مجله مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی یزد
دوره سیزدهم، شماره۴، زمستان ۱۳۹۷
صفحه: ۲۸۳- ۲۶۹

Journal of Medical Education and Development
Vol.13, No.4, winter 2018
Pages:269-283

مناسک گرایی در آموزش پزشکی؛ نظریه ی زمینه ای مبتنی بر درک و تجربه دانشجویان پزشکی در منطقه ۵ کشوری

احمد کلاته ساداتی[۱]، کامران باقری لنکرانی[۲]، سید تقی حیدری [*]

چکیده

مقدمه: آموزش پزشکی یکی از مهمترین موضوعات در شرایط رو به تغییر امروز است. اولین و در واقع یکی از مهمترین مخاطبین آن دانشجویان پزشکی هستند. هدف تحقیق حاضر، استخراج نظریه ای زمینه‌ای در مورد آموزش پزشکی در ایران بر اساس دیدگاه و تجربه دانشجویان پزشکی می‌باشد.

روش بررسی: تحقیق حاضر یک مطالعه کیفی با روش گراندد تئوری است که در سال ۱۳۹۶ انجام شد. با رویکرد زاویه‌بندی روش شناختی در جمع‌آوری داده‌ها، داده‌های این تحقیق با دو روش مصاحبه نیمه‌ساختاریافته و گروه متمرکز با ۴۴ دانشجوی سال آخر پزشکی منطقه ۵ کشور (شیراز، یاسوج، بندرعباس، بوشهر، و فسا) و با معیار رسیدن به حداکثر اشباع گردآوری شد. در تحلیل داده‌ها به روش استقرایی و از روش نظریه‌ی زمینه‌ای اشتروس و کوربین (۲۰۰۶) استفاده شد که در آن داده‌ها به روش کدگذاری باز، محوری و انتخابی مورد تحلیل قرار گرفت. همچنین یافته‌های تحقیق در قالب فرایندها، استراتژی‌ها و پیامدها ارائه شد. برای تامین اعتبار تحلیل از اعتبار پاسخ‌گو و استفاده از نظرات سایر صاحب‌نظران در تحلیل داده‌ها استفاده شد.

نتایج: نتایج تحقیق نشان داد که دانشجویان از روند فعلی آموزش پزشکی رضایت ندارند. درون مایه‌های اصلی در مورد کیفیت آموزش پزشکی عبارت بود از: محوریت *بیمارستان، تئوری محوری، اقتدارطلبی، ازخودبیگانگی، و مشکلات ساختاری*. پدیده حاصل تحقیق نیز *مناسک‌گرایی* آموزش پزشکی است بدین معنا که جایگاه نظام آموزشی برای تمرکز بر اهداف آموزشی عموما بر ابزارها که شامل افزایش پذیرش دانشجو، تامین استاد، و نیازهای آموزشی است متمرکز می‌باشد. این مناسک‌گرایی به بازتولید اقتدارطلبی در روابط استاد-دانشجو و ازخودبیگانگی دانشجوی پزشکی انجامیده است که نمی‌تواند نیازهای فعلی دانشجو، نهاد پزشکی و جامعه را پاسخ دهد.

نتیجه‌گیری: نهاد فعلی آموزش پزشکی فاصله زیادی از نیازهای آموزشی دانشجویان دارد. از این جهت نیازمند اصلاح ساختاری با توجه به نیازهای دانشجویان و در سطحی بالاتر نیازهای اجتماعی سلامت می‌باشد. حرکت به سمت آموزش پزشکی جامعه محور، توجه به نیازهای آموزشی دانشجویان پزشکی و ارتقای کیفیت آموزش مبتنی بر اهداف پیشنهاد می‌شود.

واژه‌های کلیدی: آموزش پزشکی، نیاز آموزشی، دانشجویان پزشکی، مناسک‌گرایی، نظریه‌ی زمینه‌ای، ایران

۱- استادیار،دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه یزد، یزد، ایران.
۲- استاد، مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.
۳- دانشیار، مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران.
* (نویسنده مسئول)؛ تلفن: ۰۹۱۷۲۴۹۱۰۱۷ پست الکترونیکی: *heydari.st@gmail.com*

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۵/۲۹ تاریخ بازبینی: ۱۳۹۷/۰۸/۳۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۰/۱۵

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-10-08]

[DOI: 10.18502/jmed.v13i4.522]

مقدمه

آموزش پزشکی، به عنوان هنر و علمی است که هدف اصلی آن آموزش و یادگیری پزشکی است. این موضوع امروزه به طور معناداری توسعه یافته است. بخش عمده‌ای از این توسعه به صورت بین رشته‌ای انجام می‌شود به طوری که رشته آموزش پزشکی به عنوان یک رشته مستقل توسعه یافته است. یکی از مهمترین ویژگی‌های آموزش پزشکی در دهه‌های اخیر، ارتباط تنگاتنگ آن با سایر موضوعات است که خصیصه بین رشته‌ای به این رشته داده است. به طور مثال جامعه شناسان (۱)، روان-شناسان (۲)، متخصصین اخلاق (۳)، فیلسوفان پزشکی (۴) و رویکردهای شناختی (۵) به موضوع آموزش پزشکی ورود کرده-اند که نشان‌دهنده اهمیت بین رشته‌ای موضوع است. لذا آموزش پزشکی تبدیل به موضوعی مهم شده که از سایر حوزه-های علمی به آن ورود کرده‌اند و در حال توسعه مباحث نظری آن هستند.

از سوی دیگر بایستی گفت که امروزه آموزش و یادگیری بسیار علمی و عمیق شده است و برنامه‌های درسی به شدت بر-اساس اصول آموزش انجام می‌گیرد که در آن مسئله محوری و دیگر فعالیت‌های خود محور در جهت آموزش محور قرار گرفته است (۶). نگاه فرارشته‌ای به آموزش پزشکی بیش از نیم قرن است که بر حوزه آموزش پزشکی سایه افکنده است. از دهه ۱۹۵۰ تغییرات سریع و گسترده‌ای در رابطه با راه‌های ارزیابی آموزش پزشکی انجام شده است. روش‌های بسیار زیادی در این زمینه توسعه یافته است که بر مهارت‌های بالینی، مهارت‌های ارتباطی، مهارت‌های رویه‌ای، و حرفه‌ای گرایی تمرکز کرده‌اند (۷).

آموزش پزشکی در ایران حدود بیش از نیم قرن عمر دارد. در این مدت، به صورت رسمی و با تقسیم کار مشخصی فعال بوده و فراز و فرودهای فراوانی از سر گذرانده است. یکی از نقاط برجسته آموزش پزشکی در ایران این است که در دو دهه اخیر رشد کمی زیادی از سر گذرانده است و بسیاری از تخصص‌های مختلف داخلی و جراحی و سایر رشته‌ها شکل گرفته است. از سوی دیگر، جامعه ایران در چند دهه اخیر، تغییرات زیادی از سر گذرانده است. تغییراتی که در الگوی بیماری‌ها به وجود آمده است و نیز تغییرات اجتماعی مثل سالمندی، شهرنشینی، شیوع بیماری HIV ایدز، و نیز مشکلات اقتصادی از مهمترین این تغییرات است (۹، ۸). بنابراین، ضرورت دارد که آموزش پزشکی در ایران تحولات بنیادینی را با توجه به شرایط ساختاری و بومی خود تجربه کند.

در رابطه با آموزش پزشکی در ایران تحقیقات زیادی انجام شده است. عزیزی (۱۰) و سیم فروش (۱۱) به رشد کمی آموزش پزشکی به عنوان یک نقطه قوت پرداخته‌اند. سهرابی و همکاران در مطالعه‌ای کیفی، به استخراج تجربه مدیریت آموزش پزشکی در بین مدیران آموزشی دانشگاه علوم پزشکی ایران پرداخته‌اند. نتیجه تحقیق در قالب ۵ درون‌مایه راهبرد کمی به آموزش، ابهام در آموزش، محیط آموزشی نامناسب، شخصی‌سازی مدیریت آموزشی و روابط بین شخصی غیرموثر مطرح شده است. نتیجه تحقیق نشان داده که آموزش از نظر این مدیران یک مفهوم در سایه است (۱۲). کلانتری و همکاران در مورد آموزش اخلاق پزشکی به دانشجویان، موضوع برنامه درسی پنهان را پیشنهاد کرده و بر این نظر هستند که این یک روش مفید است که می‌تواند فرصت لازم را برای دانشجویان جهت ایجاد یک گفتگوی آزاد، بحث‌های انتقادی و تعاملات ذهنی با مربیان خود را داشته باشند. در این زمینه روش‌هایی مثل روزنامه نگاری انعکاسی، روایت نویسی در مورد ارزش‌های اخلاقی، سوءرفتار حرفه‌ای و رفتار حرفه‌ای در محیط‌های بالینی پیشنهاد شده است (۱۳).

