

استعراض التعليم الطبي في الإقليم: التحدّيات والأولويات وإطار العمل

الملخص التنفيذي

1. تعزيز النُظُم الصحية، من أجل تحقيق التغطية الصحية الشاملة، هو أحد الأولويات الاستراتيجية الخمسة التي أقرتها اللجنة الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط في ما يتعلق بعمل المنظمة مع الدول الأعضاء في الإقليم، خلال المدّة من 2012 إلى 2016. وتنمية الموارد البشرية هي عماد أي نظام صحي، وتقدم تعليم صحي متميّز وعالي الجودة أمر أساسي حتى يتمكن أطباء الغد من الاضطلاع بأدوار متنوعة كمُقدّمين للخدمة أو أكاديميين أو باحثين أو مديرين أو قادة وُناة للنُظُم الصحية. وزادت أعداد الأطباء وكثافتهم بالنسبة لعدد السكان زيادة كبيرة في غالبية بلدان الإقليم في المدّة بين 1990 و 2013. وكانت هناك زيادة سريعة في عدد كليات الطب خاصةً منذ 1990، كما تضاعف عدد كليات الطب الخاصة منذ 2000. وتمثّل التحدّي الرئيسي في ضمان جودة التعليم الطبي.

2. وقامت منظمة الصحة العالمية بإجراء استعراض شامل لوضع التعليم الطبي الجامعي، هادفةً من وراء ذلك إلى الوقوف على التحدّيات التي تواجه التعليم الطبي في الإقليم، وتحديد الأولويات ووضع إطارٍ للعمل. وأجري مسح شمل 297 كلية من كليات الطب استجابت منها للمسح 157 كلية (بنسبة 53%)، منها 20% على الأقل من كليات الطب في كل بلد. وكان 75% تقريباً ممن استجابوا للمسح من عُمداء الكليات ورؤساء الأقسام بكليات الطب. واستُكمل المسح بمراجعة مستفيضة لما كُتِب في هذا الموضوع، وعُقدت مقابلات شخصية مع مصادر المعلومات الرئيسية.

3. وأظهرت النتائج التي خلص إليها الاستعراض أن أكثر من نصف كليات الطب مُسجّلة لدى وزارة التعليم العالي، أما بقية الكليات فمُسجّلة إما لدى وزارة الصحة أو مجالس طبية. ويُؤل القطاع العام ما يزيد على 70% من كليات الطب، وحصل 60% منها على شكلٍ ما من أشكال الاعتماد. ووقف الاستعراض على تحديّات رئيسية تتصل بالإدارة الرشيدة (الحوكمة) في مجالات وضع القوانين وتقدير الاحتياجات والاعتماد والمسؤولية الاجتماعية وتوزيع كليات الطب وهجرة خريجيها. ويُقدّم كثير من كليات الطب أكثر من مسار واحد من مسارات المناهج الدراسية، علماً بأن غالبية الكليات تُقدّم مناهج تقليدية، أو مناهج تعتمد على التخصصات الدراسية، أو مناهج متكاملة، أو مناهج على أساس الأنظمة. كما تم تحديد تحديّات جوهرية في طُرُق التدريس وتصميم المناهج ومدى ارتباطها بالاحتياجات الصحية للمجتمعات. ففي مجال تقويم الطلاب وتقييم البرامج، لم تستطع أكثر كليات الطب أن تُقدّم سياسة مكتوبة لتقويم الطلاب، واستمرت في الاعتماد على استذكار الحقائق بدلاً من اختبار الوظائف المعرفية مثل تكامل المعارف وتطبيقها، وحل المشكلات، والتفكير النقدي. وتتعلق التحدّيات الرئيسية بطُرُق التدريس والتدريب والجودة. والمعايير الرئيسية المعتمدة في ترقية أعضاء هيئة التدريس هي سنوات الخبرة العملية والبحوث والأعمال المنشورة. وأفاد أكثر من 65% من كليات الطب أن

برامجها لتطوير قُدرات أعضاء هيئة التدريس تتَّسِم بالضعف أو لا يوجد لديها مثل هذه البرامج. كما كانت هناك تحديات رئيسية تتعلق بتعيين أعضاء هيئة التدريس وتطوير قُدراتهم، ومن هذه التحديات توافر أعضاء هيئة التدريس، ونسبتهم مقارنةً بالتلاميذ، ومعايير تعيينهم، وأنشطة تطوير قُدراتهم. وتعاني كليات الطب في أكثر البلدان من عدم كفاية التجهيزات فيما يتعلق بتوفير بيئة مواتية للتعلُّم وإتاحة موارد التعلُّم، مع وجود تحديات خاصة تتعلق بتوافر الموارد التعليمية اللازمة لدعم نظام التعليم الذي يتمحور حول الطالب والتدريب على المهارات السريرية.

4. والتعليم الطبي مسيرة تدوم طيلة الحياة، وتتألف من سلسلة متصلة الحلقات تشمل التعليم الجامعي، وبعد الجامعي (الدراسات العليا)، والتعليم المستمر. وينصبُّ تركيز هذه الورقة في المقام الأول على التعليم الطبي الجامعي، لكنها تُسلِّط الضوء في الوقت ذاته على أهمية الدراسات العليا والتعليم المستمر، وهما موضوعان محل مراجعة مستمرة من جانب المنظمة في الإقليم. وتقرُّح الورقة إطار عمل إقليمي يُجَدِّد الأولويات الاستراتيجية ويُبين الإجراءات المطلوب من البلدان والمنظمة اتخاذها على المدى القصير والطويل دعماً لإصلاح التعليم الطبي. وتُشجِّع المنظمة البلدان على اتخاذ إجراءات عاجلة عن طريق: تشكيل لجنة توجيهية من أصحاب الشأن المعنيين المتعددين تكون مسؤولة عن توجيه عملية إصلاح التعليم الطبي في البلد؛ وإنشاء أقسام تُعنى بالتعليم الطبي في كليات الطب أو تعزيز الأقسام القائمة؛ ووضع وتنفيذ برامج لإعداد القادة تستهدف عُمداء كليات الطب؛ ومراجعة الوضع الراهن لاعتماد كليات الطب وتعزيز هيئات الاعتماد الوطنية المستقلة؛ ووضع خطط العمل الوطنية استناداً إلى إطار العمل الإقليمي. واللجنة الإقليمية مدعوة إلى النظر في البيئات والبراهين المعروضة أمامها حول عملية الإصلاح، وإلى اعتماد إطار العمل الإقليمي الرامي إلى تقوية التعليم الطبي الجامعي في الإقليم.

1. المقدمة

5. تعزيز النُظُم الصحية، من أجل تحقيق التغطية الصحية الشاملة، هو أحد الأولويات الاستراتيجية الخمسة التي أقرتها اللجنة الإقليمية لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط في ما يتعلق بعمل المنظمة مع الدول الأعضاء في الإقليم، خلال المدة من 2012 إلى 2016 (1). وحددت الدول الأعضاء سبع أولويات لتعزيز النُظُم الصحية منها تنمية قوى عاملة صحية متوازنة، يتوفَّر لديها الحافز، وموزعة توزيعاً جيداً، وتُدار بشكل جيد، وتتمتع بمزيج من المهارات الملائمة. ويتطلب أي نظام صحي جيّد الأداء تخريج الأعداد الضرورية من أرباب المهن الصحية، لاسيَّما الأطباء، وفق معايير الجودة المطلوبة، إذ يضطلع الأطباء بأدوار متعددة؛ فمنهم مُقدِّمو الخدمات والأكاديميون والباحثون والمدبرون والقادة وبُناة النُظُم الصحية.

6. ومنظمة الصحة العالمية باع طويل في الاستثمار في تنمية الموارد البشرية في الإقليم، بما في ذلك التعليم الطبي، وقَدَّمت المنظمة دعماً كبيراً في هذا المضمار. ففي خمسينات وستينات القرن الماضي، دعمت المنظمة إنشاء أقسام الصحة العمومية في كليات الطب. وكان لهذه الأقسام الفضل في تحفيز إجراء تغييرات في طريقة تدريس الطب ومزاولته عن طريق جعل التعليم الطبي أكثر ارتباطاً بالاحتياجات الصحية للمجتمعات. وفي أواخر السبعينات ومطلع الثمانينات، قَدَّمت المنظمة الدعم إلى البلدان لإنشاء مراكز التطوير التعليمي في كليات الطب التي لعبت دوراً مهماً في تطوير المناهج الدراسية وصقل مهارات أعضاء هيئة التدريس. وفي العقدين الماضيين

تحوّل التعاون بين المنظمة والدول الأعضاء إلى أولويات أخرى، لكنه غداً واضحاً أن التعليم الطبي لم يساير - في كل الأوقات - التطورات المتسارعة التي حدثت في أرجاء مختلفة من الإقليم.

