



ارتقای آموزش پزشکی تخصصی و فوق تخصصی ایران؛ چالش‌ها و راهکارها

چکیده

زمینه: ارتقای آموزش پزشکی تخصصی و فوق تخصصی، به دلیل نقش کلیدی دستیاران و دانش‌آموختگان این رشته‌ها، همواره یکی از دغدغه‌های اصلی سیاست‌گذاران 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 تولیدی نظام آموزش عالی پزشکی و ۱۰ موضوع اصلی به همراه مفاهیم فرعی شامل ۳۴ چالش فرعی و ۴۳ راهکار پیشنهادی خبرگان تعریف گردید. ۱۰ دورن‌مایه اصلی شامل رسالت برنامه، کریکولوم‌ها، مدیریت سیستماتیک برنامه‌ها، دستیاران، اساتید، ارزشیابی برنامه‌ها، منابع و زیرساخت‌ها، گسترش برنامه‌ها، توسعه حضور در عرصه‌های بین‌الملل، مشارکت بین‌بخشی؛ شناسایی شد، که در قالب؛ سیاستگذاری کلان، حاکمیت درون‌بخشی، رهبری بین‌بخشی، 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 فوق تخصصی؛ ارتقاء کیفیت آموزش، توسعه آموزش، چالش‌ها، 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:

shtatababai@yahoo.com
shima.tabatabai@sbm.ac.ir

مقدمه

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان متولی سلامت مردم؛ مدافع حق سالم زیستن افراد جامعه است. هر چند مفهوم تولید در نظام‌های مراقبت سلامت، کاربردهای وسیعی برای سیستم‌های سلامت کشورهای مختلف به همراه داشته است؛ ملموس‌ترین تأثیر در دستور کار قرارداد سلامت در تمام سطوح سیاست‌گذاری بوده است [۲ و ۱]. 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 [۳ و ۴]، ولی در این زمینه چالش‌های اجرایی فراوانی نیز وجود دارد. بدیهی است پاسخگویی و تعهد اجتماعی در آموزش عالی پزشکی باید در تمام جنبه‌های مختلف برنامه‌های آموزش پزشکی تخصصی و فوق تخصصی و فلوشیپ لحاظ شود [۳]. در این راستا، متولیان اصلی آموزش عالی پزشکی در کنار دانشکده‌های پزشکی و مراکز آموزش پزشکی تخصصی و فوق تخصصی 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 فوق تخصصی 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 فوق تخصصی 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 ناکارآمدی 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 برنامه‌های 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، کارورزان، 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 کارورزان 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.



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 درون مایه و ۵ مرحله تحلیل چارچوبی شامل آشناسازی، شناخت چارچوب مفهومی، کدگذاری، ترسیم جداول نهایی و نگاشت و تفسیر مفاهیم، صورت پذیرفت [۱۷ و ۱۸].

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 هم‌زمان 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 درون 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

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 تولید در نظام آموزش پزشکی کشور بر اساس تقسیم‌بندی سازمان بهداشت جهانی از تولید 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 مطرح‌شده 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 فوق تخصصی 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 فوق تخصصی 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 فوق تخصصی و ارائه راهکارهای عملی برای ارتقای آن، در بالاترین سطوح تصمیم‌گیری در سطح کشور برگزار شد.

قرار گرفت. بدین صورت که 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 شاهد آن‌ها در کنار هم قرار داده شدند. پس از مطالعه مجدد کدهای انتزاعی در هر حیطة، آن‌ها به دسته‌های کوچک‌تری که مفاهیم مرتب‌تری با هم داشتند، طبقه‌بندی شدند.

در این مرحله در مجموع از کلیه صحبت‌های خبرگان در دو محور اصلی چالش‌ها و راهکارها قرار داده شد. در گام هشتم، با مطالعه زیر طبقات مربوط به هر حیطة، و تبادل نظر محققان کدهایی که به یک مفهوم مشترک منتهی می‌شدند، در یک طبقه قرار داده شدند. در گام نهم با توجه به طبقات تنظیم شده چارچوب موضوعی و مفهومی مورد بازبینی قرار گرفت.

