

## چالشهای تولید در نظام آموزش پزشکی کشور: رویکرد کیفی

دکتر محمود بیگلر<sup>۱</sup>، پیوند باستانی<sup>۲</sup>، دکتر سودابه وطن خواه<sup>۳</sup>

### چکیده

**زمینه و هدف:** در نقشه نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران در افق ۱۴۰۴، تولید و ارائه خدمات سلامت بعنوان مهمترین حوزهها مطرح شدهاند. این پژوهش به بررسی مهمترین چالشهای تولیدی نظام آموزش پزشکی کشور از دیدگاه صاحبان فرایند آموزش پرداخته است.

**روش بررسی:** پژوهش کیفی حاضر به روش تحلیل ساختار و تحلیل درون مایه به گردآوری دیدگاه جمعی اعضای هیات علمی دانشگاههای علوم پزشکی کشور پرداخته است. دادهها از طریق مصاحبه عمیق و نیمه ساختارمند جمع آوری شد و بمنظور افزایش مقبولیت آن از ۴ معیار روش لینکن و گوبا استفاده گردید. در نهایت درون مایهها توسط افراد با تجربه در زمینه تحقیقات کیفی که دارای تضاد منافع با موضوع نبودند، استخراج شد.

**یافتهها:** از میان ۲۴ عضو هیات علمی مورد مصاحبه، ۷ نفر زن و ۱۷ نفر مرد و از نظر مرتبه علمی، ۵ نفر استاد، ۸ نفر دانشیار، ۹ نفر استادیار و ۲ نفر مربی بودند. یافتههای حاصل از مصاحبهها در قالب سه محور اصلی تولید در نظام سلامت به صورت درون مایههای اصلی و فرعی طبقه بندی گردیده به طوریکه در هر محور به ترتیب دو، دو و پنج درون مایه اصلی شناسایی شدند.

**نتیجهگیری:** از آنجا که چالشهای استخراج شده از مصاحبههای حاضر در زمره مداخلات ضروری هستند که برای دستیابی به کارکردهای تولیدی نظام سلامت و به تبع آن آموزش پزشکی، ضروری شمرده شدهاند، لازم است ضمن توجه دقیقتر به آنها، نسبت به طراحی راهکارهای عملی و اجرایی اقدام گردد.

**واژههای کلیدی:** تولید، نظام سلامت، آموزش پزشکی

\* نویسنده مسئول:

پیوند باستانی؛

دانشکده مدیریت و اطلاع

رسانی پزشکی، دانشگاه علوم

پزشکی ایران

Email:

P-bastani@razi.

tums.ac.ir

- دریافت مقاله: خرداد ۱۳۹۲ - پذیرش مقاله: شهریور ۱۳۹۲

### مقدمه

تولیت، به زعم سازمان بهداشت جهانی، بخشی از کارکرد یک حکومت تعریف شده است که مسئول تندرستی و رفاه جامعه می باشد و به میزان اعتماد و مشروعیتی که شهروندان برای فعالیتهای حکومت قائل هستند، اهمیت می دهد (۱).

به بیان دیگر تولیت، کارکردی است که از طریق آن امکان دستیابی به اهداف سه گانه نظامهای سلامت (ارتقای سلامت، پاسخدهی به انتظارات معقول آحاد جامعه و عادلانه بودن مشارکت در تامین مالی) فراهم می آید ضمن آنکه فرایند تصمیم گیری در مورد نیازهای اولویت دار نظام سلامت و اطمینان از برآورده شدن این اولویتهای نیز در حیطه کار تولیت قرار دارد (۲).

تولیت در سه کارکرد سیاستگذاری (تعیین خط مشی و جهت گیری کلان نظام سلامت)، حاکمیت درون بخشی (بکارگیری همه تمهیدات ممکن جهت تضمین

<sup>۱</sup> پزشک داروساز، دانشجوی دکتری پژوهشی علوم دارویی، مرکز تحقیقات علوم دارویی،

دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

<sup>۲</sup> دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی

پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

<sup>۳</sup> دانشیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی،

دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

این نظام‌ها خصوصاً در بخش ارائه خدمات خصوصی(۶).

این در حالی است که مطالعات داخلی، لیست طولانی‌تر و مفصل‌تری را به طور اختصاصی به عنوان مهمترین مشکلات تولیتی نظام سلامت کشور ذکر کرده‌اند که از آن میان می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: نداشتن برنامه مدون و توافق شده برای اصلاح تولیت نظام سلامت، ضعف دانش و آگاهی محققان، سیاست‌گذاران و مدیران در مورد مفاهیم و تجربیات جهانی در اجزای مختلف تولیت، ضعف در بکارگیری نیروی انسانی ماهر در برنامه نویسی، سیاست‌سازی و پایش موثر، نبود نظام نامه مدون و اجماع شده برای فرایندها، روال‌ها و استانداردهای برنامه نویسی و سیاست‌سازی، تخصیص کم منابع مالی برای فعالیت‌های برنامه نویسی و مراقبت از سیاست‌ها و برنامه‌ها، نبود نظام هماهنگ و مصوب برای ارتباط ساختارمند وزارت رفاه و تامین اجتماعی با وزارت بهداشت، فقدان تفاهم در مورد وجود متولی ساختاری برای سیاست‌گذاری و برنامه ریزی، جدی گرفته نشدن امر پایش و گزارش دوره‌ای و قابل دفاع از پیشرفت برنامه‌ها توسط سیاست‌گذاران، ضعف نگرش و آگاهی دست‌اندرکاران سیاست‌سازی و تصمیم‌گیری در مورد تبعات مشارکت ضعیف ذینفعان که خود را به صورت اجرایی نشدن تصمیمات و مخالفت آنان نشان می‌دهد و در نهایت موجب به خطر افتادن سلامت مردم می‌شود، ضعف فرهنگ و مهارت‌های مدیریت پروژه در ستاد و واحدهای تابعه که دستیابی به اهداف را کند کرده و منابع را هدر می‌دهد، جهت‌دار نبودن تحقیقات کاربردی به دلیل نبود فهرست اولویت‌های تحقیقاتی و سوالات تصمیم‌گیرندگان و تعامل کم وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با ذینفعان

