نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت فرهنگستان علوم پزشکی
دوره پنجم، زمستان ۱۴۰۰، شماره چهارم، صفحات ۵۶۷ تا ۵۷۳

پژوهشی

علت عدم تمایل ورود به دوره دستیاری در بین پزشکان عمومی در ایران: یک نظریه زمینه‌ای

کامران باقری لنکرانی[۱]، احمد کلاته‌ساداتی[۲]، سولماز قهرمانی[۳*]

۱. استاد ممتاز دانشگاه علوم پزشکی شیراز، مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت، پژوهشکده سلامت، شیراز، عضو پیوسته فرهنگستان علوم پزشکی
۲. دانشیار دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه یزد، یزد
۳. *نویسنده مسئول: استادیار مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، suli.ghahraman@gmail.com

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۱۰/۱۸ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۱۰/۲۵

چکیده

زمینه و هدف: عدم تمایل برای ورود به دوره دستیاری پزشکی یکی از چالش‌های جدید مهم نظام سلامت ایران است. هدف مطالعه حاضر، واکاوی دلایل و زمینه‌های اجتماعی این چالش است.

روش: این مطالعه کیفی با رویکرد نظریه زمینه‌ای در سال ۱۴۰۰ و با مشارکت پزشکان عمومی با سابقه شرکت در امتحان دستیاری انجام شد. داده‌ها به روش مصاحبه غیرساختارمند جمع‌آوری و به شیوه کدگذاری باز، محوری و انتخابی تحلیل شد. در نهایت الگوی نظریه زمینه‌ای احصاء شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که مشارکت‌کنندگان از شرایط حاکم بر پزشکی عمومی و دوره دستیاری، ناراضی و نسبت به آینده، نگران هستند. مضامین در قالب سه مضمون شرایط ساختاری، کژکارکردی دانشگاه، و فرهنگ مهاجرت به عنوان عامل مداخله‌گر به‌دست آمد. پدیده برساخت شده در تحقیق، یأس و بی‌انگیزگی برای ادامه تحصیل در دوره دستیاری تخصصی است. پاسخ به این شرایط مأیوس‌کننده، انصراف از ادامه تحصیل برای تخصص و یا مهاجرت به خارج از کشور می‌باشد. مسئله‌ای که منجر به کمبود پزشک متخصص و هدررفت استعدادها خواهد شد.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌ها، توجه به نیازهای دانشجویان پزشکی، ایجاد تحول در آموزش پزشکی و به‌روزرسانی برنامه‌های درسی، امیدآفرینی و بهبود شرایط اقتصادی به‌ویژه حمایت مالی از پزشکانی که در مناطق محروم خدمت می‌کنند از ضرورت‌های سیاست‌گذاری در ایران است. اصلاحات در انحصار نهادینه شده بر نظام سلامت در ایران با رویکرد میان‌رشته‌ای و فراقوه‌ای پیشنهاد می‌شود.

کلیدواژه‌ها: آموزش پزشکی، انترنی و رزیدنتی، ایران، سیاست بهداشت، ناکامی

مقدمه

کشور ایران در سال ۲۰۱۶، ۴۶ نفر پزشک متخصص به ازای هر ۱۰۰,۰۰۰ جمعیت داشت که تخمین زده می‌شود که در سال ۲۰۲۶، در ایران به ازای هر ۱۰۰,۰۰۰ جمعیت به ۶۳ پزشک متخصص نیاز خواهد بود. اگر چنین نیازی پاسخ داده نشود، نابرابری جدی در ارائه و تأمین مراقبت سلامت تخصصی به وجود خواهد آمد که روند فعلی تربیت دستیار تخصصی این فرضیه را تقویت می‌کند. علاوه بر تعداد، تفاوت از نظر دسترسی و نسبت متخصص به ازای جمعیت در گروه‌های تخصصی مختلف در بین مناطق کشور نیز وجود دارد(۱).

برای حل مسئله نابرابری موجود و اشکال شدیدتر نابرابری بالقوه، نظام سلامت، نیازمند تربیت پزشک متخصص است. بخشی از پزشکان عمومی که برای ورود به رشته پزشکی نیازمند وجود مهارت‌ها و خصوصیات شخصیتی و تعهد حرفه‌ای خاص هستند(۲)، پس از اتمام دوره، با لحاظ کردن هزینه- فرصت دوره تخصص، دشواری‌های امتحان ورودی دستیاری و گذراندن دوره چند ساله تخصص را متحمل می‌شوند و به عنوان متخصص ادامه فعالیت می‌دهند. انتخاب تخصص و ورودبه دوره دستیاری تخصصی به عنوان یک خواهندگی مطلوب بین پزشکان عمومی، حتی از زمان دانشجویی تلقی می‌شود. در بین افرادی که دوره پزشکی عمومی خود را به اتمام رسانده‌اند، خواهندگی دوره تخصص تاکنون بیش از ۵۰ درصد گزارش شده است(۳) حتی نشان داده شده است بین ۵۰ تا ۹۰ درصد از دانشجویان سال چهارم تا پنجم پزشکی، رشته مورد نظر خود برای تخصص را انتخاب کرده‌اند(۴، ۵).