یافته اصلی تحقیق کیفی توکل و همکاران (۲۰۰۶) ضرورت تحول اساسی در آموزش پزشکی در ایران است که در این زمینه توجه به برنامه درسی که دانشجویان را از انفعالی خارج کند ضرروت دارد و در این زمینه توجه به مهارت‌های ارتباطی و حل مسئله در اولویت است (۱۴). میرزایی در تحقیق خود نیاز به نوع آموزش پزشکی مبتنی بر صلاحیت را مبتنی بر نقش مسئولانه پزشکی، تصمیم‌گیری، حل مسئله، حرفه‌ای گرایی، اخلاق و قانون پزشکی، توسعه فردی، ارتقای سلامت و

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-10-08]

[DOI: 10.18502/jmed.v13i4.522]

پیشگیری از بیماری، مدیریت بیماری، مهارت‌های ارتباطی، و مهارت‌های بالینی (۱۵). ضرورت توجه به پاسخگویی اجتماعی (۱۶) اثربخشی آموزش پزشکی در کلینیک (۱۷) رهبری دانشگاهی فعال (۱۸) و توجه به آموزش پزشکی مداوم (۱۹) در آموزش پزشکی نیز توسط سایر تحقیقات مورد توجه قرار گرفته است. همچنین ضرورت توجه به مهارت‌های ارتباطی پزشک بیمار در پزشکی مورد تأکید بوده است (۲۰-۲۲).

اگر چه تحقیقات مذکور توانسته‌اند به بخشی از سوالات راجع به وضعیت گذشته و چگونگی روند آینده آموزش پزشکی ایران پاسخی ارائه کنند، اما آنچه در این میان مهم است این است که یکی از مخاطبین مهم آموزش پزشکی یعنی دانشجویان پزشکی در تحقیقات مذکور مورد تحقیق و پژوهش قرار نگرفته‌اند. به طور خاص در رابطه با تجربه این دانشجویان در دوره تحصیل در علوم پایه و بالین خلاء دانش و معرفت وجود دارد. در این زمینه اینکه مخاطبین اصلی یعنی دانشجویان پزشکی چه تصویری از آموزش پزشکی دارند و چه روندی را پیشنهاد می‌کنند، ضرورت تحقیقاتی حاضر را نشان می‌دهد. به همین جهت، هدف تحقیق حاضر ارزیابی نگرش و تجربه دانشجویان پزشکی نسبت به آموزش پزشکی در کشور است. این موضوع از این جهت اهمیت دارد که هر نوع برنامه-ریزی در زمینه آموزش پزشکی نیازمند شناسایی این مهم‌ترین مخاطبان یعنی دانشجویان پزشکی می‌باشد. لذا، سوال تحقیق حاضر این است که دانشجویان پزشکی چه درک و تصویری از آموزش پزشکی در ایران دارند؟

روش کار

تحقیق حاضر یک مطالعه کیفی از نوع گراندد تئوری یا نظریه زمینه‌ای است که در سال ۱۳۹۶ انجام شد. محیط مطالعه حاضر دانشگاه‌های علوم پزشکی منطقه ۵ کشور می-باشد. یکی از آخرین تحولات نظام سلامت این بود که مناطق مختلف نظام سلامت به صورت منطقه آمایش تقسیم‌بندی شد. بر این اساس، منطقه ۵ کشور شامل دانشگاه‌های علوم پزشکی شیراز، یاسوج، بندرعباس، بوشهر، جهرم و فسا می‌باشد. این منطقه آمایش موظف است که فعالیت‌های آموزشی و پژوهشی خود را در راستای وظایفی که وزارت‌خانه تعریف کرده است به دور از هر گونه موازی کاری و بر اساس تقسیم کار انجام دهد. محیط مطالعه حاضر کلیه این دانشگاه‌ها می‌باشد.

نمونه تحقیق حاضر شامل دانشجویان اینترن (سال آخر دوره پزشکی بود). علت این بود که این دانشجویان بیشترین تجربه نظری و عملی آموزش پزشکی را از سر گذرانده بودند و به همین جهت می‌توانستند دیدگاه غنی‌تری در این زمینه ارائه دهند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بود از:

- اینترن بودن: کـه البتـه در چهـار مـورد در شـیراز از اکسترن‌های سال آخر نیز استفاده شد.
- مایل به مشارکت
- حداکثر تنوع از دانشجویان دختر و پسر

معیار خروج: کسانی که مایل به مصاحبه نباشند و ویژگی-های مذکور را نداشته باشند.

با توجه به انتخاب نظریه زمینه‌ای برای تحلیل داده‌ها، به منظور دستیابی به نمونه‌های اولیه تحقیق از روش گلوله برفی استفاده شد و در ادامه با روش نمونه‌های در دسترس به سایر نمونه‌ها دسترسی پیدا شد. در این تحقیق با مراجعه به مراکز دانشگاهی منطقه ۵ کشور و از طریق آشنایی با معاونین آموزشی تلاش شد که دانشجویانی را با حداکثر تنوع در اختیار پژوهشگر قرار بدهند. علاوه بر این از شیوه نمونه‌گیری در دسترس نیز استفاده شد و به روش گلوله برفی دانشجویان دوستان هم دوره‌ای خود را معرفی می‌کردند.

با مبنا قرار دادن نمونه‌گیری نظری و اشباع نظری، مصاحبه-ها با ۴۵ دانشجوی پزشکی خاتمه پیدا کرد. روش جمع‌آوری داده‌ها در این تحقیق دو روش مصاحبه نیمه‌ساختاریافته و گروه متمرکز بود. طبق نظر دنزین[2] این نوع روش جزء زاویه بندی روش شناختی[3] قرار می‌گیرد که در جمع‌آوری داده‌ها از بیش از یک روش استفاده می‌شود (۲۰). معیار انتخاب این دو روش استفاده از زاویه‌بندی در جمع‌آوری داده‌ها بود و نیز به

[2] Denzin
[3] Methodological triangulation

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-10-08]
[DOI: 10.18502/jmed.v13i4.522]

علت دسترسی به نمونه‌ها. بر این اساس ۶ روش گروه متمرکز انجام شد که به ترتیب جدول شماره ۱ مشتمل بر ۶، ۵، ۵، ۴، ۶ و ۵ نفر در هر جلسه بود. در هر کدام از جلسات یک نفر (کارشناس ارشد) به عنوان هدایت‌کننده جلسات بود و یک نفر هم به عنوان منشی فعالیت داشت. سوالات جلسات گروه متمرکز مثل سوالات مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته بود که در ادامه آمده است. در دانشگاه علوم پزشکی شیراز ۵ مصاحبه نیمه‌ساختاریافته و در دانشگاه علوم پزشکی یاسوج نیز ۱ مصاحبه نیمه‌ساختاریافته انجام گرفت.

بدین منظور بعد از هماهنگی با دانشگاه‌های منطقه ۵، نمونه‌ها به صورت هدفمند انتخاب می‌شدند. پاویون اینترن‌ها در بخش‌ها، یا خوابگاه دانشجویان در بیمارستان، دفتر مدیر بیمارستان و پاویون خوابگاه‌ها به عنوان مکان مصاحبه تعیین شد. بعد از هماهنگی با افراد، زمانی برای انجام مصاحبه تعیین می شد. با شکل‌گیری جمع مشارکت‌کنندگان اهداف تحقیق با آن‌ها مجددا در میان گذاشته می‌شد و مصاحبه‌های انجام می-گرفت. جدول شماره ۱ تعداد مشارکت‌کننده در مصاحبه‌های گروه متمرکز را نشان می‌دهد. تمامی این مصاحبه‌ها توسط فارغ‌التحصیلان کارشناسی ارشد (پرستاری و جامعه‌شناسی) انجام گرفت. اداره‌کننده اصلی جلسات مصاحبه‌کننده اصلی بود که تلاش می‌کرد، از بحث خارج نشوند.

