

## تبیین ادراک اعضای هیأت علمی در زمینه چالش‌های موجود در آموزش پزشکی پاسخگو: یک تحلیل محتوای کیفی

سمیه اکبری فارمد<sup>۱\*</sup>، سلیمان احمدی<sup>۲</sup>، محمد علی حسینی<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی دکتری آموزش پزشکی، گروه آموزش پزشکی، دانشکده آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۲. دکتری آموزش پزشکی، دانشیار، گروه آموزش پزشکی، دانشکده آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۳. دکتری مدیریت آموزش عالی، دانشیار، گروه آموزشی مدیریت توان‌بخشی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، تهران، ایران

● دریافت مقاله: ۹۴/۳/۷      آخرین اصلاح مقاله: ۹۴/۵/۷      ● پذیرش مقاله: ۹۴/۵/۷

**زمینه و هدف:** آموزش پزشکی به عنوان بخشی از نظام آموزش عالی در دهه‌های اخیر، با سرعت زیادی در حال توسعه و گسترش می‌باشد. با توجه به پیچیدگی‌های موجود در آموزش بالینی، تأثیرپذیری آن از عوامل مختلف محیطی، تغییرات اخیر در محیط بالینی، اهمیت پاسخگو بودن نسبت به بیماران و جامعه و چالش‌هایی که در زمینه آموزش پزشکی پاسخگو وجود دارد، به نظر می‌رسد که تبیین ادراک اعضای هیأت علمی در رابطه با چالش‌های موجود در زمینه آموزش پزشکی پاسخگو که هدف این مطالعه بود، ضروری می‌باشد.

**روش کار:** این مطالعه به روش تحقیق کیفی با رویکرد سنتی تحلیل محتوا در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۳ انجام گردید. دانش تولید شده در این رویکرد، بر اساس دیدگاه واحد و منحصر به فرد شرکت‌کنندگان و ریشه گرفته از داده‌های واقعی متن به دست آمد. مشارکت کنندگان، ۸ نفر از اعضای هیأت علمی بودند که بیشترین اطلاعات را در مورد عوامل زمینه‌ای اثرگذار بر آموزش پزشکی پاسخگو، بازگو نمودند (نمونه‌گیری هدفمند). مصاحبه‌های نیمه ساختارمند با آن‌ها صورت گرفت و از آن‌ها خواسته شد تا به توصیف تجربیات و ادراکات خود در خصوص آموزش پزشکی پاسخگو بپردازند. به این ترتیب، جمع‌آوری داده‌ها تا رسیدن به اشباع ادامه یافت. همزمان با جمع‌آوری داده‌ها، تجزیه و تحلیل آن‌ها نیز، ضمن در نظر داشتن معیارهای قابلیت اعتماد (Trustworthiness) انجام شد.

**یافته‌ها:** یافته‌ها شامل ۴ درون‌مایه اصلی «آموزش معیوب و جامعه محور نبودن آن، مشکلات مدیریتی و کمبود منابع، عدم تعهد کافی در استادان به عنوان الگو (Role model) و بی‌انگیزگی دانشجویان» بود.

**نتیجه‌گیری:** بر اساس نتایج مطالعه حاضر، ضرورت تغییرات و تحول بنیادین و همه جانبه در برنامه‌های آموزشی و ارتقای روند آن‌ها، به نحوی که نیازهای جامعه به صورت برجسته‌تری در آن‌ها نمایان باشد، به خوبی احساس شد. همچنین، راهکارهایی جهت افزایش انگیزه در استادان و دانشجویان ارائه گردید.

**کلید واژه‌ها:** تحلیل محتوای کیفی، آموزش پزشکی پاسخگو، پاسخگویی، چالش‌ها

\*نویسنده مسؤول: گروه آموزش پزشکی، دانشکده آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

## مقدمه

یکی از رویکردهای فلسفی آموزش عالی، دیدگاه پاسخگویی و تعهد اجتماعی است که تمرکز آن بیشتر بر مسؤولیت‌پذیری دانشگاه‌ها در خدمت به جامعه می‌باشد. در این رویکرد، دانشگاه‌ها به عنوان یک نهاد اجتماعی با دیدگاه پاسخگویی به نیازها و انتظارات جامعه، جزء جدانشدنی از فلسفه وجودی آموزش عالی به شمار می‌روند. این دیدگاه از نیازهای اجتماعی و توان و استعداد مراکز آموزش عالی در فرایند مساعدت در حل معضلات و مسایل اجتماعی برخاسته است.

مفهوم پاسخگویی اجتماعی طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، تعهد در قبال هدایت آموزش، پژوهش و خدمات پزشکی در راستای اولویت نیازهای سلامت جامعه، منطقه و جهان و استوار بر ارزش‌های کیفیت، برابری و هزینه اثربخشی می‌باشد. نقش اصلی در تحقق این تعهد، دانشگاه‌های علوم پزشکی با تربیت نیروی انسانی دارد (برنامه راهبردی آموزش علوم پزشکی پاسخگو در ایران) و این ویژگی باید در تمام جنبه‌های مختلف آموزش مشاهده شود. از طرفی، مهم‌ترین اهداف هر نظام سلامت شامل بهبودی سلامت در جامعه (سطح سلامت کسب شده و توزیع سلامت)، افزایش پاسخگویی سیستم سلامت به خواسته‌های به حق و مشروع جمعیت و سهم عادلانه مالی است.

