

مجموعه مقالات

همایش نهمین همایش کشوری علوم پزشکی و حسواره آموزشی

خلاصه مقالات

معاونت آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

محور همایش: تحول و نوآوری در آموزش علوم پزشکی، مبانی نظری و اقدامات عملی
18th National Medical Education Congress
meduc.behdasht.gov.ir

۷ لغایت ۹ اردیبهشت ۱۳۹۶ | سالن همایش های رازی دانشگاه علوم پزشکی ایران



@hpe24

کانال آموزش پزشکی

پیام وزیر



توفیق در اجرای طرح تحول سلامت به عنوان یکی از افتخارات دولت تدبیر و امید سبب دسترسی اقشار محروم جامعه به خدمات بهداشتی و درمانی کیفی در اقصی نقاط کشور گردیده است. تداوم این موفقیت در گروی توسعه نیروی انسانی توانمند و متعهد در بخش سلامت می باشد. برنامه تحول آموزش که شاید آن را بتوان یکی از بزرگترین وقایع در تاریخ آموزش عالی کشور پس از انقلاب اسلامی دانست به منظور تطبیق بنیادین آموزش علوم پزشکی با شرایط، الزامات، نیازها، و مقتضیات نظام سلامت کشور طراحی شده است. عقلانی سازی توسعه موسسات آموزش عالی سلامت، عملیاتی سازی سند آمایش سرزمین، تمرکز زدایی و تفویض تصمیم گیری ها از سطح وزارتی به مناطق آمایشی، همسویی، تعامل و همکاری مثال زدنی در سطح مناطق آمایشی، تعریف ماموریت های ویژه برای هر یک از مناطق آمایشی و حرکت جدی در مسیر مرجعیت علمی از طریق تمایز و تمرکز بر ماموریت های ویژه، تنها بخشی از اقداماتی است که با همت جناب آقای دکتر لاریجانی معاون محترم آموزشی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و مدیران و کارشناسان کوشا و اندیشمند این حوزه طراحی و اجرا شده است. بدون شک استمرار این حرکت مبارک مستلزم تلاش و توجه تمامی اساتید و مدیران در سطح دانشگاه های علوم پزشکی می باشد. در این میان همایش کشوری آموزش پزشکی فرصتی مغتنم برای تبادل اطلاعات در زمینه آخرین دستاوردهای پژوهشی و نظری در حوزه آموزش پزشکی می باشد و جشنواره آموزشی شهید مطهری فضایی مناسب برای ارایه و تشریح مساعی در رابطه با نوآوری ها و دستاوردهای دانشگاه های علوم پزشکی در حوزه آموزش پزشکی محسوب می گردد. در این مجال از کلیه دست اندرکاران برگزارکنندگان این همایش تشکر می کنم.

دکتر سید حسن هاشمی

وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی

پیام رئیس همایش



بازنگری در برنامه های آموزشی دانشگاه های علوم پزشکی از اوایل دهه هشتاد با بازنگری برنامه آموزش پزشکی در برخی از دانشگاه های پیشرو شروع شد. این اصلاحات در طی دهه گذشته به بسیاری از دانشگاه های کشور تسری پیدا کرده است ولیکن به نظر می رسد تحول در سطح برنامه های درسی در غیاب تحول در سطح موسسه ای و اصلاحات در سطح نظام آموزشی تاثیرات محدودی بر جا بگذارد. با آگاهی از این موضوع و با هدف ایجاد تغییرات بنیادین در نظام آموزش عالی سلامت، و با استفاده از بررسی ها و مطالعاتی که در ادوار گذشته صورت گرفته بود، و با مشارکت حداکثری کلیه ذینفعان آموزش علوم پزشکی، بسته های تحول و نوآوری در آموزش پزشکی از اوایل سال ۱۳۹۴ طراحی و در سطح کشور به اجرا درآمد. عدالت و پاسخگویی اجتماعی در آموزش عالی سلامت، توسعه علوم و فناوری های نوین با تاکید بر حیطه های میان رشته ای، ارتقاء جایگاه منطقه ای و جهانی دانشگاه های علوم پزشکی کشور، برنامه ریزی و مدیریت آمایشی، تمرکززدایی، شبکه سازی و تشکیل کنسرسیوم های مراکز آموزش عالی سلامت در سطح مناطق آمایشی، ساماندهی و اعتباربخشی بیمارستانها و مراکز درمانی آموزشی، نهادینه سازی اخلاق حرفه ای، توسعه آموزش مجازی و بهره مندی از فناوری های نوین در آموزش عالی سلامت، ارتقاء منابع انسانی بخش آموزش عالی سلامت، خلق ثروت دانش بنیان در عرصه آموزش عالی سلامت از طریق گذار به دانشگاه های نسل سوم و چهارم، تنها بخشی از اهداف این برنامه تحولی را تشکیل میدهند. بدیهی است نتایج و دستاوردهای واقعی این اقدامات ریشه ای تنها با استمرار آنها و در گذر زمان مشخص خواهد شد. در این میان برنامه هایی مانند همایش کشوری آموزش پزشکی و جشنواره آموزشی شهید مطهری فرصتی برای به اشتراک گذاشتن مساعی و تجربیات دست اندرکاران حوزه آموزش پزشکی و تجدید میثاق آنان حول آرمان توسعه و تعالی نظام آموزش عالی سلامت کشور محسوب می شود. ضمن تشکر از کلیه دست اندرکاران برگزاری این همایش ملی و ارزشمند خصوصاً همکاران گرامی جناب آقای دکتر یزدانی، سرکار خانم دکتر پاسالار و جناب آقای دکتر کلانتر، امیدوارم این همایش با ایجاد فرصتی مناسب برای استفاده حداکثری اساتید دانشگاه ها و کارشناسان و مدیران حوزه آموزش پزشکی، موجبات ارتقای نظام آموزش عالی سلامت در کشور را بیش از پیش فراهم نماید.

دکتر باقر لاریجانی

معاون آموزشی و دبیر شورای آموزش پزشکی و تخصصی

پیام دبیر علمی



توسعه نهادی آموزش علوم پزشکی در جمهوری اسلامی ایران یکی از موارد استثنایی در سطح جهان محسوب می شود. شکل گیری مراکز مطالعات و توسعه در دانشگاه های علوم پزشکی، تربیت کارشناسان و متخصصان آموزش پزشکی در سطح کارشناسی ارشد و دکتری، انتشار نشریات و مجلات متعدد در زمینه آموزش پزشکی، برنامه های ساختارمند آموزش اساتید، برنامه های مدون آموزش مداوم جامعه پزشکی، مشارکت بی نظیر در همایش های بین المللی آموزش پزشکی مانند همایش AMEE و توسعه برنامه های دانش پژوهی، تنها منعکس کننده بخشی از این رویداد مثال زدنی می باشد. در این میان همایش کشوری آموزش پزشکی به واسطه استمرار آن در طی هجده سال گذشته به نماد پویایی آموزش پزشکی و میعادگاه کارشناسان، دانشمندان، و علاقه مندان آموزش پزشکی در کشور بدل شده است. در طی سالهای اخیر تلاش زیادی جهت بهبود فرایند داوری مقالات و فرایندهای ارسالی و برنامه ریزی و ارزشیابی علمی همایش کشوری آموزش پزشکی و جشنواره آموزشی شهید مطهری صورت گرفته است، که از این میان می توان به مدیریت الکترونیک فرآیندهای همایش و جشنواره شهید مطهری و راه اندازی سامانه کشوری مدیریت نوآوری آموزشی اشاره نمود.

از سوی دیگر علیرغم گذشت بیش از دو سال از برنامه تحول آموزش پزشکی، کماکان ابهاماتی در مورد نحوه پیاده سازی بخش هایی از این برنامه در دانشگاه های علوم پزشکی وجود دارد. از اینرو موضوع اصلی پانل های همایش به حول سوالات و ابهامات اصلی مدیران، کارشناسان، و اساتید دانشگاه های علوم پزشکی در ارتباط با طرح تحول آموزش سازماندهی شده است. جهت فراهم نمودن رضایت شرکت کنندگان با گرایش ها و سلیق مختلف، در کنار این پانل ها صدها رویداد آموزشی متنوع مانند سخنرانی های کوتاه، گزارش فرایندها، کلینیک های مشاوره آموزشی، کارگاه های آموزشی، گزارش پایاننامه های آموزشی و صبحانه های کاری تعبیه شده است. امیدوارم شرکت کنندگان در این همایش با اندوخته علمی مطلوب و خاطره ای خوش این رویداد علمی را به پایان برسانند.

دکتر شهرام یزدانی

پیام دیر اجرایی



مفتخریم که در هجدهمین همایش آموزش علوم پزشکی کشور همچنان خدمتگزار اساتید دانشجویان و فرهیختگان علوم پزشکی کشور هستیم. تنوع رویدادهای این همایش همراه با بیش از دو هزار شرکت کننده و دویست مقاله و پوستر این رویداد را که همه ساله در ایام هفته معلم و استاد برگزار می گردد به یکی از رویدادهای مهم علمی کشور تبدیل نموده است. همایش هجدهم عمدتاً حول موضوعات چالشی برنامه تحول آموزش پزشکی شکل گرفته تا در فرصتی بی نظیر تعامل دانشمندان دانشجویان و صاحبان نظران این حوزه را فراهم نماید و ما هم چون سالهای گذشته بعنوان خدمتگزار شما در کنار تان خواهیم بود و امیدواریم ضمن ایجاد نشاط علمی خاطره ایی به یادماندنی برای شما ایجاد نماییم.

دکتر ابراهیم کلانتر

اعضای کمیته علمی هجدهمین همایش آموزش پزشکی سال ۹۶

(به ترتیب حروف الفبا)

ردیف	نام	نام خانوادگی	سمت
۱.	دکتر سلیمان	احمدی	عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهبشتی
۲.	دکتر امیر احمد	اخوان	معاون اجرائی معاونت آموزشی وزارت بهداشت
۳.	دکتر علیرضا	استقامتی	دبیر کمیسیون انجمن های علمی گروه علوم پزشکی
۴.	دکتر حمید	اکبری	قائم مقام معاون آموزشی وزارت بهداشت
۵.	دکتر سید اسماعیل	اکبری	رئیس انجمن علمی آموزش پزشکی ایران
۶.	دکتر حسن	امامی رضوی	قائم مقام دبیر شورای آموزش پزشکی و تخصصی
۷.	دکتر میترا	امینی	عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شیراز
۸.	دکتر علی	بیداری	مدیر کل آموزش مداوم جامعه پزشکی
۹.	دکتر شعله	بیگدلی	عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران
۱۰.	دکتر پروین	پاسالار	مدیر امور نخبگان و دانشجویان استعداد درخشان
۱۱.	دکتر محمد حسین	پور کاظمی	رئیس مرکز سنجش آموزش پزشکی
۱۲.	دکتر علی	جعفریان	رئیس دانشگاه علوم پزشکی تهران
۱۳.	دکتر محمد	جلیلی	معاون آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تهران
۱۴.	دکتر مهستی	جوویاری	عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی گلستان
۱۵.	دکتر ایمان	جهانیان	عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی بابل
۱۶.	دکتر طاهره	چنگیز	دبیر شورای آموزش پزشکی عمومی
۱۷.	دکتر علی	حائری	عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهبشتی
۱۸.	دکتر جمشید	حاجتی	دبیر شورای آموزش علوم پایه پزشکی، بهداشت و تخصصی
۱۹.	دکتر رامتین	حدیقی	سرپرست مرکز خدمات آموزشی
۲۰.	دکتر غلامرضا	حسن زاده	عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
۲۱.	دکتر فخرالسادات	حسینی	معاون مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۲۲.	دکتر سیدعلی	حسینی	رئیس مرکز امور هیات علمی وزارت بهداشت
۲۳.	دکتر فریبا	حقانی	عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
۲۴.	دکتر علی اکبر	حقدوست	رئیس دانشگاه علوم پزشکی کرمان
۲۵.	دکتر آبتین	حیدرزاده	عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان
۲۶.	دکتر احمد	خالق نژاد طبری	دبیر شورای گسترش دانشگاه های علوم پزشکی
۲۷.	دکتر محمدرضا	دهقانی	عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

اعضای کمیته علمی هجدهمین همایش آموزش پزشکی سال ۹۶

(به ترتیب حروف الفبا)

ردیف	نام	نام خانوادگی	سمت
۲۸.	دکتر سید محسن	رحیمی	رئیس ستاد شاهد و ایثارگر وزارت بهداشت
۲۹.	دکتر سید منصور	رضوی	دبیر شورای عالی برنامه ریزی علوم پزشکی
۳۰.	دکتر یداله	زارع زاده	مدیر مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کردستان
۳۱.	دکتر مهرناز	زارعی	دانشجوی دکتری آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۳۲.	دکتر جواد	سرآبادانی	عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد
۳۳.	دکتر کامران	سلطانی عربشاهی	معاون آموزشی دانشگاه علوم پزشکی ایران
۳۴.	دکتر زهره	سهرابی	عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران
۳۵.	دکتر مهدی	سیاح	مدیر مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اهواز
۳۶.	دکتر علی	شبستانی منفرد	عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی بابل
۳۷.	دکتر فروزان	شکوه	عضو هیات علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
۳۸.	دکتر علی	شکیبی	عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی کرمان
۳۹.	دکتر فرنگیس	شوقی شفق آریا	معاون مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۴۰.	دکتر محمد حسن	شیخها	عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی یزد
۴۱.	دکتر امیر	صادقی	عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی همدان
۴۲.	دکتر سید محسن	ضیائی	رئیس سازمان جمعیت هلال احمر
۴۳.	دکتر محمد	عبدالهی	دبیر شورای آموزش داروسازی و تخصصی
۴۴.	دکتر سعید	عسگری	دبیر شورای آموزش دندانپزشکی و تخصصی
۴۵.	دکتر مهستی	علیزاده	عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز
۴۶.	دکتر بهرام	عین اللهی	رئیس انجمن آموزش علوم پزشکی
۴۷.	دکتر جواد	کجوری	مدیر مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز
۴۸.	دکتر ابراهیم	کلانتر	عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران - دبیر اجرایی
۴۹.	دکتر باقر	لاریجانی	معاون آموزشی وزارت بهداشت - رئیس همایش
۵۰.	دکتر رضا	لباف قاسمی	عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

اعضای کمیته علمی هجدهمین همایش آموزش پزشکی سال ۹۶

(به ترتیب حروف الفبا)

ردیف	نام	نام خانوادگی	سمت
۵۱.	دکتر آئین	محمدی	عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
۵۲.	دکتر نوید	محمدی	عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران
۵۳.	دکتر عباس	مکارم	عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد
۵۴.	دکتر رضا	ملک زاده	معاون تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت
۵۵.	دکتر الهه	ملکان راد	عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
۵۶.	دکتر نادر	ممتازمنش	عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۵۷.	دکتر محمدرضا	منصوریان	عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی گناباد
۵۸.	دکتر عظیم	میرزازاده	مدیر مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران
۵۹.	دکتر عباسعلی	نوریان	عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی زنجان
۶۰.	دکتر حسن	هاشمی	وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۶۱.	دکتر سید مجتبی	یاسینی اردکانی	عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی یزد
۶۲.	دکتر شهرام	یزدانی	رئیس مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - دبیر علمی
۶۳.	دکتر مینو	یغمائی	عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۶۴.	دکتر نیکو	یمانی	مدیر مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

لیست داوران هجدهمین همایش آموزش پزشکی سال ۹۶

(به ترتیب حروف الفبا)

ردیف	نام	نام خانوادگی
۱.	سلیمان	احمدی
۲.	سیمین	اسماعیل پور زنجانی
۳.	رضا	اسماعیلی
۴.	لیلا	افشار
۵.	بتول	اقبالی
۶.	سمیه	اکبری
۷.	مریم	اکبری لاکه
۸.	افشین صرافانی نژاد	اکرم ثناگو
۹.	اطهر	امید
۱۰.	میترا	امینی
۱۱.	سونیا	اویسی
۱۲.	معصومه	ایمانی پور
۱۳.	همایون	بنادرخشان
۱۴.	الهام	بوشهری
۱۵.	شعله	بیگدلی
۱۶.	بهروز	پور آقا
۱۷.	لطفعلی	جباری
۱۸.	مجید	جلالی
۱۹.	محمد	جلیلی
۲۰.	سپیده	جمشیدیان

لیست داوران هجدهمین همایش آموزش پزشکی سال ۹۶

(به ترتیب حروف الفبا)

نام خانوادگی	نام	ردیف
جهانیان	ایمان	.۲۱
چنگیز	طاهره	.۲۲
حسن زاده	غلامرضا	.۲۳
حسین زاده	محمد	.۲۴
حسینی	فخرالسادات	.۲۵
حسینی	محمدعلی	.۲۶
حسینی	مریم	.۲۷
حسینی	مسعود	.۲۸
حقانی	فریبا	.۲۹
حیدری	سارا	.۳۰
خزائلی	پیام	.۳۱
خیرخواه	معصومه	.۳۲
دادگران	ایده	.۳۳
درگاهی	هلن	.۳۴
دشتی	مرضیه	.۳۵
دلاوری	سمیه	.۳۶
دهقانی	محمدرضا	.۳۷
دهقانی	محمودرضا	.۳۸
رضایی	حبیب ا..	.۳۹
رضوی	سید مسعود	.۴۰

لیست داوران هجدهمین همایش آموزش پزشکی سال ۹۶

(به ترتیب حروف الفبا)

نام خانوادگی	نام	ردیف
رفیعی	عبدا...	۴۱
رضانی بدر	فرهاد	۴۲
روزبهرانی	نسرین	۴۳
روزبهی	امیرا...	۴۴
زارع	یدا...	۴۵
زارعی	مهرناز	۴۶
زروج حسینی	ربابه	۴۷
زویین	فاطمه	۴۸
سجادی	موسی	۴۹
سرآبادانی	جواد	۵۰
سرچمی	رامین	۵۱
سلحشور	محمدرضا	۵۲
سلطانی عرب شاهی	کامران	۵۳
سهرابی	زهره	۵۴
سیاح برگرد	مهدی	۵۵
شاطر جلالی	ماریا	۵۶
شبستانی منفرد	علی	۵۷
شکور	مهسا	۵۸
شکوه	فروزان	۵۹
شوقی شفق آریا	فرنگیس	۶۰

لیست داوران هجدهمین همایش آموزش پزشکی سال ۹۶

(به ترتیب حروف الفبا)

نام خانوادگی	نام	ردیف
شهسواری	غلامرضا	.۶۱
شیخها	محمد حسن	.۶۲
شیروانی	آرمین	.۶۳
صادقی	امیر	.۶۴
صافی زاده	حسین	.۶۵
طیبه آراسته	مهدی	.۶۶
عابدی	فرشید	.۶۷
علی زاده	مریم	.۶۸
علیزاده	مهستی	.۶۹
عمادزاده	علی	.۷۰
غفاری	رضا	.۷۱
فیضی	آرام	.۷۲
کاظمی	مجید	.۷۳
کجوری	جواد	.۷۴
کردستانی مقدم	آزاده	.۷۵
کریمیان	زهرا	.۷۶
کشاورزی	محمد حسین	.۷۷
کلانتر مهرجردی	ابراهیم	.۷۸
کمالی	فرحناز	.۷۹
کوهستانی	حمیدرضا	.۸۰

لیست داوران هجدهمین همایش آموزش پزشکی سال ۹۶

(به ترتیب حروف الفبا)

نام خانوادگی	نام	ردیف
کهن	نوشین	۸۱
گرایلی	بیژن	۸۲
گنجی فرد	محمود	۸۳
گودرزی	حسن	۸۴
لباف قاسمی	رضا	۸۵
لطفی	فرهاد	۸۶
الماس ترک	سحر	۸۷
متینی	سید امیر حسن	۸۸
محبی	سیامک	۸۹
محمدی	آیین	۹۰
محمدی	نوید	۹۱
محمدی مهر	مژگان	۹۲
مصلی نژاد	لیلا	۹۳
مظفری	مصیب	۹۴
مظفری پور	سید علی	۹۵
مظلومی محمودآباد	سید سعید	۹۶
معروفی	شهنام	۹۷
معزی	معصومه	۹۸
معصومی	رسول	۹۹
مکارم	عباس	۱۰۰

لیست داوران هجدهمین همایش آموزش پزشکی سال ۹۶

(به ترتیب حروف الفبا)

نام خانوادگی	نام	ردیف
ملکان راد	الهه	.۱۰۱
ممتازمنش	نادر	.۱۰۲
منتظرالفرج	راضیه	.۱۰۳
منصوریان	محمدرضا	.۱۰۴
مهرالحسنی	محمد حسین	.۱۰۵
مهستی جویباری	لیلا	.۱۰۶
میرحسینی	فخرالسادات	.۱۰۷
نجفی پور	صدیقه	.۱۰۸
نجومی	مرضیه	.۱۰۹
هاشمیان	معصومه	.۱۱۰
یاسینی اردکانی	مجتبی	.۱۱۱
یمانی	نیکو	.۱۱۲

اعضاء کمیته اجرایی هجدهمین همایش آموزش پزشکی سال ۹۶

(به ترتیب حروف الفبا)

ردیف	نام	نام خانوادگی
۱.	رضا	استیری
۲.	مجید	اسلامی فمی
۳.	مریم	اکبری لاکه
۴.	سعید	امیری
۵.	حسین	آتش فراز
۶.	پروانه	بازرگان
۷.	علیرضا	بحرالعلوم
۸.	داود	پوررعدی
۹.	ترانه	تهمتینی
۱۰.	فاطمه	جهانسیر کاجانی
۱۱.	معصومه	چهرازی
۱۲.	حسین	حدادنیا
۱۳.	فخرالسادات	حسینی
۱۴.	کفایت	حسینی
۱۵.	ایرج	حشمتی پور
۱۶.	علیرضا	حیدری
۱۷.	مرضیه	دشتی رحمت آبادی
۱۸.	مصطفی	دیلمی
۱۹.	ویدا	رشمئی
۲۰.	محراب علی	روحانی

اعضاء کمیته اجرایی هجدهمین همایش آموزش پزشکی سال ۹۶

(به ترتیب حروف الفبا)

ردیف	نام	نام خانوادگی
۲۱	فاطمه	زیدی
۲۲	محمد	شریف
۲۳	فرنگیس	شوقی شفق آریا
۲۴	محمدتقی	شهبازی
۲۵	سمیرا	صادقی راد
۲۶	الهام	طاهری
۲۷	پژمان	عاطفی منش
۲۸	لیدا	فتاحی زاده
۲۹	معصومه	فرج الهی
۳۰	زهرة	قربانیان
۳۱	سیامک	کاظمی اصل
۳۲	ابراهیم	کلانتر مهر جردی
۳۳	نوشین	کهن
۳۴	امیر	محمدی
۳۵	ناهید	معماریان فرد
۳۶	فرشید	منجمی
۳۷	محمد رضا	منصوریان
۳۸	کاظم	میرزایی
۳۹	صدیقه	نجفی پور
۴۰	افسانه	نوابی لواسانی

اعضاء کمیته اجرایی هجدهمین همایش آموزش پزشکی سال ۹۶

(به ترتیب حروف الفبا)

ردیف	نام	نام خانوادگی
۴۱	رجبعلی	نوروزی
۴۲	نرگس	هاشمی
۴۳	آزاده	هاشمی
۴۴	روح اله	هاشمی
۴۵	زهرا	یوسفی

فهرست مقالات

- ۲۵ حیطه متفرقه
- ۲۶..... جستجوی اطلاعات سلامت در اینترنت توسط مراجعین به درمانگاه‌های مراکز آموزشی درمانی شهرستان قم، سال ۱۳۹۴
- بررسی تاثیر آموزش و ارزیابی کارآموزی در عرصه پرستاری سلامت جامعه به روش پورتفولیو بر رضایتمندی دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ایلام..... ۲۷
- ۳۰ هیجان طلبی و قصد رفتاری تقلب در امتحان در میان دانشجویان: کاربرد نظریه رفتار برنامه ریزی شده
- ۳۵ عوامل مرتبط با اعتیاد به پیامک و افسردگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قم
- ۳۷ بررسی میزان خودکارآمدی پژوهشی دانشجویان شاغل به تحصیل دانشگاه علوم پزشکی قم و عوامل مرتبط با آن در سال ۱۳۹۴
- ۴۰ طبی سازی درس خواندن: پیامد شوم مدرک گرایی
- بررسی مقایسه ای وضعیت سرمایه اجتماعی از دیدگاه مدیران و کارشناسان مراکز مطالعات و توسعه آموزش دانشگاه های علوم پزشکی کشور در سال ۱۳۹۴..... ۴۲
- ۴۹ راهکارها و مسیر اعتلای اخلاق حرفه ای
- ۵۰ بررسی ارتباط مهارت های مطالعه دانشجویان دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران با وضعیت تحصیلی ایشان
- ۵۷ وجدان کاری و تعهد حرفه ای
- بررسی مشارکت اعضاء هیات علمی در طراحی و اجرای فرآیندهای آموزشی در دانشگاه علوم پزشکی تبریز و مقایسه آن با دانشگاه‌های تیپ یک کشور..... ۶۰
- ۷۱ حیطه تدوین و بازنگری برنامه های آموزشی
- ۷۲ تدوین، اجرا و ارزشیابی برنامه آموزشی اصول صحیح نسخه نویسی و تجویز منطقی داروها برای دانشجویان مامایی
- ۷۳ تعیین نقش پیش بینی کننده حیطه های درگیری تحصیلی بر پیشرفت تحصیلی در دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی جهرم
- ایده پردازی ، تدوین و اجرای طرح نوآورانه تاسیس سایت آموزش مجازی از طریق همسالان در دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز سال ۹۴-۹۵..... ۷۹
- ۸۲ بررسی برهم کنش خود تنظیمی و پیشرفت تحصیلی دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی جهرم
- ۸۸ نیازهای آموزشی دانشجویان پرستاری جهت کار در مراکز مشاوره و درمان تخصصی اعتیاد
- ۹۵ بسته آموزشی در خصوص بیماری اعتیاد برای دانشجویان پرستاری
- ۹۷ تبیین تجارب دانشجویان کارشناسی بهداشت عمومی از دوره آموزش در عرصه
- ۹۸ تدوین کوریکولوم مبتنی بر توانمندی دوره دستیاری بیماریهای عفونی
- طراحی و اجرای روش یادگیری تلفیقی در آموزش پرستاری: تلفیق روش های حل مسئله (PBL) و ایفای نقش در بخش عملی فرآیند آموزش به بیمار..... ۹۹
- ۱۰۱..... سبک های یادگیری و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گیلان براساس ساختاری متفاوت: مدل ورمونت

- ارتقای عملی مهارت اعضای هیات علمی در حوزه ی طراحی برنامه درسی در قالب آموزش کارگاهی..... ۱۰۲
- طراحی، اجرا و ارزشیابی اصول بکار گیری اخلاق حرفه ای با استفاده از تحلیل فیلم و سناریو های مکتوب در برنامه کارآموزی در دانشجویان رشته هوشبری دانشکده پیراپزشکی گلستان..... ۱۰۵
- چگونه برنامه شبیه سازی بالینی را در آموزش طب اورژانس وارد کردیم ۱۱۳
- راهکارهای موثر در بین المللی شدن برنامه های درسی حوزه پزشکی: دیدگاه اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ۱۱۷
- کاربرد فناوری در برگزاری آزمون های علوم پزشکی از نظریه تا عمل..... ۱۲۵
- ضرورت نهادینه سازی برنامه پزشک خانواده در راستای مسیر تحول و نوآوری در آموزش علوم پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی شیراز..... ۱۲۶
- حیطه یاددهی و یاد گیری ۱۲۸
- آموزش مهارت های معاینه فیزیکی: مقایسه اثربخشی روش آموزشی " آموزش در گروه کوچک همراه با آموزش به کمک رایانه" با روش "آموزش در گروه کوچک" به تنهایی..... ۱۲۹
- بررسی مهارت های تفکر انتقادی دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مازندران در سال ۱۳۹۵..... ۱۳۴
- ارزیابی همتایان با استفاده از شبیه سازی با فناوری بالا به عنوان یک تکنیک آموزشی ۱۳۹
- طراحی و ساماندهی طرح منتورینگ در دانشکده پزشکی شیراز و تقویت آموزش مبتنی بر دانش عمقی از طریق این طرح..... ۱۴۱
- تعیین نیاز های دانشجویان پزشکی بالینی در زمینه مهارت های مطالعه و زندگی: نیازسنجی، طراحی، اجرا و ارزشیابی دوره مهارت های مطالعه در محیط بالینی..... ۱۴۳
- اجرای فرآیند آموزشی (یاددهی و یادگیری) مبتنی بر سبک یادگیری به منظور ارتقاء خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو ۱۵۱
- دیدگاه دانشجویان پزشکی نسبت به نقش تلفن همراه در یادگیری و استفاده از فرصت های آموزشی ۱۵۸
- تجارب زیسته بانوان کارشناس استفاده کننده از تلفن همراه در دانشگاه علوم پزشکی شیراز..... ۱۵۹
- میزان دستیابی به اهداف آموزشی برای دانشجویان دندانپزشکی: مقایسه دو روش استاد محور و مساله محور ۱۶۰
- شناسایی عوامل استرس زای آموزش بالین از دیدگاه دانشجویان دانشکده پیراپزشکی فردوس..... ۱۶۳
- طراحی برنامه آموزش ضمن خدمت برای کارکنان فوریت های پزشکی شهر سمنان ۱۶۵
- رویکردهای یادگیری دانشجویان پرستاری و مامایی ۱۶۶
- چالشهای داوطلبان سلامت:تحلیل محتوای کیفی ۱۶۹
- مقایسه اثر آموزش مبتنی بر سناریو با روش سخنرانی بر آگاهی و نگرش تکنسین های اورژانس پیش بیمارستانی شهر قم در برخورد با مصدومین ترومای قفسه سینه ۱۷۲
- بکارگیری راهبرد آموزشی پرسپکتورشیپ به عنوان راهکاری اثر بخش درارتقاءکیفیت آموزش بالینی دانشجویان تکنولوژی جراحی..... ۱۸۱
- همبستگی هوش هیجانی و پیشرفت تحصیلی دانشجویان ۱۸۴
- بررسی اثربخشی دوره های آموزش اساتید: یک مطالعه مروری ۱۸۸
- ارزیابی به کارگیری روش یادگیری مبتنی بر تیم بر یادگیری و رضایتمندی دانشجویان بهداشت عمومی در درس آموزش بهداشت و ارتباطات ۱۹۳

- تجربه دانشجویان پرستاری در مورد آموزش دیدن توسط مربیان با تجربه بالینی و بدون تجربه ۱۹۸
- پویایی های یادگیری خودراهبر در دانشجویان کارشناسی ارشد پرستاری: یک مطالعه کیفی..... ۲۰۸
- طراحی و تولید مقاطع کروئال مغز انسان با استفاده از رنگ آمیزی مولیگان جهت آموزش نورواناتومی ۲۱۵
- اثربخشی تدریس گروهی همزمان درس زبان تخصصی برای دانشجویان پرستاری: ادغام راهکارهای فراشناختی ۲۱۹
- تدریس اقتضایی مبتنی بر راهبردهای یاددهی-یادگیری: کاربرد روش‌های سخنرانی، حل مسئله و مسئله‌مبنا در کارشناسی ارشد انگل‌شناسی ۲۲۱
- بررسی روایی و پایایی SCT-script concordance test در آموزش دستیاران گوش و حلق و بینی ۲۲۸
- بررسی مقایسه ای میزان آمادگی خودراهبری در یادگیری در دانشجویان پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی گیلان ۲۳۰
- یاددهی یادگیری چالش های اخلاقی در بالین از طریق سناریو نویسی و گزارش موارد ۲۳۲
- مقایسه تأثیر آموزش و ارزیابی بالینی به روش تلفیقی با روش معمول، بر یادگیری شناختی دانشجویان کارشناسی بیهوشی در محیط‌های بالینی ۲۴۰
- تأثیر آموزش مبتنی بر محتوی بر موفقیت و نگرش دانشجویان رشته های علوم پزشکی در یادگیری زبان انگلیسی ۲۴۵
- مقایسه تأثیر شیوه‌های آموزش سنتی، الکترونیک و الکترونیک- سنتی بر یادگیری "درس داروشناسی" دانشجویان پرستاری ۲۵۰
- استفاده از چک لیست ثبت عملکرد: راهی برای بازاندیشی و آموزش غیر مستقیم ۲۵۵
- بررسی مقایسه ای عوامل بازدارنده و تسهیل کننده بر یادگیری مهارت‌های بالینی از دیدگاه دانشجویان و مربیان بالینی دانشکده پرستاری و مامایی قاین، سال ۱۳۹۵ ۲۵۶
- ارتقا مهارت‌های زبان تخصصی دانشجویان رشته فناوری اطلاعات سلامت: طراحی مدل کارپوشه ۲۶۰
- استفاده از یافته های حاصل دانش Mind Brain, and Education-MBE در جهت افزایش بازده آموزشی دانشجویان ۲۶۴
- یادگیری مبتنی بر تیم (TBL) روشی موثر در یادگیری و یادداری مفاهیم پیچیده درس فیزیولوژی در دانشجویان تغذیه ۲۶۷
- ارتباط گرایش به تفکرانتقادی با مهارت استدلال بالینی در دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بابل ۲۶۸
- تأثیر الگوی یادگیری در حد تسلط بر صلاحیت بالینی دانشجویان اتاق عمل ۲۷۱
- طراحی الگوی اجرایی آموزش بین حرفه ای در علوم سلامت ۲۷۴
- بررسی تاثیر آموزش مشارکتی مربی و گروه هم‌تایان بر عملکرد آموزشی و رضایت تحصیلی دانشجویان دکتری پرستاری ۲۷۸
- تأثیر یادگیری مبتنی بر پروژه بر انگیزش تحصیلی و جرأت ورزی دانشجویان پرستاری ۲۸۶
- بررسی مقایسه ای تاثیر آموزش اخلاق حرفه ای به دو روش بحث گروهی و نرم افزار چند رسانه ای بر آگاهی دانشجویان پرستاری ۲۸۹
- حیطه ارزشیابی آموزشی ۲۹۵
- تبیین عوامل مؤثر بر نتایج ارزشیابی استاد در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان از دیدگاه اعضای هیئت علمی ۲۹۶
- انتخاب اساتید سرآمد آموزشی رویکردی سمبولیک برای تکریم آموزش علوم پزشکی: تجربه تدوین شیوه نامه استاد برتر آموزشی در دانشگاه علوم پزشکی کاشان ۲۹۷
- تأثیر ارائه بازخورد و تشویق در بهبود مستندسازی دستیاران ۲۹۹

- تجربیات دانشجویان شرکت کننده در چهارمین المپیاد علمی دانشجویان علوم پزشکی - یک مطالعه کمی - کیفی ۳۰۲
- مدل ارائه بازخورد تکوینی دانشجویان به اساتید به جای ارزشیابی دانشجویان از استاد ۳۱۲
- بررسی تاثیر مداخله ممیزی و فیدبک بر رفتار دستور دهی پزشکان ۳۱۴
- بررسی چالشهای آزمون OSCE مورد تخصصی ناسیونال از نظر دستیاران شرکت کننده در آزمون سال ۹۳ ۳۱۷
- رضایت مندی دانشجویان مامایی دانشگاه علوم پزشکی شیراز از ارزشیابی بالینی به روش دفترچه ثبت مهارت های بالینی (Log Book) ۳۲۶
- بررسی رابطه راهبرد های یادگیری فراشناختی با پیشرفت تحصیلی در بین دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی بیرجند ۳۲۹
- ارزیابی آموزش اخلاق در برنامه درسی مامایی ۳۳۰
- ارزیابی کیفیت آزمونهای چهار گزینه ای دروس تئوری گروه ترمیمی و ارائه الگوی مدیریت آزمون های پیشرفت تحصیلی گروه ترمیمی ۳۳۴
- خود ارزیابی مهارتهای بالینی دوره کاروزی پزشکی ۳۳۶
- تجربه موفق ارزشیابی تکوینی استاد در دانشگاه علوم پزشکی ایلام ۳۴۳
- طراحی ابزار ارزشیابی استاد به عنوان رهبر آموزشی توسط دانشجو در دروس نظری ، مدل POLC ۳۴۶
- بررسی نقاط قوت، نقاط ضعف و راهکارهای اصلاحی آزمون الکترونیک پیش کارورزی از دیدگاه دانشجویان پزشکی و بر اساس الگوی ارزشیابی مبتنی بر مشارکت کنندگان در دو دانشگاه منطقه هفتم آمایشی ۳۴۷
- روند میانگین نمرات ارزشیابی استاد در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان طی سال های ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۴: آیا ارزشیابی استاد می تواند موجب ارتقاء تدریس شود؟ ۳۴۹
- طراحی چک لیست ارزیابی مهارتهای عملی دانشجویان دندانپزشکی در درس بیماریهای دهان و فک و صورت و مقایسه آن با روش Global rating ۳۵۰
- راهکارهای مناسب برای توانمندی اساتید پزشکی در حوزه آموزشی از نظر اعضا هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد ۳۵۶
- راهنمای آموزش بالینی: فرایند ارتقای کیفیت آموزش و ارزشیابی مهارت های عملی دانشجویان در عرصه دندانپزشکی کودکان ۳۶۰
- ارزیابی آگاهی، نگرش و میزان آمادگی یادگیری الکترونیکی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قزوین، سال ۱۳۹۵ ۳۶۴
- بررسی میزان تاثیر یادگیری سازمانی بر اعتبار بخشی مراکز آموزشی درمانی شهر اردبیل در سال ۹۴ ۳۶۷
- بررسی میزان رضایت و نظرات دستیاران زنان در مورد تاثیر دوره آموزشی طب مادر و جنین ۳۷۵
- ارزیابی دوره ATLS در ایران براساس امتحان OSCE ۳۷۶
- بررسی رضایت مندی دانشجویان پرستاری و توانمندی بالینی آنها بعد از تجربه برنامه پرسپترشیپ ۳۷۹
- بررسی عملکرد بالینی دانشجویان فارغ التحصیل شده پرستاری در خصوص انجام مراقبت بیماران ۳۸۱
- تاثیر ارزشیابی اساتید بر بهبود کیفیت ابعاد مختلف تدریس از دیدگاه اساتید ۳۸۶
- بررسی مهارت های تفکر انتقادی و همچنین اهمیت آموزش تفکر انتقادی بر روی دانشجویان پزشکی کشور ۳۸۹
- وضعیت آموزش بالینی از دیدگاه فراگیران دانشگاه علوم پزشکی کرمان : یک مطالعه مقطعی ۳۹۵
- وزن دهی معیارهای ارزشیابی اساتید از دیدگاه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شیراز با استفاده از روش آنتروپی شانون در سال ۱۳۹۵ ۳۹۸

- ۴۰۵..... دیدگاه کارورزان پزشکی در مورد آزمون صلاحیت بالینی: یک مطالعه کیفی
- ۴۰۷... تاثیر تغییر محل سوالات امتحان در نمرات دانشجویان: مطالعه موردی دانشجویان مهندسی بهداشت محیط دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
- ۴۱۴..... ارزیابی محیط های آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران از دیدگاه دانشجویان پزشکی بر اساس الگوی UCEEM
- ۴۱۵..... خود ارزیابی صلاحیت بالینی کارورزان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مازندران در سال تحصیلی ۹۴-۹۵
- ۴۲۳..... بررسی و اصلاح وضعیت عرصه های آموزش بالینی در دانشکده پزشکی اصفهان بر اساس استانداردهای معاونت آموزشی وزارت متبوع
- ۴۲۶..... حیطه مدیریت و رهبری آموزشی
- ۴۲۷..... تاثیر سطح تحصیلات بر رضایت اعضای هیات علمی از شغل استادی در آموزش عالی
- کسب مرجعیت حرفه ای یا سکوت سازمانی. راهکارهای دانش آموختگان PhD پرستاری ایران در مواجهه با چالش های پذیرش نقش به عنوان مدرس بالینی. یک مطالعه کیفی.
- ۴۲۹.....
- ۴۳۱..... بررسی و شناسایی موانع جذب دانشجویان خارجی در پردیس های خودگردان دانشگاه علوم پزشکی
- ۴۳۹..... بررسی نحوه یادگیری و یاددهی دستیاران گروههای بالینی مرکز آموزشی و درمانی امام رضا در رابطه با نحوه آموزش مهارتهای علمی و عملی
- ۴۴۴..... تحول در آموزش علوم پزشکی ایران: توصیه های خبرگان
- ۴۴۷..... تحلیل هزینه های موسسات آموزشی؛ گامی بسوی مدیریت اقتصادی و کارآمد در آموزش علوم پزشکی
- ۴۵۳..... بررسی ارتباط عوامل تنش زای محیط بالین و خودکارآمدی بالینی دانشجویان پرستاری
- بررسی عوامل موثر بر انگیزش شغلی اعضای هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بر اساس تئوری انگیزشی دو عاملی هرزبرگ در
- سال ۱۳۹۴.....
- ۴۵۹.....
- ۴۷۵..... تبیین درک و تجارب ذینفعان از کیفیت خدمات آموزشی
- ۴۷۷..... تبیین فرایند اجتماعی شدن حرفه ای دانشجویان کارشناسی پرستاری
- ۴۹۰..... انگیزش اعضای هیئت علمی در نظام تحول
- ۵۰۲..... برنامه بهبود یافته توانمندسازی در دانشگاه علوم پزشکی ایلام
- ۵۰۴..... شناسایی حیطه های سرآمدی مرجعیت علمی در حوزه سلامت
- ۵۰۶..... نقش پیش بینی کننده خودتنظیمی و خودراهبری بر رضایتمندی از تحصیل در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی جهرم
- ۵۱۰..... مهارت بالینی با استفاده از جسد؛ یک نیاز یا یک تصور؟
- ۵۱۲..... مدل بین المللی سازی برنامه های آموزشی در حوزه علوم پزشکی برای کشور ایران
- ۵۱۴..... تجارب اساتید پزشکی از مشکلات مرتبط با مدیریت کلاس
- ۵۲۱..... نقش دفتر استعدادهای درخشان در نشویق دانشجویان برای شرکت در المپیاد
- بررسی علل و شیوه های متداول تقلب در آزمون، تکالیف و پروژه ها در بین دانشجویان و ارائه راهکارهای مدیریت و کنترل آن (مطالعه موردی دانشجویان دانشکده داروسازی شیراز)
- ۵۲۹.....

- ارائه راهکارهای آموزشی به منظور کاهش خطا های فرآیندهای اتاق عمل با روش تحلیل حالات و اثرات خطا (FMEA) در بیمارستان نمازی شیراز..... ۵۴۵
- بررسی عوامل موثر بر توانمند سازی اعضای هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی گلستان..... ۵۴۹
- ادغام اورژانس های جراحی: گامی در جهت بهبود کیفیت مدیریت و آموزش در اورژانس های آموزشی بدون متخصص طب اورژانس..... ۵۵۶
- مقایسه دیدگاه دانشجویان پزشکی سال اول و آخر درباره رعایت منشور حقوق بیمار در بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر در سال ۱۳۹۴..... ۵۸۱
- حیطه یادگیری الکترونیکی..... ۵۸۶
- طراحی، اجرا و ارزشیابی یادگیری مبتنی بر مورد الکترونیکی در دانشجویان دندانپزشکی..... ۵۸۷
- مقایسه تاثیر آموزش مداوم الکترونیکی و حضوری بر ارتقا سطح دانش دندانپزشکان عمومی در مبحث بلیچینگ..... ۵۹۵
- آموزش مداوم غیر حضوری متخصصین کودکان از طریق مستند سازی جلسات گزارش صبحگاهی مرکز طبی، کودکان قطب علمی کودکان ایران ، و ارائه آن به متقاضیان..... ۶۰۱
- طراحی نرم افزار چند رسانه ای آموزش مهارت بخیه زدن و بررسی تاثیر به کارگیری آن (یادگیری خود راهبر) در مقایسه با روش های آموزش مبتنی بر شبیه سازی و آموزش رایج بر میزان یادگیری و رضایتمندی کارآموزان پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی قزوین..... ۶۰۴
- دوره های کوتاه مدت و پودمانی: نوآوری در مسیر دانشگاه های هزاره سوم..... ۶۰۹
- فرایند بکارگیری روش تدریس کلاس وارونه (flip classroom) جهت ارتقا دانش و رضایتمندی دانشجویان دندانپزشکی در درس پری کلینیک بیماریهای لثه و کودکان..... ۶۱۱
- ارزشیابی روش آموزشی تحت وب، درس آناتومی دانشجویان رشته پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه..... ۶۱۵
- تعیین و مقایسه تاثیر دو شیوه آموزش الکترونیک و سخنرانی بر میزان آگاهی کارکنان اداری بخشهای بالینی بیمارستانهای منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران در زمینه کنترل عفونتهای بیمارستانی..... ۶۲۱
- تعیین ارجحیت و تفاوت سبکهای یادگیری دانشجویان در آموزش الکترونیکی و آموزش سنتی..... ۶۲۷
- نوآوری در آموزش پزشکی: طراحی و ساخت نقشه مفهومی تصویری هوشمند بر اساس مدل (Visual Concept Explorer (VCE) در یادگیری الگوریتم غربالگری و درمان شایع ترین سرطان زنان..... ۶۲۹
- طراحی و پیاده سازی اپلیکیشن موبایل مراقبت از نوزاد نارس..... ۶۳۱
- امکان سنجی کاربست نظام یادگیری الکترونیکی در بین دانشجویان پیراپزشکی..... ۶۳۹
- مرور همگنان ابزاری برای توانمندسازی اعضا هیات علمی برای تدریس در سیستم یادگیری ترکیبی (حضوری و مجازی)..... ۶۴۳
- مقایسه ی میزان ماندگاری آموزش اخلاق حرفه ای در دو روش بحث گروهی و نرم افزار چند رسانه ای..... ۶۴۵
- طراحی نرم افزار ابزار اتاق عمل با رویکرد کاربرد در جراحی: گامی در جهت ارتقای یادگیری..... ۶۴۹
- آموزش الکترونیک چگونه ارائه خدمت در بیمارستان را تغییر می دهد: نوآوری ، افزایش کیفیت و کاهش هزینه..... ۶۵۱



حیطه:

متفرقه

کد: ۱۰۳۶

حیطه: نا مشخص

جستجوی اطلاعات سلامت در اینترنت توسط مراجعین به درمانگاههای مراکز آموزشی درمانی شهرستان قم، سال ۱۳۹۴

نویسندگان: هدی احمري طهران، احمد کچویی، زهرا جعفری ندوشن، خدیجه علیپور ندوشن، هدی احمري طهران،

Introduction:

انتظار می رود در راستای طرح تحول سلامت و نیاز به توسعه سطح سلامت جامعه نیازهای اطلاعاتی افراد در زندگی روزمره نیز مرتفع گردد. یکی از نیازهای مهم افراد جامعه نیازهای مربوط به اطلاعات سلامت است. اطلاعات سلامت، طیف وسیعی از اطلاعات را شامل می شود، از جمله اطلاعات درباره بیماری ها، نحوه پیشگیری و درمان اولیه آنها که یکی از دغدغه های اصلی برای بسیاری از افراد است. امروزه اینترنت به عنوان یکی از منابع اصلی اطلاعات مرتبط با سلامت در نظر گرفته می شود. افزایش تعداد کاربران اینترنت در دنیا، افزایش استفاده از آن برای جستجوی اطلاعات مرتبط با سلامت را در پی داشته است. اطلاعات سلامت، طیف وسیعی از اطلاعات را شامل می شود، از جمله اطلاعات درباره بیماری ها و نحوه پیشگیری و درمان اولیه آنها که یکی از دغدغه های اصلی برای بسیاری از افراد است.

Objectives:

هدف از این مطالعه وضعیت جستجوی اطلاعات سلامت در اینترنت توسط مراجعین به درمانگاه های مراکز آموزش درمانی شهرستان قم بود.

Study Design:

پژوهش حاضر به روش توصیفی تحلیلی بر روی ۴۵۷ نفر از مراجعه کننده (همراه یا بیمار) به درمانگاههای مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی قم در سال ۱۳۹۴ به روش نمونه گیری سهمیه ای و با استفاده از پرسشنامه برگرفته از مطالعه انجام شد. داده ها با استفاده از آزمون های آماری کای اسکور و ورتیسون لجستیک در سطح معنی داری $p < 0.05$ تجزیه و تحلیل شدند

Study Setting:

پژوهش حاضر بر روی ۴۵۷ نفر از مراجعه کننده (همراه یا بیمار) به درمانگاههای مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی قم در سال ۱۳۹۴ با استفاده از پرسشنامه برگرفته از مطالعه انجام شد. با در نظر گرفتن نمونه گیری در واقع مطالعه بر روی قسمتی از جامعه انجام شد.

Participan:

۴۵۷ نفر با توجه به معیار ورود به مطالعه مورد بررسی قرار گرفتند. ملاک ورود به مطالعه شامل مراجعه کنندگانی بود (بیمار یا همراه بیمار) که در همین زمان به درمانگاه های مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی قم مراجعه کرده بودند. توانایی کار با کامپیوتر برای استخراج اطلاعات مورد نیاز فردی از معیارهای ورود به مطالعه بود. پرسشنامه ها توسط پرسشگر بین نمونه ها توزیع گردید

Sample Size:

حجم نمونه، براساس نسبت در یک جامعه و در نظر گرفتن نسبت جستجوی اطلاعات سلامت در اینترنت با استناد به مقاله ALGHAMDI برابر با ۴/۵۸ و دقت برابر با ۱/۰ نسبت مذکور برابر با حداقل ۳۸۴ نفر تعیین شد، که با توجه به برآورد احتمال خروج نمونه از مطالعه، حجم نمونه ۴۷۷

نفر در نظر گرفته شد، ولی تعداد پرسشنامه های تکمیل شده، ۴۵۷ عدد بود. ملاک ورود به مطالعه شامل مراجعه کنندگانی بود(بیمار یا همراه بیمار) که در همین زمان به درمانگاه های مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی قم مراجعه کرده بودند. پرسشنامه ها توسط پرسشگر بین نمونه ها توزیع گردید

:Data Gathering Tool

ابزار گردآوری داده ها برگرفته از پرسشنامه ی ALGAMDY است که در سال ۲۰۱۲ در عربستان سعودی در یک مطالعه ای استفاده شده است و روایی و پایایی آن در همان مطالعه انجام گرفته است و در مطالعه حاضر نیز در یک مطالعه پایلوت به روش اعتبار محتوا و ضریب آلفای کرونباخ ۸/۰ تایید گردید. پرسشنامه شامل ۴۳ سوال بوده که حاوی دو بخش مشخصات دموگرافیک و پرسش های مربوط به وضعیت استفاده از اینترنت توسط کاربران می باشد.

:Data Analysis

داده ها با استفاده از آزمون های آماری کای اسکور و رگرسیون لجستیک در سطح معنی داری $p < 0.05$ تجزیه و تحلیل شدند

:Results

یافته ها: ۴۱٪ از نمونه ها، در مورد وضعیت سلامتی خود از اینترنت استفاده می نمودند. در بررسی جستجوی اطلاعات سلامت، اکثریت نمونه ها (۸۷٪) در مورد وضعیت پزشکی خود از اینترنت استفاده کرده بودند. بیشترین موضوع مورد جستجو (۱۴٪) سرطان بود و اکثریت نمونه ها (۵۲٪)، اطلاعات پزشکی به دست آمده از اینترنت را مفید و (۵۸٪) نسبتاً کافی بیان کردند. همچنین با استفاده از آزمون کای اسکور بین سن ($p=0.01/0$)، تحصیلات ($p=0.01/0$) و جستجوی اطلاعات سلامت در طول یک ماه، ارتباط معنی داری مشاهده شد.

:Conclusion

با توجه به میزان استفاده مردم جامعه از اینترنت در زمینه جستجوی اطلاعات سلامت و عدم آگاهی آنان از منابع صحیح ارائه اطلاعات سلامت، مسئولان باید جهت ارتقای سطح سواد اطلاعاتی به ویژه در حوزه ی سلامت برنامه ریزی جدی داشته باشند. همچنین نسبت به ارائه اطلاعات سلامت توسط منابع مختلف اینترنتی نظارت دقیق تری داشته باشند.

:Keywords

مصرف کننده اطلاعات بهداشتی ، سواد بهداشتی ، اینترنت ، تکنولوژی اطلاعات

کد: ۱۰۴۷

حیطه: نا مشخص

بررسی تاثیر آموزش و ارزیابی کارآموزی در عرصه پرستاری سلامت جامعه به روش پورتفولیو بر رضایتمندی دانشجویان پرستاری
دانشگاه علوم پزشکی ایلام

نویسندگان: آرمان آزادی،

Introduction

ارزیابی یادگیری فراگیران یکی از مهمترین ارکان برنامه ریزی آموزشی است که بدون آن نمی توان به کیفیت آموزش پی برد. فرایند ارزیابی شامل جمع آوری و تفسیر داده ها بوده و یکی از فرایندهای دشوار آموزشی محسوب می شود. ارزیابی یادگیری فراگیران در محیط های بالینی که نیازمند مشاهده عملکرد فراگیران در محیطهای واقعی می باشد به مراتب مشکل تر از ارزیابی کلاسی است (۱). نتایج پژوهشهای انجام شده در کشور نیز نشان می دهد که ارزیابی بالینی دانشجویان علوم پزشکی مناسب نمی باشد (۲، ۳). در طرح تحول آموزش علوم پزشکی که اخیرا از سوی معاونت آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به دانشگاهها ابلاغ شده است نیز به این مشکل اشاره شده و بسته ارتقا نظام ارزیابی و آزمونها بر همین اساس تدوین و در اختیار دانشگاههای علوم پزشکی قرار گرفته است. دل آرام و آئین نشان دادند که ۷۵ درصد دانشجویان پرستاری اعتقاد دارند که مریبان آنها از روشهای ارزیابی بالینی مناسب استفاده نمی کنند (۲). خطاهای شایع ارزشیابی بالینی دانشجویان شامل عدم کنترل کار تک تک دانشجویان، دادن نمرات غیر واقعی به دانشجو، عدم شرکت دانشجو در ارزیابی، عدم تقسیم منصفانه نمره، عدم بررسی مهارت های قبلی دانشجو، عدم انعکاس نقاط ضعف و قوت به دانشجو، ارزیابی به روش انشایی و چهار گزینه ای و عدم ارزیابی بر اساس اهداف گزارش شده است (۴، ۵).

لذا به منظور ارزیابی یادگیری فراگیران در محیطهای واقعی، آزمونهای عملکردی می توانند مفید باشند. در آزمونهای عملکردی که به آنها آزمونهای واقعی یا اصیل نیز گفته می شود، فرایندها و فرآورده های واقعی دانشجویان به طور مستقیم سنجش می شوند (۶). در گذشته استفاده از فنون ارزشیابی عملکردی برای سنجش فرایندها و فرآورده های یادگیری چندان معمول نبود، اما در سالهای اخیر استفاده از این شیوه های سنجش و اندازه گیری مورد توجه قرار گرفته است (۷). انواع مختلفی از آزمونهای عملکردی وجود دارد که از جمله آنها می توان به آزمون کتبی عملکردی، آزمون شناسایی، انجام عملکرد در موقعیتهای شبیه سازی شده، نمونه کار و پورتفولیو اشاره کرد (۸، ۹).

یادگیری مبتنی بر پورتفولیو (Portfolio Based Learning) یک روش یادگیری فعال است که در اواسط دهه ۱۹۸۰ این روش وارد حیطه آموزش شد و به عنوان وسیله ای برای ارزیابی عملکرد فراگیران مورد استفاده قرار گرفت. این روش در عین فراگیر محور بودن، برآیند محور و ارتقا دهنده یادگیری عمیق و ارزشمند است (۸). یادگیری مبتنی بر پورتفولیو شامل مجموعه ای طرح ریزی شده و هدفمند از بهترین مدارک و شواهدی است که چگونگی پیشرفت یادگیرنده و گامهای رسیدن به اهداف آموزشی را شامل می شود (۹). این روش یک گزارش کیفی و تفسیری از یادگیری است که مربی با آن قادر به ارزیابی مداوم فراگیر است. پایه نظری پورتفولیو، یادگیری مبتنی بر نظریه یادگیری بالغین است که در آن تفکر انتقادی، خود ارزشیابی و یادگیری خود-هدایتی (self-directed learning) وجود دارد و دانشجو را مسئول یادگیری خود معرفی می کند. پورتفولیو می تواند هم برای اهداف آموزشی و هم برای اهداف سنجش و ارزیابی مورد استفاده قرار گیرد. (۷ و ۱۰).

مطالعات نشان داده است یادگیری مبتنی بر پورتفولیو در یادگیری و ارزیابی دانشجویان پرستاری در محیط بالینی مفید است (۱، ۲، ۴، ۹، ۱۰). در مطالعه McMullan دانشجویان پرستاری پورتفولیو را به عنوان یک روش مناسب که شواهد خوبی برای عملکرد بالینی فراهم میکند ارزیابی نمودند. آنان همچنین بیان نمودند که این روش ضمن آگاه نمودن آنان از نقاط قوت و ضعف عملکردشان، یادگیری مستقل آنان را بهبود می بخشد (۹). در مطالعه اسدی حویزیان و همکاران نیز اغلب دانشجویان پرستاری رضایت خود را در استفاده از این روش به منظور ارزیابی بالینی بیان نمودند (۴). از مزایای مهم روش پورتفولیو می توان به یکپارچه سازی تئوری و بالین، کاهش شوک واقعیت در زمان ورود به بالین که بسیاری از دانشجویان آن را تجربه می کنند، آگاهی دانشجو از نقاط قوت و ضعف، تشویق فراگیر به تقویت یادگیری، ایجاد احساس مسؤولیت در فراگیر نسبت به یادگیری خود و افزایش اعتماد به نفس و اطمینان، مشارکت فعال فراگیر در فرایند آموزش و ارزیابی، مشارکت فعال معلم جهت ارائه بازخورد، افزایش تعامل فراگیر و معلم، اشاره نمود (۷، ۱۰).

Objectives

این مطالعه با هدف تعیین تاثیر آموزش و ارزیابی واحد کارآموزی در عرصه سلامت جامعه دانشجویان پرستاری به روش پورتفولیو بر میزان رضایتمندی آنان انجام شد.

Study Design

این مطالعه کمی از نوع نیمه تجربی می باشد که در آن همه ۳۰ دانشجوی ترم هشتم پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ایلام در سال ۹۳ در دوره کارآموزی در عرصه واحد سلامت جامعه، به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند.

Study Setting

دانشجویان در ۱۰ مرکز بهداشتی-درمانی شهری گروه بندی شدند به طوریکه به هر مرکز ۳ دانشجو تخصیص یافت. سپس مراکز به صورت تصادفی در هریک از گروههای مداخله و کنترل طبقه بندی شدند بطوریکه ۵ مرکز به عنوان گروه مداخله و ۵ مرکز به عنوان گروه کنترل انتخاب شدند.

Participant

معیارهای ورود به مطالعه شامل گذراندن واحد کارآموزی در عرصه واحد سلامت جامعه، رضایت جهت شرکت در مطالعه و تکمیل ابزار پژوهش بود. دانشجویان در ۱۰ مرکز بهداشتی-درمانی شهری گروه بندی شدند به طوریکه به هر مرکز ۳ دانشجو تخصیص یافت. سپس مراکز به صورت تصادفی در هریک از گروههای مداخله و کنترل طبقه بندی شدند بطوریکه ۵ مرکز به عنوان گروه مداخله و ۵ مرکز به عنوان گروه کنترل انتخاب شدند. در مراکز گروه مداخله آموزش و ارزیابی به روش پورتفولیو به مدت یکماه اجرا شد در حالیکه مراکز گروه کنترل آموزش و ارزیابی به شیوه روتین دوره های گذشته انجام شد.

Sample Size

دانشجویان در ۱۰ مرکز بهداشتی-درمانی شهری گروه بندی شدند به طوریکه به هر مرکز ۳ دانشجو تخصیص یافت. سپس مراکز به صورت تصادفی در هریک از گروههای مداخله و کنترل طبقه بندی شدند بطوریکه ۵ مرکز به عنوان گروه مداخله و ۵ مرکز به عنوان گروه کنترل انتخاب شدند. در مراکز گروه مداخله آموزش و ارزیابی به روش پورتفولیو به مدت یکماه اجرا شد در حالیکه مراکز گروه کنترل آموزش و ارزیابی به شیوه روتین دوره های گذشته انجام شد.

Data Gathering Tool

ابزار جمع آوری داده ها یک پرسشنامه دو قسمتی بود. بخش اول شامل اطلاعات دموگرافیک شرکت کنندگان مانند سن، جنس، میزان رضایت از رشته پرستاری و معدل بود. بخش دوم شامل یک پرسشنامه محقق ساخته در خصوص رضایت دانشجویان از نحوه آموزش و ارزیابی بود که با استفاده از مرور متون طراحی شد (۱، ۲، ۳، ۹، ۱۰). این پرسشنامه شامل ۱۳ گویه بود که دانشجویان به هر گویه به صورت مقیاس لیکرت سه گزینه ای با یکی از عبارات "رضایت دارم"، "رضایت نسبی" و یا "رضایت ندارم" پاسخ می دادند. جمع امتیازات پرسشنامه ۲۶ امتیاز بود که نشان دهنده رضایت کامل فرد از آموزش و ارزشیابی به روش پورتفولیو بود. جهت تایید روایی پرسشنامه از روش روایی صوری و محتوا استفاده شد. بدین ترتیب که پرسشنامه در اختیار ۱۰ نفر از اساتید پرستاری صاحب نظر در حوزه آموزش و ارزشیابی قرار گرفت و نظرات اصلاحی آنان اعمال گردید. همچنین پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۲ بدست آمد.

Data Analysis

تجزیه و تحلیل داده با استفاده از نرم افزار SPSS-۱۳ انجام شد. با توجه به نتایج آزمون کولموگورو-اسمیرنو برای تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون پارامتری تی مستقل به منظور مقایسه میانگین نمرات دو گروه استفاده شد. همچنین از آزمون کای دو برای مقایسه ویژگیهای دموگرافیک دو گروه استفاده گردید.

Results

میانگین سنی (انحراف معیار) نمونه های گروه مداخله و کنترل به ترتیب ۲۱/۶ (۱/۰۵) و ۲۱/۶ (۱/۵) بود. بیشتر دانشجویان، دختر و مجرد بودند و معدل ترم قبل آنان ۱۶-۱۴ بود. بین دو گروه مداخله و کنترل از نظر متغیرهای دموگرافیک اختلاف معنی داری مشاهده نشد (جدول شماره ۱).

میانگین کلی نمره رضایتمندی نمونه های گروه مداخله ۲۱/۲۶ (۲/۱۵) و در گروه کنترل ۱۴/۴۶ (۲/۷۷) بود که از این نظر اختلاف میانگین نمرات گروهها معنی دار بود ($p < 0/001$). همچنین بین میانگین نمره رضایتمندی کل و متغیرهای سن، جنس، معدل و وضعیت تاهل در گروههای مداخله و کنترل تفاوت معنی داری مشاهده نشد.

در سوالات مرتبط با «ارائه اهداف درس در اولین روز کار بالینی»، «آموزش دانشجویان در راستای اهداف کار بالینی»، «تمرکز دانشجو بر روی موضوعات مربوط به درس»، «شناسایی نقاط ضعف و قوت دانشجو»، «یادگیری مستقل در طی دوره»، «مشارکت فعال دانشجو در فرایند یادگیری»، «هماهنگی بین آموخته های تئوری و فعالیتهای بالینی»، «ارائه بازخورد لازم از سوی مربی»، «همخوانی بین ارزشیابی با اهداف آموزشی کارآموزی»، «رضایت از نحوه ارزشیابی بالینی» و «ارزشیابی فعالیت مربی توسط دانشجو» میزان رضایتمندی دانشجویان گروه مداخله به طور معنی داری بالاتر از میانگین نمرات دانشجویان گروه مداخله بود ($p < 0/05$). با این حال در سوالات مرتبط با «ایجاد انگیزه برای استفاده از کتاب ها و سایر منابع علمی» و «نظارت کافی بر روند آموزش بالینی» بین دو گروه تفاوت معنی داری مشاهده نشد (جدول شماره ۲).

Conclusion:

بر اساس نتایج این مطالعه آموزش و ارزشیابی به روش کارپوشه بر بهبود رضایت دانشجویان پرستاری موثر است. استفاده از این روش علاوه بر بهبود فرایند یادگیری در فراگیران، در توانمند نمودن مدرسان پرستاری در بالین نیز موثر است و به آنان کمک می کند تا با برنامه ریزی بهتر و ارائه بازخورد، شرایط و کیفیت یادگیری را ارتقا دهند.

Keywords:

پورتفولیو، دانشجوی پرستاری، یادگیری بالینی، ارزیابی بالینی

کد: ۱۰۶۷

حیطه: نا مشخص

هیجان طلبی و قصد رفتاری تقلب در امتحان در میان دانشجویان: کاربرد نظریه رفتار برنامه ریزی شده

نویسندگان: سیروس جلیلی، فرزاد جلیلیان، پریسا معظمی

Introduction:

بدرفترهای علمی در محیطهای دانشگاهی به اشکال مختلفی رخ می دهد که یکی از شایع ترین آنها تقلب در امتحان می باشد (۱). تقلب در امتحان به هر نوع رفتاری گفته می شود که توسط فراگیر بمنظور کسب درجه و یا نمره بالاتر و یا جلوگیری از گرفتن نمره پائین تر در امتحان و یا تکالیف محول شده به فراگیر انجام می شود و باعث می شود که در سنجش دقیق توانایی های فراگیران اختلال ایجاد شود (۲). فراوانی تقلب در امتحانات در محیطهای آموزشی می تواند پیامدهای منفی متعددی را به دنبال داشته باشد؛ به عنوان مثال دانش آموزانی که مرتکب تقلب در امتحان می شوند، فرصت درگیر شدن در فرایند یادگیری را از دست می دهند و قادر نیستند دانش و مهارت های جدید را توسعه دهند؛ علاوه بر این تقلب در امتحان، نگرانی ها در رابطه با برابری را افزایش می دهد و بر نظم اخلاقی دانش آموزان و معلمان تاثیر منفی دارد. دانشجویانی که تقلب می کنند یک برتری غیرمنصفانه بر دیگران کسب می کنند و ممکن است دانش آموزان درستکار هنگامی که می دانند دیگران تقلب می کنند و موفق می شوند دلسرد و ناامید شوند و ممکن است آنان نیز برای درگیر شدن در کار تحصیلی صادقانه مردد شوند (۳). همچنین برخی از مطالعات به

همبستگی میان قلب در دوران تحصیل و قلب در محیط کار اشاره کرده‌اند (۶-۴). پیامدهای منفی ناشی از قلب در امتحان لزوم توجه جدی به این مساله و پیشگیری از آن در محیط‌های آموزشی را نشان می‌دهد؛ اما به منظور ارائه برنامه‌های پیشگیرانه شناسایی عوامل موثر بر انجام رفتار قلب در امتحان ضروری می‌باشد. بدین منظور بررسی مطالعات عوامل متعددی را در گرایش به قلب در امتحان عنوان کرده‌اند که در این میان می‌توان عوامل فردی (مانند جنسیت، شخصیت و ...) و عوامل موقعیتی (مانند امتیازات تحصیلی، نظارت جریمه‌ها، فرصت برای قلب و ...) را نام برد (۷). از سوی دیگر DeAndrea و همکاران در مطالعه خود، هیجان طلبی (sensation seeking) را یک عامل پیش‌بینی کننده قلب در امتحان عنوان کرده‌اند (۸). از سوی دیگر برخی از دانشجویان با عنوان اینکه آن‌ها فشارهای فزاینده‌ای را در خود برای کسب نمرات تحصیلی بالا احساس می‌کنند، قلب در امتحان را راهی مناسب برای کسب نمرات عنوان می‌کنند (۹). در این رابطه یافته‌های مطالعات متعددی نشان می‌دهد که دانشجویانی که در امتحان قلب می‌کنند، آن را به عنوان یک هنجار می‌بینند و یک رفتار معمولی تلقی می‌کنند که علیرغم ممنوع بودن آن انجام می‌دهند (۱۰ و ۱۱). در این زمینه Trevino و McCabe در یک نمونه ۱۷۵۰ نفری از دانشجویان عنوان می‌کنند که رفتار همسالان پیش‌گویی کننده قوی قلب در امتحان می‌باشد (۱۲). فشار و ترس از شکست در امتحان نیز یکی از انگیزه‌های قلب عنوان شده است (۱۳). همچنین باید به این نکته اشاره کرد که رفتار انسان بازتابی از عوامل مختلف است و شناخت این شبکه علیتی به منظور تحت تاثیر قرار دادن عوامل موثر بر رفتار از جمله امور بسیار مهمی است که طی سالیان متمادی متخصصین علوم رفتاری در پی آن بوده و هستند و بهره‌گیری از نظریه‌ها می‌تواند متخصصین را در شناخت عوامل موثر بر رفتار راهنمایی کند (۱۴)؛ در این بین یکی از تئوری‌هایی که در مطالعات متعددی در پیش‌بینی رفتار بکار رفته است، تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده (Theory of Planned Behavior) می‌باشد؛ طبق این تئوری، تعیین کننده اولیه رفتار قصد رفتاری (Behavioral Intention) است که خود برآیندی از نگرش (Attitude)، نرم‌های انتزاعی (Subjective Norms) و کنترل رفتار درک شده (Perceived Behavior Control) می‌باشد (۱۵). تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده در مطالعات متعددی انجام گرفته در خارج از کشور به عنوان چهارچوب پیش‌بینی کننده قلب در امتحان مورد استفاده قرار گرفته است (۲۰-۱۶).

با توجه به اهمیت بسزایی پیشگیری از قلب در امتحان در محیط‌های دانشگاهی و لزوم شناخت عوامل مرتبط با آن، مطالعه حاضر با هدف تعیین شیوع و عوامل مرتبط با قلب در امتحان در میان دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهر کرمانشاه با بهره‌گیری از نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده انجام شد و انتظار می‌رود که نتایج حاصله بتواند در راستای پیشگیری از قلب در امتحان در میان دانشجویان راهکارهای سودمندی را ارائه دهد.

Objectives:

هدف تعیین شیوع و عوامل مرتبط با قلب در امتحان در میان دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهر کرمانشاه با بهره‌گیری از نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده انجام شد و انتظار می‌رود که نتایج حاصله بتواند در راستای پیشگیری از قلب در امتحان در میان دانشجویان راهکارهای سودمندی را ارائه دهد.

Study Design:

این مطالعه از نوع توصیفی مقطعی بود که در میان ۲۳۰ نفر از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه انجام شد. نحوه انجام مطالعه بدین شرح بود که ابتدا دانشکده‌های مختلف به عنوان خوشه در نظر گرفته شده و با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده و با احتمال متناسب با حجم (Proportional to Size) در هر یک از خوشه‌ها، شرکت کنندگان را انتخاب کرده و پرسشنامه‌های طراحی شده در این خصوص در اختیار آنان قرار داده شد و اطلاعات مورد نیاز از آنان جمع‌آوری گردید. آزمودنی‌های پژوهش در زمینه چگونگی انجام مطالعه و محرمانه بودن اطلاعات و همچنین هدف از انجام این مطالعه توجیه شده و تمامی آنان با تمایل وارد مطالعه شدند. بعد از حذف پرسشنامه‌های ناقص تعداد ۲۰۷ پرسشنامه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت (نرخ پاسخ دهی در مطالعه حاضر ۹۰ درصد بود).

Study Setting:

ابزار گردآوری اطلاعات شامل سه بخش بود و اطلاعات به صورت خودگزارش دهی از دانشجویان جمع‌آوری شد.

بخش اول شامل یازده سوال در خصوص اطلاعات فردی دانشجویان شامل؛ سن (بر حسب سال)، جنس (مذکر، مونث)، دانشکده محل تحصیل (پزشکی، دندانپزشکی، داروسازی، بهداشت و تغذیه، پرستاری و مامائی، پیراپزشکی)، مقطع تحصیلی (کارشناسی، کارشناسی ارشد، دکتری حرفه ای)، وضعیت تاهل (مجرد، متاهل)، سکونت در خوابگاه (بلی، خیر)، ترم تحصیلی، میزان تحصیلات والدین (زیر دیپلم، دیپلم و تحصیلات دانشگاهی)، معدل تحصیلی، شغل (فقط دانشجو، دانشجو و کارمند) بود.

بخش دوم: مقایس هیجان طلبی

برای سنجش هیجان طلبی از فرم کوتاه پرسشنامه هیجان طلبی زاكرمن (Zuckerman) استفاده شد؛ پرسشنامه مذکور حاوی هشت گویه (به عنوان مثال: «دوست دارم کارهای ترسناک را انجام دهم» و «تمایل دارم به سفرهای بدون برنامه ریزی شده بروم.») می باشد و با مقیاس پاسخ دهی پنج گزینه‌ای هیجان طلبی را مورد سنجش قرار می‌دهد؛ کسب نمره بالاتر نشان دهنده هیجان طلبی بیشتر می‌باشد (۲۱). ضریب آلفای پرسشنامه هیجان طلبی برابر با ۰/۷۶ برآورد گردید.

بخش سوم: پرسشنامه سازه های نظریه رفتار برنامه ریزی شده

تیم تحقیق با بهره گیری از مطالعات انجام گرفته با TPB در زمینه تقلب در امتحان (۲۰-۱۶) پرسشنامه‌های فوق را به سبک پرسشنامه‌های لیکرت و با مقیاس پاسخ دهی ۷ رتبه‌ای برای نگرش و ۵ رتبه ای برای نرم های انتزاعی، کنترل رفتار درک شده و قصد رفتاری طراحی کرد. برای سنجش پایایی پرسشنامه‌ها یک مطالعه مقدماتی بر روی ۳۰ نفر از دانشجویان انجام گردید و با به کارگیری آزمون آلفا کرونباخ پایایی پرسشنامه ها به شرح زیر مورد تأیید قرار گرفت؛ همچنین روایی محتوا توسط گروه کارشناس مورد تأیید قرار گرفت. که نمونه سوالات هر یک از سازه ها در جدول شماره (۱) آورده شده است.

Participant:

جدول (۱): بررسی تعداد، نمونه گویه ها، و ضریب آلفای سازه های نظریه رفتار برنامه ریزی شده

سازه	تعداد گویه ها	ضریب آلفا	نمونه گویه
نگرش نسبت به تقلب در امتحان	۵	۰/۷۹	به نظر من تقلب در امتحان کار صحیحی می باشد
نرم های انتزاعی ترغیب کننده رفتار تقلب در امتحان	۴	۰/۷۱	اگر من در امتحاناتم تقلب کنم، دوستانم آن را تایید میکنند.
کنترل رفتار درک شده در انجام رفتار تقلب در امتحان	۴	۰/۷۳	برای من سخت است که اگر مراقب دقت کافی نداشته باشم، در امتحان تقلب نکنم.
قصد رفتاری تقلب در امتحان	۴	۰/۷۵	من قصد دارم که در امتحانات این ترم تقلب کنم.

تجزیه و تحلیل اطلاعات:

در نهایت اطلاعات جمع آوری شده وارد نرم افزار آماری SPSS ویرایش ۲۱ شد و با بهره گیری از آزمون‌های همبستگی پیرسون، آنالیز رگرسیون خطی و لجستیک مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

ata Gathering Tool

تیم تحقیق با بهره گیری از مطالعات انجام گرفته با TPB در زمینه تقلب در امتحان (۲۰-۱۶) پرسشنامه‌های فوق را به سبک پرسشنامه‌های لیکرت و با مقیاس پاسخ دهی ۷ رتبه‌ای برای نگرش و ۵ رتبه ای برای نرم های انتزاعی، کنترل رفتار درک شده و قصد رفتاری طراحی کرد. برای سنجش پایایی پرسشنامه‌ها یک مطالعه مقدماتی بر روی ۳۰ نفر از دانشجویان انجام گردید و با به کارگیری آزمون آلفا کرونباخ پایایی پرسشنامه

ها به شرح زیر مورد تأیید قرار گرفت؛ همچنین روایی محتوا توسط گروه کارشناس مورد تأیید قرار گرفت. که نمونه سوالات هر یک از سازه ها در جدول شماره (۱) آورده شده است.

جدول (۱): بررسی تعداد، نمونه گویه ها، و ضریب آلفای سازه های نظریه رفتار برنامه ریزی شده

سازه	تعداد گویه ها	ضریب آلفا	نمونه گویه
نگرش نسبت به تقلب در امتحان	۵	۰/۷۹	به نظر من تقلب در امتحان کار صحیحی می باشد
نرم های انتزاعی ترغیب کننده رفتار تقلب در امتحان	۴	۰/۷۱	اگر من در امتحاناتم تقلب کنم، دوستانم آن را تایید میکنند.
کنترل رفتار درک شده در انجام رفتار تقلب در امتحان	۴	۰/۷۳	برای من سخت است که اگر مراقب دقت کافی نداشته باشد، در امتحان تقلب نکنم.
قصد رفتاری تقلب در امتحان	۴	۰/۷۵	من قصد دارم که در امتحانات این ترم تقلب کنم.

Data Analysis

در نهایت اطلاعات جمع آوری شده وارد نرم افزار آماری SPSS ویرایش ۲۱ شد و با بهره گیری از آزمون های همبستگی پیرسون، آنالیز رگرسیون خطی و لجستیک مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

Results

دامنه سن شرکت کنندگان ۱۸ تا ۳۹ و میانگین آن $22/44 \pm 3/96$ سال بود. ۱۲۶ نفر (۶۰/۹ درصد) مونث و ۸۱ نفر (۳۹/۱ درصد) مذکر بودند. ۳۵ نفر (۱۶/۹ درصد) متاهل و ۱۷۱ نفر (۸۲/۶ درصد) مجرد بودند. از نظر مقطع تحصیلی ۸۵ نفر (۴۱/۱ درصد) در مقطع دکتری حرفه ای، و ۱۲۲ نفر (۵۸/۹ درصد) در مقطع کارشناسی مشغول به تحصیل بودند. اکثریت دانشجویان (۱۱۴ نفر، ۵۵/۱ درصد) ساکن در خوابگاه دانشجویی بودند.

۱۲۶ نفر از شرکت کنندگان (۶۰/۹ درصد) سابقه تقلب کردن در امتحانات را در دوران تحصیل خود در دانشگاه را گزارش کردند.

نتایج مربوط به همبستگی میان سازه های نظریه رفتار برنامه ریزی شده و هیجان طلبی در جدول شماره دو آورده شده است.

جدول (۲): همبستگی میان سازه های نظریه رفتار برنامه ریزی شده و هیجان طلبی

سازه	میانگین (انحراف معیار)	نگرش	نرم های انتزاعی	کنترل رفتار درک شده	هیجان طلبی
نگرش	۱۸/۵۱ (۸/۱۸)	۱			
نرم های انتزاعی	۱۱/۷۷ (۳/۲۸)	۰/۲۹۵**	۱		
کنترل رفتار درک شده	۱۰/۵۳ (۳/۷۵)	۰/۴۳۴**	۰/۳۸۰**	۱	
هیجان طلبی	۲۳/۲۲ (۷/۰۷)	۰/۲۸۸**	۰/۱۹۲**	۰/۳۶۱**	۱
قصد رفتاری	۱۰/۲۹ (۴/۱۱)	۰/۴۸۹**	۰/۳۲۱**	۰/۶۲۹**	۰/۳۳۶**

** Correlation is significant at the ., .۰۱ level (۲-tailed).

در جدول شماره (۳) نیز نتایج مربوط به آنالیز رگرسیون خطی در خصوص پیش بینی سازه های TPB در قصد رفتاری انجام تقلب در امتحان نشان داده شده است و همانگونه که از نتایج پیداست سازه های مذکور توانسته اند ۴۶ درصد از واریانس قصد رفتاری تقلب در امتحان را در گروه مورد بررسی پیش بینی کنند؛ که در این میان PBC فاکتور قویتری بوده است.

جدول (۳): آنالیز رگرسیون خطی در خصوص پیش بینی سازه های TPB در پیش بینی قصد رفتاری انجام تقلب در امتحان

متغیر	B	SE B	B	T	P-value
مرحله اول					
نگرش	۰/۱۳۳	۰/۰۳۲	۰/۲۶۰	۴/۱۴۴	۰/۰۰۱
نرم های انتزاعی	۰/۰۸۶	۰/۰۷۹	۰/۰۶۶	۱/۰۸۶	۰/۲۷۹
کنترل رفتار درک شده	۰/۵۵۳	۰/۰۷۲	۰/۴۷۹	۷/۷۳۵	۰/۰۰۱
مرحله دوم					
نگرش	۰/۱۳۹	۰/۰۳۲	۰/۲۷۲	۴/۳۹۸	۰/۰۰۱
کنترل رفتار درک شده	۰/۵۷۴	۰/۰۶۹	۰/۵۱۶	۸/۳۲۷	۰/۰۰۱

$Adjusted R^2 = ۰,۴۶, F = ۷۵,۷۳۰, p < ۰,۰۰۱$

در پایان با بهره گیری از آنالیز رگرسیون لجستیک به بررسی تاثیر سازه های نظریه رفتار برنامه ریزی شده و هیجان طلبی بر رفتار تقلب در امتحان پرداخته شد و همانگونه که از یافته ها پیداست مدل نهایی در مرحله سوم مشخص شده است و به ترتیب، BI، کنترل رفتار درک شده و هیجان طلبی پیش بینی کننده های رفتار تقلب در امتحان بوده اند. SN از مدل نهایی حذف شده است و تاثیر بر رفتار تقلب در امتحان در گروه مورد بررسی نداشته است. (جدول ۴)

جدول (۴): آنالیز رگرسیون لجستیک سازه های نظریه رفتار برنامه ریزی شده و هیجان طلبی در پیش بینی رفتار تقلب در امتحان

متغیر	Odds Ratio	۹۵,۰% CI	P value
		Upper Lower	
مرحله اول			
نگرش	۱/۰۳۳	۰/۹۷۷ ۱/۰۹۲	۰/۲۵۱
نرم های انتزاعی	۱/۰۲۲	۰/۸۹۷ ۱/۱۶۶	۰/۷۳۹
کنترل رفتار درک شده	۱/۱۶۱	۱/۰۰۱ ۱/۳۴۸	۰/۰۴۹
قصد رفتاری	۱/۲۵۹	۱/۰۹۰ ۱/۴۵۵	۰/۰۰۲
هیجان طلبی	۱/۰۷۶	۱/۰۰۴ ۱/۱۵۴	۰/۰۴۰
مرحله دوم			
نگرش	۱/۰۳۴	۰/۹۷۸ ۱/۰۹۳	۰/۲۳۶
کنترل رفتار درک شده	۱/۱۶۶	۱/۰۰۵ ۱/۳۵۲	۰/۰۴۲
قصد رفتاری	۱/۲۵۹	۱/۰۹۰ ۱/۴۵۵	۰/۰۰۲
هیجان طلبی	۱/۰۷۶	۱/۰۰۳ ۱/۱۵۴	۰/۰۴۰

مرحله سوم				
کنترل رفتار درک شده	۱/۱۸۲	۱/۰۲۲	۱/۳۶۶	۰/۰۲۴
قصد رفتاری	۱/۲۹۰	۱/۱۲۲	۱/۴۸۲	۰/۰۰۱
هیجان طلبی	۱/۰۷۷	۱/۰۰۵	۱/۱۵۵	۰/۰۳۶

Method: (Stepwise (Wald Backward) ; Step ۳ Final model

Conclusion

با توجه به نتایج مطالعه حاضر و شیوع بالای رفتار تقلب در امتحان در میان دانشجویان مورد بررسی بنظر می رسد اجرای مداخلات آموزشی بمنظور پیشگیری و کاهش این رفتار ناپسند اخلاقی در محیط های آموزشی ضروری باشد. بدین منظور برگزاری سمینارها و همایش های مرتبط با مقابله با تقلب در امتحان و همچنین تعامل بیشتر استاد و دانشجو و بهره گیری از نظرات دانشجویان در زمینه راهکارهای مناسب تر یاددهی- یادگیری و نحوه سنجش نهایی دانشجویان در دروس در دانشگاه ها پیشنهاد می شود. همچنین با توجه به یافته های مطالعه حاضر و نقش موثر سازه های کنترل رفتار درک شده و هیجان طلبی در پیش بینی رفتار تقلب در امتحان، بنظر می رسد که اگر در طراحی مداخلات به این عوامل توجه بیشتری شود، می تواند نتایج سودمندی را در راستای پیشگیری و کاهش تقلب در امتحان در میان دانشجویان بدنبال داشته باشد.

Keywords

تقلب ، نظریه رفتار برنامه ریزی شده ، هیجان طلبی، دانشجویان

کد: ۱۵۳۰

حیطه: نا مشخص

عوامل مرتبط با اعتیاد به پیامک و افسردگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قم

نویسندگان: هدی احمري طهران، زهرا جعفری ندوشن، احمد کچویی، خدیجه علیپور ندوشن، هدی احمري طهران

Introduction

کاربرد فن آوری اطلاعات و ارتباطات در دنیای امروز به شدت در روابط اجتماعی تأثیر گذاشته و همراه با آسیب ها و اختلالاتی است که باید آسیب شناسی شوند اعتیاد به پیامک به عنوان یک اختلال و آسیب روان شناختی ناشی از تکنولوژی معاصر مورد توجه روان شناسان، جامعه شناسان و علمای تعلیم و تربیت قرار گرفته است. در این میان استفاده از تلفن همراه، بخش مهمی از زندگی جوانان به ویژه دانشجویان در بسیاری از کشورهای توسعه یافته است.

Objectives

این مطالعه با هدف تعیین همبستگی بین اعتیاد به پیامک و افسردگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قم انجام شد.

Study Design

پژوهش حاضر به صورت توصیفی - مقطعی بر روی ۳۰۰ دانشجو دانشگاه علوم پزشکی قم به روش نمونه گیری تصادفی ساده با استفاده از پرسشنامه استاندارد اعتیاد به پیامک Igarashia و افسردگی Beck انجام شد. داده ها با استفاده از آزمون آماری آمار استنباطی تی مستقل، واریانس و ضریب همبستگی پیرسون در سطح معنی داری، $p < 0.05$ تجزیه و تحلیل شدند.

:Study Setting

پژوهش حاضر به صورت توصیفی - مقطعی بر روی ۳۰۰ دانشجوی دانشگاه علوم پزشکی قم به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انجام گرفت.

:Participan

در این پژوهش ۳۰۰ دانشجوی دانشگاه علوم پزشکی قم (دانشکده‌های پزشکی، بهداشت، پرستاری و مامایی و دندانپزشکی) با توجه به نسبت دانشجویان هر دانشکده بررسی شدند. نمونه‌ها با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده در زمستان سال ۱۳۹۳-۱۳۹۲ انتخاب شدند. ملاک ورود به مطالعه شامل دانشجویانی بود که در همین زمان در دانشگاه علوم پزشکی قم مشغول به تحصیل بودند.

:Sample Size

حجم نمونه طبق فرمول برآورد حجم نمونه، براساس نسبت در یک جامعه و در نظر گرفتن اعتماد به پیامک در مطالعات مشابه در برابر $0.38/4$ و دقت برابر با 0.1 نسبت مذکور برابر با حداقل ۲۵۰ نفر تعیین شد

:Data Gathering Tool

ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه سه قسمتی شامل مشخصات دموگرافیک نمونه‌های بررسی شده (متغیرهای سن، جنس، رشته تحصیلی، مقطع تحصیلی، نوع محل سکونت)، پرسشنامه استاندارد اعتیاد و افسردگی Beck در نظر گرفته شد. پرسشنامه آزمون اعتیاد به پیامک توسط Igarashi و همکاران در سال ۲۰۰۵ ساخته شد. آزمون اعتیاد به پیامک از ۱۵ آیتم تشکیل شده است، که سه مؤلفه را اندازه‌گیری می‌کند: واکنش هیجانی (سؤالات ۱-۵)، ادراک استفاده افراطی (سؤالات ۶-۱۰)، حفظ روابط (سؤالات ۱۱-۱۵). نمره‌گذاری آزمون اعتیاد به پیامک (SMS) براساس پنج درجه‌ای لیکرت {کاملاً موافقم (نمره ۵)، موافقم (نمره ۴)، نظری ندارم (نمره ۳)، مخالفم (نمره ۲)، کاملاً مخالفم (نمره ۱)} می‌باشد، پایایی آزمون با آلفای کرونباخ 0.81 در تمام تحقیقات روایی محتوایی و سازه آزمون‌ها ثابت شده است (۷-۹). نمره اعتیاد به پیامک به دو گروه {گروه اول (نمرات بین ۴۵-۵۰)؛ گروه دوم (نمرات بین ۷۵-۴۵)} تقسیم می‌شود. هرچه نمره کسب‌شده بالاتر باشد اعتیاد به پیامک بیشتر است.

پرسشنامه استاندارد افسردگی Beck شامل ۲۱ عبارت با ۴ حالت بوده که براساس پاسخ نمرات ۰، ۱، ۲، ۳ امتیازدهی شده است و در نهایت از ۰-۶۳ امکان کسب نمره وجود دارد. در این مطالعه با محاسبه نمره نهایی کسب‌شده توسط نمونه‌های مورد پژوهش، افسردگی تعیین گردید.

:Data Analysis

اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آمار استنباطی تی مستقل، واریانس، ضریب همبستگی پیرسون تجزیه و تحلیل شدند. سطح معنی‌داری، $p < 0.05$ در نظر گرفته شد.

:Results

در این مطالعه، ۹/۸۹٪ نمونه‌های مورد پژوهش در گروه سنی ۱۸-۲۲ سال، ۳/۷۱٪ دختر، ۲/۸۶٪ مجرد و ۴/۶۳٪ بومی بودند. نمره افسردگی در گروه سنی زیر ۲۲ سال، $34/33 \pm 91/11$ و در بالای ۲۲ سال، $08/32 \pm 15/15$ بود. نمره اعتیاد به پیامک در دو گروه سنی زیر ۲۲ و بالای ۲۲ سال به ترتیب $34/33 \pm 91/11$ و $08/32 \pm 85/85$ به دست آمد ۲۸٪ دانشجویان اعتیاد به پیامک داشتند. نمره اعتیاد پیامک در بین زنان و مردان به ترتیب $98/41 \pm 97/9$ و $39/89 \pm 11/83$ ، در جنس مؤنث و مذکر به ترتیب $09/41 \pm 97/9$ و $89/39 \pm 83/11$ بود. بین افسردگی و اعتیاد به پیامک در دانشجویان، همبستگی معنی‌داری یافت نشد ($p < 0.05$)

Conclusion

تلفن همراه بخش مهمی از زندگی انسانها، به‌خصوص جوانان را فرا گرفته و استفاده نادرست از آن موجب بروز مشکلات جسمی و روانی پیچیده‌ای شده است. اعتیاد به پیامک چالش جدید در روانشناسی سلامت بوده که احتیاج مبرم به پیشگیری و درمان دارد. لذا با توجه به نتایج این مطالعه و درصد قابل توجه اعتیاد به پیامک در بین دانشجویان توصیه می‌گردد مسئولین فرهنگی، به‌خصوص در دانشگاه‌ها در زمینه فرهنگ‌سازی مناسب و آموزش صحیح استفاده از تلفن همراه در دانشجویان برنامه‌ریزی نمایند.

Keywords

اعتیاد به پیامک، افسردگی، دانشجویان

کد: ۱۶۵۱

حیطه: نا مشخص

بررسی میزان خودکارآمدی پژوهشی دانشجویان شاغل به تحصیل دانشگاه علوم پزشکی قم و عوامل مرتبط با آن در سال ۱۳۹۴

نویسندگان: اعظم فتحی، ذبیح الله قارلی پور، احمد راهبر، سیدحسین عادل، جواد حکیم الهی، سیامک محبی

Introduction

در جهان امروز پیشرفت و توسعه کشورها بر مبنای علم و دانش استوار است. لذا پژوهش و تولید علم از مهمترین عناصر رشد و توسعه هر کشوری محسوب می‌شود. توفیق در این زمینه زمانی محقق می‌شود که در برنامه‌ریزی‌های هدفمند و کلان، توجه مناسبی به امر پژوهش صورت پذیرد. بنابراین لازم است پژوهش به عنوان یک مسأله حیاتی و نیروی محرکه پیشرفت و توسعه پایدار و رسیدن به رفاه و استقلال واقعی جامعه در اولویت قرار گیرد. پژوهش علمی از یک سو خصوصیات منحصر به فردی دارد و از سوی دیگر می‌تواند آثار و نتایج علمی ویژه‌ای در بر داشته باشد، زیرا پژوهش سلسله تلاش‌های قاعده مند، هدف دار و علمی است که می‌تواند به عقلانی کردن و در نتیجه کارآمد ساختن عناصر مختلف علم و معرفت بینجامد، هم چنین بازده حاصل از تکامل آن می‌تواند در پیشبرد امور اجرایی و توسعه زمینه‌های مختلف از جمله علوم پزشکی به کار گرفته شود (۱ و ۲).

در این بین دانشجویان به عنوان نیروی فعال و محققان فردا می‌توانند نقش مهمی در پیشرفت کشور ایفا نمایند زیرا آنها از ارکان اصلی و اجرایی پژوهش در دانشگاه‌ها هستند و بدون آشنایی آنان با پژوهش در زندگی و فعالیت‌های روزمره، پرورش استعدادها و خلاق آنها در تولید علم و مشارکت در توسعه کشور ناممکن می‌شود. در این خصوص یکی از مسائلی که ذهن بسیاری از اساتید و محققان را به خود مشغول کرده، تربیت دانشجویانی است که بتوانند پژوهش خود را هدایت کنند، کنترل درونی بالا، احساس شایستگی در انجام پژوهش داشته و در زمینه پژوهش خودانگیزه باشند (۳).

بسیاری از محققان تلاش کرده اند تا عواملی که موجب افزایش علاقه مندی دانشجویان به اجرای پژوهش و تولیدات پژوهشی در دانشگاه می شوند را شناسایی کنند (۴). پژوهشهای اخیر نشان داده اند که چندین عامل در دنبال کردن و انجام دادن فعالیتهای پژوهشی نقش داشته که از جمله می توان به محیط آموزشی - پژوهشی، متغیرهای شخصی و متغیرهای شناختی اجتماعی مثل خودکارآمدی پژوهشی اشاره کرد (۵ و ۶).

خودکارآمدی پژوهشی مفهومی است که طی سالهای اخیر مورد توجه قرار گرفته و با استفاده از آن می توان میزان آمادگی افراد در رابطه با فعالیتهای پژوهشی را مورد سنجش قرار داد (۷). Bales و همکاران خودکارآمدی پژوهشی را میزان اعتماد دانشجویان به توانایی شان در انجام دادن فعالیتهای مختلف پژوهشی، از پژوهش کتابخانه‌ای تا طراحی پروژه‌های عملی تعریف کرده‌اند (۸). به عبارت دیگر خودکارآمدی در پژوهش به برآورد افراد از توانایی هایشان در انجام دادن وظایف مختلف پژوهشی گفته می شود. به هر حال مطالعات نشان داده اند که خودکارآمدی پژوهشی رابطه مستقیمی با عملکرد پژوهشی دانشجویان دارد (۹ و ۱۰).

همچنین پژوهشها حاکی از آن است که خودکارآمدی پژوهشی بالا عامل مهمی در اجرای موفقیت آمیز پژوهش در دانشجویان و دنبال کردن آن محسوب می شود (۱۱). سطح خودکارآمدی پژوهشی بالا به طور معنی داری با دستاوردهای قوی علمی و سطح خودکارآمدی پژوهشی پایین با دستاوردهای علمی ضعیف در ارتباط است. محققان دیگری در این باره دریافته اند که خودکارآمدی پژوهشی ناکافی یکی از دلایل بی علاقه‌گی و شرکت نکردن در فعالیتهای پژوهشی است (۱۲ و ۱۳).

اگر چه مطالعات متنوعی در مورد خودکارآمدی در حیطه های مختلف (عمومی، تحصیلی و ...) صورت گرفته اما پژوهشهای اندکی در مورد خودکارآمدی پژوهشی خصوصاً در کشورمان صورت گرفته است که می توان به مطالعات گراوند (۱۰)، دریازاده (۱۴)، سلیمان زاده نجفی (۱۵) و رضائیان (۱۶) اشاره کرد. به هر حال بسیاری از محققان تلاش کرده اند تا عواملی را که موجب افزایش علاقه مندی دانشجویان به اجرای پژوهش و تولیدات پژوهشی در دانشگاه ها می شوند را شناسایی کنند. در این بین آگاهی برنامه ریزان و مدیران پژوهشی و اساتید از خودکارآمدی پژوهشی دانشجویان می تواند نقش بسزایی در تربیت دانشجویان پژوهشگر داشته باشد. لذا این مطالعه با هدف تعیین میزان خودکارآمدی پژوهشی دانشجویان شاغل به تحصیل دانشگاه علوم پزشکی قم و عوامل مرتبط با آن صورت گرفت.

Objectives:

تعیین میزان خودکارآمدی پژوهشی دانشجویان شاغل به تحصیل دانشگاه علوم پزشکی قم و عوامل مرتبط با آن

Study Design:

این مطالعه از نوع مقطعی و به صورت توصیفی تحلیلی صورت گرفت. کلیه دانشجویان شاغل به تحصیل دانشگاه علوم پزشکی قم در سال ۱۳۹۴ جامعه آماری این مطالعه را تشکیل می دادند. نمونه گیری بر اساس اطلاعات آموزش دانشگاه در نیمسال تحصیلی اول ۹۵-۱۳۹۴ صورت گرفت.

Study Setting:

و از هر رشته تحصیلی با توجه به نسبت افراد مورد مطالعه در جامعه به صورت تصادفی سیستماتیک و از لیست اسامی انتخاب شدند.

Participan:

کلیه دانشجویان شاغل به تحصیل دانشگاه علوم پزشکی قم در سال ۱۳۹۴ جامعه آماری این مطالعه را تشکیل می دادند. بدین منظور ابتدا دانشکده های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی قم مشخص، سپس رشته های تحصیلی هر دانشکده تعیین و از هر رشته تحصیلی با توجه به نسبت افراد مورد مطالعه در جامعه به صورت تصادفی سیستماتیک و از لیست اسامی انتخاب شدند

Sample Size:

بر اساس فرمول حجم نمونه برای تعیین میانگین در مطالعات توصیفی، و با در نظر گرفتن احتمال خطای نوع اول برابر ۰/۰۵، واریانس ۰/۲۱۸ (مطالعه هوشنگ گراوند و همکاران و خطای نمونه گیری ۰/۱ انحراف معیار، حداقل تعداد نمونه لازم برابر ۳۰۴ نفر محاسبه شد.

Data Gathering Tool

در این مطالعه از یک پرسشنامه محقق ساخته، مشتمل بر پرسشنامه مشخصات دموگرافیک (جنس، رشته تحصیلی، معدل، ترم تحصیلی، مقطع تحصیلی، وضعیت تأهل، واحد درسی روش تحقیق، کارگاه روش تحقیق و عضویت در کمیته تحقیقات دانشجویی) و نیز پرسشنامه خودکارآمدی پژوهشی شامل ۲۴ سؤال مربوط به توانایی دانشجویان در انجام طرح تحقیقاتی استفاده شد. سئوالات بر حسب طیف مقیاس نگرش سنج طیف لیکرت ۵ درجه ای (خیلی کم، کم، متوسط، زیاد و خیلی زیاد) سنجیده شد. جهت روایی این ابزار از روش پانل خبرگان استفاده گردید. لذا پرسشنامه به تأیید حداقل ۵ نفر از اعضای هیأت علمی خبره در حوزه پژوهش رسید. همچنین جهت پایایی از روش ضریب همسانی درونی (ضریب الفای کرونباخ) استفاده گردید و ضریب ۰/۸۲ به دست آمد. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، نمونه ها با آگاهی از اهداف مطالعه و با رضایت کامل پرسشنامه ها را تکمیل کردند و پرسشنامه ها بدون نیاز به درج مشخصات فردی تکمیل شد.

Data Analysis

اطلاعات جمع آوری شده در نهایت وارد نرم افزار spss نسخه ۱۹ گردید و مطابق با اهداف مطالعه و با استفاده از آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار توصیف و با استفاده از آزمونهای t مستقل، ANOVA، آزمون تعقیبی دانکن و ضریب همبستگی پیرسون تجزیه و تحلیل شد. سطح معناداری آزمون های بکار رفته کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

Results

میانگین و انحراف معیار خودکارآمدی پژوهشی دانشجویان مورد بررسی $23/57 \pm 61/94$ نمره بود. این مطالعه نشان که ۴۵/۲٪ دانشجویان (۱۳۸ نفر) دارای خودکارآمدی پژوهشی ضعیف، ۳۵/۴٪ (۱۰۸ نفر) دارای خودکارآمدی متوسط و ۱۹/۴٪ (۵۹ نفر) دارای خودکارآمدی پژوهشی خوب بودند.

آزمون T مستقل اختلاف معنی داری را در میانگین نمره خودکارآمدی پژوهشی در دانشجویان بر حسب جنس و وضعیت تأهل نشان نداد ($P=0/266$ و $P=0/212$). اما نتایج آزمونهای آماری ANOVA و T مستقل به ترتیب اختلاف معنی داری را در میانگین نمره خودکارآمدی پژوهشی بر حسب دانشکده محل تحصیل و مقطع تحصیلی نشان داد ($P=0/027$ و $P=0/015$). ۲

آزمون تعقیبی دانکن نشان داد که میانگین نمره خودکارآمدی پژوهشی دانشجویان دانشکده بهداشت، پیراپزشکی و پرستاری مامایی نسبت به دانشکده های دندانپزشکی و پزشکی به طور معنی داری بیشتر بود. نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین خودکارآمدی پژوهشی با معدل تحصیلی همبستگی مستقیم معنی داری وجود داشت ($P=0/038$ و $r=0/208$). همچنین آزمون ضریب همبستگی اسپیرمن نشان داد که بین خودکارآمدی پژوهشی با ترم تحصیلی همبستگی مستقیم معنی داری وجود داشت ($P<0/001$ و $r=0/375$).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که خودکارآمدی دانشجویان بر حسب گذراندن واحد درسی روش تحقیق یا کارگاه آموزشی آن و نیز عضویت در کمیته تحقیقات دانشجویی و اجرای طرح تحقیقاتی در قالب مجری یا همکار و همچنین ارائه مقاله به مجلات یا در همایشها و کنفرانسهای پژوهشی از سایر دانشجویان به طور معنی داری بیشتر است ($P<0/001$).

Conclusion

با توجه به نتایج حاصله مشخص شد بین خودکارآمدی پژوهشی با عملکرد پژوهشی دانشجویان ارتباط وجود داشت و دانشجویان با خودکارآمدی بالاتر عملکرد بهتری در خصوص اجرا یا همکاری در طرحهای تحقیقاتی و نیز ارائه مقاله در همایشها یا چاپ مقاله در مجلات معتبر داشتند. از سویی در این پژوهش وضعیت خودکارآمدی پژوهشی در بین دانشجویان شاغل به تحصیل در دانشگاه علوم پزشکی قم مطلوب نبود و این موضوع می بایست مورد توجه برنامه ریزان و مسئولین ارشد دانشگاه قرار گیرد تا از طرق مختلف نظیر نهادینه کردن فرهنگ پژوهش برای دانشجویان از طریق اساتید، برگزاری دوره های آشنایی با روش تحقیق، تشکیل کمیته ها و انجمنهای پژوهشی، تخصیص بودجه مناسب به فعالیتهای پژوهشی،

الگوسازی از دانشجویان موفق در زمینه پژوهش و ... به عنوان عامل انگیزشی جهت ارتقاء خودکارآمدی پژوهشی و در نهایت بهبود عملکرد پژوهشی به کار رفته شود.

کد: ۱۴۵۱

حیطه: سایر

طبی سازی درس خواندن: پیامد شوم مدرک گرایی

نویسندگان: مرضیه بیگم سیاهپوش

Introduction

تب مدرک گرایی در کشور ما در حدی تند است که از مقاطع تحصیلی پایین آغاز شده، حتی به حوزه های علمیه نیز راه پیدا کرده است. این پدیده شوم آثار و پیامدهای متعددی را به دنبال داشته است طوریکه محور سخنرانی ها و گاه مقالات رسمی و چاپ شده اساتید و کسانی که برای ارتقاء سطح علمی کشور تلاشهای فراوان کرده اند، قرار گرفته است. مدرک گرایی تنها آثار سوء اجتماعی و علمی نداشته است. یکی از عوارض جدی و خطرناک مدرک گرایی که از چشم کارشناسان امر دور مانده است، مقوله ی طبی سازی درس خواندن است. در طبی سازی، موضوع مورد بحث به مثابه یک بیماری نگریسته شده، برای درمان آن راه حلهای طبی جستجو می شود. نمونه هایی از طبی سازی در کشور ما و در دنیا، طبی سازی زیبایی است که طی آن افراد برای داشتن ظاهری محبوب تر به جای مراجعه به آرایشگاهها و باشگاههای بدنسازی، به جراحان زیبایی مراجعه می نمایند. این نوشتار به چگونگی طبی شدن درس خواندن که یکی از مهمترین علل آن مدرک گرایی است، پرداخته است.

Objectives

تبیین مدرک گرایی به عنوان یکی از دلایل طبی شدن درس خواندن

Study Design

این کار براساس تجربه شخصی نویسنده از مراجعه کنندگان به کلینیک خصوصی طب سنتی خود که برای درمان یک شکایت بالینی مراجعه کرده بودند و ضمن آن تقاضاهایی مرتبط با موضوع بحث برای خود یا فرزندانشان داشتند، انجام شده است. از آنجا که از ابتدا قصد کار پژوهشی وجود نداشته است ولی در ادامه به دلیل کثرت مراجعات و درخواستهای مشابه، پزشک معالج بر آن شده که مسئله را علت یابی نماید، پروپوزال خاص و هدفمندی برای این موضوع تهیه نشده است و مراحل یک کار پژوهشی را پشت سر نگذاشته است ولی از بازنگری پرونده های بیماران، که مرسوم کلینیکهای طب سنتی است، نتایجی می توان کسب کرد که گویی در یک مطالعه کیفی از نوع پدیدار شناسی طراحی شده است که نمونه های آن، مراجعه کنندگانی از سنین گوناگون، سطوح اجتماعی و خانوادگی گوناگون و از هر دو جنس بودند.

Study Setting

قسمتی از جامعه

:Participant

مراجعه کنندگانی از سنین گوناگون، سطوح اجتماعی و خانوادگی گوناگون و از هر دو جنس بودند.

:Sample Size

۱۰ نفر

:Data Gathering Tool

پرونده بیماران در مطب که شامل مصاحبه پزشک با آنان بوده است.

:Data Analysis

آنالیز محتوا

:Results

از مطالعه پرونده مراجعه کنندگان، دو دسته یافته حاصل می شود: یافته های مربوط به مراجعه کنندگان و یافته های مربوط به پزشکان.

یافته های مربوط به مراجعه کنندگان:

مراجعه کنندگان دو گروه بودند گروهی که داروهای شیمیایی مثل ریتالین، فلوکسیتین و ... را استفاده کرده بودند و یا دچار عوارض شده بودند یا اثربخشی مطلوبی را که مد نظرشان بود اخذ نکرده بودند و حالا متقاضی دریافت داروی گیاهی با یا بدون رژیم غذایی بودند.

گروه دیگر، مراجعینی که علیرغم تمایل به مصرف داروهای شیمیایی، از ترس عوارض، آنها را مصرف نکرده بودند و برای اولین بار خواسته خود را در کلینیک طب سنتی مطرح می کردند.

هر دو گروه معتقد بودند که داروهای گیاهی حتی اگر اثر نکند، بی خطر است.

هر دو گروه، برای دستیابی به یکی از این چهار هدف، متقاضی دریافت داروی گیاهی با یا بدون رژیم غذایی بودند:

دارو (و رژیمی) که حافظه را افزایش دهد.

دارو (و رژیمی) که تمرکز را افزایش دهد.

دارو (و رژیمی) که انرژی بدنی را افزایش دهد.

دارو (و رژیمی) که تحمل را در برابر بی خوابی افزایش دهد.

یافته های مربوط به پزشکان:

پزشکانی که به آنها مراجعه شده بود، اکثراً در چهار گروه پزشکان عمومی، متخصصین کودکان، روانپزشکان و متخصصین داخلی بودند.

برخی از پزشکان برای مراجعه کنندگان داروهایی مثل انواع ویتامینها و مواد معدنی، جین سینگ، کندر، ریتالین و ... را تجویز کرده بودند.

برخی از پزشکان با این فرض که چنین درخواستهایی ریشه در اضطراب و افسردگی دارد، داروهایی مثل فلوکسیتین و ... تجویز کرده بودند.

Conclusion

عوامل متعددی تفکر دست یافتن به مدارج بالای تحصیلی را در جوانان و خانواده هایشان ایجاد نموده، به مرور زمان افراد را وارد بازی خطرناکی به نام طبی سازی درس خواندن کرده است. افراد به مرور دریافته اند که معلم سرخانه و کلاس خصوصی پاسخگوی رقابت آنها در قبول شدن در دانشگاه به ویژه در برخی از رشته های خاص و سپس طی مدارج بالاتر تحصیلی، و حتی سپری کردن واحدهای درسی رشته ای که به زور در آن قبول شده اند، نیست لذا سعی می کنند تا با افزایش توان شخصی خود با کمک روشهای موجود در علم طب خود را بالا بکشند و بدین ترتیب پای پزشکی را در مقوله درس خواندن باز کرده اند. جدا از عوارض خطرناکی که مصرف بی رویه و بی دلیل دارو برای افرادی که واقعا مبتلا به بیماری خاصی نیستند و فقط برای ساختن آبرائسان از یک انسان معمولی به دارو پناه می برند، دارد، باورهای اشتباه دیگری را به تدریج در جامعه تثبیت می کند. کشور ما به اندازه کافی دستخوش طبی سازی زیبایی شده است حالا مقوله جدیدی از طبی سازی گریبان جوانان را گرفته است. در این میان نقش پزشکان بسیار مهم است. همکاری که به جای فرهنگ سازی، در راستای جلب رضایت مراجعه کننده دارو تجویز می کنند، علاوه بر اینکه خود ناخواسته مبتلا به دو موضوع در حیطه فلسفه پزشکی می شوند (over-treatment و over-diagnosis)، غیرمستقیم چنین تقاضاهایی را موجه نشان داده، آن را تأیید مینمایند. اما در اینجا سؤالات اساسی مطرح می شود: آیا واقعا این داروها در این مقوله مؤثرند؟ و یا اثربخشی این داروها در مقایسه با عوارضش چقدر است؟ و نهایت اینکه چنین مدارجی چقدر سطح علمی جامعه را بالا می برد؟ برای تأیید و تکمیل بحث، انجام مطالعات حساب شده پیشنهاد می شود.

Keywords: طبی سازی، مدرک گرایی، درس خواندن

کد: ۱۰۱۰

حیطه: سایر

بررسی مقایسه ای وضعیت سرمایه اجتماعی از دیدگاه مدیران و کارشناسان مراکز مطالعات و توسعه آموزش دانشگاه های علوم پزشکی کشور در سال ۱۳۹۴

نویسندگان: محمد علی حسینی، ویدا رشمی،

Introduction

سرمایه اجتماعی شامل تعاملات فعال میان افراد است، یعنی اعتماد، درک متقابل، رفتارها و ارزشهای مشترک که اعضاء شبکه های انسانی و گروهها را به هم پیوند می دهد و امکان فعالیتهای همکاری را در سازمان ایجاد می کند. (۱)

سرمایه اجتماعی آن چیزی یا آن پدیده ای است که در روابط میان انسانها نهفته است و سبب پدید آمدن حسن نیت میان آنها میشود؛ همدلی آنها را نسبت به یکدیگر برمی انگیزد؛ آنها را پیرو جمع میکند و بدینسان زمینه معاشرت بیشتر روابط پایدار میان آنان را فراهم میآورد. (۲)

در واقع نظریه سرمایه اجتماعی در یک جمله ساده با عنوان "روابط مهم است" خلاصه می شود. یعنی انسان ها با ایجاد ارتباط با یکدیگر و تلاشی برای حفظ و تداوم آن قادر خواهند بود با همدیگر کار کرده و به اهدافی دست یابند که اگر به تنهایی کار می کردند، یا موفق نمی شدند و یا به سختی می رسیدند. (۳)

از آنجا که سرمایه مجموعه ای از سرمایه های فیزیکی، مالی، انسانی، اجتماعی و فرهنگی است. به میزان افزایش هر یک از این سرمایه ها در سطوح مختلف سازمانی، گروهی و ملی، بر میزان سرمایه اجتماعی افزوده خواهد شد. بنابراین، سرمایه اجتماعی به مثابه چسبی است که میان انواع سرمایه ها چسبندگی لازم را ایجاد می کند و در صورتی که این چسبندگی خاصیت خود را از دست بدهد قطعاً سرمایه های دیگر دچار نقصان می شوند و در نهایت موجب عقب ماندگی و عدم رشد و توسعه مناسب سازمان ها، گروه ها و جوامع خواهند شد. (۴)

امروزه اکثر سازمان ها از بی اعتمادی، ارتباطات بسته و رسمیت بیش از حد رنج می برند. باید تغییراتی در راستای اعتماد متقابل شخصی بیشتر، ارتباطات بازتر، انعطاف پذیری شخصی و سازمانی بیشتری ایجاد کرد و در این میان محیط های دانشگاه هم از این قاعده مستثنی نمی باشند زیرا که با کمبود تعاملات، ارتباطات میان فردی و گروهی، احساس هویت سازمانی، اعتماد پایین کار تیمی و مشارکت ضعیف در میان هیات علمی روبرو هستند. (۵)

در واقع سازمانی که دارای سرمایه اجتماعی خوب باشد می تواند تاثیر شگرفی در کیفیت ارائه خدمات داشته باشد و در مقایسه با دیگر سازمانها به تعالی و سرآمدی بیشتری دست یابد. بر عکس سازمانی که در آن سرمایه اجتماعی در سطح مطلوبی وجود نداشته باشد امکان مشارکت و اعتماد بیشتر نخواهد بود و پایین بودن این مولفه سبب خواهد شد که اعضای سازمان و بخش های سازمانی به دنبال تحقق اهداف فردی و بخشی واحد مربوطه خود باشند. (۶)

و دانش موجود در سازمان بستر مناسب را برای بروز نوآوری و به دنبال آن مزیت های رقابتی فراهم می آورد و به طور متقابل نوآوری های سازمانی باعث غنا، افزایش روزآمد شدن پایگاه دانش سازمانی می شود. این مهم با پیاده سازی اصول مدیریت دانش و وجود سرمایه اجتماعی در سازمان میسر می شود. (۷)

با این که سرمایه اجتماعی از دیرباز همیشه مطرح بوده و باید هر سازمانی دارای سرمایه اجتماعی باشد ولی باز مشاهده می گردد که این سرمایه در سازمانها با کمبود توجه مواجه است و باید بیشتر به آن بها داده شود. به خاطر اهمیت این موضوع ما بر آن شدیم که مجدداً این سرمایه را در بین مدیران و کارکنان مراکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی سراسر کشور بسنجیم و راهکارهای لازم را جهت ارتقاء آن ارائه دهیم.

Objectives هدف کلی:

تعیین و مقایسه وضعیت سرمایه اجتماعی از دیدگاه مدیران و کارکنان مراکز مطالعات و توسعه آموزش در دانشگاههای علوم پزشکی کشور

- اهداف اختصاصی:

۱) تعیین وضعیت سرمایه اجتماعی از دیدگاه مدیران مراکز مطالعات و توسعه آموزش دانشگاههای علوم پزشکی کشور

- تعیین وضعیت سرمایه اجتماعی از نظر بعد ارتباطی

- تعیین وضعیت سرمایه اجتماعی از نظر بعد شناختی

- تعیین وضعیت سرمایه اجتماعی از نظر بعد ساختاری

۲) تعیین وضعیت سرمایه اجتماعی از دیدگاه کارکنان مراکز مطالعات و توسعه آموزش دانشگاههای علوم پزشکی کشور

- تعیین وضعیت سرمایه اجتماعی از نظر بعد ارتباطی
- تعیین وضعیت سرمایه اجتماعی از نظر بعد شناختی
- تعیین وضعیت سرمایه اجتماعی از نظر بعد ساختاری

۳) مقایسه وضعیت سرمایه اجتماعی مراکز مطالعات و توسعه آموزش دانشگاههای علوم پزشکی کشور در مدیران و کارکنان مراکز

- هدف کاربردی:

یافته های این پژوهش می تواند موجب شناخت کافی از وضعیت سرمایه اجتماعی در سازمان شده و از آن به منظور ارتقای سطح سرمایه اجتماعی در سازمان مورد مطالعه استفاده کرد.

:Study Design

این مطالعه از نوع توصیفی است که در نیمه دوم سال ۱۳۹۴ تا سال ۱۳۹۵ انجام پذیرفت.

:Study Setting

کلیه مدیران و کارکنان دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور که شامل تعداد ۶۴ نفر از مدیران و ۲۵۰ نفر از کارشناسان بود.

:Participan

کلیه مدیران و کارکنان دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور که ۸۵ درصد از افراد به سوالات پرسشنامه پاسخ دادند.

:Sample Size

از نوع سرشماری بود.

:Data Gathering Tool

ابزار مورد استفاده در این تحقیق پرسشنامه می باشد که این پرسشنامه مبتنی بر مدل ناهاپیت و گوشال (۱۹۹۸) جنبه های مختلف سرمایه اجتماعی را در سه طبقه به شرح زیر جای می دهد:

الف) شناختی: زبان و کدهای مشترک ۱، حکایات مشترک ۲

ب) رابطه ای: اعتماد: ۳ و ۴، الزامات و انتظارات: ۵، هنجارها: ۶ و ۷ و ۸ و ۹، هویت: ۱۰ و ۱۱ و ۱۲ و ۱۳ و ۱۴

ج) ساختاری: روابط شبکه ای: ۱۵ و ۱۶ و ۱۷، پیکربندی روابط شبکه ای: ۱۸ و ۱۹ و ۲۰، سازمان مناسب: ۲۱ و ۲۲

نمره گذاری این پرسشنامه مبتنی بر طیف ۵ درجه ای لیکرت (خیلی زیاد=۵، زیاد=۴، متوسط=۳، کم=۲، خیلی کم=۱) می باشد.

روایی و پایایی پرسشنامه:

افشار در تحقیق خود با عنوان شناسایی رابط بین سرمایه اجتماعی و میزان آمادگی سازمانی برای استقرار مدیریت دانش (مطالعه موردی: شرکت بیمه البرز) با استفاده از نرم افزار SPSS مقدار ضریب پایایی (آلفای کرونباخ) در حجم نمونه ۳۰ نفر را محاسبه کرد، که این مقدار برای پرسشنامه سرمایه اجتماعی ناهاپیت و گوشال (۱۹۹۸) ۰/۹۰٪ تعیین گردید. (۱۲)

روحي پناه و همکارانش در تحقیق خود با عنوان " بررسی تاثیر ابعاد دارایی های نامشهود سازمانی (سرمایه اجتماعی و سرمایه فکری) بر مدیریت دانش در شرکت آب و فاضلاب استان یزد" با روش نمونه گیری تصادفی تعداد ۱۷۵ نفر از کارمندان بر اساس فرمول کوکران انتخاب و پرسشنامه بین آنها توزیع کردند و تحلیل عامل بر روی آنها صورت گرفت. از بین این نمونه، تعداد ۱۷۲ پرسشنامه تکمیل و تجزیه شد. به طوری که، میزان پایایی برای پرسشنامه سرمایه اجتماعی ناهاپیت و گوشال (۱۹۹۸) ۰/۹۰٪ محاسبه گردید. در این تحقیق، روش پژوهش از نوع الگوی ساختاری و تحلیل مسیر بود که متناسب با آن روایی سازه ای (تایید عاملی) به انجام رسید و بار عاملی عامل های سه گانه این ابزار در سطح مناسب و بالاتر از ۰/۳ بود. (۱۳)

Data Analysis

کلید اطلاعات با استفاده از رایانه و از طریق نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۸ و EXCEL در دو بخش آمار توصیفی و استنباطی مورد تحلیل قرار گرفت.

Results

اطلاعات دموگرافیک کارکنان مورد مطالعه: تعداد کارشناسان مورد مطالعه ۱۳۲ نفر (۲/۷۷٪) و تعداد مدیران مورد مطالعه ۳۹ نفر (۸/۲۲٪) بود. بیشتر افراد مورد مطالعه زن (۲/۶۰ درصد) بودند و در حدود ۷۳ درصد از افراد مورد مطالعه متاهل بودند. بیشترین شرکت کنندگان در مطالعه دارای مدرک کارشناسی ارشد (۴۸ درصد) و فقط ۴/۲ درصد دیپلم و فوق دیپلم بودند. اکثر شرکت کنندگان پژوهش (۴۸ درصد) رنج سنی بین ۳۵ تا ۴۵ سال و فقط ۲/۱ درصد بیش از ۵۵ سال سن داشتند. سابقه خدمت ۳/۵۰ درصد از کارکنان مورد بررسی بیش از ۱۰ سال و سابقه خدمت فقط ۷/۱۱ درصد از آنان ۳ الی ۵ سال بود.

متغیر	تعداد	درصد
گروه	کارشناسان	۲/۷۷
	مدیران	۸/۲۲
جنس	زن	۲/۶۰
	مرد	۸/۳۹
تحصیلات	دیپلم و فوق دیپلم	۴/۲
	کارشناسی	۷/۱۸
	کارشناسی ارشد	۴۸
	دکتری	۸/۲۲

۶/۷	۱۳	دکتری تخصصی	سن
۶/۰	۱	داده گمشده	
۵/۳۴	۵۹	۲۰ تا ۳۵ سال	
۴۸	۸۲	۳۵ تا ۴۵ سال	
۴/۱۶	۲۸	۴۵ تا ۵۵ سال	
۲/۱	۲	بیش از ۵۵ سال	وضعیت تاهل
۹/۲۶	۴۶	مجرد	
۱/۷۳	۱۲۵	متاهل	سابقه خدمت
۴/۱۶	۲۸	۱ الی ۳ سال	
۷/۱۱	۲۰	۳ الی ۵ سال	
۵/۲۰	۳۵	۵ الی ۱۰ سال	
۳/۵۰	۸۶	بیش از ۱۰ سال	
۲/۱	۲	داده گمشده	

بیشتر کارشناسان (۵/۵۴ درصد) دارای مدرک کارشناسی ارشد و بیشتر مدیران (۶/۴۳ درصد) دارای مدرک دکتری بودند و در بین مدیران فردی با مدرک فوق دیپلم و پایین تر وجود نداشت.

-اکثر کارشناسان (حدود ۵/۴۵ درصد) و مدیران مورد پژوهش (حدود ۴/۵۶ درصد) رنج سنی بین ۳۵ تا ۴۵ سال داشتند. سابقه خدمت ۲/۴۹ درصد از کارشناسان و ۸/۵۳ درصد از مدیران بیش از ۱۰ سال بود.
خلاصه های آماری امتیاز ابعاد مختلف پرسشنامه در بین کل کارکنان مورد مطالعه

ابعاد	میانگین	میانه	انحراف معیار	مینیمم	ماکزیمم
سرمایه شناختی	۵۲/۳	۵۰/۳	۰۵/۰	۱	۵
سرمایه ارتباطی	۶۷/۳	۶۶/۳	۰۵/۰	۲۵/۱	۵
سرمایه ساختاری	۴۷/۳	۵۰/۳	۰۶/۰	۱۳/۱	۵
سرمایه اجتماعی	۵۹/۳	۵۴/۳	۰۵/۰	۱۸/۱	۵
زبان و کدهای مشترک	۴۹/۳	۳	۰۶/۰	۱	۵
حکایات مشترک	۵۶/۳	۴	۰۶/۰	۱	۵
اعتماد	۷۶/۳	۴	۰۶/۰	۱	۵

۵	۱	۰۷/۰	۴	۸۱/۳	الزامات و انتظارات
۵	۱	۰۶/۰	۵۰/۳	۴۸/۳	هنجارها
۵	۶۰/۱	۰۵/۰	۸۰/۳	۷۵/۳	هویت
۵	۳۳/۱	۰۵/۰	۶۶/۳	۵۴/۳	روابط شبکه ای
۵	۱	۰۷/۰	۳۳/۳	۴۲/۳	پیکربندی روابط شبکه ای
۵	۱	۰۸/۰	۵۰/۳	۴۵/۳	سازمان مناسب

میانگین امتیاز بعد الزامات و انتظارات (میانگین ۸۱/۳ و انحراف معیار ۰۷/۰) در بین کارکنان مورد مطالعه بیش از میانگین متغیرهای دیگر پژوهش است

- در بین مدیران مورد مطالعه بعد اعتماد (میانگین ۹۳/۳ و انحراف معیار ۱۴/۰) از ابعاد سرمایه ارتباطی با تاکید بر وجود صداقت و اعتماد در روابط موجود سازمان دارای بیشترین امتیاز بود.

- و کمترین میانگین متعلق به امتیاز متغیر پیکربندی روابط شبکه ای (میانگین ۴۲/۳ و انحراف معیار ۰۷/۰) در بین کارکنان مورد مطالعه است.

- و میانگین بعد هنجارها (میانگین ۴۶/۳ و انحراف معیار ۱۵/۰) در بین مدیران مورد مطالعه کمتر از سایر ابعاد سرمایه اجتماعی بود

:Conclusion

p-value	مقدار آماره	فاصله اصمینان ۹۵٪		انحراف معیار	اختلاف میانگین	متغیرها
		حد بالا	حد پایین			
۴۸۸/۰	-۶۹/۰	۱۶۱/۰	-۳۳۸/۰	۱۲/۰	-۰۸/۰	سرمایه اجتماعی

بین میانگین امتیاز متغیر سرمایه اجتماعی در بین کارشناسان و مدیران مورد مطالعه از نظر شهودی اختلاف چندانی وجود ندارد و با توجه به مقدار p-value بدست آمده، اختلاف متغیر سرمایه اجتماعی در بین کارشناسان و مدیران مورد مطالعه از لحاظ آماری معنی دار نیست (۴۸۸/۰ = p-value). این بدین معنی است تفاوت معنی داری بین متغیر سرمایه اجتماعی در بین کارکنان و مدیران مراکز مطالعات و توسعه آموزش دانشگاههای علوم پزشکی کشور وجود ندارد.

سرمایه اجتماعی یکی از شاخص‌های رشد و توسعه جوامع به شمار آمده و در غیاب آن پیمودن راه توسعه دشوار می‌گردد، بنابراین باید انگیزه و فرهنگ سازی بیشتری در این زمینه در بین مدیران و کارکنان سازمان‌ها صورت پذیرد و ارزشهای مورد قبول جامعه و کارشناسان و مدیران در هر سازمانی مشخص و معرفی گردند تا بتوان از آن برای افزایش میزان سرمایه اجتماعی بهره جست.

توصیه می‌شود جهت ایجاد انگیزه بیشتر در بین مدیران سازمان، مدیرانی را که دارای ویژگی مثبتی در خصوص ارتقاء سرمایه اجتماعی در سازمان هستند، شناسایی و مورد تمجید و تشویق قرار گیرند.

توصیه می‌شود ارزشهای مورد قبول جامعه و کارشناسان و مدیران در هر سازمانی مشخص و معرفی گردند تا بتوان از آنها برای افزایش میزان سرمایه اجتماعی بهره جست.

پیشنهاد می‌گردد مدیران سازمان جهت ارتقاء مولفه مشارکت کارکنان خود، با کاهش بوروکراسی و تمرکز گرایی، کارشناسان را در تصمیمات اداری شرکت داده و از طریق برقراری نظام پیشنهادات به این امر کمک نمایند.

با توجه به اینکه یافته‌های پژوهش نشان داد که میانگین ابعاد پیکربندی روابط شبکه‌ای و سازمان مناسب از ابعاد بعد ساختاری در بین کارشناسان مورد مطالعه کمتر از سایر ابعاد سرمایه اجتماعی مورد بررسی بود پیشنهاد می‌شود که سیاستهایی در جهت افزایش روابط و همکاری بین بخش‌های مختلف سازمان اتخاذ گردد.

پیشنهاد می‌گردد سازمان برای ارزش‌هایی مثل صداقت و اعتماد اهمیت بیشتری قائل شده و با تشکیل کارگاه‌ها و انجام کارهایی گروهی در جهت ایجاد روابط دوستانه در بین کارکنان سازمان تلاش نماید.

با توجه به اینکه یافته‌های پژوهش نشان داد که میانگین بعد هنجارها از ابعاد سرمایه رابطه‌ای در بین مدیران مورد مطالعه کمتر از سایر ابعاد سرمایه اجتماعی مورد بررسی بود، پیشنهاد می‌گردد راهکارهای مناسب در سازمان در جهت افزایش روحیه انتقادپذیری و همچنین روحیه گذشت و فداکاری در بین مدیران سازمان اتخاذ گردد.

با توجه به اینکه سرمایه اجتماعی در بین افراد مورد بررسی در این پژوهش در سطح متوسط بوده است، برای افزایش میزان سرمایه اجتماعی در میان کارشناسان و مدیران سازمان پیشنهاد می‌شود فضای محیط کار، فضایی نشاط‌آور و دلگرم‌کننده باشد و کارشناسان در جو و فضای کاری احساس عدم اعتماد به یمدیگر را نداشته باشند.

با توجه به اینکه سرمایه اجتماعی در بین کارشناسان مورد بررسی تا حدودی کمتر از مدیران بود، پیشنهاد می‌شود قدردانی از کارکنان به خاطر انجام کارهای خوب، تفویض اختیار به آنها، تامین مالی، تقویت مولفه‌های فرهنگی نظیر احساس هویت گروهی و سازمانی مشترک، احساس تعلق به آینده‌ای مشترک و اقداماتی از این قبیل در الویت امور مورد بررسی در سازمان قرار گرفته و سیاست‌های لازم جهت این امر اتخاذ گردد.

:Keywords

سرمایه اجتماعی، مدیران و کارشناسان، مراکز مطالعات و توسعه آموزش

کد: ۱۶۰۶

حیطه: سایر

راهکارها و مسیر اعتلای اخلاق حرفه ای

نویسندگان: شهرام یزدانی، معصومه ایمانی پور

Introduction

اخلاق حرفه ای مجموعه‌ای از اصول و استانداردهای سلوک بشری است که رفتار افراد و گروه‌ها در یک ساختار حرفه‌ای را تعیین می‌کند و اصول آن بر اساس ماهیت حرفه تعیین می‌شود. لذا هر شغلی به اقتضای حرفه‌ای خود، مسئولیت‌های اخلاقی ویژه و معیارهای اخلاقی متفاوت دارد. از آنجا که اساتید دانشگاه در نظام آموزش پزشکی به سبب اینکه هم پزشک هستند و هم معلم، مسئولیت‌های سنگین‌تر و متعددتری دارند لذا حوزه اخلاق حرفه ای آنها نیز وسیع‌تر است. با اینحال تاکنون این مسئله مورد موشکافی دقیق قرار نگرفته است. لذا مطالعه حاضر به دنبال شناسایی ابعاد و سازه های اخلاق حرفه ای اساتید علوم پزشکی و در نتیجه ارائه راهکارهای مناسب برای اعتلای آن بوده است.

Objectives

ساختار و راهکارهای ارتقای اخلاق حرفه ای اساتید علوم پزشکی چه هستند؟

Study Design

این مطالعه از نوع کیفی و ترکیبی بود به این معنی که ابتدا به منظور تبیین ابعاد و سازه های اخلاق حرفه ای اساتید، مطالعه ای به روش تحلیل محتوا مبتنی بر رویکرد والکر و اوانت انجام شد. سپس با عنایت به یافته های حاصل از این مطالعه، رویکرد و راهکارهای ارتقای اخلاق حرفه ای اساتید سنتز و ارائه گردید.

Study Setting

دانشگاههای علوم پزشکی محیط این پژوهش بودند.

Participan

با توجه به اینکه این تحقیق از نوع کیفی بود، نمونه گیری بر اساس معیارهای ورود و با حداکثر گوناگونی انجام شد و تا زمان رسیدن به اشباع داده ادامه یافت و به طور کلی با ۱۲ استاد علوم پزشکی مصاحبه شد.

Sample Size

با توجه به اینکه این تحقیق از نوع کیفی بود، نمونه گیری بر اساس معیارهای ورود و با حداکثر گوناگونی انجام شد و تا زمان رسیدن به اشباع داده ادامه یافت و به طور کلی با ۱۲ استاد علوم پزشکی مصاحبه شد.

Data Gathering Tool

ابزار جمع آوری داده در این تحقیق کیفی، جستجوی سیماتیک متون و مصاحبه بود. برای تعیین روایی و پایایی داده ها نیز از معیارهای چهارگانه لینکلن و گوبا استفاده شد.

Data Analysis

به منظور آنالیز داده ها، مصاحبه ها تک به تک پیاده شده و کدبندی داده ها انجام شد و تمهای اصلی استخراج شدند.

Results

بنابر نتایج بدست آمده از این مطالعه، اخلاق حرفه ای اساتید در راستای عمل به تعهدات حرفه ای شکل گرفته و دارای پیامدهای مثبتی است که البته دستیابی به این پیامدها، نیازمند برقراری پیش نیازها و الزامات مختلفی است. اخلاق حرفه ای اساتید دارای چهار بعد اتیکت حرفه ای، اخلاق در تعاملات اجتماعی حرفه ای، اخلاق در مسائل و کارکردهای تکنیکی حرفه ای، ارزشها و باورهای درون فردی اختصاصی حرفه است و لذا مسیر ارتقاء و اعتلای آن نیز باید همه ابعاد آن را پوشش دهد.

Conclusion

برنامه توسعه و اعتلای اخلاق حرفه ای اساتید باید برنامه ای جامع الاطراف بوده و مستمر باشد. اصلی ترین محورهای این برنامه توسعه ای مبتنی بر تدوین منشور اخلاقی و آموزش اصول اخلاق حرفه ای به صورت مداوم و با استفاده از انواع روشهای آموزشی ترکیبی و منطبق بر ویژگیهای یادگیری بزرگسالان است. همچنین در راستای تربیت اخلاقی و توسعه ارزشها و باورها باید از برنامه های الگوبرداری و منتورشیپی استفاده نمود. توجه به معیارهای اخلاقی در نظام ارزشیابی و گزینش اساتید، اصلاحات سازمانی و مدیریتی و تقویت بنیانهای اعتقادی و اخلاقی از دیگر وجوه اصلی برنامه توسعه اخلاق حرفه ای در اساتید هستند.

Keywords

اخلاق حرفه ای - معلم - استاد پزشکی

کد: ۱۶۳۹

حیطه: سایر

بررسی ارتباط مهارت های مطالعه دانشجویان دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران با وضعیت تحصیلی ایشان

نویسندگان: شیوا شیرازیان، آرش منصوریان، مهدی وطن پور، فاطمه تیرگر.

Introduction

بدیهی است که در هر نظام آموزشی، پیشرفت تحصیلی مهمترین معیار موفقیت در فعالیت های علمی و آموزشی است. بنابر این بررسی عوامل موثر بر پیشرفت تحصیلی از اهمیت ویژه ای برخوردار است (۱) پیشرفت تحصیلی به دانش و استفاده صحیح از مهارتهای مطالعه بستگی دارد (۲) بنابراین حتی دانشجویانی که از توانایی خوبی برخوردارند نیز گرفتار مشکلات تحصیلی میشوند که این مشکلات به دلیل کمبود مهارتهای آنان در مطالعه

است.(۳)

مهارت مطالعه با کاهش اضطراب و افزایش انگیزه، موجب یادگیری بهتر و پیشرفت تحصیلی دانشجویان میشود.(۴) کاربرد بهتر فنون ، مطالعه را آسان تر ، سریعتر و در نتیجه مفرح تر میسازد .(۵) تحقیقات درباره مهارت مطالعه تاریخچه طولانی مدتی ندارد. در میانه دهه ۱۹۵۰ دوره های مهارت مطالعه برای اولین بار در سطح دانشگاهی مورد تحقیق و بررسی قرار گرفت. تمرکز این دوره های مفید بر روی توانایی خواندن و نوشتن ، توانایی یادداشت برداری در دو گروه با دو سطح پیشرفته و متوسط بود. در دهه ۸۰ بیشتر معلمان و محققین عنوان کردند که این توانایی ها حتی در دوران پیش از مدرسه نیز قابل یادگیری هستند.(۳)

در سیستم آموزشی ما، دانشجویان در پایان هر ترم با انواع آزمونها ارزشیابی می شوند ولی از آنجا که نحوه مطالعه مطالب درسی را در دانشگاه نمی آموزند به شیوه ی مطالعه ی خود در دوره ی دبیرستان ادامه می دهند و اکثر آنها حتی تا انتهای دوره نیز روش درست مطالعه را یاد نمی گیرند.(۶). در این بین یادگیری در دانشکده پزشکی اساساً با دوره های دبیرستان و سایر دوره های دانشگاه متفاوت است چرا که از دانشجو انتظار می رود ، حجم زیادی از مطالب در طیف وسیعی از آناتومی گرفته تا اخلاق پزشکی را یاد بگیرد(۷) و این حجم زیاد و طیف وسیع، به حافظه سپردن متون علمی پزشکی راکاری دشوار نموده است(۸).

در مطالعه های متعددی در کشور بر روی دانشجویان، مهارت مطالعه آنها نامطلوب ارزیابی شده است از جمله روحانی و همکاران در مطالعه ای که بر روی ۱۹۰ نفر از دانشجویان دندانپزشکی مشهد انجام دادند دریافتند دانشجویان از شیوه مطالعه صحیحی برخوردار نیستند.(۹) هم چنین بادله و همکاران(۱۰) و مردانیان و کازرونی زاده به نتایج مشابهی دست یافتند.(۱۱)

بیشتر مطالعاتی که در زمینه مهارت مطالعه در دانشجویان علوم پزشکی در کشور ما انجام شده است صرفاً به بررسی وضعیت مطالعه پرداخته شده است و مطالعات اندکی به بررسی ارتباط آن با وضعیت تحصیلی پرداخته اند.(۱۲) و(۱۳)

Objectives:

این مطالعه با هدف بررسی میزان مهارت مطالعه دانشجویان دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران و ارتباط آن با پیشرفت تحصیلی در سال ۱۳۹۲ انجام گردید.

Study Design:

در این مطالعه توصیفی-تحلیلی کلیه دانشجویانی که دوره دندانپزشکی را در پاییز ۹۲ در دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران میگذرانند (دانشجویان ترم اول در این مطالعه وارد نشدند) از طریق سرشماری وارد این مطالعه شدند.

Study Setting:

از ۲۶۵ نفری که در زمان های توزیع پرسش نامه در دانشکده حضور داشتند ۱۹۵ (۷۳/۶٪) فر در مطالعه شرکت کردند

Participan:

کلیه دانشجویانی که دوره دندانپزشکی را در پاییز ۹۲ در دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران میگذرانند (دانشجویان ترم اول در این مطالعه وارد نشدند) از طریق سرشماری وارد این مطالعه شدند. از ۲۶۵ نفری که در زمان های توزیع پرسش نامه در دانشکده حضور داشتند ۱۹۵ (۷۳/۶٪) فر در مطالعه شرکت کردند

Data Gathering Tool

به منظور تعیین مهارت مطالعه دانشجویان دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران از پرسشنامه مهارت مطالعه (SSI) دنیس کنگاس استفاده گردید. پرسشنامه مهارت مطالعه کانگاس توسط دانشجویان تکمیل شد. این پرسشنامه شامل ۶ حیطه اصلی میباشد.

اعتبار پرسشنامه قبلا در مطالعه بادله و همکاران (۱۰ و ۱۲) مورد بررسی قرار گرفته بود. این پرسش نامه شامل پنجاه سوال چهارگزینه ای و شش خرده مقیاس میباشد:

۱- توانایی خواندن متون درسی (۸ سوال) ۲- یادداشت برداری (۵ سوال) ۳- تقویت حافظه (۹ سوال) ۴- آمادگی برای امتحان (۱۲ سوال) ۵- افزایش تمرکز (۱۰ سوال) ۶- مدیریت زمان (۶ سوال)

پرسش ها با مقیاس چهار درجه ای (همیشه - اغلب اوقات - گاهی اوقات و به ندرت) و به ترتیب با نمرات ۴ تا ۱ نمره گذاری شدند و در مجموع نمره مهارت مطالعه از ۲۰۰ به فرد تعلق میگرفت. هم چنین اطلاعات دموگرافیک دانشجویان شامل سن، وضعیت تاهل، جنسیت، وضعیت سکونت و کد دانشجویی ثبت گردید.

پس از گرفتن رضایت از دانشجویان و اطمینان دادن از محرمانه بودن اطلاعات، از آنها خواسته شد پرسشنامه را تکمیل نمایند. همچنین به آنها توضیح داده شد که تکمیل پرسشنامه اختیاری بوده و هیچ اجباری در تکمیل آن نمی باشد و همچنین دانشجویان می توانستند در صورت تمایل از نمره مهارت مطالعه خود آگاه شوند. سپس لیست معدل دانشجویان به همراه کد شماره دانشجویی و بدون ذکر نام از معاونت آموزشی دانشکده دریافت شد.

Data Analysis

جهت تعیین اثر متغیرها بر پیشرفت تحصیلی، از مدل رگرسیون خطی استفاده شد و سطح معناداری $p \geq 0.05$ در نظر گرفته شد. توزیع نرمال متغیرها براساس آنالیز kolmogrove-smirnov بررسی شد و هم چنین برای مقایسه امتیازحیطه های مختلف در ورودی های مختلف از آزمون ANOVA یک طرفه و برای مقایسه های چندگانه بین گروهها از آزمون تعقیبی Tukey استفاده شد.

Results

از ۲۶۵ نفری که در زمان های توزیع پرسش نامه در دانشکده حضور داشتند ۱۹۵ نفر در مطالعه شرکت کردند بنابراین درصد پاسخ گویی ۷۳ درصد محاسبه شد. میانگین سنی $21/33 \pm 2/59$ سال، حداقل سن شرکت کنندگان ۱۹ سال و حد اکثر ۳۳ سال بودند. ۳۹/۵۷ درصد پسر و ۶۰/۴۳ درصد دختر بودند. از نظر وضعیت تاهل ۸۲/۸۹ مجرد و ۱۷/۱۱ درصد متاهل بودند. همچنین از نظر وضعیت سکونت ۴۸/۰۶ درصد همراه با خانواده و ۴۵/۳۴ درصد در خوابگاه زندگی میکردند و تنها ۶/۶ درصد منزل شخصی داشتند.

پرسشنامه مهارت مطالعه کانگاس توسط دانشجویان تکمیل شد. این پرسشنامه شامل ۶ حیطه اصلی میباشد. میانگین نمرات دانشجویان در هر حیطه در جدول ۱ ارایه شده است. همچنین با توجه به متفاوت بودن حداکثر نمره هر حیطه، میانگین درصد نمره کسب شده توسط دانشجویان نیز ارایه گردیده است.

جدول ۱: میانگین، انحراف معیار نمره های حیطه های پرسش نامه مهارت مطالعه کانگاس و سطح معنی داری ارتباط هر حیطه با معدل در افراد شرکت کننده در مطالعه

ردیف	حیطه ها (حداکثر نمره هر حیطه)	تعداد کل	انحراف معیار \pm میانگین (درصد نمره)	سطح معناداری هر حیطه با معدل دانشجوی
۱	توانایی خواندن متون درسی (۳۲)	۱۹۴	۱۸/۳۱ \pm ۳/۸۹ (۵۷/۲۲)	۰/۲۳۶
۲	یادداشت برداری (۲۰)	۱۹۴	۹/۶۷ \pm ۳/۱۹ (۴۸/۳۵)	۰/۰۱۵
۳	تقویت حافظه (۳۶)	۱۹۵	۲۰/۲۰ \pm ۴/۹۷ (۵۶/۱۱)	۰/۷۹۷
۴	آمادگی برای امتحان (۴۸)	۱۹۳	۲۴/۳۰ \pm ۶/۱۴ (۵۰/۶۳)	۰/۷۶۰
۵	افزایش تمرکز (۴۰))	۱۹۳	۲۴/۷۴ \pm ۴/۹۶ (۶۱/۸۵)	۰/۲۴۲
۶	مدیریت زمان (۲۴))	۱۹۳	۱۱/۵۹ \pm ۴/۳۸ (۴۸/۲۹)	۰/۱۷۸
۷	نمره کل مهارت مطالعه (۲۰۰))	۱۹۵	۱۰۸/۰۷ \pm ۲۲/۰۶ (۵۴/۰۳)	۰/۹۹۰

در این مطالعه بررسی نمرات مهارت مطالعه و ارتباط آن با معدل دانشجویان به تفکیک هر ورودی انجام شد که اطلاعات مرتبط با آن در جدول ۲ ارایه گردیده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمره ی مهارت مطالعه و ارتباط آن با معدل به تفکیک ورودی در افراد شرکت کننده در مطالعه

ارتباط با معدل	انحراف معیار	میانگین	تعداد	ورودی
p=۰/۸۹۷	۲۱/۱۰	۱۰۱/۹۰	۱۰	۸۶
p=۰/۷۹۲	۲۶/۰۳	۱۰۵/۷۸	۱۹	۸۷
p=۰/۷۱۶	۱۶/۰۱	۱۰۰/۲۹	۲۷	۸۸
p=۰/۴۹۵	۲۱/۳۵	۱۰۴/۱۰	۴۱	۸۹

۹۰	۳۷	۱۰۹/۵۹	۱۹/۶۷	p=۰/۵۴۵
۹۱	۵۸	۱۱۷/۹۰	۱۹/۳۶	p=۰/۰۵۰

میانگین نمره کل پرسشنامه مهارت مطالعه کانگاس در ورودی های مختلف تفاوت معناداری داشت ($p=۰/۰۰۲$). نمره کل در بین ورودی ۸۸ با ۹۱ ($p=۰/۰۰۳$) و ۸۹ با ۹۱ ($p=۰/۰۱$) تفاوت معنی دار داشتند که نمره کل مهارت مطالعه در ورودی ۹۱ بالاتر بود و بین سایر ورودی ها تفاوت معناداری وجود نداشت.

برای مقایسه هریک از حیطه ها در ورودی های مختلف از آزمون ANOVA یک طرفه استفاده شد این آزمون نشان داد که هریک از متغیرهای یادداشت برداری ($p<۰/۰۰۱$)، آمادگی برای امتحان ($p<۰/۰۰۱$) و مدیریت زمان ($p=۰/۰۳$) در بین ورودی های مختلف تفاوت معنی دار داشتند که نمرات این حیطه ها در ورودی ۹۱ بالاتر بود. در سایر حیطه ها در بین ورودی های مختلف تفاوت معناداری یافت نشد (توانایی خواندن: $P=۰,۳۳$ ، تقویت حافظه: $P=۰,۴۶$ و افزایش تمرکز: $P=۰,۶۵$)

برای مقایسه دو به دو هریک از متغیرها در بین ورودی های مختلف از آزمون تعقیبی Tukey استفاده شد و این آزمون نشان داد که متغیر یادداشت برداری بین ورودی ۸۸ با ۹۱ ($p=۰/۰۰۲$)، ۸۹ با ۹۱ ($p<۰/۰۰۱$) و ۹۰ با ۹۱ ($p=۰/۰۰۹$) تفاوت معنی دار داشتند که نمره این حیطه در ورودی ۹۱ به طور معناداری بالاتر بود. در مقایسه سایر ورودی ها در این حیطه تفاوت معناداری مشاهده نشد. در متغیر آمادگی برای آزمون بین ورودی ۸۷ با ۹۱ ($p=۰/۰۰۴$)، ۸۸ با ۹۱ ($p<۰/۰۰۱$) و ۸۹ با ۹۱ ($p<۰/۰۰۱$) تفاوت معنی دار داشتند که نمره این حیطه در ورودی ۹۱ به طور معناداری بالاتر بود. در مقایسه سایر ورودی ها در این حیطه تفاوت معناداری مشاهده نشد. در متغیر مدیریت زمان بین ورودی ۸۸ با ۹۱ ($p=۰/۰۴$) تفاوت معنی داری وجود داشت که نمره این حیطه در ورودی ۹۱ به طور معناداری بالاتر بود. و در سایر ورودی ها در این حیطه تفاوت معناداری یافت نشد. ارتباط بین معدل کل و نمرات مهارت مطالعه بررسی شد و نتایج به این صورت بود که: در ورودی ۹۱ بین یادداشت برداری، تمرکز و مهارت مطالعه کل ارتباط معناداری یافت شد که به ترتیب ($p=۰/۰۰۶$) ($p=۰/۰۳۴$) ($p=۰/۰۰۵$) بود. در سایر ورودی ها و سایر حیطه ها ارتباط معناداری با معدل کل دانشجویان یافت نشد.

هم چنین ارتباط بین معدل کل تنها با میانگین نمره حیطه یادداشت برداری معنادار گزارش شد ($p=۰/۰۱۵$). در ادامه ارتباط نمرات مهارت مطالعه با هریک از مشخصات دموگرافیک ارائه می شود.

مقایسه بین دو گروه مذکر و مونث نشان داد که تفاوت معنی داری به طور کلی در هیچ یک از حیطه ها و در نمره مهارت مطالعه کل بین دو گروه مونث و مذکر وجود نداشته است ولی در ورودی ۸۷ در حیطه تمرکز تفاوت معنادار ($p=۰/۰۴۸$) بین دو گروه مونث و مذکر وجود داشت که نمره این حیطه در دختران بیشتر بود. در ورودی ۸۹ در حیطه توانایی خواندن متون درسی و یادداشت برداری تفاوت معناداری به ترتیب ($p=۰/۰۴۵$) و ($p=۰/۰۰۶$) بین دو گروه مونث و مذکر وجود داشت که نمره این حیطه در دختران بیشتر بود. در ورودی ۹۰ در حیطه مدیریت زمان تفاوت معنادار ($p=۰/۰۰۹$) بین دو گروه مونث و مذکر وجود داشت که در پسران نمره این حیطه بالاتر بود. در ورودی ۹۱ در حیطه آمادگی برای امتحان و مدیریت زمان به ترتیب تفاوت معنادار ($p=۰/۰۲۶$) و ($p=۰/۰۰۳$) بین دو گروه مونث و مذکر وجود داشت که نمرات هر دو حیطه در پسران بالاتر بود. در سایر حیطه ها و ورودی ها بین دو گروه مونث و مذکر تفاوت معناداری یافت نشد.

در نتایج به دست آمده تفاوت معناداری به طور کلی در هیچ یک از حیطه ها و نمره کل مهارت مطالعه بین دو گروه مجرد و متاهل وجود نداشت ولی در بررسی های انجام شده در ورودی ۸۹ در حیطه توانایی خواندن متون درسی و مدیریت زمان بین دو گروه مجرد و متاهل تفاوت معناداری

دار وجود داشت که میانگین آن در افراد متاهل بیشتر بود ($P=0,037$) و ($p=0,025$) و در ورودی ۹۱ در حیطه تمرکز بین دو گروه مجرد و متاهل تفاوت معنادار وجود داشت که میانگین آن در افراد مجرد بیشتر بود ($p=0,027$)

هم چنین در ارتباط با محل سکونت و نمرات مهارت مطالعه و حیطه های آن هیچ ارتباط معناداری گزارش نشد (توانایی خواندن $P=0,83$ ، یادداشت برداری: $P=0,99$ ، تقویت حافظه: $P=0,85$ ، آمادگی امتحان: $P=0,92$ ، افزایش تمرکز $P=0,81$ ؛ مدیریت زمان: $P=0,47$ ، نمره کل: $P=0,97$)

Conclusion

پرسشنامه هایی که در مطالعات پیرامون مهارت مطالعه وجود دارد انواع گوناگونی دارد، در برخی از مطالعات پرسش نامه های خود ساخته (توسط اساتید همان دانشگاه) با استفاده از منابع موجود طراحی شده و روایی و پایایی آن مورد تایید قرار گرفته است. (مطالعه روحانی و همکاران و حسینی و همکاران) (۹ و ۱۱) در برخی از پژوهش ها از پرسش نامه های استاندارد شده در دسترس استفاده شده است، از این میان تعداد حیطه های مورد بررسی در پرسشنامه گیلبرت که در مطالعه نیله و هاریسون (۱۴) استفاده شد شامل چهار حیطه میباشد که دو حیطه تقویت حافظه و آمادگی برای آزمون در آن وجود ندارد و از این جهت نمی تواند این دو توانایی را ارزیابی کند. همچنین پرسشنامه ای که در مطالعه دیدارلو و همکاران (۱۵) و حسن بیگی و همکاران (۱۳) به عنوان ابزار جمع آوری اطلاعات مشخص شد، پرسشنامه دانشگاه هوستون بوده و شامل ۶۴ سوال میباشد. اگرچه این پرسشنامه ۸ حیطه مدیریت زمان، تمرکز و حافظه، استفاده از وسایل کمک آموزشی و یادداشت برداری، تکنیکهای آمادگی برای امتحان، سازماندهی و پردازش اطلاعات، انگیزه و نگرش، خواندن و انتخاب ایده اصلی و مهارت نگارش را می سنجد اما تعداد سوالات آن زیاد بوده و شاید بتوان گفت به این دلیل میتواند عدم همکاری شرکت کننده را به دنبال داشته باشد. هم چنین پرسشنامه استفاده شده در مطالعه سیف و فتح آبادی (۱۶) پرسشنامه مک کوبین و انتویتل بوده و صرفا به بررسی رویکرد مطالعه از نظر راهبرد سطحی یا عمقی می پردازد. از این رو پرسش نامه کانگاس که در مطالعه آیشا و خورشید (۱۷ و ۱۸) و بادله و همکاران (۱۰ و ۱۲) استفاده شده است، به عنوان ابزار جمع آوری اطلاعات مورد استفاده قرار گرفت که شامل ۵۰ سوال و ۶ حیطه اصلی میباشد.

یکی از موضوعاتی که در حاشیه موضوع اصلی پژوهش به آن پرداخته شد، مقایسه بین ورودی های مختلف بود از این نظر در نمره کل مهارت مطالعه و هم چنین در حیطه های یادداشت برداری، آمادگی برای آزمون و مدیریت زمان تفاوت معناداری وجود داشت. نمره کل مهارت مطالعه در دانشجویان سال دوم بهتر از سال چهارم و پنجم بود ولی تفاوت معنا داری با دانشجویان سال آخر نداشت و این به آن معنی است که دانشجویان در ابتدای ورود و هم چنین در سالهای پایانی تحصیل، از مهارت مطالعه بهتری برخوردارند. اگرچه نمره مهارت مطالعه در سالهای آخر باز هم کمتر از نمرات بدو ورود است که از این نظر نتایج به دست آمده مشابه نتایج به دست آمده در برخی پژوهش های موجود در این زمینه است. (۱۹، ۱۶، ۱۲)

بادله (۱۲) عنوان کرد مهارت مطالعه در دانشجویان جدیدالورود بالاتر از سایرین است و هم چنین مطالعه ی سیف و فتح آبادی (۱۶) که در بین دانشجویان رشته روانشناسی انجام شد، نشان داد که بین میانگین نمرات رویکرد عمقی دانشجویان ترم دوم با ترم چهارم و ششم رابطه ی معنادار وجود دارد و نمرات رویکرد عمقی دانشجویان ترم دوم بالاتر از ترم چهارم و ششم بود. هم چنین نتایج مطالعه ی حاضر با یافته های زیگرس (۱۹) هم خوانی دارد. در یک پژوهش طولی زیگرس نیز رویکردهای مطالعه دانشجویان رشته علوم را در طول سه سال دانشگاه، بررسی کرد. یافته های این پژوهش نشان می دهد که اولاً بیشترین تغییر در رویکردهای مطالعه دانشجویان در ۹ ماه نخست ورود به دانشگاه صورت می گیرد. ثانیاً نمرات رویکرد سطحی از زمان ورود به دانشگاه به تدریج افزایش میابد. حداکثر میزان این افزایش در سال اول رخ می دهد و پس از آن نمرات رویکرد سطحی به تدریج کاهش پیدا می کند اما به سطح اولیه زمان ورود به دانشگاه بر نمی گردد.

یافته ی حاضر را شاید بتوان به این صورت تبیین کرد که دانشجویان در بدو ورود به دانشگاه و سالهای ابتدایی به علت تصویری که از محیط علمی دانشگاه دارند، از انگیزه ی بالاتری برخوردار بوده و بهتر مطالعه می کنند اما بعد از گذراندن چند ترم متوجه می شوند احتمالاً فاکتورهای دیگری جهت کسب نمرات بهتر لازم است. به علاوه شاید بتوان گفت علت بالاتر رفتن نمرات مهارت مطالعه در سال پایانی، بالا رفتن انگیزه دانشجویان جهت مطالعه ی مطالبی باشد که برای کار کلینیکی خود یا برای آمادگی آزمون دستیاری به آن نیاز دارند و خود را آماده ی کسب مهارت هایی می کنند که برای کار بدون نظارت اساتید به آن نیاز دارند. این احساس نیاز آنها را وادار به مطالعه ی بهتر میکند. بنابر این متفاوت بودن نتایج این مطالعه با مطالعه ی نیله و هاریسون (۱۴) را شاید بتوان در تفاوت سیستم های آموزشی دانست.

از دیگر نتایج این مطالعه این بود که هیچ تفاوت معنی داری بین دختر و پسر در نمرات کل مهارت مطالعه و همچنین نمرات هر یک از حیطه ها وجود نداشت. این نتایج با مطالعه ترشیزی و همکاران (۸) و شکورنیا و همکاران (۲۰) مطابقت دارد اما مخالف نتایج بادله و همکاران (۱۲) است که مهارت مطالعه دختران را بهتر از پسران گزارش می کند. هم چنین در مطالعه ی چراغی و همکاران (۲۱) مشخص شد که دانشجویان دختر بهتر از دانشجویان پسر از راهبردهای مطالعه استفاده می کنند. شاید بتوان علت این تفاوت را در نوع رشته تحصیلی و دروس مربوط به آن رشته توجیه کرد.

نتیجه به دست آمده دیگر در این پژوهش ارتباط مثبت و معنادار فقط در حیطه یادداشت برداری با معدل کل دانشجویان را نشان می دهد در حالی که در پژوهش حسن بیگی و همکاران (۱۳) حیطه خواندن مطالب و به دست آوردن ایده اصلی بیشترین ارتباط را با معدل داشته اگرچه ارتباط معنادار بین سایر حیطه ها با معدل نیز وجود داشته است.

یکی از نتایج قابل بحث این مطالعه، عدم وجود رابطه ی معنادار بین معدل تحصیلی دانشجویان و نمرات مهارت مطالعه بود که از این نظر مشابه نتایج مطالعه نیله و هاریسون (۱۴) می باشد که بین دانشجویان رشته داروسازی در هند انجام شده است. این نتیجه متفاوت با غالب نتایج بدست آمده در مطالعات پیشین است. در مطالعه بادله و همکاران (۱۰) ارتباط ضعیف اما مثبت و معناداری بین معدل تحصیلی دانشجویان و میانگین نمرات مهارت مطالعه یافت شد. هم چنین در مطالعه آیشا و همکاران (۱۷) و خورشید و همکاران (۱۸) ارتباط مثبت و معناداری را بین متغیرهای مذکور بیان کردند. لازم به ذکر است که در هر سه مطالعه از پرسش نامه مهارت مطالعه کانگاس استفاده شده بود. دلیل احتمالی تفاوت در نتایج پژوهش حاضر و مطالعات ذکر شده را می توان به دلیل تفاوت در رشته های تحصیلی دانست.

مطالعه ی حسن بیگی (۱۳) و بادله (۱۰) رابطه معنی داری بین معدل تحصیلی و مهارت مطالعه را گزارش کردند. در هر دو مطالعه شیوه ی به دست آوردن معدل دانشجویان، خود گزارش دهی می باشد که احتمال خطا را بالا می برد و اینکه در پژوهش حاضر لیست نمرات از آموزش دانشکده و بدون ذکر نام تهیه شده است نقطه قوت این پژوهش می باشد.

عدم وجود ارتباط بین دو مولفه مهارت مطالعه و موفقیت تحصیلی در این مطالعه را شاید بتوان اینگونه توجیه کرد که رشته دندانپزشکی یک رشته ی ترکیبی از واحدهای تئوری و عملی بوده و در پژوهش حاضر نیز معدل کل دانشجویان در نظر گرفته شده است و این معدل در ترم های بعد از علوم پایه متأثر از دروس تئوری و دروس عملی می باشد و این خود می تواند نقش مهارت مطالعه را در معدل کل دانشجویان بعد از دوره علوم پایه کمرنگ نماید و همان طور که نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر نشان می دهد در دانشجویان سال دوم که دروس تئوری بیشتر است، ارتباط مثبت معنادار هر چند کوچک بین دو متغیر مهارت مطالعه و معدل وجود دارد که موید این فرضیه است.

نتایج این مطالعه نشان می دهد وضعیت مهارت مطالعه دانشجویان رشته دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران مناسب نمی باشد. اگرچه به جز حیطه یادداشت برداری در پرسشنامه مهارت مطالعه، این مهارت ارتباط معناداری با معدل کل دانشجویان نداشته است. همچنین نتایج نشان داد که تفاوت معنی داری به طور کلی در هیچ یک از حیطه ها و در نمره مهارت مطالعه کل بین دو گروه مونث و مذکر و همچنین مجرد و متأهل وجود نداشته است. هم چنین در ارتباط با محل سکونت و نمرات مهارت مطالعه و حیطه های آن هیچ ارتباط معناداری گزارش نشد. از آنجا که

بین مهارت مطالعه و وضعیت تحصیلی دانشجویان ارتباط معناداری یافت نشد، به نظر می رسد که علل مختلفی بر پیشرفت تحصیلی تاثیر گذار باشند که باید مورد بررسی قرار گیرند.

:Keywords

پیشرفت تحصیلی، دانشجویان دندانپزشکی، مهارت مطالعه، academic achievement, dental students, study skills

کد: ۱۶۲۷

حیطه: سایر

وجدان کاری و تعهد حرفه ای

نویسندگان: زینت جورابچی،

:Introduction

وجدان کاری ترکیبی از دو واژه «وجدان» و «کاری» است و منظور از وجدان کاری، رضایت قلبی، تعهد و التزام عملی نسبت به وظایفی است که قرار است انسان آنها را به انجام برساند؛ به گونه ای که اگر بازرسی و ناظری نیز بر فعالیت فرد نظاره گر نباشد، باز هم او در انجام وظیفه خود کوتاهی نکند.

جامعه ای انسانی به تقویت وجدان کاری و تغییر در فرهنگ کار نیازمند است؛ چرا که نیروی انسانی متعهد، هر سازمان را در دستیابی به اهداف خود یاری می دهد. البته تعاریف دیگری نیز از وجدان کاری موجود است که عبارتند از:

- استعدادی که به تشخیص نیک و بد پرداخته و برای امور ارزش قائل است، نیک و بد را با هم متفاوت دانسته و برای ما نوعی الزام عملی ایجاد می کند.

- مجموعه عواملی که در فرد سازمانی نظام ارزشی به وجود می آورد.

در صورت دارا بودن بالاترین حد وجدان کاری، می توان جامعه ای را تصور کرد که در آن اشخاص در مشاغل گوناگون سعی دارند تا کارهای محوله را به بهترین شکل و به طور دقیق و کامل و با رعایت اصول انجام دهند. پس می توان نتیجه گرفت وجدان کاری باعث نظام مند شدن افراد می شود.

از طرفی میتوان بین وجدان کاری و کارایی رابطه ای برقرار کرد؛ بدین ترتیب که وجدان کاری یکی از عوامل مؤثر بر کارایی است اما بالا بودن کارایی الزاماً نتیجه بالا بودن وجدان کاری نیست. کارایی سبب استفاده مناسب از منابع گوناگون می شود و در واقع هنگامی کارایی بالاست که منابع انسانی در امور و وظایف خود بهترین عملکرد را داشته باشند. لذا از عوامل اثرگذار بر وجدان کاری موارد ذیل میتواند مورد بحث باشد.

عوامل اثرگذار بر وجدان کاری عبارتند از:

- به کارگیری کارکنان بر اساس علاقه و توانایی و تلاش برای ارضای نیازهای آنان
- تقسیم کار مطلوب کارکنان و احتساب سختی، حساسیت و پیچیدگی کار در تنظیم حقوق و مزایا و ارزیابی عملکرد کارکنان برای ایجاد امکان پیشرفت
- تشویق و تنبیه کارکنان و ارائه فرصت و امکان لازم برای ترفیع بر اساس معیارهای قبل از اندازه‌گیری
- شرکت دادن کارکنان در تصمیم‌گیری‌های سازمانی و تفویض اختیار و عدم تمرکز تا حد امکان
- انتساب مدیران شایسته بر اساس تخصص و تجربه
- اجرای برنامه‌های آموزشی بر اساس نیازهای شغلی به منظور تعالی کارکنان برای ایجاد خرسندی از شغل

تعهد حرفه‌ای: بعضی از منابع تعهد را به عوامل و انگیزه‌های داخلی و بیرونی مشاغل تقسیم می‌کنند و بعضی، تعهد مؤثر را نوعی وابستگی و انضمام به سازمان می‌دانند که به صورت پذیرش ارزش‌های سازمان و تمایل به باقی ماندن در سازمان تظاهر می‌نماید.

در گروه پزشکی تعهد حرفه‌ای فراتر از اخلاق عمومی بوده و آن رفتاری است که ما برای آن آموزش می‌بینیم تا نسبت به فراگیران و بیماران متعهد باشیم. در این زمینه باید آموزش دهیم، ارزیابی کنیم و وضعیت را مورد بررسی قرار دهیم.

بر این اساس برنامه مفصلی در حوزه اخلاق حرفه‌ای میباید تدوین می‌شد و لذا در کتابچه‌ای که در پیش رو داریم درخصوص وجدان کاری و تعهد حرفه‌ای در سه بند مسئولیت‌پذیری، رعایت قوانین و مقررات آموزشی و همچنین رعایت حقوق خود و دیگران معیارهایی را که باید یک مدرس گروه پزشکی رعایت نماید را تعیین کرده ایم.

Objectives:

کدهای اخلاقی تدوین شده در کارگروه اخلاق در خصوص وجدان کاری و تعهدات حرفه‌ای

Study Design:

کارگروه اخلاق حرفه‌ای دانشگاه علوم پزشکی قزوین، به دنبال اجرایی کردن بسته اعتلای اخلاق حرفه‌ای از مجموعه بسته‌های طرح تحول و نوآوری در آموزش علوم پزشکی در معاونت آموزشی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، فعالیت‌های قابل توجهی انجام شده است.

Study Setting:

در این مدت، کدهای اخلاقی عام رشته‌های علوم پزشکی (سرفصل کدها و کدهای فرعی) با استفاده از منابع معتبر داخلی و خارجی و نظرات اعضای کارگروه جمع‌آوری و تدوین شد؛ عنوان کرد: این کدها، شامل: داشتن وجدان کاری و تعهدات حرفه‌ای (مانند: مسئولیت‌پذیری، رعایت قوانین و مقررات آموزشی و رعایت حقوق خود)، رعایت حقوق دیگران (مانند: ارائه خدمات مطلوب، احترام، عدالت و حفظ اسرار)، ارتقای دانش و مهارت‌های حرفه‌ای و معنوی، ارتباط مؤثر فردی و سازمانی و رعایت اصول اخلاقی در حیطه پژوهش است.

Participan:

این کارگروه از روز ۱۲ اسفند سال ۱۳۹۴ با مشارکت ۱۱ تن از اعضای هیأت علمی و کارشناسان علاقه‌مند، شامل: دکتر پرویز پدیدار (متخصص ارتودنسی و دانشیار دانشکده دندانپزشکی)، دکتر مهرزاد سرایی (متخصص انگل‌شناسی پزشکی و دانشیار دانشکده پزشکی)، دکتر زینت جورابچی (دکترای بهداشت جامعه و استادیار دانشکده پرستاری و مامایی)، دکتر مرضیه بیگم سیاهپوش (متخصص طب سنتی و ایرانی اسلامی)، محمد

مرادی (کارشناس ارشد روان پرستاری و استادیار دانشکده پرستاری و مامایی)، محمدرضا مصطفایی (کارشناس ارشد پرستاری و استادیار دانشکده پرستاری و مامایی)، دکتر رزاق محمودی (دکترای بهداشت و ایمنی مواد غذایی و دانشیار دانشکده بهداشت)، دکتر مهدی زاهد پناه (دکترای خون شناسی و استادیار دانشکده پیراپزشکی)، فاطمه سفیدی (کارشناس ارشد آموزش پزشکی) و فاطمه نظری شادکام (کارشناس ارشد آموزش پزشکی)، با مسؤولیت دکتر امیر محمد کاظمی فر (متخصص طب قانونی و مسمومیت و دانشیار دانشکده پزشکی)، فعالیت خود را آغاز کرده است. کارگروه مذکور با برگزاری ۲۶ نشست در معاونت آموزشی به صورت هفتگی به تحقیق، پژوهش، بحث و تبادل نظر گسترده در زمینه اعتلای اخلاق حرفه ای پرداخته است.

Results

کدهای اخلاقی تدوین شده در کارگروه اخلاق در خصوص وجدان کاری و تعهدات حرفه ای

الف- وجدان کاری و تعهدات حرفه ای

الف-۱- مسؤولیت پذیری

۱. یک مدرس گروه پزشکی باید تعهدات و مسؤولیت های آموزشی و درمانی را که پذیرفته است، به نحو شایسته انجام دهد.
۲. یک مدرس گروه پزشکی ملزم به انجام پژوهش در رشته تخصصی خود می باشد.
۳. یک مدرس گروه پزشکی باید خود را در برابر سلامت جامعه و نیازهای آن مسئول بداند و در جریان آموزش، سلامت جامعه و اولویت ها و نیازهای ملی و منطقه ای مرتبط با سلامت را مورد توجه قرار دهد.
۴. یک مدرس گروه پزشکی باید مسؤولیت اشتباهش را در حیطه تشخیص، درمان و تدریس و پژوهش بپذیرد و آن را به نحو مطلوب جبران یا اصلاح نماید.

الف-۲- رعایت قوانین و مقررات آموزشی

۱. یک مدرس گروه پزشکی باید متعهد به اجرای مقررات آموزشی باشد و از مسامحه در این مورد بپرهیزد.
۲. یک مدرس گروه پزشکی باید با قوانین و دستورالعمل های ملی و بین المللی مربوط به حرفه خود آشنا باشد و ضمن رعایت این قوانین، شایسته است آنها را به دانشجویان بیاموزد.

الف-۳- رعایت حقوق خود

۱. یک مدرس گروه پزشکی باید شأن و قداست حرفه ای خود را در (رفتار، گفتار و پوشش) حفظ کند.
۲. یک مدرس گروه پزشکی نباید اجازه دهد مورد استثمار یا ظلم قرار گیرد.

الف-۴- سایر موارد

۱. یک مدرس گروه پزشکی نباید سبب تحمیل هزینه های غیر ضروری به خدمت گیرندگان شود.
۲. یک مدرس گروه پزشکی نباید از بیماران، دانشجویان و همکاران برای کسب منافع شخصی خود نظیر پیشرفت علمی سوءاستفاده کند.

۳. یک مدرس گروه پزشکی نباید برای تمایلات مادی، از جمله میل به دستمزد بیشتر، آموزش دانشجویان و تشخیص و درمان بیماران را مختل کند.

:Conclusion

اخلاق پزشکی رفتار و سلوکی است که ارتباط پزشکان با بیماران، همکاران و جامعه را تعریف می کند و موجب تقویت تعهد حرفه‌ای، افزایش مسئولیت‌پذیری اخلاقی، ارائه خدمات آموزش و پژوهش براساس استانداردهای اخلاقی می گردد.

:Keywords

وجدان کاری، تعهدات حرفه ای، اخلاق حرفه ای

کد: ۱۷۶۵

حیطه: سایر

بررسی مشارکت اعضاء هیات علمی در طراحی و اجرای فرآیندهای آموزشی در دانشگاه علوم پزشکی تبریز و مقایسه آن با دانشگاههای تیپ یک کشور

نویسندگان: مجید مشارکش، نازیلا متربصون، فریبا سالک رنجبرزاده، سوسن حسن زاده سلمانسی، مریم برادران بی نظیر، حمید اکبری، رضا غفاری، رضا غفاری.

Introduction :

With regard to the incredible growth of science and technology in all areas, especially in medical sciences and health, medical sciences faculty members and policy makers need to update their information and knowledge. So setting the standards for education and research of faculty members is of particular importance in the world¹.

The importance of research in the development of communities is apparent ,so that modern societies owe their position more than anything to the development, deepening and growth of research and medical sciences is not an exception ^۲. Despite the importance of this issue, given that one of the main goals of medical sciences is training human resources needed for community health, research activities and education is also important in the universities .^۲ Although educational activities are vital, they are considered part of the daily routine and it is very difficult or impossible to value them. While health and research activities are considered overtime work and are paid extra and have more outward aspects such as project, paper, book publishing,

rewards and promotion etc". The impact of these factors and other cultural and value factors leads to education and educational services decline in the university and educational activities seem less important for a number of faculty members".

Menin (۱۹۹۹) noted that there were no standards for education like research and service provision for faculty. Faculty members rarely have information and awareness on education methods and teaching and education were not considered distinguished activities but a routine task of faculty member. "Carnegie Science Foundation in ۱۹۶۹ and ۱۹۸۹ showed that the importance of scientific publications is the main criterion for promotion of faculty members was rising rapidly. Meanwhile Ron Richards clarified the major problem by suggesting two options for the faculty members to choose": Service to Students "and "promotion," and added": A teachers who teaches well is not necessarily someone who has good researches."

In ۱۹۹۰, Boyer at the Carnegie Foundation published "Scholarship reconsidered" book and reviewed the definition of scholarship that until then was limited to research activities and publications in prestigious journals, which shacked academicians and altered the definition of a faculty member's professional role. He defined scholarship in ۴ areas: Scholarship of discovery, production of new knowledge, the same as research, Scholarship of integration, showing the relationship between the produced knowledge with other attitudes, Scholarship of application, using the produced knowledge to solve problems, Scholarship of dissemination, sharing new knowledge and In ۱۹۹۶, he added the fifth area, Scholarship of Engagement, actual applications in society to solve problems. "In ۱۹۹۹ Martin, Irigwell, defined the educational Scholarship as follows:

Application of knowledge and evidence related to education in teaching -learning process, criticism of evidence-based education and targeted educational interventions and sharing the results and ideas with other people." In this regard, the authorities changed their attitude toward Teacher's Day and Education Week by considering importance of education in universities of medical sciences and they have provided appropriate conditions for holding the Teachers 'Day since a few years ago and tried to implement and value indicators related to scholarship to enhance the education position at the University of Medical Sciences. One of the achievements of this approach is Shahid Motahari educational festival.^۵ Shahid Motahari festival is held every year to celebrate and honor the faculty members of medical education and to identify the desirable local and national educational processes as well as innovation and to introduce new processes to enhance medical education, in addition, it leads to the identification and introduction of faculty members and desirable educational processes and participation of faculty members in the festival. The festival is the responsibility of the National Secretariat. The main objectives of the secretariat located at educational deputy of faculty members at the ministry of Health, Treatment and Medical Education are: identifying the academic desirable processes, promoting ongoing educational process, innovation, revising processes, equipment, devices and educational aids, attention to the carrying out educational process in universities and higher education institutions to appreciate them. In order to achieve this goal, the secretariat calls for educational processes from all medical universities. So that each university collects and judges the processes within the university and superior processes of each university can attend and compete at the national festival. Glorifying the superiors is done through educational scores.^۶ Given the above, it seems that the festival is a good opportunity for faculty members to present their provided, designed and implemented and even scored educational products and educational projects and to compete with other colleagues. However, polls on the festivals held

in the past eight years indicated a variety of problems and challenges in fields such as quality and quality of the submitted educational projects and the contradictions and dissatisfaction among faculty members which require closer examination and providing solutions to address these problems and improve the quality and quantity of the festival. Therefore, this study aimed The participation of faculty members in designing and implementing educational projects at Tabriz University of Medical Sciences and comparing with the type ۱ universities in Iran

Objectives :

This study aimed The participation of faculty members in designing and implementing educational projects at Tabriz University of Medical Sciences and comparing with the type ۱ universities in Iran.

Study Design :

This descriptive study was done at Tabriz University of Medical Sciences in ۲۰۱۶

Study Setting :

In order to implement the first phase of the study which was to determine the participation of faculty members in the last ۶ years in Tabriz University of Medical Sciences, the list of all faculty members who participated at Shahid Motahari educational festival by submitting educational processes over the past six was extracted and then the faculty members of each school was calculated compared to the total number of faculty members of the school by year.

Participan :

The study population included faculty members of all schools at Tabriz University of Medical Sciences.

In determining the sample size, the history of participation at Shahid Motahhari festival and their percentage of participation at the previous festivals were considered. The percentage of faculty members participation was ۱۵% on the basis of information received from the Permanent Secretariat of Tabriz University of Medical Sciences and the sample size including ۱۳۸ people was obtained using Cochran formula and finally, the samples were selected through Simple random Sampling method.

Sample Size :

The study population included faculty members of all schools at Tabriz University of Medical Sciences.

In determining the sample size, the history of participation at Shahid Motahhari festival and their percentage of participation at the previous festivals were considered. The percentage of faculty members participation was ۱۵% on the basis of information received from the Permanent Secretariat of Tabriz University of Medical Sciences and the sample size including ۱۳۸ people was obtained using Cochran formula and finally, the

samples were selected through Simple random Sampling method.

Data Gathering Tool :

The second phase of this study was to compare the number of educational processes in various areas among type ۱ universities in the last ۶ years in country. First, eight prestigious universities (Tehran, Mashhad, Isfahan, Iran, Tehran, Ahvaz, Shiraz and Tabriz Universities of Medical Sciences,) with history of regular participation at Shahid Motahari festival as well as an access to the required information about educational processes and festivals held in the past ۶ years were selected and then the required data in six separate areas of scholarship within each university was collected through the sites of the festival and published booklet or through correspondence with university or ministry in case of need. And the obtained data from the studied universities were compared with data from Tabriz University of Medical Sciences and the position of Tabriz University of Medical Sciences was determined in comparison with other studied universities. The data obtained were analyzed using SPSS and descriptive statistics (mean standard deviation, percentage and frequency).

Data Analysis :

This descriptive study was done at Tabriz University of Medical Sciences in ۲۰۱۶. The study population included faculty members of all schools at Tabriz University of Medical Sciences.

In determining the sample size, the history of participation at Shahid Motahhari festival and their percentage of participation at the previous festivals were considered. The percentage of faculty members participation was ۱۵% on the basis of information received from the Permanent Secretariat of Tabriz University of Medical Sciences and the sample size including ۱۳۸ people was obtained using Cochran formula and finally, the samples were selected through Simple random Sampling method. In order to implement the first phase of the study which was to determine the participation of faculty members in the last ۶ years in Tabriz University of Medical Sciences, the list of all faculty members who participated at Shahid Motahari educational festival by submitting educational processes over the past six was extracted and then the faculty members of each school was calculated compared to the total number of faculty members of the school by year.

The second phase of this study was to compare the number of educational processes in various areas among type ۱ universities in the last ۶ years in country. First, eight prestigious universities (Tehran, Mashhad, Isfahan, Iran, Tehran, Ahvaz, Shiraz and Tabriz Universities of Medical Sciences,) with history of regular participation at Shahid Motahari festival as well as an access to the required information about educational processes and festivals held in the past ۶ years were selected and then the required data in six separate areas of scholarship within each university was collected through the sites of the festival and published booklet or through correspondence with university or ministry in case of need. And the obtained data from the studied universities were compared with data from Tabriz University of Medical Sciences and the position of Tabriz University of Medical Sciences was determined in comparison with other studied universities. The data obtained were analyzed using SPSS and descriptive statistics (mean standard deviation, percentage and frequency).

Results :

Reviewing the percentage and frequency distribution of faculty members participation in providing educational processes in different schools in the past five years showed Pharmacy School had the highest percentage of participation in submitting educational processes to the secretariat of Shahid Motahari festival and modern sciences school submitted no educational process in ۲۰۱۱. In ۲۰۱۲, Medicine and Pharmacy schools had a significant decline and Paramedical School had the highest percentage of participation in this year. In ۲۰۱۳, percentage of participation in most schools has generally increased, except schools of health and nutrition submitting no process. The highest percentage of participation was allocated to the School of Paramedical in this year. In ۲۰۱۴, Management and Information School (۴۷,۰۵%), Dentistry School had the highest and lowest percentage of participation respectively. In ۲۰۱۵, Nursing and Nutrition Schools had the highest and lowest percentage of participation respectively. In ۲۰۱۶, a significant reduction was seen in the participation of all schools. However, despite this decline, Health School had the highest rate of participation (Table ۱).

Table ۱: Frequency and percentage distribution of faculty members participation in providing educational projects in the past six years in various schools in Tabriz University of Medical Sciences

Participation Of whole university	Total University	CI	Medical Development Center	Modern	Rehabilitation	Management and Information	Nutrition	Health	Pharmacy	Nursing	Paramedical	Dentistry	Medicine	Indicator	Year
۸,۸۷	۶۹	۱,۲ ۳- ۱۱, ۳۰	۹	-	۱	۲	۱	۲	۱۹	۳	۲	۵	۲۲	Educational practice	۲۰ ۱۱
	۷۷۸	-	۴	۷	۳۸	۱۶	۲۴	۲۸	۶۹	۲۸	۲۴	۱۲۱	۴۱۹	Faculty member	
	-	-	۲۲۵%	۰	۲,۶۳%	۱۲,۰%	۴,۱۶%	۷,۱۴%	۲۷,۰۳%	۱۰,۷%	۲۰,۸۳%	۴,۱۳%	۰,۲۵%	participation Percentage	
۴,۶۹	۳۷	۰,۷ ۷- ۵,۹ ۵	۳	۰	۰	۱	۱	۲	۱	۴	۴	۹	۱۲	Educational practice	۲۰ ۱۲

	۷۸۹	-	۴	۸	۳۵	۱۶	۲۴	۲۸	۷۲	۳۰	۲۵	۱۲۲	۴۲۵	Faculty member	
	-	-	۸,۵۷%	۰	۰	۶,۲۵%	۴,۱۶%	۷,۱۴%	۱,۳۸%	۱۳,۳۱%	۱۶%	۷,۳۷%	۲,۸۲%	participation Percentage	
	۱۲۷	۲,۹۵- ۲۶,۴	۴	۲	۲	۶	۰	۰	۸	۱۴	۱۳	۳	۷۵	Educational practice	
۱۶,۰۱	۷۹۳	-	۴	۸	۲۵	۱۶	۲۵	۲۸	۷۳	۳۰	۲۵	۱۲۳	۴۲۶	Faculty member	۲۰ ۱۳
	-	-	۱۳,۷۹%	۲۵%	۵,۷۱%	۳۷,۵%	۰	۰	۱۰,۹۵%	۴۶,۶۶%	۵۲%	۳,۴۲%	۱۷,۶۰%	participation Percentage	
	۵۹	۰,۴۰- ۱۱,۱۲	۴	۰	۱	۸	۰	۰	۶	۴	۴	۲	۳۰	Educational practice	
۷,۳۸	۸۰۰	-	۴	۷	۲۳	۱۷	۲۶	۲۸	۷۴	۳۴	۲۵	۱۲۰	۴۲۲	Faculty member	۲۰ ۱۴
	-	-	۱۲,۹۰%	۰	۳,۰۳%	۴۷,۰۵%	۰	۰	۸,۱۰%	۱۱,۷۶%	۱۶%	۱,۶۶%	۶,۹۴%	participation Percentage	
	۱۱۱	۳,۲۱- ۲۳,۳۹	۷	۰	۲	۳	۱	۴	۷	۱۱	۵	۱	۶۹	Educational practice	
۱۳,۹۱	۷۹۸	-	۴	۶	۲۸	۲۱	۲۵	۳۲	۷۴	۲۹	۲۷	۱۱۷	۴۳۵	Faculty member	۲۰ ۱۵
	-	-	۲۰%	۰	۱۰,۷۱%	۱۴,۲۸%	۴%	۱۲,۵%	۹,۴۵%	۳۷,۹۳%	۱۸,۱۵%	۰,۸۵%	۱۵,۸۶%	participation Percentage	
	۶,۱۸	۵۰	۰,۰۵- ۹,۱	۲	۰	۳	۹	۳	۲	۲	۱	۲	۲۴	Educational practice	۲۰ ۱۶

۸۰۸	-	۴	۷	۲۸	۲۱	۲۵	۳۲	۷۴	۳۸	۲۷	۱۱۸	۴۳۴	Faculty member
-	-	۵۰٪	۰	۱۰,۷۱٪	۴۲,۸۶٪	۱۲٪	۲۵,۶٪	۲,۷۰٪	۵,۲۶٪	۳,۷۰٪	۱,۶۴٪	۵,۵۳٪	participation Percentage

Table ۲. Has shown the frequency and the percentage distribution of type ۱ universities of medical sciences participation in the six areas of educational processes. In ۲۰۱۱, in the area of educational methods and techniques (Kerman, Isfahan and Tehran Universities of Medical Sciences), in the area of educational products (Tabriz University of Medical Sciences), consulting and advising and cultural activities areas (Shiraz, Tabriz and Isfahan Universities of Medical Sciences), in areas of authority, leadership and educational management (Isfahan, Tabriz and Shiraz Universities of Medical Sciences), developing and revising of curriculums (Tehran, Shiraz and Isfahan Universities of Medical Sciences) and finally in the areas of assessment, evaluation and educational effectiveness, (Kerman, Tehran and Tabriz Universities of Medical Sciences) had the highest participation. Generally, in ۲۰۱۱, Tabriz University of Medical Sciences was among the three first universities in the areas of educational products and consulting and advising and cultural activities and areas of assessment.

In ۲۰۱۲, in the area of educational methods and techniques (Mashhad, Shiraz and Isfahan Universities of Medical Sciences), in the area of educational products (Tehran, Isfahan, Kerman Universities of Medical Sciences), consulting and advising and cultural activities areas (Shiraz, Tabriz and Isfahan Universities of Medical Sciences), in areas of authority, leadership and educational management (Tehran, Shiraz and Tabriz Universities of Medical Sciences), developing and revising of curriculums (Isfahan, Tehran and Mashhad Universities of Medical Sciences) and in the areas of assessment, evaluation and educational effectiveness, (Tabriz, Shiraz and Isfahan, and Universities of Medical Sciences) had the highest participation. Generally, in ۲۰۱۲, Tabriz University of Medical Sciences was less active except the consulting and advising and developing of assessment, evaluation and educational effectiveness areas.

In ۲۰۱۳, in the area of educational methods and techniques (Tabriz, Shiraz and Mashhad Universities of Medical Sciences), in the area of educational products (Tehran, Shiraz and Isfahan Universities of Medical Sciences), consulting and advising and cultural activities areas (Ahvaz, Shiraz, Tabriz and Universities of Medical Sciences), in areas of authority, leadership and educational management (Kerman, Shiraz and Tabriz Universities of Medical Sciences), developing and revising of curriculums (Kerman, Mashhad and Isfahan Universities of Medical Sciences) and in the areas of assessment, evaluation and educational effectiveness, (Tehran, Tabriz and Isfahan Universities of Medical Sciences) had the highest participation. Generally, in ۲۰۱۳, Tabriz University of Medical Sciences had highest rate of educational processes and was in the third place except the consulting and advising and developing and revising of curriculums areas.

In ۲۰۱۴, in the area of educational methods and techniques (Ahvaz, Tehran and Tabriz Universities of Medical Sciences), in the area of educational products (Tabriz, Mashhad and Ahvaz Universities of Medical Sciences), consulting and advising and cultural activities areas (Iran, Kerman and Shiraz Universities of

Medical Sciences), in areas of authority, leadership and curriculum (Kerman, Shiraz and Mashhad Universities of Medical Sciences), developing and revising of educational programs (Isfahan , Mashhad and Kerman Universities of Medical Sciences) and in the areas of assessment, evaluation and educational effectiveness, (Tehran, Shiraz and Kerman Universities of Medical Sciences) had the highest participation. In ۲۰۱۴, Tabriz University of Medical Sciences was among the three first universities in the areas of educational products and educational methods and techniques.

In ۲۰۱۵, in the area of educational methods and techniques (Kerman, Shiraz and Tehran Universities of Medical Sciences), in the area of educational products (Tabriz, Isfahan and Mashhad Universities of Medical Sciences), consulting and advising and cultural activities areas (Ahvaz, Iran and Mashhad Universities of Medical Sciences), in areas of authority, leadership and educational management (Kerman, Iran and Tabriz Universities of Medical Sciences), developing and revising of curriculum (Isfahan, Shiraz and Mashhad Universities of Medical Sciences) and in the areas of assessment, evaluation and educational effectiveness, (Ahvaz, Tehran and Mashhad Universities of Medical Sciences) had the highest participation. In ۲۰۱۵, Tabriz University of Medical Sciences was among the three first universities in the areas of educational products and authority, leadership and educational management.

In ۲۰۱۶, in the area of educational methods and techniques (Kerman, Mashhad and Shiraz Universities of Medical Sciences), in the area of educational products (Tabriz, Iran and Ahvaz Universities of Medical Sciences), consulting and advising and cultural activities areas (Shiraz, Ahvaz and Kerman Universities of Medical Sciences), in areas of authority, leadership and educational management (Iran, Ahvaz and Isfahan Universities of Medical Sciences), developing and revising of curriculums (Isfahan, Tabriz and Tehran Universities of Medical Sciences) and in the areas of assessment, evaluation and educational effectiveness, (Tabriz, Shiraz and Iran Universities of Medical Sciences) had the highest participation. In ۲۰۱۶, Tabriz University of Medical Sciences was among the three first universities in the areas of educational products and of assessment, evaluation and educational effectiveness.

Percentage of participation	The total number of submitted educational processes	The total number of faculty members	Other areas	assessment, evaluation and educational effectiveness	developing and revising of educational programs	authority, leadership and educational management	consulting and advising and cultural activities	educational products	educational methods and techniques	year	city	Number
۸,۳۷	۶۶	۷۸۸	-	۱۴(۱۸,۴۲%)	۲(۳,۰۳%)	۱۳(۱۹,۶۹%)	۶(۹,۰۹%)	۱۸(۲۳,۶۹%)	۱۳(۱۹,۶۹%)	۲۰۱۱	Tabriz	۱
-	-	۵۷۸	-	-	-	-	-	-	-		Ahvaz	۲
۴,۰۱	۱۵	۳۷۴	-	۶(۴۰,۰۰%)	۱(۶,۶۶%)	۲(۱۳,۳۳%)	.	.	۶(۴۰,۰۰%)		Kerman	۳
۱۱,۴۵	۸۷	۷۶۰	-	۱۶(۱۸,۳۹%)	۱۲(۱۳,۷۹%)	۲۲(۲۵,۲۹%)	۵(۵,۷۵%)	.	۳۲(۳۶,۷۸%)		Isfahan	۴



۳,۶۴	۲۶	۷۱۵	-	۵(۱۹,۲۳%)	۵(۱۹,۲۳%)	۵(۱۹,۲۳%)	۵(۱۹,۲۳%)	.	۶(۲۳,۰۸%)	Shiraz	۵
۱۵,۹۴	۱۳۲	۸۲۸	۱۳۱(۹۹,۲۵%)	.	.	۱(۰,۷۵%)	.	.	.	Mashhad	۶
۱,۶۲	۳۵	۲۱۶۰	-	۱۲(۳۴,۲۹%)	۱۱(۳۱,۴۳%)	.	.	.	۱۲(۳۴,۲۹%)	Tehran	۷
۸,۴۰	۶۷	۷۹۸	-	۱۹(۲۸,۳۶%)	۹(۱۳,۴۳%)	۱۲(۱۷,۹۱%)	۹(۱۳,۴۳%)	۳(۴,۴۸%)	۱۵(۲۲,۳۹%)	Tabriz	۸
-	-	۵۹۹	-	-	-	-	-	-	-	Ahvaz	۹
۶,۷۵	۲۶	۳۸۵	۶(۲۳,۰۷%)	۳(۱۱,۵۳%)	۳(۱۱,۵۳%)	۴(۱۵,۳۸%)	۲(۷,۶۹%)	۳(۱۱,۵۳%)	۵(۱۹,۲۳%)	Kerman	۱۰
۱۱,۲۴	۸۷	۷۷۴	۸(۹۱,۱۹%)	۱۲(۱۳,۷۹%)	۱۸(۲۰,۶۸%)	۵(۵,۲۴%)	۱۱(۱۲,۶۴%)	۱۳(۱۴,۹۶%)	۲۰(۲۲,۹۸%)	Isfahan	۱۱
۵,۷۶	۴۴	۷۶۴	-	۷(۱۵,۹۱%)	۵(۱۱,۳۶%)	۸(۱۸,۱۸%)	۷(۱۵,۹۱%)	۵(۱۱,۳۶%)	۱۲(۲۷,۲۷%)	Shiraz	۱۲
۱۰,۹۹	۹۱	۸۲۸	۵(۵,۴۹%)	۱۱(۱۲,۰۸%)	۱۵(۱۶,۴۳%)	۴(۴,۳۹%)	۴(۴,۳۹%)	۹(۹,۸۹%)	۴۳(۴۷,۲۵%)	Mashhad	۱۳
۶,۲۹	۱۴۲	۲۲۵۹	-	۱۶(۱۱,۲۸%)	۲۸(۱۹,۷۲%)	۲۸(۱۹,۷۲%)	۷(۴,۹۳%)	۳۰(۲۱,۱۳%)	۳۳(۲۳,۲۴%)	Tehran	۱۴
۱۶,۶۰	۱۳۳	۸۰۱	-	۳۴(۲۵,۵۶%)	۱۰(۷,۵۱%)	۱۶(۱۲,۰۳%)	۱۵(۱۱,۲۷%)	۱۸(۱۳,۵۳%)	۴۰(۲۹,۱۹%)	Tabriz	۱۵
۴,۱۵	۲۵	۶۰۲	-	۳(۱۲%)	۵(۲۰%)	۳(۱۲%)	۶(۲۴%)	۱(۴%)	۷(۲۸%)	Ahvaz	۱۶
۴,۸۲	۱۹	۳۹۴	-	۳(۱۵,۷۹%)	۷(۳۶,۸۴%)	۵(۲۶,۳۲%)	۱(۵,۲۶%)	۱(۵,۲۶%)	۲(۱۰,۵۳%)	Kerman	۱۷
۱۰,۴	۷۸	۷۷۷	۶(۷,۶۹%)	۲۰(۲۵,۶۴%)	۱۷(۲۱,۷۹%)	۴(۵,۱۲%)	۸(۱۰,۲۵%)	۱۱(۱۴,۱۵%)	۱۲(۱۵,۳۸%)	Isfahan	۱۸
۸,۱۱	۶۳	۷۷۷	-	۱۰(۱۵,۸۷%)	۹(۱۴,۲۹%)	۹(۱۴,۲۹%)	۸(۱۲,۷۰%)	۹(۱۴,۲۹%)	۱۸(۲۸,۵۷%)	Shiraz	۱۹
۱۳,۰۴	۱۰۸	۸۲۸	۱۴(۱۲,۹۶%)	۲۱(۱۹,۴۴%)	۳۰(۲۷,۷۷%)	.	۴(۳,۷۰%)	۹(۸,۳۳%)	۳۰(۲۷,۷۷%)	Mashhad	۲۰
۳,۲۶	۵۴	۱۶,۵۶	-	۱۷(۳۱,۶۸%)	۹(۱۶,۶۷%)	۴(۷,۴۰%)	۲(۳,۷۰%)	۸(۱۴,۸۱%)	۱۴(۲۵,۹۲%)	Tehran	۲۱
۷,۰۹	۵۷	۸۰۴	-	۱۳(۲,۸۱%)	۵(۸,۷۷%)	۱(۱,۷۵%)	۴(۷,۰۲%)	۱۹(۳۳,۳۳%)	۱۵(۲۶,۳۲%)	Tabriz	۲۲
۴,۱۶	۲۶	۶۲۵	-	۳(۱۱,۵۴%)	۴(۱۵,۳۸%)	۱(۳,۸۵%)	۱(۳,۸۵%)	۵(۱۹,۲۳%)	۱۲(۴۶,۱۵%)	Ahvaz	۲۳
۴,۱۶	۱۷	۴۰۸	-	۳(۱۷,۶۴%)	۳(۱۷,۶۴%)	۳(۱۷,۶۴%)	۳(۱۷,۶۴%)	۲(۱۱,۷۶%)	۳(۱۷,۶۴%)	Kerman	۲۴
۶,۶۹	۵۵	۸۲۱	۵(۰,۰۹%)	۸(۱۴,۵۴%)	۱۱(۲۰%)	۶(۱,۹۰%)	۷(۱۲,۷۲%)	۸(۱۴,۹۴%)	۱۰(۱۸,۱۸%)	Isfahan	۲۵
۱۱,۵۷	۸۴	۷۲۶	-	۱۷(۲۰,۲۳%)	۱۰(۱۱,۹۰%)	۱۲(۱۴,۲۸%)	۱۴(۱۶,۶۷%)	۱۰(۱۱,۹۰%)	۲۱(۲۵%)	Shiraz	۲۶
۱۶,۱۸	۱۳۴	۸۲۸	۱۳(۹,۷۰%)	۲۳(۱۷,۱۶%)	۲۵(۱۸,۶۶%)	۱۶(۱۱,۹۴%)	۶(۴,۴۷%)	۲۳(۱۷,۱۶%)	۲۸(۲۰,۸۹%)	Mashhad	۲۷

۱,۰۷	۲۳	۱۶۵۳	-	۸(۳۰,۷۷%)	۴(۱۵,۳۸%)	۲(۷,۶۹%)	۳(۱۱,۵۳%)	۱(۳,۸۴%)	۸(۳۰,۷۷%)	Tehran	۲۸
۳,۷۶	۱۹	۵۰۴	-	۳(۱۵,۷۸%)	۴(۲۱,۰۵%)	۲(۱۰,۵۳%)	۴(۲۱,۰۵%)	۱(۵,۲۶%)	۵(۲۶,۳۲%)	Iran	۲۹
۹,۱۴	۷۳	۷۹۹	-	۱۱(۱۵,۰۷%)	۷(۹,۵۸%)	۱۲(۱۶,۴۴%)	۲(۲,۷۳%)	۲۳(۳۱,۵۱%)	۱۸(۲۴,۶۶%)	Tabriz	۳۰
۲,۷۱	۱۷	۶۲۷	-	۴(۲۳,۵۳%)	۲(۱۱,۷۶%)	۱(۵,۸۸%)	۳(۱۷,۶۵%)	۱(۵,۸۸%)	۶(۳۵,۲۹%)	Ahvaz	۳۱
۳,۹۰	۱۷	۴۳۶	-	۱(۵,۸۸%)	۲(۱۱,۷۶%)	۳(۱۷,۶۵%)	۱(۵,۸۸%)	۱(۵,۸۸%)	۹(۵۲,۹۵%)	Kerman	۳۲
۶,۴۴	۵۶	۸۶۹	-	۴(۷,۱۴%)	۱۵(۲۶,۷۹%)	۹(۱۶,۰۷%)	۵(۸,۳۷%)	۱۰(۱۷,۸۶%)	۱۳(۲۳,۲۱%)	Isfahan	۳۳
۹,۰۴	۷۸	۸۶۳	-	۵(۶,۴۱%)	۱۹(۲۴,۳۶%)	۵(۶,۴۱%)	۷(۸,۹۷%)	۸(۱۰,۲۶%)	۳۴(۴۳,۵۸%)	Shiraz	۳۴
۱۱,۹۶	۹۸	۸۲۸	-	۱۶(۱۷,۰۲%)	۲۳(۲۳,۴۶%)	۹(۹,۱۸%)	۱۱(۱۱,۲۲%)	۱۷(۱۷,۳۴%)	۲۲(۲۲,۴۴%)	Mashhad	۳۵
۲,۸۳	۴۷	۱۶۶۲	-	۹(۱۹,۱۵%)	۸(۱۷,۰۲%)	۴(۸,۵۱%)	۲(۴,۲۶%)	۴(۸,۵۱%)	۲۰(۴۲,۵۵%)	Tehran	۳۶
۱,۱۹	۶	۵۰۴	-	۱(۱۶,۶۷%)	۱(۱۶,۶۷%)	۱(۱۶,۶۷%)	۱(۱۶,۶۷%)	۱(۱۶,۶۷%)	۱(۱۶,۶۷%)	Iran	۳۷
۵,۷۶	۴۶	۷۹۹	-	۱۰(۲۱,۷۴%)	۱۱(۲۳,۹۱%)	۳(۶,۵۲%)	۳(۶,۵۲%)	۱۴(۳۰,۴۳%)	۵(۱۰,۸۷%)	Tabriz	۳۸
۴,۴۴	۲۸	۶۳۱	-	۳(۱۰,۷۱%)	۵(۱۷,۸۶%)	۵(۱۷,۸۶%)	۳(۱۰,۷۱%)	۵(۱۷,۸۶%)	۷(۲۵%)	Ahvaz	۳۹
۵,۲۰	۲۳	۴۴۲	-	۱(۴,۳۵%)	۳(۱۳,۰۴%)	۱(۴,۳۵%)	۲(۸,۷۰%)	۱(۴,۳۵%)	۱۵(۶۵,۲۲%)	Kerman	۴۰
۴,۳۹	۳۷	۸۴۲	-	۷(۱۸,۹۲%)	۱۴(۳۷,۸۴%)	۴(۱۰,۸۱%)	۳(۸,۱۱%)	۴(۱۰,۸۱%)	۵(۱۳,۵۱%)	Isfahan	۴۱
۷,۵۸	۷۰	۹۲۳	-	۱۵(۲۱,۴۳%)	۷(۱۰%)	۵(۷,۱۴%)	۱۳(۱۸,۵۲%)	۷(۱۰%)	۲۳(۳۲,۸۶%)	Shiraz	۴۲
۹,۳۰	۷۷	۸۲۸	-	۱۳(۱۶,۸۸%)	۱۱(۱۴,۲۹%)	۴(۵,۱۹%)	۶(۷,۷۹%)	۱۰(۱۲,۹۹%)	۳۳(۴۲,۸۶%)	Mashhad	۴۳
۳,۱۰	۵۲	۱۶۷۷	-	۸(۱۵,۳۸%)	۱۱(۲۱,۱۵%)	۵(۹,۶۲%)	۴(۷,۶۹%)	۷(۱۳,۴۶%)	۱۷(۳۲,۶۹%)	Tehran	۴۴
۰,۹۹	۵	۵۰۴	-	۱(۲۰%)	۱(۲۰%)	۱(۲۰%)	۰	۱(۲۰%)	۱(۲۰%)	Iran	۴۵

Table ۲. The frequency and the percentage distribution of type ۱ universities of medical sciences participation in the six areas of educational project from ۲۰۱۱ to ۲۰۱۶

Conclusion :

In terms of the percentage of faculty members participation in developing and providing of educational processes in various schools of Tabriz University of Medical Sciences, it seems that the participation trend in most faculties (Medicine, Paramedics, Management and Information, rehabilitation and modern) had

certain pattern, that is the highest percentage of faculty members participation in the schools was related to ۲۰۱۳. With regard to the promotion regulations and provision of scholarship for promotion, it seems faculty members began to develop, implement and provide educational processes due to the requirement of the regulations. It should be noted that in the same year (۲۰۱۳) the percentage of faculty members participation in the university educational festival has reached to its highest rate. So, this fact should be considered that perhaps an obligation along with encouraging activities was one of the effective factors for the participation of faculty members in developing and implementing educational processes.

The examining of faculty members participation in the developing and providing educational processes at type ۱ universities indicated a heterogeneous condition with different trends, so that the participation of some in the recent festival was more than the previous ones among which you can name Shiraz University of Medical Sciences where the participation of faculty members in providing educational processes of the university had a spiraling trend from ۲۰۱۱-۲۰۱۵. However, this rate was faced with a slight decrease in ۲۰۱۶. The participation rate in Isfahan University of Medical Sciences enjoyed a relatively stable trend from ۲۰۱۱-۲۰۱۳, but then there was a decline. There was a significant increase in the participation rate at Tehran University of Medical Sciences due to the large number of faculty members during the years ۲۰۱۱ and ۲۰۱۲ and it was reduced during the years ۲۰۱۳ and ۲۰۱۴, but participation rate increased from ۲۰۱۴ to ۲۰۱۶. The participation rate in Mashhad University of Medical Sciences showed that the university on average had the highest percentage of participation in the designing and providing educational processes compared to other universities (۱۲,۳۹%). The participation of faculty members at the university in submitting educational processes suggested a relatively stable trend from ۲۰۱۱ to ۲۰۱۴ which then was faced with declining in the last two years. In Kerman University of Medical Sciences except the years ۲۰۱۲ and ۲۰۱۶ that had the highest percentage of participation respectively, in other cases there was relatively a stable trend in participation. Comparing Tehran, Shiraz, Isfahan, Mashhad and Kerman University of Medical Sciences with Tabriz University in terms of the participation percentage and trend, it was suggested that Tabriz University of Medical Sciences had the highest participation rate among faculty members in developing and providing educational processes with the exception of ۲۰۱۳, the trend was relatively stable, only a slight decrease in ۲۰۱۶.

Conclusion

It can be concluded that the participation trend of faculty members in designing and providing educational processes did not follow a steady and homogeneous trend which may be the result of some factors and parameters and academic policies and it has been coupled with increasing participation rate in the years which was under more focus and attention.

Keywords :

Educational Projects, The Participation of Faculty Members, Medical Sciences Universities



حیطه:

تدوین و بازنگری برنامه های آموزشی

کد: ۱۶۷۷

حیطه: تدوین و بازنگری برنامه های آموزشی

تدوین، اجرا و ارزشیابی برنامه آموزشی اصول صحیح نسخه نویسی و تجویز منطقی داروها برای دانشجویان مامایی

نویسندگان: ناهید سرافراز، منصوره مومن هروی

Objectives:

مقدمه: سلامت زنان بعنوان رکن اصلی خانواده از وظایف مهم سیستم سلامت کشور می باشد. ماماها یکی از گروههای ارائه کننده خدمت به زنان به عنوان قشر آسیب پذیر جامعه هستند نسخه نویسی منطقی یعنی تجویز موثرترین وسالم ترین دارو برای یک بیمار یا یک بیماری می باشد و بر اساس میزان بالای خطاهای نسخه نویسی ماماها نیاز برای تغییر کوریکولوم آموزشی و اجرای یک دوره تجویز منطقی و صحیح برای دانشجویان ماماها احساس شد لذا طراحی یک برنامه آموزشی به منظور افزایش مهارت دانشجویان در این زمینه و در نهایت ارتقا سلامت زنان انجام شد. مواد و روشها: این پروژه به منظور طراحی برنامه درسی تحت عنوان اصول صحیح نسخه نویسی و تجویز منطقی داروها در مامایی با رویکرد ۶ مرحله ای (شناسایی مشکل، بررسی نیاز یادگیرندگان، تعیین اهداف، مشخص نمودن استراتژی های آموزشی و ارزشیابی برنامه) انجام شده است. اهداف بر اساس پیامد تعیین شدند. طرح درس بر اساس اهداف تعریف شده نوشته شد مدت تدریس سخنرانی و کار گروهی تعیین شد. منابع مورد نیاز اعم از نیروی انسانی و تجهیزات و امکانات فیزیکی تعیین و تهیه گردیدند. در ابتدای دوره پیش آزمون برگزار شد و آگاهی فراگیران سنجیده شد. برنامه بصورت جلسات ۴ ساعته بمدت سه روز برگزار گردید و برای اجرای عملی برنامه فراگیران در کارآموزی های مربوطه در درمانگاه ها اقدام به نسخه نویسی می کنند تا بصورت عملی و در محیط واقعی مهارت کسب کنند. در نهایت مجدداً پس آزمون نیز گرفته شد. نظرات فراگیران در مورد کیفیت دوره آموزشی سنجیده شد. نتایج: نتایج پیش آزمون و پس آزمون حاکی از موفق بودن دوره در افزایش آگاهی و دانش فراگیران نسبت به کاربرد داروها مجاز در مامایی بود. تاثیر برنامه در تغییر نگرش فراگیران در تجویز صحیح دارو (۶۷٪) بسیار زیاد و (۳۳٪) زیاد ذکر شد، تاثیر برنامه در افزایش مهارت فراگیران در نوشتن نسخه (۶۳٪) بسیار زیاد و (۳۷٪) زیاد ذکر شد. تاثیر برنامه در تشخیص خطاهای نسخه نویسی (۷۷٪) بسیار زیاد و (۲۳٪) زیاد بود. اکثریت فراگیران از نظم برنامه، مدیریت، امکانات و تجهیزات آموزشی رضایت کامل داشتند. ۸۵٪ فراگیران در یک دوره و ۹۵٪ در یک دوره دیگر رضایت کلی از برگزاری دوره داشتند. همه دانشجویان طراحی یک برنامه درسی جداگانه با سرفصل نسخه نویسی در مامایی مبتنی بر داروهای مجاز را با اهداف آشنایی با اصول کلی نسخه نویسی صحیح، اشتباهات در نسخه نویسی، اشکال مختلف داروهای مجاز، آشنایی با تداخلات دارویی مبتنی بر داروهای که در بالین کاربرد دارند و نکات آموزشی لازم در موقع تجویز را ضروری دانستند و ۹۱/۸ درصد از آنان گنجانیدن نکات لازم برای دستور نویسی هر دارو و ارزیابی بیمار در طی درمان را در اهداف آموزشی لازم دانستند. از نظر اکثر دانشجویان ابتدای ترم ششم بهترین زمان برای ارائه این درس بود. نتیجه گیری: بر اساس نتایج این مطالعه و با توجه به اهمیت درمان منطقی و کم هزینه تر بیماران، بازنگری کوریکولوم آموزشی و تدوین طرح دوره و طرح درس اصول صحیح نسخه نویسی برای دانشجویان مامایی و ادغام شدن برنامه آموزشی اصول نسخه نویسی در سرفصل دروس دانشگاهی دوره کارشناسی مامایی امری ضروری به نظر می رسد.

کلید واژه ها: کوریکولوم آموزشی - اصول صحیح نسخه نویسی - تجویز منطقی داروها - کارشناسی مامایی

کد: ۱۷۲۵

حیطه: تدوین و بازنگری برنامه های آموزشی

تعیین نقش پیش بینی کننده حیطه های درگیری تحصیلی بر پیشرفت تحصیلی در دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی چهرم

نویسندگان: لیلی مصلی نژاد، فرشید جاودانی، افشین عوض پور، نیکتا تقی پور

Introduction

درگیری تحصیلی به عنوان رفتارها و مهارت های غیر دانشگاهی که به موفقیت تحصیلی کمک میکند که اغلب به عنوان فعال کردن یا ارتقای مهارت ها توصیف شده است (۱). درگیری تحصیلی اشاره به ترکیبی از رفتارهای خاص کلاس درسی دارد: نوشتن، شرکت در وظایف، خواندن با صدای بلند، خواندن در سکوت، صحبت کردن در مورد دانشگاهیان و پرسش و پاسخ از این رفتارها هستند (۱، ۲). درگیری تحصیلی از سال ۱۹۹۰ مورد پژوهش های مختلف قرار گرفته و به عنوان عامل مهمی در اندازه گیری میزان یادگیری دانشجویان در جهان شناخته شده است (۱۳، ۱۴) در واقع مفهوم درگیری تحصیلی دانشجویان به عنوان یک پدیده چند بعدی که با عوامل مختلف مربوط به خود اشخاص و زمینه ای که در آن در حال تحصیل هستند مرتبط است، در نظر گرفته میشود. محققان انواع روش های مختلفی برای توصیف درگیری تحصیلی دانشجویان پیشنهاد کرده اند، که نشان دهنده پیچیدگی این مفهوم است و دو معنای اصلی را منتقل می کند. یکی به اهمیت درجه تطابق دانشجویان با قوانین سازمانی و موضوعی، ارزش ها و فرایندها می پردازد و دیگری به همکاری فعال دانشجویان و تعهد حسی آنها (emotional commitment) به یادگیری توجه می کند (۱۵). Utrecht (UWES-S) مقایس مورد تاییدی برای اندازه گیری درگیری تحصیلی دانشجویان است که در سه حیطه قدرت، تعهد و جذب است (۳). قدرت، انرژی و انعطاف پذیری ذهنی را در فرایند یادگیری اندازه گیری می کنند (مثلا این جمله که من می توانم برای مدت زمان طولانی به مطالعه ادامه دهم)، تعهد نشان دهنده ویژگی های مربوط به مطالعه دانش آموز، مانند شور و شوق، غرور، الهام بخش بودن و چالش برانگیزی مطالعه است. (مثلا: من افتخار می کنم به دنبال این کار هستم). جذب (زمان هنگامی که من مشغول به انجام وظایفم هستم به سرعت می گذرد) حالتی خوشایندی از تمرکز در کار را نشان می دهد (۴). پیشرفت تحصیلی نتایج عملکردی است که نشان می دهد تا چه حد فرد به اهداف خاص که تمرکز فعالیت محیط آموزشی بوده رسیده است. پیشرفت تحصیلی باید به عنوان یک ساختار چند وجهی که شامل حوزه های مختلف یادگیری است در نظر گرفته شود (۵). تعیین عوامل تاثیر گذار بر پیشرفت تحصیلی دانشجویان پزشکی و نحوه ارتقا آنان به مقاطع بالاتر و همچنین رتبه بندی تحصیلی آنان از جمله مسائلی است که مورد توجه دانشجویان و دانشگاهیان است (۶).

اهمیت کنترل و پایش پیشرفت تحصیلی دانشجویان در این است که باید همواره دانشجو در حین تحصیل خود سیری صعودی یا حداقل ثابت داشته باشد برای اینکار میتوان فاکتورهای موثر در پیشرفت تحصیلی دانشجو را بررسی کرد. پیشرفت تحصیلی رابطه ای مستقیم با معدل کل و معدل دروس دانشجو و نیز احساس رضایت و علاقه دانشجو نسبت به دروس مختلف دارد که این بدین معنی است که با بررسی و آنالیز پیشرفت علمی دانشجویان در زمینه های مختلف میتوان پیشرفت تحصیلی آنها را نیز بررسی کرد.

با بررسی پیشرفت تحصیلی میتوان به این سوال دست یافت که کیفیت یادگیری دانشجویان در کلاسهای درس چگونه است و چگونه میتوان به بازدهی بالاتر در یادگیری مفاهیم علمی دست یافت. اهمیت درک درگیری تحصیلی دانشجویان و مشکل عدم درگیری تحصیلی دانشجویان در موسسات عالی در حال گسترش یافتن است. آزمودن فاکتورهای تاثیر گذار روی درگیری و عدم درگیری می تواند بینش ما را در مورد کارایی پیشرفت تحصیلی و حفظ پیشرفت دانشجویان بهبود دهد. ارزشیابی درگیری تحصیلی زمانی بالقوه کارا است که برای ارزیابی کیفیت یادگیری و ایجاد تصمیم هایی در مورد تدارک منابع و محتوای درس مورد استفاده قرار گیرد (۳).

رضایت از تحصیل و درگیری تحصیلی در دانشجویان برای رسیدن به پیشرفت تحصیلی مناسب اهمیت دارد (۷).

مراکز تحصیلی در درگیری تحصیلی نقش بسزایی دارند. دانشجویان قرن ۲۱ از نظر پیش زمینه‌ها، شخصیت‌ها و مدل‌های یادگیری بسیار متفاوت هستند اما استادان دانشگاهها و موسسات عالی باید آنچه را که باعث ایجاد انگیزه در دانشجو میشود تا درگیر مسائل تحصیلی خود شوند را برای ارتقای سطح درگیری تحصیلی دانشجویان بکار ببرند (۱۶). برای مثال دو نظرسنجی و پرسشنامه *The National Survey of Student Engagement (NSSE)* که در کانادا و آمریکا از سال ۲۰۰۰ (۱۷) و *The Australian Survey of Student Engagement (AUSSE)* که در موسسات استرالیا و نیوزیلند از سال ۲۰۰۷ مورد استفاده قرار میگیرند (۱۸) بزرگترین پرسشنامه‌های علمی استفاده شده در این کشورها هستند و این نشان دهنده این موضوع است که دانشگاه‌ها در سراسر جهان به دنبال اندازه‌گیری میزان درگیری تحصیلی دانشجویان می‌باشند. دلیل این مطلب این فرضیه است که دانشجویانی که بیشتر درگیر تحصیل خود هستند توانایی بیشتری در مقابله با استرس‌های تحصیلی دارند و از تحصیل خود راضی‌تر هستند (۱۹) که شاید باعث این موضوع شود که در آینده تخصصی خود حس بهتری داشته باشند و باعث کاهش سندرم برن اوت (burnout) در آنها شود (۲۰).

با توجه به اهمیت پیشرفت تحصیلی در دانشجویان به عنوان یکی از مهمترین اهداف نظام‌های آموزشی، بررسی عوامل موثر در افزایش و حفظ پیشرفت دانشجویان از جمله درگیری تحصیلی ضروری به نظر می‌رسد. پس بر آن شدیم تا پیش بینی تاثیر حیطه‌های مختلف درگیری تحصیلی بر پیشرفت تحصیلی دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی جهرم را بسنجیم. درگیری تحصیلی به عنوان رفتارها و مهارت‌های غیر دانشگاهی که به موفقیت تحصیلی کمک میکند که اغلب به عنوان فعال کردن یا ارتقای مهارت‌ها توصیف شده است (۱). درگیری تحصیلی اشاره به ترکیبی از رفتارهای خاص کلاس درسی دارد: نوشتن، شرکت در وظایف، خواندن با صدای بلند، خواندن در سکوت، صحبت کردن در مورد دانشگاهیان و پرسش و پاسخ از این رفتارها هستند (۱، ۲). درگیری تحصیلی از سال ۱۹۹۰ مورد پژوهش‌های مختلف قرار گرفته و به عنوان عامل مهمی در اندازه‌گیری میزان یادگیری دانشجویان در جهان شناخته شده است (۱۴، ۱۳). در واقع مفهوم درگیری تحصیلی دانشجویان به عنوان یک پدیده چند بعدی که با عوامل مختلف مربوط به خود اشخاص و زمینه‌ای که در آن در حال تحصیل هستند مرتبط است، در نظر گرفته میشود. محققان انواع روش‌های مختلفی برای توصیف درگیری تحصیلی دانشجویان پیشنهاد کرده‌اند، که نشان دهنده پیچیدگی این مفهوم است و دو معنای اصلی را منتقل می‌کند. یکی به اهمیت درجه تطابق دانشجویان با قوانین سازمانی و موضوعی، ارزش‌ها و فرایندها می‌پردازد و دیگری به همکاری فعال دانشجویان و تعهد حسی آنها (emotional commitment) به یادگیری توجه می‌کند (۱۵). مقیاس UWES-Utrecht (۱۵) مقیاس UWES (S) مقیاس مورد تاییدی برای اندازه‌گیری درگیری تحصیلی دانشجویان است که در سه حیطه قدرت، تعهد و جذب است (۳). قدرت، انرژی و انعطاف پذیری ذهنی را در فرایند یادگیری اندازه‌گیری می‌کنند (مثلاً این جمله که من می‌توانم برای مدت زمان طولانی به مطالعه ادامه دهم) ، تعهد نشان دهنده ویژگی‌های مربوط به مطالعه دانش آموز، مانند شور و شوق، غرور، الهام بخش بودن و چالش برانگیزی مطالعه است. (مثلاً: من افتخار می‌کنم به دنبال این کار هستم). جذب (زمان هنگامی که من مشغول به انجام وظایفم هستم به سرعت می‌گذرد) حالتی خوشایندی از تمرکز در کار را نشان می‌دهد (۴). پیشرفت تحصیلی نتایج عملکردی است که نشان می‌دهد تا چه حد یک فرد به اهداف خاص که تمرکز فعالیت محیط آموزشی بوده رسیده است. پیشرفت تحصیلی باید به عنوان یک ساختار چند وجهی که شامل حوزه‌های مختلف یادگیری است در نظر گرفته شود (۵). تعیین عوامل تاثیر گذار بر پیشرفت تحصیلی دانشجویان پزشکی و نحوه ارتقا آنان به مقاطع بالاتر و همچنین رتبه بندی تحصیلی آنان از جمله مسائلی است که مورد توجه دانشجویان و دانشگاهیان است (۶).

اهمیت کنترل و پایش پیشرفت تحصیلی دانشجویان در این است که باید همواره دانشجو در حین تحصیل خود سیری صعودی یا حداقل ثابت داشته باشد برای اینکار میتوان فاکتورهای موثر در پیشرفت تحصیلی دانشجو را بررسی کرد. پیشرفت تحصیلی رابطه‌ای مستقیم با معدل کل و معدل دروس دانشجو و نیز احساس رضایت و علاقه دانشجو نسبت به دروس مختلف دارد که این بدین معنی است که با بررسی و آنالیز پیشرفت علمی دانشجویان در زمینه‌های مختلف میتوان پیشرفت تحصیلی آنها را نیز بررسی کرد.

با بررسی پیشرفت تحصیلی میتوان به این سوال دست یافت که کیفیت یادگیری دانشجویان در کلاسهای درس چگونه است و چگونه میتوان به بازدهی بالاتر در یادگیری مفاهیم علمی دست یافت. اهمیت درک درگیری تحصیلی دانشجویان و مشکل عدم درگیری تحصیلی دانشجویان در موسسات عالی در حال گسترش یافتن است. آزمودن فاکتورهای تاثیرگذار روی درگیری و عدم درگیری می تواند بینش ما را در مورد کارایی پیشرفت تحصیلی و حفظ پیشرفت دانشجویان بهبود دهد. ارزشیابی درگیری تحصیلی زمانی بالقوه کارا است که برای ارزیابی کیفیت یادگیری و ایجاد تصمیم هایی در مورد تدارک منابع و محتوای درس مورد استفاده قرار گیرد (۳). رضایت از تحصیل و درگیری تحصیلی در دانشجویان برای رسیدن به پیشرفت تحصیلی مناسب اهمیت دارد (۷).

مراکز تحصیلی در درگیری تحصیلی نقش بسزایی دارند. دانشجویان قرن ۲۱ از نظر پیش زمینه ها، شخصیت ها و مدل های یادگیری بسیار متفاوت هستند اما استادان دانشگاهها و موسسات عالی باید آنچه را که باعث ایجاد انگیزه در دانشجو میشود تا درگیر مسائل تحصیلی خود شوند را برای ارتقای سطح درگیری تحصیلی دانشجویان بکار ببرند (۱۶). برای مثال دو نظرسنجی و پرسشنامه *The National Survey of Student Engagement* (NSSE) که در کانادا و امریکا از سال ۲۰۰۰ (۱۷) و *The Australian Survey of Student Engagement* (AUSSE) که در موسسات استرالیا و نیوزیلند از سال ۲۰۰۷ مورد استفاده قرار میگیرند (۱۸) بزرگترین پرسشنامه های علمی استفاده شده در این کشورها هستند و این نشان دهنده این موضوع است که دانشگاه ها در سراسر جهان به دنبال اندازه گیری میزان درگیری تحصیلی دانشجویان شان می باشند. دلیل این مطلب این فرضیه است که دانشجویانی که بیشتر درگیر تحصیل خود هستند توانایی بیشتری در مقابله با استرس های تحصیلی دارند و از تحصیل خود راضی تر هستند (۱۹). که شاید باعث این موضوع شود که در آینده تخصصی خود حس بهتری داشته باشند و باعث کاهش سندرم برن اوت (burnout) در آنها شود. (۲۰)

با توجه به اهمیت پیشرفت تحصیلی در دانشجویان به عنوان یکی از مهمترین اهداف نظام های آموزشی، بررسی عوامل موثر در افزایش و حفظ پیشرفت دانشجویان از جمله درگیری تحصیلی ضروری به نظر می رسد. پس بر آن شدیم تا پیش بینی تاثیر حیطه های مختلف درگیری تحصیلی بر پیشرفت تحصیلی دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی جهرم را بسنجیم

Objectives.

الف- هدف اصلی طرح (General objectives) :

بررسی رابطه بین درگیری تحصیلی با پیشرفت تحصیلی در دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی جهرم

ب) اهداف اختصاصی / فرعی (Specific objectives):

- ü تعیین میزان درگیری تحصیلی (قدرت، تعهد و جذب) دانشجویان
- ü تعیین میزان پیشرفت تحصیلی (قدرت، تعهد و جذب) دانشجویان
- ü تعیین سهم پیش بینی کننده حیطه قدرت درگیری تحصیلی بر میزان پیشرفت تحصیلی
- ü تعیین سهم پیش بینی کننده حیطه تعهد درگیری تحصیلی بر میزان پیشرفت تحصیلی
- ü تعیین سهم پیش بینی کننده حیطه جذب درگیری تحصیلی بر میزان پیشرفت تحصیلی

ü تعیین میانگین نمره پیشرفت تحصیلی در دانشجویان بر حسب ویژگی های دموگرافیک ایشان

ü تعیین میانگین نمره درگیری تحصیلی در دانشجویان بر حسب ویژگی های دموگرافیک ایشان

ü تعیین سهم پیش بینی کننده درگیری تحصیلی بر میزان پیشرفت تحصیلی

ü منابع تعیین مقدار پیشرفت تحصیلی در دانشجویان علوم پزشکی دانشگاه جهرم بر اساس معدل تحصیلی دو ترم گذشته دانشجویان

ج) اهداف کاربردی (Purpose):

۱- استفاده از نتایج طرح به عنوان پایه برای سیاست های آموزشی برای کمک به کاهش درگیری تحصیلی و پیشرفت تحصیلی دانشجویان

۲- کمک به یادگیری دانشجویان و بهبود عملکرد ایشان

۳- توانمند کردن دانشجویان به منظور بهبود یادگیری

۴- توسعه و ارتقای یادگیری دانشجویان و بهبود عملکرد ایشان

۵- ارزیابی کیفیت یادگیری و تصمیم گیری صحیح در مورد تدارک منابع و محتوای درس

۶- ارتقای توانمندی دانشجویان در کنترل و هدایت روند یادگیری خویش

۷- شناخت ابعاد مختلف درگیری تحصیلی و پیشرفت تحصیلی و تاثیر آن بر آینده سازی کشور و کمک به سیاست گزاران آموزش در توسعه ابعاد پنهان تدریس و آموزش

:Study Design

مطالعه از نوع مقطعی-تحلیلی (Analytic-Cross sectional) می باشد. پس از انجام هماهنگی لازم با ریاست و معاونت محترم پژوهشی و کسب مجوز رسمی از ایشان جهت انجام نمونه گیری در دانشگاه، پس از آماده سازی پرسشنامه مربوط به این طرح شامل پرسشنامه ای برای پاسخگویی دانشجویان ارائه می شود سپس با کسب اجازه از استاد مربوطه در ساعت مقرر با ورود به محل کلاسها و معرفی خود و توضیح نحوه کار به دانشجویان، به این نکته اشاره میشود که در این پژوهش ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه می باشد و پس از آن شروع به آگاه ساختن کامل دانشجویان از نحوه انجام کارها و نیز اینکه این پرسشنامه بصورت بی نام و نشان طراحی گردیده و اطلاعات آنها به هیچ وجه فاش نمیشود نمونه گیری انجام می شود.

- جامعه پژوهش:

دانشجویان مقطع علوم پایه رشته پزشکی دانشگاه علوم پزشکی جهرم

نمونه گیری

برای انتخاب نمونه های شرکت کننده در این تحقیقات با کسب مجوز های لازم از دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی جهرم ، با حضور در زمان مناسب در سر کلاس درس دانشجویان نسبت به دادن اطلاعات لازم راجع به تحقیق به دانشجویان و ارائه پرسشنامه به افراد علاقه مند اقدام شد . رضایت نامه کتبی آگاهانه از دانشجویان با توجه به بیانیه هلسینکی (۲۰۰۰ اصلاح) مورد نیاز است . معیارهای ورود به مطالعه تمایل دانشجویان برای شرکت در مطالعه و قرار گرفتن دانشجو در مقطع تحصیلی علوم پایه بود.

قسمتی از جامعه مورد بررسی بوده است ، ۱۲۰ نفر از دانشجویان پزشکی علوم پزشکی جهرم در مقطع علوم پایه

:Participan

از بین دانشجویان پزشکی حاضر در سایت علوم پزشکی با استفاده از فرمول حجم نمونه کوهرت ۱۲۰ نفر بصورت تصادفی بررسی شدند .
:Sample Size

تمامی دانشجویان از رشته پزشکی می باشند و حجم نمونه ها بر اساس جدول حجم نمونه کوهرت می باشد .

$$n = \frac{N z^2 s^2}{N d^2 + z^2 s^2}$$

- سطح اطمینان : ۹۰٪ - ۱,۶۴۵ = Z Score
- P=.۵
- حاشیهی خطا (بازه اطمینان) (d): برابر با ۰,۰۵

Data Gathering Tool ابزار جمع آوری اطلاعات

اطلاعات متغیرهای مورد نیاز که از طریق پرسشنامه کسب شد شامل سن، جنس، درجه تحصیلی، سال تحصیلی و همچنین نمرات درگیری تحصیلی می شود . پرسشنامه این طرح تحقیقاتی بر اساس مقیاس Utrecht از درگیری تحصیلی دانشجویان (UWES-S) بود .

پرسشنامه دارای ۱۴ آیتم، شامل نمرات مختلف از ۰ «هرگز» تا ۶ «همیشه» خواهد بود و در سه حیطة قدرت ، تعهد و جذاب بودن بررسی میشود . که ترجمه شد و در اختیار ۱۰ نفر از اساتید و دانشجویان قرار داده شد تا روایی ترجمه توسط ایشان بررسی شود و سپس توسط یک متخصص زبان برگردان شد . انسجام درونی سوالات با الفای کرونباخ بررسی شد . انسجام درونی هر یک از حیطة ها نیز بوسیله ایتم آنالیز بررسی و ضریب همبستگی هر یک از سوالات با کل سوال نیز بررسی شد و این کار تا زمانی ادامه یافت که سوالات از ضریب همبستگی مناسبی با سایر سوالات برخوردار شوند. در مطالعه سالملا-آرو و آپادایا (۲۰۱۲) مقدار ضریب همسانی درونی عامل کلی مشغولیت تحصیلی و زیر مقیاس های انرژی، تعهد نسبت به تکالیف درسی و دلبستگی به تکالیف درسی به ترتیب برابر است با ۰/۹۴ ، ۰/۸۲ ، ۰/۸۷ و ۰/۸۰ بدست آمد (۱۲).

پیشرفت تحصیلی به طور عمده اشاره به (grade point average) یا معدل نمرات دارد که در این پژوهش معدل دو ترم قبل دانشجو از فرم پرسشنامه بدست آمد .

Data Analysis

پس از انجام هماهنگی لازم با ریاست و معاونت محترم پژوهشی و کسب مجوز رسمی از ایشان جهت انجام نمونه گیری در دانشگاه ، پس از آماده سازی پرسشنامه مربوط به این طرح شامل پرسشنامه ای برای پاسخگویی دانشجویان ارائه می شود سپس با کسب اجازه از استاد مربوطه در ساعت مقرر با ورود به محل کلاسها و معرفی خود و توضیح نحوه ی کار به دانشجویان، به این نکته اشاره میشود که در این پژوهش ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه می باشد و پس از ان شروع به آگاه ساختن کامل دانشجویان از نحوه انجام کارها و نیز اینکه این پرسشنامه بصورت بی نام و نشان طراحی گردیده و اطلاعات آنها به هیچ وجه فاش نمیشود نمونه گیری انجام می شود.

روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

آمار توصیفی با اندازه گیری گرایش مرکزی و نرخ پراکندگی متغیرهای مورد مطالعه به دست خواهد آمد. تجزیه و تحلیل اصلی برای یافتن ارتباط بین ابعاد درگیری تحصیلی (قدرت، تعهد و جذب) و پیشرفت تحصیلی انجام شد. نرم افزار مورد استفاده SPSS برای ویندوز ۱۵٫۰ V است .

پس از اتمام مراحل نمونه گیری با مراجعه به مشاورهای اماری و استفاده از نرم افزار SPSS کار ارزیابی و انالیز داده ها را شروع کرده و نهایتا نتیجه این انالیزها را جمع آوری کرده و ارائه می شود. رگرسیون خطی برای تعیین نقش پیش بینی کننده درگیری تحصیلی بر پیشرفت تحصیلی انجام می شود .

Results: پیشرفت تحصیلی با ($R=0.3 P=0.001$) با درگیری تحصیلی و سپس حیطه های آن قدرت ($R=0.22 P=0.001$) ، تعهد ($R=0.14$) ($P=0.001$) و جذب ($R=0.09 P=0.03$) رابطه مستقیم دارد. نتایج رگرسیون نیز حاکی از آن است که درگیری تحصیلی با زیر حیطه قدرت ($R=0.19 P=0.03$) ، تعهد با ($R=0.12 P=0.01$) و سپس جذب با ($R=0.09 P=0.03$) قادرند به ترتیب ۱۱٪، ۲۳٪ و ۳۵٪ واریانس پیشرفت تحصیلی را تبیین نمایند . بنابر این پیشرفت تحصیلی با درگیری تحصیلی مرتبط و از آن تاثیر می پذیرد .

Conclusion

به طور کلی نتایج پژوهش حاضر نقش متغیرهای درگیری تحصیلی را در پیش بینی و تبیین پیشرفت تحصیلی دانشجویان پزشکی مورد بررسی و تایید قرار داد . با توجه به تاثیر پذیری پیشرفت تحصیلی از درگیری تحصیلی لازم است سیاست گذاران و مسولین امور آموزشی به تقویت این امر در برنامه های آموزشی و کارگاهی همت گمارند.

Keywords

درگیری تحصیلی ، پیشرفت تحصیلی ، علوم پزشکی

کد: ۱۷۹۶

حیطه: تدوین و بازنگری برنامه‌های آموزشی

ایده پردازی، تدوین و اجرای طرح نوآورانه تاسیس سایت آموزش مجازی از طریق همسالان در دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز سال ۹۵-۹۴

نویسندگان: صدرا ولیعی، داریوش نداف، فرزهرا قنبری نسب، رضا محمودی، نجمه بردبار، میترا امینی

Introduction

تلاش برای شکل دادن جامعه‌ی سالم، تلاشی به قدمت حیات بشری است. انسان همواره به دنبال راهی است تا به سلامت فردی و اجتماعی دست یابد. از همین رو علم سلامت از اولین علوم شکل گرفته در تاریخ بشری است و ارتقا و انتقال این علم نقش به‌سزایی در پیشرفت جوامع بشری داشته است. از همین رو دانشمندان عرصه سلامت در ادوار مختلف تاریخ به دنبال ارائه‌ی راه حلی در جهت گسترش و بهبود سلامت فردی و جمعی بوده‌اند. به طور مثال Freeman نقشه‌ی راهی را مناسب می‌داند که تمام جنبه‌های علمی، آموزشی، مهارتی را جمع کرده و با بهره‌گیری از دانش و اکتشافات علمی برای تحقق سلامت فردی، خانوادگی و اجتماعی تلاش کند (۱). و یا frieden که با طرح هرم ۵ گانه سلامت، آموزش را رکن اساسی تمام اقدامات موثر در ارتقای سلامت می‌داند (۲). بنابراین مسلم است که آموزش در پزشکی نه صرفاً ابزاری برای حفظ و پویایی این علم و رشته، بلکه پاسنه‌ی آشیل ارتقای سلامت جامعه است.

با وجود اینکه آموزش چهره به چهره (face to face learning) روش اصلی آموزش در ایران شناخته می‌شود؛ این روش از محدودیت‌های فراوانی از جمله: عدم توجه به نیازهای دانش‌جویان و عدم توجه به یادگیری مبتنی بر مشکل (problem based learning) برخوردار است؛ از این رو، تغییر در شیوه‌ی آموزش می‌تواند گام مهمی در برطرف کردن نقایص روش‌های سنتی باشد. با وجود موفقیت برنامه‌های کلان آموزش پزشکی در ایران، به نظر می‌رسد ما در دوره‌ی گذاری از نظام آموزشی استاد محور به نظام آموزشی تعاملی استاد-دانشجو هستیم (۳). به این ترتیب که آموزش و سنجش یک طرفه از سوی استاد که معمولاً با سخنرانی و ارائه‌ی جزوه و یا کتاب همراه است جایش را به آموزش تعاملی داده و بخشی از آموزش به دانشجویان واگذار شده است. احتمال آموزش ناقص و ضعیف از سوی استاد، محدود بودن کلاس آموزشی در یک مکان و یک زمان و عدم امکان تجدید آن به علت هزینه‌بر بودن و عدم توجه به یک دست‌نویس توانایی درک مطلب در دانشجویان باعث شده نگاه‌ها از نظام استاد محور دور شود. از سوی دیگر، امروزه محققین آموزش معتقدند آموزش از طریق همسالان (peer learning) به علت مزایایی همچون صرفه‌جویی اقتصادی، نهادینه کردن مطالب از طریق تقویت توانایی انتقال آن و توجه به پیش‌زمینه‌های فرهنگی و آموزشی گروه‌های مختلف دانشجویان می‌تواند نقش تاثیرگذاری در بهبود نظام آموزشی داشته باشد (۴).

با این وجود موانعی جدی بر سر راه تحقق آموزش تعاملی وجود دارد. از جمله محیا نبودن بستر سخت‌افزاری و امکانات لازم برای گسترش آموزش از طریق همسالان و یا منسجم نبودن آموزش توسط دانشجویان، که فاقد تجربه‌ی آموزشی گسترده هستند. از همین رو آموزش مجازی (E-learning) به عنوان راه حلی برای این مشکلات مطرح است. گسترش شبکه‌ی ارتباطات این بستر را محیا کرده تا دانشجویان بتوانند محدودیت‌های زمان و مکان را پشت سر گذاشته و در هر زمان و مکانی از فرصت آموختن بهره‌مند گردند. از سوی دیگر آموزش مجازی این امکان را فراهم کرده که علاقه‌مندان از فرصت برابری برای کسب دانش از بهترین مراجع برخوردار شوند. تا آنجا که بسیاری آموزش مجازی را آینده‌ی آموزش دانسته و در حال تلاشند تا استراتژی‌های آموزشی این شیوه‌ی نوین را تدوین نمایند (۵). در حل حاضر پایگاه‌های آموزش مجازی متعدد و موفق نیز در حال فعالیت هستند از جمله KhanAcademy، Coursera، edX، Open University. همچنین دانشگاه‌های معتبر دنیا اقدام به تاسیس پایگاه‌های آموزش مجازی کرده‌اند. مانند Harvard Online Learning و Stanford Online Courses. از

ویژگی های مهم دوره های مجازی این پایگاه ها شبیه سازی و برگزاری آزمون های آنلاین و اعطای مدرک برای دانش آموختگان هر دوره است. همچنین اخیرا پایگاه های مذکور با فراهم کردن بستر تعاملی میان آموزش دهنده و یادگیرنده، اقدام به برگزاری دوره های مهارت آموزی (project-base course) نموده اند. لازم به ذکر است برخی از پایگاه های یاد شده در حال ارائه ی برخی دوره های مربوط به آموزش علوم پایه ی آموزش پزشکی نیز هستند.

یادگیری فعال (active learning)، به عنوان فرآیندی که دانشجویان را در فعالیت هایی از جمله: تفکر، حل مسئله و نوشتن، شرکت می دهد، توصیف می شود و به عنوان یکی از هفت اصل مهم در آموزش به دانشجویان مطرح است. در active learning، متد های متفاوتی به کار گرفته می شود که یکی از این انواع، به کارگیری روش های دیداری (visual learning/thinking) شامل نقشه ذهنی (mind map) می باشد (۶).