در رابطه با مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته نیز، بعد از هماهنگی با اینترن مورد نظر، در دفتر بخش یا پاویون بیمارستان مصاحبه انجام می‌شد. سوال اصلی مصاحبه‌ها عبارت بود از:

نظر خود را در مورد آموزش پزشکی و تجربه ای که در این زمینه داشتید بیان کنید؟

و سوالات فرعی و پیگیری کننده نیز عبارت بود:

- به نظر شما چه عواملی باعث به وجود آمدن چنین شکلی از آموزش پزشکی در ایران شده است؟
- به نظر عوامل اجتماعی چنین شکلی از آموزش پزشکی چیست؟
- به نظر شما چه عوامل اساسی یا ساختاری بر این زمینه تاثیر گذارند؟
- دانشجو در مقابل چنین شکلی از آموزش پزشکی چه کاری (واکنشی) انجام می‌دهد؟
- آیا دانشجو به صورت منفعل وضعیت فعلی را پذیرفته است؟
- اگر خیر چه واکنش‌هایی انجام می‌دهد؟
- پیامدهای چنین شکلی از آموزش پزشکی چیست؟
- نتایج چنین شکلی از آموزش پزشکی برای دانشجو چیست؟
- نتایج چنین شکلی از آموزش پزشکی برای نظام اجتماعی چیست؟

لازم به ذکر است که در مورد مصاحبه‌های گروه متمرکز پاسخ‌ها عموما به صورت مباحثه بین دانشجویان مطرح می‌شد. یعنی دانشجویان به راحتی دیدگاه‌های متناقض با نظر سایر مشارکت‌کنندگان را مطرح می‌کردند و این باعث می‌شد مباحث وسعت و غنای بیشتری داشته باشد.

اخلاق تحقیق

رعایت کدهای اخلاقی بیانیه هلسینکی (۲۱) و انجمن جامعه‌شناسی آمریکا (۲۲) دراین تحقیق مورد توجه قرار گرفت. اول آنکه مشارکت‌کنندگان با رضایت کامل در تحقیق مشارکت داشتند. دوم این که برای رعایت اصل گمنامی مشارکت‌کنندگان از مهم‌ترین مسائل تحقیق حاضر بود. بدین منظور به مشارکت‌کنندگان اطمینان داده شد که نام آنها در کلیه مراحل تحقیق گمنام خواهد بود. در این جهت هر نوع خروجی از تحقیق نیز این اصل گمنامی را رعایت خواهد کرد.

تحلیل داده ها

نظریه زمینه‌ای یکی از راهبردهای اجرای پژوهش کیفی است که برای اولین بار توسط گلیزر و اشتراوس در سال ۱۹۶۷ مطرح گردیده است. منظور از نظریه زمینه‌ای، نظریه برگرفته از داده هایی است که در طی فرآیند پژوهش به صورت نظام‌مند گردآوری و تحلیل شده‌اند. در این راهبرد، گردآوری و تحلیل

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-10-08]

[DOI: 10.18502/jmed.v13i4.522]

داده‌ها و نظریه‌ای که در نهایت از داده‌ها استنتاج می‌شود، در ارتباط نزدیک با یکدیگر قرار دارند. پژوهشگر به جای این که مطالعه خود را با نظریه از پیش تصور شده‌ای آغاز کند، کار را با یک حوزه مطالعاتی خاص شروع کرده، اجازه می‌دهد که نظریه از دل داده‌ها پدیدار شود. نظریه برگرفته از داده ها، نسبت به نظریه‌ای که حاصل جمع آمدن یک سلسله مفاهیم بر اساس تجربه یا تاملات صرف است، با احتمال بیشتری می‌تواند نمایانگر واقعیت باشد و از آنجا که نظریه‌های زمینه‌ای از داده‌ها استنتاج می‌شوند، می‌توانند با ایجاد بصیرت و ادراک عمیق‌تر، رهنمود مطمئنی برای عمل باشند (۲۳)

نظریه زمینه‌ای، روشی است که نظریه‌ها، مفاهیم، فرضیه‌ها و قضایا را به جای استنتاج از پیش فرض‌های قبلی، سایر پژوهش‌ها یا چارچوب‌های نظری موجود، به طور مستقیم از داده‌ها کشف می‌کند. زمانی که گردآوری و تحلیل داده‌ها متوقف شد، نظریه حاصل، درک عمیقی در ارتباط با موجودیت‌های مورد مطالعه فراهم می‌کند. تحلیل داده‌هایی که به منظور تکوین نظریه زمینه‌ای گردآوری می‌شوند، با استفاده از رمزگذاری نظری انجام می‌گیرد. در این شیوه ابتدا رمزهای مناسب به بخش‌های مختلف داده ها اختصاص داده می‌شود و این رمزها در قالب مقوله‌ها دسته‌بندی می‌شوند که این فرآیند، رمزگذاری آزاد (باز) نامیده می‌شود. سپس پژوهشگر با اندیشیدن در مورد ابعاد متفاوت این مقوله‌ها و یافتن پیوندهای میان آنها به رمزگذاری محوری اقدام می‌کند. لازم به ذکر است که در جریان این رمزگذاری‌ها، پژوهشگر با استفاده از نمونه-گیری نظری و با توجه به مفاهیم پدیدار شده از دل داده‌ها، به گردآوری داده‌ها در مورد افراد، رخدادها و موقعیت‌های مختلفی می‌پردازد که تصویر غنی‌تری از مفاهیم و مقوله‌های حاصل، فراهم خواهند کرد. سرانجام با رمزگذاری گزینشی (انتخابی)، مقوله‌ها پالایش می‌شوند و با طی این فرآیندها در نهایت، چارچوبی نظری پدیدار می‌شود (۲۴).

در این تحقیق کدگذاری طی سه مرحله باز، محوری و انتخابی انجام شد. ابتدا محققان خط به خط و کلمه به کلمه داده‌ها را بازنگری و جملات و مفاهیم اصلی موجود در هر خطو پاراگراف را مشخص نموده و به هر جمله کد باز (با استفاده از زبان و کلمات فرد مصاحبه شده یا کدهای دلالت انگیز که محقق بر مبنای مفاهیم موجود در داده‌ها می‌سازد) داده می-شد. سپس پدیده‌های مشابه طبقه‌بندی می‌شدند، که به آن مقوله‌پردازی می‌گویند (۲۳). در مرحله کدگذاری محوری، پژوهشگر کوشید تا با ترکیبی از تفکرات قیاسی و استقرایی، خرده مقولات را از طریق مدل پارادایمی به مقوله‌هایشان ارتباط دهد؛ لازمه این مرحله مقایسه دائمی داده‌ها بود. بررسی و مقایسه مکرر داده‌ها خود به تایید و افزایش روایی آنها کمک می‌کرد. پس از مشخص شده هر طبقه و زیر طبقات آن‌ها، هر طبقه با سایر طبقات مقایسه می‌شد تا اطمینان حاصل شود که طبقات از یکدیگر متمایزند. کدها و طبقات حاصل، حالت قطعی نداشته و همواره در ادامه روند تجزیه و تحلیل داده‌ها تغییر و تبدیل می‌یافتند. بر اساس کدگذاری اشتراوس و کوربین، در انتها یک طبقه اصلی پدید آمد که تمام طبقات فرعی به آن باز می‌گشتند که آن‌ها را توضیح می‌داد.

اعتبار

قبل از انجام تحقیق، سوالات تحقیق مورد تحلیل قرار گرفت که این سوالات می‌تواند اهداف تحقیق را تأمین کند. همچنین راجع به بستر تحقیق، شیوه جمع‌آوری داده‌ها و اخلاق تحقیق نیز در این زمینه به وحدت نظر رسیده شد. در تحلیل داده‌ها نیز استفاده از روش تأیید مشارکت کننده[4] یکی از راه‌های تأمین اعتبار تحقیق حاضر بود. همچنین با کدها و مضامین استخراج شده توسط محقق با محقق همکار و نیز دو نفر دیگر از اساتید دانشگاه علوم پزشکی شیراز که آشنا به روش تحقیق کیفی بودند و متخصص در زمینه آموزش پزشکی بودند به اشتراک گذاشته شد و مورد تأیید قرار گرفت. در این زمینه کدهای استخراجی از نظر قابلیت انتقال نیز با محققان مذکور مورد بحث قرار گرفت و خصیصه انتقال آنها تأیید شد.

نتایج

[4] . Metrix

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-10-08]

[DOI: 10.18502/jmed.v13i4.522]

به طور کلی بر اساس منطق اشباع ۴۴ نفر در این مطالعه شرکت کردند که ویژگی مشارکت‌کنندگان بر اساس دانشگاه و نوع مشارکت در جدول شماره ۱ آمده است.

