

واکاوی چالش‌های سیستمیک در آموزش بالینی پزشکی عمومی و راه‌حل‌های سیاستی

مریم آویژگان^۱، میلاد صفری^۲، شهرزاد شهیدی^۳

خلاصه سیاستی

خلاصه اجرایی

آموزش بالینی به عنوان مرحله‌ی تعیین‌کننده در تربیت پزشکان عمومی، مسئولیت انتقال دانش نظری به مهارت‌های عملی و شکل‌دهی شایستگی‌های حرفه‌ای را بر عهده دارد؛ با این حال، نظام آموزش پزشکی عمومی در ایران با چالش‌های ساختاری متعددی مواجه است که منجر به شکاف قابل توجه بین آموخته‌های نظری و عملکرد بالینی فارغ‌التحصیلان می‌شود. این چالش‌ها ریشه در عوامل چندبعدی از جمله مدیریت منابع، سیاست‌گذاری آموزشی، محتوای درسی و فرهنگ محیط‌های یادگیری دارند و برای برون رفت از چالش‌ها، تمرکز بر بسته سیاستی یکپارچه توصیه می‌شود؛ در این خصوص، راهکارهای پیشنهادی در سه محور ارائه می‌شوند: در کوتاه‌مدت، تأمین امنیت روانی و اقتصادی دانشجویان از طریق اجرای منشور اخلاق حرفه‌ای با ضمانت اجرایی و طراحی بسته‌های حمایت مالی هدفمند ضروری است. در گام میانی، بازطراحی ساختار نیروی انسانی و فرهنگ آموزشی با تفکیک نقش آموزشی دانشجویان پزشکی از نقش خدماتی، نهادینه‌سازی پزشکی مبتنی بر شواهد (EBM) و استقرار نظام ارزیابی مستمر و شفاف بایستی مورد توجه قرار گیرد. در بلندمدت، بازتعریف محتوا و محل آموزش با افزایش سهم محیط‌های عمومی (غیر فوق تخصصی) و بازنگری اساسی سرفصل‌های درسی با رویکرد کیس‌محور و مبتنی بر شایع‌ترین نیازهای سلامت جامعه، در افزایش کارآمدی آموزش بالینی در نظام سلامت نقش خواهد داشت. در نهایت، برای اجرای موفقیت‌آمیز این راهکارها بایستی به صورت فرابخشی با مشارکت فعال کلیه ذینفعان از جمله دانشجویان، اساتید، مدیران و سیاست‌گذاران و اتخاذ رویکردی پیوسته و مبتنی بر شواهد اقدام نمود.

واژگان کلیدی: آموزش بالینی؛ پزشکی عمومی؛ چالش‌های سیستمیک؛ سیاست‌گذاری سلامت؛ خلاصه سیاستی

ارجاع: آویژگان مریم، صفری میلاد، شهیدی شهرزاد. واکاوی چالش‌های سیستمیک در آموزش بالینی پزشکی عمومی و راه‌حل‌های سیاستی. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۴۰۵؛ ۴۴ (۸۵۶): ۴۵۲-۴۵۷.

توصیف مسأله

موقعیت‌های واقعی بالینی و ارائه مراقبت‌های اثربخش، با ضعف‌های چشمگیر مهارتی و تصمیم‌گیری مواجه می‌شوند. این مسأله به طور قابل توجهی موجب تضعیف توانمندی فردی پزشکان آینده شده و به‌طور مستقیم بر کیفیت خدمات سلامت ارائه‌شده به جامعه و کارآیی کلی نظام سلامت تأثیر می‌گذارد. این نوشتار با مبنا قرار دادن یافته‌های مطالعه‌ی کیفی (۵، ۶) و تبیین چالش‌ها از دیدگاه ذی‌نفعان اصلی یعنی دانشجویان پزشکی، به دنبال ارائه راهکارهای سیاستی عینی و مبتنی بر واقعیت‌های میدانی است.