7. وفي عام 2006 صُنِّفت سبعة بلدان في الإقليم على أنها تُواجه أزمةً فيما يتعلق بالموارد البشرية الصحية (3). ومع ذلك، تواجه كافة بلدان الإقليم - التي صُنِّفت إلى ثلاثة مجموعات¹ - تحديات لا يُستهان بها، كما تسنح لها فرص في مجال التعليم الطبي تتعلق بحوكمة القوى العاملة، ودخولها سوق العمل، ومرحلة نشاطها، وخروجها من سوق العمل.

- **الحوكمة:** غياب الاستراتيجيات الوطنية الشاملة المعنية بالقوى العاملة، وعدم كفاية التنسيق بين أصحاب الشأن المعنيين المتعددين؛ وقصور القدرات التنظيمية والإدارية؛ وقصور الإشراف على تعليم المهن الصحية.
- **الدخول إلى سوق العمل:** القصور وعدم التوازن في إعداد العاملين الصحيين؛ والقيود المفروضة على عملية التعيين متمثلة في البطالة وتوظيف أعداد دون المستوى المطلوب؛ وزيادة الاعتماد على العاملين الأجانب مع وجود اختلافات في ظروف العمل (المجموعة الأولى).
- **القوى العاملة النشطة:** نقص عام في أعداد الأطباء وطواقم التمريض والقابلات والعاملين بالمهن الصحية المساعدة؛ ووجود اختلالات جغرافية في جميع الكوادر؛ وضعف الاحتفاظ بالقوى العاملة في المناطق الريفية؛ وضعف تنظيم مزاولة المهنة للأطباء وطواقم التمريض والقابلات والعاملين بالمهن الصحية المساعدة؛ وتدني أداء العاملين الصحيين وتحفيزهم.
- **الخروج:** القصور في إدارة هجرة القوى العاملة على الرغم من نقص العاملين الصحيين في البلدان الموردة لهم؛ وارتفاع معدلات تبدل العاملين الأجانب في البلدان التي تستقبلهم وغياب التعاون الإقليمي فيما يتعلق بانتقال العاملين الصحيين؛ وبلوغ العاملين الصحيين مرحلة الشيخوخة في بعض البلدان وعدم وجود استراتيجية لاستبدالهم.

الجدول 1. كثافة الأطباء في إقليم شرق المتوسط (لكل 1000 نسمة في الفترة 1990-2013)

2013	1990	المجموعة التي صُنِّفت إليها البلدان
34.5-19.5	19.0-10.8	المجموعة الأولى
24.5-6.1	6.8-2.2	المجموعة الثانية
3.7-0.3	2.5-1.5	المجموعة الثالثة

¹ صُنِّفت بلدان الإقليم إلى ثلاثة مجموعات استناداً إلى الحصائل الصحية للسكان وأداء النظم الصحية ومستوى الإنفاق على الصحة. وشملت بلدان المجموعة الأولى: الإمارات العربية المتحدة والبحرين وعمان وقطر والكويت والمملكة العربية السعودية، أما بلدان المجموعة الثانية فهي: الأردن وتونس وجمهورية إيران الإسلامية والجمهورية العربية السورية والعراق وفلسطين ولبنان وليبيا ومصر والمغرب، وبلدان المجموعة الثالثة هي: أفغانستان وباكستان وجيبوتي والسودان والصومال واليمن.

8. وتحسّنت أعداد وكثافة الأطباء بالنسبة إلى عدد السكان تحسّناً كبيراً في الإقليم في الفترة بين 1990 حتى 2013، ما عدا بلدان المجموعة الثالثة (الجدول 1)، نتيجة للزيادة المطّردة في عدد كليات الطب التي زادت طيلة العقود الست الماضية 17 ضعفاً، لترتفع من 18 كلية في 1950 إلى أكثر من 300 كلية اليوم، وقد أنشئ أكثر هذه الكليات بعد 1980 (4).

9. وهناك تحديات عامة أثّرت على التعليم الطبي في الإقليم منها تغيّر العبء المرضي، وتنامي خصخصة الرعاية الصحية بوتيرة سريعة، وارتفاع سقف توقّعات المرضى والمجتمعات، وعدم الاستقرار السياسي والصراعات. ولا تزال معظم كليات الطب تستخدم النهج التقليدي التي تتميز باعتمادها على المدرّس وتقوم على أساس التخصصات الدراسية دون أن تتكامل البرامج التدريبية التي تُركّز على المعرفة الواقعية والاستدكار بدلاً من التفكير النقدي والاستدلال السريري. وغالباً ما يُقدّم التدريب في المستشفيات التخصصية (مستشفيات المستوى الثالث)، التي ينخفض بها التعامل مع المجتمع ومواقع الرعاية الصحية الأولية. وتفتقر بلدان كثيرة إلى برامج اعتماد وطنية أو تُظم موثوقة لضمان الجودة.

10. وبعد أن وضعت المنظمة هذا الوضع في اعتبارها طيلة العامين الماضيين، أجرت استعراضاً شاملاً لوضع التعليم الطبي الجامعي، هادفةً من وراء هذا الاستعراض إلى الوقوف على التحديات التي تُواجه التعليم الطبي في الإقليم، وتحديد الأولويات، ووضع إطارٍ للعمل. وتوجز هذه الورقة النتائج التي خلص إليها الاستعراض وتقتح إطاراً للعمل. فالتعليم الطبي مسيرة تدوم طيلة الحياة، وتتألف من سلسلة متصلة الحلقات تشمل التعليم الجامعي والدراسات العليا والتعليم المستمر. وتُركّز هذه الورقة في المقام الأول على التعليم الطبي الجامعي، لكنها تُسلّط الضوء في الوقت ذاته على الدراسات العليا والتعليم المستمر، وهما أيضاً موضوعان محل مراجعة مستمرة من جانب المنظمة في الإقليم.

11. واللجنة الإقليمية مدعوة إلى النظر في البيّنات والبراهين المعروضة أمامها حول إصلاح التعليم الطبي، وإلى اعتماد إطار العمل الإقليمي الرامي إلى تعزيز التعليم الطبي الجامعي في الإقليم.

2. استعراض التعليم الطبي الجامعي

1.2 أهداف الاستعراض

12. أجرت منظمة الصحة العالمية في 2014 دراسة حول التعليم الطبي في إقليم شرق المتوسط. وكان الهدف من هذه الدراسة إعداد استراتيجيات مُسنّدة بالبيّنات لإصلاح التعليم الطبي في الإقليم على غرار المسح العالمي لكليات الطب الذي أُجري في الفترة 1998-2001 (5). أما الأهداف الخاصة للدراسة فكانت على النحو التالي:

- إعداد خرائط بكليات الطب تُبيّن أعدادها، وتوزيعها، وعدد الطلاب المتحقّقين بها وعدد خريجها سنوياً، وتوزيع الجنسين بها، وبرامجها التدريبية، وملكيّتها.
- استعراض المكونات المختلفة للمناهج الطبية التي تُقرّها المؤسسات الطبية.
- تحديد مُخرجات ونواتج التعليم الطبي فيما يتعلق بجودة خريجها.
- الوقوف على التحديات التي تواجه التعليم الطبي وتحديد أولوياته والتوصية بحلولٍ لمواجهة هذه التحديات.

الجدول 2. المسح الذي أجرته دراسة التعليم الطبي في شرق المتوسط: نسبة إجابة كليات الطب

البلدان	عدد كليات الطب المستطلعة آراؤها	عدد كليات الطب التي أجابت	نسبة الإجابة (%)
المجموعة الأولى	46	33	71.7
المجموعة الثانية	119	64	53.8
المجموعة الثالثة	132	60	45.5
المجموع	297	157	52.9

2.2 النهج والطرق

13. استُخدم إطار تحليلي يُبين كيف تُؤثر المتغيرات المختلفة الخاصة بالنظام والسياق على سياسات التعليم الطبي وجودته، ومثل هذا الإطار أساساً لإعداد أدوات المسح (6). واستخدمت الدراسة عدداً من الطرق لجمع البيانات. وقد حدّد استعراض الأعمال السابقة مقالات نُشرت في مصادر على شبكة الإنترنت ومجلات إقليمية غير مُفهرسة. واستخدمت الدراسة استبياناً إلكترونياً شاملاً لجمع البيانات حول التعليم الطبي، وتناول هذا الاستبيان جوانب متصلة بالحوكمة والمسؤولية الاجتماعية وتطوير المناهج الدراسية واختيار الطلاب وتقييمهم وتقييم البرامج، والاعتماد والموارد التعليمية. وأخيراً، وفّرت المقابلات المُتعمّقة مع مصادر المعلومات الرئيسية معلومات نوعية تكميلية.

