

ریفرم آمایش سرزمینی، تحول و نوآوری آموزش عالی سلامت در ایران

قاسم عابدی^۱، رؤیا ملک زاده^۲، فرشته عراقیان مجرد^۳، افشین امیرخانلو^۴

۱. عضو هیئت علمی، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.
۲. دانشجوی دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، معاونت آموزشی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.
۳. دکترای تخصصی پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.
۴. پزشک عمومی، بیمارستان شهداء بهشهر، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.

توسعه پرستاری در سلامت / دوره دهم / شماره ۲ / پاییز و زمستان ۱۳۹۸

چکیده

زمینه و هدف: آمایش منطقه‌ای نظام سلامت در عرصه سرزمین امکان مشارکت در برنامه های وزارت بهداشت براساس مزیت ها و استعدادهای منطقه و امکان پیشبرد بهتر برنامه‌ها را فراهم می آورد. هدف این مطالعه تبیین ریفرم آمایش سرزمینی، تحول و نوآوری در آموزش عالی سلامت در ایران می‌باشد.

مواد و روش‌ها: با استفاده از کلیدواژه در عنوان و یا چکیده مقاله در کتب تدوین شده توسط معاونت آموزشی وزارت بهداشت و در پایگاه‌های اطلاعاتی *Google Scholar*، *Iranmedex*، *SID*، *Magiran*، برای مطالعات فارسی زبان در فاصله سال‌های ۱۳۸۰ تا پایان سال ۱۳۹۵ با کلید واژه های آمایش سرزمینی، تحول در آموزش علوم پزشکی، نوآوری در آموزش علوم پزشکی و مقالات به زبان انگلیسی در پایگاه‌های *Google Scholar*، *Science direct*، *PubMed* در فاصله سال‌های ۲۰۰۰ تا پایان سال ۲۰۱۶ میلادی با کلید واژه *Development in Medical Education*، *Innovation in Medical Education*، *Medical Territorial Agenda Education* مقالات مرتبط جستجو شد.

یافته‌ها: در جستجوهای به عمل آمده تعداد ۱۷۹۰ مقاله یافت و ۲۲ مقاله و ۷ کتاب معیار ورود به مطالعه داشتند که ۹ مطالعه خارجی و مابقی مطالعات داخلی بودند. نتایج نشان داد مجموعه دانشگاه های هر کلان منطقه با مشارکت و تعامل با یکدیگر سیاست های وزارت بهداشت را پیاده می نمایند. برنامه ی جامع آموزش عالی سلامت شامل ۱۲ سیاست و جهت گیری کلی می باشد که به منظور اجرایی سازی آن، ۱۱ بسته ی تحول و نوآوری آموزش علوم پزشکی به همراه یک برنامه پایش تدوین گردید و در سایر کشورها با اجرایی شدن برنامه تعامل هدفمند بین دانشگاه های منطقه و گفتمان تحول و نوآوری در فضای دانشگاهی به وجود آمد.

نتیجه گیری: ریفرم آمایش سرزمینی موجب تحول و نوآوری در آموزش گردید و تامین منابع، توسعه امکانات آموزشی و جلب مشارکت اعضای هیات علمی موجب موفقیت در برنامه می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: آمایش سرزمینی، تحول در آموزش علوم پزشکی، نوآوری در آموزش علوم پزشکی

آدرس مکاتبه: دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری

Email: roya.malekzadeh30@Yahoo.com

مقدمه

برای تحقق اهداف توسعه، باید همه منابع اعم از منابع انسانی، اقتصادی و محیطی را با برنامه ریزی به کار گرفت. برنامه ریزی آمایش سرزمین، روند جامعی از برنامه ریزی منطقه ای و بهترین مکمل برای برنامه ریزی کلان و ملی است (۱). چرا که با دیدی وسیع و همه جانبه به فضای ملی نگاه می کند، همه مناطق کشور را از جهات مختلف مورد مطالعه و شناسایی قرار می دهد. سپس بر اساس توانمندی ها، قابلیت ها و استعدادها هر منطقه، نقش و مسوولیت خاصی را به آنها محول می کند. مهمترین خصوصیات آمایش سرزمین، جامع نگری، دوراندیشی، کل گرای، کیفیت گرای و سازماندهی فضای کشور و ابزار اصلی برنامه ریزی و تصمیم گیری های منطقه ای و ملی است (۲). آمایش سرزمین در برنامه های توسعه ای ایران لحاظ شده است (۳). در ماده ۷۷ برنامه چهارم (۴) و ماده ۱۸۹ برنامه پنجم، به منظور هماهنگی و نظارت بر تهیه و اجرای برنامه ها و طرح های توسعه سرزمینی، «شورای آمایش سرزمینی» با مسوولیت معاون برنامه ریزی و نظارت راهبردی رییس جمهور جهت تنظیم روابط نظام یکپارچه برنامه ریزی و مدیریت توسعه سرزمینی تدوین و تصویب گردید (۵). از طرفی سلامت یکی از ارکان مهم توسعه ای جوامع می باشد و نظام های سلامت در تمامی کشورهای جهان از ارکان کلیدی دولت ها به حساب می آید (۶). آمایش منطقه ای نظام سلامت در عرصه سرزمین امکان مشارکت در برنامه های وزارت بهداشت، براساس مزیت ها و استعدادهای منطقه تحت پوشش خود، جذب اعتبارات تخصیص یافته برای برنامه های منطقه ای، امکان رشد و تعالی برای همه دانشگاه ها، پیشبرد بهتر برنامه ها و اهداف هر دانشگاه با هماهنگی با سایر دانشگاه های مستقر در قطب و با توجه به سیاست وزارت بهداشت فراهم می آورد. دانشگاه ها با مشارکت در برنامه های کلان منطقه ای، دایره فعالیت خود را از شهرستان و یا استان مربوطه به منطقه فرااستانی ارتقا خواهند داد و قادرند نیروی انسانی مورد نیاز خود را در کلان منطقه تربیت و سپس بکارگیری نمایند و این موضوع به ماندگاری نیروی انسانی و بومی گزینی کمک شایانی خواهد کرد (۱). تحقق یک نظام ارائه ی خدمات سلامت اثربخش، در دسترس، پایدار و با کیفیت بسیار وابسته به وضعیت نظام آموزش علوم پزشکی و کیفیت

