مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، دوره ۳۴، شماره ۱، بهار ۱۳۹۵: ۹-۲۲

● مقاله تحقیقی کد مقاله: ۰۱

ارتقای آموزش پزشکی تخصصی و فوق‌تخصصی ایران؛ چالش‌ها و راهکارها

دکتر ضیایی سیدامیرمحسن ۱
دکتر طباطبایی شیما ۲*
دکتر سیم‌فروش ناصر ۱

۱- استاد گروه اورولوژی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۲- دکترای تخصصی آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

* **نشانی نویسنده مسؤول:** تهران- خیابان پاسداران- بیمارستان لبافی‌نژاد- مرکز تحقیقات اورولوژی

تلفن: ۰۲۱-۲۲۴۰۵۶۱۱

نشانی الکترونیکی:
shtabatabai@yahoo.com
shima.tabatabai@sbmu.ac.ir

چکیده

زمینه: ارتقای آموزش پزشکی تخصصی و فوق‌تخصصی، به دلیل نقش کلیدی دستیاران و دانش‌آموختگان این رشته‌ها، همواره یکی از دغدغه‌های اصلی سیاست گزاران آموزش پزشکی است. این پژوهش با هدف بهره‌مندی از دانش ضمنی خبرگان در تعیین چالش‌ها و ارائه راهکارهای ارتقای آموزش عالی پزشکی صورت پذیرفت.

روش کار: در این پژوهش کاربردی- کیفی به صورت هدفمند ۷ نفر از تصمیم‌گیران اصلی آموزش پزشکی جهت شرکت در نشست خبرگان انتخاب شدند. بدین منظور یک جلسه پانل به مدت ۱۲۰ دقیقه در اردیبهشت سال ۱۳۹۴ تشکیل و داده‌ها به روش چارچوبی- محتوایی تحلیل شد.

یافته‌ها: چالش‌ها و راهکارهای ارتقای آموزش عالی پزشکی کشور در چارچوب ۳ وظیفه تولیتی نظام آموزش عالی پزشکی و ۱۰ موضوع اصلی به همراه مفاهیم فرعی شامل ۳۴ چالش فرعی و ۴۳ راهکار پیشنهادی خبرگان تعریف گردید. ۱۰ دورن مایه اصلی شامل رسالت برنامه، کریکولوم‌ها، مدیریت سیستماتیک برنامه‌ها، دستیاران، اساتید، ارزشیابی برنامه‌ها، منابع و زیرساخت‌ها، گسترش برنامه‌ها، توسعه حضور در عرصه‌های بین‌الملل، مشارکت بین بخشی؛ شناسایی شد، که در قالب؛ سیاستگذاری کلان، حاکمیت درون‌بخشی، رهبری بین بخشی، طبقه‌بندی گردید.

نتیجه‌گیری: در مطالعه، راهکارهای مناسب ارتقای کیفیت آموزش عالی پزشکی در پاسخ به تقاضای جامعه و نظام سلامت، پیشنهاد شد. در این راستا اصلاح در کریکولوم‌ها، نظام ملی پذیرش دستیاران؛ نظام ارزشیابی و اعتباربخشی برنامه‌ها؛ توجه به تقویت زیرساخت‌ها؛ تمرکز زدایی در توسعه آموزش؛ پذیرش دانشجویان خارجی؛ تعامل مستمر با بخش‌های تحقیقاتی بالینی، از جمله زمینه‌های اولویت‌دار و راهکارهای بالقوه‌ای است که شایسته است توسط برنامه‌ریزان آموزشی در نظر گرفته شود.

واژگان کلیدی: آموزش عالی پزشکی، برنامه‌های آموزشی تخصصی، برنامه‌های فوق‌تخصصی؛ ارتقاء کیفیت آموزش، توسعه آموزش، چالش‌ها، راهکارها

تاریخ دریافت مقاله: ۹۵/۱/۲۵ تاریخ اصلاح نهایی: ۹۵/۳/۳۰ تاریخ پذیرش مقاله: ۹۵/۳/۱۶

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-13]

مقدمه

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان متولی سلامت مردم؛ مدافع حق سالم زیستن افراد جامعه است. هر چند مفهوم تولیت در نظام‌های مراقبت سلامت، کاربردهای وسیعی برای سیستم‌های سلامت کشورهای مختلف به همراه داشته است؛ ملموس‌ترین تأثیر در دستور کار قراردادن سلامت در تمام سطوح سیاست‌گذاری بوده است [۱و۲]. اگر چه ادغام نظام آموزش پزشکی با نظام ارائه خدمات سلامت در کشور، با هدف پاسخگو نمودن آموزش به نیازهای نظام سلامت و ارتقای سلامتی مردم بوده است [۳و۴]، ولی در این زمینه چالش‌های اجرایی فراوانی نیز وجود دارد. بدیهی است پاسخگوئی و تعهد اجتماعی در آموزش عالی پزشکی باید در تمام جنبه‌های مختلف برنامه‌های آموزش پزشکی تخصصی و فوق‌تخصصی و فلوشیپ لحاظ شود [۳]. در این راستا، متولیان اصلی آموزش عالی پزشکی در کنار دانشکده‌های پزشکی و مراکز آموزش پزشکی تخصصی و فوق‌تخصصی و فلوشیپ؛ موظف به تضمین پاسخگویی اجتماعی و تعهد در قبال هدایت آموزش پزشکی، و ارائه خدمات بهداشتی درمانی را براساس اولویت نیازهای سلامت جامعه هستند [۵].

اگر چه دستاوردهای کمی آموزش پزشکی تخصصی و فوق‌تخصصی در جمهوری اسلامی ایران بسیار چشمگیر بوده است [۶]، نتایج مطالعه‌ای در مورد روندهای آموزش پزشکی در کشور نشان داد، با وجود پیشرفت‌ها، کیفیت برنامه‌های آموزش پزشکی تخصصی همگام با نیازهای در حال تغییر جامعه، تغییر سیمای بیماری‌ها و تغییر انتظارات مردم از جامعه پزشکی و سیستم‌های مراقبت بهداشتی و درمانی، متحول نشده است [۷]. در مرور متون پژوهشگران، مطالعه‌ای که به طور مستقیم به بررسی چالش‌های عملکردی نظام آموزش پزشکی تخصصی و فوق‌تخصصی در طول دهه‌های گذشته در کشور پرداخته باشد، یافت نشد؛ ولی مطالعاتی در زمینه‌های مشابه و در برنامه‌های آموزش پزشکی عمومی وجود داشت، که به بررسی مرتبط‌ترین مطالعات با موضوع پژوهش پرداخته شد.

لاریجانی و همکاران در مطالعه‌ای در سال ۱۳۸۸، به عدم شفافیت کامل برنامه‌ها و راهبردهای وزارت بهداشت در دستیابی به چشم‌انداز ۲۰ ساله در زمینه آموزش عالی پزشکی، به عنوان یکی از چالش‌های آموزش پزشکی اشاره کرده‌اند [۸]. این مطالعه نشان داد که ناکارامدی برنامه‌های راهبردی وزارت بهداشت در زمینه ارتقای آموزش پزشکی از چالش‌هایی است که مستقیماً بر نظام سلامت تأثیرگذار است و سبب کاهش پاسخگویی اجتماعی نظام آموزش پزشکی کشور است.

در مطالعه شمس و همکاران در سال ۱۳۸۹ در مورد چالش‌های برنامه‌ی آموزشی در درمانگاه‌های کودکان بر اساس تجارب مدرسین و کارورزان که به صورت کیفی صورت پذیرفت؛ هدف از این مطالعه شناسایی چالش‌های فراروی مدرس و دانشجویان پزشکی عمومی در محیطهای آموزشی برای افزایش بهره‌وری محیطهای آموزشی بود. چالش‌ها در ۶ گروه ارائه شدند از جمله برنامه‌ریزی، هیئت علمی، کاروزان، فعالیت‌های آموزشی ق منابع یادگیری و ارزشیابی دانشجویان [۹]. نتایج این مطالعه چالش‌های متعددی را از نظر فراگیران و هم از نظر مدرسین دوره‌های بالینی در زمینه آموزش درمانگاهی کاروزان در گروه کودکان مشخص نمود. توجه به این اشکالات و بررسی جامع‌تر در سایر حیطه‌ها و گروه‌های آموزشی می‌تواند کمک شایانی به ارائه راهکار برای رفع این مشکلات و ارتقای کیفیت آموزش نماید.

در مطالعه عباس‌زاده در سال ۱۳۹۲ در مورد ادراک مربیان بالینی از موانع آموزش بالینی چالش‌ها و راهکارها به صورت مطالعه کیفی صورت پذیرفت [۱۰]. اهمیت این موضوع به این دلیل است که تجربه آموزش بالینی امکان به کارگیری مبانی نظری، پذیرش نقش حرفه‌ای و کسب توانمندی‌های لازم را فراهم می‌سازد. آنها توصیه نمودند که برنامه‌ریزی مناسب جهت آموزش مؤثر در روند کسب مهارت‌های بالینی مؤثر است. در این راستا جذب و به کارگیری استادان بالینی مجرب، تلاش در جهت بهسازی محیط آموزشی، تو می‌تواند تأثیر بسزایی داشته باشد. همچنین در مطالعه‌ای در سال ۱۳۹۰ به چالش‌های آموزش اخلاق پزشکی پرداخته شد و نشان داده شد که ضعف‌هایی در زمینه آموزش اخلاق پزشکی در دوره‌های آموزش پزشکی وجود دارد [۱۱]. در این تحقیق به اهمیت ارائه راهکار برای نهادینه‌سازی اخلاق پزشکی در آموزش عالی پزشکی پرداخته شد.

