



طرح ادغام دروس دوره‌ی آموزش بالینی پزشکی

محمد مشکینی^۱، فاطمه مشکینی^۲

۱- دانشجوی پزشکی (دوره‌ی کارورزی) دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۲- دانشجوی پزشکی (دوره‌ی علوم پایه) دانشگاه علوم پزشکی تبریز

– meshkini522@gmail.com

بیان مساله:

پزشکی علمی در همه حال تغییر است؛ تجارب و یافته‌های متعدد و گوناگون در هر روز باعث باروری و روزآمدی پزشکی از آغاز آن تاکنون بوده است. این مهم، در همه‌ی اعصار، جهت حفظ سلامتی و کارایی افراد جامعه برای برخورداری ایشان از خدمات طبیب، حکیم، پزشک و درمان‌گر ادامه داشته است. افرادی که وارد عرصه‌ی پزشکی می‌شدند، به تدریج و طی تجارب سینه به سینه یا مکتوب با نحوه‌ی برخورد با بیمار و درمان او و دیگر کارهای مقتضی آشنا می‌شدند.

سابق بر این به دلیل تعداد کم دانش‌جویان این علم و هنر، کمبود یا نبود دسترسی به منابع گوناگون، علوم غالباً به شیوه‌ی استاد-شاگردی مألوف بین آموزش دهنده و آموزش گیرنده تبادل می‌شدند، عموم تجارب آموزش گیرنده طی فرآیند آموزشی به صورت تجربی و راه‌نمایی‌های مستقیم استاد او بودند؛ این شیوه‌ی آموزش عموماً نیاز جوامع را برطرف می‌کرد.

با گسترش علوم و ارتباطات، تحولی شگرف و نوین تمام جوانب زندگی بشر را فراگرفت؛ پزشکی و آموزش آن نیز از این امر مستثنا نماندند. تلاش‌های Sir William Osler و تطبیق و ادغام شیوه‌های آموزش پزشکی انگلستان و آلمان در اواخر سده‌ی ۱۹ و اوایل سده ۲۰ میلادی و معرفی سیستمی نوین در آموزش پزشکی به صورت هرمی که امروزه در آموزش پزشکی کشورمان نیز اعمال می‌شود، نمونه‌ای از این تلاش‌ها برای روزآمدسازی و بهینه ساختن آموزش پزشکی بوده است.

اخیراً تعریف پزشک نیز در جوامع آکادمیک دست‌خوش تغییر شده است؛ با دسترسی سهل و آسان به اطلاعات در سرتاسر جهان با گسترش شبکه‌ی جهانی وب و اخیراً حتی بر بالین بیمار با استفاده از دستگاه‌های همراه، دیگر پزشک کسی نیست که اطلاعات زیادی را در ذهن خود داشته باشد، بلکه پزشک کسی خواهد بود که با استفاده از اطلاعاتی که در دسترس دارد، بهترین و کم‌عارضه‌ترین روش و درمان را برای بیمار خود فراهم آورد. در جهت نیل به این مهم از حدود یک دهه قبل نیز حتی سبک نگارشی کتاب‌ها آموزشی پزشکی از مبحث بندی براساس بیماری‌ها، به تأکید بیش‌تر بر مستعد ساختن آموزش گیرندگان به تصمیم‌گیری معطوف شده است. حتی برخی از کتاب‌ها فصل‌هایی با عنوان اخلاق پزشکی را نیز بر مجموعه‌ی خود افزوده‌اند.

جوامع بشری، درگیر مسائلی گوناگونی هستند که شاید دقیقاً منطبق با یکدیگر نباشد. مسائل اخلاقی-فرهنگی-تاریخی-اجتماعی-جغرافیایی-اقتصادی و... متفاوت و گوناگون؛ این عوامل بر سلامت اعضای جوامع مختلف تأثیرگذارند. فلذا نحوه‌ی برخورد و بررسی مخصوص خود را می‌طلبند. بومی‌سازی دانش‌ها این هدف را دنبال می‌کند. تلاش‌های اخیر در بومی‌سازی و نگارش گایدلاین‌های بومی



برای کشورمان در واحدهای مدیریتی و آموزشی مراکز آموزشی و درمانی، نسلی از اهمیت وافر این مهم دارد. این گایدلاین‌ها
مقاله‌های مبتنی بر شواهد بوده و نهایتاً با نظرسنجی از افراد مختلف صاحب نظر در سراسر کشور در رابطه با میزان کارایی و اثربخشی
راهنمای بالینی، به عنوان گایدلاین یا راهنمای بالینی در اختیار افراد مرتبط با سلامت جامعه برای استفاده و عمل به آن قرار می‌گیرند.

