



تبیین چالش‌های برنامه‌درسی دوره دکتری تخصصی بهداشت باروری: یک تحقیق کیفی

شهناز کهن^۱، مسعود بهرامی^۲، میترا ملایی نژاد^۳، فریبا حقانی^۴، فریبا طالقانی^۵، زیبا تقی‌زاده^۶

مهشید عبدی‌شهشهانی^{۷*}

چکیده

مقدمه: ارتقای کیفیت و پویایی برنامه‌های آموزش عالی مستلزم ارزشیابی مستمر برنامه‌درسی است. دوره دکتری تخصصی بهداشت باروری در سال ۱۳۸۵ در ایران راه‌اندازی شد و توصیه شد تا برنامه‌درسی آن، با ارزیابی عملکرد دانش‌آموختگان در محیط کار، نظرسنجی دانشجویان، مدرسان و مدیران آموزشی، مورد ارزشیابی قرار گیرد. این مطالعه با هدف تبیین چالش‌های برنامه‌درسی دوره دکتری تخصصی بهداشت باروری صورت گرفت.

روش بررسی: با رویکرد تحلیل محتوی کیفی و با نمونه‌گیری هدفمند و گاهی فرصت‌طلبانه، تجارب و دیدگاه‌های ۳۳ نفر از دانش‌آموختگان و دانشجویان دوره دکتری بهداشت باروری، مدیران آموزشی و اعضا بورده بهداشت باروری درباره برنامه‌درسی دوره دکتری بهداشت باروری، با کمک مصاحبه فردی و کسب نظرات مکتوب در سال ۹۴-۹۳ جمع‌آوری گردید. کلیه داده‌ها مکتوب‌شده، کدگذاری عبارت مهم و مرتبط انجام شد. با دسته‌بندی کدهای مشابه، طبقات اولیه شکل گرفت. با ادامه دسته‌بندی‌ها، پنج طبقه اصلی استخراج گردید.

نتایج: پنج طبقه از تحلیل داده‌ها شامل عدم کفایت عناوین و ماهیت دروس، چالش‌های آموزش دانشجویان، ناکامی در تحقق اهداف برنامه درسی، طولانی بودن دوره پژوهشی، ابهام جایگاه حرفه‌ای دانش‌آموختگان ظهور یافت که هر یک از زیر طبقات متعددی شکل گرفته بودند. نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد برنامه‌درسی دکتری بهداشت باروری برای تأمین رسالت دورهنیاز به بازنگری دارد و طراحی دروسی نظیر سلامت جنسی و تقویت ماهیت بالینی دوره، ضروری است. همچنین شکل‌گیری گروه آموزشی مستقل بهداشت باروری جهت مدیریت امور تحصیلات تکمیلی و نظارت بیشتر بورده بهداشت باروری بر امور آموزش دوره مورد تاکید قرار گرفت. به‌علاوه جهت تأمین نیازهای سلامت باروری جامعه، بایستی حضور متخصصین بهداشت باروری در جایگاه‌های شغلی متعدد مورد توجه قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: برنامه‌درسی، دکتری بهداشت باروری، تحلیل محتوی کیفی

۱- استادیار بهداشت باروری، مرکز تحقیقات سلامت زنان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۲- دانشیار پرستاری، گروه پرستاری سلامت بزرگسالان، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۳- استادیار بهداشت باروری، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۴- دانشیار تخصصی برنامه‌ریزی درسی، گروه آموزش پزشکی، مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۵- استاد پرستاری، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۶- استادیار بهداشت باروری، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۷- مربی کارشناسی ارشد مامایی و بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

* (نویسنده مسئول): تلفن: ۰۹۱۳۱۶۷۷۵۱۹، پست الکترونیکی: abdi_mahshid@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۰۹/۱۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۰۷/۱۹

مقدمه

ارتقای کیفیت و پویایی برنامه‌های آموزش عالی مستلزم ارزشیابی و بررسی‌های کمی و کیفی مستمر است به ویژه برنامه‌های درسی که در تحقق بخشیدن به اهداف آموزش عالی نقش بسزایی داشته و قلب مراکز دانشگاهی محسوب می‌شوند (۱). همچنین تغییر و اصلاح برنامه‌های درسی در دانشگاه‌های پیشرفته جهان باید مطابق تحولات، به صورت پیوسته مد نظر باشد تا نظام آموزش عالی بتواند نیازهای جامعه را برآورده سازد (۲).

دوره‌های تحصیلات تکمیلی به ویژه دوره دکتری برای پاسخگویی به نیازهای در حال تغییر جامعه و نیازهای حرفه‌ای شکل می‌گیرد و پیشرفت‌های فناوری، انفجار اطلاعات، توسعه دانش و بلوغ حرفه‌ای آن را ضروری می‌سازد. پیچیدگی‌های سلامت و تغییرات سریع جمعیتی و اهمیت سلامت انسان، به عنوان محور توسعه ملتها، سبب شده تا طراحی دوره‌های دکتری متعددی با هدف ارتقای ارائه مراقبت سلامتی مطرح گردد. تاکید کنفرانس جمعیت و توسعه قاهره بر مفهوم بهداشت باروری، باعث توجه سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان توسعه جهانی به ارتقای خدمات بهداشت باروری و جنسی به عنوان یک حق گردید. از این رو تبیین مفاهیم و موضوعات بهداشت باروری، اجرایی کردن مراقبت‌های بهداشت باروری درون سیستم بهداشتی و بهبود یک محیط اجتماعی فرهنگی و اقتصادی در هر کشوری ضرورت یافت (۳،۴). بدین ترتیب در نقاط مختلف دنیا نیاز سنجی و طراحی دوره‌های بهداشت باروری در مقاطع مختلف مورد توجه قرار گرفت.

در ایران برای اولین بار در سال ۱۳۷۶ پیشنهاد تأسیس این رشته از طرف بورد مامایی مطرح و توسط سیاست‌گذاران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مصوب در سال ۱۳۸۵ اولین دوره آن با پذیرش ۸ دانشجو آغاز شد. همچنین این رشته در سال ۱۹۶۷ در دانشگاه کارولینسکا سوئد با گرایش‌های مختلف نظیر بهداشت باروری و بهداشت کودکان، بهداشت باروری و آندوکرینولوژی و... در دپارتمان بهداشت زنان و کودکان تأسیس گردید. متعاقب آن در سایر دانشگاه‌های معتبر دنیا

نظیر جان هاپکینز، هاروارد، کیلی، لن کاشیر، وارویک، موناش و ادینبرگ نیز تربیت دانشجو در این رشته آغاز شد (۵). برنامه دکتری تخصصی بهداشت باروری ایران دارای دو مرحله آموزشی و پژوهشی است که در مرحله آموزشی ۲۰ واحد اختصاصی اجباری (نظیر امور جمعیتی، تغذیه، حقوق، اپیدمیولوژی و تکنیک‌های پیشرفته در امر باروری و ناباروری و...) و ۶ واحد اختصاصی اختیاری از جدول دروس اختیاری گذرانده می‌شود و در مرحله پژوهشی طی گذراندن ۲۴ واحد رساله دکتری تدوین می‌گردد. برای دانش‌آموختگان این رشته در نظام سلامت، سه وظیفه حرفه‌ای عمده، نقش آموزشی، نقش تحقیقاتی و نقش برنامه‌ریزی پیش‌بینی شده است (۵). ارزشیابی دوره دکتری تخصصی بهداشت باروری ایران ۷ سال بعد از راه اندازی دوره نشان داد که دوره دکتری تخصصی بهداشت باروری در وضعیت نیمه مطلوبی قرار دارد و تلاش برای شناسایی همه جانبه چالش‌ها، اصلاح و بهبود شاخص‌هایی که منجر به وضعیت نیمه مطلوب این دوره آموزشی شده، ضروری به نظر می‌رسد (۶،۷).

