

## بررسی ترکیب هیات علمی گروه‌های پزشکی اجتماعی دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی کشور

دکتر سعادت ترابیان\*، دکتر عباس وثوق مقدم\*\*، دکتر مجتبی صداقت سیاهکل\*\*\*

\*متخصص پزشکی اجتماعی، استادیار گروه پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی همدان

\*\*متخصص پزشکی اجتماعی، کارشناس واحد سیاست‌گذاری و اصلاحات نظام سلامت

\*\*\*متخصص پزشکی اجتماعی، استادیار گروه پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی تهران

### چکیده

**مقدمه:** آموزش نیروی انسانی کارآمد نیاز به دانش تخصصی و برنامه‌ریزی مناسب دارد. در طول دهه گذشته نقش علوم اجتماعی و سایر رشته‌های غیربیولوژیکی و غیرکلینیکی در آموزش پزشکی پررنگ‌تر شده است. علی‌رغم توجهی که به شیوه‌های جدید آموزش پزشکی و آموزش مبتنی بر جامعه می‌شود، هنوز این نگرش بطور مطلوب در دانشگاه‌ها ایجاد نشده است. تحقیق حاضر به بررسی وضعیت ترکیب هیات علمی گروه‌های پزشکی اجتماعی در سال ۱۳۸۲ با هدف به کارگیری دانش آموختگان رشته تخصصی پزشکی اجتماعی در گروه‌های یاد شده در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور پرداخته است.

**روش‌ها:** در این مطالعه توصیفی-مقطعی، جامعه پژوهش را کلیه گروه‌های پزشکی اجتماعی کشور تشکیل می‌دادند. نمونه‌گیری به روش سرشماری انجام شد. جهت دستیابی به اهداف پژوهش، چک لیستی حاوی اطلاعات مربوط به پرسنل گروه‌ها تنظیم و به کلیه دانشگاه علوم پزشکی کشور جهت تکمیل ارسال گردید. داده‌ها پس از گردآوری، با استفاده از نرم افزار SPSS و با بهره گرفتن از آمار توصیفی (فراوانی مطلق و نسبی) مورد بررسی قرار گرفت.

**یافته‌ها:** در کل گروه‌های پزشکی اجتماعی کشور، تعداد ۳۱۸ نفر فعالیت داشتند که از این تعداد ۲۰۹ نفر (۶۵/۷ درصد) عضو هیات علمی، ۹۲ نفر (۲۸/۹ درصد) عضو غیر هیات علمی و ۱۷ نفر (۵/۳ درصد) نامشخص بودند و تنها دانشگاه علوم پزشکی گیلان تعداد متخصص پزشکی اجتماعی آن در حد استاندارد بود. در ۹ گروه پزشکی اجتماعی (۲۴/۳۲ درصد) متخصص اپیدمیولوژی و در ۱۱ گروه (۲۹/۷ درصد) متخصص آمار حیاتی در حد استاندارد وجود داشت. گروه‌های پزشکی اجتماعی کرمانشاه و شهید بهشتی در رشته علوم رفتاری/جامعه‌شناسی عضو هیات علمی داشتند و بقیه گروه‌ها فاقد این رشته بودند. در مجموع دانشگاه‌ها ۲۲ متخصص بالینی در گروه‌های پزشکی اجتماعی بیشتر از حد استاندارد مشغول به خدمت بودند.

**نتیجه‌گیری:** بسیاری از گروه‌های پزشکی اجتماعی به جای جذب نیروهای هیات علمی مرتبط، براساس نیاز گروه و استاندارد تعیین شده، ردیف‌های هیات علمی گروه را با تخصص‌های بالینی، گروه‌های بهداشتی و رشته‌هایی که جزء ساختار این گروه نیستند، اختصاص داده‌اند.

**واژه‌های کلیدی:** ارزیابی آموزشی، پزشکی اجتماعی، نیروی انسانی، آموزش پزشکی جامعه‌نگر، مدرس

### مقدمه

کشورها هرگز نمی‌توانند به سطحی از سلامت که ضامن زندگی پربار باشد برسند مگر آن که شیوه‌های توسعه نیروی انسانی آنان متناسب با نیازهای مردم و شرایط اجتماعی باشد (۱). دهه اخیر را می‌توان دهه تغییرات آموزش پزشکی نام برد (۲). نیازهای جدید جامعه، شرایط آموزشی جدیدی را طلب می‌کند. آموزش نیروی انسانی کارآمد نیاز به دانش

نویسنده مسئول: سعادت ترابیان، عضو هیات علمی گروه پزشکی

اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی همدان.

torabian\_s@yahoo.com

تخصصی و برنامه‌ریزی مناسب دارد. در طول دهه گذشته نقش علوم اجتماعی و سایر رشته‌های غیربیولوژیکی و غیرکلینیکی در آموزش پزشکی پررنگ‌تر شده است (۳) و زمینه کار پزشکی را به دلیل برخورد با عوامل اقتصادی، فرهنگی، سیاسی، اداری و محیطی می‌توان زمینه‌ای اجتماعی دانست (۴). آموزش علوم رفتاری و اجتماعی که لازمه تربیت پزشکان کارآمد است باید توسط اعضای هیات علمی ارائه شود که دانش و مهارت تخصصی در این زمینه را دارند. متخصصان

صاحب‌نظرانی از سازمان بهداشت جهانی کارگاه‌های متعددی در امر جامعه‌نگر شدن آموزش پزشکی برگزار کردند (۹).