بیشتر مطالعات در حوزه پذیرش رشته‌های تخصصی پزشکی به دلیل خواهندگی بالا برای ورود به دوره تخصص بیشتر برعوامل مؤثر بر انتخاب

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-02]

رشته تخصصی یا عواملی که در صورت انتخاب تخصص باعث ماندگاری متخصص در مناطق محروم می‌شوند، تمرکز داشته است(۳-۹). هرچند روشن است که علل مختلفی بر انتخاب رشته تخصصی مؤثرند، این عوامل با توجه به شرایط اقتصادی و اجتماعی به صورت پویا در حال تغییر هستند (۱۰). در هلند پزشکان مرد در انتخاب خود برای تخصص تحت تأثیر فناوری، وضعیت درآمد و فعالیت‌های علمی بودند در حالی که زنان بیشتر تحت تأثیر تماس تنگاتنگ با بیماران، ساعات کاری مطلوب و نوبت‌های کاری کوتاه‌تر قرار داشتند(۳). درآمدی که بتواند تأمین‌کننده زندگی باشد به عنوان انگیزه برای انتخاب تخصص همواره یکی از عوامل ورود به دوره تخصصی بوده است (۷).

در کشورهای با درآمد کم و متوسط به‌طورکلی عوامل مؤثر بر انتخاب رشته تخصصی عوامل تعیین‌کننده شخصی، جنبه‌های تحقق زندگی، جنبه‌های شغلی تأثیرگذار، عوامل تعیین‌کننده آموزشی و تأثیرات بین فردی بوده‌اند (۱۱). در میان دانشجویان ۵ سال اول پزشکی در ایران، رشته‌های متفاوتی مورد علاقه بوده‌اند (۴). همچنین مردان، به‌ویژه در زمانی که فرد محل زندگی فرد در مناطق کمتر برخوردار بود، چنانچه قبل از دوره تخصص با مناطق محروم برخورد داشت احتمال ماندگاری بیشتری درمناطق محروم بعد از دوره تخصص داشت(۱۲).

یکی از علل ورود به دوره تخصص درآمد بالاتر متخصصان در مقایسه با پزشکان عمومی است. تفاوت درآمد بین متخصصان در مقایسه با پزشکان عمومی با دلایلی چون طول مدت بیشتر آموزش، دشواری‌های آموزشی که که در طول دوره دستیاری داشته‌اند و تفاوت در توانایی قابل مشاهده شده و غیر قابل مشاهده آنها در ارایه خدمات و مراجعات بیشتر توجیه شده است. این عوامل تنها نیمی از تفاوت بین درآمد این دو گروه را توضیح می‌دهند، محتمل‌ترین توضیح برای تفاوت درآمد باقی مانده، افتراق‌هایی است که در زمان ورود بین تخصص‌ها وجود دارد(۱۳). بحران‌هایی مانند بحران‌های مالی (۷)، همه‌گیری کووید-۱۹ ، تورم و مشکلات خاص برخی کشورها مانند تحریم‌ها همگی بر روی درآمد و انتخاب تخصص تأثیر گذارند.

نظام سلامت در ایران در سال‌های اخیر با مسئله تکمیل نشدن برخی رشته‌های تخصصی مواجه شده است که البته در برخی دیگر از کشورها هم تجربه شده است. برای مثال تایوان، در دهه ابتدایی سال ۲۰۰۰، با وجود تعداد مناسب پزشک، با مشکل عدم تکمیل ظرفیت متخصصان زنان، بی‌هوشی و جراحی مواجه شد و علت انتخاب تخصص‌های خاص، فرصت‌های شغلی، ترجیحات شخصی مرتبط با توانمندی و هوش توسط دانشجویان اظهار شد(۱۴). اگرچه تکمیل نشدن ظرفیت برخی رشته‌های تخصصی در کشور ایران در گذشته هم به صورت نادر رخ داده بود، ولی برای نخستین بار در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ در ایران، عدم تکمیل ظرفیت به صورت گسترده در بسیاری از رشته‌های تخصصی اتفاق می‌افتد. در بعضی رشته‌ها مانند طب اورژانس، حتی در برخی از دانشگاه‌های بزرگ تهران و مراکز استان، خواهندگی به صفر رسید یا رشته‌هایی مثل رادیولوژی که پیش از این خواهندگی بالایی داشت، با عدم تمایل برای ورود مواجه شد، به نحوی که وزارت بهداشت مجبور شد برای تکمیل ظرفیت در چند نوبت اقدام به کاهش حداقل نمره قبولی کند.

این مسئله یک هشدار جدی برای سیاست‌گذاران سلامت در ایران است. فهم دلایل و زمینه‌های اجتماعی و سیاست‌گذارانه آن، نیازمند پژوهش‌های گسترده است. از آنجایی که در این زمینه مطالعه‌ای انجام نشده است و فاقد یک رویکرد مفهومی‌نسبت به مسئله هستیم، انجام تحقیق کیفی در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد. ضروری است فهم عمیقی از مسئله یعنی عدم تمایل برای ورود به دوره دستیاری تخصصی در ایران داشته باشیم. تحقیق حاضر گام نخست برای شناخت این پدیده است. هدف از این مطالعه، واکاوی علل عدم تمایل ورود به دوره دستیاری در بین پزشکان عمومی ایران است. نتیجه تحقیق برای برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران منابع انسانی در سطح وزارت بهداشت بسیار کمک‌کننده خواهد بود.

روش

در این تحقیق کیفی مصاحبه‌های غیرساختارمند با پزشکان عمومی و چند ماه پس از امتحان دستیاری سال ۱۴۰۰ صورت گرفت. معیار ورود، حضور پزشکان عمومی بود که تجربه شرکت در آزمون ورودی دستیاری را داشته باشند. سربازان، افرادی که به صورت سهمیه خاص دوره پزشکی عمومی خود را گذرانده‌اند و موظف به گذراندن دوره تعهد خاصی پس از دانش‌آموختگی در دوره پزشکی عمومی بوده‌اند، یا رضایت به شرکت در مصاحبه را نداشته از مطالعه خارج شدند. با معیارهای مذکور، تعداد ۱۲ نفر در مصاحبه شرکت کردند که شامل ۴ پزشک زن و ۸ پزشک مرد و بازه سنی افراد مورد مطالعه ۳۳- ۲۶ سال بود.