آموزش بالینی به عنوان هسته‌ی اصلی تربیت پزشکان آینده، نقشی مهم و تأثیرگذاری در تلفیق دانش نظری با مهارت‌های عملی ایفا می‌کند؛ با این حال، نظام آموزش پزشکی عمومی در ایران با چالش‌های مهمی از جمله فاصله میان دانش آموخته‌شده در کلاس‌های درس و توانایی به‌کارگیری آن در محیط‌های بالینی مواجه است (۱)، (۲). چنین شکافی، ناکارآمدی آموزشی گسترده‌ای را موجب می‌شود و به‌طور سیستمیک ریشه در ابعاد مختلف مدیریتی، سیاست‌گذاری، زیرساختی و انسانی دارد. این ناکارآمدی در همراهی با عواملی چون انفجار اطلاعات پزشکی، تغییر الگوی بیماری‌ها، کمبود منابع انسانی و مادی، و اولویت‌یافتن درمان بر آموزش در بیمارستان‌های آموزشی تشدید شده است (۳-۵). پیامد این وضعیت، فارغ‌التحصیلانی است که اگرچه از پایه نظری قابل قبولی برخوردارند، ولی در مواجهه با

روش اجرا

این سند بر مبنای یافته‌های پژوهشی تدوین شد که با بهره‌گیری از رویکرد کیفی و روش تحلیل محتوای قراردادی، به بررسی عمیق تجربیات زیسته دانشجویان پزشکی عمومی پرداخت (۵). جامعه‌ی

۱- دانشیار، مرکز تحقیقات آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- پزشکی عمومی، مرکز تحقیقات آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- استاد، گروه آموزشی داخلی (نفرولوزی)، مرکز تحقیقات بیماری‌های کلیه، بیمارستان خورشید، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

نویسنده‌ی مسؤول: مریم آویژگان؛ دانشیار، مرکز تحقیقات آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

مورد تحلیل قرار گرفت. برای افزایش دقت و اعتبار داده ها، از راهبردهای بازبینی همکار، بررسی توسط اعضا (بازخورد به صاحبه شوندهگان) و توضیح مبسوط فرآیند پژوهش استفاده شد. رعایت اصول اخلاقی شامل اخذ رضایت، محرمانگی اطلاعات و امکان خروج آزادانه از مطالعه نیز مدنظر بود. مطالعه کد اخلاق به شماره IR.MUI.RESEARCH.REC.1400.061 از دانشگاه علوم پزشکی اصفهان دریافت نمود.

مورد مطالعه، دانشجویان دوره‌های کارآموزی و کارورزی دانشکده‌ی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بودند و با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند با حداکثر تنوع، ۲۰ نفر از افرادی که حداقل یک سال سابقه حضور در عرصه‌های بالینی را داشتند، انتخاب شدند. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته انفرادی جمع‌آوری شدند. این مصاحبه‌ها با کسب رضایت آگاهانه، در محیطی آرام در بیمارستان‌های آموزشی و با میانگین زمان ۴۵ دقیقه انجام شد. پس از رسیدن به نقطه اشباع نظری در مصاحبه دوازدهم، برای افزایش اعتمادپذیری یافته‌ها، هشت مصاحبه کتبی نیز اضافه گردید. متن مصاحبه‌ها پیاده و سپس با مطالعه مکرر، کدگذاری اولیه، دسته‌بندی کدهای مشابه در زیرمقوله‌ها و در نهایت استخراج مقوله‌های اصلی،

یافته‌ها

گزینه‌های سیاستی پیشنهادی و تحلیل آن‌ها در این خلاصه سیاستی، در جداول ۱ و ۲ ارائه شده است.