در مطالعه‌ای در سال ۱۳۹۱ در مورد چالش‌های آموزش پزشکی عمومی در ایران که به صورت کیفی صورت پذیرفت، مشکلات موجود در آموزش پزشکی عمومی کشور در قالب شش موضوع زیر شناسایی گردید: مسایل مربوط به استراتژی‌های آموزش پزشکی عمومی، مسایل ساختاری، عدم جامعیت دروس و سرفصل‌ها، عرصه‌های آموزشی، مشکلات آموزشی و منابع [۱۲]. در این پژوهش به ناکارآمدی آموزش پزشکی عمومی در کشور به دلیل چالش‌های جدی ناشی از عدم تطابق آموزش با نیازهای واقعی جامعه پرداخته شد.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-13]

در مطالعه ابراهیمی‌پور و همکاران در سال ۱۳۹۳ به موضوع چالش‌های نظام ارزیابی استقرار حاکمیت بالینی در ایران در قالب پژوهش کیفی پرداخته شد [۱۳]. یافته‌های این محققان نشان داد که نظام ارزیابی استقرار حاکمیت بالینی با پنج چالش: مدیریت منابع انسانی، ارتقای کیفیت آموزش بالینی، مدیریت توسعه، سازماندهی حاکمیت بالینی و خدمات سلامت محور روبروست. این مطالعه با شناسایی این ۵ چالش عمده در حاکمیت بالینی در بیمارستان‌های ایران؛ لزوم تعیین شاخص‌های عملکردی بر اساس اصول حاکمیت بالینی سیستم را از عمده چالش‌های وزارت بهداشت و درمان ایران مطرح کرد و بر لزوم ارتقای کیفیت آموزش بالینی در سطوح عمومی و تخصصی در بیمارستان‌های آموزشی تأکید نمود.

در مطالعه بیگلر و همکاران در سال ۱۳۹۲ که با رویکرد کیفی به بررسی چالش‌های تولیت در نظام آموزش پزشکی کشور بر اساس تقسیم‌بندی سازمان بهداشت جهانی از تولیت در نظام سلامت پرداخته شد و چالش‌ها در سه محور: جمع‌آوری و استفاده از خرد، شکل‌دهی به سیاست‌های سلامت، و رویکردهایی برای کنترل و تنظیمی طبقه‌بندی شد [۱۴]. نظام آموزش پزشکی کشور از چالش‌های متعددی در هر یک از سه محور مطروحه رنج می‌برد که تبعاً نیازمند انجام مطالعات اختصاصی در هر حیطه با استفاده از ابزارهای کمی و کیفی جهت دست یافتن به راهکارهای کاربردی برای حل این چالش‌ها می‌باشد.

با توجه به مطالب مطرح شده، و این که مطالعات اندکی در خصوص بررسی چالش‌های عملکردی آموزش پزشکی تخصصی و فوق‌تخصصی در کشور انجام شده است و همچنین اهمیت ارائه راهکار برای رفع چالش‌های موجود توسط تصمیم‌گیران اصلی نظام آموزش عالی کشور، این پژوهش کیفی با هدف ارائه راهکارهای مفید و عملی برای ارتقای آموزش پزشکی تخصصی و فوق‌تخصصی با بهره‌مندی از اطلاعات غنی و دانش ضمنی خبرگان آموزش عالی پزشکی کشور، به انجام رسید.

روش کار

پژوهش حاضر، مطالعه‌ای کاربردی- کیفی است که به صورت مقطعی انجام گرفت. در اردیبهشت سال ۱۳۹۴ پانل خبرگانی به صورت هدفمند حول محور چالش‌های آموزش پزشکی تخصصی و فوق‌تخصصی و ارائه راهکارهای عملی برای ارتقای آن، در بالاترین سطوح تصمیم‌گیری در سطح کشور برگزار شد.

به منظور دستیابی به نقطه نظرات خبرگان از روش نمونه‌گیری هدفمند (Purposive sampling) که در پژوهش‌های کیفی کاربرد بیشتری دارد؛ برای انتخاب مطلعین کلیدی (Key informants) استفاده شد. بدین منظور، ۷ نفر از خبرگان و تصمیم‌گیران اصلی آموزش عالی پزشکی کشور جهت شرکت در نشست خبرگان دعوت شدند. این پژوهش کیفی به روش تحلیل چارچوبی (Framework analysis) و تحلیل درون مایه (Thematic analysis) انجام شده است. تحلیل چارچوبی، روشی است مناسب در زمینه تحقیقات کاربردی با هدف کسب اطلاعات خاص و ارائه پیامدها یا توصیه‌ها [۱۵]، از سوی دیگر تحلیل درون مایه، روشی است برای شناسایی، تحلیل و بیان محتوای داده‌های متنی [۱۶] مورد استفاده قرار می‌گیرند. در این پژوهش فرایند تحلیل داده‌های کیفی در ۱۱ گام تحلیل دورن مایه و ۵ مرحله تحلیل چارچوبی شامل آشناسازی، شناخت چارچوب مفهومی، کدگذاری، ترسیم جداول نهایی و نگاشت و تفسیر مفاهیم، صورت پذیرفت [۱۷و۱۸].

در گام اول و در اولین فرصت پس از اجرای پانل خبرگان، فایل‌های صوتی به دقت گوش داده شد و سخنان و بحث‌های خبرگان به صورت کلمه به کلمه پیاده گردید. متون پیاده‌سازی در دیتابیس EX-CEL به عنوان بانک اطلاعاتی این پانل خبرگان وارد شد. در گام دوم جهت درک کلی، و به دست آوردن تصویری از تک‌تک جملات، متن نوشتاری هر یک از شرکت‌کنندگان در پانل هم زمان با شنیدن فایل صوتی آن، مجدداً مرور گردید. در گام سوم و مرحله آشناسازی با دامنه تنوع مطالب، پژوهشگران دامنه و تنوع مطالب مطرح شده در پانل خبرگان را شناسایی نمودند، سپس بخش‌هایی از جملات یا پارگراف‌هایی که دارای مفهومی خاص در رابطه با اهداف پژوهش بودند، با کمک رنگ‌آمیزی جملات، در درون متن برجسته شدند.

در مرحله ۲ از تحلیل چارچوبی شناخت چارچوب موضوعی و گام چهارم از تحلیل دورن مایه، واحدهای معنایی و چارچوب موضوعی شناسایی شد، بدین نحو که ابتدا هر یک از جملات یا پارگراف‌های برجسته شده هر یک از شرکت‌کنندگان در پانل، در یک بند جداگانه قرار داده شدند. در جلوی هر بند، کد مربوط به مشارکت‌کننده نیز به عنوان راهنمای جمله نوشته شد. بدین ترتیب کلیه واحدهای متن دو محور چالش‌ها و راهکارها گنجانده شد.

در مرحله ۳ هر کدام از بخش‌های دارای اطلاعات مرتبط با هدف پژوهش کدهایی اختصاص داده شد. این کدها با بحث و تبادل نظر بین پژوهشگران در هر گام از کدگذاری، مورد بررسی مجدد

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-13]

قرار گرفت. بدین صورت کــه در گام پنجم، پس از خواندن مکرر هر یک از جملات یا پاراگراف‌ها، کدهای اولیه از واحدهای معنای استخراج شدند. در گام ششم، پس از بررسی مکرر واحدهای معنایی و کدهای اولیه، کدهای انتزاعی abstract استخراج شدند. در گام هفتم زیر طبقات تنظیم و کلیه کدهای انتزاعی و جملات شــاهد آن‌ها در کنار هم قرار داده شــدند. پــس از مطالعه مجدد کدهای انتزاعی در هر حیطه، آن‌ها به دســته‌های کوچک‌تری که مفاهیم مرتبطی با هم داشتند، طبقه‌بندی شدند.

در این مرحله در مجموع از کلیه صحبت‌های خبرگان در دو محور اصلی چالش‌ها و راهکارها قرار داده شــد. در گام هشتم، با مطالعه زیــر طبقات مربوط به هر حیطه، و تبادل نظر محققان کدهایی که به یک مفهوم مشــترک منتهی می‌شــدند، در یک طبقه قرار داده شدند. در گام نهم با توجه به طبقات تنظیم شده چارجوب موضوعی و مفهومی مورد بازبینی قرار گرفت.

