

گام‌های توسعه در آموزش پزشکی
مجله مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی
دوره سوم: شماره دوم، ص ۹۵-۱۰۱، ۱۳۸۵

ارزیابی جنبه‌هایی از دروندادها و بروندادهای آموزشی گروه‌های پزشکی اجتماعی

دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی کشور

دکتر سعادت ترابیان*

استادیار گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی، همدان، ایران

دکتر عباس وثوق مقدم

کارشناس واحد سیاست‌گذاری و اصلاحات نظام سلامت، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران

دکتر مجتبی صدیقت‌سیاهکل

استادیار گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

زمینه: سلامت انسان‌ها با عوامل اقتصادی، فرهنگی، سیاسی، اداری و محیطی در ارتباط نزدیک است، بنابراین علم پزشکی به علوم زیست پزشکی محدود نمی‌شود بلکه علوم اجتماعی و روانشناختی را نیز شامل می‌شود. این فلسفه و نگرش منجر به پیدایش دیدگاهی در عالم طب گردید که می‌توان آن را (Community-Oriented Medicine) نامید. در کشور ما به دنبال ادغام نظام درمانی با آموزش پزشکی، زمینه آموزش پزشکی در قالب جامعه‌نگر مهیا گردید و گروه بهداشت و پزشکی اجتماعی در دانشگاه‌های فاقد دانشکده بهداشت و گروه پزشکی اجتماعی در دانشگاه‌های دارای دانشکده بهداشت شکل گرفت. علی‌رغم تلاش‌های فراوان و صرف هزینه و وقت بسیار، شواهدی که نتایج و پیامدهای فعالیت‌های جامعه‌نگر گروه‌های پزشکی اجتماعی را در نظام آموزش عالی کشور بررسی نماید در دسترس نیست.

هدف: تحقیق حاضر به منظور بررسی وضعیت موجود امکانات و منابع گروه‌های پزشکی اجتماعی کل دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی کشور صورت گرفت.

روش کار: در این مطالعه که از نوع توصیفی و مقطعی بود دروندادهای پشتیبان فرآیند آموزشی و پژوهشی و برونداد فرآیند پژوهشی کلیه گروه‌های پزشکی اجتماعی دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی تحت پوشش وزارت بهداشت بررسی شد.

یافته‌ها: وسایل کمک آموزشی و امکانات آموزشی موجود در گروه‌های پزشکی اجتماعی دانشگاه‌های تیپ یک در وضعیت نسبتاً مطلوب و در دانشگاه‌های تیپ دو و سه، نامطلوب بود. از نظر معیارهای پژوهشی، گروه‌های پزشکی اجتماعی هر سه تیپ دانشگاهی در تدوین پایان‌نامه‌های دانشجویی مشارکت داشتند ولی در انجام طرح‌های پژوهشی دانشگاه، تألیف و ترجمه کتاب و انتشار مقاله در مجلات داخلی و خارجی فعالیت قابل توجهی نداشتند.

نتیجه‌گیری: به‌منظور ایجاد تغییر در وضعیت موجود آموزش پزشکی و حرکت به سمت آموزش پزشکی جامعه‌نگر باید با برنامه‌ریزی‌های کوتاه مدت و بلند مدت برای ارتقای این گروه‌های آموزشی همت گماشت و با رفع نواقص و کمبودها، این گروه‌ها را هر چه بیشتر به استاندارد لازم نزدیک کرد.

کلید واژه‌ها: ارزیابی آموزشی، پزشکی اجتماعی، منابع آموزشی، آموزش پزشکی جامعه‌نگر

* نویسنده مسؤول: گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی، همدان، ایران

