نشریه علمی‌پژوهشی فرهنگستان علوم پزشکی
سال دوم، شماره چهارم، زمستان ۹۷، صفحات ۴۴۹ تا ۴۶۱

دستاوردهای چهل ساله انقلاب اسلامی در حوزه سلامت و تربیت نیروی انسانی پزشکی: راهبردهای ادغام آموزش پزشکی در نظام ارائه خدمات سلامت

نویسندگان:
فریدون عزیزی[۱]، سیدعلیرضا مرندی[۲]

چکیده

زمینه و هدف: پس از انقلاب شکوهمند اسلامی ایران در سال ۱۳۵۷، دو تغییر عمده در نظام سلامت کشور رخ داد: یکی تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دیگری تأسیس شبکه بهداشتی درمانی کشور. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی عهده‌دار کلیه وجوه سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، رهبریت، تولیت، نظارت و ارزشیابی خدمات سلامت است و در عین حال تربیت و آموزش نیروی انسانی سلامت را در یک سیستم جامعه ارائه خدمات بهداشتی به عهده دارد و این ساختار سلامت کشور را تشکیل می‌دهد.

روش: از روش مطالعه کتابخانه‌ای و ثبت تجربیات شخصی نویسنده استفاده شده است.

یافته‌ها: از سال ۱۳۵۷ تا ۱۳۹۴، تعداد دانشکده‌های پزشکی، دندانپزشکی و داروسازی ایران به ترتیب از ۷ به ۷۲، ۳ به ۱۹ و ۳ به ۲۱ افزایش یافت و تعداد پذیرش دانشجویان گروه پزشکی نیز در این فاصله زمانی از سالیان ۱۳۸۷ به ۴۴۰۴۰ ارتقا پیدا کرد. برنامه‌های دکترای تخصصی PhD و فوق تخصصی بالینی که وجود نداشتند، پس از انقلاب تاسیس شده و امروز در این رشته‌ها به ترتیب ۲۶۸ و ۳۵۰ نفر سالیانه وارد می‌شوند. این ارتقای کمی با بهبود قابل‌توجهی در کیفیت آموزش، خدمات بالینی و نیز افزایش بی‌نظیر در فعالیت‌های تحقیقاتی کشور همراه بوده است.

نتیجه‌گیری: ادغام آموزش پزشکی در نظام خدمات سلامت کشور، استراتژی مناسب و اقتصادی برای ارتقای سلامت است و نقطه عطفی در بهبود آموزش گروه پزشکی برای پاسخگویی مناسب برای سلامت در جمهوری اسلامی ایران تلقی می‌شود.

کلیدواژه‌ها: آموزش پزشکی، ارائه مراقبت‌های بهداشتی، ارتقای سلامت، ایران، نیروی کار بهداشت و درمان

مقدمه

در تاریخ ایران پیاپی نگاشته شده است که تمدن ایرانیان باستان در محتوای فکری روزگاران قدیم جزو معدود افتخارات تاریخ بشر بوده است. در این تاریخ نقطه عطفی حاصل شد و آن ظهور دین مبین اسلام بود که دانشمندان ایرانی را با عمق علوم انسانی آشناتر کرد و آنان را در زمینه‌های مختلف علمی شهره جهانیان ساخت. عوامل و شرایط زمانی و فرهنگی آن زمان که چنین رشد خارق‌العاده‌ای را باعث شد، عبارت بودند از: وجود منابع پزشکی به عنوان پشتوانه علمی، انگیزه و پیدایش علاقه به بالندگی، فرهنگ غنی و فراهم‌آوری مفاهیم برای یادگیری بهتر و بیشتر، تلاقی مکتب‌های مختلف علم طب و گسترش اشراف علمی در گستره پزشکی.

ظهور استعدادهای درخشان در علم طب نظیر رازی، ابوعلی سینا و جرجانی در قرون سوم تا هشتم هجری شمسی، پیشرفت‌های پزشکی را در ایران و جهان سبب شد. ابوعلی‌سینا

۱. استاد ممتاز دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، پژوهشکده علوم غدد درون‌ریز و متابولیسم
۲. استاد ممتاز دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، فرهنگستان علوم پزشکی

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-16]

اولین کتاب مرجع بالینی جهان را نگاشت و این کتاب و کتب سایر دانشمندان ایرانی برای سال‌های متمادی در کشورهای دیگر جهان برای آموزش پزشکان به کار می‌رفت. ترجمه کتاب قانون ابوعلی سینا در قرون ۱۲ و ۱۶ میلادی به ترتیب جمع‌آوری و نیز ترجمه شد و برای تدریس دانشجویان پزشکی در کشورهای مختلف اروپایی مورد استفاده قرار گرفت.

حمله ویرانگر مغول به سرزمین‌های اسلامی بسیاری از منابع علمی و نیروی انسانی فرهیخته را از بین برد. پس از این حمله وحشیانه به سرزمین‌های تمدن و علم، کمتر از یک دهم از متون علمی باقی ماند. دوران زوال سلطه مغول همراه با بریده شدن دانشمندان از چشمه غنی دوران گذشته، دوران خمودگی و کاهش فعالیت علمی بود. پس از پیاده شدن مغولان از زین اسب، اگرچه آغازی نوین در فعالیت‌های علمی دیده شد، لیکن عصر انفجار علم و دانش مغرب زمین، طب کشور ما را در فاصله بعیدی از پیشرفت‌های روز قرار داد.

در قرن ۱۱ هجری شمسی با نفوذ انگلستان و روسیه به کشور ایران، حضور پزشکان خارجی به خصوص انگلیسی‌ها در دربار قاجاریه و عدم وجود سازمان‌های مشخصی برای تصدی مسایل مربوط به بهداشت و درمان سبب شد که تصمیم‌گیری‌ها در مورد مسایل بهداشتی درمانی زیر نفوذ بیگانگان انجام شود. مطالب مربوط به طب جدید به‌تدریج مورد توجه قرار گرفت و با شروع به کار مدرسه طب در دارالفنون در سال ۱۲۲۸ و اعزام دانشجو برای تحصیل طب به اروپا، بتدریج پزشکی جدید جایگزین طب قدیم شد.

تاریخچه آموزش عالی پزشکی در ایران از دارالفنون تا تأسیس وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۱۳۶ سال به طول انجامید. طی این مدت، آموزش پزشکی دچار تحولات عظیم کمی و کیفی شده است. جدول ۱ سیر تاریخی آموزش عالی پزشکی را در ۱/۵ قرن اخیر نشان می‌دهد.

در نیمه اول قرن ۱۴ هجری شمسی، با شکل‌گیری دانشکده‌های گروه پزشکی به سبک نوین و بازگشت فارغ‌التحصیلان ایرانی از دانشگاه‌های عمده بین‌المللی، رشد فزاینده‌ای در تولید نیروی انسانی و بتدریج توسعه دوره‌های تخصص پزشکی حاصل شد. بنابراین توسعه کمی‌وکیفی آموزش پزشکی نتوانست با رشد

جدول ۱ ـ **سیر تاریخی آموزش عالی پزشکی در ۱۵۰ سال اخیر: از تأسیس دارالفنون تا تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۲۲۸ تا ۱۳۶۴ ه.ش)**

مؤسسه یا وزارت	سال تأسیس (ه. ش)
دارالفنون	۱۲۲۸
وزارت علوم	۱۲۳۲
وزارت معارف، اوقاف و صنایع مستظرفه	۱۲۸۸
وزارت فرهنگ	۱۳۱۹
وزارت آموزش و پرورش	۱۳۴۳
وزارت علوم و آموزش عالی	۱۳۴۶
وزارت فرهنگ و آموزش عالی	۱۳۵۷
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	۱۳۶۴

سریع اطلاعات پزشکی، توسعه رشته‌های تخصصی و فوق تخصصی در جهان هماهنگ شود و از طرف دیگر کمبود نیروی انسانی پزشکی را تکافو کند. کیفیت آموزش بالینی با یاری و حضور استادان بالینی مجرب در سطح مطلوب بود ولی آموزش‌های پایه و پاراکلینیک و نیز تحقیقات پزشکی با کاستی‌های عمده‌ای همراه بود.

