

التعليم الطبي في المملكة العربية السعودية

بين معايير الاعتماد وأثر العولمة

فهد عبد العزيز المهنا*، مروان جبر الوزة**، شذى سعيد الحبيب***

* جامعة الملك فيصل، المملكة العربية السعودية

** جامعة دمشق، الجمهورية العربية السورية

*** مستشفى الملك فهد التخصصي-الدمام، المملكة العربية السعودية

المستخلص: بزغ فجر التعليم الطبي في المملكة العربية السعودية قبل قرابة أربعة عقود خلت، ومع اتساع البنيان وتزايد السكّان وتقدّم ركب التطوير أضحت هاجس القائمين على التعليم الطبي في المملكة السعي إلى تلبية الاحتياجات الإنسانية المتنامية إلى الرعاية الصحية بمستوياتها المختلفة، وإيجاد الخبرات الوطنية القادرة على إنجاز تلك المهمة على أكمل وجه، واستيعاب ذلك التفكير في رفع جودة المخرجات التعليمية وتأكيد الثقة بخريجيين لديهم من المهارات العملية والسمات المهنية والأخلاقية ما يجعلهم رباباً قادرين على قيادة سفينة الرعاية الصحية إلى غاياتها المنشودة. سيتناول هذا المقال عرضاً لإشكاليات التعليم الطبي وأهدافه وتطلعاته في عصر العولمة، ثم ينتقل إلى توضيح مفهوم الاعتماد في التعليم الطبي، وبعدها يستقرى مسيرة النهضة الصحية وواقع التعليم الطبي في المملكة العربية السعودية وصولاً إلى تلمّس الأسس الراسخة للنهوض به بما يفي بمتطلبات عصر العولمة، ويسهم في إنجاز الأطر اللازمة التي تضمن جدارة الخريجين وقدرتهم على أداء رسالتهم الإنسانية النبيلة.

١- مقدمة في التعليم الطبي:

يهدف التعليم الطبي إلى تخريج طبيب يتمتع بمؤهلات مناسبة تلي احتياجات صحة الفرد والمجتمع، وترتبط جودة التعليم الطبي إلى حدّ بعيد بسياق الثقافة وتطلّعات المرضى والمجتمع؛ فمعايير التعليم الطبي ليست عامّة، وتفاوت تبعاً لحاجات المجتمع الذي سيؤاثر فيه الخريجون مهاراتهم وفنونهم، ومخرجات التعليم الطبي في المجتمعات تختلف باختلاف هذه المجتمعات، وتستند إلى احتياجات البلدان والخلفية الثقافية للمجتمع، ويُخرج ذلك من خلال تدريب الطلاب، وتزويدهم بالمعرفة والمهارات، وغرس الأخلاقيات المهنية التي تمكّنهم من تلبية احتياجات الناس الذين سيخدمونهم، ومساعدة الدولة والمجتمع في تحقيق الأهداف الصحية المنشودة ضمن بيئة الرعاية الصحية المتغيرة باستمرار، وللتعليم الطبي مجالات ثلاثة:

- التعليم الطبي الجامعي.

- التعليم الطبي العالي أو ما بعد الجامعي (الإقامة أو الزمالة....).

- التعليم الطبي المستمر (التطوير المهني المستمر).

يعدّ التعليم الطبي الجامعي حجر الزاوية والركن الرئيس الذي تُبنى عليه المسيرة المهنية للخريجين، وتُختتم المرحلة الجامعية الأولى بعام المعاودة؛ وهو العام الدراسي الذي يقضيه الطلبة في المستشفيات التعليمية لتطبيق ما تعلّموه في كليات الطب، ولا يمكنهم العمل كأطباء حتى إنهاء هذه المدّة من التدريب والحصول على شهادة المعاودة؛ فهذا العام هو بوابة العبور من التخرّج النظري إلى الممارسة المهنية المبكرة، أو اختبار الشدّة والتحمّل قبل الممارسة، أو الحيط الدقيق الذي يربط طالب الطب بعالم الممارسة المهنية كطبيب.

٢- إشكاليات التعليم الطبي:

إذا كان جوهر التعليم الطبي يكمن في التعليم الطبي الجامعي فإن تفحص بنية ومسار هذا التعليم يبين وجود إشكاليات عديدة، بعضها قديم قدم مهنة الطب، ويتعلق بدور الطبيب ومدى قدرته على شفاء مريضه أو تخفيف آلام جسده ونفسه وروحه، وبعضها يرتبط بالعصر الذي تُمارس فيه المهنة، ولعل نظرة متأنية إلى التطور العلمي المذهل خلال القرن المنصرم، وتنامي عدد سكان الكرة الأرضية إلى أرقام غير مألوفة من قبل، وتزايد متوسط عمر الفرد في أغلب البلدان يبيّن عمق إشكاليات التعليم الطبي التي برزت في جوانب عدّة أهمها:

- فلسفة التعليم الطبي.
- إستراتيجية التعليم الطبي.
- أهداف التعليم الطبي وغاياته.
- علاقة التعليم الطبي بالتعليم العالي.
- ضبط جودة التعليم الطبي.
- آثار العولمة على التعليم الطبي.