بشر در طی قرن ها بنا به دلایلی از قبیل: حافظه، ارتباط، حل مشکل و تحلیل، به روش های مختلف یادداشت برداری و خلاصه نویسی رو کرده است. با وجود اینکه برخی از این روش ها خوب به نظر می رسند؛ در تمامی آن ها از کیفیت تفکر نیمکره ی چپ استفاده می شود؛ اما، یک نقشه ی ذهنی (mind map) از تمام مهارت های ذهنی فرد بهره می گیرد: کلمات، اعداد، فهرست ها، توالی ها و توانایی های فضایی نیمکره ی راست؛ به این ترتیب، توانایی های ذهنی در تمام ابعاد ارتقا می یابند. (نقشه ذهنی، نشریه سرباز) همچنین mind mapping به عنوان یکی از فاکتور های مؤثر در پیشرفت و موفقیت تحصیلی دانشجویان پزشکی شمرده می شود. Mind map یک دیگرام مبتنی بر تصویر و رنگ است که ارتباط بین قسمت های مختلف مبحث تدریس شده را به صورت سلسله وار نشان می دهد. از مزایای این روش: سادگی رسم، تقویت خلاقیت، توانایی اضافه کردن مطالب جدید به آن و عدم محدودیت، نشان دادن ارتباط قسمت های مختلف، پوشش دادن مطالب مهم و به دلیل استفاده از رنگ ها و تصاویر متفاوت، افزایش به خاطر سپردن مطالب (memorability) است. مطالعات متفاوتی اهمیت این روش در یادداشت برداری را به اثبات رسانده اند؛ به خصوص ثابت شد که به دلیل سادگی و memorability در نت برداری های شخصی دانشجویان مفید بوده و می تواند به عنوان روشی مکمل در آموزش استفاده گردد (۷).

Objectives

با توجه به اهمیت مطالب ذکر شده و به دلیل این که، شواهد داخلی ثبت شده ای از ترکیب mind mapping با web based education، و ترکیب آموزش مجازی (virtual learning) با آموزش مبتنی بر مسئله (problem based learning) و آموزش از طریق همسالان (peer learning)، به منظور ارتقای کیفیت آموزشی و استفاده از تمامی ظرفیت های ممکن در کشور وجود نداشت؛ هدف از اجرای این فرآیند در دانشگاه علوم پزشکی شیراز ایده پردازی، تدوین و اجرای طرح نوآورانه تاسیس سایت آموزش مجازی از طریق همسالان که در حال گسترش از مقطع علوم پایه و فیزیوپاتولوژی به مقطع بالینی نیز هست، می باشد.

۱. راه اندازی سایت رسمی آموزش پزشکی با عنوان کلاس پرایم (ClassPrime)
۲. تولید فیلم های آموزش مجازی دروس علوم پایه، فیزیوپاتولوژی و بالینی رشته پزشکی با تدریس دانشجویان ممتاز
۳. ارتقا و بهبود یادگیری دانشجویان از طریق به کارگیری ابزار چندرسانه ای (Multimedia) تدریس شده توسط خود دانشجویان
۴. تدوین و به کارگیری ابزارهای نوین به ویژه Mind Map ساخته شده توسط دانشجویان، جهت بهبود یادگیری بهتر دروس
۵. توسعه فرهنگ کارگروهی در دانشجویان همکار طرح
۶. ایجاد بستری به منظور تلاش خودجوش دانشجویان برای پرکردن خلایک های آموزشی موجود

:Study Design

این مطالعه یک مطالعه مقطعی است که به صورت کیفی انجام شده است. در این مطالعه ابتدا سایت رسمی classprime توسط دانشجویان پزشکی طراحی گردید و سپس فیلم‌های آموزش پزشکی و mindmap برای استفاده دانشجویان پزشکی مقاطع علوم پایه، فیزیوپاتولوژی و بالینی بر روی سایت قرار گرفت. به منظور دریافت بازخورد دانشجویانی که از این سایت استفاده کرده بودند، مصاحبه نیمه ساختارمند انجام شد.

:Study Setting

به منظور دریافت بازخورد دانشجویانی که از این سایت استفاده کرده بودند، مصاحبه نیمه ساختارمند انجام شد. همچنین با استفاده از یک پرسشنامه که روایی آن توسط متخصصان و پایایی آن با آلفا کرونباخ ۰.۸ تایید گردید نتایج به دست آمد.

:Participan

به منظور مصاحبه با دانشجویان از مقاطع علوم پایه، فیزیوپاتولوژی، بالینی، به شیوه نمونه‌گیری تصادفی سیستماتیک نمونه ۱۰۰ نفری از دانشجویان انتخاب شدند.

:Sample Size

به منظور مصاحبه با دانشجویان از مقاطع علوم پایه، فیزیوپاتولوژی، بالینی، به شیوه نمونه‌گیری تصادفی سیستماتیک نمونه ۱۰۰ نفری از دانشجویان انتخاب شدند.

:Data Gathering Tool

به منظور دریافت بازخورد دانشجویانی که از این سایت استفاده کرده بودند، مصاحبه نیمه ساختارمند انجام شد. همچنین با استفاده از یک پرسشنامه که روایی آن توسط متخصصان و پایایی آن با آلفا کرونباخ ۰.۸ تایید گردید نتایج به دست آمد.

:Data Analysis

به منظور تجزیه و تحلیل نتایج حاصل از پرسش‌نامه از نرم‌افزار spss ۱۶ استفاده گردید و نتایج حاصل از مصاحبه مطالعه گردید و یک سری تم و زیر تم از آن‌ها استخراج شد.

:Results

با گذشت یک سال از اجرای این طرح در دانشکده، بازخورد مثبتی از سوی دانشجویان دریافت شد و پس از مصاحبه دانشجویان بیان کردند که استفاده از کلاس پرایم سبب افزایش سرعت مطالعه، فهم بهتر مطالب و پیشرفت تحصیلی آنان گردیده است. ۷۴٪ دانشجویان از محتوای آموزشی فیلم‌ها اظهار رضایت کرده و ۹۲٪ آنان استفاده از Mind Map را اثرگذار دانستند.

:Conclusion

با وجود موفقیت برنامه‌های کلان آموزش پزشکی در ایران، به نظر می‌رسد ما در دوره‌ی گذاری از نظام آموزشی استاد محور به نظام آموزشی تعاملی استاد-دانشجو هستیم. و استفاده از ایده‌های نوآورانه دانشجویان می‌تواند گامی موثر در ارتقای آموزش پزشکی کشور باشد.

:Keywords

آموزش مجازی، class prime، Mind Map، دانشجویان پزشکی

کد: ۱۸۱۳

حیطه: تدوین و بازنگری برنامه های آموزشی

بررسی برهم کنش خود تنظیمی و پیشرفت تحصیلی دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی جهرم

نویسندگان: افشین عوض پور، لیلی مصلی نژاد، فرشید جاودانی

Introduction

پیشرفت تحصیلی عبارتست از «معلومات یا مهارت اکتسابی عمومی یا خصوصی در موضوع های درسی که معمولاً آزمایش ها یا نشانه هایی را یا هر دو، که معلمان یا دانش آموزان وضع می کنند، اندازه گیری می شود». اصطلاح پیشرفت تحصیلی به تجلی جایگاه تحصیلی یک دانش آموز اشاره دارد. در بیان پیشرفت تحصیلی می گویند: «این اصطلاح به مقدار یادگیری آموزشگاهی فرد به صورتی که توسط آزمون های مختلف درس مانند حساب، هندسه و علوم و...سنجیده می شود، اشاره می کند».

پس با توجه به تعاریف فوق میتوان گفت که پیشرفت تحصیلی، اصطلاحی است که به مقدار یادگیری و معلومات به دست آمده در فرآیند یاددهی که توسط آزمون های پیشرفت تحصیلی مورد سنجش و آموزش قرار گرفته، اشاره دارد و نهایتاً براساس میزان پیشرفت حاصل شده میتوان به قضاوت و تصمیم گیری پرداخت.

پیشرفت تحصیلی نتایج عملکردی است که نشان می دهد تا چه حد یک فرد به اهداف خاص که تمرکز فعالیت محیط آموزشی بوده رسیده است. پیشرفت تحصیلی باید به عنوان یک ساختار چند وجهی که شامل حوزه های مختلف یادگیری است در نظر گرفته شود (۱). تعیین عوامل تاثیر گذار بر پیشرفت تحصیلی دانشجویان پزشکی و نحوه ارتقا آنان به مقاطع بالاتر و همچنین رتبه بندی تحصیلی آنان از جمله مسائلی است که مورد توجه دانشجویان و دانشگاهیان است (۲).

بهبود وضعیت تحصیلی دانش آموزان، یکی از اهداف اساسی نظام های آموزش و پرورش معاصر است. از حدود یک قرن گذشته و با پدید آیی رشته های تخصصی علوم تربیتی و روان شناسی تربیتی، مطالعه پیشرفت تحصیلی دانش آموزان و عوامل مرتبط با آن بخش برجسته ای از پژوهش های متخصصان این دو رشته را تشکیل می دهد. نزدیک به یک قرن است که روان شناسان برای شناسایی عوامل پیش بینی کننده پیشرفت تحصیلی تلاش می کنند. یکی از مهم ترین عوامل موثر بر پیشرفت تحصیلی، ویژگی های روانی فرد است (۳). برخلاف گذشته که تصور میشد توانایی یادگیری هر فرد تابعی از میزان هوش و استعداد های اوست، یادگیری در تعریف ارنست راپیکت هیلگارد و مارکویز و جمعی از همکاران و روان شناسان اینگونه تعریف شده است (۴): یادگیری عبارتست از تغییر نسبتاً پایدار در احساس، تفکر و رفتار فرد که بر اساس تجربه ایجاد شده باشد.

رفتارگرایانی از قبیل جان واتسون (۵) و اسکینر (۶) سرشت انسان را انعطاف پذیر می دانستند، و معتقد بودند که در رشد، یادگیری نقش اصلی را ایفا می کند، چنانکه آموزش اولیه می تواند صرف نظر از آن چه کودک از استعدادها، تمایلات، علاقه ها، توانایی ها، نژاد و اجداد به ارث برده، او را به هر نوع بزرگسالی تبدیل کند.

روان شناسی چون هانس (۷) معتقد بودند که آن چه که به نظر می رسد تابع برنامه زیستی فطری است، می تواند تحت تاثیر رویدادهای محیطی قرار گیرد. مک گرا، دنیس، گزل و تامپسون (۸) معتقد بودند که یادگیری و تجربه در تفاوت های رشدی نقشی ندارند؛ با این حال پژوهش های اخیر نشان می دهند که تمرین یا تحریک بیش تر می تواند تا اندازه ای رفتارهای حرکتی را تسریع کند.

هر یادگیری منجر به عملکرد نمی شود چون افراد بسیاری از چیزها را می آموزند ولی امکان به کارگرفتن این آموخته ها برایشان پیش نمی آید. در چند سال اخیر خود تنظیمی به عنوان یکی از این عوامل یادگیری مطرح شده است. به نظر می رسد که فعالیت های خود فرد اعم از تجربیات و

دانش و مهارت‌های فردی تاثیر زیادی در پیشرفت تحصیلی آنان دارد. به علت اهمیت نقش خودتنظیمی و جهت‌گیری اهداف در فرآیندهای آموزش و یادگیری و به دنبال آن پیشرفت تحصیلی ضروری است که فاکتورهای مؤثر در توسعه آن‌ها مورد بررسی قرار گیرند. مطالعه حاضر با هدف تعیین رابطه میان انواع هدف‌گرایی و خودتنظیمی دانشجو و پیشرفت تحصیلی در دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی جهرم انجام میشود. خودتنظیمی یعنی توسعه‌ی دانش و مهارت‌های فردی در تمام زمینه‌ها، از طریق تلاش خود فرد و تجربه‌ی انواع موقعیت‌ها و موارد مختلف. به عبارت دیگر خودتنظیمی توانایی موافقت کردن با یک خواسته، توانایی شروع کردن و دست کشیدن از فعالیت‌ها بر طبق مقتضیات موقعیتی، توانایی تعدیل فعالیت، تکرار، تداوم فعالیت‌های کلامی - حرکتی در موقعیت‌های اجتماعی و آموزشی، توانایی به تعویق انداختن کار کردن روی موضوع یا هدف دلخواه تعریف شده است. (۹)

خودتنظیمی تحت عنوان باورهای انگیزشی و فرآیندهای شناختی و فراشناختی به عنوان یادگیری خودتنظیمی در نظر گرفته میشوند. فرآیندهای شناختی همان راهبردهای یا استراتژیهای یادگیری هستند که با تسهیل فرآیند یادگیری، عملکرد تحصیلی فرد را بهبود میبخشند. همچنین راهبردهای فراشناختی به مجموعه فرآیندهای برنامه ریزی، بازبینی و اصلاح فعالیتهای شناختی اشاره میکند و منظور از خودتنظیمی این است که افراد تمایل دارند تا کل فرآیند یادگیری را ارزشیابی نمایند و به آن بیندیشند. (۱۰)

یافته‌های پژوهشی نشان میدهد که بسیاری از دانشجویانی که میتوانند جنبه‌های شناختی، انگیزشی و رفتاری عملکرد تحصیلی خود را تنظیم و کنترل کنند، به عنوان یک یادگیرنده بسیار موفق بوده‌اند. این یافته‌ها نشان میدهد که یادگیری خودتنظیمی پیشبینی کننده عملکرد تحصیلی است و یادگیرندگان برای دستیابی به موفقیت تحصیلی، باید یاد بگیرند که چگونه عملکرد خود را تنظیم کنند و اهداف خود را به رغم مشکل بودن تکالیف درسی حفظ کنند (پنتریچ ۲۰۰۷ - شانک و زیمرمن ۲۰۰۶ - به نقل از بمبوتی ۲۰۰۸) (۱۰)

اهداف آموزشی را بیان تغییرات مطلوب در رفتار فراگیران در بعد دانشی عملکردی و نگرشی میدانند و موفقیت تحصیلی متغیری است که بوسیله‌ی امتحانات و ارزیابی‌های مستمر اندازه‌گیری میشود اما هیچ توافق کلی در نحوه‌ی اندازه‌گیری موفقیت تحصیلی و اینکه کدام نحوه‌ی ارزیابی یا مهم‌ترین جنبه این اندازه‌گیری کدام است وجود ندارد (۱۱) و هم چنین تفاوت‌های فردی نیز در تعیین میزان این موفقیت نقش دارد مانند مثال برای فردی که نابینا و یا معلول است رسیدن به درجه‌ای موفقیت حساب میشود که ممکن است برای فردی که بینا و در سلامت کامل است موفقیت حساب نشود.

نظریه‌های متعددی به بررسی خودتنظیمی پرداخته اند.

نظریه‌ی شناخت اجتماعی بندورا (۱۹۸۶) برای رشد مدل یادگیری خودتنظیمی بر اساس آن در هر فرد عاملهای بافتی و رفتاری فرصت لازم را، برای کنترل یادگیری فراهم میکنند. (۱۲)

مطالعات نیکوس و جورج (۲۰۰۵) یادگیری خودتنظیمی را به‌عنوان فعال و ساختاری پردازش تعریف میکنند که با آن، یادگیرنده اهداف یادگیری و شناخت و انگیزه و رفتار خود تنظیم و کنترل میکند (۱۳).

نظریه‌ی یادگیری خودتنظیمی پنتریچ و دیگروت (۱۹۹۰) نظریه یادگیری خودتنظیمی توسط پنتریچ و دی گروت مطرح گردید آنها خود کار آمدی و ارزش گذاری تکالیف به عنوان باورهای انگیزشی در نظر گرفتند و راهبرد‌های یادگیری (مرور ذهنی، بسط، سازماندهی، تفکر انتقادی) و راهبردهای مدیریت منابع (مدیریت محیط و زمان مطالعه و تلاش) را تحت عنوان یادگیری خودتنظیمی معرفی کردند (۱۴).

اتکینسون و همکاران (۱۹۹۸) پیشرفت تحصیلی را آموخته شده یا اکتسابی حاصل از دروس آرایه شده یا به عبارت دیگر توانایی آموخته شده یا اکتسابی فرد در موضوعات آموزشی می‌دانند (۱۵). شعاری نژاد (۱۳۷۵) درباره‌ی پیشرفت تحصیلی می‌گوید: پیشرفت تحصیلی معلومات با مهارتهای اکتسابی عمومی یا خصوصی در موضوع‌های درسی است که معمولاً بوسیله آزمایش‌های یا نشانه‌ها و یا هر دو که معلمان برای دانش آموزان وضع میکنند اندازه‌گیری میشود. مورتاگ و تاد (۲۰۰۴) خودتنظیمی نقطه ثقل کارکرد مؤثر در زمینه‌های کنترل تکانه، مدیریت زمان و مقابله با فشار روانی است (۱۶). زیمرمان و مارتینز پونز (۱۹۸۶) انگیزش، شناخت و فراشناخت از اجزای اصلی مدل‌های خود از نظم دهی و یادگیری خود نظم بخشی است (۱۷)

در تحقیقی دیگر که به هدف مطالعه‌ی رابطه‌ی باورهای انگیزشی و راهبردهای یادگیری خودتنظیمی با عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان دبیرستانی شهر اصفهان توسط دکتر محمد باقر کجباف و دکتر حسین مولوی و علیرضا شیرازی تهرانی انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد که عملکرد

تحصیلی به تنهایی با تمام متغیرهای پژوهش همبستگی دارد، ولی در تحلیل رگرسیون گام به گام مشخص گردید که بهترین پیش‌بینی کنندگان عملکرد تحصیلی، خودتنظیمی، خودکارآمدی و اضطراب امتحان هستند. این نتایج با همخوانی دارد. در تبیین (۱۹۹۰) تحقیقات پینتریچ و دی‌گروت این مسئله می‌توان به این مورد اشاره داشت که دانش‌آموزانی که از راهبردهای خودتنظیمی بیشتری استفاده می‌کنند، در هنگام تدریس معلم یا هنگام مطالعه سعی می‌کنند همان موقع با معنادار کردن اطلاعات، ایجاد ارتباط منطقی با اطلاعات قبل، کنترل چگونگی این فرآیند و ایجاد محیط یادگیری مناسب، مطالب را یاد بگیرند و عملکرد تحصیلی خود را بالا ببرند. از طرف دیگر اظهار می‌دارند که خودکارآمدی بالا، به تولید انگیزش پیشرفت می‌انجامد (۱۰)

و در تحقیقی دیگر که توسط زرار محمدامینی کارشناس ارشد روانشناسی در رابطه با، رابطه یادگیری خودتنظیمی و باورهای انگیزشی با پیشرفت تحصیلی انجام شد نشان داد که بین راهبرد های یادگیری خود تنظیمی پیشرفت تحصیلی رابطه معنی داری وجود دارد یعنی دانش‌آموزان که از راهبرد های یادگیری خودتنظیمی استفاده میکنند، پیشرفت تحصیلی بالاتری دارند. که این یافته با نتایج پژوهش های شارلوت و همکاران (۲۰۰۸) و اومن چی (۲۰۰۶) مطابقت دارد. (۱۸)

طبق تحقیقات انجام شده خود تنظیمی و پیشرفت تحصیلی با هم رابطه دارند و در تحقیقات قدیمی هیچ گزارشی در مورد چگونگی رابطه بین این دو نبوده پس بر آن شدیم تا چگونگی رابطه خودتنظیمی را با پیشرفت تحصیلی بررسی کنیم. اهمیت و جایگاه یادگیری و پیشرفت تحصیلی امروزه بر کسی پوشیده نیست یادگیری یکی از مهمترین جنبه های زندگی بشری است از اینرو لازم و ضروری است که به ابعاد و عوامل موثر بر آن پرداخت یکی از ابعاد مهم یادگیری خود تنظیمی است. اهمیت موضوع خود تنظیمی به عنوان یکی از ابعاد و پایه های یادگیری، همانگونه که تعریف کردیم تجربیات و اطلاعات شخصی فرد افزایش می یابد توانایی فرد برای انجام کار های خود به صورت صحیح افزایش می یابد بنابراین نیاز به کارهای نظارتی و تنظیمی از طرف دیگران را کاهش داده و فرد متکی به خود میشود و این متکی به خود بودن و افزایش قابلیت فرد در انجام کارها ممکن است که در پیشرفت تحصیلی و یادگیری بهتر آنان تاثیر مثبت داشته باشد.

پس با توجه به اهمیت استفاده از موضوع خودتنظیمی بر یادگیری، تعیین سطح خودتنظیمی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی جهرم برای سیاست گذاری آموزشی با هدف کمک به یادگیری، بهبود عملکرد ایشان دانشجویان ضروری به نظر می رسد.

Objectives:

الف- هدف اصلی طرح (General objectives):

تعیین نقش پیش بینی کننده خودتنظیمی بر میزان پیشرفت تحصیلی

ب) اهداف اختصاصی/ فرعی (Specific objectives):

- ü تعیین میانگین نمره راهبرد های خودتنظیمی در دانشجویان بر حسب ویژگی های دموگرافیک ایشان
- ü تعیین میانگین نمره خودراهبری در دانشجویان بر حسب ویژگی های دموگرافیک ایشان
- ü تعیین سهم پیش بینی کننده راهبرد های یادگیری در خودتنظیمی بر میزان پیشرفت تحصیلی
- ü تعیین سهم پیش بینی کننده راهبرد های مدیریتی در خودتنظیمی بر میزان پیشرفت تحصیلی
- ü تعیین سطح خود تنظیمی در دانشجویان علوم پزشکی دانشگاه جهرم در حیطه های : راهبردهای یادگیری و راهبردهای مدیریت
- ü منابع تعیین مقدار پیشرفت تحصیلی در دانشجویان علوم پزشکی دانشگاه جهرم بر اساس معدل تحصیلی دو ترم گذشته دانشجویان

ج) اهداف کاربردی (Purpose):

- ۱- استفاده از نتایج طرح به عنوان پایه برای سیاست های آموزشی برای کمک به یادگیری و پیشرفت تحصیلی دانشجویان
- ۲- کمک به یادگیری دانشجویان و بهبود عملکرد ایشان
- ۳- توانمند کردن دانشجویان به منظور خودتنظیمی و یادگیری
- ۴- توسعه یادگیری دانشجویان و بهبود عملکرد ایشان
- ۵- ارتقای یادگیری خود تنظیم و خود راهبر
- ۶- ارتقای توانمندی دانشجویان در کنترل و هدایت روند یادگیری خویش
- ۷- شناخت ابعاد مختلف راهبرد های یادگیری خودتنظیمی و پیشرفت تحصیلی و تاثیر آن بر آینده سازی کشور و کمک به سیاست گزاران آموزش در توسعه ابعاد پنهان تدریس و آموزش

د) فرضیات (Hypothesis) / سوالات پژوهشی:

خود تنظیمی و شاخه های مرتبط با آن بر یادگیری و پیشرفت تحصیلی تأثیری گذارند .

سوال پژوهشی :

۱. بین میانگین نمره راهبرد های خودتنظیمی در دانشجویان با مشخصات دموگرافی ایشان چه رابطه ای وجود دارد؟
۲. بین میانگین نمره خودراهبری در دانشجویان با مشخصات دموگرافی ایشان چه رابطه ای وجود دارد؟
۳. میانگین نمره ی پیشرفت تحصیلی دانشجویان چه قدر است؟
۴. سهم پیش بینی کننده راهبرد های یادگیری در خودتنظیمی بر میزان پیشرفت تحصیلی دانشجویان چه قدر است؟
۵. سهم پیش بینی کننده خودراهبری مدیریتی در خودتنظیمی بر میزان پیشرفت تحصیلی دانشجویان چه قدر است؟
۶. بین پیشرفت تحصیلی ، خودراهبری و خودتنظیمی در دانشجویان چه ارتباطی وجود دارد؟

:Study Design

برای انتخاب نمونه های شرکت کننده در این تحقیقات با کسب مجوز های لازم از دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی جهرم ،با حضور در کلاس درس و اقدام نسبت به مطلع کردن دانشجویان از اهداف این پژوهش خواهد شد . نمونه گیری به صورت تصادفی و به تعداد ۱۰۰ نفر که حاضر به

همکاری برای تکمیل پرسشنامه هستند از بین دانشجویان مقطع علوم پایه دانشکده پزشکی دانشگاه جهرم خواهد بود و برای اینکه نمونه‌ها تصادفی باشند ما صد نفر اول که در یک روز به هر دلیلی به مکانی خاص مثل کتابخانه دانشگاه رجوع میکنند را انتخاب میکنیم.

معیارهای ورود به مطالعه: تمایل دانشجویان برای شرکت در مطالعه و قرار گرفتن دانشجو در مقطع تحصیلی علوم پایه و رضایت نامه کتبی آگاهانه از دانشجویان با توجه به بیانیه هلسینکی (۲۰۰۰ اصلاح) و بودن جز نمونه‌های تصادفی مد نظر ما باشند، مورد نیاز است.

اطلاعات متغیرهای مورد نیاز که از طریق پرسشنامه کسب می‌شود شامل سن، جنس، درجه تحصیلی، سال تحصیلی و همچنین نمرات پیشرفت تحصیلی (شامل معدل دو ترم گذشته) می‌شود. در این پژوهش برای اندازه‌گیری یادگیری خودتنظیمی از پرسشنامه MSLQ پینتریچ و دی گروت استفاده شد. (۱۹) که شامل ۴۷ سوال و دو بخش است ۱- راهبردهای یادگیری (مرور ذهنی، بسط، سازماندهی، تفکر انتقادی)

۲- راهبردهای مدیریت منابع (مدیریت زمان و مکان مطالعه، تلاش خودتنظیمی).

که ترجمه شده در اختیار ۱۰ نفر از اساتید و دانشجویان قرار داده میشود تا روایی ترجمه توسط ایشان بررسی شود. انسجام درونی سوالات با الفای کرونباخ بررسی خواهد شد. انسجام درونی هر یک از حیطه‌ها نیز بوسیله ایتم آنالیز بررسی و ضریب همبستگی هر یک از سوالات با کل سوال نیز بررسی خواهد شد و این کار تا زمانی ادامه مییابد که سوالات از ضریب همبستگی مناسبی با سایر سوالات برخوردار شوند.

با اشاره به محرمانه بودن اطلاعات شخصی شرکت کنندگان، نمرات دانشجویان برای ۲ سال اول دوره تحصیلی علوم پایه خود به عنوان معیار برای پیشرفت تحصیلی مورد استفاده قرار خواهد گرفت. (۲۰)

پینتریچ و دی گروت (۱۹۹۰) در بررسی روایی آن با استفاده از روش تحلیل برای مقیاس باورهای انگیزشی سه عامل خودکارآمدی، ارزشگذاری درونی و اضطراب امتحان و برای مقیاس راهبردهای یادگیری خودتنظیمی دو عامل استفاده از راهبردهای شناختی و استفاده از راهبردهای فراشناختی و مدیریت منابع را به دست آوردند و ضرایب پایایی خرده مقیاسهای خودکارآمدی، ارزشگذاری درونی و اضطراب امتحان، استفاده از راهبردهای شناختی و فراشناختی را با روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۷، ۰/۷۵، ۰/۸۳، ۰/۷۴ تعیین کردند. موسوی نژاد (۱۳۷۶) نیز برای بررسی روایی این پرسشنامه از روش روایی محتوایی و تحلیل عاملی استفاده کرده و سه عامل راهبردهای شناختی سطح پایین، راهبردهای شناختی سطح بالا و خودنظم دهی فراشناختی را استخراج کرد. او برای تعیین پایایی عوامل فوق به ترتیب ضرایب آلفای ۰/۹۸، ۰/۷۹، ۰/۸۴ را گزارش نمود. در این پژوهش جهت بررسی پایایی از روش آماری آلفای کرونباخ بر روی داده‌های بدست آمده در مرحله پیش آزمون (۳۶ نفر) استفاده شد که به ترتیب برای خرده مقیاس‌های خودکارآمدی، ارزشگذاری درونی و اضطراب امتحان، استفاده از راهبردهای شناختی و فراشناختی ۰/۸۵، ۰/۸۶، ۰/۷۷، ۰/۸۴، ۰/۷۸، بدست آمد. در این پرسشنامه برای هر سوال ۵ جواب وجود دارد که گزینه کاملاً مخالفم امتیاز ۰ و گزینه مخالفم نمره ۱ و گزینه نظری ندارم گزینه نمره ۲ و گزینه موافقم نمره ۳ و گزینه کاملاً موافقم نمره ۴ میگیرد.

پژوهشگر با اخذ معرفی نامه کتبی از دانشکده ی پزشکی جهرم و ارائه آن به مسئولان و مدیران محیط پژوهش، مجوز لازم را از آنان کسب می نماید. هدف از انجام پژوهش برای هر یک از واحدهای مورد پژوهش و مسئولین محیط مطالعه توضیح داده می شود. پس از انجام هماهنگی لازم با ریاست و معاونت محترم پژوهشی و کسب مجوز رسمی از ایشان جهت انجام نمونه گیری در دانشگاه نمونه گیری انجام می شود. زمان تمام شدن کلاس درس دانشجویان با کسب اجازه از استاد در کلاس حضور پیدا کرده و اطلاعات لازم راجب هدف این پژوهش و اهمیت آن به دانشجویان داده می شود. به دانشجویان اطمینان داده می شود که کلیه پاسخها نزد پژوهشگران کاملاً محرمانه مانده و اطلاعات بدست آمده تنها به منظور پژوهش و در جهت ارتقای سطح دوره‌های آموزشی استفاده خواهد شد و نیازی به ذکر نام و نام خانوادگی نمی باشد. در این پژوهش ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه می باشد. پس از ارائه پرسشنامه‌ها به دانشجویان وارد شده به تحقیقات، اطلاعات استخراج شده و توسط نرم افزار Spss مورد بررسی

قرار میگیرند. از امار توصیفی مانند: فراوانی، میانگین و درصد جهت برسی میانگین حیطه ها و از امار تحلیلی مانند از مونی تی و از مونی کای جهت برسی تفاوت میانگین ها استفاده خواهد شد.

Study Setting: در قسمتی از جامعه

Participan: جامعه هدف دانشجویان پزشکی حاضر در دانشکده پزشکی جهرم

Sample Size: طبق جدول کوهورت

Data Gathering Tool

اطلاعات متغیرهای مورد نیاز که از طریق پرسشنامه کسب می شود شامل سن، جنس، درجه تحصیلی، سال تحصیلی و همچنین نمرات پیشرفت تحصیلی (شامل معدل دو ترم گذشته) می شود. در این پژوهش برای اندازه گیری یادگیری خودتنظیمی از پرسشنامه MSLQ پینتریچ و دی گروت استفاده شد. (۱۹) که شامل ۴۷ سوال و دو بخش است ۱- راهبردهای یادگیری (مرور ذهنی، بسط، سازماندهی، تفکر انتقادی)

۲- راهبردهای مدیریت منابع (مدیریت زمان و مکان مطالعه، تلاش خودتنظیمی).

که ترجمه شده در اختیار ۱۰ نفر از اساتید و دانشجویان قرار داده میشود تا روایی ترجمه توسط ایشان بررسی شود. انسجام درونی سوالات با الفای کرونباخ بررسی خواهد شد. انسجام درونی هر یک از حیطه ها نیز بوسیله ایتم آنالیز بررسی و ضریب همبستگی هر یک از سوالات با کل سوال نیز بررسی خواهد شد و این کار تا زمانی ادامه مییابد که سوالات از ضریب همبستگی مناسبی با سایر سوالات برخوردار شوند.

با اشاره به محرمانه بودن اطلاعات شخصی شرکت کنندگان، نمرات دانشجویان برای ۲ سال اول دوره تحصیلی علوم پایه خود به عنوان معیار برای پیشرفت تحصیلی مورد استفاده قرار خواهد گرفت. (۲۰)

پینتریچ و دی گروت (۱۹۹۰) در بررسی روایی آن با استفاده از روش تحلیل برای مقیاس باورهای انگیزشی سه عامل خودکارآمدی، ارزشگذاری درونی و اضطراب امتحان و برای مقیاس راهبردهای یادگیری خودتنظیمی دو عامل استفاده از راهبردهای شناختی و استفاده از راهبردهای فراشناختی و مدیریت منابع را به دست آوردند و ضرایب پایایی خرده مقیاسهای خودکارآمدی، ارزشگذاری درونی و اضطراب امتحان، استفاده از راهبردهای شناختی و فراشناختی را با روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۷، ۰/۷۵، ۰/۸۳، ۰/۷۴ تعیین کردند. موسوی نژاد (۱۳۷۶) نیز برای بررسی روایی این پرسشنامه از روش روایی محتوایی و تحلیل عاملی استفاده کرده و سه عامل راهبردهای شناختی سطح پایین، راهبردهای شناختی سطح بالا و خودنظم دهی فراشناختی را استخراج کرد. او برای تعیین پایایی عوامل فوق به ترتیب ضرایب آلفای ۰/۹۸، ۰/۷۹ و ۰/۸۴ را گزارش نمود. در این پژوهش جهت بررسی پایایی از روش آماری آلفای کرونباخ بر روی داده های بدست آمده در مرحله پیش آزمون (۳۶ نفر) استفاده شد که به ترتیب برای خرده مقیاس های خودکارآمدی، ارزشگذاری درونی و اضطراب امتحان، استفاده از راهبردهای شناختی و فراشناختی ۰/۸۵، ۰/۸۶، ۰/۷۷، ۰/۸۴، ۰/۷۸ بدست آمد. در این پرسشنامه برای هر سوال ۵ جواب وجود دارد که گزینه کاملاً مخالفم امتیاز ۰ و گزینه مخالفم نمره ۱ و گزینه نظری ندارم گزینه نمره ۲

و گزینه موافقم نمره ی ۳ و گزینه کاملاً موافقم نمره ۴ میگیرد

Data Analysis

از آمار توصیفی نظیر میانگین و درصد و آمار تحلیلی مانند تی زوج جهت بررسی مقایسه میانگین‌ها و رگرسیون چندگانه استفاده خواهد شد.

کد: ۱۸۱۵

حیطه: تدوین و بازنگری برنامه‌های آموزشی

نیازهای آموزشی دانشجویان پرستاری جهت کار در مراکز مشاوره و درمان تخصصی اعتبار

نویسندگان: نیکو یمانی، فردوسی رحیمی، حبیب اله رضایی

Introduction

اعتیاد یکی از چالش‌های مهم اجتماعی، بهداشتی و سیاسی در سراسر جهان است (۱). نتایج پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد که بیماری اعتیاد به عنوان یک بیماری مزمن در سراسر جهان روند رو به رشدی دارد (۱). علیرغم گستردگی ابعاد، بیماری اعتیاد قابل پیشگیری و درمان است اما درمان آن ساده نیست، زیرا ابعاد گوناگون و جنبه‌های مختلف زندگی فرد، خانواده و جامعه را مختل می‌کند (۲). بنابراین لازم است با بهره‌گیری از دانش علمی اساتید دانشگاه‌ها، دانشجویان، پژوهشگران، مراکز علمی و فرهنگی قدم‌های بلندی در جهت متوقف نمودن و یا کاهش روند رو به رشد این بلای خانمانسوز برداشت (۳).

پرستاران یکی از اعضای اصلی تیم ارائه‌دهنده خدمات آموزشی، بهداشتی، درمانی و مشاوره‌ای در این مراکز می‌باشند. با توجه به این نقش کلیدی و انکارناپذیر پرستاران در حفظ و ارتقاء سطح سلامت و بهداشت جامعه، باید آنها واجد صلاحیت‌های علمی و عملی و مهارت‌های کامل در امر آموزش پیشگیری و کنترل سوء مصرف مواد و درمان بیماری اعتیاد باشند. بنابراین دانشجویان پرستاری باید قبل از ورود به این مراکز، آموزش‌های مورد نیاز در زمینه بیماری اعتیاد را دریافت کرده باشند. باید نیازهای آموزشی دانشجویان پرستاری جهت کار در مراکز مشاوره و درمان تخصصی سوء مصرف مواد شناسایی گردد. شناخت نیازها و جهت دادن به تقاضاهای متغیر متقاضی خدمت، مداخله در فرایند خدمت و همسو کردن آن با تقاضاهای جامعه جهت افزایش بهره‌وری خدمات از نکات اساسی است (۴). اگر نیازهای آموزشی شناسایی شود می‌توان با اجرای برنامه‌های مداخله‌ای مناسب در جهت رفع آنها قدم برداشت و وضعیت سلامت مردم را بهبود بخشید. در جستجوی انجام گرفته مطالعه‌ای که به بررسی نیازهای آموزشی دانشجویان پرستاری در زمینه بیماری اعتیاد پرداخته باشد وجود نداشت.

Objectives

هدف از انجام این مطالعه تعیین نیازهای آموزشی دانشجویان پرستاری جهت کار در مراکز مشاوره و درمان تخصصی اعتیاد می‌باشد.

Study Design

این مطالعه نیازسنجی به صورت کمی و از نوع توصیفی است که در سال تحصیلی ۱۳۹۵-۱۳۹۴ در شهر اصفهان انجام گرفت.

Participan: جمعیت مورد مطالعه جهت تعیین نیازهای آموزشی، اساتید دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، پزشکان انجمن علمی درمانگران اعتیاد شهر اصفهان، پزشکان مسئولین فنی مراکز مشاوره و درمان تخصصی اعتیاد شهر اصفهان، کارشناسان معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی شهر اصفهان، گیرندگان خدمات تخصصی اعتیاد در شهر اصفهان، پرستاران مراکز مشاوره و درمان تخصصی اعتیاد شهر اصفهان، دانشجویان ترم هفت کارشناسی پرستاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و روانشناسان شاغل در مراکز مشاوره و درمان تخصصی اعتیاد شهر اصفهان بودند.

Sample Size: جهت جمع آوری داده‌ها، اساتید دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، پزشکان اصفهان، پزشکان مسئولین فنی مراکز مشاوره و درمان تخصصی اعتیاد شهر اصفهان، پزشکان انجمن علمی درمانگران اعتیاد شهر اصفهان، کارشناسان معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی شهر اصفهان، دانشجویان ترم هفت کارشناسی پرستاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، روانشناسان شاغل در مراکز مشاوره و درمان تخصصی اعتیاد و پرستاران مراکز مشاوره و درمان تخصصی اعتیاد شهر اصفهان به صورت سرشماری و گیرندگان خدمات تخصصی اعتیاد در شهر اصفهان به صورت نمونه گیری در دسترس وارد مطالعه گردیدند.

Data Gathering Tool: داده‌های مورد نیاز برای نیازسنجی با استفاده از فن دلفی جمع آوری گردید. بدین گونه که ابتدا یک پرسشنامه حاوی یک سوال بازپاسخ و تعدادی سوالات دموگرافیک، به منابع نیازسنجی پس از کسب اجازه از مسئولین مربوطه به صورت حضوری تحویل داده شد. این پرسش بازپاسخ، مربوط به وظایف کارشناس پرستاری در خصوص بیماری اعتیاد بود. محقق پرسشنامه را به صورت حضوری به جمعیت مورد مطالعه تحویل داد و در صورتی که نمونه مورد نظر اعلام می نمود که پرسشنامه را فوراً تکمیل خواهد کرد محقق منتظر می ماند و پرسشنامه تکمیل شده را تحویل می گرفت در غیر این صورت مدت زمان تعیین شده برای بازگرداندن پرسشنامه ۷ روز بود. که محقق پس از این زمان، برای تحویل گرفتن پرسشنامه‌ها مراجعه می نمود. جهت جمع آوری پرسشنامه‌ها پیگیری‌های لازم انجام گرفت. وظایف کارشناس پرستاری در خصوص بیماری اعتیاد، از دیدگاه منابع نیازسنجی، از پرسشنامه مرحله اول استخراج و دسته بندی گردید و دسته بندی انجام شده به صورت یک پرسشنامه دیگر همراه با یک نامه از طرف مدیریت مطالعات و توسعه آموزش پزشکی در اختیار جمعیت مورد مطالعه قرار گرفت و از آن‌ها درخواست گردید که وظایف را اولویت بندی نمایند. مهلت بازگرداندن پرسشنامه مرحله دوم ۱۰ روز در نظر گرفته شد. بعد از مدت مذکور پژوهشگر جهت تحویل گرفتن پرسشنامه‌ها مراجعه نمود و مواردی که هنوز بازگردانده نشده بود مشخص گردید و پیگیری لازم برای بازگرداندن آنها انجام شد. روایی صوری و محتوایی پرسشنامه با در اختیار قرار دادن پرسشنامه به ۱۰ نفر که شامل سه متخصص پرستاری، پنج متخصص آموزش پزشکی و دو نفر متخصص ترک اعتیاد بود تأیید شد.

Data Analysis: تجزیه و تحلیل داده با گرفتن میانگین و انحراف معیار در نرم افزار SPSS ورژن ۲۱ صورت گرفت و وظایفی که میانگین کمتر از ۲ داشتند از لیست وظایف کنار گذاشته شدند.

Results: در مرحله اول دلفی، پرسشنامه به ۱۴۰ نفر تحویل داده شد که ۱۲۹ نفر از آنها پرسشنامه را تکمیل نمودند. تعداد ۵۳ نفر از آنها مرد و ۷۶ نفر از آنها زن بود. در مرحله دوم دلفی پرسشنامه به ۸۰ نفر از ۱۲۰ نفری که در مرحله اول همکاری داشتند تحویل داده شد که ۷۹ نفر از آنها پرسشنامه را تکمیل نمودند که تعداد ۲۵ نفر از آنها مرد و تعداد ۵۴ از آنها زن بود. در مرحله سوم پرسشنامه به ۲۰ نفر تحویل داده شد و هر ۲۰ نفر پرسشنامه را تکمیل تأیید نمودند که ۷ نفر از آنها مرد و ۱۳ نفر از آنها زن بودند. نیازهای آموزشی استخراج شده نهایی مربوط به دانشجویان پرستاری جهت کار در مراکز ترک اعتیاد در جدول شماره یک ارائه شده است.

جدول شماره یک: نیازهای آموزشی دانشجویان پرستاری جهت کار در مراکز ترک اعتیاد

شناخت
آشنایی با تعاریف انواع پیشگیری
آشنایی با روش‌های ارتباط صحیح با فرزندان
آشنایی با اهمیت و اولویت پیشگیری بر درمان در بیماری اعتیاد

آشنایی با اصول و نکات مهم آموزش به خانواده در مواجهه با پدیده ی شوم اعتیاد
آشنایی با اصول و مفاهیم رازداری و امانت داری در حرفه پزشکی
آشنایی با اصول و نکات مهم برقراری ارتباط صحیح با فرد بیمار
آشنایی با حقوق بیماران درمقابل ارائه دهندگان خدمات آموزشی-مشاوره ای به آنان
آشنایی با مفهوم مجرم بودن یا بیمار بودن در مواجهه با معتادان
آشنایی با انواع گزینه های درمان دارویی
آشنایی با انواع گزینه های درمان غیردارویی
آشنایی با اصول آموزش فردی و گروهی
آشنایی با داروهای آگونیست و آنتاگونیست مورد استفاده در درمان اعتیاد و نام ژنریک آنها
آشنایی با مکانیسم اثر داروهای مورد استفاده در درمان اعتیاد
آشنایی با نحوه ی تنظیم دوز داروهای مورد استفاده در درمان اعتیاد
آشنایی با تداخلات دارویی و عوارض جانبی داروهای مورد استفاده در درمان اعتیاد
آشنایی با موارد منع مصرف داروهای مورد استفاده در درمان اعتیاد
آشنایی با نحوه ی مصرف دوز داروی منزل بیماران
آشنایی با شرایط فیزیکی نگهداری دارو در منزل
آشنایی با علائم و نشانه ها و اورژانس های اعتیاد در بیماران
آشنایی با خطرات بالقوه کشنده مواد موجود در بازار سیاه
آشنایی با علائم افزایش یا کاهش دوز درمانی
آشنایی با مراحل تنظیم دوز درمانی توسط پزشک درمانگر
آشنایی با راه های تجویز منطقی دارو در بیماری اعتیاد
آشنایی با اصول مهارت های مراقبت از خود، کنترل خشم، مهارت های اجتماعی و تقویت حس امنیت در بیماری اعتیاد
آشنایی با مراقبت های بهداشت فردی و محیط کار
آشنایی با اصول اولیه بهداشت و پاکیزگی وسایل و لوازم مورد استفاده روزانه در مرکز شناخت بیماران به چهره و تطابق با پرونده ی آنها در مرکز جهت ارائه خدمات مراقبتی-درمانی
آشنایی با اصطلاحات و اختصارات و فرهنگ لغات پزشکی در دستورات پزشک
آشنایی با اصول و فنون پرستاری در بیماری اعتیاد
آشنایی با فرایند پرستاری در راستای اجرای دستورات پزشک در پرونده بیماران
آشنایی با مراقبت از بیمار از طریق Tele Care
آشنایی با انواع مواد مخدر، محرک و روانگردان
آشنایی با فیزیولوژی طبیعی بدن و پاتولوژی ناشی از سوء مصرف مواد
آشنایی با ابعاد جسمی و روحی بیمار معتاد
آشنایی با اصول برنامه ریزی براساس فرایند پرستاری بیماران معتاد
آشنایی با نحوه ی نمونه گیری، انجام و تفسیر جواب تست عدم اعتیاد

آشنایی با انواع تست های غربالگری و تشخیصی بیماری های خاص ناشی از اعتیاد
آشنایی با اصول و نحوه ی مراقبت از بیمار تحت درمان داروهای جایگزین
آشنایی با فرم ۸ پرستاری
آشنایی با نحوه ثبت داروی تحویلی در فرم ۸ پرستاری
آشنایی با دفتر کار روزانه
آشنایی با نحوه ی ثبت مراقبت های پرستاری در دفتر کار روزانه
آشنایی با نحوه ی صدور کارت شناسایی و درج تاریخ مراجعات بعدی در پشت آن
آشنایی با پرونده بیمار
آشنایی با ثبت جواب آزمایشات پاراکلینیک در پرونده ی هر بیمار
آشنایی با اصول تشخیصی و علایم انواع مسمومیت ها و اقدامات مراقبتی-درمانی متناسب با نوع مسمومیت
آشنایی با مقدار، زمان و راه تجویز داروها و آنتی دوت دارویی در درمان مسمومیت های دارویی
آشنایی با اصول مدیریت اثربخش و تصمیم گیری و تعیین تکلیف به موقع جهت ارجاع و یا پذیرش بیمار
آشنایی با داروها و لوازم پزشکی استاندارد موجود در ترالی احیاء
آشنایی با نحوه کنترل داروها و لوازم پزشکی استاندارد موجود در ترالی احیاء
آشنایی با وظایف پرستار در همکاری تنگاتنگ با تیم درمانگر در احیا احتمالی بیمار
آشنایی با مراحل احیای بیمار
آشنایی با نحوه ی استفاده ی سریع و به موقع از داروها و سایر تجهیزات و لوازم پزشکی ترالی و اتاق احیاء
آشنایی با مراقبت های قابل ارائه در منزل
آشنایی با شرح وظایف فردی در محل کار براساس برنامه ی فعالیت روزانه ی مرکز
آشنایی با قوانین و مقررات پرسنلی در مراکز مشاوره و درمان تخصصی اعتیاد
آشنایی با فرم ها و دفاتر ثبت دارویی و مستند سازی خدمات پرستاری در مرکز
آشنایی با تقویم های میلادی و شمسی جهت رعایت تاریخ انقضاء داروها
آشنایی با شرایط فیزیکی نگهداری داروها وسایر لوازم پزشکی در مرکز
آشنایی با نحوه ثبت منظم و مرتب فاکتورهای دریافتی و دفاتر مربوط به دارو در دفتر ثبت داروهای مخدر
آشنایی با نحوه گزارش غیبت بیماران به پزشک درمانگر
آشنایی با نحوه گزارش پیشنهادات و انتقادات به پزشک درمانگر
آشنایی با نحوه گزارش پیگیری ادامه درمان بیماران به پزشک درمانگر
آشنایی با اصول همکاری بین حرفه ای
آشنایی با شرح وظایف و خدمات مکمل سایر بخش های نظام سلامت جامعه در کمک به فرد و خانواده بیمار
آشنایی با دفتر پذیرش و آمار بیماران و سهمیه ی دارویی و سایر لوازم مورد نیاز ماهیانه ی مرکز
آشنایی با فرم های گزارش دهی ماهیانه، فصلی و سالیانه
آشنایی با نحوه تکمیل فرم های گزارش دهی ماهیانه، فصلی و سالیانه به مراجع ذی ربط
نگرش:

علاقه مندی به طب پیشگیری و ارتقاء سطح سلامت فرد و جامعه
علاقه مندی به کرامت انسانی و احترام به فرد بیمار
علاقه مندی به رعایت حقوق بیمار
اعتقاد به سهیم بودن فرد و خانواده در انتخاب گزینه درمان
درک اهمیت درمان علمی و دارویی بیماری‌ها، اعتیاد در مقایسه با سایر درمان‌های غیرعلمی اعتیاد
علاقه مندی به مشارکت فرد جهت مصرف داروی منزل
علاقه مندی به رعایت اصول صحیح نگهداری داروی منزل
علاقه مندی به تفهیم رعایت سطح درمانی دارو و پیشگیری از مصرف دوز بیش از حد
علاقه مندی به آموزش مهارت‌های مراقبت از خود، کنترل خشم، مهارت‌های اجتماعی و تقویت حس امنیت به بیمار
علاقه مندی به رعایت بهداشت فردی، محیط کار و الگو بودن برای مراجعین به مرکز
علاقه مندی به مستندسازی در پرونده مراجعین
علاقه مندی به ایفای نقش مؤثر در ارائه خدمات مراقبتی-درمانی به بیماران
علاقه مندی به ارائه مراقبت و پیگیری درمان بیماران در منزل
علاقه مندی به صرف وقت برای تنظیم دوز داروی مصرفی بیماران در منزل
علاقه مندی به کمک به بیمار در زمینه مصرف دوز منزل
علاقه مندی به شناسایی علائم وابستگی و ترک مواد
علاقه مندی به شرکت در جلسات Care Plan بیماران
علاقه مندی به مراقبت و درمان بیماران براساس برنامه منظم
علاقه مندی به انجام تست‌های عدم اعتیاد بیماران جهت تسریع در تشخیص
علاقه مندی به کمک به تیم درمانگر در تشخیص زودرس بیماری‌های خاص
نگرش مثبت به درمان جایگزین در بیماران معتاد
علاقه مندی به مستندسازی مراقبت‌های پرستاری
علاقه مندی به رعایت نظم و ترتیب و نوبت مراجعات به مرکز
پذیرش اصول مستندسازی پزشکی و پرستاری
علاقه مندی به نجات بیمار
علاقه مندی به پذیرش و یا ارجاع به موقع بیماران معتاد
ارزش قائل شدن به مهیا بودن داروها و لوازم پزشکی توالی احیا جهت نجات جان بیمار
اهمیت به نجات جان انسان‌ها
پذیرش مسئولیت در تیم احیا
علاقه مندی به حضور به موقع در مرکز
علاقه مندی به نظم‌پذیری در محل کار
علاقه مندی به ثبت دقیق آمارهای دارویی و مواد مصرفی
علاقه مندی و احساس تعهد نسبت به رعایت استانداردهای حفظ و نگهداری داروها و لوازم پزشکی

علاقه مندی به ارتقاء کمی و کیفی ارائه خدمات
علاقه مندی به مشارکت همگانی در ارتقاء سطح سلامت جسمی و روحی بیماران
علاقه مندی به مشارکت در ارتقاء سطح سلامت جامعه
علاقه مندی به انجام صحیح و اصولی امور اداری
علاقه مندی به در دسترس بودن اقلام دارویی و سایر لوازم مورد نیاز مرکز
علاقه مندی و تعهد نسبت به مستندسازی و گزارش عملکرد تیم درمانگر به مراجع ذی ربط
مهارت:
توانایی برقراری ارتباط صحیح با خانواده ها
توانایی آموزش پیشگیری سطح اول به خانواده در جهت ارتباط صحیح با فرزندان
توانایی برقراری ارتباط صحیح و جلب اعتماد فرد بیمار معتاد
توانایی ارائه گزینه های درمان دارویی و غیردارویی به فرد و خانواده متناسب با نوع اعتیاد
توانایی ارائه آموزش فردی به بیمار در خصوص داروهای جایگزین
توانایی آموزش در خصوص نحوه ی مصرف دوز داروی منزل به بیماران
توانایی ارائه آموزش در خصوص نحوه ی نگهداری داروی منزل به بیماران
توانایی ارائه آموزش در خصوص علایم مسمومیت های دارویی و اورژانس های اعتیاد به بیماران
توانایی ارائه آموزش به بیمار در زمینه ی سوء مصرف مواد، علایم عود و خطرات مصرف وریدی داروهای مخدر
توانایی ارائه آموزش مهارت های مراقبت از خود، کنترل خشم، مهارت های اجتماعی و تقویت حس امنیت به بیمار
توانایی شستشوی روزانه وسایل اندازه گیری داروی تحویلی به بیماران
توانایی تشخیص هویت بیماران به چهره و تطابق با پرونده ی آنان جهت ارائه خدمات مراقبتی-درمانی
توانایی اجرای صحیح دستورات پزشک
توانایی اجرای فرایند پرستاری در صورت بروز عوارض دارویی
توانایی پیگیری و مراقبت از بیمار در منزل تا رسیدن به بهبودی کامل
توانایی تشخیص علایم وابستگی به انواع مواد
توانایی تدوین طرح درمان هر بیمار Care Plan به همراه تیم درمانگر
توانایی برنامه ریزی برای مراقبت و درمان بیماران براساس فرایندهای پرستاری
توانایی عملی اخذ نمونه ادرار، انجام تست عدم اعتیاد و تفسیر آن
توانایی ارائه گزارش نتیجه به پزشک درمانگر
توانایی عملی پایش وضعیت سلامت جسمی و روحی بیماران
توانایی انجام مراقبت های ویژه در هنگام سم زدایی بیمار
توانایی ثبت داروی تحویلی در فرم ۸ پرستاری
توانایی ثبت مراقبت های درمانی در هر شیفت کاری در دفتر Log Book
توانایی تنظیم نوبت مراجعه ی بیماران به مرکز و ثبت در کارت و یادآوری به آنها
توانایی ثبت جواب آزمایشات پاراکلینیک در پرونده ی هر بیمار

توانایی تشخیص و درمان به موقع مسمومیت های دارویی به همراه تیم درمانگر
توانایی برقراری همکاری درون بخشی، بین بخشی و برون بخشی به منظور مراقبت و درمان به موقع بیمار
توانایی آماده سازی و کنترل ترالی احیا
توانایی استفاده بهینه و به موقع از وسایل و تجهیزات ترالی احیاء
توانایی همکاری و ایفای نقش در احیاء بیمار
توانایی ارائه خدمات پیگیری به بیماران پس از ترخیص با استفاده از Tele nursing
توانایی حضور فیزیکی در محل کار جهت ارائه خدمات و سایر وظایف
توانایی عملی ارائه خدمات پرستاری با ظاهری آراسته و مسئولیت پذیری در مرکز
توانایی ثبت آمارهای دارویی و مواد مصرفی مرکز
توانایی قرائت تاریخ انقضاء داروها،تنظیم دمای فیزیکی مکان نگهداری داروها و رعایت استانداردهای لازم
توانایی ثبت منظم و مرتب فاکتورهای دریافتی و دفاتر مربوط به دارو در دفتر ثبت داروهای مخدر
توانایی ارائه گزارش غیبت بیماران،پیشنهادات،انتقادات و نتیجه ی پیگیری ادامه ی درمان بیماران به پزشک درمانگر
توانایی مشارکت و همکاری با سایر حرفه ها در امر مراقبت و درمان افراد بیمار
توانایی درگیر کردن و سهیم نمودن سایر بخش های نظام سلامت جامعه
توانایی ایجاد هماهنگی و تناسب بین میزان درخواست ماهیانه ی دارو و سایر اقلام مورد نیاز در مرکز
توانایی تکمیل فرم و ارائه آمار ماهیانه، فصلی و سالیانه به مراجع ذی ربط

همان گونه که جدول شماره یک نشان می دهد ۱۵۰ نیاز به عنوان نیازهای آموزشی دانشجویان پرستاری جهت کار در مراکز مشاوره و درمان تخصصی اعتیاد شناسایی شد. نیازها در سه دسته نیازهای حیطه شناختی (۶۹ نیاز آموزشی)، نیازهای حیطه عاطفی (۳۹ نیاز آموزشی) و نیازهای حیطه روانی حرکتی (۴۲ نیاز آموزشی) قرار گرفتند.

Conclusion:

هدف از انجام این مطالعه تعیین نیازهای آموزشی دانشجویان پرستاری جهت کار در مراکز مشاوره و درمان تخصصی اعتیاد بود. ۱۵۰ نیاز آموزشی در سه حیطه شناختی، نگرشی و عاطفی شناسایی شد. در این مطالعه بیشترین نیاز آموزشی در حیطه شناختی بود. البته این موضوع دور از انتظار نبود بدین دلیل که در طراحی بیشتر دوره های آموزشی به حیطه شناختی توجه ی بیشتری شده است (۵). این نتایج نشان دهنده این موضوع است که تمرکز ویژه ای باید بر روی حیطه شناختی پرستاران صورت پذیرد و اگر دوره ای آموزشی در نظر گرفته شود باید حجم عمده ای از این دوره مربوط به حیطه شناختی باشد. حیطه روانی حرکتی رتبه دوم بیشترین نیاز آموزشی را به خود اختصاص داد و این نشان از آن دارد که باید به این حیطه جهت پرستاران توجه ی ویژه نمود. توجه نمودن به مهارت های روانی حرکتی یکی از ضعف های اساسی در آموزش علوم پزشکی کنونی می باشد به عنوان نمونه در مطالعه ای ۵۱/۶ درصد پرستاران معتقد بودند که تحصیلات دانشگاهی به میزان متوسط و ۲۰/۴ درصد معتقد بودند که تحصیلات دانشگاهی به میزان کم آنان را برای کار، آماده کرده بود (۶). در این مطالعه حیطه عاطفی ۳۹ نیاز آموزشی را به خود اختصاص داد. به یادگیری عاطفی یا توجه به بخش هیجانی یادگیری در نظام آموزشی، کم بها داده شده، و اگر هم در برخی برنامه های آموزشی این اهداف ذکر شده است، استراتژی یادگیری و ایجاد آنها و نیز ارزیابی میزان دست یابی به این اهداف، مورد فراموشی واقع شده است (۷ تا ۹).

با توجه به نیازهای آموزشی تهیه شده که مبتنی بر وظیفه ی پرستاران در مراکز مشاوره تخصصی و درمان اعتیاد می باشد، پیشنهاد می گردد بسته ای آموزشی جهت آموزش دانشجویان پرستاری با توجه به نیازهای آموزشی تهیه گردد.

Keywords :

need assessment, addiction, nursing

کد: ۱۸۱۶

حیطه: تدوین و بازنگری برنامه‌های آموزشی

بسته آموزشی در خصوص بیماری اعتیاد برای دانشجویان پرستاری

نویسندگان: نیکو یمانی، فردوسی رحیمی، حبیب اله رضایی

Introduction

در نظام PHC و در مراکز مشاوره و درمان تخصصی سوء مصرف مواد، پرستاران از اعضای اصلی تیم ارائه دهنده خدمات آموزشی، بهداشتی، درمانی و مشاوره‌ای می‌باشند. با توجه به این نقش کلیدی و انکارناپذیر پرستاران در حفظ و ارتقاء سطح سلامت و بهداشت جامعه، باید آنها واجد صلاحیت‌های علمی و عملی و مهارت‌های کامل در امر آموزش پیشگیری و کنترل سوء مصرف مواد و درمان بیماری اعتیاد باشند. در بررسی‌های به عمل آمده از دروس کارآموزی در عرصه بهداشت جامعه دانشجویان پرستاری هیچ سرفصل مشخصی در این زمینه وجود ندارد (۱) و در جستجوی صورت گرفته هیچ بسته آموزشی مدونی در خصوص بیماری اعتیاد به عنوان منبع مورد استفاده پرستاران وجود ندارد (هر چند چنین برنامه‌ای برای رشته‌هایی مثل روانشناسی، جامعه‌شناسی و ارتباطات اجتماعی پیش بینی شده است) و آموزش مشخصی نیز در زمینه پیشگیری و درمان اعتیاد نیز به پرستاران داده نمی‌شود (۲ و ۳). همچنین با توجه به نظرخواهی به عمل آمده از ذینفعان و اقرار صریح آنان مبنی بر پایین بودن سطح دانش، آگاهی و نگرش و مهارت بالینی دانشجویان پرستاری در خصوص بیماری اعتیاد ضرورت طراحی بسته آموزشی در خصوص بیماری اعتیاد برای دانشجویان پرستاری با هدف ارتقاء سطح دانش، آگاهی، نگرش و مهارت بالینی پرستاران جهت ارائه خدمات پیشگیری و کنترل سوء مصرف مواد و کاهش تقاضا و درمان بیماری اعتیاد در عرصه بهداشت جامعه، محرز شد.

Objectives

هدف از انجام این مطالعه طراحی بسته آموزشی در خصوص بیماری اعتیاد برای دانشجویان پرستاری بود.

Study Design

فرایند طراحی این بسته در سال ۹۵-۱۳۹۴ در اصفهان انجام شد. طراحی آموزشی این بسته با استفاده از مدل طراحی آموزشی ADDIE انجام گردید. این پژوهش توصیفی منطبق با دو مرحله، از مدل طراحی آموزش ADDIE بود. در ابتدا، نیازهای آموزشی ذی‌نفعان شناسایی گردید. نیازسنجی منطبق با مرحله ۱ مدل ADDIE است (تحلیل Analysis). جمعیت مورد مطالعه جهت تعیین نیازهای آموزشی اساتید دانشکده پرستاری، پزشکان، پرستاران و گیرندگان خدمات تخصصی اعتیاد مراکز مشاوره و درمان تخصصی اعتیاد بود. داده‌های مورد نیاز برای نیازسنجی با استفاده از فن دلفی در سه مرحله با استفاده از پرسشنامه جمع‌آوری گردید. اهداف بسته‌ی آموزشی با توجه به نیازهای مشخص شده در مرحله‌ی قبل تعیین و سپس محتوای مناسب با استفاده از کتب و نظر متخصصین تدوین گردید. محتوای تدوین شده سازماندهی شد و روش مناسب تدریس و ارزشیابی جلسات و بسته آموزشی تعیین گردید که این مراحل، منطبق بر مرحله ۲ مدل ADDIE است (طراحی).

Participan

جمعیت مورد مطالعه جهت تعیین نیازهای آموزشی، اساتید دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، پزشکان انجمن علمی درمانگران اعتیاد شهر اصفهان، پزشکان مسئولین فنی مراکز مشاوره و درمان تخصصی اعتیاد شهر اصفهان، کارشناسان معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی شهر اصفهان، گیرندگان خدمات تخصصی اعتیاد در شهر اصفهان، پرستاران مراکز مشاوره و درمان تخصصی اعتیاد شهر اصفهان، دانشجویان ترم هفت کارشناسی پرستاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و روانشناسان شاغل در مراکز مشاوره و درمان تخصصی اعتیاد شهر اصفهان بودند.

Sample Size

جهت جمع‌آوری داده‌ها، اساتید دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، پزشکان مسئولین فنی مراکز مشاوره و درمان تخصصی اعتیاد شهر اصفهان، پزشکان انجمن علمی درمانگران اعتیاد شهر اصفهان، کارشناسان معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی شهر اصفهان، دانشجویان ترم هفت کارشناسی پرستاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، روانشناسان شاغل در مراکز مشاوره و درمان تخصصی اعتیاد و پرستاران مراکز مشاوره و

درمان تخصصی اعتیاد شهر اصفهان به صورت سرشماری و گیرندگان خدمات تخصصی اعتیاد در شهر اصفهان به صورت نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه گردیدند.

Data Gathering Tool

داده‌های مورد نیاز برای نیازسنجی با استفاده از فن دلفی جمع‌آوری گردید. بدین گونه که ابتدا یک پرسش‌نامه حاوی یک سوال بازپاسخ و تعدادی سوالات دموگرافیک، به منابع نیازسنجی پس از کسب اجازه از مسئولین مربوطه به صورت حضوری تحویل داده شد. این پرسش‌نامه بازپاسخ، مربوط به وظایف کارشناس پرستاری در خصوص بیماری اعتیاد بود. محقق پرسشنامه را به صورت حضوری به جمعیت مورد مطالعه تحویل داد و در صورتی که نمونه مورد نظر اعلام می‌نمود که پرسشنامه را فوراً تکمیل خواهد کرد محقق منتظر می‌ماند و پرسشنامه تکمیل شده را تحویل می‌گرفت در غیر این صورت مدت زمان تعیین شده برای بازگرداندن پرسش‌نامه ۷ روز بود. که محقق پس از این زمان، برای تحویل گرفتن پرسشنامه‌ها مراجعه می‌نمود. جهت جمع‌آوری پرسش‌نامه‌ها پیگیری‌های لازم انجام گرفت. وظایف کارشناس پرستاری در خصوص بیماری اعتیاد، از دیدگاه منابع نیازسنجی، از پرسشنامه مرحله اول استخراج و دسته‌بندی گردید و دسته‌بندی انجام شده به صورت یک پرسش‌نامه دیگر همراه با یک نامه از طرف مدیریت مطالعات و توسعه آموزش پزشکی در اختیار جمعیت مورد مطالعه قرار گرفت و از آن‌ها درخواست گردید که وظایف را اولویت‌بندی نمایند. مهلت بازگرداندن پرسشنامه مرحله دوم ۱۰ روز در نظر گرفته شد. بعد از مدت مذکور پژوهشگر جهت تحویل گرفتن پرسشنامه‌ها مراجعه نمود و مواردی که هنوز بازگردانده نشده بود مشخص گردید و پیگیری لازم برای بازگرداندن آنها انجام شد. روایی صوری و محتوایی پرسشنامه با در اختیار قرار دادن پرسشنامه به ۱۰ نفر که شامل سه متخصص پرستاری، پنج متخصص آموزش پزشکی و دو نفر متخصص ترک اعتیاد بود تأیید شد. بعد از جمع‌آوری وظایف اولویت‌بندی شده، نسخه نهایی وظایف اولویت‌بندی شده در اختیار ۵ نفر از اساتید گروه پرستاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و ۵ نفر از متخصصین مراکز مشاوره و درمان اعتیاد قرار داده شد و تأیید نهایی وظایف انجام گرفت. پس از تأیید نهایی وظایف، نیازهای آموزشی مربوط به هر وظیفه با استفاده از دیدگاه ۱۰ نفر از اساتید دانشکده پرستاری و مامایی و ۱۰ نفر از متخصصین مراکز مشاوره و درمان اعتیاد که به صورت هدفمند انتخاب شدند استخراج شد. وظایف و نیازهای استخراج شده در سه جلسه فوکوس گروه (این جلسات فوکوس گروه از ۷ نفر از متخصصان شامل اساتید دانشکده پرستاری، متخصصان مراکز ترک اعتیاد و متخصصان آموزش پزشکی تشکیل شد) مورد تأیید نهایی قرار گرفت.

Results

در مرحله اول دلفی، پرسشنامه به ۱۴۰ نفر تحویل داده شد که ۱۲۹ نفر از آنها پرسشنامه را تکمیل نمودند. تعداد ۵۳ نفر از آنها مرد و ۷۶ نفر از آنها زن بود. در مرحله دوم دلفی پرسشنامه به ۸۰ نفر از ۱۲۰ نفری که در مرحله اول همکاری داشتند تحویل داده شد که ۷۹ نفر از آنها پرسشنامه را تکمیل نمودند که تعداد ۲۵ نفر از آنها مرد و تعداد ۵۴ از آنها زن بود. در مرحله سوم پرسشنامه به ۲۰ نفر تحویل داده شد و هر ۲۰ نفر پرسشنامه را تکمیل تأیید نمودند که ۷ نفر از آنها مرد و ۱۳ نفر از آنها زن بودند. در نهایت این بسته آموزشی در ۵ درس تهیه شد و شامل یک مقدمه و یک قسمت پیوست می‌باشد که در مجموع شامل ۱۸۰ صفحه می‌باشد. همچنین روش شناسی تهیه بسته در فصل مقدمه نگاشته شده است.

Conclusion

هدف از انجام این پژوهش تدوین بسته آموزشی در خصوص بیماری اعتیاد برای دانشجویان پرستاری بود. این بسته در ۵ درس تهیه گردید. یک از ویژگی‌های برجسته این بسته نگاشتن اهداف، روش تدریس و روش ارزشیابی برای هر جلسه می‌باشد. پیشنهاد می‌گردد پژوهشگران که قصد تدوین بسته‌های آموزشی را دارند به این نکات توجه لازم را مبذول فرمایند و یک ویژگی برجسته‌ای دیگر که در این بسته به آن توجه گردیده

است نحوه ارزشیابی خود بسته آموزشی است که در کمتر بسته آموزشی بدان توجه گردیده است. از لحاظ محتوایی این بسته در برگزیده ی محتواهایی جهت پاسخگویی به تمامی نیازهای آموزشی است که یک پرستار برای انجام دادن نقش های آموزشی- مشاوره ای، مراقبتی-درمانی و مدیریتی- اداری در مراکز مشاوره و درمان تخصصی اعتیاد عهده دار خواهد بود. این بسته آموزشی علاوه بر کاربرد ویژه در رشته کارشناسی پرستاری قابلیت کاربرد برای استفاده در رشته های کارشناسی ارشد مانند بهداشت روان، روانشناسی بالینی، آموزش پرستاری، پرستاری سلامت جامعه و روان پرستاری را دارد. این بسته همچنین قابلیت کاربرد برای رشته ی کارشناسی ارشد پرستاری سلامت جامعه را دارد. بدین دلیل که، یکی از جایگاههای شغلی دانش آموختگان کارشناسی ارشد پرستاری سلامت جامعه، مراکز درمان اعتیاد معرفی شده است. با توجه به این موضوع که وظایف پرستار در مراکز مشاوره و درمان تخصصی اعتیاد در قالب وظایف آموزشی-مشاوره ای، مراقبتی- درمانی و مدیریتی- اداری دسته بندی شده است و نیازهای آموزشی با توجه به این وظایف استخراج شده و برای این وظایف محتوای مناسب استخراج گردیده است، محتوای این بسته، منبع ارزشمندی در راستای توانمندسازی علمی و مسئولیت پذیری عملی پرستاران جهت انجام وظیفه در مراکز مشاوره و درمان تخصصی اعتیاد می باشد. پیشنهاد می گردد اساتید دانشکده پرستاری و متخصصان مراکز مشاوره و درمان تخصصی اعتیاد، که در آموزش دانشجویان نقش دارند، از این بسته ی آموزشی به عنوان منبعی مفید و کاربردی استفاده نمایند

Keywords :

Educational package, nursing, ADDIE model

کد: ۱۸۲۰

حیطه: تدوین و بازنگری برنامه های آموزشی

تبیین تجارب دانشجویان کارشناسی بهداشت عمومی از دوره آموزش در عرصه

نویسندگان: حوریه رحیمی نیا، سلیمان احمدی، الهه رحیمی نیا

:Introduction

مقدمه: امروزه امر آموزش به معنای فراهم ساختن امکانات و تسهیلاتی است که فراگیران علاوه بر کسب اطلاعات و معلومات نظری بتوانند آن ها را به صورت کاربردی در یک رشته از دانش ها و فنون به کار بگیرند. هم چنین بررسی های دوره ای به عنوان اولین گام ضروری به منظور شناخت عمیق تر از مشکلات، دستیابی به اطلاعات و راهکار های جدیدتر را نیز مطرح می سازد. لذا جهت افزایش درک چالش های آموزش بالینی، مطالعه ی حاضر با هدف تبیین تجارب دانشجویان کارشناسی بهداشت عمومی از دوره آموزش در عرصه در دانشگاه علوم پزشکی قم انجام شد.

:Study Design

روش کار: در این پژوهش کیفی مشارکت کنندگان شامل دانشجویان مقطع کارشناسی بهداشت عمومی در دانشکده بهداشت بوده که با روش نمونه گیری مبتنی بر هدف در سال ۹۵ انتخاب شدند، هم چنین مصاحبه ها به صورت نیمه ساختاریافته انجام شد. علاوه بر مصاحبه انفرادی از مصاحبه گروهی نیز در این پژوهش استفاده شد و در این مطالعه با توجه به اشباع داده ها نمونه گیری ادامه داشت. پس از گردآوری اطلاعات از نمونه ها به تعداد یازده نفر، داده ها به روش تحلیل محتوا مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

:Results

یافته ها: از یافته های مطالعه حاضر چهار درون مایه اصلی و تعدادی درون مایه فرعی حاصل شد که شامل ضعف آمادگی دانشجویان برای ورود به عرصه، ضعف ارتباط دانشکده و مراکز و پایگاه های بهداشتی، برنامه ریزی درسی نامناسب و انتظارات از کارآموزی بود.

Conclusion

طبق نتایج مطالعه، اکثر دانشجویان در دوران کارآموزی در عرصه با مشکلات متعددی مواجه هستند که خواستار ارتقاء فرآیندهای آموزشی دروس نظری و عملی در دوران تحصیل خود می‌باشند. لذا پیشنهاد می‌گردد با ارائه برنامه درسی نظری تلفیق شده با برنامه عملی، اجرای شیوه‌های تدریس و ارزیابی مناسب باعث افزایش کیفیت آن گردند.

Keywords

کلید واژه: تجارب دانشجویان، بهداشت، تحقیق کیفی، تحلیل محتوا

کد: ۱۵۴۱

حیطه: تدوین و بازنگری برنامه‌های آموزشی

تدوین کوریکولوم مبتنی بر توانمندی دوره دستیاری بیماریهای عفونی

نویسندگان: مهناز رواق، کیارش قزوینی، فرشید عابدی

Introduction

آموزش مبتنی بر توانمندی رویکردی نوین در برنامه ریزی آموزشی است که تأکید اصلی آن بر شناسایی و اندازه‌گیری پیامدهای یادگیری و یا توانمندی‌هایی است که برای طبابت مؤثر حرفه‌ای در زندگی واقعی لازم می‌باشد. توانمندی شامل دانش، نگرش و مهارتی است که بصورت عملکرد مؤثر تبلور پیدا میکند.

Objectives

هدف از این مطالعه طراحی و تدوین کوریکولوم مبتنی بر توانمندی رشته بیماریهای عفونی بود

Study Design

این مطالعه یک طرح توسعه‌ای با روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف می‌باشد که شیوه‌گردآوری اطلاعات بصورت میدانی و کتابخانه‌ای بود. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه و سوالات بصورت طیفی و براساس سیستم امتیازدهی لیکرت طراحی شده بود. داده‌ها طی ۳ مرحله جمع‌آوری گردید در ابتدا نظرات اعضای هیئت علمی، متخصصین درمانی و رزیدنت‌های عفونی در خصوص اولویت‌های نیاز آموزشی دوره دستیاری عفونی گرفته شد و براساس شش توانمندی (Competency) توصیه شده توسط ACGME (هیئت اعتباربخشی آموزش تخصصی پزشکی) در ۲۰۰ بند طبقه‌بندی شد. سپس اولویت آموزشی در هر یک از توانمندیها بترتیب مشخص شد.

Results

بیشترین میانگین امتیاز نیاز آموزشی در میان شش توانمندی حرفه‌ای گرای Professionalism بود و کمترین نیاز آموزشی به آموزش System-Based Practice بود. بر اساس میانگین و انحراف استاندارد بدست آمده امتیازات هر کدام از توانمندیها محاسبه و عناصر آموزشی در ۳ طبقه Must to learn, Better to learn و Nice to learn مشخص گردیدند همچنین نظرات اساتید در خصوص ضرورت و مدت زمان پیشنهادی چرخش هر بخش بالینی بدست آمد و نهایتاً کوریکولوم مبتنی بر توانمندی دستیاری عفونی تدوین گردید که در مقاله‌نهایی ارائه خواهد شد.

Conclusion

کوریکولوم تدوین شده در مقایسه با کوریکولوم موجود رشته بیماریهای عفونی، اولاً مبتنی بر توانمندی است ثانیاً به آموزش سرپایی بیشتر توجه شده است ثالثاً به روتیشن های آموزشی موردنیاز نگاهی جامع دارد. پیشنهاد می شود در سایر رشته ها کوریکولوم ها مبتنی بر توانمندی طراحی گردد و جایگزین کوریکولومهای موجود گردند.

Keywords:

کوریکولوم ، مبتنی بر توانمندی، بیماریهای عفونی

کد: ۱۵۷۵

حیطه: تدوین و بازنگری برنامه های آموزشی

طراحی و اجرای روش یادگیری تلفیقی در آموزش پرستاری: تلفیق روش های حل مسئله (PBL) و ایفای نقش در بخش عملی فرآیند آموزش به بیمار

نویسندگان: سارا شهسواری اصفهانی

Introduction

با توجه به پیشرفت روزافزون علم در رشته پرستاری و با توجه به این که رشته پرستاری ترکیبی از علوم نظری و بالینی به صورت توأم می باشد نیاز به استفاده از رویکردهای نوین آموزشی در این رشته احساس می شود. یادگیری تلفیقی، یک برنامه آموزشی مبتنی بر استفاده هم زمان از چندین روش آموزشی است که در نهایت باعث صرفه جویی در وقت، هزینه و بهبود عملکرد بالینی می شود.

Objectives

هدف از انجام این مطالعه نیز تعیین تاثیر استفاده هم زمان از دو روش یادگیری حل مسئله و ایفای نقش در تدریس بخش عملی فرآیند آموزش به بیمار بر میزان یادگیری و رضایتمندی دانشجویان سال اول پرستاری می باشد.

Study Design

این مطالعه کمی بر روی ۵۰ نفر از دانشجویان سال اول پرستاری در ترم اول سال تحصیلی ۹۶ - ۹۵ در بخش عملی درس فرآیند آموزش به بیمار به اجرا در آمد. در این مطالعه به منظور تدوین و طراحی برنامه آموزشی برای یک مددجو و ارائه آن در کلاس و یا در بیمارستان از روش تلفیقی حل مسئله (problem-based learning) و ایفای نقش (Role playing) استفاده شد. در ابتدا دانشجویان به ۱۰ گروه ۵ نفره تقسیم شدند ، هر گروه یک نماینده داشت که وظیفه وی تقسیم عادلانه کار بین اعضای گروه، نظارت بر اجرای تکالیف توسط اعضا و همچنین ارائه برنامه گروه به مدرس قبل از شروع کار عملی بود. سپس گایدلاین در اختیار دانشجویان قرار داده شد که در آن وظایف دانشجویان در هر یک از گام های شش گانه با ذکر تاریخ مشخص گردیده بود. برای هر گروه از دانشجویان ، یک بیماری در نظر گرفته شد (مثلاً آپاندیسیت ، کاتاراکت ، پرکاری تیروئید و) و دانشجویان موظف بودند طبق گاید لاین عمل کرده و در تاریخ های مشخص شده تکالیف خود را انجام دهند . مثلاً در گام اول یک بیماری (یک مشکل) برای هر گروه از دانشجویان در نظر گرفته شد. دانشجویان هر گروه موظف بودند به روش حل مسئله و از الگویی که در اختیار آنان قرار داده شده بود تبعیت کرده و شرح حال کاملی از بیمار مورد نظر تهیه نمایند. در گام دوم، هر گروه به کتابخانه مراجعه کرده ، بیماری مورد نظر را مورد مطالعه قرار داده و یک پاورپوینت کوتاه از بیماری تهیه نمایند. در گام سوم، دانشجویان هر گروه با شرح حال بیمار خود به مدرس مراجعه نموده و پس از توافق گروه در مورد نیازهای آموزشی بیمار مربوطه و هماهنگی قبلی با مدرس ، اهداف آموزشی (اهداف کلی ، جزئی و

رفتاری) برای بیمار نوشته می شد. هر گروه در جلسه تعیین شده، اهداف آموزشی خود را ارائه داده و سایر گروه ها در مورد صحت اهداف نوشته شده اظهار نظر می کردند. در گام چهارم، هر گروه پس از مطالعه و بررسی های لازم، برنامه آموزشی مناسب برای بیمار خود را در قالب پمفلت، لیفلت، پاورپوینت و یا فیلم های آموزشی آماده کرده و در کلاس ارائه می داد. در گام پنجم، از هر گروه یک دانشجو به عنوان بیمار و یک دانشجو به عنوان پرستار آموزش دهنده، اقدام به ارائه آموزش به بیمار به روش ایفای نقش (در قالب نمایش کوتاه) در حضور سایر دانشجویان کلاس و استاد مربوطه می نمودند. در گام ششم، روش آموزش به بیمار ارائه شده در هر گروه توسط سایر دانشجویان کلاس مورد ارزشیابی قرار می گرفت و نقاط قوت و ضعف آموزش به بیمار توسط دانشجویان بیان می گردید. مدرس نیز در تمام مراحل نقش تسهیل کننده داشته و در تهیه پاورپوینت، پمفلت، لیفلت و یا پیدا کردن فیلم های آموزشی مربوط به بیماری ها، دانشجویان را هدایت کرده و در روش ایفای نقش دانشجویان و اعضای گروه را مورد مشاهده، بازخورد، راهنمایی مناسب و در نهایت مورد ارزشیابی قرار می داد. علاوه بر این، مدرس صحنه را آماده کرده و به دانشجویان تذکر می داد که در مقابل جمع راحت باشند، به خوبی مشاهده شوند و صحبت آنها به وضوح شنیده شود، همچنین به دانشجویان اطمینان می داد که تهدیدی در محیط وجود ندارد. روش ایفای نقش در مدت زمان ۱۵ - ۱۰ دقیقه به اجرا در می آمد. مدرس زمانی را نیز به بحث و تجزیه و تحلیل در مورد نقش ایفا شده اختصاص داده و بحث و گفتگو در مورد احساسات و نگرانی های سایر دانشجویان، نتایج و آنچه که یاد گرفته شده بود صورت می گرفت. استفاده از رسانه ها و وسایل کمک آموزشی نیز در امر آموزش دانشجویان الزامی بود. سپس چک لیست ارزشیابی نحوه اجرای روش ایفای نقش در اختیار دانشجویان کلاس قرار می گرفت تا به ارزشیابی گروه مورد نظر بپردازند. همچنین چک لیست دیگری به منظور بررسی رضایتمندی دانشجویان از روش های آموزشی به کار رفته و تاثیر این روش ها در یادگیری و آماده سازی آنان برای ورود به بخش های بالینی در اختیار آنان قرار گرفت.

Results:

یافته ها بیانگر موثر بودن روش یادگیری تلفیقی در سطح بالایی بود به طوری که اکثریت دانشجویان رضایتمندی خود را از این روش یادگیری بیان داشتند. تلفیق روش حل مسئله و ایفای نقش از محبوبیت بالایی در بین دانشجویان برخوردار بود و آنان در چک لیست های مربوط به ارزشیابی بیان داشتند که این روش ها موجب برانگیختگی آنان از نظر عاطفی شده، به طوری که خود را به صحنه نمایش نزدیک تر احساس کرده و همه حواس آنها برای مشاهده به کار گرفته شده است که این امر منجر به یادگیری بهتر آنان نیز گردیده است. همچنین کاربرد روش حل مسئله امکان کسب مهارت های فردی، مدیریت انگیزه ها و توانایی جستجو و یکپارچه سازی اطلاعات برای حل مسئله را برای آنان فراهم آورده است. علاوه بر این، دانشجویان اذعان داشتند که استفاده از روش تلفیقی موجب افزایش اعتماد به نفس آنان شده و یادگیری تجربی (تجربه بالینی) آنان را افزایش داده است.

Conclusion:

نتایج نشان داد که روش یادگیری تلفیقی بسیار موثر تر از روش های آموزشی سنتی می باشد و منجر به آماده سازی دانشجویان در حیطه های شناختی، عاطفی و روانی- حرکتی می گردد. همچنین استفاده از روش های یادگیری - آموزشی متعدد در کسب دانش و تجربه از نقطه نظر رضایتمندی دانشجویان مفید است. این مطالعه نشان داد اتخاذ روش آموزش تلفیقی در بخش عملی فرایند آموزش به بیمار در سال اول دوره پرستاری تحت یک برنامه آموزشی معمولی (سنتی) امکان پذیر است و موجب افزایش اعتماد به نفس، یادگیری تجربی دانشجویان و آماده سازی آنان برای ورود به بخش های بالینی و آموزش به بیمار می گردد.

Keywords:

روش یادگیری تلفیقی، روش حل مسئله، روش ایفای نقش

کد: ۱۰۱۷

حیطه: تدوین و بازنگری برنامه های آموزشی

سبک های یادگیری و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گیلان براساس ساختاری متفاوت: مدل ورمونت

نویسندگان: ماهدخت طاهری، عطاالله اسدی لویه، فاطمه مودب، ندا نایبی

:Introduction

از آنجا که اطلاع از سبک یادگیری دانشجویان می تواند به ارائه روش تدریس متناسب با سبک ترجیحی آنها کمک نماید و مانع از اجرای یک روش تدریس مشابه برای تمامی دانشجویان شود؛ لذا تشخیص سبک یادگیری فراگیران در سیستم آموزشی و استفاده از روش آموزشی مرتبط با آن برای تدریس فراگیران موجب تسهیل بهتر و بیشتر یادگیری می شود.

:Objectives

هدف از این مطالعه تعیین سبک های یادگیری و عوامل مرتبط با آن در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گیلان براساس مدل ورمونت می باشد.

:Study Design

پژوهش حاضر، یک مطالعه توصیفی- تحلیلی از نوع مقطعی بوده که در سال تحصیلی ۹۳-۱۳۹۲ در دانشگاه علوم پزشکی گیلان صورت گرفت.

:Study Setting

مطالعه بر روی ۲۴۷ نفر از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گیلان صورت گرفت.

:Participan

جامعه هدف مطالعه حاضر دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی گیلان بودند.

:Sample Size

حجم نمونه پژوهش با استفاده از جدول مورگان تعیین گردید و روش نمونه گیری، تصادفی ساده بود.

:Data Gathering Tool

ابزار جمع آوری داده ها پرسشنامه سبک های یادگیری ((Inventory Learning Style (ILS) ورمونت (Vermunt)، مشتمل بر ۱۲۰ گویه با مقیاس لیکرت ۵ درجه ای از هرگز تا همیشه بود. این پرسشنامه توسط علی بیگی در سال ۱۳۸۷ بر روی ۵۲۱ نفر از دانش آموزان مقطع راهنمایی شهر تهران هنجاریابی گردیده است، ضریب اعتبار آن در این پژوهش ۰,۹۱ بر آورد شده است.

:Data Analysis

تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS و آزمونهای آمار توصیفی (فراوانی، درصد فراوانی، میانگین، انحراف معیار) و استنباطی (کولموگروف اسمیرنوف، ضریب همبستگی پیرسون، آنالیز واریانس و تی تست) با در نظر گرفتن سطح معنی داری $P < 0,05$ صورت گرفت.

:Results

میانگین نمره سبک یادگیری در دانشجویان، $382/23 \pm 49/63$ از ۶۰۰ نمره قابل کسب به دست آمد. در مولفه راهبردهای نظم دهی و مولفه عقاید و باورهای یادگیری دانشجویان ضعف بیشتری مشاهده شد. در بررسی ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک با نمره سبک یادگیری نیز، ارتباط آماری معنی داری مشاهده نشد ($P < 0,05$).

Conclusion: به دست اندرکاران آموزشی پیشنهاد می‌گردد به مولفه‌ی راهبردهای نظم‌دهی و مولفه‌ی عقاید و باورهای یادگیری که فراگیران بیشتر در آنها دچار ضعف و مشکل بودند توجه بیشتری نمایند و فرآیند تدریس و آموزش بر مبنای آن برای آنها اتخاذ گردد. پیشنهاد می‌گردد مطالعات بیشتر در جهت شناسایی راهکارهایی جهت افزایش انگیزه و علاقه به مطالعه و یادگیری صورت گیرد؛ همچنین به عوامل بیرونی (مواد آموزشی، مدرس و...) که می‌توانند نقش بسزایی بر هدایت یادگیری، تمرکز و جذب فراگیر به منظور یادگیری بیشتر داشته باشد، توجه بیشتری شود.

Keywords:

سبک یادگیری، ورمونت، دانشجویان

کد: ۱۱۴۲

حیطه: تدوین و بازنگری برنامه‌های آموزشی

ارتقای عملی مهارت اعضای هیات علمی در حوزه‌ی طراحی برنامه درسی در قالب آموزش کارگاهی

نویسندگان: سیده آزاده صفوی

Introduction:

امروزه تأکید می‌شود که آماده‌سازی اساتید برای آموزش موثر، ضروری است. تعداد زیادی از صاحب‌نظران کسب توانمندی‌های عملکردی و دریافت بازخورد را تأکید نموده و همه آنها پیشنهاد می‌کنند که اعضای هیات علمی نیازمند تمرین آنچه آموخته‌اند، می‌باشند. آنها معتقدند که کارگاه‌های آموزشی می‌بایست به نوعی طراحی و اجراء گردد که توانمندیهای مورد نیاز را در ایشان ایجاد نماید. ضعف متدولوژیک در اجرای کارگاه‌های آموزشی مانع از نتیجه‌گیری قطعی در زمینه پیامد برنامه‌های توانمندسازی اساتید می‌باشد.

Objectives:

پژوهش حاضر، در صدد پاسخگویی به این سوال بوده است که به کارگیری استراتژی‌های نوین مداخله‌ای آموزشی در کارگاه‌های آموزشی توانمندسازی اساتید چه تأثیری در ارتقای عملی مهارت‌های مورد انتظار از اساتید در حوزه آموزش به ویژه طراحی تدریس (طراحی برنامه درسی) خواهد داشت؟

Study Design:

این مطالعه نوعی پژوهش توصیفی-مقطعی (cross-sectional) که در دانشگاه علوم پزشکی همدان صورت پذیرفت. مداخلات صورت گرفته در حوزه‌ی طراحی آموزش (طراحی برنامه درسی) طی مدت دو سال (از ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۵)، بر روی ۱۵۸ عضو هیات علمی از هفت دانشکده زیر مجموعه دانشگاه انجام پذیرفت. این مداخلات در دو حیطه‌ی شناختی و عملکردی مهارت طراحی گردید. در حیطه شناختی مهارت از استراتژی مداخله‌ای "تجربه نظارت شده" استفاده گردید و تأثیر مداخله مذکور از طریق مقایسه پیش آزمون و پس آزمون مورد بررسی قرار گرفت. در حیطه عملکردی مهارت از استراتژی مداخله‌ای "بازخورد بر تجربه" از طریق چک لیست استفاده گردید. بررسی تأثیر مداخلات صورت گرفته در این حیطه از طریق چک لیست و در دو بعد محتوایی و ساختاری تکنیکی صورت پذیرفت.

Study Setting: این مطالعه در دانشگاه علوم پزشکی همدان طی مدت دو سال (از ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۵) صورت پذیرفت. در این مطالعه از روش نمونه گیری در دسترس استفاده گردید که در آن ۱۵۸ عضو هیات علمی شامل اساتید جدیدالورود و اساتیدی که تا کنون دوره ی آموزشی مذکور را نگذرانده بودند از هفت دانشکده زیر مجموعه دانشگاه انتخاب گردیدند.

Participan: جامعه هدف شامل اعضای هیات علمی از هفت دانشکده زیر مجموعه دانشگاه شامل دانشکده پزشکی، پرستاری، داروسازی، توانبخشی، پیراپزشکی، بهداشت، و دندانپزشکی انتخاب گردید. و مشتمل بر اندسته از اعضای هیات علمی دانشگاه بودند که یا تازه به استخدام دانشگاه درآمده بودند (شامل طرح تعهدات، قراردادی) و یا اساتیدی که تا کنون در کارگاه آموزشی مذکور شرکت ننموده اند. نحوه ی انتخاب گروه هدف جهت شرکت در این مطالعه از طریق معرفی افراد واجد شرایط فوق الذکر از طریق دانشکده های مربوطه ی آنان به مرکز مطالعات و توسعه آموزش دانشگاه صورت پذیرفت.

Sample Size: در این مطالعه از روش نمونه گیری در دسترس استفاده گردید. نحوه ی انتخاب گروه هدف جهت شرکت در این مطالعه از طریق معرفی افراد واجد شرایط فوق الذکر از طریق دانشکده های مربوطه ی آنان به مرکز مطالعات و توسعه آموزش دانشگاه صورت پذیرفت. نمونه در دسترس ۱۵۸ نفر از اعضای هیات علمی دانشگاه بودند که از این میان ۵۱ مورد مربوط به دانشکده توانبخشی، ۴۳ مورد مربوط به دانشکده پزشکی، ۳۶ مورد مربوط به دانشکده دندانپزشکی، ۲۲ مورد مربوط به دانشکده پرستاری، ۱۶ مورد مربوط به دانشکده داروسازی، ۱۳ مورد مربوط به دانشکده بهداشت، و ۹ مورد مربوط به دانشکده پیراپزشکی تعلق داشت.

Data Gathering Tool: ابزار گرد آوری داده شامل فرم خام تدوین طرح درس نظری و فرم خام تدوین طرح درس عملی ویا بالینی بود. این ابزار توسط محقق که متخصص برنامه ریزی درسی است تدوین گردید. بررسی روایی ابزار شامل روایی محتوی و روایی سازه، از روش پانل متخصصان استفاده گردید. در این راستا از ده نفر از اعضای کمیته برنامه ریزی درسی مرکز مطالعات آموزش علوم پزشکی دانشگاه که دارای سابقه ۲ تا ۱۵ سال فعالیت در حوزه ی آموزش و داوری طرح درس بودند خواسته شد تا برای هر سوال طراحی شده در هر دو فرم خام، نظر خود را با یک نمره به عنوان درجه اعتبار آن سوال اعلام نمایند لذا از آنان درخواست شد تا در مورد میزان تناسب (روایی) هر یک از سوالات پرسشنامه بر روی یک مقیاس پنج درجه ای (بیشترین روایی عدد ۵ و کمترین روایی عدد ۱) قضاوت نمایند و در نهایت پس از انجام محاسبات، شاخص روایی محتوا و ابزار مشخص گردید.

Data Analysis: پژوهش حاضر با روش توصیفی مداخله ای صورت پذیرفت. این مداخلات در دو حیطه ی شناختی و عملکردی از مهارت طراحی آموزش انجام شد. تاثیر مداخلات صورت گرفته در حیطه شناختی از طریق مقایسه پیش آزمون و پس آزمون و تاثیر مداخلات صورت گرفته در حیطه عملکردی از طریق چک لیست صورت پذیرفت. مهارت های مورد مداخله در حوزه ی طراح یتدریس عبارت بودند از مهارت تحلیل آموزشی، مهارت هدف نویسی آموزشی، مهارت طراحی استراتژی آموزشی، مهارت طراحی ارزیابی اهداف آموزشی و مهارت انتخاب وسایل آموزشی معیاری و کمکی که در نهایت منجر به دستیابی به مهارت طراحی آموزش می گردیدند.

مداخلات شناختی و عملکردی با سه رویکرد آموزشی، مشاوره ای و پیگیری به مدت دو سال در حوزه مهارتی طراحی آموزش صورت پذیرفت. الف) درمداخله با رویکرد آموزشی، فراگیران در قالب گروه های کوچک تقسیم می شدند و برای هر گروه یک تیم لیدر تعیین می گردید. آموزش مهارت های شناختی و عملکردی به دو صورت فردی و گروهی صورت می پذیرفت. در رویکرد آموزشی، از استراتژی مداخله ای "تجربه نظارت شده" استفاده گردید. تجارب نظارت شده مذکور از طریق فرم های ساختارمند محقق ساخته کسب می گردید. ب) در مداخله با رویکرد مشاوره ای، برای هر گروه یک تا دو مشاور که دارای تخصص مرتبط با فیلد گروه بودند تعیین می گردید. مشاورین به صورت انفرادی و حضوری هر یک از فراگیران را در کسب مهارت مورد نظر هدایت می نمودند. در رویکرد مشاوره ای، از استراتژی مداخله ای "بازخورد بر تجربه" مبتنی بر چک لیست استفاده گردید. ج) در مداخله با رویکرد پیگیری، مهارت های کسب شده در موارد واقعی مورد ارزیابی و پیگیری صورت می گرفت. در این رویکرد نیز، از استراتژی مداخله ای "بازخورد بر تجربه" مبتنی بر دو چک لیست استفاده گردید. در این رویکرد مهارت شناختی و

عملکردی کسب شده به صورت تدوین طرح درس استاندارد در مورد درسی که تدریس آن را رسماً به عهده داشتند تعریف گردید. طرح درس های ارائه شده برای دروس نظری و دروس عملی در فرم های جداگانه تدوین می گردید توسط مدیر گروه های مربوطه (از نظر محتوایی) و توسط ارزیابان (از لحاظ تکنیکی و ساختاری) مورد ارزیابی قرار می گرفت و بازخورد مبتنی بر چک لیست ارائه می گردید

Results: تاثیر مداخلات آموزشی صورت گرفته در حوزه ی طراحی تدریس طی مدت دو سال (از ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۴) و بر روی ۱۵۸ عضو هیات علمی از هفت دانشکده زیر مجموعه دانشگاه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. بررسی تاثیر مداخلات صورت گرفته در حیطه شناختی از مهارت مذکور از طریق مقایسه پیش آزمون و پس آزمون انجام گرفت. از آزمون تی زوجی در سطح اطمینان ۹۵٪ و با استفاده از نرم افزار SPSS ۱۶ جهت تجزیه و تحلیل داده ها استفاده گردید (جدول ۱).

جدول ۱: مقایسه میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون قبل و بعد از مداخلات در حیطه شناختی					
group	N	Mean	SD	t	Sig-t
Pre-test	۱۵۸	۶,۳	۱,۸	-۴۲,۹۷	۰,۰۰۱
Post-test	۱۵۸	۱۱,۳	۱,۴		

میانگین نمره پیش آزمون ۶/۳ و انحراف معیار آن ۱/۸ بود. پس از برگزاری برنامه ها، میانگین نمره پس آزمون ۱۱/۳ و انحراف معیار آن ۱/۴ بود. بطوریکه تغییر میانگین نمره پیش و پس آزمون بطور معنی داری با هم متفاوت بود $t = -42.97, p < 0.001, df = 157$. نتایج آزمون تی زوجی بیانگر ارتقای توانمند ی اعضای هیات علمی در حیطه ی شناختی بود.

همچنین بررسی تاثیر مداخلات صورت گرفته در حیطه عملکردی از مهارت مذکور از طریق بررسی تعداد طرح درس های تدوین شده ی استاندارد که توسط ارزیابان مورد تایید قرار گرفته بودند صورت پذیرفت. نتایج این بررسی حاکی از افزایش مهارت عملکردی اساتید در حوزه ی طراحی آموزش بود که منجر به تدوین ۱۹۰ عنوان طرح درس استاندارد گردید. در این میان، ۵۱ عنوان طرح درس استاندارد توسط اساتید دانشکده توانبخشی، ۴۳ عنوان طرح درس استاندارد توسط اساتید دانشکده پزشکی، ۳۶ عنوان طرح درس استاندارد توسط اساتید دانشکده دندانپزشکی، ۲۲ عنوان طرح درس استاندارد توسط اساتید دانشکده پرستاری، ۱۶ عنوان طرح درس استاندارد توسط اساتید دانشکده داروسازی، ۱۳ عنوان طرح درس استاندارد توسط اساتید دانشکده بهداشت، و ۹ عنوان طرح درس استاندارد توسط اساتید دانشکده پیراپزشکی طراحی و تدوین گردید. تمامی طرح درس های مذکور توسط مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی دانشگاه مورد تایید واقع گردید و جهت استفاده گروه های آموزشی به دانشکده های مربوطه معرفی گردیدند.

Conclusion: قبل از انجام مطالعه حاضر و انجام مداخلات مربوط به آن، نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل کارشناسی و بررسی مستندات مربوط به برنامه های توانمندسازی دانشگاه در حوزه ی طراحی تدریس (طراحی برنامه درسی) حاکی از وجود کمبود های برنامه های توانمند سازی بود که مهمترین آنها عبارت بودند از: (۱) عدم برخورداری از چارچوب نظامند مبتنی بر تئوری و عمل (۲) عدم تاکید بر دستیابی اساتید به توانمندی های عملکردی در حوزه ی آموزش (۳) حاکمیت مطلق شیوه تدریس مبتنی بر سخنرانی (۴) عدم اختصاص بخشی از زمان کارگاه به کسب تجربه، بازخورد بر تجربه و فعالیت تیمی. مطالعه حاضر سعی بر بر طرف نمودن نواقص فوق الذکر از طریق به کارگیری استراتژی های نوین آموزش و مداخله ای جهت دستیابی اعضای هیات علمی به توانمندی های عملی در حوزه ی مورد مطالعه داشت که نتایج ذکر شده در بخش نتایج حاکی از دستیابی نسبی به اهداف مطالعه حاضر بوده است. به نحوی که برای اولین بار اساتید شرکت کننده قادر گشتند تا به طور عملی و کاربردی دانش آموخته شده در کارگاه های مورد اجرا در این مطالعه را به طور عملی در طراحی برنامه درسی برای درسی که تدریس آن را به

عهده داشتند به کار برده و تاییده مرکز مطالعات آموزش پزشکی دانشگاه و مدیر گروه مربوطه خود را دریافت. لذا نتایج این مطالعه گامی در جهت تلاش برای ارتقای تدریس و آموزش در سطح دانشگاه محسوب می گردد.

Keywords:

طراحی برنامه درسی، برنامه های توانمند سازی اساتید، استراتژی نوین آموزشی مداخله ای

کد: ۱۲۲۹

حیطه: تدوین و بازنگری برنامه های آموزشی

طراحی، اجرا و ارزشیابی اصول بکار گیری اخلاق حرفه ای با استفاده از تحلیل فیلم و سناریو های مکتوب در برنامه کارآموزی در دانشجویان رشته هوشبری دانشکده پیراپزشکی گلستان

نویسندگان: سید یعقوب جعفری، سولماز هلاکو، فوزیه بخشا، زهرا یوسفی،

Introduction:

یکی از دغدغه های نظام آموزش پزشکی لزوم یادگیری تعداد زیادی از مهارت های عملی و ارتباطی با رنگ و بوی اخلاق حرفه ای در کنار حیطه های دانشی و نظری است.

یکی از چالش های اساسی جامعه علمی در بالین پایبند کردن جوانان و تحصیلکرده های ما به اصول اخلاق حرفه ای می باشد. اخلاق حرفه ای جزئی از مسئولیت پذیری و تعهد ما به بشریت است. ضعف احساس تعهد حرفه ای امروزه مشکل بزرگی است. دانشجویان به عنوان نیروی کاری فردای جامعه نیاز مند مجموعه ای از رهنمودهای اخلاقی و ارزشی مرتبط با شغل خود می باشند.

در هر حرفه لازم است در طی یک فرآیند عقلانی، بایدها و نبایدهای اخلاقی تبیین شود تا همگان فهم مشترکی از ارزش ها را داشته باشند (۱). در مشاغل مانند رشته های پزشکی و پیراپزشکی برای ایجاد و حفظ محیطی آرام و مطمئن برای بیمار التزام به اخلاق می تواند نقش ضروری تعیین کننده ایدر بهبود بیمار داشته باشد (۲). ترویج اصول عملکرد حرفه ای از طریق تاکید بر آموزش مبانی اخلاقی، می تواند راه اعتماد مردم به حرفه پزشکی و سنگ بنا و اصل اصیل در انجام مراقبت ها و تربیت دانشجویان بر اساس اخلاق باشد (۳-۶).

آموزش اصول اخلاق حرفه ای معیارهای فکری و رفتاری را فراهم می کند تا از طریق آن ها دانشجویان به مسئولیت و وظایف خود در مقابل بیمار، جامعه، حرفه و همکاران پی ببرند. این اصول در دانشجویان رشته هایی مانند هوشبری با توجه به حساسیت کاری اخلاق باید نقش آفرینی موثری داشته باشد تا نیروی انسانی سالم و متعهدی پرورش یابد. محیط اتاق عمل می طلبد که همه کارمندان و دانشجویان: دارای نگاه پاک، راز دار اسرار بیمار، دارای مسئولیت و تعهد حرفه ای، صادق و حافظ حریم خصوصی بیمار باشند. آنان باید ارتباط موثری با بیمار برقرار کرده تا بتوانند شرایط خاص استرس زای بیماران را با رفتار صحیح حرفه ای تعدیل کنند (۷). گنجاندن ملاحظات اخلاقی آموزش پزشکی یکی از اولویتهای ده گانه اخلاق پزشکی کشور است (۸) و دانشگاه تأثیر گذارترین ارگان و نهاد شکل دهی اخلاق در دانشجویان است.

موضوع های بحث برانگیزی همانند چالش های اخلاقی در محیط بالین در جهت ایجاد تغییرات رفتاری باید بصورت سنجیده و منظم آموزش داده شوند. آموزش مبانی اخلاقی از طریق روش های آموزشی که در آن ها فراگیر خود به کندوکاو در دانسته ها و منابع آموزشی پرداخته تا بتواند برای یادگیری مفاهیم عمیق اصول اخلاق حرفه ای از یک آموزش گیرنده صرف و منفعل به یک جستجوگر فعال تبدیل شود ایده ایی نو در راستای متحول ساختن آموزش اخلاق است. در آموزش از طریق تحلیل فیلم های آموزشی و سناریو های مکتوب به صورت بحث گروهی یکی از بهترین راه ها برای ایجاد تفکر خلاق و پی بردن به نقاط ضعف دانشجویان و ایجاد تغییرات رفتاری در آنان است. (۱۷). در روش های نوین وظیفه دانشجو

از یک گوش دهنده صرف تغییر یافته و شرایطی فراهم می‌گردد که بتواند عقاید و احساسات خود را آزادانه بیان نموده و ارزش‌ها، نگرش‌ها و اطلاعات جدیدی را کسب کند و مدرس به عنوان یک هدایت‌کننده و جهت‌دهنده دانشجویان را به چالش، بحث و تفکر وادار می‌کند و با این روش تمام حواس دانشجو فعال شده و آموزه‌ها به شکل ماندگار و عینی تری در ذهن جای خواهد گرفت (۱۹،۱۸). کریمی موقی و همکاران (۱۳۹۲) در مطالعه خود بیان کردند که روش‌های نوین تدریس شامل روش بحث گروهی، روش بسته‌های فراشناختی و روش نقشه مفهومی در افزایش یادگیری، رضایت دانشجویان از روش تدریس، مشارکت دانشجویان و دوام بیشتر یادگیری تأثیر دارد (۲۰). در تحقق هدف مراقبت جامع نگر، پرداختن به مفاهیم اخلاق حرفه‌ای از جمله ضرورت‌های آموزش پزشکان، پرستاران و پیراپزشکان است. بر این اساس گروه هوشبری دانشکده پیراپزشکی گلستان تصمیم گرفت مجموعه‌ای از رهنمودهای اخلاقی و ارزشی مرتبط با رشته بیهوشی را در موقعیت‌های مختلف در بالین با استفاده از تحلیل فیلم و سناریوهای مکتوب در قالب برنامه کارآموزی در بالین به روش بحث گروهی در دانشجویان رشته هوشبری عملی نماید تا در جهت رسیدن به اهداف چشم‌انداز برنامه ششم توسعه از طریق آموزش پاسخگو و ارتقاء اخلاق حرفه‌ای گامی برداشته باشد.

Objectives:

طراحی، اجرا و ارزشیابی اصول بکارگیری آموزش اخلاق حرفه‌ای با استفاده از تحلیل فیلم و سناریوهای مکتوب در قالب برنامه کارآموزی در دانشجویان رشته هوشبری دانشکده پیراپزشکی گلستان

Study Design:

مطالعه از نوع کیفی می‌باشد که در طول نیمه اول ترم تحصیلی ۹۶-۹۵ اجرا شد. مطالعه حاضر با رویکرد پدیدارشناسی با جامعه (دانشجویان ترم ۳) مورد پژوهش ۱۸ نفر از دانشجویان هوشبری دانشگاه علوم پزشکی گلستان انجام شد. روش گردآوری داده‌ها مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته پس از نمایش فیلم و آرایه سناریوها به صورت مکتوب بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها مطابق رویکرد تحلیل محتوای مرسوم صورت گرفت. ابتدا با توجه به احساس نیاز در آموزش مجدد اخلاق حرفه‌ای مطالعه و بررسی منابع کتابخانه‌ای توسط گروه هوشبری صورت گرفت و تصمیم گرفته شد برای آموزش مفاهیم اخلاقی و مسئولیت‌های حرفه‌ای کارشناس بیهوشی از روش پخش فیلم در حوزه‌کاری یک کارشناس بیهوشی در اتاق عمل و تحلیل سناریوهای مکتوب اخلاقی بر اساس اظهار نظر و تحلیل موقعیت دانشجو طی یک برنامه کارگاهی اجرا گردد. سناریو فیلم‌ها با محتوای اخلاق حرفه‌ای با نظارت مربیان بالینی و افراد صاحب نظر در حوزه کار در اتاق عمل تهیه و فیلم‌های ۱۰-۳ دقیقه‌ای در قالب کار حرفه‌ای کارشناس بیهوشی تدوین گردد. همچنین به منظور بررسی میزان دانش و آگاهی دانشجویان نسبت به مضامین اخلاقی ۶ سناریوی اخلاقی مکتوب نیز تهیه گردید. محتوای سناریوها به گونه‌ای طراحی گردید که در قسمتی از آن‌ها دانشجو باید از دیدگاه فرد بیمار در اتاق عمل، انتظارات خود از لحظه ورود تا هنگام خروج و بار دیگر در قالب یک دانشجوی کارآموز پاسخگوی خواسته‌ها و انتظارات بیمار باشد. **تجزیه و تحلیل داده‌ها:** بر اساس دست‌نوشته‌های دانشجویان در ارتباط با سناریوها و تحلیل فیلم، متن‌ها چندین بار مورد بازخوانی قرار گرفتند و پاسخ‌های تشریحی سناریوهای مکتوب گردآوری و کدبندی گردید. هدف از روش آنالیز محتوای کیفی تشخیص تم‌ها و طبقات در مطالعه بود که نظیر سایر مطالعات کیفی مراحل جمع‌آوری و آنالیز داده‌ها همزمان صورت گرفته. مراحل اجرای این روش مطابق با گرانهم بوده است که در ابتدا پاسخ‌های تشریحی مشارکت‌کنندگان به عنوان منبع اصلی داده‌ها در نرم‌افزار تایپ شد و برای آنکه محقق با روح کلی اطلاعات MaxQ10 آشنایی پیدا کند متن تایپ شده را چند بار مورد مطالعه قرار داده بعد از آن واحدهای معنی‌دار متن مشخص و با کلمات انتزاعی به آن‌ها کد داده شد. سپس کدها بر اساس شباهت‌ها و تفاوت‌ها در طبقات خاصی قرار گرفتند. در نهایت با مقایسه مداوم بین طبقات تم‌های اصلی مطالعه استخراج گردید

:Study Setting

نتایج این کار با توجه به نوع مطالعه حاصل از انجام و اجرای این روش آموزش و تحلیل اثرات آن بر دانشجویان هوشبری ترم ۳ از طریق تحلیل دست نوشته های دانشجویان می باشد.

:Participan

پس از طرح موضوع و اهمیت مسئله به منظور نیازسنجی، جهت پی بردن به چالش های رفتار و اخلاق حرفه ای دانشجویان هوشبری در بالین، جلسه ای توسط گروه آموزشی (صاحبان فرآیند) برای دریافت نظرات اساتید، مربیان، کارشناسان هوشبری و اتاق عمل تشکیل گردید همچنین جهت یافتن رویکردهای نوین آموزشی برای رفع نواقص آموزشی و حل چالش های اخلاق حرفه ای مطالعات میدانی و کتابخانه ای توسط صاحبان فرآیند انجام شد.

گروه آموزشی به این نتیجه رسید به منظور آموزش و کاربردی کردن مفاهیم اخلاقی و مسئولیت های حرفه ای کارشناس بیهوشی از آموزش به روش بحث گروهی با استفاده از فیلم و تحلیل سناریوهای مکتوب استفاده کند. بنابراین برای مطرح کردن موضوع و آموزش همزمان موارد مورد بحث در کلاس های آموزش اخلاق حرفه ای تصمیم گرفته شد از روش بصری نمایش فیلم و بکارگیری تفکر دانشجویان از طریق تحلیل موقعیت های مطرح شده در سناریو استفاده شود.

بنابراین برای اجرای این کار دانشجویان ترم ۳ هوشبری که اولین تجربه حضور در بالین و اتاق عمل را دارند و واحد درس اخلاق را هنوز نگذرانده اند به منظور اجرای این روش آموزشی برای تلفیق کارآموزی در اتاق عمل و موازین اخلاقی و به معنای دیگر وارد کردن کارآموزی اخلاق در واحد کارآموزی بالینی برای نهادینه کردن اخلاق در آموزش بالینی انتخاب شدند.

شرکت کنندگان در این مطالعه ۱۸ نفر بودند.

:Sample Size

۱ دانشجوی ترم ۳ هوشبری شامل ۷ پسر و ۱۱ دختر بودند. کل دانشجویان ترم ۳ هوشبری در نیمه اول سال تحصیلی ۱۳۹۵ - ۱۳۹۶ وارد مطالعه شدند.

:Data Gathering Tool

روش گردآوری داده ها مصاحبه های نیمه ساختار یافته پس از نمایش فیلم و ارایه سناریو ها به صورت مکتوب بود. تجزیه و تحلیل داده ها مطابق رویکرد تحلیل محتوای مرسوم صورت گرفت.

:Data Analysis

گام اول: طرح مشکل و نیازسنجی،

گروه هوشبری دانشکده پیراپزشکی گلستان به منظور آموزش و کاربردی کردن مفاهیم اخلاقی و مسئولیت های حرفه ای کارشناس بیهوشی از آموزش به روش بحث گروهی با استفاده از فیلم و تحلیل سناریوهای مکتوب استفاده نمود. بنابراین برای آموزش اخلاق حرفه ای تصمیم گرفته شد از روش بصری نمایش فیلم و بکارگیری تفکر دانشجویان از طریق تحلیل موقعیت های مطرح شده در سناریو استفاده شد.

بدین منظور تهیه فیلم های ۱۰-۳ دقیقه ای با نظارت مربیان بالینی و افراد صاحب نظر در حوزه کاری اتاق عمل در قالب کار حرفه ای کارشناس بیهوشی در دستور کار قرار گرفت. هدف از تهیه فیلم آموزشی نمایش عملی نحوه صحیح رفتار و عملکرد حرفه ای یک کارشناس هوشبری در محیط واقعی از ابتدای ورود به اتاق عمل، برخورد با همکاران، استانداردهای کاری و بررسی شرایط لازم برای ورود بیمار به اتاق شامل چک کردن وسایل، تجهیزات و آمادگی های دارویی، چگونگی پذیرش صحیح بیمار، همراهی و رفتار صحیح با بیمار، انتقال بیمار به تخت جراحی با رعایت تمامی اصول رفتار و اخلاقی حرفه ای و استاندارد های کاری بود. برای رسیدن به این مهم مجریان فرآیند طی جلسات متعددی برای انتخاب موضوع و به نمایش در آوردن جنبه های اخلاق حرفه ای با صاحب نظران عرصه بالین و تهیه کنندگان فیلم به رایزنی پرداختند. مجوزهای لازم جهت تهیه فیلم اخذ گردید.

پس از آنکه مسئله مورد آموزش مشخص و تعریف گردید. چند چالش اخلاقی شایع در بالین لیست شد. سپس سناریو ها بر اساس تاثیر احتمالی این چالش ها بر متغیر اصلی که همان اخلاق حرفه ای می باشد تدوین گردید. هر سناریو بر یک چالش تاکید می کرد که توانایی پاسخ و تحلیل هر موقعیت مطرح در سناریوها سطح دانش اخلاقی و رفتار حرفه ای دانشجویان را نشان می دهد. بنابراین سعی بر آن بود موضوع هر سناریو از محیط واقعی قابل لمس انتخاب گردد تا پاسخ دانشجویان به هر موقعیت بر اساس رویارویی های قبلی یا تجربیات دیداری و شنیداری وی منطبق گردد. گروه آموزشی بر اساس نیازسنجی های به عمل آمده فرصت ها و تهدید ها را شناسایی کرده و نیازهای آموزشی دانشجویان را در راستای تقویت نقاط قوت و کاهش نقاط ضعف جهت تعمیق آموخته ها را در متن سناریوها قرار داد. در مرحله بعدی پس از آن که مقدمات و محتوی آموزشی تعیین شد در راستای آموزش دانشجویان محور کلاس های بحث گروهی تشکیل شد. در هنگام شروع کلاس ها محل تشکیل بحث گروهی دانشجویان، مواد و تجهیزات لازم و آرایش هندسی نشستن به صورت دایره وار فراهم شد و دانشجویان به گروه های ۶ نفره تقسیم شدند. در این کلاس ها از یک مدرس و دو فرد دیگر به عنوان اساتید ناظر بر عملکرد دانشجویان و پاسخ دهنده به ابهامات و پرسش های آنان استفاده شد. مدرس هدایت کننده در ابتدای هر کلاس به بیان قوانین و لزوم رعایت نظم و عدم اتلاف زمانبندی های تعیین شده هر بخش از کلاس پرداخت. سپس اصول و مبانی اخلاق و کدهای اخلاق حرفه ای مطرح در رشته هوشبری و اهمیت و درجه هر کدام بیان شد. در مرحله بعدی فیلم های تهیه شده به نمایش گذاشته شد و از دانشجویان خواسته شد درباره موضوع مورد بحث فکر کنند.

فراهم کردن امکانات بر ای اجرای بحث گروهی:

قبل از شروع بحث گروهی فعالیت های زیر را انجام دادند:

• تدارکات لازم، از قبیل محل تشکیل بحث گروهی، مواد و تجهیزات لازم و آرایش هندسی نشستن را فراهم نمودند

• موضوع مورد بحث و نکات اصلی مطالعه تعیین نمودند.

• سوالاتی را که برای شروع و ادامه بحث لازم است، تهیه و تنظیم گردید.

مرحله دوم: اجرای کار مطالعاتی

برای انجام و اجرای این روش آموزشی از دانشجویان پیوسته ترم ۳ هوشبری به صورت مبتنی بر هدف مشروط بر گذراندن درس اخلاق حرفه ای و داشتن درس کارآموزی در بالین استفاده شد.

گام اول اجرا، جلسه توجیهی با دانشجویان برای بیان اهداف، چگونگی روش کار و مفاهیم و محتوی آموزشی مورد نظر آموزش دهندگان گذاشته شد. در این جلسه موضوع مورد بحث، محدوده زمانی، ترتیب نشستن افراد و وظایف دانشجویان مطرح شد و موارد ذیل بیان گردید:

۱- درباره موضوع مورد بحث فکر و مطالعه کنند.

۲- عقاید و تجربیات خود را در جلسه مطرح کنند.

۳- با دقت به جریان بحث و گفتگو گوش دهند.

۴- نظر و پیشنهاد خود را به طور صریح بیان کنند.

۵- پس از پایان بحث در مورد برنامه آینده تصمیم گیری کنند.

گام دوم اجرا: فیلم های تهیه شده گروه در قالب CD قبل از برگزاری کلاس ها برای مشاهده اولیه در اختیار دانشجویان قرار داده شد.

گام سوم اجرا: کارگاه آموزشی ۳ ساعته تشکیل و تمام کدهای اخلاقی مورد نظر مدرسین در اتاق عمل به صورت اسلاید (مسئولیت پذیری، صداقت، راز داری، تعهد کاری، احترام به بیمار، حفظ محیط خصوصی بیمار و...) توضیح داده شد. سپس با هدف اجرای یادگیری مبتنی بر سناریوها بر اساس معضلات اخلاقی مطرح شده به صورت پاورپوینت نمایش داده شد و از دانشجویان خواسته شد تحلیل خود را از موقعیت ایجاد شده در برگه هایی بدون ذکر مشخصات بنویسند زمان لازم و کافی برای تفکر و تحلیل هر سناریو و ثبت نظرات به افراد داده شد. در مرحله بعدی از دانشجویان خواسته شد، ادراکات خود را نسبت به مضامین مطرح شده در اسلاید و ویدئوها به وسیله بحث های چالشی و گروهی نیز مورد سنجش و تبادل نظر قرار دهند.

محتوی سناریوها به گونه ای طراحی گردید که یک بار دانشجو باید از دیدگاه فرد بیمار در اتاق عمل، انتظارات خود از لحظه ورود تا هنگام خروج بیان کند و بار دیگر در قالب یک دانشجوی کارآموز پاسخگوی خواسته ها و انتظارات بیمار باشد.

گام چهارم اجرا: به منظور بررسی نهادینه شدن مفاهیم اخلاق حرفه ای در بالین در محیط اتاق عمل دانشجویان به گروه های ۶ نفره تقسیم و از آن ها خواسته شد تجربیات اخلاقی مثبت و منفی پیش آمده را یادداشت و جهت دستیابی به راهکار با یکدیگر به اشتراک گذاشته و با هم در کنار مربیان بالینی به بحث و گفتگو بپردازند. همچنین در ابتدای ترم و قبل از اجرای روش آموزشی به دانشجو توضیح داده شد که حضور در بالین آن ها کارآموزی اخلاق حرفه ای یک کارشناس هوشبری خواهد بود که علاوه بر اهداف مورد نظر در آموزش بالینی یک کارشناس هوشبری از نظر رفتار و اخلاق حرفه ای در بالین مورد مشاهده مستقیم قرار خواهند گرفت و طی چک لیستی که در داخل لاک بوک آن ها قرار گرفته تحت عنوان چک لیست سنجش اخلاق حرفه ای در اتاق عمل مورد سنجش و ارزیابی قرار خواهند گرفت.

در پایان ترم پس از گذراندن کارآموزی با تاکید بر مضامین اخلاق حرفه ای، پس از آزمون ارزیابی نگرش دانشجویان در مورد اخلاق و رفتار حرفه ای در بیهوشی اخذ شد و بخش مربوط به ارزیابی اخلاق حرفه ای کارآموزی دانشجویان در لاک بوک نیز تکمیل گردید. در این بخش از لاک بوک برخی سوالات توسط دانشجویان پاسخ داده شد و دست نوشته های دانشجویان در این قسمت نیز بخشی از داده های مطالعه مبنی بر بازخورد

دانشجویان از آموزش های داده شده و مواجهات آنان در کارآموزی پس از سپری شدن یک ترم و در نظر داشتن موازین اخلاق حرفه ای در بالین بود.

مرحله سوم: مرحله چگونگی تجزیه و تحلیل داده ها

گام اول تجزیه و تحلیل داده ها: بر اساس دست نوشته های دانشجویان در ارتباط با سناریو ها و تحلیل فیلم، متن ها چندین بار مورد بازخوانی قرار گرفتند و پاسخ های تشریحی سناریو های مکتوب گرد آوری و کدبندی گردید .

هدف از روش آنالیز محتوای کیفی تشخیص تم ها و طبقات در مطالعه بود که نظیر سایر مطالعات کیفی مراحل جمع آوری و آنالیز داده ها همزمان صورت گرفته. مراحل اجرای این روش مطابق با گرانهیم بوده است که در ابتدا پاسخ های تشریحی مشارکت کنندگان به عنوان منبع اصلی داده ها در نرم افزار تایپ شد و برای آنکه محقق با روح کلی اطلاعات MaxQ10 آشنایی پیدا کند متن تایپ شده را چند بار مورد مطالعه قرار داده بعد از آن واحدهای معنی دار متن مشخص و با کلمات انتزاعی به آن ها کد داده شد. سپس کدها بر اساس شباهت ها و تفاوت ها در طبقات خاصی قرار گرفتند. در نهایت با مقایسه مداوم بین طبقات تم های اصلی مطالعه استخراج گردید.

Results

ارزیابی های نهایی اظهارات دانشجویان نشان داد برداشت اولیه آنان از اخلاق حرفه ای فقط در قالب رعایت پوشش حرفه ای بوده است و از کدهای اخلاقی مانند (مسئولیت پذیری و تعهد کاری، صداقت و رازداری، حفظ حریم خصوصی بیمار، امانت داری و حفظ شان انسانی و ارتباط حرفه با بیمار) و نیز همسویی آن ها با وظایف حرفه ای خود اطلاعی نداشتند.

مضامین اصول اخلاق حرفه ای استنباط شده از فیلم پس از اجرای آموزش اخلاق حرفه ای به روش بحث گروهی با استفاده از فیلم و تحلیل سناریو طبق اظهار نظر دانشجویان بدین قرار بود: ۹۰/۵٪ اصل مسئولیت پذیری و تعهد کاری، ۶۵/۱٪ رفتار با همکار، ۶۴/۷٪ ارتباط موثر با بیمار، ۷۱/۹٪ صداقت و درستکاری، ۷۲/۲٪ افراد حفظ حریم خصوصی بیمار و ۴۲/۳٪ اصل امانت داری، را از فیلم های پخش شده درک کرده بودند.

مطالعه دست نوشته های دانشجویان نشانگر نوعی حساسیت عمومی در بین آن ها در ارتباط با حفظ حریم خصوصی بیمار و داشتن ارتباط مناسب با بیمار هم از دیدگاه بیمار و هم از دیدگاه یک کارآموز بود و هنگام جایگیری در نقش بیمار بیشترین مطالبه آنان لزوم ایجاد فضای برای کاهش استرس محیط و حفظ آرامش بیمار بود. بسیاری از آنان معتقد بودند استرس ناشی از بیهوشی و جراحی با رفتار دوستانه پرسنل کاهش می یابد و بعضا به لزوم رعایت طرح انطباق نیز اشاره داشتند. ۸۷٪ اظهار داشتند نمایش فیلم گویا بوده و در زمان کوتاهی توانسته مفاهیم عمیقی را به آنان منتقل کند همچنین این روش نسبت به روش سنتی جذاب تر بوده است. در پایان دانشجویان خواستار مواردی شدند از جمله:

۱- مدرسینی که واحد اخلاق حرفه ای را تدریس می کنند باید خودشان تجربه ورود به محیط های بالینی تخصصی مانند اتاق عمل را داشته باشند و تدریس بر پایه مسائل مطرح و حل مشکلات اخلاقی احتمالی در این فضا باشد.

۱. همچنین دانشجویان خواستار برگزاری این روش های آموزشی در ترم های پایین و همزمان با ورود دانشجو به حوزه کار تخصصی در بالین شدند.

نتایج حاصل از این روش نشانگر اشتیاق و تمایل دانشجویان به استمرار این روند آموزشی بود.

نتایج حاصل از کارآموزی اخلاق در محیط بالین طبق اظهار نظر مربیان و خود دانشجو نشان داد ۷۲٪ دانشجویان اظهار داشتند پس از ایجاد زمینه های ذهنی اخلاق حرفه ای در زمینه رعایت اخلاق در بالین آنان اعتماد به نفس مناسبی بدست آوردند. در عین حال ۱۰٪ اظهار داشتند احساس می کنند تمام مدت تحت پایش هستند و در تمام لحظات باید مراقب رفتارهای خود برای عدم تخطی از اصول اخلاق حرفه ای باشند. ۸۰٪ اظهار داشتند روحیه همدلی آنان با بیمار، کادر درمانی و مربیان در انجام امور محوله افزایش یافت ۹۴٪ اظهار داشتند کاربرد ارزیابی واقعی و قابل اعتماد در محیط بالین منجر به التزام آن ها به رعایت نکات اخلاقی می شود. دانشجویان از این نحوه کارآموزی رعایت موازین اخلاقی راضی بودند ولی عوامل اجتماعی و ضعف اخلاق در محیط اتاق عمل را یک نگرانی برای تعارضات اخلاقی ممکن در ارتباط با آنچه که باید باشد و آنچه که هست می دانستند. همچنین دانشجویان پس از پی بردن به ابعاد وسیع اخلاق حرفه ای اظهار داشتند باید مربیان آموزش دهنده در بالین نیز خود الگوی کاملی از رعایت موازین اخلاق حرفه ای باشند و برای نهادینه شدن اصول اخلاقی در کارکرد دانشجویان انضباط و التزام در رعایت این موازین در محیط های آموزشی از دانشکده تا اتاق عمل حاکم باشد.

مطالعه درون مایه دستنوشته ها نشان داد نوعی حساسیت عمومی در ارائه مراقبت به بیمار علیرغم سختی های متعدد محیط کاری در بین آنان وجود دارد. آنان معتقدند بیماری که وارد اتاق عمل می شود به دلیل اینکه بدترین حالت روحی و جسمی خود را تجربه می کند بمانند یک کودک معصوم بی پناه است که از هر نظر باید مورد حمایت قرار گیرد. آن ها فرد بیهوش را کودکی قلمداد کردند و جایگاه خود را بمانند مادری که باید تمام کارهای کودک خود را با عشق و بدون توقع انجام دهد توصیف کردند. آنان خود را امین و رازدار بیمار و حافظ حریم شخصی و خصوصی بیمار می دانستند.

دانشجویان تعامل با بیمار را به مانند اعضای خانواده خود دانستند که باید تمام انتظارات و مطالبات بیمار مورد توجه قرار گیرد.

دانشجویان معتقد بودند در خدمات رسانی به بیمار نباید به کرامت انسانی وی لطمه وارد گردد.

باورهای اخلاقی و معنوی: دانشجویان اظهار داشتند اتاق عمل محیطی استرس آور است به همین دلیل تمام بیمارانی که وارد اتاق عمل می شوند دعا می خوانند پس باید آن ها با این حالت روحی بیماران همسو شده و در برآوردن نیازهای معنوی بیماران کوشا باشند.

آن ها بر این باور بودند که در رویایی با بیمار جهت کاهش استرس او باید با خوشرویی و احترام بیمار را به تخت عمل هدایت کنند و از گفتن کلمات امرانه، شوخی های نا بجا و توهین به بیمار باید اجتناب شود. درگیری ها و مسائل زندگی شخصی خود را در هنگام ورود به محل کار کنار گذاشته و تمام هم و غم خود را معطوف به بیمار گردانند.

دانشجویان بیان کردند که خصوصیات اخلاقی باید در ذات و شخصیت افراد از زمان بچگی متبلور شود و خانواده و محیط دوران مدرسه و دبیرستان بخصوص در شکل گیری آن نقش بسیار موثری را دارد. آن ها اظهار داشتند کسانی که وارد محیط درمانی می شوند باید از نظر شخصیتی افراد بسیار قوی باشند آن ها باید یاد بگیرند که به بیمار احترام بگذارند با بیمار مهربان باشند در رشته بخصوص هوشبری افرادی با دقت ، آرام، صبور، منضبط باشند .

دانشجویان آموزش اخلاق را یک اجبار کاری دانستند که مربیان بالینی باید با جدیت تمام و استفاده از روش تشویق و تنبیه و پشتوانه قانونی جامعه را ملزم به رعایت آن کنند . و مربیان بالینی باید قادر به حل مشکلات و تعارضات بالینی مطرح باشند.

در جمع بندی نتایج بحث گروهی برخی از دانشجویان معتقد بودند آشنایی با موازین اخلاقی باید در دوره متوسطه با توجه به شرایط خاص این دوران و بحران های جسمی و روحی و گذر مرحله رشدی نوجوانان به جهت ایجاد ذهنیت مناسب صورت گیرد تا خمیر مایه ذهنی و رفتاری افراد جامعه در سمت و سوی مناسبی شکل بگیرد.

دانشجویان در این مطالعه نقش حرفه ای خود را مبهم قلمداد کردند و اظهار داشتند برخی موازین اخلاقی برای آن ها الزامی ولی گویا برای پزشکان قوانین و مقررات خاصی وجود ندارد به طور مثال رعایت پوشش ظاهری و کدهای پوشش که عمدتاً توسط دانشجویان پزشکی رعایت نمی شود. همچنین آن ها اظهار داشتند در خیلی از موارد نمی توانند قادر به حل مسائل اخلاقی در ارتباط با بیمار باشند زیرا پزشک تصمیم گیرنده است و اگر دخالت کنند موجب تنش مابین آن ها و پزشک می شود و این ممکن است به ضرر بیمار تمام شود مثلاً پزشک مصمم به انجام بی حسی اسپینال است و بیمار به هیچ عنوان این روش بیهوشی را نمی خواهد و در حالی که در کتاب TEXT از مهمترین کنترا اندیکاسیون ذکر شده برای انجام بیحسی رژیونال عدم تمایل بیمار اظهار گردیده ولی دانشجویان در حل برخی تعارضات اخلاقی خود را در چالش می بینند.

:Conclusion

طبیعت و تناوب مواجهه با مسائل اخلاقی در فعالیت های گروه پزشکی اهمیت اخلاق را در این حرفه ها بیشتر می کند و انتظار می رود که فارغ التحصیلان گروه های پزشکی درجه ای از دانش اساسی و پایه را در مورد "اخلاق حرفه ای" داشته باشند. این گروه حرفه ای بدون آگاهی از مفاهیم اخلاقی قادر به مواجهه با چالش های پیش رو در زمینه حمایت از حقوق بیمار نیستند و نخواهند توانست خود را با نیازهای حاصل از تغییرات دموگرافیک و تکنولوژیک قرن بیست و یکم تطابق دهند.

نتایج نشان داد حیطه های ارتباطات مناسب با بیمار و همکاران، حفظ حریم خصوصی بیمار، مسئولیت پذیری و تعهد کاری، پاسخگویی حرفه ای از جمله کدهای اخلاقی بود که دانشجویان با آن ها آشنایی یافته بودند. دانشجویانی که علیرغم نگذردن واحد اخلاق حرفه ای پس از قرار گرفتن در معرض تحلیل موقعیت های اخلاقی بالینی درک درست و مناسبی از رویارویی با موارد اخلاقی داشتند آنان بیمار را عضو مهم و قابل احترامی در حیطه کاری خود می دانند و حساسیت های اخلاقی آنان با محوریت بیمار شکل گرفته است. در شرایط بالینی، دانش اخلاقی همراه با توانایی استدلال اخلاقی می تواند به رشد اخلاق حرفه ای و رعایت هر چه بیشتر حقوق بیماران و رضایتمندی مددجویان کمک کند. البته استفاده از روش های نوین آموزشی در آموزش موازین اخلاقی و مفاهیم آن بسیار کمک کننده خواهد بود.

علیرغم تحقیقات گسترده در برنامه های درسی اخلاق پزشکی و انتشار نقدها و بازبینی های مفید و متعدد درباره ی آن، هنوز سؤالات زیادی درباره ی ماهیت، اهداف و نتایج این برنامه ها باقی مانده است. عدم پاسخگویی روشن و شفاف به این سؤالات، موجب می شود بسیاری از ویژگی ها، مهارت ها و توانایی هایی که باید در برنامه ی درسی اخلاق پزشکی لحاظ شود، مورد غفلت قرار گیرد. تحقیقات نشان داده است که بعضی از دروسی که به عنوان اخلاق پزشکی در برنامه ی درسی وارد شده، نتوانسته است به افزایش مهارت های اخلاقی دانشجویان کمک کند. استفاده از روش های سنتی گذشته توانایی خود را در انتقال مفاهیم اخلاقی از دست داده اند و کاربرد روش های نوین باید مورد مطالع قرار گیرد. مطالعات صورت گرفته در سال های اخیر نشان می دهند اگر مداخلات مبنی بر آموزش اخلاقی صورت نگیرد، رشد قضاوت اخلاقی با آهنگ خیلی کندی صورت می گیرد. بنابراین نیاز است در این راستا مطالعات مشابه با استفاده از روش های نوین آموزشی جهت اعتلای اخلاق حرفه ای در بالین دانشجویان گروه های مختلف آموزشی در علوم پزشکی انجام شود.

با توجه به اهمیت اخلاق در آموزش و خلاء اخلاق در آموزش عملی دانشجویان نیاز است در دیگر رشته ها برای بهره گیری اثرات مفید آن برای تامین کنندگان سلامت جامعه و دریافت کنندگان این خدمات، نیاز است آموزش اخلاق حرفه ای در رشته های علوم پزشکی با بکارگیری روش های نوین آموزشی در مطالعات آینده مورد توجه قرار گیرد..

:Keywords

آموزش، اخلاق حرفه ای، مهارت بالینی

کد: ۱۳۰۸

حیطه: تدوین و بازنگری برنامه های آموزشی

چگونه برنامه شبیه سازی بالینی را در آموزش طب اورژانس وارد کردیم

نویسندگان: امیرحسین جهانشیر، علی لباف، محمد جلیلی، الناز وحیدی، جواد سید حسینی، مریم بحرینی، احسان کریمی، هادی میرفضایلیان، آرش صفایی، حامد ستوده نیا، فاطمه رسولی، شهرام باقری حریری، محسن بنایی

Introduction

Medical trainees are currently encountering a great shift in their teaching paradigm. The increasing amount and interchange speed of medical information make it difficult for medical education to stay current in its curriculum. Today clinical medicine is focusing more on patients' safety and rights than on bed-side teaching. Thus unfortunately a disconnection between classrooms and clinical environments is seen. Simulation-based training (SBT) (*in vitro* learning) is an effective method of multi tasks learning. It is characterized by a complex of different scenarios in a controlled environment like clinical skills centers. Repetition, feedback, direct supervision and self-evaluation are the main characteristics (۱). It consists of defined outcomes for measurable learning and provides a predesigned situation with artificial models or mannequins, live actors or sophisticated medical devices and applications. SBT is often divided into ۴ areas in terms of educational tools: a standardized patient, a screen-based computer, a partial-task simulator and high-fidelity mannequin simulator (۲). As facilitators directly observe trainees' practice and give them feedbacks, learning would be accelerated. Simulation would give trainees the opportunity to understand their mistakes and alter their approach immediately in response to constructive criticism (۲).

Up to now the published work on medical simulation highlights that the main aim of it has been to improve the performance of trainees and thereby it will lead to better healthcare delivery and more patient safety (۳). Several reviews have been published with the aim of demonstrating the effect of SBT, but although there is an increasing amount of data indicating the positive effect of simulation based medical education (SBME), research in this field is still in its infancy (۴-۱۳). Best Evidence Medical Education (BEME) review also describes simulation as a good learning technique that would provide the opportunity to plan according to the needs of different medical education systems (۳).

As mentioned before, there is a growing body of evidence supporting the idea that clinical skills acquired in medical simulation training, would lead to improved patient care and outcomes. For example the effect of simulation on improving patient care was observed in the management of difficult obstetrical deliveries (e.g., shoulder dystocia), laparoscopic surgery and bronchoscopy (۱۰-۱۲). Better patient outcomes by implementing SBT have been reported in several studies like postpartum outcomes (e.g., reduction in brachial palsy injury, neonatal hypoxic-ischemic encephalopathy) (۱۰, ۱۳).

Ziv et al concluded that in order to optimize the use of SBME and overcome defects in an education program, SBME should be created in a receptive atmosphere with constructive feedbacks like video feedback and also debriefing. They suggested that the proper and careful development of SBME was an ethical imperative (۱۴).

Ziv et al also believed that SBME should reduce errors and improve medical care. In order to create such an environment, three integral aspects of the medical encounter should be carefully considered and simulated: the physical set-up, the human set-up and the medical tasks expected to be performed (۱۵).

Objectives :

Emergency medicine (EM) residency program in Tehran University of Medical Sciences (TUMS) has consisted of a variety of different practical and theoretical aspects. We decided to apply SBT in the preexistent curriculum in order to decrease our defects in clinical bed-side training.

Study Design :

We implemented a mandatory simulation program in EM residency curriculum of TUMS. ۷۴ EM residents of all ۳ levels (PGY۱, ۲ and ۳) participated in this new program. Residents had to take one predesigned simulated clinical shift each month in a simulated environment (Hakim Jorjani Simulated Hospital). Each month of simulation program was devoted to cover one of ۱۰ major subjects in EM such as: ۱- resuscitation and airway management ۲- trauma care ۳- cardiopulmonary ۴- orthopedics ۵- pediatrics ۶- toxicology and environmental disease ۷- obstetrics and gynecology ۸- internal medicine ۹- neurology ۱۰- EM management and disaster ۳ different scenarios were designed and implemented each month.

We, ۱۰ of the EM faculty, gathered voluntarily and in the very first sessions we reviewed principles of SBME and scenario writing. During ۴۸ regular sessions, we designed and reviewed ۳۰ scenarios (۳ scenarios per month). Topics were chosen from the most common and important issues in EM. After determining the blueprint, one faculty member were dedicated to design each specific scenario. Developed scenarios should be presented in the peer review sessions. Each scenario should include educational materials (power point presentations and videos), main context containing primary and secondary objectives, needed facilities, description and timing of events, paraclinic findings, references and finally facilitator guide. While revision, we made appropriate changes to cases by adding pertinent medical points extracted from the latest guidelines, articles and textbooks. We spent about ۱۰۰۰ person-hour for this designing process. Final approved scenarios and required references were rendered to a group of ۱۹ EM faculty members one month earlier and conducted the following month under their direct supervision.

On each simulation day, ۶ to ۸ residents from all levels, accompanied by a faculty member as a facilitator, were assigned to participate in an ۸ hour shift (۷:۳۰ am to ۳:۳۰ pm) according to their predesigned schedule. At the beginning, residents were divided into two groups. While one group was playing as the performers, the other should take the role as the critics and point out all the mistakes. Residents had to change their roles in the repeated performance of that scenario. When implementing one scenario, facilitators read out the

whole story to residents, played all the necessary roles and gave extra information gradually in the appropriate time. Residents were allowed to carry out the scenario in the way they diagnosed and chose to manage patients, even if it was wrong. Facilitators were instructed not to intervene in the whole process.

Videos were taken from each scenario. At the end, the whole performance were reviewed and residents could discuss their wrong and right practices. At this point the critics could express their opinions. In a debriefing session, the facilitator would wrap up the case by means of slides and educative videos and reflect residents' mismanagement or misdiagnosis to them. In the second performance, the critics tried to play the whole scenario correctly one more time.

In each scenario different tools of simulation had been applied. They might be role playing, low to high fidelity mannequins, task trainers and screen-based simulators. Thus we conducted a hybrid simulation. We spent almost ۱۰۰۰ person-hour for this implementing process.

The scenario number ۲ and ۳ were also played in the same manner.

On each simulation day, residents could talk to their faculty members in a friendly atmosphere, at lunch or tea breaks .

Results :

We collected residents' point of view about each session by a predesigned form (table ۱). All residents gave their ideas about each item in an ordinal qualitative scale from ۱ (very high) to ۵ (very low). Mean, median with ۹۵% confidence interval (CI) are shown in the table below.

Items	Mean	CI*	Median
How much the discussed scenario was compatible with your educational needs?	۴,۸۴	۴,۸۰-۴,۸۸	۵
How much the discussed scenario simulated the real clinical situation?	۴,۴۶	۴,۳۸-۴,۵۳	۵
How much the discussed scenario was effective in increasing your theoretical knowledge?	۴,۶۷	۴,۶۱-۴,۷۳	۵
How much the discussed scenario was effective in increasing your practical skills?	۴,۵۹	۴,۵۲-۴,۶۶	۵
How much the discussed scenario was effective in increasing your decision making ability?	۴,۶۱	۴,۵۴-۴,۶۷	۵
How much helpful did you find the training tools and facilities?	۴,۱۰	۴,۰۰-۴,۱۹	۴
How much the facilitator teaching quality was effective in increasing your capabilities?	۴,۸۰	۴,۸۱-۴,۸۹	۵
How much useful did you find the discussed scenario in general?	۴,۷۲	۴,۶۷-۴,۷۸	۵

Residents believed that our facilities and training tools were not sufficient. They mentioned this factor as the biggest drawback of the program. They pointed out that facilitators were conversant with the scenarios and it was the strongest part of the program.

We should emphasize that as further studies are needed to validate all these results, the evaluation process we did, was not sufficient to show the effect of simulation and this was not our goal in this study.

Conclusion :

Only a small number of studies were identified that compare the effectiveness of SBME versus traditional clinical education. Many studies are of the belief that SBME is superior to traditional clinical education for acquisition of a wide range of medical skills, yet respecting patient safety.

McGaghie et al in ۲۰۱۰ published their critical review of simulation-based medical education (SBME) from ۲۰۰۳ to ۲۰۰۹ and they reported ۱۲ top features of SBME: ۱- Feedback ۲- Deliberate practice ۳- Curriculum integration ۴- Outcome measurement ۵- Simulation fidelity ۶- Skill acquisition and maintenance ۷- Mastery learning ۸- Transfer of practice ۹- Team training ۱۰- High-stakes testing ۱۱- Instructor training and ۱۲- Educational and professional context (۴).

Issenberg et al in ۱۹۹۹ studied SBME and showed that by means of simulation technology, learners could acquire and practice clinical skills without using live patients (۵).

Issenberg et al again in ۲۰۰۵ did a systematic review spanning ۳۵ years and concluded that simulation could facilitate learning when it was conducted in repetitive practice with feedbacks and different levels of difficulty and also integrated throughout the entire curriculum (۱).

McGaghie et al in ۲۰۱۱, in a meta-analysis of twenty years, from ۱۹۹۰ to ۲۰۱۰, compared the effectiveness of traditional clinical education versus SBME and they found that SBME was superior to traditional education in gaining skills with specific clinical goals (۶).

Bilotta et al in ۲۰۱۳ presented that SBT should be entered in residency training program. They showed positive effects of simulation in patient safety and medical care (۷).

Mathai SK in ۲۰۱۴ evaluated implementation a resident-led medical simulation curriculum in internal medicine. Their survey revealed high satisfaction rate for the program (۸).

Our study showed us that the new program could help us to compensate for the lack of educational opportunities felt in the bed-side training to some extent. Our residents' standpoints was that simulation could be of avail for them when practicing and learning medicine .

Conclusion

We have decided to design new scenarios to discuss new cases for the next year. While working on the topics of other specialties related to EM, it would be better to consult with our colleagues from other disciplines and ask them to participate in our program and review scenarios. In this study we confronted with limitation in facilities and resources most obviously in simulated patients and high-fidelity mannequins. We wish we could apply more modern technologies and tools in implementing simulation in the next year.

We strongly believe that the impact and utility of SBME in Iran are likely to thrive in the near future. More thematic researches are needed in different fields to guide facilitators best in applying this new method of education.

Keywords :

Simulation, Medical Education, Emergency Medicine

کد: ۱۳۵۸

حیطه: تدوین و بازنگری برنامه های آموزشی

راهکارهای موثر در بین المللی شدن برنامه های درسی حوزه پزشکی: دیدگاه اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

نویسندگان: حامد زمانی منش، عارف محمدی

Introduction

آموزش در بُعد بین المللی پدیده نسبتاً جدیدی است که متأثر از دو عامل جهانی شدن (Globalization) و بین المللی شدن آموزش عالی (Internationalization of Higher Education) است و این پدیده ها موجب تغییر جدی در سناریوهای آموزشی خصوصاً در بخش آموزش عالی شده است (۱). رابرتسون جهانی شدن را «به هم فشردگی جهانی» و «تشدید آگاهی از جهان به مثابه کُل» می داند (۲). چنگ جهانی شدن را انتقال، انطباق و توسعه ارزش ها، دانش، فناوری و هنجارهای رفتاری بین کشورها و جوامع مختلف دنیا می داند (۳). نایت جهانی شدن در آموزش عالی را فرایندی می داند که به موجب آن یک دانشکده یا دانشگاه بُعد بین المللی را در آموزش، پژوهش و کارکردهای خدماتی خود تلفیق کند (۴). فرایند جهانی شدن اثرات گسترده و عمیقی بر ساختار، روش ها، برنامه ها و عملکرد دانشگاه های جهان بر جای گذاشته است و از مهمترین این اثرات می توان به گسترش بازار آموزش عالی بین المللی، پذیرش دانشگاه به عنوان یک صنعت بین المللی و اعتبار بخشی بین المللی نام برد (۵). در واقع جهانی شدن به عاملی برای ظهور و گسترش پدیده بین المللی شدن آموزش عالی بدل شده است و بین المللی شدن آموزش عالی در زمره رفتارهایی است که شدیداً تحت تاثیر فرایند جهانی شدن است (۶).

بین المللی شدن آموزش عالی اصطلاحی است که بیشتر درباره ابعاد بین المللی آموزش عالی و آموزش بعد از دوره متوسطه به کار رفته و به مجموعه فعالیت های مرتبط با گسترش همکاری ها و ارتباطات علمی بین المللی گفته می شود که هدف آن فراهم ساختن محیط آموزشی و پژوهشی در دانشگاه ها است، که به نحوه واقعی در ارتباط با چشم اندازها و پیشرفت های جهانی باشد (۷). بستر بین المللی شدن آموزش عالی



را فرایند تلفیق ابعاد بین المللی، بین فرهنگی و جهانی به درون اهداف، عملکردها و اجرای آموزش عالی به شکلی که احترام به تفاوت های فرهنگی و سنت های گوناگون را ارتقا بخشد، می داند (۸). نایت بین المللی شدن آموزش عالی را فرایند تلفیق ابعاد بین المللی، بین فرهنگی و جهانی در اهداف، کارکردها و نحوه ارائه آموزش عالی بیان کرده است (۴). به هر حال بین المللی شدن آموزش عالی ویژگی هایی همچون سعه صدر، گرایش های بین المللی، مهارت در بکارگیری زبان دوم، انعطاف پذیری در اندیشه و احترام به دیگران را در فراگیران پرورش می دهد (۹)، و در کسب هویت فردی، ملی و جهانی به فراگیران کمک می کند تا بتوانند در حل معضلات و مشکلات در سطح ملی و بین المللی مانند جنگ، ایدز، فقر و صلح جهانی مشارکت فعال داشته باشند (۱۰). در واقع جهانی شدن و بین المللی شدن آموزش عالی در فضایی به وجود آمده است که جامعه به سرعت دستخوش تغییرات شده؛ لذا در چنین فضایی، فرهنگ حاکم بر زندگی مستمراً تغییر می یابد و به دلیل تاثیر این پدیده ها، برنامه های درسی گرایش به سمت آماده سازی برای فعالیت و ارایه خدمات در سطح جهانی و آموزش مادام العمر دارند (۱۱).

برنامه درسی (Curriculum) جوهره هر نوع فعالیت آموزشی است و کارآمدی و اثربخشی هر نظام آموزشی را تحت تاثیر قرار می دهد، این مهم در آموزش عالی اهمیتی مضاعف دارد؛ زیرا برنامه درسی در آموزش عالی ابزار علمی و اجتماعی نیرومندی است که ضمن ترسیم چگونگی و حدود انتقال دانش و مهارت ها، تجربه وسیع علمی برای دانشجویان محسوب می شود (۱۲). به طور کلی برنامه درسی آموزش عالی را می توان کلیه فرصت های یادگیری رسمی و غیر رسمی تعریف نمود که تحت نظارت و مسئولیت دانشکده یا گروه آموزشی در قالب دوره های رسمی به منظور توسعه دانش، مهارت ها و نگرش های دانشجویان طراحی و اجرا می شود (۱۳). بین المللی شدن برنامه های درسی (Internationalization of the Curriculum) پدیده ای جدید در عرصه برنامه درسی آموزش عالی است که تحت تاثیر جهانی شدن و بین المللی شدن آموزش عالی به منصف ظهور رسیده است و به معنای تلاش برای دادن وجهه ای بین المللی به برنامه های درسی سازمان ها و نهادهای آموزشی است (۱۴). بین المللی شدن برنامه های درسی به عنوان ستون فقرات بین المللی شدن آموزش عالی بیان شده است (۱۵، ۱۶، ۱۷ و ۱۸). بین المللی شدن برنامه های درسی، فرایند توسعه برنامه های درسی و تغییری است که هدف آن تلفیق جنبه بین المللی به درون جنبه های رسمی و عملیاتی برنامه های درسی است (۱۹). بوند بین المللی شدن برنامه های درسی را «تغییر بنیادین آنچه که تدریس می شود و آنچه که باید تدریس شود» می داند (۲۰). در واقع برنامه های درسی بین المللی شده به طور واضح برای توسعه صلاحیت های بین فرهنگی و گسترش چشم اندازهای بین المللی طراحی شده است (۲۱). و اغلب بر گنجانیدن قابلیت هایی همچون داشتن تفکر جهانی، آماده سازی برای استخدام در مشاغل بین المللی، کار در محیط های چند فرهنگی و شهروند جهانی در برنامه های درسی تاکید دارد (۲۲). بین المللی شدن برنامه های درسی یک انتخاب نیست بلکه یک تغییر استراتژیک است که موسسات آموزشی باید برای آماده سازی دانشجویان در نظر بگیرند به این صورت که در آینده استخدام و موفقیت فارغ التحصیلان به توانایی آنها برای تفکر و عمل در سطح جهانی بستگی دارد و از آنجایی که موفقیت در بین المللی شدن برنامه های درسی، نیازمند کار اشتراکی و رویکردهای بین رشته ای است یکی از بزرگ ترین چالش های بین المللی شدن برنامه های درسی ایجاد هماهنگی بین اعضای هیات علمی دانشکده ها در رشته های مختلف برای همکاری و مشارکت است (۲۲). تصمیم برای چگونگی بین المللی شدن برنامه های درسی موسسات آموزش عالی و توسعه این فرایند باید مبتنی بر تاریخچه دانشگاه، زمینه، اهداف، ماموریت، ارزش ها و منابع آنها باشد (۴ و ۲۳). در واقع بین المللی شدن برنامه های درسی باید فرایندی در حال پیشرفت، جامع، یکپارچه و دارای رویکردی بین رشته ای باشد (۲۴ و ۲۵). تحقیقات نشان داده است که بعضی از رشته ها مانند مردم شناسی، هنرهای زیبا، علوم پزشکی و علوم سیاسی به صورت ذاتی جنبه هایی از بین المللی شدن را در خود دارند و ممکن است نیاز بیشتری برای بین المللی شدن برنامه های درسی آنها احساس نشود (۲۶)؛ با این حال برای اینکه این رشته ها بتوانند به گسترش مرزهای خود بپردازند و از علم روز عقب نمانند لازم است برنامه های درسی خود را دارای وجهه ای بین المللی نمایند. به عنوان مثال ویلیامز بیان می کند که یک برنامه درسی بین المللی شده در رشته هایی که به صورت ذاتی جنبه هایی از بین المللی شدن را در خود دارند باید بتواند راهکاری ایده آلی برای پشتیبانی بهتر از نیاز های گوناگون یادگیری دانشجویان فراهم نماید (۲۷). به طور کلی موفقیت در بین المللی شدن برنامه های درسی نیازمند تعهد به فرایند، حساسیت های بین فرهنگی، حمایت های مالی، تمایل و رغبت، علاقه، ارتباطات آزاد و همکاری های بین رشته ای است (۲۴). محققان با تحقیقات زیادی ادعا کرده اند که اعضای هیات علمی نقش کلیدی در اصلاح فرایند بین المللی شدن برنامه های درسی ایفا می کنند (۱۵، ۲۰، ۲۴ و ۲۸). به عنوان مثال بوند و همکاران در مطالعه ای به این نتیجه رسیدند که ۸۰ درصد اعضای هیات علمی موسسات آموزش عالی کانادا مسئولیت اصلی بین المللی شدن برنامه های درسی را بر عهده داشته اند (۲۸). با این حال اعضای

هیات علمی به تنهایی نمی توانند در زمینه بین المللی شدن برنامه های درسی عمل کنند و موفق باشند (۲۹)؛ بلکه در این زمینه مدیران رده بالاتر همچون رئیس دانشکده ها، رئیس دانشگاه ها، نمایندگان مجلس و وزرا باید از طریق راهنمایی ها، رهبری ها، حمایت های مالی و توصیه های حرفه ای حضوری پر رنگی داشته باشند (۱۵، ۱۷ و ۲۴). با این حال برای بین المللی شدن برنامه های درسی در سطح آموزش عالی توجه به نکات ذیل ضروری شمرده شده است:

- تلاش در جهت توسعه برنامه های درسی به نحوی که ضرورت های محلی، ملی و بین المللی را تامین کند.

- توجه به اهمیت فزاینده ارتباطات، بیان و گفتن به یک یا چند زبان زنده خارجی.

- قرار دادن دانشجویان وطنی در کنار دانشجویان بین المللی و تشویق دانشجویان به زندگی مشترک (۳۰).

باید توجه داشت که بین المللی شدن برنامه های درسی عامل مهمی در گسترش همکاری های بین المللی و صادرات آموزشی است. به عنوان مثال، نیوزلند در سال ۲۰۰۳ از صادرات آموزشی بیش از دو میلیارد دلار درآمد کسب کرده است. در سال ۲۰۱۰ بخش آموزش ایالات متحده امریکا نزدیک به ۲۰ میلیارد دلار صادرات آموزشی داشته است. بخش آموزش دانشگاه های انگلستان پیش بینی کرده که در سال ۲۰۲۰ بیش از ۱۶ میلیارد پوند از صادرات آموزشی درآمد کسب کند. در کشور استرالیا بر پایه پیش بینی های صورت گرفته صادرات آموزشی به ۳۸ میلیارد دلار در سال ۲۰۲۵ خواهد رسید (۳۱). با این حال در سند چشم انداز ۲۰ ساله کشور، اهداف و برنامه های آموزش عالی، سیاست های کلی و سایر اسناد بالادستی، لزوم حضور ایران به عنوان کشوری در حال توسعه در جامعه جهانی را نشان می دهد و بر مواردی چون افزایش سهم کشور در تولیدات علمی جهان، ارتقای جایگاه جهانی ایران، گسترش همکاری های دو جانبه، منطقه ای و بین المللی، ایجاد ساز و کارهای مناسب برای رفع موانع توسعه صادرات غیر نفتی و تلاش برای دستیابی به اقتصاد متنوع و متکی بر منابع دانش، آگاهی، سرمایه انسانی و فناوری نوین تاکید شده است (۳۲). با این شرایط دانشگاه های علوم پزشکی برای حرکت در راستای چشم انداز ۲۰ ساله بهتر است به سمت بین المللی شدن دانشگاه ها و به خصوص بین المللی شدن برنامه های درسی حرکت کنند تا بتوانند ضمن دادن وجهه ای بین المللی به برنامه های درسی دانشگاهی خود، دانشجویانی با تفکرات جهانی که صلاحیت های کافی برای گرفتن مشاغل در سطح منطقه ای و بین المللی همچنین قابلیت سازگاری با فرهنگ های مختلف را داشته باشند تربیت کنند.

Objectives:

هدف اصلی پژوهش

بررسی دیدگاه اعضای هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در مورد موثر بودن راهکارهای هفتگانه بین المللی شدن برنامه های درسی حوزه پزشکی

سوال های پژوهش

۱- از دیدگاه اعضای هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی راهکارهای محتوایی/آموزشی، انگیزشی/انسانی، ساختاری/دانشگاهی، اطلاع رسانی/ارتباطی، فرهنگی/اجتماعی، سیاسی/دیپلماتیک و تجهیزاتی/تکنولوژیک چقدر در بین المللی شدن برنامه های درسی حوزه پزشکی تاثیر دارند؟

۲- آیا بر اساس متغیرهای جمعیت شناختی (جنسیت و مرتبه دانشگاهی) تفاوت معناداری بین نظرات اعضای هیات علمی در خصوص بین المللی شدن برنامه های درسی حوزه پزشکی وجود دارد؟

:Study Design

پژوهش حاضر از لحاظ هدف کاربردی و از لحاظ گردآوری داده ها توصیفی پیمایشی است.

:Study Setting

جامعه آماری شامل کلیه اعضای هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بوده که با استفاده از فرمول له وی و لمی شو ۱۱۸ نفر به عنوان نمونه پژوهش با روش نمونه گیری طبقه ای متناسب با حجم انتخاب شد.

:Participan

با استفاده از فرمول له وی و لمی شو ۱۱۸ نفر به عنوان نمونه پژوهش با روش نمونه گیری طبقه ای متناسب با حجم انتخاب شد.

:Sample Size

با استفاده از فرمول له وی و لمی شو ۱۱۸ نفر به عنوان نمونه پژوهش با روش نمونه گیری طبقه ای متناسب با حجم انتخاب شد.

:Data Gathering Tool

ابزار پژوهش، پرسشنامه محقق ساخته مبتنی بر طیف پنج درجه ای لیکرت (۱=خیلی کم، ۲=کم، ۳=متوسط، ۴=زیاد و ۵=خیلی زیاد) بوده است. بخش اول پرسشنامه شامل مشخصات جمعیت شناختی (جنسیت و مرتبه دانشگاهی) بوده و بخش دوم شامل ۴۲ گویه در هفت راهکار به شرح ذیل است:

۱. راهکار محتوایی/آموزشی (گویه های ۱ تا ۸)
۲. راهکار انگیزشی/انسانی (گویه های ۹ تا ۱۲)
۳. راهکار ساختاری/دانشگاهی (گویه های ۱۳ تا ۱۹)
۴. راهکار اطلاع رسانی/ارتباطی (گویه های ۲۰ تا ۲۷)
۵. راهکار فرهنگی/اجتماعی (گویه های ۲۸ تا ۳۳)
۶. راهکار سیاسی/دیپلماتیک (گویه های ۳۴ تا ۳۸)
۷. راهکار تجهیزاتی/تکنولوژیک (گویه های ۳۹ تا ۴۲)

روایی پرسشنامه به روش روایی محتوا و با استفاده از نظرات پنج متخصص دانشگاهی تعیین شده است که میانگین ارزیابی متخصصان در خصوص روایی محتوا (۴/۴۷) بوده که بیانگر روایی فرم در سطح بسیار زیاد می باشد. پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرانباخ برای راهکارهای محتوایی/آموزشی (۰/۸۸۲)، انگیزشی/انسانی (۰/۸۲۱)، ساختاری/دانشگاهی (۰/۸۶۲)، اطلاع رسانی/ارتباطی (۰/۸۵۱)، سیاسی/دیپلماتیک (۰/۸۱۳) و تجهیزاتی/تکنولوژیک (۰/۷۹۸) به دست آمد که در حد قابل قبول است. به منظور رعایت موازین اخلاقی، پرسشنامه ها بدون نام جمع آوری شدند و اعضای هیات علمی از شرکت در پژوهش و اهداف آن آگاهی پیدا کردند. هم چنین تکمیل پرسشنامه ها اختیاری بود.

Data Analysis

داده های جمع آوری شده به وسیله نرم افزار SPSS-۲۰ در دو سطح آنالیز شد که در سطح اول آمار توصیفی میانگین (M) و انحراف استاندارد (SD) مورد استفاده قرار گرفت و در سطح دوم از آمار استنباطی تی تک نمونه ای، تی نمونه های مستقل، تحلیل واریانس یک راهه و آزمون تعقیبی شفه استفاده شده است.

Results

تعداد ۱۱۵ پرسشنامه ها تکمیل و برگشت داده شد (نرخ بازگشت ۹۷ درصد). ۷۳ نفر (۶۳/۵ درصد) از پاسخ دهندگان مرد و ۴۲ نفر (۳۶/۵ درصد) زن بودند. در زمینه مرتبه دانشگاهی تعداد مری ۱۹ نفر (۱۶/۵ درصد)، استادیار ۷۴ نفر (۶۴/۳ درصد)، دانشیار ۱۶ نفر (۱۳/۹ درصد) و استاد ۶ نفر (۵/۲ درصد) بود.

در پاسخ به سوال اصلی تحقیق، یعنی از دیدگاه اعضای هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی راهکارهای محتوایی/آموزشی، انگیزشی/انسانی، ساختاری/دانشگاهی، اطلاع رسانی/ارتباطی، فرهنگی/اجتماعی، سیاسی/دیپلماتیک و تجهیزاتی/تکنولوژیک چقدر در بین المللی شدن برنامه های درسی حوزه پزشکی تاثیر دارند؟ بر اساس تحلیل انجام گرفته، مقدار t تک نمونه ای همه راهکارهای ارائه شده در سطح ($P \leq 0.05$) معنادار است؛ بنابراین میانگین راهکارها در وضعیت بالایی نسبت به میانگین فرضی جامعه ($m=3$) قرار دارد که این وضعیت نشان دهنده آن است که از دیدگاه اعضای هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی راهکارهای ارائه شده در بین المللی شدن برنامه های درسی حوزه پزشکی به میزان زیادی تاثیر دارند. همچنین از دیدگاه اعضای هیات علمی، راهکار محتوایی/آموزشی (0.590 ± 0.386) بیشترین و راهکار ساختاری/دانشگاهی (0.658 ± 0.334) کمترین میانگین را داشته است (جدول ۱).

سوال دوم: آیا بر اساس متغیرهای جمعیت شناختی (جنسیت و مرتبه دانشگاهی) تفاوت معناداری بین نظرات اعضای هیات علمی در خصوص بین المللی شدن برنامه های درسی حوزه پزشکی وجود دارد؟

الف) جنسیت

تحلیل انجام شده برای متغیر جنسیت بیانگر آن است که مقدار t محاسبه شده برای راهکارهای محتوایی/آموزشی، اطلاع رسانی/ارتباطی، فرهنگی/اجتماعی، سیاسی/دیپلماتیک و تجهیزاتی/تکنولوژیک به ترتیب « 0.40 و -1.85 ، -1.03 ، 0.406 ، -1.61 » بودند که این مقادیر در سطح ($P \leq 0.05$) معنادار نمی باشند و نشان دهنده آن است که تفاوتی بین نظرات اعضای هیات علمی زن و مرد وجود ندارد؛ اما در راهکارهای انگیزشی/انسانی و ساختاری/دانشگاهی مقدار t محاسبه شده به ترتیب « -2.55 و -2.65 » بودند که این مقادیر در سطح ($P \leq 0.05$) معنادار می باشند و نشان دهنده آن است که اعضای هیات علمی زن این راهکارها را نسبت به اعضای هیات علمی مرد در بین المللی شدن برنامه های درسی تاثیرگذارتر دانسته اند (جدول ۲).

ب) مرتبه دانشگاهی

نتایج آزمون تحلیل واریانس یک راهه مقدار F راهکارهای ساختاری/دانشگاهی، فرهنگی/اجتماعی، سیاسی/دیپلماتیک و تجهیزاتی/تکنولوژیک را به ترتیب برابر « 0.979 ، 0.697 ، 1.81 و 0.965 » نشان داد، که این مقادیر در سطح ($P \geq 0.05$) معنادار نبودند اما مقدار F راهکارهای محتوایی/آموزشی، انگیزشی/انسانی و اطلاع رسانی/ارتباطی به ترتیب برابر « 3.68 ، 4.60 و 4.03 » بودند که این مقادیر در سطح ($P \geq 0.05$) معنادار بودند. جهت تعیین تفاوت معناداری از آزمون تعقیبی شفه به دلیل اینکه حجم گروه ها یکسان نبودند استفاده شد و نتایج نشان دهنده تفاوت معنادار در سطح ($P \geq 0.05$) بود بدین معنا که استادیارها راهکارهای محتوایی/آموزشی را نسبت به مری ها و راهکارهای انگیزشی/انسانی را نسبت به استاداها در سطح بالاتری ارزیابی کردند (جدول ۳ و ۴).

Conclusion

نتایج پژوهش حاکی از آن بود که در راهکارهای محتوایی/آموزشی گویه «بر یادگیری و تدریس به زبان های علمی مطرح دنیا (مانند زبان انگلیسی) تاکید شود» مهمترین راهکار برای بین المللی شدن برنامه های درسی حوزه پزشکی بیان شده و بعد از آن راهکارهای دیگری نظیر موارد زیر نمره

بیشتری کسب کرده‌اند: محتوای دروس حوزه پزشکی با تحولات جهانی علم پزشکی به روز شود، به ارائه محتوا در قالب های الکترونیکی و مجازی در کنار آموزش مرسوم حضوری پرداخته شود، در تدریس منعطف بوده و از روش های گوناگون یاددهی - یادگیری استفاده شود، از تعصبات ملی و عقیدتی در تهیه و ارائه محتوای کتاب های درسی حوزه پزشکی پرهیز شود. در این راستا بزرگمهری بیان می‌کند که زبان آموزشی دانشگاه‌های روسیه و ژاپن از مهمترین موانع همکاری های بین المللی محسوب می‌شد که برای رفع آن کلاس های بیشتری به زبان انگلیسی در دانشگاه های این کشورها برگزار شده است (۳۳). آراسته یکی از عوامل تاثیرگذار در همکاری های بین المللی را استفاده از زبان انگلیسی به عنوان زبان علمی دنیا بیان می‌کند (۳۴). خراسانی و زمانی منش آموزش به زبان های علمی دنیا به خصوص زبان انگلیسی را یکی از مهم ترین راهبردهای موثر در بین المللی شدن دانشگاه ها و موسسات آموزش عالی ایران دانسته اند (۳۵). فتحی واجارگاه و همکاران در مطالعه خود دریافتند که ارائه نشدن بخشی از برنامه های آموزشی به زبان انگلیسی از موانع مهم در بین المللی شدن برنامه های درسی است (۳۱). وربیک و لیزنسکی (Verbik & Lasanowski) تدریس به زبان انگلیسی را یکی از عوامل مهم در موفقیت دانشگاه های کشورهای امریکا، انگلستان و استرالیا می‌دانند (۳۶). حق دوست و همکاران بیان می‌کنند که تسلط به زبان انگلیسی در موفقیت دانشجویان بین المللی نقش بسیار مهمی دارد (۳۷). در این راستا است که برای بین المللی شدن برنامه های درسی در سطح آموزش عالی باید به اهمیت فزاینده گفتمان به یک یا چند زبان زنده خارجی توجه ویژه ای داشت (۳۰). همانطور که ملاحظه می‌شود در پژوهش های متعددی، زبان آموزشی دانشگاه ها به عنوان یکی از مهمترین عوامل تاثیرگذار در راستای گسترش همکاری های علمی بین المللی و بین المللی شدن برنامه های درسی شناسایی شده است. در واقع با اینکه بر اساس مصوبه شورای عالی شورای عالی انقلاب فرهنگی (جلسه ۶۰۷؛ ۸۶/۴/۵)، تدریس در کلیه دانشگاه ها و مؤسسات آموزش عالی کشور برای همه دانشجویان اعم از ایرانی و غیرایرانی باید به زبان فارسی انجام پذیرد؛ با این حال تاکید بر زبان انگلیسی در کنار زبان ملی بر مبنای پژوهش های مختلف (۳۰، ۳۱، ۳۳، ۳۴، ۳۵ و ۳۷) از راهبردهای موثر در بین المللی شدن دانشگاه ها و مؤسسات آموزش عالی است که به بهتر است مورد توجه سیاستگذاران دانشگاهی قرار گیرد. این مورد در حوزه علوم پزشکی اهمیت فزاینده ای دارد به طوری که افزایش مقالات پزشکی در مراجع معتبر مدلاین (Medline)، کسب علم به روز درباره امراض و سرطان ها، ارتباط با دپارتمان های پزشکی مطرح جهان و موارد دیگر نیازمند تسلط به زبان انگلیسی است. به این خاطر باید به برگزاری دوره های آموزشی به زبان انگلیسی برای دانشجویان پزشکی اقدام کرد که به تبع آن می‌تواند موجبات بین المللی شدن برنامه های درسی حوزه پزشکی را فراهم آورد. همچنین بین و همکاران (Bain et al) (۳۸)، مرشدی (Morshidi) (۳۹)، گرین و اُلسن (Green & Olson) (۱۵)، بوند (Bond) (۲۶)، بهجتی اردکانی و همکاران (۴۰) و زمانی منش و همکاران (۱) به راهبردهایی همچون الحاق محتوای بین المللی به برنامه های درسی، ارتباط مستمر با دانشگاه های جهان از طریق مبادله استاد و دانشجو، ارائه محتوا در قالب های الکترونیکی و مجازی، انعطاف در تدریس و تاکید بر مطالب به روز شده جهانی و استفاده از منابع علمی مرجع را به عنوان راهکارهایی برای بین المللی شدن برنامه های درسی اشاره کرده اند.

در راهکارهای انگیزشی/انسانی گویه «به اعضای هیات علمی فرصت های مطالعاتی برای شناخت دانشگاه های معتبر علوم پزشکی داده شود» مهمترین راهکار برای بین المللی شدن برنامه های درسی حوزه پزشکی بیان شده و بعد از آن راهکارهای؛ از کارگزاران بین المللی شدن در حوزه پزشکی حمایت و پشتیبانی به عمل آید، برای اعضای هیات علمی پژوهشگر فرصت های همکاری یا کارآموزی در پروژه های بین المللی پزشکی فراهم شود و اعضای هیات علمی که پیشنهادهایی برای بین المللی شدن برنامه های درسی دارند مورد تشویق قرار گیرند؛ در بین المللی شدن برنامه های درسی حوزه پزشکی نقش موثری دارند. در این زمینه ملک زاده بیان می‌کند که موسسه ملی سرطان امریکا (National Institute of Cancer)، موسسه ملی سلامت (National Institute of Health)، فرهنگستان بریتانیا (The British Academy)، اتحادیه جهانی مبارزه با سرطان (UICC) فرصت های مطالعاتی را برای محققان و دانشمندان کشورهای در حال توسعه و به خصوص ایران قائل شده که استفاده از این فرصت ها یکی از راهکارهای مهم در بین المللی شدن برنامه های درسی حوزه پزشکی است (۴۱). در واقع باید توجه داشت که نیروی انسانی از کلیدی ترین عوامل در موفقیت بین المللی شدن برنامه های درسی می‌باشد؛ همچنان که نتایج پژوهش های متعددی بیان کرده اند که اعضای هیات علمی نقش کلیدی در اصلاح فرایند بین المللی شدن برنامه های درسی دارند (۱۵، ۲۰، ۲۴ و ۲۸). به عنوان مثال بوند و همکاران در مطالعه ای به این نتیجه رسیدند که اعضای هیات علمی مسئولیت اصلی بین المللی شدن برنامه های درسی را بر عهده داشته اند (۲۸). پس باید در حوزه های پزشکی اعضای هیات علمی به صورت مستمر علم خود را به روز کرده و از فرصت های مطالعاتی بهره مند شوند تا بتوان به

کسب وجهه بین المللی در حوزه های پزشکی امیدوار بود. آراسته دعوت از اساتید خارجی و اعزام کوتاه مدت اساتید و دانشجویان به خارج را از راهکارهای مهم بین المللی شدن برنامه های درسی می داند (۳۴). گرین و اُلسن (Green & Olson) (۱۵)، بوند (Bond) (۲۰)، الینگبو و همکاران (Ellingboe et al) (۲۴)، لِماسون (Lemasson) (۲۳) و بوند (Bond) (۲۶) به راهبردهایی برای تشویق اعضای هیات علمی همچون فرصت های مطالعاتی، حمایت، پشتیبانی و تشویق های مادی و معنوی اعضای هیات علمی اشاراتی داشته اند.

در راهکارهای ساختاری/دانشگاهی گویه «سیاست بین المللی شدن برنامه های درسی در چشم انداز و رسالت دانشگاه های علوم پزشکی گنجانده شود» مهمترین راهکار برای بین المللی شدن برنامه های درسی حوزه پزشکی بیان شده و بعد از آن راهکارهای؛ مدیران دانشگاهی از ایده های جدید بین المللی در حوزه پزشکی استقبال کنند، کمک هزینه تحصیلی به دانشجویان بین المللی مستعد اعطا شود، کارکنان و مدیران اجرایی علاقه مند و مستعد برای اجرای بین المللی شدن دانشگاه ها به خدمت گرفته شود و موارد دیگر در بین المللی شدن برنامه های درسی حوزه پزشکی نقش موثری دارند. دانشگاه گریفیث راهبردهای بین المللی شدن برنامه های درسی را مواردی همچون استفاده از چشم اندازهای بین المللی در طراحی برنامه های درسی، افزایش مشارکت شخصی و آکادمیک اعضای هیات علمی، استقبال از ایده های جدید بین المللی و داشتن نگرش بین المللی بیان کرده است (۴۲). زمانی منش و همکاران داشتن نگاهی بین المللی در چشم اندازها و ماموریت دانشگاه ها را عاملی مهم در همکاری های علمی بین المللی می دانند (۱). خراسانی و زمانی منش توجه به بین المللی شدن آموزش عالی به عنوان یک اولویت در چشم اندازهای دانشگاهی را بسیار مهم دانسته اند (۳۵). همانطور که ملاحظه می گردد برای حرکت به سمت بین المللی شدن برنامه های درسی دانشگاهی، مسئولان و متولیان در حوزه پزشکی بهتر است که سیاست بین المللی شدن برنامه های درسی را در چشم اندازها و رسالت دانشگاه های علوم پزشکی قرار داده و از بین المللی شدن برنامه های درسی حمایت ویژه ای نمایند تا در بلند مدت برنامه های درسی حوزه علوم پزشکی وجهه ای بین المللی پیدا کند.

در راهکار اطلاع رسانی/ارتباطی گویه «دانشگاه های علوم پزشکی در زمینه های ارتباطی (برای مثال وب سایت ها) نگرش بین المللی داشته باشند» مهمترین راهکار برای بین المللی شدن برنامه های درسی حوزه پزشکی بیان شده و بعد از آن راهکارهای؛ در مجلات بین المللی درباره کیفیت دانشگاه های علوم پزشکی کشور تبلیغ شود، فرصت های تبادل اساتید و دانشجویان با سایر دانشگاه های معتبر علوم پزشکی فراهم شود، اعضای هیات علمی دانشگاه های علوم پزشکی در مجامع بین المللی عضویت فعال داشته باشند و موارد دیگر در بین المللی شدن برنامه های درسی حوزه پزشکی نقش موثری دارند. در این زمینه ملک زاده بیان می کند که اطلاع رسانی و ارتباطات با دنیای خارج فواید بسیاری دارد. به عنوان مثال در نایروبی کنیا - در این منطقه مردم با وجود تماس های مکرر با افراد آلوده، به این بیماری دچار نمی شوند - محققان هسته کوچکی برای بررسی بیماری ایدز تشکیل داده اند که به واسطه ارتباطات خوبی که با سردبیرهای مجلات معتبر داشته اند پژوهش های آن ها از طریق رسانه های بین المللی مطرح شد (۴۱). آراسته ایجاد کنسرسیوم های رشته ای و دانشگاهی و راه اندازی دوره های مشترک با دانشگاه های معتبر را باعث افزایش مهارت های شناختی و تخصصی دانشجویان و اعضای هیات علمی بیان کرده است (۳۴). شرقی بیان می کند که تجارب فعالیت های علمی در کشورهای مختلف نشان می دهد که هرگونه تحرک در توسعه علمی به همکاری متقابل با کشورهای صاحب علم و توان جذب دانشمندان و متخصصان برجسته ای که با جریان علم روز مرتبط هستند بستگی دارد و زمانی این امکان میسر خواهد شد که شرایط علمی مطلوب به ویژه به لحاظ ارتباطات بین المللی برای برگزاری گردهمایی های داخلی و خارجی، عضویت در مجامع علمی بین المللی، نشر تازه ترین اخبار و اطلاعات بین المللی و انعقاد تفاهم نامه های علمی فراهم شود (۴۳). خشنودی فر و فتحی و اجارگاه بیان می کنند که برای بین المللی شدن برنامه های درسی باید با اتکا به فن آوری اطلاعات و ارتباطات، امکان اطلاع رسانی و تبلیغ گسترده فراهم شود و به تدارک ابزارهای مناسب نظیر سایت های دانشگاهی، بروشور و کاتالوگ به زبان بین المللی و ساده جهت اطلاع رسانی و آگاه سازی جامعه جهانی نسبت به فعالیت ها و امکانات دانشگاهی پرداخت (۴۴).

در راهکار فرهنگی/اجتماعی گویه «سیاست بین المللی شدن برنامه های درسی حوزه پزشکی با ارزش های فرهنگی و اجتماعی کشور انطباق یابد» مهمترین راهکار برای بین المللی شدن برنامه های درسی حوزه پزشکی بیان شده و بعد از آن راهکارهای؛ به دانشجویان بین المللی برای سازگاری با فرهنگ کشور کمک های مشاوره ای داده شود، نسبت به حضور اساتید و دانشجویان بین المللی در دانشگاه های علوم پزشکی دیدگاه خوشبینانه داشت، فضای فرهنگی و اجتماعی جذاب و برانگیزنده برای دانشجویان بین المللی فراهم شود و موارد دیگر در بین المللی شدن برنامه های درسی

نقش موثری دارند. در واقع تاریخ، فرهنگ های بومی و هویت ملی هر کشور برای بین المللی شدن آن نقش کلیدی دارد (۴۱). دی ویت (Dewit) بیان می کنند که ملاحظات فرهنگی و اجتماعی، پیوند تاریخی قوی و نظام آموزشی مشابه از عواملی هستند که بر بین المللی شدن دانشگاه ها تأثیر مستقیم دارند (۴۵). سازمان توسعه و همکاری اقتصادی (OECD) شهرت علمی دانشگاه ها، نزدیکی جغرافیایی، نظام های آموزشی مشابه، ارتباطات تاریخی و وجوه فرهنگی را به عنوان برخی از عوامل تاثیر گذار در بین المللی شدن دانشگاه ها بیان کرده است (۴۶). این نتایج نشان دهنده آن است که مسئولان حوزه های مختلف پزشکی بهتر است به ارزش های فرهنگی و اجتماعی کشور توجه داشته باشند و با توجه به فرهنگ عمومی کشور بین المللی شدن برنامه های درسی را نهادینه کنند.

در راهکارهای سیاسی/دیپلماتیک گویه «مشکلات صدور ویزا و روایدید برای اعضای هیات علمی و دانشجویان بین المللی برطرف شود» مهمترین راهکار برای بین المللی شدن برنامه های درسی حوزه پزشکی بیان شده و بعد از آن راهکارهای؛ دانشگاه های علوم پزشکی در زمینه بین المللی شدن مستقل عمل نمایند، سازوکارهای سیاسی برای انجام فرصت مطالعاتی اعضای هیات علمی در دانشگاه های معتبر خارجی فراهم شود و موارد دیگر در بین المللی شدن برنامه های درسی نقش موثری دارند. فتحی واجارگاه و همکاران نیز در راستای نتایج مطالعه حاضر در پژوهش خود دریافتند که مشکلات صدور ویزا و روایدید از عمده ترین موانع پذیرش دانشجویان بین المللی در دانشگاه ها و مؤسسات آموزش عالی است (۳۱). خراسانی و زمانی منش بیان می کنند که داشتن روابط سیاسی و دیپلماتیک مطلوب با کشورهای زیادی، گسترش سیاست های اعطای استقلال به دانشگاه ها و گسترش توافق نامه های تحقیقی بین المللی از ملزومات بین المللی شدن دانشگاه ها است (۳۵). همچنین اعطای استقلال لازم به دانشگاه ها و مؤسسات آموزش عالی یکی از مهمترین عوامل تسهیل کننده بین المللی شدن برنامه های درسی در حوزه پزشکی است و در این راستا زمانی منش و همکاران مستقل عمل کردن دانشگاه ها در زمینه های مختلف به ویژه بین المللی شدن را عامل مهمی می دانند و بیان می کنند که دولت ها فقط باید فراهم کننده شرایط امن برای دانشجویان بین المللی، تبلیغ گسترده توانایی های علمی کشور در خارج از مرزها، انعقاد تفاهم نامه های همکاری بین المللی و بستر سازی برای مشارکت در پروژه های علمی بین المللی باشند (۱). دی ویت بیان می کنند که ملاحظات سیاسی و دیپلماتیک و هراس از بهتر عمل کردن دانشگاه ها رقیب از عواملی هستند که بر بین المللی شدن دانشگاه ها تأثیر مستقیم دارد (۴۵). در نهایت، نتایج پژوهش بیانگر این مطلب بود که در خصوص راهکارهای تجهیزاتی/تکنولوژیک گویه «امکان دسترسی گسترده به بانک های اطلاعاتی تخصصی در حوزه پزشکی فراهم شود» مهمترین راهکار برای بین المللی شدن برنامه های درسی حوزه پزشکی بیان شده و بعد از آن راهکارهای؛ امکان استفاده از شبکه های الکترونیکی نظیر گروه های چت با دانشجویان و اساتید سایر کشورها فراهم شود، امکانات سخت افزاری و نرم افزاری در عرصه اینترنت و فناوری اطلاعات در دانشگاه های علوم پزشکی افزایش یابد و دانشگاه های علوم پزشکی به وسایل آزمایشگاهی به روز تجهیز شوند؛ در بین المللی شدن برنامه های درسی نقش موثری دارند. فتحی واجارگاه و همکاران در مطالعه خود دریافتند که کاربرد محدود فناوری های نوین در آموزش و تدریس دانشگاهی از موانع مهم بین المللی شدن برنامه های درسی است (۳۱). خشنودی فر و فتحی واجارگاه زیر ساخت های فنی و تکنولوژیک، امکانات و تجهیزات آموزشی را از جمله امکانات ضروری برای بین المللی شدن برنامه های درسی می دانند (۴۴). قاهری موانع تجهیزاتی را از مهمترین موانع گسترش بین المللی شدن برنامه های درسی بیان کرده است (۴۷). در واقع این نتایج نشان دهنده آن است که برای افزایش کیفیت آموزش و همچنین بین المللی شدن برنامه های درسی نیازمند تجهیزات و تکنولوژی های به روز هستیم.

Keywords :

بین المللی شدن، برنامه های درسی، حوزه پزشکی

کد: ۱۳۹۱

حیطه: تدوین و بازنگری برنامه های آموزشی

کاربرد فناوری در برگزاری آزمون های علوم پزشکی از نظریه تا عمل

نویسندگان: فریبا عزب دفتری، بهجت شکروش، مارال حریری اکبری

Introduction

حاکمیت کاربرد کامپیوتر در عرصه های مختلف از جمله آموزش عالی نیازمند اتخاذ شیوه های نوین در برگزاری آزمون های علوم پزشکی است..

Objectives

هدف از این مطالعه سنجش نگرش دانشجویان علوم پزشکی تبریز در مورد آزمون مبتنی بر کامپیوتر بر اساس نظریه خود تعیین گری (Self-Determination Theory) بود.

Study Design

مطالعه توصیفی - تحلیلی حاضر در بین دانشجویان علوم پزشکی تبریز با استفاده از پرسشنامه معتبر مشتمل بر ۲۶ سوال براساس مقیاس پنج گزینه ای لیکرت بصورت خود ایفا در سال تحصیلی ۹۳-۹۴ اجرا شد.

Study Setting

متدهای آمار توصیفی، تحلیل عاملی جهت سنجش نگرش و ابعاد آن براساس نظریه خود تعیین گری استفاده شد.

Sample Size

حجم نمونه شامل ۲۴۶ دانشجوی دختر و پسر شاغل به تحصیل در رشته های مختلف علوم پزشکی با شیوه آسان وارد مطالعه شدند.

Results

از ۲۴۶ شرکت کننده ۱۳۵ (۵۰۴٪) دختر، ۷۰ (۲۸٪) پسر بودند. درصد واریانس اختیار و آزادی عمل ۳۷/۲۶٪، اشتیاق کار با کامپیوتر ۱۱/۱۴، احساس ارتباط با شبکه جهانی ۱۰،۷۱، و امکان کاربست قابلیت و مهارت کامپیوتر ۱۰/۹ بود.

Conclusion

دانشجویان علوم پزشکی تبریز طبق نظریه خود تعیین گری Self-Determination Theory نگرش مثبت به آزمون مبتنی بر کامپیوتر داشتند. داشتن اختیار Autonomy، اشتیاق کار با کامپیوتر Stimulation، احساس داشتن ارتباط Relatednes، امکان ابراز قابلیت های خود Comptency علل مرتبط با احساس مثبت می باشد. بنظر می رسد ارضا نیازهای اولیه روانی باعث درونی سازی انگیزه خارجی می شود.

Keywords

کامپیوتر، آزمون، نظریه خود تعیین گری، دانشجو

کد: ۱۳۹۹

حیطه: تدوین و بازنگری برنامه های آموزشی

ضرورت نهادینه سازی برنامه پزشکی خانواده در راستای مسیر تحول و نوآوری در آموزش علوم پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی شیراز

نویسندگان: وحید محمد کریمی، پریسا بی کینه، راضیه نشاط آور، حمیدرضا هدایتی، میترا امینی

Introduction

در اسناد بالادستی کشور ضرورت اجرای برنامه پزشکی خانواده مورد تاکید قرار دارد و نظام جامع سلامت براساس برنامه ملی چهارم توسعه به منظور پاسخ به نقش ها و نیازهای جدید، توانمندسازی تربیت نیروی انسانی جدید، اصلاحات آموزشی به عمل خواهد آورد با توجه ایجاد بسترهای قانونی در کشور طبق تصمیم گیری هیئت محترم رئیسه دانشگاه کارورزی یک ماهه پزشکی خانواده طراحی، اجرا و ارزشیابی شد.

Objectives

۱) آشنایی دانشجویان با بیماری های شایع طب داخلی شامل قند خون، فشار خون، چربی خون، کم خونی، سرفه مزمن، سوء هاضمه، پوکی استخوان، یرقان، اسهال، کمردرد، سینوزیت، فارنژیت، ذات الریه، عفونت ادراری ۲) آشنایی با نحوه ارجاع در مطب و درمان بیماران توسط پزشکان خانواده ۳) کسب آگاهی نگرش و مهارت در زمینه مراقبتهای سلامت ۴) آشنایی با کلیات بهداشت محیط ۵) آشنایی با مراقبت از مادران و مامایی ۶) آشنایی با سلامت روان و رفتار ۷) آشنایی با اصول تغذیه مناسب ۸) آشنایی با مشکلات بهداشتی - عفونی مانند: سل، مالاریا، سالک، ایدز و اعتیاد

Study Design

این مطالعه از نوع تحلیلی مقطعی می باشد. در جلسات بین رشته ای با گروه داخلی و متخصصین پزشکی اجتماعی، طرح دوره شامل: کسب آگاهی، نگرش و مهارت تشخیص و درمان بیماریهای سل، سالک، مالاریا، ایدز و مراقبت های سلامت، آشنایی با نحوه ارجاع و درمان در مطب و نحوه برخورد با بیماری های شایع طب داخلی و آموزش نحوه ارجاع و قوانین و پزشک خانواده، تدوین شد.

Study Setting

قسمتی از جامعه

Participian

دانشجویان شرکت کننده در دوره کارورزی پزشک خانواده

Sample Size

نمونه گیری نداشتیم

Data Gathering Tool

توسط پرسشنامه محقق ساخته ای که روایی آن توسط متخصصین آموزش پزشکی و پایایی با ضریب آلفا کرونباخ (۰,۸) تایید شد.

Data Analysis

با استفاده از نرم افزار spss داده ها تجزیه و تحلیل شد.

میزان موفقیت طرح و رضایتمندی دانشجویان در مدت یک سال ارزشیابی و تفاوت میانگین نظرات با آزمون paired t-test محاسبه شد.

Results

میزان رضایت دانشجویان و مدرسان از برگزاری دوره در آیتم های: سرفصل دروس دوره (عالی) ۹۸٪، حیطة تسلط استاد، تعامل دو طرفه استاد و فراگیر، قدرت انتقال مفاهیم بالای ۹۰٪، مراجعه به فیلمهای آموزشی و تطابق با رشته پزشکی ۸۳٪ در حد خیلی خوب تا عالی، آشنایی با قوانین ارجاع دستورالعملها ۷۵٪ بدست آمد. بین نظرات دانشجویان در هر دوره یا دوره بعد تفاوت معنی دار وجود نداشت اما بین نظرات شش گروه اول با ششگروه دوم تفاوت معنی دار بود. ($P=0,05$)

ردیف	حیطه سوالات	آیتم ها	میزان رضایتمندی
۱	توانایی استاد	نحوه برخورد استاد	۱۰۰
۲		قدرت تفهیم و انتقال مفاهیم	۱۰۰
۳		ارائه مطالب و اطلاعات جدید	۱۰۰
۴		علاقه و رغبت در رفع مشکلات علمی دانشجویان	۱۰۰
۵		میزان تسلط	۹۰
۶		میزان پذیرش نظرات دانشجویان	۹۰
۷	مباحث آموزشی	مدیریت بیمار و رویکرد درمانی	۱۰۰
۸		بخش مامایی	۸۰
۹		بخش بهداشت محیط	۱۰۰
۱۰		طب داخلی	۱۰۰
۱۱		آموزش نحوه ارجاع و قوانین پزشک خانواده	۱۰۰
۱۲		اجازه معاینه یافته های بالینی	۶۴
۱۳		بخش سلامت روان	۲۵

Conclusion

ایجاد آشنایی با وظایف آینده دانشجویان به صورت عملی در قالب پزشک خانواده و تمرین این وظایف و حضور مداوم اساتید از نقاط قوت و بارز طرح می باشد. به نظر می رسد می توان با تقویت مدرسین و حضور سایر گروهها و ایجاد خلاقیت در جهت ارتباط مسائل بالینی و بهداشتی باعث علاقه مندی بیشتر دانشجویان جهت ایفای نقش مفید آینده به عنوان پزشک خانواده شود. به طور کلی باتوجه به موفقیت بالای اجرای طرح و آموزش پاسخگو به عنوان خروجی نظام آموزش پیشنهاد می گردد اجرای آن به طور مستمر ادامه یابد و در راه اندازی برنامه دستیاری پزشک خانواده در دانشگاه نیز عملی شود.

Keywords

پزشک خانواده- آموزش پاسخگو- طرح دوره



حیطه:

یاد دہی و یاد گیری

کد: ۱۴۲۳

حیطه: یاددهی و یادگیری

آموزش مهارت‌های معاینه فیزیکی: مقایسه اثربخشی روش آموزشی "آموزش در گروه کوچک همراه با آموزش به کمک رایانه" با روش "آموزش در گروه کوچک" به تنهایی

نویسندگان: وجیهه وفامهر، محمد دادگسترنیا

Introduction

در سالهای اخیر کاهش مهارت‌های معاینه فیزیکی دانشجویان پزشکی و حتی رزیدنتها مورد توجه قرار گرفته است و این مسأله موجب تأسف مسئولان آموزش پزشکی و کسانی است که برای کاهش اقدامات پاراکلینیک پرهزینه در پزشکی تلاش می کنند(۱). از آنجا که اطلاعات بدست آمده از روند گرفتن شرح حال و معاینه فیزیکی بیمار، در کنار اطلاعات حاصل از پاراکلینیک، پایه اطلاعاتی برای تفکر بالینی پزشک می باشند(۲)، لذا یادگیری موثر و پایدار این مهارت‌ها از جمله اهداف اصلی برنامه آموزش پزشکی می باشد. همچنانکه دانشجویان پزشکی نیز، اصلی ترین نیاز آموزشی خود را یادگیری مهارت‌های گرفتن شرح حال و معاینه فیزیکی عنوان کرده اند(۳). در سالهای پیش، معاینه فیزیکی در قالب جلساتی در محیط بیمارستان و بر بالین بیماران، همراه با اساتید تدریس می گردید. در این میان فرصت کم اساتید، ایجاد مزاحمت برای بیماران، احساس ترس و عدم اعتماد به نفس دانشجویان برای معاینه بر روی بیمار و عدم وجود فرصتهایی برای تمرین دانشجویان تحت نظارت مربی یا استاد، مشکل آفرین بودند و در نتیجه به آموزش ناقص و بدون انسجام می انجامید(۴و۵و۶). از طرف دیگر دانش تکنیکی در پزشکی به سرعت در حال تغییر و گسترش است و این امکان که تمامی نکات و واقعیت های مورد نیاز برای انجام مهارت‌های تکنیکی به دانشجویان آموزش داده شود، وجود ندارد(۷). به این دلایل استفاده از روش های جایگزین و استفاده از مکانیسم هایی که دانشجویان از طریق آن بتوانند خود به دانش و مهارت مورد نیاز دست یابند در سالهای اخیر مورد توجه قرار گرفته است(۷). این روشها شامل یادگیری معاینه فیزیکی طبیعی در گروههای کوچک با تمرین روی یکدیگر و مولژ تحت نظر پزشکان عمومی(۴و۵)، استفاده از شبیه سازها در معاینه فیزیکی غیر طبیعی، استفاده از لوح های فشرده و بسته های آموزشی چند رسانه ای و تلفیقی از روشهای یاد شده می باشد. در یک بررسی که بر روی ۱۶ دانشکده پزشکی و پرستاری در کشورهای انگلستان و کانادا و ایالات متحده آمریکا صورت گرفته است، نحوه تدریس مهارت‌های شرح حال گیری و معاینه فیزیکی بررسی و مقایسه شده است. در اکثر این مراکز یک جلسه سخنرانی ابتدایی درباره آناتومی و فیزیولوژی مبحث مورد نظر و سپس تمرین تحت نظارت وجود دارد. همچنین تمرین دانشجویان بر روی همدیگر رویکردی است که در اکثر مراکز آموزشی وجود دارد. در برخی از مراکز، دانشجویان خود نقش نظارت بر گروه کوچک را بازی می کنند و در برخی دیگر این کار توسط آموزشیاران صورت می گیرد. استفاده از ویدئو به شیوه های مختلف در اکثر مراکز وجود دارد و دانشجویان می توانند این ویدئوها را از کتابخانه یا دفتر درس مربوطه قرض بگیرند. استفاده از سیستم های Computer-learning Support مانند black board نیز در چندین مرکز وجود دارد(۹).

پیش از این در مطالعات مختلف استفاده از کامپیوتر به عنوان یک ابزار حمایتی در یادگیری، بطور موفقیت آمیزی در رشته های مختلف علوم پزشکی تجربه شده است(۱۰و۱۱و۱۲). در پزشکی نیز استفاده از مواد آموزشی کامپیوتری به عنوان یک منبع آموزشی در یادگیری دانش علوم پایه و بالینی پزشکی بررسی شده است(۱۳و۱۴و۱۵). در آموزش مهارت‌ها نیز در پژوهش هایی تاثیر استفاده از کامپیوتر در خودیادگیری مهارت‌های بالینی نظیر گذاشتن لوله نازوگاستریک(۱۶)، تهیه اسمیر خون محیطی(۱۷)، گذاشتن کاتتر داخل وریدی(۱۸)، انجام یک EKG(۱۹) و آموزش مهارت‌های پایه جراحی(۲۰) بررسی شده است. این روش در مواردی همچون یادگیری صداهای تنفسی و صداهای قلبی که امکان تجربه بالینی کمی برای دانشجویان فراهم است، بیشتر مورد توجه قرار گرفته است(۲۱و۲۲و۲۳). اما با توجه به این مطالعات استفاده از یادگیری الکترونیکی به تنهایی برای آموزش مهارت‌های معاینه فیزیکی کافی به نظر نمی‌رسد. از آنجا که حجم مهارت‌های مورد نیاز دانشجویان زیاد و فرصت های یادگیری

کم می باشد، استفاده از رویکردهای ترکیبی در یادگیری که از روشهای مختلف آموزش در کنار همدیگر استفاده می کند، مفید به نظر می رسد. یکی از این رویکردها، وارد کردن روشهای خود راهبر مانند یادگیری به کمک کامپیوتر، در آموزش است(۲۴). یادگیری به کمک کامپیوتر در میان روشهای خود راهبر دیگر دارای منافع مشخصی می باشد. در یک بسته آموزش کامپیوتری نه تنها محتوای متنی ارائه می گردد، بلکه جداول، تصاویر، انیمیشن و فیلم می تواند در کنار یکدیگر ارائه شود(۲۴). این بسته ها به دانشجویان اجازه می دهد تا با کامپیوتر به عنوان بخشی از تجربه یادگیری خود تعامل برقرار کرده و فرآیند یادگیری خود را کنترل و مدیریت کنند(۲۵). از آنجا که دخیل نمودن دانشجو در فرآیند یادگیری محل اصلی استراتژی دانشجو محوری می باشد، لذا استفاده از چنین رویکردی در آموزش، حرکتی به سمت انتهای دانشجو محور در طیف دانشجو محوری می باشد. همچنین یکی از اصولی که در یادگیری بزرگسالان عنوان شده این است که بالغین زمانیکه فرصت هایی برای کنترل فرآیند یادگیری خود داشته باشند بهتر و موثرتر یاد می گیرند(۲۶).

در زمینه آموزش معاینه فیزیکی پیش از این در مطالعاتی، یادگیری به کمک کامپیوتر در کنار آموزش سنتی معاینه فیزیکی شکم (۲۷) و معاینه فیزیکی سیستم عضلانی اسکلتی(۲۸) مورد بررسی قرار گرفته است. باتوجه به اینکه دانشگاه علوم پزشکی اصفهان پیش از این اولین گام را با تغییر روش آموزش معاینه فیزیکی سنتی به آموزش در گروههای کوچک در محیط CSLC با تمرین دانشجویان بر روی همدیگر تحت نظارت پزشکی عمومی، برداشته است، در دومین گام خود در این پژوهش به بررسی اثربخشی رویکرد ترکیبی(آموزش الکترونیک + آموزش در گروههای کوچک) در آموزش معاینه فیزیکی پرداخته است.

Objectives:

هدف: بررسی اثربخشی استفاده از یادگیری ترکیبی که از روشهای مختلف آموزش در کنار همدیگر استفاده مینماید، در آموزش معاینه فیزیکی

Study Setting:

این مطالعه بر روی دانشجویان مقطع ICM دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شده است.

Participan:

جامعه هدف : ۷۲ نفر از دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان که همگی از طریق آزمون سراسری وارد این رشته شده و در حال گذراندن مقطع ICM بودند. شرکت کنندگان در پژوهش به صورت تصادفی به دو گروه تجربی (۳۷ نفر) و شاهد(۳۵ نفر) تقسیم شدند.

Sample Size:

نمونه گیری سرشماری بوده است.

Data Gathering Tool:

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی به صورت دوگروهی پس آزمون است که با نمونه گیری سرشماری ۷۲ نفر از دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان که همگی از طریق آزمون سراسری وارد این رشته شده و در حال گذراندن مقطع ICM بودند، انتخاب شدند. شرکت کنندگان در پژوهش به صورت تصادفی به دو گروه تجربی (۳۷ نفر) و شاهد(۳۵ نفر) تقسیم شدند. کلیه دانشجویان در ارتباط با انجام پژوهش و مراحل آن آگاه و توجیه شدند. یک هفته قبل از تشکیل جلسات آموزش معاینه فیزیکی قفسه سینه در جلسه ای لوح فشرده معاینه فیزیکی Swartz در اختیار همه دانشجویان گروه آزمایش قرار داده شد و نحوه استفاده از آن به آنها آموزش داده شد.

سپس از آنها خواسته شد که با استفاده از آن قبل از حضور در گروههای کوچک، روشهای معاینه فیزیکی قفسه سینه را به صورت فردی یا گروهی مشاهده و تمرین نمایند. این لوح فشرده، همراه با چهارمین ویرایش کتاب ((Textbook of physical Diagnosis)) نوشته دکتر Mark H.Swartz می باشد که در آن ۳ فیلم از معاینه دستگاه تنفسی بیمار توسط دکتر Swartz به همراه توضیحات ایشان، آورده شده است.

یک هفته بعد، گروههای کوچک آموزش معاینه فیزیکی، برای گروه آزمایش و شاهد در محل CSLC دانشگاه علوم پزشکی اصفهان تشکیل شد و آموزش معاینه فیزیکی قفسه سینه طبق روال قبل در گروههای کوچک آموزش و تمرین شد. ساعات آموزش برای هر دو گروه یکسان و به صورت ۲ جلسه ۲ ساعته بود. روال معمول جلسات معاینه فیزیکی طبیعی به این صورت است که از قبل طرح درس مربوط به این جلسات شامل منبع، پیش نیازهای مطالعاتی و اهداف مورد انتظار در هر جلسه در اختیار دانشجویان قرار می گیرد. در هر جلسه دانشجویان در گروههای ۶-۵ نفری تحت نظارت یک آموزشیار(پزشک عمومی آموزش دیده) به تمرین مهارتهای مورد انتظار آن جلسه می پردازند. برای تمرین از خود دانشجویان

و یا از مولژ استفاده می شود. منبع مورد استفاده دانشجویان در زمان انجام این مطالعه کتاب معاینات بالینی و روش گرفتن شرح حال باربارا بیتز بوده است.

Data Analysis

به منظور بررسی میزان تأثیر مداخله انجام گرفته، یک هفته بعد، قبل از تشکیل جلسه بعدی (معاینه قلب)، میزان یادگیری معاینات قفسه سینه از طریق برگزاری یک آزمون عینی ساختار دار (OSCE) در دو گروه بررسی گردید. برای هر دانشجو ۴ چک لیست تهیه شده درمورد معاینات مختلف قفسه سینه (مشاهده، لمس، سمع و دق قدام و خلف قفسه سینه) تکمیل گردید. این چک لیست ها بر اساس کتاب باربارا بیتز تهیه شدند. نکات عمومی معاینه (مانند رعایت نکات اخلاقی در معاینه) و نکات ریز تکنیکی معاینه نیز در چک لیست ها پیش بینی و گنجانده شده بود. روایی چک لیست های تهیه شده در گروه متمرکز آموزشیاران معاینه فیزیکی به تأیید رسید. از طریق یک پرسشنامه نیز اطلاعات دموگرافیک، زمان صرف شده برای پیش مطالعه از کتاب، استفاده قبلی از این لوح فشرده، زمان صرف شده برای یادگیری به کمک لوح فشرده، مشکلات احتمالی پیش رو و رضایت دانشجویان (۴ مورد آخر برای دانشجویان گروه آزمایش) بررسی گردید. معیار سنجش نمره کسب شده از آزمون OSCE بود. معدل نمرات ۵ دسته مهارت به طور جداگانه بر مبنای نمره ۱ تا ۲۰ محاسبه و در سطوح ضعیف (کمتر از ۱۲)، متوسط (۱۶-۱۲) و خوب (۲۰-۱۶) مورد ارزیابی قرار گرفت. مبنای این حیطة بندی نظرات اساتید و کارشناسان آموزش معاینه فیزیکی و سطوح از پیش تعریف شده در قوانین آموزشی بوده است. تجزیه و تحلیل اطلاعات به صورت ارائه میانگین و انحراف معیار و آمار استنباطی با آزمون t انجام شد. سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. همچنین به منظور رعایت نکات اخلاقی پس از جمع آوری داده های مطالعه، لوح فشرده آموزشی در اختیار کلیه دانشجویان گروه شاهد نیز قرار داده شد.

Results

دانشجویانی که در این مطالعه شرکت کردند، در طیف سنی ۲۰ تا ۲۴ سال قرار داشتند و ۶۱ درصد زن و ۳۹ درصد مرد بودند. هیچ یک از دانشجویان گروه آزمایش و شاهد پیش از این، از این لوح فشرده استفاده نکرده بودند. تنها ۴ نفر از دانشجویان گروه آزمایش قبل از حضور در جلسات از لوح فشرده استفاده نکرده بودند که از مطالعه حذف شدند. دانشجویان گروه آزمایش به طور متوسط ۲ ساعت و ۱۵ دقیقه وقت صرف مطالعه لوح فشرده کرده بودند. اکثریت دانشجویان گروه شاهد (۹۷/۷۲٪) از لوح فشرده به صورت انفرادی استفاده کرده بودند (جدول ۱). همچنین متوسط زمانیکه دانشجویان صرف پیش مطالعه از کتاب باربارا بیتز کرده بودند، در دو گروه شاهد و تجربی تفاوت معناداری نداشت. نتایج آزمون OSCE بیانگر آن است که میانگین نمره کل آزمون گروه آزمایش (۱۴/۸۰) در سطح متوسط و گروه شاهد (۱۰/۳۰) در سطح کم بود و گروه آزمایش برتری معنی داری نسبت به گروه شاهد داشت ($t = 4/01$ $P < 0.001$). علاوه بر این به تفکیک ۴ نوع مهارت نیز گروه آزمایش برتری معنی داری نسبت به گروه شاهد نشان داد (جدول ۲). تنها در مهارتهای عمومی معاینه تفاوت میانگین ها معنی دار نبودند ($P = 0.10$). جالب است که بیشترین تفاوت نمره مربوط به مهارت سمع قفسه سینه می باشد (۹/۵۳±۲/۸۷ در مقابل ۱۴/۳۸±۱/۱۸) و کمترین تفاوت نمره مربوط به مهارت های عمومی معاینه (۱۳/۹۰±۳/۹۲ در مقابل ۱۴/۳±۴/۰۱) می باشد. اگرچه تعداد نمونه کم بود، اما ارتباط معنی داری مابین نمره آزمون با جنس و یا میزان ساعت مصروف شده برای بازدید CD-ROM پیدا نشد. از جمله مشکلات مطرح شده توسط گروه آزمایش، مشکل برخی دانشجویان خوابگاهی بود که به علت عدم دسترسی به کامپیوتر در خوابگاه مجبور به استفاده از کامپیوترهای سالن کامپیوتر شده بودند و به همین دلیل توانسته بودند همزمان با دیدن، معاینات را بر روی فرد دیگری تمرین کنند. اکثر دانشجویان گروه آزمایش میزان تأثیر این روش بر عمق و تسهیل یادگیری (۷۷/۷٪) و تأثیر آن بر بهبود استقلال یادگیری (۸۱/۵٪) را زیاد ارزیابی کرده بودند. همچنین به نظر دانشجویان این روش در ایجاد انگیزه یادگیری نیز تأثیر داشته است (جدول ۳). اما تنها نزدیک به نیمی از دانشجویان گروه آزمایش معتقد بوده اند که این روش بر بهبود مهارتهای ارتباط با بیمار در معاینه و شرح حال گیری تأثیر زیاد داشته است.

جدول ۱ : فراوانی استفاده از لوح فشرده به صورت گروهی یا فردی در دانشجویان گروه آزمایش

گروه	(%) فراوانی
بازدید به صورت گروهی	۶ (%.۱۶/۲۱)
بازدید به صورت فردی	۲۷ (%.۷۲/۹۷)
اصلاً بازدید نکرده	۴ (%.۱۰/۸۱)
کل	۳۷ (%.۱۰۰)

جدول ۲ : میانگین نمره آزمون مهارت های معاینه قفسه سینه در دو روش آموزش در گروه کوچک و آموزش در گروه کوچک + آموزش به کمک کامپیوتر

نتیجه آزمون	میانگین و انحراف از معیار نمره آزمون OSCE		نوع مهارت
	آموزش در گروه کوچک + آموزش به کمک کامپیوتر	آموزش در گروه کوچک	
$P < 0.05$ $t = 1/98$	$15/8 \pm 3/02$	$13/03 \pm 2/07$	مهارت های معاینه مربوط به مشاهده قدام و خلف قفسه سینه
$P < 0.001$ $t = 2/37$	$14/93 \pm 4/07$	$10/35 \pm 4/56$	مهارت های معاینه مربوط به لمس قدام و خلف قفسه سینه
$P < 0.001$ $t = 2/37$	$12/48 \pm 3/36$	$8/1 \pm 4/1$	مهارت های معاینه مربوط به دق قدام و خلف قفسه سینه
$p < 0.001$ $t = 2/37$	$14/38 \pm 1/18$	$9/53 \pm 2/87$	مهارت های معاینه مربوط به سمع قدام و خلف قفسه سینه
$p = 0.10$ $t = 1/65$	$14/3 \pm 4/01$	$13/90 \pm 3/92$	مهارت های عمومی و تکنیکی معاینه
$P < 0.001$ $t = 2/37$	$14/80 \pm 2/90$	$10/30 \pm 3/02$	نمره کل

جدول ۳: توزیع فراوانی نظرات دانشجویان گروه تجربی در مورد تأثیر رویکرد ترکیبی در آموزش معاینه فیزیکی

فراوانی (%)			نظرات
زیاد	متوسط	هیچ یا کم	
٪۷۷/۷	٪۲۲/۳	۰	میزان تأثیر این روش بر عمق و تسهیل یادگیری
٪۶۳	٪۲۲/۲	٪۱۴/۸	میزان تأثیر این روش بر ایجاد انگیزه جهت یادگیری
٪۸۱/۵	٪۱۲/۲	٪۶/۳	میزان تأثیر این روش بر استقلال یادگیری
٪۵۴	٪۳۸/۵	٪۷/۵	میزان تأثیر این روش بر بهبود مهارت‌های ارتباط با بیمار در معاینه و شرح حال گیری

Conclusion

این مطالعه با هدف دست یابی به شیوه‌هایی برای آموزش بهتر معاینه فیزیکی دانشجویان به گروه‌های پزشکی و با توجه به امکانات موجود، صورت پذیرفت. یافته‌های ما بیانگر بهبود فرآیند یادگیری دانشجویانی بود که پیش از آموزش به روش معمول، در مواجهه با یک روش آموزش به کمک کامپیوتر قرار گرفته بودند. اگرچه همه دانشجویان قبل از حضور در جلسات معاینه فیزیکی به مطالعه مطالب مربوط به آن جلسه از کتابهای مرجع مشخص شده می‌پردازند اما به نظر می‌رسد که این کافی نبوده و مشاهده ویدئوی مربوط به معاینات، در فرصتی کافی و متناسب با شرایط دانشجویان این امکان را فراهم می‌آورد تا یادگیری بهتر و عمیق‌تری حاصل شود. مطالعات مختلف به بررسی استفاده از یادگیری به کمک کامپیوتر در آموزش‌های مختلف پرداخته‌اند. مثلاً در مطالعه Teasdale استفاده از یک لوح فشرده برای آموزش سلامت دهان سالمندان به دانشجویان پزشکی و دندانپزشکی باعث افزایش معناداری در دانش و مهارت شرکت‌کنندگان شده است (۱۵). اما اینکه آیا این افزایش دانش و مهارت در مهارت‌های بالینی و عملی کافی است یا نه، جای بررسی و تأمل دارد. مطالعات گذشته بیانگر این است که در آموزش برخی مهارت‌های عملی استفاده از یادگیری الکترونیکی به تنهایی کفایت نمی‌کند. بعنوان مثال در مطالعه ای که روش گذاشتن کاتتر داخل وریدی را در شیوه سنتی و آموزش به کمک کامپیوتر مقایسه نموده است، به این نتیجه رسیده که آموزش به کمک تکنولوژی به تنهایی مؤثر نبوده و لازم است از ترکیب دو روش استفاده شود (۱۸). مطالعه دیگری نیز آموزش مهارت گرفتن EKG را در دو روش مقایسه نموده است. در یک روش از یک لوح فشرده به تنهایی استفاده شده و در روش دیگر ترکیبی از سخنرانی، مطالعه شخصی یک موجد آموزشی و تمرین در گروه استفاده شده است. پژوهشگر تفاوت معنا داری در توانایی دو گروه مشاهده ننموده است (۱۹). در مطالعه دیگری که از آموزش به کمک کامپیوتر در تدریس معاینه فیزیکی شکم استفاده کرده است، مشخص شده که این روش بیشتر به دانشجویانی کمک می‌کند که در کل در یادگیری ضعیف می‌باشند (۲۷). Sestini و همکاران نیز برای آموزش صداهای ریوی به دانشجویان پزشکی پس از آموزش معمول خود از ارائه یک مولتی مدیا طی یک سمینار استفاده نمودند. پس از آن خطاهای دانشجویان شرکت‌کننده بطور معنی داری کمتر از گروه شاهد بود (۲۱). مطالعات فوق‌گویای این است که اگرچه استفاده از کامپیوتر در آموزش معاینه فیزیکی و مهارت‌های عملی تأثیر دارد، اما این تأثیر کافی به نظر نمی‌رسد. همچنان که نتایج مطالعه حاضر نیز نشان می‌دهد، استفاده از ترکیب روش‌های موجود، یادگیری بهتر و مطلوب‌تری به دنبال خواهد داشت.

از طرف دیگر این منابع کمک آموزشی کامپیوتری مانند کتاب‌های مرجع مشکل تغییر پذیری را دارا هستند. بدین صورت که فقدان همخوانی بین کتاب مرجع، منبع کامپیوتری که به صورت تجاری تهیه شده و مطالب مشابهی که در دروسهای دیگر ارائه می‌شود، وجود دارد. این چالشی است که پیش روی اکثر روش‌های آموزش الکترونیک قرار دارد. به همین دلیل مراکزی وجود دارند که خود به تهیه ویدئوهای آموزشی معاینه فیزیکی منطبق با منابع و برنامه آموزشی خود پرداخته‌اند. بعنوان مثال دانشکده پرستاری Southampton در UK به تهیه ویدئوی آموزش معاینه فیزیکی دستگاه تنفس پرداخته است و البته اذعان نموده که هزینه و فرصت تهیه چنین ویدئویی بسیار قابل توجه بوده است (۹). در مطالعه

ما با وجود متفاوت بودن منبع علمی لوح فشرده استفاده شده (Swartz) و منبع علمی مورد استفاده در گروه‌های کوچک (Barbara Bates)، تاثیر قابل توجهی بر نحوه یادگیری دانشجویان ملاحظه می‌شود. بنابراین تا زمانیکه بتوانیم منابع الکترونیک مورد نیاز و کاملاً همسو با برنامه آموزشی خود را تهیه نمائیم، استفاده از منابع موجود خالی از فایده نخواهد بود. همچنین نظرات دانشجویان گویای آن بود که لوح فشرده تاثیر قابل ملاحظه‌ای در یادگیری مهارت‌های ارتباط با بیمار نداشته است. شاید این مساله را بتوان با همخوان نبودن نحوه ارتباط پزشک بیمار در این لوح آموزشی با فرهنگ ما توجیه کرد. این مساله بار دیگر بر ضرورت تهیه منابع الکترونیک آموزشی متناسب با شرایط آموزشی موجود تاکید مینماید.

در مطالعه حاضر بررسی تأخیری به منظور مقایسه میزان یادداری انجام نشده است که لازم است در مطالعات آینده به آن پرداخته شود. از طرف دیگر در این مطالعه تنها یک گروه از دانشجویان در یک مرکز و در یک سال تحصیلی بررسی شده اند. مطالعات بیشتر در مراکز دیگر آموزش پزشکی به تعمیم پذیری نتایج این مطالعه کمک خواهد نمود. همچنین از آنجاکه در بسیاری از دانشکده‌های پزشکی ایران روش آموزش معاینه فیزیکی با دانشکده پزشکی اصفهان متفاوت می‌باشد، لازم است در این دانشکده‌ها نیز مطالعات مستقلی صورت پذیرد.

مسأله دیگری که می‌توان به آن پرداخت این است که آیا استفاده از این امکانات کامپیوتری در منزل و بصورت خود راهبر مفیدتر می‌باشد و یا استفاده از این منابع در جلسات آموزشی و درکنار روشهای دیگر. در برخی مراکز آموزشی ویدئوهای آموزشی معاینه فیزیکی در جلسات آموزش نمایش داده می‌شود (۹) اما درباره مقایسه این دو روش پژوهشی صورت نگرفته است. استفاده از منابع آموزشی کامپیوتری قبل از حضور در کلاس در کنار مزایایی که از نظر یادگیری خودراهبر و موثر دارد، برای دانشجویان ضعیف تر و وابسته تر و یا آنهایی که مشغله‌های زندگی و کاری بیشتری دارند، مشکل می‌باشد (۹). بنابراین این مساله نیز می‌تواند در پژوهشهای آینده مورد بررسی قرار گیرد.

Keywords :

electronic learning-
physical examination -small group educatin OSCE

کد: ۱۴۳۱

حیطه: یاددهی و یادگیری

بررسی مهارت‌های تفکر انتقادی دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مازندران در سال ۱۳۹۵

نویسندگان: مجتبی براتی، زهرا صایمی، علی مراد حیدری گرجی.

Introduction

پرورش قدرت تفکر یکی از اهداف اصلی آموزش محسوب می‌شود. تفکر در مورد تفکر در راستای بهبود فرایند فکر، در قلب تفکر انتقادی جای دارد (۱). متخصصین امر و نظریه پردازان، به طور کلی تفکر انتقادی را شامل تجزیه و تحلیل، ارزشیابی و استنباط دانسته‌اند (۲، ۳). تعبیر و تفسیر، تبیین و خودتنظیمی از جمله مؤلفه‌های محوری تفکر انتقادی قلمداد می‌شود (۴). تفکر انتقادی، تحت عنوان توانایی کند و کاو یک مساله، مشکل یا وضعیت به منظور یکپارچه سازی کلیه اطلاعات موجود در باره موضوع مورد بررسی و نیل به یک راه حل یا فرضیه جهت موجه ساختن جهت گیری فرد، تعریف شده است (۵). همچنین تفکر انتقادی به بررسی فرضیه‌ها، درک ارزش‌های نهفته، ارزیابی شواهد و سنجش نتیجه‌گیری‌ها گفته می‌شود (۶). آموزش پزشکی باید متناسب با تحولات شتابنده قرن بیست و یکم و تجربیات به دست آمده از گذشته و به ویژه قرن بیستم، اعم از تجزیه و تحلیل عوامل مؤثر بر سلامت، جامعیت در سلامت، تغییرات در نظام مدیریت سلامت، نقش فن آوری در سلامت، موضوع اخلاق

پزشکی و در نهایت آموزش پزشکی مستند به نحوی سامان دهی گردد که فارغ التحصیلانی قادر به حل مسأله، قادر به استفاده از منابع اطلاعاتی، آشنا به فن آوری، خودایفا، دارای مهارت های ارتباطی، دارای نگرش جامع و جامعه نگر به سلامت و متخلق به اخلاق حرفه ای تربیت کرده، برای دست یابی به این رسالت بزرگ باید روش ها و فنون مناسب را انتخاب کند؛ به طوری که باعث تغییرات به نسبت ماندگار در تفکر، نگرش و عمل یادگیرنده شود(۷). ارتقای تفکر انتقادی و توانایی حل مسأله توسط ارزیابی شواهد، استفاده کردن از تفاسیر معتبر و مجمل و تعمیم پذیر، یکی از اهداف جهانی حمایت شده در بیشتر دانشکده های پزشکی دانشگاه ها بیشتر ترکیبی از اطلاعات و مفاهیم را به دانشجویان می آموزند، اما از تجزیه و تحلیل، اولویت بندی جایگاه ها، سازمان دهی دانش جدید که پیش نیاز تفکر انتقادی و راهنمای یادگیری ست(۸). ولی با وجود اهمیت این موضوع، متخصصان آموزش، دستاوردهای قوی در مورد عدم توانایی دانشجویان در تفکر انتقادی در سال های اخیر داشته اند. زیرا روش های آموزشی رایج، مقدار زیادی اطلاعات تئوری را یاد می دهد که منتج به خروج فارغ التحصیلانی می گردد که برای حل مشکلات جامعه آموزش ندیده اند. در حقیقت روش های آموزش درمؤثر و معنی دار است، باز می مانند(۹) رشد فزاینده و سریع دانش پزشکی در عرصه مراقبت از بیماران، درمانگرانی را می طلبد که بتوانند با سطوح بالاتر تفکر و قدرت استدلال با این تغییرات پیچیده برخورد کنند. تقریباً یک سوم مشکلات بیماران و خطاهای پزشکی به خاطر خطا در تشخیص بیماری است، جهت حل این مشکل، افزایش مهارت های تشخیصی و مهارت های تفکر انتقادی در دوران آموزش پزشکی عمومی و دوران دستیاری ضروری است(۱۰). در این راستا، پژوهشگران بسیاری سعی در روشن نمودن ابعاد مختلف پرورش تفکر نموده اند. تفکر انتقادی محور بسیاری از مطالعات بوده است از جمله در برنامه آموزش پزشکی، که مطالعات نشان دهنده آن است که آموزش تفکر انتقادی موجب پیشرفت تحصیلی در دانشجویان می شود(۱۱، ۱۲). یکی از جنبه هایی که باعث موفقیت متخصصان بالینی در موقعیت های مراقبت از بیمار می گردد، توانایی تفکر انتقادی است. تفکر انتقادی در امور بالینی باعث تقویت مهارت های خوب اطلاع یافتن و تصمیم های اخلاقی می گردد، چرا که بسیاری از تصمیم گیری ها آسان نبوده، در موقعیت های نامطمئن و محیط در حال تغییر با تحت فشار قرار گرفتن از نظر زمانی همراه است که می تواند توسط طیفی از استدلال های اشتباه و تعصباتی که با یادگیری می توان از آن جلوگیری کرد، متأثر گردد(۱۳). اهمیت تفکر انتقادی در متون، تحت عناوین مختلف حل مسأله، تفکر انتقادی، تصمیم گیری، استدلال تشخیصی، استدلال بالینی، خلاقیت و قضاوت بالینی مورد توجه بوده است(۸). پژوهش حاضر با هدف ارزیابی مهارت های تفکر انتقادی (تجزیه و تحلیل، ارزشیابی، تفسیر، استدلال استقرایی و قیاسی) در دانشجویان پزشکی و مقایسه آن بر حسب سال تحصیلی، جنسیت و وضعیت تاهل طراحی گردیده است. با این باور که تحقیق در این زمینه می تواند به ارایه راهکار برای ارتقای این مهارت ها منجر شود، انجام گرفته است.

Objectives:

تعیین مهارت های تفکر انتقادی دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مازندران در سال ۱۳۹۴ میانگین و انحراف معیار تفکر انتقادی و زیرمهارت های آن شامل تفسیر، تجزیه و تحلیل و ارزشیابی (مهارت های اصلی)، استدلال قیاسی و استدلال استقرایی (مهارت های سنتی) در دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مازندران چقدر است؟

Study Design:

پژوهش حاضر از نوع توصیفی مقطعی می باشد
یک ترم تحصیلی حدود ۶ ماه .

Study Setting:

انجام مطالعه در کل جامعه هدف مورد نظر انجام شد.

Participan:

جمعیت مورد مطالعه را دانشجویان پزشکی مشغول به تحصیل در دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مازندران که در پایه تحصیلی سال اول تا چهارم بودند تشکیل دادند.

Sample Size:

تعداد ۱۷۴ دانشجوی پزشکی به صورت نمونه گیری به روش طبقه بندی تصادفی انتخاب شدند
از فرمول کوکران جهت محاسبه استفاده گردید.

Data Gathering Tool

جهت سنجش مهارت های تفکر انتقادی دانشجویان پزشکی از آزمون تفکر انتقادی کالیفرنیا فرم (ب) استفاده شد. این آزمون در سال ۱۹۹۰ توسط Facione ابداع گردید و در حال حاضر از علمی ترین و کاربردی ترین ابزارهای ارزشیابی مهارت های تفکر انتقادی محسوب می گردد (۱۴). در مطالعه تاشی و همکاران (۱۵)، پایایی این پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفت و برابر ۰,۶۲ شد در مطالعه مونسی و همکاران (۱۶)، پایایی این پرسشنامه ۰,۷۲ شد. پایایی این پرسشنامه در مطالعه ما در نمونه پایلوت برابر با ۰,۷۹ شد که نشان از پایایی بالای این پرسشنامه دارد. این آزمون شامل ۴۰ سؤال چهار و پنج گزینه ای می باشد که هر سؤال یکی از ۵ مهارت از تفکر انتقادی شامل تفسیر، تجزیه و تحلیل و ارزشیابی (مهارت های اصلی)، استدلال قیاسی و استدلال استقرایی (مهارت های سنتی) را مورد سنجش قرار می دهد. در این آزمون برای هر جواب صحیح یک امتیاز در نظر گرفته می شود و مجموع جواب های صحیح نمره کل، تفکر انتقادی یک فرد را تشکیل می دهد. حداقل نمره صفر و حداکثر نمره یک فرد ۳۴ می باشد. و نمره کسب شده در هر بخش از آزمون بین صفر تا ۱۶ می باشد. به طوریکه حداکثر امتیاز در بخش تحلیل، استنباط، ارزشیابی، استدلال قیاسی و استدلال استقرایی به ترتیب ۹، ۱۱، ۱۴، ۱۶، ۱۴ امتیاز است (۱۵).

Data Analysis

پس از جمع آوری اطلاعات داده ها با استفاده از آماره های توصیفی و آزمون های t مستقل و آنالیز واریانس و با استفاده از نرم افزار (۱۶) spss تجزیه و تحلیل شدند.

Results

در این پژوهش ۱۷۴ نفر از دانشجویان رشته پزشکی دانشگاه علوم پزشکی دانشگاه مازندران حضور داشتند که مانگین سنی دانشجویان $\pm 3/5$ ۲۲/۳۸ به دست آمد. با توجه به جدول یک ۴۵ درصد از دانشجویان پسر و ۵۵ درصد از آنها دختر بودند. ۳۵ درصد از دانشجویان سال اول، ۲۶ درصد سال دوم، ۲۳ درصد سال سوم و ۱۶ درصد سال چهارم بودند. ۷۱ درصد از دانشجویان پزشکی مجرد و ۲۹ درصد متاهل بودند.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار تفکر انتقادی و زیرمهارت های آن

انحراف معیار	میانگین	تفکر انتقادی و حیطه های آن در دانشکده پزشکی
۱/۳	۴/۱	ارزشیابی
۱/۲۳	۴/۷	تجزیه و تحلیل
۰/۷۸	۴/۲۴	استنباط
۱/۸۱	۵/۳۵	استقرایی
۱/۲	۳/۷۸	قیاسی
۶/۳۲	۱۳/۱۷	تفکر انتقادی

با توجه به جدول ۱، در می یابیم که میانگین تفکر انتقادی در دانشجویان دانشکده پزشکی برابر با $13/17 \pm 6/32$ شد و بیشترین میانگین مربوط به زیر مهارت استقرایی و کمترین میانگین مربوط به زیر مهارت قیاسی بود.

جدول ۲: تفاوت میانگین تفکر انتقادی و زیرمهارت های آن در دانشجویان پزشکی بر حسب سال تحصیلی

p-value	میانگین و انحراف معیار				تفکر انتقادی و حیطه های آن در دانشکده پزشکی
	سال چهارم	سال سوم	سال دوم	سال اول	
۰/۰۳	۴/۵۶±۱/۳	۴/۱۵±۰/۵۲	۳/۶±۱/۲	۴/۰۸±۱/۵	ارزشیابی
۰/۲	۴/۸۱±۰/۴۵	۴/۵۷±۰/۷۹	۴/۳۳±۱/۲۴	۴/۲۱±۱/۲	تجزیه و تحلیل
۰/۰۱	۴/۶۹±۰/۷۲	۴/۳۶±۱/۰۱	۴/۱۱±۱/۳۷	۳/۷۸±۱/۲۴	استنباط
۰/۰۱	۵/۸۸±۱/۲۳	۶/۸±۱/۲۷	۵/۲±۱/۴۲	۴/۸۹±۱/۷۱	استقرایی
۰/۰۴	۲/۹۵±۱/۷	۳/۳±۱/۳۴	۳/۵۱±۰/۵۳	۳/۷۸±۰/۷۸	قیاسی
۰/۰۳	۱۱/۴۲±۵/۳	۱۱/۷۷±۴/۹۸	۱۲/۷۵±۵/۷	۱۳/۴۳±۶/۵۲	تفکر انتقادی

برای بررسی تفاوت میانگین آزمون تفکر انتقادی و زیرمهارت های آن در دانشجویان پزشکی بر حسب سال تحصیلی از آزمون آنالیز واریانس استفاده و با توجه به نتایج ارائه شده در این جدول، درمیابیم که میانگین حیطه ارزشیابی در سال های مختلف، با p-value کمتر از ۰/۰۵ تفاوت معناداری با یکدیگر دارند و با استفاده از آزمون توکی می توان دریافت که ارزشیابی دانشجویان سال اول با دانشجویان سال دوم و چهارم تفاوت معناداری دارند. ارزشیابی دانشجویان سال دوم با سال سوم و چهارم و هم چنین دانشجویان سال سوم با سال چهارم تفاوت معناداری داشتند. ارزشیابی دانشجویان سال چهارم به نسبت بالاتر از سایر دانشجویان و ارزشیابی دانشجویان سال دوم ضعیفتر از سایر دانشجو ها بود. در حیطه تجزیه و تحلیل بر حسب سال های مختلف تحصیلی تفاوت معنادری مشاهده نشد. میانگین حیطه استنباط در سال های مختلف، با p-value کمتر از ۰/۰۵ تفاوت معناداری با یکدیگر داشتند. با استفاده از آزمون توکی در می یابیم که میانگین استنباط دانشجویان سال اول با دانشجویان سال دوم، سوم و چهارم تفاوت معناداری داشتند. تفاوت میانگین استنباط دانشجویان سال دوم با سال چهارم هم معنادار شد. میانگین حیطه استقرایی در سال های مختلف، با p-value کمتر از ۰/۰۵ تفاوت معناداری با یکدیگر داشتند به طوری که با استفاده از آزمون توکی، دریافت شد که میانگین حیطه استقرایی در سال اول با سال سوم و چهارم، سال دوم با سال سوم و چهارم و هم چنین سال سوم با سال چهارم تفاوت معناداری داشتند. میانگین حیطه قیاسی در سال های مختلف، با p-value کمتر از ۰/۰۵ تفاوت معناداری با یکدیگر داشتند. در نهایت میانگین تفکر انتقادی با p-value کمتر از ۰/۰۵ بر حسب سال های مختلف تحصیل، تفاوت معناداری داشتند. به طوری که سال اول با سال سوم و چهارم، سال دوم با سال سوم و چهارم و سال سوم هم با سال چهارم اختلاف معناداری داشتند. به طور کلی می توان نتیجه گرفت که دانشجویان در سال های اول تحصیل خود تفکر انتقادی بهتری نسبت به سال های بالاتر دارند.

جدول ۳: میانگین تفکر انتقادی و زیر مهارت های آن بر حسب جنسیت

p-value	میانگین و انحراف معیار		تفکر انتقادی و حیطه های آن در دانشکده پزشکی
	دختر	پسر	
۰/۰۳	۳/۴۹	۴/۲۳	ارزشیابی
۰/۰۲	۳/۹۲	۴/۸۸	تجزیه و تحلیل

استنباط	۴/۳۱	۴/۳۸	۰/۳
استقرایی	۷/۵۷	۵	۰/۰۱
قیاسی	۳/۱	۲/۹۴	۰/۲۴
تفکر انتقادی	۱۳/۳۵	۱۲/۸۳	۰/۰۲

برای بررسی اختلاف میانگین تفکر انتقادی و زیر مهارت های آن بر حسب جنسیت دانشجویان از آزمون t مستقل استفاده شد. اختلاف میانگین حیطه ارزشیابی، تجزیه و تحلیل، استقرایی در بین دختران و پسران با p-value کمتر از ۰/۰۵ معنادار شد. در حیطه ارزشیابی، استقرایی دختران از پسران وضعیت بهتری داشتند ولی در حیطه تجزیه و تحلیل پسران عملکرد بهتری داشتند. در حیطه های استنباط و قیاسی هم تفاوت با p-value بزرگتر از ۰/۰۵ معنادار نشد. در کل میانگین تفکر انتقادی بر حسب جنسیت با p-value کمتر از ۰/۰۵ معنادار شد و تفکر انتقادی پسران با میانگین ۱۳/۳۵ بهتر از دختران با میانگین ۱۲/۸۳ ارزیابی شد.

جدول ۴: میانگین تفکر انتقادی بر حسب وضعیت تاهل دانشجویان

p-value	میانگین و انحراف معیار		تفکر انتقادی و حیطه های آن در دانشکده پزشکی
	متاهل	مجرد	
۰/۰۲	۵/۲۵	۳/۹۲	ارزشیابی
۰/۱	۴/۴۹	۴/۱۱	تجزیه و تحلیل
۰/۴	۴/۲۱	۴/۳	استنباط
۰/۰۱	۷	۵/۵	استقرایی
۰/۰۳	۳/۳۸	۲/۶۷	قیاسی
۰/۰۰۱	۱۴/۲	۱۳/۰۱	تفکر انتقادی

برای بررسی اختلاف میانگین تفکر انتقادی و زیر مهارت های آن بر حسب وضعیت تاهل دانشجویان از آزمون t مستقل استفاده شد. اختلاف میانگین حیطه ارزشیابی، قیاسی و استقرایی در بین متاهلین و مجردین با p-value کمتر از ۰/۰۵ معنادار شد. در حیطه ارزشیابی، استقرایی و قیاسی متاهلین از مجردان وضعیت بهتری داشتند. در حیطه های تجزیه و تحلیل و استنباط تفاوت با p-value بزرگتر از ۰/۰۵ معنادار نشد. در کل میانگین تفکر انتقادی بر حسب وضعیت تاهل با p-value کمتر از ۰/۰۵ معنادار شد و تفکر انتقادی متاهلین با میانگین ۱۴/۲ بهتر از مجردین با میانگین ۱۳/۰۱ ارزیابی شد **Conclusion:**

نتایج حاصل از این مطالعه نشان می دهد که نمرات کسب شده توسط دانشجویان پزشکی در زیرمهارت های آزمون تفکر انتقادی در سطح متوسطی بوده است و دانشجویان در سال های اول تحصیل خود تفکر انتقادی بهتری نسبت به سال های بالاتر دارند. تفکر انتقادی دانشجویان پسر بهتر از دختران بود و هم چنین دانشجویانی که متاهل بودند تفکر انتقادی بهتر از مجردین داشتند. این یافته ها ما را به سوی ارایه راهکارهایی رهنمون می سازد که منجر به ارتقای مهارت های عالی ذهنی، به ویژه مهارت های تفکر انتقادی و حل مسأله می گردد. این راهکارها حیطه های فراگیر، آموزش دهنده، برنامه درسی و ارزشیابی برنامه را شامل می شود که می توان از جمله آن ها به درگیر کردن دانشجویان در مراحل تفکر و یاد دادن تفکر به دانشجویان، ایجاد روحیه نقادی در دانشجویان در فضای کلاس درس مانند برهان خواهی، طراحی برنامه های ارزشیابی دانشگاه ها، به نحوی که دانشجو به سمت تفکر مولد راهنمایی گردد.

:Keywords

مهارت ، تفکر انتقادی، دانشجویان پزشکی

کد: ۱۳۹۳

حیطه: یاددهی و یادگیری

ارزیابی همتایان با استفاده از شبیه‌سازی با فناوری بالا به‌عنوان یک تکنیک آموزشی

نویسندگان: سید محمد رضا حسینی

:Introduction

دستورالعمل بازی‌بندی شده احیا قلبی ریوی انجمن قلب آمریکا بر کیفیت احیا و اهمیت ارزیابی آن تأکید دارد. با توجه به ضرورت کسب توانمندی لازم برای اجرای عملیات احیا توسط دانشجویان فوریت‌های پزشکی، نیازسنجی در خصوص لزوم طراحی مداخله به‌منظور بهبود توانمندی ایشان با روش‌های مشاهده مستقیم، آزمون و مصاحبه انجام شده و تحلیل شکاف‌ها نشان داد بین استانداردها و عملکرد فعلی اختلاف وجود دارد. لذا بهبود توانمندی‌های حوزه شناختی ایشان همچون کاربست دانسته‌ها و تحلیل و ارزیابی اجرای درست عملیات احیا و همچنین بهبود توانمندی‌های حوزه روانی حرکتی ایشان مانند آمادگی، پاسخ هدایت‌شده و عادت‌ها در اجرای مهارت‌های احیا به‌عنوان نیازهای الزامی دانشجویان فوریت‌های پزشکی و اهداف فرایند تعیین گردید و با کسب نظر مدرسین و کارشناسان خبره فوریت‌های پزشکی و اخذ راهنمایی از مشاور طراحی آموزشی، فرایند آموزشی زیر بدین منظور طراحی و اجرا گردید.

:Objectives

هدف از اجرا کاربرد ارزیابی همتایان با استفاده از شبیه‌سازی با فناوری بالا به‌عنوان یک تکنیک آموزشی بود.

:Study Design

برای حصول اهداف فوق تصمیم گرفته شد با استفاده از یک برنامه آموزشی ترکیبی ، همه اهداف آموزشی حوزه‌های شناختی و روانی حرکتی در ساعت محدود آموزش احیا حاصل گردد. لذا ضمن استفاده از شبیه‌سازی، بحث گروهی، و از خورد فعال ، از ارزیابی همتایان نیز که یک شیوه ارزیابی دانشجویان است به‌عنوان یک تکنیک آموزشی استفاده شد که ویژگی اصلی این فرایند می‌باشد.

:Study Setting

در طی مراحل اجرای فرایند با استفاده از شبیه‌سازی با تکنولوژی پیشرفته، فراگیران پس از استماع یک سناریو، با ایفای نقش یک تکنسین فوریت‌های پزشکی، به شبیه‌سازی احیا بر روی مولاژ با قابلیت برنامه‌ریزی ، انتوباسیون، شبیه‌سازی آریتمی ها و اصلاح آریتمی ها، اقدام نمودند و با فیلم برداری از اجرای فراگیران، امکان تحلیل اقدامات، ارزشیابی فراگیر و همچنین بازخورد مستقیم فراهم بود. همچنین با استفاده از بحث گروهی ، برای تحلیل پروسیجر اجراشده توسط گروه‌ها، با مشارکت دانشجویان استفاده شد.

:Participan

در ادامه ارزیابی همتایان به صورت نظام مند و با تکمیل چکلیست استاندارد انجمن قلب آمریکا توسط همتایان، حین مشاهده مستقیم اجرای عملیات احیا، اجرا شد. فراگیر ضمن مرور مداوم اجزاء چکلیست، توالی استاندارد مراحل احیا را احیا حفظ کرده و با انجام ارزیابی همتا، قدرت تحلیل و نقد و داوری خود را بهبود می بخشد و می تواند به صورت همزمان، توانمندی های خود را در همه مراحل حوزه شناختی (از دانش تا توانایی ارزشیابی) ارتقا دهد. پس از مرحله اول که در آن مدرس به ارائه محتوی آموزشی به صورت سخنرانی و سپس اجرای عملی احیا بر روی مولاژ می پردازد. مراحل مختلف بعدی شامل شبیه سازی، ارزیابی همتایان و بحث گروهی به صورت دانشجو محور بین گروه ها تکرار می گردد. در طی این مراحل، مدرس فقط تسهیل گر بوده و در صورت نیاز بازخوردهای لازم را به فراگیران می دهد.