14. وتشير التقديرات إلى أنه يوجد بالإقليم حالياً أكثر من 750 مؤسسة من مؤسسات المهَن الصحية، منها ما يزيد على 300 مؤسسة عبارة عن أقسام طبية أو كليات أو مدارس للطب. ومن إجمالي كليات الطب المُستطلعة آراؤها وعددها 297 كلية، أجاب على الاستبيان الإلكتروني ما مجموعه 157 كلية (بنسبة 53%) (الجدول 2). وقد أجابت على الطلب 20% على الأقل من كليات الطب في كل بلد من بلدان الإقليم البالغ عددها 22 بلداً. وسجّلت عشرة بلدان معدّل إجابة وصل إلى 100%. وكان 75% تقريباً ممن أجابوا إجاباً إيجاباً لعمداء لكليات الطب (52%) أو رؤساء أقسام بها (22%).

3.2 ملخص النتائج الرئيسية

15. تُعرض النتائج الرئيسية التي خلصت إليها الدراسة تحت ستة مجالات رئيسية تتصل بالتعليم الطبي الجامعي: (أ) استعراض كليات الطب؛ (ب) الحوكمة والمسؤولية الاجتماعية والاعتماد؛ (ج) تطوير المناهج الدراسية؛ (د) اختيار الطلاب وتقييمهم وتقييم البرامج؛ (هـ) تعيين أعضاء هيئة التدريس وتطوير قدراتهم وتقييمهم؛ (و) توفير البيئة المواتية للتعلّم وإتاحة موارد التعلّم.

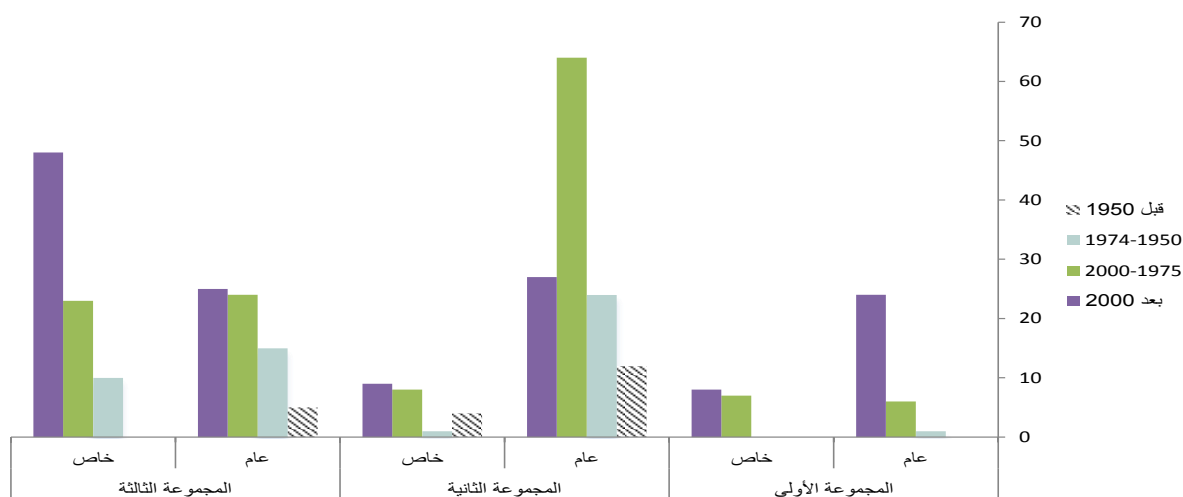
أ) استعراض وضع كليات الطب

16. شهدت العقود الستة الماضية زيادة مُطرّدة في إنشاء كليات الطب في كل المجموعات الثلاثة التي صُنّفت إليها بلدان الإقليم، وحدثت الزيادة الكبيرة تحديداً منذ التسعينات. وتضاعف عدد كليات الطب الخاصة منذ 2000 (الشكل 1).

17. وتمنح أكثر من 55% من كليات الطب درجة البكالوريوس في الطب والجراحة Bachelor of Medicine, و16% درجة البكالوريوس في الطب والجراحة Bachelor of Surgery (MBBS) ، و29% دكتوراه في الطب. ويبلغ متوسط مدة البرامج التي تقدمها الكليات 1.0 ± 6.2 سنة. كما يبلغ متوسط مدة المرحلة التأهيلية 0.7 ± 1.0 سنة، والمرحلة قبل السريرية 0.7 ± 2.3 سنة، والمرحلة السريرية 0.6 ± 2.5 سنة، والامتياز 0.4 ± 1.0 .

ب) الحوكمة والمسؤولية الاجتماعية واعتماد كليات الطب

18. هناك أكثر من 50% من كليات الطب مُسجَّلة لدى وزارة التعليم العالي، بينما توجد 33% منها مُسجَّلة لدى وزارة الصحة، أما بقية الكليات فمُسجَّلة لدى المجالس الطبية. ولا يعتمد إصدار تراخيص لإنشاء كليات طب جديدة على تقدير الاحتياجات، ويحتاج هذا الأمر إلى تنظيم صارم. ولا يزال القطاع العام يضطلع بدور جوهري في تمويل كليات الطب في الإقليم؛ إذ أفادت 70% من كليات الطب بحصولها على دعم مالي من القطاع العام.



الشكل 1. نمو كليات الطب العامة والخاصة في إقليم شرق المتوسط، الفترة 1950-2014

19. وفي العقد المنصرم، زادت أعداد الطلاب المُلتحقين سنوياً بالكثير من كليات الطب في بلدان المجموعتين الثانية والثالثة، وبلغت في المتوسط 303 ($311 \pm$) طالباً في بلدان المجموعة الثانية، و241 ($267 \pm$) طالباً في بلدان المجموعة الثالثة. وتفيد التقارير أن عدد الخريجين من كليات الطب في بلدان المجموعة الثانية يزيد كثيراً عنهم في بلدان المجموعة الثالثة. ويزيد عدد الطالبات عن عدد الطلاب الذكور بمائة طالبة في المتوسط في كل كلية من كليات الطب في الإقليم (الجدول 3)، مع وجود اختلاف ملحوظ في بلدان المجموعة الثالثة. ودخول أعداد أكبر من الخريجات إلى سوق العمل هو اتجاه إيجابي، مع سعي الحكومات إلى الوصول إلى الفئات السكانية المُعرَّضة للمخاطر والمجتمعات التي تعاني نقصاً في الخدمات، إلا أن هذا الأمر يتطلب اهتماماً من جانب رسمي للسياسات بظروف العمل والأمن في المناطق الريفية والمناطق النائية.

20. ولا يكشف مدى المسؤولية الاجتماعية لكليات الطب عن اختلافات جوهريّة بين بلدان المجموعات الثلاثة (الجدول 4). ورسالة كليات الطب، عندما تُصاغ للتعبير عن الالتزام بتخريج أطباء يُلبُّون احتياجات المجتمع، لا

تعكس الممارسات الفعلية لمعظم كليات الطب. وتُبدل جهود كثيرة في الوقت الراهن لتحسين المسؤولية الاجتماعية في الإقليم².

21. وأفادت 60% تقريباً من كليات الطب بحصولها عن شكل ما من أشكال الاعتماد لدى هيئة اعتماد وطنية أو عالمية. وهناك مجالات رئيسية أفادت التقارير أن الاعتماد يُؤثر عليها تأثيراً إيجابياً مثل تصميم المناهج الدراسية (73%)، وتطوير فُدرات أعضاء هيئة التدريس (77%)، والعمل الجماعي (51%)، وتحسين الاعتراف بالكليات (67%)، والمكاسب المالية (23%).

الجدول 3. عدد الملتحقين سنوياً بكليات الطب، وأعداد خريجها وتوزيعهم حسب نوع الجنس

مجموعة البلدان	متوسط الطلاب الملتحقين سنوياً (2014)	متوسط عدد الخريجين (2013)	الطلاب الذكور	الطالبات
المجموعة الأولى	162±157	75±30	386±314	370±259
المجموعة الثانية	303±311	277±122	828±739	889±796
المجموعة الثالثة	267±241	123±102	275±368	777±568
كل البلدان	280±247	142±151	595±519	768±617

الجدول 4. الالتزام بتدابير المسؤولية الاجتماعية حسبما أفادت كليات الطب

مجموعة البلدان	المجتمعات المحيطة بكليات الطب المُستطلعة آراؤهم والتي قدمت ملاحظات حول المسؤولية الاجتماعية	الرؤية والرسالة مستوحاة من مفهوم المسؤولية الاجتماعية	الالتزام بالعمل في ظل شراكة وثيقة مع سائر أصحاب الشأن المعنيين في مجال الصحة	كليات الطب تُعَيّن وتدعم الطلبة الذين يعكسون تنوعاً اجتماعياً
المجموعة الأولى	2.5	3.4	3.5	3.5
المجموعة الثانية	2.9	3.3	3.4	3.2
المجموعة الثالثة	2.5	3.0	3.2	3.1

(مقياس ليكرت من 5 نقاط: 1= المستوى الأدنى و5= المستوى الأعلى للالتزام)

التحديات الرئيسية

- ضعف التنظيم فيما يتعلق بفتح كليات جديدة للطب، وغياب المبادئ التوجيهية الشاملة استناداً إلى الاحتياجات.
- تتم عملية خصخصة التعليم الطبي في أكثر البلدان بوتيرة سريعة دون تنظيم.
- عدم وجود هيئات اعتماد مستقلة في الكثير من البلدان، مع عدم اعتماد 40% من كليات الطب.
- عدم ترسيخ المسؤولية الاجتماعية في بيانات رسالة كليات الطب، مع افتقار القادة التعليميين للوعي بهذا المفهوم.
- وجود تفاوت كبير في توزيع كليات الطب بين البلدان، بل وداخل البلد الواحد.
- كثافة هجرة الأطباء من بلدان المجموعتين الثانية والثالثة إلى بلدان المجموعة الأولى، وإلى بلدان خارج الإقليم.