اجرای سیاستهای اتخاذ شده) و رهبری بین بخشی(بکارگیری ابزارهای مشروع تاثیرگذاری بر بخش‌های دیگر در جهت دستیابی به اهداف و آرمان‌های نظام سلامت) تجلی می‌یابد(۳). لذا می‌توان گفت اجزای تشکیل دهنده تولیت عبارتند از: جمع‌آوری و استفاده از خرد(Generation intelligence)، شکل‌دهی به سیاستهای سلامت، تعیین چشم‌انداز و راهبردها(Forming policy) و تاثیرگذاری از طریق رویکردهای کنترل و تنظیم(Regulation) بطوریکه کارکرد موثر این سه جزء، ضمانتی برای تولیت موثر خواهد بود(۴).

این در حالی است که از یک نگاه دیگر می‌توان تولیت را به بخشهای زیر تجزیه کرد: تولید اطلاعات معتبر برای تصمیم‌گیری، برنامه‌ریزی راهبردی نظام سلامت، اطمینان از وجود راهبری رسمی، تشکیل شبکه ذینفعان و ارتباط موثر، متناسب کردن راهبردها و ساختار در نظام سلامت و در نهایت پاسخگویی(۵). علاوه بر آنچه تاکنون در باب تعاریف مختلف و جنبه‌های گوناگون تولیت گفته شد که خود به خوبی حکایت از اهمیت تولیت در نظام سلامت دارد، سازمان بهداشت جهانی بر این عقیده است که کشورهای در حال توسعه و از جمله کشور ما از وضعیت مطلوب تولیتی در نظام سلامت خود برخوردار نیستند و لزوم توجه هر چه بیشتر به این امر مهم در این نظام‌ها حائز اهمیت است. در همین راستا عمده‌ترین مشکلات تولیت نظام سلامت کشورهای در حال توسعه از دیدگاه سازمان بهداشت جهانی به این صورت تبیین شده‌اند: عدم توجه به همه عوامل و ذینفعان در سیاست‌گذاری، صرف توجه به تدوین قوانین و مقررات و عدم توجه به سایر اجزای تولیت مثل تولید دانش، اجرا و پایش سیاستها و قوانین و در نهایت عدم توجه عمده به برخی مشکلات مبتلا به

سلامت (۷).

مدیریت و رهبری آموزش از دیدگاه صاحبان فرایند آموزش - اعضای هیات علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی - پرداخته شده است.

### روش بررسی

این پژوهش از نوع مطالعات کیفی است که به روش تحلیل ساختار (Framework analysis) و تحلیل درون مایه (Thematic analysis) انجام شده است. تحلیل ساختار، روشی است مناسب در زمینه تحقیقات کاربردی با هدف کسب اطلاعات خاص و ارائه پیامدها یا توصیه‌ها (۱۱)، از سوی دیگر تحلیل درون مایه، روشی است برای شناسایی، تحلیل و بیان محتوای داده‌های متنی (۱۲)، که هر دو به میزان وسیعی در مطالعات مرتبط با سلامت، مورد استفاده قرار می‌گیرند. با توجه به هدف مطالعه و به منظور گردآوری دیدگاه‌های جمعی (round view) افراد کلیدی، شرکت کنندگان این پژوهش را اعضای هیات علمی شاغل در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور تشکیل می‌دادند که به صورت مبتنی بر هدف (Goal oriented or purposive sampling) و با حداکثر تنوع (Maximum Variance of Sampling) انتخاب شده بودند، به طوریکه اعضای هیات علمی از گروه‌های مختلف علوم پایه و بالینی از چهار مرتبه علمی مربی، استادیار، دانشیار و استاد از دانشگاه‌های مختلف سراسر کشور (تیپ یک، دو و سه) انتخاب شدند. به منظور تولید داده‌ها از روش مصاحبه فردی نیمه ساختارمند (Semi structured) که از نظر انعطاف پذیری و عمیق بودن، مناسب پژوهش‌های کیفی است، استفاده شد و در مجموع با ۲۴ نفر از اعضای منتخب هیات علمی به صورت نمونه گیری آسان و در دسترس، مصاحبه صورت گرفت به طوریکه از اساتید هر رده علمی (مربی، استادیار، دانشیار، استاد) و

با توجه به آنچه گفته شد و با عنایت به پیچیدگی نظام سلامت ایران بر اساس وظایف چند گانه‌ای که پس از طرح ادغام آموزش پزشکی با ارائه خدمات سلامت به عهده وزارت بهداشتی و تشکیل وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۶۴ گذاشته شد، وظیفه تولید نظام سلامت ایران دو چندان گردیده است. لذا بدیهی است، که نیاز به تولید با تمام تعاریف و ویژگی‌های مد نظر سازمان بهداشت جهانی در بخش آموزش پزشکی نیز علاوه بر بخش ارائه خدمات سلامت ضروری خواهد بود. چرا که تاثیر آموزش بر سایر کارکردهای نظام سلامت مانند تولید منابع خصوصاً تامین نیروی انسانی و تولید دانش و تاثیر مستقیم آن در ارائه خدمات، غیر قابل انکار است (۸). از سوی دیگر، ایجاد بستر و زمینه اجرای برنامه‌های توسعه یا به عبارت دیگر فرهنگ‌سازی در هر بخش به آموزش نیازمند است. بنابراین، بخش آموزش عالی ناگزیر باید به صورت مستقیم و غیرمستقیم ایفای نقش کرده و زیرساخت‌های فرهنگی لازم را برای تحول در تمامی بخش‌ها فراهم سازد (۹). اهمیت این موضوع تا بدانجاست که در نقشه نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران در افق ۱۴۰۴، مأموریت «نظام علم، فناوری و نوآوری سلامت» شناسایی و حل مسائل در حوزه‌های اصلی زیر بیان شده است: تولید و ارائه خدمات سلامت، ظرفیت‌سازی نیروی انسانی مورد نیاز نظام سلامت، تامین، تولید و توزیع عادلانه منابع مالی و تعالی در تولید و بهره‌برداری از دانش در زمینه‌هایی که کشور دارای مزیت‌های نسبی و رقابتی، برای رسیدن به جایگاه نخست منطقه باشد (۱۰)، لذا بر این اساس در این پژوهش به بررسی مهمترین چالش‌های تولیدی نظام آموزش پزشکی کشور به جهت اهمیت آن در