جدول ۱. تحلیل گزینه‌های سیاستی مرتبط با چالش‌های بکارگیری دانش نظری دوره‌ی پزشکی عمومی در بالین

گزینه‌های سیاستی	الزامات اجرایی	موانع اجرایی	مزایا	معایب
اجباری کردن آموزش و استفاده از پزشکی مبتنی بر شواهد (EBM) در محیط بالین	آموزش اساتید و دستیاران در روش‌شناسی پزشکی مبتنی بر شواهد؛ تأمین دسترسی آسان به اینترنت و منابع آنلاین در بیمارستان؛ گنجاندن ارزیابی این مهارت در ارزشیابی دانشجویان و اساتید	فرهنگ آموزشی سنتی؛ کمبود دسترسی به پایگاه‌های اطلاعاتی معتبر در محیط بالین؛ بی‌حوصلگی اساتید برای آموزش روش جست‌وجو	افزایش مهارت تفکر انتقادی و تصمیم‌گیری مستقل در دانشجویان؛ ارتقای کیفیت مراقبت با اتکا به شواهد به‌روز	مقاومت اساتید در برابر تغییر روش‌های سنتی؛ ممکن است در کوتاه‌مدت احساس کاهش اقتدار کنند.
استقرار نظام مستمر، شفاف و اثرگذار ارزیابی عملکرد اساتید، دانشجویان و زیرساخت‌های آموزشی	طراحی سیستم‌های ارزیابی چندبعدی (از دانشجو، استاد، زیرساخت، برنامه)؛ تضمین استقلال و بی‌طرفی واحد ارزیابی؛ تعریف شفاف شاخص‌ها و پیامدهای مثبت و اصلاحی	نبود سازوکار شفاف و مستمر؛ ترس از عواقب منفی ارزیابی برای ارزیابی‌شوندگان؛ بوروکراسی اداری طولانی	شناسایی به‌موقع نقاط ضعف فردی و سیستماتیک؛ ایجاد انگیزه برای رعایت استانداردها؛ تخصیص بهینه منابع بر اساس ارزیابی	نیاز به سرمایه‌گذاری اولیه قابل توجه؛ ممکن است باعث تمرکز بیش از حد بر آزمون‌های کتبی شود.
تفکیک نقش «نیروی کار ارزان» از «دانشجوی در حال یادگیری» و تأمین نیروی انسانی کافی برای امور خدماتی و درمانی	استخدام و توزیع عادلانه نیروهای درمانی (پرستار، بهورز، منشی)؛ تفکیک واضح شرح وظایف آموزشی و خدماتی دانشجویان؛ تغییر شاخص‌های ارزیابی مدیران بیمارستان‌های آموزشی به گنجاندن معیارهای آموزشی	کمبود شدید نیروی انسانی در اولویت مطلق «درمان» بر «آموزش» در مدیریت بیمارستان‌ها؛ مقاومت مدیران در برابر کاهش حجم کاری کارورزان	افزایش کیفیت آموزش با تمرکز اساتید و دانشجو بر فرآیند یادگیری؛ کاهش استهلاک جسمی و روانی دانشجویان و جلوگیری از فرسودگی شغلی	کاهش درآمد احتمالی بیمارستان‌های آموزشی در کوتاه‌مدت؛ نیاز به برنامه‌ریزی دقیق برای جایگزینی نیرو