تربیت منابع انسانی در آن می باشد (۷، ۸). نظام آموزش عالی سلامت ایران به واسطه ادغام در نظام ارائه خدمات، ساختار منحصر به فردی دارد (۹). در دهه های اخیر نظام های سلامت در کشورهای مختلف اعم از توسعه یافته و در حال توسعه اصلاحات بسیاری را تجربه کرده اند (۱۰). نظام سلامت ایران در سال های اخیر با تغییراتی مواجه بوده و عواملی از جمله تغییر الگوی بیماریها، ظهور فناوریهای جدید، تغییرات بافت جمعیت و برخی موارد دیگر سبب شده تا دست اندرکاران سلامت کشور با شرایطی روبرو شوند که نیاز به تغییر در حوزه ی آموزش علوم پزشکی کشور را بیش از پیش نمایان می کند (۶). وجود چنین شرایطی ورود نظام آموزش عالی سلامت ایران را به اصلاحات ناگزیر کرده است تا اصلاحات این بخش به عنوان یکی از مهم ترین برنامه های اصلاحات نظام سلامت ایران دنبال شود. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ایران از سال ۱۳۹۳ برنامه تحول بخش سلامت با محوریت درمان و سپس بهداشت را آغاز نمود (۱۱). تحول در نظام آموزشی علوم پزشکی با هدف بهره برداری از ظرفیت های بالقوه موجود در مناطق آمایشی کشور در چارچوب ضوابط سند آمایش سرزمینی مصوبه شورای عالی انقلاب فرهنگی و با تاکید بر اولویت های کشور به عنوان گام چهارم طرح تحول نظام سلامت مطرح گردید. در این راستا سند تحول در نظام آموزش عالی سلامت کشور بر مبنای اسناد بالا دستی از جمله چشم انداز ایران ۱۴۰۴، نقشه جامع علمی کشور، نقشه جامع علمی سلامت و برنامه تحول سلامت تدوین گردید. در ادامه به منظور برنامه ریزی برای تحقق سیاست ها و راهبردهای مندرج در آن، بسته های تحول و نوآوری نظام آموزش عالی سلامت ایران تدوین گردید (۱۲). با توجه به نقش آموزش علوم پزشکی در تحقق اهداف سلامت، تبیین ریفرم آمایش سرزمینی در حوزه آموزش علوم پزشکی به شناسایی نقاط ضعف و قوت آن کمک می نماید. لذا این مطالعه با هدف تبیین ریفرم آمایش سرزمینی و برنامه تحول و نوآوری در آموزش علوم پزشکی در ایران انجام شد. نتایج مطالعه به مسئولان و برنامه ریزان آموزش کشور در شناسایی نقاط قوت و ضعف برنامه و اجرای مطلوب تر برنامه و برنامه ریزان خارج از کشور در بهره مندی از تجربیات ریفرم و اعتلای نظام آموزش پزشکی کمک شایانی خواهد نمود.

روش بررسی

مطالعه‌ی حاضر یک مطالعه مروری حکایتی می‌باشد و با بررسی مقالاتی که از سال ۲۰۰۰ تا پایان سال ۲۰۱۶ میلادی که در زمینه آمایش سرزمینی و تحول و نوآوری در آموزش علوم پزشکی به زبان‌های فارسی و انگلیسی منتشر شده بودند، انجام شد. با استفاده از کلیدواژه فارسی آمایش سرزمینی، تحول در آموزش علوم پزشکی، نوآوری در آموزش علوم پزشکی در عنوان و یا چکیده مقاله در کتب تدوین شده توسط معاونت آموزشی وزارت بهداشت و همچنین در پایگاه‌های اطلاعاتی *Magiran*، *SID*، *Google Scholar*، *Iranmedex*، برای مطالعات فارسی زبان و با کلیدواژه‌های *Territorial Agenda*، *Development in Medical Education*، *Innovation in Medical Education* مقالات به زبان انگلیسی در پایگاه‌های *Google*، *Science direct*، *PubMed*، *Scholar* در زمینه مرتبط جستجو انجام شد. معیار ورود به مطالعه، مقالات پژوهشی، تحلیلی-توصیفی، مداخله‌ای، مروری و متاآنالیز منتشر شده طی سال‌های فوق‌الذکر بود. معیارهای خروج، وجود فقط خلاصه مقاله و مقالات به سایر زبان‌ها در پایگاه‌های اطلاعاتی بود.

یافته‌ها

در جستجوهای به عمل آمده تعداد ۱۷۹۰ مقاله یافت و ۲۴ مقاله معیار ورود به مطالعه داشتند که ۹ مطالعه خارجی و مابقی مطالعات داخلی بودند. مقدمات برنامه آمایش سرزمین در ایران از سال ۱۳۵۵ با انتشار گزارش‌ها و نقشه‌های مرحله پایه آمایش سرزمین آغاز شد. سپس در سال‌های ۱۳۶۳ و ۱۳۶۷ دفتر آمایش سازمان برنامه و بودجه آن برنامه را به روز و اسلامی نموده و در ۵ جلد (حاوی نقشه‌های وضع موجود و خط مشی آینده برای افق ۱۳۸۱) منتشر کرد. در همان سال مرحله دوم آمایش سرزمین شروع شد. هیات وزیران در سال ۱۳۸۶ ضوابط ملی آمایش سرزمین را تصویب نمود (۱-۳). در ماده ۷۷ برنامه چهارم، به دولت اجازه داده شد به منظور هماهنگی در امور عمرانی و توسعه‌های بین استانی نسبت به منطقه بندی کشور از دیدگاه آمایش سرزمین و ایجاد نهادهای هماهنگ کننده و تعیین وظایف