پس از تصویب طرح در دانشگاه علوم پزشکی شیراز و اخذ مجوز اخلاقی برای انجام طرح، با هماهنگی با مصاحبه‌شوندگان، زمان و مکان مناسب برای مصاحبه عمیق هماهنگ شد. در ابتدای مصاحبه از همه فرم رضایت آگاهانه اخذ شد با ذکر اینکه مصاحبه‌ها بدون نام است. طی این مصاحبه‌ها، از مصاحبه‌شوندگان پرسیده شد که چرا تمایل به ورود به دوره دستیاری در این دوره کم شده است و آنها فرصت داشتند، بدون محدودیت نظرشان را بیان کنند. پس از هر مصاحبه، تبدیل مصاحبه‌ها به نوشتار و استخراج واحدهای معنادار صورت گرفت. مصاحبه‌ها تا رسیدن به نقطه اشباع نظری ادامه یافت.

روش تحلیل

از نرم‌افزار مدیریت داده‌های مطالعه کیفی برای تحلیل استفاده نشد و

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-02]

تحلیل‌ها به صورت دستی بود. روش نظریه زمینه‌ای اشتروس و کوربین مورد استفاده قرار گرفت (۱۵). محققان با مطالعه چندین باره مصاحبه‌ها، از روش شناور شدن در داده‌ها برای کددهی استفاده کردند. مرحله مصاحبه و آنالیز هم‌زمان انجام شد که محققان مطمئن باشند که هر مصاحبه به عنوان یک دستورالعمل برای مصاحبه بعدی است. استفاده از کدگذاری باز محوری و انتخابی به منظور احصاء نتایج استفاده شد. دو نفر از محققان به صورت جداگانه کددهی را انجام و در انتها با مشاهده تشابهات و تفاوت‌ها در کددهی به تفاهم رسیدند. پس از آن طی جلسات مشترک، اعضای تیم در مورد ایجاد، حذف موارد نامناسب، ادغام موارد مشابه، و تغییر در نام‌گذاری تم‌ها به تفاهم رسیدند. در نهایت برای ارائه یک الگوی نظریه زمینه‌ای، مضامین اصلاح شده حول پدیده برساخت شده، در قالب شرایط زمینه‌ای، عوامل مداخله‌گر، استراتژی‌ها و پیامدها ارائه شد (۱۶).

به منظور افزایش قابلیت اطمینان و دقت نتایج، از معیارهای گوبا و لینکلن که با عنوان کلی اعتمادپذیری شناخته می‌شوند، استفاده شد(۱۷). در تمام مراحل محققان یادداشت‌هایی را به منظور شناسایی مفروضات ذهنی خود و جلوگیری از تداخل مغرضانه آنها با نتایج مطالعه در کنار مصاحبه‌ها ثبت کردند(۱۸).

یافته‌ها

نتایج تحقیق نشان داد عدم تمایل برای ورود به دوره تخصصی متأثر از مؤلفه‌های اجتماعی و فرهنگی مختلفی است که بخشی از آن با شرایط عمومی جامعه و بخشی دیگر با ساختار و سیاست‌گذاری در نظام سلامت ایران در ارتباط است. در مورد اول، شرایط اقتصادی کشور به علت تورم و فشارهای اقتصادی از یک سو به شکل‌گیری وضعیت فارغ‌التحصیلان دوره تخصصی از حیث امنیت شغلی و درآمد پایدار مرتبط انجامیده است و از سوی دیگر، نابرابری اجتماعی، مسئله‌ای ساختاری است که به آموزش پزشکی نیز رخنه کرده است. به‌گونه‌ای که شرکت‌کنندگان معتقد بودند که در شرایط حاضر، دانشجویانی که از سرمایه یا موقعیت اجتماعی بالاتری برخوردارند، علاوه بر گذراندن بی‌دغدغه دوران آموزشی، آینده شغلی بهتر و رضایت‌بخش‌تری دارند. مسئله دیگر ساختاری، نقش دانشگاه‌های علوم پزشکی است. مصاحبه‌شوندگان ذکر کردند که دانشگاه به لحاظ آموزشی، مشکلاتی در کیفیت وجود دارد و برخی استادان پزشکی، خود عاملی برای دلسردی و مشوق مهم برای مهاجرت دانشجویان می‌باشند. در این میان، یک عامل مداخله‌گر کلی اشاره شده که به دانشجویان پزشکی محدود نمی‌شود، میل به مهاجرت است. بدیهی است که این فضای ارزشی و هنجاری، روی دانشجویان پزشکی تأثیر گذاشته که به دنبال فرصتی برای خروج از کشور باشند. مضامین احصاء شده در تحقیق حاضر عبارتند از: چالش‌های ساختاری، کژکارکردی دانشگاه، و فرهنگ مهاجرت.

چالش‌های ساختاری

مشارکت‌کنندگان نگاه امیدوارانه نسبت به آینده خود ندارند. این موضوع باعث شده بود که ورود به دوره دستیاری و صرف بخشی طولانی از عمر مفید خود، همراه با آینده مبهم شغلی و درآمدی، برای آنها مطلوبیت نداشته باشد. شرکت‌کنندگان ذکر کردند یک فوق‌تخصص سال‌های زیادی را باید صرف آموزش کند. ضمن اینکه بخشی از این دوران را باید با حقوق حداقل در مناطق محروم خدمت کند. آنها معتقد بودند در مقایسه خود با افراد همسن که به صورت پزشک عمومی ادامه فعالیت داده‌اند یا افراد هم سن و سالی که وارد رشته پزشکی نشده‌اند و در طول این بازه زمانی، به جایگاه شغلی و اجتماعی پایدار و خوبی رسیده‌اند، برخی متخصصان هنوز با بی ثباتی مالی و مشکلات زیادی در زمینه ثبات شغلی دست و پنجه نرم می‌کنند. دو چالش بزرگ از نظر آن‌ها مشکلات اقتصادی و مسئله فارغ‌التحصیلان پزشکی و نابرابری‌های اجتماعی بود که بر آموزش پزشکی و عدم تمایل برای ورود به دوره دستیاری تأثیرگذار بوده است.

