

پاسخگویی و مسؤولیت‌پذیری اجتماعی؛ محصول ادغام بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

سید حسن امامی رضوی^{۱*}، محمدحسین حیدرزاده^۲، علیرضا مشفق^۳

۱. استاد جراحی، فرهنگستان علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۲. دانشجوی پزشکی، کانون جوانان و نخبگان فرهنگستان علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۳. دانشجوی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

● دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۷/۳۰ آخرین اصلاح مقاله: ۱۴۰۳/۸/۱۵ ● پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۹/۱۷

زمینه و هدف: در جمهوری اسلامی ایران در دهه ۱۳۶۰ به دنبال برخی چالش‌های رخ داده در حوزه سلامت کشور از جمله کمبود شدید نیروی انسانی متخصص و دسترسی نامناسب در بسیاری از نقاط کشور به خدمات بهداشتی و درمانی مطلوب، نظام‌های آموزش پزشکی و ارائه خدمات سلامت کشور با یکدیگر ادغام شده و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تشکیل گردید. یکی از اهداف و ویژگی‌های این نظام ادغام‌یافته، پاسخگویی به نیازهای سلامت جامعه (accountability) است. از آنجا که در میان منابع در دسترس مطالعه‌ی منسجم قابل توجهی در خصوص میزان پاسخگویی اجتماعی نظام سلامت ادغام‌یافته جمهوری اسلامی ایران یافت نشد، این مطالعه با هدف سنجش میزان پاسخگویی نظام سلامت ایران انجام شد. روش کار: پژوهش حاضر تلاش دارد تا میزان پاسخگویی نظام سلامت ادغام‌یافته ایران به نیازهای جامعه را مورد ارزیابی قرار دهد. پس از مرور متون و برگزاری پنل خبرگان، پرسش‌نامه‌ای جهت سنجش میزان پاسخگویی نظام سلامت ایران در چهار بعد «کلیات، آموزش، ارائه خدمات سلامت و پژوهش» طراحی گردید. پرسش‌نامه در میان جامعه هدف (اعضای هیأت علمی، مدیران نظام سلامت، ارائه‌کنندگان خدمت و دانشجویان علوم پزشکی برگزیده در المپیاد مدیریت نظام سلامت وزارت بهداشت) توزیع و ۱۱ پاسخ دریافت گردید. سپس پاسخ‌ها با استفاده از آزمون‌های Kruskal-Wallis و Mann-Whitney U مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: یافته‌های به دست آمده از پاسخ‌های مشارکت‌کنندگان به پرسش‌نامه، میزان پاسخگویی نظام سلامت ایران به نیازهای سلامت جامعه را در حد متوسط ارزیابی کرد. همچنین، میان پاسخگویی در چهار بعد ذکر شده، تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: شاخص‌های مرتبط با توسعه کمی آموزش نیروی انسانی و ارائه خدمات، با موفقیت قابل قبولی همراه بود، اما در حوزه ارتقای کیفی آموزش پزشکی، ترویج تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد و جامعه‌نگر ساختن برنامه‌های آموزشی به توفیق چندانی دست پیدا نکرد. طبق نتایج به دست آمده، نظام آموزشی ادغام‌یافته ایران نتوانسته است در آموزش مهارت‌های غیر تخصصی همچون مهارت ارتباطی، آموزش سلامت به سایر اعضای کادر درمانی و مراجعان، تفکر نقادانه و رهبری تیم درمانی و همچنین، آموزش توجه به هزینه-اثربخشی مداخلات و تجویزات درمانی به دانشجویان پزشکی موفق عمل نماید. در حوزه پژوهش علوم پزشکی نیز در مجموع عملکرد قابل قبولی نداشت و ضعیف‌ترین امتیازات مربوط به استفاده از نتایج پژوهش‌های انجام شده در سیاست‌گذاری‌ها و ارتقای هزینه-اثربخشی خدمات با کمک نتایج مطالعات صورت گرفته بود.

کلید واژه‌ها: ادغام؛ پاسخگویی؛ آموزش پزشکی

نویسنده مسؤول: فرهنگستان علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

● تلفن: ۰۲۱-۸۸۶۴۵۵۱۵ ● شماره: ۰۲۱-۸۸۶۴۵۵۱۵

مقدمه

تا پیش از انقلاب اسلامی به سبب عقب‌ماندگی تاریخی کشور در حوزه آموزش عالی سلامت، شمار متخصصان بهداشت و درمان به اندازه تأمین نیازهای بهداشتی و درمانی مردم نبود. بنابراین، به ناچار جهت رفع این نیازها، تعداد قابل توجهی از پزشکان خارجی در مراکز درمانی به کار گرفته شده بودند که این خود علاوه بر کاهش کیفیت خدمات ارائه شده، مشکلات فرهنگی متعددی نیز به بار آورده بود. علاوه بر آن، آموزش دانشجویان پزشکی در بیمارستان‌های تخصصی وابسته به وزارت علوم انجام می‌شد که این بیمارستان‌ها با وزارت بهداشتی و نیز جامعه ارتباطی نداشتند. بنابراین، آموزش دانشجویان فاقد جنبه‌های جامعه‌نگری بود؛ به نحوی که بعضی از دانش‌آموختگان حتی فاقد توانایی لازم برای ارائه خدمات بهداشتی و درمانی اولیه بودند (۱).