جدول شماره ۱. ویژگی مشارکت‌کنندگان بر اساس نوع دانشگاه و نوع مشارکت

شماره	نام دانشگاه	تعداد	نوع مشارکت
۱	دانشگاه علوم پزشکی شیراز	۱۲	یک گروه متمرکز (FGT) ۵ مصاحبه نیمه‌ساختاریافته
۲	دانشگاه علوم پزشکی یاسوج	۱۷	دو گروه متمرکز جداگانه - یک مصاحبه نیمه‌ساختاریافته
۳	دانشگاه علوم پزشکی فسا	۴	یک گروه متمرکز
۴	دانشگاه علوم پزشکی بوشهر	۶	یک گروه متمرکز
۵	دانشگاه علوم پزشکی بندرعباس	۵	یک گروه متمرکز
جمع		**۴۴**	

نتایج نشان داد که مشارکت‌کنندگان منتقد وضعیت فعلی آموزش پزشکی بودند. اگر چه آموزش پزشکی در منطقه ۵ بر دوش برخی اساتید توانمند است که در سطح عالی تجربه و تخصص دارند، اما انتظارات دانشجویان برآورده نشده است. چرا که وضعیت فعلی نوعی آموزش پزشکی مبتنی بر روندها و معیارهای از قبل تعیین شده است که توجهی به نیازهای دانشجو و تغییرات اجتماعی ندارد. همچنین آموزش بدون توجه به وضعیت شغلی دانشجویان انجام می‌گیرد. لذا مشارکت‌کنندگان احساس می‌کردند که نیازهای آموزشی آن‌ها مورد توجه قرار نمی‌گیرد. این بی‌توجهی شامل نظام آموزشی از یک سو و اساتید از سوی دیگر می‌شود. در حالی که دانشجویان انتظار دارند برای کار سرپایی یا Outpatient Department آموزش ببینند، آموزش پزشکی بر محور بیمارستان استوار است که عموما تئوری محور می‌باشد و با نیازهای عملی دانشجو فاصله دارد. نظام فعلی آموزش پزشکی که تخصصی است، دانشجو را آماده طبابت عمومی نمی‌کند و از این جهت پاسخگویی اجتماعی نیز ندارد. مضامین (درون مایه‌های) استخراج شده از داده‌ها عبارتند از: محوریت *بیمارستان، تئوری محوری، اقتدارطلبی، ازخودبیگانگی، و مشکلات ساختاری.*

محوریت بیمارستان

آموزش پزشکی موجود و تقریبا تمامی مباحث نظری و عملی آن، حول گفتمان بیمارستان و بیمار بستری انجام می‌شود. در حالی که به جز کسانی که می‌خواهند تخصص را ادامه بدهند، دیگر دانشجویان انتظار دارند آموزش آن‌ها را برای مطب آماده کند. از نظر آن‌ها واحد عملی مطب (کلینیک) و بخصوص واحدهای بهداشتی تعریف نشده و به حاشیه رفته است. دانشجو هیچ دانشی در مورد معالجه بیماران سرپایی فرا-نمی‌گیرد بلکه دانش‌اندوزی وی بر اساس بیمار بستری در بیماستان می‌باشد. در واقع آموزش پزشکی از بیمارستان شروع و به بیمارستان ختم می‌شود.

درمانگاه و بهداشت هم برای ما خیلی کم هست. اینقدر که درمانی کار میکنیم در اینترنی و کلا دوره بالین، اما در مراکز بهداشتی بسیار کم هستیم. اینقدر که در بخش ما با بیماران complicated سر و کار داریم که نمیدونیم چه جوری شروع میشه، اما بیماری‌های ساده و درمان اونها رو آموزش نمی‌دهند که من به عنوان پزشک عمومی نیاز دارم. مریض‌های سرپایی رو خیلی کم می‌بینیم نسبت به کشیک‌های طولانی و وقت صرف کردن برای بیماران complicated. من اگر تو یک

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-10-08]

[DOI: 10.18502/jmed.v13i4.522]

روستا بخواهم بعد از این کار کنم چون مریض سرپایی ندیدم اعتماد به نفس کافی برای درمان و معاینه ندارم. البته دانشگاه-ها در این زمینه با هم فرق می‌کنند و بعضی دانشگاه‌ها درمانگاه‌شون بیشتر هست. اما در دانشگاه ما نیست (مشارکت-کننده از گروه (FGT) بوشهر).

از نظر مشارکت‌کنندگان، نیاز آموزشی مطب و درمان سرپایی با محیط بیمارستان متفاوت است. در حالی که آنها در مورد بیمارستان با اشباع دانش مواجه هستند در رابطه با مطب و درمان سرپایی اطلاعات چندانی ندارند. چرا که نظام آموزش پزشکی متمرکز بر بیمارستان است. حتی در همان بخش‌هایی که دانشجو آموزش می‌بیند، آموزش‌های سرپایی با بیماری مرتبط را فرا نمی‌گیرد و در واقع آموزش داده نمی‌شود.

"مثلا شما باید تو بخش یورولوژی ختنه بلد باشی و غیره. یک کدوم از اینا نه میبینی نه انجام میدی نه یاد میگیری. ما سه هفته بخش (اورولوژی) بودیم تو زمان استیجری تو این سه هفته ما حداقل ده روز رفتیم جاهای دیگه. استاد باید هر روز بیاد اسهال و استفراغ رو توضیح بده چه اشکالی داره. هر روز بیاد سرما خوردگی رو بگه هر روز بیاد مسمومیت رو بگه. مشکل اینجاست که استادهایی که میان، میان فقط اینجا کارای تخصصی خودشون رو انجام بدن و برن. اصلا هدف آموزش ما نیست" (مشارکت‌کننده از گروه متمرکز (FGT) یاسوج).

تئوری محوری

تئوری محوری بدین معناست که نظام فعلی آموزش پزشکی بیشتر از آنکه به عمل و تجربه عملی دانشجو توجه داشته باشد، بر محفوظات نظری آن‌ها متمرکز است. این امر باعث شده دانشجو تصور کند که یکسری از دروس بی‌فایده که شامل دروس عمومی و علوم پایه می‌شود را آموزش می‌بینند. دروس عمومی که به نظر دانشجو ارتباطی با پزشکی ندارد. دروس علوم پایه هم بیش از حد تخصصی شده‌اند که مورد نیاز برای یک پزشک کلینیک نیست و کاربردی در کلینیک ندارد. در این شرایط ورود به بیمارستان بدون ارائه مطالب نظری راجع به محیط بیمارستان و کار با بیمار است.

تو این هفت سالی که گذشته، کلا سه سال و نیم اول که همش یه سری درسهای تئوری و به نظر من شاید به درد نخور می خونیم بعد از سه سال و نیم ناگهان وارد بیمارستانمون می‌کنن ما رو میزارن مقابل یه چیزی که تا حالا اصلا بهمون آموزش ندادن از قبلش ما میریم وارد بیمارستان میشیم با کلی استرس حالا میان میگن که مثلا ABG بگیر نه قبلش به ما آموزشی دادن نه حتی ما اصلا اسم کلمه (ای بی جی) اصلا ما شنیدیم میان میگن که حالا این ترم بهتون آموزش میده (مشارکت‌کننده مصاحبه نیمه ساختاریافته از دانشگاه فسا).

در این شرایط دانشجوی پزشکی در مقابل سایر تیم درمان بیمارستان و از جمله پرستاران که سال‌هاست با بیماری‌های مختلف کار کرده‌اند، احساس ضعف می‌کند. چرا که در این زمینه واحدهای عملی لازم داده نشده است و دانشجو با دست خالی وارد محیط می‌شود. آنچه او در دوره علوم پایه آموزش دیده است عموما راجع به مطالعات نظری کلی یا خیلی تخصصی بوده است که در عمل به کارش نمی‌آید. یکی از مشارکت‌کنندگان شیراز، خود را حتی با دانشجوی فوریت‌های پزشکی مقایسه می‌کرد و معتقد بود که دانشجوی فوریت‌های پزشکی با دو سال کار نسبت به دانشجوی پزشکی که ۶ سال تحصیل و کار کرده، بهتر می‌تواند از عهده فعالیت‌های عملی در بیمارستان برآید.

اقتدارطلبی

تحلیل مصاحبه‌های مشارکت‌کنندگان نشان داد که آموزش پزشکی در وضعیت فعلی چیزی جز نظام اقتدارطلب نیست. مقصود از اقتدارطلبی رابطه یک سویه است که یک فرد یا مجموعه سازمانی، تعیین‌کننده جهت و محتوای رابطه است. در نظام فعلی آموزش پزشکی استاد نسبت به دانشجویان نوعی نگاه اقتدارطلبی دارد. در واقع دانشجو در چنین سیستمی مورد اغماض قرار می‌گیرد. اینکه چه چیزی و چگونه آموزش داده شود بستگی به نظر استاد دارد که در حوزه خود تخصص دارد. از سوی دیگر شیوه تعامل اساتید، عموما یک سویه و مبتنی بر سرکوب دانشجو است.