۴۰ تا ۵۵ دقیقه بود و به منظور جلوگیری از مشکلات احتمالی، کلیه زمان جلسات از طریق دو دستگاه الکترونیکی، ضبط شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها همزمان با جمع آوری آن، آغاز گردید و تا رسیدن به اشباع (Data saturation) داده‌ها ادامه یافت به طوریکه بلافاصله بعد از اتمام هر مصاحبه و پس از دو بار گوش دادن هر فایل ضبط شده، کلیه مکالمات متنی کلمه به کلمه تایپ شده و از روی آن واحدهای معنایی اولیه (Substantive codes) استخراج گردید و در مرحله بعد بر اساس مشابهت‌های موجود بین این واحدها، طبقه بندی صورت گرفت. ضمناً از آنجا که از نکته‌های کلیدی سخنان مصاحبه شوندگان و حالات صورت و علائم غیر کلامی آنها در زمان مصاحبه یادداشت برداری شده بود، در زمان پیاده سازی فایل‌ها به این مطالب نیز توجه شد.

به منظور افزایش مقبولیت (Credibility) داده‌ها بر اساس روش لینکن و گوبا (۱۳) از معیارهای زیر استفاده شد:

- اختصاص زمان کافی به هر مصاحبه و جلب اعتماد شرکت کنندگان و صرف زمان کافی بر روی داده‌ها (Prolonged engagement)
- ترکیب روشهای گردآوری داده‌ها مثل مصاحبه، مشاهده و نوشتار (Field Note)
- بازبینی متن مصاحبه‌ها و توافق در مورد کدها و طبقات استخراج شده توسط پژوهشگران (Peer check)
- بازبینی و تایید برداشت های تایپ شده جهت رفع هر گونه ابهام توسط مصاحبه شوندگان (Respondent validity).
- به علاوه به منظور برآورد میزان تائید پذیری داده‌ها از روش بازنگری ناظران استفاده شد به این صورت که

هر تیپ (یک/دو/سه) وارد نمونه گردید و با این تعداد، یافته‌ها به حد اشباع (Saturation) رسید. جهت انجام مصاحبه‌ها، فرم عناوین راهنما (Topic Guide) که حاوی شش سوال کلی برای روشن کردن اهداف مطالعه بود، تهیه شد. در طراحی این سوالات، علاوه بر مرور متون، از نظرات سه نفر از اساتید خبره در حوزه سلامت و آموزش پزشکی، استفاده گردید. در مرحله بعد، به منظور تعیین روایی و اطمینان از معنی دار بودن سوالات از نظر پاسخ دهندگان، با دو تن از اعضای هیات علمی که جزء مصاحبه شوندگان منتخب نبودند، مصاحبه شد و بر حسب دیدگاه آنها و بنا به ضرورت، اصلاحات لازم در جهت رفع نواقص انجام گردید.

زمان انجام جلسات مصاحبه از قبل پیش بینی شده و با افراد مورد نظر به صورت تلفنی یا حضوری، هماهنگ شده بود. ضمناً طی این هماهنگی‌ها ضمن ارائه توضیحات لازم در مورد هدف مصاحبه‌ها به افراد اطمینان داده شد که محرمانگی داده‌ها و گمنامی مصاحبه شوندگان به طور کامل حفظ خواهد شد و در عین حال شرکت کنندگان مجازند علیرغم موافقت اولیه، در هر زمان از مصاحبه که تمایل داشته باشند، از ادامه کار انصراف دهند، در مرحله بعدی برای تمام افرادی که به طور کاملاً آگاهانه و داوطلبانه حاضر به انجام همکاری بودند، فرم رضایت کتبی تکمیل و به امضای مصاحبه شوندگان رسید. به منظور افزایش مسائل مربوط به صحت، دقت و حفظ محرمانگی محتوای مصاحبه‌ها، حتی المقدور سعی شد، مکانی آرام و دور از هیاهوی محیط کار افراد برای انجام مصاحبه، پیش بینی شود که ورود و خروج ارباب رجوع و زنگ تلفن باعث اختلال حواس و به هم خوردن جلسه نشود. ضمناً مدت زمان هر مصاحبه بر حسب میزان علاقه و تحمل مصاحبه شوندگان بین

۸ نفر دانشیار، ۹ نفر استادیار و ۲ نفر مربی بودند. از نظر نوع دانشگاه، ۱۱ نفر از اعضای هیات علمی منتخب، از دانشگاه‌های علوم پزشکی تیپ یک، ۸ نفر از دانشگاه‌های تیپ دو و در نهایت ۵ نفر از دانشگاه‌های تیپ ۳، مورد مصاحبه قرار گرفتند. ضمناً میانگین سنی این مصاحبه شونده‌گان،  $45 \pm 7$  سال بود. در ادامه به بیان مهم‌ترین چالشهای تولیدی نظام آموزش پزشکی کشور در قالب درون مایه‌های اصلی و فرعی در زیر مجموعه سه محور جمع آوری و استفاده از خرد، شکل دهی به سیاست‌های سلامت، تعیین چشم اندازها و راهبردها و گذاشتن تاثیر: رویکردهایی برای کنترل و تنظیم (تقسیم بندی سازمان بهداشت جهانی از تولید در نظام سلامت) پرداخته شده است.

