

تحلیل وضعیت آموزش پزشکی پاسخگو و دیدگاه‌های نوآورانه اعضای هیأت علمی بالینی دانشکده پزشکی کرمان در ارتقای وضعیت موجود بر اساس نقاط قوت و ضعف، فرصت‌ها و تهدیدها (مدل SWOT)

محمودرضا دهقانی^۱، فریدون عزیزی^{۲*}، علی اکبر حقدوست^۳، نوذر نخعی^۴، پیام خزانلی^۵، زینت روانگرد^۶

۱. پزشک عمومی و کارشناس ارشد آموزش پزشکی، دانشکده آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۲. فوق تخصص بیماریهای غدد درون ریز، استاد، پژوهشکده غدد درون ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۳. دکترای تخصصی اپیدمیولوژی، استاد، مرکز تحقیقات مدل‌سازی در سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
۴. دکترای تخصصی پزشکی اجتماعی، استاد، مرکز تحقیقات علوم اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
۵. دکترای تخصصی فارماسیوتیکس، استاد، دانشکده داروسازی، مرکز تحقیقات فارماسیوتیکس، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
۶. کارشناس ارشد مدیریت آموزشی، مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

• دریافت مقاله: ۹۲/۳/۹ آخرین اصلاح مقاله: ۹۲/۴/۳۱ • پذیرش مقاله: ۹۲/۹/۳

زمینه و هدف: آموزش پزشکی پاسخگو در تمام حیطه‌های عملیاتی خود اولویت مشکلات بهداشتی کشور را در نظر می‌گیرد. نظام ارایه خدمات (آموزش پاسخگو) به دلایل مختلفی هنوز با چالش‌های بسیار زیادی در جهت پیاده‌سازی آن روبه‌رو می‌باشد و فعالیت‌های نوآورانه اعضای هیأت علمی در ارتقای کیفیت آموزش پاسخگو ضروری به نظر می‌رسد. این مطالعه با هدف، بررسی وضعیت آموزش پزشکی پاسخگو و فعالیت‌های نوآورانه اعضای هیأت علمی بالینی دانشگاه علوم پزشکی کرمان و بررسی ارتباط بین آن‌ها انجام شد.

روش کار: در مطالعه مقطعی حاضر که به صورت تلفیقی انجام شد، دیدگاه ۷۲ نفر از اعضای هیأت علمی بالینی دانشگاه علوم پزشکی کرمان در مورد آموزش پزشکی پاسخگو و فعالیت‌های نوآورانه آنان توسط دو پرسش‌نامه مجزا بررسی شد.

یافته‌ها: تحلیل وضعیت کلی آموزش پزشکی پاسخگو از دیدگاه اعضای هیأت علمی بالینی کرمان نشان داد که وضعیت این آموزش در موقعیت ضعف-تهدید قرار داشت. میانگین امتیاز فرصت‌ها در دو گروه اعضای هیأت علمی زن و مرد و میانگین امتیاز نقاط ضعف در زیرگروه‌های مرتبه علمی و گروه‌های آموزشی اختلاف آماری معنی‌داری داشتند ($P < 0/05$)، اما اختلاف آماری معنی‌داری بین تحلیل وضعیت آموزش پاسخگو، امتیاز نوآوری و سایر متغیرهای دموگرافیک و آموزشی مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: موقعیت آموزش پزشکی پاسخگو (ضعف-تهدید)، وضعیت مناسبی برای این نوع از آموزش محسوب نمی‌گردد و جهت ارتقای کیفیت آموزش پزشکی پاسخگو در دانشگاه علوم پزشکی کرمان باید ساز و کار مناسبی پیش گرفته شود؛ همچنین استفاده از توان بالقوه اعضای هیأت علمی در خصوص فعالیت‌های نوآورانه در آموزش پزشکی به ویژه آموزش پزشکی پاسخگو ضروری به نظر می‌رسد.

کلید واژه‌ها: آموزش پاسخگو، نوآوری، هیأت علمی بالینی، تحلیل وضعیت

* نویسنده مسؤل: پژوهشکده غدد درون ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، اوین، جنب بیمارستان آیت‌اله طالقانی، تهران، ایران

• Email: azizi@endocrine.ac.ir

• تلفن: ۰۲۱-۲۲۴۳۲۴۷۰ • نمابر: ۰۲۱-۲۲۴۳۲۴۷۰

مقدمه

دانشگاه‌ها و دانشکده‌ها با فلسفه وجودی پاسخگویی به نیازها و انتظارات جامعه پا به عرصه وجود گذاشتند. به عبارت دیگر، پاسخگویی جزء جدانشدنی از فلسفه وجودی مراکز آموزشی از بدو شکل‌گیری آن‌ها بوده و این فلسفه وجودی هرگز قابل اغماض و انکار نبوده است و نمی‌باشد. دانشکده‌های پزشکی نیز از این قاعده مستثنی نیستند. با این تفاوت که گذرگاه دانشکده‌های پزشکی برای پاسخگویی به نیازها و انتظارات جامعه نظام ارایه خدمات بوده است (۱).

با وجود توسعه آموزش‌های پزشکی و به خصوص توسعه فن‌آوری، سهم این پیشرفت‌ها در ارتقای سطح سلامت و رفاه عمومی ناچیز بوده است. هر چند امکانات درمان برخی از بیماری‌ها افزایش یافته است، ولی نتوانسته از حجم آلام و بیماری‌های جسمی، روانی و اجتماعی بکاهد و در هر جامعه‌ای، بیماری به شکل‌های خاص خود ایجاد و تسری یافته است. بدین طریق مفاهیم تازه‌ای که برای اعتلا و ارتقای سلامتی همه جانبه آحاد جامعه ضرورت دارد، به برنامه‌های آموزشی راه یافته است. آموزش نباید از فراز کاخ‌های دانشکده پزشکی انجام شود، بلکه باید به جامعه و نیازهای واقعی برگردد و به بیشترین و مهم‌ترین نیازهای بهداشتی جامعه بپردازد (۲-۵).

