

چالش‌های آموزش پزشکی عمومی در ایران: یک مطالعه کیفی

محمد رضا امیر اسماعیلی^۱، محمود نکویی مقدم^۲، محمود موسی زاده^{۳*}، الهه پهلوان^۴

۱. دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشت و درمانی، استادیار گروه مدیریت خدمات بهداشت و درمان، مرکز تحقیقات مدیریت ارایه خدمات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ایران.
 ۲. دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشت و درمان، دانشیار گروه مدیریت خدمات بهداشت و درمان، مرکز تحقیقات مدیریت ارایه خدمات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ایران.
 ۳. دانشجوی دکترای تخصصی اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات مدل‌سازی سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ایران.
 ۴. کارشناس مدیریت خدمات بهداشت و درمان، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.
- دریافت مقاله: ۹۰/۱۰/۲۲ آخرین اصلاح مقاله: ۹۱/۲/۶ پذیرش مقاله: ۹۱/۳/۶

زمینه و هدف: برخی شواهد نشان می‌دهد که دانش‌آموختگان پزشکی عمومی مهارت‌ها و قابلیت‌های خود را برای انجام مسئولیت‌های حرفه‌ای در حد قابل قبولی ارزیابی نمی‌کنند، هر چند در این خصوص، بین مسؤولان و صاحب‌نظران آموزش پزشکی، اختلاف نظر وجود دارد. هدف این پژوهش، شناسایی مشکلات موجود در آموزش پزشکی عمومی کشور بود.

روش کار: مطالعه حاضر، مطالعه‌ای کاربردی بود که به روش کیفی انجام شده است. نمونه‌ای هدفمند از ۲۳ نفر از مطلعین در این مطالعه مشارکت کردند. برای جمع‌آوری داده‌ها از روش مصاحبه نیمه ساختار یافته استفاده شد. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل چارچوبی، تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: در پژوهش حاضر ۲۳ زیر موضوع در قالب ۶ موضوع اصلی زیر شناسایی گردید: مسایل مربوط به استراتژی‌های آموزش پزشکی عمومی، مسایل ساختاری، عدم جامعیت دروس و سرفصل‌ها، عرصه‌های آموزشی، مشکلات آموزشی و منابع.

نتیجه‌گیری: اثربخشی آموزش پزشکی عمومی در کشور به دلیل مسایل عدیده پیش رو با چالش‌های جدی مواجه است. یکی از مهم‌ترین چالش‌ها، عدم تطابق آموزش با نیازهای واقعی جامعه می‌باشد. بنابراین آموزش پزشکی عمومی باید به سمت کاربردی شدن پیش برود و توانمندسازی دانشجویان پزشکی برای مدیریت و اداره مراکز بهداشتی و درمانی در دوره آموزش پزشکی به صورت سیستماتیک و اثربخش مورد توجه قرار گیرد.

کلید واژه‌ها: آموزش پزشکی، آموزش پزشکی عمومی، چالش‌ها.

*نویسنده مسؤول: گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ابتدای بلوار هفت باغ، کرمان، ایران.

مقدمه

پزشکی از جمله حرفه‌های مقدسی است که وجود آن در هر جامعه‌ای ضروری است. به همین دلیل، مسأله آموزش پزشکی و تربیت نیروی انسانی کارآمد، همواره مورد توجه برنامه‌ریزان آموزشی بوده است (۱). طی قرن گذشته تحولات زیادی در آموزش پزشکی در سطح جهان رخ داده است که آموزش پزشکی ما نیز از آن دور مانده است. تلاش‌های Flexner از دهه ۱۹۱۰ تا ۱۹۴۰ موجب اولین موج اصلاحات در نظام آموزش پزشکی در کشورهای غربی شد که منجر به رویکرد نظام‌مند به آموزش پزشکی و تأکید بر اهمیت مدیریت و رهبری آموزشی در تربیت پزشکان گردید. موج دوم اصلاحات به طور عمده خود را به صورت تغییرات در روش‌ها و جایگاه‌های آموزشی نمایان ساخت. موج سوم اصلاحات که در دهه‌های ۱۹۹۰ و ۲۰۰۰ غالب گردید، به طور عمده متأثر از تغییرات، الزامات و مقتضیات جدیدی بود که به دنبال انفجار اطلاعات در بخش سلامت، افزایش پیچیدگی در نظام سلامت، تغییر الگوی بیماری‌ها، پیر شدن جمعیت، جهانی شدن جمعیت، ظهور فن‌آوری‌های جدید و افزایش چشمگیر در هزینه‌های بخش سلامت رخ داد. هم راستا با این تغییر در وظایف پزشکان، نظام آموزشی نیز باید ساز و کارهای یادگیری خودمحمور را در برنامه‌های آموزشی به کار گیرد که یکی از اجزای اساسی موج سوم اصلاحات آموزش پزشکی در سرتاسر جهان بوده است (۲).

طبق گزارش فدراسیون بین‌المللی، آموزش پزشکی طی دو دهه گذشته در سراسر جهان شاهد گسترش بی‌رویه آموزش پزشکی (حداقل در مقطع پزشکی عمومی) بوده است (۳). نگاهی به تحولات نظام آموزش عالی کشور در دو دهه گذشته از نظر جمعیت دانشجویی، حاکی از رشد کمی و عدم توجه کافی به کیفیت دانشگاه‌ها و بهبود و ارتقای آن می‌باشد (۴). این در حالی است که به دلیل افزایش سطح آگاهی جامعه، سطح انتظارات مردم از پزشکان رو به افزایش است.

از مهم‌ترین مراکز آموزش عالی در دنیا و ایران دانشکده‌های پزشکی هستند که وظیفه خطیر تربیت پزشکانی را به عهده دارند که باید ضمن حاذق بودن بتوانند نیازهای جامعه را درک کرده، از عهده حل مشکلات فردی و اجتماعی مردم بر آیند (۵). هدف از آموزش پزشکی، کسب دانش، مهارت و نگرش لازم برای مراقبت از بیمار است. علاوه بر این، آموزش پزشکی فرصتی است برای تربیت افرادی حرفه‌ای که بتوانند صلاحیت‌های لازم را برای مراقبت کسب کنند (۶).

برخی تحقیقات نشان می‌دهد که دانش‌آموختگان رشته پزشکی آمادگی خود را از نظر مهارت‌ها و قابلیت‌ها، در حد مطلوبی ارزیابی نمی‌کنند. هر چند، در این خصوص، در بین دست‌اندرکاران و صاحب‌نظران تربیت پزشکی، اختلاف نظرهایی وجود دارد و بر اساس شواهد موجود، بسیاری از این صاحب‌نظران نسبت به نحوه آموزش دانشجویان پزشکی احساس رضایت نسبی دارند و برخی دیگر در روند آموزش مشکلات متفاوتی را مطرح می‌کنند (۷).

به همین دلیل برنامه‌ریزان آموزشی باید بکوشند تا جهت استفاده بهینه از منابع موجود، شرایطی را فراهم سازند که دانشجویان بتوانند دانش و مهارت لازم را برای حرفه آینده خود کسب کنند. برنامه‌های آموزشی این رشته‌ها باید به گونه‌ای طراحی شوند که علاوه بر رشد و توسعه دانشجویان، زمینه‌ای را جهت کسب تبحر و مهارت بالینی آنان فراهم آورند.

