

مدیریت بیمارستان‌های آموزشی؛ فرصت‌ها و تهدیدها

محمد رضا امیراسماعیلی^۱، سعیده نگهداری^۲، زهرا خسروی‌راد^۳، محیا توحیدی^۳، سجاد خسروی^{۴*}

۱. دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشیار، مرکز تحقیقات مدل‌سازی در سلامت، پژوهشکده آینده‌پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
۲. کارشناس مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
۳. کارشناس ارشد مدیریت اجرایی، مرکز تحقیقات انفورماتیک پزشکی، پژوهشکده آینده‌پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
۴. دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت ارابه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده‌پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

● دریافت مقاله: ۹۴/۵/۲۸ آخرین اصلاح مقاله: ۹۴/۱۰/۹ ● پذیرش مقاله: ۹۴/۱۰/۹

زمینه و هدف: طرح ادغام دانشکده‌های پزشکی در نظام سلامت در سال ۱۳۶۴ به تصویب رسید و یکی از پیامدهای آن، ایجاد بیمارستان‌های آموزشی و درمانی بود. این مطالعه با هدف بررسی مشکلات اداره بیمارستان‌های آموزشی انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر، مطالعه‌ای کیفی از نوع پدیدار شناختی بود که از طریق مصاحبه با ۱۶ نفر از صاحب‌نظران سلامت در خصوص طرح ادغام آموزش پزشکی و مشکلات اداره بیمارستان‌های آموزشی، در سال ۱۳۹۳ صورت گرفت. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، مصاحبه بود. برای اطمینان‌پذیری و تأییدپذیری، از متن نسخه‌برداری شد و تجزیه و تحلیل حاصل از آن به استادان مشارکت‌کننده در پژوهش ارایه گردید و پیشنهادهای اصلاحی و نظرات آن‌ها اعمال شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها بر اساس روش تحلیل چارچوبی صورت گرفت.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش از ۶ موضوع اصلی و ۲۰ موضوع فرعی در زمینه مشکلات بیمارستان‌های آموزشی تشکیل شد. موضوعات اصلی شامل نقاط ضعف طرح ادغام آموزش و درمان، نقاط قوت طرح ادغام آموزش و درمان، مشکلات اداره بیمارستان‌های آموزشی-درمانی، نقاط ضعف تفکیک آموزش و درمان، نقاط قوت تفکیک آموزش و درمان و ارتباطات سازمانی بود.

نتیجه‌گیری: اداره بیمارستان‌های آموزشی-درمانی نسبت به بیمارستان‌های درمانی بسیار پیچیده و مشکل است. بسیاری از مشکلات موجود در بیمارستان‌های آموزشی، ناشی از نبود اختیارات و قدرت کافی مدیر و رئیس بیمارستان می‌باشد. بنابراین، با واگذاری اختیارات به مدیران بیمارستان‌ها می‌توان این مشکلات را کاهش داد.

کلید واژه‌ها: ادغام، آموزش پزشکی، بیمارستان آموزشی، مدیریت

*نویسنده مسئول: مرکز تحقیقات مدیریت ارابه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده‌پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

مقدمه

تغییرات اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و جمعیت‌شناسی سبب گردیده است که با افزایش آگاهی مردم، سطح انتظارات آن‌ها از سیستم ارایه مراقبت افزایش یابد. بررسی متون علمی نشان می‌دهد که بیشتر کشورهای دنیا از نظام آموزش پزشکی خود ناراضی هستند. شکاف فزاینده‌ای بین آموزش پزشکی و عملکرد افراد آموزش دیده وجود دارد که ناشی از تفاوت بین ارزش‌های علمی مؤسسات از یک طرف و الزامات خدمتی و توقعات جامعه از طرف دیگر است (۱-۳). رسالت اجتماعی دانشکده‌های پزشکی و رسالت نظام ارایه خدمات تحقق نخواهد یافت؛ مگر آن که همکاری نزدیک بین این دو و تلاش هر یک به عنوان مکمل دیگری در سیاست‌ها و برنامه‌های کلان هر یک از آن‌ها منعکس باشد (۴).

تفکر اولیه طرح ادغام دانشکده‌های پزشکی و نظام سلامت در کشورهای در حال توسعه شکل گرفت و اولین تجربه‌های موفق در این رابطه، در کشورهایی مانند مصر و سودان و تعدادی از کشورهای آفریقایی گزارش گردید که بر مسؤلیت اجتماعی دانشکده‌های پزشکی تأکید شد؛ به این معنی که همه دانشکده‌های پزشکی باید مسؤلیت پاسخگویی به نیازهای مردم را به عهده بگیرند (۵، ۶). این ضرورت اجتماعی زمانی به بهترین وجه تحقق می‌یابد که دانشکده‌های پزشکی مسؤلیت سلامت و مراقبت‌های بهداشتی یک ناحیه یا جمعیت را تحت پوشش داشته باشند (۷). بنابراین، به طور خلاصه آموزش پزشکی و ارایه مراقبت‌ها به شدت به یکدیگر وابسته است. همچنان که از نظر آموزش، دو نظام آموزشی و ارایه مراقبت‌ها باید دو روی یک سکه تلقی شود و از نظر ارایه مراقبت‌ها نیز این دو وابستگی متقابل دارند (۸).

روند آموزش پزشکی در جهان نشان می‌دهد که آموزش پزشکی به تدریج از نیازها و انتظارات جامعه و نظام ارایه خدمات فاصله گرفته است. بر طبق بیان بسیاری از صاحب‌نظران، دانشکده‌های پزشکی به دلایل گوناگونی نتوانستند به مسؤلیت اجتماعی خود عمل کنند. برای اصلاح این روند، دانشکده‌های پزشکی به اقدامات متنوعی روی آورده‌اند که این اقدامات شامل

مشارکت و همکاری با جامعه، آموزش جامعه‌نگر و آموزش مستقر در جامعه و همکاری با نظام ارایه خدمات می‌باشد (۹، ۱۰). اگر آموزش مبتنی بر نیازهای جامعه بر پا شود، آگاهی از نیازهای بیماران و عملکرد پزشکی ارتقا خواهد یافت (۱۱). در سطح منطقه‌ای و بین‌المللی نیز به دفعات توصیه شده است که نظام آموزشی و نظام ارایه خدمات بهداشتی باید بر اساس ساز و کارهای روشن همکاری نمایند. همه این تلاش‌ها برای این صورت می‌گیرد که دانشکده‌های پزشکی بتوانند به مسؤلیت‌های اجتماعی خود که به اعتقاد بسیاری از صاحب‌نظران مورد غفلت قرار گرفته شده است، عمل نمایند (۱۲). اگرچه تجربه‌ای در مقیاس ادغام دو نظام آموزشی و نظام عرضه خدمات در دنیا وجود ندارد، اما تجربیات غنی در رابطه با ادغام خدمات در درون نظام‌های عرضه خدمات مشاهده شده است (۱۳، ۱۴). در حال حاضر، در ۳۰ درصد از دانشکده‌های پزشکی آمریکا ادغام عرصه‌های علمی و خدمات پزشکی به وجود آمده است که نمونه‌هایی از آن را می‌توان در دانشگاه‌های پنسیلوانیا، میشیگان، نیومکزیکو و کارولینای شمالی نام برد. دانشگاه McMaster در کانادا، دانشگاه گلاسکو در انگلستان، دانشگاه ماستریخت در هلند و دانشگاه کانال سوئز در مصر نیز از دانشگاه‌هایی هستند که آموزش پزشکی را با عرصه‌های خدمات بهداشتی-درمانی به درجات مختلف در هم ادغام نمود (۱۵).

