Jundishapur
Educational-Development Journal

Year 17, No. 4, 2026 Winter Season
www.edj.ajums.ac.ir

Analysis and Explanation of the Reasons for Withdrawal from the Study Field among Residents of Mashhad Medical School: A Qualitative Study

Masoumeh Mohammadhoseinzadeh — Medical Sciences Education Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.
Hamidreza Kianifar — Faculty member, Department of Pediatrics, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.
Leila Mashhadi — Faculty member, Department of Anesthesiology, Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.
Majid Khadem-Rezaiyan* — Faculty member, Medical Sciences Education Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

Abstract

Introduction Student withdrawal from specialized fields is a significant challenge facing medical schools in the country. This can cause serious individual and social problems. Therefore, identifying and explaining the factors contributing to withdrawal from medical residency programs is very important. Unfortunately, few studies have been conducted on this topic. Therefore, this qualitative phenomenological study was conducted to understand the reasons for withdrawal from medical residency programs among medical residents.

Methods This qualitative study was conducted among medical residents who had withdrawn from their residency programs at Mashhad Faculty of Medicine during the years 2015–2020. Purposive sampling was used. The data collection tool was a semi-structured interview. Ethical considerations were observed, and interviews were conducted. The collected data were analyzed using the three-stage coding method (open, axial, and selective coding) with MAXQDA 2020 software.

Results Overall, 17 medical residents were interviewed. The participants were aged 28–40 years. During the study period, 111 individuals withdrew from 19 specialties. The highest numbers of withdrawals were related to obstetrics and gynecology, emergency medicine, and pediatrics. The most important factors contributing to withdrawal from a specialty were: (1) individual and family-related reasons, (2) educational and structural reasons, (3) economic and social reasons, and (4) occupational reasons.

Conclusion By identifying the main dimensions and factors associated with withdrawal from medical specialties, the results of this study can help identify key areas for designing interventions and implementing potential reforms for residency education policymakers, particularly officials at medical universities.

Keywords: *Residency, Dropouts; Education, Qualitative Research; Iran.*

* Corresponding author, khademrm@mums.ac.ir

Extended Abstract

Introduction

Student withdrawal from specialized fields is a significant challenge facing medical schools in the country. This can cause serious individual and social problems. Therefore, identifying and explaining the factors contributing to withdrawal from medical residency programs is very important. Unfortunately, few studies have been conducted on this topic. Therefore, this qualitative phenomenological study was conducted to understand the reasons for withdrawal from medical residency programs among medical residents.

Methods

This qualitative study was conducted among medical residents who had withdrawn from their residency programs at Mashhad Faculty of Medicine during the years 2015–2020. Purposive sampling was used initially, followed by theoretical sampling. An attempt was made to select participants with maximum diversity in terms of specialty, gender, and year of withdrawal from the program. The data collection tool was a semi-structured interview. Ethical considerations were observed throughout the study. Accordingly, after obtaining approval from Mashhad University of Medical Sciences (ethics code: IR.MUMS.REC.1400.231), the research interview phase began.

The collected data were analyzed using a three-stage coding method involving open, axial, and selective coding with MAXQDA software, version 2020. Specifically, during the data analysis process, a conceptual code or label was first assigned to each line, sentence, or paragraph. Then, based on the similarities and relationships among these codes, subcategories were developed. Finally, based on the similarities and differences among the subcategories, more general and abstract conceptual classes were developed and identified as the main categories of the research. At each stage of the analysis, the volume and number of codes decreased, while their level of abstraction increased. The validity and accuracy of the information were assessed and confirmed through re-examination of the data by the participants and consultation with research peers. To validate the findings, the researchers sought to enhance their credibility by involving two colleagues familiar with qualitative research during the coding stage and referring to the participants to confirm the findings. Triangulation was also used: the results were presented to other managers, physicians, professors, and staff members of the University of Medical Sciences, who confirmed the findings. In addition, interviews conducted by different researchers showed more than 70% agreement.

Results

Overall, 17 medical residents were interviewed. The participants were aged 28–40 years. During the study period, 111 individuals withdrew from 19 specialties. The highest numbers of withdrawals were associated with obstetrics and gynecology, emergency medicine, and pediatrics. The most important factors contributing to withdrawal from a specialty were as follows:

1. Individual and family-related reasons: incompatibility of the specialty with the individual's mental and physical conditions; lack of interest in the specialty and having been forced to choose it; feeling ineffective in the family role because of the demands of the specialty; specific family problems; and lack of family support.

2. Educational and structural reasons: an inappropriate and unethical on-call environment and lack of supervision of on-call performance; failure to observe professional ethics and disregard for the department's educational regulations; inadequate educational quality; and the dominance of the clinical workload over education.

3. Economic and social reasons: low future income in some specialties; insufficient resident income, particularly the lack of adequate housing and financial support for childcare expenses among married resident couples; the dominance of financial considerations over social values and the increasing influence of financial incentives on specialty choice; and societal economic problems and failure to control inflation.

4. Occupational reasons: the exhausting nature of the specialty and high levels of stress and work pressure; the difficulty of working during residency and the large number of medical shifts; and the sensitive and emergency nature of the specialty, together with a lack of support in the event of errors.

The findings of the present study are important for identifying and explaining the factors contributing to withdrawal from medical residency programs. Given that the main dimensions and factors associated with withdrawal from a specialty have been identified, the results of this study can help establish key areas for designing interventions or implementing potential reforms for policymakers

in residency education, particularly officials at medical universities. One appropriate intervention to reduce withdrawal rates from residency programs may be the establishment of university-based or private educational counseling centers to guide applicants preparing for residency entrance examinations in choosing a specialty. These centers could provide the necessary guidance through appropriate awareness-raising activities, including training courses introducing different specialties and their requirements, providing applicants with access to the lived experiences of professors and former residents, and administering psychological personality tests. In addition, conducting standardized, evidence-based interviews to select residents after they have achieved the minimum required score on the residency entrance examination could greatly help academic departments and applicants make optimal decisions regarding specialty selection. One similar successful approach that has also been reported is early clinical exposure for medical students. Perhaps, designing courses to familiarize residents with their respective specialties could provide applicants with a more accurate understanding of the actual working environment.

Conclusion

By identifying the main dimensions and factors associated with withdrawal from medical specialties, the results of this study can help establish key areas for designing interventions or implementing potential reforms for policymakers in residency education, particularly officials at medical universities.

Keywords: *Residency, Dropouts; Education, Qualitative Research; Iran.*

جنـــدی شـــاپور
مجله توسعه آموزش
دوره ۱۷، شماره ۴، زمستان ۱۴۰۵
www.edj.ajums.ac.ir

واکاوی و تبیین علل انصراف از رشته تحصیلی در دستیاران دانشکده پزشکی مشهد: یک مطالعه کیفی

معصومه محمدحسین‌زاده مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
حمیدرضا کیانی‌فر عضو هیئت‌علمی، گروه کودکان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
لیلا مشهدی عضو هیئت‌علمی، گروه بیهوشی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
مجید خادم رضاییان * عضو هیئت‌علمی، مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

چکیده

مقدمه: انصراف دانشجویان در مقاطع تخصصی یکی از چالش‌های فراروی دانشکده‌های پزشکی کشور است. این امر می‌تواند مشکلات فردی و اجتماعی جدی را ایجاد نماید. لذا شناسایی و تبیین علل مؤثر در انصراف از رشته در دستیاران تخصصی پزشکی بسیار حایز اهمیت است. اما مطالعات زیادی در این‌باره انجام نشده است. لذا این مطالعه کیفی پدیدارشناسی با هدف تبیین علل انصراف از رشته دستیاران تخصصی پزشکی انجام شد.

روش: این مطالعه کیفی بر روی دستیاران تخصصی انصرافی دانشکده پزشکی مشهد (طی سال های ۱۳۹۵ تا ۱۴۰۰) انجام شد. نمونه‌گیری به شیوه هدفمند انجام شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات، مصاحبه نیمه‌ساختاریافته بود. ملاحظات اخلاقی رعایت و مصاحبه‌ها پیاده شد. داده‌های جمع‌آوری‌شده بر اساس روش کدگذاری سه مرحله‌ای (کدگذاری باز، محوری و انتخابی) با نرم‌افزار MAXQDA2020 تحلیل شد.

یافته‌ها: با ۱۷ دستیار تخصصی مصاحبه شد. سن شرکت‌کنندگان ۲۸ تا ۴۰ سال بود. در بازه مطالعه ۱۱۱ نفر از ۱۹ رشته تخصصی انصراف داده بودند. بیشترین انصراف مربوط به رشته‌های تخصصی زنان و زایمان، طب اورژانس و اطفال بود. مهمترین عوامل انصراف از رشته عبارت است از: ۱) علل فردی–خانوادگی ۲) علل آموزشی–ساختاری ۳) علل اقتصادی–اجتماعی ۴) علل شغلی

نتیجه‌گیری: با توجه به شناسایی ابعاد و گویه‌های اصلی انصراف از رشته تخصصی، نتایج این مطالعه می‌تواند حیطه‌های اصلی برای طراحی مداخلات یا اعمال اصلاحات احتمالی را برای سیاست‌گذاران آموزش دستیاری و به‌خصوص مسئولان دانشگاه‌های علوم پزشکی فراهم نماید.

کلیدواژه‌ها: دستیاری، انصراف، آموزش، تحقیق کیفی، ایران.