مقدمه

الگوی مناسب علم در پزشکی، دیگر به علوم زیست پزشکی محدود نمی‌شود بلکه علوم اجتماعی و روانشناختی را نیز شامل است. زمینه کار پزشکی را به دلیل برخورد با عوامل اقتصادی، فرهنگی، سیاسی، اداری و محیطی می‌توان زمینه‌ای اجتماعی دانست (۱). امروزه انتقادات زیادی متوجه پزشکی پیشرفته است (۲). سیر تحول پزشکی به سوی تبدیل شدن به راهی برای کسب درآمد، انحراف آشکار آن از تعهدی است که در قبال مراقبت و شفای مردم از آن انتظار می‌رود. اعتقاد عمومی بر این است که دانشکده‌های پزشکی برای پاسخگویی به نیازهای در حال تغییر، با نارسائی‌های جدی و شدید روبرو هستند و غالباً بریده از نگرانی‌های جامعه به‌نظر می‌رسند، در حالی که پزشکی باید در به‌نظم کشیدن نظام‌ها و زمینه‌هایی که ناگزیر از کار کردن در آنهاست نقش مؤثرتری ایفا کند (۱).

تحقیقی در امریکا نشان داده که بیش از ۸۰ درصد پزشکانی که در موقعیت‌های مدیریتی قرار دارند معتقدند که برای این منظور آموزشی نديده‌اند و آموزش‌های کلاسیک مدیریتی باید برای این پست‌ها اجباری و یا به‌عنوان یک مزیت تلقی شود (۳). این چالش‌ها و همچنین بسیاری از ملاحظات دیگر، صاحب‌نظران دنیای پزشکی را به این نتیجه رسانده است که رسالت پزشکی را نباید تنها در درمان بیماری‌ها تصور کرد بلکه باید با اقداماتی همه‌جانبه و به‌صرفه، سلامت را به‌عنوان یک حق اساسی در اختیار همه افراد جامعه قرار داد. این فلسفه و نگرش منجر به پیدایش دیدگاهی در عالم طب گردید که می‌توان آن را *Community-Oriented Medicine* نامید (۱).

امروزه ارزش و اهمیت آموزش پزشکی جامعه‌نگر به خوبی شناخته شده است. سازمان جهانی بهداشت به‌منظور توسعه آموزش پزشکی جامعه‌نگر توصیه‌های مفیدی منتشر کرده است (۴). آموزش علوم رفتاری و اجتماعی که لازمه تربیت پزشکان کارآمد است، نیاز به امکانات و منابع کافی دارد (۵). نه تنها زمینه پزشکی بلکه آموزش پزشکی نیز در حال

تغییر می‌باشد. دهه اخیر را می‌توان دهه تغییرات آموزش پزشکی نامید (۶). از جمله عوامل مهم تأثیر گذار بر آموزش دانشجویان می‌توان به تکنولوژی‌های آموزشی اشاره کرد. در دو دهه اخیر تکنولوژی‌های آموزشی پیشرفت چشمگیری داشته‌اند و دانشکده‌های پزشکی سرمایه‌گذاری‌های فراوانی در این زمینه انجام داده‌اند تا همگام با این پیشرفت‌ها قدم بردارند (۷). هاردن (Harden) بیان می‌کند که مشارکت مراکز تأمین کننده منابع آموزشی در امر آموزش می‌تواند به جاری شدن استانداردهای آموزشی منتهی شود. (۸) سؤال قابل بحث آن است که آیا منابع آموزشی در مراکز مختلف و نیز در کشورهای گوناگون به یک نسبت قابل استفاده هستند؟ نکته مهم این است که تکنولوژی‌های جدید زمانی ابزار مناسبی هستند که بتوانند کیفیت و استاندارد آموزش را پس از تلفیق شدن با برنامه آموزشی ارتقاء دهند (۶). سؤال دیگر آن است که چگونه می‌توان تکنولوژی‌های جدید را در آموزش دانشجویان وارد کرد؟ (۹) که البته این سؤال جدیدی نیست (۱۰).

در کشور ما به دنبال ادغام نظام درمانی با آموزش پزشکی در سال ۱۳۶۴ و تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، زمینه آموزش پزشکی در قالب جامعه‌نگر مهیا گردید. پس از این ادغام، همزمان با گسترش بیشتر شبکه‌های بهداشتی درمانی، از اسفند ۱۳۶۵ کارگاه‌های آموزش پزشکی جامعه‌نگر برای مجریان وزارتخانه، رؤسا و مسئولان دانشگاه‌های علوم پزشکی و مسئولان دانشکده‌های پزشکی ترتیب داده شد و ضرورت تغییرات در برنامه‌ها و نحوه اجرای آموزش پزشکی به روش جامعه‌نگر، مورد تأکید قرار گرفت. همزمان، صاحب نظرانی از سازمان جهانی بهداشت کارگاه‌های متعددی در جهت جامعه‌نگر شدن آموزش پزشکی برگزار کردند (۱۱).