پس از انقلاب اسلامی و با تشکیل ستاد انقلاب فرهنگی در سال ۱۳۵۹، مسئولیت بازنگری و بررسی وضعیت آموزش رشته‌های علوم پزشکی به شاخه پزشکی این ستاد محول شد. پس از یک دوره بررسی دو ساله از سوی کارشناسان و متخصصان، در نهایت اعضای این شاخه دریافتند که آموزش پزشکی کشور با مسایل و چالش‌های متعدد و عمیقی مواجه است. برنامه‌های آموزش پزشکی در دانشکده‌های مختلف کشور با یکدیگر متفاوت و ناهماهنگ بود، تعدادی از دانشکده‌ها کادر هیأت علمی و برنامه آموزشی مناسبی نداشتند، کمبود نیروی انسانی در بیشتر مناطق کشور قابل توجه و شدید بود؛ به طوری که حتی در بعضی از نقاط، به ازای هر ۱۸ هزار شهروند، تنها یک پزشک فعالیت می‌کرد و در نهایت، با ظرفیت‌ها و امکانات موجود نیز چشم‌انداز روشنی برای بهبود شرایط و افزایش قابل توجه تعداد پزشکان وجود نداشت (۲).

جهت رفع چالش‌های مذکور، شاخه پزشکی ستاد انقلاب فرهنگی، پیشنهاد ادغام دانشکده‌های پزشکی و وزارت بهداشتی وقت را مطرح کرد و پس از آن، جلسات کارشناسی متعددی با حضور نمایندگان وزارت بهداشتی، وزارت علوم، نمایندگان

مجلس و متخصصان حوزه آموزش پزشکی تشکیل گردید. آنچه که به عنوان اهداف اصلی این طرح اعلام شد، استفاده از همه امکانات بهداشتی- درمانی کشور برای گسترش آموزش پزشکی و همچنین، پاسخگویی بهتر به نیازهای سلامت جامعه از طریق جامعه‌نگر کردن آموزش پزشکی بود. در نهایت، پس از بررسی‌های کارشناسی مفصل، این طرح به تصویب ستاد انقلاب فرهنگی، هیأت دولت و مجلس شورای اسلامی رسید و در سال ۱۳۶۴ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تشکیل شد.

دیدگاه‌های صاحب‌نظران در خصوص پیامدهای سیاست ادغام، متفاوت و گاهی متناقض است. برخی از کارشناسان اعتقاد دارند که ادغام آموزش در نظام ارائه خدمات و تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، با گسترش امکانات و عرصه‌های آموزشی، منجر به افزایش قابل توجه ظرفیت پذیرش دانشجویان در رشته پزشکی شد. علاوه بر این، آموزش دانشجویان پزشکی در محیط‌های واقعی بهداشتی و درمانی، سبب ارتقای پاسخگویی اجتماعی آموزش پزشکی و توانمندسازی دانشجویان جهت پاسخگویی به نیازهای جامعه گردید.

از سوی دیگر، با وجود پیامدها و تغییرات مثبتی که به دنبال اجرای ادغام و تشکیل وزارت بهداشت در حوزه آموزش، پژوهش و ارائه خدمات کشور اتفاق افتاده، بعضی از چالش‌ها و ضعف‌ها همچنان حل نشده باقی مانده است. برخی از خبرگان این حوزه بر این باور هستند آنچه که انجام شده، فقط ادغام ساختاری بوده و هنوز ادغام عملکردی و یکپارچگی کامل در تمامی سطوح اتفاق نیفتاده است. علاوه بر این، بعضی از کارشناسان استدلال می‌کنند که افزایش مسئولیت‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی و الزام آن‌ها به مدیریت امور غیر آموزشی، سبب انحراف از رسالت آموزشی و در نتیجه، تضعیف پاسخگویی اجتماعی آموزش در این نهادها شده است.

با توجه به وجود دیدگاه‌های متفاوت و گاهی متناقض متخصصان در خصوص نتیجه و پیامدهای ادغام آموزش در نظام ارائه خدمات و نیز بروز بحران‌ها و چالش‌های متعدد در سالیان اخیر در نظام سلامت کشور، از جمله وقوع همه‌گیری کرونا که تا حدی توانست ضعف‌ها و نقاط قوت نظام سلامت ایران را آشکار

ایران و برگزاری دو جلسه پنل متخصصان (Expert panel) در کانون جوانان و نخبگان فرهنگستان علوم پزشکی ایران، سؤالات پرسش‌نامه مطالعه طراحی گردید. در پرسش‌نامه مذکور، ابتدا رده فعالیت پاسخ دهندگان مورد سؤال قرار گرفت (۳ نفر عضو هیأت علمی، ۱ نفر ارایه‌کننده خدمات درمانی، ۳ نفر مدیر اجرایی سلامت و ۴ نفر دانشجوی علوم پزشکی؛ البته برخی شرکت‌کنندگان در تقسیم‌بندی در بیش از یک رده قرار می‌گرفتند که در نهایت، رده‌ای که فعالیت بارزتری در آن داشتند، انتخاب شد) (جدول ۱) و سپس پرسش‌ها در ۴۵ مورد و در چهار بخش کلیات (۱۶ سؤال)، پاسخگویی در آموزش (۱۵ سؤال)، پاسخگویی در ارایه خدمات (۱۰ سؤال) و پاسخگویی در پژوهش (۴ سؤال) تنظیم گردید. پاسخ مشارکت‌کنندگان بر اساس مقیاس لیکرت و به صورت «خیلی کم، کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد» جمع‌آوری شد.

