

مروری بر چالش‌های طرح ادغام آموزش پزشکی با نظام ارائه خدمات در ایران از منظر سرمایه انسانی

زهرا سادات میرمقتدایی^۱، داریوش رخ‌افروز^۲ / محمدحسین سالاریان‌زاده^۳

چکیده

مقدمه: در دنیای امروز چالش‌های فراوانی پیش روی شغل پزشکی قرار گرفته است: تغییرات اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی و البته جمعیت‌شناسی سبب گردیده است که با افزایش آگاهی مردم سطح انتظارات آنها از سیستم ارائه مراقبت افزایش یابد. امروزه مدیریت منابع انسانی در سطح جهانی با مسایلی روبروست. بدیهی است مدیریت سرمایه نیروی انسانی در حوزه سلامت نیز از این معضلات تاثیر می‌پذیرد. هدف مطالعه حاضر این است که نشان دهد چالش‌های جهانی نیروی انسانی چیست و ایران در حوزه سلامت چگونه بر اساس طرح ادغام توانسته است بر این چالش‌ها فایق آید.

شرح مقاله: تحقیق حاضر یک مطالعه توصیفی و در قالب یک مطالعه مروری است که ضمن اشاره به چالش‌های جهانی حوزه منابع انسانی طرح ادغام را از این منظر بررسی کرده و در پایان بر اساس تحقیقات انجام شده به بررسی بقا یا فنای این طرح می‌پردازد.

نتیجه‌گیری: مرور مطالعات و مستندات موجود نقاط قوت و ضعف نظام ادغام را آشکار ساخت و فرصت‌ها و تهدیدها را مشخص گرداند. از آنجا که طرح ادغام آموزش پزشکی با نظام ارائه خدمات با طیف گسترده‌ای از چالش‌ها در ارتباط است، تحلیل این مولفه‌ها نشان می‌دهد که با گسترش تحولات جهانی و چالش‌های روبروی مدیریت نیروی انسانی لازم است این طرح در حوزه سلامت به تغییرات پایداری دست یابد تا دوام خود را بیمه سازد.

کلیدواژه‌ها: منابع انسانی، چالش‌های مدیریت، طرح ادغام.

۱- دانشجوی دکتری آموزش پزشکی و عضو کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران، نویسنده مسئول)، پست الکترونیک: mirmoghtada@yahoo.com
۲- مربی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپوراهواز، اهواز، ایران
۳- عضو هیات علمی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ایران، تهران، ایران

مقدمه

۴- اتحاد بخش پرورش‌دهنده نیروی انسانی و مصرف‌کننده این نیروها [۳].

از سویی دیگر در ایران نیز هم‌چون سایر نقاط جهان طرح ادغام که از آن جم خالفانی داشته است. این گروه معتقدند تهدیدهایی رح ادغام را دنبال می‌کند که از ان جمله می‌توان به نکات زیر اشاره کرد: عدم توجه مسئولان به مسائل آموزشی - کارایی کمتر بیمارستان‌های آموزشی - بیکاری فارغ التحصیلان - افت کیفی درمان و ناراضی‌ت مردم از خدمات بیمارستانی [۴] می‌شود. در این مقاله به این موضوع پرداخته می‌شود که چالش‌های جهانی نیروی انسانی چیست و ایران در حوزه سلامت چگونه بر اساس طرح ادغام توانسته است بر این چالش‌ها فایق آید.

شرح مقاله

تبیین مفهوم چالش از نخستین نکاتی بود که دکتر ایبلی به آن پرداخت. وی می‌گوید: «چالش به شرایطی گفته می‌شود که از یک سو می‌توان به شکل مثبت به آن نگاه کرد و از زاویه دیگر نیز مفهوم منفی را در دل خود دارد [۵]. امروزه مدیریت منابع انسانی در سطح جهانی با چالش‌هایی روبروست. بدیهی است مدیریت سرمایه نیروی انسانی در حوزه سلامت نیز از این چالش‌ها تاثیر می‌پذیرد. در زیر بعضی از این چالش‌ها بیان و بر اساس مطالعات انجام شده نشان می‌دهیم که تغییرات اعمال شده در طرح ادغام تا چه حد توانسته است با این چالش‌ها کنار آید.