بازنگری اساسی در سرفصل‌های درسی نظری و بالینی با رویکرد علامت‌محور و کیس‌محور و تمرکز بر موارد شایع	تشکیل کارگروهی از پزشکان عمومی موفق، متخصصین آموزش پزشکی و سیاست‌گذاران؛ بازنگری ادواری سرفصل‌ها بر اساس نیازهای سلامت جامعه و مطالعات نیازسنجی	وابستگی به سرفصل‌های سنتی و عادات‌های افزایش ارتباط محتوای آموزشی با نیازهای تدریس؛ نفوذ دیدگاه فوق‌تخصصی در طراحی کوریکولوم؛ نبود نیروی متخصص برای طراحی محتوای کیس‌محور	واقعی‌تر شدن نگاه عمومی؛ افزایش انگیزه و تمرکز دانشجویان؛ کارآمدتر شدن زمان آموزش	هزینه‌بر و زمان‌بر بودن بازنگری جامع؛ مقاومت گروه‌های تخصصی برای حذف مطالب
تصویب و اجرای قوی منشور اخلاقی حرفه‌ای در محیط‌های بالینی با سازوکار نظارتی و تنبیهی شفاف	تدوین و ابلاغ منشور اخلاقی حرفه‌ای آموزش بالینی؛ ایجاد سیستم گزارش‌دهی ناشناس و امن برای دانشجویان؛ گنجاندن معیارهای اخلاقی در ارزیابی و ارتقای اساتید.	نهادینه بودن رفتارهای توهین‌آمیز به عنوان بخشی از «کوریکولوم پنهان»؛ ترس دانشجویان از گزارش دادن؛ نبود سازوکار روشن برای رسیدگی به شکایات	ایجاد محیط آموزشی امن و محترمانه؛ افزایش اعتماد به نفس و انگیزه دانشجویان؛ پیشگیری از انتقال بد اخلاقی به نسل بعدی	چالش در جذب و نگهداری اساتید با اخلاق حرفه‌ای در محیط‌های بالینی با سازوکار نظارتی و تنبیهی شفاف
طراحی و اجرای بسته‌های حمایت مالی هدفمند از دانشجویان دوره بالینی	انجام مطالعه دقیق بر روی الگوهای حمایتی (مانند وام‌های قرض‌الحسنه، بورسیه‌های عملکردی، افزایش کمک‌هزینه متناسب با تورم)	محدودیت بودجه دولتی؛ نگرانی از وابستگی دانشجویان؛ امکان سوءاستفاده.	کاهش دغدغه‌های معیشتی و افزایش تمرکز دانشجویان بر آموزش؛ کاهش تمایل به فروش کشیک یا اشتغال‌های جانبی مخرب آموزش؛ جذب استعدادها در بخشان از همه اقشار	نیاز به تخصیص بودجه دولتی یا افزایش شهریه؛ حساسیت موضوع معیشت دانشجویان.
ایجاد و تجهیز "مراکز آموزش پزشکی عمومی" افزایش سهم و کیفیت آموزش در دردمانگاه‌های شهری و بیمارستان‌های شهرستان؛ محیط‌های جنرال (درمانگاه‌ها و الزام اساتید به حضور دوره‌ای در این مراکز؛ بیمارستان‌های غیر فوق تخصصی) طراحی بخشی از ارزیابی دانشجو بر اساس عملکرد در این محیط‌ها	جذاب‌تر بودن محیط بیمارستان‌های بزرگ و مجهز برای اساتید و دانشجویان؛ کمبود درمانگاه‌های جنرال استاندارد برای آموزش.	قرار گرفتن دانشجو در معرض بیمارستان با مشکلات شایع و واقعی جامعه؛ تقویت مهارت‌های تشخیص و مدیریت اولیه؛ تربیت پزشک عمومی با توانایی واقعی	ممکن است از حجم بیمارستان مراجع کنند به بیمارستان‌های تخصصی بکاهد و بر درآمد آن‌ها تأثیر بگذارد.	