Tazakori و همکاران طی مطالعه‌ای با عنوان ارزیابی دوره دکتری پرستاری ایران (کاربرد الگوی سیپ) نشان دادند که به ضرورت تربیت افراد خبره بالینی در دکتری پرستاری پرداخته نشده است و جهت تضمین کیفیت در آموزش دکتری پرستاری باید برنامه‌ها به صورت دوره‌ای توسط کمیته تضمین کیفیت داخلی و خارجی مورد بررسی و ارزشیابی قرار گیرند و بخش فرآیند و اجرا تقویت گردد (۸). در مطالعه دیگری در ایران Farahani و همکارش نظرات دانشجویان دکتری پرستاری در مورد برنامه آموزشی دوره تحصیلی خود را بررسی نمودند و با یک مصاحبه نیمه ساختاریافته با دانشجویانی که دوره آموزشی را گذرانده و وارد مرحله پژوهشی شده بودند اطلاعات لازم را جمع‌آوری کردند. نتایج آنها نشان داد محتوای آموزشی دکتری پرستاری نتوانسته است به آنان توانایی کافی برای تجزیه و تحلیل مسائل و مشکلات حرفه‌ای را بدهد لذا نه تنها باید گرایش‌ها و خواست دانشجویان در برنامه آموزشی مورد توجه

طبقه‌بندی آنها، درون‌مایه‌ها و الگوهای موجود در داده‌ها را، جهت تبیین چالش‌های برنامه‌درسی دکتری بهداشت باروری، استخراج کند. مشارکت‌کنندگان ۳۳ نفر از دانش‌آموختگان و دانشجویان بهداشت باروری، مدیران آموزش در دانشکده‌های پرستاری و مامایی و اعضای بوردا بهداشت باروری بودند که بصورت داوطلبانه و آگاهانه از کلیه دانشگاه‌های کشور که دارای دوره دکتری بهداشت باروری بودند، با نمونه‌گیری هدفمند و در برخی موارد فرصت‌طلبانه انتخاب شدند. پژوهشگران با مراجعه به دانشکده‌های پرستاری مامایی، محل اشتغال مشارکت‌کنندگان و یا از طریق پست الکترونیکی، ضمن شرح مختصری درباره اهداف مطالعه از آنان برای شرکت در دعوت به‌عمل آوردند. در صورت تمایل آنان به شرکت در مطالعه، با کسب رضایت‌نامه کتبی جهت شرکت در مطالعه و مصاحبه انفرادی، درباره محل و زمان مصاحبه و یا ارسال دست‌نوشته‌ها با توجه به نظر آنها هماهنگی لازم صورت گرفت. یازده مصاحبه فردی با مدت زمان بین ۳۵ تا ۷۰ دقیقه و با کمک راهنمای مصاحبه که شامل سؤالاتی نظیر، تجربه خود از تحصیل در دکتری بهداشت باروری را بیان کنید، چگونه این برنامه‌درسی به ارتقای موقعیت دانش‌آموختگان و سلامت جامعه کمک می‌کند، صورت گرفت. تحلیل داده‌ها همزمان با جمع‌آوری آنها انجام شد، به‌طوری‌که مصاحبه‌ها بلافاصله مکتوب گردیدند و به همراه ۲۱ دست‌نوشته مشارکت‌کنندگان به عنوان محتوی تحلیل در نظر گرفته شدند (مرحله اول: تعیین محتوی تحلیل)، جوهره عبارات و کلمات کلیدی مرتبط نامگذاری گردیدند (مرحله دوم: کدگذاری اولیه) سپس کدهای اولیه (۸۶۰ مورد) مشابه ادغام و پالایش شدند و با توجه به معنایی که از آنها حاصل می‌شد، دسته‌بندی شدند (مرحله سوم: دسته‌بندی اولیه کدها) و در ادامه دسته‌های اولیه که مفهوم مشابهی را متبادر می‌کردند در کنار هم قرار گرفتند و زیر طبقات حاصل شد (مرحله چهارم: شکل‌گیری زیر طبقات) و در نهایت با استفاده از شیوه استقرار و مقایسه دائم، طبقات اصلی ظهور یافتند (۱۱). نمونه‌گیری تا اشباع داده و تا زمانی که محقق، اطلاعات جدیدی در حین تحلیل و کدگذاری داده‌ها

قرار گیرد بلکه باید هر کشوری بر اساس نیازهای سیستم سلامت و شرایط موجود خود، برنامه آموزشی اختصاصی برای دانشجویان در دوره‌های مختلف طراحی نماید (۹).

Kim و همکاران نیز در کره‌در سال ۲۰۱۰، کیفیت برنامه آموزشی و منابع برای دکتری پرستاری را بررسی نمودند و با تشکیل بحث درگروه متمرکز به بررسی نظرات روسای دانشکده‌ها، دانشجویان و دانش‌آموختگان درباره نقاط قوت و ضعف برنامه آموزشی دکتری پرداختند و دریافتند ویژگی‌های دانشکده، دانشجویان پذیرفته شده، برنامه‌درسی و منابع موجود، تعیین‌کننده‌های مهم آموزش دکتری پرستاری هستند (۱۰).

با توجه به اینکه بررسی برنامه‌های آموزشی در هر مقطع و رشته تحصیلی یکی از راهکارهای ارتقا و توسعه برنامه‌های آموزشی بوده و موجب افزایش کارایی و اثربخشی برنامه‌ها می‌گردد، بازنگری برنامه‌های درسی دوره دکتری بهداشت باروری نیز می‌تواند علاوه بر آشکارکردن چالش‌های احتمالی موجود به تبیین نیازهای جدیدی که قبلاً مورد شناسایی و یا توجه قرار نگرفته نیز کمک نماید و شناسایی نقاط قوت، ضعف و برنامه‌ریزی‌های لازم، به ارتقای دوره‌های بعدی منجر شود. لذا با گذشت بیش از ده سال از راه‌اندازی دوره، پذیرش قریب به ۲۵۰ دانشجو و دانش‌آموختگی چندین دوره، ارزشیابی و تبیین چالش‌های موجود برنامه‌درسی به‌طور کاملاً گسترده و همه‌جانبه ضروری به نظر می‌رسید که در این راستا مطالعه ترکیبی توسط تیم تحقیق که شامل دانش‌آموختگان، مدیران آموزشی رشته، مدیران پرستاری و برنامه‌ریزان آموزشی بودند با هدف تبیین چالش‌ها و سپس اجماع اکثریت دانش‌آموختگان و اعضای بوردا درباره اولویت و ارائه راهکارهای ارتقا دوره مد نظر قرار گرفت. این مقاله به ارائه نتایج بخش اول مطالعه که با رویکرد کیفی و با هدف تبیین چالش‌های برنامه‌درسی دوره دکتری تخصصی بهداشت باروری طراحی و اجرا گردید، می‌پردازد.

روش بررسی

این مطالعه با رویکرد کیفی تحلیل محتوای قراردادی، طی سال‌های ۹۴-۱۳۹۳، تلاش نمود تا با تقلیل داده‌های کیفی و

حاصل نماید ادامه یافت. پژوهشگران با کمک روش‌هایی نظیر، بازبینی دست‌نوشته‌ها توسط مشارکت‌کنندگان، بازبینی هم‌تراز توسط همکاران پژوهشی، رعایت حداکثر تنوع در انتخاب مشارکت‌کنندگان، ثبت کامل و پیوسته فعالیت‌های پژوهشگر درباره چگونگی جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها، دقت و صحت یافته را تقویت نمودند (۱۲). اصول اخلاق پژوهش با کسب تایید کمیته اخلاق دانشگاه (کد طرح پژوهشی ۲۹۲۱۰۸)، حفظ محرمانگی اطلاعات و اخذ رضایت آگاهانه از مشارکت‌کنندگان جهت شرکت در مطالعه و مصاحبه و برخورداری مشارکت‌کنندگان از حق کناره‌گیری از پژوهش در هر زمان رعایت گردید.

نتایج

مشارکت‌کنندگان ۳۳ نفر که شامل ۹ دانش‌آموخته دکتری بهداشت باروری با میانگین سنی ۳۶ سال، دارای ۲۳-۵ سال سابقه کار در حرفه و در موقعیت استادیار گروه‌های مامایی و بهداشت باروری بودند، ۱۶ دانشجوی دکتری بهداشت باروری

با مقطع کارشناسی ارشد مامایی و میانگین سنی ۳۱ که آزمون جامع را با موفقیت گذرانده بودند، دو مدیر پرستاری و دو مدیر مامایی با میانگین سنی ۴۶ سال و ۲۴-۲۰ سال تجربه حرفه‌ای و ۴ نفر عضو بورد بهداشت باروری با میانگین سنی ۴۳ و تجربه حرفه‌ای ۲۶-۱۸ سال که دو نفر تحصیل کرده خارج از کشور و دو نفر دکتری بهداشت باروری دانشگاه‌های داخل کشور بودند. اطلاعات از طریق ۱۱ مصاحبه انفرادی و ۲۱ مورد دست‌نوشته مکتوب، جمع‌آوری و تحلیل شد. ۸۶۰ کد از توصیف مشارکت‌کنندگان استخراج شد و با دسته‌بندی مکرر، ۵ طبقه اصلی و زیر طبقه‌ها متعدد ظهور یافتند. پنج طبقه اصلی شامل عدم کفایت عناوین و ماهیت دروس، چالش‌های آموزش دانشجویان، ناکامی در تحقق اهداف برنامه درسی، طولانی بودن دوره پژوهشی، ابهام جایگاه حرفه‌ای دانش‌آموختگان بود که به عنوان ابعاد اصلی چالش‌های برنامه‌درسی تبیین و توضیح داده شده‌اند (جدول ۱).