۱- جهانی شدن و چالش‌های روبروی مدیریت نیروی انسانی:

جهانی شدن و جهانی‌سازی پدیده‌ای چند بعدی، فرایندی و چالش برانگیز است. به این معنی که نه در یک بعد خاص، بلکه در ابعاد گوناگون در حال شکل‌گیری و تکوین است و ابعاد مختلف سیاسی، اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جوامع بشری را تحت تاثیر قرار می‌دهد [۶]. مهم‌ترین چالش ناشی از پدیده جهانی شدن، شکسته شدن قالب‌های موجود، گسسته شدن انحصارها و پیدایش فضای رقابتی شدید در سطح جهانی است و همه نظام‌های اجتماعی برای تداوم حضور خود در

در دنیای امروز چالش‌های فراوانی پیش روی شغل پزشکی قرار گرفته است: تغییرات اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی و البته جمعیت‌شناسی سبب گردیده است که با افزایش آگاهی مردم سطح انتظارات آنها از سیستم ارائه مراقبت افزایش یابد. بررسی متون علمی نشان می‌دهد که تقریباً همه کشورهای دنیا از نظام آموزش پزشکی خود ناراضی هستند. شکاف فزاینده‌ای بین آموزش پزشکی و عملکرد افراد آموزش دیده وجود دارد که از تفاوت بین ارزش‌های علمی مؤسسات از یک طرف و الزامات خدمتی و توقعات جامعه از طرف دیگر ایجاد شده است [۱]. رسالت اجتماعی دانشکده‌های پزشکی و رسالت نظام ارائه 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 [۲]. در حال حاضر در ۳۰٪ دانشکده‌های پزشکی آمریکا در هم تئیدی عرصه علمی و خدمات پزشکی بوجود آمده است که نمونه‌هایی از آن دانشگاه‌های پنسیلوانیا، میشیگان، نیومکزیکو، مایوکلینیک، داکوتای شمالی، کارولینای شمالی و ... هستند. در کانادا، دانشگاه مک ماستر، در هلند، دانشگاه ماستریخت و در مصر دانشگاه کانال سوئد نیز از دانشگاه‌هایی هستند که آموزش پزشکی را با عرصه‌های خدمات بهداشتی - درمانی به درجات مختلف در هم تنیده‌اند [۳]. اگر آموزش مبتنی بر نیازهای جامعه بر پا شود آگاهی از نیازهای بیماران و عملکرد پزشکی ارتقاء خواهد یافت.

بر همین اساس در سال ۱۳۶۴ در ایران وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی تشکیل شد تا تجلی عینی ادغام آموزش و خدمت باشد. از جمله اهداف این طرح عبارت بودند از:

- ۱- گسترش دانشگاه‌ها و افزایش تعداد دانشجویان گروه پزشکی
- ۲- استفاده نظام آموزش پزشکی از امکانات بالینی و آموزش بیشتر
- ۳- مشارکت و درگیری آموزش پزشکی با مشکلات و نیازهای واقعی جامعه

جامعه جهت‌گیری‌های اصلی آموزش پزشکی در چند دهه اخیر را تشکیل می‌دهند [۸]. بطور کلی در خصوص مزایا و معایب طرح ادغام بحث و اختلاف نظر فراوانی وجود دارد. اگر چه در اصل مفهوم ادغام نیز بحث وجود دارد اما بررسی دقیق متون علمی نشان می‌دهد که ادغام چهار ویژگی اساسی دارد. چهار واژه زیر این ویژگی‌ها را نشان می‌دهد: فرایند - ترکیب - تعامل و یکپارچگی. به عبارت دیگر مفهوم ادغام شامل فرایند ترکیب یک یا چند عنصر و تشکیل یک کل جدید یکپارچه می‌باشد [۹]. طبق این تعریف طرح ادغام در حوزه بهداشت و درمان مانع چندگانگی مدیریت نظام سلامت شده است، اما از طرف دیگر عنوان شده که روندهای آموزشی و درمانی موجود از استانداردهای لازم برخوردار نمی‌باشد [۱۰]. همچنین برخی از گزارش‌ها حاکی از آن است که ادغام آموزش پزشکی با عرصه‌های بهداشتی و درمانی از یک طرف منجر به توسعه نیروی انسانی متخصص [۱۱] و بهبود شاخص‌های بهداشتی شده اما از طرف دیگر موجب افت کیفیت آموزش پزشکی و ارائه خدمات درمانی در بیمارستان‌های آموزشی گردیده است [۱۲]. بدیهی است که دانشکده‌ها اساساً برای تربیت پزشکانی که بتوانند پاسخگوی نیازها و انتظارات جامعه باشند و نیز برای یافتن پاسخ به مشکلات بهداشتی و درمانی مردم به وجود آمده‌اند. اگرچه در طی این چند سال تلاش شده است تا با توجه به پاسخگویی اجتماعی در آموزش حرفه پزشکی تغییراتی ایجاد گردد، اما مطالعات چیز دیگری را نشان می‌دهد. در یک بررسی از اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران مشخص شد که میزان شناخت دانشگاه از نیازهای حرفه‌ای فارغ‌التحصیلان ناقص و محدود بوده و ۵۷/۴ درصد نیز معتقدند که اهداف تربیت دانشجوی متناسب و هماهنگ با نیازهای جامعه نیست [۱۳]. در تحقیقی که شکیبایی و همکاران نیز انجام دادند نشان داده شد که طرح ادغام نتوانسته همزمان با نیازهای جامعه دگرگونی خاصی در حرفه پزشکی ایجاد نماید [۱۴]. جامعه‌نگری مفهومی است که امروز توجه به آن بیش از هر زمان

