

لزوم تغییر نظام آموزش و پژوهش پزشکی و نیازهای آن

دکتر علی کوشا

متخصص اطفال، استادیار و عضو شورای COME دانشگاه علوم پزشکی زنجان

*تشخیص بیماریهای نادر در بیمارستانها توسط

پزشکان ارزش کار او را می‌رساند.

*بعضی بیماریها تخصصی بوده و لزوم آموزش به

پزشکان عمومی را ندارند.

*تشخیص بعضی بیماریها قبل از برخورد

دانشجویان صورت می‌گیرد و آنان تفکر تشخیص

نیافته و مهارت لازم را کسب نمی‌کنند.

*نظر به کمبود تخت بیمارستان، آزمایشات

گاهی با هم درخواست می‌شوند نه پشت سرهم.

لذا نتایج آنان گام به گام توسط دانشجویان تفسیر

نخواهد شد.

*از آنجائیکه بیماران در مراحل حاد که در

بیمارستان بستری هستند، بررسی می‌شوند و

دانشجویان مراحل اولیه بیماری و تأثیر واقعی

درمان و عوارض بیماری را اکثراً نمی‌بینند.

*در بیمارستانها دانشجویان سال سوم به

آزمایشات و بررسیها تکیه می‌کنند در حالیکه

دانشجویان سال آخر اثرات خانه، شغل و فامیل

را در سلامتی بیماران بررسی نمی‌کنند.

*از آنجائیکه سلامت فرد نه تنها تحت تأثیر

میکروارگانیسم‌ها و دیس فونکسیون ملکولی و

مشکلات آموزش پزشکی در ۵۰ سال اخیر:

به طور خلاصه ۳ اشکال عمده در تعلیم و تربیت

پزشکان، تحقیقات پزشکی و حرفه پزشکی در

۵۰ سال اخیر دیده شده است (۵):

*جدائی دانشمندان بیولوژی و ژنتیک از

مراقبتهای بیماران.

*وقف کامل وقت متخصصین علوم پزشکی به

بیمارستانها.

*بکارگیری کمتر تحقیقات پیشرفته آزمایشگاهی

و تخصصی بالینی توسط پزشکان عمومی در

مراقبتهای روزانه بیماران.

بیمارستانها مراکز خوبی برای آموزش نیستند:

*کلیه بیماران به بیمارستانها مراجعه نمی‌کنند.

*کلیه بیماران در بیمارستانها بستری نمی‌شوند.

*هزینه‌های بیمارستانی گران است.

*اکثر درمانهای اورژانس تأثیر سریع داشته و اکثر

دانشجویان از آن بی‌بهره می‌مانند.

*بیماران شدیداً بدحال بدرد آموزش

نمی‌خورند.

ژنتیک قرار می‌گیرد بلکه تحت تأثیر عوامل خارجی نظیر: عدم اشتغال، فقر و تنگدستی و حوادث نیز قرار دارد. لذا آسیب پذیری و بهبود فرد به این عوامل نیز وابسته است.

از آنجائیکه بیماران در بیمارستان بستری، تحت کنترل، وابسته و بدون واکنش می‌باشند آموزش این قبیل مسائل به دانشجویان مشکل هست (۵ و ۹).

عوامل مؤثر در بهتر شدن آموزش پزشکی:

- ۱- ایجاد رابطه بین علوم پایه و بالینی.
- ۲- ایجاد یادگیری فعال و مستمر و برپایه Problem base learning (PBL) که تا حدی دانشجویان مسئولیت آموزش خود را تقبل کنند.
- ۳- تشکیل سمینارها و فعالیتهای آموزشی در گروههای کوچک.
- ۴- دادن حق انتخاب به دانشجو.
- ۵- برگزاری امتحانات جهت برآورد استعداد، دانش، استدلال و مهارت دانشجویان.
- ۶- تشکیل جلسات پس خورد در مورد کارهای کلینیکی.
- ۷- طراحی آموزش پزشکی روی تقدم مشکلات بهداشتی اجتماع.

۸- برخورد زودتر دانشجویان با بیماران در سالهای اولیه آموزش.

۹- تقویت بخش های بیمارستانی، کلینیک های سرپائی و مراکز مراقبت های اولیه بهداشتی.

۱۰- آموزش بالینی در بخش ها بصورت راند

آموزشی و آموزش بر بالین بیماران، آموزش کلینیکی در درمانگاههای سرپائی و اورژانس، آموزش procedure و مهارتهای دانشجویان.