* نویسنده مسئول، khademrm@mums.ac.ir

مقدمه

امروزه نظام آموزش عالی به‌عنوان یک نقطه کانونی که پیشرفت جامعه را در سایر زمینه‌ها تضمین می‌کند، مورد توجه واقع شده است. بدین جهت در سراسر جهان، اشتیاق فراوانی برای توسعه کمی و ارتقای کیفی آن ایجاد شده است (۱). علی‌رغم اهمیت بسیار زیاد آموزشی عالی، این نظام با چالش‌های گوناگونی همچون کاهش کیفیت، اشکال در کارآمدی و غیره مواجه است که یکی از مهمترین آنها افت تحصیلی می باشد. افت تحصیلی یکی از موضوعات مهم قابل بررسی در نظام آموزش عالی کشور می‌باشد و از مصادیق آن می‌توان به انصراف، ترک تحصیل و تغییر رشته اشاره نمود. انصراف از تحصیل از برون‌دادهای نامطلوب در نظام‌های آموزشی و از مصادیق مهم شکست و افت تحصیلی به‌شمار می‌رود (۲). به‌طور کلی، بازده نظام آموزش عالی ارتباط معکوسی با افت تحصیلی دارد، زیرا افت تحصیلی از یک سو به‌معنای افزایش هزینه سرانه آموزشی زیان‌آور است و از سوی دیگر به‌معنای اشغال محلی از ظرفیت‌های محدود مؤسسات آموزش عالی و محروم کردن جامعه از بازده نظام آموزشی است (۳).

یکی از بخش‌های فعال و پویای نظام آموزش عالی که در ارتقای بهداشت و سلامت کشور سهم عمده‌ای دارد، حوزه آموزش علوم پزشکی است. در حال حاضر مراکز آموزشی و دانشگاه‌های علوم پزشکی متعددی در سطح کشور به پرورش فرهیختگان بخش بهداشت و درمان مشغول هستند و همه ساله تعداد زیادی دانش‌آموخته توانمند به عنوان محصول و خروجی نظام آموزش عالی سلامت فارغ‌التحصیل می‌شوند. در رویکرد علمی، در صورتی‌که بازده مورد انتظار از آموزش عالی حاصل نشود، افت تحصیلی و اتلاف منابع آموزشی مطرح می‌شود (۴). همان‌طور که بیان شد یکی از شاخص‌های افت تحصیلی ترک یا انصراف از تحصیلی می‌باشد. در نظام آموزش پزشکی ایران نیز علی‌رغم اینکه اخذ تخصص یکی از مهمترین دغدغه‌های پزشکان عمومی است (۵). با این‌حال، در برخی موارد، دستیاران پس از قبولی در تخصص انصراف می‌دهند (۶). تاکنون مطالعات مختلفی در دنیا در این زمینه انجام شده است. به‌طور مثال مطالعه‌ای که در آمریکا انجام شده، به مطالعه دلایل اصلی انصراف از ادامه تحصیل در دستیاران پزشکی با استفاده از پیمایش ۲ ساله انجمن پزشکی آمریکا پرداخت. نتایج نشان داد که ۲/۷ درصد از دستیاران ترک تحصیل داشته‌اند و ۱ درصد نیز مرخصی طولانی مدت داشته‌اند. تغییرات تخصص عامل ۵۶ درصد از انصراف‌ها و مادر یا پدر شدن عامل بیش از ۳۲ درصد از مرخصی‌های طولانی مدت بوده است. در هر دو مورد، تعداد موارد در زنان بیشتر از مردان بود. بیشترین انصراف در طب داخلی و کمترین در طب اورژانس بود. همچنین بیشترین مرخصی طولانی مدت در طب پیشگیری و کمترین آن در رشته‌های فوق‌تخصصی جراحی بود. محققین در نهایت بیان کردند که گرچه فراوانی انصراف پایین است اما این موارد در سال‌های مختلف بر اساس رشته و جنسیت متفاوت می‌باشد (۷). همچنین مطالعاتی نیز برای بررسی انگیزه دانشجویان در انتخاب تخصص‌های بالینی پس از اتمام دوره عمومی در آمریکا انجام شده است. نتایج نشان داد که در آمریکا طب اطفال و جراحی به‌ترتیب در رتبه اول و دوم قرار دارند (۸). دلایل انتخاب رشته تخصصی بررسی شد و تحلیل عاملی نشان داد که این انتخاب عمدتاً تحت تاثیر دو عامل است: دانشکده و سایر متخصصین (حمایت) و یا عوامل مؤثر بر نقش اجتماعی پزشک (مسئولیت اجتماعی) (۹). با وجود این، شرایط در کانادا متفاوت گزارش شده است؛ به‌طوری‌که تمایل دانشجویان پزشکی به انتخاب رشته‌های جراحی طی یک دوره پنج‌ساله کاهش یافته است (۱۰).

اگرچه در ایران مطالعات متعددی در حوزه‌های متنوع آموزش دستیاران تخصصی انجام و گزارش شده است (۱۱–۱۳)، اما جست‌وجو در پایگاه‌های داده، تنها چند پژوهش محدود را در خصوص دلایل انصراف دستیاران از رشته تخصصی نشان می‌دهد. برای نمونه، مطالعه‌ای به بررسی عوامل مؤثر بر انتخاب رشته تخصصی توسط فارغ‌التحصیلان پزشکی پرداخته است (۱۴). علاوه بر این، نتایج پژوهشی حاکی از آن است که بیشترین میزان انصراف مربوط به رشته‌های طب اورژانس و کودکان بوده و عدم علاقه شخصی، مشکلات خانوادگی و حجم زیاد کشیک‌ها، شایع‌ترین علل انصراف گزارش شده‌اند (۶). همچنین، در برخی مطالعات به موضوع حرفه‌ای‌گرایی در میان دستیاران توجه شده که با توجه به نمرات کسب‌شده، نشان از ضرورت برنامه‌ریزی آموزشی مناسب‌تر برای ارتقای این ویژگی دارد (۱۵, ۱۶).

با وجود این پژوهش‌ها، به‌نظر می‌رسد موضوع انصراف دستیاران نیازمند تأمل و واکاوی دقیق‌تر با استفاده از رویکرد کیفی است تا با بررسی تجارب زیسته و نظرات خود دستیاران، علل اصلی این پدیده به‌طور عمیق‌تری تبیین گردد. چنین واکاوی می‌تواند در درک و حل این مسئله بسیار راهگشا باشد. بر اساس جست‌وجوی صورت‌گرفته توسط محققان حاضر، تاکنون هیچ مطالعه کیفی‌ای –نه در مشهد و نه در سایر دانشگاه‌های کشور– به بررسی علل مؤثر بر تصمیم به تغییر رشته در مقطع دستیاری نپرداخته است. این در حالی است که بررسی

تجارب و دیدگاه‌های دستیاران می‌تواند بسیار مفید واقع شود و با شناسایی عوامل مؤثر، امکان برنامه‌ریزی دقیق‌تر برای جلوگیری از هدررفت سرمایه‌های ملی و نیروهای نخبه کشور فراهم آید. بنابراین، مطالعه کیفی حاضر با هدف شناسایی و تبیین علل مؤثر بر انصراف از رشته در میان دستیاران تخصصی طی یک دوره پنج‌ساله انجام شد.

روش

این مطالعه کیفی به شیوه پدیدارشناسی تفسیری مارتین هایدگر انجام شد و تلاش کرد به بررسی و تبیین تجارب مشارکت‌کنندگان (۱۷نفر) در خصوص علل مؤثر در انصراف از رشته در دستیاران تخصصی پزشکی بپردازد. دانشکده پزشکی مشهد به‌عنوان محیط پژوهش و دستیاران تخصصی این دانشکده که در سال‌های تحصیلی۱۴۰۰-۱۳۹۵ از رشته دستیاری خود انصراف داده بودند، به‌عنوان پژوهیدگان این مطالعه بودند. اطلاعات لازم جامعه مورد بررسی (از جمله نام و نام‌خانوادگی، رشته، سال انصراف و شماره تماس) طی ارتباطات رسمی و اداری از اداره آموزش دانشگاه اخذ شد. سپس نمونه‌های پژوهش انتخاب شدند.

برای نمونه‌گیری در ابتدا از شیوه نمونه‌گیری هدفمند و سپس از شیوه نمونه‌گیری نظری (Theoretical sampling) استفاده شد. سعی بر این بود که نمونه‌هایی با حداکثر تنوع در زمینه وضعیت رشته تحصیلی، جنسیت و سال انصراف از تحصیل ، انتخاب گردند. ابزارجمع‌آوری اطلاعات، مصاحبه نیمه‌ساختاریافته (semi-structured interview) بود. رعایت ملاحظات اخلاقی همواره مورد توجه بود. لذا پس از کسب تأییدیه از دانشگاه علوم پزشکی مشهد با کد اخلاق IR.MUMS.REC.1400.231 فاز اجرایی مصاحبه‌های پژوهش آغاز شد.

در گام اول اطلاعات مربوط با توجه به محدودیت‌های افراد و مشغله‌های ایشان و تمایل آن‌ها، مصاحبه‌ها به‌صورت تلفنی توسط یکی از پژوهشگران (با تجربه و مسلط به پژوهش کیفی) این مطالعه، انجام شد به این‌صورت که در مرحله اول با افراد تماس تلفنی گرفته شد و پس از معرفی مجریان طرح، اهداف مطالعه برای آن‌ها بازگو شد و توجیه لازم آنان در خصوص اهمیت شرکت ایشان در طرح انجام گردید. سپس از افرادی که اعلام آمادگی جهت شرکت در طرح داشتند خواسته شد زمان مناسبی را جهت انجام مصاحبه به‌صورت حضوری، تلفنی یا مجازی اعلام نمایند، تا با آن‌ها هماهنگی لازم جهت مصاحبه انجام گیرد. در نهایت با توجه به اینکه همه ایشان، تمایل خود جهت تماس تلفنی را داشتند، با هر کدام در وقت مقرری که پیشنهاد داده بودند، تماس گرفته شد و در صورت تمایل همان زمان مصاحبه‌ها انجام شد. در صورتی که تمایل به انجام مصاحبه در زمان دیگری داشتند مطابق با خواسته ایشان رفتار شد. در هر مصاحبه ضمن توجیه مجدد افراد در خصوص اهداف پژوهش و روش اجرای آن، رضایت آگاهانه از مشارکت‌کنندگان جهت شرکت در پژوهش و ضبط صدای آنان اَخذ گردید. درباره اصل رازداری، محرمانه بودن، گمنام ماندن و محفوظ نگه‌داشتن اطلاعات نیز به آنان اطمینان خاطر داده شد. حق کناره‌گیری در هر مرحله از پژوهش برای ایشان محفوظ بود. هر مصاحبه در حدود ۴۰ تا ۸۰ دقیقه به طول انجامید و برای هر نفر یک تا دو جلسه در نظر گرفته شد. پژوهشگر، مصاحبه خود را با برقراری ارتباط با شرکت‌کنندگان و بیان سؤالات کلی مانند "مهم‌ترین دلایل انصراف از رشته در دستیاران"، آغازکرد و با سؤالات باز دیگری در مورد تجربیاتشان در این زمینه ادامه داد. از طریق ضبط مصاحبه‌ها و یادداشت درباره احساسات و افکار آنان و همچنین، تعاملات کلامی و غیرکلامی، داده‌ها گردآوری شد و درنهایت پیاده‌سازی مصاحبه‌ها انجام گرفت.

