فعالیت جامعی برای آموزش اصول و روشهای آموزشی و ارزیابی برای اعضای هیأت علمی در کشور صورت نگرفته است و شاید بکنواخت و تکراری بودن آزمونها هم نتیجه عدم فعالیت بخشها و مراکز آموزشی دانشکده‌های پزشکی ایران باشد. نوشتارهایی که از سایر نقاط جهان می‌رسد چنین حالتی را نشان می‌دهد و یادآور می‌کند که برنامه‌های آموزشی برای هیأت اعضای علمی به بورسهای آموزشی و دستیابی به درجه‌های علمی بالاتر محدود می‌شود^{۲۵}. ایجاد این بخشها در بعضی از نوشتارهای داخل کشور نیز به عنوان یکی از راههای ارتقای کیفی آموزش پزشکی بیان شده است^{۲۸} که خوشبختانه در برنامه‌ریزی کلی کشوری نیز مورد توجه قرار گرفته است؛ به گونه‌ای که تأسیس بخشهای آموزش نیروی انسانی پزشکی در کلیه دانشکده‌های پزشکی به عنوان یک سیاست اجرایی مطرح شده است^{۲۹}. ایجاد این بخش در سطح دانشکده‌ها خواهد توانست در بهبود وضع تدریس و نیز شرایط ارزیابی - چه در امتحانهای داخلی و چه در آزمونهای نیمه متمرکز و حتی امتحانهای کشوری - مؤثر باشد و به طور مسلم دانشجویان اولین گروهی هستند که از بهبود روشهای تدریس و ارزیابی استفاده خواهند کرد. آغاز دوره کارشناسی ارشد آموزش پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تداوم کارگاهها و سمینارها، برپایی سالانه کنگره آموزش پزشکی، مسافرتهای کارشناسان آموزش پزشکی بین‌المللی به ایران و فعالتر شدن مراکز توسعه آموزش پزشکی، نوید بخش ارتقاء در کیفیت و ارزیابی در آموزش است.

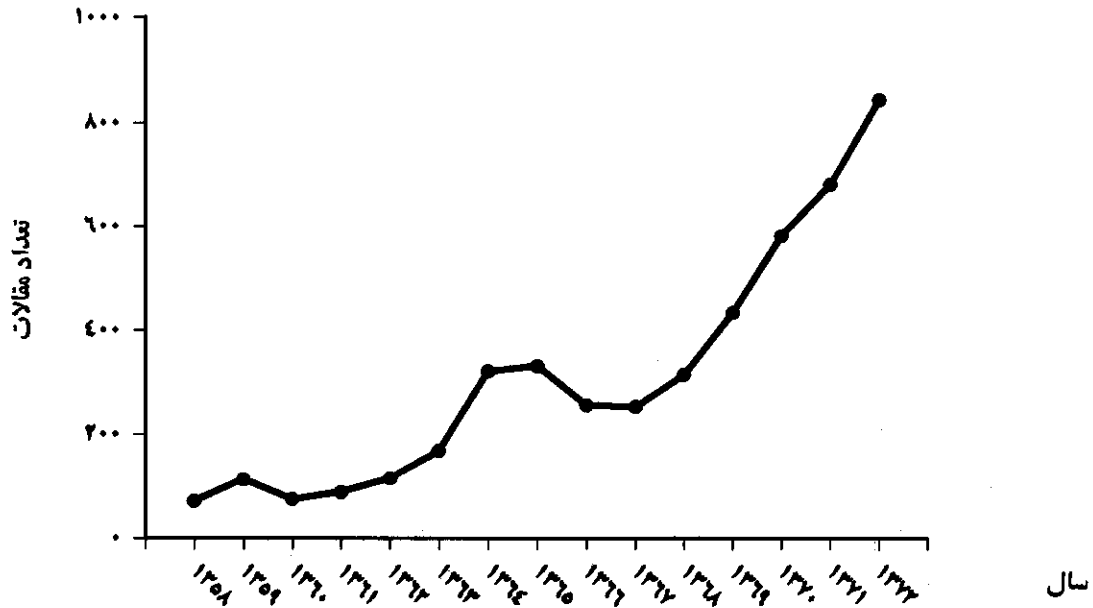
تحقیق در آموزش

در بررسی که بر روی مقالات گروه پزشکی بنین سالهای ۵۸ تا ۷۲ انجام گرفته، نشان داده است^{۳۰} که تعداد مقالات منتشر شده در داخل کشور در گروه پزشکی افزایش چشمگیری پیدا کرده است (شکل ۴)