جدول ۱: طبقات اصلی و زیرطبقه‌ها حاصل از تحلیل توصیف مشارکت‌کنندگان درباره چالش‌های برنامه‌درسی دوره دکتری بهداشت باروری

طبقات اصلی	زیر طبقات
عدم کفایت عناوین و ماهیت دروس	فقدان برخی دروس مرتبط با سلامت باروری ضعف ماهیت جامعه‌نگری و بالینی دروس فعلی
چالش‌های آموزش دانشجویان	جایگاه نامناسب دانشکده‌های پرستاری و مامایی برای تولید آموزش بهداشت باروری فقدان گروه آموزشی مستقل بهداشت باروری نظارت ناکافی بورد بهداشت باروری بر آموزش دوره
ناکامی در تحقق اهداف برنامه‌درسی	تحقق ناکافی هدف تربیت نیروی انسانی جهت آموزش مامایی و بهداشت باروری نارسایی در تحقق هدف تربیت نیروی انسانی متبحر در پژوهش عدم امکان تحقق هدف تامین مدیران و برنامه‌ریزان خدمات بهداشت باروری
طولانی بودن دوره دکتری	مدیریت نامناسب تحصیلات تکمیلی مشکلات راهنمایی پایان‌نامه‌ها
ابهام جایگاه حرفه‌ای دانش‌آموختگان	عدم انطباق مناسب برنامه‌درسی با نیازهای آموزشی حرفه مامایی فقدان شرح وظیفه حرفه‌ای مصوب جهت دانش‌آموختگان عدم تخصیص جایگاه حرفه‌ای بر اساس رسالت برنامه‌درسی

۱- طبقه اصلی اول، عدم کفایت عناوین و ماهیت دروس

تحلیل توصیف مشارکت‌کنندگان بیانگر عدم کفایت عناوین و ماهیت دروس رشته دکتری بهداشت باروری در دستیابی

دانش‌آموختگان به رسالت این رشته بود. آنها اظهار داشتند نه تنها برخی دروس مرتبط با سلامت باروری، در نظر گرفته نشده بلکه دروس ماهیت بالینی و جامعه‌نگری کافی هم ندارند.

واقعاً به خاطر این مسایل آسیب دیده و متخصصان بهداشت باروری، گزینه بسیار مناسب برای برنامه‌ریزی و خدمات رسانی به این زنان هستند."

۲-۱: ضعف ماهیت جامعه‌نگری و بالینی درس

مشارکت‌کنندگان اظهار کردند اغلب سرفصل درس کلی بوده و جنبه نظری دارد درحالی‌که رشته مامایی که پذیرفته‌شدگان اصلی این دکتری هستند یک رشته بالینی محسوب می‌گردد. آنها انتظار داشتند که محتوی و سرفصل درس بر اساس نیازهای آموزشی حرفه مامایی و نیازهای سلامت باروری فعلی جامعه، بازنگری گردد و جنبه‌های بالینی و جامعه‌نگری آن به خصوص با اضافه‌کردن کارآموزی و واحدهای عملی تقویت گردد. در این راستا، آنها پیشنهادات متعددی برای تقویت این ویژگی در تک‌تک درس مطرح کردند که برخی موارد گزارش شده است.

دانشجویان دکتری، تأکید فراوان بر تقویت سرفصل‌های درس تغذیه و بهداشت باروری از نظر بالینی داشتند. آنان در مقاطع قبلی تحصیلی واحدهای متعدد تغذیه عمومی و تخصصی مادر و کودک گذرانده بودند و انتظار داشتند نه تنها سرفصل این درس در راستای پوشش مسائل تغذیه کلیه سنین باروری اصلاح شود، بلکه سرفصل‌ها کاملاً بالینی و در جهت حل مسائل و مشکلات غذایی بازنگری گردد و بخصوص مباحث اصول مشاوره تغذیه در بیماری‌ها و مشکلات سلامت باروری مورد توجه قرار گیرد. همچنین بر اهمیت آشنایی دانشجویان با سیاست‌گذاری‌های تغذیه باروری و مکمل‌های غذایی بصورت عملی تأکید نمودند. مشارکت‌کننده شماره ۳۰ (دانشجو سال سوم، ۲۸ ساله) گفت: "حیلی تکراری بود الان ما باید با اصول و سیاست‌های تغذیه‌ای کشور و نحوه طراحی این سیاست‌های آشنا شویم با اصول تغذیه در سناریوهای مشکلات باروری آشنا شویم من باید بتوانم یک مشاوره تغذیه صحیح به زنان باردار مبتلا به بیماری مزمن و یا پره اکلامپسی بدهم باید با اصول تغذیه سالم در دوره‌های مختلف باروری آشنا شوم و توانایی ارزیابی بالینی و پاراکلینیکی کمبودهای ریز مغزی‌ها و ارائه مکمل‌ها را داشته باشم."

۱-۱: فقدان برخی درس مرتبط با سلامت باروری

تحلیل توصیف مشارکت‌کنندگان بیانگر فقدان درس مرتبط با سلامت باروری نظیر سلامت جنسی، آسیب‌های اجتماعی سلامت باروری زنان و سلامت میانسالی و سالمندی بود که در برنامه‌درسی فعلی وجود ندارد.

مشارکت‌کنندگان فقدان دروسی با موضوع سلامت و حقوق جنسی را که از اجزای مهم سلامت باروری است مطرح نمودند، اکثریت آنان به موضوعات مرتبط با سلامت و تربیت جنسی علاقه داشته و پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد با موضوع سلامت جنسی داشتند. آنها خود را یکی از ارائه‌دهندگان خدمات مشاوره سلامت جنسی می‌دانستند لذا پیشنهاد طراحی درس متعددی با موضوعات سلامت و حقوق جنسی، تربیت جنسی کودکی تا نوجوانی، مشاوره و مدل‌های مراقبت سلامت جنسی سنین باروری و بخصوص مشاوره جنسی خانواده و زوجی داشتند و در این راستا ضرورت طراحی واحدهای بالینی و کارآموزی در کلینیک‌های سلامت جنسی را نیز داشتند. مشارکت‌کننده شماره ۱۴ (دانش‌آموخته ۳۲ ساله با ۷ سال سابقه کار): "دکتری بهداشت باروری، دکتری سلامت جنسی هم هست به نظرم این دو قابل جدا شدن از هم نیستند باید درس‌هایی طراحی بشه و هم مفاهیم سلامت جنسی از کودکی تا نوجوانی و سالمندی باشه و هم مدل‌های مداخله و مراقبت در مشکلات و اختلالات آموزش داده بشه بخصوص مشاوره‌ها باید تقویت بشن."

مشارکت‌کنندگان فقدان دروسی با موضوع آسیب‌های اجتماعی سلامت و مشاوره سلامت باروری در رفتارهای پرخطر را مطرح کردند و انتظار داشتند در طول تحصیل دکتری، توانایی برنامه‌ریزی و ارائه خدمات سلامت باروری، در مراکز مختلف به این زنان در سطح پیشگیری، درمان و توانبخشی را کسب نمایند. مشارکت‌کننده شماره ۳۰ (دانشجو سال سوم، ۲۸ ساله) می‌گفت: "انتظار داشتیم موضوعات عوامل اجتماعی سلامت مثل تبعیض، فقر، اعتیاد، عدم اشتغال و رفتارهای پرخطر جنسی با تاکید بر وضعیت زنان و با یک رویکرد جنسیتی در دروسمون باشه. به نظر من سلامت باروری زنان

کلیه مشارکت‌کنندگان درس بیماری‌های نوپدید و مقاربتی را یک درس مهم بالینی در رشته بهداشت باروری تلقی کردند و اظهار داشتند که این درس با وجود تکراری بودن برخی سرفصل‌ها، ماهیت بالینی دارد و لذا بر توسعه میزان واحد و سرفصل‌های آن، تأکید داشتند. آنها انتظار داشتند نه تنها به‌عنوان سیاست‌گذار سلامت باروری با اپیدمیولوژی بیماری‌های سیستم باروری در کشور آشنا شوند بلکه بر اصول پیشگیری و درمان و توان‌بخشی نیز مهارت کافی یابند. مشارکت‌کننده شماره ۴ (دانشجو) می‌گفت: "باید روی این درس بودجه بیشتری گذاشته بشه و تمام مباحث بالینی مرتبط با سلامت باروری در اون دیده بشه مثلاً ما باید هم اپیدمیولوژی این بیماری‌ها و هم پیشگیری و درمان اون را بدونیم تا بتونیم درست برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری کنیم این درس نیاز به کارآموزی داره که باید حتما اضافه بشه."

۲- طبقه اصلی دوم: چالش‌های آموزش دانشجو

تحلیل توصیف مشارکت‌کنندگان از وضعیت آموزش و تربیت دانشجو منجر به ارائه چالش‌های متعددی نظیر جایگاه نامناسب دانشکده‌های پرستاری و مامایی در آموزش دوره، فقدان گروه آموزشی مستقل بهداشت باروری و نظارت ناکافی بورد بهداشت باروری گردید.