در مرحله چهارم از تحلیل چارچوبی و گام دهم، بر اســاس چارچوب بازبینی شــده و استخراج درون مایه‌های اصلی جداول نهایی تنظیم شدند. در مرحله پنجم و گام یازدهم، نگاشت و تفسیر مفاهیم و درون مایه‌ها صورت پذیرفــت. درون مایه و مفاهیم منتج از این پژوهش و ســایر تحقیق‌های انجام شــده با هم مقایســه و الگوها و روابط مورد نظر از یافته‌ها اســتنتاج و از نظر چهار معیار صحت [۲۳-۱۹] بررسی شد. برای مقبولیت (credibility) از روش‌های مختلفی مانند تخصیص زمــان کافی برای جمع‌آوری داده‌ها، درگیری مداوم ذهنــی (Prolong Engagement) با داده‌های پژوهش برای افزایش عمق تفاســیر وجود داشت. برای اطمینان از قابلیت ممیزی (auditability) و بــرای اطمینــان از دقت، و پایایی تفاســیر (consistency) کدهــا با تبادل نظر مکرر بین پژوهشــگران و بحث و تبادل نظر مورد بررســی مجدد قرار گرفت و تغییر داده شد. این فرایند چند بار تکرار شد و جداول نهایی از درون مایه‌ها و طبقات اصلی ترســیم شد، تا نظر پژوهشــگران در مورد هر کدام از اجزای چارچوب موضوعی تأمین گردد. سپس تمام متون پیاده‌سازی شده از پانل خبرگان براساس چارچوب پیشنهادی مورد بازبینی قرار گرفت، و بر اساس چارچوب مفهومی مناسب و مورد توافق چیدمان شد. با جلب توافق بالا میان درون مایه‌های به دســت آمده، تأییدپذیری یافته‌ها (confirmability) محقق شد [۲۳-۲۱]. در این پژوهش و برای این مراحل از نرم افزار تحلیل محتوای کیفی خاصی اســتفاده نشد و کلیه مراحل تحلیل به صورت دستی انجام گرفت.

یافته‌ها

در تحلیل محتوایی چارچوبی این مطالعه، ۱۰ موضوع (درون مایه) اصلی در زمینه ارتقای آموزش عالی پزشکی کشور شناسایی شدند که این مفاهیم اصلی در قالب ســه وظیفــه تولیتی نظام آموزش عالی پزشکی در دو محور چالش‌ها و راهکارهای پیشنهادی بالقوه طبقه‌بندی و ارائه گردید.

جدول ۱- چالش‌ها و راهکارهای ارتقای آموزش عالی پزشکی ایران

کارکردهای تولیت نظام آموزش عالی پزشکی	چارجوب پیشنهادی	چالش ها	راه کارها ی پیشنهادی
	موضوع اصلی (درون مایه)	درون مایه های فرعی	درون مایه های فرعی
وظیفه اول: تعیین سیاست‌ها و جهت‌گیری‌های کلان	۱- رسالت و هدف نهایی برنامه آموزشی تخصصی و فوق‌تخصصی؛	۱- عدم همراستایی جهت گیری های کلان قبلی آموزش عالی پزشکی با نظام سلامت	۱- توجه به اسناد بالادستی در تدوین چشم انداز و رسالت و ارزشهای برنامه های آموزش تخصصی و فوق تخصصی ۲- اتخاذ جهت گیری های کلان در جهت ارتقای کیفیت آموزش و توسعه عدالت محور
وظیفه دوم: حاکمیت درون بخشی سیاستگذاری و برنامه‌ریزی راهبردی مدیریت سیستماتیک برنامه و کارکردهای سیاست‌گذاری- اجرایی- کنترل و پایش و توسعه	۲- مدیریت سیستماتیک برنامه‌های تخصصی و فوق‌تخصصی	۲- و عدم ثبات در سیاست گذاری ۳- مدیریت انفعالی و نبود رویکرد پیش کنش گرانه در طراحی سیاستها ۴- ضعف پاسخگویی نظام مدیریتی آموزش عالی پزشکی به نیازهای نظام سلامت ۵- عدم هماهنگی دانشگاه های علوم پزشکی	۳- ضرورت اتخاذ رویکرد فعال و پیش کنش گرانه در سیاست گذاری های آموزش عالی پزشکی ۴- بهبود هماهنگی بین کارکردهای اجرایی نظارتی و توسعه ای

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-13]

کارکرد اجرایی : تدوین کریکولوم دستیاری تخصصی فوق تخصصی	۳- کریکولوم تخصصی و فوق تخصصی اجزای کریکولوم شامل محتوا بر اساس اهداف – جایگاه آموزشی – روش تدریس – ارزیابی تحصیلی دستیار و دانشجو	۶- عدم جامعیت کریکولوم دوره های آموزش عالی پزشکی ۷- ناکافی بودن مهارتهای اساسی دانش اموختگان نظیر تصمیم گیری بالینی ، ترویج سلامت و دانش پژوهی ۸- وضعیت نابسامان بیمارستان های آموزشی ۹- غفلت از آموزش سرپایی ۱۰- ضعف نظام ارزیابی مهارتهای دستیاران	۵- اصلاح محتوا برای اطمینان از جامعیت محتوا از نظر پاسخگویی به نیازهای جامعه ،نظام سلامت و توانمندی های انتظار) ۶- اصلاح محتوا و متدهای آموزشی از نظر آموزش فراتوانمندی های مورد نیاز ۷- اصلاح جایگاه های آموزشی دستیاران(سامان دهی بیمارستان های آموزشی) ۸- به روز رسانی روش های تدریس ۹- به روز رسانی نظام ارزیابی دستیاران با راه اندازی کارپوشه های الکترونیک (LOG BOOK) متصل به شبکه اطلاعات بیمارستانی
کارکرد سیاستگذاری و کارکرد اجرایی : برگزاری آزمون پذیرش دستیاران برگزاری آزمون بورد تخصصی و فوق تخصصی	۴- دستیار ان ؛	۱۱- افزایش تعداد علاقمندان به ورود به دوره های دستیاری ۱۲- ضعف دانشجو پروری و ۱۳- ناکافی بودن حمایت مالی از دستیاران ۱۴- تمرکز گرایی در پذیرش دستیاران ۱۵- عدم توجه به نقش گروه های علمی دانشگاه در فرایند انتخاب دستیاران ۱۶- ضعف و نارسایی ارزیابی و دستیاران ۱۷- تکیه بر سنجش تنها بک بعد دانش نظری در آزمون های ورودی دستیاری)	۱۰- لزوم حمایت از نخبگان و استعداد های درخشان ۱۱- لزوم حمایت مالی از دستیاران ۱۲- تقویت نقش گروه های آموزشی در پذیرش دستیاران ۱۳- ضرورت اصلاح بنیادین و تحول در نظام پذیرش در رشته های تخصصی و فوق تخصصی ۱۴- تغییر معیارهای پذیرش به سمت روشهایی با روایی پیشگویی کننده بالا با در نظر داشتن ابعاد شخصیتی دستیاران با روشهای معتبر و جامع ۱۵- استقرار آزمون ارزیابی صلاحیت حرفه ای دانش آموختگان تخصصی و فوق تخصصی
	۵- اساتید ؛	۱۸- مشکل ارتقای اعضائ هیئت علمی ۱۹- مشکل ارزشیابی هیئت علمی	۱۶- اعتلای جایگاه اعضای هیئت علمی ؛ تامین هیئت علمی برای هم دانشگاه های علوم پزشکی به تناسب نیاز های واقعی ۱۷- ارتقای اعضاد هیئت علمی با برگزاری دوره های تکمیلی MPHیphd ۱۸- واستفاده از زیرساختهای آموزش مجازی ۱۹- تقویت نقش الگویی اساتید بالینی ۲۰- تشویق اعضاد هیئت علمی در زمینه دانش پژوهی
کارکرد : تامین امکانات و منابع مالی	۶- منابع و امکانات و زیر ساختهای برنامه آموزشی	۲۰- کمبود امکانات اموزشی بالینی ۲۱- کمبود زیر ساخت فناروی ۲۲- کمبود اعتبار و بودجه	۲۱- بهره مندی از زیرساخت های های ITدر آموزش دستیاری و ارتقای اسایت ۲۲- تامین منابع مالی غیر دولتی توسط دانشگاه ها (با کسب شهریه از دانشجویان خارجی و گرانت های تحقیقاتی) ۲۳- همکاری با بخش خصوصی برای خلق ثروت در عرصه آموز ش پزشکی به خصوص تخصصی و فو ق تخصصی

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-13]