اگرچه تعداد اعضای هیأت علمی دانشگاهها نیز در سالهای اخیر

اطلاعات به دست آمده نشان می‌دهد که روش تدریس و روش ارزیابی در آموزش گروه پزشکی، بویژه در رشته پزشکی، در غالب دانشکده‌ها یکسواخت و یکسان و ارزیابی مهارتهای دانشجویان پزشکی حتی در گرفتن تاریخچه و معاینه جسمانی مشکل است. زیرا همان گونه که جورج انگل (George Engel) در سال ۱۹۸۲ توضیح داده است حضور کم مربیان هنگامی که

شکل ۴. تعداد مقالات منتشر شده در مجلات داخل کشور در سالهای ۵۸ تا ۷۲



است. گزینش دانشجو که از روند مختلفی پیروی کرده است باید به گونه جدی و به طور مداوم مورد بررسی و ارزیابی قرار گیرد و مناسبترین روش مبتنی بر جذب استعدادهای بهتر در مناطق بومی، با رعایت حداقل سطوح قابل قبول علمی به اجرا درآید.

پژوهش در آموزش پزشکی تاکنون جایگاه مناسبی نداشته است^{۳۲}. بنابراین، آموزش پزشکی باید پس از شناخت خود، دامنه عمل، مشکلات، عوامل بازدارنده و عوامل کمک‌کننده پژوهشهای کاربردی در زمینه‌های مختلف از جمله برنامه‌ریزی، روشهای تدریس، ارزیابی، سازماندهی و... بپردازد.

برنامه‌های ابتکاری طی دو دهه گذشته به علل مختلف متوقف مانده‌اند که لازم است یک یا دو برنامه نوآور - بدون کپی برداری از کشورهای دیگر و براساس آنچه در جامعه ما می‌گذرد - طراحی شوند و به مرحله آزمایش درآیند تا نکات قوت و ضعف آنها روشن شود و سپس تغییرهای حساب شده و نوآوریهای مفید بتدریج گسترش یابند.

در زمینه افزایش جامعه‌گرایی در دانشکده‌های مختلف تلاشهای محدودی به عمل آمده است ولی جامعه‌گرایی به عنوان اساسیترین خط‌مشی دانشکده‌های گروه پزشکی باید به طور کامل مورد توجه قرار گیرد^{۳۳}.

نکته دیگر اینکه، تربیت دانشمندان و علمای پزشکی در گروه کوچکی از فارغ‌التحصیلان نیز از جمله ضروریات است که باید از تعداد کم شروع شود و بتدریج گسترش یابد. این امر نه تنها برای علوم پایه پزشکی بلکه برای همه رشته‌های

افزایش چشمگیری داشته است ولی حتی اگر نسبت یک مقاله به تعداد اعضای هیأت علمی رانیز در نظر بگیریم این نسبت از ۱ به ۱۹ به میزان ۱ به ۸ تغییر یافته است. این امر نشانگر آگاهی و اشتیاق بیشتر به امور تحقیقاتی است که همزمان با افزایش تعداد اعضای هیأت علمی گروه پزشکی و برگزاری بیش از ۲۰۰ کارگاه روش تحقیق در سطح کشور بوده است^{۳۱}. رشد قابل توجه پذیرش در رشته‌های کارشناسی ارشد و PhD در علوم پایه و دستیاران تخصصی و فوق تخصصی در علوم بالینی، دلیل عمده دیگری برای افزایش تحقیقات و مقالات منتشر شده در کشور است (جدول ۷)