در ایران نیز کمبود نیروی انسانی پزشکی به نسبت جمعیت، موجب شده است تا در نقاط مختلف کشور به ویژه در نقاط محروم، سلامتی افراد در معرض خطرات فراوان قرار گیرد. همچنین، افزایش پذیرش و تربیت نیروی انسانی پزشکی به دلیل کمبود امکانات و شرایط آموزشی لازم، از عهده وزارت آموزش عالی خارج می‌باشد (۱۵). دلایل ذکر شده، صاحب‌نظران را بر آن داشت تا تنها راه چاره را در طرح ادغام آموزش پزشکی با خدمات بهداشتی-درمانی و تشکیل وزارتخانه جدیدی که عهده‌دار هر دو نظام باشد، بدانند (۱۶). بنابراین، در سال ۱۳۶۲ طرح ادغام از طرف شورای عالی انقلاب فرهنگی ارایه گردید و بعد از ایجاد اصلاحاتی در سال ۱۳۶۴ تصویب شد (۱۷). اکثر

معاونت‌های درمان و آموزشی دانشگاه و همچنین، افراد مرتبط و علاقمند با موضوع مورد نظر بود.

۱۲ صاحب‌نظر بر اساس معیارهای تعیین شده شناسایی شدند و در مرحله بعد با استفاده از روش گلوله برفی، ۸ صاحب‌نظر دیگر نیز معرفی گردیدند. پس از دریافت مجوزهای لازم، ضمن معرفی پژوهشگر به مشارکت‌کنندگان و توضیح در مورد پژوهش و اطمینان از محرمانه ماندن کلیه موارد ضبط شده، مصاحبه‌ها انجام شد. مدت زمان مصاحبه‌ها، بین ۱۲۰-۳۰ دقیقه بود که با موافقت مصاحبه‌شوندگان تنظیم گردید. در پایان هر مصاحبه، مطالب ضبط شده به طور دقیق بررسی شد و پس از تجزیه و تحلیل، برای اطمینان از صحت تفسیر و برداشت پژوهشگر از اظهارات مصاحبه‌شوندگان، بار دیگر به آن‌ها مراجعه گردید و صحت تفسیرها با نظر آن‌ها بررسی شد و سپس تغییرات لازم انجام گرفت. همچنین، در صورت نیاز برای تکمیل یافته‌ها، مصاحبه‌های بعدی نیز انجام گرفت و اطلاعات به روش کیفی تجزیه و تحلیل شد. برای اطمینان‌پذیری (Credibility) و تأییدپذیری (Confirmability)، از متن نسخه‌برداری شد و تجزیه و تحلیل حاصل از آن به استادان مشارکت‌کننده در این پژوهش ارایه گردید و با پیشنهادها و نظرات آن‌ها اصلاح شد. داده‌ها در مصاحبه شانزدهم به اشباع رسید. از این‌رو، انجام مصاحبه‌ها در این مرحله متوقف گردید. در قسمت یافته‌های پژوهش، حرف (م) به همراه شماره به معنی مصاحبه‌شونده‌ای می‌باشد که از وی نقل قول شده است. از محدودیت‌های پژوهش حاضر، مخالفت مصاحبه‌شونده‌ها با ضبط صدا بود که در این صورت مصاحبه به صورت کتبی ثبت شد.

برای تحلیل داده‌ها، روش مراحل تحلیل چارچوبی (Framework analysis) مورد استفاده قرار گرفت. این روش شامل آشنایی، شناسایی یک چارچوب موضوعی، نمایه کردن، ترسیم جدول، کشیدن نقشه و تفسیر بود که این روش به طور اختصاصی برای تحلیل داده‌های کیفی مطالعه‌های حوزه سیاست‌گذاری مطرح گردیده است (۲۱). در همه مراحل انجام مطالعه از جمع‌آوری داده‌ها تا پایان تحلیل و گزارش یافته‌ها،

مباحث صورت گرفته در رابطه با جدایی یا ادغام آموزش پزشکی و ارایه خدمات بوده است. با این حال، یکی از مباحثی که در بحث ادغام کمتر به آن توجه شده است، بحث بیمارستان‌های آموزشی می‌باشد. بیمارستان‌های آموزشی در نظام ارایه خدمات بهداشتی و درمانی کشور از موقعیت بسیار ارزشمند و مسؤلیت بسیار سنگینی برخوردارند (۱۸). این مراکز به امور حیاتی توجه می‌کنند و تأمین و تضمین سلامت جامعه به عملکرد صحیح و مسؤولانه آن‌ها وابسته است (۱۹).

بنا بر گزارش سازمان جهانی بهداشت، بیمارستان‌های کشورهای جهان سوم حدود نیمی از هزینه‌های ملی در بخش بهداشت را به خود اختصاص می‌دهند. سهم بیمارستان‌ها از هزینه‌های جاری دولت در بخش بهداشت، بین ۵۰-۸۰ درصد است؛ چرا که بزرگ‌ترین و پرهزینه‌ترین واحد عملیاتی، نظام‌های سلامت می‌باشند و بخش بزرگی از منابع سرمایه‌ای، مالی و انسانی را استفاده می‌کنند (۲۰). اعضای هیأت علمی در بیمارستان‌های آموزشی علاوه بر بحث درمان، مسؤولیت آموزشی و پژوهشی نیز به عهده دارند که اگر فشار بخش درمانی خارج از توان افراد باشد، به مسأله آموزش صدمه وارد می‌شود. کادر هیأت علمی محدود باید هم‌زمان با امر درمان و پژوهش، به بحث آموزش نیز بپردازد. بنابراین، افزایش بار کاری از چالش‌های بیمارستان‌های آموزشی به شمار می‌رود. با توجه به مسایل گفته شده، پژوهش حاضر با هدف شناسایی نقاط ضعف و قوت طرح ادغام آموزش پزشکی با درمان، مشکلات اداره بیمارستان‌های آموزشی و ارایه راهکارهایی برای بهبود وضعیت انجام شد.

روش کار

این پژوهش از نوع کیفی با رویکرد پدیدار شناختی بود که با صاحب‌نظران سلامت در خصوص موضوع مورد مطالعه در دانشگاه علوم پزشکی کرمان، شیراز و بندرعباس مصاحبه صورت گرفت. بر این اساس، از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. معیارهای انتخاب نمونه شامل سابقه کار در پست‌های مدیریتی بیمارستان‌های آموزشی- درمانی،

مواردی مثل رضایت آگاهانه، حفظ گمنامی، محرمانه بودن اطلاعات و حق خروج از مطالعه در زمان دلخواه رعایت شد.