آموزش پزشکی در کشور ما از یک پیشینه تاریخی طولانی، عظیم و غنی برخوردار است و دانشمندان ایرانی همواره در بسیاری از عرصه‌های علوم پزشکی پایه‌گذار بوده‌اند، شناسایی مسایل موجود در آموزش پزشکی و اقدام برای رفع و اصلاح آن‌ها موجب بهبود دستیابی به اهداف آموزشی و تربیت افراد ماهر و ارتقای کیفیت خدمات درمانی و بهداشتی در سطح کشور خواهد بود. بر همین اساس این پژوهش با هدف شناسایی مشکلات موجود در حوزه آموزش پزشکی عمومی انجام گرفت تا با انتشار نتایج آن، شکاف‌ها و خلأهای ذکر

شده در این مطالعه مورد استفاده پژوهشگران، سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان قرار گیرد.

روش کار

پژوهش حاضر، مطالعه‌ای کاربردی است که با توجه به هدف مطالعه که بررسی مشکل‌ها و مسایل موجود در آموزش پزشکی عمومی کشور می‌باشد، از تحقیق کیفی که ابزارهایی را برای بررسی این عوامل ارائه می‌کند و موجب به دست آوردن اطلاعات غنی و عمیق از نمونه‌ها می‌شوند، استفاده شده است (۸). نمونه‌گیری از نوع هدفمند بوده است که در پژوهش‌های کیفی کاربرد بیشتری دارد و سعی بر جمع‌آوری داده‌ها از مطلع‌ترین افراد بوده است (۹). بر این اساس استنادی که حداقل ۵ سال سابقه کار در آموزش دانشجویان پزشکی را دارا بودند، علاقمند به موضوع تحقیق بوده، دارای کار پژوهشی در زمینه آموزش پزشکی بودند و تمایل به شرکت در پژوهش بودند و پزشکان عمومی که حداکثر سه سال از زمان فارغ‌التحصیلی آن‌ها گذشته بود، در حال گذراندن طرح نیروی انسانی بودند یا حداکثر یک سال از طرح آن‌ها گذشته باشد و ضمن علاقمندی به موضوع پژوهش، تمایل به شرکت در پژوهش داشتند، در مطالعه وارد شدند. برای گردآوری داده‌ها از روش مصاحبه نیمه ساختارمند با افراد مورد پژوهش استفاده شد. برای جمع‌آوری اطلاعات از تعدادی سؤال کلی برای روشن کردن موضوع‌های خاص استفاده گردید. این سؤال‌ها در مرحله اول با بررسی متون و مقالات علمی مرتبط با موضوع طراحی شد، سپس به صورت پایلوت، مصاحبه‌ای با یک پزشک عمومی که کمتر از یک سال از زمان فارغ‌التحصیلی او گذشته بود و یک نفر از استادان پزشکی، انجام شد و نواقص آن رفع گردید. مدت زمان هر جلسه مصاحبه بین ۶۰-۸۰ دقیقه بود. مصاحبه‌ها در محلی که شرکت‌کنندگان تعیین می‌نمودند، انجام گرفت. محتوای مصاحبه‌ها بلافاصله بعد از هر مصاحبه از روی نوار پیاده شد و به عنوان راهنما در مراحل بعدی کار استفاده گردید. از چهار معیار قابل قبول بودن، انتقال‌پذیری،

قابلیت اطمینان و تأییدپذیری برای اطمینان از روایی و دقت و پایایی داده‌های کیفی استفاده شد (۱۰). برای اطمینان از قابل قبول بودن داده‌ها، نمونه‌گیری با حداکثر تنوع از دانش‌آموختگان دانشگاه‌های مختلف صورت گرفت، ضمن این که مصاحبه‌ها در بازه زمانی ۶ ماهه انجام شد و مواردی همچون تخصیص زمان کافی برای جمع‌آوری داده‌ها و حسن ارتباط با شرکت‌کنندگان در تحقیق و یادداشت برداری همزمان با ضبط و ثبت داده‌ها در طول اجرای پژوهش لحاظ گردید. علاوه بر این کدهای تهیه شده از مصاحبه‌ها در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت و بعد از اعمال اصلاحات مورد نظر به تأیید آن‌ها رسید. به منظور اطمینان از قابلیت انتقال، سعی گردیده است که کلیه مراحل اجرای پروژه و محیط و زمینه اجرای مطالعه به طور کامل برای خوانندگان شرح داده شود. برای تأمین معیار قابلیت اطمینان نیز فرایند انجام مطالعه در اختیار استادان با سابقه انجام پژوهش‌های کیفی قرار گرفت و آن‌ها پس از بازنگری فرایند مطالعه، نتایج پژوهش را مورد تأیید قرار دادند. با توجه به این که در این مطالعه، سه معیار قبلی بررسی روایی و پایایی پژوهش‌های کیفی تأمین شده است، می‌توان استنتاج کرد که تأییدپذیری نیز خود به خود رعایت شده است. مصاحبه‌ها در مصاحبه بیست و سوم متوقف شد. علت ادامه ندادن مصاحبه با تعداد بیشتری از افراد، اشباع اطلاعاتی در مرحله جمع‌آوری داده‌ها بوده است. زمان انجام مصاحبه‌ها شش ماهه دوم سال ۱۳۸۹ بوده است.

برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل چارچوبی استفاده گردید. به این ترتیب که پژوهشگران بعد از آشنایی با دامنه و تنوع مطالب، مفاهیم و موضوع‌های کلیدی را شناسایی و بر اساس آن، یک چارچوب موضوعی تنظیم نمودند و سپس تمام نوشته‌های مربوط به مصاحبه‌های فردی را بر اساس چارچوب موضوعی حاصل مورد بازبینی قرار داده، بر اساس یک منبع موضوعی مناسب چیدمان نمودند و مفاهیم، تضادها، نظریه‌ها، تجربه‌ها و تحقیق‌های انجام شده با هم مقایسه و الگوها و روابط مورد نظر از یافته‌ها استنتاج گردید (۱۱، ۱۲). برای انجام

یافته‌ها

در پژوهش حاضر با بهره‌گیری از تحلیل چارچوبی در تعیین مشکلات مربوط به آموزش پزشکی عمومی ۶ موضوع اصلی و ۲۲ موضوع فرعی شناسایی شد (جدول ۱).

این مراحل از نرم‌افزار خاصی استفاده نشد و کلیه مراحل به صورت دستی انجام گرفت. چارچوب اولیه شامل ۶ مفهوم بود که بدون تغییر باقی ماند، اما زیرگروه‌های هر کدام از این اجزا بارها تغییرات اساسی پیدا نمود. در بخش یافته‌ها حرف م همراه با شماره به مصاحبه شونده‌ای اشاره دارد که از وی نقل قول شده است.

جدول ۱. موضوعات مرتبط با مشکلات آموزش پزشکی عمومی در ایران

موضوعات اصلی	موضوعات فرعی
۱	مسائل مربوط به استراتژی‌های نظام آموزشی پزشکی عمومی ۱-۱- طولانی بودن دوره و زیاد بودن حجم دروس ۱-۲- قوانین و مقررات نامناسب ۱-۳- عدم تطابق با تغییرات ۱-۴- عدم تناسب اهداف آموزشی طراحی شده با نیازهای واقعی ۱-۵- عدم همبستگی آموزش نظری با عملی ۱-۶- شیوه آموزش ۱-۷- نامناسب بودن دوره کارورزی
۲	مسائل ساختاری و سیستمی ۲-۱- پذیرش بالای دانشجویان ۲-۲- فقدان جایگاه حرفه‌ای و شغلی آینده ۲-۳- فقدان دستورالعمل بالینی ۲-۴- تفاوت در سطح آموزش بین دانشگاه‌ها
۳	عدم جامعیت دروس و سر فصل‌ها ۳-۱- عدم توجه به مدیریت درمان ۳-۲- ضعف در تجویز دارو و نسخه ۳-۳- ضعف در توانمندسازی پزشکان برای مدیریت نظام شبکه و سیستم مراقبت‌های بهداشتی اولیه (PHC یا Primary health care)
۴	عرصه‌های آموزشی ۴-۱- توجه صرف به درمان ۴-۲- تفاوت در ویژگی‌های بیماران بستری شده در بیمارستان‌های آموزشی با بیماران سرپایی
۵	مسائل آموزشی ۵-۱- انگیزه ضعیف اسنادان ۵-۲- خودآموزشی ۵-۳- کیفیت پایین آموزش ۵-۴- ضعف در ارایه آموزش توسط دستیاران
۶	منابع ۶-۱- منابع فیزیکی ۶-۲- نیروی انسانی

دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران را تشکیل می‌دهند و ۷ زیر موضوع کلیدی از مفاهیم شناسایی شده مرتبط با این حیطه می‌باشد (جدول ۱).