برای رسیدن به هدف برابری همه انسان‌ها از نظر خدمات بهداشتی و به دنبال آن درمانی، باید آموزش دانشجویان علوم پزشکی که در آینده جزء ارائه دهندگان خدمت در این مورد خواهند بود، بتوانند نیازهای جامعه‌ای را مرتفع نمایند که تعهد خدمت به آن را دارند (۱). به عبارت دیگر، آموزش پزشکی باید پاسخگوی نیازهای جامعه گردد (۲).

در این بین، اگر چه آموزش پزشکی پاسخگو، یک راه مؤثر برای تأکید بر نیازهای جوامع می‌باشد، اما در عمل، نه به صورت وسیع درک و نه زیاد تجربه شده است و چالش‌های فراوانی در زمینه آموزش آن مشاهده گردید.

هر چند در سال‌های اخیر همگام با سیاست‌های بهداشت جهانی، این نگرش در کشورمان نیز هم‌زمان با آموزش متداول در نظر گرفته شد، اما فاصله زیادی بین آموزش و عملکرد گروه علوم پزشکی وجود داشت که به خاطر ناهماهنگی آموزش علوم پزشکی با نیازهای جامعه بود (۳).

دانشگاه‌ها و مراکز آموزش عالی بیشتر جهت پاسخگویی به نیازها و انتظارات جامعه، پا به عرصه ظهور گذاشتند؛ یعنی پاسخگویی به جامعه در ابتدا، جزء جدا نشدنی فلسفه وجودی آن‌ها و غیر قابل چشم‌پوشی بود، اما در عمل این ارتباط طی زمان تقریباً قطع شد؛ چرا که دانشکده‌ها با فاصله گرفتن از نیازها و انتظارات جوامع و بر حسب علایق و اولویت‌های خود که به نوعی از علایق و اولویت‌های جامعه متفاوت می‌باشد، رسالت خود را تعریف نمودند. در چنین شرایطی، نظام ارائه خدمات در غیبت نظام آموزشی و یا حضور کم‌رنگ آن، در صحنه پاسخگویی به مسایل و مشکلات جامعه تنها می‌ماند که در نهایت، نظام ارائه خدمات بدون حمایت و پشتیبانی نظام آموزشی معلوم است که چه سرنوشتی پیدا می‌کند. کمترین دستاورد این شرایط، ناکامی نظام ارائه خدمات در پاسخگویی به نیازها و انتظارات جامعه و نارضایتی مردم خواهد بود (۳).

سمینارها و کارگاه‌های مختلف آموزش پزشکی جامعه‌نگر و به تازگی آموزش پزشکی پاسخگو در ایران برگزار گردید و گام‌های اساسی در این زمینه برداشته شد، ولی باید اذعان نمود که هنوز تا اجرای کامل آموزش پزشکی پاسخگو در دانشگاه‌های کشور، راه طولانی در پیش است (۴).

با توجه به مطالب بیان شده در خصوص اهمیت و ضرورت آموزش پاسخگو، نیاز سیستم‌های آموزشی و جامعه به این نوع آموزش و با در نظر داشتن مشکلات پیش روی اجرای آن، به نظر می‌رسد که باید ادراک استادان و افرادی که به طور مستقیم با این نوع از آموزش سر و کار دارند و مشکلات و موانع موجود بر سر راه آن را از نزدیک لمس نمودند، جهت بررسی چالش‌های موجود در زمینه آموزش پزشکی پاسخگو تبیین

جریان مصاحبه متکی بر سؤال‌هایی بود که در تعامل بین مصاحبه‌گر و مصاحبه‌شونده پیش می‌آمد. تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از هر مصاحبه، برای مصاحبه بعدی مورد استفاده قرار گرفت و بدین ترتیب نمونه‌گیری تا اشباع داده‌ها ادامه یافت. در این مطالعه از مصاحبه پنجم به بعد، کد جدیدی حاصل نشد و کدهای قبلی تکرار گردید. با این وجود، سه مصاحبه دیگر برای اطمینان بیشتر صورت گرفت و اطلاعات به دست آمده منجر به کدگذاری و تشکیل طبقات جدید نشد. مصاحبه در مجموع با هشت مشارکت‌کننده به پایان رسید.

جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، اصولی از قبیل توضیح اهداف مطالعه برای مشارکت‌کنندگان، کسب اجازه، رعایت اصول رازداری، حفظ بی‌نامی و اختیار شرکت‌کنندگان برای ترک مطالعه رعایت گردید.

تحلیل محتوا در مطالعه حاضر با رویکرد سنتی انجام شد که دانش تولید شده از تحلیل محتوا در این روش، بر اساس دیدگاه واحد و منحصر به فرد شرکت‌کنندگان و ریشه‌گرفته از داده‌های واقعی متن بود (۵). در زمان تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از مصاحبه، ابتدا کل متون مورد مطالعه قرار گرفت و سپس متون، خط به خط خوانده شد تا در مورد تک تک جملات تصویری به دست آید. در ادامه، جملات به واحدهای متن تقسیم گردید. به عبارتی، داده‌ها به واحدهای کوچکتر به نام واحدهای تحلیل یا واحدهای معنایی تبدیل شد که بخش‌هایی از جملات و یا پاراگراف بودند که می‌توانست دوباره مرور و بازیافت گردد. پژوهشگر در مرحله بعد، محتوای واحد آنالیز یا واحد معنایی را متراکم نمود و به این ترتیب کدهای اولیه به دست آمد که با استفاده از کلمات خود شرکت‌کنندگان و واژه‌های نزدیک به بیانات آن‌ها بود. روش تحلیل با خواندن دوباره کدهای تولید شده ادامه پیدا کرد. لیست کدها پرینت گرفته و چندین بار خوانده شد. نتایج آنالیز اولیه با شرکت‌کنندگان جهت وضوح و توصیف ایده‌های داده شده، مورد بحث قرار گرفت و کدها بر اساس تفاوت‌ها و شباهت‌های آنان دسته‌بندی گردید.