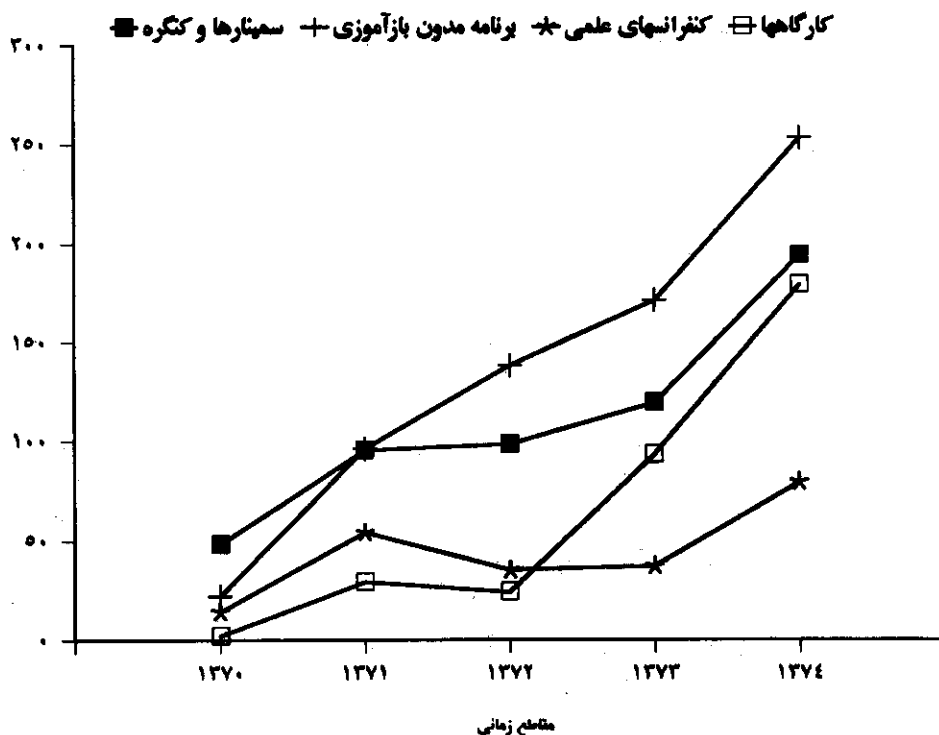
نتیجه‌گیری

آموزش پزشکی در ایران در دو دهه اخیر با چالشهایی مواجه بوده است که برخی برای اصلاح آموزش و بعضی از آنها به علت اجبار در رفع نیاز جامعه برای آموزش همچون عارضه‌ای محسوب می‌شود. روند کاهش پذیرش دانشجو در سالهای ۶۹ - ۷۰ و ۶۸ - ۶۹ می‌توانست نویدبخش باشد ولی توقف آن در سال اخیر نگران‌کننده

جدول ۷. تعداد پذیرش سالانه دانشجویان کارشناسی ارشد، PhD، تخصصی و فوق تخصصی پزشکی در سالهای ۱۳۵۴ تا ۱۳۷۳

سال	علوم پایه		علوم بالینی	
	کارشناسی ارشد	PhD	تخصصی	فوق تخصصی
۱۳۵۴	۹۵	۲	۴۲۰	۰
۱۳۶۴	۲۶۰	۲۱	۵۱۰	۲
۱۳۶۹	۳۱۰	۲۳	۹۴۵	۲۹
۱۳۷۳	۵۱۴	۵۲	۱۵۲۸	۱۱۵

شکل ۵. تعداد کل برنامه‌های بازآموزی اجرا شده در سالهای ۱۳۷۰ تا ۱۳۷۴



و برنامه‌های آموزشی، در زمره مقولاتی هستند که توجه خاص به آنها آغاز و با گسترش مراکز آموزش پزشکی (BDC) در دانشگاهها، به نحو مطلوب در خواهد آمد^{۳۶}

منابع

- ۱- عزیزی، فریدون: آموزش پزشکی، پیشرفتها و تنگناها. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، سال دوازدهم، شماره اول و دوم، صص ۳-۱۵، ۱۳۶۷.
- ۲- آمار آموزش عالی ایران سال تحصیلی ۵۴-۱۳۵۳. جلد دوم، مؤسسه تحقیقات و برنامه‌ریزی علمی و آموزشی، تهران: اردیبهشت ۱۳۵۴.
- ۳- آمار آموزش عالی ایران سال تحصیلی ۵۹-۱۳۵۸. جلد دوم و سوم، دفتر برنامه‌ریزی آموزشی معاونت آموزشی، وزارت فرهنگ و آموزش عالی، تهران: بهمن ۱۳۶۰.
- ۴- وکیل، حسن: جلوه‌هایی از آموزش پزشکی در جمهوری اسلامی ایران، مجتمع آموزشی و پژوهشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، صص ۷-۴۷، دی‌ماه ۱۳۶۴.
- ۵- آمار آموزش عالی ایران سال تحصیلی ۶۴-۱۳۶۳. جلد دوم، مرکز برنامه‌ریزی آموزشی وزارت فرهنگ و آموزش عالی، بهمن ۱۳۶۴.
- ۶- منفرد، الهه و علیخانی، فریبا: اطلاعات کلی در زمینه آموزش پزشکی در جمهوری اسلامی ایران. مرکز مطالعات برنامه‌ریزی آموزشی، معاونت آموزشی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مرداد ۱۳۶۹، صص ۲-۲۳.