مشکلات اقتصادی و مسئله‌ی فارغ‌التحصیلان پزشکی: جامعه ایران به عنوان یک کشور در حال توسعه، بستر تغییرات اجتماعی و اقتصادی فراوان شامل تحریم‌های ناعادلانه، مشکلات اقتصادی مانند کاهش ارزش پول ملی و تورم است. شرکت‌کنندگان معتقد بودند از آن جایی که دانشجو قبل از ورود به دانشگاه، آرمان‌های زیادی به‌ویژه آینده شغلی خوب و با درآمد بالا دارد، به محض ورود به دانشگاه متوجه شکنندگی آن آرمان‌ها و آینده نامطمئن خود می‌شود. پزشکان معتقد بودند که پس از فارغ‌التحصیلی دوره عمومی، باید در مناطق محروم خدمت کنند یا اینکه در کلینیک‌های خصوصی که خود مدیریت آن را ندارند فعالیت کنند. همچنین دانشجویان دوره دستیاری تخصصی، رضایتی از وضعیت معیشت خود ندارند. آینده شغلی نامطمئن وضعیتی از ناامیدی و بی‌انگیزگی نسبت به آینده را برای آن‌ها به وجود آورده است. این حقوق حداقلی با نبود آینده شغلی مطمئن در زیر اشاره شده است. مصاحبه‌کنندگان شماره ۲ و ۳ (پزشک مرد) به ترتیب:

«الان به‌راحتی می‌توانید در یکی از کشورهای همسایه با حقوق چهار هزار دلار به عنوان پزشک عمومی مشغول به کار شوید ، چرا باید درس خواند، سختی کشید و بعد با کلی منت و با کار طاقت فرسا در یک شهر محروم ۵۰۰ دلار آن هم با تأخیر فراوان دریافت کرد؟»

«امکان کسب درآمد بیشتر از متخصص با مدرک پزشک عمومی به خصوص در کارهای زیبایی و پوست وجود دارد. درحالی‌که درآمد متخصصان پس از فارغ‌التحصیلی کمتر و آن هم با تأخیر و با فعالیت در مناطق محروم به دست می‌آید.»

نابرابری‌های اجتماعی: چالش‌های دیگر ساختاری این مطالعه موضوع نابرابری‌های اجتماعی در کشور است. مشارکت‌کنندگان اظهار کردند که

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-02]

دانشجوی پزشکی از زمانی که وارد دوره بالینی می‌شود، نابرابری اجتماعی را در فضای آموزش پزشکی درک و تجربه می‌کند. شرکت‌کنندگان معتقد بودند که در نظام سلسله مراتبی آموزش پزشکی، فشار زیادی (و نه لزوماً مسئولیت بیشتری) بر عهده دانشجوی پزشکی است که باید در صورت لزوم، بر بالین بیمار حاضر شود و به نیازهای بیمار پاسخ گوید. او به مرور زمان متوجه می‌شود که بخش بزرگی از فعالیت‌ها در نظام سلامت در بیمارستان بر عهده او و همکلاسی‌های او است درحالی‌که دریافتی مالی کمی دارد. این موضوع زمانی که با هم‌کلاسی‌ها و دستیاران تخصصی به گفتگو گذاشته می‌شود، درک عمیقی از استثمار را ایجاد می‌کند. آن‌ها به مقایسه شرایط خود با دیگر افراد سیستم سلامت می‌پردازند. این احساس بی‌عدالتی در طول دوره تحصیل تا دوره فوق‌تخصصی و فلوشیپ هم ادامه دارد. با این احساس زمانی که بعدها که وارد جامعه می‌شود، به صورت آگاهانه یا ناآگاهانه تبدیل به رفتارها و مکانیسم‌های جبرانی خواهد شد.

مشارکت‌کنندگان ذکر می‌کردند که دانشجوی پزشکی در هیچ مقطعی، از یک شرایط عادلانه و منصفانه برخوردار نیست. حجم زیادی از اقدامات در بیمارستان‌های آموزشی - درمانی را دانشجویان پزشکی انجام می‌دهند و آنها معتقد بودند که در مقایسه با پرستاران شاغل، کار بیشتری انجام می‌دهند، مسئولیت بیشتری را بر عهده دارند و شیفت‌های چندین ساعته را تحمل می‌کنند؛ اما از مزایا و حقوق متناسبی برخوردار نیستند. دانشجوی پزشکی خود را در حالی می‌بیند که حداقل زندگی را در زمانی که تلاش‌های هم سن و سال‌های او به ثمر نشسته، ندارد و هنوز باید توسط خانواده تأمین شود. مصاحبه‌کننده شماره ۵ (پزشک مرد):

یک دانشجوی پزشکی که مثلاً ۲۴ یا ۲۵ ساله هست باید از خانواده خود پول تو جیبی بگیره. اینا همش سخته دیگه. کارامون سخته، طول دوره زیاده.

این تجربه برای دستیاران پزشکی دشوارتر است. چرا که در بیمارستان‌های آموزشی، حجم زیادی از کار بیمارستان را بر عهده دارند، احساس نوعی بی‌عدالتی و حتی استثمار را به‌وجود می‌آورد. این موضوع حتی بعد از فارغ‌التحصیلی نیز ادامه می‌یابد.