۱-۲: جایگاه نامناسب دانشکده‌های پرستاری و مامایی در

آموزش دوره

مشارکت‌کنندگان که اغلب دارای مقطع کارشناسی ارشد مامایی و سابقه کار بیش از ۵ سال در حرفه داشتند اذعان داشتند فلسفه آموزش مامایی کاملاً متفاوت از فلسفه آموزش پرستاری است؛ اما چون هر دو رشته‌های بالینی بودند بازهم در کنار هم دوام آوردند اما رشته دکتری بهداشت باروری رویکرد کاملاً ویژه و با مفاهیم ارتقا سلامت و بهداشت مرتبط است و در اهداف دوره نیز بر ابعاد آموزشی، مدیریتی و برنامه‌ریزی آن تأکید شده است. لذا راه اندازی این دوره در دانشکده پرستاری مامایی را مناسب نمی‌دانستند و انتظار داشتند که با افزایش تعداد دانش‌آموختگان این رشته، آموزش دوره نیز مستقل گردد و با فلسفه جدید و متناسب بازنگری شود. مشارکت

کننده شماره ۱۶، مدیر پرستاری ۴۸ ساله می‌گفت: "وقتی این دوره به عنوان یک دوره جدید به دانشکده ما واگذار شد خب هیچ استادیار یا دانشیار مرتبط با رشته که مقیم باشد نداشتیم عمدتاً با کمک اساتید دانشکده بهداشت و برخی از اعضا مطلع گروه مامایی و اعضا بورد به سختی نیمرخ‌های آموزش و مدرسین دروس را تعیین کردیم خیلی شتاب‌زده عمل کردند واقعاً شرایط دانشکده مناسب نبود". مشارکت‌کننده شماره ۳۱، مدیر مامایی ۵۱ ساله اظهار کرد: "این کوریکولوم توسط بورد مامایی طراحی شد و هدفش دکتری برای مامایی بود ولی در شرایطی راه اندازی شد که ۱-۲ دکتری مامایی آن هم از خارج از کشور داشتیم و این دوره در دانشکده، دست گروه پرستاری که کلی دکتری داشتند افتاد و اونا هم با فلسفه و رویکرد خودشون رشته را جلو بردند البته هم به راه اندازی کمک کردند و هم تا حدودی آسیب زدند، ولی حالا دیگه ما خودمون فارغ التحصیل زیاد داریم و باید کل مسایل آموزشی و پژوهشی اون را با رویکردی جدید به عهده بگیریم."

۲-۲: فقدان گروه آموزشی مستقل رشته بهداشت باروری

مشارکت‌کنندگان با ذکر دلایل متعددی سعی داشتند تا ضرورت شکل‌گیری گروه مستقل بهداشت باروری در دانشکده‌ها و وظایف آنان در قبال آموزش دانشجو را بیان کنند. آنان تعدد پذیرش دانشجو، کمبود مدرسین توانمند و راه‌اندازی دوره در کنار رشته پرستاری را از دلایل مهم ضرورت شکل‌گیری گروه مستقل دکتری بهداشت باروری بر شمرند تا بتواند پاسخ‌گوی نیازهای آموزشی، پژوهشی و سایر مسایل تأثیرگذار بر آموزش دانشجویان باشد. آنان اظهار کردند که ویژگی و فلسفه دکتری رشته بهداشت باروری کاملاً متفاوت از رشته پرستاری است در حالی که اکثریت مسئولین و مدیران آموزشی این دانشکده‌ها، پرستار هستند. به نظر می‌رسد که نتوانند مدیریت مناسبی در امور آموزش رشته بهداشت باروری داشته باشند و پیشنهاد گروه مستقل رشته بهداشت باروری را داشتند. مشارکت‌کننده شماره ۱۰، دانشجو سال چهارم، ۳۲ ساله اظهار داشت: "بیشتره ۴۰-۳۰ دانشجو دکتری بهداشت باروری الان توی دانشکده ما هستند و هرکدام از ما مشکلات آموزش

ده ساله این دوره راه اندازی شده بیش از ۲۵۰ نفر پذیرش کرده ولی کوریکولوم هنوز بازنگری نشده یعنی در این ۱۰ سال حتی نیازهای بهداشت باروری کشور هم فرق نکرده است".

۱- طبقه اصلی سوم: ناکامی در تحقق اهداف برنامه درسی

تحلیل توصیف مشارکت‌کنندگان از نقد برنامه‌درسی دکتری بهداشت باروری، منجر به ظهور طبقه اصلی ناکامی در دستیابی به اهداف برنامه‌درسی گردید که شامل، تحقق ناکافی هدف تربیت نیروی انسانی جهت آموزش مامایی و بهداشت باروری، نارسایی در تحقق هدف تربیت نیروی انسانی متبحر در پژوهش و عدم امکان تحقق هدف تأمین مدیران و برنامه‌ریزان خدمات بهداشت باروری، بود.

۱-۳: تحقق ناکافی هدف تربیت نیروی انسانی جهت آموزش

مامایی و بهداشت باروری

مشارکت‌کنندگان اظهار داشتند در راستای هدف تأمین نیروی انسانی متبحر، جهت گروه‌های آموزشی مامایی و بهداشت باروری که در حال حاضر هم تأکید بر هیات‌علمی بالینی است باید شرایط آزمون ورودی پذیرش دانشجویان بازنگری شده و سوابق کار بالینی در حرفه مامایی مدنظر قرار گیرد همچنین برنامه‌درسی نیز با بازنگری و طراحی دروس مرتبط، مهارت‌های بالینی دانش‌آموختگان را ارتقا دهد. مشارکت‌کننده شماره ۲۸، دانش‌آموخته ۳۴ ساله با ۵ سال سابقه کار چنین بیان می‌کرد: "حالا که قرار شده ما با مدرک دکتری بهداشت باروری بریم در بالین و بیمارستان به آموزش دانشجویان بپردازیم باید هم در دوره دکتری فرصتی برای تقویت مهارت‌های لیبر و زایمان پیش بینی بشه و هم در کنکور دکتری برای سوابق حرفه ای بالینی شرایط گذاشته بشه."

۲-۳: نارسایی در تحقق هدف تربیت نیروی انسانی متبحر در

پژوهش

مشارکت‌کنندگان بر تقویت توانمندی پژوهشی دانش‌آموختگان در طول دوره تحصیل با طراحی دروس روش تحقیق، نقد مطالعات و سایر دروس مرتبط تأکید نمودند تا از این طریق بتوان به هدف تربیت محقق توانمند کمک نمود. همچنین بر پشتیبانی دانشکده‌ها و بورد از فراهم کردن فرصت

پژوهشی خودشو داره و نمی‌تونیم با مسئولین پرستاری به نتیجه برسیم ما واقعاً به یک مدیر و گروه مستقل بهداشت باروری که فقط به امور ما بپردازد نیاز داریم".

همچنین کمبود مدرسین توانمند و مسلط به سرفصل دروس به ویژه دروس تخصصی و مشکلات دعوت از اساتید سایر شهرها و دانشگاه معضل مهمی بود که مشارکت‌کنندگان ضمن طرح آن، انتظار داشتند گروه مستقل آموزشی، این موضوع را کارشناسی و هماهنگی لازم برای تأمین اساتید را انجام دهد.

۳-۲ نظارت ناکافی بورد بهداشت باروری بر آموزش دوره

اغلب مشارکت‌کنندگان اظهار داشتند بورد بهداشت باروری عمدتاً درگیر مسایل حرفه مامایی است و بر وضعیت و مشکلات آموزش رشته دکتری بهداشت باروری در دانشکده‌های پرستاری مامایی نظارت کافی ندارد. آنان انتظار داشتند که اعضا بورد از بین دانش‌آموختگان بهداشت باروری دانشکده‌های مختلف باشند و با بازدید دوره‌ای دانشکده‌ها بر نحوه آموزش دوره نظارت نمایند و با ارائه مصوبه‌های کارشناسی شده به بهبود موقعیت آموزشی کمک نمایند. البته وظایف دیگری نیز در این راستا برای بورد از جمله طراحی و تصویب شرح وظایف دانش‌آموختگان جهت ارتقا جایگاه شغلی آنان و بازنگری برنامه‌درسی دوره دکتری جهت تقویت جنبه بالینی قایل بودند. "به نظر من هم باید بورد نظارت بیشتری روی آموزش بهداشت باروری داشته باشد باید بازدید دوره ای انجام بشه. با دانشکده‌ها و بخصوص مدیر گروه تعامل بشه و با مصوبه‌های کارشناسی شده، راهکارهای ارتقا رشته ارائه بشه. (مشارکت‌کننده شماره ۲۰ عضو بورد).

مشارکت‌کننده شماره ۲۶ دانشجوی سال آخر، ۳۵ ساله می‌گفت: "بورد واقعاً درگیر مشکلات حرفه ماماییه و توجه جدی به وضعیت آموزش دکتری بهداشت باروری نداره و تعامل مناسبی هم با آموزش دانشکده‌های پرستاری مامایی ندارند. بورد باید پاسخگوی مشکلات دانش‌آموختگان این رشته باشه. به نظرم باید در بورد یک کارگروه مجرب از دانش‌آموختگان بهداشت باروری، این مسئولیت مهم را بر عهده بگیرند. ببینند

زنان، سلامت نوجوانی و سلامت جنسی را می‌تونن در جامعه نیازسنجی کنند و مدل‌های ارتقا ارائه بدهند."

۴- طبقه اصلی چهارم: طولانی بودن دوره دکتری

طول تحصیل اکثریت دانش‌آموختگان بیش از ۵ سال بود و تحلیل توصیف آنان بیانگر طویل بودن دوره پژوهشی بود. آنان اظهار داشتند که: "مدیریت نامناسب تحصیلات تکمیلی" و "رویه نامناسب دانشکده‌ها در راهنمایی پایان‌نامه‌ها" منجر به طولانی شدن ناکارآمد دوره پژوهشی گردیده است و انتظار داشتند برنامه‌ریزی‌های لازم برای کوتاه‌تر شدن این دوره صورت گیرد.