موضوع ۱: مسایل مربوط به استراتژی‌های نظام آموزشی پزشکی عمومی کشور:
 این بخش عوامل مرتبط با خط مشی‌های آموزش پزشک عمومی را که پایه و اساس مشکل آموزش پزشکی در

اظهارات مصاحبه‌شدگان آموزش تئوری و عملی دانشجویان پزشکی متفاوت و از هم جدا می‌باشد. شرکت‌کننده‌ای در این باره عنوان نمود: «دوره پیش کاروری که اوج آموزش تئوری است، دانشجوی کشیک ندارد و درگیر بیمار نیست و بیشتر نکات آموزش دیده را فراموش می‌کند» (م.۱۳).

شیوه آموزش در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور از دیگر موضوعات بود که شرکت‌کنندگان به آن اشاره کردند. آن‌ها بیان نمودند که نحوه آموزش دانشجویان در هر دانشگاهی و توسط هر استادی در کل کشور یک‌پارچه نیست و یک روش و نسخه شناخته شده و کارا وجود ندارد.

نامناسب بودن کارآموزی در دوره کاروری از ضعف‌های آموزش پزشک عمومی در کشور از دیدگاه شرکت‌کنندگان بود. به نظر آن‌ها حیطه کاری کارورزها مشخص نیست و بدون آگاهی و آموزش کافی باید در همه بخش‌ها حضور پیدا کنند، کشیک‌های زیادی به آن‌ها واگذار می‌شود و نمی‌توانند به اندازه کافی مطالعه نمایند. یکی از مصاحبه‌شوندگان اظهار داشت که «دستیارها کارهای درمانی اصلی را انجام می‌دادند. برای مثال در بخش زنان، آموزش عملی صفر بود، روند همه کارها مشاهده می‌شد، اما هیچ کاری به کارورز سپرده نمی‌شود» (م.۷).

موضوع دوم: مسایل ساختاری و سیستمی

دومین موضوع اصلی استخراج شده از مصاحبه‌ها، مسایل ساختاری و سیستمی است که ۴ زیر موضوع را در بر می‌گیرد. زیاد بودن تعداد پذیرش دانشجوی پزشکی و عدم تناسب آن با ظرفیت‌های موجود سبب شده است که کیفیت آموزش کاهش یابد. شرکت‌کننده‌ای در این باره عنوان نمود که «به علت پذیرش بالای دانشجوی، فیلدهای آموزشی بسیار شلوغ می‌باشد و در فضای محدود بیمارستان، آموزش سخت می‌باشد» (م.۱۱).

ابهام در زمینه مسیر شغلی آینده و جایگاه حرفه‌ای از دغدغه‌هایی بود که در این پژوهش توسط شرکت‌کنندگان در مصاحبه به آن پرداخته شد. مصاحبه‌شونده‌ای اظهار داشت:

طولانی بودن دوره آموزش پزشک عمومی و زیاد بودن حجم درس توسط شرکت‌کنندگان در مطالعه حاضر مورد تأکید قرار گرفت. آن‌ها معتقد بودند که دوره حداقل ۷ ساله آموزش با حجم بالای دروس موجب خستگی و فرسودگی دانشجویان پزشکی در اواخر دوره آموزشی شده، از کیفیت آموزش می‌کاهد. در این خصوص شرکت‌کننده‌ای عنوان نمود: «طول دوره زیاد و نامناسب است و در اواخر دوره دانشجوی واقعاً خسته می‌شود، بهتر است از برخی درس‌ها کم شود و فقط مطالب لازم خوانده شود» (م.۱۰).

یکی از مشکلات مرتبط با آموزش پزشکی قوانین و مقررات نامناسب حاکم بر دوره می‌باشد. بر اساس اظهارات مصاحبه‌شوندگان وجود مقررات دست و پاگیر اثربخشی آموزش‌ها را کاهش می‌دهد. شرکت‌کننده‌ای در این باره عنوان کرد: «در دوره پیش کاروری دانشجوی پسر حق ورود به زایشگاه را ندارد، در حالی که در دوره کاروری باید در این بخش کشیک دهند» (م.۱۱).

عدم تطبیق سرفصل آموزش پزشکی عمومی با تغییرات و گذر اپیدمیولوژیک از دیگر موضوع‌های مطرح شده بود. برخی از آن‌ها معتقد بودند که الگوی بیماری‌ها تغییر کرده، ولی آموزش همان سیستم ۳۰ سال قبل می‌باشد و به بیماری‌های غیر واگیر و مزمن کمتر توجه می‌شود.

از موضوعات فرعی که در بیشتر مصاحبه‌ها از طرف شرکت‌کنندگان به آن اشاره شد، عدم تناسب آموزش‌ها با نیازهای واقعی آینده پزشکان عمومی می‌باشد. دانشجویان پزشکی در دوره کاروری و کارآموزی بیشتر در بخش‌ها حضور پیدا می‌کنند و به کار و آموزش درمانگاهی کم‌توجهی می‌شود و این باعث می‌شود که آن‌ها در آینده در برخورد با بیماران تجربه لازم را نداشته باشند. مصاحبه‌شونده‌ای در این خصوص بیان نمود که «کارهای عملی در دانشگاه ضعیف است، همه چیز تئوریک است» (م.۶).

رشته پزشکی یکی از مهم‌ترین رشته‌هایی است که باید در آموزش نظری و عملی هماهنگ با هم انجام شوند. بر اساس

عدم توجه به توانمندسازی پزشکان برای مدیریت نظام شبکه‌ها و آشنا نبودن آن‌ها با اصول و اجزای نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه توسط شرکت‌کنندگان در مطالعه مورد تأکید قرار گرفت. یکی از آن‌ها معتقد بود که «در دوره ۷ ساله آموزش پزشکی برای توانمندسازی، در جهت اداره مراکز بهداشتی و درمانی شهری و روستایی اقدامات مؤثری انجام نشده است. هم‌اکنون آموزش تئوری و حضور در بیمارستان بوده است» (م.۴).