جدول ۲. تحلیل ذینفعان و مسیر اجرای گزینه‌های سیاستی مرتبط با چالش‌های بکارگیری دانش نظری دوره‌ی پزشکی عمومی در بالین

گزینه‌های سیاستی	ذی‌نفعان کلیدی	موضع احتمالی	چالش‌های ذینفعان	بازه زمانی	اقدامات تسهیل‌کننده
اجباری کردن آموزش و استفاده از پزشکی مبتنی بر شواهد (EBM) در محیط بالین	اساتید، دستیاران، دانشجویان، مدیران گروه‌های آموزشی	مقاومت از سوی برخی اساتید قدیمی	اساتید: احساس کهنه شدن دانش شخصی؛ افزایش حجم کار اولیه. دانشجویان: نیاز به صبوری و یادگیری مهارت جدید	میان‌مدت (۱-۲ سال)	برگزاری کارگاه‌های عملی EBM؛ معرفی اپلیکیشن‌های کاربردی؛ انتخاب اساتید پیشرو به عنوان الگو
استقرار نظام مستمر، شفاف و اثرگذار ارزیابی عملکرد اساتید، دانشجویان و زیرساخت‌های آموزشی	واحد ارزیابی دانشگاه، مدیران بیمارستان‌ها و دانشکده، اساتید، دانشجویان	مقاومت از سوی مدیران و افراد ذینفع	مدیران: ترس از افشای کاستی‌های زیرمجموعه. اساتید و دانشجویان: نگرانی از استفاده تنبیهی از نتایج	بلندمدت (۳-۵ سال)	آغاز با پروژه‌های پایلوت در یک بخش؛ انتشار عمومی نتایج ارزیابی‌های سیستمی (نه فردی) برای ایجاد اعتماد
تفکیک نقش «نیروی کار ارزان» از «دانشجوی در حال یادگیری» و تأمین نیروی انسانی کافی برای امور خدماتی و درمانی	مدیران بیمارستان‌های آموزشی، معاونت درمان دانشگاه، پرستاران و کادر خدماتی، دانشجویان	مقاومت شدید مدیران عملیاتی	مدیران بیمارستان‌ها: فشار مالی برای استخدام؛ تغییر در روال سنتی. نیروهای موجود: نگرانی از اضافه‌کار تا زمان جایگزینی	میان‌مدت تا بلندمدت	اجرای پایلوت در یک بیمارستان؛ مستندسازی و انتشار نتایج مثبت آن بر کیفیت آموزش و رضایت دانشجویان
بازنگری اساسی در سرفصل‌های درسی نظری و بالینی با رویکرد علامت‌محور و کیس‌محور و تمرکز بر موارد شایع	شورای عالی برنامه‌ریزی علوم پزشکی، مدیران و اساتید گروه‌های آموزشی، دانشجویان	مقاومت محافظه‌کارانه	اساتید و گروه‌های آموزشی: از دست دادن اقتدار بر سرفصل‌های آشنا؛ نیاز به بازآموزی. سیاست‌گذاران: پیچیدگی و زمان‌بری فرآیند	بلندمدت (۳-۵ سال)	تشکیل «کمیته تحول آموزش پزشکی عمومی» با اختیارات لازم؛ تهیه نمونه‌های عملی و موفق از محتوای کیس‌محور برای اقناع اساتید
تصویب و اجرای قوی منشور اخلاق حرفه‌ای در محیط‌های بالینی با سازوکار نظارتی و تبیینی شفاف	روسای دانشکده و بیمارستان، کمیته‌های اخلاق پزشکی، اساتید، دانشجویان	حمایت دانشجویان، مقاومت اساتید مشکل‌دار دانشجویان؛ هراس از برچسب خوردن و عواقب گزارش دادن	اساتید با سوابق بدرفتاری: ترس از بازخورد و تنبیه. دانشجویان: مشکل‌دار دانشجویان: هراس از برچسب خوردن و عواقب گزارش دادن	کوتاه‌مدت تا میان‌مدت	برگزاری کارگاه‌های آگاهی‌بخش درباره پیامدهای بد اخلاقی؛ معرفی مشاوران اخلاق مستقل در بیمارستان
طراحی و اجرای بسته‌های حمایت مالی هدفمند از دانشجویان دوره بالینی	معاونت دانشجویی و فرهنگی دانشگاه، دفتر طرح‌های ملی وزارت بهداشت، دانشجویان	حمایت عمومی، نگرانی مالی	معاونت مالی دانشگاه: محدودیت بودجه. سایر دانشجویان: احساس تبعیض در موارد خاص	کوتاه‌مدت (۱ سال)	انجام پیمایش دقیق از هزینه‌های زندگی دانشجویان؛ طراحی سیستم هوشمند بر اساس نیاز و عملکرد و نه صرفاً عمومی
افزایش سهم و کیفیت آموزش در محیط‌های جنرال (درمانگاه‌ها و بیمارستان‌های غیر فوق تخصصی)	معاونت آموزشی دانشگاه، شبکه‌های بهداشت و درمان شهرستان‌ها، اساتید پزشکی خانواده	مقاومت اساتید، حمایت سیاست‌گذاران آگاه	اساتید دانشگاه: عدم تمایل به رفت‌وآمد یا کار در محیط‌های کم‌امکانات. مدیران بیمارستان‌های تخصصی: کاهش حجم کار آموزش	میان‌مدت (۲-۳ سال)	ایجاد همکاری بین بخشی با شبکه بهداشت و درمان شهرستان‌ها؛ استفاده از ظرفیت پزشکان خانواده باالگیزه برای آموزش

بحث

راهکارهای پیشنهادی در بخش یافته‌ها، مبتنی بر چالش‌های عینی و بیان شده از سطح پایین نظام آموزش هستند و برای تبدیل شدن به سیاستی عملی و مؤثر، نیازمند برررسی موانع اجرایی و تبیین الزامات و اولویت‌ها هستند. در ادامه به تبیین هر یک از گزینه‌های سیاستی پیشنهادی پرداخته شده است.