² بما في ذلك، على سبيل المثال، الفريق المعني بالمسؤولية الاجتماعية التابع لاتحاد التعليم الطبي في إقليم شرق المتوسط.

ج) تطوير المناهج

22. ورد أكثر من 200 إجابة من 150 كلية طب تقريباً، أشارت إلى أن الكثير من هذه الكليات تُقدّم أكثر من مسار واحد من مسارات المناهج الدراسية. ومن بين هذه الكليات، تُقدّم 26% مناهج تقليدية تعتمد على التخصصات الدراسية، و28% تُقدّم مناهج متكاملة تعتمد على الأنظمة، بينما تُقدّم 15% مناهج تقوم على المشكلات أو مُوجّهة نحو المجتمع أو مناهج مختلطة. واستناداً إلى العناصر الستة لنموذج SPICES المُعترف به لمراجعة المناهج الدراسية (8)، سجّلت أكثر كليات الطب درجات متوسطة على مقياس من 10 نقاط (الجدول 5). وسجّلت كل البلدان نقاطاً منخفضة فيما يتعلق بإتاحة مقرّرات اختيارية في المناهج التي تُدرّسها كليات الطب، بينما سجّلت كليات الطب الخاصة نقاطاً أعلى من نظيراتها العامة في جميع العناصر الستة.

23. ولم تتناول المناهج الدراسية على نحو مناسب موضوعات أخرى باتّ مقبولاً على نطاق واسع أنها ضرورية للمهنيين الصحيين الأكفاء والمؤهلين تأهيلاً تاماً في التعليم الطبي، مثل تنمية القدرات القيادية، والمهنية، والأخلاقيات الطبية، ومهارات التواصل، والطب المُسنَد بالبيّنات، وسلامة المرضى. وأفادت 60% من كليات الطب بأنها تُراجع مناهجها الدراسية مرّة كل خمس سنوات مقارنةً بنسبة 40% منها تُراجع مناهجها على فترات غير منتظمة أو لا تُراجعها على الإطلاق.

الجدول 5. دمج نموذج SPICES في مناهج كليات الطب (العدد=116)

مجموعة البلدان	يتمحور حول الطالب أم حول المدرس	يعتمد على المشكلات أم على المواد الدراسية	متكامل أم يعتمد على التخصص الدراسي	مجتمعي المرتكز أم يعتمد على المستشفيات	مقررات اختيارية أم برنامج اعتيادي	منهجي أم غير منهجي
المجموعة الأولى (العدد=23)	6.9	6.7	8.0	5.0	4.1	6.3
المجموعة الثانية (العدد=44)	4.4	4.6	4.8	4.9	3.8	4.8
المجموعة الثالثة (العدد=49)	5.5	5.2	5.5	5.5	3.9	5.6
جميع البلدان	5.4	5.3	5.8	5.1	4.0	5.5

مقياس من 10 نقاط: 1=الأدنى و 10=الأعلى

24. ولا تزال كليات الطب الأقدم في بلدان المجموعتين الثانية والثالثة تتبع نُهجاً أكثر تقليدية. وهناك أسباب رئيسية وراء الإصرار على اتباع أسلوب التعلّم الذي يتمحور حول المدرس منها مقاومة أعضاء هيئة التدريس خاصة في مجال العلوم الطبية الأساسية، والحاجة إلى موارد إضافية لبناء غرف دراسية للمجموعات الصغيرة، ودعم المكتبة، وتعيين مزيد من أعضاء هيئة التدريس. كما أن هناك عوامل إضافية تتمثل في الخطر المتصوّر عند تطبيق نُهج أحدث، وفكرة أن المنهج الدراسي الحالي يُسهّم في تخريج "أطباء يراعون السلامة"، وغياب القادة في مجال التعليم.

التحديات الرئيسية

- يواصل عدد كبير من كليات الطب تدريس مناهج تقليدية تتميز بتمحورها حول المدرس واعتمادها على التخصصات الدراسية والمستشفيات.
- التدريس الذي يعتمد على التلقين هو الطريقة السائدة، بينما لا تُجيد غالبية كليات الطب تطبيق الطرق الابتكارية مثل التعلّم القائم على المشكلات، والقائم على الفريق، والمجتمعى المرتكز.
- بيانات رسالة كليات الطب، متى وجدت، لا تُوجّه عملية تصميم المناهج الدراسية وتنفيذها وتطويرها.
- لا تتناول المناهج بشكل مناسب موضوعات مثل الطب المُسند بالبيّنات والأخلاقيات الطبية ومنهجية البحوث وسلامة المرضى.
- لا تتم مراجعة المناهج أو تحديثها بانتظام، مع غياب دور الطالب في تطوير المناهج في عددٍ كبير من كليات الطب.

(د) تقويم الطلاب

25. أفادت 85% تقريباً من كليات الطب أن لديها سياسة واضحة لتقويم الطلاب، ومع ذلك قدّمت ثمانى كليات فقط دليلاً مكتوباً على وجود هذه السياسة. وكان التقويم مُتسقاً بقوة مع الكفاءات المتوقّعة من الخريجين في 49% من كليات الطب، وبدرجة متوسطة في 37% من الكليات، وبدرجة طفيفة أو غير مُتسقٍ على الإطلاق في 14% من الكليات. ويثير عدم وجود سياسة مكتوبة للتقويم تساؤلات حول وضع أهداف وكفاءات واضحة للتعلّم، والطرق التي تنتهجها الكلية لتقييم نواتج التعلم، ووجود إجراءات تتسم بالوضوح والشفافية للمقيمين والطلاب.
26. ويستخدم أكثر من 90% من كليات الطب أسئلة الاختيار من أجوبة متعددة، التي يقوم فيها الطلاب باختيار أفضل إجابة، كإحدى طرق الاختبارات التحريرية في المراحل السريرية وقبل السريرية على حدٍ سواء. ومع ذلك لا تزال 40% من كليات الطب تستخدم الأسئلة المقالية كأداة للاختبار التحريري، أما في مجال التقييم السريري فُتستخدَم على نطاق واسع طرق مثل تقييم الحالات. وقد ثبت انخفاض موثوقية طرق الاختبار المذكورة. وبوجه عام، لا يزال تقويم الطلاب يعتمد على استذكار الحقائق بدلاً من اختبار الوظائف المعرفية مثل تكامل المعارف وتطبيقها، ومهارات حل المشكلات والتفكير النقدي.
27. وأفادت 70% من كليات الطب أنها تعتمد على تقويم الطلاب في عدد من الأنشطة المنهجية المختلفة تشمل المحاضرات والجلسات السريرية لتقييم البرامج، فيما أفادت 75% منها أنها تُشرك أعضاء هيئة التدريس في تقييم البرامج. ولم يتم بعد تطوير التقييم الخارجى للبرامج أو تنفيذه بشكل كامل.

التحديات الرئيسية

- يفتقر الكثير من كليات الطب إلى سياسة تحكّم تقويم الطلاب تتسق جيداً وأهداف التعلّم والكفاءات المتوقّعة من الخريجين.
- تطبّق أغلبية كليات الطب طرقاً ثبت انخفاض موثوقيتها وصحتها مثل أسئلة الصواب والخطأ، وأسئلة الاختيار من إجابات متعددة، والأسئلة المقالية، والحالات لتقييم المهارات السريرية.

- يحتاج أعضاء هيئة التدريس إلى التدريب على مبادئ التقويم وكيفية كتابة أسئلة للتقويم عالي الجودة، كما يفتقر الكثير من كليات الطب إلى بنوك للتقويم.
- لا تخضع جودة تقويم الطلاب لاختبارات منتظمة للتأكد من موثوقيتها وصلاحيتها ومقبوليتها.