در مرحله چهارم از تحلیل چارچوبی و گام دهم، بر اساس چارچوب بازبینی شده و استخراج درون مایه‌های اصلی جداول نهایی تنظیم شدند. در مرحله پنجم و گام یازدهم، نگاشت و تفسیر مفاهیم و درون مایه‌ها صورت پذیرفت. درون مایه و مفاهیم منتج از این پژوهش و سایر تحقیق‌های انجام شده با هم مقایسه و الگوها و روابط مورد نظر از یافته‌ها استنتاج و از نظر چهار معیار صحت [۲۳-۱۹] بررسی شد. برای مقبولیت (credibility) از روش‌های مختلفی مانند تخصیص زمان کافی برای جمع‌آوری داده‌ها، درگیری مداوم

ذهنی (Prolong Engagement) با داده‌های پژوهش برای افزایش عمق تفاسیر وجود داشت. برای اطمینان از قابلیت ممیزی (auditability) و برای اطمینان از دقت، و پایایی تفاسیر (consistency) کدها با تبادل نظر مکرر بین پژوهشگران و بحث و تبادل نظر مورد بررسی مجدد قرار گرفت و تغییر داده شد. این فرایند چند بار تکرار شد و جداول نهایی از درون مایه‌ها و طبقات اصلی ترسیم شد، تا نظر پژوهشگران 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 دست آمده، تأییدپذیری یافته‌ها (confirmability) محقق شد [۲۳-۲۱]. در این پژوهش و برای این مراحل از نرم افزار تحلیل محتوای کیفی استفاده 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 سه وظیفه تولیدی 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 تولیدی نظام آموزش عالی پزشکی	چارچوب پیشنهادی	چالش‌ها	راه کارهای پیشنهادی
وظیفه اول: تعیین سیاست‌ها و جهت‌گیری‌های کلان	موضوع اصلی (درون مایه)	درون مایه‌های فرعی	درون مایه‌های فرعی
وظیفه دوم: حاکمیت درون بخشی سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی راهبردی مدیریت سیستماتیک برنامه و کارکردهای سیاست‌گذاری - اجرایی - کنترل و پایش و توسعه	۱- رسالت و هدف نهایی برنامه آموزشی تخصصی و فوق تخصصی؛	۱- عدم همراستایی جهت‌گیری‌های کلان قبلی آموزش عالی پزشکی با نظام سلامت	۱- توجه به اسناد بالادستی در تدوین چشم انداز و رسالت و ارزشهای برنامه‌های آموزش تخصصی و فوق تخصصی ۲- اتخاذ جهت‌گیری‌های کلان در جهت ارتقای کیفیت آموزش و توسعه عدالت محور
	۲- مدیریت سیستماتیک برنامه‌های تخصصی و فوق تخصصی	۲- و عدم ثبات در سیاست‌گذاری ۳- مدیریت انفعالی و نبود رویکرد پیش‌کنش‌گرانه در طراحی سیاست‌ها ۴- ضعف پاسخگویی نظام مدیریتی آموزش عالی پزشکی به نیازهای نظام سلامت ۵- عدم هماهنگی دانشگاه‌های علوم پزشکی	۳- ضرورت اتخاذ رویکرد فعال و پیش‌کنش‌گرانه در سیاست‌گذاری‌های آموزش عالی پزشکی ۴- بهبود هماهنگی بین کارکردهای اجرایی نظارتی و توسعه‌ای



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

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



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 دستیار 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 فوق تخصص از چالش‌های اصلی مورد اشاره پانل خبرگان بود. شرکت کنندگان 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 مشارکت کنندگان 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 فوق تخصصی مغفول مانده (م ۲) «آموزش ما بیشتر بیمار محو است (م ۵)»، «افراط محتوای آموزش دستیار بر بیماری به جای اصول پیشگیری (م ۶)»، به آموزش پیشگیرانه و هزینه‌های سلامت توجه کافی نشده (م ۳) همچنین ناکافی بودن مهارت‌های اساسی دانش‌آموختگان دوره‌های دستیار 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 مشارکت کنندگان در پانل اجزای مختلف کریکولوم‌ها را نیازمند بازنگری دانسته و ضعف در موارد زیر را برمی‌شمارد: «کاستی در راهبردهای آموزشی، توانمندی مورد انتظار دانش‌آموختگان، ضعف محتوا» (م ۳) غفلت از آموزش سرپایی از دیگر چالش‌های مورد اشاره شرکت کنندگان در پانل خبرگان بود. برای مثال: «۷۵ درصد خدمات ما سرپایی است ولی بیشتر آموزش ما آموزش بر بالین است» (م ۲) شرکت کنندگان در پانل راهکارهایی را در جهت ارتقای کیفیت و جامعیت کریکولوم‌های تخصصی و فوق تخصصی ارائه دادند برای مثال: آشنایی دستیاران با ارائه خدمات هزینه‌های اثر بخش؛ آموزش پزشکی تخصصی و فوق تخصصی سلامت محور؛ آموزش پزشکی تخصصی و فوق تخصصی 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 مشارکت کننده