ستاد انقلاب فرهنگی که به دستور امام خمینی (ره) در سال ۱۳۵۹ هجری شمسی تشکیل شد، رسالت بازبینی و تدوین برنامه‌های دانشگاهی را به عهده داشت. در شاخه پزشکی ستاد که مسئولیت آن به اینجانب محول شده بود، تعدادی از استادان دانشگاه‌ها مانند آقایان دکتر سید علیرضا مرندی، دکتر محمدرضا کلانترمعتمدی، دکتر هدایتا... الیاسی و صاحبنظران و خبرگان سلامت مانند آقایان دکتر پیله‌وری، دکتر شادپور و دکتر وکیل و نیز نمایندگان دانشجویان پزشکی مانند خانم دکتر مرضیه دستجردی و دکتر حسینعلی جلوه‌مقدم، دکتر ابوالحسنی و دانشجوی شهید توکلی حضور داشتند. شاخه پزشکی ستاد انقلاب فرهنگی به منظور کسب نظر همه استادان و صاحب نظران فراخوان داد و بیش از ۲۰۰ نوشته با حجم از یک صفحه تا نظرات مفصل دریافت کرد و همه آنها را در جلسات شاخه پزشکی و حضور استادان و صاحبنظران مدعو و ... امکان‌پذیر بود با حضور نویسنده طرح مورد بررسی قرار داد. بررسی شاخه پزشکی ستاد طی سال‌های ۱۳۵۹ تا ۱۳۶۱ یافته‌های زیر را ارائه کرد:

۱. برنامه‌های آموزشی بسیار ناهمگون است و اختلاف بین برنامه‌های آموزش پزشکی در دانشکده‌های مختلف پزشکی کشور به بیش از ۵۰ درصد می‌رسد. برخی از دانشکده‌های نوپا

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-16]

که در سال‌های ۵۳ به بعد تأسیس شده‌اند فاقد برنامه‌های آموزشی مطلوب بودند و کادر هیأت علمی مناسبی نداشتند.

۲. اگرچه آموزش‌های تخصصی در رشته‌های اصلی از سال‌ها پیش به تربیت پزشکان متخصص می‌پرداختند ولی بیشتر دانش‌آموختگان در مؤسسات مربوط به وزارت بهداری و یا طب خصوصی اشتغال داشتند و در آموزش پزشکی کشور مسئولیتی نداشتند.

۳. کمبود شدید نیروی انسانی در اکثر نقاط کشور - به جز شهر تهران - چشمگیر بود؛ به نحوی که در بعضی از مناطق کشور برای هر ۱۸۰۰۰ نفر یک پزشک وجود داشت. این امر سبب جذب هزاران پزشک خارجی (که عمده آن‌ها در سطح کارشناسی پزشکی بودند) شده بود که بیشتر آنها اطلاعات پزشکی و تبحر بالینی کافی نداشتند و علاوه بر محدودیت‌های زبان، در جامعه تحت پوشش خود مشکلات فرهنگی فراوانی نیز ایجاد می‌کردند.

۴. آموزش رشته‌های گروه پزشکی ـ البته به غیر از مقطع دکترا ـ به‌طور معمول در دانشکده‌های پزشکی انجام می‌شد و کمبودهای نیروی انسانی رشته‌های پرستاری، مامایی، پیراپزشکی، بهداشت و تغذیه حتی بیشتر از کمبود پزشک بود.

۵. تربیت دانشجویان گروه پزشکی در بیمارستان‌های تخصص وابسته به دانشگاه‌ها انجام می‌شد که با وزارت بهداری و کل جامعه ارتباطی نداشتند. این امر سبب شده بود که آموزش پزشکی فاقد جنبه‌های جامعه‌نگری باشد. بسیاری از فارغ‌التحصیلان که برای شروع خدمات پزشکی در سپاه بهداشت و یا ارتش خدمت می‌کردند، در ارائه خدمات صحیح بهداشتی درمانی اولیه در مواردی مانند: اسهال، گلودرد، ضایعات پوستی و ... ناتوان باشند.

۶. نیمی از دانش‌آموختگان دانشکده‌های پزشکی کشور پس از فارغ‌التحصیلی راهی کشورهای غربی شده، تعداد اندکی از آن‌ها پس از اخذ تخصص به مملکت باز می‌گشتند.

۷. اکثر مؤسسات وزارت بهداری، به‌خصوص بیمارستان‌ها و درمانگاه‌ها، از نظر علمی در سطح قابل قبول نبودند و در روند تشخیص و درمان و به‌ویژه امور پیشگیری، رکود کامل به چشم می‌خورد.

۸. رشته‌های کارشناسی ارشد و PhD به تعداد محدود و با پذیرش معدود دانشجو در سه دانشگاه انجام می‌شد. این امر سبب شد که علوم پایه پزشکی، از نظر کمی و کیفی، با مشکلات فراوانی روبه‌رو شود.

شاخه پزشکی ستاد انقلاب فرهنگی ابتدا به تدوین اهداف و اصول آموزش پزشکی پرداخت:

ماده ۱: به منظور تربیت اطبای متعهد براساس معارف و ارزش‌های اسلامی و اصول علمی و فنی و به منظور رفع نیازهای کشور در زمینه مسایل پزشکی، دانشکده‌های پزشکی در نظام آموزش عالی تأسیس می‌شود.

ماده ۲: برای نیل به اهداف دانشکده‌های پزشکی رعایت اصول زیر ضروری است:

۱. تقدم تزکیه بر تعلیم؛

۲. هم‌زمانی تعلیم و تعلم و تحقیق و عرضه خدمات بهداشتی ـ درمانی؛

۳. تطبیق محتوای برنامه‌های آموزشی با نیازهای بهداشتی و درمانی کشور؛

۴. استفاده از استادان متعهد، تمام وقت و متبحر در مسایل عمومی و تخصصی پزشکی.

سپس شاخه پزشکی به تدوین خصوصیات پزشک مطلوب پرداخت و آن را به شرح زیر توصیف کرد:

۱. بصیر و مورد اعتماد باشد.

۲. از مشکلات بهداشتی و درمانی منطقه خود و کشور شناسایی کافی داشته و با نظام عرضه خدمات بهداشتی و درمانی کشور آشنا باشد و بتواند در تمام نقاط انجام وظیفه کند.

۳. از دانش و مهارت لازم برای پیشگیری و تشخیص بیماری‌ها و درمان بیماران مبتلا به امراض جسمی و روانی برخوردار باشد و در صورت لزوم، بتواند بیماران را به بخش‌های اختصاصی ارجاع دهد.

۴. این توانایی را داشته باشد که دانشجویان پزشکی و پیراپزشکی، کارمندان فنی، اطرافیان بیمار و نیز عامه مردم را آموزش دهد.

۵. در زمینه بهداشتی و درمانی به روش‌های تحقیقی، اجرایی و کاربردی آشنایی کافی داشته باشد و بتواند رهبری گروه ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی اولیه را به عهده گیرد و به اعضای گروه آموزش‌های لازم را بدهد و خدماتی را که گروه مزبور عرضه می‌کند ارزشیابی کند.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-16]

۶. توانایی ادامه تحصیل و اخذ تخصص در یکی از رشته‌های پزشکی را داشته باشد.

این تفکر که دانشکده‌ها و مؤسسات آموزش پزشکی با وزارت بهداری وقت ادغام شوند توسط مسئول شاخه پزشکی ستاد و برخی صاحبنظران قوت گرفت و بحث جدیدی را در گفتگوها باز کرد. اهداف اصلی این ادغام و ایجاد مدیریت واحد در امور مربوط به بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به صورت زیر نمودار شد:

الف ـ استفاده از همه امکانات بهداشتی - درمانی کشور برای گسترش امر آموزش پزشکی و تأمین نیروی انسانی مورد نیاز کشور

ب ـ پاسخگویی بهتر به نیازهای سلامت جامعه از طریق:

شکستن حصار دانشکده‌های پزشکی از محوطه دانشکده و بیمارستان‌های تابعه و انتقال اجرای قسمتی از آموزش در جامعه برای کمک به جامعه‌نگر کردن آموزش پزشکی. دوم) ارتقای سطح علمی مؤسسات، مراکز خدمات سرپایی و بیمارستان‌های وزارت بهداری با دمیدن روح دانشگاهی به تشکیلات فوق.