لقد برز التعليم الطبي كتحديّ على المستوى العالمي منذ أن أطلقت منظمة الصحة العالمية هدفَ (الصحة للجميع بحلول عام 2000) في إعلان المئات عام 1978، وأضيف في مطلع الألفية الثالثة تحدٍ جديد؛ فقد اتجهت غاية التعليم الطبي إلى تخريج الطبيب القادر على العناية بالفرد والمجتمع، وبعد أن كان الشعاع المشهور للتعليم الطبي في القرن العشرين تخريج (طبيب مؤتمن) أضاف العديد من مختصي التعليم الطبي في مطلع القرن الحادي والعشرين بعداً جديداً تمثّل في السعي إلى تخريج طبيب رفيع الكفاءة (طبيب خمس نجوم)، بالطبع لا يشير ذلك إلى أسلوب حياة الطبيب بل يدلّ على مواقفه ومواصفاته؛ فالنجوم الخمس للطبيب تعني تكامل دوريه الطبي والاجتماعي، ويضاف إلى ذلك دوره الروحاني.

أطلق تبني هذا المفهوم في الرعاية الصحية والتعليم الطبي حركةً تعليمية وسياسية واسعة حول العالم دعمتها حكومات وهيئات تعليمية طبية عديدة بهدف إصلاح تعليم جميع المهنيين الصحيين، وبدا واضحاً تركيز منظمة الصحة العالمية (1996-2000) على تكامل أدوار الرعاية الصحية والممارسة الإكلينيكية والتعليم الطبي، ولكن رياح التغيير لم تجعل المراكب تيمّم الشواطئ المأمولة؛ فرغم أن أكثر المؤسسات الصحية أبدت اهتماماً بصحة المجتمع وحرصاً على المجموعات ذات الترخيم الصحي المتواضع إلا أنّ مخرجات التعليم لم تعكس ذلك، وبقيت الفجوة واسعة بين ما يتغيه الناس وما يقدمه نظام التعليم الطبي الراهن.

إلى جانب ذلك برزت إشكالتان: الأولى؛ أنّ الرعاية الصحية الأولية التي أُعترف بها في ألماتا عام 1978 أصبحت غازية لنظام التعليم الطبي الذي كان مستقرّاً على نحو ما، وتبع ذلك فقدان الشعور بالانسجام والتناسب؛ فقد أخذت أقسام الرعاية الصحية الأولية التي أصبحت جزءاً من كلّ كلية طب تجابه الأقسام الأخرى في الكلية بدل أن تتعاون معها مع إصرارها على ضرورة تدريس الرعاية الصحية الأولية لكلّ طلبة الطب، وفي كل المستويات، ولأطول وقت ممكن، ولو كان ذلك في مرحلة المعاودة، ولم تكن الرعاية الصحية في منأى عن آثار هذا الصراع الذي شوهدت بعض جوانبه في المملكة العربية السعودية. لقد جوبهت غزوة الرعاية الصحية الأولية بطبيعة الحال بمقاومة معظم الفروع الإكلينيكية، وانعكس ذلك سلباً على هدف (الصحة للجميع بحلول عام 2000) فسقط قبل بدء الألفية الثالثة.

أما الإشكالية الثانية فقد واجهت كليات الطب التي كانت مطامحها تتركز على تخريج أفضل الأطباء وأكثرهم ائتمناً، وتمثلت في الحاجة إلى تخريج أعداداً متزايدة من الأطباء في أسرع وقت ممكن لخدمة السكان حول العالم تحقيقاً لهدف (الصحة للجميع بحلول عام 2000)، وكانت نتيجة ذلك خسارة الجودة عند السعي إلى المزيد من الكم كما حدث في العديد من البلدان النامية (ومنها الملكة العربية السعودية)؛ فقد كانت الرعاية الصحية بدائية في الأغلب، وغاب دور المراقبة والتكافؤ بين التعليم الطبي والرعاية الصحية، واستمر تدريس مواد لا صلة لها باحتياجات المجتمع الصحية، كذلك لجأت بعض الكليات إلى تقصير المدّة المطلوبة لتخريج الأطباء، وبدأت تغرّد خارج السرب في غياب المرجعية التي تلزمها بحدّ أدنى من الشروط المطلوبة لضمان كفاءة خريجها.

يُضاف إلى ما سبق إهمال وجهات النظر السياسية والثقافية والاقتصادية والاجتماعية والبيئية للتدريب الجامعي بسبب ذاك الطراز من الرعاية الطبية المفروض في اقتصاد السوق، وإذا ما تقبّل الأطباء منطق السوق في مقارنة الرعاية الصحية فلن يتمكنوا أبداً من إدارة ممارستهم مع فهم الطبيعة الاجتماعية للأمراض في العالم عموماً، وفي العالم الثالث على وجه التحديد، ولن يعبروا إلا القليل من الانتباه لمجموعات السكان ومقاييس الناتج التي تشمل اعتبارات البقاء في صحة وعافية.

٣- أهداف التعليم الطبي وتطلعاته في عصر العولمة:

من الضروري عند الحديث عن أهداف التعليم الطبي بعد بحث جذور إشكالياته في مساقها التاريخي تبيان الأسس التي يجدر الاستناد عليها في مبادرات تحسين التعليم الطبي الوطنية كجزء من جهود تحسين مخرجات هذا التعليم في قرينتنا الكونية الصغيرة كوكب الأرض غي عصر العولمة.