اولین جلسه شورای ایجاد نگرش اجتماعی در آموزش پزشکی در تاریخ ۶۷/۱۰/۱۱ تشکیل شد. در این جلسه ضرورت پرداختن به ایجاد نگرش اجتماعی در دانشجویان دانشکده‌های پزشکی، فوریت اجرای آن در دوره کارآموزی بهداشت دانشجویان پزشکی، هدف‌ها و نیز وظایف شورا مورد بحث و توافق قرار گرفت. متعاقب جلسات این شورا، اولین جلسه شورای توسعه آموزش پزشکی جامعه‌نگر در تاریخ ۷۱/۲/۵ تشکیل شد و سلسله مباحث جامعه‌نگر کردن آموزش پزشکی را ادامه داد. با پیگیری این شورا، مقدمات مالی و تجهیزات لازم برای تشکیل گروه‌های پزشکی اجتماعی و فعالیت‌های جامعه‌نگر در اکثر دانشگاه‌ها فراهم شد. براساس مصوبات این شورا، گروه بهداشت و پزشکی اجتماعی در دانشگاه‌های فاقد دارای دانشکده بهداشت شکل گرفت (۱۰). در آخرین مصوبات شورای گسترش آموزش پزشکی جامعه‌نگر وظایف زیر برای اعضای گروه‌های پزشکی اجتماعی در نظر گرفته شد: الف) وظایف آموزشی، ب) وظایف پژوهشی، ج) وظایف خدماتی.

باتوجه به شرح وظایف فوق و نیز گستردگی دانشگاه‌ها، در تاریخ ۷۷/۱۲/۱۵ براساس تعداد هیأت علمی شاغل، دانشگاه‌ها به سه گروه تقسیم شده و تشکیلات هیأت علمی گروه‌های پزشکی اجتماعی برآن اساس به شرح جدول یک تصویب شد (۱۱):

جدول ۱: مشخصات ترکیب هیأت علمی گروه‌های پزشکی اجتماعی براساس تیپ دانشگاه

تیپ I	تیپ II	تیپ III	تیپ دانشگاهی
بیشتر از ۳۰۰ نفر	۱۰۰-۳۰۰ نفر	کمتر از ۱۰۰ نفر	تعداد اعضای هیأت علمی
۱۲ نفر	۹ نفر	۶ نفر	حداقل تعداد مدرسین گروه پزشکی اجتماعی
۴ نفر	۳ نفر	۲ نفر	متخصص پزشکی اجتماعی
۱ نفر	۱ نفر	۱ نفر	متخصص اپیدمیولوژی
۲ نفر*	۱ نفر	۰	متخصص بالینی <sup>†</sup>
۱ نفر	۱ نفر	۱ نفر	آمار حیاتی
۲ نفر**	۱ نفر	۱ نفر	گروه بهداشتی (الف)
۱ نفر	۱ نفر	۱ نفر	گروه بهداشتی (ب)
۱ نفر	۱ نفر	۰	علوم رفتاری یا جامعه شناسی

\* داخلی یا عفونی، کودکان، روانپزشکی، زنان و زایمان

\*\* آموزش بهداشت، بهداشت عمومی، بهداشت مادر و کودک و مدیریت خدمات بهداشتی، اقتصاد بهداشت

\*\*\* بهداشت محیط، بهداشت حرفه‌ای، تغذیه  
\* دو نفر نباید از یک تخصص باشند.

علوم رفتاری و علوم اجتماعی باید نقش بیشتری در طراحی برنامه‌های آموزشی ایفا کنند (۵).

اعتقاد عمومی بر این است که دانشکده‌های پزشکی برای پاسخ‌گویی به نیازهای در حال تغییر با نارسایی‌های جدی و شدید روبرو هستند و غالباً بریده از نگرانی‌های جامعه به نظر می‌رسند. درحالی که پزشکی باید در به نظم کشیدن نظام‌ها و زمینه‌هایی که ناگزیر از کارکردن در آنهاست، نقش مؤثرتری ایفا کند (۴). از آن جایی که اغلب آموزش بالینی در بیمارستان‌های آموزشی انجام می‌شود و در آن‌ها انتظارات و روابط پزشک و بیمار در سطحی متفاوت با محیط آینده است، بیشتر دانشجویان پزشکی برای رفتار با چنین توقعات و انتظاراتی که در زندگی حرفه‌ای با آن روبرو خواهند شد، آمادگی لازم را ندارند (۶). تغییر ماهیت ارتباط بیماران با کارکنان بهداشتی و نیز مدرسان بیانگر آن است که بیماران بر خلاف گذشته، حاضر به همکاری غیرفعال و ناآگاهانه در امر آموزش نیستند. بیماران امروزی آگاه‌ترند، انتظارات بیشتری دارند و قوانینی که به آن‌ها اجازه می‌دهد تحت معاینه دانشجویان قرار نگیرند را بهتر می‌شناسند (۷).

