

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

آموزش پزشکی در قرن بیستم شاهد موفقیت‌های گسترده‌ای بود. مسلماً تربیت هزاران نیروی متخصص، در سطوح مختلف در علوم پزشکی، نقشی اساسی را در کاهش مرگ و میر انسانها ایفا نمود. اما آموزش پزشکی، به ویژه در دو دهه آخر قرن بیستم، با انتقادات جدی و گسترده‌ای از طرف متخصصین و دست‌اندرکاران 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 نمی‌باشد، ولی سرعت تغییرات در نظام سلامت و نیازهای جامعه، بازنگری در آموزش پزشکی را به نحوی که پزشکی متناسب و آماده رویارویی با مشکلات قرن بیست و یکم تربیت کند، ضروری می‌نماید. برخی از انتقاداتی که به آموزش پزشکی، به خصوص در دو دهه آخر قرن بیستم مطرح 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 برنامه‌های آموزشی

۴. فقدان موضوع طب جایگزین در آموزش پزشکی

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.

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 Integration 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، Mayo clinic و دانشگاه Duke نام برد. در کانادا دانشگاه Mac master، در گلاسکو انگلستان، در هلند دانشگاه ماستریخت و در مصر دانشگاه کانال سوئز نیز از 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 گرفت 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 WHO، UNFPA و UNICEF نیز مورد حمایت قرار گرفت.

در کشور ما نیز از سال ۱۳۶۴ با تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی وظیفه آموزش و تربیت نیروی انسانی بخش بهداشت و درمان نیز به عهده این وزارتخانه نهاده شد که با این گام اساسی تجلی عینی ادغام آموزش و خدمت که یکی از عمده ترین راه حل‌های بهبود برنامه های آموزش پزشکی بود محقق شد چرا که توانمندی یک پزشک در پاسخگویی بهتر به نیازهای بهداشتی درمانی جامعه در گرو فراهم بودن عرصه های مناسب یادگیری در طول دوره آموزش پزشکی می باشد و لذا کسب آموزش در مواجهه با نیازهای واقعی جامعه به عنوان یکی از سیاستهای برنامه ریزی تعیین گردید. اما در ایران سابقه این حرکت به سال ۱۳۵۱ برمی گردد که وزیر علوم و آموزش عالی وقت با همکاری تعدادی از استادان دانشگاهها و کارشناسان وزارت بهداشتی وقت و همکاری سازمان جهانی بهداشت به بررسی وضعیت نظام سلامت و آموزش پزشکی پرداختند و نتیجه مطالعه در ۴ جلد کتاب تحت عنوان راهی به سوی تندرستی منتشر شده است. در این مجموعه الگوی ایجاد شبکه بهداشتی درمانی و ادغام عرصه های آموزش پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی به عنوان یک طرح انقلابی ارائه شده است.

علیرغم ادغام سازمانی و ساختاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، هنوز ادغام کامل عملیاتی در سطوح مختلف، تحقق نیافته است. لازمه بهره‌مندی مطلوب از فلسفه مترقی ادغام، دستیابی به تحلیل جامع از وضعیت موجود است تا بتوان بر مبنای آن گامهای آینده را مستند به شواهد علمی و در راستای حفظ منافع ملی و ارتقای کیفیت آموزش و خدمات پزشکی با اطمینان کامل برداشته و از اتلاف نیرو و سرمایه و دوباره کاری جلوگیری کرد.

با عنایت به پیشینه فوق به نظر می‌رسد مبحث جامعه نگری در آموزش پزشکی در جهت پاسخگویی نیازهای واقعی جامعه مسیر پر تلاطمی را طی نموده است و ادغام آموزش در ارائه خدمات هنوز پس از گذشت بیش از ۲۰ سال نتوانسته است آنگونه که باید، پاسخگوی نیازهای واقعی جامعه باشد. لذا لازم است آموزش پزشکی در این خصوص بار دیگر به صورتی وسیع و عمیق مورد توجه قرار گیرد. جامعه نگری مفهومی است که امروز توجه به آن بیش از هر زمان دیگر جهت ارائه خدمات در قلمرو رشته های وابسته به علوم پزشکی احساس می گردد. علی رغم موفقیت‌های چشمگیر در این زمینه ، باید اذعان نمود که هنوز تا اجرای کامل آموزش پزشکی جامعه نگر در دانشگاههای کشور راه طولانی وجود دارد و دلیل این مشکل ، وجود موانعی نظیر درگیر نشدن جدی گروه‌های بالینی در این امر، کمبود بودجه ، کمبود واحدهای مناسب (عرصه) ، تردید در ضرورت اجرای آموزش پزشکی جامعه نگر و ... می باشد.

واحد آموزش پاسخگو مسئولیت هدایت، نظارت و حمایت از برنامه های آموزش پاسخگو را وظیفه خود میداند و با استفاده از حمایت‌های وزارت بهداشت، دانشگاه و همکاری گروه‌های آموزشی، برنامه ریزی و اجرای برنامه های آموزش پاسخگو به جامعه را هدایت می نماید تا دانش آموختگان توانمند برای اداره نظام سلامت کشور به جامعه وارد گردند.

۱. پیوند و مشارکت فعال نظام آموزشی و نظام عرضه خدمات درشناسایی و ارزیابی نیاز های جامعه و تعیین الویت ها

۲. حضور نظام آموزشی در کلیه سطوح نظام عرضه خدمات

۳. مشارکت نظام آموزشی در اصلاح نظام عرضه خدمات، ارائه نوآوری ها در عرضه خدمات به منظور تأمین نیازها

۴. اصلاح استراتژی های آموزشی و دور شدن از مرز های آموزشی سنتی

۵. توسعه برنامه توانمند سازی اعضای هیأت علمی در خصوص آموزش پاسخگو

۶. توسعه پژوهش های کاربردی بر اساس نیازهای جامعه و ایجاد تعادل بین پژوهش های علوم پایه، بالینی و پژوهش های مربوط به بررسی نیاز های جامعه و ارتقاء سلامت

۷. آموزش همگانی جهت پیشگیری از بیماری

I. ایجاد بستر مناسب با آموزش به منظور عدم درخواست داروهای غیر ضروری

II. ایجاد و افزایش سواد سلامت در جامعه از طریق همگانی کردن علم

۱. آموزشهای مرتبط با نیاز های جامعه

۲. دانشکده های دارای آگاهی نسبت به جامعه که موضوعات مرتبط با نیازهای جامعه را آموزش می دهند.

۳. قابل دسترسی شدن مرکز ارائه خدمات بهداشتی برای مردم که در این مراکز دانشجویان خدمات بهداشتی ارائه می دهند

۴. کسب قابلیت های لازم برای دانشجویان که در داخل دانشگاه و بیمارستانهای تخصصی امکان پذیر نیست و توانایی تعامل با جامعه

۵. یک فرصت برای همکاری کردن و تعامل داشتن با سایر متخصصین بهداشتی و کارکنان

۶. ارتباط و همکاری بین دانشگاه، دولت و جامعه

• ارتقای کیفیت آموزش پزشکی در راستای استانداردها

• توانمند سازی نیروی انسانی موجود در جهت تامین سلامت جامعه

• بازنگری کوریکولوم آموزش پزشکی در راستای پاسخگویی به نیاز های واقعی جامعه

• ارتقای شاخصهای ارائه خدمات، برای دستیابی به استانداردهای کشوری در عرصه جهت دانشجویان پزشکی

• توسعه فضاهای آموزش در عرصه جهت دانشجویان پزشکی

• تجهیز مراکز آموزش در عرصه