موضوع چهارم: عرصه‌های آموزشی

چهارمین موضوع اصلی شناسایی شده، عرصه‌های آموزشی می‌باشد که شامل دو زیر موضوع می‌باشد. از دیدگاه مصاحبه‌شوندگان بیمارستان‌های آموزشی بر درمان تأکید دارند و اگر دانشجویان کل طول دوره را فقط در این بیمارستان‌ها سپری نمایند، از جامعه و نیازهای پزشکی آن‌ها دور می‌مانند. مصاحبه‌شونده‌ای در این خصوص اظهار داشت: «بیمارستان‌های موجود در ایران، با هدف آموزش ایجاد نشده‌اند، کار اصلی آن‌ها درمان بیماران است» (م.۶)، «ماهیت فعلی بیمارستان‌های ما به درد آموزش دستیارها می‌خورد نه پزشکان عمومی» (م.۱۲). همچنین بسیاری از بیمارانی که در بیمارستان بستری می‌شوند و توسط کارورزها مورد بررسی و معاینه قرار می‌گیرند، ماهیت بیماری آن‌ها در حوزه تخصصی و فوق تخصصی می‌باشد و این چنین بیمارانی را پزشکان عمومی در محیط‌هایی که ویژه فعالیت آن‌ها است، نمی‌بینند. یک شرکت‌کننده در این باره بیان کرد که «اصولاً برای پزشکان طرحی که در روستاها کار می‌کنند، با بیمارانی مواجه می‌شوند که در بیمارستان اصلاً ندیده بودند» (م.۳). علاوه بر این، ماهیت آموزش‌های بیمارستانی به گونه‌ای است که امکان آموزش مناسب دانشجویان را در زمینه بهداشت و پیش‌گیری فراهم نمی‌کند: «پیش‌گیری و بهداشت در بیمارستان فعلی ما زیاد مهم نمی‌باشند، حال آن که پزشک عمومی، باید به طور عمده به پیش‌گیری بپردازد» (م.۱۲).

موضوع پنجم: مسایل آموزشی

«مشکل عمده آموزش (پزشکی) در کشور ما این است که ما اصلاً نمی‌دانیم چه چیزی می‌خواهیم تربیت کنیم، یعنی ما نمی‌دانیم که پزشک عمومی ما قراره در آینده چه کاری انجام بده» (م.۱۰). در انجام فعالیت‌های بالینی، دانش کافی و به روز نگه داشتن انگیزه برای کار در محیط‌های بالینی و داشتن مهارت از اساسی‌ترین مفاهیم می‌باشد که شرکت‌کنندگان در مطالعه اعلام نمودند. به علت فقدان دستورالعمل بالینی و راهنمای یادگیری، مشکلات عدیده‌ای در انجام امورات بالینی توسط پزشکان عمومی مشاهده می‌شود.

موضوع فرعی دیگر در این بخش، تفاوت‌های موجود در سطح آموزش بین دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور می‌باشد. این که برای دانشجویی بیماران زیادی با تشخیص‌های متنوع فراهم باشد، نکته‌ای است که سطح یادگیری دانشجو را ارتقا می‌دهد. مصاحبه‌شونده‌ای اعلام کرد که «در یک دانشگاه کار عملی ضعیف می‌باشد، ولی از نظر تئوری قوی می‌باشد و یا بالعکس، یا ممکن است یک دانشگاهی هم در بخش عملی و هم در بخش تئوری بلنگد» (م.۶).

موضوع سوم: عدم جامعیت دروس و سرفصل‌ها

عدم جامعیت دروس و سرفصل‌ها سومین موضوع استخراج شده از مصاحبه‌ها می‌باشد که شامل ۳ زیر موضوع است. شرکت‌کنندگان اعتقاد داشتند که در طول دوره آموزش پزشکی در خصوص اصول مدیریت بیماران و تسلط برخورد و تمرکز برای درمان، آموزش ندیده‌اند و بسیاری از دانشجویان و پزشکان در برخورد با بیماران خاص کنترل خود را از دست می‌دهند.

عدم آموزش صحیح تجویز دارو و نسخه‌نویسی از دیگر موضوعات فرعی شناسایی شده در مصاحبه‌ها بود. برخی از آن‌ها در این زمینه اشاره نمودند که «در مورد نحوه تجویز و مقدار دوز داروها آموزشی ندیدیم» (م.۳). «بسیاری از پزشکان طرحی در روزهای اول از نحوه نگارش صحیح تجویز دارو آگاهی ندارند» (م.۵) و (م.۱۴). «ما آموزش نسخه‌نویسی را بعد از فارغ‌التحصیلی گذرانیدیم» (م.۱۸).

استادان کارورزها را به دستیارها واگذار می کنند که اغلب حجم کاری زیاد دستیارها مانع از آموزش کارورزها می شود» (م.۱۷).

موضوع ششم: منابع

ششمین موضوع اصلی متناسب بودن منابع می باشد که دو زیر موضوع را در بر می گیرد. شرکت کنندگان در مطالعه وجود منابع را شرط لازم برای ایجاد یک بستر مناسب و مطلوب برای آموزش عنوان نمودند. مصاحبه شوندهگان در پژوهش به مشکلات منابع مادی همچون کمبود کتاب در کتابخانه، فضاهای آموزشی نامناسب، امکانات تشخیصی ضعیف و همچنین به مسایل مربوط به منابع انسانی مانند عدم همخوانی و تناسب تعداد دانشجویان با استاد، کمبود استادان با تجربه و با کیفیت اشاره نمودند.

بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه مشکلات مربوط به استراتژی های نظام آموزشی پزشک عمومی، مسایل ساختاری و سیستمی، عدم جامعیت دروس و سرفصل ها، عرصه های آموزشی، مشکلات آموزشی و منابع به عنوان عوامل مرتبط با مشکلات آموزش پزشکان عمومی کشور تعیین شد.

در این مطالعه نشان داده شد که حجم بالای دروس قبل از دوره کارآموزی و کارورزی باعث فراموشی مطالب مهم و اساسی می شود. روشن نبودن شرح وظایف کارورزها و غلبه تئوری بر عمل در بخش های آموزشی و کم توجهی به مسایل پزشکی عمومی و متناسب نبودن رئوس درس های تخصصی با نیاز یک پزشک عمومی از مشکلات آموزش پزشکی عمومی می باشد. این موضوع توسط نصری و همکاران هم اشاره شده است. در مطالعه آن ها اکثر دانشجویان (۸۵ درصد) طولانی بودن مدت زمان آموزش علوم پایه پزشکی و زیاد بودن دروس عمومی را مطرح نمودند (۱۳). از این رو با توجه به دغدغه های مطرح شده در این مطالعه و تأیید آن توسط پژوهش های دیگر، لزوم پرداختن به این مسایل بیش از پیش احساس می شود.

پنجمین موضوع اصلی در این پژوهش مسایل آموزشی می باشد که شامل ۴ زیر موضوع است. یکی از پایه های آموزش پزشکی حضور استادان در کنار دانشجویان می باشد. چنان چه در آن ها انگیزه های لازم برای آموزش وجود نداشته باشد، اهداف آموزش پزشک عمومی دچار خدشه می شود. شرکت کننده ای عنوان نمود «سیستم آموزشی فعلی دچار مشکل می باشد. برخی از استادان انگیزه کافی برای آموزش ندارند» (م.۲). «بعضی از استادان از پذیرفتن کارورز خودداری می کنند» (م.۲).

خودآموزشی یکی دیگر از موضوع های فرعی شناسایی شده می باشد. شرکت کنندگان در مطالعه بیان داشتند، این که با وجود جو خودآموزشی استادان هیچ مسئولیتی در قبال دانشجو نداشته باشند و آموزش پزشک عمومی یک امر کامل شخصی شده باشد، خطرناک است. مصاحبه شوندهگان در این باره بیان کردند که «هر دانشجویی که خود خواهان علم و آموزش بیشتر باشد، به دنبال آن رفته و یاد می گیرد در غیر این صورت خبری از علم اندوزی توسط دانشجو نخواهد بود» (م.۵). «خود دانشجو بیشتر باید به دنبال درس باشد، اگر انگیزه ای برای یاد گرفتن نداشته باشد، استاد هم عملاً چیزی یاد نمی ده» (م.۹).