آنها در سطح فرا استانی اقدام نماید. براساس این مصوبه، کشور به ده کلان منطقه تقسیم شد (۴). در ماده ۱۸۹ برنامه پنجم، به منظور هماهنگی و نظارت بر تهیه و اجرای برنامه‌ها و طرح‌های توسعه سرزمینی، «شورای آمایش سرزمینی» با مسوولیت معاون ریزی و نظارت راهبردی رییس جمهور جهت تنظیم روابط نظام یکپارچه برنامه ریزی و مدیریت توسعه سرزمینی تدوین و تصویب گردید (۵). در نظام سلامت ایران، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی مسوول حفظ و ارتقاء سلامت می‌باشد. دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی به عنوان بازوهای اجرایی وزارت بهداشت در کشور بوده و اگر چه نام دانشگاه بر خود دارند ولی رسالت اصلی آنها تامین سلامت منطقه تحت پوشش دانشگاه می‌باشد. غیر از معاونت‌های بهداشت و درمان که بطور مستقیم در این راستا تلاش می‌کنند، معاونت‌های آموزشی و پژوهشی این وزارتخانه نیز در تربیت نیروی انسانی متخصص، برای تامین و ارتقای سلامت جامعه تلاش می‌نمایند (۱). به منظور توزیع عادلانه منابع، ایجاد فرصتهای برابر، استفاده از مزیت‌های منطقه‌ای، تمرکز زدایی و جلوگیری از تجمع امکانات، انتقال قدرت تصمیم‌گیری، مشارکت دانشگاه‌ها در موضوعات ملی و فرااستانی و با توجه به برنامه چهارم و پنجم و مصوبه هیات دولت، وزارت بهداشت موضوع تشکیل کلان منطقه‌ها و یا قطب‌های نظام سلامت را در دستور کار خود قرار داد. براین اساس کشور به ده کلان منطقه تقسیم شد (۱). هر یک از دانشگاه‌های علوم پزشکی با کارکرد ملی، در ناحیه آمایشی مربوط به خود وظایفی را بر عهده دارند. سیاستگذاری و برنامه ریزی آموزشی، ارزشیابی و اعتباربخشی دانشگاه‌های علوم پزشکی مستقر در ناحیه آمایشی و همچنین پیشنهاد کوریکولوم‌های مورد نیاز ناحیه آمایشی، از جمله این مسوولیتها محسوب می‌گردد. در همین راستا ستاد اجرایی سند آمایش در وزارت بهداشت تشکیل شد (۱۳). وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با توجه به شاخص‌های ساختاری و عملکردی دانشگاه‌ها، یکی از روسای دانشگاه‌های منطقه را به عنوان

دستی بر اساس استنباط و تفسیر صورت گرفته، خلاصه شد.

در گام دوم: نسخه اولیه ی برنامه ی جامع نظام آموزش عالی سلامت ایران با استفاده از مدل پانل متخصصان و با مشارکت کارشناسان و صاحب نظران حوزه آموزش پزشکی و مبتنی بر تحلیل اسناد بالادستی کشور مشتمل بر ۱۲ راهبرد کلی تدوین و پس از نظر خواهی از صاحب نظران این حوزه ۳ بار ویرایش در شورای معاونین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تصویب و به دانشگاه های علوم پزشکی و سایر موسسات آموزش عالی سلامت ابلاغ گردید.

در گام سوم: به منظور برنامه ریزی برای تحقق سیاست ها و راهبردهای مندرج در برنامه جامع نظام آموزش عالی سلامت ایران، بسته های تحول و نوآوری بر اساس الگوی IPOCC تدوین و با دریافت بازخورد از صاحب نظران در سطح وزارت خانه و دانشگاه ها پس از سیزده ویرایش، نهایی و آماده اجرا گردید.

همچنین جهت اطمینان از اجرایی شدن برنامه و نظارت و دیده بانی راهبردی بر سیاست های کلان حوزه آموزش، برنامه پایش و نظارت بر روند اجرای بسته های تحول و نوآوری نیز تدوین شد. در کلیه مراحل این فرایند برای جمع آوری داده ها از روش پانل خبرگان در سطح ماکرو استفاده شد. معیار انتخاب خبرگان دارا بودن سوابق کارشناسی و مدیریتی در حوزه آموزش عالی نظام سلامت بود (۱۱).

سیاست های برنامه ی تحول و نوآوری در آموزش علوم پزشکی

در ادامه ۱۲ سیاست و جهت گیری کلی در جهت تحقق مأموریت های محوله به شرح زیر تعریف شد:

۱. نهادینه سازی رو کیرد آموزش پاسخگو در نظام سلامت
۲. گسترش عدالت در آموزش عالی سلامت

مسئول دبیرخانه قطب(منطقه) مربوطه تعیین و تفاهم نامه با روسای هر یک از قطب های ده گانه کشور عقد نمود. همه بخش های وزارت بهداشت این آرایش منطقه ای را به رسمیت شناخته و مقرر شد براساس آن و بتدریج امور مربوط به مناطق را ساماندهی نمایند. در ادامه دبیرخانه فعال و منسجم برای پیگیری امور مربوط به این سند در وزارت تشکیل گردید و برنامه عملیاتی سازی سند مزبور با همکاری سایر مدیران حوزه آموزش تدوین و به دانشگاه ها ابلاغ گردید. مسئولیت پیگیری و نظارت ستادی بر فعالیت های هر منطقه آمایشی به یکی از مدیران ستادی سپرده شد تا با هماهنگی مسئولان منطقه ای، امور مربوطه را به اجرا برسانند (۱۴). جهت یکپارچگی در فرایندهای جاری در دبیرخانه های آمایشی کشور، اساسنامه دبیرخانه های کلان مناطق آمایشی از سوی معاونت آموزشی تدوین و ابلاغ شد. دبیرخانه کلان مناطق آمایشی در دانشگاه مسئول منطقه تشکیل و بطور مستمر با دانشگاه های منطقه از طریق تشکیل جلسات شورای سیاست گذاری در سطح روسای دانشگاه ها و معاونین آموزشی، نسبت به بررسی ظرفیت ها و سیاست های منطقه ای مشارکت نمودند (۱۵).

