

روند بازنگری برنامه‌های درسی رشته‌های علوم پزشکی در کشور
**Supervisor selection and Student-Supervisor relation:
PhD graduates perspectives**

✉

یمانی

نیکو

N. Yamani, Ph.D. ✉

استادیار دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

احمد رضا نصر اصفهانی

دانشیار دانشگاه اصفهان

AR.Nasr, Ph.D

Mr.Sabri, Ph.D

محمدرضا صبری

استاد دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

چکیده

بازنگری در برنامه درسی دانشگاه‌ها پدیده‌ای مستمر، ضروری و غیر قابل اجتناب است. دانشگاه‌هایی که متولی آموزش افراد مسئول مراقبت‌های بهداشتی درمانی به ویژه پزشکان هستند، به منظور این که کیفیت خود را در سطح بالایی حفظ کنند یا آن را ارتقاء بخشند چاره‌ای جز تغییر ندارند. از سوی دیگر، بازنگری در آموزش پزشکی به دلیل پاسخگو بودن به روند جهانی در مراقبت‌های بهداشتی درمانی، فن‌آوری‌های جدید، بروز بیماری‌های نوپدید، انتظارات جدید بیماران، انفجار دانش و افزایش میزان اطلاعات راجع به بدن انسان، امری است اجتناب ناپذیر. تا سال ۱۳۵۰ منبع اصلی برنامه‌های آموزشی دانشکده‌های پزشکی کشور، برنامه دانشکده پزشکی دانشگاه تهران بود.

✉ نویسنده مسئول: اصفهان - دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

تلفن: ۰۳۱۱۷۹۳۲۹۷۶

پست الکترونیکی: yamani@edc.mui.ac.ir

با این وجود، در برنامه‌های آموزشی دانشکده‌های مختلف ناهمگونی‌هایی مشاهده می‌گردید که سبب شد در سال ۱۳۵۴ برای هر یک از دروس دوره پزشکی میزان حداقل، حداکثر و مناسب تعیین شود. در دهه ۶۰ شورای عالی انقلاب فرهنگی برای رشته‌ها و مقاطع مختلف رشته‌های پزشکی، برنامه‌های یکسانی طراحی نمود. از سال ۱۳۶۳ بازنگری برنامه‌های گروه پزشکی توسط شورای عالی برنامه‌ریزی آغاز شد. در سال ۱۳۶۴ با ادغام آموزش پزشکی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تشکیل شد و در سال ۱۳۷۷ شورای عالی برنامه‌ریزی علوم پزشکی به منظور فعالیت در امر برنامه‌ریزی و تدوین و تصویب آیین‌نامه‌ها و مقررات آموزشی تشکیل گردید. در سال ۸۰-۷۹ وظیفه بازنگری رشته‌ها به دانشگاه‌ها واگذار گردید اما هر گروه آموزشی تنها در مورد ده درصد از دروس رشته، مجاز به تغییر و بازنگری می‌باشد. در این مقاله به تاریخچه آموزش پزشکی و روند برنامه‌درسی رشته‌های پزشکی در ایران پرداخته خواهد شد و ضمن اشاره به تجربیات برخی از دانشگاه‌ها در مورد بازنگری رشته پزشکی یا سایر رشته‌های مرتبط با پزشکی، پیشنهادات و راهکارهایی در این جهت ارائه خواهد شد.

واژه‌های کلیدی: برنامه درسی، آموزش پزشکی، بازنگری برنامه درسی، برنامه‌ریزی درسی



مقدمه

به طور کلی آموزش هر رشته‌ای بستگی مستقیم به برنامه درسی آن رشته دارد که خود نشان دهنده تئوری‌ها، دانش اساسی، الگوهای عملی و مهارت‌های خاص آن رشته است. علاوه بر این، آموزش افراد درگیر در مراقبت‌های بهداشتی بایستی به تغییرات موجود در فن‌آوری، تعریف اجتماع از سلامتی و مسائل و موارد وسیع اجتماعی از قبیل دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی، سرمایه‌گذاری در بخش بهداشت و درمان و تغییر در سیر بیماری‌ها پاسخگو باشد. بدیهی است که چنین مواردی با فراهم نمودن یک آموزش با کیفیت بالا که حاصل آن دانش‌آموختگان شایسته با قابلیت‌های بالا است، امکان‌پذیر می‌باشد (توماس^۱ و کارول^۲، ۲۰۰۶). بنابراین، نیازهای روزافزون و متغیر جوامع بشری، پیشرفت دانش و فن‌آوری همراه با نوآوری و اصلاح شیوه‌ها در آموزش پزشکی، ایجاب می‌نماید که برنامه‌های آموزشی نیز متناسب با این تغییرات متحول شده پاسخگو نیازها باشند. تا چه اندازه نظام‌های آموزشی کشور به نیازهای فردی و جامعه پاسخ می‌دهند؟ تا چه اندازه این نظام‌ها با تحولات فناورانه، جهان‌گرایی اقتصادی و نیز تغییرات سیاسی و اجتماعی به ویژه آن‌چه در محیط پیرامونی رخ می‌دهد، هماهنگ هستند؟ تا چه اندازه رشد توانایی‌های فردی و توسعه نظام‌های آموزشی در جهت توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور است؟ تا چه اندازه عملکرد فعالیت‌های آموزشی در سطح دانشگاه از مطلوبیت برخوردار است؟ پاسخ به این سؤال‌ها و سؤال‌های مشابه مستلزم استفاده از سازوکار بازنگری در برنامه‌های آموزشی است. فعالیت‌های آموزشی هر کشور را می‌توان سرمایه‌گذاری یک نسل برای نسل دیگر دانست. هدف اصلی این سرمایه‌گذاری توسعه منابع انسانی است. به عبارت دیگر، هدف فعالیت‌های آموزشی رشد آگاهی و توانایی‌های بالقوه انسانی است. به طور کلی آموزش وسیله‌ای برای شناسایی مسائل اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی جامعه و پی بردن به راه‌حل‌های مناسب برای آن‌ها و ایجاد تغییر است (بهادر و همکاران، ۱۳۸۵). بنابراین، تغییر در برنامه درسی دانشگاه‌ها پدیده‌ای مستمر، ضروری و غیرقابل اجتناب است، به طوری که تمرکزگرایی در تدوین عناوین و سرفصل‌های دروس رشته‌های دانشگاهی همواره مورد انتقاد کارشناسان و صاحب‌نظران بوده است. کم توجهی به رشد دانش و تحولات جهانی، عدم مشارکت فراگیر دانشگاهیان در فرایند برنامه‌ریزی درسی و عدم ارتباط محتوای رشته‌ها با نیازهای مخاطبان و جامعه، از جمله انتقادهایی بوده که تأکید بر برنامه ریزی درسی دانشگاه محور را به دنبال داشته است (نصر و همکاران، ۱۳۸۶). برنامه درسی دانشگاه محور اقتضا می‌کند تصمیم‌های مربوط به برنامه‌ریزی، طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامه درسی، به جای اینکه بیرون از مؤسسه گرفته شود و به آن تحمیل شود، در خود مؤسسه آموزشی اتخاذ شوند. از این‌رو، این‌گونه تصمیم‌گیری و به اجرا گذاشتن آن، داشتن اقتدار و اختیار متناسب در مورد برنامه‌های درسی را می‌طلبد (زبار، ۱۹۸۹). پس در برنامه درسی دانشگاه محور

^۱!. Thomas

^۲!. Carroll

کلیه تصمیمات مربوط به برنامه‌ریزی درسی به دانشگاه واگذار می‌گردد. به عبارت دیگر، برنامه درسی دانشگاه محور، برنامه‌ای است که توسط اعضای هیأت علمی متخصص در هر رشته دانشگاهی، در چارچوب اصول کلی نظام آموزش عالی کشور و اصول و مبانی دانش برنامه درسی طراحی می‌شود. انتظارات و نیازهای جامعه، توانمندی‌های دانشگاه و علایق و نیازهای دانشجویان از جمله مواردی است که در این برنامه‌ریزی باید لحاظ شود (نصر و همکاران، ۱۳۸۶). از این دیدگاه، حضور و مشارکت تمام افراد دست اندرکار و ذی‌نفع اعم از اساتید، مدیران و دانشجویان لازم است.

اصطلاح برنامه درسی که به صورت گسترده در متون تخصصی مربوط به کار برده می‌شود شامل فلسفه تعلیم و تربیت، ارزش‌ها، هدف‌ها، ساختار سازمانی، مواد آموزشی، راهبردهای تدریس، تجربه‌های فراگیران، سنجش و برون‌دادهای یادگیری می‌شود. تغییر برنامه درسی می‌تواند به هر نوع تغییر در ابعاد یاد شده برنامه درسی اطلاق گردد. مراجع علمی، تقریباً تغییر را به عنوان چیزی نو یا جدید برای افراد که از آن تأثیر می‌پذیرند، تعریف نموده‌اند (فولن، ۱۹۸۵). یکی از مفاهیمی که در تغییر برنامه درسی مطرح می‌شود، اصلاح یا بازنگری است. مفهوم اصلاح به تغییرات خاص، اما جامع‌تر و بنیادی‌تر در تغییر برنامه درسی مربوط می‌شود. اصلاحات شامل تجدید نظر در سازمان و ساختار نظام آموزشی، بازنگری عمده در برنامه درسی و امثال آن می‌شود. تصمیم‌هایی که در جریان بازنگری برنامه درسی اتخاذ می‌شود، به هدف‌های برنامه درسی، مواد آموزشی، فعالیت‌های آموزشی، ارزیابی و نظیر آن مربوط می‌شود (فولن، ۱۹۸۵). بنابر تعریف پاتون به نقل از بهادر و همکاران (۱۳۸۵)، بازنگری برنامه درسی عبارت است از گردآوری اطلاعات درباره فعالیت‌ها، ویژگی‌ها، برون‌دادهای برنامه و دیدگاه صاحب‌نظران و فارغ‌التحصیلان به منظور قضاوت در باره برنامه، فراهم ساختن اطلاعات مورد نیاز برای تصمیم‌گیری جهت برنامه‌ریزی آینده و بهبود ثمربخش برنامه‌های آموزشی است.

سرمد و وزیری به نقل از نصر (۱۳۸۶) معتقدند که برنامه درسی جوهره هر نوع آموزش است که در ترکیب با روش‌های مؤثر تدریس، کارآمدی و اثربخشی نظام آموزشی را تضمین می‌کند. از این رو، تعیین ساختار بهینه نظام برنامه‌ریزی درسی و انتخاب و سازماندهی محتوا، از جمله دل‌مشغولی‌های سیاست‌گذاران نظام‌های آموزشی بوده‌است. این مهم در آموزش عالی اهمیتی مضاعف می‌یابد، زیرا برنامه درسی در آموزش عالی ابزار علمی و اجتماعی نیرومندی است که ضمن ترسیم چگونگی و حدود انتقال دانش و مهارت‌ها، یک تجربه علمی وسیع برای دانشجویان محسوب می‌شود.