اولین جلسه «شورای ایجاد نگرش اجتماعی در آموزش پزشکی» در تاریخ ۶۷/۱۰/۱۱ تشکیل شد. در این جلسه ضرورت پرداختن به ایجاد نگرش اجتماعی در دانشجویان دانشکده‌های پزشکی، فوریت اجرای آن در زمینه کارآموزی

بهداشت دانشجویان پزشکی، هدف‌ها و نیز وظایف شورا مورد بحث و توافق قرار گرفت. متعاقب جلسات این شورا، اولین جلسه «شورای توسعه آموزش پزشکی جامعه‌نگر» در تاریخ ۷۱/۲/۵ تشکیل شد و سلسله مباحث جامعه‌نگر کردن آموزش پزشکی را ادامه داد. با پیگیری این شورا، مقدمات مالی و تجهیزات لازم برای تشکیل گروه‌های پزشکی اجتماعی و فعالیت‌های جامعه‌نگر در اکثر دانشگاه‌ها فراهم شد. بر اساس مصوبات این شورا گروه بهداشت و پزشکی اجتماعی در دانشگاه‌های فاقد دانشکده بهداشت و گروه پزشکی اجتماعی در دانشگاه‌های دارای دانشکده بهداشت شکل گرفت (۱۲).

در آخرین مصوبات «شورای گسترش آموزش پزشکی جامعه‌نگر»، سه وظیفه آموزشی، پژوهشی و خدماتی برای گروه‌های پزشکی اجتماعی در نظر گرفته شد. وظایف آموزشی شامل: آموزش دروس نظری پزشکی اجتماعی ۱ تا ۵، آموزش دوره‌های کارآموزی و کارورزی پزشکی اجتماعی، تربیت دستیاران تخصصی پزشکی اجتماعی، تعمیم دیدگاه جامعه‌نگری در سایر گروه‌های آموزشی، آموزش دروس مرتبط (جمعیت‌شناسی، جامعه‌شناسی، بهداشت عمومی، اپیدمیولوژی) و شرکت، طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی می‌باشد. در شرح وظایف پژوهشی، تعیین مشکلات بهداشتی درمانی و اولویت‌بندی آنها و همچنین مشاوره و راهنمایی طرح‌های تحقیقاتی و پایان‌نامه‌ها پیش‌بینی شده است. وظایف خدماتی شامل همکاری با معاونت بهداشتی استان و شهرستان و مشارکت در کمیته‌های مختلف و ترویج نگرش و بینش نظام آموزش پزشکی جامعه‌نگر می‌باشد.

روش کار

ارزشیابی عبارت از جمع‌آوری، تحلیل و تفسیر اطلاعات به منظور کمک به تصمیم‌گیری است (۱۸). معیارهای مورد بررسی در یک سیستم آموزشی را می‌توان به سه دسته شامل درون‌داد (وضعیت و سطح آگاهی دانشجویان هنگام ورود به گروه)، فرآیند آموزشی (تمامی عواملی که در طول تحصیل بر آموزش دانشجویان تأثیر می‌گذارد اعم از برنامه آموزشی، تجهیزات، مدرسین و غیره) و برون‌داد (نتایج تأثیر روند آموزش بر روی دانشجویان مانند تغییرات آگاهی و نگرش پس از پایان دوره)، تقسیم کرد (۱۷).