:Sample Size

مطالعه بر روی گروه ۳۰ نفره دانشجویان کارشناسی فوریتهای پزشکی در سال ۱۳۹۵ اجرا شد

:Data Gathering Tool

با استفاده از فرم نظر سنجی و مصاحبه با شرکت کنندگان نظرات ایشان جمع آوری گردید

:Data Analysis

میانگین نمرات نظر سنجی شرکت کنندگان مقایسه گردید

:Results

به واسطه لحاظ نمودن علائق مدل های یادگیری دانشجویان، شیوه آموزشی فوق مورد اقبال و پذیرش ایشان قرار گرفته و در رضایت سنجی ۱۰۰٪ ایشان ابراز رضایت کرده بودند و در بررسی پیش آزمون و پس آزمون افزایش میانگین نمرات گروه از ۵۸٪ به ۸۴٪ مشاهده گردید. در ارزیابی کیفی به صورت مصاحبه پایان دوره، تغییر در نگرش دانشجویان به مهارت های احیا در کنار بهبود اطلاعات و قدرت تحلیل شرایط پیچیده و پیش بینی نشده در احیا، به عنوان نتایج فرایند اعلام شده بود. فراگیران، ویژگی های این شیوه را، ایجاد محیطی شاداب، فعال و رقابتی عنوان کرده و به علت تعمیق یادگیری، تمایل به ادامه تدریس با این شیوه داشتند.

Conclusion: با اجرای پروسیجر، قدرت تصمیم سازی و سرعت عمل دانشجویان ارتقا یافته و برای ایشان یک تجربه صوری ولی اثربخش فراهم نمود لذا اجرای این فرایند آموزشی در شرایط شبه واقعی بمنظور در ارتقاء توانمندی حرفه ای و خصوصاً اعتماد به نفس فراگیران پیشنهاد می گردد.

:Keywords

ارزیابی همتایان، شبیه سازی، احیا قلبی ریوی، فوریتهای پزشکی، بحث گروهی

کد: ۱۳۹۴

حیطه: یاددهی و یادگیری

طراحی و ساماندهی طرح منتورینگ در دانشکده پزشکی شیراز و تقویت آموزش مبتنی بر دانش عمقی از طریق این طرح

نویسندگان: محمد امین ضرابی، محمد هادی ایمانیه، خلیل ضرابی، منصور مسجدی، جواد کجوری، میترا امینی، هانیه غلامپور، پریسا بی کینه، راضیه نشاط آور

Introduction

با توجه به نقش حرفه پزشکی در سلامت جامعه و پیامد های آن برای اجتماع نقش تربیت و آموزش دانشجویان این رشته از اهمیت بسزایی برخوردار است تا بتوان نیروهای جوان و با انگیزه ای را وارد نظام سلامت کشور کرد. همچنین با توجه به نتایج مطالعات انجام شده، وجود مشکلات مربوط به افت تحصیلی و کاهش انگیزه در سال های اول ورود به رشته پزشکی بیشتر از سال های بالاتر است. بررسی ها نشان می دهند در صورتی که سیستم حمایتی آموزشی و روحی مناسبی برای دانشجویان وجود نداشته باشد، دانشجویان پیوسته به دنبال راهنمایی گرفتن از دانشجویان مقاطع بالاتر هستند و در صورتی که فردی که به وی اعتماد می کنند خود شناخت کافی نسبت به رشته پزشکی و انگیزه لازم را نداشته باشد، می تواند فرد را با راهنمایی های نسنجیده و غیر اصولی دچار مشکل نماید. یکی از راه حل های مناسب برای حل این مشکلات، طراحی و اجرای سیستم منتورینگ می باشد. منتورینگ به عنوان فرآیندی که به وسیله آن یک فرد باتجربه علاقه مند و قابل اعتماد (منتور) یک شخص دیگر را (منتی) در زمینه رشد و بازنگری ایده ها، یادگیری، پیشرفت شخصی و حرفه ای راهنمایی می کند. هدف از این نوآوری آموزشی، طراحی، اجرا و ارزشیابی طرح منتورینگ دانشجویی برای دانشجویان پزشکی سال اول دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز ورودی های بهمن ۹۳ و پس از آن می باشد.

Objectives

طراحی سیستم آموزش منتورشیب (آموزش منتور به منتی) در دانشکده پزشکی آموزش علوم بالینی همراه با تلفیق با علوم پایه در بخش های بیمارستانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز آموزش نحوه ی تفکر در برخورد با بیماران در شرایط مختلف و در خط اول افزایش انگیزه ی دانشجویان پزشکی برای مطالعه ی دروس پزشکی مرور حجم قابل توجهی از مطالب علمی پزشکی در تعدادی از جلسات متعدد ماهیانه بهره مندی از تجارب و اطلاعات علمی اساتید برجسته ی دانشگاه علوم پزشکی شیراز در کنار دانشجویان تقویت روحیه ی همکاری و تعامل میان دانشجویان پزشکی ایجاد حس مسئولیت پذیری و مشاوره در دانشجویان پزشکی ایجاد حس هدایت و رهبری در انتقال مفاهیم برای دانشجویان سال پایین تر استفاده از تجربیات دانشجویان در آموزش مطالب به صورت تفهیمی به یکدیگر زیر نظر اساتید مشارکت دانشجویان علاقه مند در پروسه های آموزشی

Study Design

این یک مطالعه مقطعی است که دانشجویان ورودیهای نیمه دوم بهمن سال ۱۳۹۳ به بعد را در سیستم منتور - منتی، تحت پوشش قرار گیرند.

Study Setting

قسمتی از جامعه می باشد

:Participan

در این طرح از دانشجویان سال بالاتر فیزیوپات و بالینی به عنوان منتور سطح دو و اساتید الگو و مرجع بعنوان منتور سطح عالی و الگو و از تعدادی از اساتید به عنوان منتور پشتیبان استفاده می شود.

:Sample Size

نمونه گیری نداشتیم

:Data Gathering Tool

به منظور سنجش میزان رضایتمندی منتورها و منتی ها از روند اجرای این فرآیند مصاحبه با منتورها و منتی ها به صورت جداگانه انجام شد و نظرات آنان یادداشت گردید

:Data Analysis

با استفاده از نرم افزار SPSS و آمار توصیفی میزان رضایتمندی بر حسب درصد محاسبه شد.

:Results

فرآیند منتورینگ از سال ۹۴-۹۳ در دانشکده پزشکی اجرا شد و به منظور سنجش میزان رضایتمندی منتورها و منتی ها از روند اجرای این فرآیند مصاحبه با منتورها و منتی ها به صورت جداگانه انجام شد و نظرات آنان یادداشت گردید. اکثر دانشجویان منتی از فرآیند منتورینگ رضایت کامل داشتند و تلاش ها و علاقه مندی منتورها خود را در زمینه های تحصیلی و آموزشی و هم در زمینه های فرهنگی و اجتماعی و روانشناختی مفید و موثر می دانند و خواستار ادامه این روند در دانشگاه بودند. منتورها نیز بیان کردند که ارتباط با دانشجوی منتی موجب ارتقای توانمندی های فردی و مهارت های ارتباطی و اجتماعی آنان شده است و ارتباط با منتی ها به رشد و شناخت فردی و افزایش قدرت صبر و تحمل خودشان و ایجاد حس مسئولیت پذیری کمک کرده است. نتایج حاصل از نظرسنجی طرح مبتنی بر دانش (SBD) از دانشجویان شرکت کننده در ۲۴ جلسه ی ۲ ساعته ی ارائه ی بیمار با تعداد تقریبی ۳۶۰ دانشجو نشان می دهد که میزان افزایش انگیزه برای مطالعه ی دروس پزشکی ۹۳٪، تمایل به ادامه ی شرکت در جلسات ۹۸٪، کمک کننده بودن حضور اساتید در این جلسات ۱۰۰٪، میزان رضایت نسبت به برگزاری ماهانه ی این جلسات ۹۵٪، کمک کننده بودن نحوه ی ارائه جلسات در یادگیری ۹۲٪، برقراری ارتباط با دانشجویان دیگر مقاطع ۸۹٪، ایجاد توانایی به چالش کشیدن دانشجو ۹۰٪، کمک به افزایش سطح علمی دانشجو ۹۵٪، کمک به یادگیری کارهای عملی بیمارستانی ۹۱٪، رضایت کلی دانشجویان ۹۳/۶٪ می باشد

:Conclusion

میزان سازگاری و انگیزه تحصیلی دانشجویانی که وارد فرآیند منتورینگ شدند در مقایسه با دانشجویانی که وارد نشده بودند، تفاوت قابل ملاحظه ای داشت و افرادی که در منتورینگ حضور داشتند به طور قابل توجهی سازگاری بیشتری با محیط دانشگاه و سایر دانشجویان داشتند. به علاوه انگیزه تحصیلی در گروهی که وارد فرآیند شدند بالاتر بود و آنان تمایل بیشتری به ادامه تحصیل در مقاطع بالاتر داشتند. با توجه به این که حمایت تحصیلی یکی از اهداف مهم فرآیند منتورینگ بوده است لذا در این راستا بررسی وضعیت تحصیلی دانشجویان حائز اهمیت می باشد. یکی از وظایف منتورها در تحقق این هدف معرفی رفرنس ها و کتب مناسب و آشنا کردن دانشجویان با روش های صحیح مطالعه بوده است. در پایان معدل های دانشجویان در گروهی که وارد فرآیند منتورینگ شدند و دانشجویانی که وارد فرآیند نشدند مقایسه شد و نتایج نشان می دهند که میانگین معدل های دانشجویان منتی بالاتر از غیر منتی بود. این فرآیند در سطح دانشگاه علوم پزشکی شیراز نتایج بسیار مثبتی را به همراه داشته است و دانشجویان از اجرای این طرح رضایتمندی زیادی را اعلام کردند و خواستار ادامه اجرای این فرآیند شدند.

:Keywords

منتورینگ، دانشجویان پزشکی، آموزش مبتنی بر دانش

کد: ۱۳۹۸

حیطه: یاددهی و یادگیری

تعیین نیاز های دانشجویان پزشکی بالینی در زمینه مهارت های مطالعه و زندگی: نیازسنجی، طراحی، اجرا و ارزشیابی دوره مهارت های مطالعه در محیط بالینی

نویسندگان: محمد دادگستر، نیا، وجیهه وفامهر، شهرزاد شهیدی

Introduction

بدیهی است که در تمامی نظام های آموزشی و از جمله دانشکده های پزشکی، یکی از مهمترین عوامل تاثیر گذار بر پیشرفت تحصیلی و کارآمدی تحصیل، مشکلات تحصیلی و پیشامدهای غیر تحصیلی است که خواسته و ناخواسته در زندگی اجتماعی و تحصیلی دانشجویان پیش روی آنها قرار می گیرد. از آنجا که اصلی ترین وظیفه ی هر دانشجو مطالعه می باشد، بنابراین اولین تاثیر این مشکلات بر روند مطالعه و یادگیری دانشجو خواهد بود. با توجه به طولانی بودن دوره ی پزشکی عمومی، تمامی دانشجویان در طول تحصیل با اینگونه مشکلات برخورد خواهند داشت. مشکلاتی که نیاز به مدیریت صحیحی دارند تا بر روند مطالعه و تحصیل دانشجو اثر سوء نگذارند. اما آیا دانشجویان توانایی مدیریت بحران های زندگی اجتماعی و تحصیلی خود را دارند؟ آیا آنها آموخته اند که چگونه برنامه ریزی کنند تا بتوانند در طی ۷ سال تحصیل در رشته پزشکی، در میان زندگی و تعاملات اجتماعی خود، مطالعه صحیح و موثری نیز داشته باشند و به هدف اصلی خود که تبدیل شدن به یک پزشک باسواد و توانمند است، دست یابند؟ دانشجویان پزشکی در طول تحصیل خود با حجم بالا و بسیار متنوع از مطالب و کتب درسی روبرو هستند. بنابراین دانستن روش های مطالعه و مدیریت زمان و برخورد با اختلالات مطالعه از اساسی ترین نیازهای دانشجویان پزشکی می باشد. نارسایی در مهارت های یادگیری و مطالعه و مدیریت زمان می تواند از معایب مهم یک دانشجوی پزشکی باشد و حتی قابلیت های هوشی و سلامت جسمی و روانی را تحت تاثیر قرار می دهد و کارآمدی این مهارت ها، برخی از نارسایی های احتمالی در محیط آموزشی و کاستی های انگیزش تحصیلی و سلامت جسمی- روانی را که می تواند تأثیر نامطلوبی بر عملکرد تحصیلی فرد داشته باشد، تعدیل و یا حتی جبران می کند. در کشور ما شایع ترین کارهایی که در این زمینه شده است، برگزاری کارگاه های روش مطالعه می باشد که اغلب توسط کمیته های دانشجویی و یا مراکز توسعه برای دانشجویان پزشکی ارائه می شود. اما سوال اینجاست که آیا این کارگاه ها که مهارت های عمومی مطالعه را آموزش می دهد، کلیه نیازهای دانشجویان پزشکی را در زمینه مدیریت مطالعه خود طی ۷ سال پرفراز و نشیب و پر استرس دوره پزشکی، پاسخگو هستند؟ آنچه که در گفتگو با دانشجویان رشته ی پزشکی روشن می شود این است که اغلب آنها تمایلی برای شرکت در این دوره ها ندارند و اساسا در کاربردی بودن مطالب آموزش داده شده تردید دارند. آماده شدن برای آزمون های جامع، لزوم مطالعه کتاب های حجیم و زبان انگلیسی Text، ضرورت مطالعه عمیق مطالب به منظور استفاده در فرایند استدلال بالینی، لزوم به خاطر سپاری حجم بالایی از مطالب و اصطلاحات متنوع، مطالعه در کنار استرس ناشی از فشار کار و کشیک های بالینی و... مسائلی هستند که رشته ی پزشکی را از سایر رشته های تحصیلی متمایز کرده و مهارت های خاصی را برای مطالعه کارآمد و موفقیت در مدیریت زمان، نیاز دارد.

نگاهی به سابقه دانشجویان نشان می دهد که در میان ورودی های هر سال دانشکده ی پزشکی، عده ای هستند که هر ترم با عدم موفقیت در تعدادی از دروس روبرو هستند و این موضوع به صورت مداوم در ترم های بعدی تکرار می شود. گاهی برخی از این افراد با مشکل محدودیت سنوات تحصیلی مواجه شده و در آستانه ی اخراج از دانشگاه قرار می گیرند. اگر این افراد توانسته اند به دانشکده ی پزشکی راه یابند، بنابراین می توان گفت که بهره هوشی لازم را داشته و افراد کوشایی بوده اند. پس چه عاملی باعث ایجاد افت تحصیلی آنها در دانشکده ی پزشکی شده است، و چرا هرچه به سال های بالاتر می روند این افت بیشتر می شود؟ آیا آموزش های دیگری نیاز است؟ در اغلب مطالعات موجود با استفاده از پرسشنامه هایی، روش های مطالعه دانشجویان بررسی شده و اشکالات موجود برای برنامه ریزی دوره های آموزشی ارائه گردیده است. اما مشخص نیست که آیا آنچه که ما از دانشجویان سوال می کنیم همه موارد تاثیر گذار در برنامه مطالعه دانشجویان پزشکی هست یا عوامل مداخله کننده دیگری نیز

وجود دارد که ما از آن نا آگاهیم. برای پاسخ به سوالات فوق بر آن شدیم تا با انجام یک نیاز سنجی، نیازهای آموزشی دانشجویان پزشکی در زمینه مدیریت زمان و زندگی اجتماعی و مهارت های مطالعه بخصوص در محیط بالینی را تعیین نماییم. سپس با طراحی و اجرای یک دوره آموزشی کوتاه مبتنی بر نیازهای مشخص شده، به بررسی نظرات دانشجویان شرکت کننده پرداختیم. در مرور متون انجام شده، تمامی مطالعات به بررسی مهارت های مطالعه در دانشجویان رشته های مختلف در دانشگاه و پیش از دانشگاه پرداخته اند. به عنوان مثال Wes و Sadoski در مطالعه خود نشان داده اند که نقش مهارت های مطالعاتی و مدیریت زمان در موفقیت دانشجویان ترم اول پزشکی قوی تر از استعداد آن ها در یادگیری می باشد (۱). Reid و همکاران بررسی و گزارش کرده اند که داشتن برنامه منظم و مطالعه عمیق همراه با تمرکز می تواند در یادگیری دانشجویان پزشکی مؤثر باشد (۲). همچنین در پژوهشی، عوامل تهدید کننده بازده آموزشی در دانشجویان آفریقای جنوبی بررسی گردیده و بخشی از مشکلات مربوط به الگوهای مطالعاتی دانشجویان ارائه شده است (۳). فرگی و همکاران وی نیز در مطالعه ای نشان داده اند که برگزاری کارگاه مهارت های مطالعه برای دانشجویان جدیدالورود پرستاری، مامایی، مددکاری اجتماعی و رادیولوژی باعث افزایش آمادگی آنها برای تحصیل در دانشگاه و همچنین بهبود عملکرد تحصیلی آنها می شود (۴). از طرف دیگر Boehler و همکاران وی مهمترین مهارتهای مطالعه مورد استفاده توسط واحد های پژوهش را به ترتیب یادداشت برداری از مطالب مهم، برجسته نمودن مطالب مهم و طراحی سوال قبل از خواندن عنوان کردند و یکی از مشکلات عمده افراد تحت مطالعه در زمینه عادت های مطالعه را مدیریت زمان بیان کرده اند (۵). اغلب مطالعات داخلی موجود به بررسی مهارت های مطالعه در دانشجویان رشته های مختلف پرداخته اند. این پژوهش ها نشان می دهد که مهارت های مطالعه و یادگیری دانشجویان در حد مطلوبی قرار ندارند. بیش از دو سوم دانشجویان دارای مهارت های کافی مطالعه نیستند (۶). فقط ۸ درصد دانشجویان پرستاری دارای عادت های صحیح مطالعه هستند. اکثر دانشجویان رشته پزشکی در زمینه مدیریت زمان، تمرکز حین مطالعه، سرعت مطالعه، یادداشت برداری، عادت مطالعه و درک مطلب عملکرد نامناسبی داشتند (۷).

مردانیان و همکاران به مطالعه الگوهای مطالعاتی دانشجویان، اینترن ها و رزیدنت های بخش زنان پرداخته و به این نتیجه رسیده اند که شیوه مطالعه، مدت و منابع مورد استفاده دانشجویان، کارورزان و دستیاران پزشکی کاستی داشته و نیازمند اصلاح، آموزش و فراهم آوردن تسهیلات و امکانات است (۸).

همچنین نوریان و همکاران در مطالعه ای مشخص کرده اند که دانشجویان پسر رشته پزشکی دانشگاه آزاد در حیطه مدیریت زمان وضعیت بهتری نسبت به دختران داشتند و دانشجویان ساکن خوابگاه از تمرکز کمتری نسبت به سایر دانشجویان برخوردار بودند (۹). روحانی و همکاران در مطالعه ای که بر روی ۱۹۰ دانشجوی دندانپزشکی دانشگاه مشهد انجام دادند، دریافتند که دانشجویان از شیوه مطالعه صحیحی برخوردار نیستند (۱۰). حقانی و همکاران در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان یک دوره ۲۰ ساعته مهارت های مطالعه و یادگیری را برای دانشجویان استعداد درخشان برگزار کرده سپس با استفاده از نتایج این مطالعه یک درس دو واحدی اختیاری برای آموزش مهارت های مطالعه و کمک به یادگیری دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، طراحی کرده اند (۱۱). با توجه به اینکه این دوره به مشکلات اختصاصی دانشجویان پزشکی و بخصوص دانشجویان پزشکی در دوره بالینی نپرداخته است، بنابراین نتایج مطالعه حاضر می تواند در تکمیل محتوای درس فوق کمک کننده باشد.

Objectives:

هدف کلی:

افزایش مهارت دانشجویان پزشکی برای مطالعه موثر در محیط بالینی

اهداف ویژه اختصاصی:

تعیین نیازهای آموزشی برای ارتقای وضعیت مطالعه دانشجویان پزشکی بخصوص در دوره بالینی

تعیین نظرات دانشجویان در خصوص مشکلات موجود در روش های مطالعه ی آنها

تعیین میزان تمایل دانشجویان پزشکی برای شرکت در دوره مهارت های مطالعه در محیط بالینی

تعیین وضعیت دانشجویان از نظر مدیریت و بهره وری زمان

تعیین رضایت دانشجویان از دوره آموزشی مهارت های مطالعه در محیط بالینی

:Study Design

این مطالعه از نوع نیازسنجی و توصیفی-پیمایشی می باشد. و در طول ۲ ترم انجام شده است.

:Study Setting

این مطالعه در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شده است.

:Participan

این مطالعه بر روی دانشجویان پزشکی عمومی پس از اتمام دوره علوم پایه (دانشجویان ICM, دانشجویان کارآموزی و دانشجویان کارورزی) انجام گردید هاست.

:Sample Size

شرکت دانشجویان در دوره از طریق فراخوان بوده و برای انجام مطالعات پیمایشی در این مطالعه از نمونه گیری سرشماری استفاده شده است.

:Data Gathering Tool

با توجه به شرایط موجود از چند روش برای انجام نیاز سنجی استفاده شد.

۱- مصاحبه با دانشجویان ناموفق درباره مهارت های مطالعه و برنامه ریزی

برای بررسی علل ناموفقیت دانشجویان با مشکلات تحصیلی، با توجه به سوابق تحصیلی موجود، از هر دوره ی ICM ، کارآموزی و کارورزی ۴ دانشجوی با مشکلات تحصیلی انتخاب شدند. طی یک جلسه مصاحبه با هر یک از این دانشجویان و جمع بندی نتایج این مصاحبه ها، مشکلات اساسی در نحوه برنامه ریزی، زندگی و مطالعه دانشجویان استخراج گردید. اکثر آنها همچنان به سبک دوران دبیرستان زندگی و تحصیل می کردند. در این مرحله لیست نیاز ها بدون اولویت بندی تهیه گردید.

۲- استفاده از تکنیک فیش بول (Fishbowl)

تعدادی از دانشجویان مقاطع مختلف از دوره ICM تا دوره کارآموزی و کارورزی برای شرکت در کارگاه نیازسنجی دعوت شدند. روش نمونه گیری به صورت غیر تصادفی سهمیه ای بود و تلاش شد تا از همه گروه های دانشجویان شامل دانشجویان خوابگاهی، دانشجویان برتر ، دانشجویانی که در چند درس موفق نشده اند و دانشجویانی که در فعالیت های فوق برنامه شرکت می کنند، در این نیازسنجی استفاده شوند. این دانشجویان در گروه های چند نفره فهرستی از نیازها را تهیه کردند. سپس در جلسه عمومی و با حضور تمامی شرکت کنندگان، گزارش کار گروه ها ارائه شد و پس از بحث و تبادل نظر، تهیه فهرست نیازهای مورد توافق و اولویت بندی آنها انجام گرفت.

۳- استفاده از پرسشنامه محقق ساخته درباره روش های مطالعه از دید دانشجویان

با استفاده از مرور متون موجود و تحلیل عللی که بر اساس مشاهده و تعامل با دانشجویان به آن دست یافته بودیم ، پرسشنامه ای مشتمل بر ۱۱ سوال بلی - خیر و باز پاسخ درباره روش مطالعه ی دانشجویان و روش های مطالعه در دوره ICM از دید خود دانشجویان، تهیه گردید و توسط دانشجویان دوره مقدمات پزشکی بالینی تکمیل گردید. روش نمونه گیری به صورت سرشماری بود. در تحلیل نتایج این پرسشنامه فراوانی آیتم های کلیدی مورد نظر، مبنای قضاوت قرار گرفت و بسته به نوع آیتم فراوانی بالای ۶۰ درصد به عنوان نیاز آموزشی در نظر گرفته شد.

۴- استفاده از پرسشنامه ی مهارت های مطالعه و مدیریت و بهره وری زمان

به منظور بررسی عمده مشکلات مربوط به مدیریت زمان از پرسشنامه مدیریت و بهره وری زمان Kanar استفاده شد (۱۲). این پرسشنامه مشتمل بر ۱۷ آیتم می باشد که به ارزیابی میزان آشنایی دانشجویان با مدیریت زمان، روش های مطالعه درست می پردازد. برای تحلیل نتایج این پرسشنامه، درصد افرادی که در هر آیتم پاسخ خیر را انتخاب کرده بودند معیار قضاوت قرار گرفت و اگر درصد این افراد بالای ۶۰ درصد باشد، این آیتم به عنوان یک نیاز در زمینه مهارت های مطالعه و مدیریت زمان در نظر گرفته می شود.

همچنین نمره هر دانشجو از این پرسشنامه (مجموع پاسخ های بلی) محاسبه شده و نمرات بالای ۱۴ به عنوان دانشجوی موفق در مطالعه، نمرات ۱۰ تا ۱۴ نیازمند یادگیری بیشتر در زمینه مهارت های مطالعه و نمرات زیر ۱۰ نیازمند آموزش جدی درباره روش های مطالعه و مدیریت صحیح زمان، در نظر گرفته شد.

Data Analysis

پس از جمع آوری اطلاعات از راه های فوق، طی یک جلسه ی جمع بندی توسط محققان، لیست نهایی نیازهای آموزشی دانشجویان بالینی در زمینه مهارت های مطالعه و مدیریت زمان تهیه گردید و اولویت بندی آن بر اساس همان اولویت بندی تکنیک فیش باول در نظر گرفته شد.

سپس بر اساس نیاز های اولویت بندی شده، دوره آموزشی روش های مطالعه در محیط بالینی به صورت یک کلاس ۳ ساعته طراحی گردید و از یکی از اساتید بالینی که هم به علت تعامل زیاد با دانشجویان با مشکلات آنها آشنایی داشته و هم با توجه به سابقه آموزشی، می توانست Role Model مناسبی برای دانشجویان باشد، دعوت گردید. روش آموزشی مورد استفاده در این دوره آموزشی، سخنرانی و پرسش و پاسخ بود. لازم به ذکر است که محققین با توجه به نتایج حاصله از نیازسنجی و زمان اختصاص داده شده به برنامه آموزشی، اهداف و برنامه آموزشی دوره ذکر شده را طراحی نمودند. اهداف دوره در زیر ارائه شده است:

دانشجویان در پایان دوره قادر خواهند بود درباره سوالات زیر بحث نمایند

چرا روش مطالعه و درس خواندن قبل و بعد از علوم پایه متفاوت است؟

چطور مطالعه کنیم تا بتوانیم سوالات با ماهیت بالینی و Case را پاسخ دهیم؟

چطور حجم بالای مطالب را در مدت زمان کوتاه مطالعه کنیم؟

چگونه برنامه ریزی کنیم تا بتوانیم کتاب منبع را مطالعه کنیم؟

چرا باید کتاب بخوانیم؟

چگونه اولویت ها و انتظارات اساتید مختلف را در برنامه مطالعه خود لحاظ کنیم؟

حضور در کلاس چه اهمیتی دارد؟

جزوه نویسی چه اهمیتی دارد؟

آیا افت تحصیلی بعد از علوم پایه طبیعی است؟ دلیل این افت چیست؟

آیا لازم است در ارتباطات عاطفی و اجتماعی خود تغییراتی بدهیم؟

با توجه به حجم بالای دروس، سرگرمی ها و علایق قبلی را چه کنیم؟

طی یک فراخوان از دانشجویان علاقمند دوره مقدمات پزشکی بالینی و دوره کارآموزی و دوره کارورزی ثبت نام شد. پس از پایان دوره، نظرات دانشجویان درباره مطالب ارائه شده در کارگاه، مدرس کارگاه و نیاز به ادامه دادن دوره، از طریق یک پرسشنامه محقق ساخته با مقیاس لیکرت (از کاملا موافقم تا کاملا مخالفم)، بررسی گردید. همچنین از دانشجویان خواسته شد تا در این مرحله نیز نظرات و پیشنهادات خود را درباره دوره ی برگزار شده، در قسمت باز پاسخ پرسشنامه ارائه دهند.

روایی محتوایی پرسشنامه ها از طریق طرح در گروه متخصصان و پایایی پرسشنامه از طریق محاسبه آلفای کرونباخ بررسی گردید. در نهایت نتایج با استفاده از نرم افزار SPSS و آمار توصیفی تجزیه و تحلیل گردید.

Results

هدف اختصاصی ۱: تعیین نیازهای آموزشی برای ارتقای وضعیت مطالعه دانشجویان پزشکی بخصوص در دوره بالینی

با جمع بندی نتایج نیاز سنجی انجام گرفته لیست نیاز های آموزشی دانشجویان دوره های ICM، کارآموزی و کارورزی به ترتیب اولویت شامل موارد زیر می باشد:

۱- تفاوت های روش مطالعه قبل و بعد از علوم پایه

۲- نحوه مطالعه برای پاسخگویی به سوالات با ماهیت بالینی و Case

۳- مطالعه حجم بالای مطالب را در مدت زمان کوتاه

۴- نحوه برنامه ریزی برای مطالعه کتاب منبع

۵- ضرورت کتاب خوانی در کنار جزوه خوانی

۶- نحوه برخورد با اولویت ها و انتظارات اساتید مختلف

۷- اهمیت و کیفیت حضور در کلاس درس

۸- اهمیت و روش های جزوه نویسی کارآمد

۹- دلایل افت تحصیلی پس از دوره علوم پایه

۱۰- تفاوت روش های مطالعه در ICM و علوم پایه

۱۱- نحوه مدیریت ارتباطات عاطفی و اجتماعی در دوره پزشکی و بخصوص دوره بالینی

۱۲- نحوه مدیریت سرگرمی ها و علایق قبلی پس از ورود به دوره پزشکی

۱۳- مهارت های خواندن زمینه ای و جزئی خوانی کتاب Text

۱۴- تکنیک های جزوه نویسی در کلاس

۱۵- نحوه دوره کردن مطالب

۱۶- بهترین روش های تقویت حافظه در پزشکی

۱۷- روش های کاهش استرس حین مطالعه

۱۸- برخورد با سطوح مختلف افراد در محیط بالینی و برآورده کردن انتظارات آنها

۱۹- آشنایی با گستره مشکلات مدیریت زمان

۲۰- مهارت های برنامه ریزی صحیح

۲۱- مشکلات حفظ کردن صرف مطالب در دوره بالینی

۲۲- نحوه ی اختصاص زمان کافی برای مطالعه

هدف اختصاصی ۲: تعیین نظرات دانشجویان در خصوص مشکلات موجود در روش های مطالعه ی آنها

نتایج حاصل از پرسشنامه پرسشنامه محقق ساخته درباره روش های مطالعه از دید دانشجویان دوره ICM در زیر آورده شده است.

ردیف	آیتم ها	درصد فراوانی پاسخ بلی	درصد فراوانی پاسخ خیر	درصد فراوانی نظری ندارم
۱	آیا فکر می کنید روش درستی برای مطالعه در دوره علوم پایه داشتید؟	٪ ۷۹/۳	٪ ۱۲	٪ ۸/۷
۲	آیا فکر می کنید روش درستی برای مطالعه در دوره ICM دارید؟	٪ ۴۸/۶۵	٪ ۲۳/۳۵	٪ ۲۸
۳	اگر فکر می کنید روش درستی را دنبال می کنید، آیا مایلید تجارب خود را در اختیار همکلاسان خود قرار دهید؟	٪ ۱۸/۹	٪ ۶۴	٪ ۱۷/۱
۴	آیا فکر می کنید روش های مطالعه قبل از دانشگاه با روش مطالعه در دانشگاه متفاوت است؟	٪ ۹۲/۸۸	٪ ۰	٪ ۷/۱۲
۵	آیا فکر می کنید روش های مطالعه قبل و بعد از علوم پایه با هم متفاوتند؟	٪ ۵۱/۶۱	٪ ۴۱/۹۳	۶/۴۴
۶	آیا با ورود به دوره ICM با چالشی برای مطالعه مطالبی که ماهیت بالینی دارند، روبرو بودید؟	٪ ۶۳	٪ ۱۷/۵	٪ ۱۹/۵۵

۷	آیا اگر عادت به صرفا حفظ کردن مطالب داشته اید، در امتحانات این دوره موفق بوده اید؟	٪ ۲۴/۵	٪ ۳۸	٪ ۳۷/۵
۸	آیا فکر می کنید لازم است درباره روش های مطالعه در رشته پزشکی آموزش ببینید؟	٪ ۸۸	٪ ۱۲	٪ ۰
۹	آیا فکر می کنید لازم است بخصوص درباره روش های مطالعه مطالب بالینی آموزش ببینید؟	٪ ۹۴/۳۳	٪ ۰	٪ ۵/۶۷
۱۰	آیا متناسب با وقتی که صرف مطالعه برای امتحان می کنید، نتیجه می گیرید؟	٪ ۳۵/۳	٪ ۵۰/۹	٪ ۱۳/۸
۱۱	آیا اصلا وقت کافی برای مطالعه صرف می کنید؟	٪ ۴۷/۳۵	٪ ۴۶/۶۵	٪ ۶

با توجه به نتایج پرسشنامه فوق، تفاوت روش های مطالعه در ICM و علوم پایه، مشکلات حفظ کردن مطالب در دوره بالینی، و نحوه اختصاص زمان کافی برای مطالعه، به عنوان نیازهای آموزشی دانشجویان در زمینه مهارت های مطالعه و مدیریت زمان استخراج شد.

هدف اختصاصی ۳: تعیین میزان تمایل دانشجویان دوره ICM برای شرکت در دوره مهارت های مطالعه در محیط بالینی

درصد فراوانی موافقان		
٪ ۹۵	آیا مایلید در یک دوره آموزشی درباره روشهای مطالعه در دوره بالینی، شرکت کنید؟	۱
٪ ۷۳	آیا مایلید جزوه ای درباره روش های مطالعه با تاکید بر دوره بالینی، برای شما تهیه شود؟	۲
٪ ۶۸	آیا مایلید از طریق شبکه تلگرام چنین آموزش هایی را دریافت کنید؟	۳

در این قسمت برخی از دانشجویان ضمن اضافه نمودن توضیحاتی، خواستار تکراری نبودن و کاربردی بودن مطالب در صورت ارائه ی چنین آموزشی بودند.

هدف اختصاصی ۴: تعیین وضعیت دانشجویان از نظر مهارت های مطالعه و مدیریت و بهره وری زمان

این پرسشنامه توسط ۸۲ دانشجو (۳۸ نفر زن و ۳۸ نفر مرد و ۶ نفر با جنسیت نامشخص) تکمیل شده بود. نمرات دانشجویان از ۱۷ نمره این پرسشنامه محاسبه و در سه گروه (به تفکیک جنس در هر گروه طبقه بندی گردیدند).

جنسیت	فراوانی		
زن	۱ ٪ ۱/۲۱	نمرات بالای ۱۴	دانشجویان موفق و متبحر در امر مطالعه
۱۱ مرد ۱۸ زن ۱ نامشخص	۳۲ ٪ ۳۹/۰۲	نمرات بین ۱۰ و ۱۴	نیازمند یادگیری بیشتر در زمینه مهارت های مطالعه و مدیریت زمان
۲۷ مرد	۴۹	نمرات زیر ۱۰	نیازمند آموزش جدی درباره روش های مطالعه و مدیریت صحیح زمان

زن ۱۹	% ۵۹/۷		
نامشخص ۳			

همانگونه که مشاهده می شود، ۶۰ درصد دانشجویان نیازمند آموزش جدی درباره روش های مطالعه و مدیریت صحیح زمان هستند هدف اختصاصی ۵: تعیین رضایت دانشجویان از دوره آموزشی مهارت های مطالعه در محیط بالینی این پرسشنامه در انتهای دوره آموزشی توسط ۶۲ دانشجو تکمیل گردید.

ردیف	آیتم ها	فراوانی و درصد کاملاً موافقان (نمره ۵)	فراوانی و درصد موافقان (نمره ۴)	فراوانی و درصد افراد بدون نظر (نمره ۳)	فراوانی و درصد مخالفان (نمره ۲)	فراوانی و درصد کاملاً مخالفان (نمره ۱)	میانگین نمره	انحراف از معیار	واریانس
۱	با شرکت در این کلاس، به اشکالات کار خودم در مطالعه دروس بالینی پی بردم	۱۱ % ۱۸/۰۳	۳۵ % ۵۶/۴۵	۱۳ % ۲۰/۹۶	۱ % ۱/۶۱	۰	۳/۸۰	۱/۳	۱/۰۲
۲	اکنون فهمیدم تا این مرحله روش درستی را برای مطالعه دروس بالینی دنبال نمی کرده ام	۹ % ۱۴/۵۱	۲۹ % ۴۶/۷۷	۱۲ % ۱۹/۳۵	۱۲ % ۱۹/۳۵	۰	۳/۵۶	۱/۲۶	۱/۲۴
۳	فکر می کنم برای امتحانات بعد از این، بهتر می توانم خود را آماده کنم	۵ % ۸/۰۶	۳۵ % ۵۶/۴۵	۱۹ % ۳۰/۶۴	۲ % ۳/۲۲	۰	۳/۶۴	۱/۰۹	۱/۰۲
۴	فهمیدم که چگونه می توانم پزشک باسوادی شوم	۱۴ % ۲۲/۵۸	۳۹ % ۶۲/۹	۷ % ۱۱/۲۹	۱ % ۱/۶۱	۱ % ۱/۶۱	۴/۰۳	۱/۲۸	۱/۱۹
۵	در آینده می توان وقت خود را بهتر مدیریت کنم	۱۲ % ۱۹/۳۵	۳۷ % ۵۹/۶۷	۱۲ % ۱۹/۳۵	۱ % ۱/۶۱	۰	۳/۹۶	۱/۴۶	۱/۱۲
۶	به اهمیت حضور در کلاس پی بردم	۲۰ % ۳۲/۲۵	۲۱ % ۳۳/۸۷	۱۲ % ۱۹/۳۵	۲ % ۳/۲۲	۰	۳/۶۱	۰/۹	۰/۸۸
۷	اهمیت خواندن کتاب برایم روشن شد	۱۲ % ۱۹/۳۵	۲۸ % ۴۵/۱۶	۱۳ % ۲۰/۹۶	۸ % ۱۲/۹۰	۱ % ۱/۶۱	۳/۶۷	۱/۲۲	۱/۲۱

۱/۱۱	۱/۰۳	۴/۳۸	۲	۰	۲	۲۶	۳۲	فکر می کنم که مدرس مناسبی برای این کلاس انتخاب شده بود	۸
			٪ ۳/۲۲		٪ ۳/۲۲	٪ ۴۱/۹۳	٪ ۵۱/۶۱		
۰/۸۹	۱/۲۲	۳/۴۸	۲	۸	۹	۲۹	۱۱	مطالب ارائه شده در کلاس انتظارات مرا برآورده کرد	۹
			٪ ۳/۲۲	٪ ۱۲/۹۰	٪ ۱۴/۵۱	٪ ۴۶/۷۷	٪ ۱۷/۷۴		
۱/۰۸	۱/۰۱	۴/۱۱	۰	۲	۱۲	۲۰	۲۷	فکر می کنم که لازم است جلسات دیگری در تکمیل مطالب این کلاس برگزار شود	۱۰
			٪ ۳/۲۲	٪ ۱۹/۳۵	٪ ۳۲/۲۵	٪ ۴۳/۵۴			

همانگونه که مشاهده می شود، نزدیک به ۹۳ درصد دانشجویان از مدرس انتخاب شده، راضی بودند. همچنین ۷۵ درصد دانشجویان مایل به شرکت در جلسات تکمیلی برای این دوره بودند. همچنین از آیتم های ۱ تا ۷ پرسشنامه که مربوط به میزان دست یابی به اهداف دوره بود، در همه ۷ آیتم بالای ۶۰ درصد دانشجویان معتقد بودند که به هدف مورد نظر دست یافته اند. این درصد دست یابی به اهداف برای ما رضایت بخش بوده و معتقدیم دوره آموزشی توانسته است به اهداف خود دست یابد.

Conclusion

با توجه به نتایج این مطالعه، روشن می شود که اکثر دانشجویان در مقاطع پس از علوم پایه نیاز به آموزش مهارت های مطالعه و مدیریت زمان داشته و بهتر است این آموزش ها متناسب با نیازهای آنها در دوره بالینی بوده و در کنار آموزش مهارت های عمومی مطالعه، مهارت های اختصاصی دانشجویان پزشکی بالینی با استفاده از تجارب اساتید بالینی موفق، به آنها آموزش داده شود

Keywords :

study skills- need assessment- clinical field

کد: ۱۳۷۲

حیطه: یاددهی و یادگیری

اجرای فرآیند آموزشی (یاددهی و یادگیری) مبتنی بر سبک یادگیری به منظور ارتقاء خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو

نویسندگان: سیده تکتیم معصومیان حسینی، فرزانه هوزیر عراقی، حمیدرضا بهنام وشانی، علی سپهری صدر، حسین کریمی، محسن آخوندی، آمنه اسکندری، امیر صالح مقدم، شاپور بدیعی اول، علی بزی

Introduction

شیوع دیابت در جهان حدود ۴/۶ درصد است و انتظار می‌رود تا سال ۲۰۳۰ تعداد افراد مبتلا به دیابت به ۳۶۶ میلیون برسد. شیوع دیابت در ایران نیز متناسب با منطقه جغرافیایی بین ۳/۸ تا ۱۰/۲ درصد متغیر است بنابراین بیماران مبتلا به دیابت مستلزم رعایت اصول خودمراقبتی هستند. بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ با مشکل عدم درمان کامل و پیشگیری از عوارض بالقوه بیماری مواجه هستند و یکی از دلایل عدم حصول نتایج درمانی مطلوب در این بیماران، کمبود مشارکت آنها در مراقبت از خود است. بیماران مبتلا به دیابت و خانواده آن‌ها، نیاز به یادگیری و اجرای مهارت‌های سبک زندگی جدید شامل: پایش قندخون، انتخاب رژیم غذایی و دارویی صحیح و فعالیت بدنی بیشتر دارند. نتایج مطالعه Bonner و همکاران (۲۰۱۶) نشان داد درصد قابل توجهی از بیماران دیابتی رفتارهای مراقبت از خود را رعایت نمی‌کنند. همانطور که Hermann و همکاران (۲۰۱۵)، در مطالعه خود با هدف بررسی وضعیت خودمراقبتی بیماران دیابتی، بیان کردند وضعیت خودمراقبتی در بیماران در شرایط نامطلوبی قرار دارد به صورتی که بیماران اعمال خودمراقبتی که شامل رژیم غذایی، فعالیت جسمانی مناسب، کنترل قندخون، مراقبت از پاها و نیز مصرف داروها یا تزریق انسولین می‌شود را به طور کامل و مرتب انجام نمی‌دهند. White و همکاران (۲۰۱۲) به این نتیجه رسیدند، میزان تبعیت از رژیم غذایی در بیماران دیابتی نوع دو مطلوب نیست. بنابراین لزوم آموزش در زمینه رفتارهای مراقبت از خود ضروری به نظر می‌رسد. علی‌رغم اجرای روش‌های آموزشی نوآورانه همزمان با پیشرفت تکنولوژی ولی هنوز کیفیت خودمراقبتی در بیماران دیابتی پایین است. بطوریکه مطالعه صلاصالی و همکاران (۱۳۹۲) نشان داد، مداخله آموزشی شامل سه جلسه آموزش انفرادی در مورد روش‌های کنترل دیابت و مصرف دارو، تاثیر قابل قبولی بر تبعیت از رژیم دارویی بیماران نداشته است (۸). اولین گام برای آموزشی موفق، آگاهی از سبک‌های یادگیری فراگیران است. (۲۰۱۰) Bit ont بیان می‌کند، سبک‌های یادگیری متناسب با ویژگی‌های بیمار، پرستار را قادر می‌سازد تا به شکل بهتری برنامه آموزشی را اجرا کند و در نهایت سبب افزایش کیفیت زندگی بیمار گردد (۹). در مطالعه‌ای نوروزی و همکاران (۱۳۹۰) نشان داد، آرایه‌ی برنامه‌ی آموزشی بر اساس "الگوی ارتقا سلامت پندار" برای زنان مبتلا به دیابت به عنوان یک سبک یادگیری، علاوه بر افزایش میزان فعالیت بدنی، در بهبود مرحله‌ی تغییر آنها نیز موثر بود. مزیت سبک یادگیری وارک مورد استفاده در مطالعه‌ی حاضر، ارائه اطلاعاتی درباره راهبردهای یادگیری، روش‌های آموزشی و رسانه‌های متناسب با این سبک‌ها است. از سوی دیگر، متخصصان تعلیم و تربیت اعتقاد دارند که فراگیران از طریق کانال‌های حسی متفاوتی به محیط یادگیری واکنش نشان می‌دهند بنابراین، ضروری است از روش‌های ترجیحی فراگیران برای یادگیری آگاه شد تا بر اساس آن، روش‌ها و رسانه‌ها را در ارائه آموزش به کار گرفت و حواس گوناگون فراگیران را تحریک نمود. بدین طریق می‌توان به آنها کمک کرد که درک مطلوبی از موضوعات گوناگون به دست آورند. از آنجاییکه روش‌های آموزشی رایج شامل بحث گروهی، سخنرانی و مشاوره تاثیرگذاری موثری بر ارتقاء خودمراقبتی نداشته است و سبک‌های ارائه شده در مطالعات قبل با در نظر نگرفتن روش‌های ترجیحی بیماران و ارائه سبک‌های مختلف بدون در نظر گرفتن ویژگی‌های یادگیری فراگیران، آموزش به بیمار در سطح مطلوب و ارتقاء کیفیت خودمراقبتی قابل قبول را فراهم نکرده است (۹) بنابراین برای کاهش نقایص خودمراقبتی، از طریق استفاده از آموزش مبتنی بر سبک یادگیری، باید زمینه را برای افزایش پیروی بیماران از رفتارهای خودمراقبتی فراهم نمود. پس پژوهشگر برآن شد تا مطالعه‌ای را با هدف تعیین تاثیر آموزش مبتنی بر سبک یادگیری وارک بر خودمراقبتی مبتلایان به دیابت نوع دو انجام دهد.

Objectives:

هدف کلی: تعیین تاثیر آموزش مبتنی بر سبک یادگیری وارک بر میزان خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ اهداف اختصاصی: - تعیین تاثیر تدریس بر اساس سبک یادگیری بر میزان خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ - تعیین تاثیر تدریس بر اساس سبک یادگیری بر میزان هموگلوبین A1c بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ - تعیین میزان رضایت مندی اساتید صاحب نظر در مورد آموزش مبتنی بر سبک یادگیری

Study Design

بیماران از طریق نمونه گیری در دسترس (غیر احتمالی آسان)، انتخاب و به روش تخصیص تصادفی (قرعه کشی) به دو گروه مداخله (آموزش مبتنی بر سبک یادگیری) یا شاهد (سخنرانی) تقسیم شدند. به این صورت که محیط پژوهش بر اساس روزهای زوج و فرد هفته تفکیک شده و سپس هر روز بر اساس قرعه کشی به یکی از گروه‌های آموزش مبتنی بر سبک یادگیری و شاهد اختصاص داده شدند و به هر کدام از بیماران به صورت مجزا یک کد اختصاص داده شد. معیار ورود به مطالعه شامل: (۱) سواد خواندن و نوشتن (۲) نداشتن مشکل بینایی و شنوایی (۳) داشتن رضایت کتبی (۴) مبتلا به دیابت نوع دو بر اساس تشخیص پزشک متخصص غدد و نتیجه آزمایش قند ناشتا (۶) مصرف کننده داروی ضد دیابت (۵) سن بین

۶-۱۸ سال ۶) عدم تجربه استرس حاد و شدید (نظیر فوت وابستگان درجه اول و یا موارد نظیر آن در شش ماهه اخیر) (۷) میزان هموگلوبین گلیکوزیله بیمار ۷ تا ۹ درصد باشد. (۸) تشخیص دیابت حداقل سه ماه قبل از شروع مطالعه (۹) قند خون ناشتای بین ۱۴۰ تا ۲۵۰ میلی گرم (۱۰) عدم حضور در دوره آموزشی ویژه و رسمی در مورد دیابت و معیار خروج از مطالعه شامل: (۱) انصراف از ادامه شرکت در پژوهش (۲) مسافرت یا بستری شدن در بیمارستان در طول مطالعه (۳) استرس حاد شدید حین مطالعه (۴) شرکت در برنامه آموزش دیگر (۵) غیبت در یکی از جلسات آموزشی بود. ابزارهای مورد استفاده در این مطالعه شامل فرم انتخاب واحدهای پژوهش، پرسشنامه اطلاعات فردی، پرسشنامه سبک یادگیری وارک و پرسشنامه خودمراقبتی بود. اطلاعات مربوط به بیماری که شامل ۳ سوال تکمیل کردنی در مورد سابقه استفاده از انسولین، وسیله تزریق انسولین و استفاده از طب سنتی بود. پرسشنامه خودمراقبتی یک ابزار پژوهشگر ساخته دارای ۵۷ سوال بود که رفتارهای خود مراقبتی (پیروی از رژیم غذایی، برنامه ورزشی، مصرف انسولین و پایش قند خون) را با مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای به ترتیب «همیشه»، «اغلب»، «گاهی اوقات»، «بندرت» و «هیچگاه» با الگوی نمره گذاری ۵-۱ ارزیابی کرد. در این پرسشنامه حیطة پیروی از رژیم غذایی توسط ۳۰ سوال (حداکثر ۱۵۰ و حداقل ۳۰ نمره)، ورزش ۱۰ سوال (حداکثر ۵۰ و حداقل ۱۰)، استفاده از انسولین ۸ سوال (حداکثر ۴۰ و حداقل ۸) و کنترل قند خون ۹ سوال (حداکثر ۴۵ و حداقل ۹) مورد پایش قرار گرفت. برای تعیین روایی از روایی صوری و محتوا استفاده شد؛ به این ترتیب که پرسشنامه پس از مطالعه کتب، مقاله و مشاوره با اساتید و متخصصین در امر دیابت تنظیم شد مورد بررسی قرار گرفته است و سپس در اختیار ۱۰ نفر از اساتید هیئت علمی متخصص در این زمینه قرار گرفت و سپس از دریافت پیشنهادات آنها، اصلاحات لازم انجام شد. پایایی این ابزار با روش همسانی درونی و ضریب آلفای کرونباخ برای هر یک ابعاد این ابزار (رژیم غذایی $\alpha = 0.76$ ، ورزش $\alpha = 0.81$ ، مصرف انسولین $\alpha = 0.90$) و پایش قند خون $\alpha = 0.77$) و همچنین پایایی کلی $\alpha = 0.88$) تایید شد. پرسشنامه مربوط به سبک یادگیری وارک متمرکز بر سبک یادگیری) شامل سبک دیداری، شنیداری، خواندن - نوشتن و مهارتی است) بوده؛ و دارای ۱۶ سوال چهار گزینه‌ای است که به ترتیب گزینه یک «سبک دیداری»، گزینه دو «سبک شنیداری»، گزینه سوم «سبک خواندن - نوشتن» و گزینه چهارم «سبک جنبشی-حرکتی» را نشان می‌دهد. این ابزار اولین بار توسط فلمینگ و میلز در سال ۱۹۹۸ تدوین گردیده است (۱۱-۱۳). برای تفسیر داده‌های بدست آمده از پرسشنامه وارک، از روش پیشنهادی طراح پرسشنامه (فلمینگ) استفاده شد. بدین صورت که در جدول نمره‌دهی تعداد پاسخ‌های داده شده به هر یک از چهار سبک یادگیری شمارش شده و ثبت گردید، سبکی که بالاترین نمره را به خود اختصاص داد، تعیین و سپس سایر نمرات بالاتر یا مساوی با عدد مشخص شده در ستون کمترین ترجیح، باقی مانده و بقیه حذف شدند. پرسشنامه سبک یادگیری وارک در ایران استفاده شده و روایی آن مورد تایید است. پایایی ابزار به روش همسانی درونی و با محاسبه آلفای کرونباخ مورد تایید قرار گرفت (آلفا کرونباخ 0.89). روش کار به این صورت بود که، پس از جمع‌آوری پرسش‌نامه سبک یادگیری وارک، که توسط پژوهشگر با آگاهی از زمان مراجعات واحد پژوهش به کلینیک پارسیان جهت پیگیری درمان در اختیار واحد پژوهش قرار گرفته بود سبک یادگیری افراد گروه مداخله توسط پژوهشگر یک هفته قبل از آغاز مداخله تعیین شد. آموزش توسط پژوهشگر به صورت دو گروه ۱۷ نفره برای گروه شاهد و در کلینیک دیابت برای کلیه گروه‌های چهارگانه و گروه شاهد با محتوای خودمراقبتی متمرکز بر فعالیت ورزشی و رژیم غذایی- دارویی جمعاً" به مدت ۱۲۰ دقیقه (دو جلسه و هر دوهفته یکبار) با سبک آموزشی مخصوص هر گروه انجام گرفت. لازم به ذکر است پیش از آزمون یک هفته قبل از آغاز مداخله همزمان با تعیین شیوه یادگیری گروه مداخله انجام گرفت و فاصله بین پیش آزمون و پس آزمون ۹ هفته بود. برای بیماران دیابتی از نوع دیداری، در جلسه اول به مدت ۶۰ دقیقه آموزش از طریق نمودارها، نمایش با پاورپوینت، ویدئو، نقشه مفهومی، چارتهای، شکلها، نمادها صورت گرفت. در جلسه دوم تمرکز بیشتر بر استفاده از کارت‌های رنگی با محتوای خودمراقبتی بود. گرفت. برای بیماران دیابتی از نوع شنیداری تشویق به خواندن گروهی، سؤال از یکدیگر، ضبط صدا و مرور دروس با دوستان، توصیه به استفاده از سرواژه‌ها و ارائه صدای ضبط شده پژوهشگر در پایان جلسه برای مرور مطالب در یادگیری مفاهیم، استفاده شد. جلسه دوم آموزشی در گروه شنیداری در مورد خودکنترلی و داروها به همین صورت برگزار گردید. در بیماران گروه خواندن- نوشتن هر دو جلسه به این صورت انجام گرفت که ۴۵ دقیقه به افراد زمان داده شد تا جزوه را بخوانند و مطالب مهم را فهرست کنند و آن را به زبان خود بازنویسی کنند. پس از پایان زمان مطالعه از چند نفر از بیماران خواسته شد تا مطالب خود را برای بقیه بخوانند و بدین ترتیب درس مرور شد و پژوهشگر نیز مواردی که مورد سوال یا ابهام بود به صورت رفع اشکال و بحث گروهی به مدت ۱۵ دقیقه برای بیماران توضیح داد. جلسه آموزشی دوم همانند جلسه اول به همراه تفسیر و بازنویسی اشکال و نمودارها انجام گرفت برای بیماران گروه مهارتی از ایفای نقش و نمایش استفاده شد. دو نفر از بیمارانی که مورد تایید استاد راهنما و مشاور جهت نمایش، انتخاب

شدند، سپس محتوای آموزشی در اختیار آنها قرار گرفت و تحت نظر پژوهشگر، اساتید راهنما و مشاور تمرین انجام گرفت. یک نفر در نقش بیمار و نفر دیگر در نقش پرستار آموزش دهنده بود. نمایش در دو جلسه با محتوای جداگانه در مجموع ۱۲۰ دقیقه برای بیماران در کلینیک دیابت اجرا شد. در گروه شاهد نیز بیماران محتوای آموزشی خودمراقبتی را به روش آموزش چهره به چهره و حضوری دریافت کردند. کلاس آموزشی گروه شاهد به صورت جلسات ۱۷ نفره برگزار شد. و هر گروه در جلسه ای جداگانه آموزش را دریافت کردند. آموزش در گروه شاهد نیز همانند گروه مداخله در دو جلسه ۲ ساعته (یک جلسه برای هر دو حیطه) ارائه گردید. در پایان جلسه آخر جزوه های آموزشی در اختیار آنان قرار گرفت. محتوای آموزشی بر اساس توصیه سازمان بهداشت جهانی، مرکز غدد و متابولیسم تهران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، و کتاب پرستاری داخلی جراحیتهیه شد (جدول ۱). همچنین میزان رضایت مندی از این شیوه آموزشی توسط صاحب نظران آموزش و کلیه کارکنان دخیل در امر آموزش مورد سنجش قرار گرفت که به صورت سوال باز مطرح شد. به منظور رعایت موازین اخلاقی، پژوهشگر قبل از مداخله، اهداف و فواید اجرای پژوهش را برای مسئولین و بیماران توضیح داد و رضایت و همکاری آنها را جلب نمود. همچنین از بیماران مبتلا به دیابت دارای معیار ورود در صورت کسب رضایت کتبی آگاهانه و با اطمینان دادن به بیماران از محرمانه ماندن اطلاعات و اجازه خروج اختیاری در هر زمان از پژوهش اقدام به نمونه گیری شد. برای تجزیه تحلیل از نرم افزار SPSS V.۲۱ برای انجام آزمون توصیفی و تحلیلی شامل تی مستقل برای مقایسه متغیر کمی قبل و بعد، من ویتنی در صورت غیر نرمال بودن متغیر کمی، کای دو برای مقایسه متغیر کیفی و آزمون فریدمن (در صورت غیر نرمال بودن توزیع) و آزمون آنالیز واریانس با اندازه های تکراری (در صورت برخورداری از توزیع نرمال) برای آزمون درون گروهی استفاده شد. جهت بررسی تاثیر متغیر های مداخله گر بر متغیرهای وابسته از آزمون کوواریانس استفاده شد. در تمام آزمون ها ضریب اطمینان ۰.۹۵٪ و سطح معنی داری ۰/۰۵ مدنظر قرار گرفت. لذا در مواردی که $p > ۰.۰۵$ بود، اختلاف آماری معنی دار گزارش شد.

سبک یادگیری روش آموزشی جلسه محتوا دیداری پاورپوینت (همراه با نمودار، چارت، شکل و نماد) اول دیابت چیست چگونه دیابت را کنترل کنیم مراقبت از کلیه ها در بیماران مبتلا به دیابت درمان قطعی دیابت علائم دیابت میزان نرمال قند خون جدیدترین روش درمان دیابت داروی گیاهی دیابت غذاهای مفید در دیابت شنیداری خواندن با صدای بلند، توضیح دادن برای یکدیگر، تشویق به خواندن گروهی، سؤال از یکدیگر، ضبط صدا و مرور دروس با بیماران خواندن و نوشتن خواندن جزوه، ترجمه مطالب به زبان ساده توسط بیمار، باز نویسی اشکال و نمودارها دوم در حیطه رژیم غذایی مطالبی در مورد هرم غذایی، اهداف تغذیه ای، انواع قندها و نحوه مصرف آنها، پروتئین ها و انواع آنها و نحوه مصرف آنها، چربیها و نحوه مصرف و توصیه های لازم، نمونه صبحانه، نهار، شام در حیطه ورزش مطالبی در مورد فعالیت بدنی، فواید و اثرات فعالیت بدنی منظم، انواع مختلف فعالیت بدنی، احتیاطات در ورزش و وسایل ورزشی و نکات مهم هنگام ورزش (زمان، مدت و عوارض) در حیطه داروها مطالبی در مورد قرصهای خوراکی قند خون، عملکرد داروهای خوراکی، انواع داروهای خوراکی و عوارض داروهای خوراکی و نحوه مصرف داروها و تداخلات دارویی، انواع انسولین و عملکرد آنها، شرایط نگهداری انسولین، محلهای تزریق انسولین و روشهای تزریق، عوارض انسولین درمانی، مراحل انجام تزریق انسولین در حیطه خود کنترلی قند خون مطالبی در مورد مزایای کنترل قند خون در منزل، پیشگیری از عوارض دیابت، مشخصات و مزایای دستگاه گلوکومتر، مراحل پایش قند خون، دفعات کنترل قند خون در روز با دستگاه گلوکومتر، اشتباهات در نتایج گلوکومتر، نگهداری دستگاه و نوارهای گلوکومتر، کاهش و علل بروز کاهش قند خون، علائم کاهش قند خون و راه حلها جهت درمان این وضعیت مهارتی **Demonstration Role playing** شاهد سخنرانی

سبک یادگیری روش آموزشی جلسه محتوا دیداری پاورپوینت (همراه با نمودار، چارت، شکل و نماد) اول دیابت چیست چگونه دیابت را کنترل کنیم مراقبت از کلیه ها در بیماران مبتلا به دیابت درمان قطعی دیابت علائم دیابت میزان نرمال قند خون جدیدترین روش درمان دیابت داروی گیاهی دیابت غذاهای مفید در دیابت شنیداری خواندن با صدای بلند، توضیح دادن برای یکدیگر، تشویق به خواندن گروهی، سؤال از یکدیگر، ضبط صدا و مرور دروس با بیماران خواندن و نوشتن خواندن جزوه، ترجمه مطالب به زبان ساده توسط بیمار، باز نویسی اشکال و نمودارها دوم در حیطه رژیم غذایی مطالبی در مورد هرم غذایی، اهداف تغذیه ای، انواع قندها و نحوه مصرف آنها، پروتئین ها و انواع آنها و نحوه مصرف آنها، چربیها و نحوه مصرف و توصیه های لازم، نمونه صبحانه، نهار، شام در حیطه ورزش مطالبی در مورد فعالیت بدنی، فواید و اثرات فعالیت بدنی منظم، انواع مختلف فعالیت بدنی، احتیاطات در ورزش و وسایل ورزشی و نکات مهم هنگام ورزش (زمان، مدت و عوارض) در حیطه داروها مطالبی در مورد قرصهای خوراکی قند خون، عملکرد داروهای خوراکی، انواع داروهای خوراکی و عوارض داروهای خوراکی و نحوه مصرف داروها و تداخلات دارویی،

انواع انسولین و عملکرد آنها، شرایط نگهداری انسولین، محل‌های تزریق انسولین و روش‌های تزریق، عوارض انسولین درمانی، مراحل انجام تزریق انسولین در حیطة خود کنترلی قند خون مطالبی در مورد مزایای کنترل قند خون در منزل، پیشگیری از عوارض دیابت، مشخصات و مزایای دستگاه گلوکومتر، مراحل پایش قند خون، دفعات کنترل قند خون در روز با دستگاه گلوکومتر، اشتباهات در نتایج گلوکومتر، نگهداری دستگاه و نوارهای گلوکومتر، کاهش و علل بروز کاهش قند خون، علائم کاهش قند خون و راه حل‌ها جهت درمان این وضعیت سبک یادگیری روش آموزشی جلسه محتوا دیداری پاورپوینت (همراه با نمودار، چارت، شکل و نماد) اول دیابت چیست چگونه دیابت را کنترل کنیم مراقبت از کلیه‌ها در بیماران مبتلا به دیابت درمان قطعی دیابت علائم دیابت میزان نرمال قند خون جدیدترین روش درمان دیابت داروی گیاهی دیابت غذاهای مفید در دیابت شنیداری خواندن با صدای بلند، توضیح دادن برای یکدیگر، تشویق به خواندن گروهی، سؤال از یکدیگر، ضبط صدا و مرور دروس با بیماران خواندن و نوشتن خواندن جزوه، ترجمه مطالب به زبان ساده توسط بیمار، باز نویسی اشکال و نمودارها دوم در حیطة رژیم غذایی مطالبی در مورد هرم غذایی، اهداف تغذیه‌ای، انواع قندها و نحوه مصرف آنها، پروتئین‌ها و انواع آنها و نحوه مصرف آنها، چربیها و نحوه مصرف و توصیه‌های لازم، نمونه صبحانه، نهار، شام در حیطة ورزش مطالبی در مورد فعالیت بدنی، فواید و اثرات فعالیت بدنی منظم، انواع مختلف فعالیت بدنی، احتیاطات در ورزش و وسایل ورزشی و نکات مهم هنگام ورزش (زمان، مدت و عوارض) در حیطة داروها مطالبی در مورد قرص‌های خوراکی قند خون، عملکرد داروهای خوراکی، انواع داروهای خوراکی و عوارض داروهای خوراکی و نحوه مصرف داروها و تداخلات دارویی، انواع انسولین و عملکرد آنها، شرایط نگهداری انسولین، محل‌های تزریق انسولین و روش‌های تزریق، عوارض انسولین درمانی، مراحل انجام تزریق انسولین در حیطة خود کنترلی قند خون مطالبی در مورد مزایای کنترل قند خون در منزل، پیشگیری از عوارض دیابت، مشخصات و مزایای دستگاه گلوکومتر، مراحل پایش قند خون، دفعات کنترل قند خون در روز با دستگاه گلوکومتر، اشتباهات در نتایج گلوکومتر، نگهداری دستگاه و نوارهای گلوکومتر، کاهش و علل بروز کاهش قند خون، علائم کاهش قند خون و راه حل‌ها جهت درمان این وضعیت مهارتی **Role playing Demonstration** شاهد سخنرانی

Study Setting: بعد از ریزش واحد پژوهش در نهایت تجزیه و تحلیل بر روی ۷۰ نفر از گروه مداخله و ۶۸ نفر از گروه کنترل و در مجموع ۱۳۸ نفر انجام شد. پس از جمع آوری پرسش نامه سبک یادگیری وارک، با استفاده از نمره دهی پرسش نامه، سبک یادگیری افراد گروه مداخله تعیین شد. بدین صورت که ۲۶ نفر در گروه خواندن-نوشتن، ۲۰ نفر در گروه دیداری، ۶ نفر در گروه جنبشی-حرکتی و ۱۸ نفر در گروه شنیداری قرار گرفتند. البته بعضی افراد دارای دو سبک یادگیری یا بیشتر بودند ولی مدنظر پژوهشگر در این مطالعه سبک یادگیری غالب بود. آزمون من-ویتنی نشان داد که دو گروه از نظر سن افراد مورد مطالعه دارای تفاوت معنی‌داری با یکدیگر نیستند ($P=0/190$). آزمون کای دو نشان داد که دو گروه از نظر جنس افراد مورد مطالعه دارای تفاوت معنی‌داری با یکدیگر نیستند ($P=0/873$). آزمون کای دو دقیق نشان داد که دو گروه از نظر تزریق انسولین توسط افراد مورد مطالعه دارای تفاوت معنی‌داری با یکدیگر نیستند ($P=0/477$). آزمون من-ویتنی نشان داد که دو گروه از نظر تعداد سابقه مصرف انسولین توسط افراد مورد مطالعه دارای تفاوت معنی‌داری با یکدیگر نیستند ($P=0/800$). برای تصمیم‌گیری در خصوص انتخاب نوع آزمون مناسب برای متغیرهای اصلی، برخورداری متغیرها از توزیع نرمال با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنف مورد بررسی و آزمون قرار گرفت.

:Participan

بیماران و سالمندان (واحد پژوهش) مراکز بهداشتی درمانی شهرستان مشهد (کلینیک پارسیان) و شهرستان تربت جام (بیمارستان سجادیه، بیمارستان طالقانی، خانه سالمندان محبان امام علی (ع)).

سطح اثر گذاری (دانشگاه، کشوری، بین المللی): دانشگاه علوم پزشکی، دانشگاه‌های تحت پوشش وزارت علوم جهت دانشجویان، بیمارستان، خانه سالمندان، کلینیک دیابت، مراکز بهداشتی شهری و روستایی به عنوان پروتکل آموزشی به بهورزان، قابل پیشنهاد به مراکز و دپارتمان‌های قلب، دیابت و انجمن‌های بیماران خاص (ام اس)، قابل اجرا برای دانش آموزان در سطح مدارس.

:Sample Size

استفاده از فرمول مقایسه میانگین‌ها با استفاده از مطالعات قبلی برای هریک از اهداف و تعیین بیشترین حجم برای هدف مورد نظر با ضریب اطمینان ۹۵٪.

بعد از ریزش واحد پژوهش در نهایت تجزیه و تحلیل بر روی ۷۰ نفر از گروه مداخله و ۶۸ نفر از گروه کنترل و در مجموع ۱۳۸ نفر انجام شد. پس از جمع آوری پرسش نامه سبک یادگیری وارک، با استفاده از نمره دهی پرسش نامه، سبک یادگیری افراد گروه مداخله تعیین شد. بدین صورت که ۲۶ نفر در گروه خواندن-نوشتن، ۲۰ نفر در گروه دیداری، ۶ نفر در گروه جنبشی-حرکتی و ۱۸ نفر در گروه شنیداری قرار گرفتند. البته بعضی افراد دارای دو سبک یادگیری یا بیشتر بودند ولی مدنظر پژوهشگر در این مطالعه سبک یادگیری غالب بود. آزمون من-ویتنی نشان داد که دو گروه از نظر سن افراد مورد مطالعه دارای تفاوت معنی داری با یکدیگر نیستند ($P=0/190$). آزمون کای دو نشان داد که دو گروه از نظر جنس افراد مورد مطالعه دارای تفاوت معنی داری با یکدیگر نیستند ($P=0/873$). آزمون کای دو دقیق نشان داد که دو گروه از نظر وسیله تزریق انسولین توسط افراد مورد مطالعه دارای تفاوت معنی داری با یکدیگر نیستند ($P=0/477$). آزمون من-ویتنی نشان داد که دو گروه از نظر تعداد سابقه مصرف انسولین توسط افراد مورد مطالعه دارای تفاوت معنی داری با یکدیگر نیستند ($P=0/800$). برای تصمیم‌گیری در خصوص انتخاب نوع آزمون مناسب برای متغیرهای اصلی، برخورداری متغیرها از توزیع نرمال با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنف مورد بررسی و آزمون قرار گرفت.

Data Gathering Tool

ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسش نامه خودمراقبتی:

برای تعیین روایی از روایی صوری و محتوا استفاده شد؛ به این ترتیب که پرسشنامه پس از مطالعه کتب، مقاله و مشاوه با اساتید و متخصصین در امر دیابت تنظیم شد مورد بررسی قرار گرفته است و سپس در اختیار ۱۰ نفر از اساتید هیئت علمی متخصص در این زمینه قرار گرفت و سپس دریافت پیشنهادات آنها، اصلاحات لازم انجام شد. پایایی این ابزار با روش همسانی درونی و ضریب آلفای کرونباخ برای هر یک ابعاد این ابزار (رژیم غذایی $\alpha=0/76$ ، ورزش $\alpha=0/81$ ، مصرف انسولین $\alpha=0/90$) و پایش قند خون $\alpha=0/77$) و همچنین پایایی کلی ($\alpha=0/88$) تایید شد.

ابزار رضایت مندی از کارشناسان:

روایی محتوا، پایایی سنجش بین مشاهدگان با $r=89\%$

پایایی پرسشنامه وارک پس از ترجمه فارسی به روش همسانی درونی و با محاسبه آلفای کرونباخ که بر روی ۱۰ نفر از بیماران انجام شد و مورد تایید قرار گرفت (آلفا کرونباخ $0/89$). پرسشنامه سبک یادگیری وارک در مطالعات منتشر شده متعدد در داخل و خارج از کشور توسط محققینی چون آزادمنش و همکاران (۱۳۹۲)، حموزاده و همکاران (۱۳۹۰)، و همیلتون (۲۰۱۲) مورد بررسی قرار گرفته است. و در مطالعه رحمان پور و همکاران (۱۳۸۸)، روایی محتوایی پرسشنامه بر اساس نظرات ۱۰ نفر از استادان دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی تأیید شد.

Data Analysis

برای تجزیه تحلیل از نرم افزار SPSS V.21 برای انجام آزمون توصیفی و تحلیلی شامل تی مستقل برای مقایسه متغیر کمی قبل و بعد، من ویتنی در صورت غیر نرمال بودن متغیر کمی، کای دو برای مقایسه متغیر کیفی و آزمون فرید من (در صورت غیر نرمال بودن توزیع) و آزمون آنالیز واریانس با اندازه‌های تکراری (در صورت برخورداری از توزیع نرمال) برای آزمون درون گروهی استفاده شد. جهت بررسی تاثیر متغیرهای مداخله گر بر متغیرهای وابسته از آزمون کوواریانس استفاده شد. در تمام آزمون‌ها ضریب اطمینان ۹۵٪ و سطح معنی داری $0/05$ مدنظر قرار گرفت. لذا در مواردی که $p > 0/05$ بود، اختلاف آماری معنی دار گزارش شد.

Results

نمره پیروی از رژیم غذایی بیماران به ترتیب در گروه مداخله و کنترل قبل از مداخله $73/0 \pm 11/8$ و $72/0 \pm 12/1$ بود که بعد از مداخله به $78/3 \pm 10/0$ و $74/4 \pm 10/7$ رسید. این افزایش نمره در گروه مداخله به میزان $5/3 \pm 5/0$ ($P=0/069$) و در گروه کنترل به میزان $2/4 \pm 4/3$ ($P=0/113$) رسید. مقایسه دو گروه بر حسب میزان افزایش نمره خود مراقبتی در زمینه پیروی از رژیم غذایی در قبل و بعد از مداخله، تفاوت معنی داری را نشان نداد ($P=0/072$). مقایسه دو گروه بر حسب نمره پیروی از رژیم غذایی قبل از مداخله ($P=0/722$) و بعد از مداخله ($P=0/136$) معنی دار نبود. نمره پیروی از برنامه ورزشی بیماران به ترتیب در گروه مداخله و کنترل، قبل از مداخله $17/7 \pm 17/6$ و $18/1 \pm 16/2$ بود که بعد از مداخله به $28/5 \pm 18/8$ و $23/1 \pm 16/6$ رسید. این افزایش نمره در گروه مداخله به میزان $10/3 \pm 5/0$ و معنی دار ($P=0/007$) و در گروه کنترل به میزان $5/0 \pm 2/5$ و معنی دار ($P=0/015$) رسید. مقایسه دو گروه بر حسب میزان افزایش نمره خود مراقبتی در زمینه پیروی از برنامه ورزشی در

قبل و بعد از مداخله، تفاوت معنی داری را نشان داد ($P=0/007$) مقایسه دو گروه بر حسب نمره پیروی از برنامه ورزشی، قبل از مداخله معنی دار نبود ($P=0/226$) اما بعد از مداخله معنی دار بود ($P=0/043$). نمره مصرف انسولین بیماران به ترتیب در گروه مداخله و کنترل قبل از مداخله $20/1/8 \pm 3/9$ و $19/2/2 \pm 5/2$ بود که بعد از مداخله به $28/9/9 \pm 2/7$ و $20/7/7 \pm 4/9$ رسید. این افزایش نمره در گروه مداخله به میزان $7/1 \pm 3/1$ و معنی دار ($P > 0/001$) و در گروه کنترل به میزان $2/3 \pm 2/7$ و غیر معنی دار ($P=0/222$) رسید. مقایسه دو گروه بر حسب میزان افزایش نمره خود مراقبتی در زمینه نمره مصرف انسولین در قبل و بعد از مداخله، تفاوت معنی داری را نشان داد ($p=0/022$) مقایسه دو گروه بر حسب نمره مصرف انسولین، قبل از مداخله معنی دار نبود ($p=0/112$) اما بعد از مداخله معنی دار بود ($p=0/048$). رضایت مندی صاحب نظران از طرح: نتایج حاکی از رضایت ۸۸ درصدی اساتید صاحب نظر پرستاری، پزشکی، بیماران و مسئولان مراکز بهداشتی درمانی شامل معاونت پژوهشی و آموزشی، رئیس بیمارستان و مسئولان آموزش به بیمار و سالمند در مراکز بهداشتی و نیز کلیه بهورزان دارد. (پیوست) نظرات بصورت خلاصه به شرح ذیل است: - نیاز آموزشی فراگیران و از همه مهمتر سبک یادگیری آنان از نقاط مثبت این فرایند بوده و قابلیت اجرایی دارد. - این فرایند پروتکلی زمان بر است که از طریق چند رسانه ای کردن آموزش و استفاده از نرم افزار قابل جبران است. - این سبک آموزشی با توجه به طرح نظام سلامت سالمندان در خانه بهداشت های روستائی به دلیل تداوم و پیگیری چندین ساله کارایی بالایی دارد. - سبک یادگیری غالب بهتر است حذف شده و آموزش با هر دو سبک یادگیری انجام بگیرد. پیامدها: - نهادینه کردن یادگیری مهارتها با یادگیری عمیق و موثر - ارتقاء خومراقبتی بیماران - روش شاگرد محور بجای معلم محور (بیمار محور) - آموزش کار مشارکتی به در بیماران به خصوص در حیطه مهارتی و ایجاد روحیه همکاری وانجام کار تیمی در بین بیماران - ایجاد علاقه و شور و اشتیاق در بیماران - تبدیل زبان مدرس به فراگیر

Conclusion

یکی از بزرگترین چالش‌هایی که بیماران مبتلا به دیابت با آن مواجهه هستند، یادگیری نحوه زندگی با دیابت و کنترل قندخون روزانه می‌باشد، از این رو آموزش بیمار جهت توانمند سازی وی و در نهایت ارتقای سطح کیفیت زندگی، به عنوان یکی از شاخص های مهم سلامتی و بخش های مهم درمان دیابت به شمار می‌رود. بیماری که توانمند شده باشد و آموزش ها را بر اساس سبک یادگیری ترجیحی اش دریافت کرده باشد، قادر خواهد بود تصمیم گیری هوشمندانه تری درباره سلامتی خود داشته باشد. از مهمترین مشکلات اجرائی پیشرو هزینه است که با توجه اصل پیشگیری و حمایت مسئولین این کریکولوم در مراکز قابل اجرا است. زمان ترخیص بیماران این نوع آموزش را برای بیماران حاد در بخش جراحی امکان پذیر نمی کند و بیشتر برای مراکز با بیماران ثابت یا دارای مراجعه مجدد بهتر کاربرد دارد اما باتوجه به اینکه این روش برای سالمندان (با توجه به رو سالمند رفتن جامعه) و نیز اقشار جامعه با توجه به اصل پیشگیری قابل اجراست بنابراین بهتر است در سطح پیشگیری مورد استفاده قرار گیرد هرچند در سطح خودمراقبتی بیماران نیز موثر بوده است.

Keywords

یاددهی- یادگیری، خودمراقبتی، بیماران دیابتی، پرسش نامه وارک

کد: ۱۳۸۹

حیطه: یاددهی و یادگیری

دیدگاه دانشجویان پزشکی نسبت به نقش تلفن همراه در یادگیری و استفاده از فرصت های آموزشی

نویسندگان: کریم عباسی، فاطمه میر، آرش شجاعی، لیلیا بذرافکن

Introduction

با فراگیر شدن استفاده از تلفن همراه در تمام سطوح جامعه، از نقش این ابزار و تکنولوژی در یادگیری فراگیران نمی توان غفلت نمود. بخصوص این واقعیت که امروزه تاثیر روش های سنتی آموزش و یادگیری، با ظهور فن آوری ها و روش های نوین، کارایی خود را از دست می دهد. فراگیران برای همگام شدن با محیط مداوم در حال تغییر اطراف خود، باید به دنبال شیوه های جدیدی برای انتقال دانش و افزایش یادگیری باشد.

Objectives

هدف از انجام این مطالعه بررسی و تعیین دیدگاه دانشجویان پزشکی نسبت به نقش تلفن همراه در یادگیری و استفاده از فرصت های آموزشی است.

Study Design

این پژوهش یک مطالعه توصیفی- تحلیلی است و جامعه آماری مشتمل بر دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز است که از طریق نمونه گیری تصادفی تعداد ۱۸۰ نفر (دختر، پسر) به عنوان نمونه آماری پژوهش انتخاب گردید. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه محقق ساخته بود که جهت تعیین روایی محتوایی از نظرات متخصصان و جهت تعیین پایایی از همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ استفاده شد. برای تحلیل اطلاعات از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۱ و روش های آمار توصیفی مانند فراوانی و درصد، میانگین، انحراف معیار و آزمون های t-test، تحلیل عاملی، آنالیز واریانس و همبستگی پیرسون استفاده شد.

Results

نتایج حاصل از بررسی داده ها نشان داد که از مجموع کل پاسخگویان ۱۵۶ نفر شرکت کننده ۸۸/۴٪ در صد رویکردی موافق یا مثبت نسبت به نقش تلفن همراه در یادگیری ابراز نموده اند. همچنین ۷۹/۴٪ افراد موبایل را به عنوان یک ابزار مفید در یادگیری خود مؤثر می دانند و ۶۲/۷٪ نیز یادگیری به کمک موبایل را یک فرصت جدید بسیار دانسته و ۶۶/۲٪ افراد یادگیری از طریق موبایل را یادگیری خود محور و دارای بازخورد سریع می دانند. ۷۵/۴٪ پرسش شوندگان معتقدند که روش یادگیری به کمک موبایل انعطاف پذیری زمانی و مکانی داشته و بیشتر مقرون به صرفه است؛ ۶۲٪ فراگیران به یادگیری از طریق موبایل علاقه مندند و نسبت به عدم استفاده از شور و شوق بیشتری برخوردارند. ۷۸٪ اظهار نمودند که فناوری موبایل امکان ارتباط فراگیران را با همدیگر جهت تبادل تجربیات فراهم می سازد. نتایج تحلیل واریانس یک راهه نشان داد بین دیدگاه دانشجویان و متغیرهای زمینه ای جنسیت، و سن تفاوت معناداری وجود ندارد ($p < 0.05$).

Conclusion

بر اساس نتایج بنابراین می توان گفت مسیر یادگیری از طریق همراه به دلیل سهولت استفاده مورد علاقه فراگیران است و برنامه ریزی و مدیریت این نوع یادگیری در دانشگاه ها می تواند فرصتی عالی برای تدریس و یادگیری فراهم آورد.

Keywords

دانشجویان، تلفن همراه، یادگیری

کد: ۱۳۹۰

حیطه: یاددهی و یادگیری

تجارب زیسته بانوان کارشناس استفاده کننده از تلفن همراه در دانشگاه علوم پزشکی شیراز

نویسندگان: کریم عباسی، فاطمه میر، مهرناز شجاعی، لیلیا بذرافکن،

Introduction:

تلفن همراه از پدیده های بارز در علم و تکنولوژی در قرن بیست و یکم است و سهم آن در تحول فرهنگی، اجتماعی جامعه بشری را نمی توان نادیده گرفت. پوشش فراگیر، سهولت دسترسی و استفاده از آن در میان اقشار جامعه از جمله بانوان واقعیتی است که بایستی مورد توجه اندیشمندان علوم رفتاری از لحاظ فرصت ها و چالش های فراروی قرار گیرد.

Objectives:

هدف از انجام این مطالعه کاوش در تجارب زیسته بانوان کارشناس استفاده کننده از تلفن همراه است.

Study Design:

این مطالعه کیفی و به روش فنومنولوژی انجام گرفت. در ابتدا از روش نمونه گیری مبتنی بر هدف و در ادامه از نمونه گیری نظری استفاده شد. ۱۵ نفر از بانوان کارشناس شاغل در دانشگاه حجم نمونه را تشکیل دادند. همزمان با جمع آوری داده ها، از طریق مصاحبه ساختارمند، تجزیه و تحلیل آنها با استفاده از روش کدگذاری و مقایسه مداوم استراوش-کوربین انجام شد. مصاحبه ها با موافقت شرکت کنندگان ضبط و سپس کلمه به کلمه بر روی کاغذ پیاده شد. در این مطالعه محقق با در نظر گرفتن چهار معیار گوبا و لینکلن برای تایید صحت و درستی داده ها (اعتبار، تایید پذیری، انتقال پذیری و قابلیت اطمینان)، تایید شد.

Results:

بر اساس یافته های حاصل از مراحل کدگذاری اولیه سه موضوع " فرصت ها"، " چالش ها" و " راهکارها" به عنوان اصلی استخراج گردید. از دید مشارکت کنندگان عواملی چند از جمله سهولت استفاده، برقراری ارتباط آسان و ارزان، یادگیری ارزان و آسان، امکان استفاده از شبکه های اجتماعی، جذابیت و تنوع، مشارکت در فرآیند های اجتماعی و اجتماعی شدن، استفاده بهینه از اوقات فراغت فرصت هایی را فراهم می آورد و از طرف دیگر عملی چون اعتیاد به همراه، وقت تلف کردن، مشکلات جسمانی، هنجار شکنی فرهنگی، ناشناسی و ماهیت مجازی از چالش های استفاده از این فن آوری هستند و مدیریت فردی برنامه ریزی اجتماعی از مهمترین عوامل مهم زمینه ای هستند که میتوانند فرصت های ایجاد شده توسط این فن آوری بهینه نمود و از چالش های آن کاست.

Conclusion:

مدیریت استفاده از خدمات تلفن همراه در درجه اول فردی است و در این خصوص بایستی به بانوان آموزش داد. ضمن مزایای فراوان این فناوری جدید، می بایست به جنبه های منفی آن نیز توجه جدی شود. و برای استفاده از فرصتهای ایجاد شده بستر سازی فرهنگی در سطح جامعه فراهم شود.

Keywords:

تجارب زیسته، فنومنولوژی، تلفن همراه

کد: ۱۳۳۷

حیطه: یاددهی و یادگیری

میزان دستیابی به اهداف آموزشی برای دانشجویان دندانپزشکی: مقایسه دو روش استاد محور و مساله محور

نویسندگان: ساره فرهادی، شهریار بشیری.

Introduction :

Effective teaching is very essential in professional majors such as dentistry . As a health profession, this major should move on toward society health needs. At present, Teacher-Oriented Instruction (TOI) is the traditional method in teaching dentistry courses. This method is the commonest used method of teaching & transferring knowledge at different learners' levels. Although a lot of scientific issues are transferred from the teacher to the learners, the learning to solve problems is not facilitated by TOI. Thus, there is not the possibility to investigate the quality of learners' progress. It is pointed out that TOI is less efficient than other teaching methods in order to upgrade learners' thought & to change their attitudes. Whereas, Problem-Based Learning (PBL) has a high efficacy & position in top educational levels.

Objectives :

The present study has been done due to limited present information upon using the innovative methods of instruction in dentistry courses, the necessity of active involvement of these students with theoretical issues to sustain their learning deeper & to use the theoretical issues practically. Hence, this study is an attempt to compare PBL & TOI in order to measure students' achievements of educational objectives in oral pathology course.

Study Design :

The present study was carried out on ۲۴ third-year students of general dentistry in Dental Faculty of Shahed University. The non-randomized interventional census sampling and Will-Coxon statistical method were used. After the instruction, a multiple-choice test and a questionnaire were designed for each method to measure the teaching methodologies efficacy and the degree of students' satisfaction.

Study Setting :

The present study was carried out on ۲۴ third-year students of general dentistry in Dental Faculty of Shahed University .

Participan :

The present study has been carried out on ۲۴ students of third year of dentistry in Dentistry Faculty of Shahed University. It should be clarified that for teaching with both methods, the same ۲۴ students took part

in the study but in two separate sessions. The non-randomized interventional census sampling method was used to fulfill the research project. Two topics of teaching in oral and maxillofacial pathology course were chosen, namely pre-malignant lesions & pigmented ones. In order to teach each topic, the teacher could allocate a ۲-hour class session. The usual TOI was chosen for teaching pre-malignant lesions. While PBL was used for teaching pigmented lesions. Before the commencement of the instruction, the educational objective lists were devised for each topic separately. Moreover, a questionnaire containing ۱۶ questions was prepared to evaluate the extent of fulfilment of educational objectives from students' viewpoints. The question items had five options: I agree. ; I somehow agree; I don't have any ideas about it. ; I somehow disagree. ; I disagree; respectively. (۱۴) It should be added that a written test – with multiple choice items containing four options – was also devised in order to measure the extent of effect of the teaching method upon the students' learning. The test validity was confirmed by specialists in oral and maxillofacial pathology. The topic of pre-malignant lesions of oral cavity was taught by the teachers' lecturing. The course syllabus & related educational objective lists were given to the ۲۴ students. At the end of the instruction, the questionnaires & multiple-choice written test were given to each student. They were asked to fill in the questionnaires & the test carefully.

Sample Size :

The present study has been carried out on ۲۴ students of third year of dentistry in Dentistry Faculty of Shahed University. It should be clarified that for teaching with both methods, the same ۲۴ students took part in the study but in two separate sessions.

Data Gathering Tool :

In order to evaluate quantitatively & compare the statistical results, five scores were used which ranged from four to zero which were related to the five options of the questionnaire: I agree. ; I somehow agree; I don't have any ideas about it. ; I somehow disagree. ; I disagree, respectively. There were ۱۶ items. Therefore, the scores ranged from zero to ۶۴. The ones ranging from zero to ۳۲ were regarded as unacceptable. The ones ranging from ۳۳ to ۵۳ were considered as acceptable. The scores ranging from ۵۴ to ۶۴ were regarded as desirable.

Also, in the written test, each item had the value of one score. There were ۱۰ items; therefore, the total score was ten. In order to evaluate the written test qualitatively from the ۱۰ scores, the participants' scores ranging from zero to ۳ were considered as weak, from ۴ to ۶ were regarded as intermediate & from ۷ to ۱۰ were accepted as good.

Data Analysis :

Finally, based on the lesson plan, if the raw data was in accord with normal distribution, the Paired Sample T was used. Otherwise, the non-parametric equation was carried out. Furthermore, in order to determine the

coefficient between the extent of achievement to the goal & the students' learning on the basis of the written test, the coefficient between the two variables was measured by using Pearson Correlation Coefficient.

Results :

A. The Evaluation of the Questionnaires:

For the participation of each case in this study, the number of responses for the answers were multiplied by ۴,۳,۲,۱ & zero respectively. The sums were shown out of ۶۴ in the sum column. After teaching the pre-malignant lesions by TOI method, the participants' average score obtained from the questionnaires were ۴۸□۱۵,۸۲. Also, after teaching the pigmented lesions by PBL method, the mean score gained from the questionnaires was ۴۲,۷۵□۱۲,۲۳. However, there was not a significant difference between these results through paired t-test analyzing. ($P = ۰,۱۶۶$)

In accord with it, as Table ۱ shows, the participants' taught with TOI method, answered the questionnaires in the following way: ۶ participants considered the extent of achievement of the educational objectives to be as desirable, ۱۶ considered it as acceptable & ۲ participants regarded it as unacceptable. Whereas, when asking the same participants about PBL, the extent of reaching the objectives was evaluated desirable by ۶, acceptable by ۱۴, and unacceptable by ۴ participants.

B. The Evaluation of the Written Tests

The average scores gained in the written test using TOI was ۶,۳۷□۱,۵۸; while the average score obtained after PBL was ۵,۹۱□۱,۵۶. Hence, Will-Coxon Test showed that the average scores did not follow the normal distribution. There wasn't a significant difference between the scores ($p=۰,۴۱۴$).

In the next step, in order to evaluate the written test qualitatively (the scores ranged from zero to ۱۰ in the written test), the scores ranging from zero to three were labeled as weak, the ones ranging from ۴ to ۶ as intermediate, the scores from ۷ to ۱۰ were regarded as good. Thus, scores after using TOI method showed that one subject got weak score, ۹ subjects obtained intermediate & ۱۴ subjects got good scores. However, after PBL instruction, the same subjects were classified as follows: ۱ subject was regarded weak, ۱۸ subjects were classified in the intermediate group & ۵ subjects were labeled as good. Fourteen subjects (out of ۲۴ ones) – which means ۵۸,۳% of them- got good scores after TOI upon teaching pre-malignant lesions in the related written test. Although only ۵ subjects (out of ۲۴ ones)-namely ۲۰,۸% - got good scores after PBL instruction upon teaching pigmented lesions in the related written test. The results are shown in Table ۲.

Finally, in order to find out whether there was a significant relationship between the participants' questionnaires scores & the written test scores, the statistical analysis was carried out. When TOI method was used, Pearson's correlation coefficient was ۰,۴۱۵ & $p = ۰,۰۴۴$. Though in PBL, this relationship was not significant presenting Pearson's correlation coefficient = ۰,۲۸۳ & $p=۰,۱۸۰$.

Conclusion :

In the present study, there was not any significant difference between PBL method and TOI in students' achievements to educational objectives in two topics of oral pathology course. Furthermore, using PBL method didn't show a significant difference in students' test scores in the related topics.

Keywords :

Problem based Learning; dentistry students; educational objective

کد: ۱۳۱۴

حیطه: یاددهی و یادگیری

شناسایی عوامل استرس‌زای آموزش بالین از دیدگاه دانشجویان دانشکده پیراپزشکی فردوس

نویسندگان: الناز یزدان پرست، ملیحه داودی .

:Introduction

آموزش بالینی بخش اساسی آموزش پرستاری است و بدون آن تربیت پرستاران کارآمد و شایسته هدفی دور از دسترس است.

:Objectives

این پژوهش با هدف تعیین عوامل استرس‌زای بالین از دیدگاه دانشجویان دانشکده پیراپزشکی و بهداشت فردوس انجام شد.

:Study Design

در این مطالعه توصیفی- مقطعی که در نیمسال اول تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳ در دانشکده پیراپزشکی و بهداشت فردوس انجام شد، از میان ۱۳۷ دانشجو مقطع کارشناسی پرستاری و اتاق عمل (ترم دوم و بالاتر) در مجموع ۱۰۷ نفر به روش در دسترس وارد مطالعه شدند. معیار ورود به مطالعه، گذراندن حداقل یک واحد کارآموزی بالینی و تمایل دانشجویان برای شرکت در پژوهش بود.

:Study Setting

مقاله حاصل از انجام مطالعه در قسمتی از جامعه است.

:Participan

ابزار گردآوری اطلاعات شامل یک پرسش‌نامه دو قسمتی بود: پرسشنامه مشتمل بر دو بخش: بخش اول شامل مشخصات فردی (سن، رشته تحصیلی، محل سکونت، وضعیت تاهل، میزان علاقه به رشته تحصیلی و ترم تحصیلی) و بخش دوم شامل ۲۹ سوال پیرامون عوامل استرس‌زا در ۴ حیطه استرس در روابط بین‌فردی (۸ گویه)، کار بالینی (۸ گویه)، احساسات ناخوشایند (۷ گویه)، تجارب تحقیرآمیز (۶ گویه) بود. درجه تنش زایی براساس مقیاس لیکرت به ۴ درجه به هیچ وجه، کم، متوسط و زیاد تعریف شدند و به هر گویه با توجه به نظر دانشجویان امتیازی حداقل ۰ و حداکثر ۳ تعلق گرفت.

این پرسشنامه توسط نظری و همکاران (۱۳۸۵) تنظیم و بکارگرفته شده بود. روایی این پرسشنامه نیز توسط وی به روش اعتبار محتوی و پایایی آن به روش آزمون مجدد با ضریب همبستگی بالای ۰/۸۵ محاسبه و مورد تایید قرار گرفت. پس از تشریح اهداف پژوهش برای دانشجویان و تمایل آنها برای شرکت در مطالعه، در اختیار ۱۰۷ دانشجوی واجد شرایط گذاشته شد و تمامی پرسشنامه‌ها پس از تکمیل به پژوهشگر بازگردانده شد.

داده‌های اخذ شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و پیرایش ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. بدین منظور از آمار توصیفی (درصد، میانگین، انحراف معیار) برای تعیین میزان استرس‌زا بودن هر عامل و از آزمون‌های آنالیز واریانس و ضریب همبستگی اسپیرمن و پیرسون جهت مقایسه گروه‌ها و همبستگی بین عوامل استرس‌زا با متغیرهای دموگرافیک دانشجویان استفاده شد. جهت رعایت حقوق قانونی و اخلاقی شرکت‌کنندگان، پس از ارائه توضیح در رابطه با مطالعه و اهداف آن، فرم رضایت آگاهانه از آنان اخذ گردید. همچنین قبل از تکمیل پرسشنامه تاکید شد که نیازی به ذکر نام و نام خانوادگی دانشجویان نیست و وی هر زمان که تمایلی به همکاری در ندارد می‌تواند از مطالعه خارج شود.

Sample Size:

از میان ۱۳۷ دانشجو مقطع کارشناسی پرستاری و اتاق عمل در مجموع ۱۰۷ نفر به روش در دسترس وارد مطالعه شدند

Data Gathering Tool:

ابزار گردآوری اطلاعات شامل یک پرسش‌نامه دو قسمتی بود: پرسشنامه مشتمل بر دو بخش: بخش اول شامل مشخصات فردی (سن، رشته تحصیلی، محل سکونت، وضعیت تاهل، میزان علاقه به رشته تحصیلی و ترم تحصیلی) و بخش دوم شامل ۲۹ سوال پیرامون عوامل استرس‌زا در ۴ حیطه استرس در روابط بین فردی (۸ گویه)، کار بالینی (۸ گویه)، احساسات ناخوشایند (۷ گویه)، تجارب تحقیرآمیز (۶ گویه) بود. درجه تنش زایی براساس مقیاس لیکرت به ۴ درجه به هیچ وجه، کم، متوسط و زیاد تعریف شدند و به هر گویه با توجه به نظر دانشجویان امتیازی حداقل ۰ و حداکثر ۳ تعلق گرفت.

این پرسشنامه توسط نظری و همکاران (۱۳۸۵) تنظیم و بکارگرفته شده بود. روایی این پرسشنامه نیز توسط وی به روش اعتبار محتوی و پایایی آن به روش آزمون مجدد با ضریب همبستگی بالای ۰/۸۵ محاسبه و مورد تایید قرار گرفت.

Data Analysis:

داده‌های اخذ شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و پیرایش ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. بدین منظور از آمار توصیفی (درصد، میانگین، انحراف معیار) برای تعیین میزان استرس‌زا بودن هر عامل و از آزمون‌های آنالیز واریانس و ضریب همبستگی اسپیرمن و پیرسون جهت مقایسه گروه‌ها و همبستگی بین عوامل استرس‌زا با متغیرهای دموگرافیک دانشجویان استفاده شد. جهت رعایت حقوق قانونی و اخلاقی شرکت‌کنندگان، پس از ارائه توضیح در رابطه با مطالعه و اهداف آن، فرم رضایت آگاهانه از آنان اخذ گردید. همچنین قبل از تکمیل پرسشنامه تاکید شد که نیازی به ذکر نام و نام خانوادگی دانشجویان نیست و وی هر زمان که تمایلی به همکاری در ندارد می‌تواند از مطالعه خارج شود.

Results:

میانگین و انحراف معیار سن دانشجویان 20.7 ± 1.5 سال بود. اکثر دانشجویان (۵۹/۸٪) در رشته اتاق عمل و ۴۰/۲٪ در رشته پرستاری مشغول به تحصیل بودند. همچنین اکثریت واحدهای پژوهش را دختران تشکیل می‌دادند. یافته‌های حاصل از مشخصات فردی واحدها، در جدول شماره ۱ آمده است.

نتایج حاصل از پرسشنامه بررسی عوامل استرس‌زای بالینی نشان داد: در بررسی میانگین میزان تنش‌زا بودن هریک از حیطه‌ها استرس‌زاترین عوامل به ترتیب شامل استرس ناشی از احساسات ناخوشایند، تجارب تحقیرآمیز، کارهای بالینی و نهایتاً ارتباط بین فردی می‌باشد. همچنین میانگین نمره کل پرسشنامه نیز $13.2 \pm 3.1/3$ بود و بیشتر نمرات در محدوده ۲۸ تا ۵۴ (استرس متوسط) قرار داشتند

همچنین در بررسی ارتباط بین ترم تحصیلی و عوامل استرس‌زای بالین آزمون آماری آنالیز واریانس نشان داد که این متغیر با تمامی حیطه‌ها و همچنین میانگین نمره کل ارتباط معناداری وجود دارد ($p < 0.05$)

ضریب همبستگی اسپیرمن نشان داد بین نمره کل، استرس ناشی از انجام کارهای بالینی و احساسات ناخوشایند با متغیر ترم تحصیلی دانشجویان همبستگی معکوس ناقص و معنادار وجود دارد

Conclusion

با توجه به نتایج این مطالعه عوامل استرس زای بالینی متعددی وجود دارد که لازم است مسئولین با شناسایی این عوامل، راهکارهای مناسب جهت کاهش آن‌ها را اتخاذ کنند.

Keywords

استرس، آموزش، دانشجو

کد: ۱۳۱۶

حیطه: یاددهی و یادگیری

طراحی برنامه آموزش ضمن خدمت برای کارکنان فوریت های پزشکی شهر سمنان

نویسندگان: فتحیه مرتضوی، مطهره کبیریان راد، سید حبیب اله کواری.

Introduction

زمینه تحقیق: بسیاری از زمینه های علم پزشکی در حال پیشرفت و تغییرات سریع است، یکی از راههای اصلی مقابله با این تغییرات روزمره، حفظ توانایی و مهارت های عملکردی صاحبان این حرفه در زمینه پیشرفت های جدید است. در این راستا آموزش ضمن خدمت یک راه ثابت شده برای حفظ دانش، مهارت و نگرش این گروه، برای ارائه هرچه بهتر خدمات بهداشتی درمانی به جامعه محسوب می گردد.

Objectives

هدف: هدف از انجام این مطالعه طراحی برنامه آموزش ضمن خدمت برای کارکنان فوریت های پزشکی شهر سمنان بوده است

Study Design

روش مطالعه: این پژوهش یک مطالعه از نوع طراحی آموزشی است. پس از نیازسنجی با روش توصیفی مقطعی، بسته آموزشی با استفاده از الگو های راهبردی گانه تهیه شد، نمونه گیری، به روش سرشماری انجام گرفت و نمونه پژوهش با جامعه پژوهش برابر بود و کلیه مسئولین واحد های فوریت های پزشکی و تکنسین های فوریت پیش بیمارستانی شاغل در سیستم فوریت های پزشکی را در بر داشته است، ابزار جمع آوری داده ها پرسشنامه با سوالات بسته بود که روایی آن با روش دلفی و مشورت با صاحب نظران صورت گرفت و پایایی آن از طریق آزمون مجدد و محاسبه ضریب آلفای کرونباخ انجام گرفت که معادل ۰/۹۶ درصد بدست آمد و در آن نیاز آموزشی و اهمیت آن با امتیاز ۱ تا ۵ مشخص گردید. همچنین داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد و بمنظور توصیف داده ها از شاخص های آماری، میانگین و انحراف معیار استفاده گردید.

Participan

نتایج: براساس بررسی های بعمل آمده اولویت بندی نیازهای آموزشی تکنسین های فوریت پزشکی پیش بیمارستانی، به ترتیب هشت اولویت زیر بدست آمد. اورژانس های روانی و رفتاری با ۶۲/۸۷ امتیاز در اولویت اول، اقدامات پیش بیمارستانی در بیماراران دچار آسیب های وارده به اندام های حیاتی (قفسه سینه، سر، نخاع) با ۸۶/۱۹ امتیاز در اولویت دوم، مانیتورینگ قلبی و تفسیر نوار قلب طبیعی و غیر طبیعی با ۸۵/۲۳ امتیاز در اولویت سوم، احیای تنفسی در نوزادان و کودکان با ۷۷/۱۴ امتیاز در اولویت چهارم، احیای قلبی در نوزادان و کودکان با ۷۱/۹۰ امتیاز در اولویت پنجم، احیای تنفسی در بزرگسالان، با ۷۰/۹۵ امتیاز در اولویت ششم، احیای قلبی در بزرگسالان با ۶۸/۰۹ امتیاز در اولویت هفتم، اخلاق حرفه ای

ومسائل قانونی در حرفه های پزشکی با ۵۲/۵۹ امتیاز در اولویت هشتم میباشد، که به ترتیب اولویت، برای هر یک از موضوعات، یک بسته آموزشی تهیه شد.

Results:

براساس بررسی های بعمل آمده اولویت بندی نیازهای آموزشی تکنسین های فوریت پزشکی پیش بیمارستانی، به ترتیب هشت اولویت زیر بدست آمد. اورژانس های روانی و رفتاری با ۶۲/۸۷ امتیاز در اولویت اول، اقدامات پیش بیمارستانی در بیماران دچار آسیب های وارده به اندام های حیاتی (قفسه سینه، سر، نخاع) با ۸۶/۱۹ امتیاز در اولویت دوم، مانیتورینگ قلبی و تفسیر نوار قلب طبیعی و غیر طبیعی با ۸۵/۲۳ امتیاز در اولویت سوم، احیای تنفسی در نوزادان و کودکان با ۷۷/۱۴ امتیاز در اولویت چهارم، احیای قلبی در نوزادان و کودکان با ۷۱/۹۰ امتیاز در اولویت پنجم، احیای تنفسی در بزرگسالان، با ۷۰/۹۵ امتیاز در اولویت ششم، احیای قلبی در بزرگسالان با ۶۸/۰۹ امتیاز در اولویت هفتم، اخلاق حرفه ای و مسائل قانونی در حرفه های پزشکی با ۵۲/۵۹ امتیاز در اولویت هشتم میباشد، که به ترتیب اولویت، برای هر یک از موضوعات، یک بسته آموزشی تهیه شد.

Conclusion:

بحث و نتیجه گیری: تکنسین های فوریت پزشکی پیش بیمارستانی، نیاز بیشتری برای آموزش در حیطه های اورژانس های روانپزشکی، اقدامات پیش بیمارستانی در بیماران دچار آسیب های وارده به اندام های حیاتی (قفسه سینه، سر، نخاع)، مانیتورینگ قلبی و تفسیر نوار قلب طبیعی و غیر طبیعی، احیای قلبی و تنفسی در نوزادان و کودکان، احیای قلبی و تنفسی در بزرگسالان، اخلاق حرفه ای و مسایل قانونی در حرفه های پزشکی احساس کردند که با توجه به نظرسنجی بدست آمده از آنان اولویت همه حیطه ها مطابق با استانداردها مشخص و برنامه آموزش ضمن خدمت براساس نیازهای آنان و در راستای وظایف محوله طراحی گردید، مقتضی است، در مطالعات جدید با ارزشیابی کارکنان فوریت های پزشکی شهر سمنان، میزان تاثیر بسته آموزشی بر افزایش مهارت آنان بررسی شود.

Keywords: تکنسین های فوریت پزشکی پیش بیمارستانی - نیاز سنجی - طراحی آموزشی - آموزش ضمن خدمت-بسته

کد: ۱۳۰۳

حیطه: یاددهی و یادگیری

رویکردهای یادگیری دانشجویان پرستاری و مامایی

نویسندگان: محمدرضا یزدانخواه فرد، سحر غلامی باروقی، مسعود بحرینی، کامران میرزایی

Introduction:

آموزش عالی نوع خاصی از آموزش است که یکی از اهداف مهم آن یادگیری مستقل و توسعه یادگیری پیشرفته همراه با پیشرفت دانشجویان است. یکی از عوامل موثر بر یادگیری نیز رویکردهای یادگیری میباشد که نقش بسزایی در عملکرد و موفقیت تحصیلی دانشجویان دارد. رویکردهای یادگیری نخستین بار در سال ۱۹۷۶ توسط مارتون و سالجو شناسایی شدند و از آن جهت که توجه به آنها موجب بهبود کیفیت یادگیری دانشجویان میشود، تحقیقات آموزشی علاقه فزاینده ای را برای درک و شناسایی مفاهیم و رویکردهای یادگیری در موضوعات، موقعیتهای و رشته های مختلف از جمله علوم پزشکی نشان داده اند. از آنجایی که تربیت نیروی انسانی کارآمد از جمله وظایف اصلی دانشگاه ها محسوب میشود، بنابراین درک چگونگی تغییر رویکردهای یادگیری دانشجویان در طول زمان بسیار مهم است.

Objectives:

هدف از این مطالعه بررسی چگونگی تغییر رویکردهای یادگیری دانشجویان پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر در طی سالهای تحصیل در دانشگاه میباشد

Study Design:

این پژوهش یک مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع طولی میباشد که طی سالهای ۹۵-۱۳۹۱ انجام گرفته است.

Study Setting:

نتایج حاصل مطالعه روی دانشجویان پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر میباشد

Participan:

جامعه مورد مطالعه را دانشجویان پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر که در نیمسال اول سال ۱۳۹۱ وارد دانشگاه شده و در ترم اول در هر یک از این دو رشته شروع به تحصیل نموده بودند، تشکیل میدادند. شرکت کنندگان هیچگونه محدودیت دیگری (سنی و جنسی و ...) برای ورود به طرح نداشتند و پس از ارائه توضیحات لازم در زمینه پژوهش و محرمانه بودن اطلاعات، پرسشنامه ها تکمیل و بصورت بی نام جمع آوری شدند.

Sample Size:

حجم نمونه را کلیه دانشجویان کارشناسی پیوسته پرستاری و مامایی ورودی نیمسال اول سال ۱۳۹۱ تشکیل میدادند (n=۹۱) که بصورت سرشماری وارد پژوهش شده بودند.

Data Gathering Tool:

ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه تجدید نظر شده دو عاملی فرآیند مطالعه (R-SPQ-۲F) میباشد که در ایران به کمک روشهای ارزیابی پایایی و تحلیل عامل تاییدی مورد بررسی قرار گرفته است که نتایج تحلیل عامل تاییدی برآزش خوبی را برای ساختار دو عاملی در نظر گرفته شده، نشان داد و ضریب پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ برای رویکرد عمقی و سطحی به ترتیب ۰,۷۹ و ۰,۸۳ بدست آمده است. روایی پرسشنامه نیز با نظر هشت تن از اساتید دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر مورد تایید قرار گرفت.

Data Analysis:

پرسشنامه ها پس از ارائه توضیحات لازم در مورد مطالعه و محرمانه بودن اطلاعات، در نیمسال دوم هر سال تحصیلی در کلاس درس (در سه سال اول) و عرصه کارموزی (سال آخر) پس از کسب اجازه از مدرسان و مربیان مربوطه در اختیار شرکت کنندگان قرار داده شد. داده ها پس از جمع آوری به کمک آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و تحلیلی (آزمون تی مستقل، آنووا و ضریب همبستگی پیرسون) و در نرم افزار SPSS ۱۸ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

Results:

تجزیه و تحلیل داده ها نشان داد که رویکرد غالب در میان دانشجویان پرستاری و مامایی در کل دوره تحصیل، رویکرد عمقی بود. با این حال آزمون آنووا تفاوت آماری معناداری را در نمره رویکرد عمقی و رویکرد سطحی دانشجویان پرستاری و مامایی بر حسب سال تحصیل نشان نداد (جدول ۱ و ۲). اگرچه آزمون تی مستقل نشان دهنده معنادار بودن تفاوت از نظر آماری در بکارگیری از رویکرد سطحی بر اساس رشته تحصیلی بود (P=۰,۰۲۰)؛ به این صورت که دانشجویان پرستاری رویکرد سطحی تری نسبت به دانشجویان مامایی داشتند. علاوه بر این مشاهده شد که دانشجویان مذکر نیز نسبت به دانشجویان مونث از رویکرد سطحی تری برخوردار بودند که آزمون تی مستقل معنادار بودن این تفاوت را از نظر آماری نشان داد (P=۰,۰۰۱).

جدول ۱- میانگین رویکردهای یادگیری دانشجویان پرستاری بر اساس سال تحصیل

P value	کارشناسی پرستاری								رویکرد یادگیری
	سال چهارم		سال سوم		سال دوم		سال اول		
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰,۱۰۹	۷,۹۲۰	۲۴,۴۹	۹,۷۶۹	۲۸,۹۴	۷,۲۵۷	۲۵,۶۳	۷,۴۰۴	۲۵,۵۰	رویکرد سطحی
۰,۴۸۱	۸,۶۶۷	۲۸,۵۳	۹,۵۰۲	۳۰,۷۰	۷,۴۰۸	۲۹,۷۹	۶,۸۷۴	۲۸,۰۳	رویکرد عمقی

جدول ۲- میانگین رویکردهای یادگیری دانشجویان مامایی بر اساس سال تحصیل

P value	کارشناسی مامایی								رویکرد یادگیری
	سال چهارم		سال سوم		سال دوم		سال اول		
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰,۲۳۲	۵,۱۵۹	۲۴,۵۵	۴,۲۹۷	۲۲,۲۶	۶,۷۸۰	۲۵,۰۴	۶,۱۲۹	۲۴,۴۳	رویکرد سطحی
۰,۳۲۸	۷,۰۴۲	۳۰,۳۴	۵,۴۱۶	۳۰,۲۶	۵,۳۶۳	۳۲,۳۶	۵,۳۲۰	۲۹,۶۷	رویکرد عمقی

Conclusion

نتایج بدست آمده نشان داد اگرچه رویکرد غالب دانشجویان پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، رویکرد یادگیری عمقی بود با این حال علیرغم انتظاری که از دانشجویان در سالهای بالاتر تحصیل می‌رود تا یادگیری عمقی تری نسبت به سالهای پایین تحصیلی داشته باشند، نتایج نشانگر عدم وجود تفاوت آماری معنادار در بکارگیری رویکردهای یادگیری توسط شرکت کنندگان با افزایش سنوات تحصیل بود. بنابراین با توجه به تاکید آموزش عالی بر توسعه یادگیری عمقی در بین دانشجویان و اهمیت رشته های علوم پزشکی به جهت سر و کار داشتن با جان انسانها، ضرورت امر توجه و بررسی توسط اساتید، مسئولان و برنامه ریزان آموزشی و انجام تحقیقات گسترده تر در سطح کشور مشخص میشود.

Keywords

آموزش عالی، علوم پزشکی، رویکردهای یادگیری

کد: ۱۱۹۲

حیطه: یاددهی و یادگیری

چالشهای داوطلبان سلامت: تحلیل محتوای کیفی

نویسندگان: فاطمه ویزش فر، مرضیه مومن نسب، شهرزاد یکتا طلب، محمد تقی ایمان

Introduction

مراقبتهای سلامت و اجتماعی بدلیل تغییرات تکنولوژیک، جمعیت شناسی و برخی فشارها در حال تغییر استسیستم های مراقبت بهداشتی و اجتماعی برای ارائه خدمات اثر بخش و با کیفیت به شدت تحت فشار هستند. برای رویارویی با این چالش فراهم آوردن خدمات در مورد چگونگی ارائه خدمات و افرادی که در این راه باید با آنها همکاری کنند نیاز به تعمق دارند. سازمان بهداشت جهانی تاکید دارد مشارکت جامعه، ریشه مراقبتهای بهداشتی اولیه و راهی حیاتی برای دسترسی جامعه به خدمات بهداشتی است. انتقال وظائف به مردم مکانیزمی است که بطور گسترده، برای رویارویی با محدودیت در منابع انسانی مورد استفاده قرار می گیرد. واگذاری وظائف به افرادی با کیفیت کار پایین تر در صورتی که از ظرفیتهای آنها مطمئن باشیم سبب کاهش هزینه ها خواهد شد. داوطلبان افرادی هستند که بدون دریافت هیچگونه پول یا پاداش مادی زمان و انرژی خود را برای سایر افراد یا جامعه صرف می کنند تا خدماتی را به آنها ارائه دهند در ایران داوطلبان سلامت از میان زنان مناطق مختلف شهری انتخاب می شوند. این افراد داوطلبانه و بدون دریافت دستمزد در کنار کارکنان دولت نقش خود را در ارتقای سلامت جامعه ایفا می کنند. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۶۹ به منظور جلب مشارکت مردم در تصمیم گیری و برنامه ریزی و استفاده از همکاری آنها در ارائه مراقبت های اولیه بهداشتی اقدام به طراحی و اجرای طرح داوطلب سلامت در جنوب تهران نمود. این طرح پس از موفقیت در سال ۱۳۷۲ به صورت برنامه فراگیر در تمام نقاط کشور به اجرا در آمد داوطلبان سلامت به طور عمده زنان خانه داری هستند که با داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن و زمان کافی و علاقه به همکاری دعوت شده و به طور متوسط ۵۰ خانوار از همسایگان خود را تحت پوشش قرار می دهند و پل ارتباطی جامعه و خدمات مراقبت های بهداشتی و نماد مشارکت مردم در تأمین و ارتقاء سلامت خود به شمار می آیند. هر چند فرصتهای زیادی وجود دارد که برنامه داوطلبان بتواند باعث تغییرات مثبت در بهداشت و خدمات اجتماعی مددجویان و کل جامعه شوند. اما چالش کنونی این است که سازمانها بتوانند از این فرصتها بهره ببرند. برخی سازمانها فاقد دورنمای استراتژیک در مورد نقش داوطلبان در سازمان هستند و این فرصتها را از دست می دهند.

با توجه به تاثیر عوامل فرهنگی و اجتماعی بر داوطلبان سلامت و چند بعدی بودن عوامل موثر بر خدمات آنها نیاز است در زمینه چالشهای آنها و با روش کیفی تحقیق گردد. استفاده از رویکرد های کیفی در مراقبتهای سلامت به کاوش در پدیده های پیش روی پرستاران، سایر تصمیم گیرندگان و بیماران کمک می کند و موجب درک عمیق مسائل می گردد. با توجه به نقش ارزشمند داوطلبان سلامت در سیستم بهداشت و درمان به نظر می رسد آنچنان که باید به برنامه ریزی جهت جذب و حفظ این گروه و رفع مشکلات آنها توجه نگردیده است. این مسئله می تواند زمینه ساز خروج داوطلبان از برنامه یا عدم استفاده مناسب از ظرفیتهای آنها شود. این تحقیق با هدف تبیین در مورد چالشهای موجود در برنامه داوطلبان سلامت در ایران و فرصتی برای درک بهتر موقعیت آنها می باشد.

Objectives

این تحقیق با هدف تبیین در مورد چالشهای موجود در برنامه داوطلبان سلامت در ایران و فرصتی برای درک بهتر موقعیت آنها می باشد.

Study Design

این مطالعه بخشی از یک مطالعه بزرگتر از نوع اقدام پژوهی (Action research) می باشد که با رویکرد کیفی و از نوع تحلیل محتوا انجام شده است.

:Study Setting

این تحقیق در دو مرکز بهداشتی شهر شیراز در جنوب ایران انجام شد. (مراکز بهداشتی شهری در ایران خدمات بهداشتی در سطح اول و دوم پیشگیری را انجام می دهند).

:Participan

معیار ورود تمایل برای شرکت در مصاحبه و در دسترس بودن داوطلبان و داشتن حداقل ۶ ماه مشارکت در برنامه داوطلبان بود. در طی ۶ ماه از ۱۳ سپتامبر ۲۰۱۵ تا ۲۸ مارچ ۲۰۱۶ این مطالعه انجام شد

:Sample Size

کلیه داوطلبان سلامت مرکز قمر بنی هاشم برای شرکت در این مطالعه دعوت بعمل آمد و بر اساس معیار های ورود در مطالعه و دستیابی به اطلاعات غنی ۲۵ نفر در مطالعه شرکت کردند.

:Data Gathering Tool

۱۴ مصاحبه نیمه ساختار یافته از ۱۴ داوطلب سلامت، ۲ مشاهده از عملکرد داوطلبان، همچنین ۳ یادداشت روزانه (Diary) داوطلبان و نیز، بررسی پرونده های داوطلبان انجام گرفت. مشاهدات نیمه ساختار یافته و غیر مداخله ای بودند و تمرکز مشاهدات بر نحوه عملکرد داوطلبان و مشکلاتی که آنها دارند بود. پس از هر مشاهده فوراً یادداشت برداری می گردید (Field note)، همچنین از سه نفر از داوطلبان درخواست شد یک روز از فعالیت خود را به شکل گزارش کتبی به محقق اعلام کنند. مصاحبه ها با روش نمونه گیری هدف مند (purposeful sampling) توسط پژوهشگر از داوطلبان سلامت انجام شد. مصاحبه ها تا رسیدن به اشباع کامل ادامه یافت.

:Data Analysis

برای هدایت مصاحبه ها یک راهنما شامل چند سؤال کلیدی تهیه شد. متن همه مصاحبه ها با رضایت مشارکت کنندگان ضبط و سپس روی کاغذ پیاده شد مدت زمان هر مصاحبه بین ۴۰ تا ۶۰ دقیقه بود. سپس کد گذاری مصاحبه ها صورت گرفت. پرونده های داوطلبان از نظر اطلاعات جمعیت شناسی و گزارشهای آنها از عملکردشان مورد بررسی قرار گرفت. فراوانی مشکلات ذکر شده نیز مشخص گردید.

مصاحبه با این سؤال آغاز می شد که : یک روز کاری خود را شرح دهید؟ بر اساس پاسخهای مشارکت کنندگان سئوالات بعدی مانند: فکر می کنید اگر چه تغییری در برنامه شما داده شود، عملکرد بهتری خواهید داشت؟ نقاط ضعف برنامه داوطلبان را چه می بینید؟ مطرح می گردید همچنین سئوالات probing مانند بیشتر توضیح دهید استفاده می گردید

از تحلیل محتوای استقرایی و جامع برای کاوش (explore) در چالشهای داوطلبان سلامت استفاده گردید. مصاحبه ها ضبط و کلمه به کلمه بروی کاغذ تایپ (transcribed)، مرور و کد گذاری شد. تجزیه و تحلیل داده ها بطور همزمان با جمع آوری اطلاعات صورت می گرفت. کد گذاری اولیه بر اساس کلمات بکار رفته توسط داوطلبان و برداشتهای پژوهشگر از گفته های آنها انجام گرفت. سپس واحد های معنایی از گفته های داوطلبان در قالب کد های اولیه یا کد های باز از مصاحبه ها استخراج شدند. کد ها چندین بار باز خوانی گردید و بر اساس مشابهت ها و تناسب که بیان کننده موضوع واحدی بودند در یک طبقه قرار گرفتند. در مرحله بعد طبقات مقایسه و بر اساس شباهت در هم ادغام شدند و نهایتاً Theme های اصلی شکل گرفت.

Results

همه داوطلبان خانم و متاهل بودند. میانگین سنی آنها 49.8 ± 8.65 حداقل سن ۳۸ سال و حداکثر ۷۰ سال بود. طول مدت مشارکت در برنامه داوطلب سلامت بطور متوسط 10.7 ± 4 سال و از حداقل ۳ سال و حداکثر ۱۵ سال متغیر بود. از نظر سطح تحصیلات ۱ نفر فوق دیپلم (۱/۷٪) و سطح تحصیلات ۱۳ نفر بقیه (۸۰/۹۲٪) دبیرستان تا دیپلم بود. ۴ تم و ۱۴ زیر تم از داده ها استخراج گردید. جدول شماره یک طبقات، زیر تم ها و تم اصلی چالشهای داوطلبان سلامت را نشان می دهد.

Table 1: Main Themes and Related Subthemes Emerged From Analysis of Current

Health care volunteer

Subtheme	Theme	Main Theme
مشارکت مختصر در نقش های مختلف نبود برنامه ریزی مشخص برای فعالیتهای داوطلبان کمبود برنامه آشنا سازی منسجم عدم آگاهی کافی از شرح وظائف	سر در گمی در نقش	
تعداد کم برنامه های آموزشی انجام امور بدون آموزشهای زیربنایی کمبود امکانات آموزشی	عدم کفایت آموزشهای داوطلبان	
فقدان برنامه مناسب برای جذب داوطلب حمایت و نظارت ناکافی در حفظ داوطلب ضعف در مهارتهای ارتباطی داوطلب و مربی کمبود بازخورد به فعالیتهای داوطلبان	نقصان در جذب و حفظ داوطلبان	ظرفیت بارور نشده

نا آشنایی مردم با نام داوطلب سلامت	ناشناخته بودن برای مردم	
عدم شناخت مردم از فعالیت داوطلب سلامت		
عدم استقبال مردم از همکاری با داوطلب سلامت		

Conclusion:

شفاف سازی نقش داوطلبان با برنامه ریزی منسجم و بر اساس نیازهای آموزشی آنها، حمایت از داوطلبان برای کسب دانش و مهارت لازم برای ارائه خدمات و آموزش به جامعه، تدابیر کافی برای جذب و حفظ داوطلبان، آشنا ساختن مردم با خدمات داوطلبان و بهره گیری بیشتر از خدمات داوطلبان ضمن در اختیار قرار دادن منابع حمایتی لازم منجر به تعدیل این چالشها توانمندی آنها و ارائه خدمات مفید، کارآمد و مقرون به صرفه به جامعه خواهد شد. حمایت از این برنامه مسئولیت پذیری جامعه در قبال سلامت اعضای خودش را افزایش می دهد.

Keywords:

داوطلبان سلامت، چالش‌ها، تحلیل محتوا

کد: ۱۱۵۸

حیطه: یاددهی و یادگیری

مقایسه اثر آموزش مبتنی بر سناریو با روش سخنرانی بر آگاهی و نگرش تکنسین های اورژانس پیش بیمارستانی شهر قم در برخورد با مصدومین ترومای قفسه سینه

نویسندگان: روح اله فرهادلو، محمد پرورش مسعود، مهدی کاشانی نژاد

Introduction:

هنگام وقوع حوادث یا پیدایش حالت بحرانی و خطر آفرین در بیماریه، معمولاً فقط در زمان بسیار کوتاهی میتوان با مداخله سریع و آگاهانه، بیشترین و ثمر بخش ترین خدمات را در جهت حفظ جان و کاستن از عوارض بعدی تا انتقال به بیمارستان انجام داد. از آنجاکه درآمدهای پزشکی بیشترین نقش رانیروی انسانی کار آمد و آگاه بر عهده دار دلذایکی از اساسی ترین نیازهای نظام سلامت جامعه، تربیت افراد باتوانایی ها و صلاحیت های علمی و عملی ویژه و برخوردار از فضائل اخلاقی با روحیه شجاعت و مسئولیت پذیری و درعین حال قدرت تصمیم گیری بالا و سرعت عمل کافی می باشد. (۱) از آنجائیکه بیشتر مردم جهان به اورژانس پیش بیمارستانی رسمی دسترسی ندارند (۲). سیستم پیش بیمارستانی باید ساده، مداوم و کارآمد باشد (۳). از

اوایل سال ۱۹۴۳، تروما به عنوان علت عمده مرگ بین گروه سنی ۴۳-۱۴ شناخته شده و بعد از بیماری های قلبی - عروقی و سرطان، سومین علت عمده مرگ در تمام گروه های سنی می باشد. در رابطه با هر بیمار ترومایی، تعیین وسعت احتمالی، آسیب حیاتی است تا بتوان در مورد ارزیابی در محل حادثه، مراقبت های لازم، انتقال سریع بیمار در کنار ارزیابی و نیز مراقبت مداوم در راه انتقال به بیمارستان؛ تصمیم گیری به موقع و درستی انجام داد که در اینجا فهم مکانیسم های آسیب نیز جزء اصلی از مهارت ارزیابی است (۴). مداخلات و خدمات درمانی در محیط پیش بیمارستانی بر اساس قضاوت مستقل و مهارت در تصمیم گیری و اولویت گذاری آنها که از طریق آموزش به دست آمده است صورت می گیرد (۵). پرسنل شاغل در بخش فوریتهای پزشکی پرسنل ورزیده ای هستند که اطلاعات وسیعی در زمینه کلیه زیر گروه های پزشکی و پرستاری دارند. مراقبت های پیش بیمارستانی شامل مراقبت های خاص از بیماران با مشکلات داخلی - جراحی مشکلات مادران و نوزادان، مشکلات کودکان، بیماری های سالمندی، بیماری های روانی و بهداشت عمومی میباشد (۶). به دلیل وضعیت خاص کار در اورژانس پیش بیمارستانی و نیاز به حجم زیادی از اطلاعات در فاصله زمانی کم، کار در اورژانس پیش بیمارستانی نیازمند سرعت عمل بالایی است (۷). و هدف تیم اورژانس پیش بیمارستانی فراهم کردن مراقبت پزشکی برای افراد نیازمند است (۸،۹).

مراقبت اورژانس باید به عنوان سیستم کامل با اجزای مستقل درک شود، این اجزاء شامل مراقبت پیش بیمارستانی، حمل و نقل و مراقبت بیمارستانی است و هر جزء دارای اهمیت خاص خود در زمینه آموزش است (۱۰،۱۱).

سطوح مهارت تکنسین هادراپالات مختلف ایالات متحده بر حسب نوع و سطح مورد نظر برای دستیابی، دارای آموزش متفاوت است و سطوح چهارگانه آموزش را شامل میگردد که شامل امدادگر، تکنسین پایه، تکنسین میانه و پارامدیک می باشد (۱۲). امدادرایران با توجه به نوع سیستم آموزش این سطح بندی وجود ندارد و تکنسین های فوریت های پزشکی متشکل از طیف گسترده ایی از افراد، با تحصیلات دیپلم (باطی دوره های آموزشی مرتبط)، فوق دیپلم (بیهوشی، فوریت های پزشکی) و لیسانس پرستاری می باشند. افرادی که در این برنامه آموزشی شرکت دارند با توجه به وظایف و مسئولیت های مشابه و نوع آموزشهای ضمن خدمت متشکل از کلیه این گروههای می باشند.

روش آموزشی عبارت است از شیوه ایی که در آن به ارائه آموزش برای فرد یا گروه هدف پرداخته می شود. در این آموزش رسمی به وسیله ضوابط از پیش تعیین شده ایی، ساختار آموزش و مطالب آموزشی در محیط های رسمی و تعریف شده و در قالب روابط معلم و شاگردی یا سازمانی صورت می گیرد. روش های آموزشی مختلفی رامیتوان در زمینه آموزش مورد استفاده قرارداد. روش های معینی وجود دارند که برای آموزش اطلاعات جدید به مخاطب هدف مناسب تر هستند. بدین ترتیب تقسیم بندیهای مختلفی رامیتوان در رابطه با روشهای آموزشی ترتیب داد. یکی از این روشها روش های شفاهی هستند که بطور مرسوم از گذشته وجود داشته اند و در آنها بین آموزش دهنده و آموزش گیرنده یک ارتباط مستقیم و حضوری وجود دارد. یعنی ارتباط بیشتر حالت رودرود دارد. مانند: سخنرانی، سمپوزیوم، میزگرد، پرسش و پاسخ، بحث گروهی، مشاوره، طرح سناریو، ایفای نقش و... (۱۳).

با توجه به تاثیر متفاوت هر کدام از روشهای آموزشی ذکر شده در مخاطبان و آموزش گیرندگان، هدف از انجام این پژوهش تعیین کارایی و میزان اثربخشی روش آموزش مبتنی بر سناریو و مقایسه آن با روش سخنرانی میباشد. از طریق انجام این طرح و با ارزشیابی آموخته هادر پرسنل اورژانس به صورت واقعی میتوان شکاف بین آموخته ها و نیازها را تعیین کرده و در جهت رفع آن کوشید.

Objectives:

مقایسه اثر آموزش مبتنی بر سناریو با روش سخنرانی بر آگاهی و نگرش تکنسین های اورژانس پیش بیمارستانی شهر قم در برخورد با مصدومین ترومای قفسه سینه

:Study Design

این تحقیق یک مطالعه نیمه تجربی بود که در بین امدادگران و تکنسین های شاغل در مرکز فوریت های پزشکی استان قم در طول شش ماه و در سال ۱۳۹۴ اجرا گردید

:Study Setting

این تحقیق یک مطالعه نیمه تجربی بود که در بین امدادگران و تکنسین های شاغل در مرکز فوریت های پزشکی استان قم اجرا گردید. در این مطالعه پژوهشگر به بررسی آگاهی علمی و نگرش امدادگران و تکنسین های شاغل در اورژانس و سایر عوامل زمینه ای موثر بر آن و در نهایت به بررسی میزان تاثیر جلسات آموزشی بر پایه روش آموزشی سناریو بر میزان آگاهی و نگرش پرسنل پرداخت

:Participan

این تحقیق یک مطالعه نیمه تجربی بود که در بین امدادگران و تکنسین های شاغل در مرکز فوریت های پزشکی استان قم در سال ۱۳۹۴ اجرا گردید. در این مطالعه پژوهشگر به بررسی آگاهی علمی و نگرش امدادگران و تکنسین های شاغل در اورژانس و سایر عوامل زمینه ای موثر بر آن و در نهایت به بررسی میزان تاثیر جلسات آموزشی بر پایه روش آموزشی سناریو بر میزان آگاهی و نگرش پرسنل پرداخت.

:Sample Size

تعداد نمونه لازم جهت مطالعه با احتساب فاصله اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۸۰٪ بر اساس فرمول زیر، حدود ۸۶ نفر برای هر گروه آزمون و کنترل محاسبه گردید، که جمعاً تعداد نمونه ۱۷۲ نفر در نظر گرفته شد.

در این فرمول: ضریب اطمینان آزمون می باشد که بر اساس ۹۵ درصد اطمینان ۹۶/۱ در نظر گرفته شده است.

: توان آزمون می باشد که ۸/۰ در نظر گرفته شده است. بر اساس مطالعه (Candan Ozturk):، انحراف معیار در گروه آزمون ۲۴ و

: انحراف معیار در گروه کنترل $= 2/710/23 = (2X - 1X)$ در نظر گرفته شده است.

در این مطالعه از روش های رایج آماری برای محاسبه میانگین، انحراف معیار استفاده شد. برای متغیرهای کمی پیوسته در دو گروه از t-test و برای آزمون قبل و بعد از زوجی استفاده شد. برای متغیرهای کیفی از آزمون Chi square یا آزمون فیشر در صورت لزوم استفاده شد. از نرم افزار SPSS ۱۶ برای تجزیه و تحلیل داده ها استفاده شد. سطح معنی داری برای آزمون های مورد استفاده $P < 0,05$ در نظر گرفته شد.

:Data Gathering Tool

نتایج مطالعه بوسیله پرسشنامه آگاهی و پرسشنامه نگرش بدست آمد. پرسشنامه آگاهی متشکل از ۱۰ سؤال چهارگزینه ایی که محتوای سئوالات از مطالب ارائه شده از کلاس مربوطه میباشد (پرسشنامه مذکور بوسیله اساتید مربوطه از منابع مرتبط با موضوع آموزشی استخراج شده و بصورت آزمون قبل و بعد انجام شده است) و پرسشنامه نگرش متشکل از یک پرسشنامه ۸ سئوالی میباشد که بر اساس طیف لیکرت (پنج گزینه ایی) طراحی شده است. پایایی پرسشنامه ها بر اساس ضریب آلفای کرونباخ بترتیب ۰/۸۷ و ۰/۷۵ بدست آمد

Data Analysis

محقق پس از طی مراحل اداری یعنی اخذ معرفی نامه از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی قم و سپس ارائه آن به مدیریت مرکز فوریت های پزشکی اورژانس قم مجوز رسمی را از ریاست محترم اورژانس ۱۱۵ کسب و آن را به مسئول پژوهشی مرکز فوریت‌های اورژانس ارائه و اجازه لازم جهت انجام مطالعه را کسب نمود. پس از این مراحل محقق با حضور در مرکز آموزش اورژانس ۱۱۵، نمونه‌هایی را که معیارهای ورودی مطالعه را داشتند بعنوان نمونه های بالقوه در نظر گرفته، پس از آن با یک معرفی کوتاه، جزئیات مطالعه (نحوه اجراء، هدف مطالعه، زمان مطالعه، فواید مطالعه، محرمانه بودن اطلاعات و بیان نکات اخلاقی) به نمونه های بالقوه توضیح داده شد، به نمونه های بالقوه، زمان معینی را برای درخواست سوالات، خواندن برگه رضایت آگاهانه و تامین یک شماره تلفن برای پرسیدن سوالات آینده داده شد.

در ابتدا میزان آگاهی علمی و نگرش قبل از مداخله از گروه‌های مطالعه بوسیله پرسشنامه آگاهی و پرسشنامه نگرش بدست آمد. پرسشنامه آگاهی متشکل از ۱۰ سؤال چهارگزینه‌ای است که محتوای سوالات از مطالب ارائه شده از کلاس مربوطه می باشد (پرسشنامه مذکور بوسیله اساتید مربوطه از منابع مرتبط با موضوع آموزشی استخراج شده و بصورت آزمون قبل و بعد انجام شده است) و پرسشنامه نگرش متشکل از یک پرسشنامه ۸ سئوالی می باشد که براساس طیف لیکرت (پنج گزینه‌ای) طراحی شده است. پایایی پرسشنامه هابراساس ضریب آلفای کرونباخ بترتیب ۰/۸۷ و ۰/۷۵ بدست آمد. مداخله آموزشی براساس آموزش مرسوم (سخنرانی) در گروه شاهد و آموزش برپایه سناریو در گروه مورد درآمدادگران و تکنسین ها با استفاده از منابع و متون اصلی آموزشی (منابع و متون تدریسی در این مطالعه کتاب اورژانس های طبی پیش بیمارستانی تحت نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می باشد) در یک جلسه چهارساعته (باتوجه به مطالعه یعقوبی باهدف بررسی تاثیر سخنرانی و بحث گروهی بر میزان آگاهی، نگرش و عملکرد تغذیه ایی دختران) در گروه‌های مطالعه به اجرا گذاشته شد (۲۲). در اینجا آموزش در گروه شاهد براساس روش سخنرانی (ارائه سخنرانی در مورد عنوان درسی مورد نظر) انجام شد و در گروه مورد براساس روش مبتنی بر سناریو اجرا گردید. در روش سناریو بدین صورت که پس از برگزاری جلسه آموزشی، پرسنل رابه گروه‌های چند نفره تقسیم نموده و به هر گروه برگه ایی داده شد که براساس عنوان و موضوع آموزشی که در همان جلسه آموزشی دریافت نمودند یک سناریوی مشخص یعنی صحنه حادثه تصادف دو خودرو با سه مصدوم که هر کدام بانوع و میزان آسیب دیدگی متفاوت می باشند، طراحی شد و از گروه خواسته شد با استفاده از تجربیات خود و آموزشها و اطلاعات دریافت شده در جلسه آموزشی و در نهایت اجماع جمعی پاسخ های خود را در آن نوشتند و در پایان یک فرد بعنوان نماینده راه حل ها و اصولی ترین اقدام رادارتباط با سناریوی مربوطه به حضار ارائه نمود که در مورد آن بحث و گفتگو صورت پذیرفت. در پایان پس از جلسه آموزشی مذکور آزمون از گروه‌های مورد و شاهد به عمل آمد. محتوای آموزشی بر اساس سرفصل های استاندارد و مطالب موجود در متون اصلی آموزشی ذکر شده انتخاب و به گروه‌های آموزشی ارائه گردید. در پایان داده ها را با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار دادیم تا میزان تاثیر این دونوع مداخله آموزشی (روش مرسوم و روش مبتنی بر سناریو) در میزان آگاهی و نگرش گروه‌های مطالعه بدست آید.

در این مطالعه از روش های رایج آماری برای محاسبه میانگین، انحراف معیار استفاده شد. برای متغیرهای کمی پیوسته در دو گروه از t-test و برای آزمون قبل و بعد از از زوجی استفاده شد. برای متغیرهای کیفی از آزمون Chi square یا آزمون فیشدر صورت لزوم استفاده شد. از نرم افزار SPSS ۱۶ برای تجزیه و تحلیل داده ها استفاده شد. سطح معنی داری برای آزمون های مورد استفاده $P < 0,05$ در نظر گرفته شد.

Results

در بخش اول این مطالعه ۱۶۰ نفر از تکنسین های اورژانس ۱۱۵ شرکت کردند که باتوجه به اینکه تمامی پرسنل عملیاتی در اورژانس پیش بیمارستانی از لحاظ جنسیتی مذکر هستند لذا تمامی نمونه هانیز در این مطالعه همگی مرد بودند. نتایج تجزیه و تحلیل آماری نشان میدهد توزیع نمونه هاهردو گروه مطالعه از نظر متغیرهای دموگرافیک نرمال است ($p > 0,05$). میانگین کلی سن آنها برابر با ۳۱,۷۹ سال با انحراف معیار ۶,۱۵ سال با حداقل ۲۱ سال و حداکثر ۵۳ سال بود. میانگین کلی سنوات خدمتی آنها برابر با ۹,۷۴ سال با انحراف معیار ۵,۱۰ سال با حداقل ۲

سال و حداکثر ۲۸ سال بود. از نظر سطح تحصیلات ۴۳ نفر (۲۶،۹ درصد) از پرسنل دارای مدرک دیپلم و ۸۵ نفر (۵۳،۱ درصد) از پرسنل دارای مدرک کاردانی در رشته فوریتهای پزشکی و ۳۲ نفر (۲۰ درصد) از پرسنل دارای مدرک کارشناسی بودند. میانگین کلی آگاهی قبل از مداخله در دو گروه برابر با ۳،۴۴ با انحراف معیار ۱،۱۱ بود. میانگین کلی نگرش قبل از مداخله در دو گروه برابر با ۱۵،۳۶ با انحراف معیار ۲،۸۵ بود. نتایج نشان داد میانگین کلی آگاهی پس از مداخله در دو گروه برابر با ۷،۱۴ با انحراف معیار ۲،۲۱ میباشد. همچنین در بررسی نگرش مشخص شده میانگین کلی نگرش پس از مداخله در دو گروه برابر معادل ۱۶،۲۰ با انحراف معیار ۳،۲۰ میباشد. از میان تکنسین های این مطالعه گروه مورد شامل ۸۰ نفر بودند. میانگین سن آنها برابر با ۳۰،۸۰ سال با انحراف معیار ۶،۴۰ سال بود. بررسیها نشان می دهد میانگین سن افراد در دو گروه مورد و شاهد اختلاف معنا دار باهم ندارد. ($p > 0.05$). میانگین کلی سنوات خدمتی آنها برابر با ۸،۲۸ سال با انحراف معیار ۴،۷۳ سال بود. از نظر سطح تحصیلات ۱۹ نفر (۲۳،۸ درصد) از پرسنل دارای مدرک دیپلم و ۴۵ نفر (۵۶،۳ درصد) از پرسنل دارای مدرک کاردانی در رشته فوریتهای پزشکی و ۱۶ نفر (۲۰ درصد) از پرسنل دارای مدرک کارشناسی در رشته فوریتهای پزشکی بودند. میانگین کلی آگاهی قبل از مداخله در دو گروه برابر با ۳،۴۶ با انحراف معیار ۱،۱۰ بود. میانگین کلی نگرش قبل از مداخله در دو گروه برابر با ۱۵،۳۰ با انحراف معیار ۲،۹۰ بود. میانگین کلی آگاهی پس از مداخله در دو گروه برابر با ۸،۶۳ با انحراف معیار ۰،۸۰ بود. میانگین کلی نگرش پس از مداخله در دو گروه برابر با ۱۶،۸۵ با انحراف معیار ۲،۹۱ بود.

گروه شاهد نیز شامل ۸۰ نفر از تکنسین های اورژانس ۱۱۵ بودند. میانگین سن آنها برابر با ۳۲،۸۰ سال با انحراف معیار ۵،۷۰ سال بود. میانگین کلی سنوات خدمتی آنها برابر با ۱۱،۲۰ با انحراف معیار ۵ سال بود. از نظر سطح تحصیلات ۲۴ نفر (۳۰ درصد) از پرسنل دارای مدرک دیپلم و ۴۰ نفر (۵۰ درصد) از پرسنل دارای مدرک کاردانی در رشته فوریتهای پزشکی و ۱۶ نفر (۲۰ درصد) از پرسنل دارای مدرک کارشناسی بودند. میانگین کلی آگاهی قبل از مداخله در دو گروه برابر با ۳،۴۰ با انحراف معیار ۱،۱۰ بود. میانگین کلی نگرش قبل از مداخله در دو گروه برابر با ۱۵،۴۰ با انحراف معیار ۲،۸۰ بود. میانگین کلی آگاهی پس از مداخله در دو گروه برابر با ۵،۷۰ با انحراف معیار ۲،۲۰ بود. میانگین کلی نگرش پس از مداخله در دو گروه برابر با ۱۵،۵۱ با انحراف معیار ۳،۲۸ بود.

در بخش دوم در این مطالعه ۱۶۰ نفر از امدادگران اورژانس ۱۱۵ شرکت کردند که همگی مرد بودند. میانگین کلی سن آنها برابر با ۳۱،۴۶ سال با انحراف معیار ۶،۱۰ سال با حداقل ۲۱ سال و حداکثر ۵۳ سال بود. میانگین کلی سنوات خدمتی آنها برابر با ۹،۴۸ سال با انحراف معیار ۴،۹۹ سال با حداقل ۲ سال و حداکثر ۲۱ سال بود. از نظر سطح تحصیلات همگی پرسنل دارای مدرک دیپلم بودند و از این نظر تفاوتی با هم نداشتند.

میانگین کلی آگاهی قبل از مداخله در دو گروه برابر با ۳،۶۶ با انحراف معیار ۱،۰۵ بدست آمده. همچنین میانگین کلی نگرش قبل از مداخله در دو گروه برابر با ۱۴،۸۰ با انحراف معیار ۲،۸۰ بدست آمد. ولی پس از آموزش، میانگین کلی آگاهی پس از مداخله در دو گروه برابر با ۷،۱۷ با انحراف معیار ۲،۲۹ بود و میانگین کلی نگرش پس از مداخله در دو گروه برابر با ۱۶ با انحراف معیار ۳،۲۰ بود.

گروه مورد شامل ۸۰ نفر از پرسنل اورژانس ۱۱۵ بودند. میانگین سن آنها برابر با ۳۰،۴۶ سال با انحراف معیار ۶،۳۳ سال بود. میانگین کلی سنوات خدمتی آنها برابر با ۸،۱۰ سال با انحراف معیار ۴،۷۰ سال بود. از نظر سطح تحصیلات همه پرسنل گروه مورد دارای مدرک لیسانس در رشته فوریتهای پزشکی بودند و از این نظر تفاوتی با هم نداشتند. لذا همانطور توضیح داده شد، محاسبات انجام نشد. میانگین کلی آگاهی قبل از مداخله در دو گروه برابر با ۳،۷۴ با انحراف معیار ۱،۰۶ بود. میانگین کلی نگرش قبل از مداخله در دو گروه برابر با ۱۴،۶۶ با انحراف معیار ۲،۹۵ بود. میانگین کلی آگاهی پس از مداخله در دو گروه برابر با ۸،۸۱ با انحراف معیار ۰،۸۴ بود. میانگین کلی نگرش پس از مداخله در دو گروه برابر با ۱۶،۶۰ با انحراف معیار ۲،۹۱ بود.

گروه شاهد شامل ۸۰ نفر از پرسنل اورژانس ۱۱۵ بودند. میانگین سن آنها برابر با ۳۲،۴۵ سال با انحراف معیار ۵،۷۰ سال بود. میانگین کلی سنوات خدمتی آنها برابر با ۱۰،۹۰ سال با انحراف معیار ۴،۹۳ سال بود. از نظر سطح تحصیلات همه پرسنل گروه شاهد دارای مدرک لیسانس در رشته فوریتهای پزشکی بودند و از این نظر تفاوتی با هم نداشتند. لذا همانطور توضیح داده شد، محاسبات انجام نشد. میانگین کلی آگاهی قبل از مداخله در دو گروه برابر با ۳،۶۰ با انحراف معیار ۱،۰۴ بود. میانگین کلی نگرش قبل از مداخله در دو گروه برابر با ۱۴،۹۵ با انحراف معیار ۲،۶۰ بود. میانگین کلی آگاهی پس از مداخله در دو گروه برابر با ۵،۵۲ با انحراف معیار ۲،۰۹ بود. میانگین کلی نگرش پس از مداخله در دو گروه برابر با ۱۵،۴۱ با انحراف معیار ۳،۴۰ بود.

دربرسی تعیین میانگین و مقایسه میزان آگاهی علمی تکنسین های اورژانس دردو گروه مطالعه، نتایج آماری نشان می دهد میانگین سطح آگاهی علمی در تکنسین های اورژانس قبل از مداخله آموزشی براساس سناریو در گروه مورد به ترتیب برابر با ۳،۴۶ و ۱،۱۰ میباشد در حالیکه میانگین و انحراف معیار سطح آگاهی علمی در تکنسین های اورژانس پس از مداخله آموزشی در گروه مورد به ترتیب برابر با ۸،۶۳ و ۸،۰۰ میباشد. همچنین در مقایسه سطح آگاهی علمی در تکنسین های اورژانس قبل و پس از مداخله آموزشی براساس سناریو در گروه مورد، آزمون t زوجی نشان داد که اختلاف معنی دار است و این بدان معنیست که مداخله آموزشی روی افزایش آگاهی موثر بوده است. $t = -۳۲،۰۰$ و $p < ۰،۰۰۱$.

میانگین و انحراف معیار سطح آگاهی علمی در تکنسین های اورژانس قبل از مداخله آموزشی براساس سخنرانی در گروه شاهد به ترتیب برابر با ۳،۴۳ و ۱،۱۰ میباشد در صورتیکه میانگین و انحراف معیار سطح آگاهی علمی پس از مداخله آموزشی در گروه شاهد به ترتیب برابر با ۵،۷۰ و ۲،۲۰ بود. در مقایسه سطح آگاهی علمی در تکنسین های اورژانس قبل و پس از مداخله آموزشی براساس روش مرسوم یا سخنرانی در گروه شاهد آزمون t زوجی نشان داد که اختلاف میانگین آگاهی در دو گروه مورد و شاهد پس از مداخله معنی دار است و مداخله آموزشی روی افزایش آگاهی موثر بوده است. $t = ۸،۲۱$ و $p < ۰،۰۰۱$. در مطالعه حاضر علیرغم ایجاد تفاوت معنادار پس از هر دو مداخله آموزشی ولی نتایج نشان میدهد اختلاف میانگین در گروه آموزشی سناریو بیش از گروه آموزشی سخنرانی می باشد که نشان دهنده تاثیر بیشتر در روش آموزشی مبتنی بر سناریو میباشد که این تفاوت می تواند ناشی از بکارگیری شرکت کنندگان بطور فعال و استفاده از بحث های گروهی در این روش آموزشی باشد.

در مقایسه سطح آگاهی علمی در تکنسین های اورژانس قبل از مداخله آموزشی در گروه مورد و شاهد آزمون t مستقل نشان داد که اختلاف بین دو گروه از نظر آماری معنی دار نیست. $t = ۰،۲۱$ و $p = ۰،۸۳$. در حالیکه مقایسه سطح آگاهی علمی در تکنسین های اورژانس پس از مداخله آموزشی در گروه مورد و شاهد آزمون t مستقل نشان داد که اختلاف بین دو گروه از نظر آماری معنی دار است یعنی مداخله آموزشی باعث افزایش آگاهی در گروه مورد شده است. ($t = ۱۱،۴۳$ و $p < ۰،۰۰۱$).

میانگین و انحراف معیار سطح آگاهی علمی درامدادگران اورژانس قبل از مداخله آموزشی براساس سناریو در گروه مورد به ترتیب برابر با ۳،۷۴ و ۱،۰۶۴ بود. میانگین و انحراف معیار سطح آگاهی علمی درامدادگران اورژانس پس از مداخله آموزشی براساس سناریو در گروه مورد به ترتیب برابر با ۸،۸۱ و ۰،۸۴۳ بود. در مقایسه سطح آگاهی علمی درامدادگران اورژانس قبل و پس از مداخله آموزشی براساس سناریو در گروه مورد آزمون t زوجی نشان داد که اختلاف معنی دار است و مداخله آموزشی روی افزایش آگاهی موثر بوده است. $t = -۳۴،۴۰$ و $p < ۰،۰۰۱$.

میانگین و انحراف معیار سطح آگاهی علمی درامدادگران اورژانس قبل از مداخله آموزشی براساس سخنرانی در گروه شاهد به ترتیب برابر با ۳،۵۹ و ۱،۰۴۰ بود. میانگین و انحراف معیار سطح آگاهی علمی درامدادگران اورژانس پس از مداخله آموزشی براساس سخنرانی در گروه شاهد به ترتیب برابر با ۵،۵۲ و ۲،۰۸۷ بود. در مقایسه سطح آگاهی علمی درامدادگران اورژانس قبل و پس از مداخله آموزشی براساس روش مرسوم در گروه شاهد آزمون t زوجی نشان داد که اختلاف معنی دار است و مداخله آموزشی روی افزایش آگاهی موثر بوده است. $t = -۷،۳۷$ و $p < ۰،۰۰۱$.

در مقایسه سطح آگاهی علمی درامدادگران اورژانس قبل از مداخله آموزشی در گروه مورد و شاهد آزمون t مستقل نشان داد که اختلاف بین دو گروه از نظر آماری معنی دار نیست. $t = ۰،۹۰۲$ و $p = ۰،۳۶۹$ ولی در مقایسه سطح آگاهی علمی درامدادگران اورژانس پس از مداخله آموزشی در گروه

موردشاهد، آزمون t مستقل نشان داد که اختلاف بین دو گروه از نظر آماری معنی دار است یعنی مداخله آموزشی باعث افزایش آگاهی بیشتری در گروه مورد شده است. $t=13,065$ و $p<0,001$.

میانگین و انحراف معیار سطح نگرش در تکنسین های اورژانس قبل از مداخله آموزشی براساس سناریو در گروه مورد به ترتیب برابر با ۱۵,۳۱ و ۲,۹۴ بود در صورتیکه نتایج آماری نشان میدهد میانگین و انحراف معیار سطح نگرش در تکنسین های اورژانس پس از مداخله آموزشی براساس سناریو در گروه مورد به ترتیب برابر با ۱۶,۸۵ و ۲,۹۱ میباشد. در مقایسه سطح نگرش در تکنسین های اورژانس قبل و پس از مداخله آموزشی براساس سناریو در گروه مورد آزمون t زوجی نشان داد که اختلاف معنی دار است و مداخله آموزشی روی افزایش نگرش موثر بوده است. ($t=3,84$, $p=0,001$).

میانگین و انحراف معیار سطح نگرش در تکنسین های اورژانس قبل از مداخله آموزشی براساس سناریو در گروه شاهد به ترتیب برابر با ۱۵,۴۰ و ۲,۸۰ بود. میانگین و انحراف معیار سطح نگرش در تکنسین های اورژانس پس از مداخله آموزشی براساس سخنرانی در گروه شاهد به ترتیب برابر با ۱۵,۵۱ و ۳,۳۰ بود. در مقایسه سطح نگرش در تکنسین های اورژانس قبل و پس از مداخله آموزشی براساس سخنرانی در گروه شاهد، آزمون t زوجی نشان داد که اختلاف از نظر آماری معنی دار نیست و مداخله آموزشی روی افزایش نگرش موثر نبوده است. ($t=0,32$, $p=0,74$). بررسی هانشان می دهد در مطالعات KAP در زمینه های مختلف همواره آگاهی، نگرش و عملکرد افراد الزام آدریک جهت نیستند، یعنی در بعضی از زمینه هامیتوان بین این سه متغیر یکی یادوتارابدون دیگری داشت. بدین معنی که الزاماً آگاهی بالابااث نگرش بهتر و یاعملکردبیشتر نخواهد شد و یانیز نمیتوان گفت کسانیکه نگرش مثبت تری نسبت به یک موضوع دارند، الزاماً آگاهی بالاتر و یاعملکردبیشتری خواهند داشت و نیز عملکردبیشتر الزاماً نتیجه آگاهی بالاتر یا نگرش بهتر نیست.

در مقایسه سطح نگرش در تکنسین های اورژانس قبل از مداخله آموزشی در گروه سناریو و سخنرانی آزمون t مستقل نشان داد که اختلاف بین دو گروه از نظر آماری معنی دار نیست. ($p=0/85$) در حالیکه این میزان پس از مداخله آموزشی در دو گروه با آزمون t مستقل نشان داد که اختلاف از نظر آماری معنی دار است یعنی مداخله آموزشی باعث افزایش بیشتری در میانگین میزان نگرش در گروه سناریو نسبت به گروه سخنرانی شده است. ($p=0,007$).

میانگین و انحراف معیار سطح نگرش در امدادگران اورژانس قبل از مداخله آموزشی براساس سناریو در گروه مورد به ترتیب برابر با ۱۴,۶۶ و ۲,۹۵ بود. میانگین و انحراف معیار سطح نگرش در امدادگران اورژانس پس از مداخله آموزشی براساس سناریو در گروه مورد به ترتیب برابر با ۱۶,۵۸ و ۲,۹۱ بود. در مقایسه سطح نگرش در امدادگران و تکنسین های اورژانس قبل و پس از مداخله آموزشی براساس سناریو در گروه مورد آزمون t زوجی نشان داد که اختلاف معنی دار است و مداخله آموزشی روی افزایش نگرش موثر بوده است و این تاثیر از نظر آماری معنی دار است. ($t=4,87$, $p=0,001$).

میانگین و انحراف معیار سطح نگرش در امدادگران اورژانس قبل از مداخله آموزشی براساس سخنرانی در گروه شاهد به ترتیب برابر با ۱۴,۹۵ و ۲,۶۰ بود. میانگین و انحراف معیار سطح نگرش در امدادگران اورژانس پس از مداخله آموزشی براساس سخنرانی در گروه شاهد به ترتیب برابر با ۱۵,۴۱ و ۳,۴۰ بود. در مقایسه سطح نگرش در امدادگران اورژانس قبل و پس از مداخله آموزشی براساس سخنرانی در گروه شاهد آزمون t زوجی نشان داد که اختلاف از نظر آماری معنی دار نیست و مداخله آموزشی روی افزایش نگرش موثر نبوده است. ($t=1,20$, $p=0,23$).

در مقایسه سطح نگرش علمی در امدادگران اورژانس قبل از مداخله آموزشی در گروه مورد و شاهد آزمون t مستقل نشان داد که اختلاف بین دو گروه از نظر آماری معنی دار نیست. $t=0,65$ و $p=0,51$ در مقایسه سطح نگرش علمی در امدادگران پس از مداخله آموزشی در گروه مورد و شاهد آزمون t مستقل نشان داد که اختلاف بین دو گروه از نظر آماری معنی دار است یعنی مداخله آموزشی باعث افزایش نگرش در گروه مورد میشود $t=2,338$ و $p=0,021$.

جهت بررسی اولین فرضیه پژوهش مبنی بر تاثیر مثبت آموزش براساس سناریو برمیزان آگاهی علمی تکنسین های اورژانس با استفاده از آزمون آنکووا و پس از کنترل اثرات مخدوش کنندگی احتمالی سن و میزان سنوات پرسنل به این نتیجه رسیدیم که مداخله آموزشی براساس سناریو برمیزان آگاهی علمی تکنسین های اورژانس تاثیر مثبت دارد و این تاثیر از نظر آماری معنی دار است ($F=112,30$, $P<0,001$). همچنین فرضیه پژوهش مبنی بر تاثیر مثبت آموزش براساس سناریو برمیزان آگاهی علمی امدادگران اورژانس با استفاده از آزمون آنکووا و پس از کنترل اثرات مخدوش کنندگی احتمالی سن و میزان سنوات پرسنل نشان داد که مداخله آموزشی براساس سناریو برمیزان آگاهی علمی امدادگران اورژانس تاثیر مثبت دارد و این تاثیر از نظر آماری معنی دار است.

بررسی دومین فرضیه پژوهش مبنی بر تاثیر مثبت آموزش براساس سناریو برمیزان نگرش تکنسین های اورژانس، با استفاده از آزمون آنکووا و پس از کنترل اثرات مخدوش کنندگی احتمالی سن و میزان سنوات پرسنل و همچنین کنترل اثر نگرش قبل از مداخله، نشان داد که مداخله آموزشی براساس سناریو برمیزان نگرش تکنسین های اورژانس تاثیر مثبت دارد و این تاثیر از نظر آماری معنی دار است. همچنین بررسی دومین فرضیه پژوهش مبنی بر تاثیر مثبت آموزش براساس سناریو برمیزان نگرش امدادگران اورژانس، با استفاده از آزمون آنکووا و پس از کنترل اثرات مخدوش کنندگی احتمالی سن و میزان سنوات پرسنل و همچنین کنترل اثر نگرش قبل از مداخله، نشان داد که مداخله آموزشی براساس سناریو برمیزان نگرش امدادگران اورژانس تاثیر مثبت دارد و این تاثیر از نظر آماری معنی دار است.

نتایج	انحراف معیار	میانگین	سطح آگاهی در گروه موردتکنسین ها
$P<0,001$	۱,۰۶	۳,۷۴	قبل از مداخله
	۰,۸۴	۸,۸۱	پس از مداخله

نتایج	انحراف معیار	میانگین	سطح آگاهی در گروه شاهدتکنسین ها
$P<0,001$	۴۱,۰	۵۹۳	قبل از مداخله
	۲,۰۸	۵,۵۲	پس از مداخله

آگاهی قبل از مداخله تکنسی نها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	T	p-value
گروه مورد	۸۰	۳,۷۴	۱,۰۶۴	۰,۹۰۲	۰,۳۶۹
گروه شاهد	۸۰	۳,۵۹	۱,۰۴۰		

نگرش قبل از مداخله در تکنسینها گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	t	pv
مورد	۸۰	۱۵,۳۱	۴۲,۹	۰,۱۹	۰,۸۵
شاهد	۸۰	۱۵,۴۰	۸۰,۲		

Conclusion

نتایج بررسی ارتباط بین آگاهی بامتغیرهای زمینه ایی نشان می دهد در این مطالعه تمامی متغیرهای دموگرافیک در هر دو گروه مورد و شاهد در تکنسین ها و همچنین امدادگران اورژانس قبل از مداخله با آگاهی آنان ارتباط معنادار ندارد در حالیکه این ارتباط در هر دو گروه تکنسین و امدادگرس از مداخله معنادار میباشد بررسی لیلابردار بعنوان تاثیر آموزش بر عادات تغذایی و میزان آگاهی دانش آموزان ابتدایی در مورد تغذیه نیز نشان داد ارتباط معنی داری بین متغیرهای سن، جنس، میزان تحصیلات و تأثیر آموزش در رابطه با آگاهی از تغذیه وجود دارد. ولی نتایج بررسی ارتباط بین نگرش بامتغیرهای زمینه ایی نشان داد در این مطالعه هیچکدام از متغیرهای دموگرافیک در هر دو گروه مورد و شاهد قبل و پس از مداخله با نگرش آنان ارتباط معناداری ندارد. این امر نشان میدهد هر چند آموزش بر اساس الگوهای متفاوت که بطور مشخص در این مطالعه سخنرانی و سناریو میباشد در افراد با خصوصیات زمینه ایی از نظر سن، سنوات کاری و میزان تحصیلات با میزان آگاهی علمی کسب شده توسط مداخلات این مطالعه ارتباط معنادار دارد و بواسطه افزایش سن، سابقه کاری و افزایش میزان تحصیلات ارتباط آگاهی بامتغیرهای مذکور افزایش می یابد ولی در مورد نگرش افراد مطالعه هیچگونه ارتباطی بین متغیرها و میزان نگرش وجود ندارد و نگرش افراد به روش آموزشی که از آن استفاده میکنند ممکن است به متغیرها و شرایط دیگری بستگی داشته باشد که امکان انجام آن در این مطالعه میسر نبوده است.

نتایج مطالعه حاضر نشان میدهد هر دو روش آموزشی سخنرانی و سناریو باعث افزایش معنادار در میزان آگاهی و نگرش گروههای مطالعه پس از مداخله شده است که این امر در بسیاری از مطالعات مشابه نیز به اثبات رسیده است و نقش بی بدیل آموزش را در ارتقاء آگاهی و نگرش در تمامی افراد بعنوان ها و در قالب مطالعات مختلف را نشان میدهد. با توجه به اینکه میزان افزایش سطح آگاهی علمی در هر دو گروه امدادگران و تکنسین های اورژانس پس از مداخله بر اساس روش سناریو بیش از روش سخنرانی بوده است میتوان نتیجه گرفت که روش آموزشی مبتنی بر سناریو، روشی کارآمدتر و موثرتر از روش های آموزشی مرسوم مانند سخنرانی می باشد.

در بررسی نتایج آماری در بعد نگرش نتایج نشان میدهد که هر چند میزان نگرش امدادگراها و تکنسین های اورژانس پس از مداخله آموزشی در روش سناریو نسبت به قبل از آن معنادار میباشد ولی این میزان پس از مداخله آموزشی در روش سخنرانی معنادار نمیشود. همچنین مقایسه گروههای مطالعه قبل از مداخله در هر دو روش نشان میدهد که میزان نگرش تکنسین ها و امدادگران اورژانس قبل از مطالعه معنادار نیست در حالیکه با انجام مداخلات مذکور در دو گروه، میزان نگرش گروه سناریو نسبت به گروه آموزشی سخنرانی پس از مداخله معنادار میشود که این امر نشان میدهد روش آموزشی مبتنی بر سناریو با توجه به ایجاد حس کنجکاوی و ایجاد علاقه و انگیزه یادگیری در افراد میتواند نقش موثر و کارآمدی در ایجاد انگیزه و تغییر نگرش و بالطبع افزایش علاقه و یادگیری و آگاهی علمی ایفا نماید. این ویژگی روش آموزشی سناریو در ایجاد علاقه و انگیزه یادگیری، از کارگروهی و تیمی مبتنی بر این روش که باعث ایجاد حس مشارکت و همکاری و رقابت در نشان دادن تواناییهای فردی میباشد منشا می گیرد و در نهایت منجر به ایجاد حس خودکارآمدی و خودکفایتی در فرد می شود.

در پایان ذکر این نکته ضروریست که باتوجه به در نظر گرفتن نقش و رسالت تکنسین های اورژانس پیش بیمارستانی بعنوان خط مقدم و اولین سطح مواجهه بیماران با سیستم بهداشتی درمانی و علی الخصوص در مورد مواجهه و انجام اقدامات درمانی مناسب و بموقع در بیماران با وضعیت تهدید کننده حیات که نیاز به اقدامات احیاء و حمایتی سطح بالادارند و باتوجه به حضور تکنسین های اورژانس در منزل بیمار و حضور سایر افراد خانواده و مراقبین بیمار در منزل، تکنسین های اورژانس می توانند بعنوان یک منبع آگاهی رسان در جامعه، حداقل در زمینه بیماریها و مشکلات اورژانس قلمداد شوند و این همه وابسته به ایجاد یک پایه علمی و سطح مهارتی مناسب از طریق آموزش های مناسب و نوین و بکارگیری متدهای فعال آموزشی در این افراد است که از طریق ایجاد و بکارگیری این روش هادرا آموزشهای ضمن خدمت در دستگاههای متصدی امر آموزش امکان پذیری باشد.

Keywords:

آگاهی؛ نگرش؛ تکنسین فوریتهای پزشکی

کد: ۱۱۶۸

حیطه: یاددهی و یادگیری

بکارگیری راهبرد آموزشی پرسپکتورشیپ به عنوان راهکاری اثر بخش در ارتقاء کیفیت آموزش بالینی دانشجویان تکنولوژی جراحی

نویسندگان: لیلا ساداتی

Introduction

اتاق عمل سیستم پیچیده ای است که شخص، تکنولوژی و بیماران را در یک محیط فیزیکی برای رسیدن به پیامدهای مطلوب در بیماران هماهنگ می سازد و آموزش بالینی موثر دانشجویان اتاق عمل به عنوان اعضای موثر از تیم جراحی، نقش مهمی در نیل به سلامت و ایمنی بیمار دارد. دانشجویان نیاز دارند تا به منظور یادگیری هر چه بیشتر و بهتر در محیط کار واقعی که در آینده مشغول به خدمت خواهند شد، غوطه ور شوند و با حضور در شرایط و موقعیت های زمانی مختلف، شرایط واقعی محیط کار را تجربه نمایند. در حال حاضر و بر اساس روش های آموزش موجود، چنین موقعیتی برای دانشجویان فراهم نمی گردد و دانشجویان به شکل گروهی تنها در شیفت های شلوغ صبح توسط یک مربی با تجربه محدود تحت آموزش قرار می گیرند و گاهی بر اساس گزارشات اعتراضی بسیاری از دانشجویان فرصت داشتن تجربه مستقل، حتی در انجام تعداد محدودی عمل حضور در نقش اسکراب را نمی یابند.

یکی از مدل های آموزشی موثر در حوزه پرستاری و حوزه های تخصصی دیگر، مدل همکار آموزش بالینی است که در حل مشکلات موجود بسیار کمک کننده است و در بسیاری از کشورها به مرحله اجرا درآمده است. این امر در حوزه اتاق عمل به دلیل محدودیت فضای آموزشی، کمبود مربیان مجرب و متخصص در امر آموزش جراحی و ماهیت آموزش تک به تک در هر اتاق عمل به شکل جداگانه، از ارزش بالاتری برخوردار است. پرسپکتور از میان کارکنان با تجربه در محیط های بالینی انتخاب شده و با یک گروه کوچک از دانشجویان (معمولا یک تا دو نفر) به صورت فردی کار کرده و نقش راهنما و یک الگوی ارزشیابی کننده را به عهده دارد. با اجرای طرح پرسپکتورشیپ فارغ التحصیلان گروههای بالینی با استرس کمتر و موانع بیشتر با محیط کاری مواجه شده و صلاحیت بالینی بالاتری را دارا می شوند.

لذا با توجه به اهمیت مسئله آموزش بالینی دانشجویان گروه های پزشکی و پیراپزشکی و تاکید وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی بر کاهش فاصله بین آموزش و بالین در حرفه پزشکی و پیراپزشکی، این طرح با هدف ارتقای آموزش بالینی در دانشجویان گروه اتاق عمل به اجرا درآمد.

Objectives:

هدف کلی: ارتقاء کیفیت آموزش بالینی در حوزه اتاق عمل

اهداف ویژه/اختصاصی:

- تعیین مشکلات مربوط به آموزش بالینی در دانشجویان از دیدگاه مربیان و دانشجویان
- تعیین شیوه های مختلف آموزش بالینی در گروه های اتاق عمل در دنیا
- تعیین راهکار قانونی جهت پذیرش و همکاری مراکز آموزشی در اجرای طرح پرسپتورشیپ
- تعیین میزان توانمندی پرسپتورهای معرفی شده از مراکز جهت همکاری در آموزش بالینی دانشجویان
- تعیین مهارت های بالینی دانشجویان بعد از اجرای طرح جهت ارزیابی اثربخشی طرح اجرا شده
- تعیین میزان رضایت دانشجویان از نحوه آموزش بالینی توسط پرسپتورها
- تعیین میزان رضایت پرسپتورها از مشارکت در آموزش بالینی
- تعیین رضایتمندی اعضای گروه اتاق عمل در خصوص طرح اجراشده

Study Design

این طرح به شیوه پژوهش اقدامی انجام می شود. این رویکرد به طور گسترده ای در آموزش مورد استفاده قرار می گیرد. پژوهش اقدامی را می توان فرآیندی بازتابی برای حل مساله در جهت ارتقای عملکرد نامید. مجموعه عملیاتی که در این شیوه بکار می رود شامل گام ها یا مراحل پیچشی (فتری) می باشد که هر مرحله از دایره ای شامل برنامه ریزی، اقدام، یافتن نتایج تشکیل می شود. اقدام پژوهشی فرآیندی دقیق و ظریف در بستر مشارکتی برای درک مسائل موجود و یافتن راه حل برای موضوع خاص می باشد. در واقع اقدام پژوهی روش یادگیری از طریق پژوهش می باشد و در آن با بروز مشکل در زمینه ای خاص، اقداماتی جهت حل آن مشکل اجرا می شود. اگر نتیجه ای که حاصل شد مطلوب و مورد نظر نباشد اقدام دیگری اجرا و نتیجه بررسی می گردد.

می توان گفت اقدام پژوهی دو مرحله اساسی دارد: الف) اقدام، ب) تحلیل و درک نتایج اقدام. با این همه شیوه اقدام پژوهی ساختاری ساده داشته و قابلیت بکارگیری و مداخله در صحنه واقعی را دارا می باشد. اقدام پژوهی در سه حیطه شامل؛ آموزش معلم و توسعه حرفه ای، پژوهش در یادگیری علوم؛ و طراحی و بکارگیری کوریکولوم بکار گرفته شده است. تصمیم گیری بهتر در امور آموزشی، و بازتاب و خودارزیابی و توانمندی افراد مشارکت کننده از پیامدهای مثبت اقدام پژوهی می باشد. از بین سنت های مختلف اقدام پژوهی، با توجه به ماهیت مسئله مورد بحث در این طرح پژوهشی، سنت اقدام پژوهی عملی انتخاب شده است. اقدام پژوهی عملی برای ارتقای عملکرد از طریق توسعه و کاربرد دانش و خرد فردی مشارکت کنندگان بکار می رود. در یک پروژه اقدام پژوهی عملی، مشکلات تحقیق در موقعیت تعریف می شوند. در این روش محقق و مشارکت کنندگان دور هم جمع می شوند تا مشکلات بالقوه را شناسایی، علل زیربنایی را مشخص و مداخلات ممکن را تعیین نمایند. هدف اصلی درک عملکردها برای رسیدن به درک متقابل در جهت حل مشکلاتی است که با فرآیند کار (نه محصول نهایی) در ارتباط هستند. محور اصلی تحقیق در روش حل مشکلات فوری است.

Study Setting

نتایج مطرح شده در این خلاصه مقاله حاصل از انجام مطالعه در قسمتی از جامعه تحت مطالعه است و کماکان مطالعه ادامه دارد

Participan

جامعه هدف در این مطالعه دانشجویان کارشناسی اتاق عمل می باشند که به شکل داوطلبانه نمونه های پژوهش بر اساس ظرفیت اتاق عمل ها و تعداد پرسپتورها ی معرفی شده در مراکز آموزشی تحت تفاهم، به تعداد مجموع ۵۲ نفر در سه ترم متوالی انتخاب و به مراکز و پرسپتورها معرفی شده و تحت آموزش و ارزیابی قرار گرفتند.

Sample Size: در سه ترم متوالی، تعداد ۱۶ نفر در ترم ۹۴۱، ۱۸ نفر در ترم ۹۴۲ و ۱۸ نفر در ترم ۹۵۱ جمعا ۵۲ نفر داوطلبانه در طرح فوق شرکت نمودند.

Data Gathering Tool

ابزار گردآوری داده ها در این طرح چک لیست مشاهده عملکرد دانشجویان و مصاحبه نیمه ساختار یافته برای جمع آوری نظرات مربیان و دانشجویان جهت سنجش رضایت بود

Data Analysis

با برگزاری جلسات متعدد داخل گروهی، حوزه ریاست دانشکده و در سطح معاونت آموزشی دانشگاه، موضوع با ذکر مزایا و مشکلات احتمالی مطرح شد و پس از توجیه در سطح معاونت آموزشی دانشگاه، جلسات هماهنگی با مسئولین بیمارستان ها برگزار شد. سپس افراد معرفی شده به عنوان پرسپتور تحت آموزش های لازم برای آشنایی با طرح درس، شیوه های آموزش موثر و شیوه های ارزشیابی بالینی قرار گرفتند. در نهایت دانشجویان داوطلب عرصه اتاق عمل در اجرای این طرح، طی چندین جلسه در خصوص شرح وظایف و نحوه آموزش دهی و ارزشیابی اطلاعات گرفتند. سرانجام بعد از عقد تفاهم نامه همکاری بین معاونت آموزشی و رئوسای بیمارستان های آموزشی منتخب، دانشجویان به پرسپتورها سپرده شدند و در دو ترم تحصیلی آموزشی، فرایند آموزشی آنها تحت ارزیابی قرار گرفت که پیامدهای مطلوبی از جمله، رضایتمندی دانشجویان، ارتقاء روابط بین دانشجویان و پرسنل اتاق عمل، افزایش تعداد و تنوع عمل هایی که دانشجویان به شکل مستقل فرصت انجام آنرا پیدا کرده بودند.

Results

- رضایتمندی دانشجویان پیوسته عرصه و ناپیوسته
- کسب صلاحیت حرفه ای مورد نظر در دوره پرسپتورشیپی با توجه به نمرات کسب شده در آزمون عملکرد دانشجویان و تکمیل لاگ بوک ها با تعداد و تنوع بیشتر عمل های جراحی
- رضایتمندی کارکنان اتاق عمل در نقش پرسپتور بدلیل همراهی موثر با دانشجویان در شیفت های مختلف، اخذ گواهی آموزشی و کسب منابع مالی
- رضایتمندی سرپرستاران اتاق عمل بدلیل کم شدن تعداد دانشجویان در شیفت های صبح و خلوت شدن اتاق عمل ها
- رضایتمندی اعضاء گروه اتاق عمل دانشکده بدلیل افزایش فرصت آموزشی برای سایر دانشجویان در شیفت های صبح و داشتن حضور موثر در کنار دانشجویان ترم های پایینتر (با توجه به کمبود شدید مربی تخصصی گروه اتاق عمل)

Conclusion

نتیجه گیری: با توجه به کمبود مربیان تخصصی گروه اتاق عمل، تعداد محدود اتاق عمل، شلوغی اتاق عمل ها و احتمال افزایش میزان عفونت های جراحی بدنبال تجمع دانشجویان در فضاهای محدود اتاق عمل و عدم تجربه شرایط اورژانس اتاق عمل در شیفت های صبح توسط دانشجویان اتاق عمل، بکارگیری این راهبرد آموزشی به عنوان یک راهبرد اثربخش در تمامی گروه های اتاق عمل و سایر رشته ها از جمله هوشبری توصیه می شود و پیشنهاد می شود در سایر رشته ها از جمله هوشبری که مشکلات مشابهی دارد، تحت مطالعه قرار گیرد.

Keywords

راهبرد یاددهی پرسپتورشیپی، دانشجویان کارشناسی اتاق عمل، آموزش بالینی

کد: ۱۱۲۳

حیطه: یاددهی و یادگیری

همبستگی هوش هیجانی و پیشرفت تحصیلی دانشجویان

نویسندگان: مصعب قادری، مرتضی نصیری

Introduction

زندگی تحصیلی، یکی از مهم ترین ابعاد زندگی فردی است که بر سایر ابعاد زندگی تأثیر فراوان دارد. از این رو پیشرفت تحصیلی و جلوگیری از افت تحصیلی دانشجویان یکی از مهم ترین نگرانی های مسئولین آموزشی دانشگاه، دانشجویان و خانواده های آن ها محسوب می شود (لوگان ۱۹۹۵). نقطه مقابل پیشرفت تحصیلی، افت تحصیلی است که به معنی کاهش عملکرد تحصیلی درسی فراگیر از سطح رضایت بخش به سطح نامطلوب است. افت تحصیلی تأثیر چشمگیری در سرنوشت فرد داشته و همچنین هزینه گزافی به خانواده و جامعه تحمیل می کند (گلشن فومانی ۱۹۹۶). در کشور ما این امر از مهم ترین مشکلات کنونی نظام آموزشی است و هر ساله ده ها میلیارد ریال از کشور به هدر می رود و نیرو های بالقوه و سرمایه های جامعه که همان نیروی انسانی است بی ثمر می ماند (تمنایی فر و همکاران ۲۰۱۰). بنابراین توجه به عواملی که منجر به پیشرفت تحصیلی شده و مانع افت آن شود، از اهمیت ویژه ای برخوردار است.

بطور کلی پیشرفت تحصیلی به عنوان متغیر وابسته تحت تأثیر یک عامل نیست، بلکه عوامل متعددی از جمله تیپ شخصیتی، هوش، علاقه، انگیزه و ... بر روی آن تأثیر دارند. این عوامل و متغیرها چنان باهم تنیده شده اند و با یکدیگر کنش متقابل دارند که تعیین نقش و سهم هر یک به دشواری امکان پذیر است (کیت ۲۰۰۷). سال های متممادی تصور بر این بود که ضریب هوشی تنها شاخص میزان موفقیت افراد است. روان شناسان آن دوران بیشتر بر روی جنبه های شناختی همانند حافظه و حل مسئله تأکید می کردند، اما خیلی زود دریافتند که جنبه های غیر شناختی مانند عوامل عاطفی و اجتماعی نیز دارای اهمیت زیادی بر عملکرد تحصیلی می باشند (سیاروچی و همکاران ۲۰۰۲)، به طوری که امروزه تحقیقات نشان می دهند که عوامل آموزشی و فردی با ماهیت شناختی و اجتماعی بیشترین تأثیر را بر پیشرفت تحصیلی دارند (کیت ۲۰۰۷). در این خصوص (گلمن ۱۹۹۵) بیان می کند که میزان هوش بهر به تنهایی برای بررسی موفقیت فرد، کافی نیست و هوش شناختی در بهترین شرایط تنها ۲۰ درصد از موفقیت ها را باعث می شود و ۸۰ درصد موفقیت ها به عوامل دیگر وابسته است و سرنوشت افراد در بسیاری از مواقع در گرو سایر مهارت ها از جمله هوش هیجانی می باشد.

هوش هیجانی (emotional intelligence) مجموعه ای از توانایی های شناختی و هیجانی به هم پیوسته است که به فرد کمک می کند تا با درک، ارزیابی و بیان دقیق هیجان ها از احساسی که افکار را تسهیل می نمایند، آگاهی یابد و با برقراری توازن میان افکار و هیجان های خود، تصمیم گیری های عاقلانه و رفتاری مسئولانه داشته باشد (مایر و همکاران ۲۰۰۲؛ برکتین و همکاران ۲۰۰۷). به عبارت دیگر، هوش هیجانی شامل توانایی انجام استدلال دقیق در مورد احساسات عاطفی، برای ارتقاء سطح تفکر است (مهری و همکاران ۲۰۱۱). هوش هیجانی نوعی از هوش تعریف شده که مشتمل بر شناخت احساسات خویشتن و استفاده از آن برای اتخاذ تصمیم های مناسب در زندگی است (سالاسکی و گارترایت ۲۰۰۳). به بیان ساده تر هوش هیجانی بیانگر آن است که در روابط اجتماعی و در تعاملات روانی و عاطفی در شرایط خاص چه عملی مناسب و چه عملی نامناسب است؛ یعنی این که فرد در شرایط مختلف بتواند امید را در خود همیشه زنده نگه دارد، با دیگران همدلی نماید، احساسات دیگران را بشنود، برای به دست آوردن پاداش بزرگتر، پاداش های کوچک را نادیده انگارد (نازی دیزجی ۲۰۱۲). (گلمن ۱۹۹۵) هوش هیجانی را از هوش عمومی منفک کرده و به نظر او هوش هیجانی شیوه استفاده بهتر از هوش بهر را از طریق خود کنترلی، اشتیاق، پشتکار و خود انگیزی شکل می دهد. بر اساس نظر وی نه تحصیلات، نه تجربه، نه معلومات و نه هوش شناختی هیچ یک نمی تواند تعیین کند که چرا یک فرد موفق می شود؛ اما فرد دیگری موفق نمی شود. ما نمونه هایی از این پدیده را هر روز در محیط کار، مدرسه و محله خود می بینیم. ما مردم باهوش و تحصیل کرده ای را می بینیم که موفق نیستند، در حالی که عده کمی بدون مهارت ها یا ویژگی های بارز کاملاً موفق هستند (نازی دیزجی ۲۰۱۲).

از این رو مفهوم هوش هیجانی نشان می‌دهد که چرا دو نفر با بهره‌های یکسان ممکن است به درجات بسیار متفاوتی از موفقیت در زندگی دست یابند (طبری و قربانی ۲۰۱۰).

تحقیقات نشان می‌دهد که از مجموع موفقیت‌های زندگی، ۲۰٪ به بهره‌های هوشی و ۸۰٪ به هوش هیجانی بستگی دارد. بر اساس برخی مطالعات صورت گرفته به نظر می‌رسد که هوش هیجانی یکی از عوامل موفقیت در محیط‌های آموزشی، حرفه‌ای و روابط اجتماعی است (ثمری و طهماسبی ۲۰۰۶؛ حنیفی و جویباری ۲۰۱۰؛ زهراکار ۲۰۰۷) و به کمک آن می‌توان موفقیت در جنبه‌های مختلف زندگی را پیش‌بینی نمود (مایکلا جکزاک و لومین ۲۰۰۸؛ بار-آن ۲۰۰۶)، زیرا نشان می‌دهد که چگونه فرد دانش خود را در موقعیت‌های مختلف به کار می‌گیرد (مایر و فلچر، ۲۰۰۷). نتایج مطالعه (پارکر و همکاران ۲۰۰۶) نشان می‌دهد که ادامه‌ی تحصیل به شکلی معنادار با میزان بالای شایستگی هیجانی و اجتماعی دانش‌آموزان در ارتباط است. (صبحی قراملکی ۲۰۱۲) در پژوهش خود همبستگی معنی‌دار بین هوش هیجانی و انگیزه پیشرفت تحصیل گزارش می‌کند. نتایج مطالعه (دیگیوسپ ۲۰۰۲) نیز نشان‌دهنده ارتباط مثبت معنی‌دار بین عملکرد تحصیلی افراد با میزان تکالیف هیجان‌مدار می‌باشد. نتایج این بررسی نشان داد که دانش‌آموزان با عملکرد تحصیلی بالا، از میزان هوش هیجانی بیشتری برخوردار بودند. (ایزنبرگ و همکاران ۲۰۰۰) و (شولتز و همکاران ۲۰۰۴) نیز در پژوهش‌های خود نشان دادند، برخورداری از هوش هیجانی بالا پیامدهای تحصیلی و اجتماعی مثبتی را در دانش‌آموزان پیش‌بینی می‌کند. اگرچه پژوهش‌های مرور شده نشان‌دهنده ارتباط مثبت بین هوش هیجانی و پیشرفت تحصیلی هستند، نتایج برخی مطالعات متناقض می‌باشد. (واتوزسکی و آلساما ۲۰۰۴) نشان دادند که هوش هیجانی نقش معنی‌داری در موفقیت تحصیلی و اجتماعی ندارد. همچنین نتایج پژوهش (سبحانی ۲۰۰۴)، (غلامعلی لوسانی و همکاران ۲۰۰۷)، (لعلی فاز و عسگری ۲۰۰۹) و (کوهسار و همکاران ۲۰۰۷) نشان‌دهنده عدم ارتباط هوش هیجانی و پیشرفت تحصیلی می‌باشد.

Objectives:

نظر به این که رابطه بین هوش هیجانی و موفقیت تحصیلی، حیطة‌ای پرچالش است و پژوهش‌های انجام شده در این موضوع، اغلب دارای یافته‌های متناقض‌اند و با توجه به این که در نظام آموزشی ما صرفاً بر توانایی تحصیلی تأکید می‌شود، در صورتی که هوش هیجانی افراد که از عوامل تعیین‌کننده و تأثیرگذار بر موفقیت تحصیلی است نادیده انگاشته می‌شود (آوستین و همکاران ۲۰۰۵)، پژوهشگران بر آن شدند تا مطالعه‌ای را با هدف بررسی ارتباط هوش هیجانی با پیشرفت تحصیلی در دانشجویان دانشگاه‌های شهر جیرفت در سال ۱۳۹۲ انجام دهند تا با نتایج حاصل از آن گامی مؤثر در تأکید و اهمیت هوش هیجانی برداشته و توجه بیشتر برنامه‌ریزان آموزشی کشور را به عوامل موفقیت تحصیلی از جمله هوش هیجانی جلب نمایند.

Study Design:

این مطالعه توصیفی-تحلیلی از نوع همبستگی به منظور بررسی ارتباط هوش هیجانی با پیشرفت تحصیلی در دانشجویان دانشگاه‌های شهر جیرفت در سال ۱۳۹۲ انجام شد.

Study Setting:

نتایج مطرح شده در این خلاصه مقاله حاصل از انجام مطالعه در کل جامعه است.

:Participan

معیارهای ورود به پژوهش شامل: تحصیل در زمان پژوهش و علاقه مندی به شرکت در پژوهش بود. معیارهای خروج شامل: عدم همکاری در پر کردن پرسش نامه و اذعان به عدم تمایل جهت شرکت در طرح بود.

:Sample Size

حجم نمونه با استفاده از مطالعه (قمری و همکاران ۲۰۱۰) که بر روی ۳۰۴ نفر از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اراک انجام شد و فرمول برآورد حجم نمونه ۳۰۳ نفر محاسبه گردید. نمونه های پژوهش به روش نمونه گیری تصادفی خوشه ای از بین دانشجویان مشغول به تحصیل در دانشکده های مختلف دانشگاه های علوم پزشکی، آزاد و دولتی جیرفت انتخاب شدند.

:Data Gathering Tool

ابزار جمع آوری اطلاعات شامل پرسشنامه مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه استاندارد هوش هیجانی برادبری-گریوز بود. این آزمون دارای ۲۸ ماده است که به مقیاس هوش هیجانی کلی و زیر مقیاس های خودآگاهی، خود مدیریتی، آگاهی اجتماعی و مدیریت روابط تقسیم می شود. توضیح مؤلفه های چهارگانه به شرح زیر است:

۱. خودآگاهی: یعنی توانایی در شناخت دقیق هیجان ها به هنگام وقوع آن ها و درک شیوه های معمولی خود برای واکنش نشان دادن به مردم در وضعیت های مختلف.
۲. خودمدیریتی: یعنی توانایی در کنترل هیجان ها، که از طریق آن می توان انعطاف پذیر باقی ماند و در مقابل مردم و وضعیت های متفاوت، به طور مثبت و مؤثر واکنش نشان داد.
۳. آگاهی اجتماعی: یعنی توانایی در شناخت و درک هیجان های دیگران، چه به صورت فردی و چه به صورت گروهی. این آگاهی برای کنترل و مدیریت روابط بسیار ضرورت دارد.
۴. مدیریت رابطه: یعنی توانایی استفاده از آگاهی از هیجان های خود و دیگران برای مدیریت سازنده و مثبت تعامل ها و روابط (نازی دیزجی ۲۰۱۲).
۵. در این پرسشنامه سؤالات ۱ تا ۶ نمره خودآگاهی را مشخص می کنند، سؤالات ۷ تا ۱۵ مربوط به خودمدیریتی می باشند، سؤالات ۱۶ تا ۲۰ آگاهی اجتماعی را می سنجند و سؤالات ۲۱ تا ۲۸ نمره مدیریت رابطه را مشخص می نمایند. شیوه ی نمره گذاری آزمون با استفاده از مقیاس ۶ نقطه ای از ۱ تا ۶ انجام می شود و جمع نمراتی که آزمودنی در هر یک از سؤالات کسب می کند نمره کل آزمون را تشکیل می دهد (گنجی و همکاران، ۲۰۰۶). بر اساس این پرسشنامه نمره بالاتر از ۸۰ نشاندهنده هوش هیجانی بالا، ۶۰ تا ۸۰ نشاندهنده هوش هیجانی متوسط و نمره پایین تر از ۶۰ نشاندهنده هوش هیجانی پایین است (نازی دیزجی ۲۰۱۲). روایی و پایایی این پرسشنامه توسط (گنجی و همکاران ۲۰۰۶) در داخل کشور تأیید شده و ضرایب پایایی ۴ مقیاس تشکیل دهنده آن به ترتیب برای خود آگاهی (۰/۷۳)، مدیریت خود (۰/۸۷)، آگاهی اجتماعی (۰/۷۸)، مدیریت روابط (۰/۷۶) و نمره کل هوش هیجانی (۰/۹۰) گزارش شده است که همه ضرایب به دست آمده در سطح ۰/۹۹ معنی دار است. در این پژوهش نیز پایایی آزمون بر روی ۴۰ نفر از دانشجویان سنجیده شد و ضریب پایایی برای ۴ مهارت خود آگاهی (۰/۸۴)، مدیریت خود (۰/۸۷)، آگاهی اجتماعی (۰/۸۰)، مدیریت روابط (۰/۷۸) و نمره کل هوش هیجانی (۰/۹۰) بدست آمد و مورد تأیید قرار گرفت.
۶. جهت سنجش پیشرفت تحصیلی از معدل نیمسال گذشته و معدل کل دانشجویان استفاده شد. بدین منظور نمره گزارش شده به سه دسته ضعیف (معدل کمتر از ۱۴/۹۹)، متوسط (۱۶/۹۹-۱۵) و خوب (بالاتر از ۱۷) تقسیم شد.

Data Analysis

جهت نمونه گیری پس از اخذ مجوز از معاونت آموزشی و پژوهشی دانشگاه های مربوطه و اخذ رضایت از کلیه دانشجویان، پرسشنامه های ذکر شده با نظارت پژوهشگر توسط دانشجویان تکمیل شد. برای جلوگیری از سوگیری ذهنی آزمودنی ها نسبت به محتوای آزمون، نام و محتوای آزمون ها پس از اجرا به آن ها اعلام شده و نمرات برخی از آن ها که تمایل داشتند نیز در اختیارشان گذاشته شد. پس از جمع آوری و استخراج داده ها، تجزیه و تحلیل آماری توسط نرم افزار SPSS^{۱۹} و روش های آماری توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (آزمون تی تست، آنوا، کای دو، ضریب همبستگی پیرسون) صورت گرفت.

Results

نتایج نشان داد، پیشرفت تحصیلی دانشجویان در سطح متوسط قرار دارد. ارتباط معنی داری بین پیشرفت تحصیلی با دانشگاه محل تحصیل، جنسیت و وضعیت سکونت وجود داشت ($P=0/00$). میانگین نمرات مقیاس های خود آگاهی، خود مدیریت، آگاهی اجتماعی و مدیریت رابطه به ترتیب $82/81 \pm 5/58$ ، $70/47 \pm 13/93$ ، $81/36 \pm 7/30$ ، $73/44 \pm 10/26$ و میانگین نمره کلی هوش هیجانی دانشجویان $77/02 \pm 9/26$ بود که نشاندهنده هوش هیجانی متوسط دانشجویان می باشد. بر اساس نتایج بین هوش هیجانی و تمام مقیاس های آن و متغیر های سن، ترم و مقطع تحصیلی ارتباط معنی دار وجود داشت ($P=0/05$). آزمون آماری پیرسون، ارتباط معنی داری بین پیشرفت تحصیلی و هوش هیجانی دانشجویان نشان داد.

Conclusion

یافته های پژوهش حاضر و تحقیقات قبلی حاکی از آن است که هوش هیجانی می تواند زمینه ای مناسب برای ساختن محیطی مطلوب برای یادگیری و برقراری ارتباط مؤثر باشد، تا به وسیله آن افراد آزادانه نیازها و انتظارات خود را برای کسب حمایت از سوی دیگران ابراز کنند. اصولاً هوش هیجانی در ارتباطات تجلی می یابد. این ارتباطات ازسویی حوزه درون فردی و از طرف دیگر قلمرو میان فردی را در برمی گیرند. در قلمرو فردی، هوش هیجانی به قابلیت ها، شایستگی ها و توانمندی هایی مانند آگاهی به خود، اعتماد به نفس، مدیریت هیجان ها و ابتکار عمل می پردازد که ارتباط فرد با خود را تنظیم می کنند. در قلمرو اجتماعی هوش هیجانی به قابلیت هایی مانند همدلی، آگاهی سازمانی، مدیریت تضاد و تعارض، کارگروهی، نفوذ، پرورش دیگران و ارتباط موفق با دیگران می پردازد که ارتباط فرد با دیگران را سامان می بخشد. این احتمال وجود دارد، دانشجویانی که دارای هوش هیجانی بالایی هستند، توانایی بیشتری جهت درک خواسته های دیگران دارند و به خوبی می توانند فشار همسالان را دریابند. با اکتساب این مهارت ها تغییرات چشمگیری در شاخص های فردی و بین فردی دانشجویان ایجاد می شود، به نحوی که آن ها به ادراکی واقع بینانه نسبت به خود و جهان پیرامون دست می یابند و در کنترل احساسات و رفتارها توانمند می شوند. همچنین در برقراری روابط مؤثر و عمیق و صادقانه به دیگران توفیق بیشتری می یابند و در نهایت به احساس خود کارآمدی و پیشرفت تحصیلی بیشتر نیز می انجامد. به نظر می رسد، دانشجویانی که از هوش هیجانی بالایی برخوردارند، از رفتارهای اجتماعی مثبت نیز برخوردارند. در نتیجه احتمال موفقیت تحصیلی آن ها بیشتر است. بررسی ها نشان داده که بر اساس مهارت های اجتماعی میزان پیشرفت در زمینه های مختلف تحصیلی قابل پیش بینی است و به کمک آن ها می توان میزان پیشرفت تحصیلی را بالا برد. به طور کلی، داشتن هوش هیجانی بالا همانند مهارت های اجتماعی نه تنها امکان شروع و تداوم روابط متقابل و مثبت را با دیگران فراهم می آورد بلکه توانایی نیل به اهداف ارتباط با دیگران را نیز در شخص ایجاد می کند. لذا آموزش مهارت های هیجانی و اجتماعی می تواند در کوتاه مدت و دراز مدت موجب موفقیت افراد باشد. پیشنهاد می شود با گنجاندن مفهوم هوش هیجانی در مدارس و دانشگاه ها به فراگیران کمک کرد تا بهتر با فشار های روانی و تحصیلی مقابله کنند و کمتر دچار مشکلات هیجانی و ترک تحصیل شوند.

Keywords

پیشرفت تحصیلی، هوش هیجانی، دانشجوی، جیرفت.

کد: ۱۱۱۷

حیطه: یاددهی و یادگیری

بررسی اثربخشی دوره های آموزش اساتید: یک مطالعه مروری

نویسندگان: مهلا سلاجقه

Introduction

امروزه پیشرفت و توسعه سازمان ها و مؤسسات در گرو ارتقاء سطح دانش، مهارت، رفتار و بینش منابع انسانی که ارزشمندترین دارایی یک سازمان هستند می باشد. بر همین اساس اغلب مؤسسات و سازمان ها بیش از پیش توجه خود را به آموزش و بهسازی منابع انسانی معطوف داشته و تبیین جایگاه واقعی آموزش در مسیر توسعه سازمان ها رسالتی بزرگ بر دوش آن ها نهاده است. (۱) از سوی دیگر تحول اساسی و پایدار در هر جامعه در گرو متحول شدن نظام آموزش آن جامعه است و محور اصلی تحول و توسعه در این نظام نیز بهبود کیفیت کار مدرسان می باشد. (۲) زیرا اعضای هیأت علمی از عوامل اصلی و مهم نظام آموزشی کشور به شمار می روند و توانمندی ایشان بر عملکرد آموزش تأثیر مستقیم داشته و باعث انگیزه بیشتر در جهت حل مسائل کاری می شود. (۳) لذا توانمندسازی اعضای هیأت علمی امری لازم و ضروری است و داشتن دانش حرفه ای تنها پاسخگوی نیاز مدرسان دانشگاهی امروزی نیست. توانمندسازی اساتید ممکن است روشی برای تغییر کارایی مدرسان و همچنین به طور غیر مستقیم در یادگیری دانشجویان موثر باشد. (۴) برنامه های توانمندسازی اساتید تبدیل به بخشی در آموزش پزشکی شده است که اهمیت آن روز به روز افزایش می یابد. (۵) و به عنوان برنامه های ضروری در هر دانشگاه علوم پزشکی شناخته می شوند. (۶) زیرا در دانشگاه های علوم پزشکی توانمندسازی اساتید، به لحاظ نقش مهمی که در سلامت جامعه در ابعاد متعدد دارند، از اهمیت بیشتری برخوردار است. (۷)

توانمندسازی مدرس به عنوان فرایندی تعریف می شود که هدف آن ارتقا دانش، مهارت، نگرش و رفتار اساتید است که ایشان را جهت ایفای نقش های مختلف آموزشی شامل استاد، رهبر و مدیر و پژوهشگر و محقق آماده می سازد و سبب می گردد که اعضای هیات علمی در راستای مولد بودن و به روز بودن تقویت شوند. (۸)

بررسی متون نشان می دهد که توانمندسازی با رضایت شغلی، افزایش عملکرد و بهره وری شغلی، افزایش انگیزش شغلی، روحیه بالاتر، بهبود کیفیت شغلی و کارآیی بیشتر ارتباط دارد. (۹ و ۱۰ و ۱۱ و ۱۲ و ۱۳)

هدف نهایی از آموزش اساتید، کارایی و اثربخشی بیشتر و بهتر است، بنابراین بررسی و کسب آگاهی از نتایج و بازده آموزش اساتید، لازمه فرایند آموزش است و با این کار است که حلقه آموزشی تکمیل می شود. (۱۴) دست اندرکاران برنامه های آموزشی اعضای هیات علمی همواره نگران اثربخشی فعالیت های خود هستند. ارزشیابی از آموزش های ارائه شده بهترین شاخصی است که میزان رسیدن به هدف ها را نشان می دهد و به تحلیل کیفیت فعالیت های این سیستم می پردازد و از آن می توان به نتایج منطقی و متعارف دست یافت. (۱۵)

همانطور که حیطه فعالیت های برنامه های آموزش اساتید روز به روز گسترش بیشتری پیدا می کند پس باید به ارزیابی های این برنامه ها نیز توجه بیشتری نمود و برگزارکنندگان برنامه های آموزش اساتید باید تلاش جهت بررسی میزان اثربخشی دوره های توانمندسازی اساتید را دو برابر نمایند. با این وجود شواهد کمی در مورد مفید بودن این برنامه ها وجود دارد. (۱۶)

Objectives

هدف از این پژوهش بررسی تاثیر برنامه های آموزش اساتید بر توانایی های آموزشی، دانش، نگرش و مهارت اعضای هیات علمی است.

سوال پژوهش به این شرح بود: تاثیر برنامه های آموزش اساتید بر توانایی های آموزشی، دانش، نگرش و مهارت اعضای هیات علمی چیست؟

:Study Design

این مطالعه از نوع مروری روایتی (narrative) است. جهت دستیابی به مقالات مرتبط کلید واژه‌های

Staff development, in-service training, medical faculty, faculty training/development, continuing medical education

و کلید واژه های معادل فارسی آن در پایگاه های اطلاعاتی , Magiran , EMBASE , ERIC , SID Medline , SCOPUS جستجو شد. نتایج بازیابی شده به فاصله زمانی سال ۲۰۰۹ تا ۲۰۱۳ میلادی محدود شد. بخش منابع مقالات به دست آمده نیز به منظور جستجوی مقالات بیش تر بررسی شد. بر اساس نتایج جستجو ۱۳۳ مقاله به دست آمد. در بررسی اولیه عناوین مقاله ها بررسی شدند که تعداد ۸۷ مورد مرتبط با موضوع مورد مطالعه بودند و با حذف موارد تکراری ۷۹ مقاله باقی ماند. در بررسی چکیده آن ها ۳۵ مقاله به طور مستقیم با موضوع مقاله حاضر مرتبط بود. اطلاعات بدست آمده با استفاده از هرم چهار سطحی کرک پاتریک مورد بررسی قرار گرفت. یافته های بدست آمده بر اساس نوع مداخله دسته بندی شدند.

:Study Setting

معیارهای ورود و خروج

- فقط مقالاتی که در برنامه های آموزش اساتیدشان در زمینه ارتقا مهارت های تدریس و یادگیری فعالیت کرده بودند وارد مطالعه شدند و مقالاتی که در مواردی مانند بهبود مهارت های پژوهش، مدیریت و رهبری، مهارت های ارتباطی، نگارش مقاله و ... بودند وارد پژوهش نشدند.
- تنها پژوهش هایی که جامعه هدف آن ها اساتید علوم پایه و یا بالینی بودند مورد استفاده قرار گرفتند و مطالعاتی که بر روی دستیاران یا پرستاران و غیره صورت گرفته بودند وارد پژوهش نشدند.
- مقالاتی که به زبان انگلیسی بودند وارد پژوهش شدند.
- در این پژوهش فقط مقالات پژوهشی اصیل و مروری وارد شدند و نامه به سردبیر و سرمقاله ها و یادداشت های سردبیر حذف شدند.
- مقالاتی که دسترسی به متن کامل آن ها مقدور نبود از پژوهش حذف شدند.

:Participan

استخراج مقالات مرتبط با سوال پژوهش شامل دو مرحله بود. در مرحله اول برای انتخاب مقالات مرتبط از بین ۱۳۳ تعداد مقاله بدست آمده در جستجو، ابتدا عناوین مقالات مورد بررسی قرار گرفتند که تعداد ۸۷ مورد مرتبط با موضوع مورد مطالعه بودند و با حذف موارد تکراری ۷۹ مقاله باقی ماند. در بررسی چکیده آن ها ۳۵ مقاله به طور مستقیم با موضوع مقاله حاضر مرتبط بود.

:Results

توصیف پژوهش ها

موقعیت یا setting

متن کامل ۳۵ مقاله انتخاب شده مطالعه شد. مقالات انتخاب شده به زبان انگلیسی بودند. از بین ۳۵ مطالعه مورد بررسی، ۲۵ مطالعه به روش نیمه تجربی، ۵ مطالعه به روش کیفی، ۳ مطالعه به روش ترکیبی و ۲ مطالعه به روش مروری انجام شده بود. اکثر پژوهش ها در ایالات متحده

انجام شده بودند (۷۰٪) تعدادی دیگر از مطالعات از کانادا و انگلستان بودند. (۸٪) تعداد محدودی مقاله نیز از کشورهای روسیه، سوئد، استرالیا، آلمان و هند بودند. اکثر پژوهش‌ها در محیط‌های دانشگاهی یا بیمارستانی یا درمانگاهی انجام شده بودند.

Professional discipline

اکثر پژوهش‌ها در زمینه اعضای هیات علمی رشته‌های داخلی، پزشک خانواده، کودکان انجام شده بودند. تعدادی دیگر از پژوهش‌ها نیز در رابطه با اساتید رشته‌های زنان، طب اورژانس، روانشناسی و جراحی صورت گرفته بودند.

Focus of the intervention

تمرکز اصلی مطالعات بر ارتقا مهارت‌های تدریس (چه در کلاس و چه در محیط‌های بالینی) مانند سخنرانی تعاملی، گروه کوچک، ارائه بازخورد و مهارت‌های ارزیابی دانشجویان، طراحی آموزشی، برنامه ریزی درسی، رهبری آموزشی بود.

Intervention type

اکثر برنامه‌های اجرا شده مداخلات طولانی مدت بودند (۵۲٪) و بقیه شامل دوره‌های کوتاه مدت، سمینار، فلوشیپ و کارگاه‌هایی با مدت زمان اجرای متفاوت بودند.

Instructional methods

در مقالات بررسی شده از انواع روش‌های آموزشی مانند گروه کوچک، سخنرانی تعاملی، کارهای عملی، دانشجویان شبیه‌سازی شده، بازخورد، ایفای نقش، ضبط فیلم و بررسی آن‌ها و غیره استفاده شده بود.

Duration

طول مدت برنامه‌های اجرا شده از سی دقیقه تا چهار سال بود. کارگاه‌ها معمولاً در بازه زمانی یک ساعته تا شش روزه (در هر روز حدود سه ساعت) برگزار شده بودند. دوره‌های کوتاه مدت در بازه زمانی دو روز تا یک ماه اجرا شده بودند.

Study design

اکثر مقالات از نوع نیمه تجربی بودند (۶۹٪) و از روش‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده کرده بودند و تعدادی نیز فقط از پس‌آزمون استفاده کرده بودند. ۷ مطالعه به روش کیفی، ۶ مطالعه به روش ترکیبی و ۳ مطالعه به روش مرور انجام شده بود.

Data collection methods

اکثر پژوهش‌ها از پرسشنامه برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده کرده بودند (۶۱٪) و تعدادی دیگر از پرسشنامه به همراه یک روش دیگر مانند مشاهده، مصاحبه، فوکوس‌گروپ، بررسی رزومه استفاده کرده بودند. اکثر پرسشنامه‌ها خود ساخته بودند و فقط برای همان پژوهش مورد استفاده قرار گرفته بودند.

Data sources

اکثر پژوهش ها برای بررسی تغییرات حاصل از برنامه های آموزش اساتیدشان به نظرخواهی از شرکت کنندگان بسنده کرده بودند (۸۸٪) تعدادی دیگر برای بررسی تغییرات، فراگیران را هم مورد ارزیابی قرار داده بودند. تعدادی از مقالات، از نظرات برگزارکنندگان برنامه آموزش اساتید هم استفاده کرده بودند. تعداد محدودی هم نظرات همکاران و هممتیان و یا ارزیابان بیرونی و یا دانشجویان استاندارد شده را مد نظر قرار داده بودند.

Level of outcome assessed

پنجاه درصد از مقالات سطح واکنش یا reaction که شامل رضایت از برنامه برگزار شده و میزان مفید بودن و مقبولیت آن بود را سنجیده بودند. ۶۷٪ از پژوهش ها سطح یادگیری یا learning را بررسی کرده بودند. ۷۱٪ از مقالات سطح رفتار یا behavior و ۱۱٪ هم سطح نتایج یا results را سنجیده بودند.

Study quality and strength of findings

نقاط قوت مطالعات شامل استفاده از پیش آزمون و پس آزمون، استفاده از نمونه های بزرگ، منابع جمع آوری اطلاعات متعدد و متنوع و تحلیل اطلاعات به روش مناسب بود. نقاط ضعف پژوهش ها شامل تکیه بیش از حد بر نتایج خودارزیابی ها، استفاده کم از گروه های شاهد و مقایسه، نمونه های کوچک و میزان پاسخدهی پایین بود.

تفسیر نتایج با استفاده از هرم کرک پاتیک

Level ۱—Reaction

بررسی نتایج مطالعات نشان داد که اکثر اعضای هیات علمی از دوره های برگزار شده رضایت داشتند و آن ها را فرصت مناسبی برای کار عملی و تبادل اطلاعات می دانستند.

Level ۲—Learning

در این سطح شرکت کنندگان افزایش در انگیزه، نگرش مثبت، خودآگاهی در زمینه نقاط قوت و ضعفشان و علاقه و کسب آگاهی بیشتر در زمینه آموزش دانشجو محور و روش های آموزشی جدید را گزارش نموده بودند.

Level ۳—Behavior

بررسی نتایج مطالعات نشان داد که اساتید برگزاری دوره های آموزشی را در ارتقا توانمندی های تدریس شان موثر می دانستند. (۱۷ و ۱۸ و

Level ۴—Results

در مقالات محدودی که به ارزیابی این سطح پرداخته بودند، استفاده بیشتر از روش های جدید آموزشی، همکاری بیشتر اساتید در برنامه ریزی درسی و فراهم آمدن یک جو حمایتی بین همکاران گزارش شده بود. (۲۰ و ۲)

:Conclusion

این مطالعه مروری به بررسی پژوهش هایی که در مورد برنامه های آموزش اساتید از سال ۲۰۰۹ تا ۲۰۱۳ میلادی انجام شده بودند پرداخت. تمرکز اصلی مطالعات بر ارتقا مهارت های تدریس مانند سخنرانی تعاملی، گروه کوچک، ارائه بازخورد و مهارت های ارزیابی دانشجو، طراحی آموزشی، برنامه ریزی درسی، رهبری آموزشی و پژوهش در آموزش بود. تعداد محدودی مقاله به آموزش در زمینه ارزشیابی دانشجو (۲۲) و آموزش مبتنی بر توانمندی (۲۴) پرداخته بودند. نتایج نشان می دهد که توانمندسازی با افزایش عزت نفس و دانش اساتید در مورد موضوع مورد تدریس و روش های آموزش، بهبود روابط افراد در دانشکده، افزایش پیشرفت علمی در حوزه برنامه های درسی، افزایش انگیزش تحصیلی فراگیران، افزایش یادگیری سازمانی و پیشرفت تحصیلی فراگیران ارتباط دارد. (۲۵ و ۲۶ و ۲۷ و ۲۸ و ۲۹ و ۳۰) اکثر پژوهش ها در محیط های رسمی مانند کارگاه های آموزشی، دوره های کوتاه مدت و بلند مدت و سمینار انجام شده بودند. به نظر می رسد که برگزاری دوره های آموزش اساتید در سایر محیط ها مانند محیط کار و بیمارستان ها و درمانگاه ها و ارزیابی آن ها بسیار مهم است. **Learning on the job** (۳۱) همچنین استفاده از رویکردهای غیرمعمول برای آموزش در دوره های آموزش اساتید مانند آموزش به کمک همتایان و مشاهده توصیه می شود. (۳۲ و ۳۳ و ۳۴) یکی از نقاط ضعفی که در این پژوهش ها مشاهده شد میزان پایین استفاده از روش های تحقیق کیفی یا ترکیبی بود با توجه به اینکه استفاده از روش های کیفی می تواند به درک عمیق تر و بهتر نتایج حاصل از دوره های آموزش اساتید کمک کند توصیه به استفاده بیشتر از این روش ها برای بررسی تاثیر دوره های آموزش اعضای هیات علمی می شود. (۳۵ و ۳۶ و ۳۷ و ۳۸ و ۳۹ و ۴۰) همچنین با توجه به اینکه مشخص شد که خودارزیابی شایع ترین منبع جمع آوری داده ها بوده است توصیه می شود که از روش های دیگری مانند آزمون OSTE یا روش هایی که در آن نظرات دانشجویان یا سایر استیک هولدرها بررسی می شود بررسی تغییرات استفاده شود. با توجه به اینکه در این مقاله مروری از هرم کرک پاتریک برای بررسی نتایج استفاده شده بود (۴۱) مشخص شد که اکثریت مقالات فقط سطوح پایین هرم کرک پاتریک را در رابطه با برنامه های آموزش به اعضای هیات علمی سنجیده بودند و تعداد محدودی از مقالات سطح سوم و به طور نادر سطح چهارم را هم بررسی کرده بودند.

نتیجه گیری

اعضای هیات علمی در واقع با ارزش ترین دارایی ما در دانشگاه ها هستند و سرمایه گذاری در زمینه رشد و توسعه آن ها جزو موارد ضروری در آموزش مداوم است. بنابراین بررسی و آگاهی از نتایج و بازده آموزش اساتید، لازمه فرایند آموزش است و با این کار است که حلقه آموزشی تکمیل می شود.

:Keywords

آموزش اساتید، آموزش ضمن خدمت، اعضای هیات علمی، اثربخشی آموزشی

کد: ۱۱۲۱

حیطه: یاددهی و یادگیری

ارزیابی به کارگیری روش یادگیری مبتنی بر تیم بر یادگیری و رضایتمندی دانشجویان بهداشت عمومی در درس آموزش بهداشت و ارتباطات

نویسندگان: روح اله صفایی پور، احمد راهبر، ذبیح اله قارلی پور، غلامرضا شریفی راد، سیامک محبی

Introduction

توجه به جنبه های کیفی آموزش عالی، محصول گسترش دانشگاه ها و دانشکده های مختلفی است که اقدام به آموزش نیروهای تخصصی و فرهیخته جامعه می کنند و پرداختن به کیفیت آموزش و یادگیری از دغدغه های اصلی نظامهای آموزش عالی و البته مهمترین آنهاست. در این بین یکی از پارامترهای کیفی در حوزه آموزش عالی، توجه به مقوله رضایتمندی فراگیران می باشد (۱). مفهوم رضایت و رضایتمندی فراگیران همواره از موضوعاتی است که در امر آموزش می تواند فرادهندگان و فرایند آموزش را به چالش بیندازد و مشخص نمودن میزان رضایت فراگیران از آموزش همواره یکی از معیارهای سنجش کارایی نظامهای آموزشی بوده است چرا که رضایت دانشجویان به عنوان مخاطبان اصلی آموزش، یکی از مهمترین عوامل مؤثر در موفقیت دوره های آموزشی است. لذا به منظور رسیدن به اهداف آموزشی و ارتقای یادگیری، توجه فرادهندگان به رضایتمندی فراگیران از نکات مهم و راه گشا در برنامه ریزی آموزشی است (۲). در این بین ارائه آموزش صحیح و منطبق با اصول علمی روز تنها راه دستیابی به سطوح مطلوب یادگیری و ارتقای سطح رضایتمندی محسوب می شود. بر این اساس باید اذعان نمود که تحقق اهداف آموزشی از طریق کاربرد روشها و فنون تدریس امکان پذیر است. انتخاب روشهای آموزش را می توان از جمله فعالیتهایی دانست که مدرسان با توجه به شرایط و امکانات برای رسیدن به اهداف آموزشی اتخاذ می کنند (۳). امروزه روشهای گوناگونی جهت ارائه آموزش وجود دارد که می توان آنها را به روشهای سنتی و نوین طبقه بندی کرد. انتخاب روش مناسب آموزش در یادگیری، مهارت آموزی و تغییر نگرش فراگیران و در نهایت رضایتمندی نقش مهمی ایفا نموده و ضرورت توجه فرادهندگان در انتخاب روش آموزش مناسب را بیش از پیش برجسته می نماید. در حقیقت آموزش زمانی مؤثر واقع می شود که فراگیران از روش آموزش رضایت داشته و در فرایند آموزش مشارکت فعال داشته باشند (۴).

در سالهای اخیر، لزوم تجدید نظر در روش های یک سویه تدریس و استفاده از روش های نوین و فعال یادگیری از سوی سیستم های آموزشی، احساس شده و کاربرد این روشها در علوم مختلف از جمله علوم پزشکی گسترش یافته است. با این حال روش مرسوم آموزش در دانشگاه ها، روشی استاد محور می باشد. در این روش کلیه مطالب درسی، تنها توسط یک سخنران (استاد) بیان می شود و دانشجو باید آن مطالب را به طور آماده دریافت کرده و به خاطر بسپارد. اگر چه این روش ها مزایایی مانند ارائه حجم زیاد مطالب در مدت زمان محدود دارد ولی تأثیر آنها (مانند سخنرانی) در پرورش فکر، ایجاد انگیزه و تغییر نگرش، بسیار کمتر از روشهای جدید آموزشی است و یادگیری معنی دار و عمیق ایجاد نمی گردد (۵ و ۶). به عبارتی ویژگی غالب کلاس های دانشگاهی در کشور به گونه ای است که تدریس قسمت اعظم مطالب درسی به صورت یک طرفه از سوی اساتید انجام می گیرد. بدین معنی که دانشجو کمترین تعامل را در فرایند یادگیری داشته، حال آنکه یادگیری بر خلاف تدریس بیشتر به صورت دو طرفه اتفاق می افتد (۷). بنابراین استفاده از روش های آموزشی نوین و جایگزین ضروری به نظر می رسد. زیرا با به کار بردن روش های آموزشی جدید، شاید بتوان یادگیری ماندگارتر، کارآمدتر و علاقه به یادگیری را در دانشجویان بهبود بخشید (۸).

در این بین روش TBL نوعی از یادگیری مشارکتی با ساختار مشخص است. روش آموزش یادگیری مبتنی بر تیم، با هدف ارتقای کیفیت یادگیری دانشجویان از طریق افزایش مهارت حل مساله، اطمینان از حضور دانشجویان در کلاس درس با آمادگی قبلی، ایجاد کلاسی پر انرژی و یادگیری فعال ارائه گردید. این روش علاوه بر این که یک محیط یادگیری فعال و مشارکتی ایجاد می کند، نیازی به فضای مخصوص کار گروه کوچک و افزایش تعداد مدرسان ندارد. یادگیری مبتنی بر تیم بر پاسخگویی فردی و تیمی، تعامل گروهی و انگیزه مشارکت در بحث های گروهی تأکید دارد. هدف TBL افزایش مهارت دانشجویان در دستیابی به سطوح بالاتر یادگیری شناختی با به کارگیری دانش فردی در قالب یک تیم (یادگیری مشارکتی) است (۹ و ۱۰). در این خصوص مطالعات صورت گرفته قبلی حاکی از اثربخشی این روش تدریس در قیاس با روشهای سنتی در کشور دارد (۱۱ و ۱۲) اما سابقه این مطالعه در حوزه آموزش مرتبط با دروسی همچون دروس بهداشت عمومی موجود نیست

Objectives:

این مطالعه با هدف ارزیابی به کارگیری روش یادگیری مبتنی بر تیم بر یادگیری و رضایتمندی دانشجویان بهداشت عمومی در درس آموزش بهداشت و ارتباطات صورت گرفت

Study Design:

این مطالعه به صورت مداخله ای بر روی دو گروه دانشجویان کارشناسی پیوسته و ناپیوسته بهداشت عمومی در خصوص درس ۲ واحدی آموزش بهداشت و ارتباطات صورت گرفت.

Study Setting:

در نیمسال دوم ۹۴-۱۳۹۳ درس مذکور بر اساس نیمرخ واحدهای آموزشی به دو گروه کارشناسی پیوسته و ناپیوسته که دارای کوریکولوم واحد بودند ارائه شد. جهت فراهم کردن بستر اجرای مطالعه، هدف مطالعه در شورای گروه بهداشت عمومی مطرح و موافقت گروه و نیز مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی اخذ گردید. در اولین جلسه کلاس درس موضوع به اطلاع دانشجویان دو گروه رسید و با توجه به معرفی دو روش، انتخاب روش تدریس به عهده دانشجویان واگذار گردید تا خود دانشجویان روش تدریس کلاس را انتخاب نماید. این موضوع بعد از اطلاع رسانی در خصوص هدف کار و نیز روش تدریس هر گروه صورت گرفت. بدین ترتیب دانشجویان کارشناسی پیوسته بهداشت عمومی (۲۳ نفر) روش TBL و دانشجویان کارشناسی ناپیوسته بهداشت عمومی (۱۴ نفر) روش مرسوم که مبتنی بر سخنرانی بود را برای کلاس خود انتخاب کردند.

Participan:

دانشجویان گروه TBL بر اساس لیست حضور و غیاب به ۴ گروه ۶-۵ نفره تقسیم شدند و هر گروه دبیر خود را انتخاب و با توجه به تصمیم گروه، اسمی برای گروه انتخاب کردند. در این مرحله وظایف دبیر و شرح وظایف دقیق هر فرد در تیم و ساز و کار روش به طور دقیق تشریح گردید و در گروه روش تدریس مرسوم نیز ساز و کار روش به طور دقیق برای دانشجویان این گروه تشریح شد.

سپس پوشه های یادگیری مبتنی بر تیم حاوی کارتهای چهارگانه پاسخ، لیست گروهی با توجه به نام هر گروه، برگه های استیناف و پرسشنامه های ارزشیابی همتایان و پاسخنامه ها تهیه و به هر یک از دبیران گروه TBL تحویل داده شد تا در هر جلسه کلاس به همراه داشته باشند.

برای گروه TBL در ابتدای هر جلسه آزمون فردی برای مطالب از پیش تعیین شده برگزار می گردید. در این مرحله در هر جلسه TBL ۱۰-۸ سؤال ۴ گزینه ای از محتوای مورد نظر طراحی شده و در ابتدای جلسه از آنان خواسته می شد در مدت زمان حدود ۸ تا ۱۰ دقیقه به صورت انفرادی و بدون استفاده از کتاب و سایر منابع به این سئوالات پاسخ دهند. در گروه تدریس مرسوم نیز از آزمون فردی در پایان جلسه بعد از ارائه درس اجرا می شد و همان سئوالات گروه TBL با همان شکل و همان ساز و کار از گروه مرسوم به عمل می آمد و نمرات هر یک درج می گردید.

سپس همان آزمون به صورت گروهی و در تیم اجرا می شد و تک تک اعضای تیم روی سئوالات بحث و گفتگو می کردند و یک پاسخ را که مورد توافق همه اعضا بود را به عنوان پاسخ تیم خود انتخاب می کردند. زمان مورد نظر برای این قسمت حدود ۱۵ دقیقه بود. بعد از اتمام این قسمت، تک تک سئوالات برای کل گروه قرائت شده و سر تیم ها با توجه به کارتهای طراحی شده (کارت های الف، ب، ج، د) پاسخ گروه را به هر سؤال را اعلام می کردند و نتیجه در پاسخ نامه گروهی درج می گردید. در این قسمت بین دانشجویان گروهها، رقابت و بحث های زیادی اتفاق می افتاد و چرایی صحیح یا غلط بودن هر پاسخ بحث می شد و فضای با نشاطی را در کلاس ایجاد می کرد. مدرس در این قسمت توضیحات کامل را متناسب با نظر دانشجویان مطرح می کرد. دانشجویانی که به پاسخ سئوالات و یا به نحوه نگارش سئوالات اعتراض داشتند می توانستند برگه استیناف که بدین منظور طراحی شده بود را تکمیل کنند و در پایان کلاس به مدرس تحویل دهند. سپس با توجه به مطالب مورد نظر در هر جلسه مدرس سناریویی مرتبط با بحث طراحی نموده و سئوالاتی تشریحی و در سطوح بالای حیطه شناختی متناسب با آن طرح می گردید. در این قسمت تمام گروهها در مدت ۲۰ به سئوالات پاسخ می دادند. بعد از این مرحله، حدود ۳۰ دقیقه از وقت کلاس صرف توضیح قسمتهای مبهم، یا پوشش داده نشده می گردید و به سئوالات دانشجویان پاسخ داده می شد و جمع بندی نهایی ارائه می گردید

:Data Gathering Tool

در آخرین جلسه ترم تحصیلی میزان رضایتمندی دانشجویان به روش تدریس توسط پرسشنامه از هر دو گروه جمع آوری و مقایسه گردید. همچنین پس از پایان ترم نمرات نهایی کسب شده دانشجویان دو گروه در درس آموزش بهداشت و ارتباطات با هم بررسی و مقایسه گردید. همچنین ۶ ماه بعد از امتحان پایان ترم سئوالات آزمون پایان ترم برای هر دو گروه به کار گرفته و نمرات حاصله دو گروه با هم مقایسه شد.

جهت گردآوری داده ها از پرسشنامه رضایت سنجی از شیوه آموزشی توسط فراگیران استفاده شد. این پرسشنامه توسط خوبی و همکاران (۱۳) طراحی شده و روایی و پایایی آن مورد تأیید قرار گرفته است. پرسشنامه مذکور دارای ۱۰ گویه بوده و هر سؤال در یک پاره خط بر اساس مقیاس درجه بندی شده صفر تا ۱۰ نمره گذاری شده به طوری که در یک سمت این پاره خط گزینه «هیچگونه رضایت ندارم» و در سوی دیگر گزینه «کاملاً رضایت دارم» قرار دارد. با توجه به تعداد سئوالات مجموع نمرات کسب شده از آن از ۱۰۰ نمره خواهد بود. روایی این پرسشنامه در مطالعه خوبی با استفاده از پانل خبرگان دارای تأییدیه روایی صوری و محتوایی بوده و از حیث پایایی دارای ضریب همسانی درونی ۰/۷۹۹ با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ و تکرار پذیری ۰/۸۳۵ با استفاده از روش آزمون باز آزمون می باشد.

:Data Analysis

در نهایت داده ها توسط نرم افزار SPSS نسخه ۱۹ توسط شاخصهای توصیفی و تحلیلی همچون T مستقل در سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شد.

:Results

میانگین و انحراف معیار دانشجویان گروه تدریس TBL و روش تدریس مرسوم به ترتیب $20/37 \pm 2/18$ سال و $24/43 \pm 4/45$ سال بود. سایر مشخصات دموگرافیک نمونه ها در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: توزیع فراوانی نمونه های مورد پژوهش هر دو گروه بر حسب جنسیت، وضعیت تأهل و وضعیت خوابگاه

گروه روش تدریس مرسوم		گروه روش تدریس TBL		متغیرهای دموگرافیک	
درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۸۵/۷	۱۲	۱۰۰	۲۳	مؤنث	جنسیت
۱۴/۳	۲	۰	۰	مذکر	
۲۱/۴	۳	۷۳/۹	۱۷	مجرد	وضعیت تأهل
۷۸/۶	۱۱	۲۶/۱	۶	متأهل	
۳۵/۷	۵	۲۱/۷	۵	خوابگاهی	وضعیت خوابگاه
۶۴/۳	۹	۷۸/۳	۱۸	غیر خوابگاهی	

میانگین و انحراف نمره رضایتمندی دانشجویان گروه تدریس TBL $13/45 \pm 84/20$ نمره و میانگین و انحراف معیار نمره رضایتمندی دانشجویان گروه تدریس مرسوم $20/83 \pm 60/40$ نمره به دست آمد که اختلاف معنی داری بین این دو روش در خصوص معنی داری وجود داشت ($P < 0/001$).

جدول ۲: مقایسه میانگین و انحراف معیار گویه های رضایتمندی از روش تدریس در دو گروه TBL و روش مرسوم

P	گروه روش تدریس مرسوم		گروه روش تدریس TBL		سوالات پرسشنامه
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
$P < 0/001$	۳/۳۰	۶/۳۲	۱/۱۲	۸/۸۷	زمان لازم برای یادگیری
$P < 0/001$	۳/۶۱	۶/۸۶	۰/۸۵	۸/۳۵	شفاف و بدون ابهام بودن روش انتقال محتوای آموزشی
$P < 0/001$	۲/۶۴	۵/۲۷	۱/۰۸	۸/۵۷	سهولت دریافت پاسخ سوالات
$P < 0/001$	۳/۷۰	۶/۲۸	۱/۱۱	۸/۳۳	در دسترس بودن مدرس برای کمک به دانشجو
$P < 0/001$	۲/۹۱	۵/۳۷	۰/۱۹	۹/۰۴	ایجاد انگیزه ناشی از شیوه آموزشی
$P < 0/001$	۱/۷۴	۵/۴۵	۰/۹۱	۸/۲۷	کیفیت اطلاعات فرا گرفته شده این واحد آموزشی
$P < 0/001$	۱/۹۷	۶/۶۲	۰/۴۲	۹/۰۸	برآورده شدن انتظارات یادگیری شما با شرکت
$P = 0/006$	۱/۳۲	۶/۵۳	۱/۴۰	۸/۱۱	صرف انرژی جهت شرکت در این روش
$P = 0/006$	۱/۱۴	۵/۸۹	۱/۳۶	۷/۴۸	زمان صرفه جویی شده در این روش آموزشی
$P < 0/001$	۲/۷۵	۵/۸۱	۰/۷۷	۸/۱۰	دوره آموزشی طی شده

میانگین و انحراف معیار نمره آزمون فردی بین دو گروه بر اساس نتیجه آزمون T مستقل اختلاف معنی داری نشان داد ($P < 0/001$). همچنین آزمون T اختلاف معنی دار در میانگین و انحراف معیار نمره پایان ترم ترم دانشجویان گروه تدریس TBL و گروه تدریس مرسوم نشان داد ($P < 0/001$). (جدول ۳).

جدول ۳: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات آزمون فردی، پایان ترم و نمره ۶ ماه بعد از پایان ترم در دو گروه TBL و روش مرسوم

P	گروه روش تدریس مرسوم		گروه روش تدریس TBL		نمرات آزمونها
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
$P=0/031$	۳/۴۵	۱۶/۸۱	۲/۷۴	۱۷/۲۹	نمره آزمون فردی
$P=0/011$	۳/۴۸	۱۷/۱۲	۲/۳۷	۱۸/۰۶	نمره آزمون پایان ترم
$P<0/001$	۴/۳۸	۱۴/۹۴	۳/۵۵	۱۷/۴۵	نمره آزمون پس از ۶ ماه

Conclusion

درس آموزش بهداشت و ارتباطات از دروس تخصصی دانشجویان بهداشت عمومی محسوب شده که یادگیری عمیق، ماندگار و علاقه و انگیزه برای فراگیری آن ضرورت داشته و یکی از کاربردی ترین دروس این رشته محسوب شده تا جایی که رشته آموزش بهداشت به عنوان تخصص مرتبط با این درس در نظام آموزش حوزه سلامت تا مقطع دکتری تخصصی تعریف شده است. اما بر اساس تجربه دانشجویان از ضرورت نیاز به یادگیری آن و کاربرد آن آگاه نبوده و با توجه و علاقه خاصی به آن نشان نمی دهند و گاهاً به صرف یک واحد درسی به آن توجه می کنند و برخی از دانشجویان این درس را خشک، انتزاعی و غیرقابل انعطاف تلقی می کنند.

شاید یکی از دلایل عدم تمایل دانشجویان، روش تدریس این درس نزد مدرسین باشد، چه بسا که می توان یکی از راهکارهای جذب دانشجویان و علاقه مند نمودن آنان به درس فوق استفاده از روشهای نوین و فعال تدریس نظیر TBL تلقی نمود. با این حال تحقیقات نشان می دهند که بیشتر مدرسان دانشگاه ها با روشهای تدریس نوین آشنایی چندانی نداشته و به همان روشهایی تدریس می کنند که خود با آن آموزش دیده اند و با توجه به اینکه بسیار از مدرسان در محیط هایی آموزش دیده اند که از روشهای مدرس محور و به خصوص بر اساس روش تدریس سخنرانی استفاده شده است خود نیز به همین شیوه تدریس می کنند (۱۴).

این روش (روش سخنرانی) از مزایای متعددی برخوردار است، اما با چالشهایی نظیر خسته کردن فراگیر، غیر فعال نمودن فراگیر، کاهش اعتماد به نفس، عدم تحقق اصل فراگیری مستمر در طول زندگی، ماندگاری کم مطالب در ذهن فراگیر و ... روبرو است. شاید بتوان رضایت کمتر دانشجویان به این درس را به این موضوع وابسته دانست (۱۵ و ۱۶). در این مطالعه رضایتمندی دانشجویان از روش TBL در مقایسه با روش سخنرانی به مراتب بیشتر بود. به نظر می رسد در روشهای مرسوم نظیر سخنرانی مدرس برای کلاس از آزادی عمل و ابتکار چندانی برخوردار نبوده و بدون توجه به تفاوت های فردی، محتوایی یکسان را به روشی ثابت به همه فراگیران عرضه می کند و این امر برای فراگیر ناخوشایند و خسته کننده بوده و آنان از محیط آموزش و کلاس چندان رضایت ندارند و موجب بی روح و کسل شدن کلاس برای دانشجو می گردد (۱۷). اما روش تدریس TBL با توجه به ساختار آن که سعی می کند محیط یادگیری فعال و مشارکتی و تعاملی داشته باشد و به موضوعات حس همکاری، پرورش روحیه نقادی، تقویت قوه استدلال و ... توجه دارد با این محدودیت روبرو نیست و غالباً به همین دلیل میزان مشارکت و نشاط دانشجویان در این روش بالاست و مورد استقبال آنان قرار می گیرد. به طوری که در مطالعه Chung (۱۸) و Mody (۱۹) دانشجویان این روش را لذت بخش می دانستند و رضایتمندی خود را از تدریس این روش اعلام کرده بودند. مطالعه Zgheib هم نشان از نگرش و رضایت بالاتر دانشجویان از این روش در مقایسه با روش سخنرانی دارد (۲۰). مطالعه Wiener هم نشان داد که آموزش مبتنی بر TBL برای دانشجویان جذاب بوده است (۲۱). مطالعه واعظی هم نشان داد رضایت ۹۰ درصدی از روش TBL در مقایسه با روش سخنرانی به دست آمده است (۱۲).

نمرات به دست آمده در مطالعه حاضر با توجه به آزمونهای فردی در طول ترم، نمره آزمون پایان ترم و نیز آزمون ۶ ماه بعد از پایان ترم همگی حاکی از مطلوب بودن گروه روش تدریس TBL در مقایسه با گروه روش مرسوم دارد.

یکی از علایم نشان دهنده یک روش تدریس مطلوب در کنار سایر عوامل موجود، پاسخگویی به سئوالات توسط دانشجویان است. هر چه روش تدریس مورد استفاده مناسب تر باشد، انتقال اطلاعات به فراگیران، تعمق مطالب در اذهان آنان و میزان یادگیری بهتر و بیشتر اتفاق می افتد

و در مجموع نحوه پاسخگویی به سئوالات امتحانات هم بهتر می گردد. مطالعه حسن زاده هم نشان داد یادگیری به روش TBL عمیق تر بوده (۲۲) و این امر با توجه به پیش خوانی، پاسخگویی به سئوالات فردی، پاسخگویی به سئوالات گروهی، ارائه پاسخهای صحیح توسط مدرس، بحث گروهی در خصوص سناریو ارائه شده منطقی به نظر می رسد. مطالعه Wiener (۲۱)، Abdelkhalek (۲۳)، Qaderian (۲۴) و جعفری (۲۵) هم همگی نتایج مشابه گزارش کرده اند.

به هر حال سخنرانی روشی مناسب جهت انتقال اطلاعات و دانش مبتنی بر سطح اول طبقه بندی بلوم است، اما شیوه ای مناسب جهت موضوعات دشوار، انتزاعی، کاربردی و مستلزم یادگیری طولانی مدت و دستیابی به سطوح بالای یادگیری نیست. تحقیقات نشان می دهند که در روشهای مرسوم آموزش سرعت فراموش کردن مطالب به خاطر سپرده شده سریعتر بوده و این مطالب زود فراموش می شوند (۲۶ و ۲۷) که در این مطالعه نیز این موضوع تأیید می شود.

نتیجه گیری:

پژوهش حاضر نشان داد که استفاده از روش تدریس TBL از موفقیت بیشتری در مقایسه با روش مرسوم در تأمین رضایتمندی دانشجویان برخوردار بوده است و میزان یادگیری حاصله از آن با توجه به نمرات آزمون فردی، آزمون پایان ترم و آزمون ۶ ماه بعد از پایان ترم بهتر بود. لذا تعمق یادگیری به دست آمده از روش TBL در مقایسه با روش مرسوم قابل قبول است. در این خصوص پیشنهاد می گردد روش TBL با سایر روشهای آموزشی سنتی و حتی روشهای تدریس نوین از حیث رضایتمندی و یادگیری مقایسه گردد.

Keywords:

یادگیری، رضایتمندی، دانشجو

کد: ۱۱۱۲

حیطه: یاددهی و یادگیری

تجربه دانشجویان پرستاری در مورد آموزش دیدن توسط مربیان با تجربه بالینی و بدون تجربه

نویسندگان: روناک شاهوی، ژیللا عابدسعیدی، فرزانه زارعی

Introduction

پرستاری حرفه ای پویا و کاربردی است. آموزش پرستاری مجموعه ای از علوم تئوری و فعالیت های عملی، مهارت، خلاقیت و تجربه است (۱). آموزش پرستاری یکی از زیر شاخه های آموزش پزشکی است که اختصاصاً به امر مراقبت می پردازد. مراقبت یک فرایند است و برای هر بیمار منحصر بفرد می باشد. دانشجوی پرستاری در یک دوره ۴ ساله از طریق آموزشهای تئوری و عملی با این فرایند در بیماریهای مختلف آشنا شده و در طی دوره های کارآموزی و کارورزی به مهارت لازم برای مراقبت از بیماران می رسد بنابراین آموزش بالینی در محیطهای بالین بسیار مهم و حیاتی است (۲ و ۳ تا ۶).

هدف آموزش بالینی تغییر در رفتار برای ایجاد شایستگی بالینی است. اما شواهد نشان می دهد که در این زمینه چندان موفق نبوده ایم (۳ و ۲ تا ۱۱). شاید الگوهای مناسبی در زمینه خدمات بالینی برای دانشجویان پرستاری وجود نداشته است. در کشور ما افرادی که

خدمات بالینی پرستاری را ارائه می دهند با کسانی که مسئولیت آموزش دانشجویان پرستاری را به عهده دارند دو طیف کاری کاملاً مجزا هستند و البته دانشجو بیشتر خود را نزدیک به مسئولین آموزشی خود می بیند تا پرستاران بالینی. بسیار مهم است که مربیان بالینی پرستاری در امر مراقبت مستقیم از بیماران وارد شده و از پرستاری بالینی فاصله نگیرند چراکه عنصر مهم انسجام تئوری و عمل، آنها هستند (۲ و ۵ و ۱۱).

تجربه به عنوان لمس واقعیت ها و ایجاد فرصت های یادگیری برای عملکرد حرفه ای و بررسی نقاط ضعف و قوت در ایجاد شایستگی بالینی موثر است (۱۲) دانشجوی پرستاری علاوه بر کسب دانش باید مهارت های بالینی را در طول دوران تحصیل خود کسب نماید (۱۳) که متأسفانه هم دانشجویان پرستاری و هم مربیان در نظر سنجی های متعددی که صورت گرفته اذعان داشتند که آموزش بالینی قادر به ایجاد و تثبیت مهارت های بالینی در دانشجویان نیست (۲ و ۷) از عوامل موثر در عدم کیفیت مطلوب آموزش های بالینی، به ندادن به آموزش بالینی و عدم دسترسی به مربیان بالینی می باشد (۱۴). لامرت مشکلات آموزش بالینی پرستاری را بصورت مشخص نبودن اهداف آموزشی بطور واضح در محیط پر تنش بیمارستان و تمایل کمتر مربیان بالینی با تجربه تر برای حضور در محیط های آموزشی بالینی و نبود همدلی بین مربیان و دانشجویان مطرح نموده است (۱۵). در مطالعاتی نیز طبق نظر سنجی از اساتید بالینی و دانشجویان پرستاری نارضایتی نسبی از آموزش های بالینی مطرح شده است و حقیقت هم این است که در بسیاری از محیط های بالینی و فضاهای آموزش بالینی در ایران با استانداردهای آموزش بالینی فاصله داریم. با توجه به اهمیت فوق العاده آموزش های بالینی و وجود نقصها و کمبودهایی در محیط بالین و حساسیت آموزش بالینی بخاطر همجواری با بیماران واقعی و قرار گرفتن در یک محیط واقعی کار، بنظر می رسد نقش مربیان بالینی پرستاری بسیار حائز اهمیت باشد تا بتوانند با در نظر گرفتن اهداف آموزش و استفاده حداکثری از منابع موجود به ارتقاء کیفیت آموزش های بالینی کمک کنند.