پس از قریب یک سال بحث و تبادل نظر با گروه‌های دانشگاهی و مسئولان وزارت بهداری، در نهایت، شاخه پزشکی ستاد تشکیل "وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی" را پیشنهاد کرد که به تصویب گروه پزشکی ستاد و سپس اعضای اصلی ستاد انقلاب فرهنگی، هیأت دولت و در نهایت مجلس شورای اسلامی رسید. شورای نگهبان با ذکر اشکالاتی، که یکی از مهمترین آنها عدم امکان تمام وقتی (بدون مطب) اعضای هیأت علمی به عنوان کارمندان دولت بود، مصوبه را برای اصلاح به مجلس بازگردانید. متعاقب آن لایحه تشکیل وزارت جدید از طریق وزیر وقت بهداری از مجلس پس گرفته شد. با توجه به اهداف عالی که در توجیه لایحه وجود داشت، کوشش شد تا بین وزارت فرهنگ و آموزش عالی و وزارت بهداری در امور مربوط به پزشکی هماهنگی بیشتری به وجود آید. به همین منظور جلسات مشترکی با شرکت دو وزیر، نمایندگان مجلس و برخی از صاحبنظران به‌طور مرتب تشکیل شد، بنابراین پس از دو سال کوشش بی‌ثمر وزرای وقت بهداری و فرهنگ و آموزش عالی به این نتیجه رسیدند که سر و سامان دادن به وضعیت پزشکی کشور، به‌ویژه تربیت نیروی انسانی پزشکی جز از طریق تشکیل وزارت واحد در امور پزشکی امکانپذیر نخواهد بود. دانشکده‌های گروه پزشکی با همه اهتمامی که در امر افزایش دانشجو ابراز کرده بودند فقط چند صد دانشجو به تعداد قبلی اضافه شد. زیرا تعداد اعضای هیأت علمی، مؤسسات آموزشی و بیمارستان‌های تابعه وزارت فرهنگ و آموزش عالی اندک و هماهنگی بین دو وزارت با اشکالات فراوان اداری مالی همراه بود، به نحوی که حتی کارآموزی و کارورزی بهداشت دانشجویان پزشکی ـ که ستاد انقلاب فرهنگی آن را تصویب کرده بود و نیاز به اعزام و اقامت دانشجو در روستا و همکاری با سیستم بهداشتی درمانی کشور داشت با مشکلات فراوانی روبرو بود.

در سال تحصیلی ۶۳ تا ۶۴ دو اقدام مهم صورت گرفت:

۱. افزایش پذیرش دانشجوی پزشکی توسط رییس دانشکده پزشکی دانشگاه شهید بهشتی (دکتر عزیزی)، به‌گونه‌ای که برای نخستین بار ۶۳۷ دانشجو برای سال اول پذیرفته شدند. این آغازی برای افزایش تعداد دانشجو در دانشکده‌های دیگر گروه پزشکی و تطبیق وضع آموزش با تعداد بیشتر دانشجو بود.

۲. لایحه تشکیل «وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی»، با توافق دو وزیر بهداری و آموزش عالی آقایان دکتر سیدعلیرضا مرندی و دکتر ایرج فاضل، بار دیگر از طریق هیأت دولت به مجلس شورای اسلامی ارائه شد و پس از ماه‌ها بحث و تبادل نظر با اکثریت قاطع به تصویب رسید. در به تصویب رساندن این لایحه قسمت اعظم نیروی پزشکی برنامه‌ریز و مسئول کشور و نمایندگان پزشک مجلس شورای اسلامی کوشش فراوانی به کار بردند.

در نهایت در سال ۱۳۶۴ از مجموعه دانشکده‌ها و مؤسسات آموزش عالی گروه پزشکی و وزارت بهداری تشکیلات جدیدی به نام «وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی» تأسیس شد. از ابتدای تشکیل این وزارت، هدف‌ها به‌گونه‌ای طراحی شد که هر استان یک دانشگاه علوم پزشکی داشته باشد که همه امور آموزشی، پژوهشی، بهداشتی و درمانی استان مربوطه را عهده‌دار شود و در نتیجه اختلاط علم، دانش و پویایی دانشگاه‌ها با تجربه و پیگیری سیستم بهداشتی درمانی، سیستم پزشکی کشور در همه امور مربوطه - از روستا تا مرکز استان نظام منسجمی را به‌وجود آورده، وضعیت پزشکی مملکت را از جهت کمی‌و کیفی ارتقا دهد. این امر طی مراحل مختلفی انجام پذیرفت:

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-16]

۱. دانشکده‌ها و دانشگاه‌های علوم پزشکی در سال ۱۳۶۵ تشکیل شد و تصمیم بر آن شد که در نهایت، در هر استان یک دانشگاه علوم پزشکی تأسیس شود که رییس آن عهده‌دار همه امور مربوط به بهداشت، درمان، آموزش و پژوهش پزشکی باشد و به‌تدریج خدمات نیز در آن ادغام شود. دانشگاه‌ها در امور بهداشت و درمان فعال‌تر شوند و از امکانات بیمارستانی و سرپایی وزارت بهداری سابق برای آموزش گروه پزشکی استفاده شود. در این مرحله، مدیریت سازمان‌های منطقه‌ای بهداشت و درمان در تهران و نیز استان‌های کشور در مدیریت دانشگاه‌ها ادغام نشد و عملاً جدا فعالیت می‌کرد. اگرچه مدیر عامل سازمان منطقه‌ای زیر نظر رییس دانشگاه بود و لذا استفاده دو سیستم از نیروی انسانی و امکانات یکدیگر و نیز مشارکت هر سیستم در سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، اجرا و ارزیابی سیستم دیگر محدود بود.

۲. ادغام کامل دانشگاه‌های علوم پزشکی و سازمان‌های منطقه‌ای بهداشت و درمان در تهران و استان‌ها در سال ۱۳۷۲ انجام شد. به این ترتیب که معاون بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی عهده‌دار همه امور بهداشتی استان شد و معاونت‌های پشتیبانی، آموزشی، دانشجویی و پژوهشی دانشگاه‌ها توانستند در امور مربوط به خود در کل استان فعالیت چشمگیری داشته، از همه نیروی انسانی، امکانات فنی و رفاهی برای پیشبرد اهداف تعیین شده استفاده کنند.

به این ترتیب آموزش و پژوهش در شبکه‌های بهداشتی ـ درمانی کشور شکل تازه‌ای به خود گرفت و ارتباط بین دانشگاه‌ها و شبکه در همه ابعاد خدماتی، درمانی، آموزشی و پژوهشی مستحکم‌تر شد.

دستاوردهای ادغام آموزش پزشکی در وزارت بهداری

دستاوردهای تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شامل موارد زیر است:

۱ـ افزایش تعداد دانشکده‌های پزشکی، دندانپزشکی و داروسازی و سایر مؤسسات آموزش پزشکی: در سال تحصیلی ۴۸-۴۹، هفت دانشکده پزشکی تهران، شیراز، مشهد، اصفهان، تبریز، اهواز و شهید بهشتی (ملی سابق) در زمینه پزشکی فعال بودند. در رشته دندانپزشکی دانشکده‌های دندانپزشکی تهران، شهیدبهشتی و مشهد و در رشته داروسازی دانشکده‌های داروسازی تهران، اصفهان و تبریز دانشجو پذیرفتند و کل دانشکده‌های پزشکی، دندانپزشکی و داروسازی به تعداد ۱۳ دانشکده بود (جدول ۲). تا سال تحصیلی ۵۳-۵۴ دانشکده دندانپزشکی شیراز و دانشکده علوم دارویی و تغذیه مشهد به مجموعه دانشکده‌های قبلی اضافه شدند.