مراحل تدوین برنامه ی تحول و نوآوری در آموزش علوم پزشکی

تدوین برنامه تحول و نوآوری در آموزش علوم پزشکی در سه گام زیر صورت گرفت:

در گام اول: اسناد بالادستی مهم مرتبط شامل: سند چشم انداز ۲۰ ساله (ایران ۱۴۰۴، اسناد شورای عالی انقلاب فرهنگی، نقشه جامع علمی کشور، نقشه جمع علمی سلامت، سیاست های کلان نظام سلامت و برنامه تحول نظام سلامت توسط ۷ نفر از متخصصان حوزه آموزش علوم پزشکی در سطح وزارتخانه و دانشگاه علوم پزشکی به روش تحلیل محتوی کیفی به دقت مورد بررسی قرار گرفت و از طریق فرایند طبقه بندی منظم، داده های خام مرتبط با حوزه ی آموزش پزشکی در متن اسناد بالا

به منظور پیشبرد این سیاست های ۱۲ گانه، که خط مشی کلی حرکت به سمت چشم انداز ۱۴۰۴ را در حوزه آموزش عالی سلامت تعیین می کنند، راهبردهای کلان آموزش عالی حوزه ی سلامت برای سیاست(۶۸ راهبرد) و همچنین ترجمان این سیاست ها در برنامه تحول نظام سلامت تدوین شد(۱۴).

مدل تدوین برنامه ی تحول و نوآوری در آموزش

علوم پزشکی

سپس به منظور برنامه ریزی برای تحقق سیاست ها و راهبردهای توسعه نظام آموزش عالی سلامت، در گام سوم بسته های تحول و نوآوری تدوین گردید تا بر اساس آن برنامه های عملیاتی و پروژه ها اجرا گردند. این بسته ها بر اساس الگوی *IPOCC* سازماندهی شدند(۱۴). (شکل ۱)

۳. توسعه دانش های نوین با تا یکد بر حیطه های میان رشته ای و تمرکز بر علوم و فناوری های نوین
۴. حضور در عرصه های آموزشی منطقه ای و جهانی
۵. شبکه سازی در نظام آموزش عالی سلامت
۶. ساماندهی بیمارستانها و مراکز آموزشی درمانی
۷. نهادینه سازی اخلاق حرفه ای
۸. بهره مندی از فناوری های نوین در آموزش عالی سلامت
۹. ارتقاء منابع انسانی بخش آموزش عالی سلامت
۱۰. تمرکز زدایی در نظام آموزش عالی سلامت
۱۱. خلق ثروت دانش بنیان در عرصه آموزش عالی سلامت
۱۲. تولید و بومی سازی شواهد معتبر علمی برای ارتقاء آموزش عالی سلامت (آموزش پژوهی)



شکل ۱- مدل برنامه ریزی عملیاتی *IPOCC* (۶)

عملیاتی در جهت تحقق سیاستهای کلان دوازده گانه مندرج در برنامه جامع، تلاش گردید تا بسته های عملیاتی مبتنی بر اجزای این مدل سازماندهی شوند. برنامه های موجود در معاونت و برنامه هایی که باید در آینده تدوین گردند تحت عنوان بسته های محتوا محور، ورودی های سیستم را تأمین می کنند. اقداماتی که به منظور پیاده سازی و گسترش این برنامه ها مورد توجه هستند تحت عنوان بسته های فرآیند محور طبقه بندی شدند. مجموعه این ورودی و این فرآیند در نهایت منجر

بر اساس این مدل برنامه ریزی، هر نظامی دارای یک ورودی بود که با پیاده سازی سلسله فرآیندهایی بر روی ورودی ها، خروجی موردانتظار سیستم حاصل می شود. برخی اقدامات در این الگو در پس زمینه همه اقدامات و گامها قرار دارند و بر روی همه بخشهای نظام سایه می افکنند که از این اقدامات با عنوان *context* یاد می شود(11, 14). اقدامات نظارت، ارزیابی و کنترل بر کلیه فرآیندها و بخشهای نظام حاکم می باشد. با این ترتیب به منظور پوشش همه ابعاد این الگو و سازماندهی اقدامات

آموزشی به عنوان بسته های زمینه ای مد نظر قرار گرفتند. اقدامات مرتبط با سنجش و اعتباربخشی نیز با توجه به ماهیت خود به عنوان بسته های نظارت و ارزیابی محور معرفی گردیدند (۱۴) (جدول شماره ۱).

به تحقق بسته خروجی محور آموزش خواهد شد که همانا بسته آموزش پاسخگو و عدالت محور شامل محصولات، تولیدات و خدمات مرتبط است. در این میان اقدامات مرتبط با اعتلای اخلاق حرفه ای و همچنین عدالت

جدول شماره ۱. سازماندهی بسته های تحول و نوآوری بر مبنای الگوی IPOCC

آینده نگاری و مرجعیت علمی در آموزش پزشکی توسعه راهبردی، هدفمند و مأموریت گرای برنامه های آموزش عالی سلامت ارتقاء سنجش و آزمونها (بخش مربوط به گزینش دانشجویان تحصیلات تکمیلی)	بسته های محتوا محور (تأمین برنامه های ورودی)
بین المللی سازی آموزش پزشکی مجازی سازی آموزش پزشکی آمایش سرزمینی، تمرکززدایی و توانمندسازی دانشگاه ها	بسته های فرآیند محور
آموزش پاسخگو و عدالت محور	بسته های خروجی محور
اعتلای اخلاق حرفه ای حرکت به سمت دانشگاه های هزاره سوم توسعه و ارتقاء زیرساختهای آموزش پزشکی آموزش پاسخگو و عدالت محور (بخش عدالت محوری)	بسته های زمینه ای
ارتقاء سنجش و آزمونهای علوم پزشکی اعتباربخشی مؤسسات و مراکز آموزش عالی سلامت	بسته های نظارت و ارزیابی محور