گردد. از این‌رو، بتوان گامی مؤثر در جهت شناسایی مشکلات و موانع موجود و ارائه راهکارهای اصلاحی در خصوص روش‌های اجرایی این نظام آموزشی برداشت و برای مسئولان اجرای آموزش پزشکی پاسخگو و مدیران آموزشی مفید واقع شد.

## روش کار

مطالعه حاضر به روش کیفی و با رویکرد سنتی تحلیل محتوا در سال ۱۳۹۳ انجام شد. جمع‌آوری داده‌ها در محیط‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی انجام گردید و روش جمع‌آوری داده‌ها، مصاحبه‌های نیمه ساختارمند با اعضای هیأت علمی بود. جهت انتخاب مشارکت‌کنندگان از روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف استفاده شد تا از تجارب افراد کلیدی و مؤثری استفاده گردد که بیشترین اطلاعات در مورد عوامل زمینه‌ای اثرگذار بر آموزش پزشکی پاسخگو را داشتند. در این راستا، از افراد علاقمند به آموزش، با تجربه، صاحب‌نظر و مایل به بیان درک و تجربه خویش در زمینه آموزش پاسخگو کمک گرفته شد.

مصاحبه‌های نیمه ساختارمند فردی، به طور متوسط یک ساعت و طی یک جلسه در اتاق کار مشارکت‌کنندگان صورت گرفت. پژوهشگر مصاحبه‌ها را با کسب اجازه از آن‌ها ضبط و کلمه به کلمه پیاده نمود. مصاحبه با سؤال کلی و باز «درک شما از مفهوم آموزش پزشکی پاسخگو چیست؟» شروع شد. سپس، سؤال‌های بعدی و پیگیری‌کننده برای روشن‌تر شدن مفهوم مورد مطالعه ادامه یافت. سؤال‌ها در طول مصاحبه بر اساس اطلاعاتی که شرکت‌کننده ارائه می‌کرد، متناسب با پاسخ‌ها مانند «لطفاً در این باره بیشتر توضیح دهید؟» و «منظورتان چیست؟» مورد پرسش قرار گرفت و نیز از سؤال‌های راهنمای مصاحبه مانند «مشکلات اجرای آموزش پاسخگو از نظر شما چیست؟» استفاده گردید. به همین ترتیب از مشارکت‌کنندگان خواسته شد تا به توصیف تجربیات و ادراکات خود در خصوص آموزش پزشکی پاسخگو بپردازند.

تأییدپذیری یافته‌ها نیز توسط ناظر خارجی آشنا به تحقیق کیفی، مورد سنجش قرار گرفت. به این معنی که ایشان بخش‌هایی از متن مصاحبه به همراه کدهای مربوط و طبقات پدیدار شده را بررسی و تأیید نمود. برای حسابرسی تحقیق، محقق مراحل و روند تحقیق را به طور دقیق ثبت و گزارش کرد تا امکان پیگیری تحقیق برای دیگران فراهم شود. جهت انتقال‌پذیری یافته‌ها، نقل قول‌های مشارکت‌کنندگان به همان صورت که بیان نمودند، ارایه گردید.

### یافته‌ها

مشارکت‌کنندگان مطالعه حاضر، ۸ نفر از اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و از نظر جنسیت، ۵ زن و ۳ مرد بودند. از توصیف غنی و عمیق شرکت‌کنندگان در مجموع، ۳۲ زیرطبقه و ۱۰ طبقه استخراج گردید که معنای درونی آن‌ها با تحلیل و مقایسه، به صورت ۴ درون‌مایه اصلی شناسایی شد و نامگذاری آن‌ها بر اساس ماهیت به صورت مفهومی و انتزاعی انجام گرفت. از این‌رو، درون‌مایه‌ها با عناوین «آموزش معیوب و جامعه محور نبودن آن، مشکلات مدیریتی و کمبود منابع، عدم تعهد کافی در استادان به عنوان الگو (Role model) و بی‌انگیزگی دانشجو» به دست آمد. این درون‌مایه‌ها بیانگر چالش‌هایی بود که استادان در خصوص آموزش پزشکی پاسخگو، بیان نمودند (جدول ۱).

جهت قدرت بخشیدن به اعتبار تحلیل، لیست طبقه‌بندی شده کدها توسط همکار تحقیق به طور مستقل خوانده شد تا ضمن اطمینان از برقراری ارتباط بین کدها، به بررسی موردی در داده‌ها و کدگذاری بپردازد که با طبقه‌بندی و یافته‌های اولیه متناقض است. فرایند بازخورد و بحث بین محققین در مورد این که چگونه کدها را دسته‌بندی و مرتب نمایند و آیا کدها با محتوا سازگاری دارند و به نظر منطقی می‌آیند، صورت گرفت. مفاهیم مهم با بررسی داده‌ها و طبقات از طریق تکرار خواندن و انتزاعی کردن معانی، طبقه‌بندی شد تا اطمینان حاصل گردد که اطلاعات مربوط به طبقات از قلم نیفتاده باشد. قطعات با یک الگوی مفهومی معنی‌دار در کنار یکدیگر قرار گرفت و با شناسایی ارتباطات بین داده‌ها، درون‌مایه‌ها ظاهر گردید. درون‌مایه‌ها در ذهن سپرده شد و محقق به داده‌ها رجوع نمود تا تناسب درون‌مایه‌ها را با داده‌ها بررسی کند.