۴-۱: مدیریت نامناسب تحصیلات تکمیلی

مشارکت‌کنندگان اظهار داشتند در اغلب دانشکده پرستاری مامایی دارای دوره دکتری بهداشت باروری، معاونت آموزشی و مدیریت تحصیلات تکمیلی بر عهده مدیران پرستاری می‌باشد که آشنایی ناکافی آنان با فلسفه دکتری بهداشت باروری (تصویب عنوان، روند دفاع پروپوزال تا دفاع نهایی) و عدم نظارت کافی آنان بر فرآیندهای پژوهشی باعث طولانی شدن نامناسب دوره پژوهشی گردیده است و پیشنهاد داشتند که گروه آموزشی مستقل بهداشت باروری شکل بگیرد و تحصیلات تکمیلی این دوره به مدیر گروه آن و دانش‌آموختگان این رشته سپرده شود و از طرف دیگر کلیه فرآیندها با رویکرد تسهیل و تسریع روندها بازنگری شوند.

مشارکت‌کننده شماره ۴ (دانشجوی سال آخر، ۳۸ ساله) این‌گونه بیان می‌کند: "ببینید در همه دانشکده‌هایی که دکتری باروری دارن معاون آموزشی و اگر داشته باشن مدیر تحصیلات تکمیلی یک پرستار است یک رشته کاملاً مشخص و جدا از بهداشت باروری. خب اونا دغدغه‌ها و رویکرد بهداشتی رشته را نمی‌دونن. خب آسیب می‌زنه! به نظرم اینجا مدیر گروه مامایی که رئیس تحصیلات تکمیلی گروه است باید از موقعیت قانونی خودش بیشتر استفاده کنه و قوی‌تر عمل کنه باید مدیر گروه نقش یک حامی و تسهیل‌کننده را داشته باشد".

همچنین آنان اجبار چاپ مقالات در مجلات ISI و PubMed عامل دیگر برای تأخیر روند دوره پژوهشی خود ذکر کردند و پیشنهاد کاهش تعداد مقاله ISI و مجوز چاپ مقالات

مطالعاتی برای دانشجویان و اساتید رشته تاکید نمودند. مشارکت‌کننده شماره ۳۰ (دانشجو سال سوم، ۲۸ ساله): "قرار بوده این برنامه‌درسی محقق‌توانمند در سطح بین‌المللی تربیت کنه که با وضعیت کوریکولوم این موضوع به هدف نمی‌رسد مگر اینکه در کوریکولوم درس روش تحقیق، کورس‌های پژوهشی و آماری بطور گسترده‌ای گنجانده بشه".

همچنین برخی از مشارکت‌کنندگان که دانش‌آموخته دانشگاه‌های خارج از کشور بودند بر اهمیت تقویت بنیه پژوهشی دانشجویان با ارائه دروس متعدد روش تحقیق و آمار حیاتی تاکید کردند بطوری‌که مشارکت‌کننده شماره ۷ اظهار داشت: "ما محدودیتی برای گذراندن دروس نداشتیم و می‌توانستیم بسته به موضوع پایان‌نامه، دروس مرتبط و روش تحقیق و آمار بگذرانیم. به نظرم یک دانش‌آموخته دکتری که در آینده قرار است مدرس شود باید بر کلیه مفاهیم تحقیق و آمار مسلط باشد".

۳-۳: عدم امکان تحقق هدف تأمین مدیران و برنامه‌ریزان

خدمات بهداشت باروری

مشارکت‌کنندگان، بر توانمندی کافی خود در مدیریت و برنامه‌ریزی خدمات بهداشت باروری تأکید کردند و انتظار داشتند در راستای تحقق کامل هدف برنامه‌درسی تأمین نیروی انسانی متخصص و توانمند در زمینه مدیریت و برنامه‌ریزی خدمات بهداشت باروری، جایگاه‌ها و پست‌های حرفه‌ای در معاونت بهداشت و درمان، برای استفاده از این توانمندی‌های پیش‌بینی شده باشد و اظهار داشتند که شرایط مناسبی در این زمینه تاکنون فراهم نشده است و حتی برای جذب دانش‌آموختگان بهداشت باروری در واحدهای مرتبط با سلامت مادران، کودکان و باروری جهت برنامه‌ریزی و ارتقاء کیفیت این خدمات، برنامه‌ریزی صورت نگرفته است.

مشارکت‌کننده شماره ۲۹ (دانش‌آموخته ۴۴ ساله با ۲۰ سال سابقه کار) می‌گوید: "به نظر من دکتری‌های بهداشت باروری، بهترین گزینه برای برنامه‌ریزی و مدیریت خدمات بهداشت باروری در کلیه بخش‌های جامعه هستند از سلامت باروری زنان آسیب‌پذیر تا زنان نابارور، زنان یائسه، توانمندسازی

بگیرم بیچاره شدم و آخرش هم موفق نشدم مجبور شدم استاد راهنما غیر بهداشت باروری بگیرم خیلی نگران بودم ولی با گرفتن مشاوره بهداشت باروری تا حدود زیادی بهم کمک شد. اون استاد مشاور خیلی کار کرد ولی حیف که ظرفیت خالی برای راهنمایی نداشت".

۵- طبقه اصلی پنجم: ابهام جایگاه حرفه‌ای دانش‌آموختگان دکتری بهداشت باروری

مشارکت‌کنندگان، ابهام جایگاه حرفه‌ای را معلول بی‌توجهی به ماهیت بالینی حرفه مامایی، فقدان شرح وظیفه حرفه‌ای دانش‌آموختگان دکتری و عدم تخصیص جایگاه حرفه‌ای بر اساس رسالت برنامه‌درسی می‌دانستند.

۱-۵: بی‌توجهی به ماهیت بالینی حرفه مامایی

مشارکت‌کنندگان اذعان داشتند تاکنون بیش از ۹۹٪ درصد پذیرفته‌شدگان دکتری بهداشت باروری، دارای مدرک کارشناسی ارشد مامایی بوده‌اند و به نوعی این دکتری مختص ماماها است. لذا انتظار داشتند که برنامه‌درسی با نیازهای آموزشی کارشناسان ارشد مامایی و رویکرد بالینی حرفه مامایی مطابقت داشته باشد. کارشناسان ارشد مامایی به عنوان یک حرفه بالینی، دارای پروانه کار و شماره نظام پزشکی هستند که شرح وظیفه مدونی نیز برای آن مصوب گردیده است، درحالی‌که برنامه‌درسی دکتری بهداشت باروری با رسالت آموزشی، پژوهشی و مدیریتی طراحی شده و هویت بالینی کافی برای دانش‌آموختگان خود قائل نیست. این بی‌توجهی به ماهیت بالینی حرفه مامایی باعث دل‌سردی دانش‌آموختگان که انتظار ارتقای موقعیت حرفه‌ای و نقش بالینی را با کسب دکتری داشتند، شده است و دانش‌آموختگان دکتری بهداشت باروری به اجبار باید به جایگاه حرفه‌ای کارشناسی‌ارشد خود رجوع نمایند.

مشارکت‌کننده شماره ۸ (دانش‌آموخته ۳۷ ساله با ۱۶ سال سابقه کار): "ما دکتری خوندم که موقعیت حرفه‌ای و شغلی‌مون از کارشناسی‌ارشد که بودیم ترقی کنه. حالا که می‌خواهیم مطب کار کنیم می‌گن دکتری شما آموزشی بوده و بالین در آن دیده نشده و همون شرح وظایف ارشد براتون

فارسی در مجلات علمی پژوهشی داخلی با عناوین مرتبط با پایان‌نامه را داشتند. به‌علاوه مشارکت‌کنندگان به تمایل شورای تحصیلات تکمیلی دانشکده‌های پرستاری مامایی به طرح‌های پژوهشی چندمرحله‌ای و سنگین اشاره داشتند که باعث می‌شود دانشجویان برای جلب موافقت اعضا در تصویب عنوان، موضوعات پژوهشی سنگینی را تقبل می‌کنند.

مشارکت‌کننده شماره، ۱۱ (دانش‌آموخته ۴۹ ساله، با ۲۳ سال سابقه کار) اظهار داشت: "دانشکده‌های پرستاری مامایی در سخت‌گیری پژوهش معروفند و ابزارسازی، مطالعات ترکیبی یا RCT سنگین همه شعارهای شورای تحصیلات تکمیلی شده و همین باعث میشه دانشجو برای تصویب عنوانش، یک موضوع سنگین و طاقت‌فرسا برداره و به همین دلیل الان همه دانشجویان ما بالای ۵ سال فارغ تحصیل می‌شوند".