با توجه به ماهیت اکتشافی پژوهش، تجزیه‌وتحلیل داده‌های گردآوری‌شده با به‌کارگیری روش تحلیل مضمون (Thematic Analysis) انجام پذیرفت. این روش، امکان شناسایی الگوها و مضامین کلیدی مرتبط با پدیده انصراف از رشته را فراهم می‌سازد. در این فرایند، از مراحل سه‌گانه کدگذاری باز، محوری و انتخابی به‌عنوان چارچوبی ساختاریافته برای سازماندهی و تعمیق تحلیل داده‌ها استفاده شد. در نهایت، داده‌ها با کمک نرم‌افزار MAXQDA2020 سازماندهی و تحلیل گردید. در واقع در فرایند تحلیل داده‌ها، ابتدا به هر سطر، جمله یا پاراگراف، یک کد یا برچسب مفهومی اختصاص داده شد. سپس بر اساس شباهت‌ها و ارتباط بین این کدها، خرده مقولات ایجاد شد و در نهایت بر اساس شباهت‌ها و تفاوت‌های خرده مقولات، طبقات مفهومی کلی‌تر و انتزاعی‌تری ایجاد شد که به‌عنوان مقولات اصلی در پژوهش شناخته شد. در هر مرحله تحلیل، از حجم و تعداد کدها کاسته و به سطح انتزاع آن‌ها افزوده می‌شد. اعتبار و صحت اطلاعات بر اساس بررسی مجدد داده‌ها توسط شرکت‌کنندگان، استفاده از همتایان پژوهشی بررسی و تائید شد. به این‌صورت که پژوهشگران به‌منظور اعتباربخشی به یافته‌ها با کمک گرفتن از دو نفر از همکاران آشنا با تحقیق کیفی در مرحله کدبندی، رجوع به مشارکت‌کنندگان جهت تائید یافته‌ها سعی در اعتبار هرچه بیشتر یافته‌ها داشتند. همچنین

از سه سویه‌سازی (Trianglation) (نتایج حاصل به برخی دیگر از مدیران، پزشکان، اساتید و کارکنان دانشگاه علوم پزشکی ارائه شد و آن‌ها نتایج را مورد تأیید قراردادند. ضمناً مصاحبه‌هایی که با پژوهیدگان مختلف انجام شد، بیش از ۷۰ درصد با یکدیگر همخوانی داشت)، استفاده شد.

این مطالعه، حاصل طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی مشهد (کد ۹۹۲۴۱۶) با کد اخلاق IR.MUMS.REC.1400.231 (تاریخ تصویب ۱۴۰۰/۸/۱۵) می‌باشد. بدین‌وسیله از حمایت معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی مشهد و مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی مشهد و نیز تمام دستیاران این دانشگاه که در مصاحبه‌ها شرکت نمودند، تشکر و قدردانی می گردد.

هیچکدام از نویسندگان این مطالعه تعارض منافعی برای انتشار این مقاله ندارند.

یافته‌ها

در این مطالعه، ۱۷ مشارکت‌کننده (دستیار تخصصی)، شرکت کردند. سن این شرکت‌کنندگان بین ۲۸ تا ۴۰ سال بود. نتایج نشان داد ۱۱۱ نفر دستیار از ۱۹ رشته تخصصی از رشته مربوطه طی سال‌های ۱۳۹۵ تا ۱۴۰۰ انصراف داده و یا ترک‌تحصیل نموده و یا اینکه تغییر رشته داده‌اند. پنج رشته با بیشترین انصراف/تغییر رشته دستیاران تخصصی عبارت بودند از زنان‌وزایمان (۱۷ نفر)، طب اورژانس (۱۷ نفر)، اطفال (۱۴ نفر)، بیهوشی (۱۳ نفر) و داخلی (۱۰ نفر) (نمودار ۱).

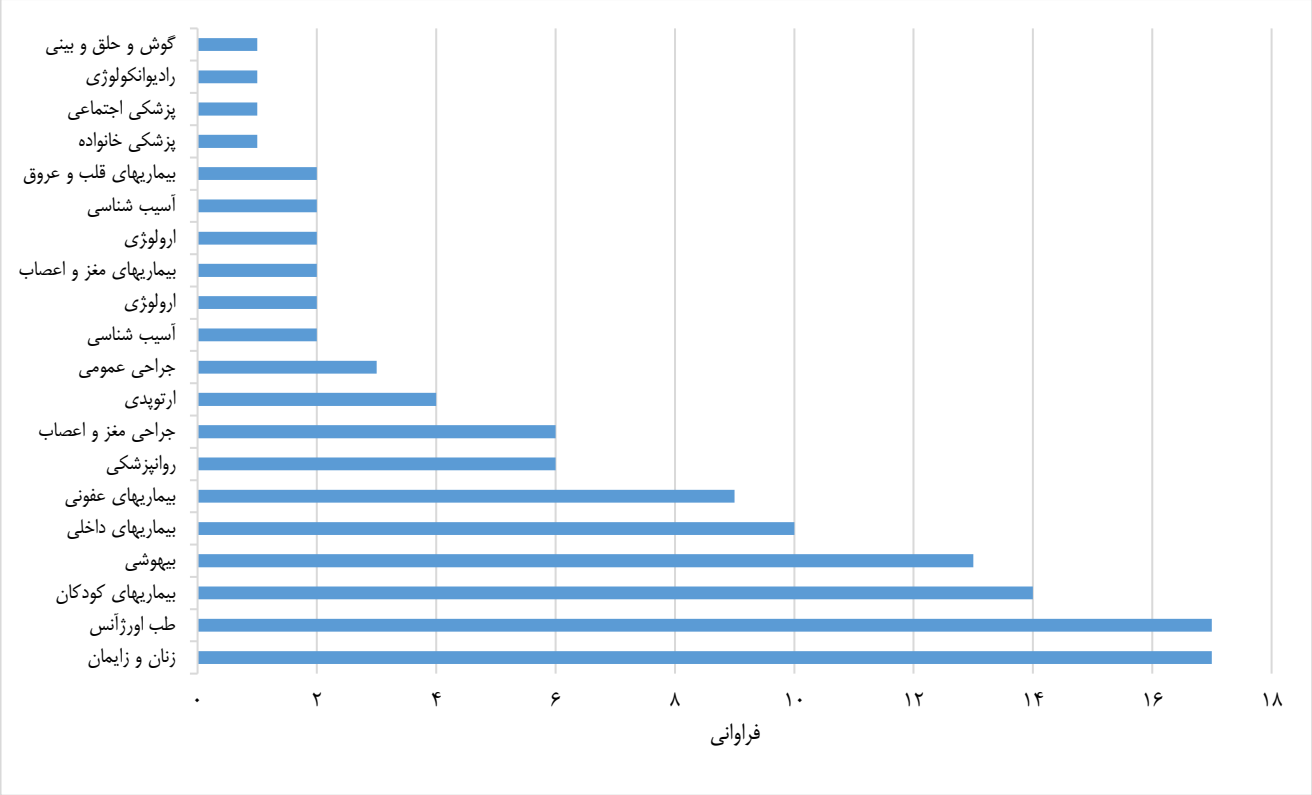
همان‌گونه که نمودار ۲ نشان می‌دهد بیشترین تعداد موارد انصراف داده شده از رشته تخصصی مربوط به سال ۱۳۹۸ بوده است. همچنین بررسی نتایج نشان داد که دستیاران انصراف‌داده، بین ۲۸ تا ۴۱ سال سن داشتند. برخی دیگر از اطلاعات مصاحبه‌شوندگان در جدول ۱ ارایه شده است.

جدول ۱. ویژگی‌های دموگرافیک دستیاران تخصصی انصرافی (۱۳۹۵ تا ۱۴۰۰)

Table 2. Demographic characteristics of dropped out residents (2016-2021)