در این مطالعه که از نوع توصیفی و مقطعی بود اجزای پشتیبان فرآیند آموزشی و پژوهشی و برون‌داد فرآیند پژوهشی کلیه گروه‌های پزشکی اجتماعی دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی تحت پوشش وزارت بهداشت بررسی شدند. در مرحله نخست با توجه به شرح وظایف، درون‌دادها و برون‌دادهای ذکر شده، پرسشنامه‌ای حاوی سؤالات مربوط به وضعیت آموزشی، پژوهشی و تجهیزات آموزشی موجود در گروه‌ها به همراه دستورالعمل تکمیل آن طراحی شد. اطلاعات

در آخرین مصوبات «شورای گسترش آموزش پزشکی جامعه‌نگر»، سه وظیفه آموزشی، پژوهشی و خدماتی برای گروه‌های پزشکی اجتماعی در نظر گرفته شد. وظایف آموزشی شامل: آموزش دروس نظری پزشکی اجتماعی ۱ تا ۵، آموزش دوره‌های کارآموزی و کارورزی پزشکی اجتماعی، تربیت دستیاران تخصصی پزشکی اجتماعی، تعمیم دیدگاه جامعه‌نگری در سایر گروه‌های آموزشی، آموزش دروس مرتبط (جمعیت‌شناسی، جامعه‌شناسی، بهداشت عمومی، اپیدمیولوژی) و شرکت، طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی می‌باشد. در شرح وظایف پژوهشی، تعیین مشکلات بهداشتی درمانی و اولویت‌بندی آنها و همچنین مشاوره و راهنمایی طرح‌های تحقیقاتی و پایان‌نامه‌ها پیش‌بینی شده است. وظایف خدماتی شامل همکاری با معاونت بهداشتی استان و شهرستان و مشارکت در کمیته‌های مختلف و ترویج نگرش و بینش نظام آموزش پزشکی جامعه‌نگر می‌باشد.

علی‌رغم توجهی که به شیوه‌های جدید آموزش پزشکی و آموزش مبتنی بر جامعه می‌شود هنوز این نگرش بطور مطلوب در دانشگاه‌ها ایجاد نشده است. فریدمن (Friedman) و همکاران در سال ۱۹۹۰ گزارش کردند که بیش از ۹۰ درصد دانشکده‌های پزشکی آمریکای شمالی برنامه‌های سنتی آموزشی را اجرا می‌کنند (۱۳). علی‌رغم تلاش‌های فراوان و صرف هزینه و وقت بسیار، شواهدی که نتایج و پیامدهای فعالیت‌های

یافته‌ها

در این مطالعه کلیه دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی کشور که سالیانه از ردیف بودجه جامعه‌نگر استفاده می‌کردند، بررسی شدند. از کل ۳۹ دانشگاه و دانشکده علوم پزشکی مورد بررسی، ۹ دانشگاه تیپ یک، ۱۶ دانشگاه تیپ دو و ۱۴ دانشگاه تیپ سه بودند و بجز دانشکده‌های سبزوار و شاهرود، ۳۷ مورد دیگر دارای گروه پزشکی اجتماعی بودند.

وضعیت امکانات و وسایل کمک آموزشی گروه‌های پزشکی اجتماعی دانشگاه‌های تیپ یک نسبتاً مطلوب و دانشگاه‌های تیپ دو و سه نامطلوب بود. در گروه‌های پزشکی اجتماعی دانشگاه‌های تیپ یک حدوداً ۴۰ درصد و تیپ دو و سه، ۸۸ درصد کتابخانه مستقل وجود ندارد. در بین پنج دانشگاه علوم پزشکی ایران، اصفهان، تهران، شهید بهشتی و شیراز که به تربیت دستیار پزشکی اجتماعی اشتغال دارند، فقط گروه پزشکی اجتماعی شهید بهشتی، فاقد کتابخانه مستقل بود و دانشگاه علوم پزشکی تهران بیشترین تعداد کتب فارسی و انگلیسی را داشت. هیچکدام از این پنج گروه مجله فارسی یا انگلیسی مرتبط نداشتند. ۵۴/۱ درصد اعضای هیأت علمی و ۲۱/۶ درصد دانشجویان در گروه‌های پزشکی اجتماعی به شبکه اینترنت دسترسی داشتند.