مصاحبه‌ها، کد بندی‌ها و استخراج طبقات، توسط چند نفر از افراد با تجربه در زمینه تحقیقات کیفی که دارای هیچ گونه تضاد منافع (Conflict of interest) با موضوع نبودند، انجام گرفت. خاطر نشان می‌سازد مهم‌ترین دلیل استفاده از روش دستی به جای نرم افزارهای رایج مانند Atlas T، فارسی بودن متون و عدم امکان ترجمه آن جهت کار با نرم افزار و افزایش قابلیت خلاقیت در دسته بندی درون مایه‌ها بوده است.

## یافته‌ها

در این مطالعه ۲۴ نفر از اعضای هیات علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور مورد مصاحبه قرار گرفتند که از این میان، ۷ نفر از مصاحبه شونده‌گان، زن و ۱۷ نفر مرد بودند. از نظر مرتبه علمی، ۵ نفر استاد،

## محور اول - جمع آوری و استفاده از خرد

### جدول ۱: چالشهای تولیدی نظام آموزش پزشکی در بعد جمع آوری و استفاده از فرد

حیطه (تقسیم بندی سازمان بهداشت جهانی)	درون مایه اصلی	درون مایه فرعی
جمع آوری و استفاده از خرد	مشارکت ذینفعان	ضعف در جلب مشارکت ذینفعان جهت تدوین و اجرای سیاستهای آموزشی
	در نظام آموزش پزشکی	ضعف در اطلاع رسانی پیشرفت برنامه ها و سیاستهای آموزشی در سطح کلان کمبود آگاهی و انگیزه ذینفعان از ضرورت و شیوه مشارکت خود در سیاستگذاری نظام آموزشی
		فقدان دستورالعمل، آیین نامه و بخشنامه مصوب جهت جلب مشارکت ذینفعان بیرونی در تدوین و اجرای سیاستهای آموزشی
	تولید و مدیریت اطلاعات در نظام آموزش پزشکی	عدم شفافیت اولویت های تحقیقاتی برای تامین داده های مورد نیاز سیاستگذار در بحث آموزش پزشکی
		عدم شفافیت نقش هر یک از بخشهای ستادی در جمع آوری داده های مرتبط آموزش پزشکی
		توانمندی ناکافی کارکنان در مدیریت اطلاعات مرتبط با حیطه های آموزش پزشکی
		عدم شفافیت شاخصهای مصوب نشانگر سطح کیفیت آموزش پزشکی

## ۲- تولید و مدیریت اطلاعات در نظام آموزش

### پزشکی

۸۳ درصد از مصاحبه شوندگان (۲۰ نفر) بر این عقیده بودند که اولویت‌های تحقیقاتی جهت تامین داده‌های مورد نیاز سیاستگذاران در زمینه آموزش پزشکی از شفافیت کافی برخوردار نیست و در برخی مقوله‌ها به روشنی تبیین نشده است. یکی از اعضای هیات علمی در این رابطه می‌گوید: "در رابطه با داده‌های مورد نیاز در بخش سیاستگذاری و مدیریت آموزش پزشکی چند مشکل وجود دارد اول اینکه اولویت و ضرورت سنجی خاصی از داده‌های مورد نیاز وجود ندارد و در ثانی اگر هم چنین اولویت‌هایی به صورت ناقص وجود داشته باشد، معلوم نیست مسئولیت جمع آوری و ساماندهی این داده‌ها بر عهده کیه و بعضاً افراد متخصص برای مدیریت این اطلاعات وجود ندارد..." [P17].

علاوه بر این بیش از نیمی از مصاحبه شوندگان بر این باور بودند که شاخصهای تصویب شده و مشخصی نیز در زمینه تولید و مدیریت اطلاعات آموزشی خصوصاً در بعد کیفیتی آن، وجود ندارد.

### محور دوم- شکل دهی به سیاست های سلامت،

#### تعیین چشم اندازها و راهبردها

یافته‌های حاصل از تحلیل محتوایی مصاحبه‌ها در قالب محور دوم تولید طبق تقسیم بندی سازمان بهداشت جهانی در جدول ۲ آمده است:

یافته‌های جدول ۱ به ارائه دو درون مایه اصلی و هشت درون مایه فرعی مرتبط با محور اول از حیطه‌های مورد نظر سازمان بهداشت جهانی پرداخته است که در ادامه به تفصیل در مورد آنها توضیح داده شده است:

### ۱- مشارکت ذینفعان در نظام آموزش پزشکی

یکی از مهمترین راه‌های تولید و جمع آوری خرد، جلب مشارکت متخصصان، خبرگان و ذینفعان به مشارکت در تصمیم گیری، قانون گذاری، برنامه ریزی و سیاستگذاری است و قطعاً نظام آموزش پزشکی نیز از این امر مستثنی نخواهد بود. هر چند در این رابطه چالشهای چندی به چشم می‌خورد به عنوان مثال: "... بسیاری از اعضای هیات علمی و نخبگان و ذینفع‌ها در مورد اهمیت مشارکت شون چیزی نمی‌دوند، خیلی‌ها هم اصلاً انگیزه مشارکت ندارند یا اینکه اگر دوست داشته باشن مشارکت کنند نمیدونن چه طوری و از چه کانالی میشه این کار رو کرد" [P3]، "... خیلی وقتها هست که سیاستها و برنامه‌ها ابلاغ میشه ولی بعدش کسی نمیفهمه که چقدر از برنامه اجرا شده و به نتیجه رسیده..." [P11].