کند و از آن‌جا که پژوهش منسجمی در خصوص میزان پاسخگویی نظام سلامت کشور به نیازهای بهداشتی و درمانی جامعه وجود نداشت، مطالعه حاضر طراحی و اجرا گردید. هدف از انجام این تحقیق، بررسی نظر کارشناسان حوزه بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور در خصوص مسأله ادغام بود تا به تصویر روشنی از میزان پاسخگویی نظام آموزش پزشکی کشور به نیازهای جامعه و نیز وضعیت فعلی ادغام و پیامدهای مثبت و منفی آن دست پیدا کند.

روش کار

پژوهش حاضر با هدف سنجش میزان پاسخگویی اجتماعی نظام ادغام یافته آموزش و ارایه خدمات سلامت ایران در سه حیطه آموزش، پژوهش و ارایه خدمات انجام شد. پس از مرور متون با موضوع ادغام آموزش و ارایه خدمات در نظام سلامت

جدول ۱: رده مشارکت‌کنندگان و سوابق آن‌ها

شماره	رده شغلی	رتبه و گروه هیأت علمی	رده و سوابق اجرایی
۱	اعضای هیأت علمی دانشگاه	استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران	
۲	ارایه‌کننده خدمات درمانی	-	مدیر مسؤول مرکز درمانی خصوصی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی- درمانی و سابقه تدریس دانشگاهی پیمانی
۳	جایگاه اجرایی و مدیریتی در نظام سلامت	-	بیش از ۳۱ سال سابقه خدمت در بخش دولتی بیش از ۲۵ سال سابقه مدیریت در نظام سلامت و بیمه سلامت
۴	جایگاه اجرایی و مدیریتی در نظام سلامت	-	کارشناس پژوهشی و پژوهشگر در دانشگاه و وزارت بهداشت معاون اجرایی مؤسسه خصوصی ارایه خدمات پژوهشی
۵	اعضای هیأت علمی دانشگاه	-	
۶	اعضای هیأت علمی دانشگاه ارایه‌کننده خدمات درمانی جایگاه اجرایی و مدیریتی در نظام سلامت	مدیر گروه کودکان دانشگاه علوم پزشکی تهران	ریاست دانشگاه علوم پزشکی تهران
۷	دانشجوی رشته‌های علوم پزشکی	-	-
۸	دانشجوی رشته‌های علوم پزشکی	-	-
۹	دانشجوی رشته‌های علوم پزشکی	-	-
۱۰	دانشجوی رشته‌های علوم پزشکی	-	مسؤول المپیاد دانشگاه علوم پزشکی تهران مسؤول واحد پزشکی مرکز پژوهش‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران
۱۱	جایگاه اجرایی و مدیریتی در نظام سلامت	-	۱۰ سال از جمله مرکز پژوهش‌های مجلس

دو به دو از نظر معنی‌داری تفاوت میزان پاسخگویی اجتماعی این حیطه‌ها مورد سنجش قرار گرفت. $P < 0/05$ به عنوان سطح معنی‌داری در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین امتیازات کسب شده در بخش کلیات، $5/568 \pm 30/250$ بود که با در نظر گرفتن حداکثر امتیاز ۵۵، به صورت ۵۵ درصد گزارش شد. بیشترین امتیاز (۴۱ امتیاز و $74/55$ درصد) مربوط به «تعداد متناسب دانشگاه‌های علوم پزشکی در کشور برای پاسخگویی به نیازهای سلامت جامعه» و کمترین امتیاز (۲۱ امتیاز و $38/18$ درصد) مربوط به «پاسخگویی به همه نیازهای سلامت جامعه اعم از سلامت روانی و معنوی» بود (جدول ۲).

پرسش‌نامه در میان جمعیت نمونه که به صورت هدفمند و از میان دانشجویان حایز مدال در المپیاد دانشجویی مدیریت نظام سلامت، اعضای هیأت علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی، پژوهشگران حیطه مدیریت سلامت و کارشناسان دارای سابقه در نظام بهداشت و درمان انتخاب شده بودند، توزیع و ۱۱ پاسخ از این چهار گروه هدف جمع‌آوری گردید.

در نهایت، امتیازات هر سؤال در نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. همچنین، میانگین امتیازات در هر یک از بخش‌های آموزش، پژوهش و ارائه خدمت محاسبه گردید.