مواردی که تغییر در برنامه‌درسی رشته پزشکی و رشته‌های وابسته به آن را ضروری می‌سازد عبارتند از: تغییرات ایجاد شده در نحوه ارائه خدمات بهداشتی درمانی مانند حرکت از سوی بستری کردن موارد حاد بیماری به سوی مراقبت‌های پیگیر بهداشتی در طول زندگی، تمرکز بر رعایت موارد بهداشتی و پیشگیری به جای تمرکز صرف بر درمان بیماری‌ها و تأکید بر جمعیت‌ها به جای تأکید صرف بر فرد بیمار. این موارد سؤالاتی را در راستای برنامه درسی مطرح می‌سازد از قبیل این که چه محتوایی و در چه

زمینه‌ای و چگونه باید به دانشجویان آموزش داده شود تا بتوانند در قبال این تغییرات پاسخگو باشند؟ (توماس و کارول، ۲۰۰۶).

در بسیاری کشورها بازنگری و بهبود درس معمولاً بر عهده مدرس درس است، اما مسئولیت طراحی مجدد برنامه‌های درسی بر عهده کمیته‌هایی است که گروه آموزشی به طور ویژه برای انجام این کار تشکیل می‌دهد. مشارکت اعضای هیأت علمی می‌تواند منجر به پیدایش درس‌های جدید جالب، برنامه‌های درسی بازنگری شده مطلوب، و نوآوری‌هایی در تدریس شود که به نوع خود جالب و اثربخش خواهد بود. اما تجربه نشان داده است، پروژه‌هایی که از حمایت همکاران هیأت علمی، گروه آموزشی و مدیریت برخوردار نبوده چندان قرین موفقیت نبوده‌اند (نصر، ۱۳۸۶). یک نکته اساسی در فرایند تغییر و بازنگری برنامه درسی، غلبه بر مقاومت اساتید در برابر تغییر و نگرانی آنان در مورد منافع خود می‌باشد. در واقع، بازنگری و تغییر برنامه درسی بدون هموار کردن علائق و ارزش‌های اعضای هیأت علمی در راستای بازنگری، میسر نمی‌باشد (دیویس^۱ و رودز^۲، ۱۹۹۸).

با توجه به اهمیت بررسی برنامه‌های درسی در دانشگاه‌ها، در این مقاله به تاریخچه آموزش پزشکی و روند برنامه‌درسی رشته‌های پزشکی در ایران پرداخته خواهد شد و ضمن اشاره به تجربیات برخی از دانشگاه‌ها در مورد بازنگری رشته پزشکی یا سایر رشته‌های مرتبط با پزشکی، پیشنهادات و راهکارهایی در این جهت ارائه خواهد شد.

تاریخچه آموزش پزشکی در ایران

پیشینه پزشکی در کشور ایران، به قدمت فرهنگ و تمدن ایران است. فرهنگ و تمدن ایرانی، بارآوری خود را در حوزه‌های گوناگون عرفان، شعر، فلسفه و علوم به ویژه طب، عملاً به روشنی نشان داده است. قابل ذکر است که قدمت تاریخچه پزشکی و به ویژه جراحی در ایران در مقایسه با سایر تمدن‌های بشری بسیار چشمگیر است، به طوری که آثار کشف شده در شهر سوخته در سیستان و بلوچستان نشانگر انجام عمل جراحی بر روی جمجمه در حدود ۴۸۰۰ سال پیش می‌باشد و این موضوع قابل توجه مجامع علمی قرار گرفته است (بنی یعقوب^۳، ۲۰۰۱).

اما شاید آموزش پزشکی به صورت رسمی به دانشگاه جندی‌شاپور مربوط باشد. در این دانشگاه، مدرسه یا دانشکده پزشکی اهمیت اساسی داشت و در آن استادان یونانی، سریانی و تعدادی از پزشکان هندی به تدریس و تحقیق و درمان بیماران اشتغال داشتند. علاوه بر این، پزشکی خاص ایرانی - زرتشتی نیز تدریس می‌شد. ایرانیان در این دانشکده و دانشگاه بین‌المللی، طب ملت‌های مختلف را با تصرفاتی

^۱ . Davis!

^۲!. Rhodes

^۳. Bani-Yaqoob

پذیرفتند، آن را تکمیل کردند و در نتیجه آن طبی ایجاد شد که از طب یونانی، هندی، و زرتشتی فراتر رفت و طب خاص ایرانی جندی‌شاپور به وجود آمد (عزیزی، ۱۳۸۲).

جندی‌شاپور بیمارستان مجهزی برای تعلیمات پزشکی و درمان بیماران داشت و از همین بیمارستان بود که اطبای طراز اول آن در دوران خلفای عباسی به بغداد آمدند و دانشکده پزشکی بغداد را پایه‌گذاری کردند. دانشگاه جندی‌شاپور تا قرن چهارم هجری پابرجا بود، لیکن با گسترش اسلام از رونق آن کاسته شد. با ظهور پزشکان برجسته ایرانی مانند طبری، رازی، مجوسی اهوازی، ابن‌سینا و جرجانی دوران طلایی دیگری در تاریخ پزشکی ایران آغاز شد و تا زمان حمله مغولان به ایران ادامه یافت. یادداشت وضعیت بیماران و نوشتن شرح حال آن‌ها، تدوین روش رسیدن به یک تشخیص صحیح و مباحثه با دانشجویان^۱ برای حل مسائل تشخیصی و درمان، از ویژگی‌های آموزشی این دوران است. تبادل نظر علمی از طریق مکاتبات، که توسط ابن‌سینا انجام می‌شد و همین طور تنوع شیوه‌های آموزشی مانند استفاده از شعر نیز قابل توجه است. شاید ذکر این نکته به جا باشد که در گذشته به طبیب، حکیم می‌گفتند، از این جهت که شخصی که حکیم قلمداد می‌شد بر علوم مختلف زمان خود از جمله طبابت مسلط بود و چه بسا این حکیمان هم به مداوای جسمی مریضان خود می‌پرداختند و هم به مداوای روحی آنان، چیزی که در طب امروزی کمتر به آن توجه می‌شود (عزیزی، ۱۳۸۲).

در سده‌های هفتم و هشتم هجری قمری، ایران آماج حمله مغول و تیمور قرار گرفت. در این مدت، حدود سیصد سال، گرچه ضربات شدیدی بر پیکر فرهنگ و تمدن ایران وارد آمد، ولی شعله فروزان علم و دانش و ادب خاموش نشد. در دوران ایلخانان مغول، وزرای ایرانی مانند بهاء‌الدین محمد جوینی، شمس‌الدین صاحب دیوان و عطامک جوینی و مخصوصاً رشدالدین فضل‌الله طبیب همدانی به اداره امور ایران و تا حدی به ترمیم خرابی‌های آن پرداختند و برخی از آنان بیمارستان‌های متعدد و مجهزی تأسیس کردند. خواجه رشیدالدین فضل‌الله طبیب، شهرک عظیم دانشگاهی ربع رشیدی را در تبریز بنا نمود. در این شهرک، بیمارستان عظیمی وجود داشت که در آن علاوه بر درمان بیماران به آموزش پزشکی و تربیت پزشک، چشم پزشکی، جراح و شکسته‌بند می‌پرداختند. در دارالشفاء یا دانشکده پزشکی ربع رشیدی، پنجاه پزشک ماهر از ایران، هند، چین، مصر و شام مشغول درمان بیماران و تعلیم علوم پزشکی بودند. نزد هر طبیبی ده نفر دانشجوی پزشکی مستعد که قبلاً گزینش علمی شده بودند، دروس پزشکی را فرا می‌گرفتند. تاج بخش (به نقل از عزیزی، ۱۳۸۲)، تعداد دانشجویان پزشکی ربع رشیدی را ۱۲۵۰ نفر تخمین زده است که با احتساب این‌که دوران تحصیل این دانشجویان پنج سال تعیین شده بود، سالیانه ۲۵۰ دانشجو در رشته‌های مختلف داخلی، جراحی، چشم پزشکی و شکسته‌بندی پذیرفته می‌شدند که در آن زمان رقم بسیار بالایی بوده است (عزیزی، ۱۳۸۲).

نقطه عطف بعدی در تاریخچه آموزش پزشکی در ایران تأسیس دارالفنون است که در زمان ناصرالدین شاه و به همت امیرکبیر صورت گرفت. تأسیس دارالفنون در سال ۱۲۲۸ هجری شمسی را، می‌توان سرآغاز معرفی نظام آموزش و از اقدامات مهم فرهنگی دانست. دارالفنون یک آموزشگاه دولتی بود که به شیوه نظامی اداره می‌شد و رشته‌های آن عبارت بودند از: پیاده نظام، سواره نظام، توپخانه، مهندسی، پزشکی و جراحی، داروسازی و معدن شناسی. استادان رشته پزشکی اغلب اروپایی بودند ولی استادان ایرانی نیز طب ابن‌سینایی را در دارالفنون تدریس می‌کردند. رشته پزشکی دارالفنون تا قبل از تأسیس دانشگاه تهران، تنها مرکز آموزش طبابت در ایران بود که دیپلم طبابت می‌داد. امیرکبیر با سیاست عاقلانه‌ای که در پیش گرفته بود، علوم جدید مانند طب را در کنار علوم قدیم و طب سنتی کشور، در دارالفنون به کار گرفت تا آن‌جا که تا اواخر سلسله قاجاریه طب ابن‌سینایی با استفاده از اساتید اروپایی به دانشجویان آموزش داده می‌شد. متأسفانه با تصویب یک سری قانون درباره طبابت و داروسازی در مجلس صحنه آن زمان، آخرین بقایای پزشکی به شیوه سنتی از بین رفت و طب ابن‌سینایی از صورت دروس مدرسه طب تهران حذف گردید. در سال ۱۲۹۷ هجری شمسی، قسمت طب دارالفنون از تشکیلات مدرسه جدا و تحت عنوان مدرسه طب مستقل گردید (عزیزی، ۱۳۸۲).

دارالفنون در سال ۱۲۳۲ شمسی زیر نظر وزارت علوم و در سال ۱۲۸۸ شمسی زیر نظر «وزارت معارف، اوقاف و صنایع مستظرفه» در آمد. در سال ۱۳۱۳ دانشگاه تهران به طور رسمی تأسیس شد و دانشکده پزشکی آن در سال ۱۳۱۷ شمسی افتتاح شد و در سال ۱۳۱۸ قانون تحویل بیمارستان‌ها از بهداری به دانشگاه به تصویب رسید و آموزش بالینی دانشجویان از بیمارستان‌های وزارت بهداری به بیمارستان‌های دانشگاهی منتقل شد. آموزش پزشکی در دانشکده‌های پزشکی، در سال ۱۳۱۹ با تغییر نام «وزارت معارف، اوقاف و صنایع مستظرفه» زیر نظر وزارت فرهنگ و در سال ۱۳۴۳ با تغییر نام وزارت فرهنگ زیر نظر وزارت آموزش و پرورش و در سال ۱۳۴۶ با تفکیک آموزش عالی و تأسیس وزارتخانه جدید زیر نظر وزارت علوم و آموزش عالی درآمد. جدول ۱ سیر تاریخی آموزش عالی پزشکی در ۱۵۰ سال اخیر را نشان می‌دهد.