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش حاضر از ۶ محور اصلی و ۲۰ محور فرعی تشکیل شد که در جدول ۱ ارایه گردیده است و در ادامه، هر یک از این طبقه‌ها و زیرطبقه‌ها آمده است. در مورد هر یک از زیرطبقات، نقل قول‌هایی از مصاحبه شونده‌گان به صورت مستقیم داخل گیومه آورده شد.

جدول ۱: طبقات اصلی و زیرطبقات مطالعه

محورهای اصلی	محورهای فرعی
۱- نقاط ضعف ادغام آموزش و درمان	- تداخل وظایف آموزشی و درمانی - نارضایتی بیمار - بی توجهی به آموزش نسبت به درمان - کیفیت پائین خدمات
۲- نقاط قوت ادغام آموزش و درمان	- تشخیص بهتر بیماری - نیروی کار بیشتر - ارتقاء کیفیت آموزش
۳- مشکلات اداری بیمارستان‌های آموزشی، درمانی	- هزینه‌های بالا - کند شدن سرعت کارها - پیچیدگی اداری امور - قدرت و تسلط بالای کادر هیأت علمی
۴- نقاط ضعف تفکیک آموزش و درمان	- ایجاد دوگانگی - کاهش کیس‌های آموزشی - مسائل اخلاق پزشکی - تبعیض درآمدی پزشکان
۵- نقاط قوت تفکیک آموزش و درمان	- درآمد زا بودن - جلب رضایت مردم
۶- ارتباطات سازمانی	- معاونت آموزش - معاونت درمان - دانشکده پزشکی

یکی از چهار پیامد منفی مرتبط با محور نقاط ضعف ادغام آموزش و درمان، تداخل وظایف آموزشی و درمانی بود. در اثر ادغام، گاهی حیطه آموزش و درمان قابل شناسایی نیست و این

امر باعث تداخل وظایف آموزشی و درمانی می‌شود. یکی از مصاحبه شونده‌گان بیان نمود: «در صورت ادغام آموزش و درمان، گاهی آموزش خود را مسأله مهم‌تر می‌داند و گاهی درمان خود را مهم‌تر می‌داند. به هر حال، گاهی اوقات وظایف آن‌ها با یکدیگر تداخل پیدا می‌کند» (م ۳). «عیب بزرگ بیمارستان‌های آموزشی این است که درست مشخص نمی‌شود، درمان و آموزش آن چگونه است و هر دو کار، نیمه کاره انجام می‌شود» (م ۵). همچنین، نارضایتی بیمار را می‌توان به عنوان یکی دیگر از پیامدهای منفی ادغام آموزش و درمان محسوب نمود که اکثر مصاحبه شونده‌گان به این مطلب اشاره کردند. در بیمارستان‌های آموزشی- درمانی، بیماران از این که توسط دانشجویان ویزیت شوند و یا دانشجویان در اعمال جراحی دخالت کنند، ناراضی هستند. به عنوان مثال، «عده‌ای از مردم بر این اعتقادند که ما پول می‌دهیم تا پزشک به صورت مستقیم ما را معالجه کند، ولی در این بیمارستان‌ها دانشجویان روی ما کار می‌کنند و عمل‌های جراحی توسط دانشجویان انجام می‌شود و ما نمی‌خواهیم توسط دانشجو عمل شویم» (م ۱). «مشکل اصلی اداره بیمارستان‌های آموزشی، جلب رضایت بیماران است که به علت کار دانشجویان روی بیماران، این کار خیلی سخت است» (م ۲). «در بیمارستان‌های آموزشی گاهی بیمار دوست ندارد که وارد مسأله آموزش شود و از این لحاظ گاهی حقوق بیمار رعایت نمی‌شود» (م ۳). «بیمارستان آموزشی موظف هستند که آموزش تمامی گروه‌های دانشجویان را بر عهده بگیرند و این امر باعث نارضایتی بیماران می‌شود» (م ۸). بی‌توجهی به آموزش نسبت به درمان، دیگر نقطه ضعف ادغام آموزش و درمان می‌باشد. در بیمارستان‌های آموزشی- درمانی، موضوع درمان مهم‌تر از آموزش جلوه می‌کند و اهمیت آموزش در درجه دوم قرار گرفته است. «با ادغام، همه به دنبال درمان می‌روند و بخش آموزش با بی‌توجهی روبه‌رو خواهد شد» (م ۲). «در حال حاضر، اعضای هیأت علمی بیشتر به کارهای درمانی می‌رسند تا آموزشی و به دلیل حجم بالای کارهای درمانی، آموزش دانشجویان در درجه دوم اهمیت قرار

سیستم دانشجوی، بعد کارورز، دستیار، استاد، متخصص و... بیمار را معاینه می‌کنند» (م ۴).

نیروی کار بیشتر، دومین نقطه قوت قابل ذکر می‌باشد. در یک بیمارستان آموزشی- درمانی به دلیل وجود دانشجوی، استاد و کارکنان، نیروی بیشتری مشغول به کار هستند و علاوه بر پزشک، دستیار و کارورز هم حضور دارند و باعث پیشرفت کارها می‌شوند. برای مثال، «اگر کار در بیمارستان‌های آموزشی- درمانی زحمتی دارد، چندین برابر مزایا نیز دارد. مثلاً با وجود دستیارها، خیلی کارها سریع‌تر و بهتر انجام می‌شود» (م ۴). «دانشجو یک موقعیت خوب برای بیمارستان محسوب می‌شود و حجم کار کارکنان نیز با وجود دانشجویان پایین می‌آید» (م ۱۵). ارتقای کیفیت آموزش نیز از دیگر نقاط قوت ادغام آموزش و درمان می‌باشد؛ چرا که بیمارستان از وجود استادانی که دارای علم روز هستند، بهره‌مند می‌گردد و وجود دانشجویان در بیمارستان باعث پویاتر شدن بیمارستان می‌شود. بنابراین، هم دانشجویان و هم بیماران سود می‌برند. «سطح علمی در بیمارستان‌های آموزشی- درمانی بالاتر است و این باعث سود بیمار نیز می‌شود» (م ۴). «محاسن طرح ادغام از معایب آن بیشتر است و از جمله محاسن آن، استفاده از پزشکان متخصص و علمی‌تر بودن درمان نسبت به زمانی که صرفاً بیمارستان درمانی باشد، است» (م ۹) و «پس از ادغام، بخش درمان پویاتر کار می‌کند و استادان به روزتر هستند و این به نفع بیماران نیز هست؛ چون با علم روز آشنا ترند و علم استادان به روزتر است» (م ۱۰). «با ایجاد ادغام، مهارت دانشجویان افزایش می‌یابد و آمادگی بیشتری جهت ورود به بازار کار پیدا می‌کنند؛ چون حین آموزش وارد جریان کار می‌شوند» (م ۱۴). «بیمارستان‌های آموزشی با علم روز بیشتر تطابق دارند؛ چون بحث پرسش و پاسخ در آن وارد می‌شود» (م ۱۴).

سومین محور اصلی شناخته شده، مشکلات اداره بیمارستان‌های آموزشی- درمانی می‌باشد که دارای ۴ محور فرعی است.