کارکرد کنترل و پایش : اعتبار بخشی برنامه آموزشی	۷- ارزشیابی برنامه	۲۳- تفاوت با شاخصهای برنامه ۲۴- عدم جامعیت ارزشیابی دوره های آموزش پزشکی تخصصی و فوق تخصصی ۲۵- ضعف در نظام ارزشیابی و اعتبار بخشی ملی آموزشی	۲۴- ارتقای مستمر کیفیت آموزش های تخصصی و فوق تخصصی ۲۵- تحول نظام ارزشیابی برنامه های تخصصی و فوق تخصصی و فلو شیپ ۲۶- شبکه سازی در نظام آموزش پزشکی تخصصی و فوق تخصصی برای کنترل کیفیت
کارکرد سیاستگذاری تو سعه : پانل خبرگان به دو استراتژی متمرکز یعنی توسعه محصول و توسعه بازار اشاره نمودند.	۸- توسعه و گسترش برنامه های آموزشی تخصصی و فوق تخصصی و تربیت دستیاران	۲۶- عدم وجود نظام برنامه ریزی نیروی متخصص و فو ق تخصصیWorkforce planning ۲۷- نبود رویکرد پیش کنش گرانه در طراحی سیاستهای توسعه آموزش پزشکی تخصصی و فوق تخصصی ۲۸- تمرکز زدایی درتوسعه آموزش پزشکی ۲۹- پر هزینه بودن توسعه کمی آموزش پزشکی تخصصی و فوق تخصصی	۲۷- ضرورت اتخاذ رویکرد فعال و آینده نگر در سیاست گذاری توسعه آموزش پزشکی تخصصی و فوق تخصصی ۲۸- توسعه عدالت محور وگسترش عدالت آموزش پزشکی تخصصی و فوق تخصصی ۲۹- توسعه الگوهای آموزش از راه دور و مجازی پزشکی ۳۰- بومی گزینی به منظور توزیع عادلانه منابع انسانی متخصص و فوق تخصص ۳۱- اتخاذ روبکرد هزینه اثر بخش در توسعه دانشگاه‌ها ۳۲- لزوم اتخاذ رویکردهای هزینه اثر بخش در توسعه کمی آموزش پزشکی تخصصی و فوق تخصصی
		۳۰- عدم توجه به رشته های بین رشته ها – میان رشته ای	۳۳- لزوم توجه به حیطه های میان رشته ای تخصصی ۳۴- تسهیل راه اندازی دانشکده های بین رشته ای در دانشگاه های واجد شرایط
	۹- توسعه حضور در عرصه های بین الملل	۳۱- سهم ناچیز ایران در جذب متقاضیان آسیایی در دوره های دستیاری ۳۲- عدم حضور دانشگاه های علوم پزشکی کشور در بین دانشگاههای برتر منطقه	۳۵- توسعه بین المللی شدن دانشگا ه ها و عرصه بین المللی ۳۶- تاسیس شعب بین الملل ۳۷- پذیرش و آموزش دستیاران خارجی ۳۸- افزایش سهم کشور از آموزش پزشکی تخصصی و فوق تخصصی آسیا ۳۹- لزوم ورود به رتبه بندی های جهانی اموزش عالی پزشکی
وظیفه سوم : رهبری بین بخشی	۱۰- مشارکت بین بخشی	۳۳- ضعف در بکارگیری ابزارهای قانونی تاثیرگذاری بر بخش های دیگر در جهت دستیابی به آرمان های نظام سلامت ۳۴- تعامل ناکافی سیستم آموز ش عالی پزشکی با معاونت تحقیقات و فناوری و مراکز تحقیقاتی	۴۰- تعامل مستمر بین حوزه های ارائه خدمات سلامت و نظام آموزش پزشکی تخصصی ۴۱- ساماندهی بیمارستان ها آموزشی ۴۲- تسهیل تعامل دانشگاه ها با مراکز تحقیقاتی با اولویت تحقیقات بالینی تخصصی ۴۳- تعامل سازنده با مرکز علمی منطقه‌ای و بین‌المللی در زمینه تبادل شواهد علمی و الگوهای بومی آموزش عالی پزشکی

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-13]

۱- رسالت و هدف نهایی برنامه آموزش پزشکی تخصصی و فوق‌تخصصی؛

اکثر خبرگان به‌بحث تدوین اسناد بالادستی به‌منظور تعیین جهت‌گیرهای کلان نظام آموزش عالی پزشکی ایران در چند سال گذشته اشاره نمودند. برای مثال یکی از مشارکت‌کنندگان گفت: «... ما اسناد زیادی داریم که توصیه‌های مفیدی دارند. این اسناد بالادستی هدایت‌کننده اهداف و مأموریت‌های آموزش عالی پزشکی هستند. (مشارکت‌کننده ۲) در مجموع از نظر خبرگان توجه به اسناد بالادستی در تدوین چشم‌انداز و رسالت و ارزش‌های برنامه آموزش پزشکی تخصصی و فوق‌تخصصی تضمین‌کننده ارتقای کیفیت آموزش عالی پزشکی در جهت پاسخگویی هر چه بهتر به نیازهای اجتماعی است». ما اسناد بالادستی لازم‌الاجرا داریم که باید در تدوین برنامه‌های راهبردی برای افزایش پاسخگویی نظام آموزش عالی کشور سرلوحه قرار دهیم. (م ۳) نقشه جامع علمی کشور بسیار از توصیه‌ها را برای آموزش پزشکی کشور دارد. نقشه تحول سلامت نکاتی در زمینه آموزش پزشکی تخصصی دارد. (م ۱)

۲- مدیریت سیستماتیک برنامه‌های تخصصی و فوق‌تخصصی

از مهم‌ترین چالش‌های مورد اشاره در حیطه وظایف حاکمیتی معاونت آموزشی و دبیرخانه آموزش پزشکی و تخصصی وزارت بهداشت که توسط پانل خبرگان مورد تأکید قرار گرفت: ضعف در سیاستگذاری است. برای مثال: «عدم ثبات در سیاستگذاری داریم چه در وزارتخانه چه در دانشگاه‌ها ...» (م ۴)، «... نمی‌توان ناگهان سیاست‌ها را عوض کرد. تکانه‌های سیاستگذاری چالش‌پذیر است» (م ۵). همچنین ضعف پاسخگویی نظام مدیریتی آموزش عالی پزشکی به نیازهای نظام سلامت از چالش‌های مورد اشاره خبرگان بود. برای مثال: «... برای افزایش پاسخگویی، آموزش پزشکی تخصصی ما باید نیم نگاهی به تحولات سلامت داشته باشد ضمن طی مسیر خود بتواند مشکلات کشور را هم حل نماید». (م ۲) ضرورت اتخاذ رویکرد فعال در سیاستگذاری‌های آموزش عالی پزشکی و بهبود کارکردهای اجرایی نظارتی و توسعه‌ای از جمله راهکارهای مورد اشاره خبرگان بودند.

۳- کریکولوم تخصصی و فوق‌تخصصی

تفاوت‌های برنامه‌ها در دانشگاه‌های و مراکز آموزش تخصصی و فوق‌تخصصی از چالش‌های مهم مورد. برای مثال: «... اگر چه در دانشگاه‌ها نوآوری‌های آموزشی خوبی داشته‌ایم ولی نتوانسته‌ایم آنها را برای عموم دانشگاه‌ها جذاب نماییم (م ۲)»؛ دانشگاه‌ها از نظر کیفیت آموزش متفاوتند (م ۵). چالش دیگر از نظر خبرگان؛ عدم جامعیت کریکولوم‌های دستیاری است. برای مثال «سرفصل آموزش تخصصی با تغییرات اپیدمیولوژیک و بار بیماری‌ها تطابق ندارد» (م ۳) و یا الگوی بیماری‌ها تغییر کرده، ولی آموزش همانند قبل می‌باشد. (م ۴) عدم جامعیت کریکولوم‌های تخصصی و فوق‌تخصص از چالش‌های اصلی مورد اشاره پانل خبرگان بود. شرکت‌کنندگان در پانل اعتقاد داشتند کریکولوم‌های تخصصی و فوق تخصصی از جامع‌نگری و جامعه‌نگری کافی برخوردار نیستند و در آموزش بسیاری از توانمندی‌ها و فرا توانمندی‌های مورد نیاز به دستیاران دچار کاستی هستند. همچنین از موضوعات مورد اشاره پانل خبرگان ضعف محتوای کریکولوم از نظر اصول اخلاق پزشکی و اخلاق حرفه‌ای بود. برای مثال یکی از مشارکت‌کنندگان عوامل زیر را از چالش‌های مهم آموزش عالی پزشکی و برنامه‌های آموزشی برشمرد: «عدم توجه به پیشگیری برنامه‌های جاری از نظر جامع‌نگری، جامعه‌نگری ضعیفند و آموزش ناکامل و تأثیر اخلاق حرفه‌ای در کریکوم تخصصی و فوق‌تخصصی مغفول مانده (م ۲) «آموزش ما بیشتر بیمار محو است (م ۵)،» «افراط محتواهای آموزش دستیاری بر بیماری به جای اصول پیشگیری (م ۶)»، به آموزش پیشگیرانه و هزینه‌های سلامت توجه کافی نشده (م ۳) همچنین ناکافی بودن مهارت‌های اساسی دانش آموختگان دوره‌های دستیاری نظیر تصمیم‌گیری بالینی، ترویج سلامت از موارد مورد تأکید خبرگان بود: (حتی دستیاران ما در برخورد با بیمار یا حرفه‌ای‌گرایی مشکل دارند (م ۴) یکی از مشارکت‌کنندگان در پانل اجزای مختلف کریکولوم‌ها را نیازمند بازنگری دانسته و ضعف در موارد زیر را برمی‌شمارد: «کاستی در راهبردهای آموزشی، توانمندی مورد انتظار دانش آموختگان، ضعف محتوا» (م ۳) غفلت از آموزش سرپایی از دیگر چالش‌های مورد اشاره شرکت‌کنندگان در پانل خبرگان بود. برا ی مثال: «۷۵ درصد خدمات ما سرپایی است ولی بیشتر آموزش ما آموزش بر بالین است» (م ۲) شرکت‌کنندگان در پانل راهکارهایی را در جهت ارتقای کیفیت و جامعیت کریکولوم‌های تخصصی و فوق‌تخصصی ارائه دادند برای مثال: آشنایی دستیاران با ارائه خدمات هزینه‌های اثر بخش؛ آموزش پزشکی تخصصی و فوق‌تخصصی سلامت محور؛ آموزش پزشکی تخصصی و فوق‌تخصصی پیشگیرانه به توجه به هزینه‌های سلامت؛ طبابت مبتنی بر شواهد؛ افزایش توانمندی‌ها و قابلیت؛ لزوم توجه به اخلاق پزشکی و رشد اخلاق حرفه‌ای؛ لزوم توجه به مهارت عملی در کنار دانش نظری؛ مواردی بود که مشارکت‌کننده

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-13]

دوم به آنها اشاره نمود. به‌روز رسانی نظام ارزیابی دستیاران: راه‌اندازی کارپوشـــه‌های الکترونیک (LOG BOOK) متصل به شـــبکه اطلاعات بیمارستانی. «اگر بخواهیم محصول آموزش ما که پزشکان ارائه‌دهنده خدمات تخصصی هستند افراد برجسته‌ای باشند باید بیش از پیش به ارزیابی دســـتیاران توجه ویژه کـــرد» (م ۲). بهره‌مندی از بســـتر مجازی در آموزش پزشکی تخصصی: برای مثال: ... استفاده از آموزش مجازی روی کیفیت آموزش عالی پزشکی تأثیر دارد. (م۳) لذا مهم‌ترین راهکارها در این بخش ضـــرورت تغییر و بازبینی و اصلاح کریکولوم‌های آموزش پزشکی تخصصی و فوق‌تخصصی و لزوم اتخاذ رویکرد جامعه‌نگر و سلامت محور در تدوین اهداف و محتوای آموزشی کریکولوم‌هاست.