کژکارکردی دانشگاه

دومین مضمون برساخت شده در تحقیق، کژکارکردی دانشگاه است. بدین معنا که کارکرد دانشگاه باید حفظ و تقویت استعداد و سرمایه‌های کشور باشد. شرکت‌کنندگان بیان کردند که دانشجو بعضاً با فضاهایی در دانشگاه مواجه می‌شود که به جای ارائه راهکار برای حل مشکلات، مهاجرت را پیش‌روی دانشجوی پزشکی می‌گذارند. ایجاد یأس توسط برخی استادان و کیفیت پایین آموزش، دو مقوله مرتبط با این مضمون است.

ایجاد یأس توسط استادان: در فضای عمومی آموزش، پزشکان ذکر کردند که برخی از استادان مشوق دانشجویان توانمند برای رفتن به خارج از کشور هستند. آن‌ها مدام از کمبودها و مشکلات حوزه سلامت می‌گویند، یا در سطحی کلی‌تر فقط بر نقاط ضعف شرایط نظام اجتماعی و اقتصادی کشور تأکید می‌کنند. بیان مکرر مشکلات توسط استادان، تأثیر زیادی بر نگرش و رفتار دانشجویان دارد . پزشک عمومی مرد شماره ۲و۳:

«الگوی خوب و حامی می‌تواند در مسیر تحصیل راهنما باشد. متأسفانه تعدادی از استادان در دوره پزشکی عمومی به ناامیدی‌ها دامن می‌زنند».

«استادمان می‌گفت با این حقوق‌ها همه زیر خط فقریم».

این شرایط باعث می‌شود که دانشجو اگر به فکر ادامه تحصیل در دوره تخصص هم باشد، خواه ناخواه آینده تحصیلی و شغلی خود را در دوره تخصص در خارج از کشور جستجو کند. حتی دانشجویانی که به ادامه اشتغال به صورت پزشک عمومی فکر می‌کنند، اگر برایشان مقدور باشد، اشتغال در این رشته را در خارج از کشور می‌جویند.

کیفیت پایین آموزش: بی‌توجهی برخی از استادان هیئت علمی به امر آموزش توسط شرکت‌کنندگان اظهار شده بود. برخی از این استادان، وقت زیادی برای آموزش نمی‌گذارند و دانشجو به‌ویژه در دوره پزشکی عمومی ارتباط وثیقی با استاد ندارد. به جز دانشجویانی که جسارت سؤال و پیگیری دارند، بقیه دانشجویان علاقه‌مند، از دید شرکت‌کنندگان، احساس می‌کنند که به کیفیت آموزش آن‌ها بی‌توجهی می‌شود. در دروه آموزشی دستیار تخصصی که آموزش به امکانات بیشتری نیاز دارد، مشکل تشدید می‌شود. فقدان این امکانات این نگرانی را ایجاد می‌کند که آموزش دستیاری حتی با بهترین استادان هم نتواند کیفیت لازم را داشته باشد. مصاحبه‌کنندگان شماره ۱ و ۷ (پزشک مرد):

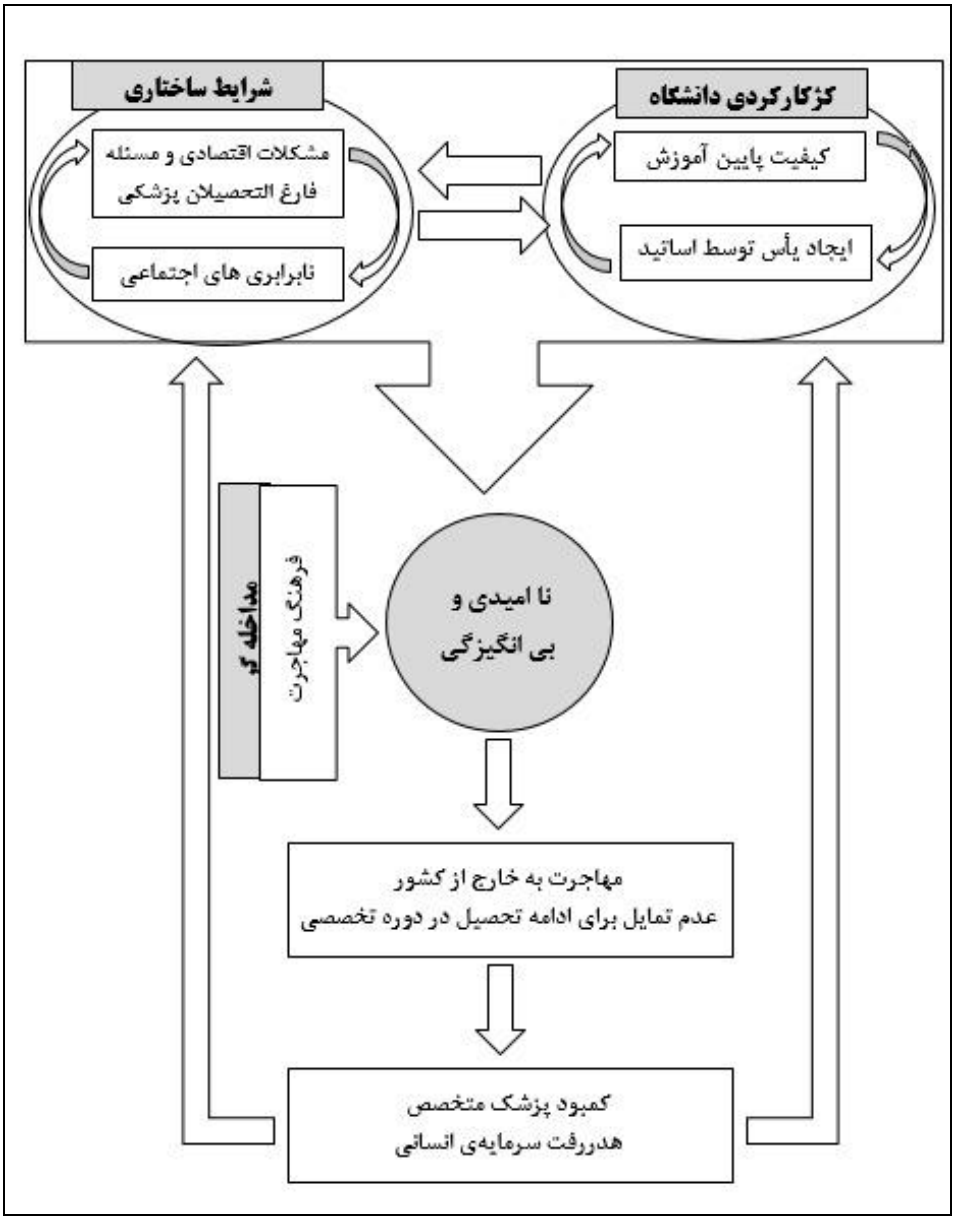
«برخی از استادان فقط به فکر مطب خود و تعداد بیماران توی بیمارستان خصوصی هستند. عموماً کارها را به دستیاران واگذار می‌کنند و سریع از بیمارستان خارج می‌شوند».