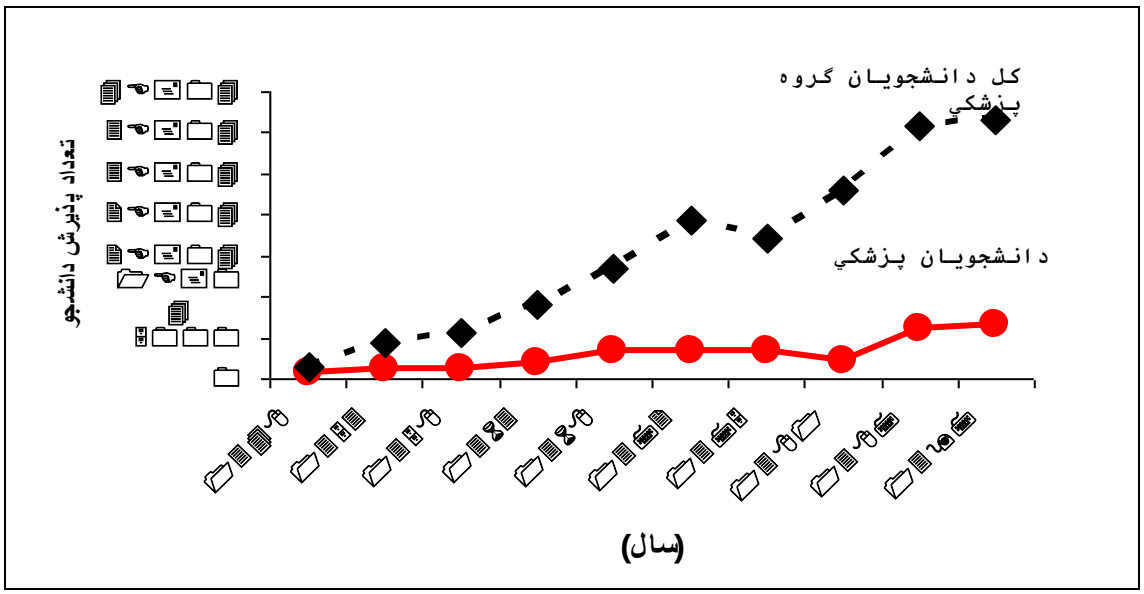
در فاصله سال‌های ۵۳ تا ۵۴ و ۵۸ تا ۵۹ مجتمع آموزش پزشکی هلال احمر، مرکز پزشکی ایران، علوم تندرستی، دانشکده‌های پزشکی بوعلی سینای همدان، رازی باختران، کرمان و ارومیه فعالیت خود را آغاز کردند. به علاوه دانشکده پزشکی فسا به عنوان برنامه نوآور در آموزش پزشکی از سال ۵۶ به سرپرستی دانشگاه شیراز شروع به فعالیت کرد. در این فاصله، دانشکده دندانپزشکی اصفهان نیز تأسیس شد و تعداد کل دانشکده‌های پزشکی، دندانپزشکی و داروسازی به ۲۳ رسید. پس از انقلاب و پیش از تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در فاصله سال‌های تحصیلی ۵۸-۵۹ تا ۶۳-۶۴ سه دانشکده پزشکی قدس، یزد و گیلان فعالیت خود را آغاز کردند و تعداد دانشکده‌های

جدول ۲ ـ **تعداد دانشکده‌های پزشکی، دندانپزشکی و داروسازی از سال ۱۳۴۸ تا ۱۳۹۵**

سال تحصیلی / تعداد دانشکده‌ها	پزشکی	دندانپزشکی	داروسازی
۴۹-۴۸	۷	۳	۳
۵۵-۵۴	۹	۴	۳
۶۹-۶۸	۲۸	۷	۷
۷۴-۷۳	۳۴	۱۴	۹
۷۵-۷۴	۳۴	۱۳	۹
۷۶-۷۵	۳۵	۱۵	۹
۷۷-۷۶	۳۵	۱۵	۹
۸۷-۷۶	۳۶	۱۵	۱۱
۹۵-۹۴	۷۲	۱۹	۲۱

مأخذ: مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-16]



نمودار ۱ ـ **تعداد پذیرش دانشجویان (●ـــــــــــــ●) و کل دانشجویان گروه پزشکی (■-----■)در سال‌های ۱۳۴۸ تا ۱۳۹۷**

پزشکی به ۱۷ و مجموعه دانشکده‌های پزشکی، دندانپزشکی و داروسازی به ۲۶ عدد افزایش یافت.

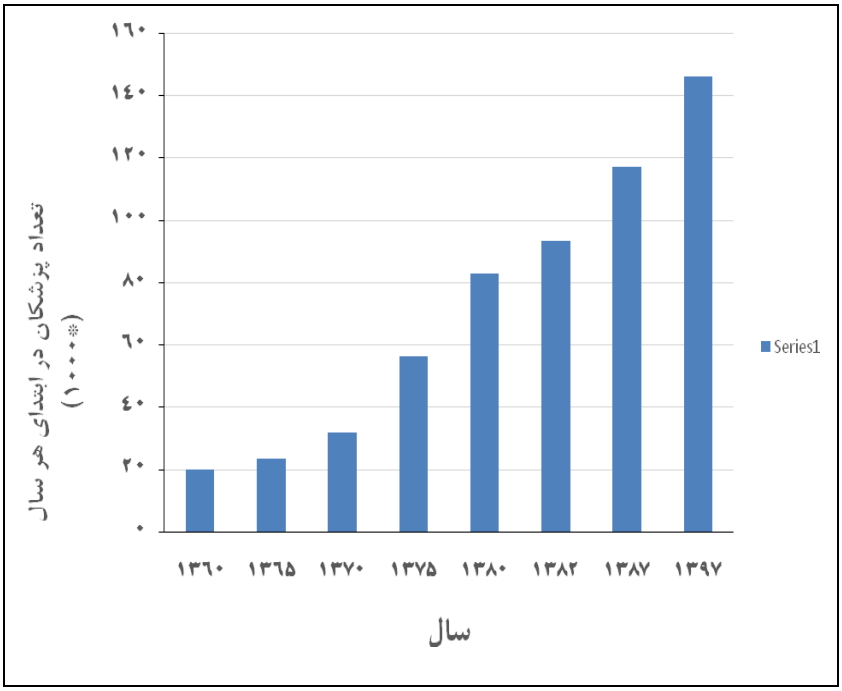
در فاصله سال‌های تحصیلی ۶۳ تا ۶۴ و ۶۸ تا ۶۹ مرکز پزشکی ایران و مجتمع آموزش پزشکی هلال‌احمر در هم ادغام شدند و دانشکده پزشکی ایران را تشکیل دادند. دانشکده پزشکی قدس نیز در دانشکده پزشکی شهیدبهشتی ادغام شد. دانشکده پزشکی فسا به دانشگاه شیراز وابسته شد ولی از نظر برنامه‌ریزی و شرایط آموزشی همانند سایر دانشکده‌های پزشکی بود. به علاوه، دانشکده‌های پزشکی ساری، بابل، زاهدان، سمنان، قزوین، زنجان، بیرجند، اراک، رفسنجان، شهرکرد، بندرعباس، جهرم و کاشان فعالیت آموزشی خود را شروع کردند. دو دانشکده دندانپزشکی تبریز و کرمان و سه دانشکده داروسازی شهید بهشتی، اهواز و کرمان نیز در این سال‌ها تأسیس شدند. به این ترتیب در سال تحصیلی ۶۸ تا ۶۹ مجموع این دانشکده‌ها شامل ۲۸ دانشکده پزشکی، ۷ دانشکده دندانپزشکی و ۷ دانشکده داروسازی شد.

در سال تحصیلی ۶۸ تا ۶۹ در ۱۹ استان کشور یک یا چند دانشکده پزشکی وجود داشت. در سال‌های ۶۹ تا ۷۴ شورای گسترش دانشگاه‌ها با تأسیس ۷ دانشکده پزشکی، در شهرهای اردبیل، ایلام، بوشهر، کردستان، لرستان، گرگان و یاسوج موافقت کرد که بجز یاسوج بقیه در سال‌های ۷۱ تا ۷۴، دانشجو پذیرفتند. طی این سال‌ها موافقت تأسیس ۹ دانشکده دندانپزشکی در شهرهای اهواز، بابل، رفسنجان، زاهدان، زنجان، قزوین، گیلان، همدان و یزد صادر شد که بجز اهواز، زنجان و گیلان بقیه آن‌ها در سال‌های ۷۰ تا ۷۳ دانشجو پذیرفتند، تعداد کل دانشکده‌های فعال پزشکی ۳۵، دندانپزشکی ۱۵ و داروسازی ۹ رسید. روند توسعه دانشکده‌های گروه پزشکی ادامه یافت و در جدول ۲ به‌خوبی مشهود است که تعداد این دانشکده‌ها چندین برابر شده‌اند، به نحوی که تعداد دانشکده‌های پزشکی از ۹ به ۷۲، دندانپزشکی از ۴ به ۱۹ و داروسازی از ۳ به ۲۱ طی سال‌های ۱۳۵۵ تا ۲۰۱۵ افزایش یافته است؛ و روند رشد و توسعه تا به امروز ادامه دارد.

۲ـ افزایش پذیرش دانشجویان گروه پزشکی: نمودار ۱ نشان می‌دهد که تعداد پذیرش دانشجو در چهل سال گذشته به سرعت افزایش یافته است. تعداد پذیرش سالانه دانشجویان پزشکی از ۱۲۰۰ در سال ۱۳۵۷ به ۶۶۷۷ نفر در سال ۱۳۹۷ و تعداد کل دانشجویان گروه پزشکی از ۳۱۰۰ نفر در سال ۱۳۵۷ به ۳۳۱۵۶ نفر در سال ۱۳۹۷ افزایش یافته است.