جدول ۱: سیر تاریخی آموزش عالی پزشکی در ۱۵۰ سال اخیر: از تأسیس دارالفنون تا تشکیل

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (برگرفته از عزیزی، ۱۳۸۲)

سال تأسیس	سازمان متولی آموزش پزشکی
۱۲۲۸	۱) دارالفنون
۱۲۳۲	۲) وزارت علوم
۱۲۸۸	۳) وزارت، معارف، اوقاف و صنایع مستظرف
۱۳۱۹	۴) وزارت فرهنگ
۱۳۴۳	۵) وزارت آموزش و پرورش
۱۳۴۶	۶) وزارت علوم و آموزش عالی
۱۳۵۷	۷) وزارت فرهنگ و آموزش عالی
۱۳۶۴	۸) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

پس از انقلاب اسلامی و با شروع جنگ تحمیلی، فشارهای وارد بر نظام ارائه مراقبت‌های بهداشتی درمانی افزایش یافت و تکاپوی مسئولین برای بهبود و ارتقاء وضعیت سلامت در جامعه مشکلاتی را آشکار نمود که از جمله آن‌ها موارد زیر بود:

- کمبود نیروی انسانی پزشکی به نسبت جمعیت که موجب شده بود در نقاط مختلف کشور به ویژه نقاط محروم سلامتی افراد در معرض خطر فراوان قرار گیرد؛
- کمبود امکانات و شرایط آموزش لازم جهت پذیرش و تربیت نیروی انسانی پزشکی (در وزارت آموزش عالی) و
- بی‌نتیجه ماندن تلاش وزارت بهداشتی و وزارت آموزش عالی در جهت همکاری و استفاده از امکانات یکدیگر.

این دلایل، صاحب‌نظران و برنامه‌ریزان را بر آن داشت تا پیشنهاد طرح ادغام آموزش پزشکی با خدمات بهداشتی و درمانی و تشکیل وزارتخانه جدیدی را که عهده‌دار هر دو نظام باشد، مطرح نمایند. لذا در سال ۱۳۶۲ طرحی از طرف شورای عالی انقلاب فرهنگی در این راستا مطرح گردید که برخی از مواد این طرح به دلیل پاره‌ای مشکلات و مخالفت شورای نگهبان، حدود ۲ سال مسکوت ماند. این طرح مجدداً در سال ۱۳۶۴ با حمایت دو وزیر مربوط پس از پاره‌ای اصلاحات مطرح و تصویب گردید (انجمن علمی آموزش پزشکی، ۱۳۸۱).

ادغام آموزش پزشکی و نظام ارائه خدمات با اهداف زیر صورت پذیرفت:

- استفاده از فضا و امکانات نظام ارائه خدمات بهداشتی-درمانی (بهداری) به عنوان فضای آموزشی جهت تربیت وسیع نیروی انسانی داخلی که حاصل آن بی‌نیازی از وجود پزشکان خارجی است (عزیزی، ۱۳۸۲).

- افزایش گسترش دانشکده‌ها و دانشگاه‌ها به منظور استفاده از امکانات موجود در شهرستان‌هایی که فاقد دانشکده پزشکی بودند از قبیل بیمارستان‌های خوب و پزشکان مجرب آن شهرستان‌ها.

- استفاده از فارغ‌التحصیلان و متخصصینی که قدرت آموزش خوبی داشتند ولی صرفاً در درمان شرکت می‌کردند.

- مشارکت و درگیری آموزش پزشکی با مشکلات و نیازهای واقعی جامعه: به منظور آشنا شدن دانشجویان با مسائل و مشکلات مردم و مسائل بهداشتی به گونه‌ای که بتواند سلامتی مردم را تأمین نماید، مستلزم درگیری هر چه بیشتر دانشجویان در ارائه روزانه مراقبت از مناطق شهری و روستایی است (انجمن علمی آموزش پزشکی، ۱۳۸۱).

- فراهم نمودن امکان حضور هرچه بیشتر اعضای هیأت علمی دانشگاه در جامعه و انجام پژوهش‌های کاربردی و ارتقای کیفیت نظام ارائه خدمات توسط آنان؛ که خود باعث پویایی نظام ارائه خدمات می‌شود (عزیزی، ۱۳۸۲).

- اتحاد مدیریت بخش پرورش نیروی انسانی (تولیدکننده) و مصرف کننده: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از معدود دستگاه‌هایی است که محصولات خود را در آینده به کار می‌گیرد و بیش از هر سازمان دیگری این امکان را دارد تا نیروی انسانی را که به آن نیاز دارد، آموزش دهد. بدین ترتیب نیاز واقعی جامعه تبدیل به محتوای آموزشی می‌شود (انجمن علمی آموزش پزشکی، ۱۳۸۱).

قابل ذکر است که ادغام آموزش پزشکی و نظام ارائه خدمات هم‌اکنون (زمان نگارش مقاله) نیز ادامه دارد و به دلیل مزایایی که می‌تواند هم برای بخش ارائه خدمات بهداشتی درمانی و هم بخش آموزش پزشکی در بر داشته باشد مورد توجه برخی مجامع بین‌المللی از قبیل سازمان بهداشت جهانی بوده است. البته بعضی معتقدند که فرایند ادغام آن طور که پیش‌بینی شده بود به اجرا در نیامده و در کنار مزایایی که داشته است و می‌تواند داشته باشد، مشکلات و محدودیت‌هایی، به ویژه برای بخش آموزش پزشکی در پی داشته که سعی دارند امر تفکیک آموزش پزشکی از نظام ارائه خدمات را مطرح سازند.

روش انجام پژوهش

مطالعه حاضر از نوع پژوهش تاریخی است که تلاش نموده با بهره‌گیری از منابع و مستندات در دسترس سیر بازنگری برنامه‌های درسی علوم پزشکی را با دیدگاهی تحلیلی نشان دهد. پژوهش تاریخی به بررسی موضوعات معین در مقطع زمانی مشخص می‌پردازد و محقق با ارزشیابی صحت و سقم مطالب به تفسیر و تحلیل اطلاعات به دست آمده اقدام می‌کند. در همین راستا پژوهش تاریخی به دست‌اندرکاران تعلیم و تربیت کمک می‌کند تا ضمن درک شرایط کنونی بتوانند برنامه‌های مناسبی را برای آینده پیش‌بینی نمایند (رمضانی، ۱۳۸۱؛ گال^۱ و همکاران، ۱۳۸۶).

مراحلی که در مطالعه حاضر طی شد منطبق با مراحل یک مطالعه تاریخی است که رمضانی (۱۳۸۱) و گال و همکاران (۱۳۸۶) نیز بر آن تأکید دارند و عبارت است از: تعریف مشکل و مسئله مورد بررسی، جستجوی منابع و ارزیابی آنها و سرانجام ارائه موضوع در یک چهارچوب تحلیلی. در بخش مقدمه مقاله به تعریف مسئله مورد بررسی پرداخته شد. در یافتن منابع، محققان هم به جستجوی منابع دست اول و هم منابع دست دوم پرداختند. منابع دست اول مورد استفاده در این مطالعه عبارت بودند از: مستندات، مصوبه‌ها، آیین‌نامه‌ها، صورت جلسات، گزارش کمیته‌ها و برنامه‌های بازنگری شده مدون به دست آمده از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت علوم، تحقیقات و فن‌آوری، شورای عالی انقلاب فرهنگی، شورای عالی برنامه‌ریزی، شورای عالی برنامه‌ریزی علوم پزشکی، انجمن آموزش پزشکی ایران، و دبیرخانه شورای آموزش پزشکی عمومی که به منظور یافتن روند بازنگری و مقررات موجود در مورد بازنگری برنامه‌های درسی از آنها بهره‌گیری شد. در راستای پرداختن به تاریخچه آموزش پزشکی و همچنین برخی از تجارب بازنگری در داخل و خارج از کشور، از منابع دست دوم استفاده شده که

^۱ Gall

دوره‌های پیش دانشگاهی و آموزش به زبان انگلیسی و با فراخوانی استادان خارجی از یک سو، برنامه‌ای نظیر آموزش پزشکی دیگر کشورها را الگو قرار داد و از سوی دیگر، به چند فعالیت بسیار مثبت، یعنی ایجاد بخش آموزش پزشکی و پزشکی اجتماعی پرداخت و در مجامع علمی داخل و خارج کشور شهره شد. در همین دهه، مرکز پزشکی ایران، دانشجویان پزشکی را از میان کسانی که حداقل دارای لیسانس زیست‌شناسی یا شیمی بودند برای دوره چهار یا پنج ساله پزشکی انتخاب می‌کرد (وکیل، ۱۳۶۴).

ناهمگونی و عدم تعادل برنامه‌های آموزشی دانشکده‌های مختلف باعث شد تا در سال ۱۳۵۴ نمایندگان دانشکده‌های پزشکی دانشگاه‌های مختلف کشور، برای هر یک از درس‌های دوره پزشکی میزان حداقل، حداکثر و مناسب را تعیین کنند. در دهه ۶۰ نیز گروه پزشکی ستاد انقلاب فرهنگی و سپس شورای عالی انقلاب فرهنگی و کمیته‌ها و شاخه‌های وابسته به آن، برای رشته‌ها و مقاطع مختلف گروه پزشکی، برنامه‌های یکسانی طراحی کردند. به عنوان مثال، در برنامه دوره دکترای پزشکی، پس از استناد به شرایط بهداشتی-درمانی کشور، ابتدا هدف‌های آموزشی این دوره مشخص شد و سپس بر شناخت کافی پزشک از مسائل عمده بهداشتی-درمانی و نظام ارائه خدمات بهداشتی-درمانی کشور تأکید شد. هم‌چنین، طول دوره و مراحل مختلف آن (علوم پایه، نشانه‌شناسی و فیزیوپاتولوژی، کارآموزی و کارورزی بالینی) به روشنی مشخص و مقررات مربوط به هر دوره تعیین شد. از سال ۱۳۶۴ به بعد، برنامه‌های گروه پزشکی ستاد انقلاب فرهنگی توسط گروه پزشکی شورای عالی برنامه ریزی مورد تجدید نظر قرار گرفت. اعضای گروه پزشکی در جهت جامعه‌نگر کردن آموزش پزشکی تغییرات عمده‌ای را در برنامه‌های گروه پزشکی پیشنهاد و ایجاد کردند که عمده آن‌ها عبارتند از: تشریح هدف‌های برنامه، بیان نقش و توانایی پزشک، شرح کامل هر درس، توصیه به مجریان آموزش پزشکی برای تعلیم در مراکز سرپایی و درمانگاهی و افزایش دروس بهداشتی، کارآموزی و کارورزی بهداشت (عزیزی، ۱۳۶۵).