در فرایند تحلیل داده‌ها، ابتدا میانگین امتیازات هر حیطه به صورت درصد از حداکثر امتیازات قابل کسب (امتیاز ۵۵) محاسبه و با هم مقایسه گردید. سپس با استفاده از آزمون ناپارامتریک Kruskal-Wallis، معنی‌داری تفاوت پاسخگویی اجتماعی در بین این سه حیطه مورد بررسی قرار گرفت. همچنین، با استفاده از آزمون ناپارامتریک Mann-Whitney U، هر کدام از حیطه‌ها به صورت

جدول ۲: سؤالات پرسش‌نامه و امتیازات آن‌ها

گروه	سؤال	امتیاز از ۵۵
کلیات	۱. توزیع عادلانه نیروی انسانی متخصص جهت پاسخگویی به نیازهای بهداشت و درمان مناطق مختلف کشور	۲۶
	۲. استقلال دانشگاه‌های علوم پزشکی هر استان در مدیریت جهت پاسخگویی متناسب به نیازهای همان استان	۳۲
	۳. ایجاد مسئولیت‌پذیری بیشتر در قبال سلامت جمعیت با حضور اعضای هیأت علمی و دانشجویان در ارائه خدمت	۳۲
	۴. ایجاد مسئولیت‌پذیری بیشتر در قبال سلامت کشور با حضور اعضای هیأت علمی در رده‌های اجرایی و مدیریت نظام سلامت	۲۷
	۵. عملکرد مناسب نظام ادغام یافته در پرورش نیروی انسانی متخصص در رشته‌های علوم پزشکی به لحاظ کمی	۳۷
	۶. تعداد متناسب دانشگاه‌های علوم پزشکی در کشور برای پاسخگویی به نیازهای سلامت جامعه	۴۱
	۷. وجود نسبت جنسیتی متناسب برای پاسخگویی به نیازهای بهداشتی و درمانی مرد و زن در جامعه	۳۹
	۸. تناسب اختیارات دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور با مسئولیت‌ها و امور تحت کنترل و امکانات و ظرفیت‌های آن‌ها	۳۰
	۹. مانع نشدن مسئولیت‌های متعدد دانشگاه‌های علوم پزشکی از جمله ارائه خدمت از رسالت آموزشی و پژوهشی آن‌ها	۲۸
	۱۰. فراهم بودن شرایط و امتیازات مناسب جهت حضور بیشتر اعضای هیأت علمی در مراکز آموزشی نسبت به بخش خصوصی	۲۵
	۱۱. بهترین بودن ادغام ساختاری کامل نسبت به نظام‌های دیگر ارتباط دانشگاه و ارائه خدمت در دستیابی به پاسخگویی اجتماعی	۲۹
	۱۲. اثرگذاری مؤثر نظام ادغام یافته در کاهش هزینه‌های خدمات بهداشتی و درمانی جامعه	۲۵
	۱۳. پاسخگویی به همه نیازهای سلامت جامعه اعم از سلامت روانی و معنوی در نظام ادغام یافته	۲۱
	۱۴. توجه به جنبه‌های مختلف حضور فراگیران در فیلد بهداشتی- درمانی در نظام ادغام یافته	۲۷
	۱۵. کاهش بار کاری اعضای هیأت علمی و دانشجویان با استخدام متخصصان قراردادی در بیمارستان‌های آموزشی و ایجاد سقف مشخص برای تعداد شیفت‌ها و بیماران ویزیت شده	۲۹
	۱۶. افزایش پاسخگویی نظام ادغام یافته با ادغام آموزش و ارائه خدمت در سایر گروه‌های کادر درمان مانند پرستاران	۳۶