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-10-08]

[DOI: 10.18502/jmed.v13i4.522]

از ساعت ۸ صبح باید سرپا وایسی ۳۰ تا مریض رو تک تک ازت سؤال بپرسن، سؤال‌هایی هم که در حد خودشونه نه در حد منه دانشجو. بعد جلو مریض هم تحقیرت میکنن که بعد اینکه خودشون رفتن مریض هم بهت اعتماد نمیکنه و حسابت نمیکنه (مشارکت‌کننده از گروه متمرکز یاسوج).

البته که همه اساتید چنین رفتاری ندارند و هستند اساتیدی که رفتار مناسب با دانشجو دارند. اما آنچه مهم است این است که حتی یک رابطه اقتدارطلب این گونه می‌تواند در ذهن دانشجو تأثیرات منفی داشته باشد. این نگاه اقتدارطلبانه در دانشجوها نهادینه شده و بیشتر دانشجویان سلسله مراتبی از نظام‌های اقتدارگونه را به وجود آورده‌اند که بر اساس این سلسله مراتب با دانشجوی مادون رفتار می‌شود. در نهایت اینکه بازتولید اقتدارطلبی به صورت سلسله مراتب اقتدار بین دانشجویان پزشکی در سطوح مختلف بازتولید می‌شود. بدین صورت که رزیدنت‌ها نسبت به هم، رزیدنت نسبت به اینترن، اینترن‌ها نسبت به هم، و در نهایت اینترن‌ها نسبت به اکسترن روابط اقتدارگونه را بازتولید می‌کنند. همان شکل رابطه که استاد با دانشجو دارد، دانشجویان نسبت به یکدیگر اعمال می‌کنند.

استاد فقط برای رزیدنت توضیح می دهد. بعضی رزیدنت‌ها به اینترن‌ها آموزش نمی‌دهند. رزیدنت‌ها ارتباط مناسب با اینترن ندارند (مشارکت‌کننده از فوکوس گروه شیراز).

در نهایت اینکه چنین اقتدارطلبی فردی در خود سازمان رخنه کرده و نوعی اقتدارطلبی سازمانی به وجود آورده است که بخشی از این اقتدارطلبی در آموزش پزشکی وجود دارد. همان بی‌توجهی به نیازهای آموزشی دانشجویان بخشی از فرایند اقتدارطلبی سازمانی است که نهادینه شده است. بر این اساس، نهاد آموزش پزشکی نیز در برنامه‌ریزی‌های خود مصوبه‌های وزارت را مورد توجه قرار نمی‌دهد و به صورت خودمختار و با توجه به اهداف و منافع خود برنامه‌ریزی می‌کند. در واقع مدیران آموزشی نیز نیازهای دانشجویان را اغماض می‌کنند:

به یکی از معاون‌های اموزشی زمان خودمون [قبلا] زنگ زدم استاد پشت تلفن به من توهین کرد و تلفن رو من قطع کرد. زنگ زدیم به استاد، دعوا کردن تو اصلا بیجا کردی اصلا به اتند زنگ بزنی تو جرات میکنی به اتند زنگ بزنی که به من زنگ زدی استیودنت پررو (مشارکت کننده فوکوس گروه شیراز).

ازخودبیگانگی

درون مایه‌ی از خودبیگانگی، نتیجه فرایندهای فوق می‌باشد. ازخودبیگانگی یعنی دانشجوی پزشکی نه تنها نظام آموزش پزشکی را در راستای اهداف متعالی خود نمی‌یابد، بلکه آن را یک نظام فرساینده تلقی می‌کند که در این حالت، دانشجوی پزشکی دچار از خودبیگانگی می‌شود. نه تنها انتظاراتش از دانشجوی پزشکی شدن را غیر تحقق یافته می‌بینند، بلکه احساس می‌کند بخشی از عمر خود را در حال روزمرگی و تلف شدن می‌بینند. این درون مایه مبتنی بر سه زیرمقوله *فرسایش*، *فشار روانی*، و *ازخودبیگانگی* است. در رابطه با مقوله فرسایش، مشارکت‌کنندگان احساس می‌کردند که دوره ی آموزش پزشکی برای آنها دوره‌ای سخت فرساینده است. این فرسایش بیش از همه مربوط به دوره‌های آموزش تئوری طولانی مدت و جدای بودن آن از فضای عمل است. در این دوره‌های طولانی، دانشجو احساس خستگی و بی‌حوصلگی می‌کند. اگر در حوزه بالین هم باشد به علت کشیک‌های سخت، فرصت یادگیری از دانشجو گرفته می شود. از سوی دیگر دانشجو بایستی کشیک‌های سخت، آموزش‌های فرساینده و غیرمرتبط را تجربه کند که نتیجه این امر خستگی وی می‌باشد.

درصورتی‌که کشیک هیچ چیزی به جز خستگی ندارد. من دیشب کشیک بودم امروز آمدم. از ظهر تا هفت عصر خوابیدم بعدشم بایک خستگی جسمی و روحی خیلی زیاد بیدار شدم. هیچی امشب هم که اصلا خیلی بخوام درس بخوانم، شاید خودمو بکُشم و یک مبحث درس بخوانم. فردا هم روز از نو وروزی از نو! خستگیش فقط برای ما می‌ماند (مشارکت‌کننده گروه متمرکز شیراز).

دیگر مسئله راجع به ازخودبیگانگی فشارهای روانی تحمیل شده به دانشجو می‌باشد. دانشجو بایستی موارد پیچیده مربوط

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-10-08]

[DOI: 10.18502/jmed.v13i4.522]

به بیماران بیمارستان را بداند. مواردی که وی تصور می‌کند در آینده شغلی وی هیچ جایگاهی ندارد. دانشجوی پزشکی هنگام راند بایستی به همه امورات درمانی آشنا باشد. در غیر اینصورت ممکن است توسط رزیدنت و استاد مورد بازخواست قرار گیرد و جلوی بیمار مورد مواخذه قرار گیرد. از سوی دیگر، به عنوان اینترن پزشکی بایستی مسئولیت درمان بیمار را به عهده بگیرد. مسئولیتی که در واقع بر عهده استاد است. اما در نبود استاد و رزیدنت تمامی بار مسئولیت بر عهده اینترن است. وی بایستی پاسخگوی پروتکل درمانی خود باشد به همراهان بیمار و پرسنل جوابگو باشد.

من تو ماه حول و حوش ۳۰۰ تا ۳۵۰ ساعت از ۷۶۰ ساعت تو بیمارستان هستم. مریض اورژانسی یک مرتبه می آیند. از طرفی تنهایی و تماس بگیری رزیدنت جواب نمی‌دهد و میگوید از اتند بپرس و من هم نمیدانم.. وقتی نمی‌دانم بیایم چه کار؟ (مشارکت‌کننده گروه متمرکز شیراز).

در نهایت اینکه دانشجو دچار نوعی بی‌انگیزگی شده که علاقه‌ای به ارتقا یا اینکه نمره خوبی بگیرد ندارد. زمانی‌که فشار کار فرساینده و بالاست و شخصیت اقتدارطلب بر سیستم حاکم است، دانشجوی پزشکی برای جبران کم‌کاری‌هایش ناگزیر از جعل و داستان‌سرایی برای بیماران می‌شود. مسئله‌ای که به مرور زمان وی را از ساحت و وظیفه‌ی اصلی پزشکی‌اش دور خواهد کرد. همه‌ی این موارد به از خودبیگانگی دانشجو می انجامد.

ما صدمی نه درس میخونیم نه تفریح میکنیم حالا میگیم یکی درس نمیخونه به کار علمی نمیرسه ازاونور به تفریحش میرسه ما واقعا نه کار فرهنگی میکنیم نه کار ورزشی میکنیم (مشارکت‌کننده گروه متمرکز یاسوج).