جهت تعیین اعتبار داده‌ها در پژوهش حاضر، از بررسی مداوم داده‌ها، تحلیل داده‌ها هم‌زمان با جمع‌آوری آن، مرور کدهای استخراج شده توسط مشارکت‌کنندگان (کدهای استخراج شده از مکالمات شرکت‌کنندگان در اختیار آن‌ها قرار گرفت و از نظر درستی برداشت از جملات آن‌ها، چک گردید)، بررسی روند تجزیه و تحلیل داده‌ها با استادان راهنما و دو تن از پژوهشگران روش کیفی و درگیری مداوم و طولانی مدت با داده‌ها استفاده شد.

جدول ۱: درون‌مایه‌های استخراج شده از نظرات شرکت‌کنندگان در مورد چالش‌های آموزش پزشکی پاسخگو

طبقات	درون‌مایه‌ها
محتوای برنامه آموزشی نامناسب روش تدریس نامتناسب اهداف آموزشی نامناسب عدم توجه به نیازهای جامعه در برنامه آموزشی	آموزش معیوب و جامعه محور نبودن آن
کمبود نیروی انسانی و استفاده از آن‌ها در جایگاه نامناسب نقص در مدیریت منابع همراه با تسهیلات و امکانات آموزشی ناکافی	مشکلات مدیریتی و کمبود منابع
میزان تعهد حرفه‌ای و نحوه عملکرد در محیط دانشگاهی خارج از ساعت آموزش عدم توجه به نقش خود در قبال دانشجو به عنوان الگو	عدم تعهد کافی در استادان به عنوان Role model
بی‌انگیزگی دانشجو عدم تلاش کافی در جهت یادگیری	بی‌انگیزگی دانشجو

اظهار داشت: «ما جدا از سیستم که نمی‌تونیم کار کنیم. توی چهارچوب سازمانی باید کار کنیم. به عنوان نمونه، من نوعی، اگر قرار است Small group کار کنم، یه محتوای حجیم رو باید توی ۱۰ جلسه بگم. اگه نگم، بعداً بازخواست می‌شم. خوب اون تکنیکی است که نیاز به زمان داره و من مجبورم به سخنرانی اکتفا کنم» (استاد ۲).

«زمانی که با دانشجویان در بخشی، دوره مثلاً کارآموزی را داریم، هر بیماری که در بخش باشد، مورد بحث، معاینه، درمان و... قرار می‌گیرد. آموزش ما چندان برنامه‌ریزی شده، سیستماتیک و از قبل خیلی مشخص نیست» (استاد ۳).

#### ج) اهداف آموزشی نامناسب

اهداف آموزش بسیار کلی و بیشتر بر روی مباحث تکنیکی تمرکز داشت. در بین حیطه‌های دانشی، مهارتی و نگرشی اهداف، حیطه نگرش همچنان مغفول و مهجور مانده بود. یکی از استادان در این خصوص می‌گفت: «قسمت مهم دیگه به نظر من، این است که ما واقعاً روی Attitude و نگرش دانشجویانمون کار نمی‌کنیم. اصولاً کلاً برنامه‌ریزی نشده. اگر استادی خودش علاقه داشته باشه که در این زمینه کار کنه که معمولاً هم، چنین اتفاقی نمی‌افته. مگر این که شخصیتاً آدمی باشه که برای بیمارانش ارزش قایل باشه؛ خصوصاً در موقع Decision making تصمیمات اونا رو هم لحاظ بکنه که ممکن است حداکثر به عنوان Role model در نظر گرفته بشه، ولی اصولاً برنامه‌ریزی انجام نشده که چنین چیزی تا حالا به اونا آموزش داده بشه» (استاد ۴).

«به نظر من ما فوکوس عمده‌مون رو گذاشتیم روی اون بخش تکنیکال؛ یعنی انتظار داریم که از پس تکنیکال به خوبی بر بیان که خوب، البته کم اهمیت نیست، بخش بسیار مهمی است. شاید، ولی اگه فقط روی اون فوکوس کنیم، خیلی موفقیت‌آمیز نباشه. چون قبلش باید تعاملاتی داشته باشه تا این که جواب بده» (استاد ۶).

گاهی به جای توجه به نیاز آینده عملکرد دانشجوی، مطالبی به او آموزش داده می‌شد که کمتر به کار او می‌آمد. در این

آموزش معیوب و جامعه محور نبودن آن بسیاری از استادان چالش‌های موجود در زمینه آموزش پزشکی پاسخگو را بیشتر در ارتباط با «آموزش معیوب و جامعه محور نبودن آن» می‌دانستند که این درون‌مایه شامل ۴ طبقه می‌شد.