۲۳	۱) تناسب برنامه‌های آموزش پزشکی در سطح کشور با نیازهای بهداشت و درمان کشور	آموزش
۱۹	۲) تناسب برنامه‌های آموزش پزشکی در سطح استان‌ها با نیازهای بهداشت و درمان آن استان	
۲۱	۳) تربیت نیروی انسانی بومی سلامت هر استان جهت اشتغال و پاسخگویی به نیازهای بهداشت و درمان همان استان	
۱۸	۴) تناسب مراکز درمانی - آموزشی و بخش‌ها و درمانگاه‌های آموزشی با نیازهای شایع بهداشت و درمان هر منطقه	
۲۴	۵) وجود همکاری و ارتباط مناسب میان نظام ارجاع آموزش پزشکی و استفاده از ظرفیت‌های شبکه بهداشت جهت آموزش پزشکی	
۲۶	۶) مانع نشدن افزایش بار کاری دانشجویان در ارائه خدمات از آموزش و مطالعه فراگیران	
۲۲	۷) در نظر گرفته شدن ساز و کارها و نظارت‌های لازم جهت پیشگیری از سوء استفاده آکادمیک از دانشجویان مانند تحمیل فعالیت‌های خدماتی زیاد و فاقد بار آموزشی	
۱۹	۸) در نظر گرفته شدن آموزش مهارت‌های لازم برای ارتباط با جامعه مانند مهارت‌های ارتباطی و تفکر نقادانه و آموزش سلامت به جامعه در آموزش پزشکی	
۲۶	۹) توجه به مباحث بهداشتی و اپیدمیولوژیک در برنامه‌های درسی رشته‌های علوم پزشکی	
۲۱	۱۰) پرداختن به «توجه به هزینه- اثربخشی خدمات در تجویز» در برنامه‌های درسی رشته‌های علوم پزشکی	
۲۵	۱۱) داشتن عملکرد مناسب دانشگاه‌های علوم پزشکی در شناسایی و برنامه‌ریزی و خدمت‌رسانی به گروه‌های کم‌برخوردار و اقلیت	
۳۰	۱۲) توانایی نظام آموزش پزشکی در پرورش دانش‌آموختگان واجد دانش مناسب و صلاحیت فعالیت بالینی	
۲۷	۱۳) طراحی اقدامات مناسب برای آموزش مداوم دانش‌آموختگان	
۴۰	۱۴) اثربخشی تربیت و آموزش نیروهای حد واسط مانند بهیار و کمک داروساز و کمک دندان‌پزشک در پاسخگویی به نیازهای سلامت	ارایه خدمت
۲۷	۱۵) بهبود کیفیت آموزش و پاسخگویی آموزش با گروه‌بندی اعضای هیأت علمی به آموزشی و پژوهشی و درمانی و اجرایی و تدوین دستورالعمل ارتقای اعضای هیأت علمی متناسب با هر دسته	
۲۶	۱) عملکرد مناسب دانشگاه‌های علوم پزشکی در ارائه خدمات درمانی متناسب با نیازهای جمعیت تحت پوشش	
۲۵	۲) عملکرد مناسب دانشگاه‌های علوم پزشکی در ارائه خدمات بهداشتی پیشگیرانه متناسب با نیازهای جمعیت تحت پوشش	
۲۸	۳) عملکرد مناسب دانشگاه‌های علوم پزشکی در پیش‌بینی نیازهای بهداشتی و درمانی جمعیت تحت پوشش و فراهم کردن ملزومات	
۲۶	۴) عملکرد مناسب دانشگاه‌های علوم پزشکی در ارائه خدمات درمانی باکیفیت و مطابق با راهنماهای بالینی و پیشرفت‌های علمی روز	
۲۸	۵) عملکرد مناسب دانشگاه‌های علوم پزشکی در ارائه خدمات بهداشتی و پیشگیرانه باکیفیت به جمعیت تحت پوشش	
۲۲	۶) اهمیت دادن دانشگاه‌های علوم پزشکی به هزینه- اثربخشی خدمات در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی	
۳۰	۷) عملکرد مناسب دانشگاه‌های علوم پزشکی در ارائه خدمات درمانی و بهداشتی به گروه‌های کم‌برخوردار، در معرض خطر و اقلیت	
۳۱	۸) پاسخگویی نظام ادغام یافته بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در بحران‌های سلامت مانند پاندمی کووید-۱۹ یا بحران‌های طبیعی	
۲۶	۹) وجود تعامل مناسب میان دانشگاه‌های علوم پزشکی و پزشکان طرحی در فراهم کردن شرایط مناسب کار برای پزشکان طرحی	پژوهش
۱۶	۱۰) وضعیت مناسب نظام پرداخت فعلی در بهبود پاسخگویی اجتماعی	
۲۵	۱) تناسب اولویت‌های پژوهشی در دانشگاه‌های علوم پزشکی هر منطقه با نیازهای همان منطقه و با هدف ارتقای سطح کیفیت خدمات ارائه شده	
۱۷	۲) به کارگیری یافته‌های پژوهش‌های انجام شده در دانشگاه‌های علوم پزشکی در تصمیم‌گیری‌ها و سیاست‌گذاری‌های حوزه سلامت	
۲۰	۳) افزایش بهره‌وری از منابع و ارتقای هزینه- اثربخشی خدمات با کمک پژوهش‌های انجام شده در دانشگاه‌های علوم پزشکی	
۲۳	۴) ارتقای کیفیت خدمات ارائه شده به گروه‌های کم‌برخوردار، در معرض خطر و اقلیت، با کمک پژوهش‌های انجام شده در دانشگاه‌های علوم پزشکی	

درصد) به سؤال «اثربخشی تربیت و آموزش نیروهای حد واسط مانند بهیار و کمک داروساز و کمک دندان‌پزشک در پاسخگویی به نیازهای سلامت» اختصاص داشت.

میانگین امتیازات کسب شده در بخش پاسخگویی در آموزش، $5/501 \pm 24/533$ به دست آمد (۶۱/۴۴ درصد) (جدول ۳).
بیشترین امتیاز کسب شده در این قسمت (۴۰ امتیاز و ۷۲/۷۳

جدول ۳: میانگین امتیازات هر حیطة

گروه	امتیازات (میانگین \pm انحراف معیار)	درصد از حداکثر امتیازات = ۵۵
کلیات	۳۰/۲۵۰ \pm ۵/۵۶۸	۵۵
پاسخگویی در آموزش	۲۴/۵۳۳ \pm ۵/۵۰۱	۴۴/۶۱
پاسخگویی در ارائه خدمات	۲۵/۸۰۰ \pm ۴/۲۸۹	۴۶/۹۱
پاسخگویی در پژوهش	۲۱/۲۵۰ \pm ۳/۵۰۰	۳۸/۶۴

هدف ارتقای سطح کیفیت خدمات ارائه شده» اختصاص داشت. کمترین امتیاز در این حیطة نیز (۱۷ امتیاز و ۳۰/۹۱ درصد) مربوط به سؤال «به کارگیری یافته‌های پژوهش‌های انجام شده در دانشگاه‌های علوم پزشکی در تصمیم‌گیری‌ها و سیاست‌گذاری حوزه سلامت» بود (جدول ۲).

در بررسی معنی‌دار بودن تفاوت در پاسخگویی اجتماعی میان این سه حیطة با استفاده از آزمون Kruskal-Wallis، تفاوت معنی‌داری میان میزان پاسخگویی نظام ادغام یافته در این سه حیطة وجود نداشت ($P = ۰/۱۲۵$). همچنین، در بررسی دو به دوی این حیطة‌ها با استفاده از آزمون Mann-Whitney U، تفاوت معنی‌داری میان میزان پاسخگویی نظام ادغام یافته بین این سه حیطة مشاهده نشد (جدول ۴).