با توجه به نو بودن این حرکت و نبود راهنماهای کافی بومی برای اکثر رویکردها، هنوز هم مراجعه به مراجع مصوب وزارت بهداشت در
تصمیم‌گیری‌های بالینی و آموزش، مورد توجه قرار می‌گیرند. که البته گاهی باهم‌دیگر در تناقض می‌باشند، با توجه به این مهم که تعدادی
از این مراجع مصوب در آموزش پزشکان عمومی نیز مورد استفاده قرار می‌گیرند و با توجه به عدم تجربه‌ی قبلی و کافی دانش‌جویان
دوره‌ی عمومی پزشکی در زمینه‌ی برخورد با بیماران و نحوه‌ی رویکرد و اداره‌ی ایشان، این تناقض‌ها در منابع مختلف مصوب باعث
سردرگمی ایشان می‌گردد. از طرفی تکرار مکررات دیگر علاوه بر صرف زمان و انرژی زیادی که جهت حفظ‌کردن و یادآوری آن‌ها در
بخش‌های مختلف آموزشی می‌شود؛ بازدهی اصلی منظور از آموزش ایشان یعنی توانمندسازی برای تصمیم‌گیری در بالین بیمار را مختل
می‌کند و این علاوه بر تناقضات مذکور در منابع مختلف نیز می‌باشد.

با توجه به این که هدف از آموزش پزشکان عمومی، توانمندسازی ایشان برای رویکرد و اداره‌ی سلامت بخش کثیری از افراد جامعه در
مقایسه با پزشکان متخصص و فوق تخصص می‌باشد، رساندن سریع‌تر ایشان به توانمندی علاوه بر کاهش هزینه‌های آموزشی، سبب
افزایش بهره‌وری اقتصادی آتی نیز خواهد شد. این امر برخی اوقات با مستقرسازی سیستم سلامت عمومی (ملی) و تعریف حیطه‌ی کاری
پزشکان عمومی و آموزش آن‌ها در این جهت و بعضاً با تمرکز به آموزش مرتبط با بیماری‌های و موقعیت‌های شایع مواجهه در زمینه‌های
ماژور (داخلی-جراحی-زنان‌مابای-کودکان) و روانپزشکی برای پزشکان عمومی برنامه‌ریزی شده‌اند. درواقع هر دولتی با توجه به شرایط،
امکانات و انتظار خود از نحوه‌ی تخصیص وظایف به پزشکان عمومی در حوزه‌ی سلامت، نوع آموزش آن‌ها را برنامه‌ریزی و پایه‌گذاری
کرده‌است.

آغاز سیستم آموزش پزشک عمومی در کشورمان، با تقلید از سیستم آموزشی آمریکا بر ۴ دوره‌ی آموزش علوم پایه-پیش‌بالینی-کارآموزی-
کارورزی، استقرار یافت، با گذشت زمان و ایجاد تغییرات عدیده در سیستم سلامت آمریکا، نوع آموزش پزشکی ایشان نیز دستخوش تغییر و
تحول شد؛ آموزش دوره‌های علوم پایه و پیش‌بالینی در هم ادغام شد، دوره‌ی کارورزی تقریباً به آغاز دوره‌ی آموزشی دست‌یاری انتقال پیدا
کرد؛ و نوع انتظار از وظایف پزشک عمومی مشخص‌تر شد. اما این شیوه‌چندان در کشورمان دستخوش تغییر نشد؛ به جز طرح ادغام
آموزش علوم پایه‌ای که سال‌ها قبل در برخی دانشگاه‌ها به صورت آموزشی آغاز شد و البته هنوز فراگیر نشده‌است؛ اقدام جدیدی در رابطه
با نحوه‌ی آموزش پزشکی به طور عمومی روی نداده‌است. البته، با توجه به این ادغام در دوران علوم پایه، دانشجویان این دانشگاه‌ها حدود
۶ ماه اضافه‌تر نسبت به دانشجویان سایر دانشگاه‌ها زمان بهره‌برداری و افزایش تجارب در دوران کارورزی را در محیط‌های درمانگاهی و
سرپایی داشته و دارند. که این خود، عاملی در افزایش توانمندسازی ایشان برای تصمیم‌گیری‌های بالینی نیز می‌باشد.