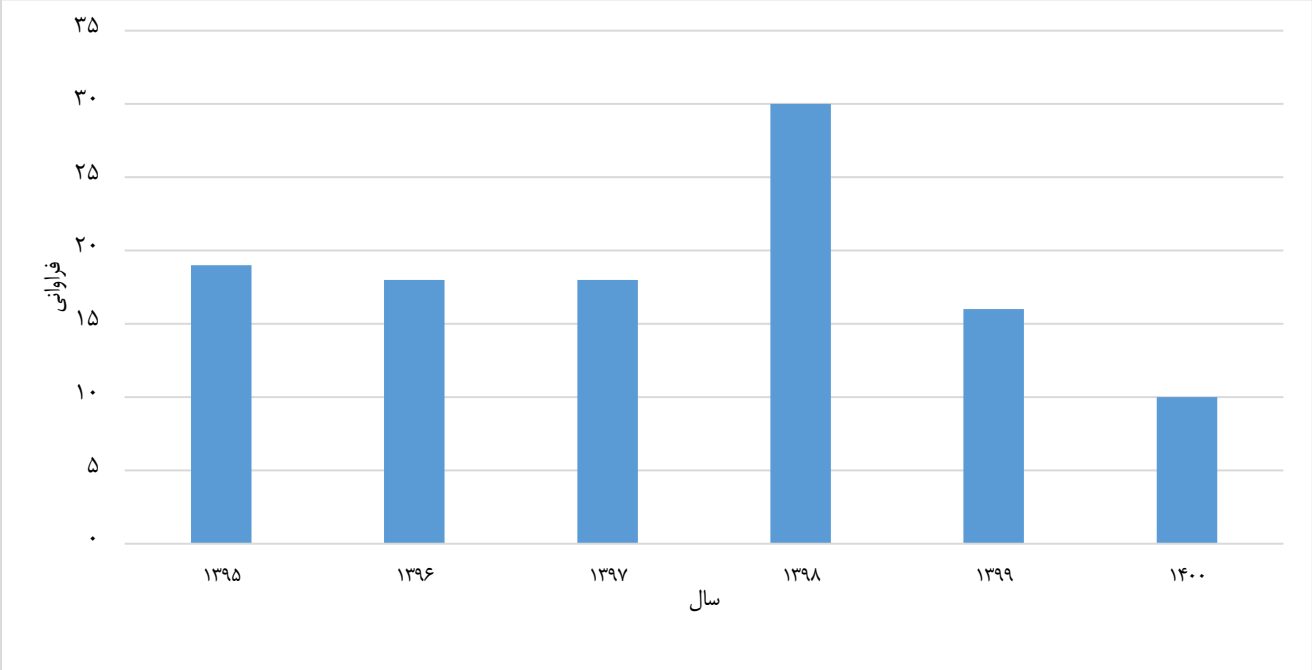
متغیر	دسته‌بندی	تعداد (n)	درصد (٪)
جنسیت	مرد	۶۷	۶۰
	زن	۴۴	۴۰
وضعیت تأهل	متأهل	۸۵	۷۶/۵
	مجرد	۲۶	۲۳/۵
وضعیت بومی	غیربومی مشهد	۳۳	۳۰
	بومی مشهد	۷۸	۷۰
نوع سهمیه پذیرش	آزاد	۷۲	۶۵
	مناطق محروم	۲۹	۲۶
	رزمندگان	۱۰	۹
وضعیت اشتغال قبل از دستیاری	غیر شاغل	۹۸	۸۸
	شاغل (مأموریت آموزشی)	۶	۵/۵
	شاغل (مرخصی بدون حقوق)	۷	۶/۵

بخش مهمی از یافته‌های این پژوهش از طریق تحلیل محتوای مصاحبه‌ها و داده‌های کیفی آن به‌دست آمد. در این بخش ابتدا مصاحبه‌ها پیاده‌سازی و کدگذاری شد. سپس تلاش شد به‌منظور خلاصه نمودن و ساده‌سازی یافته‌ها و فهم ساختارمندتر و آسان‌تر آن‌ها، تا حد ممکن کدهای مختلف بر اساس تفاوت‌ها و شباهت‌هایشان با هم مقایسه و کدهای با معنای نزدیک (که می‌توانند بیان‌گر یک حوزه بزرگتر معنایی باشند) با هم در یک زیرطبقه قرار بگیرند. در نهایت، پس از ادغام زیرطبقات مشابه با یکدیگر، طبقات اصلی پژوهش آشکار شد. طبقات اصلی حاصل از کدبندی و تحلیل اطلاعات در مطالعه حاضر در زمینه مهمترین عوامل انصراف از رشته، شامل ۴ طبقه علل فردی–خانوادگی، آموزشی–ساختاری، اقتصادی–اجتماعی و شغلی بود (جدول ۲).



نمودار ۱. توزیع فراوانی دستیاران تخصصی انصراف داده از تحصیل بین سال‌های ۱۳۹۵ الی ۱۴۰۰ به تفکیک رشته

Figure 1. Frequency distribution of specialized residents who dropped out of education between 2016 and 2021, by field



نمودار ۲. توزیع فراوانی دستیاران تخصصی انصراف داده از تحصیل به تفکیک سال

Figure 2. Frequency distribution of specialized residents who dropped out of education by year

جدول ۲. طبقات و زیرطبقات مستخرج از تحلیل محتوای کیفی

Table 2. Categories and subcategories extracted from qualitative content analysis

طبقات	زیرطبقات
علل فردی-خانوادگی	- عدم‌تناسب رشته با روحیات و شرایط جسمی فرد - عدم‌علاقه به رشته و انتخاب رشته اجباری - احساس عدم‌کارایی در نقش خانوادگی با مشغله‌های رشته - مشکلات خاص خانوادگی و عدم‌حمایت خانواده
علل آموزشی-ساختاری	- جو نامناسب و غیراخلاقی گاردینگ و عدم‌نظارت بر عملکرد گاردینگ‌ها - عدم‌رعایت اخلاق حرفه‌ای و عدم‌توجه به مقررات آموزشی بخش - کیفیت نامناسب آموزشی و تسلط بار درمانی بر آموزش بخش
علل اقتصادی-اجتماعی	- درآمد کم برخی رشته‌ها در آینده - درآمد ناکافی دستیاران و به‌ویژه عدم‌تامین مسکن مناسب و هزینه نگهداری از فرزند برای زوجین دانشجو - غلبه ارزش‌های مادی بر جامعه و افزایش انگیزه‌های مادی در انتخاب رشته - مشکلات اقتصادی جامعه و عدم‌مهار نرخ تورم
علل شغلی	- فرسایشی بودن رشته و استرس و فشار کاری زیاد رشته - سختی کار در دوره دستیاری و کشیک‌های زیاد درمانی - شرایط حساس و اورژانس رشته و عدم حمایت در خطاهای رشته

علل فردی-خانوادگی: یکی از طبقات اصلی به‌دست آمده در این پژوهش، طبقه علل فردی و خانوادگی است. این مفهوم وسیع و دربرگیرنده ابعاد مختلفی می‌باشد که شامل تجارب متعددی از دانشجویان در موقعیت‌های مختلف انصراف از رشته است. زیر طبقاتی همچون عدم‌تناسب رشته با روحیات و شرایط جسمی فرد، عدم‌علاقه به رشته و انتخاب رشته اجباری، مشکلات خاص خانوادگی و عدم‌حمایت خانواده و احساس عدم‌کارایی در نقش خانوادگی با وجود مشغله‌های رشته این طبقه را تشکیل داده‌اند. این طبقه نقش مهمی روی تصمیم‌گیری فرد جهت انصراف از رشته داشته است.

بسیاری از شرکت‌کنندگان بر ضرورت تناسب رشته با ویژگی‌های فرد تاکید می‌کردند و آن را امری مهم جهت ادامه تحصیل در رشته با وجود مشکلات و چالش‌های دوره دستیاری می‌دانستند که عدم‌وجود این تناسب، موجب بی‌انگیزگی جهت ادامه مسیر دستیاری تلقی می‌شود. به‌عنوان مثال کد ۸ بیان می‌نمود که: "چون از لحاظ خودِ رشته و شغل و مقتضیاتش، باهاش هماهنگ نبودم، تغییر رشته دادم". کد ۶ هم بر لزوم داشتن علاقه در انتخاب رشته تاکید و اظهار می‌کرد که "من تحمل محیط ایزوله و کار کردن با میکروسکوب از صبح تا شب را ندارم. من دوست داشتم در شغلم مستقیم با آدم‌ها سروکار و با آن‌ها ارتباط داشته باشم".

عده‌ای از شرکت‌کنندگان نیز علاقه را مهمترین عامل انگیزشی در ادامه یا انصراف از دستیاری می‌دانستند. کد ۱۰ در این زمینه بیان می‌داشت که "بخاطر اصرار خانواده به این رشته اومدم. علاقه نداشتم و روحیه‌ام به این رشته نمی‌خورد". احساس تعارض بین ایفای نقش خانوادگی و دانشجویی یکی دیگر از مهمترین دلایل انصراف از رشته بود. به‌عنوان نمونه تجارب کد ۷ نشان از احساس تداخل تحصیل در رشته با زندگی خانوادگی‌اش داشت، چرا که ابراز می‌کرد "برای منی که بچه دارم، کشیک‌های ۱۲ ساعته و لود زیاد مریض در این رشته، خیلی سخت است، دیگه نمی‌توانستم به نقش مادری‌ام برسم". این تجارب، با وجود تحصیل دستیاران در رشته تخصصی خود، احساس عدم کفایت و ناتوانی در ایفای مناسب نقش‌های والدینی یا همسری را در آنان ایجاد کرده بود و به‌عنوان یکی از عوامل مهم تصمیم‌گیری دانشجویان برای انصراف از تحصیل مطرح شده بود. جالب‌توجه آنکه، تجارب زیسته بسیاری از آنان در طول دوره دستیاری موجب شده بود که با وجود مشغله‌های فراوان تحصیلی و حرفه‌ای، احساس نوعی ناکارآمدی در ایفای نقش‌های خانوادگی داشته باشند. این مسئله تعارضی میان نقش خانوادگی و نقش دانشجویی در آنان ایجاد کرده بود که ادامه تحصیل را در چنین شرایطی برایشان دشوار می‌ساخت. برخی از آنان معتقد بودند که قوانین دوره دستیاری اساساً هیچ‌گونه توجهی به سایر نقش‌های اجتماعی آنان، به‌ویژه نقش والدینی، ندارند؛ به‌گونه‌ای که در برخی رشته‌های دشوار، گویی فرد ناگزیر است میان خانواده و ادامه دوره دستیاری یکی را انتخاب کند. کد ۱۴ در این‌باره می‌گوید:"چون اینقدر سختی‌ها و مشغله‌های این دوره زیاد است، فضای تربیتی و خانوادگی مختل می‌شود و گویا تو باید یکی را انتخاب کنی".