از سوی دیگر، جلب ذینفعان خارج از وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در راستای تدوین و اجرای سیاستهای آموزشی و تهیه پروتکل و ضوابط عملی جهت افزایش این مشارکت، نیز مقوله‌ای است که به زعم ۸۰ درصد از مشارکت کنندگان (۱۹ نفر) حائز اهمیت بوده است.

## جدول ۲: چالش‌های تولیدی نظام آموزش پزشکی در بعد شکل دهی به سیاستها و تعیین چشم اندازها

حیطه (تقسیم بندی سازمان بهداشت جهانی)	درون مایه اصلی	درون مایه فرعی
شکل دهی به سیاست‌های سلامت، تعیین چشم اندازها و راهبردها	دورنما و برنامه‌های مشخص در حیطه آموزش پزشکی	کلی بودن دورنما و اهداف وزارت بهداشت در بخش آموزش پزشکی عدم تطابق کامل بودجه ریزی سالانه با برنامه‌های توسعه پایش غیر دقیق و نامنظم اهداف برنامه‌های توسعه
	نظام‌های سیاستگذاری و برنامه ریزی آموزش پزشکی	ضعف هماهنگی سیاستهای آموزشی، پژوهشی و ارائه خدمات ضعف در نظام تصمیم گیری و سیاستگذاری مبتنی بر شواهد ضعف مستندسازی و اطلاع رسانی در زمینه سیاستهای مصوب ضعف پایش و ارزشیابی سیاستها و برنامه‌های مصوب ضعف استفاده کاربردی از نتایج پایشها جهت اصلاح برنامه‌های بعدی پراکندگی و گستردگی مراکز تصمیم گیرنده

همان گونه که از یافته‌های جدول بر می‌آید در این محور دو درون مایه اصلی و نه درون مایه فرعی حاصل گردید که در ادامه آورده شده است:

#### ۱- دورنما و برنامه‌های مشخص در حیطه آموزش پزشکی

اکثر مصاحبه شوندگان (۸۷/۵ درصد) معتقد بودند که بسیاری از اهداف مندرج در برنامه چهارم و پنجم توسعه در زمینه آموزش عالی، جنبه کلی و آرمانی دارد. از سوی دیگر بیش از نیمی از آنها بر این عقیده بودند که به دلیل عدم تعریف اهداف اختصاصی، سنجه‌های مشخصی برای پایش برنامه وجود ندارد. یکی از شرکت کنندگان در این رابطه می‌گوید: "برنامه‌ها در فواصل زمانی روتین و مشخصی ارزیابی نمی‌شوند و از طرفی شاخص‌های دقیقی هم برای ارزشیابی آنها در

همه موارد وجود ندارد..." [P2]. عدم تطابق کامل بودجه ریزی‌های سالانه با برنامه‌های توسعه و توزیع و تخصیص نامناسب منابع مالی بخش آموزش عالی نظام سلامت، سومین درون مایه فرعی بود که از خلال گفته‌های بخش اعظمی از مصاحبه شوندگان استخراج گردید (۸۳ درصد/۲۰ نفر).

#### ۲- نظام‌های سیاستگذاری و برنامه‌ریزی آموزش پزشکی

مهمترین درون مایه‌های فرعی حاصل از این درون مایه به زعم اعضای هیات علمی شرکت کننده عبارت بودند از: ضعف هماهنگی سیاستهای آموزشی، پژوهشی و ارائه خدمات، ضعف در نظام تصمیم گیری و سیاستگذاری مبتنی بر شواهد، ضعف مستندسازی و اطلاع رسانی در زمینه سیاستهای مصوب، ضعف پایش و ارزشیابی

میرسه مستندسازی و مکتوب کردن شواهد، طراحی یک نظام ارزشیابی مناسب و استفاده از نتایج اون برای اصلاح و تکمیل برنامه‌های آینده از چالشهای مهم پیش رو باشه [P24].

### محور سوم - گذاشتن تاثیر: رویکردهایی برای کنترل و تنظیم

یافته‌های به دست آمده از تحلیل محتوایی مصاحبه‌ها در قالب محور سوم تولید طبق تقسیم بندی سازمان بهداشت جهانی در جدول ۳ خلاصه شده است:

سیاستها و برنامه‌های مصوب، ضعف استفاده کاربردی از نتایج پایشها جهت اصلاح برنامه‌های بعدی و در نهایت پراکندگی و گستردگی مراکز تصمیم گیرنده. در این زمینه، مصاحبه شونده‌گان نظرات گوناگونی را ابراز داشتند به عنوان مثال: "به نظر می‌رسد با وجود تلاشهای انجام شده در سالهای اخیر هنوز هم شکاف بین سیاستهای آموزش علوم پزشکی با نیازهای واقعی جامعه پر نشده باشه، که البته این مساله در ناهمخوانی بین سیاستهای آموزشی با تحقیقات کاربردی مورد نیاز هم دیده میشه" (P5)، از سوی دیگر "به نظر