چالش‌های اخیر، صاحب‌نظران عالم پزشکی را به این نتیجه رسانده است که رسالت پزشکی را نباید تنها در درمان بیماری‌ها تصور کرد بلکه باید با اقداماتی همه‌جانبه و به صرفه، سلامت را به عنوان یک کالای با ارزش در اختیار همه افراد جامعه قرار داد. این فلسفه و نگرش منجر به پیدایش دیدگاهی در عالم طب گردید که می‌توان آن را Community-Oriented Medicine نامید (۴). توجه بسیاری از دانشکده‌های پزشکی انگلیس نسبت به آموزش مبتنی بر جامعه در حال افزایش است. این متخصصان معتقدند که آموزش‌های سنتی بیمارستانی نمی‌تواند مهارت‌های لازم را در دانشجویان ایجاد کند و انتقال هرچه بیشتر آموزش به جامعه یک راه حل است (۸).

در کشور ما به دنبال ادغام نظام درمانی با آموزش پزشکی و تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی زمینه آموزش پزشکی در قالب جامعه‌نگر مهیا گردید. یک سال پس از تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و همزمان با گسترش شبکه‌ها، از اسفند ۱۳۶۵ کارگاه‌های آموزش پزشکی جامعه نگر برای مجریان وزارتخانه، رؤسا و مسئولان دانشگاه‌های علوم پزشکی و دانشکده‌های پزشکی ترتیب داده شد و ضرورت تغییرات در برنامه‌ها و نحوه اجرای آموزش پزشکی به روش جامعه‌نگر را مورد تأکید قرار داد. همزمان

وزارت بهداشت به مدیران گروه‌های پزشکی اجتماعی ارسال و پاسخ‌ها نیز با امضای مدیران گروه‌ها یا معاون آموزشی دانشکده‌ها دریافت شد. جهت سرعت بخشیدن به روند اجرای طرح، یک ماه بعد از فرستادن چک لیست، نمابری به گروه‌ها فرستاده و از آن‌ها خواسته شد تا نتایج را حداکثر تا یک ماه تکمیل و ارسال نمایند. فرم‌ها توسط همکاران آموزش دیده بررسی شد و نواقص آن‌ها از طریق مکاتبه و تماس تلفنی برطرف گردید. سپس داده‌ها وارد نرم افزار SPSS. Ver.15 شده تجزیه و تحلیل آماری (آمار توصیفی: فراوانی مطلق و نسبی) گردید.

### یافته‌ها

از نتایج حاصله در ۳۷ گروه پزشکی اجتماعی کشور ۳۱۸ نفر فعالیت داشتند که از این تعداد ۲۰۹ نفر (۶۵/۷ درصد) عضو هیات علمی، ۹۲ نفر (۲۸/۹ درصد) عضو غیرهیات علمی و ۱۷ نفر (۵/۳ درصد) نامشخص بودند. از این تعداد، ۷۴ نفر (۲۳/۱ درصد) در دانشگاه‌های تیپ یک، ۱۲۸ نفر (۴۰/۲ درصد) در دانشگاه‌های تیپ دو و ۱۱۶ نفر (۳۶/۷ درصد) در دانشگاه‌های تیپ سه اشتغال داشتند.

اعضای هیأت علمی در هر سه تیپ دانشگاه بیشتر از ۸۵ درصد استخدام رسمی بودند. بیشترین درصد استخدام قراردادی و پیمانی (۱۰/۶ درصد) در دانشگاه‌های تیپ دو مشاهده شد.

اعضای هیأت علمی در دانشگاه‌های تیپ ۱ و ۲، اکثراً به صورت تمام وقت در گروه فعالیت داشتند (به ترتیب ۹۳/۲ درصد و ۹۴/۶ درصد) ولی در دانشگاه‌های تیپ ۳، درصد فعالیت تمام وقتی و پاره وقتی تقریباً مشابه بود (به ترتیب ۵۵/۳ درصد و ۴۴/۷ درصد).