الجدول 6. ترقية أعضاء هيئة التدريس وبرامج تطوير قُدراتهم (العدد=126)

معايير الترقية	تطوير القُدرات
سنوات الخبرة العملية	91% غير متاح
الإصدارات البحثية	95% برنامج ظرفي
الخبرة في التدريس	83% برنامج منتظم لكنه ضعيف
خدمة المجتمع	53% برنامج منتظم
رعاية المرضى	33%

هـ) تعيين أعضاء هيئة التدريس ودعمهم وتطوير قُدراتهم وتقييمهم

28. يتضمّن الجدول 6 المعايير الأساسية المُستخدمة في ترقية أعضاء هيئة التدريس وتطوير قُدراتهم، ومن ضمن المواضيع الرئيسية التي تتناولها برامج التطوير تقويم الطلاب (88%)، ومبادئ التدريس والتعلم (83%)، وتدريس المهارات السريرية (72%)، وتصميم المناهج (71%).

29. ومعظم برامج تطوير قُدرات أعضاء هيئة التدريس برامج ظرفية، ولا تستند إلى تقدير الاحتياجات. وهو ما يدل على أن هناك حاجة إلى تعزيز القُدرات القيادية والإدارية في تطوير التعليم وتصميم البرامج وقدرة هيئة التدريس على التحلي بالكفاءات اللازمة لاضطلاعهم بدور المعلمين الطبيين الأكفاء. ففي واقع الأمر، يضطلع أعضاء هيئة التدريس بكليات الطب بأدوار متعددة بوصفهم مدرسين ومُقيّمين ومُوجّهين للطلاب ومصمّمي المناهج الدراسية وقادة تربويين ومُقدّمي خدمات صحية وباحثين ومتعاونين مع القطاعات الأخرى، ومن ثمّ فمن الواجب توافر برامج قوية تستهدف تطوير قُدرات أعضاء هيئة التدريس.

30. وتتراوح نسبة الطلاب إلى أعضاء هيئة التدريس من 8 طلاب إلى 30 طالباً لكل عضو من أعضاء هيئة التدريس في مجال العلوم الأساسية، ومن 4 إلى 10 طلاب في مجال العلوم السريرية في بلدان المجموعة الثالثة. وثمة عجز حاد في أعضاء هيئة التدريس في أقسام العلوم الطبية الأساسية، وهو أمرٌ مرّده إلى الهجرة من بلدان المجموعة الثالثة إلى بلدان المجموعة الأولى في الأساس. ومن العوامل المهمة التي تؤدّي إلى الهجرة انخفاض دخل أعضاء هيئة تدريس العلوم الطبية الأساسية في البلدان المُصدّرة. أما المعدّل الأفضل في حالة العلوم السريرية فيمكن عزوه إلى الاستعانة بأعضاء هيئة تدريس غير متفرّغين، إضافةً إلى أعضاء هيئة التدريس المتفرّغين في المستشفيات التعليمية. ويؤدّي القصور في تدريب أعضاء هيئة التدريس غير المتفرّغين إلى الحدّ من مشاركتهم في المجالات المتعلقة بتطوير المناهج وتقييمها.

التحديات الرئيسية

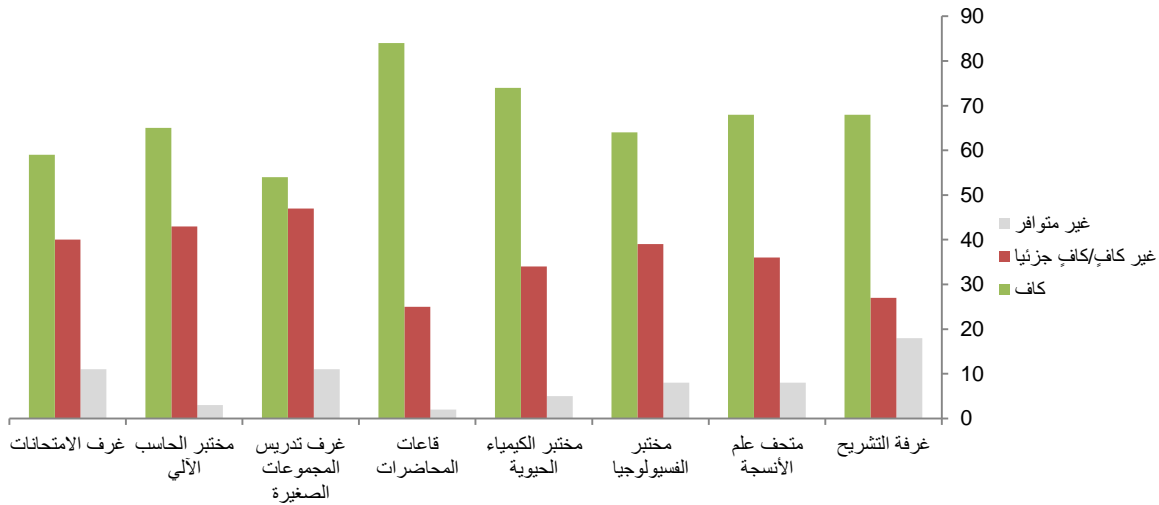
- هناك نقص حاد في أعضاء هيئة التدريس في بلدان المجموعة الثالثة، لا سيّما القائمين بتدريس العلوم الطبية الأساسية.

- ويعتمد تعيين أعضاء هيئة التدريس على مؤهلاتهم المهنية وإنتاجهم البحثي، لكنه يستبعد معايير منها المهارات التعليمية والقدرات الإدارية وخدمة المجتمع.
- ولا يتم إشراك أعضاء هيئة التدريس غير المتفرغين بشكل جيد في الأنشطة التعليمية وأنشطة تطوير المناهج.
- ولا تُنفَّذ أنشطة تطوير قُدرات أعضاء هيئة التدريس بطريقة شاملة، ولا تستند إلى نتائج تقدير الاحتياجات وتغفل بعض المجالات كالقيادة التعليمية.

و) توفير البيئة المواتية للتعلُّم وإتاحة موارد التعلُّم

31. للبيئة التعليمية المواتية أثر على تحصيل الطلاب وعلى ما يدرسون وكيف يدرسونه وأسباب دراسته. وقد أشارت نتائج تقييم توافر البيئة المواتية للتعلُّم وإتاحة موارد التعلُّم إلى أن كليات الطب في معظم البلدان غير مجهزة بما يكفي من المرافق مثل المختبرات المخصصة لصقل المهارات ومراكز المحاكاة السريرية ومرافق التقييم وغرف التدريس للمجموعات الصغيرة (الشكل 2).

32. أفاد 41% من المستطلعة آراؤهم بعدم وجود مستشفى تعليمي جامعي منفصل. وتتضمن المواقع البديلة للتدريب السريري مراكز الرعاية الصحية الأولية في المناطق الحضرية (85%) ومستشفيات المناطق/المحافظات (65%). ولم تُستخدَم المواقع الريفية ومراكز رعاية الأسرة والمرافق المجتمعية في الأغراض التدريبية بشكل عام.



الشكل 2 توفير البيئة المواتية للتعلُّم وإتاحة موارد التعلُّم الأساسية والمتقدِّمة (العدد = 113)

33. وثمة قصور كبير في توافر المرافق التي تُعزِّز التعليم الذي يتمحور حول الطالب كعزف تدريس للمجموعات الصغيرة مقارنةً بتوافر الموارد التي تدعم التعليم الذي يقوم على التلقين كقاعات المحاضرات. ولا توجد في الوقت الراهن مختبرات لصقل المهارات ومراكز محاكاة في كثير من كليات الطب ولا سيَّما في بلدان المجموعة الثالثة.

34. وقد أتم الكثير من كليات الطب تأسيس وحدات أو أقسام للتعليم الطبي. غير أن معظم هذه الوحدات والأقسام لا يعمل بها أطباء متفرغون ومتخصصون في التعليم الطبي ممن تتوافر فيهم المؤهلات اللازمة. ويقتصر عمل هذه الوحدات على إدارة الاختبارات ووضع الجداول الزمنية للأنشطة المقررة بالمناهج الدراسية وتنفيذ برامج التطوير بوتيرة غير منتظمة. ولا توجد الأقسام الدراسية المتخصصة المعنية بالتعليم الطبي إلا في عدد قليل من

كليات الطب. ومن ضمن أسباب عدم وجود وحدات تعمل بصورة جيدة قلة الوعي بأهميتها في إثراء المناهج الدراسية والعملية التعليمية وقلة الموارد والمرافق.

التحديات الرئيسية

- هناك نقص في الموارد التعليمية، ولا سيَّما المرافق التي تدعم التعليم الذي يتمحور حول الطالب والتدريب على المهارات السريرية.
- يفتقر الكثير من كليات الطب لوجود مستشفى تعليمي مستقل، مع ما يقترن بذلك من تراجع مستمر في التدريب السريري.
- ولا يوجد ما يكفي من الطُّرق المتقدِّمة المستخدمة في تدريس الجوانب السريرية والتقييم، أو لا يستخدمها كثير من كليات الطب.
- أما المرافق الأخرى بخلاف المستشفيات، ومنها مرافق الرعاية الصحية الأولية ومرافق تقديم الخدمة على مستوى المجتمعات المحلية، فلا تستخدمها كليات الطب الاستخدام الأمثل.

