مجله مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی یزد
دوره بیستم، شماره اول، بهار ۱۴۰۴
صفحه: ۱۱۵۸ – ۱۱۵۶

Journal of Medical Education and Development
Vol. 20, No.1, Spring 2025
Pages: 1156– 1158

نامه به سردبیر

ادغام آموزش علوم پزشکی در نظام ارائه خدمات سلامت کشور: دستاوردها و چالش ها

سعید امینی[1*]

سازمان بهداشت جهانی[1]، سازمان های بین المللی و مطالعات پژوهشی مختلف همواره بر اهمیت ادغام آموزش پزشکی در نظام ارائه خدمات تأکید کرده اند (۱، ۲). همچنین مبحث بسیار مهم دیگری که موضوع روز دنیا می‌باشد بحث آموزش پزشکی مبتنی‌بر جامعه[2] است (۳). این مبحث تأکید می‌کند که آموزش پزشکی باید مبتنی‌بر نیازهای جامعه و با مشارکت مردم بوده و نباید در خلأ انجام شود. در صورتیکه این اقدامات انجام شود ما شاهد یادگیری مبتنی‌بر شایستگی[3]، یادگیری مبتنی‌بر پیامد[4]، آموزش پزشکی مبتنی بر شواهد[5] و ارتباطات بهتر بین ارائه دهندگان خدمات، بیماران، دانشجویان و سایر ذینفعان خواهیم بود.

علی‌رغم مستندات فوق، آنچنان که باید و شاید، شاهد ادغام آموزش پزشکی در نظام ارائه خدمات در سطح دنیا نیستیم. پس از مطرح شدن استراتژی PHC در آلماآتا، ایده ادغام بین آموزش و ارائه خدمات در مجامع علمی دنیا مطرح گردید. در حال حاضر در حدود ۳۰٪ از دانشکده‌های پزشکی آمریکا ادغام در 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 انگلستان دانشگاه گلاسکو، 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 (۴، ۵). منظور از درجات مختلف ادغام آموزش پزشکی با عرصه خدمات بهداشتی درمانی، سطوح و روش‌های متفاوتی است که دانشگاه‌ها برای ترکیب آموزش تئوری و عملی پزشکی به کار می‌برند. چند مثال ملموس آن عبارتند از:

۱. ادغام برنامه درسی: که شامل همگام‌سازی، زمان بندی و ترتیب موضوعات بین رشته ای، ادغام افقی (رشته‌های مختلف بالینی) و ادغام عمودی (علوم پایه و بالینی) است (۶). مدل ۶ درجه‌ای ادغام برنامه درسی نیز در برگیرنده مفاهیمی همچون بین رشته‌ای بودن، زمان‌بندی و ترتیب است (۷). مثال ملموس: ادغام دروس علوم پایه مانند فیزیولوژی و فارماکولوژی با دروس بالینی مانند طب داخلی در یک دوره واحد

۲. ادغام آموزش با ارائه خدمات: ادغام آموزش رشته‌های علوم پزشکی با سیستم ارائه خدمات سلامت موجب می‌شود که دانشجویان در محیط‌های واقعی یاد بگیرند (۱). مثال ملموس: حضور دانشجویان پزشکی در بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی برای ارائه خدمات تحت نظارت اساتید

۳. ادغام خدمات بهداشتی و آموزشی: تجربیات ادغام آموزش و خدمات باعث پیشرفت در همکاری دانشگاه ها و مراکز بهداشتی درمانی شده است (۱). مثال ملموس: همکاری دانشگاه‌ها با بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی برای ارائه آموزش عملی به دانشجویان.

۱- دانشیار مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، گروه علوم مدیریت و بهداشت، دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی خمین، خمین، ایران
*(نویسنده مسئول)؛ تلفن: ۹۸۹۱۸۸۵۶۷۵۳۴ + پست الکترونیکی: *sa_536@yahoo.com*

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳ / ۱۲ / ۱۳ تاریخ بازبینی: ۱۴۰۳ / ۱۲ / ۱۵ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳ / ۱۲ / ۲۵

[1] World Health Organization
[2] Community based Medical Education
[3] Competency based Learning
[4] Outcome based Learning
5 Evidence based Medicine

CC By-NC 4.0

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-11-07]

[DOI: 10.18502/jmed.v20i1.18990]

۵. حوزه‌های ادغام برنامه درسی: نمونه ای از این حوزه ادغام، راهنمای برنامه درسی ایمنی بیمار سازمان بهداشت جهانی برای دانشکده های پزشکی می باشد (۹). مثال ملموس: ادغام مباحث ایمنی بیمار در دروس مختلف پزشکی