هرچند که در هر ۳ تیپ دانشگاهی محل اخذ ردیف هیأت علمی اکثراً از داخل گروه بود ولی در دانشگاه‌های تیپ ۲ و ۳ درصد بیشتری به نسبت تیپ ۱ از خارج گروه ردیف گرفته بودند (۳۲ درصد در مقابل ۳ درصد) (نمودار ۱). همچنین درصد کمی از اعضای هیأت علمی گروه‌های پزشکی اجتماعی تیپ ۱ دانشگاهی (۳۸/۴ درصد) مسئولیت خارج از گروه داشتند در حالیکه در دانشگاه‌های تیپ ۲ و ۳ این وضعیت برعکس بود (به ترتیب ۵۳/۸ درصد و ۶۰ درصد). در کل دانشگاه‌ها ۶۲/۹ درصد مدیر گروه‌های پزشکی اجتماعی مسئولیت خارج از گروه داشتند در حالیکه ۴۴/۱ درصد از سایر پرسنل دارای مسئولیت خارج از گروه بودند.

علی‌رغم تلاش‌های فراوان و صرف هزینه و وقت بسیار، شواهدی که نتایج و پیامدهای مثبت فعالیت‌های جامعه‌نگر گروه‌های پزشکی اجتماعی را در نظام آموزش عالی کشور بررسی نماید، در دسترس نیست (۱۲، ۱۳، ۱۴). علی‌رغم توجهی که به شیوه‌های جدید آموزش پزشکی و آموزش مبتنی بر جامعه می‌شود، هنوز این نگرش بطور مطلوب در دانشگاه‌ها ایجاد نشده است. Friedman و همکاران در سال ۱۹۹۰ گزارش نمودند که بیش از ۹۰٪ دانشکده‌های پزشکی آمریکای شمالی برنامه‌های سنتی آموزشی را اجرا می‌کنند (۱۵). در حالی که حضور فعال گروه‌های آموزشی در این واحدها و برخورد علمی در هنگام مواجهه با بیماران، موجب بهبود کیفیت در آموزش دانشجویان و همچنین ارائه خدمات خواهد شد (۱۶). مشکلات آموزش پزشکی جامعه‌نگر در سایر کشورها نیز وجود دارد. به عنوان مثال در آفریقای جنوبی کارکنان بهداشتی نقش کم رنگی در برنامه‌ریزی، اجرا و پیگیری گردش‌های دانشجویان در عرصه دارند. همچنین به دانشجویان ابزارهای لازم برای مواجهه با مشکلات موجود در جامعه داده نشده است (۱۷).

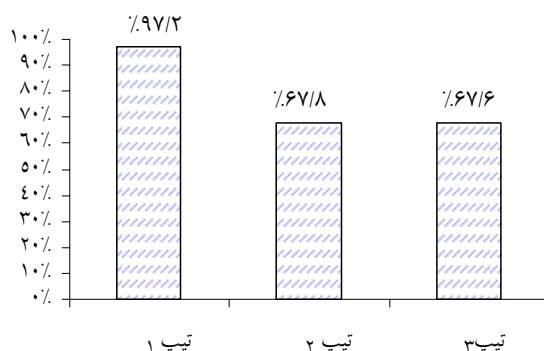
از آن جا که افت کیفیت یک محصول آموزشی به دلیل اشکال در سیستم آموزشی است؛ برای رفع آن اجزاء سیستم و روابط آن‌ها باید تک تک مورد بررسی و ارزیابی قرار گیرد (۱۸). از آن جایی که تقویت و اصلاح گروه‌های پزشکی اجتماعی می‌تواند یکی از عوامل موثر در اصلاحات آموزش پزشکی به منظور ارتقاء کیفیت آموزش جامعه‌نگر در دانشگاه‌های علوم پزشکی باشد، در همین راستا این پژوهش با هدف بررسی وضعیت هیات علمی گروه‌های پزشکی اجتماعی کل دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور در سال ۱۳۸۲ به عنوان یکی از ارکان ارتقای آموزش جامعه‌نگر و ارائه اطلاعات موجود این گروه‌ها به مسئولین انجام پذیرفت.

### روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی از نوع مقطعی است. جامعه مورد مطالعه کلیه گروه‌های پزشکی اجتماعی دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی کشور که از ردیف بودجه جامعه‌نگر بطور سالیانه استفاده می‌کنند، از نظر ترکیب اعضای هیات علمی بررسی شدند.

در مرحله نخست چک لیستی حاوی اطلاعات مورد نیاز برای پرسنل گروه‌ها طراحی شد و برای کلیه گروه‌های پزشکی اجتماعی ارسال گردید. چک لیست توسط نامه رسمی از طرف

نمودار ۱: فراوانی ردیف استخدامی مدرسین گروه‌های پزشکی اجتماعی کشور از داخل گروه به تفکیک تیپ دانشگاهی



برخی دانشگاه‌ها در گروه‌های پزشکی اجتماعی تعداد بیش از استاندارد متخصص آمار استخدام کرده‌اند (۹ نفر مازاد) برخی دانشگاه‌ها از این تخصص به اندازه استاندارد استفاده ننموده‌اند (۱۸ نفر کمبود).