### جدول ۳: چالشهای تولیتی نظام آموزش پزشکی در بعد تاثیر گذاری

حیطه (تقسیم بندی سازمان بهداشت جهانی)	درون مایه اصلی	درون مایه فرعی
گذاشتن تاثیر: رویکردهایی برای کنترل و تنظیم	حمایت و حفاظت از مصرف کنندگان بخش آموزش	ضعف آگاهی مصرف کنندگان خدمات آموزشی از حقوق خود عدم شفافیت کانالهای نظارت بر رعایت حقوق مصرف کنندگان از طرف نظام آموزشی عدم مشارکت مالی مصرف کنندگان خدمات آموزشی در دوره‌های روزانه
	تنظیم رفتار ارائه دهندگان خدمات آموزشی	یکسان نبودن قوانین آموزشی به دلیل استقلال نسبی دانشگاه‌ها و تصمیمات خاص هیات امنای آنها شفاف نبودن نحوه نظارت وزارت خانه در زمینه رفع این تناقضات
	ایجاد ساختار متناسب با برنامه‌های آموزشی	عدم شفافیت کامل برنامه‌ها و راهبردهای وزارت بهداشت در دستیابی به چشم انداز ۲۰ساله در زمینه آموزش پزشکی تعدد مراکز سیاست گذار و تصمیم گیرنده در حوزه ستادی
	تقویت نظام پاسخگویی	انتشار نامنظم گزارش پیشرفت برنامه‌ها جابجایی مدیران ضعف مقررات نظارتی ضعف سیاستهای جلب مشارکت دانشگاهها برای ساماندهی خدمات آموزشی
	افزایش مشارکت بین بخشی	عدم شفافیت انتظارات وزارت بهداشت از سایر بخشها در زمینه آموزش پزشکی کم آگاهی سایر بخشها از نیازهای نظام آموزش پزشکی و ندانستن نقش خود برای ارتقاء وضع موجود ضعف در توسعه نگرش همکاری‌های بین بخشی در سطوح دانشگاهها



## ۱- حمایت و حفاظت از مصرف کنندگان بخش آموزش

دانشجویان به عنوان مهمترین مصرف کنندگان خدمات آموزشی تلقی می‌شوند و بدیهی است که آگاهی آنها از حقوق خود از طریق اطلاع رسانی کافی، تهیه منشورهای اخلاقی و حقوقی و برگزاری دوره‌های توجیهی و آموزشی می‌تواند هم موجب ارتقای سطح آگاهی و در نتیجه تعدیل و بهینه سازی انتظارات آنها گردد و هم به برنامه ریزان و سیاستگذاران در زمینه شفافیت اهداف و برنامه‌ها کمک نماید.

یکی از اعضای هیات علمی در این زمینه می‌گوید: "مشخص کردن قوانین و در مقابل آن تعیین حقوق مشتریان نظام آموزشی اهمیت زیادی دارد که می‌تونه منجر به ارتقای کیفیت آموزش بشه" (P5) از سوی دیگر " ... بدون مشخص شدن مجرا و مرجع نظارتی بر حق و حقوق مصرف کننده و فقط صرف مشخص کردن حقوق و چارچوب انتظارات همیشه منتظر تغییر و تحول بزرگی در نظام آموزشی بود" (P16).

## ۲- تنظیم رفتار ارائه دهندگان خدمات آموزشی

۷۵ درصد شرکت کنندگان (۱۸ نفر) معتقد بودند که برخی قوانین آموزشی و مکانیزم‌های اجرایی آنها در میان دانشگاه‌های مختلف، متفاوت می‌باشد و عامل این امر را تا حدودی وجود هیات امنای مستقل این دانشگاه‌ها می‌دانستند. ضمناً بیشتر از نیمی از این افراد معتقد بودند، وزارت بهداشت از سیاست واحدی در زمان روبرو شدن با این ناهمسانی‌ها پیروی نمی‌کند.

## ۳- ایجاد ساختار متناسب با برنامه‌های آموزشی

ایجاد ساختار متناسب با برنامه‌های آموزشی مشخص شده بعنوان یکی از چالش‌های مطرح شده

در نظام آموزش پزشکی کشور عنوان شده است. در همین رابطه، عدم شفافیت برنامه‌ها و راهبردها در دستیابی به چشم انداز ۲۰ ساله و تعدد مراکز تصمیم گیرنده ستادی دو زیر عاملی بوده‌اند که در شکل گیری این چالش نقش داشته‌اند. در همین زمینه یکی از مصاحبه شونده‌گان می‌گوید: "سند چشم انداز ۲۰ ساله توسعه حاوی اهداف آرمانی مشخصی در حیطه آموزش پزشکی و بخش سلامت است که تدوین راهبردهای اجرایی آنها و ابزارهای اندازه گیری شان به همان اندازه هدفگذاری دارای اهمیت هست" (P11).

## ۴- تقویت نظام پاسخگویی

"به نظر میرسه وزارت بهداشت در مقوله آموزش پزشکی باید به ساماندهی یک نظام پاسخگویی پردازنده مثلاً از طریق تقویت نظام‌های اطلاع رسانی و نظارتی و ارائه بازخور پیشرفت کارها به ذینفعان" (P18). از طرف دیگر جابجایی مدیران و تغییر و تحولات حاصل از آن از دیگر عواملی بوده که ۷۵٪ پاسخ دهندگان به آن به عنوان یک چالش تولید توجه کرده بودند.

هر چند در این میان، برخی مصاحبه شونده‌گان بر این عقیده بودند که وزارت بهداشت از مکانیسم‌های موثری جهت جلب مشارکت دانشگاه‌های علوم پزشکی برای ساماندهی و پاسخگویی نسبت به خدمات آموزشی استفاده نمی‌کند و این خود می‌تواند به عنوان یکی دیگر از زیر عناوین چالشی در تولید نظام آموزش پزشکی مطرح گردد.

## ۵- افزایش مشارکت بین بخشی

توان رهبری بین بخشی و افزایش مشارکت میان بخش‌های مختلف در خارج از نظام آموزش پزشکی به عنوان یکی از اجزای لازم و پیش فرض اجرای

تولیت توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در نظر گرفته می‌شود. این در حالی است که نتایج مطالعه حاضر حاکی از آن است که به ترتیب ۷۵٪، ۸۰٪ و ۷۰٪ از مصاحبه شوندگان بر عدم شفافیت انتظارات وزارت بهداشت از سایر بخشها در زمینه آموزش پزشکی، کم آگاهی سایر بخشها از نیازهای نظام آموزش پزشکی و ندانستن نقش خود برای ارتقاء وضع موجود و ضعف در توسعه نگرش همکاری‌های بین بخشی در سطوح دانشگاهها به عنوان زیر محورهای چالش برانگیز در این بخش اشاره کرده‌اند. به عنوان مثال: " به نظر می‌رسد نظام آموزش پزشکی برای افزایش کیفیت و هماهنگی بیشتر با نیازهای جامعه به همکاری بیشتری با بخشهای مختلف وزارت بهداشت و آموزش عالی و یا حتی آموزش و پرورش داشته باشد..." [P15].