۳ـ افزایش تعداد نیروی انسانی سلامت در کشور: با توجه به افزایش مؤسسات تربیت نیروی انسانی و افزایش تعداد دانشجویان گروه پزشکی تعداد نیروی انسانی فارغ‌التحصیلان با سرعت زیادی افزایش یافت و کمبودهای نیروهای انسانی پزشکی جبران شد. به‌طوری‌که تعداد پزشکان ثبت شده کشور از حدود ۱۴۰۰۰ نفر در سال ۱۳۵۷ به ۱۴۵۹۴۵ نفر در سال ۱۳۹۷ رسید (نمودار ۲).

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-16]



نمودار ۲ ـ **تعداد پزشکان کشور در سال‌های ۱۳۶۰ تا ۱۳۹۷**

همین تغییرات در سایر رشته‌ها هویدا است و در اکثر رشته‌های گروه پزشکی، از نظر تعداد نیروی انسانی به خودکفایی رسیده است.

۴ـ تعالی آموزش پزشکی: رشد آموزش پزشکی در سال‌های پس از انقلاب نه تنها در سطوح لیسانس و دکترای عمومی، بلکه در سطوح کارشناسی ارشد، .Ph.D، دکترای تخصصی بالینی و فوق تخصصی بالینی نیز اتفاق افتاده است. به‌طوری‌که پذیرش سالیانه دانشجویان کارشناسی ارشد از ۱۲۰ نفر در سال ۱۳۵۹ به ۲۲۳۷ در سال ۱۳۹۷ و دانشجویان Ph.D از ۲ نفر به ۶۵۶ نفر در همین فاصله زمانی رسیده است. تعداد پذیرش دستیاران در رشته‌های مختلف تخصصی از ۴۰۵ در سال ۱۳۵۹ به ۲۸۰۰ در سال ۱۳۹۷ رسید. رشته‌های فوق‌تخصصی در سال ۱۳۶۶ پایه‌گذاری شد و تعداد پذیرش دستیاران فوق تخصصی در رشته‌های مختلف از صفر به ۲۶۸ نفر در سال ۱۳۹۷ بالغ شده است (نمودار ۳).

تعالی آموزش در همه رشته‌های علوم پزشکی به منظور ارتقا کیفی برنامه‌های آموزشی انجام گرفت. حضور دانشجویان و کارورزان در مراکز بهداشتی درمانی، روستاها و شهرهای کوچک همراه با تامین اقامتی و رفاهی آنان، افزایش آموزش سرپایی به حداقل ۵۰ درصد کل مدت آموزش بالینی و تغییرات در متون آموزشی برای جامعه‌نگر شدن آموزش و تأکید بر اهمیت اقدامات پیشگیری بیماری‌ها در زمره این نوع تغییرات بنیادی در آموزش علوم پزشکی بود.

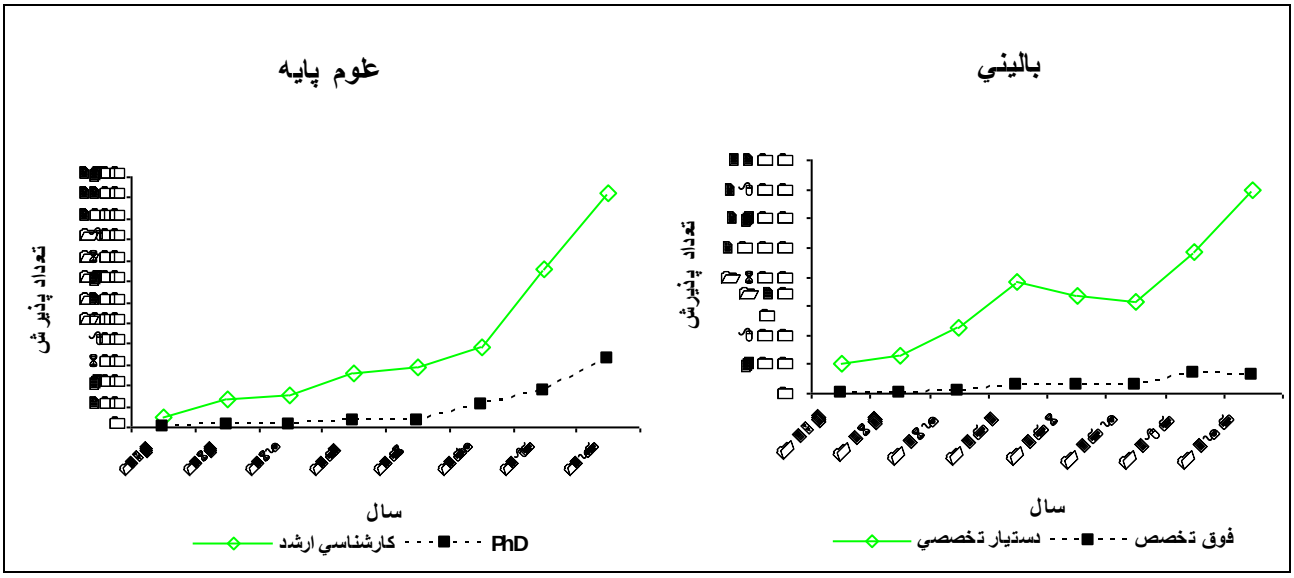
بدون شک تحول در آموزش پزشکی به تنهایی نمی‌توانست بهبود وضعیت سلامت جامعه و شاخص‌های آن را سبب شود. اقدامات فراوانی در نظام سلامت جمهوری اسلامی انجام شد که به دو اقدام مهم یعنی تحول در مراقبت‌های سلامت و طرح داروهای ژنریک در اینجا اشاره می‌شود.

تحول در مراقبت‌های سلامت

همزمان با تحول کمی و کیفی در آموزش پزشکی، طراحی گسترش شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور در وزارت بهداری آغاز و در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی استمرار یافت و تکمیل شد. مصوبه مجلس شورای اسلامی و تخصیص اعتبار خاص به این امر مهم در سال ۱۳۶۳ آغازی درخشان برای تحول در شبکه سلامت کشور بود.

مفید بودن خانه بهداشت روستایی و تربیت بهورز که به صورت پایلوت در دهه ۵۰ تجربه شده بود، برای ارائه خدمات سلامت اولیه در روستاها در نظر گرفته شد.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-16]



نمودار ۳ ـ **تعداد پذیرش دانشجویان کارشناسی ارشد و Ph.D (نمودارهای چپ) و تعداد پذیرش دستیاران متخصص و فوق‌تخصص کشور (نمودارهای دست راست) بین سال‌های ۱۳۵۴ تا ۱۳۹۷**

خانه بهداشت در نظام عرضه خدمات کشور واحد محیطی است که حدود ۱۵۰۰ نفر را تحت پوشش دارد و کارکنان بهداشتی جامعه - که بهورز نامیده می‌شوند آن را اداره می‌کنند، به دلایل فرهنگی و برای ارائه خدمت توسط نیروهای همگن در هر خانه بهداشت یک بهورز زن و یک بهورز مرد وجود دارد که بهورز زن به‌طور عمده مسئول کارهایی است که در درون خانه بهداشت جریان دارد (پذیرش مراجعان، مراقبت از مادران و کودکان و افراد تحت پوشش، واکسیناسیون، ثبت داده‌ها، درمان‌های اولیه و دادن دارو و ....) و بهورز مرد به‌طورعمده مسئولیت فعالیت‌هایی که در خارج از خانه بهداشت ضروری است، به عهده دارد (پیگیری بیماران مبتلا به بیماری‌های واگیردار، بیماریابی، بهداشت محیط، واکسیناسیون و انجام مراقبت‌ها در روستاهای اقماری و ...). بهورزان باید به‌طور حتم بومی باشند. ترجیح دارد که بهورز از همان روستای محل استقرار خانه بهداشت انتخاب شود ولی اگر میسر نباشد از روستاهای تحت پوشش انتخاب شود. بومی بودن بهورزان، ارتباط دائم آنان با مردم، مبانی ثبت دقیق اطلاعات بهداشتی و نظارت مستمر بر فعالیت خانه‌های بهداشت از عوامل عمده پوشش مطلوب خانه‌های بهداشت است. وظیفه اصلی خانه بهداشت، ارائه مراقبت‌های اولیه بهداشتی به جمعیت تحت پوشش است. این واحد به‌طور کامل مطابق با اهداف ماده شش اعلامیه آلماآتا در سال ۱۹۷۸ میلادی (۱۳۵۶ شمسی) است که: "خدمات بهداشتی اولیه مراقبت‌های اساسی است که تمام افراد و خانواده‌ها از طریق مشارکت کامل خویش به آن دسترسی می‌یابند". از ویژگی بارز دلایل موفقیت بهورزها در پوشش کل مراقبت‌ها و بهبود شاخص‌های بهداشتی جامعه، فعال بودن مراقبت‌ها و خدمات آنان است به گونه‌ای که اگر مردم و حتی ساکنان روستاها به خانه بهداشت مراجعه نکنند، بهورز به منزل آنان مراجعه کرده و ضمن ارائه مراقبت‌ها و خدمات مورد نیاز آنان، نامبردگان را به مراجعه به خانه بهداشت تشویق و ترغیب می‌کند.