دلیل انصراف برخی از دستیاران نیز مشکلات خانوادگی و یا عدم‌حمایت خانواده بود. کد ۱۷ با ناراحتی زیاد، وجود حمایت‌های خانواده جهت امکان تحصیل در دوره سخت دستیاری را ضروری می‌دانست و تأکید می‌کرد "همسرم قبول نکرد که با این شرایط سخت (به‌ویژه کشیک‌های طولانی و مکرر و مشکلات مالی) ادامه دهم و مجبور به انصراف شدم. ولی من واقعا این رشته را دوست داشتم و در مدتی که دستیار بودم خیلی هم تلاش کردم. چون سال اول رشته من واقعاً دشوار

است ولی خانواده حمایت نکرد و نشد که ادامه بدهم"؛ یا کد ۱۵ بیان می‌کرد که "خانمم به‌خاطر از دست ندادن آرامش زندگی، از اول هم دوست نداشت به تحصیلم ادامه بدهم و وقتی درباره تصمیمم برای انصراف باهاش صحبت کردم کاملاً موافق بود". برخی دیگر نیز مشکلات خانوادگی را دلیل اصلی انصراف خود بیان می‌کردند.

علل آموزشی-ساختاری: یکی دیگر از طبقات اصلی در این پژوهش، علل آموزشی و ساختاری بود که از زیرطبقات جو غیراخلاقی گاردینگ در رشته و نبود نظارت بر عملکرد گاردینگ‌ها، عدم رعایت اخلاق حرفه‌ای و بی‌توجهی به مقررات آموزشی بخش و کیفیت نامناسب آموزش و غلبه بار درمانی بر آموزش در بخش تشکیل شده بود. در رابطه با زیرطبقه جو نامناسب و غیراخلاقی گاردینگ در رشته، بسیاری از مشارکت‌کنندگان از وجود گاردینگ نامناسب در برخی رشته‌ها به‌ویژه در سال اول شکایت داشته و علی‌رغم تأکید بر فواید و ضرورت آن در آموزش پزشکی، فرایند اجرای گاردینگ آموزشی را در دانشگاه مشهد نامناسب و ناخوشایند می‌دانستند. به‌گونه ای که کد ۲ ابراز می‌کرد "اینجا (مشهد) واقعا گاردینگش، سیستم برده‌داری است و هیچ توضیحی را حاضر نیستن گوش کنند و حتی گاهی توهین می‌کنن". یا کد ۹ بیان می‌نمود: "اون چیزی که به‌عنوان گاردینگ تعریف می‌کنند واقعا داره ازش سوء استفاده می‌شود. سال بالایی‌ها برخورد خیلی بد و اشتباهی دارند. فقط به‌خاطر اینکه طرف سال بالایی منه، به‌خودشان اجازه می‌دهند هرکاری بکنند و اخلاق‌مدار نیستن. من ۳-۴ هفته رفتم اما دیدم نمی‌توانم شرایط را تحمل کنم و انصراف دادم". یا مثلاً کد ۱۴ بیان می‌کرد "گاهی گاردینگ به بدترین شکل در بعضی بخش‌ها انجام می‌شود. برخوردهای بد و گاردینگی که در برخی بخش‌ها همراه با توهین و بی‌احترامی است، واقعاً فشار زیادی را روی افراد می‌آورد و من نمی‌توانستم این‌ها را تحمل کنم".

علاوه بر این تعدادی از مشارکت‌کنندگان عدم‌نظارت بر عملکرد گاردینگ‌ها را دلیلی بر ناخوشایند بودن فرآیند گاردینگ دانسته‌اند، به‌طوری‌که مشارکت‌کننده شماره ۱۳ بیان نمود: "نظارتی راجع‌به این موضوعات وجود ندارد در دانشگاه‌های دیگر، گاردینگ به‌معنای واقعی در بحث بالین و اقدامات بالین است، نه در مورد چیزهای حاشیه‌ای و بی‌ارتباط با آموزش" یا شرکت‌کننده دیگری بیان می‌کرد که "اگر نظارت مناسبی بر گاردینگ وجود داشت و اینجا گاردینگ نامناسب و شدیدی نداشت، انصراف نمی‌دادم".

یکی دیگر از مسائل آزاردهنده برای دستیاران احساس فضای بداخلاقی موجود در بخش بود که آنان را به سمت انصراف از رشته سوق می‌داد. کد ۴ در این زمینه می گوید: "واقعا این رشته را دوست داشتم ولی جَو سنگین و بی‌اخلاقی آن را نمی‌توانستم تحمل کنم". کد ۳ هم بیان می‌کرد که "یک اصطلاحی هست بین بچه‌ها که میگن این بخش، به‌خصوص سال اول دستیاری از چاه ویل جهنم بدتر است، حتی دانشجو را کتک می زدند".

کیفیت نامناسب آموزشی و تسلط بار درمانی بر آموزش یکی دیگر از زیرطبقات طبقه علل آموزشی و ساختاری بود؛ به‌نحوی که بسیاری از مشارکت‌کنندگان یکی از دلایلشان برای انصراف از رشته را کیفیت نامناسب آموزشی رشته و تسلط بار درمانی بر آموزش بخش می‌دانستند. کد ۹ ادعا می‌کرد: "در شرایط فعلی بچه‌ها فقط کار می‌کنند و اصلاً آموزشی وجود ندارد." یا کد ۵ بیان می‌کرد"واقعاً آموزشی وجود نداشت برای سال یک، فقط دعوا و سروصدا، بگیروببند و حاشیه و ناراحتی است. اصلاً بچه‌ها چیزی یاد نمی‌گرفتن".

علل اقتصادی-اجتماعی: دلایل اقتصادی-اجتماعی یکی دیگر از طبقات به‌دست آمده از نتایج این پژوهش بود. ۱) درآمد کم برخی رشته‌ها در آینده، ۲) درآمد ناکافی در دوره دستیاری به‌ویژه عدم تأمین مسکن مناسب و هزینه زیاد نگهداری از فرزندان برای زوجین دانشجو، ۳) غلبه‌ی ارزش‌های مادی بر ارزش‌های معنوی و به تبع آن افزایش انگیزه‌های مادی در انتخاب رشته، ۴) مشکلات اقتصادی جامعه و عدم‌مهار تورم از زیرطبقات این طبقه به‌شمار می‌روند. بسیاری از مشارکت‌کنندگان بیان نمودند که میزان درآمد کم برخی رشته‌ها در آینده از عوامل مهم انصراف از رشته بوده است. مشارکت‌کننده شماره ۸ در این خصوص بیان می‌نمود: "احساس می‌کردم واقعاً اون چیزی که می‌خواستم نبود. با هرکی از اساتید و رزیدنت‌ها هم که صحبت می‌کردی میگفتن چرا اومدی این رشته؟ این رشته درآمد نداره، انصراف بدید". یا کد ۱۲ می‌گفت"نسبت به رشته‌های دیگر درآمد زیادی نداشت".

علاوه‌بر این مشارکت‌کننده دیگری بر لزوم داشتن توان مالی و یا حداقل حمایت مالی در دوره دستیاری جهت ادامه تحصیل تأکید می‌کرد و می‌گفت که "یکی از مهمترین مشکلاتم برای انصراف از رشته عدم‌توان مالی برای اداره خانواده‌ام بود؛ آخه من به‌عنوان یک فرد متأهل باید اون‌ها را تأمین می‌کردم". کد ۱۵ نیز بیان می‌نمود که"آدم تا حداقل مسائل اقتصادی را نداشته باشه، نمی‌تونه هیچ‌کاری بکنه، وقتی دانشجو حداقل امرار معاش را نداره، چطوری می‌خواد درس بخونه؟". کد ۱۰ هم در این‌باره اظهار می‌کرد "به‌خاطر اینکه متأهل بودم و درآمد نداشتم، نتونستم دستیاری ادامه بدم. به‌خاطر مشکلات مالی ترجیح دادم انصراف بدم". بسیاری از مشارکت‌کنندگان دیگر نیز اذعان داشتند که دانشجو

پیش از ورود به دستیاری می‌بایست از حمایت مالی کافی، حداقل برای هزینه نگهداری از فرزند و تأمین مسکن مناسب و نزدیک به بیمارستان برخودار باشد تا بتواند زمان کمی را در رفت‌وآمدها صرف کند و هزینه زیادی بابت این مسئله پرداخت نکند. در این رابطه مشارکت‌کننده دیگری بیان می‌کرد: "من توان مالی زیادی برای اجاره خونه‌ای که نزدیک بیمارستان باشه، نداشتم و ماشینی هم ندارم، در حالی‌که باید ساعت ۴ صبح بیمارستان باشم. نه سرویس داشتیم و نمی‌توانستم آژانس بگیرم، خوب از کجا باید پولش رو در می‌آوردم؟". دستیار دیگری می‌گفت "خوب من بچه کوچک داشتم، باید به کی می‌سپردم؟ مهدکودک مگه چند ساعت نگه می‌داره، تازه اگر نگه داره یا مثلاً براش پرستار بگیرم، چقدر هزینه باید می‌کردم!، از کجا باید می‌آوردم، دیدم واقعاً نمی‌توانم، لذا انصراف دادم".

یکی از زیرطبقات دیگر در علل اقتصادی، زیرطبقه تسلط ارزش‌های مادی بر ارزش‌های معنوی بود. بسیاری از مشارکت‌کنندگان تأکید می‌کردند که روزبه‌روز ارزش‌های جامعه و به‌تبع آن ارزش‌های جامعه‌ی پزشکی، شکل مادی‌تری به‌خود می‌گیرد و از رنگ‌وبوی معنوی و غیرمادی، انگیزه‌ها کاسته می‌شود و لذا "بسیاری از افراد در انتخاب‌های زندگی‌شون و مثلاً انتخاب رشته و شغل آینده‌شون به ارزش‌ها و نیازهای مادی توجه بیشتری می‌کنند". به‌همین دلیل انگیزه‌هایی مثل خدمت به بیمار و پاسخگویی به نیاز جامعه کم‌رنگ‌تر می‌شود و لذا دستیاران هم در تصمیم‌گیری برای انصراف از رشته به مسائل مادی رشته اهمیت بیشتری می‌دهند و مشاغلی را انتخاب می‌کنند که کم‌زحمت‌تر و پربازده‌تر از لحاظ مادی باشند. کد ۱۶ در این‌باره بیان می‌کرد که "برام مهم بود رشته‌ای بخونم که درآمد بیشتری داشته باشه". کد ۱۱ نیز در این‌باره می‌گوید "با این همه سختی که در این رشته می‌کشی، درآمدش هم نسبت‌به رشته‌های دیگر کم است". یا مشارکت‌کننده دیگری اذعان می‌کرد "من تمایل داشتم رشته‌ای بخونم که کم‌کشیک باشد و مرخصی و آف بیشتری داشته باشد و درآمدش هم بیشتر باشد. چرا باید رشته سخت‌تر و با درآمد کمتر بخونم لذا انصراف دادم". عده دیگری هم مشکلات اقتصادی جامعه و عدم مهار نرخ تورم را یکی از مسائل مهم در انصراف از رشته‌ها می‌دانستند. در این خصوص کد ۱۷ بیان می‌کرد "وقتی هر روز دلار داره ساعت می‌زند، چطور می‌توان دانشجو را سر کار سخت پزشکی نگه داشت و ازش خواست که به حداقل درآمد بسازد".