پایین بودن کیفیت آموزش یکی دیگر از زیر موضوع های این بخش می باشد. مشارکت کنندگان در مطالعه اشاره نمودند که بعضی از استادان مهارت و فن لازم برای تدریس ندارند و از وسایل کمک آموزشی برای ارائه مطلب استفاده نمی کنند و آموزش ترکیبی یعنی آموزش تئوری توأم با عملی در دستور کارشان نیست که این موارد، کیفیت آموزش را پایین می آورد. شرکت کننده ای عنوان کرد که «بعضی از استادان به دنبال محفوظات صرف هستند و بر نمره تأکید می نمایند و به فکر توأم نمودن تئوری با عمل نیستند» (م.۱۵).

واگذار نمودن امر آموزش پزشک عمومی در دوره کارورزی به دستیاران از موضوعات فرعی است که در پژوهش حاضر به آن اشاره شد. شرکت کنندگان اعتقاد داشتند: «در بیشتر مواقع

تعارض بین محیط کار کلینیکی که تأکید بر مهارت‌های بالینی دارد و آموزش‌های آکادمیک که تأکید بر درک تئوری دارد، باعث وارد آوردن زیان بر یادگیری مهارت‌های بالینی شده است (۱۷). در مطالعه انجام شده توسط Remmen و همکاران مشخص گردید که دانشکده‌های پزشکی برای آموزش مهارت‌های پایه نمی‌توانند تنها به تجربه‌های بالینی در دوره‌های کارورزی تکیه کنند (۱۸). در مطالعه حسن‌زاده و امینی برنامه‌های آموزش مهارت‌های بالینی باعث ارتقای مهارت‌های بالینی دانشجویان شده است (۱۹). در مطالعه یعقوبی و سالمی عدم آشنایی با مهارت‌های بالینی قبل از ورود به بخش از طرف ۴۰ درصد از دانشجویان مورد پژوهش گزارش شد (۲۰). در مطالعه‌ای دیگر کسب توانمندی در عرصه بالین به عنوان مهم‌ترین عامل مؤثر در فراگیری بالینی مورد رضایت بیش از ۵۰ درصد از پاسخ‌دهندگان بود (۲۱). در تحقیقی در یک بیمارستان در لندن نیز نشان داده شده است که بین تجربیات بالینی دانشجو و امتحانات پایان دوره ارتباطی وجود ندارد، اما بین میزان تجربیات بالینی و روش‌های مطالعاتی عمیق و استراتژیک آن‌ها در سال آخر ارتباط مستقیم وجود دارد (۲۲).

در مطالعه نظری اعضای هیأت علمی و نیز دانشجویان پزشکی مازندران عقیده داشتند که هماهنگی کمی بین آموزش‌های عملی و نوع وظیفه آینده، وجود دارد (۲۳). مهم‌ترین وظیفه پزشک عمومی اداره بیماران سرپایی در درمانگاه، مطب یا مراکز بهداشتی می‌باشد، اما شکل اساسی آموزش پزشکی، آموزش صرف بر بالین بیمار می‌باشد. در مطالعه داوودی و همکاران حدود نیمی از پزشکان اعتقاد داشتند که ارتقای کیفیت آموزش پزشکی نیازمند تغییر در رویکرد آموزشی بیمارستانی به طب سرپایی می‌باشد (۲۴). تمامی نتایج پژوهش‌های ذکر شده در پژوهش حاضر نیز مورد تأکید قرار گرفت.

این مطالعه نشان داد که عدم تناسب برخی از آموزش‌ها با نیازهای واقعی، از مشکلاتی است که آموزش پزشکی عمومی

عدم هماهنگی آموزش نظری با عملی، یکی دیگر از چالش‌های آموزش پزشک عمومی در کشور می‌باشد. در این رابطه در مطالعه‌ای اکثر دانشجویان (۸/۸۰ درصد) معتقد به ادغام دروس علوم پایه و بالینی و تدریس پاتولوژی و فارماکولوژی هر کورس به همراه خود کورس در بالین بودند. چنانچه برای فعالیت عملی هر اندازه دانشجویان اطلاعات نظری بهتری از درس داشته باشند و زمینه ذهنی عمیق‌تری در آن‌ها به وجود آمده باشد، درک آن‌ها بالاتر می‌رود (۱۳). می‌توان بیان نمود که همراهی دروس نظری با مراحل کارآموزی و کارورزی اثر قابل ملاحظه‌ای در آموزش خواهد داشت.

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر قوانین و مقررات نامناسب در امر آموزش پزشکی همچون ارزیابی‌ها، عدم تطابق با تغییرات و موضوع حضور در بالین بیمار، عدم تطابق اهداف آموزش پزشکی با نیازهای واقعی جامعه، نامناسب بودن دوره کارورزی در دوره کارورزی و تأکید بر حضور در بخش‌ها و کم‌رنگ بودن حضور دانشجویان در درمانگاه‌ها و برخورد کمتر آن‌ها با بیماران سرپایی از چالش‌های آموزش پزشک عمومی می‌باشند. در مطالعه نصری و همکاران، اکثر دانشجویان در مورد هر دو امتحان جامع علوم پایه و پیش کارورزی معتقد بودند که فراگیری معلومات برای این امتحانات، تأثیری در برخورد بالینی با بیمار ندارد و معتقد بودند که امتحان با ایجاد استرس زیاد سبب مختل شدن زندگی دانشجو و خانواده دانشجو می‌شود و تألمات روحی شب امتحان، بر نتیجه امتحان تأثیر می‌گذارد (۱۴). نصری و همکاران گزارش نمودند که از نظر ۷۸/۶ درصد دانشجویان، امتحانات سواد آنان را ارزیابی نمی‌کند و امتحانات دوره پزشکی بسیار زیاد می‌باشند (۱۳). در مطالعه فخاری و همکاران بیش از ۵۰ درصد از کارورزان از روش‌های ارزیابی ناراضی بودند (۱۵). علیزاده و سیاح ملی ۹۳/۳ درصد عدم تطبیق ارزیابی پایان دوره با آموزش طول دوره را در ایجاد مشکلات آموزشی در حد زیادی مؤثر دانستند (۱۶).

بررسی شدگان امیدوار بودن به داشتن شغل مناسب در آینده را به عنوان عوامل مؤثر در پیشرفت تحصیلی بیان کردند (۳۱).

در خصوص دستورالعمل بالینی، عبدالملکی و همکاران نشان دادند که استفاده از راهنمای یادگیری می تواند به عنوان یک ابزار آموزشی مفید رضایت دانشجویان را جلب نموده، در یادگیری و نیز لذت از یادگیری کمک قابل توجهی به دانشجویان نماید (۳۲). گزارش نتایج این پژوهش ها در تأیید با موضوعات ساختاری می باشد.

عدم توجه به توانمندسازی دانشجویان پزشکی در برخورد با بیماران و مدیریت درمان از موارد اشاره شده توسط برخی مصاحبه شوندهگان بوده است که مؤمن نصب هم در مطالعه اش به آن ها اشاره نموده است (۳۳).

یکی دیگر از موضوعات، عدم توجه لازم به بحث دارو و نسخه نویسی در حین آموزش دانشجویی در دانشکده ها و دوره کارورزی بوده است. طبق نتایج مطالعه دلفان و مصدق، درصد کمی از دانشکده های پزشکی از تیپ های مختلف، دوره آموزشی مجزا به عنوان درس نسخه نویسی منطقی دارند (۳۴). به نظر می رسد که تلاش های صورت گرفته در این خصوص در ایران به طور عمده به بعد از فراغت از تحصیل متمرکز شده، مراحل قبل از فراغت از تحصیل فراموش شده است، این در حالی است که در هر دو مرحله باید مورد توجه قرار گیرد.