۶. موفقیت در ادغام: ادغام موفقیت آمیز به مشارکت های قوی، مربیگری موثر، آموزش بین رشته ای و تعهد به بهبود مستمر کیفیت بستگی دارد (۱۰). مثال ملموس: ایجاد کمیته های مشترک بین دانشگاه ها و بیمارستان ها برای برنامه ریزی و اجرای برنامه های آموزشی مشترک

در سایر کشورها آموزش پزشکی توسط وزارت علوم کشورها ارائه می شود و وزارت بهداشت هم صرفا به ارائه خدمت می پردازد. این در حالی است که در کشور ما، از دهه ۶۰ شمسی که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شکل گرفت این ادغام نیز حاصل آمد و هم اکنون دانشجویان و گیرندگان خدمات از این درخت پربار ادغام نهایت استفاده را می کنند.

ادغام آموزش پزشکی در نظام ارائه خدمات کشورمان باعث شده است که کارکنان آموزش دانشگاه ها و دانشجویان بدون سپری کردن مراحل بوروکراسی (که در نظام اداری ما کم نیست) و بدون واسطه به بیمارستان ها و مراکز بهداشتی دسترسی داشته باشند. به عبارتی حائلی بین کلاس آموزشی و مراکز بهداشتی و بیمارستان وجود ندارد، همچنین تبادلات علمی، امکانات و تجهیزات و نیروی انسانی خیلی روان و سریع اتفاق می‌افتد، هزینه‌ای لازم نیست بین طرفین مبادله شود، ورود و خروج بین آنها پیچیده نیست، هر کدام دیگری را جزئی از خود می داند و در قبال همدیگر احساس مسئولیت می کنند؛ دانشجویان احساس مسئولیت در قبال امکانات و تجهیزات و بیماران و مراجعین به مراکز بهداشتی درمانی دارند و کارکنان بهداشت و درمان هم دانشجویان را با آغوش باز می پذیرند. همچنین تحقیقات دانشجویی و تحقیقات اعضای هیات علمی پس از تأیید پروپوزال و اخذ کداخلاق به سهولت در مراکز بهداشتی درمانی انجام می شود.

جذب دانشجویان بین الملل در سیستم پرطراوت و جذاب دانشگاه‌های علوم پزشکی به دلیل طرح ادغام از دیگر فرصت های بی‌بدیل این سیستم می‌باشد که هنوز از این ظرفیت به اندازه کافی بهره‌برداری نشده است. دانشجویان خارجی که در دانشگاه های علوم پزشکی ایران تدریس می‌کنند تجربیات گرانبهایی از آموزش در کنار ارائه خدمات به دست می‌آورند که در کشورهای خود با این کیفیت به آن دسترسی ندارند. دانشجویان در مدت کوتاهی از آموزش با کیس های متعدد مواجه می شوند که یادگیری دروس تئوری را برای آنها بسیار ساده‌تر می کند.

اگر چه هنوز چالش‌هایی در این مسیر وجود دارد از جمله درگیر نشدن جدی گروه‌های بالینی در بیمارستان ها و درمانگاه های آموزشی و همچنین واحدهای بهداشتی در مراکز بهداشتی در موضوع آموزش پزشکی و همچنین ارتباط ضعیف معاونت های آموزشی، بهداشتی، درمان و غذا و دارو دانشگاه های علوم پزشکی با همدیگر جهت آموزش بهتر دانشجویان علوم پزشکی؛ اما با این وجود نظام سلامت ایران به دلیل ادغام آموزش پزشکی در ارائه خدمات گام های بسیار زیادی از کشورهای دیگر جلو می باشد و موفقیت های بسیار زیادی را به دست آورده است. در بسیاری از کشورها آموزش پزشکی بیشتر بر جنبه های تئوری متمرکز است و ارتباط کمتری با محیط واقعی ارائه خدمت دارد اما موضوع ادغام باعث شده است که دانشجویان رشته های علوم پزشکی از نزدیک با چالش های محیط کار مواجه شوند و مهارت های لازم را برای ارائه خدمات با کیفیت کسب کنند (۱۱). به طور مثال اگر بخواهیم بعضی از بروندادهای نظام سلامت ایران را با کشورهای مشابه در منطقه مقایسه کنیم؛ در زمینه پوشش خدمات بهداشتی اولیه، ایران ۹۵ درصد جمعیت را تحت پوشش قرار داده است، اما ترکیه حدود ۷۵ درصد جمعیت روستایی را پوشش داده است (۱۲). تعداد پزشکان و متخصصان به نسبت جمعیت در ایران در مقایسه با بسیاری از کشورهای منطقه در سطح قابل قبولی قرار دارد (۱۳). ایران در اجرای برنامه‌های واکسیناسیون کودکان بسیار موفق عمل کرده و توانسته است نرخ پوشش بالایی را در برابر بیماری‌های مختلف به دست آورد. این موضوع در مقایسه با بسیاری از کشورهای در حال توسعه و حتی برخی کشورهای توسعه یافته قابل توجه است (۱۴).