اجرای گزینه پیشنهادی «آموزش اجباری پزشکی مبتنی بر شواهد (EBM)» بیش از هر چیز با مانع فرهنگ آموزشی سنتی و مقتدر مواجهه است. در وضعیت سنتی، دانش استاد بی‌نقص و کامل تلقی می‌شود و به جز این، به نوعی تهدید جایگاه علمی استاد تفسیر شده و مورد استقبال قرار نمی‌گیرد. کمبود زمان و منابع از جمله دسترس به اینترنت پرسرعت و پایگاه‌های اطلاعاتی در بالین در همراهی این

نگرش، پیروی از پزشکی مبتنی بر شواهد را دشوار می‌کند. بدون تغییر در نظام ارزیابی و ارتقای اساتید که مشوق به‌روزرسانی دانش و روش تدریس باشد، این سیاست قابلیت اجرا ندارد.

گزینه‌ی «استقرار نظام ارزیابی مستمر و شفاف»، از ضرورت انکارناپذیری برخوردار است؛ با این وجود ترس سازمانی می‌تواند مانعی برای اجرای آن باشد. مدیران ممکن است از افشای کمبودها و ناکارآمدی‌های زیرمجموعه خود نگرانی داشته باشند. اساتید و دانشجویان نیز چنانچه فضا امن و مورداعتماد نباشد از چنین ارزیابی، استقبال نمی‌کنند. هدف اصلی چنین اقدامی بایستی بدون مقاومت و قضاوت، بر بهبود فرایند یادگیری سازمانی مستمر متمرکز باشد تا امکان موفقیت داشته باشد.

سیاست «تفکیک نقش دانشجو از نیروی کار»، احتمالاً با مانع پر

«طراحی و اجرای بسته‌های حمایت مالی هدفمند از دانشجویان دوره بالینی» است. گزینه‌ی تدوین منشور اخلاقی از نظر فنی و مالی، هزینه‌ی زیادی نیاز ندارد و با دیدگاه مثبت مدیران قابل دستیابی است. ضمن این که کاهش فشار معیشتی در گزینه‌ی پیشنهادی حمایت مالی، با تأکید بر سازوکارهای موجود بورسیه و وام دانشجویی، برای افزایش تمرکز دانشجویان بر آموزش و کاهش رفتارهای غیر قابل قبولی مانند فروش کتیک می‌تواند مؤثر باشد. اولویت میان مدت، اقدامات زیرساختی و فرهنگ‌ساز از جمله «تفکیک نقش دانشجویان از نیروی کار و تأمین نیروی انسانی کافی» و «اجباری کردن آموزش پزشکی مبتنی بر شواهد (EBM) و استقرار نظام ارزیابی مستمر» را شامل می‌شود. دو سیاست مکمل یکدیگر هستند و توصیه می‌شود به صورت پایلوت اجرا شوند تا قابلیت انجام و تعمیم‌پذیری آن‌ها مشخص شود. گزینه‌ی «افزایش سهم آموزش در محیط‌های جنرال و غیر فوق تخصصی» که نیازمند تغییر گسترده در جغرافیای آموزشی و همکاری‌های بین‌بخشی با شبکه بهداشت کشور است و گزینه «بازنگری اساسی در سرفصل‌های درسی با رویکرد کیس‌محور» که به تشکیل کارگروه ملی با رویکرد آزمایشی نیاز دارد به عنوان اولویت بلندمدت با اقدامات ساختاری پایه‌ای پیشنهاد می‌شود.