دوره دو ساله بهورزی نمونه‌ای بارز از استفاده از فن‌آوری مناسب برای آموزش است که در آن شیوه‌هایی برخلاف اصول آموزشی سنتی و رایج مدرسه‌ای به کار گرفته می‌شود. مهارت‌آموزی از طریق مباحثات گروهی، ایفای نقش و کار عملی در خانه بهداشت نمونه در مراکز آموزش بهورزی انجام می‌شود.

سطح دوم خدمات سلامت به عهده مرکز بهداشتی درمانی روستایی است که ۵ خانه بهداشت را با مجموع جمعیت ۷۵۰۰ نفر زیرپوشش دارند و مشابه آن در شهر مرکز بهداشتی درمانی شهری است که حدود ۱۲۵۰۰ نفر را پوشش می‌دهد. مسئول سطح دوم، خدمات مرکز بهداشت شهرستان و بیمارستان شهر است و مسئول سطح سوم خدمات بهداشتی مرکز بهداشت مرکز استان و در قسمت درمان، بیمارستان‌های تخصصی و فوق‌تخصصی مرکز استان است.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-16]

جدول ۳ ـ دست‌آوردهای حوزه سلامت در چهل سال گذشته

۱. گسترش عرصه‌های آموزشی
- افزایش دانشکده‌های گروه پزشکی و تربیت نیروی انسانی
- افزایش بیمارستان‌ها و تخت‌های آموزشی
- ایجاد فیلدهای آموزشی در شبکه‌های بهداشتی درمانی

۲. بهبود شاخص‌های بهداشتی کشور
- افزایش طول عمر
- کاهش مرگ‌ومیر
- کاهش رشد جمعیت
- توسعه مراقبت‌های بهداشتی
- افزایش دسترسی
- پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر

۳. افزایش تعداد و تنوع رشته‌های آموزشی به تناسب نیاز جامعه و بهبود کمی‌و کیفی آموزش پزشکی
- دوره‌های تخصصی و فوق تخصصی
- دوره‌های کارشناسی ارشد و PhD
- افزایش تعداد دانشجویان رشته‌های علوم پزشکی
- افزایش تعداد رتبه‌های دانشگاهی
- بهبود نسبت استاد به دانشجو
- افزایش تعداد دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی
- عدم نیاز به اعزام بیمار به خارج
- افزایش تولید دارو و مواد بیولوژیک در کشور
- افزایش مراکز پژوهشی و گسترش پژوهش‌های کاربردی
- ایجاد شبکه مراکز توسعه آموزش پزشکی

طرح داروهای ژنریک

پیش از انقلاب اسلامی حدود ۳۰ درصد داروهای مورد نیاز کشور در داخل تولید می‌شد و از نظر هزینه حدود ۹۰ درصد هزینه‌های دارویی مربوط به داروهای وارداتی بود. انجام طرح ژنریک و توسعه صنعت داروسازی در کشور در سال‌های اول انقلاب سبب شده که ۹۶/۵ درصد از اقلام دارویی مورد نیاز کشور از تولیدات دارویی داخل کشور تأمین شود. داروهای ژنریک کارخانجات دارویی ایران با کیفیت عالی و دارای ارزان‌ترین قیمت دارو در جهان هستند. به‌علاوه ساخت چندین داروی نوترکیب، خودکفایی در تولید واکسن، تولید داروها و فرآورده‌های بیوتکنولوژیک مورد نیاز بیماران خاص و تولید داروهای ضدسرطان و بیماری‌های صعب‌العلاج از پیشرفت‌های قابل توجه چهل سال گذشته است.

دستاوردهای چهل ساله حوزه سلامت

شاخص‌های پاسخگویی به نیازها و انتظارات جامعه پیشرفت‌های شگرفی را در چهل سال گذشته در حوزه سلامت نشان می‌دهند. مهمترین دستاوردهای موجود براساس چندین مطالعه جامع کشوری و بین‌المللی منتشر شده‌اند که خلاصه آن در جدول ۳ در حیطه‌های گسترش عرصه‌های آموزشی و تربیت نیروی انسانی، بهبود شاخص‌های بهداشتی کشور، افزایش تعداد و تنوع رشته‌های آموزشی به تناسب نیاز جامعه و بهبود کمی و کیفی آموزش پزشکی آورده شده است.

تغییر شاخص‌های سلامت را طی چهار دهه گذشته می‌توان در جداول ۴ مشاهده کرد. کاهش مرگ‌ومیر نوزادان از ۶۷ به ۹ در هزار و کاهش مرگ‌ومیر زیر ۵ سال از ۱۷۸ به ۱۶، کاهش مرگ‌ومیر زیر یک سال از ۱۲۰ به ۱۴، کاهش مرگ‌ومیر مادران از ۱۴۰ به ۱۹ طی سال‌های گذشته و نیز افزایش امید به زندگی از ۵۷ به ۵۵ در مردان و از ۷۱ به ۷۷ سال در زنان از سال ۱۳۵۵ تا ۱۳۹۴ بسیار جالب توجه است. شایان ذکر است که امید به زندگی در زنان و مردان در سال ۱۳۹۷ به ترتیب ۷۹ و ۷۷ سال محاسبه شده است. پوشش واکسیناسیون از ۲۰ درصد به ۹۹ درصد ارتقا داشته است. درحالی‌که در سال‌های پیش از انقلاب هزاران

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-16]

جدول ۴ ـ **روند شاخص‌های مهم سلامت در جمهوری اسلامی ایران از ۱۳۶۴ تا ۱۳۹۴**

	۱۳۵۵	۱۳۶۴	۱۳۷۹	۱۳۹۴	۱۳۹۷
نسبت‌های مرگ‌ومیر					
نوزادان	۶۷	۵۱	۲۹	۱۵	۹
کودکان زیر ۱ سال	۱۲۰				۱۴
کودکان زیر ۵ سال	۱۷۸	۶۰	۳۶	۱۷	۱۶
مادران	۲۵۵	۱۴۰	۳۷	۲۳	۱۹
امید به زندگی					
مرد	۵۷	۶۷/۷	۷۰/۷	۷۴	۷۷
زن	۵۵	۷۱	۷۳/۴	۷۷	۸۰
دسترسی به خدمات اولیه سلامت در روستاها (٪)		۲۰	۹۰	۹۸	
دسترسی به منابع آبی سالم (٪)		۷۱	۹۵	۹۸	
رشد سالانه جمعیت (٪)		۳/۲	۱/۳۴	۱/۳۲	
تعداد خانه‌های بهداشت روستایی		۱۱۰۰۰	۱۶۲۸۱	۲۴۵۰۰	
درصد پوشش واکسیناسیون		۲۰	۹۵	۹۹/۱	
تعداد بیماران اعزامی به خارج		۱۱۰۰۰	۲۰۰	۰	
تعداد پزشکان خارجی		۳۱۵۳	۰	۰	

کارشناس پزشکی از فیلیپین، بنگلادش، پاکستان و هندوستان در کشور خدمت می‌کردند، در دو دهه گذشته این تعداد به صفر رسیده است.

جدول ۵ تغییرات خودکفایی در آموزش پزشکی را در چهار دهه گذشته نشان می‌دهد. تعداد تخت‌های آموزشی بیمارستان‌ها حدودا ۶ برابر شده است و تعداد اعضای هیأت علمی از کمتر ۳ هزار نفر به حدود ۱۴ هزار نفر رسیده است. شایان ذکر است که درصد استادان خانم از ۲۶ درصد به ۴۲ درصد افزایش نشان می‌دهد.

توسعه‌های تخصصی و فوق‌تخصصی نیز شگفت‌آور است. تعداد دستیاران تخصصی از ۴۲۰ به ۲۲۳۷ نفر در سال، تعداد دستیاران فوق تخصصی از صفر به ۲۰۳ نفر و تعداد دانشجویان PhD از ۲ به ۶۵۶ نفر در سال طی سال‌های ۱۳۵۸ تا ۱۳۹۴ افزایش یافته است. تعداد مراکز تحقیقاتی در این فاصله زمانی از ۳ به ۹۰۳ و تعداد مجلات علمی پزشکی کشور از ۵ به ۳۸۷ نفر ارتقا داشته است.