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

اکثر خبرگان به بحث تدوین اسناد بالادستی به منظور تعیین جهت‌گیری‌های کلان نظام آموزش عالی پزشکی ایران در چند سال گذشته اشاره نمودند. برای مثال یکی از مشارکت کنندگان گفت: «... ما اسناد زیادی داریم که توصیه‌های مفیدی دارند. این اسناد بالادستی هدایت کننده اهداف و مأموریت‌های آموزش عالی پزشکی هستند. (مشارکت کننده ۲) در مجموع از نظر خبرگان توجه به اسناد بالادستی در تدوین چشم‌انداز و رسالت و ارزش‌های برنامه آموزش پزشکی تخصصی و فوق تخصصی تضمین کننده 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 فوق تخصصی

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 نیم‌نگاهی 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 فوق تخصصی

تفاوت‌های برنامه‌ها در دانشگاه‌های و مراکز آموزش تخصصی و فوق تخصصی از چالش‌های مهم مورد. برای مثال: «... اگر چه در دانشگاه‌ها نوآوری‌های آموزشی خوبی داشته‌ایم

فوق تخصصی مورد تأکید شرکت کنندگان 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 باشیم. می‌توان با روش‌های مختلف به ارتقاء آنها کمک کرد مثلاً گرفتن PhD یا MPH ... (م ۲) تقویت نقش الگویی اساتید بالینی و تشویق و رصد اعضا هیئت علمی در زمینه دانش پژوهی از دیگر موارد مورد اشاره خبرگان بودند.

۶- منابع و امکانات و زیرساخت‌ها

کمبود امکانات آموزشی بالینی، کمبود زیر ساخت فناوری، کمبود اعتبار و بودجه از جمله کاستی‌های مورد اشاره خبرگان بود. راهکارهای مورد اشاره خبرگان عبارت بودند از: تأمین منابع مالی غیر دولتی توسط دانشگاه‌ها؛ و خلق ثروت دانش بنیان در عرصه آموزش پزشکی به خصوص تخصصی و فوق تخصصی. برای مثال: «... دانشگاه سیدنی منابع خود را از شهریه دانشجویان 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 سیاست اعتبار بخشی مستمر برنامه‌های تخصصی و فوق تخصصی، عدم جامعیت ارزشیابی دوره‌ها، ضعف در نظام ارزشیابی و اعتبار بخشی ملی به عنوان چالش‌ها ذکر شدند. برای مثال: «... آیا سیاست ما برای اعتبار بخشی گسترش مستمر است؟». «یک برنامه چه زمانی باید متوقف شود؟ چقدر داریم جدی عمل می‌کنیم؟ (م ۴) و یا «... عدم وجود سیاست اعتبار بخشی مستمر و عدم اصلاح اشکالات اعتبار بخشی از معضلات است (م ۵). راهکار مورد تأکید خبرگان تحول نظام ارزشیابی برنامه‌های تخصصی و فوق تخصصی و فلوشیپ و شبکه‌سازی در نظام آموزش پزشکی تخصصی و فوق تخصصی برای کنترل کیفیت بود.