3. التعليم الطبي المستمر والدراسات العليا في مجال الطب

35. ما زال الأطباء في معظم بلدان الإقليم يمارسون المهنة حتى التقاعد دون المشاركة في أي نشاط من أنشطة التعليم الطبي المستمر. ويهدف التعليم الطبي المستمر إلى تحسين أداء المهنيين الصحيين ومواكبة التطورات في الممارسات الطبية وتلبية التوقعات المتزايدة للمستفيدين من الخدمة والجمهور فيما يتعلق بتقديم الرعاية الصحية (9). وأفادت تسعة بلدان بأن لديها أجهزة تنظيمية لشؤون التعليم الطبي المستمر، منها أربعة بلدان في المجموعة الأولى، وثلاثة بلدان في المجموعة الثانية، وبلدان اثنان في المجموعة الثالثة. وخمسة من هذه الأجهزة التنظيمية تابعة لوزارة الصحة، وتشمل أدوارها ووظائفها تعزيز أنشطة التعليم الطبي المستمر ووضع المعايير التي تحكمها واعتمادها ورصدها وتقييمها.

الجدول 7 وضع أقسام طب الأسرة وخريجيتها

البلدان	كليات طب بها أقسام طب أسرة	الخريجون الذي يختارون طب الأسرة (%)	عدد خريجي أقسام طب الأسرة سنوياً (العدد)
المجموعة الأولى	22-1	50-10	120-10
المجموعة الثانية	6-0	10-0	240-0
المجموعة الثالثة	7-0	10-1	10-0

36. وأفادت ستة بلدان بوجود معايير الغرض منها ضمان جودة التعليم الطبي المستمر الذي تقدّمه الجهات العاملة في هذا المجال واعتماد تلك الجهات وقياس مدى جودتها مقارنةً بمعايير جهات الاعتماد الدولية المماثلة. وأفادت ثلاثة بلدان بأنها تتبع نظام التعليم الطبي المستمر لإعادة اعتماد الأطباء أو إصدار رُخص جديدة لهم. والساعات المعتمدة والمدة الفاصلة بين الترخيص وإعادة الترخيص هي المعايير المُستخدمة حالياً لإعادة اعتماد

الأطباء. وتستخدم سبعة بلدان الساعات المعتمدة لمنح الاعتماد، بينما يُشترط مرور من ثلاث إلى سبع سنوات لإعادة الترخيص. ويُشترط الحصول على ما يتراوح من 15 إلى 30 ساعة معتمدة سنوياً لإعادة الاعتماد.

37. ومعظم الجهات التي تُقدّم خدمة التعليم الطبي المستمر مؤسسات تابعة لوزارة الصحة أو الجامعات أو النقابات الطبية المهنية. وهناك جهات أخرى منها المؤسسات الخاصة وشركات الأدوية والمستشفيات العسكرية والاتحادات الدولية.

38. أما الدراسات العليا في مجال الطب فتشمل التدريب التالي للحصول على درجة طبية أساسية، ويمكن أن تكون إماً تدريباً مهنيّاً يؤهّل للحصول على عضوية أو زمالة في المجالس الوطنية، أو تدريباً أكاديمياً يؤهّل للحصول على درجة علمية (ماجستير العلوم MSc أو ماجستير الفلسفة MPhil أو دكتوراه الفلسفة PhD). ويركز هذا القسم على الدرجة العلمية الأولى. وقد أفادت ستة عشر بلداً بأن لديها مجلساً وطنياً، بينما أفادت عشرة بلدان أخرى أن لديها مؤسسات أخرى تقدم برامج الدراسات العليا. وتشارك جميع المجالس الوطنية في التدريب المؤهّل للاعتماد والتدريب المنتظم على حدٍ سواء.

39. وتقدّم البلدان الستة عشر دراسات عليا في المجال الطبي في معظم التخصصات العامة، بينما يُقدّم العديد منها أيضاً دراسات عليا في التخصصات الطبية الدقيقة بتنوع واسع يتراوح من 20 إلى 60. ويواجه الكثير من بلدان المجموعة الثالثة صعوبات في استيعاب خريجي الدراسات العليا المؤهلين، منها السودان (33%)، وباكستان (30%)، واليمن (29%)، والصومال (5%). ويجتذب التدريب على مستوى الدراسات العليا في طب الأسرة أقل من 10% من الخريجين في معظم بلدان المجموعتين الثانية والثالثة ومن 10% إلى 50% في بلدان المجموعة الأولى (الجدول 7).

40. وأسس المجلس العربي للاختصاصات الطبية في عام 1978 مبادرة من منظمة الصحة العالمية. ويساهم المجلس في توفير التعليم الطبي العالي الجودة في مرحلة الدراسات العليا، ويتخرّج منه أخصائيو مثل مُقدّمي خدمات الرعاية والمُدربين والقادة، ويساعد في تشجيع البرامج الوطنية المماثلة. وبعد إنشاء المجالس الوطنية، أضخى المجلس العربي الآن مصدراً ثانوياً لاعتماد هؤلاء الخريجين الذين يرغبون في الحصول على مؤهلات مزدوجة. وأدّى هذا الوضع إلى ازدواجية غير ضرورية في الموارد، وهو ما يستدعي مراجعته.

التحديات الرئيسية

التعليم الطبي المستمر

- يفتقر واضعو السياسات والمهنيون إلى الوعي بأهمية برامج التعليم الطبي المستمر التي تُقدّم بمنأى عن البرامج الأخرى، مع فقدان الصلة بين اللوائح واكتساب الكفاءات والتطوير الوظيفي والترقية وإعادة الاعتماد أو إعادة الترخيص.
- لا يوجد في الكثير من البلدان معايير للبرامج أو اعتماد للجهات التي تقدّم برامج التعليم المستمر.

الدراسات العليا في مجال الطب

- الطلب على بعض التخصصات (مثل أمراض القلب، والجراحة، وأمراض النساء وما إلى ذلك) لا يتواءم مع احتياجات البلدان (مثل طب الأسرة والصحة العمومية وطب الطوارئ).

- وهناك تركيز على الإجراءات المتعلقة بالمناهج الدراسية لانتهاء من عمليات التناوب المُقرَّرة، مع اتباع طريقة غير منهجية بدلاً من اتباع طريقة منهجية في اكتساب الكفاءات ونتائج التعلُّم.
- ويركِّز التقييم على التأكد من أن الدارس قد اكتسب معارف محددة بدلاً من اكتساب مهارات، وسلوكيات مهنية أو تكوين اتجاهات مهنية.

4. أولويات تعزيز التعليم الطبي الجامعي في إقليم شرق المتوسط

4.1. واستناداً إلى التحليل الذي أجراه الاستعراض، يقترح المكتب الإقليمي سبع أولويات استراتيجية لمواجهة التحديات في مختلف مجالات التعليم الطبي الجامعي. ومن المهم مراعاة أن هذه الورقة تُركِّز على التعليم الطبي، غير أن تنفيذ هذه الأولويات الاستراتيجية سيتطلب التزاماً من كلية الطب كلها كمؤسسة، وهو ما يتطلب بدوره تعبئة قُدَّراتها البحثية وقُدَّرات تقديم الخدمات لتحقيق هذا الغرض.

الحوكمة والمسؤولية الاجتماعية والاعتماد

- **الأولوية الاستراتيجية 1:** تعزيز القُدَّرات التنظيمية للمؤسسات المعنية وتوفير المعايير والدلائل الإرشادية اللازمة لإنشاء كليات طب جديدة.
- **الأولوية الاستراتيجية 2:** إنشاء/تعزيز هيئات الاعتماد الوطنية المستقلة التي لديها من الاختصاص والموارد ما يُؤهلها لضمان جودة الإدارة الرشيدة للكليات، بما في ذلك المسؤولية الاجتماعية بوصفها ركناً أساسياً من أركان معايير الاعتماد الوطنية.

تطوير المناهج وتقوم الطلاب وتقييم البرامج

- **الأولوية الاستراتيجية 3:** تشجيع الكليات على إنشاء وحدات للتعليم الطبي أو مراكز لتطوير التعليم لمراجعة المناهج الدراسية على نحو منتظم ودعم تطوير قُدَّرات أعضاء هيئة التدريس.
- **الأولوية الاستراتيجية 4:** بناء قُدَّرات القادة التعليميين اللازمة لقيادة عملية إصلاح المناهج، وهو ما من شأنه أن يؤدي إلى وضع مناهج تتمحور حول الطالب وتُركِّز على تلبية احتياجات المجتمعات المحلية وعلى تطوير القُدَّرات وتتسم بالتكامل.
- **الأولوية الاستراتيجية 5:** وضع معايير لاختيار الطلاب تقوم على أساس الجدارة، ووضع أنظمة لتقوم الطلاب وتقييم البرامج تتسم بالمصداقية والموثوقية.