از نظر معیارهای پژوهشی، گروه‌های پزشکی اجتماعی هر سه تیپ دانشگاهی در تدوین پایان‌نامه‌های دانشجویی مشارکت داشتند. در دانشگاه‌های تیپ یک، دو و سه به ترتیب ۲۰۷، ۳۴۸ و ۵۱ پایان‌نامه اجرا شده بود. اکثر گروه‌های پزشکی اجتماعی تیپ یک در طرح‌های پژوهشی دانشگاه مشارکت داشتند ولی تعداد کمی از گروه‌های پزشکی اجتماعی تیپ دو و سه در طرح‌های پژوهشی دانشگاه شرکت کرده بودند که از دانشگاه‌های تیپ دو می‌توان به ارومیه، قزوین و همدان و از دانشگاه‌های تیپ سه به اردبیل، بندرعباس، فسا و گناباد اشاره کرد. در کل، ۲۴/۳ درصد دانشگاه‌ها در هیچ طرح پژوهشی شرکت نکرده بودند و ۵۱/۴ درصد در کمتر از ۱۰

موجود در پرسشنامه شامل وسایل کمک آموزشی سالم و خراب، امکانات آموزشی (مانند کتابخانه، کتاب، مجله، رایانه، اینترنت، فیلم و نوار آموزشی)، بودجه پژوهشی جذب شده توسط گروه، تألیف کتاب و مقاله، مشارکت در تدوین پایان‌نامه‌ها، طرح‌های پژوهشی انجام شده و کارگاه‌های برگزار شده توسط گروه بود.

به منظور تعیین روایی، پرسشنامه در اختیار صاحب نظران قرار گرفت و پس از اصلاحات لازم از طریق نامه به گروه‌های پزشکی اجتماعی فرستاده شد. جهت افزایش دقت، پرسشنامه توسط نامه رسمی از طرف وزارت بهداشت به مدیران گروه‌های پزشکی اجتماعی فرستاده شد و پاسخ‌ها نیز با امضای مدیران گروه‌ها یا معاون آموزشی دانشکده‌ها دریافت شد. به‌منظور سرعت بخشیدن به روند اجرای طرح، یک ماه بعد از فرستادن پرسشنامه‌ها، نمابری به گروه‌ها فرستاده شد و از گروه‌ها خواسته شد تا نتایج را سریع‌تر (حداکثر تا یک ماه پس از دریافت نمابر) ارسال کنند. نمابر دوم یک ماه پس از نمابر اول به دانشگاه‌ها فرستاده شد. ۶۵ درصد دانشگاه‌ها فرم‌ها را در طی ۵۰ روز از تاریخ فرستادن پرسشنامه‌ها تکمیل کرده و بازپس فرستادند. ۳۰ درصد دانشگاه‌ها پس از نمابر دوم و طی ۲۰ روز بعد پرسشنامه‌های تکمیل شده را فرستادند. سایر دانشگاه‌هایی که پرسشنامه‌ها را تا این زمان نفرستاده بودند از طریق تلفن پیگیری شدند. آخرین دانشگاه فرم مربوط را پس از ۸۷ روز از تاریخ فرستادن پرسشنامه‌ها ارسال کرد. فرم‌ها توسط همکاران آموزش دیده بررسی شد و نواقص آنها از طریق مکاتبه و تماس تلفنی برطرف گردید. سپس داده‌ها وارد نرم افزار SPSS.V.10 شده و تلخیص گردید. اطلاعات مربوط به وسایل و تجهیزات آموزشی موجود در گروه‌های پزشکی اجتماعی، کارگاه‌های برگزار شده توسط اعضای هیأت علمی این گروه‌ها و همچنین شاخص‌های پژوهشی به تفکیک تیپ دانشگاهی در جداول جداگانه گردآوری شد.

جدول ۱: فراوانی مقالات چاپ شده توسط اعضای هیأت علمی گروه های پزشکی اجتماعی دانشگاه های علوم پزشکی کشور

| نوع مجله | داخلی | | خارجی | |
|-------------|-------|------|-------|------|
| | تعداد | درصد | تعداد | درصد |
| تعداد مقاله | ۷ | ۱۸/۹ | ۲۱ | ۵۶/۸ |
| ۱-۵ | ۱۳ | ۳۵/۱ | ۱۴ | ۳۷/۵ |
| ۶-۱۰ | ۱۰ | ۲۷ | ۱ | ۲/۷ |
| >۱۰ | ۷ | ۱۸/۹ | ۱ | ۲/۷ |
| کل | ۳۷ | ۱۰۰ | ۳۷ | ۱۰۰ |