«دستیاران قلب می‌گویند ما دستگاه اکو نداریم دستیاران اورولوژی می‌گویند سیستوسکوپ خراب است، دستیاران گوش و حلق و بینی می‌گویند میکروسکوپ خراب است، دستیاران رادیولوژی می‌گویند ام آر آی خراب است، آیا اینطوری می‌شود درس خواند؟»

فرهنگ مهاجرت

شرکت‌کنندگان اظهار می‌کردند که دانشجوی پزشکی به محض ورود به دانشگاه، با فضایی مواجه است که در آن دانشجو به هر نحو ممکن می‌خواهد رزومه‌ای برای خود تشکیل دهد و در دانشگاه‌های خارج از کشور پذیرش بگیرد.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-02]



شکل ۱- الگوی عدم تمایل به ادامه تحصیل در پزشکان عمومی ایران

پدیده بر ساخت شده: نا امیدی و بی‌انگیزگی

شکل ۱ الگوی تحقیق حاضر را مبنی بر عدم تمایل برای ادامه تحصیل در رشته تخصصی در آموزش پزشکی ایران نشان می‌دهد. پدیده برساخت شده در تحقیق حاضر، نا امیدی و بی‌انگیزگی است. دانشجوی پزشکی که با یک دید آرمانی از وضعیت مالی، ارزش‌های انسانی و اجتماعی وارد دانشگاه شده است، خود را در شرایط متفاوتی می‌بیند که راه رو به جلو برای او دشوار است.

راهبردهای برساخت شده در چنین شرایطی این است که یا به همان گذران دوره پزشکی عمومی اکتفاء کند و یا اگر بخواهد ادامه تحصیل دهد، به خارج از کشور مهاجرت کند. همان‌طور که الگو (شکل ۱) نشان می‌دهد، پیامد این موضوع کمبود پزشک متخصص و هدر رفت سرمایه انسانی و استعدادهاست.

بحث و نتیجه‌گیری

این تحقیق نشان داد که عوامل بیرونی و درونی حاکم بر محیط آموزش پزشکی در ایران تقویت‌کننده کاهش تمایل برای ورود به دوره دستیاری است. مهم‌ترین عامل بیرونی، چالش‌های ساختاری است که شامل مشکلات اقتصادی و مسئله فارغ‌التحصیلان پزشکی و نابرابری‌های اجتماعی در برنامه آموزش پزشکی است. پزشکان معتقد بودند که در همین نظام آموزش پزشکی تشویق دانشجویان برای مهاجرت به خارج از کشور دیده می‌شود. ناامید شدن دانشجو برای ماندگاری در داخل کشور و تشویق او برای اخذ پذیرش از دانشگاه‌های خارج از کشور توسط برخی استادان، از دیگر ویژگی‌های منفی در این فرهنگ آموزش پزشکی است. تمایل به مهاجرت پزشکان موضوع مهمی است که نیاز به طراحی مطالعات دقیق‌تر چند وجهی و تبیین بیشتر دارد. موضوع دیگر وجود نارضایتی در

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-02]

بین خود اعضای هیئت علمی است که به دانشجو منتقل می‌شود. استادان به عنوان الگو، در شکل‌گیری نگرش و تصمیمات دانشجویان نقش محوری دارند(۱۱).

دیگر مؤلفه داخلی بیان شده توسط مصاحبه‌شوندگان، کیفیت پایین آموزش پزشکی است. امروزه مشخص شده که علاوه بر ترجیحات شخصی و دستاوردهای شغلی، ویژگی‌های رشته تخصصی و پس از آن فرآیند آموزشی دوره تخصص عوامل تأثیرگذاری در انتخاب تخصص هستند(۱۱، ۱۴).

طولانی بودن دوره آموزشی از شروع تا رسیدن به استقلال نسبی مالی و ناکافی بودن حمایت‌های لازم در طول دوره تحصیلی دستیاران و فقدان حمایت از آنها در طی این دوره، بر تمایل به ادامه دوره تخصصی تأثیرگذار است. نگرانی‌های مالی به‌ویژه در کشورهای با درآمد کم و متوسط بر انتخاب تخصص تأثیرگذار است(۱۱).دانش‌آموختگان، به عنوان راه جایگزین ساده‌تر برای کسب درآمد به اقدامات زیبایی با دستمزدهای بالا که یادگیری آنها نیز چندان پیچیده نیست، اشاره کردند. بدین ترتیب نیازی به تحصیل دستیاری و امتحان پرتنش ورودی دستیاری در کنار دوران تحصیل سخت با مسئولیت‌های فراوان و درآمد کم وجود ندارد.