تطوير قُدَّرات أعضاء هيئة التدريس وتوفير البيئة المواتية للتعلُّم

- **الأولوية الاستراتيجية 6:** اجتذاب أعضاء هيئة التدريس ذوي الكفاءة والاحتفاظ بهم، خاصة في مجال العلوم الطبية الأساسية وعلوم الصحة العمومية، عن طريق اتباع سياسات تعيين وترقية تستند إلى معايير الجدارة.
- **الأولوية الاستراتيجية 7:** ضمان كفاية الموارد التعليمية اللازمة لتشجيع التدريب الذي يتمحور حول الطالب والتدريب السريري المُعزَّز، وزيادة استخدام مرافق الرعاية الصحية الأولية وغيرها من مرافق المجتمع المحلي.

4.2. يلتقي العديد من الأولويات الاستراتيجية على هدف تعزيز المؤسسات، ومن ثمَّ تتبوأ تلك الأولويات مكانة خاصة في تنمية القوى العاملة الصحية واستدامتها بما يُلبِّي الاحتياجات الوطنية. وعليه، فمن المرجح أيضاً أن

تكون هذه الأولويات الاستراتيجية موضع اهتمام خاص من جانب السلطات الوطنية في سعيها إلى تطوير النظام الصحي الذي يفى باحتياجات المستقبل، فضلاً عن اهتمام شركاء التنمية، ولا سيّما منظمة الصحة العالمية التي تتحمّل مسؤولية إسداء المشورة إلى الدول الأعضاء بشأن المسائل المتعلقة بالسياسة الصحية.

5. إطار إصلاح التعليم الطبي الجامعي في إقليم شرق المتوسط

43. وقد نتج عن هذا الاستعراض الدقيق وضع إطار عمل لإصلاح التعليم الطبي الجامعي في الإقليم. ويُنصّ الإطار (الملحق 1) على مجموعة من الإجراءات لكل أولوية من الأولويات الاستراتيجية؛ منها إجراءات قصيرة المدى (6 أشهر - 12 شهراً) وأخرى متوسطة المدى (13-24 شهراً) تنفذها البلدان في مختلف مجالات التعليم الطبي. كما أنه يرسم دوراً محدداً للمنظمة وشركائها، ولا سيّما الاتحاد العالمي للتعليم الطبي، يتمثّل في تقديم الدعم التقني. وعلى كل بلد أن يُكَيّف إطار العمل، استناداً إلى مستوى تطوره وتقييم احتياجاته.

44. ويستلزم الشروع في عملية الإصلاح في كل بلد التعجيل بالتحرك في خمسة اتجاهات.

1. تشكيل لجنة توجيهية من أصحاب الشأن المعنيين المتعددين تقودها وزارة التعليم العالي أو وزارة الصحة لتوجيه عملية إصلاح التعليم الطبي في البلد.
2. تأسيس أقسام تُعنى بالتعليم الطبي في كليات الطب أو تعزيزها بما يُؤهلها لتقديم الدعم التقني اللازم لمراجعة المناهج وتقييم الطلاب وتقييم البرامج وتطوير قدرات أعضاء هيئة التدريس.
3. تطوير وتنفيذ برامج تنفيذية لبناء القدرات القيادية لدى عمّداء كليات الطب في مجال التعليم الطبي بما في ذلك المسؤولية الاجتماعية.
4. مراجعة الوضع الحالي لاعتماد كليات الطب، وإنشاء أو تعزيز هيئات الاعتماد الوطنية المستقلة التي لديها من الاختصاص والموارد ما يُؤهلها لضمان جودة التعليم الطبي.
5. وضع خطة عمل على الصعيد الوطني تستند إلى إطار العمل الإقليمي لإصلاح التعليم الطبي على المدى القصير والمتوسط.

6. الاستنتاجات

45. أحرز التعليم الطبي في الإقليم تقدماً خلال العقود العديدة الماضية. فزيادة كثافة الأطباء بالنسبة لعدد السكان وعدد كليات الطب والجهود التي تُبذل لاعتمادها خطوتان مهمّتان صوّب تحسين جودة التعليم الطبي. غير أن ثمة تحديات كثيرة لا تزال ماثلة، بل تنشأ تحديات جديدة مع تطور الإقليم ذاته.

46. وقد وُفرت الدراسة التي أُجريت حول التعليم الطبي في شرق المتوسط فرصة لمراجعة التعليم الطبي الجامعي في الإقليم. وورد بها تقييم أساسي يمكن استخدامه كمعيار قياس في السنوات المقبلة. واقترح إطار عمل إقليمي يحدّد الأولويات الاستراتيجية ويبين الإجراءات القصيرة المدى والطويلة المدى التي ينبغي أن تتخذها البلدان والمنظمة لإصلاح التعليم الطبي. ويشجّع المكتب الإقليمي البلدان على اتخاذ إجراءات عاجلة من خلال: إنشاء لجنة توجيهية من أصحاب الشأن المعنيين المتعددين من أجل توفير التوجيهات اللازمة لإصلاح التعليم الطبي في كل بلد؛ وإنشاء أقسام للتعليم الطبي في كليات الطب أو تطوير الأقسام الموجودة حالياً؛ ووضع وتنفيذ برامج

تطوير القُدُرات القيادية لُعَمداء كليات الطب؛ ومراجعة الوضع الحالي لاعتماد كليات الطب وتطوير هيئات الاعتماد الوطنية المستقلة؛ ووضع خطط عمل وطنية استناداً إلى إطار العمل الإقليمي.

47. ويقع عبء إصلاح التعليم الطبي على عاتق القيادة السياسية والتعليمية في البلدان. ومنظمة الصحة العالمية وشركاؤها ملتزمون بتقديم الدعم إلى الدول الأعضاء فيما يتعلق بتنفيذ هذا الإصلاح. واللجنة الإقليمية مدعوة إلى النظر في البيّنات والبراهين المعروضة أمامها حول عملية الإصلاح، وإلى اعتماد إطار العمل الإقليمي الرامي إلى تقوية التعليم الطبي الجامعي في الإقليم.

References

1. Shaping the future of health in the WHO Eastern Mediterranean Region: reinforcing the role of WHO. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2012 (http://applications.emro.who.int/dsaf/EMROPUB_2012_EN_742.pdf, accessed 14 August 2015).
2. Health systems strengthening in countries of the Eastern Mediterranean Region: challenges, priorities and options for future action. Resolution of the WHO Regional Committee for the Eastern Mediterranean, Fifty-ninth session (EM/RC59/R.3); 2012 (<http://www.emro.who.int/about-who/rc59/>, accessed 14 August 2015).
3. The world health report 2006: working together for health. Geneva: World Health Organization; 2006 (<http://www.who.int/whr/2006/en/>, accessed 14 August 2015).
4. Boelen C, Boyer MH. A view of the world's medical schools: defining new roles. International Association of Medical Colleges; 2001 (<http://www.iaomc.org/WHOREptMedSchools.pdf>, accessed 2 September 2013).
5. Abdulla ME, Suliman AR. Overview of medical schools in the Eastern Mediterranean Region of the World Health Organization. East Mediterr Health J. 2013, 19(12):1020-1025 (<http://www.emro.who.int/emhj-vol-19-2013/12/overview-of-medical-schools-in-the-eastern-mediterranean-region-of-the-world-health-organization.html>, accessed 14 August 2015).
6. Seefeldt M. The students' role in evaluation. In: Al Alwan I, Magzoub ME, Elzubeir M. International handbook of medical education: a guide for students. London: Sage Publications; 2013 pp 279-282.
7. Report on the regional consultation on accreditation of health professions education, Tunis, Tunisia 22–25 November 2011. Cairo: World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2012 (document no. WHO-EM/HRH/629/E).
8. Harden RM, Sowden S, Dunn WR. Educational strategies in curriculum development: the SPICES model. Med educ. 1984;18(4):284–297.
9. Harden R. A new vision for distant learning and continuing medical education. J cont med educ. 2005; 25:43-51.