عرصه جهانی ناگزیر خواهند بود در جهت تامین الزامات رقابتی شدن و کسب مزیت رقابتی لازم تلاش کنند. جهانی اندیشیدن و جهانی عمل کردن نیروهای دانشگر در عرصه سازمان‌های دنیا، چالش‌ها و فرصت‌هایی را برای منابع انسانی فراهم می‌آورد. در مدت ۲۰ سال گذشته، اهمیت نیروی کار منعطف، خوب برانگیخته شده و بسیار ماهرانه آشکار شده است. در حال حاضر از واحد منابع انسانی انتظار می‌رود که ارزشی را به سازمان بیفزاید نه اینکه فقط هزینه‌ای را برای سازمان ایجاد کند. مدیران منابع انسانی بایستی نقش عامل تغییر را در تغییر و اصلاح فرایندها و بهبود ظرفیت سازمانی ایفا کنند [۷].

جهانی شدن باعث دگرگونی در حرفه‌ها می‌گردد. آموزش علوم پزشکی به سبب نیاز به عرصه‌های متنوع یادگیری در گستره وسیع شکل‌گیری مسایل مرتبط با سلامت و بیماری مردم نسبت به سایر آموزش‌ها از ویژگی‌های خاصی برخوردار است که در آموزش بالینی به مفهوم وسیع آن متبلور می‌شود. رشته‌های پزشکی نیز متأثر از این پدیده بایستی در عملکرد خود تغییراتی را اعمال نمایند. یکی از این سیاست‌ها بحث آموزش جامعه‌نگر است که در کوریکولوم درسی دانشجویان تبلور پیدا کرد. این نوع آموزش بواسطه طرح ادغام وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی بصورت ملموسی در جامعه به اجرا درآمد. با ظهور مفهوم جدید سلامتی و بهداشت و به دنبال ندای تحولات جهانی در آموزش پزشکی در اولین نشست جهانی آن در سال ۱۹۷۸ و استراتژی PHC به عنوان گامی اساسی در دستیابی به هدف بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰ و پس از آن مصوبات گردهمایی جهانی ادینبورگ در اسکاتلند در سال ۱۹۸۸، سبب شد که در برنامه‌های آموزش پزشکی تغییراتی رخ دهد به نحوی که توانمندی‌های فارغ‌التحصیلان در شناسایی مشکلات بهداشتی درمانی جامعه و نحوه انجام مراقبت و حفظ سلامت مردم افزایش یابد که این امر منجر به تغییرات در برنامه‌های آموزش دوره پزشکی عمومی شد. آموزش پزشکی جامعه‌نگر و آموزش پزشکی در بطن

دیگر جهت ارائه خدمات در قلمرو رشته‌های وابسته به علوم پزشکی احساس می‌گردد. علی‌رغم موفقیت‌های چشم‌گیر در این زمینه، باید اذعان نمود که هنوز تا اجرای کامل طرح ادغام راه طولانی وجود دارد و دلیل این مشکل، وجود موانعی نظیر درگیر نشدن جدی گروه‌های بالینی در این امر، کمبود بودجه، کمبود واحدهای مناسب (عرصه)، تردید در ضرورت اجرای آموزش پزشکی جامعه‌نگر و ... می‌باشد.

۲- چالش نیروی انسانی به صورت منبع دانشی (سرمایه ذهنی) در مدیریت منابع انسانی:

توانمندسازی مهم‌ترین چالش مدیران در عصر حاضر است. زیرا سازمان‌ها در معرض تغییرات سریع و غیرقابل پیش‌بینی قرار دارند. عصر تغییرات پرشتاب علمی و تکنولوژیکی سازمان‌ها را بر آن داشته تا با کسب بهترین منابع و مدیریت صحیح آن بتوانند به رقابت بپردازند. اگر در گذشته کسب ابزار و تکنولوژی می‌توانست عامل مهمی در مزیت رقابتی به حساب آید، امروزه منابع اطلاعاتی و از همه مهم‌تر نیروهایی که توان تبدیل این اطلاعات به ارزش افزوده را برای سازمان‌ها داشته باشند از هر چیز با ارزش دیگری، بیشتر حائز اهمیت هستند. آن چیزی که در ارتباط با واژه کار مطرح است تغییر بسیار سریع آن از کار دستی به کار دانشی است [۱۵]. در محیط رقابتی سازمان‌ها که با تحولات بسیار همراه است، مدیران فرصت چندانی برای کنترل کارکنان در اختیار نداشته و باید برخی وظایف را به خود آنان واگذار کنند. انجام وظایف محوله بدین طریق، نیازمند شناخت اهداف سازمانی، داشتن مهارت، دانش توانایی و ایجاد انگیزه لازم می‌باشد [۱۶]. موفق‌ترین سازمان‌ها، آنهایی هستند که افرادی را که توانایی ایجاد ارزش افزوده از طریق کسب و به کارگیری دانش و فناوری‌های جهانی دارند، جذب، پرورش و نگهداری نمایند. امروزه استعداد و دانش نیروی کار عامل اصلی موفقیت است. اتخاذ رویکردهای جدید در جذب و استخدام نیروهای دانش‌گر، امری است که در عمده سازمان‌ها مشاهده می‌شود. افراد دانش‌گر افراد پرتلاش، حرفه‌ای،