دستیاران تخصصی و فوق‌تخصصی:

شرکت‌کنندگان در پانل خبرگان ضعف دانشجو پروری، حمایت از دستیاران و نظام پذیرش دستیاران تخصصی و فوق‌تخصصی را از چالش‌های مهم آموزش عالی پزشکی بر شمردند.

«حمایت مالی از دستیاران ناکافی است» (م ۳ و م ۴) «تمرکزگرایی در پذیرش دستیاران وجود دارد» (م ۴) «نقش گروه‌های علمی دانشگاه در فرایند انتخاب دستیاران کم رنگ اســـت (م ۲)» ... آیا اهمیت پزشکی و انتخاب فرد با صلاحیت کمتر از آن رشـــته‌ای است که باید فرد برود و مصاحبه کند. در مورد دانشـــجویان دوره پزشکی عمومی هست. در مورد پذیرش دستیاری هم همین است. (مشارکت‌کننده ۵)، «ما اعتقاد داریم نظام پذیرش دســـتیاری دانشجو را از دوره انترنی فراری می‌دهد ما مشکل داریم ما باید درست کنیم ولی این چالش وجود دارد و ارزیابی ملی دانشجو مشکل داریم (م ۴)،» تکیه بر سنجش تنها بک بعد دانش نظری در آزمون‌های ورودی دســـتیاری (م ۱)، «فقط تکیه روی حافظه است و به توانمندی‌های مورد حرفه‌ای و مسئولیت‌پذیر توجه نشده است» (م ۲). ایجاد شیکه حمایت از دستیاران حمایت از نخبگان و استعدادهای درخشان از راهکارها بود. ضرورت اصلاح بنیادین و تحول در نظام پذیرش در رشـــته‌های تخصصی و فوق‌تخصصی از راهکارهای اصلی افزایش کیفیت آموزش عالی پزشـــکی است. برای مثال: «... باید نظام پذیرش آموزش پزشـــکی تخصصی و رشته‌ای تخصصی و فوق‌تخصصی را به روز نماییم» (م ۲). «باید مرکز سنجش مدرن و به روز راه‌اندازی کنیم» (م ۴). تقویت نقش گروه‌های آموزشی در پذیرش دستیاران (م ۵)، تغییر معیارهای پذیرش دستیاران به شامل روش‌هایی با روایی پیشگویی بالا (م ۶)، در نظر گرفتن ابعاد شخصیتی دستیاران در هنگام پذیرش (م ۷)، استقرار آزمون ارزیابی صلاحیت حرفه‌ای دانش‌آموختگان تخصصی و فوق‌تخصصی مورد تأکید شرکت‌کنندگان در پانل خبرگان قرار گرفت.

۵- اساتید؛

از جمله مهم‌ترین چالش‌های مورد اشاره؛ مشکل ارزشیابی و ارتقای هیئت علمی بود. اعتلای جایگاه اعضای هیئت علمی؛ تأمین هیئت علمی برای هم دانشگاه‌های علوم پزشکی به تناسب نیازهای واقعی از راهکارهای مورد اشاره پانل خبرگان بود. برای مثال: «... باید به فکر ارتقاء اعضای هیئت علمی خود باشـــیم. می‌توان با روش‌های مختلـــف به ارتقاء آنها کمک کرد مثلاً گرفتن PhD یا MPH ... (م ۲) تقویت نقش الگویی اساتید بالینی و تشویق و رصد اعضاد هیئت علمی در زمینه دانش پژوهی از دیگر موارد مورد اشاره خبرگان بودند.

۶- منابع و امکانات و زیرساخت‌ها

کمبود امکانات اموزشی بالینی، کمبود زیر ساخت فناوری، کمبود اعتبار و بودجه از جمله کاستی‌های مورد اشاره خبرگان بود. راهکارهای مورد اشـــاره خبرگان عبارت بودند از: تأمین منابع مالی غیر دولتی توسط دانشـــگاه‌ها؛ و خلق ثروت دانش بنیان در عرصه آموزش پزشـــکی به خصوص تخصصـــی و فوق‌تخصصی. برای مثال: «... دانشـــگاه ســـیدنی منابع خود را از شهریه دانشجوهای خارجی کسب می‌کند و دانشگاه‌هایی در برزیل ۷۰ درصد منابع مالی خود را از بخش‌های غیر دولتی کسب می‌کنند. ما باید در این زمینه فکر کنیم (م ۲)».

۷- ارزشیابی برنامه

عدم وجود سیاســـت اعتبار بخشی مســـتمر برنامه‌های تخصصی و فوق‌تخصصـــی، عدم جامعیت ارزشـــیابی دوره‌ها، ضعف در نظام ارزشـــیابی و اعتبار بخشی ملی به عنوان چالش‌ها ذکر شدند. برای مثال: «... آیا سیاســـت ما برای اعتبار بخشـــی گســـترش مستمر است؟». «یک برنامه چه زمانی باید متوقف شود؟ چقدر داریم جدی عمل می‌کنیم؟ (م ۴) و یا «... عدم وجود سیاســـت اعتباربخشـــی مســـتمر و عدم اصلاح اشکالات اعتبار بخشی از معضلات است (م ۵). راهـــکار مورد تأکید خبرگان تحول نظام ارزشـــیابی برنامه‌های تخصصی و فوق‌تخصصی و فلوشیپ و شبکه‌سازی در نظام آموزش پزشکی تخصصی و فوق‌تخصصی برای کنترل کیفیت بود.

۸- توسعه و گسترش برنامه‌های آموزشی تخصصی و فوق‌تخصصی و تربیت دستیاران

عدم وجود نظـــام برنامه‌ریزی نیروی متخصص و فوق‌تخصصی از

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-13]

چالش‌هـــای مورد تأیید خبرگان بود. بـــرای مثال: «... فقدان نظام برنامه‌ریزی که شاید فقدان کلمه درستی نباشد اگر هم برنامه‌ریزی نیروی انسانی انجام می‌دهیم ولی نظام نداریم (م ۴).»

نبود رویکرد پیش‌کنش‌گرانه در طراحی سیاست‌های توسعه آموزش عالی پزشکی نیز از چالش‌های مورد بحث بود. برای مثال: «آموزش تخصصی و فوق‌تخصصی تحت تأثیر متغیرهای مختلف هســتند و آموزش امروز حاصل برنامه‌های ۱۰ سال پیش است.» (م ۳)، «... ما باید ۱۰ ســال پیش می‌فهمیدیم که جامعه در حال پیر شدن است و امروز نیاز داریم به رشته تخصصی طب سالمندی». (م ۴) «سیاست ما برای افزایش دانشــگاه‌هایی که تربیت یــک رزیدنت را بر عهده دارد چگونه بوده و هست؟ هر بار که دبیر شورای پزشکی عمومی را ببینیم. آماری می‌دهد از دانشگاهی که افتتاح شده ..» (م ۵).

تمرکــز گرایی در توســعه آمــوزش عالی پزشــکی و عدم بومی گزینــی از چالش‌های مــورد اتفاق نظر همه مشــارکت‌کنندگان بــود. برای مثــال: «چالش اصلی بومی‌ســازی آموزش پزشــکی اســت نمی‌توان از تهــران برای ســراوان تربیت کــرد.» (م ۲) پــر هزینه بــودن توســعه کمی آمــوزش پزشــکی تخصصی و فوق‌تخصصی نیز مورد تأکید قرار گرفت.

«قیمــت تمــام شــده در بخش آمــوزش پزشــکی تخصصی و فوق‌تخصصی و تأمین نیروی انسانی ما گران‌قیمت است؛ همچنین تأسیس دانشگاه علوم پزشــکی در یک استان دور دست هزینه بر اســت. (م ۳)، «افزایش تعداد زیاد دانشــگاه‌ها بدون توجیه اقتصاد بــوده» (م ۲) و «قیمــت تمام شــده تربیت نیــروی متخصص و فوق‌تخصص در کشــور بسیار بالاست» (م ۴) اشاره نمودند. لذا بر لزوم اتخاذ رویکردهای هزینه اثر بخش در توســعه کمی آموزش عالی پزشکی کشور تأکید شد.