۸- توسعه و گسترش برنامه‌های آموزشی تخصصی و

فوق تخصصی و تربیت دستیاران

عدم وجود نظام برنامه‌ریزی نیروی متخصص و فوق تخصصی از

دوم به آنها اشاره نمود. به‌روز رسانی نظام ارزیابی دستیاران: راه‌اندازی کارپوشه‌های الکترونیک (LOG BOOK) متصل به شبکه اطلاعات بیمارستانی. «اگر بخواهیم محصول آموزش ما که پزشکان ارائه‌دهنده خدمات تخصصی هستند افراد برجسته‌ای باشند باید بیش از پیش به ارزیابی دستیاران توجه ویژه کرد» (م ۲). بهره‌مندی از بستر مجازی در آموزش پزشکی تخصصی: برای مثال: ... استفاده از آموزش مجازی روی کیفیت آموزش عالی پزشکی تأثیر دارد. (م ۳) لذا مهم‌ترین راهکارها در این بخش ضرورت تغییر و بازبینی و اصلاح کریکولوم‌های آموزش پزشکی تخصصی و فوق تخصصی و لزوم اتخاذ رویکرد جامعه‌نگر و سلامت محور در تدوین اهداف و محتوای آموزشی کریکولوم‌هاست.

دستیاران تخصصی و فوق تخصصی:

شرکت کنندگان در پانل خبرگان ضعف دانشجو پروری، حمایت از دستیاران و نظام پذیرش دستیاران تخصصی و فوق تخصصی را از چالش‌های مهم آموزش عالی پزشکی بر شمرند.

«حمایت مالی از دستیاران ناکافی است» (م ۳ و ۴) «تمرکزگرایی در پذیرش دستیاران وجود دارد» (م ۴) «نقش گروه‌های علمی دانشگاه در فرایند انتخاب دستیاران کم رنگ است (م ۲)» ... آیا اهمیت پزشکی و انتخاب فرد با صلاحیت کمتر از آن رشته‌ای است که باید فرد برود و مصاحبه کند. در مورد دانشجویان دوره پزشکی عمومی هست. در مورد پذیرش دستیارانی هم همین است. (مشارکت کننده ۵)، «ما اعتقاد داریم نظام پذیرش دستیارانی دانشجویان را از دوره انترنی فراری می‌دهد ما مشکل داریم ما باید درست کنیم ولی این چالش وجود دارد و ارزیابی ملی دانشجویان مشکل داریم (م ۴)» تکیه بر سنجش تنها یک بعد دانش نظری در آزمون‌های ورودی دستیارانی (م ۱)، «فقط تکیه روی حافظه است و به توانمندی‌های مورد حرفه‌ای و مسئولیت‌پذیر توجه نشده است» (م ۲). ایجاد شبکه حمایت از دستیاران حمایت از نخبگان و استعدادها درخشان از راهکارها بود. ضرورت اصلاح بنیادین و تحول در نظام پذیرش در رشته‌های تخصصی و فوق تخصصی از راهکارهای اصلی افزایش کیفیت آموزش عالی پزشکی است. برای مثال: «... باید نظام پذیرش آموزش پزشکی تخصصی و رشته‌ای تخصصی و فوق تخصصی 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



با توجه به ماندگاری دانش‌آموختگان بومی در سیستم سلامت 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 فوق تخصصی، توجه به آموزش مجازی در کشوری مثل ایران بسیار کمک‌کننده است (م ۲)». سهم آموزش مجازی در دنیا در آموزش پزشکی تخصصی و فوق تخصصی سهم عمده‌ای دارد. روش سنتی در آسیا فقط ۲۶ درصد روش‌های آموزش عالی را تشکیل می‌دهد (م ۳).

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

۹- حضور آموزش عالی پزشکی ایران در عرصه‌های بین‌الملل:

یکی از مهم‌ترین چالش‌های مورد تأکید خبرگان؛ سهم ناچیز ایران در جذب متقاضیان آسیایی تحصیل در دوره‌های دستیاری، و عدم حضور دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در بین دانشگاه‌های علوم پزشکی برتر منطقه بود. برای مثال: «در استرالیا ۷۵ درصد دانشجویان ORIGIN آسیایی هستند. در نیوزلند ۸۴ درصد- انگلستان ۴۰ درصد و آمریکا ۶۲ درصد. ایران هم باید بتواند دانشجویان آسیایی 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 خبرگان در این بخش به استراتژی متمرکز توسعه بازار آموزش عالی پزشکی اشاره نمودند.