علاقه‌مند به یاددهی و یادگیری و تاثیرگذار در تمامی فعالیت‌های پیش روی سازمان هستند. اصول مدیریت و رهبری این نیروها با سایرین تفاوت‌های اساسی دارد و لزوم شناخت این تفاوت‌ها با توجه به شرایط موجود آمده در بازار کار، نیاز مبرم و حیاتی سازمان‌هاست [۱۷]. دانشگاه‌ها به عنوان نهاد تولیدکننده و انتقال‌دهنده دانش و تأمین‌کننده نیروی انسانی متخصص در جامعه وظیفه دارند به طور مستمر به بررسی وضعیت موجود خود پرداخته و با تحلیل مسائل به راهکارهای عملی برای ارتقاء کیفیت آموزش دست یابند [۱۸]. از جمله مسئولیت‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی تعلیم و تربیت پزشکان و پرسنل درمانی است که پس از دانش‌آموختگی بتوانند با انجام وظایف حرفه‌ای خود و پای‌بندی به اصول مشخصی که این حرف ایجاد می‌کند در راه ارتقای سلامت جامعه تلاش کنند. آموزش پزشکی به تنهایی برای تربیت یک پزشک خوب و متعهد کافی نیست و به نظر می‌رسد باید جایگاهی برای بحث اخلاق در اینجا در نظر گرفته شود [۱۹].

بر این اساس نزدیک به دو دهه است که در حوزه علوم پزشکی، برنامه‌های آموزشی بر پایه توانمندی‌ها مطرح شده‌اند. بیماران حق دارند توسط پزشکان با صلاحیت و ماهر درمان شوند [۲۰]. محوری‌ترین تعریف برای توانمندی در حوزه پزشکی، واگذاری قدرت و اختیار، افزایش مشارکت، ایجاد حس مسئولیت و انگیزش در فارغ‌التحصیلان دانشگاهی است تا در مواقع عدم اطمینان به تصمیم‌گیری بپردازند. در حوزه آموزش علوم پزشکی واژه تربیت مبتنی بر شایستگی، یک واژه بسیار مشهور و پرکاربرد است. به اعتقاد بسیاری از صاحب‌نظران حوزه آموزش علوم پزشکی، تربیت مبتنی بر شایستگی، مبنا و فلسفه آموزش پزشکی محسوب می‌شود. در تعریفی که اپستین و هاندنرت از مفهوم شایستگی در حوزه علوم پزشکی ارائه داده‌اند، آن را به صورت زیر تعریف کرده‌اند: «قضاوت صحیح و عادت به استفاده از ارتباطات، دانش، مهارت‌های فنی، استدلال بالینی، احساسات، ارزش‌ها و بازانديشي

تحقق بخشند. بعضی از عوامل موجد تغییر - نظیر موسسات دولتی، رقبا، تکنولوژی‌های جدید، مشتریان، نیروهای بازار و به طور کلی جامعه - در خارج از سازمان قرار دارند. گاهی نیز تغییر از درون سازمان نشأت می‌گیرد مانند روی کار آمدن مدیر جدید، به کارگیری فناوری‌های جدید، تغییر ساختار سازمانی، جا به جایی افراد و نیروهای مختلف کاری. پدیده‌ای که فرایند تغییر را تحت تثیر قرار می‌دهد، شروع فرایند تغییر را کند می‌کند یا آن را به تأخیر می‌اندازد. همواره تغییر در پارادایم‌های نظام ارائه خدمات تغییر در پارادایم‌های نظام آموزشی را به دنبال خواهد داشت.

عرصه بهداشت و درمان با تغییرات زیادی مواجه است. تجربه تغییر در مراقبت‌های بهداشتی، متخصصان را آماده می‌کند تا سازمان‌هایشان را برای آینده مهیا کنند. آنها تجربیات را برای بهبود تیم تصمیم‌گیری و مهارت‌های ارتباطی بکار می‌گیرند. نیازها و انتظارات در ارائه مراقبت‌های بهداشتی افزایش یافته است. برای دست یافتن به مراقبت‌های به اندازه کافی خوب باید استانداردهای مورد انتظار مشتریان بخوبی توسط ارائه‌کنندگان خیره و متخصص رعایت شود. بعضاً سوء استفاده‌ها، مشکلات و صدمه به بیماران در سیستم بهداشت مشاهده می‌شود. همچنین مشکلاتی وجود دارد که نیاز به تغییر احساس می‌شود [۲۳].