شورای عالی برنامه ریزی با هدف تعیین عنوان رشته‌ها و مقاطع تحصیلی و هم‌چنین بررسی و تصویب برنامه‌های آموزشی کار خود را آغاز نمود. به طور کلی، برنامه‌ریزی رشته‌های مختلف به صورت متمرکز انجام می‌شد و وظایف شورای عالی برنامه‌ریزی عبارت بود از: تهیه و تدوین برنامه‌های آموزشی، تعیین خط‌مشی دانشگاهی برای اجرای برنامه‌های آموزشی و برنامه‌ریزی درسی رشته‌های مختلف دانشگاهی در مقاطع مختلف (نصر و همکاران، ۱۳۸۶). در شورای عالی برنامه‌ریزی، شورای سرپرستان تشکیل شده بود که در آن برای هر گروه یک سرپرست در نظر گرفته شده بود. به همین منوال، گروه پزشکی نیز دارای یک سرپرست بود که متولی بررسی و تأیید رشته یا برنامه جدید بود و قرار بود هر رشته، هر ۵ سال یک بار مورد بازنگری قرار گیرد. در طی فرایند بازنگری، دیدگاه‌های افراد ذیربط مانند مدرسین دانشگاه و دانش‌آموختگان مورد استفاده قرار می‌گرفت. علاوه بر آن، نیازهای کشور، تغییرات ایجاد شده در نیازهای سلامت و نیازهای بهداشتی، نیازهای آموزشی، نیازهای پژوهشی، و علم روز نیز مورد توجه واقع می‌گردید. در سال ۱۳۶۴، با ادغام آموزش پزشکی و وزارت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تشکیل شد که در قسمت‌های پیشین به آن پرداخته شد. به دنبال این امر، در

سال ۱۳۷۷ شورای عالی برنامه‌ریزی علوم پزشکی به منظور تحقق سیاست‌ها و خط‌مشی‌ها و اجرای مصوبات شورای عالی انقلاب فرهنگی در امر برنامه‌ریزی و تدوین و تصویب آیین‌نامه‌ها و مقررات آموزشی تشکیل گردید. برخی از وظایف شورای عالی برنامه‌ریزی علوم پزشکی به شرح زیر می‌باشد (معاونت آموزشی و امور دانشجویی، ۱۳۸۸):

- برنامه‌ریزی آموزشی و پژوهشی در سطح آموزش عالی گروه پزشکی در مورد خط‌مشی کلی و سیاست‌های آموزشی و پژوهشی و برنامه‌ریزی درسی تمام مقاطع تحصیلی و رشته‌های مختلف دانشگاهی و اصلاح، تغییر و بازنگری برنامه‌های مصوب و تصویب نهایی برنامه‌ریزی آموزشی، پژوهشی و درسی دوره‌های تخصصی علوم پزشکی.

- تهیه و تصویب آیین‌نامه‌های آموزشی و پژوهشی و تغییر و اصلاح آیین‌نامه‌ها.

- تعیین عناوین رشته‌ها و مقاطع تحصیلی گروه پزشکی.

- ایجاد رشته‌ها و دوره‌های آموزشی و پژوهشی در سطح آموزش عالی، بررسی، حذف یا ادغام رشته‌ها و گرایش‌های تحصیلی در مقاطع مختلف دانشگاهی.

- بررسی و تصویب برنامه‌های آموزش پیشنهادی دانشگاه‌ها و مؤسسات پژوهشی و همکاری با وزارت خانه‌های فرهنگ و آموزش عالی و آموزش و پرورش در زمینه برنامه‌ریزی‌های مربوط حسب مورد.

- بررسی و تصویب کلیه برنامه‌های درسی و مقررات و ضوابط آموزشی و پژوهشی گروه پزشکی مربوط به وزارتخانه‌ها، سازمان‌ها، مؤسسات و نهادهای انقلاب اسلامی و دانشگاه‌ها و مؤسسات غیر انتفاعی.

- تدوین ضوابط مربوط به درس‌نامه‌ها و منابع درسی

در سال ۱۳۶۹ شورای عالی برنامه‌ریزی، تصویب نمود شورای دانشگاه‌ها یا شوراهای تحصیلات تکمیلی گروه‌های آموزشی یا دانشکده‌های دانشگاه‌های دارای هیأت ممیزه یا دارای دوره دکترا یا دانشگاه‌هایی که حداقل در سه دوره کارشناسی ارشد فارغ‌التحصیل داشته‌اند، مجازند که به میزان ۲۰ تا ۲۴ واحد از دروس کارشناسی و ۱۸ تا ۲۶ واحد از دروس کارشناسی ارشد و همه واحدهای دوره دکترا را رأساً برنامه‌ریزی نمایند. فرایند این برنامه‌ریزی به طور کلی به صورت تصویب برنامه در شورای دانشگاه و تصویب نهایی آن در شورای برنامه‌ریزی بود (سرمد به نقل از نصر و همکاران، ۱۳۸۶). قابل ذکر است که این قانون به همه دانشگاه‌ها اعم از پزشکی و غیرپزشکی مربوط می‌شد زیرا هنوز ادغام به شکل کامل و امروزه خود در نیامده بود. اما از آن‌جا که دانشگاه‌ها راهکار آن را نمی‌دانستند و از طرف دیگر دانشگاه‌ها به شدت سرگرم آموزش تعداد زیاد دانشجویان بودند، عملاً از این امکان استفاده نکرده و نسبت به برنامه‌ریزی دروس خود اقدام چندانی نکردند.

در سال ۱۳۷۹ وزارت علوم، اختیارات برنامه‌ریزی درسی را به دانشگاه‌های دارای هیأت ممیزه واگذار نمود و بازنگری برنامه‌های درسی به عهده دانشگاه گذاشته شد (آیین‌نامه واگذاری اختیارات برنامه‌ریزی

درسی، ۱۳۷۹). هدف از این امر، نهادینه ساختن مشارکت دانشگاه‌ها در مدیریت آموزش عالی، تمرکززدایی، ارتقای کیفیت آموزش عالی و انطباق برنامه‌های درسی با نیازهای جامعه و روز آمد ساختن آنهاست. در راستای این امر به دانشگاه‌ها اجازه داده شد تا در چارچوب آیین‌نامه‌های آموزشی دوره‌های تخصصی مصوب شورای عالی برنامه‌ریزی، نسبت به بازنگری، حذف، ادغام، جایگزینی و تغییر دروس رشته‌های موجود در دانشگاه اقدام کنند. اگرچه هم‌چنان دانشگاه‌ها استفاده زیادی از این امکان نمی‌کنند، ولی برخی از دانشگاه‌ها مانند دانشگاه اصفهان به طور گسترده از این قانون استفاده کرده‌اند. استقبال کم برخی از دانشگاه‌ها را می‌توان حاکی از تمایل دانشگاه‌ها یا خو گرفتن آنان به تمرکزگرایی دانست. از سوی دیگر چنین امری مستلزم مشارکت مستقیم اعضای هیأت علمی است که خود مستقیماً به اطلاعات و توانایی‌های اساتید در زمینه برنامه‌ریزی درسی و هم‌چنین کاهش مقاومت آنان در برابر تغییر بستگی دارد.

این در حالی است که تاکنون در دانشگاه‌های علوم پزشکی، تفویض اختیار کامل صورت نگرفته است. در سال تحصیلی ۸۰-۷۹ وظیفه بازنگری رشته‌ها به ۸ دانشگاه واگذار گردید و مقرر شد رشته‌ها هر پنج سال مورد بازنگری قرار گیرند. به منظور انجام بازنگری، هسته‌ای به نام کمیته مرکزی بازنگری تشکیل شد که مسئولیت سیاست‌گذاری و بازنگری برنامه‌ها، کنترل پیش‌نویس اولیه تهیه شده توسط کمیته مربوط به هر رشته، بررسی رشته‌های جدید پیشنهاد شده و برگزاری کارگاه برای دانشگاه‌های مسئول انجام بازنگری، را به عهده داشت. دانشگاه‌هایی که موظف به بازنگری رشته‌ها شدند، کمیته بازنگری خاص هر رشته را تشکیل دادند. مسئولیت علمی کمیته به عهده دبیر بود (شورای تخصصی مربوط به آن رشته)، و مسئولیت اجرایی آن به عهده دانشگاه تفویض اختیار شده واگذار گردید. اعضای کمیته، اعضای از دانشگاه تفویض اختیار شده، اعضای از سایر دانشگاه‌ها و اعضای از هیأت بود مربوط به آن رشته بودند. فرایند بازنگری عبارت بود از تهیه و تدوین برنامه درسی بازنگری شده در کمیته مربوط به آن رشته، بررسی برنامه تدوین شده در کمیته مرکزی بازنگری، تأیید آن در شورای دبیران^۱ و در آخر تصویب نهایی آن در شورای عالی برنامه‌ریزی و ابلاغ آن به تمام دانشگاه‌های علوم پزشکی.

در سال ۱۳۸۲، کمیته ستادی تدوین ضوابط و چهارچوب بازنگری برنامه‌های آموزشی از سوی دبیرخانه شورای عالی برنامه‌ریزی علوم پزشکی، دستورالعمل اجرایی بازنگری برنامه‌های آموزشی را تدوین نمود. بر اساس این دستورالعمل، هر برنامه آموزشی جدید، در برگیرنده چهار فصل، شامل: (۱) کلیات، (۲) مشخصات دوره و جداول واحدهای درسی، (۳) فرم‌های مشخصات دروس و (۴) ارزشیابی برنامه است. در فصل کلیات ۱۴ بخش تحت عناوین: تعریف رشته و مقطع مربوطه، تاریخچه، رسالت رشته، ارزش‌ها و باورها، چشم‌انداز رشته، نقش دانش‌آموختگان در نظام بهداشتی، وظایف حرفه‌ای

^۱ شورای دبیران زیر شاخه‌ای از شورای عالی برنامه‌ریزی است که اعضای آن ۲/۳ اعضای شورای عالی برنامه‌ریزی است، امروزه به آن شورای معین گفته می‌شود.