بخشی از دلایل این موفقیت ها به ادغام آموزش در ارائه خدمات برمیگردد که باعث شده است از تمام ظرفیت‌ها خصوصا ظرفیت آموزش پزشکی برای ارائه خدمت خصوصا در مناطق محروم و ادغام پژوهش نوآوری در آن استفاده شود و پزشکان و کادر بهداشت و درمانی تربیت شود که به دلیل آموزش جامعه محور دارای دانش و مهارت بیشتری باشند. در ایران دانشجویان در سیستم ادغام یافته کنونی، فرصت های زیادی برای تقویت

CC By-NC 4.0

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-11-07]

[DOI: 10.18502/jmed.v20i1.18990]

مهارت رهبری، کار گروهی و ارتباطات در دنیای واقعی به دست می آورند، چیزی که برای بسیاری از دانشگاه های علوم پزشکی در سراسر دنیا بخاطر عدم ادغام در دسترس دانشجویان نمی باشد. آنچه که باقی مانده است و لازم است با قوت انجام شود، مدیریت دانش و ثبت و به اشتراک گذاری تجربیات در خصوص نحوه تعامل معاونت های دانشگاه های علوم پزشکی در ارتقای آموزش پزشکی است که می تواند نقطه عطف مبحث ادغام باشد.

References

1. Lal S. ***Integration of Medical Education with Health-care Delivery System in India for Competency-based Learning.*** IJCM. 2018; 43(4): 251-4.
2. Sklar DP, Hemmer PA, Durning SJ. ***Medical Education and Health Care Delivery: A Call to Better Align Goals and Purposes.*** Acad Med. 2018; 93(3): 384-390.
3. Hays R. ***Community-oriented medical education.*** Teach. Teach. Educ. 2007; 23(3): 286-93.
4. Fleet LJ, Kirby F, Cutler S, Dunikowski L, Nasmith L, Shaughnessy R. ***Continuing professional development and social accountability: a review of the literature.*** J. Interprof. Care. 2008; 22 (1): 15-29.
5. Boelen C, Woollard B. ***Social accountability and accreditation: a new frontier for educational institutions.*** Med. Educ. 2009; 43(9): 887-94.
6. Allouch S, Ali RM, Al-Wattary N, Nomikos M, Abu-Hijleh MF. ***Tools for measuring curriculum integration in health professions' education: a systematic review.*** BMC Med Educ. 2024; 24(1): 635.
7. Youm J, Christner J, Hittle K, Ko P, Stone C, Blood AD, et al. ***The 6 degrees of curriculum integration in medical education in the United States.*** J Educ Eval Health Prof. 2024; 21.
8. Zarpelon LF, Terencio ML, Alves Batista N. ***The Integration of Health and Education Services: the power of COAPES for Medical Education.*** MedEdPublish. 2020; 9: 31.
9. Walton M, Woodward H, Van Staalduinen S, Lemer C, Greaves F, Noble D, et al. ***The WHO patient safety curriculum guide for medical schools.*** BMJ Quality & Safety. 2010; 19(6): 542-6.
10. Tabrizchi N, Mohagheghi MA. ***Integration of Medical Education and Healthcare Services from an International Perspective.*** SDME. 2024; 21(Supplement (Integration of Medical Education in the Health System)): 34-42.
11. Azizi F. ***Medical education in Iran; past, now and future or New horizons in Medical education in Iran.*** J. Med. Educ. 2003; 4(1): 43-45
12. Doshmangir L, Moshiri E, Mostafavi H, Sakha MA, Assan A. ***Policy analysis of the Iranian Health Transformation Plan in primary healthcare.*** BMC Health Serv. Res. 2019; 19(1): 670.
13. Khangah HA, Jannati A, Imani A, Salimlar S, Derakhshani N, Raef B. ***Comparing the health care system of Iran with various countries.*** Health Scope. 2017; 6(1): e34459.
14. Mosadeghrad AM, Raposo V, Langroudi HR. ***Health Systems of Iran and Portugal: a comparative study.*** Med J Islam Repub Iran. 2022; 36: 175.

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-11-07]

[DOI: 10.18502/jmed.v20i1.18990]