۲-۴: مشکلات راهنمایی پایان‌نامه‌ها

مشارکت‌کنندگان با ذکر چالش متعدد، مشکلات راهنمایی پایان‌نامه‌ها را از مهمترین عوامل طولانی شدن دوره پژوهشی محسوب کردند آنان اذعان داشتند ویژگی‌های رشته دکتری بهداشت باروری ضرورت حضور استاد راهنما با تحصیلات بهداشت باروری را مطرح می‌کند و آنان تمایل جدی به داشتن راهنما پایان‌نامه از دانش‌آموختگان بهداشت باروری دارند و تعداد محدود این اساتید در دانشکده‌ها و محدودیت ظرفیت راهنمایی آنان و تعدد دانشجویان باعث گردیده که برخی از آنان نتوانند استاد راهنما با تخصص بهداشت باروری داشته باشند و برخی دیگر با انتظار برای آزاد شدن ظرفیت اساتید دچار تأخیر در روند تصویب پروپوزال می‌گردند. لذا پیشنهاد داشتند که با تصویب آیین‌نامه‌های داخلی بین تعداد دانشجویان و ظرفیت راهنمایی اساتید متخصص بهداشت باروری تا حد امکان تناسب ایجاد شود تا در کلیه پایان‌نامه‌ها حداقل یکی از این دانش‌آموختگان حضور داشته باشند.

مشارکت‌کننده شماره ۱۲ (دانش‌آموخته ۴۱ ساله با ۱۱ سال سابقه کار) بیان کرد: "با تمام تلاشی که کردم تونستم ۵/۵ ساله دکتری را تموم کنم ۳/۵ سال برای پایان‌نامه واقعاً زیاد بود یکسال گیر استاد راهنما بودم می‌خواستم از یک شهر دیگه

هیات علمی شدن برامون هست که اگر دانشگاه‌ها اشباع شده باشن نمی‌دونم جایگاه ما چی میشه!"

با توجه به اینکه دو نفر از مشارکت‌کنندگان دانش‌آموخته خارج از کشور بودند تجربه فردی خود این افراد در آموختن این رشته و مقایسه با شرایط آموزش داخل قابل بحث و ارائه بود که در مقاله به آن پرداخته نشده است.

بحث

این مطالعه برای اولین بار به تبیین چالش‌های برنامه‌درسی دوره دکتری تخصصی بهداشت باروری پرداخته است. مشارکت‌کنندگان اظهار داشتند که عناوین دروس فعلی کلیه ابعاد و مفاهیم بهداشت باروری را پوشش نداده و کفایت لازم برای دستیابی به رسالت بهداشت باروری را ندارد. آنان بر ضرورت بازنگری برنامه‌درسی و اضافه شدن دروس جدیدی نظیر، سلامت جنسی، سلامت باروری زنان آسیب‌دیده اجتماعی را داشتند.

در این مطالعه یکی از دروسی که دانشجویان و دانش‌آموختگان تأکید بر اضافه شدن آن نموده بودند، سلامت جنسی بود. سلامت جنسی، بخشی از سلامت باروری است که به‌عنوان یک نیاز و استراتژی برای رسیدن به اهداف توسعه هزاره بیان شده است (۱۳). در پژوهش‌هایی که در حوزه سلامت جنسی در ایران انجام شده است، مشخص شده که میزان اختلالات عملکرد جنسی در زنان و مردان ایرانی به نسبت بالا است (۱۴-۱۶). رشته بهداشت باروری در بیشتر دانشگاه‌های دنیا با عنوان بهداشت باروری و جنسی ارائه می‌شود و یا یکی از دروس اصلی آنها درس سلامت جنسی است. به‌عنوان مثال دوره‌ی دکتری بهداشت باروری در دانشگاه کیلی (Keele) با هدف مهیا ساختن و روزآمد کردن دانش و مهارت‌های متخصصین در زمینه‌های بهداشت باروری و سلامت جنسی ارائه می‌شود (۱۷). دوره دکتری بهداشت باروری در دانشگاه کارولینسکای (Karolinska) سوئد تمرکز بر سلامت جنسی، مراقبت‌های دوران بارداری و بهداشت باروری دارد. این رشته در دیپارتمان بهداشت مادر و کودک ارائه می‌شود. تحقیقات در این دوره بیشتر بر ماهیت بالینی مامایی متمرکز است و اگر چه بیشتر پروژه‌ها بر مبنای علوم و مراقبت‌های

صدق می‌کنه. باید یه فکری بشه کوریکولوم بازنگری بشه ما هم می‌خواهیم بالین کار کنیم. خیلی برامون سنگینه که دکتری بخونیم ولی با شرح وظیفه کارشناسی ارشد کار کنیم."

۲-۵: فقدان شرح وظیفه حرفه‌ای دکتری رشته بهداشت باروری

مشارکت‌کنندگان که اغلب دارای پروانه دفترکار و شماره نظام مامایی از مقطع کارشناسی بودند اظهار داشتند که در دو مقطع قبلی دارای شرح وظیفه مصوب حرفه‌ای هستند اما تاکنون با وجود اینکه بیش از ۱۰۰ دانش‌آموخته و ۱۵۰ دانشجوی دکتری بهداشت باروری وجود دارند هیچ شرح وظایف حرفه‌ای برای آنان تعریف و مصوب نگردیده است و خواستار تسریع در تصویب شرح وظایف گسترده‌تر و مطابق با دروس اختصاصی دوره دکتری بودند. برخی از مشارکت‌کنندگان اظهار داشتند ویژگی برنامه‌درسی دکتری باعث سردرگمی نظام پزشکی برای رتبه‌بندی شغلی آنان گردیده است. مشارکت‌کننده شماره ۱۲ (دانش‌آموخته ۴۱ ساله با ۱۱ سال سابقه کار):

"هنوز هم بعد از ۱۵-۱۰ سال و بیش از صدها پذیرفته شده این رشته، شرح وظیفه نداریم نمی‌دونیم با این همه درسی که خوندم آیا نسبت به ارشد دستمون بازتره؟ آیا شماره نظام جدیدی می‌دهند؟ نظام پزشکی هم سردرگمه"

۳-۵: عدم تخصیص جایگاه حرفه‌ای بر اساس رسالت

برنامه‌درسی

مشارکت‌کنندگان تأکید داشتند با وجود اینکه در رسالت و اهداف برنامه‌درسی دوره دکتری بهداشت باروری جایگاه آموزشی، پژوهشی و مدیریتی و برنامه‌ریزی خدمات سلامت باروری در نظر گرفته شده است اما در واقعیت، پست‌های شغلی و جایگاهی در معاونت بهداشت درمان و دانشگاه دیده نشده است و تنها موقعیت، جایگاه آموزشی به‌صورت اعضای هیات علمی گروه‌های مامایی است.

مشارکت‌کننده شماره ۳۲ دانش‌آموخته ۳۸ ساله با ۱۴ سال سابقه کار در زایشگاه: "من الان بیمارستان کار می‌کنم و بخاطر علاقه‌ای که داشتم وارد دکتری شدم ولی پیش‌بینی مناسب حرفه‌ای برای من در معاونت درمان یا بهداشت نشده. فقط یک

دیده شود به ویژه درس بیماری‌های نوپدید، مقاربتی، درس تغذیه و بهداشت باروری، رشد و تکامل جسمی روانی که خود ماهیت بالینی هم دارند. در دانشگاه جان هاپکینز رشته دکتری بهداشت باروری، زنان و پری ناتال شامل آموزش‌های عملی در زمینه تحقیقات، عملکرد و سیاست‌گذاری در زمینه تولیدمثل و تنظیم خانواده، سلامت مادر و نوزاد، نابرابری‌های سلامت و خدمات برای زنان در سنین باروری و مسائل مرتبط با جنسیت در سراسر جهان می‌باشد و برنامه‌درسی آنها شامل ۳ واحد جنبه‌های بالینی بهداشت باروری نیز هست (۲۲). در مطالعه‌ای که در سال ۱۳۹۲ در مورد ارزشیابی دوره دکتری بهداشت باروری انجام شد نیز واحدهای پژوهش، عدم وجود دروس بالینی در سرفصل‌ها و عدم توانمندسازی متخصصین بهداشت باروری در زمینه مهارت‌های بالینی را به عنوان یکی از نقاط ضعف برنامه‌درسی اعلام نمودند (۷). در مطالعاتی که در مورد ارزشیابی دوره دکتری پرستاری در ایران انجام گرفته، گزارش شده که اکثر واحدهای درسی، نظری هستند و در زمینه فعالیت‌ها، مشکلات بالینی و مراقبتی، واحد مستقلی وجود ندارد (۸،۹).

در ارتباط با طبقه چالش‌های آموزش دانشجوی، مشارکت‌کنندگان چالش‌های متعدد آموزشی را مطرح نمودند. برخی از آنان راه‌اندازی این دوره در دانشکده‌های پرستاری و مامایی و عجین شدن فلسفه این رشته با فلسفه رشته پرستاری مامایی را که بخاطر همجواری رخ داده بود مانع مهم اعتلای آموزشی و شناخته شدن اهمیت این رشته می‌دانستند. آنان خواستار استقلال امور آموزشی این رشته در دانشکده‌ها و نظارت جدی‌تر بود. بهداشت باروری از طریق کارشناسی مشکلات و ارائه مصوبه‌های قابل اجرا شدند. در مطالعه Rooks نیز از معایب قراردادان برنامه‌های آموزشی مامایی در دانشکده‌های پرستاری عنوان شده است که به رهبران پرستاری که ممکن است مامایی را درست درک نکنند، در تصمیم‌گیری‌ها توان و قدرت بالایی می‌دهد (۲۳).