#### الف) محتوای برنامه آموزشی نامناسب

آن‌ها معتقد بودند که عواملی از قبیل محتوای برنامه آموزشی بیماری محور نه بیمار محور، حجم بسیار بالای اطلاعات و گنجانده نشدن اصول رفتار حرفه‌ای در برنامه آموزشی، نمی‌توانست جهت آموزش دانشجویان گروه علوم پزشکی به خصوص با دیدگاه پاسخگویی اجتماعی، مناسب باشد. استادان در خصوص این درون‌مایه بیان نمودند: «برنامه آموزشی، اهدافش کاملاً بیماری محور است نه بیمار محور. در نتیجه، ما بیماری رو می‌خونیم، راه حل بیماری رو می‌خونیم و همش توی این مایه‌هاست؛ یعنی بیمار محور نیست. روی همین اصل، خیلی از مسایل که به خصوص در رابطه با اخلاق است، گم می‌شه. خیلی از مسایل حرفه‌ای، این وسط گم می‌شه» (استاد ۱). «عملاً وقتی محتوا زیاد است، استاد هم راحت‌تر است که بره سر کلاس سخنرانی کنه. دانشجو هم، این چیز رو می‌پذیره. عملاً صورت مسأله رو پاک کردیم دیگه. دیگه تلاشی برای این که، یک تغییری توی ماجرا بدیم، اصلاً وجود نداره. این پیامدهاش، رو دانشجو کاملاً مشخص است. دانشجو اسلاید محور است. یه زمانی جزوه محور بود. حالا جزوه هم دیگه نمی‌نویسند، اسلایدهای استادانشان را می‌گیرن و نگاه می‌کنن و از روی همون امتحان هم می‌دن. در نتیجه، شما چه جوری می‌خوانی دانشجویی که ۴ یا ۷ سال با اسلاید رشد می‌کنه، فرد پاسخگویی بشه» (استاد ۲).

#### ب) روش تدریس نامناسب

روش‌های تدریس بیشتر مبتنی بر سخنرانی بود و آموزش بالینی نیز به نحو فرصت طلبانه‌ای ارایه می‌گردید. این روش‌ها نمی‌توانست در تربیت دانشجویی که به جامعه پاسخگو باشد، موفق عمل نماید. در این خصوص یکی از استادان این گونه

کار خودشو به درستی انجام بده، باید نسبت به نیازهای جامعه، هم حساس باشه و هم پاسخگو. باید که در واقع برایش تعریف کنیم که آنچه در جامعه ازش انتظار داریم چیه و مبتنی بر اون آموزش بدیم» (استاد ۷).

مشکلات مدیریتی و کمبود منابع

درون‌مایه مشکلات مدیریتی و کمبود منابع با ۲ طبقه استخراج گردید.

الف) کمبود نیروی انسانی و استفاده از آن‌ها در جایگاه نامناسب

طبق اظهارات شرکت کنندگان پژوهش، تعداد استادان نسبت به تعداد دانشجویان و دروسی که باید تدریس می‌شد، کم بود. از این‌رو، استادان کافی در برخی رشته‌ها و دروس وجود نداشت و به ناچار از استادان در جایگاه نامناسب با تخصص آن‌ها استفاده می‌گردید. یکی از شرکت کنندگان در مصاحبه بیان نمود: «مشکلاتی که با اون مواجه هستیم، یکی این است که نیروی انسانی مناسب نداریم. خیلی وقت‌ها استادان، استاد مجرب توی اون کار نیستند و به دلیل کمبود، مجبوریم استاد را از یک شاخه به شاخه دیگه بذاریم و این به مقدار نارضایتی ایجاد می‌کنه» (استاد ۳).

ب) نقص در مدیریت منابع همراه با تسهیلات و امکانات آموزشی ناکافی

استادان در این خصوص به مواردی از قبیل محیط بالینی نامناسب برای آموزش، نامناسب بودن کارگاه‌های آموزشی، عدم وجود الگوی مناسب در محیط آموزشی، نامناسب بودن چیدمان آموزشی، نوع همکاری و نحوه قرار دادن استادان در کنار یکدیگر و نامناسب بودن امکانات فیزیکی اشاره کردند.

«برای آموزش‌های عملی، گاهی اوقات کارگاه‌های مناسب در دسترس نیست که بشود تمام شرایط لازم را برای دانشجو فراهم کنیم. در آموزش و یا در بیمارستان‌ها، گاهی وقتها که نه اکثر وقت‌ها، شرایط بیمارستانی آنقدر مناسب نیست که بشود یک کارورزی را آن‌جا راند کرد» (استاد ۶).

خصوص یکی از شرکت کنندگان گفت: «پزشک عمومی زمانی که می‌خواد بره توی مطب بشینه، مراجعه کننده‌اش سرماخوردگی است یا بیماری رایج و ساده است. اغلب این‌ها رو کمتر باهش مواجهه دارد. عوضش بیماری‌های عجیب و غریب و آن‌چنانی که اغلب، متخصصین باهش در ارتباطند، هم توی کلاس یاد می‌گیره و هم توی کارآموزی و کارورزی، این جور قضایا» (استاد ۵).

د) عدم توجه به نیازهای جامعه در برنامه آموزشی

استادان در این خصوص به نکاتی اشاره داشتند که نیازهای جامعه در زمان پذیرش دانشجو، تدوین اهداف برنامه آموزشی، آموزش (عدم توجه به آموزش رفتار حرفه‌ای و فرا توانایی‌ها)، ارزشیابی و فارغ‌التحصیلی مورد توجه قرار نمی‌گرفت و دانشجو تقریباً به صورت ایزوله در محیطی متفاوت از آنچه در عمل، پس از فارغ‌التحصیلی با آن مواجه می‌گردید، آموزش داده می‌شد.