در مطالعاتی خصوصیات مربی بالینی کارآمد مورد بررسی قرار گرفته است و از جمله ویژگی های یک مربی کارآمد تجربه اوست (۱۶). یزدان خواه فرد در پژوهش خود یکی از عوامل تنش زا در محیط بالین را از دیدگاه دانشجویان، کافی نبودن آگاهی و مهارت استاد و عدم احساس مسئولیت در درمان و مراقبت کافی از بیمار مطرح می نماید (۱۷). نقش مربی در ارتقاء کیفیت آموزش بالینی دانشجویان پرستاری کلیدی است (۲ و ۳ و ۵ و ۹ و ۱۶ و ۱۸ تا ۲۳). در نظرسنجی از مربیان بالینی در مورد موانع آموزش بالینی و راهکارهای بهبود کیفیت، اکثر مربیان وضعیت عملکرد بالینی مربیان را نامطلوب ارزیابی نموده اند (۷). و مهمترین موانع را به ترتیب: تجربیات بالینی ضعیف و مهارت و دانش ناکافی مربی و ناآشنایی به شیوه های نوین آموزش بالینی و اختصاص زمان کم به آموزش های بالینی عنوان نموده اند (۷). مدرسان پرستاری جایگاه بالینی ندارند (۲۲). و بیشتر به نقش آموزشی خود می پردازند و کمتر به بالین اهمیت می دهند. اگر مدرسان پرستاری طالب حفظ عنوان "پرستار" برای خود هستند باید شایستگی و تجربه کافی بالینی را داشته باشند (۲۳). تجربه مهمترین عامل تاثیرگذار برای کسب شایستگی بالینی به عنوان لمس واقعیت ها و تجربه مستقیم است و در واقع در معرض امتحان واقعی قرار گرفتن و نبرد با چالش هاست (۱۲). در واقع استاد پرستاری قبل از معلم بودن یک پرستار است یعنی بدون هیچگونه نقص و مشکلی می تواند مانند یک پرستار مجرب ایفای نقش کند و الگوی حرفه ای باشد و در مرحله بعد با اشراف کامل بر تکنیک و روش های مختلف آموزش بالینی و الگوهای یادگیری و یاددهی به آموزش فراگیران حرفه پرستاری بپردازد.

این مطالعه با توجه به اهمیت و نقش شاخص مربی پرستاری در بالین و اهمیت واضح تجربه در کیفیت آموزش ها در قالب یک تحقیق کیفی به بررسی تجربیات دانشجویان پرستاری در کار با مربیان با تجربه بالینی و بدون تجربه بالینی پرداخته و آنها را با هم مقایسه می کند.

Objectives:

اهداف مطالعه:

هدف کلی: تبیین تجارب دانشجویان پرستاری در مورد آموزش دیدن توسط مربیان پرستاری (با تجربه بالینی و بدون تجربه بالینی)

اهداف اختصاصی :

- توصیف تجربه دانشجویان پرستاری هنگامیکه توسط مربیان پرستاری (باتجربه بالینی) آموزش می بینند.
- توصیف تجربه دانشجویان پرستاری هنگامیکه توسط مربیان پرستاری (بدون تجربه بالینی) آموزش می بینند.

سوالات تحقیق:

- آموزش بالینی تحت نظر مربی پرستاری (با سابقه تجربه بالینی) چه معنا و مفهومی برای دانشجویان پرستاری دارد ؟
- آموزش بالینی تحت نظر مربی پرستاری (بدون سابقه تجربه بالینی) چه معنا و مفهومی برای دانشجویان پرستاری دارد ؟

Study Design

در این مطالعه کیفی از رویکرد پدیدار شناسی استفاده شد. تحقیقات پدیدارشناسی روی درک تجربیات انسان به همان صورتی که وجود دارند به وسیله جمع آوری و تحلیل مواد ذهنی و روایتی تاکید می کنند. پدیدارشناسی هم در فلسفه و هم در روانشناسی ریشه دارد ، مربوط به تجربیات زنده انسانهاست. سنت تحقیقی که ارتباط نزدیکی با آن دارد هرمنیوتیک است که از تجربیات افراد به عنوان ابزاری برای درک بهتر زمینه اجتماعی ، فرهنگی ، سیاسی و تاریخی که تجربه در آن رخ داده ، استفاده می کند و اغلب روی معانی تمرکز می کند. دو مکتب پدیدار شناسی وجود دارد : ۱- پدیدارشناسی توصیفی که بر توصیف معنای تجربه انسان تاکید دارد و ۲- پدیدارشناسی تفسیری که روی تفسیر و درک تجربه انسان تاکید دارد نه فقط توصیف (۲۴) در این مطالعه هم به چستی تجربه شرکت کنندگان و هم به چگونگی تفسیر تجربه توسط آنها (هرمنیوتیک) پرداخته شد. از جامعه دانشجویان پرستاری مقطع کارشناسی که در حال گذراندن کارورزی در عرصه بودند (ترم های ۷ و ۸) و علاقمند بودند و تمایل به شرکت در تحقیق داشتند ، نمونه گیری به صورت مبتنی برهدف انجام شد . افرادی که به عنوان نمونه انتخاب شدند در مورد موقعیت مورد پژوهش اطلاعات کامل داشتند و آن موقعیت را تجربه کرده بودند. تا رسیدن به اشباع اطلاعاتی ۱۲ مورد مصاحبه نیمه ساختارمند انجام گردید. یعنی ۱۲ دانشجو به عنوان شرکت کننده در این تحقیق مورد مصاحبه قرار گرفتند. این دانشجویان علاقمند به بیان تجاربشان در زمینه موضوع تحقیق بودند و بیان خوب و رسا و مفهوم داشتند.

قبل از شروع بکار لیستی از سوالهایی را که حین مصاحبه در جهت رسیدن به هدف تحقیق و برآوردن جواب سوالهای پژوهش باید پرسیده شود را مهیا نموده و بعد از کسب اجازه از مراجع و مسئولین محترم دانشکده پرستاری مامایی کردستان، جهت وقت مصاحبه با دانشجویان متقاضی و علاقه مند به شرکت در طرح تحقیق هماهنگی صورت گرفت. با استفاده از مصاحبه عمیق و نیمه ساختارمند (حداقل ۲۰ دقیقه و حداکثر ۱ ساعت) جمع آوری داده ها انجام گردید. کلیه مصاحبه ها ضمن اطلاع به شرکت کنندگان و گرفتن رضایت شفاهی از آنها ، ضبط و کتبا ثبت شد. در این مرحله کلیه مطالبی که روی کاغذ آورده شده به نظر شرکت کنندگان رسانده و تائید نهایی صورت گرفت. مصاحبه ضبط شده چندین بار سمع گردید تا دقتا و موبه مو تمامی صحبت ها نوشته شود و سپس چندین بار مورد مطالعه و بازخوانی قرار گرفتند تا واحدهای معنایی و پیام های اصلی و طبقات مشخص گردند. هر مصاحبه مورد بازخوانی قرار گرفته و تحلیل می شد و سپس لیست سوالات مرور شده و در صورت لزوم سوالات دیگری اضافه می شد. بعد از اشباع اطلاعات و مشاهده مفاهیم تکراری ، جدول طبقه بندی پیامهای اصلی از هر مصاحبه طراحی و ثبت شد . تمامی پیامها گروه بندی شدند و بعد از بررسی فراوان این پیامها و مرور چندین و چند باره متن اصلی مصاحبه ها ، ساب تم ها و تم های اصلی نمودار گردیدند. در ضمن در پایان هر مصاحبه وقت گذاشته می شد تا کلیه مطالب ضبط شده مرور شود و برای انتخاب شرکت کنندگان بعدی تصمیم گیری شود. تفسیرنهایی و نتیجه گیری از مطالعه نیز در انتها صورت گرفت . حداقل زمان مصاحبه ۲۰ دقیقه و مکان و زمان انجام مصاحبه نیز با هماهنگی و نظر دانشجویان مشخص می شد(در بیمارستان بعد از اتمام کارورزی و یا در دانشکده). زمان مصاحبه محدودیت نداشت و هر زمان که صحبتهای شرکت کننده به پایان می رسید و یا احساس خستگی داشت ، مصاحبه خاتمه می یافت.

:Study Setting

نتایج مطرح شده در این خلاصه مقاله حاصل از انجام مطالعه در قسمتی از جامعه است و البته بهتر است در سایر محیط‌ها و دانشکده‌های پرستاری و مامایی انجام شود و اصلاً قابل تعمیم نمی‌باشد.

:Participant

جمعیت و نمونه: از جامعه دانشجویان پرستاری مقطع کارشناسی که در حال گذراندن کارورزی در عرصه بودند (ترم‌های ۷ و ۸) و علاقمند بودند و تمایل به شرکت در تحقیق داشتند، نمونه‌گیری به صورت مبتنی برهدف انجام شد. افرادی که به عنوان نمونه انتخاب شدند در مورد موقعیت مورد پژوهش اطلاعات کامل داشتند و آن موقعیت را تجربه کرده بودند. تا رسیدن به اشباع اطلاعاتی ۱۲ مورد مصاحبه نیمه ساختارمند انجام گردید. یعنی ۱۲ دانشجو به عنوان شرکت‌کننده در این تحقیق مورد مصاحبه قرار گرفتند.

مشخصات نمونه تحقیق:

- دانشجوی پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی کردستان
- در حال گذراندن واحد کارورزی در عرصه پرستاری (ترم‌های ۷ یا ۸)
- علاقمند به بیان تجربیش در زمینه موضوع تحقیق
- بیان خوب و رسا و مفهوم داشته باشد

محیط مطالعه: دانشگاه علوم پزشکی کردستان – دانشکده پرستاری و مامایی

:Data Gathering Tool

اعتبار و پایایی: کلیه مصاحبه‌ها توسط یک نفر (خود پژوهشگر) انجام شد و محیط مصاحبه بسیار آرام و بدون هرگونه تردد یا عامل مداخله‌گری صورت گرفت. بعد از ضبط و ثبت کلمه به کلمه مصاحبه توسط پژوهشگر، متن آماده شده در اختیار شرکت‌کننده قرار می‌گرفت تا در صورتیکه به نظر وی مغایر با صحبتها و نیت اصلی او بود یا رضایت به ثبت نکته خاصی نداشتند، تصحیح گردد. و در نهایت شرکت‌کنندگان تأیید می‌نمودند که دقیقاً همانهایی تایپ گردیده که در مصاحبه گفته شده است. داده‌ها و مضامین حاصله از بررسی موشکافانه این مصاحبه‌ها که بصورت واحدهای معنایی، پیامهای اصلی (طبقه) و ساب‌تم و تم‌های اصلی بودند، توسط اساتید محترم راهنما و مشاور مورد تأیید قرار گرفتند.

تحلیل داده‌ها: بعد از پایان هر مصاحبه تمام مصاحبه‌های ثبت شده کلمه به کلمه به صورت نوشتاری نوشته شدند و سپس تایپ و چندبار بازخوانی شده و چندین و چند بار مصاحبه‌ها سمع و با متن‌های تاپپی مطابقت داده شدند. در مرحله بعد کلیه واحدهای معنایی مشخص گردیدند. یعنی صحبت‌های شرکت‌کننده که دارای معنا و مفهومی با توجه به هدف مطالعه داشتند از قالب اصلی متن مصاحبه بیرون کشیده می‌شد. این واحدهای معنایی بارها و بارها مورد مطالعه قرار گرفتند و در آنها تعمق صورت گرفت تا پیام اصلی مستتر در آن ظاهر گردد. این پیام‌های اصلی نیز چندین بار مورد بررسی قرار گرفتند و سپس هرکدام با دقت هرچه تمام‌تر به یک ساب‌تم تعلق گرفت. در پایان تمام مصاحبه‌ها، کلیه ساب‌تم‌ها مورد تحلیل قرار گرفتند و بازم به بعد از کنکاش و تعمق فراوان روی ساب‌تم‌ها (چندین بار مراجعه مکرر به واحدهای معنایی و پیامهای اصلی استخراج شده و در برخی موارد مجدد مصاحبه برای رفع ابهام از تعلق واحد معنایی به متن اصلی مصاحبه و تعلق پیام اصلی به واحد معنایی) تم‌ها نمودار شدند.

Results

مضامینی که از داده های این مطالعه پدیدار شد همگی پیرامون دقت دانشجویان روی اعمال و رفتار مربی خود حتی در ترم های تحصیلی پائین و یا حتی در روزها و ساعات اولیه کارآموزی بود. بعد از مرور و تحلیل اطلاعات بدست آمده از مصاحبه ها ۳ تم اصلی (آرامش ، علاقمندی به رشته تحصیلی و حرفه پرستاری و آموزش بالین موثر) و ۲۰ ساب تم در مورد تجربه دانشجویان از کارآموزی با مربیان با سابقه تجربه بالینی و ۳ تم اصلی (اضطراب و بی علاقمندی و ضعف آموزش بالینی) و ۱۸ ساب تم در مورد تجربه دانشجویان از کارآموزی با مربیان بدون سابقه تجربه بالینی بدست آمد. در مجموع ۶ تم اصلی ، ۳۸ ساب تم ، ۲۳۷ طبقه (پیام اصلی) و ۴۷۱ واحد معنایی حاصل تحلیل کلمه به کلمه مصاحبه ها می باشد.

یافته ها در مورد تجربه دانشجویان از کارآموزی با مربیان با سابقه تجربه بالینی

تم اصلی شماره ۱ : آرامش

تحلیل اطلاعات بدست آمده از مصاحبه ها نشان داد که تمامی شرکت کننده در قالب ۱۲۴ واحد معنایی اذعان داشته اند که در کارآموزی با مربیان با سابقه تجربه بالینی آرامش را تجربه نموده اند. شرکت کننده شماره ۸ می گوید: " توی اون بخش آرامش بیشتری دارم . خیلی با آرامش توضیح می دادن خیلی با آرامش کاراشونو انجام می دادن . با اون آرامشی که کار می کرد و با اون آرامشی که توضیح می داد ، آدم فکر می کرد یعنی احساس می کردی سالهاست که در ICU کار می کنی ". یا شرکت کننده شماره ۱۲ بیان نمود : " راحتتر کار می کنیم و استرسمون کمتر می شه . از این نمی ترسیدیم که اگه خراب شه چه اتفاقی می افته . حالا نرمون چند می شه . نمره که اصلا آنقدر اهمیت نداشت . احساس آرامش و لذت می کنیم ". این تم خود شامل ۱۰ ساب تم بود که عبارتند از : ۱- راحتی و امنیت ۲- تعامل خوب مربی ۳- اعتماد به نفس ۴- اعتماد به مربی ۵- اعتماد پرسنل ۶- رضایتمندی ۷- داشتن حامی ۸- اعتماد به دانشجو ۹- احترام به دانشجو و ۱۰- احساس مفید بودن

تم اصلی شماره ۲ : علاقمندی (به رشته تحصیلی و حرفه پرستاری)

از تحلیل اطلاعات بدست آمده از مصاحبه ها آشکار شد که شرکت کنندگان اذعان داشته اند که در کارآموزی با مربیان با سابقه تجربه بالینی به رشته تحصیلی و حرفه پرستاری علاقمند شده و برای ادامه حرفه پرستاری در آینده انگیزه بیشتری پیدا کرده اند. این تم اصلی خود شامل ۳ ساب تم (علاقمندی به رشته تحصیلی ، افزایش انگیزه و خوش بینی به آینده شغلی) و ۴۹ واحد معنایی می باشد. در باب این تم شرکت کننده شماره ۴ بیان نمود : " کار با مربیایی که از نظر بالینی خیلی خوب بودن لذت بخش بود . . . دوست داشت کار کنه و نه فقط صرفا برای اینکه به ما آموزش بده . . . توضیحات جامع و کافی می داد . . . علاقه داشت . . . دنبال کار بود . . . حرفه ای گری وقتی بدست می آد که فرد علاقه داشته باشه و این علاقه اونو بکشونه به سمت کسب تجارب بالینی . . . نسبت به رشته ام احساس خوبی دارم ". و شرکت کننده شماره ۵ گفت : " انگیزه آدم بیشتر می شه . . . اگه مربیم وارد باشه آدم خودشو وادار می کنه که اون کارو حتما یاد بگیره . . . آدم انگیزه داره بهش گوش بده . . . من موافقم با اینکه مربی تجربه بالینی داشته باشه این انگیزه دانشجو رو بیشتر می کنه . تا پیام مطلب یاد بگیریم . . . خوب اگه مربیم بلد بود من انگیزم بیشتر می شد ". در بخش دیگری از مصاحبه ، شرکت کننده شماره ۴ در صحبت های خود بیان نمود : " دوست دارم پرسنل اون بخش باشم . . . اگه بخوام کاری انجام بدم در آینده دوست دارم مثل ایشان باشم . . . دیدم نسبت به بخش مثبت می شه . . . دیدم نسبت به پرستاری بهتر می شه ".

تم اصلی شماره ۳: آموزش بالینی موثر

این تم اصلی نیز خود شامل ۷ ساب تم و ۱۳۲ واحد معنایی است. فعالیت مربی بالینی در راستای هدف کلی آموزشهای بالینی که تربیت دانشجویان کارآموده با اندوخته تجارب بالینی غنی است، می باشد. این مهم میسر نمی گردد مگر با شکل گیری آموزش موثر بالینی. مربیان نقش مهمی را در این زمینه بازی می کنند و دانشجویان نیز در این مطالعه ذکر نموده اند که در کارآموزی با مربیان با تجربه بالینی توانسته اند شاهد آموزش بالینی موثر باشند. این تم خود شامل ۷ ساب تم (۱-آموزش براساس کیس ها و موقعیتهای بالینی ۲-تبحر بالینی مربی ۳-یادگیری بهتر ۴-استقلال عمل دانشجو ۵-توانمندی علمی مربی ۶-نظم ۷-نظارت کامل) می باشد. نمونه صحبت برخی شرکت کنندگان مبین این موضوع است. مثلا شرکت کننده شماره ۵: " به تجهیزات وارد بود و رو مریض توضیح می داد... جزء به جزء دستگاه ها رو وارد بود... دقیقا جزء به جزء در مورد بیمار و دستگاه و تجهیزات توضیح می داد... اگه کسی کیس های بیشتری دیده باشه حالا روی کیس جدید خیلی بهتر می تونه توضیح بده چون اطلاعاتشو داره، تجربشو داره ". ویا شرکت کننده شماره ۲: " اون چند روز خیلی لذت بردیم چون خودشون فیزیوتراپی می دادن به مریض... اون مریض، خودش پرستار مسئول داشت اما مربی ما به اون هم کمک می کرد و در عین حال به ما آموزش می داد ". و شرکت کننده شماره ۳: " مثلا می خواستم ساکشن کنیم اون طرف بیمار برای ساکشن آماده بود... عینک و گان و دستکش می پوشید عین ما... در هر لحظه آماده بود... تو نمونه گیری خون شریانی، با ما بود ". شرکت کننده شماره ۱۱: " فکر می کردم از صبح که اومدم چیز یاد گرفتم تا ظهر که از بخش خارج می شدم " و شرکت کننده شماره ۵: " واقعا هم از نظر علمی و هم کار بالین وارد بود... از نظر علمی هم خیلی خوب بود و به سوالاتمون جواب می داد ".

یافته ها در مورد تجربه دانشجویان از کارآموزی با مربیان بدون سابقه تجربه بالینی

تم اصلی شماره ۱: ضعف آموزش بالینی

تمامی شرکت کنندگان به مهم اشاره کرده اند که شاهد ضعف آموزش بالینی مربیان بدون سابقه تجربه بالینی در کارآموزیها بوده اند. این نیز شامل ساب تم می باشد (عدم تبحر بالینی مربی و عدم توانمندی علمی مربی و آموزش های تئوری و بی نظمی و یادگیری ضعیف و نداشتن استقلال عمل و ضعف مدیریت) شرکت کننده شماره ۱ می گوید: " بعضی پرستارای طرحی یا تازه کار بعضی پروسیجرها را خیلی بهتر و راحتتر از بعضی مربیها انجام میدن، مطمئن میشیم که تجربه بالینی ندارن ". شرکت کننده شماره ۱۲ می گوید: " خیلی دو رو بر کار نمی رفتن... از ما کار نمی خواستن " در صحبت دانشجوی شماره ۹ مطرح گردید: " استادم... با اینکه فارغ التحصیل ارشد ویژه بودن، یکی از دستگاه ها تو بخش آی سی یو آلام می زد. وقتی ازشون علت رو پرسیدم ایشون فقط دستگاه رو نگاه می کرد ". شرکت کننده شماره ۸ گفت: " بیشتر با کنفرانس سپری می شد. توی کنفرانس کلی سوال تئوری می پرسیدن... دوباره مطالب تئوری رو حفظ می کردیم. یعنی اون چیزهایی که ما قبلا حفظ کرده بودیم ایشون هم از حفظ داشت و ازمون می پرسید ". و شرکت کننده شماره ۱۱ مطرح نمود: " خیلی بی نظمی بود... من اول صبح که رفتم دیدم هیچکس نیست... ذهنیتمون اینطوری شد که بایستی با یه فردی که زیاد منظم نیست و چیزی هم از ما نمی خواد، پس منم فردا ساعت ۸/۵ می آم ". شرکت کننده شماره ۹ می گوید: " اگر مربیم تجربه بالینی داشت من می تونستم مستقل تر عمل کنم ". شرکت کننده شماره ۱۱ گفت: " همش از بخش پرس و جو می کرد... ما کار یا برنامه خاصی نداشتیم... اصلا نمی دونستیم چکار باید بکنیم ".

تم اصلی شماره ۲: اضطراب

تحلیل اطلاعات بدست آمده از مصاحبه ها نشان داد که شرکت کنندگان در قالب ۷۳ واحد معنایی اذعان داشته اند که در کارآموزی با مربیان بدون سابقه تجربه بالینی اضطراب را تجربه نموده اند. ساب تم ها عبارتند از: استرس و ترس - نداشتن حامی - عدم اعتماد پرسنل (به دانشجو و مربی) - عدم اعتماد به نفس - عدم اعتماد بیمار (به دانشجویان و مربی) - عدم اعتماد دانشجویان به مربی - تعامل ضعیف مربی - عدم احترام به دانشجو - عدم رضایت دانشجو و نگرانی مربی.

شرکت کننده شماره ۶ گفت: " جرئت نمی کنی بری جلو کارو انجام بدی... دیگه ما جرئت نداشتیم. صبح ها دیر می رفتیم که ست بندی نکنیم. موقع جدا کردن مریضا خودمونو گم می کردیم که تو بخش و جلو چشم نباشیم... چون مریمون بلد نبود ما هم جرات نداشتیم بریم جلو". شرکت کننده شماره ۱۲ که می گوید: " می ترسیدم شاید یه اشتباهی بکنم و نتونم اونقدر ساپورت بشم از طرفش. یعنی پشتمون گرم نبود بهش چون خودشم اونقدر تجربه نداره". شرکت کننده شماره ۶ می گوید: " واقعا طرف که تجربه کافی رو نداره استرس به خودت وارد می شه... می بینی مادر بچه آژیته می شه، بچه گریه می کنه. صدای همه درمی آد اون موقع تجربه خودشو نشون می ده". شرکت کننده شماره ۱ مطرح نمود: " استرس بیشتری بهمون وارد می شه... نکنه موقعیتی پیش بیاد که نتونیم خوب انجام بدیم... نکنه موقعیتی پیش بیاد که کمک نداشته باشیم... نکنه مربی کنارمون نباشه و ما مجبور بشیم از پرسنل کمک بگیریم... به ما استرس کاری وارد می شه... اگه بدونم مریبم نمی تونه انجام بده استرس بیشتری وارد می شه... مجبوری یکی دیگه رو صدا کنی".

تم اصلی شماره ۳: بی علائگی

این تم ۲ ساب تم را شامل می شود: بی انگیزگی و عدم علاقه به رشته تحصیلی و حرفه پرستاری. شرکت کنندگان به وضوح در بیانات خود به این مهم اشاره کرده اند. مثلا شرکت کننده شماره ۴ که می گوید: " وقتی مربی خودش کمک می خواد دیگه انگیزه ای برای ما نمی مونه... ورودی سال قبل همین دانشکده میاد میشه مربی ما، ما هم می دونیم که اصلا کار نکرده. هیچی هم بلد نیست. دیگه انگیزه نداری... به خودم می گم مگه این آقا چندتا مورد بیماری دیده پس فقط داره حفظیاتشو برای ما می گه و این باعث می شه انگیزه نداشته باشیم به حرفاش گوش بدیم". شرکت کننده شماره ۱۲ می گوید: " از اینکه پرستارم حس خوبی نداشتم... بخاطر تجربه کاری که با ایشون توی اون بخش داشتم و خوشم نمی اومد دیگه اونجا کار کنم... کلا از اون قسمت درس زده شدم... با شوق نمی آیم کارآموزی... باعث می شه خیلی رشتمونو قبول نداشته باشیم".

Conclusion

تعمق در تجربیات دانشجویانی که با مربیان ساعات متمادی کارآموزی را در محیطهای بالینی سپری نموده اند اطلاعات غنی در اختیارمان قرار داد. آموزشهای بالینی با هدف و فلسفه ارتقاء سطح آموزش پرستاری تهیه گردیده و فرایند آموزش و یادگیری آن معطوف به دانشجویست، با این همه کمتر توجهی به بازخورد دانشجویان پرستاری در این راستا شده است (۲۵).

در مجموع تجربیات دانشجویان از کارآموزی با مربیان با سابقه تجربه بالینی حکایت از این داشت که دانشجویان با آرامش بیشتری در کارآموزی ها به افزایش کمی و کیفی تجربیات بالینی خود می پرداختند، نسبت به رشته تحصیلی خود علاقمند می شدند، نسبت به آینده شغلی و حرفه ای خود امیدوار و خوش بین می شدند و آموزشهای بالینی موثر دریافت می کردند. در مقایسه با تجربیات دانشجویان از کار با مربیان بدون سابقه تجربه بالینی که اکثرا در کارآموزیها اضطراب داشتند، نسبت به رشته تحصیلی و حرفه پرستاری بی علاقه شدند و نتوانستند آموزشهای بالینی موثر دریافت کنند. براساس این مطالعه بسیاری از آیتم های تجربه شده توسط دانشجویان در مورد

مربیان با سابقه تجربه بالینی، جزو مشخصات مربی بالینی کارآمد است که لیست بلند و بالایی از این ویژگی ها توسط محققین منتشر شده است (۱۶ و ۲۶ تا ۲۹). پس می توان نتیجه گرفت که یکی از عوامل موثر در شکل گیری مربی کارآمد، سابقه تجربه بالینی اوست.

آموزش بالینی قلب آموزش پرستاری است (۳۰ تا ۳۲) و طبق یافته های این مطالعه دانشجویان تجربه آموزش بالینی موثر را در کارآموزی با مربیان با سابقه تجربه بالینی مطرح نموده اند. این در حالی است که بسیاری مطالعات داخلی و خارجی به غیر موثر بودن و ناکارآمد بودن آموزشهای بالینی اذعان داشته اند (۳ و ۳۰ تا ۳۸). در این تحقیق سابقه تجارب بالینی مربی پرستاری به او کمک کرده تا در حیطه مراقبت و پرستاری بیشتر یاد بگیرد و در آموزش خود نیز موفق تر عمل کند. این در حالی است که مربیان بدون سابقه تجربه بالینی نتوانسته اند تجربه آموزش بالینی موثری برای دانشجویان فراهم نمایند. روند آموزش ها در بالین در حال حاضر کمتر بالینی بیشتر بصورت سخنرانی و روشهای تئوری است و بررسیهای صورت گرفته در زمینه آموزش در بالین بیمار نشان میدهد که این روش رو به فراموشی است و بیشتر به سمت آموزش در راهروها یا اتاقهای کنفرانس تغییر یافته است. لذا لازم است با آموزش اساتید در این زمینه و انجام هماهنگیهای بین بخشی و انجام ارزیابیهای دوره های در جهت احیای هر چه بیشتر این روش ارزشمند آموزش بالینی تلاش گردد (۳). در این مطالعه مربیان با سابقه تجربه بالینی نتوانسته اند در آموزشهای خود بر بالین بیمار، از مثال هایی که خود تجربه کرده بودند برای تفهیم بهتر مطالب استفاده کنند و از بیمار واقعی برای شرح آموزش های بالینی استفاده می کردند و همچنین تجهیزات مورد استفاده در محیط بالین را برای دانشجو توضیح می دادند و بر کار بالینی دانشجو بیشتر تاکید داشتند و تکالیف تئوری کم رنگ تر شده بود.

بسیاری از مطالعات بر تنش دانشجویان در محیط های بالینی اشاره کرده اند (۱۷ و ۱۶). تجربه دانشجویان در کارآموزی با مربیان بدون سابقه تجربه بالینی با این نتایج همخوانی دارد. در حالیکه همه دانشجویان شرکت کننده در این مطالعه تجربه آرامش را با مربیان با سابقه تجربه بالینی مطرح نموده اند. شاید سابقه تجربیات بالینی مربی به او کمک نموده تا در ابعاد مختلف عملکرد موثرتری داشته باشد و دانشجو در سایه تسلط مربی با تنش کمتری به اندوختن تجربیات بالینی خود بپردازد. رفتارهای آموزشی مربی پرستاری روی یادگیری دانشجو بسیار تاثیر گذار است (۴).

بسیاری از مطالعات نشان داده اند که دانشجویان پرستاری به رشته و حرفه خود علاقمند نیستند (۳۳). تجربه دانشجویان در کارآموزی با مربیان بدون سابقه تجربه بالینی با این نتایج همخوانی دارد. حال آنکه در این تحقیق دانشجویان در کارآموزی با مربیان با سابقه تجربه بالینی به رشته تحصیلی و حرفه پرستاری علاقمند شده اند. شاید تجارب بالینی مربی آن چنان بر رفتار و گفتار و شخصیت اجتماعی و حرفه ای او تاثیر گذاشته که توانسته در نقش معلم پرستاری، علاقمندی فراگیران خود را جلب نماید.

نتیجه گیری :

اول : در مجموع تجربیات دانشجویان از کارآموزی با مربیان با سابقه تجربه بالینی حکایت از این داشت که دانشجویان با آرامش بیشتری در کارآموزی ها به افزایش کمی و کیفی تجربیات بالینی خود می پرداختند، نسبت به رشته تحصیلی خود علاقمند می شدند، نسبت به آینده شغلی و حرفه ای خود امیدوار و خوش بین می شدند و آموزشهای بالینی موثر دریافت می کردند. در مقایسه با تجربیات دانشجویان از کار با مربیان بدون سابقه تجربه بالینی که اکثرا در کارآموزیها اضطراب داشتند، نسبت به رشته تحصیلی و حرفه پرستاری بی علاقه شدند و نتوانستند آموزشهای بالینی موثر دریافت کنند. براساس این مطالعه بسیاری از آیتم های تجربه شده توسط دانشجویان در مورد مربیان با سابقه تجربه بالینی، جزو مشخصات مربی بالینی کارآمد است که لیست بلند و بالایی از این ویژگی ها توسط محققین منتشر شده است (۱۰ و ۱۳ و ۱۴ و ۱۵ و ۱۵۶). پس می توان نتیجه گرفت که یکی از عوامل موثر در شکل گیری مربی کارآمد، سابقه تجربه بالینی اوست.

برای مربیان پرستاری کسب شایستگی حرفه ای چه در بعد پرستاری و چه آموزشی، اصل اول و مهم است و در هر دو بعد تجربه می تواند بسیار مفید باشد. تجربه لمس واقعیت هاست و عاملی است ارزشمند در ارتقای شایستگی های بالینی و آموزشی و در واقع یک موقعیت برای یک امتحان واقعی است با تمام چالش ها و مشکلات آن (۲۵). تجربه فرایند تهذیب نظرها و دانسته های قبلی فرد از راه مواجهه با موارد متعدد واقعی است. درک بدست آمده از هر تجربه به تجربه های قبلی اضافه می شود و در نهایت مجموع آنها به درک جزئیات و ریزه کاریها خواهد انجامید (۱۵۷). هر تجربه واقعه ای منحصر به فرد است که در آن طی فرایند پیچیده ای فرد درک و فهم لازم را بدست می آورد (۳۸). اگر فرد خواهان یادگیری و ارتقاء شایستگی های خود باشد باید نقش فعال در کسب تجربه هایش به عهده بگیرد. به این ترتیب تجربه فقط معنای گذشت زمان نیست و در صورتی که فرد در مورد آن فکر نکند و در صدد یادگیری از آن بر نیاید، فرد به تنهایی نمی تواند باعث ایجاد شایستگی شود (۱۵۷ و ۱۵۸). از طرفی کسب مهارت را نمی توان از خواندن کتابهای مرجع یاد گرفت بلکه باید تمرین و تجزیه و تحلیل نقادانه انجام داد (۲۵).

اگر مربیان پرستاری در ابتدا خود را پرستار بدانند و بعد یک معلم مطمئنا برای اثبات این قضیه تجربیات بالینی خود را در زمینه علم و حرفه پرستاری و مراقبت ارتقاء خواهند داد و همین باعث می شود تا ناامیدی و بی علاقهگی و بی انگیزگی از بین دانشجویان که الگوی نقش خود را یافته اند، رخت بریندد. و اگر یادگیری حاصل تجربه است (۴۶) آیا نمی توان گفت که معلم فاقد تجارب بالینی هنوز خود یاد نگرفته است و آیا فردی که یاد نگرفته می تواند در مقام آموزش، موثر واقع شود و آیا تجربیات بالینی دانشجویان که برای وارد شدن به حرفه پرستاری بسیار ضروری است (۱) و اصلا اصل پرستاری و مراقبت است (۱۶۰)، با این مربیان تقویت و توسعه داده خواهد شد؟

در یک مطالعه مطرح شده است که بخاطر استفاده از تکنولوژیهای جدید در آموزش بالینی، ممکن است مربی بالینی، غیر ماهر در انجام امور بالینی به نظر برسد (۸۶). و بنابراین بهتر است مربی به شکل سنتی کارآموزها را هدایت نکند. یعنی سرپرستی و مسئولیت دانشجویان را هنگام مراقبت از بیمار نداشته باشد و صرفا نقش نظارتی به عهده بگیرد. سوال پژوهشگر این است، آیا به این شکل فاصله بین مربی و دانشجویان و پرسنل درمانی بیشتر نمی شود؟! آیا بهتر نیست تجربیات مربی بالینی بروز شود و بروز نگه داشته شود تا نگران پیشرفت تکنولوژی نباشیم و همگام با دانشجویان و دوش به دوش پرستاران بالینی مسئولیت مراقبت بیمار را مربی مستقیما تجربه کند؟! والگویی نقش موثر و کارآمد برای دانشجویان شود.

بخش بعدی در همین مقاله (۸۶) اشاره شده که نقشهای متعدد علمی و پژوهشی یک عضو هیئت علمی زمان کافی برای انجام آموزش امور بالینی برای او نمیگذارد، پس به نظر می رسد بهتر باشد در اهداف و برنامه های ارتقاء عضو هیئت علمی در پرستاری تجدید نظر شود، چون برای تحقق آن اهداف در حال حاضر تمامی اساتید پرستاری می کوشند و این تلاش و صرف انرژی باعث شده تا پرونده پژوهشی و آموزشی قوی و پرونده بالینی بسیار ضعیف و غیر قابل قبول داشته باشند.

مورد بعدی در همین مقاله (۸۶) که قابل توجه هست این است که عنوان شده مربی و دانشجو عضو تیم مراقبت نیستند و این باعث میشود که در آموزشهای بالینی خلل وارد شود. سوال پژوهشگر این است که چرا باید مربیان و دانشجویان خود را مسئول مستقیم مراقبت بیمار ندانند و چرا خود را عضو تیم درمان نمی بینند؟ آیا این مربوط به سابقه عدم مسئولیت پذیری واضح آنها و عدم تمایل به اجرای امور بالینی بیمار نمی شود؟! (۱۵ و ۲۷ و ۲۸ و ۱۴۶) همین باعث بی اعتمادی تیم درمان شده است و انگیزه آنها را برای همکاری با مربی و دانشجو حصول اهداف آموزشی کم می کند. مفید و موثر نبودن محیط و جو بالینی اثرات بسیار مخربی بر افزایش کیفیت و کمیت تجربیات بالینی مربی و دانشجو خواهد داشت (۱۶۰).

دوم: آموزش بالینی قلب آموزش پرستاری است (۱۶۱ تا ۱۶۳) و طبق یافته های این مطالعه دانشجویان تجربه آموزش بالینی موثر را در کارآموزی با مربیان با سابقه تجربه بالینی مطرح نموده اند. این در حالی است که بسیاری مطالعات داخلی و خارجی به غیر موثر بودن و

ناکارآمد بودن آموزشهای بالینی اذعان داشته اند (۱۶و۱۲۰ و ۱۶۱). در این تحقیق سابقه تجارب بالینی مربی پرستاری به او کمک کرده تا در حیطه مراقبت و پرستاری بیشتر یاد بگیرد و در آموزش خود نیز موفق تر عمل کند. این در حالی است که مربیان بدون سابقه تجربه بالینی نتوانسته اند تجربه آموزش بالینی موثری برای دانشجویان فراهم نمایند. روند آموزش ها در بالین در حال حاضر کمتر بالینی بیشتر بصورت سخنرانی و روشهای تئوری است و بررسیهای صورت گرفته در زمینه آموزش در بالین بیمار نشان میدهد که این روش رو به فراموشی است و بیشتر به سمت آموزش در راهروها یا اتاقهای کنفرانس تغییر یافته است. لذا لازم است با آموزش اساتید در این زمینه و انجام هماهنگیهای بین بخشی و انجام ارزیابیهای دورههای در جهت احیای هر چه بیشتر این روش ارزشمند آموزش بالینی تلاش گردد (۱۶). در این مطالعه مربیان با سابقه تجربه بالینی توانسته اند در آموزشهای خود بر بالین بیمار، از مثال هایی که خود تجربه کرده بودند برای تفهیم بهتر مطالب استفاده کنند و از بیمار واقعی برای شرح آموزش های بالینی استفاده می کردند و همچنین تجهیزات مورد استفاده در محیط بالین را برای دانشجو توضیح می دادند و بر کار بالینی دانشجو بیشتر تاکید داشتند و تکالیف تئوری کم رنگ تر شده بود.

سوم: بسیاری از مطالعات بر تنش دانشجویان در محیط های بالینی اشاره کرده اند (۱۹ و ۳۱). تجربه دانشجویان در کارآموزی با مربیان بدون سابقه تجربه بالینی با این نتایج همخوانی دارد. در حالیکه همه دانشجویان شرکت کننده در این مطالعه تجربه آرامش را با مربیان با سابقه تجربه بالینی مطرح نموده اند. شاید سابقه تجربیات بالینی مربی به او کمک نموده تا در ابعاد مختلف عملکرد موثرتری داشته باشد و دانشجو در سایه تسلط مربی با تنش کمتری به اندوختن تجربیات بالینی خود بپردازد. رفتارهای آموزشی مربی پرستاری روی یادگیری دانشجو بسیار تاثیر گذار است (۱۷).

چهارم: بسیاری از مطالعات نشان داده اند که دانشجویان پرستاری به رشته و حرفه خود علاقمند نیستند (۱). تجربه دانشجویان در کارآموزی با مربیان بدون سابقه تجربه بالینی با این نتایج همخوانی دارد. حال آنکه در این تحقیق دانشجویان در کارآموزی با مربیان با سابقه تجربه بالینی به رشته تحصیلی و حرفه پرستاری علاقمند شده اند. شاید تجارب بالینی مربی آن چنان بر رفتار و گفتار و شخصیت اجتماعی و حرفه ای او تاثیر گذاشته که توانسته در نقش معلم پرستاری، علاقمندی فراگیران خود را جلب نماید.

محدودیت های مطالعه:

گرچه پژوهشگر در ابتدای هر مصاحبه ضمن گرفتن رضایت از شرکت کننده، توضیحات کامل در مورد امنیت رد و بدل شدن این مکالمات و محفوظ ماندن نام شرکت کننده می داد، اما ممکن است دانشجویان در مصاحبه ها نتوانسته باشند بخاطر پیش بینی برخورد احتمالی مربیان یا دانشکده و یا تاثیرات منفی روی ارزیابی ها، کل حقایق را مطرح نموده باشند (لازم به ذکر است که پژوهشگر مربی بالینی هیچکدام از دانشجویان شرکت کننده در این مطالعه نبوده است).

پیشنهادهات:

۱. کسب و توسعه تجارب بالینی مربیان پرستاری بر اساس تخصص استاد بالینی در برنامه های ارتقاء اعضای هیئت علمی گنجانده شود. تقویت تجارب بالینی اساتید همانقدر برای دانشکده های پرستاری و مامایی مهم باشد که تعداد مقالات منتشر شده و تحقیقات مصوبشان. در یک تحقیق مربیان اذعان داشته اند که خود بصورت داوطلبانه اقدام به افزایش کمی و کیفی تجارب بالینی اشان نموده اند (۳۷). در دنیای حرفه ای مراقبت، تنها انباشت اطلاعات و حفظیات، آنچنانکه در سایر رشته های تخصصی پایه کفایت می کند، کافی نیست بلکه به نظر می رسد لازم باشد معلم پرستاری به کسب و توسعه تجارب مراقبتی خود در بالین بیمار همت گمارد چون هر بیمار و هر صحنه مراقبت، منحصر به فرد و حتما تجارب و اندوخته های ارزشمندی در آن نهفته

۱. است. پیشنهاد می شود گذراندن دوره های آموزشی تخصصی و حرفه ای پرستاری و مراقبت برای ارتقاء سالیانه برای تمامی اساتید پرستاری اجباری گردد.
۲. پیشنهاد می شود در جذب اعضاء هیئت علمی پرستاری حداقل ۵ سال سابقه کار بالینی مفید به عنوان پرستار بالینی که مسئول مراقبت مستقیم بیمار است (نه سمت ها و مسئولیت های مدیریتی و اجرایی) مد نظر قرار بگیرد و یا به بیانی دیگر جذب اساتید هیئت علمی پرستاری از بین پرستاران بالینی صورت بگیرد.
۳. جایگاه و دفتر کار پرستار و اساتید پرستاری از دانشکده ها به بیمارستانها تغییر یابد تا شاید به این شکل مربیان پرستاری احساس تعلق بیشتری به محیط بالین داشته باشند.
۴. ترتیبی اتخاذ شود تا در هر بخش بالینی رئیس قسمت پرستاری آن بخش ، استاد پرستاری باشد و سرپرستاران معاونین و مشاورین ایشان باشند.
۵. پیشنهاد می شود این مطالعه در محیط های دیگری نیز انجام شود.

:Keywords

تجربه دانشجویان پرستاری ، آموزش بالینی ، مربیان با تجربه بالینی ، مربیان بدون تجربه بالینی

کد: ۱۱۱۶

حیطه: یاددهی و یادگیری

پویایی های یادگیری خودراهبر در دانشجویان کارشناسی ارشد پرستاری: یک مطالعه کیفی

نویسندگان: فاطمه شیرازی، فرخنده شریف، زهرا ملازم، محبوبه البرزی.

Introduction :

Nowadays, the world is changing so dramatically that obtaining education certification is only the stepping stone of an eternal learning voyage (۱). Today, nurses work in complex healthcare settings in which social, technological, and medical changes cause them to face different challenges(۲). In addition, nursing is a professional career in which knowledge and practice are not fixed and change dynamically. Therefore, this is a hot issue that nursing education should grow nurses as lifelong learners who are prepared to learn in all situations and achieve the necessary learning skills according to their professional needs. This can be carried out by different ways; for example, nursing educators must identify students' preferences and learning styles to select the best strategies for education and evaluation(۳). Traditionally, didactic educational methods were mainly used in nursing education field. However, regarding the recent nursing educational needs, these methods are not effective anymore. Today, nursing programs are focused on using various methods of adult learning, such as Self-Directed

Learning (SDL) (۴). If SDL is planned effectively, it results in more active learning so that students achieve more thoughtful points of view about the subjects instead of having a superficial attitude and come to deep understanding instead of reproduction of their learning materials (۵). Moreover, independent learning lets students take the responsibility of their own learning and participate actively in the learning process. This increases the sense of belonging to learning and enhances students' positive motivation (۵). Self-directed learners are usually characterized as being independent and positive towards learning (۶, ۷). It is also believed that they are able to plan, manage, and evaluate their own learning (۶, ۸). Therefore, one of the significant goals of higher education is to develop students' ability to be self-directed in learning (۴).

SDL contains the activities that students perform in order to regulate their recognitions on the basis of this approach and increases their awareness and knowledge. Researchers believe that educational improvement not only depends on individuals' basic knowledge, but it is also closely related to factors, such as having information about learning activities and the way of using this knowledge. The results of some investigations showed that using some studying and learning strategies affected the academic practice of medical students (۹, ۱۰). Up to now, numerous quantitative investigations have been performed about SDL among nursing students. Some of these studies have investigated students' readiness for SDL (۱۱, ۱۲) and its relationship with other educational factors, such as learning styles (۱۳-۱۵), individual factors (۱۶), and academic performance (۱۷). Nevertheless, a limited number of qualitative studies have investigated students' activities for SDL.

SDL is affected by different factors, such as the structure of educational culture (۱۸) and personal and social factors (۱۹, ۲۰). Moreover, when researchers are willing to understand the phenomenon and the structures and social factors that shape and influence the behavior (۱۹), qualitative research is appropriate to be used. Therefore, the present study researchers decided to use qualitative content analysis approach.

Objectives :

Considering the importance and necessity of SDL and its related activities in nursing students' lifelong learning, the present study aims to determine the M.Sc. nursing students' SDL activities

Study Design :

Design:

In this study, a qualitative design using conventional content analysis approach was used. This approach deals with developing categories inductively and interpreting textual or verbal data, and is used when there is imperfect understanding (۲۱).

Data Collection:

The study data were gathered by conducting semi-structured, personal, in-depth interviews in a room located in the nursing department. The interviews lasted for ۲۰-۷۷ minutes, with a mean of ۴۸ minutes.

Probing questions were also used beside these open-ended questions to explore the participants' learning experiences. At the end of each interview session, the interviewer asked the participant to add any supplementary information not addressed. Using a digital sound recorder, all the interviews were recorded.

Ethical Considerations

This study was approved by the Research Council and the Ethics Committee of Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran (Code: EC-۹۳۶۱-۶۹۸۱). Necessary permissions were obtained from the administrators of the study setting prior to the study. Also, all the participants were informed about the study objectives, approximate time of the interview, voluntary nature of participation in the study, questions and method of audiotaping or note taking during the interview, and confidentiality of the information. At last, written informed consents were obtained from all the participants.

Trustworthiness

Lincoln and Goba's evaluation criteria for credibility, dependability, confirmability, and transferability were used to ensure the trustworthiness of the data and the findings (۲۲). The credibility of the findings was obtained using techniques, such as close relationship with the participants, member-checking, peer checking, and prolonged engagement with the study (about two years). For enhancing the confirmability of the findings, external peer-checking was done. In doing so, pieces of data and the corresponding findings were checked with two experienced qualitative researchers, two PhD nursing candidates, and one PhD candidate of educational psychology. They approved the data and gave useful suggestions. Dependability of the findings was also obtained through accurate documentation of the study steps. In addition, sampling with maximum variation was adopted for enhancing the transferability of the findings

Participan :

This study was conducted on ۱۲ M.Sc. nursing students at Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran selected through purposeful sampling. The inclusion criterion of the study was being M.Sc. nursing student at Shiraz University of Medical Sciences. Sampling with maximum variation was applied by choosing the samples from both genders and different years of study

Data Collection:

The study data were gathered by conducting semi-structured, personal, in-depth interviews in a room located in the nursing department. The interviews lasted for ۲۰-۷۷ minutes, with a mean of ۴۸ minutes.

The interview questions included but were not limited to:

Would you please explain about your experience of learning?
How do you learn in different situations?

What do you do for advancing your knowledge and developing expertise?

Probing questions were also used beside these open-ended questions to explore the participants' learning experiences. At the end of each interview session, the interviewer asked the participant to add any supplementary information not addressed. Using a digital sound recorder, all the interviews were recorded.

Data Analysis :

The processes of data collection and data analysis took place simultaneously. A qualitative content analysis approach with manifest and latent analyses was used for data analysis. After every interview session, we listened to the interviews carefully and they were immediately transcribed verbatim. Then, the transcripts were reviewed several times to get the general understanding. After that, each interview transcript was read exactly and line-by-line and all the words, sentences, and paragraphs containing meaning units were extracted and coded. The data and the generated codes were constantly compared. Consequently, the codes were categorized according to the similarities and homogeneity. Then, preliminary categories were merged to form more abstract ones. Finally, the study theme was generated.

Results :

The study findings showed that the students used various methods for learning and played an important role in their own learning process. The activities that the students performed for their SDL were categorized into four categories and ten subcategories. The main categories were “*sensory perceptions*”, “*knowledge construction*”, “*problem-centered orientation*”, and “*interaction with others*”. What follows includes each theme, category, and subcategory reported using the participants' direct quotations to declare their meaning and sense (Table ۱):

Subcategory	Category	
Visual perception	Sensory perceptions	Self-directed learning activities
Auditory perception		
Active engagement in situation	Knowledge construction	
Active rehearsal		
Absorption of information based on cognitive map		
Selecting appropriate learning strategies	Problem-centered orientation	
Active seeking		
Problem analysis	Interaction with others	
Interpersonal participation		
Role modeling		

Sensory perception: The students used visual and auditory senses through precise observation and active listening for learning. Therefore, this main category consisted of two subcategories, namely “visual perception” and “auditory perception”.

Visual perception: The students stated that they deeply learnt the subjects or procedures presented through photos and films or those trained practically by the instructor or other healthcare formers in the hospital. They said that this type of learning would rest in their minds for many years. One of the students stated: “Most of the things that remained in my mind were the films. Films stayed more in my mind rather than theory.... For example, I wanted to search about an issue on the internet, I accidentally found a film about pericardiocentesis and I watched it, it exactly remained in my mind” (p۲). Another student also pointed out: “The instructor at that clinic did something that will remain in my mind forever. The instructor fastened and tightened the tourniquet, pressed the patient’s edematous hand, the patient’s vein got bulged out, and she got the vein by a needle...” (p۳).

Auditory perception: The participants’ another activity for SDL was active listening. The students processed, analyzed, and memorized what they had listened to learn it. According to the participants, acquiring and analyzing various useful ideas and information during nursing and medical rounds assisted them to increase their knowledge. One of the students noted: “I always like to be at their (physicians’) rounds and listen to their discussions... For the first time in the B.Sc. course when Bechet disease was not taught to us, we were taken to the hospital.... a doctor at a round talked about this disease, it was so interesting to me” (p۴).

Knowledge construction: In addition to sensory perception, the participants used “active engagement in situation”, “active rehearsal”, “absorption of information”, and “selecting appropriate learning strategies” in their learning processes.

۲. *Active engagement in situation:* In addition to sensory learning, our participants made an effort to improve their own learning by active involvement in performing the procedures. They preferred practical and experimental methods of learning rather than other methods. They noted that the subjects in which they got involved practically led to more permanent learning: “I prefer practical learning. I mean if I don’t perform something in practice, I learn nothing. I forget it. Even if I memorize it, it is in vain. I like it to be practical” (p۲).

Furthermore, the students tried to carry out the theoretical points in practical forms and then, evaluate the results: “When I studied physics or chemistry, I got to do all the research at home. For example, I did the tests by dishes and the available things in a way that I understood all the things well” (p۶).

In addition, the students achieved some experiences out of events and incidents that happened in the environment and they used these experiences for providing more effective cares in future. “One night a patient fell down from the bed. Well, it was an experience for me in other situations to raise the side

rails and also check the patient repeatedly. S/he must be in sight and under precise supervision. Also, in the conditions where a patient may get agitated, we ask one's visitor to stay with him/her at the bedside. So, I myself experienced it" (p۲).

Active rehearsal: The students mostly used repeating methods in order to learn and memorize the subjects supposed to be memorized. They also applied some strategies, such as summarizing, note taking, and highlighting, for learning more and establishing the subjects in their minds. One of the students stated: "I often try to repeat, because one or two times repetition is not enough for me. I usually try to repeat more, if it's practical, it remains in the mind and it is not necessary to read it anymore, but memorizable subjects remain in my mind only by repetition" (p۲). Another student said: "In my study process, I'm used to taking notes, I mean I usually take the note and highlight the subject by underlying or highlighting it by another color. It helps me so much and I can remind even where that word was.... This note taking helps me a lot" (p ۴)

Absorption of information based on cognitive map: During the process of researching and learning the materials, the students made an attempt to achieve a general view point about the subject and make a connection between the new subject and their previous knowledge. Then, they were prepared for learning more specific and detailed issues based on their needs. One of the students stated: "First, I begin with the general subject [for searching]. For example, in searching about a disease, I searched a lot in Google.... after I got a general idea about the disease, I seek for the details... for example, about the subject of falling down in old people, I used the key word "falling" for searching to see what it gives me. Then, when I found the issues, books, and articles that were presented, I searched with more details" (p۳). Another student said: "Well, according to the information I have, I don't accept all the things I get [in searching]. I pick the things based on the books I've read and those I'm sure they are true." (p۲).

Selecting appropriate learning strategies: The students noted that considering their conditions, they preferred to select the learning strategies that were easier to conduct and required less time and cost. They also preferred the strategies, which helped understand more deeply and induced more long-term learning. In addition, the students generally preferred visual, practical, and interpreting strategies of learning rather than other strategies. One of the students noted: "I had challenge with myself to determine which one of these [learning methods] were better. I select the one which is easier, doesn't take a lot of my time, remains in my mind, and at least I get what it means." (p۲). Another student mentioned: "There was an English class, which costed very much. I don't know if I would progress if I took it up. I'm not sure, but I didn't take it! Instead, I referred to a language scholar, I asked her to test my language level and, accordingly, introduce a series of books to me. Well, I bought the books. You know, one fifth or one seventh of the cost of the class, I paid for the books. Now, I have a lot of books to which I refer when it is needed" (p ۴).

Problem-centered approach: The findings showed that the students had problem-centered approach in their learning. Facing different problems, they tried to understand and learn the

subject through exploring, questioning, and analysis. Based on this description, this category was divided into two subcategories; i.e., “active seeking” and “problem analysis”.

۳. *Active seeking*: The students struggled to use their own sense of curiosity to improve their learning during caring activities. They also asked questions risen out of their routine clinical practice from their instructors, peers, staff nurses, supervisors, and even physicians.

“Well, whenever it gets nonsense for me, I’m curious to find the reason. Then, I ask others.... when the doctor comes to visit the patient, I ask him. If it’s not possible, I ask the supervisor or those higher than me. If I don’t understand it, I search on the internet to find it out. Because I’d like to know what’s the answer... I don’t let any question remain unanswered” (p ۲).

Furthermore, the students noted in their experiences that they learnt more deeply and effectively when teachers used case-based or problem-based teaching methods and classes were managed through question and answer method. One of the students noted: *“The instructor posed a case and asked questions. Then, she asked us to find the answers with each other and take the answer back to her. Trying to find the answers was very effective. We thought about the answers in the class and this affected our learning. Everyone was really satisfied with this method” (p۱).*

In addition to learning in class, the students tried to provide a number of questions out of the studied passage and find some answers for them. This was done in order to understand and remember the subject effectively. In other words, they learned the issue through question and answer method. One of the students declared: *“At first, I read it [the passage] in a flash. Then, two or three times more, I read it with more focus... and I’d like to make questions out of that, in a way that the question and the answer are with each other. I make question from the passage, the answer is also available. When I read the question and the answer together, it remains in my mind more” (p ۲).*

Problem analysis: When faced with work-related and education-related problems, the students tried hard to find their underlying causes, reflect on themselves, and manipulate the conditions for preventing the recurrence of the problem and improving their learning. *“I mean whenever a problem occurs in the ward, I analyze it myself. Why does this problem occur? What shall I do that it doesn’t happen anymore? I mean I criticize myself and do whatever I can for not repeating it anymore” (p۲).*

While studying theoretical issues also, the students tried to analyze the subjects in advance in order to understand them well. Then, if necessary, they memorized them through making relationships between the new issues and the previously perceived ideas. One of the students said: *“If I read a book, I shall analyze it, memorization alone is in vain. I should analyze the materials in a way that I can understand them well; otherwise, memorization is not profitable” (p ۲).*

۴. *Interaction with others*: Students’ interaction with others in different fields leads to “role modeling” and “interpersonal participation” in addition to learning encouragement.

۴. *Interpersonal participation*: The students cooperatively discussed and negotiated with each other and shared their knowledge with others. They noted that they had learned so much from knowledge sharing and active participation in group discussions. In this regard, one of the students mentioned: “When we were in the ward with each other, two or three of us read something with each other and explained it to others. Well, it’s good and effective...Before the exam, we gathered and reviewed the important points that we guessed might be included in the exam togetherWell, when someone understands something better and explains it, you can learn it better” (p ۱).
۴. *Role-modeling*: The students selected the scholars and nurses with high levels of scientific knowledge and experience as their models, which motivated them to try harder for learning. One of the students said: “If the evil says go to sleep, I say no! For succeeding and reaching the higher models, if I’m shaky, I may not succeed. It causes me to put away that indolence” (p۶). Additionally, the students usually obtained the learning strategies from those who applied them effectively.

Conclusion :

According to the findings of this study, the M.Sc. nursing students performed different self-directed intellectual and experiential activities for promoting their learning. Also, in the challenging clinical environments, students’ perseverance and inquisitiveness played an important role in their SDL. Hence, post-graduate education must provide students with different training skills to enable them for lifelong learning in different situations. In addition, designing teaching strategies based on students’ learning preferences can promote students’ motivation and maximize their academic success.

Keywords :

Self-directed learning, Qualitative study, Nursing student

کد: ۱۱۸۹

حیطه: یاددهی و یادگیری

طراحی و تولید مقاطع کرونال مغز انسان با استفاده از رنگ آمیزی مولیگان جهت آموزش نورواناتومی

نویسندگان: مرجان بهداروندی، محمدعلی اطلسی، ابوالفضل اعظمی طامه

Introduction

با توجه اهمیت فهم نواحی مختلف مغز در درس نورواناتومی، ارتقای روش های تدریس نوین ضروری به نظر می رسد. یکی از این روش ها درگیر کردن عملی دانشجویان در روند یادگیری است. تهیه برش از نواحی مختلف مغز انسان با توجه به نواحی و هسته های مختلف، کمک شایانی را به بهبود یادگیری این درس می کند. اما عوامل مختلفی چون لزوم کار در سالن تشریح با محدودیت های موجود، لزوم نگهداری نمونه ها در فرمالین که ماده ای کارسینوژن بوده و تماس با آن مضر است، نرم بودن و شکننده بودن برش های مغزی و از بین رفتن آنها در حین آموزش و همچنین

عدم تفکیک بین هسته های مغزی و راهها باعث می شوند تا کار با نمونه های مغزی توسط دانشجویان عملا مشکل شود. بنابراین یافتن روش های یادگیری موثرتر بایستی مورد توجه واقع شود.

در فرآیند حاضر برش های سریال از مغز تهیه شد و پس از طی مراحل مختلف جهت تفکیک بهتر ماده خاکستری و سفید مغز رنگ آمیزی شدند. در نهایت در کاست های پلگسی گلاس که توسط مجریان تهیه می شود قرار داده شدند. مقاطع مغزی تولید شده به شکلی آماده شدند که هسته ها و بخش های مهم مغز قابل رویت باشند. با توجه به قیمت بالای مولاژ و غیر طبیعی بودن آن مقاطع رنگ آمیزی شده ی تولیدی در این فرایند می تواند جایگزین مناسبی باشد. حمل کاست های پلگسی گلاس مغز آسان بوده و نشکن هستند. با توجه به بسته بندی کامل مقاطع در کاست های پلگسی گلاس، محصول نهایی خشک و بدون بوی فیکساتیو بوده و براحتی برای آموزش در کلاس مورد استفاده قرار می گیرند.

Objectives:

هدف کلی: طراحی و آماده سازی مقاطع کروئال مغز انسان با استفاده از رنگ آمیزی مولیگان جهت آموزش نورواناتومی

اهداف ویژه / اهداف اختصاصی :

۱- طراحی، برش و مونتاژ کاست های پلگسی گلاس

۲- برش و رنگ آمیزی پایدار مقاطع مغز انسان

۳- تهیه اطلس رنگی و نام گذاری مقاطع مغزی در آن

Study Design

مدت مطالعه: یک سال

نوع مطالعه: تجربی

Sample Size

یک مغز انسان

Data Analysis

تشریح و فیکس مغز

مغز انسان در سالن تشریح خارج شده و مقدار ۵۰ سی سی فرمالین خالص توسط سرنگ به شریان بازیلار تزریق شد. مغز درون یک ظرف با حجم ۱۵ لیتر فیکساتیو بصورت معلق در محلول قرار گرفت. پس از شش ماه مغز از محلول فیکساتیو خارج شده و به مدت دو ساعت در جریان آب روان قرار گرفت تا برای مقطع زنی آماده شود.

برش نمونه ها

برای تهیه برش های سریال کرونا ل بدون اینکه نیمکره ها جدا شوند دو مقطع به ضخامت دو سانتی متر از قدامی ترین و خلفی ترین قسمت مغز زده شد. برش ها توسط چاقوی برش مغز و به صورت دستی زده شد و مقاطع وارد محلول فرمالین بافری شدند.

آمیزی رنگ

این رنگ آمیزی با تغییراتی در روش اصلاح شده Tompsett از رنگ آمیزی Mulligan صورت گرفت که روش Le Masurier یا واکنش Prussian blue نیز نامیده می شود. (۱)

محلول های A,B,C با فرمول زیر تهیه شدند

محلول A (محلول مولیگان):

- کریستال فنل ۵۰ گرم
- سولفات مس ۵ گرم
- اسید کلریدریک ۱,۲۵ میلی لیتر
- آب مقطر ۱۰۰۰ میلی لیتر

محلول B:

- کلرید آهن سه ظرفیتی ۱,۵ گرم
- آب مقطر ۱۰۰۰ میلی لیتر

محلول C:

- فروسیانید پتاسیم ۳ گرم
- آب مقطر ۱۰۰۰ میلی لیتر

نحوه انجام کار

۱. محلول A را گرم نموده تا دمای آن به ۶۰ تا ۶۵ درجه سانتی گراد برسد نمونه ها بمدت دو دقیقه در محلول A قرار می گیرند. طی این مرحله ماده خاکستری پررنگ تر می شود و در صورتیکه دمای محلول افت پیدا کند بایستی زمان را افزایش داد زیرا دمای محلول با زمان قرارگیری نمونه ها در آن رابطه معکوس دارد.
۲. نمونه ها بلافاصله بمدت یک دقیقه در آب صفر درجه قرار می گیرند.

۳. نمونه‌ها بمدت دو دقیقه در محلول B قرار می‌گیرند. در این مرحله ماده خاکستری با کلرید آهن واکنش می‌دهد و قهوه ای رنگ می‌شود. لازم بذکر است که این تغییر رنگ ممکن است زودتر یا دیرتر از زمان ذکر شده اتفاق بیفتد و به محض مشاهده تغییر رنگ بایستی نمونه ها را از محلول خارج کرد.

۴. نمونه‌ها بلافاصله بمدت پنج دقیقه در جریان آب سرد قرار می‌گیرند.

۵. نمونه‌ها بمدت یک تا چهار دقیقه در محلول C قرار می‌گیرند. در این مرحله که یون های آهن ماده خاکستری با یون های فروسیانید واکنش می‌دهند، ماده خاکستری به رنگ آبی در می‌آید. این واکنش سریع رخ می‌دهد و زمان در نظر گرفته شده (چهار دقیقه) بسته به تعداد نمونه ها در محلول و غلظت محلول تغییرپذیر است. پس در این مرحله بایستی دقت شود که مقطع زیاد رنگ نگیرند در غیر اینصورت ماده سفید نیز رنگ می‌گیرد.

نمونه‌ها بمدت یک شب (۱۲ ساعت) زیر جریان آب سرد قرار می‌گیرند. اگر رنگ نمونه ها کافی نباشد در اوایل این مرحله از آبی به سبز تغییر رنگ می‌دهند. در این حالت با اسیدی کردن آب می‌توان تا حدی از این پدیده جلوگیری کرد.

تهیه کاست و بسته بندی

صفحات پلگسی گلاس شفاف توسط لیزر برش داده شدند و مکعب هایی به نسبت اندازه مقاطع مغزی تهیه شدند. پس از قرار دادن هر برش در یک مکعب آن را از محلول فیکساتیو پر کرده و نهایتا درب بالایی مکعب بصورت کامل چسبانده شد و شماره هر برش و نوع آن روی صفحه درج شد. نمونه ها به مدت یک سال در معرض تابش نور آزمایشگاه قرار گرفتند تا از عدم رنگ پدیدگی برش ها و یا کدر شدن محلول اطمینان حاصل شود.

Results

مقاطع کروئال مغز به شکلی آماده شدند که هسته ها و بخش های مهم مغز قابل رویت باشند. با توجه به قیمت بالای مولاژ و غیر طبیعی بودن آن مقاطع رنگ آمیزی شده ی تولیدی در این فرایند می‌تواند جایگزین مناسبی باشد. حمل کاست های پلگسی گلاس مغز آسان بوده و نشکن هستند. با توجه به بسته بندی کامل مقاطع در کاست های پلگسی گلاس، محصول نهایی خشک و بدون بوی فیکساتیو بوده و براحتی برای آموزش در کلاس مورد استفاده قرار می‌گیرند.

Conclusion

طراحی مقاطع به صورت مناسبی انجام گردید و رنگ آمیزی مولیگان توانست ماده سفید و خاکستری مغز را به خوبی تفکیک نماید. همچنین تفکیک هسته های قاعده ای مغز به خوبی صورت گرفت و قابل شناسایی بود. نظرخواهی صورت گرفته از مدرسین و دانشجویان ارشد علوم تشریح دانشگاه رضایت آنها را از بکارگیری این مقاطع در آموزش نورواناتومی نشان داد.

پیشنهاد می‌گردد از این مقاطع در آموزش نورواناتومی استفاده گردد و می‌تواند جایگزین مناسبی برای مولاژها و تصاویر مشابه باشد.

Keywords

نورواناتومی، آموزش عملی، کاست مغز

کد: ۱۱۳۱

حیطه: یاددهی و یادگیری

اثربخشی تدریس گروهی همزمان درس زبان تخصصی برای دانشجویان پرستاری: ادغام راهکارهای فراشناختی

نویسندگان: امیرحسین خیرالهی، الهام توکلی توکلی، محمدرضا حیدری، مهدی آقاباقری.

Introduction:

یکی از رویکردهای جدید در تدریس دروس زبان تخصصی استفاده از شیوه تدریس گروهی همزمان است. بدین صورت که مطالب تخصصی با حضور همزمان دو استاد محتوا و زبان ارائه شده و هر کدام مباحث مربوط به خود را ارائه میدهند. بر اساس پژوهش های قبلی که توسط تیم پژوهش تدریس گروهی انجام گرفته است اثربخشی این روش محرز گردیده در این راستا به منظور افزایش اثربخشی این شیوه راهکارهای فراشناختی نیز میتوانند به عنوان مکمل آموزشی در پروتوکل تدریس قرار گیرند.

Objectives:

هدف اصلی از انجام پژوهش حاضر ادغام راهکارهای فراشناختی در پروتوکل تدریس گروهی همزمان و ارزیابی اثربخشی آن است.

Study Design:

مطالعه حاضر به توجه به نمونه در دسترس، دارا بودن گروه آزمون و کنترل و انجام مداخله برای دو گروه شبه آزمایشی است که ۲ نیم سال آموزشی طول کشیده است.

Study Setting:

با توجه به روش نمونه گیری و حجم آن، پژوهش حاضر در مورد کل دانشجویان دو ورودی پرستاری میبد اجرا گردیده است.

Participan:

در این پژوهش شبه آزمایشی تعداد ۵۷ نفر (شامل دو گروه از دانشجویان پرستاری میبد به عنوان گروه آزمون و شاهد) در پیش آزمون محقق ساخت (شامل واژگان، اجزای کلام، مترادف و متضاد، درک مطلب) منطبق با سرفصل های آموزشی شرکت کردند. در گروه شاهد، مطالب تهیه شده توسط تیم پژوهش به صورت تدریس گروهی همزمان ارائه شد؛ در گروه آزمون هم همان مطالب به شیوه تدریس گروهی همزمان ارائه گردید به اضافه اینکه کلیه راهکارهای فراشناختی بر اساس مدل املی و همکاران (۱۹۸۵) تدریس گردید. پس از یک ترم مداخله، شبیه پیش آزمون، پس آزمون محقق ساخت طراحی و اجرا گردید؛ به اضافه اینکه برای مشارکت کنندگان گروه آزمون، پرسشنامه استاندارد زنگ و سیفو (۲۰۱۳) در مورد استفاده از راهکارهای فراشناختی در درک مطلب قبل و بعد از مداخله اجرا گردید و سپس داده ها به کمک نرم افزار آماری SPSS تحلیل شد.

Sample Size:

از آنجا که نمونه گیری به صورت غیرتصادفی و نمونه در دسترس بوده است فرمولی برای محاسبه آن وجود ندارد.

Data Gathering Tool:

در ابزار متفاوت در جمع آوری داده ها مورد استفاده قرار گرفتند. پیش آزمون و پس آزمون محقق ساخت شامل واژگان، اجزای کلام، مترادف و متضاد، درک مطلب که پایایی هر دو با استفاده از آزمون الفا کرونباخ محرز گردید و روایی هر دو از نوع محتوایی با استفاده از نظر متخصصین

محرز شد. در مورد گروه آزمون اضافه به آزمون های مذکور پرسشنامه استاندارد زنگ و سیفو (۲۰۱۳) در مورد استفاده از راهکارهای فراشناختی در درک مطلب هم مورد استفاده قرار گرفت. در ضمن راهکارهای فراشناختی با استفاده از مدل املی و همکاران (۱۹۸۵) تدریس گردید.

:Data Analysis

آزمون تی مستقل نشان دهنده تفاوت معنادار آماری بین پس آزمون گروه های شاهد و آزمون بود که این امر میتواند به دلیل اضافه شدن تدریس راهکارهای فراشناختی در تدریس باشد. سپس با استفاده از آزمون تی زوجی پیش آزمون و پس آزمون هر گروه با خودش مورد مقایسه قرار گرفت که هرچند در دو گروه معنادار بود ولی در گروه آزمون ضریب بالاتری را نشان داد. نتایج تحلیل پرسشنامه نشان دهنده تفاوت معنادار آماری بین پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمون بود که این امر می تواند نشان دهنده تاثیر مثبت اضافه شدن تدریس راهکارهای فراشناختی در پروتوکل تدریس باشد.

:Results

سطح معنی داری ۰,۰۵ در نظر گرفته شد و در ادامه با توجه به آزمون های صحت نرمالیتی از جمله KS آزمون های پارامتریک مرتبط از جمله تی مستقل، تی زوجی و ضریب همبستگی پیرسون انجام گردید. با توجه به اینک اثربخشی تدریس گروهی در مطالعات پیشین توسط تیم پژوهش تدریس گروهی در دانشگاه علوم پزشکی یزد محرز گردیده بود در این مطالعه اثربخشی اضافه کردن تدریس راهکارهای فراشناختی در پروتوکل تدریس آزمون گردید.

Paired Samples Test

Sig. (۲- tailed)	df	t	Paired Differences				Mean	
			۹۵% Confidence Interval of the Difference		Std. Error Mean	Std. Deviation		
			Upper	Lower				
.۰۰۰	۲۴	-۱۰,۴۹۸	-۱۴,۹۷۵	-۲۲,۳۰۵	۱,۷۷۶	۸,۸۷۸	-۱۸,۶۴۰	MSQ_for_Reading_Prestest - MSQ_for_Reading_Posttest Pair ۱

:Conclusion

یافته های به دست آمده نشان گر این است که روش تدریس همزمان استاد زبان و محتوا نه تنها اثربخشی بالاتری نسبت به روش های دیگر دارد بلکه رضایت بیشتر دانشجویان را هم در پی دارد و اگر راهکارهای فراشناختی هم به آن اضافه شود میتواند اثربخشی چشم گیری داشته باشد.

:Keywords

روش تدریس گروهی همزمان، زبان تخصصی، راهکارهای فراشناختی، دانشجویان پرست

کد: ۱۰۷۱

حیطه: یاددهی و یادگیری

تدریس اقتضایی مبتنی بر راهبردهای یاددهی-یادگیری: کاربرد روش‌های سخنرانی، حل مسئله و مسئله‌مبنا در کارشناسی ارشد انگل‌شناسی

نویسندگان: فاطمه طباطبایی، مجتبی خواجه آزاد، فریبا محامد، فاطمه ملکی، محمدحسن کشاورزی، سحر بیات، سعیده هاشمی، مریم رودباری، شیرین قنواتی

Introduction

اصل اقتضایی بودن روش‌های تدریس همواره مورد تاکید صاحب‌نظران علوم تربیتی بوده است [۱۲-۱]. به رغم این واقعیت، اکثر پژوهش‌های موجود روش‌های تدریس را به طور مطلق مقایسه و برتری روش جدیدتر را بر روش سنتی گزارش نموده‌اند [۱۸-۱۳]. این مقاله چارچوبی ساده مبتنی بر عملکرد فعلی فراگیران و نقش آنان در فرآیند یادگیری برای انتخاب روش تدریس مناسب برای موقعیت‌های مختلف آموزشی ارائه می‌دهد. این چارچوب که آنرا الگوی پلکانی راهبردهای یاددهی-یادگیری می‌نامیم؛ علاوه بر کمک به اساتید برای انتخاب روش تدریس مناسب برای موقعیت‌های آموزشی متفاوت، امکان تحلیل بهتر مطالعات پیشین و شواهد متضاد در مقایسه روش‌های تدریس را نیز فراهم می‌آورد. دریفوس یک مدل پنج مرحله‌ای کسب مهارت شامل تازه‌وارد (Novice)، تازه‌کار (Beginner)، توانمند (Competent)، حرفه‌ای (Proficient) و خبره (Expert) ارائه نمود [۱۹]. کاراسیو و همکاران، با الهام از این مدل، یک مدل شش مرحله‌ای برای کسب مهارت بالینی شامل تازه‌وارد (Novice)، تازه‌کار پیشرفته (Advanced Beginner)، توانمند (Competent)، حرفه‌ای (Proficient)، خبره (Expert) و مسلط (Master) ارائه نمودند [۲۰]. در ادامه الگوی پلکانی راهبردهای یاددهی-یادگیری با اصلاحاتی در دو مدل فوق و ارجاع به مبانی فلسفه و روانشناسی تربیتی، به عنوان چارچوب نظری مطالعه تشریح شده است. راهبرد اول: مبتنی بر محتوا (Content Based) در اولین راهبرد یاددهی-یادگیری براساس مبانی فلسفه ماهیت‌گرایی (Essentialism)، هدف انتقال دانش به فراگیران است و فرآیند یادگیری کمتر مورد توجه قرار دارد. اساتید نقش اصلی را در انتقال دانش ایفا می‌کنند و مسئولیت دانشجویان حداکثر به پرسش و پاسخ برای یادگیری بهتر محدود می‌شود. تکنیک‌های پردازش اطلاعات در روانشناسی تربیتی و روش‌های تدریس سخنرانی، نقشه مفهومی، مباحثه سقراطی، مناظره و هر روش دیگری که در آن مفاهیم و اصول اولیه توسط مدرس به فراگیران تازه‌وارد (Novice) انتقال می‌یابد؛ در این راهبرد یاددهی-یادگیری قرار می‌گیرند [۲۳-۲۱]. راهبرد دوم: مبتنی بر تمرین (Exercise Based) راهبرد دوم یاددهی-یادگیری بیشتر با آموزه‌های پایدارگرایی (Perennialism) در فلسفه و رفتارگرایی در روانشناسی تربیتی متناسب می‌باشد [۲۳-۲۱]. در این نسل هر چند همچنان نقش اصلی در ارائه و انتقال دانش با استاد می‌باشد اما دانشجویان پس از تدریس باید فعالانه دانش را برای حل مسئله‌ای واقعی یا شبیه‌سازی شده بکار گیرند. به طور کلی الگوهای تدریس خانواده رفتاری و روش‌های تدریس حل مسئله، شبیه‌سازی، تدریس آزمایشگاهی، تدریس در مرکز مهارت‌های بالینی و هر روش دیگری که پس از تدریس، تمرین متناسب را برای فراگیران تازه‌کار (Beginner) تجویز نماید؛ در این راهبرد قرار می‌گیرند [۲۵-۲۴]. راهبرد سوم: مبتنی بر اکتشاف (Inquiry Based) راهبرد سوم یاددهی-یادگیری با مکتب پیشرفت‌گرایی (Progressivism) در فلسفه و نظریه شناختی در روانشناسی تربیتی هماهنگ است و یادگیری را فرایندی تولیدی توسط هر فراگیر می‌داند [۲۳-۲۱]. استاد دیگر انتقال دهنده دانش نیست؛ بلکه به عنوان راهنما، مشاور و محرک یادگیری نقش ایفا می‌کند. تحریک یادگیری با طرح مسئله‌ای مرتبط با دانش مورد نظر صورت می‌گیرد و دانشجویان در فرآیند یادگیری، به روش علمی واقعیت مربوطه را تجربه می‌کنند [۲۷-۲۶]. یادگیری مسئله‌مبنا، یادگیری اکتشافی، سمینار و هر روش دیگری که در آن دانشجویان به عنوان فراگیران پیشرفته (Advanced) خود باید دانش مرتبط با مسئله طرح شده توسط مدرس را یافته و فرابگیرند؛ از جمله روش‌های تدریس در این راهبرد یاددهی-یادگیری هستند [۲۹-۲۸]. راهبرد چهارم: مبتنی بر کار (Work Based) این راهبرد مبتنی بر مکتب عمل‌گرایی در فلسفه و نظریه‌های شناخت اجتماعی در روانشناسی تربیتی است [۳۰ و ۲۳-۲۱]. مواجهه با مسائل واقعی در محیط کار واقعی موجب می‌شود

دانشجویان بر مبانی نظری مورد نیاز در محیط پیچیده تسلط یابند. نظارت و راهنمایی اساتید همچنان ادامه دارد؛ اما ایفای نقش و مسئولیت در محیط واقعی دانشجویان را به فراگیران مسلط (Master) تبدیل می نماید. یادگیری مبتنی بر عمل، دوره های کارآموزی و کارورزی در این راهبرد یاددهی- یادگیری قرار دارند [۳۱]. راهبرد پنجم: مبتنی بر پژوهش (Research Based) پنجمین راهبرد یاددهی-یادگیری مرز میان عینیت گرایی و سازاگرایی در فلسفه و حذافصل همگرایی و واگرایی در روانشناسی تربیتی است [۲۳]. کاربرد این راهبرد در موقعیتهایی است که دانش متقنی وجود ندارد؛ بنابراین دانش جدید در مرز میان عینیت‌های موجود و فرضیه ذهنی فراگیر ساخته و فراگرفته می‌شود. در راهبرد سوم و چهارم مدرس جواب مسئله را می‌داند؛ اما به فراگیر اجازه می‌داد تا خود به روش علمی، پاسخ عینی مدنظر را کسب کند. اما در اینجا استاد نیز جواب مسئله را نمی‌داند و تنها می‌تواند به فراگیر کمک کند تا روش علمی حل مسئله را به درستی طی نماید. پروژه‌ها و پایان‌نامه در این راهبرد قرار می‌گیرند. حاصل تعامل نگرش ذهنی و دانش و مهارت عینی در یک پروژه پژوهشی، فراگیر توانمند (Competent) است [۳۲-۳۳]. راهبرد ششم: مبتنی بر صلاحیت (Competency Based) در این راهبرد بر مبنای آموزه‌های سازاگرایی و وجودگرایانه در فلسفه و الگوهای یاددهی-یادگیری فردی در روانشناسی تربیتی، استقلال فراگیران هم در موضوع و محتوا و هم در روش علمی کسب دانش و حل مسئله به رسمیت شناخته می‌شود [۲۱-۲۳]. وقتی صلاحیت فراگیر از نظر محتوایی و علمی در یک رشته و یا حوزه‌هایی از آن اثبات گردد؛ آنگاه راهبردهای یاددهی-یادگیری صلاحیت مبنای این امکان را فراهم می‌آورند تا او بتواند فرصت‌ها و تجربیات یادگیری خود را مطابق با نیازها، علایق، زمان و مکان مورد نظر خویش سازماندهی، اجرا و گزارش نماید. اساتید اهداف یادگیری را یادآوری نموده و یا فرصت‌های یادگیری جدید را پیشنهاد می‌دهند. اما فراگیر صاحب صلاحیت می‌تواند مبتنی بر شواهد علمی، نظر و تکنیک ویژه خود را حتی اگر در تضاد با نظر اساتید باشد؛ پیگیری نماید. این راهبرد در آموزش تخصصی برای تربیت حرفه‌ای (Proficient) کاربرد دارد. یادگیری خود راهبر، اقدام مبتنی بر شواهد و کارپوشه از جمله روش‌های یاددهی-یادگیری در این راهبرد می‌باشند [۳۴-۳۶]. راهبرد هفتم: مبتنی بر خبرگی (Expertise Based) این راهبرد با مکتب پدیدارشناسی در فلسفه و نظریه فراشناخت در روانشناسی تربیتی هماهنگ است [۲۳ و ۳۷-۳۹]. زمانی که فراگیر علاوه بر صلاحیت علمی، در یک رشته تخصصی صلاحیت حرفه‌ای نیز اخذ می‌کند؛ می‌تواند با استفاده از راهبردهای یادگیری مبتنی بر خبرگی، توانمندیهای خود را افزایش داده و عملکرد خویش را بهبود بخشد. شناخت و اقدام بر مبنای الگوی ذهنی (Pattern) در مقابل شناخت و اقدام بر مبنای تحلیل (Analysis)، تفاوت عمده عملکرد یک فرد خبره (Expert) با یک فرد حرفه‌ای می‌باشد. تسریع گذر از تحلیل به الگو کارویژه این راهبرد یاددهی-یادگیری است. الگوی ذهنی به عنوان محصول اختصاصی تجربه زیسته فردی مدام در حال تکامل است و یادگیری پایانی ندارد. کاربرد این راهبرد در توسعه مداوم حرفه‌ای است. کارورزی مبتنی بر خبرگی (Expertise Based Training)، بازخورد بر روی مدل‌های ذهنی (Mental Model Feedback) و تحلیل وظایف شناختی (Cognitive Task Analysis) از جمله روش‌های این راهبرد محسوب می‌شوند [۴۰-۴۳]. الگوی پلکانی راهبردهای یاددهی-یادگیری، علاوه بر انطباق بر سیر توسعه مبانی فلسفی و نظریه‌های روانشناسی تربیتی، در یک نگاه کلی تمام مراحل آموزش از فراگیر تازه‌وارد تا فراگیر خبره را با توجه به نقش فراگیر در یادگیری پوشش می‌دهند. بدین ترتیب نه تنها راهبردها و روش‌های یاددهی-یادگیری بلکه مبانی فلسفی و روانشناسی زیربنای آنها نیز -برخلاف عادت مرسوم- در تقابل با یکدیگر تعریف نمی‌شوند؛ بلکه پیوستاری هم‌افزا هستند که به اقتضای موقعیت فراگیر مورد استفاده قرار می‌گیرند. در الگوی پلکانی راهبردهای یاددهی-یادگیری با افزایش دانش و مهارت فراگیران تازه وارد در یک حیطه علمی، مسئولیت آنان در یادگیری خویش افزایش یافته و راهبردهای سطوح بالاتر کمک می‌کنند تا فراگیران به صورت مستقل‌تر و در شرایط واقعی‌تر و پیچیده‌تر یادگیری و رفتار نمایند. سطوح بالاتر راهبردها و روش‌های تدریس بتدریج فردی‌تر، کارآمدتر و نیز نیازمند هزینه، زمان و مهارت تدریس بیشتر هستند. تناسب راهبرد تدریس با مرتبه فراگیران عامل اصلی انتخاب روش تدریس است و پایش سیر رشد تدریجی فراگیران در یک حیطه علمی برای بکارگیری سطوح بالاتر راهبردهای یاددهی-یادگیری ضروری می‌باشد. این رویکرد وحدت‌گرایانه، سلسله‌مراتبی و منطبق بر سیر رشد تدریجی فراگیر به راهبردهای یاددهی-یادگیری با الهام از اصول وحدت سلسله‌مراتبی وجود، سنخیت وجود و علم، اتحاد عالم و معلوم و حرکت جوهری در حکمت متعالیه حاصل شده است [۴۴]. همچنین در این مکتب فلسفی سطوح دیگری از راهبردهای یاددهی-یادگیری مطرح هستند که در این مقاله نمی‌گنجد [۴۵]. پژوهش حاضر مطابق چارچوب نظری، به اقتضای جامعه آماری مطالعه (دانشجویان مرحله آموزشی کارشناسی ارشد انگل شناسی) سه روش تدریس سخنرانی، حل مسئله و مسئله‌مبنا را به نمایندگی از سه راهبرد اول یاددهی-یادگیری بررسی نموده است.

Objectives

این مقاله چارچوبی ساده مبتنی بر عملکرد فعلی فراگیران و نقش آنان در فرآیند یادگیری برای انتخاب روش تدریس مناسب برای موقعیت‌های مختلف آموزشی ارائه می‌دهد. این چارچوب که آنرا الگوی پلکانی راهبردهای یاددهی-یادگیری می‌نامیم؛ علاوه بر کمک به اساتید برای انتخاب روش تدریس مناسب برای موقعیت‌های آموزشی متفاوت، امکان تحلیل بهتر مطالعات پیشین و شواهد متضاد در مقایسه روش‌های تدریس را نیز فراهم می‌آورد پژوهش حاضر مطابق چارچوب نظری، به اقتضای جامعه آماری مطالعه (دانشجویان مرحله آموزشی کارشناسی ارشد انگل شناسی) سه روش تدریس سخنرانی، حل مسئله و مسئله‌مبنا را به نمایندگی از سه راهبرد اول یاددهی- یادگیری بررسی نموده است.

Study Design

این مطالعه یک مطالعه شبه تجربی (Quasi Experimental) با استفاده از طرح پژوهشی سنجش‌های مکرر در یک گروه آزمایشی (Single Group Repeated Measures Design) بود [۴۶].

Study Setting

جامعه آماری شامل ۱۳ دانشجو در دو دوره از مرحله آموزشی کارشناسی ارشد انگل شناسی دانشگاه علوم پزشکی ایران بود (۵ نفر ترم اول و ۸ نفر ترم سوم). با توجه به تفاوت دروس و مدرسین این دو دوره که امکان کنترل متغیرها برای مقایسه روش‌های تدریس را سلب می‌کرد؛ مطالعه تک گروهی در دوره ۸ نفره دانشجویان بهترین گزینه قابل انتخاب بود. براساس دیدگاه خبرگان، هیجده سرفصل درس انگل شناسی در قالب سه بسته هم‌ارز (از نظر دشواری، مدت تدریس، فاصله بین تدریس و آزمون) به صورت تصادفی به روش‌های تدریس اختصاص یافت جدول ۱- ترکیب های متفاوت محیط آموزشی و روش تدریس سرفصل / محیط آموزشی کلاس آزمایشگاه سرفصل ۱ و ۱۸ سخنرانی سخنرانی سرفصل ۲ و ۱۷ حل مسئله حل مسئله سرفصل ۳ و ۱۶ مسئله مبنا مسئله مبنا سرفصل ۴ و ۱۵ سخنرانی حل مسئله سرفصل ۵ و ۱۴ حل مسئله سخنرانی سرفصل ۶ و ۱۳ مسئله مبنا حل مسئله سرفصل ۷ و ۱۲ سخنرانی مسئله مبنا سرفصل ۸ و ۱۱ مسئله مبنا سخنرانی سرفصل ۹ و ۱۰ حل مسئله مسئله مبنا

Participan

مطابق جدول ۱ در کلاس، هر روش تدریس در ۶ سرفصل در مقاطع زمانی مختلف یک نیمسال تحصیلی تدریس و ارزیابی شد. همین وضعیت در آزمایشگاه نیز البته با ترتیب زمانی متفاوت انجام شد به نحوی که ترکیب روش‌های تدریس مکمل نظری و عملی سرفصل‌ها در کلاس و آزمایشگاه نیز معنادار و قابل تحلیل بود. در مجموع ۹ ترکیب متفاوت از روش‌های تدریس در دو محیط آموزشی کلاس و آزمایشگاه مورد استفاده قرار گرفتند (هر ترکیب در دو سرفصل استفاده شد). بدین ترتیب امکان تحلیل مجزا و ترکیبی نتایج در دو محیط کلاس و آزمایشگاه فراهم گردید

Sample Size

تعریف عملیاتی روش‌های تدریس براساس راهبردهای هفتگانه یاددهی- یادگیری در چارچوب نظری مطالعه بود. در کلاس درس، تدریس سخنرانی شامل ارائه درس توسط استاد و پرسش و پاسخ دانشجویان بود. روش حل مسئله شامل ارائه درس توسط استاد و سپس حل یک مسئله مرتبط توسط دانشجویان بود. تدریس مسئله‌مبنا شامل ارائه یک مسئله توسط استاد و کسب دانش مرتبط و حل مسئله توسط دانشجویان بود. در آزمایشگاه، تدریس به روش سخنرانی شامل تبیین نظری و انجام فرآیند توسط استاد و مشاهده و پرسش و پاسخ توسط دانشجویان بود. تدریس به روش حل مسئله نیز شامل تبیین نظری فرآیند توسط استاد و انجام فرآیند توسط دانشجویان بود. تدریس به روش مسئله مبنا نیز شامل تبیین مسئله توسط استاد و کسب دانش و انجام فرآیند توسط دانشجویان بود.

۴، عملکرد دانشجویان در «یادگیری حین تدریس» و همچنین کارآیی سه روش تدریس در کلاس درس و آزمایشگاه مستقل از جنسیت آنان بوده است. در جمع بندی یافته‌های این بخش می‌توان گفت که دانشجویان مستقل از جنسیت، در کلاس درس با روش‌های تدریس سخنرانی و مسئله مبنا و در آزمایشگاه با روش‌های تدریس مسئله مبنا و حل مسئله «یادگیری حین تدریس» بهتری داشته‌اند. بنابراین ترکیب روش‌های تدریس مناسب کلاس درس و آزمایشگاه برای یک سرفصل مشخص، یادگیری محتوا را تقویت می‌کند. ب- نتایج آزمون نظری و عملی کاربری دانش و مهارت: جدول ۳ نشان می‌دهد که دانشجویان در آزمون کاربری نظری به ترتیب در سرفصل‌هایی که به روش‌های سخنرانی، مسئله مبنا و حل مسئله تدریس شده بود؛ بیشترین نمرات را کسب کرده و تفاوت این سه روش معنادار بوده است ($P \text{ value} = 0.0036$). آزمون تعقیبی دان (s Multiple Comparison Test'Dunn) نیز ضعف معنادار روش حل مسئله را تایید نمود. اما در آزمون پایان ترم عملی دانشجویان به ترتیب در روش‌های تدریس مسئله مبنا، حل مسئله و سخنرانی بیشترین نمرات را کسب نموده‌اند؛ اما این سه روش تدریس تفاوت معناداری نداشته‌اند ($P \text{ value} = 0.2851$). همچنین طبق جدول ۴، در سرفصل‌های تدریس شده به روش حل مسئله خانم‌ها به صورت معنادار نمرات عملی پایین‌تری نسبت به آقایان داشته‌اند ($P \text{ value} = 0.017$). جدول ۳: نتایج آزمون «کاربست دانش و مهارت» به تفکیک روش‌های تدریس در کلاس و آزمایشگاه آزمایشگاه (کاربست مهارت) کلاس (کاربست دانش) جنسیت شماره دانشجو نمره کل (۱۵) مسئله مبنا حل مسئله سخنرانی نمره کل (۱۵) مسئله مبنا حل مسئله سخنرانی

زن	۲	۵	۲/۲۵	۵	۱۲/۲۵	۱/۷۵	۲/۷	۳/۲	۷/۶۵	۱	زن	۵	۴/۲۵	۵	۱۴/۲۵	۱/۷۵	۲/۷	۳/۲۵	۸/۲
زن	۹/۳۲۵	۵	۲/۲۵	۵	۲/۷۵	۳/۸۵	۹/۳	۴	۹/۳	۵	زن	۵	۱/۷۵	۵	۱۱/۷۵	۲/۷۵	۲/۷	۳/۲۵	۸/۲
مرد	۴/۲۲۵	۵	۴/۲۵	۵	۱۴/۲۵	۱/۷۵	۲/۷	۳/۲۵	۱۰/۲۲۵	۶	مرد	۵	۴/۲۵	۵	۱۴/۲۵	۱/۷۵	۲/۷	۳/۲۵	۴/۲۲۵

۴/۹۲۹ ۳/۶۰۷ ۴/۷۵ ۱۳/۲۹ ۲/۵ ۲/۸۵۶ ۳/۱۷۸ ۸/۵۳۴
میانگین ۴/۹۲۹ ۳/۶۰۷ ۴/۷۵ ۱۳/۲۹ ۲/۵ ۲/۸۵۶ ۳/۱۷۸ ۸/۵۳۴
استاندارد $P < 0.10 < P < 0.10 = P < 0.255 < P < 0.10 < P < 0.10 < P < 0.001 = P < 0.002 > p < 0.001 = P < 0.001$ آزمون نرمالیتی KS 0.0036 / 0.2851

آزمون فریدمن (Friedman) دانشجوی شماره ۵ در آزمون کاربری غایب بود. زیرا براساس مبانی اخلاق پژوهش، دانشجویان در ورود و ادامه مشارکت مختار بودند. براساس جداول ۳ و ۴ عملکرد دانشجویان در آزمون کاربری نظری به صورت معناداری بهتر از آزمون کاربری عملی بوده است. با توجه به مقایسه نتایج هر دانشجو با خودش در کلاس درس و آزمایشگاه و همچنین یافته‌های جدول ۴، این تفاوت بیشتر در سرفصل‌های تدریس شده به روش سخنرانی و مسئله مبنا دیده می‌شود. همچنین براساس گزارش جدول ۴، عملکرد دانشجویان در آزمون «کاربست» و همچنین کارآیی سه روش تدریس در کلاس درس و آزمایشگاه بجز در خصوص روش حل مسئله در آزمون عملی مستقل از جنسیت آنان بوده است. در جمع بندی یافته‌های این بخش می‌توان گفت که دانشجویان مستقل از جنسیت، در کلاس درس با روش‌های تدریس سخنرانی و مسئله مبنا و در آزمایشگاه با روش تدریس مسئله مبنا در «کاربست دانش» عملکرد بهتری داشته‌اند. جدول ۴: مقایسه نتایج عملکرد دانشجویان در کلاس درس و آزمایشگاه متغیرهای مورد بررسی مقایسه نتایج کلاس / آزمایشگاه استقلال نتایج از جنسیت (آزمون من ویتنی P Value) نوع آزمون (P Value)

کلاس	آزمایشگاه	«یادگیری حین تدریس»	در کل تی زوج	۰/۲۹۱	۰/۳۶۵	۰/۴۳۳
کلاس	آزمایشگاه	«یادگیری حین تدریس»	در حل مسئله تی زوج	۰/۱۹۵	۰/۶۴۳	۰/۴۴۲
کلاس	آزمایشگاه	«کاربست دانش و مهارت»	در کل تی زوج	۰/۰۰۱	۰/۱۴۲	۰/۱۸۰
کلاس	آزمایشگاه	«کاربست دانش و مهارت»	در حل مسئله و یلکوکسون	۰/۲۳۷	۰/۱۸۶	۰/۰۱۷
کلاس	آزمایشگاه	«کاربست دانش و مهارت»	در حل مسئله و یلکوکسون	۰/۲۸	۰/۳۸۶	۰/۴۵۶

پژوهش و در پایان نیمسال نظر دانشجویان در مورد روش تدریس مناسب برای کلاس و آزمایشگاه اخذ گردید. همه دانشجویان سخنرانی را مناسب ترین روش برای تدریس در آزمایشگاه عنوان نمودند. برای کلاس نیز دانشجویان شماره ۱، ۲، ۵، ۶ روش حل مسئله و دانشجویان شماره ۳، ۴، ۷ و ۸ روش مسئله مبنا را به عنوان مناسب‌ترین روش تدریس برگزیدند. بنابراین می‌توان گفت که دانشجویان استفاده از روش‌های تدریس جدید حل مسئله و مسئله مبنا را تنها برای واحدهای نظری مناسب می‌دانند.

Conclusion

محدودیت‌های ساختاری و اخلاقی همواره برای پژوهش‌های مداخله‌ای در محیط‌های آموزشی وجود داشته است. در این تحقیق تلاش شد تا با انتخاب طرح پژوهشی متناسب با این محدودیت‌ها، شرایط لازم برای انجام یک مطالعه مداخله‌ای شبه تجربی فراهم شود. مهمترین محدودیت دستیابی به بیشترین تعداد دانشجویان کارشناسی ارشد بود که دارای متغیرهای زمینه‌ای یکسان و یا قابل کنترل باشند. در طرح پژوهشی سنجش های مکرر در یک گروه آزمایشی، عملکرد دانشجویان به جای گروه کنترل مستقل با خودشان مقایسه می شود. این خصوصیت با کاهش منابع خطا و بسیاری از تهدیدهای متوجه اعتبار درونی، موجب افزایش توان آماری و روایی درونی مطالعه شده و نیازمند حجم نمونه کمتری است [۴۸-۴۶]. بنابراین برای مطالعه حاضر که به دلیل محدودیت‌های ساختاری، تامین بیش از ۸ دانشجوی دارای شرایط یکسان آموزشی ممکن نبود؛ این طرح پژوهشی مناسب به نظر می رسد. علاوه بر این از نظر اخلاقی نیز طرح یک گروهی موجب می شود که همه دانشجویان به طور یکسان از منافع روش‌های تدریس متعدد بهره‌مند شوند. با این وجود غیبت یکی از دانشجویان (جدول ۳)، بررسی تاثیر تهدید ریزش (Mortality threat) و همچنین تاثیر تهدید تاریخی (Historical threat) و بلوغ (Maturation threat) درباره نتایج آزمون کاربست را لازم می آورد. به علاوه تحلیل تاثیر تهدید آزمون (Testing threat) و خستگی (Fatigue) ناشی از سنجش مکرر پیش و پس آزمون نیز ضروری است [۴۶]. در طراحی پژوهش، استفاده از پرسش های کاربردی یا فرآیندی پیش و پس آزمون و تغییر آنها به تناسب سرفصل های متفاوت هر جلسه تدریس در جهت کاهش تاثیر تهدید آزمون بوده است. همچنین توزیع جلسات تدریس در طول نیمسال مطابق برنامه آموزشی و تعداد محدود و چهارگزینه ای بودن سئوالات پیش و پس آزمون، موجب مهار خستگی ناشی از سنجش مکرر گردید. در آزمون کاربردی نیز سئوالات تشریحی در مباحث نظری و آزمون عملکردی (OSPE) در مباحث عملی برای کاهش تاثیر تهدید تاریخی و بلوغ که بطور عمده سطوح پایین طبقه بندی بلوم را تحت تاثیر قرار می دهند؛ استفاده شد. همچنین از آنجا که تاثیر غیبت یکی از دانشجویان (براساس مبانی اخلاق پژوهشی دانشجویان برای ورود و ادامه فرایند پژوهشی مختار بودند) برای هر سه روش تدریس یکسان بوده است؛ تهدید ریزش نیز بر نتایج مطالعه تاثیر قابل ملاحظه ای نداشت. مهمتر از همه ثبات درونی و هم خوانی نتایج که تحلیل آنها در ادامه می آید؛ نشان دهنده عدم تاثیر انواع تهدیدهای فوق بر اعتبار درونی مطالعه است. هم خوانی نتایج «یادگیری حین تدریس» و «کاربست دانش» نشان می دهد که توانایی دانشجویان در «کاربست دانش» وابسته به «یادگیری حین تدریس» آنان است. هم در واحدهای نظری و هم در واحدهای عملی، سرفصل‌هایی که «یادگیری حین تدریس» بهتری داشته‌اند؛ بهتر نیز بکار گرفته شده اند. بنابراین ضروری است که مناسب ترین روش‌ها در یادگیری دانشجویان، جهت تدریس استفاده شوند. برای جامعه آماری این مطالعه، در واحدهای نظری به ترتیب روش‌های سخنرانی و مسئله‌مبنا و در واحدهای عملی به ترتیب روش‌های مسئله‌مبنا و حل مسئله عملکرد بهتری در «یادگیری حین تدریس» و «کاربست دانش» داشتند. دانشجویان در آزمایشگاه «یادگیری حین تدریس» بهتری نسبت به کلاس داشته‌اند؛ اما در «کاربست دانش» نتایج دانشجویان در سرفصل‌های نظری به صورت معناداری بهتر از سرفصل‌های عملی بوده است. به نظر می رسد این یافته مربوط به تفاوت دشواری آزمون‌ها در حیطه مهارت نسبت به حیطه دانش باشد. چرا که متغیر «یادگیری حین تدریس» در کلاس و آزمایشگاه با سئوالات چهارگزینه ای مطابق با سطح کاربرد و بالاتر در طبقه بندی بلوم برای حیطه دانش محاسبه شده است. متغیر «کاربست دانش» در مباحث نظری نیز با سئوالات تشریحی در سطوح کاربرد و بالاتر حیطه دانش محاسبه شده اما در سرفصل‌های عملی با آزمون OSPE و در سطح انجام مستقل مهارت در حیطه مهارت طبقه بندی بلوم محاسبه گردیده است. نحوه ارزشیابی و نمرات پایین دانشجویان در متغیر «کاربست دانش» در آزمایشگاه موجب احساس عدم رضایت آنان از تغییر روش تدریس در سرفصل‌های عملی شده است. چرا که اجماع نظر دانشجویان بر مناسب بودن روش سخنرانی در آزمایشگاه با مبانی تربیتی و نتایج عینی مطالعه ناهمخوان است. مطابق جدول ۳، در متغیر «کاربست دانش» دانشجویان در سرفصل‌های تدریس شده به روش سخنرانی در آزمایشگاه به نسبت روش‌های مسئله‌مبنا و حل مسئله کمترین نمرات را کسب نموده‌اند. بنابراین یافتن مناسب ترین روش تدریس و ارزشیابی در هر موقعیت آموزشی مهمترین عامل یادگیری فراگیران و کاربست دانش است. ژانکون دی پل (Janeeke Van de Pol) و همکاران در نظریه تدریس اقتضایی (Contingent Teaching) «عملکرد فعلی فراگیران» را مهمترین عامل انتخاب روش تدریس مناسب می دانند [۹-۱۱]. بدیهی است که در محیط پیچیده آموزشی عوامل دیگری نظیر تعداد و سطح فراگیران، نوع و حجم محتوا، مدت، زمان، مکان و امکانات تدریس و ... نیز در انتخاب مناسب ترین روش تدریس موثر هستند. الگوی پلکانی راهبردهای یاددهی- یادگیری با انتقال عامل «عملکرد فعلی فراگیران» به سطح راهبردی و تاثیر سایر عوامل در انتخاب روش‌های تدریس ذیل هر راهبرد، فرایند انتخاب روش تدریس را برای

مدرسین تسهیل نموده است. تحلیل یافته‌ها براساس این الگو به عنوان چارچوب نظری مطالعه، به سهولت نتایج غنی تری در اختیار قرار می‌دهد. در مجموع واحدهای نظری و عملی، روش تدریس مسئله‌مبنا بهترین عملکرد را داشت. براساس چارچوب نظری مطالعه، این یافته بیش از آنکه مربوط به خود روش تدریس باشد؛ معطوف به تناسب روش تدریس با سطح عملکرد آغازین فراگیران است. دانشجویان مرحله آموزشی دوره کارشناسی ارشد انگل‌شناسی با توجه به آموخته‌های قبلی، فراگیران پیشرفته محسوب می‌شوند. بنابراین راهبرد سوم یاددهی - یادگیری «مبتنی بر اکتشاف» بیشترین انگیزش و یادگیری را در این جامعه آماری ایجاد می‌کند. نوع و حجم درس و توانایی سخنرانی در انتقال محتوای زیاد در مدت محدود سبب برتری اندک سخنرانی در واحدهای نظری است. در واحدهای عملی که حجم درس کمتر و مسئله عینی‌تر است روش‌های مسئله‌مبنا و حل مسئله عملکرد بهتری از سخنرانی دارند. قبل از آنکه تدریس بطور کامل مسئله‌مبنا شود، لازم است فراگیران روش حل مسئله را در راهبرد «مبتنی بر تمرین» تجربه کنند. ارتقای نمرات یادگیری دانش و مهارت در حین دوره (جدول ۲)، نمرات بالای کاربریست دانش و نمرات ضعیف کاربریست مهارت در پایان دوره (جدول ۳) نشان می‌دهد که دانشجویان اکنون نیازمند بکارگیری راهبرد چهارم یعنی راهبرد «مبتنی بر کار» هستند. براساس این نتایج، هرچند دانشجویان در آزمایشگاه دانش انجام فرآیندهای تشخیصی را فراگرفته‌اند؛ اما هنوز تسلط کافی برای کاربریست دانش در حیطه مهارت را کسب ننموده‌اند. براساس الگوی پلکانی راهبردهای یاددهی - یادگیری، این تسلط با ایجاد فرصت یادگیری در محیط واقعی ایجاد می‌شود. اضافه شدن یک واحد کارورزی به این درس و یا تجمیع کارورزی دروس مشابه تا قبل از ورود به مرحله پژوهشی دوره کارشناسی ارشد (راهبرد پنجم) می‌تواند این فرصت را فراهم نماید. الگوی پلکانی راهبردهای یاددهی - یادگیری می‌تواند به تحلیل پژوهش‌های مشابه در مقایسه روش‌های تدریس نیز کمک کند. اکثر مطالعه‌های موجود روش‌های تدریس را به صورت مطلق مقایسه نموده و کمتر به اقتضایی بودن و تناسب آنها با موقعیت آموزشی و به‌ویژه شرایط فراگیران توجه کرده‌اند [۱۸-۱۳]. این پژوهش‌ها تنها بخشی از واقعیت شامل برتری یک روش تدریس بر دیگری را گزارش نموده‌اند. اما واقعیت مهمتر از واقعیت تفاوت سطوح راهبردهای یاددهی - یادگیری و روش‌های تدریس، تفاوت شرایط و مراتب فراگیران است که عدم توجه به آن سبب پراکندگی و حتی تضاد خواهد در مقایسه روش‌های تدریس شده است. سنگستانی و خطیبان در شهر همدان یک مطالعه شبه تجربی ۱۶ هفته‌ای پیش و پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و کنترل ناهمگون و حجم نمونه ۵۶ نفره (آزمایش ۲۲ و کنترل ۳۴ نفر) با روش نمونه‌گیری غیرتصادفی و هدفمند انجام دادند. آنها روش مسئله‌مبنا را در پیشرفت یادگیری و رضایت دانشجویان سال اول مامایی برتر از روش سخنرانی دانسته و خواستار جایگزین شدن روش مسئله‌مبنا در کل دوره شدند [۱۷]. این مطالعه در مجله آموزش پرستاری امروز (۳۳) ۲۰۱۳ به چاپ رسید؛ در شماره بعدی همین مجله (۳۴) ۲۰۱۴ مطالعه شبه تجربی ۱۶ هفته‌ای با طرح پژوهشی مشابه و حجم نمونه ۹۰ نفره (آزمایش ۴۶ و کنترل ۴۴ نفر) از چوی، لیندکویست و سانگ در دو شهر کره جنوبی (به منظور اجتناب از ارتباط دو گروه) منتشر شد. آنها گزارش کردند که پیامدهای یادگیری روش‌های تدریس مسئله‌مبنا و سخنرانی در دانشجویان سال اول پرستاری تفاوت معناداری نداشتند [۱۸]. شرایط فراگیران نه تنها در دو کشور، دو شهر، دو دوره، دو کلاس، دو محتوا و ... متفاوت است و روش تدریس متناسب را می‌طلبد؛ بلکه در یک کلاس و محتوا نیز به نسبت دانشجویان ضعیف و قوی و به تناسب رشد دانشجویان در طول دوره متفاوت می‌باشد [۵۲-۴۹]. با رشد یادگیری فراگیران یک کلاس، روش تدریس مناسب در ابتدا، وسط و انتهای دوره و بلکه برای هر جلسه تدریس نیازمند پایش و انتخاب مجدد است. این میزان پراکندگی و پیچیدگی را با مرورهای نظام‌مند و متاآنالیزها نیز نمی‌توان تحلیل نمود. بنابراین انتخاب روش تدریس مناسب بیش از شواهد بیرونی، به توانمندی اساتید در تحلیل موقعیت آموزشی خویش وابسته است. نتیجه گیری الگوی پلکانی راهبردهای یاددهی - یادگیری، چارچوب نظری ساده‌ای است که می‌تواند به اساتید برای انتخاب روش تدریس مناسب در موقعیت‌های آموزشی مختلف کمک نماید. برای موقعیت آموزشی مطالعه حاضر، با رشد یادگیری دانشجویان طی دوره، به تدریج استفاده از روش‌های تدریس سخنرانی، حل مسئله، مسئله‌مبنا و کارورزی توصیه می‌شود. پژوهش‌های آینده بهتر است با تعداد بیشتر مشارکت‌کنندگان و استفاده از روش‌های ارزشیابی متناسب با هریک از راهبردها و روش‌های تدریس انجام شوند.

Keywords:

تدریس، تحصیلات تکمیلی، انگل‌شناسی، سخنرانی، حل مسئله، مسئله مبنا

کد: ۱۰۷۶

حیطه: یاددهی و یادگیری

بررسی روایی و پایایی SCT-script concordance test در آموزش دستیاران گوش و حلق و بینی

نویسندگان: کامیار ایروانی، میترا امینی، آیدا دوستکام، مهناز ده بزرگیان، شیرین قنواتی

Introduction

مقدمه: اسکریپ ها در واقع شبکه ای از دانسته ها در ذهن افراد می باشند. این اسکریپ ها از شروع تحصیل پزشکی در ذهن دانشجویان پدید می آید و در دوران آموزشی بالینی و نیز پس از فارغ التحصیلی با افزایش تجربیات تعدیل و کامل می گردد. یکی از بهترین تستهایی می باشد که استدلال بالینی را اندازه گیری می کند. البته این تست به همراه سایر ابزارهای ارزیابی بالینی کمک کننده است و به تنهایی جایگزین آنها نمی گردد. در این تست در قسمت اول یک موقعیت بالینی (فرضیه) در زمینه تشخیص یا درمانی برای فراگیر مطرح میگردد. در قسمت دوم اطلاعات جدیدی به فراگیر داده می شود و خواسته می شود که اثر اطلاعات جدید را روی فرضیه بر اساس معیار پنج نقطه ای لیکرت مشخص نماید. نمره دهی بر اساس هماهنگی و همسویی جواب های فراگیران با جواب افراد خبره در آن رشته می باشد. مطالعات زیادی روی روایی و پایایی این تست در رشته های مختلف بالینی مثل رادیولوژی، رادیوتراپی و روماتولوژی انجام شده است. ولی مطالعه مشخص در حال حاضر در زمینه گوش حلق و بینی گزارش نشده است. هدف این مطالعه بررسی سودمندی SCT در ارزیابی استدلال بالینی در دستیاران گوش حلق و بینی می باشد.

Objectives

هدف کلی

تعیین روایی و پایایی SCT در ارزیابی استدلال بالینی دستیاران گوش حلق و بینی

اهداف اختصاصی

- تعیین روایی SCT در ارزیابی استدلال بالینی دستیاران گوش حلق و بینی
- تعیین پایایی SCT در ارزیابی استدلال بالینی دستیاران گوش حلق و بینی

هدف کاربردی

- استفاده از SCT بعنوان یکی از ابزارهای سنجش استدلال بالینی در دستیاران گوش حلق و بینی

فرضیات و یا سوالات

- SCT در ارزیابی استدلال بالینی دستیاران گوش حلق و بینی روایی قابل قبولی دارد.
- SCT در ارزیابی استدلال بالینی دستیاران گوش حلق و بینی پایایی قابل قبولی دارد.

:Study Design

مطالعه حاضر از نوع توصیفی - تحلیلی می باشد.

:Study Setting

نتایج بیان شده نتایج حاصل از اجرای طرح در کل جامعه است. چراکه کلیه دستیاران گوش و حلق و بینی بعنوان شرکت کنندگان طرح وارد مطالعه شدند.

:Participan

جامعه مورد مطالعه دستیاران گوش و حلق و بینی در تمامی رده ها می باشد که کلیه آنها (n=۲۶) بر اساس سرشماری وارد مطالعه گردیده اند. نمونه تست به آنها نشان داده شد و این نکته به آنان یاد آوری گردید که این امتحان هیچگونه تاثیری بر ارزیابی سالیانه و ارتقاء آنان ندارد.

:Sample Size

نمونه بصورت سرشماری گرفته شده و کل ۲۶ نفر دستیاران گوش و حلق و بینی وارد مطالعه شدند به همین علت نیازی به فرمول تعیین حجم نمونه نبود.

:Data Gathering Tool

سوالات توسط دو عضو هیات علمی و با همکاری کارشناسان مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی تهیه گردید. تعداد سوالات ۶۰ سؤال می باشد که در بیست (item) عنوان طراحی شد. سوالات در مورد بیماری های شایع گوش و بینی بودند که معیار نمره دهی نیز بر اساس معیار ۵ نقطه ای لیکرت بوده است. سوالات علاوه بر دستیاران توسط ۹ عضو هیات علمی در مراکز آموزشی دیگر نمره دهی شد. بیشترین امتیاز یک جواب یک می باشد که توسط اکثریت ۹ عضو هیات علمی (expert panel) انتخاب شده است. پایایی تست توسط ضریب آلفای کرونباخ سنجیده شد که بالای ۰/۸ بوده است.

:Data Analysis

آنالیز داده ها بر اساس spss version ۱۱,۰ انجام می گیرد. Item analysis بر اساس متد Sabers and Whitney انجام خواهد گرفت و item difficulty قابل قبول بین ۰,۳-۰,۸ می باشد و سوالات خارج از این مقدار حذف خواهد گردید.

:Results

میانگین نمرات بدست آمده ۶۸/۴±۵/۸ برای دستیاران و برای صاحب نظران برابر با ۷۸/۲±۶/۴ می باشد. تفاوت معناداری بین دو میانگین بدست آمده وجود داشت.(p>۰,۰۰۵)

:Conclusion

میانگین نمرات بدست آمده ۶۸/۴±۵/۸ برای دستیاران و برای صاحب نظران برابر با ۷۸/۲±۶/۴ می باشد. تفاوت معناداری بین دو میانگین بدست آمده وجود داشت.(p>۰,۰۰۵)

:Keywords

کلمات کلیدی: آموزش، روایی، پایایی، SCT.

کد: ۱۰۴۸

حیطه: یاددهی و یادگیری

بررسی مقایسه ای میزان آمادگی خودراهبری در یادگیری در دانشجویان پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی گیلان

نویسندگان: احسان کاظم نژاد، لیلا روحی بلسی، عطاالله اسدی لویه، رسول تبری خمیران، فاطمه زائر ثابت

Introduction

در دهه های اخیر، علوم در حال توسعه و فن آوری لازم برای ترویج دانش به روز رسانی و مهارت های انسان هاست. توسعه مهارت های یادگیری مادام العمر هدف اصلی از آموزش بزرگسالان در نظر گرفته شده است. در حال حاضر برای داشتن عملکرد موثر، سرمایه گذاری اجتماعی کافی و مهارت های یادگیری از جمله خودراهبری در یادگیری ضروری به نظر می رسد. هدف از این مطالعه مقایسه آمادگی یادگیری خودراهبر در دانشجویان پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی گیلان بود.

Objectives

هدف از این مطالعه مقایسه آمادگی یادگیری خودراهبر در دانشجویان پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی گیلان بود.

Study Design

جامعه پژوهش این مطالعه مقطعی از نوع توصیفی تحلیلی را دانشجویان پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی گیلان، تشکیل می دهند. در این مطالعه ۱۲۸ نفر (۹۲ نفر پرستاری و ۳۶ نفر مامایی) به روش نمونه گیری طبقه بندی تصادفی انتخاب شدند. جمع آوری اطلاعات از طریق خودگزارش دهی و پس از کسب رضایت آگاهانه و با استفاده از پرسشنامه ۲ بخشی شامل عوامل فردی-اجتماعی و پرسشنامه میزان "آمادگی خودراهبری در یادگیری" انجام گرفت. اطلاعات جمع آوری شده با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی (آزمون تی مستقل) تجزیه و تحلیل شدند.

Study Setting

از کل دانشجویان پرستاری و مامایی قسمتی از افراد به صورت طبقه بندی شده انتخاب شدند.

Participan

پس از هماهنگی با مسئولین آموزشی دانشکده های پرستاری و مامایی و برگزاری جلسات توجیهی و بیان اهداف پژوهش به دانشجویان پرستاری و مامایی در خصوص یادگیری خودراهبر و این که اطلاعات ارائه شده توسط دانشجویان کاملاً محرمانه بوده و نیازی به ثبت اسم و مشخصات دانشجویان در پرسشنامه نخواهد بود، پرسشنامه ها بین دانشجویان توزیع گردید. معیارهای ورود به مطالعه شامل اشتغال به تحصیل در ترم دوم و بالاتر در هر یک از مقاطع کارشناسی و ارشد و عدم اشتغال به کار تمام وقت بود.

Sample Size

حجم نمونه بر اساس فرمول کوکران با اطمینان ۹۵ درصد به تعداد ۱۲۸ نفر از کلیه دانشجویان رشته های پرستاری ۹۲ نفر و مامایی ۳۶ نفر تعیین شد.

Data Gathering Tool

ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش، پرسشنامه ای مشتمل بر دو بخش اطلاعات فردی-اجتماعی و پرسشنامه میزان «آمادگی خودراهبری در یادگیری» بود که به روش خود گزارش دهی تکمیل شد. پرسشنامه آمادگی خودراهبری در یادگیری در سال ۱۹۷۷ توسط Guglielmino و در رساله دکترای وی در دانشگاه جورجیا تدوین و برای کاربرد در گروه های بزرگسالان ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۵۸ گویه با طیف پنج درجه ای لیکرت (کاملاً موافقم=۱ تا ۵=کاملاً مخالفم) بود و ۸ مولفه گشودگی بر روی فرصت های یادگیری، خودپنداره به عنوان یک فراگیر اثربخش،

عشق به یادگیری، خلاقیت، جهت گیری مثبت به آینده، ابتکار و استقلال در یادگیری، قابلیت استفاده از مهارت‌های اساسی مطالعه و یادگیری، قبول مسئولیت نسبت به یادگیری را در بر می‌گیرد. امتیازدهی آن به این صورت بود که امتیاز ۱۸۸-۵۸ نمایانگر سطح پایینی از آمادگی برای خود یادگیری، امتیاز ۲۰۵-۱۸۹ نمایانگر سطح میانه (مناسب) از آمادگی برای خود یادگیری و امتیاز ۲۰۶-۲۹۰ نمایانگر سطح بالایی از آمادگی برای خود یادگیری بود. میزان آمادگی برای خود یادگیری مجموع امتیازی بود که از نحوه ی پاسخگویی واحدهای مورد پژوهش به سوالات پرسشنامه ۸ مولفه ای حاصل شده بود. امتیاز هر دانشجو برای حیطه ها برطبق امتیاز پایین، متوسط و بالا در حیطه مربوطه طبقه بندی شد. روایی محتوایی و پایایی ($\alpha=0/94$) آن در مطالعه نادی و همکاران تایید شده بود.

Data Analysis

اطلاعات حاصل از این پژوهش با استفاده از نرم افزار آماری SPSS.Ver.۲۱ و آزمون‌های آماری توصیفی و استنباطی میانگین، انحراف معیار، ضریب همبستگی اسپیرمن با اطمینان ۹۵ درصد تجزیه و تحلیل شدند.

Results

یافته های این مطالعه نشان داد که اکثر نمونه ها مونث (۷۹/۷٪)، مجرد (۸۲٪) و در مقطع کارشناسی (۷۸/۹٪) بودند. میانگین سنی واحدها ۲۳/۱۲±۴/۰۲ سال و میانگین معدل جاری آنها ۱۶/۳۸±۱/۳۰ بود. هم چنین نشان داده شد که میانگین نمره آمادگی یادگیری خود راهبر با رشته تحصیلی ارتباط معنی داری داشت ($P=0,011$), به طوری که دانشجویان رشته مامایی نسبت به دانشجویان پرستاری میانگین آمادگی یادگیری خود راهبر بالاتری داشتند (۱۹۶/۸۸ VS ۱۹۹/۸۵).

Conclusion

با توجه به نتایج، توجه به برنامه مدون برای ترویج این مهارت در دانشجویان و همچنین شرکت در کارگاه آموزشی، تطبیق اصول در دوره درس و انتخاب روش مناسب، برای دانشجویان لازم است.

Keywords

یادگیری، دانشجویان، آموزش پزشکی

کد: ۱۰۶۱

حیطه: یاددهی و یادگیری

یاددهی یادگیری چالش های اخلاقی در بالین از طریق سناریو نویسی و گزارش موارد

نویسندگان: لیلا جویباری

Introduction

بیان مسئله (ضرورت انجام و اهمیت اهداف انتخابی را ذکر کنید)

اخلاق به عنوان عنصر اساسی همه حرفه های مرتبط با سلامتی از جمله پرستاری می باشد (سنجری، ۲۰۰۸). اخلاق حرفه ای هنجارهای قانونی یا استانداردهایی که بر رفتار حرفه ای با هم مددجو و هم غیر مددجو، حاکم است (کوهن، ۲۰۰۶). در واقع اخلاق حرفه ای به الزامات حرفه در قبال کسانی که به آنها خدمت ارائه می شود، اشاره دارد (لیاشنکو، ۲۰۰۴). ماموریت پرستاری ارائه مراقبت با کیفیت بالا و حفظ سلامت جامعه است (جولایی، ۲۰۱۰). از دیدگاه اخلاقی و فلسفی، اخلاق پرستاری مستلزم استفاده از تفکر انتقادی و استدلال منطقی در عملکرد بالینی و بر اساس ارزشها است (وینسن، ۲۰۰۰).

حرفه ی پرستاری از جمله علوم است که هم در گذشته و هم در آینده دارای جنبه های اخلاقی فراوان و مثال زدنی است. اخلاق پرستاری شاخه ای از اخلاق پزشکی است که تحت تاثیر پیشرفت های این رشته قرار گرفته است. تحولات دنیای کنونی دربر گیرنده ی ویژگی هایی است که نیاز به رویکرد اخلاق در حرفه های مرتبط با پزشکی را ضرورتی انکار ناپذیر کرده است. نتیجه این تغییر را به وضوح می توان ناکار آمدی نظام سنتی ارائه خدمات سلامت دانست (برهانی، ۱۳۸۸). می توان گفت سنگ بنا و اصل اصیل در انجام مراقبت های پرستاری شایسته ی جامعه امروز و دنیای آینده تربیت پرستارانی است که واجد اخلاق حرفه ای باشند (برهانی، ۱۳۸۹). این موضوع نه تنها در کشور ما بلکه در سایر کشورهای پیشرفته هم مطرح است. تردیدی نیست که دانشکده های پرستاری نقش مهمی در توسعه و تربیت صلاحیت های پرستاران هم از نظر فنی و هم از نظر اخلاق حرفه ای دارند. سؤال فرا روی نظام آموزش پرستاری این است که با چه رویکردهایی می توان بهترین بازده را در این زمینه به دست آورد یا به عبارت دیگر، وظیفه آموزشی این نهادها چیست و این وظیفه چگونه صورت می پذیرد.

بستانی (۱۳۹۴) به نقل از Rich و Butts (۲۰۱۵) می نویسد انجمن پرستاران آمریکا در ارتباط با کد اخلاقی پرستاران، امیدوار بود که ماهیت اخلاق حرفه ای در آموزش پرستاری نیز نهادینه شود. آموزش اخلاق به دانشجویان پرستاری آنها را به سمت ارائه مراقبت بهتر، در هنگام مواجهه با چالش های اخلاقی هدایت می کند. اغلب دانشجویان پرستاری دروس رسمی را در زمینه اخلاق دریافت می کنند که می تواند در عملکرد بالینی آنان نمود یابد. قرار دادن دوره های آموزش رسمی با هدف ارتقا اخلاق پرستاری، توانایی استدلال و حساسیت اخلاقی را افزایش می دهد و فراگیران قادر خواهند بود به تبادل اندیشه با همتایان و اساتید در مورد تصمیم گیری اخلاقی و تحلیل پیامدهای آن بپردازند. معلمین پرستاری مسئولیت آموزش تئوری و عملی و به کارگیری آن ها را در محیط های بالینی دارند (بستانی، ۱۳۹۴). از کلاس و آزمایشگاه شبیه سازی شده به عنوان محیطی ایمن برای افزایش شایستگی های اخلاقی دانشجویان در شناسایی چالش های اخلاقی یاد می شود (کانرتس، ۲۰۱۴). در برنامه بازنگری شده دوره کارشناسی پرستاری درس اخلاق حرفه ای و مهارت های ارتباطی به کوریکولوم این مقطع تحصیلی افزوده شده است در حالی که دانشجویان مقطع کارشناسی ارشد پرستاری ویژه، با مباحث اخلاقی آشنا نمی شوند و علی رغم حساسیت کار در این گروه از فراگیران به دلیل محیط کاری آتی آنان (بخش هایی که بیشترین چالش های اخلاقی در آنجا رخ می دهد) آنان واحد رسمی در باره اخلاق حرفه ای ندارند. به طور کلی اگرچه گروهی از دانشجویان در دوران تحصیل خود، درس اخلاق را به عنوان واحد آموزشی می گذرانند، اما عملکرد در محیط بالینی نشان دهنده عدم صلاحیت لازم و کافی در تصمیم گیری اخلاقی است در یک بررسی، ۴۷ درصد دانش آموختگان پرستاری اظهار داشتند محتوای اخلاقی در برنامه های پرستاری بر تصمیم گیری اخلاقی شان اثر زیادی داشته است اما فقط در ۲۳ درصد موارد از چارچوب یا مدل اخلاقی برای تحلیل و حل معضلات اخلاقی در محیط بالینی استفاده کردند (گول، ۱۹۸۹). به نظر می رسد آموزش ها برای افزایش توانایی تصمیم گیری اخلاقی

پرستاران ناکافی است. از این رو تغییر در محتوای و شیوه تدریس اخلاق حرفه ای ضروری است. در یک مرور کتابخانه ای اجزا و استراتژی هایی که تصمیم گیری اخلاقی را در مواجهه با مشکلات اخلاقی تسهیل می کرد، بررسی شدند. ۱۹ مطالعه از شرایط ورود به مطالعه برخوردار بودند. سه مضمون شناسایی شد: عوامل بیرونی موثر بر تصمیم گیری اخلاقی در پرستاری، عوامل فردی تصمیم گیری اخلاقی در پرستاری و استراتژی های تصمیم گیری اخلاقی در پرستاری. پرستاران به استفاده از راهبردهایی که حساسیت اخلاقی را در آنها افزایش دهد، توانایی و صلاحیت اخلاقی را افزایش دهد، نیاز دارند تا بتوانند از این مهارت ها برای اخذ تصمیمات اخلاقی و ارائه مراقبت با کیفیت بالاتر، بهره مند شوند. (نورا، ۲۰۱۶).

یادگیری مبتنی بر مورد Case Based Learning یا آموزش مبتنی بر مورد یکی از شیوه های بسیار قدیمی آموزشی است که باعث تقویت یادگیری فعال در دانشجویان شده و آنها را برای ارائه مراقبت در موقعیت های چالش برانگیز آشنا می سازد. این روش برای نخستین بار در دانشگاه هاروارد معرفی و در رشته های مختلف به عنوان روش تدریس و برای حل مسأله و تصمیم گیری استفاده شد (کارانجام، ۱۳۹۴). "آموزش مبتنی بر مورد" در رشته های مختلف از جمله اخلاق به عنوان ابزار موثر آموزشی استفاده شده است. اما ارزش یادگیری مبتنی بر مورد در آموزش اخلاق به دلیل کیفیت مورد استفاده شده، کاملاً متفاوت بوده است. محتوای مورد (content) به طور قابل ملاحظه ای بر توانایی آموزش اخلاق برای افزایش دانش حاصل از آن و انتقال دانش به موقعیت های دیگری که نیازمند تصمیم اخلاقی است، اثر می گذارد. در یک بررسی دو حیطه محتوای مورد و پیامدهای آن (outcome) بررسی شدند. پیچیدگی یا علت (cause) و پیامد در دو مورد اخلاقی طی مدت آموزش اخلاق دستکاری شد. نتایج نشان داد قرار دادن اطلاعات در مورد به طوری که آن را شفاف سازد، علل ساده باشد و پیامدهای منفی را نشان دهد منجر به درک بهتر اخلاقی و تصمیم گیری اخلاقی می شود (جانسون، ۲۰۱۲). آموزش مبتنی بر مورد یک شیوه آموزش و یادگیری است که حول یک مورد تهیه شده و مشخصه آن استفاده از ابزار آموزشی "مورد" است در واقع این روش فرصتی برای تمرین موارد واقعی در موقعیت امن و بی خطر فراهم می آورد و سبب پذیرش نقش و مسؤلیت و ایجاد تصمیم گیری در فراگیران می گردد (کارانجام، ۱۳۹۴).

با توجه به پیچیده شدن آموزش پزشکی، محیط های بالینی متنوع، طرح تحول نظام آموزشی، بسته آموزشی اخلاق حرفه ای، ... رویکردهای آموزشی در دانشگاه ها بایستی به گونه ای باشند که هم متناسب با نیازهای جامعه و دانش علمی هر رشته باشد و هم قابلیت علمی و مهارتی و صلاحیت های حرفه ای و اخلاقی فراگیران را ارتقا دهد تا دانش آموختگان رشته های علوم پزشکی بتوانند نقش های حرفه ای خود را در محیط های بالینی به خوبی ایفا نمایند.

هدف از این فرایند آموزشی، استفاده از گزارش مورد اخلاقی واقعی و نوشتن و ارائه آن در درس اخلاق پرستاری دانشجویان مقاطع کارشناسی و کارشناسی ارشد بوده است.

Objectives:

هدف کلی

- یادگیری چالش های اخلاق حرفه ای پرستاری در بالین از طریق تدوین گزارش مورد اخلاقی

اهداف ویژه/اختصاصی

۱. استخراج چالش های اخلاقی در بالین به عنوان موضوع توسط دانشجویان
۲. تدوین چالش های اخلاقی در قالب گزارش مورد توسط هر دانشجو
۳. ارائه گزارش مورد در کلاس، کارگاه و انتشار آن (همایش و مجلات)
۴. تعیین میزان رضایت دانشجویان از آموزش اخلاقی از طریق ارائه گزارش

Study Design:

شرح مختصری از فعالیت صورت گرفته را بنویسید (آماده سازی، چگونگی تجزیه و تحلیل موقعیت و تطبیق متدولوژی، اجرا و ارزشیابی را در این بخش بنویسید)

این فرایند در دو مقطع کارشناسی و کارشناسی ارشد پرستاری صورت گرفت.

۱، ۲- مرحله آماده سازی، تجزیه و تحلیل موقعیت:

۱. نیازسنجی در خصوص دانش و مهارت اخلاقی دانشجویان صورت گرفت (از طریق پرسشنامه و طرح های تحقیقاتی در دوره ها و گروه های مختلف دانشجویی). / نیازسنجی از دانش آموختگان
۲. تشکیل جلسه و مطرح نمودن نتایج ارزیابی های به عمل آمده، نواقص موجود، ضعف در یادگیری و موثر نبودن برخی از شیوه های جاری و ضرورت بازنگری در بخشی از برنامه های کوریکولوم عملی
۳. اساتید توانایی خود را در زمینه اخلاق حرفه ای به روز نمودند (از طریق شرکت در کارگاه، مرور مقالات و کتب اخلاق پزشکی، گذراندن دوره های بازآموزی)،
۴. جستجو برای یافتن رویکردهایی که سبب ارتقاء تفکر نقادانه فراگیران می گردد و تهیه لیستی از رویکردهای توصیه شده
۵. انتخاب " تدوین گزارش مورد اخلاقی واقعی " برای کار عملی دانشجویان در درس اخلاق حرفه ای
۶. تهیه محتوای آموزشی الکترونیک
۷. تدوین طرح درس، مشخص نمودن محتوا، نحوه تدریس، نحوه ارزشیابی، منابع، کار عملی
۸. تهیه لاگ بوک درس اخلاق حرفه ای
۹. ایجاد کانال تلگرام اخلاق برای دانشجویان و ارتباط با استاد

۲، ۳- مرحله اجرا و ارزشیابی

مرحله اجرا

۱. در این فرآیند آموزشی مراحل یاددهی یادگیری، آمیزه ای از یادگیری های انفرادی، گروهی، بحث در گروه، استفاده از آموزش الکترونیک و آموزش مجازی، نوشتن پروپوزال اخلاق حرفه ای و اجرای آن آرایه به صورت گروهی (دانشجویان کارشناسی)، نوشتن سناریوهای اخلاقی و تحلیل آن در قالب لاگ بوک و تهیه گزارش مورد اخلاقی واقعی از محیط بالینی و ارائه به صورت فردی (دانشجویان کارشناسی ارشد) بوده است
۲. در مرحله اجرا، استاد در اولین جلسه درس دانشجویان کارشناسی، طرح درس را در اختیار دانشجویان قرار داد. اهداف دوره، نحوه تدریس و مشارکت دانشجویان، انتظارات، ارزشیابی مشخص شد. گروه بندی صورت گرفت، برای هر گروه یک سر گروه بر اساس صلاحیت های دانشجو تعیین گردید. در گروه دانشجویان کارشناسی ۲۰ درصد فعالیت های انفرادی و ۸۰ درصد به صورت گروهی (small group) حداکثر تعداد ۵ نفر بودند) در نظر گرفته و اجرا شد.
۳. برای گروه دانشجویان کارشناسی ارشد فعالیت های یادگیری ۸۰ درصد به صورت انفرادی و ۲۰ درصد به صورت اشتراکی بوده است.
۴. در گروه کارشناسی هر جلسه به دانشجویان برای یافتن چالش اخلاقی در بالین آموزش داده شد، هر جلسه استاد حداقل سه مورد اخلاقی واقعی را مطرح می کرد، دانشجویان در گروه های کوچک (با توجه به تعداد دانشجویان ۶ گروه پنج نفره تشکیل شد) به بحث در باره موارد اخلاقی با توجه به دانش فراگرفته تا آن جلسه از درس می پرداختند.

۵. کانال تلگرامی اخلاق حرفه‌ای که توسط استاد ایجاد شده بود (به طور مجزا برای دانشجویان کارشناسی و کارشناسی ارشد) به دانشجویان معرفی گردید. دانشجویان در صورت تمایل عضو کانال می شدند.
۶. محتوای دروس قبل از هر جلسه در کانال اخلاق حرفه‌ای قرار داده می شود.
۷. متناسب با هر مبحث موردهای اخلاقی واقعی و مرتبط با درس در کانال قرار داده می شود.
۸. برای هر گروه از دانشجویان ساعت خارج از کلاس برای مشاوره تعیین شد و تمامی دانشجویان حداقل پنج نوبت مشاوره خارج از کلاس برای چگونگی تدوین گزارش مورد اخلاقی دریافت نمودند.
۹. تحلیل سناریوهای اخلاقی در بالین به دانشجویان آموزش داده شد (تمامی فایل‌ها در کانال قرار داده شد).
۱۰. مراحل تدوین یک سناریوی اخلاقی یا گزارش مورد اخلاقی به فراگیران آموزش داده شد.
۱۱. هر یک از دانشجویان نسخه اولیه گزارش مورد را (چرکنویس draft) برای استاد ارسال می کردند (تمام موارد به صورت الکترونیک صورت می گرفت)
۱۲. در مرحله دوم برای پیدا کردن چالش‌های مراقبتی و اخلاقی در گزارش مورد دانشجو مورد حمایت و راهنمایی قرار می گرفت. در این مرحله دانشجو می توانست با ارائه کار خود در کلاس از نظر هم‌تایان خود نیز برخوردار شود.
۱۳. در مرحله سوم مقدمه‌ای برای گزارش مورد نوشته می شد.
۱۴. در مرحله چهارم پس از شناسایی چالش اخلاقی، مراقبتی، بالینی در مورد (case)، با بررسی متون، بحث نوشته می شد.
۱۵. گزارش مورد اخلاقی در کلاس ارائه می شد و دانشجویان از بازخورد استاد و هم‌تایان نیز در این مرحله برخوردار شدند.
۱۶. نمونه‌هایی از سناریوها و تحلیل‌های آن که توسط دانشجویان تهیه شده بود و در لاگ بوک اخلاق مکتوب گردید توسط استاد بازخورد دریافت داشت و در کلاس نیز ارائه شد و توسط هم‌تایان مورد بحث قرار گرفت.

مرحله ارزشیابی

برای ارزیابی این رویکرد خلاقانه آموزشی (سناریو، لاگ بوک، یادگیری در گروه کوچک، آموزش الکترونیک) از روش مصاحبه نیمه ساختار فردی استفاده شد. ابزار گردآوری داده‌ها سوالات باز پاسخ بوده‌اند که توسط استاد این درس در پایان هر دوره مطرح می شد و از دانشجویان خواسته می شد تا خود و کلاس را مورد قضاوت قرار دهند.

دانشجویان مختار بودند تا ارزیابی را به صورت حضوری در دفتر کار استاد و مصاحبه بیان نمایند و یا از طریق الکترونیک نظر خود را ارسال نمایند.

برای تحلیل داده‌ها از رویکرد تحلیل محتوای کمی استفاده شد.

نتیجه حاصل از ارزیابی‌های به عمل آمده در طی مدت اجرای فرآیند حاکی از آن است که دانشجویان کارشناسی ارشد به دلیل تجربه بالینی زیادی که دارند (همه آنها پرستاران شاغل در محیط‌های بالینی هستند) به خوبی قادر به درک معضلات اخلاقی و تصمیم‌گیری‌های اخلاقی هستند، تکالیف یادگیری را بسیار جذاب می‌دانند، و این رویکرد را تلنگری برای نگاهی دوباره به محیط بالین و رویدادهای آن ذکر کردند.

دانشجویان کارشناسی پرستاری به دلیل مواجهه کم با بالین، علی‌رغم مفید دانستن شیوه آموزش، درک مباحث اخلاقی برای آنان به راحتی مقدور نیست و بیشترین تصور آنان از اخلاق، خطاهای بالینی است. اگرچه سطح مباحث ارائه شده در دوره کارشناسی بسیار ساده‌تر و محدودتر بوده است.

هر دو گروه از دانشجویان از رویکرد آموزش با استفاده از شیوه های الکترونیک و مجازی بسیار استقبال کردند و در اختیار داشتن محتوای آموزشی قبل از کلاس، در دسترس بودن استاد برای مشاوره به صورت آنلاین در تمام ایام هفته را یکی از مزایای این روش نام بردند.

شرح مختصری از فعالیت صورت گرفته را بنویسید (آماده سازی، چگونگی تجزیه و تحلیل موقعیت و تطبیق متدولوژی، اجرا و ارزشیابی را در این بخش بنویسید)

این فرایند در دو مقطع کارشناسی و کارشناسی ارشد پرستاری صورت گرفت.

۱، ۲- مرحله آماده سازی، تجزیه و تحلیل موقعیت:

۱. نیازسنجی در خصوص دانش و مهارت اخلاقی دانشجویان صورت گرفت (از طریق پرسشنامه و طرح های تحقیقاتی در دوره ها و گروه های مختلف دانشجویی). / نیازسنجی از دانش آموختگان
۲. تشکیل جلسه و مطرح نمودن نتایج ارزیابی های به عمل آمده، نواقص موجود، ضعف در یادگیری و موثر نبودن برخی از شیوه های جاری و ضرورت بازنگری در بخشی از برنامه های کوریکولوم عملی
۳. اساتید توانایی خود را در زمینه اخلاق حرفه ای به روز نمودند (از طریق شرکت در کارگاه، مرور مقالات و کتب اخلاق پزشکی، گذراندن دوره های بازآموزی).
۴. جستجو برای یافتن رویکردهایی که سبب ارتقاء تفکر نقادانه فراگیران می گردد و تهیه لیستی از رویکردهای توصیه شده
۵. انتخاب " تدوین گزارش مورد اخلاقی واقعی " برای کار عملی دانشجویان در درس اخلاق حرفه ای
۶. تهیه محتوای آموزشی الکترونیک
۷. تدوین طرح درس، مشخص نمودن محتوا، نحوه تدریس، نحوه ارزشیابی، منابع، کار عملی
۸. تهیه لاگ بوک درس اخلاق حرفه ای
۹. ایجاد کانال تلگرام اخلاق برای دانشجویان و ارتباط با استاد

۲، ۳- مرحله اجرا و ارزشیابی

مرحله اجرا

۱. در این فرآیند آموزشی مراحل یاددهی، یادگیری، آمیزه ای از یادگیری های انفرادی، گروهی، بحث در گروه، استفاده از آموزش الکترونیک و آموزش مجازی، نوشتن پروپوزال اخلاق حرفه ای و اجرای آن ارایه به صورت گروهی (دانشجویان کارشناسی)، نوشتن سناریوهای اخلاقی و تحلیل آن در قالب لاگ بوک و تهیه گزارش مورد اخلاقی واقعی از محیط بالینی و ارائه به صورت فردی (دانشجویان کارشناسی ارشد) بوده است
۲. در مرحله اجرا، استاد در اولین جلسه درس دانشجویان کارشناسی، طرح درس را در اختیار دانشجویان قرار داد. اهداف دوره، نحوه تدریس و مشارکت دانشجویان، انتظارات، ارزشیابی مشخص شد. گروه بندی صورت گرفت، برای هر گروه یک سر گروه بر اساس صلاحیت های دانشجو تعیین گردید. در گروه دانشجویان کارشناسی ۲۰ درصد فعالیت های انفرادی و ۸۰ درصد به صورت گروهی (small group) حداکثر تعداد ۵ نفر بودند) در نظر گرفته و اجرا شد.
۳. برای گروه دانشجویان کارشناسی ارشد فعالیت های یادگیری ۸۰ درصد به صورت انفرادی و ۲۰ درصد به صورت اشتراکی بوده است.

۴. در گروه کارشناسی هر جلسه به دانشجویان برای یافتن چالش اخلاقی در بالین آموزش داده شد، هر جلسه استاد حداقل سه مورد اخلاقی واقعی را مطرح می‌کرد، دانشجویان در گروه‌های کوچک (با توجه به تعداد دانشجویان ۶ گروه پنج نفره تشکیل شد) به بحث در باره موارد اخلاقی با توجه به دانش فراگرفته تا آن جلسه از درس می‌پرداختند.
۵. کانال تلگرامی اخلاق حرفه‌ای که توسط استاد ایجاد شده بود (به طور مجزا برای دانشجویان کارشناسی و کارشناسی ارشد) به دانشجویان معرفی گردید. دانشجویان در صورت تمایل عضو کانال می‌شدند.
۶. محتوای دروس قبل از هر جلسه در کانال اخلاق حرفه‌ای قرار داده می‌شود.
۷. متناسب با هر مبحث موردی اخلاقی واقعی و مرتبط با درس در کانال قرار داده می‌شود.
۸. برای هر گروه از دانشجویان ساعت خارج از کلاس برای مشاوره تعیین شد و تمامی دانشجویان حداقل پنج نوبت مشاوره خارج از کلاس برای چگونگی تدوین گزارش مورد اخلاقی دریافت نمودند.
۹. تحلیل سناریوهای اخلاقی در بالین به دانشجویان آموزش داده شد (تمامی فایل‌ها در کانال قرار داده شد).
۱۰. مراحل تدوین یک سناریوی اخلاقی یا گزارش مورد اخلاقی به فراگیران آموزش داده شد.
۱۱. هر یک از دانشجویان نسخه اولیه گزارش مورد را (چرکنویس draft) برای استاد ارسال می‌کردند (تمام موارد به صورت الکترونیک صورت می‌گرفت)
۱۲. در مرحله دوم برای پیدا کردن چالش‌های مراقبتی و اخلاقی در گزارش مورد دانشجو مورد حمایت و راهنمایی قرار می‌گرفت. در این مرحله دانشجو می‌توانست با ارائه کار خود در کلاس از نظر هم‌تایان خود نیز برخوردار شود.
۱۳. در مرحله سوم مقدمه‌ای برای گزارش مورد نوشته می‌شد.
۱۴. در مرحله چهارم پس از شناسایی چالش اخلاقی، مراقبتی، بالینی در مورد (case)، با بررسی متون، بحث نوشته می‌شد.
۱۵. گزارش مورد اخلاقی در کلاس ارائه می‌شد و دانشجویان از بازخورد استاد و هم‌تایان نیز در این مرحله برخوردار شدند.
۱۶. نمونه‌هایی از سناریوها و تحلیل‌های آن که توسط دانشجویان تهیه شده بود و در لاگ بوک اخلاقی مکتوب گردید توسط استاد بازخورد دریافت داشت و در کلاس نیز ارائه شد و توسط هم‌تایان مورد بحث قرار گرفت.

مرحله ارزشیابی

برای ارزیابی این رویکرد خلاقانه آموزشی (سناریو، لاگ بوک، یادگیری در گروه کوچک، آموزش الکترونیک) از روش مصاحبه نیمه ساختار فردی استفاده شد. ابزار گردآوری داده‌ها سوالات باز پاسخ بوده‌اند که توسط استاد این درس در پایان هر دوره مطرح می‌شد و از دانشجویان خواسته می‌شد تا خود و کلاس را مورد قضاوت قرار دهند.

دانشجویان مختار بودند تا ارزیابی را به صورت حضوری در دفتر کار استاد و مصاحبه بیان نمایند و یا از طریق الکترونیک نظر خود را ارسال نمایند. برای تحلیل داده‌ها از رویکرد تحلیل محتوای کمی استفاده شد.

نتیجه حاصل از ارزیابی‌های به عمل آمده در طی مدت اجرای فرآیند حاکی از آن است که دانشجویان کارشناسی ارشد به دلیل تجربه بالینی زیادی که دارند (همه آنها پرستاران شاغل در محیط‌های بالینی هستند) به خوبی قادر به درک معضلات‌های اخلاقی و تصمیم‌گیری‌های اخلاقی هستند، تکالیف یادگیری را بسیار جذاب می‌دانند، و این رویکرد را تلنگری برای نگاهی دوباره به محیط بالین و رویدادهای آن ذکر کردند.

دانشجویان کارشناسی پرستاری به دلیل مواجه کم با بالین، علی رغم مفید دانستن شیوه آموزش، درک مباحث اخلاقی برای آنان به راحتی مقدور نیست و بیشترین تصور آنان از اخلاق، خطاهای بالینی است. اگرچه سطح مباحث ارائه شده در دوره کارشناسی بسیار ساده تر و محدودتر بوده است.

هر دو گروه از دانشجویان از رویکرد آموزش با استفاده از شیوه های الکترونیک و مجازی بسیار استقبال کردند و در اختیار داشتن محتوای آموزشی قبل از کلاس، در دسترس بودن استاد برای مشاوره به صورت آنلاین در تمام ایام هفته را یکی از مزایای این روش نام بردند.

Results:

نتایج حاصل از این فعالیت و این که فعالیت ارائه شده چگونه موفق شده است به اهداف خود دست یابد را بنویسید (توجه: در این بخش موارد ذیل را ذکر کنید: شواهد دستیابی به اهداف برای هر یک از اهداف ویژه به تفکیک / میزان رضایتمندی فراگیران/مشتریان/تقاط قوت و ضعف و پیشنهادات برای آینده)

- در این فرایند آموزشی دانشجویان توانستند چالش های اخلاقی بالین را شناسایی و انتخاب نمایند.

جدول ذیل موضوعات اخلاقی انتخاب شده توسط دانشجویان را نشان می دهد

ردیف	عنوان	چالش اخلاقی
	نوزاد مبتلا به سندرم داون همراه با ایلوس موکونیال پرفوریشن آیا حق زندگی را با تلاش پزشکی دارد: رضایت والدین	حق تصمیم گیری
	بیمار مبتلا به لنفوم آیا حق زندگی را با تلاش های پزشکی و پرستاری دارد؟ عدم رضایت والدین جهت درمان دارویی و جراحی	حق تصمیم گیری
	تومور ویلمز: چالش های اخلاقی که کادر درمان با آن مواجه می شوند	
	اعلام خبر بد به بیمار و خانواده: سرطان بدخیم حنجره و عمل لارنژکتومی	ابلاغ خبر بد
	اصل رازداری در بیماران با نقص ایمنی بستری در بیمارستان	رازداری
	دورفتگی کشکک پای راست و منع ادامه درمان توسط بیمار و خانواده: چالش های اخلاقی	حق تصمیم گیری
	معرفی یک مورد اخلاقی: افزایش کد جراحی و افزایش طول مدت بیهوشی	کتمان حقیقت
	بررسی قصور پزشکی در یک بیمار کمایی	قصور

- در این فرایند دانشجویان موضوع انتخابی را در قالب گزارش مورد و یا طرح تحقیقاتی تدوین نمودند
- در این فرایند دانشجویان توانستند گزارش مورد نوشته شده را در کلاس، کارگاه ارائه نمایند و همچنین آن را برای همایش و مجله ارسال دارند .
- پروپوزال های نوشته شده (توسط دانشجویان کارشناسی) جهت تصویب به کمیته تحقیقات دانشجویی ارسال شد
- جهت سنجش میزان رضایت فراگیران از این نحوه فعالیت آموزشی از طریق مصاحبه نظرسنجی شد. اکثر دانشجویان یادگیری درس اخلاق را با گزارش مورد تداومی می کردند آنها در مسیر انتخاب و نوشتن گزارش مورد با مباحث اخلاق آشنا شده و در تجزیه و تحلیل آن و چالش های اخلاقی موجود در گزارش به عمق یادگیری خود افزوده بودند.

- نقاط قوت: این نوع فعالیت آموزشی باعث یادگیری عمیق در دانشجویان شده بود و در این فرایند دانشجویان در یادگیری فعال بودند. از طرفی چون نوشتن گزارش مورد نیاز به داشتن مهارت‌های زیادی می‌باشد از قبیل شرح حال گرفتن و نوشتن آن، جستجوی علمی در زمینه موضوع انتخابی، استفاده از متون و دادن رفرنس، همگی این فعالیت‌ها را دانشجویان کسب نمودند.
- از نقاط ضعف این فرایند: نیاز بود که دانشجویان از قبل یکسری مهارت‌ها را داشته باشند که نداشتند و این خود باعث چالش بسیاری بود.
- از آنجائی که دانشجویان در این فرایند موارد و چالش‌های پیش آمده را مورد تدوین و نقد قرار دادند می‌توان پیشنهاد داد در آینده دانشجویان مباحث اخلاقی که در جریان است را مورد آنالیز و تجزیه و تحلیل قرار دهند و برای آن راه حل‌های اخلاقی پیشنهاد دهند و اجرا نمایند.
- **سطح اثرگذاری** (دانشگاه، کشوری، بین‌المللی):
- تاکنون حداقل تعداد ۶۸ دانشجو در این فرایند آموزش اخلاق شرکت نموده‌اند. کلیه دانش‌آموختگان طرح نیروی انسانی خود را در استان گلستان و کل کشور آغاز می‌کنند بدین وسیله می‌تواند در کل کشور اثرگذار باشد. از آنجائی که این نحوه یادگیری می‌تواند در آینده در تصمیم‌گیری اخلاقی آنها در بالین اثر بگذارد و همچنین نشر این داده‌ها منبع غنی برای مطالعه و یادگیری دیگران فراهم می‌کند. بنابراین هم کیفیت مراقبت و هم در نظام سلامت و هم در آموزش تاثیر دارد.

انطباق سیاست‌های بالا دستی (فرایند تا چه حد کشور را به هدف مرجعیت علمی نزدیک می‌کند):

تداوم این فرآیند آموزشی باعث کاربرد تحقیق در بالین می‌شود و چنانچه شرایط استفاده از نتایج تحقیق فراهم گردد سبب رشد و انجام مطالعات بیشتر می‌گردد. مقام معظم رهبری در دیدار با گروه پرستاری می‌فرمایند: "اگر بخواهید از لحاظ علمی پیش بروید باید جرات نوآوری داشته باشید، استاد و دانشجو باید از قید و زنجیره جزم‌گیری تعریف‌های علمی القا شده و دائمی دانستن آن‌ها خلاص شود". یادگیری مبتنی بر مورد باعث ایجاد فضای یادگیری واقعی و کار بردی می‌شود. بنابراین استفاده از این شیوه و بررسی یک مورد اخلاقی پیش آمده و نوشتن و نشر آن افراد را محقق تربیت می‌کند و انجام تحقیق باعث تولید علم می‌شود و ما را به مرجعیت علمی نزدیک می‌کند.

اجرای این شیوه می‌تواند در جهت ارتقای دانش و مهارت مراقبت‌کنندگان سلامت جامعه که پرستاران قشر وسیعی از آنان را تشکیل می‌دهند مفید خواهد بود. زیرا علاوه بر افزایش توانایی آنان برای تولید علم باعث می‌شود یک واقعه را بهتر تحلیل نمایند و همچنین مانع ایجاد موارد جدید کیس‌های ضد اخلاقی شوند می‌تواند راهگشای دانشجویان برای کاربردی کردن یادگیری و تحقیقات در زندگی حرفه‌ای آنها در بالین باشد.

نتیجه‌گیری (شامل چالش‌ها و مشکلات اجرایی فرآیند):

۱. هر چند که دانشجویان از اجرا و مشارکت در این فرآیند یاددهی یادگیری رضایت داشتند اما در جهت نوشتن آن از توانمندی برخوردار نبودند و در این زمینه نیاز به توانمندی‌های بسیاری است.
۲. پیشنهاد می‌شود استفاده از این رویکرد در کارآموزی‌ها نیز استفاده شود. فعالیت عملی باعث توانمندی دانشجویان خواهد شد.

کد: ۱۰۶۴

حیطه: یاددهی و یادگیری

مقایسه تأثیر آموزش و ارزیابی بالینی به روش تلفیقی با روش معمول، بر یادگیری شناختی دانشجویان کارشناسی بیهوشی در محیطهای بالینی

نویسندگان: فاطمه محسنی

Introduction

یکی از پایه های اساسی نظام های آموزشی که مورد غفلت جدی قرار گرفته است، شیوه ی آموزش یا روش تدریس است. امر تدریس و شیوه ی ارائه ی آن و یکنواختی و استفاده ی بیش از حد از یک روش تدریس، دستیابی به اهداف آموزشی را میسر نمی سازد. تدریس هم علم است و هم هنر و مدرس باید از علم روز آن برخوردار باشد. متأسفانه امروز فرآیند آموزش محدود شده است به فراهم آوردن یک اتاق مسقف به نام کلاس، یک تخته سیاه، صندلی و نیمکت و دو عضو انسانی به نام دانشجو و مدرس که در این حالت تدریس تنها رابطه ی معلم و شاگرد برای انتقال معلومات یکطرفه است (۱).

آموزش بالینی، مهم ترین بخش در آموزش علوم پزشکی و جزو لاینفک آن می باشد که به لحاظ اهمیت، اساس آموزش حرفه ای شناخته شده است (۲). در این راستا استفاده از روشهای آموزشی مناسب و خلاق جهت آموزش از اهمیت خاصی برخوردار است (۳). واضح است که امروزه نمی توان با استفاده از روشهای سنتی نظیر سخنرانی، تمام مهارتها را به طور مؤثر به فراگیران آموزش داد و این امر به خصوص در مورد آموزش مهارتهای بالینی صدق میکند (۴) یکی از راهکارهای پیشنهادی برای آموزش مهارتهای بالینی و نزدیک کردن آموزش به بالین، تغییر برنامه های آموزشی سنتی و ایجاد برنامه هایی است که عملاً بتوانند باعث افزایش قدرت تصمیم گیری و مهارتهای بالینی شود (۵). همچنین ارزیابی یادگیری فراگیران یکی از مهم ترین بخشهای برنامه ریزی آموزشی است که بدون آن نمی توان به کیفیت آموزش پی برد (۶ و ۷). ارزیابی یادگیری فراگیران در محیط های بالینی که نیازمند مشاهده عملکرد فراگیران در محیط واقعی می باشد دشوارتر از ارزیابی کلاسی است (۸، ۹). نتایج پژوهشهای انجام شده در کشورمان مؤید این است که ارزیابی بالینی دانشجویان علوم پزشکی مناسب نمی باشد (۱۰ و ۱۱). عوامل مختلفی بر یادگیری افراد تأثیر دارند، که روشهای تدریس اساتید یکی از مهمترین عوامل است. یکی دیگر از این عوامل مهم و تأثیرگذار در یادگیری، سبک یادگیری دانشجویان و تناسب روش های آموزشی با سبک یادگیری است (۱۲ و ۱۳). پایین بودن اثربخشی دوره های آموزشی سبب شده مدرسین به دنبال روشهای مناسبتری جهت آموزش و ارزشیابی دانشجویان باشند. امروزه، توجه بیشتر به فلسفه انسان گرایی منجر به استفاده از روشهای فراگیر محور در آموزش و ارزیابی شده است (۱۴). چنانچه فعالیتهای آموزشی به نوعی طراحی شوند که انگیزه فراگیر را برای فعالیت تحریک نماید، آموزش موجب افزایش مهارت، قابلیت و بهبود عملکرد بالینی فراگیران خواهد شد. آموزش مهارتهای بالینی باید شامل آموزش در حیطه های مختلف یادگیری باشد و جهت آموزش مهارتهای بالینی بهتر است از تلفیق روشهای مختلف آموزشی استفاده شود (۵). در این زمینه روشهایی که برخی محققین جهت آموزش مهارتهای بالینی پیشنهاد کرده اند شامل سخنرانی، بحث گروهی، پرسش و پاسخ، ایفای نقش، شبیه سازی، مطالعه موردی، واحد کار؛ و تمرین و تکرار میباشد (۱۵). با توجه به اینکه یادگیری مستلزم استفاده از روشهایی است که فراگیر را ملزم به فعالیت می نماید، بکارگیری یادگیری فعال و مشارکت در آموزش همراه با تامل از روشهای موثر در آموزش محسوب می شود (۱۶). با توجه به مطالب ذکر شده و همچنین اهمیت روش های بالینی بیهوشی حین اعمال جراحی و عدم توجه به سبکهای نوین و دانشجو محور یادگیری در آموزش بالینی، هدف از پژوهش حاضر، طراحی یک روش تلفیقی با استفاده از نظریه کلب و روش آموزش پوشه کار و بحث گروهی می باشد. همچنین، تأثیر این روش آموزشی بر یادگیری عملی و میزان رضایت دانشجویان کارشناسی بیهوشی در طی یک ترم تحصیلی در مقایسه با روش متداول آموزش بالینی بررسی شده است.

Objectives

مقایسه تأثیر آموزش و ارزیابی بالینی به روش تلفیقی با روش معمول، بر یادگیری شناختی دانشجویان کارشناسی بیهوشی در محیط‌های بالینی

Study Design

تمامی دانشجویان گروه‌های شاهد و مورد در طی یک ترم تحصیلی (طول مدت مطالعه) در بخش اتاق عمل مرکز آموزشی درمانی امیرالمومنین علی (ع) گراش تحت آموزش بالینی قرار گرفتند.

نوع مطالعه: مداخله‌ای

Study Setting

نتایج مطرح شده در خلاصه مقاله ارسالی حاصل از انجام مطالعه در کل جامعه است.

Participant

جامعه این پژوهش تمامی دانشجویان ترم ششم کارشناسی بیهوشی دانشکده پرستاری گراش در دو سال متوالی (۴۰ نفر) می‌باشند که در نیمسال دوم، دو سال متوالی کارآموزی درس بیهوشی را طی نموده‌اند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بود از انتخاب نمودن واحد کارآموزی بیهوشی ۳ در زمان انجام مطالعه، انتخاب نمودن واحد نظری روش بیهوشی ۳ در زمان انجام مطالعه و تمایل و رضایت برای شرکت در مطالعه. دانشجویان ترم ششم بیهوشی به صورت غیرتصادفی به گروه‌های شاهد (۴ گروه) و تجربی (۴ گروه) تخصیص یافتند.

Sample Size

با توجه به اینکه میانگین و واریانس مجموع نمرات دروس بیهوشی ۲ و کارآموزی ۲ بترتیب برابر با ۳۳ و ۹,۴ بوده و بهبود ۲,۸ نمره در میانگین نمرات دانشجویان این دروس از نظر محقق قابل قبول است با کمک فرمول زیر و با در نظر گرفتن احتمال ۵ درصد ریزش حجم نمونه هر کدام از گروه‌های مورد و شاهد برابر ۲۰ نفر (مجموع ۴۰ نفر) انتخاب شد.

با ضریب اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد

$$Z_{\alpha/2} + Z_{\beta/2} \sqrt{\frac{\sigma^2}{n}}$$

$$n_A \rightarrow n_A = n_B = \frac{Z_{\alpha/2} + Z_{\beta/2} \sqrt{\sigma^2}}{d}$$

۲ d

Data Gathering Tool

برای سنجش یادگیری شناختی دانشجویان بیهوشی در بخش اتاق عمل از یک آزمون محقق ساخته استفاده شد. این آزمون با توجه به سرفصل‌های مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای دوره کارآموزی دانشجویان کارشناسی بیهوشی در بخش اتاق عمل و با در نظر گرفتن کتاب‌های مرجع در این زمینه طراحی شده بود و در برگیرنده ۴۰ سؤال چهارگزینه‌ای بود که یادگیری شناختی را می‌سنجید. لازم به ذکر است که این سؤالات در پیش آزمون و پس آزمون مورد استفاده قرار گرفت. روایی این آزمون با روش اعتبار محتوا تعیین شد. به این منظور آزمون به

۱۰ نفر از اساتید بیهوشی که تجربه آموزش در بخش اتاق عمل را داشتند داده شد و پس از دریافت نظرات آنان تغییرات لازم در پرسشنامه داده شد. لازم به ذکر است پرسشنامه جهت تعیین اعتبار صوری نیز به اساتید علوم تربیتی داده شد. برای تعیین پایایی پرسشنامه، مطالعه راهنما بر روی ۲۰ دانشجوی بیهوشی ترم چهارم انجام گرفت و پایایی آزمون با استفاده از فرمول کودر - ریچارسون برابر ۸۲/۰ محاسبه شد. در این پژوهش، جهت افزایش اعتبار مطالعه، مربی بالینی از سؤالات طراحی شده مطلع نبوده و آزمون شناختی توسط دیگر همکاران پژوهشی برگزار شد.

همچنین به منظور سنجش رضایت دانشجویان از روش بالینی (در دو گروه) یک پرسشنامه محقق ساخته با ۹ سوال طراحی شد و اعتبار محتوایی پرسشنامه با کسب نظر ۸ نفر از اساتید صاحب نظر و اعمال تغییرات تأمین شد. درجه و پایایی آن با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ ۸/۰ محاسبه شد و نتایج حاصل از این پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفت.

Data Analysis

جهت جلوگیری از تأثیر متقابل دانشجویان گروه های شاهد و تجربی بر یکدیگر، دو گروه اول کارورزی بر طبق برنامه آموزش دانشکده به عنوان گروه های شاهد و دو گروه بعدی به عنوان گروه های تجربی در نظر گرفته شدند. این امر سبب می شود که دانشجویان گروه های شاهد زمانی متوجه تفاوت روش آموزش و ارزیابی خود با دانشجویان گروه های تجربی شوند که برنامه آموزشی آنان اتمام یافته باشد. تمامی دانشجویان گروه های شاهد و مورد در طی یک ترم تحصیلی (در هر سال ورودی) در بخش اتاق عمل مرکز آموزشی درمانی امیرالمومنین علی (ع) گراش تحت آموزش بالینی قرار گرفتند. در مورد دانشجویان گروه های مورد آموزش و ارزیابی بالینی با روش تلفیقی صورت گرفت که در روز اول کارآموزی، پس از ارائه اطلاعات مورد نیاز، طرح درس بالینی دوره کارآموزی در اختیار دانشجویان قرار گرفت. در همان روز از تمامی دانشجویان پیش آزمون کتبی شناختی اخذ شد. همچنین، در این روز با استفاده از یک نمونه، روش عملی کار به روش تلفیقی به دانشجویان آموزش داده شد و به دانشجویان فرصت داده شد که سؤالات خود را در این زمینه مطرح نمایند. از روز دوم کارآموزی، آموزش بالینی دانشجویان در حیطه اهداف شناختی و با استفاده از روش تلفیقی شروع شد. در این روش از دانشجویان خواسته شد که بر اساس اهداف شناختی که در طرح درس قید شده هر دانشجو در طول یک روز کارآموزی تلاش کند تا یک نکته آموزشی یاد بگیرد و در یک ساعت پایانی، نکاتی را که فراگرفته در حضور دیگر همگروهان و مربی به صورت شفاهی ارائه داده و با همکلاسان به اشتراک بگذارد و با دیگر همکلاسان بحث نماید. در صورت نیاز مربی دانشجو را به سمت یادگیری کاملتر هدایت کرده و دانشجو باید در جلسه بعد توضیحات دقیقتری ارائه می داد. در صورت ارائه آموزش توسط هر دانشجو در پایان روز، یک امتیاز مثبت به فرد تعلق می گرفت و در غیر این صورت نمره منفی لحاظ می شد. هر دانشجو موظف بود تمام آموزشهای ارائه شده توسط خود را جمع آوری نموده و بصورت یک مجموعه کار شخصی جمع آوری نموده و به مربی تحویل دهد. دانشجو موظف بود در تمام طول دوره کارآموزی سعی کند با استفاده از راهنمایی مربی بالینی خود و مطالب و تجارب آموخته شده از نقاط ضعف و قوت خویش مطلع شود و راهبردهای یادگیری خود را تقویت نماید.

ارزیابی بالینی با توجه به ارائه مجموعه کار توسط هر دانشجو و برگزاری آزمون شناختی انتهای دوره (پس آزمون کتبی شناختی) انجام شد. در مورد دانشجویان گروه های شاهد، در روز اول کارآموزی پیش آزمون کتبی شناختی اخذ شد. سپس، آموزش و ارزیابی بالینی دانشجویان در مورد اهداف شناختی با روش معمول که جهت دانشجویان کارشناسی بیهوشی بکار گرفته می شود، انجام گرفت. در این روش، آموزش بالینی در مورد اهداف شناختی با روش های برگزاری کنفرانس های بالینی و ارائه موردی انجام شد. ارزیابی بالینی نیز با روش های پرسش و پاسخ در طول دوره و برگزاری آزمون شناختی انتهای دوره (پس آزمون کتبی شناختی) انجام شد. همچنین به منظور سنجش رضایت دانشجویان از روش بالینی (در دو گروه) یک پرسشنامه محقق ساخته با ۹ سوال طراحی شد و اعتبار محتوایی پرسشنامه با کسب نظر ۸ نفر از اساتید صاحب نظر و اعمال تغییرات تأمین شد. درجه و پایایی آن با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ ۸/۰ محاسبه شد و نتایج حاصل از این پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفت. در این پژوهش سعی شد که به جز شیوه آموزش و ارزیابی اهداف شناختی که در مورد دانشجویان دو گروه که با دو روش متفاوت برگزار می گردد بقیه عوامل برای دانشجویان دو گروه یکسان در نظر گرفته شود. برای مثال، آموزش دانشجویان توسط یکی از محققین انجام گرفت که در مورد

روش تهیه راهنما و ارزیابی روش تلفیقی آموزش دیده بود و همچنین، آموزش دانشجویان دو گروه در بخش بالینی یکسان برگزار شد و سعی شد تا حد امکان محیط برای دانشجویان گروه های شاهد و تجربی یکسان باشد.

برای تجزیه و تحلیل داده های پژوهشی از نرم افزار آماری SPSS-۱۹ استفاده شد. جهت نمره دهی آزمون، به گزینه صحیح نمره ۱ تعلق می گرفت و بقیه گزینه ها نمره ای نمی گرفتند بنابراین نمره هر دانشجو از صفر تا ۴۰ متغیر بود. به منظور بررسی نمرات قبل و بعد در داخل گروهها از آزمون آماری t با نمونه های زوج و برای مقایسه نمرات دو گروه از آزمون آماری t با نمونه های مستقل استفاده گردید.

Results

نتایج حاصل از بررسی دانشجویان بر اساس پرسشنامه، قبل و بعد از آزمون نشان داد که در گروه شاهد، نمرات بعد (۶۹/۲۸)، بیشتر از نمرات قبل (۳۸/۱۳) از اجرای روش معمول آموزش می باشد. همچنین بر اساس آزمون آماری One- Sample T test و همچنین Paired- Sample T test، تغییر معناداری بین نمرات قبل و بعد از اجرای پژوهش در سطح ۵٪ مشاهده شد که نشان می دهد روش معمول آموزشی در پیشبرد و ارتقای علمی دانشجویان تا حدودی موفق بوده است (جدول ۲).

در گروه مورد، بعد از ارائه راهکار آموزشی، افزایش در میانگین نمرات مشاهده شد به طوری که در گروه مورد میانگین نمرات از ۶۹/۱۳ (قبل از اجرای راهکار آموزشی) به ۵۳/۳۴ (بعد از اجرای راهکار آموزشی) تغییر یافته است. بر اساس آزمون One- Sample T test و همچنین Paired- Sample T test، تغییر معناداری بین نمرات قبل و بعد از اجرای پژوهش در سطح ۵٪ مشاهده شد که نشان می دهد، اجرای روش آموزشی دانشجو محور، باعث ارتقای علمی دانشجویان شده است (جدول ۲).

جدول (۲) میانگین نمرات و نتایج مربوط به آزمون های One- Sample T test و Paired- Sample T test در گروه های شاهد و مورد

گروه	میانگین	انحراف معیار	Sig. (۲-tailed)
شاهد قبل	۳۸/۱۳	۵۵/۱	۰۰۰/۰
شاهد بعد	۶۹/۲۸	۴۳/۱	۰۰۰/۰
مورد قبل	۶۹/۱۳	۶۵/۱	۰۰۰/۰
مورد بعد	۵۳/۳۴	۷۱/۱	۰۰۰/۰

همچنین مقایسه نمرات گروه مورد پس از اجرای روش آموزشی جدید با گروه شاهد پس از آموزش روش معمول، بر اساس آزمون Paired- Sample T test نشان داد که در گروه مورد پس از اجرای روش آموزشی جدید، افزایش در میانگین نمرات نسبت به گروه شاهد پس از اجرای روش آموزش معمول وجود دارد که این تغییر از نظر آماری در سطح ۵٪ معنادار می باشد (جدول ۳).

جدول (۳): نتایج مربوط به مقایسه میانگین نمرات در گروه های شاهد و مورد پس از اجرای روش آموزشی، بر اساس آزمون Paired- Sample T test

گروه	میانگین	انحراف معیار	Sig. (۲-tailed)
شاهد بعد- مورد بعد	۸۴/۵	۲۶/۲	۰/۰۰۰

نتایج مربوط به نظر سنجی دانشجویان و همچنین ارزیابی میزان رضایت مندی دانشجویان از شیوه آموزشی نشان داد که ۳/۹۰٪ دانشجویان گروه مورد و ۲/۸۸٪ دانشجویان شاهد تمایل به ادامه استفاده از روش آموزشی خود را داشتند. درصد کمی از دانشجویان (۶/۵۲٪) در گروه مورد و ۴/۴۰٪ دانشجویان گروه شاهد بیان نمودند که استفاده از روش آموزشی بکار گرفته در گروهشان نیاز به صرف وقت دارد. ۷۶٪ دانشجویان گروه مورد و ۱/۴۷٪ دانشجویان گروه شاهد بیان نمودند که روش آموزشی بکار رفته در گروهشان، ارزش صرف وقت را داشته است. ۴/۹۲٪ دانشجویان گروه مورد و ۴۴٪ دانشجویان گروه شاهد بیان نمودند که روش آموزشی گروهشان برای آنان لذت بخش بوده است. ۵/۵٪ از دانشجویان گروه مورد و ۱/۳۰٪ بیان کردند که روش آموزشی برای آنان خسته کننده بوده است. نتایج نمرات ارزشیابی نشان داد که ۶/۹۱٪ دانشجویان گروه مورد و ۳/۸۰٪ دانشجویان گروه شاهد، به یک میزان در انجام فعالیت درگیر بوده اند و هیچگونه تبعیضی در این بین وجود نداشته است. ۶۲٪ دانشجویان گروه مورد ۵/۳۵٪ دانشجویان گروه شاهد بیان نمودند که روش آموزشی باعث شده است تا دانشجویان از همکلاسی های خود مطالب آموزنده یاد بگیرند. ۷۳٪ از دانشجویان گروه مورد و ۵۱٪ از دانشجویان گروه شاهد تمایل داشتند که آموزش بالینی بیهوشی به همین شیوه ادامه یابد. نتایج مربوط به رضایت کلی دانشجویان نشان داد که در گروه مورد شیوه آموزشی تلفیقی ۵/۱۸ نمره از ۲۰ نمره را به خود اختصاص داده است در حالی که در گروه شاهد میانگین نمره ۱۴ از ۲۰ را به خود اختصاص داده است که نشان می دهد دانشجویان از شیوه جدید رضایت بیشتری دارند و این روش در پیشبرد اهداف آموزش بالینی بیهوشی مؤثرتر می باشد.

Conclusion

با توجه به مطالب ذکر شده مشخص شد که میانگین نمرات دانشجویان در گروه مورد بیشتر از گروه شاهد می باشد. همچنین میزان رضایتمندی دانشجویان در گروه مورد بالا می باشد همچنین نتایج نشان دادند که اکثر دانشجویان تمایل به استفاده از این شیوه آموزشی در آینده را دارند و با توجه به نتایج حاصله و مطالعه ی حاضر مبنی بر کارآمد بودن روش های تدریس فعال و رضایتمندی دانشجویان در آموزش بالینی رشته بیهوشی به نظر می رسد که کاربرد این روش آموزشی توسط دیگر مدرسین در دیگر رشته ها نیز ضعف تفکر و یادگیری در دانشجویان که یکی از مشکلات آموزش عالی و دانشگاه هاست را رفع نماید.

Keywords

Key words: Cognitive learning, Clinical learning, Clinical assessment

واژه های کلیدی: یادگیری شناختی، یادگیری بالینی، ارزیابی بالینی

-----*****

کد: ۱۰۶۵

حیطه: یاددهی و یادگیری

تاثیر آموزش مبتنی بر محتوی بر موفقیت و نگرش دانشجویان رشته های علوم پزشکی در یادگیری زبان انگلیسی

نویسندگان: مجتبی کیان مهر، علی امیری، مصطفی امیری

Introduction:

The history of language teaching and learning has seen different developments through which various methods and approaches have emerged. Two of them are the Grammar Translation method (GTM) and Content-based Instruction (CBI). Many studies conducted, regarding the CBI, have concentrated on its impact in disciplines like accounting (Chau Ngan, ۲۰۱۱; and Malmir, A, S. Najafi Sarem, & Ayat Ghasemi, ۲۰۱۱), technology (Gaynor, ۲۰۱۳), Spanish (Pessoa, S., H. Henry, R. Donta, G. C. Tucker & H. Lee ۲۰۰۷), Chinese Language Flagship program (۲۰۰۵), and some other ESP courses. Also, some studies have utilized CBI at the elementary or secondary school levels (Omoto and Nyongesa, ۲۰۱۳; and Ruby Yang, ۲۰۰۹). In addition, Stoller (۲۰۰۲) stated that teaching through CBI boosts learner's critical thinking and leads to their learning the language fast and with more pleasure. Moreover, the results of the Multicultural Improvement of Cognitive Abilities (MICA) project reveals that the students taught through CBI improved both in cognitive and academic achievements and in their language proficiency (Kessler and Quinn, ۱۹۸۷). However, in the Iranian context of teaching and learning English, CBI has received little attention in teaching English not only to English and non-English majors but in different levels of education ranging from primary schools, to secondary schools, and to university levels. As such, this study attempted to implement CBI in medical science courses at university level and compare it with the old GTM with regard to the students' course achievement and language learning orientation.

Objectives :

This study compared two essentially different methods of teaching English, the Content-based Instruction (CBI) and the Grammar-translation Method (GTM) with regard to the students' final course achievement and language learning orientation skills

Study Design :

This was a descriptive and analytical study which was performed for one semester consisting of ۲۵ one-hour-and-a-half sessions for a three-credit general English course using the general English textbook.

Study Setting :

The results obtained and the conclusions drawn from this study are related to just two groups of students at Gonabad university of medical sciences, Gonabad, Iran.

Participan :

The subjects consisted of ۸۴ freshmen majoring in the fields of Environmental Health (N=۲۱), Laboratory Sciences (N=۲۱), Anesthesia (N=۲۱), and Public Health (N=۲۱) at Gonabad university of medical sciences, Gonabad, Iran. Two of the participants left the study as they left out the General English course. They had previously a three-year experience of learning English at junior high schools and a four-year experience at high school and pre-requisite English Centers in the formal system of education in Iran. They were, also, of both genders (but mostly females) aged between ۱۸-۲۰ years old and were randomly assigned into two groups, so that the students in Environmental Health and Anesthesia courses were put into the grammar translation group and those in the Public Health and the Laboratory Sciences courses were placed in the content-based instruction group. They were in their second term of a B.Sc. degree at university taking a three-credit general English course, too.

Sample Size :

A pilot study including ten participants for each group was carried out and the following results were obtained:

$\bar{x}_1=14,13$, $\bar{x}_2=15,91$, $S_1=2,65$, $S_2=2,27$; and considering both the power of the study ($\cdot,8$) and confidence level ($\cdot,95$), the sample size was estimated as ۳۸ participants for each group. Having taken into account and an attrition rate of ۱۰٪ for the sample, we decided on ۴۲ participants for each group coming to ۸۴ participants altogether including the control group. And the sample size was calculated based on the formula below:

Data Gathering Tool :

Three instruments were utilized to collect data: ۱) the Nelson test of achievement form $\cdot 5 \cdot C$, ۲) Noel's Language Learning Orientation Scale (LLOS) questionnaire, and ۳) a final achievement test, a description of which follows:

The Nelson test of achievement form $\cdot 5 \cdot C$ consists of ۵۰ multiple-choice items measuring the learners' general language proficiency in English. The test has been developed by Fowler and Coe (۱۹۷۶) and its reliability and validity have been established. It was administered to examine whether the subjects were homogeneous in terms of their English language proficiency.

The Persian version of Language Learning Orientation Scale (LLOS) questionnaire which aims at exploring the learners' motivation orientation included ۲۱ items. The ۲۱ items in the questionnaire have been further divided into three subscales, namely, amotivation, external motivation, and internal motivation. Items ۱ to ۳ falls into the amotivation subscale which refers to a situation in which an individual does not see any relation between their action and the consequences of those actions yet he or she sees the consequences as arising from factors beyond his or her control (Deci and Ryan, ۱۹۸۵). The external motivation including items ۴ to ۱۲ consists of the three other subscales each with three items. The external motivation indicates the actions performed to obtain some instrumental goals such as achieving a reward or avoiding a punishment. These subscales were termed as external regulation, introjected regulation, and identified regulation.

The internal motivation consisting items ۱۳ to ۲۱ encompasses three other subscales each with three items. The internal motivation, according to Deci and Ryan (۱۹۸۵), refers to motivation to carry out an activity merely for the purpose of satisfaction and pleasure that the action possesses. These subscales are referred to as knowledge, accomplishment, and stimulation.

The reliability of the subscales of this questionnaire has been reported by Khodadady and Khajavy (۲۰۱۳) as .۸۴ for the Amotivation, .۶۹ for External Regulation, .۶۸ for Introjected Regulation, .۷۶ for Identified Regulation, .۷۳ for Accomplishment, .۷۳ for Knowledge, and .۷۵ for Stimulation.

The final achievement test taken from a test bank developed by the researcher included four sections of vocabulary, grammar, translation, and reading comprehension. The vocabulary section consisted of ۸ items of word meaning, ۸ items of word definition matching, and ۱۰ items of fill-in-the blank type. The grammar section had one item of sentence combining form (The small number of grammar items is because less emphasis is given to grammar throughout the adopted textbook). The translation section included four sentences to be translated into Persian. And the reading comprehension consisted of two passages with true/false, multiple-choice, and essay type items.

Data Analysis :

To conduct the study, several steps were taken. At first, the subjects (N=۸۲) were chosen based on the convenience sampling method and were randomly assigned into two groups to be taught through either grammar translation method (method ۱) or content-based instruction method (method ۲).

Secondly, the NELSON test of achievement form .۵. C and the Language Learning Orientation Scale (LLOS) questionnaire (as a pre-test) were administered in the first session of class. The Nelson test took about ۵۰ minutes and the LLOS questionnaire required about ۸ minutes to be answered.

Thirdly, the treatment was performed for one semester consisting of ۲۵ one-hour-and-a-half sessions for a three-credit general English course using the general English textbook whose description was given above. In the content-based instruction method, the subjects were divided into groups of four or three, the instruction

was carried out both in English and Persian with more emphasis on English, group work was encouraged, the students worked cooperatively, the teacher was guiding, facilitating and directing the teaching and learning process where and when necessary. The teacher, besides, assessed performance frequently, geared the activities to the students' developmental and proficiency levels, needs, styles, and interests, attended to both form and function, established meaningful and clear situations for teaching and learning, made great use of realia and visual aids, involved all the students in class activities, created learner-centered activities, and attended to the students' problems with regard to meaning, pronunciation, and translation individually. As for the grammar translation method, the teaching procedure had the following characteristics: most often the language of instruction was Persian. Regarding the vocabulary, all the words were translated into Persian by the students and with the teacher's help, the students had to memorize list of words, fill in the blanks with the appropriate form of the words given, and do some matching exercises. With regard to the reading comprehension, the students read and translated a passage into Persian with the teacher's correcting their mispronunciation, misinterpretation or mistranslation, nearly all the questions and answers were in Persian, and the students were required to answer different types of questions like true/false, multiple-choice, or essay-type ones. In case of grammar, it was taught deductively. Afterwards, the students had to do the exercises.

Fourthly, at the end of the term, the final achievement test was administered along with the LLOS questionnaire (as the post-test).

And finally, the obtained data were analyzed employing t-test and some correlational analyses. The t-test was run to ensure the homogeneity of the groups and to consider any significance difference in the subjects' performance regarding the Nelson test of achievement form $\cdot\delta\cdot$ C, LLOS questionnaire, and the final achievement test. Some correlation analyses were, also, performed between Nelson test, the subscales of LLOS questionnaire, and the final achievement test. The P value was set at \cdot,δ level of significance for all the analyses.

Results :

To investigate whether the types of instruction (CBI vs GTM) was effective or not, the students' score on the final achievement test was compared in the two groups using t-test, the result of which pointed out that the groups were significantly different from one other, ($p < \cdot,\delta$ and $p = \cdot,\delta$ for the CBI and GTM groups, respectively). The table below demonstrates the results.

TABLE

INDEPENDENT SAMPLE T-TEST FOR GTM VS CBI					
P Value	Std. Deviation	Mean	N	Method	
\cdot,δ	۲,۳۶۲۷۳	۱۴,۸۵۱۲	۴۲	GTM	FAT
	۱,۹۴۶۰۰	۱۶,۱۹۹۸	۴۰	CBI	

The results indicated that there was no significant difference between the groups regarding the Nelson test and LLOS at the onset of the study. However, there was a significant difference in the subjects' language learning orientation after treatment ($p=0.038$). So, the findings showed the CBI method was more effective than the GTM not only in teaching English but also in changing the subjects' language learning orientation.

Conclusion :

It was discovered that the CBI group outperformed the GTM one. Thus, based on the findings, several conclusions can be drawn and accordingly some implications can be put forward. At first, the CBI proved to be much more influential in light of the students' performance in the final achievement test. So, it is recommended that the CBI be more practiced and implemented in classes if EFL/ELT teachers want their students to be successful learners in terms of learning the foreign language and consequently regarding their performance in examinations.

Secondly, since there was a change in the students' orientation and attitude toward learning English using CBI, it can be concluded that group work, cooperative learning, student involvement, providing comprehensible input, and teaching at the right level are the things more needed and welcomed by the students; and the students could achieve better scores, as Chau Ngan (۲۰۱۱) states, in all aspects of ESP.

Finally, CBI, if adopted carefully and well-planned, can provide the students with comprehensible learning tasks and activities stimulating both problem solving and critical thinking, resulting in more achievement in linguistic and content areas, as well as higher language learning orientations.

Keywords :

Content-based Instruction (CBI), Grammar-Translation Method (GTM), achievement, Nelson test, Language Learning Orientation Scale (LLOS)

کد: ۱۶۱۴

حیطه: یاددهی و یادگیری

مقایسه تأثیر شیوه‌های آموزش سنتی، الکترونیک و الکترونیک- سنتی بر یادگیری "درس داروشناسی" دانشجویان پرستاری

نویسندگان: شهربانو خاکسار، محسن صادق پور، راضیه خسروآباد، امیر حسین کیدوری

Introduction

یادگیری (۱). آموزش پرستاری، زیر بنایی برای تأمین نیروی انسانی کارآمد به منظور رفع نیازهای جامعه است. توسعه و گسترش آموزش پرستاری (به عنوان بخشی از نظام آموزش عالی) در دهه‌های اخیر نگرانی‌هایی درباره کیفیت آموزش این رشته به همراه داشته است (۲). یکی از موضوعاتی که آموزش و یادگیری آن برای دانشجویان پرستاری مسئله بسیار مهمی محسوب می‌شود و نیازمند توجه خاص است «دانش داروشناسی» است (۳). تجویز دارو یکی از شایع‌ترین فعالیت‌های پرستاری است و به عنوان پر مسئولیت‌ترین وظیفه پرستار محسوب می‌شود. تجویز مؤثر و ایمن داروها نیازمند دانش در زمینه‌های مختلف، از جمله دانش تئوری و بالینی تجویز دارو، دانش داروشناسی و توانایی محاسبه بالینی داروها است (۴). فراگیری مناسب دانش داروشناسی توسط دانشجویان نقش مهمی را در کسب مهارت‌های مراقبت دارویی در آینده کاری آنها ایفا می‌نماید. پرستاران به منظور؛ ارزیابی بیماران قبل از دریافت دارو، برنامه‌ریزی اهداف مراقبت، تجویز ایمن و مؤثر داروها، نظارت و ارزیابی اثرات و عوارض ناخواسته، نظارت و ارزیابی اثرات و عوارض ناخواسته، همکاری مؤثرتر با سایر کادر درمان جهت رفع خطرات احتمالی و تنظیم برنامه‌های ترخیص و ... نیازمند مهارت‌های داروشناسی هستند. این وظایف بیانگر لزوم توجه به داروشناسی به عنوان یک بخش مهم از آموزش دانشجویان پرستاری است (۳). در حال حاضر درس داروشناسی از طریق برگزاری کلاس و به شیوه سنتی ارائه می‌شود. آموزش پرستاری سنتی، بیشتر استاد محور بوده، توجه خاصی به سرعت فراگیری دانشجو ندارد. معمولاً در یک کلاس افرادی هستند که سریع مطالب را فرا می‌گیرند، لیکن برخی از دانشجویان نیاز به زمان بیشتری برای مرور و فراگیری دارند، که در سیستم سنتی هر دو گروه متضرر می‌شوند. همچنین روش سنتی بیشتر مبتنی بر به خاطر سپردن مطالب درسی بوده، کمتر به یادگیری واقعی توجه می‌نماید (۵). از سوی دیگر به دنبال رشد روز افزون فناوری اطلاعات و ارتباطات، روش‌های سنتی آموزش که در حال حاضر اجرا می‌شوند به تنهایی پاسخ‌گوی نیازهای آموزشی جوامع امروزی نمی‌باشند (۶). چرا که با گسترده شدن فناوری اطلاعات و نفوذ وسایل ارتباط جمعی از راه دور به عمق جامعه، ابزارها و روش‌های آموزش نیز دچار تحول شده؛ به طوری که با پیشرفت تکنولوژی استفاده از ابزارهای جدیدتر برای انتقال دانش، مطرح شده است (۷). گرچه در سایر رشته‌ها پژوهش‌های متعددی در خصوص تأثیر فناوری اطلاعات و ارتباطات بر یادگیری انجام شده، اما با توجه به اهمیت درس داروشناسی پرستاری که در پیشگیری از اشتباهات و انحراف دارویی پرستاران جهت مراقبت‌های دارویی بیماران مؤثر است و همچنین با توجه به مطالعاتی که در زمینه ضعف دانش داروشناسی پرستاران انجام شده، مطالعات زیادی انجام نشده است. لذا این مطالعه به بررسی سه شیوه آموزشی در درس داروشناسی پرداخته است تا راهکاری آموزشی بمنظور جلوگیری از بروز انحراف و اشتباهات دارویی پرستاران بیابد. مطالعه حاضر سعی کرده به مقایسه سه روش آموزش مجازی و سنتی و مجازی- سنتی در یادگیری درس داروشناسی دانشجویان پرستاری بپردازد و به این سوال پاسخ دهد که آیا تفاوت معناداری در یادگیری از طریق سه روش آموزشی یاد شده وجود دارد؟

مبانی نظری

به عقیده صاحب‌نظران، با توجه به افزایش روز افزون اطلاعات در عصر حاضر و رشد و تکوین الگوهای آموزشی و تحولی که در مفهوم یادگیری رخ داده است، آموزش و یادگیری نیز با گذر از دیدگاه رفتارگرایی (Behaviorism) به دیدگاه ساختارگرایی (Constructivism) شکل جدیدی به خود گرفته است (۵). اثرات روبه رشد و فزاینده فناوری بر همه جنبه‌های زندگی، از جمله، در سطح آموزش باعث شده، تا برای رشد و توسعه کشور تمرکز بر پیشرفت در حیطه آموزش عالی از طریق پذیرش نظام و تکنولوژی‌های جدید آموزشی ضرورت یابد. اغلب دانشگاه‌ها امروزه، در تلاش برای افزایش اثربخشی فناوری‌های نوظهور در فعالیت‌های آموزشی هستند. فناوری در زمینه‌های گوناگون زندگی تأثیر دارد و تعامل اجتناب

ناپذیری بین تکنولوژی و یادگیری می‌طلبد. با توجه به منافع آموزش مجازی در سطح آموزش عالی، تقاضا برای برگزاری دوره‌های آموزش‌های مجازی در برنامه آموزشی دانشگاه‌ها روبه افزایش نهاده است (۸). استفاده از ابزار آموزش مجازی که معرف تدریس مبتنی بر متن، در قالب عرضه چند رسانه‌ای از طریق توزیع وب-محور می‌باشد، یکی از فرصت‌های نوینی است که پیشرفت تکنولوژی اطلاعات در اختیار آموزش قرار داده است (۵). از طرفی در دهه‌های گذشته تغییر در ارایه‌ی خدمات بهداشتی و پیشرفت‌های پزشکی، نیاز به نیروی هیأت علمی را افزایش داده است و این امر منجر به داشتن وقت کمتر این اعضا برای پرداختن به امور آموزشی شده است (۹). تحقیقات حاکی از آن است که آموزش مجازی، در صورت تدوین مناسب محتوا و ارزشیابی صحیح، سیستم موفق و کارآمدی است و بکارگیری آن در نظام آموزشی توصیه شده است (۱۰). روش‌های آموزش سنتی یا چهره به چهره باعث تشویق یادگیری انفعالی می‌شوند، تفاوت‌های فردی و نیازهای فراگیران را مورد توجه قرار نمی‌دهند، به مشکل‌گشایی، تفکر خلاق و سایر مهارت‌های شناختی سطح بالا توجه نمی‌کنند و معمولاً اثر بخش نیستند. لذا بسیاری از متخصصین، ضرورت تغییر یا تکمیل روش‌های آموزش سنتی را یادآور شده‌اند (۱۱). کوپر (۲۰۰۴) آموزش مجازی را مجموعه فعالیت‌های آموزشی می‌داند که با استفاده از ابزارهای الکترونیکی اعم از صوتی، تصویری، رایانه‌ای و شبکه‌ای صورت می‌گیرد (۱۰). مایر (۲۰۰۵) به تعریف مفهومی از آموزش‌های مجازی و الکترونیکی پرداخته است و آن را یادگیری فعال و هوشمندی می‌داند که ضمن تحول در آموزش در گسترش و تعمیق و پایدار ساختن فرهنگی فناوری اطلاعات و ارتباطات نقش اساسی و محوری خواهد داشت (۱۲). روش‌های پایه بکارگیری آموزش مجازی به سه دسته کلی به شرح ذیل تقسیم می‌شوند: ۱- آموزش مجازی بر خط یا سنکرون: در این شیوه استاد همزمان با ارائه درس در محیط آموزش مجازی حاضر می‌باشد ۲- آموزش مجازی غیر برخط یا آسنکرون: محتوای درس از راه وب در اختیار همگان قرار دارد و سوالات دانشجویان از طریق ابزارهای محیط آموزش مجازی در اختیار استاد قرار می‌گیرد ۳- آموزش مجازی ترکیبی: این مدل از تمام ابزارها و فناوری‌های لازم بصورت ترکیبی برای آموزش بهینه استفاده می‌کند (۱۳).

پژوهش‌های متعددی در خصوص آموزش مجازی و مقایسه آن با روش سنتی انجام شده است. در برخی از این مطالعات، برآیندهای یادگیری در هر دو شیوه، یکسان بوده‌اند و در برخی دیگر، یکی از روش‌های مجازی یا سنتی، مؤثرتر از روش دیگر بوده است (۱۰). از مهم‌ترین تحقیقات مرتبط انجام شده می‌توان به تحقیق راک ول و همکارانش در سال ۲۰۰۰ اشاره نمود که طی این تحقیق و بر اساس نظرات تعداد ۲۰۷ نفر از اساتید هیئت علمی و ۳۰ نفر از روسای دو دانشکده مختلف نشان داده است که تنها ۲۶ درصد اساتید از جزئیات راهکارها و شیوه‌های آموزش مجازی در کنار فرآیند تدریس خود آگاه‌اند و تا به حال استفاده نموده‌اند، در حالی که تنها حدود ۴۰ درصد این اساتید شرکت کننده در پژوهش معتقدند که به کارگیری روش‌ها و راهکارهای آموزش مجازی و الکترونیک کیفیت آموزش را ارتقاء داده منجر به یادگیری بهتر دانشجویان می‌شود (۱۴). اکثر مطالعات انجام شده در زمینه مقایسه روش آموزش مجازی با روش سنتی در نقاط مختلف جهان و از جمله ایران بیانگر این مطلب می‌باشند که یادگیری در هر دو گروه مشابه بوده، تفاوت معنی داری مشاهده نشده است. در جدول ۱ به بررسی این مطالعات پرداخته شده است.

Objectives:

مقایسه تأثیر شیوه‌های آموزش سنتی، الکترونیک و الکترونیک- سنتی بر یادگیری "درس داروشناسی" دانشجویان پرستاری

Study Design

این پژوهش از لحاظ ماهیت و هدف کاربردی و روش، از نوع تحقیق نیمه تجربی بود. جامعه هدف مطالعه را دانشجویان پرستاری تشکیل دادند که به صورت سرشماری انتخاب شدند. از کلیه ۹۰ نفر دانشجویان پرستاری دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی مشهد ورودی سال ۹۳ و ۹۴ که واحد درسی "داروشناسی" را انتخاب کرده بودند، درخواست شد تا در صورت تمایل در مطالعه شرکت نمایند. تمامی دانشجویان موافقت خود را اعلام نمودند. دانشجویان در سه گروه تصادفی ۳۰ نفری قرار گرفتند؛ دانش داروشناسی با حیطة مکانسیم دارویی، دسته دارویی، عوارض دارویی با سه روش آموزش مجازی و سنتی - مجازی- سنتی در طول یک ترم یک ماهه به دانشجویان آموزش داده شد. گروه سنتی به شیوه مرسوم در کلاس درس به صورت ارائه مطالب به صورت سخنرانی توسط مدرس مربوطه شرکت نمودند، در گروه آموزش مجازی، مطالب به صورت فیلم، پاورپوینت و Word در قالب فایل فشرده (CD) به دانشجویان ارائه شد تا با استفاده از اینترنت و رایانه مباحث را آموزش ببینند، دانشجویان با

استفاده از این لوح فشرده می‌توانستند در مکان و زمان دلخواه با استفاده از یک سیستم رایانه درس خود را به صورت فردی و کاملاً مستقل و با سرعت خود بگذرانند. تا جای ممکن سعی شد ویژگی‌های قابل استفاده در کلاس درس مثل اهداف، ارئه پرسش‌های هر بخش، آزمون نهایی به شکل امتحان کتبی، ارائه خلاصه و ارائه منابع و غیره مورد استفاده قرار بگیرد. در گروه آموزش مجازی- سنتی مباحث بین دانشجویان با هماهنگی مدرس مربوطه تقسیم بندی شد و از دانشجویان خواسته شد قبل از کلاس با استفاده از ابزار مجازی نظیر اینترنت، پاورپوینت و Word مبحث مورد نظر را جهت سخنرانی آماده نمایند و در کلاس در کنار ارائه مباحث توسط دانشجو مدرس به ارائه توضیحات تکمیلی مبحث مورد نظر به صورت پرسش و پاسخ بپردازد. سه گروه مورد مطالعه از لحاظ محتوای آموزشی یکسان سازی شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات و سنجش متغیرها در این مطالعه، پرسش‌نامه و چک لیست بود و مقایسه بین سه گروه آموزشی در سه بخش: اطلاعات دموگرافیک، ارزیابی اهداف آموزشی با استفاده از آزمون پایان ترم، نظرسنجی دانشجویان از شیوه‌های آموزشی با استفاده از یک پرسشنامه محقق ساخته شده انجام شد. اطلاعات دموگرافیک شامل سن، جنس، دسترسی به رایانه و میزان استفاده از رایانه، میزان آشنایی به آن بود. ارزیابی اهداف آموزشی در پایان ترم با استفاده از آزمون کتبی مبتنی بر حیطه آموزش صورت گرفت و میانگین نمرات سه گروه آموزشی در پایان با یکدیگر جهت مقایسه یادگیری، مورد آزمون آماری قرار گرفت. در پایان دوره با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته با ضریب پایایی ۰/۹، نظرات دانشجویان تحت مطالعه جمع‌آوری شد. پرسشنامه شامل ۲۰ سؤال بسته بود که پاسخ درجه بندی بر اساس سه مقیاس درجه‌ای لیکرت (موافق، بی‌نظر، مخالف) طراحی شده بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون آنالیز واریانس یک طرفه آنوا کای اسکور- آزمون تی تست مستقل) با استفاده از نرم افزار Spss نسخه ۲۰ انجام گرفت.

:Study Setting

نمونه گیری شده است

:Participan

جامعه هدف مطالعه را دانشجویان پرستاری تشکیل دادند که به صورت سرشماری انتخاب شدند. از کلیه ۹۰ نفر دانشجویان پرستاری دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی مشهد ورودی سال ۹۳ و ۹۴ که واحد درسی "داروشناسی" را انتخاب کرده بودند، درخواست شد تا در صورت تمایل در مطالعه شرکت نمایند. تمامی دانشجویان موافقت خود را اعلام نمودند. دانشجویان در سه گروه تصادفی ۳۰ نفری قرار گرفتند؛ دانش داروشناسی با حیطه مکانسیم دارویی، دسته دارویی، عوارض دارویی با سه روش آموزش مجازی و سنتی و مجازی- سنتی در طول یک ترم یک ماهه به دانشجویان آموزش داده شد

:Sample Size

جامعه هدف مطالعه را دانشجویان پرستاری تشکیل دادند که به صورت سرشماری انتخاب شدند

:Data Gathering Tool

ابزار جمع‌آوری اطلاعات و سنجش متغیرها در این مطالعه، پرسش‌نامه و چک لیست بود و مقایسه بین سه گروه آموزشی در سه بخش: اطلاعات دموگرافیک، ارزیابی اهداف آموزشی با استفاده از آزمون پایان ترم، نظرسنجی دانشجویان از شیوه‌های آموزشی با استفاده از یک پرسشنامه محقق ساخته شده انجام شد. اطلاعات دموگرافیک شامل سن، جنس، دسترسی به رایانه و میزان استفاده از رایانه، میزان آشنایی به آن بود. ارزیابی اهداف آموزشی در پایان ترم با استفاده از آزمون کتبی مبتنی بر حیطه آموزش صورت گرفت و میانگین نمرات سه گروه آموزشی در پایان با یکدیگر جهت مقایسه یادگیری، مورد آزمون آماری قرار گرفت. در پایان دوره با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته با ضریب پایایی ۰/۹، نظرات دانشجویان

تحت مطالعه جمع آوری شد. پرسشنامه شامل ۲۰ سؤال بسته بود که پاسخ درجه بندی بر اساس سه مقیاس درجه ای لیکرت (موافق، بی نظر، مخالف) طراحی شده بود

Data Analysis

برای تجزیه و تحلیل داده ها از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون آنالیز واریانس یک طرفه آنوا- کای اسکور- آزمون تی تست مستقل) با استفاده از نرم افزار Spss نسخه ۲۰ انجام گرفت.

Results

در این پژوهش ۹۰ نفر از دانشجویان پرستاری شرکت نمودند. میانگین سنی جامعه مورد پژوهش در گروه سنتی ۲۰/۷ سال بود؛ حداقل سن ۲۰ و حداکثر ۲۴ بود (انحراف معیار برابر است ۱/۵). میانگین سنی جامعه مورد پژوهش در گروه مجازی ۲۱/۶ سال بود؛ حداقل سن ۲۲ و حداکثر ۲۶ بود (انحراف معیار برابر است ۱/۳). میانگین سنی جامعه مورد پژوهش در گروه مجازی-سنتی ۲۲ سال بود؛ حداقل سن ۱۹ و حداکثر ۲۴ بود (انحراف معیار برابر است ۱/۰۱). در رابطه با جنسیت در گروه آموزش سنتی ۱۷ نفر از دانشجویان مرد و ۱۳ نفر دیگر را دانشجویان زن تشکیل می دادند، در گروه آموزش مجازی ۱۴ نفر از دانشجویان مرد و ۱۶ نفر دیگر را دانشجویان زن تشکیل می دادند، این تعداد در گروه آموزش مجازی-سنتی برای مردان ۱۵ و برای زنان ۱۵ بود. در گروه آموزش سنتی ۵۷/۶٪ از دانشجویان روزانه حداقل ۳ ساعت یا کمتر از رایانه استفاده می کردند. در گروه آموزش مجازی ۶۶٪ دانشجویان روزانه حداقل ۳ ساعت یا کمتر و در گروه مجازی-سنتی ۷۲/۲٪ دانشجویان روزانه حداقل ۳ ساعت یا کمتر از رایانه استفاده می کردند. بر اساس نتایج آزمون آنوا بین میزان استفاده روزانه از رایانه بین سه گروه آموزشی اختلاف معنی داری مشاهده شد. طبق جدول ۱ نتایج نشان داد که میزان یادگیری در روش مجازی- سنتی نسبت به دو روش آموزش مجازی و سنتی بیشتر بوده و تفاوت معنی دار آماری بین سه روش آموزش مشاهده شد.

جدول ۱: مقایسه نمرات دانشجویان در سه روش آموزش

P-value*	CI	میانگین نمرات	شیوه آموزش
۰/۰۰۰	۱۳/۲۵-۱۴/۸۹	۱۴/۰۷ ± ۲/۱۹	سنتی
	۱۲/۹۹-۱۴/۹۴	۱۳/۹۷ ± ۲/۶	مجازی
	۱۶/۴۷-۱۷/۷۳	۱۷/۱۰ ± ۲/۷	سنتی-مجازی

* One-way ANOVA

بر اساس جدول ۱ نتایج نشان می دهد که از نظر میزان یادگیری و موفقیت در آزمون پایان دوره اختلاف معنی داری بین دانشجویان سه گروه وجود داشت (P= ۰/۰۰۰)؛ بدین معنی که توانایی و مهارت در یادگیری درس داروشناسی در سه گروه آموزشی یکسان نبود و بر اساس مقایسه اختلاف میانگین سه شیوه آموزشی، بین شیوه آموزش مجازی-سنتی با شیوه آموزش سنتی و مجازی تفاوت معنی داری مشاهده شد. دانشجویان تحت مطالعه، ارتباط مستمر و مداوم بین استاد و دانشجو (۸۵ درصد)، ارتباط از راه دور و تبادل علمی (۷۵ درصد)، دسترسی به منابع الکترونیکی روز دنیا (۷۹ درصد) و عدم محدودیت مکانی و زمانی (۵۸ درصد) را به عنوان مزایای اصلی آموزش مجازی بر شمرده و در عین حال کمبود امکانات و منابع دانشگاه (۸۷ درصد)، عدم دسترسی کافی به رایانه و اینترنت (۳۴ درصد) را معایب اصلی این نوع آموزش توصیف کردند. ۸۶ درصد دانشجویان معتقد بودند که این طرح در ترویج فرهنگ آموزش مجازی موثر بوده است. ۸۱ درصد دانشجویان مورد مطالعه علاقه مند به استفاده از

این روش تدریس بودند، اما ۱۵/۲ درصد دانشجویان قابلیت و کفایت این روش را نپذیرفتند. ۶۶ درصد دانشجویان هم زیرساخت‌ها و امکانات دانشگاه را برای این آموزش ناکافی می‌دانستند.

Conclusion

مطالعه حاضر، تأثیر سه روش آموزش سنتی، مجازی و مجازی-سنتی در یادگیری «درس داروشناسی»، دانشجویان کارشناسی پرستاری را ارزیابی نمود. یافته‌های این مطالعه، با توجه به مقایسه میانگین نمرات سه گروه آموزشی نشان می‌دهد که آموزش مجازی-سنتی توانسته تا حدودی انتظارات مربوط به یادگیری را بیشتر از دو روش دیگر محقق سازد، در مطالعه نوریان و همکاران (۱۳۹۱)؛ ریلی و همکاران (۲۰۰۲) روش آموزش مجازی نسبت به روش سنتی در یادگیری موفق بوده است که با نتایج مطالعه حاضر همسو است (۵ و ۱۳). مشارکت شرکت‌کنندگان در هر سه گروه آموزشی تا پایان مطالعه به صورت کامل انجام پذیرفت و ۱۰۰ درصد دانشجویان به تمام سؤالات پاسخ دادند نتایج مطالعه حاضر از نظر ۱۰۰ درصدی مشارکت شرکت‌کنندگان تا پایان مطالعه با مطالعه شریفی و همکاران همسو است (۹). همچنین در این مطالعه، با توجه به نوع آموزش‌ها در رابطه با میزان استفاده روزانه از رایانه بین سه گروه آموزشی تفاوت معنی‌داری مشاهده شد که در این زمینه با مطالعه کوهپایه و همکاران (۱۳۹۵) همسو می‌باشد (۷). به استناد نتایج حاصل در این مطالعه، روش آموزش مجازی-سنتی مشابه آموزش سنتی و در کنار آموزش مجازی اهداف برنامه آموزشی را که افزایش دانش و عملکرد در حیطه درس «داروشناسی» بود، محقق نمود به نحوی که می‌تواند به عنوان روشی جایگزین در دانشکده‌های پرستاری مورد استفاده قرار گیرد. در درس «داروشناسی» دانشجویان موظف به یادگیری نام علمی و درست داروها می‌باشد تا از خطاها و انحرافات دارویی دانشجویان جلوگیری شود، بنابراین در روش مجازی-سنتی، در مرحله اول دانشجویان به جستجو و آشنایی با داروها می‌پردازد و سپس در قالب کلاس درس به معرفی آنها در حضور مدرس می‌پردازد. از این نظر این روش در این مطالعه از روش‌های دیگر، هدف یادگیری را بیشتر محقق نمود. یادگیری الکترونیکی چنانچه بخواهد روش آموزشی مفیدی باشد باید بتواند در بهبود عملکرد تحصیلی و رضایتمندی یادگیرندگان از روش‌های سنتی پیشی بگیرد (۱۹). در مطالعه سهیلی و همکاران تفاوت معنی‌داری بین نمرات پایان ترم آموزش سنتی و مجازی و سنتی - مجازی مشاهده شد که معنی‌داری بودن اختلاف بین سه روش آموزشی با مطالعه حاضر همسو می‌باشد (۲۰). در مطالعه روحی و همکاران اختلاف معنی‌داری بین نمرات آموزش سنتی و سنتی مجازی مشاهده شد که با نتایج این مطالعه همسو می‌باشد (۱۸). بر اساس نتایج این مطالعه آموزش مجازی-سنتی در افزایش نمره دانشجویان موفق بوده و با رضایتمندی دانشجویان همراه بوده است. لذا، بر اساس نتایج این مطالعه و مطالعات بررسی شده می‌توان چنین نتیجه گرفت که در کنار آموزش سنتی بهره گرفتن از آموزش مجازی برای رشد مهارت‌های یادگیری علمی دانشجویان موثر می‌باشد.

Keywords: پرستاری، آموزش مجازی، آموزش سنتی، داروشناسی

کد: ۱۶۳۱

حیطه: یاددهی و یادگیری

استفاده از چک لیست ثبت عملکرد: راهی برای بازاندیشی و آموزش غیر مستقیم

نویسندگان: فرشید میرزایی پور، معصومه ایمانی پور، هومن شهسوار، حمید حقانی

Introduction

پرستاران بعنوان مهم‌ترین عضو سیستم بهداشتی-درمانی شناخته شده و این در حالی است که کیفیت مراقبت‌های آنان به دلایل مختلفی مطلوب نبوده و به نظر می‌رسد روش‌های معمول که مدیران عرصه سلامت برای برطرف کردن این نقیصه و آموزش‌های مداوم حرفه ای بکار می‌گیرند در حد انتظار مثمرتر واقع نگردیده اند. بنابراین ضرورت بهبود مستمر فرایندها ایجاد می‌کند در جهت بررسی روش‌های جدیدتر یا اصلاح روش‌های فعلی گام برداشته شود.

Objectives

هدف از این تحقیق بررسی اثربخشی استفاده از چک لیست ثبت عملکرد به عنوان روشی برای آموزش غیرمستقیم پرستاران بود.

Study Design

پژوهش حاضر یک کارآزمایی کنترل شده غیرتصادفی است که در دو گروه کنترل و آزمون انجام شد.

Study Setting

به منظور انجام پژوهش ابتدا آگاهی و عملکرد پرستاران هنگام اندازه‌گیری فشار ورید مرکزی در دو گروه کنترل و آزمون به روش مشاهده ای و تکمیل پرسشنامه بررسی شد. سپس مداخله که عبارت بود از بکارگیری چک لیست ثبت اقدامات در ارتباط با اندازه‌گیری فشار ورید مرکزی بمدت یکماه در گروه آزمون اجرا شد به این صورت که پرستاران موظف بودند در هر بار اندازه‌گیری فشار ورید مرکزی از چک لیست ثبت اقدامات استفاده کنند. در پایان مداخله، مجدداً آگاهی و عملکرد هر دو گروه بررسی شد.

Participan

نمونه‌های پژوهش عبارت بودند از پرستاران شاغل در بخش آی سی یو جراحی و داخلی یکی از بیمارستانهای شهر تهران.

Sample Size

نمونه پژوهش بر اساس داده‌های حاصل از مطالعات مشابه و نیز مطالعه پایلوت انجام شده، ۷۰ نفر تعیین شد که از بین پرستاران واجد شرایط که تمایل به شرکت در مطالعه داشتند، انتخاب شده و به دو گروه ۳۵ نفره تقسیم شدند.

Data Gathering Tool

ابزار جمع آوری داده برای سنجش آگاهی پرستاران و تاثیر استفاده از چک لیست ثبت اقدامات در افزایش آگاهی ایشان، پرسشنامه آگاهی سنجی بود که روایی آن به روش محتوایی و پایایی آن به روش آلفای کرونباخ تایید شد. به منظور بررسی عملکرد پرستاران نیز از چک لیست مشاهده ای استفاده شد که روایی آن به روش محتوایی و پایایی آن به روش آزمون مجدد ارزیابی و تایید شد.

Data Analysis

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها و مقایسه متغیرهای آگاهی و عملکرد در دو گروه آزمون و مداخله از آزمون تی مستقل استفاده شد. همچنین برای مقایسه نمرات قبل و بعد از مداخله در هر گروه از آزمون تی زوج استفاده گردید.

Results:

یافته ها نشان داد که اختلاف نمره آگاهی ($P=0/001$) و عملکرد ($P=0/001$) واحدهای مورد پژوهش قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون از نظر آماری معنادار است. در حالیکه این اختلاف در گروه کنترل معنادار نبود. مقایسه میانگین نمره آگاهی ($P=0/006$) و عملکرد ($P=0/016$) دو گروه بعد از مداخله نشان داد که میانگین هر دو متغیر در گروه آزمون به طور معنی داری بیشتر از گروه کنترل بود.

Conclusion:

یافته های این مطالعه نشان داد بکارگیری چک لیست ثبت اقدامات پرستاری می تواند موجب ارتقاء آگاهی و عملکرد پرستاران شود. لذا این روش می تواند بعنوان یک روش آموزش غیرمستقیم، ساده و مطمئن در راستای ارتقاء آگاهی و عملکرد پرستاران، حتی در آموزش مداوم مورد استفاده قرار گیرد و از طریق بازاندیشی فردی ارتقاء عملکرد پرستاران را سبب گردد.

Keywords :

چک لیست ثبت اقدامات - آگاهی - عملکرد - کیفیت مراقبت - بازاندیشی

کد: ۱۴۵۷

حیطه: یاددهی و یادگیری

بررسی مقایسه ای عوامل بازدارنده و تسهیل کننده بر یادگیری مهارتهای بالینی از دیدگاه دانشجویان و مربیان بالینی دانشکده پرستاری و مامایی قاین، سال ۱۳۹۵

نویسندگان: زهره بزرگری، زهرا عبادی نژاد، محمدرضا جانی، محمدرضا رزم آرا

Introduction:

در جهان امروز با گسترش دانشگاه ها و موسسات آموزش عالی بحث در مورد کیفیت آموزش اهمیت ویژه ای یافته است (۱). از آن جا که نیروی انسانی ارزنده ترین سرمایه هر کشور است، پیشرفت و بالندگی فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی کشورها در گرو تربیت نیروی متخصص، رشد علمی و افزایش سطح آگاهی افراد آن جامعه خواهد بود (۲). علوم پزشکی حرفه ای است پویا و کاربردی و آموزش بالینی مجموعه ای از علوم تئوری و فعالیتهای عملی، مهارت، خلاقیت، تجربه است. هدف از آموزش بالینی، ایجاد تفکر انتقادی و خلاق، یادگیری خودجوش، ارتقای مهارتهای روانی- حرکتی، توانایی مدیریت زمان، افزایش اعتماد به نفس، برقراری ارتباط مناسب می باشد (۳). رشد سریع آموزش عالی و مواجهه با فرایندهای جهانی شدن، نیاز به تربیت نیروهای انسانی کارا و مجرب برای ادامه مهارتهای تخصصی و مطلوب را ضروری می سازد. آموزش بالینی بخش اساسی و مهمی از آموزش در علوم پزشکی می باشد که بدون آن تربیت افراد کارآمد و شایسته بسیار مشکل یا غیرممکن خواهد بود (۴). دانشجویان علوم پزشکی به منظور داشتن حداکثر کارایی، در کلاس های نظری اطلاعات و دانش مورد نیازشان را کسب نموده و تمرین در محیط های بالینی، توانمندی حرفه ای لازم را کسب می نمایند. در سیستم بهداشت و درمان از کارکنان تازه کار انتظار می رود که آموخته های نظری خود را در بالین بیماران بطور کامل پیاده کنند اما فاصله بین آنچه آموزش داده می شود و خدماتی که در بالین ارائه می گردد به عنوان یک مشکل اساسی در علوم پزشکی مطرح می شود. یکی از راهکارهای بسیار مناسبی که در این زمینه مهم به نظر می رسد ایجاد آموزش بالینی مناسب برای دانشجویان در دوران دانشجویی آنان می باشد. آموزش بالینی را می توان فعالیتهای تسهیل کننده ی یادگیری در محیط های بالینی دانست که در آن مربی بالینی و دانشجو به یک اندازه مشارکت دارند و هدف آن ایجاد تغییرات قابل اندازه گیری در دانشجو برای مراقبتهای بالینی است (۵).

باید توجه داشت که یادگیری دانشجویان در محیط های بالینی تا حدود زیادی تحت تاثیر میزان اثر بخشی این محیط آموزشی قرار دارد از عوامل مهم این اثر بخشی بالینی که بسیار مورد توجه است می توان مربی بالینی، محیط بالینی، خصوصیات فردی دانشجویان، برنامه ریزی آموزشی و ارزشیابی را نام برد (۶). که یکی از عوامل موثر بر کیفیت و کمیت آموزش بالینی، محیط می باشد. محیط یادگیری دانشجویان ترکیبی از عوامل شناختی، فرهنگی، اجتماعی، روانی عاطفی، تحصیلی و انگیزشی است که از طریق آن مربیان و دانشجویان با یکدیگر کار می کنند (۶). نقش مربیان در آموزش بالینی دانشجویان امری بدیهی بوده و آنان با داشتن تجارب آموزشی، عملی و احساس مسئولیت می توانند نقشهای حمایتی، جهت دهنده، تشویق کننده، تسهیل کننده و راهنما را داشته و در موفقیت آمیز بودن آموزش بالینی و همچنین در ادغام تئوری و عملی نقش بسزایی داشته باشند (۷). دوره های کارآموزی و کارورزی در شکل دهی مهارت های اساسی و توانمندی های حرفه ای نقش اساسی دارد زیرا برای دانشجویان فرصت لازم فراهم می شود تا دانش تئوری و آموخته های نظری خود را به مهارت های ذهنی، روانی و حرکتی تبدیل کرده و مهارت های حرفه ای را کسب نمایند (۸). سازمان بهداشت جهانی فاصله زیاد بین شواهد تحقیقی و استفاده از نتایج تحقیق در کار بالینی را مساله مهم می داند که نیازمند توجه سریع و جدی به آن است (۱۲). برخی از مطالعات در خصوص آموزش های بالینی نشان می دهد که این آموزشها دارای اثر بخشی لازم نیستند. به عنوان نمونه، مطالعه انجام شده در امریکا روی ۷۵۰۰ فارغ التحصیل پرستاری که ۷۵/۵ درصد آنها پرستاران registered بودند که فهمیده شد یک پنجم پرستاران در انجام وظایف بالینی شان دچار اشکال بوده و ۵۲ درصد گزارش کردند آمادگی فعالیت در عرصه ی واقعی بالینی را ندارند (۴). ایجاد چالش های یادگیری بالینی برای دانشجویان مراقبت های بهداشتی باعث افزایش قابل توجه در برنامه های کشورهای غیرانگلیسی زبان در اروپا و از درجه ی بین المللی شده است (۱۵). استفاده از شبیه سازی بالینی در برنامه های پرستاری در مقطع کارشناسی در تایوان در بیش از ۵ سال گذشته افزایش یافته است (۱۷). علی رغم تحقیقات زیادی که در رابطه با آموزش بالینی انجام شده، پژوهشگران طی تجربیات بالینی خود متوجه این امر شدند که این رسالت مهم به خوبی انجام نمی گیرد و دانشجویان در پایان دوره تحصیل خود کفایت لازم برای انجام مهارت ها را ندارند و بیشتر مطالعات انجام شده در ایران نیز به بررسی مشکلات بالینی پرداخته و بر عوامل تاثیر کننده توجه ای نشده است بی توجهی به این امر فرایند آموزش را به نتیجه مطلوبی نخواهد رساند بدون تردید شناخت عوامل مثبت و منفی موثر بر یادگیری مهارت های بالینی برای کاهش مشکلات و تقویت نکات مثبت موثر می باشد (۳). مطالعه ای که در سنج انجام شد عدم انگیزه و علاقه دانشجویان را چالش اساسی پیش روی آموزش بالینی دانسته اند (۱۰). همین طور مطالعات دیگری که در ایران انجام شد نیز به نقش مربی ها در اثر بخشی آموزش بالینی اشاره دارند و آن را عامل مهم در ایجاد انگیزه و اعتماد به نفس دانشجویان و در نهایت ارتقاء سطح آموزش بالینی تلقی می نمایند. محدودیت های فیزیکی مانند محیط آموزش بالینی نیز در برخی از مطالعات به عنوان عوامل مهم و موثر بر آموزش بالینی علوم پزشکی شناخته می شوند. علاوه بر مسائل یاد شده در کشور ما همچنین آموزشهای تئوری و عدم تطابق آن با بالین نیز به عنوان یکی دیگر از چالش های آموزش بالینی پرستاری و علوم پزشکی عنوان می شود (۱۰). نتایج مطالعه دیگری در ایران نشان داده است که مربی با توانایی های علمی و عملی و رفتار و نگرش خود می تواند دانشجویان را به کار بالین و یادگیری بالین علاقه مند سازد اما اگر این مربی در نقش خود ضعیف حاضر شود به عنوان یک عامل سرکوبگر در مسیر انگیزش و یادگیری دانشجویان قلمداد می گردد. در واقع عملکرد مربی می تواند عامل تسهیل کننده ای در فرایند آموزش بالینی باشد و یادگیری و کسب مهارت بر بالین ارتباط مستقیمی با ویژگی مدرسین بالینی دارد. در این میان دانشجویان به عنوان دریافت کنندگان خدمات آموزش، بهترین منبع برای شناسایی مشکلات آموزش بالینی محسوب می شوند چرا که حضور و تعامل مستقیم و بی واسطه با این فرایند دارند (۱۱). در مطالعه ای که در دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان انجام شد، بیشترین عوامل تسهیل کننده یادگیری مهارت های بالینی دانشجویان، مربوط به واگذاری امور به عهده دانشجویان، فراهم بودن محیط توسط مربیان برای تجربه مهارت های بالینی دانشجویان، حمایت دانشجویان توسط مربی و پرسنل، احساس مسئولیت مربیان، ایجاد فرصت پرسش و پاسخ، اعتماد مربی به دانشجو و بیشترین عوامل بازدارنده یادگیری مهارت های بالینی، مربوط به عدم بازخورد از طرف پرسنل به دانشجو، عدم حمایت دانشجو توسط پرسنل، عدم اعتماد بیمار به دانشجو، ترس و واهمه دانشجویان سوال کردن و تندخو و عصبی بودن مزاج پرسنل بود (۸). (در مطالعه ای که در بوشهر با عنوان بررسی دیدگاه دانشجویان بالینی در زمینه شناسایی موانع و عوامل تسهیل کننده در آموزش بالینی انجام شده از نوع توصیفی تحلیلی است. نتایج نشان داد که اقدام در جهت استاندارد سازی بخش ها و همچنین تمرکز در بهبود مهارت های ارتباطی اساتید و دانشجویان موجب تقویت عوامل تسهیل کننده یادگیری در محیط های بالینی می گردد و زمینه ساز تربیت افراد ماهر و ارائه خدمات مراقبتی با کیفیت بالا می شود (۴). یافته های مطالعه ای در سنج از این قرار بود که مهمترین عامل تسهیل کننده آموزش بالینی

از دیدگاه دانشجویان کارورز و کارآموز ارتباط بین مربی- دانشجو بود. در حالیکه مهمترین عامل بازدارنده از دیدگاه دانشجویان کارآموز امکانات موجود در بیمارستان و از دیدگاه دانشجویان کارورز ویژگی مربیان بود. نتایج نشان داد ویژگی و مهارت تدریس مربیان به عنوان موانع بازدارنده آموزش بالینی بود و انتخاب مدرسین مبتکر و خلاق در کنار سعی و تلاش دانشجویان می تواند یکی از راهکارهای موثر در ارتقای کیفیت آموزش بالینی مطرح می کند(۷). بنابراین این پژوهش با هدف بررسی عوامل تسهیل کننده و بازدارنده بر یادگیری مهارتهای بالینی از دیدگاه دانشجویان و مربیان بالینی دانشکده پرستاری و مامایی قاین شد. تا از نتایج حاصل آن، برنامه ریزان آموزشی به بازنگری برنامه های آموزشی بالینی دانشجویان بپردازند در جهت ارتقای مهارتهای بالینی بکوشند.

Objectives:

الف) هدف کلی: بررسی مقایسه ای عوامل تسهیل کننده و بازدارنده بر یادگیری مهارتهای بالینی از دیدگاه دانشجویان و مربیان بالینی دانشکده پرستاری و مامایی قاین در سال ۱۳۹۵ ب) اهداف ویژه (specific objectives): ۱- تعیین و مقایسه میانگین نمره دهی دانشجویان و اساتید در حیطه ی ویژگیهای مربیان در میزان یادگیری مهارتهای بالینی دانشجویان دانشکده پرستاری و مامایی قاین ۲- تعیین و مقایسه میانگین نمره دهی دانشجویان و اساتید در حیطه ی ارتباط بین مربی و دانشجو در میزان یادگیری مهارتهای بالینی دانشجویان دانشکده پرستاری و مامایی قاین ۳- تعیین و مقایسه میانگین نمره دهی دانشجویان و اساتید در حیطه ارتباط بین مربی و دانشجو در میزان یادگیری مهارتهای بالینی دانشجویان دانشکده پرستاری و مامایی قاین ۴- تعیین و مقایسه میانگین نمره دهی دانشجویان و اساتید در حیطه ارتباط بین پرسنل و دانشجو در میزان یادگیری مهارتهای بالینی دانشجویان دانشکده پرستاری و مامایی قاین ۵- تعیین و مقایسه میانگین نمره دهی دانشجویان و اساتید در حیطه نحوه آموزش مهارت توسط مربی در میزان یادگیری مهارتهای بالینی دانشجویان دانشکده پرستاری و مامایی قاین ۶- تعیین و مقایسه میانگین نمره دهی دانشجویان و اساتید در حیطه رضایت دانشجو از قوانین بخش در میزان یادگیری مهارتهای بالینی دانشجویان دانشکده پرستاری و مامایی قاین ۷- تعیین و مقایسه میانگین نمره دهی دانشجویان و اساتید در حیطه رضایت دانشجو از نحوه ارائه دروس عملی و تئوری در میزان یادگیری مهارتهای بالینی دانشجویان دانشکده پرستاری و مامایی قاین ۸- تعیین و مقایسه میانگین نمره دهی دانشجویان و اساتید در حیطه وجود امکانات دانشگاهی و بیمارستانی در میزان یادگیری مهارتهای بالینی دانشجویان دانشکده پرستاری و مامایی قاین

Study Design

این مطالعه از نوع توصیفی تحلیلی می باشد. به مدت ۱ ماه انجام شد.

Study Setting

روش نمونه برداری از نوع سرشماری بوده که کلیه مربیان بالینی و دانشجویان سال دوم به بعد کلیه رشته های تحصیلی دانشکده به دلیل اینکه نسبت به دانشجویان سال های پایین، تجربه کافی را از مهارت های بالینی تحت سرپرستی مربیان کسب کرده و در جریان فعالیت های بالینی و در تعامل مستقیم با آموزش بالینی هستند و بهتر می توانند نسبت به عوامل تسهیل کننده و بازدارنده یادگیری مهارت های بالینی قضاوت نمایند، انتخاب شدند.

Participan

این مطالعه از نوع توصیفی تحلیلی می باشد که بر روی کلیه مربیان بالینی (۲۲ نفر) و دانشجویانی که واحد کارآموزی دارند (۲۸۰ نفر)، انجام خواهد شد. پژوهشگر پس از تصویب پژوهش در کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه و کسب معرفی نامه از دانشکده پرستاری و مامایی قاین اقدام به نمونه گیری کرد. با مراجعه به دانشکده پرستاری و مامایی قاین لیست کلیه افرادی که کارآموزی داشته و مربیان بالینی تهیه گردید. برای رعایت اصول اخلاقی و عدم اجبار در شرکت در طرح پس از توضیح و کسب موافقت و رضایت دانشجویان و مربیان به صورت حضوری پرسشنامه را در اختیار آنها قرار گرفت تا پاسخ داده شود. در صورت عدم علاقه، حق خروج از مطالعه را به آنها داده شد. پس از پاسخ دهی، پرسشنامه ها جمع آوری شده و داده ها به نرم افزار SPSS ۲۰ وارد گردید و از آزمونهای توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آزمونهای کای اسکوئر، T مستقل، کروس کالوالیس و Anova استفاده شد.

Sample Size

که بر روی کلیه مربیان بالینی (۲۲ نفر) و دانشجویانی که واحد کارآموزی دارند (۲۸۰ نفر)، انجام شد

Data Gathering Tool

ابزار گردآوری داده ها، پرسشنامه ای بود که توسط فریبا قدس بین در سال ۱۳۸۶ به عنوان پژوهش مورد استفاده قرار گرفته است. برای تعیین اعتبار علمی آن از روش اعتبار محتوی و برای تعیین اعتماد علمی آن از روش آزمون مجدد استفاده گردید که ضریب همبستگی دو آزمون $(0.83/r=)$ در حد قابل قبول بود. (۴) پرسشنامه شامل سؤالاتی در زمینه برخی از مشخصات دموگرافیک نمونه ها و ۶۶ سؤال در مورد عوامل تسهیل کننده (۳۸ سؤال) و عوامل بازدارنده (۲۷ سؤال) بود که در حیطه های ویژگی های مربیان (۹ سؤال)، ارتباط مربی و دانشجویان (۹ سؤال)، آموزش توسط مربی و پرسنل در بخش (۱۰ سؤال)، ارتباط بیمار و دانشجو (۴ سؤال)، رضایت دانشجو از وجود قوانین در بخش (۱۱ سؤال)، وجود امکانات دانشگاهی و بیمارستانی (۳ سؤال)، ارتباط پرسنل و دانشجو (۸ سؤال) و نحوه ارائه دروس تئوری و عملی (۱۱ سؤال) تدوین گردید. سؤالات بر اساس مقیاس لیکرت ۵ رتبه ای ارزیابی می شود. میانگین ارزش ها بین ۵-۱ متغیر می باشد. به پاسخ کاملا مخالف (نمره ۱)، مخالف (نمره ۲)، بی تفاوت (نمره ۳)، موافق (نمره ۴) و کاملا موافق (نمره ۵) اختصاص داده می شود.

Data Analysis

پس از گردآوری پرسشنامه ها، داده ها کدگذاری و وارد رایانه شده و بعد از کسب اطمینان از صحت ورود اطلاعات، تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS و پیرایش ۲۰ انجام شد. برای توصیف مشخصات شرکت کنندگان از آزمونهای توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آزمونهای کای اسکوتر، T مستقل، کروس کالوایس و anova استفاده شد.

Results

حیطه ی عوامل تسهیل کننده و پاسخ دانشجویان: در بین حیطه های تسهیل کننده، ۹۱٫۵ درصد از دانشجویان رضایت دانشجو از قوانین در بخش را موثرترین عامل در حیطه ی عوامل تسهیل کننده ی یادگیری مهارت های بالینی می دانند که دارای بالاترین درصد بود.

حیطه ی عوامل بازدارنده و پاسخ دانشجویان: در بین عوامل بازدارنده ۸۸٫۴ درصد از دانشجویان رضایت دانشجو از نحوه ی ارائه ی دروس عملی و تئوری را موثرترین عامل در حیطه ی عوامل بازدارنده یادگیری مهارت های بالینی می دانند که دارای بالاترین درصد بود.

حیطه ی عوامل تسهیل کننده و پاسخ مربیان: در بین حیطه های تسهیل کننده ۹۳٫۳ درصد از مربیان ارتباط دانشجو بین بیمار و رضایت دانشجو از نحوه ی ارائه را موثرترین عامل در حیطه ی عوامل تسهیل کننده ی یادگیری مهارت های بالینی می دانند که دارای بالاترین درصد بود.

حیطه ی عوامل بازدارنده و پاسخ مربیان: در بین حیطه های باز دارنده، ۹۳٫۳ درصد از مربیان ارتباط بین دانشجو و بیمار رضایت دانشجو از نحوه ی ارائه ی دروس عملی و تئوری را موثرترین عامل در حیطه ی عوامل بازدارنده ی یادگیری مهارت های بالینی می دانند که دارای بالاترین درصد بود.

Conclusion

دانشجویان از موضوعات مطرح شده در حیطه های مختلف رضایت داشتند ولی از ارتباط بین پرسنل و دانشجو و نحوه ی ارائه ی دروس تئوری و عملی رضایت نداشتند. این عوامل را به عنوان بازدارنده ی آموزش مهارت های بالینی مطرح نمودند. توصیه می گردد که فعالیت های بالینی همگام با آموزش تئوری، مورد برنامه ریزی قرار گیرد. و دروس تئوری قبل از کارآموزی مربوط تدریس گردد تا از این طریق آموخته های تئوری در محیط واقعی تحقق یابد. همچنین پیشنهاد می گردد با ایجاد انگیزه و مسئولیت در دیگر اعضای تیم بهداشتی - درمانی، آشنایی پرسنل با اهداف کارآموزی دانشجویان در شروع کارآموزی و سهیم نمودن آنها در آموزش دانشجویان از عوامل بازدارنده ی یادگیری مهارت های بالینی کاسته شود.

Keywords

عوامل تسهیل کننده، عوامل بازدارنده، آموزش بالینی، دانشجویان علوم پزشکی

کد: ۱۴۶۱

حیطه: یاددهی و یادگیری

ارتقا مهارتهای زبان تخصصی دانشجویان رشته فناوری اطلاعات سلامت: طراحی مدل کارپوشه

نویسندگان: ساناز سادات محمودیان، مرضیه معراجی

Introduction

در چند سال گذشته، برنامه‌ها و روش‌های آموزشی در کلاس‌های آموزش انگلیسی به‌عنوان زبان دوم تغییرات و اصلاحات زیادی داشته است. این تغییرات در تئوری آموزشی به استفاده گسترده رویکردهای ارتباطی دانشجو محور در کلاس‌های درسی منجر گردید. این رویکردهای دربرگیرنده فرایند نوشتن، فرایند خواندن، صلاحیت‌های ارتباطی و به‌طور کلی زبان هستند و بر اساس معانی و عملکردهای زبان و فرایندهای یادگیری تعیین شده‌اند. طرفداران برنامه درسی فرایند محور می‌گویند که تکنیک‌های ارزیابی سنتی اغلب با فعالیت‌های کلاس‌های آموزش انگلیسی به‌عنوان زبان دوم تناسب ندارند. هم‌چنین به‌طور کلی آزمون‌های استاندارد با فرایندهای یادگیری در تضاد هستند. مدرسان به دلیل ناسازگاری فرایندهای یادگیری و ارزشیابی محصولات و تفاوت‌های بین اطلاعات موردنیاز و اطلاعات به‌دست‌آمده از آزمون‌های استاندارد، به دنبال روش‌های جایگزین برای ارزشیابی دانشجویان هستند (۱).

از سویی کسب دانش تقریباً آسان است، اما کسب مهارت و حتی نگرش مثبت به‌سختی ایجاد می‌شوند. بر اساس نظریه ساخت‌گرایان، افراد دانش را بر اساس تجربه خود تفسیر و ایجاد می‌کنند (۲). دانشجویان فناوری اطلاعات سلامت، مهارت‌های گوناگونی را باید فراگیرند که در برنامه درسی دوره تحصیلی آن‌ها به دلیل اهمیت بسیار مهارت‌های مرتبط با زبان اختصاصی، چهار درس زبان تخصصی با عناوین IT_1 ، IT_2 ، HIM_1 و HIM_2 علاوه بر زبان عمومی لحاظ گردیده است. دانشجویان به فرصت‌هایی در کلاس نیاز دارند تا بتوانند با تجربه، تمرین و آزمون یاد بگیرند و بر اساس مهارت‌های فردی خود پیش روند. دانشجویان فناوری اطلاعات سلامت در کلاس‌های زبان تخصصی مشارکت دارند، متن‌های تخصصی را خوانده و مهارت‌های مرتبط با درس زبان تخصصی را انجام می‌دهند؛ سپس به سؤالات امتحانی خودپاسخ داده و نمره خوبی کسب می‌کنند. با این حال، نمره خوب تضمینی در کسب مهارت‌های موردنیاز درس زبان تخصصی نیست. این امر به تأکید و تمرین و ممارست مهارت‌های زیادی نیاز دارد (۲). دروس زبان تخصصی، مجموعه‌ای از مهارت‌های متفاوتی مانند خواندن و روش‌ها و فن‌های مطالعه، درک مطلب، آشنایی با واژه‌های تخصصی و روش‌های حدس لغات، ترجمه و مدل‌های مختلف، آشنایی با دستور زبان و استفاده از آن در ترجمه و درک متون و غیره می‌باشد. بنابراین استفاده از کارپوشه در کسب مهارت‌های گسترده لازم برای دانشجویان مؤثر در نظر گرفته شد.

کارپوشه مجموعه‌ای از فعالیت‌های دانشجو است. کارپوشه یادگیری باهدف اولیه گردآوری عملکرد یا دستاوردهای دانشجو یا بهبود و پیشرفت در طی زمان در کلاس درس استفاده می‌شود. کارپوشه بیش از یک پوشه است، بلکه گزیده‌ای آگاهانه از نمونه کارهای دانشجو است تا میزان رشد و توسعه وی را نسبت به اهداف مهم دوره درسی نشان دهد. مشارکت دانشجو در فرایند ارزیابی، ارائه دیدگاهی از میزان پیشرفت یا تغییرات دانشجو به خود وی و مدرس، ارائه نمونه‌هایی از فعالیت‌های دانشجو، تمرکز بر فعالیت‌های مهم، کمک به ارزیابی نیازهای دوره آموزشی، درک دانشجو از میزان اهمیت عملکرد، تشخیص نقاط قوت و ضعف فراگیر از مزایای کارپوشه هستند. مهم‌ترین مزیت کارپوشه ارزیابی، برقراری ارتباط بین ارزیابی با آموزش است؛ بدین معنی که عملکرد دانشجو بر اساس اهداف و مقاصد آموزشی و فعالیت‌های کلاسی ارزشیابی می‌شود (۲). استفاده از خاصیت دوگانه آموزش و سنجش کارپوشه در جهت ایفای نقش فعال‌تر با تأکید بر "خودارزیابی" که انعکاس فردی، عزت‌نفس، اطمینان را در دانشجویان افزایش دهند و آن‌ها را مسئولیت‌پذیرتر کند. همچنین با تعیین ملاک‌های عملکردی، سنجش صحیحی از پیشرفت دانشجویان انجام داد (۳). با پیاده سازی کارپوشه دانشجویان یاد می‌گیرند که فراگیران مستقلی باشند که بتوانند مطالب مناسب با علائق و سطوح خود بیابند. در این راستا مربی آن‌ها را راهنمایی می‌کند که چگونه از عهده متون پیچیده یا متون فراتر از سطح مهارت فعلی خود برآیند. (۴). بدین منظور آموزش زبان تخصصی با استفاده از کارپوشه و ویژگی دوگانه آموزش و ارزیابی آن مورد پژوهش قرار گرفت.

Objectives

۸- اهداف ویژه / اختصاصی:

۱. تعیین ویژگی‌های مدل پرتفولیوی یادگیری-ارزیابی زبان تخصصی رشته فناوری اطلاعات سلامت
۲. تعیین روش‌های ارزیابی و تواتر ارزیابی پرتفولیوی یادگیری-ارزیابی زبان تخصصی
- ۳.