گروه های پزشکی اجتماعی دانشگاه ها برای گروه های هدف مختلف (اعضای هیأت علمی، دستیاران، کارورزان، کارآموزان، پزشکان و کارشناسان فیلدهای آموزشی)، کارگاه برگزار کرده بودند که در جدول شماره ۲ آورده شده است. از این میان بیشترین تعداد کارگاه (۴۹/۱ درصد)، بیشترین زمان (۶۹/۴ درصد) و بیشترین تعداد شرکت کننده (۶۴/۲ درصد) مربوط به کارگاه های روش تحقیق بود.

طرح مشارکت داشتند. میانه طرح های انجام شده در کل دانشگاه ها ۴/۵ بود (میانگین، ۸/۱۴ و انحراف معیار ۷/۵).

اکثر گروه های پزشکی اجتماعی دانشگاه های تیپ یک، کتاب (تألیف یا ترجمه) یا مقاله در مجلات داخلی و خارجی، منتشر کرده بودند. ولی میزان مقالات منتشره توسط گروه چشمگیر نیست (۶۲/۵ درصد این دانشگاه ها کمتر از ۱۰ مقاله داخلی و ۷۵ درصد آنها کمتر از ۵ مقاله خارجی منتشر کرده بودند). گروه های پزشکی اجتماعی دانشگاه های تیپ دو به ترتیب ۶۰ و ۵۳ درصد و تیپ سه به ترتیب ۵۸ و ۸۵ درصد، تألیف و ترجمه کتاب داشتند. اکثر گروه های پزشکی اجتماعی دانشگاه های تیپ دو و سه در مجلات داخلی مقاله منتشر کرده بودند (به ترتیب ۸۲ درصد و ۶۷ درصد) ولی ۵۲ درصد دانشگاه های تیپ دو و ۸۳ درصد دانشگاه های تیپ سه، مقاله خارجی منتشر نکرده بودند. وضعیت انتشار مقاله گروه ها در مجلات داخلی و خارجی در جدول شماره ۱ آورده شده است.

جدول ۲: مشخصات کل کارگاه های برگزار شده توسط گروه های پزشکی اجتماعی کشور در سال تحصیلی ۱۳۸۰

| نام کارگاه | فراوانی | | کارگاه | | شرکت کنندگان | | ساعات تدریس | |
|--|---------|------|--------|------|--------------|------|-------------|------|
| | تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد | تعداد | درصد |
| روش تحقیق | ۱۳۳ | ۴۹/۱ | ۳۷۱۶ | ۶۴/۲ | ۳۱۴۴ | ۶۹/۴ | | |
| مدیریت | ۲۸ | ۱۰/۳ | ۳۱۷ | ۵/۵ | ۱۸۰ | ۴ | | |
| بهداشت جامعه | ۱۷ | ۶/۳ | ۵۲۷ | ۹/۱ | ۵۱۰ | ۱۱/۳ | | |
| آموزش پزشکی جامعه نگر | ۱۲ | ۴/۴ | ۸۴ | ۱/۵ | ۹۶ | ۲/۱ | | |
| کنترل اپیدمی | ۱۰ | ۳/۷ | ۱۰۰ | ۱/۷ | ۲۰ | ۰/۴ | | |
| مبارزه با بیماری های واگیر | ۱۰ | ۳/۷ | ۱۰۰ | ۱/۷ | ۴۰ | ۰/۹ | | |
| اولویت سنجی | ۱۰ | ۳/۷ | ۱۰۰ | ۱/۷ | ۴۰ | ۰/۹ | | |
| سیگار | ۱۰ | ۳/۷ | ۱۰۰ | ۱/۷ | ۲۰ | ۰/۴ | | |
| ورزش | ۱۰ | ۳/۷ | ۱۰۰ | ۱/۷ | ۲۰ | ۰/۴ | | |
| پایش رشد | ۱۰ | ۳/۷ | ۱۰۰ | ۱/۷ | ۴۰ | ۰/۹ | | |
| احیای نوزاد | ۴ | ۱/۵ | ۴۰ | ۰/۷ | ۴۸ | ۱/۱ | | |
| ارتقاء کیفیت | ۳ | ۱/۱ | ۸۵ | ۱/۵ | ۶۳ | ۱/۴ | | |
| برنامه ریزی آموزشی | ۳ | ۱/۱ | ۷۴ | ۱/۳ | ۳۷ | ۰/۸ | | |
| آسم | ۳ | ۱/۱ | ۳۰ | ۰/۵ | ۱۲ | ۰/۳ | | |
| کامپیوتر | ۲ | ۰/۷ | ۳۰ | ۰/۵ | ۹۶ | ۲/۱ | | |
| روش تدریس | ۲ | ۰/۷ | ۲۸ | ۰/۵ | ۷۰ | ۱/۵ | | |
| برگزاری سمینار | ۲ | ۰/۷ | ۱۹۰ | ۳/۳ | ۲۲ | ۰/۵ | | |
| طرح درس | ۱ | ۰/۴ | ۳۱ | ۰/۵ | ۲۸ | ۰/۶ | | |
| کارگاه توجیهی کارشناسان و پزشکان برای فیلد | ۱ | ۰/۴ | ۴۰ | ۰/۷ | ۴۲ | ۰/۹ | | |
| کل | ۲۷۱ | ۱۰۰ | ۵۷۹۲ | ۱۰۰ | ۴۵۲۸ | ۱۰۰ | | |