استادان در خصوص این طبقه بیان نمودند: «آموزش‌های ما خیلی دور از نیازهای جامعه است؛ یعنی یکسری مفاهیم کاملاً تئوری رو به بچه‌ها می‌گیم، در حالی که در تمام عمر کاریش، ۳۰ سال، ۵۰ سال یا هر چند سال که می‌خواد کار کنه، شاید به موردش رو هم نبینه، ولی اون چیزی رو که خیلی باهش در تماسه، به سرماخوردگی ساده، اصلاً بهش نمی‌پردازیم. اگر هم بهش پردازیم، در حد چند دقیقه. این طوری» (استاد ۵). «موقع ورود و Selection دقت نمی‌شود که ما چه دانشجویی را گزینش می‌کنیم. دانشجو آیا اصلاً چنین ویژگی‌های شخصیتی رو داره که خدمتی به جامعه ارایه بده، هدفش برای ورود به این دوره چیه؟» (استاد ۴). «وقتی دانشجوی ما یک کاری رو به صورت ایزوله و جدا در یه حبیبی داره یاد می‌گیره و همون جوری هم می‌خواد اجرا کنه. ببینید وقتی میاد بیرون از اون حبیب آموزشی ما، می‌بینه که واقعیت‌های اجتماعی خیلی متفاوتند و وقتی اون‌ها رو نشناسه و براشون آمادگی نداشته باشه، به سادگی تحت تأثیر اونا قرار می‌گیره» (استاد ۱). «اگه قراره ما نیرویی که تربیت می‌کنیم در یک Context اجتماعی

مدیریتی و کمبود منابع، عدم تعهد کافی استادان و بی‌انگیزگی دانشجو اظهار نمودند.

یافته ارزشمند مطالعه حاضر این است که بخش عمده چالش‌ها در خصوص آموزش پزشکی پاسخگو، به قسمت تدوین اهداف، محتوای برنامه آموزشی و نحوه تدریس مربوط می‌گردد. بنابراین، اگر تغییراتی از جمله توجه برجسته‌تر به نیازهای جامعه در آن، کاهش حجم زیاد محتوای علوم پایه، افزایش ارتباط آن با کاربردش در حرفه پزشکی و افزایش توجه به مراقبت‌های اولیه جامعه در آن‌ها صورت گیرد، بخش زیادی از مشکلات و چالش‌ها در این خصوص مرتفع می‌شود. بررسی و مقایسه یافته‌های این پژوهش با نتایج سایر مطالعات (۱۱-۶)، وجود تشابهاتی را بین ادراک شرکت کنندگان در مطالعه حاضر و سایر مطالعات نشان می‌دهد. در خصوص درون‌مایه «آموزش معیوب» به مواردی از قبیل حجم زیاد دروس علوم پایه، عدم ارتباط این دروس با کاربرد آن در حرفه پزشکی و عدم توجه به اصول حرفه‌ای و مهارت‌های ارتباطی اشاره شد که با یافته‌های مطالعه انتظاری و همکاران نیز که در خصوص چالش‌های موجود در زمینه آموزش پزشکی جامعه‌نگر در ایران بود (۶)، مشابهت داشت.

در خصوص درون‌مایه «جامعه محور نبودن آموزش» مواردی از قبیل عدم توجه به نیازهای جامعه در تدوین اهداف برنامه آموزشی، آموزش و ارزشیابی ذکر گردید که در مطالعه انتظاری و همکاران نیز عدم تطبیق برنامه آموزشی رشته پزشکی با نیازهای سلامت جامعه، بی‌توجهی به مراقبت‌های اولیه در جامعه، شناخت ناکافی از بیماری‌ها و اولویت‌های جامعه عنوان شد که تا حدودی با یکدیگر همخوان بود (۶).

نتایج مطالعه Boelen در راستای چالش جامعه محور نبودن ارزشیابی نشان داد که بهبود توانمندی دانشکده‌های پزشکی در پاسخ به نیازها و چالش‌های مرتبط با سلامت، برای شهروندان و جامعه اهمیت بسزایی دارد. در این زمینه باید ارزش‌های اصلی مشتمل بر کیفیت، عدالت، ارتباط و هزینه اثربخشی مد نظر قرار گیرد. همچنین، باید فرایندهای ارزیابی

«هیچ کس نمی‌داند بگه که خوب، مدیر هم باید چیدمان سیستم آموزشی رو مرتب کنه، استادان رو درست با هم Match کنه، کلاس‌های مناسب در اختیار استاد قرار بده و گزینش دانشجو رو اصلاح کنه» (استاد ۲).

#### عدم تعهد کافی در استادان به عنوان Role model

در خصوص این درون‌مایه نیز، کدهای میزان تعهد حرفه‌ای و نحوه عملکرد در محیط دانشگاهی خارج از ساعت آموزش و عدم توجه به نقش خود در قبال دانشجو به عنوان الگو استخراج شد که در این زمینه یکی از شرکت کنندگان بیان نمود: «یکی هم خود استادانی هستن که مسؤلیت آموزش دانشجویان را به عهده دارن. خود اون‌ها، آیا واقعاً چنین تعهدی دارن که برای بیمارانشون چگونگی برخورد می‌کنن. با خدماتی که باید ارائه بدهند، چگونگی برخورد می‌کنن، نه فقط زمان آموزش (در تمامی اوقات و نه صرفاً در زمان آموزش)» (استاد ۶).