گرفته است» (م ۶). «به علت این که کارهای درمانی بیمارستان بسیار زیادند، به آموزش رسیدگی نمی‌شود و آموزش گم می‌شود» (م ۶). «یکی از عیوب ادغام آموزش و درمان این است که بیشتر به بحث درمان توجه می‌شود و دانشجویان درگیر در درمان می‌شوند و آموزش‌های تئوری دانشجویان مورد توجه قرار نمی‌گیرد» (م ۱۰).

کیفیت پایین خدمات را می‌توان از دیگر نقاط ضعف شناسایی شده عنوان نمود. برخی معتقد هستند که در اثر طرح ادغام، کیفیت خدمات به شدت افت کرده است. بسیاری از خدمات توسط دانشجویان ارائه می‌شود و به دلیل مهارت پایین دانشجویان، کیفیت خدمات نیز پایین می‌آید. «واگذاری قسمتی از امور درمانی بیمارستان و بیمار به کارورزان و دستیاران رشته‌های مختلف و کنار کشیدن استادان از کار درمان، باعث بی‌اعتبار نمودن بیمارستان‌های آموزشی از نظر ارائه خدمات درمانی مناسب و به موقع می‌گردد» (م ۹).

در مقابل نقاط ضعف طرح ادغام، دومین محور اصلی یعنی نقاط قوت طرح ادغام آموزش و درمان بیان می‌شود که طبق مصاحبه‌های انجام شده، ۳ محور فرعی در مورد نقاط قوت طرح ادغام شناسایی شد. تشخیص بهتر بیماری را می‌توان به عنوان اولین نقطه قوت طرح ادغام آموزش و درمان عنوان نمود. در اثر طرح ادغام به دلیل وجود سلسله مراتب درمانی در بیمارستان‌های آموزشی- درمانی، هر بیمار توسط چندین شخص (کارورز، دستیار، اتند، استاد و...) ویزیت می‌شود. بنابراین، در تشخیص بیماری فرد دقت بیشتری به عمل می‌آید. «به نظر من بیمارستان‌های آموزشی از بیمارستان‌های درمانی بهتر جواب می‌دهند؛ چون کاملاً روی بیمار کار می‌شود و اول بیوگرافی توسط انترن گرفته می‌شود، درمان‌های اولیه شروع می‌شود، در قدم بعدی رزیدنت روی بیمار کار می‌کند و بعد اتند بیمار را بررسی می‌کند و تا زمانی که تشخیص نهایی داده نشده، کار درمان روی بیمار شروع نمی‌شود و در طی این مراحل، تشخیص نهایی با دقت بیشتری صورت می‌گیرد» (م ۱). «در این سیستم ارجاع، تشخیص خیلی بهتر است. در این

اکثر مصاحبه‌شوندگان که تجربه کار در هر دو نوع بیمارستان را داشتند، معتقد بودند که اداره بیمارستان آموزشی نسبت به بیمارستان درمانی پیچیده‌تر است. «به نظر من مدیریت بیمارستان آموزشی - درمانی نسبت به مدیریت بیمارستان درمانی بسیار پیچیده و مشکل است» (م ۲). «اداره بیمارستان‌های آموزشی - درمانی بسیار پیچیده‌تر از بیمارستان‌های درمانی است و سیستم به جهت وجود استادان، پزشکان آموزش دهنده، دانشجویان و مسایل مرتبط با درمان، متفاوت است» (م ۳). «مسئله آموزش در بیمارستان، متولی ندارد و دچار بی‌نظمی شده است» (م ۹).

چهارمین محور فرعی، قدرت و تسلط بالای کادر هیأت علمی می‌باشد. در بیمارستان‌های آموزشی به دلیل قدرت و استقلالی که کادر هیأت علمی از نظر آموزش به دست آورده‌اند، مدیر و رئیس بیمارستان‌های آموزشی نمی‌توانند بر روی آن‌ها نفوذ داشته باشند و این موضوع، کنترل بسیاری امور را از مدیر و رئیس می‌گیرد. «حرف‌شنوی گروه‌های بالینی از مدیر یا رئیس بیمارستان آموزشی بسیار کم است؛ چون به گروه‌های بالینی قدرت زیادی داده‌اند و تقریباً گروه‌های بالینی همه‌کاره شده‌اند و نفوذ به آن‌ها سخت است. حتی گاهی رئیس بیمارستان هم سعی می‌کند خیلی با گروه‌های بالینی وارد بحث نشود» (م ۲). «گاهی قدرت گروه بالینی آن قدر است که حتی می‌تواند رئیس بیمارستان را نیز برکنار کند و قدرتی در سطح وزارتخانه دارند» (م ۳). «گروه‌های بالینی اصلاً از مدیر و رئیس بیمارستان حرف‌شنوی ندارند و همه اعضای گروه‌های بالینی افراد تحصیل کرده و مغرورند. بنابراین، انعطاف لازم را و اطاعت لازم را نخواهند داشت» (م ۷). «حرف‌شنوی گروه‌های بالینی خیلی کم است و در عملکردها و تدوین استراتژی‌ها همکاری لازم را ندارند و همکاری و تعامل آن‌ها تنها زمانی است که نیاز به تجهیزات دارند» (م ۱۲). «حرف‌شنوی از طرف گروه‌های بالینی وجود ندارد و فعلاً فقط با تعامل مشکلات حل می‌شود» (م ۱۳).

اولین محور فرعی، هزینه‌های آموزشی تحمیل شده علاوه بر هزینه‌های درمانی می‌باشد که به دلیل عدم مهارت دانشجویان، میزان خرابی تجهیزات بیمار بیشتر است. همچنین، هزینه‌های بیهوده، هزینه‌های پايون، هزینه خرید و تجهیزات آموزشی و کمک آموزشی به هزینه‌های جاری این بیمارستان‌ها افزوده می‌شود. «در بیمارستان‌های آموزشی به علت کار دانشجویان با تجهیزات، تجهیزات خیلی سریع آسیب می‌بینند و هزینه‌های تجهیزات پزشکی به صورت سرسام‌آوری بالا می‌رود» (م ۱). «به جهت کار دانشجویان، هزینه‌هایی بر دوش بیمارستان گذاشته می‌شود، اما اختلاف بودجه‌ای از طرف دولت نیست و اختلاف هزینه‌ها در نظر گرفته نمی‌شود» (م ۵). «هزینه بیمارستان آموزشی - درمانی به نسبت بیمارستان درمانی بالاست؛ چون باید امکانات بیشتری فراهم نمایند و آسیب‌پذیری تجهیزات هم بیشتر است» (م ۱۲). «در کل با افزایش تعداد افراد حاضر در بیمارستان، هزینه‌ها نیز افزایش می‌یابد» (م ۱۵).

دومین محور فرعی مشکلات اداره بیمارستان‌های آموزشی - درمانی، کند شدن سرعت کارها می‌باشد. وجود سلسله مراتب درمانی در بیمارستان‌های آموزشی - درمانی باعث تشخیص بهتر بیماری می‌شود، اما عیب بزرگ آن در کنار این مزیت، وجود سلسله مراتب درمانی طولانی و کند شدن سرعت کارها می‌باشد که باعث عقب افتادن کارها، نارضایتی بیماران و نارضایتی کارکنان بیمارستان می‌شود. «به دلیل رعایت سلسله مراتب درمانی، مشکلات زیادی در بیمارستان‌های آموزشی به وجود آمده است و کارها کندتر و سخت‌تر شده است» (م ۲). «اداره بیمارستان‌های درمانی بسیار راحت‌تر از اداره بیمارستان آموزشی است؛ چون بیمار در بیمارستان‌های درمانی راضی‌تر است و کارها بسیار سریع‌تر انجام می‌شود» (م ۸).