در مجموع، با توجه به پاسخ‌های دریافت شده از جامعه مورد بررسی، میزان پاسخگویی اجتماعی نظام ادغام یافته در سه حیطة «آموزش، پژوهش و ارائه خدمات»، در حد «متوسط» ارزیابی گردید و میان میزان پاسخگویی اجتماعی نظام ادغام یافته در بین این سه حیطة، تفاوت معنی‌داری وجود نداشت.

کمترین امتیاز در این حیطة (۱۸ امتیاز و ۳۲/۷۳ درصد) نیز مربوط به سؤال «تناسب مراکز درمانی- آموزشی و بخش‌ها و درمانگاه‌های آموزشی با نیازهای شایع بهداشت و درمان هر منطقه» بود (جدول ۲).

میانگین امتیازات کسب شده در بخش پاسخگویی در ارائه خدمت، $۲۵/۸۰۰ \pm ۴/۲۸۹$ گزارش گردید (۴۶/۹۱ درصد) (جدول ۳). بیشترین امتیاز کسب شده در این قسمت (۳۱ امتیاز و ۵۶/۳۶ درصد) به سؤال «پاسخگویی نظام ادغام یافته بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در بحران‌های سلامت مانند پاندمی کووید ۱۹ یا بحران‌های طبیعی» تعلق داشت. کمترین امتیاز در این حیطة (۱۶ امتیاز و ۲۹/۰۹ درصد) مربوط به سؤال «وضعیت مناسب نظام پرداخت فعلی در بهبود پاسخگویی اجتماعی» بود (جدول ۲).

میانگین امتیازات کسب شده در بخش پاسخگویی در پژوهش، $۲۱/۲۵۰ \pm ۳/۵۰۰$ به دست آمد (۳۸/۶۴ درصد) (جدول ۳). بیشترین امتیاز کسب شده در این قسمت (۲۵ امتیاز و ۴۵/۴۶ درصد) به سؤال «تناسب اولویت‌های پژوهشی در دانشگاه‌های علوم پزشکی هر منطقه با نیازهای همان منطقه و با

جدول ۴: مقدار P در بررسی دو به دوی حیطة‌ها با استفاده از آزمون Mann-Whitney U

گروه	مقدار P
آموزش	با ارائه خدمت: ۰/۲۱۶، با پژوهش: ۰/۲۶۲
ارائه خدمت	با پژوهش: ۰/۰۵۴
پژوهش	

میزان پاسخگویی نظام سلامت کشور تا حدودی قابل قبول بوده و در دستیابی به اهداف درمانی، بهداشتی و آموزشی تا حد زیادی موفق بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر، ارزیابی وضعیت پاسخگویی نظام ادغام یافته بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ایران بود. نتایج نشان داد که از دیدگاه صاحب‌نظران و خبرگان این حوزه،

انجام شده توسط سیاست‌گذاران، سومین و کامل‌ترین سطح (پاسخگویی اجتماعی) نیز محقق خواهد شد (۴).

یکی از راهبردها برای دستیابی به این مهم، پزشکی جامعه‌نگر و آموزش مستقر در جامعه است. آموزش پزشکی پاسخگو، در حقیقت آموزشی است که نیازهای بهداشت و درمان منطقه و کشور را در نظر دارد و هدف آن، پرورش پزشکانی است که قادر به پاسخگویی و رفع نیازهای سلامت مردم هستند. هدف نهایی تشکیل دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی، پاسخگویی به نیازهای واقعی جامعه بوده است و جهت نیل به این هدف نیز لازم است که آموزش پزشکی در محتوا و عملکرد، معطوف به حل مشکلات اساسی جامعه باشد (۱) و لازمه تحقق این مهم، تغییر و طراحی برنامه‌های آموزشی به گونه‌ای است که نیرویی تربیت شود که واجد مهارت‌های مؤثر در زمینه‌های مختلف باشد:

الف) پزشکی (Clinician) که واجد دانش و مهارت‌های لازم تخصصی باشد.

ب) آموزش دهنده‌ای (Educator) که سبک زندگی سالم را از طریق آموزش به مردم و کارکنان بهداشتی - درمانی ارتقا دهد.

پ) مدیری (Resource manager) که از امکانات تشخیصی، درمانی و بهداشتی موجود در کشور، بهترین و مناسب‌ترین استفاده را ببرد و در پیشگیری، ارتقای سلامت، توان‌بخشی، مددکاری، همکاری‌های بین‌بخشی و مشارکت مردم نقش ارزنده‌ای را ایفا نماید (۳).