#### بی‌انگیزگی دانشجو

طبق اظهارات شرکت کنندگان با تولید زیرساخت‌های لازم برای ایجاد انگیزه در دانشجویان، می‌توان تلاش آن‌ها را در زمینه آموزش و یادگیری دو چندان نمود. در خصوص این درون‌مایه یکی از استادان اظهار داشت: «هیچ کس نمی‌داند بگه: دانشجو هم باید نگرش مثبت پیدا کنه. روی اون هم باید کار کنیم، انگیزش رو ایجاد کنیم؛ در حالی که این بی‌انگیزگی می‌تونه هم سبب نگرش منفی گردیده و هم مانع از فعالیت دانشجو شود» (استاد ۳).

#### بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های مطالعه حاضر در بردارنده درون‌مایه‌ها یا مفاهیمی بود که در ارتباط با یکدیگر، درک استادان را از چالش‌های موجود در زمینه آموزش پزشکی پاسخگو نشان داد. تحلیل ادراک مشارکت کنندگان مشخص کرد که آن‌ها چالش‌ها را به صورت آموزش معیوب و جامعه محور نبودن آن، مشکلات

بخش‌ها و بی‌برنامگی و در سطح جامعه نیز عدم آگاهی در جامعه، نداشتن رغبت، عدم استقبال آنان، کمبود بیمار در برخی رشته‌ها و پایین بودن سطح فرهنگی مردم از مشکلات و از نظر امکانات، نداشتن بودجه، کمبود امکانات رفاهی و تشخیصی، نبودن سرویس رفت و آمد، ناهماهنگی بین اهداف نظری و عملکرد اجرایی، نبود آموزش مناسب سرپایی و عدم رعایت اصل پیگیری و ارجاع بیمار می‌دانستند (۱۱) که مشابه نتایج مطالعه حاضر بود.

بر اساس درون‌مایه‌های حاصل از مطالعه حاضر می‌توان این گونه استنباط نمود که نیاز به بازنگری در اهداف، محتوا، روش تدریس و برنامه‌ریزی در آموزش عالی وجود دارد، به نحوی که شالوده آن بر اساس نیازهای جامعه‌ای استوار گردد که پایه شکل‌گیری این آموزش بود؛ چرا که دانشکده‌ها با فاصله گرفتن از نیازها و انتظارات جوامع و بر حسب علایق و اولویت‌های خود که به نوعی از علایق و اولویت‌های جامعه متفاوت می‌باشد، رسالت خود را تعریف نمودند. از سوی دیگر، نظام ارایه خدمات در غیبت نظام آموزشی و یا حضور کم‌رنگ آن، در صحنه پاسخگویی به مسایل و مشکلات جامعه تنها ماند که در نهایت، نظام ارایه خدمات بدون حمایت و پشتیبانی نظام آموزشی معلوم است که چه سرنوشتی پیدا می‌کند. کمترین دستاورد این شرایط، ناکامی نظام ارایه خدمات در پاسخگویی به نیازها و انتظارات جامعه و نارضایتی مردم خواهد بود (۳).

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، می‌توان به ضرورت تغییرات و تحول بنیادین و همه‌جانبه در برنامه‌های آموزشی و ارتقای روند آن‌ها به نحوی که نیازهای جامعه و پاسخگویی به این نیازها به صورت برجسته‌تری در آن نمایان باشد، اشاره نمود. در ضمن، می‌توان راهکارهایی در جهت افزایش انگیزه دانشجویان به صورت پر نمودن برنامه آموزشی با حجم زیادی از اطلاعات محض که دانشجو بعضی وقت‌ها حتی ممکن است با برخی از آن‌ها در کل دوره کاری خود مواجه نگردد، مواجهه و تماس زودرس دانشجو با محیط کار و بالین بیمار جهت درک محیط از نزدیک، ایجاد حس نیاز به یادگیری در

کیفیت در آموزش دانشکده‌ها بازبینی و برای اعتبار بخشی آن‌ها، معیارهای جدیدی ارایه شود (۷).

انتظاری و همکاران در زمینه مشکلات مدیریتی و کمبود منابع، عدم تعهد کافی در استادان و بی‌انگیزگی دانشجو به نتایج مشابهی دست یافتند (۶). Galukande و همکاران در زمینه پاسخگویی اجتماعی نیز مشابه مطالعه حاضر، کمبود منابع را به عنوان یک چالش مطرح نمودند (۸). مطالعه دهقانی و همکاران، کمبود انگیزه را در بین اعضای هیأت علمی و دانشجویان، تهدیدی برای آموزش پزشکی پاسخگو بیان کردند (۹) که با مطالعه حاضر همخوانی داشت.

هم سو با نتایج قسمت محتوای برنامه آموزشی و کمبود منابع مطالعه حاضر، در مطالعه Hojat و Gonnella نیز اشاره گردید که آموزش پزشکی باید هم عنصر محتوایی مراقبت بیمار را بارور سازد و هم به نحو شایسته‌ای، پزشکان آینده را قادر به اجرای این محتوا نماید. دانشکده‌های پزشکی باید مطمئن شوند که پزشکان در حال آموزش، دانش و مهارت‌های کافی را برای تأمین سلامت عمومی در آینده کسب می‌کنند. توانمندترین پزشک نیز نمی‌تواند بهترین خدمات را ارایه دهد، در صورتی که منابع کافی را در اختیار نداشته باشد و یا زمانی که مؤلفه‌های محیطی، از آن جلوگیری نماید (۱۰).