مراقبت‌های بهداشتی بطور فزاینده‌ای به سمت پیچیدگی و گستردگی می‌رود. این انتظار غیرواقعی است که بخواهیم یک شیوه خاص برای حل همه مسائل بکار ببریم. مطالعه سولبرگ و همکاران درباره فاکتورهای حیاتی حمایت‌کننده اجرای تغییرات نشان داد که ترکیب فاکتورهای سازمانی و حرفه‌ای حیاتی است. در این مطالعه آمده است "توجه کنید که از فاکتورهای متفاوت و گوناگون استفاده کنید و از چندین استراتژی بهره بگیرید". استراتژی‌هایی که فعالیت‌ها و اقدامات متفاوت را ترکیب می‌کند، همراه با موانع خاص برای تغییر است، ولی معمولاً موفق‌تر از یک مداخله به تنهایی است [۲۳].

اگرچه طرح ادغام خود به نوعی تغییر اساسی در سیستم بهداشت و درمان کشور ایجاد نمود اما برای ادامه حیات

در فعالیت‌های روزانه با هدف ارائه خدمت به جامعه و افراد» [۲۱]. یک نظام آموزش پزشکی که مبنای آموزش مبتنی بر شایستگی را پذیرفته است قطعاً باید نظامی پاسخ‌گو باشد. پاسخ‌گو در مورد برنامه‌های آموزشی که انتخاب و ارائه می‌کند، پاسخ‌گو در مورد میزان یادگیری دانشجویان، و پاسخ‌گو در مقابل بازدهی که دانش‌آموختگان در نظام سلامت و مراقبت سلامت خواهند داشت. خلاصه کلام این که تأکید بر آموزش مبتنی بر شایستگی، صرفاً در یک نظام آموزش پزشکی پاسخ‌گو با معنی به نظر می‌رسد. پزشکان باید یادگیرندگان خود را رهبر و با انگیزه‌ای برای کسب دانش جدید، به کار بردن مهارت حل مسأله و کنترل یادگیری خود همراه با خود ارزیابی نقادانه و طبابت مبتنی بر شواهد باشند [۲۲]. آموزش پزشکی به دلیل قطع رابطه با مشکلات جامعه در نقاط مختلف دنیا مورد انتقاد قرار گرفته است. آموزش پزشکی زندانی زمان، مکان و محتوا شده است. آموزش صرف در مراکز علمی بدون توجه به نیازهای وسیع اجتماعی اعتبار خود را از دست خواهد داد. با ایجاد طرح ادغام دانشکده‌های پزشکی به جای تربیت "فرد متخصص"، "فرد حرفه‌ای" تربیت خواهد نمود که معرفت خود را در عرصه‌های مختلف آموزشی کسب کرده است. این فرد به عنوان یک منبع دانش در حوزه سلامت مجهز به صلاحیت‌های علمی شده و به مسئولیت‌های اجتماعی خود عمل خواهد نمود.

۳- چالش تغییرات مستمر و مدیریت تغییر:

اگر تغییر و تحولی در کار نبود، کار مدیران نسبتاً ساده و برنامه‌ریزی بدون مشکل بود. تغییر یک واقعیت سازمانی است و رسیدگی به تغییر یکی از وظایف مدیران است. صاحب‌نظران محیط کنونی مدیریت را متلاطم ارزیابی می‌کنند و بر این باورند که کارکنان باید بتوانند به سهولت خود را با تحولات مستمر و تلاطم‌های محیط جدید کار تطبیق دهند.

تغییر بدین معناست که وضعیت جدید عوامل با وضعیت سابق آن فرق کند. افراد سازمان باید تغییر را از این دیدگاه که نوعی فرصت است مد نظر قرار دهند و آن را

خود نیازمند تغییراتی در ساختار و شکل اولیه است. در تحقیقی که سیاری و همکاران در مورد اثرات طرح ادغام بر رضایت بیماران از بیمارستان‌های آموزشی به عمل آوردند مشخص گردید که از نظر آنها کیفیت درمان در این بیمارستان‌ها افت نموده و سبب نارضایتی مردم از خدمات درمانی شده است. چنین نتیجه‌ای نیز از تحقیق ندیم و همکاران بدست آمد. تحول در نظام ارائه خدمات باید تحول در نظام آموزشی را به دنبال داشته باشد. دانشکده‌های پزشکی باید دانش‌آموختگان خود را به دانش ارتقاء تجهیز نمایند تا آنها بتوانند با تغییرات موجود در نظام خدمات کنار بیایند. با ایجاد این طرح یادگیری خود راهبر به طرز موثری پزشک را آماده می‌کند تا با هر نوع تغییر در سیستم، خدمات صحیحی اجرا نماید.