نسخه مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تلقی و به دانشگاه های علوم پزشکی و سایر مؤسسات آموزش عالی سلامت ابلاغ گردید. (۱۲) همچنین علاوه بر بسته های فوق بصورت مشترک تمام کشور و به منظور مأموریت محور نمودن دانشگاه های علوم پزشکی و مناطق آمایشی با توجه به اسناد بالادستی و تحلیل برنامه های نظام سلامت و بار بیماری ها و بر اساس ظرفیتهای موجود در دانشگاه های علوم پزشکی و مناطق آمایشی، حدود ۵۰ مأموریت ویژه استخراج و برای تحقق به مناطق کشور و اسپاری گردید (۱) به منظور برنامه ریزی برای تحقق

البته با توجه به ماهیت محتوایی این بسته ها، همپوشانی هایی نیز میان آنها وجود دارد و خط کشی کامل میان آنها چندان منطقی به نظر نمی رسد. برای مثال، بسته آموزش پاسخگو و عدالت محور به عنوان خروجی نظام آموزش مدنظر است اما عدالت می تواند به عنوان بسته زمینه ای نیز در کنار اخلاق پزشکی زمینه تحقق اهداف را فراهم آورد (۱۴). پس از طی مراحل پیشگفت، سند برنامه تحول و نوآوری در آموزش علوم پزشکی کشور در قالب ۱۱ بسته و یک برنامه پایش تدوین گردید که در مجموع ۴۶ محور مختلف برای طراحی، پیاده سازی و رصد برنامه تحول در آموزش پزشکی را در بر می گیرد. این ویرایش به عنوان

آموزش و رصد شاخص های تحول و نوآوری آموزش (۱۱) بسته مشترک) توجه نمود و عملکرد دانشگاه ها در سامانه اتنا به دانشگاه ها بازخورد داده شد (۱۶). همچنین برنامه عملیاتی پیاده سازی برنامه تحول و نوآوری آموزش در قالب سامانه HOP (برنامه عملیاتی سلامت) تعیین و به دانشگاههای کشور ابلاغ گردید. علاوه بر معاونت آموزشی سایر معاونت ها نظیر درمان، بهداشت، غذا و دارو، توسعه نیز در سراسر کشور در این سامانه گزارش فعالیت ها و عملکرد خود را ثبت نمودند. به منظور آشنایی و همراهی دانشگاه ها با این برنامه، جلسات مشترکی در هر یک از کلان مناطق با حضور دانشگاه های منطقه برگزار گردید. علاوه بر امکان مشاهده دانشگاهی درصد پیشرفت برنامه، عملکرد دانشگاههای منطقه، به سرپرست کلان منطقه اعلام می گردد تا ضمن اطلاع از وضعیت دانشگاه های منطقه نسبت به طرح موضوع در جلسات تخصصی معاونت های منطقه اقدام نماید. بسیاری از برنامه ها که قبل از تقسیم بندی آمایشی توسط وزارت انجام می شد به دانشگاههای قطب تفویض گردید تا بهره گیری از ظرفیت های منطقه نسبت به مدیریت و اجرای موثر تر آن اقدام نمایند.

بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر به تبیین ریفرم آمایش سرزمینی، تحول و نوآوری آموزش عالی سلامت در ایران می پردازد. بر اساس نتایج مطالعه حاضر نشان می دهد که اصلاحات آموزش عالی سلامت به دنبال بهره گیری از فرصت ها و مزیت ها برنامه آمایش سرزمینی ایران می باشد. کشور ها به دلایل مختلفی به انجام اصلاحات در نظام سلامت خود اقدام می نمایند (۱۷). اسماعیل زاده و همکاران معتقدند (۲۰۱۳) در ایران اصلاحات اخیر نظام سلامت در قالب طرح تحول نظام سلامت علاوه بر پاسخ به مشکل، به دنبال استفاده از فرصت و در جهت دستیابی به چشم انداز ایران ۲۰۲۵ می باشد (۱۸). همچنین پورعباسی و همکاران (۲۰۱۷) نشان دادند، اگر چه تحول نظام آموزش عالی سلامت در ایران دستاوردهای زیادی داشته است. اما همچنان با چالش ها و دغدغه های مهمی مواجه است. لذا برنامه تحول و نوآوری حوزه آموزش عالی نظام سلامت ایران در جهت رفع این چالش ها و ایجاد زمینه ی

سیاستها و راهبردهای مندرج در بسته های تحول، برنامه عملیاتی توسط وزارت و با بهره جویی از نقطه نظرات دانشگاههای کشور در سه سطح وزارت بهداشت، منطقه و دانشگاه تدوین تا بر اساس آنها فعالیت ها و پروژه های سالانه اجرا گردند (۱۴).