«افزایش تعداد دانشجویان و رزیدنت‌ها چالش برانگیز است.» باید یک نقطه OPTIMAL تعیین کنیم که کســانی که می‌خواهند تحصیل کننــد و ظرفیت دارند اجازه بدهیــم تحصیل کنند. مثلاً هدایت کنیم به رشــته‌های جدید یا مورد نیاز» (م ۲)، «پزشکان را به گذراندن دوره‌های پژوهش محور ترغیب کرد (م ۱)».

پانل خبرگان در این بخش به استراتژی متمرکز توسعه محصول و کیفیت آموزش عالی پزشکی اشاره نمودند. ضرورت اتخاذ رویکرد فعال و آینده‌نگر در سیاست‌گذاری توسعه آموزش پزشکی تخصصی و فوق‌تخصصی، بومی گزینی به منظور توزیع عادلانه منابع انسانی متخصص و فوق‌تخصصی از راهکارهای مورد اشــاره بود.» بومی گزینی از اصول اساســی توســعه عدالت آموزشی در کشور است و با توجه به ماندگاری دانش‌آموختگان بومی در سیســتم ســلامت منطقه، این امر موجب ایجاد انگیزه مضاعف در اساتید جهت تربیت نیروها در مقاطع مختلف می‌گردد. (م ۲)

توسعه الگوهای آموزش از راه دور و مجازی پزشکی در دانشگاه‌ها و راه‌اندازی شبکه ملی آموزش عالی پزشکی مجازی مورد تأکید قرار گرفت. «مثلاً در بحث گسترش عدالت آموزش پزشکی تخصصی و فوق‌تخصصی، توجه به آموزش مجازی در کشــوری مثل ایران بسیار کمک‌کننده اســت (م ۲).» سهم آموزش مجازی در دنیا در آموزش پزشــکی تخصصی و فوق‌تخصصی ســهم عمده‌ای دارد. روش ســنتی در آســیا فقط ۲۶ درصد روش‌های آموزش عالی را تشکیل می‌دهد (م۳).

توجه به حیطه‌های میان رشــته‌ای تخصصی با تسهیل راه‌اندازی دانشکده‌های بین رشــته‌ای در دانشگاه‌های واجد شرایط ضروری به نظر می‌رسد.

۹- حضور آموزش عالی پزشــکی ایران در عرصه‌های بین‌الملل:

یکــی از مهم‌تریــن چالش‌های مورد تأکید خبرگان؛ ســهم ناچیز ایران در جذب متقاضیان آسیایی تحصیل در دوره‌های دستیاری، و عدم حضور دانشــگاه‌های علوم پزشکی کشور در بین دانشگاه‌های علوم پزشــکی برتر منطقه بود. برای مثال: «در استرالیا ۷۵ درصد دانشجویان ORIGIN آسیایی هســتند. در نیوزلند ۸۴ درصد- انگلســتان ۴۰ درصد و آمریــکا ۶۲ درصد. ایران هــم باید بتواند دانشــجویان آســیایی را جذب کند. (م ۴). «باید فکری کنیم. باید فکری به حال دانشگاه‌های علوم پزشکی خود کنیم. متأسفانه کمی جزو دانشگاه‌های علوم پزشکی برتر منطقه هم نیستیم. (م ۲)

پانل خبــرگان در این بخش به اســتراتژی متمرکز توســعه بازار آموزش عالی پزشکی اشاره نمودند.

توســعه بین‌المللی شدن دانشــگاه‌ها و عرصه بین‌المللی؛ تأسیس شــعب بین‌الملل؛ پذیرش و آموزش دســتیاران خارجی و افزایش سهم کشــور از آموزش پزشــکی تخصصی و فوق‌تخصصی آسیا و لزوم ورود به رتبه‌بندی‌های جهانی آموزش پزشــکی تخصصی و فوق‌تخصصــی مــورد از راهکارهای خبرگان بــود. برای مثال: «نمی‌توانیم دور خودمان حصار بکشــیم و بگوییم که ما پزشــکان برجسته‌ای در عالم هســتیم. (م ۱)؛ «باید نگاه منطقه‌ای و جهانی داشته باشیم INTRACTION بین‌المللی لازمه آموزش زنده اســت (م ۳)؛ برای مثال: «تأسیس شــعب بین‌الملل دانشگاه‌های

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-13]

علوم پزشکی بزرگ در کشورهای منطقه باید از برنامه‌های ما باشد (م ۲)؛» ما باید وارد رتبه‌بندی‌های جهانی شویم (م ۷).

۱۰- مشارکت بین‌بخشی

توان رهبری بین‌بخشی و افزایش مشارکت میان بخش‌های مختلف در خارج از نظام آموزش پزشکی تخصصی و فوق‌تخصصی به عنوان یکی از اجزای لازم و پیش فرض افزایش کیفیت آموزش در پاسخگویی به نظام سلامت است. ضعف در بکارگیری ابزارهای مشروع تأثیرگذاری بر بخش‌های دیگر در جهت دستیابی به آرمان‌های نظام سلامت از جمله ضعف‌های این بخش مطرح شد. به عنوان مثال: «نظام آموزش عالی پزشکی همکاری بیشتری با بخش‌های مختلف وزارت بهداشت نیازدارد (م ۵). ضعف همکاری با بخش خصوصی؛ «به جز سیستم دولتی قبول نداریم ...» (م ۷). تعامل ناکافی سیستم آموزش عالی پزشکی با معاونت تحقیقات و فناوری و مراکز تحقیقاتی از چالش‌های مهم هستند. شرکت‌کنندگان در پانل خبرگان راهکارهای زیر را به عنوان راه‌حل افزایش مشارکت بین‌بخشی نظام آموزش عالی پزشکی با سایر بخش‌ها بر شمردند: تعامل مستمر بین حوزه‌های ارائه خدمات سلامت و نظام آموزش پزشکی تخصصی، و ساماندهی بیمارستان‌ها و مراکز آموزشی درمانی. باید از برنامه‌های بعدی تمرکز بر آموزش پزشکی مبتنی بر شواهد باشد با تعامل سازنده با مراکز علمی منطقه‌ای و بین‌المللی برای ارتقای آموزش پژوهی (م ۴).

بحث

خبرگان شرکت‌کننده در پانل به بحث در مورد چالش‌ها و راهکارهای ارتقای کیفیت آموزش عالی پزشکی پاسخگو به نیازهای جامعه و نظام سلامت پرداختند. از آنجایی که یکی از اهداف اصلی نظام آموزش عالی پزشکی کشور از نظر خبرگان افزایش پاسخگویی نظام آموزش عالی پزشکی است، به طور خاص باید اصلاحات و مداخلاتی به منظور افزایش کیفیت تمامی اجزای برنامه آموزشی پزشکی تخصصی و فوق و همچنین اجزای کریکولوم (شامل محتوا بر اساس اهداف- جایگاه آموزشی- روش تدریس- ارزیابی تحصیلی دستیار و دانشجو) صورت پذیرد، تا این اجزاء با کسب ویژگی‌های خاص آموزش عالی پزشکی پاسخگو به جامعه و نظام سلامت را تضمین نماید.

این در حالی است که از یک نگاه دیگر می‌توان کارکرد تولیت در بخش حاکمیت نظام آموزش عالی پزشکی را به بخش‌هایی از جمله: مدیریت سیستماتیک برنامه آموزش پزشکی تخصصی و فوق‌تخصصی، تدوین کریکولوم مبتنی بر نیازها، مبتنی بر توانمندی و فرا توانمندی‌های مورد انتظار برای پاسخگویی؛ تدوین سیاست‌های پذیرش دستیاران؛ سیاست‌های مربوط به توانمندسازی اساتید؛ سیاست‌های نظارتی و اعتبار بخشی برنامه‌های آموزشی، و رهبری بین بخشی در جهت هماهنگی سیاست‌های آموزشی با الزامات و امکانات نظام سلامت و در نهایت ارتقای پاسخگویی آموزش عالی پزشکی [۲۴] تقسیم نمود. در حقیقت این راهبرد به عنوان راهکار بهبود کیفیت آموزش عالی پزشکی در جهت افزایش پاسخگویی تمامی مداخلاتی را در برنامه آموزشی شامل می‌گردد که دستیاران را برای ایفای نقش‌های آتی ایشان در جامعه و نظام سلامت آماده می‌نماید. نتایج حاصل از تحلیل‌های تولیتی نظام سلامت در مطالعات مختلف در کشور نشان می‌دهد که به منظور ارتقای کارکردهای سه گانه تولیتی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مداخلات مناسبی باید به طور همزمان انجام شوند. [۲۵] بنا بر یافته‌های تحقیق حاضر؛ اولین قدم در افزایش کیفیت آموزش عالی پزشکی سیاستگذاری و تعیین جهت‌گیری‌های کلان نظام آموزش عالی پزشکی است. نتایج تحقیق دهقانی و همکاران در تحلیل وضعیت کلی آموزش پزشکی پاسخگو نشان داد که وضعیت این آموزش در موقعیت ضعف- تهدید است که با نظر خبرگان پانل در تحقیق حاضر همخوانی دارد. [۲۶] هر چقدر هم راستایی اهداف آموزش عالی پزشکی به عنوان عرصه آکادمیک با نیازهای نظام سلامت افزایش یابد سطح پاسخگویی و کیفیت خدمات بالینی و آموزشی ارتقا یابد.