سومین محور فرعی، پیچیدگی اداره امور است. یک بیمارستان آموزشی - درمانی هم‌زمان با درمان، وظیفه آموزش را نیز بر عهده دارد. بنابراین، حساسیت کار و سختی اداره امور بیشتر خواهد شد و امور شکل پیچیده‌تری به خود می‌گیرد.

بیمارستان‌ها پردازد. کسی که خواهان خدمات خصوصی است، می‌تواند به بیمارستان خصوصی مراجعه نماید، اما در بیمارستان‌های آموزشی- درمانی نباید جداسازی میان بیماران باشد و این از لحاظ شخصیتی درست نیست» (م ۱).

تبعیض درامدی پزشکان را می‌توان به عنوان چهارمین نقطه ضعف تفکیک تخت‌های آموزشی- درمانی بیان نمود؛ چرا که در این صورت درآمد استادان آموزشی بسیار پایین‌تر از پزشکان درمانی خواهد بود و این موضوع باعث نارضایتی استادان خواهد شد و این نارضایتی بر روی کیفیت آموزش نیز مؤثر می‌باشد. «اگر تعدادی تخت در یک بیمارستان، آموزشی و تعدادی تخت، درمانی باشد، مشکلات زیادی ایجاد می‌شود و اداره آن بیمارستان سخت می‌گردد. پزشکان درمانی موارد آموزشی بیشتری خواهند داشت و استادان آموزشی موارد آموزشی کمتری دارند و این باعث اختلاف و دلسردی استادان آموزشی می‌شود» (م ۲). «یکی از دلایلی که پزشک کمتر به بیمارستان آموزشی- درمانی مراجعه می‌کند، تعرفه‌های پایین است» (م ۱۵).

پنجمین محور اصلی نقاط قوت تفکیک آموزش و درمان، شامل دو محور فرعی می‌باشد.

درآمدزا بودن تخت‌های درمانی اولین نقطه قوت می‌باشد؛ چرا که با تفکیک تخت‌های آموزشی و درمانی می‌توان از افرادی که خواهان بستری شدن در تخت‌های درمانی هستند، مبلغ بیشتری را دریافت نمود. بنابراین، درآمد بیمارستان نیز افزایش خواهد یافت و مسایلی مانند خودگردانی بیمارستان‌ها نیز حل خواهد شد. «داشتن تخت‌های VIP امکانات و شرایط بهتری ایجاد می‌کند و دانشجو روی بیمار کار نمی‌کند و به عنوان منبع درآمدی برای بیمارستان آموزشی محسوب می‌شود» (م ۷).

دومین نقطه قوت قابل ذکر، جلب رضایت مردم می‌باشد. این موضوع که مردم خودشان بتوانند انتخاب کنند که به بخش آموزشی یا درمانی بروند، باعث جلب رضایت بیماران و رعایت هرچه بیشتر حقوق آن‌ها خواهد شد. «اگر تخت‌های

چهارمین محور اصلی، نقاط ضعف تفکیک آموزش و درمان است که دارای چهار محور فرعی می‌باشد.

اولین محور فرعی یا نقطه ضعف تفکیک تخت‌های درمانی و آموزشی در یک بیمارستان، ایجاد دوگانگی است. «گاهی تخت‌ها در بیمارستان به صورت VIP است، ولی وجود این تخت‌ها برای سیستم آموزشی مشکل ایجاد نمی‌کند، اما در بحث بیمه‌ها مشکلاتی ایجاد می‌کند و برای محاسبه «کای» بیمار مشکل‌زا است و دچار دوگانگی می‌شویم» (م ۷). «من با وجود تخت‌های VIP در هر بخش مخالفم؛ چون باعث دوگانگی می‌شود» (م ۱۲).

دومین نقطه ضعف در اثر تفکیک آموزش و درمان، کاهش موارد آموزشی است؛ چرا که بیشتر بیماران ترجیح می‌دهند به بخش‌های درمانی مراجعه نمایند تا به صورت مستقیم تحت درمان پزشک قرار گیرند و دانشجویان روی فرایند درمان دخالتی نداشته باشند. به اعتقاد بعضی مصاحبه شونده‌گان، «اگر درمان و آموزش از همدیگر جدا شود، همه مردم چه پولدار و چه بی‌پول به بیمارستان‌های درمانی مراجعه می‌کنند و بیمارستان‌های آموزشی خالی می‌مانند و بیماری برای آموزش دانشجویان باقی نخواهد ماند» (م ۱). «به هیچ وجه نمی‌توان یک بیمارستان را به دو قسمت جدا کرد و نیمی آموزشی و نیمی درمانی باشد. به دلیل این که فرهنگ سازی درستی صورت نگرفته است، هیچ بیماری حاضر نیست به قسمت آموزشی برود و همه به قسمت درمانی می‌روند» (م ۷).

سومین نقطه ضعف تفکیک درمان از آموزش، به وجود آمدن مسایل اخلاق پزشکی است. به اعتقاد بعضی از مصاحبه شونده‌گان «این که تعدادی افراد انتخاب شوند و روی تخت‌های آموزشی بخوابند، دانشجویان روی آن‌ها کار کنند و عده‌ای روی تخت‌های درمانی بخوابند و به طور مستقیم تحت معالجه پزشک قرار گیرند، از اخلاق پزشکی به دور است و عادلانه نخواهد بود». «من معتقدم به دلیل پول داشتن یا نداشتن نباید بیماران را جدا کرد و این یک تبعیض است و نباید در بحث درمان بین افراد مختلف تفاوتی باشد. دولت باید هزینه‌ها را در این

یکی از نهادهایی که بیمارستان آموزشی - درمانی ارتباط پررنگی با آن دارد، دانشکده پزشکی است؛ چرا که یکی از مهم‌ترین و پرکاربردترین گروه‌های دانشجویی مشغول به کار و آموزش در بیمارستان‌های آموزشی - درمانی، دانشجویان پزشکی هستند. بنابراین، بین بیمارستان و دانشکده پزشکی ارتباط پررنگی وجود دارد. «بیمارستان آموزشی - درمانی باید در مقابل دانشگاه علوم پزشکی پاسخگو باشد و مهم‌ترین نهادی که بیمارستان باید پاسخگوی آن باشد، دانشکده پزشکی است و در مقابل دانشکده پزشکی هم باید پاسخگو باشد» (م ۳).