دانش‌آموختگان، اهداف کلی، استراتژی‌های کلی آموزشی، شرایط و نحوه پذیرش در رشته، رشته‌های مشابه در داخل کشور، سابقه این رشته در خارج از کشور، شرایط مورد نیاز برای راه اندازی رشته (مانند آزمایشگاه، بخش بالینی)، موارد دیگر مانند بورسیه باید در نظر گرفته شوند. برای بازنگری برنامه‌های آموزشی نیز همین چهارچوب در نظر گرفته شده با این تفاوت که قسمت‌های نام و مقطع رشته، گرایش‌های موجود در رشته، رشته‌های مشابه در داخل کشور و سابقه رشته در خارج از کشور چنانچه در برنامه اولیه یا بازنگری شده قبلی آورده شده باشد، در جریان بازنگری مورد نیاز نیست و در مورد تاریخچه علاوه بر سابقه قبلی رشته، پیشرفت‌های جدید نیز مد نظر است (دستورالعمل اجرایی بازنگری، ۱۳۸۲). از این به بعد برنامه‌های درسی بر اساس این چهارچوب مورد بازنگری قرار گرفته‌اند.

برای عدم تفویض اختیار کامل بازنگری برنامه‌های درسی در دانشگاه‌های علوم پزشکی، دلایل چندی را می‌توان مطرح نمود که موارد زیر از جمله آن‌هاست:

- حیاتی بودن نقش و وظایف فارغ‌التحصیلان پزشکی: به این معنا که به دلیل نقش حیاتی فارغ‌التحصیلان پزشکی در قبال جامعه، برای بازنگری برنامه درسی باید دقت و وقت بیشتری در نظر گرفت و برای اطمینان از چنین امری، تمرکزگرایی شاید راه حل مناسب‌تری باشد.
- بکارگیری فارغ‌التحصیلان رشته‌های پزشکی توسط خود وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی: به این دلیل باید فارغ‌التحصیلانی تربیت نمود که در اقصی نقاط کشور قادر به کارکردن و پاسخگویی به نیاز جامعه باشند. در صورت تمرکززدایی، هر دانشگاه با توجه به نیاز منطقه خود اقدام به تربیت پزشک خواهد نمود، در حالی که فارغ‌التحصیلان هر دانشگاه ممکن است در هر نقطه‌ای از کشور مشغول به کار شوند.
- وجود امتحانات سراسری در مقاطع مختلف پزشکی (علوم پایه، پیش‌کارورزی، پره‌بود، مورد تخصصی): در صورت تمرکززدایی، برگزاری امتحانات سراسری به دلیل متفاوت بودن برنامه‌های درسی مشکل خواهد بود.
- مشخص نبودن دروس اصلی^۱ رشته پزشکی: در مورد رشته پزشکی هم اکنون در حال مشخص نمودن برنامه درسی اصلی می‌باشند تا بر اساس آن، دانشگاه‌ها مجاز به تغییر و مداخله در برنامه‌ریزی سایر دروس غیر از برنامه درسی اصلی باشند.
- عدم وجود سیستم ارزشیابی مستمر و پاسخگو: نبود یک سیستم ارزشیابی مستمر که قادر به ارائه بازخوردهای مداوم جهت اصلاح و بهبود برنامه‌ها باشد به عنوان یک ضعف در راستای بازنگری برنامه‌های درسی تلقی می‌گردد.

^۱! core curriculum

هم اکنون، هر گروه آموزشی در دانشگاه‌های دارای هیأت ممیزه، تنها در مورد ده درصد از دروس رشته، مجاز به تغییر و بازنگری می‌باشند. تغییر اعمال شده، در گروه آموزشی پیشنهاد می‌شود، سپس در دانشگاه مربوطه تصویب و فقط به اطلاع شورای عالی برنامه‌ریزی رسانده می‌شود.

تجربه بازنگری برنامه‌های درسی رشته‌های پزشکی در برخی از دانشگاه‌های دنیا

به نظر می‌رسد، در دانشگاه‌های دنیا، اهمیت بازنگری برنامه درسی رشته پزشکی و سایر رشته‌های وابسته به آن، در مقایسه با ایران، بیشتر مورد توجه بوده است. با توجه به این نکته، بازنگری برنامه درسی در آن دانشگاه‌ها با سرعت بیشتری انجام می‌گیرد. در این جا به تجارب چند دانشگاه در زمینه بازنگری برنامه درسی اشاره می‌شود.

در دانشگاه شفیلد^۱، در راستای پاسخگویی به مؤسسات ارزشیابی کننده خارج از مؤسسه و رسیدن به بهترین عملکرد مؤسسه‌ای در سطح بین‌المللی، بازنگری برنامه درسی رشته پزشکی در دو مرحله انجام گرفت. در مرحله اول، طی یک برنامه‌ریزی کوتاه مدت، اصلاح موقت در برنامه درسی اعمال شد و سپس در مرحله دوم یک بازنگری دراز مدت با هدف ایجاد یک اصلاح جامع‌تر در نقایص موجود در برنامه درسی انجام شد. نگرانی‌های عمده‌ای که در این فرایند مشخص شدند، عبارت بودند از فقدان تلفیق افقی و عمودی در برنامه درسی پزشکی و هم‌چنین بار بیش از حد مطالب علمی که در بازنگری برنامه درسی تلاش نمودند این نقایص عمده را برطرف نمایند. در برطرف کردن این موارد سه گام اصلی برداشته شد که عبارت بودند از: تعیین چشم‌انداز روشن، پذیرفتن یک رویکرد مبتنی بر پیامد^۲، و تدوین عبارات واضح و روشن که حاکی از برون‌دادهای مورد انتظار یادگیری بودند (نیوبل^۳ و همکاران، ۲۰۰۵).

کالج پرستاری حومه غربی^۴ در ایلینویز^۵، در بازنگری برنامه درسی خود تلاش نمود تا محتوای برنامه درسی و تأکید بالینی آن در آموزش پرستاری را از مراقبت‌های حاد پرستاری به آموزش مبتنی بر جامعه^۶ سوق دهد. چنین تغییری مستلزم تلفیق محتوا و تجربه مبتنی بر جامعه به صورت کامل‌تری در برنامه درسی بود. این امر در حالی صورت گرفت که تنها به طور سنتی درس «پرستاری سلامت جامعه»^۷ به عنوان یک چرخش بالینی دیر هنگام در برنامه درسی دانشجویان پرستاری وجود داشت. اما پرستاری مبتنی بر جامعه، به کاربرد فرایند پرستاری در مراقبت از افراد، خانواده‌ها، و گروه‌ها در جایی که زندگی

^۱! Sheffield

^۱! outcome-focused approach

^۲! Newble

^۳! West Suburban College of Nursing

^۴! Illinois

^۵! Community-based

^۶! Community health nursing

می‌کنند، کار می‌کنند یا به مدرسه می‌روند، تأکید می‌شود. پرستارها جهت موفق بودن در چنین محیطی نیاز به پرورش تفکر انتقادی و مهارت‌های تصمیم‌گیری در یک زمینه و چارچوب وسیع دارند (توماس و کارول، ۲۰۰۶).

در دانشگاه آلابامای جنوبی^۱، به منظور غلبه بر مقاومت اساتید در برابر تغییر و بازنگری برنامه درسی، از تکنیک گروه‌های اسمی^۲ استفاده شد. با بهره‌گیری از این تکنیک، اساتید حوزه‌هایی از برنامه درسی را که نیاز به تغییر داشت مشخص نمودند و راهکارهای لازم برای اعمال بازنگری را پیشنهاد کردند که مورد استقبال و حمایت اساتید قرار گرفت. یک هدف اساسی در فرایند بازنگری برنامه درسی با استفاده از این روش، ایجاد انرژی و انگیزه در اساتید، برقراری ارتباط بین آنان و فراهم نمودن محیطی برای تفکر خلاق بود (دیویس و رودز، ۱۹۹۸).

کانگر^۳ و همکاران (۱۹۹۹)، در بازنگری برنامه درسی در دانشگاه برایام یانگ^۴، با این هدف بازنگری را برنامه‌ریزی کردند تا دانشجویان پرستاری را طوری تربیت کنند تا بتوانند به کار حرفه‌ای خود در خارج از محیط آکادمیک بیمارستان‌های آموزشی بپردازند و بتوانند در سطح جامعه خدمت کنند. برای بازنگری برنامه درسی در این راستا، کانگر و همکارانش (۱۹۹۹)، یک نقشه دانشگاهی عمده^۵ را طراحی کردند تا بتواند محتوا را در طول زمان پیگیری و دنبال کند و نشان دهنده پیامدهای یادگیری نهایی که در ارزشیابی باید مدنظر باشند، نیز باشد. برای طراحی چنین نقشه‌ای آنان از رسالت و اهداف دانشگاه، مرور متون و استانداردهای حرفه‌ای رشته مورد نظر بهره گرفتند. برخی از اهداف این طرح عبارت بودند از: فراهم نمودن جهت و مسیر روشن برای یک مدل برنامه درسی تلفیقی، ارتقاء پاسخگویی اساتید و دانشجویان در قبال پیامدهای یادگیری مورد انتظار، فراهم نمودن شواهد لازم برای محتوای درس و فعالیت‌های یادگیری، نشان دادن ارتباط و به هم پیوستگی مطالب در طول برنامه درسی، و فراهم نمودن راهنمایی برای ارزشیابی اثربخشی برنامه.

^۱! University of South Alabama

^۲! Nominal Group Technique

در تکنیک گروه‌های اسمی که به صورت میزگرد برگزار می‌شود در مورد یک موضوع خاص از افراد گروه نظر خواهی می‌شود، در هر دور، هر فرد تنها یک ایده را ابراز می‌کند و مانند بارش افکار هیچ کس حق انتقاد ندارد. دوره‌های نظرخواهی تا اتمام نظرات ادامه می‌یابد و نظرات روی چارت برگردان ثبت می‌شود. در مرحله بعدی توسط تمام افراد به نظرات نمره داده شده یا اینکه ۵ اولویت اول مشخص می‌شود. بر اساس نمره دهی افراد تمامی نظرات اولویت بندی شده و موارد مهم تر انتخاب و در گروه بزرگ ارائه می‌گردد.

^۳! Conger

^۴! Brigham Young University

^۵! Major Academic Plan (MAP)

از آن‌جا که در مسیر بازنگری برنامه‌های درسی موانعی از جمله مقاومت و اکراه اساتید در برابر تغییر وجود دارد، مطالعات مختلف راهکارهایی را پیشنهاد نموده‌اند. برای نمونه، هال^۱ و همکاران (۲۰۰۱)، شش استراتژی پیشنهاد کرده‌اند که با پیش گرفتن آن‌ها می‌توان امیدوار بود، میزان موفقیت اساتید در رسیدن به اهداف بازنگری افزایش یابد. این شش استراتژی عبارتند از: تعهد^۲، سازگاری^۳، ارتباط^۴، مشارکت^۵، اجماع^۶ و اعتبار^۷.