بين إعلان أدنبرة المقترح في المؤتمر العالمي للتعليم الطبي عام 1988 الأسس أو المبادئ التي يستحسن تطبيقها في مبادرات تحسين التعليم الطبي، ويمكن إجمالها بـ:

- توسيع طيف المواضيع التي تُطبّق فيها برامج التعليم لتشمل كلّ الموارد الصحيّة المتاحة، وليس المستشفى فقط.
- التأكد أن محتوى المناهج الدراسي يعكس أولويات الصحة الوطنية ووجود الموارد المتاحة.
- ضمان استمرارية التعلّم خلال الحياة، وتأكيد العدول عن الطرق السلبية ذات الانتشار الواسع حالياً إلى تعلّم أكثر فاعلية بما في ذلك التوجه الذاتي والدراسة المستقلة والطرائق الخاصة.
- بناء أنظمة للمناهج الدراسية والامتحانات تضمن تحقيق الكفاءة المهنية والقيمة الاجتماعية، وليس مجرد حفظ المعلومات وتذكّرها «التلقين والتعليم».
- إتمام التعليم فيما يتعلّق بتدبير المرضى والحثّ المتزايد على تعزيز الصحة والوقاية من المرض، وكذلك حماية مقدّم الرعاية.
- متابعة تكامل التعليم العلمي والتدريب العملي، واستخدام أسلوب حلّ المشكلات في المجال الإكلينيكي والمجال الاجتماعي كأساس في التعلّم.
- استخدام طرائق اختيارٍ لطلبة الطبّ تتجاوز تقييم المقدرة الفطرية والتحصيل الأكاديمي لتشمل تقييم الميزات الشخصية والسلوكية.
- تشجيع وتسهيل التعاون بين وزارة الصحة ووزارة التعليم العالي والخدمات الصحية للمجتمع والهيئات ذات العلاقة الأخرى للاشتراك في تطوير السياسة والتخطيط ووضع البرامج والتطبيق والمراجعة.
- التأكد أن سياسات القبول تحقق توافقاً بين عدد الطلاب المدربين والاحتياجات الوطنية من الأطباء.

• زيادة فرصة ربط التعلّم والبحث والخدمات بالمهن الصحية أو المهن الصحية المساعدة الأخرى كجزء من التدريب على عمل الفريق.

إنّ الهدف النهائي لأيّ تعليم طبي يكمن في إبراز سمات مرغوبة في أطباء الغد تجعلهم قادرين على العمل في جميع مستويات الرعاية سواء كانت أساسية أم مجتمعية أم تخصصية، داخل المستشفى أم خارجه، ولا بد من العودة إلى مفهوم (طبيب خمس نجوم) المذكور آنفاً لتحديد المواصفات الخمس (أو النجوم الخمس) كما بيّنها مختصو التعليم الطبي؛ فالمواصفات الخمس المقصودة في طبيب الغد هي:

• **مقدّم للرعاية الصحية** الذي يمارس رعاية إكلينيكية رفيعة المستوى شمولية الأبعاد تشخّص الإصابة الجسيمة أو المرض الخطير، وتدبّر المرض المزمن وحالة العجز، وتقدم الرعاية الوقائية من خلال علاقة ائتمان طويلة الأمد لا تستثني مفهوم حماية القائمين على الرعاية الصحية.

- **صانع القرار** الذي يختار خلال تقديمه للرعاية الصحية تقانات قابلة للتطبيق أخلاقياً وذات تكلفة مهادنة.
- **المُحدّث (البارع في التواصل)** القادر على تعزيز أساليب الحياة الصحية من خلال التدخّل المؤكّد الذي يشجّع المجموعات والأفراد على تحسين صحتهم كمنطلق لتحسين صحة البيئة والمجتمع.
- **قائد المجتمع** الذي يكسب ثقة من يعمل بينهم، ويوفّق بين متطلّبات الفرد والمجتمع، ويبادر الفعل لصالح المجتمع.
- **عضو الفريق** الذي يَسْتَطِيع العمل بانسجام مع الأفراد والمؤسسات داخل وخارج نظام الرعاية الصحية لتلبية حاجات مرضاه ومجتمعه.

إن مفهوم النجوم الخمس يعني تكامل أدوار الطبيب المختلفة التي تجمع بين الجدارة الإكلينيكية والقدرة على قيادة المجتمع والتمكّن من صنع القرار وامتلاك المهارات الإدارية والتزام التعلّم المستمر، وبعده التعليم الطبي الجامعي الخطوة الأولى التي تؤخذ بالحسبان في هذا المقام، وعلى كليات الطب أن تؤدي دورها الهام في صنع القرارات المتعلقة بمناهج التعليم الطبي. إنّ الانتساب إلى كلية الطب هو المنطلق الأمثل للتحصّل العلمي والمعرفي، والتدريب العملي المهني، واكتساب المهارات، ويرتب ذلك على كليات الطب أن تعدّ طلبتها من خلال مناهج التدريس لاكتساب المعرفة والمهارات الضرورية التي تلي الاحتياجات التي سيفنون بها في مسيرتهم المهنية، وأن يكونوا قادرين على تحمّل المسؤوليات في عامهم الأول كأطباء، ويتطلّب ذلك تطوير المناهج الطبية بما يجعل محتواها مناسباً وقابلاً للتطبيق في المرحلة الجامعية، ومعدّلاً لاكتساب السمات والمهارات الشخصية المطلوبة للممارسة الطبية، وقادراً على تزويد طلبة الطب بخبرة حسن إدارة العمل، والتوجّه الملائم لواقع الممارسة الطبية، إلى جانب تقديم الفرص السانحة في تطبيق المعرفة والمهارات الأساسية المكتسبة، واتخاذ المواقف، واكتساب السمات الشخصية المطلوبة، وتنمية القدرة على حلّ المشكلات والقيام بالبحث العلمي، ولا بدّ أن نجد هذه المقاربة صداها في أهداف مناهج كليات الطب في المملكة العربية السعودية التي يمكن صوغها من جديد وفق المعطيات المذكورة آنفاً، وفي إطار مراجعة شمولية للتعليم الطبي تتضمّن ما يلي:

- رسالة ورؤية التعليم الطبي.
- أهداف التعليم الطبي.
- خصائص أطباء الغد.
- ضمان كفاءة الأطباء المتخرجين.
- التحضير لعام المعادنة.
- احتياجات المجتمع من الأطباء، وآلية تلبية تلك الاحتياجات.

وإلى جانب ذلك ثمة سلسلة من الإجراءات المساندة التي تشدّ أزر المراجعة المذكورة آنفاً، وتسهم في تحسين جودة النواتج النهائية يمكن إجمالها بـ:

- تطوير معايير انتقاء أطباء الغد، فالعيار المميّز للقبول في كليات الطب يتمثّل في تقييم احتياجات المجتمع، وتحديد أغلب المشاكل الصحية العامة، وبيعدّ التحلّي بالأخلاقيات الطبية والمهنية الرفيعة من المقوّمات النفيسة في أطباء الغد.
- تحسين استراتيجيات المشاركة بين كليات الطب في المملكة العربية السعودية ووزارة التعليم العالي ووزارة الصحة بهدف تخريج أطباء يتمتعون بمعايير رفيعة في المعرفة والمهارات والمواصفات موجهة لتلبية احتياجات الرعاية الصحية في المجتمع.
- تطوير خطة استراتيجيه تحدّد احتياجات القطاع الصحي من القوى البشرية؛ فمن الضروري أن يُبنى منهاج التعليم الطبي على تقييم متطلبات البلد من الأطباء والاحتياجات الصحيّة.
- تطبيق المعايير الوطنية والعالمية على المستشفيات التعليمية والمرافق الأخرى التي في حكمها.
- تطوير برنامج طبي يشمل المعاودين والأطباء المتدربين.
- تقويم واقع السلك التدريسي وإيجاد حلول سريعة تضمن وجود العدد الكافي من الأساتذة، وتسهم في تحسين جودة عملهم.

أن مفهوم التطوير يتأصل في مؤسسة ما عندما تُدرس كلّ الجهود، وما تحقق من إنجازات، وما وقع من أخطاء بهدف تبني ارتجاع feedback أفضل يقود إلى تحسين النواتج إلى أقصى حدّ ممكن، وعندما يُطبق ذلك في مناهج التعليم الطبي، وتؤخذ بالحسبان الاحتياجات والموارد المتاحة تتحوّل هواجس التطوير من مجرد أفكار يُحشى ضياعها إلى أسس يُبنى عليها بمزيد من الثقة بالنفس والوطن.

٤ - الاعتماد الأكاديمي والتعليم الطبي:

تُحتّم أهداف التعليم الطبي في عصرنا الراهن تبني كليات الطب لمناهج تعليمية نفي بالغرض، وتراعي المتغيرات على أن تحافظ على أسس التعليم الطبي في الوقت ذاته، ويستدعي ذلك وجود نظام اعتماد ينسجم مع المعايير العالمية للتعليم الطبي التي وضعتها الاتحاد العالمي للتعليم الطبي WFME بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية WHO آب /أغسطس 2000، وتعدّ تلك المعايير دلائل إرشادية، ومن الضروري أن يسهر على تطبيقها مرجعية اعتماد وطنية، وقد بادرت العديد من الدول إلى إيجاد مرجعيات خاصة بمراقبة معايير موحّدة لاعتماد التعليم الطبي، ومن هذه الدول المملكة المتحدة والولايات المتحدة الأمريكية وكندا وأستراليا ونيوزيلندا وإيران والهند وباكستان؛ ففي المملكة المتحدة وضع المجلس الطبي العامّ معايير التعليم الطبي الجامعي والعالي (بعد الجامعي)، وهو يقوم بزيارة الكليات الطبيّة والمستشفيات التعليمية ومعاينتها، وقد أحدثت عام 1997 هيئة مستقلة تُدعى وكالة ضمان الجودة Quality assurance agency (QAA) تهدف إلى تقديم ضمان جودة متكامل في مجال التعليم الطبي، أمّا في الولايات المتحدة الأمريكية وكندا فإنّ مجالس اعتماد التعليم الطبي تقوم بالمهام ذاتها.