خدماتی و بالینی پزشکی نیز ضروری است که متأسفانه نه تنها در کشور ما بلکه در سایر نقاط دنیا نیز برنامه‌ریزی صحیحی در این خصوص وجود ندارد^{۳۴}. بدیهی است منظور از تربیت این افراد این نیست که گروهی دانشمند ولی بیگانه با مسائل مردم ساخته شوند که در گوشه یک آزمایشگاه به نتایج آزمونهای بیماران خیره شوند و یا تنها کار پژوهشی انجام دهند، بلکه هدف، تربیت آینده‌سازانی است که کلیه ویژگیهای یک استاد شریف و دانشمند را دارا باشند تا حکیمانانه و عالمانه در ارتقای دانش و انتقال علم به جوانان کشور ما موفقیت بیشتری کسب کنند^{۳۵}. تغییر در برنامه‌های آموزشی دوره‌های عالی رشته‌های پزشکی برای تربیت دانشمندان این گروه ضروری است و اقدامی خواهد بود تا پایه‌های پزشکی مملکت تقویت شود.

باتوجه به آنچه آورده شد، مشخص است که برنامه‌های آموزش گروه پزشکی در ۱۵ سال اخیر (پس از تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) از نظر کمی به هدفهای خود رسیده است و برنامه‌ریزیهای آینده باید در جهت تعدیل ظرفیتها و جلوگیری از تربیت نیروی انسانی بیش از حد نیاز باشد. درجهت کیفی، تغییراتی درجهت جامعه‌نگر شدن آموزش پزشکی انجام گرفته است، مع‌هذا مهم شمردن و اجرای مطلوبتر آموزش سرپایی، کارهای عملی در عرصه خدمات بهداشتی - درمانی در جامعه، اختلاط بیشتر علوم پایه و بالینی، دانشجو محوری در آموزش پزشکی، استفاده از روشهای تدریس براساس حل مسأله و آشنایی و اجرای روشهای جدید ارزیابی دانشجو به عضو هیأت علمی

۷- آمار آموزش عالی ایران، سال تحصیلی ۴۹ - ۱۳۴۸. مؤسسه تحقیقات و برنامه‌ریزی علمی و آموزشی، تهران: اردیبهشت ۱۳۵۴.

۸- راهنمای امتحانات ورودی دانشگاهها و مؤسسات آموزش عالی. مرکز آزمون شناسی، وزارت علوم و آموزش عالی، تابستان ۱۳۴۸.

۹- راهنمای مسابقه ورودی سراسری دانشگاهها و مؤسسات آموزش عالی، سال ۵۴ - ۱۳۵۳. مرکز آزمون‌شناسی، وزارت علوم و آموزش عالی.

۱۰- راهنمای ورودی به آموزش عالی سال تحصیلی ۵۹ - ۱۳۵۸. سازمان سنجش آموزش کشور، وزارت فرهنگ و آموزش عالی، مرداد ۱۳۵۸.

۱۱- راهنمای گزینش دانشجو برای دانشگاهها و مؤسسات آموزش عالی، سال تحصیلی ۶۴ - ۱۳۶۳. سازمان سنجش آموزش کشور، وزارت فرهنگ و آموزش عالی.

۱۲- راهنمای انتخاب رشته‌های تحصیلی برای دانشگاهها و مؤسسات آموزش عالی کشور، سال تحصیلی ۶۹ - ۶۸ (شماره ۲). سازمان سنجش آموزش کشور، وزارت فرهنگ و آموزش عالی.

۱۳- برآورد نیروی انسانی پزشکی موردنیاز در سال ۱۳۸۱. نشریه شماره ۶، مرکز مطالعات و برنامه‌ریزی آموزشی، معاونت امور آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، خرداد ۱۳۶۸.

۱۴- عزیزی، فریدون: وضعیت آموزشی دانشگاههای علوم پزشکی. دارو و درمان، سال ششم، شماره ۲، صص ۳ - ۱۰، ۱۳۶۷.

۱۵- آمار اخذ شده از معاونت آمار و اطلاعات پزشکان. سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۶۹.

16- World Directory of Medical Schools. Sixth Edition, World Health Organization, Geneva 1988

۱۷- آموزش پزشکی و پرورش بهداشتی و درمانی مناطق روستایی کشور. بخش سوم: آموزش پزشکی در کشور، فصل سوم: پیش‌بینی و برآورد کادر پزشکی کشور تا سال ۱۳۶۰، مرکز برنامه‌ریزی علمی و آموزشی مؤسسه تحقیقات و برنامه‌ریزی علمی و آموزشی، تهران، مهرماه ۱۳۵۱، صص ۲۰۰ - ۲۰۴.