نپرداختن به چگونگی اداره مراکز بهداشتی و درمانی و عدم آشنایی کافی با برنامه های حوزه سلامت از موضوعات فرعی مطرح شده در این مطالعه بوده است. آموزش پزشکی جامعه نگر یک شیوه آموزش مناسب تلقی می گردد، زیرا پزشکانی تربیت خواهد کرد که به طور مؤثر بتوانند با مسایل مرتبط با سلامتی جامعه در حوزه پیشگیری اولیه و ثانویه برخورد مناسب داشته باشند (۳۵). یکی از سیاست های با اهمیت سازمان جهانی بهداشت برنامه آموزش دانشجویان پزشکی، در محیط های واقعی خدمت رسانی به مردم، به خصوص جوامع روستایی است تا آن ها بتوانند به درستی به نیازهای جمعیت تحت پوشش پاسخگو باشند (۳۶). زیرا

با آن مواجه می باشد، در حالی که دوره های آموزشی بالینی باید به نحوی طراحی شوند که دانشجویان بتوانند آن ها را در محیط شغلی خود به کار برند (۲۵). Hannon نشان داد که ۹۱ درصد از افراد مورد مطالعه تمام مهارت های مورد نیاز در دوره کارورزی را بعد از فارغ التحصیلی به کار نبردند و معتقد بودند که تجارب بالینی باید در سال های قبل از فارغ التحصیلی گسترش یابد (۲۶). Calman و Donaldson نشان دادند، کارورزهایی که مهارت های بالینی اساسی (پایه) را نگذرانده بودند، در مراحل اولیه شروع کار با مشکل مواجه بودند (۲۷). یک برنامه آموزشی بالینی مناسب باید تعادل بین مهارت و آموزش تئوری را به گونه ای برقرار نماید که مهارت ها بدون تجربه نباشند، زیرا تجارب عملی بدون مهارت و قابلیت پایدار نمی ماند (۲۵).

آموزش بالینی به طور کلی و آموزش درمانگاهی به عنوان جزیی از آموزش بالینی، با چالش های متعددی روبه رو است. از جمله این چالش ها تماس دانشجو با تعداد اندک بیماران، کوتاه بودن زمان مواجه دانشجو با بیمار، تعامل اندک بین استاد و دانشجو، خلاصه بودن بحث موردی و درگیری ناچیز دانشجویان در فرایند یادهی - یادگیری می باشند (۲۹، ۲۸). نتایج مطالعات ذکر شده هم جهت با نظرات شرکت کنندگان در این پژوهش می باشد و حاکی از وجود مسأله در آموزش پزشکی می باشد.

مشکلات مرتبط با موضوعات ساختاری از قبیل افزایش غیر واقعی ظرفیت رشته های پزشکی، ضعف انگیزه ها، ناامیدی و ترس از آینده، دانشجویان پزشکی را در شرایط کنونی دچار مشکلات روحی و روانی زیادی کرده، موجب شده است تا دانشجویان فاقد انگیزه های لازم باشند. در این راستا، در مطالعه نصری و همکاران، اکثریت دانشجویان نگران آینده شغلی مبهم بودند (۱۴). ایروانی و همکاران نگرش کلی دانشجویان پزشکی نسبت به آینده شغلی شان را منفی گزارش نمودند (۳۰). در مطالعه اسماعیلی و ناظر ۶۵/۸ درصد از

سخنرانی، تدریس در بخش‌های بالینی، کار با منابع یادگیری، مربیگری، الگوهای نقشی مناسب، بازخورد سازنده، ارزیابی و سنجش فراگیران، ارزشیابی مبتنی بر هدف و ارزشیابی برنامه بستگی دارد (۴۴، ۴۳). واگذاری امر آموزش به دستیاران یکی از مسایلی بود که در این پژوهش، نارضایتی دانشجویان را به همراه داشت که این مسأله در سایر مطالعات نیز مورد تأکید قرار گرفته است. هر چند که آموزش دانشجویان پزشکی توسط دستیاران از دیرباز به عنوان یک نیاز در نظر گرفته شده است (۴۶، ۴۵).

آخرین موضوع استخراج شده از مصاحبه‌های شرکت‌کنندگان در مطالعه، متناسب بودن منابع بوده است که توسط پژوهش‌های زیادی اهمیت آن مورد تأکید قرار گرفت. در مطالعه ادومی و همکاران، ارتباط بین تعداد و رتبه علمی مدرسین با نمره‌های درون‌بخشی و علوم پایه دانشجویان پزشکی مثبت بود (۴۶). در مطالعه یعقوبی و سالمی نیز کمبود امکانات و وسایل لازم برای انجام مراقبت و درمان از طرف ۳۰ درصد از دانشجویان مطرح شد (۲۰). نعمت‌بخش و همکاران نیز نشان دادند که اولویت‌های اصلی جهت ارتقای آموزش پزشکی از دیدگاه استادان به ترتیب افزایش امکانات آموزشی در بخش‌های بیمارستان‌ها (۸۷/۵ درصد)، کتابخانه‌ها (۸۵/۲ درصد) و سمعی بصری (۸۴/۳ درصد) می‌باشد (۴۷). آموزش باید در فضای مناسب با روش و امکانات مطلوب و بر اساس نیاز، علاقه و زمینه‌های علمی فراگیران انجام پذیرد، تا مدرس در تدریس و دانشجو در یادگیری احساس رغبت و انگیزه کند.

هدف از آموزش پزشکی، کسب دانش، مهارت و نگرش لازم برای مراقبت از بیمار است. علاوه بر این، آموزش پزشکی فرصتی برای تربیت افرادی حرفه‌ای است که بتوانند صلاحیت‌های لازم را برای مراقبت کسب کنند. بیشتر برنامه‌های بالینی پزشکی در محیط‌های بیمارستانی تنظیم می‌شود و برای او دیدگاه محدودی از زندگی حرفه‌ای پزشک را فراهم می‌کند (۴۸). این در حالی است که صلاحیت پزشکی

آموزش مبتنی بر جامعه مدل عملی و پویا برای یادگیری دانشجویان فراهم می‌کند (۳۷، ۳۸). دانشگاه‌های علوم پزشکی در فرایند تربیت نیروهای متخصص بایستی آموزش مراقبت‌های اولیه، پیگیری خدمات درمانی، ارتباط متقابل بین پزشک و بیمار و آموزش مبتنی بر نیازهای جامعه، شناخت مشکلات، تدوین و اجرای برنامه‌ها و در نهایت اصلاح نقاط ضعف و مشکلات را به صورت اثربخش و مستمر در دستور کار قرار دهند (۳۹). که مطالعات اشاره شده هم در تأیید یافته‌های پژوهش حاضر می‌باشد.

عرصه‌های آموزشی یکی دیگر از موضوعات اصلی و مشکلات مربوط به آموزش پزشکی بوده است که اکبری هم به آن اشاره نمود (۳۹). در ایران بین ۰/۱ تا ۱ درصد از کل افرادی که در جامعه احساس بیماری می‌کنند، سرانجام در بیمارستان آموزشی بستری می‌شوند که زمینه لازم برای آموزش دانشجویان پزشکی را فراهم می‌سازد. در این موارد، علاوه بر کمی بیماران بستری شده، نوع بیماری‌ها و شکایات آن‌ها، تفاوت فاحشی با شکایات بیماران موجود در جامعه دارد. در این راستا استفاده از کلینیک‌های سرپایی و مراکز بهداشتی-درمانی، بستری مناسب برای آموزش دانشجویان پزشکی فراهم خواهد نمود (۴۰).