یافته‌های تحقیق نشان داد که خبرگان بر کارکرد حاکمیتی متولی نظام آموزش عالی پزشکی به ویژه در حوزه‌های سیاستگذاری، برنامه‌ریزی آموزشی، نظارت ارزیابی جهت تضمین و ارتقای کیفیت نظام آموزش پزشکی تأکید نموده‌اند و طرح‌ها و برنامه‌های بهبود کیفیت آموزش‌های تخصصی و فوق‌تخصصی در سایه مدیریت نظام‌مند برنامه‌های آموزشی امکان‌پذیر است. بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر مقررات ناکارآمد در امر آموزش پزشکی تخصصی و فوق‌تخصصی که کلیه اجزای برنامه آموزشی از جمله عدم تطابق کریکولوم‌ها با نیازها و تغییرات اپیدمیولوژیکی، نامناسب بودن، ارزیابی دوره‌های دستیاری، غفلت از مباحث پیشگیری و آموزش سرپایی، از چالش‌های مدیریت برنامه‌های آموزشی می‌باشد.

مدیریت برنامه‌های آموزشی در میان عوامل مؤثر بر برنامه از اهمیت فوق‌العاده‌ای برخوردارند، و هر حرکت عرصه آکادمیک

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-13]

به سوی مضامین اجتماعی در هر یک از اجزای برنامه، مدیریتی فراتر از مدیریت سنتی برنامه آموزشی را می‌طلبد. [۲۷] لذا یکی از اصلی‌ترین چالش‌های آموزش عالی پزشکی مدیریت سیستماتیک برنامه‌های آموزش تخصصی و فوق‌تخصصی است.

پژوهش حاضر نشان داد که عدم تناسب برخی از آموزش‌ها با نیازهای واقعی جامعه و نظام سلامت، از چالش‌هایی است که آموزش پزشکی تخصصی و فوق‌تخصصی ما با آن روبروست و در حالی که دوره‌های آموزشی بالینی باید به گونه‌ای باشد که توانمندی و صلاحیت بالینی لازم را در دانش‌آموختگان دوره‌های دستیاری ایجاد نمایند. مطالعه لائمی نیز نشان داد که هر گونه اصلاحات در آموزش عالی پزشکی کشور باید در تمام جوانب برنامه‌های آموزشی اعم از اهداف، محتوا، روش‌های آموزشی و جایگاه‌های آموزشی، ارزیابی دانشجویان و مدیریت برنامه صورت پذیرید. [۲۸]

در مطالعه نیلی و همکاران برنامه‌ریزی منظم و مدون، بودجه کافی، امکانات مناسب، 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]

یافته‌های این تحقیق با یافته‌ها مطالعه بایکس و همکارانش همخوانی دارد [۳۰]. آنان به این نتیجه رسیدند که آموزش پزشکی نیازمند به تمرکز بخشیدن بر روی ایجاد نگرش حرفه‌گرایی در میان دستیاران پزشکی است. بدین منظور متخصصین اخلاق پزشکی باید مسؤولیت آموزشی در زمینه ایجاد نگرش و رفتار حرفه‌گرایی و فضایل اخلاقی را در دانشجویان برعهده گیرند و دوره‌های آموزش اخلاق پزشکی در تمامی دانشگاه‌ها باید به صورت مستمر و مداوم ارائه گردد.

نتایج این تحقیق نشان داد که آموزش عالی پزشکی جامعه‌نگر از نظر خبرگان از ملزومات آموزش پزشکی تخصصی و فوق‌تخصصی محسوب می‌شود. کدیوی و همکاران نیز این موضوع را مورد تأکید قرار داده و بیان نموده‌اند که با جامعه‌نگری آموزش پزشکی، پزشکانی تربیت خواهند شد که می‌توانند با مسائل مربوط با سلامتی جامعه در حوزه پیشگیری اولیه و ثانویه برخورد مناسب داشته باشند. [۳۱] مقاله اکبری نیز نشان داد که در فرایند تربیت نیروهای متخصص باید به آموزش مراقبت‌های اولیه، پیگیری خدمات درمانی، آموزش مبتنی بر نیازهای جامعه، شناخت مشکلات، تدوین و اجرای برنامه‌ها توجه شود و اصلاح نقاط ضعف و مشکلات را به صورت اثربخش و مستمر صورت پذیرد، که مطالعات اشاره شده هم در تأیید یافته‌های پژوهش حاضر می‌باشد. [۳۲]

همچنین این پژوهش کیفی به چالش‌های آموزش بالینی دوره‌های دستیاری اشاره نمود. مطالعه غضنفری و همکاران نشان داد آموزش بالینی مناسب باید در آموزش مباحث نظری و عملی متعادل باشد. و زمینه تجاب عملی مناسب را برای پایداری مهارت آموخته شده فراهم سازد. [۳۳] از جمله موارد که مورد توجه خبرگان بود غفلت از آموزش سرپایی بود. داوودی و همکاران نشان دادند که ارتقای کیفیت آموزش پزشکی با تغییر رویکرد آموزش بیمارستانی به آموزش سرپایی امکان‌پذیر می‌گردد. [۳۴]

هنن معتقد است تنها اجرای کریکولوم آموزش جامعه‌نگر و قرار دادن دانشجو و دستیار در جامعه برای پاسخگویی آموزش پزشکی به نیازهای جامعه کافی نبوده بلکه برای ایفای این نقش یک استراتژی جامع آموزشی که شامل ارائه خدمات سلامتی باشد و تداوم این استراتژی در دوره آموزش دستیاری نیز لازم است. [۳۵] بر اساس مطالعه انتظاری و همکاران 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 دانشجویان درمانی از موانع مؤثر بر اجرای آموزش پزشکی پاسخگو محسوب می‌شود [۳۶] از جمله موارد مهم مورد اشاره خبرگان، ضعف امکانات و زیرساخت‌های آموزش عالی پزشکی است. در مواردی به وضعیت اسفناک بیمارستان‌های آموزش در گذشته اشاره شد. نعمت بخش و همکاران نیز نشان دادند که از اولویت اصلی جهت ارتقای آموزش پزشکی از دیدگاه استادان افزایش امکانات آموزشی در بیمارستان‌هاست. [۳۷] رشیدیان و همکاران در تحقیق خود به این موضع پرداخته‌اند که بازسازی و تجهیز بیمارستان‌های آموزشی هزینه‌بر است. [۳۸] انتظاری و همکاران، نداشتن نظام ارزشیابی مستمر برنامه و فعالیت‌های آموزش جامعه‌نگر را از موانع مؤثر بر اجرای آموزش پزشکی پاسخگو می‌دانند. [۳۶] مطالعه میرزایی و همکاران در تعیین نحوه ارزیابی تکوینی دستیاران تخصصی از دیدگاه دستیاران و استادان آن‌ها نشان داد که حیطه‌های شش‌گانه روابط بین فردی، رفتار حرفه‌ای، دانش پزشکی، مراقبت از بیمار، System-based Practice، یادگیری مبتنی بر Practice که باید در ارزیابی تکوینی مورد سنجش قرار گیرند و میزان توانایی و مهارت دستیاران در آن‌ها ارزیابی شود، آن گونه که باید اجرا نمی‌شوند و بیشترین تأکید ارزیابی‌ها بر مسائل سطحی‌تر نظیر نحوه گرفتن شرح حال، چک کردن حضور فیزیکی دستیاران در کشیک‌هاست [۳۹]. معاونت آموزش وزارت بهداشت و دبیرخانه

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-13]

آموزش پزشـــکی و تخصصی برای بسیاری از اقدامات تضمین‌کننده ارتقای کیفیت آموزش پزشـــکی تخصصی و فوق‌تخصصی نیازمند تعامل بـــا بخش‌هایی خارج از حوزه خود اســـت. تکیان و همکاران بر چالش‌های برنامه پزشـــکی خانواده و اختلاف دیدگاه برنامه میان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با سازمان‌های بیمه‌گر اشاره می‌کنند که از چالش‌های رهبری بین‌بخشـــی است.[۴۰] یوسفی و همکاران بر اهمیت ایجاد مدل‌های مؤثر همکاری و ارتباط مؤثر بین بوردهای آموزش پزشکی تخصصی و ادارات مرتبط در معاونت‌های بهداشـــتی به منظور برنامه‌ریزی بهتر توسعه رشته‌ها اشاره نموده‌اند. [۴۱] دهقانی و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند ارتباط ضعیـــف و ناهماهنگ بین آموزش و درمـــان، ارتباط ناکافی مدیران آموزشی و مدیران بخش ســـلامت، ارتباط ناکافی با استادان بالینی و ارتباط اندک بین معاونت‌ها آموزشـــی و بهداشـــتی از عوامل مهم تأثیرگذار در زمینه ارتباط بین جامعه و دانشگاه می‌باشند. [۲۶] تأکید بر انجام پژوهش در بیمارســـتان با اولویت موارد بالینی و عدم تأکید بر بررســـی و مطالعه روی نیازهـــا و اولویت جامعه در حوزه پژوهش علوم پزشکی از عوامل مهمی می‌باشند که می‌توانند آموزش پزشکی پاسخگو را تحت تأثیر قرار دهند. آنها همکاری و تشریک مساعی بین معاونت آموزشـــی، معاونت بهداشتی و معاونت درمان با نظارت حوزه ریاست دانشگاه اشاره کردند.