نتیجه‌گیری

با توجه به گزینه‌های پیشنهادی و تبیین‌های انجام شده، توصیه می‌شود سیاستگذار سلامت، راه‌کارها را به عنوان بسته جامع پیوسته و نه مجموعه‌ای از اقدامات مستقل در نظر بگیرد؛ به این صورت که با ایجاد امنیت روانی - اقتصادی برای دانشجویان، بستر لازم برای مشارکت فعال آنان در فرایندهای آموزشی جدید فراهم شود. در گام بعد، با تأمین منابع انسانی و تغییر فرهنگ آموزشی، آموزش عالی هر چه بیشتر به رسالت تربیت پزشک حرفه‌ای نزدیک شود و با بازتعریف محل و محتوای آموزش، پزشکی عمومی می‌تواند در جایگاه واقعی خود آموزش‌های نظری، عملی و حرفه‌ای مبتنی بر شواهد علمی را دریافت و به طور هدفمند و ماهرانه در موقعیت شغلی آینده به‌کار گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از پایان‌نامه‌ی مقطع دکتری حرفه‌ای رشته‌ی پزشکی با کد ۳۹۹۹۸۳ عمومی می‌باشد که در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به تصویب رسیده و با حمایت مالی معاونت تحقیقات به انجام رسیده است. بدین وسیله از زحمات اساتید و دانشجویان تقدیر و تشکر می‌شود.

مقاومتی چون الگوی اقتصادی حاکم بر بیمارستان‌های آموزشی مواجه می‌شود. در این الگو، دانشجویان به عنوان نیروی کار ارزان و انعطاف‌پذیر، بخشی از معادله‌ی اقتصادی بیمارستان برای ارائه‌ی خدمات با حداقل هزینه هستند. تأمین نیروی انسانی جایگزین، نیازمند بودجه‌ای کلان و تغییر در اولویت‌های تخصیص منابع در سطح وزارتخانه است. بدون تغییر در نگاه کلان، فشار کاری بر دانشجویان همچنان ادامه می‌یابد.

«بازنگری اساسی در سرفصل‌های درسی»، فرایندی بلندمدت، پرچالش و نیازمند اجماع گسترده است. این سیاست مستلزم انعطاف‌پذیری گروه‌های تخصصی است که ممکن است کاهش ساعات درسی مربوط به حوزه خود را تهدید در نظر بگیرند. همچنین، نبود مهارت و تجربه کافی در طراحی محتوای کیس‌محور و علامت‌محور در میان بسیاری از مدرسان سنتی، مانع عملی مهمی است. موفقیت این سیاست به تشکیل کمیته‌های بالادستی قدرتمند و بهره‌گیری از تجارب موفق بین‌المللی و ملی وابسته است.

«اجرای منشور اخلاق حرفه‌ای» با چالش کوریکولوم پنهان قوی و نهادینه شده مقابله می‌کند. برخی رفتارهای تحقیرآمیز و سرکوب‌گر در برخی محیط‌های بالینی، به سخت‌گیری عادی و مورد انتظار تبدیل شده است. ترس از عواقب گزارش‌دهی مانند برچسب مشکل‌ساز خوردن، تأثیر بر نمره و رفتار تلافی‌جویانه نگرانی مهم دانشجویان می‌تواند باشد. بدون ایجاد یک سازوکار مستقل، محرمانه و قابل اعتماد برای دریافت و رسیدگی به شکایات، و بدون اطمینان از عزم را سخ مدیریت عالی برای برخورد قاطع با متخلفان، دقیق‌ترین منشورها هم ناکارآمد می‌مانند.

«حمایت مالی از دانشجویان»، با وجود اثربخشی زیاد و ضرورت آشکار، به لحاظ محدودیت بودجه‌های دولتی امکان‌پذیری کمتری دارد. به نتیجه رساندن این سیاست، نیازمند ارائه دلایل قانع‌کننده اقتصادی به سیاست‌گذاران است که توجیه شوند سرمایه‌گذاری برای معیشت دانشجویان، با افزایش بهره‌وری، بازدهی و کاهش خطای پزشکی می‌تواند همراه باشد. البته هر گونه حمایت اقتصادی بایستی هدفمند و با طراحی هوشمندانه باشد، هم برای گروه درستی ارائه شود و هم مانع شکل‌گیری فرهنگ وابستگی شود.