علل شغلی: یکی دیگر از علل مؤثر در انصراف دستیاران از رشته، علل مربوط به شغل بود که زیرطبقات ۱) استرس، فشار کاری زیاد و فرسایشی بودن رشته، ۲) سختی کار در دوره دستیاری و کشیک‌های زیاد درمانی و ۳) شرایط حساس و اورژانس رشته و عدم‌حمایت در خطاهای رشته را در بر می‌گرفت. بخشی از اظهارات و تجارب شرکت‌کنندگان در رابطه با زیرطبقات این طبقه در ادامه می‌آید. کد ۹ سختی دوره دستیاری را مطرح می‌کرد که "خوب بررسی کردم دیدم اگر دوباره بشینم بخونم یک رشته‌ای مثل پوست که هم شیفت‌هایش سبک‌تر است و عصر شیفت ندارد، هم به خونه زندگی‌ات می‌رسی هم زندگی‌ات نظم بیشتری می‌دهی و تنوع کاری بیشتری هم داره و علاقه بیشتری هم بهش داری، لذا انصراف دادم". کد ۳ می‌گفت "تصور اولیه‌ام این بود که این رشته سخت و پرکشیک است ولی واقعا فکر نمی‌کردم تا این حد سخت و طاقت‌فرسا باشد". کد ۹ اظهار می‌کرد "یک‌سری رشته‌ها مثل رشته‌ی من معروفند، سال‌های ۱ و ۲ بیشترین سختی رو دارند و جَو رزیدنتی‌شان جَو سنگینی است. ولی مثلاً اگر به‌جای ۱۲تا کشیک، ۱۰تا کشیک داشت؛ یا به‌جای ۱۲ ساعت مثلاً شبی ۱۰ ساعت بود یا حداقل می‌گذاشتن یکی دو ساعت شب استراحت کنی؛ یا مثلاً مرخصی‌هاش را بیشتر می‌کردن، انصراف نمی‌دادم. مدیران اگر بخوان می‌توانند با تصمیمات مختصر و کوچکی مثل این‌ها انصرافی‌ها را کم کنند".

بحث

یافته‌های مطالعه حاضر حاکی از آن بود که در مجموع ۱۱۱ نفر از دستیاران تخصصی این دانشکده (طی سال‌های ۱۳۹۵ تا ۱۴۰۰) از رشته تخصصی پذیرفته‌شده‌ی اولیه در آزمون دستیاری انصراف داده بودند. بیشترین انصراف مربوط به رشته‌های تخصصی زنان‌وزایمان، طب اورژانس و اطفال بود. این یافته با مطالعه روان‌شاد و همکاران همخوانی دارد، چرا که نتایج آن نشان داده بود میزان انصرافی دستیاران تخصص‌های طب اورژانس و اطفال زیاد می‌باشد (۶). ضمن اینکه از مهمترین دلایل انصراف مشکلات خانوادگی، عدم‌علاقه شخصی و سختی کشیک‌ها در این رشته‌ها بوده است. همچنین این مطالعه با یافته‌ی مطالعه انجام‌شده در آمریکا درخصوص تعداد انصراف زیاد در رشته طب اورژانس هم‌خوانی دارد (۷). البته با مطالعه دیگری در ایالات متحده ناسازگار است، چرا که در آن مطالعه نشان داده شده که طب اطفال از جمله رشته‌های مورد علاقه افراد برای تحصیل است (۸). شاید سیستم درمانی، تعداد زیاد متخصصین این رشته در کشور و نحوه ارایه‌ی خدمات و به‌خصوص مشوق‌هایی که در ایران به برخی رشته‌های پرزحمت ارایه می‌شود، موجب این ناسازگاری باشد. جالب‌توجه آن‌که، در مطالعه‌ای که در دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شد، ادامه تحصیل

در یکی از رشته‌های تخصصی پزشکی، بالاترین اولویت را در ترسیم آینده شغلی دانشجویان پزشکی به خود اختصاص داده بود. محبوب‌ترین رشته‌های تخصصی از دیدگاه دانشجویان برای آینده شغلی، به‌ترتیب شامل چشم‌پزشکی، قلب و عروق و رادیولوژی بودند. هرچند ترتیب این اولویت‌ها در مقاطع مختلف تحصیلی اندکی متفاوت بود (۱۷). در مطالعه‌ای در نیجریه بر روی دانشجویان سال آخر دانشکده پزشکی، رشته جراحی و تخصص‌های جراحی (۵۲ درصد) بیشترین ترجیح را در بین دانشجویان داشتند. پس از آن زنان و زایمان (۱۴/۵ درصد) و بهداشت عمومی (۱۰/۵ درصد) قرار داشتند (۱۸).

باید دقت نمود که همواره فاصله معناداری بین وضعیت موجود و مطلوب آموزش از دیدگاه فراگیران و حتی اساتید وجود دارد. در یک مرور نظام‌مند بر روی ۲۱ مطالعه مختلف که به بررسی شکاف کیفیت خدمات آموزش در دانشگاه/دانشکده‌های مختلف علوم پزشکی کشور پرداخته بودند، نتایج حاکی از آن بود که میانگین وزنی تجمیع شده حاصل از متاآنالیز در همه ابعاد نشان‌دهنده شکاف منفی بود: قابلیت اطمینان (۱/۰۴-)، پاسخگویی (۱/۳۸-)، تضمین (۱/۲۴-)، همدلی (۱/۱۸-) و ملموس بودن (۱/۲۵-). همچنین شکاف کل معادل ۱/۲۳- (دامنه اطمینان ۹۵ درصد معادل ۱/۱۱- تا ۱/۳۵-) بود (۱۹). با این وجود این مساله نقض‌کننده لزوم توجه دقیق به موارد خاصی همچون انصراف از رشته نیست. مهمترین علل انصراف دستیاران مربوط به عوامل فردی، آموزشی، اقتصادی، اجتماعی–سیاسی، شغلی و خانوادگی بودند که تقریباً همسو با مطالعات بین‌المللی می‌باشد. مطالعه‌ای در لهستان بر روی ۶۹۸ پزشک تازه‌فارغ‌التحصیل که در مرحله انتخاب رشته تخصصی بودند، نشان داد که عوامل اصلی مؤثر بر انتخاب رشته تخصصی عبارت‌اند از: حقوق و دستمزد، توانایی برقراری تعادل بین کار و زندگی، علاقه به حوزه پزشکی، امکان راه‌اندازی مطب خصوصی، مهارت‌های موردنیاز و کیفیت تعامل پزشک و بیمار. پزشکانی که به دنبال انتخاب رشته‌های جراحی بودند، در مقایسه با پزشکانی که رشته‌های غیرجراحی را انتخاب کرده بودند، تحت تأثیر عوامل نسبتاً متفاوتی قرار داشتند. پژوهشگران نتیجه گرفتند که نسل جوان برای برقراری تعادل مطلوب بین کار و زندگی ارزش قائل است و زندگی شخصی و غیرحرفه‌ای همچنان از اهمیت زیادی برای آنان برخوردار است (۲۰).

در یک مطالعه هم‌گروهی در انگلستان، از دو گروه از دانشجویان سال آخر یک دانشکده پزشکی (به‌ترتیب ۲۲۷ و ۲۳۹ نفر) درباره رشته تخصصی موردعلاقه آن‌ها برای انتخاب به‌عنوان مسیر شغلی آینده سؤال شد. دو سال بعد، برای ۲۱۰ و ۲۲۷ نفر پرسشنامه‌ای ارسال شد که تخصص واقعی انتخاب شده را می‌سنجید. ۶۵ درصد از انتخاب‌های رشته تخصصی، «پایدار» بودند. عواملی که در تحلیل تک‌متغیره با ثبات انتخاب رشته تخصصی ارتباط داشتند، عبارت بودند از: انتخاب رشته تخصصی، لذت بردن از آن رشته در دانشکده پزشکی یا از زمان شروع به‌کار، و در نظر گرفتن آن رشته برای اولین‌بار در گذشته. مدل رگرسیونی نشان داد پزشکانی که روانپزشکی را انتخاب کردند، بیشتر از پزشکانی که پزشکی عمومی را انتخاب کردند، احتمال تغییر انتخاب‌شان وجود داشت (۲۱).

در مطالعه‌ای که ارتباط ۵ عامل بزرگ شخصیت (۱- برون‌گرایی: میزان تمایل فرد به اجتماعی بودن، پرانرژی بودن و معاشرتی بودن؛ ۲- توافق‌پذیری: میزان تمایل فرد به مهربان بودن، همدل بودن و همکاری با دیگران؛ ۳- وظیفه‌شناسی: میزان تمایل فرد به سازمان‌یافته بودن، مسئولیت‌پذیری و منظم بودن؛ ۴- روان‌رنجورخویی یا ثبات هیجانی: میزان تمایل فرد به تجربه احساسات منفی مانند اضطراب، عصبانیت و غمگینی؛ ۵- گشودگی به تجربه: میزان تمایل فرد به تخیل، خلاقیت و کنجکاوی) را با رشته و تغییر احتمالی آن سنجیده بود، نتایج حاکی از آن بود که برونگرایی بالاتر با تغییر رشته تخصص مرتبط بود (۲۲).