يمكن تصوّر ثلاثة أنماط من المعايير التعليمية المتراپطة؛ أولها: معايير المحتوى أو معايير المنهاج التي تصف المهارات والمعرفة والمواقف وتقديرات تصوّر المعلمين أن يُعلّموا، وتطلّع الطلبة أن يتعلّموا. وثانيها: معايير التقييم أو الإنجاز التي تحدّد درجات إحرار معايير المحتوى أو مستوى الكفاءات بما يلي المتطلبات المهنية. وأخرها: معايير العملية أو فرصة التعلّم التي تحدّد تيسر وجود الطاقم والموارد الأخرى الضرورية لطلبة كليات الطب بما يتفق مع معايير المحتوى والإنجاز. بعبارة أخرى؛ تحدّد معايير المحتوى ما سيعلم أو يتعلّم، وتصف معايير الإنجاز كيف تُعلّم، فمعايير المحتوى دون معايير الإنجاز لا معنى لها، وعلى نحو مماثل

لا يمكن قيام معايير فرصة التعلّم بمفردها دون وجود معايير المحتوى والإنجاز، فمن غير الممكن عندها تقييم ما إذا كانت الموارد قد وُزعت على نحو فاعل أم لا.

لقد أفلحت المشاورات في إجماع منظمة الصحة العالمية WHO والاتحاد العالمي للتعليم الطبي WFME على الالتزام المستقبلي بتأسيس أنظمة اعتماد للتعليم الطبي، وإطلاق حملة فعاليات تعمل على:

- تشجيع تطوير المعايير الإقليمية والوطنية على أساس المعايير العالمية.
- تشجيع إجراء التقييم المؤسسي الذاتي والمراجعات الداخلية والخارجية.
- صياغة تعليمات الاعتماد.
- تشجيع تأسيس أنظمة اعتماد.
- متابعة العمل على الاعتراف بأنظمة الاعتماد.
- تطوير دليل منظمة الصحة العالمية لكليات الطب، ووضع قاعدة بيانات عالمية جديدة لمؤسسات التدريب والتعليم الصحي تستند إلى مؤشرات الجودة والمعلومات المتعلقة بالاعتماد.

وقد مدّت منظمة الصحة العالمية WHO الجسور لامتلاك تلك المعايير العالمية وتأسيس أنظمة وطنية للاعتماد في مختلف دول العالم تركز على معايير متكيفة إقليمية أو وطنية تحت مظلة المعايير العالمية، ولكن مسؤولية إطلاق النظام الوطني النهائي وإيجاد المرجعيات الوطنية المختصة تقع على عاتق الدول والمجتمعات.

٥- استقرار واقع التعليم الطبي في المملكة العربية السعودية:

انطلق التعليم الطبي في المملكة العربية السعودية عام 1969 تحت رعاية وزارة التعليم بتأسيس أول كلية للطب في جامعة الملك سعود، وبعد ذلك تأسست كليات طب جديدة تباعاً حتى بلغت 11 كلية موزعة على مناطق المملكة المختلفة، ويشرف على كليات الطب إمّا وزارة التعليم العالي أو وزارة الصحة أو الحرس الوطني، أما الكليات الخاصة فتحتاج إلى إشراف واعتماد هيئات مستقلة تحافظ على المعايير.

تستخدم المستشفيات الجامعية والمستشفيات الأخرى والمراكز الصحيّة في التعليم والتدريب إلى جانب المؤسسات الصحيّة والمستشفيات الخاصة التي يُلجأ لها بين وقت وآخر بهدف الاستخدام الأمثل للموارد الصحيّة، ورغم القفورات الهامة التي تحقّقت في مضمار تأهيل الخبرات الوطنية الضرورية للوفاء بمتطلبات الرعاية الصحيّة التنمائية في مستوياتها المختلفة فتمت إشارات شديدة الوضوح أن ليس كلّ شيء في نظام التعليم الطبي على ما يرام؛ فهناك العديد من العيوب التي تُعرف منذ سنوات عديدة، وتأخّر دراسة هذه العيوب يعني أن بعض كليات الطب بدأت تحيط بحيط عشواء منحرفة عن سبيلها، وأنّ الهيئات القائمة على التعليم الطبي تحقّق في الاستجابة للتحديات التي يواجهها، وقد يُفرض ذلك إلى تدبّي مخرجات التعليم الطبي.

لقد أفضحت المقالات المنشورة في الصحافة وتساؤلات صناع القرار ومداولات مجلس الشورى عن الحاجة الملحة إلى تبني مراجعة منهجية ناقدة للتعليم الطبي في المملكة، ويمكن بيان العناوين العريضة لعيوب هذا التعليم بوضع ثلاث حلقة التعليم الطبي المؤلفة من المرسل (الجهاز التدريسي والتدريبي في كليات الطب) والمتلقي (طلبة كليات الطب) والرسالة (مناهج كليات الطب) تحت مجهر البحث والتحليل، ولعلّ القناعات تتفق عندها على جملة حقائق ملموسة تحتاج إلى جهد المهتمين والمتخصصين في سلك التعليم الطبي، وتمثّل بـ:

• غياب الرؤية الواضحة لدى أغلب كليات الطب، أمّا الأهداف فتبدو مبهمّة في مجملها، أو أنّها غامضة لدى غالبية أفراد طاقمها وطلبتها.

• عدم وجود توجيهات واضحة تُعنى بالمشاكل الصحية للمجتمع المحلي.

• غياب التعريف بالسياسات الصحية.

• عدم الالتفات إلى تدريب الخريجين على سبل إجراء الأبحاث العلمية واكتساب المهارات الإدارية وفق المعايير الدولية.

• تباين المناهج وغياب وحدة المنهاج الدراسي ومعايير التعليم الطبي بين كليات الطب.