پایش و نظارت بر روند اجرای بسته های تحول و نوآوری در آموزش علوم پزشکی

به موازات عملیاتی سازی بسته های تحول و نوآوری، فرایند پایش و ارزیابی به منظور رصد پیاده سازی فرایندها و تحقق اهداف بسته ها اجرا گردید. این فرایند تحت عنوان برنامه پایش و ارزیابی بسته ها ناظر به سیاست های دوازده گانه برنامه جامع آموزش عالی سلامت می باشد و کلیه سطوح برنامه ریزی را شامل خواهد شد. طراحی و پیاده سازی مدل جامع و ادغام یافته و سامانه ارزیابی و نظارت بر فعالیت دانشگاه ها در راستای تحقق سیاست های دوازده گانه برنامه و طراحی و پیاده سازی طرح رتبه بندی آموزشی دانشگاه ها از جمله سیاست های برنامه بود (۱۴). تقویت روحیه ماموریت گرایی در دانشگاههای علوم پزشکی کشور، همسوسازی ظرفیت های دانشگاهها و قطب های دانشگاهی در جهت اهداف کلان آموزشی پزشکی کشور، ارائه بازخورد های به هنگام جهت ارتقاء عملکرد دانشگاهها، ایجاد بانک داده متمرکز از مجموعه رخدادهای منتهی به آموزش در دانشگاه های علوم پزشکی کشور و اتصال آن به بانک داده های موجود در زیر مجموعه های وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ایجاد داشبورد اطلاعاتی برای مدیران ارشد دانشگاهی و ستاد وزارتی برای رصد بر خط فعالیت های آموزشی دانشگاه از اهداف این بسته می باشد (۱۵). ماموریت طراحی و پیاده سازی سامانه ارزیابی و نظارت بر فعالیت دانشگاه ها در راستای تحقق بسته های تحول به یکی از دانشگاه های علوم پزشکی واگذار گردید (۱۳). فاز اول پایش و ارزیابی بسته های تحول، متمرکز بر ثبت و ارزیابی فرآیندی بسته ها شده و سامانه اتنا (ارزیابی تحول و نوآوری آموزش) به عنوان ابزار این پایش ناظر به ۴ فرایند پایش شکل گیری و استقرار و عملکرد دبیرخانه مناطق آمایشی، پایش جلسات مرتبط، مکاتبات و مراسلات و تدوین برنامه طراحی گردید. این برنامه در فازهای بعدی اتنا به رصد ماموریت های ویژه تحول و نوآوری آموزش، ثبت فعالیت نوآورانه تحول و نوآوری

مناسب برای ارتقاء کمی و کیفی آموزش عالی در حوزه سلامت این کشور طراحی شد (۱۱)

با توجه به مطالعه حاضر این برنامه با هدف ارتباط و تعامل بین دانشگاههای منطقه و ایجاد گفتمان تحول و نوآوری در دانشگاه ها ایجاد گردید. *Du Preez* (۲۰۱۶) بیان داشت، مفهوم تحول در نظام آموزش عالی یک مفهوم سیال، قابل توسعه و پیچیده است که می توان آن را از طریق بازاندیشی نیروهای داخلی و بیرونی مؤثر بر آموزش عالی و تجارب ناشی اجرای طرح تحول و نوآوری مورد بازنگری یا توسعه قرار داد (۱۹). *Garrison* (۲۰۰۹) اجرا طرح تحول و نوآوری در آموزش پزشکی را یک شیف پارادایم در نظام آموزش عالی سلامت مطرح نمود. (۲۰). *Eckel* (۲۰۰۳) نیز بیان می دارد که در هر سازمان (دانشگاه) عواملی نظیر تیم های آکادمیک بین بخشی و آموزش کارکنان، روند ایجاد و پذیرش تحول و تغییرات را تسهیل می نمایند (۲۱). با توجه به مطالعه حاضر، جهت تدوین برنامه تحول و نوآوری آموزش با توجه به اسناد بالادستی و بهره گیری از نقطه نظرات متخصصین و جلب مشارکت معاونین آموزشی دانشگاه های علوم پزشکی کشور از مدل *Ipooc* استفاده گردید. نصیری پور و همکاران (۲۰۰۸) در مطالعه خود به الزام وجود مؤسسات یا مشاوران تخصصی و تیم برنامه ریزی جهت تهیه برنامه و تعیین اهداف تأکید نموده اند و پیشنهاد نمودند که برنامه های بخشی و استانی باید با مشارکت صاحب نظران، بخش خصوصی و ذینفعان تهیه شود (۲۲). همچنین رئیسی و همکاران (۲۰۰۷) نیز مشارکت همه سطوح در تهیه برنامه ها را مورد تأکید قرار داده اند (۲۳). کیریگیا و همکاران (۲۰۰۴) نیز در پژوهش خود بر وجود اهداف اختصاصی، مقاصد و نتایج مورد انتظار در برنامه های عملیاتی تأکید و عنوان نمودند که پس از ابلاغ سیاستهای کلی به همراه دستورالعمل و فرجه زمانی جهت تدوین برنامه ها مدیران سطوح عملیاتی باید برای کارکنان خود جلسات آموزشی متعدد برگزار و آنان را توجیه و با مشارکت آنان مقاصد برنامه ها را تدوین نمایند (۲۴).

همچنین پور عباسی و همکاران (۲۰۱۷) بیان نمودند که تجزیه تحلیل اسناد بالادستی این امکان را فراهم می سازد تا نگرش حاکمیتی به حوزه آموزش عالی سلامت، ارزیابی شود و راهبردهایی تدوین شود که در جهت نیل به اهداف بالادستی کشور باشد. (۱۱). در مطالعه حاضر نیز به کار تیمی و بهره گیری از نقطه نظران ذینفعان و متخصصان در تدوین برنامه توجه گردیده است. به همین دلیل برنامه سه بار