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر در ارتباط با نقاط ضعف و قوت طرح ادغام آموزش و درمان، مخالفان طرح ادغام معتقد هستند که ادغام بر نظام آموزشی (شامل آموزش و پژوهش) نه تنها تأثیر مثبتی ندارد، بلکه تأثیر آن منفی است. همچنین، بسیاری از بیماران در بیمارستان‌های آموزشی از این که دانشجویان بر روی آن‌ها مطالعه کنند و آموزش ببینند، ناراضی هستند و تمایل دارند که به طور مستقیم تحت معالجه پزشک قرار بگیرند. با ایجاد ادغام، گاهی اوقات وظایف آموزشی و درمانی تداخل پیدا می‌کند و حیطه آن‌ها از یکدیگر قابل تشخیص نیست و این موضوع باعث ایجاد مشکلات زیادی می‌شود. علاوه بر مشکلات ذکر شده، در بیمارستان‌های آموزشی - درمانی به مسأله آموزش نسبت به درمان بی‌توجهی می‌شود؛ چرا که از دیدگاه مردم، درمان مهم‌تر از آموزش است. بنابراین، آموزش در این بیمارستان‌ها در درجه دوم قرار می‌گیرد. همچنین، آموزشی بودن این بیمارستان‌ها ممکن است باعث افت کیفیت خدمات شود. رضوی و همکاران در مطالعه خود افت کیفیت خدمات را به عنوان یکی از نقاط ضعف ادغام بیان کردند (۲۲).

در ارتباط با نقاط قوت این طرح، مخالفان و موافقان ادغام عنوان نمودند که ادغام در بعد تربیت نیروی انسانی موفق

آموزشی و درمانی جدا شوند، رضایت مردم به جهت این که دانشجوی روی بیمار کار نمی‌کند، بیشتر خواهد شد» (م ۱). «با تفکیک تخت‌های آموزشی و درمانی، رضایت بیماران بیشتر می‌شود و دیگر احساس نمی‌کنند که از آن‌ها به عنوان موش آزمایشگاهی استفاده می‌شود» (م ۱۱).

ششمین و آخرین محور اصلی شناخته شده، ارتباطات سازمانی می‌باشد؛ چرا که بیمارستان‌های آموزشی - درمانی با بسیاری از ارگان‌ها ارتباط دارند، اما بیشتر ارتباط سازمانی آن‌ها با معاونت درمان، آموزش و دانشکده پزشکی است.

بیمارستان آموزشی - درمانی علاوه بر ارگان‌هایی که بیمارستان‌های درمانی با آن‌ها ارتباط دارد، ارتباط زیادی با معاونت آموزش دارد و گزارش‌های مربوط به کارهای آموزشی بیمارستان‌های آموزشی - درمانی به معاونت آموزشی می‌رود. «تمام موارد آموزشی زیر نظر معاونت آموزشی هستند، معاونت آموزشی دانشجویان را تقسیم می‌کند، روی شهریه دانشجویان نظارت می‌کند، روی نمرات دانشجویان نظارت دارد و روی کیفیت کار دانشجویان نیز توجه می‌کند» (م ۱).

معاونت درمان باید روی تمام بخش‌های درمانی بیمارستان نظارت نماید و نسبت به معاونت آموزشی حیطه نظارت گسترده‌تری دارد. «معاونت درمان متولی بیمارستان‌های آموزشی است و باید مرتباً به این بیمارستان‌ها مراجعه نماید و نواقص را برطرف کند» (م ۱). «قسمت‌های درمانی در بیمارستان‌ها زیر نظر معاونت درمان قرار دارد و معاونت درمان در بیمارستان نسبت به معاونت آموزش پررنگ‌تر است» (م ۲). «معاونت درمان تقریباً در تمام بخش‌های بیمارستان فعالیت و دخالت دارد و در بحث ارزیابی بیمارستان‌ها، تهیه تجهیزات بیمارستان، احداث بخش‌های جدید بیمارستان، تأمین نیروی انسانی ... هم وارد می‌شود» (م ۵). «الان معاونت درمان نمود بیشتری دارد؛ چون مردم از دید خودشان بیشتر به درمان احتیاج دارند. بنابراین، ما هم حول و حوش درمان تصویرها را می‌بینیم. پس آنچه بیشتر نمود می‌کند، معاونت درمان است» (م ۱۰).

می‌باشد. وقتی چندین نفر به معاینه بیمار پردازند بدون آن که در روند معالجه وی تأثیری داشته باشند، باعث نارضایتی آن‌ها می‌شود. وجود مراحل متعدد اداری و تصمیم سازی در بیمارستان‌ها، باعث طولانی شدن فرایند تصمیم‌گیری می‌شود. در بیمارستان‌های آموزشی و درمانی به دلیل وجود سلسله مراتب درمان، سرعت انجام کارها بسیار کندتر می‌شود و این موضوع، نارضایتی بیماران و کارکنان بیمارستان را به دنبال دارد. علاوه بر این، استادان بالینی نیز همکاری لازم با مدیر و رئیس بیمارستان آموزشی- درمانی را ندارند و قدرت و تسلط کافی از طرف مدیر و رئیس بیمارستان روی کادر هیأت علمی نیست و عدم همکاری و تبعیت از طرف استادان بالینی، باعث ایجاد مشکلات فراوانی در اداره بیمارستان‌های آموزشی و درمانی می‌شود. در مجموع به علت این که آموزش در کنار بحث درمان مطرح می‌شود، اداره بیمارستان‌های آموزشی- درمانی نسبت به بیمارستان‌های درمانی بسیار پیچیده و مشکل است. نتایج پژوهش عباسی مقدم و همکاران نشان داد که همکاری بین اعضای هیأت علمی آموزشی با مسؤولان بیمارستان و حضور آن‌ها در بیمارستان‌های آموزشی به عنوان یکی از مشکلات به وجود آمده در بحث ادغام می‌باشد (۲۶).

با توجه به یافته‌ها در زمینه نقاط ضعف تفکیک آموزش از درمان، در اثر تفکیک تخت‌های آموزشی و درمانی در یک بیمارستان دوگانگی ایجاد می‌شود و باعث ایجاد اختلال در بسیاری از فعالیت‌های جاری بیمارستان می‌گردد و در زمینه مسایلی مانند بیمه و تعرفه‌های تخت‌ها، به دلیل تفاوت شرایط تخت‌های درمانی و آموزشی مشکلات زیادی ایجاد می‌نماید. علاوه بر این، در صورت جدایی بیمارستان‌ها، بیشتر بیماران ترجیح می‌دهند به بیمارستان درمانی مراجعه نمایند. بنابراین، بیمارستان‌های آموزشی خالی می‌ماند و تعداد موارد آموزشی پایین می‌آید و آموزش دانشجویان نیز ضعیف می‌شود. در ضمن، تفکیک و جداسازی بیماران و این که بگوییم تعدادی از بیماران به بیمارستان‌های آموزشی و تعدادی به بیمارستان‌های درمانی بروند، از نظر اخلاق پزشکی صحیح نخواهد بود و