مشکلات ساختاری

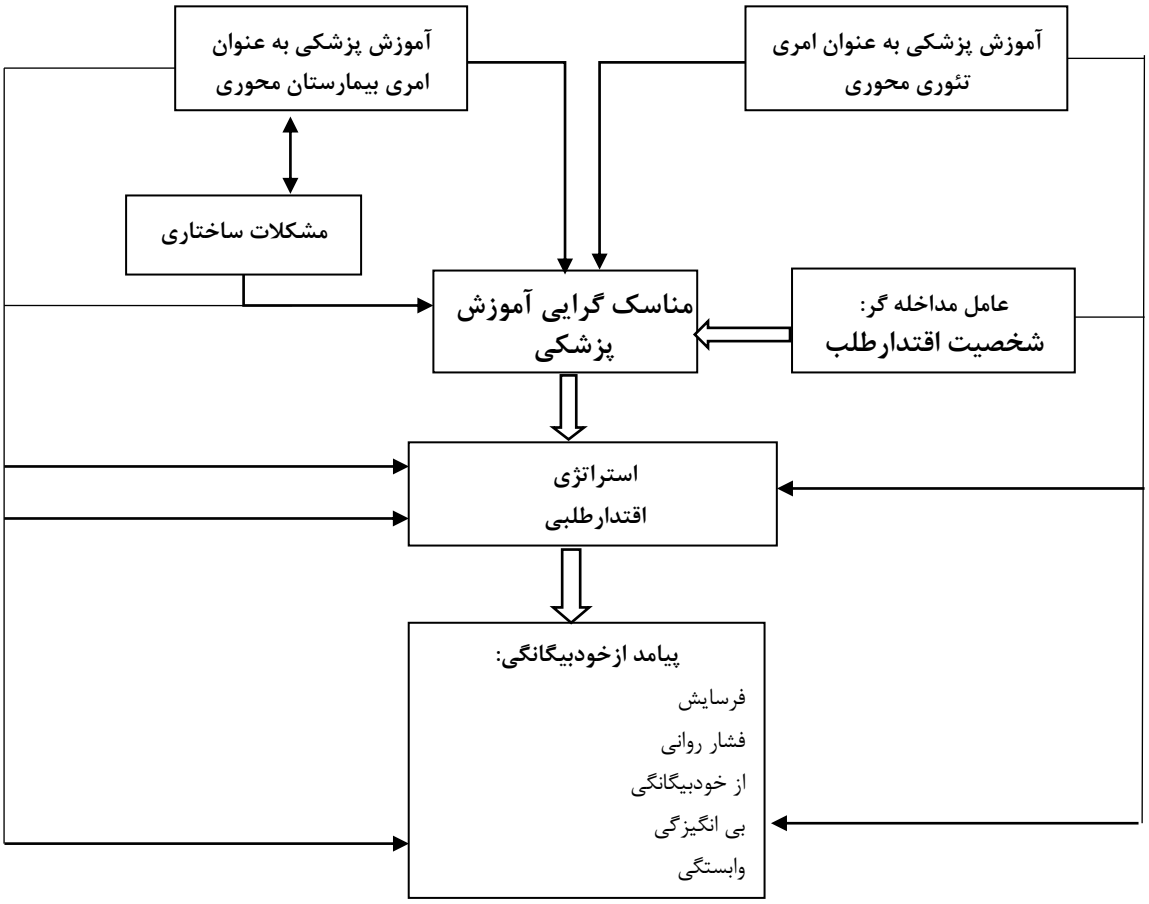
مقصود از مشکلات ساختاری مشکلاتی است که کل نظام آموزش پزشکی درگیر آن است و بخشی از آن نیز حتی اجتماعی است. از یک سو دانشجویان پزشکی با آینده شغلی نامشخصی مواجه هستند، در حالی که هر سال تعداد زیادی دانشجو به امید آینده شغلی وارد این رشته می‌شوند. ورود دانشجوی زیاد پزشکی نیازمند محیط آموزشی و عملی مورد نیاز و به طور خاص در مورد کارهای بیمارستان است که عملا در برخی موارد چنین چیزی وجود ندارد. یکی از مشارکت-کنندگان می‌گفت گاهی اوقات آنقدر دانشجوی پزشکی سر راند وارد بخش می‌شوند، که فضا برای برخی از دانشجویان نیست. در نهایت اینکه مشکلاتی چون خوابگاه و امکانات کافی برای این حجم از دانشجویان در برخی از مناطق وجود ندارد. مشکلات ساختاری از این دست باعث خستگی و فرسودگی بیشتر دانشجویان پزشکی شده که موضوع ازخودبیگانگی را تقویت می‌کند.

بحث و نتیجه‌گیری

آموزش پزشکی در ایران دوران درخشانی را در دو دهه اخیر از سر گذرانده است. توسعه کمی و کیفی بسیاری از رشته‌ها در کشور و تلاش برای رسیدن به استانداردهای روز دنیا از موفقیت‌های آموزش پزشکی در ایران است. با وجود این به نظر می‌رسد که این نظام آموزشی نتوانسته آن طور که باید متناسب با نیازهای بومی و مخاطبین خود توسعه پیدا کند. یکی از مهمترین مخاطبان آموزش پزشکی دانشجویان هستند. نتیجه تحقیق حاضر نشان داد که آموزش پزشکی در منطقه ۵ کشور مبتنی بر نیازهای دانشجویان نیست. در واقع نظام آموزشی بدون هر گونه نیازسنجی از دانشجویان به راه خود ادامه می‌دهد. اگر نیازسنجی هم در این زمینه اتفاق افتاده است، احتمالا تبدیل به مقالات علمی و یا یافته‌های بلا استفاده و اسنادی شده است. در این زمینه دانشجو در شبکه‌ای از تعاملات پیچیده نظام آموزشی قرار گرفته که محور این پیچیدگی، نوعی اقتدارطلبی است که از استاد شروع شده با سایر هم‌گروه‌های پزشکی ادامه پیدا می‌کند و در نهایت تبدیل به نوعی اقتدارطلبی نهادینه شده سازمانی شده است. پدیده حاصل از چنین شرایطی در آموزش پزشکی در ایران مفهومی است که در این تحقیق مناسک‌گرایی آموزش پزشکی نامیده می‌شود که در شکل ۱ نشان داده شده است.

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-10-08]
[DOI: 10.18502/jmed.v13i4.522]

شکل ۱. مدل پارادایمی از آموزش پزشکی بر اساس دیدگاه دانشجویان پزشکی



مفهوم نظری این تحقیق مناسک‌گرایی آموزش پزشکی است. مقصود از مناسک‌گرایی رعایت آداب، قوانین و مقرراتی است در آموزش پزشکی که مربوط به سال‌ها قبل است. این مناسک بدون توجه به اهداف آموزش پزشکی بدون هیچ تغییری رعایت می‌شوند. به طور مثال تعداد واحدهای علوم پایه و بالین، بدون تغییر از ۵ دهه قبل همچنان ارائه می‌شوند. این در حالی است که هدف آموزش پزشکی ارتقای نظام سلامت است. طبیعی است که سلامت جامعه و ارتقای آن در جامعه امروز متفاوت با ۵ دهه قبل است و لذا آموزش پزشکی بایستی برنامه درسی خود را تغییر می‌داد. در عمل چنین اتفاقی نمی‌افتد و به همین دلیل دانشجوی پزشکی امروز، تصور می‌کند، دانش تعلیم داده شده با آن چه نیاز وی و جامعه‌اش است فاصله زیادی دارد؛ یعنی اثربخشی لازم را برای جامعه ندارد. این امر ریشه در مناسک‌گرایی آموزش پزشکی دارد. اگر کسی سوال کند که چرا این نوع آموزش کارایی لازم را ندارد، می‌گویند برنامه نوشته شده از دهه‌های قبل می‌باشد.

لذا، مناسک‌گرایی بدین معناست که ظاهر قواعد و مقررات آموزشی رعایت می‌شود. تعداد واحد، حضور استاد برای ارائه درس، وجود بیمارستان برای کار عملی و دیگر موارد. نکته دیگر در این مناسک‌گرایی این است که دانشجو نیز بایستی در قالب همین مناسک تحصیل کند. یعنی نوع آموزشی که دریافت می‌کند، ماهیت کار عملی و ... همه در قالب همان چیزی است که تعریف شده است. همانطور که مشارکت-کنندگان در این تحقیق اشاره کردند، آنچه آموزش می‌بینند از نیازهای جامعه به دور است. در سطحی حداقلی نیازهای خود دانشجوی پزشکی را نیز تامین نمی‌کند. بنابراین، می‌توان گفت که اهداف اصلی آموزش پزشکی که ارتقای سلامت جامعه است تحقیق نیافته است. نکته مهم این است که کسی

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-10-08]
[DOI: 10.18502/jmed.v13i4.522]

در این میان مقصر شناخته نخواهد شد. اگر از معاونت آموزشی یا استاد سوال شود که چرا آموزش بی‌ارتباط به نیازهای دانشجو و نظام اجتماعی تعلیم داده می‌شود، پاسخ این است که سرفصل چنین برنامه‌ای را برای ما تعیین کرده است. سرفصل در اینجا، رویه‌ای است از مناسک که بدون توجه به اهداف باز تولید شده و بازتعلیم داده می‌شود.