فقط در ۹ گروه پزشکی اجتماعی (۲۴/۳۲ درصد) تعداد متخصص اپیدمیولوژی در حد استاندارد بود و ۲۶ گروه پزشکی اجتماعی (۷۰/۳ درصد) فاقد متخصص اپیدمیولوژی بودند. در گروه‌های پزشکی اجتماعی کشور تعداد ۲۵ نفر متخصص اپیدمیولوژی کمبود وجود داشت.

فراوانی اعضای هیات علمی به تفکیک درجه تحصیلی در جدول شماره دو آمده است. لازم به ذکر است که کلیه مدیران گروه‌های پزشکی اجتماعی به ترتیب، دارای درجه تحصیلی دکترای تخصصی (۶۵/۷ درصد)، دکترای حرفه‌ای (۱۴/۳ درصد) و فوق‌لیسانس (۲۰ درصد) بودند.

جدول ۳: فراوانی مطلق و نسبی اعضاء هیات علمی گروه‌های پزشکی اجتماعی کل کشور بر حسب نوع مدرک تحصیلی و مقایسه با وضعیت استاندارد

فراوانی هیات علمی	استاندارد تعداد	وضع موجود تعداد	درصد	کمبود تعداد	مازاد تعداد
پزشکی اجتماعی	۱۰۴	۳۸	۳۶٪	۶۶	۰
اپیدمیولوژی	۳۶	۱۱	۳۰٪	۲۵	۱
متخصص بالینی	۳۲	۳۹	۱۲۱٪	۰	۲۲
آمار حیاتی	۳۶	۲۸	۷۷٪	۸	۹
گروه‌بهداشتی (الف)	۳۶	۳۲	۸۹٪	۴	۱۷
گروه‌بهداشتی (ب)	۴۴	۴۱	۹۳٪	۳	۱۰
جامعه‌شناسی	۲۴	۲	۸٪	۲۲	۰
مامایی	۰	۷	۰٪	۰	۷
مرتبط <sup>†</sup>	۰	۴	۰٪	۰	۴
غیرمرتبط <sup>‡</sup>	۰	۷	۰٪	۰	۷
کل	۳۱۲	۲۰۹	۶۷٪	۱۰۳	۷۵

<sup>†</sup> شامل رشته‌های: آموزش پزشکی، مدیریت دولتی، مدیریت صنعتی، اطلاع‌رسانی

<sup>‡</sup> شامل رشته‌های: داروسازی، بیوشیمی، لیسانس ریاضی، حشره‌شناسی، انگل‌شناسی، مهندسی علوم، دندانپزشکی، دامپزشکی

<sup>‡‡</sup> توزیع نامناسب در دانشگاه‌های مختلف (رجوع به قسمت یافته‌ها)

فقط در ۱۱ گروه پزشکی اجتماعی (۲۹/۷ درصد) متخصص آمار حیاتی در حد استاندارد وجود داشت و در کل دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور ۱۷ دانشگاه علوم پزشکی (۴۵/۹ درصد) فاقد متخصص آمار حیاتی در گروه‌های پزشکی اجتماعی بودند. از ۵ دانشگاهی که متخصص پزشکی اجتماعی تربیت می‌نمایند، ۳ گروه پزشکی اجتماعی دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران، تهران و شیراز فاقد متخصص آمار بودند.

فقط گروه‌های پزشکی اجتماعی کرمانشاه و شهید بهشتی هیات علمی در رشته علوم رفتاری/ جامعه‌شناسی داشتند و بقیه گروه‌ها فاقد این رشته بودند که در مقایسه با شرایط استاندارد، گروه‌های پزشکی اجتماعی کشور به ۲۲ عضو هیات

جدول ۲: فراوانی مطلق و نسبی تحصیلات مدرسین گروه‌های پزشکی اجتماعی کشور

فراوانی تحصیلات	تیپ I		تیپ II		تیپ III	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
فوق تخصص	۱	۱۴٪	۰	۰٪	۰	۰٪
تخصص	۳۵	۴۷٪	۲۸	۲۹٪	۱۸	۴۵٪
دکتر	۱۵	۲۰٪	۲۴	۲۵٪	۴	۱۰٪
فوق لیسانس	۲۲	۳۰٪	۴۰	۴۲٪	۱۸	۴۵٪
لیسانس	۰	۰٪	۲	۲٪	۰	۰٪
کل	۷۳	۱۰۰٪	۹۴	۱۰۰٪	۴۰	۱۰۰٪