## بحث

هر چند مفهوم تولیت در نظام‌های مراقبت سلامت، موضوع نسبتاً جدیدی محسوب می‌شود، کاربردهای وسیعی برای سیستم‌های سلامت کشورهای مختلف به همراه داشته است که ملموس‌ترین تاثیر آن بر چرخه سیاستگذاری نظام‌های سلامت بوده است چرا که در این حالت، لازمه سیاستگذاری، مشارکت ذینفعان با دیدگاههای مختلف و استفاده از نقطه نظرات آنهاست و این خود، ضمانت اجرای سیاستها را افزایش خواهد داد. از سوی دیگر سیاستها می‌بایست بر پایه اطلاعات مفهومی منطقی و مورد قبول عام تنظیم شوند چرا که لازمه تحقق مفهوم دقیق تولیت، اتخاذ سیاستهایی است که مبتنی بر شواهد علمی بوده و برگرفته از بطن هر جامعه باشد (۱۴).  
علیرغم آنچه در باب اهمیت مشارکت ذینفعان در

تولیت و چرخه سیاستگذاری گفته شد، یافته‌های این پژوهش در باب چالشهای تولیت نظام آموزش پزشکی که خود بخشی از نظام سلامت کشور به حساب می‌آید حاکی از آن بود که به زعم مصاحبه شوندگان حاضر، نظام آموزش پزشکی از توان جلب کامل و همه جانبه ذینفعان برخوردار نبوده است و در همین رابطه به ضعف در جلب مشارکت ذینفعان جهت تدوین و اجرای سیاستهای آموزشی، ضعف در اطلاع رسانی پیشرفت برنامه‌ها و سیاستهای آموزشی در سطح کلان، کمبود آگاهی و انگیزه ذینفعان از ضرورت و شیوه مشارکت خود در سیاستگذاری نظام آموزشی و فقدان دستورالعمل، آیین نامه و بخشنامه مصوب جهت جلب مشارکت ذینفعان بیرونی در تدوین و اجرای سیاستهای آموزشی به عنوان مهمترین محورهای چالش برانگیز اشاره شد. این در حالی است که مطالعات در کشورهای در حال توسعه پیشنهاد می‌کنند که مفهوم تولیت می‌بایست به تدریج در نظام‌های سلامت این کشورها استقرار یابد و لازمه آن مهیا ساختن بستری برای اجرا و ارزشیابی استراتژیهای تولیتی است (۱۵).

از سوی دیگر نتایج حاصل از تحلیل‌های تولیتی در مطالعات مختلف حاکی از آن است که به منظور ارتقای کارکردهای سه گانه تولیتی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مداخلات مناسبی باید به طور همزمان انجام شوند. از جمله این مداخلات می‌توان به سازماندهی سیستم مدیریت اطلاعات سلامت، استقرار شبکه همکار به منظور بهره گیری از نقطه نظرات ذینفعان در فرایند سیاستگذاری، تعریف اولویتهای تحقیقاتی مطابق با حوزه‌های کاربردی و اهداف خدمات سلامت، اطمینان از تخصیص مناسب منابع، توسعه مراکز مدیریت دانش جهت استفاده بهینه از تجارب دنیا و توسعه برنامه‌های

نظر می‌رسد اهتمام در رفع چالش‌های حاصل از مطالعه حاضر و انجام مطالعات تکمیلی جهت ارائه راهکارهای پیشنهادی و راه‌حل‌های مناسب، همان گونه که اشاره شد بتواند به تحقق محورهای سه‌گانه تولید یعنی جمع‌آوری و استفاده از خرد، شکل‌دهی به سیاست‌های سلامت، تعیین چشم‌انداز و راهبردها و گذاشتن تاثیر: رویکردهایی برای کنترل و تنظیم، کمک شایانی بنماید.

### نتیجه‌گیری

نظام آموزش پزشکی کشور به زعم صاحب‌نظران حاضر از چالش‌های متعددی در هر یک از سه محور مورد تاکید سازمان بهداشت جهانی رنج می‌برد که تبعاً نیازمند انجام مطالعات اختصاصی در هر حیطه با استفاده از ابزارهای کمی و کیفی جهت دست‌یافتن به راهکارهای کاربردی برای حل آنها و تبدیل این چالش‌ها به فرصت برای نظام سلامت کشور می‌باشد.

وسیع‌جهت‌دستیابی به اهداف چشم‌انداز ۲۰ ساله، تعریف نقش و مسئولیتها در بخش‌های مختلف به غیر از نظام سلامت و توسعه همکاری‌های بین‌بخشی و سازماندهی ظرفیت پاسخگویی درون بخش سلامت اشاره کرد (۱۷-۱۶). این در حالی است که بسیاری از مداخلات پیشگفت از نظر مصاحبه‌شوندگان حاضر به عنوان چالش‌های تولیدی نظام آموزش پزشکی نام برده شده‌اند به عنوان مثال: عدم شفافیت اولویت‌های تحقیقاتی برای تامین داده‌های مورد نیاز سیاستگذار در بحث آموزش پزشکی، توانمندی ناکافی کارکنان در مدیریت اطلاعات مرتبط با حیطه‌های آموزش پزشکی، عدم شفافیت کامل برنامه‌ها و راهبردهای وزارت بهداشت در دستیابی به چشم‌انداز ۲۰ ساله در زمینه آموزش پزشکی، ضعف در توسعه نگرش همکاری‌های بین‌بخشی در سطوح دانشگاهها، ضعف در نظام تصمیم‌گیری و سیاستگذاری مبتنی بر شواهد، ضعف در جلب مشارکت ذینفعان جهت تدوین و اجرای سیاست‌های آموزشی عدم تطابق کامل بودجه ریزی سالانه با برنامه‌های توسعه و ... که به