تجربه‌ی موفق‌تری که از این طرح ادغام آموزشی به دست آمد، سایر دانشگاه‌ها را نیز تشویق به اجرای آن کرد، و این تجربه‌ی شیرین و مفید
همچنان ادامه دارد. در ادامه‌ی دوران آموزش علوم پایه‌ی پزشکی، دانشجو وارد دوران آموزش و کار بالینی می‌شود. با بهره‌گیری از
تجربه‌ای که در زمینه‌ی ادغام آموزش علوم پایه وجود دارد، و توجه به اصل توانمندسازی در تصمیم‌گیری بالینی برای پزشک عمومی در
دوران آموزش و کار بالینی، به نظر می‌رسد، آغاز تجربه‌ای جدید در ادغام مطالب درسی این دوره‌ی آموزشی نیز مفید خواهد بود، چه آن‌که
اولاً بدن انسان یک پارچه خلق شده و تعامل جسم با روان آن را ساختاری پیچیده می‌سازد؛ ثانیاً حضور دانشجوی پزشکی در بخش‌های
متفاوت بالینی طی دوران آموزشی و مواجهه با انواع متفاوت مطالب و گاهی تناقض در منابع با توجه به تجربه اندک آموزشی و درمانی او
بیش‌تر سبب سردرگم شدن اولیه‌ی او می‌شود؛ ثالثاً هدف از حفظ و تأمین سلامت اکثر افراد جامعه بیش‌تر با تجربه‌ی حضور در
بخش‌های سرپایی و درمانگاه و اورژانس حاصل می‌شود تا حضور در بخش‌های تخصصی و شاید فوق تخصصی. البته حضور در بخش در



آشنایی دانشجویان با نحوه پیگیری و اداره مراقبت‌های درمانی بیماران لازم است، اما هم‌آن‌طور که ذکر شد، هدف از آموزش پزشک عمومی بیش‌تر حفظ سلامت عمومی و پیش‌گیری از بیماری‌های آحاد جامعه است، چه آن‌که اولاً پیش‌گیری بهتر از درمان است و سبب کاهش هزینه‌های درمانی آتی و صرفه‌جویی در منابع می‌شود؛ ثانیاً در صورت نیاز به پیگیری درمان بیمار توسط پزشکی دیگر (پزشک عمومی)، مراتب می‌توانند توسط پزشک معالج بیمار به او گزارش شده، و این وظیفه در صورت نیاز به او محول گردد.

۶ ماه تجربه‌ی بیش‌تری که دانشجویان دانشگاه‌های طرح ادغام علوم‌پایه در برخورداری از کار در محیط‌های درمانگاهی و سرپایی به دست می‌آورند، می‌تواند مدت زمان بیش‌تری (حتی تا ۱۲-۱۸ ماه) را نیز شامل شود، با ادغام در آموزش مطالب علوم بالینی پزشکی علاوه بر جلوگیری از تکرار مکررات منابع گوناگون، با ذکر تناقضات این منابع در رابطه با موضوعی خاص و دلایل وجود این تناقض‌ها، تشویق دانشجویان به تفکر و تصمیم‌گیری براساس آن‌ها، قدرت تصمیم‌گیری بالینی او افزایش یافته و همچنین صرفه‌جویی بهینه‌ای در هزینه‌های آموزشی اضافی او به عمل خواهد آمد، به علاوه در نحوه تخصیص منابع و اجرای طرح‌هایی چون پزشک خانواده و نظام ارجاع، بیش‌تر مؤثر خواهد شد.

اهداف:

- ۱- افزایش قدرت تصمیم‌گیری بالینی آموزش‌گیرندگان و دانشجویان پزشکی عمومی بعد از فارغ‌التحصیلی و آغاز به کار
- ۲- تخصیص عادلانه و هوشمندانه‌ی منابع بهداشتی و درمانی کشور با توجه به توانمندسازی پزشکان عمومی در تصمیم‌گیری‌ها و به عنوان مسئولان واحدهای خدمات پایه‌ای نخست شبکه‌ی بهداشت و درمانی کشور
- ۳- افزایش تجارب کار بالینی دانشجویان پزشکی عمومی حین تحصیل
- ۴- افزایش علاقه‌ی دانشجویان پزشکی و کاهش موارد ترک تحصیل (گزارش مسئول دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در رابطه با طرح ادغام علوم‌پایه و نتایج حاصل از آن در آموزش دانشجویان)

سطح نوآوری:

دانشگاهی

انطباق با سیاست‌های بالادستی:

عمل به این طرح سبب آشنایی دانشجویان با کاربرد دروس مورد نظر گردیده و سبب تغییر نگرش آنان نسبت به مطالعه دروس می‌گردد. این ایده کاربرد و اثرات بالقوه‌ای در میزان رغبت دانشجویان به یادگیری هرچه بهتر دروس دارد و همچنین در راستای پیاده‌سازی استانداردهای پایه آموزش پزشکی عمومی می‌باشد.