مطالعه رضایی و الماسی در کرمانشاه، مشکل اصلی اجرای آموزش پزشکی جامعه‌نگر را در وهله اول توجیه نبودن و نداشتن انگیزه در استادان و به تبع آنان دانشجویان و کارکنان مربوط می‌دانستند و سپس به مکان نامناسب عرصه، مدیریت ضعیف و عدم برنامه‌ریزی درست اشاره نمودند. می‌توان از بررسی این مطالعه دریافت که مشارکت کنندگان عدم انجام درست آموزش پزشکی جامعه‌نگر را در نامناسب بودن مکان آموزش، میزان آگاهی کم، نداشتن انگیزه، حضور نامنظم و اتلاف وقت استادان و در دانشجویان، نداشتن آموزش مناسب، عدم آگاهی از اهداف و روش‌ها، هدر رفتن وقت، ایجاد مشکلات مالی و نداشتن جایگاه در عرصه و در زمینه مدیریت، برنامه‌ریزی ضعیف، ناهماهنگی، عدم وجود ارتباط با سایر



دانشگاه شهید بهشتی بودند. بنابراین، پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آینده، درک استادان از دانشگاه‌های دیگر نیز مورد کاوش قرار گیرد. همچنین، به سبب کم بودن تعداد مطالعات در داخل کشور که فقط در زمینه آموزش پزشکی پاسخگو بود و به سبب شباهت آموزش پزشکی پاسخگو با آموزش پزشکی جامعه‌نگر و تفاوت اندک بین این دو نوع آموزش، از نتایج مطالعات در زمینه آموزش پزشکی جامعه‌نگر، جهت قسمت بحث این مطالعه استفاده شد.

### سپاسگزاری

پژوهشگران از کلیه استادان گرانقدر که امکان پژوهش حاضر را فراهم ساختند و نتایج به دست آمده، در نتیجه همکاری صمیمانه آن‌ها می‌باشد، کمال تشکر و قدردانی را دارند.

### References:

1. Maley M, Worley P, Dent J. Using Rural and Remote Setting in the Undergraduate Medical Curriculum, AMME Guide No 47. Med Teach. 2009; 31(11):969 – 83.
2. Boelen C, Heck J. Defining and Measuring the Social Accountability of Medical Schools. World Health Organization: Switzerland, Geneva. 1995.
3. Lameie A. Integration between Educational system and service delivery: accountable education. Orumieh: Orumieh University of Medical Science; 2010:14-21.
4. Zandi Ghashghaee K, Hoseini MA, Maddah B. Survey of effective Factors in the implementation of community based medical education in the universities affiliated to the Ministry of Health and Medical Education. Armaghane-danesh. 1998; 6(4):43. [In Persian]
5. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. Qual Health Res. 2005; 15(9):1277-88.
6. Entezari A, Jalili Z, Mohagheghi MA, Momtazmanesh N. Challenges of Community Oriented Medical Education in Iran. Teb va Tazkieh. 2010; 19(2):52-64. [In Persian]

وی (به سبب آگاهی و درک شکاف موجود در دانش و مهارت خود) و ترغیب انگیزه در وی جهت یادگیری، مد نظر قرار دادن نظرات و بازخوردهای دانشجویان به عنوان سرمایه اصلی نظام آموزش، در مورد برنامه‌ها و شیوه‌های آموزشی دانشگاه ارایه گردد که علاوه بر ایجاد انگیزش در دانشجویان، به نوبه خود می‌تواند سبب ارتقای آموزش نیز شود.

در خصوص استادان نیز می‌توان با کاهش حجم مطالب تئوری و به تبع آن در اختیار گذاشتن زمان بیشتری جهت تدریس، این امکان را برای آن‌ها فراهم نمود تا بتوانند از شیوه‌های نوین تدریس (تعاملی‌تر) جهت تدریس استفاده کنند و به این ترتیب، علاوه بر این که زمان بیشتری جهت بحث و تعامل بین استادان و دانشجویان فراهم می‌گردد، میزان انگیزش آن‌ها نیز ارتقا می‌یابد.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به این موارد اشاره کرد که در عرصه تحت مطالعه، مشارکت کنندگان محدود به

7. Boelen C. Global consensus on social accountability of medical schools. Sante Publique. 2011; 23(3):247-50.
8. Galukande M, Nakasujja N, Sewankambo NK. Social accountability: a survey of perceptions and evidence of its expression at a Sub Saharan African university. BMC Med Educ. 2012; 12: 96.
9. Dehghani MR, Azizi F, Haghdoost AA, Nakhaee N, Khazaee P, Ravangard Z. Situation analysis of social accountability medical education in university of medical sciences and innovative point of view of clinical faculty members towards its promotion using strengths, weaknesses, opportunities, and threats (SWOT) Analysis Model. J Strides Dev Med Educ. 2014; 10(4): 403-12. [In Persian]
10. Gonnella J, Hojat M. Medical education, social accountability and patient outcomes. Med Educ. 2012; 46(1):3-4.
11. Rezaee M, Almasee A. Survey of knowledge and attitudes of medical students toward community based medical education. J Kermansha Univ Med Sci. 1997; 4(1):71-8. [In Persian]