بحث و نتیجه‌گیری

در این مطالعه داده‌های مربوط به ۳۷ گروه پزشکی اجتماعی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. بررسی نشان داد که علی‌رغم این‌که در بودجه جامعه-نگر که سالیانه برای این گروه‌ها تخصیص داده می‌شود، ردیفی برای خرید وسایل در نظر گرفته شده است، اغلب این گروه‌ها از وسایل و تجهیزات کمک آموزشی مناسب برخوردار نیستند. اگرچه در این مطالعه امکان به دست آوردن مقادیر دقیق بودجه اختصاص داده شده به گروه‌ها و مقادیر مصرف شده در جهت اهداف و فعالیت‌های گروه‌های پزشکی اجتماعی فراهم نگردید ولی فقر نسبی و بعضاً مطلق امکانات آموزشی و کمک آموزشی این گروه‌ها می‌تواند مطرح کننده عدم تخصیص بودجه متناسب با فعالیت‌ها و یا هزینه کردن بودجه در موارد دیگر مورد نیاز دانشگاه‌ها و دانشکده‌ها باشد.

عدم توانایی گروه‌ها در جذب بودجه تخصیص یافته و مشارکت پژوهشی کم آنها (خصوصاً دانشگاه‌های تیپ دو و سه) می‌تواند بیانگر توجه ناکافی مسئولان دانشگاه به گروه‌های پزشکی اجتماعی و یا غیر فعال بودن این گروه‌ها و مشارکت کم آنها در برنامه‌های دانشگاه باشد که خود می‌تواند بیانگر ضعف نیروی علمی این گروه‌ها باشد.

در حال حاضر برنامه آموزش جامعه‌نگر با آموزش مطلوب فاصله دارد (۱۴). به‌منظور ایجاد تغییر در وضعیت موجود آموزش پزشکی و حرکت به سمت آموزش پزشکی جامعه‌نگر باید با برنامه‌ریزی‌های کوتاه مدت و بلند مدت برای ارتقای

این گروه‌های آموزشی همت گماشت و با رفع نواقص و کمبودها، این گروه‌ها را هر چه بیشتر به استاندارد لازم نزدیک کرد. هرگونه برنامه‌ریزی منوط به اطلاع دقیق از وضعیت این گروه‌ها است. همچنین اولویت‌بندی در تخصیص منابع، وابسته به شناخت نقاط ضعف گروه‌ها در مقایسه با یکدیگر است.

پیشنهادها:

تعیین استانداردهای عملکرد گروه‌های پزشکی اجتماعی و نظارت مستمر بر رعایت این استانداردها.

ایجاد شرط نظارت مدیران گروه‌های پزشکی اجتماعی در هزینه کردن بودجه جامعه‌نگر، ابلاغ بودجه به گروه‌ها در هر سال و بازخواست از نحوه مصرف آن از مدیران گروه‌ها با شاخص‌های روشن و از پیش تعریف شده.