می‌باشد. اگر بخواهیم اصلی‌ترین نتیجه ایجاد بیمارستان‌های آموزشی- درمانی را برای نظام آموزشی نام ببریم، عبارت از این که آموزش، پاسخگوی نیازهای جامعه بوده است. پژوهش‌های مختلفی نیز گزارش نموده‌اند که طرح ادغام آموزش پزشکی و نظام ارایه خدمات سلامت، میزان پاسخگویی به نیاز جامعه را تا حدی برطرف نموده است (۲۳، ۴).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که طرح ادغام باعث تأمین نیروی انسانی مورد نیاز در بیمارستان‌ها و تربیت تعداد کافی پزشک شد و مشکلات مربوط به نیروی انسانی را حل نمود. نتایج برخی از گزارش‌ها نیز حاکی از آن بود که ادغام آموزش پزشکی با عرصه‌های بهداشتی و درمانی، سبب توسعه نیروی انسانی متخصص و حرفه‌ای و بهبود شاخص‌های بهداشتی در بیمارستان‌های آموزشی گردیده است (۲۴). رضوی و همکاران (۲۲) و خجسته و همکاران (۲۵) نیز در مطالعات خود به این موضوع اشاره کردند که در بیمارستان‌های آموزشی و درمانی علاوه بر وجود کارکنان بیمارستان، دانشجویان نیز حضور دارند و در فعالیت‌ها مشارکت دارند و این امر باعث تأمین نیروی انسانی بیشتری در بیمارستان شده است. در این بیمارستان‌ها، استادانی که با علم روز آشنایی دارند، حضور پیدا می‌کنند و علاوه بر آموزش به دانشجویان و ارتقای آموزش، به درمان نیز کمک می‌نمایند. وجود دانشجویان در بیمارستان باعث ایجاد سیستم پرسش و پاسخ شده است و بیمارستان را پویاتر می‌کند. علاوه بر مزایای ذکر شده، احتمال خطا و زمان تشخیص بیماری در بیمارستان‌های آموزشی و درمانی بسیار کمتر می‌شود؛ چرا که هر بیمار توسط چند نفر (کارورز، دستیار، استاد و...) معاینه می‌شود.

در ارتباط با مشکلات اداره بیمارستان‌های آموزشی و درمانی، یافته‌های پژوهش نشان داد که اداره این بیمارستان‌ها با مشکلات متعددی مواجه است. حضور تعداد زیاد دانشجویان ترم‌های مختلف پزشکی، دستیاران و کارورزان در بیمارستان‌های آموزشی و درمانی از دلایل نارضایتی بیماران

با هیأت امنایی شدن بیمارستان‌ها، قدرت مدیریت افزایش می‌یابد و تصمیم‌گیری‌ها به جای این که توسط یک نفر گرفته شود، در دست یک گروه قرار می‌گیرد و نتیجه بهتری می‌توان به دست آورد.

بسیاری از مشکلات بیمارستان‌های آموزشی - درمانی ناشی از فرهنگ مردم است. بنابراین، یک راه‌حل مناسب برای جلوگیری از این مشکلات، فرهنگ سازی است. با فرهنگ سازی می‌توان تصور صحیحی از بیمارستان‌های آموزشی - درمانی بین مردم ایجاد نمود و بیماران، خود را موش‌های آزمایشگاهی برای آموزش دانشجویان در بیمارستان‌های آموزشی نمی‌دانند و همکاری آن‌ها نیز بیشتر خواهد شد که این امر به آموزش و درمان کمک زیادی می‌کند.

یک راه‌حل مناسب دیگر برای افزایش رضایت بیماران در بیمارستان‌های آموزشی - درمانی، رایگان کردن درمان است. بیماران به دلیل مشارکت در آموزش دانشجویان، انتظار دارند که هزینه‌های درمانشان کمتر باشد و هرچه هزینه‌های دریافتی از بیماران کاهش یابد، رضایت آن‌ها افزایش خواهد یافت.

همکاری و ارتباط بیشتر بین معاونت درمان و آموزش نیز می‌تواند در اداره بهتر بیمارستان‌های آموزشی مؤثر باشد. بسیاری از مشکلات موجود در بیمارستان ناشی از نبود اختیارات و قدرت کافی مدیر و رئیس بیمارستان است. بنابراین، با واگذاری اختیارات به مدیر و رئیس بیمارستان می‌توان این مشکلات را کاهش داد. با واگذاری اختیارات، تصمیم‌گیری‌ها نیز با سرعت بیشتری انجام می‌شود و مشکلات مربوط به کندی سرعت انجام کارها نیز رفع خواهد شد.

سپاسگزاری

بدین وسیله نویسندگان از کلیه شرکت کنندگان و افرادی که امکان انجام پژوهش حاضر را فراهم نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آورند.

همچنین، درآمد پزشکان بیمارستان درمانی نسبت به پزشکان بیمارستان‌های آموزشی بیشتر خواهد بود و این تبعیض درآمدی باعث نارضایتی استادان آموزشی خواهد شد و انگیزه آن‌ها را کاهش می‌دهد. با توجه به مطالعات صورت گرفته، به دلیل بالا بودن هزینه تفکیک بیمارستان‌های آموزشی و درمانی، شاید راه‌حل مناسب در صورت تمایل به تفکیک آموزش و درمان، ایجاد تخت‌های VIP باشد. تخت‌های VIP باعث ایجاد درآمد بیشتر برای بیمارستان می‌شود؛ چرا که تعرفه‌های این تخت‌ها بیشتر از تخت‌های آموزشی خواهد بود. با تفکیک آموزش و درمان، چه به صورت تفکیک بیمارستان و چه به صورت تفکیک تخت‌های آموزشی و درمانی، باعث افزایش رضایت بیمارانی می‌شود که تمایل به شرکت در آموزش دانشجویان را ندارند (۲۷).

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر در بحث ارتباطات، بیشترین میزان ارتباطات بیمارستان‌های آموزشی و درمانی با معاونت درمان و معاونت آموزش و دانشکده پزشکی است. در بیمارستان، نظارت بر امور آموزشی بر عهده معاونت آموزشی و نظارت بر امور درمان بر عهده معاونت درمان است. بعضی از افراد معتقد هستند که بسیاری از مشکلات بیمارستان‌ها مربوط به عدم همکاری بین معاونت درمان و معاونت آموزش است و اگر این همکاری‌ها بیشتر شود، بسیاری از مشکلات قابل حل خواهد بود. نتایج پژوهش شکیبایی و همکاران بیان نمود که ارتباطات ضعیف و ناقص بین بیمارستان‌های آموزشی و معاونت‌های دانشگاه، یکی از مشکلات طرح ادغام می‌باشد (۱۶).

با توجه به مشکلات ذکر شده در ارتباط با اداره بیمارستان‌های آموزشی و به منظور حل این مشکلات، راهکارهای زیر پیشنهاد می‌شود.

References:

1. Karimian Z, Kojouri J, Sagheb MM. A Review of the evidence-based medicine realm based on two

- factors: the nature of science and decision making situation. Media. 2015; 6(2): 69-75. [In Persian]
2. Bigdeli S, Kord Afshari G, Soltani Arabshahi SK, Shams Ardakani MR, Mohammad Kenari H.