۱۸- عزیزی، فریدون: افزایش پذیرش دانشجویان پزشکی. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی، سال نهم، شماره دوم، صص ۶۴ - ۶۳، مهر، آبان و آذر ۱۳۶۴.

۱۹- وکیل، حسن: توسعه نیروی انسانی پزشکی، مسأله امروز و فردا. دارو و درمان سال چهارم، شماره ۴۲، صص ۲۰ - ۲۳، تیر ۱۳۶۶.

۲۰- وکیل، حسن: نگرشی بر برنامه آموزش پزشکی ستاد انقلاب فرهنگی. مجتمع آموزشی و پژوهشی وزارت بهداشتی، ۱۳۶۴، صص ۱۲ - ۱۷.

۲۱- مشخصات کلی، برنامه و سرفصل دروس دوره دکترای پزشکی. گروه پزشکی ۱۰۱۴، مصوب هفدهمین جلسه شورای عالی برنامه‌ریزی مورخ ۶۴/۶/۳۰، شورای عالی برنامه‌ریزی وزارت فرهنگ و آموزش عالی.

۲۲- عزیزی، فریدون: تغییرات برنامه آموزش پزشکی در انطباق با نیازهای جامعه. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی، سال نهم، شماره چهارم، صص ۲۳۹ - ۲۴۴، فروردین،

اردیبهشت و خرداد ۱۳۶۵

۲۳- رای صادره یکصد و نود و ششمین جلسه شورای عالی برنامه‌ریزی مورخ ۱۳۶۹/۲/۳۰ در مورد واگذاری پاره‌ای از اختیارات شورای عالی برنامه‌ریزی به دانشگاهها. شورای عالی برنامه‌ریزی، وزارت فرهنگ و آموزش عالی

۲۴- رای صادره دویستمین جلسه شورای عالی برنامه‌ریزی مورخ ۱۳۶۹/۴/۱۰ در مورد واگذاری پاره‌ای از اختیارات گروه برنامه‌ریزی پزشکی به دانشگاهها در مورد دوره‌های دکتری عمومی (پزشکی، دندانپزشکی، داروسازی، علوم پزشکی و دامپزشکی). شورای عالی برنامه‌ریزی، وزارت فرهنگ و آموزش عالی

25- Tan CM: Academic standards and changing patterns of Medical School Admissions: A Malaysian study. Medical Education 1990; 24:319-327

26- Bandaranayake R: The Integrated Medical Education. In: Bandarnayake: Trend in Curricula. The University of New South Wales, 1979, PP 1-10

27- Stone E, Angerine M, Silvermam S: A Model for Evaluating the history taking and physical Examination skills of Medical Students. Medical Teacher 11:75-80, 1989.

۲۸- وکیل، حسن: راههای ارتقای آموزش پزشکی. دارو و درمان، سال چهارم، شماره ۴۴، صص ۱۶ - ۱۸، شهریور ۱۳۶۶

۲۹- لایحه برنامه اول توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران (۱۳۶۸ - ۱۳۷۲). پیوست شماره ۱، فصل بیستم: آموزش عالی. وزارت برنامه و بودجه، صص ۱۱ - ۲۰، مرداد ۱۳۶۸

۳۰- عزیزی، فریدون: فهرست مقالات گروه پزشکی ۱۳۵۸ تا ۱۳۷۲. مرکز تحقیقات غدد درون‌ریز، تهران، ۱۳۷۴

۳۱- عزیزی، فریدون: وضعیت تحقیقات پزشکی در کشور. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، سال ۱۸، شماره ۱، صص ۱ - ۴، ۱۳۷۳

۳۲- عزیزی، فریدون: بررسی فعالیتهای پژوهشی استادان و دانشیاران دانشگاههای علوم پزشکی کشور. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، سال پانزدهم، شماره اول و دوم، صص ۳، ۱۳۷۰

۳۳- عزیزی، فریدون: تلاش برای ارتقای کیفیت آموزش پزشکی. دارو و درمان، سال چهارم، شماره ۴۲، صص ۳ - ۶، تیر ۱۳۶۶

34- Martin JB: Training Physician-Scientists for the 1990's. Acad Med 1991; 66: 123-129

۳۵- عزیزی، فریدون: آموزش پزشکی در دهه ۷۰. دارو و درمان، سال نهم، شماره ۱۰۹، صص ۳، ۱۳۷۱

۳۶- عزیزی، فریدون: گزارش ملی تحقیقات علوم پزشکی، ۱۳۷۲. دبیرخانه شورای پژوهشهای علمی کشور، تهران، ۱۳۷۴