:Study Design

این پژوهش کیفی از نوع تحقیق عملکردی می‌باشد. کارپوشه درس زبان تخصصی دانشجویان فناوری اطلاعات سلامت در چهار مرحله طراحی و پیاده‌سازی شد که عبارت‌اند از:

- ۱- تعیین اهداف، دستاوردها، مطالب مدنظر مشتمل بر تعیین هدف، صلاحیت‌ها و قابلیت‌های مورد سنجش، محتوی، نمره دهی، ارزیابی کارپوشه
مرحله اول خود شامل گام‌های زیر است:
گام اول- مشخص کردن هدف پرتفولیو؛
گام دوم- تعیین صلاحیت‌ها و قابلیت‌هایی که باید سنجیده شود؛
گام سوم: انتخاب محتوای لازم پرتفولیو با مشارکت دانشجو؛
گام چهارم- ایجاد سیستم نمره دهی برای ارزیابی عملکرد دانشجو؛
گام پنجم- طراحی روش‌های ارزیابی پرتفولیو

۲- پیاده‌سازی و اجرای کارپوشه مشتمل نظارت مستمر، نظرسنجی و انعکاس، پایش و اصلاح

۳- نظارت مستمر، جمع‌آوری و ثبت اطلاعات، گزارشات موقت، اظهار نظر، انعکاس، خودارزیابی طبقه‌بندی و تحقیق با استفاده از مصاحبه و نظر سنجی با پرسشنامه از دانشجویان و صاحب‌نظران

۴- استخراج نتایج، استنباط، تفسیر داده‌ها و ارزیابی کلی طرح

طراحی و به‌کارگیری کارپوشه در درس‌های زبان تخصصی دانشجویان رشته فناوری اطلاعات سلامت به مدت دو سال و نیم به طول انجامید. در راستای اجرای چهار مرحله فوق‌الذکر مشکلات موجود در روش قبلی تدریس درس زبان تخصصی و نیز مشکلات، نارسائی‌ها و نقاط قوت اجرای کارپوشه در هر نیمسال تحصیلی بررسی گردید. نتایج حاصل از نقد و بررسی مستمر طی ترم و نیز نظرسنجی نهایی در پایان ترم بر اساس نظر مدرس و دانشجویان ارائه و راه‌کارهای اتخاذ شده برای رفع مشکلات مشاهده شده، در ترم بعدی اعمال شد

:Study Setting

کلیه دانشجویان فناوری اطلاعات سلامت دانشکده علوم پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد از آغاز نیمسال اول ۹۴-۱۳۹۳

:Participan

کلیه دانشجویان فناوری اطلاعات سلامت دانشکده علوم پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد از آغاز نیمسال اول ۹۴-۱۳۹۳ در این پژوهش مشارکت نمودند. دانشجویان فناوری اطلاعات سلامت، مهارت‌های گوناگونی را باید فراگیرند که در برنامه درسی دوره تحصیلی آن‌ها به دلیل اهمیت بسیار مهارت‌های مرتبط با زبان اختصاصی، چهار درس زبان تخصصی با عناوین IT_1 ، IT_2 ، HIM_1 و HIM_2 علاوه بر زبان عمومی لحاظ گردیده است. دروس زبان تخصصی، مجموعه‌ای از مهارت‌های متفاوتی مانند خواندن و روش‌ها و فن‌های مطالعه، درک مطلب، آشنایی با واژه‌های تخصصی و روش‌های حدس لغات، ترجمه و مدل‌های مختلف، آشنایی با دستور زبان و استفاده از آن در ترجمه و درک متون و غیره می‌باشد. بنابراین استفاده از کارپوشه در کسب مهارت‌های گسترده لازم برای دانشجویان مؤثر در نظر گرفته شد

:Sample Size

نمونه گیری انجام نشده است

:Data Gathering Tool

- بررسی تجربیات دانشجویان در ارتباط با فعالیتهایی که انجام می دهند بصورت نظر سنجی در کلاس بطور شفاهی، مصاحبه بدون ساختار با دانشجویان متقاضی در پایان ترم و نظر سنجی با پرسشنامه
- بررسی مشاهدات مدرس به روش یادداشت برداری و مستند سازی

:Data Analysis

اندکسی از موضوعات و داده‌هایی عنوان شده توسط دانشجویان تهیه و ارتباطات بین آنها بررسی گردید. نظرات شرکت کنندگان مهارت‌ها و فعالیتهای‌های در نظر گرفته شده بدقت دسته بندی و استرژاتی‌های دستیابی به اهداف تعیین گردید. رفتار دانشجویان نسبت به یک تکلیف یا مهارت خاص بررسی گردید. موضوعات بدست آمده، کدگذاری گردید و بر اساس هر دسته نتایج بررسی گردید. موضوعات در دسته‌های ساختار کارپوشه، محتویات، مهارت‌های مورد نیاز، نحوه سنجش و نمره گذاری دانشجو، مدت زمان انجام فعالیتها و بار کاری دانشجو، عدم تمایل دانشجو به خود ارزشیابی یا ارزشیابی همکلاسی‌ها و غیره دسته بندی گردید

:Results

۷۷/۸ درصد دانشجویان فناوری اطلاعات سلامت معتقد بودند کارپوشه نقاط قوت، مشکلات و ایرادات یادگیری دانشجو را شناسایی و منعکس می کند؛ ۷۲/۳ درصد معتقد بودند کارپوشه مهارت سازمان‌دهی اطلاعات دانشجویان ارتقا می‌دهد و برای ارائه سیر یادگیری سودمند است. در مقابل ۵۰ درصد معتقد بودند که بررسی کارپوشه سایر دانشجویان، در یادگیری تأثیری ندارد. به عقیده دانشجویان که کارپوشه منجر به تسریع فهم مقالات و متون تخصصی رشته، گسترش دامنه لغات و به یادسپاری بهتر آنها، افزایش انگیزه بیشتر برای یادگیری شده است.

بطور کلی دانشجویان معتقد بودند که کارپوشه منجر تغییر درک و برداشت از متن و تسریع فهم کل متن، افزایش دامنه لغات و به یادسپاری بهتر لغات و معانی جدید، یادگیری بهتر، درک بهتر موارد رنگی شده (روشی بر تأکید مطلب)، انگیزه بیشتر برای یادگیری به جهت استفاده از متون تخصصی، آموزش با فیلم و فایل‌های صوتی، استفاده از مقالات و متون تخصصی رشته شده است. از نظر مدرس کارپوشه به موارد زیر منجر گردید:

- ایجاد نظم در یادگیری
- کاهش سردرگمی دانشجو در امر یادگیری

- ارزیابی عینی و مستمر مدرس از دانشجو
- دانشجویان نقش کارپوشه در توسعه فردی مهارت‌های زبان تخصصی را درک ننموده‌اند. که این امر نیاز به ایجاد تغییر تفکر دانشجویان از برگزاری کلاس‌های درسی استاد محور به دانشجو محور می‌باشد. ایجاد برنامه‌هایی خصوصاً ایجاد بینش و افزایش درک دانشجو مناسب است
- تقویت بعد انعکاس و خودارزیابی نیز نیازمند تغییر تفکر دانشجویان می‌باشد که مستلزم ایجاد تغییرات بصورت جزئی و مستمر می‌باشد.
- پیاده سازی کارپوشه در طول ترم حجم زیاد کار برای مدرس ایجاد می‌کند که نیازمند ایجاد فرایندهایی است که این امر را تعدیل کند.
- ایجاد گزارش‌های بروز و نمایش عملکرد کلی کلاس یا عملکرد کلی دانشجو در شکل کاغذی میسر نیست
- افزایش فعالیت‌ها استاد در امر یاددهی

Conclusion

مدل کارپوشه زبان تخصصی فناوری اطلاعات سلامت به‌عنوان یک ابزار یادگیری، خودارزیابی، ارزیابی تکوینی و نهایی می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد و ترکیب آن با رویکردهای متعدد آموزشی و ارزیابی متعدد، انگیزه‌های دانشجویان را بیشتر و یادگیری آن‌ها را بهتر می‌نماید. همچنین ایجاد و نگهداری کارپوشه منجر به ارتقا مهارت‌های استدلالی، مهارت‌های خود انضباطی، ایجاد استراتژی‌های آموزشی فردی و انعکاس افکار دانشجویان می‌گردد. در مقابل افزایش حجم کار مدرس، سختی آموزش با توجه به تفاوت سطح دانش و مهارت‌های دانشجویان، پذیرش مسئولیت یادگیری توسط دانشجویان و نیز میزان نیاز به هریک از مهارت‌های زبان تخصصی مواردی هستند که به راهکارها و بررسی‌های بیشتری نیاز دارند

در روش اجرای کارپوشه، تفاوت سطح مهارت‌های دانشجویان در نظر گرفته نمی‌شود زیرا آموزش بر اساس سطوح متفاوت مهارت‌های دانشجویان در یک کلاس مشکل است. تعیین میزان نیاز به مهارت‌های زبان تخصصی به بررسی‌های بیشتری را می‌طلبد. پذیرش مسئولیت یادگیری توسط دانشجویان نیازمند آموزش، فرهنگ سازی است. این تغییر نیازمند زمان و فرصت می‌باشد. هم‌چنین افزایش حجم کار مدرس نیز درخور توجه است که نیازمند بررسی بیشتری می‌باشد.

Keywords

زبان تخصصی، فناوری اطلاعات سلامت، کارپوشه

استفاده از یافته‌های حاصل دانش Mind Brain, and Education-MBE در جهت افزایش بازده آموزشی دانشجویان

نویسندگان: مهرداد مستغاثی، علی شهبازی، امیر هوشنگ مهرپرور، سید جلیل میرمحمدی، سعیده حاجی حسینی

Introduction

به طور کلی، دانایی موتور اصلی رشد و توسعه در دنیای امروز است، تنها در صورت درونی شدن علم، فناوری و مجموعه‌ی بی‌ازدانی هاست که می‌توان به جایگاه مناسبی در صحنه بین‌المللی دست یافت. در کشورهای در حال توسعه که نهادهای علمی زیادی خارج از دانشگاه وجود ندارد، دانشگاه مهم‌ترین محور علمی و عملاً مهم‌ترین پایگاه رشد علم است. همچنین دانشگاه‌ها اصلی‌ترین موسساتی هستند که در زمینه زایش دانش نو و انتقال تکنولوژی فعالیت کنند. جوامع به گونه‌ی تغییر شکل داده‌اند که دانش‌ها به سرعت گسترش یافته و به عنوان موتور برای توسعه عمل می‌کنند. بنابراین موسسات آموزش عالی نقش مهمی در توسعه و تقسیم‌معلومات دارند و در این میان توسعه روش‌های آموزشی که اطلاعات را به شکل مطلوب و عمیق و کاربردی به فراگیران ارائه دهد از اهمیت بسزایی برخوردار است. به دلیل اهمیت این موضوع روش‌های مختلف آموزشی ارائه و مورد استفاده قرار گرفته‌اند که هر کدام مزایا و معایب خاص خود را داشته‌اند. روش‌های آموزشی مبتنی بر Mind, Brain, and Education (MBE) از جمله روش‌هایی است که اخیراً مورد توجه زیادی قرار گرفته است. به طور کلی در این روش‌ها به کارگیری دانش مغز و ارتباطات اعصاب در علوم یادگیری و یاددهی امری ضروری به شمار می‌رود. در این روش‌ها بر این حقیقت تأکید می‌شود که مغز یک پردازشگر موازی به این معنا که اطلاعات زیادی را همزمان پردازش می‌کند، همچنین چیزهایی را که غیر منطقی و بی‌معنی باشد، براحتی یاد نمی‌گیرد. چون طبیعت مغز تفکیک اطلاعات است و در مقابل یادگیری اطلاعات منفرد مقاوم است. نکته‌ی قابل توجه در این روش استفاده از ویژگی‌های چون ایجاد چالش و استفاده از "حدس و گمان‌های هوشمند" ایجاد شده در نتیجه‌های چالش‌ها، توسط فراگیران می‌باشد.

یادگیری فرایندی معنی‌دار، پیچیده و غیرخطی است. این بدان معنی است که مدرس باید تمامی منابع اجتماعی آموزشی را که بتواند در محیط آموزشی محرک ایجاد کند را مورد استفاده قرار دهد. شکل ۱ تاثیر روش‌های مختلف ورود اطلاعات به مغز بر ماندگاری آنها را نمایش می‌دهد. اینگونه محیط آموزشی نمی‌تواند با برنامه درس مصنوعی با توجه به انطباق‌براحی ارتباط داشته باشد. بالعکس، برنامه درسی باید طوری تنظیم شود که فراگیر وقت کافی داشته باشد تا مطالب را بفهمد و بتواند در مورد آن نظر دهد. در این سیستم، لزوماً یک روش درست برای فراگیران برای اینکه یک تکلیف را انجام دهند، وجود ندارد و مدرس باید از محدود کردن فراگیران به یک روش بپرهیزد و باید فرصت بدهد تا آن‌ها مطالب را کشف و تجزیه نمایند. در نتیجه، ارزشیابی به آزمایش کاغذ و قلم محدود نمی‌شود، بلکه یک روش ارزشیابی واقعی همه‌جانبه دنبال می‌شود. اکنون پژوهش‌های مغز نشان می‌دهند که که نیم کره‌های مغز به طور جداگانه عمل نمی‌کنند و یادگیری به عنوان عالی‌ترین کارکرد مغز متضمن فعالیت تمام مغز است، اگرچه نظام‌های آموزشی نیم کره‌چپ مغز را نشانه‌گیری کرده‌اند. بنابراین محتوای یادگیری فراهم آمده برای فراگیران باید بتواند هم نیم کره‌چپ و هم نیم کره راست مغز را تحریک نماید.

بر اساس مطالعات هارت (۱۹۸۳) مغز ذاتاً برای یادگیری برانگیخته است، اما محرومیتی که محیط‌های آموزشی (برای مغز فراهم می‌سازند توانایی آن را تا میزان قابل توجهی کاهش می‌دهد. پاتریشیا استدلال می‌کند که ما باید بر آموزش هر دو نیم کره مغز تأکید داشته باشیم، زیرا آنها همیشه با هم کار می‌کنند. نیم کره چپ متن را پردازش می‌کند و نیم کره راست محیط را به فراهم می‌آورد. ما باید محتوا را در محیطی رشد دهیم که برای فراگیران معنادار باشد. کین و کین (۱۹۹۱) نیز به طرح فعالیت‌های زیر پرداخته‌اند:

۱. مغز اعمال متعددی را به طور همزمان انجام می‌دهد؛ بنابراین باید با استفاده از استراتژی‌های متنوع محتوا را ارائه کرد؛ از قبیل فعالیت‌های فیزیکی، فرصت یادگیری فردی، تعامل‌های گروهی، فعالیت‌های هنری و موسیقی.

۲. کنجکاوی طبیعی ذهن را می‌توان با چالش معنادار و پیچیده درگیر کرد. از این رو باید تلاش کرد تا فعالیت و دروسی ارائه شود که جستجوی معنا را به وسیله ذهن برانگیزد.

۴. هر مغز به طور همزمان قادر به دریافت و ایجاد اجزاء و کل است؛ بنابراین باید از جدا کردن اطلاعات از زمینه آن پرهیز کرد. فعالیتهای طراحی شده باید نیازمند تعامل و ارتباط با تمام مغز باشند.

۵. آموزش تمام مغز مستلزم فعالیتهای آموزشی بسیار متنوعی است؛ در حال حاضر اغلب کارهای آموزشی منجر به تحریک نیم کره چپ مغز می شود و به عبارتی نیم کره راست مغز مورد غفلت قرار می گیرد.

Objectives:

آزادی انتخاب دانشجویان و اینکه چگونه یاد بگیرند و چگونه یادگیری خود را به نمایش بگذارند اختصاص زمان مناسب برای کشف اطلاعات غنی کردن محیط یادگیری و استفاده از جهان بیرونی، به عنوان منابع تکمیلی در راستای ارتقاء یادگیری جلوگیری از حفظ کردن اطلاعات و تبدیل آموزش به یادگیری معنا دار استفاده از ویژگی های ذاتی مغز در انتقال اطلاعات و آموزش مفاهیم

Study Design:

این مطالعه به مدت ۲ سال مورد پیگیری قرار گرفته است و نتایج آن بررسی شده است.

Study Setting:

این نتیجه حاصل از مطالعه بر کل جامعه میباشد.

Sample Size:

تعداد دانشجویان مورد ارزیابی ۱۲۰ نفر میباشد.

Data Gathering Tool:

ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه محقق ساخته ای میباشد که روایی و پایایی آن به تایید سه نفر از متخصصین مربوطه در دانشگاه علوم پزشکی یزد رسید.

الفای کرومباخ برای این پرسشنامه ۰.۸۴، به دست آمد.

Data Analysis:

در گام نخست، محدودیتها و نیازهای دانشجویان داشته اند بررسی گردید و با برگزاری جلسات پرسش و پاسخ از دانشجویان مختلف به بررسی مشکلات آموزشی و نیازهای مطرح شده از جانب آنها برای یادگیری مورد بررسی قرار گرفت همچنین با مطالعه منابع مختلف پزشکی اعم از علوم اعصاب و علوم تربیتی و روان شناسی به بررسی جدیدترین شیوه های آموزشی پرداخته شد. تصمیم بر آن شد تا با برطرف کردن محدودیت روش های سنتی تدریس به شیوه ای موثر سرفصل های موجود برای درس بیوفیزیک ارائه گردد.

در اولین جلسه از برگزاری کلاس شیوه تدریس و ارائه مطالب برای دانشجویان مطرح گردید. به این شکل که

۱- مقرر گردید نمره ی ارزشیابی دانشجویان به امتحان پایان ترم محدود نگردد و این نمره در چند بخش فعالیت درون کلاس، ارائه سمینار درون کلاس و فعالیت در گروه مجازی تشکیل شده برای این درس تقسیم گردد.

۲- مقرر گردید هر هفته قبل از برگزاری کلاس به فاصله دو روز دیگرام ها و یا فیلم های کاربردی مرتبط با موضوع جلسه بعدی درس در گروه مجازی قرار گیرد و در مدت زمان مشخص شده توسط مدرس، دانشجویان از این مطالب بازید داشته باشند و هر کدام برداشت خود را از آن دیگرام یا فیلم آموزشی مربوطه اعلام کنند و یا به سوالات کلی مطرح شده از سوی مدرس در گروه پاسخ دهند. تلاش بر آن بود تا فیلم ها و یا دیگرام های ارائه شده کوتاه و جذاب باشد تا به شکلی کنجکاوی فرد را هدف قرار دهد و در عین حال استفاده از ابزار نمره و امتیاز انگیزه مضاعفی جهت شرکت در بحث گروهی به دانشجو میداد. به هر کدام از دانشجویان جهت پاسخگویی و فعالیت در آن گروه امتیازی تعلق میگرفت که این امتیاز

بخشی از نمره پایان ترم آنها بود. به این شکل یک پازل نیمه تمام از درسی که قرار بود در جلسه آینده مطرح شود در ذهن دانشجو شکل میگرفت و در واقع دانشجو در حین تدریس در پی برطرف کردن چالش‌های ایجاد شده در ذهن خود میپرداختند.

۳- دانشجویان موظف بودند پس از پایان هر مبحث درسی (که معمولاً چند جلسه طول میکشید) یک mind map از مبحث ارائه شده طراحی و به عنوان تمرین در کلاس ارائه دهند و به این شکل انسجام مطلب را در مغز به عنوان یک ساختار کاملاً منعطف، حفظ کنند.

۴- تلاش بر آن بود تا هر ۱۵ دقیقه سوالی مرتبط با مبحث مورد بحث در کلاس مطرح شود و از دانشجویان خواسته شود که به سوال پاسخ گویند و در مورد جواب آن به اجماع برسند (با راهنمایی‌هایی که مدرس ارائه میکند) به این شکل بر اساس تئوری‌های گفته شده در بخش مقدمه میزان هوشیاری و حضور در کلاس دانشجویان افزوده میشود.

۵- دانشجویان در کلاس به گروه‌های ۳ و ۴ نفره تقسیم بندی شدند و برای هر کدام از آنها موضوعاتی مرتبط با سرفصل جهت سمینار درون کلاسی ارائه شد. به این ترتیب دانشجویان با استفاده از سرچ و فعالیت گروهی به بررسی موضوع مطرح شده میپرداختند در واقع از جهان بیرونی، به عنوان منابع تکمیلی در راستای ارتقاء یادگیری استفاده شد.

اطلاعات به دست آمده از پرسشنامه‌ها توسط یک کارشناس امار و اپیدمیولوژی وارد نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ گردید و اطلاعات مربوطه با تست های T test و زوجی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و جداول مربوطه رسم گردید.

:Results

بر اساس نتایج ارزیابی پایانی فرآیند، مشخص گردید که میزان مشارکت دانشجویان در شرکت در بحث‌های آموزشی داخل کلاس نسبت به گذشته بیشتر شده بود. به طور مشخص به علت مطالعه و سرچ‌های دانشجویان قبل از هر جلسه تدریس و پرسش و پاسخ داخل گروه مجازی میزان تمایل دانشجویان به شرکت در بحث در کلاس و همینطور پیگیری مطالب ارائه شده از سوی مدرس بیشتر شده بود. همچنین از میزان اضطراب دانشجویان در زمان برگزاری امتحان پایان ترم کاسته شده بود زیرا نمره به چند بخش مجزا تقسیم بندی شده بود. همچنین نوع نگاه دانشجویان به مطالب ارائه شده از حالت یک درس چند واحدی تبدیل به یک پروژه که مراحل مختلف آن در از جهات مختلف قابل بررسی و کشف بود شده بود و این میزان انگیزه آنها را جهت حضور و پیگیری مطالب افزایش داده بود.

باید به این نکته اشاره کرد که نتایج یاد شده به معنای رسیدن به وضعیت ایده‌آل نبوده و در واقع، مقایسه وضع موجود با وضع پیشین می‌باشد. باید در نظر داشت که شرایط آموزشی برای هر درس، مختص آن درس می‌باشد و الزاماً قابل تعمیم به سایر دروس نخواهد بود. همچنین باید به اختصاص دادن زمان زیاد از جانب مدرس برای دانشجویان که از جمله نقاط ضعف این نوع روش می‌باشد نیز اشاره کرد.

با در نظر گرفتن جمیع جهات، بررسی‌ها نشان‌دهنده افزایش میزان مشارکت و بازده آموزشی با استفاده از روشی مبتنی بر mind, brain, and education در ارائه واحدهای درسی مرتبط با بیوفیزیک و بیوشیمی فیزیک به دانشجویان موثر بود. نتایج پرسشنامه مربوطه که دانشجویان آن را ارزیابی کرده‌اند در ذیل آمده است. همچنین از نظرات دانشجویان جهت بهبود کیفیت ارائه مطالب و کلاس استفاده گردید.

:Keywords

Mind Brain, and Education، تکنیک آموزشی

کد: ۱۴۹۸

حیطه: یاددهی و یادگیری

یادگیری مبتنی بر تیم (TBL) روشی موثر در یادگیری و یادداری مفاهیم پیچیده درس فیزیولوژی در دانشجویان تغذیه

نویسندگان: کامران میرزایی، ثریا زحمت کش، محمدرضا یزدانخواه فرد

Introduction:

یادگیری مبتنی بر تیم (TBL) نوعی راهبرد آموزشی است که با هدف ارتقای کیفیت یادگیری از طریق ایجاد یک محیط یادگیری مشارکتی و فعال و با تکیه بر استراتژی های آموزشی پاسخگوی فردی و تیمی، افزایش تعامل گروهی و تقویت انگیزه مشارکت در بحث های گروهی ارائه می شود

Objectives:

این مطالعه با هدف مقایسه میزان یادگیری دانشجویان کارشناسی تغذیه در درس فیزیولوژی به روش TBL و شیوه سخنرانی بود.

Study Design:

در یک مطالعه نیمه تجربی بر روی دو گروه از دانشجویان کارشناسی تغذیه دانشگاه علوم پزشکی بوشهر اجرا شد. در این مطالعه درس فیزیولوژی تغذیه در گروه مداخله به روش TBL و در گروه شاهد به روش سنتی سخنرانی ارائه شد. در ابتدای مطالعه از هر دو گروه یک پیش آزمون واحد اخذ شد و میزان یادگیری در پایان ترم با استفاده از آزمون MCQ و میزان رضایت از روش تدریس با استفاده از فرم ارزشیابی مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی بوشهر مورد ارزیابی قرار گرفت.

Study Setting:

دو گروه از دانشجویان کارشناسی تغذیه که درس فیزیولوژی تغذیه را در دانشگاه علوم پزشکی بوشهر در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳ و ۹۵-۱۳۹۴ اخذ نموده بودند

Participan:

تمامی دانشجویان کارشناسی تغذیه که درس فیزیولوژی تغذیه را در دانشگاه علوم پزشکی بوشهر در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳ و ۹۵-۱۳۹۴ اخذ نموده بودند

Sample Size:

با توجه به محدود بودن تعداد دانشجویان، تمامی دانشجویان کارشناسی تغذیه که درس فیزیولوژی تغذیه را در دانشگاه علوم پزشکی بوشهر در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳ و ۹۵-۱۳۹۴ اخذ نموده بودند، به روش تمام شماری در مطالعه شرکت داده شدند (دو گروه ۱۸ و ۲۰ نفره)

Data Gathering Tool:

میزان اطلاعات دانشجویان از مباحث درسی پیش از مداخله و میزان یادگیری در پایان ترم با استفاده از آزمون MCQ بر اساس طرح درس و کوریکولوم درس با تایید روایی محتوایی توسط مدیر گروه تغذیه و کارشناسان مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی دانشگاه و تایید روایی صوری آن توسط کارشناسان مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی دانشگاه و محاسبه ضرایب دشواری و تمیز آزمون ها و نیز بررسی و تایید ضریب

پایایی درونی آزمون‌ها توسط مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی دانشگاه و میزان رضایت از روش تدریس با استفاده از فرم ارزشیابی مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی بوشهرمورد ارزیابی قرار گرفت .

:Data Analysis

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها با توجه به عدم تبعیت داده‌ها از توزیع پارامتریک (Shapiro Test : P value > 0,05) از آزمون‌های Mann Whitney U و Wilcoxon Test در سطح معنی داری 0,05 با استفاده از نرم افزار آماری SPSS Version ۱۹ استفاده شد

:Results

میانگین نمرات پیش آزمون دو گروه اختلاف معنی داری نشان نداد (P = 0,248) لیکن میانگین نمرات پس آزمون در گروه آموزش به روش TBL بصورت معنی داری بالاتر از گروه آموزش به روش سخنرانی بود (به ترتیب (1/34 ± 18/28) و (2/16 ± 15/47) ، (P < 0,001)). میزان رضایت گروهی در گروه آموزش به روش TBL نیز بالاتر از گروه آموزش به روش سخنرانی بود (به ترتیب (1/21 ± 8/68) و (0/87 ± 6/23) از حداکثر نمره 10 (P < 0,001)).

:Conclusion

ارائه فرآیندهای آموزشی به روش TBL از طریق افزایش تعاملات فردی و گروهی و تقویت یادگیری فعال می تواند نقش موثری در ارتقا سطح یادگیری و نیز رضایت دانشجویان از دروس ارائه شده در مقایسه با روش های معمول سخنرانی داشته باشد .

:Keywords

یادگیری ، یادگیری مبتنی بر تیم ، سخنرانی ، دانشجو

کد: ۱۸۰۱

حیطه: یاددهی و یادگیری

ارتباط گرایش به تفکر انتقادی با مهارت استدلال بالینی در دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بابل

نویسندگان: محمد نصرتی، مهدی باقری، شهره پیمان

:Introduction

ریسک پذیری ، تصمیم گیری و کارکردن تحت فشار و در شرایط بحرانی ، خلاقیت و نوآوری در حل مشکلات، تجزیه و تحلیل اطلاعات و سازمان دهی امور عواملی هستند که جزء لاینفک پزشکی امروز به حساب می آیند و از طرف دیگر اجزای اصلی تفکر انتقادی هستند. فدراسیون جهانی آموزش پزشکی نیز اهمیت تفکر انتقادی در آموزش علوم پزشکی را مد نظر قرار داده و در بند ۲-۲ استانداردها، به کارگیری شیوه های علمی در برنامه آموزشی دانشجویان را به دانشکده ها خاطر نشان نموده و متذکر میشود که دانشکده ها باید اصول برخورد با مسایل را به شیوه تفکر انتقادی از طریق برنامه درسی به دانشجویان بیاموزند تفکر انتقادی در مبحث اعتبار بخشی دانشکده ها نیز از جمله نکات کلیدی می باشد. اکنون تأکید به جای محتوای برنامه درسی بر نتایج برنامه درسی است . بدین ترتیب یکی از معیارهایی که در رتبه بندی دانشگاه ها و دوره های آموزشی و کسب اعتبار آنها مطرح شده است ، تفکر انتقادی است. از طرف دیگر استدلال بالینی، روند تفکری است که پزشک را به برداشتن قدم های عاقلانه و هدفمند در تشخیص و درمان بیماران رهنمون می سازد و در تمام مراحل ارزیابی بیمار، از مراحل اولیه گرفتن شرح حال تا کامل کردن درمان

بیمار و پیگیری آن حضور دارد. این نوع استدلال یکی از مهارت‌های مهم و حیاتی در طب و عامل اصلی خودمختاری و طبابت بدون نظارت پزشکان است و گزافه نیست اگر بگوییم استدلال بالینی، خود طبابت است. ارتباط تفکر انتقادی و استدلال بالینی موضوعی است که کمتر مورد بررسی قرار گرفته است. در بعضی مطالعات رابطه پیش‌گویی کننده خرده‌مقیاس‌های تفکر انتقادی با مهارت قضاوت بالینی به اثبات رسیده است. مک‌گراث، به اندازه‌گیری مهارت تفکر انتقادی در دانشجویان کارشناسی پرستاری در کانادا پرداخته است که میانگین نمره کل مهارت تفکر انتقادی در اکثریت و میانگین نمره (norm) دانشجویان در حد طبیعی هنجار کل گرایش به تفکر انتقادی نشان دهنده گرایش مطلوب دانشجویان بوده است. در ایران نیز تحقیقاتی در این زمینه به عمل آمده است: عبد حق در پژوهشی تحت عنوان «مقایسه تفکر انتقادی دانشجویان ترم اول و آخر مقطع کارشناسی پیوسته و کارشناسی ارشد مامایی دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران» ۲۹۵ نفر از دانشجویان را مورد شهر بررسی قرار داد. نتایج او نشان داد نمرات کل تفکر انتقادی دانشجویان ترم اول و ترم آخر دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران تفاوت معنی‌داری نداشته‌اند و در مقایسه مهارت‌های تفکر انتقادی دانشجویان بین چهار دانشگاه نیز تفاوتی دیده نشده است

Objectives:

۱. تعیین میزان گرایش به تفکر انتقادی در دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بابل ۲. تعیین میزان مهارت استدلال بالینی در دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بابل ۳. تعیین ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک (سن، جنس، سال تحصیلی، رشته تخصصی)، استدلال بالینی و تفکر انتقادی در دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بابل

Study Design:

پژوهش حاضر مطالعه‌ای از نوع توصیفی-تحلیلی مقطعی بود و جامعه آماری آن را دانشجویان پزشکی خانم و آقا مشغول به تحصیل در سال تحصیلی ۱۳۹۴ دانشگاه علوم پزشکی بابل تشکیل می‌دادند.

Study Setting:

تمامی پزشکان مشغول به تحصیل در دانشگاه علوم پزشکی بابل سال تحصیلی ۹۴ که تمایل به شرکت در تحقیق را داشتند.

Participan:

در ابتدای سال تحصیلی سال ۱۳۹۴ در دانشگاه علوم پزشکی بابل ۵۳ دانشجوی مشغول تحصیل بودند که در تحقیق حاضر پرسشنامه‌ها در اختیار کلیه افراد قرار گرفت.

Sample Size:

به روش سرشماری کل افراد مشغول به تحصیل در سال ۹۴

Data Gathering Tool:

در این مطالعه داوطلبان به روش خود اظهاری پرسشنامه‌ای مشتمل بر سه بخش را تکمیل کردند: در این مطالعه از ترجمه فارسی این پرسشنامه که توسط صبوری و همکاران ترجمه شده و روایی صوری آن هم توسط خبرگان تایید شده و در نهایت به تأیید مؤسسه Insight Assessment

رسیده است، استفاده شده است بخش اول شامل پرسشنامه سمتاک (سنجش میل به تفکر انتقادی کالیفرنیا) یا CCTDI بود که توسط آن میزان گرایش به تفکر انتقادی دستیاران پزشکی سنجیده شد بخش دوم شامل پرسشنامه سنجش میزان مهارت استدلال بالینی (DTI) بود که توسط آن میزان مهارت استدلال بالینی دستیاران پزشکی سنجیده شد بخش سوم شامل پرسشنامه ای جهت جمع آوری اطلاعات دموگرافیک بود.

Data Analysis

پرسشنامه سمتاک حاوی ۷۵ سوال بصورت لیکرت ۶ تایی است که هفت زیر مجموعه گرایشی شامل: حقیقت جویی، آزاداندیشی (هر کدام ۱۲ سؤال)، رشدیافتگی در قضاوت، کنجکاوی (هر کدام ۱۰ سؤال)، تحلیل گرایی و نظامداری (هر کدام ۱۱ سؤال) و اعتماد به نفس (۹ سؤال) را می‌سجد نمرات کسب شده بین ۷۵ تا ۴۵۰ می‌باشد و میانگین نمره ای که هر فرد در کل پرسشنامه سمتاک کسب میکند فرد را در یکی از چهار گروه مثبت قوی، مثبت متوسط، متزلزل (مرزی)، منفی (ضعیف) قرار می‌دهد نمره بالای ۳۵۰ نشان دهنده گرایش مثبت قوی و با ثبات (strong disposition) نمره بین ۲۸۰ تا ۳۵۰ نشان دهنده گرایش مثبت متوسط (positive inclination) و نمره بین ۲۷۹ تا ۲۱۱ نشان دهنده گرایش متزلزل (ambivalence) و نمره زیر ۲۱۰ نشان دهنده گرایش کاملاً منفی است. (tendency negative) همچنین طبقه بندی و تفسیر نمره زیر گروه های گرایش به تفکر انتقادی به شرح زیر است: نمره بالای ۵۰ نشان دهنده گرایش قوی و با ثبات (strong positive tendency) نمره بین ۴۰ تا ۵۰ نشان دهنده گرایش مثبت (positive inclination) نمره بین ۳۱ تا ۳۹ نشان دهنده گرایش متزلزل، (ambivalence) و نمره زیر ۳۰ نشان دهنده گرایش منفی است. ضریب پایایی آلفای کرونباخ برای پرسشنامه سمتاک در مطالعه حاضر $\alpha = 0.8$ گزارش شد. بخش دوم: پرسشنامه سنجش میزان مهارت استدلال بالینی (DTI) پرسشنامه سنجش میزان مهارت استدلالی (DTI) از ۴۱ سوال در قالب لیکرت شش تایی تشکیل شده است که دو زیر مجموعه گرایشی انعطاف پذیری در تفکر (۲۰ سوال) و میزان دانش ماندگار شده در حافظه (۲۱ سوال) را می‌سنجد. بخش سوم: فرم جمع آوری اطلاعات دموگرافیک در این بخش سوالاتی قرار داشتند که اطلاعات زیر را فراهم میکردند: سن • جنس • سال دستیاری

Results

جنس: در مطالعه حاضر مردان ۴۵،۸٪ (۲۲ نفر) و زنان ۵۴،۲٪ شرکت کنندگان را تشکیل میدادند سن: سن شرکت کنندگان بین ۲۶ الی ۴۴ سال با میانگین ۳۲،۹۸ و انحراف معیار ۴،۵۷۵ بود در گام نخست تحلیلی توصیفی از تفکر انتقادی و هفت زیر گرایش آن از نظر فراوانی و درصد بعمل آمد. در میان پاسخها یافتن روندی که بیانگر منحنی خاصی باشد دشوار بود اما قدر مسلم آنکه درصد کمی از شرکت کنندگان پاسخهای کاملاً موافق و یا کاملاً مخالف داده اند و اکثر پاسخهای ۲ الی ۵ را انتخاب کرده اند تعداد حداقل حداکثر میانگین انحراف معیار تفکر انتقادی (کل) ۴۸ ۲۶۶،۰۰ ۳۴۷،۰۰ ۴۱۶۷،۳۰۰ ۵۱۶۵،۰ ۱۷،۰۵۱۶۵ آزاد اندیشی ۴۸ ۳۷،۰۰ ۵۴،۰۰ ۶۸۷۵،۴۳ ۵۲۵۹۳،۳ حقیقت جویی ۴۸ ۳۰،۰۰ ۵۱،۰۰ ۱۱۲۵،۴۱ ۴۸۶۲،۵ کنجکاوی ۴۸ ۲۹،۰۰ ۵۵،۰۰ ۲۰۸۳،۴۴ ۹۳۷۷۳،۴ اعتماد بنفس ۴۸ ۳۳،۰۰ ۵۰،۰۰ ۶۶۶۷،۳۸ ۳۵۳۲۰،۴ پختگی در قضاوت ۴۸ ۲۷،۰۰ ۴۴،۰۰ ۳۷،۷۵۰۰ ۲۴۱،۱۰۲۴۱ نظام مندی ۴۸ ۳۰،۰۰ ۵۲،۰۰ ۲۹۱۷،۴۳ ۶۲۰،۵۰ تحلیل گرایی ۴۸ ۴۳،۰۰ ۶۵،۰۰ ۳۶۰۴،۵۰ گرایش مثبت قوی (نمره بالای ۳۵۰)، گرایش مثبت متوسط (نمره ۲۸۰-۳۵۰)، گرایش متزلزل (نمره ۲۷۹-۲۱۱) و گرایش کاملاً منفی (نمره زیر ۲۱۰). همچنین طبقه بندی و تفسیر نمره زیر گروه های گرایش به تفکر انتقادی به شرح زیر است: نمره بالای ۵۰ نشان دهنده گرایش قوی و با ثبات (strong positive tendency) نمره بین ۴۰ تا ۵۰ نشان دهنده گرایش مثبت (positive inclination) نمره بین ۳۱ تا ۳۹ نشان دهنده گرایش متزلزل، (ambivalence) و نمره زیر ۳۰ نشان دهنده گرایش منفی است. ۸۹٪ شرکت کنندگان از گرایش مثبت قوی و ۱۰،۴٪ از گرایش متزلزل برخوردارند. از بین هفت گرایش آزاد اندیشی، حقیقت جویی، کنجکاوی، خودباوری، پختگی در قضاوت، نظام مندی و تحلیل گرایی، افراد در زیر گرایش حقیقت جویی با ۸۵،۴٪ در سطح گرایش مثبت بالاترین سطح را دارند. نکته جالب و قابل توجه اینکه در زیر گرایش خودباوری ۷۲،۹٪ افراد در سطح متزلزل و در زیر گرایش پختگی در قضاوت ۵۸،۳٪ افراد در سطح متزلزل هستند.

Conclusion

بر اساس پرسشنامه سمتاک افراد از نظر تفکر انتقادی به ۴ گروه تقسیم میشوند ۱. گرایش مثبت قوی ۲. گرایش مثبت متوسط ۳. گرایش متزلزل ۴. گرایش کاملاً منفی در مطالعه حاضر ۸۹،۶٪ افراد در رده مثبت متوسط و ۱۰،۴٪ در رده متزلزل هستند. همچنین مشخص شد که گرایش به تفکر انتقادی در مردان (۹۰،۹٪) اندکی بیشتر از زنان (۸۸،۵٪) است هر چند این تفاوت از نظر آماری در سطح معنی دار قرار ندارد. در رابطه با ارتباط

تفکر انتقادی و سال تحصیلی هم هر چند افزایش محسوسی در مقایسه دانشجویان سال اول با سال سوم مشاهده میشود اما این افزایش در حدی نیست که از نظر آماری با معنی باشد. در این مطالعه بین سن و گرایش به تفکر انتقادی رابطه آماری با معنی یافت نشد. در نتیجه این مطالعه یافته های مطالعه مک فرسون استرالیادر ۲۰۱۱ را که بیانگر ارتباط تفکر با افزایش سن بود را تایید نکرد.

Keywords:

گرایش به تفکر انتقادی - میزان مهارت استدلال بالینی - دانشجویان پزشکی

کد: ۱۷۱۷

حیطه: یاددهی و یادگیری

تأثیر الگوی یادگیری در حد تسلط بر صلاحیت بالینی دانشجویان اتاق عمل

نویسندگان: ندا میرباقرآجرپز، محبوبه رضائی

Introduction

اتاق عمل محیط پرخطری برای بیماران محسوب می‌شود. بعضی از مشکلاتی که ممکن است بعد از عمل برای بیمار روی دهد به دلیل کم‌تجربگی پرسنل اتاق عمل است و ممکن است مرگ بیمار را در پی داشته باشند (۱). به همین منظور تقویت دانش و مهارت‌های لازم پرستاران در محیط اتاق عمل ضروری است. کارکنان و دانشجویان رشته اتاق عمل در محیط‌های پیچیده‌ای کار می‌کنند که فناوری و عملکرد مرتباً تغییر می‌کند، از این رو صلاحیت‌های بیشتری لازم دارند تا مراقبتی با کیفیت برای مددجویان خود فراهم نمایند. به همین دلیل آموزش بالینی و ایجاد صلاحیت بالینی در حرفه اتاق عمل امری ضروری است (۲). با توجه به این که هر یک از مراحل کسب دانش، نوع خاصی از یادگیری یا رویکرد خاصی را ایجاد می‌کند، شاید بتوان با استفاده از روش یادگیری در حد تسلط، باعث تسهیل دستیابی دانشجویان به اهداف یادگیری شد (۳). مطالعات انجام‌شده بر روی روش یادگیری در حد تسلط نشان داده‌اند که این روش در ارتقای یادگیری فراگیران در زمینه‌های مختلف از جمله افزایش دانش و بهبود عملکرد مؤثر است (۴). البته استفاده از روش یادگیری در حد تسلط مقداری وقت گیر است که در صورت داشتن زمان کافی جهت آموزش، استفاده از آن توصیه می‌شود (۵).

یکی از مفاهیم مهم در سیستم آموزش پزشکی و پیراپزشکی مفهوم صلاحیت بالینی است که به عنوان بازده نهایی هر سیستم آموزشی، دربرگیرنده حیطه‌های مختلف یادگیری است (۶). صلاحیت در اتاق عمل، طیف وسیعی از دانش، عملکرد و توانایی‌ها در زمینه‌های مختلف بالینی مانند مهارت‌های تکنیکی و ارتباطی، دانش، استدلال بالینی، عواطف و ارزش‌ها را در برمی‌گیرد (۱). اولین چالش کاری، برای اطمینان یافتن از اینکه صلاحیت در دانشجویان ایجاد شده، زمانی است که آنان در شرف فارغ‌التحصیلی هستند و دانشکده باید صلاحیت آن‌ها را مورد تأیید قرار دهد (۷). علت پایین بودن صلاحیت بالینی در دانشجویان اتاق عمل به این علت است که در اکثر موارد در آزمون‌های به عمل آمده، مهارت‌های اساسی به فراموشی سپرده شده و ارزیابی نمی‌گردد (۲). تحقیقات نشان می‌دهد، توانمندی‌های بالینی کسب شده توسط دانشجویان با وضعیت مطلوب فاصله دارد و آنان توانایی‌ها و مهارت‌های لازم را در پایان آموزش خود کسب نمی‌کنند (۸). بنابراین با توجه به این نکته اساسی که دانشجویان اتاق عمل به دلیل ماهیت بالینی رشته، باید در محیط بالین پرورش داده شوند، لازم است تا مراکز آموزشی به تقویت هر چه بیشتر مهارت‌های بالینی دانشجویان بپردازند.

Objectives:

تعیین تأثیر الگوی یادگیری در حد تسلط بر صلاحیت بالینی دانشجویان اتاق عمل

Study Design

مطالعه حاضر از نوع کارآزمایی بالینی بود. این پژوهش در طول یک ترم انجام شد ولی تا کنون استفاده از این روش ادامه دارد. روزهای کارآموزی پنج روز در هفته و از ساعت ۳۰/۷ تا ۱۳ بود. دانشجویان در هر یک از گروه‌های آزمون و کنترل موظف به گذراندن ۴۰ روز کارآموزی بودند.

Study Setting

مکان انجام پژوهش اتاق‌های عمل بیمارستان شهید بهشتی کاشان بود که دارای مجموعاً ۱۵ اتاق عمل عمومی (جراحی عمومی و اورژانس، گچ‌گیری) و اختصاصی (ارتوپدی، ارولوژی، زنان، اعصاب، قلب) می‌باشد.

Participant

جامعه پژوهش ۶۰ نفر از دانشجویان کارآموزی در عرصه اتاق عمل دانشگاه علوم پزشکی کاشان در سال ۱۳۹۳ بودند که به صورت در دسترس وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود شامل دانشجویان ترم ۷ و ۸ که واحدهای کارآموزی در عرصه اتاق عمل را انتخاب کرده و مشغول به تحصیل در دانشگاه علوم پزشکی کاشان و در اتاق‌های عمل بیمارستان شهید بهشتی کاشان، کارآموزی را انجام می‌دادند، بود. معیارهای خروج دانشجویان شامل عدم تمایل به شرکت در مطالعه یا غیبت بیش از یک جلسه در دوره کارآموزی بود.

Sample Size

حجم نمونه مورد نیاز در هر گروه با استفاده از فرمول میانگین‌ها و با احتساب $\alpha = 0.05$, $Power = 80\%$ و میانگین و انحراف معیار $2.14 \pm 3/6$ ، ۲۸ نفر برآورد شد (۸) که با احتمال ریزش ۱۰ درصد، حجم نمونه در هر گروه ۳۰ نفر محاسبه گردید.

Data Gathering Tool

ابزار پژوهش شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و مقیاس استاندارد صلاحیت بالینی بعد از عمل جراحی بود که دارای ۳۳ سؤال در ۵ زیر مقیاس دانش و مهارت‌های پایه، رهبری، تعامل با همکاران، مهارت و تخصص و توسعه حرفه‌ای می‌باشد. نمره‌گذاری سؤالات بر اساس مقیاس لیکرت از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) بود. کمترین نمره ۳۳ و بالاترین نمره ۱۶۵ می‌باشد. اعتبار محتوی آن توسط ده تن از اعضای هیئت علمی رشته اتاق عمل دانشگاه علوم پزشکی کاشان و اصفهان تأیید شد. پایایی پرسشنامه با آلفا کرونباخ ۸۵/۰ مورد تأیید بود. این پرسشنامه در ایران توسط میرباقر و همکاران روان‌سنجی شد و با آلفا کرونباخ ۸۶/۰ مورد تأیید است (۹).

Data Analysis

دانشجویان بدون دخالت پژوهشگران و توسط اداره آموزش دانشکده، به‌طور تصادفی به دو گروه آزمون و کنترل تقسیم شدند. در هر گروه ۳۰ دانشجو قرار گرفت. دانشجویان در هر گروه آزمون و کنترل در ۶ گروه ۵ نفره قرار گرفتند. در گروه اول آموزش بالینی به صورت سنتی (استاد و دانشجو) و در گروه دوم به صورت تلفیقی (یادگیری در حد تسلط) انجام گرفت. در گروه آزمون، هر گروه به تعدادی زیرگروه تقسیم گردیدند و هر زیرگروه وظیفه یادگیری بخشی از مطالب را برعهده گرفته و با سایر اعضای زیرگروه خود به صورت هماهنگ با استاد و با در اختیار داشتن زمان کافی به یادگیری و پرسش و پاسخ مشغول می‌گردیدند. زمانی که همه گروه هر یک از موارد مورد نظر را یاد می‌گرفتند مربی اجازه آموزش قسمت بعدی را می‌داد. گروه آزمون در طول کارآموزی مداخله را دریافت می‌نمودند. در انتها هر دو گروه وارد عرصه فعالیت شده و به کارورزی در بیمارستان مشغول شدند. در پایان کار، موارد آموزش داده‌شده به گروه آزمون به صورت جزوه تدوین و در اختیار گروه کنترل قرار گرفت. پرسشنامه صلاحیت بالینی در ابتدا و انتهای کارورزی در اختیار هر دو گروه قرار می‌گرفت تا صلاحیت بالینی کارورزان سنجیده شود. برای جلوگیری از انتقال اطلاعات بین دو گروه آزمون و کنترل، در دو ماه اول شروع کارآموزی، دانشجویان گروه کنترل و در دو ماه بعدی دانشجویان گروه آزمون به اتاق عمل آمدند.

در انتها نتایج با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ با استفاده از شاخص های توصیفی (میانگین، میانه، فراوانی، درصد، انحراف معیار) و استنباطی (آزمون تی مستقل و زوجی و تعیین اختلاف میانگین و انحراف معیار دو گروه) تجزیه و تحلیل شد. سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

Results

نمره کل صلاحیت بالینی در گروه آزمون قبل و بعد از مداخله به ترتیب $38/5923/2 \pm$ و $46/9184/1 \pm$ بوده که این تفاوت از لحاظ آماری معنی دار است ($p=0.04$). در حالی که در گروه کنترل نمره کل صلاحیت بالینی قبل از مداخله $69/38 \pm 54/2$ و بعد از آن $59/42 \pm 39/2$ بود که از لحاظ آماری معنی دار نبود ($p=0.3$).

مقایسه اختلاف میانگین تغییرات نمره صلاحیت بالینی کل و ابعاد آن بین دو گروه آزمون و کنترل به غیر از بعد رهبری، تفاوت معنی داری را نشان داد ($p < 0.05$). (جدول ۱)

جدول ۱- مقایسه اختلاف میانگین و انحراف معیار تغییرات نمره صلاحیت بالینی دانشجویان در دو گروه قبل و بعد از مداخله

p	کنترل	آزمون	گروه
	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	ابعاد صلاحیت بالینی
*0.02/0	49/0 \pm 3/8	93/0 \pm 43/18	دانش و مهارت پایه
221/0	02/0 \pm 47/1	59/0 \pm 47/2	رهبری
*0.11/0	14/0 \pm 4/1	42/0 \pm 36/5	تعامل با همکاران
*0.31/0	16/0 \pm 46/5	72/0 \pm 82/9	مهارت و تخصص
*0.01/0	24/0 \pm 63/1	74/0 \pm 92/10	توسعه حرفه‌ای
*0.41/0	15/0 \pm 9/3	68/0 \pm 61/8	نمره کل صلاحیت بالینی

آزمون t مستقل * $p < 0.05$ معنی دار

Conclusion

نتایج مطالعه حاضر نشان داد نمره کل صلاحیت بالینی و ابعاد آن به جز بعد رهبری در دانشجویان گروه آزمون نسبت به گروه کنترل تفاوت آماری معنی داری داشته است. برنامه یادگیری در حد تسلط، بیشتر بر اشتراک گذاشتن آگاهی‌ها، پرورش برای ارتقاء و پیشرفت پرسنل و توسعه حرفه تأکید دارد، و آنچه در این قسمت حائز اهمیت است، توجه به یادگیری دقیق و اصولی دانشجویان است (۱). نتایج پژوهش Benbassat و همکاران نشان داد برنامه یادگیری در حد تسلط، یک استراتژی است که می‌تواند مهارت و دانش دانشجویان را ارتقاء بخشد (۱۰). نتایج مطالعه Balmer و همکاران نیز نشان داد اجرای برنامه یادگیری در حد تسلط باعث ارتقاء صلاحیت عمومی شرکت کنندگان می‌شود (۱۱).

نتایج مطالعه Tang و همکاران هم نشان داد صلاحیت بالینی پرستاران پس از اجرای برنامه یادگیری در حد تسلط افزایش معنی دار یافته است (۱۲) در مطالعه وی نیز همه ابعاد صلاحیت بالینی پس از اجرای برنامه یادگیری در حد تسلط افزایش یافت از جمله این ابعاد، دانش و مهارت و همکاری و توسعه حرفه‌ای بود.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد همه ابعاد صلاحیت بالینی به جز بعد رهبری معنی دار شده‌اند. به نظر می‌رسد دلیل افزایش این بعد این باشد که مربیان و اعضا هیئت علمی در آموزش خود تنها به ابعاد دانش و مهارت توجه دارند. تحت نظر گرفتن دانشجو توسط عضو هیئت علمی می‌تواند از دیگر علل پرورش نیافتن بعد رهبری در این دانشجویان باشد. دلیل دیگر اینکه ممکن است دانشجو در طی انجام پروسیجرها به مربی خود وابسته شود و قدرت رهبری در جراحی را از دست بدهد.

نتیجه‌گیری: با توجه به این مورد که استفاده از برنامه یادگیری در حد تسلط توانسته است باعث افزایش صلاحیت بالینی دانشجویان اتاق عمل شود، به نظر می‌رسد استفاده از این مدل در آموزش دانشجویان اتاق عمل مفید واقع شود.

Keywords: یادگیری در حد تسلط، صلاحیت بالینی، اتاق عمل

کد: ۱۷۳۸

حیطه: یاددهی و یادگیری

طراحی الگوی اجرایی آموزش بین حرفه ای در علوم سلامت

نویسندگان: عباس عبادی، زهره ونکی، زهره وفادار

Introduction

نیازهای مراقبت سلامتی بشر امروزی بسیار پیچیده تر از آن است که یک گروه حرفه‌ای خاص به تنهایی بتواند پاسخگوی آن باشد، از این رو، همکاری بین حرفه‌ای و مراقبت تیمی به ضرورتی اجتناب ناپذیر در ارائه مراقبت و درمان تبدیل شده است، در همین راستا میزان توانمندی سازمان های آموزشی به تربیت نیروهایی که قادر به ارائه مراقبت تیمی و همکاری باشند، مهمترین عامل تعیین کننده سلامت و رشد جوامع در سالهای آتی خواهد بود، آموزش بین حرفه‌ای به عنوان یکی از موثرترین رویکردهای آموزشی در توانمندسازی نیروهای سلامت به ارائه مراقبت تیمی شناخته شده است، این طرح تحقیقاتی با هدف طراحی الگوی اجرایی آموزش بین حرفه ای در علوم سلامت متناسب با بسترها و موانع موجود در جامعه ی ایرانی تدوین گردیده است.

Objectives

این طرح تحقیقاتی با هدف طراحی الگوی اجرایی آموزش بین حرفه ای در علوم سلامت متناسب با بسترها و موانع موجود در جامعه ی ایرانی تدوین گردیده است.

:Study Design

مطالعه ای ترکیبی، در سه مرحله، با رویکرد قیاسی و استقرایی برای طراحی الگو انجام شده است، مرحله اول (رویکرد قیاسی)، شامل مرور نظام مند متون جهت شناسایی الگوهای اجرایی و تبیین چگونگی اجرای آموزش بین حرفه‌ای در متون علمی بوده و با جستجوی جامع منابع الکترونیکی مرتبط، بین سالهای ۱۹۹۵ تا ۲۰۱۲، به زبان انگلیسی و بر اساس راهبرد جستجوی مرکز مرورها و انتشارات دانشگاه یورک (۲۰۰۸) انجام شد. بیست مقاله واجد معیارهای ارزشیابی کیفی، وارد مرور نهایی شده که با روش تحلیل و ساخت درون مایه، مفاهیم و ساختار اصلی الگوهای اجرایی آموزش بین حرفه‌ای در سطح بین المللی تبیین گردیدند. مرحله دوم (رویکرد استقرایی)، مطالعه ی تحلیل محتوی کیفی با رویکرد قراردادی بوده که به منظور شناسایی و تبیین دیدگاه های سیاستگذاران نظام آموزشی سلامت در خصوص چگونگی اجرای آموزش بین حرفه‌ای در ایران، با مصاحبه با شانزده نفر از مدیران، معاونین و محققین دانشگاه های علوم پزشکی تیپ یک کشور انجام شد، داده ها با بهره گیری از نرم افزار MAXQD ۱۰ تحلیل گردیده و مفاهیم اصلی استخراج شدند، در مرحله ی سوم با تطبیق و تلفیق یافته های دو مرحله و با بهره گیری از راهبرد ساخت نظریه واکر و اوانت (۲۰۱۰)، الگوی اجرایی آموزش بین حرفه‌ای متناسب با نظام آموزش سلامت در ایران طراحی گردید.

:Study Setting

این مطالعه طبق روش مطالعات ترکیبی انجام شده است .

مطالعه ای ترکیبی، در سه مرحله، با رویکرد قیاسی و استقرایی برای طراحی الگو انجام شده است، مرحله اول (رویکرد قیاسی)، شامل مرور نظام مند متون جهت شناسایی الگوهای اجرایی و تبیین چگونگی اجرای آموزش بین حرفه‌ای در متون علمی بوده و با جستجوی جامع منابع الکترونیکی مرتبط، بین سالهای ۱۹۹۵ تا ۲۰۱۲، به زبان انگلیسی و بر اساس راهبرد جستجوی مرکز مرورها و انتشارات دانشگاه یورک (۲۰۰۸) انجام شد. بیست مقاله واجد معیارهای ارزشیابی کیفی، وارد مرور نهایی شده که با روش تحلیل و ساخت درون مایه، مفاهیم و ساختار اصلی الگوهای اجرایی آموزش بین حرفه‌ای در سطح بین المللی تبیین گردیدند. مرحله دوم (رویکرد استقرایی)، مطالعه ی تحلیل محتوی کیفی با رویکرد قراردادی بوده که به منظور شناسایی و تبیین دیدگاه های سیاستگذاران نظام آموزشی سلامت در خصوص چگونگی اجرای آموزش بین حرفه‌ای در ایران، با مصاحبه با شانزده نفر از مدیران، معاونین و محققین دانشگاه های علوم پزشکی تیپ یک کشور انجام شد، داده ها با بهره گیری از نرم افزار MAXQD ۱۰ تحلیل گردیده و مفاهیم اصلی استخراج شدند، در مرحله ی سوم با تطبیق و تلفیق یافته های دو مرحله و با بهره گیری از راهبرد ساخت نظریه واکر و اوانت (۲۰۱۰)، الگوی اجرایی آموزش بین حرفه‌ای متناسب با نظام آموزش سلامت در ایران طراحی گردید.

:Participan

مطالعه ای ترکیبی، در سه مرحله، با رویکرد قیاسی و استقرایی برای طراحی الگو انجام شده است، مرحله اول (رویکرد قیاسی)، شامل مرور نظام مند متون جهت شناسایی الگوهای اجرایی و تبیین چگونگی اجرای آموزش بین حرفه‌ای در متون علمی بوده و با جستجوی جامع منابع الکترونیکی مرتبط، بین سالهای ۱۹۹۵ تا ۲۰۱۲، به زبان انگلیسی و بر اساس راهبرد جستجوی مرکز مرورها و انتشارات دانشگاه یورک (۲۰۰۸) انجام شد. بیست مقاله واجد معیارهای ارزشیابی کیفی، وارد مرور نهایی شده که با روش تحلیل و ساخت درون مایه، مفاهیم و ساختار اصلی الگوهای اجرایی آموزش بین حرفه‌ای در سطح بین المللی تبیین گردیدند. مرحله دوم (رویکرد استقرایی)، مطالعه ی تحلیل محتوی کیفی با رویکرد قراردادی بوده که به منظور شناسایی و تبیین دیدگاه های سیاستگذاران نظام آموزشی سلامت در خصوص چگونگی اجرای آموزش بین حرفه‌ای در ایران، با مصاحبه با شانزده نفر از مدیران، معاونین و محققین دانشگاه های علوم پزشکی تیپ یک کشور انجام شد، داده ها با بهره گیری از نرم افزار MAXQD ۱۰ تحلیل گردیده و مفاهیم اصلی استخراج شدند، در مرحله ی سوم با تطبیق و تلفیق یافته های دو مرحله و با بهره گیری از راهبرد ساخت نظریه واکر و اوانت (۲۰۱۰)، الگوی اجرایی آموزش بین حرفه‌ای متناسب با نظام آموزش سلامت در ایران طراحی گردید

:Sample Size

طبق روش مطالعات کیفی و ترکیبی با نمونه گیری هدفمند شروع شده و تا اشباع داده ها ادامه یافته است

Data Gathering Tool

اجرای مرور نظام مند متون در چهار مرحله کلی

۱. شناسایی و جستجوی تمامی مقالات با کلید واژه های مربوطه در تمامی پایگاههای اطلاعاتی مرتبط علوم سلامت و سازمانهای مجری آموزش بین حرفه ای
 ۲. مطالعه ی دقیق تمامی خلاصه مقالات و تعیین ارتباط آن با سوال پژوهش و بازیابی اصل مقالات مرتبط با هدف پژوهش
 ۳. مطالعه ی دقیق اصل مقالات مرتبط و بررسی ارزشیابی کیفی مقالات بر اساس چک لیست مربوطه
 ۴. استخراج نهایی مقالات وارد شده به مرور نظام مند متون
- جهت انجام مراحل فوق (مرور نظامدار متون) از راهبرد تطبیق یافته بر اساس راهنمای مرکز مرورها و انتشار اطلاعات دانشگاه یورک ۲۰۰۸ استفاده گردید، مراحل مرور نظام مند متون طبق راهبرد فوق شامل:

- ۱- تدوین سوال آغازگر جستجو که معرف هدف مرور نظام مند متون بوده و تعریف معیارهای ورود و خروج مطالعات بر اساس سوال پژوهش
- ۲- راهبرد جستجو در پایگاه های اطلاعاتی
- ۳- انتخاب مطالعات مرتبط با هدف و سوال پژوهش
- ۴- بررسی کیفیت و ارزشیابی مطالعات
- ۵- انتخاب مطالعات واجد معیار ورود مبتنی بر ارزشیابی کیفی
- ۶- استخراج داده های متنی و تحلیل (تماتیک آنالیز)
- ۷- ترکیب داده های متنی.

در بخش کیفی با به منظور شناسایی و تبیین دیدگاه های سیاستگذاران نظام آموزشی سلامت در خصوص چگونگی اجرای آموزش بین حرفه‌ای در ایران، با مصاحبه با شانزده نفر از مدیران، معاونین و محققین دانشگاه های علوم پزشکی تیپ یک کشور انجام شده است

Data Analysis

- در مرحله ی مروری بر متون ، با رویکرد analysis/synthesis thematic مقالات مورد تحلیل و بررسی قرار گرفتند که شامل ۳ مرحله ۱- کدگذاری متن ۲- تعیین تم های توصیفی ۳- تبیین تم های تحلیلی
- در بخش کیفی مصاحبه ها با رویکرد تحلیل محتوی قراردادی هسیه و شانون ۲۰۰۵ مورد تحلیل قرار گرفتند
- در مراحل ان عبارتند از ۱- پیاده کردن مصاحبه ها کلمه ، به کلمه ، ۲- خواندن مکرر کل متن مصاحبه ها و یا متون مقالات، برای کسب یک درک کلی از متن ۳- تبیین واحدهای معنایی ۴- کدگذاری از واحدهای معنایی تبیین شده، ۵- مقایسه ی مکرر و مداوم کدها و دسته بندی آنها در طبقات مختلف بر اساس شواهد و تفاوتهای آنها، ۶- مقایسه ی مکرر و مداوم طبقات ۷- تبیین درون مایه یا گویه هایی که گویای مفاهیم نهفته در تجربیات شرکت کنندگان باشد. در این مرحله جهت مدیریت داده ها از نرم افزار MAXDA ۱۰ استفاده شد.

Results:

در مرحله اول، مرور نظام مند متون نشان داد که الگوهای اجرایی آموزش بین حرفه‌ای با هدف "رشد و تعالی انسان"، با چارچوب مفهومی زیر بنایی: "تکامل هویت"، با حرکت تدریجی و متعادل از هویت حرفه‌ای به هویت بین حرفه‌ای و راهبرد سه مرحله‌ای "مواجهه، غرقه سازی و خبرگی" در جهت تحقق تکامل هویت بین حرفه‌ای شکل گرفته اند، و با برنامه‌ای ساختارمند از رأس هرم سازمانی شامل "مدیریت، برنامه‌ی درسی و ساختار سازمانی تعامل محور، ارتقاء الگوهای نقش و توسعه‌ی ارتباطات فراسازمانی" عملیاتی شده‌اند و با "رویکردهای آموزشی فراگیر/ تیم محور" اجرا گردیده و با "ارزشیابی جامع با تلفیق چندگانه داده‌ها" بازنگری شده‌اند، یافته‌های این مرحله ساختار و چارچوب اولیه‌ای را برای الگوی آموزش بین حرفه‌ای فراهم آورده که با یافته‌های مرحله‌ی دوم جهت طراحی الگوی مناسب با جامعه‌ی ایرانی تلفیق و تکمیل گردیدند. یافته‌ها در مرحله دوم نشان داد که هدف و ضرورت اصلی آموزش بین حرفه‌ای در جامعه‌ی ایرانی "اصالت و صیانت کرامت انسانی" می‌باشد، اجرای آموزش بین حرفه‌ای در وضعیت موجود با موانع "ساختاری - عملکردی و فرهنگی - نگرشی" مواجه است، بسترهای مناسب موجود "نوسازی و بازسازی پیکره‌ی هیئت علمی"، "توسعه مراکز توسعه‌ی آموزش پزشکی در دانشگاه‌ها" و "توسعه مراکز تحقیقاتی دانشجویی (بین رشته‌ای)" می‌باشند، در این شرایط، راهبرد موثر جهت اجرای آموزش بین حرفه‌ای، "حرکت هدفمند و ساختارمند با تغییرات ساختاری - عملکردی به سمت تغییرات نگرشی - فرهنگی" بوده که با برنامه‌ی عملیاتی از رأس هرم سازمانی شامل "مدیریت، برنامه‌ی درسی، ساختار سازمانی تعامل محور، ارتقاء الگوهای نقش و اقدامات آموزشی تیم محور" قابل تحقق می‌باشد، یافته‌های دو مرحله‌ی قیاسی و استقرایی، متناسب با طراحی الگوی اجرایی و ساخت نظریه‌ی تجویزی تطبیق و تلفیق گردیدند و در مرحله‌ی سوم، با بهره‌گیری از رویکرد ساخت نظریه واکر و اوانت، الگوی اجرایی آموزش بین حرفه‌ای در ایران در دو بخش شامل الگوی مفهومی که تبیین‌کننده مفاهیم زیر بنایی الگو بوده و الگوی اجرایی که تبیین‌کننده مراحل اجرایی آموزش بین حرفه‌ای در ایران می‌باشد، تدوین گردید. مفاهیم اساسی الگوی مفهومی آموزش بین حرفه‌ای شامل: هدف: "اصالت و صیانت کرامت انسانی"، چارچوب زیر بنایی مفهومی: "تکامل هویت مبتنی بر اصالت و صیانت کرامت انسانی" در فراگیران نظام سلامت، و برنامه‌ی راهبردی: "شناخت، درک و درونی سازی ارزشهای اصالت و صیانت کرامت انسانی در حوزه سلامت" می‌باشد. بخش اجرایی و عملیاتی الگو شامل "مدیریت، برنامه‌ی درسی و ساختار سازمانی تعاملی کرامت محور، ارتقاء الگوهای نقش و اقدامات آموزشی تیمی کرامت محور" و در نهایت "ارزشیابی پیامدها مبتنی بر زمینه با تلفیق چندگانه‌ی داده‌ها" است.

Conclusion:

در مرحله اول، مرور نظام مند متون نشان داد که الگوهای اجرایی آموزش بین حرفه‌ای با هدف "رشد و تعالی انسان"، با چارچوب مفهومی زیر بنایی: "تکامل هویت"، با حرکت تدریجی و متعادل از هویت حرفه‌ای به هویت بین حرفه‌ای و راهبرد سه مرحله‌ای "مواجهه، غرقه سازی و خبرگی" در جهت تحقق تکامل هویت بین حرفه‌ای شکل گرفته اند، و با برنامه‌ای ساختارمند از رأس هرم سازمانی شامل "مدیریت، برنامه‌ی درسی و ساختار سازمانی تعامل محور، ارتقاء الگوهای نقش و توسعه‌ی ارتباطات فراسازمانی" عملیاتی شده‌اند و با "رویکردهای آموزشی فراگیر/ تیم محور" اجرا گردیده و با "ارزشیابی جامع با تلفیق چندگانه داده‌ها" بازنگری شده‌اند، یافته‌های این مرحله ساختار و چارچوب اولیه‌ای را برای الگوی آموزش بین حرفه‌ای فراهم آورده که با یافته‌های مرحله‌ی دوم جهت طراحی الگوی مناسب با جامعه‌ی ایرانی تلفیق و تکمیل گردیدند. یافته‌ها در مرحله دوم نشان داد که هدف و ضرورت اصلی آموزش بین حرفه‌ای در جامعه‌ی ایرانی "اصالت و صیانت کرامت انسانی" می‌باشد، اجرای آموزش بین حرفه‌ای در وضعیت موجود با موانع "ساختاری - عملکردی و فرهنگی - نگرشی" مواجه است، بسترهای مناسب موجود "نوسازی و بازسازی پیکره‌ی هیئت علمی"، "توسعه مراکز توسعه‌ی آموزش پزشکی در دانشگاه‌ها" و "توسعه مراکز تحقیقاتی دانشجویی (بین رشته‌ای)" می‌باشند، در این شرایط، راهبرد موثر جهت اجرای آموزش بین حرفه‌ای، "حرکت هدفمند و ساختارمند با تغییرات ساختاری - عملکردی به سمت تغییرات نگرشی - فرهنگی" بوده که با برنامه‌ی عملیاتی از رأس هرم سازمانی شامل "مدیریت، برنامه‌ی درسی، ساختار سازمانی تعامل محور، ارتقاء الگوهای نقش و اقدامات آموزشی تیم محور" قابل تحقق می‌باشد، یافته‌های دو مرحله‌ی قیاسی و استقرایی، متناسب با طراحی الگوی اجرایی و ساخت نظریه‌ی تجویزی تطبیق و تلفیق گردیدند و در مرحله‌ی سوم، با بهره‌گیری از رویکرد ساخت نظریه واکر و اوانت، الگوی اجرایی آموزش بین حرفه‌ای در ایران در دو بخش شامل الگوی مفهومی که تبیین‌کننده مفاهیم زیر بنایی الگو بوده و الگوی اجرایی که تبیین‌کننده مراحل اجرایی آموزش بین حرفه‌ای در ایران می‌باشد، تدوین گردید. مفاهیم اساسی الگوی مفهومی آموزش بین حرفه‌ای شامل: هدف: "اصالت و صیانت کرامت انسانی"، چارچوب زیر بنایی مفهومی: "تکامل هویت مبتنی بر اصالت و صیانت کرامت انسانی" در فراگیران نظام سلامت، و برنامه‌ی راهبردی: "شناخت، درک و درونی سازی ارزشهای اصالت و صیانت کرامت انسانی در حوزه سلامت" می‌باشد. بخش اجرایی و عملیاتی الگو شامل "مدیریت، برنامه‌ی درسی و ساختار سازمانی تعاملی کرامت محور، ارتقاء الگوهای نقش و اقدامات آموزشی تیمی کرامت محور" و در نهایت "ارزشیابی پیامدها مبتنی بر زمینه با تلفیق چندگانه‌ی داده‌ها" است.

کننده مراحل اجرایی آموزش بین حرفه‌ای در ایران می باشد، تدوین گردید. مفاهیم اساسی الگوی مفهومی آموزش بین حرفه‌ای شامل: هدف: "اصالت و صیانت کرامت انسانی"، چارچوب زیر بنایی مفهومی: "تکامل هویت مبتنی بر اصالت و صیانت کرامت انسانی" در فراگیران نظام سلامت، و برنامه‌ی راهبردی: "شناخت، درک و درونی سازی ارزشهای اصالت و صیانت کرامت انسانی در حوزه سلامت" می باشد. بخش اجرایی و عملیاتی الگو شامل "مدیریت، برنامه‌ی درسی و ساختار سازمانی تعاملی کرامت محور، ارتقاء الگوهای نقش و اقدامات آموزشی تیمی کرامت محور" و در نهایت "ارزشیابی پیامدها مبتنی بر زمینه با تلفیق چندگانه‌ی داده‌ها" است

Keywords:

علوم سلامت، آموزش بین حرفه‌ای، نظام آموزش سلامت

کد: ۱۶۸۴

حیطه: یاددهی و یادگیری

بررسی تاثیر آموزش مشارکتی مربی و گروه همتا یان بر عملکرد آموزشی و رضایت تحصیلی دانشجویان دکتری پرستاری

نویسندگان: مسعود فلاحي خشکناپ، محمدرضا شیخی، رضا محمد بابایی

Introduction

برنامه‌های آموزش دکتری پرستاری در سراسر جهان رو به گسترش است. به طوری که بیش از ۳۷۱ برنامه آموزش دکتری پرستاری در ۳۰ کشور جهان در حال اجرا است (۱). برنامه آموزش دکتری پرستاری در ایران و کشورهای آسیایی نیز در حال افزایش می باشد. اولین دوره آموزش دکتری پرستاری در ایران در سال ۱۳۷۴ در دانشگاه علوم پزشکی تبریز دایر شد و به تدریج در دانشگاه‌های تربیت مدرس، تهران، شهید بهشتی، ایران، شیراز، ... گسترش یافت (۲). ماموریت و رسالت آموزش دانشجویان دکتری پرستاری تربیت متخصصین و پژوهشگرانی است که بتوانند موجبات توسعه دانش پرستاری را فراهم نمایند. دوره دکتری پرستاری برای پیشرفت و توسعه علم پرستاری و همچنین تربیت اساتید، مربیان، محققین، مدیران، رهبران و سیاست‌گذاران در رشته پرستاری ضرورت دارد (۲).

در برنامه آموزش دکتری پرستاری کشور ایران اکثر واحد‌های درسی، به شکل نظری ارائه می گردد. توجه به کیفیت برنامه‌های درسی غالب برنامه‌های آموزشی را تشکیل می دهد. آموزش نظری بدون مشارکت فراگیران چالش‌هایی را برای ارتقای دانش پایدار و عملکرد دانشجویان خواهد داشت. به طوری که بعضاً موجب افت انگیزه و رضایتمندی فراگیران به محتوی آموزشی به ویژه در دانشجویان دکتری می شود (۳). این روند می تواند دستیابی به اهداف آموزشی را با مشکلاتی مواجه سازد. فراهانی و احمدی (۱۳۸۵) در مطالعه‌ای با عنوان بررسی نظرات دانشجویان دکتری پرستاری در مورد برنامه‌های آموزشی تحصیلی خود نشان دادند که از دیدگاه دانشجویان دوره دکتری پرستاری محتوی بعضی دروس، توالی دامنه شمول و ساختار برنامه درسی دوره دکتری پرستاری نتوانسته است توانایی تجزیه و تحلیل و ارائه راه حل، برای مسائل و مشکلات حرفه‌ای را فراهم کند. شیوه تدریس دروس در برخی موارد معلم محور بوده و این امر رشد تفکر انتقادی را در بین دانشجویان دکتری پرستاری کاهش داده است (۴). از دیگر چالش‌های آموزشی دوره دکتری پرستاری از دیدگاه دانشجویان برگزاری کلاس درس در این دوره در دانشگاه به صورت سخنرانی، بحث و گفتگو است و عموماً نمرات دانشجویان بر اساس تکالیف درسی که ارائه می دهند داده می شود. این چالش‌ها منجر به ناکارآمدی روش‌های آموزشی گردیده است. در این راستا کریمی مونقی (۱۳۹۳) معتقد است که روش‌های آموزش دانشجویان گروه پزشکی دیگر کارآمد نیستند (۵).

پژوهش انجام شده توسط شیخ علیپور و همکاران (۱۳۹۳) نشان داد که آموزش تئوری و بالینی دانشجویان پرستاری از کارآمدی لازم برخوردار نیستند (۶). دانشجویان دکتری در آموزش مهارت های پژوهشی، ارتباطات مشترک توسعه یافته و اخذ سفارش پژوهش بامشکلاتی مواجه هستند. از سوی دیگر مطالعات اخیر بیانگر آن است که انتقال دانش از پرستاران متخصص و متبحر به دانشجویان مبتدی از پیچیدگی برخوردار است (۶-۴). ناکارآمدی آموزش های دانشگاهی در برخی موارد منجر به ریزش (ترک تحصیل) دانشجویان دکتری پرستاری شده است (۷). بنداش و همکاران (۲۰۱۴) برای مقابله با این چالش معتقدند بسیاری از آموزش دهندگان در صدد جستجوی روش هایی هستند که موجب توسعه همه جانبه اهداف آموزشی گردد (۸). در مطالعه ای در امریکا با عنوان چالش های آموزش دکتری پرستاری بیان شده است برای موفقیت در آموزش دانشجویان دکتری پرستاری روش های نوین آموزشی به مانند منتور بودن اساتید، آموزش گروه همتایان و یادگیری از سایر دانشجویان می تواند باعث موفقیت آموزشی دانشجویان گردد (۹). اساتید از طریق منتورینگ در این مرحله گذار می توانند نقش موثری ایفا نمایند. به علاوه حمایت ایجاد شده از سوی اساتید منتورینگ بین دانشجویان برای کاهش استرس و حمایت از موفقیت آنان ضروری است.

برای دست یابی به این هدف مهم ضروری است که روش های آموزش دانشجویان دکتری پرستاری مورد بازنگری قرار گیرد. این ارزیابی در امریکا توسط انجمن دانشکده های امریکا و در ژاپن توسط موسسه اعتبار بخشی ملی انجام می شود (۹). در مطالعه ای که در کشور ژاپن در سال (۲۰۱۲) با مشارکت ۳۰۵ عضو هیئت علمی در ۴۶ برنامه دکتری پرستاری انجام شد نتایج نشان داد که بیش از نیمی از مشارکت کنندگان بر این باور بودند که برنامه های آموزشی دانشجویان دکتری پرستاری بایستی توسط متخصصین و اساتید توانمند ارائه شده و روش های نوین آموزش دانشجویان در توسعه قابلیت های علمی و پژوهشی دانشجویان بارویکرد فراگیر محور مورد استفاده قرار گیرد (۱). آموزش دانشجویان تحصیلات تکمیلی به ویژه مقطع دکتری بایستی فراگیر محور باشد و با استفاده از روش های آموزش موثر در خلاقیت فراگیران، فرآیند آموزش از حالت منفعل بیرون آمده و بتواند فراگیران را ترغیب نمود به صورت فعالانه در یادگیری مطالب درسی مشارکت دهد. ضمن این که دانشجویان در حین انجام پروژه های تحصیلی و یا مراحل انجام پژوهش دچار سردرگمی و ابهامات نگردند چرا که می تواند منجر به کاهش انگیزه و افت رضایت مندی آنان شود (۵). لذا در طراحی آموزشی این گروه از دانشجویان لازم است از روش های نوین آموزشی استفاده گردد تا ضمن ارتقاء انگیزه تحصیلی، موانع روش های معمول را به حداقل برساند. به همین دلیل آموزش همتایان و مربی از اهمیت ویژه ای برخوردار است.

آموزش و یادگیری به روش یادگیری از همتایان و مربی یک مداخله آموزشی و موثر برای دانشجویان علوم سلامت محسوب می شود. در این شیوه آموزش فراگیران همگی در یک گروه سنی و در یک سطح از یادگیری ارائه می شود. یادگیری از طریق گروه همتایان، راهی کارآمد برای دستیابی به اهداف آموزش پرستاری است. اخیرا آموزش و یادگیری از همتایان در آموزش پرستاری از اهمیت رو به افزایش برخوردار شده است. در این مدل آموزشی، مربیان فرصت می یابند رفتارها و پیشرفت های آنان از آموزش پرستاری را مشاهده و سریعا آن ها را تقویت نمایند که منجر به افزایش یادگیری و کاهش اضطراب آنان خواهد گردید. تامسون (۲۰۱۴) معتقد است اگر چه آموزش همتایان یک ابزاری برای آموزش بهتر دانشجویان محسوب می گردد، لیکن از مزیت های دیگر آن افزایش عملکرد دانشگاهی فراگیران خواهد بود و رضایت مندی تحصیلی را در فراگیران ارتقاء خواهد داد. یادگیری از همتایان به عنوان راهی برای کاهش مشکلات و افزایش برون ده یادگیری است، از جمله مزیت های دیگر می توان سود جستن از انواع خاصی از همتایان همچون گروه همتایان بازاندیش، حمایت همتایان به ویژه حمایت آموزش یاران همتا و نیز کمک مربیان در محیط های دانشگاه ورشته پرستاری نام برد (۱۰). به علاوه به دلیل محسنات روش همتایان از این شیوه جهت نظارت توسط همتایان در مطالعات بسیاری استفاده شده است. ضمن این که در مطالعات متعدد انجام بهره بردن از تجارب همتایان به منظور ساختار دهی برنامه های آموزشی در پرستاری نیز در مطالعات تاکید شده است (۹، ۱۰).

منتورشیب یک استراتژی مهم آموزشی است که توسط اساتید و مربیان فرآیند یادگیری را تسهیل می سازد. نوول و همکاران (۲۰۱۵) بر لزوم استفاده از منتورینگ در آموزش دانشجویان دکتری پرستاری تاکید دارد (۱۱). لیگ بین المللی پرستاری از روش منتورینگ حمایت نموده و آن را روشی برای ایجاد محیط کار سالم برای توسعه دانش در محیط های دانشگاهی می داند (۱۲). در همین راستا فرگوسن (۲۰۱۵) بیان می دارد منتورینگ منجر به اطمینان از توسعه و پیشرفت علمی در دانشجویان دکتری می گردد (۱۳). در مطالعه ای با مشارکت ۱۰۰ نفر از اعضای هیئت

علمی در خصوص مزیت های منتورینگ در آموزش دانشجویان دکتری، نتایج نشان داد که مشارکت کنندگان بر این باور بودند آموزش مشترک از منتور و دانشجویان منجر به افزایش دانش نگرش و عملکرد آموزشی دانشجویان دکتری خواهد شد. به علاوه حمایت اساتید از نقش منتورینگ بین دانشجویان ضروری است چرا که منجر به کاهش استرس و تسهیل روند موفقیت تحصیلی آنان می گردد (۱۴). اعلا و همکاران (۱۳۹۲) در مقاله ای با عنوان یاددهی و یادگیری در گروه های کوچک به تبیین انواع روش های موجود در گروه های کوچک می پردازد و معتقد است آموزش از همتایان یکی از روش نوین آموزشی است که در این روش تدریس توسط همسالان فراگیر از یک دیگر می آموزند و به یک دیگر آموزش می دهند (۱۵). بر اساس تعاریف آموزش مربی همتایان هم دانشجویان یک گروه و هم استاد مشارکت دارند. یادگیری از طریق گروه های همتا، راهی کارآمد برای دستیابی به اهداف آموزش پرستاری است. منتورینگ شکلی از اجتماعی کردن نقش های حرفه ای است و ارتباطی را ایجاد می کند که در آن منتور به منظور آموزش و راهنمایی و حمایت و پرورش فراگیر به صورت تنگاتنگ با او کار می کند. در واقع یک راهبرد آموزشی است که در آن قابلیت های علمی ارتقاء می یابد و همچنین ارتباط حمایتی و پرورشی میان یک فرد ماهر و نوآموز [۷] بوجود می آید. این شیوه یادگیری حائز فواید دیگری از جمله دستیابی به شناخت، بهبود ارتباطات و شناخت مشکلات یادگیری دوستان، کمک به سازگاری و در کل موجب دستیابی به تجربه و کفایت آموزشی می شود.

نظر به این که شیوه های آموزش دانشجویان دکتری پرستاری در دانشگاه های علوم پزشکی به گونه ای است که به بسیاری از سئوالات دانشجویان در فرآیند اجرای پروژه های آموزشی پاسخ کافی و راهنمایی لازم در این خصوص صورت نمی گیرد و همچنین امکان پایش و رصد نمودن فعالیت های دانشجویان دکتری پرستاری صرفاً در قالب پروژه های کلاسی است. لذا دانشجویان در بسیاری از موارد در انجام دادن پروژه های کلاسی و روند فعالیت های مرتبط با رساله سئوالاتی مواجه می باشند که پاسخ آن ها به سهولت میسر نمی باشد و از سوی دیگر ترغیب دانشجویان به عملکرد آموزشی و پژوهشی می تواند منجر به توانمند سازی آنان گردد. آموزش های مشترک استاد به همراه گروه همتایان می تواند به بسیاری از این چالش ها پاسخ گو باشد و با عنایت به پیشینه تاثیر آموزش گروه همتایان در ارتقای دانش و عملکرد دانشگاهی دانشجویان و چالش های آموزشی دانشجویان دکتری پرستاری شیوه آموزشی مشترک گروه همتایان با مشارکت استاد با هدف ارتقای رضایت مندی تحصیلی دانشجویان دکتری تحصیلی و همچنین پیشرفت تحصیلی آنان طراحی و اجرا شد.

هدف کلی : General Objective

تعیین تاثیر آموزش مشارکتی مربی و گروه همتایان بر عملکرد آموزشی و رضایت دانشجویان دکتری پرستاری

اهداف اختصاصی : Specific Objectives

تعیین تاثیر آموزش مشارکتی مربی و گروه همتایان بر عملکرد آموزشی دانشجویان دکتری پرستاری در گروه مداخله

تعیین تاثیر آموزش مشارکتی مربی و گروه همتایان بر رضایت تحصیلی دانشجویان دکتری پرستاری در گروه مداخله

مقایسه تاثیر آموزش مشارکتی مربی و گروه همتایان بر عملکرد آموزشی دانشجویان دکتری پرستاری در گروه مداخله و شاهد

مقایسه تاثیر آموزش مشارکتی مربی و گروه همتایان بر رضایت تحصیلی دانشجویان دکتری پرستاری در گروه مداخله و شاهد

اهداف کاربردی Applied Objectives:

برگزاری جلسات مشترک آموزش گروهی همتایان با استاد راهنما در تبادل تجارب و نظارت بر روند آموزشی دانشجویان دکتری پرستاری می تواند منجر به کاهش هزینه های آموزشی و ارتقاء کیفیت آموزشی گردد و بهبود عملکرد آموزش و افزایش رضایت مندی تحصیلی دانشجویان دکتری پرستاری را به همراه دارد.

روش پژوهش Study Design :

این فصل مشتمل بر نوع مطالعه، جامعه، نمونه، روش نمونه گیری، محیط، ابزار، روش کار، تجزیه و تحلیل داده ها و ملاحظات اخلاقی می باشد.

نوع مطالعه:

این مطالعه، یک پژوهش نیمه تجربی دو گروهی (مداخله و شاهد) است

جامعه پژوهش Study Setting :

کلیه دانشجویان دکتری پرستاری که طی سال های ۱۳۸۸-۱۳۹۲ شاغل به تحصیل در دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی بودند. کل دانشجویانی که نویسنده مسوول استاد راهنمای آنها بود بعنوان گروه مداخله بررسی شدند و مابقی گروه شاهد بودند

محیط پژوهش :

محیط پژوهش گروه پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران بود.

معیار های ورود Participan :

۱- دانشجویان دکتری پرستاری گروه پرستاری دانشگاه ورودی های سال های ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۲

۲- شاغل به تحصیل در دوره دانشجویی یا پژوهشی مقطع دکتری پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

معیار خروج:

۱- دفاع از رساله دکتری

۳- عدم تمایل به ادامه شرکت در مطالعه

حجم نمونه Sample Size

دانشجویانی که یک استاد راهنمای مشترک (مجری طرح استاد راهنمای دوره و رساله آنها بود) داشتند به عنوان گروه مداخله و دانشجویان متناظر از همان مقطع ورودی که استاد راهنمای دیگری داشتند و در آموزش‌های مشارکتی با استاد راهنما و گروه همتایان شرکت نمی‌کردند به عنوان گروه شاهد انتخاب شدند. به عبارت دیگر برای انتخاب گروه شاهد از همکلاسی‌های مشابه انتخاب شدند. به طور مثال اگر یک دانشجوی دکتری پرستاری ترم هشت در گروه مداخله حضور داشت یکی از همکلاسی‌های آن دانشجو که هم دوره هم بودند به عنوان نمونه شاهد انتخاب شدند. در مجموع ۵ نفر از دانشجویان در گروه مداخله (یک نفر ورودی ۸۸، یک نفر ورودی ۸۹، یک نفر ورودی ۱۳۹۰، یک نفر ورودی ۱۳۹۱، یک نفر ورودی ۱۳۹۲) و ۵ نفر هم در گروه شاهد (متناظر با آن‌ها) قرار گرفتند و مجموعاً ۱۰ نفر دانشجوی دکتری در این تحقیق وارد و مورد بررسی قرار گرفتند.

ابزار گردآوری داده‌ها Data Gathering Tool

در این مطالعه از پرسشنامه سنجش عملکرد آموزشی و رضایت تحصیلی دانشجویان دکتری پرستاری استفاده شد. ابتدا این پرسشنامه مطابق استانداردهای آموزشی، وظایف و انتظارات آموزشی در مقطع دکتری پرستاری و همچنین عوامل تاثیرگذار بر رضایت تحصیلی دانشجویان دکتری پرستاری طراحی گردید. سپس از صاحب نظران برای بررسی روایی صوری و محتوی نظرسنجی شد. پس از اخذ نظر متخصصین پرستاری تغییرات اعمال گردید. این پرسشنامه از سه بخش تشکیل شده است. بخش اول شامل ۹ سؤال مربوط به اطلاعات زمینه‌ای دانشجویان، بخش دوم ۱۴ سؤال مربوط به سنجش عملکرد و پیشرفت تحصیلی و بخش سوم ۲۰ سؤال در خصوص رضایت تحصیلی دانشجویان دکتری پرستاری است. در انتهای پرسشنامه دو سؤال باز قرار داد شد به منظور بررسی کیفی عملکرد تحصیلی و رضایت مندی دانشجویان دکتری پرستاری که یک سؤال با پاسخ باز برای سنجش عملکرد تحصیلی و یک سؤال با پاسخ باز برای سنجش رضایت تحصیلی است. در بررسی کمی روایی محتوی از شاخص‌های روایی استفاده شد. پرسشنامه در اختیار صاحب نظران قرار گرفت و آنان در سه طیف ضروری است، مفید اما ضروری نیست و ضرورتی ندارد نسبت به هر آیتم اعلام نظر نمودند. پاسخ‌ها بر اساس فرمول CVR محاسبه شد و بیشتر از ۰.۶۵ بدست آمد. همچنین ضریب الفای کرونباخ برای پایایی ابزار نیز ۰.۸۱ برآورد گردید.

Data Analysis

روش اجرا و طراحی تحقیق:

در این مطالعه نیمه تجربی تاثیر اجرای برنامه آموزش مشارکتی مربی و گروه همتایان بر عملکرد تحصیلی و رضایت تحصیلی دانشجویان دکتری پرستاری مورد بررسی قرار گرفت. پس از تصویب پروپوزال و کسب مجوز کمیته اخلاق دانشگاه، جامعه پژوهش دانشجویان گروه پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی بودند. انتخاب نمونه در گروه مداخله شامل تمام دانشجویانی بودند که مجری پژوهش با توجه به ابلاغ گروه به عنوان استاد راهنمای دوره و استاد راهنمای رساله آنها تعیین شده بود. و در گروه شاهد همکلاسی‌های متناظر با دانشجویان گروه مداخله به شیوه تصادفی ساده انتخاب شدند. بدین ترتیب که اگر دانشجویی دکتری ورودی سال ۱۳۸۹ در گروه مداخله بود از همان دوره یک نفر هم به عنوان گروه شاهد با قرعه کشی تصادفی انتخاب گردید ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه محقق ساخته رضایت مندی تحصیلی و پیشرفت تحصیلی دانشجویان بود. در این روش آموزشی که علاوه بر آموزش‌های معمول توسط گروه پرستاری طراحی گردیده است دانشجویان پرستاری دوره دکتری بین سال‌های ۱۳۸۸ لغایت ۱۳۹۲ که یک استاد راهنما داشتند در خصوص فعالیت‌های آموزشی، پژوهشی و مهارت‌آموزی با استفاده از آموزش گروه همتایان تشکیل جلسه می‌دادند و مشترکات آموزشی خود را به اشتراک می‌گذاشتند. این جلسات هفتگی بوده و یک سال تحصیلی به طول انجامید. دانشجویان سال‌های بالاتر بر روی روند آموزشی سایر دانشجویان نگاه حمایتی و مشورتی داشتند و کلیه دانشجویان فعالیت‌های آموزشی

و پژوهشی خود را در گروه مطرح و نظرات همدیگر را برای پر بار کردن آن ها جویا می شدند. دانشجویان ضمن ارتباط الکترونیکی و اشتراک گذاشتن پروژه ها نظرات را نیز اخذ نموده و در نهایت در جلسه گروهی به راهنمایی استاد راهنما مورد بررسی قرار می دادند.

مداخله پژوهش:

۱- برگزاری جلسات گروهی هفتگی دو ساعت در هفته با حضور استاد راهنما و دانشجویان دکتری سال های مختلف (سال یک ، دو، سه، چهار) ۲- ارائه تکالیف درسی و مشکلات تحصیلی و بحث راجع به آنها در گروه ۳- راهنمایی دانشجویان سال پایین توسط دانشجویان سال بالا طی جلسات گروهی ۴- راهنمایی تمام دانشجویان توسط استاد در طی جلسات گروهی ۵- تبادل تجربیات آموزشی و تحصیلی دانشجویان با یکدیگر و با استاد در جلسات هفتگی ۶- دانشجویان مجاز بودند با یکدیگر با کمک استاد طرح های مشترک آموزشی و پژوهشی تعریف و اجرا نمایند- ارتباط دانشجویان با یکدیگر و استاد خود در طول طرح به صورت حضوری، تلفنی و الکترونیکی انجام می گردید. ۷- دانشجویان در کنار استاد ، جهت کسب تجربه در برگزاری کارگاههای آموزشی و همچنین تدریس کلاسی برای دانشجویان کارشناسی ارشد پرستاری مشارکت داده می شدند.

ملاحظات اخلاقی

طرح حاضر در کمیته اخلاق دانشگاه مطرح و به شماره IR.USWR.REC.۱۳۹۵،۱۰۶ مورخه ۱۳۹۵/۳/۲۹ ثبت شد. علاوه بر این پژوهش گران موارد زیر را رعایت نمودند:

- کسب اجازه نامه از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه برای ورود به محیط پژوهش.
- توضیح هدف پژوهش برای مشارکت کنندگان.
- اطمینان دادن به مشارکت کنندگان در پژوهش در زمینه تجزیه تحلیل داده ها به صورت بی نام.
- اطمینان دادن به مشارکت کنندگان در پژوهش در زمینه محرمانه ماندن اطلاعات ارائه شده توسط آنها.
- آزاد گذاشتن مشارکت کنندگان در پژوهش در بیان یا عدم بیان اطلاعات خود.
- حفظ احترام و بزرگداشت شأن انسانی مشارکت کنندگان در پژوهش.
- اطمینان دادن به مشارکت کنندگان در پژوهش امکان دسترسی آزادانه آن ها به یافته های پژوهش، در صورت تمایل.
- اخذ رضایت نامه آگاهانه.

Content Validity Index-

:Results

نتایج این مطالعه نشان داد پس از انجام مداخله، میانگین نمرات رضایت تحصیلی و عملکرد آموزشی گروه آزمون با $p=0/001$ با گروه شاهد اختلاف داشت. به طوری که بیانگر افزایش رضایت تحصیلی و عملکرد آموزشی دانشجویان دکتری پرستاری در گروه مداخله در مقایسه با گروه شاهد شده بود.

مقایسه میانگین‌های نمرات رضایت سنجی تحصیلی دو گروه مداخله و شاهد

ردیف	متغیر	میانگین مداخله	انحراف معیار	میانگین شاهد	انحراف معیار	مقدار آماره تی	مقدار پی
۱	تا چه اندازه نیاز به ارتباط مستقیم با استاد راهنما را در مقطع دکتری پرستاری احساس می‌کنید؟	۴/۶۰	۰/۵۴۸	۳/۶۰	۰/۸۹۴	۲,۱۳۳	۰,۶۶
۲	تا چه اندازه آموزش ارائه شده در مقطع دکتری پرستاری با نیازهای فردی و انتظارات شغلی شما متناسب است؟	۴/۸۰	۰/۴۴۷	۳/۸۰	۰/۴۴۷	۳۰۵۳۶	۰,۰۰۸
۳	تا چه اندازه استاد راهنما توانسته است در ارتباطات بین فردی شما در محیط‌های آموزشی تاثیر گذار باشد؟	۵	۰	۳/۲۰	۰/۴۴۷	۹	۰,۰۰۱
۴	تا چه اندازه استاد راهنما در مشارکت شما در فعالیت‌های آموزشی تاثیر گذار بوده است؟	۵	۰	۲/۸۰	۰/۴۴۷	۱۱	۰,۰۰۰
۵	تا چه اندازه از عملکرد استاد راهنما در مشارکت شما در فعالیت‌های پژوهشی رضایت دارید؟	۴/۶۰	۰/۵۴۸	۳	۰	۶,۵۳۲	۰,۰۰۰
۶	تا چه اندازه از عملکرد استاد راهنما در مشارکت شما در فعالیت‌های آموزشی رضایت دارید؟	۳/۸۰	۱/۰۹۵	۳/۲۰	۰/۴۴۷	۱,۱۳۴	۰,۰۰۹
۷	تا چه اندازه از آموخته‌های خود را از طریق هم‌کلاسی‌ها و هم‌تایان دریافت کرده اید؟	۴	۰/۷۰۷	۲/۲۰	۰/۴۴۷	۴,۸۱۱	۰,۰۰۱
۸	شیوه رایج آموزش در مقطع دکتری (استاد- شاگردی) تا چه حد توانسته است موجب رضایت تحصیلی شما گردد؟	۲/۶۰	۰/۵۴۸	۳/۴۰	۰/۵۴۸	-۲,۳۰۹	۰,۰۵۰
۹	لزوم تغییر در شیوه آموزش در مقطع دکتری پرستاری را تا چه حد احساس می‌کنید؟	۴	۰	۴/۲۰	۰/۴۴۷	-۱	۰,۳۷۳
۱۰	تا چه اندازه استاد راهنما در ترغیب شما برای تسریع در فعالیت‌های آموزشی و	۵	۰	۳/۲۰	۰/۴۴۷	۹	۰,۰۰۰۱

						پژوهشی در مقطع دکتری تاثیر گذار بوده است؟	
۰,۰۰۰	۱۱	۰	۲	۰/۴۴۷	۴/۲۰	تا چه اندازه دانشجویان مقطع دکتری (همتایان و همکلاسی ها) در ترغیب شما برای تسریع در فعالیت های آموزشی و پژوهشی در مقطع دکتری تاثیر گذار بوده است؟	۱۱
۰۰۰۰	۱۱	۰	۲	۰/۴۴۷	۴	آیا در تدریس دروس دانشجویان ارشد مشارکت داشته اید؟	۱۲
۰,۰۰۱	۵,۱۹۶	۰/۵۴۸	۲/۶۰	۰/۵۴۸	۴/۴۰	آیا در دوران دانشجویی در مقطع دکتری کارگاه آموزشی برگزار کرده اید؟	۱۳
۰,۰۰۴	۶	۰	۳	۰/۴۴۷	۴/۲۰	آیا تشویق اساتید در دوران دانشجویی در مقطع دکتری در شرکت شما در کارگاه ها موثر بوده است	۱۴
۰,۱۹۵	۱,۴۱۴	۰/۴۴۷	۳/۸۰	۰/۴۴۷	۴/۲۰	آیا احساس می کنید که نسبت به قبل از قبولی در مقطع دکتری در حیطه آموزشی و پژوهشی توانمندتر شده اید؟	۱۵
۰,۰۰۲	۴۲۷/۴	۰/۵۴۸	۳/۴۰	۰/۴۴۷	۴/۸۰	آیا مبتنی بر آموزش های کسب شده در مقطع دکتری توان برگزاری کارگاه را به تنهایی پیدا کرده اید؟	۱۶
۰,۰۰۳	۶,۵۳۲	۰/۵۴۸	۳/۴۰	۰	۵	آیا مهارت های آموزشی شما نسبت به قبل از دوران دانشجویی در مقطع دکتری تغییر یافته است؟	۱۷
۰,۰۳۶	۲,۵۳۰	۰/۴۴۷	۳/۸۰	۰/۵۴۸	۴/۶۰	آیا مهارت های پژوهشی شما نسبت به قبل از قبولی در مقطع دکتری تغییر یافته است؟	۱۸
۰,۳۷۴	۱	۰	۴	۰/۴۴۷	۴/۲۰	آیا اساتید در مقطع دکتری آنقدر به شما اعتماد داشته اند تا از شما برای تدریس دروس خود استفاده نمایند؟	۱۹
۰۰۰۰	۱۴	۰/۴۴۷	۲/۲۰	۰	۵	آیا اساتید در مقطع دکتری آنقدر به شما اعتماد داشته اند که شما را به جای خود به سخنرانی ها در کنگره ها و... فرستاده باشند؟	۲۰
۰۰۰۰	۱۲,۳۸۵	۰/۱۲۹	۳/۰۹	۰/۱۸۷	۴/۳۵	میانگین میانگین ها کل	۲۱
۰۰۰۰	۱۲,۳۸۵	۲/۵۸۸	۶۱/۸۰	۳/۷۴۱	۸۷	میانگین نمرات	۲۲

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد میانگین و انحراف معیار نمرات شاخص‌های سنجش رضایت تحصیلی دانشجویان در گروه مداخله و شاهد پس از اجرای مداخله تغییر یافته است که بر اساس آزمون تی با $(P=0/001)$ رضایت تحصیلی دانشجویان دکتری پرستاری در گروه مداخله اختلاف معناداری را نسبت به گروه شاهد نشان می‌دهد. افزایش توانمندی دانشجویان در انجام پروژه‌های پژوهشی، ارتقای ارتباطات بین فردی، افزایش مشارکت دانشجویان در فعالیت‌های آموزشی و پژوهشی، ارتقای اعتماد به نفس دانشجویان... از جمله آیتم‌ها و شاخص‌های رضایت‌مندی دانشجویان دکتری پرستاری بود که اختلاف معناداری را در گروه مداخله در مقایسه با گروه شاهد $(P=0/001)$ نشان می‌دهد.

Conclusion

آموزش از طریق گروه‌همتایان با مشارکت و راهنمایی اساتید می‌تواند توانمندی‌های علمی و پژوهشی دانشجویان را افزایش داده و منجر به توسعه عملکرد تحصیلی و کسب رضایت تحصیلی بیشتری در دانشجویان مقاطع تحصیلات تکمیلی شود. در این روش هم‌تاهای دانشجویان از سنوات مختلف) در کنار استاد راهنما به تبادل تجارب علمی و عملی خود پرداخته و سطح یادگیری افزایش می‌یابد. مثلاً وقتی دانشجویی تجارب خود را از دفاع از رساله، پورپوزال، امتحان جامع و سمینارهای شش ماهه، تجارب راجع به جمع‌آوری و آنالیز اطلاعات، نحوه نگارش مقاله، مشکلاتی که باعث ریجکت مقاله می‌شود را در گروه‌همتایان شرح می‌دهد. دانشجویی که در حال نوشتن پورپوزال است و یا در حال نگارش و ساب‌میت مقاله است از تجارب سایر دانشجویان که در گروه مطرح می‌شود استفاده کرده و سعی می‌نماید ضمن استفاده از این تجارب در کار خود، مرتکب اشتباهات بقیه نشود. این روش آنقدر کارایی داشته که علاوه بر افزایش رضایت دانشجویان مشارکت‌کننده در طرح داشته است $(P>0,001)$ که منجر گردید سایر دانشجویانی که در طرح نبودند تقاضای اجرای این روش را نمایند. و اساتید خود را تحت فشار قرار دادند که از این روش برای آنها استفاده گردد.

Keywords

دانشجویان، آموزش هم‌تایان، پرستاری، تحصیلات تکمیلی

کد: ۱۶۵۶

حیطه: یاددهی و یادگیری

تاثیر یادگیری مبتنی بر پروژه بر انگیزش تحصیلی و جرأت‌ورزی دانشجویان پرستاری

نویسندگان: مهدیه آرین، محمد باقر اوغازیان

Introduction

تدریس و آموزش مبتنی بر پروژه پایه نظریه سازنده‌گرایی است و فرصت‌های زیادی را برای تبدیل کلاس درس به یک محیط یادگیری فعال تبدیل می‌کند، یادگیری مبتنی بر پروژه از اصول سازنده‌گرایی، کار مشترک با دیگران، تامل در اموخته‌ها، استقلال شخصی و تعامل فعال حمایت می‌کند با توجه به رویکرد تدریس مبتنی بر سازنده‌گرایی، ساخت شخصی دانش به صورت فعال توسط یادگیرنده از طریق دانش جدید مرتبط به تجارب قبلی، جامعه، از طریق تعامل با افراد و اساتید، دوستان و خانواده صورت می‌گیرد. این فعالیت‌ها و پیوندی که پروژه‌ها بین

موضوع های درسی گوناگون ایجاد می کنند، باعث می شوند فراگیران تفکری کل نگر و جامع و سیستمی پیدا کنند و زمینه ابراز وجود و انگیزش را در فرد شکوفا می سازد. در بین دانشجویان پرستاری وجود اضطراب بالا و جرأت و ورزش و انگیزش پایین سبب اختلال در عملکرد تحصیلی، وقفه در یادگیری، تضعیف توانایی و عدم شکوفایی استعدادها شده و نه تنها سلامت روان آنها را به خطر میاندازد، بلکه آنان را از یک زندگی سالم و شکوفا باز داشته و به جای میل به رشد، تعالی و پویایی شخصیت به سمت بیماری سوق خواهد داد. در مطالعه حاضر پژوهشگران همواره در جستجوی روش هایی بودند که باعث به کار بردن قاطعیت در رفتار دانشجو گردد و به عنوان یک درمان رفتاری و غیردارویی در کاهش اضطراب و افزایش جرأت و ورزش و انگیزش دانشجویان پرستاری مفید باشد.

Objectives

لذا مطالعه حاضر با هدف " تعیین نقش یادگیری مبتنی بر پروژه در افزایش انگیزش و جرأت و ورزش دانشجویان پرستاری طراحی و اجرا نمودند

Study Design

این پژوهش با توجه به هدف از نوع کاربردی و به روش نیمه تجربی کمی انجام شده است. جامعه مورد نظر کلیه دانشجویان پرستاری شاغل به تحصیل در دانشکده پرستاری و مامائی بجنورد وابسته به دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی بودند. برای حذف تأثیر پیش آزمون در حساس کردن فراگیران و ممانعت از ایجاد خدشه در اعتبار بیرونی پژوهش (تعمیم یافته های آزمایشی به شرایط خارج از آزمایشگاه) از طرح چهار گروهی سولومون با گروه های پیش آزمون و پس آزمون استفاده شد. در طرح چهار گروه سولومون دو گروه آزمون و دو گروه کنترل وجود دارد یکی از گروه های آزمون مداخله و پس آزمون دریافت کردند و گروه آزمون دوم پیش آزمون، مداخله و پس آزمون دریافت کردند و در گروه کنترل یک گروه پس آزمون و گروه دوم پیش آزمون و پس آزمون دریافت کردند.

Study Setting

به منظور اجرای پژوهش قبل از شروع هر ترم طرح درس تنفس مرتبط با (داخلی-جراحی و بیماری های بزرگسالان و سالمندی) رشته کارشناسی پرستاری براساس سرفصل های وزارت بهداشت برای پرستاری ورودی ۹۰، ۹۱، ۹۲ به مدت ۲۰ ساعت (۱۰ جلسه) و برای پرستاری ۹۳ به علت تغییر در کوریکولوم پرستاری به مدت ۱۴ ساعت (۷ جلسه) تنظیم شد. در این مطالعه از مدل ۱۱ مرحله ای یادگیری مبتنی بر پروژه که ابتدا توسط Moursund در سال ۱۹۹۹ ارتقاء یافته بود و سپس توسط Erdem در سال ۲۰۰۲ بازبینی شده بود و مجدداً توسط Gültekin در سال ۲۰۰۵ به کار گرفته شده بود استفاده گردید. سازماندهی اطلاعات جمع آوری شده و رپورت آنها به شیوه های ایفای نقش، نقشه مفهومی و اجرای عملی صورت گرفت.

Participan

نمونه آماری مورد مطالعه شامل دانشجویان ۴ کلاس پرستاری از ۴ ورودی متفاوت شامل: ورودی ۹۰ در نیمسال اول تحصیلی (۹۲-۹۳)، ورودی ۹۱ در نیمسال اول تحصیلی (۹۳-۹۴)، ورودی ۹۲ در نیمسال دوم تحصیلی (۹۳-۹۴) و ورودی ۹۳ در نیمسال اول تحصیلی (۹۴-۹۵) در دانشکده پرستاری و مامائی بجنورد بودند. دانشجویان ورودی ۹۱ و ۹۳ که تحت تأثیر متغیر مستقل یادگیری مبتنی بر پروژه قرار نگرفتند، دو گروه کنترل را تشکیل دادند و دانشجویان ورودی ۹۰ و ۹۲ که تحت تأثیر متغیر مستقل یادگیری مبتنی بر پروژه قرار گرفتند، دو گروه آزمون را تشکیل دادند. در این پژوهش جهت جمع آوری اطلاعات مورد نیاز و ارزیابی (جرات و ورزش و انگیزش تحصیلی) از پیش آزمون و پس آزمون و برای بررسی تأثیر روش تدریس بر پیشرفت تحصیلی از نمرات پایان ترم درس تنفس و معدل ترم جاری استفاده شده است. ابزار گردآوری اطلاعات شامل: ۱- پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، ۲- مقیاس انگیزش تحصیلی (ISM)، ۳- پرسش نامه جرأت آموزی گمبریل و ریچی ۴- چک لیست ثبت نمرات بود.

Sample Size

آزمودنی ها در این مطالعه جمعا ۱۴۵ نفر بودند تمامی آنها از نظر نمرات پایان ترم (درس تنفس) و معدل ترم جاری ارزیابی شدند، ولی ۱۰۸ نفر از آنها پرسشنامه ها را تکمیل نموده و در اختیار محقق قرار دادند و در ارزشیابی (جرات و ورزش و انگیزش تحصیلی) وارد شدند

Data Gathering Tool

ابزار گردآوری اطلاعات شامل: ۱- پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، ۲- مقیاس انگیزش تحصیلی (ISM)، ۳- پرسش نامه جرئت آموزی گمبریل و ریچی ۴- چک لیست ثبت نمرات بود.

مقیاس انگیزش تحصیلی: مقیاس انگیزش پیشرفت تحصیلی (ISM=Inventory of School Motivation) توسط علی و مک اینرنی در سال ۱۹۹۲ تهیه شده و در سال ۲۰۰۵ ویرایش شده است. این پرسشنامه شامل ۴۳ سوال است. در این پرسشنامه بالاترین نمره ای که فرد می تواند اخذ کند ۲۱۵ و پایین ترین نمره ۴۳ می باشد. کسب نمره نزدیک به ۲۱۵ نشان دهنده آنست که فراگیر دارای انگیزش تحصیلی بالا و کسب نمره نزدیک به ۴۳ نشانگر آنست که وی انگیزش پایینی نسبت به تحصیل دارد. علی و مک اینرنی روایی سازه مقیاس انگیزش تحصیلی را با استفاده از تحلیل عاملی مورد بررسی قرار داده و آن را تایید کردند. آنها برای بررسی پایایی این پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ استفاده نمودند. بحرانی (۱۳۷۲) در ایران پایایی نسخه اولیه این پرسشنامه را ۰٫۷۰ به دست آورد. پژوهش برزگر و همکاران (۱۳۹۳) پایایی نسخه اصلاح شده این پرسشنامه را ۰٫۸۱ و روایی محتوایی آن را در حد مطلوب گزارش نمودند.

پرسشنامه جرئت آموزی گمبریل و ریچی که در موقعیت گوناگون بالینی و آموزشی سودمندی خود را نشان داده است؛ این پرسش نامه به صورت خودگزارشی طراحی شده است، نسخه اصلی آن دارای چهل ماده است و هر ماده آن یک موقعیت را که مستلزم ابزار رفتار جرئت مندانه است، نشان می دهد. در این پرسش نامه، از آزمودنی درخواست می شود، موقعیت های مورد نظر را در سه مرحله درباره خود ارزیابی کند. در این مطالعه از پرسشنامه مذکور با ۲۲ ماده آزمون اصلی استفاده شد و ۱۸ ماده دیگر آزمون به علت عدم تطابق با فرهنگ ایران مورد استفاده قرار نگرفته است. از نظر میزان اعتبار، همبستگی بالایی بین ماده های آزمون با یکدیگر وجود دارد. بار عاملی ماده های مختلف آزمون بین ۳۹ تا ۷۰ درصد گزارش شده است. همچنین همبستگی نمره های آزمون نتایج با ارزیابی افرادی که ایفای نقش این افراد را مشاهده کردند ۴۶ درصد بود. ضریب پایایی ۰٫۸۱ گزارش شد. پس از حذف ۱۸ ماده و هماهنگی با فرهنگ ایران ضریب پایایی توسط شهره آمالی در انستیتو روانپزشکی تهران بر روی ۴۰ دانش آموز دختر راهنمایی با فاصله زمانی ۲۵ روز ۰٫۸۲ تعیین شد و اعتبار (روایی) ابزار جرأتورزی توسط ۱۰ نفر از متخصصین اعضای هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران تایید شده است

Data Analysis

برای تجزیه و تحلیل اطلاعات در بخش آمار توصیفی، آزمودنی ها و متغیرهای مورد مطالعه با استفاده از نرم افزار SPSS واز طریق محاسبه شاخص های آمار توصیفی مورد بررسی قرار گرفت، در بخش آمار استنباطی از آزمون های آمار استنباطی مناسب نظیر تحلیل واریانس دو طرفه استفاده شد. در صورت معنا دار بودن مقدار آماره F از آزمون های پیگیری شفه استفاده گردید و نیز برای برخی تحلیل ها از آزمون T مستقل استفاده شد.

Results

آزمودنی ها در این مطالعه جمعا ۱۴۵ نفر بودند تمامی آنها از نظر نمرات پایان ترم درس تنفس و معدل ترم جاری ارزیابی شدند، ولی ۱۰۸ نفر از آنها پرسشنامه ها را تکمیل نموده و در اختیار محقق قرار دادند و در ارزشیابی (جرات ورزی و انگیزش تحصیلی) وارد شدند. از آنجا که طرح چهار گروهی سولومون با این فرضیه مطرح می گردد که آزمون اولیه اثر تصادفی متفاوتی در گروه های آزمون و کنترل می گذارد، ابتدا این ادعا بررسی شد، تا در صورت صحت راهکاری مناسب اتخاذ گردد. بر اساس آزمون T مستقل چون پیش آزمون اثر تصادفی متفاوتی روی آزمودنی ها نداشت و میانگین نمره نهایی (انگیزش تحصیلی و جرات ورزی) بعد از مداخله بین دو گروه کنترل و بین دو گروه آزمون تفاوت معنا داری را نشان نداد ($p < 0/05$) بنابراین هر دو گروه کنترل به عنوان یک گروه کنترل کلی (۵۲ نفره) و نیز هر دو گروه آزمون به عنوان یک گروه آزمون کلی (۵۶ نفره) در نظر گرفته شدند. نتایج آنالیز واریانس بین میانگین نمرات نهایی انگیزش تحصیلی، بین میانگین نمرات نهایی جرات ورزی و بین میانگین نمرات پایان ترم تنفس در چهار گروه اختلاف معنی داری نشان داد ($p < 0/05$). اما بین میانگین معدل ترم جاری در چهار گروه اختلاف معنی داری نشان نداد ($p > 0/05$). در ادامه به دلیل معنا دار بودن آماره F برای جرات ورزی، انگیزش تحصیلی و نمره درس تنفس از آزمون پیگیری شفه استفاده شد. بر اساس آزمون T مستقل پس آزمون گروه های کلی و همچنین بر اساس آماره F استفاده از روش تدریس

مبتنی بر پروژه از نظر آماری تفاوت معنا داری نشان داد ($p < 0.05$). که بر اساس آن تاثیر روش تدریس مبتنی بر پروژه بر انگیزش پیشرفت و جرات ورزی و نمره درس تنفس بیشتر از روش سنتی بود و تاثیر این دو روش بر معدل ترم جاری تفاوت معنا داری را نشان نداد ($p > 0.05$)

Conclusion:

جرات ورزی محور رفتارهای بین فردی، کلید برقراری رابطه انسانی با دیگران و روشی برای ابراز وجود به طریق صریح، مستقیم و مناسب است که یادگیری مبتنی بر پروژه آن را تقویت می کند. قدرت رویا رویی با مسائل، مسئله گشائی و حل مسئله در فرد جرات ورزی را ارتقاء می دهد. وسبب می شود فرد مسئولیت رفتارها و انتخاب های خود را بپذیرد؛ احساس، افکار و نگرشی مثبت نسبت به خود و دیگران بدست آورد و رفتارش با خود و دیگران صریح و صادقانه گردد. بی گمان نمی توان برنامه های درسی را فقط مبتنی بر پروژه ساخت، بلکه پروژه را می توان به عنوان بخشی از برنامه درسی در نظر گرفت، بخشی که با بدنه اصلی برنامه در هم بافته شده است و جدا کردن آن به آسانی ممکن نیست. از طریق تدریس مبتنی بر پروژه، دانشجویان برای مشکلات دنیای واقعی از طریق پرسیدن سوالات باز وبسته، طراحی و انجام تحقیق و بررسی، پژوهش بر روی مشکل، جمع آوری اطلاعات، نتیجه گیری بر اساس یافته ها و گزارش نتایج راه هایی پیدا می کنند. یادگیری مبتنی بر پروژه دارای ۸ عنصر کلیدی است که عبارتند از: محتوای معنادار، رقابتهای قرن بیست و یکم، پژوهش عمیق، سوال راه بر، نیاز به دانستن، رای و انتخاب، نقد و اصلاح و مخاطبان عام است. رقابتهایی نظیر حل مسئله، تفکر انتقادی، مشارکت، ارتباط، و خلاقیت/نوآوری، متمرکز بر استانداردها و مفاهیم کلیدی در قلب موضوعات آکادمیک بطور کامل آموزش داده شده و مورد ارزیابی قرار میگیرند کار پروژه بر یک سوال باز-پاسخ متمرکز است این سوال وظایف فراگیران را تعیین و اکتشافات آنها را قالب بندی میکند. فراگیران در فرایندی دقیق و طولانی مسئول بهره گیری منابع و توسعه پاسخها هستند. فراگیران مهارت ها را با هدف پاسخ به سوال راه بر و خلق محصولات، چگونگی کار کردن، چگونگی بکار گیری زمان، تحت نظارت و راهنمایی مدرس و بر اساس میزان تجربیات خود بکار می گیرند ماهیت پروژه فرایندهایی برای دریافت و ارائه بازخورهایی در باره کیفیت کار فراگیران است. بازخوردهایی که آنها را برای اصلاح و بازنگری تحقیقاتشان هدایت می کند. فراگیران کار خود را علاوه بر همکلاسی ها و مدرس، به سایرین نیز ارائه نموده و معرفی می کنند. و این فعالیت ها زمینه ابراز وجود را در فرد شکوفا می سازد.

Keywords:

انگیزش، جرات ورزی، پرستاری

کد: ۱۶۶۹

حیطه: یاددهی و یادگیری

بررسی مقایسه ای تاثیر آموزش اخلاق حرفه ای به دو روش بحث گروهی و نرم افزار چند رسانه ای بر آگاهی دانشجویان پرستاری

نویسندگان: faezeh jahanpour, arash khalili, shahnaz pooladi

Introduction:

پرستاران بزرگترین گروه ارائه دهنده خدمت در سیستم درمانی هستند و نیاز دارند از زبان اخلاق آگاه بوده و با بعضی مفاهیم مربوط به آن آشنا شوند. مطالعات موجود عدم آگاهی کافی دانشجویان پرستاری از اصول اخلاق حرفه ای و لزوم آموزش را نشان می دهد، لذا هدف، تعیین تاثیر آموزش به دو روش بحث گروهی و نرم افزار چند رسانه ای بر آگاهی دانشجویان پرستاری در زمینه اخلاق حرفه ای است.

مقدمه

اخلاق پرستاری شاخه‌ای از اخلاق پزشکی است که تحت تأثیر پیشرفت‌های این رشته قرار گرفته است. تحولات دنیای کنونی دربرگیرنده ویژگی‌هایی است که نیاز به رویکرد اخلاق در حرفه‌های مرتبط با رشته‌های پزشکی را ضرورتی انکار ناپذیر کرده است. از جمله این تحولات استفاده از فناوری‌های پیشرفته، تغییر الگوی بیماری‌ها، افزایش متوسط عمر، افزایش اطلاعات عمومی مردم و تفاوت در حجم و نوع درخواست‌های مرتبط با خدمات سلامت، ایجاد حوزه‌های جدید مانند پیوند اعضا، روش‌های نوین باروری و نظایر آن را می‌توان نام برد (۱).

با وجود کتاب، مجلات و منابع متعدد در زمینه اخلاق حرفه‌ای، تدریس اخلاق به صورتی نیست که دانشجویان تصویر مناسبی از موضوع استدلال اخلاقی به دست آورده و در زمینه این درس به صلاحیت کافی دست یابند (۲). در برنامه‌های آموزشی، دو الگوی کلی تدریس، نمود یافته است. الگوی اول، استاد محور که در آن با هدف شکل دادن رفتار، بر اساس یک الگوی از پیش تعیین شده، استاد نقطه اتکای فراگیر است. در این الگو فراگیران مطلب را می‌آموزند و زود هم فراموش می‌کنند. الگوی دوم که به فراگیر، نیازها و توانایی‌های او توجه خاص دارد، دانشجو محور نامیده می‌شود (۳). آموزش به شیوه چند رسانه‌ای در دهه‌های اخیر رشد فزاینده‌ای در آموزش ایجاد کرده و باعث شده که آموزش چند رسانه‌ای در جوامع صنعتی با کمک انقلاب الکترونیکی به پیشرفتهای شگرفی دست یابد (۴). نرم افزار چند رسانه‌ای، نرم افزاری است که باید سه ویژگی داشته باشد. متن، تصویر و صدا. البته بعضی‌ها تعامل را نیز در این دسته می‌گنجانند که به آن نرم افزار چند رسانه‌ای تعاملی می‌گویند. در بسته آموزشی چند رسانه‌ای، از تمام قابلیت‌ها برای تولید یک نرم افزار آموزشی استفاده شده و در فضایی جذاب و متنوع در این گونه نرم افزارها، سعی می‌شود مفاهیم آموزشی به صورت تعاملی به فراگیران آموخته شود (۵). از سوی دیگر، تدریس به روش مباحثه، یکی از روشهای آموزشی دانشجو محور است که با استفاده از این شیوه، فراگیران در فعالیتهای آموزشی فعالانه شرکت کرده و مسئولیت یادگیری را به عهده می‌گیرند و به آنها فرصت داده می‌شود تا نظرات، عقاید و تجربیات خود را با دیگران به میان بگذارند. با این وجود، تعداد معدودی از اساتید با چگونگی این روش آشنا هستند و از آن استفاده می‌کنند. اغلب اعضای آموزشی در مقابل تغییر در نحوه آموزش مقاومت می‌کنند (۶). مطالعه‌ای به وسیله نیکبخت نصرآبادی و همکاران (۲۰۰۴) در تهران در خصوص میزان آگاهی پرستاران بیمارستان‌های تهران از اخلاق در حرفه پرستاری انجام شد که ۲۹۷ نفر با مدرک لیسانس و فوق لیسانس در این مطالعه شرکت کردند که در کل میزان آگاهی مناسب نبوده و بیشترین عدم آگاهی در خصوص عدم توانایی در برقراری یک ارتباط مؤثر بوده (۸۶/۷ درصد) و اشکالات هنگام دارو دادن (۴۹/۶ درصد) بود (۶). در مطالعه دیگر دهقانی و همکاران (۲۰۱۲) به بررسی معیارهای اخلاق حرفه‌ای در عملکرد پرستاران تهران پرداختند که این مطالعه بر روی ۱۳۸ نفر از پرستاران انجام شد و اکثر پرستاران در ابعاد مسئولیت‌پذیری، ارتقای کیفیت مراقبت از بیمار و احترام به بیمار عملکرد مطلوبی داشتند (۷۲/۵ درصد). در کل ابعاد، میزان رعایت اخلاق حرفه‌ای حدود ۷۱ درصد ذکر شده بود که رضایت‌مندی بالایی بوده و پرستاران عملکرد مطلوبی داشتند (۷).

هم دانشجویان پرستاری و هم مردم، از موضوعات اخلاقی استقبال می‌کنند و مفاهیم اخلاقی، واجد بار مثبتی است که در همه احساس خوشایند و دوست داشتنی ایجاد می‌کند. بنابراین مفاهیم اخلاقی برای پرستاران، مفهیمی آشنا و با ارزشند اما تصمیم‌گیری اخلاقی در شرایط واقعی فقط با شناخت مفاهیم اخلاقی و دانستن ارزش آنها مقدور نمی‌باشد. پیچیدگی‌های متعددی که در اثر پیشرفت تکنولوژی اتفاق افتاده، بر این مشکل می‌افزایند. بنابراین پرستاران باید نحوه تصمیم‌گیری مناسب اخلاقی در شرایط متفاوت را آن چنان یاد بگیرند که در این زمینه واجد صلاحیت شوند (۹). اگر چه معدود مطالعاتی که در سال‌های گذشته در زمینه دانش پرستاران ایران از قوانین و مقررات حرفه‌ای انجام شده است، کمبود این دانش را متذکر شده اند اما این مطالعات دارای نمونه‌های محدود بوده و نیز نتوانسته‌اند آن چنان که شایسته است مسئولین را به اقدامات عملی برای بهبود وضعیت ترغیب نمایند. از طرف دیگر نتایج و اثربخشی اقدامات محدودی که از طریق برگزاری کارگاه‌های آموزشی در زمینه آگاه سازی پرستاران از قوانین و مقررات حرفه‌ای انجام شده بررسی نشده است (۱۰). به همین دلیل و نیز با توجه به افزایش پیشرونده فراخوانی

پرستاران به مجامع قانونی مطالعه حاضر با هدف، تعیین تأثیر آموزش به دو روش بحث گروهی و نرم افزار چند رسانه ای بر آگاهی دانشجویان پرستاری در زمینه اخلاق حرفه ای انجام شد.

Objectives:

تعیین تأثیر آموزش به دو روش بحث گروهی و نرم افزار چند رسانه ای بر آگاهی دانشجویان پرستاری در زمینه اخلاق حرفه ای

Study Design

این مطالعه از نوع نیمه تجربی دو گروهی قبل و بعد است. جامعه پژوهش شامل دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بوشهر است که حداقل ۶ ترم به تحصیل اشتغال و در زمان انجام پژوهش از چهار ترم سابقه فعالیت در بالین بصورت کارآموزی برخوردار باشند.

Study Setting

نتایج حاصل کار بر روی کل جامعه مطالعه است

Participant

معیارهای ورود به مطالعه شامل تمایل دانشجویان به شرکت در مطالعه و دانشجوی پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بوشهر در ترم ۶ یا ۸ بودن و معیارهای خروج از مطالعه شامل میهمان بودن در این دانشکده به مدت کمتر از ۲ ترم بود. پس از تهیه لیست دانشجویان از آموزش دانشکده، دانشجویان ترم ۶ و ۸ بر اساس قرعه کشی و به صورت تصادفی ساده به دو گروه تخصیص یافتند. بعد از تعیین گروههای بحث گروهی و چند رسانه ای با یک قرعه کشی، اسم تک تک دانشجویان (ترم ۶ جداگانه و ترم ۸ نیز جداگانه) بر روی کاغذ نوشته شده و در یک جعبه ریخته شده و با برداشتن کاغذها، دانشجویان به ترتیب در گروههای از قبل تعیین شده قرار گرفتند و این کار تا تکمیل حجم نمونه ادامه یافت.

Sample Size

کل جامعه بصورت سرشماری انتخاب و سپس تخصیص تصادفی شدند

Data Gathering Tool

در گروه بحث گروهی افراد به ۵ گروه ۶ نفره تقسیم شدند (نیره باغچقی و همکاران، ۱۳۹۰). تعداد دانشجویان در هر گروه با توجه به مطالعات مشابه ۳۰ نفر در نظر گرفته شد. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه دو قسمتی (۵ سؤال) اطلاعات فردی و قسمت دوم حاوی ۲۱ گویه با طرح دو پاسخی بلی و خیر که میزان آگاهی به وسیله آن سنجیده می شد (پاسخ صحیح نمره یک و پاسخ اشتباه نمره صفر می گرفت). برای روایی ابزار، پس از تهیه ۲۱ گویه از منابع مختلف اخلاق پرستاری توسط پژوهشگر به همراه پانل علمی (استاد راهنما و استاد مشاور علمی، استاد مشاور آمار)، پرسشنامه جهت تعیین نسبت روایی محتوا و ایندکس روایی محتوا در اختیار ۱۰ نفر از اعضای محترم هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی بوشهر قرار داده شد و بعد از جمع آوری، مقادیر نسبت روایی محتوا به مقدار ۰/۷۳ و ایندکس روایی محتوا ۰/۹۰ محاسبه شد. (نمره برای نسبت روایی محتوا بالاتر از ۰/۶۲ و برای ایندکس روایی محتوا بالاتر از ۰/۷۹ مناسب تشخیص داده می شود) (شولتر و ویتنی، ۲۰۰۵). جهت تعیین پایایی ابزار، ثبات درونی و پایایی بیرونی محاسبه گردید. در این راستا برای سنجش سازگاری درونی از روش کودر ریچاردسون استفاده گردید که

مقدار آن ۰/۶۵ بدست آمد و همچنین برای سنجش تکرارپذیری ضریب همبستگی پیرسون محاسبه گردید (۰/۷۳). پژوهشگر پس از کسب تاییدیه از معاونت پژوهشی و کسب کد کمیته اخلاق، معرفی نامه لازم را از دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر اخذ کرد. پس از جلب موافقت مسئولین مرکز مربوطه، در محیط پژوهش حاضر شده و هدف از انجام پژوهش به طور واضح برای دانشجویان هر دو گروه شرح داده شد. فایل آموزشی گروه چند رسانه ای ترکیبی از عکس، پاورپوینت، فیلم و سخنرانی به همراه کلیپهایی بود که در محیط بیمارستان و توسط پرستاران بر اساس تک تک سوالات پرسشنامه طراحی شده بود که پس از تهیه شدن به تایید استاد محترم راهنما و ۸ نفر از اساتید خبره رسید (ملاک خبرگی تخصص در بعد آموزش و هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی بوشهر بودن بود) و پس از تایید نهایی ایشان بر روی سی دی قرار گرفت. در جلسه اول برای گروه بحث گروهی ابتدا سوالات در اختیار این گروه قرار گرفته و پس از تکمیل و جمع آوری پرسشنامه ها، دانشجویان به ۵ گروه ۶ نفره تقسیم و برای هر گروه یک نماینده به انتخاب اعضاء گروه انتخاب شد. سپس محتوای مورد نظر (عین سوالات پرسشنامه) در یک محیط آرام به صورت تک تک برای همه گروهها قرائت می شد و نماینده گروهها پس از بحث و تبادل نظر در خصوص موضوع مطرح شده در گروه، جواب نهایی گروه خود را اعلام می نمودند و سپس بحث در خصوص جواب هر گروه شروع می شد و پژوهشگر جوابها را به سمت جواب درست هدایت می نمود و در نهایت جواب درست را در اختیار گروهها قرار می داد. پس از بحث و بررسی تک تک محتوای پرسشنامه، پس از آزمون از گروه انجام شد. پس از آزمون اول برای سنجش میزان آگاهی دانشجویان پس از آموزش و پس از آزمون دوم برای سنجش یادسپاری اطلاعات آموزش داده شده انجام شد. ۲ جلسه بحث گروهی حدود ۴ ساعت به طول انجامید. پس از آزمون یادآوری از این گروه یک ماه بعد انجام شد. پس از اتمام دو جلسه لازم برای گروه بحث گروهی، در جلسه ای دیگر برای گروه چند رسانه ای، ابتدا پیش از آزمون انجام و پس از جمع آوری پرسشنامه ها، محتوای چند رسانه ایی تهیه شده برای این گروه در فضایی کاملا آرام به مدت ۴۵ دقیقه پخش شد و محقق در هنگام پخش و بعد از پخش هیچ گونه توضیحی برای این گروه نداد و بلافاصله پس از اتمام پخش چند رسانه ای، پس از آزمون انجام شد و برای این گروه نیز مانند گروه بحث گروهی پس از یک ماه پس از آزمون یادآوری انجام شد

Data Analysis

اطلاعات جمع آوری شده در این مطالعه با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۰۰ تجزیه و تحلیل و از آمار توصیفی و تحلیلی استفاده شد. آمار توصیفی در این مطالعه با استفاده از جداول توزیع فراوانی و درصد، حداقل و حداکثر، میانگین و انحراف معیار به منظور توصیف شرکت کنندگان در پژوهش انجام شد. جهت مقایسه میانگین در دو گروه مستقل از آزمون تی، برای مقایسه میانگین قبل و بعد از مداخله در هر گروه از آزمون تی زوج و برای مقایسه میانگین در بیش از دو گروه مستقل از آزمون آنوا استفاده شد. تمام موارد اخلاقی اعم از آزادی شرکت کنندگان جهت شرکت در مطالعه، رعایت امانتداری، استفاده از یافته ها در جهت مطالعه، و رعایت چارچوب مطالعه در پژوهش رعایت شد.

Results

بر اساس یافته های پژوهش توزیع جنس در دو گروه اختلاف معنی دار نداشته است. نتایج حاصل از توزیع سنی مشارکت کنندگان نشان داد که بیشترین واحدهای پژوهش در محدوده سنی ۲۲-۲۳ سال و کمترین در محدوده ۲۴ تا ۲۶ سال قرار داشتند. در خصوص توزیع ترم تحصیلی مشارکت کنندگان در این پژوهش مشخص شد که گروهها از لحاظ توزیع ترم تحصیلی در هر دو گروه همگن بودند. همچنین از آنالیز داده ها مشخص شد که اکثریت واحدهای پژوهش در گروه بحث گروهی در محدوده معدلی ۱۴ تا ۱۵ بودند اما گروه چند رسانه ای از لحاظ فراوانی بیشتر در محدوده معدل ۱۶/۱ تا ۱۷ بودند. از لحاظ علاقه به رشته طبق آنالیز داده ها مشخص شد که اکثریت واحدهای پژوهش در هر دو گروه بحث گروهی (۸۵/۷) و چند رسانه ای (۶۶/۷) به رشته خود علاقه مند بودند اما دانشجویان گروه بحث گروهی علاقه بیشتری به رشته خود ابراز کرده بودند.

جدول ۱: میانگین نمره آگاهی از اخلاق در حرفه پرستاری در دانشجویان پرستاری در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون به تفکیک در دو گروه بحث گروهی و چند رسانه ای

پس آزمون	پیش آزمون	آزمون
میانگین (درصد)	میانگین (درصد)	گروه آموزشی
۱۲/۶۶ (۳۰ درصد)	۱۱/۰۴ (۲۵/۶ درصد)	بحث گروهی
۱۱/۳۶ (۳۳/۳ درصد)	۱۰/۹۸ (۲۴/۴ درصد)	چند رسانه ای
۱۱/۰۳ (۳۱/۷ درصد)	۸/۶۷ (۲۵ درصد)	جمع کل

جدول تفاوت میانگین نمرات آگاهی دانشجویان ترم ۶ و ۸ از مبحث اخلاق حرفه ای در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون در روش بحث گروهی

مقایسه گروه	تفاوت میانگین	انحراف معیار	سطح معنی داری
پیش آزمون بحث گروهی	-۱/۶۱	۰/۴۶۲۴۶	*۰/۰۰۸
پس آزمون بحث گروهی	*۱/۶۸	۰/۴۶۲۴۶	*۰/۰۰۵

جدول ۳: تفاوت میانگین نمرات آگاهی ترم ۶ و ۸ از مبحث اخلاق حرفه ای در مرحله پیش آزمون و پس آزمون در روش چند رسانه ای

مقایسه گروه	تفاوت میانگین	انحراف معیار	سطح معنی داری
پیش آزمون چند رسانه ای	۰/۳۸	۰/۴۶۲۴۶	۰/۹۶۳
پس آزمون چند رسانه ای	*-۱/۶۸	۰/۴۶۲۴۶	*۰/۰۰۵

جدول ۴: تفاوت میانگین نمره آگاهی دانشجویان پرستاری از مبحث اخلاق حرفه ای قبل و بعد از آموزش در دو روش بحث گروهی و چند رسانه ای

مقایسه پس آزمون		مقایسه پیش آزمون		یافته های کل پژوهش
پس آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پیش آزمون	
چند رسانه ای	بحث گروهی	چند رسانه ای	بحث گروهی	
۱۱/۳۶	۱۲/۶۶	۱۰/۹۸	۱۱/۰۴	نمره
۱,۶۸۲,۵۴۰		-۳,۱۷۴,۶		میانگین
۱/۵۵	۱/۲۲	۲	۱/۷۹	انحراف معیار
۰/۰۰۵		۰/۹۸۳		سطح معنی داری

:Conclusion

نتایج این مطالعه نشان داد که دو روش بحث گروهی و چند رسانه ای هر دو در آموزش اخلاق حرفه ای پرستاری موثر بوده و می توان از هر دو شیوه برای آموزش اخلاق حرفه ای در پرستاری سود برد ولی تفاوت معنی داری در برتری روش بحث گروهی نسبت به چند رسانه ای مشاهده شد که در این مطالعه موید برتری روش بحث گروهی نسبت به روش چند رسانه ای است. بنابراین طبق یافته های این مطالعه می توان از روش بحث گروهی به عنوان یک روش مؤثرتر در آموزش اخلاق حرفه ای پرستاری سود جست.

تقدیر و تشکر

این پژوهش حاصل پایان نامه ارشد پرستاری طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی بوشهر است. از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر و تمام دانشجویانی که حاضر به همکاری و شرکت در مطالعه شدند، صمیمانه سپاسگزاری می‌شود.

:Keywords

اخلاق حرفه ای ، بحث گروهی، چند رسانه ای، دانشجویان پرستاری



حیطه:

ارزشیابی آموزشی

کد: ۱۶۶۳

حیطه: ارزشیابی آموزشی (دانشجو، هیئت علمی و برنامه)

تبیین عوامل مؤثر بر نتایج ارزشیابی استاد در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان از دیدگاه اعضای هیئت علمی

نویسندگان: آریتا توکلی، فاطمه زوبین، طاهره چنگیز، نیکو یمانی، فرحناز کمالی

Introduction

ارزشیابی استاد یکی از انواع ارزشیابی آموزشی است که جهت ارتقاء کیفیت و تأمین عدالت آموزشی در آموزش عالی انجام می‌شود. با توجه به روشها و منابع اطلاعات در این نوع ارزشیابی، عوامل زیادی می‌توانند بر نتایج آن تاثیر گذار باشند.

Objectives

این مطالعه به منظور، تبیین عوامل تأثیرگذار بر نتایج ارزشیابی استاد، از طریق بررسی دیدگاه‌های اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، در سال ۱۳۹۴-۱۳۹۵ طراحی و اجرا گردید.

Study Design

مطالعه حاضر، پژوهشی کیفی از نوع توصیفی اکتشافی با رویکرد تحلیل محتوا می‌باشد.

Study Setting

جامعه پژوهش کلیه اساتید دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بودند. که تعدادی از آنان با نمونه گیری در این مطالعه شرکت داده شدند.

Participan

اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان که با روش نمونه‌گیری هدفمند و با حداکثر تنوع از بین اعضای هیئت علمی، انتخاب شدند.

Sample Size

مشارکت کنندگان مطالعه ۱۴ نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه بودند. که با توجه به اشباع داده ها مشخص شد

Data Gathering Tool

روش گردآوری داده‌ها مصاحبه نیمه ساختارمند بود و دقت و استحکام داده ها بر اساس مدل لینکلن و گوبا تأمین شد.

Data Analysis

پس از پیاده‌سازی هر مصاحبه و چند بار خواندن متن آن، تحلیل محتوای کیفی از نوع قراردادی با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA ۱۰، انجام و مضامین اصلی استخراج گردید.

Results

۲ مضمون اصلی، و ۸ طبقه و ۱۷ زیر طبقه استخراج شد. مضمون اول "عوامل زمینه‌ای" شامل طبقات "ویژگی واحد درسی"، "فرهنگ و جو حاکم" و "سیاست‌ها و قوانین" و مضمون دوم "ویژگی‌های سیستم ارزشیابی استاد" شامل طبقات "ویژگی‌های افراد مؤثر در ارزشیابی"، "روش‌های ارزشیابی"، "ابزارهای ارزشیابی"، "فرایند ارزشیابی" و "کاربرد نتایج ارزشیابی" می‌شد.

Conclusion

: بر اساس نتایج مطالعه حاضر، عوامل مؤثر بر نتایج ارزشیابی استاد باید مورد توجه برنامه ریزان و مدیران قرار گیرد در غیر این صورت استفاده از آن خالی از اشکال نخواهد بود. علاوه بر عوامل زمینه‌ای، مشکلات روش‌شناسی در سیستم ارزشیابی موجود، به نارسا بودن نتایج منجر شده که با انجام اصلاحاتی می‌توان به بهبود سیستم کمک نمود.

Keywords

عوامل مؤثر در ارزشیابی استاد، اعضای هیئت علمی، سیستم ارزشیابی استاد، مطالعه کیفی.

کد: ۱۷۵۰

حیطه: ارزشیابی آموزشی (دانشجو، هیئت علمی و برنامه)

انتخاب اساتید سرآمد آموزشی رویکردی سمبولیک برای تکریم آموزش علوم پزشکی: تجربه تدوین شیوه نامه استاد برتر آموزشی در دانشگاه علوم پزشکی کاشان

نویسندگان: مریم یاور، منصور سیاح، عطیه فقیهی، رضا رزاقی، محسن اربابی، محسن رضوی زاده، غلامعباس موسوی، زهرا میدانی،

Introduction

تعیین معیارهای عینی برای ارزیابی عملکرد آموزشی اساتید در قالب مدل یا چارچوب پیکارچه یکی از اولویت‌های هر موسسه آموزش عالی محسوب می‌شود. در واقع تدوین یک ساختار و فرایند برای تعیین اعضای هیات علمی که در راستای تعالی و ارتقای آموزش گام بر می‌دارند یکی از راه‌های تقویت انگیزه اعضای هیات علمی و نهادینه کردن ارزش و تکریم آموزش در سطح دانشگاه‌ها خواهد بود. از سوی دیگر انتخاب و معرفی افراد برجسته آموزشی به عنوان الگوی سرآمد به سایر افراد می‌تواند در قالب یادگیری اجتماعی به ارتقای سایر اعضای هیات علمی منجر گردد.

Objectives

این مطالعه با هدف طراحی و تدوین شیوه نامه انتخاب استاد برتر آموزشی توسط مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی (EDC) دانشگاه علوم پزشکی کاشان در سال ۹۴ انجام شد.

Study Design

مطالعه از نوع مقطعی بود که در سال ۹۴ در دانشگاه علوم پزشکی کاشان انجام شد. این پژوهش به مقطعی و دو فاز انجام شد: فاز ۱) طراحی و تدوین معیارهای استاد برتر آموزشی بود که با استفاده از رویکرد کیفی و با استفاده از جلسات گروه متمرکز (FGD: Focus group discussion) و با حضور گروه خبرگان (expert panel) ۱۵ نفری شامل متخصصان آموزش پزشکی، آمار و نمایندگان دانشکده ها و مسئولین EDC و EDO دانشکده ها در طی ۱۵ جلسه ۲ ساعته انجام شد. در ابتدای جلسه هدف از طراحی این بسته مشخص شد و مقرر گردید با عنایت به کلیه فعالیت های آموزشی جاری اساتید در دانشگاه علوم پزشکی کاشان، آیتم های موجود در فرم ارتقای پایه دانشگاه و آیین نامه ارتقای اساتید معیارهای انتخاب استاد برتر تدوین گردد. بعد از جمع بندی نظرات و طبقه بندی اطلاعات معیارهای استاد برتر در ۵ حیطه و با ۱۰۰۰ امتیاز تدوین شد و در جلسات FGD هر یک از حیطه ها و زیر حیطه ها تعریف شدند و به هر یک از آنها از ۱۰۰۰ امتیاز کل، امتیاز مشخصی اختصاص یافت. حیطه اول: فعالیت های آموزشی جاری (ساعات حضور، حضور در گزارشات صبحگاهی، گراند راند، ژورنال کلاب، حضور در درمانگاه های آموزشی و فیلم های آموزش بالینی/ بهداشتی، تدریس دروس، مشاوره و راهنمایی پایان نامه ها، وجود طرح درس، کیفیت تدریس، همکاری با کمیته های رسمی EDO و EDC و غیره)؛ حیطه دوم: بهبود و توسعه آموزش (استفاده از شیوه های نوین آموزشی، تهیه و تدوین بسته های آموزشی، راه اندازی / بازنگری رشته یا مقطع و طراحی برنامه درسی، راه اندازی بخش/ آزمایشگاه، اجرای دوره های آموزش از راه دور)؛ حیطه سوم: پژوهش در آموزش و توانمند سازی (تهیه طرح تحقیقاتی، فرایندهای آموزشی، چاپ مقالات در مجلات مرتبط با آموزش پزشکی، مشارکت در تدریس کارگاه های توانمند سازی اساتید و سایر منابع انسانی، چاپ خلاصه مقاله، حضور در سمینارها و همایش های مرتبط با آموزش پزشکی)؛ حیطه چهارم: مشارکت در آموزش و ارتقای سلامت عمومی (تهیه متون آموزشی در جراید، مجلات، سایت های علمی، مشارکت در طرح پزشک پاسخگو و پزشک خانواده) و حیطه پنجم: مرجعیت در آموزش (کسب عنوان در همایش ها و جشنواره های آموزش پزشکی کشوری و بین المللی، عضویت در کمیته های مختلف کشوری مرتبط با آموزش) را مد نظر قرار می داد.

Study Setting

این مطالعه بر روی ۹۰ نفر از اعضای هیات علمی داوطلب در دانشگاه علوم پزشکی کاشان انجام شد.

Participan

اعضای هیات علمی با توجه به سرانه تعداد اعضای هیات علمی از ۵ دانشکده پزشکی، دندانپزشکی، بهداشت، پرستاری و مامایی و پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی کاشان انتخاب شدند.

Sample Size

به دلیل محدودیت حجم نمونه از روش سرشماری استفاده شد.

Data Gathering Tool

در فاز بعدی هر یک از معیارها و زیر معیارها در قالب پرسشنامه ای طراحی شد و برای نظر سنجی از کل اعضای هیات علمی بالینی و پایه در اختیار ۹۰۰ نفر از اعضای هیات علمی داوطلب دانشگاه علوم پزشکی کاشان قرار گرفت. پرسشنامه مذکور دارای سه قسمت بود: قسمت اول اطلاعات دموگرافیک اعضای هیات علمی، قسمت دوم به ارزیابی فرایند انتخاب استاد نمونه آموزشی در سال های قبل و قسمت آخر به معیارهای اصلی و

فرعی بسته انتخاب استاد برتر اختصاص داشت. برای اعتبار محتوی و صوری از نظرات خبرگان و برای روایی از روش آزمون و بازآزمون استفاده شد.

Data Analysis

قسمت های دوم و سوم پرسشنامه به شیوه مقیاس لیکرت از کاملاً موافق (۵) تا کاملاً مخالف (۱) امتیاز دهی شد و با استفاده از آمار توصیفی در نرم افزار ۱۸ SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

Results

پرسشنامه ها توسط ۷۸ نفر (۵۰ درصد) از اساتید تکمیل شد و به مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی ارسال شد. ۶۸ نفر (۶۶/۷ درصد) از اعضای هیات علمی با شفاف بودن و اطلاع رسانی در خصوص فرایند انتخاب استاد برتر آموزشی در سه سال گذشته مخالف بودند. ۸۰ درصد از نمونه های پژوهش با معیارهای حیطة اول: فعالیت های آموزشی جاری کاملاً موافق بودند؛ کمترین توافق با کسب ۴۰ درصد مخالف به حیطة کسب عنوان در همایش ها و جشنواره های آموزش پزشکی و شرکت در فیلدهای آموزش پاسخگو اختصاص داشت.

Conclusion

نتایج پژوهش نشان داد که شفاف و اطلاع رسانی معیارهای انتخاب استاد برتر یکی از اولویت های اصلی اساتید بشمار می رود. لذا طراحی و تبیین معیارهای انتخاب استاد برتر با مشارکت اعضای هیات علمی یکی از مهمترین اولویت دانشگاه ها در راستای تکریم آموزش بشمار می رود.

رصد از نمونه های پژوهش با معیارهای حیطة اول: فعالیت های آموزشی جاری کاملاً موافق بودند؛ کمترین توافق با کسب ۴۰ درصد مخالف به حیطة کسب عنوان در همایش ها و جشنواره های آموزش پزشکی و شرکت در فیلدهای آموزش پاسخگو اختصاص داشت.

Keywords

ارزیابی هیات علمی، استاد برتر، سرآمدی، آموزش

کد: ۱۷۵۲

حیطه: ارزشیابی آموزشی (دانشجو، هیئت علمی و برنامه)

تأثیر ارائه بازخورد و تشویق در بهبود مستندسازی دستیاران

نویسندگان: مهران شریفی، اسماعیل فخاریان، علیرضا فرخیان، عبدالحسین داوود آبادی، مهرداد فرزندی پور، زهرا میدانی

Introduction

مستندسازی اطلاعات اقدامات جراحی به لحاظ تأثیر در پیگیری و ادامه درمان بیمار از اهمیت ویژه ای برخوردار است. کاربرد اطلاعات مربوط به اعمال جراحی در سایر حوزه های خارج از فرایند مراقبت مستقیم بیمار نظیر ارزیابی کیفیت مراقبت و ایمنی بیمار، پژوهش و بازپرداخت از دیگر

عواملی است که نقش گزارشات مربوط به عمل جراحی را دو چندان می کند. از نقطه نظر بازپرداخت هر گونه عدم کیفیت گزارشات جراحی می تواند به عدم بازپرداخت مناسب و کسورات بیمه ای منجر گردد. در پی شواهد مربوط به عقیم ماندن مداخلات آموزشی به تنهایی در تغییر رفتار پزشکان، مکانیسم ارائه بازخورد به عنوان یکی از راهکارهای مؤثر در بهبود رفتار مستندسازی پزشکان معرفی می شود. بازخورد به اطلاعاتی اطلاق می شود که توسط فرد دیگری درباره عملکرد یک فرد ارائه می شود و می تواند به دو شکل فیدبک مثبت یا تقویت کننده (Reinforcing) و منفی یا سازنده / اصلاح کننده (constructive or corrective) اعمال گردد. بررسی ها نشان می دهد ارائه فیدبک مثبت در قالب تشویق شامل هدیه، اعطای گواهی، تقدیر نامه و غیره از مکانیسم هایی است که می تواند در بهبود عملکرد مستندسازی پزشکان مؤثر واقع گردد. مکانیسم های تشویق می تواند به صورت مالی (Monetary) و غیرمالی (non-monetary) باشد: مکانیسم تشویق مالی مواردی مانند پرداخت به ازای عملکرد، پرداخت نقدی و کارت هدیه را در بر می گیرد. مکانیسم تشویق غیر مالی مواردی مانند ساعت کار انعطاف پذیر، تقدیر نامه و صدور گواهی ها را شامل می شود. بررسی ها نشان می دهد مکانیسم تشویق می تواند در بهبود عملکرد مستندسازی پزشکان مؤثر واقع گردد (۲۲ و ۲۳). ماهونی (Mahoney) در بررسی با عنوان "تأثیر برنامه های انگیزاننده های مثبت در میزان مستندسازی پزشکان" در ۱۲۷ موسسه مراقبت بهداشتی در ایالت فلوریدا به این نتیجه دست یافت که بازخورد مثبت در قالب تشویق تأثیر چشمگیری بر کاهش تعداد پرونده های ناقص داشته است.

:Objectives

لذا نظر به نقش مکانیسم های کنترل و بازخورد در بهبود رفتار پزشکان این مطالعه قصد دارد برای اولین بار در سطح کشور تأثیر مکانیسم بازخورد و تشویق را بر میزان مستندسازی پرونده های پزشکی در دستیاران جراحی دانشگاه علوم پزشکی کاشان مورد بررسی قرار دهد.

:Study Design

در این مطالعه نیمه تجربی در سال ۱۳۹۲-۱۳۹۳ تأثیر مداخله ارائه بازخورد بر میزان مستندسازی کلیه دستیاران جراحی دانشگاه علوم پزشکی کاشان (۱۹ نفر) در سه فاز قبل از مداخله، بعد از مداخله و سه ماه بعد از قطع مداخله مورد بررسی قرار گرفت. برای شروع مطالعه در مرحله اول برای بررسی رفتار مستندسازی اولیه دستیاران مشابه سایر مطالعات به ازای هر دستیار ۵ پرونده (۹۵ پرونده) به روش تصادفی ساده در دوره قبل از مداخله، بعد از مداخله و سه ماه بعد از قطع مداخله مورد سنجش قرار گرفت. در مرحله اول بررسی کمی پرونده های پزشکی از طریق چک لیست دو قسمتی استفاده شد. برای اجرای مرحله دوم مطالعه (اجرای مداخله و ارائه فیدبک و تأثیر آن بر روی میزان مستندسازی دستیاران) در جلسه گراند راند گروه جراحی طی یک نشست آموزشی کوچک مطالبی در خصوص اهمیت مستندسازی در کیفیت مراقبت و کاهش کسورات بیمارستانی توسط مدیر گروه ارائه شد. همچنین در خصوص روند ارزیابی و امتیازات مکتسبه توسط دستیارها اطلاعاتی ارائه شد و به کسانی که در مرحله اول بالاترین میزان امتیاز را در مستندسازی پرونده ها کسب کرده بودند در حضور اعضای گروه، معاون آموزشی و پژوهشی بیمارستان هدایایی اهدا شد. در ادامه جلسه تاکید شد که مستندسازی و ارزیابی پرونده های پزشکی از اولویت های گروه محسوب می شود و عملکرد آنان مجدداً سه ماه بعد مورد ارزیابی قرار خواهد گرفت و از کسانی که بالاترین امتیاز را کسب کنند تقدیر بعمل خواهد آمد. متعاقباً عملکرد مستندسازی دستیاران در طول سه ماه مجدداً به همان روش اول ارزیابی شد.

:Study Setting

میزان مستندسازی کلیه دستیاران جراحی دانشگاه علوم پزشکی کاشان (۱۹ نفر) در سه فاز قبل از مداخله، بعد از مداخله و سه ماه بعد از قطع مداخله مورد بررسی قرار گرفت.

:Data Gathering Tool

در این مطالعه فقط بررسی کمی پرونده های پزشکی انجام گرفت. جهت جمع آوری اطلاعات از چک لیست دو قسمتی استفاده شد: قسمت اول مربوط به اطلاعات زمینه ای شامل سن و جنس و شماره پرونده بود. قسمت دوم چک لیست به جمع آوری اصول ثبت اطلاعات شرح حال (۵ آیتم)،

سیر بیماری (۴ آیتم)، پذیرش و خلاصه ترخیص (۲ آیتم) و گزارش عمل (۷ آیتم) اختصاص داشت. به منظور بررسی روایی ابزار، چک لیست به تایید اساتید گروه آموزشی رسید و میزان ثبت اطلاعات تشخیصیها بر اساس ابزار مورد استفاده در پژوهشهای قبلی و فرم عمومی بررسی میزان ثبت اطلاعات در پرونده تعیین گردید.

Data Analysis

به ثبت هر آیتم نمره ۱ و به عدم ثبت آن نمره صفر اختصاص یافت. نمره حاصل از کل پروندههای هر دستیار به عنوان نمره آن آیتم قبل از آموزش ثبت گردید و از روش مشابه برای محاسبه میزان ثبت بعد از آموزش استفاده شد. به این ترتیب حداقل امتیاز و حداکثر امتیاز هر فرم به این شرح بود: شرح حال (حداقل امتیاز صفر و حداکثر امتیاز ۵)، سیر بیماری (حداقل امتیاز صفر و حداکثر امتیاز ۴)، پذیرش و خلاصه ترخیص (حداقل امتیاز صفر و حداکثر امتیاز ۲) و گزارش عمل (حداقل امتیاز صفر و حداکثر امتیاز ۷). برای تحلیل توزیع نرمال دادهها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد. برای سنجش میزان مستندسازی در مراحل قبل، بعد از مداخله و ۳ ماه بعد از قطع مداخله با یکدیگر نیز از ویلکاکسون یا آزمون ناپارامتریک معادل t -test paired استفاده شد. دادههای جمع آوری شده با کمک نرم افزار SPSS-۱۸ تجزیه و تحلیل گردید.

Results

میزان مستندسازی پروندههای پزشکی دستیاران گروه جراحی در مرحله قبل از مداخله و بعد از مداخله و سه ماه بعد از قطع مداخله تغییرات معناداری داشت ($p=0/0001$). یافتهها نشان داد میزان مستندسازی اطلاعات فرمهای شرح حال، سیر بیماری، پذیرش و خلاصه ترخیص و گزارش عمل دستیاران گروه جراحی بعد از قطع مداخله تغییرات معناداری داشت ($p=0/0001$).

Conclusion

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که ارائه بازخورد و تشویق بر بهبود رفتار مستندسازی دستیاران تأثیر دارد و می تواند به عنوان یکی از رویکردهای بهبود رفتار مستندسازی دستیاران مد نظر قرار گیرد. لذا توصیه می شود، عملکرد مستندسازی دستیاران به طور منظم مورد بررسی قرار گیرد و به دستیاران و سایر گروههای ذینفع بازخورد ارائه گردد؛ همچنین از مکانیسم بازخورد و تشویق برای بهبود سایر مهارت های عملی دستیاران شامل گرفتن شرح حال، معاینه فیزیکی، مهارت ارتباطی با بیمار استفاده شود.

Keywords

مستند سازی، پروندههای پزشکی، بازخورد، تشویق، تغییر رفتار، دستیاران

کد: ۱۷۳۰

حیطه: ارزشیابی آموزشی (دانشجو، هیئت علمی و برنامه)

تجربیات دانشجویان شرکت کننده در چهارمین المپیاد علمی دانشجویان علوم پزشکی - یک مطالعه کمی - کیفی

نویسندگان: هنگامه حبیبی، عاطفه ذبیحی، لیلا واحدی، حکیمه حضرتی

Introduction

تحولات روز افزون در دنیای علم و آموزش علم رخ داده است و پیشرفت های علمی یکی از اصیل ترین شاخص های بالندگی یک کشور محسوب می شود (۱) این موضوع رسالت دانشگاه ها را در قبال مسئولیت اجتماعی آنان که تربیت نیروی انسانی و متخصص بود تغییر داده است. نیاز امروز و فردای جامعه ما داشتن نیروی انسانی قادر به تفکر، استدلال، نظریه پرداز، نقاد و تحلیل گر با توانایی مادام العمر است (۲) و از طرفی امروزه یکی از اصلی ترین اهداف دانشگاه ها، تشویق آینده سازان به کار گروهی است. در این راستا امروزه اکثر دانشگاه ها با رویکردی جدید که مبتنی بر ایجاد فضای رقابتی علمی و سالم و همچنین شناسایی دانشجویان مستعد و با استعداد، جهت سرمایه گذاری های هدفمندتر، این وظیفه و نقش خود را موثرتر از گذشته انجام می دهند. برگزاری المپیادهای علمی دانشجویی یکی از راهکارهای موثر در این زمینه است که در سال های اخیر مورد توجه ویژه قرار گرفته است (۱). المپیادهای علمی دانشجویی مربوط به وزارت علوم، در سطح جهان هر ساله در شاخه هایی مانند زیست شناسی، تفکر فازی و مدلسازی پروتئین برگزار می شود (۲). برای پر کردن این خلاء در وزارت بهداشت و درمان، مسابقات المپیاد با هدف پرورش مهارت های حل مسأله و استدلال، توجه به اهداف نظام سلامت، تشویق کار تیمی و فعالیت های بین رشته ای (۳،۴) برای اولین بار در سال ۱۳۸۸ برای دانشجویان علوم پزشکی در مقاطع کارشناسی و دکترای حرفه ای در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان برگزار گردید و شیراز و تهران میزبان های بعدی این مسابقات بودند (۵). چهارمین دوره این المپیاد، در سال ۱۳۹۱ در دانشگاه علوم پزشکی تبریز برگزار شد (۶) تا دانشجویان شرکت کننده علاوه بر کسب مهارت های فوق، با مشارکت در فعالیت های داوطلبانه به دنبال فرصتی برای یادگیری مهارت ها و کسب تجربه برای آینده شغلی خود باشند (۷) که این افزایش تجربه کاری و مسئولیت پذیری آن ها با استفاده از دانش و مهارت منجر به تقویت ارتباطات و تعاملات اجتماعی آن ها می شود (۸)؛ بنابراین برای حفظ داوطلبان در طول برگزاری المپیاد و تشویق آن ها برای شرکت در دوره های بعدی توجه به عوامل رضایت مندی شرکت کنندگان مهم می باشد (۷،۹)

در برگزاری اولین، دومین و سومین المپیاد مشکلات و پیشنهاداتی از سوی دانشجویان مطرح گردیده بود و در مطالعه ادیبی در اولین المپیاد علمی دانشجویی سال ۱۳۸۸، ۵۸ درصد دانشجویان شرکت کننده از برگزاری آزمون ابراز رضایت داشتند (۱۰). همچنین مطالعه هادی زاده در اولین المپیاد علمی نشان داده است که ۵۲ درصد از دانشجویان معتقد بودند که طراحی سوالات به تقویت حل مسئله و استدلال دانشجویان کمک می کند و ۵۱ درصد آن را باعث تقویت خلاقیت می دانستند (۱۱)؛ از آنجائیکه مهم ترین هدف المپیاد تقویت قدرت استدلال و خلاقیت دانشجویان و ایجاد جو گرم و صمیمی در المپیاد می باشد و با توجه به سابقه کم برگزاری المپیاد علمی دانشجویان علوم پزشکی، در این تحقیق بر آن شدیم تا در اثنای برگزاری چهارمین المپیاد علمی دانشجویی در دانشگاه علوم پزشکی تبریز، در یک مطالعه کیفی-کمی تجربیات دانشجویان را در خصوص نقاط قوت و ضعف المپیاد جویا شده و پیشنهادات آن ها را در خصوص بهتر برگزار شدن آزمون های المپیاد دانشجویان علوم پزشکی بررسی کنیم تا الگویی برای بهتر برگزار شدن سایر المپیادها ارائه گردد.

Objectives

نقاط قوت وضعف برگزاری المپیادهای علمی دانشجویی چیست؟
چه راهکارهای از طرف برای بهبود کیفیت برگزاری المپیاد پیشنهاد می شود؟
تجربیات دانشجویان شرکت کننده از نحوه برگزاری المپیاد چیست؟

Study Design

این مطالعه از نوع مطالعه ترکیبی کیفی - کمی بود، که با هدف تبیین تجربیات دانشجویان شرکت‌کننده در چهارمین المپیاد علمی دانشجویی، در مورد برگزاری آزمون انجام گرفت. هسته اولیه مطالعه بدنبال یک نظرسنجی از شرکت‌کنندگان در چهارمین المپیاد بنا نهاده شد که بدنبال این نظرسنجی مشخص گردید که برای تبیین تجربیات شرکت‌کنندگان نیاز به یک مطالعه عمیق از نوع کیفی احساس می‌شود و پژوهشگر قادر است که در مطالعات کیفی تجربیات افراد را به طور عمیق درک نماید (۱۲). شرکت‌کنندگان این مطالعه، دانشجویان مقاطع کارشناسی و دکتری حرفه‌ای بودند که بعد از کسب مقام اول تا سوم در آزمون‌های غربالگری دانشگاه‌های مبدأ، به آزمون کشوری راه یافته بودند و شرکت در المپیاد را تجربه کرده و با کلیه مراحل شرکت در آزمون آشنایی داشتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل معرفی این دانشجویان از طرف دانشگاه‌های مبدأ بود.

برای استفاده از تجربیات تعداد بیشتری از افراد و برای تعیین خط مشی مطالعه در ابتدا پرسشنامه محقق ساخته که شامل دو قسمت اطلاعات فردی-اجتماعی و سوالات باز پرسشنامه (شامل: نقاط قوت، ضعف و پیشنهادات دانشجویان) بود در بین تمام دانشجویان شرکت‌کننده در المپیاد علمی دانشجویی در اوقات فراغت در خوابگاه‌هایی که محل اقامت دانشجویان بود توزیع گردید. اهداف مطالعه در ابتدا توضیح داده شد و شرکت‌کنندگان در این مطالعه به صورت داوطلبانه بوده و در هر زمان از مطالعه حق خروج را داشتند. نزدیک به ۵۰٪ دانشجویان (۲۲۴ نفر) پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. در ابتدا پاسخ‌های سوالات باز، توسط محققین بررسی شد و بررسی‌ها نشان داد که بیشترین تاکید دانشجویان در مورد مسائل مربوط به وضعیت خوابگاه‌ها، پذیرایی، سرویس‌دهی، امکانات تفریحی- ورزشی، نحوه برگزاری آزمون، وضعیت سوالات و نحوه اصلاح سوالات بود. در مرحله بعدی جهت تکمیل نمودن اطلاعات جمع‌آوری شده از پرسشنامه‌ها، مصاحبه نیمه ساختار یافته‌ای بر اساس نتایج تحلیل پاسخ‌های سوالات باز پرسشنامه، انجام گرفت. برای انجام مصاحبه از نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. مصاحبه توسط دو نفر و پیاده‌سازی متن مصاحبه توسط ۲ نفر صورت گرفت. مدت زمان هر یک از مصاحبه‌ها بطور متوسط ۴۰-۲۰ دقیقه بود، که در ابتدا پس از جلب رضایت آگاهانه از مصاحبه‌شوندگان و با یک سوال کلی که به عنوان شرکت‌کننده در المپیاد چه تجاربی دارید آغاز شد و متعاقباً با سوالات اکتشافی در مورد وضعیت خوابگاه‌ها، پذیرایی، سرویس‌دهی، امکانات تفریحی- ورزشی، نحوه برگزاری آزمون، وضعیت سوالات و نحوه اصلاح سوالات، مصاحبه در عمق تا رسیدن به اشباع اطلاعاتی تا نفر بیستم ادامه یافت؛ بدین معنی زمانی که محققین احساس نمودند که دیگر با ادامه نمونه‌گیری اطلاعاتی به دست نمی‌آید مصاحبه پایان یافت. بیانات دانشجویان با کسب رضایت آنها، در حین مصاحبه ضبط گردید و همچنین مصاحبه‌گران در حین مصاحبه از یادداشت‌برداری نیز برای ثبت اطلاعات استفاده نمودند. متن مصاحبه‌ها، بلافاصله بعد از پایان هر مصاحبه و شنیدن چندین بار توسط محققین، پیاده گردید که مطالب ضبط شده توسط محققین کلمه به کلمه یادداشت برداری شده و با یادداشتهای که در حین مصاحبه برداشته شده بود تطبیق داده شد.

جهت تحلیل داده‌ها از روش درون مایه‌ای استفاده گردید. تحلیل درون مایه‌ای شامل این مراحل بود ۱- مرور متن مصاحبه، کد گذاری اولیه متن ۲- قرار دادن کدهای اولیه در درون مایه‌های اولیه ۳- بازنگری درون مایه‌های اولیه و ترکیب بعضی از درون مایه‌ها و در نهایت درون مایه‌های اصلی استخراج گردید. برای قوام (Rigor) داده‌ها از بازبینی همکاران (peer check) و غوطه‌وری در داده‌ها استفاده شد (۱۵). برای رعایت مسائل اخلاقی که در مطالعات کیفی بسیار مهم است (۱۶) قبل از شروع مصاحبه در خصوص اهداف مطالعه توضیحاتی ارائه شده بود و به مصاحبه‌شوندگان توضیح داده شده بود که متن مصاحبه‌ها در فایل‌های بی‌نام و به صورت کاملاً محرمانه ذخیره می‌شود و در صورت انصراف دانشجو از همکاری در انجام مصاحبه، فایل ضبط شده حذف می‌شود. شرکت در مطالعه به صورت داوطلبانه و همچنین افراد حق انصراف و ترک مطالعه را در هر موقع که اراده نمایند داشتند. برای افزایش روایی و صحت مطالعه که باید یافته‌ها قابل اعتماد، باور پذیر و انعکاس‌دهنده تجارب شرکت‌کنندگان باشد (۱۷) چهار معیار مقبولیت، اعتمادپذیری، تأییدپذیری و انتقال‌پذیری رعایت شد (۱۵). برای افزایش مقبولیت سعی شده بود که اعتماد شرکت‌کنندگان جلب و به دقت به سخنان آنان در حین مصاحبه گوش داده شود و از دانشجویان رشته‌های مختلف و از هر دو جنس و با تفاوت‌های فرهنگی و سطح دانشگاهی و در محل اسکان دانشجویان در اوقات فراغت دانشجویان انجام گرفته بود. برای تأیید صحت و اعتبار یافته‌ها، محققین ضمن در نظر گرفتن زمان کافی برای جمع‌آوری داده‌ها، از دو طریق به صورت پرسشنامه با سوالات باز و مصاحبه، تجربیات دانشجویان را در خصوص برگزاری المپیاد جویا شدند. پرسشنامه در روز اول در بین دانشجویان توزیع و سپس کدهای اولیه از پاسخ‌های سوالات

باز پرسشنامه‌ها استخراج گردید. برای اطمینان از صحت بیشتر، مصاحبه نیمه ساختار توسط ۲ نفر در طول چهار روز و برای افزایش دقت و صحت داده‌های حین مصاحبه، سوالات راهنمای مصاحبه بصورت محاوره‌ای از دانشجویان پرسیده شد. برای تأیید اعتبار محتوایی پرسشنامه‌ها و متن مصاحبه‌ها، این موارد چندین بار خط به خط توسط دو پژوهشگر مطالعه و یادداشت‌برداری شد. برای کنترل عینیت، نوشته‌ها توسط ۲ نفر از همکاران پژوهشی بازبینی و مورد تأیید قرار گرفت.

Study Setting

تجربیات دانشجویان شرکت کننده در چهارمین المپیاد کشوری در تبریز بررسی گردیده است.

Participant

این مطالعه از نوع مطالعه ترکیبی کیفی - کمی بود، که با هدف تبیین تجربیات دانشجویان شرکت کننده در چهارمین المپیاد علمی دانشجویی، در مورد برگزاری آزمون انجام گرفت. هسته اولیه مطالعه بدنبال یک نظرسنجی از شرکت کنندگان در چهارمین المپیاد بنا نهاده شد که بدنبال این نظرسنجی مشخص گردید که برای تبیین تجربیات شرکت کنندگان نیاز به یک مطالعه عمیق از نوع کیفی احساس می شود و پژوهشگر قادر است که در مطالعات کیفی تجربیات افراد را به طور عمیق درک نماید (۱۲). شرکت کنندگان این مطالعه، دانشجویان مقاطع کارشناسی و دکتری حرفه‌ای بودند که بعد از کسب مقام اول تا سوم در آزمون های غربالگری دانشگاه‌های مبدأ، به آزمون کشوری راه یافته بودند و شرکت در المپیاد را تجربه کرده و با کلیه مراحل شرکت در آزمون آشنایی داشتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل معرفی این دانشجویان از طرف دانشگاه‌های مبدأ بود.

برای استفاده از تجربیات تعداد بیشتری از افراد و برای تعیین خط مشی مطالعه در ابتدا پرسشنامه محقق ساخته که شامل دو قسمت اطلاعات فردی-اجتماعی و سوالات باز پرسشنامه (شامل: نقاط قوت، ضعف و پیشنهادات دانشجویان) بود در بین تمام دانشجویان شرکت کننده در المپیاد علمی دانشجویی در اوقات فراغت در خوابگاه‌هایی که محل اقامت دانشجویان بود توزیع گردید. اهداف مطالعه در ابتدا توضیح داده شد و شرکت دانشجویان در این مطالعه به صورت داوطلبانه بوده و در هر زمان از مطالعه حق خروج را داشتند. نزدیک به ۵۰٪ دانشجویان (۲۲۴ نفر) پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. در ابتدا پاسخ های سوالات باز، توسط محققین بررسی شد و بررسی ها نشان داد که بیشترین تأکید دانشجویان در مورد مسائل مربوط به وضعیت خوابگاه‌ها، پذیرایی، سرویس‌دهی، امکانات تفریحی- ورزشی، نحوه برگزاری آزمون، وضعیت سوالات و نحوه اصلاح سوالات بود. در مرحله بعدی جهت تکمیل نمودن اطلاعات جمع آوری شده از پرسشنامه‌ها، مصاحبه نیمه ساختار یافته ای بر اساس نتایج تحلیل پاسخ های سوالات باز پرسشنامه، انجام گرفت. برای انجام مصاحبه از نمونه گیری هدفمند استفاده شد. مصاحبه توسط دو نفر و پیاده سازی متن مصاحبه توسط ۲ نفر صورت گرفت. مدت زمان هر یک از مصاحبه‌ها بطور متوسط ۴۰-۲۰ دقیقه بود، که در ابتدا پس از جلب رضایت آگاهانه از مصاحبه شوندگان و با یک سوال کلی که به عنوان شرکت کننده در المپیاد چه تجاربی دارید آغاز شد و متعاقبا با سوالات اکتشافی در مورد وضعیت خوابگاه‌ها، پذیرایی، سرویس‌دهی، امکانات تفریحی- ورزشی، نحوه برگزاری آزمون، وضعیت سوالات و نحوه اصلاح سوالات، مصاحبه در عمق تا رسیدن به اشباع اطلاعاتی تا نفر بیستم ادامه یافت؛ بدین معنی زمانی که محققین احساس نمودند که دیگر با ادامه نمونه گیری اطلاعاتی به دست نمی آید مصاحبه پایان یافت. بیانات دانشجویان با کسب رضایت آنها، در حین مصاحبه ضبط گردید و همچنین مصاحبه گران در حین مصاحبه از یادداشت‌برداری نیز برای ثبت اطلاعات استفاده نمودند. متن مصاحبه‌ها، بلافاصله بعد از پایان هر مصاحبه و شنیدن چندین بار توسط محققین، پیاده گردید که مطالب ضبط شده توسط محققین کلمه به کلمه یادداشت برداری شده و با یادداشتهای که در حین مصاحبه برداشته شده بود تطبیق داده شد.

جهت تحلیل داده‌ها از روش درون مایه ای استفاده گردید. تحلیل درون مایه ای شامل این مراحل بود ۱- مرور متن مصاحبه، کد گذاری اولیه متن ۲- قرار دادن کدهای اولیه در درون مایه های اولیه ۳- بازنگری درون مایه های اولیه و ترکیب بعضی از درون مایه ها و در نهایت درون مایه های اصلی استخراج گردید. برای قوام (Rigor) داده‌ها از بازبینی همکاران (peer check) و غوطه وری در داده‌ها استفاده شد (۱۵). برای رعایت مسائل اخلاقی که در مطالعات کیفی بسیار مهم است (۱۶) قبل از شروع مصاحبه در خصوص اهداف مطالعه توضیحاتی ارائه شده بود و به

مصاحبه شوندگان توضیح داده شده بود که متن مصاحبه ها در فایل های بی نام و به صورت کاملا محرمانه ذخیره می شود و در صورت انصراف دانشجو از همکاری در انجام مصاحبه، فایل ضبط شده حذف می شد. شرکت در مطالعه به صورت داوطلبانه و همچنین افراد حق انصراف و ترک مطالعه را در هر موقع که اراده نمایند داشتند. برای افزایش روایی و صحت مطالعه که باید یافته ها قابل اعتماد، باور پذیر و انعکاس دهنده تجارب شرکت کنندگان باشد (۱۷) چهار معیار مقبولیت، اعتماد پذیری، تائید پذیری و انتقال پذیری رعایت شد (۱۵). برای افزایش مقبولیت سعی شده بود که اعتماد شرکت کنندگان جلب و به دقت به سخنان آنان در حین مصاحبه گوش داده شود و از دانشجویان رشته های مختلف و از هر دو جنس و با تفاوت های فرهنگی و سطح دانشگاهی و در محل اسکان دانشجویان در اوقات فراغت دانشجویان انجام گرفته بود. برای تأیید صحت و اعتبار یافته ها، محققین ضمن در نظر گرفتن زمان کافی برای جمع آوری داده ها، از دو طریق به صورت پرسشنامه با سوالات باز و مصاحبه، تجربیات دانشجویان را در خصوص برگزاری المپیاد جویا شدند. پرسشنامه در روز اول در بین دانشجویان توزیع و سپس کدهای اولیه از پاسخ های سوالات باز پرسشنامه ها استخراج گردید. برای اطمینان از صحت بیشتر، مصاحبه نیمه ساختار توسط ۲ نفر در طول چهار روز و برای افزایش دقت و صحت داده های حین مصاحبه، سوالات راهنمای مصاحبه بصورت محاوره ای از دانشجویان پرسیده شد. برای تائید اعتبار محتوایی پرسشنامه ها و متن مصاحبه ها، این موارد چندین بار خط به خط توسط دو پژوهشگر مطالعه و یادداشت برداری شد. برای کنترل عینیت، نوشته ها توسط ۲ نفر از همکاران پژوهشی بازبینی و مورد تائید قرار گرفت.

Sample Size

با توجه به اینکه مطالعه از نوع کیفی می باشد انتخاب شرکت کننده گان تا رسیدن به اشباع داده ها ادامه یافته و بعد از بیست نفر داده ای به داده های قبلی اضافه نگردیده است

Data Gathering Tool

مطالعه از نوع کمی کیفی بود -بخش کمی شامل اطلاعات دموگرافیک و ۳ سوال باز بررسی نظرات دانشجویان در خصوص نقاط قوت و ضعف برگزاری المپیاد و پیشنهادات آنها بود برای تعیین روایی محتوایی پرسشنامه چند نفر از اساتید طراح المپیاد سوالات باز پرسشنامه را تئید کردند. و بخش کیفی با استفاده از مصاحبه نیمه ساختار یافته انجام گرفته شده است.

Data Analysis

این مطالعه از نوع مطالعه ترکیبی کیفی - کمی بود، که با هدف تبیین تجربیات دانشجویان شرکت کننده در چهارمین المپیاد علمی دانشجویی، در مورد برگزاری آزمون انجام گرفت. هسته اولیه مطالعه بدنبال یک نظرسنجی از شرکت کنندگان در چهارمین المپیاد بنا نهاده شد که بدنبال این نظرسنجی مشخص گردید که برای تبیین تجربیات شرکت کنندگان نیاز به یک مطالعه عمیق از نوع کیفی احساس می شود و پژوهشگر قادر است که در مطالعات کیفی تجربیات افراد را به طور عمیق درک نماید (۱۲). شرکت کنندگان این مطالعه، دانشجویان مقاطع کارشناسی و دکتری حرفه ای بودند که بعد از کسب مقام اول تا سوم در آزمون های غربالگری دانشگاه های مبدأ، به آزمون کشوری راه یافته بودند و شرکت در المپیاد را تجربه کرده و با کلیه مراحل شرکت در آزمون آشنایی داشتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل معرفی این دانشجویان از طرف دانشگاه های مبدأ بود.

برای استفاده از تجربیات تعداد بیشتری از افراد و برای تعیین خط مشی مطالعه در ابتدا پرسشنامه محقق ساخته که شامل دو قسمت اطلاعات فردی-اجتماعی و سوالات باز پرسشنامه (شامل: نقاط قوت، ضعف و پیشنهادات دانشجویان) بود در بین تمام دانشجویان شرکت کننده در المپیاد علمی دانشجویی در اوقات فراغت در خوابگاه هایی که محل اقامت دانشجویان بود توزیع گردید. اهداف مطالعه در ابتدا توضیح داده شد و شرکت دانشجویان در این مطالعه به صورت داوطلبانه بوده و در هر زمان از مطالعه حق خروج را داشتند. نزدیک به ۵۰٪ دانشجویان (۲۲۴ نفر) پرسشنامه ها را تکمیل کردند. در ابتدا پاسخ های سوالات باز، توسط محققین بررسی شد و بررسی ها نشان داد که بیشترین تاکید دانشجویان در مورد مسائل مربوط به وضعیت خوابگاه ها، پذیرایی، سرویس دهی، امکانات تفریحی- ورزشی، نحوه برگزاری آزمون، وضعیت سوالات و نحوه اصلاح سوالات بود.

در مرحله بعدی جهت تکمیل نمودن اطلاعات جمع آوری شده از پرسشنامه ها، مصاحبه نیمه ساختار یافته ای بر اساس نتایج تحلیل پاسخ های سوالات باز پرسشنامه، انجام گرفت. برای انجام مصاحبه از نمونه گیری هدفمند استفاده شد. مصاحبه توسط دو نفر و پیاده سازی متن مصاحبه توسط ۲ نفر صورت گرفت. مدت زمان هر یک از مصاحبه‌ها بطور متوسط ۴۰-۲۰ دقیقه بود، که در ابتدا پس از جلب رضایت آگاهانه از مصاحبه شونده‌گان و با یک سوال کلی که به عنوان شرکت کننده در المپیاد چه تجاربی دارید آغاز شد و متعاقبا با سوالات اکتشافی در مورد وضعیت خوابگاه‌ها، پذیرایی، سرویس‌دهی، امکانات تفریحی- ورزشی، نحوه برگزاری آزمون، وضعیت سوالات و نحوه اصلاح سوالات، مصاحبه در عمق تا رسیدن به اشباع اطلاعاتی تا نفر بیستم ادامه یافت؛ بدین معنی زمانی که محققین احساس نمودند که دیگر با ادامه نمونه گیری اطلاعاتی به دست نمی آید مصاحبه پایان یافت. بیانات دانشجویان با کسب رضایت آنها، در حین مصاحبه ضبط گردید و همچنین مصاحبه گران در حین مصاحبه از یادداشت برداری نیز برای ثبت اطلاعات استفاده نمودند. متن مصاحبه‌ها، بلافاصله بعد از پایان هر مصاحبه و شنیدن چندین بار توسط محققین، پیاده گردید که مطالب ضبط شده توسط محققین کلمه به کلمه یادداشت برداری شده و با یادداشتهای که در حین مصاحبه برداشته شده بود تطبیق داده شد.

جهت تحلیل داده ها از روش درون مایه ای استفاده گردید. تحلیل درون مایه ای شامل این مراحل بود ۱- مرور متن مصاحبه، کد گذاری اولیه متن ۲- قرار دادن کدهای اولیه در درون مایه های اولیه ۳- بازنگری درون مایه های اولیه و ترکیب بعضی از درون مایه ها و در نهایت درون مایه های اصلی استخراج گردید. برای قوام (Rigor) داده ها از بازبینی همکاران (peer check) و غوطه وری در داده‌ها استفاده شد (۱۵). برای رعایت مسائل اخلاقی که در مطالعات کیفی بسیار مهم است (۱۶) قبل از شروع مصاحبه در خصوص اهداف مطالعه توضیحاتی ارائه شده بود و به مصاحبه شونده‌گان توضیح داده شده بود که متن مصاحبه ها در فایل‌های بی نام و به صورت کاملا محرمانه ذخیره می شود و در صورت انصراف دانشجو از همکاری در انجام مصاحبه، فایل ضبط شده حذف می شود. شرکت در مطالعه به صورت داوطلبانه و همچنین افراد حق انصراف و ترک مطالعه را در هر موقع که اراده نمایند داشتند. برای افزایش روایی و صحت مطالعه که باید یافته‌ها قابل اعتماد، باور پذیر و انعکاس دهنده تجارب شرکت کنندگان باشد (۱۷) چهار معیار مقبولیت، اعتمادپذیری، تائید پذیری و انتقال پذیری رعایت شد (۱۵). برای افزایش مقبولیت سعی شده بود که اعتماد شرکت کنندگان جلب و به دقت به سخنان آنان در حین مصاحبه گوش داده شود و از دانشجویان رشته‌های مختلف و از هر دو جنس و با تفاوت‌های فرهنگی و سطح دانشگاهی و در محل اسکان دانشجویان در اوقات فراغت دانشجویان انجام گرفته بود. برای تأیید صحت و اعتبار یافته‌ها، محققین ضمن در نظر گرفتن زمان کافی برای جمع آوری داده‌ها، از دو طریق به صورت پرسشنامه با سوالات باز و مصاحبه، تجربیات دانشجویان را در خصوص برگزاری المپیاد جویا شدند. پرسشنامه در روز اول در بین دانشجویان توزیع و سپس کدهای اولیه از پاسخ های سوالات باز پرسشنامه‌ها استخراج گردید. برای اطمینان از صحت بیشتر، مصاحبه نیمه ساختار توسط ۲ نفر در طول چهار روز و برای افزایش دقت و صحت داده‌های حین مصاحبه، سوالات راهنمای مصاحبه بصورت محاوره‌ای از دانشجویان پرسیده شد. برای تائید اعتبار محتوای پرسشنامه‌ها و متن مصاحبه ها، این موارد چندین بار خط به خط توسط دو پژوهشگر مطالعه و یادداشت برداری شد. برای کنترل عینیت، نوشته‌ها توسط ۲ نفر از همکاران پژوهشی بازبینی و مورد تائید قرار گرفت.

Results

این مطالعه از دو قسمت تشکیل شده است که بخش اول یا توصیفی که از بررسی اطلاعات دموگرافیک و بخش دوم یا بررسی تجربیات دانشجویان با استفاده از سوالات باز پرسشنامه بدست آمده بود، که ۲۲۴ نفر از دانشجویان شرکت کنندگان در چهارمین المپیاد علمی دانشجویی از دانشگاه‌های سراسر کشور به پرسشنامه های توزیع شده پاسخ داده اند.

از نظر توزیع جنسیتی، ۱۱۹ مرد (۵۳/۱ درصد) و ۱۰۵ زن (۴۶/۹ درصد) بودند. در این مطالعه بعد از تجزیه و تحلیل سوالات باز پرسشنامه که نتایج آن در جدول ۱ ارائه شده در بخش کیفی مطالعه جهت تکمیل نمودن اطلاعات پرسشنامه ها و انجام مصاحبه نیمه ساختار یافته، ۳ طبقه

اصلی سطح علمی المپیاد در ۳ دسته کلی و ۶ فرعی (جدول ۲)، وضعیت آزمون‌ها در ۳ دسته کلی و ۶ فرعی (جدول ۳) و امور رفاهی در ۵ دسته کلی و ۱۰ فرعی (جدول ۴) از تجربیات شرکت کنندگان استخراج و دسته بندی گردید.

جدول ۱: راهکارها و پیشنهادات شرکت کنندگان در چهارمین المپیاد علمی دانشجویی که از سوالات باز پرسشنامه استخراج شده بود

ردیف	پیشنهادات	طبقه
۱	<p>-المپیاد بهتر است در مقاطع مختلف بصورت جداگانه برگزار گردد</p> <p>-گسترده شدن حیطه های المپیاد در رشته های مثل علوم آزمایشگاهی فرصت بسیار مناسبی جهت تعامل بیشتر بین گروه تشخیص و درمان ایجاد خواهد کرد.</p> <p>-به رشته های دانشجویان توجه شود و مقایسه آنها با یکدیگر در درون همان رشته انجام گیرد .</p> <p>- به صورت کنکوری نباشد و قدرت خلاقیت را به چالش بکشاند</p> <p>- زمان بندی مناسب برای روزهای امتحان انجام گیرد که امتحانات با دانشگاه تداخل نداشته باشد</p>	نحوه برگزاری
۲	<p>- امکانات تفریحی برای اوقات فراغت شرکت کنندگان در نظر گرفته شود.</p> <p>- در روزهای برگزاری آزمون کارگاه های آموزشی برای شرکت کنندگان برگزار گردد.</p>	برنامه های جانبی
۳	<p>- اسکان شرکت کنندگان در نقاطی نزدیک به سطح شهر باشد.</p> <p>- دسترسی به منابع به صورت آنلاین و اطلاع رسانی مناسب جهت استفاده از منابع فراهم گردد.</p> <p>- تعداد نفرات برتر اضافه شود.</p>	امکانات
۴	<p>-در پایان المپیاد رتبه های دانشجویان اعلام گردد.</p> <p>- نتایج آزمون به هر دانشگاه به صورت انفرادی اعلام گردد.</p>	اعلام نتایج

جدول ۲: تجربیات شرکت کنندگان از سطح علمی المپیاد

ردیف	نقل قول های تجربیات شرکت کنندگان	طبقه فرعی	زیر طبقه	طبقه کلی
۱	- موضوع المپیاد از موضوعات جدید و کاربردی بود.	کاربردی بودن	موضوع المپیاد	
	- فقط رشته های پزشکی و داروسازی از پس این موضوع ها بر می آمدند.	عدم عمومیت داشتن		
۲	- سوالات المپیاد با منابع مطابقت نداشت.	بازنگری مطابقت منابع با سوالات		
	- بعضی از سوالات دقیقا از کتاب بود.			
	- سوالات در ۲-۳ کتاب محدود می شد.			
	- منبع فارسی معرفی شده بود.	سطح علمی سوالات	طراحی سوالات	
	- سطح سوالات خوب بود.			
	- دانشجویان از طراحی سوالات به صورت نقشه مفهومی استقبال می کردند.			
	سوالات تکراری در آزمون وجود داشت.			زیر ساخت طراحی سوالات
	• پروپوزال ها بسیار حجیم بودند.			
	- سوالات تاحدی حفظی بودند.			
۳	- سوالات به جای استدلالی سطحی بودند.			
	- سوالات بعضی مواقع شامل موارد نا شایع بودند.			
	- برنامه افتتاحیه حذف شده بود.			
	- مدت زمان المپیاد کوتاه بود.	برگزاری برنامه ها	اجرا	
	- المپیاد بجای رقابت سالم علمی بیشتر به کنکور شباهت داشت.			
	- خلاقیت در سوالات نبود شبیه سوالات امتحانی که باید کتاب را حفظ می کردید بودند.			
	باعث ایجاد خلاقیت ذهنی می شود.	سوالات	نوآوری و خلاقیت	
	- المپیاد باعث ایجاد تفکر خلاقانه می شود.			
	- المپیاد مهارت حل مسئله دانشجویان را تقویت می کرد.			

جدول ۳: تجربیات شرکت کنندگان از وضعیت آزمون‌ها

ردیف	نقل قول های تجربیات شرکت کنندگان	طبقه فرعی	زیر طبقه	طبقه کلی
۱	- اطلاع رسانی از مکان آزمون خوب بود.	زمان و مکان	اطلاع رسانی	
	- اطلاع رسانی از زمان شروع آزمون خوب نبود.			
	- المپیاد رسانه‌ای نشد بود توجه کافی به آن نشده بود.	سایت - جراید		
۲	- آزمون منظم برگزار گردید.	شرایط حین آزمون	برگزاری آزمون‌ها	
	- پخش موزیک آرام در حین ورود و قبل از آزمون تاثیر مثبتی داشت.			
	- مراقبین از شرایط و قوانین پاسخ به سوالات اطلاع کافی نداشتند.			
	- فرصت در هر سه مرحله آزمون کم بود.			
	- زمان پاسخ دهی به سوالات کوتاه بود و آزمون فشرده بود.	فواصل بین آزمون		
	- در کل برنامه‌ریزی برای ساعات آزمون بود و برنامه خاصی در اوقات فراغت نداشتیم.			
	- وقفه طولانی بین امتحان صبح و عصر بود.			
۳	- نتایج با تاخیر اعلام شد.	نحوه اعلام نتایج	اعلام نتایج	زیر ساخت آزمون
	- در اعلام نتایج هماهنگی های کافی وجود نداشت.			
	- جزئیات نتایج اعلام نگردید.	وضعیت نتایج		
- نتایج اعلامی قابل قبول نبود.				
	- به اعتراضات پاسخ داده نشد.			

جدول ۴: تجربیات شرکت کنندگان در خصوص امور رفاهی برگزاری آزمون

ردیف	نقل قول تجربیات شرکت کنندگان	طبقه فرعی	زیر طبقه	طبقه کلی
۱	- خوابگاه‌ها مجهز به سلف سرویس بود.	فضا	وضعیت خوابگاه‌ها	
	- خوابگاه‌ها از محل برگزاری آزمون دور بودند.			

	زیر ساخت امور رفاهی	موارد بهداشتی	- خوابگاه‌ها از مرکز شهر دور بودند و امکان دسترسی به مراکز خرید و گشت و گذار وجود نداشت
			- خوابگاه متاهلین وجود نداشت .
۲	پذیرایی	میان وعده وعده غذایی	- دسترسی به سرپرستان با توجه به محل نامناسب خوابگاه‌ها مشکل بود.
			- در دسترسی به وسایل بهداشتی شخصی مشکل داشتیم .
			- کیفیت پذیرایی در میان وعده ها مناسب بود. - ریخت و پاش اضافی در پذیرایی دیده می شود. - ریخت و پاش در وعده های غذایی نبود.
۳	سرویس دهی	نیروی انسانی ایاب و ذهاب	- مسئولین برخورد مناسب در اولین برخورد داشتند. - کمیته استقبال خوابگاه برخورد خوبی داشتند.
			- تاخیر در حمل و نقل وجود داشت. - بهتر بود برای هر دانشگاه سرویس جداگانه در نظر گرفته می-شود.
۴	وسایل مورد نیاز	خوابگاهی امتحانی	- دسترسی به اینترنت در خوابگاه‌ها وجود نداشت.
			- لوازم التحریر و وضعیت میز و صندلی برای آزمون مناسب بود.
۵	امکانات تفریحی- ورزشی	تفریحی ورزشی	- تور سیاحتی برای دانشجویان وجود داشت.
			- امکانات ورزشی وجود نداشت.

:Conclusion

امروزه با تغییر روند آموزش و تربیت دانشجویان پژوهشگر، به چالش کشاندن روحیه خلاقیت و نوآوری دانشجویان امری مهم تلقی می‌شود که برگزاری آزمون‌های المپیاد می‌تواند تا حدی استدلال دانشجویان را به ورطه چالش کشانده و روحیه همکاری و خلاقیت را در آن‌ها تقویت کند. برای بهتر برگزار شدن المپیاد علمی دانشجویی کشوری باید مطالعاتی انجام گیرد و دانشجویان شرکت کننده مهم‌ترین منبع اطلاعات هستند. نتایج این مطالعه نشان داد که سه تم اصلی امور رفاهی، وضعیت آزمون‌ها و سطح علمی المپیاد بیشتر مورد توجه دانشجویان قرار گرفته بود و ایجاد تغییرات در این موارد را مهم‌ترین عوامل در برگزاری بهتر المپیاد قید نموده اند. در مورد امور رفاهی دانشجویان، اظهار نظر کرده اند که اگر خوابگاه‌ها نزدیک هم بود، بطوری که دانشجویان به راحتی به سایر رشته‌های خود از سایر دانشگاه‌ها دسترسی داشتند در موفقیت آنها موثر بود؛ چرا که ارتباط با سایر داوطلبان یکی از اهداف المپیاد است (۱۸) و باعث افزایش سطح علمی آنان می‌شود. بیشتر شرکت کنندگان دیدگاه مثبتی نسبت به ارائه وعده‌های غذایی، میان وعده‌ها و سرویس ایاب و ذهاب داشتند. متأسفانه بعضی خوابگاه‌ها مجهز به اینترنت نبودند و عدم دسترسی به اینترنت، یکی از اشکال مهم این مسابقات بود. دانشجویان از لوازم‌التحریری که در حین آزمون داده شده بود احساس رضایت داشتند ولی ترجیح می‌دادند که لوازم بهداشتی در بدو ورود به دانشجو تحویل داده می‌شد. مطالعه فارل در سال ۱۹۹۸ در زمینه رضایت‌مندی و انگیزه شرکت کنندگان در مسابقات ورزشی نشان داده است که تجهیزات، تسهیلات فیزیکی و سهولت استفاده از آن‌ها

در جلب رضایت داوطلبان مهم تلقی می‌شود (۱۸). با توجه به اینکه مشکلات امکانات رفاهی در هر دو مورد ذکر شده است، نشان دهنده تجربیات مهم دانشجویان در مسابقات می‌باشد.

در تم وضعیت آزمون‌ها، اکثریت دانشجویان برنامه‌ریزی جهت برگزاری آزمون را خوب ارزیابی کرده‌اند ولی نبود تورهای ورزشی و علمی را مهم‌ترین نقص برنامه‌ریزی ذکر کرده‌اند. در سایر مطالعات استفاده از تورهای سیاحتی یکی از مهم‌ترین عامل رضایت‌مندی عنوان شده است (۱۹).

اکثر دانشجویان بیان کرده‌اند که نتایج آزمون‌ها دیر اعلام شده و به اعتراضات دانشجویان به موقع رسیدگی نمی‌شد و همچنین مدت زمان اختصاص داده شده برای آزمون را نامناسب می‌دانستند.

در تم سطح علمی المپیاد، بیشتر دانشجویان به جنبه حفظی بودن بعضی از سوالات اعتراض داشتند و بیان نموده‌اند که انتظار می‌رفت که سوالات بیشتر جنبه استدلالی و تحلیلی داشته باشند تا ضمن به چالش کشاندن قدرت خلاقیت دانشجویان، با ایجاد محیط علمی سالم، استرس را در بین دانشجویان کاهش دهد. مطالعه‌ی واحدی و همکاران (۱۳۹۳) در مورد تاثیر استرس و خودکارآمدی بر روی عملکرد فیزیکی و فکری دانشجویان در چهارمین المپیاد علمی دانشجویی نشان داده است که در بین دانشجویان شرکت کننده در المپیاد استرس یکی از عوامل مهم در کاهش قدرت ذهنی، فیزیکی و روحی در بین دانشجویان بود (۲۰). از سایر موارد قابل ذکر در این تم، حذف مرحله گروهی بود. از آنجایی که رقابت‌های گروهی می‌تواند حس مسئولیت‌پذیری را در دانشجویان افزایش دهد (۱) بهتر است در برنامه‌ریزی‌های آتی مرحله گروهی نیز در نظر گرفته شود. بر اساس تجربیات شرکت کنندگان، اختصاصی بودن موضوع المپیاد و عدم موفقیت دانشجویان سایر رشته‌ها از دیگر نواقص المپیاد بود. افزایش تنوع موضوعی و حضور دانشجویان از سایر رشته‌ها را عدالت در مسابقات و ایجاد رقابت سالم می‌دانستند. چنانچه در بررسی نظرات دانشجویان در دومین المپیاد در شیراز نیز دانشجویان ابراز کرده‌اند که بهتر است موضوع المپیاد گسترده باشد (۲۱).

اهمیت و جایگاه المپیادهای علمی امروزه بر کسی پوشیده نیست. با توجه به اهمیت و ماهیت المپیادهای علمی، بررسی نقاط قوت، ضعف و بکارگیری پیشنهادات دانشجویان شرکت کننده امری ضروری به نظر می‌رسد از طرفی با توجه به سابقه کم برگزاری المپیادهای علمی دانشجویی در ایران، انجام مطالعات زیربنایی و ابتدائی جهت شناسایی موانع احتمالی و بکارگیری تدابیر اساسی جهت برگزاری هر چه بهتر این آزمون‌ها بسیار مفید خواهد بود در این راستا ضمن استفاده از تجارب دانشجویان شرکت کننده و حتی اساتید درگیر، بهره‌گیری از تجارب سایر کشورها کمک کننده است. مطالعه حاضر نشان داده است که برنامه‌ریزی دقیق و طراحی سوالات متناسب با تاکسونومی بالا به طوری که تفکر استدلالی دانشجویان را تقویت کند و فراهم نمودن امکانات رفاهی لازم برای دانشجویان مهم‌ترین عوامل در برگزاری بهتر این نوع آزمون‌ها بود و همچنین راهکارها و پیشنهادات ارائه شده در این مطالعه می‌تواند در برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری جهت برگزاری بهتر آزمون‌ها موثر واقع گردد. از محدودیت‌های این مطالعه، نحوه گردآوری اطلاعات (انجام مصاحبه و توزیع پرسشنامه) از دانشجویان در زمان آزمون بود که استرس ناشی از امتحان می‌توانست در نوع پاسخگویی تاثیر گذار باشد

Keywords:

المپیاد، مسابقات علمی، دانشجویان علوم پزشکی

کد: ۱۷۹۹

حیطه: ارزشیابی آموزشی (دانشجو، هیئت علمی و برنامه)

مدل ارائه بازخورد تکوینی دانشجویان به اساتید به جای ارزشیابی دانشجو از استاد

نویسندگان: فاطمه سفیدی، پرویز پدیسار، رامین سرچمی

Introduction

استفاده از نظرات دانشجویان برای ارزشیابی استاد همواره با اظهار نگرانی و نارضایتی اساتید همراه بوده و عمدتاً نه تنها به تغییر در رفتارهای ایشان نمی انجامد بلکه به ایجاد خصومت بین استاد و دانشجو و ایجاد نگاه منفی دانشجویان در ارتباط با بی اثر بودن نتایج ارزشیابی ها منتهی می گردد. از آنجائی که دانشجویان همواره مشتریان اصلی نظام آموزشی هستند، نمی توان از نظرات ایشان غفلت نمود. از سوی دیگر بدیهی است که دانشجویان به لحاظ دانش و تجربه نمی توانند نظرات علمی در مورد عملکرد اساتید ارائه دهند. در مطالعه ای که در آن ۱۵۰ نفر از اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان شرکت نمودند، نظرات اعضای هیأت علمی در مورد فرآیند ارزشیابی استاد مورد مطالعه قرار گرفت. اغلب اعضای هیأت علمی (حدود ۷۵ درصد) موافق این موضوع بودند که اکثر دانشجویان فرم های ارزشیابی را با بی قیدی و بدون مسئولیت تکمیل می نمایند. نویسندگان این مقاله چنین نتیجه گیری نمودند که "اعضای هیأت علمی از فرم های ارزشیابی ارائه شده و مراحل اجرایی ارزشیابی استاد چندان خرسند نبوده و نسبت به فرآیند ارزشیابی استاد، نظری منفی داشتند" (۱). همچنین در مطالعه ای که در دانشگاه علوم پزشکی جهرم انجام شد، به رغم آنکه اکثر اساتید (۷۰ درصد) نسبت به فرآیند ارزشیابی توسط دانشجو ابراز رضایت کردند، ۵۰ درصد آنان اعتقاد داشتند دانشجویان در تکمیل فرم های ارزشیابی اغراض شخصی را دخالت میدهند (۲). در پژوهش دیگری در دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۶۴ درصد اساتید معتقد بودند که دانشجویان در ارزشیابی استاد، اغراض شخصی خود را دخالت می دهند و ۵۴ درصد از اساتید در مورد روند ارزشیابی استاد توسط دانشجو دید منفی داشتند (۳). ارزشیابی استاد توسط دانشجو، چنانچه به صورت تکوینی به همراه ارائه بازخورد نتایج به استاد صورت گیرد احتمالاً نتایج مفیدتری به دنبال خواهد داشت.

Objectives

این مطالعه با هدف ارتقاء اثربخشی ارزشیابی های دانشجویان از اعضاء هیئت علمی از طریق طراحی مدلی جهت ارائه بازخوردهای دانشجویان به اساتید به جای ارزشیابی دانشجو از استاد انجام گرفت.

Study Design

در این مطالعه نیمه تجربی، در طول دو ترم تحصیلی در هفته پنجم ترم، سپس پایان ترم فرم های معمول ارزشیابی استاد مجموعاً به ۱۰۶ نفر از دانشجویان در دو دوره شامل ۲۴ نفر دستیار دندانپزشکی، ۳۴ دانشجوی مامایی و ۵۰ نفر دانشجوی پرستاری ارائه شد. در مرحله اول از ایشان خواسته شد در مورد اساتید دروس منتخب نظر دهند و این نظرات به اساتید مربوطه بازخورد داده شد. سپس در مرحله دوم در پایان هر ترم مجدداً اساتید با همان فرم مورد ارزشیابی قرار گرفتند. در جلسه چهاردهم هر ترم نیز از دانشجویان خواسته شد که میزان یادگیری و میزان رضایت خود را از کلاس و از استاد با پاسخ دادن به پرسشنامه ای که در اختیار ایشان قرار گرفت، اعلام نمایند. در کنار این اقدامات، در پایان هر ترم رضایت اساتید مربوطه نیز در ارتباط با شکل جدید برنامه ارزشیابی و تاثیرات آن مورد بررسی قرار گرفت.

Study Setting

نتایج ارائه شده در این خلاصه مقاله حاصل از انجام مطالعه در کل جامعه مورد بررسی است.

Participan: جامعه هدف عبارت بودند از دستیاران دندانپزشکی، دانشجویان مامایی و دانشجویان پرستاری.

:Sample Size

روش نمونه گیری، سرشماری بوده و کل جامعه هدف یعنی ۱۰۶ نفر در مطالعه شرکت داده شده اند.

:Data Gathering Tool

پرسشنامه ارزشیابی استاد که در اوایل و انتهای ترم به دانشجویان داده شد همان فرم معمول ارزشیابی است که بطور پیوسته برای ارزشیابی اساتید در اختیار دانشجویان قرار می گیرد. مشابه همین فرم سوالات با تفاوت های اندک در سایر دانشگاه های کشور نیز استفاده می شود. در این فرم علاوه بر سوالات معمول، تعدادی سوالات دموگرافیک (شامل سن، جنس، رشته تحصیلی، دانشکده محل تحصیل، وضعیت تحصیلی «عالی، متوسط، پائین تر از متوسط»، سابقه مشروطی، سابقه افتادن از این درس) نیز مورد پرسش قرار گرفت. با توجه به تعداد سوالات پرسشنامه (۱۴ سوال) و با در نظر گرفتن طیف ۵ گزینه ای لیکرت، حداقل و حداکثر امتیاز از هر سوال بین یک تا پنج و در مجموع بین ۱۴ تا ۷۰ بود. نمرات بین ۱۴-۲۵ بعنوان امتیاز خیلی ضعیف، بین ۲۶-۳۶ بعنوان امتیاز ضعیف، بین ۳۷-۴۷ به عنوان امتیاز متوسط، بین ۴۸-۵۸ به عنوان امتیاز خوب، و بین ۵۹-۷۰ به عنوان امتیاز خیلی خوب در نظر گرفته شد.

پرسشنامه دوم که در هفته چهاردهم مورد بهره برداری قرار گرفت نیز مشتمل بر دو قسمت یعنی سوالات دموگرافیک (شامل سن، جنس، رشته تحصیلی، دانشکده محل تحصیل، وضعیت تحصیلی «عالی، متوسط، پائین تر از متوسط»، سابقه مشروطی، سابقه افتادن از این درس) و سوالات اصلی بود. بخش اصلی پرسشنامه شامل دو بخش بود که عبارت بودند از: الف) استنباط دانشجو از افزایش میزان یادگیری و توانایی های علمی خودش، و ب) میزان رضایت از کلاس و استاد. ۱۰ سوال ابتدای پرسشنامه دوم شامل سوالاتی در باره میزان یادگیری در آن کلاس، و ۱۰ سوال بعدی در ارتباط با رضایت دانشجویان از کلاس و استاد بود. در مقابل هر عبارت گزینه هایی به شرح طیف لیکرت شامل کاملاً موافقم با امتیاز ۵، موافقم با امتیاز ۴، نظری ندارم با امتیاز ۳، مخالفم با امتیاز ۲، و کاملاً مخالفم با امتیاز ۱ قرار داشت و دانشجویان می بایست گزینه مورد نظر خود را با گذاشتن علامت در ستون مربوطه مشخص می نمودند.

جهت تهیه پرسشنامه دوم، ابتدا مطالعه عمیقی در منابع موجود در داخل و خارج از کشور قرار گرفت و مواردی که می توانستند صادقانه ترین پاسخ های دانشجویان را در ارتباط با میزان یادگیری و نیز میزان رضایت آنها را از درس و کلاس بسنجند انتخاب شدند. جهت سنجش روایی، پس از ویرایش های اولیه، پرسشنامه در اختیار ۱۲ نفر از متخصصین مدیریت آموزش و آموزش پزشکی قرار گرفت و با اندک اصلاحاتی مورد تأیید قرار گرفت. برای سنجش پایایی نیز با انجام آزمایشی پرسشنامه بر روی ۱۰ نفر از دانشجویان خارج از نمونه های مورد مطالعه و اندازه گیری میزان همبستگی، در نهایت پرسشنامه با ضریب همبستگی ۸۹ درصد از نظر پایایی تأیید شد. داده های به دست آمده از پرسشنامه های اول و دوم با هم مورد مقایسه قرار گرفتند و بخش میانی مطالعه یعنی سنجش میزان یادگیری و رضایت نیز بطور جداگانه مورد تحلیل قرار گرفت.

:Data Analysis

جهت تحلیل داده های این مطالعه از آزمون t ، مجذور کای، و آنالیز واریانس استفاده گردید.

:Results

یافته ها نشان داد که اکثریت واحدهای مورد مطالعه (۷۵ درصد) مونث بودند. ۳۷/۷ درصد در گروه سنی ۲۰-۱۹ سال بودند. ۴۷ درصد از رشته پرستاری و ۷۲ درصد دارای وضعیت آموزشی متوسط بودند. ۹۸ درصد از واحدهای مورد مطالعه سابقه مشروطی نداشتند و هیچکس قبلاً از این واحد درسی نیفتاده بوده است. بطور کلی نتایج نشان داد که در پایان ترم اکثریت دانشجویان (۸۹/۷ درصد) در ارتباط با تغییرات ایجاد شده در عملکرد اساتید ناشی از بازخوردهای داده شده در طول ترم رضایت داشتند. همچنین از سوی دیگر اکثریت ایشان (۸۲/۹ درصد) میزان یادگیری خود را با استفاده از فضای جدید ایجاد شده، بهتر و شرایط یادگیری را مطلوب تر ارزیابی نمودند و ۸۶/۵ درصد از دانشجویان رضایت خود را از کلاس در حد کاملاً مطلوب مطرح نمودند. اساتید مربوطه نیز ضمن استقبال از این روش علاوه بر آنکه تهدیدآمیز بودن این روش را ناچیز می دانستند، از اینکه فرصت ایجاد تغییر قبل از تصمیم گیری در مورد عملکرد آموزشی به ایشان داده شده بود میزان رضایت خود را ۱۰۰٪ اعلام نمودند.

Conclusion

نتایج این مطالعه نشان داد که دانشجویان و اساتید هر دو از روش ارزشیابی تکوینی با ارائه بازخورد به استاد موافق بودند و تاثیر این روش را در ارتقاء کیفیت آموزش مطلوب تر می دیدند. مطالعات در سایر دانشگاه های علوم پزشکی نیز موید این موضوع است که ارزشیابی صرف از دانشجو و استفاده از آن برای مقاصد تصمیم گیری مورد توافق اساتید نبوده و بیشتر تمایل دارند که از این نتایج برای بهبود عملکرد استفاده شود. ارائه نظرات دانشجویان به اساتید و آموزش چگونگی رفع نقاط ضعف باعث گردید تا دانشجویان در ارزیابی پایانی نظرات بهتری نسبت به مرحله قبلی ابراز نمایند. همچنین بیان میزان آموخته ها و رضایت ایشان از کلاس مبین تاثیر بهره گیری تکوینی از نظرات دانشجویان برای بهبود عملکرد استاد است. نظام آموزش عالی و مدیران و اساتید همواره باید درصدد یافتن راه هایی باشند تا روشها یا ابزارهایی که مفید بودن آنها مورد تایید غالب آنهاست اما همواره با چالش هایی مواجه بوده اند را با ایجاد تغییراتی به سوی کارایی و اثربخشی بیشتر هدایت نمایند. مدل ارائه بازخورد تکوینی می تواند جایگزین مناسبی برای ارزیابی دانشجو از استاد باشد تا ضمن بهینه سازی استفاده از نظرات دانشجویان در مورد عملکرد اساتید، چالش های تاریخی موجود در این زمینه نیز برطرف گردند.

Keywords

عضو هیئت علمی، ارزشیابی، ارزشیابی دانشجویی، بازخورد

کد: ۱۸۲۱

حیطه: ارزشیابی آموزشی (دانشجو، هیئت علمی و برنامه)

بررسی تاثیر مداخله ممیزی و فیدبک بر رفتار دستور دهی پزشکان

نویسندگان: نگین بنار، مهران شریفی، محمدرضا شریف، محمد رضا ملکی، غلامعباس موسوی، داود خیرخواه، زهرا میدانی

Introduction

علیرغم کلیه اثرات نامطلوب ناشی از انجام تست های آزمایشگاهی، بررسی نشان می دهد به طور میانگین ۲۰/۶ درصد تست های آزمایشگاهی بیش از حد مورد استفاده (Over utilized) قرار می گیرند. در چنین فضایی درک رفتار استفاده از تست های آزمایشگاهی پزشکان چه از بعد بالینی و چه از بعد اقتصادی مهم تلقی می شود. شناخت آسیب شناسی استفاده بیش از حد تست های آزمایشگاهی و توسعه استراتژی هایی برای بهبود رفتار تجویز تست های تشخیصی پزشکان در قالب برنامه های مدیریت بهره برداری (Utilization Review) و استراتژی های تغییر رفتار یکی از اولویت های اصلی نظام سلامت کلیه کشورها به ویژه کشورهای در حال توسعه محسوب می شود.

Objectives

لذا این مطالعه قصد دارد بعد از شناسایی عوامل موثر بر رفتار دستور دهی پزشکان مداخله مناسب را طراحی نماید. در واقع هدف این مطالعه کنترل و تغییر رفتار دستور دهی پزشکان می باشد.

Study Design

نوع مطالعه تجربی (مطالعه قبل و بعد) بود. نوع مداخله بر اساس نظر سنجی از پزشکان و بر اساس یک مطالعه پایلوت بر روی ۵۰ نفر از دانشجویان پزشکی، اینترن ها، دستیاران و پزشکان کودکان طراحی شد.

Study Setting

ابتدا عوامل موثر بر رفتار دستور دهی پزشکان از طریق مرور متون شناسایی شد؛ مطالعه در بخش کودکان یک بیمارستان عمومی آموزشی انجام شد. سپس بر کاربردترین تست‌ها در بخش کودکان از طریق گزارشگری از سیستم اطلاعات بیمارستانی (HIS) تعیین شدند. عوامل موثر بر رفتار دستور دهی و تست‌های آزمایشگاهی غیر ضروری برای نظر سنجی در اختیار ۵۰ نفر از دانشجویان پزشکی، اینترن‌ها، دستیاران و پزشکان کودکان قرار گرفت تا با تحلیل نتایج از نظر سنجی آنها و تعیین عوامل موثر (مطالعه پایلوت) مداخله مناسب طراحی گردد.

حاصل از تجزیه تحلیل بخش چهارم پرسشنامه با کمک امر توصیفی (تعیین عوامل موثر بر رفتار دستور دهی غیر مقتضی) نشان داد از نظر نمونه پژوهش درخواست روتین تست‌ها، الگوبرداری از گروه‌های هم‌تا و گروه‌های ارشد از مهمترین دلایل درخواست غیر مقتضی تست‌های آزمایشگاهی کودکان محسوب می‌شود. بعد از اعلام نتایج به تیم expert panel از بین کلیه استراتژی‌های تغییر رفتار پزشکان شامل طراحی مجدد فرم درخواست آزمایش، ارائه اطلاعات هزینه‌ای، تهیه راهنماهای بالینی، یادآورنده‌ها، مداخلات مدیریتی و اجرایی، مشوق‌های مالی و جلسات بهبود، مداخله ممیزی و بازخورد به همراه برنامه‌های آموزشی، به عنوان مداخله مناسب و عملی در این مطالعه پیشنهاد شد.

مطالعه مقرر شد میزان مصر، هزینه و نرمال و غیر نرمال بودن نتیجه ۱۲ تست‌های آزمایشگاهی در این مطالعه به تفکیک نوعی بصورت تصویری در قالب جداول و نمودار تهیه شود تا در جلسات گزارش صبحگاهی توسط پزشکان متخصص کودکان در educational meeting مورد بررسی قرار گیرد.

Participan

گروه مداخله را در کل ۳۰ نفر شامل ۱۶ نفر اینترن‌ها (۱۶) و ۱۴ نفر دستیار بخش کودکان بیمارستان تشکیل می‌داد. به علت سه ماهه بودن دوره آموزشی دانشجویان اینترن در بخش کودکان، طول دوره مداخله دو بار در یک دوره سه ماهه در نظر گرفته شد.

Sample Size

گروه مداخله را در کل ۳۰ نفر شامل ۱۶ نفر اینترن‌ها (۱۶) و ۱۴ نفر دستیار بخش کودکان بیمارستان تشکیل می‌داد. به علت سه ماهه بودن دوره آموزشی دانشجویان اینترن در بخش کودکان، طول دوره مداخله دو بار در یک دوره سه ماهه در نظر گرفته شد.

Data Gathering Tool

برای نظر سنجی عوامل موثر بر دستور دهی و نوع تست‌های آزمایشگاهی از پرسشنامه استفاده شد. بخش اول پرسشنامه به مشخصات دموگرافیک نمونه‌های پژوهش اختصاص داشت؛ بخش دوم از نمونه‌های پژوهش درخواست شد ر استفاده‌ترین تست‌ها را در بخش کودکان از ۱۵-۱ اولویت بندی نمایند. در بخش بعدی از پزشکان خواسته شد از بین عوامل موثر درخواست بیش از اندازه و غیر مقتضی تست‌ها مواردی که در بخش کودکان بر روی رفتار دستور دهی پزشکان موثر هستند را تعیین نمایند. در پایان هر یک از قسمت‌های پرسشنامه، سوال بازی در نظر گرفته شد تا افراد سایر موارد مدنظر خود اعم از تست‌ها و عوامل را اضافه نمایند. پس از طراحی اولیه پرسشنامه اعتبار صوری پرسشنامه تعیین شد و به منظور تعیین اعتبار محتوی سوالات پرسشنامه در اختیار ۱۰ نفر از متخصصان کودکان قرار گرفت. پرسشنامه نهایی از طریق pilot-tested در بین ۳۰ نفر از دانشجویان پزشکی، اینترن‌ها، رزیدنت‌ها و پزشکان متخصص اطفال که در سایر مراحل مطالعه وارد نشده بودند قرار گرفت. ضریب Cronbach's alpha coefficient به منظور تعیین reliability مورد استفاده قرار گرفت (۰,۸۷=).

Data Analysis

در بخش پایلوت

پس از جمع آوری پرسشنامه ها، داده ها با کمک آمار توصیفی (توزیع فراوانی) و در قالب از نرم افزار spss ۱۶,۰ تحلیل شد. بر اساس نتایج حاصل از تجزیه تحلیل بخش دوم و سوم پرسشنامه برای تعیین غیرضروری ترین و پر استفاده ترین تست های بخش، مجموع درصد فراوانی های اولویت ۱۰-۱۵ محاسبه شد و آزمایشاتی که درصد فراوانی تجمعی بالای ۵۰ درصد داشتند (هم در قسمت آزمایشات غیر ضروری و هم در قسمت پر استفاده ترین تست ها) به عنوان آزمایشات مورد نظر در مطالعه انتخاب شدند. آزمایشات BUN و SE نیز به دلیل نزدیک بودن امتیازات در قسمت پر استفاده و استفاده غیرضروری به عنوان آزمایشاتی که نیازمند مداخله مناسب هستند، انتخاب شدند. mso-ansi;"tus
reliability<'language:EN-US;mso-fareast-language: ZH-CN;mso-bidi-language:FA
(۰,۸۷=).

بخش مداخله

داده ها با داده های مربوط به دوره ی قبلی مقایسه شده و تغییرات مورد بررسی قرار گرفت. نتایج این تغییرات به صورت نمودار و جدول تنظیم و طی سه جلسه صبحگاهی به اطلاع دستیاران و اینترن ها در بخش کودکان رسید. در ۱۴ روز پایانی این دوره سه ماهه نیز اطلاعات مانند دو له اول جمع آوری و تجزیه و تحلیل نهایی انجام شد. نتایج با نتایج دوره های قبلی مقایسه شد. از آزمون فراوانی به منظور تعیین تعداد نتایج و غیرنرمال، بیشترین آزمایشات درخواستی استفاده شد. به منظور بررسی رابطه معنا داری میانگین درخواست آزمایشات در بین مراحل مختلف به از آزمون t زوجی استفاده شده است. بعد از اتمام دوره مداخله نیز به منظور بررسی معناداری میزان درخواست ها در کل دوره از آزمون repeated measا
مورد استفاده قرار گرفت.

Results

بیشترین کاهش تعداد تست های آزمایشگاهی بعد از خاتمه مداخله سوم محسوس بود؛ بین ممیزی و بازخورد و کاهش ۷ مورد از ۱۵ تست آزمایشگاهی مورد بررسی شامل CBC (با $P = 0.002$)، ESR (با $P = 0.001$)، CRP (با $P = 0.001$)، VBG (با $P = 0.0016$)، UA (با $P = 0.005$)، BC (با $P = 0.0045$)، SE (با $P = 0.001$) رابطه معنی دار وجود دارد.

Conclusion

ممیزی و بازخورد بر تغییر رفتار دستور دهی پزشکان اثر مطلوب دارد. بین دفعات ارائه فیدبک و تقلیل تعداد تست های آزمایشگاهی نیز رابطه معنا دار وجود داشت؛ بدین که ترتیب که با افزایش دفعات فیدبک تعداد مصرف تست های آزمایشگاهی کاهش بیشتری داشت. لذا توصیه می شود مکانیسم ممیزی و بازخورد در خصوص مصرف تست های آزمایشگاهی در برنامه های آموزشی پزشکان لحاظ گردد تا رفتار دستور دهی پزشکان و استفاده مناسب از تست های آزمایشگاهی از طریق این مکانیسم اصلاح گردد.

Keywords

ممیزی و فیدبک، تست های آزمایشگاهی، رفتار دستور دهی، دانشجویان پزشکی، راند آموزشی، کوکان

کد: ۱۸۲۳

حیطه: ارزشیابی آموزشی (دانشجو، هیئت علمی و برنامه)

بررسی چالشهای آزمون OSCE مورد تخصصی ناسیونال از نظر دستیاران شرکت کننده در آزمون سال ۹۳

نویسندگان: علی عمادزاده، یلدا روانشاد، عباس مکارم، آنوش آذر فر

Introduction

ارزیابی بالینی در علوم پزشکی به عنوان یکی از ارکان مهم آموزش، باید بتواند شایستگی و توانمندی دانشجویان پزشکی را اندازه گیری کند به لحاظ اهمیت فوق العاده آموزش، ارزشیابی برای سنجش موفقیت در آموزش های بالینی بسیار مهم است. ارزشیابی به فرایند نظام دار جمع آوری، تحلیل و تفسیر اطلاعات گفته می شود که تعیین می کند هدف های مورد نظر به چه میزان تحقق یافته اند و یا در حال تحقق یافتن هستند. اهداف ارزشیابی شامل موارد زیر است: پی بردن دانشجویان به نقاط ضعف و قوتشان، سنجش پیشرفت و ارتقاء دانشجو در طول زمان، رتبه بندی دانشجویان، ارزیابی روش تدریس مربی، ترغیب دانشجویان برای مطالعه بیشتر و دادن مدرک ارزشیابی شایستگی بالینی دانشجویان و کارایی آن ها. ارزشیابی یکی از مشکل ترین وظایف اعضاء هیئت علمی و آموزش دهندگان برنامه های بهداشتی و پزشکی است.

راهنمای انجمن آموزش پزشکی اروپا ابزارهای متنوع ارزیابی بالینی و عملی متناسب با اهداف آموزشی از جمله ارزشیابی بالینی ساختار یافته عینی یا آسکی (OSCE) و ارزشیابی عملی با ساختار عینی یا آسپی (OSPE) را توصیه کرده است.

شناخته شده ترین روش برای آزمون مهارت های بالینی، ارزشیابی بالینی ساختار یافته عینی می باشد که بیش از هر آزمون دیگر مورد مطالعه قرار گرفته و می تواند میزان تحقق اهداف آموزشی در زمینه های شناختی، عاطفی و روانی - حرکتی دانشجویان را مورد ارزیابی قرار دهد (۱). دستیاران تخصصی از ارکان مهم نظام سلامت محسوب می شوند پس رسیدگی به مشکلات آنها از ضروریات می باشد. آزمون مورد تخصصی یکی از آزمون هایی است که سالانه در شهریور ماه برای دستیاران تخصصی دارای گواهی نامه تخصصی به دو شیوه چهارجوابی و آسکی برگزار می شود گرچه OSCE روشی مناسب برای بررسی شایستگی بالینی دانشجویان است ولی اجرای آن به نیروی انسانی مجرب، برنامه ریزی دقیق، امکانات و ابزار سنجش قابل اعتماد نیاز دارد. از عمده نگرانیهای دستیاران در خصوص این آزمون عدم همخوانی بین دروس ارائه شده و امتحانات برگزار شده در دانشگاههای مبدأ و مفاد آزمون مورد تخصصی (به ویژه در آزمون آسکی) می باشد. مسأله دیگر استرس زا این است که فقط از برخی دانشگاهها اساتیدی برای طراحی سوالات آزمون دعوت می شوند و برخی دانشگاهها فاقد اعضاء هیات علمی عضو مورد می باشند.

فقط افراد پذیرفته شده در امتحان مورد تخصصی می توانند در مراکز دانشگاهی به عنوان عضو هیات علمی به فعالیت بپردازند. حتی در برخی بیمارستانهای خصوصی نیز برای فعالیت نیاز به داشتن دانشنامه تخصصی می باشد. به علت سرنوشت ساز بودن این آزمون و نقش حیاتی آن در زندگی و آینده شغلی دستیاران و اینکه تاکنون در مورد چالشها و مشکلات اجرایی و ساختاری و فنی این آزمون در ایران آن هم از دید دستیاران شرکت کننده پژوهشی صورت نگرفته بر آن شدیم تا در مورد چالشهای این آزمون و راهکارهای احتمالی رفع آنان به مطالعه بپردازیم تا نتایج آن در سیاست گذاریهای بعدی مورد استفاده قرار گیرد. منظور از چالشها، مشکلاتی است که در سر راه اجرای صحیح این آزمون قرار دارد که ممکن است مربوط به آزمون گیرندگان و محیط آزمون بوده و یا مربوط به دانشگاه محل تحصیل دستیار باشد.

Objectives

هدف کلی:

تعیین چالشهای آزمون آسکی مورد تخصصی ناسیونال از نظر دستیاران شرکت کننده در آزمون؛ ۱۳۹۳

اهداف اختصاصی:

- تعیین نظر دستیاران شرکت کننده در مورد تاریخ و ساعت آزمون OSCE بورد تخصصی در سال ۹۳
- تعیین نظر دستیاران در مورد ابزار اجرای آزمون OSCE بورد تخصصی در سال ۹۳
- تعیین مناسب بودن تعداد سوالات آزمون OSCE بورد تخصصی در سال ۹۳ از نظر دستیاران شرکت کننده
- تعیین مناسب بودن زمان هر ایستگاه آزمون OSCE بورد تخصصی در سال ۹۳ از نظر دستیاران شرکت کننده
- تعیین تشابه سوالات آزمون OSCE بورد تخصصی در سال ۹۳ با امتحان آزمون OSCE پره بورد برگزار شده از نظر دستیاران شرکت کننده
- تعیین تشابه سوالات آزمون OSCE بورد تخصصی در سال ۹۳ با امتحانات OSCE درون بخشی برگزار شده در طی سالهای دستگیری از نظر دستیاران شرکت کننده
- تعیین اینکه آیا از نظر دستیاران شرکت کننده سوالات آزمون OSCE بورد تخصصی در سال ۹۳ بامبانی تدریس شده در طول دوره دستگیری منطبق بوده است
- تعیین اینکه آیا از نظر دستیاران شرکت کننده در آزمون OSCE بورد تخصصی سال ۹۳ این آزمون توانایی سنجش مهارتهای بالینی دستیاران را دارد
- تعیین نظر دستیاران شرکت کننده آزمون OSCE بورد تخصصی سال ۹۳ از نظر نحوه اعلام نتایج آزمون
- تعیین نظر دستیاران شرکت کننده آزمون OSCE بورد تخصصی سال ۹۳ از نظر زمان اعلام نتایج آزمون
- تعیین نظر دستیاران شرکت کننده آزمون OSCE بورد تخصصی سال ۹۳ در مورد قابل پیشبینی بودن نتایج آزمون برای ایشان
- تعیین نظر دستیاران شرکت کننده آزمون OSCE بورد تخصصی سال ۹۳ در خصوص تاثیر وجود هیات علمی عضو بورد از گروه در نتایج آزمون ایشان
- تعیین نظر دستیاران شرکت کننده آزمون OSCE بورد تخصصی سال ۹۳ در مورد میزان همخوانی ایستگاههای اسکی با نیاز بالینی رشته مربوطه
- تعیین اینکه آیا به نظر دستیاران شرکت کننده آزمون OSCE بورد تخصصی سال ۹۳ سوالات مطرح شده در ایستگاهها با توجه به فرانس مربوطه از صحت لازم برخوردار بود

تعیین اینکه آیا به نظر دستیاران شرکت کننده آزمون OSCE بورد تخصصی سال ۹۳ نمره دهی آزمون مناسب بوده است

:Study Design

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی مقطعی می باشد پروپوزال این مطالعه در مرداد ۹۳ به معاونت پژوهشی فرستاده شد در اسفند ماه ۹۳ تاییدیه ی کمیته پژوهشی دانشگاه و در خرداد ماه ۹۴ تایید کمیته اخلاق دانشگاه را دریافت کرد و پس از آن به مدت یک ماه جمع آوری داده صورت گرفت.

:Study Setting

جمعیت مورد مطالعه شامل کلیه دستیاران سال اخر دو گروه بالینی اطفال و زنان بوده که در امتحان اسکی بورد تخصصی در سال ۹۳ شرکت کرده اند این دو گروه به صورت تصادفی از بین گروههای بالینی که به دو گروه رشته های جراحی و غیر جراحی تقسیم شدند (۱۶ گروه غیر

جراحی و ۹ گروه جراحی) انتخاب گردیدند. ابتدا به روش stratified sampling کلیه ۲۵ رشته تخصصی به دو گروه جراحی و غیر جراحی تقسیم شدند و سپس از هر گروه یک رشته انتخاب شد

:Participan

ابتدا کل گروههای آموزشی به دو دسته جراحی و غیر جراحی تقسیم شد و به صورت تصادفی ساده یک گروه جراحی (زنان) و یک گروه غیر جراحی (اطفال) انتخاب شد.

:Sample Size

مطالعه به صورت تمام شماری روی تمامی دستیاران سال آخر دو رشته بالینی جراحی و غیرجراحی که در امتحان آسکی مورد تخصصی ناسیونال سال ۹۳ شرکت کردند صورت گرفت.

:Data Gathering Tool

در شروع این کار ابتدا پرسشنامه ای در این خصوص توسط پژوهشگران طراحی شد که قسمت اول آن شامل سوالات دموگرافیک مانند جنس و رشته و سوال در مورد قبولی در آزمون مورد و نمره می باشد و در قسمت دوم آن ۱۵ سوال در مورد آزمون آسکی مورد تخصصی سال ۹۳ پرسیده شده بود که نظر دستیاران را در این خصوص جویا می شد.

سوالات پرسشنامه در مقیاس لیکرت پنج گزینه ای طراحی شده بود(کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم، کاملاً مخالفم) جهت روایی این پرسشنامه از پانل خبرگان که شامل اساتید دانشگاه علوم پزشکی مشهد(گروه اطفال و زنان) و ریاست گروه آموزش پزشکی و همچنین از ریاست مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی و مسئول دستیاران گروه کودکان دانشگاه استفاده شد (۵ نفر) و سه نفر دستیارانی که سالهای پیش در این آزمون شرکت کرده اند تعیین گردید. که در کل برای روایی محتوا مرتبط بودن، سادگی و وضوح هر یک از آیتم ها و همچنین ضروری بودن آنها سنجیده شد. و برای روایی صوری بررسی شد که آیا ظاهر ابزار به صورت مناسب برای ارزیابی هدف مورد نظر طراحی شده است یا خیر؟ و برای آن سطح دشواری، میزان عدم تناسب، ابهام مورد بررسی و اصلاح قرار گرفت.

پایایی پرسشنامه توسط آلفای کرونباخ در یک جمعیت ۱۹ نفره از دستیاران در ابتدای مطالعه تعیین گردید که ۰/۷۸۹ شد و با توجه به آن پایایی تایید گردید

:Data Analysis

- داده ها پس از جمع آوری در نرم افزار SPSS۱۶، وارد و آنالیز شد متغیرهای کمی با میانگین و انحراف معیار و متغیرهای کیفی با جداول و نمودارها توصیف شدند و برای مقایسه بین گروهها از t تست و در مواقعی که داده ها توزیع غیر نرمال داشتند از یو من ویتنی استفاده شد. برای بررسی رابطه بین نمره فرد و نمره پرسشنامه به تفکیک دو گروه: از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد

:Results

(۱-۱) نتایج

در این مطالعه ۲۵ دستیار تخصصی سال آخر دانشگاه علوم پزشکی مشهد در سال ۹۳ وارد مطالعه شدند. این دستیاران در امتحان آسکی مورد تخصصی ناسیونال سال ۹۳ شرکت کرده بودند از این ۲۵ نفر ۱۴ نفر (۵۶٪) رشته اطفال و ۱۱ نفر (۴۴ درصد) رشته زنان بودند.

جنس افراد شرکت کننده در مطالعه

جدول (۱-۴) توزیع جنسی دستیاران شرکت کننده در مطالعه به تفکیک رشته اطفال و زنان را نشان می دهد.

جدول ۴- ۱ : توزیع جنسی افراد شرکت کننده در مطالعه به تفکیک رشته تحصیلی

رشته	جنسیت	فراوانی	درصد
اطفال	مرد	۶	۴۲/۹
	زن	۸	۵۷/۱
	کل	۱۴	۱۰۰
زنان	زن	۱۱	۱۰۰

نمره امتحان کتبی افراد شرکت کننده در مطالعه

جدول (۲-۴) توزیع نمره امتحان کتبی دستیاران را به تفکیک دو بخش نشان می دهد که با توجه به توزیع نرمال نمرات با استفاده از تی تست مستقل میانگین نمره در دو گروه اطفال و زنان مقایسه شد که تفاوت معنی داری نداشت ($p=0/353$).

جدول ۴-۲: توزیع نمره امتحان دستیاران را به تفکیک رشته تحصیلی

رشته	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
اطفال	۱۱۰	۱۳۲	۱۲۱/۸۶	۷/۸۱۹
زنان	۱۰۵	۱۳۴	۱۱۶/۵۷	۱۲/۱۹۱

نتیجه امتحان آسکی دستیاران

در مجموع از ۲۵ نفر ۲۳ نفر (۹۲٪) دستیاران در آزمون آسکی قبول و ۲ نفر (۸٪) به این سوال پاسخی ندادند که این دو نفر رشته زنان بودند.

توزیع نمره براساس جنس و رشته تحصیلی

جدول (۳-۴) چگونگی توزیع نمره دستیاران شرکت کننده در آزمون آسکی برحسب جنس و رشته را نشان می دهد زنان اطفالی بالاترین نمره را دارا می باشند و مردان اطفالی و دستیاران زنان نمره مشابهی را کسب کردند.

جدول ۴-۳: توزیع نمره برحسب جنس و رشته تحصیلی

رشته	جنس	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
اطفال	مرد	۱۱۰	۱۲۴	۱۱۷/۷۵	۵/۹۰۹
	زن	۱۱۹	۱۳۲	۱۲۷/۳۳	۷/۲۳۴
زنان	زن	۱۰۵	۱۳۴	۱۱۶/۵۷	۱۲/۱۹۱

نمودار ۴-۱: میانگین نمره برحسب جنس و رشته تحصیلی

توزیع نمره کلی پرسشنامه به تفکیک رشته تحصیلی

نمره کلی پرسشنامه که مربوط به جمع نمرات ۱۵ سوال می باشد رنج بین ۱۵ تا ۷۵ دارد به طور کلی آنالیز شد کمترین مقدار گزارش شده ۴۰ و بیشترین ۶۸ و میانگین کلی به صورت $55 \pm 7/22$ می باشد

نمره کلی پرسشنامه را برای هر گروه اطفال و زنان به طور مجزا محاسبه کردیم که در جدول زیر خلاصه شده است.

جدول ۴-۴: توزیع نمره کلی پرسشنامه به تفکیک رشته تحصیلی

رشته	مینیمم	ماکزیمم	میانگین	انحراف معیار
اطفال	۴۰	۶۶	۵۵/۵	۷/۴۲۹
زنان	۴۱	۶۸	۵۴/۳۶	۷/۲۴

مقایسه نمره کلی پرسشنامه در دو گروه اطفال و زنان

چون توزیع متغیر نمره کلی پرسشنامه نرمال است برای مقایسه بین دو گروه از تی تست استفاده می کنیم که پس از انجام آنالیز ($p=0/705$) پس بین دو گروه از نظر نمره کلی پرسشنامه تفاوت معنی داری وجود نداشت.

مقایسه فراوانی پاسخ به هر سوال پرسشنامه در دو گروه

کلا پرسشنامه ۱۵ سوال داشت که به صورت زیر بودند.

۱- تاریخ و ساعت اجرای آزمون آسکی بورد تخصصی در سال ۹۳ مناسب بود.
۲- ابزارهای به کار گرفته شده برای برگزاری آزمون آسکی بورد تخصصی در سال ۹۳ مناسب بود.
۳- تعداد سوالات آزمون آسکی بورد تخصصی سال ۹۳ مناسب بود.
۴- زمان هر ایستگاه آزمون آسکی بورد تخصصی سال ۹۳ مناسب بود.
۵- بین سوالات آزمون آسکی بورد تخصصی با آزمون آسکی پره بورد برگزار شده تشابه وجود داشت.
۶- بین سوالات آزمون آسکی بورد تخصصی سال ۹۳ با امتحانات آسکی درون بخشی برگزار شده در طی سالهای دستگیری تشابه وجود داشت.
۷- سوالات آزمون آسکی بورد تخصصی سال ۹۳ با مبانی تدریس شده در طول دوره دستگیری منطبق بوده است.
۸- آزمون آسکی بورد تخصصی سال ۹۳ توانایی سنجش مهارتهای بالینی شما را داشت.
۹- نحوه اعلام نتایج آزمون آسکی بورد تخصصی ناسیونال سال ۹۳ مناسب بود.
۱۰- زمان اعلام نتایج آزمون آسکی بورد تخصصی ناسیونال سال ۹۳ مناسب بود.
۱۱- نتایج این آزمون از قبل برای شما قابل پیش بینی بود.
۱۲- وجود هیات علمی عضو بورد از گروه در نتایج آزمون موثر بوده است.

۱۳- همخوانی بین ایستگاههای آزمون آسکی بورد تخصصی با نیازهای بالینی رشته شما وجود داشت.
۱۴- سوالات مطرح شده در ایستگاهها با توجه به رفرانس مربوطه واضح بوده و از صحت لازم برخوردار بود.
۱۵- نمره دهی آزمون مناسب بوده است.