جایگاه شغلی متخصص و عدم اطمینان از پایداری آن همراه با درآمد مناسب از دیگر دغدغه‌هایی است که به این عدم تمایل دامن زده است. در شرایط فعلی، فرد پس از فراغت از دوره تخصص باید چند سال پس از فارغ‌التحصیلی در مناطق محروم به صورت تمام وقت اغلب با دستمزد پایین که با تأخیر پرداخت می‌شود، مشغول به کار شود. فعالیت در بخش خصوصی هم به دلیل هزینه‌های بالای تأسیس مطب از یک سو و نیز قدرت پرداخت پایین مردم در مناطق محروم، مسیر آسانی نیست. این درحالی است که قاعدتا درآمد متوسط متخصصان از پزشکان عمومی باید بیشتر باشد(۱۳).

واقعیت این است که افراد به علت جستجوی جایگاه مالی، اجتماعی و حرفه‌ای، وارد رقابت در رشته پزشکی می‌شوند و نیاز است که به مؤلفه‌های تعیین‌کننده انتخاب رشته پزشکی توجه بیشتری شود. همان‌طورکه مطالعه دانشجویان دندانپزشکی و پزشکی در ایران نشان داد مهم‌ترین دلایل انتخاب این رشته‌ها عبارتند از: جایگاه اجتماعی و حرفه‌ای، مراقبت از مردم، ماهیت رشته، توصیه دیگران، تجربه حرفه‌ای، و منافع شخصی(۱۹).

به نظر می‌رسد عدم ورود دستیار به دوره تخصصی باید در قالب نظام مشکلات نظام‌مند در تربیت و نگهداشت نیروی انسانی تعمیق شود که طی سال‌ها شکل گرفته است. موضوعی که یکی از آثار آن، روند مهاجرت استعدادهاست. اثر دیگر این روند، فقدان تمایل برای تحصیل در رشته‌هایی است که نظام سلامت به آنها احتیاج مبرم دارد و برعکس افزایش تقاضا برای فعالیت‌هایی که در راستای کاهش بار بیماری و مرگ مهم نیستند، منتهی بازار مالی مناسبی دارند.

در برابر این اتفاقات، تصمیمات و مداخلات باید مؤثر و مستدل باشند. تصمیماتی چون افزایش ظرفیت پذیرش در رشته پزشکی بدون فراهم کردن امکان ادامه تحصیل در تخصص‌های مورد نیاز و عدم امکان نگهداشت متخصصان در محل‌های مورد نیاز به دلیل فقدان راهکارهای پایدار و نبود حمایت‌های لازم، باعث پیچیده‌تر شدن شرایط شده و احساس بی‌توجهی و افزایش فرسودگی شغلی در این قشر خواهد بود.

کاهش تمایل به ورود به رشته‌های تخصصی یک هشدار فوری برای اصلاح در نظام سلامت کشور است. اصلاحاتی که باید همه‌جانبه بوده و از روند پذیرش تا بهبود کیفیت آموزش، ارتقای روند جذب استادان و نگهداشت آنها و سپس اصلاح روش پذیرش دستیاری و در نهایت اصلاح نظام ارایه خدمات و نظام پرداخت را دربرگیرد. اقدامات باید همه‌جانبه و با در نظرگرفتن این واقعیت باشد که ارایه خدمت در نظام سلامت یک کار گروهی است و برای موفقیت باید همه اعضای گروه احساس رضایتمندی و مشارکت داشته باشند.

اصلاحات نیازمند عزم فراقوه‌ای است، هرچند وزارت بهداشت باید به عنوان متولی بهداشت و درمان و همچنین مسئول آموزش پزشکی برای آن طرح، و برنامه داشته باشد. این طرح باید براساس یک نقشه راه و با در نظرگرفتن نیازها و امکانات کشور هدفمند و شفاف باشد.

در این مطالعه با توجه به ماهیت کیفی، موضوع فقط از دید شرکت‌کنندگان امتحان بررسی شد، همچنین سایر عوامل ممکن است مغفول باشد که نیاز به مطالعه بیشتر در این زمینه وجود دارد.

براساس یافته‌ها توجه به نیازهای دانشجویان پزشکی، ایجاد تحول در آموزش پزشکی و به‌روزرسانی برنامه‌های درسی، امیدآفرینی و بهبود شرایط اقتصادی به ویژه حمایت مالی از پزشکانی که در مناطق محروم خدمت می‌کنند از ضرورت‌های سیاست‌گذاری در ایران است. اصلاحات در انحصار نهادینه شده بر نظام سلامت در ایران با رویکرد میان‌رشته‌ای و فراقوه‌ای پیشنهاد می‌شود.

تقدیر و تشکر

محققان این مطالعه از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز برای حمایت از این طرح پژوهشی با کد ۲۵۰۰۵ و مشارکت‌کنندگان در مصاحبه‌ها به دلیل همکاری صمیمانه آنها تشکر می‌کنند.