### منابع

1. WHO. The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance. Available at: <http://www.publichealthreports.org/issueopen.cfm?articleID=1075>. 2001.
2. WHO. Meeting of Experts on the Stewardship Function in Health Systems. Available at: [http://www.who.int/health-systems-performance/technical\\_consultations/stewardship\\_report](http://www.who.int/health-systems-performance/technical_consultations/stewardship_report). Pdf. 2001.
3. Saltman RB & Ferroussier Davis O. The concept of stewardship in health policy. Bull, World Health Organ 2000; 78(6): 732-9.
4. Travis P, Egger D, Davies P & Mechbal A. Towards better stewardship: concepts and critical issues. Available at: <http://www.who.int/healthinfo/paper48.pdf>. 2002.
5. UNESCAP. What is good governance? Available at: <http://www.unescap.org/pdd/prs/ProjectActivities/Ongoing/gg/governance.asp>. 2008.
6. WHO. Managing Health Systems for Better Health: Experts Explore Stewardship Function of Health Ministries. Geneva: PAHO/WHO; 2002: 78-100.

7. Damari B, Delavari A, Vosoogh Moghadam A, Monazam K, Shadpour K, Seifollahi MR, et al. Policy document: the review of stewardship in health care system and suggesting interventions, coordination assistance of Ministry of Health and Medical Education. Available at: [http://hamahangi.behdasht.gov.ir/uploads/126\\_136\\_12%20Stewardship%20Policy%20Paper.pdf](http://hamahangi.behdasht.gov.ir/uploads/126_136_12%20Stewardship%20Policy%20Paper.pdf). 2007.
8. Damari B. Policy document of health system human resource management. Available at: [http://hamahangi.behdasht.gov.ir/uploads/126\\_131\\_Z-Human%20Resource10.pdf](http://hamahangi.behdasht.gov.ir/uploads/126_131_Z-Human%20Resource10.pdf). 2005.
9. Ministry of Health & Medical Education. The package of national development documents of the forth plan of Islamic Republic of Iran economical social and cultural development. Iran: Ministry of Health & Medical Education; 2002: 10-8.
10. Ebrahimi SN. The 20 year document vision of Islamic Republic of Iran in the horizon of 1404. Available at: [http://www.majlesekhobregan.ir/fa/publications/mags/is\\_gv/magazines/038/08.htm](http://www.majlesekhobregan.ir/fa/publications/mags/is_gv/magazines/038/08.htm). 2003.
11. Johnson RB & Onwuegbuzie AJ. Mixed methods research: a research paradigm whose time has come. *Educational Researcher* 2004; 33(7): 14-26.
12. Braun V & Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* 2006; 3(2): 77-101.
13. Fasihi Harandi T, Anooshe M, Ghofrani Pour F, Montazeri A, Ahmadi F, Mohamadi I, et al. Quality of life in breast cancer: qualitative study. *Payesh* 2011; 11(1): 73-81 [Article in Persian].
14. Johnson SL. Everyday choices: opportunities for environmental stewardship. Available at: <http://www.epa.gov/environmentalinnovation/pdf/rpt2admin.pdf>. 2005.
15. Nafees AA & Nayani P. Stewardship in health policy and its relevance to Pakistan. *J Pak Med Assoc* 2011; 61(8): 795-800.
16. Larijani B, Delavari A, Damari B, Vosoogh Moghadam A & Majdzadeh R. Health Policy Making System in Islamic Republic of Iran: Review an Experience. *Iranian J Publ Health* 2009; 38(1): 1-3.
17. 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): 13-6.

# The Challenges Of Stewardship In Medical Education System: A Qualitative Approach

Biglar Mahmoud<sup>1</sup>(Pharm.D) - Bastani Peivand<sup>2</sup>(MSc.)  
Vatan khah Soudabeh<sup>3</sup>(Ph.D)

1 Pharmacist, PhD by Research Student in Pharmaceutical Sciences, Pharmaceutical Sciences Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2 PhD Student in Health Service Management, School of Management & Information Sciences, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3 Associate Professor, Health Service Management Department, School of Management & Information Sciences, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

## Abstract

Received : May 2013

Accepted : Sep 2013

**Background and Aim:** Stewardship and delivery of health services are considered as the most important areas in the healthcare system of the Islamic Republic of Iran in 1404. This study was conducted to investigate the main challenges in medical education stewardship because of its importance in the management and leadership of education from the viewpoint of education process providers.

**Materials and Methods:** This qualitative research was conducted using thematic and framework analyses to obtain the collective view of faculty members of Medical Sciences Universities in Iran. The data were collected applying deep semi-structured interviews. To increase the acceptability of the study, four criteria of Lincoln and Gupta were used. Codes, categories and themes were extracted by expert researchers of qualitative studies who had no conflict of interests with the topic.

**Results:** Of the 24 faculty members interviewed, 7 were females and 17 were males. They comprised 5 full professors, 8 associate professors, 9 assistant professors and 2 lecturers. The findings of the interviews were categorized in three main lines of stewardship in health system in the form of main and sub themes so that there were 2, 2 and 5 main themes in each line, respectively.

**Conclusion:** Since many of the challenges extracted from the present interviews are considered as essential interventions for achieving the stewardship functions of health system -- and, as a result, medical education -- , it is important to pay more attention to these challenges and at the same time conduct more complete studies to get more practicable solutions to these problems.

**Key words:** Stewardship, Health System, Medical Education

\* Corresponding

Author:

Bastani P;

E -mail:

P-bastani@razi.

tums.ac.ir