در جدول زیر نمره سوالات پرسشنامه به تفکیک ذکر شده است

جدول ۴-۵: توزیع فراوانی افراد در پاسخگویی به سوالات پرسشنامه به تفکیک رشته تحصیلی

سوالات	نام گروه	کاملاً مخالف	مخالف	بی نظر	موافق	کاملاً موافق
۱	اطفال	۰	۱(۷/۱)	۱(۷/۱)	۷(۵۰)	۵(۳۵/۷)
	زنان	۰	۳(۲۷/۳)	۰	۶(۵۴/۵)	۲(۱۸/۲)
۲	اطفال	۱(۷/۱)	۲(۱۴/۳)	۱(۷/۱)	۷(۵۰)	۳(۲۱/۴)
	زنان	۰	۰	۱(۹/۱)	۸(۷۲/۷)	۲(۱۸/۲)
۳	اطفال	۰	۳(۲۱/۴)	۰	۷(۵۰)	۴(۲۸/۶)
	زنان	۰	۲(۱۸/۲)	۰	۵(۴۵/۵)	۴(۳۶/۴)
۴	اطفال	۰	۷(۵۰)	۲(۱۴/۳)	۳(۲۱/۴)	۲(۱۴/۳)
	زنان	۰	۴(۳۶/۴)	۰	۳(۲۷/۳)	۴(۳۶/۴)
۵	اطفال	۱(۷/۱)	۴(۲۸/۶)	۱(۷/۱)	۶(۴۲/۹)	۲(۱۴/۳)
	زنان	۰	۰	۰	۷(۶۳/۶)	۴(۳۶/۴)
۶	اطفال	۰	۰	۴(۲۸/۶)	۸(۵۷/۱)	۲(۱۴/۳)
	زنان	۰	۲(۱۸/۲)	۲(۱۸/۲)	۴(۳۶/۴)	۳(۲۷/۳)
۷	اطفال	۰	۰	۰	۱۰(۷۱/۴)	۴(۲۸/۶)
	زنان	۰	۱(۹/۱)	۰	۸(۷۲/۷)	۲(۱۸/۲)
۸	اطفال	۱(۷/۱)	۱(۷/۱)	۵(۳۵/۷)	۴(۲۸/۶)	۳(۲۱/۴)
	زنان	۱(۹/۱)	۲(۱۸/۲)	۲(۱۸/۲)	۵(۴۵/۵)	۱(۹/۱)
۹	اطفال	۲(۱۴/۳)	۳(۲۱/۴)	۰	۶(۴۲/۹)	۳(۲۱/۴)
	زنان	۳(۲۷/۳)	۳(۲۷/۳)	۰	۲(۱۸/۲)	۳(۲۷/۳)
۱۰	اطفال	۲(۱۴/۳)	۳(۲۱/۴)	۱(۷/۱)	۴(۲۸/۶)	۴(۲۸/۶)
	زنان	۳(۲۷/۰۳)	۳(۴۵/۵)	۰	۲(۱۸/۲)	۱(۹/۱)
۱۱	اطفال	۰	۱(۷/۱)	۳(۲۱/۴)	۶(۴۲/۹)	۴(۲۸/۶)
	زنان	۱(۹/۱)	۲(۱۸/۲)	۱(۹/۱)	۶(۵۴/۵)	۱(۹/۱)
۱۲	اطفال	۳(۲۱/۴)	۲(۱۳/۴)	۲(۱۳/۴)	۲(۱۳/۴)	۵(۳۵/۷)

	زنان	۱(۹/۱)	۰	۲(۱۸/۲)	۶(۵۴/۵)	۲(۱۸/۲)
۱۳	اطفال	۰	۲(۱۴/۳)	۲(۱۴/۳)	۶(۴۲/۹)	۴(۲۸/۶)
	زنان	۰	۳(۲۷/۳)	۰	۳(۲۷/۳)	۳(۲۷/۳)
۱۴	اطفال	۰	۰	۲(۱۴/۳)	۱۰(۷۱/۴)	۲(۱۴/۳)
	زنان	۱(۹/۱)	۰	۱(۹/۱)	۶(۵۴/۵)	۳(۲۷/۳)
۱۵	اطفال	۰	۱(۷/۱)	۳(۲۱/۴)	۳(۲۱/۴)	۷(۵۰)
	زنان	۱(۹/۱)	۰	۰	۹(۸۱/۸)	۱(۹/۱)

بررسی نمره هر سوالات پرسشنامه بین دو رشته تحصیلی

رنج نمره هر سوال در گروه اطفال از ۱۴ تا ۷۰ بوده و این رنج در گروه دستیاران زنان از ۱۱ تا ۵۵ می باشد

دستیاران گروه اطفال در مجموع به سوال زیر بیشترین نمره را دادند(۶۰)

"سوالات آزمون آسکی مورد تخصصی سال ۹۳ با مبانی تدریس شده در طول دوره دستیاری منطبق بوده است"

و برای سوال زیر کمترین نمره را در نظر گرفته اند.(۴۲)

"زمان هر ایستگاه آزمون آسکی مورد تخصصی ناسیونال سال ۹۳ مناسب بود"

دستیاران گروه زنان در مجموع به سوال زیر بیشترین نمره را دادند(۴۸)

بین سوالات آزمون آسکی مورد تخصصی ناسیونال با آزمون آسکی پره مورد برگزار شده تشابه وجود داشت

و برای سوال زیر کمترین نمره را در نظر گرفته اند(۳۲).

"نحوه اعلام نتایج آزمون آسکی مورد تخصصی ناسیونال سال ۹۳ مناسب بود"

در این قسمت میانگین نمره هر یک از سوالات پرسشنامه را در دو گروه اطفال و زنان با هم مقایسه می کنیم. نمره هر سوال بین ۱ تا ۵ متغیر است.

ابتدا نرمالیده توزیع نمرات بررسی می شود که فقط نمره سوالات ۷ و ۱۵ توزیع غیرنرمال داشت که برای مقایسه بین دو گروه از آزمون یو من ویتنی استفاده می شود ولی برای مقایسه میانگین مابقی سوالات در دو گروه از تی تست مستقل استفاده می شود.

جدول ۴-۶: مقایسه میانگین نمره هر سوال پرسشنامه بین دو گروه

سوال	رشته	حداقل	حداکثر	مجموع	میانگین	انحراف معیار	pvalue
۱	اطفال	۲	۵	۵۸	۴/۱۴	۰/۸۶	۰/۲۱۴
	زنان	۲	۵	۴۰	۳/۶۴	۱/۱۲	
۲	اطفال	۱	۵	۵۱	۳/۶۴	۱/۲۲	۰/۲۳۳
	زنان	۳	۵	۴۵	۴/۰۹	۰/۵۴	
۳	اطفال	۲	۵	۵۴	۳/۸۵	۱/۱۰	۰/۷۵۰
	زنان	۲	۵	۴۴	۴	۱/۰۹	
۴	اطفال	۲	۵	۴۲	۳	۱/۱۸	۰/۲۲۳
	زنان	۲	۵	۴۰	۳/۶۳	۱/۳۶	
۵	اطفال	۱	۵	۴۶	۳/۲۹	۱/۲۷	۰/۰۱۴
	زنان	۴	۵	۴۸	۴/۳۶	۰/۵۰	
۶	اطفال	۳	۵	۵۴	۳/۸۶	۰/۶۶	۰/۷۱۸
	زنان	۲	۵	۴۱	۳/۷۲	۱/۱۰	
۷	اطفال	۲	۵	۶۰	۴/۲۸	۰/۴۷	*۰/۵۰۱
	زنان	۱	۵	۴۴	۴	۰/۷۷	
۸	اطفال	۱	۵	۴۹	۳/۵	۱/۱۶	۰/۶۳۵
	زنان	۱	۵	۳۶	۳/۲۷	۱/۱۹	
۹	اطفال	۱	۵	۴۹	۳/۵	۱/۱۶	۰/۴۸۴
	زنان	۱	۵	۳۲	۲/۹۰	۱/۷۰	
۱۰	اطفال	۱	۵	۴۷	۳/۳۶	۱/۵۰	۰/۱۰۱
	زنان	۱	۵	۲۶	۲/۳۶	۱/۳۶	
۱۱	اطفال	۲	۵	۵۵	۳/۹۳	۰/۹۲	۰/۱۹۶
	زنان	۱	۵	۳۷	۳/۳۶	۱/۲۱	
۱۲	اطفال	۱	۵	۴۶	۳/۲۸	۱/۶۴	۰/۴۳۰
	زنان	۱	۵	۴۱	۳/۷۲	۱/۱۰	
۱۳	اطفال	۲	۵	۵۴	۳/۸۶	۱/۰۳	۰/۴۹۸
	زنان	۲	۵	۳۹	۳/۵۴	۱/۲۱	
۱۴	اطفال	۳	۵	۵۶	۴	۰/۵۵	۰/۷۹۵
	زنان	۱	۵	۴۳	۳/۹۰	۱/۱۳۶	
۱۵	اطفال	۲	۵	۵۸	۴/۱۴	۱/۰۳	*۰/۳۷۳
	زنان ۱	۵	۴۲	۳/۸۱	۰/۹۸		

*از تست یومن ویتنی و مقایسه Mean Rank استفاده شده است.

مابقی از تی تست مستقل استفاده شده است

هیچ تفاوتی بین هیچ سوالی در دو گروه مشاهده نشد به جز سوال ۵ که تفاوت میانگین نمره بین دو گروه معنی دار بود ($p=0/014$) که در گروه زنان به مراتب بالاتر بود.

بررسی ارتباط بین نمره پرسشنامه به عنوان متغیر وابسته و جنس و رشته تحصیلی و نتیجه آزمون آسکی و نمره آزمون کتبی به عنوان متغیر مستقل

به این منظور از رگرسیون خطی استفاده شد که این مدل معنی دار نشد ($p=0/718$) می باشد.

بررسی رابطه بین نمره فرد و نمره پرسشنامه به تفکیک دو گروه

چون هر دو متغیر توزیع نرمال دارند برای این منظور از همبستگی پیرسون استفاده کردیم

در گروه زنان رابطه معنی دار نبود ($r=0/587$) و ($p=0/166$).

ولی در گروه اطفال رابطه به صورت قوی و معکوس و معنی دار می باشد ($r=-0/763$) و ($p=0/046$).

Conclusion:

برخی از چالشهای آزمون مورد مرتبط با آزمون گیرندگان و محیط آزمون بوده و برخی مربوط به دانشگاه محل تحصیل دستیار می باشد که در برطرف کردن مشکلات باید هر دو مورد را مدنظر قرار داد. در گروه اطفال مهمترین چالش عدم تناسب بین زمان داده شده و کار خواسته شده در هر ایستگاه بوده است که این مورد در مطالعه دیگری نیز که روی دستیاران اطفال انجام شده بود بیان شده بود که این امر نیاز به مداخله و پیگیری دارد. همچنین در گروه زنان نیز مهمترین چالش نحوه ی اعلام نتایج آزمون آسکی بود که با تاخیر چند روزه اعلام می شود در صورتی که نمرات چند ساعت بعد از آزمون به وزارت اعلام می شود که این امر از یک سو منجر به افزایش استرس دستیاران شده و از سوی دیگر امکان اعتراض به نتایج را برای آن دسته از دستیاران شهرستانی که مجبور به بازگشت به شهر خود بعد از آزمون می باشند محدود می کند..

Keywords:

دستیار، آزمون مورد تخصصی، OSCE، اطفال، زنان

کد: ۱۸۰۳

حیطه: ارزشیابی آموزشی (دانشجو، هیئت علمی و برنامه)

رضایت مندی دانشجویان مامایی دانشگاه علوم پزشکی شیراز از ارزشیابی بالینی به روش دفترچه ثبت مهارت های بالینی (Log (Book

نویسندگان: زینب مشفق، مرضیه اسدی لاری

Introduction

آموزش بالینی مهمترین بخش در آموزش پرستاری و مامایی می باشد که به لحاظ اهمیت، قلب آموزش حرفه ای شناخته شده است؛ زیرا دوره های کارآموزی و کارورزی در شکل دهی مهارتهای اساسی و توانمندی های حرفه ای دانشجویان علوم پزشکی نقش اساسی دارند. در عین حال در هر برنامه ی آموزشی، ارزشیابی به عنوان یک رکن اساسی مطرح بوده و می تواند آموزش را از حالت ایستا به مسیری پویا هدایت نماید. ارزشیابی این امکان را فراهم می سازد تا بر اساس نتایج آن، نقاط قوت و ضعف فرآیند آموزش مشخص شود و با تقویت جنبه های مثبت و رفع نارسایی ها در ایجاد تحول و اصلاح آموزشی گام های مناسبی برداشته شود. یکی از روشهای ارزشیابی مهارت های بالینی، استفاده از دفترچه ثبت مهارت های بالینی (log book) است. در log book، مهارت ها و توانایی هایی که دانشجو باید کسب کند، در یک دفترچه نوشته می شود و در اختیار دانشجو قرار می گیرد و او پس از انجام هر یک از وظایف، با ذکر تاریخ و نحوه ی مشارکت خویش، اطلاعات را ثبت می کند و مربی در قسمتی از دفترچه، چگونگی انجام فعالیت و نحوه ی مشارکت دانشجو را بررسی می کند. همچنین مربی در خصوص مشکلاتی که در نحوه ی انجام آن فعالیت وجود داشته، با دانشجو به بحث می نشیند و در نهایت آن فعالیت را با امضا تأیید یا تعدیل می کند؛ به این ترتیب با ثبت وقایع از فراموشکاری، اعمال نظر مربی و سوء تعبیر دانشجو جلوگیری میگردد. با توجه به لزوم به کارگیری روش های ارزشیابی نوین که بتوانند به خوبی نقاط ضعف و قوت دانشجویان را مشخص نمایند و بطور مستمر در طول دوره ی آموزشی به کار گرفته شوند، روش ارزشیابی بالینی دانشجویان دانشکده پرستاری و مامایی شیراز تغییر کرده و از log book استفاده می گردد. با عنایت به به اینکار به کارگیری هر ابزار ارزشیابی اساساً به میزان پذیرش آن ابزار توسط افراد متأثر از آن (دانشجو و مربی) بستگی دارد و مطالعه ای در زمینه رضایت مندی دانشجویان علوم پزشکی شیراز از این روش صورت نگرفته است، تحقیق حاضر با هدف تعیین رضایت مندی دانشجویان مامایی دانشکده پرستاری و مامایی حضرت فاطمه (س) دانشگاه علوم پزشکی شیراز، از روش ارزشیابی بالینی دفترچه ثبت مهارت های بالینی (لاگ بوک) انجام می گردد.

Objectives

تعیین میزان رضایت دانشجویان مامایی دانشگاه علوم پزشکی شیراز در خصوص استفاده از دفترچه ی ثبت مهارت های بالینی (Logbook) در کارآموزی های داخلی و جراحی و بیماریهای زنان
تعیین مشخصات دموگرافیک و تحصیلی افراد مورد مطالعه و ارتباط آنها با میزان رضایت دانشجویان از دفترچه ی ثبت مهارت های بالینی (log
(book

Study Design

این مطالعه توصیفی- مقطعی در سال ۱۳۹۳ انجام شده است.

Study Setting

جامعه پژوهش شامل تمام دانشجویان ترم ۶، ۷ و ۸ رشته مامایی در مقطع کارشناسی می شود که نتایج مطرح شده در این پژوهش، حاصل از انجام مطالعه در کل جامعه می باشد.

Participant

کلیه دانشجویان سال سوم و چهارم کارشناسی مامایی (ترم ۶ تا ۸) واجد شرایط پژوهش در دانشکده پرستاری و مامایی حضرت فاطمه (س) علوم پزشکی شیراز (۵۲ نفر) مورد مطالعه قرار گرفتند. شرایط ورود به مطالعه عبارت بود از: دانشجویان کارشناسی مامایی که در نیمسال دوم سال تحصیلی ۹۳-۱۳۹۲ کارآموزی «داخلی-جراحی» و «بیماری های زنان» خود را در بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز می گذراندند و به روش «دفترچه ثبت مهارت های بالینی» ارزیابی می شدند.

Sample Size

نمونه های پژوهش به روش سرشماری وارد مطالعه شده اند.

Data Gathering Tool

پرسشنامه رضایت مندی دانشجویان مامایی از روند ارزشیابی به روش لاگ بوک در دو کارآموزی داخلی-جراحی و بیماری های زنان طبق سرفصل دروس بالینی داخلی-جراحی و بیماری های زنان تهیه شده که مشتمل بر ۲۳ گویه و ۹ حیطه (منصفانه بودن، مطابقت با اهداف یادگیری، مناسب بودن، زمان، امکان اجراء، ارتقای مهارتها، عینی بودن، استرس زا بودن و علاقه مندی به روش ارزشیابی) بود. گویه ها در قالب مقیاس لیکرت ۵ نقطه ای (از کاملاً مخالف با نمره ۱ تا کاملاً موافق با نمره ۵) تنظیم شده بودند و یک سؤال باز در انتهای پرسشنامه برای اخذ سایر نظرات شرکت کنندگان قرار داشت. حداقل نمره پرسشنامه رضایت مندی از روش سنجش، ۲۳ و حداکثر ۱۱۵ بود. به منظور فراهم شدن امکان مقایسه و درک بهتر، نمره کل پرسشنامه رضایت مندی برای هر دانشجو و نمرات حیطه های رضایت مندی در مقیاس ۱۰۰ محاسبه گردید. در محاسبه نمره کل پرسشنامه رضایت مندی، نمره حیطه استرس زا بودن به صورت معکوس از کاملاً مخالف (۵) تا کاملاً موافق (۱) محاسبه گردید. لازم به ذکر است که میانگین نمره کل رضایت مندی و میانگین نمرات حیطه های رضایت مندی دانشجویان به صورت مساوی در ۵ طبقه: کاملاً ناراضی (نمرات ۹/۳۵-۲۳)، نسبتاً ناراضی (نمرات ۲۳-۳۶)، بی نظر (نمرات ۳۶-۴۹/۵۱)، نسبتاً راضی (نمرات ۴۹/۵۱-۵۲)، کاملاً راضی (نمرات ۵۲-۶۸) و کاملاً راضی (نمرات ۶۸-۸۴) تقسیم گردید. روابی محتوای ابزار مورد استفاده، با در اختیار گذاشتن پرسشنامه نزد ۶ تن از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی حضرت فاطمه (س) علوم پزشکی شیراز و اعمال نظرات ایشان، تأیید گردید. همچنین پرسشنامه در اختیار ۲۰ نفر از دانشجویان مامایی با وضعیت مشابه که قبلاً این کارآموزی ها را گذرانده بودند، گذاشته شد و پایایی پرسشنامه رضایت مندی دانشجویان از ارزشیابی به روش لاگ بوک در کارآموزی «داخلی-جراحی» با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵۲ و در کارآموزی «جراحی های زنان» نیز با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵۹ تأیید شد.

Data Analysis

دانشجویان مامایی طبق روال چند ترم اخیر در دانشکده پرستاری و مامایی حضرت فاطمه (س)، قبل از شروع کارآموزی «داخلی-جراحی» و «بیماری های زنان»، لاگ بوک خود را از سایت دانشکده دریافت و در طول کارآموزی آن را تکمیل نمودند. این دفترچه های مخصوص ثبت مهارت های بالینی، توسط اساتید عضو هیئت علمی گروه مامایی و بر اساس اهداف آموزشی و سرفصل دروس بالینی داخلی-جراحی و بیماری های زنان تدوین شده است.

جهت انجام پژوهش، پس از گذشت حداقل یک هفته از اتمام کارآموزی و اعلام نمرات، از دانشجویان واجد شرایط که قبلاً شناسایی شده بودند، خواسته شد تا در صورت تمایل جهت شرکت در انجام پژوهش، ابتدا فرم مشخصات فردی شامل سن، ترم تحصیلی، معدل کل و ... را کامل کنند و سپس پرسشنامه رضایت مندی دانشجویان مامایی از روند ارزشیابی به روش لاگ بوک در دو کارآموزی داخلی-جراحی و بیماری های زنان را تکمیل نموده و میزان رضایت خود را گزارش دهند و پیشنهادات و نظرات خود را نیز اعلام نمایند.

اطلاعات استخراج شده از فرم اطلاعات فردی و پرسشنامه های رضایت مندی، با استفاده از نرم افزار آماری SPSS ۱۸,۰ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت تجزیه و تحلیل داده ها، از آمار توصیفی شامل توزیع فراوانی، میانگین و انحراف معیار و آزمون های آماری تحلیلی شامل آزمون تحلیل واریانس (ANOVA) و آزمون های تعقیبی (Post Hoc) مثل توکی (Tukey) استفاده شد.

Results

میانگین رضایت‌مندی دانشجویان از روش «دفترچه ثبت مهارت های بالینی» در کارآموزی داخلی-جراحی، ۵/۴۸٪ بود و میانگین نمره رضایت مندی از روش «دفترچه ثبت مهارت های بالینی» در کارآموزی بیماری های زنان، ۸/۴۸٪ بود که هر دو در حیطه نسبتاً ناراضی (نمرات ۹/۵۱-۳۶) قرار دارند.

نمره رضایتمندی دانشجویان از روش لاگ بوک در کارآموزی داخلی- جراحی در ترم ۸، تفاوت معناداری با نمره رضایتمندی دانشجویان هریک از ترم های ۶ (p-value = ۰۰۳/۰) و ترم ۷ (p-value = ۰۳۷/۰) دارد. اما در بررسی جفتی میانگین نمرات رضایت دانشجویان از روش لاگ بوک در کارآموزی بیماری های زنان، فقط بین نمره رضایت دانشجویان ترم ۸ و ۶ تفاوت معنادار مشاهده می گردد (p-value = ۰۰۳/۰).

جدول ۱: توزیع فراوانی و میانگین نمره حیطه های رضایت مندی دانشجویان مامایی از روش ارزشیابی «دفترچه ثبت مهارت های بالینی» در کارآموزی داخلی-جراحی

رضایت دانشجویان						حیطه
SD M	کاملاً راضی	نسبتاً راضی	بی نظر	نسبتاً ناراضی	کاملاً ناراضی	
(در مقیاس ۱۰۰)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
۴۴/۶ ۲۰/۸	۱ (۱/۹)	۶ (۱۱/۵)	۱۱ (۲۱/۲)	۲۰ (۳۸/۵)	۱۴ (۲۶/۹)	منصفانه بودن
۴۷/۸ ۱۷/۴	۰ (۰)	۷ (۱۳/۵)	۱۱ (۲۱/۲)	۲۳ (۴۴/۲)	۱۱ (۲۱/۲)	مطابقت با اهداف آموزشی
۴۶/۵ ۱۸/۸	۱ (۱/۹)	۵ (۹/۶)	۱۷ (۳۲/۷)	۱۳ (۲۵)	۱۶ (۳۰/۸)	مناسب بودن
۴۸/۹ ۱۸/۵	۲ (۳/۸)	۶ (۱۱/۵)	۱۵ (۲۸/۸)	۱۸ (۳۴/۶)	۱۱ (۲۱/۲)	زمان
۵۰/۰ ۲۳/۲	۲ (۳/۸)	۱۱ (۲۱/۲)	۹ (۱۷/۳)	۱۹ (۳۶/۵)	۱۱ (۲۱/۲)	امکان اجرا
۴۶/۱ ۱۷/۶	۱ (۱/۹)	۵ (۹/۶)	۱۲ (۲۳/۱)	۲۰ (۳۸/۵)	۱۴ (۲۶/۹)	ارتقای مهارت ها
۵۰/۷ ۲۱/۴	۱ (۱/۹)	۱۱ (۲۱/۲)	۱۲ (۲۳/۱)	۱۹ (۳۶/۵)	۹ (۱۷/۳)	عینی بودن
۵۹/۶ ۲۶/۱	۶ (۱۱/۵)	۱۶ (۳۰/۸)	۱۰ (۱۹/۲)	۱۱ (۲۱/۲)	۹ (۱۷/۳)	استرس زا بودن
۴۶/۴ ۱۹/۲	۲ (۳/۸)	۴ (۷/۷)	۱۹ (۳۶/۵)	۱۴ (۲۶/۹)	۱۴ (۲۶/۹)	علاقه مندی به بکارگیری روش
۴۸/۵ ۱۵/۰۲	۱ (۱/۹)	۴ (۷/۷)	۱۸ (۳۴/۶)	۱۹ (۳۶/۵)	۱۰ (۱۹/۲)	جمع کل

Conclusion

استفاده از دفترچه ثبت مهارت های بالینی در ارزشیابی کارآموزی داخلی- جراحی و بیماری های زنان برای دانشجویان مامایی دانشگاه علوم پزشکی شیراز همراه با نارضایتی نسبی است. نتایج این مطالعه هرچند قابل تعمیم به جامعه مامایی کل کشور نیست اما حکایت از نارضایتی و وجود مشکل در روش ارزشیابی دفترچه ثبت مهارت های بالینی دارد. از طرفی، در چندین مقاله سودمندی استفاده از این روش مورد تأیید قرار گرفته است؛ لذا بازنگری و اصلاح جوانب مختلف دفترچه ثبت مهارت های بالینی ضروری به نظر می رسد. همچنین می توان با کنترل بیشتر بر روند تکمیل و اجرای دفترچه ها و ترکیب این روش با دیگر روش های ارزشیابی، نقاط ضعف آن را اصلاح و در جهت تقویت هرچه بیشتر نقاط قوت آن کوشید تا به خوبی موجبات رضایت هرچه بیشتر دانشجویان فراهم گردد.

:Keywords

Midwifery students, Log book, Students' satisfaction, Clinical Evaluation

کد: ۱۷۹۳

حیطه: ارزشیابی آموزشی (دانشجو، هیئت علمی و برنامه)

بررسی رابطه راهبرد های یادگیری فراشناختی با پیشرفت تحصیلی در بین دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی بیرجند

نویسندگان: محمدرضا رئیسون، سیما کاظمی، یحیی محمدی.

:Introduction

پیشرفت تحصیلی یکی از موضوعاتی است که در حوزه آموزش عالی و سیستم دانشگاهی هر کشوری اهمیت زیادی دارد، چارچوبی که برای پیشرفت تحصیلی ترسیم می شود می تواند آینده یک کشور یا ملت را تحت تأثیر قرار دهد. شناخت عواملی که بر پیشرفت تحصیلی تأثیر می گذارند می تواند هدف مهمی باشد که برای رسیدن به آن شایسته است که به یک تحقیق دست زد. منظور از پیشرفت تحصیلی، میزان دستیابی فراگیران به اهداف آموزشی از پیش تعیین شده است؛ که انتظار می رود در کوشش های یادگیری خود به آنها برسند. از متغیرهای تأثیر گذار بر پیشرفت تحصیلی دانشجویان راهبردهای فراشناختی است. یادگیرندگان ماهر راهبردهای شناختی را به خدمت می گیرند تا به پیشرفت شناختی دست یابند و از راهبردهای فراشناختی استفاده می کنند تا بر آن پیشرفت نظارت و کنترل داشته باشند بنابراین موفقیت تحصیلی دانشجویان علوم پزشکی تحت تأثیر متغیرهای زیادی است. برخی از مهمترین آنها راهبردهای یادگیری فراشناختی هستند.

:Objectives

شناسایی ارتباط میان راهبردهای یادگیری فرا شناختی با پیشرفت تحصیلی

:Study Design

روش پژوهش توصیفی - تحلیلی است .

:Study Setting

جامعه آماری شامل تمام دانشجویان مشغول به تحصیل در دانشگاه علوم پزشکی بیرجند (۲۶۲۱ نفر) بودند.

:Participan

جامعه آماری شامل تمام دانشجویان مشغول به تحصیل در دانشگاه علوم پزشکی بیرجند (۲۶۲۱ نفر) بودند.

:Sample Size

نمونه مورد بررسی بر اساس جدول کرجسی و مورگان ۳۳۵ نفر برآورد شد.

:Data Gathering Tool

برای جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه ۸۶ سوالی راهبردهای فراشناختی وان و همچنین برای سنجش پیشرفت تحصیلی از معدل کل دانشجویان استفاده شد. روایی پرسشنامه ها به تأیید افراد صاحب نظر رسید و پایایی پرسشنامه راهبرد فراشناختی ۰/۸۵ بدست آمد.

:Data Analysis

برای تجزیه و تحلیل از آزمون t مستقل، همبستگی پیرسون و تحلیل واریانس یکطرفه استفاده شد.

:Results

نتایج نشان داد که بین ابعاد راهبردهای یادگیری فراشناختی با پیشرفت تحصیلی دانشجویان رابطه مثبت معناداری بود ($p > 0.05$). همچنین بین میانگین پیشرفت تحصیلی دانشجویان دختر و پسر تفاوت معنادار ولی بین میانگین متغیر راهبردهای فراشناختی های بر حسب سن و دانشکده تفاوت وجود نداشت ($p < 0.05$).

:Conclusion

با توجه به نتایج بدست آمده، راهبرد های یادگیری فراشناختی عامل مهم و تاثیر گذار بر پیشرفت تحصیلی دانشجویان می باشد. بنابراین استفاده از راهبرد فراشناختی به دانشجو کمک می کنند تا هر وقت به مشکلی بر می خورد به سرعت آن را تشخیص دهد. و دانشجو دارای انعطاف پذیری بیش تری است و این مسأله به وی کمک می کند تا هر زمان برایش ضرورت داشته باشد روش و سبک یادگیری خود را تغییر دهد.

:Keywords

راهبرد فراشناختی، پیشرفت تحصیلی، دانشجویان

کد: ۱۵۰۳

حیطه: ارزشیابی آموزشی (دانشجو، هیئت علمی و برنامه)

ارزیابی آموزش اخلاق در برنامه درسی مامایی

نویسندگان: حسام الدین کمال زاده، رفعت جوادی، سمیره عابدینی

:Introduction

امروزه مراکز آموزش عالی سه ماموریت اصلی آموزش، پژوهش و ارائه خدمات را بر عهده دارند. بنابر این با توجه به نقش مهم این نهادها در ابعاد گوناگون اطمینان یافتن از کیفیت عملکرد هر یک از کارکردهای آنها به منظور جلوگیری از هدررفت سرمایه های مادی و انسانی ضرورتی انکار ناپذیر دارد. هرچند توجه مناسب به هر یک از این عملکردهای سه گانه از جایگاه خاصی برخوردار است اما توجه به بعد کیفی آموزش با توجه به اهمیتی که در تربیت و یادگیری دانشجویان به عنوان برون داد و محصول اصلی بر عهده ی این نظام است ضرورتی دو چندان یافته است (۱). اخلاق در علوم پزشکی، شاخه ای از اخلاق حرفه ای است که در سالهای اخیر توجه بسیاری از صاحب نظران و اندیشمندان جهان را به خود معطوف داشته است که به شرح موازین اخلاقی و تخصصی شاغلین حرف پزشکی و بهداشتی از جمله حرفه مامایی می پردازد (۲). در حرفه مامایی دو هدف مورد نظر است یکی انجام کارهای خوب و مفید و دیگر اجتناب از کارهای زیان آور، توجه به ارزشها، اعتقادات و ارتقاء سطح معنویت، رعایت نظریه های اخلاقی و تصمیم گیری صحیح و بموقع، اصول قاطعی است که با آموختن و بکار بستن آنها می توان یک مامای خوب شد (۳). ماما در حرفه

خود همزمان با دو انسان سروکار دارد که هر کدام دارای حقوق انسانی مشخصی هستند. بنابراین هنگام آموزش مهارت‌ها به دانشجویان باید اهمیت زیاد مبانی اخلاقی مدنظر قرار گیرد تا در پایان دوره آموزشی افراد قادر به انجام صحیح و اصولی این مبانی باشند.

دوره کارشناسی مامایی یک دوره ۴ ساله می باشد. هدف از این برنامه آموزشی تربیت کارشناسانی متعدد در زمینه آموزش و خدمات مامایی است بطوریکه با کارایی و مهارت لازم بتوانند به عرضه خدمات گسترده بهداشتی و مامایی در جهت تامین سلامت مادران و کودکان جامعه بپردازند (۴). یکی از دروسی که در این دوران تدریس می شود درس " تاریخ، اخلاق و مقررات مامایی و پزشکی قانونی " است. این درس به منظور آشنایی دانشجویان مامایی با تاریخ، اخلاق و مقررات مامایی و پزشکی قانونی که شامل ۱ واحد نظری (۱۷ ساعت) است.

در تحقیقی که رویا باغانی انجام داد نتایج نشان داد که عملکرد دانشجویان در حیطه مسئولیت حرفه ای نامطلوب بود و بین آگاهی از کدهای اخلاقی و رعایت آنها ارتباط معنی داری مشاهده نشده است (۵) در مطالعه ای که سیمبر و همکارانش در کردستان انجام دادند، دانشجویان در خصوص رعایت حریم بیمار عملکردی مطلوب داشتند (۶) نتایج مطالعه ای در آمریکا نشان داد که محتوای اخلاق در سایر دروس ادغام شده است. ساعات اختصاص داده شده به اخلاق بسیار متفاوت بود از ۱ تا ۱۰ ساعت و در مواردی بیش از ۴۰ ساعت گزارش شد. رایج ترین فرمت ارائه محتوا اخلاق با استفاده از کیس، سمینار با کیس های واقعی به همراه سخنرانی بود. اکثریت آنها از کدهای اخلاقی و بیانات ارزشی جهت منبع استفاده می نمودند. و رایج ترین مانع در آموزش اخلاق را ازدحام برنامه درسی و فقدان تجربه اعضای هیات علمی بیان نمودند. نوزده پاسخ دهنده بیان داشتند نیازهای آموزشی آنها برآورده نشده است (۷). نتایج یک مطالعه در ایران مشخص نمود که آموزش تلفیقی (روایت گویی به همراه الگومحوری) نسبت به شیوه الگو محوری در ارتقای میزان رعایت مضامین اخلاق حرفه ای دانشجویان مامایی در بالین اثربخش تر بود (۸). در تربیت نیروی انسانی مرتبط با مامایی، علاوه بر دانش و مهارتی که برای پرداختن به این حرفه ضروری است باید به توسعه و تقویت ارزشها، نگرشها، هنجارهای اخلاقی، مهارتهای اجتماعی و سایر ویژگیهایی که شکل دهنده رفتارهای انسانی یک ماما یا همان اخلاق حرفه ای است توجه شود (۹، ۱۰). در واقع اجرای مراقبتهای مامایی مبتنی بر اخلاق حرفه ای، منجر به افزایش شاخص رفاه و رضایت مندی مددجو می شود چرا که ماما با رعایت کدهای مربوط به اخلاق حرفه ای، نشان می دهد به خواسته های مددجو احترام گذاشته و حرمت او را در نظر می گیرد (۸).

اما چگونگی آموزش مفاهیم و استانداردهای ارزشی به دانشجویان، شیوه و تکنیکهای گوناگونی را می طلبد و باید دید دروسی که به این منظور در رشته های تحصیلی طراحی گردیده اند برای رسیدن به اهداف تعریف شده، دچار چه مشکلاتی هستند؟ با توجه به اهمیت درس تاریخ، اخلاق و مقررات مامایی و پزشکی قانونی در کسب نکات اخلاقی در دانشجویان مامایی و با توجه به اینکه اکثر صاحب نظران برنامه ریزی درسی معتقدند که برای شناخت چالش های آموزشی و یادگیری، با بررسی تجارب و پدیده های ذهنی فراگیران می توان به راهکارهای حل مشکلات مربوط به این بخش دست یافت. لذا مطالعه ای را با هدف ارزشیابی درس اخلاق مامایی از دیدگاه دانشجویان مامایی طراحی و اجرا شد.

Objectives:

هدف این مطالعه ارزیابی آموزش اخلاق در برنامه درسی مامایی بود.

Study Design

مطالعه حاضر از نوع توصیفی مقطعی می باشد که در سال ۱۳۹۵ صورت گرفته است.

Study Setting

به روش سرشماری دانشجویان ترم ۵ و ۷ رشته مامایی دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان در این تحقیق شرکت نمودند.

Participian

دانشجویان ترم ۵ و ۷ رشته مامایی دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان که درس اخلاق مامایی را گذرانیده بودند

Sample Size

نمونه گیری بصورت سر شماری صورت گرفت

Data Gathering Tool

ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه محقق ساخته خواهد بود. که روایی محتوای آن توسط پانل خبرگان انجام شد. ابتدا پرسشنامه اولیه براساس سایر تحقیقات و تجربیات محققین تهیه و سپس در اختیار چهار نفر اعضای هیات علمی مامایی و سه نفر متخصص آموزش قرار داده شد. پس از

دریافت نظرات ارشادی این گروه متخصص، تغییرات بیان شده در پرسشنامه اعمال گردید. پایایی آن توسط آلفای کرونباخ مورد تأیید قرار گرفت. بدین منظور پرسشنامه را در اختیار ده نفر از دانشجویان مامایی قرار داده و یک هفته بعد مجدداً همان پرسشنامه در اختیار آنها قرار داده شد. پس از آنالیز داده‌ها آلفای کرونباخ آن ۸۹ درصد تعیین گردید.

پرسشنامه پژوهشگر ساخته، شامل ۱۴ سوال بود که ۱ سوال اصلی در مورد تطابق محتوی با محتوای برنامه درسی مصوب وزارت بهداشت بود که خود شامل ۶ سوال فرعی بود (تاریخ مامایی، معیارهای اخلاق و معنوی، مقررات و قوانین مامایی، قوانین مجازات اسلامی در زمینه مامایی، آشنایی با انجمن‌ها و سازمان‌های مامایی، حقوق سلامت باروری)، ۳ سوال اصلی در مورد روش تدریس بود که خود شامل ۶ سوال فرعی در خصوص روش تدریس هر یک از محتواها بود، ۶ سوال فرعی در خصوص عدم مناسب بودن هر یک از محتواها بود و یک سوال فرعی تحت عنوان روش تدریس پیشنهادی بود، ۱ سوال اصلی در مورد کاربرد درس در بالین که خود شامل ۶ سوال فرعی در خصوص کاربرد هر یک از محتوا در بالین بود، ۴ سوال اصلی در خصوص زمان ارائه و تعداد واحد درس بود، ۴ سوال در خصوص زمان و نحوه ارزشیابی و ۱ سوال باز در خصوص نظرات یا پیشنهادات در خصوص این درس بود.

Data Analysis

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم افزار spss، نسخه ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. از آزمونهای آمار توصیفی نظیر فراوانی، درصد و میانگین استفاده شد.

Results

در مجموع ۴۷ نفر از ۵۴ نفر به پرسشنامه پاسخ دادند. تمامی آنها دانشجویان کارشناسی پیوسته مامایی بودند. میانگین معدل آنها ۶۳/۱۵ بود و میانگین سنی آنها ۲۱/۷۷ بود. همه شرکت‌کنندگان بیان داشتند که تاریخ مامایی و قوانین مجازات اسلامی در زمینه مامایی جز محتوای تدریس بوده است. پنج نفر (۱۰/۶) از شرکت‌کنندگان بیان داشتند که معیارهای اخلاق و معنوی جز محتوای تدریس نبوده است. هفت نفر (۹/۱۴) از کل شرکت‌کنندگان بیان داشتند که آشنایی با انجمن‌ها و سازمان‌های مامایی جز محتوای تدریس نبوده است. دوازده نفر از شرکت‌کنندگان (۵/۲۵) بیان داشتند که حقوق سلامت باروری جز محتوای تدریس نبوده است و فقط یک نفر از شرکت‌کنندگان بیان داشته که مقررات و قوانین مامایی جز محتوای تدریس نبوده است. در خصوص روش تدریس هر یک از محتواها مشخص گردید که بیشترین روش تدریس استفاده شده جهت محتوا، سخنرانی بوده است (جدول ۱). تعداد نه نفر (۱/۱۹) از شرکت‌کنندگان بیان داشتند که روش تدریس معیارهای اخلاق و معنوی و حقوق سلامت باروری مناسب نمی‌باشد. اکثریت شرکت‌کنندگان ۷۰/۲ (۳۳ نفر) زمان ارزیابی این درس را پایان دوره اعلام نمودند، که فقط ۴/۳ (۲ نفر) بیان داشتند که بهتر است امتحان میان‌ترم هم باشد.

در خصوص میزان کاربرد هر یک از محتواها در بالین بیشترین کاربرد را مبحث مقررات و قوانین مامایی با ۴۰/۴ درصد (۱۹ نفر) در بالین داشت (جدول ۲).

محتوا	۱	۲	۳	۴	۵	۶
تاریخ مامایی	۱۶ (۳۴٪)	۷ (۱۴/۹٪)	۷ (۱۴/۹٪)	۴ (۸/۵٪)	۵ (۱۰/۶٪)	۵ (۱۰/۶٪)
قوانین مجازات اسلامی در زمینه مامایی	۸ (۱۷٪)	۱۰ (۲۱/۳٪)	۵ (۱۰/۶٪)	۱۰ (۲۱/۳٪)	۷ (۱۴/۹٪)	۵ (۱۰/۶٪)
آشنایی با سازمان‌ها و انجمن‌های مامایی	۸ (۱۷٪)	۱۰ (۲۱/۳٪)	۵ (۱۰/۶٪)	۱۰ (۲۱/۳٪)	۷ (۱۴/۹٪)	۵ (۱۰/۶٪)
معیارهای اخلاقی و معنوی	۵ (۱۰/۶٪)	۴ (۸/۵٪)	۷ (۱۴/۹٪)	۹ (۱۹/۱٪)	۱۰ (۲۱/۳٪)	۱۰ (۲۱/۳٪)
حقوق سلامت باروری	۴ (۸/۵٪)	۴ (۸/۵٪)	۴ (۸/۵٪)	۸ (۱۷٪)	۹ (۱۹/۱٪)	۱۴ (۲۹/۸٪)
مقررات و قوانین مامایی	۲ (۴/۳٪)	۶ (۱۲/۸٪)	۲ (۴/۳٪)	۷ (۱۴/۹٪)	۱۰ (۲۱/۳٪)	۱۹ (۴۰/۴٪)

اکثریت دانشجویان (۸۰/۹ درصد) با تعداد واحد اختصاص داده شده به این درس موافق بودند و فقط ۱۹/۱ درصد (۹ نفر) از شرکت کنندگان بیان داشتند که تعداد واحد اختصاص داده شده به این درس مناسب نمی باشد. از اینرو ۱۲/۸ درصد (۶ نفر) از آنها بیان داشتند که تعداد واحد این درس به ۲ واحد افزایش یابد.

Conclusion:

نتایج این مطالعه نشان داد که برخی از محتواهای مصوب وزارت متبوع در برنامه درسی رشته کارشناسی پیوسته مامایی نظیر تاریخ مامایی و قوانین مجازات اسلامی در زمینه مامایی جز محتوای تدریس بوده است و در خصوص سایر محتواها نظرات متفاوتی ارائه شده است. شایان ذکر است همانطور که در قسمت یافته ها نشان داده شده است تعداد افراد مذکور که بیان داشتند که سایر محتوا تدریس نشده است محدود بوده است. با توجه به سوابق تدریس محققین و تجربیات مختلف آنها در زمینه تدریس شاید یکی از دلایل نظرات متفاوت در این زمینه مربوط به این باشد که در حین تدریس عنوان کلی بیان نشده در حالیکه رؤس مطالب آن محتوا تدریس شده است. در مطالعه ای نشان داده شد که بعضی از محتواها ی اخلاقی نظیر موضوعاتی که به ارزش های اخلاقی مربوط می شود در برنامه آموزشی پوشش داده نمی شود (۷).

در این مطالعه مشخص گردید که بیشترین روش تدریس جهت ارائه محتوای درس، سخنرانی بوده است. در سراسر دنیا سخنرانی یکی از متداول ترین و قدیمی ترین روش های تدریس می باشد. Megregian در مطالعه خود نشان داد که رایج ترین فرمت ارائه محتوا اخلاق در گروه مامایی استفاده از کیس، سمینار با کیس های واقعی به همراه سخنرانی بود (۷). این در حالی است که در مطالعه ای دیگر محققان بیان داشتند که استفاده از شبیه سازی در خصوص آموزش اخلاق، به فراگیران این فرصت را فراهم می کند که در عمل با شرایط پیچیده بیمار تجربه کسب نمایند. همچنین محیط شبیه سازی در مقایسه با کلاس درس تجربه درک شرایط فیزیکی و هم عاطفی معضلات اخلاقی را برای فراگیران ایجاد می کند (۱۱). در مطالعه ای دیگر مشخص گردید که روش تدریس اولیه در آموزش اخلاق استفاده از کیس یا ادغام کیس با روش سخنرانی بوده است (۱۲).

در خصوص روش ارزیابی این درس اکثریت شرکت کنندگان بیان داشتند که امتحان بصورت کتبی-چهارگزینه ای می باشد. در حالیکه در مطالعه Megregian مشخص گردید مشارکت در کلاس یکی از رایج ترین ابزار ارزشیابی اخلاق می باشد (۷). در مطالعه Cook و همکاران نیمی از مشارکت کنندگان بیان کردند که روش ارزیابی رسمی جهت شایستگی اخلاقی و حرفه ای وجود ندارد و این در حالی است که نیمی از مشارکت کنندگان روش مشاهده را به عنوان یک روش ارزیابی بیان داشتند (۱۳). روش ها و فنون سنجش یادگیری دانشجویان بسیار متنوع هستند. در ارتباط با استفاده از هریک از روش ها مدرس باید توجه کند که چه نوع هدفی را می خواهد ارزشیابی کند. سوالات چند گزینه ای عموماً برای سنجش هدف های سطح دانش، فهمیدن و کاربرستن مفیدند. با این حال اگر در تهیه آنها دقت و ابتکار به کار رود می توان یادگیری های پیچیده تر نیز با آنها سنجید (۱۴). براساس هرم میلر جهت پیامدهای یادگیری نظیر اخلاق پزشکی، ابزار ارزشیابی مناسب شامل مشاهده، پورت فولیو و ارزیابی توسط همکاران می باشد (۱۵).

بیش از نیمی از شرکت کنندگان بیان داشتند که زمان ارائه درس مناسب نمی باشد. این درس در حال حاضر در ترم پنجم ارائه می گردد. در این راستا اکثریت آن دسته از شرکت کنندگان، زمان مناسب جهت ارائه این درس را ترم دوم بیان داشتند. دانشجویان کارشناسی مامایی از ترم دوم وارد بخش های بالینی می شوند و شاید در همان روز های اول با مشکلات و مسائل اخلاقی روبه رو شوند و این در حالی است که آنها هیچ دانش و آگاهی در خصوص مواجهه با مسائل اخلاقی را ندارند. از اینرو به نظر می رسد قبل از ورود به بخش های بالینی باید این درس گذرانده شود.

در خصوص کاربرد محتواهای این درس در بالین بیشترین کاربرد آن مربوط به محتوای مقررات و قوانین مامایی بود. با توجه به اینکه این درس شامل تاریخ، اخلاق و مسائل قانونی در زمینه مامایی است انتظار می رود در سایر موارد نیز کاربرد داشته باشد. اما از آنجایی که مسائل قانونی و مجازات آن مشخص است در نتیجه شاید دانشجویان به این مهم بیشتر توجه نموده اند.

در خصوص تعداد واحد اختصاص داده شده به این درس که یک واحد می باشد، اکثریت شرکت کنندگان موافق بودند. در حال حاضر این درس بصورت یک واحد نظری ارائه می گردد. اما با توجه به اینکه رشته مامایی یک رشته صرف تئوری نمی باشد و با توجه به اینکه مسائل و معضلات اخلاقی در بالین روی می دهد و براساس تجربیات محققان به نظر می رسد افزودن نیم واحد عملی برای این درس می تواند مفید واقع شود.

بطور خلاصه، با توجه به نتایج این مطالعه و با توجه به این که در هیچ یک از موارد اتفاق نظر وجود نداشت و از آنجایی که اخلاق یک موضوع مهم می باشد به نظر می رسد که این درس باید مورد بازنگری قرار گیرد. از طرف دیگر باید در این خصوص نظرات اعضای هیات علمی مامایی نیز پرسیده شود که یکی از محدودیت های این مطالعه نیز بود. یکی دیگر از محدودیت های این مطالعه این بود که فقط از پرسشنامه استفاده شد در مطالعات آتی پیشنهاد می گردد از روش کیفی و یا ترکیبی استفاده شود. همچنین جامعه پژوهش این مطالعه محدود بود که پیشنهاد می گردد یک مطالعه در سطح ملی انجام گیرد.

Keywords

آموزش اخلاق، دانشجویان، مامایی، ارزیابی

کد: ۱۴۶۸

حیطه: ارزشیابی آموزشی (دانشجو، هیئت علمی و برنامه)

ارزیابی کیفیت آزمونهای چهار گزینه ای دروس تئوری گروه ترمیمی و ارائه الگوی مدیریت آزمون های پیشرفت تحصیلی گروه ترمیمی

نویسندگان: رامین سرچمی، فاطمه سفیدی، فرنوش فلاح زاده،

Introduction

آزمون های چند گزینه ای یکی از متداولترین روشهای سنجش فراگیرندگان در کشور می باشد. این آزمون از حیث روایی، پایایی، عینیت و عملی بودن یکی از بهترین انواع آزمون ها می باشد. طراحی سوالات چند گزینه ای شاید به نظر آسان بیاید ولی طراحی آزمون استاندارد کاری بسیار دشوار است. هدف از این پژوهش ارزیابی کیفیت آزمون های چهار گزینه ای دروس تئوری گروه ترمیمی دانشکده دندانپزشکی قزوین در طی سال های تحصیلی ۱۳۸۹ تا ۱۳۹۴ و ارائه الگوی مدیریت آزمون های پیشرفت تحصیلی بود.

Objectives

پژوهش حاضر به هدف ارزیابی کیفیت آزمونهای چهار گزینه ای دروس تئوری گروه ترمیمی و ارائه الگوی مدیریت آزمون های پیشرفت تحصیلی انجام گردید.

Study Design

مطالعه از نوع پس رویدادی و ابزار سنجش، کلیه آزمونهای گروه ترمیمی دانشکده دندانپزشکی قزوین بین سال های تحصیلی ۸۸-۸۹ تا ۹۴-۹۳ بود

Study Setting

جهت تجزیه و تحلیل کمی داده ها پاسخنامه های کلیه آزمون های برگزار شده در طی ۱۱ نیمسال که بصورت چهار گزینه ای انجام شده بود مورد استفاده قرار گرفت.

:Participan

جهت تجزیه و تحلیل کمی داده‌ها پاسخنامه‌های آزمون‌های برگزار شده برای تصحیح بوسیله مارک خوان مورد استفاده قرار گرفت. که برای پژوهشگران در حکم استفاده از اسناد و مدارک بود. در این پژوهش از شاخص‌های روایی سوال، ضریب دشواری، ضریب افتراق و الگوی گزینه‌ها استفاده گردید تا نقاط قوت و ضعف آزمونها در هر نیمسال تعیین گردد. برای ضریب دشواری سؤالات، میزان صفر تا ۰/۳ آسان، تا ۰/۷ مناسب و از ۰/۷۱ تا ۱ دشوار در نظر گرفته شد و برای تفسیر ضریب افتراق سؤال‌ها میزان کمتر از ۰/۱۹ ضعیف، ۰/۲ تا ۰/۲۹ متوسط، ۰/۳ تا ۰/۳۹ خوب و ۰/۴ تا ۱ خیلی خوب ارزیابی شد. سپس داده‌ها توسط نرم افزار Spss۲۰ تجزیه و تحلیل شدند. از روش‌های آماری توصیفی و تحلیلی مانند تحلیل واریانس استفاده شد

:Sample Size

کلیه آزمونها بصورت سرشماری وارد مطالعه گردیدند.

:Data Gathering Tool

ابزار خاصی استفاده نشد. فقط از نرم افزار تحلیل آزمون یگانه استفاده گردید.

:Data Analysis

جهت تجزیه و تحلیل کمی داده‌ها پاسخنامه‌های آزمون‌های برگزار شده برای تصحیح بوسیله مارک خوان مورد استفاده قرار گرفت. که برای پژوهشگران در حکم استفاده از اسناد و مدارک بود. در این پژوهش از شاخص‌های روایی سوال، ضریب دشواری، ضریب افتراق و الگوی گزینه‌ها استفاده گردید تا نقاط قوت و ضعف آزمونها در هر نیمسال تعیین گردد. برای ضریب دشواری سؤالات، میزان صفر تا ۰/۳ آسان، تا ۰/۷ مناسب و از ۰/۷۱ تا ۱ دشوار در نظر گرفته شد و برای تفسیر ضریب افتراق سؤال‌ها میزان کمتر از ۰/۱۹ ضعیف، ۰/۲ تا ۰/۲۹ متوسط، ۰/۳ تا ۰/۳۹ خوب و ۰/۴ تا ۱ خیلی خوب ارزیابی شد. سپس داده‌ها توسط نرم افزار Spss۲۰ تجزیه و تحلیل شدند. از روش‌های آماری توصیفی و تحلیلی مانند تحلیل واریانس استفاده شد

:Results

آزمون‌های برگزار شده درس ترمیمی طی ۱۱ نیمسال نشان داد، تعداد دانشجویان در هر آزمون از ۳ تا ۴۵ نفر بود. تعداد کل آزمون‌های برگزار شده ، ۳۵ آزمون با ۱۲۸۰ سؤال چهار گزینه‌ای بود. میانگین ضریب دشواری کل سؤالات 0.65 ± 0.09 بود. نتایج نشان داد که بین نیمسال تحصیلی و درجات افتراق مناسب برحسب نوع واحد رابطه معنادار بوده است. ($p < 0.05$). بین نیمسال تحصیلی و درجه افتراق نا مناسب برحسب نوع واحد نیز رابطه معنادار بوده است. ($p < 0.05$). بین الگوی گزینه مناسب و ترم تحصیلی و واحدهای ارائه شده رابطه معناداری یافت شد ($p < 0.05$) ، همچنین بین الگوی گزینه نامناسب و واحدهای ارائه شده بر حسب ترم تحصیلی رابطه معنادار بود. ($p < 0.05$)

:Conclusion

نتایج نشان می‌دهد که اگرچه در بررسی آزمون‌های دروس عمومی گروه ترمیمی به طور کلی میانگین سؤالات مناسب از نظر ضریب دشواری، قدرت افتراق و الگوی انتخاب گزینه‌ها بیشتر از سؤالات نامناسب بود، ولی وجود حدود ۴۰٪ اشکالات ساختاری قابل قبول نیست و افت کیفیت آزمون‌ها در طول زمان را می‌توان ناشی از تغییرات مداوم در نیروی هیات علمی بخش و عدم وجود کارگاه‌های آموزشی مکرر برای کسب تجربه عمومی دانست

:Keywords

آزمونهای چهار گزینه‌ای، دندانپزشکی ترمیمی ، الگوی مدیریت، ارزیابی

کد: ۱۴۷۴

حیطه: ارزشیابی آموزشی (دانشجو، هیئت علمی و برنامه)

خود ارزیابی مهارتهای بالینی دوره کاروری پزشکی

نویسندگان: حبیبه احمدی پور، هاجر شفیعیان، الهه یزدانپناه، رستم یزدانی

Introduction

مهارت های بالینی و دانش نظری هردو از ضروریات آموزش پزشکی می باشند. آشنایی با مهارت های بالینی قبل از ورود به دوره کاروری، از مهم ترین اقداماتی است که در نظام آموزشی از طرف دبیرخانه پزشکی عمومی (GMC) برای تربیت بهتر پزشکان آینده توصیه شده است. (۱). آموزش بالینی یک از بخش های مهم علوم پزشکی بوده و همزمان نقش مهمی در ایجاد قابلیت های حرفه ای در دانشجویان ایفا می کند. آموزش و یادگیری جنبه های حیاتی از کار در یک محیط بالینی بوده که منجر به توسعه دانش، مهارت و نگرش می شود (۲). در این محیط دانشجویان معنی واقعی پزشک بودن را یاد خواهند گرفت و دانش پزشکی را به صورت مستقیم در مراقبت از بیمار به کار برده می شود (۳). بر اساس برنامه آموزش پزشکی در کشور ایران فراگیری اصول نظری و عملی اغلب این اقدامات باید در دوره کارآموزی صورت گیرد و تمرین و تکرار این مهارت ها برای کسب تسلط و توانایی کافی، در دوره کاروری و با نظارت اساتید مربوطه انجام شود. از جمله مهارتهای بالینی که طبق دستورالعمل وزارت بهداشت دانشجویان در طی تحصیل خود بایستی بیاموزند خونگیری وریدی، سوند معده، تزریق عضلانی، سوند مثانه، خونگیری شریانی، پانسمان و بانداژ، تزریق وریدی، آنژیوتکت، بخیه زدن، تامپون بینی، توشه واژینال، انتوباسیون، جسم خاجی گوشه آتل گذاری، گچ گیری، تعبیه لوله قفسه سینه، جسم خارجی چشم، پونکسیون لومبر، ختنه کردن، تراکتوستومی می باشند (۴). فقدان مهارتهای بالینی است که اغلب منشأ نا امنی برای پزشک بوده و نشان دهنده خطرات بلقوه برای بیمار است (۵). مطالعات انجام شده در آموزش و یادگیری محیط بالینی نشان داده است که آموزش بالینی متغیر، غیر قابل پیش بینی، سریع است (۶). علاوه بر این اعضای هیأت علمی در واقع به خوبی از عملکرد دانشجویان خود آگاه نیستند به ویژه اگر ارزیابی آنها بر روی دانش تأکید داشته باشد (۷، ۸). نکته مهم در آموزش پزشکی، ارزیابی به عنوان ابزاری برای ایجاد کیفیت در برنامه های آموزشی و ایجاد انگیزه و تحریک در دانشجویان برای یادگیری و هدایت آن ها به سوی آنچه که باید فرا گیرند، است (۹). خود ارزیابی در یک محیط بالینی از عملکرد بالینی شامل فرآیند جمع آوری اطلاعات درونی و بیرونی و تفسیر داده ها درباره عملکرد شخصی و مقایسه با استانداردها موجود است (۱۰). این روش ارزیابی از دانش و مهارت از صحت عملکرد جهت کار به عنوان یک پزشک، یادگیری خود راهبر و مادام العمر ضروری است (۱۱).

کامرون و همکاران همبستگی قابل توجهی در زمینه ارزیابی دانشجو و نتایج خود ارزیابی آنها در سال اول بالینی در دانشگاه ادینبورگ نشان دادند، این مطالعه خود ارزیابی از مهارت هایی مانند گرفتن تاریخچه و معاینه شبکیه چشم بود (۱۲). در مطالعاتی از این روش جهت ارزیابی مهارتهای بالینی دانشجویان در دوره کاروری مورد استفاده قرار گرفته است، که می توان به برخی از آنها اشاره نمود. در مطالعه ای امینی و همکاران (۱۳۸۱) در دانشگاه علوم پزشکی تبریز با مشارکت ۲۰۰ نفر از کارورزان آن دانشگاه با هدف بررسی نظر کارورزان در مورد میزان توانایی آنان در انجام ۲۰ تکنیک بالینی پایه و تعیین تأثیر فرصت های آموزشی موجود، بر میزان توانایی آنان پرداختند. که نتایج این مطالعه نشان داد که سطح عمومی مهارت کارورزان ۵۱ درصد بوده و کارورزان بطور متوسط مهارت های خود را در انجام پونکسیون لومبر، لوله گذاری تراشه، آتل گذاری، تعبیه لوله قفسه سینه و خارج نمودن جسم خارجی چشم و گوش، ضعیف ارزیابی نمودند و بیشتر تکنیکها را صرفاً از طریق مشاهده فرا گرفته و در اغلب موارد بدون نظارت مستقیم استادان یا دستیاران بخش بوده است (۱۳). در مطالعه فکری و همکاران (۱۳۷۶) در دانشگاه علوم پزشکی کرمان توسط با هدف بررسی وضعیت آموزشی در رابطه با میزان مهارتهای عملی کارورزان دانشگاه علوم پزشکی کرمان در انجام کارهای شایع در بخشهای مختلف بیمارستان انجام شد، ۶۰ نفر از دانشجویان پزشکی ورودی سال ۱۳۶۹ دانشکده

پزشکی کرمان که دوران کارورزی خود را به پایان رسانده بودند مورد مطالعه قرار گرفتند و میزان مهارت آنها در انجام ۳۴ پروسیجر مورد بررسی قرار گرفت نتایج نشان داد نیاز به برنامه ریزی های مناسب در آموزش مهارتهای بالینی به کاروزان جهت بهبود عملکرد آنها لازم است (۱۴). در مطالعه ای دیگر که در سال ۱۳۸۴ در دانشگاه علوم پزشکی کرمان توسط جلیلی و همکاران با هدف تعیین میزان کاربرد و کفایت مهارتهای بالینی مقدماتی آموزش داده شد در بخش مهارتهای بالینی انجام شد. میزان کاربرد و کفایت مهارتهای بالینی مقدماتی از دیدگاه ۱۲۰ کارورز مورد بررسی قرار گرفت نتایج مطالعه نشان داد که اکثر مهارتهای آموزش داده شده دارای کاربرد بالاتر از متوسط بوده است (۱۵).

Sicaja (۲۰۰۶) به مقایسه ارزشیابی خود ارزشیابی مهارت های بالینی دانشجویان پزشکی با سطح قابل انتظار از نظر مربیان آنها پرداخته است. در این مطالعه ۲۵۲ دانشجوی پزشکی و ۱۲۹ مربی مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج نشان داد حد قابل انتظار مربیان از خود ارزشیابی دانشجویان بیشتر بود (۱۶). معطری (۱۳۸۶) خود ارزشیابی دانشجویان سال آخر پزشکی از میزان توانایی آنها در صلاحیتهای عمومی پزشکی را در دانشگاه علوم پزشکی شیراز مورد بررسی قرار داده است. در این مطالعه بالاترین میانگین رتبه ها به صلاحیت های معرفی بیمار، پروسیجرهای پایه، تفسیر آزمایشات و تصمیم گیری تشخیصی و پایین ترین رتبه ها به پزشکی سالمندی، تغذیه، مدیریت مراقبت ها و پروسیجرهای پیشرفته اختصاص داشت. و در نهایت نتایج نشان دادند تقویت هر یک از قابلیت های فوق می تواند موجب بهبود کیفیت ارائه خدمات مراقبتی جامعه شود (۱۷).

Objectives

با توجه به این که قابلیت های دانشجویان سال آخر پزشکی بازتابی از عملکرد آموزش پزشکی را در روند آموزش و یادگیری فراهم می کند، سنجش این قابلیت ها می تواند وضعیت دانشجویان در حال دانش آموختگی را از نظر صلاحیت های عمومی آنها روشن کند. قابلیت های عمومی، حیطه هایی را در بر می گیرد که انتظار می رود دانشجوی پزشکی در طول دوره به نحوی به آنها دست یافته باشد (۱۷). روشن شدن نقاط قوت و ضعف دانشجویان می تواند شواهدی را برای بازنگری در فرایند اجرای برنامه آموزش پزشکی فراهم کند. در این راستا هدف از این مطالعه خود ارزیابی توانایی کارورزان در انجام چند مهارت بالینی عمومی و بررسی ارتباط میزان توانایی های عملی و تئوری آنها می باشد.

Study Design

این پژوهش یک مطالعه توصیفی- تحلیلی از نوع مقطعی، که با هدف خود ارزیابی مهارتهای بالینی کارورزان دانشگاه علوم پزشکی کرمان در سال ۱۳۹۳ انجام شد.

Study Setting

ابزار گرد آوری داده ها پرسشنامه کتبی شامل ۲۲ آیتم مربوط به پروسیجرهای برنامه سومین نشست شورای آموزش پزشکی عمومی مورخ ۳ اسفند سال ۱۳۸۷ مصوب که فراگیری آنها برای کارورزان الزامی بوده و استفاده پرسشنامه مطالعه مشابه بود (۴، ۱۳). در پرسشنامه مذکور از کارورزان خواسته شد که هر یک از پروسیجرها را بر اساس روش یادگیری (روی بیمار، روی مولاژ، زیر نظر استاد یا دستیار، انجام به طور مستقل) را با پاسخ بلی و خیر مشخص نموده و تعداد دفعات انجام هر یک از پروسیجرها را به شکل مستقل کمتر یا بیش از ۲ بار را مشخص نمایند، و همچنین ارزیابی کارورز از میزان مهارت خود در انجام هر پروسیجر با پاسخ ضعیف، نسبتا خوب، عالی صورت پذیرفت و در پایان

یک سوال باز در خصوص اینکه آیا فکر می‌کنید وضعیت آموزش مهارت‌های بالینی طی این سالها بهتر یا بدتر شده و حضور دستیاران در روند آموزش مهارت‌های بالینی چه تاثیری دارد پرسیده شد.

نمره مهارت کسب شده در پروسیجرهای هر گروه مساوی است با تعداد پروسیجرهای هر گروه - جمع نمره های پروسیجرهای هر گروه، تقسیم بر حداقل نمره هر گروه - حداکثر نمره هر گروه ضربدر صد (۱۳). اطلاعات پس از جمع آوری شده و وارد نرم افزار SPSS گردید. به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از آزمونهای آماری متفاوتی استفاده شد؛ به طوریکه جهت تعیین فراوانی متغیرهای پژوهش از آنالیزهای توصیفی استفاده گردید، برای تعیین ارتباط بین نمره مهارت با جنس، نمره علوم پایه، نمره امتحان پره انترنی و معدل کل از آزمون کای ۲ و جهت بررسی رابطه بین جنسیت و نمره مهارت بالینی از آزمون من ویتنی استفاده شد. داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. کلیه پرسشنامه ها بدون اسم بوده و به شرکت کنندگان در پژوهش اطمینان داده شد که اطلاعات وارد شده در پرسشنامه ها محرمانه باقی می‌ماند.

:Participan

نمونه پژوهش را ۱۴۱ نفر از کارورزان مشغول به تحصیل در نیمسال اول ۹۳ - ۱۳۹۴ تشکیل داده، نمونه گیری به صورت سرشماری بوده به این صورت که کلیه کارورزان مشغول به کار در بخشهای مختلف بالینی وارد مطالعه شدند.

:Sample Size

۱۴۱ نفر

:Data Gathering Tool

ابزار گرد آوری داده ها پرسشنامه کتبی شامل ۲۲ آیتم مربوط به پروسیجرهای برنامه سومین نشست شورای آموزش پزشکی عمومی مورخ ۳ اسفند سال ۱۳۸۷ مصوب که فراگیری آنها برای کارورزان الزامی بوده و استفاده پرسشنامه مطالعه مشابه بود (۴, ۱۳). در پرسشنامه مذکور از کارورزان خواسته شد که هر یک از پروسیجرها را بر اساس روش یادگیری (روی بیمار، روی مولاز، زیر نظر استاد یا دستیار، انجام به طور مستقل) را با پاسخ بلی و خیر مشخص نموده و تعداد دفعات انجام هر یک از پروسیجرها را به شکل مستقل کمتر یا بیش از ۲ بار را مشخص نمایند، و همچنین ارزیابی کارورز از میزان مهارت خود در انجام هر پروسیجر با پاسخ ضعیف، نسبتا خوب، عالی صورت پذیرفت و در پایان یک سوال باز در خصوص اینکه آیا فکر می‌کنید وضعیت آموزش مهارت‌های بالینی طی این سالها بهتر یا بدتر شده و حضور دستیاران در روند آموزش مهارت‌های بالینی چه تاثیری دارد پرسیده شد.

:Data Analysis

نمره مهارت کسب شده در پروسیجرهای هر گروه مساوی است با تعداد پروسیجرهای هر گروه - جمع نمره های پروسیجرهای هر گروه، تقسیم بر حداقل نمره هر گروه - حداکثر نمره هر گروه ضربدر صد (۱۳). اطلاعات پس از جمع آوری شده و وارد نرم افزار SPSS گردید. به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از آزمونهای آماری متفاوتی استفاده شد؛ به طوریکه جهت تعیین فراوانی متغیرهای پژوهش از آنالیزهای توصیفی استفاده گردید، برای تعیین ارتباط بین نمره مهارت با جنس، نمره علوم پایه، نمره امتحان پره انترنی و معدل کل از آزمون کای ۲ و جهت بررسی رابطه بین جنسیت و نمره مهارت بالینی از آزمون من ویتنی استفاده شد. داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS مورد

تجزیه و تحلیل قرار گرفت. کلیه پرسشنامه ها بدون اسم بوده و به شرکت کنندگان در پژوهش اطمینان داده شد که اطلاعات وارد شده در پرسشنامه ها محرمانه باقی می ماند.

Results

براساس یافته های این پژوهش، بیشتر افراد شرکت کننده در پژوهش زن، ۷۹ (۵۶٪) بود؛ و از جامعه پژوهش ۶۷ نفر (۴۷،۵٪) ورودی سال ۱۳۸۶ بوده و بیش از ۶ ماه از دوره کارورزی خود را گذرانده بودند و ۷۴ نفر (۵۲،۵٪) ورودی سال ۱۳۸۷ بودند و کمتر از شش ماه از دوره کارورزی آنها می گذشت. در بررسی رابطه بین جنسیت و نمره مهارت بالینی، میانگین نمره مهارت های بالینی مردان بالاتر بوده و از لحاظ آماری معنادار بود ($p=0,000$). در بررسی نمره علوم پایه دانشجویان و همچنین معدل کل کارورزان تا زمان انجام مطالعه، تفاوت معنی داری وجود نداشت. در مقایسه نمره امتحان پره انترنی و نمره مهارت بالینی تفاوت وجود نداشت. در بررسی رابطه بین مدت زمان گذشته از دوره اینترنی و نمره مهارت بالینی مطالعه نشان داد، میانگین نمره کارورزانی که بیش از ۶ ماه از دوره کارورزی آنها می گذشت بالاتر بود و از لحاظ آماری معنادار شد. ($p=0,001$).

نتایج مربوط به خودارزیابی کارورزان از مهارت های بالینی در انجام پروسیجرهای در جدول (۱) ذکر شده است. و در بخش دیگری از این مطالعه نتایج به دست آمده در این پژوهش با مطالعه مشابه در سال ۱۳۷۶ در دانشگاه علوم پزشکی کرمان (۱۴)، با هدف مقایسه تغییرات ایجاد شده در وضعیت آموزشی مهارت های بالینی انجام شد.

جدول (۱): درصد فراوانی نتایج خود ارزیابی کارورزان دانشگاه علوم پزشکی کرمان در انجام پروسیجرهای بالینی

میزان مهارت فراوانی (درصد)	تعداد دفعات مست قل پروسیجر بیش از ۲ بار	انجام مستقل پروسیجر	انجام پروسیجر زیر نظر استاد یا دستیار	انجام پروسیجر روی مولژ	مشاهده انجام پروسیجر روی بیمار	پروسیجر	میزان مهارت		
							ضعیف	نسبتا خوب	عالی
۱۵(۱۰،۶)	۵۷(۴۰،۴)	۶۹(۴۸،۹)	۵۲(۳۶،۹)	۷۷(۵۴،۶)	۵۶(۳۹،۷)	۱۰۳(۷۳)	۱۳(۹۴،۳) ۳	خونگیری وریدی	
۷۴(۵۲،۵)	۶۲(۴۴)	۵(۳،۵)	۱۳۵(۹۵،۷)	۱۳۹(۹۸،۶)	۱۱۳(۸۰،۱)	۰(۰)	۱۴(۹۹،۳) ۰	سوند معده	
۴۷(۳۳،۳)	۶۹(۴۸،۹)	۲۵(۱۷،۷)	۱۰۱(۷۱،۶)	۱۱۶(۸۲،۳)	۷۳(۵۱،۸)	۱۱(۷۹،۴) ۲	۱۳(۹۷،۹) ۸	تزریق عضلانی	
۷۴(۵۲،۵)	۴۵(۳۱،۹)	۲۲(۱۵،۶)	۱۱۴(۸۰،۹)	۱۲۲(۸۶،۵)	۹۸(۶۹،۵)	۹۳(۶۶)	۱۳(۹۸،۶) ۹	سوند مثانه	
۳۷(۲۶،۲)	۷۱(۵۰،۴)	۳۳(۲۳،۴)	۱۱۲(۷۹،۴)	۱۲۱(۸۵،۸)	۸۸(۶۲،۴)	۷۱(۵۰،۴)	۱۳(۹۶،۵) ۶	خونگیری شریانی	
۴۸(۳۴)	۷۶(۵۳،۹)	۱۷(۱۲،۱)	۱۱۷(۸۳)	۱۳۰(۹۲،۲)	۹۰(۶۳،۸)	۰(۰)	۱۳(۹۴،۳) ۳	پانسمان ویانداژ	

۲۱(۱۴,۹)	۲۹(۲۰,۶)	۹۱(۶۴,۵)	۳۴(۲۴,۱)	۴۷(۳۳,۳)	۳۸(۲۷)	۶۲(۴۴)	۱۱(۸۳,۷) ۸	تزریق وریدی
۱۲(۸,۵)	۳۷(۲۶,۲)	۹۲(۶۵,۲)	۳۵(۲۴,۸)	۵۹(۴۱,۸)	۴۵(۳۱,۹)	۸۴(۵۹,۶)	۱۲(۸۷,۹) ۴	آنژیوتکت
۶۸(۴۸,۲)	۵۹(۴۱,۸)	۱۴(۹,۹)	۱۲۹(۹۱,۵)	۱۳۹(۹۸,۶)	۱۲۳(۸۷,۲)	۱۲(۹۱,۵) ۹	۱۴(۹۹,۳) ۰	بخیه زدن
۱۸(۱۲,۸)	۳۴(۲۴,۱)	۸۹(۶۳,۱)	۳۸(۲۷)	۵۵(۳۹)	۵۰(۳۵,۵)	۰(۰)	۱۲(۸۵,۱) ۰	تامپون بینی
۶(۴,۳)	۵۰(۳۵,۵)	۸۵(۶۰,۳)	۴۲(۲۹,۸)	۶۳(۴۴,۷)	۷۸(۵۵,۳)	۷۷(۵۴,۶)	۱۱(۸۴,۴) ۹	توشه واژینال
۶(۴,۳)	۲۹(۲۰,۶)	۱۰۶(۷۵,۲)	۱۴(۹,۹)	۳۵(۲۴,۸)	۶۷(۴۷,۵)	۱۳(۹۲,۲) ۰	۱۳(۹۶,۵) ۶	انتوباسیون
۱۸(۱۲,۸)	۲۱(۱۴,۹)	۱۰۰(۷۰,۹)	۳۴(۲۴,۱)	۳۷(۲۶,۲)	۳۹(۲۷,۷)	۰(۰)	۱۰(۷۵,۹) ۷	جسم خارجی گوش
۷(۵)	۲۱(۱۴,۹)	۱۱۳(۸۰,۱)	۱۸(۱۲,۸)	۲۹(۲۰,۶)	۳۱(۲۲)	۰(۰)	۱۰(۷۷,۳) ۹	آتل گذاری
۳(۲,۱)	۷(۵)	۱۳۱(۹۲,۹)	۶(۴,۳)	۱۸(۱۲,۸)	۲۷(۱۹,۱)	۰(۰)	۱۰۳(۷۳)	گچ گیری
۳(۲,۱)	۲۷(۱۹,۱)	۱۱۱(۷۸,۷)	۱۵(۱۰,۶)	۲۴(۱۷)	۵۲(۳۶,۹)	۲۸(۱۹,۹)	۱۲(۸۵,۱) ۰	تعبیه لوله قفسه سینه
۱(۰,۷)	۱۳(۹,۲)	۱۲۶(۸۹,۴)	۶(۴,۳)	۱۰(۷,۱)	۱۷(۱۲,۱)	۰(۰)	۸۸(۶۲,۴)	جسم خارجی چشم
۲(۱,۴)	۲۱(۱۴,۹)	۱۱۸(۸۳,۷)	۴(۲,۸)	۱۱(۷,۸)	۳۰(۲۱,۳)	۸۲(۵۸,۲)	۱۲(۸۹,۴) ۶	پونکسیون لومبر
۱(۰,۷)	۴(۲,۸)	۱۳۶(۹۶,۵)	۳(۲,۱)	۳(۲,۱)	۵(۳,۵)	۰(۰)	۵۷(۴۰,۴)	ختنه کردن
۰(۰)	۳(۲,۱)	۱۳۸(۹۷,۹)	۱(۰,۷)	۱(۰,۷)	۳(۲,۱)	۰(۰)	۲۱(۱۴,۹)	تراکتوستوم ی

جدول (۲)- مقایسه وضعیت آموزشی مهارت‌های بالینی دانشگاه علوم پزشکی کرمان در سال ۱۳۷۶ با سال ۱۳۹۳

نوع مهارت	درصد افرادی که پروسیجر را زیر نظر استاد یا دستیار آموخته‌اند.		درصد افرادی که بصورت مستقل قادر به انجام این کار می‌باشند.	
	مطالعه سال ۱۳۷۶	مطالعه حاضر	مطالعه سال ۱۳۷۶	مطالعه حاضر
تزریقات وریدی	٪۳۰	٪۲۷	٪۹۳	٪۳۳,۳
تزریقات عضلانی	٪۳۷	٪۵۱,۸	٪۹۰	٪۸۲,۳
آنژیوکت	٪۲۳	٪۳۱,۹	٪۸۷	٪۴۱,۸
سوند معده	٪۸۲	٪۸۰,۱	٪۱۰۰	٪۹۸,۶
آتل گیری	٪۵۰	٪۲۲	٪۸۸	٪۲۰,۶
گچ گیری	٪۵۲	٪۱۹,۱	٪۶۵	٪۱۲,۸
جسم خارجی چشم	٪۵۰	٪۱۲,۱	٪۶۳	٪۷,۱
جسم خارجی گوش	٪۶۶	٪۲۷,۷	٪۸۰	٪۲۶,۲
تامپون بینی	٪۸۷	٪۳۵,۵	٪۸۰	٪۳۹
بخیه زدن	٪۴۳	٪۸۷,۲	٪۱۰۰	٪۹۱,۵
ختنه	٪۲۲	٪۳,۵	٪۲۸	٪۲,۱
تعبیه لوله قفسه سینه	٪۱۲	٪۳۶,۹	٪۱۲	٪۱۷
انتوباسیون	٪۵۲	٪۴۷,۵	٪۶۳	٪۲۴,۸
پونکسون لومبر	٪۶۷	٪۲۱,۳	٪۸۳	٪۷,۸
پانسمان و بانداژ	٪۳۸	٪۶۳,۸	٪۱۰۰	٪۸۳

Conclusion

ارزشیابی بخش ضروری فرآیند آموزشی است و شواهدی از میزان دستیابی دانشجویان به اهداف یادگیری را مشخص می‌سازد (۱۸). خود ارزیابی در کسب مهارت های اختصاصی و عمومی مورد نیاز حرف پزشکی جهت تبحر بالینی نقش حیاتی دارد، زیرا فراگیران نیازهای یادگیری و عملکردی خود را درک و بهبود می‌بخشند (۱۹، ۲۰). همانگونه نتایج خود ارزیابی در این مطالعه نشان داد، دانشجویان مشارکت کننده در پژوهش تعداد زیادی از مهارت‌های بالینی ذکر شده را بجز چند مورد مانند ختنه و تراکتوستومی مشاهده کرده‌اند. که شاید علت محدود بودن موارد طی دوره بالینی آنان باشد. همچنین پروسیژهایی را که خود کارورزان مسئول انجام آن در بخش بودند بهتر ارزیابی نمودند. در واقع یادگیری قابلیت های بالینی، مستلزم کسب تجربه بالینی از سوی دانشجویان و تمرین مهارت ها تحت نظارت استاد از طریق مشاهده، مشارکت، انجام رویه های بالینی استنتاج و اداره بیمار است (۲۱). جهت بهبود این مهارت ها استفاده از شبیه ساز ها می تواند نقش موثری داشته باشد، همانگونه که ارتوین در مطالعه ای بیان می کند که استفاده از برنامه های شبیه سازی شده مانند بیمار استاندارد شده یک موقعیت واقعی را فراهم می کند که در آن دانشجویان می توانند مهارت‌های بالینی مختلفی را فراگیرند (۲۲).

بنظر می‌رسد انتخابی بودن تعدادی از بخشها در دوران کارورزی بر آموزش مهارت‌های بالینی این بخش ها تاثیر چشمگیری داشته باشد لذا بهتر است جهت استفاده بهینه این بخشها برای همه، بخشی از وظایف کارورزی به کارآموزان محول شود تا بطور کامل و عملاً انجام این پروسیجر ها را فرا گیرند. راه حل دیگری که می توان به آن اشاره کرد اجباری نمودن این بخش ها برای همه دانشجویان و کارورزان است که به حل این مشکل کمک نماید. همانگونه که در مطالعه امینی (۱۳۸۱) نیز ضعف دانشجویان را در برخی مهارت ها به دلایل اختصاصی بودن و وابستگی مهارت به یک یا چند بخش آموزشی خاص، پیچیدگی و دشواری یادگیری و انجام مهارت، کم بودن فرصت مواجهه و

تمرین، عدم تأکید بر قرار دادن این مهارت ها جزو وظایف روزمره کارورزان بیان گردید همچنین احتمالاً به علت پیچیدگی این پروسیجرها و یا عدم تکرار آنها در کل دوره اینترنتی، مشاهده تنها برای یادگیری کافی نبوده و در شرایط عادی و با خودآموزی کارورزان از سایر کارکنان بخش، قابل فراگیری نیستند و وابسته به آموزش و کمک دستیاران یا اعضای هیأت علمی هستند بنابراین، لازم است با برنامه آموزشی خاص و با ایجاد فرصت تمرین و تعیین مسؤولیت انجام مهارت برای کارورز، زمینه یادگیری و ارتقای مهارت آنان فراهم شود(۱۳).

مقایسه نتایج مطالعه فکری و همکاران(۱۴) با این مطالعه نشان دهنده افت چشمگیر و قابل تامل در آموزش مهارتهای بالینی است. بطوریکه در تمامی پروسیجرها در بخش آموزش زیر نظر افراد صلاحیت دار کاهش قابل ملاحظه ای داشته و همچنین توانایی انجام مستقل این اقدامات دیده می شود که نیازمند بررسی علل و طبیعتاً رفع این نقایص می باشد. به نظر شاید یکی از دلایل افزایش تعداد دستیاران طی سالهای اخیر و انجام این مهارتها توسط آنها و ممانعت از یادگیری توسط کارورزان می باشد، بطوریکه در پایان این پرسشنامه از دانشجویان پرسیده شد: آیا فکر می کنید وضعیت آموزش مهارتهای بالینی طی این سالها بهتر شده یا بدتر، و حضور دستیاران در این روند چه تاثیری داشته است؟ در پاسخ به این سوال ۷۲٫۶ درصد دانشجویان وضعیت را بدتر دانسته و حضور دستیاران را منفی تلقی نموده و تصورشان بر این بود که با محول شدن کارهای غیر آموزشی و متفرقه به آنها فرصت فراگیری مهارتهای لازم از آنها گرفته شده و به بدتر شدن شرایط کمک کرده است. ۲۳ درصد از دانشجویان حضور دستیاران را مثبت و کمک ایشان را در آموزش مفید دانسته اند. که نتایج این مطالعه با مطالعه وحید شاهی (۱۳۸۸) همخوانی دارد که در آن مطالعه تنها یک سوم از دانشجویان شرکت کننده در مطالعه نسبت به نقش آموزشی دستیاران نگرش مثبت دارند و دستیاران نتوانسته اند خلأ آموزشی موجود را برطرف نمایند(۲۳). در پژوهش های مختلف از نقش مهم دستیاران در آموزش به دانشجویان و کارورزان ایفا نماید بیان شده است (۲۴-۲۶). نقش آموزشی دستیاران گرچه در برخی موارد مانند برگزاری برخی کلاس های آموزشی از رویه ای برنامه ریزی شده برخوردار است، اما، بویژه در مورد آموزش بالینی (راند بالینی، آموزش درمانگاهی و کشیک ها)، اغلب به عنوان موضوعی جنبی و نه چندان مهم در نظر گرفته می شود و این در حالیست که دستیاران در بیشترین زمان آموزش دانشجویان، بویژه کارورزان حضور دارند(۲۷). بنابراین بهتر است جهت افزایش مهارت دستیاران در امر آموزش کارگاههای آموزشی جهت آشنایی آنان با روش های آموزشی و همچنین آگاه کردن آن ها با اهداف آموزشی و انتظارات دوره برگزار نمود.

فراگیری مهارتهای ضروری بالینی توسط کارورزان پزشکی، یکی از اهداف مهم دانشجویان پزشکی می باشد بطوریکه عملکرد یک پزشک عمومی در آینده ارتباط بسیار نزدیکی با فراگیری و تسلط به این مهارتها دارد. آموزش صحیح و کامل این مهارتها در حین تحصیل بویژه در دوره کارورزی و کارآموزی در برنامه درسی دانشجویان پزشکی گنجانده شده است اما اجرای این بخش از آموزش نیازمند برنامه ریزی دقیق و جدی و با در نظر گرفتن استانداردهای مربوطه می باشد. شایان ذکر است آموزش مهارتهای ضروری (competency) بایستی توسط اساتید مربوطه صورت پذیرد تا در آینده پزشک فارغ التحصیل بتواند عملکرد (performance) مورد نظر را دارا باشد. بنابراین انتظار می رود با برنامه ریزی صحیح توسط آموزش بالینی دانشکده پزشکی و نظارت دقیق بر اجرای دقیق برنامه توسط مسئولین مربوطه و همچنین ارزشیابی این مهارتها در پایان دوره، بتوان کیفیت آموزش بالینی را ارتقا بخشید تا از این طریق با ارتقای عملکرد پزشکان کیفیت ارائه خدمات سلامت را در جامعه افزایش داد که گامی جدی در جهت افزایش شاخص های ارائه خدمات سلامت می باشد.

نتیجه گیری

بنابراین با توجه به جایگاه مهم ارزشیابی در ارتقای کیفیت آموزش، میزان تسلط کارورزان پزشکی به مهارتهای مهم بالینی بر اساس استاندارد های موجود در برنامه درسی با استفاده از آزمون هایی نظیر OSCE، DOPS، Mini-CEX و غیره به دفعات مورد ارزشیابی قرار گیرد، و بعنوان یکی از ملاکهای فراغت از تحصیل دانشجویان مد نظر قرار گیرد، همچنین نقش موثر دستیاران و سایر پرسنل در آموزش و انتقال این مهارت ها را در نظر داشت

Keywords:

دوره کارورزی، دانشجویان پزشکی، خود ارزیابی، مهارت‌های بالینی

کد: ۱۵۴۲

حیطه: ارزشیابی آموزشی (دانشجو، هیئت علمی و برنامه)

تجربه موفق ارزشیابی تکوینی استاد در دانشگاه علوم پزشکی ایلام

نویسندگان: نورخدا صادقی فرد، مصیب مظفری، ساناز اعظمی، فاطمه پالیزبان

Introduction

فرایند ارزشیابی استاد، فرایندی است که با استفاده از جمع آوری اطلاعات و بررسی عملکرد استاد در زمینه های گوناگون به قضاوت در خصوص کفایت و شایستگی و نیز نقاط ضعف اساتید جهت بهبود کیفیت فعالیت های آموزشی می پردازد. یکی از روش های متداول ارزشیابی اساتید که در ایران نیز رواج دارد روش ارزشیابی اساتید از دیدگاه دانشجویان می باشد. این روش ارزشیابی در واقع اصلی ترین منبع برای قضاوت در خصوص عملکرد تدریس اعضای هیئت علمی در دانشگاه های ایران می باشد. ارزشیابی استاد از دیدگاه دانشجو با هدف ارزشیابی تکوینی پایه گذاری شده اما با گذشت زمان جای خود را به ارزشیابی تراکمی (جهت مقاصد مدیریتی) داده است.

Objectives

هدف از اجرای این فرآیند آموزشی استفاده از اثرات تکوینی ارزشیابی بر رفتار آموزشی اساتید دانشگاه علوم پزشکی ایلام بوده است.

Study Design

پس از تصویب طرح ارزشیابی تکوینی، ابتدا در هفته ششم نیمسال دوم ۹۵-۹۴، از دانشجویان خواسته شد تا وارد سامانه سما شده و استاد معین شده را ارزشیابی نمایند. بازه زمانی انجام ارزشیابی ۲ هفته بوده و پس از آن سامانه ارزشیابی بسته شد. در این مرحله آن دسته از ارزشیابی های کمتر از ۱۰ دانشجو حذف شدند. در طول یک هفته، نتایج ارزشیابی دانشجویان آماده شده و جهت مدیران گروه های آموزشی ارسال و از ایشان خواسته شد در مواردی که نمره ارزشیابی کمتر از ۳/۵ از ۴ بوده است مداخلات لازم را به صورت محرمانه انجام دهند. این مداخله شامل تشکیل جلسه با عضو هیات علمی، بازخورد موارد مندرج در فرم که از حد نصاب اعلام شده کمتر بوده، بررسی دلایل و طراحی برنامه های اصلاحی بود. در مواردی که نمره عضو هیات علمی از ۳ کمتر بود برنامه ویژه ای جهت پیگیری و پایش عملکرد عضو هیات علمی با اطلاع و همکاری خود وی طراحی و اجرا شد. سپس نمرات ارزشیابی پایان نیمسال در همان درس مجددا استخراج شده و با استفاده از نرم افزار SPSS از نظر رشد نمره ارزشیابی مورد بررسی قرار گرفت. تعداد کم دانشجویان ارزشیابی کننده در برخی دروس، بروز خطای انتخاب در ارزشیابی باور برخی اساتید مبنی بر مشکل دار بودن کلاس انتخاب شده، و عدم تأکید کافی بر انجام ارزشیابی توسط دانشجویان تحصیلات تکمیلی از جمله محدودیت های این مرحله بود. با درس گرفتن از مشکلات ذکر شده، ارزشیابی تکوینی دانشجو از استاد در نیمسال اول ۹۶-۹۵ مجددا انجام شد. در این مرحله تمامی دانشجویان صرفنظر از مقطع تحصیلی ملزم شدند کلیه اساتیدی را که در نیمسال مذکور با ایشان درس و یا کارآموزی داشته اند را ارزشیابی نمایند. مانند نیمسال گذشته ارزشیابی تکوینی و پایانی در هفته ششم و پایان ترم به انجام رسید.

Data Analysis

در مواردی که نمره عضو هیات علمی از ۳ کمتر بود برنامه ویژه ای جهت پیگیری و پایش عملکرد عضو هیات علمی با اطلاع و همکاری خود وی طراحی و اجرا شد. سپس در پایان نیمسال نمرات ارزشیابی پایانی، در همان درس مجدداً استخراج شده و با استفاده از نرم افزار SPSS از نظر رشد نمره ارزشیابی مورد بررسی قرار گرفت. برخی از مشکلاتی که در این مرحله مشاهده شدند، شامل موارد زیر بود: ۱- در برخی موارد تعداد دانشجویان ارزشیابی کننده جهت انجام آنالیز ناکافی بود. در مرحله اول آن دسته از ارزشیابی ها تحلیل شدند که حداقل ۱۰ دانشجو استاد مربوطه را مورد ارزشیابی قرار داده بودند. ۲- خصلت انتخابی بودن ارزشیابی سبب شد خطای انتخاب در ارزشیابی خود را نشان دهد، به عبارتی احتمال اینکه دانشجویان ارزشیابی کننده به دلایلی مانند حب و بغض و موارد دیگر خواسته باشند استاد خود را ارزشیابی کرده باشند بیشتر بود. ۳- برخی اساتید بر این باور بودند که کلاس انتخاب شده برای انجام ارزشیابی کلاس مشکل داری بوده است و برخی نیز عنوان می کردند که مدیر گروه در انتخاب کلاس ها برای ارزشیابی اساتید ملاحظات و یا اهدافی را مد نظر داشته است. ۴- تأکید کافی بر انجام ارزشیابی توسط دانشجویان تحصیلات تکمیلی انجام نشد. با درس گرفتن از مشکلات ذکر شده ارزشیابی میان ترم دانشجو از استاد در نیمسال اول ۹۵-۹۶ مجدداً انجام شد. در این مرحله تمامی دانشجویان صرفنظر از مقطع تحصیلی ملزم شدند کلیه اساتیدی را که در نیمسال مذکور با ایشان درس و یا کارآموزی داشته اند را ارزشیابی نمایند. مانند نیمسال گذشته ارزشیابی تکوینی به انجام رسید.

Results

در دو دور ارزشیابی که در دو نیمسال دوم ۹۴-۹۵ و نیمسال اول ۹۵-۹۶ انجام شد، نتایج به دست آمده از ارزشیابی میان ترم و پایان ترم و مقایسه آنها به تفکیک دانشکده به شرح جدول زیر بود.

جدول شماره ۱: نتایج ارزشیابی تکوینی و نهایی دانشجو از استاد- بار اول اجرا در نیمسال دوم ۹۴-۹۵

آماره دانشکده	فراوانی و درصد نمرات کمتر از ۳	فراوانی و درصد نمرات ۳-۳/۵	میانگین و انحراف معیار در مرحله ارزشیابی تکوینی	میانگین و انحراف معیار در مرحله ارزشیابی پایانی	T	p-value
بهداشت	۱۰(۲/۸)	۹(۲۵)	۳/۵۷±۰/۳	۳/۵۸±۰/۲۴	-۰/۲۵۹	۰/۷۹۷
پزشکی	۱۰(۴/۸)	۴(۱۹)	۳/۴±۰/۲۶	۳/۵۳±۰/۳۲	۲/۳۶	*۰/۰۲
پرستاری و مامایی	۱۰(۴/۵)	۲(۹/۱)	۳/۵۷±۰/۲۵	۳/۵۵±۰/۳۲	۰/۱۵۸	۰/۸۷۶
دندان پزشکی	۰	۷(۳۸/۹)	۳/۱۸±۰/۴	۳/۵۳±۰/۲	-۳/۹۷	۰/۰۰۱ **
پیراپزشکی	۰	۱۰(۳۰/۳)	۳/۵۳±۰/۳۲	۳/۵۳±۰/۳	-۰/۵۲۲	۰/۶۰۵
جمع	۳(۲/۳)	۳۲(۲۴/۱)	۳/۵±۰/۳۳	۳/۵۵±۰/۲۵	-۱/۹۶	۰/۰۴۸ *

جدول شماره ۲: نتایج ارزشیابی تکوینی و نهایی دانشجو از استاد- بار دوم اجرا در نیمسال اول ۹۶-۹۵

آماره	فراروانی و فراوانی درصد نمرات کمتر از ۳	فراروانی و فراوانی درصد نمرات بیشتر از ۳/۵	میانگین و انحراف معیار در مرحله ارزشیابی تکوینی پایانی	میانگین و انحراف معیار در مرحله ارزشیابی تکوینی پایانی	T	p- value	دانشکده
بهداشت	۳(۰/۸/۳)	۱۱(۰/۳۰/۶)	۲۲(۰/۶۱/۱)	۳/۵۶±۰/۳۷	۱۵۳±۰/۲۹ ۳	۰/۷۱۷	بهداشت
پزشکی	۰	۱۶(۰/۵۷/۱)	۱۲(۰/۴۲/۹)	۳/۴۸±۰/۲۳۱	۶±۰/۲۲۸ ۳/۷	**۰/۰۰۱	پزشکی
پرستاری و مامایی	۳(۰/۴/۹)	۲۱(۰/۳۴/۴)	۳۷(۰/۶۰/۷)	۳/۵۳±۰/۳۲	۱۵۱±۰/۲۹ ۳	۰/۳۸۶	پرستاری و مامایی
دندان پزشکی	۰	۱۱(۰/۶۱/۱)	۷(۰/۳۸/۹)	۳/۴۸±۰/۱۴۵	۳/۷۲±۰/۱ ۴/۳	**۰/۰۰۳	دندان پزشکی
پیراپزشکی	۳(۰/۱۰/۳)	۱۱(۰/۳۸)	۱۵(۰/۵۱/۷)	۳/۵۰±۰/۲۹۳	۴±۰/۲۶۲ ۳/۴	۰/۴۵۹	پیراپزشکی
گروه فناوری اطلاعات	۰	۲(۰/۳۳/۳)	۴(۰/۶۶/۷)	۳/۶±۰/۴۳	۱۵۶±۰/۲۲ ۳	۰/۸۳۲	گروه فناوری اطلاعات
گروه معارف	۰	۱۱(۰/۵۰)	۱۱(۰/۵۰)	۳/۴۸±۰/۲۲	۱۶۲±۰/۱۷ ۳	**۰/۰۰۲	گروه معارف
گروه زبان و دروس عمومی	۲(۰/۱۶/۷)	۵(۰/۴۱/۶)	۵(۰/۴۱/۷)	۳/۵۶±۰/۴۶	۳/۴±۰/۳۵ ۰/۷۷۲	۰/۴۶	گروه زبان و دروس عمومی
جمع	۱۱(۰/۵/۲)	۸۸(۰/۴۱/۵)	۱۱۳(۰/۵۳/۳)	۳/۴۹±۰/۲۶	۱۵۵±۰/۳۲ ۳	**۰/۰۰۳	جمع

Conclusion

یافته ها نشان داد ارزشیابی تکوینی از استاد می تواند به وی کمک نماید با شناسایی نظرات دانشجویان همان درس، نسبت به اصلاحات و رفع کاستی ها، اقدام لازم را انجام دهد. بدیهی است ارزشیابی دانشجو از استاد نمی تواند نمای کاملی از عملکرد استاد تلقی شود و لازم است در کنار بهبود روش ارزشیابی دانشجو، از ابزارهای دیگری هم استفاده کرد.

Keywords:

ارزشیابی تکوینی - ارزشیابی از استاد - ارزشیابی تراکمی

کد: ۱۵۵۲

حیطه: ارزشیابی آموزشی (دانشجو، هیئت علمی و برنامه)

طراحی ابزار ارزشیابی استاد به عنوان رهبر آموزشی توسط دانشجو در دروس نظری ، مدل POLC

نویسندگان: معصومه ضیائیها، رفعت محبی فر، امیر پاکپور حاجی آقا، مریم جوادی، سید علی اکبر هاشمی نسب

Introduction

از مهمترین و متداول ترین راههایی که میتوان نظر دانشجویان را درباره استادان جویا شد، تهیه و اجرای پرسشنامه های نظرسنجی است که همواره محتوا، روش اجرا و بازخورد نتایج آن مسأله ای مهم در فرایند ارزشیابی استاد تلقی می شود؛ چرا که اگر قرار باشد از نظر دانشجویان برای ارزشیابی عملکرد استادان به منظور تصمیم گیری درباره استخدام، ارتقا و غیره استفاده شود، لازم است پرسشنامه های جامع با سؤا لهای کلی تهیه شود.

Objectives

هدف این پژوهش طراحی ابزار ارزشیابی استاد به عنوان رهبر آموزشی توسط دانشجو در دروس نظری ، مدل POLC (Organizing, Planning, Controlling, Leadership) بود.

Study Design

این مطالعه کیفی در سالهای ۹۴ تا ۹۵ انجام شد.

Study Setting

بعد از تشکیل تیم تدوین که متشکل از ۹ نفر از اعضای هیأت علمی و افراد متخصص آموزش پزشکی دانشگاه بودند، وضعیت موجود سیستم ارزشیابی استاد توسط دانشجو در دروس نظری بررسی شد. با استفاده از منابع و مروری بر مقالات و با نظر تیم تدوین، پیش نویس پرسشنامه ارزشیابی استاد که شامل ۲۴ آیتم بود، تهیه شد.

Participan

جهت تعیین CVR یا نسبت روایی محتوی سوالات، تعداد ۴۵ نفر از اعضای هیئت علمی مجرب و صاحب نظر از دانشکده های دانشگاه علوم پزشکی قزوین انتخاب و از آنان خواسته شد تا در مورد میزان تناسب هر یک از سوالات فرم ارزشیابی استاد نظر دهند. از آن ها خواسته شد تا هریک از سوالات را بر اساس طیف سه بخشی لیکرت «گویه ضروری است»، «گویه مفید است ولی ضروری نیست» و «گویه ضرورتی ندارد» طبقه بندی کنند و جهت تعیین CVI یا شاخص روایی محتوی سوالات، از ۴۵ نفر اعضای هیئت علمی خواسته شد تا «مربوط بودن»، «واضح بودن» و «ساده بودن» هر گویه را بر اساس یک طیف لیکرتی ۴ قسمتی مشخص کنند.

Data Gathering Tool

حداقل ملاک قابل قبول طبق جدول لاوشه ۲۹/۰ تعیین گردید سوالاتی که مقدار CVR محاسبه شده برای آن ها کمتر از میزان مورد نظر بود ، حذف شدند. جهت CVI سوالات ، در صورت کسب نمره بیش از ۷۹٪ عبارت در پرسشنامه باقیمانده، "مربوط بودن"، "وضوح" و "سادگی" آنها نیز مورد بررسی قرار گرفت. در صورتی که نمره "مربوط بودن" عبارت در پرسشنامه کمتر از ۷۹٪ بود، عبارت حذف گردید. در صورتی که نمره "وضوح" و "سادگی" عبارت در پرسشنامه کمتر از ۷۹٪ بود، عبارت اصلاح گردید برای بررسی روایی صوری از نمرات تأثیر آیتم استفاده شد. برای پذیرش روایی صوری هر گویه، نمره تأثیر آن نبایستی کمتر از ۵/۱ باشد و فقط سوالاتی از لحاظ روایی صوری قابل قبول بودند که نمره آن ها بالاتر از ۵/۱ بود. بعد از اصلاحات لازم برای

بررسی مجدد پرسشنامه برای اعضای هیئت علمی ارسال شد و سپس نظرات مجدداً بررسی گردید. جهت تعیین پایایی پرسشنامه از روش همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ) استفاده گردید. همچنین جهت بررسی ثبات پرسشنامه ارزشیابی استاد از روش آزمون مجدد استفاده شد.

Results

از ۲۴ سؤال تدوین شده، ۲۰ سؤال، نمره CVR آن بالای ۰/۲۹، نمره CVI آن از نظر "مربوط بودن"، "وضوح" و "سادگی" بالای ۰/۷۹ و نمره تأثیر آیتم بیشتر از ۵/۱ بود. ضریب آلفای کرونباخ در این مطالعه در هر یک از ۴ حیطه پرسشنامه ارزشیابی استاد توسط دانشجو، مدل POLC بیشتر از ۰/۷ بدست آمد. نتایج ضریب پایایی آزمون مجدد نشان داد که نمرات پرسشنامه تا حد قابل قبولی در فاصله زمانی ۱۴ روزه دارای ثبات می باشند (ضریب همبستگی ۰/۷۹).

Conclusion

پرسشنامه نهایی ارزشیابی استاد توسط دانشجو، مدل POLC شامل چهار حیطه " برنامه ریزی آموزشی؛ سازماندهی آموزشی؛ رهبری آموزشی و کنترل آموزشی با روایی و پایایی مناسب طراحی گردید.

Keywords

ارزشیابی استاد، رهبر آموزشی، دانشجو

کد: ۱۴۵۳

حیطه: ارزشیابی آموزشی (دانشجو، هیئت علمی و برنامه)

بررسی نقاط قوت، نقاط ضعف و راهکارهای اصلاحی آزمون الکترونیک پیش کارورزی از دیدگاه دانشجویان پزشکی و بر اساس الگوی ارزشیابی مبتنی بر مشارکت کنندگان در دو دانشگاه منطقه هفتم آمایشی

نویسندگان: عطیه فقیهی، سعیده دریا زاده، نیکو یمانی

Introduction

در هر سیستم آموزشی، آموزش و ارزیابی از موضوعات اساسی قلمداد میشوند. هیچ آموزشی بدون ارزیابی و ارائه بازخورد ارزشی ندارد و دانشجویان نیازمند این هستند که بتوانند نقایص و مشکلات خود را شناخته و در جهت رفع آن کوشش نمایند. آزمون ها معمولاً به روش کتبی یا شفاهی تنها به کنترل سطح دانش نظری فرد می پردازند و این نقطه ضعف آزمون ها در کشف و سنجش توانایی های حسی دانشجویان بیشتر جلوه گر می شود. امروزه با توجه به مزایایی زیادی که استفاده از آزمون های مبتنی بر کامپیوتر در بردارد و با توجه به سیاست های وزارت بهداشت در جهت تحول و نوآوری در آموزش علوم پزشکی و در راستای بسته ارتقاء نظام ارزیابی و آزمون های علوم پزشکی، آزمون پیش کارورزی از سال ۱۳۹۴ و برای اولین بار در کل کشور به صورت کاملاً الکترونیک و در منطقه هفتم آمایشی که شامل اصفهان، کاشان، شهر کرد و یزد میباشد برگزار گردید. از آنجا که در هر تغییری در سیستم ارزیابی نظرات ذینفعان که یکی از مهم ترین آنها میتوانند دانشجویان باشند بسیار مهم میباشد و میتواند برنامه ریزان را در جهت رفع مشکلات و نقاط ضعف راهنمایی نموده و آنها را به سمت اقدامات اصلاحی مناسب تر هدایت کند و از طرف دیگر با توجه به اینکه برگزاری آزمون الکترونیک پیش کارورزی که اولین بار است که برگزار شده

:Objectives

این مطالعه با هدف بررسی نظرات و تجربیات دانشجویان پزشکی در مقطع پیش کارورزی از شرکت در آزمون الکترونیک پیش کارورزی دوره اول برگزاری این آزمون در دو دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و کاشان در سال ۱۳۹۴ انجام شد.

:Study Design

مطالعه حاضر به روش کیفی و بر اساس الگوی ارزشیابی مبتنی بر مشارکت کنندگان Participant-oriented evaluation approaches انجام شد. جامعه مورد بررسی در این مطالعه دانشجویان پزشکی شرکت کننده در اولین آزمون پیش کارورزی الکترونیکی هستند و نمونه گیری به صورت مبتنی بر هدف یا هدفمند انجام شد. روش جمع آوری اطلاعات به صورت مصاحبه های نیمه ساختارمند به صورت انفرادی بود. سوالات مطرح شده در مصاحبه ها عبارت بودند از: ۱- به نظر شما نقاط قوت آزمون الکترونیک پیش کارورزی نسبت به آزمون سنتی (مداد کاغذی) چیست؟ ۲- به نظر شما نقاط ضعف آزمون الکترونیک پیش کارورزی نسبت به آزمون سنتی (مداد کاغذی) چیست؟ ۳- برای اینکه مشکلات برگزاری این آزمون برطرف شود شما چه راهکارهای قابل اجرایی برای بهبود و ارتقای آزمون الکترونیکی با توجه به بستری که موجود است را پیشنهاد می دهید مصاحبه ها با اجازه مشارکت کنندگان ضبط شده و سپس کلمه به کلمه بر روی کاغذ پیاده شد. تجزیه و تحلیل داده ها همزمان با جمع آوری داده ها، و با نرم افزار مکس کیو دا (MAXQDA) به روش تحلیل محتوای کیفی استقرایی انجام گردید.

:Study Setting

نتایج حاصل مطرح شده حاصل از انجام مطالعه در قسمتی از جامعه است.

:Participan

جامعه مورد بررسی در این مطالعه دانشجویان پزشکی شرکت کننده در اولین آزمون پیش کارورزی الکترونیکی هستند و نمونه گیری به صورت مبتنی بر هدف یا هدفمند انجام شد.

:Data Gathering Tool

روش جمع آوری اطلاعات به صورت مصاحبه های نیمه ساختارمند به صورت انفرادی بود

:Data Analysis

مصاحبه ها با اجازه مشارکت کنندگان ضبط شده و سپس کلمه به کلمه بر روی کاغذ پیاده شد. تجزیه و تحلیل داده ها همزمان با جمع آوری داده ها، و با نرم افزار مکس کیو دا (MAXQDA) به روش تحلیل محتوای کیفی استقرایی انجام گردید. **:Results**
پس از پیاده سازی متن مصاحبه ها تمامی آنها توسط نرم افزار MAXQDA کدگذاری شد. در مجموع ۲۰۶ کد استخراج شد که بعد از مقایسه دائم و حذف کدهای تکراری در نهایت ۱۱۳ کد در ۲۶ زیر طبقه و ۳ طبقه اصلی شامل قرار گرفتند. طبقه های اصلی شامل نقاط قوت، نقاط ضعف (چالش ها) و راهکارها بودند. نقاط قوت آزمون در ۱۰ زیر طبقه قرار گرفته و شامل ۵۰ کد بود. زیر طبقات مربوط به نقاط قوت آزمون شامل نرم افزار آزمون، اجرای آزمون، هزینه آزمون، پاسخگویی به مشکلات، بازخورد، فضای فیزیکی، توجیه و اطلاع رسانی، استرس، جلوگیری از خستگی، زمان آزمون. نقاط ضعف آزمون در ۹ زیر طبقه قرار گرفته و شامل ۳۸ کد بود. زیر طبقات مربوط به نقاط ضعف شامل هزینه آزمون، نمره دهی، مشکلات فنی و کاربردی، تمرکز، سطح سوالات، خستگی، زمان آزمون، توجیه و اطلاع رسانی و استرس بود. راهکارهای پیشنهادی برای بهبود کیفیت آزمون نیز در ۷ زیر طبقه قرار گرفته و شامل ۲۵ کد بود. زیر طبقات مربوط به راهکارهای پیشنهادی نیز شامل اجرای آزمون، موارد فنی آزمون، نوع سوالات، برگزاری سایر آزمون ها به این روش، بازخورد، نرم افزار آزمون، زمان آزمون بودند.

:Conclusion

نتایج این مطالعه به طور کلی حاکی از درصد بالای رضایت دانشجویان از برگزاری آزمون پیش کارورزی به صورت الکترونیک بود و آنها پیشنهاد برگزاری سایر آزمون های دوره پزشکی عمومی به روش الکترونیک را داشتند. پیشنهادات میگردد ارزشیابی های مشابه این مطالعه در سطح کشور و در مناطق آمایشی انجام گردد تا بتوان این نوع آزمون ها را بصورت استاندارد در سطح کشور ارائه نمود. همچنین از نتایج

این مطالعه در برگزاری مجدد این آزمون در سایر دانشگاه ها استفاده شده تا بتوان با انجام اقدامات اصلاحی گامی در جهت بهبود کیفیت این آزمون ها برداشت.

Keywords:

دانشجوی پزشکی، آزمون مبتنی بر کامپیوتر، آزمون پیش کارورزی، ارزشیابی، مشارکت کنن

کد: ۱۶۳۸

حیطه: ارزشیابی آموزشی (دانشجو، هیئت علمی و برنامه)

روند میانگین نمرات ارزشیابی استاد در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان طی سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۴: آیا ارزشیابی استاد می‌تواند موجب ارتقاء تدریس شود؟

نویسندگان: آوات فیضی، طاهره چنگیز، نیکو یمانی، فرحناز کمالی

Introduction

تدریس اساتید به‌عنوان یکی از شاخص‌های کیفی آموزش در دانشگاه‌های علوم پزشکی، با استفاده از منابع و روش‌های مختلف، مورد ارزشیابی مستمر قرار می‌گیرد. نتایج ارزشیابی استاد طی سال‌های متوالی می‌تواند نشان دهنده تأثیر این سیستم در ارتقاء تدریس اساتید باشد.

Objectives

هدف از این مطالعه بررسی روند تغییرات نمرات ارزشیابی اساتید دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان طی سال‌های ۱۳۸۵ تا ۱۳۹۴ به‌منظور تعیین تأثیر ارزشیابی استاد در نحوه عملکرد اساتید بود

Study Design

این مطالعه از نوع توصیفی و مقطعی تکرارشونده بود.

Study Setting

این پژوهش در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و با استفاده از نمرات ارزشیابی استاد طی ده سال (۱۳۸۵-۱۳۹۴) انجام شد.

Participan

شرکت کنندگان در این پژوهش کلیه اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بودند که از سال ۱۳۸۵ لغایت ۱۳۹۴ حداقل یکسال ارزیابی شده بودند. و واحد مورد مطالعه گروه آموزشی و سپس دانشکده های مختلف دانشگاه بودند.

Sample Size

شرکت کنندگان در این مطالعه به صورت سرشماری وارد شدند. و کلیه آنها مورد مطالعه قرار گرفتند.

Data Gathering Tool

ابزار جمع‌آوری داده، کارنامه‌های ارزشیابی اساتید این دانشگاه بود که شامل سه نمره ارزیابی دانشجویان و مسئولین و کل می‌شد.

Data Analysis

داده‌ها در نرم‌افزار spss ورژن ۲۱۱ با استفاده از روش آماری پیشرفته مدل‌های اثرات آمیخته تجزیه و تحلیل شدند.

Results

در این مطالعه نتایج ده ساله ارزیابی اساتید توسط دانشجویان، مسئولین و نمرات کل ارزشیابی آنها به دست آمد. روند کلی نشان دهنده تغییرات مثبت در نتایج ارزشیابی اساتید بود. میانگین تغییرات نمرات کل ارزشیابی در طول زمان بین دانشکده‌های مختلف و هم چنین در سالهای مختلف در هر دانشکده تفاوت معناداری را نشان می‌داد.

Conclusion

روند مثبت تغییرات نشان دهنده تاثیر عملکرد سیستم ارزشیابی استاد در این دانشگاه باشد. البته لازمست سایر عواملی را که ممکن است بر این سیستم تاثیرگذار باشد را نیز مورد بررسی قرار داد. تفاوت بین دانشکده‌های مختلف، نشان دهنده تاثیر جو و محیط آموزشی در آن دانشکده‌ها می‌باشد، به همین دلیل مقایسه اساتید در دانشکده‌های مختلف منطقی به نظر نمی‌رسد. پس در رتبه بندی اساتید یک دانشگاه که به منظورهای مختلف از جمله انتخاب استاد نمونه یا سایر جوایز و امتیازات انجام می‌شود باید به این مسئله توجه نمود

Keywords

نمرات ارزشیابی استاد- روند تغییرات- ارتقاء تدریس- دانشگاه علوم پزشکی

کد: ۱۶۱۸

حیطه: ارزشیابی آموزشی (دانشجو، هیئت علمی و برنامه)

طراحی چک لیست ارزیابی مهارتهای عملی دانشجویان دندانپزشکی در درس بیماریهای دهان و فک و صورت و مقایسه آن با روش Global rating

نویسندگان: شیوا شیرازیان، آرش منصوریان، محمد جلیلی، مهدی وطن پور

Introduction

ارزیابی توانمندی های بالینی، یکی از وظایف بسیار پیچیده و مشکل در حیطه آموزش پزشکی می باشد. امروزه مقوله ارزیابی عملکرد بالینی به نحو چشمگیری بیمار - محور و دانشجو - مدار شده است. در روش سنتی، روشهای ارزشیابی بالینی شامل: مشاهدات اساتید و آزمونهای شفاهی است. افزایش حجم کار اساتید بالینی، نارضایتی از شیوه های سنتی ارزشیابی مهارت های بالینی و پیشرفت های به وجود آمده در رشته های روان شناسی و آموزش منجر به شکل گیری ماهیت جدید و ایجاد انواع روشهای ارزشیابی عملکرد با تعریف مشخص گردیده است.

از چالش های اصلی که دانشکده های دندانپزشکی مدرن، امروزه با آن مواجه هستند، تدوین روشهای ارزشیابی مناسب و و در خور اجرایی است که هم از نظر محتوا و نوع سوالات برای ارزیابی کنندگان و ارزیابی شوندگان از وضوح و شفافیت کافی برخوردار باشند و هم در برابر رویه های قبلی جاری در پروسه های ارزشیابی قدیمی تاب مقاومت داشته باشند.

Objectives

هدف از این مطالعه طراحی چک لیست و تعیین میزان رضایتمندی اعضاء هیئت علمی و دانشجویان از این روش در مقایسه با روش معمولی global rating برای ارزیابی مهارت های بالینی دانشجویان ترم ۷ دندانپزشکی در درس بیماری های دهان و فک و صورت عملی بوده است.

Study Design

این مطالعه اقدام پژوهی (action research) در طی سه مرحله به شرح زیر انجام گردید:

مرحله اول: تهیه چک لیست و تعیین روایی و پایایی آن

مرحله دوم: کاربرد چک لیست

مرحله سوم: بررسی پیامدها

ابتدا چک لیست، در جلسات بحث گروهی متخصصان طراحی شد. سپس روایی و پایایی آن بوسیله ضریب CVI و بازآزمایی ارزیابی شد. دانشجویان (۶۶ نفر) در دو گروه، با یکی از دو روش چک لیست و روش معمولی global rating ارزیابی شدند. در پایان دوره میزان رضایتمندی ارزیابان و دانشجویان با آزمون ویلکاکسون و من ویتنی و میانگین نمرات دانشجویان با آزمون Paired T test تحلیل گردید.

Study Setting

روایی محتوایی کل چک لیست بر اساس ضریب CVI ۰/۸۸ بوده است و ضریب پایایی آن ۰/۹ بوده است. میزان رضایتمندی ارزیابان از دو روش مورد مطالعه تفاوت معنی داری نداشته است ($p=0,06$ Wilcoxon). علیرغم فقدان اختلاف معنی دار در میزان رضایتمندی دانشجویان، روش چک لیست بیشتر مورد پذیرش آنها بوده است. میانگین نمرات دانشجویان در روش چک لیست برابر ۸۹/۶۹±۹/۶۱ و در روش global rating برابر ۸۵/۱۰±۸۶/۲۷ بوده است ولی این اختلاف معنی دار نبوده است ($P=0,06$).

Participan

کلیه دانشجویان ترم ۷ دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران که در سال تحصیل ۹۱-۹۰ واحد درسی بیماری های دهان و فک و صورت عملی (۱) را داشته‌اند (۶۶ نفر) براساس گروه بندی انجام شده توسط معاونت آموزشی دانشکده دندانپزشکی، به ۴ گروه تقسیم شدند و هر گروه در طی یک دوره مشخص ۲۰ روزه در بخش بیماری های دهان و فک و صورت حضور داشتند. براساس قوانین بخش، کلیه دانشجویان در پایان هر روتیشن و پس از کسب آموزش های لازم در خصوص مهارت های بالینی، می بایست توسط چهار نفر از اساتید بخش بیماری های دهان و فک و صورت، مورد ارزیابی قرار می گرفتند. براساس جدول اعداد تصادفی، ۲ گروه (۳۳ نفر) از چهار گروه دانشجویان، به منظور ارزیابی توسط چک لیست طراحی شده در مطالعه، در نظر گرفته شدند. دو گروه دیگر (۳۳ نفر) بوسیله روش معمولی global rating که روش ارزیابی رایج در بخش بیماری های دهان و فک و صورت بوده، ارزیابی شدند. روش global rating به این صورت بوده است که هریک از اساتید در خصوص هریک از مهارت های مورد ارزیابی، براساس نظر خود سؤالاتی را از دانشجویان پرسیده و نمره ای به وی اختصاص دادند. در روش ارزیابی توسط چک لیست، عملکرد بالینی هر دانشجو توسط ۵ استاد، به طور جداگانه و به صورت علامت گذاری در چک لیست ثبت می شد. میانگین نمرات ۵ استاد برای هر دانشجو در هر کدام از دو روش به عنوان نمره او محسوب می شد اما از آنجا که حقی از هیچکدام از دانشجویان ضایع نشود در دو گروهی که توسط چک لیست مورد ارزیابی قرار گرفتند، همزمان با تکمیل چک لیست، توسط هر استاد، یک نمره global rating هم به دانشجو داده می شد تا نمره نهایی واحد بیماری های دهان و فک و صورت کلیه دانشجویان به شکل عادلانه و با شرایط یکسان مورد محاسبه قرار گرفته باشد. در نتیجه از نمرات حاصل از چک لیست ها فقط جهت مطالعه استفاده شد.

از آنجا که اجرای روش ارزیابی جدید به وسیله چک لیست امکان داشت که با ابهاماتی توسط اساتید و دانشجویان مواجه شود، در آغاز ترم تحصیلی و قبل از شروع مطالعه، اساتید بخش بیماری های دهان و فک و صورت طی جلسه ای توسط مدیر گروه بخش و اعضای طرح با جزئیات مطالعه آشنا شده و ضمن ارائه نسخه ای از چک لیست طراحی شده به هریک از اساتید، جزئیات و روش استفاده از چک لیست به طور کامل شرح داده شد. همچنین در آغاز هر روتیشن، دانشجویان طی جلسه ای با روش ارزیابی پایان دوره شان آشنا شده، در مورد مطالعه و نحوه نمره دهی توجیه می شدند.

:Data Gathering Tool

تهیه چک لیست و تعیین روایی و پایایی آن

در این مرحله، ابتدا با توجه به اهداف آموزشی واحد درسی بیماری‌های دهان و فک و صورت عملی مندرج در کوریکولوم آموزشی مصوب، پیش نویسی از چک لیست، مشتمل بر مهارت‌های بالینی که باید مورد ارزیابی قرار می‌گرفتند تهیه گردید. سپس این پیش نویس در جلسه‌ای با حضور متخصصان این رشته به بحث گذاشته شد و بر اساس نتایج این expert panel چک لیست نهایی آماده گردید. پس از تهیه چک لیست روایی ظاهری آن شامل نحوه‌ی چینش سوالات، ادبیات نگارش و فرم ظاهری چک لیست به تایید ۵ نفر از متخصصان رسید. برای تعیین روایی محتوایی چک لیست تهیه شده از روش لاشه استفاده گردید به این ترتیب که نسخه‌ای از چک لیست در اختیار ۵ تن از اساتید متخصص در رشته بیماری‌های دهان و فک و صورت قرار گرفت و از آنها خواسته شد تا هریک از سوالات را بررسی نموده و درباره آن نظر بدهند. در این روش از این داوران خواسته شد تا هر سوال را در رابطه با محتوایی که سوال از آن برگرفته شده به سه شکل ضروری، مفید و غیر ضروری مورد داوری قرار دهند و نظر داوران با کمک فرمول ضریب روایی محتوایی (CVR) Content Validity Ratio محاسبه گردید. به این منظور ابتدا ضریب روایی محتوایی تک تک سوالات محاسبه و در نهایت با تعیین میانگین ضریب های روایی کلیه سوالات شاخص روایی محتوایی کل چک لیست (CVI) تعیین گردید.

برای بررسی پایایی چک لیست، از روش test-retest استفاده شد. ابتدا فیلمی از انجام مهارت‌های بالینی مورد نظر توسط یکی از دانشجویان تهیه شد و فیلم تهیه شده در اختیار ۵ نفر از اساتید متخصص رشته‌های بیماری‌های دهان و فک و صورت قرار گرفت و اساتید با مشاهده عملکرد بالینی اجرا شده در فیلم اقدام به نمره دهی چک لیست طراحی شده نمودند. دو هفته بعد، فیلم مزبور، مجدداً برای همان ۵ نفر از اساتید به نمایش درآمد و ایشان مجدداً چک لیست‌ها را نمره دهی کردند. میزان ضریب توافق کاپا برای نمرات قبل و بعد از ارزیابی فیلم تهیه شده برای هر یک از ارزیابان محاسبه گردید. میزان ضریب همبستگی ICC نمرات قبل و بعد برابر ۰/۹۸ بود (۰/۸۵ - ۰/۹۹) که نشان دهنده پایایی این چک لیست می‌باشد.

:Data Analysis

مقایسه میزان رضایتمندی ارزیابان با توجه به یکسان بودن ارزیابان در دو روش چک لیست و global و در نتیجه paired بودن داده‌ها از آزمون Wilcoxon استفاده شد. مقایسه میزان رضایتمندی ارزیابی شوندگان از این دو روش ارزیابی با توجه به مستقل بودن گروهها و رتبه‌ای بودن پاسخ‌ها با آزمون Mann-Whitney انجام شد.

میانگین نمرات دانشجویان در دو روش مورد بررسی با آزمون Paired T test تحلیل شد.

:Results

اطلاعات مربوط به روایی و پایایی چک لیست:

۱-۱: روایی چک لیست

۱-۱-۱: برای تعیین روایی چک لیست، علاوه بر استفاده از نظر متخصصان برای انطباق سوالات چک لیست با جدول مشخصات آزمون، از ضریب روایی محتوایی لاشه (CVR) برای هر سوال استفاده گردید و با استفاده از میانگین آن‌ها ضریب روایی کل چک لیست (CVI) محاسبه شد. بر اساس نتایج به دست آمده، ضریب روایی کل چک لیست (CVI) برابر ۰/۸۸ بوده است که نشان دهنده‌ی روایی محتوایی این چک لیست از نظر متخصصین بوده است.

۱-۲: روایی ظاهری چک لیست، شامل نحوه ی چینش سوالات، ادبیات نگارش و فرم ظاهری چک لیست نیز به تایید ۵ نفر از متخصصان رسید.

۱-۲: پایایی چک لیست

جهت بررسی پایایی چک لیست تهیه شده، از روش test-retest استفاده گردد.

۱-۲-۱: پایایی ارزیابان: میزان ضریب توافق کاپا نمرات قبل و بعد از ارزیابی فیلم تهیه شده برای هر یک از ارزیابان برابر با ۰/۹۴، ۰/۹۵، ۰/۹۱ و ۰/۹۰ بوده است.

۱-۲-۲: پایایی چک لیست: میزان همبستگی میانگین نمرات چک لیست در دوبار آزمون انجام شده برابر ۰/۹ بود که نشان دهنده پایایی این چک لیست می باشد.

۲- اطلاعات دموگرافیک:

اساتید ارزیابی کننده در بخش بیماری های دهان و فک و صورت شامل سه نفر زن و دو نفر مرد بوده اند.

دانشجویان مورد ارزیابی توسط چک لیست ۶۳/۶٪ (۲۱ نفر) زن و ۳۶/۴٪ (۱۲ نفر) مرد بوده اند. در گروه دیگر ۶۰/۶٪ (۲۰ نفر) زن ۳۹/۴٪ (۱۲ نفر) مرد بوده اند که اختلاف معنی داری از نظر متغیر جنس بین دو گروه وجود نداشته است. ($P=0,43$)

۳- رضایتمندی:

۳-۱- مقایسه رضایتمندی اساتید از دو روش ارزیابی توسط check list و global rating :

میان امتیازات

بررسی آماری میزان میانگین امتیازات داده شده در پاسخ به هر یک از سوالات پرسشنامه رضایتمندی ارزیابان (اساتید) در دو روش ارزیابی با Check list و global rating در نمودار ۱ آورده شده است.

شماره سوالات

نمودار شماره ۱ : میان امتیازات هر سوال پرسشنامه رضایتمندی ارزیابان

نمودار شماره ۱ نشان می دهد که کمترین میزان رضایتمندی اساتید از روش چک لیست مربوط به سوال شماره ۵ بوده که نشان دهنده عدم سهولت روش ارزیابی توسط چک لیست (فهرست واری) بوده است.

همچنین نمودار شماره ۱ نشان می‌دهد که کمترین میزان رضایتمندی اساتید از روش global rating مربوط به سوال شماره ۴ بوده است به این معنا که از نظر ارزیابان روش ارزیابی global rating تحت تاثیر نظر شخصی ارزیابان می‌باشد.

مقایسه رضایتمندی ارزیابان از دو روش ارزیابی توسط checklist و global rating نشان داد که میزان رضایت ایشان به طور کلی از دو روش تفاوت معنی داری ندارد. ($P=0.65$, wilcoxon) (median for global = ۳ و median for checklist = ۳)

۲-۳: مقایسه رضایتمندی دانشجویان از دو روش ارزیابی توسط check list و روش global rating:

مقایسه میزان رضایتمندی دانشجویان از دو روش مورد بررسی با آزمون Mann whitney انجام شد و نشان داد که در مجموع تفاوت معنی داری بین این دو روش وجود ندارد (median for checklist = ۳ median for global = ۳, $p=0.07$). البته بطور جزئی تر دانشجویان معتقد بوده اند که روش چک لیست در کفایت ارزشیابی کلیه اهداف آموزشی ($p=0.03$)، توجه به ضعفهای آموزشی ($p=0.004$) و وضوح و صراحت سوالات ($p=0.002$) و عدم تضييع حق دانشجو ($p=0.004$) بطور معنی داری موفق تر بوده است.

البته باید توجه داشت که در مورد بقیه آیتم ها نیز علیرغم نبودن تفاوت معنی دار، روش چک لیست برتری داشته است. یعنی به طور کلی دانشجویان از نحوه ارزشیابی درس بیماری‌های دهان و فک و صورت عملی با روش استفاده از چک لیست رضایت بیشتری داشته‌اند و همچنین از نظر دانشجویان، روش ارزیابی با چک لیست قابلیت ارزیابی دقیق و درست مهارت‌های علمی و عملی دانشجویان را نسبت به روش global rating به میزان بیشتری داشته است.

نمودار شماره ۲: میانگین رتبه امتیازات هر سوال پرسشنامه رضایتمندی ارزیابی شوندگان

۴- نمرات

میانگین مجموع نمرات برای روش چک لیست برابر $89/69 \pm 9/61$ و برای روش global برابر $86/27 \pm 10/85$ می‌باشد. نمرات این دو روش با هم مورد مقایسه قرار گرفت و نتایج نشان داد که اختلاف آماری معنی داری بین آن‌ها وجود ندارد ($P=0.06$) (paired T test).

Conclusion

مطالعات متنوعی در زمینه ابزارهای مختلف ارزشیابی دانشجو و مقایسه بین آنها صورت گرفته است. براساس نتایج بدست آمده از مقایسه رضایتمندی دانشجویان بین روش ارزیابی توسط چک لیست و روش معمول global rating معلوم شد که دانشجویان از نظر کفایت ارزیابی کلیه توانمندی‌های خود، از روش چک لیست به طور معنی داری رضایت بیشتری نسبت روش global rating داشته‌اند ($P=0.03$). البته با توجه به آنکه تهیه چک لیست بر اساس مفاد جزئی کوریکولوم آموزشی بوده است طبیعی است که پوشش مناسبی از آنچه را که باید بسنجد فراهم می‌آورد.

از نظر دانشجویان روش ارزیابی توسط چک لیست به طور معنی داری وضوح و صراحت بیشتری نسبت به روش گلوبال داشته است ($P=0.02$). این نتیجه با مطالعه Kramer و همکاران همخوانی دارد. به این ترتیب که Kramer نیز فرق روش global rating و روش ارزیابی با چک لیست را در موقعیتی می‌داند که دانشجو با آن مواجه می‌شود. درواقع معتقد است که در روش ارزیابی با چک لیست، دانشجو با شرایطی مواجه می‌شود که برای استخراج دانش و توانایی خاص از او طراحی شده است (۱۶) و این وضوح سوالات آزمون نیز یکی از شرایط ارزشیابی مناسب دانشجو محسوب می‌شود. یکی دیگر از ویژگی‌هایی که بطور معنی داری موجب برتری چک لیست بر روش global

rating از نظر دانشجویان شده است، آگاهی یافتن آنها از ضعف‌های آموزشی خود می‌باشد. بطور کلی با توجه به بالاتر بودن میزان رضایت دانشجویان از روش چک لیست (حتی در مواردی که تفاوت معنی‌دار نداشتند) به نظر می‌رسد که این روش از نظر دانشجویان مطلوب‌تر از global rating می‌باشد.

با توجه به سهولت ارزیابی global rating برای اساتید نتایج بدست آمده نشان داد که ایشان در مورد هیچ یک از ابعاد روش چک لیست نارضایتی معنی‌داری نداشتند و این می‌تواند به معنی پذیرش نسبی توسط ایشان باشد. همانگونه که در مطالعه نورسینی (Norcini) اشاره شده است میل ضعیف به همکاری اعضای هیئت علمی در اجرای شیوه‌های نوین ارزیابی دانشجو بدلیل نیاز به صرف دقت و وقت بیشتری نسبت به روش‌های سنتی معمول می‌باشند که مساله سهولت استفاده از روش سنتی global rating از نظر اساتید در مطالعه حاضر نیز تایید گردید. (۱۸)

همانگونه که Kramer در مطالعه خود بیان نموده است یکی از معایب ارزیابی global، احتمال بالای دخالت نظرات شخصی ارزیابان در نمره دهی می‌باشد که این مساله در مطالعه حاضر نیز توسط اساتید بیان گردید. Kramer راهکار کاهش این مشکل را، استفاده از نظر چندین ارزیاب برای نمره دهی در این روش می‌داند که البته باید توجه داشت که به این ترتیب در مجموع عملاً وقت بیشتری از گروه آموزشی گرفته خواهد شد. (۱۶)

نتایج نشان داد که هر دو روش ارزیابی توسط چک لیست و ارزیابی به روش global rating با میزان استرس نسبتاً بالایی برای ارزیابی شوندگان همراه هستند. همانطور که در مطالعه Lambert و همکاران آمده است. متأسفانه در غالب موارد اینگونه است که ارزشیابی هم معنی با پروسه‌ای اضطراب‌آور که تنها هدف آن رد یا قبولی است، مطرح می‌گردد و این باعث وحشت از مقوله ارزشیابی است. افراد کمی هستند که به مقوله ارزشیابی به عنوان ابزاری برای بهبود بخشیدن به فعالیت‌های حرفه‌ای جهت فراهم ساختن سیستم عملکردی بهتر و در نتیجه آن حفاظت بیشتر و بهتر از بیماران خصوصاً در رشته‌های مثل علوم پزشکی نگاه کنند. از دیدگاه Lambert راهکار، تغییر فرهنگ نگاه به امر ارزشیابی است. طوری که به جای یک امر استرس‌زا به صورت پروسه‌ای که باعث افزایش اطلاعات و کمک به افراد برای بهتر نمودن عملکردشان، می‌شود به آن نگاه کرد. بگونه‌ای که به جای اینکه سعی شود بهتر از دیگران به نظر برسیم، سعی کنیم تا عملکرد امروزمان بهتر از دیروزمان شده باشد. (۱۱)

یکی از نگرانی‌هایی که ممکن است در استفاده از چک لیست بوجود آید، با توجه به جزئی‌تر شدن حیطه‌های مورد ارزیابی، احتمال کاهش نمرات کسب شده توسط دانشجویان در این روش می‌باشد. در مطالعه حاضر میانگین مجموع نمرات برای روش global rating برابر ۱۰/۸۵ ± ۸۶/۲۷ و برای روش چک لیست ۸۹/۶۹ ± ۹/۶ بوده است. علی‌رغم بالاتر بودن میانگین نمرات به روش چک لیست اختلاف معنی‌داری میان میانگین نمرات دیده نمی‌شود. طبق مطالعه Regehr مقایسه پایایی نمرات بین روش چک لیست به تنهایی، روش global rating به همراه چک لیست و روش global rating بدون استفاده از چک لیست، بیشترین پایایی برای روش گلوبال به همراه چک لیست (آلفای کرانباخ = ۰/۸۹) و کمترین آن برای روش چک لیست به تنهایی بوده است (آلفای کرانباخ = ۰/۷۹) و آلفای کرانباخ برای روش گلوبال همراه با چک لیست برابر ۰/۸۵ بوده است. طبق نتایج این مطالعه ارزیابی با روش گلوبال توسط ارزیاب حرفه‌ای از رویایی و پایایی بالاتری نسبت به روش check list به تنهایی برخوردار است البته نمره به دست آمده برای موارد فوق برای چک لیست در همه موارد در حد قابل قبول بوده است. (۱۹)

Morgan و همکاران به مقایسه نمرات بین دو روش ارزشیابی global rating و چک لیست از دانشجویان، پیرامون یک موقعیت شبیه سازی شده بیهوشی پرداختند. بررسی نتایج به دست آمده نشان داد که در روش استفاده از چک لیست پایایی بالاتری وجود دارد. با این حال هنوز هم می‌توان از روش ارزیابی معمول global به عنوان روش قابل اعتماد در قضاوت روی مهارت‌های بالینی استفاده کرد. (۲۰)

اگر چه پایایی چک لیست با ضریب همخوانی ۰/۹ در مطالعه حاضر مورد تایید قرار گرفت اما در صورتیکه هنوز نگرانی هایی در این خصوص وجود داشته باشد می توان در انتهای چک لیست نمره کلی ارزیاب را جویا شد.

نتیجه گیری:

با توجه به پوشش مناسب چک لیست طراحی شده از کلیه مباحث مورد آموزش و با توجه به رضایتمندی دانشجویان از این روش ارزیابی و پذیرش نسبی روش حاضر توسط اعضاء هیات علمی گروه به نظر می رسد که روش چک لیست بتواند جایگزین مناسب تری برای روش سنتی global rating باشد.

Keywords :

satisfaction 'satisfaction, students 'assessment of clinical skills, checklist, global rating, staffs

کد: ۱۵۶۲

حیطه: ارزشیابی آموزشی (دانشجو، هیئت علمی و برنامه)

راهکارهای مناسب برای توانمندی اساتید پزشکی در حوزه آموزشی از نظر اعضا هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

نویسندگان: علی شعبی، علی عمادزاده، عباس مکارم، حسین کریمی موقی، فیروزه مجیدی

Introduction

اعضاء هیات علمی بعنوان رکن اساسی و مرکز ثقل دانشگاه ها، شالوده پویایی مراکز علمی محسوب می شوند و از عوامل اصلی و مهم نظام آموزشی کشور به شمار می روند و توانمندی آنها بر عملکرد آموزش عالی تاثیر مستقیم دارد. هدف از توانمندی اساتید، آموزش مهارت ها به اعضاء هیات علمی با توجه به موقعیت سازمانی اساتید برای حفظ نشاط حیات کاری ایشان در حال و آینده است. از طرفی با توجه به اینکه موقعیت هر موسسه منحصر به فرد می باشد بنابراین برنامه و الگوی ثابتی برای توانمند سازی وجود ندارد. برنامه های توانمند سازی مدرس از دانشگاهی به دانشگاه دیگر متفاوت بوده و به صورت رسمی و غیر رسمی ارائه می شود. الگوهای رسمی شامل کارگاه ها، سمینارها، دوره های کوتاه مدت، فلوشیپ، مشاوره فرد به فرد می باشند و الگوهای جایگزین و غیر رسمی آموزش توسط همکاران، آموزش رسمی، یادگیری الکترونیکی و خودآموزی هستند. از طرفی مطالعات انجام شده در زمینه شناسایی راهکارهای توانمندسازی اعضاء هیات علمی در آموزش اندک است. آمارهای موجود نشان داده است که در دانشگاه ها و موسسات آموزش پزشکی کشورمان بر خلاف سازمان های صنعتی و تجاری بندرت عوامل موثر و روش های توانمندسازی نیروی انسانی را بررسی نموده اند و تحقیقات انجام شده توسط سازمان ها و بخش های صنعتی کشور نیز مناسب مراکز آموزش و درمانی نمی باشد. اینکه چه راهکارهایی می توانند توانمندی اعضاء هیات علمی را ارتقاء بخشند، از موضوعات چالش برانگیز و ناشناخته می باشد. لذا پیدا کردن بهترین روش ها و راهکارها ضرورت زیادی پیدا می کند. کارگاه ها و سمینارها و دیگر دوره های آموزشی رایج ترین شکل های برنامه های رشد اساتید هستند

:Objectives

پژوهش حاضر با هدف شناسایی و تعیین مناسب‌ترین راهکارهای توانمندسازی آموزشی اعضای هیات علمی انجام شده است.

:Study Design

در این مطالعه‌ی توصیفی-تحلیلی که به شکل مقطعی در سال ۱۳۹۱ در دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شد ابتدا با بررسی مستندات و متون و سپس نظر صاحب‌نظران، فهرست راهکارهای مناسب توانمندسازی استادان استخراج شد، سپس براساس فهرست، پرسشنامه‌ی محقق ساخته‌ای آماده و پس از تعیین روایی محتوای و پایایی با استفاده از روش بازآزمایی (با ضریب همبستگی ۰/۸۷) در اختیار ۹۶ نفر از اعضای هیات‌علمی دانشکده پزشکی (۲۰ نفر عضو هیات علمی پایه، ۷۶ نفر عضو هیات علمی بالینی) که به روش نمونه‌گیری تصادفی-طبقه ای انتخاب شده بودند، قرار گرفت. سپس داده‌ها وارد نرم‌افزار SPSS ۱۶ گردید و با شاخص‌های آمار توصیفی و آمار استنباطی (کای دو، کروسکال-والیس) مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت.

:Study Setting

در این مطالعه‌ی توصیفی-تحلیلی که به شکل مقطعی در سال ۱۳۹۱ در دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شد ابتدا با بررسی مستندات و متون و سپس نظر صاحب‌نظران، فهرست راهکارهای مناسب توانمندسازی استادان استخراج شد، سپس براساس فهرست، پرسشنامه‌ی محقق ساخته‌ای آماده و پس از تعیین روایی محتوای و پایایی با استفاده از روش بازآزمایی (با ضریب همبستگی ۰/۸۷) در اختیار ۹۶ نفر از اعضای هیات‌علمی دانشکده پزشکی (۲۰ نفر عضو هیات علمی پایه، ۷۶ نفر عضو هیات علمی بالینی) که به روش نمونه‌گیری تصادفی-طبقه ای انتخاب شده بودند، قرار گرفت. سپس داده‌ها وارد نرم‌افزار SPSS ۱۶ گردید و با شاخص‌های آمار توصیفی و آمار استنباطی (کای دو، کروسکال-والیس) مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت.

:Participan

در این مطالعه‌ی توصیفی-تحلیلی که به شکل مقطعی در سال ۱۳۹۱ در دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شد ابتدا با بررسی مستندات و متون و سپس نظر صاحب‌نظران، فهرست راهکارهای مناسب توانمندسازی استادان استخراج شد، سپس براساس فهرست، پرسشنامه‌ی محقق ساخته‌ای آماده و پس از تعیین روایی محتوای و پایایی با استفاده از روش بازآزمایی (با ضریب همبستگی ۰/۸۷) در اختیار ۹۶ نفر از اعضای هیات‌علمی دانشکده پزشکی (۲۰ نفر عضو هیات علمی پایه، ۷۶ نفر عضو هیات علمی بالینی) که به روش نمونه‌گیری تصادفی-طبقه ای انتخاب شده بودند، قرار گرفت. سپس داده‌ها وارد نرم‌افزار SPSS ۱۶ گردید و با شاخص‌های آمار توصیفی و آمار استنباطی (کای دو، کروسکال-والیس) مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت.

:Sample Size

در این مطالعه‌ی توصیفی-تحلیلی که به شکل مقطعی در سال ۱۳۹۱ در دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شد ابتدا با بررسی مستندات و متون و سپس نظر صاحب‌نظران، فهرست راهکارهای مناسب توانمندسازی استادان استخراج شد، سپس براساس فهرست، پرسشنامه‌ی محقق ساخته‌ای آماده و پس از تعیین روایی محتوای و پایایی با استفاده از روش بازآزمایی (با ضریب همبستگی ۰/۸۷) در اختیار ۹۶ نفر از اعضای هیات‌علمی دانشکده پزشکی (۲۰ نفر عضو هیات علمی پایه، ۷۶ نفر عضو هیات علمی بالینی) که به روش نمونه‌گیری تصادفی-طبقه ای انتخاب شده بودند، قرار گرفت. سپس داده‌ها وارد نرم‌افزار SPSS ۱۶ گردید و با شاخص‌های آمار توصیفی و آمار استنباطی (کای دو، کروسکال-والیس) مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت.

ای انتخاب شده بودند، قرار گرفت. سپس داده‌ها وارد نرم‌افزار SPSS ۱۶ گردید و با شاخص‌های آمار توصیفی و آمار استنباطی (کای دو، کروسکال-والیس) مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت.

Data Gathering Tool

این مطالعه در دو بخش کیفی (تهیه ابزار) و کمی انجام شده است.

نخست از طریق مرور متون، جلسات بحث گروهی متمرکز و مصاحبه به سوال اصلی پژوهش؛ یعنی مناسب‌ترین راهکارهای توانمندسازی آموزشی اعضای هیات علمی؛ پاسخ داده شد. در این جلسات ۲۱ نفر از صاحب نظران، مدیران، مسئولان و کارشناسان توانمندسازی اعضای هیات علمی، مدیران آموزشی و کارشناسان آموزش پزشکی که آگاه و دارای بینش و تجربه کافی در زمینه موضوع مورد تحقیق بودند دعوت شدند. جلسات گروه متمرکز در قالب دو جلسه (۹ و ۱۰ نفره) تشکیل شد، که افراد شرکت کننده در جلسه اول را ۵ نفر از مسئولان توانمندسازی اعضای هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی و ۴ نفر از کارشناسان آموزش پزشکی تشکیل می‌دادند و در جلسه دوم نیز مدیر مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۵ نفر از مسئولان توانمندسازی اعضای هیات علمی و دفاتر توسعه و ۴ نفر از کارشناسان آموزش پزشکی شرکت کرده بودند. با توجه به اینکه افرادی از دعوت شدگان به دلایلی قادر به شرکت در جلسات نبودند با ایشان مصاحبه فردی بعمل آمد. در جلسات گروه متمرکز و همچنین در هنگام مصاحبه کلیه مطالب ضبط و همچنین مکتوب و ثبت گردید. در مرحله بعد کلیه مصاحبه‌ها و موارد بیان شده در جلسات بصورت مکتوب نوشته شد سپس چندین بار بازخوانی و دسته بندی شد. جلسات گروه متمرکز و مصاحبه تا زمانی که دیگر راهکار جدیدی از جلسات به دست نیامد و راهکارهای استخراج شده تکراری بودند، ادامه پیدا کرد. در نهایت پس از خاتمه جلسات، نتایج دسته‌بندی و راهکارها مشخص شده و سپس فهرست راهکارهای تهیه شده جهت تایید در اختیار اعضای شرکت کننده در گروه متمرکز قرار گرفت. در تنظیم این فهرست از اعضای خواسته شد تا مناسب بودن هر کدام از راهکارها برای توانمندسازی آموزشی اعضای هیات علمی را مشخص نمایند. پس از بررسی و اعمال نظرات این گروه به سوال اصلی این پژوهش در زمینه مناسبترین راهکارهای توانمندسازی آموزشی اعضای هیات علمی دانشکده پزشکی، پاسخ داده شد و راهکارهای توانمندسازی آموزشی اعضای هیات علمی دانشکده پزشکی مشهد مشخص گردید، سپس با استفاده از نتایج حاصل، پرسشنامه محقق ساخته‌ای بر اساس مقیاس درجه بندی شده تدوین گردید. در ابتدای پرسشنامه اطلاعات فردی شامل: نوع گروه از نظر علوم پایه و بالینی، نوع استخدام، درجه علمی، سابقه کار، سن، جنسیت، آخرین مدرک تحصیلی از عضو هیات علمی درخواست شد. در قسمت دوم پرسشنامه راهکارهای استخراج شده از گروه متمرکز لیست شده و برای هر کدام از راهکارها سه گزینه مناسب، نامناسب و تا حدودی مناسب قرار داده شد و از اعضای هیات علمی خواسته شد که نظر خود را در مورد هر کدام از راهکارها با انتخاب یکی از گزینه‌ها اعلام نمایند.

روایی محتوایی پرسشنامه با نظر ۱۰ نفر از متخصصین و صاحب نظر در امر توانمندسازی اساتید و آموزش پزشکی مورد تایید قرار گرفت. جهت تعیین پایایی پرسشنامه از روش بازآزمایی استفاده شد به این ترتیب که پرسشنامه به ۱۰ نفر از اعضای هیات علمی که جزء نمونه پژوهش نبودند تحویل و پس از تکمیل، جمع‌آوری شد و سپس به فاصله ۱۵ روز مجدداً پرسشنامه‌ها جهت تکمیل به همان افراد تحویل داده شد و همبستگی بین نتایج هر دو مرحله مشخص گردید که در این پژوهش ۰.۸۷٪ بود و پایایی ابزار مورد تایید قرار گرفت. پس از تایید روایی و پایایی، پرسشنامه در بین نمونه‌ها توزیع گشت. به این ترتیب که ابتدا توسط معاونت پژوهشی نامه ای مبتنی بر معرفی محقق و تایید ماهیت کار به مدیران، گروه‌های آموزشی دانشکده پزشکی ارسال شد و سپس با حضور محقق در گروه‌های آموزشی (بیمارستان‌ها و دانشکده) پرسشنامه‌ها در اختیار اعضای هیات علمی قرار داده شد.

:Data Analysis

جامعه آماری مطالعه اعضاء هیات علمی دانشکده پزشکی بودند که در زمان انجام پژوهش (سال ۱۳۹۱) شامل ۴۷۵ عضو هیات علمی (۸۹ نفر پایه و ۳۸۶ نفر علوم بالینی) بود، برای تعیین حجم نمونه با توجه به تعداد اعضاء هیات علمی دانشکده پزشکی از فرمول حجم نمونه زیر استفاده شد ضمنا برای تعیین حجم نمونه، دقت مطالعه ۱۰٪ و توان آزمون ۹۰٪، $p=0/5$ مورد نظر بوده است.

به این ترتیب، حجم نمونه ۸۰ نفر برآورد شد و با در نظر گرفتن احتما ریزش ۹۶ نفر در دو گروه پایه و بالینی وارد مطالعه شدند که با توجه به عدم تناسب تعداد افراد در هر گروه، این تعداد به تناسب حجم هر گروه تقسیم شد.

با توجه به نسبت اعضاء هیات علمی پایه و بالینی در جامعه مورد مطالعه و بر اساس حجم نمونه محاسبه شده (۹۶ نفر)، واحدهای نمونه متناسب با نسبت مذکور از بین اعضاء هیات علمی پایه و بالینی به صورت تصادفی انتخاب شدند.

بعد از جمع آوری پرسشنامهها، دادهها بصورت کدگذاری وارد کامپیوتر شده و با استفاده از نرم افزار Spss ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت کد گذاری و بدست آوردن بالاترین میانگین راهکارها در پرسشنامههای تکمیل شده به گزینه مناسب نمره سه، به گزینه تاحدودی مناسب نمره دو و به گزینه نامناسب نمره یک داده شد و سپس بر اساس پرسشنامهها و پاسخ های داده شده میانگین راهکارها محاسبه و چهار راهکار که بالاترین میانگین را داشتند بعنوان مناسب ترین راهکار انتخاب شدند. در تجزیه و تحلیل آماری، برای توصیف اطلاعات فردی از آمار توصیفی شامل فراوانی و درصد فراوانی استفاده شد. برای توصیف توزیع راهکارهای توانمندسازی در اعضاء هیات علمی پایه و بالینی بدو خدمت و حین خدمت از شاخصهای آمار توصیفی شامل؛ میانگین و انحراف معیار استفاده گردید. در مقایسه میانگین راهکارهای توانمندسازی آموزشی اعضاء هیات علمی بر حسب مشخصات فردی اگر متغیر کیفی دو حالتی بود از آزمون غیر پارامتری من ویتنی و اگر متغیر کیفی چند حالتی بود از آزمون غیر پارامتری کروسکال-والیس استفاده شد. از آزمون کای دو برای مقایسه نسبت ها در دو گروه استفاده شد. در همه آزمون ها سطح معنی داری ($\alpha < 0/05$) در نظر گرفته شد.

:Results

نتایج: راهکارهای کارگاه آموزشی، مشاهده بهترین عملکرد، دورههای کوتاه مدت آموزشی و فلوشیپ به ترتیب با میانگین ۲/۲، ۵۱/۴۲، ۲/۳۳، ۲/۵۹، مناسب ترین راهکارها و نظارت بر عملکرد اساتید، با میانگین ۱/۶۷ راهکاری نامناسب شناخته شد. نتایج نشان می دهد که راهکارهای کارگاه، دورههای کوتاه مدت آموزشی و فلوشیپ با گروههای سنی اعضاء هیات علمی ارتباط دارند ($p\text{-value} < 0/05$). بین راهکار مشاهدهی بهترین عملکرد با گروههای سنی اساتید و همچنین بین مناسبترین راهکارهای توانمندسازی آموزشی با سایر ویژگیهای فردی اعضاء هیات علمی (جنس، نوع هیات علمی، رتبه علمی، مدرک تحصیلی، نوع استخدام و سابقه کار) ارتباط معنی داری مشاهده نشد ($0/05$).

:Conclusion

نتیجه گیری: نتایج این مطالعه با توجه به اینکه از نظر خود اعضاء هیات علمی استفاده شده است جهت مدیران، مدرسان و برنامه ریزان دوره های توانمند سازی اعضاء هیات علمی برای برنامه ریزی و اجرای دوره های توانمندسازی اعضاء هیات علمی می تواند مفید باشد.

Keywords: واژگان کلیدی: توانمندسازی، آموزشی، اعضاء هیات علمی، راهکار

کد: ۱۵۶۹

حیطه: ارزشیابی آموزشی (دانشجو، هیئت علمی و برنامه)

راهنمای آموزش بالینی: فرایند ارتقای کیفیت آموزش و ارزشیابی مهارت های عملی دانشجویان در عرصه دندانپزشکی کودکان

نویسندگان: نسیم سیفی، لیلا پاداش

Introduction

ارزیابی توانمندی بالینی (Clinical competency) یکی از وظایف بسیار پیچیده و مشکل در حیطه آموزش پزشکی می باشد. به طور سنتی روش های ارزشیابی بالینی شامل مشاهدات اساتید و آزمون های شفاهی بود. افزایش حجم کاری اساتید بالینی، نارضایتی از شیوه های سنتی برای ارزیابی مهارت های بالینی و از سوی دیگر، پیشرفت های به وجود آمده در رشته های روانشناسی و آموزش، منجر به شکل گیری ماهیتی جدید برای ارزیابی و ایجاد انواع روش های ارزیابی عملکرد گردیده است.

طبق نظر شورای پزشکی عمومی انگلستان (General Medical Council):

۱- برنامه های ارزشیابی دانشجو باید پشتیبان برنامه آموزشی باشد و به دانشجویان اجازه داده شود تا ثابت کنند که به پیامد برنامه آموزشی دست یافته اند. همچنین نگرش و رفتار حرفه ای دانشجویان نیز باید ارزشیابی شود.

۲- دانشکده ها طیفی از فنون و روش های ارزیابی را به کار برند.

۳- در زمان پایان تحصیلات امکان ارزشیابی دانش، مهارت، نگرش و رفتار دانشجویان به طور صحیح وجود داشته باشد.

برای ارزیابی عملکرد خوب، معیار های مختلفی در نظر گرفته شده است. طبق نظر گروه آموزش میثیگان یک ارزیابی عملکرد، زمانی خوب در نظر گرفته می شود که:

با استاندارد ها، الگو ها، اهداف یاد گیری دانشجویان و آموزش واقعی هماهنگ باشد؛ دانشجو یان را به ترکیب آنچه که می دانند با آنچه که می توانند انجام دهند ملزم سازد؛ بر سطح بالای مهارت های تفکر تایید داشته باشد؛ به طور شفاف مشخص کند چه عملی از دانشجویان خواسته شده تا انجام دهند اما چگونگی انجام آن را نشان ندهند؛ سطح ارزیابی متناسب با سطح دانشجویان باشد؛ معیار ها هم برای دانشجو وهم برای استاد شفاف باشد؛ وظیفه مورد ارزیابی متناسب و مرتبط با دانشجو باشد؛ دانشجو برای توسعه عمل خود بازخورد در یافت کند و منعکس کننده موقعیت های جهان واقعی باشد.

استفاده از راهنمای بالینی و لاگ بوک از جمله روش هایی هستند که جهت آموزش دانشجویان منطبق با اهداف مشخص شده، پایش آن ها در طول دوره، و اصلاح آن ها از طریق بازخورد توصیه شده است، همچنین ابزار مناسبی برای ارزیابی صحیح و دقیق دانشجویان در پایان دوره می باشد.

با استفاده از لاگ بوک و راهنمای بالینی دانشجو فهرستی از اهداف آموزشی و مهارت های بالینی که باید کسب نماید و نوع بیمارانی را که باید ببیند در اختیار خواهد داشت و به این ترتیب ساختار و تمرکز در زمینه یاد گیری و ارزیابی در یک محیط تجربی حقیقی فراهم

می شود. راهنمایی مرحله به مرحله و ثبت مهارتهای بالینی ، امکان ارزشیابی فعالیتهای و تعیین نقاط قوت و ضعف دانشجویان را فراهم می آورد. علاوه بر این راهنمای آموزش بالینی ضمن امکان ارزیابی رسیدن به اهداف آموزشی منجر به افزایش مشارکت و درنهایت ارتقا کیفیت آموزش و ارزشیابی مهارتهای بالینی خواهد شد.

با وجود بهبود روند کلی ، هنوز برخی اساتید و دانشجویان با اهداف و اهمیت استفاده از راهنمای بالینی و لاگ بوک آشنا نیستند و در مطالعه ای دیدگاه بسیاری از دانشجویان این بوده است که این ابزار، قدرت کافی در ایجاد یاد گیری نسبت به فعالیت های اصلی یادگیری یا دادن بازخورد از عملکرد آن ها را ندارد. یک راهنما و لاگ بوک ایده آل باید علاوه بر ارزان قیمت بودن، قابل اجرا و مورد قبول دانشجویان باشد و امکان جمع آوری سریع و صحیح داده های مرتبط با اهداف آموزشی را برای تحلیل به موقع و دادن بازخورد به دانشجویان فراهم نماید. به دلیل نظارت غیرمستقیم و کمی لاگ بوک ، این فرایند به سمت ایجاد راهنمای آموزش بالینی برای ارتقای آموزش ، ارزیابی کمی جهت حفظ عدالت آموزشی و ارزشیابی کیفی فعالیتهای به صورت جامع تر و غنی تر طراحی شد

Objectives:

هدف کلی راهنمای آموزش بالینی : ابزاری جهت ارتقای کیفیت آموزش و ارزشیابی مهارت های عملی دانشجویان در عرصه دندانپزشکی کودکان

اهداف ویژه / اختصاصی

۱- نیازسنجی جهت بازنگری در برنامه های آموزشی بر اساس آموزش پاسخگو

۲- فهرست کردن ریکوارمنت های **must learn** مربوط به واحدهای عملی دندانپزشکی کودکان

۳- ابزارسازی جهت تعیین خط مشی دانشجو جهت رعایت توالی اجزای چک لیست

۴- ابزارسازی جهت آموزش مهارت های عملی دانشجویان

۵- ابزارسازی برای بررسی میزان دستیابی به اهداف آموزشی (ارزشیابی)

۶- ارایه بازخورد به دانشجویان جهت بهبود نقاط ضعف

۷- ایجاد تعامل و نقش راهنمایی و مشاوره اساتید

۸- ابزارسازی به عنوان راهنما برای اساتید جهت آموزش مهارت ها به دانشجویان

۹- ابزارسازی جهت تبدیل نقش اساتید از نظارت غیرمستقیم به مستقیم

۱۰- صرفه جویی در زمان و مواد و وسایل مصرفی

۱۱- آشنایی دانشجویان و اساتید با اصول اخلاق حرفه ای و حقوق وایمنی کودک

:Study Design

دانشجویان دندانپزشکی در واحدهای عملی کودکان لازم است procedure های مربوطه را طبق کوریکولوم برای کودکان انجام دهند. این واحدها در دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی گلستان از سال ۱۳۹۳ برای اولین بار ارائه شده اند. تهیه راهنمای آموزش بالینی برای ثبت فعالیتهای روزانه و انجام کار دانشجویان با توجه به نیازسنجی ها و ضرورت پایش دانشجویان انجام گردید. از آنجا که لوگ بوک، ثبت کمی کارهای انجام شده توسط دانشجو را دربرمیگیرد و به ارزیابی سطح مهارت و دانش او نمی پردازد، همچنین دانشجو دقیقاً متوجه اشکالات کار انجام شده اش نمی شود بر آن شدیم تا با تغییراتی در بدنه آن به معنای ثبت فعالیتهای آن را به سمت ثبت کیفی و داشتن بازخورد برای دانشجویان پیش ببریم. بنابراین راهنمای بالینی درس کودکان عملی ۲ در نیمسال اول ۹۴-۹۳ به گونه ای طراحی شد که در آن هر مهارت عملی یا پروسه درمانی (۱۳-۱۱) مورد برحسب کوریکولوم و نیازسنجی مانند اضافه نمودن (aid) که دانشجو باید فراگیرد، در صفحه ای جداگانه ثبت شود. ردیفهای افقی جدول به صورت چک لیستی از اجزای مهارت طراحی گردید، بطوریکه هر مهارت شامل حداقل ۱۴-۶ جز بوده که روبروی هر ردیف، برای ثبت کد کیفیت انجام کار از عالی تا ضعیف (۴-۱) جهت ارائه بازخورد محلی تعریف شد (پیوست دارد). کد ثبت شده در هر ردیف با کدهای پیشین آن توسط استاد مقایسه شده و راهنماییهای لازم جهت بهبود سطح مهارت به دانشجو داده میشود. در عین حال برای حفظ ثبت کمی فعالیتهای این جداول، در صفحه مربوطه تقسیم بندی گردیده و نام هر بیمار و تاریخ فعالیت مربوطه در هر ستون ذکر میگردد. در جلسه اول بخش، نحوه پرکردن راهنمای بالینی و ارزیابی دانشجو توسط آن برای دانشجویان توضیح داده شد. صفحه ابتدایی راهنمای بالینی شامل توضیحاتی در مورد آن، قوانین بخش، حفظ نظم و کنترل عفونت بوده که در بازنگری اخلاق حرفه ای و منشور حقوق بیمار نیز به آن اضافه گردید. همچنین تعداد ریکوارمنت های لازم هر واحد درسی و نحوه محاسبه نمره پایانی دوره نیز عنوان شده است. در نیمسال دوم ۹۴-۱۳۹۳ راهنمای بالینی کودکان عملی ۳ نیز به همین صورت برای دانشجویان طراحی و اجرا گردید..

بازنگری و ارزشیابی راهنمای بالینی

در نیمسال ابتدایی ۹۵-۱۳۹۴ برای ارائه درس کودکان عملی ۲ بازنگریهایی در متن چک لیست مربوط به فعالیتهای و همچنین طراحی جداول مربوطه انجام گردید. جزئیات بیشتر شامل محل نوشتن شماره دندان و تعداد ستونها نیز اضافه گردید. برای تعیین مدل کمی نهایی برگه ای جداگانه به راهنمای بالینی اضافه شد که در آن فعالیتهای مربوطه ثبت و توسط استاد مربوطه تایید شود، این برگه در نهایت به راهنمای بالینی کودکان عملی ۳ ضمیمه میگردد تا اگر دانشجویی در طی واحد عملی خود کاری را کمتر از میزان لازم جهت فراگیری مهارت مورد نیاز انجام داده باشد مشخص شده و فعالیت مورد نظر توسط دانشجو تکمیل گردد. برگه ثبت نمره نیز تهیه شد تا از وارد شدن نمرات دانشجویان به راهنمای بالینی جلوگیری شود. همچنین قوانینی برای تایید فعالیتهای توسط اساتید وضع گردید. باتوجه به مشکلات دوره قبلی در نیمه تمام ماندن برخی فعالیتهای مانند پالپوتومی و عدم تکمیل ترمیم آن توسط دانشجو تصمیم بر این قرار گرفت که درمانهای ناتمام توسط اساتید درستون مربوطه تایید نگردد و تنها به ثبت کدهای بازخورد پرداخته شود، تا بعد از تکمیل درمان توسط دانشجو امضای نهایی صورت گیرد. در نهایت در پایان هر دوره مصاحبه ساختارمند (باسوالتهای مشخص) از دانشجویان و اساتید جهت بهبود راهنمای بالینی به عمل آمد. در ادامه در نیمسال دوم ۹۵-۱۳۹۴ و نیمسال اول ۹۶-۱۳۹۵ نیز راهنمای بالینی در واحدهای کودکان عملی ۱ و ۳ اجرا گردید.

:Results

۱- افزایش انگیزه و مشارکت اساتید در بالابردن کیفیت آموزش و ارزشیابی

۲- افزایش کارایی دانشجویان در انجام مهارتهای عملی با تعیین گام به گام اجزای هر مهارت

۳- افزایش کیفیت آموزش و ارزشیابی مهارت های عملی دانشجویان

۴- اصلاح مواردی از برنامه های آموزشی بر اساس آموزش پاسخگو

۵- افزایش نقش نظارتی اساتید در تعامل با دانشجویان

۶- افزایش مهارت و اعتماد به نفس دانشجویان به دنبال نظارت مستقیم استاد

۷- افزایش بهره وری از توان اساتید جهت آموزش و ارزشیابی کیفی با نظارت مستقیم

۸- کاهش میزان خطا در انجام مهارتها جهت رضایتمندی بیماران

۹- صرفه جویی در زمان انجام کار به علت ارایه بازخورد فوری

۱۰- کاهش مواد مصرفی و استهلاک تجهیزات

۱۱- افزایش نقش مشاوره و راهنمایی اساتید به دلیل حضور مستقیم

۱۲- افزایش آگاهی اساتید و دانشجویان از اصول اخلاق حرفه ای و ایمنی و حقوق کودکان

۱۳- انسجام بیشتر در ثبت کمی فعالیت های دانشجویان (تعداد ریکوارمنت) و به دنبال آن رفع کاستی ها و ناهماهنگی ها در انجام حداقل های آموزشی توسط دانشجویان

Conclusion

به طور کلی ۹۷٪ دانشجویان از راهنمای بالینی ابراز رضایت کردند. کد های اختصاص داده شده توسط اساتید، به هر مرحله از درمان، از نظر ۵۸٪ دانشجویان در ارتقاء مهارتهای بالینی آنها خوب و مفید بوده و دانشجو می تواند نقاط ضعف خود را در هر کدام از مراحل درمان تشخیص دهد.

طبق نظر اعضا هیات علمی راهنمای بالینی نه تنها از نظر آموزشی مفید می باشد، بلکه نقش مشاوره و راهنمایی اساتید را پررنگ تر میکند. همچنین تغییرات اعمال شده باعث ایجاد نظم، ترتیب و قانونمندی راهنمای بالینی شده و توضیحات مطرح شده در مورد مراحل درمان می تواند برای دانشجویان مفید و آموزنده باشد.

اساتید وجود ریکوارمنت Aid (دستیار) در راهنمای بالینی را کمکی در جهت ارتقاء مهارت دانشجویان، در زمینه شناخت ابزار، مواد و نحوه مخلوط کردن آنها، برقراری نظم و رعایت اصول کنترل عفونت می دانند.

اشکالاتی که طبق نظر دانشجویان در فرم قبلی راهنمای بالینی وجود داشت، عدم وجود فضا و جای مناسب برای ثبت تاریخ و شماره دندان مورد درمان بود که در راهنمای بالینی فعلی اصلاح گردید.

همچنین طبق نظریه‌های اعضای هیات علمی با توجه به اهمیت آگاهی دانشجویان از اصول اخلاق حرفه‌ای و ایمنی و حقوق کودکان به دلیل آسیب پذیری بیشتر آنها، اصول اخلاق حرفه‌ای و حقوق و ایمنی بیمار در راهنمای بالینی فعلی مدنظر قرار گرفت.

۱۶٪ از دانشجویان معتقد بودند مرحله به مرحله بودن راهنمای بالینی آنرا سخت و وقت گیر کرده و سبب افزایش حجم آن شده است. نمره دهی مرحله به مرحله، از نظر برخی از اساتید نیز راهنمای بالینی را حجیم نموده که میتوان با کاستن از بعضی اجزای مراحل درمان آن را ساده تر نمود.

باتوجه به نظرات اساتید به نظر میرسد اهمیت راهنمای بالینی برای دانشجویان درک نشده است که لزوم توضیح مناسب اهداف استفاده از این ابزار را برای دانشجویان نشان میدهد.

بنابراین بر اساس نتایج، این فرآیند علاوه بر ارتقای کیفیت آموزش و ارزشیابی مهارت های عملی دانشجویان دندانپزشکی، میزان بالایی از رضایتمندی را در دانشجویان و اساتید بخش کودکان به همراه داشت.

Keywords

guideline, educational, dentistry

کد: ۱۵۷۱

حیطه: ارزشیابی آموزشی (دانشجو، هیئت علمی و برنامه)

ارزیابی آگاهی، نگرش و میزان آمادگی یادگیری الکترونیکی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قزوین، سال ۱۳۹۵

نویسندگان: عیسی محمدی زیدی، هادی مرشدی، احمد فخری

Introduction

مقدمه: افزایش سرعت، غلبه بر محدودیتهای مکانی و زمانی و جبران کمبودهای دیگر می‌توانند از محاسن استفاده از قابلیت‌های فناوری اطلاعات و ارتباطات در حوزه آموزش علوم پزشکی باشند. با این وجود، درصدی از آمادگی و بسترسازی فرهنگی، مهارتی و روانی برای پیاده سازی این نوع از آموزش‌ها همیشه ضروری است. هدف مطالعه حاضر تعیین آگاهی، نگرش و ارزیابی میزان آمادگی یادگیری الکترونیکی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قزوین در سال ۱۳۹۵ بود.

مواد و روش‌ها: با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای، ۱۳۸ نفر از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قزوین در یک مطالعه توصیفی مقطعی شرکت کردند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه مشخصات دموگرافیک، پرسشنامه آگاهی ۱۴ سوالی، پرسشنامه نگرش ۸ سوالی و پرسشنامه استاندارد آمادگی یادگیری الکترونیکی واتکینز بود. تحلیل آماری با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ و آزمون‌های اماری کای اسکور و آنالیز واریانس انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان دهنده سطح آگاهی متوسط دانشجویان نسبت به یادگیری الکترونیک بود که تفاوت معنی‌داری بین دانشجویان از حیث رشته دیده نشد ولی از حیث مقطع تحصیلی دانشجویان ارشد نمره آگاهی بالاتری را کسب کردند ($P < 0.05$). همچنین، ۴۲ درصد دانشجویان نگرش متوسط و ۲۸ درصد نگرش ضعیف نسبت به یادگیری الکترونیک داشتند. با این وجود، میانگین آمادگی یادگیری الکترونیک دانشجویان در حیطه‌های مهارت، یادگیری از طریق رسانه، گفتگوی گروهی و دسترسی به فناوری متوسط و در حیطه‌های انگیزش و مسایل مهم ضعیف بود و ارتباط معنی‌داری بین رشته تحصیلی و همچنین مقطع تحصیلی دانشجویان با حیطه مورد بررسی مشاهده شد ($P < 0.05$).

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به لزوم بکارگیری رویکردهای نوین در حوزه آموزش پزشکی و اهمیت و نقش رسانه‌های الکترونیک در یادگیری، لازم است با شناسایی علل تاثیرگذار بر نگرش منفی دانشجویان نسبت به یادگیری الکترونیک، مداخلات مناسبی در راستای تشویق آنها برای استفاده از چنین راهبردهایی فراهم شود.

Objectives

هدف مطالعه حاضر تعیین آگاهی، نگرش و ارزیابی میزان آمادگی یادگیری الکترونیکی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قزوین در سال ۱۳۹۵ بود.

نند از محاسن استفاده از قابلیت‌های فناوری اطلاعات و ارتباطات در حوزه آموزش علوم پزشکی باشند. با این وجود، درصدی از آمادگی و بسترسازی فرهنگی، مهارتی و روانی برای پیاده سازی این نوع از آموزش‌ها همیشه ضروری است.

Study Design

مواد و روش‌ها: با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای، ۱۳۸ نفر از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قزوین در یک مطالعه توصیفی مقطعی شرکت کردند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه مشخصات دموگرافیک، پرسشنامه آگاهی ۱۴ سوالی، پرسشنامه نگرش ۸ سوالی و پرسشنامه استاندارد آمادگی یادگیری الکترونیکی واتکینز بود. تحلیل آماری با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ و آزمون‌های آماری کای اسکور و آنالیز واریانس انجام شد.

Study Setting

مواد و روش‌ها: با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای، ۱۳۸ نفر از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قزوین در یک مطالعه توصیفی مقطعی شرکت کردند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه مشخصات دموگرافیک، پرسشنامه آگاهی ۱۴ سوالی، پرسشنامه نگرش ۸ سوالی و پرسشنامه استاندارد آمادگی یادگیری الکترونیکی واتکینز بود. تحلیل آماری با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ و آزمون‌های آماری کای اسکور و آنالیز واریانس انجام شد.

Participan

مواد و روش‌ها: با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای، ۱۳۸ نفر از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قزوین در یک مطالعه توصیفی مقطعی شرکت کردند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه مشخصات دموگرافیک، پرسشنامه آگاهی ۱۴ سوالی، پرسشنامه نگرش ۸ سوالی

و پرسشنامه استاندارد آمادگی یادگیری الکترونیکی واتکینز بود. تحلیل آماری با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ و آزمون های آماری کای اسکور و آنالیز واریانس انجام شد.

:Sample Size

مواد و روش ها: با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی طبقه ای، ۱۳۸ نفر از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قزوین در یک مطالعه توصیفی مقطعی شرکت کردند. ابزار گردآوری داده ها شامل پرسشنامه مشخصات دموگرافیک، پرسشنامه آگاهی ۱۴ سوالی، پرسشنامه نگرش ۸ سوالی و پرسشنامه استاندارد آمادگی یادگیری الکترونیکی واتکینز بود. تحلیل آماری با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ و آزمون های آماری کای اسکور و آنالیز واریانس انجام شد.

:Data Gathering Tool

مواد و روش ها: با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی طبقه ای، ۱۳۸ نفر از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قزوین در یک مطالعه توصیفی مقطعی شرکت کردند. ابزار گردآوری داده ها شامل پرسشنامه مشخصات دموگرافیک، پرسشنامه آگاهی ۱۴ سوالی، پرسشنامه نگرش ۸ سوالی و پرسشنامه استاندارد آمادگی یادگیری الکترونیکی واتکینز بود. تحلیل آماری با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ و آزمون های آماری کای اسکور و آنالیز واریانس انجام شد.

:Data Analysis

مواد و روش ها: با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی طبقه ای، ۱۳۸ نفر از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قزوین در یک مطالعه توصیفی مقطعی شرکت کردند. ابزار گردآوری داده ها شامل پرسشنامه مشخصات دموگرافیک، پرسشنامه آگاهی ۱۴ سوالی، پرسشنامه نگرش ۸ سوالی و پرسشنامه استاندارد آمادگی یادگیری الکترونیکی واتکینز بود. تحلیل آماری با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ و آزمون های آماری کای اسکور و آنالیز واریانس انجام شد.

:Results

یافته ها: نتایج نشان دهنده سطح آگاهی متوسط دانشجویان نسبت به یادگیری الکترونیک بود که تفاوت معنی داری بین دانشجویان از حیث رشته دیده نشد ولی از حیث مقطع تحصیلی دانشجویان ارشد نمره آگاهی بالاتری را کسب کردند ($P < 0.05$). همچنین، ۴۲ درصد دانشجویان نگرش متوسط و ۲۸ درصد نگرش ضعیف نسبت به یادگیری الکترونیک داشتند. با این وجود، میانگین آمادگی یادگیری الکترونیک دانشجویان در حیطه های مهارت، یادگیری از طریق رسانه، گفتگوی گروهی و دسترسی به فناوری متوسط و در حیطه های انگیزش و مسایل مهم ضعیف بود و ارتباط معنی داری بین رشته تحصیلی و همچنین مقطع تحصیلی دانشجویان با حیطه مورد بررسی مشاهده شد ($P < 0.05$).

Conclusion

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به لزوم بکارگیری رویکردهای نوین در حوزه آموزش پزشکی و اهمیت و نقش رسانه‌های الکترونیک در یادگیری، لازم است با شناسایی علل تاثیرگذار بر نگرش منفی دانشجویان نسبت به یادگیری الکترونیک، مداخلات مناسبی در راستای تشویق آنها برای استفاده از چنین راهبردهایی فراهم شود.

Keywords

یادگیری الکترونیک، آموزش پزشکی، آگاهی، فناوری

-----*****

کد: ۱۵۹۷

حیطه: ارزشیابی آموزشی (دانشجو، هیئت علمی و برنامه)

بررسی میزان تاثیر یادگیری سازمانی بر اعتبار بخشی مراکز آموزشی درمانی شهر اردبیل در سال ۹۴

نویسندگان: اسماعیل فرزانه، حامد زندیان، یلدا چمنیان

Introduction

در سازمان های اجتماعی، نیاز به یادگیری از اهمیت فوق العاده زیادی برخوردار است محیط خارجی سیال و پیوسته در حال تغییر است و از آنجا که محیط داخلی نیز اساساً بی ثبات است یادگیری سازمانی و سازمان یادگیرنده بش از بیش حیاتی به نظر میرسد.

سی یوت و مارچ اولین کسانی بودند که در سال ۱۹۶۳ قرار دادن دو واژه یادگیری و سازمان در کنار هم یادگیری را بعنوان یک پدیده سازمانی مطرح ساختند.

یادگیری سازمانی فرایندی است پویا که سازمان را قادر می سازد تا به سرعت با تغییر سازگاری یابد. این فرآیند شامل تولید دانش جدید، مهارتها و رفتارها شود. یادگیری سازمانی راه اصلی ایجاد کار دانشی و بهبود کارآیی سازمان است. پس یک سازمان موفق باید در یادگیری پویا باشد. (Zhanget al....۲۰۰۹)

یادگیری سازمانی یک وضعیت ثابت یا هدف محدود نیست بلکه فرآیند مستمر تطبیق با شرایط محیطی و تکاملی است که طی آن گروههای درون سازمانی تشویق می شوند مهارتها دانش و اجماع درباره مقصد سازمان را توسعه دهند. یادگیری سازمانی متشکل از مجموعه ای از تعامل بین انطباق های فردی و گروهی و انطباق در سطح سازمان است (ناظم و مطلبی ۱۳۹۰، ص ۳۳)

اعتبار سنجی (Accreditation) بعنوان شناخته شده ترین الگوی ارزیابی کیفیت، مبنای موثری برای سنجش میزان توجه مراکز آموزش، به رعایت استاندارد های لازم را ایجاد کرده و با شفاف سازی امور این اطمینان را به سازمان خواهد داد که برنامه منطبق با معیار های از پیش

تعیین شده پیش می روند. ادوارد سالیس معتقد است که مراکز آموزشی می بایستی ۴ الزام: حرفه ای، اخلاق، رقابت و مسئولیت پذیری را در سر لوحه اقدامات اجرایی خود قرار دهند (سالیس ۱۳۷۲). لارنس. ال. مازار پنج ضرورت تعالی سازمان را به برنامه استراتژیک، اعتبار سنجی برای تعالی، رهبری همکارانه، مشارکت دادن کارکنان و الزام به رعایت استانداردها معرفی نموده و تحقق آن را منوط به ارزیابی مستمر کیفیت فرایند ها می داند.

رویکردهای اعتبار سنجی با ارتباط بین مأموریت سازمان، اهداف و نیاز های توسعه منابع انسانی طرح می شوند. نیاز های آموزشی نیروی کار حال و آینده از یک درک مشترک از آنچه سازمان نیاز دارد و چگونگی تحقق آن نشئت میگیرد. این رویکرد با ارزیابی کیفی دانش، مهارت و شایستگی های اصلی نیروی کار فعلی، ادامه می یابد. سازمان باید اطمینان حاصل کند که دانش و مهارت های مورد نیاز کارکنان توسط برنامه های آموزشی افزایش یافته و بکار بسته می شوند. پس لازم است فرایند اعتبار سنجی به گونه ای طراحی شود تا این شایستگی ها را که توسط آموزش هدف قرار گرفته اند به درستی ارزیابی کند (هداوند ۱۳۸۴).

شناخت رویکردهای اعتبار سنجی کمک خواهد کرد تا درک درستی از ماهیت و شیوه به کارگیری آن صورت پذیرد (قورچیان ۱۳۷۳).

با عنایت به اهمیت و نقش مفهوم یادگیری سازمانی در سازمان ها و تاثیر آن در اعتبار سنجی و همچنین بدلیل اینکه مطالعات اندکی در مورد این مفهوم انجام شده محققین در صددند به کنکاش پیرامون این موضوع پرداخته تا از این رو گامی مهم در فراهم آوردن زمینه ای برای استفاده از این مفهوم در بخش آموزش، بهداشت و درمان و به ویژه دانشگاههای علوم پزشکی بعنوان هسته مرکزی بخش سلامت برداشته شود و به بررسی سطح یادگیری و تاثیر آن در اعتبار بخشی و تعیین راهکار های ارتقای آن بپردازند.

Objectives

الف - هدف کلی طرح (general objective)

تعیین میزان یادگیری سازمانی بر اعتبار بخشی مراکز آموزشی درمانی شهر اردبیل در سال ۹۴

ب: اهداف اختصاصی (Specific Objectives)

تعیین میزان یادگیری سازمانی بر اعتبار بخشی برخی بخش های بستری مرکز آموزشی درمانی علوی شهر اردبیل در سال ۹۴

تعیین میزان یادگیری سازمانی بر اعتبار بخشی برخی بخش های بستری مرکز آموزشی درمانی امام خمینی شهر اردبیل در سال ۹۴

تعیین میزان یادگیری سازمانی بر اعتبار بخشی برخی بخش های بستری مرکز آموزشی درمانی بوعلی شهر اردبیل در سال ۹۴

تعیین میزان یادگیری سازمانی بر اعتبار بخشی برخی بخش های بستری مرکز آموزشی درمانی فاطمی شهر اردبیل در ۹۴

ج: هدف کاربردی

یافتن مولفه های تاثیر گذار جهت ارتقا اعتبار بخشی و تقویت نمودن آنها

د : فرضیات (Hypothesis) یا سئوالات پژوهش

بین میانگین نمرات یادگیری سازمانی پرسنل پرستاری بخش های بستری و نمره اعتبار بخشی ارتباط مستقیم وجود دارد.
بین یادگیری سازمانی و برخی مشخصات دموگرافیک آنان (سن، جنس، میزان تحصیلات، سابقه کاری) ارتباط وجود دارد.

:Study Design

نوع این مطالعه توصیفی و پیمایشی می باشد

:Study Setting

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی پیمایشی بوده که پس از اخذ مجوز از دانشگاه علوم پزشکی اردبیل انجام خواهد شد. جهت انجام مطالعه داده های مربوط به یادگیری سازمانی از دفتر سوپروایزر آموزشی مراکز فوق الذکر اخذ خواهد شد. سپس میانگین نمرات یادگیری به تفکیک بخش های بستری محاسبه خواهد گردید اطلاعات مربوط به نمرات اعتبار بخشی مراکز به تفکیک بخش ها از دفاتر بهبود کیفیت مراکز فوق الذکر استخراج و برای تحلیل داده ها از روش های همبستگی و ANOVA- استفاده خواهد شد.

:Participan

جامعه آماری کلیه پرستاران شاغل در بخش های بستری مراکز آموزشی درمانی شهر اردبیل (۹۱۰ نفر). حجم نمونه طبق محاسبه جدول کوکران و مورگان ۱۷۶ نفر خواهد بود که فرم جمع اوری اطلاعات برای ۲۰۰ نفر تکمیل خواهد شد که به روش نمونه گیری تصادفی خواهد بود.

:Sample Size

جامعه آماری کلیه پرستاران شاغل در بخش های بستری مراکز آموزشی درمانی شهر اردبیل (۹۱۰ نفر). حجم نمونه طبق محاسبه جدول کوکران و مورگان ۱۷۶ نفر خواهد بود که فرم جمع اوری اطلاعات برای ۲۰۰ نفر تکمیل خواهد شد که به روش نمونه گیری تصادفی خواهد بود.

:Data Gathering Tool

پرسشنامه استاندارد یادگیری سازمانی و همچنین چک لیست امتیاز اعتباربخشی مراکز آموزشی درمانی (نسل دوم)،

:Data Analysis

داده ها جمع آوری و در قالب نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ و با استفاده از آزمون های تحلیل واریانس (ANOVA)، تست های تعقیبی و ضریب همبستگی مورد بررسی قرار گرفتند

:Results

نتایج بررسی تأثیر یادگیری سازمانی بر امتیاز اعتباربخشی مراکز آموزشی و درمانی شهر اردبیل

۱. تعیین اختلاف میانگین بیمارستان ها از نظر امتیاز کل اعتباربخشی

در این بخش از آزمون تحلیل واریانس یک طرفه به منظور تعیین اختلاف بین مراکز آموزشی و درمانی شهر اردبیل از نظر امتیاز اعتباربخشی استفاده شده است.

ANOVA					
اعتباربخشی خدمات بستری					
Sig.	F	Mean Square	df	Sum of Squares	
.۳۲۰	۱,۱۷۸	۱۰۲۹,۹۶۵	۳	۳۰۸۹,۸۹۵	Between Groups
		۸۷۴,۳۹۵	۱۴۸	۱۲۹۴۱۰,۴۲۱	Within Groups
			۱۵۱	۱۳۲۵۰۰,۳۱۶	Total

نتایج تحلیل واریانس یک طرفه نشان داد که مراکز از نظر امتیاز اعتباربخشی تفاوت معناداری با یکدیگر نداشته‌اند ($F=1/178$, $p=0/320$).

۲. تعیین اختلاف بین مراکز آموزشی و درمانی شهر اردبیل از نظر امتیاز یادگیری سازمانی

در این بخش با توجه به داده‌های جمع‌آوری شده و نظر به امتیازات حاصله، به بررسی اختلاف بین مراکز آموزشی و درمانی از نظر امتیاز کل یادگیری سازمانی با استفاده از آزمون تحلیل واریانس یک طرفه پرداخته شده است.

ANOVA					
یادگیری سازمانی کل					
Sig.	F	Mean Square	df	Sum of Squares	
.۰۰۰	۹,۱۴۶	۱۳۶۰۱,۹۷۴	۳	۴۰۸۰۵,۹۲۱	Between Groups
		۱۴۸۷,۱۵۲	۱۴۸	۲۲۰۰۹۸,۴۷۴	Within Groups
			۱۵۱	۲۶۰۹۰۴,۳۹۵	Total

نتایج نشان داد که مراکز آموزشی و درمانی شهر اردبیل از نظر امتیاز کل یادگیری سازمانی اختلاف معناداری با یکدیگر داشته‌اند ($p < 0.001$). با توجه به معنادار شدن اختلاف میانگین بین بیمارستان‌ها از نظر متغیر یادگیری سازمانی، از آزمون تعقیبی شف جهت مقایسه جفتی تک تک بیمارستان‌ها جهت شناسایی اختلاف واقعی در جدول زیر استفاده شده است.

Multiple Comparisons						
Dependent Variable: یادگیری سازمانی						
Scheffe						
۹۵% Confidence Interval		Sig.	Std. Error	Mean Difference (I- J)	(J) Hospital	(I) Hospital
Upper Bound	Lower Bound					
۱۴,۰۹۷۹	-۳۵,۹۴۰۰	.۶۷۷	۸,۸۴۷۱۰	-۱۰,۹۲۱۰۵	علوی	امام خمینی (ره)
۵,۰۱۹۰	-۴۵,۰۱۹۰	.۱۶۹	۸,۸۴۷۱۰	-۲۰,۰۰۰۰۰	فاطمی	
۴۸,۸۳۴۸	-۱,۲۰۳۲	.۰۶۹	۸,۸۴۷۱۰	۲۳,۸۱۵۷۹	بوعلی	
۳۵,۹۴۰۰	-۱۴,۰۹۷۹	.۶۷۷	۸,۸۴۷۱۰	۱۰,۹۲۱۰۵	امام خمینی (ره)	علوی
۱۵,۹۴۰۰	-۳۴,۰۹۷۹	.۷۸۸	۸,۸۴۷۱۰	-۹,۰۷۸۹۵	فاطمی	
۵۹,۷۵۵۸	۹,۷۱۷۹	.۰۰۲	۸,۸۴۷۱۰	۳۴,۷۳۶۸۴*	بوعلی	
۴۵,۰۱۹۰	-۵,۰۱۹۰	.۱۶۹	۸,۸۴۷۱۰	۲۰,۰۰۰۰۰	امام خمینی (ره)	فاطمی
۳۴,۰۹۷۹	-۱۵,۹۴۰۰	.۷۸۸	۸,۸۴۷۱۰	۹,۰۷۸۹۵	علوی	
۶۸,۸۳۴۸	۱۸,۷۹۶۸	.۰۰۰	۸,۸۴۷۱۰	۴۳,۸۱۵۷۹*	بوعلی	
۱,۲۰۳۲	-۴۸,۸۳۴۸	.۰۶۹	۸,۸۴۷۱۰	-۲۳,۸۱۵۷۹	امام خمینی (ره)	بوعلی
-۹,۷۱۷۹	-۵۹,۷۵۵۸	.۰۰۲	۸,۸۴۷۱۰	-۳۴,۷۳۶۸۴*	علوی	
-۱۸,۷۹۶۸	-۶۸,۸۳۴۸	.۰۰۰	۸,۸۴۷۱۰	-۴۳,۸۱۵۷۹*	فاطمی	

*. The mean difference is significant at the .۰۵ level.

بر اساس نتایج جدول فوق مشخص می‌شود که اختلاف موجود بین بیمارستان بوعلی با بیمارستان علوی ($Dif = -34/736, p = 0.002$) و بیمارستان فاطمی ($Dif = -43/815, p < 0.001$) موجب معنادار شدن اختلاف کل بین مراکز آموزشی و درمانی شهر اردبیل شده است. همچنین با وجود پایینتر بودن امتیاز بیمارستان بوعلی نسبت به بیمارستان امام خمینی (ره) ولی اختلاف معناداری بین این دو بیمارستان از نظر یادگیری سازمانی مشاهده نشد ($Dif = -23/815, p = 0.069$).

۴. تعیین همبستگی امتیاز یادگیری سازمانی و اعتباربخشی بخش‌های بستری در مرکز آموزشی درمانی امام خمینی (ره)

در این بخش یکی از اهداف اصلی مطالعه، همبستگی بین امتیاز یادگیری سازمانی و اعتباربخشی در مرکز آموزشی درمانی امام خمینی (ره) با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون مورد بررسی قرار گرفته است.

Correlations			
یادگیری سازمانی امام خمینی (ره)	اعتباربخشی امام خمینی (ره)		
.۴۱۱*	۱	Pearson Correlation	اعتباربخشی امام خمینی (ره)
.۰۱۰		Sig. (۲-tailed)	
۳۸	۳۸	N	
۱	.۴۱۱*	Pearson Correlation	یادگیری سازمانی امام خمینی (ره)
	.۰۱۰	Sig. (۲-tailed)	
۳۸	۳۸	N	
*. Correlation is significant at the .,۰۵ level (۲-tailed).			

نتایج آزمون همبستگی نشان داد که همبستگی معناداری ولی نسبتاً ضعیفی بین امتیاز اعتباربخشی و یادگیری سازمانی در مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی (ره) وجود دارد ($r=۰/۴۱۱$, $p=۰/۰۱۰$) بدینسان که با افزایش یادگیری سازمانی، امتیاز اعتباربخشی مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی (ره) نیز افزایش یافته است.

۵. تعیین همبستگی امتیاز یادگیری سازمانی و اعتباربخشی بخش های بستری در مرکز آموزشی علوی

در این بخش نیز همانند هدف سوم، به بررسی ارتباط و همبستگی یادگیری سازمانی و امتیاز اعتباربخشی بیمارستان علوی پرداخته شده است.

Correlations			
یادگیری سازمانی علوی	اعتباربخشی علوی		
.۲۰۲	۱	Pearson Correlation	اعتباربخشی علوی
.۲۲۴		Sig. (۲-tailed)	
۳۸	۳۸	N	
۱	.۲۰۲	Pearson Correlation	یادگیری سازمانی علوی
	.۲۲۴	Sig. (۲-tailed)	
۳۸	۳۸	N	

نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که ارتباط معناداری بین یادگیری سازمانی و امتیاز اعتباربخشی در مرکز آموزشی و درمانی علوی وجود نداشته است ($r=0/202, p=0/224$).

۵. تعیین همبستگی امتیاز یادگیری سازمانی و اعتباربخشی بخش های بستری در مرکز آموزشی دکتر فاطمی

همانند دو هدف قبل، رابطه یادگیری سازمان و امتیاز اعتباربخشی در بیمارستان دکتر فاطمی نیز در قالب جدول زیر مورد بررسی قرار گرفته است.

Correlations			
یادگیری سازمانی فاطمی	اعتباربخشی فاطمی		
.۴۶۵**	۱	Pearson Correlation	اعتباربخشی فاطمی
.۰۰۳		Sig. (۲-tailed)	
۳۸	۳۸	N	
۱	.۴۶۵**	Pearson Correlation	یادگیری سازمانی فاطمی
	.۰۰۳	Sig. (۲-tailed)	
۳۸	۳۸	N	
**. Correlation is significant at the .,۰۱ level (۲-tailed).			

بر خلاف مرکز آموزشی و درمانی علوی، رابطه معنادار و نسبتاً قوی بین امتیاز کل یادگیری سازمان و امتیاز اعتباربخشی در مرکز آموزشی درمانی دکتر فاطمی برقرار بود ($r=0/465, p=0/003$) به گونه ای که با افزایش یادگیری سازمانی، به طور نسبتاً قوی و معناداری امتیاز اعتباربخشی در این مرکز افزایش داشته است.

۶. تعیین همبستگی امتیاز یادگیری سازمانی و اعتباربخشی بخش های بستری در مرکز آموزشی بوعلی

مرکز آموزشی و درمانی بوعلی نیز در این بخش از نظر ارتباط دو متغیر اصلی مورد بررسی قرار گرفته است.

Correlations			
یادگیری سازمانی بوعلی	اعتباربخشی بوعلی		
.۳۶۹*	۱	Pearson Correlation	اعتباربخشی بوعلی
.۰۲۳		Sig. (۲-tailed)	
۳۸	۳۸	N	
۱	.۳۶۹*	Pearson Correlation	یادگیری سازمانی بوعلی
	.۰۲۳	Sig. (۲-tailed)	
۳۸	۳۸	N	
*. Correlation is significant at the .,۰۵ level (۲-tailed).			

نتایج نشان داد که در این مرکز آموزشی و درمانی نیز ارتباط معناداری، مثبت و نسبتاً قوی بین امتیاز یادگیری سازمانی و اعتباربخشی خدمات بستری برقرار بوده است ($T=0/369$, $p=0/023$) به گونه‌ای که با افزایش یک واحد امتیاز یادگیری سازمانی، امتیاز اعتباربخشی خدمات بستری به میزان $0/369$ واحد تغییر می‌کرده است.

۷. تعیین همبستگی امتیاز یادگیری سازمانی و امتیاز اعتباربخشی کل

در این بخش به بررسی همبستگی و ارتباط بین امتیاز یادگیری سازمانی کل و امتیاز اعتباربخشی کل در مجموع ۴ مرکز آموزشی و درمانی مورد بررسی با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون پرداخته شده است.

Correlations			
یادگیری سازمانی کل	اعتباربخشی کل		
.319**	۱	Pearson Correlation	اعتباربخشی کل
.000		Sig. (۲-tailed)	
۱۵۲	۱۵۲	N	
۱	.319**	Pearson Correlation	یادگیری سازمانی کل
	.000	Sig. (۲-tailed)	
۱۵۲	۱۵۲	N	
**. Correlation is significant at the .,0.1 level (۲-tailed).			

نتایج حاکی از وجود ارتباط مثبت، معنادار و نسبت قوی بین امتیاز یادگیری سازمانی و امتیاز کل اعتباربخشی خدمات بستری در بین ۴ مرکز آموزشی و درمانی است ($T=0/319$, $p<0/001$). بر این اساس عنوان می‌شود در مراکز مورد بررسی، با افزایش میزان یادگیری سازمانی، امتیاز اعتباربخشی سازمان نیز به طور معناداری افزایش می‌یابد.

:Conclusion

نتایج حاکی از وجود ارتباط مثبت، معنادار و نسبت قوی بین امتیاز یادگیری سازمانی و امتیاز کل اعتباربخشی خدمات بستری در بین ۴ مرکز آموزشی و درمانی است ($T=0/319$, $p<0/001$). بر این اساس عنوان می‌شود در مراکز مورد بررسی، با افزایش میزان یادگیری سازمانی، امتیاز اعتباربخشی سازمان نیز به طور معناداری افزایش می‌یابد. لذا توصیه می‌شود در فرآیند برنامه ریزی برای ارتقاء امتیاز اعتباربخشی مراکز آموزشی درمانی، بحث آموزش و یادگیری سازمان کارکنان به عنوان یکی از ارکان اصلی سیاستگذاری مدنظر مدیران و مجریان سیاست های حیطه بهداشت و درمان قرار گیرد

:Keywords

اعتباربخشی، یادگیری سازمانی، مراکز آموزشی درمانی، اردبیل

کد: ۱۶۰۱

حیطه: ارزشیابی آموزشی (دانشجو، هیئت علمی و برنامه)

بررسی میزان رضایت و نظرات دستیاران زنان در مورد تاثیر دوره آموزشی طب مادر و جنین

نویسندگان: الهه مصدقی نیا، منصوره مومن هروی

Introduction

با توجه به پیشرفت سریع و تغییرات وسیعی که در رشته های تخصصی پزشکی رخ میدهد بازبینی و تغییر در برنامه آموزشی دستیاران تخصصی به منظور به روز نمودن دانش و نگرش و توانمندی آنان امری ضروری است .

Objectives

هدف از این مطالعه بررسی تاثیر تغییر ایجاد شده در برنامه آموزشی دستیاران زنان با ایجاد دوره چرخشی انکولوژی زنان بود.

Study Design

این مطالعه مقطعی در دانشگاه علوم پزشکی کاشان در سال ۹۵ انجام گرفت. با طراحی یک پرسشنامه نظرات دستیاران شرکت کننده در دوره چرخشی طب مادر و جنین در مورد تاثیر دوره در افزایش آگاهی، نگرش و توانمندی آنها در مورد ضرورت های آموزشی این دوره سنجیده شد. اطلاعات وارد نرم افزار SPSS (۱۶) گردید و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

Results

تاثیر دوره در ارتقا آگاهی دستیاران در مورد بیماری های جنین ، اصول غربالگری جنین و ژنتیک پایه (۳/۸۳٪) زیاد و (۷/۱۶٪) متوسط بود

اصول سونوگرافی حاملگی (۳/۷۳٪) زیاد و بسیار زیاد و (۷/۱۶٪) متوسط، اصول سونوگرافی داپلر عروق جنینی و جفت (۵۰٪) بسیار زیاد (۷/۱۶٪) زیاد و مابقی متوسط تا کم، اصول نحوه انجام آمنیوسنتز، اندیکاسیونها، عوارض و تکنیک (۵۰٪) بسیار زیاد ، (۳۳/۳٪) زیاد ، (۷/۱۶٪) متوسط ، مانیتورینگ جنین در قبل و حین زایمان (۳۳/۳٪) بسیار زیاد ، (۶۶/۶٪) زیاد اعلام شد تاثیر دوره در ارتقا نگرش دستیاران در مورد طب مادر و جنین (۷/۱۶٪) بسیار زیاد ، (۶۶/۶٪) زیاد ، (۷/۱۶٪) متوسط و در مورد انجام آمنیوسنتز (۳۳/۳٪) بسیار زیاد، (۶۶/۶٪) زیاد عنوان شد. تاثیر دوره در ارتقا توانمندی و مهارت در انجام آمنیوسنتز (۶۶/۶٪) زیاد و مابقی متوسط تا کم و در انجام مانیتورینگ جنین در قبل و حین زایمان (۶۶/۶٪) بسیار زیاد ، (۷/۱۶٪) زیاد ، (۷/۱۶٪) متوسط بود. کلیه فراگیران از مدرس دوره رضایت کامل داشتند. رضایت (۶۶/۶٪) فراگیران از امکانات و محیط آموزشی زیاد و (۳۳/۳٪) در حد متوسط بود. در مورد مناسب بودن زمان برگزاری دوره (۳۳/۳٪) بسیار زیاد و (۵۰٪) زیاد و (۷/۱۶٪) تا حدودی موافق بودند. توافق با طول مدت دوره (۵۰٪) بسیار زیاد ، (۳۳/۳٪) زیاد ، (۷/۱۶٪) متوسط

،ودر مورد نحوه ارزشیابی و سوالات آسکی مرتبط با دوره (۵۰٪) بسیار زیاد ، (۵۰٪) زیاد ، نحوه انجام case report (۳۳/۳٪) بسیار زیاد، (۵۰٪) زیاد، (۱۶/۷٪) متوسط اعلام شد ضرورت برگزاری دوره از نظر کلیه فراگیران بسیار زیاد بیان شد

Conclusion:

با توجه به رضایتمندی دستیاران زنان از دوره آموزشی طب مادر و جنین و نیز ضرورت بسیار زیاد بیان شده از سوی فراگیران بازنگری در کوریکولوم آموزشی دستیاران زنان و ادغام این دوره در آن ضروری به نظر می رسد

Keywords:

رضایتمندی، دستیاران زنان طب مادر و جنین ، آگاهی ، نگرش ، توانمندی

-----*****

کد: ۱۰۸۰

حیطه: ارزشیابی آموزشی (دانشجو، هیئت علمی و برنامه)

ارزیابی دوره ATLS در ایران براساس امتحان OSCE

نویسندگان: حمیدرضا عباسی، میترا امینی، شهرام بلندپرواز، شهرام پایدار، جمیل علی، سپیده سفیدبخت، مریم شایان، شیرین قنواتی

Introduction

بعد از سال ۱۹۶۷ که بیمار ترومایی به عنوان یک بیماری نه به عنوان یک حادثه مورد توجه قرار گرفت (۱). تکامل زیادی در علم جراحی به وجود آمد و امروزه تروما به عنوان یک مشکل بزرگ بهداشتی در هر جامعه ای با هر وضعیت بهداشتی، اقتصادی و اجتماعی محسوب می شود.

تروما عامل اصلی مرگ از نوزادی تا دهه چهارم (۴۴-۱ سال) می باشد. در سالهای گذشته سعی شده است درمان بیماران ترومایی استاندارد شود، با این وجود ۵۰٪ مرگ و میر بیماران ترومایی به علت صدمه نخاعی، پارگی آئورت و خونریزی ماسیو داخل حفره شکم است که در محل حادثه به وجود می آید و تا حدود زیادی درمان مناسب امکان پذیر نمی باشد بنابراین جلوگیری (Prevention) از تروما مورد توجه صاحب نظران قرار گرفته است و این دسته از بیماران در مرحله ۱ (stage ۱) قرار دارند.

در مرحله دوم مراکز تروما و سیستمهای تروما شاید بیشترین دخالت را داشته باشند. ۳۰٪ مرگ و میر تروما در این دسته است و عامل اصلی مرگ نیز صدمات شدید مغزی و خونریزی های غیرقابل کنترل است. نشان داده شده است که با استفاده از سیستمهای تروما میزان مرگ و میر از ۳۰٪ به ۹٪ رسیده است.

در مرحله سوم که از ۱ روز تا یک ماه پس از تروما است حدود ۱۰-۲۰٪ مرگ و میرها را به دنبال تروما شامل می شود که علت اصلی مرگ و میر در این دسته بالا بودن فشار داخل جمجمه و عوارض ریوی و غیرقابل کنترل کردن آن است. در بیماران ترومایی با مراقبت در بخشهای ویژه امروزه Sepsis با منشأیی به غیر از ریه، نارسایی کلیه وازکارافتادگی ارگانهای مختلف، کمتر عامل اصلی مرگ و میر می باشد.

بنابراین آموزش صحیح پزشکان مسئول رسیدگی به بیمارانی که به شدت مجروح شده اند یکی از مسائل اساسی بهداشت عمومی است. دوره ATLS در سال ۱۹۷۸ ایجاد شد و در سال ۱۹۸۰ کالج جراحان آمریکا آن را به عنوان دوره ملی استاندارد و دوره اصلی آموزش پزشکان جهت احیای تروما اتخاذ کرد. در این دوره (ATLS) Advanced Trauma Life Support، ABC انجام میشود. در طی مرحله اولیه (Primary Survey) بررسی بیمار ترومایی، ابتدا یک راه هوایی مطمئن برقرار میشود که این راه معمولاً از طریق سریع Rapid Sequence ایجاد میشود و اگر لازم باشد مشخص میشود تنفس کافی وجود دارد یا نه، تنفس کافی با رد کردن و یا درمان صدمات قفسه صدری که حیات بیمار را به خطر میاندازد برقرار میشود و برای اطمینان از سیرکولاسیون کافی خونریزی بیمار کنترل میشود در یک بازنگری جدید در بیماران ترومایی امروزه به نظر میرسد کنترل سریع خونریزی از طریق عمل جراحی و یا بدون آن نسبت به نرمال کردن حجم داخل عروق از طریق تجویز مایعات داخل وریدی ارجح باشد. این اقدامات درمانی باید هم در محیط قبل از بیمارستان (مرکز اورژانس و یا پایگاههای اورژانس) و یا در مراکز تروما انجام شود. در حقیقت مؤثر بودن مراقبت درمانی در بیماران ترومایی بدون شک با پی گیری روند درمان که در اورژانس شروع شده ادامه مییابد که این خود نیاز به هماهنگی، ارتباط و طرح درمان از قبل طراحی شده دارد که باید این مراحل همچنان که ارتباط و تداخل پیگیر دارند از روند منطقی نیز برخوردار باشند

براساس اعتبارنامه نخستین مراکز ایران، رزیدنتهای جراحی عمومی به صورت تصادفی این دوره را دیده اند. بنابراین فرصتی منحصر به فرد برای ارزیابی تاثیرات دوره آموزشی ATLS بر کارآیی رزیدنتهای جراحی عمومی از طریق مقایسه با رزیدنتهایی که این دوره را ندیده اند به دست آمده است. تا جایی که می دانیم، این نخستین طرح مطالعاتی ارزیابی تاثیرات دوره بر مهارت های منطقی و تصمیم گیری رزیدنتهای جراحی عمومی در محیط OSCE است. بنابراین هدف این مطالعه ارزیابی تاثیرات دوره آموزشی ATLS بر کارآیی رزیدنتهای جراحی عمومی در OSCE اجباری است که برای تاییدیه ی بورد جراحان عمومی طراحی شده است.

Objectives:

الف: اهداف طرح :

۱. هدف کلی (Goal): تعیین اثر دوره ATLS در گذراندن امتحان OSCE دستیاران جراحی
۲. اهداف اختصاصی (Objectives):
 - مقایسه نمره کل OSCE در دستیارانی که دوره ATLS را گذرانده اند و دستیارانی که این دوره را طی نکرده اند.
 - مقایسه نمره تروما OSCE در دستیارانی که دوره ATLS را گذرانده اند و دستیارانی که این دوره را طی نکرده اند.

۳- هدف کاربردی (Purpose):

الزام در گذراندن دوره ATLS در دستیاران جراحی در طول دوره تحصیل

ب- فرضیات یا سوالات پژوهشی :

- ۱- گذراندن دوره ATLS در دستیاران جراحی چه تاثیری بر مهارت دستیاران جراحی برای گذراندن امتحان OSCE آنان خواهد داشت.
- ۲- گذراندن دوره ATLS در دستیاران جراحی چه تاثیری در مهارت دستیاران در پاسخ دادن به سئوالات ترومای OSCE آنان خواهد داشت.

:Study Design

این مطالعه یک مطالعه مقطعی می باشد.

:Study Setting

نتایج حاصل از انجام مطالعه، نتایج مطالعه بر کل جامعه هدف می باشد.

:Participan

تعداد ۵۱ نفر از دستیاران جراحی شیراز که در امتحان OSCE شرکت کرده اند . تمام این دانشجویان در بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی شیراز طبابت کرده و بیماران ترومایی را به صورت یکسان ویزیت کرده اند.

:Sample Size

تعداد ۵۱ نفر از دستیاران جراحی شیراز که در امتحان OSCE شرکت کرده اند . تمام این دانشجویان در بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی شیراز طبابت کرده و بیماران ترومایی را به صورت یکسان ویزیت کرده اند بر اساس سرشماری وارد مطالعه شدند.

:Data Gathering Tool

براساس فرم جمع آوری اطلاعات که محقق ساخته بوده و روایی آن بر اساس نظر صاحب نظران و پایایی توسط انجام یک مطالعه پایلوت بدست آمد که در مقاله چاپ شده حاصل از پژوهش حاضر به تفصیل توضیح داده شده است.

:Data Analysis

شرکت کنندگان به دو گروه تقسیم شده بودند که یک گروه ابتدا ATLS را آموزش می دیدند و سپس از آنها آزمون OSCE گرفته میشود و گروه دیگر بدون دیدن دوره ATLS آمون Osce را شرکت می کردند.

:Results

در این مطالعه ۷/۱۵٪ را دستیاران مونث و مابقی را دستیاران مذکر به خود اختصاص داده بودند. میانگین سنی شرکت کنندگان برابر با ۱۲/۳۱ بود. نمره OSCE بطور معناداری در دستیارانی که آموزش atls را دیده بودند بیشتر بود. هیچ رابطه ای بین نمره OSCE و جنس وجود نداشت.

:Conclusion

آموزش ATLS همراه با بهبود کلی نمرات OSCE دستیارانی است که در امتحان board شرکت می کنند که این امر منجر به انتقال آموخته ها حتی در موارد استفاده از شبیه ساز های جراحی های کوچک نیز می شود.

Keywords :

Objective Structured Clinical Examination (OSCE); Advanced Trauma Life Support (ATLS®); Trauma; Course; Surgeons; Iran

کد: ۱۰۸۹

حیطه: ارزشیابی آموزشی (دانشجو، هیئت علمی و برنامه)

بررسی رضایت مندی دانشجویان پرستاری و توانمندی بالینی آنها بعد از تجربه برنامه پرسپترشیپ

نویسندگان: معصومه رامبد، فرخنده شریف، فریبا قدس بین، زهرا خادیمان، سرور جوانمردی فرد، حمیده رئیسی

:Introduction

مقدمه: برنامه پرسپترشیپ از رویکردهای نوین آموزش بالینی در پرستاری ایران در سال های اخیر است. زمانی که دانشجوی پرستاری بتواند درگیر مراقبت از بیمار شود و تجربه مسئولیت پذیری و استقلال را کسب کند و با اصطلاح از توانمندی لازم برخوردار شود، در این صورت به احساس رضایت دست پیدا می کند.

:Objectives

مطالعه حاضر با هدف بررسی رضایت دانشجویان پرستاری از نظارت پرسپتر و توانمندی آنها بعد از تجربه برنامه پرسپترشیپ انجام شد.

:Study Design

مواد و روش: مطالعه حاضر به صورت مقطعی انجام شد.

:Study Setting

مطالعه حاضر در دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی شیراز انجام شد.

:Participan

دانشجویان کارشناسی پرستاری که برنامه پرسپترشیپ را تجربه کرده بودند، در مطالعه شرکت کردند.

:Sample Size

نمونه گیری به صورت سرشماری انجام شد. کلیه دانشجویان پرستاری که شرایط ورود به مطالعه را داشتند و تجربه برنامه پرسپترشیپ را داشتند در این مطالعه شرکت کردند.

:Data Gathering Tool

جهت ارزیابی رضایت دانشجویان پرستاری از نظارت پرسپتر، از پرسشنامه تسهیل‌گری‌های بالینی و برای بررسی توانمندی از فهرست توانمندی دانشجویان استفاده شد. روایی و پایایی این دو پرسشنامه توسط محقق در دانشجویان ایرانی مورد بررسی قرار گرفت. هر دو پرسشنامه از روایی مناسبی از نظر اعضای هیات علمی برخوردار بود. به علاوه پایایی پرسشنامه تسهیل‌گری‌های بالینی با استفاده از آزمون بازآزمون ۸۵/۰ به دست آمد. در مورد فهرست توانمندی دانشجویان آلفای کرونباخ ۹۷/۰ به دست آمد.

:Data Analysis

داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ تحلیل شد.

:Results

یافته‌ها: میانگین رضایت دانشجویان پرستاری از نظارت پرسپتر $85,18 \pm 25 / 100$ بود که این میانگین نمره بیش از سه چهارم نمره مورد انتظار بود. به علاوه میانگین نمره توانمندی دانشجویان بعد از تجربه برنامه پرسپترشیپ $240/48 \pm 39/56$ بود که این عدد از میانه نمره که ۱۵۴ می‌باشد، بیشتر بود.

:Conclusion

بحث و نتیجه‌گیری: یافته‌ها گویای رضایت بالای دانشجویان از نظارت پرسپتر و توانمندی در حد رضایت بخش تا بالا در دانشجویان پرستاری بعد از تجربه برنامه پرسپترشیپ بود. انجام مطالعات بیشتر در سایر شهرهای ایران و جهان و همچنین بررسی تاثیر این برنامه در ارتقای کیفیت مراقبت از بیمار در مطالعات آتی پیشنهاد می‌شود.

:Keywords

رضایت، پرسپتر، توانمندی

کد: ۱۱۸۷

حیطه: ارزشیابی آموزشی (دانشجو، هیئت علمی و برنامه)

بررسی عملکرد بالینی دانشجویان فارغ التحصیل شده پرستاری در خصوص انجام مراقبت بیماران

نویسندگان: مریم حیدری، هدایت اله لاله گانی

Introduction

در بین کلیه مراقبت های ارائه شده در محیط های درمانی مانند بیمارستان، مراقبت های پرستاری از اهمیت بیشتری برخوردارند و مراقبت ها و خدمات با کیفیت مناسب به عنوان یک اولویت در نظام بهداشتی درمانی به ویژه در زمینه خدمات پرستاری مطرح شده است (۱). از آن جا که پرستاری یک کار و حرفه عمدتاً عملی است، آنچه که پرستاران و دانشجویان پرستاری در محیط بالینی فراگرفته و انجام می دهند مهم تر از آن چیزی است که آنها در محیط کلاس نظری فرا می گیرند (۲). مطالعات حاکی از این مطلب اند که دانشجویان پرستاری علی رغم پایه دانش نظری خوب، در محیط بالینی با مهارت عمل نمی کنند، در نتیجه با ورود این دانشجویان به سیستم مراقبتی و درمانی، کیفیت این سیستم روز به روز افت می کند (۳). پرستاران تازه کار به عنوان بخشی از نیروی انسانی کارآمد در مراکز ارائه دهنده خدمات بهداشتی و درمانی، نیازمند مراقبت و توجه خاص می باشند. رهاسدن پرستاران تازه کار در محیط های بالینی و عدم اطلاع مدیران پرستاری از صلاحیت عملکردی آنها، مشکلات بسیاری را در بالین به همراه دارد (۴).

پژوهش فلویید نیز نشان داد که پرستاران تازه کار دچار مشکلات فراوانی در بالین بوده و تقاضای یاری و کمک دارند و نمی دانند که در محیط های واقعی چه انتظاراتی از آنها می رود (۵). در مطالعه یکتا و همکاران از نظر میزان دستیابی به صلاحیت بالینی، دانشجویان صلاحیت خود را در مجموع متوسط ارزیابی کرده بودند. اکثر مهارتهایی که توسط آنان کسب نشده بود، در زمینه های تصمیم گیری و قضاوت بالینی، تفکر خلاق، حل مسئله و شناسایی مشکلات، برنامه ریزی و فرایند پژوهش در محیط های بالینی بود (۶). صلاحیت بالینی، توانایی حل مشکلات پیچیده با استفاده از بکارگیری مدبرانه مهارت های تکنیکی و ارتباطی، دانش، استدلال بالینی، عواطف و ارزش ها در محیط بالینی است (۷). (۸) که ارزیابی آن در پرستاران، بخصوص در شناسایی حیطه هایی که نیاز به ارتقاء دارد، تعیین نیازهای آموزشی پرستاران و همچنین کسب اطمینان از ارائه مطلوب مراقبت ها حائز اهمیت فراوان است (۹، ۱۰). خودکارآمدی، قضاوت فرد در مورد توانایی هایش در انجام عملی، مشخص است و خودکارآمدی درک شده توسط فرد، مولفه ای مهم در عملکرد فرد است؛ که این موضوع در پرستاران به عنوان بخش مستقلی از مهارت های اساسی آنان عمل می کند (۱۱، ۱۲).

از نظر انجمن پرستاری استرالیا چون پرستاران مسؤل اعمال حرفه ای خود و نظارت بر سایر پرستاران و تیم درمان و همچنین مسؤل حفظ استانداردهای حرفه ای می باشند، باید هنگام فارغ التحصیلی در مورد صلاحیت های حرفه ای خود آگاهی های لازم را داشته و نگرش آنان نیز نسبت به این صلاحیتها مثبت باشد تا در عملکرد بالینی آنان موثر واقع شود. از سوی دیگر، دستیابی کامل به صلاحیتها در واقع بازده نهایی و محصول یک سیستم آموزشی است (۱۳). بنابراین یکی از راههای سنجش حاصل نهایی برنامه های آموزشی و درسی، ارزیابی صلاحیتها بالینی دانش آموختگان در محیط کار است (۱۴). نکته ای که در هنگام ارزیابی صلاحیت بالینی باید مورد توجه قرار گیرد، تفکیک بین برخورداری از مهارت ها و بکارگیری عملی آن مهارت هاست. برخی مطالعات نشان داده اند که بین سطح صلاحیت بالینی و میزان بکارگیری مهارت ها رابطه مستقیم وجود دارد به گونه ای که هرچه پرستار از صلاحیت بالاتری برخوردار باشد، امکان بهره گیری عملی او از مهارت هایش در بالین افزایش می یابد (۱۰). پایین بودن سطح بالینی پرستاران تازه کار را می توان با ناکارآمدی سیستم آموزشی دانشگاه و عدم تطابق برنامه های درسی با عملکرد حرفه ای پرستاران در محیط بالینی دانست، ولی بنر معتقد است که کم بودن صلاحیت بالینی پرستاران

تازه کار می تواند ناشی از تجربه بالینی اندک آنها باشد(۹). ارزیابی صلاحیت بالینی پرستاران نه تنها در جهت کسب اطمینان از ایمنی مراقبت‌ها مهم است بلکه در شناسایی حیطه‌های نیازمند ارتقا و تعیین نیازهای آموزشی پرستاران نیز از اهمیت فراوانی برخوردار است(۱۵)

دانشگاه بستر اصلی تدارک و تامین نیروی انسانی کارآمد برای رفع نیازهای جامعه است. در رشته پرستاری که از علوم وابسته پزشکی است، اهمیت آموزش بالینی به حدی است که آن را قلب حرفه پرستاری می شناسند. آموزش ایده آل زمانی است که دانشگاه، پرستارانی تربیت نماید که با توجه به تغییرات روزافزون محیط های بالینی، روش های مراقبتی، کوتاه شدن دوره بستری و پیشرفت تکنولوژی، توان ارائه خدمات بالینی را داشته باشند و بدین ترتیب، خدمات ایمن و مؤثری به بیمار، خانواده و جامعه ارائه داده و در کل، کیفیت خدمات ارائه شده را تضمین نمایند(۱۶). مطالعات عدیده ای در ایران، مشکلات آموزش بالینی دانشجویان پرستاری را بررسی نموده اما مهارت دانش آموختگان کمتر مورد بررسی قرار گرفته است. تبحر دانش آموختگان پرستاری از دیدگاه مدیران سطوح مختلف پرستاری نیز مطالعه شده است ولی نظر دانش آموختگان در مورد خودشان از اهمیت ویژه ای برخوردار است که موجب شناسایی نقاط قوت و ضعف برنامه های آموزشی پرستاری و همچنین، منابع و آموزش دهندگان خواهد شد. لذا این مطالعه با هدف تعیین میزان خودکارآمدی، صلاحیت بالینی و عملکرد دانش آموختگان جدید پرستاری در خصوص انجام مراقبت های بیمار انجام گردید.

Objectives

در این مطالعه توصیفی-تحلیلی، خودکارآمدی، صلاحیت بالینی و عملکرد ۱۰۰ دانش آموخته جدید پرستاری در بیمارستان های آموزشی درمانی شهرکرد (هاجر و کاشانی) و بیمارستان شهر بروجن مورد بررسی قرار گرفت.

Study Design

در این مطالعه توصیفی-تحلیلی، خودکارآمدی، صلاحیت بالینی و عملکرد ۱۰۰ دانش آموخته جدید پرستاری در بیمارستان های آموزشی درمانی شهرکرد (هاجر و کاشانی) و بیمارستان شهر بروجن مورد بررسی قرار گرفت. معیار ورود نمونه‌ها به پژوهش شامل تازه دانش آموخته های رشته پرستاری و مشغول به کار در بخش های بستری بیمارستان های مورد مطالعه می باشد. روش نمونه گیری این مطالعه، نمونه گیری آسان می باشد که با توجه به نسبت جمعیت دانشجویان تازه آموخته شده کلیه بخش های بیمارستان های هاجر و کاشانی شهرکرد و بیمارستان بروجن انجام شد. پژوهشگر بعد از کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، با مراجعه به بیمارستان های هدف و بخش های مربوطه در روزهای نامشخص اطلاعات لازم را از پرستارانی که واجد شرایط ورود به مطالعه بودند، دریافت نمود. همچنین به منظور رعایت اصول اخلاق تحقیق، علاوه بر کسب مجوزهای لازم؛ همچنین اخذ رضایت کتبی و شفاهی از نمونه ها، به واحدهای پژوهش اطمینان داده شد که کلیه اطلاعات شخصی محرمانه می ماند. به منظور جمع آوری اطلاعات از ۳ پرسشنامه محقق ساخته خودکارآمدی، صلاحیت بالینی و عملکرد پرستاران استفاده شد. پرسشنامه خودکارآمدی توسط پرستاران و پرسشنامه های صلاحیت بالینی و عملکرد بوسیله سر پرستاران از طریق مشاهده عملکرد بالینی پرستاران تکمیل گردید. خودکارآمدی پرستاران با استفاده از پرسشنامه خودکارآمدی دارای ۲۲ سوال بوسیله مقیاس پنج رتبه ای لیکرت (خیلی موافقم، موافقم، بی نظر، مخالفم و خیلی مخالفم) که به صورت ۱ تا ۵ رتبه بندی می شود، تعیین شد. همچنین پرسشنامه صلاحیت بالینی با ۲۱ سوال و مقیاس ۴ قسمتی (بلی (کاملاً) - خیر (اصلاً) - تاحدی - بی نظر) بود که سوالات این پرسشنامه در خصوص وظایف یاری رسانی، آموزش و راهنمایی، اعمال تشخیصی، مداخلات درمانی و وظایف شغلی و سازمانی بود. همچنین پرسشنامه عملکرد که در خصوص عملکرد پرستاران در حیطه های بررسی علایم حیاتی، بهداشت فردی، تزریقات، سرم و دادن دارو، جابه جایی و کمک به بیمار، اکسیژن رسانی و باز نگه داشتن راه هوایی، رفع نیاز دفعی، تامین نیاز تغذیه ای و کنترل عفونت و مراقبت از زخم بود به صورت ارزیابی خیلی خوب، خوب، متوسط، ضعیف و خیلی ضعیف، از طریق مشاهده عملکرد پرستاران در بخش ها توسط سر پرستار تکمیل گردید. پرسشنامه های محقق ساخته (خودکارآمدی و صلاحیت بالینی) پس از تنظیم جهت تایید روایی با بهره گیری از نظرات

صاحب نظران آموزش پرستاری و جهت تایید پایایی با انجام پایلوت در ۲۰ نمونه، میزان آلفای کرونباخ محاسبه گردید. میزان آلفای کرونباخ در خودکارآمدی ۸۰٪ و در صلاحیت بالینی ۷۵٪ بود. پرسشنامه عملکرد توسط چند نفر از اساتید مجرب پرستاری مورد بررسی و تایید قرار گرفت. داده ها پس از جمع آوری با استفاده از نرم افزار spss نسخه ۲۲ و آزمونهای توصیفی، آنالیز واریانس، تی مستقل، همبستگی پیرسون و کای اسکوئر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

Study Setting

در این مطالعه توصیفی-تحلیلی، خودکارآمدی، صلاحیت بالینی و عملکرد ۱۰۰ دانش آموخته جدید پرستاری در بیمارستان های آموزشی درمانی شهرکرد (هاجر و کاشانی) و بیمارستان شهر بروجن مورد بررسی قرار گرفت.

Participan

روش نمونه گیری این مطالعه، نمونه گیری آسان می باشد که با توجه به نسبت جمعیت دانشجویان تازه آموخته شده کلیه بخش های بیمارستان های هاجر و کاشانی شهرکرد و بیمارستان بروجن انجام شد پژوهشگر بعد از کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، با مراجعه به بیمارستان های هدف و بخش های مربوطه در روزهای نامشخص اطلاعات لازم را از پرستارانی که واجد شرایط ورود به مطالعه بودند، دریافت نمود. همچنین به منظور رعایت اصول اخلاق تحقیق، علاوه بر کسب مجوزهای لازم؛ همچنین اخذ رضایت کتبی و شفاهی از نمونه ها، به واحدهای پژوهش اطمینان داده شد که کلیه اطلاعات شخصی محرمانه می ماند.

Sample Size

در این مطالعه توصیفی-تحلیلی، خودکارآمدی، صلاحیت بالینی و عملکرد ۱۰۰ دانش آموخته جدید پرستاری با توجه به مطالعات قبلی، در بیمارستان های آموزشی درمانی شهرکرد (هاجر و کاشانی) و بیمارستان شهر بروجن مورد بررسی قرار گرفت.

Data Gathering Tool

به منظور جمع آوری اطلاعات از ۳ پرسشنامه محقق ساخته خودکارآمدی، صلاحیت بالینی و عملکرد پرستاران استفاده شد. پرسشنامه های خودکارآمدی توسط پرستاران و پرسشنامه های صلاحیت بالینی و عملکرد بوسیله سر پرستاران از طریق مشاهده عملکرد بالینی پرستاران تکمیل گردید. خودکارآمدی پرستاران با استفاده از پرسشنامه خودکارآمدی دارای ۲۲ سوال بوسیله مقیاس پنج رتبه ای لیکرت (خیلی موافقم، موافقم، بی نظر، مخالفم و خیلی مخالفم) که به صورت ۱ تا ۵ رتبه بندی می شود، تعیین شد. همچنین پرسشنامه صلاحیت بالینی با ۲۱ سوال و مقیاس ۴ قسمتی (بلی (کاملاً)-خیر(اصلاً)- تاحدی- بی نظر) بود که سوالات این پرسشنامه در خصوص وظایف یاری رسانی، آموزش و راهنمایی، اعمال تشخیصی، مداخلات درمانی و وظایف شغلی و سازمانی بود. همچنین پرسشنامه عملکرد که در خصوص عملکرد پرستاران در حیطه های بررسی علایم حیاتی، بهداشت فردی، تزریقات، سرم و دادن دارو، جابه جایی و کمک به بیمار، اکسیژن رسانی و باز نگه داشتن راه هوایی، رفع نیاز دفعی، تامین نیاز تغذیه ای و کنترل عفونت و مراقبت از زخم بود به صورت ارزیابی خیلی خوب، خوب، متوسط، ضعیف و خیلی ضعیف، از طریق مشاهده عملکرد پرستاران در بخش ها توسط سر پرستار تکمیل گردید. پرسشنامه های محقق ساخته (خودکارآمدی و صلاحیت بالینی) پس از تنظیم جهت تایید روایی با بهره گیری از نظرات صاحب نظران آموزش پرستاری و جهت تایید پایایی با انجام پایلوت در ۲۰ نمونه، میزان آلفای کرونباخ محاسبه گردید. میزان آلفای کرونباخ در خودکارآمدی ۸۰٪ و در صلاحیت بالینی ۷۵٪ بود. پرسشنامه عملکرد توسط چند نفر از اساتید مجرب پرستاری مورد بررسی و تایید قرار گرفت

Data Analysis

داده ها پس از جمع آوری با استفاده از نرم افزار spss نسخه ۲۲ و آزمونهای توصیفی، آنالیز واریانس، تی مستقل، همبستگی پیرسون و کای اسکوئر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

Results

در این تحقیق جمعا ۱۰۰ پرستار تازه دانش آموخته وارد مطالعه شدند که محدوده سنی افراد شرکت کننده در مطالعه بین ۲۰ تا ۴۲ سال با میانگین سنی $24/72 \pm 2/50$ بود ۷۶٪ افراد زن و ۲۲٪ مرد بودند. در خصوص میزان علاقه به رشته پرستاری ۴۸٪ علاقه خود را در سطح بالا، ۴۸٪ متوسط و ۴٪ علاقه کمی را گزارش نمودند. ۵۴ درصد افراد مورد مطالعه از دانشگاه آزاد و ۳۵٪ از دانشگاه دولتی فارغ التحصیل شده بودند. در بخش سوالات مربوط به خود کارآمدی سوال "در زمان مناسب به بیمار و همراه او آموزش‌های مورد نیاز را بدهم." (۴/۴۱) بیشترین میانگین نمره و سوال "اهداف کلی، کوتاه مدت و بلند مدت برنامه مراقبت از بیماران را تدوین و تنظیم نمایم." (۳/۸۸) کمترین میانگین نمره را به خود اختصاص داده بودند. در بخش سوالات مربوط به صلاحیت بالینی سوال "آیا او با همکاریانش رفتار خوبی دارد؟" (۲/۷۵) بیشترین میانگین نمره و سوالات "آیا او در آموزش، آماده سازی و مربیگری، مشاوره و تفسیر مواردی که برای بیمار و خانواده‌اش مورد نیاز است مهارت دارد؟" (۲/۱۵) و "آیا او اطلاعات لازم مراقبت‌های بیمار را با همکاریانش و سایر پرسنل در دیگر بخش‌ها و واحدها به اشتراک می‌گذارد؟" (۲/۱۵) کمترین میانگین نمره را دارا بودند. در قسمت عملکرد سوالات مربوط به "تجویز اکسیژن با ماسک"، (۴/۵۵) تجویز اکسیژن با کانیولای بینی" (۴/۴۹)، "اضافه کردن دارو به سرم وریدی" (۴/۴۵) و "اجرای تزریق عضلانی" (۴/۴۳) دارای بیشترین میانگین نمره و سوالات "گذاشتن سند کاندوم" (۲/۰۴) و "سند گذاری مثانه برای خانم‌ها" (۲/۰۲) کمترین میانگین نمره را دارا بودند.

درصد نمره آزمودنی‌ها در خودکارآمدی $84/10$ ٪، صلاحیت بالینی $82/96$ ٪، بررسی علایم حیاتی $84/92$ ٪، بهداشت فردی $81/28$ ٪، تزریقات، سرم و دادن دارو $84/73$ ٪، جابه جایی و کمک به بیمار 69 ٪، اکسیژن رسانی و باز نگه داشتن راه هوایی $85/56$ ٪، رفع نیاز دفعی 56 ٪، تامین نیاز تغذیه ای $74/84$ ٪ و کنترل عفونت و مراقبت از زخم $74/55$ ٪ بود. در این مطالعه بین جنس و عملکرد افراد مورد مطالعه (اکسیژن رسانی و باز نگه داشتن راه هوایی) $(p=0/027)$ ، تامین نیاز تغذیه $(p=0/028)$ ، جابجایی و کمک به بیمار $(p=0/05)$ ارتباط معناداری دیده شد. بطوری که عملکردهای فوق در پرستاران تازه دانش آموخته زن بیشتر از مردان بود. در خصوص رابطه بین معدل عملکرد افراد مورد مطالعه (تامین نیاز تغذیه) $(p=0/009)$ ، کنترل عفونت و مراقبت از زخم $(p=0/025)$ ، تامین نیاز دفعی $(p=0/009)$ با معدل افراد ارتباط معناداری دیده شد. به طوری که افراد با معدل بالای ۱۷ عملکردهای فوق را بهتر انجام داده بودند. در ارتباط با علاقه به رشته پرستاری و اکسیژن رسانی و باز نگه داشتن راه هوایی $(p=0/05)$ ارتباط معناداری بین این دو وجود داشت. بطوری که افراد با علاقه بیشتر عملکرد اکسیژن رسانی و باز نگه داشتن راه هوایی بهتری داشتند. بر اساس آزمون پیرسون خودکارآمدی با صلاحیت بالینی $(I=0/247)$ ، $p=0/013$ ، علایم حیاتی $(I=0/249)$ ، $p=0/012$ ، بهداشت فردی $(I=0/240)$ ، $p=0/016$ ، جابجایی و کمک به بیمار $(I=0/232)$ ، $p=0/002$ ، تامین نیاز تغذیه $(I=0/351)$ ، $p=0/001$ و کنترل عفونت $(I=0/304)$ ، $p=0/002$ همبستگی مستقیم و معناداری داشت. همچنین صلاحیت بالینی در پرستاران با علایم حیاتی $(I=0/607)$ ، $p=0/001$ ، بهداشت فردی $(I=0/725)$ ، $p=0/001$ ، تزریقات $(I=0/668)$ ، $p=0/001$ ، جابجایی و کمک به بیمار $(I=0/563)$ ، $p=0/001$ ، اکسیژن رسانی و باز نگه داشتن راه هوایی $(I=0/439)$ ، $p=0/001$ ، رفع نیازهای دفعی $(I=0/351)$ ، $p=0/001$ ، تامین نیاز تغذیه $(I=0/529)$ ، $p=0/001$ و کنترل عفونت $(I=0/423)$ ، $p=0/001$ همبستگی مستقیم و معنادار داشت.

Conclusion

در این مطالعه درصد نمره آزمودنی‌ها در خودکارآمدی و صلاحیت بالینی در حد خوب و در قسمت عملکرد که شامل بررسی علایم حیاتی، بهداشت فردی، تزریقات، سرم و دادن دارو و اکسیژن رسانی و باز نگه داشتن راه هوایی در حد خوب و موارد دیگر شامل جابه جایی و کمک به بیمار، رفع نیاز دفعی، تامین نیاز تغذیه ای و کنترل عفونت و مراقبت از زخم در حد متوسط و تسلط بود. همچنین یافته‌های مطالعه حاضر بین خودکارآمدی و صلاحیت بالینی ارتباط معناداری را نشان می‌دهد که با یافته‌های مطالعه محمدی ریزی و چراغی همسو می‌باشد همچنین نتایج مطالعه اوپاکیک نشان داد که خودکارآمدی دانشجویان پزشکی سال آخر با عملکرد بالینی آنان در دوره کارورزی بالینی ارتباط داشت و دانشجویانی که عملکرد خود را مطلوب می‌دانستند، تمایل بیشتری به بهبود کیفیت عملکرد بالینی خود داشتند (۱۷).

واهترا در مطالعه ای طولی، ارتباط مثبتی بین خودکارآمدی با فرآیند عملکرد پرستاری (شامل بررسی بیمار، برنامه ریزی، اجرا و ارزشیابی برنامه مراقبتی) نشان داد. همچنین، خودکارآمدی تنها متغیری بود که در پژوهش واهترا با فرآیند عملکرد پرستاری دانشجویان ارتباط معنادار آماری داشت (۱۸). این در حالی است که مطالعه Rice نشان داد که هیچ ارتباطی بین خودکارآمدی بالینی و صلاحیت بالینی دانشجویان پرستاری وجود ندارد همچنین در مطالعه چوی نتایج ارتباطی بین خودکارآمدی با عملکرد تحصیلی دانشجویان نشان نداد (۱۹). نتایج پژوهش حاضر نشان دهنده همبستگی مثبت و معنادار آماری بین خودکارآمدی در عملکرد بالینی و عملکرد بالینی پرستاری بود، اکثر پژوهش ها در حوزه آموزش نظری و بالینی به یافته مشابه پژوهش حاضر دست یافته اند (۱۷، ۱۹-۲۲). مطالعه بحرینی با عنوان مقایسه صلاحیت بالینی پرستاران شاغل در بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شیراز و بوشهر نشان داد، پرستاران بیمارستان دانشگاه شیراز با میانگین صلاحیت (۸۷/۰۳±۱۰/۰۳) در مقایسه با پرستاران بیمارستان تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی بوشهر با میانگین صلاحیت (۷۱/۰۷±۱۳/۶۶) از صلاحیت بالینی بالاتری برخوردار بودند. همچنین، ۷۰ درصد مهارت های بالینی توسط پرستاران شاغل در بوشهر بطور مکرر استفاده می شود اما این میزان در بیمارستان دانشگاه شیراز بیش از ۸۳ درصد بود (۲۳). در مطالعه Hagman در خصوص خودکارآمدی فرهنگی پرستاران مکزیکی نشان داد. متغیرهای کمی از جمله سن با سطح بالای خودکارآمدی فرهنگی مرتبط می باشد (۲۴). همچنین خدایاریان به نقل از جعفری می گوید، محققان در مطالعه خود بین ویژگی های فردی و صلاحیت بالینی ارتباط معناداری وجود دارد (۲۵). در مطالعه حاضر بین معدل افراد و برخی از حیطه های عملکردی افراد رابطه معناداری وجود دارد که با نتایج مطالعه تیموتی همسو می باشد. هاروی و مک مور ای در مطالعه خود نشان دادند که احتمال کسب نمرات کمتر از حد قبولی در واحدهای درسی بین دانشجویان با خودکارآمدی کم نسبت به دانشجویان با خودکارآمدی زیاد، بیشتر است (۲۶). تابانژاد و همکاران در مطالعه ای تحت عنوان صلاحیت بالینی در دانشجویان کارشناسی ارشد پرستاری مراقبتهای ویژه نشان داد دانشجویان پرستاری زن صلاحیت بالینی بیشتری از مردان دارند این در حالی است که یافته های مطالعه حاضر نیز بین جنس و برخی از عملکردهای بالینی ارتباط معناداری را نشان می دهد (۲۷). در مقابل مطالعات نمادی و همکاران و پارسا یکتا و همکاران تفاوت معنادار بین صلاحیت بالینی و جنسیت، گزارش نکردند (۶، ۱۳). نتایج پژوهش حاضر قابل استفاده دانشجویان پرستاری جهت خودارزشیابی عملکرد بالینی است. بازخورد نتایج حاصل به خود-آگاهی و خود-اطمینانی پرستاران از قابلیت های حرفه ای خود کمک می کند و می توانند براساس خودکارآمدی خود، نیازهای آموزشی خود را ارزیابی، راهبردهای مناسب جهت یادگیری بالینی تدوین و یادگیری خود را پیش و ارزشیابی کنند (۲۸، ۲۹).

Keywords:

عملکرد، پرستار، مراقبت بیمار

کد: ۱۱۴۸

حیطه: ارزشیابی آموزشی (دانشجو، هیئت علمی و برنامه)

تاثیر ارزشیابی اساتید بر بهبود کیفیت ابعاد مختلف تدریس از دیدگاه اساتید

نویسندگان: سیده آزاده صفوی، امیر صادقی، فرهاد فراهانی

Introduction

ارزشیابی کارآمدترین روش برای بهبود کیفیت آموزشی است. خلاء تحقیقاتی موجود در یک حیطه از معتبرترین دلایل ضرورت تحقیقات بیشتر در آن حیطه به شمار می آید. گرچه تا کنون مطالعات زیادی با محوریت موضوعی ارزشیابی اساتید توسط دانشجو صورت گرفته است. اما مطالعات موجود بیشتر بر ویژگی های فرم های مورد استفاده برای ارزشیابی اساتید (به عنوان مثال روایی و پایایی ابزارهای مورد استفاده) و یا بر عوامل موثر بر نظرات دانشجویان تمرکز داشته اند. لذا آنچه که می توان به عنوان خلا تحقیقاتی بالاخص در سطح کشور در زمینه ارزشیابی اساتید توسط دانشجو نام برد مربوط به تحقیقات در باره ی میزان اثر بخشی بالفعل این روش ارزشیابی در ارتقای کیفیت آموزشی اساتید می باشد.

Objectives

این پژوهش میزان تحقق پیامد های مورد انتظار از ارزشیابی اساتید را از دیدگاه اصلی ترین گروه استفاده کننده آن یعنی اعضای هیات علمی مورد بررسی قرار می دهد و در این راستا به بررسی میزان تاثیری که این نوع از ارزشیابی در بهبود کیفیت آموزش آنها داشته است می پردازد

Study Design

این مطالعه نوعی پژوهش توصیفی- مقطعی (cross-sectional) که در دانشگاه علوم پزشکی همدان صورت پذیرفت. جامعه پژوهش کلیه اعضای هیات علمی علوم پایه (۲۳۹ نفر) در دانشگاه علوم پزشکی بودند که در هفت دانشکده مختلف به تدریس اشتغال داشتند و ارزشیابی اساتید توسط دانشجو به طور سیستماتیک در مورد آنها انجام می پذیرفت. مدت پیگیری مطالعه دو سال می باشد.

Study Setting

نتایج مطرح شده در این خلاصه مقاله حاصل از انجام مطالعه در کل جامعه آماری ذکر شده می باشد. در مطالعه پایلوت برای تعیین روایی صوری و محتوایی پرسشنامه محقق ساخته تعدادی از اساتید صاحب نظر ی دارای تجربه در زمینه ی ارزشیابی به نسبت تعداد نمونه از هر دانشکده انتخاب گردید.

:Participan

جامعه پژوهش کلیه اعضای هیات علمی علوم پایه (۲۳۹ نفر) در دانشگاه علوم پزشکی بودند که در هفت دانشکده مختلف به تدریس اشتغال داشتند و ارزشیابی اساتید توسط دانشجو به طور سیستماتیک در مورد آنها انجام می پذیرفت.

نام دانشکده	تعداد جامعه آماری
پزشکی (علوم پایه)	۶۹
پرستاری	۳۰
پیراپزشکی	۱۵
دندانپزشکی	۶۸
توانبخشی	۲۱
داروسازی	۵
بهداشت	۳۱
جمع	۲۳۹

:Sample Size

جهت محاسبه حجم نمونه از روش کوکران (۱۹۷۷) ویژه داده های مستمر با فرض استفاده از مقیاس لیکرت داده های مستمر (continuous data)، سطح الفای ۰/۰۵ و خطای قابل قبول ۰/۳٪ و خطای انحراف استاندارد مقیاس (standard deviation) ۱,۳۳ استفاده گردید. در نهایت با استفاده از فرمول مربوطه تعداد نمونه ۱۷۷ هیات علمی تعیین گردید. سپس با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی طبقه ای تعداد نمونه ها در هر یک از هفت دانشکده به تفکیک مشخص گردید.

:Data Gathering Tool

ابزار پژوهش در این بررسی پرسشنامه ای بود که توسط محقق طراحی گردید. جهت بررسی روایی سازه و روایی محتوی از روش پانل متخصصان و مطالعه پایلوت استفاده شد. در این راستا ۱۰ نفر از اعضای هیات علمی با سابقه و صاحب نظر در حیطه آموزش و ارزشیابی آموزشی به عنوان صاحب نظر انتخاب شدند و از آنان خواسته شد تا در مورد میزان روایی ابزار هر یک از سوالات پرسشنامه بر روی یک مقیاس پنج درجه ای (بیشترین روایی عدد ۵ و کمترین روایی عدد ۱) قضاوت نمایند. علاوه بر آن از مطالعه پایلوت (۲۰ نفر از اساتید) برای سنجش پایایی پرسشنامه با استفاده از روش ثبات درونی (Internal Consistency) استفاده گردید

:Data Analysis

تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار ۱۶ spss انجام شد. جهت دسته بندی داده ها از آمار توصیفی (میانگین ، انحراف معیار و درصد فراوانی) استفاده گردید. همچنین جهت بررسی رابطه بین متغیر ها از آزمون ضریب همبستگی پیرسون و جهت بررسی رابطه بین مشخصات دموگرافیک واحد های پژوهش و میزان اثر ارزشیابی از آزمون t مستقل و آنالیز واریانس یک طرفه استفاده گردید.