ویرایش و سپس جهت اجرا به دانشگاه های منطقه ابلاغ گردیده است، همچنین ماموریت های ویژه نیز بر مبنای نظرات و ظرفیت های دانشگاه های هر کلان منطقه تنظیم و اجرا می شود که همگی بر مشارکت دانشگاه ها در برنامه تأکید می نماید. با توجه به نتایج پژوهش علیرغم تلاش ها در زمینه اجرای برنامه تحول در آموزش، محدودیت هایی در اجرای موثر و مطلوب برنامه در کشور وجود داشت. عدم بهره گیری از نقطه نظرات و مشارکت دانشجویان بعنوان ذینفعان آموزش علوم پزشکی در اجرای برنامه و عدم تفویض مناسب اختیارات می باشد. آقازاده در پژوهش خود (۲۰۰۳) بیان می دارد، مدل های برنامه ریزی با بررسی محیط خارجی و داخل سازمان، فرصتها و تهدیدهای محیطی و قوتها و ضعفهای داخلی را شناسایی می کند و با در نظر داشتن ماموریت سازمان، اهداف بلندمدت برای سازمان تنظیم می کند (۲۵). خیری و همکاران، برقراری ارتباط مؤثر با ذینفعان و همچنین اطلاع رسانی به مخاطبان، یکی از مهمترین عوامل دخیل در استقرار اثربخش سیاستها و تحقق اهداف اسناد سیاستی در حوزه های مختلف بر شمرند (۶). همچنین پورعباسی و همکاران (۲۰۱۷) محدودیت در مشارکت کلیه ذینفعان موضوع نظیر جامعه و گروه های دانشجویی را بعنوان محدودیت های تدوین روش بسته تحول و نوآوری در بخش آموزش علوم پزشکی اشاره نمود (۱۱). یکی از دلایل این موضوع نداشتن سازوکار مشخص در بخش سلامت برای مشارکت چنین گروه هایی می باشد. جوکار (۲۰۱۷) در پژوهش خود بیان داشت، محدودیت در منابع انسانی، محدودیت در منابع مالی، ضعف در زیرساخت های نرم افزاری و ابهام در شیوه اجرای برخی دستورالعمل ها پس از تفویض به کلان مناطق نیز از دیگر محدودیت های اجرای برنامه می باشد. در راستای تداوم طرح تحول و نوآوری در آموزش علوم سلامت، علاوه بر پیگیری برنامه عملیاتی مرتبط به بسته های تحول، چالش های برنامه که می بایستی از این پس مورد توجه قرار گیرند (۲۶). *Mader* (۲۰۰۷) معتقد است که مورد توجه قرار ندادن این چالش ها، می تواند موفقیت در اجرای برنامه را با خطر مواجه ساخته و به شکل گیری نیروهای سدکننده تغییر کمک می شود (۲۷). با توجه به نتایج مطالعه حاضر یکی از چالش های برنامه، تامین و تخصیص پایدار و هدفمند منابع مالی می باشد. علاوه بر تامین منابع پایدار به توزیع هدفمند و متناسب با وظایف واسپاری شده و میزان پیشرفت برنامه ها توجه جدی صورت گیرد. در مطالعه اولیا

منش و همکاران (۲۰۱۵) بر اجرای دقیق و صحیح قوانین مصوب، تأمین مالی به موقع در اصلاحات نظام سلامت تاکید گردید (۲۸). همچنین حیدریان و وحدت (۲۰۱۵) بر پایداری منابع و بستر لازم که بایستی از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و صندوق های بیمه ای و درمانی کشور به منظور بالا بردن سطح کیفیت ارائه مطلوب خدمات به سرعت فراهم شود تاکید نمودند (۲۹). از دیگر چالش های برنامه، عدم استقبال وزارت علوم و دانشگاه آزاد اسلامی از ضوابط اجرایی سند گسترش جغرافیایی آموزش عالی سلامت در چارچوب ظرفیت های آمایش سرزمینی می باشد.

آمایش سرزمینی برنامه تحول و نوآوری در آموزش علوم پزشکی موجب تقویت تعامل و ارتباط هدفمند بین دانشگاه های منطقه و ایجاد گفتمان تحول و نوآوری آموزش در فضاهای دانشگاهی گردید. از ظرفیت ها و پتانسیل های بالقوه موجود در هر یک از این دانشگاه های منطقه می توان در ایجاد مزیت های منطقه ای استفاده نمود. همچنین پیشنهاد می گردد جهت تداوم و استمرار برنامه به تقویت زیر ساخت های آموزشی، تامین منابع پایدار، توانمندی و ایجاد انگیزه در اعضای هیات علمی جهت مشارکت بیشتر در برنامه توجه نمود. محدودیت پیشینه پژوهشی در ایران از محدودیت های این مطالعه مروری بود. نتایج حاصل از انجام تحقیقات مشابه می تواند در شناسایی نقاط قوت و ضعف برنامه و تسری برنامه به سایر حوزه ها مورد استفاده قرار گیرد و به برنامه ریزی جهت اجرای مطلوب تر برنامه و اعتلای نظام آموزش پزشکی کمک شایانی نماید؛ بنابراین انجام بیشتر مطالعات در خصوص آمایش سرزمینی تحول و نوآوری در آموزش علوم پزشکی در زمینه ها و بسته های مختلف برنامه ضروری به نظر می رسد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از حمایت های معاون و مدیران معاونت آموزشی و همکاران دبیرخانه کلان منطقه یک کشور که در انجام پژوهش یاری نمودند، نهایت تشکر را دارند.