آموزش پزشکی پاسخگو را می‌توان به عنوان آموزش پزشکی مناسبی تعریف کرد که در تمام حیطه‌های عملیاتی خود اولویت مشکلات بهداشتی کشورش را در نظر می‌گیرد و هدف آن تربیت پزشکانی است که می‌خواهند و می‌توانند به جامعه خود خدمت نمایند و به نحو مؤثری با مشکلات بهداشتی در سطوح اول، دوم و سوم مواجه شوند (۶، ۷).

در شرایطی که فارغ‌التحصیلان پزشکی کشورمان و متولیان امر بر ناکافی بودن آموزش پزشکی پاسخگو اتفاق نظر دارند (۸، ۷) و از سوی دیگر، تأثیر ارتقای آموزش پزشکی جامعه‌نگر بر کیفیت خدمات پزشکی امر ثابت شده‌ای است (۵، ۴)؛ لازم است اقدام جامعی در جهت ارتقای آموزش

پزشکی پاسخگو و به دنبال آن جامعه‌نگر صورت پذیرد. آموزش پزشکی و ارایه مراقبت‌ها به شدت به هم وابسته هستند. روند آموزش پزشکی در جهان و ایران نشان می‌دهد که آموزش پزشکی به تدریج از نیازها و انتظارات جامعه و نظام ارایه خدمات فاصله گرفته است. در سطح منطقه‌ای و بین‌المللی نیز به دفعات توصیه شده است که نظام آموزشی و نظام ارایه خدمات بهداشتی باید بر اساس ساز و کارهای روشن همکاری نمایند. سابقه ادغام نظام آموزشی و نظام ارایه خدمات در ایران به تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برمی‌گردد که در آن نظام ارایه خدمات با نظام آموزشی در کنار یکدیگر قرار گرفتند (۱۲-۹، ۷، ۲).

موضوع ادغام نظام آموزشی و نظام ارایه خدمات (آموزش پاسخگو) به دلایل مختلفی هنوز با چالش‌های بسیار زیادی در جهت پیاده‌سازی روبه‌رو می‌باشد که از جمله این دلایل می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

۱. نظام آموزش عالی که در آن آموزش پزشکی پاسخگو به عنوان رکن اساسی است، فعالیت جدی ندارد؛ بنابراین باید فعالیت خود را به طور جدی آغاز نماید (۷).

۲. ارتباط قوی و نزدیک بین جامعه و نظام سلامت برقرار نشده است (۳، ۲).

۳. برنامه آموزشی دوره پزشکی به طور کامل پاسخگوی نیازهای روزافزون سلامت جامعه امروزی نیست.

۴. عدم وجود مشوق‌های لازم جهت مشارکت گسترده اعضای هیأت علمی در تصحیح برنامه آموزشی و به دنبال آن اجرای برنامه آموزشی جدید از چالش‌های عمده محسوب می‌شود (۷، ۵).

۵. قسمت اعظم وقت اعضای هیأت علمی بالینی صرف بخش درمان می‌شود که خود یکی از مشکلات دیگر در زمینه پیاده‌سازی آموزش پزشکی پاسخگو می‌باشد (۷).

۶. ادغام کامل در کلیه سطوح اعم از آموزش و ارایه خدمات سلامت نهادینه نشده است و نظام ضعیف ارجاع، پاسخگوی نیازهای جامعه نمی‌باشد (۷، ۳).

روش کار

مطالعه حاضر از نوع مقطعی بود که بخش اول آن مربوط به تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از پرسش‌نامه تحلیل وضعیت موجود آموزش پزشکی پاسخگو و بخش دوم شامل پرسش‌نامه‌ای به شکل سؤالات بسته و نیمه باز در خصوص دیدگاه‌های نوآورانه اعضای هیأت علمی در خصوص آموزش پزشکی پاسخگو بود.

نمونه‌گیری به شکل آسان صورت گرفت و تعداد ۷۲ نفر از اعضای هیأت علمی بالینی علاقمند و در دسترس در دانشکده پزشکی انتخاب شدند که به شکل حضوری با هر فرد ملاقات صورت گرفت. پرسش‌نامه اول نقاط قوت، ضعف، فرصت‌ها و تهدیدهای آموزش پزشکی پاسخگو را بررسی می‌کرد، گزینه‌های این پرسش‌نامه برگرفته از نتایج تحلیل وضعیت آموزش پزشکی پاسخگو در ایران بود که توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جمع‌آوری گردید (۲۵). در این پرسش‌نامه نقاط قوت (Strengths) دارای ۱۰ سؤال، نقاط ضعف (Weaknesses) ۲۷ سؤال، فرصت‌ها (Opportunities) ۱۷ سؤال و تهدیدها (Threats) ۲۷ سؤال داشتند که هر یک از اعضای هیأت علمی به ترتیب به نقاط قوت، ضعف، فرصت‌ها و تهدیدهای آموزش پزشکی پاسخگو نمره‌ای از ۱ تا ۴ بر اساس اهمیت موضوع دادند. به این ترتیب که نمره ۱ معادل اهمیت کم و نمره ۴ معادل اهمیت زیاد بود.

پرسش‌نامه دوم دیدگاه‌های نوآورانه اعضای هیأت علمی در خصوص آموزش پزشکی پاسخگو و عوامل مؤثر بر آن را ارزیابی می‌کرد که روایی پرسش‌نامه مزبور توسط اعضای هیأت علمی صاحب‌نظر و مجرب بالینی دانشکده پزشکی مورد تأیید قرار گرفت. پایایی پرسش‌نامه نیز بر اساس ضریب Cronbach's alpha برابر با ۰/۷۱ محاسبه گردید.