شرکت‌کنندگان در مطالعه به استادان هم به عنوان موضوعات و مسایل دخیل در امر آموزش پزشکی اشاره نمودند. در مطالعه اسماعیلی و ناظر ۶۹/۴ درصد مسلط بودن استادان را به عنوان عوامل مؤثر در پیشرفت تحصیلی بیان کردند (۳۱). اغلب استادان در مورد محتوای، موضوعات و آن چه که باید آموزش دهند، متخصص هستند. ولی در مورد این که چگونه باید آموزش دهند، آموزشی ندیده‌اند و بسیاری از آنان با روش‌های تدریس، برنامه‌ریزی و ارزیابی آموزشی آشنایی کافی ندارند (۴۲، ۴۱)؛ در حالی که اثربخشی تدریس، به توانایی و مهارت اساتید در تعیین اهداف و انتظارات آموزشی، ایجاد محیط یادگیری حمایتی، به کارگیری روش‌های مناسب آموزشی، تدریس در گروه‌های کوچک و بزرگ،

دارای ضعف‌هایی می‌باشد که موجب شده است زمانی که آموزش آن‌ها به پایان می‌رسد و به عنوان یک پزشک عمومی فارغ‌التحصیل می‌شوند، استقلال کاری و اعتماد به نفس لازم را برای معاینه یک بیمار ندارند. بنابراین آموزش پزشکی عمومی باید به سمت کاربردی شدن پیش برود تا در پایان آن استقلال کاری لازم برای یک فرد به وجود بیاید. همچنین توانمندسازی دانشجویان پزشکی برای مدیریت و اداره مراکز بهداشتی و درمانی در دوره آموزش پزشکی به صورت سیستماتیک و اثربخش مورد توجه قرار گیرد.

نتایج این پژوهش می‌تواند در برنامه‌ریزی‌ها و انجام بازنگری‌های دوره پزشکی عمومی و تهیه سرفصل‌های آن مورد استفاده برنامه‌ریزان و دست‌اندرکاران قرار گیرد. البته، پژوهش حاضر با برخی محدودیت‌ها مواجه بود که باید در هنگام استفاده و به کارگیری نتایج مورد توجه قرار گیرد، یکی از مهم‌ترین محدودیت‌های مطالعه حاضر، گستردگی موضوع و دامنه وسیع موضوعات شناسایی شده در خصوص مشکلات آموزش پزشکی عمومی کشور می‌باشد که سبب گردیده است که همه موضوعات مطرح در این بخش، به صورت عمیق مورد بررسی قرار نگیرد، از این رو توصیه می‌شود که در مطالعات آتی هر یک از موضوعات شناسایی شده در این مطالعه در قالب یک مطالعه مجزا و در سطح ملی مورد بررسی تفصیلی قرار گیرد.

سپاسگزاری

مقاله حاضر برگرفته از پایان نامه کارشناسی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی می‌باشد و نویسندگان مراتب تشکر و قدردانی از کلیه شرکت‌کنندگان که امکان انجام این پژوهش را فراهم نمودند، اعلام می‌دارند.

References:

1. Ashoorion V, Dadgostarnia M, Esmaili A, Garakyaraghi M, Shams B and Taban H. Resident as instructor of medical university clinical skills, Proceeding of first international

در قالب نقش‌های مختلف، شامل عملکرد پزشکی، برقراری ارتباط، مشارکت، برخورداری از علم و دانش، عملکرد در جامعه (حامی سلامت)، مدیر و یک فرد حرفه‌ای تعریف شده است.

طی قرن گذشته تحولات زیادی در آموزش پزشکی در سطح جهان رخ داده است که آموزش پزشکی ما نیز از آن غافل شده است. آموزش پزشکی کشور ما از موج اول (رویکرد نظام‌مند به آموزش و تأکید بر مدیریت آموزشی) و موج دوم (تغییر در روش و جایگاه آموزشی) اصلاحات به دور مانده است و هر گونه اصلاحات در آموزش کشور ما باید تمام جوانب امر، اعم از اهداف، محتوا، سازمان‌دهی محتوا، روش‌ها و جایگاه‌های آموزشی، ارزشیابی دانشجویان و مدیریت آموزش را در نظر بگیرد (۴۹).

نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های این پژوهش و تحکیم بخشیدن به موضوعات بر اساس مطالعات پیشین، این نکته قابل بیان می‌باشد که مهم‌ترین مشکل نظام آموزش بالینی کشور عرصه غیر واقعی آموزش است. اغلب دانشجویان پزشکان عمومی بعد از فارغ‌التحصیلی یا در درمانگاه‌ها، مطب‌ها و یا مراکز بهداشتی و درمانی با بیماران سرپایی مواجه خواهند شد و یا مدیریت برنامه‌های بهداشتی را در مراکز بهداشتی و درمانی شهری و روستایی بر عهده می‌گیرند و یا همزمان به کار طبابت و مدیریت واحدهای بهداشتی مشغول می‌شوند. اصل چالش آموزش بالینی در کشور در زمان مواجهه با بیماری‌های ساده مشخص می‌شود، زمانی که یک بیماری ساده به خوبی تشخیص داده نمی‌شود و هزینه مضاعفی را به بیمار و مرکز درمانی تحمیل می‌کند. ضعف دیگر آموزش پزشکی عمومی، عدم آموزش‌های درمانگاهی است. در بخش‌های آموزش پزشکی، تئوری بر عمل غلبه کرده است. آموزش کارورزان

conference of reforms and change management in medical education and sixth national medical education conference, Shahidbeheshti university of medical sciences, Tehran, 2003, p26. [In Persian]