نظام سلامت در مقابل کیفیت خدمات ارائه شده توسط ارائه‌کنندگان خدمات سلامت و همچنین، دانشگاه‌ها و دانشکده‌ها، باید از طریق افزایش دانش، نگرش، مهارت‌ها و توانایی‌های ارائه‌دهندگان که پرورش می‌دهد، پاسخگو باشد. از طرف دیگر، جدا ساختن عرصه‌های آموزش پزشکی از حوزه ارائه مراقبت‌ها و خدمات سلامت، موجب می‌شود که این پاسخگویی در هر دو سطح به حداقل برسد. به عبارت دیگر، نظام سلامت در مقابل کیفیت خدمات ارائه‌کنندگانی که خودش تربیت نکرده است، پاسخگو نخواهد بود و دانشکده‌های پزشکی

بر اساس نتایج به دست آمده از دیدگاه صاحب‌نظران، نظام ادغام یافته سلامت توانسته است در «ایجاد تعداد متناسب دانشگاه علوم پزشکی با نیازهای سلامت جامعه»، «پرورش نیروی انسانی متخصص در رشته‌های مختلف علوم پزشکی به میزان کافی» و «آموزش نیروهای حد واسط مانند بهیار و کمک داروساز و کمک دندان‌پزشک» بسیار موفق عمل کند.

از دیدگاه صاحب‌نظران شرکت‌کننده در مطالعه، نظام ادغام یافته سلامت در حوزه‌های «به‌کارگیری یافته‌های پژوهش‌های سیاست‌گذاری‌ها»، «وضعیت نظام پرداخت در بهبود پاسخگویی اجتماعی» و «توجه به هزینه - اثربخشی خدمات در تجویز در برنامه‌های درسی رشته‌های علوم پزشکی» عملکرد ضعیفی داشته است.

دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی با فلسفه پاسخگویی به نیازهای سلامت جامعه پا به عرصه وجود گذاشتند. بنابراین، تمامی برنامه‌ریزی‌ها و سیاست‌گذاری‌ها در این حوزه و نیز ارزیابی عملکرد این مراکز آموزشی باید در راستای تحقق پاسخگویی به نیازهای سلامت جامعه باشد. در حقیقت، پاسخگویی جزئی جدانشدنی از فلسفه وجودی و شکل‌گیری دانشگاه‌های علوم پزشکی می‌باشد. از آنجا که این پاسخگویی از بستر و گذرگاه نظام ارائه خدمات تحقق می‌یابد، پاسخگویی در یک کل یکپارچه از تعامل دانشکده، جامعه و نظام ارائه خدمات شکل می‌گیرد و معنا پیدا می‌کند (۳).

اقدامات لازم جهت رفع نیازهای جامعه در سه سطح مسؤولیت‌پذیری اجتماعی (Responsibility)، پاسخ‌دهی اجتماعی (Responsiveness) و پاسخگویی اجتماعی (Accountability) تعریف می‌شود. مسؤولیت‌پذیری اجتماعی شناسایی نیاز جامعه، اولویت‌گذاری نیازها و طراحی برنامه برای رفع آن‌ها است. در صورتی که نظام سلامت از این سطح فراتر رود و دست به اقدامات مداخله‌ای جهت تأمین این نیازها بزند، سطح دوم و یا به عبارت دیگر، پاسخ‌دهی اجتماعی محقق خواهد شد. در صورت ادامه دادن این مسیر و ارزیابی پیامد مداخلات

سه پیامد اصلی ادغام به شمار می‌رود. اصلی‌ترین هدف سیاست ادغام نظام آموزش پزشکی در نظام ارائه خدمات، افزایش نیروی انسانی و بی‌نیاز ساختن کشور از فعالیت پزشکان خارجی بود. افزایش قابل توجه ظرفیت پذیرش دانشجویان علوم پزشکی پس از تصویب سیاست ادغام و به دنبال آن، افزایش تعداد مراکز آموزشی، هم‌نظام سلامت کشور را از پزشکان غیر ایرانی بی‌نیاز ساخت و هم سبب رشد نیروی انسانی سایر رشته‌های تخصصی علوم پزشکی همچون دندان‌پزشکی و پیراپزشکی شد (۶).

شکلیابی و همکاران در مطالعه خود به بررسی نظرات اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه در خصوص میزان دستیابی به اهداف نظام ادغام یافته پرداختند. طبق نتایج تحقیق آن‌ها، دستیابی به اهداف ادغام از نظر اعضای هیأت علمی، ۵۲/۳۷ درصد بود. همچنین، از دیدگاه آن‌ها، بیشترین میزان موفقیت سیاست ادغام، در حوزه خدمات و شاخص‌های بهداشتی بود و کمترین امتیاز نیز به فعالیت‌ها و امکانات پژوهشی و دستاوردهای اجتماعی طرح ادغام اختصاص داشت (۷).

یافته‌های تحقیق حاضر مشخص کرد که شاخص‌های مرتبط با توسعه کمی آموزش نیروی انسانی و ارائه خدمات که از اهداف اصلی اجرای سیاست ادغام بود، با موفقیت قابل قبولی همراه بود و ادغام در این حوزه توانسته است سبب رفع نیازهای کشور شود، اما در حوزه ارتقای کیفی آموزش پزشکی، ترویج تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد و جامعه‌نگر ساختن برنامه‌های آموزشی به توفیق چندانی دست پیدا نکرده است. طبق دیدگاه خبرگان مشارکت‌کننده در پژوهش حاضر، نظام آموزشی ادغام یافته ایران نتوانسته است در آموزش مهارت‌های غیر تخصصی همچون مهارت ارتباطی، آموزش سلامت به سایر اعضای کادر درمانی و مراجعان، تفکر نقادانه و رهبری تیم درمانی و همچنین آموزش توجه به هزینه-اثربخشی مداخلات و تجویزات درمانی به دانشجویان پزشکی موفق عمل کند. در حوزه پژوهش علوم پزشکی نیز در مجموع عملکرد قابل قبولی نداشته است و ضعیف‌ترین امتیازات نیز مربوط به استفاده از نتایج پژوهش‌های صورت گرفته در سیاست‌گذاری‌ها و ارتقای هزینه-اثربخشی خدمات با کمک نتایج مطالعات انجام شده می‌باشد.