پیامدهای عمده‌ای پس از تأسیس وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی رخ داده که خلاصه آن عبارتند از:

- کفایت نیروی انسانی مورد نیاز کشور
- توانمندتر شدن صاحبان حرفه پزشکی در ارائه خدمات بهداشتی درمانی
- سیاست‌گذاری در برنامه‌ریزی‌های مشترک
- مشارکت فعال نظام آموزشی و نظام ارائه خدمات در تعیین اولویت‌ها و نیازهای جامعه
- بازنگری برنامه‌های آموزشی و خروج از مرزهای آموزش سنتی
- درگیر شدن نظام آموزشی در موضوعات سلامت با تأثیر مستقیم بر کیفیت و هزینه مراقبت‌ها، دسترسی آسان به خدمات، کار تیمی، مدیریت و رهبری
- مشارکت نظام آموزشی در اصلاح نظام عرصه خدمات، ارائه نوآوری‌ها و پیش‌بینی تحولات
- حضور نظام آموزشی در همه سطوح و عرصه‌های نظام ارائه خدمات
- خروج پژوهش از چهار دیواری دانشکده‌های پزشکی و ورود به جامعه

چشم‌انداز شاخص‌های علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران در جهان

ایران در سال ۱۳۹۷ (۲۰۱۸ میلادی) به برخی از اهداف چشم‌انداز سال ۱۴۰۴ رسیده است. از نظر تعداد مقالات و استنادات در بین کشورهای اسلامی براساس نتایج گزارش شده در ISI و Scopus رتبه اول را داراست و در بین ۱۵ تا ۱۷ کشورهای اول دنیا

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-16]

جدول ۵ ـ **روند خودکفایی آموزش گروه پزشکی در جمهوری اسلامی ایران**

	۱۳۵۸	۱۳۷۹	۱۳۹۴	۱۳۹۷
تعداد دانشگاه‌های علوم پزشکی	۰	۳۶	۴۲	۵۶
تعداد دانشکده پزشکی	۹	۳۵	۷۲	۸۰
تعداد دانشکده دندانپزشکی	۴	۱۵	۱۹	
تعداد دانشکده داروسازی	۳	۹	۲۱	
تعداد تخت بیمارستانی	۵۰۷۶۰	۱۰۵۷۱۶	۱۱۸۸۲۹	
تعداد تخت‌های آموزشی	۹۵۵۸	۵۲۰۸۹	۵۹۴۱۴	
تعداد اعضای هیأت علمی	۲۹۰۸	۸۳۹۶	۱۳۶۲۱	
درصد خانم‌های هیأت علمی	۲۶	۳۶	۴۲	
تعداد پذیرش دستیاران تخصصی در هر سال	۴۲۰	۱۳۳۲	۲۲۳۷	
تعداد پذیرش دستیاران فوق‌تخصصی در سال	۰	۱۰۶	۲۰۳	
تعداد پذیرش دانشجویان PhD در سال	۲	۵۱	۶۵۶	
تعداد مراکز تحقیقاتی	۳	۱۰۰	۶۸۴	۹۰۳
تعداد مراکز تعالی	۰	۱۸	۵۰	
تعداد مجلات علمی	۵	۸۰	۳۸۷	
تعداد پزشکان	۱۲۰۰۰	۸۶۰۰۰	۱۱۹۴۵۹	
نسبت پزشک به جمعیت	۲۹۹۸	۹۵۵	۶۵۷	

در این شاخص تولید علم است. ایران سهم ۲۲/۳ درصدی از کل تولیدات علمی ۵۷ کشور اسلامی را دارا است و ترکیه با ۱۶/۲ درصد در مکان دوم قرار دارد. همچنین تعداد محققان که دارای H-Index مساوی ۱۵ و بالاتر هستند در ایران ۱۱۱۵ و در کشور دوم اسلامی در این شاخص (ترکیه) ۳۲۹ نفر است که براساس تعداد جمعیت به ترتیب اعداد ۱۴/۵ و ۴/۴ نفر برای هر میلیون نفر در ایران و ترکیه است.

براساس گزارش معاون تحقیقات و فن‌آوری وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، تعداد مراکز تحقیقاتی کشور رتبه اول را بین کشورهای اسلامی دارا است و از ۴۷۹ در سال ۱۳۹۲ به بیش از ۸۰۰ عدد در سال ۱۳۹۷ رسیده است. همچنین تعداد مجلات علمی پژوهشی در کشور از ۱۳ عنوان در سال ۱۳۵۷ به ۴۱۲ عنوان رسیده است که ۲۱۰ مجله در بانک‌های اطلاعاتی معتبر نمایه می‌شوند.

در زمینه آموزش پزشکی، از نظر تعداد دانشکده‌های پزشکی، ایران دوازدهمین کشور دنیا است و با داشتن بیش از ۷۰ دانشکده پزشکی ۱/۲ درصد دانشکده‌های پزشکی جهان را در اختیار دارد. در رتبه‌بندی تایمز ۲۰۱۹ بیشترین دانشگاه‌ها در بین کشورهای اسلامی مربوط به جمهوری اسلامی ایران با ۲۹ دانشگاه و سپس ترکیه با ۲۳ و مصر با ۱۹ دانشگاه است. این در حالی است که پیش از سال ۲۰۱۲ تنها یک دانشگاه از ایران در رتبه‌بندی تایمز قرار داشته است.

این اطلاعات نشان می‌دهند که ۴۰ سال پس از انقلاب شکوهمند اسلامی ایران، فعالیت‌های آموزشی پژوهشی سبب تربیت نیروی انسانی مکفی و نیز ارتقای آموزش و تحقیقات پزشکی شده است و افزایش کیفی آموزش و نیز رشد فزآینده تولیدات علمی کشور سبب شده که در سطح بین‌المللی به شاخص‌های ارزنده آموزشی و پژوهشی دست یابد.

افق آموزش پزشکی

آینده‌نگری در گستره آموزش و تحقیقات اهمیت بسزایی دارد. اصولاً هر نگرش آینده‌نگر از دقت بیشتر، انتخاب مطمئن‌تر و توسعه فکری بیشتری برخوردار است از این رو، برنامه‌ریزی‌های درازمدت و تعیین اهداف و براساس آن زمان‌بندی کوتاه‌مدت برای رسیدن به اهداف در همه امور و به‌خصوص در علوم مختلف و نیز آموزش نیروی انسانی و پژوهش‌های علمی امری اساسی است. آنچه باید برای وضعیت آرمانی در ایران قرن بعد هجری، ترسیم کرد رفع محدودیت‌ها و کاستی‌های آموزش و پژوهش در وضعیت کنونی است. نیاکان ما با فرهنگ غنی و باور داشتن ارزشهایی که تار و پود آن از افکار و اندیشه‌های متعالی، درخشنده و پیشرو ساخته و پرداخته شده بود، پرچمدار علم و طلایه‌دار پژوهش‌های چشمگیری

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-16]

در رشته‌های علوم و افکار ادبی، فلسفی و عرفانی بوده، نمونه‌های بارزی از متفکران و اندیشمندان را به جامعه بشری تحویل داده‌اند. پیشرفت‌های علم، به‌ویژه در نخستین دهه‌های پس از ظهور آیین نجات بخش اسلام، نتیجه تفکرات، تلاش‌ها، نوآوری‌ها و روح پوینده و جستجوگر اندیشمندان فرهیخته‌ای بود که خلاقیت و اندیشه‌های متعالی را با باورهای اسلامی عجین کرده بودند. زیرا هدف جامعه اسلامی فراهم آوردن امکانات رشد انسان در جهت کمال است و این مستلزم کسب دانش و کشف ناشناخته‌ها است و بنابراین آموزش نیروهای عالم، توانا و فرهیخته و توسعه تحقیقات در جوامع و نظام‌های اسلامی باید از جایگاه والایی برخوردار باشد.