تضاد منافع

نویسندگان مطالعه هیچگونه تعارض منافعی در انتشار این مطالعه ندارند.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-02]

Original

Reason for General Practitioners' Reluctance to Pursue Residency Programs in Iran: A Grounded Theory

Kamran Bagheri Lankarani[1], Ahmad Kalateh Sadati[2], Sulmaz Ghahramani[3*]

1. Distinguished Professor Health Policy Research Center, Institute of Health, Shiraz University of Medical Sciences
2. Associate Professor Department of Sociology, Yazd University, Yaz, Iran, Department of Sociology, Yazd University
3. ⁎**Corrospanding Author:** Assistant Professor Health Policy Research Center, Institute of Health, Shiraz University of Medical Sciences, suli.ghahraman@gmail.com

Abstract

Background: One of the new challenges confronting the Iranian health system is the growing reluctance to enter a specialty residency program. We sought to assess the causes of this problem

Methods: In the year 2021, a qualitative study was done to assess theresidency entrance exam. Unstructured interviews were used to obtain data, anda grounded theory approach on general practitioners who hadprevious experience participating in residency exams were analyzed using open, axial, and selective coding. Finally, the underlying theoretic model was developed.

Results: Results revealed that participants in residency entrance exams are not appealing to the general practitioner. The intervening elements summarized in the three themes namely structural conditions, university dysfunction, and immigration issues. Our study revealedwidespread disappointment and indifference with regard to entering a specialty residency program. This disappointment resulted in either abandoning residency program and continuing as general practitioner and later participating in an esthetic surgery orattempting immigration abroad. This pattern may eventually lead to and an insufficient number of specialists as well as loss of talentsand brain drain.

Conclusion:Paying attention to the needs of medical students, making changes in medical education and updating curricula, creating hope and improving economic conditions, particularly financial support for physicians serving in deprived areas are important. An interdisciplinary and multidisciplinary approach should be advocated for reforms to Iran's institutionalized monopoly in the health sector.

Keywords: Frustration, Health Policy, Internship and Residency, Iran, Medical Education

منابع

1. Noori Hekmat S, Hashemi H, Haghdoost AA, Haji Aghajani M, Janbabaee GH, Maher A, et al. Specialized and geographic distribution of specialists in Iran in 2016 and its estimates in 2026. Iranian Journal of Epidemiology 2018; 13(5): 122-3. [In Persian]
2. Powis D. Improving the selection of medical students. BMJ 2010; 340: c708.
3. Du Moulin MF, Heymans RJ, Noordenbos G. Gender factors in the selection of training for a medical specialty. Ned Tijdschr Geneeskd 2000; 144(3): 129-33.
4. Abdulghani HM, Al-Shaikh G, Alhujayri AK, Alohaideb NS, Alsaeed HA, Alshohayeb IS, Alyahya MM, Alhaqwi AI, Shaik SA. What determines the selection of undergraduate medical students to the specialty of their future careers? Med Teach 2013; 35 Suppl 1: S25-30.
5. Chew YW, Rajakrishnan S, Low CA, Jayapalan PK, Sreeramareddy CT. Medical students' choice of specialty and factors determining their choice: A cross-sectional questionnaire survey in Melaka-Manipal Medical College, Malaysia. BioScience Trends 2011; 5(2): 69-76.
6. Stratton TD, McLaughlin MA, Witte FM, Fosson SE, Nora LM. Does Students' Exposure to Gender Discrimination and Sexual Harassment in Medical School Affect Specialty Choice and Residency Program Selection? Acad Med 2005; 80(4): 400-8.
7. Labiris G, Vamvakerou V, Tsolakaki O, Giarmoukakis A, Sideroudi H, Kozobolis V. Perceptions of Greek medical students regarding medical profession and the specialty selection process during the economic crisis years. Health Policy 2014; 117(2): 203-9.
8. Erzurum VZ, Obermeyer RJ, Fecher A, Thyagarajan P, Tan P, Koler AK, et al. What influences medical students' choice of surgical careers. Surgery 2000; 128(2): 253-6.
9. Ray JC, Hopson LR, Peterson W, Santen SA, Khandelwal S, Gallahue FE, et al. Choosing emergency medicine: Influences on medical students' choice of emergency medicine. PLoS One 2018; 13(5): e0196639.
10. Levaillant M, Levaillant L, Lerolle N, Vallet B, Hamel-Broza J-F. Factors influencing medical students' choice of specialization: A gender based systematic review. EClinicalMedicine 2020; 28: 100589.
11. Sarikhani Y, Ghahramani S, Bayati M, Lotfi F, Bastani P. A thematic network for factors affecting the choice of specialty education by medical students: a scoping study in low-and middle-income countries. BMC Med Educ 2021; 21(1): 99.
12. Keley ET, Ravaghi H, Salehi M, Nasiripour AA, Abdi Z, Meshkini A. Relationship between personal characteristics of specialist physicians and choice of practice location in Iran. Rural Remote Health 2016; 16(2): 3412.
13. Bhattacharya J. Specialty selection and lifetime returns to specialization within medicine. J Hum Resour 2005; 40(1): 115-43.
14. Chang PY, Hung CY, Wang Kl, Huang YH, Chang KJ. Factors Influencing Medical Students' Choice of Specialty. J Formos Med Assoc 2006; 105(6): 489-96.
15. Corbin JM, Strauss A. Grounded theory research: Procedures, canons, and evaluative criteria. Qual Sociol 1990; 13(1): 3-21.
16. Dey I. Grounded theory. In: Seale C, et al, editors. Qualitative research practice. New York: SAGE Publishing; 2004. p. 80-93.
17. Guba EG, Lincoln YS. Competing paradigms in qualitative research. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. Handbook of qualitative research. New York: SAGE Publishing; 1994. p. 105-117.
18. Tufford L, Newman P. Bracketing in qualitative research. Qual Soc Work 2012; 11(1): 80-96.
19. Dastjerdi MV, Mahdian M, Dastjerdi EV ,Namdari M. Study motives and career choices of Iranian medical and dental students. Acta Med Iran 2012; 50(6): 417-24.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-02]