2. Zahedi M, Amirmaleki H. Medical Education Effectiveness from the Viewpoints of Medical Students of Tehran University of Medical Sciences. *Iranian Journal of Medical Education* 2007; 7(2):289-98. [In Persian]
3. Van Niekerk JP. WFME Global Standards receive ringing endorsement. *Med Educ* 2003; 37(7):585-6.
4. Rahimi H, Parand K and Mohammadi R. Internal evaluation: A challenging approach in Iranian higher education system, Proceeding of 47th meeting of universities chancellors, Iranian Measurement Organization publication, 2002, ISBN: 964-8206-015. [In Persian]
5. Bligh J. Identifying the core curriculum: the Liverpool approach. *Med Teacher* 1995;17(4):383-90.
6. Bass EB, Fortin AH, Morrison G, Wills S, Mumford LM, Goroll AH. National survey of clerkship directors in internal medicine on the competencies that should be addressed in the medicine core clerkship. *The American Journal of Medicine* 1997; 102(6): 564-71.
7. Clack GB. Medical graduates evaluate the effectiveness of their education. *Med Educ* 1994; 28(5):418-31.
8. Rich M & Ginsburg KR. The reason and rhyme of qualitative research: why, when, and how to use qualitative methods in the study of adolescent health. *Journal of Adolescent Health* 1999;25(6):371-8.
9. Salsali, M. Qualitative research methods, Tehran: Boshra Publication; 2004. [In Persian]
10. Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative. Philadelphia Lippincott Publication; 1995.
11. Lacey A & Luff D. Trent Focus for Research and Development in Primary Health Care: An Introduction to Qualitative Analysis, Trent Focus;2001. Available From: <http://www.dcc.unicamp.br/~wainer/cursos/2s-2009/Qualitative%20Data%20Analysis.pdf>
12. Rashidian A, Martin P, Eccles MP, Russel I. Falling on stony ground? A qualitative study of implementation of clinical guidelines' prescribing recommendations in primary care, *Health Policy* 2008; 85(2) 148-61. [In Persian]
13. Nasri Kh, Kahbazi M, Norouzi A, Nasri Sh. The medical education problems and possible Solutions in staggers and intern's view points of Arak University of Medical Sciences, 2006-07. *Journal of Arak University of Medical Sciences (Rahavard-E Danesh)* 2010, 12(4): 111-21. [In Persian]
14. Nasri Kh, Kahbazi M, Nasri Sh. Medical Students' Viewpoints toward Basic Sciences and Preinternship Comprehensive Exams in Arak University of Medical Sciences. *Iranian Journal of Medical Education* 2010;10(1):82-90. [In Persian]
15. Fakhari A, Kargarmaher M, Gholizadegan A. Viewpoint of Interns in medical school about exam metod at clinical department. 7th National Congress of Medical Education; 2005 Nov 12-15; Tabriz, Iran. [In Persian]
16. Alizadeh M, Saiyah meli M. Viewpoint of Interns in medical school about clinical education problem and improving strategies at Tabriz medical university. 7th National Congress of Medical Education 2005 Nov 12-15; Tabriz, Iran. [In Persian]
17. Jafari F, Hakimian MR, Saburi M. What is the Clinical Skills Learning Center (CSLC)? *Iranian Journal of Medical Education*, 2002; 1(3):21-9. [In Persian]
18. Remmen R, Derese A, Scherpbier A, Denekens J, et al. Can medical school rely on clerkship to train students in basic clinical skill?. *Med Educ* 1999; 33(8):600-5.
19. Hasanzade Salmasi S, Amini A. Effect of clinical education practice on medical student. 7th National Congress of Medical Education; 2005 Nov 12-15; Tabriz, Iran. [In Persian]
20. Yaghoobi T, Saleme F. Assessment of clinical education problem and improving strategies from the viewpoint of medical student at Mazandaran medical university 2003-4. 7th National Congress of Medical Education; 2005 Nov 12-15; Tabriz, Iran. [In Persian]
21. Bahador H. Effective clinical education from viewpoint of medical student. 7th National Congress of Medical Education; 2005 Nov 12-15; Tabriz, Iran. [In Persian]
22. McManus IC, Richards P, Winder BC, Sproston KA. Clinical experience, performance in final examinations, and learning style in medical students: prospective study. *BMJ* 1998;316:345.
23. Nazari R. Are practice educational environment of medical student proportion

- with occupation need. 7th National Congress of Medical Education; 2005 Nov 12-15; Tabriz, Iran. [In Persian]
24. Davoudi A, Mohtasham Amiri Z, Naghshpoor P. Attitude of general physicians toward ambulatory medicine education in health centers of Guilan University of medical Universities. *Iranian Journal of Medical Education* 2002;2(4):56-58. [In Persian]
 25. Ghazanfari Z, Forouzi M, Khosravi F. The opinions of graduated students of medicine on the amount of compatibility existing between the programs of clinical education and their occupation needs in Kerman. *Journal of Babol University of medical sciences (JBUMS)* 2010; 12(1):52-9. [In Persian]
 26. Hannon FB. A national medical education needs' assessment of interns and the development of an intern education and training programme. *Med Educ* 2000; 34(4):275-84.
 27. Calman KC, Donaldson M. The Pre-registration house officer year: a critical incident study. *Med Educ* 1991; 25(1):51-9.
 28. Carney PA, Pipas CF, Eliassen MS. An encounter-based analysis of the nature of teaching and learning in a 3rd-year medical school clerkship. *Teaching and Learning in Medicine*; 12(1):21-7.
 29. Roth CS, Fagan MJ, Griffith JM, Nelson D, Zhao Y. Evaluation of a worksheet to structure teaching and learning outpatient internal medicine. *Med Teach* 2003; 25(3):296-301.
 30. Irvani K, Amini M, Doostcam A. Comparison viewpoint of medical student about their graduate and future occupation on basic and clinical level at Jahrom medical student. *Iran J Med Education* 2002; 2(4):21. [In Persian]
 31. Esmaili H, Nazer M. Effective factors in Rafsanjan students training base on them viewpoint. 8th National Congress of Medical Education; 2009 May 5-7; Shiraz, Iran. 316(7128): 345-50. [In Persian]
 32. Abdolmaleki MR, Ashoorion V, Momeni S, Zarezadeh, Rokhzadi MZ. Effect of learning guideline in nursing students clinical education. *Iranian Journal of Medical Education*, 2010;10(5);1289-97. [In Persian]
 33. Momen nasab M. Viewpoint of medical student about clinical education problem at Lorestan medical university. 7th National Congress of Medical Education; 2005 Nov 12-15; Tabriz, Iran. [In Persian]
 34. Dalfan B and Mosadegh A. Status and necessity of prescription teaching from viewpoint of Lorestan general physicians and medical schools deans. *Iranian Journal of Medical Education* 2007;7(2):454-7. [In Persian]
 35. Khadivi R, Ali Khosravi S. Quality of Health field education from viewpoint of interns of Shahrekord medical school, *Iranian Journal of Medical Education*, 2004;4(2)123-8. [In Persian]
 36. Hamad B. Community oriented medical education: what is it? *Med Educ* 1991; 25(1): 16-22.
 37. Cooper HC, Gibbs TJ, Brown L. Community-orientated medical education: extending the boundaries. *Med Teach* 2001; 23(3): 295-9.
 38. Emamghorashi F, Heydari ST and Najafipour, Evaluation of effecting factors on educational status of medical students in Jahrommedical university during 1994-2003, *J Babol Univ Med Sci*; 12 (Suppl 1); Summer 2010. [In Persian]
 39. Akbari ME. Selecting an appropriate site for medical education. *J Med Edu* 2001; 1(1): 20-2. [In Persian]
 40. Newbell D, Canon R. New methods of medical education and affiliated sciences. [Translation] Mahmodi SM. 1st ed. Tehran:Hejrat Publication; 1998.
 41. McDougall J, Drummond MJ. The development of medical teachers: an enquiry into the learning histories of 10 experienced medical teachers. *Med Educ* 2005; 39(12):1213-20.
 42. Houston TK, Clark JM, Levine RB, Ferenchick GS, Bowen JL, Branch WT, et al. Outcomes of a national faculty development program in teaching skills: prospective follow-up of 110 internal medicine faculty development teams. *J Gen Intern Med* 2004; 19(12): 1220-7.
 43. Steinert Y. Staff development for clinical teachers. *The Clinical Teacher* 2005; 2(2):104-10.
 44. Ten Cate O. Point: Global standards in medical education – what are the objectives? *Medical Education*. 2002; 36(7): 602-3.

45. Nabavinia A. study of education process in neurosurgery ward form interns viewpoint, MD dissertation, medical school of Isfahan university of medical sciences, 2004. [In Persian]
46. Adhami A, Javadi Y, Haghdoost AA. Relationship between facilities and manpower or basic sciences departments and academic achievement or medical students in Kerman. The Journal of Qazvin university of Medical Sciences. 2002; 6(22):56-63. [In Persian]
47. Nematbakhsh M, Sabet B, Rezaei P, Shekarchizadeh A, Nadji H. The opinion of clinical faculty members about the effects of fee-for-service (caraneh) program on medical education in educational hospitals of Isfahan University of medical sciences. SDME 2006; 3(2): 69-77. [In Persian]
48. Bass EB, Fortin AH, Morrison G, Wills S, Mumford LM, Goroll AH. National survey of clerkship directors in internal medicine on the competencies that should be addressed in the medicine core clerkship. Am J Med 1997; 102(6): 564-71.
49. Lameaei A. Clinical education ahead of current event. J Urumia Medical J 2006; 17(1):54-9. [In Persian]

Archive of SID