اغلب مشارکت‌کنندگان از مدیریت تحصیلات تکمیلی و آموزش این رشته توسط مدیران پرستاری ابراز نگرانی نمودند و

بهداشتی طراحی شده‌اند لیکن ارتباط نزدیکی با مباحث فلسفه علم، علوم اجتماعی و پزشکی دارند (۱۸). در مطالعه‌ای که به بررسی نیازهای آموزشی در برنامه‌ریزی درسی کارشناسی ارشد بهداشت باروری در ایران به روش دلفی انجام گرفت نیز نیازهای آموزشی در رابطه با مسائل مربوط به سلامت جنسی بالاترین میانگین نمره را داشتند (۱۹).

مشارکت‌کنندگان این پژوهش طراحی درس سلامت باروری زنان آسیب‌دیده اجتماعی (همسران زندانیان، همسران مصرف‌کنندگان مواد، زنان مصرف‌کننده مواد و زنان دارای شرکای جنسی متعدد یا خارج از چارچوب خانواده) را نیز مورد تأکید قرار دادند. آنان خود را یکی از گروه‌های توانمند برای مراقبت از سلامت باروری این زنان، به‌خصوص به علت تطابق جنسیتی و دانش و مهارت مراقبت از سلامت باروری و جنسی می‌دانند و از کیفیت ارائه این خدمات که در شرایط فعلی کشور توسط سازمان بهزیستی و وزارت بهداشت ارائه می‌گردد ابراز نگرانی نمودند. در پروتکل کشوری "مراکز مشاوره ویژه زنان آسیب‌پذیر" نیز جهت دانش‌آموختگان مامایی صلاحیت مدیریت، خدمات در بیماری‌های مقاربتی، مددکاری اجتماعی، مشاوره رفتار جنسی سالم، آموزش بهداشت باروری و جنسی در نظر گرفته شده است (۲۰). همچنین در سیاست‌های کلی برای کنترل و کاهش آسیب اجتماعی بر توانمندسازی اساتید و دانش‌آموختگان دانشگاه‌ها در این باره تأکید شده است (۲۱).

تقویت ماهیت جامعه‌نگری و بالینی دروس تخصصی توسط مشارکت‌کنندگان که همگی در مقطع قبلی کارشناسی ارشد مامایی بودند مورد تأکید قرار گرفت. آنان برای حرفه خود جایگاه ویژه‌ای در بالین و خدمات جامعه‌نگر قائل بودند و انتظار داشتند دوره دکتری نیز به حفظ و تقویت صلاحیت‌های بالینی آنان ارجح نهد. بالاین حال در ده درس تخصصی اجباری برنامه‌درسی فعلی، فقط دو درس هرکدام نیم واحد عملی دارند که باعث شده این کوریکولوم کاملاً جنبه نظری داشته باشد لذا با توجه به انتظارات مشارکت‌کنندگان، به نظر می‌رسد باید این دروس موردبازنگری قرار گرفته و ماهیت بالینی آنها هم در سرفصل‌های هر درس و هم در تخصیص کارآموزی به هر درس

دانش‌آموختگان این دوره بتوانند نقش مؤثرتری در بر طرف کردن نیازهای جامعه خود داشته باشند (۸).

طولانی شدن دوره دکتری بهداشت باروری به بیش از پنج سال، توسط اکثریت دانش‌آموختگان، یکی از چالش‌های مهم تلقی گردید. آنان مدیریت نامناسب تحصیلات تکمیلی و مشکلات راهنمایی پایان‌نامه‌ها را از عوامل اصلی این تأخیر در فارغ‌التحصیلی دانستند. آنها انتظار داشتند با شکل‌گیری گروه مستقل بهداشت باروری، بازنگری در ظرفیت راهنمایی پایان‌نامه اساتید، تغییر رویه چاپ مقاله در مجلات ISI و تصویب آیین‌نامه‌های داخلی بر اساس شرایط هر دانشکده در جهت تسریع روند تصویب و اجرای پایان‌نامه‌ها، با حضور متخصصین بهداشت باروری، این دوره به حداکثر چهار تا چهار و نیم سال تقلیل یابد. برای مقابله با بعضی مشکلات دوره دکتری، باید برنامه‌ریزی برای کاهش طول مدت آموزش دکتری به سه سال آغاز گردد (۲۵). به‌طور مثال، طول مدت دوره دکتری بهداشت باروری در دانشگاه ادینبرگ سه سال است (۲۶).

یکی از دغدغه‌های مهم مشارکت‌کنندگان، ابهام جایگاه حرفه‌ای برای متخصصین بهداشت باروری بود. با وجود اینکه برنامه‌درسی دکتری بهداشت باروری توسط بورد مامایی طراحی شده بود اما نیازهای کارشناسان مامایی به عنوان یک حرفه بالینی پروانه‌دار و عضو نظام پزشکی و نیازهای بهداشت باروری جامعه، در آن به‌طور مناسبی دیده نشده است. به‌علاوه جایگاه شغلی مناسب در معاونت بهداشت و درمان برای شاغلینی که از این بخش‌ها در حال گذراندن دوره دکتری هستند وجود ندارد. تاکنون شرح وظیفه مصوبی هم برای دانش‌آموختگان طراحی نگردیده است. کلیه موارد ذکر شده باعث سردرگمی و دل‌سردی مشارکت‌کنندگان شده بود. در بسیاری از کشورهای با سابقه طولانی در آموزش دکتری، دوره‌های جدید دکتری تخصصی حرفه‌ای طراحی شده اند که از یک طرف توانسته دوره‌های دکتری را بیش از پیش به سمت نیازهای جامعه سوق دهد و از طرف دیگر اشتغال دانش‌آموختگان را تسهیل کند (۲۵).

نتیجه‌گیری

در این راستا پیشنهاد تشکیل گروه آموزشی مستقل بهداشت باروری را ارائه نمودند تا کلیه امور آموزشی دوره به مدیر گروه و اعضای آن محول گردد. کالج آمریکایی پرستاری مامایی بهترین مدل را بورد مستقل مامایی می‌داند (۲۴).

در برنامه درسی، اهداف کلی این رشته به‌صورت تربیت نیروی انسانی در حیطه آموزش مامایی و بهداشت باروری تربیت نیروی انسانی در حیطه برنامه‌ریزی و ارتقاء کیفیت خدمات بهداشت باروری و نیروی انسانی متبحر در پژوهش‌های علمی در سطح بین‌المللی پیش‌بینی شده است، اما از دیدگاه مشارکت‌کنندگان این مطالعه، تحقق ناکافی در اهداف دوره مشهود بود. در این راستا به نظر می‌رسد بازنگری برنامه‌درسی به‌صورت طراحی دروس جدید، تقویت دروس بالینی و ارتقای هویت جامعه‌نگری باید مدنظر قرار گیرد و به نیازهای آموزشی حرفه مامایی و جامعه در زمینه بهداشت باروری توجه شود. به‌علاوه از توانمندی‌های مدیریتی و برنامه‌ریزی خدمات بهداشت باروری این متخصصین در جایگاه‌های شغلی در معاونت بهداشت، درمان و سایر مؤسسات برنامه‌ریزی استفاده گردد. همچنین توسعه توانمندی‌های پژوهشی دانشجویان از طریق طراحی دروس روش تحقیق کمی و کیفی، نقد مطالعات و نحوه انتشار مقاله در مجلات بین‌المللی صورت گیرد و به ویژه در طول ۲۰ واحد پایان‌نامه دوره‌های آموزشی و فرصت‌های مطالعاتی در سایر دانشگاه‌ها پیش‌بینی گردد. در مطالعه‌ای که در سال ۱۳۹۲ در مورد ارزشیابی دوره دکتری بهداشت باروری انجام شد نیز شاخص «کفایت ارائه دروس کمبود یا جبرانی» کمترین میانگین نمره را داشت و بیشتر دانشجویان و دانش‌آموختگان از نقاط ضعف دوره کمبود برخی از واحدهای مرتبط با ارتقاء توانمندی‌های پژوهشی مانند عدم وجود واحد درسی روش تحقیق کیفی و آمار پیشرفته را برشمردند (۷). در بسیاری از کشورها دانشجویان دکتری در انتخاب دروس خود دخالت دارند و معمولاً آنان را با توجه به رساله خود انتخاب می‌کنند. این امر، علاوه بر افزایش انگیزه، کارآمدی و اثربخشی دوره تحصیلی، موجب تنوع زیادی در نوع تخصص دانش‌آموختگان این دوره شده و همچنین موجب گشته

استفاده گردد. از محدودیت‌های این مطالعه، مشکلات دسترسی به مشارکت‌کنندگان در دانشگاه‌های کشور و نبود برای مصاحبه مطرح بود که با دریافت دست نوشته‌های آنان درباره موضوع مطالعه و نمونه‌گیری هدفمند و فرصت‌طلبانه در موقعیت‌های پیش‌آمده تا حدودی این مشکل مرتفع گردید.

سیاسگزاری

بدین‌وسیله از همکاری ارزشمند دانشجویان و دانش‌آموختگان دکتری بهداشت باروری، اعضای محترم بوردا بهداشت باروری و مدیران آموزشی دانشکده‌های پرستاری و مامایی که در جمع‌آوری داده‌های این مطالعه ما را یاری رساندند، صمیمانه ارج نهاده و از حمایت مالی معاونت پژوهشی و مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان نیز سپاسگزاریم.