• اعتماد بعض كليات الطب مناهج كلية طب ما من كليات الدول الغربية، والسير سير المستوثق الذي لا حول له ولا

قوة، وقد ازداد الأمر سوءاً بانتقال الموروث الاجتماعي من التعصّب المفقوت للجماعة أو القبيلة إلى تعصّب للشهادة ومصدر المنهاج، وفاقم ذلك تفاخر مسؤولي التعليم الطبي فيها بانضوائهم تحت مظلة جامعات عالمية، أمّا حقيقة الأمر فإن هذه الكليات لم تجن أكثر من تبعية علمية بغياب المشاركة Partnership الحقيقية، وأقلّ ما تُتهم به تلك الكليات أنها لا تتدبر الحاجات الصحية في المجتمع السعودي، ولا تمنع التفكير في مواصفات خريجيها ومستويات جدارتهم؛ لذا اتسعت الفجوة بين مخرجات التعليم الطبي وما يحتاجه المجتمع، واحتدم الصراع بين مقدّم التعليم الطبي ومقدّم الرعاية الصحية.

• قصور العديد من المناهج الطبية الجامعية عن التحضير للمعاودة، يدلّل على ذلك الوقوع المرتفع للضائقة الانفعالية emotional distress لدى الأطباء الجدد، والتقارير المتكررة عن استيائهم من تدرّيبهم الجامعي، ويعدّ ذلك نتيجة منطقية لسوء إشراف المسؤولين عن التعليم الطبي، ولاسيما أولئك الوافدين من خارج المملكة.

• تناقص عدد أعضاء الهيئات التدريسية، ويزور أزمة جديدة تتمثل في هجرة الكفاءات التدريسية الأمر الذي فاقم هذه الإشكالية كماً ونوعاً، وتبدو هذه الهجرة إمّا داخلية من خلال نظام التفرّغ الجزئي الذي يتيح لأعضاء الهيئة التدريسية العمل في القطاع الخاص، أو خارجية تهجر فيها الخبرات التدريسية الجامعات للعمل في المستشفيات الكبيرة.

• الفشل في استغلال الموارد المتاحة استغلالاً ملائماً.

لقد شرعت التغييرات الرئيسية في كل أنحاء العالم تأخذ مكانها في التعليم الطبي ومناهج تدريسه بسبب وجود حاجة ماسّة للطبيب القادر على صنع قرارات طبية ملائمة مسندة (مستندة إلى دليل) تأخذ بالحسبان التكلفة المهاددة، وأضحّت أنظمة الرعاية الصحية الحديثة تبحث عن الطبيب الممارس الماهر المبدع الذي يفي بمتطلبات تقديم خدمات ملائمة تقنياً، ومنظمة جيداً، وموجّهة للمرضى، وثمة قلق شديد يتعلّق بعدم استعداد طلبة الطب استعداداً ملائماً لتقديم الرعاية الصحية المثالية في النظام الذي سيُزاولون فيه المهنة في نهاية الأمر، فهل من سبيل إلى خلاص التعليم الطبي في المملكة مما يعتوره من عيوب ونواقص قبل أن تفتك به؟

٦- عصر العولمة واعتماد في التعليم الطبي في المملكة العربية السعودية:

يعدّ ضمان جودة التعليم الطبي استثماراً طويل الأجل في كل الدول لما فيه صحة ورخاء مجتمعاتها؛ لذا يجب ألاّ نألو جهداً في وضع معايير للتعليم الطبي والحفاظة عليها على مستوى التعليمين الجامعي والعالي (بعد الجامعي) كليهما، وإيجاد جهات مسؤولة لرعايتها، وبناء على ذلك أضحي اعتماد التعليم الطبي ضرورة في جميع بلدان المنطقة؛ فأنظمة الاعتماد ستجعل خريجي كليات الطب في المملكة العربية السعودية يحققون المعايير العالمية في التعليم الطبي والممارسة، وستقدّم دعماً لتحسين الجودة المستمر في التعليم الطبي، وستحمي الممارسة الطبية، وعند العمل بمعايير إقليمية أو وطنية مقبولة فإن كليات الطب ستؤدي دوراً رائداً في تحسين إنجاز الأنظمة الصحية وتعزيز الصحة.

لقد ناقش المؤتمر الأول لكليات الطب في دول مجلس التعاون الخليجي المنعقد في الكويت في أبريل/نيسان 1999 المعايير الدنيا الأساسية لاعتماد كليات الطب، ولوضع الآلية الضرورية لهذا الغرض وتبيان الحاجة لضمان جودة التعليم الطبي في دول مجلس التعاون الخليجي قرّرت لجنة عمداء الكليات لدى اجتماعها في العين في أبريل/نيسان 2000، وفي الدّمّام في نوفمبر/تشرين الثاني 2000 السعي إلى تحقيق هذا الهدف، والمبادرة إلى صياغة التوصيات والدلائل الإرشادية اللازمة، وقد أُجْرز ذلك في عام 2004.