تعهد: از نظر حضور فیزیکی، صرف وقت، انرژی و هزینه می‌باشد. تعهد مدیریت شامل درگیر کردن دانشجویان و اساتید در فرایند بازنگری و تأمین هزینه‌های لازم برای وقتی است که صرف این موضوع می‌شود. با نظرخواهی از کلیه اساتید در مورد فلسفه تغییر و چارچوب مفهومی تغییر و همچنین مواردی که نیاز به بازنگری دارد می‌توان تعهد لازم را در آنان ایجاد نمود.

سازگاری: یکسان بودن نیست بلکه منظور این است که با گروه همگام بود و مثل یک کل عمل کرد. گروه‌هایی که درگیر بازنگری برنامه درسی می‌شوند اغلب از اساتید با تجارب متفاوت و در زمینه‌های مختلف تشکیل شده‌اند که برخی ممکن است بازنگری را به عنوان تهدیدی به موقعیت تدریس فعلی خود قلمداد کنند. با بحث پیرامون موضوع می‌توان موارد مشترک را پیدا کرد و بر آن تمرکز نمود. با تمرکز روی زمینه‌های مشترک می‌توان برنامه درسی را به عنوان یک کل مشاهده نمود نه به صورت دروس مجزا. در این صورت هر فرد از تخصص خاص خود برای بازنگری برنامه درسی می‌تواند بهره گیرد.

ارتباط: که بخش مهمی از یک کار گروهی است، استفاده از مهارت‌ها و تکنیک‌های برقراری ارتباط برای حل تعارضات و ارتقای یک محیط باز تعاملی است که موجب رشد و خلاقیت می‌گردد. در کار گروهی، بهتر است یک فرد مسئول هدایت افراد در یک جهت شکل داده و اطمینان حاصل کند تمام افراد فرصت ابراز نظر و عقیده پیدا می‌کنند.

مشارکت: سهیم شدن هر عضو هیأت علمی گروه در پروژه و استفاده از تخصص و تجارب تک تک اساتید است. استفاده از بارش افکار می‌تواند در جمع‌آوری نظرات اساتید، ایجاد خلاقیت در ابراز عقاید و ایجاد انرژی و انگیزه در آنان کمک کند.

^۱! Hull

^۲! commitment

^۳! compatibility

^۴! communication

^۵! contribution

^۶! consensus

^۷! credit

توافق: در واقع یک فرایند همیشگی است که دربرگیرنده ارتباط، مذاکره و همکاری است. اگر قرار باشد کار گروهی منجر به نتیجه قابل قبول و قابل استفاده‌ای گردد، توافق کلیه اعضای گروه از شرایط اصلی آن است.

اعتبار: این است که به هر عضو هیأت علمی، به ازای وقت و انرژی که صرف پروژه بازننگری می‌کند باید به نوعی، امتیاز خاصی تعلق گیرد تا در آنان انگیزه کافی برای کار مؤثر ایجاد گردد.

کولار^۱ و همکاران (۲۰۰۱) نیز هفت مورد را برای بازننگری موفق برنامه درسی پیشنهاد می‌کنند که به شرح زیر است:

۱. فعال بودن اساتید در جریان بازننگری برنامه درسی،
 ۲. برنامه‌ریزی دقیق برای بازننگری در شروع کار و بیان صریح انتظارات،
 ۳. اولویت‌بندی فعالیت‌ها و پرهیز از انجام پرداختن به امور بیهوده،
 ۴. ایجاد موقعیت‌های برد-برد^۲ و فراهم کردن موقعیت‌هایی که طرفین از آن سود ببرند،
 ۵. برقراری ارتباط مناسب و همدلانه با افراد و توجه به خواست‌های دیگران،
 ۶. انجام کار به صورت تیمی، ارزش نهادن به تفاوت‌ها و ایجاد اعتماد متقابل،
 ۷. اهمیت به تجدید قوای ذهنی، اجتماعی، هیجانی و فیزیکی در جریان برنامه ریزی درسی.
- تأمل در موارد ذکر شده توسط هال و کولار نشان می‌دهد که هر دو تأکید بر موارد مشترکی در بازننگری موفق برنامه‌های درسی دارند که مهم‌ترین آن‌ها عبارتند از: مشارکت اساتید، ارتباط مناسب، کار تیمی موفق، و ایجاد تعهد و انگیزه.

تجربه بازننگری برنامه‌های درسی در برخی دانشگاه‌های کشور

با وجود نداشتن تفویض اختیار کامل برای بازننگری برنامه‌های درسی رشته‌های پزشکی به صورت غیرمتمرکز که تفاوت عمده دانشگاه‌های علوم پزشکی ما با بسیاری از کشورهاست، برخی از دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور اقدامات چشمگیری در این راستا انجام داده‌اند. این اقدامات عمدتاً در قالب پروژه‌های تحقیقاتی با نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به مرحله اجرا در آمده‌اند. از جمله این دانشگاه‌ها می‌توان به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و دانشگاه علوم پزشکی اهواز اشاره نمود.

دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، کمیته رفرم را در مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی در سال ۱۳۷۹ تشکیل داد و بازننگری برنامه پزشکی عمومی را در ۳ مرحله طراحی نمود. مرحله ۱ در مقطع علوم پایه به اجرا در آمد و شامل، ادغام محتوای مقدماتی دوره‌های علوم پایه در قالب «دوره مقدماتی

^۱! Cuellar

^۱!win-win

علوم پایه^۱، اضافه شدن دوره «تماس زودرس با بیمار»، ارائه محتوای محوری^۱ علوم پایه در قالب دستگاه‌های بدن، اضافه شدن دوره‌های تماس با جامعه، و ارائه محتوای غیر محوری در قالب دوره‌های خاص بود. مرحله ۲ در مقطع کارآموزی و در دو بخش مقدمات بالینی و دوره‌های علوم بالینی به اجرا درآمد و در برگزیده دوره‌های موازی با بخش‌های بالینی بود. مرحله سوم نیز در دوره کارورزی تحت عنوان تجربه بالینی اجرا گردید که در برگزیده یادگیری مبتنی بر مطب و بخش اورژانس و هم‌چنین دوره‌های موازی با گردش‌های بالینی علاوه بر دوره‌های رایج کارورزی بود (یزدانی و حسینی، ۱۳۸۲).

در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان نیز در سال ۱۳۷۷، کمیته برنامه‌ریزی آموزش بالینی دانشکده پزشکی با همکاری مدیریت مطالعات و توسعه آموزش پزشکی با نقد و بررسی توانمندی‌های بالینی دانشجویان پزشکی، کار بررسی و بازنگری دوره فیزیوپاتولوژی در برنامه پزشکی عمومی را آغاز نمود و پس از بررسی‌ها، مطالعات و اجرای آزمایشی برنامه‌های پیشنهادی، از سال ۱۳۸۰ رسماً دوره‌های مقدمات پزشکی بالینی^۲ یک و دو را به اجرا درآورد. برخی ویژگی‌های این دوره عبارتند از: تأکید بر آموزش معاینه فیزیکی و گرفتن شرح حال، استفاده از استراتژی ادغام افقی بین دروس تئوری (پاتوفیزیولوژی، پاتولوژی و فارماکولوژی)، و عملی (معاینه فیزیکی و بحث موردی)، تأکید بر آموزش استدلال بالینی به عنوان واحد یادگیری در قالب درس بحث موردی، و تأکید بر تدریس پاتوفیزیولوژی دروس به جای مباحث صرفاً بالینی است. ارزشیابی‌های انجام شده از این دوره نشان داده است که بیشتر دانشجویان معتقدند که ادغام افقی مابین دروس سبب گردیده تا دانشجویان ضمن آشنایی با کاربرد موضوعات مختلف به صورت متمرکز مطالعه کنند و از آشفتگی ذهنی آنان در اثر حجم زیاد دروس کاسته شده است (دادگسترینیا و غلامی، ۱۳۸۵).

دانشگاه علوم پزشکی اهواز، در راستای اصلاح برنامه درسی دوره پزشکی عمومی اقداماتی را انجام داده که برخی از مهم‌ترین آن‌ها عبارتند از: ادغام افقی دروس گروه آناتومی و فیزیولوژی در مقطع علوم پایه شامل دروس بافت‌شناسی، جنین‌شناسی، آناتومی و فیزیولوژی؛ و ادغام افقی در مقطع فیزیوپاتولوژی بر اساس ارگان که از فروردین ۸۷ شروع شده است. هم‌چنین اضافه کردن دروسی به مقاطع علوم پایه و کارورزی از قبیل روش تحقیق، مهارت‌های ارتباطی، زبان انگلیسی حرفه‌ای پزشکی، طب سالمندی و توانبخشی، و اجرای بلوک پیش کارورزی از جمله اقدامات دیگر این دانشگاه است (دبیرخانه شورای آموزش پزشکی عمومی، ۱۳۸۹).

برخی دیگر از دانشگاه‌های علوم پزشکی از قبیل دانشگاه‌های علوم پزشکی بیرجند، یزد، مازندران، و ارومیه نیز اقداماتی در راستای اصلاح برنامه پزشکی عمومی انجام داده‌اند. به عنوان مثال دانشگاه علوم پزشکی یزد طرح ادغام افقی مقطع علوم پایه را به صورت مبتنی بر ارگان اجرا نموده است که اطلاعات

^۱!core

^۱!Introduction to Clinical Medicine (ICM)

مربوطه در سایت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موجود است. تمامی موارد فوق نشان دهنده احساس نیاز دانشگاه‌ها به بازنگری برنامه درسی پزشکی است و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تلاش دارد که با در اختیار گذاشتن تجارب دانشگاه‌های مختلف، دانشگاه‌ها را در انجام بهینه اصلاحات یاری نماید.

بحث و نتیجه گیری

توجه به تحولات در عرصه دانش و تغییرات اقتصادی و اجتماعی جوامع، ضرورت بازنگری و دگرگونی برنامه‌های درسی دانشگاه‌ها و مراکز آموزش عالی را بیش از پیش آشکار می‌سازد. اما از آن‌جا که دانشگاه‌ها منابع محدودی دارند باید این منابع را به درستی به کار برند. فرایندی که دانشگاه‌ها به کار می‌گیرند باید دارای کارایی، اثربخشی و به لحاظ سیاسی مورد حمایت قرار گیرد چرا که بسیاری از برنامه‌های جدید بسیار خوب که موفق به کسب پذیرش از سوی اعضای گروه و یا مؤسسه آموزشی نشده‌اند بقای چندانی نداشته‌اند. بنابراین، نه تنها لازم است متوجه طراحی برنامه‌های جدید یا بهبود یافته بود بلکه باید به همان میزان متوجه عملی بودن و کاربست آن‌ها نیز بود (نصر همکاران، ۱۳۸۶). در بسیاری از جوامع مدرسین، مسئول تمام اتفاق‌هایی هستند که در دانشکده و دانشگاه به وقوع می‌پیوندد اما قدرت و منابع کافی برای ارزیابی و تغییر برنامه‌های آموزشی را در اختیار ندارند. حتی اگر چنین قدرتی داده شود، ابزار و روش قابل اعتبار برای انجام چنین کاری ممکن است وجود نداشته باشد. در واقع، اساتید هستند که محتوای برنامه را به فعالیت‌های آموزشی در کلاس و دانشکده تبدیل و به اجرا در می‌آورند، این اساتید هستند که محتوای برنامه را با تمام ویژگی‌های دولتی و هم‌چنین دیدگاه‌های وزارتخانه‌ای تبدیل به یک برنامه قابل اجرا نموده و به عبارت دیگر روح زندگی به آن می‌بخشند. بازنگری برنامه آموزشی لازم است در جهت حمایت از کار اساتید برای توسعه امر آموزش دانشکده به کار رود و بر پایه تقویت اساتید استوار شود (بهادر و همکاران، ۱۳۸۵).