۱۱- بعثت تحولات ایجادشده در بهداشت، بطور مثال افزایش سن افراد و شیوع بیماریهای مزمن و بروز بیماریهای تازه اجتماعی مثل خشونت، اعتیاد، جدائی خانوادگی، لزوم آشنائی بیشتر فارغ التحصیلان به پدیده های عمده جمعیتی، اپیدمیولوژیکی و رفتاری را جهت ارائه خدمات بهداشتی مناسبتر به جامعه با دلسوزی و مهارت بیشتر طلب می کند.

۱۲- تربیت مدرسين با داشتن قدرت پژوهش، توان یاد دادن و برقراری ارتباط (۲، ۳، ۴).

آموزش جدید پزشکی:

روی سیستم نمونه ای تمرین و آموزش می دهد که همان آموزش در جامعه می باشد که در آن افراد با بیماریهای جدی کمتر دیده می شوند و افراد آن جامعه کمتر در تماس با عوامل بیماری زا قرار می گیرند و فارغ التحصیلان آن کارشان بهتر کردن وضع بهداشت اجتماع می باشد (۶ و ۸).

عرضه همکاری:

در کنفرانس ۱۵-۱۲ ماه ژوئن ۱۹۹۴ در Rockford ایلی نویز آمریکا برای همکاری who و مؤسسات درگیر تعلیم و تربیت پزشکان قرن ۲۱ چند عرضه پیشنهاد شد (۶):

۱- عرضه بهداشتی بصورت مراقبتهای

بهداشتی :

سیاست‌گذاری بهداشت (تعریف مشکلات بهداشتی) ، خدمات بهداشتی به جامعه (طراحی بهداشت جامعه) ، تحقیقات بهداشتی (مراقبت‌های بهداشتی مقرون به صرفه) .

۲- عرضه تحصیلی بصورت برنامه‌نویسی جهت تعلیم و تربیت پزشکی :

طراحی و برنامه‌نویسی درسی (جمع بندی یک دوره تحصیلی) ، بدعت گذاری دوره آموزشی (PBL) و کیفیت تعلیم و تربیت (تکامل تدریجی برنامه‌ها) .

۳- عرضه کار عملی بصورت الگوهای تجربی و کاری :

آمادگی برای تمرین و کار (مثل تقسیم کار) و کیفیت کاری (کار تیمی و تعلیم تیمی) .

عوامل مهم در همکاری :

در کنفرانس فوق ۱۸ مورد جهت ارتباط بین آموزش و پرورش ، تمرین و بهداشت اعلام که اهم آنها به قرار ذیل می‌باشد (۶):

۱- همکاری دانشگاه ، دولت ، دست‌اندرکاران و مجریان آموزش و اجتماع در طراحی و عمل بر روی آموزش و پرورش و مراقبت‌های بهداشتی .

۲- تعلیم و تربیتی که اساس آن جامعه و مردم باشد و توجه خاص به بیمار و خانواده و اجتماع گردد .

۳- مکانیسم‌های بنیادی بهداشت اولیه بر اساس احتیاجات خاص جامعه ، طراحی و برنامه‌ریزی

گردند .

۴- استفاده بجا و مقرون به صرفه از منابع و وسایل مراقبت‌های بهداشتی با تعهد به انصاف و عدالت .

۵- ارتباط بین دانشگاه و خدمات بهداشتی .

۶- لزوم صلاحیت و شایستگی در علوم اپیدمیولوژیکی ، سیستم اطلاعاتی ، مدیریت ، اقتصاد ، علوم رفتاری و تحقیقات جهت طراحی و مانیتورینگ مؤثر مراقبت‌های بهداشتی .

۷- تهیه و تدارک افراد ماهر ، متناسب با دانشگاه و بیمارستانهای مرجع و مراکز بهداشتی .

۸- ایجاد تیم بهداشتی و دخالت آن در تمام مراحل مراقبت‌های بهداشتی و استفاده از پرسنل بهداشتی .

۹- توجه خاص به استخدام و تعلیم و استفاده از زنان در قسمتی از کارهای بهداشتی .

۱۰- تشخیص نقش کلیدی پزشکان عمومی در کیفیت مراقبت بیماران ، خانواده و اجتماع .