References

1. Mission in medical science education in the form of transformational packages in medical education: Tehran: . [deputy of the Ministry of Health and Medical Education, Research and Development Unit; 2015 . [In Persian
2. Khanifar h. The concept of land preparation and its usages in Iran. *Town And Country Planning*. 2010;2(2):5-26.
3. Ghorchian N, Jamshidi Alvanaky M. From Territorial Agenda to Curriculum Planning. Tehran: Farashenakhti Andisheh; 2006. [In Persian.]
4. The Law of the Fourth Plan of Economic ,Social and Cultural Development of the Islamic Republic of Iran. Tehran: Management and Planning Organization; 2004. [In Persian.]
5. Five years development program of the Islamic Republic of Iran. Tehran: Management and Planning Organization; 2011. [In Persian.]
6. Kheiry Z, Akbari H, Naghavi Alihosseini SS, Pourabbasi A. Using media in implementation of packages for reform and innovation in medical education; practical experience. *Teb Va Tazkiey*. 2017;26(1):51-8.
7. Choudhury PK. Role of Private Sector in Medical Education and Human Resource Development for Health in India: Institute for Studies in Industrial Development; 2014.
8. Dussault G, Dubois C-A. Human resources for health policies: a critical component in health policies. *Human resources for health*. 2003;1(1):1.
9. Biglar M, Bastani P. The challenges of stewardship in medical education system: A qualitative approach. *Journal of Payavard Salamat*. 2013;7(4):299-311.
10. Abedi G, Malekzadeh R, Amir Khanlou A. Assessment of Resident Physician Program: A Case Study of Mazandaran. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2018;27(157):181 - 93.
11. Pourabbasi A, Haghdoost A, Akbari H, Kheiry Z, Dehnavieh R, Noorihekmat S, et al. packages for reform and innovation in medical education in Islamic Republic of Iran ;A Coneptual Framework. *Teb Va Tazkiey*. 2017;26(1):45-50.
12. Pourabbasi A, Heshmat R, Rajabi F, Heidarzadeh A, Aghai meibodi HR, Ghomian Z. comprehensive health higher education plan, a model for plicy making in health higher educaion in ministry of health in Iran. *Iranian Journal of Medical Education*. 2015;15:61-3.
13. Development and innovations packages in medical science education, report of major activities from May to 2015. Tehran: Deputy Director of Ministry of Health and Medical Education; 2015.
14. Evolution and Innovations Packages in Medical Sience Education. Tehran: Education Deputy of the Ministry of Health and Medical Education; 2015. [In Persian.]
15. The successful experiences of the universities of medical sciences of the country in the course of the program on the development and innovation of medical education, the meeting of deputy heads of medical universities of the country. Tehran: Deputy of Education Ministry of Health and Medical Education; 2015
16. The Profile of the Performance of Medical Universities in the Fields of Evolution and Innovations Packages in Medical Education Education. Ministry of Health and Medical Education; 2017. [In Persian.]
17. Berman P, Bossert T. A decade of health sector reform in developing countries: what have we learned. Washington, UNAID. 2000.
18. Esmailzadeh H, Rajabi F, Rostamigooran N, Majdzadeh R. Iran health system reform plan methodology. *Iranian journal of public health*. 2013;42(Supple1):13.
19. du Preez P, Simmonds S, Verhoef AH. Rethinking and researching transformation in higher education: A meta-study of South African trends. *Transformation in Higher Education*. 2016;1(1):1-7.
20. Garrison DR, Akyol Z. Role of instructional technology in the transformation of higher education. *Journal of Computing in Higher Education*. 2009;21(1):19.
21. Eckel PD, Kezar A. Key strategies for making new institutional sense: Ingredients to higher education transformation. *Higher Education Policy*. 2003;16(1):39-53.
22. Nasiripour A, Tabibi S, Raeisi P, AMIRI M .Designing an operational planning model for level-one iranian primary health care systems. 2008.
23. Raeissi P, Nasiripour A. Management development in health care setting: A training model for hospital managers. *Journal of Research in Health Sciences*. 2.55-42:(2)7;007
24. Kirirgia J, Sambo L, Agu V, Lambo E. How to develop an operational plan for health. *East African medical journal*. 2001;78(3):14-9.
25. H. A. Comparative Study of Strategic Planning Models. *Tadbir*. 2003;14(140).

26. Jokar F, Yamani N. Innovative medical education reform at the University of Medical Sciences: readout experience. *Iranian Journal of Medical Education*. 2017;17:143-6.
27. Mader C, Scott G, Abdul Razak D. Effective change management, governance and policy for sustainability transformation in higher education. *Sustainability Accounting, Management and Policy Journal*. 2013;4(3):264-84.
28. Oliamanesh A, Rashidian A, Takian A, Hamaei Rad A, Zandian H. The effect of targeted subsidies law and health development plan based equity index of household health costs. *Criticism of the government in health XI; Tehran 2015*. [In Persian.]
29. Heidarian N, Vahdat S. The impact of implantation of Health Care reform plan in patients pay out of pocket in selected Public hospitals in Isfahan. *journal of medical council of islamic republic of iran*. 2015;33(3):187-94.

Territorial Agend Reform and Development and Innovation in Medical Education in Iran.

Qasem Abedi 1, Roya Malekzadeh * 2, fereshteh araghian mojarad 3, Afshin Amir Khanlou 4

1. Faculty member, Health Sciences Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.

2. Ph.D. student of Health Services Management, Vice-Chancellor of Education, Mazandaran University of Science and Technology, Sari, Iran.

3. Ph.D. Nursing, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.

Abstract

Background and Aim: Regional territory of the health care system in the field of the country provides the opportunity to the participation in the programs of the Ministry of Health based on the advantages and talents of the region and enables the programs to be improved further. The purpose of this study is to explain the reform of territorial planning, transformation and innovation in higher level of education in Iran.

Materials and Methods: Using keywords from the articles' title or abstract in books prepared by the Educational Deputy of the Health Ministry and from the databases like Magiran, SID, Iranmedex, Google Scholar for studies in Persian from 1380 to 1395. English articles with Keywords "Territorial planning, Transformation in medical science education, Innovation in medical science education" were searched in PubMed, Science direct, Google Scholar between 2000 and 2016.

Results: This search initially found 1790 articles, in which there were only 22 articles, and 7 books having inclusion criteria. Nine of them were English and the rest were Persian. The results showed that universities from every metropolitan area interacting with each other, conducted Health Ministry policies. The Comprehensive Education Program contained 12 general policies and orientations. In order to conduct it, 11 packages for developing and innovating in medical education along with a monitoring program were developed. In other countries with the implementation of a targeted inter-university interaction program, transformation and innovation arose in the environment of academic places.

Conclusion: Regional territory reform leads to Transformation and innovation in medical education and also providing resources, expanding educational opportunities and attracting faculty members' contribution will make the program be successful.

Keywords: Territorial Agenda, Development in Medical Education, Innovation in Medical Education