نتایج مطالعه حاضر می‌تواند دستاوردهایی را برای سیاست‌گذاران آموزش دستیاری و به‌خصوص دست‌اندرکاران دانشگاه‌های علوم پزشکی به همراه داشته باشد. بررسی مشکلات نظام آموزش سلامت و به‌ویژه انصراف از رشته از این نظر مهم است که دانشکده‌های پزشکی با وجود اختصاص سهم قابل‌توجهی از بودجه دانشگاه‌ها به‌خود، می‌بایست کارایی لازم و مناسبی را داشته باشند. باید توجه نمود که اهمیت کیفیت آموزش علوم پزشکی یکی از دغدغه‌های اصلی دانشگاه می‌باشد تا جایی که سه اولویت اصلی پژوهش در آموزش دانشگاه به‌ترتیب مهارت‌های بالینی، استدلال بالینی و صلاحیت حرفه‌ای دانشجویان شناسایی شده است (۲۳). این در حالی است که افت تحصیلی به میزان زیادی می‌تواند کارایی سیستم آموزشی را با چالش روبرو نماید. علاوه بر آن، این مسئله نه‌تنها به خود فرد آسیب رسانده و فشار روانی برای وی ایجاد می‌کند، بلکه اگر کلی‌تر به مسئله بنگریم، در حقیقت فرصت ادامه تحصیل را از یک نفر دیگر نیز سلب نموده است که این مسئله با مفاهیم عدالت در تناقض می‌باشد. از این منظر، در مطالعه‌ای که با هدف کشف و واکاوی درک و تجربهٔ عدالت در میان دانشجویان پزشکی، استادان و مسئولان آموزش پزشکی در قالب یک مطالعهٔ کیفی انجام شد، نتایج نشان داد از نظر مشارکت‌کنندگان، بی‌عدالتی قبل از ورود به رشتهٔ پزشکی و از طریق

کنکور اتفاق می‌افتد. بسترهای غیرمنصفانهٔ رقابت در جامعه، شکلی از ورود غیرمنصفانه به رشتهٔ پزشکی را به‌وجود آورده است. از سوی دیگر، حوزه آموزش پزشکی نیز بستری پیچیده از بی‌عدالتی‌ها را در بر می‌گیرد که اگرچه پذیرفته‌شده نیستند، اما به‌طور گسترده رواج دارند. مضامین احصاشده عبارت‌اند از ساختارهای نابرابرساز، جامعهٔ کالایی و سیاست‌های غیرمنصفانه. محققین تناسب سیاست‌گذاری‌ها در آموزش پزشکی با تغییرات اجتماعی، چابکی و به‌روزبودن، را به‌عنوان ملزومات تغییر پیشنهاد نمودند. اتخاذ سیاست‌های عادلانه در کنکور سراسری و میدان آموزش پزشکی، توزیع منصفانهٔ جایگاه‌های شغلی، تناسب فعالیت بالین با حقوق و دریافت‌های دانشجویان پزشکی، از دیگر تغییرات فوری پیشنهادی در آموزش پزشکی بود (۲۴).

نتایج مطالعه حاضر در خصوص شناسایی و تبیین علل مؤثر در انصراف از رشته در دستیاران تخصصی پزشکی بسیار حایز اهمیت می‌باشد. با توجه به شناسایی ابعاد و گویه‌های اصلی مرتبط با انصراف از رشته‌های تخصصی، نتایج این مطالعه می‌تواند زمینه‌های اولویت‌دار برای طراحی مداخلات و اعمال اصلاحات احتمالی را در اختیار سیاست‌گذاران آموزش دستیاری و به‌ویژه مسئولان دانشگاه‌های علوم پزشکی قرار دهد. به‌نظر می‌رسد یکی از مداخلات مناسب برای کاهش نرخ انصراف از دوره تخصص، ایجاد مراکز مشاوره تحصیلی دانشگاهی و یا خصوصی جهت راهنمایی متقاضیان آزمون دستیاری در انتخاب رشته است. این مراکز می‌توانند از طریق فرهنگ‌سازی مناسب و برگزاری دوره‌های آموزشی با هدف معرفی رشته‌های تخصصی مختلف و تبیین مقتضیات هر یک برای داوطلبان آزمون دستیاری، همچنین فراهم‌سازی زمینه دسترسی آنان به تجارب زیسته استادان و دستیاران پیشین و اجرای آزمون‌های روان‌شناختی شخصیت، راهنمایی‌های لازم را برای انتخاب آگاهانه رشته تخصصی به داوطلبان ارائه دهند. همچنین، انجام مصاحبه‌های علمی استاندارد جهت گزینش دستیاران پس از کسب حداقل نمره آزمون دستیاری می‌تواند تا حد زیاد به گروه آموزشی و افراد جهت انتخاب بهینه دستیار و رشته تخصصی کمک نماید. تجربه موفق مشابهی که گزارش آن نیز منتشر شده است، مواجهه بالینی زودرس دانشجویان پزشکی می‌باشد (۲۵). شاید طراحی دوره‌هایی برای آشنایی دستیاران با رشته‌های مربوطه بتواند درک صحیح‌تری نسبت‌به فضای واقعی کار برای متقاضیان ایجاد نماید.

در راستای رفع علل آموزشی انصراف دستیاران، می‌توان با تعریف دقیق گاردینگ آموزشی استاندارد، تبیین شرح وظایف مرتبط با آن و نظارت مستمر و صحیح بر رعایت قوانین آموزشی و اصول اخلاق حرفه‌ای، به‌ویژه نحوه اجرای گاردینگ در بخش‌های تخصصی، نقش مؤثری در ایجاد فضای آموزشی و علمی مناسب ایفا کرد. باید توجه داشت که مساله گاردیینگ تنها به دوره دستیاری ختم نمی‌شود و اثرات مخرب آن تا دوره پزشکی عمومی نیز کشیده می‌شود. به‌طوری که یافته‌های یک مطالعه کیفی حاکی از آن است که یکی از مقولات اصلی تعاملات حرفه‌ای در دانشجویان پزشکی با زیرمقوله‌های گاردهای رزیدنتی و عدم‌احترام متقابل استاد به دانشجو می‌باشد (۲۶). از سوی دیگر، با کاهش بار درمانی و جلوگیری از غلبه آن بر فرایند آموزش دستیاران، همچنین ارتقای کیفیت آموزش از طریق به‌کارگیری نیروهای درمانی در بخش‌ها، می‌توان انگیزه دستیاران را برای ادامه دوره و کسب حداکثر توانمندی‌های تخصصی افزایش داد و زمینه تحمل بهتر مشکلات و فشارهای وارده بر آنان را فراهم کرد. باید توجه داشت که یکی از چالش‌های بزرگ مدیریت منابع انسانی، قلدری و زورگویی در محیط آکادمیک است. دستیاران از همان ابتدا قلدری را به‌عنوان یک هنجار در جامعه پزشکی پذیرفته‌اند. برای بسیاری از دستیاران پزشکی، ارعاب، آزار کلامی و حتی گاهی خشونت فیزیکی بخشی از آموزش طاقت‌فرسای دوره دستیاری تعبیر می‌شود. قلدری در آموزش پزشکی، حکمرانی برنامه درسی پنهان است. قربانیان امروز قلدری، میراث‌داران قلدری در فردا خواهند بود. محققین معتقدند روشی کلیدی که از طریق آن می‌توان انتظار داشت تا قلدری بیشتر گزارش شود، ترویج و تشویق قربانیان به گفتگوی آزاد از طریق کانال‌های مناسب ارتباطی است (۲۷).

با حمایت مناسب مالی در دوره دستیاری (حتی با پرداخت وام‌های دانشجویی مناسب) و به‌ویژه فراهم‌سازی امکان استفاده از مسکن یا خوابگاه مناسب دانشجویی، تسهیلات مناسب رفت‌وآمد به بیمارستان و تأمین هزینه‌های زندگی متأهلی و نگهداری از فرزند، می‌توان بسیاری از دغدغه‌های دستیاران را حل نمود. از سوی دیگر، تدوین و اجرای قوانین استخدامی و پرداختی با هدف توزیع عادلانه‌تر امکانات و تجهیزات، همچنین تسهیل شرایط کاری از طریق کاهش ساعات کاری در مشاغل پراسترس، می‌تواند از شدت برخی دیگر از چالش‌های پیش‌روی متقاضیان رشته‌های تخصصی دشوار بکاهد. برگزاری همایش‌هایی با عنوان «ارتباط دانشگاه و خانواده» و دوره‌های آموزشی با هدف آگاه‌سازی خانواده‌های دستیاران درباره ضرورت همراهی و حمایت از آنان در دوران دستیاری و تبیین نقش مؤثر خانواده در حمایت مادی و معنوی از دستیاران، به‌ویژه در رشته‌های تخصصی دشوار و پرفشار، می‌تواند در کاهش چالش‌های این دوران و تسهیل ادامه تحصیل آنان بسیار مؤثر و راهگشا باشد. همچنین، فرهنگ‌سازی در

زمینه اهمیت و ارزش خدمت به جامعه، به‌ویژه ارائه خدمات درمانی به اقشار نیازمند، و تقویت انگیزه‌های معنوی دستیاران در فرایند انتخاب رشته نیز امری ضروری است.