:Results

نتایج نشان داد از دیدگاه اکثر اساتید شرکت کننده ارزشیابی اساتید بر مولفه های تدریس شامل ارائه محتوای درسی مفید و به روز (۵۶ درصد) ، بر تلاش استاد در کسب آگاهی از جدیدترین روش های تدریس و انتخاب مناسب ترین آنها (۶۷ درصد)، بر به کارگیری وسایل آموزشی روز آمد و مناسب با اهداف تدریس (۶۸ درصد)، بر توجه به سوالات دانشجویان و ارائه پاسخ مناسب به آنها (۶۵ درصد)، بر حفظ وقار و متانت در جلسه درس (۶۹ درصد)، و بر بهبود کیفیت تکالیف خواسته شده از دانشجویان (۶۷ درصد) تاثیر مثبت و یا قابل توجه داشته است. در حالیکه این ارزشیابی از دیدگاه اکثریت اعضای هیات علمی شرکت کننده در مطالعه بر تلاش آنها در بهبود سایر مولفه های تدریس نظیر تدوین و یا بهبود طرح درس (۵۷،۱ درصد) و بر افزایش میزان تسلط علمی بر موضوع درس (۴۶ درصد) تاثیر اندک داشته و یا فاقد تاثیر بوده است.

تاثیر قابل توجه	تاثیر مثبت	تاثیر اندک	بدون تاثیر	مولفه های تدریس
۲۲	۴۴	۶۴	۲۴	۱.
۱۹	۳۷	۷۵	۲۳	۲.
۲۱	۴۶	۶۶	۲۱	۳.
۲۲	۴۶	۵۷	۲۹	۴.
۱۷	۴۲	۶۹	۲۶	۵.
۲۲	۴۳	۷۳	۱۶	۶.
۲۱	۴۸	۶۲	۲۳	۷.
۱۹	۴۸	۶۷	۲۰	۸.
۱۳	۳۳	۶۸	۴۰	۹.

:Conclusion

نتایج حاکی از این مطلب بود که اساتید شرکت کننده در این مطالعه با میانگین تدریس ۹ سال تجربه لازم جهت بررسی میزان تاثیر این ارزشیابی بر کیفیت تدریس را دارا بودند. همچنین نتایج تحقیقات نشان داد میزان بهره گیری از نتایج این ارزشیابی و تاثیر آن بر بهبود کیفیت تدریس می تواند دستخوش وضعیت استخدامی اساتید قرار گیرد. آنچه که سبب کم رنگ شدن تاثیر ارزشیابی اساتید بر بهبود کیفیت تدریس اساتید می گردد عدم وجود سیستم مشاوره ای در جهت تعبیر و تفسیر نتایج ارزشیابی در راستای مفاهیم آموزش عالی است.

Keywords:

ارزشیابی اساتید، اثر بخشی ، بهبود کیفیت تدریس

کد: ۱۲۳۱

حیطه: ارزشیابی آموزشی (دانشجو، هیئت علمی و برنامه)

بررسی مهارت های تفکر انتقادی و همچنین اهمیت آموزش تفکر انتقادی بر روی دانشجویان پزشکی کشور

نویسندگان: لیلا دربان، سارا اشتری، فتحیه مرتضوی، شهرام یزدانی

Introduction

قابلیت استفاده از مهارت های تفکر انتقادی در تصمیم گیری های فردی و اجتماعی خصوصا در عرصه علوم پزشکی که تصمیم گیری ها، حساسیت و ویژگی های خاص خود را دارد از اهمیت ویژه ای برخوردار است. توانایی حل مسئله و تصمیم گیری در مورد مشکلات بیمار برای ارائه درمان و مراقبت مناسب ضروری می باشد. این مهارت ها باید در آموزش های بالینی و در تمامی دوره های آموزشی لحاظ گردد. یکی از عوامل تاثیر گذار در کیفیت برون داده های نظام آموزشی " برنامه های درسی " دانشگاه ها است. به عبارت دیگر، پرورش مهارت های تفکر انتقادی به عنوان هدف نهایی نظام آموزشی جز از طریق برنامه های درسی امکان پذیر نیست. افزایش و بهبود مهارت های تفکر دانشجویان یکی از ابعاد مورد توجه در فرآیند آموزش و یادگیری است. ولیکن علیرغم اهمیت این موضوع، بنظر میرسد که نظام آموزش پزشکی در ایران با نارسائیهایی در تربیت دانشجویان خودکار و متفکر روبروست. با وجود اینکه یکی از رسالت های نظام آموزش عالی پرورش مهارت حل مسئله در دانشجویان است، اما متاسفانه دانشگاه های علوم پزشکی برنامه ای برای پرورش مهارت حل مساله و کار تیمی در نظام سلامت ندارند. رشد و پرورش مهارت های فکری دانشجویان همیشه مسئله ای پیچیده در آموزش بوده، اما امروزه حالت بحرانی به خود گرفته است، چرا که برون داد اطلاعات جامعه از قدرت تفکر انتقادی افراد درباره این اطلاعات فراتر رفته است، به نحوی که در سال های اخیر متخصصان امور تربیتی به شدت از ناتوانی دانشجویان در امر تفکر انتقادی ابراز نگرانی کرده اند. زیرا روش های متداول آموزشی، افرادی با اطلاعات نظری فراوان تحویل جامعه می دهند که از حل کوچکترین مسائل جامعه در آینده عاجز می باشند و به رغم اهمیت تفکر انتقادی به عنوان ابزاری اساسی برای یادگیری، توانایی دانشجویان در استفاده از مهارت های تفکر انتقادی اندک است

Objectives

هدف اصلی این مقاله عبارت است از تعیین مهارت های تفکر انتقادی و همچنین برآورد اهمیت آموزش تفکر انتقادی بر روی دانشجویان پزشکی دوره کارآموزی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۹۴. با توجه به اهمیت مطالب ذکر شده و به دلیل محدود بودن مطالعات انجام شده بر روی دانشجویان پزشکی، به ویژه در ایران می توان دریافت که بررسی مهارت های ذهنی و بخصوص تفکر انتقادی در دانشجویان پزشکی و پی بردن به نحوه تکامل آنها در طی سال تحصیلی می تواند به ارائه راهکار برای ارتقای آن کمک نماید. تنها مطالعات موجود بر روی دانشجویان پزشکی توسط تاشی و عضدی بر روی دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

و همچنین دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر انجام گرفته است. لذا با توجه به این مطالب پژوهشگر بر آن شد که با هدف بررسی وضعیت مهارت های تفکر انتقادی و همچنین برآورد اهمیت آموزش تفکر انتقادی در دانشجویان پزشکی پایان دوره کارآموزی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و تهران مطالعه ای را انجام دهد. و این مقاله حاصل آن مطالعه و از پایان نامه مصوب دانشکده آموزش علوم پزشکی شهید بهشتی می باشد. به امیدی که یافته های حاصل از این پژوهش برای مدرسان آموزش پزشکی، برنامه های آموزش پزشکی و دانشجویان پزشکی مفید واقع شود. و بطور کلی فرصت های بهتری برای آموزش پزشکان آینده ایجاد کند.

Study Design

این پژوهش از نوع توصیفی- مقطعی می باشد که به منظور تعیین و بررسی وضعیت مهارت های تفکر انتقادی و همچنین برآورد اهمیت آموزش تفکر انتقادی بر روی دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۹۴ انجام گرفته است.

Study Setting

بله نتایج حاصله از این مطالعه بر اساس کل جامعه هدف در این مطالعه می باشد. به طور کلی در این پژوهش ۱۲۰ دانشجوی پزشکی با هدف بررسی مهارت های تفکر انتقادی و همچنین برآورد اهمیت آموزش تفکر انتقادی مورد مطالعه قرار گرفتند.

Participan

مطالعه حاضر حاصل از پایان نامه مصوب دانشکده آموزش علوم پزشکی شهید بهشتی می باشد که پژوهشگر پس از اخذ معرفی نامه و طی هماهنگی با مسئولین مربوطه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و همچنین دانشگاه علوم پزشکی تهران و نماینده دانشجویان دانشکده پزشکی این دو دانشگاه به واحدهای مورد پژوهش مراجعه کرده و ضمن معرفی خود اقدام به جمع آوری نمونه کرده است. قبل از توزیع پرسشنامه ها هدف مطالعه و نحوه تکمیل و مدت زمان تکمیل پرسشنامه ها برای واحدهای مورد پژوهش تشریح گردید و بر محرمانه بودن اطلاعات تاکید شد. پرسشنامه مذکور پس از آن توسط نمایندگان دانشجویان پزشکی در اختیار دانشجویانی که دوره پیش کارورزی را گذرانده بودند، قرار داده شد. نمونه های پژوهشی در طی ۵۰ دقیقه در محیطی ساکت، آرام، مناسب توسط دانشجویان تکمیل شد و پس از تکمیل جمع آوری و برای تجزیه و تحلیل به پژوهشگر تحویل داده شد. به طور کلی در این پژوهش ۱۲۰ دانشجوی پزشکی با هدف بررسی مهارت های تفکر انتقادی و همچنین برآورد اهمیت آموزش تفکر انتقادی مورد مطالعه قرار گرفتند. از تعداد ۱۲۰ دانشجوی شرکت کننده در این پژوهش، ۶۰ نفر (۵۰٪) دانشجوی پزشکی دانشگاه شهید بهشتی و ۶۰ نفر (۵۰٪) دیگر هم دانشجوی پزشکی دانشگاه تهران بودند که همگی دوره پیش کارورزی خود را پشت سر گذاشته بودند. از تعداد ۶۰ نفر دانشجوی پزشکی شرکت کننده دانشگاه شهید بهشتی در این پژوهش، ۲۴ نفر پسر (۴۰٪) و ۳۶ نفر دختر (۶۰٪) بودند. میانگین و انحراف معیار سنی آنها $1/11 \pm 24/10$ بوده با حداقل ۲۲ و حداکثر ۲۸ سال سن. و همچنین از تعداد ۶۰ نفر دانشجوی پزشکی شرکت کننده دانشگاه تهران در این پژوهش، ۲۸ نفر پسر (۴۰٪) و ۳۲ نفر دختر (۵۳٪) بودند. میانگین و انحراف معیار سنی آنها $1/39 \pm 25/28$ بوده با حداقل ۲۳ و حداکثر ۲۹ سال سن.

Sample Size

حجم نمونه شامل ۱۲۰ نفر می باشد که جامعه پژوهش متشکل شده است از ۶۰ دانشجوی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و ۶۰ دانشجوی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران که دوره پیش کارورزی خود را به اتمام رسانده بودند.

Data Gathering Tool

ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه دو قسمتی است که قسمت اول اطلاعات دموگرافیک دانشجویان را شامل می شود که این اطلاعات عبارتند از سن، جنس، رتبه دانشجو در آزمون سراسری، معدل دیپلم دانشجو، رشته تحصیلی سال دیپلم و همچنین نمره دوره پیش کارورزی دانشجو. در قسمت دوم پرسشنامه جهت سنجش مهارت های تفکر انتقادی دانشجویان پزشکی از فرم ب آزمون ترجمه شده مهارت

های تفکر انتقادی کالیفرنیا (California Critical Thinking Skills Test form B) استفاده شده است. این آزمون یک ابزار توسعه یافته جهت سنجش مهارت های تفکر انتقادی در دانشجویان محسوب می شود و حاوی ۳۴ سؤال چند گزینه ای است که در پنج حیطه مهارت های شناختی تفکر انتقادی (ارزشیابی، تحلیل، استنباط، استدلال استقرایی و استدلال قیاسی) طراحی شده است. آزمون سنجش مهارت های تفکر انتقادی توسط فاشیون در سال ۱۹۹۰ ابداع گردید و توسط انجمن کالیفرنیا منتشر شد که در حال حاضر از علمی ترین و کاربردی ترین ابزارهای ارزشیابی مهارت های تفکر انتقادی در کل جهان محسوب می شود. در طراحی این پرسشنامه یک زمینه عمومی از دانش که به سادگی و در نتیجه بلوغ طبیعی و در مدارس ابتدایی و دبیرستان قابل دستیابی است مفروض شده است. هیچ دانش محتوایی که تخصص رشته خاصی باشد در پاسخگویی به سؤالات لازم نیست. فاشیون در طی مطالعه وسیعی پایایی آزمون را با استفاده از فرمول شماره ۲۰ کودر ریچاردسون ۰/۷۱ تعیین نمود و ابراز کرد که این ابزار نسبت به سایر ابزار های سنجش تفکر انتقادی از جامعیت بیشتری برخوردار است. این پرسشنامه در ایران و بسیاری از کشورها برای دانشجویان علوم پایه، کشاورزی، اقتصاد، پرستاری، داروسازی، دندانپزشکی و مامایی مورد استفاده قرار گرفته است. روایی و پایایی این پرسشنامه نیز در مطالعات اطهری و کریمی تایید شده است. ضریب اعتماد این آزمون به روش همبستگی درونی (فرمول ۲۰ کودر ریچاردسون) محاسبه گردید (۰/۶۲) و خرده آزمون ها با یکدیگر و همچنین با کل آزمون دارای همبستگی مثبت و معنی داری می باشند و نتیجه تحلیل عاملی در تعیین اعتبار سازه آزمون حاکی از آن بوده که آزمون از پنج عامل ارزشیابی، تحلیل، استنباط، استدلال استقرایی و استدلال قیاسی تشکیل شده است که همه این پنج حیطه با نمره کل آزمون همبستگی مثبت و بالایی داشته است. آزمون مذکور توسط محققین و اساتید زبان انگلیسی و فارسی ترجمه شده و بوسیله استاد ادبیات فارسی ویراستاری گردید و جهت بررسی اعتبار محتوایی آزمون، از نقطه نظرات و نظر خواهی اساتید روانشناسی تربیتی و آزمون پزشکی استفاده گردید. جهت تهیه نسخه روان و قابل درک این پرسشنامه، مجدداً این آزمون را ترجمه و ویراستاری کردند. همچنین برخی از اصطلاحات و نام های خاص، تاریخ ها و وقایع ذکر شده در متن اصلی با جامعه ایران تطابق داده شد و در نهایت با توجه به اینکه این پرسشنامه در مطالعات داخلی مورد استفاده قرار گرفته است و روایی و پایایی آن تعیین شده نیاز به بررسی اعتبار محتوی و صوری مجدد ندارد.

روش نمره گذاری پرسشنامه: در این پرسشنامه برای هر جواب صحیح یک نمره به فرد تعلق میگیرد و مجموع جواب های صحیح نمره کل تفکر انتقادی فرد را تشکیل می دهد که حداقل نمره صفر و حداکثر نمره ۳۴ می باشد. امتیاز کسب شده در هر بخش از آزمون بین صفر تا ۱۶ متغیر است. به طوری که در بخش تحلیل حداکثر ۹ امتیاز، استنباط حداکثر ۱۱ امتیاز، استدلال قیاسی حداکثر ۱۶ امتیاز، استدلال استقرایی حداکثر ۱۴ امتیاز و در بخش ارزشیابی ۱۴ امتیاز لحاظ شده است. بدین ترتیب برای هر فرد پنج نمره مهارت های تفکر انتقادی در حیطه های مختلف و یک نمره تفکر انتقادی که بین صفر تا ۳۴ نمره متغیر است بدست می آید.

Data Analysis

روش اجرای مطالعه:

در این مطالعه روش گردآوری داده ها از طریق تکمیل پرسشنامه توزیع شده شامل دو فرم مشخصات دموگرافیک و آزمون مهارت های تفکر انتقادی کالیفرنیا (فرم ب) انجام گرفته است. پژوهشگر پس از اخذ معرفی نامه و طی هماهنگی با مسئولین مربوطه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و همچنین دانشگاه علوم پزشکی تهران و نماینده دانشجویان دانشکده پزشکی این دو دانشگاه به واحدهای مورد پژوهش مراجعه کرده و ضمن معرفی خود اقدام به جمع آوری نمونه کرده است. قبل از توزیع پرسشنامه ها هدف مطالعه و نحوه تکمیل و مدت زمان تکمیل پرسشنامه ها برای واحدهای مورد پژوهش تشریح گردید و بر محرمانه بودن اطلاعات تاکید شد. پرسشنامه مذکور پس از آن توسط نمایندگان دانشجویان پزشکی در اختیار دانشجویانی که دوره کارآموزی را گذرانده بودند، قرار داده شد و پس از تکمیل توسط آنها جمع آوری شد و برای تجزیه و تحلیل به پژوهشگر تحویل داده شد.

روش تجزیه تحلیل داده ها:

داده ها پس از جمع آوری مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. جهت تجزیه و تحلیل از روش های آمار توصیفی و تحلیلی استفاده شد. برای تعیین و مقایسه میانگین امتیاز کل آزمون و میانگین امتیاز زیر مهارت های آزمون و انحراف معیار و حداقل و حداکثر از روش های آمار توصیفی استفاده گردید. در این پژوهش برای مقایسه بین میانگین های نمرات دانشجویان دو دانشگاه از آزمون تی مستقل و همچنین برای تعیین ارتباط بین معدل دیپلم و نمره دوره پیش کارورزی با امتیاز مهارت تفکر انتقادی از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد.

Results:

به طور کلی در این پژوهش ۱۲۰ دانشجوی پزشکی با هدف بررسی مهارت های تفکر انتقادی مورد مطالعه قرار گرفتند. از تعداد ۱۲۰ دانشجوی شرکت کننده در این پژوهش، ۶۰ نفر (۵۰٪) دانشجوی پزشکی دانشگاه شهید بهشتی و ۶۰ نفر (۵۰٪) دیگر هم دانشجوی پزشکی دانشگاه تهران بودند که همگی دوره پیش کارورزی خود را پشت سر گذاشته بودند.

از تعداد ۶۰ نفر دانشجوی پزشکی شرکت کننده دانشگاه شهید بهشتی در این پژوهش، ۲۴ نفر پسر (۴۰٪) و ۳۶ نفر دختر (۶۰٪) بودند. میانگین و انحراف معیار سنی آنها $1/11 \pm 24/10$ بوده با حداقل ۲۲ و حداکثر ۲۸ سال سن. و همچنین از تعداد ۶۰ نفر دانشجوی پزشکی شرکت کننده دانشگاه تهران در این پژوهش، ۲۸ نفر پسر (۴۰٪) و ۳۲ نفر دختر (۵۳٪) بودند. میانگین و انحراف معیار سنی آنها $1/39 \pm 25/28$ بوده با حداقل ۲۳ و حداکثر ۲۹ سال سن.

در این مطالعه علاوه بر مشخصات فردی دانشجویان مانند جنسیت و سن، سایر اطلاعات دیگری نظیر معدل دیپلم، رتبه آزمون سراسری و نمره دوره پیش کارورزی دانشجویان توسط پرسشنامه ثبت گردیده که در جدول شماره ۱ آورده شده است. مقایسه بین معدل دیپلم، رتبه آزمون سراسری و نمره پیش کارورزی دانشجویان پزشکی دو دانشگاه علوم پزشکی تهران و شهید بهشتی حاکی از آن است که معدل دیپلم و نمره پیش کارورزی دانشجویان هر دو دانشگاه تقریباً در یک رنج می باشد و اختلاف معنا داری از نظر آماری در این میانگین های بدست آمده وجود ندارد اما در مورد رتبه آزمون سراسری، کاملاً مشهود می باشد که دانشجویان دانشگاه تهران رتبه بهتری را نسبت به دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی در آزمون سراسری کسب کرده اند و اختلاف بسیاری میان رتبه کنکور در بین دانشجویان پزشکی دانشگاه تهران و شهید بهشتی مشاهده می شود که این اختلاف از نظر آماری نیز کاملاً معنا دار می باشد ($P=0/00$).

میانگین نمرات آزمون مهارت های تفکر انتقادی دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی برابر با $5/08 \pm 13/03$ و دانشجویان پزشکی دانشگاه تهران برابر با $3/27 \pm 12/63$ از ۳۴ نمره بدست آمد. رنج نمرات تفکر انتقادی کسب شده توسط دانشجویان پزشکی دانشگاه شهید بهشتی بین ۴ تا ۲۶ نمره از ۳۴ نمره بوده و این در حالی است که رنج نمرات تفکر انتقادی کسب شده توسط دانشجویان پزشکی دانشگاه تهران بین ۳ تا ۱۹ نمره از ۳۴ نمره است. بیشترین درصد نمرات کسب شده توسط دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی از سئوال ۹ تا ۱۱ است و این در حالی است که بیشترین درصد نمرات کسب شده توسط دانشجویان دانشگاه تهران از سئوال ۱۱ تا ۱۴ می باشد. در خصوص مقایسه میانگین نمرات تفکر انتقادی کسب شده توسط دانشجویان پزشکی دانشگاه شهید بهشتی و دانشگاه تهران اختلاف معنی داری وجود ندارد ($P=0/61$).

نمره کسب شده در هر پنج حیطه مهارتهای شناختی تفکر انتقادی بین صفر تا ۱۶ متغیر می باشد. بطوریکه در بخش تحلیل، استنباط، ارزشیابی، استدلال قیاسی و استدلال استقرایی به ترتیب ۹، ۱۱، ۱۴، ۱۶ و ۱۴ امتیاز محسوب می شود (۲۲). میانگین نمرات آزمون مهارت های تفکر انتقادی در حیطه های پنج گانه زیر مجموعه آن (تحلیل، استنباط، ارزشیابی، استدلال قیاسی و استدلال استقرایی) به طور مجزا، هم برای دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و هم برای دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران در جدول شماره

۲ درج شده است. از میان مهارت های پنج گانه شناختی تفکر انتقادی در دانشجویان هر دو دانشگاه بیشترین میانگین نمره مربوط به استدلال استقرایی (با کسب حدود ۴۵٪ از کل نمره) می باشد. و به دنبال آن میانگین نمره استنباط در دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی (با کسب حدود ۴۰٪ از کل نمره) و میانگین نمره تحلیل در دانشجویان دانشگاه تهران (با کسب حدود ۳۹٪ از کل نمره) در رتبه بعدی می باشد.

همبستگی نمره آزمون مهارت های تفکر انتقادی و حیطه های زیر مجموعه آن با سن، معدل دیپلم، رتبه آزمون سراسری و نمره پیش کارورزی کسب شده توسط دانشجویان در جدول شماره ۳ ارائه شده است. نتایج نشان می دهد که در کل، ارتباطی بین این فاکتورهای دموگرافیک و نمره آزمون تفکر انتقادی دانشجویان پزشکی وجود ندارد. در حیطه های زیر مجموعه، فقط بین نمرات حیطه استدلال قیاسی و معدل دیپلم دانشجویان پزشکی ارتباط معناداری وجود داشت ($r = 0.19$ و $P < 0.05$)، هر چند که ضریب همبستگی این ارتباط مطلوب نیست.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار معدل دیپلم، رتبه کنکور و نمره دوره پیش کارورزی دانشجویان پزشکی دانشگاه شهید بهشتی و تهران

دانشجویان پزشکی		معدل دیپلم		رتبه کنکور		نمره پیش کارورزی	
میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
۱۹/۰	۰/۹۴	۳۳۳/۱۰	۲۰۸/۶۷	۱۲/۱۵	۱/۶۹		
۱۹/۰۵	۰/۷۰	۱۱۶/۸۳	۱۴۸/۸۰	۱۳/۱۲	۱/۸۷		

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمرات زیر مهارت های شناختی تفکر انتقادی دانشجویان پزشکی دانشگاه شهید بهشتی و تهران

دانشگاه	نمره تفکر انتقادی	تحلیل	ارزشیابی	استنباط	استدلال استقرایی	استدلال قیاسی
شهید بهشتی	$13/03 \pm 5/08$	$\pm 1/71$ ۳/۳۸	$5/22 \pm 2/60$	$\pm 1/93$ ۴/۴۲	$6/30 \pm 2/63$	$5/57 \pm 2/69$
دانشگاه تهران	$12/63 \pm 3/27$	$\pm 1/37$ ۳/۵۷	$5/23 \pm 1/90$	$\pm 1/47$ ۳/۸۵	$6/32 \pm 1/82$	$4/93 \pm 1/87$

جدول ۳: ضریب همبستگی نمره آزمون مهارت های تفکر انتقادی و حیطه های زیر مجموعه آن با مشخصات دموگرافیک دانشجویان پزشکی

زیر مهارت های شناختی تفکر انتقادی	سن	معدل دیپلم	پیش کارورزی	رتبه کنکور
تحلیل	ضریب همبستگی (r)	-۰/۰۱	۰/۰۷	-۰/۰۵
	P-value	۰/۸۵	۰/۴۴	۰/۵۶
ارزشیابی	ضریب همبستگی (r)	۰/۰۴	-۰/۰۰۶	۰/۰۷
	P-value	۰/۶۵	۰/۱۷	۰/۴۴
استنباط	ضریب همبستگی (r)	-۰/۰۷	۰/۰۴	۰/۱۰

۰/۲۷	۰/۶۰	۰/۹۷	۰/۴۴	P-value	استدلال استقرایی
-۰/۰۵۳	۰/۰۱۶	۰/۰۶۹	۰/۰۳	ضریب همبستگی (r)	
۰/۶۸	۰/۹۰	۰/۶۰	۰/۶۷	P-value	استدلال قیاسی
۰/۱۵	۰/۰۰۲	* ۰/۱۹۷	-۰/۰۴	ضریب همبستگی (r)	
۰/۰۹	۰/۹۸	* ۰/۰۳	۰/۶۳	P-value	نمره تفکر انتقادی
۰/۰۶	۰/۰۲	۰/۰۷	۰/۰۱	ضریب همبستگی (r)	
۰/۵۰	۰/۹۸	۰/۴۴	۰/۸۴	P-value	

Conclusion

هدف این مطالعه، ارزیابی مهارت های تفکر انتقادی و همچنین ارتباط بین رتبه آزمون سراسری ورود به دانشگاه، معدل دیپلم دانشجویان و نمره دوره پیش کارورزی آنها با نمره مهارت های تفکر انتقادی در دانشجویان پزشکی دو دانشگاه معتبر کشور (دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و تهران) بوده است. یافته های این پژوهش بیانگر آن است که مهارت تفکر انتقادی دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و دانشگاه علوم پزشکی تهران میانگین نمراتی در محدوده ۱۲/۵ تا ۱۳/۵ از ۳۴ نمره داشته است که بدین معنا است که دانشجویان تقریباً یک سوم کل نمره آزمون (در حدود ۳۷-۳۸٪ کل نمره) را کسب نموده اند. مطالعات انجام گرفته بر روی سنجش مهارت های تفکر انتقادی به خصوص در دانشجویان پزشکی بسیار محدود می باشد از این رو معیار مشخصی برای سنجش هنجار و یا نا هنجار بودن نمره تفکر انتقادی دانشجویان پزشکی تعیین نگردیده است. با این وجود یافته ها نشان می دهد که میانگین نمرات تفکر انتقادی دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و تهران مشابه برخی دانشگاه های داخل کشور می باشد، ولی در مقایسه با سایر کشورها از میانگین کمتری برخوردار است. میانگین نمره کل تفکر انتقادی دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان (در سال های ۸۸-۱۳۸۷) $13 \pm 3/6$ از ۳۴ نمره و میانگین نمره کل تفکر انتقادی دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر $2/87 \pm 11/94$ از ۳۴ نمره گزارش شده است که تقریباً مشابه نتیجه بدست آمده در این پژوهش می باشد. و این در حالی است که سبسنروز نمره کل تفکر انتقادی دانشجویان داروسازی دانشگاه کمپبل آمریکا را در ابتدای ترم $5/0 \pm 20/2$ از ۳۴ و در انتهای ترم حدود $5/8 \pm 20/1$ از ۳۴ گزارش کرده است. و همچنین میلر در مطالعه چهار ساله خود بر روی دانشجویان دانشکده داروسازی داکوتای شمالی میانگین نمره تفکر انتقادی این دانشجویان را برای دانشجویان سال اول $4/2 \pm 18/32$ از ۳۴ و برای دانشجویان فارغ التحصیل $4/7 \pm 20/96$ از ۳۴ گزارش کرده است. در خصوص حیطه های مربوط به تفکر انتقادی نیز موضوع به همین صورت است. بطوریکه میانگین نمرات حیطه های تفکر انتقادی دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر و دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در حیطه های تجزیه و تحلیل، ارزشیابی، استنباط، استدلال استقرایی و استدلال قیاسی به ترتیب برابر $(3/1, 4/3)$ از ۹، $(5/0, 4/5)$ از ۱۴، $(4/52, 4/2)$ از ۱۱، $(4/94, 6)$ از ۱۶ و $(6/84, 2/9)$ از ۱۴ گزارش شده است که با یافته های مطالعه حاضر همخوانی دارد. این در حالی است که در بعضی مطالعات دیگر، میانگین نمرات در تمام حیطه های مربوط به تفکر انتقادی پایین تر نیز بوده است. در مطالعاتی که بر روی دانشجویان داروسازی در داکوتای شمالی و دانشجویان دانشگاه کمپبل ایالت متحده آمریکا صورت گرفته است، نمرات میانگین در تمامی حیطه های تفکر انتقادی نسبت به تمامی مطالعات انجام شده در کشور بالاتر می باشد. در خصوص ارتباط بین نمرات کل آزمون تفکر انتقادی و رتبه آزمون سراسری، معدل دیپلم، نمره دوره پیش کارورزی و همچنین سن دانشجویان همبستگی معنا داری مشاهده نگردید و ضریب همبستگی قابل قبولی نیز بدست نیامده است. هر چند در یکی از حیطه ها (استدلال قیاسی) و معدل دیپلم دانشجویان پزشکی ارتباط آماری معنا داری وجود داشت ($I= 0/19$ و $P < 0/05$). ولی به طور کلی به نظر می رسد که آنچه آزمون سراسری و امتحانات پایان دوره دبیرستان و همچنین آزمون دروه پیش کارورزی در داوطلبین و دانشجویان ارزیابی می کند بیشتر بر قدرت حافظه داوطلب و محفوظات قبلی وی و حتی مهارت هایی در نحوه پاسخ دهی به سئوالات چهار گزینه ای استوار می باشد تا این که

توان داوطلب برای حل مساله بر مبنای یک تفکر انتقادی را ارزیابی کند. در مطالعه دیگری که توسط اطه‌ری و همکاران در ارتباط با ارزیابی مهارت‌های تفکر انتقادی و ارتباط آن با رتبه آزمون سراسری در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام گرفته است نیز هیچگونه همبستگی معنا داری مشاهده نشد. به طور کلی یافته‌ها حاکی از آن است که میانگین نمرات تفکر انتقادی و حیطه‌های آن در دانشجویان پزشکی داخل کشور در مقایسه با نتایج سایر کشورها از میانگین کمتری برخوردار است. بنابراین به نظر می‌رسد مهارت‌های تفکر انتقادی در نظام آموزشی ایران به اندازه کافی پرورش داده نمی‌شود. با توجه به اینکه قرن بیست و یکم عصر تغییرات در عملکردهای علمی و پزشکی نوین است، آموزش پزشکی باید با تحولات شتابنده قرن بیست و یکم رقابت کرده و پزشکانی تربیت نماید که قادر به تجزیه و تحلیل و ارزیابی صحیح شواهد باشند. از این رو دانشجویان پزشکی نیازمند مهارت‌هایی هستند که به توانمند شدن آنها در زمینه استدلال بالینی، تصمیم‌گیری، پزشکی مبتنی بر شواهد کمک نماید که از جمله آنها مهارت‌های عالی تفکر مانند تفکر انتقادی و حل مساله می‌باشد. برخورداری از توانایی تحلیل و تفکر انتقادی ابزاری بسیار ارزشمند برای دانشجویان رشته پزشکی است که پس از فارغ‌التحصیلی به عنوان رهبران تیم سلامت عهده دار مسئولیت خطیر در سیستم نظام سلامت می‌باشند.

Keywords:

تفکر انتقادی، آموزش، دانشجویان پزشکی، رتبه آزمون سراسری، معدل دیپلم، دوره پیش کارورزی

کد: ۱۲۴۸

حیطه: ارزشیابی آموزشی (دانشجو، هیئت علمی و برنامه)

وضعیت آموزش بالینی از دیدگاه فراگیران دانشگاه علوم پزشکی کرمان: یک مطالعه مقطعی

نویسندگان: فرزانه فولادگر، حبیبیه احمدی پور

Introduction

آموزش بالینی قسمتی از آموزش پزشکی است که دانشجویان دانش نظری خود را بصورت عملی بکار می‌گیرند. در این مرحله از آموزش، دانشجویان پزشکی با حضور بر بالین بیمار و به صورت تدریجی به کسب مهارت پرداخته و با استفاده از تجربیات و استدلال‌های منطقی کسب شده برای حل مشکلات بیماران آماده می‌شوند (۱) آموزش بالینی بخش مهمی از آموزش در دوره پزشکی می‌باشد که بدون آن تربیت پزشکانی شایسته و کارآمد غیر ممکن می‌باشد (۲) بنابراین یک محیط آموزشی مطلوب، محیطی است که از فعالیت‌های آموزشی و ذهنی و همکاری بین یادگیرندگان و نیز اساتید و دانشجویان حمایت کند. بنابراین در صورتی که جوّ آرام و به‌دور از تنش و استرس و در عین حال با جدیت برقرار باشد، می‌تواند کشش خوبی را برای دانشجویان در جهت شرکت هر چه بیشتر در یادگیری‌های بالینی ایجاد نماید (۳).

ارزیابی دیدگاه دانشجویان به‌منظور بهبود و ارتقای مستمر کیفیت آموزش بالینی، منجر به شناخت و تقویت نقاط قوت و برطرف‌ساختن نقاط ضعف آموزش می‌گردد. از آنجا که دانشجویان، دریافت‌کنندگان خدمات آموزشی و یکی از منابع شناسایی مشکلات آموزش بالینی هستند، می‌توانند درخصوص کیفیت آموزش بالینی، مورد مشورت قرار گیرند. بنابراین می‌توان از عقاید آنها در جهت شناسایی و تعیین شکاف بین آنچه در محیط آموزش بالینی می‌گذرد و آنچه که مورد انتظار این ذی‌نفعان است، استفاده کرد (۴)

:Objectives

هدف: مطالعه حاضر با هدف بررسی وضعیت آموزش بالینی از دیدگاه کارآموزان و کارورزان دانشگاه علوم پزشکی کرمان در سال ۱۳۹۵ انجام گردید.

:Study Design

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی از نوع توصیفی تحلیلی بود.

:Study Setting

کلیه دانشجویان پزشکی مقطع کارآموزی و کارورزی دانشگاه علوم پزشکی کرمان در سال ۱۳۹۵ جمعیت آماری مطالعه بودند.

:Participan

د. معیارهای ورود به مطالعه گذراندن حداقل ۶ ماه از دوره کارآموزی و یا کارورزی و تمایل برای شرکت در مطالعه بود. ابزار جمع آوری داده ها در این پژوهش، پرسش نامه خود گزارش دهی محقق ساخته حاوی داده های دموگرافیک و ۳۰ سوال در جنبه های مختلف آموزش بالینی بود که بر اساس بررسی متون و آیین نامه های مرتبط طراحی گردید. روایی پرسشنامه توسط کارشناسان آموزش پزشکی تأیید و پایایی آن از طریق آلفای کرونباخ ۰,۷ محاسبه شد. نمره دهی به سوالات بر اساس معیار لیکرت و محدوده نمرات بین صفر تا ۱۰۰ تعیین گردید. داده های مطالعه با استفاده از نرم افزار SPSS ۱۹ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

:Sample Size

نمونه ها از طریق سرشماری انتخاب شدند

:Data Gathering Tool

ابزار جمع آوری داده ها در این پژوهش، پرسش نامه خود گزارش دهی محقق ساخته بود که بخش اول آن حاوی داده های دموگرافیک شامل سن، جنس و مقطع تحصیلی بود و قسمت دوم آن شامل ۳۰ سوال در جنبه های مختلف آموزش بالینی بود که بر اساس بررسی متون و آیین نامه های مرتبط طراحی گردید. نمره دهی به این سوالات در قالب معیار ۵ گزینه ای لیکرت (کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم و کاملاً مخالفم) تعیین گردید. نحوه امتیاز دهی به این صورت بود که برای کاملاً مخالفم نمره ۱ و برای کاملاً موافقم نمره ۵ در نظر گرفته شد. روایی صوری و محتوی پرسشنامه توسط کارشناسان آموزش پزشکی تأیید و پایایی آن از طریق آلفای کرونباخ ۰,۷ محاسبه شد. نمرات کسب شده در نهایت به نمره ای بین صفر تا ۱۰۰ تبدیل گردید.

:Data Analysis

داده های مطالعه با استفاده از نرم افزار SPSS ۱۹ و با استفاده از داده های توصیفی و همچنین آزمون تی مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

Results

در مجموع ۲۷۴ دانشجوی مقطع بالینی در مطالعه شرکت کردند. از این تعداد، ۱۶۱ (۶۱/۷٪) نفر کارآموز، ۱۳۷ (۵۲/۰٪) نفر مونث با میانگین و انحراف معیار سنی $24/16 \pm 1/7$ بودند. میانگین و انحراف معیار نمره وضعیت آموزش بالینی $45/57 \pm 8/07$ با حداقل ۱۱/۶۷ و حداکثر ۷۰/۸۳ بود که تفاوت آماری معنی دار با میانگین در نظر گرفته شده (۵۰) داشت. ($p=0,001$) کارآموزان، دانشجویان مذکر و مجرد بصورت معنی دار نمرات بالاتری داشتند. ($P=0,001$)

بین مدت زمان گذرانده شده در مقطع و نمره وضعیت آموزش بالینی یک ارتباط مستقیم ضعیف وجود داشت. ($r=0,2, p=0,002$)

جدول شماره یک: مقایسه نمره وضعیت آموزش بالینی بر حسب مقطع تحصیلی و جنسیت

pv	میانگین (انحراف معیار)		
۰/۰۰۵	(۸/۵۲)۴۶/۶۰	کارآموزی	مقطع تحصیلی
	(۶/۹۱)۴۳/۷۶	کارورزی	
۰/۰۴	(۸/۳۲)۴۴/۴۳	مونث	جنسیت
	(۷/۷۵)۴۶/۴۸	مذکر	

Conclusion

نمره وضعیت آموزش بالینی از دیدگاه فراگیران بصورت معنی دار پائین تر از میانگین بود. بنابراین نیاز است با تمرکز بر مواردی که کمترین امتیاز را از دیدگاه فراگیران دارند در جهت بهبود و ارتقاء وضعیت آموزش بالینی برنامه ریزی نمود.

Keywords :

clinical education, evaluation, trainee

کد: ۱۲۹۹

حیطه: ارزشیابی آموزشی (دانشجو، هیئت علمی و برنامه)

وزن دهی معیارهای ارزشیابی اساتید از دیدگاه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شیراز با استفاده از روش آنتروپی شانون در سال ۱۳۹۵

نویسندگان: زهرا کاوسی، صیاد بیات نسب، علی رضا یوسفی

Introduction

یکی از مهمترین منابع هر سازمان و موسسه‌ای نیروی انسانی محسوب می‌باشد. از این رو هر سازمانی جهت ادامه حیات خود و توانایی رقابت به کارمندان آموزش دیده و شایسته نیازمند است (۱). در این بین ارزشیابی عملکرد و توانایی ها، همچنین کنترل رفتارهای این نیرو همواره یکی از ضروریات سازمان ها به شمار می رود (۲). ارزشیابی عملکرد اهمیتی استراتژیک نیز دارد (۱)، چرا که یک فرایند نظام دار در جهت جمع آوری، تجزیه-تحلیل و تفسیر اطلاعاتی می باشد که با هدف تعیین تحقق اهداف مورد نظر و میزان آن انجام می گیرد (۳). به عبارتی ارزشیابی عملکرد تعیین کننده اعتبار و سودمندی عملکردها محسوب می شود (۴، ۵). از طرفی لازمه ارزشیابی وجود یک سیستم و ابزار سنجش صحیح، حساس و دقیق می باشد تا هم ارزشیابی به نحوه صحیح صورت گیرد و هم تبعات منفی آن به حداقل برسد. از پیامدهای منفی اجرای ضعیف ارزشیابی، کاهش رضایت پرسنل، کم شدن انگیزه، بی تفاوتی آنها به وظایف خود و نهایتاً کاهش بازدهی سیستم است که در جای خود مسائل مهمی هستند (۶).

نظام آموزشی به عنوان پدیده ای پویا و هدفمند، دارای ابعاد کمی و کیفی است. رشد متعادل این ابعاد به موازات یکدیگر از اهداف اساسی نظام آموزشی است (۷). از آنجایی که یکی از رسالت‌های دانشگاه‌ها و مراکز آموزش عالی، تربیت و تامین کارکنان توانمند برای سازمان‌ها می‌باشد؛ لذا حیات سازمان‌ها با کیفیت آموزشی دانشگاه‌ها رابطه تنگاتنگی دارد (۸). یکی از ارکان اصلی دانشگاه‌ها و مراکز آموزشی که در بالا بردن کیفیت آموزش تاثیر قابل توجهی دارند، هیئت علمی کارآزموده و باسواد می‌باشد (۹). به بیان دیگر در صورتی دانشگاه رسالت خود را تکمیل می‌نماید که با کمک اساتید و ابزار آموزشی به روز و کافی، بتواند نیروی انسانی مدنظر سازمان‌ها را تربیت کند (۱۰، ۱۱). در حقیقت اساتید دانشگاه به عنوان یکی از مهم ترین درونداد های سیستم آموزشی کشور، نقش بسزایی در کیفیت نظام آموزشی داشته و به نوعی نمایانگر آن می باشند، بنابراین ارتقای مستمر کیفیت آموزش، مستلزم ارتقای کیفیت این درونداد حیاتی است (۱۲، ۱۳). در این راستا ارزشیابی عملکرد اعضای هیات علمی از جمله روش های ارتقای کیفیت برنامه های فعالیت های آموزشی اساتید در مراکز آموزش عالی به حساب می آید و امکان استفاده از نتایج آن به منظور تعیین نقاط ضعف و قوت برای اصلاح امور آموزشی و تحول برنامه ریزی وجود دارد (۱۴). ارزشیابی اساتید در دانشگاه به روش های مختلفی از قبیل ارزشیابی توسط مدیر گروه، همکاران، مسئولان دانشکده ها و غیر صورت می گیرد. یکی از متداول ترین روش های ارزشیابی در اغلب کشورها و از جمله ایران، ارزشیابی توسط دانشجو است (۱۵، ۱۶)، که برای اولین بار در سال ۱۹۶۰ در کالج بروکلین و دانشگاه های پردو، واشنگتن و میشیگان انجام شد (۱۷، ۱۸). ارزشیابی اساتید توسط دانشجویان شامل پرسشنامه ای است که معیارهای ارزشیابی در آن گنجانده می شود و در اختیار دانشجویان قرار می گیرد تا نظرات خود را اعمال کنند. این معیارها شامل عواملی نظیر؛ ویژگی های شخصی استاد، اطلاعات علمی و به روز (۱۹)، مهارت های ارتباطی (۲۰)، توانایی تفهیم مطالب درسی، نحوه امتحان گرفتن (۲۱، ۲۲) و استفاده از وسایل کمک آموزشی (۲۳) می باشند. هدف استفاده از این ابزار ارائه بازخورد به مدرسین، ارائه معیار میزان اثربخشی، ارائه اطلاعات به دانشجویان جهت انتخاب دروس و اساتید و استفاده در تحقیقات آموزشی می باشد (۲۴). در این زمینه مطالعات متعددی صورت پذیرفته است و برخی از آنها در موافقت و برخی در مخالفت با این نوع ارزشیابی، نظرات و شواهدی را ارائه نموده اند (۲۵). با

این حال برخی از صاحب‌نظران، ارزشیابی‌های دانشجویی، که در آن قضاوت را برعهده دانشجویان گذارده می‌شود و در مورد یک درس خاص یا تمامی دروس بصورت جامع نظرسنجی می‌شود، را بهترین نوع ارزشیابی دانسته‌اند، چرا که دانشجویان تنها افرادی هستند که به طور مستقیم توسط استادان آموزش داده می‌شوند و بنابراین برای ارزشیابی فعالیت‌های آموزشی، به خوبی می‌توانند نسبت به وضعیت آموزشی اساتید اعلام نظر کنند (۲۶). حکم آبادی در پژوهشی نشان داد که از نظر دانشجویان مهم‌ترین ویژگی‌های اساتاد خو تسلط بر موضوع تدریس، شیوایی بیان و توانایی ارتباط می‌باشد (۲۷). با این حال اگر ارزشیابی اساتید توسط دانشجویان، ملاک محور [۱] باشد یعنی با هدف سنجش میزان پیشرفت فراگیری و دستیابی فراگیران به انتظارات و عملکردهای از پیش تعیین شده صورت گیرد و مطابق استانداردها اجرا شود، می‌تواند به عنوان ابزار مفیدی جهت تقویت انگیزه اساتید و دانشجویان مورد استفاده قرار گیرد (۲۸). بنابراین ارزشیابی دانشجویان در تصمیم‌گیری‌های مسئولین دانشگاه کمک فراوانی خواهد کرد، همچنین به اساتید در مورد مناسب بودن نحوه تدریس بازخورد می‌دهد. نتایج مطالعه ای حاکی از آن بود که اغلب اساتدان و دانشجویان موافق تاثیرگذاری ارزشیابی بر عملکرد آموزشی اساتید هستند (۲۹). موضوع دیگری که باید بدان اشاره شود معیارهای مورد استفاده در این ارزشیابی می‌باشد. معیارهای در حقیقت مبنای سنجش تشخیص و انتخاب می‌باشند. معیارهای مختلفی برای بیان عملکرد اساتید در موسسات آموزشی مختلف از جمله دانشگاه مورد استفاده قرار می‌گیرند. که هر کدام بعد خاصی از عملکرد را در نظر دارد به طور مثال در دانشگاه علوم پزشکی شیراز معیارهایی نظیر برنامه ریزی صحیح اساتید، چگونگی ارتباطات، تفهیم مطالب کلیدی، شیوه‌های آموزشی و ... استفاده می‌گردد. جهت تشخیص اهمیت معیارهای مختلف برای سنجش یک متغیر خاص، روش‌های مختلفی وجود دارد که بطور کلی در دو روش می‌توان آنها را خلاصه کرد. یکی از روش‌ها، تعیین اهمیت معیار بر اساس مطالعات پیشین می‌باشد. در این مطالعات میزان اهمیت هر کدام از معیارهای را می‌توان مشخص کرد (۳۰). البته این روش برای سنجش متغیرهایی کاربرد دارد که جامع و همسان بوده و بطور یکدست در سازمان‌های مختلف بکار می‌رود. اما جهت بررسی اهمیت معیارهای سنجش متغیرهایی نظیر عملکرد اساتید، که ممکن است در سازمان‌های مختلف، متفاوت باشند می‌توان از روش دوم یعنی درجه بندی اهمیت معیارها بر اساس نظرات گروه‌های متفاوت بسته به محل خدمت بهره برد (۳۰).

با توجه به اهمیت موضوع، این پژوهش با هدف وزن دهی معیارهای ارزشیابی اساتید از دیدگاه دانشجویان غیرتحصیلات تکمیلی دانشگاه علوم پزشکی شیراز انجام گردید تا از این طریق نتایج حاصل از ارزشیابی علمی و دقیق تر گردیده و از یافته‌های این مطالعه در جهت ارتقای سطح علمی، آموزشی و انگیزشی اساتید و به تبع آن دانشجویان، بهره‌گرفته شود.

Objectives:

هدف از این پژوهش وزن دادن به معیارهای موجود در فرم‌های ارزشیابی اساتید توسط دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شیراز با استفاده از روش آنتروپی شانون می‌باشد.

Study Design

پژوهش حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی است که با هدف وزن دهی معیارهای ارزشیابی اساتید از دیدگاه دانشجویان غیرتحصیلات تکمیلی دانشگاه علوم پزشکی شیراز به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۵ انجام شد.

Study Setting

نتایج مطالعه، حاصل بررسی بخشی از جامعه مورد مطالعه می‌باشد.

:Participan

جامعه مورد مطالعه، کلیه دانشجویان غیر تحصیلات دانشگاه علوم پزشکی شیراز بودند که در نیمسال اول سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ در این دانشگاه به تحصیل اشتغال داشتند و حداقل یک ترم تحصیلی را در این دانشگاه گذرانده بودند. حجم نمونه با توجه به ماهیت پژوهش و بر اساس نظریه مشاور آماری با استفاده از روش سرانگشتی ۲۴۰ نفر تعیین گردید. جهت تعیین حجم نمونه در هر یک از دانشکده ها از روش نمونه گیری طبقه بندی با تخصیص متناسب (PPS) استفاده شد

:Sample Size

حجم نمونه با توجه به ماهیت پژوهش و بر اساس نظریه مشاور آماری با استفاده از روش سرانگشتی ۲۴۰ نفر تعیین گردید. جهت تعیین حجم نمونه در هر یک از دانشکده ها از روش نمونه گیری طبقه بندی با تخصیص متناسب (PPS) استفاده شد

:Data Gathering Tool

ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه دو قسمتی بود، که قسمت اول اطلاعات دموگرافیک نمونه‌ی مورد مطالعه و قسمت دوم سئوالات مربوط به شش گویه اصلی فرم ارزشیابی اساتید در دانشگاه علوم پزشکی شیراز شامل؛ حضور به موقع استاد، برنامه ریزی صحیح، استفاده از شیوه‌های تعاملی و تدریسی جدید، تفهیم مطالب و ایجاد انگیزش، استفاده از شیوه‌های تعاملی و جدید آموزشی، و در نهایت ارتباطات مناسب بود. پاسخ سئوالات بر اساس طیف پنج گزینه ای لیکرت (خیلی مهم = ۹، مهم = ۷، متوسط = ۵، کم اهمیت = ۳ و بسیار کم اهمیت = ۱) درجه بندی شد. جهت جلوگیری از بروز خطا به دلیل وجود کلمه متوسط در پرسشنامه، از تکمیل کنندگان خواسته شده است که به هر کدام از گویه ها به میزان اهمیت آن گویه از عدد یک تا نه نمره داده شود. روایی پرسشنامه‌ی طراحی شده توسط صاحب نظران و متخصصان تأیید شد. جهت سنجش پایایی پایایی پرسشنامه، از روش آلفای کرونباخ استفاده شد. بدین منظور یک نمونه اولیه شامل ۴۰ پرسشنامه پیش آزمون گردید و سپس با استفاده از داده‌های به دست آمده از این پرسشنامه ها، میزان ضریب اعتماد با روش آلفای کرونباخ ۰.۸۲۱، محاسبه و مورد تایید قرار گرفت.

:Data Analysis

ورود افراد به مطالعه و پر کردن فرمهای پرسشنامه کاملاً داوطلبانه و تنها در صورت تمایل فرد انجام گردید. پس از توجیه شرکت کنندگان نسبت به اهداف طرح، در مورد اصل محرمانه بودن پاسخها تأکید گشته و رضایت شفاهی از آنها کسب گردید و سپس پرسشنامه ها بدون نام و نام خانوادگی بین آنها توزیع گردید. پس از آن پرسشنامه به صورت خودایفا (Self administrated) تکمیل شد و پس از تکمیل و عودت پرسشنامه‌ها داده‌های جمع‌آوری شده در نرم‌افزار SPSS_{۲۳} وارد گردیده و با استفاده از آزمون‌های T-Test و ANOVA و ضریب همبستگی پیرسون در سطح معنی داری $\alpha=0.05$ تحلیل گردید. جهت وزن دهی معیارها از روش آنتروپی شانون و نرم افزار Excel_{۲۰۱۶} استفاده شد. این روش شامل ۵ مرحله کلی می باشد. ابتدا هر کدام از داده‌های جمع آوری شده از دانشجویان بر مجموع داده‌های هر گویه تقسیم شد (). در مرحله دوم هر کدام از ارقام حاصله (معمولاً اعشاری) در مقدار Ln خود آن عدد ضرب گردید (LnP_{ij} P_{ij}). سپس در مرحله بعدی مجموع عملیات قبل برای هر گویه در فرمول ضرب شد (۲۴۰ کل جامعه نمونه است)، که حاصل برای هر گویه E_q نامیده شد. در مرحله چهارم هر E_q حاصل از عدد ۱ کسر گردیده (E_q-1/d_j) و حاصل این عملیات برای هر گویه با هم جمع شد (d_j=d_{j۱}+d_{j۲}+d_{j۳}+d_{j۴}+d_{j۵}+d_{j۶}). در مرحله آخر هر کدام از d_J ها بر $\sum d_J$ تقسیم و اوزان نهایی هر گویه بدست آمد.

:Results

۱/۵۲ درصد از دانشجویان مورد مطالعه زن، ۸/۳۳ درصد در حال تحصیل در سال تحصیلی دوم و ۳/۵۳ درصد در گروه سنی ۲۱-۲۳ سال قرار داشتند (جدول ۲).

جدول ۲. توزیع فراوانی و مشخصات دانشجویان مقاطع غیر تحصیلات تکمیلی مورد مطالعه دانشگاه علوم پزشکی شیراز در سال ۱۳۹۵

متغیر	طبقه	فراوانی	درصد
سن (سال)	۲۰-۱۸	۸۷	۳/۳۶
	۲۳-۲۱	۱۲۸	۳/۵۳
	۲۶-۲۴	۱۹	۹/۷
	۳۲-۲۷	۶	۴/۲
جنسیت	مرد	۱۱۵	۹/۴۷
	زن	۱۲۵	۱/۵۲
سال تحصیلی	اول	۴۳	۹/۱۷
	دوم	۸۱	۸/۳۳
	سوم	۷۲	۳۰
	چهارم	۳۱	۹/۱۲
	بیشتر	۱۳	۴/۵

تحلیل نتایج از طریق آنتروپی شانون نشان داد که معیار "جلب توجه فراگیران در حین تدریس" بیشترین وزن (۰/۲۰۸۷ از ۱) را داشته و در میان سایر معیارها جایگاه اول را به خود اختصاص داده است. بعد از آن به ترتیب معیارهای "استفاده از شیوه های تعاملی و جدید آموزشی، توانایی تفهیم مطالب و ایجاد انگیزه، حضور به موقع، ارتباطات مناسب، و برنامه ریزی صحیح" قرار گرفتند (جدول ۳ و ۴).

جدول ۳. توزیع فراوانی اوزان تعیین شده از سوی دانشجویان مقاطع غیر تحصیلات تکمیلی دانشگاه علوم پزشکی شیراز به تفکیک معیارها

میزان اهمیت		۹		۷		۵		۳		۱	
معیار		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
حضور به موقع		۸۰	۳۱/۷	۷۶	۴/۲۰	۴۹	۲/۹	۲۲	۴/۵	۱۳	۴/۵
برنامه ریزی صحیح		۸۳	۲/۳۴	۸۲	۶/۱۹	۴۷	۱/۷	۱۷	۶/۴	۱۱	۶/۴
استفاده از شیوه‌های تعاملی و جدید آموزشی		۷۷	۳/۲۶	۶۳	۲/۲۴	۵۸	۱۰	۲۴	۵/۷	۱۸	۵/۷
توانایی تفهیم مطالب و ایجاد انگیزه		۱۰۲	۸/۲۳	۵۷	۳/۱۶	۳۹	۷/۱۱	۲۸	۸/۵	۱۴	۸/۵
جلب توجه فراگیران در حین تدریس		۷۳	۴/۲۵	۶۱	۳/۲۱	۵۱	۹/۱۲	۳۱	۱۰	۲۴	۱۰
ارتباطات مناسب		۱۰۳	۸/۲۳	۵۷	۳/۲۱	۵۱	۷/۶	۱۶	۴/۵	۱۳	۴/۵

جدول ۴. اوزان نهایی هر یک از معیارهای ارزشیابی اساتید از دیدگاه دانشجویان مقاطع غیر تحصیلات تکمیلی دانشگاه علوم پزشکی شیراز در سال ۱۳۹۵

معیار	وزن نهایی از یک نمره
جلب توجه فراگیران در حین تدریس	۰,۲۰۸۷
استفاده از شیوه‌های تعاملی و جدید آموزشی	۰,۲۰۴۹
توانایی تفهیم مطالب و ایجاد انگیزه	۰,۱۷۲۸
حضور به موقع	۰,۱۷۲۷
ارتباطات مناسب	۰,۱۵۴۶
برنامه ریزی صحیح	۰,۰۸۶۳

بین سن با معیار برنامه ریزی صحیح ($P\text{-value}=0,010$) و حضور به موقع ($P\text{-value}=0,010$) رابطه آماری معناداری مشاهده گردید. همچنین بین جنسیت با معیار توانایی تفهیم مطالب و ایجاد انگیزه ($P\text{-value}=0,001$)، و بین سال تحصیلی با معیار جلب توجه فراگیران در حین تدریس ($P\text{-value}=0,036$) رابطه آماری معناداری ملاحظه شد.

Conclusion

نتایج پژوهش نشان داد که معیار "جلب توجه فراگیران در حین تدریس" از معیارهای ارزشیابی اساتید از دیدگاه دانشجویان مقاطع تحصیلات غیر تکمیلی دارای بالاترین اهمیت بوده و بیشترین وزن را به خود اختصاص داد. این معیار به توانایی استاد در استفاده از روش های مختلف

جهت افزایش جلب توجه دانشجویان در حین تدریس اشاره دارد. بنابراین بر اساس یافته‌های مطالعه در تصمیم‌گیری‌هایی که در خصوص عملکرد اساتید گرفته می‌شود این معیار بیشترین تاثیر را داشته است. بنابراین با توجه به این امر، حتی اگر اساتید در موضوع مورد تدریس دارای توان علمی بالا باشند اما توانایی ایجاد علاقه و توجه به موضوع را نداشته باشند، نمره ارزشیابی آنان از دیدگاه دانشجویان کاهش خواهد یافت. نتایج مطالعه صیامیان و همکاران نشان داد که یکی از علل اهمیتی که دانشجویان برای روش تدریس اساتید قائل هستند، دقت، توجه، سخت‌گیری و تمایل بیشتر دانشجویان به کسب دانش بیشتر، نمرات بهتر و ادامه تحصیل در مقاطع بالاتر بوده است (۳۱). همچنین میانگین نمره معیار "جلب توجه فراگیران در حین تدریس" تفاوت معناداری با سال تحصیلی دانشجویان داشت که این سطح معناداری مربوط به سال دوم و سوم بود. در آموزش و پرورش تنوع دروس و اساتید و همچنین وجود واحدهای عملی و تئوری توأم باعث تنوع بسیاری خواهد شد. که در سال‌های اولیه تحصیل دانشجویان با ثبات روند کلاس و یکنواختی موضوعی و شیوه تدریسی مواجهه می‌شوند اما پس از گذشت سال‌های اول و دوم انتظارات آنها با بقیه همسان می‌گردد. در مطالعه وکیلی و همکاران (۱۳۸۹) شیوه بیان یکی از عوامل موثر در ارزشیابی اساتید از دیدگاه دانشجویان بیان شده است (۳۲). صیامیان و همکاران (۱۳۹۱)، قربانی و همکاران (۱۳۸۷) در مطالعات خود نیز بیان شیوا را از مهم‌ترین خصوصیات یک استاد خوب بر شمرده‌اند (۳۴،۳۳). Jiroves و همکاران (۱۹۹۸) معتقد است ارزشیابی دانشجو از توانایی تدریس استاد و جلب نظر فراگیران با مهارت‌های ملموس تدریس ارتباط نزدیکی دارد (۳۵).

نتایج پژوهش حاضر حاکی از آن بود که معیار "استفاده از شیوه‌های تعاملی و جدید آموزشی" از معیارهای ارزشیابی اساتید از دیدگاه دانشجویان از لحاظ اهمیت در اولویت دوم قرار دارد. به نظر می‌رسد استفاده از شیوه‌های نوین آموزش و متفاوت از آنچه فقط سخنرانی محور خوانده می‌شود باعث ارزیابی بهتر اساتید از دیدگاه دانشجویان می‌گردد. امروزه اگرچه مهارت‌های علمی تخصصی و اطلاعاتی هر مدرس در هر پایه و رشته‌ای که تدریس می‌کند طبیعی‌ترین ویژگی برای ایفای نقش استادی است اما نباید تصور کرد که هر کس که بداند و زیاد هم بداند مدرس خوبی هم هست. در عصر هجوم اطلاعات استاد باید آگاه، آماده و آشنا به علم روز باشد. آمادگی به معنای انبوه سازی اطلاعات و معلومات نیست بلکه قدرت و توان آموزشی و پژوهشی، و آشنایی با روش‌های نوین آموزشی از ضروریات این نقش مهم محسوب می‌شود (۳۶). واعظی و همکاران بر خورداری اساتید از مهارت‌های تدریس و آموزش را از جمله معیارهای مناسب جهت ارزشیابی اساتید از دیدگاه دانشجویان دانسته‌اند (۳۷). بیدکی و همکاران (۱۳۹۳) در مطالعه خود نشان دادند که یکی از معیارهای مدنظر دانشجویان جهت ارزشیابی اساتید، استفاده از روش‌های کمک آموزشی در محدوده امکانات و متناسب با نوع درس، بوده است (۳۸). یافته‌های مطالعه سپاهی و همکاران (۱۳۹۴) بیانگر آن بود که معیار بکاگیری روش‌های مناسب آموزشی یکی از مهارت‌های تدریس اساتید از دید دانشجویان محسوب می‌شود (۳۹). یافته‌های مطالعه Crumbley و همکاران (۲۰۰۱) نشان داده است که حدود ۸۸ درصد دانشجویان مورد مطالعه، روش تدریس و مهارت سخنرانی را در نمره ارزشیابی استاد بسیار مهم قلمداد نموده‌اند (۴۰).

معیار "توانایی تفهیم مطالب و ایجاد انگیزه" از جمله معیارهای ارزشیابی اساتید از دیدگاه دانشجویان از نظر اهمیت در جایگاه بعدی قرار داشت. وهابی و همکاران (۱۳۹۴) همچنین رفیعی و همکاران (۱۳۹۰) در مطالعات خود به این نتیجه دست یافتند که توانایی و قدرت در تفهیم مطالب درسی یکی از مهم‌ترین عوامل موثر بر نمره ارزشیابی اساتید از دیدگاه دانشجویان بوده است (۴۱،۴۲). همچنین یافته‌های مطالعه اله وپسی و همکاران (۲۰۰۸) در دانشگاه علوم پزشکی کردستان نشان داده است که توانایی تفهیم مطالب علمی در نزد دانشجویان و مدرسین مورد مطالعه جزو فاکتورهای مهم و تاثیرگذار در نمرات ارزشیابی استادان هستند و از نقطه نظر ارزشیابی اساتید دارای اهمیت ویژه‌ای هستند که با یافته‌های پژوهش حاضر همخوانی دارد (۴۳). از طرفی مطالعات عبدالمولی (۱۳۹۴)، واعظی (۱۳۹۲)، ساروی (۱۳۹۰) و همکارانشان همگی حاکی از آن بود که قابلیت ایجاد علاقه و انگیزه در دانشجو یکی از معیارهای حائز اهمیت ارزشیابی اساتید از نظر دانشجویان می‌باشد (۴۵، ۳۷، ۴۴). اساتید سرزنده و با شور و اشتیاق می‌توانند بیشترین یادگیری را در دانشجویان فراهم نمایند (۴۴). در همین رابطه نتایج مطالعه قدمی و همکاران نشان داد که توانایی انتقال و تفهیم مطالب همچنین ایجاد انگیزش در دانشجویان از سوی استاد به عنوان یک ویژگی مهم محسوب می‌شود (۴۶). تحلیل یافته‌ها حاکی از این بود که میانگین نمره معیار "توانایی تفهیم مطالب و ایجاد انگیزه" با جنسیت تفاوت معناداری داشته است بدین گونه که دانشجویان دختر در مقایسه با دانشجویان پسر نمره بیشتری به این معیار داده

بودند. در این زمینه باید به این نکته اشاره داشت که جنسیت های مختلف برای مطالعه دروس به شیوه های انگیزشی متفاوتی از سوی استاد نیاز دارند. لذا اساتید بایستی در این زمینه توانایی های خود را گسترش دهند.

نتایج پژوهش نشان داد که معیار "حضور به موقع" از معیارهای ارزشیابی اساتید از دیدگاه دانشجویان از لحاظ اهمیت از اولویت چهارم برخوردار می باشد. این معیار در حقیقت حضور استاد در محیط آموزش و در زمان مشخص شده را مورد بررسی قرار می دهد. قربانی و همکاران (۱۳۸۷) در مطالعه خود به این نتیجه دست یافتند که وقت شناسی و حضور به موقع اساتید در کلاس از دیدگاه دانشجویان یکی از معیارهای مهم ارزشیابی عملکرد محسوب می شود (۳۴). نتایج پژوهش حاضر حاکی از آن بود که بین معیار "حضور به موقع" با سن رابطه آماری معناداری وجود داشته است. این موضوع می تواند حاکی از تفاوت های بین دو نظام آموزشی آموزش و پرورش و آموزش عالی می باشد. چرا که این رابطه می تواند به این دلیل باشد که دانشجویان سال های اول و با سن کمتر به تازگی از سیستم آموزش و پرورش وارد سیستم آموزش عالی شده اند. در آموزش و پرورش تمامی کلاس های درسی در ساعات مشخصی از روز شروع شده و در ساعات معینی به پایان می رسد اما در آموزش عالی هر کلاس در ساعتی از روز و ارائه می شود. بهشتی راد و همکاران (۱۳۹۱) انضباط آموزشی و حضور به موقع استاد را یکی از چهار مولفه مهم در ارزشیابی اساتید بیان کرده اند (۴۷). نتایج بررسی های حیدری و همکاران (۱۳۹۲)، ساروی و همکاران و (۱۳۹۰) ملکشاهی و همکاران (۱۳۸۹) در رابطه با عوامل موثر در ارزشیابی اساتید از دیدگاه دانشجویان بیانگر آن بود که در حیطه رعایت اصول و قوانین آموزشی، معیار رعایت زمان دقیق شروع و پایان کلاس یکی از فاکتورهای موثر بوده است (۴۵، ۴۸، ۴۹).

نتایج مطالعه بیانگر آن بود که معیار "ارتباطات مناسب" از دیگر معیارهای ارزشیابی اساتید از دیدگاه دانشجویان از لحاظ اولویت در جایگاه پنجم قرار گرفته است و این معیار با متغیر سن رابطه آماری معناداری داشته است. در مطالعات Turhon (۲۰۰۵) و Bergman (۱۹۹۰) نتایج نشان داد که دانشجویان در میان حیطه های مختلف ارزشیابی به مهارت های ارتباطی استاد با دانشجو، انتقال مفاهیم و توانایی حرفه ایی استادان اهمیت بیشتری می دهند (۵۱، ۵۰). این در حالی است که کریمی و همکاران (۱۳۸۴) نشان دادند که استادان به ارزیابی ویژگی های ارتباطی و شخصیتی خود توسط دانشجویان اعتقاد ندارند (۵۲). یافته های مطالعه ملکشاهی و همکاران (۱۳۸۹) بیانگر این موضوع بود که در حیطه مهارت های ارتباطی، توانایی استاد در برقراری ارتباط صمیمانه با دانشجو، در مقایسه با سایر مهارت های ارتباطی از بالاترین اولویت برخوردار بوده است (۴۹). پیمان و همکاران (۱۳۸۹) در بیان ویژگی های یک استاد توانمند از دیدگاه دانشجویان، توانایی برقراری ارتباطات بین فردی را به عنوان یکی از ویژگی های اساسی بر شمرده اند (۵۳). همچنین داشتن اعتماد به نفس و برقراری ارتباط نزدیک با دانشجو در امر ارزشیابی دانشجو از دیدگاه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قزوین به عنوان مهم ترین ویژگی های مطلوب در تدریس یک مدرس خوب گزارش گردیده است (۵۴). مطالعه Bergman و همکاران (۱۹۹۰) در دانشگاه سین سینا نشان می دهد که دانشجویان به مهارت های ارتباطی و توانایی حرفه ای استادان اهمیت بیشتری می دهند (۵۱). مطالعه Joshi و همکاران (۲۰۰۴) در نپال نیز نتایج مشابهی گزارش شد (۵۵). اساتید با ارتباط مناسب با دانشجویان می توانند علاوه بر آموزش این خصلت خوب، اندوخته های علمی خود را انتقال دهند (۳۹). در حقیقت ایجاد روابط صمیمانه از ویژگی های مثبت شخصیتی اساتید برون گراست و به نظر می رسد که دانشجویان از اساتید صمیمی با دادن نمره ارزشیابی بالا قدردانی می کنند، صمیمیت و روابط مناسب استاد می تواند زمینه ساز تحرک دانشجویان مستعد برای پیشرفت و موفقیت باشد (۵۶).

در نهایت دانشجویان معیار "برنامه ریزی صحیح" که اشاره به استفاده از وقت با برنامه ریزی صحیح دارد، را به عنوان اولویت ششم در ارزشیابی اساتید در نظر گرفته بودند. Crumbley و همکاران (۲۰۰۱) نشان دادند که ۸۸ درصد دانشجویان قدرت بیان، جدیت، برنامه ریزی و سازماندهی مطالب را بسیار مهم تلقی کرده اند (۴۰). همچنین در مطالعات ظهور و اسلامی نژاد (۱۳۸۲)، غفوریان و همکاران (۱۳۸۵)، قربانی و همکاران (۱۳۸۷)، علی اصغر پور و همکاران (۱۳۸۹)، حاجی آقاجانی و همکاران (۱۳۸۹) و سپاهی و همکاران (۱۳۹۴) نشان داده شد

که از نظر دانشجویان علاوه بر تسلط استاد در درس مورد تدریس و شیوایی بیان، نحوه برنامه ریزی، سازماندهی و تنظیم درس در ارزشیابی دانشجو از استاد اهمیت زیادی دارد (۵۷، ۵۸، ۳۴، ۵۹، ۳۹، ۶۰).

نتیجه گیری

بطور کلی، توجه و شناخت عوامل و فاکتورهای مرتبط و اساسی در ارزشیابی اساتید توسط دانشجو، بسیار مهم بوده و لازم است که قبل از توزیع پرسشنامه ها، هدف از انجام ارزشیابی برای دانشجویان به دقت بازگو شود تا پرسش نامه ها به درستی تکمیل گردد. این نوع ارزشیابی اغلب زمانی مفید خواهد بود که پرسشنامه های ارزشیابی توسط دانشجو، بازنگری شده و موارد حائز اهمیت در آن گنجانده شود و جزئی از برنامه وسیع و سیستماتیک ارزشیابی برای پیشرفت اعضای هیات علمی باشد. پیشنهاد می شود که در این زمینه ترتیبی اتخاذ گردد تا به عواملی که از اولویت پایین تری برخوردار هستند توجه ویژه ای شود. همچنین علاوه بر ارزشیابی دانشجو از استاد از شیوه های دیگر ارزشیابی از جمله ارزشیابی هم تایان و خودارزشیابی نیز بهره گرفته شود.

:Keywords

ارزشیابی، دانشجو، آنتروپی شانون

—*****

کد: ۱۳۰۱

حیطه: ارزشیابی آموزشی (دانشجو، هیئت علمی و برنامه)

دیدگاه کارورزان پزشکی در مورد آزمون صلاحیت بالینی: یک مطالعه کیفی

نویسندگان: سعیده دریازاده، فریبا جوکار، عطیه فقیهی

:Introduction

صلاحیت بالینی یا عملکرد دانشجویان، ابزاری است برای کسب اطمینان از اینکه جامعه هدف، استانداردها و مراقبتهای ایمن را دریافت نمایند. بنابراین به هر میزان که فرآیند ارزیابی صلاحیت بالینی از اعتبار برخوردار باشد بهتر می توان به نتایج آن اعتماد نمود و هدف دانشگاه های علوم پزشکی یعنی تربیت نیروهای متخصصی که قادر به برآوردن نیازهای سلامت افراد جامعه باشند را برآورده سازند. با توجه به اینکه این آزمون اخیرا در کشورمان برگزار می شود و بررسی دیدگاه مشارکت کنندگان در اجرای هر چه بهتر و سازمان یافته تر آن موثر است.

:Objectives

مطالعه حاضر با هدف بررسی دیدگاه کارورزان شرکت کننده در آزمون صلاحیت بالینی انجام شد.

:Study Design

این مطالعه به روش کیفی وبا استفاده از تحلیل محتوای مرسوم انجام شد.

:Study Setting

مشارکت کنندگان در این پژوهش شامل کارورزان شرکت کننده در آزمون صلاحیت بالینی آبان ماه سال ۱۳۹۵ در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان که شامل ۶۸ نفر بودند.

:Participan

که در ۴ گروه ۱۷ نفره در مصاحبه های متمرکز پس از برقراری آزمون شرکت نمودند.

:Data Gathering Tool

برای تایید دقت و صحت داده ها در مورد اعتبار مطالعه، از روش های پرسش از همکار و چک اعضا استفاده شد و نتایج تحلیل و طبقه بندی داده ها به تایید چند نفر از اساتید رسید و از نظرات متخصصین روش پژوهش کیفی در طراحی این مطالعه نیز نظرخواهی شد. برای چک اعضا نیز نتایج تحلیل شده در اختیار چند نفر از مصاحبه شوندهگان قرار گرفت تا نتایج را تایید نمایند. برای انتقال پذیری نیز تمام مراحل روش کار به طور دقیق و با جزئیات شرح داده شد. برای قابلیت اطمینان، از یک ناظر خارجی با تجربه در تحقیق کیفی استفاده شد که فرآیند اجرای مطالعه شامل ضرورت اولیه اجرا، جزئیات فرآیند اجرا، سؤالات و فایل صوتی و متن پیاده شده مصاحبه ها، داده های تحلیل شده و یافته ها را بررسی و تایید نماید.

:Data Analysis

مصاحبه ها پس از پیاده سازیبه روش تحلیل محتوای مرسوم و با استفاده از نرم افزار MAXQDA تجزیه و تحلیل شد.

:Results

در این مطالعه از ۷۲ کد اصلی، ۱۴ زیر طبقه و ۶ طبقه اصلی استخراج گردید. طبقات اصلی شامل: شرایط برگزاری آزمون، محتوای آزمون، عوامل آموزشی موثر در آزمون، عوامل انسانی آزمون و اهداف برگزاری آزمون و نظام آموزش سلامت بود.

:Conclusion

به نظر می رسد عوامل آموزشی و نظام آموزش سلامت از عمده عواملی باشد که آزمون صلاحیت بالینی را تحت تاثیر خود قرار می دهند. همچنین اهداف برگزاری آزمون به خوبی از دیدگاه آزمون شوندهگان روشن نبوده و می تواند بر نتایج مورد انتظار تاثیر گذار باشد. به طور کلی مشارکت کنندگان شرایط برگزاری آزمون را مناسب توصیف نموده اما محتوای آزمون و بکارگیری نتایج آن از ابهاماتی بوده که توسط مشارکت کنندگان بیان گردید.

Keywords:

صلاحیت بالینی، کارورزی، آزمون، ارزیابی

کد: ۱۲۶۳

حیطه: ارزشیابی آموزشی (دانشجو، هیئت علمی و برنامه)

تاثیر تغییر محل سوالات امتحان در نمرات دانشجویان: مطالعه موردی دانشجویان مهندسی بهداشت محیط دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

نویسندگان: حمیدرضا پورزمانی، یعقوب حاجی زاده، محمد مهدی امین

Introduction

ارزشیابی دانشجویان در دانشگاه به عنوان یکی از مهمترین ارکان تدریس و آموزش دانشگاهی قلمداد می‌گردد. ارزشیابی موثر نه تنها در غربالگری دانشجویان نقش بسزایی دارد، بلکه باعث افزایش انگیزه در دانشجویان شده و نیز مدرس را در ارزیابی فعالیت‌های خود کمک می‌کند (۱). ارزشیابی در دانشگاه‌ها به صورت مرحله‌ای و تراکمی انجام می‌شود. ولی اساتید عمدتاً امتحان پایان ترم را مهمترین ملاک ارزشیابی دانشجویان در نظر می‌گیرند (۱). به طوری که امتحان از دیرباز روشی استاندارد برای ارزیابی دانش افراد در زمینه‌های گوناگون بوده است (۲).

برگزاری امتحانات پایان ترم دارای اهدافی است که از جمله این اهداف می‌توان به نقش ارزشیابی مستمر به منظور ایجاد انگیزه یادگیری در دانشجویان و تشخیص نقاط قوت و ضعف آنها اشاره کرد. همچنین آگاه کردن دانشجویان از میزان عملکرد تحصیلی، ایجاد رقابت سالم، فراهم کردن بازخورد مناسب از آموزش و یادگیری به اساتید و دانشجویان و تشخیص استعداد آنها از دیگر اهداف امتحانات ذکر شده است. نهایتاً حصول اطمینان از تحقق شرایط لازم به منظور گذراندن یک درس از مهمترین اهداف این امتحانات ذکر شده است (۳).

برای دسترسی به اهداف فوق، متخصصان آزمون سازی راههای متفاوتی را پیشنهاد می‌کنند. آنچه اکثریت بر سر آن توافق دارند، این است که آزمون باید به گونه‌ای طراحی شود که علاوه بر اینکه اهداف مورد نظر را پوشش می‌دهد، بتواند رقابت سالمی بین دانشجویان ایجاد نماید (۴).

پرداختن به عوامل گوناگون عدم موفقیت آزمون‌ها در دسترسی به اهداف ذکر شده، به مطالعات زیادی نیاز دارد که از حوصله یک پژوهش خارج است. از بین این عوامل، این تحقیق به بررسی و تحلیل یکی از شاخص‌های روان‌سنجی سوالات پایان ترم پرداخته است. اهمیت این موضوع از آنجا ناشی می‌شود که متخصصان آزمون سازی معتقدند که نتایج آزمون‌ها ارزش بالقوه‌ای در تصمیم‌گیری‌های مهم آموزشی از جمله ارتقای دانشجویان به مدارج علمی بالاتر دارد (۴). بنابراین چنانچه این آزمون‌ها مورد بررسی قرار گیرند، تصمیماتی که بر اساس نتایج این آزمون‌ها اتخاذ می‌گردد از صحت و اعتبار بالایی برخوردار خواهد بود.

پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که روش‌های سنجش آموخته‌ها، تاثیر زیادی بر روی رویکردهای مطالعه و یادگیری فراگیران دارند. علاوه بر اثر کلی آزمون، نوع آزمون نیز یکی از عوامل تاثیرگذار در رویکرد مطالعه و یادگیری است (۳). شاید دلیل این کار محرمانه بودن این قبیل سوالات است که قبل از اجرا نمی‌توان دشواری، تمیز و میزان پایایی و ثبات آنها را محاسبه کرد (۴).

سپاسی در سال ۱۳۸۴ شاخص‌های روان‌سنجی سوالات امتحانی اعضای هیئت علمی دانشگاه شهید چمران را مورد بررسی قرار داد. نتایج تحقیق وی نشان داد که اعضای هیئت علمی با توجه به نوع مطلبی که تدریس می‌کنند از سوالات امتحانی یکسانی استفاده نمی‌کنند. نتایج تحلیل تحقیق وی نشان داد که بین ضرایب دشواری، تمیز و پایایی سوالات اساتید در مقایسه با ملاکهای مطلوب این ضرایب تفاوت وجود دارد (۴).

کمیلی در سال ۱۳۸۱ نحوه ارزشیابی دانشجویان توسط اعضای هیئت علمی علوم پایه دانشگاه علوم پزشکی زاهدان را مورد بررسی قرار داد. در این مطالعه مشخص شد که اساتید از امتحانات پایان ترم که به صورت تستی یا تشریحی برگزار می‌گردد به عنوان ملاک ارزشیابی دانشجویان استفاده می‌کنند (۱).

علاوه بر مطالعات داخل کشور، پیشینه پژوهش در خارج از کشور نیز بررسی شد. نتایج یافته‌های اکثر این مطالعات نشان می‌دهد که تدریس کنندگان در خارج از کشور نیز مهارت کافی در ساخت آزمون‌های درسی ندارند. به طوری که نحوه طرح سوالات دارای اثرات منفی در نمرات دانشجویان بوده است (۵-۸). ولی به طور کلی مطالعه‌ای مشابه مطالعه مذکور یافت نشد.

Cheryl و همکارانش در سال ۲۰۱۱ تاثیر استفاده از امتحان معمولی را با امتحان اینترنتی بر روی نمرات دانشجویان را با هم مقایسه کردند. در این مطالعه مشخص شد که دانشجویان که به صورت گروهی در کلاس امتحان می‌دهند دارای میانگین نمره بالاتری هستند (۹).

Hodge و همکارانش نوع ارزیابی مرحله‌ای و تراکمی را در سال ۲۰۱۳ با هم مقایسه کردند. آنها نتیجه گرفتند که تفاوتی بین نمرات دانشجویان در ارزیابی مرحله‌ای و تراکمی وجود ندارد. به طوری که نمرات دانشجویانی که تنها در پایان ترم با امتحان ارزیابی می‌شوند با نمرات دانشجویانی که در طول ترم ارزیابی شده‌اند تفاوت معنی‌داری ندارد (۱۰).

Objectives:

اساتید دانشگاه به منظور جلوگیری از تقلب دانشجویان در امتحانات تستی، چند سری سوال برای آزمون پایان ترم دانشجویان یک کلاس طرح می‌کنند که عمدتاً هر سری با جابجا کردن محل سوالات انجام می‌شود. بنابراین برای دستیابی به یکی از مهمترین اهداف امتحانات پایان ترم که رقابت سالم بین دانشجویان و ارزشیابی آنها از نظر عملکرد تحصیلی است، بایستی میزان تاثیر این تغییرات مورد ارزیابی قرار گیرد. ولی متأسفانه با اینکه شاهد اجرای آزمونهای زیادی از این نوع در دانشگاهها هستیم، تاکنون تحقیقی در مورد این تاثیر انجام نشده است. بنابراین هدف اصلی این تحقیق بررسی تاثیر تغییر در محل سوالات امتحان پایان ترم بر روی نمره دانشجویان است.

تاثیر تغییر محل سوالات امتحان در نمرات دانشجویان: بررسی موردی دانشجویان مهندسی بهداشت محیط دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

اهداف جزئی

- تعیین میانگین نمرات دو گروه الف و ب در مقطع کارشناسی پیوسته
- تعیین میانگین نمرات دو گروه الف و ب در مقطع کارشناسی ناپیوسته
- تعیین میانگین نمرات دو گروه الف و ب در مقطع کارشناسی ارشد
- مقایسه میانگین نمرات دو گروه الف و ب در مقاطع بررسی شده

:Study Design

در این مطالعه توصیفی دانشجویان کارشناسی پیوسته و ناپیوسته و کارشناسی ارشد بهداشت محیط دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به عنوان جامعه آماری مورد بررسی قرار گرفتند. برای دانشجویان کارشناسی پیوسته امتحان جمع‌آوری و دفع مواد زائد جامد، کارشناسی ناپیوسته امتحان شیمی محیط و برای دانشجویان کارشناسی ارشد امتحان مدیریت مواد زائد جامد با تعداد ۸۰ سوال تستی در هر امتحان برای مطالعه در نظر گرفته شد. برای برگزاری امتحان پایان ترم این دانشجویان به دو گروه به صورت تصادفی تقسیم شدند. برای گروه اول سوالات اصلی با عنوان "الف" طراحی گردید که بر اساس طرح درس از نظر تقدم و تاخر مطالب ارائه شده بود. سپس محل سوالات برای گروه دوم تغییر داده شد و با عنوان "ب" در اختیار دانشجویان قرار گرفت. در این طرح که از سال ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۴ انجام شد.

۹۱ دانشجو در گروه الف و ۸۹ دانشجو در گروه ب قرار گرفتند. جدول (۱) تعداد دانشجویان وارد شده در هر امتحان که در واقع کل جامعه آماری بودند را نشان می‌دهد. پس از برگزاری امتحانات پایان ترم، نمرات دانشجویان در هر گروه جمع‌آوری شد و با استفاده از نرم افزار طراحی آزمون DOE و طرح فاکتوریل کلی (General Factorial) تجزیه و تحلیل گردید.

جدول ۱- تعداد دانشجویان شرکت داده شده در مطالعه بر حسب گروه و مقطع تحصیلی

مقطع تحصیلی	گروه الف	گروه ب	جمع
کارشناسی پیوسته	۵۳	۵۲	۱۰۵
کارشناسی ناپیوسته	۲۳	۲۲	۴۵
کارشناسی ارشد	۱۵	۱۵	۳۰
کل	۹۱	۸۹	۱۸۰

:Study Setting

این مطالعه بر روی کل جامعه آماری انجام شد.

:Sample Size

در این طرح که از سال ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۴ انجام شد، ۹۱ دانشجو در گروه الف و ۸۹ دانشجو در گروه ب قرار گرفتند.

:Data Gathering Tool

پس از برگزاری امتحانات پایان ترم، نمرات دانشجویان در هر گروه جمع آوری شد و با استفاده از نرم افزار طراحی آزمون DOE و طرح فاکتوریل کلی (General Factorial) تجزیه و تحلیل گردید.

:Data Analysis

پس از برگزاری امتحانات پایان ترم، نمرات دانشجویان در هر گروه جمع آوری شد و با استفاده از نرم افزار طراحی آزمون DOE و طرح فاکتوریل کلی (General Factorial) تجزیه و تحلیل گردید.

:Results

مقادیر مربوط به میانگین و انحراف معیار نمره‌های امتحانات پایان ترم در مقاطع مورد بررسی در جدول (۲) ارائه شده است.

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمرات در مقاطع تحصیلی مختلف بر اساس آنالیز ANOVA

مقطع تحصیلی	گروه الف		گروه ب		جمع	
	میانگین	خطای استاندارد	میانگین	خطای استاندارد	میانگین	انحراف معیار
کارشناسی پیوسته	۳۰/۱۴	۰/۱۸	۱۲/۷۲	۰/۱۸	۱۳/۵۳	۱/۲۸
کارشناسی ناپیوسته	۱۷/۸۸	۰/۵۱	۱۵/۶۷	۰/۵۱	۱۶/۷۷	۲/۴۱
کارشناسی ارشد	۱۶/۸۱	۰/۲۸	۱۶/۴۴	۰/۲۸	۱۶/۶۳	۱/۰۷

جدول (۳) نتایج آنالیز واریانس برای مدل مورد استفاده در آزمون بررسی تاثیر تغییر در محل سوالات امتحان جمع آوری و دفع مواد زائد جامد برای دانشجویان کارشناسی پیوسته بهداشت محیط را نشان می‌دهد.

جدول ۳- نتیجه آنالیز واریانس برای مدل انتخاب شده در آنالیز اختلاف میانگین نمرات گروه الف و ب کارشناسی پیوسته

فاکتور	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F-Value	P-Value
مدل	۶۵/۷۷	۱	۶۵/۷۷	۴۰/۱۸	<۰/۰۰۰۱
خطا	۱۶۶/۹۴	۱۰۲	۱/۶۴	-	-

مقدار F و P در جدول (۳) نشان می‌دهد که مدل مورد استفاده برای مطالعه مذکور مناسب است. مقدار P نیز نشان می‌دهد که ۰/۰۱ درصد احتمال وجود دارد که مقدار F مدل ناشی از خطای آزمون (Noise) باشد. در این مدل نسبت سیگنال به نویز ۸/۹۶۶ به دست آمده است که در حد قابل توجهی بزرگتر از ۴ است بنابراین نشان می‌دهد که مقدار سیگنال نسبت به نویز ایجاد شده بسیار خوب و قابل اعتماد می‌باشد.

شکل (۱) اختلاف بین میانگین نمرات در گروه الف و ب دانشجویان کارشناسی پیوسته مربوط به درس جمع‌آوری و دفع مواد زائد جامد را به صورت نمودار نشان می‌دهد.

شکل ۱- نمودار اختلاف میانگین نمرات در گروه الف و ب در گروه کارشناسی پیوسته بهداشت محیط

جدول (۴) نتایج آنالیز واریانس برای مدل مورد استفاده در آزمون بررسی تاثیر تغییر در محل سوالات امتحان شیمی محیط برای دانشجویان کارشناسی ناپیوسته بهداشت محیط را نشان می‌دهد.

جدول ۴- نتیجه آنالیز واریانس برای مدل انتخاب شده در آنالیز اختلاف میانگین نمرات گروه الف و ب کارشناسی پیوسته

فاکتور	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F-Value	P-Value
مدل	۵۳/۹۷	۱	۵۳/۹۷	۹/۳۱	<۰/۰۰۴
خطا	۲۴۳/۴۰	۴۲	۵/۸	-	-

مقدار F و P در جدول (۴) نشان می‌دهد که مدل مورد استفاده برای مطالعه مذکور مناسب است. مقدار P نیز نشان می‌دهد که ۰/۴ درصد احتمال وجود دارد که مقدار F مدل ناشی از خطای آزمون (Noise) باشد. در این مدل نسبت سیگنال به نویز ۴/۳۱۶ به دست آمده است که بزرگتر از ۴ است بنابراین نشان می‌دهد که مقدار سیگنال ایجاد شده مناسب می‌باشد.

شکل (۲) اختلاف بین میانگین نمرات در گروه الف و ب دانشجویان کارشناسی ناپیوسته مربوط به درس شیمی محیط را به صورت نمودار نشان می‌دهد.

شکل ۲- نمودار اختلاف میانگین نمرات در گروه الف و ب در گروه کارشناسی ناپیوسته بهداشت محیط

جدول (۵) نتایج آنالیز واریانس برای مدل مورد استفاده در آزمون بررسی تاثیر تغيير در محل سوالات امتحان مدیریت مواد زائد جامد برای دانشجویان کارشناسی ارشد بهداشت محیط را نشان می دهد.

جدول ۵- نتیجه آنالیز واریانس برای مدل انتخاب شده در آنالیز اختلاف میانگین نمرات گروه الف و ب کارشناسی ارشد

P-Value	F-Value	میانگین مربعات	درجه آزادی	مجموع مربعات	فاکتور
<0/044	0/89	1/02	1	1/02	مدل
-	-	1/15	28	32/16	خطا

مقدار F و P در جدول (۵) نشان می دهد که مدل مورد استفاده برای مطالعه مذکور مناسب است. مقدار P نیز نشان می دهد که ۴/۴ درصد احتمال وجود دارد که مقدار F مدل ناشی از خطای آزمون (Noise) باشد. در این مدل نسبت سیگنال به نویز ۴/۳۳ به دست آمده است که بزرگتر از ۴ است بنابراین نشان می دهد که مقدار سیگنال ایجاد شده مناسب است.

شکل (۳) اختلاف بین میانگین نمرات در گروه الف و ب دانشجویان کارشناسی ارشد در درس شیمی محیط را به صورت نمودار نشان می دهد.

بحث

استفاده از روش سنتی امتحان پایان ترم یک روش استاندارد برای ارزیابی دانشجویان و توسعه روش های آموزشی در دانشگاه ها است (۱۱). به طوری که دانشجویان برای موفقیت در این امتحان باید دانش کافی کسب کنند، از نظر تفکر در سطح مناسبی باشند و آمادگی کافی برای این امتحان را داشته باشند (۱۰). اساتید دانشگاه در هر ترم تحصیلی در حال ساخت سوالاتی برای امتحان هستند و دانشجویان نیز دائما خود را برای شرکت در امتحان آماده می کنند. یکی از نگرانی این مدرسین تقلب بعضی از دانشجویان در جلسه امتحان تستی پایان ترم است که باعث می شود نتوان با استفاده از نتایج حاصل امتحان به اهداف مورد نظر آن دست یافت. بنابراین در بیشتر موارد برای کنترل این امر دو یا چند سری سوال به دانشجویان داده می شود که سری های دوم به بعد نسخه سری اول بوده با این تفاوت که محل سوالات در امتحان جابجا می شود. ولی تا به حال کسی بررسی نکرده است که آیا تغییر در محل سوالات می تواند روی نتیجه حاصل از آن تاثیر گذارد. همانطور که ملاحظه گردید، این تحقیق می خواهد به این سوال پاسخ دهد.

متخصصان آزمون سازی معتقدند که بین تعداد سوالات آزمون و ثبات و دقت اندازه گیری آن رابطه مثبت وجود دارد. هر چه بر تعداد سوالات امتحانی افزوده شود از خطای اندازه گیری آن کاسته و نمره مشاهده شده دانشجویان به نمره واقعی نزدیکتر می شود (۴). به همین علت در این مطالعه از امتحانات دارای ۸۰ سوال تستی استفاده گردید.

مطالعات انجام شده نشان می دهد که مدرسین دانشگاه عمدتاً ارزشیابی مرحله ای را مورد استفاده قرار می دهند، ولی مهمترین ملاک ارزشیابی را امتحان پایان ترم می دانند (۱). بنابراین توجه به صحیح بودن روش ارزشیابی معمول بسیار حائز اهمیت است.

آنالیز ANOVA در طراحی آزمون نشان می دهد که میانگین نمرات درس جمع آوری و دفع مواد زائد جامد دانشجویان کارشناسی پیوسته بهداشت محیط برای گروه الف و ب دارای اختلاف ۱/۵۹ می باشد که از نظر آماری اختلاف معنی داری بین این نمرات وجود دارد (P-

($value=0,0001$). به طوری که گروه الف که متناسب با ارائه مطالب از نظر تقدم و تاخر در کلاس مذکور بود دارای میانگین نمره بالاتری نسبت به گروه ب بودند.

این آنالیز در مورد درس شیمی دانشجویان کارشناسی ناپیوسته بهداشت محیط نشان می‌دهد که مقدار P-value برابر $0/004$ بوده و اختلاف معنی‌داری بین میانگین نمرات گروه الف با ب در این درس وجود داشته است. به طوری که نمرات گروه الف که سوالات آزمون آنها متناسب با مباحث ارائه شده در طول ترم بود بالاتر از میانگین نمرات گروه ب به دست آمد.

آنالیز واریانس برای درس مدیریت مواد زائد جامد در دوره کارشناسی ارشد نشان می‌دهد که اختلاف میانگین نمرات برای گروه الف و ب اختلاف معنی‌داری از نظر آماری ندارد ($P-value=0,38$).

در این مطالعه اختلاف میانگین نمرات بین گروه الف و ب کم بود ولی در هر حال این اختلاف برای دانشجویان کارشناسی پیوسته و ناپیوسته معنی‌دار بود. بنابراین چگونگی طراحی سوالات امتحان توسط اساتید می‌تواند بر روی نتیجه امتحان در مقطع کارشناسی بهداشت محیط تاثیر داشته باشد. دلیل این امر می‌تواند ناشی از اضطراب ایجاد شده ناشی از تغییر محل سوالات برای دانشجویان باشد (۲). به طوری که تراکم امتحانات در پایان ترم نیز باعث بالا رفتن اضطراب دانشجویان می‌شود و باعث تاثیر منفی در تمرکز دانشجویان می‌گردد (۱۲).

دلیل این اختلاف در این است که در مقطع کارشناسی ارشد علاوه بر سوالات مربوط به مطالب آموزشی، سوالات مربوط به کار دانشجویان در طول ترم نیز در آزمون دخالت داشته است که باعث گردیده اختلاف نمره در این مقطع کمتر باشد. مطالعه کمیلی نیز نشان می‌دهد که اساتید در مقاطع پائین از آزمون تراکمی و در مقاطع بالاتر از آزمون مرحله‌ای برای ارزشیابی استفاده می‌کنند (۱).

ناهمخوانی نتایج این پژوهش مربوط به دو مقطع تحصیلی کارشناسی و کارشناسی ارشد است.

سوالات امتحانی باید چنان تهیه شوند که نمونه‌ای کافی از عملکرد دانش‌آموزان را آزمون کند. سوالات امتحانی باید به گونه‌ای طراحی شوند که علاوه بر اینکه بتوان از نتایج آنها احتمال موفقیت فراگیران را با دقت پیش‌بینی کرد، در عین حال روشی برای افزایش اطلاعات دانشجویان نیز باشد (۱۳، ۱۴).

ولی به طور کلی علاوه بر نوع سوالات از نظر محل قرارگیری در امتحان، عوامل زیاد دیگری نیز در نمره امتحان دانشجویان موثر است که باید مورد توجه قرار گیرند (۱۵).

با توجه به مطالعه Hodge و همکارانش (۱۰) می‌توان از روش ارزیابی مرحله‌ای در طول ترم برای ارزیابی دانشجویان استفاده کرد. به طوری که نگرانی‌های مربوط به آزمون پایان ترم را از بین می‌برد و در عین حال به همان دقت امتحان پایان ترم نیز می‌تواند در ارزیابی موثر باشد. ولی متأسفانه این نوع ارزیابی بسیار کم مورد توجه قرار می‌گیرد و بیشتر برای دروسی که جنبه فنی دارند در حال حاضر در رشته بهداشت محیط برای ارزیابی استفاده می‌شود. در عین حال در مورد این دروس نیز تعیین کننده نمره نهایی دانشجویان نیز امتحان پایان ترم است.

Conclusion

در این مطالعه میزان تاثیر تغییر در محل سوالات امتحان پایان ترم بر روی نمرات دانشجویان در دو مقطع کارشناسی و کارشناسی ارشد بهداشت محیط مورد بررسی قرار گرفت. نتایج این بررسی نشان داد که اگر توالی سوالات تغییر داده شود، می‌تواند بر روی نمرات دانشجویان کارشناسی تاثیر منفی داشته باشد. به طوری که جابجا کردن سوالات باعث پائین آمدن نمره دانشجویان می‌شود. ولی این تغییر تاثیری در نمره

دانشجویان دوره ارشد ندارد. با توجه به اینکه ملاک اصلی ارزشیابی دانشجویان ترم دانشجو نمره پایان ترم دانشجو می‌باشد، توصیه می‌شود اساتید با بکارگیری روشهای مناسب‌تری نسبت به تغییر در محل سوالات امتحانی از نگرانی خود در مورد تقلب در امتحان بکاهند تا با امتحانات پایان ترم بتوانند به اهداف تعیین شده آن دست پیدا کنند. نتایج این تحقیق می‌تواند اطلاعات با ارزشی را در اختیار مدرسین رشته بهداشت محیط در ارتباط با امتحانات پایان ترم قرار دهد.

:Keywords

سوالات، امتحان، دانشجو

کد: ۱۴۳۲

حیطه: ارزشیابی آموزشی (دانشجو، هیئت علمی و برنامه)

ارزیابی محیط‌های آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران از دیدگاه دانشجویان پزشکی بر اساس الگوی UCEEM

نویسندگان: جلیل کوهپایه زاده

:Introduction

ارزیابی محیط‌های آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران از دیدگاه دانشجویان پزشکی بر اساس الگوی UCEEM

جلیل کوهپایه زاده^{۱*}، گیتی نوری^۲، زهرا نقی زاده موعاری^۳، مرضیه ارومیه^۴

۱. گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۲. دانشجوی مجازی کارشناسی ارشد، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۳. گروه پژوهشی سلامت کودک، جهاد دانشگاهی واحد علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۴. انترن دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

چکیده

رشته‌های پزشکی از حرفه‌های پیچیده و دشواری هستند که با استفاده از علوم و مهارت‌های خاص خود در جهت پیشبرد سلامتی از نظر جسمی، روانی و اجتماعی گام برمی‌دارند [۱]. هدف از این مطالعه ارزیابی دیدگاه دانشجویان پزشکی از جو آموزشی بالینی بیمارستانهای مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران بود. مطالعه توصیفی - مقطعی در سال ۱۳۹۵ انجام گرفت. نظرات ۸۴ نفر از دانشجویان پزشکی با روش سرشماری در درمانگاههای مربوط به بیمارستانهای علی اصغر، فیروزگر، رسول اکرم و دانشکده پزشکی علوم پزشکی ایران با ابزار UCEEM (Undergraduate Clinical Education Environment Measure) جمع‌آوری شد و اطلاعات حاصل با استفاده از نرم افزار LISLER نسخه ۹،۲ و بهره‌گیری از آزمونهای متناسب مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. بر اساس نتایج میانگین امتیاز

پرسشنامه ۷۳,۸ از ۱۲۵ به دست آمد که با توجه به تفسیر امتیازات پرسشنامه، نکات مثبت در محیط بر نکات منفی غالب بود. بین امتیازات بدست آمده، حیطه فرصت های یادگیری ایجاد شده حین کار و کیفیت مربیگری (F۱) دارای بالاترین نمره، حیطه الگوهای تعامل محیط بالینی و پذیرش دانشجو (F۳) در رتبه بعدی، آمادگی محیط بالینی برای ورود دانشجو (F۲) در رتبه بعدی و برخورد یکسان (F۴) کمترین نمره را به خود اختصاص دادند که با مطالعات طراح پرسشنامه همسو بود. به طور کلی نتایج این مطالعه نشان داد که ارزیابی دانشجویان از محیط بالینی متوسط میباشد و بر همین اساس پیشنهاد میشود در جهت تقویت عواملی که باعث افزایش ارزیابی مثبت دانشجویان پزشکی میشود تاکید گردد.

کلید واژه: محیط بالینی، UCEEM، دانشجویان پزشکی

کد: ۱۳۶۴

حیطه: ارزشیابی آموزشی (دانشجو، هیئت علمی و برنامه)

خود ارزشیابی صلاحیت بالینی کارورزان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مازندران در سال تحصیلی ۹۵-۹۴

نویسندگان: فرزاد بزرگی، ایمان جهانیان، رضاعلی باقری، سید احمد محمدی کیا

Introduction

ارزشیابی (Evaluation) به یک فرایند ساختارمند برای جمع آوری و تفسیر اطلاعات اطلاق می گردد که تحقق اهداف مورد نظر برنامه و میزان آن را تعیین می نماید (۱). بی تردید ارزشیابی از موثرترین روش ها برای تضمین کیفیت و شرط اساسی روند ارتقاء کیفیت مستمر در سیستم آموزشی می باشد (۲). بر اساس تعاریف، ارزشیابی عبارت است از یک فرآیند نظام دار برای جمع آوری، تحلیل و تفسیر اطلاعات به منظور تعیین این مطلب که آیا هدف های مورد نظر تحقق یافته اند یا در حال تحقق یافتن هستند و به چه میزانی (۳). ارزشیابی به شیوه خود ارزشیابی (Self-Evaluation) طرفداران و مخالفانی دارد که این امر تا حدودی برای کلیه روش های ارزیابی صادق است. مثلا بر طبق نظر مک دونالد و همکاران، دانشجویان پزشکی خودارزشیابی های مناسبی نیستند زیرا اغلب تخمین غیرواقعی از مهارت های خود دارند، اما آندرسون معتقد است که روش های خودارزشیابی با وجود کاستی ها و سوگیری هایی که دارد، یکی از بهترین روش ها است که برای تعیین دانش و مهارت های بالینی مورد استفاده قرار می گیرد، زیرا فراگیران منبعی آشکار و دست اول برای گردآوری درباره دانسته ها و توانمندی های خود می باشند و به جز او هیچ کس دیدگاه بی پرده و روشنی از او ندارد (۴).

شیوه خود ارزشیابی در سیستم های درمانی و مراقبتی کاربرد زیادی دارد و به کمک آن می توان در بسیاری از موارد اطلاعات مفیدی از عملکرد افراد به دست آورد (۵). در کشورهای کانادا و آمریکا، بهبود و ارتقای خودارزشیابی، عاملی مهم در تکامل حرفه ای دانش آموختگان علوم پزشکی محسوب می گردد (۶). در خصوص ارزشیابی، مطالعات مختلفی در ایران صورت گرفته، اما کمتر به مسئله خودارزشیابی دانشجویان پرداخته شده است. نظر دانشجویان نسبت به عملکرد خود از اهمیت ویژه ای برخوردار بوده و می تواند در شناسایی نقاط قوت و ضعف آن ها موثر واقع شود (۷).

آموزش بالینی در دوره کارآموزی و کارورزی این فرصت را برای دانشجو فراهم می سازد تا دانش نظری را به مهارت های روانی-حرکتی متنوعی که برای مراقبت از بیمار لازم است تبدیل نماید، برای اطمینان از دستیابی به این هدف، دریافت بازخورد نتایج آموزش از فراگیران و دانش آموختگان لازم است. یکی از بهترین روش هایی که برای تعیین دانش و مهارت بالینی دانشجویان استفاده می شود، خودارزشیابی است (۸). بیشتر برنامه های بالینی پزشکی در محیط های بیمارستانی تنظیم می شود و برای او دیدگاه محدودی از زندگی حرفه ای پزشک را فراهم می کند. این در حالی است که صلاحیت پزشکی در قالب نقش های مختلف شامل عملکرد پزشکی، برقراری ارتباط، مشارکت، برخورداری از علم و دانش، عملکرد در جامعه (حامی سلامت) مدیر و یک فرد حرفه ای تعریف شده است (۱۰).

صلاحیت بالینی، بکارگیری مدبرانه مهارت های تکنیکی و ارتباطی، دانش، استدلال بالینی، عواطف و ارزش ها در محیط بالینی است (۱۱). سازمان بهداشت جهانی، صلاحیت را به سطحی از عملکرد تعبیر کرده است که نماینگر به کارگیری دانش، مهارت و قضاوت موثر است (۱۳). پرورش مهارت های بالینی، عنصر پایه آموزش پزشکی و بخش مهمی از برنامه های محوری یا هسته ای (core curriculum) دانشکده های پزشکی را تشکیل می دهد (۱۵). ضروری است که کلیه دانشجویان پزشکی، مهارت هایی را که برای کار طبابت نیاز دارند منجمله مهارت های شرح حال گیری، ارتباطی، معاینات فیزیکی، مهارت های تشخیصی و درمانی، احیای بیمار، مهارت های مدیریتی و کارگروهی و حل مسئله و تصمیم گیری را بیاموزند و تجربه نمایند (۱۶). نیلسن (Nielsen) و همکاران معتقدند که آموزش مهارت های بالینی پایه، مانند پلی است که خلاء بین کلاس های درس و محیط بالینی را پر می کند (۱۷). خانم جلیلی و همکاران پژوهشی با عنوان بررسی نظرات کارورزان پزشکی در زمینه کسب مهارت های بالینی پایه در دانشگاه علوم پزشکی کرمان انجام دادند. پژوهش آن ها از نوع مقطعی و در سال ۸۳ بر روی کلیه کارورزان در دسترس (شامل ۱۲۰ نفر) انجام شد. جمع آوری داده ها با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته و تجزیه و تحلیل آن ها توسط آزمون های t و ANOVA صورت گرفت. نتایج نشان داد که اکثر کارورزان (۹۰/۸ درصد)، بخش جداگانه ای را تحت عنوان مرکز مهارت های بالینی ضروری می دانستند. بیشترین میانگین نمره در زمینه میزان کسب مهارت ها (خودارزیابی کارورز) به اندازه گیری علایم حیاتی، گذاشتن لوله معده و مهارت برقراری ارتباط با بیمار (به ترتیب ۱۸/۳۵، ۱۷/۷۶، ۱۷/۳) و کمترین میانگین به کوتریزاسیون، گذاشتن لوله تراشه و شناخت و نحوه استفاده از ست جراحی و استفاده از آن (به ترتیب ۹/۰۹، ۱۲/۸۴ و ۱۴/۱۱) اختصاص یافت. درصد نمره کل خودارزیابی ۷۶/۷ درصد بود. آن ها نتیجه گرفتند که با توجه به پایین بودن نمره خودارزیابی بعضی از مهارت ها و نیز انتخاب مرکز مهارت های بالینی به عنوان بیشترین منبع کسب مهارت ها، ارتقای کیفیت آموزش در این مرکز و گسترش حیطه فعالیت آن ضروری به نظر می رسد (۱۹). جهان و همکاران پژوهشی با عنوان بررسی مهارت های بالینی: بررسی مقایسه ای ارزیابی آزمون بالینی عینی ساختارمند (آسکی) از طریق خودارزیابی و ارزیابی توسط آزمونگر در دانشگاه آقا خان پاکستان انجام دادند. روش گردآوری داده ها، یک پرسشنامه خودارزیابی بوده که توسط همه دانشجویان رزیدنت سال دوم، بلافاصله بعد از آزمون آسکی پر شده است. دانشجویان عملکردشان را در سه ایستگاه با استفاده از نمره استاندارد عملکرد ارزیابی کردند. آزمونگرها هم در خلال مشاهده شرح حال گیری و معاینات فیزیکی، دانشجویان را با استفاده از نمره استاندارد، مشاهده و ارزیابی کردند. ۹۳ نفر از دانشجویان که ۴۱ نفر زن و ۵۲ نفر مرد بودند و ۹ آزمونگر که ۴ نفر جراح، ۲ نفر پزشک، ۲ نفر بیهوشی و ۱ نفر پزشک خانواده بودند در این پژوهش شرکت داشتند. پایایی نمره استاندارد با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به دست آمد. نتایج نشان داد که ارتباط معناداری میان ارزیابی عملکرد دانشجویان توسط آزمونگر و خودارزیابی دانشجویان در زمینه های رضایتمندی، کسب اطلاعات دموگرافیک، تاریخچه مشکلات موجود و جمع بندی آن مشاهده گردید. همچنین تفاوت معناداری در مهارت های قبل از عمل، تفسیر پروستات و دق ضربانات کبد و طحال یافت و مشاهده گردید. آن ها نتیجه گرفتند که نقاط قوت و ضعف در مهارت های بالینی رزیدنت های سال دوم وجود دارد که ایجاد یک دستورالعمل برای بهبود اختلافات در برنامه تدریس مهارت های بالینی ضروری است (۲۱).

با توجه به این که قابلیت های دانشجویان سال آخر پزشکی بازتابی از عملکرد آموزش پزشکی را در روند آموزش و یادگیری فراهم می کند، سنجش این قابلیت ها می تواند وضعیت دانشجویان در حال دانش آموختگی را از نظر صلاحیت های عمومی آن ها روشن کند. قابلیت های عمومی، حیطه هایی را دربر می گیرد که انتظار می رود دانشجوی پزشکی در طول دوره به نحوی به آن ها دست یافته باشد. روشن شدن موارد مثبت و نقاط ضعف دانش آموختگان می تواند شواهدی را برای بازنگری در فرآیند اجرای برنامه آموزش پزشکی فراهم کند. با بررسی

متون صورت گرفته و همچنین با توجه به پژوهش‌های زیادی که در زمینه ارزشیابی صلاحیت بالینی پزشکان و پرستاران بعنوان دو قشر زحمت کش کادر بهداشت و درمان صورت گرفته، با این وجود پژوهش‌هایی که در این راستا با موضوع خودارزشیابی دانشجویان سال آخر پزشکی صورت گرفته باشد، اندک بوده است و اهمیت تحقیقات بیشتر در این زمینه را پررنگ تر می نمود. بنابراین پژوهش حاضر به منظور خودارزشیابی کارورزان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مازندران از میزان توانایی آن‌ها در کسب صلاحیت بالینی تدوین یافته است.

Objectives

- ۱- تعیین خودارزشیابی صلاحیت بالینی کارورزان پزشکی در ارتباط با مهارت‌های رویه ای (پروسیجرال)
- ۲- تعیین خودارزشیابی صلاحیت بالینی کارورزان پزشکی در ارتباط با مهارت‌های ارتباطی
- ۳- تعیین خودارزشیابی صلاحیت بالینی کارورزان پزشکی در ارتباط با انجام معاینات بالینی
- ۴- تعیین خودارزشیابی صلاحیت بالینی کارورزان پزشکی در ارتباط با مهارت‌های تشخیصی
- ۵- تعیین خودارزشیابی صلاحیت بالینی کارورزان پزشکی در ارتباط با تصمیم‌گیری درمانی
- ۶- تعیین خودارزشیابی صلاحیت بالینی کارورزان پزشکی در ارتباط با رعایت اصول اخلاقی
- ۷- تعیین خودارزشیابی صلاحیت بالینی کارورزان پزشکی در ارتباط با رعایت اصول بهداشتی
- ۸- تعیین خودارزشیابی صلاحیت بالینی کارورزان پزشکی در ارتباط با پزشکی سالمندان
- ۹- تعیین خودارزشیابی صلاحیت بالینی کارورزان پزشکی در ارتباط با یادگیری خودراهبر

Study Design

پژوهش حاضر از نوع توصیفی-مقطعی بوده است که در سال تحصیلی ۹۳-۹۲ به منظور تعیین وضعیت صلاحیت بالینی دانشجویان سال آخر پزشکی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مازندران انجام گردید. شرایط ورود به مطالعه عبارت بود از این که دانشجویان شرکت کننده در پژوهش کارورزان پزشکی بوده و در حال گذراندن مراحل کارورزی و تمایل به شرکت در مطالعه را داشته باشند. کلیه کارورزان پزشکی دانشکده پزشکی حاضر به شرکت در این پژوهش بوده و تعدادشان ۶۷ نفر بود به روش سرشماری در این طرح شرکت داده شدند.

Study Setting

روش گردآوری داده‌ها، پرسشنامه ای حاوی ۱۵ گویه که از پرسشنامه خانم معطری و همکاران که در بیمارستان آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز انجام داده بودند استفاده گردید. آن‌ها پرسشنامه مورد نظر را به نظرخواهی چهار پزشک عضو هیئت علمی گذاشتند و تغییراتی در آن ایجاد کرده و سپس در اختیار تعدادی از دانشجویان پزشکی قرار داده و از نظر روایی صوری و محتوایی بررسی کردند. همچنین پایایی پرسشنامه را از طریق بازآزمایی بر روی ۱۵ دانشجوی پزشکی به فاصله ۱۰ روز ۸۶ درصد گزارش کردند.

:Participan

از تعداد ۶۷ دانش آموخته که با رضایت شخصی در این طرح شرکت کردند، همگی پرسشنامه رو تکمیل نمودند. با اجرای یک مطالعه پایلوت پایایی ابزار بررسی گردید. از آنجائیکه در بیشتر منابع مقدار آلفای ۰/۷ یا بالاتر از آن قابل قبول می باشد این نکته حائز اهمیت است که در گزارش پایایی براساس آلفا، هم آلفای هریک از حیظه ها و هم آلفای کل محاسبه گردد (۰/۲۴)؛ که بر این اساس نتایج پایایی چه در سطح هر عامل و چه در سطح کل مقیاس قابل قبول بود؛ پایایی کل مقیاس ۰/۹۰ بوده است.

:Sample Size

اساس این پرسشنامه ارزشیابی ۹۱ موردی با مقیاس لیکرت ۶ رتبه ای بوده که ده قابلیت عمومی پزشکی را مورد ارزشیابی قرار داد. حیظه پروسیجرال (۱۴ مهارت) - حیظه ارتباطی (۱۳ مهارت) - حیظه معاینات بالینی (۷ مهارت) - حیظه تشخیصی (۱۲ مهارت) - حیظه تصمیم گیری درمانی (۱۴ مهارت) - حیظه رعایت مسائل اخلاقی و اجتماعی (۴ مهارت) - حیظه رعایت اصول بهداشتی (۱۰ مهارت) - حیظه پزشکی سالمندان (۶ مهارت) - حیظه یادگیری خودراهبر (۳ مهارت) - حیظه فعالیتهای مدیریتی (۸ مهارت). (جدول شماره ۱)

جدول شماره ۱: حیظه های ۱۰ گانه ارزیابی صلاحیت بالینی دانشجویان پزشکی

ردیف	حیظه های صلاحیت بالینی	تعداد مهارت	توصیف مهارت
۱	پروسیجرال	۱۴	کاتتراسیون سیاهرگ مرکزی (cvp line) - (Abdominal tap) - (Parenthesis) - آرتروسنتز در مفصل زانو - کاتتراسیون مثانه یا (سوند مثانه) - انجام الکتروکاردیوگرام...
۲	ارتباطی	۱۳	ثبت تاریخچه اولیه و معاینات بالینی بیمار - نوشتن progress note - نوشتن درخواست برای مشاوره - ارائه شفاهی case های جدید - ارائه شفاهی case های پیگیری شده - تشخیص تغییرات رفتاری بیمار - آموزش به بیمار...
۳	معاینات بالینی	۷	انجام معاینات بالینی در بیماران مختلف - انجام معاینات در زمان پذیرش - انجام معاینات در زمان پیگیری - انجام معاینات در افراد سالم بطور دوره ای - انجام معاینات در دوره پیش دبستانی - انجام معاینات قبل از ازدواج
۴	تشخیصی	۱۲	انتخاب آزمایشات با استفاده از تاریخچه و معاینات فیزیکی بیمار - لیست کردن تشخیص های افتراقی - تدوین فهرستی از مشکلات اولویت بندی شده (problem list)
۵	تصمیم گیری درمانی	۱۴	اصول و مهارتهای تفسیر الکتروکاردیوگرام - تفسیر عکس قفسه سینه - تفسیر تجزیه ادرار - تفسیر آزمایشات عملکرد ریه تفسیر شمارش سلولی مایعات بدن...

پر کردن برگه رضایت آگاهانه از بیمار-اولویت دادن به نیازهای بیمار در مقابل نیازهای جامعه-رعایت اصول اخلاقی-برقراری روابط با بیمار در چارچوب اصول حرفه‌ای	۴	رعایت مسائل اخلاقی و اجتماعی	۶
شناسایی و ارزشیابی خطرات بهداشتی در خانه-شناسایی و ارزشیابی خطرات بهداشتی در محل کار-بکارگیری تدابیر لازم برای کاهش خطر-شناسایی تدابیر خاص برای کارگران	۱۰	رعایت اصول بهداشتی	۷
آگاهی از فرایندهای بیولوژیکی سالمندی-ارزیابی وضعیت عملکردی سالمندان-نکات مهم مربوط به داروها در سالمندان-مراقبت از سالمندان در مراکز درمانی خاص (خانه سالمندان)	۶	پزشکی سالمندان	۸
شناسایی منابع کلیدی اطلاعات-جستجوی کتابخانه‌ای مدیریت اطلاعات	۳	یادگیری خودراهبر	۹
مدیریت زمان (برنامه ریزی جهت استفاده مؤثر از وقت)-ثبت گزارشات و سازمان دهی در مؤسسه-توانایی کار در انواع مختلف محلهای کاری-شناسایی انواع مختلف بیمه پزشکی تلفنی-بکارگیری پرسنل	۸	فعالیت‌های مدیریتی	۱۰

برای ارزیابی صلاحیت بالینی دانشجویان از میانگین رتبه ای استفاده گردید. مبنای ارزیابی در این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت شش رتبه ای از ۱ تا ۶ که به ترتیب از بسیار ضعیف تا بسیار خوب بوده است. به دلیل اینکه تعداد موارد مربوط به صلاحیت های عمومی متفاوت بود لذا برای تحلیل داده ها ابتدا میانگین رتبه های داده شده به مجموع موارد مربوط به هر یک از قابلیت ها محاسبه گردید و سپس نمرات حاصل از قابلیت های مورد نظر رتبه بندی گردید.

تحلیل آماری در پایان با استفاده از نرم افزار spss با کمک شاخص های آماری مرکزی t مستقل به ضریب همبستگی و آزمون آنالیز واریانس تجزیه و تحلیل گردید.

:Data Gathering Tool

روش گردآوری داده ها، پرسشنامه ای حاوی ۱۵ گویه که از پرسشنامه خانم معطری و همکاران که در بیمارستان آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز انجام داده بودند استفاده گردید. آن ها پرسشنامه مورد نظر را به نظرخواهی چهار پزشک عضو هیئت علمی گذاشتند و تغییراتی در آن ایجاد کرده و سپس در اختیار تعدادی از دانشجویان پزشکی قرار داده و از نظر روایی صوری و محتوایی بررسی کردند. همچنین پایایی پرسشنامه را از طریق بازآزمایی بر روی ۱۵ دانشجوی پزشکی به فاصله ۱۰ روز ۸۶ درصد گزارش کردند.

از تعداد ۶۷ دانش آموخته که با رضایت شخصی در این طرح شرکت کردند، همگی پرسشنامه رو تکمیل نمودند. با اجرای یک مطالعه پایلوت پایایی ابزار بررسی گردید. از آنجائیکه در بیشتر منابع مقدار آلفای ۰/۷ یا بالاتر از آن قابل قبول می باشد این نکته حائز اهمیت است که در

گزارش پایایی براساس آلفا، هم آلفای هر یک از حیطه‌ها و هم آلفای کل محاسبه گردید (۰/۹۰)؛ که بر این اساس نتایج پایایی چه در سطح هر عامل و چه در سطح کل مقیاس قابل قبول بود؛ پایایی کل مقیاس ۰/۹۰ بوده است.

Data Analysis

اساس این پرسشنامه ارزشیابی ۹۱ موردی با مقیاس لیکرت ۶ رتبه ای بوده که ده قابلیت عمومی پزشکی را مورد ارزشیابی قرار داد. حیطه پروسیجرال (۱۴ مهارت) - حیطه ارتباطی (۱۳ مهارت) - حیطه معاینات بالینی (۷ مهارت) - حیطه تشخیصی (۱۲ مهارت) - حیطه تصمیم گیری درمانی (۱۴ مهارت) - حیطه رعایت مسائل اخلاقی و اجتماعی (۴ مهارت) - حیطه رعایت اصول بهداشتی (۱۰ مهارت) - حیطه پزشکی سالمندان (۶ مهارت) - حیطه یادگیری خودراهبر (۳ مهارت) - حیطه فعالیتهای مدیریتی (۸ مهارت). (جدول شماره ۱)

جدول شماره ۱: حیطه های ۱۰ گانه ارزیابی صلاحیت بالینی دانشجویان پزشکی

ردیف	حیطه های صلاحیت بالینی	تعداد مهارت	توصیف مهارت
۱	پروسیجرال	۱۴	کاتتراسیون سیاهرگ مرکزی (cvp line) - (Abdominal tap) Parenthesis) - آرتروستنتز در مفصل زانو- کاتتراسیون مثانه یا (سوند مثانه) - انجام الکتروکاردیوگرام...
۲	ارتباطی	۱۳	ثبت تاریخچه اولیه و معاینات بالینی بیمار - نوشتن progress note - نوشتن درخواست برای مشاوره - ارائه شفاهی case های جدید - ارائه شفاهی case های پیگیری شده - تشخیص تغییرات رفتاری بیمار - آموزش به بیمار...
۳	معاینات بالینی	۷	انجام معاینات بالینی در بیماران مختلف - انجام معاینات در زمان پذیرش - انجام معاینات در زمان پیگیری - انجام معاینات در افراد سالم بطور دوره ای - انجام معاینات در دوره پیش دبستانی - انجام معاینات قبل از ازدواج
۴	تشخیصی	۱۲	انتخاب آزمایشات با استفاده از تاریخچه و معاینات فیزیکی بیمار - لیست کردن تشخیص های افتراقی - تدوین فهرستی از مشکلات اولویت بندی شده (problem list)
۵	تصمیم گیری درمانی	۱۴	اصول و مهارتهای تفسیر الکتروکاردیوگرام - تفسیر عکس قفسه سینه - تفسیر تجزیه ادرار - تفسیر آزمایشات عملکرد ریه تفسیر شمارش سلولی مایعات بدن...
۶	رعایت مسائل اخلاقی و اجتماعی	۴	پر کردن برگه رضایت آگاهانه از بیمار - اولویت دادن به نیازهای بیمار در مقابل نیازهای جامعه - رعایت اصول اخلاقی - برقراری روابط با بیمار در چارچوب اصول حرفه ای
۷	رعایت اصول بهداشتی	۱۰	شناسایی و ارزشیابی خطرات بهداشتی در خانه - شناسایی و ارزشیابی خطرات بهداشتی در محل کار - بکارگیری تدابیر لازم برای کاهش خطر - شناسایی تدابیر خاص برای کارگران

آگاهی از فرایندهای بیولوژیکی سالمندی-ارزیابی وضعیت عملکردی سالمندان-نکات مهم مربوط به داروها در سالمندان-مراقبت از سالمندان در مراکز درمانی خاص (خانه سالمندان)	۶	پزشکی سالمندان	۸
شناسایی منابع کلیدی اطلاعات-جستجوی کتابخانه‌ای مدیریت اطلاعات	۳	یادگیری خودراهبر	۹
مدیریت زمان (برنامه ریزی جهت استفاده مؤثر از وقت)-ثبت گزارشات و سازمان دهی در مؤسسه-توانایی کار در انواع مختلف محلهای کاری-شناسایی انواع مختلف بیمه پزشکی تلفنی-بکارگیری پرسنل	۸	فعالیت‌های مدیریتی	۱۰

برای ارزیابی صلاحیت بالینی دانشجویان از میانگین رتبه ای استفاده گردید. مبنای ارزیابی در این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت شش رتبه ای از ۱ تا ۶ که به ترتیب از بسیار ضعیف تا بسیار خوب بوده است. به دلیل اینکه تعداد موارد مربوط به صلاحیت های عمومی متفاوت بود لذا برای تحلیل داده ها ابتدا میانگین رتبه های داده شده به مجموع موارد مربوط به هر یک از قابلیت ها محاسبه گردید و سپس نمرات حاصل از قابلیت های مورد نظر رتبه بندی گردید.

تحلیل آماری در پایان با استفاده از نرم افزار spss با کمک شاخص های آماری مرکزی t مستقل به ضریب همبستگی و آزمون آنالیز واریانس تجزیه و تحلیل گردید.

:Results

نتایج نشان داد ۴۸/۳ درصد کارورزان مورد مطالعه مونث و ۵۱/۷ درصد مذکر بودند. میانگین (انحراف معیار) سن ۲۴/۵۵ سال بود. ۵۹/۲۰ درصد کارورزان مورد مطالعه در شش ماهه اول دوره کارآموزی و ۴۰/۸۰ درصد در شش ماه آخر دوره کارورزی قرار داشتند. قابلیت های دانش آموختگان بر اساس میانگین رتبه ای حاصل از اظهارات خودشان در پرسشنامه رتبه بندی گردید. میانگین رتبه ای در تمامی ۱۰ قابلیت مورد نظر برابر با ۴/۹۴ بوده است. دانش آموختگان خود را در یافته های مربوط به مهارت های پروسیجرال معمول و پیشرفته، مهارت های ارتباطی، معاینات بالینی، مهارت های تشخیصی، تصمیم گیری درمانی، رعایت مسائل اخلاقی، رعایت اصول بهداشتی، پزشکی سالمندان و یادگیری خودراهبر ارزیابی کردند. بیشترین میانگین رتبه ای ارزیابی قابلیت های مذکور توسط دانش آموختگان به ترتیب به مهارت های ارتباطی (۸۰٪)، معاینات بالینی (۷۹٪) و رعایت اصول بهداشتی (۷۶٪) تعلق گرفت و کمترین میانگین رتبه ای مربوط به قابلیت های مهارت های پروسیجرال معمول (۳۹/۱٪) و مهارت های پروسیجرال پیشرفته (۱۴/۲) و بوده است که در جدول زیر آورده شده است.

جدول ۱: میانگین رتبه ای قابلیت های ده گانه

ردیف	قابلیت های عمومی	میانگین	انحراف معیار
۱	پزشکی سالمندان	۰/۶۷	۵/۳۸
۲	یادگیری خودراهبر	۰/۷۱	۵/۳۷
۳	رعایت مسائل اخلاقی	۰/۶۵	۵/۳۴
۴	مهارت های تشخیصی	۰/۶۹	۵/۳۴
۵	تصمیم گیری درمانی	۰/۷۰	۵/۲۸
۶	مهارت های ارتباطی	۰/۸۰	۵/۲۶
۷	معاینات بالینی	۰/۷۹	۵/۲۵
۸	رعایت اصول بهداشتی	۰/۷۶	۵/۲۴
۹	مهارت های پروسیجرال معمول	۱/۳۹	۴/۵۵
۱۰	مهارت های پروسیجرال پیشرفته	۲/۱۴	۲/۴۸
	کل	۵۸/۰۵	۴/۹۴

Conclusion

در مطالعه حاضر نشان داده شد که میزان صلاحیت بالینی دانش آموختگان پزشکی بر اساس ارزیابی خودشان در سطح قابل قبولی بوده است. در مقایسه با مطالعه خانم معطری و همکاران، بیشترین میانگین رتبه ای خودارزیابی مربوط به پزشکی سالمندی بوده است و مهارت های پروسیجرال در این تحقیق برخلاف مطالعه مذکور از کمترین میانگین رتبه ای برخوردار بوده است (۲۰). همچنین مطابق با یافته های این مطالعه در پژوهش خانم جلیلی و همکاران نیز، خودارزیابی مهارت های ارتباطی از میانگین رتبه ای نسبتاً خوبی ارزیابی گردید. با این وجود خودارزیابی یک ابزار بسیار مهم در تعیین صلاحیت ها و توانمندی ها در حیطه آموزش و ارزشیابی می باشد (۱۹). در این پژوهش ده قابلیت عمومی مورد خودارزیابی دانش آموختگان قرار گرفته است. در برنامه های ارزشیابی کیفیت چهار حیطه دانش عمومی پزشکی، دانش مهارت های تکنیکی، مهارت های مشاوره ای و مدیریت در کار برای پزشک عمومی در نظر گرفته شده است. بر اساس نتایج به دست آمده میانگین رتبه ای ۸ قابلیت بیشتر از ۵ بوده است. پزشکی سالمندی با بیشترین میانگین رتبه ای حائز این نکته مهم می باشد که در جامعه کنونی که با افزایش جمعیت سالمند مواجه می باشیم، این قابلیت بسیار مهم و در خور توجه است. همچنین لزوم توجه به تغذیه به عنوان قابلیت رعایت اصول بهداشتی در تشخیص و درمان و مراقبت همه جانبه به مددجویان کاملاً شناخته شده است، این یافته ها همسو با پژوهشی دیگر که به منظور اولویت بندی صلاحیت های محوری پزشکی صورت گرفته است می باشد (۱۲). در مقابل قابلیت مهارت پروسیجرال معمول و پیشرفته از کمترین میانگین رتبه ای حاصل از خودارزیابی دانش آموختگان برخوردار بوده است که برای بخش های درمانی و کلینیکال علی الخصوص اورژانس و اتاق عمل که بیشتر با این قابلیت ها سر و کار دارند تا حدودی مایوس کننده است که اکثریت دانش آموختگان نسبت به این دو قابلیت مهم و حیاتی ضعف اساسی داشته اند که لزوم بازنگری در کوریکولوم (برنامه درسی) این رشته خطیر و مهم را نمایان می سازد. هم راستا با نتایج تحقیق دشتی و همکاران با موضوع خودارزیابی رزیدنت‌های دانشکده پزشکی شیراز لازم است دست اندرکاران آموزش پزشکی یادگیری این مهارت ها را در برنامه آموزشی مورد تاکید و توجه بیشتری قرار دهند و فرصت کسب مهارت در این حیطه ها را

برای دانشجویان در طول ترم تحصیلی فراهم نمایند. علاوه بر این به نظر می رسد که ارزیابی این مهارت ها در برنامه ارزیابی دوره ای و بالینی انگیزه لازم را برای کسب این مهارت ها در دانشجویان پزشکی ایجاد کند (۱۴). از محدودیت های این مطالعه می توان به احتمال عدم پاسخ دهی صحیح دانشجویان به سوالات پرسشنامه اشاره کرد. در آخر، خود ارزیابی به عنوان یکی از راه های دریافت بازخورد از یادگیرندگان می تواند بازتاب مفیدی را در زمینه میزان موفقیت برنامه پزشکی در ایجاد قابلیت های عمومی برای دست اندرکاران برنامه از نظر طراحی و اجراء فراهم کند. علی رغم سهولت اجرای خودارزیابی انجام پژوهش هایی که از سایر روش ارزیابی مثل آزمون های کتبی و OSCE (آزمون بالینی ساختاریافته عینی) استفاده گردد توصیه می گردد.

Keywords

خودارزیابی، صلاحیت بالینی، کارورزان پزشکی

کد: ۱۴۲۲

حیطه: ارزیابی آموزشی (دانشجو، هیئت علمی و برنامه)

بررسی و اصلاح وضعیت عرصه های آموزش بالینی در دانشکده پزشکی اصفهان بر اساس استانداردهای معاونت آموزشی وزارت متبوع

نویسندگان: شهرزاد شهیدی، مریم آویژگان

Introduction

عرصه های آموزش بالینی از مهم ترین و تعیین کننده ترین بخش آموزش پزشکی است که منجر به تکامل دانش، مهارت و نگرش و بطور کلی صلاحیت ها و توانمندی های بالینی فراگیران می گردد. ارتقای کیفیت وضعیت عرصه های آموزشی، ارزیابی و بازخورد آن به هیات علمی و رفع نقاط ضعف، از اهمیت ویژه ای برخوردار است. این مطالعه با هدف بررسی وضعیت عرصه های آموزش بالینی و مقایسه آن با استانداردهای معاونت آموزشی وزارت متبوع و سپس ارائه بازخورد به گروههای بالینی در دانشکده پزشکی اصفهان در جهت اصلاح و اجرایی کردن سیاست های کلان به خصوص اعتباربخشی آموزشی مراکز آموزشی درمانی انجام گرفت.

Objectives

۱. کارشناسی و امکان سنجی الگوهای استاندارد آموزش بالینی مصوب وزارت متبوع در عرصه های مختلف گروه های آموزشی شامل ژورنال کلاب، گزارش صبحگاهی، درمانگاه، راند آموزشی، گراند راند و مرکز مهارت های بالینی
۲. استخراج و طبقه بندی مهم ترین اصول استانداردهای عرصه ها و تدوین چک لیست بر اساس استاندارد فوق
۳. بررسی عرصه های بالینی گروه های آموزشی و استخراج نواقص عرصه های بالینی بر اساس استانداردها و ارائه فیدبک به گروه های آموزشی
۴. ارتقای توانمندی های اعضای هیات علمی بر اساس استانداردها

۵. شفاف سازی استانداردها برای کلیه ذی نفعان

:Study Design

مطالعه مداخله ای بر روی گروه های آموزشی بالینی به منظور بررسی وضعیت عرصه های آموزشی و بهبود آن در دانشکده پزشکی اصفهان در طول سال ۱۳۹۵ انجام گرفت.

:Study Setting

جامعه هدف، کلیه گروه های آموزشی بالینی دانشکده پزشکی اصفهان شامل ۲۳ گروه آموزشی بود.

:Participan

عرصه های گروه های آموزش بالینی در مهم ترین و محوری ترین مرکز آموزشی درمانی که دارای بیشترین آموزش بودند مورد بررسی قرار گرفتند.

:Sample Size

به دلیل اینکه دو تا از گروه های آموزشی از لحاظ عرصه ها با سایر گروه ها بسیار متفاوت بودند، از مطالعه خارج شدند و مداخله بر روی ۲۱ گروه انجام گرفت.

:Data Gathering Tool

ابزارها شامل:

۱. استانداردهای عرصه های آموزش بالینی مصوب وزارت متبوع
۲. پرسشنامه محقق ساخته دربرگیرنده تواتر و مدت زمان عرصه های مختلف آموزش بالین بطور هفتگی و ماهانه (راند، گراند راند، درمانگاه، گزارش صبحگاهی، کنفرانس هفتگی، ژورنال کلاب و کنفرانس مشترک)
۳. فرم نظرسنجی کارگاه های توانمندسازی اعضای هیات علمی

:Data Analysis

مطالعه شامل چهار فاز بود. فاز اول بررسی و نقد استانداردهای وزارت متبوع در کمیته ای که شامل نمایندگان گروه های بالینی و آموزش پزشکی در طی چهارده جلسه هفتگی دو ساعته بود و چک لیست های سنجش کیفیت بر اساس آن تدوین شد. فاز دوم آموزش های لازم برای تمامی ذی نفعان برنامه در کارگاه های آموزشی ویژه اعضای هیات علمی، شورای مدیران گروه ها، کارگروه تیم آموزشی بیمارستان ها و جشن روپوش سفید دانشجویان (بدو ورود به بالین) ارائه گردید. در فاز سوم توزیع، تکمیل و تحلیل پرسشنامه محقق ساخته دربرگیرنده تواتر و مدت زمان عرصه های مختلف آموزش بالین بطور هفتگی (راند، گراند راند، درمانگاه، گزارش صبحگاهی، کنفرانس هفتگی، ژورنال کلاب و کنفرانس مشترک) بود که بعد از بررسی و تحلیل کمی وضعیت موجود گروه ها، با استانداردهای بالینی مصوب معاونت آموزشی وزارت متبوع

مقایسه گردید. در فاز چهارم، نتایج بدست آمده از فاز قبل و بازخورد لازم در جهت رفع کمبودها به گروه ها ارسال و مجددا برنامه ریزی اصلاح شده، اخذ و بررسی گردید. برنامه نهایی در سایت هر گروه آموزشی در قسمت برنامه های آموزشی بالینی به نام برنامه هفتگی برای اطلاع کلیه دی نفعان وارد گردید.

Results:

از نتایج کلی این مطالعه می توان به اعتبارسنجی استانداردهای آموزش بالینی (در طی ۵۶۰ نفر ساعت جلسه)، توسعه توانمندی های دی نفعان (۲۴۰ نفر در طی هشت جلسه آموزشی) و شفاف نمودن وضع موجود آموزش در عرصه های بالینی در ۲۱ گروه بالینی نام برد. به تمامی گروه های هدف، بازخوردهای لازم از جمله تواتر و مدت زمان عرصه ها، هم پوشانی زمانی و نبود عرصه های ضروری در گروه بازخورد داده شد. در شرایط فعلی، در تمامی گروه ها راند با تواتر یک تا شش روز با دامنه زمانی ۳۰ تا ۳۰۰ دقیقه (نمای شش روز در هفته و مدت ۱۸۰ دقیقه)، گراند راند با تواتر دو تا هشت بار در ماه با دامنه زمانی ۶۰ تا ۱۲۰ دقیقه (نمای ماهیانه چهار بار و مدت ۶۰ دقیقه) برگزار می شود. آموزش سرپایی با تواتر یک تا شش روز با دامنه زمانی ۶۰ تا ۲۴۰ دقیقه (نمای پنج روز در هفته و مدت ۱۸۰ دقیقه)، گزارش صبحگاهی با تواتر یک تا شش روز با دامنه زمانی ۳۰ تا ۱۲۰ دقیقه (نمای یک روز در هفته و مدت ۴۵ دقیقه) و ژورنال کلاب با تواتر یک تا چهار بار در ماه به مدت ۳۰ تا ۱۲۰ دقیقه (نمای چهار بار در ماه و مدت ۶۰ دقیقه) برگزار می گردد.

Conclusion:

یافته ها نشان داد که گروه ها در اغلب عرصه ها از نظر کمی، در حد استاندارد یا بالاتر از آن بودند. با توجه به شفاف شدن وضع موجود و تدوین چک لیست سنجش کیفیت، بطور مستمر این شاخص ها و استانداردها در برنامه های جاری دانشکده مدنظر بوده و ارتقا می یابد. ارتقای پاسخ گویی گروه ها، تحقق استانداردها، بازنگری مداوم آموزش بر اساس آنها، بهبود دانش، نگرش و عملکرد اعضای هیات علمی در خصوص الگوهای استاندارد آموزش بالینی، برنامه ریزی برای رفع نقاط ضعف و کمبودها و تقویت نقاط قوت از جمله فرصت های این مطالعه بود. مشکلات پایش و ارزشیابی کیفیت آموزش بالینی در عرصه ها به دلیل تعدد و تنوع بسیار زیاد بخش ها و مراکز از جمله محدودیت های مطالعه می توان ذکر کرد. پیشنهاد می گردد سامانه ثبت و گزارش دهی آموزش در عرصه های بالینی راه اندازی و توسط تیم مدیریت آموزش در دانشکده و مراکز آموزشی درمانی از نظر دی نفعان مختلف برنامه پایش و ارزشیابی گردد.

Keywords:

آموزش بالینی، عرصه های آموزشی، دانشکده پزشکی، استانداردها



حیطه:

مدیریت و رهبری آموزشی

کد: ۱۳۸۷

حیطه: مدیریت و رهبری آموزشی

تاثیر سطح تحصیلات بر رضایت اعضای هیات علمی از شغل استادی در آموزش عالی

نویسندگان: سیده آزاده صفوی، امیر صادقی

Introduction

رضایت شغلی کارکنان یکی از مهمترین عوامل اثربخشی هر سازمان و عنصر کلیدی در تحقق اهداف و رسالتی است که سازمان ها برای آن بوجود آمده اند. رضایت شغلی کارکنان بر کارایی، بهره وری، اشتیاق به کار و احساس شادمانی آنها تاثیر مهمی دارد. بهره مندی از رضایت شغلی مطلوب موجب کاهش غیبت، ترک خدمت، احساس خصومت و فشارهای روحی روانی کارکنان میشود. اعضای هیئت علمی نیز بعنوان موثر ترین کارکنان دانشگاهها از این قاعده مستثنی نیستند. عملکرد اعضای هیئت علمی بواسطه نقش محوری که در تحقق رسالت و اهداف دانشگاهها و توسعه و پیشرفت این موسسات دارند از اهمیت بسزایی برخوردار است. یکی از عوامل مهم و تاثیر گذار بر عملکرد مطلوب اعضای هیئت علمی، رضایت شغلی آنها است. بمنظور برآورده نمودن انتظارات نظام آموزش عالی و جامعه، آنها نیازمند تلاش مضاعف در حرفه خود میباشند؛ از اینرو، اعضای هیئت علمی با انگیزه و بهره مند از رضایت شغلی مطلوب در حرکت دانشگاهها به سوی سرآمدی و تعالی سازمانی نقش مهمی ایفا میکنند. اهمیت این موضوع در مورد اعضای هیئت علمی دانشگاههای علوم پزشکی که علاوه بر آموزش و تربیت نیروی انسانی متخصص مورد نیاز جامعه، در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی هم نقش مستقیم ایفا میکنند دو چندان میشود.

Objectives

تجزیه و تحلیل تاثیر سطح تحصیلات اساتید دانشگاه محل مورد مطالعه بر میزان رضایت آنان از شغل استادی دانشگاه

Study Design

این مطالعه یک پژوهش توصیفی-تحلیلی است که در دانشگاه علوم پزشکی همدان صورت پذیرفته است. جامعه پژوهش را اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی همدان تشکیل میدادند که در هفت دانشکده مختلف به تدریس اشتغال داشتند. مدت پیگیری مطالعه شش ماه می باشد.

Study Setting

نتایج مطرح شده در این خلاصه مقاله حاصل از انجام مطالعه در کل جامعه آماری ذکر شده می باشد.

Participan

جامعه پژوهش را اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی همدان متشکل از هفت دانشکده تشکیل میدادند. این دانشکده ها متشکل از دانشکده های پزشکی، دندانپزشکی، بهداشت، پرستاری و مامایی، داروسازی، توانبخشی، پیراپزشکی بودند که در زمان انجام پژوهش شامل ۳۶۵ نفر بودند.

:Sample Size

با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی، ۱۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی گروه های آموزشی هفت دانشکده دانشگاه علوم پزشکی همدان بعنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. حجم نمونه با نرم افزار ۳,۱ GPower با توان آزمون ۰,۹۵ و اندازه اثر ۰,۱۵ محاسبه گردید.

:Data Gathering Tool

ابزار جمع آوری داده ها پرسشنامه رضایت شغلی اسمیت، کندال و هیولین بود. مطالعه پایلوت (۲۰ نفر از اساتید) برای سنجش پایایی پرسشنامه با استفاده از روش ثبات درونی (Internal Consistency) استفاده گردید پایایی پرسشنامه از طریق مطالعه مقدماتی مورد بررسی قرار گرفت که ضریب همسانی درونی آن ۰,۹۰ بود. در راستای تعیین روایی ۱۰ نفر از اعضای هیات علمی به عنوان صاحب نظر انتخاب شدند و از آنان خواسته شد تا در مورد میزان روایی ابزار هر یک از سوالات پرسشنامه بر روی یک مقیاس پنج درجه ای (بیشترین روایی عدد ۵ و کمترین روایی عدد ۱) قضاوت نمایند

:Data Analysis

تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار ۱۶ SPSS انجام شد. جهت دسته بندی داده ها از آمار توصیفی (میانگین ، انحراف معیار و درصد فراوانی) و تحلیلی (آنالیز واریانس یک طرفه) استفاده گردید.

:Results

نتایج نشان داد که از مولفه های انگیزش درونی ماهیت شغل ($M=29,14, SD=4,43$)، فرصتهای ارتقاء شغلی ($M=28,48, SD=6,36$) و مورد توجه قرار گرفتن ($M=18,94, SD=4,26$) به ترتیب بیشترین و کمترین میانگین را کسب کردند. از مولفه های انگیزش بیرونی سرپرستی ($M=28,26, SD=6,43$)، ارتباط با همکاران ($M=27,30, SD=5,35$) و حقوق ($M=18,62, SD=4,70$) به ترتیب بیشترین و کمترین میانگین را کسب نمودند. نتایج بیانگر این بود که ۱۶,۸ درصد از اعضای هیئت علمی از رضایت شغلی پایین، ۶۱,۸ درصد از آنها از رضایت شغلی متوسط و ۲۱,۸ درصد از رضایت شغلی بالایی برخوردار بودند. نتیجه آزمون آنالیز واریانس یک طرفه بیانگر این بود که رضایت شغلی اعضای هیئت علمی بر اساس مدرک تحصیلی آنها بطور معنی داری متفاوت است $F=4,96, P=.003$. آزمون تعقیبی توکی نشان داد که اعضای هیئت علمی با مدرک تحصیلی کارشناسی ارشد در مقایسه با سایر اعضای هیئت علمی از رضایت شغلی بیشتری برخوردار بودند ($p=.001$). متخصصین بالینی، اعضای هیئت علمی دارای مدرک دکتری تخصصی و متخصصین دندانپزشکی در رتبه های بعدی قرار داشتند.

:Conclusion

نتایج مطالعه حاکی از بالاتر بودن رضایت شغلی اعضای هیئت علمی دارای مدرک کارشناسی ارشد (در رتبه مربی) در مقایسه با سایر اعضای هیئت علمی بود. این نتیجه را میتوان چنین تفسیر نمود که با توجه به اینکه اکثر اعضای هیئت علمی در رتبه مربی دارای سابقه خدمت کمتری نسبت به سایر اعضای هیئت علمی هستند و از اینکه در یک محیط دارای موقعیت اجتماعی مطلوب به خدمت اشتغال یافته اند خوشحال میباشند تفسیر نمود. از نظر هرزبرگ و برخی دیگر از صاحب نظران، رضایت شغلی افراد در سازمانها با توجه به سن و سابقه خدمت آنها به شکل U می باشد، بطوریکه در بدو خدمت رضایت شغلی آنها بالا و بتدریج تا اواسط دوران خدمت پایین میاید و سپس در اواخر خدمت بالا می رود. نکته حائز اهمیت در این مطالعه رضایت شغلی کمتر اعضای هیئت علمی دندانپزشک در مقایسه با سایر اعضای هیئت علمی بود. رضایت آنها از امکان ارتقاء شغلی و مورد احترام قرار گرفتن در حد متوسط و از حقوق در حد پایین بود. رضایت اعضای هیئت علمی بالینی از ماهیت شغل متوسط و اعضای هیئت علمی دندانپزشکی پایین بود. نتیجه این بخش از مطالعه با نتایج مطالعات صورت گرفته در دانشگاه های مختلف دنیا در یک راستا نیست. در مطالعات انجام شده اعضای هیئت علمی بیشترین رضایت را از ماهیت شغل دارند. این سطح از رضایت در مطالعه حاضر را میتوان به ضوابط و مقررات حاکم بر محیط های آموزشی و فشارهایی که از سیستم برای ارتقاء مرتبه بر

آنها وارد میشود نسبت داد. این نتایج هشدار است برای متولیان امر در دانشگاههای علوم پزشکی تا توجه بیشتری به اعضای هیئت علمی بعنوان موثرترین کارکنان دانشگاهها داشته باشند.

Keywords

رضایت شغلی، اعضای هیات علمی، آموزش عالی

کد: ۱۳۹۲

حیطه: مدیریت و رهبری آموزشی

کسب مرجعیت حرفه ای یا سکوت سازمانی. راهکارهای دانش آموختگان PhD پرستاری ایران در مواجهه با چالش های پذیرش نقش به عنوان مدرس بالینی. یک مطالعه کیفی.

نویسندگان: یوسف حقیقی مقدم، فروزان آتش زاده شوریده، عباس عباس زاده، آرام فیضی

Introduction

مقدمه: چالشهای متعددی در ایفای نقش مدرس بالینی توسط دانش آموختگان پرستاری وجود دارند که در این میان چالشهای دانش آموختگان PhD پرستاری بدلیل نامتناسب بودن محتوی دروس آموزش آنان با نقش مورد انتظار از آنان و نحوه مواجهه آنان با پدیده پذیرش نقش مدرس بالینی و راهکار بکار گرفته شده در برابر آن مورد نظر این مطالعه است.

Objectives

راهکار بکار گرفته شده توسط دانش آموختگان دکتری پرستاری در آموزش بالین چیست

Study Design

روش کار: مطالعه کیفی با استفاده از مصاحبه های عمیق و رو در رو با مصاحبه شوندگان و تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از روش تحلیل محتوای کیفی روش کار در این مطالعه بوده است.

Participan

این مطالعه با رویکرد کیفی به روش گراند تئوری کوربین و اشتراوس (نسخه ۲۰۰۸) انجام شد. جهت جمع آوری داده ها از مصاحبه نیمه ساختاریافته عمیق و یادداشت در عرصه استفاده شده است. ۲۵ مشارکت کننده شامل ۱۱ نفر PhD پرستاری، ۵ نفر مدیران آموزش پرستاری، ۳ نفر مدرسین ارشد پرستاری، ۲ نفر پزشک و ۴ نفر پرستاران بیمارستانی با میانگین سنی ۴۴/۴ سال و سنوات خدمت ۲ تا ۲۸ سال در این مطالعه حضور داشتند. محیط پژوهش شامل دانشکده های پرستاری و مامایی شهید بهشتی تهران، تبریز، بقیه الله، ارومیه و اردبیل و بیمارستان های امام خمینی ارومیه، تبریز و شهید لبافی نژاد تهران بود. انتخاب مشارکت کنندگان در ابتدا به طور هدفمند و در ادامه

به صورت نمونه‌گیری نظری انجام شد. جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها از مورخه ۱۳۹۴/۲/۱۵ شروع و تا رسیدن به اشباع نظری در مورخه ۱۳۹۵/۲/۲۶ ادامه داشت. در این مطالعه از نرم افزار MAXQDA۱۰ جهت مدیریت داده‌ها استفاده شد.

:Sample Size

بشرح خلاصه فوق

:Data Gathering Tool

روش کار مطالعه کیفی و تجزیه و تحلیل داده‌ها برابر کوربین و اشتراوش ۲۰۰۸ که بطور مبسوط در اصل مقاله بدان پرداخته شده است

:Results

نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها شامل ۶۸۶ کد اولیه بود که پس از مقایسه و طبقه‌بندی به لحاظ ابعاد و ویژگی‌ها در سیزده طبقه و پنج تم اصلی تحت عناوین «چالش‌های»، «تهدید هویت حرفه‌ای»، «ارزیابی پاسخ»، «اقدام هوشمندانه» و «پذیرش نسبی نقش» قرار داده شدند. حاصل تحلیل برای زمینه ظهور پدیده «احساس بلاتکلیفی در بالین» به‌عنوان دغدغه اصلی مشارکت‌کنندگان و فرایند اصلی روانشناختی تحت عنوان «تهدید هویت حرفه‌ای» بود. همچنین نتایج نشان داد مشارکت‌کنندگان در پاسخ به پدیده بلاتکلیفی در بالین، نوع تعامل خود را بر اساس عوامل تأثیرگذار نظیر منش حرفه‌ای کسب شده و چالش‌های فردی- حرفه‌ای به صورت طیفی که در یک انتهای آن کسب مرجعیت حرفه‌ای و در سوی دیگر تقابل با نقش حرفه‌ای بود، بروز می‌دادند. پیابند تعامل آنان نیز شامل طیفی از پذیرش کارآمد با مولفه‌های رضایت از حرفه و رهبری علمی تا پذیرش ناکارآمد با مولفه‌های سکوت سازمانی و تعارض با نقش بود. در این مطالعه طبقه «اقدام هوشمندانه» با دو زیر طبقه خود، کسب مرجعیت حرفه و تقابل با نقش حرفه‌ای با توجه به ویژگی‌های آن به‌عنوان طبقه مرکزی شناسایی شد. نتایج نشان داد دانش‌آموختگان PhD پرستاری در مواجهه با چالش‌های متعدد نقشی خود در بالینی از روش‌های گوناگون بهره می‌گیرند که در این مطالعه با تلاش برای کسب مرجعیت حرفه‌ای و یا سکوت سازمانی شناسایی شده‌اند.

:Conclusion

مواجهه با چالش‌های نقشی، مشارکت‌کنندگان را در طیفی از راهکارهای مربوطه به پذیرش نقش قرار می‌دهد که در یک سوی آن کسب مرجعیت حرفه‌ای و در سوی دیگر آن سکوت سازمانی قرار دارد. بدون شک هر اندازه شرایط آموزشی و آماده‌سازی دانش‌آموختگان PhD پرستاری برای حضور در بالینی مناسب تر باشد گرایش به کسب مرجعیت حرفه‌ای توسط آنان که متناسب با رسالت دوره PhD است بیشتر شده و تبعات نامطلوب سکوت سازمانی کمتر خواهد شد.

Keywords :

کلمات کلیدی: پذیرش نقش، دانش‌آموختگان PhD پرستاری، چالش‌های آموزش بالینی

کد: ۱۲۶۷

حیطه: مدیریت و رهبری آموزشی

بررسی و شناسایی موانع جذب دانشجویان خارجی در پردیس های خودگردان دانشگاه علوم پزشکی

نویسندگان: راحله رادآذر، حسین فیروزی

Introduction

در چند دهه گذشته تغییرات وسیعی در نظام‌های آموزشی کشورهای سراسر جهان به وقوع پیوسته، تغییراتی که عمدتاً ناشی از گسترش نیاز جوامع در ابعاد مختلف اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و ... بوده است؛ جوامع برای پاسخگویی به انبوه تقاضای افراد به آموزش، نظام‌های آموزشی خود را توسعه داده‌اند این توسعه در ابعاد کمی و کیفی و همچنین روش‌های آموزش صورت گرفته است برقراری ارتباط در میان نظام‌های آموزش عالی از جمله این دگرگونی‌ها بوده است (آتران^[۱]، ۲۰۰۵)،

بین‌المللی شدن آموزش عالی به هر «نوع تلاش مستمر و سیستماتیک که هدف آن (بیشتر) پاسخگو ساختن آموزش عالی به الزامات و چالش‌های مربوط به جهانی شدن جوامع، اقتصاد و بازار کار» (لوجین^[۲]، ۲۰۰۷: ۳۴) در واقع، می‌توان مفهوم بین‌المللی شدن آموزش عالی را فرایند تلفیق و ترکیب ابعاد بین‌المللی و بین فرهنگی در آموزش، پژوهش در کارکردهای خدماتی یک موسسه دانست (نایت^[۳]، ۲۰۰۴) از این رو، یکی از شاخص‌های اصلی بین‌المللی شدن دانشگاه‌ها، جذب دانشجویان خارجی است (مارینگ و فاسکت^[۴]، ۲۰۱۰؛ نورشاهی، ۱۳۹۱)، جذب دانشجویان خارجی برای موسسات از جنبه‌های مختلف مثبت ارزیابی می‌شود. جالب آنکه این امر همه انواع سرمایه سازمانی دانشگاهها و موسسات را ارتقا می‌بخشد، از جمله: ۱. افزایش سرمایه مالی و فیزیکی از طریق شهریه، ۲. افزایش سرمایه فرهنگی از طریق رسوب دانش همچنین کسب اعتبار و پرستیژ. ۳. افزایش سرمایه اجتماعی از طریق گسترش ارتباطات علمی بین‌المللی. ۴. افزایش کیفیت آموزش و پژوهش (ذاکرضالحی و صالحی نجف‌آبادی ۱۳۹۱: ۷۰).

دانشگاه‌های کشورهای غربی از چند دهه‌ی قبل اقدامات جدی برای جذب دانشجوی و بهبود قدرت رقابت پذیری خود انجام داده‌اند اما دانشگاه‌های کشورمان به دو دلیل به این امر توجهی نداشتند. اول اینکه تقاضا برای پذیرش دانشجو در دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی در ایران بیشتر از ظرفیت موجود بود و مازاد تقاضا وجود داشت. دوم اینکه بودجه‌ی دانشگاه‌های کشورمان به ویژه دانشگاه‌های ملی عمدتاً توسط دولت تأمین می‌شد در نتیجه دانشگاه‌ها نیازی نداشتند که برای جذب دانشجو یا تأمین بودجه‌ی مورد نیازشان اقدامی به عمل آورند. اما در یکی دو سال اخیر به علت افزایش ظرفیت برخی دانشگاه‌ها و کاهش تقاضا برای آموزش عالی، بعضی از دانشگاه‌ها در برخی رشته‌ها برای جذب دانشجو و تکمیل ظرفیت دچار مشکل شده‌اند. حتی بعضی از دانشگاه‌های دولتی هم جهت تکمیل ظرفیت پردیس در برخی رشته‌ها با این مشکلات مواجه هستند و با کاهش تقاضا در چند سال آینده، این مشکلات بسیار جدی خواهد شد.

هم‌اکنون واحدهای بین‌الملل دانشگاه‌های کشور به جذب دانشجوی شهریه‌ای از داخل کشور می‌پردازند در حالی که قرار بود این واحدها زمینه جذب دانشجویان خارجی و گسترش فرهنگ ایرانی اسلامی را فراهم کنند از این رو عنوان بین‌الملل به آن‌ها اطلاق شد. در حال حاضر بیشتر این شعب تنها به پذیرش دانشجوی ایرانی از طریق کنکور یا سوابق تحصیلی می‌پردازند و در بهترین حالت دانشجویان ایرانی خارج از کشور را که می‌خواهند به کشور بازگردند، می‌پذیرند. در این میان تنها دانشگاه علوم پزشکی تهران است که در شهریورماه ۹۰ اعلام کرد چند دانشجوی خارجی در این دانشگاه به تحصیل می‌پردازند. دانشگاه‌ها با وجود اینکه توانستند با پذیرش دانشجو در شعب بین‌الملل خود از خروج تعدادی از دانشجویان به خارج از کشور جلوگیری کنند اما نتوانستند در زمینه پذیرش دانشجوی خارجی موفق باشند از این رو تنها نام

بین الملل را با خود به همراه داشتند و پذیرش دانشجوی خارجی در این واحدها هیچ وقت آن طور که باید محقق نشد، این مسائل سبب شد، مدیر کل گسترش وزارت علوم، با بیان اینکه عنوان «بین الملل» از پردیس های دانشگاهی به علت عدم تحصیل دانشجویان خارجی در این واحدها حذف شد، و به دلیل اینکه دانشجوی خارجی در پردیس های بین المللی، تحصیل نمی کرد و تنها دانشجویان داخل در این واحدها مشغول به تحصیل بودند، لغت «بین الملل» هیچ ارتباطی با این پردیس ها نداشت از این رو حذف شد. این واحدها از مناطق آزاد منتقل می شوند و به دانشگاه های بزرگ و مادر این امکان داده می شود که در نزدیکی سایت دانشگاهی یا شهرشان یا کمی دورتر پردیس دانشگاهی را احداث کنند تا پذیرش دانشجوی شهریه ای در آن جا صورت گیرد، با توجه به این ضعف عمده و ناکامی در راه جذب دانشجوی خارجی در پردیس های بین المللی، لزوم بررسی عوامل تاثیر گذار بر عدم جذب دانشجوی خارجی در این واحدها، کاملا احساس می شود.

با توجه به مطالب بیان شده، هدف مطالعه حاضر، بررسی و شناخت موانع تاثیر گذار در جذب دانشجوی خارجی در پردیس های خودگردان و دانشگاه علوم پزشکی می باشد.

پیشینه تحقیق

آهنچیان و بخشی جعفرآبادی (۱۳۹۲) در پژوهشی با استناد تفحص در منابع معتبر علمی و بر حسب تحلیل به عمل آمده مبتنی بر مرور تحقیقات انجام شده در حوزه بازاریابی خدمات، بازار آموزش عالی و مشتریان فرامرزی دانشگاه ها، مهم ترین عوامل مؤثر در انتخاب دانشگاه به تفکیک عناصر آمیخته بازاریابی مشخص را نشان دادند. براساس نتایج این پژوهش، مهم ترین مضامین شناسایی شده عناصر هفتگانه آمیخته بازاریابی عبارت بودند از: محصول (کیفیت و ویژگی برنامه ها، تصویر و وجهه)، قیمت (هزینه تحصیل، هزینه زندگی)، توزیع (فرصت های یادگیری از راه دور)، ترفیع (شبکه دانش آموختگان، برقراری تماس)، افراد (کیفیت اعضای هیات علمی، کیفیت تدریس)، شواهد فیزیکی (تسهیلات آموزشی و پژوهشی، وضعیت اقامت) و فرایند (کارکردهای اداری و بوروکراتیک، سیاست های پذیرش).

نتایج مطالعه مرتضوی و همکاران (۱۳۹۲) که به بررسی اصول بازاریابی برای جذب دانشجوی پرستاری: ارائه راهکار، نشان دادند که به طور کلی تصویری که دانشگاه از خود در ذهن افراد جامعه می سازد به عوامل مختلفی بستگی دارد. شهرت دانشکده به عنوان مرکزی برای تدریس و تحصیل، عملکرد آن در زمینه مسایل بالینی، اجتماعی، فرهنگی نمونه هایی از عواملی است که قضاوت ذهنی و عملی داوطلبان تحصیل را در خصوص رشته پرستاری تحت تاثیر قرار می دهند. بر پایه نتایج این پژوهش برای رسیدن به اهداف استراتژیک دانشگاه و جذب بیشتر دانشجو که یکی از مشتریان سیستم هستند بایستی با اصول بازاریابی بخصوص در حوزه آموزش عالی و علوم پزشکی بیشتر از گذشته آشنا شد. بازاریابی بطور کلی سبب افزایش کارآیی و مسئولیت پذیری، افزایش رضایت مندی و منابع تخصیص داده شده در آموزش عالی می گردد

زمانی منش و همکاران (۱۳۹۰) در مطالعه ای که به بررسی موانع درون دانشگاهی و برون دانشگاهی جذب دانشجویان خارجی از دیدگاه اعضای هیئت علمی دانشگاه شهید بهشتی، پرداختند، نشان دادند موانع برون دانشگاهی اولویت اول و موانع درون دانشگاهی اولویت دوم در خصوص موانع جذب دانشجویان خارجی است. در بین گویه های موانع برون دانشگاهی «عدم اعطای استقلال به دانشگاه ها برای پذیرش دانشجویان» اولویت اول و در بین گویه های موانع برون دانشگاهی «توجه نکردن به سیاست افزای دانشجویان خارجی در چشم انداز و رسالت دانشگاه ها» اولویت اول بود

Objectives

بررسی و شناسایی موانع جذب دانشجویان خارجی

در پردیس‌های خودگردان دانشگاه علوم پزشکی

:Study Design

در این مطالعه که به روش توصیفی-تحلیلی صورت گرفت، جمع‌آوری و تحلیل اطلاعات با استفاده از منابع موجود، تالیفات انجام شده در این زمینه و بررسی نظریات صاحب‌نظران و نتایج پژوهش‌های گذشته به توصیف و تبیین دقیق مساله جذب دانشجوی خارجی پرداخته است، و عوامل تاثیر گذار بر جذب دانشجو در واحدهای پردیس دانشگاهی علوم پزشکی بررسی گردید.

:Study Setting

انجام این مطالعه در سطح دانشگاه علوم پزشکی مازندران انجام شده است

:Participan

جامعه هدف پردیس‌های خودگردان دانشگاه علوم پزشکی میباشد

:Sample Size

جمع‌آوری و تحلیل اطلاعات با استفاده از منابع موجود، تالیفات انجام شده در این زمینه و بررسی نظریات صاحب‌نظران و نتایج پژوهش‌های گذشته به توصیف و تبیین دقیق مساله جذب دانشجوی خارجی پرداخته است، و عوامل تاثیر گذار بر جذب دانشجوی خارجی پردیس دانشگاهی علوم پزشکی بررسی گردید.

:Data Analysis

مطالعه به صورت توصیفی تحلیلی می باشد

:Results

دانشگاه‌های کشورهای غربی از چند دهه‌ی قبل اقدامات جدی برای جذب دانشجو و بهبود قدرت رقابت پذیری خود انجام داده اند اما دانشگاه‌های کشورمان به دو دلیل به این امر توجهی نداشتند. اول اینکه تقاضا برای پذیرش دانشجو در دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی در ایران بیشتر از ظرفیت موجود بود و مازاد تقاضا وجود داشت. دوم اینکه بودجه‌ی دانشگاه‌های کشورمان بویژه دانشگاه‌های ملی عمدتاً توسط دولت تأمین می‌شد در نتیجه دانشگاه‌ها نیازی نداشتند که برای جذب دانشجو یا تأمین بودجه‌ی مورد نیازشان اقدامی به عمل آورند. اما در یکی دو سال اخیر به علت افزایش ظرفیت برخی دانشگاه‌ها و کاهش تقاضا برای آموزش عالی، بعضی از دانشگاه‌ها در برخی رشته‌ها برای جذب دانشجو و تکمیل ظرفیت دچار مشکل شده اند. حتی بعضی از دانشگاه‌های دولتی هم جهت تکمیل ظرفیت پردیس در برخی رشته‌ها با این مشکلات مواجه هستند و با کاهش تقاضا در چند سال آینده، این مشکلات بسیار جدی خواهد شد.

دانشگاه‌های پیشرو در زمینه‌ی جذب دانشجوی خارجی سعی می‌کنند با بررسی‌های عمیق و گسترده به وضعیت موجود دانشجویان خارجی پی ببرند و با برطرف نمودن کاستی‌ها زمینه را برای پذیرش بیشتر و نیز بالا بردن رضایتمندی آن‌ها فراهم نمایند؛ اما در کشور ما علیرغم اینکه آمار و ارقام حاکی از سهم ناچیز ایران برای پذیرش دانشجویان خارجی (ذاکر صالحی و صالحی نجف‌آبادی، ۱۳۹۱؛ فتحی‌واجارگاه

و همکاران، ۱۳۹۰؛ بزرگمهری، ۱۳۸۵) در میان کشورهای جهان و منطقه می‌باشد، این مسئله کمتر مورد بررسی قرار گرفته است؛ حتی تحقیقات اندکی هم که صورت گرفته به همه جنبه‌های مساله و علل پایین بودن جذب دانشگاه‌ها در واحدهای دانشگاهی ایران پرداخته باشد.

جهت بقا در این بازار رقابتی، دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی باید نیازها و خواسته‌های مشتریان خود یعنی دانشجویان را درک کنند. دانشگاه‌ها باید بدانند که دانشجویان در فرایند انتخاب دانشگاه چه معیارهایی را مد نظر قرار می‌دهند و برای چه نوع خدمات اهمیت و ارزش بیشتری قائل می‌شوند. سپس برای ارضای نیازهای دانشجویان و ایجاد ارزش برای خدماتی که به آن‌ها ارائه می‌کنند از برنامه‌ی بازاریابی مناسب استفاده کنند تا بتوانند تقاضا برای خدماتشان را افزایش دهند (بریجز، ۲۰۰۶) دانشگاه‌ها با توجه به نیازها و توقعات دانشجویان بین‌المللی شرایط مساعدی را فراهم سازند تا بتوانند جذابیت خود را برای آن‌ها به نمایش بگذارند. علاوه بر مسئولیت دانشگاه‌ها وضعیت عمومی کشورها و سیاست‌های کلان آن‌ها نیز بسیار مؤثر بوده و گاه شرایط دانشگاه‌ها را تحت الشعاع قرار می‌دهند؛ بنابراین، متغیرهای بسیاری وجود دارد که بین‌المللی شدن را تسریع نموده و جذب دانشجویان بیشتری را نیز موجب می‌شود از جمله پذیرش کثرت‌گرایی فرهنگی در محیط‌های دانشگاهی و توجه کافی به تجربه بین فرهنگی و توسعه مراودات بین‌المللی می‌باشد

نتایج تحقیق لوا و اسکریت (۲۰۱۱) نشان می‌دهد که کنفرانس‌های بین‌المللی از طریق فعالیت‌هایی برای ایجاد فرهنگ مشارکتی و حمایت از تحقیقات اجرا و ارائه شده در کنفرانس، فرایند دانش‌آفرینی را تسهیل می‌کنند، و از طریق فرایند دانش‌آفرینی است که موسسه آموزشی می‌تواند خود را در بازار رقابتی بین‌المللی مطرح نماید، لذا برگزاری کنفرانس‌های بین‌المللی و توجه بیشتر به مبادلات علمی و فرهنگ مشارکتی با دانشگاه‌های منطقه منجر به اشتها دانشگاه در سطح منطقه می‌گردد و این مساله به نوع خود بر تمایل دانشجویان خارجی جهت انتخاب دانشگاه تاثیرگذار است. در رابطه با جذب دانشجو راهکارهایی از قبیل، تهیه بروشور از امکانات آموزشی و تحقیقی دانشکده، امکان بازدید از دانشکده یا پردیس برای دانشجویان متقاضی خارجی، برگزاری مسابقات منطقه‌ای و بین‌المللی، اعلام فراهم نمودن امکان بورس تحصیلی و یا فرصت مطالعاتی داخل و خارج از کشور برای دانشجویان ممتاز، افزایش کمک هزینه انجام پژوهش‌ها و تحقیقات کاربردی، کمک مالی و تسهیلات به ارایه مطالعات و تحقیقات دانشجویان در مجامع بین‌المللی، و ارائه مشاوره به دانش‌آموزان قبل از انتخاب رشته برای آشنایی بیشتر با دانشکده و رشته‌های پزشکی، می‌تواند مثر ثمر باشد.

دانشگاه‌های کشورهای غربی از چند دهه‌ی قبل اقدامات جدی برای جذب دانشجو و بهبود قدرت رقابت پذیری خود انجام داده اند اما دانشگاه‌های کشورمان به دو دلیل به این امر توجهی نداشتند. اول اینکه تقاضا برای پذیرش دانشجو در دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی در ایران بیشتر از ظرفیت موجود بود و مازاد تقاضا وجود داشت. دوم اینکه بودجه‌ی دانشگاه‌های کشورمان بویژه دانشگاه‌های ملی عمدتاً توسط دولت تأمین می‌شد در نتیجه دانشگاه‌ها نیازی نداشتند که برای جذب دانشجو یا تأمین بودجه‌ی مورد نیازشان اقدامی به عمل آورند. اما در یکی دو سال اخیر به علت افزایش ظرفیت برخی دانشگاه‌ها و کاهش تقاضا برای آموزش عالی، بعضی از دانشگاه‌ها در برخی رشته‌ها برای جذب دانشجو و تکمیل ظرفیت دچار مشکل شده اند. حتی بعضی از دانشگاه‌های دولتی هم جهت تکمیل ظرفیت پردیس در برخی رشته‌ها با این مشکلات مواجه هستند و با کاهش تقاضا در چند سال آینده، این مشکلات بسیار جدی خواهد شد.

دانشگاه‌های پیشرو در زمینه‌ی جذب دانشجوی خارجی سعی می‌کنند با بررسی‌های عمیق و گسترده به وضعیت موجود دانشجویان خارجی پی ببرند و با برطرف نمودن کاستی‌ها زمینه را برای پذیرش بیشتر و نیز بالا بردن رضایتمندی آن‌ها فراهم نمایند؛ اما در کشور ما علیرغم اینکه آمار و ارقام حاکی از سهم ناچیز ایران برای پذیرش دانشجویان خارجی (ذاکر صالحی و صالحی‌نحفاآبادی، ۱۳۹۱؛ فتحی‌واجارگاه و همکاران، ۱۳۹۰؛ بزرگمهری، ۱۳۸۵) در میان کشورهای جهان و منطقه می‌باشد، این مسئله کمتر مورد بررسی قرار گرفته است؛ حتی

تحقیقات اندکی هم که صورت گرفته به همه جنبه‌های مساله و علل پایین بودن جذب دانشگاه‌ها در واحدهای دانشگاهی ایران پرداخته باشد.

جهت بقا در این بازار رقابتی، دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی باید نیازها و خواسته‌های مشتریان خود یعنی دانشجویان را درک کنند. دانشگاه‌ها باید بدانند که دانشجویان در فرایند انتخاب دانشگاه چه معیارهایی را مد نظر قرار می‌دهند و برای چه نوع خدمات اهمیت و ارزش بیشتری قائل می‌شوند. سپس برای ارضای نیازهای دانشجویان و ایجاد ارزش برای خدماتی که به آن‌ها ارائه می‌کنند از برنامه‌ی بازاریابی مناسب استفاده کنند تا بتوانند تقاضا برای خدماتشان را افزایش دهند (بریز، ۲۰۰۶). دانشگاه‌ها با توجه به نیازها و توقعات دانشجویان بین‌المللی شرایط مساعدی را فراهم سازند تا بتوانند جذابیت خود را برای آن‌ها به نمایش بگذارند. علاوه بر مسئولیت دانشگاه‌ها وضعیت عمومی کشورها و سیاست‌های کلان آن‌ها نیز بسیار مؤثر بوده و گاه شرایط دانشگاه‌ها را تحت‌الشعاع قرار می‌دهند؛ بنابراین، متغیرهای بسیاری وجود دارد که بین‌المللی شدن را تسریع نموده و جذب دانشجویان بیشتری را نیز موجب می‌شود از جمله پذیرش کثرت‌گرایی فرهنگی در محیط‌های دانشگاهی و توجه کافی به تجربه بین فرهنگی و توسعه مراودات بین‌المللی می‌باشد.

نتایج تحقیق لوا و اسکریت (۲۰۱۱) نشان می‌دهد که کنفرانس‌های بین‌المللی از طریق فعالیت‌هایی برای ایجاد فرهنگ مشارکتی و حمایت از تحقیقات اجرا و ارائه شده در کنفرانس، فرایند دانش‌آفرینی را تسهیل می‌کنند، و از طریق فرایند دانش‌آفرینی است که موسسه آموزشی می‌تواند خود را در بازار رقابتی بین‌المللی مطرح نماید، لذا برگزاری کنفرانس‌های بین‌المللی و توجه بیشتر به مبادلات علمی و فرهنگ مشارکتی با دانشگاه‌های منطقه منجر به اشتها در سطح منطقه‌ای می‌گردد و این مساله به نوع خود بر تمایل دانشجویان خارجی جهت انتخاب دانشگاه تاثیرگذار است. در رابطه با جذب دانشجویان راهکارهایی از قبیل، تهیه بروشور از امکانات آموزشی و تحقیقی دانشکده، امکان بازدید از دانشکده یا پردیس برای دانشجویان متقاضی خارجی، برگزاری مسابقات منطقه‌ای و بین‌المللی، اعلام فراهم نمودن امکان بورس تحصیلی و یا فرصت مطالعاتی داخل و خارج از کشور برای دانشجویان ممتاز، افزایش کمک هزینه انجام پژوهش‌ها و تحقیقات کاربردی، کمک مالی و تسهیلات به ارایه مطالعات و تحقیقات دانشجویان در مجامع بین‌المللی، و ارائه مشاوره به دانش‌آموزان قبل از انتخاب رشته برای آشنایی بیشتر با دانشکده و رشته‌های پزشکی، می‌تواند مثر ثمر باشد.

Conclusion

دانشگاه‌های کشورهای غربی از چند دهه‌ی قبل اقدامات جدی برای جذب دانشجویان و بهبود قدرت رقابت پذیری خود انجام داده اند اما دانشگاه‌های کشورمان به دو دلیل به این امر توجهی نداشتند. اول اینکه تقاضا برای پذیرش دانشجویان در دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی در ایران بیشتر از ظرفیت موجود بود و مازاد تقاضا وجود داشت. دوم اینکه بودجه‌ی دانشگاه‌های کشورمان بویژه دانشگاه‌های ملی عمدتاً توسط دولت تأمین می‌شد در نتیجه دانشگاه‌ها نیازی نداشتند که برای جذب دانشجویان یا تأمین بودجه‌ی مورد نیازشان اقدامی به عمل آورند. اما در یکی دو سال اخیر به علت افزایش ظرفیت برخی دانشگاه‌ها و کاهش تقاضا برای آموزش عالی، بعضی از دانشگاه‌ها در برخی رشته‌ها برای جذب دانشجویان و تکمیل ظرفیت دچار مشکل شده اند. حتی بعضی از دانشگاه‌های دولتی هم جهت تکمیل ظرفیت پردیس در برخی رشته‌ها با این مشکلات مواجه هستند و با کاهش تقاضا در چند سال آینده، این مشکلات بسیار جدی خواهد شد.

دانشگاه‌های پیشرو در زمینه‌ی جذب دانشجوی خارجی سعی می‌کنند با بررسی‌های عمیق و گسترده به وضعیت موجود دانشجویان خارجی پی ببرند و با برطرف نمودن کاستی‌ها زمینه را برای پذیرش بیشتر و نیز بالا بردن رضایتمندی آن‌ها فراهم نمایند؛ اما در کشور ما علیرغم اینکه آمار و ارقام حاکی از سهم ناچیز ایران برای پذیرش دانشجویان خارجی (ذاکر صالحی و صالحی‌نصف‌آبادی، ۱۳۹۱؛ فتحی‌واجارگاه و همکاران، ۱۳۹۰؛ بزرگمهری، ۱۳۸۵) در میان کشورهای جهان و منطقه می‌باشد، این مسئله کمتر مورد بررسی قرار گرفته است؛ حتی

تحقیقات اندکی هم که صورت گرفته به همه جنبه‌های مساله و علل پایین بودن جذب دانشگاه‌ها در واحدهای دانشگاهی ایران پرداخته باشد.

جهت بقا در این بازار رقابتی، دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی باید نیازها و خواسته‌های مشتریان خود یعنی دانشجویان را درک کنند. دانشگاه‌ها باید بدانند که دانشجویان در فرایند انتخاب دانشگاه چه معیارهایی را مد نظر قرار می‌دهند و برای چه نوع خدمات اهمیت و ارزش بیشتری قائل می‌شوند. سپس برای ارضای نیازهای دانشجویان و ایجاد ارزش برای خدماتی که به آن‌ها ارائه می‌کنند از برنامه‌ی بازاریابی مناسب استفاده کنند تا بتوانند تقاضا برای خدماتشان را افزایش دهند (بریز، ۲۰۰۶). دانشگاه‌ها با توجه به نیازها و توقعات دانشجویان بین‌المللی شرایط مساعدی را فراهم سازند تا بتوانند جذابیت خود را برای آن‌ها به نمایش بگذارند. علاوه بر مسئولیت دانشگاه‌ها وضعیت عمومی کشورها و سیاست‌های کلان آن‌ها نیز بسیار مؤثر بوده و گاه شرایط دانشگاه‌ها را تحت‌الشعاع قرار می‌دهند؛ بنابراین، متغیرهای بسیاری وجود دارد که بین‌المللی شدن را تسریع نموده و جذب دانشجویان بیشتری را نیز موجب می‌شود از جمله پذیرش کثرت‌گرایی فرهنگی در محیط‌های دانشگاهی و توجه کافی به تجربه بین فرهنگی و توسعه مراودات بین‌المللی می‌باشد.

نتایج تحقیق لوا و اسکریت (۲۰۱۱) نشان می‌دهد که کنفرانس‌های بین‌المللی از طریق فعالیت‌هایی برای ایجاد فرهنگ مشارکتی و حمایت از تحقیقات اجرا و ارائه شده در کنفرانس، فرایند دانش‌آفرینی را تسهیل می‌کنند، و از طریق فرایند دانش‌آفرینی است که موسسه آموزشی می‌تواند خود را در بازار رقابتی بین‌المللی مطرح نماید، لذا برگزاری کنفرانس‌های بین‌المللی و توجه بیشتر به مبادلات علمی و فرهنگ مشارکتی با دانشگاه‌های منطقه منجر به اشتها دانشگاه در سطح منطقه‌ای می‌گردد و این مساله به نوع خود بر تمایل دانشجویان خارجی جهت انتخاب دانشگاه تاثیرگذار است. در رابطه با جذب دانشجویان راهکارهایی از قبیل، تهیه بروشور از امکانات آموزشی و تحقیقی دانشکده، امکان بازدید از دانشکده یا پردیس برای دانشجویان متقاضی خارجی، برگزاری مسابقات منطقه‌ای و بین‌المللی، اعلام فراهم نمودن امکان بورس تحصیلی و یا فرصت مطالعاتی داخل و خارج از کشور برای دانشجویان ممتاز، افزایش کمک هزینه انجام پژوهش‌ها و تحقیقات کاربردی، کمک مالی و تسهیلات به ارایه مطالعات و تحقیقات دانشجویان در مجامع بین‌المللی، و ارائه مشاوره به دانش‌آموزان قبل از انتخاب رشته برای آشنایی بیشتر با دانشکده و رشته‌های پزشکی، می‌تواند مثر ثمر باشد.

دانشگاه‌های کشورهای غربی از چند دهه‌ی قبل اقدامات جدی برای جذب دانشجویان و بهبود قدرت رقابت پذیری خود انجام داده اند اما دانشگاه‌های کشورمان به دو دلیل به این امر توجهی نداشتند. اول اینکه تقاضا برای پذیرش دانشجویان در دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی در ایران بیشتر از ظرفیت موجود بود و مازاد تقاضا وجود داشت. دوم اینکه بودجه‌ی دانشگاه‌های کشورمان بویژه دانشگاه‌های ملی عمدتاً توسط دولت تأمین می‌شد در نتیجه دانشگاه‌ها نیازی نداشتند که برای جذب دانشجویان یا تأمین بودجه‌ی مورد نیازشان اقدامی به عمل آورند. اما در یکی دو سال اخیر به علت افزایش ظرفیت برخی دانشگاه‌ها و کاهش تقاضا برای آموزش عالی، بعضی از دانشگاه‌ها در برخی رشته‌ها برای جذب دانشجویان و تکمیل ظرفیت دچار مشکل شده اند. حتی بعضی از دانشگاه‌های دولتی هم جهت تکمیل ظرفیت پردیس در برخی رشته‌ها با این مشکلات مواجه هستند و با کاهش تقاضا در چند سال آینده، این مشکلات بسیار جدی خواهد شد.

دانشگاه‌های پیشرو در زمینه‌ی جذب دانشجوی خارجی سعی می‌کنند با بررسی‌های عمیق و گسترده به وضعیت موجود دانشجویان خارجی پی ببرند و با برطرف نمودن کاستی‌ها زمینه را برای پذیرش بیشتر و نیز بالا بردن رضایتمندی آن‌ها فراهم نمایند؛ اما در کشور ما علیرغم اینکه آمار و ارقام حاکی از سهم ناچیز ایران برای پذیرش دانشجویان خارجی (ذاکر صالحی و صالحی نجف‌آبادی، ۱۳۹۱؛ فتحی‌واجارگاه و همکاران، ۱۳۹۰؛ بزرگمهری، ۱۳۸۵) در میان کشورهای جهان و منطقه می‌باشد، این مسئله کمتر مورد بررسی قرار گرفته است؛ حتی تحقیقات اندکی هم که صورت گرفته به همه جنبه‌های مساله و علل پایین بودن جذب دانشگاه‌ها در واحدهای دانشگاهی ایران پرداخته باشد.

جهت بقا در این بازار رقابتی، دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی باید نیازها و خواسته‌های مشتریان خود یعنی دانشجویان را درک کنند. دانشگاه‌ها باید بدانند که دانشجویان در فرایند انتخاب دانشگاه چه معیارهایی را مد نظر قرار می‌دهند و برای چه نوع خدمات اهمیت و ارزش بیشتری قائل می‌شوند. سپس برای ارضای نیازهای دانشجویان و ایجاد ارزش برای خدماتی که به آن‌ها ارائه می‌کنند از برنامه‌ی بازاریابی مناسب استفاده کنند تا بتوانند تقاضا برای خدماتشان را افزایش دهند (بریز، ۲۰۰۶). دانشگاه‌ها با توجه به نیازها و توقعات دانشجویان بین‌المللی شرایط مساعدی را فراهم سازند تا بتوانند جذابیت خود را برای آن‌ها به نمایش بگذارند. علاوه بر مسئولیت دانشگاه‌ها وضعیت عمومی کشورها و سیاست‌های کلان آن‌ها نیز بسیار مؤثر بوده و گاه شرایط دانشگاه‌ها را تحت‌الشعاع قرار می‌دهند؛ بنابراین، متغیرهای بسیاری وجود دارد که بین‌المللی شدن را تسریع نموده و جذب دانشجویان بیشتری را نیز موجب می‌شود از جمله پذیرش کثرت‌گرایی فرهنگی در محیط‌های دانشگاهی و توجه کافی به تجربه بین فرهنگی و توسعه مرادوات بین‌المللی می‌باشد.

نتایج تحقیق لوا و اسکریت (۲۰۱۱) نشان می‌دهد که کنفرانس‌های بین‌المللی از طریق فعالیت‌هایی برای ایجاد فرهنگ مشارکتی و حمایت از تحقیقات اجرا و ارائه شده در کنفرانس، فرایند دانش‌آفرینی را تسهیل می‌کنند، و از طریق فرایند دانش‌آفرینی است که موسسه آموزشی می‌تواند خود را در بازار رقابتی بین‌المللی مطرح نماید، لذا برگزاری کنفرانس‌های بین‌المللی و توجه بیشتر به مبادلات علمی و فرهنگ مشارکتی با دانشگاه‌های منطقه منجر به اشتهارت دانشگاه در سطح منطقه‌ای می‌گردد و این مساله به نوع خود بر تمایل دانشجویان خارجی جهت انتخاب دانشگاه تاثیرگذار است. در رابطه با جذب دانشجو راهکارهایی از قبیل، تهیه بروشور از امکانات آموزشی و تحقیقی دانشکده، امکان بازدید از دانشکده یا پردیس برای دانشجویان متقاضی خارجی، برگزاری مسابقات منطقه‌ای و بین‌المللی، اعلام فراهم نمودن امکان بورس تحصیلی و یا فرصت مطالعاتی داخل و خارج از کشور برای دانشجویان ممتاز، افزایش کمک هزینه انجام پژوهش‌ها و تحقیقات کاربردی، کمک مالی و تسهیلات به ارایه مطالعات و تحقیقات دانشجویان در مجامع بین‌المللی، و ارائه مشاوره به دانش‌آموزان قبل از انتخاب رشته برای آشنایی بیشتر با دانشکده و رشته‌های پزشکی، می‌تواند مثر ثمر باشد.

دانشگاه‌های کشورهای غربی از چند دهه‌ی قبل اقدامات جدی برای جذب دانشجو و بهبود قدرت رقابت پذیری خود انجام داده اند اما دانشگاه‌های کشورمان به دو دلیل به این امر توجهی نداشتند. اول اینکه تقاضا برای پذیرش دانشجو در دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی در ایران بیشتر از ظرفیت موجود بود و مازاد تقاضا وجود داشت. دوم اینکه بودجه‌ی دانشگاه‌های کشورمان بویژه دانشگاه‌های ملی عمدتاً توسط دولت تأمین می‌شد در نتیجه دانشگاه‌ها نیازی نداشتند که برای جذب دانشجو یا تأمین بودجه‌ی مورد نیازشان اقدامی به عمل آورند. اما در یکی دو سال اخیر به علت افزایش ظرفیت برخی دانشگاه‌ها و کاهش تقاضا برای آموزش عالی، بعضی از دانشگاه‌ها در برخی رشته‌ها برای جذب دانشجو و تکمیل ظرفیت دچار مشکل شده اند. حتی بعضی از دانشگاه‌های دولتی هم جهت تکمیل ظرفیت پردیس در برخی رشته‌ها با این مشکلات مواجه هستند و با کاهش تقاضا در چند سال آینده، این مشکلات بسیار جدی خواهد شد.

دانشگاه‌های پیشرو در زمینه‌ی جذب دانشجوی خارجی سعی می‌کنند با بررسی‌های عمیق و گسترده به وضعیت موجود دانشجویان خارجی پی ببرند و با برطرف نمودن کاستی‌ها زمینه را برای پذیرش بیشتر و نیز بالا بردن رضایتمندی آن‌ها فراهم نمایند؛ اما در کشور ما علیرغم اینکه آمار و ارقام حاکی از سهم ناچیز ایران برای پذیرش دانشجویان خارجی (ذاکر صالحی و صالحی نجف‌آبادی، ۱۳۹۱؛ فتحی‌واجارگاه و همکاران، ۱۳۹۰؛ بزرگمهری، ۱۳۸۵) در میان کشورهای جهان و منطقه می‌باشد، این مسئله کمتر مورد بررسی قرار گرفته است؛ حتی تحقیقات اندکی هم که صورت گرفته به همه جنبه‌های مساله و علل پایین بودن جذب دانشگاه‌ها در واحدهای دانشگاهی ایران پرداخته باشد.

جهت بقا در این بازار رقابتی، دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی باید نیازها و خواسته‌های مشتریان خود یعنی دانشجویان را درک کنند. دانشگاه‌ها باید بدانند که دانشجویان در فرایند انتخاب دانشگاه چه معیارهایی را مد نظر قرار می‌دهند و برای چه نوع خدمات اهمیت و ارزش بیشتری قائل می‌شوند. سپس برای ارضای نیازهای دانشجویان و ایجاد ارزش برای خدماتی که به آن‌ها ارائه می‌کنند از برنامه‌ی بازاریابی

مناسب استفاده کنند تا بتوانند تقاضا برای خدماتشان را افزایش دهند (بریجز، ۲۰۰۶) دانشگاه‌ها با توجه به نیازها و توقعات دانشجویان بین‌المللی شرایط مساعدی را فراهم سازند تا بتوانند جذابیت خود را برای آن‌ها به نمایش بگذارند. علاوه بر مسئولیت دانشگاه‌ها وضعیت عمومی کشورها و سیاست‌های کلان آن‌ها نیز بسیار مؤثر بوده و گاه شرایط دانشگاه‌ها را تحت‌الشعاع قرار می‌دهند؛ بنابراین، متغیرهای بسیاری وجود دارد که بین‌المللی شدن را تسریع نموده و جذب دانشجویان بیشتری را نیز موجب می‌شود از جمله پذیرش کثرت‌گرایی فرهنگی در محیط‌های دانشگاهی و توجه کافی به تجربه بین فرهنگی و توسعه مراودات بین‌المللی می‌باشد

نتایج تحقیق لوا و اسکریت (۲۰۱۱) نشان می‌دهد که کنفرانس‌های بین‌المللی از طریق فعالیت‌هایی برای ایجاد فرهنگ مشارکتی و حمایت از تحقیقات اجرا و ارائه شده در کنفرانس، فرایند دانش‌آفرینی را تسهیل می‌کنند، و از طریق فرایند دانش‌آفرینی است که موسسه آموزشی می‌تواند خود را در بازار رقابتی بین‌المللی مطرح نماید، لذا برگزاری کنفرانس‌های بین‌المللی و توجه بیشتر به مبادلات علمی و فرهنگ مشارکتی با دانشگاه‌های منطقه منجر به اشتها دانشگاه در سطح منطقه‌ای می‌گردد و این مساله به نوع خود بر تمایل دانشجویان خارجی جهت انتخاب دانشگاه تاثیرگذار است. در رابطه با جذب دانشجو راهکارهایی از قبیل، تهیه بروشور از امکانات آموزشی و تحقیقی دانشکده، امکان بازدید از دانشکده یا پردیس برای دانشجویان متقاضی خارجی، برگزاری مسابقات منطقه‌ای و بین‌المللی، اعلام فراهم نمودن امکان بورس تحصیلی و یا فرصت مطالعاتی داخل و خارج از کشور برای دانشجویان ممتاز، افزایش کمک هزینه انجام پژوهش‌ها و تحقیقات کاربردی، کمک مالی و تسهیلات به ارایه مطالعات و تحقیقات دانشجویان در مجامع بین‌المللی، و ارائه مشاوره به دانش‌آموزان قبل از انتخاب رشته برای آشنایی بیشتر با دانشکده و رشته‌های پزشکی، می‌تواند مثر ثمر باشد.

دانشگاه‌های کشورهای غربی از چند دهه‌ی قبل اقدامات جدی برای جذب دانشجو و بهبود قدرت رقابت پذیری خود انجام داده اند اما دانشگاه‌های کشورمان به دو دلیل به این امر توجهی نداشتند. اول اینکه تقاضا برای پذیرش دانشجو در دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی در ایران بیشتر از ظرفیت موجود بود و مازاد تقاضا وجود داشت. دوم اینکه بودجه‌ی دانشگاه‌های کشورمان بویژه دانشگاه‌های ملی عمدتاً توسط دولت تأمین می‌شد در نتیجه دانشگاه‌ها نیازی نداشتند که برای جذب دانشجو یا تأمین بودجه‌ی مورد نیازشان اقدامی به عمل آورند. اما در یکی دو سال اخیر به علت افزایش ظرفیت برخی دانشگاه‌ها و کاهش تقاضا برای آموزش عالی، بعضی از دانشگاه‌ها در برخی رشته‌ها برای جذب دانشجو و تکمیل ظرفیت دچار مشکل شده اند. حتی بعضی از دانشگاه‌های دولتی هم جهت تکمیل ظرفیت پردیس در برخی رشته‌ها با این مشکلات مواجه هستند و با کاهش تقاضا در چند سال آینده، این مشکلات بسیار جدی خواهد شد.

دانشگاه‌های پیشرو در زمینه‌ی جذب دانشجوی خارجی سعی می‌کنند با بررسی‌های عمیق و گسترده به وضعیت موجود دانشجویان خارجی پی ببرند و با برطرف نمودن کاستی‌ها زمینه را برای پذیرش بیشتر و نیز بالا بردن رضایتمندی آن‌ها فراهم نمایند؛ اما در کشور ما علیرغم اینکه آمار و ارقام حاکی از سهم ناچیز ایران برای پذیرش دانشجویان خارجی (ذاکر صالحی و صالحی نجف‌آبادی، ۱۳۹۱؛ فتحی‌واجارگاه و همکاران، ۱۳۹۰؛ بزرگمهری، ۱۳۸۵) در میان کشورهای جهان و منطقه می‌باشد، این مسئله کمتر مورد بررسی قرار گرفته است؛ حتی تحقیقات اندکی هم که صورت گرفته به همه جنبه‌های مساله و علل پایین بودن جذب دانشگاه‌ها در واحدهای دانشگاهی ایران پرداخته باشد.

جهت بقا در این بازار رقابتی، دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی باید نیازها و خواسته‌های مشتریان خود یعنی دانشجویان را درک کنند. دانشگاه‌ها باید بدانند که دانشجویان در فرایند انتخاب دانشگاه چه معیارهایی را مد نظر قرار می‌دهند و برای چه نوع خدمات اهمیت و ارزش بیشتری قائل می‌شوند. سپس برای ارضای نیازهای دانشجویان و ایجاد ارزش برای خدماتی که به آن‌ها ارائه می‌کنند از برنامه‌ی بازاریابی مناسب استفاده کنند تا بتوانند تقاضا برای خدماتشان را افزایش دهند (بریجز، ۲۰۰۶) دانشگاه‌ها با توجه به نیازها و توقعات دانشجویان بین‌المللی شرایط مساعدی را فراهم سازند تا بتوانند جذابیت خود را برای آن‌ها به نمایش بگذارند. علاوه بر مسئولیت دانشگاه‌ها وضعیت عمومی کشورها و سیاست‌های کلان آن‌ها نیز بسیار مؤثر بوده و گاه شرایط دانشگاه‌ها را تحت‌الشعاع قرار می‌دهند؛ بنابراین، متغیرهای

بسیاری وجود دارد که بین‌المللی شدن را تسریع نموده و جذب دانشجویان بیشتری را نیز موجب می‌شود از جمله پذیرش کثرت‌گرایی فرهنگی در محیط‌های دانشگاهی و توجه کافی به تجربه بین فرهنگی و توسعه مراودات بین‌المللی می‌باشد

نتایج تحقیق لوا و اسکریت (۲۰۱۱) نشان می‌دهد که کنفرانس‌های بین‌المللی از طریق فعالیت‌هایی برای ایجاد فرهنگ مشارکتی و حمایت از تحقیقات اجرا و ارائه شده در کنفرانس، فرایند دانش‌آفرینی را تسهیل می‌کنند، و از طریق فرایند دانش‌آفرینی است که موسسه آموزشی می‌تواند خود را در بازار رقابتی بین‌المللی مطرح نماید، لذا برگزاری کنفرانس‌های بین‌المللی و توجه بیشتر به مبادلات علمی و فرهنگ مشارکتی با دانشگاه‌های منطقه منجر به اشتها در دانشگاه در سطح منطقه‌ای می‌گردد و این مساله به نوع خود بر تمایل دانشجویان خارجی جهت انتخاب دانشگاه تاثیر گذار است. در رابطه با جذب دانشجو راهکارهایی از قبیل، تهیه بروشور از امکانات آموزشی و تحقیقی دانشکده، امکان بازدید از دانشکده یا پردیس برای دانشجویان متقاضی خارجی، برگزاری مسابقات منطقه‌ای و بین‌المللی، اعلام فراهم نمودن امکان بورس تحصیلی و یا فرصت مطالعاتی داخل و خارج از کشور برای دانشجویان ممتاز، افزایش کمک هزینه انجام پژوهش‌ها و تحقیقات کاربردی، کمک مالی و تسهیلات به ارایه مطالعات و تحقیقات دانشجویان در مجامع بین‌المللی، و ارائه مشاوره به دانش‌آموزان قبل از انتخاب رشته برای آشنایی بیشتر با دانشکده و رشته‌های پزشکی، می‌تواند مثر ثمر باشد.

Keywords:

بین‌المللی شدن دانشگاه، پردیس خودگردان، جذب دانشجو علوم پزشکی

کد: ۱۲۵۹

حیطه: مدیریت و رهبری آموزشی

بررسی نحوه یادگیری و یاددهی دستیاران گروه‌های بالینی مرکز آموزشی و درمانی امام رضا در رابطه با نحوه آموزش مهارت‌های علمی و عملی

نویسندگان: فاطمه علی پور یگانه

Introduction

به منظور ارتقای کیفیت آموزش و برای نیل به آموزش بالینی کارآمد بررسی وضع موجود آموزش به روش ارزشیابی ضرورت دارد، تا با مشخص شدن نقاط قوت و ضعف تصمیم‌های لازم برای رفع نواقص اتخاذ گردد. از آنجا که یکی از راه‌های مهم، شناسایی کیفیت آموزش بررسی نگرش آموزش‌گیرندگان میباشد لذا به بررسی نحوه یادگیری و یاددهی دستیاران گروه‌های بالینی مرکز آموزشی و درمانی امام رضا در رابطه با آموزش مهارت‌های علمی و عملی پرداختیم.

Objectives:

آموزش بالینی فرآیندی است که در آن دانشجویان با حضور بیمار و بصورت تدریجی تجربیاتی کسب نموده و ذهن خود را با استفاده از تجربیات و استدلال‌های منطقی کسب شده برای حل مشکلات بیمار آماده می‌سازند. برای نیل به آموزش بالینی کارآمد لازم است وضعیت موجود تدریس اساتید به صورت مستمر ارزیابی گردد

ارزشیابی یکی از جنبه‌های مهم در فرآیند فعالیتهای آموزشی است و این امکان را فراهم می‌سازد تا بر اساس نتایج آن، نقاط قوت و ضعف فرآیند آموزش مشخص شود

و با تقویت جنبه‌های مثبت و رفع نارسائی‌ها در ایجاد تحول و اصلاح گردش کار گام‌های مناسبی برداشته شود. استفاده از نظر فراگیران جهت ارزشیابی آموزش اساتید یکی از روشهای معمول و شناخته شده است البته علیرغم کاربرد آن، شواهد و مطالعات انجام شده در این زمینه نشان می‌دهد که اظهار نظر فراگیران درباره فعالیت معلمان ممکن است متأثر از عواملی باشند که با موضوع ارزشیابی ارتباط چندانی نداشته باشد. لذا می‌توان گفت که نتایج متغیر حاصل از تحقیقات متعدد می‌تواند ناشی از عوامل جانبی تأثیرگذار در ارزشیابی باشد. فایده اصلی اعتباربخشی یا تصدیق‌کنندگی عبارت است از کمک به افراد تازه کار برای قضاوتی آگاهانه درباره کیفیت مؤسسات و واجد شرایط بودن افراد دست‌اندرکار تعلیم و ارزشیابی آموزشی در رشته‌های مختلف علمی به ویژه علوم پزشکی از حساسیت ویژه و اهمیت بالایی برخوردار است. رشته پزشکی یکی از رشته‌های مهم علوم پزشکی توأم با مهارت عملی فراوان است. کیفیت آموزش بالینی در پیشرفت وضعیت سلامت جامعه اثر مستقیم خواهد داشت.

اعضای هیئت علمی بالینی از ارکان مهم آموزش محسوب می‌شوند و در امر آموزش نه تنها تدریس مدرس بلکه کلیه رفتارهای او در جلب نظر دانشجویان مؤثر است

Study Design

با روایی و محتوایی وضرب پایایی (آلفای کرونباخ ۰.۴۵ و $p=0.15$)

این پژوهش یک مطالعه مقطعی و بصورت سرشماری انجام گرفته است. کلیه دستیاران ده گروه آموزش تخصصی (داخلی، رادیولوژی، بیماری مغز و اعصاب، جراحی مغز و اعصاب، ارتوپدی، گوش و حلق و بینی و ارولوژی و طب اورژانس و جراحی و عفونی) با استفاده از پرسشنامه خودایفا، با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ مورد ارزیابی قرار گرفته بود،

در مورد نحوه تدریس اساتید بالینی مورد نظرسنجی قرار گرفتند.

پرسشنامه مربوطه با ۱۵ سؤال چند گزینه‌ای لیکرت در رابطه با کیفیت آموزشی در قالب ۶ حیطة (نظم، روش تدریس، ارزشیابی، اخلاق، مهارت عملی و روش تدریس عملی) نسبت به مناسبت گزینه‌ها تنظیم گردید و در اختیار کلیه دستیاران گروه‌های مختلف به تعداد ۸۵ نفر قرار داده شد و در مورد شیوه پر کردن آن اطلاعات لازم در اختیار آنان قرار گرفت، از مجموع ۷۶ دستیار، ۴۳۱ پرسشنامه در رابطه با اعضای هیئت علمی ده گروه آموزشی جمع‌آوری شد بدین ترتیب که از دستیاران هر گروه نسبت به نحوه آموزش همان گروه نظرسنجی گردید. پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، اطلاعات از طریق تجزیه و تحلیل گردید و با استفاده از SPSS نرم افزار ۱۱ و ضریب همبستگی اسپیرمن به t -test آزمون‌های آماری ترتیب اختلاف میانگین‌ها و روابط بین متغیرهای مختلف در پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفت.

برای سهولت بررسی از آنجا که کلیه متغیرها و عوامل مطرح شده در سؤالات پرسشنامه کیفی بودند و به صورت

گزینه های چندجوابی سنجیده شدند. به هر یک از گزینهها بر اساس نظر پاسخگویان نمره ای داده شد که با توجه به مقیاس های موجود، نمرات از ۱ (ضعیف) تا ۵ (عالی) انتخاب شدند و جهت آسانی بررسی و مقایسه، نمرات ۱ضعیف ۲متوسط ۳خوب ۴خوب خیلی عالی ۵در نظر گرفته شد.

Study Setting

این مطالعه به روش توصیفی است و ابزار جمع آوری اطلاعات، پرسشنامه خود ایفا مشتمل بر پانزده سؤال در زمینه های مختلف آموزشی بود که روایی و پایایی آن با استفاده از روشهای معمول تعیین گردید و در اختیار کلیه دستیاران گروههای آموزشی مرکز آموزشی و درمانی امام رضا قرار گرفت و پس از جمع آوری دادهها، نتایج با استفاده از روشهای توصیفی ارائه شدند.

Participan

پرسشنامه مربوطه با ۱۵ سؤال چند گزینه ای لیکرت در رابطه با کیفیت آموزشی در قالب ۶ حیطة (نظم، روش تدریس، ارزشیابی، اخلاق، مهارت عملی و روش تدریس عملی) نسبت به مناسبت گزینه ها تنظیم گردید و در اختیار کلیه دستیاران گروههای مختلف به تعداد ۸۵ نفر قرار داده شد و در مورد شیوه پر کردن آن اطلاعات لازم در اختیار آنان قرار گرفت، از مجموع ۷۶ دستیار، ۴۳۱ پرسشنامه در رابطه با اعضای هیئت علمی ده گروه آموزشی جمع آوری شد بدین ترتیب که از دستیاران هر گروه نسبت به نحوه آموزش همان گروه نظرسنجی گردید. پس از جمع آوری پرسشنامه ها، اطلاعات از طریق تجزیه و تحلیل گردید و با استفاده از SPSS نرم افزار ۱۱ و ضریب همبستگی اسپیرمن به t -test آزمون های آماری ترتیب اختلاف میانگین ها و روابط بین متغیرهای مختلف در پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفت.

Sample Size

برای سهولت بررسی از آنجا که کلیه متغیرها و عوامل مطرح شده در سؤالات پرسشنامه کیفی بودند و به صورت گزینه های چندجوابی سنجیده شدند. به هر یک از گزینهها بر اساس نظر پاسخگویان نمره ای داده شد که با توجه به مقیاس های موجود، نمرات از ۱ (ضعیف) تا ۵ (عالی) انتخاب شدند و جهت آسانی بررسی و مقایسه، نمرات ۱ضعیف ۲متوسط ۳خوب ۴خوب خیلی خوب ۵در نظر گرفته شد.

Data Gathering Tool

پرسشنامه مربوطه با ۱۵ سؤال چند گزینه ای لیکرت در رابطه با کیفیت آموزشی در قالب ۶ حیطة (نظم، روش تدریس، ارزشیابی، اخلاق، مهارت عملی و روش تدریس عملی) نسبت به مناسبت گزینه ها تنظیم گردید و در اختیار کلیه دستیاران گروههای مختلف به تعداد ۸۵ نفر قرار داده شد و در مورد شیوه پر کردن آن اطلاعات لازم در اختیار آنان قرار گرفت، از مجموع ۷۶ دستیار، ۴۳۱ پرسشنامه در رابطه با اعضای هیئت علمی ده گروه آموزشی جمع آوری شد بدین ترتیب که از دستیاران هر گروه نسبت به نحوه آموزش همان گروه نظرسنجی گردید. پس از جمع آوری پرسشنامه ها، اطلاعات از طریق تجزیه و تحلیل گردید و با استفاده از SPSS نرم افزار ۱۱ و ضریب همبستگی اسپیرمن به t -test آزمون های آماری ترتیب اختلاف میانگین ها و روابط بین متغیرهای مختلف در پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفت

:Data Analysis

با روایی و محتوایی وضریب پایایی (آلفای کرونباخ ۰.۴۵٪ و $p=0.15$)

این پژوهش یک مطالعه مقطعی و بصورت سرشماری انجام گرفته است. کلیه دستیاران ده گروه آموزش تخصصی (داخلی، رادیولوژی، بیماری مغز و اعصاب، جراحی مغز و اعصاب، ارتوپدی، گوش و حلق و بینی و ارولوژی و طب اورژانس و جراحی و عفونی) با استفاده از پرسشنامه خودایفا، با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ مورد ارزیابی قرار گرفته بود، در مورد نحوه تدریس اساتید بالینی مورد نظرسنجی قرار گرفتند.

:Results

در مجموع ۴۳۱ پرسشنامه جمع آوری شده از ۸۷ دستیار رشته‌های مختلف آموزش بالینی مور تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. از این تعداد، بیشترین پرسشنامه مربوط به گروه داخلی با ۱۴ دستیار و کمترین پرسشنامه مربوط به گروههای آموزشی پوست و پاتولوژی با ۴ دستیار بود (جدول شماره ۱)

جدول شماره ۱ فراوانی دستیاران و پرسشنامه های تکمیل شده به تفکیک هر گروه آموزشی

ردیف	گروه آموزشی	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
۱	داخلی	۱۴ (۱۶/۱)	۷۵ (۱۷/۴)
۲	گوش و حلق و بینی	۸ (۹/۱)	۶۱ (۱۴/۲)
۳	جراحی مغز	۷ (۸/۱)	۲۰ (۴/۶)
۴	رادیولوژی	۸ (۹/۱)	۴۴ (۱۰/۲)
۵	جراحی عمومی	۱۲ (۱۳/۸)	۷۳ (۱۶/۹)
۶	طب اورژانس	۴ (۴/۶)	۲۱ (۴/۹)
۷	مغز و اعصاب	۹ (۱۰/۳)	۲۳ (۱۰/۴)
۸	ارتوپدی	۹ (۱۰/۳)	۴۹ (۱۱/۴)
۹	جراحی مغز	۴۴ (۶/۹)	۱۶ (۳/۷)
۱۰	عفونی	۴ (۴/۶)	۹ (۴/۴)

مهارت عملی اساتید در ۳۰۶ پرسشنامه (۷۱٪) در حد عالی، در ۸۳ پرسشنامه (۱۹/۳٪) خوب، در ۲۵ پرسشنامه متوسط (۸/۵٪) و در ۱۱ پرسشنامه (۱۹/۶٪) ضعیف ارزیابی شده بود.

حیطه روش تدریس اساتید در پرسشنامه ۱۵۷ (۳۶/۴٪) در حد عالی در ۱۴۴ پرسشنامه (۳۳/۴٪) متوسط در ۹۹ پرسشنامه (۲۳٪) خوب و در ۳۳ پرسشنامه (۷/۲٪) ضعیف ارزیابی شده بود

نظم دستیاران گروههای آموزشی را در ۲۳۱ پرسشنامه (۵۳/۶٪) در حد عالی در ۱۱۷ پرسشنامه خوب (۲۷/۱٪)، در ۷۰ پرسشنامه (۲٪) (۱۶/۱۶٪)، متوسط و در ۱۳ پرسشنامه (۳٪) ضعیف ارزیابی کرده بودند. حیطه ارزشیابی گروههای بالینی در ۲۷۷ پرسشنامه (۶۴/۳٪) در حد عالی در ۱۲ پرسشنامه (۲/۸) در حد ضعیف و در بقیه پرسشنامه ها خوب و حیطه اخلاق در ۲۴۹ پرسشنامه (۵۷/۸٪) عالی در ۲۱ پرسشنامه (۲۸/۵٪) در حد خوب و در ۴۷ پرسشنامه (۱۰/۹٪) متوسط و در ۱۴ پرسشنامه (۳/۲٪) ضعیف ارزیابی شده است.

و بطور کلی دستیاران در ۱۸۹ پرسشنامه (۴۳/۹٪)، آموزش گروههای بالینی را در حد عالی و ۱۴۶ پرسشنامه (۳۳/۹٪) در حد خوب و ۸۱ پرسشنامه (۱۸/۸٪) در حد متوسط و ۱۵ پرسشنامه (۳/۵٪) در حد ضعیف ارزیابی کرده بودند.

این پژوهش بیشترین نمره داده شده از طرف دستیاران به مهارت عملی اساتید 0.71 ± 0.04 و کمترین نمره به روش تدریس 0.71 ± 0.04 (۳/۵۸) اختصاص داده شد

و در این رابطه دستیاران زن و مرد هر دو اتفاق نظر داشته و آموزش بالینی گروههای مختلف را تقریباً نزدیک به هم ارزیابی نمودند و اختلاف آماری معنی داری در هیچ یک از حیطهها مورد بررسی بین نگرش دستیاران زن و مرد مشاهده نشد.

همه موارد همبستگی بین حیطه های آموزشی مختلف مثبت و بین ۱۶ تا ۸۲ / متغیر بود. کمترین همبستگی بین حیطه های نظم و اخلاق، ارزشیابی و مهارت های علمی و نظم و روش تدریس علمی و بیشترین همبستگی بین روش تدریس و روش تدریس علمی مشاهده شد

Conclusion

هیئت علمی به عنوان عاملی اثرگذار، یکی از ارکان اصلی نظام آموزش محسوب میشود. ارزشیابی اعضای هیئت علمی به شیوه های گوناگون قابل انجام است و یکی از شیوه های مورد قبول اکثر صاحب نظران نظرخواهی از دانشجویان می باشد

در مطالعه حاضر که به استناد نگرش دستیاران ده رشته تخصصی پزشکی انجام شد، در بین حیطه هایی که مورد بررسی قرار گرفتند، بالاترین نمرات به مهارت عملی و اخلاق و کمترین به روش تدریس (تئوری و عملی) داده شد. علیرغم آن که از دیدگاه دستیاران مهارت عملی اساتید در حد بالایی است، ولی روش تدریس آموزش بالینی در پایین ترین رده می باشد. از بین گزینه های موجود در حیطه روش تدریس گزینه استفاده از روشهای مختلف تدریس (کار گروهی، روش حل مسئله و ...) کمترین نمره را به خود اختصاص داد. در بحث های مختلفی که در این زمینه صورت گرفته است ضرورت گرفته است گسترش مراکز توسعه آموزش آموزش روشهای تدریس به استادان، پژوهش در شیوه های آموزش پزشکی از جمله برنامه ریزی، روشهای تدریس و ارزیابی و در نهایت ارزیابی همه این اقدامات همواره مورد توجه و تأکید صاحب نظران بوده است. بعد از گزینه فوق گزینه های استفاده از مشارکت فعال و ایجاد انگیزه در یادگیرندگان، استفاده از منابع علمی جدید و رفع مشکلات آموزشی یادگیرنده در رده دوم نمرات پایین حیطه روش تدریس قرار دارند که در مطالعات دیگر نیز به مسائل مشابهی از جمله عدم مشارکت فعال دانشجویان در یادگیری اشاره شده است.

Keywords

یادگیری، یاددهی، مهارتهای علمی و عملی

کد: ۱۳۰۶

حیطه: مدیریت و رهبری آموزشی

تحول در آموزش علوم پزشکی ایران : توصیه های خبرگان

نویسندگان: شیما طباطبایی، سید امیر محسن ضیایی، ناصر سیم فروش

Introduction

تحول و ارتقای آموزش علوم پزشکی، به دلیل نقش کلیدی دانش آموختگان این رشته هادر نظام سلامت و نظام آموزش عالی، همواره یکی از دغدغه های اصلی سیاست گزاران آموزش پزشکی است.. از آنجایی که انجام مطالعه جامع و در سطح ملی در راستای بررسی چالشهای عملکردی و راهکارهای تحول نوآورانه نظام آموزش پزشکی ضروری بود و همچنین با توجه اهمیت ارائه راهکار برای رفع چالش های موجود توسط خبرگان و تصمیم گیران اصلی نظام آموزش عالی کشور، این پژوهش کیفی با هدف ارائه راهکارها و توصیه های کلیدی خبرگان در جهت تحول و نوآوری در آموزش علوم پزشکی با بهره مندی از دانش خبرگان آموزش عالی پزشکی کشور، به انجام رسید.

Objectives

این پژوهش با هدف بهره مندی از نظر خبرگان در تعیین چالش های کنونی نظام آموزش علوم پزشکی کشور و ارائه راهکارهای تحول و ارتقای آموزش علوم پزشکی ایران مرتبط با هر چالش برای پاسخگویی به سؤال پژوهشی ذیل صورت پذیرفت. جهت ارتقاء و تحول آموزش پزشکی تخصصی و فوق تخصصی چه راهکارهای نوآورانه ای در یک برنامه ملی برای حرکت به سوی آینده مطلوب پیشنهاد می گردد؟ این پژوهش در نهایت توصیه های کلیدی خبرگان برای تحول و نوآوری در آموزش علوم پزشکی را ارائه خواهد نمود.

Study Design

پژوهش حاضر، مطالعه ای کاربردی- کیفی است که به صورت مقطعی در اردیبهشت سال ۱۳۹۴ انجام گرفت. بدین منظور یک جلسه پانل خبرگان به مدت ۱۲۰ دقیقه به صورت هدفمند حول محور چالش های آموزش پزشکی و ارائه راهکارهای عملی برای تحول و ارتقای آن، در بالاترین سطوح تصمیم گیری نظام آموزش عالی پزشکی کشور، برگزار شد.

Study Setting

این پژوهش کیفی به منظور دستیابی به دیدگاه جمعی (Round view) صاحب نظران و اطلاعات غنی و دانش ضمنی خبرگان تصمیم ساز آموزش عالی پزشکی در مورد چالشهای اجرایی و راهکارهای عملی تحول و ارتقای آموزش پزشکی در آینده کشور است.

Participan

جامعه خبرگان مطالعه متشکل است از تصمیم گیران نظام آموزش پزشکی کشور که موضوع پژوهش از دغدغه های اصلی آنان بود. این خبرگان دارای سوابق اجرایی در بالاترین سطح مدیریتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و برنامه ریزی راهبردی در آموزش پزشکی کشور بوده و یا سابقه مدیریت گروه های علوم پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را داشته اند..

Sample Size

نظور دستیابی به نقطه نظرات خبرگان از روش نمونه گیری هدفمند (Purposive sampling) که در پژوهش های کیفی کاربرد بیشتری دارد؛ برای انتخاب مطلعین کلیدی Key informants استفاده شده است. بدین منظور بر حسب جایگاه سازمانی و تاثیر گذاری

در فرایند اجرای پانل خبرگان ؛ ۷ نفر از خبرگان و تصمیم‌گیران اصلی آموزش عالی پزشکی کشور که هم از نظر علمی و هم عملی در بحث و نقد و ارائه راهکار بهبود عملکرد تبحر دارند ، جهت شرکت در نشست خبرگان دعوت شدند

Data Gathering Tool

به منظور دستیابی به نقطه نظرات خبرگان از روش نمونه‌گیری هدفمند (Purposive sampling) که در پژوهش‌های کیفی کاربرد بیشتری دارد ؛ برای انتخاب مطلعین کلیدی (Key informants) استفاده شد . بدین منظور ، ۷ نفر از خبرگان و تصمیم‌گیران اصلی آموزش عالی پزشکی کشور جهت شرکت در نشست خبرگان دعوت شدند.

جلسه پانل طبق دستورالعملی اجرایی جلسه تهیه شده برگزار شد و خبرگان در بحث تمرکز به ارائه پیشنهادات و راهکارهای تحول و نوآوری در آموزش عالی پزشکی کشور پرداختند. در طول برگزاری جلسه و بلافاصله پس از اتمام آن ، پژوهشگر مشاهدات خود و نظرات خبرگان را ثبت نمود. لازم به توضیح است تمام بحث‌های خبرگان با استفاده از دو دستگاه ضبط الکترونیکی ضبط و پس از پایان جلسه و پس از دو بار گوش دادن به هر فایل ضبط شده ؛ محتوای جلسه به طور دقیق و کلمه به کلمه بر روی کاغذ پیاده سازی گردید.

Data Analysis

این پژوهش کیفی به روش تحلیل چارچوبی (Framework analysis) و تحلیل درون مایه (Thematic analysis) انجام شده است . تحلیل چارچوبی، روشی است مناسب در زمینه تحقیقات کاربردی با هدف کسب اطلاعات خاص و ارائه پیامدها یا توصیه‌ها (۱۵)، از سوی دیگر تحلیل درون مایه، روشی است برای شناسایی، تحلیل و بیان محتوای داده‌های متنی (۱۶) مورد استفاده قرار می‌گیرند. در این پژوهش ۵ مرحله تحلیل چارچوبی شامل آشناسازی ، شناخت چارچوب مفهومی ، کد گذاری، ترسیم جداول نهایی و نگاشت و تفسیر مفاهیم، صورت پذیرفت (۱۷و۱۸)

درون مایه و مفاهیم منتج از این پژوهش و سایر تحقیق‌های انجام شده با هم مقایسه و الگوها و روابط مورد نظر از یافته‌ها استنتاج و از نظر چهار معیار صحت (۱۹-۲۳) بررسی شد. برای مقبولیت (credibility) از روش‌های مختلفی مانند تخصیص زمان کافی برای جمع‌آوری داده‌ها، درگیری مداوم ذهنی (Prolong Engagement) با داده‌های پژوهش برای افزایش عمق تفاسیر وجود داشت. برای اطمینان از قابلیت ممیزی (auditability) (و برای اطمینان از دقت ، و پایایی تفاسیر) (consistency کدها با تبادل نظر مکرر بین پژوهشگران و بحث و تبادل نظر مورد بررسی مجدد قرار گرفت و تغییر داده شد. این فرایند چند بار تکرار شد و جداول نهایی از درون مایه‌ها و طبقات اصلی ترسیم شد، تا نظر پژوهشگران در مورد هر کدام از اجزای چارچوب موضوعی تأمین گردد. سپس تمام متون پیاده‌سازی شده از پانل خبرگان براساس چارچوب پیشنهادی مورد بازبینی قرار گرفت ، و بر اساس چارچوب مفهومی مناسب و مورد توافق چیدمان شد . با جلب توافق بالا میان درون مایه‌های به دست آمده ، تأیید پذیری یافته‌ها (confirmability) محقق شد

Results

چالش‌ها و راهکارهای تحول و ارتقای آموزش عالی پزشکی کشور در چارچوب وظایف تولیدی نظام آموزش علوم پزشکی و ۱۰ موضوع اصلی به همراه مفاهیم فرعی و راهکار پیشنهادی خبرگان تعریف گردید .

۱۰ دورن مایه اصلی شامل رسالت برنامه، کریکولوم ها، مدیریت سیستماتیک برنامه ها ، دستیاران ، اساتید ، ارزشیابی برنامه ها ، منابع و زیر ساختها ، گسترش برنامه ها ، توسعه حضور در عرصه های بین الملل ، مشارکت بین بخشی ؛ شناسایی شد در نهایت ۱۴ توصیه کلیدی خبرگان برای تحول آموزش پزشکی ارائه گردید.

Conclusion

در این مطالعه چالشهای عملکردی نظام آموزش پزشکی تخصصی و فوق تخصصی و راهکارهای ارتقای آن تعیین شد. یافته های این پژوهش نشان داد از نظر خبرگان شرکت کننده در پانل ، کارکردهای تولیدی نظام آموزش عالی پزشکی با چالش های فراوانی روبروست و این چالش ها ، موانعی را در دستیابی به اهداف غایی نظام آموزش عالی پاسخگو به وجود آورده است.

بر اساس یافته های پژوهش انجام شده ، ضرورت انجام اقدامات ذکر شده به عنوان راهکارهای علمی پیشنهادی پانل خبرگان در جهت ارتقای کیفیت و توسعه کمی هدفمند آموزش پزشکی تخصصی و فوق تخصصی کشور ؛ کاملا منطقی و ضروری به نظر می رسد:

۱. ترسیم اهداف کلان نظام آموزش عالی پزشکی پاسخگو، بر اساس اسناد بالادستی
۲. افزایش اقتدار مدیریت سیستماتیک عرصه آکادمیک
۳. اصلاح کریکولوم های آموزش علوم پزشکی
۴. اصلاح بنیادین در رویکرد و نظام پذیرش و ارزیابی دانشجویان و دستیاران در نظام آموزش عالی پاسخگو
۵. اصلاح نظام ارزشیابی در راستای ارتقای صلاحیت حرفه ای دانش آموختگان
۶. ارتقای اعضای هیئت علمی دوره های بالینی
۷. اصلاح و استقرار نظام ارزشیابی و اعتبار بخشی ملی آموزش عالی پزشکی
۸. شبکه سازی در نظام آموزش عالی پزشکی و توسعه بسترهای مجازی
۹. گسترش عدالت و تمرکز زادایی در توزیع جغرافیایی آموزش پزشکی
۱۰. اتخاذ رویکرد آینده نگر و هزینه اثر بخش در توسعه کمی آموزش
۱۱. توسعه حیطه های بین رشته ای جدید
۱۲. گسترش حضور در عرصه های بین المللی آموزش عالی پزشکی
۱۳. جذب دستیاران خارجی و تاسیس شعب بین الملل
۱۴. تعامل مستمر نظام آموزش عالی پزشکی و بخش های تحقیقاتی با هدف تولید شواهد علمی

Keywords

آموزش علوم پزشکی ، خبرگان ، برنامه های آموزشی ، ارتقای کیفیت ، تحول و نوآوری ، توسعه آموزش عالی پزشکی ، راهکار ها ، توصیه های کلیدی

کد: ۱۳۰۹

حیطه: مدیریت و رهبری آموزشی

تحلیل هزینه‌های موسسات آموزشی؛ گامی بسوی مدیریت اقتصادی و کارآمد در آموزش علوم پزشکی

نویسندگان: مهدی طیبی آراسته، بهروز پورآقا، ایرج افشار محمدی

Introduction

دانشگاهها و مراکز آموزش عالی از بخشهای مهم و اثرگذار در هر کشور محسوب می‌شوند که عملکرد آنها بر سایر بخشها تأثیر اساسی دارد لذا تداوم فعالیت مطلوب این بخش مستلزم ارائه خدمات مناسب آموزشی همراه با هزینه کمتر است.

عموماً از دانش حسابداری صنعتی که شاخه‌ای از حسابداری است برای شناخت، جمع‌آوری، پردازش و گزارشگری اطلاعات مربوط به عوامل بهای تمام شده، محاسبه بهای تمام شده محصولات و خدمات و همچنین ارائه روشهای تقبیل بهای تمام شده تولید از طریق تجزیه و تحلیل گزارشها استفاده می‌شود. از این ابزار می‌توان به عنوان بازوی مدیریت جهت برنامه‌ریزی، تصمیم‌گیری و کنترل عوامل بهای تمام شده استفاده نمود و با بررسی اطلاعات جمع‌آوری شده و ارائه آن به مدیران امکان کنترل عوامل بهای تمام شده تولید و مراکز مختلف هزینه را فراهم نمود.

هزینه‌یابی از آن جهت به عنوان بازوی توانمند مدیریت محسوب می‌شود که اطلاعات مؤثری در جهت انجام مذاکرات آگاهانه، شرکت در مناقصات، تخصیص ظرفیت‌های تولیدی به محصولات سودآور و راهبردی، سرمایه‌گذاری جدید برای توسعه ظرفیت‌های تولیدی در اختیار مدیران عالی قرار می‌دهد. یکی از الزامات اساسی سازمان‌ها و واحدهای پیشرو که توانسته‌اند به حیات خود ادامه داده و همواره در مسیر رشد و توسعه قرار گیرند و در رقابت‌های جهانی نقش فعال داشته باشند، سیستم هزینه‌یابی مؤثر و مناسبی بوده است. هدف اولیه از بکارگیری هر سیستم هزینه‌یابی، دستیابی به هزینه محصولات و خدماتی است که تولید و ارائه می‌شد تا از این طریق؛ کنترل و نظارت، ارزیابی و برنامه‌ریزی آینده‌نگرانه صورت گیرد. سیستم هزینه‌یابی باید در عمل، اقتصادی و مقرون به صرفه باشد و بتواند به تخصیص مبلغ هزینه‌ها به هر یک از محصولات و خدمات به گونه‌ای منجر شود که هزینه منابع لازم برای ساخت آن محصولات را به نحوی معقول انعکاس دهد.

در همین راستا ما اعتقاد داریم بدون تحلیل هزینه‌ها، هزینه‌یابی و محاسبه قیمت تمام شده خدمات آموزشی نمی‌توان در راستای تحقق بسته "آمایش سرزمینی، ماموریت‌گرایی، تمرکز زدایی و ارتقای توانمندی دانشگاهها" و انتظارات حاصل از آن به شرح ذیل گام برداشت:

- "استقرار کلان مناطق آمایشی با شرح وظایف و حیطه اختیارات شفاف"،
- "ترسیم ماموریت‌های روشن برای دانشگاههای علوم پزشکی"،
- "پیاده‌سازی برنامه‌های ارتقای توانمندی دانشگاهها در راستای تحقق ماموریت‌های محوله"،
- "چابک‌سازی ستاد از مجرای واسپاری وظایف ستادی به سازمان‌های محیطی مختلف"،

- "گسترش آموزش های آزاد حوزه پزشکی از طریق ارتقای توانمندی دانشگاهها"
- و همچنین ماموریت های ذیل این بسته تحت عنوان "طراحی و اجرایی سازی الگوهای واسپاری خدمات آموزش عالی علوم پزشکی به بخش غیردولتی"
- همچنین بر اساس خروجی مورد انتظار از بسته "حرکت به سوی دانشگاههای نسل سوم" مبنی بر "حداقل وابستگی دانشگاههای علوم پزشکی به بودجه های دولتی" و محورهای زیرشاخه این بسته تحت عنوان:
- "بازبینی و بازنگری ساختار و عملکرد دانشگاه های علوم پزشکی در گذار به دانشگاه های نسل سوم"،
- "کارآفرینی و خلق ثروت دانش بنیان در دانشگاه های علوم پزشکی در قالب نظام نوآوری"،
- "طراحی و توسعه سامانه محاسبه هزینه تمام شده تربیت نیروی انسانی در رشته - مقاطع مختلف آموزش عالی سلامت"،
- "طراحی و استقرار نظام تامین و تخصیص مالی پایدار، عدالت محور و غیر بودجه ای آموزش عالی سلامت مبتنی بر مطالعات هزینه اثربخشی، بازگشت سرمایه، و افزایش بهره وری"
- نمی توان حرکتی نمود مگر با شناخت بازار و هزینه های انجام یافته در قسمت های مختلف بدنه سازمان های آموزشی تحت سرپرستی دانشگاههای علوم پزشکی.

Objectives

اگرچه هزینه یابی و تحلیل هزینه ها فی نفسه بدلیل محدودیت دسترسی؛ به اطلاعات در بخش های مختلف اداری و مالی، نوع حسابداری واحدها، تنوع فعالیتها، عدم تشخیص مرکز هزینه و بسیاری از موارد دیگر کاری بسیار دشوار است لیکن ما در این مطالعه با کوچک نمودن نمونه خود سعی نمودیم گامی در راستای تحقق اهداف و انتظارات حاصل از بسته های تحول و نوآوری داشته باشیم تا سایر دانشگاههای علوم پزشکی علیرغم تفاوتهای موجود اداری، مالی و ساختاری بتوانند با توجه به روش های استفاده شده از این شیوه برای مواجهه با بازار و مدیریت و سازماندهی هزینه های خود استفاده نمایند.

Study Design

پژوهش حاضر از نوع پژوهش های کاربردی است که به شیوه توصیفی و به صورت مقطعی و گذشته نگر، برای دوره مالی سال ۱۳۹۴ انجام شده است.

Study Setting

در این مطالعه دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی با ۳۱ کارمند، ۱۴ عضو هیات علمی و ۲۸۰ دانشجو در مقاطع کارشناسی و کارشناسی ارشد (در رشته های آموزش بهداشت، بهداشت عمومی، محیط و حرفه ای) با ۵۵۳ واحد درسی تدریس شده در دو نیمسال بعنوان موسسه آموزشی مستقل انتخاب شدند.

Participan:

در قالب سال مالی تعیین شده کلیه هزینه ها و داده های مربوط به حقوق اعضای هیات علمی و کارکنان، تمام وقتی اعضای هیات علمی و اضافه کاری کارکنان، حق التدریس اساتید، هزینه های جاری، هزینه های عمرانی، هزینه لوازم و تجهیزات سنگین غیر مصرفی، هزینه استهلاک زمین، ساختمان و تجهیزات، تعهدات منتقله و درآمدهای اختصاصی از بخش های مختلف منابع اطلاعاتی و از طریق فرم های طراحی شده، مصاحبه با مسوولین دانشکده، دانشگاه و مشاهده مستقیم فعالیت ها گردآوری شده است. اعتبار و دقت داده های مالی براساس استخراج آنها از دفاتر حسابداری و اسناد مالی مورد تایید است.

با توجه به اینکه محاسبه و تعیین مبلغ هزینه استهلاک برای ثبت در هر دوره مالی به طرق مختلف انجام می شود برای این منظور روشهایی ابداع شده است که با وجود این که بهای تمام شده و عمر مفید مال در همه آنها ثابت و یکسان است، ولی هزینه استهلاک دوره مالی در هر روش متفاوت از روش دیگر بدست می آید. در این مطالعه استهلاک دارایی را به روش خط مستقیم محاسبه شد. در این روش که ساده ترین روش برای محاسبه استهلاک است: ارزش اسقاط را از بهای تمام شده کم کرده و حاصل را بر تعداد دوره یا سال تقسیم می کنند در حقیقت این روش ارتباط نزدیکی با زمان دارد.

همچنین برای تحلیل کامل وضعیت مالی و اداری دانشکده مورد مطالعه؛ ساختار فیزیکی، تشکیلات نیروی انسانی، رشته های تحصیلی موجود و فعالیت های آموزشی انجام شده از منابع معتبر و براساس چک لیستهای تهیه و تنظیم شده استخراج و از نرم افزار اکسل ۲۰۱۰ برای تحلیل داده ها استفاده شد.

Sample Size:

در این مطالعه دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی با ۳۱ کارمند، ۱۴ عضو هیات علمی و ۲۸۰ دانشجو در مقاطع کارشناسی و کارشناسی ارشد (در رشته های آموزش بهداشت، بهداشت عمومی، محیط و حرفه ای) با ۵۵۳ واحد درسی تدریس شده در دو نیمسال بعنوان موسسه آموزشی مستقل انتخاب شدند.

Results:

ساختار فیزیکی

دانشکده بهداشت در زمینی به مساحت ۶۶۰ مترمربع و با بنایی به مساحت ۲۳۰۰ متر مربع در قالب چهار طبقه (و هر طبقه بصورت دو نیم طبقه) ساخته شده است. این دانشکده دارای آزمایشگاههای؛ شیمی محیط، میکروبیولوژی، پسماند، بهداشت هوا و پرتوها، آنالیز دستگاهی، عوامل زیان آور، فیزیک و بهداشت حرفه ای است. همچنین کارگاههای موتور تلمبه، هیدرولیک و نقشه کشی در آن تعبیه شده است.

این دانشکده مجهز به کتابخانه (با حدود ۷۰۰۰ جلد کتاب فارسی و لاتین و حدود ۱۰۰ عنوان سی دی)، نمازخانه، سالن غذا خوری، ۸ کلاس درس (کلیه کلاس ها به وسایل کمک آموزشی از قبیل رایانه، ویدیو پروژکتور و پرده نمایش مجهز می باشد)، سالن کنفرانس ۵۰ نفره و مדיا لب می باشد. راهنمای طبقات دانشکده مورد مطالعه در قالب جدول شماره مشخص شده است.

ساختار نیروی انسانی

در سال ۱۳۹۴ مجموع تعداد کارکنان دانشکده ۴۵ نفر بوده است که ۱۴ نفر عضو هیات علمی و ۳۱ نفر کارکنان غیرهیات علمی بوده اند. میانگین سابقه خدمتی اعضای هیات علمی ۱۲ سال و کارکنان غیرهیات علمی ۷ سال بوده است. ترکیب مرتبه اعضای هیات علمی صورت ۵ مربی، ۷ استادیار و دو دانشیار بوده است. سطح تحصیلات کارکنان غیرهیات علمی نیز به تفکیک کارشناس ارشد ۴ نفر، کارشناس ۱۴ نفر، کاردانی ۳ نفر، دیپلم ۵ نفر و زیر دیپلم ۵ نفر بوده است.

رشته های تحصیلی

در دانشکده بهداشت ۲۸۰ دانشجوی، در ۴ رشته و سه مقطه مقاطع مختلف در سال ۱۳۹۴ در حال تحصیل بوده اند. رشته های تحصیلی، مقاطع و تعداد دانشجویان طی سال ۱۳۹۴ در جدول شماره زیر آورده شده است. این ۴ رشته توسط چهار گروه آموزشی با نام های گروه آموزشی "آموزش بهداشت و ارتقای سلامت"، گروه آموزشی "بهداشت حرفه های"، گروه آموزشی "بهداشت محیط" و گروه آموزشی "مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی" تحت حمایت آموزشی قرار گرفته اند.

واحدهای آموزشی تدریس شده

واحدهای تدریس شده در طول دو ترم تحصیلی ۹۴۱ و ۹۴۲ مجموعاً ۵۳۳ واحد بود که ۵۲ درصد توسط اعضای هیات علمی دانشکده، ۱۵ درصد اعضای هیات علمی سایر دانشکدههای دانشگاه و ۳۲ درصد توسط مدرسان حق التدریس انجام شده است

هزینه های انجام شده در دانشکده

0پرداخت های پرسنلی

مطابق اطلاعات موجود در جدول شماره زیر در مجموع هزینه های انجام شده در دانشکده بهداشت در سال مالی ۱۳۹۴ حدود ۳۳ میلیارد ریال می باشد. هزینه حقوق و موارد مرتبط با جبران خدمت؛ بیشترین بخش هزینه ها و معادل ۶۵ درصد و سایر هزینه ها به ترتیب: هزینه های استهلاک دارایی ها ۲۶ درصد، کالا و خدمات ۹ درصد، سایر هزینه ها چهار صدم درصد و هزینه های رفاهی دو هزارم درصد هزینه ها را شکل می دهند. لازم به توضیح است که اگر هزینه استهلاک دارایی (که حدود ۲۶ درصد از هزینه ها تشکیل می دهند) در مجموع هزینه ها در نظر گرفته نشود هزینه های پرسنلی ۸۷ درصد از کل هزینه های دانشکده را شکل خواهند داد.

در بخش هزینه های مربوط به جبران خدمت (پرداخت های پرسنلی)؛ حقوق اعضای هیات علمی و کارکنان غیرهیات علمی ۵۳ درصد، محرومیت از مطب اعضای هیات علمی ۸ درصد و حق التدریس ۳/۵ درصد از هزینه ها را به خود اختصاص می دهد. همچنین بررسی داده ها نشان می دهد که سهم دریافتی اعضای هیات علمی و مدرسان حق التدریس نسبت به حقوق و مزایای کارکنان غیرهیات علمی ۵۷ به ۴۳ درصد می باشد.

0 هزینه استهلاک

در بخش هزینه های مربوط به هزینه استهلاک دارائیها؛ هزینه استهلاک ساختمان ۲۴ درصد، هزینه استهلاک اثاثیه و منصوبات ۱,۶۵ درصد، هزینه استهلاک ماشین آلات و تجهیزات ۰,۳۵ درصد و هزینه های استهلاک تاسیسات و هزینه استهلاک ابزار و لوازم فنی به ترتیب ۰,۰۲ درصد و ۰,۰۰۷ درصد از کل هزینه های دانشکده بهداشت در سال ۱۳۹۴ را به خود اختصاص داده اند.

0 هزینه کالا و خدمات

در بخش هزینه های مربوط به کالا و خدمات؛ حق الزحمه انجام خدمات قراردادی ۴ درصد، هزینه مواد و لوازم مصرف شدنی ۱,۸۵ درصد، هزینه نگهداری و تعمیرات سایر دارائیها ۱,۲۹ درصد، هزینه چاپ، خرید نشریات و مطبوعات ۰,۹۵ درصد، هزینه تشریفات ۰,۵۱ درصد، هزینه آب، برق و سوخت ۰,۴۵ درصد و سایر هزینه ها در قالب هزینه حمل و نقل، نگهداری و تعمیرات وسایل اداری، هزینه های بانکی و برگزاری کارگاه ۰,۵۸ درصد هزینه ها را به خود اختصاص داده اند.

0 هزینه های رفاهی

در بخش هزینه های رفاه اجتماعی و سایر هزینه ها که تفکیکی برای آنها وجود نداشت سهم کل هزینه ها ۰,۰۴۱ درصد از کل هزینه های دانشکده در سال ۱۳۹۴ بود.

جدول شماره - ترکیب هزینه های انجام شده در دانشکده بهداشت در طی سال مالی ۱۳۹۴

با توجه به اینکه که در گام اول مطالعه هدف ما صرفاً تحلیل هزینه های انجام شده در دانشکده بود، سایر هزینه های انجام شده برای دانشجویان در سایر بخش ها در این مطالعه وارد نشد. این هزینه ها می توانست شامل: هزینه های خدمات آموزشی در ستاد و هزینه های مرتبط با نیروی انسانی آن؛ هزینه های خدمات پژوهشی برای طرح های تحقیقاتی دانشجویی و اعضای هیات علمی و هزینه های مرتبط با نیروی انسانی؛ و هزینه های دانشجویی فرهنگی که می توان آنها در قالب هزینه های اسکان، بیمه حوادث، هزینه ایاب و ذهاب، هزینه فعالیتهای فرهنگی و هزینه تغذیه باشد.

Conclusion

پیگیری تحقق "بسته های تحول و نوآوری در آموزش" از شهریورماه ۱۳۹۴، پس از تحول در بخش درمان و بهداشت از اقدامات بسیار مهمی بود که در حوزه آموزش علوم پزشکی کشور در قالب ۱۱ بسته بعلاوه یک بسته ارزشیابی مورد توجه جدی قرار گرفت. سیاستگذاران و برنامه ریزان برای تداوم اجرا و تحقق آن؛ این بسته ها را در قالب برنامه های بلندمدت و استراتژیک وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی تعریف نموده و در برنامه ششم توسعه اقتصادی و اجتماعی کشور لحاظ نمودند.