اصلاح روند تخصیص بودجه بر اساس عملکرد گروه‌ها.

فعال کردن دبیرخانه شورای آموزش پزشکی جامعه‌نگر.

تعریف پروژه‌هایی برای ایجاد فیلدهای بهداشتی درمانی و آموزشی استاندارد در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور.

سپاسگزاری

در خاتمه محققین مراتب سپاسگزاری خویش را از همکاری مسئولین محترم معاونت آموزشی و امور دانشگاهی، خصوصاً آقای دکتر علیرضا استقامتی و همچنین مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی وزارت بهداشت و گروه‌های پزشکی اجتماعی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در فراهم آوردن امکان انجام این پژوهش اعلام می‌دارند.

منابع

1. Walton H. The Edinburgh Declaration: Ten years afterwards. Basic Science Educator 1999; 9:3-7.
2. McKeown T. The modern rise of population. New York: Academic Press; 1997:56-9.
3. WHO. Increasing the Relevance of Education for Health Professionals. WHO Technical Report Series 838. Geneva: World Health Organization, 1993.
4. World Health Organization. Community-based Education of Health Personnel. (Technical Report Series no. 746) Geneva: WHO 1987.

5. Russell A, Teijlingen E van, Lambert H, Stacy R. Social and behavioural science education in UK medical schools: current practice and future directions. *MED EDUC* 2004; 38(4): 409-417.
6. Issenberg S B, Pringle S, Harden RM, Khogali S, Gordon MS. Adoption and integration of simulation-based learning technologies into the curriculum of a UK Undergraduate Education Programme. *MED EDU* 2003;37 (Suppl. 1):42-49.
7. Lee MY, Albright SA, Alkasab T, Damassa DA, Wang PJ, Eaton EK. Tufts Health Sciences Database: lessons, issues and opportunities. *Acad Med* 2003; 78(3):254-64.
8. Harden RM, Hart IR. An international virtual medical school (IVIMEDS): the future of medical education? *Med Teacher* 2002; 24(3):261-7.
9. Kerfoot BP, Masser BA, Hafner JP. Influence of new educational technology on problem-based learning at Harvard Medical School. *MED EDUC* 2005; 39(4): 380-387.
10. Tosteson DC. Learning in medicine. *N Engl J Med* 1979; 301(13):690-4.
۱۱. مرندی علیرضا، عزیزی فریدون، لاریجانی باقر، جمشیدی حمیدرضا. سلامت در جمهوری اسلامی ایران. تهران: چاپ یونیسف؛ پائیز ۱۳۷۷: ۸۴۳-۶
۱۲. سوابق جلسات شورای آموزش پزشکی جامعه نگر. مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
۱۳. حمد بشیر. مروری بر آموزش پزشکی جامعه نگر. آموزش پزشکی جامعه نگر چیست؟ ترجمه فرقان پرست کامبیز، شجاعی حسین. مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۱۳۷۷.
۱۴. نجفی پور صدیقه، بررسی میزان جامعه نگر بودن آموزش پزشکی در دانشکده پزشکی شیراز. پایان نامه ۱۳۸۲: ۳۵-۷۰.
۱۵. یادآور نیکروش منصوره، مطالعه تطبیقی برنامه ریزی و مدیریت آموزش پزشکی جامعه نگر در دانشکده های پزشکی ایران و جهان. پایان نامه دکترا ۱۳۷۷: ۲۸۸-۲۹۰.
۱۶. صداقت سیاهکل مجتبی، ترابیان سعادت، وثوق مقدم عباس. گزارش طرح "بررسی وضعیت موجود گروه‌های پزشکی اجتماعی دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی". مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۱۳۸۱.
۱۷. محمدی آئین، مجتهدزاده ریتا. بانک اطلاعات و رتبه بندی دانشکده های پزشکی ایران. تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دبیرخانه شورای آموزش پزشکی و تخصصی. ۱۳۸۲: ۵۱-۸۱.
18. Airasian PW. Classroom assessment. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 1997: 63-8.