از منظر جامعه‌شناختی، زمانی که یک نظام بر وسایل تاکید دارد تا اهداف، به مسئله مناسک‌گرایی مبتلاست. مناسک-گرایی مفهومی جامعه شناختی است که به این امر اشاره داردکه کنشگران به جای اهداف نظام اجتماعی، بر وسایل تاکید می‌کنند. مفهوم مناسک‌گرایی اولین بار توسط جامعه-شناس آمریکایی مرتن در تبیین انحرافات اجتماعی مطرح شد. به طور کلی، مرتن جامعه را ترکیبی از عناصر ساختاری به ویژه فرهنگ و ساختارهای اجتماعی می‌داند که اولی تعیین‌کننده ارزش‌ها و اهداف و دومی تعیین‌کننده‌ی قواعد عمل جمعی و راه‌های نهادینه و مشروع رسیدن به اهداف است. در واقع ارتباط مناسب و بهنجار بین وسیله و هدف می-تواند وضعیت بهنجار اجتماعی به وجود آورد. مناسک‌گرایی زمانی اتفاق می‌افتد که فرد یا نظام اجتماعی به جای تمرکز بر اهداف (در اینجا ارتقای دانش عملی دانشجو) بر ابزارها (در اینجا رویه‌های سنتی آموزش) متمرکز است. لذا، آموزش پزشکی در چارچوب ابزارهای تعریف شده یعنی تاسیس دانشکده، تامین استاد، تامین ابزار و وسایل آزمایشگاهی برای تحصیل فعالیت می‌کند و از اهداف اصلی که ارتقای سلامت جامعه است خود دور افتاده است. نتیجه چنین مناسک‌گرایی نارضایتی دانشجوی پزشکی است که در واقع اولین و مهمترین مخاطب آن است. دانشجوی پزشکی تصور می‌کند که از اهداف اصلی که تحصیل برای پاسخگویی به نیازهای جامعه خود است دور افتاده است.

آنچه در رابطه با مسائل آموزش پزشکی دانشجویان در این تحقیق آمد که عبارتند از *محوریت بیمارستان، تئوری محوری، اقتدارطلبی، ازخودبیگانگی، و مشکلات ساختاری* در سایر تحقیقات نیز آمده است. به طور خاص با تحقیق کیفی سهرابی و همکاران (۱۲) مطابق است که در آن جا نیز نشان داده شد آموزش پزشکی در ایران مبتلا به مشکلاتی چون راهبرد کمی به آموزش، ابهام در آموزش، محیط آموزشی نامناسب، شخصی‌سازی مدیریت آموزشی و روابط بین شخصی غیرموثر است که در قالب آموزش به مثابه یک سایه یا سایه‌ی آموزش مطرح شده است. همچنین با نتایج تحقیق کلانتری و همکاران همسوست که به موضوع آموزش اخلاق پزشکی به دانشجویان، موضوع برنامه درسی پنهان را پیشنهاد کرده‌اند (۱۳). در رابطه با دیدگاه کلانتری و همکاران بایستی گفت که اخلاق تعلیم و تربیت ایجاب می‌کند، که کار بیهوده انجام نشود، استاد به‌روز باشد و براساس نیازهای روز نظام اجتماعی-اش تعلیم دهد. این در حالی است که چنین چیزی اتفاق نمی‌افتد و همانطور که اشاره شده است، نوعی برنامه درسی پنهان در این زمینه اتفاق می‌افتد. یعنی دانشجوی امروز و استاد بالقوه فردا به طور پنهان فرا می‌گیرد که بایستی در چارچوب سرفصل تعیین شده دهه‌ها قبل بایستی تعلیم دهد و این از اخلاق آموزشی به دور است. اقتدارطلبی در تحقیق حاضر در واقع نوعی غیراخلاقی عمل کردن استاد است. استاد بهتر است با زبان و نیاز دانشجو با وی تعامل کند. این در حالی است که تحقیق نشان داد که اقتدارطلبی به عنوان یک راهبرد اخلاقی غیرمتناسب با آموزش پزشکی در نظام آموزشی فعلی بازتولید شده و روابط اقتدار از استاد به دانشجویان و در سلسله مراتب مختلف دانشجویی بازتولید می‌شود. همان طور که در استراتژی اقتدار طلبی اشاره شد، رفتار استاد توسط سایر دانشجویان در سلسله مراتب آموزشی بازتولید می‌شود. در واقع، یک رابطه یک‌سویه در سلسله مراتب اقتدار بازتولید می‌شود که اجازه هر نوع تعاملی را با زیردستای می‌دهد. مهمترین بخش این رابطه یک سویه، بی‌توجهی به نیازهای آموزشی دانشجویان است. ساختار آموزش پزشکی با بازتولید سرفصل تعریف شده سال‌ها قبل، مناسکی را به جای می‌آورد تا روابط یک سویه در درون این مناسک بازتولید شوند. چنین

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-10-08]
[DOI: 10.18502/jmed.v13i4.522]

بازتولیدی در واقع نوعی بازتولید برنامه درسی پنهان است که دانشجویان از اساتید خود فرا می‌گیرند. میرزایی نشان داد آموزش پزشکی نیازمند نوعی صلاحیت مبتنی بر نقش مسئولانه پزشکی، تصمیم‌گیری، حل مسئله، حرفه‌ای گرایی، اخلاق و قانون پزشکی، توسعه فردی، ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری، مدیریت بیماری، مهارت‌های ارتباطی، و مهارت‌های بالینی است (۱۵). طبیعی است در سیستم آموزشی مناسک‌گرای فعلی که ابزار جای اهداف را گرفته است، نمی‌توان به یک نظام آموزش پزشکی مسئول و پاسخگو رسید و از این جهت نیازمند تغییرات بنیادین در این زمینه می‌باشیم. در این زمینه نتایج تحقیق از جهت توجه به پاسخگویی اجتماعی (۱۶) اثربخشی آموزش پزشکی در کلینیک (۱۷) و رهبری دانشگاهی فعال (۱۸) با نتایج تحقیقات مذکور همسو می‌باشد.

نتایج تحقیق حاضر ضرورت تحول در آموزش پزشکی در منطقه ۵ آموزشی (و در واقع کل نظام آموزش پزشکی در ایران) را نشان می‌دهد. آموزش پزشکی به جای رویکرد مناسک‌گرا (که بر ابزارها تمرکز دارد) بایستی رویکرد مبتنی بر اهداف را دنبال کند. در رویکرد دوم توجه به تغییرات وسیع اجتماعی که تأثیرات خود را بر حوزه سلامت گذاشته است ضرورت دارد. از جهت نیاز به تحول، یافته‌های تحقیق با یافته توکل و همکاران (۱۴) که ضرورت تحول اساسی در آموزش پزشکی در ایران را مطرح کرده‌اند، همسوست. یکی از مواردی که در اینجا لازم است اشاره شود رابطه پزشک- بیمار است که تحقیقات اخیر نشان داده است، نیازمند تغییرات جدی است بخصوص که نیازمند توجه به مهارت‌های ارتباطی دانشجویان در آموزش پزشکی است (۲۷، ۲۶، ۲۵).

با توجه به تغییرات وسیع اجتماعی و به تبع آن تغییر در الگوی بیماری‌ها (۸، ۹)، ضروت دارد که رویکردهای جامعه محور و به طور خاص توجه به موضوع پزشک خانواده به طور موازی به عنوان یکی از رویکردهای جدی مورد توجه آموزش پزشکی در ایران باشد. در سطح بالاتر به نظر می‌رسد مناسک-گرایی آموزش پزشکی یک پدیده جهان شمول است که ریشه در زمینه تاریخی و مدل "هاپکینزی" دارد که یک قرن اخیر در جهان به وجود آمد و توسعه یافت. مدلی که اکنون نیازمند اصلاحات یا رفرم است. لاولی و همکاران نظام آموزش فعلی را منتج پزشکی زیستی در دانشگاه جان هاپکینز و مدارس پزشکی آن می‌دانند، که اگر چه در گذشته کارایی زیادی داشته اما نیازمند اصلاح اساسی است (۲۸). موضوع دیگر بومی‌سازی آموزش پزشکی است که لام و لام بر آن تأکید دارند. از نظر آنها ۶۰٪ جمعیت جهان در آسیا هستند که بایستی بومی‌سازی آموزش پزشکی را انجام دهند. آموزش پزشکی می‌بایست بر اساس تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی باشد که هر کدام از کشورهای آسیایی دارند (۲۹). کشور چین چنین تجربه‌ای داشته است. از نظر مجله لنست[5]، آموزش پزشکی در چین در حال گذر به یک دوره جدید است که نوعی الگوگیری از شوروی سابق است و متمرکز بر بر ارتقای کارایی است. یکی از ابعاد مهم این اصلاحات انقلابی رویکردهای بیمارمحور بوده است که براساس دستیابی به حقوق تعریف شده در چین ۲۰۳۰ تعریف شده است. در این زمینه نگرش‌های حرفه‌ای بایستی به سمت موضوعاتی از قبیل ارتباط، محبت، همدلی، احترام و اخلاق به عنوان ویژگی‌هایی که پزشکان فارغ‌التحصیل داشته باشند سوق داده شوند که به نفع بیمار، پزشک و بیمارستان است (۳۰). به نظر می‌رسد آموزش پزشکی در ایران نیازمند نوعی اراده سیاسی است از آن دست که در چین اتفاق افتاده است. در این جهت ارائه الگویی بومی از آموزش پزشکی و به طور خاص موضوع پزشک خانواده (۳۱) پیشنهاد می‌شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل تحقیق انجام شده در مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت در دانشگاه علوم پزشکی شیراز می‌باشد