تجربه دانشگاه شفیلد در بازنگری برنامه درسی نشان داد که مشکلات عمده موجود در برنامه درسی پزشکی عبارت بودند از فقدان تلفیق افقی و عمودی در برنامه درسی و هم‌چنین حجم بیش از حد مطالب علمی. حجم زیاد مطالب علمی در برنامه درسی، انتقادی است که در دانشکده‌های پزشکی به چشم می‌خورد. راه‌حلی که معمولاً برای حل این مشکل در دانشگاه‌های مختلف پیشنهاد شده است تعیین برنامه درسی اصلی^۱ بوده است (نیوبل و همکاران، ۲۰۰۵) تا به واسطه آن دانشکده‌های پزشکی بتوانند ضمن حفظ مطالب اصلی که یک فارغ‌التحصیل پزشکی باید بداند، قادر باشند از حجم مطالب علمی در محتوای برنامه درسی بکاهند. تجربه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و دانشگاه علوم

^۱! core curriculum

پزشکی اصفهان، در راستای تلفیق برنامه درسی و تعیین برنامه درسی محوری یا اصلی نیز تأیید کننده مطلب فوق است.

برنامه درسی اصلی یا محوری باید در برگیرنده دانش، مهارت‌ها و جنبه‌های حرفه‌ای لازم برای یک پزشک فارغ‌التحصیل باشد تا برای شروع کار در سطح جامعه با مشکل مواجه نشود. چنین برنامه درسی در واقع مبتنی بر برون‌دادهای^۱ مورد انتظار از یک دانشکده پزشکی می‌باشد که امروزه مورد توجه بسیاری از دانشکده‌های پزشکی در سطح جهان می‌باشد، چرا که یک برنامه آموزشی بدون در نظر داشتن برون‌دادهای مورد انتظار نمی‌تواند اثربخشی لازم را داشته باشد (نیوبل و همکاران، ۲۰۰۵).

بازنگری برنامه درسی دربرگیرنده تغییر، هم برای دانشجو و هم برای عضو هیأت علمی می‌باشد. از موانع تغییر، احساس عدم امنیت و عدم اطمینان اساتید است که خود نوعی ترس و بروز واکنش را می‌تواند به دنبال داشته باشد. اگر چه منابع مختلف به این موارد اشاره نموده‌اند ولی تعداد کمی، استراتژی‌هایی را برای مقابله با آن برشمرده‌اند. این در حالی است که در بازنگری برنامه درسی باید به پاسخگو بودن آن در برابر نیازهای دانشجویان و جامعه توجه داشت و تلاش نمود رویکرد مبتنی بر پیامد را پیش گرفت.

همان‌طور که اشاره شد، یکی از موانع تغییر برنامه درسی مقاومت اعضای هیأت علمی است که عمدتاً در مرحله اجرای برنامه درسی رخ می‌دهد. دانشگاه‌هایی که بازنگری برنامه درسی را تجربه نموده‌اند راهکارهای مختلفی برای این کار در پیش گرفته‌اند. برای مثال، در دانشگاه شفیلد انگلستان از ابتدای فرایند طراحی و حتی در تدوین چشم‌انداز برنامه درسی، از نظرات اساتید استفاده شد تا احساس مالکیت نسبت به برنامه درسی را در آنان ایجاد نمایند (نیوبل و همکاران، ۲۰۰۵). هال و همکاران (۲۰۰۱) نیز، شش استراتژی برای جلب مشارکت اساتید در فرایند بازنگری و کولار و همکاران (۲۰۰۱)، هفت مورد را برای موفقیت در امر بازنگری برنامه درسی پیشنهاد کرده‌اند که در بخش‌های پیشین شرح داده شد. هم‌چنین، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در طراحی اصلاح برنامه آموزش پزشکی عمومی با درگیر کردن اساتید در کمیته اصلاحات برنامه درسی (یزدانی و حسینی، ۱۳۸۲) تلاش نمود که نه تنها از تجارب اساتید در راستای طرح اصلاح استفاده نماید بلکه از حداکثر همکاری آنان در اجرای طرح اصلاح نیز بهره برد. دانشگاه علوم پزشکی اصفهان نیز در طراحی دوره مقدمات پزشکی بالینی تلاش نمود که از نظرات دانشجویان و اساتید بالینی در مراحل مختلف طراحی و اجرای آزمایشی دوره طراحی شده استفاده کند (دادگسترینیا و غلامی، ۱۳۸۵).

در هر حال، برای موفقیت در بازنگری برنامه درسی، حمایت و پشتیبانی کامل مدیریت امری ضروری است و مدیریت در عین حال باید مشوق اعضای هیأت علمی برای مشارکت در فرایند بازنگری باشد. در زمان ایجاد تغییرات برنامه درسی، طبیعتاً اساتید خود را مورد سؤال قرار می‌دهند که آیا می‌توانند همگام

^۱ outcome-focused curriculum

با برنامه درسی جدید پیش بروند یا نه، آیا از دانش و مهارت کافی برای پاسخگویی به برنامه درسی جدید برخوردار هستند یا نه؟ برای غلبه بر این دل‌مشغولی‌ها، کانگر و همکارانش (۱۹۹۹)، شش توصیه را ارائه نموده‌اند: ۱- اعضای هیأت علمی را در راستای برنامه درسی جدید آموزش دهید، ۲- افراد کلیدی در برنامه‌ریزی درسی باید نقشه کلی را در ذهن خود داشته باشند، ۳- صبور باشید، ۴- اساتید علاقمند و توانمند را درگیر برنامه‌ریزی کنید، ۵- مواظب موانع سر راه باشید چرا که همواره افرادی وجود دارند که مانع تراشی کنند، و ۶- برنامه ارزشیابی را از همان شروع کار، آغاز کنید چرا که در پایان کار قادر خواهید بود پیامدهای برنامه قبلی را با پیامدهای برنامه درسی جدید مقایسه کنید.

نصر و همکاران (۱۳۸۶)، علاوه بر چالش‌ها و موانع ذکر شده در بالا، چالش‌های دیگری را در راستای تمرکز زدایی و بازنگری برنامه‌های درسی ذکر کرده‌اند، از جمله: ساده انگاری امر خطیر برنامه‌ریزی درسی، عدم آشنایی اعضای هیأت علمی با برنامه‌ریزی درسی، توجه بیش از حد به شرایط و نیازهای زمان حال در طراحی برنامه‌های درسی و غفلت از آینده‌نگری، ایجاد مشکلات احتمالی برای داوطلبان دوره‌های کارشناسی ارشد به دلیل متمرکز برگزار شدن امتحانات، تلقی خاتمه یافتن فعالیت برنامه‌ریزی درسی در دانشگاه‌ها پس از یک بار بازنگری، و عدم اجرای مطلوب برنامه‌های درسی بازنگری شده توسط برخی از اعضای هیأت علمی که می‌تواند ناشی از مقاومت در برابر تغییر و تأکید بر عادات گذشته باشد. چنین چالش‌هایی در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور نیز وجود دارد، از جمله در مورد برگزاری آزمون‌های علوم پایه، پیش‌کاروری و امتحانات مورد تخصصی که هم‌اکنون به صورت متمرکز برگزار می‌شود. زیرا در صورت تفویض اختیار کامل در مورد بازنگری برنامه‌های درسی با متفاوت بودن برنامه‌های درسی مواجه خواهیم بود و به تبع آن آزمون‌های متمرکز صورتی ناعادلانه خواهند یافت.

نصر و همکاران (۱۳۸۶)، راهبردهایی را برای برخورد مناسب با این چالش‌ها پیشنهاد کرده‌اند از جمله: ارزیابی جامع وزارت مربوطه از اقدامات انجام شده دانشگاه‌ها در زمینه تغییر و طراحی برنامه‌درسی به منظور تشخیص چالش‌های موجود، ایجاد هماهنگی بین گروه‌های آموزشی دانشگاه‌های سراسر کشور از طریق برگزاری جلسات هماهنگی به منظور کاهش تفاوت‌های فاحش بین برنامه‌های درسی طراحی شده، ارزیابی جامع دانشگاه‌ها از اجرای برنامه‌های درسی جدید، ایجاد یک ساختار دایمی در دانشگاه‌ها به منظور استمرار بخشیدن به بازنگری برنامه‌های درسی، اعمال تغییرات لازم در شیوه‌گزینش دانشجویان تحصیلات تکمیلی، و ارائه خدمات مشاوره‌ای از طرف متخصصان برنامه‌ریزی درسی به گروه‌های مختلف آموزشی. قابل ذکر است که تمامی این راهکارها در دانشگاه‌های علوم پزشکی قابل استفاده است و می‌تواند در تدوین برنامه‌های درسی مطلوب و اجرای درست برنامه‌ها راه‌گشا باشد.