تحقیق در تحصیلات پزشکی ، نیازمند همکاری بیشتر بین‌المللی :

چندین مسئله مورد تأکید است (۷):

۱- احتیاجات بهداشتی هر کشور نیازمند بهبود برنامه‌های مؤثر در تربیت پزشکان است .

۲- بهبود آموزش پزشکی از طریق کار عملی امکان‌پذیر است یعنی بایستی تغییرات عملی تعلیم و تربیت هم توسط نتایج آموزش قبلی و هم بطور تئوریک هدایت شوند و شواهدی که

دلالت بر مؤثر بودن این تغییرات می‌کنند بایستی بعداً پیگیری شوند که هم این تغییرات را بهتر کنند و هم بعداً بتوانند پایه و اساس مطالب ثوری و تحقیقاتی را که راهنمای این تغییرات بوده است پالایش و تهذیب نمایند.

مورد نیاز این، تکرر کار عملی، اتصال لاینفک بین تغییرات و تحقیقات در تعلیم و تربیت پزشکان است. نادیده گرفتن تحقیقات قبلی یا عدم اطلاع از آنان باعث اشکال در تعلیم و تربیت خواهد شد.

۳- سومین مسئله لزوم مساعدت بیشتر بین‌المللی در تحقیقات است زیرا برای افرادی که تحقیقاتی را در زمینه تغییرات انجام می‌دهند داشتن ۴ ملاک ضروری است:

الف) آگاهی از متون مربوط به آموزش و پرورش پزشکی در نواحی مربوطه.

ب) داشتن مهارت تحقیقاتی در زمینه تعلیم و تربیت پزشکی.

ج) تخصیص وقت کافی جهت تعقیب عمل.

د) دسترسی به همکاران لایق جهت همکاری و تشریک مساعی در مورد برنامه‌ریزی، طرح، تعیین خط مشی، برقراری و تجزیه و تحلیل تغییرات.

از آنجائیکه نقش اغلب مدرسین پزشکی وقف تعلیم و تربیت و حرفه پزشکی می‌شود تعداد افرادی که دارای ۴ ملاک فوق باشند کم هستند. اغلب افراد علاقمند به بهتر شدن آموزش و پرورش پزشکی بطور انفرادی در کشور خود کار می‌کنند. بدیهی است در هر کشور افراد مختلفی روی موضوعهای خاص که مورد علاقه سایر کشورها هم می‌تواند باشد کار می‌کنند. همکاری اینان هم بصورت خواندن مقالات، و هم از طریق وسایل ارتباطی می‌تواند باشد ولی شرکت در کنفرانسها و ارتباطها رودررو بهتر است، بهمین منظور در سال ۱۹۸۴ کنفرانس کمبریج درباره آموزش و پرورش پزشکی افتتاح شد که هر ۲ سال یکبار تحقیقات کشورهای مختلف را تجزیه و تحلیل می‌کند.

REFERENCES:

Changing Medical education No 6 .Dec 1994.

1.Charles.Boeien MD; " minority" Means a great deal ; page 2 .

2.Dr.Dick Martenson: can a conventional school of medicine improve ? Page 3.

3.Wolfram Antepohl:Reform in medical education : is there a role for medical students as agents of change ? Page 6.

4.Haasam Handy MD:Advocacy for clinical tutor training : Page 5.

5.David metcalfe: education for practice : a new look at the family doctor's contribution.

Page 12.

6.Raja Bandarayake: The need for global coordination to make steady progress in medical education and medical practice. Page 16.

7.Dr.Gordon Page :Research in medical education: The need for greater international callabration. Page 21.

8.Joseph S.Gonnella,MD;Mohammad Reza Hojat.ph.D : The ultimate argument in medical education : The health outcome. Page 8 .

منابع فارسی :

۹. دکتر ناصر محمدی ، دکتر عاکفه احمدی افشار ، بررسی وفور بیماری و بیماردهی در جامعه شهر زنجان در آذر ۷۳ ، مجله دانشگاه علوم پزشکی زنجان ، شماره ۱۱ و ۱۲ ، تابستان و پائیز ۷۴.

دانشجویان باید از لحاظ معرفت و
استحکام ایمان به عنوان عناصر
برگزیده‌ای در نظر گرفته شوند که
به هنگام فارغ‌التحصیل شدن
افرادی متدین ، مخلص و دلسوز
مردم باشند.

مقام معظم رهبری حضرت آیت‌ا... خامنه‌ای