[5] . The Lancet

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-10-08]

[DOI: 10.18502/jmed.v13i4.522]

که بدین‌وسیله از این نهاد علمی و نیز کلیه مشارکت‌کنندگان در تحقیق تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References

1. Merton RK, Reader G, Kendall PL. ***The student physician: Introductory studies in the sociology of medical education***. Oxford England: Harvard University. Press; 1957.
2. Mensh IN**.** ***Psychology in medical education***. American Psychologist 1953; 8(2): 83-85
3. Kalantri SP. ***Ethics in medical education***. Indian J Anaesth 2003; 47(6): 435-6.
4. Kopelman LM. ***Philosophy and medical education***. Academic Medicine 1995; 70(9): 795-805.
5. Van Merriënboer JJ, Sweller J. ***Cognitive load theory in health professional education: design principles and strategies***. Medical education 2010; 44(1): 85-93.
6. Tabish SA. ***Assessment Methods in Medical Education***. International Journal of Health Sciences (Qassim) 2008; 2(2): 3-7.
7. Reinert A**.** ***Assessment in Medical Education: A Primer on Methodology***. 2013.
8. Imanieh MH, Sadati AK, Moghadami M, Hemmati A. ***Introducing the Urban Community Health Center (UCHC) as a nascent local model: Will it be a linchpin in the health sector reform in Iran?*** International Journal Health Policy Management 2015; 4(5): 331–332.
9. Sadati AK. ***Money based reform and distorted doctor-patient interaction: a critique of the recent health sector evolution plan in Iran***. Iranian journal of public health 2017; 46(4): 583-584.
10. Azizi F. ***The reform of medical education in Iran***. Medical education 1997; 31(3): 159-62.
11. Simforoosh N, Ziaee SAM, Tabatabai Sh. ***Growth Trends in Medical Specialists Education in Iran, 1979-2013***. Archives of Iranian Medicine 2014; 17(11): 771-775.
12. Sohrabi Z, Kheirkhah M, Vanaki Z, Arabshahi KS, Farshad MM, Farshad F, Farahani MA. ***Lived experiences of educational leaders in Iranian medical education system: a qualitative study***. Global journal of health science 2016; 8(7): 251-259.
13. Kalantari S, Koochaki GM, Jouybari L, Sanagoo A, Aghaie A. ***Teaching professionalism and professional ethics using the hidden curriculum***. Journal of Nursing and Midwifery Sciences 2016; 3(3): 54-5.
14. Tavakol M, Murphy R, Torabi S. ***Medical education in Iran: an exploration of some curriculum issues***. Medical education online 2006; 11(1): 1-8.
15. Mirzazadeh A, Hejri SM, Jalili M, Asghari F, Labaf A, Siyahkal MS, Afshari A, Saleh N. ***Defining a competency framework: the first step toward competency-based medical education***. Acta Medica Iranica 2014; 52(9): 710-6.
16. Entezari A, Momtazmanesh N, Khojasteh A, Einollahi B. ***Toward social accountability of medical education in Iran***. Iranian Journal Public Health 2009; 38(Suppl 1): 27-8.
17. Jalili M, Mirzazadeh A, Azarpira A. ***A survey of medical students' perceptions of the quality of their medical education upon graduation***. Annals Academy of Medicine Singapore 2008; 37(12): 1012-8.

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-10-08]

[DOI: 10.18502/jmed.v13i4.522]

18. Bikmoradi A. ***Exploring academic leadership in medical schools and universities in Iran.*** Karolinska Institutet.Universitestservice US-AB, 2009.

19. Bahador H, Pazooki A, Kabir A. ***Effectiveness of continuing medical education considering participant's idea in Iran University***. Journal Pakistan Medical Associetion 2010; 60(6): 435-9.

20. Denzin NK. ***Socialogical Methods: A sourcebook***. Aldin Transection Routledge, 2006.

21. Krleža-Jerić K, Lemmens T. ***7th Revision of the Declaration of Helsinki: good news for the transparency of clinical trials***. Croation Medical Journal. 2009;50(2):105–10

22. American Sociological Association (ASA). ***Code of ethics and policies and procedures of the ASA Committee on Professional Ethics.*** American Sociological Association; 1999.

23. Denzin NK, Lincoln YS. ***The SAGE handbook of qualitative research***. 4th ed.Sage; 2011.

24. Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research. Sage.Canada 2014.

25. Sadati AK, Iman MT, Lankarani KB, Derakhshan S. ***A critical ethnography of doctor–patient interaction in southern Iran***. Indian Journal of Medical Ethics. 2016; 1(3):147-55.

26. Sadati AK, Tabei SZ, Ebrahimzade N, Zohri M, Argasi H, Lankarani KB. ***The paradigm model of distorted doctor-patient relationship in Southern Iran: a grounded theory study***. Journal of Medical Ethics and History of Medicine 2016; 9(2): 1-11.

27. Sadati AK, Iman MT, Lankarani KB, Ebrahimzadeh N. ***From good to great physician: a critical ethnography based on patients' views***. Journal of medical ethics and history of medicine 2016; 9(18): 1-9.

28. Lawley TJ, Saxton JF, Johns MM. ***Medical education: time for reform***. Transactions of the American Clinical and Climatological Association 2005;116: 311-320.

29. Lam TP, Lam YYB. ***Medical education reform: the Asian experience***. Academic Medicine 2009; 84(9): 1313-1317.

30. Metrics PM. ***Medical education reform in China.*** The Lancet 2017; 390(10092): 334.

31. Sadati AK, Siahi M. ***Absence of Nursing Position in the new Health Policies in Iran: A Dialogue with Nursing Scholars and Nursing Managers***. International journal of community based nursing and midwifery 2016; 4(4): 397-398.

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-10-08]

[DOI: 10.18502/jmed.v13i4.522]

Ritualism in Medical Education: A grounded theory study based on view and experience of medical students at Zone 5 of the country

Kalateh Sadati A (PhD) [1]***, Bagheri Lankarani K (PhD)*** [2]***, Heydari ST (PhD)*** [3]

[1]. *Assistant Professor, Department of Sociology, Yazd University, Yazd, Iran.*
[2]. *Professor, Health Policy Research Center, Institute of Health, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.*
[3]. *Associate professor, Health Policy Research Center, Institute of Health, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.*

Received: 20 Jul 2018 ***Revised:*** 21 Nov 2018 ***Accepted:*** 15 Jan 2019

Abstract

Introduction: Medical education is one of the most important issues in current changing conditions which mainly addresses medical students. The purpose of this study was to extract the underlying theory of medical education in Iran based on the perspective and experiences of the medical students.

Methods: This was a qualitative study. The data were collected by semi-structured interview and focused group with 43 medical students at Zone 5 of the country (Shiraz, Yasouj, Bandar Abbas, Bushehr, and Fasa). Stress and Corbin (2006) grounded theory method was used for data analysis.

Result: The results of the research showed that the students are not satisfied with the current trend in medical education. The main points about the quality of medical education were: hospitalization, theory based method, authoritarianism, alienation, and structural problems. Ritualism in medical education was another finding of the present study, which means the educational system is more concentrated on educational tools rather than its objectives. This *ritualism* has led to the reproduction of authoritarianism and alienation of medical students that cannot meet the current needs of the students, medical institutions, and society.

Conclusion: The current medical education institution is far from the educational needs of the students. This requires structural reform according to the needs of students and at a higher level based on health needs of the society. In conclusion, moving toward community-based education, medical needs, and increasing the quality of education are recommended.

Keywords: Medical education, Educational needs, Medical students, Ritualism, Grounded theory, Iran.

This paper should be cited as:

Kalateh Sadati A, Bagheri Lankarani K, Heydari ST**.** ***Ritualism in Medical Education; a grounded theory study based on view and experience of medical students in 5th region of the country*****.** J Med Edu Dev; 13 (4): page 269-283

**** Corresponding Author: Tel: +989172491017, Email: heydari.st@gmail.com***

[Downloaded from jmed.ssu.ac.ir on 2026-10-08]

[DOI: 10.18502/jmed.v13i4.522]