نمره هر بخش از پرسش‌نامه اول (نقاط قوت، ضعف، تهدیدها و فرصت‌ها) به تفکیک و به صورت کلی محاسبه و سپس هر یک از گزینه‌های پرسش‌نامه بر اساس نمره‌ای که

آموزش پزشکی پاسخگو را می‌توان به عنوان آموزش پزشکی مناسبی تعریف کرد که در تمام حیطه‌های عملیاتی خود اولویت مشکلات بهداشتی کشور مربوط به خود را در نظر می‌گیرد و هدف آن تربیت پزشکانی است که می‌خواهند و می‌توانند به جامعه خود خدمت نمایند و به نحو مؤثری با مشکلات بهداشتی در سطوح اول، دوم و سوم مواجه شوند. توصیه به استقرار آموزش پزشکی جامعه‌نگر و گسترش آن از درون بیمارستان‌ها به بطن جامعه به سال ۱۹۸۸ میلادی و نشست بین‌المللی آموزش پزشکی باز می‌گردد. در کشور ما نیز از همین زمان روش‌های آموزشی جدیدی مانند آموزش پزشکی پاسخگو در بین دانشکده‌های پزشکی قوت گرفت و از سوی دست‌اندرکاران امر آموزش پزشکی مورد تأکید قرار گرفت (۱۸-۱۳).

آن‌چه که به طور تجربی در سال‌های اخیر مشهود می‌باشد، افت جدی دانسته‌ها و مهارت‌های دانشجویان پزشکی در زمینه تشخیص و درمان بیماری‌های شایع جامعه و برخورد با بیماران سرپایی است. قابل ذکر است که موارد اخیر عوامل نوپدید تضعیف آموزش پزشکی سرپایی، جامع‌نگر و جامعه‌نگر (منظور از جامع‌نگر یا Holistic، در نظر داشتن بیمار و نه بیماری و نگاه کردن به یافته‌های بیمار در کنار هم و با هم و با در نظر داشتن هویت کلی بیمار است نه از دید فوق تخصصی ویژه و منظور از جامعه‌نگر یا Community-based یعنی برخورد نمودن با بیمار و بیماری منطبق بر واقعیات و اپیدمیولوژی حاکم بر جامعه) است که حل آن‌ها تا حدی، حداقل در کوتاه‌مدت غیر ممکن می‌نماید (۲۴-۱۹).

بنابراین با توجه به مطالب مطرح شده و این‌که مطالعات اندکی در خصوص وضعیت موجود آموزش پزشکی پاسخگو در کشور انجام شده است؛ محققین تصمیم گرفتند تا با طراحی مطالعه حاضر ضمن تحلیل وضعیت آموزش پزشکی پاسخگو بر اساس مدل (Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats)، دیدگاه‌های نوآورانه اعضای هیأت علمی بالینی دانشکده پزشکی را در ارتقای وضعیت موجود مورد ارزیابی قرار دهند.

«رسالت دانشگاه به عنوان یک نهاد اجتماعی با نقش کمک به تحلیل و حل مسایل اساسی جامعه» و «افزایش سطح آموزش و آگاهی‌های عمومی در جامعه» از مهم‌ترین فرصت‌ها در حیطه آموزش پزشکی پاسخگو قلمداد گردید. میانگین (\pm انحراف معیار) مهم‌ترین فرصت‌ها بر مبنای امتیاز ۲۰ به ترتیب $6/37 \pm 13/61$ و $5/81 \pm 13/33$ بود. «کم بودن انگیزه در بین اعضای هیأت علمی و دانشجویان» و «تخصصی و فوق تخصصی شدن گروه‌های آموزشی» از مهم‌ترین تهدیدها برشمرده شد. میانگین (\pm انحراف معیار) امتیاز مهم‌ترین تهدیدها به ترتیب $3/87 \pm 16/85$ و $4/03 \pm 16/76$ بود.

مهم‌ترین نقاط قوت آموزش پزشکی پاسخگو از دیدگاه اعضای هیأت علمی بالینی «همکاری کارکنان بهداشتی و درمانی (فیلد) با کارآموزان و کارورزان» و «وجود بخش‌های پزشکی اجتماعی در بسیاری از دانشکده‌های پزشکی» بود. از مهم‌ترین نقاط ضعف «تمرکز و تأکید استادان بر آموزش بیمارستانی» و «نبود نظام پیگیری (Follow-up) بیماران» تلقی شد. میانگین (\pm انحراف معیار) امتیاز مهم‌ترین نقاط ضعف به ترتیب $4/38 \pm 15/74$ و $4/48 \pm 15/56$ بود.

«داشتن انگیزه برای اجرای شیوه‌های جدید در زمینه آموزش پزشکی پاسخگو» و «داشتن اطلاعات و دانش کافی در زمینه آموزش پزشکی پاسخگو» مهم‌ترین عوامل در خصوص نوآوری در حیطه آموزش پزشکی پاسخگو محسوب گردید. میانگین (\pm انحراف معیار) امتیاز مهم‌ترین عوامل در خصوص فعالیت‌های نوآورانه اعضای هیأت علمی به ترتیب برابر با $2/44 \pm 18/13$ و $2/63 \pm 17/85$ بود.