۴- مدیریت نیروی انسانی و ارتقای کیفیت:

همان طور که می‌دانیم فلسفه وجودی دستگاه‌های اجرایی در نظام اداری، خدمت به مردم می‌باشد که متأسفانه برخی مواقع این امر در اجرای وظایف روزمره فراموش می‌شود. با عنایت به این که هدف اصلی نظام اداری ارائه خدمت به مردم و افزایش رضایت‌مندی آنان است کلیه مدیران محترم دستگاه‌های اجرایی افزایش رضایت مردم را باید به عنوان یکی از اهداف، استراتژی‌ها و اولویت‌های مهم کاری خود قلمداد نموده و برای ارتقای آن از هیچ تلاشی فروگذار نمی‌نمایند. کیفیت به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل رشد و توسعه سازمان‌ها و رضایت مشتریان محسوب می‌گردد. سازمان‌ها و شرکت‌هایی که بر نیازهای مصرف‌کنندگان یا مشتریان متمرکزند، یعنی به کیفیت محصول و ارائه خدمت به مشتری توجه دارند، در عرصه رقابت موفق‌ترند. اساساً ارتقای کیفی جزء کارهای سخت و پیچیده است و این امر به این دلیل است که عوامل مختلفی در کیفیت تاثیر دارند و همه این عوامل باید ارتقا پیدا کنند تا در مجموع کیفیت ارتقا یابد. بیمارستان‌های آموزشی صحنه‌ای است که نظام سلامت برای ارائه خدمات درمانی و نظام آموزشی که همان تربیت فراگیر را به عهده دارند با هم یک جا عمل می‌کنند، یعنی در اینجا هم نیروی انسانی تربیت می‌شود و هم خدمات به مردم ارائه می‌گردد. میزان رضایت‌مندی بیماران یک معیار مهم

برای ارزیابی کیفیت مراقبت‌های بهداشتی است و اطلاعات مهمی را از نظر برآورده شدن نیازها، ارزش‌ها و انتظارات مددجویان در اختیار ما قرار می‌دهد. ارزشیابی دیدگاه و نظرات مشتری به دلیل رقابت بیمارستان‌ها در جلب بیشتر بیمار، کاهش هزینه‌های درمانی و در نهایت افزایش درآمد بیشتر در سال‌های اخیر رونق بیشتری یافته است [۲۴]. درجهان رقابتی کنونی مسئله مشتری اهمیت فوق‌العاده‌ای برای ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی درمانی پیدا کرده است. در چنین وضعیتی بطور قطع نگاه به سمت رفتارها، علایق و حساسیت‌های مشتری است تا بر آن اساس ارائه‌کنندگان خدمات جهت‌گیری خود را تنظیم کنند [۲۵]. نتایج تحقیقات در این زمینه بدلیل تفاوت جنس، سن میزان تحصیلات و... بسیار متناقض است. به عنوان مثال در تحقیق کریمی و همکاران [۲۶] میزان رضایت‌مندی ضعیف و در تحقیق حاجیان [۲۷] بالا عنوان گردیده است. جهت ارتقای کیفیت آموزش باید بر اساس یک فلسفه مدیریتی یک "نظام ارتقاء" بوجود آورد. اگر چنین نظامی ایجاد شود پرداختن به کیفیت یک وظیفه همگانی خواهد شد. با ایجاد طرح ادغام دستاوردهای منحصر به فردی در حوزه سلامت ایجاد شده است که با سرانه قریب یک صد دلار در سال که کمترین مقدار در بین کشورهای منطقه و هم سطح است حاصل گردیده است [۲۸].

ادغام عرصه‌های آکادمیک و بالین: روشی جهت کوچک‌سازی و غلبه بر چالش‌های موجود فلسفه ابتدایی ایجاد طرح ادغام آموزش پزشکی با نظام ارائه خدمات اگرچه با هدف ایجاد کوچک‌سازی انجام نشد اما به دلیل ماهیت استفاده از نیروی دانشگاهی در خدمت به جامعه و ادغام مراکز آموزشی و درمانی به عنوان سمبلی از کوچک‌سازی در سیستم بهداشت و درمان کشور محسوب می‌گردد. در نگاه اول شاید به نظر برسد که کاهش نیروی انسانی سبب افزایش عملکرد سازمان بزرگی مثل چنین وزارتخانه‌ای گردد. اما تحقیقات و تجارب بین‌المللی نشان می‌دهد که این اقدام الزاماً در افزایش عملکرد سازمان‌ها در شرایط سخت اقتصادی موفق نیست. شاید یکی از پیش فرض‌های اساسی و گاه