علم پزشکی در زمره علومی است که با داشتن پژوهش‌های وسیع و متعدد در زمینه‌های مختلف به عنوان یک علم پویا در همه اعصار به ویژه در دو قرن گذشته دچار تغییرات و رشد تکاملی بوده است، بنابراین برنامه‌های آموزش پزشکی که از یک طرف بستگی به این تغییرات مستمر دارد و از طرف دیگر می‌بایست همگام و مطابق با تغییرات در نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی باشد، نیاز به بازنگری مستمر دارد که باید در موارد زیر صورت پذیرد:

۱. برنامه‌های آموزشی: حدود ۳۵ سال از تدوین برنامه‌های آموزش شاخه و گروه پزشکی توسط ستاد انقلاب فرهنگی می‌گذرد. اعضای کمیته پزشکی ستاد انقلاب فرهنگی با بررسی برنامه‌های آموزش پزشکی عمومی دانشکده‌های پزشکی کشور و تطابق آن با برنامه‌های آموزش پزشکی عمومی دنیا در اواخر دهه ۷۰ و اوایل دهه ۸۰ قرن بیستم میلادی، اصلاحات قابل توجهی در برنامه آموزش پزشکی عمومی منظور داشتند و این برنامه در ۳۵ سال گذشته در همه دانشکده‌های پزشکی کشور اجرا شد. ۱۲ سال پیش مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی مطالعات عمیقی را برای تدوین برنامه جدید آموزش رشته پزشکی عمومی به انجام رساند و آموزش دانشکده پزشکی این دانشگاه برنامه جدید را اجرا کرد. متاسفانه ارزشیابی مستمر به‌ویژه برای فارغ‌التحصیلان این دانشکده و پیامدهای حضور و فعالیت آنان در جامعه انجام نگرفت و ثمره‌ای از این برنامه متحول پزشکی عاید نشد. برای برنامه تجدید نظر شده آموزش پزشکی که اخیرا تدوین شده است حداقل دو دهه لازم است تا با اجرای آن در دانشکده‌های پزشکی و ارزشیابی برنامه؛ اثربخشی آن در ارتقا کیفی آموزش پزشکی مطالعه شود.

۲. اعضای هیأت علمی: استادان رکن اصلی هر نوع تغییر در آموزش هستند. انگیزه‌های فعالیت و انجام امور آموزش در اعضای هیأت علمی کنونی دانشگاه‌های علوم پزشکی اعم از علوم پایه و بالینی در سطح مطلوب نیست. کمبود امکانات رفاهی، عملیاتی، تحقیقاتی و درمانی پیشرفته و عوامل دیگری که ایجاد انگیزه نمایند، همراه با اشتغال اکثریت اعضای هیات علمی در محیط‌های خارج از دانشگاه محل خدمت، به ویژه در طب خصوصی برای گروه بالینی، فعالیت اعضای هیأت علمی دانشکده پزشکی را محدود کرده است. تلاش‌ها باید در راستای مساعد زمینه‌ها، ایجاد انگیزه و به ویژه تمام وقت واقعی شدن صبح و بعدازظهر نه تنها اعضای هیأت علمی بلکه نظام آموزشی دانشگاه‌های علوم پزشکی منعطف شود.

۳- محیط‌های آموزشی: کاستی‌های فراوانی که در محیط‌های آموزشی پایه و بالینی وجود دارد، اعم از محدودیت آموزش در جامعه، کمی توجهی به امر مهم پیشگیری، و مراکز سرپایی کمبود وسایل و تجهیزات پیشرفته تشخیصی، درمانی و پژوهشی به ویژه در بیمارستان‌های دانشگاه‌ها، امکان ارتقای آموزش پزشکی را محدود کرده است. حضور تمام وقتی اعضای هیأت علمی هنگامی مفید خواهد بود که کل نظام آموزشی دانشگاه‌ها و به ویژه بیمارستان‌ها به صورت تمام وقتی واقعی درآید. آموزش و پژوهش فعال در ساعات ۸-۱۸ هر روز مراکز آموزشی درمانی مستلزم برنامه‌ریزی خاص است.

۴. وضعیت ارائه خدمات بهداشتی درمانی: آن چه دانشجوی پزشکی در طول دوران دانشکده پزشکی به‌طور نظری و عملی می‌آموزد باید در عرصه طبابت به کار گیرد. نوع طبابت بستگی به عوامل محیطی عدیده‌ای نظیر نظام ارائه خدمات پزشکی و فرهنگ پزشکی مردم دارد. تحقیقات در برخی دانشکده‌های پزشکی نوگرا نشان می‌دهد که علی‌رغم جامعه‌نگر شدن آموزش پزشکی، نحوه طبابت فارغ‌التحصیلان آن‌ها در جامعه با نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی موجود هماهنگ شده و با فارغ‌التحصیلان دانشکده‌های با آموزش سنتی متفاوت نیست. بنابراین بهبود نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی کشور، برپائی سیستم ارجاع و توجه به نقش عمده پیشگیری و درمان برای پزشک خانواده و امور مربوط به رفاه پزشکان و بیمه از اهم مسایلی هستند که در نحوه استفاده پزشکان از آموخته‌های خود دخالت دارند.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-16]

۵. بهبود روش‌های آموزش مداوم: انجام آموزش مداوم در دو دهه گذشته در کشور ثمرات فراوانی در جهت ارتقا کیفیت گروه پزشکی شاغل داشته ولی ادامه روش‌های آموزشی به صورت سنتی و بدون هدفمندی سبب کاهش بهره‌وری از این روش مفید شده است. با توسعه و ارتقای کیفی برنامه‌های مدون و کسب تجربیات انتظار می‌رود که در نهایت تمدید گواهینامه (recertification) ابتدا برای آنان که متقاضی استخدام در سازمان‌های انتخاب شده هستند انجام گیرد و در صورت موفقیت، در جامعه پزشکی بصورت یکی از اصول آموزش مداوم و مستمر در نظر گرفته شود.

۶. پژوهش پزشکی: با توجه به رشد سریع و توسعه تحقیقات پزشکی در دنیا، افق و جایگاه علم، فن‌آوری و تحقیقات در ایران ۱۴۰۰، در صورتی که اقدام عاجلی صورت نگیرد، با یک داوری خوش‌بینانه، شبیه وضعیت کنونی است و منحصر به تولید مقالات و نشریات علمی با اثرگذاری محدود در بهبود مسایل و مشکلات سلامت خواهد بود. برای رسیدن به جایگاه والاتر در علم، فن‌آوری و تحقیقات و نیز به کارگیری علم مفید، برنامه‌ریزی خالصانه، دقیق، کارآ و مستمر در جهت ترجمه علم به عمل و گسترش فناوری پزشکی مورد نیاز است. بنابراین ضروری است که یک تحول فرهنگی در امر پژوهش در کشور پدید آید.

برای آن‌ها که به ما حرفه‌ی مقدس پزشکی را آموختند، رحمت و مغفرت الهی طلب می‌کنم، برای همکاران فرهیخته‌ای که عمر پربرکت خود را در آموزش حرفه‌ی پزشکی می‌گذرانند، آرزوی سلامتی و توفیقات الهی و برای دانشجویان و دستیارانی که با کوشش خود آموزش پزشکی را متحول کردند، به آن بالندگی و صلابت می‌بخشند، از درگاه ایزدمنان دانش، خرد و تقوی مسالت دارم.

ربنا تقبل منا انک انت السمیع العلیم

و تب علینا انک انت التواب الرحیم

Achievements In health and medical education now 40 years after the Islamic Revolution: Strategies for integrating medical education into the health system

Fereydoun Azizi , MD[1] and S. Alireza Marandi, MD[2]

Abstract

Background: After the Islamic Revolution of Iran in 1979, two main changes were made in the health system namely the establishment of the Ministry of Health and Medical Education and the formation of the Health Network of Iran. The Ministry of Health and Medical Education is responsible for policymaking, planning, leadership, stewardship, monitoring and evaluation of health services and also training and educating the healthcare workforce in a community-based health system, which comprises the country's healthcare structure.

Method: Library documents were reviewed and information and relevant data were collected.

Results: From 1979 to 2015, the number of medical, dental and pharmacy schools in Iran increased from 7 to 72, 3 to 19 and 3 to 21, respectively; the number of admissions to medical school increased from 1357 to 44040 during the aforementioned time period. Training courses , PhD and clinical sub-specialties were established after the revolution. Nowadays, admission to these disciplines are 268 and 350 students, respectively. This quantitative increase has been accompanied by a significant improvement in the educational quality of clinical services rendered and increased research.

Conclusion: Integration of medical education into the health system in Iran has proved to be an appropriate and economical strategy for promotion of healthcare and is considered a turning point in improving medical education in the Islamic Republic of Iran.

Key words: Delivery of Health Care, Health Promotion, Health Workforce, Iran, Medical Education

1. Professor, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Research Institute for Endocrine Science Fellow of the Academy of Medical Sciences IR Iran
2. Fellow of Academey of Medical Sciences I.R. Iran

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-16]