توسعه بین‌المللی شدن دانشگاه‌ها و عرصه بین‌المللی؛ تأسیس شعب بین‌الملل؛ پذیرش و آموزش دستیاران خارجی و افزایش سهم کشور از آموزش پزشکی تخصصی و فوق تخصصی آسیا و لزوم ورود به رتبه‌بندی‌های جهانی آموزش پزشکی تخصصی و فوق تخصصی مورد از راهکارهای خبرگان بود. برای مثال: «نمی‌توانیم دور خودمان حصار بکشیم و بگوییم که ما پزشکان برجسته‌ای در عالم هستیم. (م ۱)؛ «باید نگاه منطقه‌ای و جهانی داشته باشیم INTRACTION بین‌المللی لازمه آموزش زنده است (م ۳)؛ برای مثال: «تأسیس شعب بین‌الملل دانشگاه‌های

چالش‌های مورد تأیید خبرگان بود. برای 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 فوق تخصصی تحت تأثیر متغیرهای مختلف هستند و آموزش امروز حاصل برنامه‌های ۱۰ سال پیش است.» (م ۳)، «... ما باید ۱۰ سال پیش می‌فهمیدیم که جامعه در حال پیر شدن است و امروز نیاز داریم به رشته تخصصی طب سالمندی.» (م ۴) «سیاست ما برای افزایش دانشگاه‌هایی که تربیت یک رزیدنت را بر عهده دارد چگونه بوده و هست؟ هر بار که دبیر شورای پزشکی عمومی را ببینیم، آمار می‌دهد از دانشگاهی که افتتاح شده ..» (م ۵).

تمرکز گرایی در توسعه آموزش عالی پزشکی و عدم بومی‌گزینی از چالش‌های مورد اتفاق نظر همه مشارکت‌کنندگان بود. برای مثال: «چالش اصلی بومی‌سازی آموزش پزشکی است نمی‌توان از تهران برای سراوان تربیت کرد.» (م ۲)

پر هزینه بودن توسعه کمی آموزش پزشکی تخصصی و فوق تخصصی نیز مورد تأکید قرار گرفت.

«قیمت تمام شده در بخش آموزش پزشکی تخصصی و فوق تخصصی و تأمین نیروی انسانی ما گران‌قیمت است؛ همچنین تأسیس دانشگاه علوم پزشکی در یک استان دور دست هزینه بر است. (م ۳)»، «افزایش تعداد زیاد دانشگاه‌ها بدون توجه اقتصاد بوده» (م ۲) و «قیمت تمام شده تربیت نیروی متخصص و فوق تخصص در کشور بسیار بالاست» (م ۴) اشاره نمودند. لذا بر لزوم اتخاذ رویکردهای هزینه اثر بخش در توسعه کمی آموزش عالی پزشکی کشور تأکید شد.

«افزایش تعداد دانشجویان و رزیدنت‌ها چالش برانگیز است.» باید یک نقطه OPTIMAL تعیین کنیم که کسانی که می‌خواهند تحصیل کنند و ظرفیت دارند اجازه بدهیم تحصیل کنند. مثلاً هدایت کنیم به رشته‌های 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 فوق تخصصی، بومی‌گزینی به منظور توزیع عادلانه منابع انسانی متخصص و فوق تخصصی از راهکارهای مورد اشاره بود. «بومی‌گزینی از اصول اساسی توسعه عدالت آموزشی در کشور است و

از جمله: مدیریت سیستماتیک برنامه آموزش پزشکی تخصصی و فوق تخصصی، 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 فوق تخصصی در سایه مدیریت نظام‌مند برنامه‌های آموزشی امکان‌پذیر است. بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر مقررات ناکارآمد در امر آموزش پزشکی تخصصی و فوق تخصصی که کلیه اجزای برنامه آموزشی از جمله عدم تطابق کریکولوم‌ها با نیازها و تغییرات اپیدمیولوژیکی، نامناسب بودن، ارزیابی دوره‌های دستیاران، 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

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

۱۰- مشارکت بین بخشی

توان رهبری بین بخشی و افزایش مشارکت میان بخش‌های مختلف در خارج از نظام آموزش پزشکی تخصصی و فوق تخصصی 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 نیاز دارد (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 راه حل افزایش مشارکت بین بخشی نظام آموزش عالی پزشکی با سایر بخش‌ها بر شمرند: 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



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]

هنر معتقد است تنها اجرای کریکولوم آموزش جامعه‌نگر و قرار دادن دانشجوی 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

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 فوق تخصصی 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 فوق تخصصی 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 پذیرد. [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 فوق تخصصی محسوب می‌شود. کدیوی و همکاران نیز این موضوع را مورد تأکید قرار داده و بیان نموده‌اند که با جامعه‌نگری آموزش پزشکی، پزشکیان 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]