نتیجه‌گیری

در ایـــن مطالعـــه چالش‌های عملکـــردی نظام آموزش پزشـــکی تخصصـــی و فوق‌تخصصی و راهکارهای ارتقای آن تعیین شـــد. یافته‌های این پژوهش نشـــان داد از نظر خبرگان شرکت‌کننده در پانل، کارکردهای تولیتی نظام آموزش عالی پزشکی با چالش‌های فراوانی روبروست و این چالش‌ها، موانعی را در دستیابی به اهداف نهایی نظام آموزش عالی پاسخگو به وجود آورده است.

بر اساس یافته‌های پژوهش انجام شده، ضرورت انجام اقدامات ذکر شـــده به عنوان راهکارهای علمی پیشنهادی پانل خبرگان در جهت ارتقای کیفیت و توســـعه کمی هدفمند آموزش پزشکی تخصصی و فوق‌تخصصی کشور؛ کاملاً منطقی و ضروری به نظر می‌رسد:

۱- ترســـیم اهداف کلان نظام آموزش عالی پزشکی پاسخگو، بر اساس اسناد بالادستی

۲- افزایش اقتدار مدیریت سیستماتیک عرصه آکادمیک

۳- اصلاح کریکولوم‌های آموزش پزشکی تخصصی و فوق‌تخصصی

۴- اصـــلاح بنیادین در رویکرد و نظام پذیرش و ارزیابی دســـتیار تخصصی در نظام آموزش عالی پاسخگو

۵- اصلاح نظام ارزشیابی دســـتیاران در راستای ارتقای صلاحیت حرفه‌ای دانش‌آموختگان

۶- ارتقـــای اعضای هیئـــت علمی دوره‌هـــای بالینی تخصصی و فوق‌تخصصی

۷- اصلاح و اســـتقرار نظام ارزشیابی و اعتبار بخشی ملی آموزش عالی پزشکی

۸- شبکه‌ســـازی در نظام آموزش عالی پزشکی و توسعه بسترهای مجازی

۹- گســـترش عدالت و تمرکززدایی در توزیـــع جغرافیایی آموزش پزشکی تخصصی و فوق‌تخصصی

۱۰- اتخاذ رویکرد آینده‌نگر و هزینه اثربخش در توسعه کمی آموزش

۱۱- توسعه حیطه‌های بین رشته‌ای جدید

۱۲- گســـترش حضـــور در عرصه‌های بین‌المللـــی آموزش عالی پزشکی و شواهد علمی

۱۳- جذب دستیاران خارجی و تأسیس شعب بین‌الملل

۱۴- تعامل مســـتمر نظام آمـــوزش عالی پزشـــکی و بخش‌های تحقیقاتی با هدف خلق ثروت دانش بنیان

سپاسگزاری

نویسندگان مقاله مراتب تشـــکر و قدردانی خود را از تمامی اساتید و همکارانـــی که به نحوی در این پژوهش ما را یاری نمودند، ابراز می‌نماینـــد. این مقاله کیفی حاصل بخشـــی از پایان نامه دکترای تخصصی شـــیما طباطبایی در رشـــته آموزش پزشکی، در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی می‌باشد.

مراجع

1- WHO. The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance. Availiable at: http://www.publichealthreports.org/issueopen.cfm?articleID=1075. 2001.

2- Johnson SL. Everyday choices: opportunities for environmental stewardship. Availiable at:http://www.epa.gov/environmentalinnovation/pdf/rpt2admin.pdf. 2005

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-13]

3- 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.

4- 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.

5- Global consensus of social accountability, Division of Development of Human Resources for Health, World Health Organization. 2010

6- Ziaee SAM, Tabatabai S. Simforoosh N, Evaluation of Postgraduate Medical Education progress and foresight: (a necessity for purposeful development of P.G.M.E in IR IRAN)-Teb va tazkiyeh journal- ministry of Health and Medical Education –spring 2014. 2014; 23(1):45-56. [In Persian].

7- Rajabi F, Majdzadeh R, Ziaee SA. Trends in medical education, an example from a developing country. Arch Iran Med 2011; 14(2): 132-8.

8- Larijani B, Majdzadeh R, Delavari AR, Rajabi F, Khatibzadeh S, Esmailzadeh H, et al. Iran's Health Innovation and Science Development plan by 2025. Iranian J Publ Health 2009; 38(1): 13

9- sham, B.Jamshidian, S.Changiz, T.Educational challenges in ambulatory program based on the experience of interns and attends. Strides Dev Med Educ.2011;7(2)

10- Abbaszadeh,A.Nursing teachers perception of The Challenges Of Clinical Education And Solutions. JOURNAL OF Qualitative Research In Health Science. 2013; 2(2); 134-145

11- Khaghanizadeh, M.et al. Faculty-Related Challenges in Medical Ethics Education: AQualitative Study . Iranian Journal of Medical Education. 2011; 11(8). [In Persian]

12- Esameeli ,A.& et al. Challenges of undergraduate medical education in iran. Strides Dev Med Educ. 2012; 9(2).

13- Ebrahimipour H, Vafaee Najar A, Meraji M, Yousefi M, Hooshmand E. Challenges in Evaluating Clinical Governance System in Iran: A Qualitative Study. Hakim Health Sys Res 2015; 17(4): 287- 296.

14- Biglar M.The Challenges Of Stewardship In Medical Education System: A Qualitative Approach. tehran medical university journal. 2013; 7(4).

15- Johnson RB & Onwuegbuzie AJ. Mixed methods research: a research paradigm whose time has come. Educational Researcher 2004; 33(7): 14-26.

16- Braun V & Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology 2006; 3(2

17- 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/2s2009/Qualitative%20Data%20Analysis.pdf

18- Ritiche J, Liz Spencer. Qualitative data analysis for applied policy research. In: Bryman A, and Burgess RG. (Eds.), Analyzing qualitative data. London: Routledge; 1994: 1-17.

19- Krueger RA & Casey MA. Focus groups: A practical guide for applied research. 4th ed. Thousand Oaks, CA: Sage; 2008: 48-53

20- Dahlgren L, Emmelin M, Winkvist A. Qualitative researchmethodology for international public health. 2nd edition.Umeå: Print och Media, Umeå University, 2007: pp. 82-90.

21- .Barbour R. Doing focus groups. 1st edition. Los Angeles.SAGE Publications Ltd., 2007: pp.74-91.

22- Sewart, D. W., and Shamdasani, P. N. Focus Groups: Thory and Practice. London: Sage, 1990.

23- Kuzel AJ. Sampling in qualitative inquiry. In: Crabtree BF, Miller WL, eds. Doing Qualitative Research. Newbury Park, CA: Sage 1992:31–44.

24- . UNESCAP. What is good governance?

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-13]

Available at: http://www.unescap.org/pdd/prs/Project

25- .Larijani B, Majdzadeh R, Delavari AR, Rajabi F, Khatibzadeh S, Esmailzadeh H, et al. Iran's Health Innovation and Science Development plan by 2025. Iranian J Publ Health 2009; 38(1): 13.

26- MR Dehghani, F Azizi, A Haghdoost, N Nakhaee, P Khazaeli, 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 ,.Journal of Strides Development Medical Education 10 (4), 403-412.

27- Reform in general medical degree curriculum. Book. Shahid Beheshti University of medical science, 2008

28- Lameaei A. Clinical education ahead of current event. J Urumia Medical J 2006; 17(1):54-9. [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 theUniversityofIsfahan2010;21(2):57-76.[InPersian].

30- Buyx AM, Maxwell B, Schöne Seifert B. Challenges of educating for medical professionalism: who Should step up to the line? Med Educ. 2008;42(8):758-64.

31- . 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]

32- Akbari ME. Selecting an appropriate site for medical education. J Med Edu 2001; 1(1): 20-2. [In Persian]

33- 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]

34- Davoudi A, Mohtasham Z, Naghshpoor P. Attitude of general physicians toward ambulartory medicine education in health centers of Guilan University of medical Universities. Iranian Journal of Medical Education 2002;2(4)56-58. [In Persian

35- Hennen, Brian, Demonstrating social accountability in medical education, Can MedAssoc J 1997;156(3)

36- 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].

37- 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]

38- Rashidian A. Clinical governance in Tehran University of Medical Sciences: improving quality of health care services (a case study). Hospital Journal 2009 (5): 27-32. (in Persain)

39- Mirzae V, Haghdoost A A,Azizi F,.Formative evaluation of residents and their attending points of views. Strides Dev Med Educ 2013, 10(4): 413-420

40- Takian AH, Doshmangir L, Rashidian A. Implementing family physician program in rural Iran: exploring the role of an existing primary health care network. Family Practice 2013 doi:10.1093/fampra/cmt025.

41- Yousefi-Nooraie R, Rashidian A, Nedjat S, Majdzadeh R, Mortaz-Hedjri S, Etemadi A, et al. Promoting development and use of systematic reviews in a developing country. Journal of Evaluation in Clinical Practice 2009; 15: 1029-1034.

[Downloaded from jmciri.ir on 2026-11-13]