بنابراین همان‌طور که در مقدمه به ضرورت بازنگری برنامه‌های درسی رشته پزشکی و سایر رشته‌های وابسته به آن شرح داده شد، به دلیل حساسیت خاص این رشته و نقش حیاتی آن در قبال جامعه، بازنگری برنامه‌های درسی آن نیز از حساسیت ویژه برخوردار است که شاید همین یکی از دلایل تمرکزگرایی در برنامه‌ریزی درسی این رشته باشد. در هر حال ضمن توجه به بازنگری، ضروری است که

از مشارکت اعضای هیأت علمی و متخصصین این رشته بهره گرفت و حتی دانشجویان و اعضای جامعه را که دریافت کننده خدمت از این قشر تحصیل کرده هستند نیز به نوعی درگیر نمود و از نظرات آنان استفاده نمود تا بتوان فرایند بازنگری را به نحو احسن به انجام رساند. توجه به برنامه درسی اصلی (COFE) به دلیل حجم زیاد مطالب رشته پزشکی که بازنگری را با مشکل مواجه می سازد امری است ضروری، و امید است با مشخص شدن برنامه درسی اصلی و افزایش تفویض اختیار دانشگاه‌ها در امر بازنگری، بتوان در قبال این بازنگریها بهتر از قبل عمل نمود. حرکت‌هایی که در دانشگاه‌های علوم پزشکی مختلف در راستای بازنگری برنامه درسی دیده می‌شود، به ویژه تمایل آن‌ها به تلفیق افقی و عمودی محتوا، نشان دهنده نیاز دانشجویان پزشکی به معنادار کردن و کاربردی‌تر کردن برنامه‌درسی است. اما از این نکته نباید غفلت نمود که در صورت عدم وجود پشتوانه علمی مناسب، چنین حرکت‌هایی نه تنها با شکست مواجه خواهند شد بلکه می‌توانند تأثیرات منفی بر یادگیری دانشجویان داشته باشند. نکته قابل ذکر دیگر، فرایند ارزیابی برنامه‌ها در دانشگاه‌های علوم پزشکی است که از طرف وزارت بهداشت و درمان مورد تأکید قرار گرفته است و هم‌اکنون در حال اجراست. نتایج چنین ارزیابی‌هایی، اگر به طریق درست انجام شود می‌تواند در فرایند بازنگری برنامه‌های درسی نیز مورد استفاده قرار گیرد.

برای انجام بازنگری موفق در برنامه درسی رشته‌های مختلف علوم پزشکی به ویژه رشته پزشکی موارد زیر پیشنهاد می‌گردد.

- حمایت مدیریت از پروژه‌های آموزشی و تأمین منابع کافی: به منظور ایجاد انگیزه و اطمینان از تداوم کار و مقابله با موانع موجود حمایت مدیریت لازم و ضروری است.
- تشکیل کارگروه‌ها برای بازنگری برنامه‌درسی: که شامل متخصصین هم در زمینه برنامه درسی و ارزشیابی باشد هم در زمینه‌های تخصصی مربوط به رشته‌هایی که مورد بازنگری قرار می‌گیرند.
- تقویت نظام پاداش اعضای هیأت علمی: هم از جنبه مادی و هم از جنبه معنوی، برای اساتیدی که در زمینه‌های آموزشی از قبیل طرح درس و برنامه‌ریزی درسی فعالیت می‌کنند، این امر می‌تواند به صورت افزایش حقوق یا کمک به ارتقاء آنان باشد.
- برنامه‌ریزی برای جلب مشارکت اعضای هیأت علمی در پروژه‌های آموزشی: مشارکت اساتید به ویژه در بازنگری برنامه درسی اهمیت دارد، چرا که وقتی اساتید نسبت به فرایند پیش‌بینی شده احساس مالکیت داشته باشند، در قبال آن احساس مسئولیت خواهند نمود و این خود تضمینی خواهد بود برای اجرای اثر بخش برنامه.
- تعیین اولویت در اجرای پروژه‌های آموزشی پیش‌بینی شده: این اولویت‌بندی نه تنها از اتلاف نیرو و منابع، پیشگیری می‌کند بلکه خود به افزایش انگیزه و انرژی کمک خواهد نمود.

- ارزش دادن به میزان متناسب به آموزش و پژوهش: در دانشگاه‌هایی که به پژوهش بیش از اندازه بها داده می‌شود، اساتید رغبتی برای فعالیت‌های آموزشی و بهبود عملکرد تدریس از خود نشان نمی‌دهند. به عبارت دیگر، آموزش فدای پژوهش می‌شود.

- در نظر گرفتن ارزشیابی به عنوان یک عنصر اصلی در پروژه و برنامه‌ریزی برای انجام ارزشیابی از ابتدای شروع پروژه: در نتیجه نه تنها نقایص کار در طول طراحی و اجرای پروژه مشخص می‌شود بلکه می‌توان نتایج به دست آمده از برنامه جدید را با نتایج برنامه‌های قبلی مقایسه نمود و مدرک کافی برای اثربخشی برنامه درسی جدید ارائه کرد.

با عمل کردن به این پیشنهادها و توجه به بازنگری برنامه درسی به عنوان یک عنصر ضروری در جریان برنامه‌ریزی درسی دانشگاه‌ها امید است که هر چه بیشتر به غنای برنامه‌های آموزشی افزوده شده و بتوان فارغ‌التحصیلانی توانمند و متعهد در رشته خود و متناسب با نیازهای جامعه تربیت نمود.

منابع

۱. آیین‌نامه واگذاری اختیارات برنامه‌ریزی درسی به دانشگاه‌های دارای هیأت ممیزه. (۱۳۷۹). مندرج در کتاب: **برنامه درسی و طراحی در دانشگاه‌ها و مراکز آموزش عالی**، تألیف: احمدرضا نصر، هدایت‌الله اعتمادی‌زاده و محمدرضا نیلی (۱۳۸۶)؛ اصفهان: انتشارات جهاد دانشگاهی.
۲. انجمن علمی آموزش پزشکی ایران. (۱۳۸۱). **تحلیل مستندات علمی اجرایی ادغام آموزش پزشکی و نظام ارائه خدمات**؛ تهران، معاونت آموزشی و امور دانشگاهی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
۳. بهادر، حمیدالله؛ سلطانی عربشاهی، سید کامران؛ سلیمانزاده، حسین؛ بیابانگردی، زینب؛ یادآور نیک‌روش، منصوره و شکرایی، ربابه. (۱۳۸۵). **بازنگری برنامه‌های درسی**، مرکز مطالعات و توسعه آموزش دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران: انتشارات تحفه.
۴. دادگسترینیا، محمد؛ غلامی رنانی، وجیهه. (۱۳۸۵). **معرفی و ارزشیابی دوره مقدمات پزشکی بالینی**، اصفهان، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.
۵. دبیرخانه شورای آموزش پزشکی عمومی. (۱۳۸۹). **نوآوری‌های دانشکده‌های پزشکی**، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. قابل دسترس در: <http://scume.behdasht.gov.ir>
تاریخ دسترسی: ۱۳۸۹/۳/۱۷

روند بازنگری برنامه‌های درسی رشته‌های علوم پزشکی در کشور

۶. دستورالعمل اجرایی بازنگری برنامه‌های آموزشی. (۱۳۸۲). کمیته ستادی تدوین ضوابط و چهارچوب بازنگری برنامه‌های آموزشی، دبیرخانه شورای عالی برنامه‌ریزی علوم پزشکی، معاونت آموزشی و امور دانشگاهی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
۷. رضانی، خسرو. (۱۳۸۱). **روش‌های تحقیق در علوم رفتاری و علوم اجتماعی**، شیراز: انتشارات فاطمیه.
۸. زابار، ن. (۱۹۸۹). برنامه‌ریزی درسی مدرسه محور ترجمه احمدرضا نصر (۱۳۸۱)؛ مندرج در کتاب: **برنامه درسی: نظرگاه‌ها، رویکردها و چشم‌اندازها**، پدیدآورنده: محمود مهرمحمدی. مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی.
۹. عزیزی، فریدون. (۱۳۸۲). **آموزش علوم پزشکی: چالش‌ها و چشم‌اندازها**؛ تهران: معاونت آموزشی و امور دانشجویی، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی.
۱۰. عزیزی، فریدون. (۱۳۶۵). تغییرات برنامه آموزش پزشکی در انطباق با نیازهای جامعه. **مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی**. فروردین، اردیبهشت و خرداد ۱۳۶۵، سال نهم، شماره چهارم.
۱۱. فولن، مایکل. (۱۹۸۵). تغییر برنامه درسی ترجمه احمدرضا نصر (۱۳۸۱)؛ مندرج در کتاب: **برنامه درسی: نظرگاه‌ها، رویکردها و چشم‌اندازها**، پدیدآورنده: محمود مهرمحمدی. مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی.
۱۲. گال، مردیت؛ بورگ، والتر؛ گال، جویس. **روش‌های تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی و روان‌شناسی**. ترجمه احمد رضا نصر، حمیدرضا عریضی، محمود ابوالقاسمی، خسرو باقری، محمد حسین علامت ساز و همکاران. (۱۳۸۶). تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه‌ها.
۱۳. نصر، احمدرضا؛ اعتمادی‌زاده، هدایت‌الله و نیلی، محمدرضا. (۱۳۸۶). **برنامه درسی و طراحی در دانشگاه‌ها و مراکز آموزش عالی**؛ اصفهان: انتشارات جهاد دانشگاهی.
۱۴. معاونت آموزشی و امور دانشجویی، شورای عالی برنامه‌ریزی علوم پزشکی؛ قابل دسترس در:
۱۵. <http://dme.hbi.ir/shora> تاریخ دسترسی: ۸۸/۱۲/۲۵
۱۶. وکیل، ح. (۱۳۶۴). جلوه‌هایی از آموزش پزشکی در جمهوری اسلامی ایران. **مجله دانشکده پزشکی دانشگاه شهید بهشتی**، سال ۹، شماره ۱، ص ۶۲-۵۸.

۱۷. یزدانی، شهرام؛ حسینی، فخرالسادات. (۱۳۸۲). طرح اصلاح برنامه آموزش پزشکی عمومی. تهران: دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.

۱۸. Bani-Yaqoob, J. (۲۰۰۱). Shahr-e Sookhteh (Burned City), Persian History, The University of Wisconsin, Available from:
۱۹. <http://imp.lss.wisc.edu/~aoliai/historypage/burnedcity.htm> Access date: ۲۰۱۰/۰۴/۰۸
۲۰. Conger, C. O.; Baldwin, J.H.; Abegglen, J. and Callister, L. C. (۱۹۹۹). The shifting sands of health care delivery: Curriculum revision and integration of community health nursing; *Journal of Nursing Education*; ۳۸(۷): ۳۰۴-۳۱۱.
۲۱. Cuellar, N. (۲۰۰۱). The seven habits for highly effective curriculum revision; *Nurse Education*; ۲۶(۲): ۶۱-۶۳.
۲۲. Davis, D. C.; Rhodes, R. and Baker, A. S. (۱۹۹۸). Curriculum revision: Reaching faculty consensus through the nominal group technique; *Journal of Nursing Education*; ۳۷(۷): ۳۲۶-۳۲۸.
۲۳. Hull, E.; St. Romain, J. A.; Alexander, P.; Schaff, S. and Jones, W. (۲۰۰۱). Moving cemeteries: A framework for facilitating curriculum revision; *Nurse Education*; ۲۶(۶): ۲۸۰-۲۸۲.
۲۴. Newble, D.; Stark, P.; Bax, N. and Lawson, M. (۲۰۰۵). Developing an outcome-focused core curriculum. *Medical Education*; ۳۹: ۶۸۰-۶۸۷.
۲۵. Thomas, G. and Carroll V. (۲۰۰۶). Curriculum revision: Product innovation for quality outcome. *Quality Management*; ۱۵(۴): ۲۸۵-۲۹۰.