جدول شماره سه ترکیب اعضای هیات علمی گروه‌های پزشکی اجتماعی کشور را براساس نوع مدرک تحصیلی و مقایسه آن با شرایط استاندارد نشان می‌دهد. به جز دانشگاه علوم پزشکی گیلان که تعداد متخصص پزشکی اجتماعی آن در حد استاندارد بود، سایر دانشگاه‌ها تعداد متخصص پزشکی اجتماعی کمتر از حد نیاز داشتند. همچنین ۱۳ گروه پزشکی اجتماعی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور فاقد متخصص پزشکی اجتماعی بودند. در کل دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور تعداد ۶۶ متخصص پزشکی اجتماعی کمبود وجود داشت. این جدول همچنین نشان می‌دهد که در بعضی از دانشگاه‌های علوم پزشکی به کارگیری اعضای هیات علمی با مدارک تحصیلی مختلف بدون در نظر گرفتن نیاز گروه آموزشی و نامتوازن صورت گرفته است. به عنوان مثال، در حالی که

از گروه‌های پزشکی اجتماعی به جای جذب نیروهای هیات علمی مرتبط براساس نیاز گروه و استاندارد تعیین شده، ردیف‌های هیات علمی گروه را با تخصص‌های بالینی، گروه‌های بهداشتی و رشته‌هایی که جزو ساختار این گروه‌ها نیستند (مانند مامایی، داروسازی، بیوشیمی، حشره‌شناسی، انگل‌شناسی، مهندسی علوم، دندانپزشکی و دامپزشکی) اشغال کرده‌اند.

خالی بودن ردیف‌های موجود گروه‌های پزشکی اجتماعی از متخصصین پزشکی اجتماعی، اپیدمیولوژی، جامعه‌شناسی و آمار حیاتی و علی‌الخصوص استفاده از ردیف‌های این گروه‌ها برای به کار گماشتن متخصصین سایر رشته‌ها حکایت از توزیع نامناسب نیروی انسانی در این بخش دارد. این در حالی است که شاهد مشکلات متعدد در تصدی پست‌های هیأت علمی برای فارغ‌التحصیلان دارای مدرک دانشنامه پزشکی اجتماعی و از سوی دیگر عدم اعلام نیاز از سوی دانشگاه‌های کشور (که باید به شکل سالیانه و همزمان با اعلام نتایج آزمون گواهینامه و دانشنامه تخصصی صورت گیرد) هستیم. از طرفی تمایل مشهود فارغ‌التحصیلان برای اشتغال و سکونت در شهرهای بزرگ به این توزیع نامتقارن دامن می‌زند.

دستیابی به رسالت گروه‌های پزشکی اجتماعی منوط به وجود نیروهای تخصصی مرتبط و توانمند در این گروه‌ها است. فقدان این نیروها و جایگزین کردن سایر تخصص‌ها نتیجه‌ای جز ناکامی این گروه‌ها در دستیابی به اهداف در نظر گرفته شده (از جمله ارتقای آموزش جامعه‌نگر) در پی نخواهد داشت.

### پیشنهادات

- ۱- تجدیدنظر و اصلاح ساختارهای موجود به گونه‌ای که حتی‌الامکان تصدی پست‌ها توسط فارغ‌التحصیلان آموزش دیده رشته‌های مرتبط صورت گیرد.
- ۲- تعیین استانداردهای عملکرد گروه‌های پزشکی اجتماعی و نظارت مستمر بر رعایت این استانداردها.
- ۳- فراهم‌آوری تسهیلات و امکانات کافی در دانشگاه‌های کوچکتر در جهت تشویق فارغ‌التحصیلان به ارائه خدمت در این دانشگاه‌ها.

### قدردانی

در خاتمه محققین مراتب سپاسگزاری خویش را از همکاری مسئولین محترم معاونت آموزشی و امور دانشجویی و همچنین مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در فراهم آوردن امکان انجام این پژوهش و گروه‌های پزشکی اجتماعی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور برای همکاری در اجرای آن اعلام می‌دارند.

علمی در این رشته نیاز داشتند.

تعداد متخصص بالینی در ۱۰ گروه پزشکی اجتماعی (۲۷ درصد) مطابق با استاندارد بود و در کل گروه‌ها، ۲۲ متخصص بالینی بیشتر از حد استاندارد مشغول به خدمت بودند.

۱۷ گروه پزشکی اجتماعی (۴۵/۹ درصد) فاقد هیات علمی در گروه بهداشتی الف بودند و ۱۰ گروه (۲۷ درصد) هیات علمی اضافی در این رشته‌ها داشتند. اعضای هیات علمی گروه بهداشتی الف در ۹ گروه پزشکی اجتماعی (۲۴/۳ درصد) مطابق با تعداد استاندارد بود. گروه‌های پزشکی اجتماعی ۱۲ دانشگاه (۳۲/۵ درصد)، اعضای هیات علمی گروه بهداشتی ب مطابق با تعداد استاندارد داشتند و ۱۲ گروه فاقد هیات علمی گروه بهداشتی ب بودند. با این وجود ۹ دانشگاه (۲۴/۳ درصد) با تورم هیات علمی در این رشته‌ها مواجه بودند که اکثراً در تیپ ۲ دانشگاهی قرار داشتند.

### بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه، داده‌های ۳۷ گروه پزشکی اجتماعی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. بیشترین فراوانی تحصیلات اعضای هیأت علمی در گروه‌های تیپ یک: تخصص (۴۷/۹ درصد) و فوق‌لیسانس (۳۰/۱ درصد)، در تیپ دو: تخصص (۲۹/۸ درصد) و فوق‌لیسانس (۴۲/۶ درصد) و در دانشگاه‌های تیپ سه مدرک تحصیلی تخصص و فوق‌لیسانس برابر (۴۵ درصد) بود.

بالا بودن درصد هیات علمی پاره‌وقت عضو گروه‌های پزشکی اجتماعی دانشگاه‌های تیپ سه (۴۴/۷ درصد) در کنار درصد بالای اعضای این گروه‌ها که از خارج گروه ردیف استخدامی گرفته‌اند (۳۲ درصد)، می‌تواند بیانگر ناکافی بودن تعداد اعضای هیات علمی و یا کم اهمیت بودن گروه‌های پزشکی اجتماعی در این دانشگاه‌ها باشد. داشتن مسئولیت خارج از گروه در درصد بالایی از اعضای هیات علمی گروه‌های پزشکی اجتماعی تیپ سه (۶۰ درصد) بیانگر کمبود عضو هیات علمی در این دانشگاه‌ها است.

زندگی و همکاران مهم‌ترین عامل موثر آموزشی در اجرای آموزش پزشکی جامعه‌نگر را آگاهی اعضای هیات علمی و افزایش تعداد تخصص‌های مرتبط در گروه‌های پزشکی اجتماعی دانسته‌اند (۱۹). همچنین کامکار افزایش تعداد نیروی انسانی متخصص و آگاه به آموزش پزشکی جامعه‌نگر را عامل مهم در تحقق آموزش پزشکی جامعه‌نگر می‌داند (۲۰). در مطالعه حاضر نیز بیشترین کمبود هیات علمی گروه‌های پزشکی اجتماعی مربوط به مهم‌ترین تخصص‌های لازم برای این گروه‌ها، یعنی پزشکی اجتماعی (۶۶ نفر)، اپیدمیولوژی (۲۵ نفر)، جامعه‌شناسی (۲۲ نفر) و آمار حیاتی (۱۷ نفر) بود. با مشاهده جدول شماره سه می‌توان نتیجه گرفت که بسیاری