آموزش پزشکی و تخصصی برای بسیاری از اقدامات تضمین کننده ارتقای کیفیت آموزش پزشکی تخصصی و فوق تخصصی نیازمند تعامل با بخش‌هایی خارج از حوزه خود است. تکیان و همکاران بر چالش‌های برنامه پزشکی خانواده و اختلاف دیدگاه برنامه میان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با سازمان‌های بیمه‌گر اشاره می‌کنند که از چالش‌های رهبری بین‌بخشی است. [۴۰] یوسفی و همکاران بر اهمیت ایجاد مدل‌های مؤثر همکاری و ارتباط مؤثر بین بوردهای آموزش پزشکی تخصصی و ادارات مرتبط در معاونت‌های بهداشتی به منظور برنامه‌ریزی بهتر توسعه رشته‌ها اشاره نموده‌اند. [۴۱] دهقانی و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند ارتباط ضعیف و ناهماهنگ بین آموزش و درمان، ارتباط ناکافی مدیران آموزشی و مدیران بخش سلامت، ارتباط ناکافی با استادان بالینی و ارتباط اندک بین معاونت‌ها آموزشی و بهداشتی از عوامل مهم تأثیرگذار در زمینه ارتباط بین جامعه و دانشگاه می‌باشند. [۲۶] 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. آنها همکاری و تشریک مساعی بین معاونت آموزشی، معاونت بهداشتی و معاونت درمان با نظارت حوزه ریاست دانشگاه اشاره کردند.

نتیجه‌گیری

در این مطالعه چالش‌های عملکردی نظام آموزش پزشکی تخصصی و فوق تخصصی و راهکارهای ارتقای آن تعیین شد. یافته‌های این پژوهش نشان داد از نظر خبرگان شرکت‌کننده در پانل، کارکردهای تولیدی 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 شده به عنوان راهکارهای علمی پیشنهادی پانل خبرگان در جهت ارتقای کیفیت و توسعه کمی هدفمند آموزش پزشکی تخصصی و

- فوق تخصصی کشور؛ کاملاً منطقی و ضروری به نظر می‌رسد:
- ۱- ترسیم 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 فوق تخصصی
 - ۴- اصلاح بنیادین در رویکرد و نظام پذیرش و ارزیابی دستیار تخصصی در نظام آموزش عالی پاسخگو
 - ۵- اصلاح نظام ارزشیابی دستیاران در راستای ارتقای صلاحیت حرفه‌ای دانش‌آموختگان
 - ۶- ارتقای اعضای هیئت علمی دوره‌های بالینی تخصصی و فوق تخصصی
 - ۷- اصلاح و استقرار نظام ارزشیابی و اعتبار بخشی ملی آموزش عالی پزشکی
 - ۸- شبکه‌سازی در نظام آموزش عالی پزشکی و توسعه بسترهای مجازی
 - ۹- گسترش عدالت و تمرکززدایی در توزیع جغرافیایی آموزش پزشکی تخصصی و فوق تخصصی
 - ۱۰- اتخاذ رویکرد آینده‌نگر و هزینه اثربخش در توسعه کمی آموزش
 - ۱۱- توسعه حیطه‌های بین رشته‌ای جدید
 - ۱۲- گسترش حضور در عرصه‌های بین‌المللی آموزش عالی پزشکی و شواهد علمی
 - ۱۳- جذب دستیاران خارجی و تأسیس شعب بین‌الملل
 - ۱۴- تعامل مستمر نظام آموزش عالی پزشکی و بخش‌های تحقیقاتی با هدف خلق ثروت دانش بنیان

سپاسگزاری

نویسندگان مقاله مراتب تشکر و قدردانی خود را از تمامی اساتید و همکارانی که به نحوی در این پژوهش ما را یاری نمودند، ابراز می‌نمایند. این مقاله کیفی حاصل بخشی از پایان نامه دکترای تخصصی شیما طباطبایی در رشته آموزش پزشکی، در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی می‌باشد.

مراجع

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

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



- 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, Vafae 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?

- 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 the University of Isfahan* 2010; 21(2):57-76. [In Persian].
- 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 ambulatory 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 Med Assoc 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.