إن استقرار واقع التعليم الطبي، والتعرف إلى ما يعترضه من عوائق وعقبات، والحلم المشروع للجميع بمستقبل واعد لهذا القطاع يستدعي التفكير في إيجاد مرجعية وطنية تضع معايير للتعليم الطبي في المملكة وفقاً لاحتياجات المجتمع، وتبعاً للمعايير العالمية، على أن يكون في جوهر مقاصدها وأهدافها:

- التشجيع على تحسين التعليم الطبي وضمان وجود معايير دنيا للتعليم الطبي تتفق مع الممارسة.
- تحسين خدمات الرعاية الصحية بوضع معايير جودة تعليم الطلبة وتقييمها من خلال الاعتماد.
- نقل المعلومات ممن يملكها إلى من يحتاجها ويمكنه استخدامها، وفي نظام التعليم تبيّن المعايير للطلبة ما هو المنتظر منهم للنجاح في الكلية والحياة المهنية، في حين يبيّن التقييم مدى التطابق مع التطلعات.
- ومن ثمّ يجري اعتماد مقدمي التعليم الطبي من خلال ما يوضع من معايير، وتقع على عاتق المرجعية المحدثة مسؤوليات ومهام عديدة تشمل ما يلي:

- الإمداد بالأطباء وتوزيعهم في المملكة العربية السعودية.
- تلافي النقصان أو الزيادة حالياً أو مستقبلاً في التخصصات الطبية أو الجراحية.
- السعي الحثيث لإتمام المستشفيات وكليات الطب وهيئات الاعتماد مع التقيد بالمسائل، ويتضمن ذلك مساعي تغيير برامج مجلس التعليم الطبي والجامعي.
- العيوب والاحتياجات لتحسين قاعدة البيانات المتعلقة بالأطباء، والإمداد، والتوزيع، وبرامج التدريب الجامعي، والخطوات التي يتعيّن اتخاذها للحد من تلك العيوب.
- دراسة وتقييم كل جوانب التعليم الطبي، ويشمل ذلك التأكد من الإمداد المستمر والمناسب بأطباء ذوي تأهيل جيد يلبي الاحتياجات الطبية للعموم.
- المراجعة والتوصية فيما يتعلّق بسياسات التعليم الطبي.
- التدارس والتوصية في السبل والطرائق التي يمكنها أن تساعد الأطباء في المحافظة على كفاءتهم المهنية، وفي تطوير معايير الاعتراف بتحصيل كهذا.

- فرض معايير دنيا موحّدة لمقررات التدريب بقصد الحصول على المؤهلات الطبية الجامعية.
- وضع متطلبات دنيا لمحتويات ومدة مقررات الدراسة للحصول على درجة M.B.B.S.
- وضع شروط القبول في دورات التدريب للحصول على درجة M.B.B.S.
- العمل كهيئة اعتراف بالمؤسسات والتنظيمات التي تعرض اعتماد التعليم الطبي المستمر.
- تطوير معايير لتقييم كل من برامج التعليم وفعاليتها، ومسؤولية ضمان اتفاقها مع تلك المعايير.
- إحداث أو رعاية تطوير طرائق لقياس فاعلية التعليم الطبي المستمر واعتماده، ولاسيما فيما يتعلّق بجودة رعاية المريض واستمرار التعليم الطبي.

- مراجعة وتقييم التطويرات في دعم التعليم الطبي المستمر لجودة الصحة.

• دعم ورعاية مبادرات التعليم الطبي.

• توطيد مسمى الشهادات الطبية للمملكة العربية السعودية.

يجب أن يُنظر إلى الاعتماد كعملية طوعية، قابلة للمراجعة، مصممة لتوثيق جودة التعليم في برامج التعليم المستقرة والجديدة، وفي نظام اعتماد التعليم الطبي تقم لجنة محدّدة أو هيئة برامج التعليم الطبي الذي يفضي إلى الدرجة الطبية الأولى، وتعتمد منها ما يحقق المعايير المقبولة، ولدى تقييم التزام برنامج التعليم الطبي بالمعايير الإقليمية أو الوطنية لجودة التعليم تسعى هيئات الاعتماد للاهتمام بعامة السكان، وبالطلاب المسجلين في ذلك البرنامج.

لقد أصبحت الحاجة ملحة لإيجاد مرجعية وطنية تحافظ على المكتسبات التي جناها التعليم الطبي خلال أربعة عقود كان فيها رائد الحفاظ على الإنسان في مملكة الإنسانية، مرجعية تحول دون تراجع التعليم الطبي وتواضع كفاءات خريبيه الذين سيصبحون في الغد القريب مؤتمنين على أرواح المرضى وصحة المجتمع.

References:

Al-Gendan, Y.M., Al-Sulaiman, A.A., Al-Faraidy, A.(2002) Undergraduate curriculum reform in Saudi medical schools: which direction to go?. Saudi Med J, 21,324-6.

Al Muhanna, F., Parashar, S.(2002) Minimum standards in medical education- General guideline,. College of Medicine, King Faisal University.

Al Muhanna, F., Parashar, S. (2002) Medical education in 21st century,. College of medicine, King Faisal University.

Al-Shehri, A.M., Al-Ghamdi, A.S.(1999) Is there anything wrong with undergraduate medical education in Saudi Arabia?. Saudi Med J,20,215-218.

Association of American Medical Colleges (1992). Educating medical students. Assessing change in medical education: the road to implementation. (ACME-TRI report)

Association of American Medical Colleges (1984). Physicians for the twenty first century. Report of the project panel on the general professional education of the physician and college preparation for medicine. Journal of medicine. Journal of medical education, 59 (11), 870-872

Alshehri, M.Y. (2001) Medical curriculum in Saudi medical colleges: current and future perspectives. Annals of Saudi medicine, 21, 5-6.

Bloom, S.W.(1992). Medical education in transition: paradigm change and organizational stasis. In medical education in transition: conumission on medical education: the sciences of medical practice, (ed. R.Q.Martston, and R.M.Jones).The Robert Wood Hohnson Foundation, 15-25.