## منابع

- ۱- فرجادی غلامعلی. در ترجمه: توسعه اقتصادی در جهان سوم. تودارو مایکل (مؤلف). تهران: سازمان برنامه و بودجه. چاپ سوم ۱۳۷۶.
- 2- Issenberg S B, Pringle S, Harden R M, Khogali S & Gordon M S. Adoption and integration of simulation- based learning technologies into the curriculum of a UK Undergraduate Education Program. *Med Edu* 2003; 37 (Supl. 1): 42- 49.
- 3-WFME world summit on medical education the changing medical profession. Recommendations. Edinburgh, 8- 12 August 1993.
- 4-Walton H. The Edinburgh Declaration: Ten years afterwards. *Basic Science Educator* 1999; 9: 3-7.
- 5-Russell A, Teijlingen E van, Lambert H, Stacy R. Social and behavioral science education in UK medical schools: current practice and future directions. *Med Edu* 2004; 38 (4): 409- 417.
- ۶- آصف‌زاده سعید. آموزش پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی. تهران: شرکت انتشارات علمی و فرهنگی. ۱۳۷۶.
- 7-Bradley P & Postlethwaite K. Setting up a clinical skills learning facility. *Med Edu* 2003; 37 (Supl. 1): 6- 13.
- 8-O'Sullivan M, Martin J & Murray E. Students' perceptions of the relative advantages and disadvantages of community-based and hospital-based teaching: a qualitative study. *Med Edu* 2000; 34: 648- 655.
- ۹- مرندی علیرضا، عزیزی فریدون، لاریجانی باقر، جمشیدی حمیدرضا. سلامت در جمهوری اسلامی ایران. تهران: چاپ یونیسف. پائیز ۱۳۷۷.
- ۱۰- سوابق جلسات شورای آموزش پزشکی جامعه‌نگر. مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۱۳۷۸-۱۳۸۲.
- ۱۱- ابلاغ شماره ۷۸/۱۱/۹ آ/۱/۱۵۸۱۹ تاریخ ۷۸/۱۱/۹ معاون محترم آموزشی وزارت بهداشت به روسای دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور.
- ۱۲- نجفی‌پور صدیقه. بررسی میزان جامعه‌نگر بودن آموزش پزشکی در دانشکده پزشکی شیراز. پایان‌نامه کارشناسی ارشد آموزش پزشکی و مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی شهید بهشتی ۱۳۸۲.
- ۱۳- یادآور نیکروش منصوره. مطالعه تطبیقی برنامه‌ریزی و مدیریت آموزش پزشکی جامعه‌نگر در دانشکده‌های پزشکی ایران و جهان. پایان‌نامه دکترا (Ph.D). دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات. تهران ۱۳۸۷.
- ۱۴- صداقت‌سیاهکل مجتبی، ترابیان سعادت، وثوق‌مقدم عباس. گزارش طرح "بررسی وضعیت موجود گروه‌های پزشکی اجتماعی دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی". مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۱۳۸۱.
- ۱۵- فرقان‌پرست کامبیز، شجاعی حسین. در ترجمه: مروری بر آموزش پزشکی جامعه‌نگر. آموزش پزشکی جامعه‌نگر چیست؟ حمد بشیر (مؤلف). تهران مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. ۱۳۷۷.
- ۱۶- مرتضوی علی اکبر، رزم آرا اصغر. بررسی رضایت‌مندی کارآموزان و کارورزان بالینی رشته پزشکی از آموزش بخش‌ها، اورژانس، مراکز سرپایی داخل بیمارستان و مراکز سرپایی درون جامعه دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. *مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی* ۱۳۸۲؛ ۳(۳): ۴۹ - ۵۲.
- 17-Williams RL, Reid SJ, Myeni C, Pitt L , Solarsh G. Practical skills and valued community outcomes: the next step in community-based education. *Med Edu* 1999; 33: 730- 737.
- ۱۸- محمدی آئین، مجتهدزاده ریتا. بانک اطلاعات و رتبه‌بندی دانشکده‌های پزشکی ایران. تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. دبیرخانه شورای آموزش پزشکی و تخصصی. ۱۳۸۲.
- ۱۹- زندی قشقایی کرامت الله، حسینی محمد، مداح باقر. بررسی عوامل موثر در اجرای آموزش پزشکی جامعه‌نگر در دانشگاه‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شهر تهران در سال ۱۳۷۷. *مجله دانشگاه علوم پزشکی یاسوج* ۱۳۸۰؛ ۶(۲۴): ۴۲- ۴۸.
- ۲۰- کامکار م. گفتگویی با دبیر آموزش پزشکی جامعه‌نگر. *ارمغان دانش* ۱۳۷۶؛ ۱: ۶۳.

## Evaluation of Community Medicine Departments in Iran Medical Schools and Universities with respect to Faculty Members

Saadat Torabian\*, Abbas Vosugh Mogadam\*\*, Mojtaba Sedaghat Syahkal\*\*\*

\*MD, MPH, CPM, Assistant Professor in Community Medicine Department, Hamedan University of Medical Sciences, Hamedan-Iran

\*\*MD, MPH, CPM, National Health Policy Unit, Ministry of Health and Medical Education, Tehran -Iran

\*\*\*MD, MPH, CPM, Assistant Professor in Community Medicine Department, Tehran University of Medical Sciences, Tehran -Iran

### Abstract

**Introduction:** Training the efficient human resources needs different specialties such as economic, political, cultural, administrative and environmental sciences alongside proper educational planning. In the recent era, role of non-clinical and non-biomedical disciplines such as social sciences are more eventful. Traditional inpatient education can't fulfill recent medical students' needs and skills. This study was performed to determine the statue of Community Medicine Departments of all Medical schools and Universities in Iran with regard to their faculty members. This study has a focus on the status of Community Medicine Departments of all Medical Sciences schools and Universities of Iran with respect to their faculty members.

**Methods:** In this descriptive cross- sectional study some aspects of educational and research processes in departments of Community Medicine in all Medical Universities affiliated to the MOH were analyzed, with a focus on their faculty members. The data was analyzed by SPSS soft ware.

**Results:** There were 318 staffs in the Community Medicine Departments in all three classes of universities, 209 (65.7%) faculty and 92 (28.9%) non- faculty member and 17 (5.3%) were unkown. All these schools and universities except Guilan university of medical sciences had less Community Medicine Specialist than standard, epidmiology in 9 groups and Biostatistics in 11 groups had sufficient specialists respectively. Except for Beheshti and Kermanshah university of medical scineces, lack of sociologist and behavioural scientists as faculty member in community medicine department in all universities have been observed.

At present, totally 22 clinical specialists serve as faculty member in all community medicine department in medical universities, this number is out of standard rate.

**Conclusion:** most of medical universities in Iran serve irrelevant course in community medicine department without considering, group necessity, course relevancy, and determined standard.

**Key words:** educational evaluation, community medicine, Teacher, Faculty member, community oriented medical education

**Corresponding Author:** Saadat Torabian. MD, MPH, CPM, Assistant Professor in Community Medicine Department, Hamedan University of Medical Sciences, Hamedan-Iran  
torabian\_s@yahoo.com