نیز دانش‌آموختگان خود را تحویل نظامی مستقل و جداگانه خواهند داد و در قبال عملکرد بعدی آن‌ها پاسخگو نخواهند بود. تجربه ادغام نظام آموزش پزشکی با نظام ارائه خدمات سلامت در ایران، با وجود بسیاری از پژوهشگران و متخصصان نظام سلامت و ایجاد بستر مناسبی برای ارائه آموزش‌های کاربردی، جامعه‌نگر و هدفمند و ایجاد پیوند بین آموزش و اجرا، می‌تواند الگوی خوبی در سطح ملی و بین‌المللی باشد. توسعه پژوهش‌های سلامت کاربردی، توسعه آموزش پزشکی اجتماعی، مدیریت بحران در حوادث غیر مترقبه، مدل آموزش مداوم جامعه پزشکی، مدل آموزش سلامت عمومی، توسعه آموزش‌های تخصصی، الگوی مدیریت آموزشی و الگوی ثبت سرطان در ایران، از جمله مثال‌های موفق قابل بهره‌برداری در سطوح مختلف به شمار می‌رود. البته لازم است برای پاسخگوتر نمودن دانشگاه‌ها در مقابل نیازهای نظام سلامت، تدابیر و راهکارهای بیشتری مد نظر قرار گیرد و حوزه آکادمیک با درک عمیق‌تری نسبت به نیازهای جامعه، ضمن بازنگری مداوم برنامه‌های درسی، در اجرای برنامه‌های آموزشی اصلاح یافته اصرار ورزد.

نتایج بررسی حاضر با یافته‌های برخی پژوهش‌ها (۷-۵) همسو می‌باشد.

نوری حکمت و همکاران در مطالعه خود به بررسی اهداف، پیامدها، موانع و آینده سیاست ادغام پرداختند و بیشترین توفیق سیاست ادغام را در حوزه ارائه خدمات درمانی گزارش کردند. آن‌ها عنوان کردند که افزایش ظرفیت عرضه نیروی انسانی سلامت و افزایش سریع تعداد مراکز آموزشی، از بزرگ‌ترین دستاوردهای این سیاست می‌باشد که در گزارش سازمان جهانی بهداشت نیز به آن اشاره شده است (۵) که با یافته‌های تحقیق حاضر همخوانی داشت.

نتایج پژوهش باقری لنگرانی و همکاران که به ارزیابی پیامدهای قانون ادغام و تأسیس وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی پرداختند، نشان داد که «توسعه نیروی انسانی آموزش دیده، ارتقای دانش پزشکی و افزایش دانش و مهارت در حوزه سلامت و ارتقای کیفیت و کمیت خدمات سلامت»،

جوانان و نخبگان فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران به جهت همکاری در انجام مطالعه و همه شرکت‌کنندگان تحقیق تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

تضاد منافع

نویسندگان این مقاله اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تعارض منافی در این مطالعه وجود ندارد.

با توجه به یافته‌های تحقیق حاضر و سایر پژوهش‌ها، انجام مطالعات تکمیلی در خصوص علل نتایج نسبتاً ضعیف نظام ادغام یافته در تحقق اهداف کیفی آموزشی و پژوهشی پیشنهاد می‌گردد.

سپاسگزاری

بدین وسیله از فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران به دلیل سفارش این پژوهش و همچنین، از اعضای کانون

References:

1. Iran TAoMSO. The integration of medical education system and healthcare in islamic republic of iran. Tehran, Iran: The Academy of Medical Sciences of Iran; 2013. [In Persian]
2. Marandi SA. The Integration of Medical Education and Health Care Services in the I.R. of Iran and its Health Impacts. Iranian J Publ Health. 2009; 38(1): 4-12.
3. Marandi SA, Larijani B, Azizi F. Health in islamic republic of Iran. 3ed. Tehran: Etelaat. [In Persian]
4. Boelen C, Dharamsi S, Gibbs T. The social accountability of medical schools and its indicators. Educ Health (Abingdon). 2012 Sep-Dec;25(3):180-94. doi: 10.4103/1357-6283.109785. [PMID: 23823638]
5. Noori Hekmat S, Haghdoost A, Dehnavieh R, Ghorbani nia R. The Consequences of Integration of the Medical Education and the Health Services System of Iran: A Systematic Review and Meta-Synthesis of Literature. Iranian Journal of Epidemiology. 2019; 14: 12-26. [In Persian]
6. Bagheri Lankarani K, Kalateh Sadati A, Razavinasab A, Khayamzadeh M. Integration of Medical Education and Research in Healthcare System in Iran; A Qualitative Study on the Positive Consequences of the Formation of the Ministry of Health and Medical Education. Iran J Cult Health Promot. 2023; 6(4): 603-10. [In Persian]
7. Shackebaei D, Karami Matin B, Amolae K, 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 Journal of Kurdistan University of Medical Sciences. 2011; 16 (1): 81-91. [In Persian]