- Evidence based medicine in Iranian traditional medicine; schemes and treats. *Educ Strateg Medi Sci*. 2013;6(1):17-23. [In Persian]
3. Karimi Moonaghi H, Pourghaznein T. System based education in medical sciences: necessary but forgotten. *Iran J Med Educ*. 2015; 15(19):126-8. [In Persian]
 4. Mir Moghtadaei Z, Rokh Afroz D, Salarianzadeh H. A review of the challenges of about Integration of Medical Education into Health services. *J Healthcare Management*. 2015; 6(2): 7-15. [In Persian]
 5. Ghaffari R, Amini A, Yazdani Sh, Alizadeh M, Salek Ranjbarzadeh F, Hassanzadeh Salmasi S. Comparative study: curriculum of undergraduate medical education in Iran and in a selected number of the world's renowned medical schools. *Iran J Med Educ*. 2012; 11(7):819-31. [In Persian]
 6. Boelen C. Prospects for change in medical education in the twenty-first century. *Acad Med*. 1995; 70(7 Suppl): S21-8.
 7. Lameei A, Labbaf Ghassemi R. The meaning, causative factors, consequences, and future of the integration from the perspectives of the supports and opponents of it. *Hakim*. 2009; 12(1): 1-10. [In Persian]
 8. Pauli HG, White KL, McWhinney IR. Medical education, research, and scientific thinking in the 21st century (part three of three). *Educ Health (Abingdon)*. 2000; 13(2):173-86.
 9. Marandi AR. The Integration of medical education and health care system in the Islamic Republic of Iran: A historical overview. *J Med Educ*. 2001; 1(1): 8-11.
 10. Costa A1, Van Hemelryck F, Aparicio A, Gatzemeier W, Leer JW, Maillet B, et al. Continuing medical education in Europe: Towards a harmonized system. *Eur J Cancer*. 2010; 46(13): 2340-3.
 11. Karimi S, Masoodian Y, Yaghoubi M, Hosseini M, Sadeghifar J. Patient satisfaction with provided services and facilities in educational hospitals of Isfahan, Iran, from admission to discharge. *Health Information Management*. 2013; 9(6): 785-90. [In Persian]
 12. Batterham R1, Southern D, Appleby N, Elsworth G, Fabris S, Dunt D, et al. Construction of a GP integration model. *Soc Sci Med*. 2002; 54(8):1225-41.
 13. Davoodi A, Mohtasham Amiri Z, Naghshpour P. Attitude of general physicians toward ambulatory medicine education in health centers of Guilan University of medical Universities. *Iran J Med Educ*. 2002; 2(4): 56-58. [In Persian]
 14. Sayari AA, Karimi A. Integration or separation. IN: Scientific association of medical education, Analysis of scientific documentation and administrative integration of medical education and care system. 1st ed. Tehran: Third Millennium Culture: 181-201. [In Persian]
 15. Ghazi Mirsaeid J, Mirzaie M, Haghshenas E, Dargahi H. Human resources distribution among Tehran University of Medical Sciences Hospitals. *Payavard*. 2014; 7(5): 432-46. [In Persian]
 16. Shackebaei D, Karami Matin B, Amolae Kh, Rezaie M, Abdolmaleki P, Reshadat S, et al. Achieving the goals of integration of medical education and health service delivery systems from the viewpoint of the faculty members of Kermanshah University of Medical Sciences. *Scientific J Kurdistan Univ Med Sci*. 2011; 16(1): 81-91. [In Persian]
 17. Yamani N, Shater Jalali M. Curriculum integration, with emphasis on integration in medical education. *Iran J Med Educ*. 2012; 11(9): 1202-13. [In Persian]
 18. Esteghamati A, Shoghi shafagh aria F. Educational development centers in Universities of Medical Sciences and health services: past, present. *Iran J Med Educ*. 2002; 2: 22-3. [In Persian]
 19. Karami M, Safdari R, Pourbagher MR. The survey of relationship between evaluation scores of educational hospitals of kashan university of medical sciences and their performance indices: 2005-2006. *J Nurs Midwifery Urmia Univ Med Sci*. 2010; 8(1): 40-5. [In Persian]
 20. McKee M, Healy J. The role of the hospital in a changing environment. *Bull World Health Organ*. 2000; 78(6): 803-10.
 21. Jafari Sirizi M, Rashidian A, Abolhasani F, Mohammad K, Yazdani Sh, Parkerton P, et al. Qualitative assessment of dimensions and degree of autonomy granting to university hospitals. *Hakim*. 2008; 11(2): 59-71. [In Persian]
 22. Razavi SM, Nooraei SM, Hatami H, Sadeghiopoor HR. Integration of Medical Education in Medical Services: A Cross Sectional Study. *Acta Medica Iranica*. 2009; 47(3): 203-7. [In Persian]
 23. Nedjat S, Yazdizadeh B, Gholami J, Ashorkhani M, Nedjat S, Maleki K, et al. Effect of ministry of health and medical education structure on application of medical research. *Hakim*. 2008; 11(3): 1-10. [In Persian]
 24. Nadim A, Shadpour K, Holakouei K, Naghavi M, Nikpour B, Alai M. Opinion survey on joining of health care organization with university of medical sciences. *Hakim*. 1999; 2(2): 67-74. [In Persian]
 25. Khojasteh A, Momtazmanesh N, Entezari A, Einollahi B. Integration of medical education and

- healthcare service. Iran J Public Health. 2009; 38(1): 29-31. [In Persian]
26. Abbasi Moghaddam MA, Razavi SM, Nooraei SM. Attitude of key academic persons about integration of medical education into health services. Tehran Univ Med J. 2004; 62(1): 80-8. [In Persian]
27. Rahimi Z, Farhanchi A. Is it ethical plan to create a VIP section at government hospitals? Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2013; 5(7): 82-91. [In Persian]

Management of Teaching Hospitals; Opportunities and Threats

Mohammad Reza Amiresmaili¹, Saeideh Negahdari², Zahra Khosravirad², Mahya Tohidi³
Sajad Khosravi^{4*}

1. Associate Professor, Research Center for Modeling in Health, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

2. BSc in Health Services Management, School of Management and informatics, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

3. MSc in Executive Management, Medical Informatics Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

4. PhD Student in Health Services Management, Health Services Management Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

• Received: 19 Aug, 2015

• Received Corrected Version: 30 Dec, 2015

• Accepted: 30 Dec, 2015

Background & Objective: The plan of integration of medical schools into the health system was adopted in 1985 and one of its consequences was the creation of the teaching hospital. The aim of this study was to investigate the problems and challenges of managing teaching hospitals.

Methods: This qualitative phenomenological study was conducted through interviews with 16 health experts about the integration of medical education and the problems of the management of teaching hospitals in 2014. In this study, the data gathering tool was interviews. In order to approve the credibility and confirmability of the text, it was transcribed and the resulting analysis was distributed among the professors participating in this study and their corrective recommendations and comments were applied. Data were analyzed through the analysis framework techniques.

Results: The findings of this study included 6 main codes and 20 sub-codes regarding the problems of teaching hospitals. The main codes included the weaknesses of the integration of education and health, the strengths of the integration of education and health, management problems of teaching hospitals, weaknesses of the separation of education and health, strengths of the separation of education and health, and organizational communications.

Conclusion: Management of teaching hospitals, compared with treatment hospitals, is very difficult. Many of the problems in hospitals are due to the lack of sufficient power of the director and the head of the hospital. Thus, these problems can be reduced by the delegation of authority to the hospital managers.

Key Words: Integration, Medical education, Teaching hospitals, Management

*Correspondence: Health Services Management Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

• Tel: (+98) 34 3132 5403

• Fax: (+98) 34 3132 5403

• Email: khosravi.sajad@yahoo.com