الملحق 1 إطار العمل الإقليمي لإصلاح التعليم الطبي الجامعي في إقليم شرق المتوسط

الدعم التقني المقدم من منظمة الصحة العالمية	الإجراءات التي ينبغي أن تتخذها الدول الأعضاء		الأولويات
	على المدى المتوسط (13-24 شهراً)	على المدى القصير (6 أشهر-12 شهراً)	
الحوكمة والمسؤولية الاجتماعية والاعتماد			
وضع معايير ودلائل إرشادية لإنشاء كليات طب جديدة استناداً إلى المعايير الدولية وبما يلبي الاحتياجات الإقليمية بالتعاون مع الاتحاد العالمي للتعليم الطبي	بناء/تعزيز القدرات التنظيمية للمؤسسات المعنية عن طريق توفير الموارد اللازمة لضمان مواكبة كليات الطب الجديدة والقديمة لمعايير التعليم الطبي المطلوبة.	مراجعة وتكييف المعايير والدلائل الإرشادية الوطنية المتعلقة بإنشاء كليات طب جديدة استناداً إلى التوجيهات الإقليمية التي وضعها الاتحاد العالمي للتعليم الطبي ومنظمة الصحة العالمية.	الأولوية الاستراتيجية 1: تعزيز القدرات التنظيمية للمؤسسات المعنية وتوفير المعايير والدلائل الإرشادية اللازمة لإنشاء كليات طب جديدة.
وضع دليل يتناول المعايير الإقليمية للتعليم الطبي، وبناء قُدرات البلدان على تأسيس نظام اعتماد في مجال التعليم الطبي.	تعزيز هيئات الاعتماد الوطنية عن طريق السعي إلى الحصول على الاعتماد لدى الهيئات الدولية (الاتحاد العالمي للتعليم الطبي). تنفيذ معايير المسؤولية الاجتماعية عن طريق إقامة الشراكات بين كليات الطب والجهات التي تقدم الخدمات الصحية.	وضع معايير وطنية للتعليم الطبي استناداً إلى دليل الاعتماد الإقليمي ودمج المسؤولية الاجتماعية في تلك المعايير. تدريب العمداء وقادة القطاع الصحي على المسؤولية الاجتماعية.	الأولوية الاستراتيجية 2: إنشاء/تعزيز هيئات الاعتماد الوطنية المستقلة التي لديها من الاختصاص والموارد ما يؤهلها لضمان جودة الإدارة الرشيدة للكليات، بما في ذلك المسؤولية الاجتماعية بوصفها ركناً أساسياً.
تطوير المناهج وتقييم الطلاب وتقييم البرامج			
وضع دليل لإنشاء وحدات التعليم الطبي وتحديد اختصاصاتها.	تأسيس وحدات للتعليم الطبي مجهزة بما يكفي من الموارد للقيام بأنشطة التعليم الطبي مثل مراجعة المناهج وبرامج تطوير قُدرات أعضاء هيئة التدريس.	إعلان المؤسسات المعنية عن سياسة لإنشاء وحدات التعليم الطبي في كليات الطب. توفير الموارد اللازمة لوضع برامج لتطوير قُدرات أعضاء هيئة التدريس وتعزيز تلك البرامج.	الأولوية الاستراتيجية 3: تشجيع الكليات على إنشاء وحدات للتعليم الطبي أو مراكز لتطوير التعليم لمراجعة المناهج الدراسية على نحو منتظم ودعم تطوير قُدرات أعضاء هيئة التدريس
تنظيم حلقات عملية ووضع دليل لتصميم المناهج وتقييم أثر الأساليب المختلفة في تصميمها. نشر التجارب الناجحة في إصلاح المناهج من داخل	مراجعة ورصد تنفيذ الإصلاحات التي من شأنها أن تضمن مراعاة المناهج الدراسية للسياق المقدمة فيه وتركيزها على إكساب القُدرات وتكاملها وتمحورها حول الطالب.	بناء قُدرات القادة التعليميين اللازمة لمراجعة المناهج وإصلاحها عن طريق تقديم المقررات الدراسية المنظمة للقادة التعليميين.	الأولوية الاستراتيجية 4: بناء قُدرات القادة التعليميين اللازمة لقيادة عملية إصلاح المناهج، وهو ما من شأنه أن يؤدي إلى وضع مناهج تتمحور حول الطالب وتركز على تلبية

الدعم التقني المقدم من منظمة الصحة العالمية	الإجراءات التي ينبغي أن تتخذها الدول الأعضاء		الأولويات
	على المدى المتوسط (13-24 شهراً)	على المدى القصير (6 أشهر - 12 شهراً)	
الإقليم وخارجه.	تقييم فاعلية إصلاح المناهج عن طريق إجراء الدراسات التقييمية للعملية التعليمية ونتائجها.		احتياجات المجتمعات المحلية وعلى تطوير القدرات، وتتسم بالتكامل.
وضع دليل عملي عن التقييم والمراجعة وتحديث معايير اختيار الطلاب. وضع دليل إقليمي/ مجموعة أدوات إقليمية لإجراء تقييم شامل للطلاب ونظام تقييم البرامج؛ وإنشاء بنوك التقييم الوطنية.	رصد فاعلية معايير اختيار الطلاب ومصادقتها وموثوقيتها وأثرها التعليمي وتحديثها استناداً إلى تجارب التنفيذ. دمج تقييم الطلاب في المناهج وضمان حسن تماشيه مع استراتيجيات التدريس والتعلم ونتائجها. إنشاء بنك لأسئلة التقييم عالية الجودة على الصعيد الوطني لتبادلها بين كليات الطب.	تقييم الممارسات الحالية والوقوف على الثغرات ووضع معايير تستند إلى البيئات وذات جدوى وموثوقة لاختيار الطلاب. تقييم الممارسات المتبعة حالياً في تقييم الطلاب والوقوف على الثغرات والأولويات. وضع سياسات وأنظمة لتقويم الطلاب واعتمادها من الهيئات التنظيمية وهيئات الاعتماد الوطنية.	الأولوية الاستراتيجية 5: وضع معايير لاختيار الطلاب تقوم على أساس الجدارة ووضع أنظمة لتقويم الطلاب وتقييم البرامج تتسم بالمصادقية والموثوقية.
تطوير قدرات أعضاء هيئة التدريس وتوفير البيئة المواتية للتعلم			
عقد مقارنة لحزم الدخل والمكافآت والحوافز التي يحصل عليها أعضاء هيئة التدريس القائمون بتدريس العلوم الطبية الأساسية وعلوم الصحة العمومية ونشر المعلومات المتعلقة بها. الدعوة إلى عقد منتدى إقليمي لتناول هجرة الأطباء وإدارة شؤونهم بما يتماشى مع مدونة المنظمة العالمية لقواعد الممارسة بشأن توظيف العاملين الصحيين على المستوى الدولي.	السعي إلى الحصول على الموافقة على جمع مزيد من الأموال وتنفيذ الحزمة الجديدة ورصد الاتجاهات السائدة في الاحتفاظ بأعضاء هيئة التدريس في كل بلد. اعتماد وتنفيذ معايير وسياسات تستند إلى الجدارة في تعيين أعضاء هيئة التدريس وترقيتهم.	مراجعة حزمة الدخل والمكافآت والحوافز القائمة التي يحصل عليها أعضاء هيئة التدريس القائمون بتدريس العلوم الطبية الأساسية والصحة العمومية ومقارنتها بالاتجاهات الإقليمية والدولية لسوق العمل. مراجعة معايير تعيين أعضاء هيئة التدريس وترقيتهم المتبعة حالياً ووضع سياسات تستند إلى معايير الجدارة بالتشاور مع لجنة الخدمة المدنية.	الأولوية الاستراتيجية 6: اجتذاب أعضاء هيئة التدريس ذوي الكفاءة والاحتفاظ بهم، خاصة في مجال العلوم الطبية الأساسية وعلوم الصحة العمومية، عن طريق اتباع سياسات تعيين وترقية تستند إلى معايير الجدارة.
تقديم قائمة تضم الحد الأدنى أو الأمثل من الموارد التعليمية المطلوبة لإقامة كلية طب مسؤولة اجتماعياً وتركز على إكساب الطلاب الكفاءات المطلوبة.	رصد التنفيذ وتحديث قائمة المتطلبات الأساسية اللازمة لاستيعاب التطورات في مجال التعليم وتقديم الخدمات الصحية.	دمج قائمة، تضم الحد الأدنى من الموارد التعليمية المطلوبة، في المعايير عند إعادة ترخيص كليات الطب القائمة أو إنشاء كليات جديدة.	الأولوية الاستراتيجية 7: ضمان كفاية الموارد التعليمية اللازمة لتشجيع التدريب الذي يتمحور حول الطالب والتدريب السريري المعزز، وزيادة استخدام

الدعم التقني المقدم من منظمة الصحة العالمية	الإجراءات التي ينبغي أن تتخذها الدول الأعضاء		الأولويات
	على المدى المتوسط (13-24 شهراً)	على المدى القصير (6 أشهر-12 شهراً)	
			مرافق الرعاية الصحية الأولية وغيرها من مرافق المجتمع المحلي.
نشر دراسات الحالات التي تتناول التجارب الناجحة للشراكة بين المُدرِّبين وجهات تقديم الخدمة.	تقييم أثر الشراكة بين الجهات التي تقدم الخدمة الصحية وكليات الطب على إحداث تحسُّن في التعليم والخدمات الصحية.	إضفاء الطابع المؤسسي على الشراكة بين المؤسسات الأكاديمية ومؤسسات الرعاية الصحية لاستخدام المرافق الصحية بخلاف المستشفيات في أغراض التدريب والرعاية الصحية.	