Boelen, C. (1992). Medical education reform: the need for global action. Academic Medicine 67, (11), 745-9.

Cantor, J.C., Cohen, A.B., Barker, D.C., Shuster, A.L. , and Reynolds, R.C. (1991). Medical educators' views on medical education reform. Journal of the American medical association, 265 (8), 1002-6.

Carvalho, A.C.M. (1992) Undergraduate medical education towards health for all: progress, pitfalls, perspectives. Health Services Management Research, 5(1), 17-31.

Charlton, B.G. (1991). Practical reform of preclinical education: core curriculum and science projects. Medical teacher, 13, 21-29

Council on medical education .future directions for medical education: a report of the council on medical education. Chicago. American Medical Association, 1982.

Dawson- Saunders. B., Feltovich, P.J., Coulson, R.L., Steward, D.E., (1990). A survey of medical school teachers to identify basic biomedical concepts medical students should understand. *Academic Medicine*.65, 448-54.

Dent, J.A. and Harden, R.M. (2001) A practical Guide for medical teachers. Churchill Livingstone. Harcourt publishers.

David, L. and Nahrwold, M.D.(2005) Continuing medical education reform for competency – based education and assessment. *The journal of continuing education in the health professions*, 25. 168- 173.

El-Hazmi, M.A Haque, S.M.(1985) Curriculum evaluation: status and options. *Med Educ*,19,48-53.

Green, R., Tomlinson, S. (1997), Medical education for the millennium, *lancet*, 350 (9070)

Hamdy, H., Behbehani, A., Hasan, F., Al Omran, K.(2005) GCC medical colleges Deans' committee, Guide to the preparation of an accreditation or self evaluation submission for medical colleges in the Arabian Gulf countries.

Hannon, F.B. (2000) A national medical education needs' assessment of interns and the development of an intern education and training program. *Medical Education*, 34, 275-284.

Harden, R.M. ASME Medical Education Booklet No. 21. (1986) Approaches to curriculum planning. *Med Educ*, 20,458.

Harden, R.M, Sowden, S, Dunn, W.R. (1984)ASME Medical Education Booklet No. 18. Educational strategies in curriculum development: the SPICES model. *Med Educ* 18:284.

Hill, J., Rolfe, I.E., Pearson, S. and Heathcote, A. (1998) Do junior doctors feel they are prepared for hospital practice? A study of graduates from traditional and non-traditional medical schools. *Medical Education*, 32, 19-24

Hirst, P.H. (1969) The logic of the curriculum. *J Curriculum Studies* 11,42-58.

Jolly, B. and Ress, L. (1998) Medical Education in the Millennium. Oxford Medical Publications.

Kassimi, M.A.(1983) Problems of undergraduate medical education in Saudi Arabia. *Med Educ*,17:23-5.

Kelly, A.V. (1982) Curriculum development. In: *The curriculum: theory and practice*. London: Harper & Row Publishers,5-28

Lowry, S. (1993). Medical teacher. BMJ publishing group.

Milaat,W.A., El-Gamal, F. (1994) Factors affecting the use and attitude towards medical resources and educational methods in a Saudi medical school. *Ann Saudi Med* ,14,209-14.

Muller, S. (1984) Physicians for the twenty first century, the GPEP report, report of the panel on the general professional education of the physician and college preparation for medicine, Association of American medical college. *Annals of internal medicine*, 101, 870-872.

Ronald, M. and Harden M.D (2006) international medical education and future directions: a global perspectives. *Academic medicine*, 81, (12) 522-529

Rolfe, E., Pearson, S.A., Fisher, R.W., Ringland, C., Bayley, S, Hart, A. and Kelly, S. (2002) Which common clinical conditions should medical students be able to manage by graduation? A perspective from Australian interns. *Medical Teacher*, 24(1), 16- 22.

Pablo, A., Pulido, M., Cravioto, A., Pereda, A., Rondon, R. and Pereira, G. (2006). Changes, trends and challenges of medical education in Latin America. *Medical teacher*, 28 (1), 24-29.

Prideaux, D.(2006) Wrkforce: the new core curriculum for medical schools. Medical education, 40, 286-287

Shobokshi, O., Sukkai, M.Y.(1988) An approach to medical curriculum evaluation. Med Educ, 22,426-32.

Stern, D., David, M., Norcini, J., Wojtczak, A. and Schwarz, M (2006) setting school level outcome standards. Medical education, 40, 166-172.

Tyler RW. Basic principles of curriculum and instruction. Chicago: University of Chicago Press, (1949).

Verma, K., Monte, B., Adkoli, B. & Nayar, U. Inquiry- driven strategies for innovation in medical education in India , All India Institute of Medical Sciences.

WFME office: university of Copenhagen. Denmark. 2003. Basic Medical Education WFME Global Standards for Quality improvement

Websites links:

Accreditation of hospitals and medical education, Institutions–challenges and future directions, b. Medical education institutions.(2005) human resources development, emro, cairo

http://www.emro.who.int/whd2006/Media/PDF/RC50_Jor_2005.pdf

Health Action international (HAI) Asia Pacific: position paper on medical education.

<http://www.haiap.org/MEDICAL%20EDUCATION.doc>

Saudi Arabia- Health. <http://countrystudies.us/saudi-arabia/32.htm>