در شرایط فعلی، برنامه‌درسی دکتری بهداشت باروری نیاز به بازنگری جدی جهت طراحی دروس جدید و مرتبط با رسالت رشته نظیر سلامت جنسی، تقویت ماهیت بالینی و جامعه‌نگری در راستای تأمین نیازهای حرفه مامایی و جامعه دارد. به‌علاوه به نظر می‌رسد شکل‌گیری گروه آموزشی مستقل بهداشت باروری جهت مدیریت امور آموزش و به ویژه اداره مرحله پژوهشی و نظارت بیشتر بوردا بهداشت باروری بر امور آموزش در دانشکده‌های پرستاری مامایی ضروری است. از طرف دیگر با توجه به اهمیت تأمین نیازهای جامعه در زمینه خدمات بهداشت باروری، بایستی برنامه‌ریزی‌های گسترده برای حضور متخصصین بهداشت باروری در جایگاه‌های شغلی متعدد صورت گیرد تا به‌طور مؤثری از توانمندی‌های دانش‌آموختگان این رشته در مدیریت و برنامه‌ریزی خدمات بهداشت باروری

References

- 1- Nourooz zadeh R, Mahmoodi R, Fathi Vajargah K, Nave Ebrahim A. *The Universities Participation Status in Revising the Curricula Approved by the Higher Council for Planning*. Quarter J Res Plan High Edu 2007; 12(4): 71-92. [Persian]
- 2- Akrami, S. K. *Higher education and the Islamic Revolution*. Encyclopedia of Higher Education . Tehran: Great Persian Encyclopedia Foundation. 2004; Vol. 1: p. 47.
- 3- Zurayk h. *The meaning of reproductive health for developing countries: the case of the Middle East*. Gender and development. 2001; 9(2): 22-7.
- 4- Edouard L, Dodd N, Bernstein S. *The implementation of reproductive health program: experiences, achievements and challenges*. Int J Gynecol Obstetric 2000; 70(1): 25-34.
- 5- Ministry Of Health and Medical Education. Higher Council for Planning. PhD in reproductive health curriculum 2005. [Cited 2015 Nov 2]. Available from: <http://hcmep.behdasht.gov.ir/index.aspx?siteid=369&pageid=40506>
- 6- AbdiShahshahani M., Ehsanpour S., Yamani N., Kohan S, Hamidfar B. *The Evaluation of Reproductive Health PhD Program in Iran: A CIPP Model Approach*. Procedia-Social BehavSci 2015; 197: 88-97.
- 7- AbdiShahshahani M, Ehsanpour, Yamani N, Kohan S. *The evaluation of reproductive health PhD program in Iran: The input indicators analysis*. Iran J Nurs Midwife Res 2014; 19(6): 620-8.
- 8- Tazakori Z, Mazaheri E, Namnabat M, Torabizadeh K, Fathi S, Ebrahimi Balil F. *Evaluation of doctoral nursing program application of CIPP model*. J Ardabil Faculty Nurs Midwif 2011; 12(2): 44-51. [Persian]

- 9- Farahani M, Ahmadi F. *Doctoral Nursing Students' Viewpoints about the Nursing PhD Curriculum*. Iran J Med Edu 2006; 6(1): 83-92. [Persian]
- 10- Kim MJ, Lee H, Kim HK, Ahn YH, Kim E, Yun SN, Lee KJ. *Quality of faculty, students, curriculum and resources for nursing doctoral education in Korea: a focus group study*. Int J Nurs Stud. 2010 Mar; 47(3): 295-306.
- 11- Hsieh HF, Shannon SE. *Three approach to qualitative content analysis*. Qualative Health Res 2005, 15(9): 1277-88.
- 12- Carpenter DR, Streubert HJ, Speziale S. *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2007: p.88.
- 13- *Reproductive health strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets*. Global strategy adopted by the 57th World Health Assembly: Department of Reproductive Health and Research. World Health Organization; 2004. Available at: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/RHR_04_8/en/index.html
- 14- Bakoui F, Omidvar S, Nasiri Amiri F. *Determine the prevalence of sexual dysfunction and some related factors in the married women living in Babol 2005*. J Babol Univ Med Sci 2006; 9(4): 59-64. [Persian]
- 15- Ramezani Tehrani F, Farahmand M, Mehrabi Y, Malek-afzali H, Abedini M. *Sexual dysfunction and its influencing factors: population-based study among women living in urban areas in four provinces*. Payesh 2012; 11(6): 869-75. [Persian]
- 16- Hoseini Tabaghdehi M, Haji Kazemi E, Hoseini F. *The relative frequency of sexual dysfunction and some related factors in the women referred to the health centers of Sari City*. J Mazandaran Univ Med Sci 2012; 22(91): 102-7.
- 17- *Keele University 2013* [Cited 4 June 2013]. Available from: <http://www.keele.ac.uk/depts/aa/postgraduate/courses/reprohealth.html>
- 18- *Karolinska Institute*, 2014 Department of Women's and Children's Health, [Cited 4 January 2014]. Available from: <http://ki.se/ki/jsp/polopoly.jsp?d=23943&l=en>
- 19- Yamani N, Shakour M, Ehsanpour S. *Educational needs of reproductive health students: A Delphi study*. J Med Edu Dev 2013; 8(2). [Persian]
- 20- Ministry of Health and Medical Education. *Special Counseling Centers for Vulnerable Women Protocol*. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2010.
- 21- *The general policy for the control and reduction of social damages* [Cited 2014 Apr 10]. Available from: www.dadgostari-khz.ir/LinkClick.aspx?fileticket=k79kVgKoshE=

- 22- *PhD handbook 2012-13*. The Department of Population, Family and Reproductive Health. [Cited 2012]. Available from: <http://www.jhsph.edu/departments/population-family-and-reproductive-health/degree-and-certificate-programs/degree-program-phd/index.html>
- 23- Rooks JP. *Relationships between CNMs and CMs and other midwives, nurses, and physicians*. Professional issues in midwifery. 2007: 1-40.
- 24- Walker D, Lannen B, Rossie D. *Midwifery Practice and Education: Current Challenges and Opportunities*. OJIN: Online J Issue Nursing 2014; 19(2).
- 25- Rooholamini A, Haghdoost A, Sadeghirad B, Fasihi Harandi M. Redefining Ph.D. *Education in Iran: a Systematic Review of Literature*. J Rafsanjan Uni Med Sci 2011; 10(1): 3-18.
- 26- *Reproductive Health*, University of Edinburgh [Cited 2015]. Available from: <http://www.ed.ac.uk/studying/postgraduate/degrees/index.php?r=site/view&id=221>

Exploring challenges of the reproductive health PhD curriculum: A qualitative research

***Shahnaz Kohan¹(PhD), Masoud Bahrami²(PhD), Mitra Molaeinezhad³(PhD), Fariba Haghani⁴ (PhD),
Fariba Taleghani⁵ (PhD), Ziba Taghizadeh⁶ (PhD), Mahshid AbdiShahshahani^{*7} (MSc)***

^{1,2,5,7} School of Nursing & Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

³ Behavioral Sciences Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

⁴ Medical Education Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

⁶ School of Nursing & Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Received: 11 Oct 2015

Accepted: 01 Dec 2015

Abstract

Introduction: Enhancing the quality and dynamicity of higher education programs requires continuous evaluation of curriculums. Reproductive health PhD program was established in 2006 in Iran while recommending that its curriculum be evaluated by assessing graduates' performance in workplace and surveying students, faculty members and managers. This study aimed to explore challenges of the curriculum of reproductive health PhD program.

Methods: Employing a qualitative content analysis approach and using purposive and sometimes opportunistic sampling, experiences and viewpoints of 33 graduates and students of reproductive health PhD program, educational managers and reproductive health board members about the curriculum of reproductive health PhD program were collected through individual interviews and notes in 2014-15. Data were transcribed and important expressions were coded. Classification of similar codes led to preliminary categories. Five main categories were extracted by further classifications.

Results: The five main categories included inadequacy of course topics and contents, challenges of student education, failure in realizing curriculum goals, long research period, and ambiguity in graduates' professional status were appeared; each of these included various subcategories.

Conclusion: Results showed that the curriculum of reproductive health PhD program required revisions to meet the program's mission and designing courses such as sexual health and reinforcing the clinical nature of the program were necessary. Moreover, the results emphasized that the establishment of an independent educational department of reproductive health for managing higher education affairs and greater supervision of the reproductive health board on educational affairs was necessary. Furthermore, reproductive health specialists should be employed in different positions to meet society's reproductive health needs.

Keywords: Curriculum, Reproductive Health PhD Program, Qualitative Content Analysis

This paper should be cited as:

Kohan Sh, Bahrami M, Molaeinezhad M, Haghani F, Taleghani F, Taghizadeh Z, AbdiShahshahani M. ***Exploring challenges of the reproductive health PhD curriculum: A qualitative research.*** J Med Edu Dev; 11(1): 27-42.

* Corresponding Author: Tel: +98 9131677519, Email: abdi_mahshid@yahoo.com