از نقاط قوت اصلی این پژوهش می‌توان به موضوع حیاتی و کاربردی آن، یعنی بررسی علل انصراف دستیاران تخصصی به‌عنوان یک چالش پرهزینه در نظام آموزش پزشکی، اشاره کرد. روش کیفی پدیدارشناسی انتخاب مناسبی برای کاوش در ژرفای این پدیده‌ی پیچیده بود، چرا که قادر به آشکارسازی ابعادی است که مطالعات کمّی از عهده آن برنمی‌آیند. تمرکز مطالعه بر یک دانشکده پزشکی مشخص (مشهد) در بازه زمانی ۱۳۹۵ تا ۱۴۰۰، به تحقیق، عینیت و عمق بخشیده است. علاوه بر این، شفافیت روش با ذکر جزئیاتی چون نمونه‌گیری هدفمند، مصاحبه نیمه-ساختاریافته، تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار MAXQDA2020، بر دقت و اعتبار علمی کار می‌افزاید. در نهایت، استخراج چهار دسته اصلی از علل (فردی-خانوادگی، آموزشی-ساختاری، اقتصادی-اجتماعی و شغلی) گویای پوشش جامع ابعاد مختلف مسئله است.

این مطالعه با چند محدودیت همراه بود. نخست، به‌دلیل ماهیت کیفی پژوهش و تمرکز بر بافت خاص دانشگاه علوم پزشکی مشهد، قابلیت تعمیم یافته‌ها به سایر دانشگاه‌ها محدود است و تعمیم‌پذیری آن‌ها مستلزم انجام مطالعات تطبیقی در بافت‌های مختلف است. دوم، فاصله زمانی بین انصراف از تحصیل و انجام مصاحبه (در برخی موارد تا پنج سال) می‌تواند احتمال بروز سوگیری یادآوری را در گزارش وقایع و احساسات افزایش دهد. سوم، مطالعه حاضر صرفاً به دیدگاه دستیاران انصراف‌داده پرداخته و دیدگاه سایر ذی‌نفعان مؤثر، مانند استادان و مدیران آموزشی، را در بر نگرفته است. در نهایت، ماهیت کیفی پژوهش امکان تعیین اولویت و وزن عوامل را بر اساس میزان تأثیر یا شیوع آن‌ها فراهم نمی‌کند.

نتیجه‌گیری

با شناسایی چهار حیطه اصلی برای دلایل انصراف از رشته در دستیاران تخصصی (علل فردی-خانوادگی، علل آموزشی-ساختاری، علل اقتصادی-اجتماعی و علل شغلی) می‌توان برنامه‌ریزی‌های لازم به‌منظور طراحی مداخلات متناسب در راستای کاهش علل زمینه‌ساز پدیده‌ی انصراف از رشته تحصیلی را در دستور کار نظام آموزشی دانشگاهی و ملی قرار داد. بدیهی است مطالعات آتی می‌توانند اثربخشی این مداخلات را بررسی نمایند.

References

1. Muhammad Hussein-zade M, Saidi Rezwani M, Amin Khandaqi M, Mahram B, Taqi-Pur A. The Decline in Chastity and Hijab Values at the Medical College: A Phenomenological Study. Journal of Islamic Education. 2020;15(32):33-53. DOI: 10.30471/edu.2019.1501
2. Cheraghi M, Iman F, Soltani T. Study of the causes and factors of academic decline in students of the Faculty of Health Sciences, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences. The Journal Of New Advances In Behavioral Sciences. 2018;2(17):37-45. Access Link
3. Zarafshani K, Sharafi L, Binaian A, Malekhosseini A, Norouzi M, Heidari H. Determining factors that influence Dropout Rates in Agricultural College at Razi University. Quarterly Journal of Research and Planning in Higher Education. 2023;22(1):19-43. Access Link
4. Tamannaifar MR, Niazi M, Amini M. Factors Influencing Students' Underachievement. Teaching and Learning Research. 2007;5(1):39-52. Access Link
5. Khadem Rezaiyan M, Omranzadeh A, Akhavan Rezayat A, Youssefi M. From Prestige to Humanism: The Experiences of Medical Students about Motivational Factors. Journal of Medical Education Development. 2019;12(34):14-21. DOI: 10.29252/edcj.12.34.14
6. Ravanshad Y, Azarfar A, Makarm A, Emadzade A, Golsorkhi M, Ravanshad S. Study the causes for Canceling Education in residents of Mashhad University of Medical Sciences. Medical Journal of Mashhad university of Medical Sciences. 2020;63(2):2292-9. DOI: 10.22038/mjms.2020.15801
7. Baldwin DC, Jr., Rowley BD, Daugherty SR, Bay RC. Withdrawal and extended leave during residency training: results of a national survey. Acad Med. 1995;70(12):1117-24. Access Link
8. Compton MT, Frank E, Elon L, Carrera J. Changes in U.S. medical students' specialty interests over the course of medical school. J Gen Intern Med. 2008;23(7):1095-100. DOI: 10.1007/s11606-008-0579-z
9. Taggart MP, Wartman SA, Wessen AF. An analysis of medical students' residency and specialty choices. Soc Sci Med. 1987;25(9):1063-8. DOI: 10.1016/0277-9536(87)90012-8
10. Marschall JG, Karimuddin AA. Decline in popularity of general surgery as a career choice in North America: review of postgraduate residency training selection in Canada, 1996-2001. World J Surg. 2003;27(3):249-52. DOI: 10.1007/s00268-002-6642-8

11. Khadem-Rezaiyan m, Avazzadeh a, Vatankhah r, Kianifar h, Pourbadakhshan n. Investigating The Quality of The Clinical Learning Environment Based on The DREEM Model In Akbar Educational Hospital of Mashhad in 1400. Medical Education. 2023;12(0):e11-.
DOI: 10.22088/mededj.12.1.11
12. Boroumand Rezazadeh M, Mousavi SR, Khadem-Rezaiyan M, Seyfizadeh T, Davaryar N. Rearrangement of Morning Report Sessions: An Action Research. Future of Medical Education Journal. 2023;13(4):44-50.
DOI: 10.22038/fmej.2023.70862.1534
13. Boroumand Rezazadeh M, Zeraati T, Mousavi SR, Ghomian N, Hafizi L, Seyfizadeh T, et al. The effect of the feedback method on the obstetrics-gynecology residents' learning in the management of early postpartum hemorrhage. Res Dev Med Educ. 2024;13(1):10-.
DOI: 10.34172/rdme.33188
14. Zarghami M, Ghaffari Saravi V, Khalilian A, Sefidchian A. Factors influencing the specialty field choices of medical school graduates. Journal of Babol University of Medical Sciences. 2003;5(5):18-23.
Access Link
15. Boroumand Rezazadeh M, Shamel Rostami M, Khadem-Rezaiyan M, Mohammadi M, Mousavi SR, Ranjbar E. Examining Professionalism In Medical Assistants. Iranian Journal of Medical Education. 2023;23(0):38-45.
DOI: 10.48305/23.0.38
16. Boroumand Rezazadeh M, Mousavi SR, Khadem-Rezaiyan M, Seyfizadeh T. Review of medical professionalism. Horizon of Medical Education Development. 2022;13(1):87-95.
DOI: 10.22038/hmed.2021.50208.1055
17. Khadem-Rezaiyan M, Zeinalipour Z, Rashidtorabi Z, Youssefi M. The Future of Medical Students; Perspectives and Expectations: A Cross-sectional Study in Mashhad University of Medical Sciences. Res Dev Med Educ. 2018;7(1):26-31.
DOI: 10.15171/rdme.2018.006
18. Onyemaechi N, Bisi-Onyemaechi AI, Omoke NI, Odetunde OI, Okwesili IC, Okwara BO. Specialty choices: Patterns and determinants among medical undergraduates in Enugu Southeast Nigeria. Niger J Clin Pract. 2017;20(11):1474-80.
DOI: 10.4103/njcp.njcp_382_16
19. Arekhi S, Rezayat AA, Khadem-Rezaiyan M, Youssef M. Educational Quality of Services in Medical Universities of Islamic Republic of Iran: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Med Edu. 2019;18(2):e105673.
DOI: 10.22037/jme.v18i2.25116
20. Kupis R, Michalik B, Polak M, Kulbat M, Domagała A. Specialty choices among new generation of doctors - insights from a Polish survey study. Scientific Reports. 2024;14(1):27855.
DOI: 10.1038/s41598-024-79079-7
21. Woolf K, Elton C, Newport M. The specialty choices of graduates from Brighton and Sussex Medical School: a longitudinal cohort study. BMC Medical Education. 2015;15(1):46.
DOI: 10.1186/s12909-015-0328-z
22. Mullola S, Hakulinen C, Presseau J, Gimeno Ruiz de Porras D, Jokela M, Hintsa T, et al. Personality traits and career choices among physicians in Finland: employment sector, clinical patient contact, specialty and change of specialty. BMC Med Educ. 2018;18(1):52.
DOI: 10.1186/s12909-018-1155-9
23. Rasoulian Kasrineh M, Sarabadani J, Emadzadeh A, KhajaviRad A, Khadem Rezaiyan M. Priorities of Medical Education Research at Mashhad University of Medical Sciences based on the model of World Health Organization-Council on Health Research for Development (COHRED). Future of Medical Education Journal. 2024;14(2):9-14.
DOI: 10.22038/fmej.2024.79894.1594
24. Kalateh Sadati A, Sadeghieh S, Bagheri Lankarani K. A Qualitative Study on the Issue of "Justice" in Medical Education in Iran. Journal of Applied Sociology. 2024;35(1):31-52.
DOI: 10.22108/jas.2024.136573.2362
25. AkbariRad M, Khadem-Rezaiyan M, Ravanshad S, Rafiee M, Firoozi A, Zolfaghari SA, et al. Early clinical exposure as a highly interesting educational program for undergraduate medical students: an interventional study. BMC Medical Education. 2023;23(1):292.
DOI: 10.1186/s12909-023-04244-x
26. Heidari Aa, Dudge Moghaddam M, Ebrahimi Garoui H. Challenges of General Medical Education (Extern AND Intern) in school of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences. Horizon of Medical Education Development. 2021;12(3):35-49.
DOI: 10.22038/hmed.2020.51532.1079
27. Maleki F, Maleki M. Bullying is Wrong Tradition in the Culture of Medical Education. Horizon of Medical Education Development. 2025;16(3):1-8.
DOI: 10.22038/hmed.2025.81077.1391