نهاده شد تا تجلی عینی ادغام آموزش و خدمت محقق گردد. چرا که توان‌مندی یک پزشک در پاسخ‌گویی بهتر به نیازهای بهداشتی درمانی جامعه در گرو فراهم بودن عرصه‌های مناسب یادگیری در طول دوره آموزش پزشکی می‌باشد. با توجه به مطالب بررسی شده در این مقاله مشخص گردید که طرح ادغام آموزش پزشکی و نظام ارائه خدمات سلامت میزان پاسخ‌گویی به نیاز جامعه را تا حدی مرتفع نموده است. با گسترش تحولات جهانی و چالش‌های روبروی مدیریت نیروی انسانی لازم است این طرح در حوزه سلامت به تغییرات پایداری دست یابد تا دوام خود را بیمه سازد. تغییرات کوری‌کولوم درسی دانشجویان گروه پزشکی بر اساس آموزش جامعه‌نگر، پروفشنالیسم و آموزش مبتنی بر توان‌مندی و کسب صلاحیت راه‌کارهای مهمی است که در این حوزه انجام شده است. هر چند هنوز نارضایتی‌هایی از افت کیفیت خدمات در بیمارستان‌های آموزشی موجود است و لازم است صاحب‌نظران در بحث منابع انسانی با دید انعطاف‌پذیر بیشتری به جراحی مشکل بپردازند. اما آنچه مهم است اصلی‌ترین پیامدهای طرح است که می‌توان از تحقق تدریجی عدالت - کیفیت - دسترسی و هزینه اثربخشی خدمات را نام برد. با ایجاد طرح ادغام فارغ‌التحصیلانی خواهیم داشت که از طریق پژوهش و نوآوری جامعه را در جهت یک جامعه "مبتنی بر نوآوری" و اقتصاد کشور را در جهت "اقتصاد دانش مدار" سوق داده و بر چالش‌های مطرح در حوزه مدیریت فائق خواهند آمد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله نویسندگان نهایت سپاس و قدردانی خود را از کلیه اساتید بالاصح سرکار خانم شهناز شوشتری که در به ثمر رساندن این تحقیق ما را یاری کرده‌اند، ابراز می‌داریم.

اشتباه برخی مدیران در فرایند کاهش نیروی انسانی این باشد که کاهش هزینه‌های نیروی انسانی موجب کاهش هزینه‌ها و در نتیجه بهبود شرایط عملکرد مالی موسسه می‌شود. اما نکته کلیدی اینست که الزاماً در فرایند کاهش تعداد نیروی انسانی بقیه عوامل سازمانی ثابت باقی نمی‌مانند. پیش فرض اشتباه دوم می‌تواند این باشد که مفهوم کوچک‌سازی به معنای کاهش تعداد نیروی انسانی است. این در حالی است که این مفهوم در بیشتر تعاریف تخصصی این حوزه هر سه بعد کاهش هزینه‌های پرسنلی، بهبود بهره‌وری در فرایندها و کارایی کل سازمان را در بر می‌گیرد [۲۹].

تحقیقات انجام شده توسط موریس، کاسیو، و یونگ بر روی حدود ۳۵۰۰ شرکت در حین سال‌های ۱۹۸۰ تا ۱۹۹۴ نشان داده است که برنامه‌های کاهش نیروی انسانی فقط در شرکت‌هایی موجب افزایش عملکرد مالی شرکت شده است که به موازات آن برنامه‌ها، تصمیمات مدیریتی برای بهبود بهره‌وری سازمان از طریق بازنگری در ساختارها و استفاده بهینه از منابع سازمان به انجام رسیده است [۳۰]. این نتایج با تحقیقات کامرون نیز سازگار است.

جباری و همکاران در مطالعه خود اشاره می‌کنند که هدف کوچک‌سازی سازمان افزایش توان‌مندی آن در قبال تأمین نیازهای مشتری، توأم با تقلیل هزینه‌ها است [۳۱]. ادیسون نیز در مطالعه خود نتیجه گرفت که اگر در اقدام به کوچک‌سازی توجه به الزامات در مرحله برنامه‌ریزی و اجرا مبذول نگردد، نتایج مثبت کوچک‌سازی کمتر از حد مورد انتظار است [۳۲].

ادغام وزارت بهداشت و درمان با آموزش پزشکی خود به نوعی کوچک‌سازی محسوب می‌شود. اما متأسفانه تحقیقاتی که پیامد چنین کاری را نشان دهد وجود ندارد. در نتیجه به دلیل نامشخص بودن شاخص‌های مرتبط نمی‌توان در مورد نتایج عملی آن به ایراد سخن پرداخت.

بحث و نتیجه گیری

در سال ۱۳۶۴ با تشکیل وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی وظیفه آموزش به عهده این وزارت خانه

Reference:

- 1- Jazayeri M, Walton B. The Study of the status of integration of medical education with system services in Iran and World. 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 2003; 21: 157-163. [Persian]
- 2- Yazdani SH. Organizing relationship of medicine with health organization. The relationship of medicine and health systems. IN: Scientific association of medical education, analysis of scientific documentation and administrative integration of medical education and care system.1st ed. Tehran: 3rd millennium culture 2003; 13: 152-153. [Persian]
- 3- Scientific association of medical education. a Summary of the statistic of ministry of health and education achievements in the health sector. 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 2003; 15: 202-220.
- 4- Sayari A, Karimi A. Integration or separation. IN: Scientific association of medical education, Analysis of scientific documentation and administrative integration of medical education and caresystem.1st ed. Tehran: third millennium culture 2003; 14: 181-201[Persian]
- 5- ebili KH. The impact of globalization and the challenges of evaluating the performance of the education system, mfirst international conference in education, Tehran University; 2004: 15-25
- 6- Garavan T, Morley M, Gunnigle P, Collins. Human capital accumulation: the role of human resource development", Journal of European Industrial Training 2009; 25: 48-68
- 7- kheirandish M, Afshar nejad A. the Future of Human Resource Management. tadbir pub 2003; 152: 43-63. [Persian]
- 8- Integration of medical education and healthcare system in the Islamic Republic of Iran, EDC of Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran; 2009: 82-88. [Persian]
- 9- Integration of Medical Education and healthcare system in Islamic Republic of Iran, EDC of Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran; 2008: 16-18. [Persian]
- 10- Bikapi A, Bahrami A, Sorya G, Rnaji B, Azizi M, Gholamreza Nejad A, Kiasalary R, et al. Who's share is education? Journal of Medical Council of Islamic Republic of Iran 2006; 18: 41-47. [Persian]
- 11- 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 Research J 2008; 11: 1-10. [Persian]
- 12- 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 Research J 1999; 2: 67-74. [Persian]
- 13- Mohammadi M, Zinaloo AA, Geranmayeh M, Soheili A, Arefian H. Review of the viewpoints of the faculty members of Tehran University of Medical Sciences on the current problems in educational programming at the university. Iranian J of Med Edu 2002; 7: 116. [Persian]
- 14- Shackebaei D, Karami matin B, et al. Evaluation of achieving the goals of integration of medical education by providing health services by the members of Kermanshah University of

- Medical Sciences faculty. Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences 2011; 16(139): 81-91. [Persian]
- 15- Drucker PF. Management: Tasks, Responsibilities, Practices. Harper & Row, New York; 1973: 59-79
- 16- Jazini AR. Factors related to NAJA Officers' empowerment. Daneshe Entezami 2007; 8(4): 9-25. [Persian]
- 17- Drucker PF. Managing in turbulent times. London: Heinemann. 1980
- Naisbitt, J. Megatrends. New York: Warner Books: 19-30
- 18- Fasihharandy T, Soltani A, Arbshahi K. A survey of input and process of clinical education in Iran university of medical science. Payesh. Journal of the Iranian Institute for Health sciences research 2003; 2(2): 131-6. [Persian]
- 19- Atashkhane M. Hoghughe bimar. shiraz university; 2001: 70-94. [Persian]
- 20- Costa A, Van Hemelryck F, Aparicio A, Gatzemeier W, Leer JW, Maillet B, Hossfeld DK. Continuing medical education in Europe: Towards a harmonized system. European Journal Of Cancer 2010; 46(13): 2340-3.
- 21- Epstein RM, Hundret EM. Defining and assessing professional competence. JAMA 2002; 287(2): 226-35.
- 22- Liabsuetrakul T, Suntharasaj T, Tangtrakulwanich B, Uakritdathikarn T, Pornsawat P. Longitudinal analysis of integrating evidence-based medicine into a medical student curriculum. Fam Med 2009; 41(8): 585-8.
- 23- Grol R, Baker R, Moss F. Quality improvement research: understanding the science of change in health care. Quality and Safety in Health Care 2002; 11: 110-111.
<http://qshc.bmj.com/cgi/reprint/11/2/110>
- 24- Soleimani V. Assessing patient satisfaction from the management mechanism in Social providing hospitals, Arak: First National Congress in Resource Management of Hospitals; 2003: 36-38. [Persian]
- 25- Malley J, John F. Ultimate patient satisfaction: Designing, implementing or rejuvenating an effective patient satisfaction. Mc Graw Hill; 1997: 36-61.
- 26- Karimi N, Satisfaction with the services and facilities provided in the teaching hospitals of the city, from the moment of admission until discharge, Journal of Health Information Management 1391; 28: 780-785. [Persian]
- 27- Hajjian K. Patient satisfaction of health services in hospitals. Babol Med Sci 2005; 9(2): 51- 60. [Persian]
- 28- Association of Medical Education of the Islamic Republic of Iran; 2007: 1-2. [Persian]
- 29- Cameron KS. Strategies for successful organizational downsizing, Human Resource Management 1994; 33 (2): 189-211.
- 30- Morris JR, Cascio WF, Young CE. Downsizing after all these years: Questions and answers about who did it, how many did it, and who benefited from it. Organizational Dynamics 1999; 27 (3): 78-88.
- 31- Jabbaribeiramy H, Jodati A, Bakhshian F. Results of staff units downsizing in Iran health system (Tabriz experiences). Health Manage 2006; 23(9): 51-8. [Persian]
- 32- Day KM, Armenakis AA, Feild HS, Norris DR. Other Organizations are doing it, Why Shouldn't We? A Look at Downsizing and Organizational Identity through an Institutional Theory Lens. J Change Manage 2012; 12(2): 165-88.