روش انجام کار:

در مرحله‌ی نخست اجرای این طرح، دانشجویان دوره‌ی کارورزی تحت نظارت دفتر/مرکز توسعه‌ی آموزش دانشکده یا دانشگاه می‌توانند بخش‌هایی از این طرح ادغام را در قالب پایان‌نامه‌های خود به صورت مرور نظام‌مند منابع (منابع مصوب آموزشی وزارت یا دیگر منابع و



شبکه‌ی جهانی وب) و بومی سازی آن‌ها عمل نمایند، نظرات استادان صاحب‌نظر دانشگاه و سایر دانشگاه‌ها در این رابطه در قالب استادان راهنما و داور طرح مشارکت داده خواهد شد. نتیجه‌ی نهایی به صورت طرح کلی در اختیار و تحت نظارت دفتر/مرکز توسعه‌ی آموزش و یا معاونت آموزشی وزارت خواهد بود و به‌روزآوری‌های مربوطه در فواصل مربوطه و تعیین شده انجام خواهد گرفت، به علاوه با توجه به ایجاد منابع آموزشی جدید و بومی طی اجرای این طرح، استفاده از این منابع در امتحانات پیش‌کارورزی و پذیرش دستیار، امتحان‌های درون دانشگاهی، علاوه بر مرور مستمر منابع توسط دانشجو به دلیل بومی و مبتنی بر شواهد بودن آن، اثربخشی بالینی بهتری بر تصمیم‌گیری‌های اتی او طی دوران تحصیل و آغاز کار بعد از فارغ‌التحصیلی به عنوان پزشک عمومی خواهد داشت.

این ادغام به صورت کلی در ۱۱ بخش انجام خواهد گرفت:

۰ - دروس و علوم پایه‌ی کار بالینی و تصمیم‌گیری: اخلاق پزشکی - آماز زیستی و اپیدمیولوژی - کلیات فارماکولوژی، پاتولوژی، سمیولوژی، آناتومی و رادیولوژی

در ادامه (موارد ۱-۹)، تقسیم‌بندی‌ها شامل مباحث داخلی - جراحی - کودکان - فارماکولوژی - پاتولوژی - سمیولوژی - رادیولوژی - بیماری‌های مرتبط عفونی و احیاناً زنان‌مأمایی مربوطه خواهد بود:

۱- پوست و بافت همبندی: پوست - روماتولوژی - ارتوپدی

۲- سیستم اعصاب و سر و گردن: اعصاب - چشم‌پزشکی - گوش‌حلق‌بینی - روان‌پزشکی

۳- سیستم قلب‌وعروق و هموستاز بدن: قلب و عروق - ریه - کلیه - اورولوژی

۴- خون - مباحث مربوط به سپتی‌سمی و تب از عفونی

۵- سیستم گوارشی و غدد درون‌ریز

۶- مباحث باقی‌مانده از اطفال (رشد و تکامل - بیماری‌های آلرژیک و ژنتیک و...)

۷- زنان و مأمایی

۸- مباحث اورژانس، مسمومیت و مراقبت‌های اولیه

۹- مباحث مراقبت‌های سالمندی و پایان عمر و انکولوژی

۱۰- مهارت‌های بالینی پزشکی

نتایج قابل انتظار:

۱- افزایش قدرت تصمیم‌گیری بالینی آموزش‌گیرندگان و دانش‌جویان پزشکی عمومی بعد از فارغ‌التحصیلی و آغاز به کار



- تخصیص عادانه و هوشمندانه‌ی منابع بهداشتی و درمانی کشور با توجه به توانمندسازی پزشکان عمومی در تصمیم‌گیری‌ها و به عنوان مسئولان واحدهای خدمات پایه‌ای نخست شبکه‌ی بهداشت و درمانی کشور

۳- افزایش تجارب کار بالینی دانشجویان پزشکی عمومی حین تحصیل

۴- افزایش علاقه‌ی دانشجویان پزشکی و کاهش موارد ترک تحصیل (گزارش مسئول دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در رابطه با طرح ادغام علوم پایه و نتایج حاصل از آن در آموزش دانشجویان)

قابلیت تعمیم ایده:

دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور