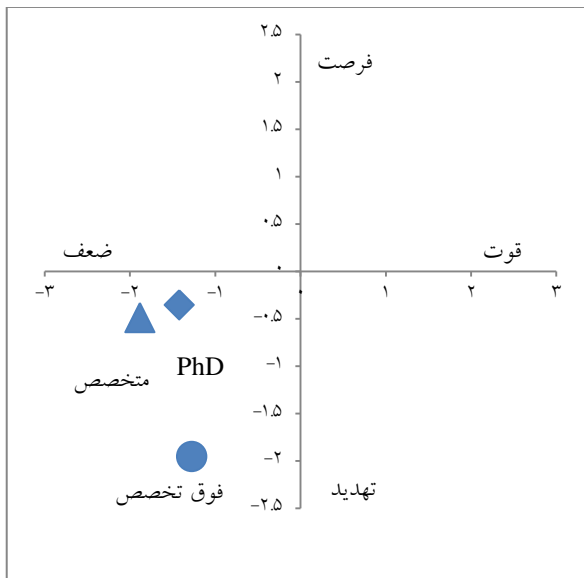
تحلیل وضعیت کلی آموزش پزشکی پاسخگو از دیدگاه اعضای هیأت علمی بالینی نشان داد که وضعیت این آموزش در موقعیت ضعف-تهدید (Weakness-Threatened) قرار دارد (نمودار ۱).

مجموع اعضای هیأت علمی به آن می‌دادند، رتبه‌بندی شد. نمره پرسش‌نامه دوم که مربوط به عوامل مؤثر بر نوآوری اعضای هیأت علمی بود نیز محاسبه و ارتباط آن با نمره پرسش‌نامه اول به تفکیک و نمره کل سنجیده شد. همچنین نمره‌های حاصل از پرسش‌نامه اول و دوم با متغیرهای دموگرافیک مانند سن، جنس و متغیرهای آموزشی یعنی سابقه آموزشی، مرتبه علمی و گروه آموزشی مورد مقایسه قرار گرفت.

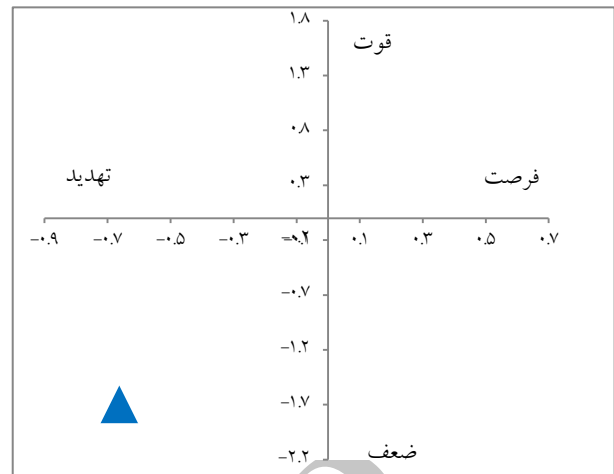
جهت تحلیل وضعیت آموزش پزشکی پاسخگو و دیدگاه‌های نوآورانه اعضای هیأت علمی بالینی دانشکده پزشکی در ارتقای وضعیت موجود از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی و آزمون‌های آماری t ، ANOVA، χ^2 و Regression استفاده گردید. تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ (version 16, SPSS Inc., Chicago, IL) انجام شد. کلیه اطلاعات موجود در پرسش‌نامه‌ها به شکل محرمانه بود و هر یک از استادان می‌توانستند در هر یک از مراحل انجام طرح، از مطالعه خارج شوند.

یافته‌ها

از ۷۲ نفر عضو هیأت علمی بالینی دانشکده پزشکی، ۴۴ نفر (۶۱/۱ درصد) مرد و بقیه زن بودند و میانگین (\pm انحراف معیار) سنی آنان $4/9 \pm 44/4$ سال بود. ۴۸ نفر (۶۶/۷ درصد) از آن‌ها در گروه‌های ماژور (شامل داخلی، جراحی، کودکان و زنان) و بقیه در گروه‌های مینور (باقی‌مانده گروه‌های بالینی) مشغول به تدریس بودند. حداکثر سابقه کاری اعضای هیأت علمی ۳۳ سال با میانگین (\pm انحراف معیار) $7/4 \pm 9$ سال بود و میانه سابقه کاری اعضای هیأت علمی بالینی ۷ سال بود. ۶ نفر (۸/۳ درصد) از اعضای هیأت علمی مرتبه استادی، ۲۸ نفر (۳۸/۹ درصد) مرتبه دانشیاری و بقیه مرتبه استادیاری داشتند. اکثر اعضای هیأت علمی (۶۳/۹ درصد) دارای تخصص‌های بالینی بودند و بقیه اعضای هیأت علمی فوق تخصص و دکتری تخصصی (PhD) داشتند.

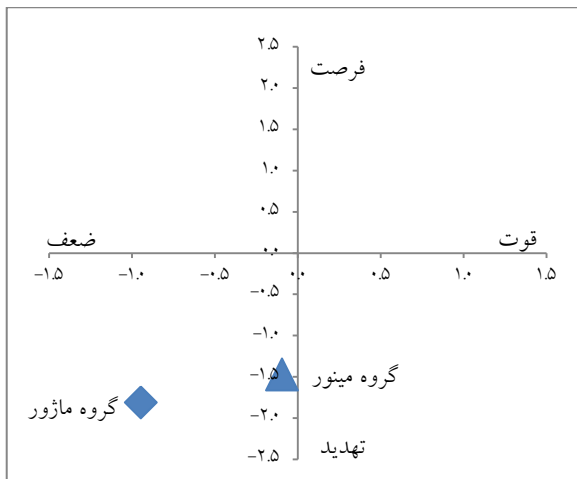


نمودار ۳. تحلیل وضعیت آموزش پزشکی پاسخگو بر اساس مدرک تحصیلی اعضای هیأت علمی بالینی دانشگاه علوم پزشکی کرمان



نمودار ۱. تحلیل وضعیت کلی آموزش پزشکی پاسخگو از دیدگاه اعضای هیأت علمی بالینی دانشگاه علوم پزشکی کرمان

تحلیل وضعیت آموزش پاسخگو از دیدگاه اعضای هیأت علمی بالینی به تفکیک مرتبه علمی، مدرک تحصیلی، گروه آموزشی و جنسیت نشان داد که در مجموع، آموزش پاسخگو در دانشگاه علوم پزشکی کرمان در موقعیت ضعف-تهدید (Weakness-Threatened) قرار دارد (نمودارهای ۵-۲).



نمودار ۴. تحلیل وضعیت آموزش پزشکی پاسخگو بر اساس گروه آموزشی اعضای هیأت علمی بالینی دانشگاه علوم پزشکی کرمان



نمودار ۲. تحلیل وضعیت آموزش پزشکی پاسخگو بر اساس مرتبه علمی اعضای هیأت علمی بالینی دانشگاه علوم پزشکی کرمان

مقایسه میانگین امتیازات داده شده به هر یک از ابعاد چهارگانه نشان داد که میانگین امتیاز فرصت‌ها در دو گروه اعضای هیأت علمی زن و مرد، میانگین امتیاز نقاط ضعف در زیرگروه‌های مرتبه علمی و گروه‌های آموزشی اختلاف آماری معنی‌داری داشتند ($P < 0/050$). در میانگین امتیازات ابعاد چهارگانه و نوآوری، به طور کلی و در سایر زیرگروه‌ها اختلاف آماری معنی‌داری مشاهده نشد (جدول ۱).



نمودار ۵. تحلیل وضعیت آموزش پزشکی پاسخگو بر اساس جنسیت اعضای هیأت علمی بالینی دانشگاه علوم پزشکی کرمان

جدول ۱. نتایج تحلیلی ابعاد چهارگانه به انضمام نوآوری بر اساس زیرگروه‌ها

نوآوری		تهدیدها		فرصت‌ها		نقاط ضعف		نقاط قوت		زیرگروه (تعداد)
P	میانگین ± انحراف معیار	P	میانگین ± انحراف معیار	P	میانگین ± انحراف معیار	P	میانگین ± انحراف معیار	P	میانگین ± انحراف معیار	
»/»»»	۱۰±۱	»/»»»	۱۱±۱/۰۲	»/»»»	۱۰±۲/۱۰	»/»»»	۱۲/۲۰±۱	»/»»»	۱۰±۲	مرد (۴۴ نفر)
	۱۰±۱		۱۰±۱/۰۱		۱۱±۲		۱۲/۰۱±۱		۱۰/۰۱±۱	زن (۲۸ نفر)
»/»»»	۱۰±۰	»/»»»	۱۲±۱	»/»»»	۱۰/۰۱±۱	»/»»»	۱۲±۲	»/»»»	۱۱/۲۰±۲	دکتری تخصصی (۱۲ نفر)
	۱۰±۱		۱۱±۱		۱۱±۲/۰۲		۱۲/۰۲±۱		۱۰±۱	متخصص (۶ نفر)
	۱۰±۱/۱۰		۱۱±۱		۱۱±۰		۱۲/۰۱±۱		۱۰±۱	فوق تخصص (۱۶ نفر)
»/»»»	۱۰±۰	»/»»»	۱۱/۰۲±۱/۲۰	»/»»»	۱۱±۲/۱۰	»/»»»	۱۲±۱	»/»»»	۱۰±۲/۱۰	استادیار (۳۸ نفر)
	۱۰/۰۲±۱		۱۱±۱		۱۰±۲		۱۲/۲۰±۱		۱۰±۱	دانشیار (۲۸ نفر)
	۱۰±۱/۰۱		۱۲±۲/۱۰		۱۲±۰		۱۰±۲		۱۱/۱۱±۱/۰۲	استاد (۶ نفر)
»/»»»	۱۰±۱	»/»»»	۱۱±۱	»/»»»	۱۰±۲	»/»»»	۱۲±۱	»/»»»	۱۰±۱	*گروه ماژور (۴۸ نفر)
	۱۰±۱/۰۲		۱۱±۱		۱۱±۲/۱۰		۱۱±۱		۱۰±۱	**گروه مینور (۲۴ نفر)
»/»»»	۱۰±۰/۰۱	»/»»»	۱۱±۱/۲۰	»/»»»	۱۰±۲	»/»»»	۱۲/۱۰±۱	»/»»»	۱۰±۱	سابقه زیر ۱۰ سال (۴۵ نفر)
	۱۰±۱/۲۰		۱۱±۱		۱۱±۰		۱۲±۱		۱۰±۲	سابقه ۱۰ تا ۲۰ سال (۱۸ نفر)
	۱۰±۱		۱۲±۱		۱۱±۰/۲۲		۱۰±۲/۲۰		۱۱/۲۰±۱	سابقه بالای ۲۰ سال (۹ نفر)

*گروه‌های ماژور: داخلی، جراحی عمومی، کودکان و زنان و زایمان

**گروه‌های مینور: مغز و اعصاب، چشم، گوش و حلق و بینی، پوست، روان‌پزشکی، ارتوپدی، پزشکی اجتماعی، رادیولوژی، جراحی مغز و اعصاب، قلب و عروق و اورولوژی

عالی مطرح گردیده است که می‌تواند راهگشای محققین در این زمینه باشد (۲۶).

همان‌گونه که در یافته‌ها مشاهده گردید، بین حیطه تهدید و نوآوری در اعضای هیأت علمی رابطه‌ای مشاهده نشد، شاید این موضوع به این جهت باشد که نوآوری با مسایلی از قبیل تهدید و نقطه ضعف سنخیتی نداشته باشد و در واقع دو جریان مخالف می‌باشند که یکی در جهت ارتقای کیفیت آموزش و دیگری در جهت تضعیف کیفیت آموزش می‌باشد؛ بنابراین انتظار می‌رود که رابطه بین نوآوری و حیطه تهدید و ضعف نیز بسیار ضعیف بوده و یا این‌که ارتباطی بین این دو مقوله وجود نداشته باشد.

یکی از مهم‌ترین نقاط قوت در خصوص آموزش پزشکی پاسخگو، نظارت مراکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی بر روند اجرای این آموزش در دانشگاه‌ها می‌باشد. البته این نظارت مدتی است که پررنگ شده و جایگاه مراکز مطالعات و توسعه به عنوان متولی این امر در دانشگاه‌ها تثبیت گردیده است.

از سوی دیگر توجه به این مطلب ضروری است که اجرای آموزش پزشکی پاسخگو در دانشگاه‌های علوم پزشکی نیازمند همکاری واحدهای مختلف از جمله معاونت بهداشتی، پشتیبانی، گروه‌های آموزشی و حوزه ریاست دانشگاه می‌باشد که به تازگی این مهم توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی طی دستورالعمل‌هایی به دانشگاه‌های علوم پزشکی ابلاغ شده و روند اجرایی خود را در دانشگاه‌ها سپری می‌کند.

در مطالعه حاضر بین نقاط قوت آموزش پزشکی پاسخگو و فعالیت‌های نوآورانه اعضای هیأت علمی رابطه‌ای مشاهده نشد. عدم مشاهده این رابطه مربوط به تفاوت دیدگاه اعضای هیأت علمی دانشگاه‌ها به مسأله نوآوری در آموزش باشد. به عبارت دیگر برای اجرا نمودن یک برنامه در دانشگاه لازم است که بستر لازم برای اجرای آن نیز فراهم باشد. از آن‌جا که نقاط قوت اشاره شده در خصوص آموزش پزشکی پاسخگو، انتظارات جامعه علمی دانشگاه را تأمین نمی‌کند و یا این‌که

از دیدگاه اعضای هیأت علمی بالینی در مورد عوامل مؤثر بر نوآوری بر اساس شناخت توانمندی‌های خود در خصوص آموزش پزشکی پاسخگو «داشتن تسلط کافی بر وظایف تخصصی» به عنوان اولویت اول نام برده شد. همچنین از دیدگاه اعضای هیأت علمی بالینی کرمان در مورد عوامل مؤثر بر نوآوری بر اساس شناخت خود از محیط آموزشی در خصوص آموزش پزشکی پاسخگو «ساختار و سلسله مراتب مناسب گروه آموزشی و بیمارستان» به عنوان اولویت اول قلمداد شد. ضرایب همبستگی بین نمره نوآوری، سن و سابقه فعالیت اعضای هیأت علمی بالینی کرمان رابطه بسیار ضعیفی نشان داد که از نظر آماری نیز معنی‌دار نبود.

بحث و نتیجه‌گیری

از یافته‌های مطالعه چنین برمی‌آید که موقعیت آموزش پزشکی پاسخگو (ضعف - تهدید)، وضعیت مناسبی برای این نوع از آموزش محسوب نمی‌گردد و لازم است جهت ارتقای کیفیت آموزش پزشکی پاسخگو ساز و کار مناسبی در پیش گرفته شود تا هم برنامه‌ریزی و هم اجرای برنامه دچار تحول عظیمی گردد.

در این مطالعه فقط بین فعالیت‌های نوآورانه اعضای هیأت علمی و فرصت‌های آموزش پاسخگو رابطه ضعیفی مشاهده شد. مشاهده این رابطه شاید به دلیل توجه اعضای هیأت علمی به مسأله نوآوری در آموزش به عنوان یک فرصت جهت ارتقای کیفیت آموزش باشد، به ویژه این موضوع در زمینه آموزش پزشکی پاسخگو نمود بیشتری داشت. البته توجه به این نکته ضروری است که وجود خلاقیت و نوآوری در هر حیطه از آموزش پزشکی در بین اعضای هیأت علمی یک ساز و کار انکارناپذیر است و می‌تواند بستر مناسبی را جهت ارتقای کیفیت آموزش علوم پزشکی فراهم نماید. در کشور ما مطالعات محدودی در خصوص نوآوری در آموزش عالی صورت گرفته است، اما با این وجود معیارهایی توسط Baldrige (به نقل از رضاییان) در زمینه نوآوری در آموزش

دانشجویان درمانی از موانع مؤثر بر اجرای آموزش پزشکی پاسخگو محسوب می‌شود.

ارتباط ضعیف و ناهماهنگ بین آموزش و درمان، ارتباط ناکافی مدیران آموزشی و مدیران بخش سلامت، ارتباط ناکافی گروه پزشکی اجتماعی با استادان بالینی و ارتباط اندک بین معاونت‌ها در دانشگاه‌ها به ویژه معاونت آموزشی و بهداشتی از عوامل مهم تأثیرگذار در زمینه ارتباط بین جامعه و دانشگاه می‌باشند.

تأکید بر انجام پژوهش در بیمارستان با اولویت موارد بالینی و عدم تأکید بر بررسی و مطالعه روی نیازها و اولویت جامعه در حوزه پژوهش علوم پزشکی از عوامل مهمی می‌باشند که می‌توانند آموزش پزشکی پاسخگو را تحت تأثیر قرار دهند.

با انجام تغییرات متعدد، دانشکده‌های پزشکی بستر مناسبی را فراهم خواهند آورد که در آن دانشجویان توانا و علاقمند، تبدیل به پزشکان جامعه‌نگر در مقابل اجتماع خواهند شد. همچنین، ضرورت طرح مسأله جامعه‌نگری در مقابل اجتماع باید از دانشکده‌های پزشکی به سایر دانشکده‌های علوم سلامت مانند داروسازی، دندان‌پزشکی، پرستاری و مامایی و... نیز تسری یافته تا سلامت آحاد جامعه در جنبه‌های مختلف آن تضمین گردد (۳۰-۳۶).

با در نظر گرفتن شرایط آموزشی در دانشگاه‌ها به ویژه دانشگاه‌های علوم پزشکی، تمهیدات خاصی در مورد آموزش پزشکی پاسخگو مورد نیاز می‌باشد از جمله این‌که همکاری و تشریک مساعی بین معاونت آموزشی، معاونت بهداشتی و معاونت درمان با نظارت حوزه ریاست دانشگاه باید صورت پذیرد. نکته مهم دیگر، استفاده از توان بالقوه اعضای هیأت علمی در خصوص فعالیت‌های نوآورانه در عرصه آموزش پزشکی به ویژه آموزش پزشکی پاسخگو می‌باشد که با اختصاص بودجه مناسب و حمایت‌های ستاد وزارت و دانشگاه می‌توان آموزش پزشکی پاسخگو را از قالب سنتی خارج و به سمت آموزش مبتنی بر شواهد هدایت نمود.

بخش اندکی از انتظارات را برآورده می‌کند و از سوی دیگر برای پیاده ساختن ایده‌های نوآورانه اعضای هیأت علمی نیاز به وجود برنامه عملیاتی منسجم می‌باشد؛ بنابراین با وجود نقاط قوت متعدد در زمینه آموزش پزشکی پاسخگو و همچنین فراهم نبودن تمامی امکانات لازم برای تحقق فعالیت‌های نوآورانه، نمی‌توان به ارتباطی بین این دو مقوله دست یافت.

سازمان بهداشت جهانی، آشنایی دانشجویان و شناخت عوامل مؤثر و تنظیم و بررسی مشکلات و ارزشیابی مستمر دانشجویان را به عنوان عوامل مؤثر در اجرای آموزش پزشکی جامعه‌نگر مطرح می‌سازد (۲۹-۲۷).

یافته‌های این مطالعه با نتایج مطالعات مشابه در کشور همخوانی دارد. از جمله این مطالعات، پژوهش زندگی قشقای در خصوص دیدگاه اعضای هیأت علمی دانشگاه یاسوج در خصوص عوامل مؤثر آموزشی در اجرای آموزش پزشکی جامعه‌نگر بود؛ به طوری که بیشترین تأثیرگذاری مربوط به آگاهی کافی اعضای هیأت علمی از اصول و برنامه‌های آموزش پزشکی جامعه‌نگر و تعداد اعضای هیأت علمی متخصص مربوطه می‌باشد (۲۷).

در مطالعه نیلی و همکاران برنامه‌ریزی مدون، بودجه مناسب، امکانات کافی، حمایت وزارت بهداشت و دانشگاه از برنامه آموزش پزشکی پاسخگو و همسو شدن نگرش و اولویت‌ها بین معاونت بهداشتی و آموزشی به عنوان عوامل مؤثر در اجرای آموزش پزشکی پاسخگو مطرح شده است (۲۹).

بر اساس مطالعه انتظاری و همکاران (۲۳)، نداشتن نظام نظارت و ارزشیابی مستمر برنامه و فعالیت‌های آموزش جامعه‌نگر در ستاد و فیلد و نداشتن برنامه بازخورد از فعالیت‌های آموزشی و یادگیری دانشجویان، نداشتن انگیزه لازم مدرسین و کارشناسان جهت حضور در فیلد، نگرش منفی اعضای هیأت علمی و دانشجویان نسبت به ارایه مراقبت‌های اولیه و حضور در مراکز بهداشتی و کاهش انگیزه‌های یادگیری

سپاسگزاری

نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند از اعضای محترم هیأت علمی بالینی که در این طرح شرکت نموده‌اند، قدردانی نمایند. این مقاله حاصل پایان‌نامه مصوب دانشکده آموزش علوم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی می‌باشد.

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به تعداد کم اعضای هیأت علمی شرکت کننده در مطالعه جهت تجزیه و تحلیل‌های بخشی، عدم تعمیم‌پذیری یافته‌ها به سایر دانشگاه‌ها، عدم همکاری اعضای هیأت علمی با محقق و یا پاسخ‌های غیر مرتبط و بدون انگیزه، عمیق بودن مفهوم خلاقیت و نوآوری و عدم بررسی تمام ابعاد نوآوری تنها با نظرسنجی از اعضای هیأت علمی اشاره نمود.

References:

- McAdam R, McClelland J. Sources of new product ideas and creativity practices in the UK textile industry. *Technovation* 2002; 22(2): 113-21.
- Azizi F. Medical Education in the Islamic Republic of Iran: Three Decades of Success. *Iran J Public Health* 2009; 38(Suppl 1): 19-26.
- Entezari A, Momtazmanesh N, Khojasteh A, Einollahi B. Toward Social Accountability of Medical Education in Iran. *Iran J Public Health* 2009; 38(Suppl 1): 27-8.
- Rajabi F, Majdzadeh R, Ziaee SA. Trends in medical education, an example from a developing country. *Arch Iran Med* 2011; 14(2): 132-8.
- Marandi SA. The Integration of Medical Education and Health Care Services in the I.R. of Iran and its Health Impacts. *Iran J Public Health* 2009; 38(Suppl 1): 4-12.
- Mullan F, Epstein L. Community-oriented primary care: new relevance in a changing world. *Am J Public Health* 2002; 92(11): 1748-55.
- Kristina TN, Majoor GD, van der Vleuten CP. Defining generic objectives for community-based education in undergraduate medical programmes. *Med Educ* 2004; 38(5): 510-21.
- Tamblyn R, Abrahamowicz M, Dauphinee D, Girard N, Bartlett G, Grand'Maison P, et al. Effect of a community oriented problem based learning curriculum on quality of primary care delivered by graduates: historical cohort comparison study. *BMJ* 2005; 331(7523): 1002.
- Moattari M, Fallahzadeh M. Senior Medical Students' Self Evaluation of their Capability in General Competencies in Shiraz University of Medical Sciences. *Iran J Med Educ* 2008; 7(2): 371-7.
- Longlett SK, Kruse JE, Wesley RM. Community-oriented primary care: critical assessment and implications for resident education. *J Am Board Fam Pract* 2001; 14(2): 141-7.
- Strelnick AH. Community-oriented primary care. The state of an art. *Arch Fam Med* 1999; 8(6): 550-2.
- Bayer WH, Fiscella K. Patients and community together. A family medicine community-oriented primary care project in an urban private practice. *Arch Fam Med* 1999; 8(6): 546-9.
- Davison H, Capewell S, Macnaughton J, Murray S, Hanlon P, McEwen J. Community-oriented medical education in Glasgow: developing a community diagnosis exercise. *Med Educ* 1999; 33(1): 55-62.
- Woollard RF. Caring for a common future: medical schools' social accountability. *Med Educ* 2006; 40(4): 301-13.
- Habbick BF, Leeder SR. Orienting medical education to community need: a review. *Med Educ* 1996; 30(3): 163-71.
- Palsdottir B, Neusy AJ, Reed G. Building the evidence base: networking innovative socially accountable medical education programs. *Educ Health (Abingdon)* 2008; 21(2): 177.
- Borroto Cruz ER, Salas Perea RS. National Training Program for Comprehensive Community Physicians, Venezuela. *Social Medicine* 2008; 3(4): 221-2.
- Worley P, Silagy C, Prideaux D, Newble D, Jones A. The parallel rural community curriculum: an integrated clinical curriculum based in rural general practice. *Med Educ* 2000; 34(7): 558-65.
- Worley P, Prideaux D, Strasser R, Magarey A, March R. Empirical evidence for symbiotic medical education: a comparative analysis of community and tertiary-based programmes. *Med Educ* 2006; 40(2): 109-16.
- Talbot J, Ward A. Alternative Curricular Options in Rural Networks (ACORNS): impact of early rural clinical exposure in the University of West Australia medical course. *Aust J Rural Health* 2000; 8(1): 17-21.
- Murray E, Jolly B, Modell M. Can students learn clinical method in general practice? A randomised crossover trial based on objective structured clinical examinations. *BMJ* 1997; 315(7113): 920-3.
- Oswald N, Jones S, Date J, Hinds D. Long-term community-based attachments: the Cambridge course. *Med Educ* 1995; 29(1): 72-6.
- Entezari A, Jalili Z, Mohagheghi MA, Momtazmanesh N. Challenges of Community Oriented Medical Education in Iran. *Teb va Tazkiyeh* 2010; 19(2): 52-64. [In Persian].

24. Furst-Bowe JA, Bauer RA. Application of the Baldrige model for innovation in higher education. *New Directions for Higher Education* Special Issue: Managing for Innovation 2007; (137): 5-14.
25. Assadi SN. Knowledge, Attitude and Performance of Clinical Faculty Members on Community Oriented Medical Education: A Survey in Mashhad School of Medicine. *Iran J Med Educ* 2011; 11(5): 444-54. [In Persian].
26. Rezaeian M. A Review on the Different Dimensions of Socially Accountable Medical Schools. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2011; 11(2): 159-72. [In Persian].
27. Zandi Ghashgaei K. The study of the knowledge and attitude of the students of YUMS about AIDS in 2001. *Iran J Med Educ* 2002; 2(3): 56. [In Persian].
28. Rezaei M, Almasi A. Knowledge and attitudes of medical students toward community oriented medical education. *behbood J* 2000; 4(6): 71-8. [In Persian].
29. Nili MR, Nasr AR, Sharif M, Merhrmohammadi M. Social Prerequisites and Outcomes of Accountable Curriculum in Higher Education Case Study: Public Universities of Isfahan. *Journal of Applied Sociology the University of Isfahan* 2010; 21(2): 57-76. [In Persian].
30. Halaas GW. The Rural Physician Associate Program: successful outcomes in primary care and rural practice. *Rural Remote Health* 2005; 5(2): 453.
31. Hansen LA, Talley RC. South Dakota's third-year program of integrated clerkships in ambulatory-care settings. *Acad Med* 1992; 67(12): 817-9.
32. Verby JE, Newell JP, Andresen SA, Swentko WM. Changing the medical school curriculum to improve patient access to primary care. *JAMA* 1991; 266(1): 110-3.
33. Whitcomb ME. Redesigning clinical education: a major challenge for academic health centers. *Acad Med* 2005; 80(7): 615-6.
34. Ludmerer KM. *Time to Heal: American Medical Education from the Turn of the Century to the Era of Managed Care*. Oxford, UK: Oxford University Press; 1999.
35. Norris TE, Schaad DC, DeWitt D, Ogur B, Hunt DD. Longitudinal integrated clerkships for medical students: an innovation adopted by medical schools in Australia, Canada, South Africa, and the United States. *Acad Med* 2009; 84(7): 902-7.
36. Martin AA, Laurence CO, Black LE, Mugford BV. General practice placements for pre-registration junior doctors: adding value to intern education and training. *Med J Aust* 2007; 186(7): 346-9.