در ادامه با در نظر گرفتن چالش‌ها، اثرگذاری بالقوه راهکارها، و موانع احتمالی، گزینه‌های سیاستی پیشنهادی را می‌توان در سه سطح اولویت، ارائه نمود: اولویت دست یافتنی‌تر، با اقدامات کوتاه‌مدت که اثراشان در زمان کوتاه‌تری مشخص می‌شود شامل «تصویب و اجرای جدی منشور اخلاق حرفه‌ای با سازوکار نظارتی مستقل» و

References

1. Akbarilakeh M, Yazdani S, Badehnoosh B, Rahimzadeh M, Aghakhani L. Effect of Obstetrics and Gynecology Workshops in Clinical Skills Center on Clinical Knowledge and Practice of Medical Students in Alborz University of Medical Sciences in 2018 [in Persian]. *Alborz University Medical Journal* 2021; 10(1): 69-78.
2. Jahanban Esfahlan A, Vakili MM. The challenges of applying theoretical knowledge in the clinical settings: a qualitative study [in Persian]. *J Med Educ Develop* 2019; 12(34): 22-33.
3. Mian A, Khan S. Medical education during pandemics: a UK perspective. *BMC Med* 2020; 18(1): 100.
4. Emanuel EJ. The inevitable reimagining of medical education. *JAMA* 2020; 323(12): 1127-8.
5. Safari M, Shahidi Sh, Avizhgan M. Challenges in applying theoretical knowledge from the general medicine course in clinical practice: A qualitative study. *J Med Edu Dev* 2024; 17(54): 1-10.
6. Bahrami Z, Norouzi S, Ramezanibadr F, Norouzi A. Design, Implementation and Evaluation of an Operational Program to Improve the Quality of Basic Clinical Skills in Nursing Students in Zanjan University of Medical Sciences in 2017. *J Med Educ Develop* 2019; 12(34): 34-40.

Analyzing Systemic Challenges in General Medical Clinical Education and Policy Solutions

Maryam Avizhgan¹, Milad Safari², Shahrzad Shahhidi³

Policy Brief

Executive Summary

Clinical education, as a decisive stage in the training of general practitioners, is responsible for transferring theoretical knowledge to practical skills and shaping professional competencies; however, the general medical education system in Iran faces several structural challenges that lead to a significant gap between theoretical learning and clinical performance of graduates. These challenges are rooted in multidimensional factors, including resource management, educational policymaking, curriculum content, and the culture of learning environments. To overcome the challenges, it is recommended to focus on an integrated policy package; in this regard, the proposed solutions are presented in three axes: In the short term, it is essential to ensure the psychological and economic security of students through the implementation of a professional ethics charter with executive guarantees and the design of targeted financial support packages. In the intermediate step, redesigning the human resource structure and educational culture by separating the educational role of medical students from the service role, institutionalizing evidence-based medicine (EBM), and establishing a continuous and transparent evaluation system should be considered. In the long term, redefining the content and location of education by increasing the share of public (non-super specialty) environments and fundamentally revising the syllabus with a case-based approach based on the most common health needs of the community will play a role in increasing the efficiency of clinical education in the health system. Finally, for the successful implementation of these solutions, it is necessary to act in a cross-sectoral manner with the active participation of all stakeholders, including students, professors, managers, and policymakers, and to adopt a continuous and evidence-based approach.

Keywords: Clinical Education, General Medicine, Systemic Challenges, Health Policymaking, Policy Brief

Citation: Avizhgan M, Safari M, Shahhidi Sh. **Analyzing Systemic Challenges in General Medical Clinical Education and Policy Solutions.** J Isfahan Med Sch 2026; 44(856): 452-7.

1- Associate professor, Medical Education Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- MD, Medical Education Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- Professor, Internal Medicine Department (Nephrology), Isfahan Kidney Diseases Research Center, Khorshid Hospital, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Maryam Avizhgan, Associate professor, Medical Education Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran; Email: maryamavizhgan@gmail.com