از بین بسته های تعریف شده در آموزش علوم پزشکی؛ ما اعتقاد داشتیم که تحقق بسته پنجم از بسته های تحول و نوآوری در آموزش با عنوان "آمایش سرزمینی، ماموریت گرایی، تمرکز زدایی و ارتقای توانمندی دانشگاهها" که اشاره به واسپاری، اعطای اختیار و توانمندسازی دانشگاههای علوم پزشکی کشور دارد؛ بدون هزینه یابی، طبقه بندی و تسهیم صحیح هزینه ها به منظور تعیین قیمت تمام شده محصولات و خدمات در موسسات آموزشی امکانپذیر نیست. لذا هدف ما در گام اول این مطالعه؛ طبقه بندی هزینه های دانشکده بهداشت و تعیین سهم هزینه ها در قالب ساختار سازمانی معین و تعریف شده دانشکده بهداشت بود.

یافته‌های ما نشان داد که طی دوره مالی سال ۱۳۹۴ تعداد ۲۸۰ دانشجوی در دانشکده بهداشت در قالب چهار رشته تحصیلی ۵۳۳ واحد درسی را توسط ۳۵ هیات علمی حق التدریس، ۱۴ هیات علمی دانشکده بهداشت و ۱۲ هیات علمی از دانشکده

پزشکی گذرانده‌اند. هزینه‌های انجام شده در این دوره حدود ۳۳ میلیارد ریال بوده که بر اساس تعداد دانشجویان، سرانه هزینه دانشجویی در طول یکسال حدود ۱۱۷ میلیون ریال می‌باشد.

مطالعه ما نشان داد که هزینه‌های جبران خدمت پرسنلی در دانشکده بهداشت بیشترین هزینه‌های را به خود اختصاص می‌دهند (۶۵ درصد). در این میان هزینه‌های جبران خدمت اعضای هیات علمی دانشکده بیش از کارکنان غیرهیات علمی بوده است درحالی‌که نسبت تعداد اعضای هیات علمی به غیرهیات علمی ۳۰ به ۷۰ می‌باشد. لذا عمده هزینه‌های دانشکده بهداشت هزینه‌های پرسنلی و عموماً در قالب هزینه‌های اعضای هیات علمی شکل گرفته است.

اگرچه دانشکده بهداشت وسعت زمین و ساخت بنای زیادی نسبت به بسیاری از دانشکده‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی ندارد لیکن هزینه استهلاک ساختمان و سایر دارایی‌های سرمایه‌های این دانشکده دومین هزینه بزرگ در دانشکده بهداشت (۲۶ درصد) و حدود ۸٫۵ میلیارد ریال در هر سال بوده است. عدم لحاظ این بخش هزینه‌ها و یا نادیده گرفته شدن آن توسط مدیران موجب کمتر دیده شدن قیمت تمام شده هزینه خدمات آموزشی شده است درحالی‌که در بخش خصوصی بدلیل پرداخت‌های انجام شده برای کالاهای سرمایه‌ای این هزینه‌ها به دقت محاسبه و در قیمت تمام شده لحاظ می‌شود. با توجه به این که در اکثر مطالعات، محاسبه هزینه‌های سرمایه‌ای با مشکل مواجه بوده است، شاید ارائه دو مجموعه از نتایج، یکی با در نظر گرفتن هزینه سرمایه‌ای و دیگری بدون آن قابل توجیه باشد. این رویکرد را اوج و همکارانش در سیرالئون به کار گرفتند. نتایج کار آنان نشان داد که منظور کردن هزینه‌های سرمایه‌ای به طور چشمگیری هزینه‌های واحد را افزایش می‌دهد. دلیل این موضوع ساختمانها، فضای وسیع و وجود تجهیزات گرانبها در بخش‌ها می‌باشد. لیکن ما در این مطالعه هزینه‌های سرمایه‌های را در قالب هزینه استهلاک نشان داده ایم تا هزینه‌های به واقعیت بیشتر نزدیک باشند.

سومین هزینه بزرگ دانشکده بهداشت کالا و خدمات خریداری شده در طی سال ۱۳۹۴ بود (۹ درصد) که عمدتاً کالا خدمات مکمل و جاری برای انجام آموزش دانشجویان صورت گرفته است.

لذا با توجه به یافته‌های این مطالعه بهتر است مدیران توجه زیادی به مدیریت هزینه‌های پرسنلی بخصوص هزینه‌های پرسنلی اعضای هیات علمی دانشکده داشته باشند که بخش بزرگی از هزینه‌ها را به خود اختصاص داده است. از سویی بخشی از هزینه‌ها، هزینه‌های سرمایه‌های یا استهلاک است که مدیران آنها را بعنوان هزینه قلمداد ننموده و با بلا استفاده نمودن آنها ضمن تحمیل هزینه‌های زیاد از ایجاد درآمدهای اختصاصی در این زمینه غالباً خودداری مینمایند.

در پایان قابل ذکر است که ما در این مطالعه صرفاً قیمت تمام شده سرانه دانشجویی در طول یکسال و براساس هزینه‌های انجام شده در دانشکده بهداشت را محاسبه نمودیم. در این فاز از مطالعه ما هنوز قادر به محاسبه هزینه‌های دانشجویی (بیمه، ایاب و ذهاب، اسکن و تغذیه)، پژوهشی (هزینه‌های پژوهشی و دانشجویی) و هزینه‌های پشتیبانی ستادی (هزینه‌های نیروی انسانی و اداری و مالی بخش‌های خارج از دانشکده بهداشت که برای دانشکده بهداشت فعالیت می‌کنند) نشده ایم. ما قصد داریم در فاز دوم این مطالعه پس از طبقه بندی هزینه‌های دانشکده بهداشت، نسبت به محاسبه قیمت تمام شده خدمات ارائه شده به دانشجویان در معاونت‌های آموزشی؛ دانشجویی و فرهنگی؛ و پژوهشی در طی یک سال مالی بپردازیم تا از این طریق قیمت تمام شده واقعی یک دانشجوی را محاسبه نماییم.

بسته های تحول و نوآوری در آموزش؛ مبتنی بر برنامه آموزش عالی حوزه سلامت، معاونت آموزشی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ویرایش شهریور، ۱۳۹۴.

کد: ۱۱۵۵

حیطه: مدیریت و رهبری آموزشی

بررسی ارتباط عوامل تنش زای محیط بالین و خودکارآمدی بالینی دانشجویان پرستاری

نویسندگان: محبوبه سجادی، شراره خسروی، فاطمه مهرابی

Introduction

در نظام آموزش پرستاری، آموزش بالین بخش اساسی و مهم آن محسوب می شود چرا که در این مرحله از آموزش دانشجویان، دانش نظری خود را با مهارتهای ذهنی، روانی، و حرکتی که برای مراقبت از بیمار ضروری است تلفیق نموده و توانمندی های لازم را کسب می نمایند (۳-۱). آموزش بالینی، بخش اساسی و مهم آموزش در علوم پزشکی می باشد که بدون آن تربیت افراد کارآمد و شایسته بسیار مشکل و یا غیر ممکن خواهد شد. آموزش بالینی فرآیندی است که در آن دانشجویان با حضور بر بالین بیمار و به صورت تدریجی به کسب مهارت پرداخته و با استفاده از تجربیات استدلال های منطقی کسب شده برای حل مشکلات بیمار آماده می شوند که خود تحت تأثیر عوامل و متغیرهای متعددی قرار دارد (۴، ۵). آموزش بالینی را می توان فعالیت تسهیل کننده یادگیری در محیط بالینی دانست که در آن مربی بالینی و دانشجو به یک اندازه مشارکت دارند و هدف از آن، ایجاد تغییرات قابل اندازه گیری در دانشجو برای انجام مراقبت های بالینی است (۴، ۶). کار بالینی، دانشجویان را به استفاده از مهارت های تفکر خلاق برای حل مسأله تحریک می نماید (۷). در آموزش بالینی، برای دانشجو فرصتی فراهم می شود تا دانش نظری خود را به مهارت های ذهنی، روانی و حرکتی متنوعی که برای مراقبت از بیمار ضروری است، تبدیل کند (۸). رسالت دانشگاه های علوم پزشکی در توانمند ساختن دانش آموختگان برای قبول نقش های خطیر شغلی، از اهمیت و حساسیت ویژه ای برخوردار است. در این راستا، حرفه های پزشکی، به عنوان بخشی از منابع انسانی نظام سلامت، در ارتقای سلامت جامعه نقش مهمی را ایفا می کنند. برنامه ریزی آموزش بالینی در ایجاد توانمندی و مهارت های لازم در دانشجویان این رشته ها، بخش اساسی آموزش پزشکی را تشکیل می دهد و وجود هر گونه مشکل در آموزش بالینی، کارآیی و بازده این بخش از آموزش را دچار مشکل می کند که تنیدگی یکی از آن موانع می باشد (۲).

تنش به عنوان جزو لاینفک زندگی است و به صورت فرایند پیشرونده، به طور مستقیم و غیر مستقیم می تواند تأثیرات مثبت یا منفی در صلاحیت عملکردی و سلامتی فرد به همراه داشته باشد (۹). در جهان کنونی، هر فرد در زندگی روزمره، به شکلی تنش را تجربه می کند و تقریباً هیچ کس را از فشار روانی ناشی از عوامل تنش زای محیطی و شخصی گریزی نیست و هر کسی به ناچار سعی می کند با اتخاذ شیوه ای مختص به خود، به آن عوامل پاسخگو باشد (۱۰).

دانشجویان علوم پزشکی در طول دوره تحصیل با تنش های خیلی زیادی مواجه می گردند (۱۱). تنش و عوامل تنش زا در طول آموزش بالینی از سوی تعدادی از محققین بر روی دانشجویان علوم پزشکی مورد بررسی قرار گرفته است. مطالعات نشان داده است که وجود میزان بالای تنش و اضطراب در طول آموزش پزشکی ممکن است روی یادگیری و موفقیت بالینی دانشجویان اثرات منفی داشته باشد (۱۲، ۱۳) و عملکرد صحیح آنها را تحت الشعاع قرار دهد (۱۴). بنابراین، شناخت سریع وقایع تنش زا، ارزیابی اثرات تنش بر روی وضعیت های جسمی،

روانی، اجتماعی و آگاهی از رفتارهای سازگاری مؤثر ممکن است اساتید را در جهت کاهش اثرات منفی تنش بر روی دانشجویان یاری رساند (۱۵).

آموزش بالینی باید با کاهش عوامل تنش زا، مهارت دانشجویان پرستاری را افزایش دهد، زیرا کیفیت بالینی عملکرد پرستاران، به علم پرستاری اعتبار می بخشد، در نتیجه انتظار می رود دانشجویان پرستاری توانمندی های حرفه ای لازم را در طول تحصیل کسب کنند (۱۶). هدف اصلی واحدهای کارآموزی در طول دوره کارشناسی پرستاری نیز باید پرورش خود کارآمدی و رساندن دانشجویان به بالاترین سطح یادگیری باشد. در واقع خود کارآمدی بالینی یکی از مولفه های مهم برای بررسی عملکرد و کفایت بالینی دانشجویان (۱۷).

نظریه شناختی- اجتماعی (social- cognitive theory) تصویری از رفتار انسانی را ترسیم می کنند که مهم ترین عنصر آن خود کارآمدی است. خود کارآمدی را به عنوان باور فرد درباره توانایی انجام عملکردهای مورد نظر، تعریف نموده اند (۱۸). در محیط تحصیلی، خود کارآمدی اشاره به باورهای دانشجو در ارتباط با توانایی انجام وظایف درسی تعیین شده دارد. دانشجویانی که خود کارآمدی بیشتری دارند، تمایل، تلاش و استقامت بیشتری را در انجام وظایف درسی بکار می گیرند و به توانایی خود اطمینان دارند (۱۹).

در محیط های آموزشی و نیز در علوم سلامت، خود کارآمدی را اغلب برای تعیین موفقیت برنامه های آموزشی و میزان دستیابی دانشجویان (۲۰)، یا مددجویان به برآیندهای آموزشی بررسی کرده اند (۲۱). دانشجویانی که معتقدند در تحصیل می توانند موفق باشند، تمایل، تلاش و استقامت بیشتری در انجام وظایف درسی نشان می دهند و به توانایی خود، اطمینان بیشتری دارند (۲۲). یافته های حاصل از مطالعات، حاکی از آنند که خود کارآمدی بر کسب دانش (۲۳)، رشد و بهبود مهارت ها تأثیر دارد (۲۴). همچنین، خود کارآمدی زیاد دانشجویان، سبب موفقیت تحصیلی آنان می گردد (۲۵، ۲۶).

دانشجویان به عنوان دریافت کنندگان خدمات آموزشی، بهترین منبع برای شناسایی مشکلات آموزش بالینی هستند، زیرا، حضور و تعاملی مستقیم و بی واسطه با این فرایند دارند و از آنجایی که سلامت روحی و جسمی تک تک دانشجویان، منشأ اثر بسیار مهمی در سازندگی و بالندگی کشور می باشد، لزوم تحقیق در مورد تنش محیط بالین و شناخت عوامل مرتبط با آن در بین جوامع دانشجویی از اهمیت ویژه ای برخوردار است (۲). عملکرد بالینی دانشجویان پرستاری، بخصوص کارآموزان در کارآموزی در عرصه همیشه مورد توجه و نگرانی مدرسین و پرستاران بالینی بوده و می باشد، زیرا در این مقطع، دانشجویان باید بتوانند آنچه را در طول تحصیل فرا گرفته اند، بطور مستقل در عمل بکار گیرند (۲۷). برای کاهش میزان تنش در دانشجویان علوم پزشکی، لازم است در آموزش فرایندهای بالینی، منابع تنش زا، شناسایی شده و راه های مقابله با آنها نیز آموزش داده شود تا دانشجویان بتوانند پس از فراغت از تحصیل، به عنوان یک نیروی با ثبات و خود کارآمد و ماهر به انجام وظایف شغلی خود و همچنین سبب ارتقای کیفیت خدمات مراقبتی گردند (۲۸).

به همین منظور و با توجه به اهمیت شناخت محیط آموزش بالینی و عوامل تنش زای آن در پیشگیری از نتایج نامطلوب که خود عدم دستیابی به اهداف آموزشی و اختلال در تربیت افراد ماهر و خود کارآمد برای ارتقای سطح خدمات مراقبتی را به دنبال دارد، و همچنین با توجه به اهمیت آثار تنش غیر ضروری و غیر قابل کنترل بر روند یادگیری دانشجویان در برنامه های آموزش بالینی و شرایط ویژه حاکم بر هر دانشکده (علیرغم برنامه درسی مشترک) بررسی عوامل تنش زا از دیدگاه دانشجویان این دانشکده و خود کارآمدی آنان ضروری می نماید. بنابراین ما بر آن شدیم به انجام پژوهشی با هدف تعیین ارتباط عوامل تنش زای آموزش بالینی و خود کارآمدی بالینی در دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی اراک بپردازیم تا شاید به این وسیله عوامل مؤثر بر کیفیت و کمیت آموزش بالینی مورد شناسایی دقیق تر قرار گیرد و زمینه را برای برنامه ریزی های واقع گرایانه در راستای توانمند ساختن دانشجویان حرف پزشکی و ارتقای سطح خدمات مراقبتی توسط برنامه ریزان آموزشی مهیا سازد و با آگاهی از منابع استرس زا، میزان خود کارآمدی و تعیین ارتباط بین این دو، محیط مناسبی برای آموزش فراهم آورد.

:Objectives

الف) هدف کلی:

ارتباط عوامل تنش زای بالینی و خودکارآمدی بالینی دانشجویان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی اراک در سال ۱۳۹۴ بررسی شده است.

ب) اهداف اختصاصی:

۱. تعیین میزان عوامل تنش زای محیط بالینی

۲. تعیین سطح خودکارآمدی بالینی دانشجویان پرستاری

۳. تعیین ارتباط عوامل تنش زای بالینی و خودکارآمدی بالینی دانشجویان پرستاری

ج) اهداف کاربردی:

یافته ها و برنامه های اجرا شده در این تحقیق می تواند در راستای کمک به ارتقاء سطح آموزش دانشجویان پرستاری و کاهش عوامل تنش زای محیط و افزایش خودکارآمدی بالینی آنها استفاده شود تا دانشجویان بتوانند پس از فراغت از تحصیل، به عنوان یک نیروی با ثبات و خود کارآمد و ماهر به انجام وظایف شغلی خود و همچنین سبب ارتقای کیفیت خدمات مراقبتی گردند

:Study Design

این مطالعه همبستگی -توصیفی در سال تحصیلی ۹۳-۹۴ بر روی کلیه دانشجویان پرستاری سال چهارم انجام شده است.

در این پژوهش مقطعی نمونه ها با نمونه گیری آسان و به روش سرشماری انتخاب شدند. روش کار بدین صورت بود که پژوهشگر پس از اخذ کد اخلاق و معرفی نامه از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک به مسئولین محیط پژوهش (دانشکده پرستاری مامایی اراک) معرفی گردید و با کسب اجازه از آنها اقدام به نمونه گیری نمود.

:Study Setting

نتایج حاصل از این مقاله حاصل انجام مطالعه بر روی دانشجویان پرستاری سال چهارم (ترم ۷ و ۸) دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اراک است.

:Participan

جامعه هدف در این مطالعه کلیه دانشجویان پرستاری است که به کارورزی در بیمارستان های مشغول هستند.

جامعه مورد مطالعه: کلیه دانشجویان پرستاری ترم ۷ و ۸ (کارآموزی عرصه) دانشگاه علوم پزشکی اراک می باشد.

معیارهای ورود به مطالعه: کلیه دانشجویان ترم ۷-۸ پرستاری دانشکده پرستاری مامایی اراک که مشغول به گذارنیدن کارآموزی در عرصه بودند؛ وارد مطالعه شدند.

معیارهای خروج از مطالعه: کلیه دانشجویان مهمان یا انتقالی در رشته پرستاری و دانشجویانی که تمایل به همکاری نداشتند.

Sample Size

به روش سرشماری کلیه دانشجویان پرستاری ترم ۷ و ۸ مورد بررسی قرار گرفتند. در نهایت ۸۸ نفر وارد مطالعه شدند.

Data Gathering Tool

ابزار گرد آوری اطلاعات شامل ۳ بخش بود. بخش اول سؤالات مربوط به اطلاعات فردی و اجتماعی، شامل سن، جنس و معدل کل بود و بخش دوم، فرم بررسی عوامل تنش زای محیط بالینی جک و کلیهامر (jack & Kleehammer) شامل ۱۶ سؤال در زمینه بررسی عوامل تنش زا بود. پایایی این پرسشنامه توسط یعقوبیان با استفاده از روش آزمون مجدد ($r=0.82$) مطلوب گزارش شده است.

سؤالات مربوط به عوامل تنش زای محیط بالینی بر اساس مقیاس ۵ درجه ای (کاملاً موافقم که اضطراب آور شدید است ۵ امتیاز، موافقم که اضطراب آور است ۴ امتیاز، اضطراب آور متوسط ۳ امتیاز، مخالفم و اضطراب آور نیست ۲ امتیاز، و کاملاً مخالفم و اضطراب آور نیست ۱ امتیاز) امتیازبندی شده است.

بخش سوم شامل ابزار خودکارآمدی عملکرد بالینی با ۳۷ عبارت و پنج حیطة، "بررسی بیمار"، "تشخیص پرستاری"، "برنامه ریزی برنامه مراقبتی"، "اجرای برنامه مراقبتی" و "ارزشیابی برنامه مراقبتی"، در مقیاس پنج درجه ای لیکرت ۰ تا ۱۰۰ (کاملاً مخالفم؛ مخالفم؛ بی نظرم؛ تاحدی موافقم؛ موافقم) می باشد که توسط چراغی و همکاران در سال ۱۳۸۷ ساخته شده و اعتبار محتوی و صوری آن مناسب گزارش شده است ($p < 0.01$, $r = 0.94$). ضریب آلفای کرونباخ ۰,۹۶ با دامنه بین ۰,۹۰ تا ۰,۹۲ بوده است.

Data Analysis

روش کار بدین صورت بود که پژوهشگر پس از اخذ کد اخلاق و معرفی نامه از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک به مسئولین محیط پژوهش (دانشکده پرستاری مامایی اراک) معرفی گردید و با کسب اجازه از آنها اقدام به نمونه گیری نمود. پس از انتخاب دانشجویان و ملاقات با آنها اوراق رضایت آگاهانه به همراه اهداف پژوهش در اختیارشان قرار داده شد. سپس با استفاده از پرسشنامه مربوطه؛ اطلاعات مورد نیاز جمع آوری و از طریق نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ و آمار توصیفی و همبستگی تجزیه و تحلیل داده ها انجام شد.

Results

پژوهش حاضر با همکاری ۸۸ دانشجوی پرستاری انجام شد، که ازین تعداد ۲۳ نفر مرد و ۵۶ نفر زن، ۷۴ نفر مجرد و ۱۴ نفر متاهل بوده اند. میانگین سنی افراد مطالعه 23.21 ± 2.72 و میانگین معدل آنها 16.29 ± 0.96 می باشد.

نمره خودکارآمدی دانشجویان پرستاری 152.8 ± 21.19 بود که در سطح بالا قرار می گیرد. بیشترین امتیاز مربوط به حیطة انجام برنامه مراقبتی (11.5 ± 8.9) و کمترین امتیاز مربوط به ارزشیابی برنامه مراقبتی (16.5 ± 11.1) بود، شاید دلیل این امر عدم حضور کافی

دانشجویان پرستاری بر بالین بیمار باشد، چرا که مدت زمان کارورزی آنها در یک شیفت اجازه پایش مداوم بیمار را به آنها نمی دهد(جدول شماره یک). نمره تنش محیط بالین در آنها $12,13 \pm 54,46$ بود که "اولین تجربه بالین" به عنوان تنش زا ترین آیتم شناخته شد. بین عوامل تنش زای محیط بالین و خودکارآمدی بالینی دانشجویان عرصه پرستاری ارتباط آماری معناداری مشاهده نشد ($p > 0,05$) (جدول شماره دو). اگرچه بین تنش محیط بالین و خودکارآمدی با جنسیت و معدل ارتباط آماری معناداری وجود داشت ($p < 0,05$) (جدول شماره سه). سطح معنی داری $0,05$ در نظر گرفته شده است. جدول شماره یک- توزیع درصد نمرات واحدهای مورد پژوهش برحسب شاخص های آماری در حیطه های خودکارآمدی بالینی در دانشجویان پرستاری،

حیطه های مختلف	میانگین	انحراف معیار	کمترین درصد مشاهده شده	بیشترین درصد مشاهده شده
بررسی بیمار	۸۳,۳۹	۱۲,۸۷	۳۰	۱۰۰
تشخیص پرستاری	۸۰,۶۵	۱۳,۷	۳۳,۳۳	۱۰۰
اجرای برنامه مراقبتی	۸۴,۹	۱۱,۵	۴۶	۱۰۰
ارزشیابی برنامه مراقبتی	۸۰,۱۱	۱۶,۵	۲۳,۳۳	۱۰۰
درصد نمره کل خودکارآمدی	۸۲,۶	۱۱,۴۵	۳۸,۹۲	۱۰۰

شماره دو- بررسی ارتباط تنش های محیط بالینی با خودکارآمدی دانشجویان با تعدیل مخدوشگر جنس و معدل در دانشجویان پرستاری

متغیر	خودکارآمدی بالینی دانشجویان	تعدیل مخدوشگر
تنش های محیط بالینی	همبستگی = $0,15$	جنس
	P-value = $0,144$	
	N = ۸۸	
تنش های محیط بالینی	همبستگی = $0,18$	معدل
	P-value = $0,86$	
	N = ۸۸	

جدول شماره سه - بررسی ارتباط متغیرهای سن، معدل، جنس و وضعیت تأهل با خودکارآمدی بالینی و تنش محیط بالینی در دانشجویان پرستاری

متغیرها	خودکارآمدی بالینی	تنش محیط بالینی
سن	همبستگی = ۰,۰۲ P-value = ۰,۸ N = ۸۸	همبستگی = ۰,۰۱۴ P-value = ۰,۹ N = ۸۸
معدل	همبستگی = ۰,۲۳ P-value = ۰,۰۳۵ N = ۸۵	همبستگی = ۰,۲۱ P-value = ۰,۰۴۸ N = ۸۵
جنس	همبستگی = ۰,۳۳۷ P-value = ۰,۰۰۱ N = ۸۸	همبستگی = -۰,۲۴۵ P-value = ۰,۰۳۲ N = ۸۸
تاهل	همبستگی = ۰,۰۳۶ P-value = ۰,۵۴ N = ۸۸	همبستگی = -۰,۰۳ P-value = ۰,۵۱ N = ۸۸

:Conclusion

علیرغم این که طبق یافته ی اصلی این مطالعه، ارتباطی بین عوامل تنش زای محیط بالین و خود کارآمدی بالینی یافت نشد، اما با عنایت به اینکه محیط آموزش بالین مهمترین بخش در آموزش پرستاری است و دانشجویان پرستاری بیشتر وقت تحصیل خود را در محیط بالین سپری می کنند، توجه به کاهش تنش در این محیط و افزایش انگیزش تحصیلی و به دنبال آن خودکارآمدی دانشجو اهمیت ویژه ای دارد، بنابراین لازم است مسؤولان پرستاری در حوزه های آموزش، پژوهش و مدیریت پرستاری به کاهش تنش محیط بالین توجه شایسته ای کنند.

نتایج پژوهش حاضر می تواند مورد توجه سرپرستان، مسوولان و مدیران مرتبط با آموزش پرستاری از سطح وزارت بهداشت تا دانشکده های پرستاری و مامایی، قرارگیرد. مدت زمان کارورزی دانشجویان پرستاری برای انجام کامل فرایند پرستاری منسجم تر گردد تا دانشجویان

بتوانند علاوه بر انجام برنامه مراقبتی به ارزشیابی آن نیز بپردازند و خودکارآمدی خود را بهبود بخشند. با توجه به یافته های پژوهش مبنی بر شناسایی "اولین تجربه بالین" بعنوان تنش زا ترین عامل محیط بالین، وجود برنامه منظم و مداوم برای شناسایی عوامل تنش زای محیط بالین، آموزش راهکارهای مقابله با آن و افزایش دانش و مهارت برای افزایش خودکارآمدی و حفظ آن در دانشجویان ضروری بنظر می رسد. همچنین استفاده از مربیان مجرب، افزایش دانش و مهارت آنها در افزایش خودکارآمدی و کاهش تنش محیط بالین، حمایت از دانشجویان و تشکیل کمیته ای فعال متشکل از اعضای هیأت علمی تحت عنوان « کمیته نظارت بر محیط بالینی » در بیمارستان ها برای نظارت بر محیط بالین و حل مشکلات و تعارضات موجود با سایر تیم بهداشت و درمان و بیماران پیشنهاد می شود.

از محدودیتهای پژوهش می توان به تعداد نمونه ی کم و همچنین انتخاب دانشجویان سال چهارم پرستاری اشاره نمود. پیشنهاد می گردد در مطالعات آینده، رابطه ی خودکارآمدی و تنش محیط بالین با حجم نمونه، بیشتر، در سالهای مختلف تحصیل و در دیگر دانشگاه ها بررسی گردد.

Keywords:

آموزش بالینی، تنش محیط بالین، خودکارآمدی بالینی، دانشجویان پرستاری

کد: ۱۲۵۲

حیطه: مدیریت و رهبری آموزشی

بررسی عوامل مؤثر بر انگیزش شغلی اعضای هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بر اساس تئوری انگیزشی دو عاملی هرزبرگ در سال ۱۳۹۴

نویسندگان: فرزانه احمدی، دکتر علیرضا ابدی، نادر ممتاز منش، دکتر سلیمان احمدی، سمیه زیار

Introduction

مهم ترین مرکز فعالیت و پژوهش در هر کشوری سازمانی به نام دانشگاه است. در دانشگاه های علوم پزشکی، سیستم آموزش پزشکی نقش مؤثر در تربیت کارآند در جهت تأمین و ارتقاء سلامت جامعه دارد. کمیت و کیفیت سیستم آموزش پزشکی، به عملکرد تک تک افراد بستگی دارد. عضو هیئت علمی به عنوان یکی از اجزاء درونداد سیستم آموزش و یکی از کلیدی ترین ارکان ساختار دانشگاه است و میزان عملکردشان در سازمان تابعی از توانایی و انگیزش می باشد. مسلماً اساتیدی که از انگیزش شغلی برخوردار باشند، با انگیزه کافی در تربیت دانشجویان، آنان را به افرادی مؤثر در موقعیت پزشک، پرستار، داروساز و سایر افراد سیستم بهداشتی تبدیل نموده و فراگیران تحت آموزش این اساتید نقش مؤثری در نظام سلامت جامعه بر عهده خواهند داشت. (۱) تا زمانی که این نیروی انسانی از انگیزش شغلی قابل قبولی برخوردار نباشد سایر فعالیت های سازمان نتیجه و ثمره لازم را نخواهد داشت. حتی این مسئله که کدام یک از عوامل انگیزش شغلی اعضای هیئت علمی مؤثرتر هستند، مهم می باشد. اولویت بندی این عوامل نیز همواره مسئله مورد نظر محققین بوده و یکی از دغدغه های مهم در ارتقاء کیفیت در سیستم های آموزش عالی و به ویژه در سیستم آموزش پزشکی می باشد. (۲) امروزه اهمیت توجه به انگیزش اساتید به ویژه بررسی عوامل مؤثر در انگیزش شغلی آنان از اصول پذیرفته شده مؤسسات آکادمیک بوده است. از جمله مطالعات روبرتز و همکارانش که به

نتیجه رسیده اند اگر توجه به رضایت شغلی و انگیزش مدرسین در بدو ورود به موقعیت آکادمیک صورت گیرد، بهبود کیفیت آموزش بسیار بیشتر خواهد بود. (۳) در زمینه عوامل مؤثر بر انگیزش افراد، تئوری‌های مختلفی وجود دارند رایجترین و کاربردی‌ترین تئوری مورد استناد در بررسی‌ها تئوری دو عاملی هرزبرگ می‌باشد. که عوامل مؤثر بر انگیزش شغلی، به دو گروه عوامل بیرونی (بهداشتی) و عوامل درونی (ذهنی) که با مطالعه آنها می‌توان تقسیم می‌گردند و حیطه‌های مختلفی برای هر یک مشخص شده است. عوامل بیرونی (بهداشتی): عواملی هستند که عمدتاً با محیط و زمینه شغل ارتباط دارند و کارکنان را در سازمان ابقا می‌کنند و شامل: خط و مشی محیط و مقررات، شرایط محیط کار، حقوق و دستمزد، ارتباط با دیگران، نحوه سرپرستی و نظارت و امنیت شغلی است. عوامل درونی (ذهنی): از انجام کار ناشی می‌شوند و موجب رضایتمندی فرد شده و به عنوان پاداش درونی یا ذهنی می‌باشند که برای افزایش انجام کار ضروری اند. همانند: شناخت و قدردانی، پیشرفت شغلی، ماهیت کار، مسئولیت شغلی و موقعیت شغلی است. (۴)

اگر چه در کشور ما نیز مطالعاتی در این زمینه صورت گرفته است اما وجود تفاوت‌ها در شرایط و خصوصیات فرهنگی اجتماعی و لزوم جامع تر شدن بررسی‌ها در این مورد، مقوله‌ای ضروری است و با توجه به اینکه این بررسی در میان اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی انجام نشده است

Objectives

بنابراین مطالعه حاضر با هدف تعیین عوامل مؤثر بر انگیزش شغلی بر اساس نظریه انگیزشی دو عاملی هرزبرگ در اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و پاسخگویی به چهار سؤال ۱- عوامل مؤثر بر انگیزش شغلی اعضای هیئت علمی بر اساس تئوری انگیزشی دو عاملی هرزبرگ در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی کدامند؟ ۲- کدام حیطه بیشترین و کدام حیطه کمترین انگیزش شغلی را از بین عوامل بیرونی دارد؟ ۳- کدام حیطه بیشترین و کدام حیطه کمترین انگیزش شغلی را از بین درونی را دارد؟ ۴- عوامل مؤثر بر انگیزش شغلی اعضای هیئت علمی به تفکیک جنسیت، سن، سابقه کار آموزشی، مرتبه علمی و نوع استخدام چیست؟، پرداخته شده است

Study Design

در یک مطالعه مقطعی توصیفی به بررسی عوامل مؤثر بر انگیزش شغلی اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی با ۱۰ درصد از جامعه آماری که نمونه‌ای برابر ۱۳۷ نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه، تصادفی و متناسب با حجم و جنسیت اعضای در ۱۲ دانشکده دانشگاه پرداخته شده است. ابزار مورد استفاده پرسشنامه‌ای حاوی ۴۰ عامل در ۱۱ حیطه از عوامل مؤثر بیرونی و مؤثر درونی انگیزش شغلی مبتنی بر نظریه دو عاملی هرزبرگ است پرسشنامه از سه قسمت تشکیل شده است: قسمت اول: مشخصات فردی (سن، جنس، سابقه کار، محل کار، آخرین مدرک تحصیلی (مقطع تحصیلی)، نوع استخدام و مرتبه علمی) قسمت دوم: شامل ۴۰ عامل مبتنی بر تئوری انگیزشی دو عاملی هرزبرگ در ۱۱ حیطه (۵ حیطه عوامل مؤثر درونی و ۶ حیطه عوامل مؤثر بیرونی) است که بر اساس مقیاس ۵ نمره‌ای لیکرت به بسیار مهم، مهم، کم اهمیت، بی اهمیت و شامل نمیشود درجه بندی شده است. تعداد عوامل در هر دسته کلی عوامل درونی (ذهنی) و بیرونی (بهداشتی) به ترتیب: (پنج عامل مربوط به حیطه شناخت و قدردانی)، (چهار عامل مربوط به حیطه پیشرفت و توسعه شغلی)، (سه عامل مربوط به حیطه ماهیت کار)، (سه عامل مربوط به حیطه استقلال و مسئولیت)، (دو عامل مربوط به حیطه موفقیت و ارتقای شغلی)، (سه عامل در حیطه حقوق و دستمزد)، (سه عامل مربوط به حیطه خط مشی حاکم بر محیط کار)، (پنج عامل مربوط به حیطه نحوه ارتباط با اطرافیان)، (چهار عامل در حیطه امنیت شغلی)، (سه عامل در حیطه شرایط محیط کار) و (پنج عامل مربوط به حیطه نحوه سرپرستی و نظارت مسئولین) می‌باشد. قسمت سوم که شامل یک سوال باز است. (سؤال: اساتید محترم: برای بهبود انگیزش شغلی اعضای هیئت علمی چه پیشنهادهایی دارید؟)

:Study Setting

در ۱۰ درصد جامعه آماری بنابر نمونه گیری اما از ۱۲ دانشکده دانشگاه و به نسبت جنسیت .

:Participan

جامعه هدف: اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و از مجموع ۱۳۷ نفر اعضای هیئت علمی مورد بررسی ، ۵۳/۳ درصد مذکر و ۴۶/۷ درصد مونث بودند. ۵/۸ درصد دارای مرتبه علمی مربی، ۶۲/۸ درصد مرتبه استادیار، ۲۳/۴ درصد مرتبه دانشیاری و ۸ درصد مرتبه استاد بود. ۲۷/۷ درصد در گروه سنی کمتر از ۳۹ سال و ۴۴/۶ درصد در گروه سنی ۴۰-۴۹ سال و ۲۷/۷ درصد در گروه سنی بالای ۵۰ سال بودند و بیشترین سابقه کار آموزشی در گروه ۱۵-۶ سال با ۳۸/۷ درصد بوده است. مقطع تحصیلی دکترا با ۴۱/۶ درصد بالاترین سطح در سطوح آخرین مدرک تحصیلی اعضای هیئت علمی مورد بررسی را داشته است . نوع استخدام پیمانی با ۴۲/۳ درصد بیشترین نوع استخدامی را در بین اعضای هیئت علمی مورد بررسی را داشته اند.

:Sample Size

۱۰ درصد از جامعه آماری که نمونه ای برابر ۱۳۷ نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه ، تصادفی و متناسب با حجم و جنسیت اعضای در ۱۲ دانشکده دانشگاه پرداخته شده است.

:Data Gathering Tool

پایایی و روایی ابزار (پرسشنامه) در بسیاری از مطالعات از جمله تحقیقات بخشی (دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان) سرمدیان (دانشگاه علوم پزشکی اراک) رنجبر (دانشگاه علوم پزشکی مازندران) حسینی (دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد) انجام شده است. همچنین پایایی در مطالعه حاضر با ضریب آلفا کرونباخ ۰/۸۶، مجدداً مورد تأیید قرار گرفت. پس از جمع آوری اطلاعات به هر پرسشنامه کد داده شد و امتیازها از یک تا ۴ وارد نرم افزار آماری SPSS ۱۶ قرار گرفت. بی اهمیت (۱نمره) ، کم اهمیت (۲نمره) ، مهم (۳نمره) و بسیار مهم (۴نمره) داده شده بود و گزینه شامل نمی شود از مجموع سوالات مرتبط حذف و سپس میانگین گرفته شد. در تجزیه و تحلیل گزینه‌های "بسیار مهم" و "مهم" هر دو موید وجود اهمیت و گزینه‌های کم اهمیت و بی اهمیت هر دو به عنوان بی اهمیت تلقی گردیده است از این رو نقطه برش ۲/۵ به عنوان مرز تشخیص بین با اهمیت و بی اهمیت هر حیطه در نظر گرفته شدند.

:Data Analysis

اطلاعات با استفاده از مشخصه های آماری نظیر فراوانی (درصد) و میانگین و انحراف معیار، توصیف شدند. برای بررسی ارتباط بین متغیرهای کمی سن، جنسیت، سابقه کار آموزشی، مرتبه علمی در ارتباط با حیطه های مختلف عوامل مؤثر بیرونی و درونی از ضریب همبستگی گاما و آزمون کای دو استفاده شده بود و به منظور بررسی اثر همه متغیرهای بر عوامل مؤثر انگیزش شغلی درونی و بیرونی از تحلیل رگرسیون لجستیک استفاده شد.

:Results

از مجموع ۱۳۷ نفر اعضای هیئت علمی مورد بررسی، ۵۳/۳ درصد مذکر و ۴۶/۷ درصد مونث بودند. ۵/۸ درصد دارای مرتبه علمی مربی، ۶۲/۸ درصد مرتبه استادیار، ۲۳/۴ درصد مرتبه دانشیاری و ۸ درصد مرتبه استاد بود. ۲۷/۷ درصد در گروه سنی کمتر از ۳۹ سال و ۴۴/۶ درصد در گروه سنی ۴۰-۴۹ سال و ۲۷/۷ درصد در گروه سنی بالای ۵۰ سال بودند و بیشترین سابقه کار آموزشی در گروه ۱۵-۶ سال با ۳۸/۷ درصد بوده است. مقطع تحصیلی دکترا با ۴۱/۶ درصد بالاترین سطح در سطوح آخرین مدرک تحصیلی اعضای هیئت علمی مورد بررسی را داشته است. نوع استخدام پیمانی با ۴۲/۳ درصد بیشترین نوع استخدامی را در بین اعضای هیئت علمی مورد بررسی را داشته اند.

در پاسخ به سؤال اول پژوهش (جدول شماره ۱): اعضای هیئت علمی با ۹۰/۵ درصد عوامل مؤثر درونی را عامل مهم تری در انگیزش شغلی دانسته اند و عوامل مؤثر بیرونی با ۸۹/۵ درصد عوامل بعدی مؤثر در انگیزش شغلی شناخته شده بود.

در پاسخ به سؤال دوم پژوهش (جدول شماره ۲): در مقایسه اهمیت و اولویت هر یک از حیطه های عوامل مؤثر بیرونی انگیزش شغلی حیطه "امنیت شغلی" بالاترین اهمیت و حیطه "سرپرستی و نظارت کم اهمیت ترین حیطه را به خود اختصاص داده است و همچنین اهمیت عوامل هر یک از حیطه ها نیز ذکر شده است.

در پاسخ به سؤال سوم پژوهش (جدول شماره ۳): در بین عوامل مؤثر درونی در انگیزش شغلی نیز نتایج به دست آمده حاکی از آن است که حیطه "ماهیت کار"، بیشترین اهمیت و حیطه شناخت و قدردانی کم اهمیت ترین حیطه شناخته شده بود و همچنین اهمیت عوامل هر یک از حیطه ها نیز ذکر شده است.

در پاسخ به سؤال چهارم پژوهش (جدول شماره ۴ تا ۱۲): بین متغیر سن با اهمیت حیطه های عوامل مؤثر بیرونی، حیطه های امنیت شغلی ($p=0/018$) و حقوق و دستمزد ($p=0/037$) ارتباط معناداری وجود داشت. (جدول شماره ۴) که در مجموع عوامل مؤثر بیرونی در افراد مسن تر با رده سنی بالای ۵۰ سال با اهمیت تر بودند. (نمودار شماره ۱) همچنین بر اساس جدول شماره ۵ متغیر سن با حیطه های ماهیت کار ($p=0/002$) و مسئولیت شغلی ($p=0/022$) از حیطه های عوامل مؤثر درونی ارتباط معناداری وجود داشت. که در مجموع عوامل مؤثر بیرونی در افراد جوان تر با رده سنی ۳۰-۳۹ سال با اهمیت تر بودند. (نمودار شماره ۲) متغیر جنسیت نیز فقط با حیطه پیشرفت و توسعه شغلی همبستگی معناداری داشت. ($p=0/017$). (جدول شماره ۶) متغیر سابقه کار آموزشی فقط با عامل ماهیت کار از عوامل مؤثر درونی ارتباط معناداری داشت. ($p=0/010$) (جدول شماره ۷) اهمیت ارتباط متغیر مدرک تحصیلی با حیطه حقوق و دستمزد ($p=0/031$) و حیطه شرایط محیط کار ($p=0/012$) از عوامل مؤثر بیرونی معنادار بود (جدول شماره ۸) اهمیت ارتباط متغیر مدرک تحصیلی با حیطه های شناخت و قدردانی ($p=0/029$) و حیطه پیشرفت و توسعه شغلی ($p=0/006$) از حیطه های عوامل مؤثر درونی، معنادار بود. (جدول شماره ۹) اهمیت ارتباط متغیر نوع استخدام فقط با حیطه امنیت شغلی ($p=0/009$) از عوامل مؤثر بیرونی در حد معناداری بود. (جدول شماره ۱۰) اهمیت ارتباط متغیر مرتبه علمی فقط با حیطه شرایط محیط کار از عوامل مؤثر بیرونی ($p=0/030$) معنادار بود (جدول شماره ۱۱) اهمیت ارتباط متغیر مرتبه علمی با حیطه های ماهیت کار ($p=0/004$) و تا حدودی با حیطه شناخت و قدردانی از عوامل مؤثر درونی معناداری می باشد. (جدول شماره ۱۲)

یافته های حاصل از برازش رگرسیون لجستیک به منظور بررسی ارتباط همزمان متغیرها بر روی عوامل بیرونی و درونی:

با توجه به اینکه بین برخی از متغیرهای مستقل موجود ارتباط همخطی وجود دارد از این رو همه متغیرها در مدل رگرسیون لجستیک در نظر گرفته نشدند. جدول های شماره ۱۳ تا ۱۸ نشان دهنده ارتباط بین متغیرها می باشد. در مدل رگرسیون لجستیک متغیرهای جنسیت، سن و مدرک تحصیلی در نظر گرفته شدند.

به سوال باز پایانی پرسشنامه با سؤال " برای بهبود انگیزش شغلی اعضای هیئت علمی چه پیشنهاد هایی دارید؟"، ۷۲ نفر از اعضای هیئت علمی پاسخ داده اند. اکثریت افراد بیش از دو پیشنهاد داده اند و در مجموع ۱۳۰ جمله و عبارت ذکر گردیده بود.

در تقسیم بندی، این پیشنهادات به دو دسته تقسیم شده اند:

الف) دسته ای که به عوامل انگیزش شغلی موجود در بخش دوم پرسشنامه اشاره داشته اند. (ب) دسته ای که به عواملی مانند حیطه عدالت و حیطه ارزشهای اخلاقی - اعتقادی اشاره کرده بودند که در حیطه های تئوری عوامل مؤثر انگیزش شغلی هرزبرگ وجود نداشت.

بحث:

با توجه به یافته های حاصل از مطالعه اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی عوامل مؤثر درونی را عامل مهم تری در انگیزش شغلی دانسته اند و عوامل مؤثر بیرونی از عوامل بعدی مؤثر در انگیزش شغلی شناخته شده بود که در مطالعه طاهرپور و همکارانشان با عنوان " عوامل مؤثر بر ایجاد انگیزش شغلی از دیدگاه اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین سال ۱۳۸۸ " اهمیت عوامل مؤثر درونی بیشتر از عوامل مؤثر بیرونی شناخته شد که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد. (۵) اما با مطالعه حسینیان و همکارانشان با عنوان " نظرات اعضای هیئت علمی درباره عوامل انگیزشی مؤثر بر عملکرد آموزشی و پژوهشی در دانشگاه علوم پزشکی همدان"، اهمیت عوامل بیرونی بیش از عوامل درونی بود و با نتایج پژوهش حاضر همخوانی نداشت. (۴)

در مقایسه اهمیت و اولویت هر یک از حیطه های عوامل مؤثر بیرونی انگیزش شغلی حیطه های " امنیت شغلی بالاترین اهمیت به خود اختصاص داده است. در مطالعه عزیززاده و همکاران با عنوان " بررسی نظرات اعضای هیئت علمی در مورد عوامل انگیزشی مؤثر بر عملکرد آموزشی " حیطه امنیت شغلی نیز بالاترین اهمیت را داشته است. (۶) و نیز با نتایج حاصل از مطالعه حسینیان و همکارانشان با عنوان " نظرات اعضای هیئت علمی درباره عوامل انگیزشی مؤثر بر عملکرد آموزشی و پژوهشی در دانشگاه علوم پزشکی همدان " که معتقد است که اگر این حیطه (امنیت شغلی) در سطح بالای کیفیت و کمیت وجود داشته باشد نارضایتی وجود نخواهد داشت، نیز همخوانی دارد (۴)

در بین عوامل مؤثر درونی در انگیزش شغلی نیز حیطه " ماهیت کار " بیشترین اهمیت را به خود اختصاص داده اند که با نتایج حاصل از مطالعه بخشی و همکاران با عنوان " بررسی ایجاد انگیزش شغلی اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان " که ماهیت کار مهم ترین حیطه از عوامل درونی در ایجاد انگیزش شغلی می باشد و افراد هنگامی بهتر کار می کنند که ماهیت کار برایشان جالب باشد. توان خدمت به جامعه و با ارزش بودن یک عضو هیئت علمی در جامعه به عنوان معیارهای مرتبط به ماهیت کار در انگیزش شغلی بیشترین تأثیر را داشته اند، با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد. اما در این مطالعه مذکور ۸۱ درصد از اعضای هیئت علمی عوامل بیرونی و ۷۲ درصد عوامل درونی را بر ایجاد انگیزش شغلی مؤثر دانسته اند که این قسمت از نتیجه با پژوهش حاضر همخوانی ندارد. (۷)

عوامل مؤثر بیرونی با متغیر سن در گروه های سنی بالاتر از ۵۰ سال بارزتر بود ولی در مجموع عوامل مؤثر درونی در افراد جوان تر با رده سنی ۳۰-۳۹ سال با اهمیت تر بودند که با نتایج حاصل از مطالعات که هر چه سن بیشتر می شود، برای برآورد نیازهای مالی عامل حقوق و دستمزد و ثبات در شغل مورد نظر، عامل امنیت شغلی مهم می باشد و کارکنان مسن تر رضایت بیشتری از شغل خود احساس نموده و به

محیط کار خود عادت می کنند چرا که با افزایش سن شخصیت افراد ثبات بیشتری یافته و قدرت انطباق و سازگاری آن ها با مسائل بیشتر می شود، همخوانی دارد. (۹)

با توجه به نتایج حاصل از سوال باز، وجود دو حیطه عدالت و ارزشهای اخلاقی - اعتقادی علاوه بر وجود حیطه های مبتنی بر نظریه هرزبرگ نیز بدست آمد که باید مد نظر گرفته شوند.

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی نسبی میزان اهمیت کلی عوامل موثر بیرونی و درونی انگیزش شغلی در اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۴

جمع		بی اهمیت		با اهمیت		میزان اهمیت
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
عوامل موثر انگیزش شغلی						
عوامل بیرونی						
۱۰۰	۱۳۷	۱۰/۲	۱۴	۸۹/۸	۱۲۳	
عوامل درونی						
۱۰۰	۱۳۷	۹/۵	۱۳	۹۰/۵	۱۲۴	

جدول ۲- توزیع فراوانی نسبی اهمیت عوامل و حیطه های عوامل موثر بیرونی انگیزش شغلی اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۴

میانگین عوامل	میانگین حیطه ها
	حیطه ها و عوامل موثر
۳/۳۳ ۰/۷۲	حقوق و دستمزد
۳/۳۴ ۰/۸۰	متناسب بودن حقوق دریافتی با نیازهای زندگی
۳/۳۷ ۰/۷۶	متناسب بودن حقوق دریافتی با میزان و نوع کار
۳/۲۹ ۰/۷۹	متناسب بودن مزایای دریافتی (حق محرومیت از مطب) با میزان فعالیت
۳/۲۷ ۰/۷۲	خط و مشی محیط و مقررات
۳/۵۰ ۰/۶۹	روشن و واضح بودن قوانین و مقررات
۳/۱۹ ۰/۸۵	متناسب بودن انتظارات مسئولین از شما
۳/۱۲ ۰/۹۵	متناسب و روشن بودن وضعیت تشویق و تنبیه
۳/۲۹ ۰/۵۶	ارتباط با دیگران
۳/۲۱ ۰/۸۵	نحوه ارتباط مسئولین با شما
۳/۳۷ ۰/۶۵	نحوه ارتباط شما با سایر اعضای هیئت علمی
۳/۴۴ ۰/۷۳	نحوه ارتباط مدیر گروه با شما
۳/۱۸ ۰/۷۰	نحوه ارتباط شما با سایر کارکنان

۳/۲۴۰/۷۳	نحوه ارتباط همکاران با یکدیگر
۳/۴۰۰/۶۱	امنیت شغلی
۳/۵۰۰/۸۱	رعایت عدالت و عدم تبعیض بین اعضای هیئت علمی از طرف مسئولین
۳/۲۸۰/۷۸	وجود امکانات برای پیشگیری از حوادث شغلی
۳/۳۱۰/۷۹	وجود امکانات مناسب استفاده از بیمه، بازنشستگی
۳/۵۱۰/۷۵	میزان ثبات شغلی (ایمنی شغلی)
۳/۱۵۰/۷۲	شرایط محیط کار
۳/۱۶۰/۸۱	شرایط فیزیکی محل کار (نور، صدا، آلودگی و...)
۳/۳۲۰/۷۸	وجود تجهیزات و امکانات و ابزار کار مناسب
۲/۹۸۰/۸۶	وجود امکانات رفاهی
۳/۰۴۰/۶۵	نحوه سرپرستی و نظارت
۳/۱۰۰/۸۸	دسترسی راحت به مسئولین در موقع لزوم
۲/۹۲۰/۸۴	نحوه نظارت مستقیم مسئولین در کارتان
۲/۹۴۰/۷۸	نحوه نظارت غیر مستقیم مسئولین در کارتان
۳/۱۵۰/۷۲	نحوه ارزشیابی مسئولین از کارتان
۳/۱۰۰/۸۱	شیوه سرپرستی و هدایت مسئولین

جدول ۳- توزیع فراوانی نسبی میزان اهمیت عوامل و حیطه‌های عوامل موثر درونی انگیزش شغلی اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۴

میانگین حیطه	میانگین عوامل	حیطه ها و عوامل موثر
۳/۰۷۰/۶۴		شناخت و قدردانی
	۲/۸۳۰/۸۵	در صورت ارائه کاری با ارزش از طرف همکاران مورد قدردانی قرار گیرید
	۲/۹۸۰/۷۷	در صورت ارائه کارآموزشی از طرف دانشجویان مورد قدردانی قرار گیرید
	۲/۹۸۰/۸۷	در صورت ارائه کاری با ارزش از طرف مسئولین مورد قدردانی و پاداش معنوی قرار گیرید
	۳/۱۶۰/۸۴	مسئولین دانشگاه در رابطه با مشکلات حرفه ای احساس مسئولیت کنند
	۳/۳۸۰/۷۸	حمایت کافی مدیران و روسای دانشکده و بیمارستان از شما در مراجع قانونی
۳/۳۰۰/۶۳		پیشرفت و توسعه شغلی
	۳/۴۱۰/۷۳	وجود امکان ارتقاء پیشرفت شغلی در حرفه
	۳/۱۷۰/۸۱	وجود امکان ادامه تحصیل

۳/۲۴۰/۷۵	وجود امکانات شرکت در سمینارها و کنفرانس ها
۳/۳۶۰/۸۲	وجود امکانات پژوهشی مناسب
۳/۳۸۰/۶۳	ماهیت کار
۳/۳۱۰/۷۴	توانایی خدمت به جامعه از طریق حرفه (مدرسی)
۳/۳۱۰/۷۵	با ارزش بودن حرفه (مدرسی) از دیدگاه جامعه
۳/۵۲۰/۷۲	علاقه به شغل مدرسی و رضایت مندی از کار مدرسی
۳/۱۸۰/۶۶	مسئولیت شغلی
۳/۲۲۰/۷۵	وجود آزادی ابراز عقیده و دادن مسئولیت
۳/۱۰۰/۷۹	پذیرش پیشنهادات و نظرات شما در تصمیم گیری ها
۳/۲۳۰/۷۵	وجود استقلال در ارائه خدمات آموزشی و پژوهشی
۳/۲۶۰/۶۸	موقعیت شغلی
۳/۵۶۰/۸۶	داشتن امکان ارتقا به رتبه های بالاتر هیئت علمی
۳/۱۶۰/۷۲	دخالت مستقیم در روند آموزش، درمان و مراقبت بیماران

نمودار شماره ۱- توزیع فراوانی نسبی میزان اهمیت کل عوامل موثر بیرونی در ایجاد انگیزش شغلی بر حسب گروه های سنی اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۴

نمودار شماره ۲- توزیع فراوانی نسبی میزان اهمیت کل عوامل موثر درونی در ایجاد انگیزش شغلی بر حسب گروه های سنی اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۴

جدول ۴- توزیع فراوانی نسبی میزان اهمیت عوامل بیرونی در ایجاد انگیزش شغلی بر حسب گروه های سنی اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۴

سن(سال)	۳۰-۳۹		۴۰-۴۹		بالای ۵۰		جمع		ضریب همبستگی گاما	p-مقدار	عوامل موثر بیرونی
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد			
حقوق و دستمزد	با اهمیت	۳۰	۲۵	۵۴	۴۵	۳۶	۳۰	۱۲۰	۱۰۰	.۴۴	.۰/۰۳۷
	بی اهمیت	۸	۴۷/۱	۷	۴۱/۲	۲	۱۱/۸	۱۷	۱۰۰		
خط و مشی محیط و مقررات	با اهمیت	۳۱	۲۶/۳	۵۳	۴۴/۹	۳۴	۲۸/۸	۱۱۸	۱۰۰	.۰/۲۰	.۰/۳۲۶
	بی اهمیت	۷	۳۶/۸	۸	۴۲/۱	۴	۲۱/۱	۱۹	۱۰۰		
ارتباط با دیگران	با اهمیت	۳۲	۲۵/۴	۵۸	۴۶	۳۶	۲۶/۶	۱۲۶	۱۰۰	.۴۲	.۰/۱۳۳
	بی اهمیت	۶	۴۵/۵	۳	۲۷/۳	۲	۱۸/۲	۱۱	۱۰۰		
امنیت شغلی	با اهمیت	۳۳	۲۶/۲	۵۵	۴۳/۷	۳۸	۳۰/۲	۱۲۶	۱۰۰	.۵۶	.۰/۰۱۸

		۱۰۰	۱۱	۰	۰	۴۵/۵	۶	۴۵/۵	۵	بی اهمیت	
۰/۷۲۷	-۰/۰۶	۱۰۰	۱۱۵	۲۸/۷	۳۳	۴۱/۷	۴۸	۲۹/۶	۳۴	با اهمیت	شرایط محیط کار
		۱۰۰	۲۲	۲۷/۷	۵	۵۹/۱	۱۳	۱۸/۲	۴	بی اهمیت	
۰/۲۳۳	.۲۱	۱۰۰	۱۱۱	۲۹/۷	۳۳	۴۴/۱	۴۹	۲۶/۱	۲۹	با اهمیت	نحوه سرپرستی و نظارت
		۱۰۰	۲۶	۱۹/۲	۵	۴۶/۲	۱۲	۳۴/۶	۹	بی اهمیت	

جدول ۵- توزیع فراوانی نسبی میزان اهمیت عوامل درونی در ایجاد انگیزش شغلی بر حسب گروه‌های سنی اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۴

سن (سال)	عوامل موثر درونی	۳۰-۳۹			۴۰-۴۹		بالای ۵۰		جمع	ضریب همبستگی گاما	p-مقدار
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد				
شناخت و قدردانی	با اهمیت	۲۹	۲۷/۱	۴۷	۴۳/۹	۳۱	۲۹/۰	۱۰۷	۱۰۰/۰	۰/۱۰	۰/۵۷۳
	بی اهمیت	۹	۳۰/۰	۱۴	۴۶/۷	۷	۲۳/۳	۳۰	۱۰۰/۰		
پیشرفت و توسعه شغلی	با اهمیت	۳۵	۲۸/۲	۵۵	۴۴/۴	۳۴	۲۷/۴	۱۲۴	۱۰۰/۰	-۰/۱۰	۰/۶۹۱
	بی اهمیت	۳	۲۳/۱	۶	۴۶/۲	۴	۳۰/۸	۱۳	۱۰۰/۰		
ماهیت کار	با اهمیت	۳۰	۴۲/۲	۵۶	۴۵/۲	۳۸	۳۰/۶	۱۲۴	۱۰۰/۰	.۷۳	۰/۰۰۲
	بی اهمیت	۸	۶۱/۵	۵	۳۸/۵	۰	۰/۰	۱۳	۱۰۰/۰		
مسئولیت شغلی	با اهمیت	۳۱	۲۵/۸	۵۲	۴۳/۳	۳۷	۳۰/۸	۱۲۰	۱۰۰/۰	.۴۵	۰/۰۲۲
	بی اهمیت	۷	۴۱/۲	۹	۵۲/۹	۱	۵/۹	۱۷	۱۰۰/۰		
موقعیت شغلی	با اهمیت	۳۴	۲۷/۴	۵۳	۴۲/۷	۳۷	۲۹/۸	۱۲۴	۱۰۰/۰	.۲۹	۰/۱۶۶
	بی اهمیت	۴	۳۰/۸	۸	۶۱/۵	۱	۷/۷	۱۳	۱۰۰/۰		

جدول ۶- توزیع فراوانی نسبی (کی-دو) میزان اهمیت عوامل درونی در ایجاد انگیزش شغلی بر حسب جنسیت اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۴

جنسیت	عوامل موثر درونی	زن		مرد		جمع		آماره آزمون کی-دو	p-مقدار
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد		
شناخت و قدردانی	با اهمیت	۵۳	۴۹/۵	۵۴	۵۰/۵	۱۰۷	۱۰۰	۱/۵۶	۰/۲۱۲

		۱۰۰	۳۰	۶۳/۳	۱۹	۳۶/۷	۱۱	بی اهمیت	
۰/۰۱۷	۵/۶۶	۱۰۰	۱۲۴	۵۰/۰	۶۲	۵۰/۰	۶۲	با اهمیت	پیشرفت و توسعه شغلی
		۱۰۰	۱۳	۸۴/۶	۱۱	۱۵/۴	۲	بی اهمیت	
۰/۵۳۱	۰/۳۹	۱۰۰	۱۲۴	۵۲/۴	۶۵	۴۷/۶	۵۹	با اهمیت	ماهیت کار
		۱۰۰	۱۳	۶۱/۵	۸	۳۸/۵	۵	بی اهمیت	
۰/۶۲۵	۰/۲۴	۱۰۰	۱۲۰	۵۲/۵	۶۳	۴۷/۵	۵۷	با اهمیت	مسئولیت شغلی
		۱۰۰	۱۷	۵۸/۸	۱۰	۴۱/۲	۷	بی اهمیت	
۰/۹۶۶	۰/۰۰۲	۱۰۰	۱۲۴	۵۳/۲	۶۶	۴۶/۸	۵۸	با اهمیت	موقعیت شغلی
		۱۰۰	۱۳	۵۳/۸	۷	۴۲/۲	۶	بی اهمیت	
		۱۰۰	۱۳	۶۱/۵	۸	۳۸/۵	۵	بی اهمیت	

جدول ۷- توزیع فراوانی نسبی میزان اهمیت عوامل درونی در ایجاد انگیزش شغلی بر حسب سابقه کار آموزشی اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۴

مقدار p-مقدار	ضریب همبستگی گاما	جمع		بالای ۱۶		۱۵-۶		کمتر از ۵		سابقه کار آموزشی (سال)	عوامل موثر درونی
		درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۰/۰۷۰	-۰/۲۹	۱۰۰	۱۰۷	۲۹	۳۱	۳۷/۴	۴۰	۳۳/۶	۳۶	با اهمیت	شناخت و قدردانی
		۱۰۰	۳۰	۴۰	۱۲	۴۳/۳	۱۳	۱۶/۷	۵	بی اهمیت	
۰/۰۸۳	-۰/۴۲	۱۰۰	۱۲۴	۲۹	۳۶	۳۹/۵	۴۹	۳۱/۵	۳۹	با اهمیت	پیشرفت و توسعه شغلی
		۱۰۰	۱۳	۵۳/۸	۷	۳۰/۸	۴	۱۵/۴	۲	بی اهمیت	
۰/۰۰۷	۰/۵۵	۱۰۰	۱۲۴	۳۴/۷	۴۳	۳۷/۱	۴۶	۲۸/۲	۳۵	با اهمیت	ماهیت کار
		۱۰۰	۱۳	۰	۰	۵۳/۸	۷	۴۲/۲	۶	بی اهمیت	
۰/۹۳۲	۰/۰۲	۱۰۰	۱۲۰	۳۱/۷	۳۸	۳۸/۳	۴۶	۳۰/۰	۳۶	با اهمیت	مسئولیت شغلی
		۱۰۰	۱۷	۲۹/۴	۵	۴۱/۲	۷	۲۹/۴	۵	بی اهمیت	
۰/۳۱۶	-۰/۲۵	۱۰۰	۱۲۴	۲۹/۸	۳۷	۳۹/۵	۴۹	۳۰/۶	۳۸	با اهمیت	موقعیت شغلی
		۱۰۰	۱۳	۴۶/۲	۶	۳۰/۸	۴	۲۳/۱	۳	بی اهمیت	
		۱۰۰	۱۳	۳۰/۸	۴	۳۸/۵	۵	۳۰/۸	۴	بی اهمیت	

جدول ۸- توزیع فراوانی نسبی میزان اهمیت عوامل بیرونی در ایجاد انگیزش شغلی بر حسب مدرک تحصیلی اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۴

مقدار p	ضریب همبستگی گاما	جمع		فوق تخصص و بالاتر		تخصص		دکتر		ارشد		مدرک تحصیلی	عوامل موثر بیرونی
		درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۰/۰۳۱	-۰/۴۴	۱۰۰	۱۲۰	۱۵/۸	۱۹	۳۵	۴۲	۴۵/۸	۵۵	۳/۳	۴	با اهمیت	حقوق و دستمزد
		۱۰۰	۱۷	۲۹/۴	۵	۵۲/۹	۹	۱۱/۸	۲	۵/۹	۱	بی اهمیت	
۰/۰۹۱	-۰/۳۳	۱۰۰	۱۱۸	۱۶/۱	۱۹	۳۴/۷	۴۱	۴۶/۶	۵۵	۲/۵	۳	با اهمیت	خط و مشی محیط و مقررات
		۱۰۰	۱۹	۲۶/۳	۵	۵۲/۶	۱۰	۱۰/۵	۲	۱۰/۵	۲	بی اهمیت	
۰/۶۳۵	۰/۱۲	۱۰۰	۱۲۶	۱۸/۳	۲۳	۳۶/۵	۴۶	۴۲/۱	۵۳	۳/۲	۴	با اهمیت	ارتباط با دیگران
		۱۰۰	۱۱	۹/۱	۱	۴۵/۵	۵	۳۶/۴	۴	۹/۱	۱	بی اهمیت	
۰/۰۵۸	-۰/۴۵	۱۰۰	۱۲۶	۱۶/۷	۲۱	۳۵/۷	۴۵	۴۳/۷	۵۵	۴	۵	با اهمیت	امنیت شغلی
		۱۰۰	۱۱	۲۷/۳	۳	۴۵/۵	۶	۱۸/۲	۲	۰	۰	بی اهمیت	
۰/۰۱۲	-۰/۴۷	۱۰۰	۱۱۵	۱۳/۹	۱۶	۳۵/۷	۴۱	۴۷/۸	۵۵	۲/۶	۳	با اهمیت	شرایط محیط کار
		۱۰۰	۲۲	۳۶/۴	۸	۴۵/۵	۱۰	۹/۱	۲	۹/۱	۲	بی اهمیت	
۰/۱۷۴	-۰/۲۴	۱۰۰	۱۱۱	۱۵/۳	۱۷	۳۶/۹	۴۱	۴۴/۱	۴۹	۳/۶	۴	با اهمیت	نحوه سرپرستی و نظارت
		۱۰۰	۲۶	۲۶/۹	۷	۳۸/۵	۱۰	۳۰/۸	۸	۳/۸	۱	بی اهمیت	
		۱۰۰	۱۴	۲۱/۴	۳	۵۷/۱	۸	۱۴/۳	۲	۷/۱	۱	بی اهمیت	

توزیع فراوانی نسبی (کی-دو) میزان اهمیت عوامل درونی در ایجاد انگیزش شغلی بر حسب مدرک تحصیلی اعضای هیئت علمی دانشگاه کی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۴

مقدار p	آماره آزمون کی - دو	جمع		فوق تخصص و بالاتر		تخصص		دکتر		ارشد		مدرک تحصیلی	عوامل موثر درونی
		درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۰/۰۲۹	-۰/۳۵	۱۰۰	۱۰۷	۱۵/۹	۱۷	۳۲/۷	۳۵	۴۸/۶	۵۲	۲/۸	۳	با اهمیت	شناخت و قدردانی
		۱۰۰	۳۰	۲۳/۳	۷	۵۳/۳	۱۶	۱۶/۷	۵	۶/۷	۲	بی اهمیت	
۰/۰۰۶	-۰/۵۵	۱۰۰	۱۲۴	۱۶/۹	۲۱	۳۳/۹	۴۲	۴۵/۲	۵۶	۴	۵	با اهمیت	پیشرفت و توسعه شغلی
		۱۰۰	۱۳	۲۳/۱	۳	۶۹/۲	۹	۷/۷	۱	۰	۰	بی اهمیت	
۰/۵۱۰	-۰/۱۳	۱۰۰	۱۲۴	۱۸/۵	۲۳	۳۴/۷	۴۳	۴۲/۷	۵۳	۴	۵	با اهمیت	ماهیت کار

			۱۰۰	۱۳	۷/۷	۱	۶۱/۵	۸	۳۰/۸	۴	۰	۰	بی اهمیت	
۰/۶۳۶	-۰/۰۹		۱۰۰	۱۲۰	۱۹/۲	۲۳	۳۳/۳	۴۰	۴۴/۲	۵۳	۳/۳	۴	با اهمیت	مسئولیت شغلی
			۱۰۰	۱۷	۵/۹	۱	۶۴/۷	۱۱	۲۳/۵	۴	۵/۹	۱	بی اهمیت	
۰/۴۱۹	-۰/۱۷		۱۰۰	۱۲۴	۱۸/۵	۲۳	۳۳/۹	۴۲	۴۴/۴	۵۵	۳/۲	۴	با اهمیت	موقعیت شغلی
			۱۰۰	۱۳	۷/۷	۱	۶۹/۲	۹	۱۵/۴	۲	۷/۷	۱	بی اهمیت	

جدول ۱۰- توزیع فراوانی نسبی (کی-دو) میزان اهمیت عوامل بیرونی در ایجاد انگیزش شغلی بر حسب نوع استخدام اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۴

نوع استفاده	رسمی-قطعی		رسمی-آزمایشی		پیمانی		قراردادی و سایر		جمع		آماره آزمون	P- مقدار*	عوامل موثر بیرونی
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد			
حقوق و دستمزد	۵۰	۴۱/۷	۶	۵	۴۹	۴۰/۸	۱۵	۱۲/۵	۱۲	۱۰۰	۵/۹۴	۰/۱۱۰	با اهمیت
	۴	۲۳/۵	۳	۱۷/۶	۹	۵۲/۹	۱	۵/۹	۱۷	۱۰۰			بی اهمیت
خط و مشی محیط و مقررات	۴۷	۳۹/۸	۶	۵/۱	۵۰	۲۴/۴	۱۵	۱۲/۷	۱۱۸	۱۰۰	۳/۶۷	۰/۲۹۳	با اهمیت
	۷	۳۶/۸	۳	۱۵/۸	۸	۴۲/۱	۱	۵/۳	۱۹	۱۰۰			بی اهمیت
ارتباط با دیگران	۵۱	۴۰/۵	۸	۶/۳	۵۲	۴۱/۳	۱۵	۱۱/۹	۱۲۶	۱۰۰	۱/۰۵	۰/۸۳۳	با اهمیت
	۳	۲۷/۳	۱	۹/۱	۶	۵۴/۵	۱	۹/۱	۱۱	۱۰۰			بی اهمیت
امنیت شغلی	۵۳	۴۱/۳	۷	۵/۶	۵۱	۴۰/۵	۱۶	۱۲/۷	۱۲۶	۱۰۰	۶/۵۰	۰/۰۹۰	با اهمیت
	۲	۱۸/۲	۲	۱۸/۲	۷	۶۳/۶	۰	۰	۱۱	۱۰۰			بی اهمیت
شرایط محیط کار	۴۴	۳۸/۳	۶	۵/۲	۴۹	۴۲/۶	۱۶	۱۳/۹	۱۱۵	۱۰۰	۵/۳۱	۰/۱۵۱	با اهمیت
	۱۰	۴۵/۵	۳	۱۳/۶	۹	۴۰/۹	۰	۰	۲۲	۱۰۰			بی اهمیت
نحوه سرپرستی و نظارت	۴۶	۴۱/۴	۷	۶/۳	۴۳	۳۸/۷	۱۵	۱۳/۵	۱۱۱	۱۰۰	۴/۱۴	۰/۲۵۸	با اهمیت
	۸	۳۰/۸	۲	۷/۷	۱۵	۵۷/۷	۱	۳/۸	۱۴	۱۰۰			بی اهمیت

* * در این جدول شرایط استفاده از آزمون کی-دو برقرار نبود، p-مقدار حاصل از روش شبیه سازی گزارش شده است.

جدول ۱۱- توزیع فراوانی نسبی میزان اهمیت عوامل بیرونی در ایجاد انگیزش شغلی بر حسب مرتبه علمی اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۴

رتبه علمی	استاد	دانشیار	استادیار	مربی	جمع	p- مقدار

عوامل بیرونی	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	ضریب همبستگی گاما	p-مقدار
حقوق و دستمزد	۹	۷/۵	۲۸	۲۳/۳	۷۵	۶۲/۵	۸	۶/۷	۱۲۰	۱۰۰	۰/۱۸	۰/۴۶۲	
	۲	۱۱/۸	۴	۲۳/۵	۱۱	۶۴/۷	۰	۰	۱۷	۱۰۰			
خط و مشی محیط و مقررات	۷	۵/۹	۲۸	۲۳/۷	۷۶	۶۴/۴	۷	۵/۹	۱۱۸	۱۰۰	۰/۲۷	۰/۲۳۵	
	۴	۲۱/۱	۴	۲۱/۱	۱۰	۵۲/۶	۱	۱	۱۹	۱۰۰			
ارتباط با دیگران	۱۰	۷/۹	۳۰	۲۳/۸	۸۰	۶۳/۵	۶	۴/۸	۱۲۶	۱۰۰	-۰/۲۱	۰/۴۸۱	
	۱	۹/۱	۲	۱۸/۲	۶	۴۵/۵	۲	۱۸/۲	۱۱	۱۰۰			
امنیت شغلی	۱۰	۷/۹	۲۹	۲۳	۷۹	۶۲/۷	۸	۶/۳	۱۲۶	۱۰۰	۰/۱۸	۰/۵۶۴	
	۱	۹/۱	۳	۲۷/۳	۷	۶۳/۶	۰	۰	۱۱	۱۰۰			
شرایط محیط کار	۷	۶/۱	۲۴	۲۰/۹	۷۷	۶۷	۷	۶/۱	۱۱۵	۱۰۰	۰/۴۵	۰/۰۳۰	
	۴	۱۸/۲	۸	۳۶/۴	۹	۴۰/۹	۱	۴/۵	۲۲	۱۰۰			
نحوه سرپرستی و نظارت	۸	۷/۲	۲۸	۲۵/۲	۶۹	۶۲/۲	۶	۵/۴	۱۱۱	۱۰۰	-۰/۰۹	۰/۶۵۸	
	۳	۱۱/۵	۴	۱۵/۴	۱۷	۶۵/۴	۲	۷/۷	۲۶	۱۰۰			

جدول ۱۲- توزیع فراوانی نسبی میزان اهمیت عوامل درونی در ایجاد انگیزش شغلی بر حسب مرتبه علمی اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۴

رتبه علمی عوامل درونی	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	ضریب همبستگی گاما	p-مقدار
شناخت و قدردانی	۶	۵/۶	۲۴	۲۲/۴	۷۰	۶۵/۴	۷	۶/۵	۱۰۷	۱۰۰	۰/۳۳	۰/۰۸۱	
	۵	۱۶/۷	۸	۲۶/۷	۱۶	۵۳/۳	۱	۳/۳	۳۰	۱۰۰			
پیشرفت و توسعه شغلی	۱۰	۸/۱	۲۸	۲۲/۶	۷۸	۶۲/۹	۸	۶/۵	۱۲۴	۱۰۰	۰/۲۱	۰/۴۸۰	
	۱	۷/۷	۴	۳۰/۸	۸	۶۱/۵	۰	۰	۱۳	۱۰۰			
ماهیت کار	۱۱	۸/۹	۳۲	۲۵/۸	۷۴	۵۹/۷	۷	۵/۶	۱۲۴	۱۰۰	۰/۷۷	۰/۰۰۴	
	۰	۰	۰	۰	۱۲	۹۲/۳	۱	۷/۷	۱۳	۱۰۰			
مسئولیت شغلی	۱۱	۹/۲	۲۷	۲۲/۵	۷۴	۶۱/۷	۸	۶/۷	۱۲۰	۱۰۰	-۰/۰۱	>۰/۹۹۹	
	۰	۰	۵	۲۹/۴	۱۲	۷۰/۶	۰	۰	۱۷	۱۰۰			
با اهمیت	۱۱	۸/۹	۲۸	۲۲/۶	۷۷	۶۲/۱	۸	۶/۵	۱۲۴	۱۰۰	۰/۰۲	۰/۹۵۶	

						۶۹/۲	۹	۳۰/۸	۴	۰	۰	بی اهمیت	موقعیت شغلی

جدول ۱۳- توزیع فراوانی نسبی سابقه کار آموزشی بر حسب سن اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۴

سن	کمتراز ۵	۶-۱۵	بالای ۱۶	جمع
۳۰-۳۹	(۱۸/۲)۲۵	(۸/۸)۱۲	(۰/۷)۱	(۲۷/۷)۳۸
۴۰-۴۹	(۹/۵)۱۳	(۲۷/۷)۳۸	(۷/۳)۱۰	(۴۴/۵)۶۱
بالای ۵۰	(۲/۲)۳	(۲/۲)۳	(۲۳/۴)۳۲	(۲۷/۷)۳۸
جمع	(۲۹/۹)۴۱	(۳۸/۷)۵۳	(۳۱/۴)۴۳	(۱۰۰)۱۳۷

جدول ۱۴- توزیع فراوانی نسبی مرتبه علمی بر حسب سن اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۴

مرتبه علمی	استاد	دانشیار	استادیار	مربی	جمع
سن ۳۰-۳۹	(۰/۰)۰	(۱/۵)۲	(۲۴/۸)۳۴	(۱/۵)۲	(۲۷/۷)۳۸
سن ۴۰-۴۹	(۲/۹)۴	(۱۳/۱)۱۸	(۲۷/۷)۳۸	(۰/۷)۱	(۴۴/۵)۶۱
بالای ۵۰	(۵/۱)۷	(۸/۸)۱۲	(۱۰/۲)۱۴	(۳/۶)۵	(۲۷/۷)۳۸
جمع	(۸/۰)۱۱	(۲۳/۴)۳۲	(۶۲/۸)۸۶	(۵/۸)۸	(۱۰۰)۱۳۷

جدول ۱۵- توزیع فراوانی نسبی مرتبه علمی بر حسب سابقه کار آموزشی اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۴

رتبه علمی	استاد	دانشیار	استادیار	مربی	جمع
کمتراز ۵	(۰/۰)۰	(۰/۷)۱	(۲۷/۷)۳۸	(۱/۵)۲	(۲۹/۹)۴۱
۶-۱۵	(۱/۵)۲	(۱۲/۴)۱۷	(۲۴/۱)۳۳	(۰/۷)۱	(۳۸/۷)۵۳
بالای ۱۶	(۶/۶)۹	(۱۰/۲)۱۴	(۱۰/۹)۱۵	(۳/۶)۵	(۳۱/۴)۴۳
جمع	(۸/۰)۱۱	(۲۳/۴)۳۲	(۶۲/۸)۸۶	(۵/۸)۸	(۱۰۰)۱۳۷

جدول ۱۶- توزیع فراوانی نسبی مرتبه علمی بر حسب مدرک تحصیلی اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۴

مرتبه علمی مدرک تحصیلی	استاد	دانشیار	استادیار	مربی	جمع
ارشد	(۰/۰)۰	(۰/۰)۰	(۱۰/۵)۲	(۲/۲)۳	(۳/۶)۵
Ph.D	(۲/۹)۴	(۷/۳)۱۰	(۲۸/۵)۳۹	(۲/۹)۴	(۴۱/۶)۵۷
تخصص	(۲/۹)۴	(۱۰/۹)۱۵	(۲۲/۶)۳۱	(۰/۷)۱	(۳۷/۲)۵۱
فوق تخصص و بالاتر	(۲/۲)۳	(۵/۱)۷	(۱۰/۲)۱۴	(۰/۰)۰	(۱۷/۵)۲۴
جمع	(۸/۰)۱۱	(۲۳/۴)۳۲	(۶۲/۸)۸۶	(۵/۸)۸	(۱۰۰)۱۳۷

جدول ۱۷- بررسی متغیرها بر روی عوامل موثر بیرونی حاصل از برازش مدل رگرسیونی لجستیک در اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۴

متغیر	ضریب رگرسیونی	خطای معیار	p-مقدار	OR	فاصله اطمینان ۹۵ درصدی برای OR	
					کران بالا	کران پایین
عرض از مبدا	۳/۵۰	۱/۳۷	۰/۰۱۱	-	-	-
سن			۰/۰۷۱			
۳۰-۳۹	-۳/۲۷	۱/۴۷	۰/۰۲۶	۰/۰۴	۰/۰۰۲	۰/۶۷
۴۰-۴۹	-۲/۴۱	۱/۳۸	۰/۰۸۰	۰/۰۹	۰/۰۱	۱/۳۳
بالای ۵۰	مرجع	-	-	-	-	-
جنس						
زن	۱/۱۲	۰/۶۷	۰/۰۹۴	۳/۰۵	۰/۸۳	۱۱/۲۸
مرد(مرجع)	۰/۰	-	-	-	-	-
مدرک تحصیلی			۰/۰۹۵			
ارشد	-۱/۹۲	۱/۵۶	۰/۲۲۰	۰/۱۵	۰/۰۱	۳/۱۴
Ph.D	۱/۸۵	۱/۰۳	۰/۰۷۰	۶/۳۹	۰/۸۶	۴۷/۶۲
تخصص	۰/۳۵	۰/۸۰	۰/۶۶۵	۱/۴۲	۰/۲۹	۶/۸۴
فوق تخصص و بالاتر (مرجع)	۰/۰	-	-	-	-	-

با اهمیت بودن عوامل بیرونی در اعضای هیئت علمی با سن بین ۳۰ تا ۳۹ سال، ۹۶ درصد کمتر از اعضای هیئت علمی بالای ۵۰ سال بود.

جدول ۱۸- بررسی متغیرها بر روی عوامل موثر درونی حاصل از برازش مدل رگرسیونی لجستیک در اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۴

متغیر	ضریب رگرسیونی	خطای معیار	p-مقدار	OR	فاصله اطمینان ۹۵ درصدی برای OR	
					کران بالا	کران پایین
عرض از مبدا	۳/۸۲	۱/۴۶	۰/۰۰۹	-	-	-
سن			۰/۰۱۱			
۳۰-۳۹	-۳/۵۶	۱/۵۰	۰/۰۱۸	۰/۰۳	۰/۰۰۲	۰/۵۴
۴۰-۴۹	-۱/۷۸	۱/۴۴	۰/۲۱۶	۰/۱۷	۰/۰۱	۲/۸۳
بالای ۵۰ (مرجع)	۰/۰					
جنس						
زن	۰/۷۲	۰/۶۶	۰/۲۷۷	۲/۰۵	۰/۵۶	۷/۴۴
مرد(مرجع)	۰/۰					
مدرک تحصیلی			۰/۱۵۱			
ارشد	-۲/۲۷	۱/۶۳	۰/۱۶۴	۰/۱۰	۰/۰۰۴	۲/۵۳
Ph.D	۱/۲۹	۱/۰۷	۰/۲۳۰	۳/۶۲	۰/۴۴	۲۹/۴۳
تخصص	۰/۲۱	۰/۹۵	۰/۸۲۹	۱/۲۳	۰/۱۹	۷/۸۸
فوق تخصص و بالاتر (مرجع)	۰/۰					

با اهمیت بودن عوامل بیرونی در اعضای هیئت علمی با سن بین ۳۰ تا ۳۹ سال، ۹۷ درصد کمتر از اعضای هیئت علمی بالای ۵۰ سال بود.

Conclusion:

باید اذعان داشت که تمامی این عوامل در ایجاد انگیزش شغلی مهم هستند و نتایج به دست آمده نیز این سخن را تأیید می کند. ولی به لحاظ اهمیت و ارجحیت با یکدیگر متفاوتند. با استفاده از نتایج این مطالعه می توان عوامل انگیزشی را در اعضای هیئت علمی تقویت کرد و در نتیجه کیفیت کار را ارتقاء بخشید. در نتیجه در این راستا، فراهم نمودن محیط مناسب با توجه به مرتبه علمی اعضاء توأم با امنیت شغلی و ارزش های اخلاقی، رفع مشکلات استخدامی، ماهیت کار با توجه به سن و سابقه کار آموزشی افراد و ارائه حقوق و دستمزد بر مبنای توانایی و عملکرد، عدالت، قدردانی شایسته، ارتباطات مناسب، تنظیم آیین نامه های ارتقاء شغلی مناسب موجبات انگیزش شغلی اعضاء هیئت علمی بوده که مسئولیت و احساس تعهد بیشتری به انجام وظایف محول شده به نحو رضایت بخش صورت می پذیرد.

Keywords:

انگیزش، عضو هیئت علمی، عوامل مؤثر بیرونی، عوامل مؤثر درونی، تئوری دو عاملی هرزبرگ

کد: ۱۲۱۴

حیطه: مدیریت و رهبری آموزشی

تبیین درک و تجارب ذینفعان از کیفیت خدمات آموزشی

نویسندگان: محمد علی حسینی، سلیمان احمدی، شهرام یزدانی

Introduction

کیفیت خدمات آموزشی یکی از دغدغه‌های مهم مسئولان آموزش عالی می‌باشد. ارزشیابی کیفیت خدمات آموزشی می‌بایست بر مبنای مدل علمی انجام شود. در حال حاضر، تعریف حوزه و مفهوم سازی کیفیت خدمات آموزشی با ابهام نظری و روشی روبه روست و ریشه بسیاری از این ابهام‌ها و پیچیدگی‌ها به نبود مدل و ابزار مناسب برای اندازه گیری کیفیت خدمات مربوط می‌شود. تجارب صاحب نظران، ذینفعان و افراد کلیدی در مورد کیفیت خدمات آموزشی و شناخت درک و تجربیات و هنجارهای بومی در این زمینه بسیار حائز اهمیت است

Objectives

تبیین درک و تجارب ذینفعان از کیفیت خدمات آموزشی

Study Design

مطالعه کیفی، تحلیل محتوای تماتیک

Study Setting

با یک مطالعه کیفی تحلیل محتوای تماتیک با رویکرد قیاسی و روش گرانهایم و لاندمن، درک و تجارب ذینفعان آموزشی به خصوص دانشجویان از کیفیت خدمات آموزشی تبیین شد.

Participan

در این مطالعه ابتدا به روش نمونه گیری هدفمند دانشجویان رشته های پیراپزشکی یکی از دانشگاه های علوم پزشکی کشور در سال تحصیلی ۹۴ و ۹۵ به عنوان مهمترین ذینفع در زمینه پژوهش شناسایی و انتخاب شدند. از ایشان مصاحبه نیمه ساختارمند بعمل آمده و همزمان با انجام مصاحبه ها به روش تحلیل محتوی با رویکرد قیاسی داده ها آنالیز شد. در ادامه تا زمان به اشباع رسیدن داده ها نمونه گیری تئوریک انجام گردید. بر اساس نمونه گیری تئوریک اعضا هیئت علمی و مدیران آموزشی و کارکنان آموزشی به عنوان ذینفعان سطح بعدی جهت مصاحبه انتخاب شدند و تعداد مشارکت کنندگان ۱۶ نفر بودند. با نرم افزار MAXQDA فرایند تحلیل داده ها و کدگذاری انجام شد. مشارکت کنندگان (۶ نفر دانشجو، ۴ نفر عضو هیئت علمی، ۲ نفر امور دانشجویی، ۱ نفر مشاور، ۲ نفر کارشناس آموزش و ۲ نفر معاون آموزشی) کل مصاحبه های انجام شده ۲۰ نفر بودند که ۳ تا از مصاحبه های اول که با دانشجویان انجام شد حذف شدند. در مجموع ۲۹ جلسه مصاحبه انجام و به طور میانگین هر جلسه مصاحبه ۵۸ دقیقه بود. سوالات اصلی عبارتند از: مولفه های کیفیت خدمات آموزشی از نظر ذینفعان چه می باشد؟ نظر شما در مورد کیفیت خدمات آموزشی دانشگاه چیست؟ کیفیت خدمات از دیدگاه شما به چه معناست؟ شما

کیفیت خدمات آموزشی را چگونه تفسیر می کنید؟ عناوین مورد بررسی شامل: کیفیت خدمات - خدمات مورد انتظار - رضایتمندی و عوامل موثر بر آن - مشتری مداری و دانشجو محوری - رضایت از تحصیل - سازمان و فرهنگ سازمانی - جو سازمانی - ارتباط با دانشجو - سیستمهای ارتباط با دانشجو - کیفیت فنی (عوامل ملموس) و کیفیت عملکردی (فرایندهای پذیرش دانشجو تا فارغ التحصیلی به تفکیک واحدهای مرتبط با دانشگاه) ابعاد کیفیت خدمات (ملموسات، اعتبار، پاسخگویی تضمین همدلی و...) هدف از ورود به دانشگاه - عدالت آموزشی. از سوالات کاوشی در جاهای مختلف هنگام مصاحبه استفاده میشود. درگیری مداوم با موضوع و داده های پژوهش وجود داشت. خود پژوهشگر به عنوان هیئت علمی با تجربه ۱۵ سال در حوزه آموزش و درمان آشنایی کاملی به محیط پژوهش و مشارکت کنندگان و فرایندهای آموزشی دارند. همچنین از نظرات اصلاحی اساتید در ارتباط با روند انجام مصاحبه ها، تحلیل آن ها و داده های استخراج شده استفاده گردید. متن مصاحبه ها و کدهای استخراج شده و همچنین زیر طبقات با مشارکت کنندگان در میان گذارده شد و از نظرات آنان استفاده گردید. از تلفیق در روش گردآوری داده ها (مصاحبه ساختارمند، بررسی مستندات) استفاده گردید. مستندات شامل بررسی کلیه مکاتبات اداری مربوط به خدمات آموزشی دانشگاه بود. در انتخاب نمونه تنوع لازم در نظر گرفته شد، به طوری که از دانشجویان رشته های مختلف و با سطوح تحصیلی مختلف، مرکز مشاوره دانشجویی، امور دانشجویی، کارشناسان آموزشی، مدیر آموزشی و معاون آموزشی و هیئت علمی دارای سوابق کاری، و همچنین مسئولیت های مختلف انتخاب گردیدند. از یک ناظر خارجی نیز جهت بررسی داده ها استفاده گردید که در مورد فرآیند کار و یافته ها توافق وجود داشت. کلیه فعالیت های صورت گرفته شامل فرآیند انجام کار و چگونگی یافته های به دست آمده به دقت ثبت شدند و گزارش مبسوطی از فرآیند پژوهش ارائه گردید. پس از ارائه اطلاعات لازم، رضایت آگاهانه شفاهی از کلیه شرکت کنندگان دریافت شد. جهت انجام ضبط صدا از شرکت کنندگان اجازه گرفته شد. به شرکت کنندگان اطمینان داده شد که مشخصات آنان محرمانه خواهد ماند و اطلاعات به دست آمده به صورت نتایج کلی در اختیار شرکت کنندگان قرار داده شد.

:Sample Size

نمونه گیری هدفمند

:Data Gathering Tool

از ایشان مصاحبه نیمه ساختارمند بعمل آمده و همزمان با انجام مصاحبه ها به روش تحلیل محتوی با رویکرد قیاسی داده ها آنالیز شد. در ادامه تا زمان به اشباع رسیدن داده ها نمونه گیری تئوریک انجام گردید. بر اساس نمونه گیری تئوریک اعضا هیئت علمی و مدیران آموزشی و کارکنان آموزشی به عنوان ذینفعان سطح بعدی جهت مصاحبه انتخاب شدند و تعداد مشارکت کنندگان ۱۶ نفر بودند

:Data Analysis

مطالعه کیفی

:Results

از مجموع ۴۰۰ کد اولیه حاصل تجزیه تحلیل یافته ها، ۳۳۶ کد انتزاعی، ۴۸ زیر طبقه، ۲۰ طبقه، و ۷ درونمایه (شکاف اطلاعات قبل وبعد از ورود به دانشگاه، تفاوت خدمات مورد انتظار و خدمات درک شده و عوامل ایجاد کننده انتظار، رویکرد دانشگاه در ارتقا کیفیت خدمات، دانشجو و نحوه مدیریت مشکلات تحصیلی، تعامل سیستم و دانشجو در برنامه ریزی آموزشی، نقش سیستم مدیریت دانشگاه در ارتقا کیفیت خدمات و نقش وظایف و عملکرد استاد در بهبود کیفیت) به دست آمد. سطوح انتزاع در طبقات متفاوت بود.

:Conclusion

با بررسی این درونمایه ها و مستندات (مکاتبات اداری) و مرور مطالعات مرتبط مشخص شد که در سیستم مدیریت دانشگاهی متناسب با کیفیت خدمات آموزشی ارائه شده به دانشجویان یکسری شکافهای کیفیت وجود دارد. از جمله این شکافها، شکاف بین انتظارات

دانشجو و سیستم مدیریتی دانشگاه، شکاف بین ادراک مدیریت دانشگاه و طراحی و استاندارد سازی خدمات، شکاف بین استاندارد سازی و طراحی تا خدمات قابل ارائه، شکاف ارتباطی و شکاف بین خدمات دریافت شده و خدمات مورد انتظار می باشد که در مطالعه بعدی به تبیین مدل مربوطه و شکافهای کیفیت خدمات میپردازیم.

Keywords:

تبیین درک و تجارب، دینفعان آموزشی، کیفیت خدمات آموزشی

کد: ۱۲۱۹

حیطه: مدیریت و رهبری آموزشی

تبیین فرایند اجتماعی شدن حرفه ای دانشجویان کارشناسی پرستاری

نویسندگان: محمدرضا دین محمدی، حمید پیروی، ندا مهرداد

Introduction

اجتماعی شدن فرایندی است که فرد در طی آن، نقشها، ارزشها و موقعیتهای لازم برای حضور در سازمانهای اجتماعی را فرا میگیرد. فرد به موازات رشد و پذیرش نقش در گروههای جدید، هنجارهای جدید را یاد میگیرد و به پالایش مجدد پنداشت از خود خویشتن می پردازد (۱). ولف (۲۰۰۷) به نقل از هین شاو (۱۹۷۷) می نویسد: اجتماعی شدن فرایندی است که طی آن، افراد نقشها، ارزشها، رفتارها و دانش مربوط به حرفه یا گروه اجتماعی جدید را یاد می گیرند (۲).

در ادبیات پرستاری نیز تعاریف و توصیف های متعدد و در عین حال متنوعی از مفهوم اجتماعی شدن حرفه ای ارائه شده است که در اغلب آنها اجتماعی شدن حرفه ای به صورت فرایند درونی کردن و تکامل هویت حرفه ای از طریق کسب دانش، مهارت ها، نگرش ها، باورها، ارزش ها، هنجارها و استانداردهای اخلاقی جهت ایفای نقش حرفه ای تعریف کرده اند (۳-۱۰).

فرایند اجتماعی شدن حرفه ای، جنبه اساسی تکامل دانشجویان پرستاری می باشد. این فرایند با ورود افراد به برنامه آموزش پرستاری آغاز و با اتمام آموزش پرستاری و ورود به محیطهای کاری ادامه می یابد (۲، ۳، ۶، ۸، ۱۱). بنابراین، اجتماعی شدن پیامد خواسته یا ناخواسته فرایند آموزشی و تجارب محیط کار می باشد (۶، ۱۲). دانشجویان پرستاری نقشهای حرفه ای وابسته به پرستاری را از طریق فرایند اجتماعی شدن حرفه ای یاد می گیرند (۱۳).

بحث در مورد اجتماعی شدن در پرستاری سالهای متمادی مطرح بوده است. دیویس (۱۹۶۸) مستندات را درباره مقوله اجتماعی شدن حرفه ای دانشجویان پرستاری در ادبیات مربوط به دهه ۱۹۵۰ گزارش کرده است. طی دهه های ۱۹۷۰ و ۱۹۸۰ تعدادی از مدل های اجتماعی شدن حرفه ای برای دانشجویان پایه و دارای پروانه کار پرستاری تدوین شده است. پژوهش های اخیر نیز بیشتر به جنبه های خاص اجتماعی شدن، مثل استرس ها یا مهارت های رویارویی پرداخته اند که منجر به خلق مدل های جدید نشده اند (۳، ۱۴).

در دو دهه اخیر، مطالعات پیرامون اجتماعی شدن حرفه ای منجر به مدل های جدید نشده و به طور عمده پیرامون موضوعات اجتماعی شدن حرفه ای از قبیل نقش و جایگاه عوامل (انسانی و غیر انسانی) اجتماعی شدن، آثار و پیامد های آن و راهبردهای مدیریت فرایند اجتماعی شدن صورت گرفته است. برخی از مطالعات نتایج خود را در زمینه نقش و جایگاه عوامل غیر انسانی از قبیل محیط های آموزشی و کاری در اجتماعی شدن حرفه ای گزارش نموده اند (۱۰، ۱۵) و برخی دیگر، یافته های خود را در زمینه نقش عوامل انسانی از قبیل مربیان، پرستارها، منتورها و الگوهای نقشی در اجتماعی شدن پرستاران جوان و دانشجویان (۲، ۶، ۱۶) ارائه داده اند. نتایج بعضی از مطالعات در خصوص تبعات و پیامدهای اجتماعی شدن حرفه ای (۵، ۶، ۸، ۱۲، ۱۷) و برخی نیز در زمینه فرایندها و راهبردهای مدیریت دوره گذر نقشی^[۱] دانش آموختگان جدید پرستاری (۸، ۱۸-۲۱) ارائه شده است. در ادبیات پرستاری کمتر مطالعه ای را می توان یافت که به طور مشخص به تبیین فرایند اجتماعی شدن پرستاران در دوره دانشجویی آنها پرداخته و کل فرایند را مورد توجه قرار داده باشد.

Objectives

هدف این مطالعه تبیین فرایند اجتماعی شدن حرفه ای در دانشجویان کارشناسی پرستاری می باشد.

Study Design

گراندتئوری یک رویکرد تحقیق کیفی است که فرایندهای اجتماعی موجود در تعاملات انسان ها را مورد مطالعه قرار می دهد. (Streubert and Carpenter, ۲۰۰۳). اجتماعی شدن حرفه ای در پرستاران در بستری از تعاملات اجتماعی صورت می گیرد. لذا، با توجه به اینکه در تبیین فرایند اجتماعی شدن حرفه ای دانشجویان پرستاری کشف الگوها و فرایندهای موجود در تعاملات اجتماعی مورد نظر است، روش گراندتئوری می تواند مناسب ترین شیوه جهت انجام مطالعه حاضر باشد.

Study Setting

در این پژوهش دو دانشکده پرستاری و مامایی وابسته به دانشگاه های علوم پزشکی شهر تهران به عنوان محیط پژوهش انتخاب شدند. این دانشکده های پرستاری و مامایی دولتی هستند و از طریق نظام متمرکز گزینش دانشجو، سالانه در دو مرحله از طریق آزمون سراسری دولتی (کنکور) دانشجو می پذیرند. دانشجویان کارشناسی پس از پذیرش و ثبت نام در این دانشکده ها یک دوره آموزشی چهار ساله ای متشکل از هشت نیمسال تحصیلی می گذرانند که شامل کلاس های نظری، عملی و بالینی می باشد. آنها از اواخر نیمسال اول یا از اوایل نیمسال دوم به طور رسمی وارد محیط های بیمارستانی و بهداشتی می شوند و تحت نظارت مربیان مربوطه، آموخته های نظری خود را به کار می گیرند. دانشجویان کارشناسی پرستاری آخرین سال تحصیلی خود را صرفا در محیط های بالینی و بهداشتی به کارآموزی در عرصه می پردازند.

Participan

روش نمونه گیری و مشخصات شرکت کنندگان در مطالعه

در این مطالعه، نمونه گیری به صورت هدفمند آغاز گردید. شرکت کنندگان مطالعه در حال تحصیل در ترم های تحصیلی مختلف بودند و ضمن داشتن تجربه و اطلاعات کافی در مورد موضوع یا پدیده مورد نظر، علاقمند به شرکت در مطالعه بودند. دانشجویانی که واجد شرایط مطالعه بودند و مهارت های ارتباطی و کلامی خوب داشتند، برای آغاز مطالعه انتخاب و ضمن آشنایی اولیه، قرار مصاحبه در محلی که آنها راحت بودند، گذاشته می شد. سعی شد از هر دو جنس دانشجویان و تمامی ترم های تحصیلی شرکت کنندگانی در مطالعه باشد. انتخاب شرکت کنندگان بعدی با توجه به نتایج تحلیل مصاحبه های اولیه و مفاهیم و طبقات اولیه حاصل، به صورت نمونه گیری نظری ادامه پیدا

کرد. براین اساس، ۱۴ نفر در این مطالعه شرکت کردند که ۱۲ نفر دانشجوی کارشناسی پرستاری و دو نفر دانش آموخته اخیر کارشناسی پرستاری بودند. شرکت کنندگان ۱۰ نفر زن و چهار مرد بودند و از لحاظ سن در محدوده ۲۱ تا ۲۶ سال قرار داشتند.

:Sample Size

در مطالعات کیفی مطرح نمی باشد. توضیح در قسمت قبل داده شده است.

:Data Gathering Tool

روش اصلی گردآوری داده ها در این مطالعه مصاحبه نیمه ساختارمند بود. محقق در اولین ملاقات با افراد، ضمن معرفی خود و شرح مختصری از مطالعه، مکان و زمان مصاحبه را با نظر شرکت کنندگان مشخص می نمود. قبل از آغاز هر مصاحبه، رضایت نامه کتبی توسط شرکت کنندگان مطالعه و امضاء می شد و همچنین اجازه ضبط مصاحبه از آنها درخواست می شد. مصاحبه با یک سوال کلی آغاز و با سوالات پیگیر [۱] ادامه می یافت. برخی از سوالات اصلی مصاحبه عبارتت بودند از:

- از روزهای اول حضور در محیط دانشکده به عنوان دانشجوی پرستاری بگویید.
- از روزهای حضور در محیط بالینی (کارآموزی) به عنوان دانشجوی پرستاری بگویید.
- چطور حس "پرستار شدن" در شما شکل گرفت؟

مصاحبه ها در محل اتاق مصاحبه دانشکده ها به صورت انفرادی انجام و با دستگاه مخصوص ضبط صدا ضبط می گردید. هر جلسه مصاحبه از ۷۰ الی ۱۲۰ دقیقه و به طور متوسط، ۹۰ دقیقه به طول می انجامید و در صورت نیاز با مشارکت کننده، قرار جلسه بعدی برای مصاحبه تکمیلی یا کنترل صحت و درستی تحلیل گفته های وی گذاشته می شد. محقق با اشباع در داده ها فرایند گردآوری داده ها را متوقف نمود. گردآوری داده های مطالعه به مدت سه سال از اول خرداد ۱۳۸۹ تا بهمن سال ۱۳۹۱ به طول انجامید. در مجموع، ۱۵ مصاحبه با ۱۲ نفر از دانشجویان کارشناسی پرستاری (با یکی از شرکت کنندگان دو جلسه مصاحبه برگزار گردید) و دو نفر از دانش آموختگان اخیر کارشناسی پرستاری انجام گردید.

:Data Analysis

در مطالعه حاضر از روش تحلیل پیشنهادی استراس و کوربین (۱۹۹۸) در سه مرحله کدگذاری باز، محوری و انتخابی استفاده گردید (Strauss and Corbin, ۱۹۹۸). در ضمن فرایند سه گانه تحلیل از روش های تحلیل مقایسه ای مداوم و نمونه گیری نظری برحسب لزوم استفاده گردید.

فرایند تحلیل با انجام اولین مصاحبه آغاز گردید. محقق پس از اتمام مصاحبه، فایل صوتی مربوطه را برای کسب درک کلی گوش می کرد، بعد محتوی کامل مصاحبه را کلمه به کلمه در محیط نرم افزار واژه پرداز Microsoft Word ۲۰۰۷ پیاده می کرد. این کار برای همه مصاحبه ها بلافاصله یا حداکثر تا ۲۴ ساعت بعد از انجام مصاحبه صورت می گرفت.

دقت داده ها

بحث و چالش‌های فراوانی در رابطه با درستی و دقت تحقیق کیفی وجود دارد. دقت یا قابلیت اعتماد به معنی درستی و کفایت روش شناسی در تحقیق کیفی می باشد (Holloway and Wheeler, ۲۰۱۰; Streubert and Carpenter, ۲۰۱۱). تاکنون روش‌های مختلفی را بدین منظور معرفی نموده اند که معیارهای چهارگانه گوبا و لینکلن (۱۹۹۵)، یعنی اعتبار، قابلیت وابستگی، تاییدپذیری و انتقال پذیریدر بین محققان با اقبال و استفاده بیشتری مواجه بوده است که در مطالعه حاضر نیز از این معیارها استفاده شد.

برای تایید اعتبار و مقبولیت داده‌ها (credibility) از روش‌های گوناگون استفاده نمودند تا داده‌ها و صحت آن‌ها را تایید کنند. برای تایید اعتبار (dependability) معمولاً نیاز به حسابرسی خارجی می باشد. انجام مطالعه اصلی از اولین مرحله طراحی، ارائه پیشنهاد تحقیق تا مرحله نهایی طبق سیاست کمیته ارزیاب طرح‌های پژوهشی مصوب تحت نظارت و داوری حداقل دو نفر از ناظرین منتخب انجام پذیرفت. پژوهشگران با استفاده از توصیف جامع و غنی از بافت و عرصه پژوهش تلاش نمودند قابلیت انتقال (transferability) و کاربرد یافته‌ها را در دیگر موقعیت‌ها با شرایط و ویژگی‌های مشابه افزایش دهند. به منظور تایید پذیری (confirmability) سعی گردید با تلفیق منابع داده‌ها (انتخاب شرکت کنندگان از دانشکده‌های مختلف، دانش‌آموختگان جدید و هر دو جنس) حداکثر تغییر پذیری و تنوع در شرکت کنندگان لحاظ گردد. توصیف دقیق فرایندهای روش شناسی از جمله روش‌های گردآوری و تحلیل داده‌ها، ثبت دقیق توأم با حفظ هوشیاری و عینیت در این مراحل، نوشتن یادآورها و ثبت رویداد‌های مهم، روش‌هایی بود که برای این منظور به انجام رسید. همچنین، بازبینی مراحل مختلف مطالعه و نظارت دائمی همکاران گروه تحقیق در افزایش تایید پذیری مطالعه نقش داشت.

Results

تحلیل داده‌های مطالعه مطابق با روش استراس و کوربین ۱۹۹۸ در سه مرحله کد گذاری باز، محوری و انتخابی منجر به توسعه نظریه مبتنی بر داده‌های مطالعه گردید. این نظریه با عنوان "دگردیسی حرفه‌ای دانشجویان پرستاری" با فرایند و ساختارهای مربوطه که مشتمل بر ۵ طبقه و ۱۱ زیر طبقه بود، آشکار گردید (جدول ۱).

طبقه اول: وابستگی

دانشجویان کارشناسی پرستاری در ابتدای ورود با پیش‌داشته‌های ذهنی مختلف و توانمندی‌های شناختی، جسمی، روانی و عاطفی متفاوت و به ویژه علایق و انتظارات نامشخص، تحصیل در این رشته را آغاز می نمودند. آنها در ابتدای ورود خود به حرفه با یک دنیای جدید و ناآشنا مواجه می شدند. شناخت آنها نسبت به رشته پرستاری واقعی نبوده و اغلب اطلاعات و آگاهی‌های غیرمعتبری از دوستان، رسانه‌ها و اطرافیان کسب کرده بودند. این دانشجویان تابع شرایط و عوامل پیرامون خود بودند و نقش نسبتاً انفعالی در مواجهه با دیگران و محیط پیرامون خود نشان می دادند. به عبارتی، وابستگی اجتناب ناپذیری به عوامل آموزشی به ویژه اساتید و مربیان خود داشتند. آنها مقاومت کمتری در مقابل شرایط و جزئیات محیط پیرامون داشته و پیرو نظم حاکم بودند.

دانشجویان در این مرحله فرصت می یافتند تا از نزدیکی با حرفه و ماهیت آن آشنا شوند و شروع به کنجکاوای در مورد پرستاری و پرسش از اساتید، دانشجویان ارشد و پرستاران می نمودند. پاسخ‌های مختلف و بعضاً متناقض دیگران از یک سو و ضعف آگاهی و توانمندی تحلیل شرایط از سوی دیگر، منجر به شک و تردید، اضطراب و نگرانی اولیه می گردید و بلاتکلیفی اولیه را پدید می آورد. این طبقه محصول سه زیر طبقه "خود متناقض"، "وابستگی اجتناب ناپذیر" و "بلاتکلیفی آغازین" بود.

۱-۱- خود متناقض

دانشجویان در ابتدای ورود به رشته واکنش های متغیر و متفاوتی را نشان می دادند که بخشی از آنها تظاهرات قابل انتظار و معمولی بود که هر فرد با پذیرش در دانشگاه، کسب نقش دانشجویی و آغاز دوران جدید و متفاوت در زندگی از خود بروز می داد. واکنش هایی چون خوشحالی از پذیرش در دانشگاه، احساس رضایت و خرسندی از خود، حس بزرگ شدن محصول چنین اتفاقی است. از سوی دیگر، ورود به یک محیط جدید و متفاوت، ارتباط و تعامل با افراد خاص، تغییر برنامه معمول زندگی و تجربه زندگی جدید با واکنش های چون، استرس، اضطراب و نگرانی همراه بود. آنها در اوایل ورود به حرفه تصویر روشنی از حرفه پرستاری نداشتند و تحت تاثیر دیگران و شرایط محیطی، واکنش های متغیر و گذرای را تجربه می کردند. یکی از دانشجویان نگرانی خود را در اولین روزهای ورود به دانشکده و آغاز رسمی کلاس های درسی این گونه تعریف می کرد:

" ... از دانشکدمون خیلی خوشم اومده بود. خوشحال بودم خیلی هم کنجکاو بودم. البته این نگرانی رو هم همزمان داشتیم که رشته ام چیه و چگونه است؟ می خواستم خیلی بیشتر در موردش بدونم. بعد سوال هم می کردم از مسئول آموزش از برنامه ریز هامون. یه چیز های هم فهمیدم ولی خیلی راضی نبودم." (ش ۶)

یا دانشجوی دیگری احساس خودش را در مورد رشته پرستاری این گونه بیان می کرد:

" ... اوایل واقعیتش حس خوبی داشت. هنوز وارد محیط بیمارستان نشده بودیم ترم یک و دو هنوز نمی دونستیم جو چه جوریه و خیلی هم با رشته آشنایی نداشتیم." (ش ۱).

۱-۲- وابستگی اجتناب ناپذیر

دانشجویان در اوایل ورود به رشته پرستاری همانند فرد مبتدی و تازه واردی بودند که دنیای جدیدی را تجربه می نمایند. نقص دانش و آگاهی های حرفه ای از یک سو و ضعف مهارت های ارتباطی از سوی دیگر، عواملی بودند که جرات و اعتماد به نفس آنها را تحت تاثیر قرار می داد. دانشجویان در امور تحصیلی خود وابسته به عوامل و شرایط موجود بودند و اغلب نقش انفعالی ایفا می کردند. نیاز به حمایت، یادگیری و توسعه مهارت های ارتباطی از انتظارات معمول آنها بود. دانشجویی تجربه وابستگی را در سال های اولیه دوره آموزشی این گونه بیان می نمود:

" ترم یک که خیلی وابسته به مربی مون بودیم. ولی ترم های بالاتر دوست داشتیم که آزادترمون بذارند. کارهارو بیشتر خودمون انجام بدیم. نظارت داشته باشه ولی کارهارو بذاره خودمون انجام بدیم. بیشتر سوالاتمونو جواب بده و از لحاظ تئوریکي حمایت کنه." (ش ۶).

یکی از دانش آموختگان در مورد منفعل بودن خود در سال های اولیه دوره تحصیلی در مقطع کارشناسی پرستاری می گفت:

"... ترم اول که پراتیک بود هیچی. ترم دوم و سوم که تمایل زیاد نداشتیم و منفعل بودم مگه اینکه استاد مجبورم می کرد و هل می داد و خودم نمی رفتم" (ش ۱۳).

۱-۳- بلاتکلیفی اولیه

دانشجویان قبل از ورود به حرفه یا کاملاً با پرستاری غریبه بودند و در اثر انتخاب رشته اجباری وارد رشته پرستاری می شدند، یا از طرق مختلفی از جمله دوستان، موسسات آموزشی، نزدیکان شاغل در حرف پزشکی و تجربه تماس با پرستاران و محیط های کار آنها، آشنایی های نه چندان قابل اعتمادی را کسب می نمودند. آنها با ورود و تحصیل در رشته پرستاری از نزدیک با ماهیت حرفه پرستاری آشنا می شدند. دانشجویان از طریق کنجکاوی و پرسش از منابع مختلف از جمله اساتید، دانشجویان سال بالا، پرستاران و دیگر اعضای تیم درمان اطلاعات پراکنده و متناقضی کسب می نمودند. عدم توانایی دانشجویان در تحلیل شرایط موجود و رسیدن به یک تصمیم قطعی، آنها را در یک وضعیت بلاتکلیفی قرار می داد. دانشجویی تجربه خودش را از حضور در اولین کلاس های درس دانشکده این چنین تعریف می کرد:

"... تو کلاس می شینی و بچه های دور و برت شروع می کنند به صحبت که دیدی چه اشتباهی کردیم اومدیم تو این رشته! هی گفتند که نرو ها. دیگه راهی برگشت نداریم. این جور موج های منفی اون روزهای اول بود و ما انصرافی هم داشتیم ... این موج ها به آدم می رسه و خواه ناخواه رو آدم اثر می زاره." (ش ۱۰).

طبقه دوم: گسستگی

این مرحله از تجربه اجتماعی شدن دانشجویان کارشناسی پرستاری کمی بعد از مرحله وابستگی آغاز و همزمان با آن ادامه می یافت. وجه تمایز این مرحله با مرحله قبل، ورود آنها به محیط های بالینی و لمس واقعیات حرفه از نزدیک بود. شروع برنامه های آموزش بالینی در محیط های بهداشتی و درمانی، دانشجویان را با حرفه پرستاری، مسائل و چالش های پیرامون آن آشنا می نمود. اگرچه در ابتدا به جهت نقص آگاهی و دانش لازم برای مدیریت امور تحصیلی خود همچنان تابع شرایط و عوامل محیطی بوده و نقش منفعل تری را نشان می دادند، اما با گذشت زمان به تدریج به مرحله ای از خودآگاهی و هوشیاری حرفه ای دست می یافتند که تمامیت فردی و حرفه ای آنها را متزلزل می نمود. در این مرحله دانشجویان قادر به تمییز خود شخصی از خود حرفه ای بودند و اغلب در مدیریت بین آنها با تعارض مواجه می گردیدند. این مرحله، از بحرانی ترین تجربه های دانشجویان پرستاری بود. "فقر بالینی"، "زجر بالینی" و "بلاتکلیفی ثانویه" زیر طبقه های بودند که تجربه طبقه "گسستگی" از آنها انتزاع گردید.

۲-۱- فقر بالینی

دانشجویان با ورود به محیط های بالینی که معمولاً مصادف با اواخر نیمسال اول و آغاز نیمسال دوم تحصیلی آنها بود، "فقر بالینی" را تجربه می نمودند. این تجربه حاصل عواملی چون نقص دانش بالینی دانشجویان از یک سو و ناکارآمدی عوامل و شرایط آموزش بالینی (مربیان بالینی و محیط های آموزشی) از سوی دیگر بود. تجربه محیط های بالینی ناآشنا و در عین حال پیچیده، تجربه کار و ارتباط نزدیک با بیماران و تعامل با دیگر گروه های تیم مراقبتی، وابستگی آنها را به مربیان بالینی و تبعیت از شرایط حاکم تشدید می نمود. دانشجویان در کارآموزی های بالینی تحت نظارت و سرپرستی مربیان بالینی و در بعضی مواقع پرستاران بخش ها قرار داشتند و نقش منفعل تری در اداره امور آموزشی و یادگیری خود داشتند. یکی از دانشجویان در این رابطه می گفت:

"... ترم های اول برقراری ارتباط با بیماران خیلی سخت بود. به دلیل نقص دانش بالینی، من از بیمار فاصله می گرفتم و با پرونده بیمار کار می کردم. بیمار نیز این موضوع را می فهمید و به من اعتماد نمی کرد و کارهای خود را از پرستار بخش می خواست ... " (ش ۴).

اغلب شرکت کنندگان مطالعه به نوعی از نقص آموزش بالینی اظهار عدم رضایت داشتند. احساس اتلاف وقت در کارآموزی ها، احساس بی فایده بودن و ناکارآمدی کارآموزی ها، برنامه ریزی نامناسب کارآموزی ها، انجام کارهای روتین و تکراری، سپردن دانشجویان به پرسنل و عدم به

کارگیری دانسته های نظری در کارهای بالینی از جمله مواردی بودند که دانشجویان برای بیان تجارب خود از یادگیری در محیط های بالینی اظهار می نمودند.

۲-۲- زجر بالینی

تجربه "زجر بالینی" معمولا با ورود به محیط های بالینی و همزمان با فقر بالینی یا به دنبال آن اتفاق می افتاد. حضور و یادگیری در چنین محیط هایی با مسائل و سختی های متفاوتی همراه بود. دانشجویان در اوایل، علاوه بر اینکه خود از اندوخته دانشی و مهارتی کافی بهرمنند نبودند، از حمایت و هدایت موثر عوامل آموزشی و شرایط مساعد محیطی نیز محروم بودند. آنها به دلیل عدم حمایت و هدایت کافی از طرف مربیان بالینی و به ویژه پرستاران بخش ها، درجاتی از خشونت های کلامی یا غیر کلامی را تجربه می نمودند. رفتارهای ناخوشایندی از قبیل سرزنش و تحقیر شدن در مقابل بیماران و پرسنل، بهره کشی و استثمار از سوی پرستاران و مربیان بالینی، محدودیت در یادگیری، عدم حمایت، رها شدن در محیط های بالینی و مورد تبعیض واقع شدن بخشی از این تجربه بود که آنها را در این محیط ها آسیب پذیر می ساخت. یکی از شرکت کنندگان که در نیمسال ششم دوره تحصیلی خود قرار داشت تجربه خود را از این نوع رفتارها که عمدتا از سوی پرستاران بخش ها متوجه آنها می شد این گونه توصیف می کرد:

"... بخش تنفس بودیم و استاد اون روز نیامده بود سرپرستار گفت چون استادتون نیست حق ندارید پاتون را توی بخش بگذارید و ما را از بخش بیرون کرده بود و ما خیلی ناراحت شدیم. حتی همین محدودیت ایجاد کردن در کار دانشجو خودش یک جور خشونت است حتما لازم نیست برخورد فیزیکی یا زورگویی یا توهین بکنند." (ش ۱۱).

دانشجوی دیگری در بخشی از صحبت های خود می گفت:

"... اکثر پرستارها ما را قبول نداشتند. پرستاران را می دیدیم که به دانشجوی پزشکی که ترم پایین هم بود احترام می گذاشتند ولی به دانشجوی پرستاری نه ...". (ش ۲)

۲-۳- بلاتکلیفی ثانویه

بلاتکلیفی ثانویه زمانی تجربه می شد که آنها نه بر اساس گفته ها، شنیده ها و بعضا مشاهدات پراکنده و سطحی، بلکه بر اساس تجربه زنده و مشاهدات واقعی خود در محیط های آموزشی به ویژه کارآموزی های بالینی به این احساس تردید و عدم قطعیت دست یافته بودند. حضور همزمان در کلاس های نظری دانشکده، تمرین و یادگیری در محیط های بالینی شرایطی را ایجاد می کرد که آنها را به تجدید نظر دوباره در ماهیت و علل بلاتکلیفی اولیه که در مرحله "وابستگی" تجربه کرده بودند، راغب تر می نمود.

دانشجویی تجربه خودش را از کسب آگاهی از ماهیت حرفه و چالش های فراروی آن این گونه توصیف می نمود:

"... بعد ها خیلی دیدمون باز شد ... به این نتیجه رسیدیم که فرد بعد از چند سال [کار پرستاری] از پا در می آید. خانم پرستاری که من ترم شش اونو تو اورژانس امام دیده بودم که سر حال و با انگیزه کار می کرد همین نزدیکی ها (ترم هشت) دوباره دیدم، می گفت که خیلی سخته و پدرم در آمده، پوستم خراب شده، خوابم مختل شده و ... وقتی دانشجویی و ترم پایین هستی به فکر اینی که کارت روتین نباشه هیجان داشته باشه وقتی می آیی ترم بالا می بینی که بیست سال قراره [با این شرایط] کار بکنی و خانواده ات [هم] هست. یه عمره داری می گذرونی. [این] جسمته و روحته." (ش ۱۰).

طبقه سوم: پیوستگی

آغاز این مرحله از تجربه اجتماعی شدن دانشجویان پرستاری به وضوح و روشنی مراحل قبل نبود و از لحاظ زمانی نیز بسته به فرد و شرایط تفاوت داشت. از این رو نمی توان نقطه شروع مشخصی را برای این مرحله متصور شد. اما آنچه که به جرات می توان ادعا نمود این است که دانشجویان ضمن گذر از مراحل وابستگی و گسستگی در گام سوم وارد این مرحله از تجربه اجتماعی شدن در حرفه پرستاری می گردند. وجه تمایز ورود و حضور فرد در این مرحله با مراحل قبلی، دستیابی دانشجویان به درجه ای از بلوغ و توانمندی فردی و حرفه ای می باشد که آنها را در ایجاد انسجام در ساختار شخصیتی خودشان و کسب یکپارچگی بین خود شخصی و خود حرفه ای توانمند ساخته بود. همچنین، در این مرحله دانشجویان نقش نسبتاً فعالی در اداره امور تحصیلی خود داشته و برای خود و آینده حرفه ای شان تصمیم گیری می نمودند. این طبقه حاصل سه زیر طبقه "فخر حرفه ای"، "تمرین حرفه ای شدن" و "کسب ثبات نسبی" بوده است.

۳-۱- فخر حرفه ای

تحمل تجارب ناخوشایند مراحل قبل در کنار کسب تجارب متنوع و ارزشمندی از جمله کسب دانش و مهارت های حرفه ای و کسب توانمندی های لازم برای تعامل با بیمار، همتایان، مربیان، پرستاران و دیگر اعضای تیم مراقبت، کفایت و شایستگی های لازم را در دانشجویان به وجود آورده بود. همچنین، آنها در این مرحله قادر بودند جایگاه و موقعیت خود و حرفه را مورد نقد و تحلیل قرار دهند. در این مرحله - که غالباً از اواخر سال سوم همزمان با نیمسال ششم و هفتم تحصیلی آغاز می گردید - دانشجویان اغلب دروس نظری تخصصی و کارآموزی های مربوطه را سپری کرده بودند. از دیدگاه اکثر دانشجویان شرکت کننده در مطالعه سال آخر دوره تحصیلی، دوره سازنده ای بود. آنها از این دوره با ذکر شواهد متعددی از جمله بهبود اعتماد به نفس، یادگیری و ارتباط با بیمار و دیگران، کسب استقلال کاری و احساس کامل شدن به خوبی یاد می کردند. یکی از دانشجویان، سال آخر - کارآموزی در عرصه- تحصیل در دوره کارشناسی خود را با سه سال قبل تحصیلی خود برابر دانست و اضافه کرد:

"من تو این یک سال آخر هم تئوری و هم مهارت های عملی ام عالی شده و برقراری ارتباط با بیماران و دیگر تیم مراقبتی هم بهبود پیدا کرده است. همچنین، سیاست هایی را یاد گرفتم که چگونه با دیگران برخورد کنم" (ش ۱).

از آنجا که در دوره کارآموزی در عرصه انتظارات از دانشجو بالا است دانشجویان زمان های بیشتری را در محیط های بالینی سپری می کنند و مربیان نیز در این دوره آزادی عمل بیشتری به دانشجویان می دهند. این امر احساس مسئولیت پذیری و استقلال بیشتری به آنها می دهد. از سوی دیگر نیز دانشجویان در می یافتند که به زودی از نقش دانشجویی به نقش پرستار مستقل تغییر پیدا خواهند کرد و باید خودشان را برای کار در دنیای واقعی آماده سازند. لذا با هدف و آمادگی بیشتری در این دوره ظاهر می شدند. دانشجویی در این رابطه می گفت:

"... توی کارآموزی در عرصه آدم احساس می کنه که وارد عرصه کار شده و استاد همون چیزهایی را که از پرستار ها می خواهند، را از ما انتظار دارد. دوست دارم مثل یک کارمند خودم را محک بزنم ... طولانی بودن دوره عرصه فرصت تعامل با مریض را به ما می دهد. بیمار را بهتر میشه پیگیری کرد تو عرصه با پرسنل تعامل بیشتری داری و آنها هم هر چه بیشتر باهوشون باشی بیشتر می پذیرنت ... اصلاً توی عرصه تعامل چه با بیمار و چه با پرسنل و پزشکان بیشتر می شه" (ش ۵).

دانشجویان به جهت اینکه مدت طولانی در بخش ها حضور داشتند و فرصت کافی برای برقراری ارتباط با اعضای تیم مراقبت و بیماران پیدا می کردند. از این رو پذیرش دانشجویان نیز از طرف آنها بیشتر می شد و به آنها به عنوان عضوی از گروه اعتماد می کردند. دانشجوی دیگری تجربه خود را در دوره کارآموزی در عرصه این چنین بیان می کرد:

"در دوره عرصه نسبت به کارآموزی های قبلی خیلی راحت بودیم. راحت با پرسنل ارتباط برقرار می کردیم. خوب بیس [پایه] علمی مون هم بالاتر رفته بود. عرصه طولانی تر بود و این باعث می شد که تو بخش یک نقشی پیدا کنی. به ما اعتماد می کردند و عضوی از بخش قبول می کردند و روی ما حساب باز می کردند." (ش ۲).

۲-۳- تمرین حرفه ای شدن

تمرین حرفه ای شدن حالتی بود که با کسب نقش حرفه ای، کسب نگاه انسانی به مددجو، کسب حس تعهد و مسئولیت پذیری در قبال مددجویان و حرفه و بیان هویت حرفه ای خود مشخص می گردید. دانشجویان در این مرحله از فرایند اجتماعی شدن در می یافتند که به زودی باید وارد محیط های واقعی کار شوند و به عنوان پرستار به ارائه مسئولیت های حرفه ای خود اقدام نمایند. از این رو تلاش می کردند خود را از قالب و نقش دانشجویی رها نموده و با ایفای نقش فعال در یادگیری و اداره امور تحصیلی، خود را آماده ورود به دنیای واقعی کار و حرفه نمایند. یکی از دانشجویان سال آخر دغدغه خود را برای آماده شدن برای محیط کار آینده این گونه توصیف می کرد:

"... دیگه اینکه اول ها با مری، پرستار یا خودمون چند نفری برای انجام یک پروسیجری سر بیمار می رفتیم. ولی ترم های بالا، مثلا ترم هشت من بالا سر بیماری حدود ده دقیقه وقت برای زدن آنژیو صرف کردم (بد رگ بود). اون موقع پرستار خواست که با من بیاد ولی من گفتم من چند ماه دیگه فارغ التحصیل میشم اونجا چیکار کنم؟ من سعی کردم و بالاخره موفق شدم و این تو اعتماد به نفس من تاثیر داشت و من لذت بردم." (ش ۱۰)

۳-۳- کسب ثبات نسبی

کسب ثبات نسبی، پیامدی بود که ضمن توسعه فردی و حرفه ای دانشجویان در نتیجه فخر حرفه ای و تمرین حرفه ای شدن حاصل می گردید. کسب کفایت و شایستگی های حرفه ای، توسعه مهارت های ارتباطی با بیماران و مریبان و اعضای تیم مراقبت، بهبود اعتماد به نفس، حس تعهد حرفه ای، پذیرش از سوی پرستاران و ایفای نقش فعال در امور تحصیلی از جمله عواملی بودند که شرایط سازگاری تدریجی دانشجویان را با حرفه مهیا نموده و فرایند پذیرش نقش حرفه ای را در آنها تسهیل می نمود. دانشجویی درباره چگونگی پذیرش پرستاری ضمن آگاهی از سختی و مشکلات آن در آینده می گفت:

"... من کم کم [پرستار] شده بودم. این حس خیلی واضح نبوده ولی این اواسط ترم هفت بود که گفتم برخلاف اون اوایل که اگه ارشد [پرستاری] هم قبول نشم خوب همینه دیگه پرستار هستم و کار هم می کنم سختی های شیفت و اینها جزوی از کارمه. بالاخره آدم به یه چیزی علاقمند شد، سختی هاشم قبول می کنه." (ش ۵).

طبقه چهارم: عوامل و شرایط حرفه ای

عوامل حرفه ای به نقش عوامل انسانی اشاره دارد که در بستر حرفه ای با تصمیمات و عملکرد های خود در کیفیت تجارب دانشجویان در طول دوره چهارساله تحصیل در رشته پرستاری تاثیرگذار بوده اند. این عوامل که متشکل از اساتید دانشکده، مریبان بالینی، همتایان، پرستاران، بیمار و همراهان وی و دیگر اعضای تیم مراقبت می باشند، هر کدام به سهم خود تاثیرات مثبت و سازنده و یا منفی و مخرب بر نحوه اجتماعی شدن دانشجویان داشته اند. شرایط حرفه ای نیز به مجموعه عوامل غیر انسانی از قبیل برنامه های درسی آشکار و پنهان، سبک های مدیریت آموزشی دانشکده ها، محیط های بالینی و مقررات، ارزش ها و استانداردهای حاکم بر این محیط ها اطلاق می گردد.

دانشجویان بسته به اینکه در چه مرحله‌ای از تجارب سه گانه (وابستگی، گسستگی و پیوستگی) قرار دارند، با درجات متفاوتی ممکن بود تحت تاثیر این عوامل و شرایط قرار گیرند.

نقش الگوهای شایسته را در تغییر مثبت نگرش دانشجویان نسبت به پرستاری قابل انکار نیست. گاهی یک الگوی با راهنمایی یا یک رفتار شایسته می‌تواند سرنوشت حرفه‌ای دانشجو را تعیین نماید. دانشجویی احساس خود را در مورد یکی از این الگوها این چنین بیان می‌کرد:

"... من بیشتر با رشته پرستاری سر کلاس‌های آقای ص. آشنا شدم یعنی ترم پنجم که با ایشان کلاس داشتیم. الگوی خودمو ایشان کرده بودم و خیلی دوست داشتم که تو کارآموزی‌ها هم با ایشان باشم تا ببینم که تو عمل چگونه‌اند. ایشان با عشق در مورد بیمار و رشتشون صحبت می‌کردند. خیلی توجه منو جلب می‌کرد حتی بعد کلاسشون به حرف‌هاش فکر می‌کردم. و بعد کلاس‌های ایشان فهمیدم که به رشته‌ام علاقه دارم." (ش ۵).

نقش دوستان خوب و دانشجویان سال بالا نیز در چگونگی تجربه اجتماعی شدن دانشجویان نقش بسزایی داشتند.

تاثیر عوامل و شرایط در زمان‌های مختلف با توجه به وضعیت دانشجو تاثیرات متفاوتی داشتند. طبق گفته یکی از دانشجویان، بیماران در سال آخر تحصیلی نقش سازنده‌ای داشتند. او تجربه خود را این گونه بیان می‌کرد:

"... تو عرصه بیماران نقش بیشتری دارند. چون استاد [دانشجو را] ازاد گذاشته. وقتی با مریض به تنهایی کار می‌کنی خیلی انرژی مثبتی می‌گیری." (ش ۱).

از طرف دیگر عوامل فوق می‌توانند گاهی به عنوان عامل و شرایط منفی و مخرب در تجربه دانشجویان عمل نمایند. یکی از دانشجویان در مورد نحوه پوشش یکی از مربیان بالینی می‌گفت:

"... ما خیلی مربی‌های داریم که باور می‌کنید یک کیسه تنشون می‌کنند می‌آن تو بخش که ما اصلا رومون همیشه که تو بخش بگیم که این مربی ماست. همه بچه‌ها از روپوش مربی هامون به عنوان کیسه اسم می‌بردند. خوب مربی هم به آدم القا می‌کنه دیگه." (ش ۱).

پرسنل پرستاری بخش‌ها بیشترین ارتباط را با دانشجویان پرستاری در دوران کارآموزی داشتند و متأسفانه بیشترین نارضایتی دانشجویان نیز از جانب آنها بیان شده است. دانشجوی سال آخر در مورد برخورد پرستاران در اولین تجربه کارآموزی می‌گفت:

"... روز اول خیلی انرژی منفی به ما دادند. طوری که روز بعد که وارد بخش شدیم جرات نمی‌کردیم. خودمونو به کسی نزدیک کنیم. همش می‌ترسیدیم که الان ممکنه ضایع بشیم. سعی می‌کردیم به هیچی دست نزنیم، به چیزی نزدیک نشیم. خیلی محدود شدیم. ولی دیگه پیش پرسنل سعی می‌کردیم تگ هامونو [برچسب هویت] بیوشونیم." (ش ۱).

طبقه پنجم: عوامل و شرایط خارج حرفه‌ای

عوامل و شرایط خارج حرفه‌ای به مجموعه عواملی از قبیل جامعه، رسانه، خانواده، دوستان و ذهنیات و پیشداشتهای اولیه دانشجو اطلاق می‌گردد که اگر چه در مقایسه با عوامل و شرایط حرفه‌ای تاثیر مستقیمی بر تجربیات دانشجویان در فرایند اجتماعی شدن نداشتند، اما تاثیرات مثبت و یا منفی آنها در تمامی دوران آموزشی و حتی خیلی زودتر از آغاز دوره تحصیلی قابل انتظار بوده است. یکی از دانشجویها پیش ذهنیات خود را قبل از انتخاب رشته پرستاری و تحصیل در آن این چنین تعریف می‌کرد:

"... خوب چیزهای که تو تلویزیون و فیلم‌ها می‌دیدیم یک دید بدی رو از پرستار نشون می‌دادند. دیگه بچه‌های که پرستاری قبول شده بودن و می‌اومدند مدرسه، می‌گفتند که یه کاری بکنید که دارو، دندان یا یه رشته خوب قبول بشید ... خوب از سختی شیف‌ها می‌گفتند. از دید مردم صحبت می‌کردند" (ش ۱۰).

دانشجوی دیگری از تاثیر نگرش منفی مردم نسبت به پرستاری صحبت می‌کرد:

"... من رشته پرستاری را از روی علاقه انتخاب نکردم و وقتی که قبول شدم خیلی شوکه شدم ... به نظرم هم ناراحتی به خاطر تعریف های بدی بود که بین عموم از رشته می‌شد. مثلا از یک کارهایی صحبت می‌کردند با روحیه من که یک دختر هم بودم سازگار نبود." (ش ۵).

Conclusion

مطالعه حاضر نظریه پایه «دگردیسی حرفه ای دانشجویان کارشناسی پرستاری» را در بافت فرهنگی - اجتماعی و ساختار نظام سلامت ایران در قالب یک فرایند سه مرحله ای همراه با زمینه حرفه ای و خارج حرفه ای برای توصیف نحوه اجتماعی شدن دانشجویان کارشناسی پرستاری معرفی نمود. بر اساس این نظریه، دانشجویان پرستاری با ورود به رشته پرستاری و گذراندن برنامه های آموزشی در محیط های دانشکده و مراکز بهداشتی و درمانی در مدت چهار سال از یک فرد تازه وارد و بیگانه به یک فرد خودی و حرفه ای تغییر می یابند. آنها در این سفر پر فراز و نشیب، علارغم تحمل ناملایمات و تجارب ناخوشایند، قابلیت ها و توانمندی های متنوع فردی و حرفه ای را نیز کسب می نمایند. به عبارتی، دانشجویان پرستاری در طی برنامه آموزشی چهارساله خود یک پوست اندازی یا دگردیسی حرفه ای را تجربه می کنند.

متاموفوزیس در لغت به معنی تغییر شکل، دگرگونی و دگردیسی است. در فرهنگ مریام وبستر، دگردیسی به صورت تغییرات اساسی در ظاهر یا منش و رفتار یک فرد یا شی تعریف شده است (منبع دیکشنری). در فرایند دگردیسی، فرد تازه وارد از موقعیت فردی بیگانه و غیر حرفه ای به فرد خودی و حرفه ای تبدیل می گردد. پیامد این گذر موفقیت آمیز سازگار شدن فرد با محیط پیرامون خود و مرتفع شدن مشکلات و ابهامات وی می باشد (۲۶).

تاکنون مطالعات متعددی از جنبه های مختلف در خصوص اجتماعی شدن حرفه ای در حوزه نظام های مراقبت سلامتی به عمل آمده است که اغلب آنها اجتماعی شدن را فرایندی اجتناب ناپذیر، پیچیده، متغیر، پویا، دائمی و غیر قابل پیش بینی توصیف می کنند (۶، ۱۰-۱۲، ۲۶-۲۸). دین محمدی و همکاران (۲۰۱۳) نیز با تایید ویژگی های قبل، به ماهیت فرایندی بودن پدیده اجتماعی شدن با خصوصیات چونی یادگیری، تعاملی، تکاملی و سازگاری اشاره کردند (۲۹). از طرفی، این فرایند، شخصی است و از فردی به فرد دیگر متفاوت است. بعضی، دوره اجتماعی شدن را سریع و برخی به کندی و با تحمل مشکلات و ناملایمات سپری می کنند (۲۶، ۲۸). همچنین، این پدیده به جهت پویا و مداوم بودن، آغاز و پایان مشخصی ندارد (۳۰). این ویژگی ها در نظریه دگردیسی حرفه ای حاصل از مطالعه حاضر نیز مشاهده می شود.

پاتریشیا بنر (۱۹۸۴) مدل کسب مهارت در پرستاران را در پنج مرحله ارائه و در کتابی با عنوان "از مبتدی تا متخصص" ارائه نمود. مراحل عبارت بودند از مبتدی، آغازگر پیشرفته، شایسته، متبحر و متخصص. مقایسه نظریه مطالعه حاضر نشان می دهد که مرحله وابستگی با مرحله مبتدی مدل بنر مطابقت دارد. در مرحله مبتدی دانشجویان به جهت عدم کفایت دانش و تجربه بالینی شدیداً به انتظارات و مقررات موجود وابسته بوده و مهارت های عملی آنها محدود می باشد. توصیف ویژگی های مراحل بعدی مدل بنر نشان می دهد که دانشجویان تنها تا مرحله دوم یعنی "آغازگر پیشرفته" می توانند پیش بروند. در این مرحله، دانشجویان می فهمند که نظم و ترتیب خاصی در بخش های بالینی وجود دارد. آنها عملکرد خود را بر اساس تئوری و اصول پیش می برند، اما در تنظیم اولویت ها با مشکل مواجه هستند و بیشتر فعالیت های پرستاری را دارای درجه اهمیت یکسانی تلقی می نمایند (۳). به نظر می رسد که با توجه به ویژگی های مرحله دوم مدل بنر با ویژگی های مرحله پیوستگی مطالعه حاضر همخوانی دارد. شرکت کنندگان مطالعه حاضر نیز در این مرحله به درجاتی از فخر حرفه ای که ناشی از کسب

کفایت و قابلیت های متنوع فردی و حرفه ای است، دست یافته بودند. آنچه که نظریه حاضر را با مدل بنر متمایز می نماید این است که مدل بنر متمرکز بر کسب مهارت بوده است که تنها جزئی از فرایند اجتماعی شدن حرفه ای است، اما نظریه حاضر ناظر بر کل پدیده اجتماعی شدن حرفه ای بوده است.

هین شاو (۱۹۷۶) مدل شش مرحله ای شامل بی گناهی اولیه، ناهماهنگی، هویت یابی، همانند سازی نقشی، تزلزل و درونی سازی در زمینه اجتماعی شدن دانشجویان پرستاری ارائه نمود (۳). بررسی تجارب دانشجویان پرستاری در مراحل شش گانه مدل هین شاو چندان مطابقتی با تجارب شرکت کنندگان مطالعه حاضر نداشته و برخی از مراحل از لحاظ توالی تجارب ناهماهنگی آشکار دارد. اگرچه هر دو گروه دانشجویان در مطالعه حاضر و مدل هین شاو وضعیت مشابهی (بلاتکلیفی اولیه در مقابل ناهماهنگی) را در مراحل اولیه تجربه می نمایند، اما ماهیت این تجربه و عوامل و شرایط پدید آورنده آنها متفاوت از هم می باشد، به طوری که دانشجویان در مدل هین شاو تجربه بی گناهی اولیه حاکمی از داشتن تصاویر و انتظارات ایده آل از پرستاری است، در حالی که دانشجویان مطالعه حاضر اغلب بدون شناخت، علاقه یا پنداشت اولیه از پرستاری وارد این حرفه می شده اند. هویت یابی و همانند سازی نقشی اتفاقی است که در شرکت کنندگان مطالعه حاضر در اواخر دوره آموزشی و در مرحله پیوستگی به صورت کسب نقش حرفه ای و تمرین حرفه ای شدن نمود پیدا می کند، در حالیکه در مطالعه هین شاو این تجربه بسیار زود تر اتفاق می افتد. مرحله تزلزل مدل هین شاو نیز از لحاظ ماهیتی مشابه مرحله گسستگی مطالعه حاضر می باشد اگرچه توالی زمانی متفاوتی دارند. مرحله درونی سازی با مرحله پیوستگی مطالعه حاضر همخوانی دارد. البته از تفاوت های عمده این مدل با نظریه حاضر را می توان به اختصاص مطالعه حاضر به بررسی پدیده اجتماعی شدن در دوره آموزشی پرستاران اشاره نمود. طبق گفته هین شاو، مراحل پنجم و ششم مدل اجتماعی شدن حرفه ای آنها اختصاص به دانش آموختگان و پرستاران در محیط های کار حرفه ای دارد.

کوهن (۱۹۸۱) مدل تکاملی را در چهار مرحله برای دانشجویان پرستاری معرفی کرد. این مراحل شامل وابستگی یک طرفه، منفی گرایی/ استقلال، وابستگی متقابل و استقلال می باشند (۳۱). بررسی و مقایسه ویژگی های مراحل چهارگانه مدل کوهن با مراحل سه گانه نظریه حاضر نشان می دهد در بسیاری از موارد این مراحل با همدیگر همخوانی دارند، به طوری که می توان مرحله اول هر دو مطالعه را (وابستگی در مقابل وابستگی یک طرفه) کاملاً منطبق بر هم تلقی نمود. کوهن مرحله اول مدل خود را با عنوان وابستگی یک طرفه توصیف می نماید. در این مرحله دانشجویان وابسته به محدودیت ها و کنترل های خارجی (قدرت خارجی) مثل اساتید می باشند. این ویژگی ها با مرحله وابستگی مطالعه حاضر همخوانی زیادی دارد.

مراحل دوم هر دو مطالعه (گسستگی در مقابل منفی گرایی/ استقلال) نیز تا حدود زیادی با هم همپوشانی دارند. کوهن معتقد است در این مرحله توانمندی تفکر انتقادی دانشجویان و پایه های دانش وی توسعه می یابد. کوهن این اتفاق را طغیان شناختی نام نهاده است. در مطالعه حاضر نیز این مرحله زمانی آغاز می شود که دانشجویان به یک بینش و هوشیاری حرفه ای دست یافته و او را در درک و تحلیل شرایط پیرامون خود و واقعیات حرفه توانمند ساخته است. آنها سعی می نمایند آموخته های خود را در بالین به کار گیرند ولی شرایط نامساعد محیط های بالینی و ناکارآمدی عوامل و برنامه های آموزشی منجر به احساس زجر بالینی، بلاتکلیفی و عدم قطعیت در آنها می گردد.

مراحل سوم و چهارم مدل کوهن نیز با مرحله سوم مطالعه حاضر (وابستگی متقابل و استقلال در مقابل پیوستگی) هماهنگ می باشند. وابستگی متقابل در مدل کوهن آغاز همدلی و تعهد به دیگران است. در این مرحله دانشجویان به ارزشیابی دقیق و منطقی ایده های دیگران می پردازند. دانشجوی اجتماعی شده موفق، این مرحله را با پنداشت از خود که شامل هویت نقش حرفه ای است و به طور فردی و حرفه ای قابل قبول و سازگار با دیگر نقش های زندگی وی است تکمیل می نماید. یادگیری از دیگران و توانایی حل مستقل مشکلات از مشخصات این مرحله می باشد. (۳، ۳۱). در مرحله پیوستگی نظریه دگرذیسی حرفه ای نیز، دانشجویان با کسب توانمندی های متنوع فردی و حرفه ای که با شاخص هایی چون بهبود یادگیری، توسعه مهارت های ارتباطی با دیگران، حس استقلال کاری، بهبود اعتماد به نفس، پذیرش نقش حرفه ای

و پذیرش از سوی دیگر اعضای تیم مراقبت مشخص می گردید، به فخر حرفه ای و کسب ثبات نسبی و در نهایت کسب تمامیت فردی و حرفه ای یعنی پیوستگی نائل می گردد.

اگرچه مطالعه حاضر در زمینه اجتماعی شدن، فرایندی سه مرحله ای با ساختار نسبتاً مشابه با مدل چهار مرحله ای کوهن نشان داد اما تجارب دانشجویان پرستاری در مراحل مختلف این فرایند و تعاملات پویای آنها در جریان کنش و واکنش های متقابل با زمینه های حرفه ای و خارج حرفه ای (عوامل و شرایط فردی، سازمانی، فرهنگی و اجتماعی) منحصر به فرد آن به دلایلی که در ادامه می آید قابل قیاس نمی باشد.

آنچه که نظریه دگرذیسی حرفه ای دانشجویان پرستاری را از مدل کوهن متمایز می نماید، لحاظ توالی زمانی تجربیات دانشجویان پرستاری در فرایند سه مرحله ای می باشد که در تعامل پویایی با ساختار حرفه ای و خارج حرفه ای موثر بر این تجارب می باشد.

وجه تمایز اصلی این مدل های فوق با نظریه مطالعه حاضر در این است که این نظریه برخاسته از تجربیات واقعی دانشجویان کارشناسی پرستاری بوده است که تمرکز اصلی آن بر مطالعه و تبیین چگونگی تجربه اجتماعی شدن آنها را در حرفه پرستاری با لحاظ ابعاد زمانی، فرهنگی و اجتماعی در قالب ساختار های حرفه ای و خارج حرفه ای تاثیرگذار در این فرایند بوده است.

نکته دیگری که حائز اهمیت می باشد کشف الگویی نسبتاً متفاوت با شواهد موجود در ادبیات اجتماعی شدن حرفه ای به ویژه در پرستاری می باشد. اغلب کارهای انجام شده دهه های اخیر در زمینه اجتماعی شدن، چارچوب مطالعات خود را بر اساس دیدگاه تعامل گرایی بنا نهاده و از این رو فرد را در جریان اجتماعی شدن خود، موجودی فعال و انتخابگر معرفی نموده اند. مطالعه حاضر نشان داد که بر خلاف دیدگاه غالب، اجتماعی شدن حرفه ای در شرکت کنندگان مطالعه حاضر از دیدگاه ترکیبی یعنی دیدگاه کارکرد گرایی در اوایل و تعامل گرایی در ادامه دوره آموزشی تبعیت می نماید. شمولیت و فراگیری هر کدام از دیدگاه های مذکور، بسته به میزان تعامل بین فرد و زمینه های حرفه ای و خارج حرفه ای موثر در این پدیده می تواند متغیر باشد.

گزینش هدفمند افراد مناسب، آموزش و پرورش صحیح آنها در دانشکده های پرستاری و پایش و حمایت موثر از آنها در محیط های کاری، آینده حرفه ی پرستاری کشور را تضمین خواهد کرد. نگرانی ها و چالش های که در اغلب مطالعات موجود در ادبیات پرستاری از جمله مطالعات داخل کشور مطرح می باشد از عدم توجه و مراقبت کافی به این موضوع نشأت می گیرد.

همکاری و هماهنگی نزدیک بین دانشکده های پرستاری و بیمارستان ها منافع متقابل زیادی به دنبال دارد. استفاده از پرستاران شایسته بیمارستان ها به عنوان راهنما، الگوی نقشی و مربی بالینی در ایجاد جو پذیرا و عاری از تنش و خشونت از دیگر تدابیر لازم به شمار می آیند. اصلاح برنامه و الگو های آموزشی باید در جهتی باشد که از دانشجویان، پرستارانی متکی به نفس و خود آگاه تربیت نماید تا با کسب توانمندی های لازم، خود و حرفه پرستاری را از قید و بند فشار ها رهایی بخشند. به هر حال هوشیاری و خودآگاهی، همبستگی حرفه ای را به دنبال دارد و این همبستگی، خودباوری و هویت حرفه ای را به همراه می آورد.

نتیجه گیری نهایی

مطالعه حاضر ضمن تایید یافته های مطالعات گذشته در حوزه اجتماعی شدن حرفه ای دانشجویان پرستاری و تقابل با نتایج برخی مطالعات دیگر، دانشی را به بدنه ادبیات پرستاری اضافه نمود. دانشجویان در چهار سال برنامه آموزشی در دانشکده های پرستاری، فرایند اجتماعی شدن در حرفه پرستاری را طی سه مرحله ی وابستگی، گسستگی و پیوستگی در بستری از عوامل و شرایط حرفه ای و خارج حرفه ای تجربه می نمودند. در هر یک از این مراحل سه گانه، شکل و ماهیت کنش و واکنش های دانشجویان در تعامل با عوامل و شرایط پیرامون، کیفیت

اجتماعی شدن آنها را در حرفه پرستاری تعیین می نمود. نظریه پایه این مطالعه با عنوان "دگردیسی حرفه ای در دانشجویان کارشناسی پرستاری" با ماهیت فرایندی متشکل از سه مرحله همپوشان با توالی زمانی نسبتاً مشخص پدیدار گردید. در جریان این فرایند، دانشجویان از موقعیت و جایگاه فردی بیگانه و غیر خودی، به موقعیت فردی خودی گذر می نمودند. به عبارت دیگر، دانشجویان با گذر از این مراحل، یک تغییر تدریجی در ساختارهای شخصیتی خود پیدا می کردند

. Keywords :

Professional socialization, Metamorphosis, Student nurse, Grounded theory, Iran

کد: ۱۵۳۲

حیطه: مدیریت و رهبری آموزشی

انگیزش اعضای هیئت علمی در نظام تحول

نویسندگان: عبدالله مهدوی، حسن عدالتخواه، زهرا تذکری.

:Introduction

امروزه نگرش جدیدی که در ادبیات مربوط به مدیریت، نسبت به نقش انسان وجود دارد، نگرشی راهبردی است. یعنی انسان هم عامل کار و هم عامل خالق آن است، بنابراین در تحول سازمان نقش محوری دارد و تحولات عظیم سازمانی از توانمندی های نامحدود فکری او سرچشمه می گیرد. میل و اراده به انجام کار یا انگیزش، عامل اساسی در ایجاد تلاش و فعالیت و یکی از ابزارهای مهم در القای تولید و خلق محیط کاری مثبت و اجرای موفقیت آمیز برنامه هاست (۱).

صرف نظر از دیدگاهها و مکاتب موجود در گستره دانش مدیریت، یکی از اهم اهداف سازمانها در این حیطه، افزایش بهره وری است. برای بهره وری بالا در سازمان ها انگیزش عامل انسانی مهمترین اصل محسوب می شود چراکه انگیزش بالا موجب افزایش سطح روحیه و رضایت شغلی می گردد. بعبارتی توجه به عوامل انگیزشی باعث بقاء و کارکرد موثر افراد در سازمان می شود (۲)

اولین و مشهورترین نظریه انگیزشی نظریه سلسله مراتب نیازهاست که توسط ابراهام مازلو ارائه شد. وی نیازهای انسان را به صورت نیازهای جسمانی، ایمنی، اجتماعی، حرمت و نیازهای خود شکوفائی مطرح کرد. نظریه دو عاملی هرزبرگ نیز یکی دیگر از نظریه های بسیار پرکاربرد در این حیطه می باشد و بر این فرض استوار است که رضایت و نارضایتی دو مفهوم متفاوتند و متضاد یک مفهوم نیستند، در واقع بنظر هرزبرگ تجارب خشنود کننده از عوامل برانگیزاننده و تجارب ناخشنود کننده از عوامل بهداشتی می باشند (۲). از نظر وی عوامل انگیزشی شامل (ماهیت کار، قدرت تصمیم گیری، تقدیر، باز شناسی، احترام، مسئولیت، امکان رشد و پیشرفت و عوامل بهداشتی شامل (خط مشی و مقررات سازمان، مدیریت و سرپرستی، حقوق و مزایا، روابط با همکاران، ارتباط با مدیران، شرایط کاری و محیطی و امنیت شغلی می باشد (۲) ناپ که از دیگر نظریه پردازان در این گستره است، فاکتورهای رضایت شغلی را به پنج دسته تقسیم نموده. ارزش های درونی مرتبط به کار (مسئولیت، جذابیت و پربار بودن کار)، ارزشهای درونی حاصل از کار (جایگاه شغلی و احترام)، ارزش های بیرونی حاصل از کار (امنیت شغلی، حقوق و مزایا)

ارزش های بیرونی مرتبط با شغل (ساعات کار مناسب، محیط کار مناسب)، ارزش های بیرونی مرتبط با فرد (ارتباطات خوب با سرپرستان و همکاران، ارتقا). (۳) مطالعات مختلف در راستای نظریه های فوق نشان می دهد: روشن نبودن آینده شغلی، فقدان برنامه صحیح و امنیت شغلی، به عنوان عوامل موثر در کاهش انگیزش شغلی (۴) و جذابیت کار، قدردانی، حقوق کافی، شرایط کاری مناسب و ماهیت کار، در افزایش انگیزش شغلی اعضای هیئت علمی دانشگاه مؤثر گزارش شده است. (۵) همچنین از نظر عوامل درونی و بیرونی موثر بر انگیزش اعضای هیئت علمی نتایج یک مطالعه نشان داد، ۸۱ درصد اعضای هیأت علمی، عوامل بیرونی و ۷۲ درصد آنها عوامل درونی را در ایجاد انگیزش موثر می دانستند. در بین عوامل بیرونی به ترتیب اهمیت، عامل های حقوق و دستمزد، امنیت شغلی، شرایط محیط کار، نحوه ارتباط با دیگران، سرپرستی و نظارت و خط مشی حاکم بر محیط کار، و در بین عوامل درونی به ترتیب اهمیت، ماهیت کار، شناخت و قدردانی از افراد، پیشرفت و توسعه شغلی و موفقیت شغلی، بیشترین تاثیر را داشته اند (۶).

اعضای هیئت علمی یکی از سرمایه های اصلی هر جامعه در نظام آموزش می باشند که نقش مهم و حساسی در توسعه آن کشور دارند، با توجه به اینکه تا کنون غالباً عوامل انگیزشی این قشر کلیدی جامعه از طریق غالبی کمی مورد بررسی قرار گرفته و آنچه که باید انتظارات، ارزشها، ادراکات و مبانی انگیزشی این گروه بطور عمیق و گسترده مورد مطالعه قرار نگرفته، این پژوهش تلاش نمود تا موارد فوق را از طریق مصاحبه های عمیق نه صرفاً پرسشنامه استخراج و مورد تجزیه و تحلیل قرار دهد، لذا هدف از این مطالعه تبیین عوامل موثر بر انگیزش شغلی اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل از طریق مطالعه کیفی بود.

Objectives

مطالعه تبیین عوامل موثر بر انگیزش شغلی اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل (تحلیل محتوی کیفی)

Study Design

مطالعه توصیفی از نوع کیفی که در طی یکسال انجام گرفته

Study Setting: همه مطالعه اینجا ارائه شده

Participan

روش کار : مطالعه حاضر یک مطالعه کیفی از نوع تحلیل محتوی بود. حجم نمونه شامل ۲۱ نفر از اعضای هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل بود. جمع آوری اطلاعات از طریق مصاحبه فردی و گروهی با شرکت کنندگان انجام گرفت. نمونه گیری به روش هدفمند با انتخاب اعضای هیئت علمی که دارای تجارب غنی بوده و تمایل به اشتراک گذاردن تجارب خود داشتند، انجام شد. مصاحبه های انفرادی و گروهی نیمه ساختار یافته [۱] جهت جمع آوری داده ها بکار رفت. مصاحبه های انفرادی طبق تمایل افراد مشارکت کننده بطور حضوری در زمان و مکان مورد نظرشان انجام شد و مصاحبه های گروهی بطور جلسات ۲ ساعته طی چند هفته با دعوت از اعضا انجام شد و مشارکت کنندگان علاقمند که در زمان فوق وقت آزاد و تمایل به شرکت داشتند در جلسات فوق نقطه نظرات خود را بازگو نمودند و پژوهشگران قبل از انجام مصاحبه ها هدف پژوهش را برای مشارکت کنندگان توضیح دادند و رضایت آنها را جهت ضبط مصاحبه ها با تاکید بر محرمانه ماندن نام و مشخصات آنها اخذ نمودند.

Sample Size

داده ها با استفاده از مصاحبه نیمه ساختارمند انجام گرفت. مصاحبه ها تا اشباع داده ها یعنی تا زمانی که هیچ کد جدیدی به کدهای قبلی اضافه نگردید، ادامه یافت. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از روش تحلیل محتوا استفاده شد. تحلیل محتوا به عنوان یک شیوه سیستماتیک جهت دستیابی به عمق و وسعت توصیف پدیده به کار می رود و می تواند بازنگری، بهره گیری معتبر از اطلاعات و تولید دانش و بصیرت های جدید را بدنبال داشته باشد. در واقع تحلیل محتوا بر تجربه زندگی، تفاسیر و معانی که افراد با آن مواجه بوده اند، تمرکز می کند و از داده های خام طبقات را به صورت استقرایی استخراج می کند و الگوهای پنهان را از درون محتوای داده های مشارکت کنندگان بیرون می کشد (۱۷). در تحقیقات کیفی

جمع آوری و تحلیل داده ها بطور همزمان انجام می گیرد و ابتدا کدهای اولیه که بخش مهم و قابل استناد واحدهای معنا واحدهای تحلیل هستند استخراج می شوند و سپس کدها بر اساس تفاوتها و شباهتها در زیرطبقات قرار گرفته و بر اساس انتزاع مفاهیم کلیدی تقلیل و شکل می گیرند و در نهایت بر اساس تفسیر و استنباط دقیق پژوهشگر و مقایسه مداوم داده ها، طبقات و مفاهیم کلیدی اصلی مطالعه استخراج می شوند (۱۸). معیارهای اعتماد و اعتبار در تحلیل محتوا بر اساس نظرگابا اعتبار، انتقال پذیری، قابلیت اعتماد و قابلیت تأیید می باشد، که این معیارها معادل روایی درونی، روایی خارجی، پایایی و عینیت پذیری در مطالعات کمی هستند (۱۹). جهت اطمینان از صحت و پایایی داده ها پس از کد گذاری اولیه، توافق پژوهشگران با مشارکت کنندگان درمورد متن مصاحبه ها انجام شد و همچنین با تخصیص زمان کافی جهت جمع آوری داده ها و درگیری مداوم مشارکت کنندگان جهت افزایش پایایی بکار رفت، بعلاوه متن مصاحبه ها و فرایند کدگذاری توسط همکاران تحقیق بازبینی شد که حدوداً توافق ۸۷٪ وجود داشت

:Data Gathering Tool

(. معیارهای اعتماد و اعتبار در تحلیل محتوا بر اساس نظرگابا اعتبار، انتقال پذیری، قابلیت اعتماد و قابلیت تأیید می باشد، که این معیارها معادل روایی درونی، روایی خارجی، پایایی و عینیت پذیری در مطالعات کمی هستند (۱۹). جهت اطمینان از صحت و پایایی داده ها پس از کد گذاری اولیه، توافق پژوهشگران با مشارکت کنندگان درمورد متن مصاحبه ها انجام شد و همچنین با تخصیص زمان کافی جهت جمع آوری داده ها و درگیری مداوم مشارکت کنندگان جهت افزایش پایایی بکار رفت، بعلاوه متن مصاحبه ها و فرایند کدگذاری توسط همکاران تحقیق بازبینی شد که حدوداً توافق ۸۷٪ وجود داشت.

:Data Analysis

در تحقیقات کیفی جمع آوری و تحلیل داده ها بطور همزمان انجام می گیرد و ابتدا کدهای اولیه که بخش مهم و قابل استناد واحدهای معنا واحدهای تحلیل هستند استخراج می شوند و سپس کدها بر اساس تفاوتها و شباهتها در زیرطبقات قرار گرفته و بر اساس انتزاع مفاهیم کلیدی تقلیل و شکل می گیرند و در نهایت بر اساس تفسیر و استنباط دقیق پژوهشگر و مقایسه مداوم داده ها، طبقات و مفاهیم کلیدی اصلی مطالعه استخراج می شوند (۱۸).

نتایج:

در این مطالعه ۲۱ نفر از اعضای هیات علمی در مورد دغدغه ها و عوامل انگیزشی صحبت کردند، متوسط سن افراد مورد مطالعه ۴۳ و مابین ۲۷ تا ۵۹ سال بود در این مطالعه ۱۳ نفر از اساتید مذکر و ۷ نفر از اساتید مونث مشارکت نمودند. ۲ نفر از اساتید در مقطع کارشناسی ارشد، ۹ نفر PhD و ۹ نفر پزشک متخصص بودند. سابقه کار بین ۳ تا ۲۹ و میانگین ۱۹٫۵ سال بود. ۱۳ نفر دارای پستهای مدیریتی قبلی و ۶ نفر هم اکنون در پست مدیریتی انجام وظیفه می کردند. تحلیل داده ها از طریق خواندن مکرر متن مصاحبه ها و استخراج کدهای اولیه که ۶۱۱ انجام گرفت. کدهای اولیه بر اساس شباهت و تفاوتها مفهومی در ۹۴ کد خلاصه و طبقه بندی شد. طبقات مجدداً با داده ها مقایسه شدند تا از صحت آنها اطمینان حاصل شود، نهایتاً در ۸ طبقه تبیین شدند. ارزش گذاری، توسعه و موفقیت، ارزشیابی، تعاملات و مالی و رفاهی

۱- ارزش گذاری:

۱-۱- شان و منزلت: یکی از مهمترین دغدغه های انگیزشی اساتید توجه به شان و منزلت آنها است. اساتید معتقد بودند که ارزش گذاری در سیستم ضعیف شده یکی از مشارکت کنندگان در این زمینه گفت: "... اینجا سلسله مراتب رعایت نمیشه مجبوری برای تک تک کارها خودت

بدوی از کار نامه رسان گرفته تا کار خدمات همه را خودت انجام میدی! بین هییت علمی و کارمند تعریف واضحی وجود ندارد و کار تکثیر، پرینت، جای آوردن و... به عهده خودت است اینطوری شان استاد پایین میاد قدیما استاد حرمتی داشت، منزلتی داشت.."

۱-۲- تبعیض و بی حمایتی: بیانات اساتید گروه علوم پایه و غیر پزشکی نشان داد که اساتید فوق بر این باورند که در جلسات برای گروههای غیر پزشکی ارزش کافی قابل نیستند و فقط به توسعه پزشکی و دندانپزشکی بها داده می شود و امکانات در اختیارشان قرار می گیرد، از سایت و دسترسی اینترنت گرفته تا جایگاه هییت علمی یکی از اساتید در این رابطه گفت "وقتی در جلسات شرکت میکنم افسرده میشم انگار در جلسات کسی ما را نمی بیند و بهمون توجه نداره! گویا رشته تحصیلی ما بی ارزش بوده.."

۱-۳- ارج نهادن به ایده های جدید: بیانات اساتید نشان داد، در این حوزه چندان از ایده های نو استقبال نمی شود و یا برنامه ای برای به اشتراک گذاری ایده های اساتید باهم وجود ندارد بخصوص در مواردی که افرادی از فرصتهای مطالعاتی کوتاه مدت استفاده کرده اند تجاربشان به اشتراک گذارده نمی شود یکی از اساتید در این باره می گوید "یکی از همکاران فرصت مطالعاتی رفته بود و تجارب کاری جالبی داشت که می تونست منشا ایده های جدید بشه اما حتی ازش نخواستن تجاربش را با سایر اعضای هییت علمی در جلسه مشترکی مطرح کنه.."

۲- توسعه و موفقیت

۱-۲- اتصال به بالا دستی (پشتم گرم به..): تعداد کثیری از اعضا معتقد بودند تا به جایی وصل نباشید امکان توسعه و پیشرفت پیدا نمی کنید، باید پشتتان به یکی از مقامات بالا گرم باشد تا بتوانید رشد کنید. یکی از اساتید در این باره گفت "هرجا آشنا داشته باشی کارات ردیف است و زود مشکلات حل میشه! اگر پشتت به جایی گرم باشه لنگ نمی مانی.."

۲-۲- بهره مندی از فرصت مطالعاتی: بیانات اساتید نشان داد، امکان استفاده از فرصت مطالعاتی و آشنایی با حیطه کاری و تجاری سایر کشورها از عوامل مهم انگیزشی اساتید است که همگان نمی توانند از آن بهره مند گردند. استادی در این رابطه بیان کرد "اغلب نورچشمیها می توانند از فرصت یا تسهیلات همایشهای خارج از کشور بهره مند شوند و برنامه ریزی طوری نیست که افراد علاقمند به راحتی از این فرصت استفاده کنند و تغییری در سیستم را سبب شوند"

۲-۳- پژوهش برای پژوهش نه رشد: از دیگر بیانات مهم اساتید مربوط به بی برنامه گی و هدفمند نبودن پژوهش های انجام شده می توان اشاره کرد. یکی از اساتید با سابقه بیان کرد "من چندین سال هست که در این در سمتهای پژوهشی کار کرده ام ولی کمتر پژوهشی دیدهام که به حل مشکلی منجر شود اینجا بالای ۱۰۰ نفر کار پژوهشی می کنند اما کارها نه به هم مرتبط است نه در راستای هدف خاصی طراحی شده...گاهی احساس میکنم همه رفع تکلیفی پژوهش می کنند پژوهش وقت وبستر می خواهد و اینجا آنقدر فرایند پیچیده و طولانی است که اساتید اجباری برای ارتقا و کسب امتیاز تحقیق می کنند و بس"

۲-۴- قوانین دست و پا گیر: اساتید معتقد بودند سیستم کارشان توانمندی را که کاملا به وظایف آشنا با شند را برسر کار نگمارده. آنها اغلب برای کارهای جزئی ساعتها وقت اساتید تلف می کنند بخصوص اگر جزو هییت علمی غیر پزشکی باشید. در کل کارشناسان برای انجام وظایفشان منت سرشما می گذارند. استادی گفت "اینجا کارشناسان مداوم برای کارهای خودشان سر آدم منت میزارن مثلا چرا کپی فلان مدرک را نیوردی، چرا پرینتت را نگرفتی و هزارتا چرای دیگه!!! که در شهرهای دیگر کارشناس خودشان اینکارها را انجام میدن. یا وقتی میخواهی مستندات را در سایت بارگذاری کنی برای یک نقطه نابجا چندبار سند را به شما برگشت می زنن ولی اگر دکتر متخصص باشی کل کار را خودشان برات انجام می دهند و براحتی مستندات را در سایت بارگذاری میکنند"

۳- تشویق و ایده آفرینی

۳-۱- فقدان تشویق مناسب: اساتید بیان داشتند هر نوع بی عدالتی در سیستم مانع انگیزش اساتید می گردد. جمع کثیری از اساتید بر این باور بودند که تلاش بکنی یا نکنی سیستم بهایی نمی دهد. استادی در این رابطه گفت: "... عدم تشویق بموقع نوعی بی عدالتی است و عامل دلسردی و کاهش انگیزه می شود."

۳-۲- فقدان تالار افتخارات: اکثر اساتید وجود تالار افتخارات را عاملی برای انگیزش اعضای جوان و تازه کار می دانستند. استادی در این زمینه بیان نمود: "وجود تالار افتخار که هر چند وقت یکبار اساتید بتوانند از نحوه پیشرفت و تلاش همکاران موفق مطلع شوند عامل انگیزشی مهمی است. یک استاد با تجربه در این باره اظهار داشت: "می توان از طریق تالار افتخارات کارها و تلاشهای همکاران را به نمایش گذاشت تا جوانترها ایده بگیرند و طرحهای بدیعی عرضه کنند"

۴- ارزشیابی

۴-۱- سیستم ارزشیابی همسان: اکثر اساتید معتقد بودند ارزشیابی عادلانه که از کانال و روند یکسانی برخوردار باشد می تواند عامل انگیزشی مهمی محسوب گردد. در این زمینه استاد جوانی گفت: "هرچه تلاش میکنی بی فایده است اکثر افراد مشخصی در حیطهای آموزش، پژوهش و اجرایی نمونه و منتخب می شوند دیگه انگیزه ای برای تلاش نمی ماند"

۴-۲- پایش و نظارت ضعیف: اکثر اساتید مشارکت کننده معتقد بودند هر بار که یکی از روسا تغییر می یابد کلا خط مشی سیستم دگرگون می شود، یکسری شرط و شروط تعریف می شود که خود بدانها پایبند نیست یا قبل از اجرایی شدن برچپیده می شود. استادی در این باره بیان کرد: "چرا باید انرژی بذارم! سیستم نظارتی و ارزش گذاری وجود ندارد کارکنی یا نکنی کسی بهت اهمیت نمی ده بنظرم من این آیین نامه ها پشتوانه اجرایی شدن ندارند"

۴-۳- فقدان سیستم با قدرت تمیزکافی: تعدادی از اساتید بیان کردند، در حال حاضر ارزشیابی ها غالباً کمی است و هیچ سیستمی برای بررسی کارآمدی یا ناکارآمدی در دسترس نیست. یکی از اساتید در این باره گفت: "فقط وجود یا عدم وجود موارد معیار ارزشیابی است و کسی کیفیت را نمی سنجد"

۵- عدالت محوری

۵-۱- فقدان تخصیص عادلانه مسولیتها: تعدادی از اساتید بیان نمودند مسولیتهای اجرایی بطور عادلانه تخصیص نمی یابند و عده ای تکراری و نور چشمی که دارای روابط با بالادستی ها هستند همیشه از امتیازات بخش اجرایی بهره لازم را می برند و بقیه محرومند. استادی بیان کرد: "مسولیتهای اجرایی عادلانه تقسیم نمی شود یه نفر ده تا پست اجرایی دارد و یک سال در میان می شود استاد نمونه و یکی هم مثل ما حتی دانشجو باهاش پایان نامه برنمی داره چون دستان به کسی بند نیست در جلسات دفاع دانشجو یا نمان اذیت می شوند و ترجیح می دهند با رییس روسا واحد را بردارند تا کسی به آنها گیر ندهد"

۵-۲- شرایط کاری سخت و ناعادلانه: اساتید بخصوص گروه غیر پزشکی و اساتید ارشد از بارکاری بالا و حداقل مزایا ناراضی بودند: "استادی با مدرک ارشد در این زمینه گفت: "چون من پزشک نیستم غالباً باید استاد مشاور باشم و امتیاز کمی نصیبم بشه کار زیاد را من انجام میدم و امتیاز کم را هم من میگیرم قانون نداشتن به همه استادان مساوی پایان نامه بدهند..."

۳-۵- زیر آب زدن "اسادی می گفت" وقتی مب بینند توانمند هستی به عوض خوشحالی پیش رییس و روسا زیرآب را می زنن و نمیزارن بالا بری چون خودشان شناگر خوبی نیستند ترا هم می کشند که خفه بشوی و اجازه باروری بهت نمیدن واقعا بی انصافی و بی عدالتی محض است که فعالیت بکنی و با افراد پسیو و غیرفعال یک کاسه مقایسه بشی"

۶- مشکلات مدیریتی: یکی از مشکلات بزرگی که غالب اساتید از آن ابراز نارضایتی می کردند و مانع انگیزشی طلقی می نمودند مشکلات ناشی از مسایل مدیریتی است که تعداد کثیری از اظهارات را در بر می گرفت ذیلا به چند کد و بیانیه اکتفا می شود.

۶-۱- انتصابی بودن بجای انتخابی بودن: در این حیظه استادی گفت "وقتی مدیران و روسا انتصابی باشند نه انتخابی بیشتر به رضایت بالادستی اهمیت می دهند تا گروه ومشکلات گروهرا از کانال بالا بین خودشان حل می کنند وبه گروه و نظراتش بهایی نمی دهند"

۶-۲- کانال غیررسمی حل مشکلات: بیانات یک استاد جوان "روال کارهاطوری نیست که مشکلات طبق فرایندی شناخته شده حل بشه بلکه باید عامل نفوذی داشته باشی! غالبا مشکلات از کانال غیر رسمی حل میشه"

۶-۳- ساختار سیاسی اجتماعی: نمونه بیانات یک استاد "الان با بحران سرمایه اجتماعی روبرو هستیمف برخی مشکلات را می بینند و صورت مسیله را حل می کنند و می گوین مشکل نداریم، درحالیکه داریم سقوط ارزشهای اخلاقی با ورود فضای مجازی به عرصه علمی محیط را دگرگون کرده و ساختار سیاسی اجتماعی دانشگاهها را هم تحت الشعاع قرار داد، استاد وقتی درس میده وحواسا تو گوشیهاست واقعا سرخورده میشه واز انگیزه می افته، برای برخورد با این نوع بی توجهی ها باید برنامه های آموزشی تهیه بشه جوان ما داره کجا میره"

۶-۴- مشارکت کافی در تصمیم گیری" بیانات یک استاد در این حیظه چنین بود" وقتی تصمیم گیری از راس اتفاق بیافته زیر دستی هم خود را ملزم به رعایت نمی دونه فقط رفع تکلیفی انجام وظیفه میکنه و کار تیمی و مشارکتی روز به روز کم رنگ تر میشه"

۶-۵- مهره سوزی و فقدان برنامه استراتژیک" استادی در این باره چنین بیان میکند" نداشتن برنامه بلند مدت و کوتاه مدت که ضمانت اجرایی نداشته باشن مهره سوزیمحسوب میشه، انگار امکانات داشته باشیم و ازش استفاده نکنیمف افراد در جایگاه اصلی و واقعی شان نیستند و استعدادها داره هدر میره کسی برای استفاده از این استعدادها برنامه نداره"

۶-۶- هم اندیشی ضعیف: استادی گفت "جلسات هم اندیشی ضعیف برگزار میشه اکثرا برنامه و هدفی را دنبال نمی کنن تا هر جلسه سرلوحه جلسه بعدی باشد و انگیزش را بالا ببرد"

۷- امکانات و رفاه

۷-۱- امکانات نیروی انسانی و رفاهی: یکی از اساتید پرستاری و مامایی گفت "مدیرگروه اینجا کارشناس نداره وهمه کارها باید خودت هماهنگ کنی مربی بالینی پیدا کنی به تک تک شان زنگ بزنی وبرنامه ها را هماهنگ کنی به خاطر ۳ واحد کی حاضره از صبح تا شب با مربی و دانشجو درگیر بشه ما نیروی انسانی کم داریم ویک نفر لازمه تا هماهنگی را با اساتید ایجاد کنه یک منشی گروه نیاز اساسی ماست وگرنه انگیزه کاری را از دست میدیم"

۷-۲- تبعیض بین امکانات دانشکده ای: یکی از اساتید در این باره گفت "توزیع تجهیزات در دانشکده ها متفاوته یه جا استاد اتاق وتجهیزات کامل داره یه جا استاد صندلی برای نشستن نداره یا اگر هم داشت جا ندارن میزش را بدارن کامپیوترف پرینتر و اسکنر که کابوسه حل نشدنی

برخی از دانشکده هاست بعدا میگن فلان دانشکده رتبه اول است خوب به ما هم امکانات بدهند بعد ببینند ... دانشجویها هم خودشان با دانشجویان سایر دانشکده ها مقایسه می کنند و افسرده میشن حق دارن بخدا"

۷-۳- فقدان امکانات اولیه برای اساتید و دانشجویان " استادی در این باره بین کرد" ما در دانشکده جا برای نشستن و کامپیوتر نداریم و دانشجویان چند نفره وسایلشان در رخت کن جا می دهند و توقع دارند ایودنس بیس کار کنیم"

۸- تعاملات : در کل در فضای فعلی دانشگاهها مشغولیت های فردی اعضا و تعارضات اداری دو قشر اساتید جدید و قدیم در اشکال متفاوت قابل بحث بود.

۸-۱- رفتار آکادمیک ضعیف : همه در کار خود غرقند این جمله ای است از سوی تعداد زیادی از اساتید به گوش میخورد. اساتید بیان کردند که فقط باید بدوی تا مدارک ارتقا سالانه و ارتقا رتبه را آماده کنی و فرصت تعامل و تبادل نظر با همکاران بسیار کم می باشد.

۸-۲- ترس از همکار (کانال غیر رسمی) : برخی از اساتید بخصوص جوان ترها از وجود کانال های غیررسمی ارتباطات شاکی بودند که امکان اظهار نظر را از آنها سلب می کرد. استاد جوانی در این زمینه گفت " گاهی از ترس همکاران جرأت بیان نظرات و احقاق حق نداری چون قدیمی ها فکر می کنند حق آب و گل دارند! یا اگه بخوای حرفی بزنی یا نظری بدهی نمره ارزشیابی ات را کم می دهند و در ارتقا مشکل پیدا میکنی، این است که اکثرا با وجود مشکلات همه آن را انکار می کنند و تظاهر می کنند اوضاع بر وفق مراد است و مشکلی وجود ندارد، وقتی هیچ کس اعتراضی نمی کنه آدم مجبور به سکوت میشه "

۸-۳- احساس کنارگذاشته شدن و بیفایده بودن: برخی از اساتید قدیمی در مورد عوامل انگیزشی چنین بیان داشتند، ما قدرت رقابت با اساتید جدید را نداریم آنها با نرم افزارهای الکترونیکی همسویی بیشتری دارند و خیلی زود با دانشجو مچ می شوند و هماهنگی با آنها در این زمینه ها کار دشواری است. استاد قدیمی گفت " خیلی سخته احساس بکنی کنارت گذاشتن و کسی برای حرفها و تجاربت ارزش قایل نیست هر سوالی جدید را دانشجوی سیریت از اینترنت میگیره و اغلب دانشجو می روند سراغ اساتید به روزتريا در جلسات کسی ازت نظرخواهی نمیکنه ... ما این موها را در آسیاب سفید کرده ایم و تجارب خاص کاری خودمان را داریم و نسل جدید ایده های راحت طلبانه تری میخواهد به خودشان زحمت نمی دن ۴ تا علامت بیماری را حفظ کنن میگن همه چی در گوشیم هست...."

اهم موارد مطرح که در طبقات مختلف جای گرفتند عبارتند از: توجه نا کافی در شان و منزلت انسانها و اعضای هیات علمی چه از جانب مدیران و چه از جانب همکاران، مشکلات در ارزش های بین حرفه ای و نا دیده گرفته شدن بعضی از حرفه ها، عدم توجه به خلاقیت و نو آوری و ایده های جدید اعضای هیات علمی، تشویق نا کافی، تهدید و زیر آب زنی، باند بازی و آشنا بازی ، خود شیرینی و خیرچیگری ، پژوهش های بیهوده و بدون نتیجه و رفع تکلیفی، فقدان مدیریت نتیجه محور و ائتلاف وقت و منابع، عدم ارتباط با دانشگاههای خارجی و کمبود فرصت های مطالعاتی، مشکلات عدیده و ضعف در همکاری های بین بخشی، حمایت ضعیف مسئولان از پژوهش و پژوهش گران، فقدان برنامه محوری در اداره دانشگاه و گروه های آموزشی و توجه نبودن اعضای هیئت علمی، عدم مشارکت اعضای هیئت علمی در تدوین برنامه های گروه آموزشی، بستر نامناسب پژوهش در دانشگاه و مشکلات زیاد در چاپ مقاله در مجلات، عدم قدردانی و استقبال از موفقیت های اعضای هیئت علمی، فقدان تالار افتخارات هیئت علمی، تبعیض و مشکلات در ارزشیابی اساتید و آثار معکوس ان ، عدم حس تعلق به دانشگاه بعلت اعتقاد به بی عدالتی ، بی تفاوتی مدیران به افراد منظم ، تلاشگر و زحمت کش ، تقسیم نا عادلانه در مسئولیت ها و شرایط کاری و پایان نامه بین اعضا هیئت علمی و تبعیض بین هیئت علمی های ارشد و PHD در آموزش و پژوهش

Results

نتایج:

در این مطالعه ۲۱ نفر از اعضای هیات علمی در مورد دغدغه ها و عوامل انگیزشی صحبت کردند، متوسط سن افراد مورد مطالعه ۴۳ و مابین ۲۷ تا ۵۹ سال بود در این مطالعه ۱۳ نفر از اساتید مذکر و ۷ نفر از اساتید مونث مشارکت نمودند. ۲ نفر از اساتید در مقطع کارشناسی ارشد، ۹ نفر PhD و ۹ نفر پزشک متخصص بودند. سابقه کار بین ۳ تا ۲۹ و میانگین ۱۹،۵ سال بود. ۱۳ نفر دارای پستهای مدیریتی قبلی و ۶ نفر هم اکنون در پست مدیریتی انجام وظیفه می کردند. تحلیل داده ها از طریق خواندن مکرر متن مصاحبه ها و استخراج کدهای اولیه که ۶۱۱ انجام گرفت. کدهای اولیه بر اساس شباهت و تفاوت‌های مفهومی در ۹۴ کد خلاصه و طبقه بندی شد. طبقات مجدداً با داده ها مقایسه شدند تا از صحت آنها اطمینان حاصل شود، نهایتاً در ۸ طبقه تبیین شدند. ارزش گذاری، توسعه و موفقیت، ارزشیابی، تعاملات و مالی و رفاهی

۱- ارزش گذاری:

۱-۱- شان و منزلت: یکی از مهمترین دغدغه های انگیزشی اساتید توجه به شان و منزلت آنها است. اساتید معتقد بودند که ارزش گذاری در سیستم ضعیف شده یکی از مشارکت کنندگان در این زمینه گفت: "... اینجا سلسله مراتب رعایت نمیشه مجبوری برای تک تک کارها خودت بدوی از کار نامه رسان گرفته تا کار خدمات همه را خودت انجام میدی! بین هیئت علمی و کارمند تعریف واضحی وجود ندارد و کار تکثیر، پرینت، جای آوردن و... به عهده خودت است اینطوری شان استاد پایین میاد قدیما استاد حرمتی داشت، منزلتی داشت.."

۱-۲- تبعیض و بی حمایتی: بیانات اساتید گروه علوم پایه و غیر پزشکی نشان داد که اساتید فوق بر این باورند که در جلسات برای گروههای غیر پزشکی ارزش کافی قایل نیستند و فقط به توسعه پزشکی و دندانپزشکی بها داده می شود و امکانات در اختیارشان قرار می گیرد، از سایت و دسترسی اینترنت گرفته تا جایگاه هیئت علمی یکی از اساتید در این رابطه گفت "وقتی در جلسات شرکت میکنم افسرده میشم انگار در جلسات کسی ما را نمی بیند و بهمون توجه نداره! گویا رشته تحصیلی ما بی ارزش بوده.."

۱-۳- ارج نهادن به ایده های جدید: بیانات اساتید نشان داد، در این حوزه چندان از ایده های نو استقبال نمی شود و یا برنامه ای برای به اشتراک گذاری ایده های اساتید باهم وجود ندارد بخصوص در مواردی که افرادی از فرصتهای مطالعاتی کوتاه مدت استفاده کرده اند تجاربشان به اشتراک گذارده نمی شود یکی از اساتید در این باره می گوید "یکی از همکاران فرصت مطالعاتی رفته بود و تجارب کاری جالبی داشت که می تونست منشا ایده های جدید بشه اما حتی ارزش نخواستن تجاربش را با سایر اعضای هیئت علمی در جلسه مشترکی مطرح کنه.."

۲- توسعه و موفقیت

۲-۱- اتصال به بالا دستی (پشتم گرم به..): تعداد کثیری از اعضا معتقد بودند تا به جایی وصل نباشید امکان توسعه و پیشرفت پیدا نمی کنید، باید پشتتان به یکی از مقامات بالا گرم باشد تا بتوانید رشد کنید. یکی از اساتید در این باره گفت "هرجا آشنا داشته باشی کارات ردیف است و زود مشکلات حل میشه! اگر پشتت به جایی گرم باشه لنگ نمی مانی.."

۲-۲- بهره مندی از فرصت مطالعاتی: بیانات اساتید نشان داد، امکان استفاده از فرصت مطالعاتی و آشنایی با حیطه کاری و تجاری سایر کشورها از عوامل مهم انگیزشی اساتید است که همگان نمی توانند از آن بهره مند گردند. استادی در این رابطه بیان کرد "اغلب نورچشمیها می توانند از

فرصت یا تسهیلات همایشهای خارج از کشور بهره مند شوند و برنامه ریزی طوری نیست که افراد علاقمند به راحتی از این فرصت استفاده کنند و تغییری در سیستم را سبب شوند"

۳-۲- پژوهش برای پژوهش نه رشد: از دیگر بیانات مهم اساتید مربوط به بی برنامه گی و هدفمند نبودن پژوهش های انجام شده می توان اشاره کرد. یکی از اساتید با سابقه بیان کرد " من چندین سال هست که در این در سمتهای پژوهشی کار کرده ام ولی کمتر پژوهشی دیده ام که به حل مشکلی منجر شود اینجا بالای ۱۰۰ نفر کار پژوهشی می کنند اما کارها نه به هم مرتبط است نه در راستای هدف خاصی طراحی شده...گاهی احساس میکنم همه رفع تکلیفی پژوهش می کنند پژوهش وقت وبستر می خواهد و اینجا آنقدر فرایند پیچیده و طولانی است که اساتید اجباری برای ارتقا و کسب امتیاز تحقیق می کنند و بس"

۴-۲- قوانین دست و پا گیر: اساتید معتقد بودند سیستم کارشنان توانمندی را که کاملا به وظایف آشنا با شند را برسر کار نگمارده. آنها اغلب برای کارهای جزئی ساعتها وقت اساتید تلف می کنند بخصوص اگر جزو هییت علمی غیر پزشکی باشید. در کل کارشناسان برای انجام وظایفشان منت سرشما می گذارند. استادی گفت " اینجا کارشناسان مداوم برای کارهای خودشان سر آدم منت میزارن مثلا چرا کپی فلان مدرک را نیاوردی، چرا پرینتت را نگرفتی و هزارتا چرای دیگه!!! که در شهرهای دیگر کارشناس خودشان اینکارها را انجام میدن. یا وقتی میخواهی مستندات را در سایت بارگذاری کنی برای یک نقطه نابجا چندبار سند را به شما برگشت می زنن ولی اگر دکتر متخصص باشی کل کار را خودشان برات انجام می دهند و براحتی مستندات را در سایت بارگذاری میکنند"

۳- تشویق و ایده آفرینی

۳-۱- فقدان تشویق مناسب: اساتید بیان داشتند هر نوع بی عدالتی در سیستم مانع انگیزش اساتید می گردد. جمع کثیری از اساتید براین باور بودند که تلاش بکنی یا نکنی سیستم بهایی نمی دهد. استادی در این رابطه گفت " ... عدم تشویق بموقع نوعی بی عدالتی است و عامل دلسردی و کاهش انگیزه می شود."

۳-۲- فقدان تالار افتخارات: اکثر اساتید وجود تالار افتخارات را عاملی برای انگیزش اعضای جوان و تازه کار می دانستند. استادی در این زمینه بیان نمود " وجود تالار افتخار که هر چند وقت یکبار اساتید بتوانند از نحوه پیشرفت و تلاش همکاران موفق مطلع شوند عامل انگیزشی مهمی است. یک استاد با تجربه در این باره اظهار داشت " می توان از طریق تالار افتخارات کارها و تلاشهای همکاران را به نمایش گذاشت تا جوانترها ایده بگیرند و طرحهای بدیعی عرضه کنند"

۴- ارزشیابی

۴-۱- سیستم ارزشیابی همسان: اکثر اساتید معتقد بودند ارزشیابی عادلانه که از کانال و روند یکسانی برخوردار باشد می تواند عامل انگیزشی مهمی محسوب گردد. در این زمینه استاد جوانی گفت: " هرچه تلاش میکنی بی فایده است اکثر افراد مشخصی در حیطهای آموزش، پژوهش و اجرایی نمونه و منتخب می شوند دیگه انگیزه ای برای تلاش نمی ماند"

۴-۲- پایش و نظارت ضعیف: اکثر اساتید مشارکت کننده معتقد بودند هر بار که یکی از روسا تغییر می یابد کلا خط مشی سیستم دگرگون می شود، یکسری شرط و شروط تعریف می شود که خود بدانها پایبند نیست یا قبل از اجرایی شدن برچپیده می شود. استادی در این باره بیان کرد " چرا باید انرژی بذارم! سیستم نظارتی و ارزش گذاری وجود ندارد کارکنی یا نکنی کسی بهت اهمیت نمی ده بنظرم من این آیین نامه ها پشتوانه اجرایی شدن ندارند"

۳-۴- فقدان سیستم با قدرت تمیز کافی: تعدادی از اساتید بیان کردند، در حال حاضر ارزشیابی ها غالباً کمی است و هیچ سیستمی برای بررسی کارآمدی یا ناکارآمدی در دسترس نیست. یکی از اساتید در این باره گفت " فقط وجود یا عدم وجود موارد معیار ارزشیابی است و کسی کیفیت را نمی سنجد "

۵- عدالت محوری "

۵-۱- فقدان تخصیص عادلانه مسولیتها: تعدادی از اساتید بیان نمودند مسولیتهای اجرایی بطور عادلانه تخصیص نمی یابند و عده ای تکراری و نور چشمی که دارای روابط با بالادستی ها هستند همیشه از امتیازات بخش اجرایی بهره لازم را می برند و بقیه محرومند. استادی بیان کرد " مسولیتهای اجرایی عادلانه تقسیم نمی شود یه نفر ده تا پست اجرایی دارد و یک سال در میان می شود استاد نمونه و یکی هم مثل ما حتی دانشجو باهاش پایان نامه بر نمی داره چون دستان به کسی بند نیست در جلسات دفاع دانشجویانمان اذیت می شوند و ترجیح می دهند با رییس روسا واحد را بردارند تا کسی به آنها گیر ندهد "

۵-۲- شرایط کاری سخت و ناعادلانه: اساتید بخصوص گروه غیر پزشکی و اساتید ارشد از بار کاری بالا و حداقل مزایا ناراضی بودند " استادی با مدرک ارشد در این زمینه گفت " چون من پزشک نیستم غالباً باید استاد مشاور باشم و امتیاز کمی نصیبم بشه کار زیاد را من انجام میدم و امتیاز کم را هم من میگیرم قانون نداشتن به همه استادان مساوی پایان نامه بدهند... "

۵-۳- زیر آب زدن " اسادی می گفت " وقتی ماب بینند توانمند هستی به عوض خوشحالی پیش رییس و روسا زیرآب را می زنن و نمیزارن بالا بری چون خودشان شناگر خوبی نیستند ترا هم می کشند که خفه بشوی و اجازه باروری بهت نمیدن واقعا بی انصافی و بی عدالتی محض است که فعالیت بکنی و با افراد پسیو و غیرفعال یک کاسه مقایسه بشی "

۶- مشکلات مدیریتی: یکی از مشکلات بزرگی که غالب اساتید از آن ابراز نارضایتی می کردند و مانع انگیزشی طلقی می نمودند مشکلات ناشی از مسایل مدیرتی است که تعداد کثیری از اظهارات را در بر می گرفت ذیلا به چند کد و بیانیه اکتفا می شود.

۶-۱- انتصابی بودن بجای انتخابی بودن: در این حیظه استادی گفت " وقتی مدیران و روسا انتصابی باشند نه انتخابی بیشتر به رضایت بالادستی اهمیت می دهند تا گروه ومشکلات گروهها از کانال بالا بین خودشان حل می کنند و به گروه و نظراتش بهایی نمی دهند "

۶-۲- کانال غیررسمی حل مشکلات: بیانات یک استاد جوان " روال کارهاطوری نیست که مشکلات طبق فرایندی شناخته شده حل بشه بلکه باید عامل نفوذی داشته باشی! غالباً مشکلات از کانال غیر رسمی حل میشه "

۶-۳- ساختار سیاسی اجتماعی: نمونه بیانات یک استاد " الان با بحران سرمایه اجتماعی روبرو هستیم برخی مشکلات را می بینند و صورت مسیله را حل می کنند و می گوین مشکل نداریم، درحالیکه داریم سقوط ارزشهای اخلاقی با ورود فضای مجازی به عرصه علمی محیط را دگرگون کرده و ساختار سیاسی اجتماعی دانشگاهها را هم تحت الشعاع قرار داد، استاد وقتی درس میده و حواسا تو گوشیهاست واقعا سرخورده میشه واز انگیزه می افته، برای برخورد با این نوع بی توجهی ها باید برنامه های آموزشی تهیه بشه جوان ما داره کجا میره "

۶-۴- مشارکت کافی در تصمیم گیری " بیانات یک استاد در این حیظه چنین بود " وقتی تصمیم گیری از راس اتفاق بیافته زیر دستی هم خود را ملزم به رعایت نمی دونه فقط رفع تکلیفی انجام وظیفه میکنه و کار تیمی و مشارکتی روز به روز کم رنگ تر میشه "

۶-۵- مهره سوزی و فقدان برنامه استراتژیک " استادی در این باره چنین بیان میکند " نداشتن برنامه بلند مدت و کوتاه مدت که ضمانت اجرایی نداشته باشن مهره سوزیمحسوب میشه، انگار امکانات داشته باشیم و ازش استفاده نکنیم افراد در جایگاه اصلی و واقعی شان نیستند و استعدادها داره هدر میره کسی برای استفاده از این استعدادها برنامه نداره "

۶-۶- هم اندیشی ضعیف: استادی گفت " جلسات هم اندیشی ضعیف برگزار میشه اکثرا برنامه و هدفی را دنبال نمی کنن تا هر جلسه سرلوحه جلسه بعدی باشد و انگیزش را بالا ببرد "

۷- امکانات و رفاه

۷-۱- امکانات نیروی انسانی و رفاهی: یکی از اساتید پرستاری و مامایی گفت " مدیرگروه اینجا کارشناس نداره وهمه کارها باید خودت هماهنگ کنی مربی بالینی پیدا کنی به تک تک شان زنگ بزنی و برنامه ها را هماهنگ کنی به خاطر ۳ واحد کی حاضره از صبح تا شب با مربی و دانشجو درگیر بشه ما نیروی انسانی کم داریم و یک نفر لازمه تا هماهنگی را با اساتید ایجاد کنه یک منشی گروه نیاز اساسی ماست وگرنه انگیزه کاری را از دست میدیم "

۷-۲- تبعیض بین امکانات دانشکده ای: یکی از اساتید در این باره گفت " توزیع تجهیزات در دانشکده ها متفاوته یه جا استاد اتاق و تجهیزات کامل داره یه جا استاد صندلی برای نشستن نداره یا اگر هم داشت جا ندارن میزش را بدارن کامپیوتر پرنتر و اسکرین که کابوسه حل نشدنی برخی از دانشکده هاست بعدا میگن فلان دانشکده رتبه اول است خوب به ما هم امکانات بدهند بعد ببینند دانشجویها هم خودشان با دانشجویان سایر دانشکده ها مقایسه می کنند و افسرده میشن حق دارن بخدا "

۷-۳- فقدان امکانات اولیه برای اساتید و دانشجویان " استادی در این باره بین کرد " ما در دانشکده جا برای نشستن و کامپیوتر نداریم و دانشجویان چند نفره وسایلشان در رخت کن جا می دهند و توقع دارن ایودنس بیس کار کنیم "

۸- تعاملات : در کل در فضای فعلی دانشگاهها مشغولیت های فردی اعضا و تعارضات اداری دو قشر اساتید جدید و قدیم در اشکال متفاوت قابل بحث بود.

۸-۱- رفتار آکادمیک ضعیف : همه در کار خود غرقند این جمله ای است از سوی تعداد زیادی از اساتید به گوش میخورد. اساتید بیان کردند که فقط باید بدوی تا مدارک ارتقا سالانه و ارتقا رتبه را آماده کنی و فرصت تعامل و تبادل نظر با همکاران بسیار کم می باشد.

۸-۲- ترس از همکار (کانال غیر رسمی) : برخی از اساتید بخصوص جوان ترها از وجود کانال های غیررسمی ارتباطات شاکی بودند که امکان اظهار نظر را از آنها سلب می کرد. استاد جوانی در این زمینه گفت " گاهی از ترس همکاران جرأت بیان نظرات و احقاق حق نداری چون قدیمی ها فکر می کنند حق آب و گل دارند! یا اگه بخوای حرفی بزنی یا نظری بدهی نمره ارزشیابی ات را کم می دهند و در ارتقا مشکل پیدا میکنی، این است که اکثرا با وجود مشکلات همه آن را انکار می کنند و تظاهر می کنند اوضاع بر وفق مراد است و مشکلی وجود ندارد، وقتی هیچ کس اعتراضی نمی کنه آدم مجبور به سکوت میشه "

۸-۳- احساس کنارگذاشته شدن و بیفایده بودن: برخی از اساتید قدیمی در مورد عوامل انگیزشی چنین بیان داشتند، ما قدرت رقابت با اساتید جدید را نداریم آنها با نرم افزارهای الکترونیکی همسویی بیشتری دارند و خیلی زود با دانشجو مچ می شوند و هماهنگی با آنها در این زمینه ها کار دشواری است. استاد قدیمی گفت " خیلی سخته احساس بکنی کنارت گذاشتن و کسی برای حرفها و تجارت ارزش قایل نیست هر سوالی جدید را دانشجوی سرپرست از اینترنت میگیره و اغلب دانشجو می روند سراغ اساتید به روزتریا در جلسات کسی ازت نظرخواهی نمیکنه ...ما این موها را در

آسیاب سفید کرده ایم و تجارب خاص کاری خودمان را داریم و نسل جدید ایده های راحت طلبانه تری میخواهد به خودشان زحمت نمی دن ۴ تا علامت بیماری را حفظ کنن میگن همه چی در گوشیم هست...."

اهم موارد مطرح که در طبقات مختلف جای گرفتند عبارتند از: توجه نا کافی در شان و منزلت انسانها و اعضای هیات علمی چه از جانب مدیران و چه از جانب همکاران، مشکلات در ارزش های بین حرفه ای و نا دیده گرفته شدن بعضی از حرفه ها، عدم توجه به خلاقیت و نو آوری و ایده های جدید اعضای هیات علمی، تشویق نا کافی، تهدید و زیر آب زنی، باند بازی و آشنا بازی، خود شیرینی و خبرچیگری، پژوهش های بیهوده و بدون نتیجه و رفع تکلیفی، فقدان مدیریت نتیجه محور و ائتلاف وقت و منابع، عدم ارتباط با دانشگاههای خارجی و کمبود فرصت های مطالعاتی، مشکلات عدیده و ضعف در همکاری های بین بخشی، حمایت ضعیف مسئولان از پژوهش و پژوهش گران، فقدان برنامه محوری در اداره دانشگاه و گروه های آموزشی و توجیه نبودن اعضای هیئت علمی، عدم مشارکت اعضای هیئت علمی در تدوین برنامه های گروه آموزشی، بستر نامناسب پژوهش در دانشگاه و مشکلات زیاد در چاپ مقاله در مجلات، عدم قدردانی و استقبال از موفقیت های اعضای هیئت علمی، فقدان تالار افتخارات هیئت علمی، تبعیض و مشکلات در ارزشیابی اساتید و آثار معکوس آن، عدم حس تعلق به دانشگاه بعلت اعتقاد به بی عدالتی، بی تفاوتی مدیران به افراد منظم، تلاشگر و زحمت کش، تقسیم نا عادلانه در مسئولیت ها و شرایط کاری و پایان نامه بین اعضا هیئت علمی و تبعیض بین هیئت علمی های ارشد و PHD در آموزش و پژوهش

Conclusion

با توجه به اینکه عوامل متعددی در انگیزه کاری دخیل هستند و لی بر اساس نظریه فوق العاده دقیق هرزبرگ مخصوصا بکار گیری عوامل انگیزاننده برای افزایش انگیزه اعضای هیئت علمی و بهره وری ورشد علمی دانشگاه ضروری به نظر می رسد و اصلاح عوامل محیطی به روشها و تکنیک های مناسب برای افزایش رضایتمندی مقدمه و اساس آن خواهد بود و میتوان به مواردی از ان اشاره کرد.

۱-تدوین خط مشی ها و سیاست ها و ارزش ها به طور واقعی و اعتقاد و ایمان به علم مدیریت در برنامه ریزی و مشارکت دادن اعضای هیئت علمی و کارکنان در تدوین ان و اجرای ان

۲- ایجاد یک ساختار منسجم و قوی و عالمانه در بحث ارزیابی و ارزشیابی برنامه ها و نیروی انسانی، و گماردن شایسته ترین افراد

۳- رواج کار تیمی و گروهی و ترجیح مدیریت فرایندی به مدیریت بخشی به عنوان یک سیاست استراتژیک در دانشگاه

۴- ایجاد فرایند کارا و سالم تشویق و تنبیه و تدوین روش های موثر و کاربردی برای این سیستم و گماردن افراد شایسته و مناسب به این کار

۵- ایجاد فرایند پویا و فعال برای توسعه اعضای هیئت علمی و تدوین روش های مناسب

۶- ایجاد فرایند هم اندیشی و گفتگوی هیئت علمی محور برای راه اندازی هم اندیشی در ابعاد مختلف اهداف دانشگاه و در میان طبقات مختلف کارکنان و مدیران

۷- توزیع عادلانه مسئولیت ها در بین اعضای هیئت علمی دانشگاه و استفاده کامل از تمام سلیقه ها و اعتماد به کرائی آنها

۸- رواج فعالیت های تیمی بین حرفه ای در آموزش و پژوهش در دانشگاه و بیمارستانها

۹- توزیع عادلانه کارانه در بین حرفه های مختلف

۱۰- رواج فرایند نقد و انتقاد و ژبشگیری از رفتارهای چاپلوسانه ی ضد ارزشی و مسموم کننده دانشگاه

۱۱- ایجاد تالار افتخارات برای هیئت علمی و کارکنان و مدیران و رواج روشهای مناسب و موثر برای تجلیل از نو اندیشی و خلاقیت

۱۲- رواج روش های ایجاد کننده صمیمیت و محبت در بین اعضای هیئت علمی از طریق رفتار صمیمانه بالا دستها و افراد الگو

:Keywords

انگیزش شغلی، اعضای هیئت علمی، تحقیق کیفی

کد: ۱۵۴۰

حیطه: مدیریت و رهبری آموزشی

برنامه بهبود یافته توانمندسازی در دانشگاه علوم پزشکی ایلام

نویسندگان: نورخدا صادقی فرد، مصیب مظفری، ساناز اعظمی، فروزان کاوری زاده، الهام رستمی.

:Introduction

توانمندسازی اعضا هیئت علمی به عنوان یکی از اصلی ترین ارکان آموزش در نظام آموزش عالی دانشگاهها از اهمیت ویژه ای برخوردار است و به عنوان روشی برای افزایش کارایی مدرسان و بهبود میزان یادگیری دانشجویان معرفی شده و دارای پیامدهای مثبتی مانند افزایش اعتماد به نفس، ارتقا سطح آگاهی و دانش، افزایش انگیزه شغلی، بهبود کیفیت شغلی و کارایی بالاتر اساتید در حیطه ی آموزش می گردد. صاحبان این فرایند آموزشی با درک مشکلات کنونی فرآیند توانمند سازی مانند؛ عدم وجود نظام خاصی برای توانمندسازی و نبود نگاه همه جانبه به آن، محدود شدن به چند کارگاه در طول سال و عدم رابطه مشخص بین شرکت و یا تدریس در کارگاه با رویدادهای آموزشی و شغلی عضو هیات علمی مانند ارتقاء و پرداخت اعضا هیات علمی، بر آن شدند که برنامه توانمندسازی جامعی را تدوین و اجرا نمایند.

:Objectives

نظام مند سازی توانمندسازی اعضا هیئت علمی

:Study Design

پیشنویس کارگاه های مورد نیاز اعضا هیات علمی در جلسه بارش افکار با حضور اعضا مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی، روسای دانشکده ها و مدیران گروه های آموزشی تهیه، و سپس با توجه به تجارب سایر دانشگاه ها و تکالیف بالادستی مانند آیین نامه ارتقاء، و با نگاه به اصل تکامل تدریجی مهارت ها در یک نظام پلکانی دسته بندی شدند. در پیش نویس اولیه ۵۰ مورد کارگاه و دوره آموزشی پیشنهاد شده بود که پس از کسب نظرات خبرگان در ۲ دور، به ۲۸ مورد کاهش یافت. در دور سوم مطالعه دلفی یک دسته بندی پلکانی از کارگاهها مشخص شد که شامل ۴ مقطع زمانی پیش از جذب هیات علمی، و ۱، ۲ و ۳ سال پس از جذب تا ارتقاء به مرتبه دانشیاری بود. پس از تصویب برنامه در شورای آموزشی دانشگاه، مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی دانشگاه مأمور اجرای آن شد و نسبت به تشکیل کارنامه توانمندسازی اعضای هیات علمی دانشگاه اقدام نمود و طی نامه ای از کلیه اعضا هیات علمی درخواست نمود که کارگاه های خود را بر حسب دوره زمانی که در آن حضور دارند تکمیل نموده و یا ارائه گواهی نمایند.

در اقدام دیگری برنامه توانمندسازی شامل ۲۸ کارگاه اصلی و تعدادی کارگاه دیگر از بهمن ۹۴ لغایت بهمن ۹۵ به گونه ای طراحی شدند که برگزاری برخی کارگاه ها مصادف با زمان بیشترین اثرگذاری احتمالی باشد، روز ثابتی در تمام طول ترم (دوشنبه ها) برای برگزاری کارگاه ها در نظر گرفته شد و برخی کارگاه ها به صورت اختصاصی برای اعضای هیات علمی بالینی در بیمارستان ها تکرار شدند، همچنین بازخورد ها و نظرات اصلاحی شرکت کنندگان در نظر گرفته شد و با توجه به برخی اعتراضات، طی جلسه ای با اعضاء هیات علمی سعی شد با توجه به مقررات و تکالیف آیین نامه های موجود اقناع حداکثری صورت گیرد. همزمان در گام دیگری و با توجه به وظایف عضو هیات علمی و مقررات موجود، آیین نامه ای در خصوص توانمندسازی اعضای هیات علمی دانشگاه تدوین و در شورای آموزشی دانشگاه به تصویب رسید. مطابق این آیین نامه گذراندن کارگاه های ضروری هر دوره زمانی از مقاطع ۴ گانه علاوه بر تأثیر در کارنامه سالیانه عضو هیات علمی و پرداخت هایی مانند طرح تمام وقتی، شرط لازم ارتقاء پایه و ارتقاء مرتبه و نیز شرط لازم تمدید پروانه کار خصوصی اعضای هیات علمی بالینی و پایه در چهارچوب آیین نامه مربوطه قرار گرفت. در گام دیگری، با توجه به اینکه بسیاری از اعضاء هیات علمی بالینی موفق به گذراندن کارگاه های دوره قبلی نشده اند تعهد یکساله اخذ شد تا نسبت به تکمیل کارگاه های ضروری اقدام نمایند.

Results:

مصاحبه با برخی از اعضاء هیات علمی نشان داد که علیرغم مخالفت اولیه، در ادامه ویژگی های مثبت برنامه سبب تبدیل مخالفت ها به موافقت شده است. حضور بی سابقه اعضاء هیات علمی بالینی در کارگاه ها که همیشه یکی از مشکلات بارز حوزه معاونت آموزشی بود، حضور حداکثری اعضاء همراه با مباحثات علمی، رشد تعداد فرایندهای آموزشی تدوین شده توسط اعضاء از ۲ مورد در سال ۱۳۹۴ به ۹ مورد در سال ۱۳۹۵ از نتایج این برنامه بود. همچنین با توجه به اینکه انتخاب مدرسین کارگاه ها یا بنا به درخواست خود عضو و یا توسط مرکز مطالعات از بین اساتید مسلط صورت می گرفت در مجموع باعث حضور مناسب اعضاء در عرصه های آموزشی شد. فعال تر شدن حوزه آموزش و دفتر توسعه بیمارستان ها از دیگر نتایج این برنامه بود. در سال ۱۳۹۵، در مجموع ۵ کارگاه توسط مرکز مطالعات و با همکاری دفاتر توسعه در بیمارستان ها برگزار شد، در حالی که این میزان در سال ۱۳۹۴ فقط به یک مورد محدود می شد. تقویت و شناسایی شیوه های اطلاع رسانی مؤثر و سریعتر، ایجاد جو همدلی بین اعضاء هیات علمی و ترغیب استادیاران به شناسایی و برنامه ریزی مسیر خود و همچنین درک نیاز به داشتن یک بسته ارزشیابی جامع و بررسی اثر بخشی کارگاه ها و دوره های آموزشی از دیگر نتایج این برنامه بود. بر این اساس مرکز مطالعات طی قراردادی، تدوین شیوه نامه ای برای بررسی نحوه پایش اثربخشی دوره های آموزشی در سطح برون دادها و برآیندها را به گروهی از پژوهشگران سفارش نموده است.

Conclusion:

وجود برنامه جامع توانمندسازی اساتید تجربه ارزشمند و مثبتی بود که می تواند مورد استفاده سایر دانشگاه ها قرار گیرد. اجرای این برنامه افق های دیگری مانند تلاش برای ارزشیابی واقعی اثربخشی برنامه توانمندسازی را بر روی صاحبان فرایند گشوده است که می تواند زمینه تمرکز پژوهشگران آموزشی باشد.

Keywords:

توانمندسازی، توانمندسازی اساتید

کد: ۱۵۵۵

حیطه: مدیریت و رهبری آموزشی

شناسایی حیطه های سرآمدی مرجعیت علمی در حوزه سلامت

نویسندگان: فایزه قادری، حدیث رحیمی، سارا رحیمی، سارا دانشور، علی امیرکافی، لیلا نعمتی انارکی، دریادخت مسرور، سلیمه گوهری نژاد، ریحانه محمدی، محمدعلی سنجرى، سوگند تورانی، امید پورنیک، شعله بیگدلی، بیتا مهروری

Introduction

کسب مرجعیت علمی از تاکیدات مقام معظم رهبری و از سیاستهای کلی و ابلاغی نظام سلامت در ایران است. تعیین شاخص های حیطه های سرآمدی و مرجعیت علمی سبب شناسایی و بهره مندی از توانمندی های موجود در دانشگاه های علوم پزشکی و سوق دادن این توانمندی ها در راستای کسب مرجعیت در منطقه و جهان است. امروزه شاخص های بسیاری را می توان در اسناد مختلف داخل کشور یافت که می تواند در راستای کسب مرجعیت علمی و تعیین جایگاه علم، فناوری و نوآوری ایران راهگشای دست اندرکاران باشد. این شاخص از با مراجعه به گزارشات سازمان های مختلف جهانی نیز قابل دسترسی است.

Objectives

با وجود فراوانی این شاخص ها در اسناد مختلف ملی و بین المللی و به دلیل پراکندگی آنها خصوصا در حیطه سلامت نیاز به جمع آوری، هماهنگی و یکسان سازی شاخص ها وجود دارد به نحوی که بتوان از دشواری کاربرد آنها برای سیاست گذاران، مدیران، برنامه ریزان، تصمیم گیران و پژوهشگران کاست. در این خصوص تعیین شاخص هایی منطبق و هماهنگ با رویکرد مجامع علمی جهانی به نحو قابل پذیرش و قبول این مجامع علمی باشد ضروری است. کسب مرجعیت علمی از تاکیدات مقام معظم رهبری و از سیاستهای کلی و ابلاغی نظام سلامت در ایران است. تعیین شاخص های حیطه های سرآمدی و مرجعیت علمی سبب شناسایی و بهره مندی از توانمندی های موجود در دانشگاه های علوم پزشکی و سوق دادن این توانمندی ها در راستای کسب مرجعیت در منطقه و جهان است. امروزه شاخص های بسیاری را می توان در اسناد مختلف داخل کشور یافت که می تواند در راستای کسب مرجعیت علمی و تعیین جایگاه علم، فناوری و نوآوری ایران راهگشای دست اندرکاران باشد. این شاخص از با مراجعه به گزارشات سازمان های مختلف جهانی نیز قابل دسترسی است.

با وجود فراوانی این شاخص ها در اسناد مختلف ملی و بین المللی و به دلیل پراکندگی آنها خصوصا در حیطه سلامت نیاز به جمع آوری، هماهنگی و یکسان سازی شاخص ها وجود دارد به نحوی که بتوان از دشواری کاربرد آنها برای سیاست گذاران، مدیران، برنامه ریزان، تصمیم گیران و پژوهشگران کاست. در این خصوص تعیین شاخص هایی منطبق و هماهنگ با رویکرد مجامع علمی جهانی به نحو قابل پذیرش و قبول این مجامع علمی باشد ضروری است.

Study Design

در این پژوهش که در سال ۱۳۹۵ توسط کارگروه مرجعیت علمی و آینده نگاری دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام شد، با بررسی مروری مقالات، اسناد و مدارک مربوط به مرجعیت علمی در آموزش علوم پزشکی در ایران جهان و با در نظر گرفتن سند چشم انداز و سایر اسناد بالا دستی و نظر خواهی از صاحب نظران در زمینه های مختلف آموزشی و پژوهشی، شاخص های مرجعیت علمی و شناسنامه ی آن ها تدوین گردید.

:Study Setting

در جامعه دانشگاهی علوم پزشکی ایران

:Participan

اعضای هیات علمی

مدیران مربوط به ر بخش

اندیشمندان و اساتید

دانشجویان

مراجع علمی

:Sample Size

حدود ۱۰۰ نفر از اعضای هیات علمی

:Data Gathering Tool

- بررسی مقالات

- بررسی کتابها و منابع داخلی

بررسی کتابها و منابع خارجی

- بررسی سایتهای مربوط به مرجعیت در ایران و جهان

- بررسی رویدادای بزرگ هلمی جهان و شاخص ای مربوط به آن از جمله نوبل و مطهری، خوارزمی و...

- بررسی سندای چشم انداز کشور

- تعیین شاخص ای مرجعیت در ۱۱ بعد، ۲۱ شاخه و ۲۸۲ زیر شاخه

- تهیه شناسنامه برای ر شاخص

- نظر خواهی از اساتید فن در دانشگاه علوم پزشکی ایران

:Data Analysis

- جمع بندی مطالب حاصل از منابع داخلی و خارجی

- تعیین شاخص ای مرجعیت در ۱۱ بعد، ۲۱ شاخه و ۲۸۲ زیر شاخه

- تهیه شناسنامه برای هر شاخص

- نظر خواهی از اساتید فن در دانشگاه علوم پزشکی ایران

Results:

نتایج: در این تحقیق شاخص ها در یک طبقه بندی جامع و مانع در ۱۱ بعد، ۲۱ شاخه و ۲۸۲ زیر شاخه به همراه شناسنامه آنها دسته بندی و تدوین شدند.

Conclusion:

با تعیین شاخص های سرآمدی و مرجعیت در علوم پزشکی، راه و مسیر کسب مرجعیت در منطقه مشخص می شود و بر اساس آن می توان برای هدایت منابع و امکانات در این راستا را عملیاتی. برنامه ریزی های لازم و به هنگام را به انجام رساند.

Keywords:

مرجعیت علمی، حیطة های سرآمدی، شاخص، بسته های تحول و نوآوری، آموزش پزشکی

کد: ۱۵۴۹

حیطه: مدیریت و رهبری آموزشی

نقش پیش بینی کننده خودتنظیمی و خودراهبری بر رضایتمندی از تحصیل در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی جهرم

نویسندگان: سعیده رحیمیان فرد، دکتر لیلی مصلی نژاد، نیکتا تقی پور،

Introduction:

دانشجویان به عنوان یکی از ارکان اصلی دانشگاه، پیکره اصلی سازمان ها و ارگان های مختلف جامعه را در آینده تشکیل می دهند و رضایتمندی آنان از تحصیل جهت ایجاد انگیزش و حفظ ارتقاء کیفیت آموزشی می باشد. (۱)

این مسئله با توجه به نقش سازنده دانشجویان در سرنوشت آینده کشور از این نظر حائز اهمیت است که هویت ملی دانشجویان بر تمامی حوزه ها از جمله فرهنگ، اجتماع، سیاست و حتی اقتصاد سایه افکنده و دانشگاه به سبب الگوگیری دانشجویان از آموزش و یادگیری ها، میتواند از عوامل موثر در این زمینه باشد. (۲)

رسیدن به هر هدفی نیازمند شناخت و کاربرد راهبرد ها و روش های صحیح رسیدن به آن هدف می باشد. یادگیری هم به عنوان یک هدف از این قاعده مستثنی نیست. افراد با توانایی های مشابه هنگامی که با مشکلات یادگیری روبرو می شوند، انواع پاسخ ها را ارائه میدهند. بعضی افراد علی رغم توانایی بالا، مسائل و دشواری هارا آنچنان بزرگ جلوه می دهند که بنظر میرسد توانایی آنها محدود است و از این که تلاش های آنان به نتیجه مطلوب برسد، مأیوس می باشند؛ (۳)

اما این در حالی است که بسیاری از مشکلات یادگیری و انتقال به دانشجویان ناشی از فقدان مهارت های شناختی و فراشناختی در آنهاست. مهارت های یادگیری و مطالعه یا همان راهبرد های شناختی و فراشناختی آموزش پذیرند؛ بنابراین ضروری است فعالانه به آموزش و یادگیری آنها پرداخته شود نه اینکه منتظر ظهور خودبخودی آنها باشیم. (۴)

در طی دو دهه اخیر متخصصان تعلیم و تربیت به مطالعه عوامل موثر بر پیشرفت تحصیلی به ویژه "شناخت" و "انگیزش" بیش از پیش توجه کرده اند. یکی از نظریه هایی که این پژوهشگران در قالب آن مطالعه می کردند؛ نظریه یادگیری خودتنظیمی است. چهارچوب اصلی این نظریه بر این اساس استوار است که دانشجویان چگونه از نظر باور های فراشناختی، انگیزشی و رفتاری؛ یادگیری خود را سازماندهی کنند. (۵)

یادگیری خودتنظیم بدین معنی است که دانشجو مهارت‌هایی برای طراحی، کنترل و هدایت فرایند یادگیری خود کسب می‌کند و برای یادگیری تمایل دارد و قادر است کل فرایند یادگیری خود را ارزیابی کند و در مورد آن بیندیشد (۶) و آنگاه که فراگیران خودگردان خودشان را به عنوان یک فرد مفید، موثر، مستقل و دارای انگیزش درونی درک کنند، پا به حیطه خودراهبری گذارده‌اند (۷).

اهمیت این موضوع آنجا به منصفه ظهور میرسد که متوجه می‌شویم این نوع از یادگیری، پیش‌بینی‌کننده عملکرد تحصیلی است و یادگیرندگان برای دستیابی به موفقیت تحصیلی باید یاد بگیرند که چگونه عملکرد خود را تنظیم کنند و اهداف خود را به رغم مشکل بودن دروس دانشگاهی حفظ کنند و خود را در مسیر درست راهبری نمایند تا رضایتمندی دانشجویان از تحصیل فراهم آید (۸). پژوهش‌های پیشین مرتبط با موضوع نیز به بر صحت و پرداختن به این موضوع تاکید داشته‌اند. برای مثال؛ در پژوهشی که توسط عبدالرحمن (۲۰۰۷) بر روی ۶۰۰ دانشجوی سال دوم و سوم پزشکی در مورد عوامل موثر در آموزش درس‌های علوم پایه صورت گرفت؛ نتایج نشان داد که یکی از عوامل موثر بر موفقیت تحصیلی استفاده از روش‌های آموزش مبتنی بر خوداتکایی فرد بخصوص خودراهبری در یادگیری است (۹).

در پژوهشی دیگر برادفورد (۲۰۰۹) نشان داد که یادگیری خودراهبر ارتباط مثبتی با احساس رضایتمندی در بین دانشجویان وجود دارد (۱۰).

هم‌چنین لانسبری، لوی، پارک، گیسون و اسمیت (۲۰۰۹) در پژوهشی که بر روی ۹۶۶ دانش‌آموز راهنمایی و دبیرستان و ۱۱۵۹ دانشجو انجام دادند، نشان دادند که بین یادگیری خودراهبر و رضایت از تحصیل و رضایت از زندگی رابطه مثبت و معنا داری وجود دارد (۱۱).

در پایان باید یادآور شد که این دانشجویان هستند که به عنوان آینده‌سازان این مملکت؛ بایستی فردای کشور را به آنها سپرد و این امر زمانی تحقق پیدا می‌کند که دانشجویان از وضعیت تحصیلی خود راضی باشند که این رضایت از تحصیل هم برای دانشجو و هم برای جامعه ضرورت دارد؛ اما اگر رضایت در این سن جوانی و دوران دانشجویی برای دانشجو فراهم نشود؛ آثار سوء فراوانی در سطح خرد و میانه از جمله مشکلات رفتاری، ناامیدی، کاهش روحیه مشارکت جویی و عدم اعتماد و... و در سطح کلان چون انواع مفاسد و انحرافات (بزهکاری) در پی خواهد داشت (۱۲).

Objectives:

هدف اصلی:

تعیین نقش پیش‌بینی‌کننده‌ی راهبرد‌های خودتنظیمی و خودراهبری بر رضایتمندی از تحصیل در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی جهرم

اهداف اختصاصی:

تعیین میانگین نمره راهبرد‌های خودتنظیمی در دانشجویان بر حسب متغیرهای دموگرافیک ایشان

تعیین میانگین نمره خودراهبری دانشجویان بر حسب متغیرهای دموگرافیک ایشان

تعیین سهم پیش‌بینی‌کنندگی راهبرد‌های خودتنظیمی بر رضایتمندی تحصیلی دانشجویان

تعیین سهم خودراهبری بر رضایتمندی از تحصیل در دانشجویان

تعیین ارتباط بین خودراهبری و راهبرد‌های خودتنظیمی با رضایتمندی از تحصیل در دانشجویان

:Study Design

مطالعه حاضر از نوع مقطعی می باشد. در این پژوهش به نقش پیش بینی کننده یادگیری های خود تنظیم و خودراهبر بر رضایتمندی از تحصیل دانشجویان با توجه به ویژگی های دموگرافیک ایشان (سن، جنس، رشته تحصیلی و وضعیت تاهل) پرداخته شد.

:Study Setting

در پژوهش حاضر جامعه آماری موردنظر کلیه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی جهرم که شامل رشته های پزشکی (علوم پایه و بالینی)، پیراپزشکی و پرستاری می باشد که در سال تحصیلی ۹۶-۹۵ به تحصیل اشتغال دارند و شامل ۱۱۰۰ نفر می باشند.

:Participan

در این تحقیق نمونه آماری مورد نظر از بین دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی جهرم می باشد که شامل رشته های پزشکی (علوم پایه و بالین)، پرستاری و پیراپزشکی (اتاق عمل، هوشبری، علوم آزمایشگاهی، فوریت پزشکی و بهداشت عمومی) میباشد و از روش نمونه گیری خوشه ای استفاده می شود، به این ترتیب که از هر رشته دو کلاس به طور تصادفی انتخاب و پرسشنامه ها بر روی دانشجویان اجرا میگردد. تعداد افراد نمونه ی این پژوهش ۱۴۰ نفر می باشد.

:Sample Size

در نمونه گیری از جدول حجم نمونه کوهن استفاده شده است. در این مطالعه کل حجم نمونه ۱۴۰ نفر می باشد که با توجه به تعداد دانشجویان در هر رشته، سهم نمونه در هر رشته تعیین شده است.

کل حجم نمونه \times (تعداد افراد محصل در آن رشته \div تعداد کل افراد محصل در دانشگاه) = (y) سهم نمونه در رشته

:Data Gathering Tool

جهت بررسی میزان آمادگی فرد برای یادگیری خود **Self-Directed Learning Readiness Scale** در این پژوهش از پرسشنامه یک پرسشنامه خودگزارشی با ۴۱ ماده از نوع DLRS راهبر از فرم پرسشنامه استاندارد استفاده شد. مقیاس آمادگی خودراهبری گاکلیمینو (لیکرت ۵ قسمتی است (بندرت تا همیشه) که سه حیطه خودمدیریتی، میل به یادگیری و خودکنترلی را شامل می گردد. همبستگی درونی سوالات ۰/۹۵ و پایایی از مون روش بازآمایی ۰/۶۸ محاسبه گردید. نمرات هر حیطه از ۱۰۰ محاسبه و نمرات کمتر از ۳۳,۳ کم، بین ۳۳,۳ تا ۶۶,۷ متوسط و بیشتر از آن زیاد تلقی میگردد. ضریب آلفای کرونباخ را برای خرده مقیاس های خودمدیریتی ۰/۸۱، رغبت به یادگیری ۰/۷۸، و خودکنترلی ۰/۸۴ گزارش شده است. این پرسشنامه توسط نادى و سجادیان در سال ۱۳۹۱ بر روی ۱۱۳۵ دانشجوی پزشکی و دندانپزشکی ارزیابی و روایی و پایایی آن مورد تایید قرار گرفت. حداکثر نمره کسب شده در این ابزار ۲۰۵ و حداقل ۴۱ است.(۱۳)

پرسشنامه خودتنظیمی پرسشنامه دوم است که این پرسش نامه حاوی ۱۴ سوال است که توسط بوفارد و همکاران (۱۹۹۵) طراحی شده است و توسط کدیور (۱۳۸۰) هنجاریابی شده است. ضریب اعتبار کلی پرسش نامه بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۷۱ بدست آمده است. اعتبار خرده مقیاس راهبردهای شناختی ۰/۷۰ و خرده مقیاس فراشناختی ۰/۶۸ گزارش شده است. برای تعیین سازه آن، نتایج عاملی نشان داد که ضریب همبستگی بین سوالها مناسب بوده و ابزار سنجش از دو عامل تشکیل شده است. بار ارزشی مربوط به عامل ها در حد قابل قبول بوده است و این ابزار قادر

است ۰/۵۲ واریانس خودتنظیمی را تبیین نماید. روایی سازه آن در حد مطلوب بوده است. (۱۷) در این آزمون برای هر سوال ۵ گزینه در نظر گرفته می شود که شامل: کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم و کاملاً مخالفم می باشد و به ترتیب دارای امتیاز ۱ تا ۵ هستند. نمره گذاری سئوالات ۱۳، ۱۴ و ۱۵ برعکس بقیه سئوالات است. (۱۴)

پرسشنامه سوم، پرسشنامه استاندارد رضایت از تحصیل میباشد. این پرسشنامه حاوی ۱۲ سوال میباشد. (ترکزاده، ۱۳۸۶؛ به نقل از محترم، ۱۳۹۰). این مفهوم بیانگر این است که دانشجویان چگونه تجارب یادگیری شان را ادراک می کنند بر این اساس، رضایت تحصیلی بیانگر میزان ادراک دانشجویان از دانشگاه و مطلوبیت هایی است که در آنجا به دست می آورند. (۱۵) در این تحقیق رضایت تحصیلی دانشجویان برحسب نمره ای که دانشجویان از مقیاس رضایت تحصیلی دانشجویان (ترکزاده، ۱۳۸۶) که بر اساس مقیاس ابعاد شغلی (رابینز، ۱۹۹۴) تهیه شده است، کسب کرده اند، اندازه گیری شده است. در پژوهش محترم (۱۳۹۰) روایی هر یک از ابعاد پرسشنامه رضایت تحصیلی دانشجویان در یک اجرای آزمایشی در دانشگاه شیراز با استفاده از روش تحلیل گویه محاسبه شد. این پرسشنامه حاوی ۱۲ سوال بود. طیف ضرائب همبستگی ۰/۹۴ - ۰/۴۸ و سطح معناداری ۰/۰۰۱ - ۰/۰۰۷ به دست آمد همچنین به منظور سنجش پایایی این پرسشنامه نیز از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که با نمره ۰/۹۶ از پایایی بسیار بالایی برخوردار بود. در این آزمون برای هر سوال ۵ گزینه در نظر گرفته می شود که شامل: کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم و کاملاً مخالفم می باشد و به ترتیب دارای امتیاز ۱ تا ۵ هستند.

Data Analysis

در اجرای طرح، ابتدا هماهنگی های لازم با ریاست و معاونت محترم پژوهشی دانشگاه انجام شده و کسب مجوز رسمی از ایشان جهت انجام نمونه گیری و سایر مراحل گرفته شد. سپس با توجه به اندازه نمونه گیری و محاسبات، پرسشنامه در بین دانشجویان پخش شد. در این تحقیق برای تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون های متفاوت در برنامه SPSS استفاده شد که شامل آمار توصیفی و استنباطی است. در آمار توصیفی به بررسی فراوانی و درصد آنها پرداخته شده و در آمار استنباطی از طریق آزمون های تحلیل واریانس یک طرفه، آزمون تی دو گروه مستقل برای تجزیه و تحلیل فرضیات استفاده شد. در نهایت به تحلیل و تفسیر داده های حاصل از جداول پرداخته شد.

Results

نتایج نشان داد که میانگین خود تنظیمی (۱۱،۶۱±۱۰،۶۳) و خود راهبری (۱۷،۸۴±۱۵،۸۹) و رضایتمندی از تحصیل (۱۰،۱۶±۴،۸۰) بود. هم چنین نتایج رگرسیون نشان داد که خودتنظیمی با (R=۰،۲۹ , P=۰،۰۰۱) و واریانس رضایتمندی تحصیل دانشجویان را تعیین می کند و خودراهبری با (R=۰،۳۸ , P=۰،۰۰۱) قادر است ۳۸٪ واریانس رضایتمندی را تعیین نماید.

جدول ۱- نتایج رگرسیون سهم خودتنظیمی و خودراهبری بر رضایتمندی از تحصیل:

شاخص	R	R Square	معنی داری	Beta
خودتنظیمی بر رضایتمندی از تحصیل	۰،۲۹۳	۰،۰۸۶	۰،۰۰۱	۰،۲۹۳
خودراهبری بر رضایتمندی از تحصیل	۰،۳۸۱	۰،۱۴۵	۰،۰۰۰۱	۰،۳۸۱

Conclusion

پژوهش حاضر با توجه به نقش کلیدی یادگیری خود راهبر و خودتنظیم بر عملکرد تحصیلی و به تبع آن رضایتمندی از تحصیل دانشجویان، نشان می‌دهد که دانشگاه علوم پزشکی جهرم به عنوان محیط یادگیری بایستی امکانات لازم را برای تغییرات مثبت و سازنده در نگرش دانشجویان فراهم آورد تا با تشویق و رغبت بیشتر، یادگیری پایدار و مستمر گردد یا به عبارت دیگر باید با فراهم نمودن شرایط آموزش‌های خودتنظیمی و خودراهبری سبب تقویت انگیزه و ایجاد رضایت تحصیلی در دانشجویان شوند چرا که نیروی انسانی کارآمد و علاقه مند و متعهد نقش اساسی در فراهم آوردن سلامت فردی و اجتماعی یک جامعه بازی می‌کند و در غیر این صورت داشتن امکانات پیشرفته نیز جوابگوی مسائل بهداشتی و سلامت مردم نخواهد بود.

Keywords

یادگیری خودتنظیم، خودراهبری، رضایتمندی از تحصیل

کد: ۱۸۱۲

حیطه: مدیریت و رهبری آموزشی

مهارت بالینی با استفاده از جسد؛ یک نیاز یا یک تصور؟

نویسندگان: علیرضا باقری، سید ضیال‌الدین تابعی، محبوبه صابر،

Introduction

آموزش مهارت‌های بالینی به دانشجویان پزشکی بر روی بیماران تازه فوت شده در مراکز درمانی-دانشگاهی از دیرباز شیوع داشته است. لزوم تبحر در انجام پروسیجرهای بالینی، لزوم دستیابی به استانداردهای مراقبتی و اهمیت سلامت مردم استدلال‌هایی بود که پزشکان برای موجه دانستن این امر پیام می‌کردند. متخصصین اخلاق پزشکی نیز با رویکردهای مختلف اخلاقی با لزوم در نظر گرفتن اختیار فرد فوت شده، احترام به جسم انسان، رضایت بستگان، انجام پروسیجر تحت نظارت استاد بالینی و موارد دیگر آنرا قابل بحث و توجیه می‌دانستند. در حال حاضر وجود و توسعه امکانات، تنوع مولژها و سیمولاتورها، آزمایشگاه حیوانات امکان تمرین مکرر را برای دانشجویان پزشکی، دستیاران تخصصی و فوق تخصصی فراهم می‌کند و اغلب استدلال‌های ذکر شده کمرنگ می‌گردد. آموزش مفاهیم اخلاق پزشکی در دانشکده پزشکی که احترام به فرد، حقوق بیمار و... را مطرح میکند از یک سو و تبعات قانونی احتمالی این امر نیز از دیگر مواردی است که انجام این نوع پروسیجرها را محدود می‌کند. لذا انجام بررسی با هدف تعیین وضعیت و شیوع میزان انجام پروسیجرهای آموزشی بر روی افراد تازه فوت شده ضروری به نظر می‌رسد.

Objectives

لذا این مطالعه با این سوال آغاز شد که آیا اساساً برای کسب تبحر در مهارت‌های بالینی برای دانشجویان پزشکی و دستیاران تخصصی نیاز به انجام پروسیجر بر روی بیماران فوت شده وجود دارد؟ و برای پاسخ به این سوال این اهداف مطرح گردید:

۱. تعیین میزان شیوع انجام پروسیجر بالینی با قصد آموزش توسط دانشجویان پزشکی و دستیاران تخصصی و فوق تخصصی بر روی بیماران تازه فوت شده
۲. تعیین تاثیر آموزشی انجام چنین پروسیجرهایی
۳. تعیین کیفیت تجربه از نگاه فرد انجام دهنده و سایر دانشجویان پزشکی یا دستیاران تخصصی و فوق تخصصی که شاهد بودند

:Study Design

این یک مطالعه مقطعی، توصیفی است که بر روی دانشجویان پزشکی مقطع کارورزی؛ دستیاران رشته های داخلی، اطفال، جراحی و اورژانس و همینطور دستیاران فوق تخصصی که در دانشگاه علوم پزشکی شیراز در سال تحصیلی ۹۵ درحال تحصیل هستند صورت گرفت.

:Study Setting

فرم جمع آوری اطلاعات به تمام جامعه ی مورد مطالعه داده شد و از تمام ایشان برای تکمیل فرم دعوت به عمل آمد.

:Participan

جامعه هدف شامل کلیه دانشجویان پزشکی که در آبانماه ۹۵ در حال گذراندن دوره اکسترنی بودند و کلیه دستیاران تخصصی رشته های داخلی، اطفال، جراحی و اورژانس بودند.

:Sample Size

:Data Gathering Tool

پس از مرور متون و با توجه به سوال پژوهشی فرم گرد آوری داده ها تهیه گردید و برای بررسی روایی، فرم در اختیار ۳ تن از اساتید مدرس اخلاق که تجربه بالینی نیز داشتند گذاشته شد، نظرات و اصلاحات مورد نظر ایشان در فرم ها اعمال گردید. برای پایلوت نیز فرم در اختیار ۱۱ تن از دستیاران داخلی قرار گرفت و پس از اطمینان از گویایی و پایایی فرم؛ جمع آوری اطلاعات آغاز گردید.

:Data Analysis

فرم جمع آوری اطلاعات در اختیار اکسترن هایی که تمایل به تکمیل فرم داشتند قرار گرفت. از ۸۷ فرمی که تحویل داده شد ۵۳ فرم عودت داده شد. فرم برای دستیاران تخصصی که حداقل ۶ ماه تجربه دستبازی داشته و تمایل به همکاری داشتند ارائه گردید. در بین ۴ گروه ذکر شده بیش از ۳۰ تا ۶۰ درصد فرم ها تکمیل و بازگشت داده شد. تحلیل اطلاعات آماری در این مطالعه بصورت توصیفی و با استفاده از نرم افزار SPSS صورت گرفت.

:Results

در این مطالعه ۲۶٪ از اکسترن ها و دستیاران تجربه انجام پروسیجر بر روی بیماران تازه فوت شده را دارا بودند که این میزان به تفکیک ۱۳٪ از اکسترن ها و ۲۹٪ از دستیاران را شامل می شود. شایعترین پروسیجر انجام شده لوله گذاری تراشه با ۷۸٪ از کل پروسیجر هاست و سایر موارد مانند کات دان، چست تیوب، پریکاردیوسنتز زیر ۵٪ را به خود اختصاص داده است. تاثیر آموزشی انجام پروسیجر برای اغلب افراد مناسب توصیف نشده و تنها ۴ نفر از ۴۹ نفر (۸٪) این تجربه را موثر قلمداد کرده اند و سایرین اضطراب زا بودن و ناکافی بودن را مطرح کرده اند. شرایط یادگیری مانند مولژ و آزمایشگاه حیوانات به عنوان محیط های قابل جایگزینی توسط بیش از ۵۲٪ افراد پیشنهاد شده.

Conclusion

انجام پروسیجرها بر روی بیماران تازه فوت شده تاثیر قابل توجهی بر تبحر بالینی دانشجویان پزشکی و دستیاران ندارد. با وجود آنکه حدود ۳۰٪ از دستیاران تخصصی از داشتن چنین تجربه ای سخن می گویند و این میزان توسط سایر مطالعات در کانادا و استرالیا نیز تایید می شود و لیکن با توجه به تعداد زیاد دفعات لازم برای انجام پروسیجر تا دستیابی به سطح قابل قبولی از مهارت این میزان قابل توجه نیست. از سوی دیگر دستیاران و اکسترن ها نیز این نوع تجربه را کارآمد ندانسته و اضطراب را می دانند لذا به نظر می رسد با توجه و بهبود کیفیت آموزشی تجربه های بالینی با کمک مولاژ و سیمولاتورها بتوان بخشی قابل توجهی از نیاز آموزشی رافع کرد. اگرچه در مورد برخی پروسیجرها مانند کریکوتیروتومی بیماران تازه فوت شده همچنان ایجاد کننده بهترین تجربه های آموزشی هستند.

Keywords

deceased , newly dead , clinical teaching

کد: ۱۸۰۲

حیطه: مدیریت و رهبری آموزشی

مدل بین المللی سازی برنامه های آموزشی در حوزه علوم پزشکی برای کشور ایران

نویسندگان: حبیب اله رضایی، علیرضا یوسفی، باقر لاریجانی، نیما رضایی، رضا دهنوی، پیمان ادیبی،

Introduction

بین المللی کردن آموزش عالی امروزه به عنوان یک استراتژی کارآمد برای مواجهه با نیازهای متنوع جامعه ی جهانی شده مطرح است (۱). تعاریف متعددی از بین المللی سازی وجود دارد. بر طبق تعریف نایت (knight) بین المللی سازی می تواند به عنوان فرایند تلفیق ابعاد بین المللی، بین فرهنگی یا جهانی، درون اهداف، کارکردها و نحوه آموزش تعریف شود (۲). مدل های مختلفی برای بین المللی سازی آموزش عالی توسط دانشگاه ها و کشورهای مختلف به کار گرفته شده است (۱) این مدل ها کل فرایند آموزش عالی را در نظر گرفته است. برنامه های آموزشی یکی از مولفه هایی است که در بحث بین المللی شدن توجه ویژه ای به آن می شود. با بررسی های صورت گرفته در حیطه علوم پزشکی مدلی جهت بین المللی سازی برنامه های آموزشی وجود نداشت و ضرورت تبیین این مدل احساس می شد.

Objectives

تبیین مدلی برای بین المللی سازی برنامه های آموزشی در علوم پزشکی است.

Study Design

این مطالعه به صورت کیفی مورد پژوهی است که در سال ۱۳۹۵ با استفاده از بررسی مستندات، مصاحبه با ذی نفعان و مرور متون صورت گرفت.

Participan

در این زمینه افرادی که از آنها مصاحبه به صورت فردی یا گروهی به عمل آمد شامل کارگزاران حیطه روابط بین الملل دانشگاه های علوم پزشکی و وزارت علوم کشور، مسئولین روابط بین الملل وزارت بهداشت کشور، کاربران با تجربه برخورد با محیط بین الملل، کاربران با تجربه در حوزه

اجرای برنامه های بین المللی، مدیران اجرایی حوزه آموزش وزارتی و دانشگاهی علوم پزشکی، مسئولین حراست دانشگاه های علوم پزشکی کشور، اساتید و متخصصان حوزه IT و مسئولین تردد در تبادل مانند وزارت خارجه و نهاد های ذی ربط بود. برای مطالعات کتابخانه ای کتب و مقالات به زبان فارسی و انگلیسی که با استفاده از پایگاه های اطلاعاتی sid، google scholar، magiran، science direct، pubmed، eric و web of science جستجو شد مورد استفاده قرار گرفت.

Data Analysis

تحلیل داده ها به روش تحلیل محتوا از نوع قراردادی انجام گرفت. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از آنالیز محتوای قراردادی طبق روش Lundman و Graneheim استفاده شد. در این مطالعه بلافاصله بعد از انجام هر مصاحبه، محتوای آنها نوشته می شد. بعد از نوشتن مصاحبه ها، مطالب خوانده می شد تا درکی کلی از گفته های مشارکت کنندگان به دست آید. سپس واحدهای معنا یا کدهای اولیه استخراج شد. در نهایت کدها ادغام و براساس شباهت و تفاوت طبقه بندی انجام شد. سعی شد، درون طبقات بیشترین همگنی و بین طبقات بیشترین ناهمگنی وجود داشته باشد. کدها به طور دایم مقایسه می شد و کدهای شبیه به هم در یک زیر طبقه قرار گرفت. به همین ترتیب تا انتها که طبقات نهایی آشکار شدند و داده های بعدی، اطلاعات جدیدی را ارایه ندادند. بر روی مقالات و مستندات نیز تحلیل محتوا صورت گرفت. کد گذاری مصاحبه ها و مستندات و مقالات با استفاده از نرم افزار MAXQDA ۱۰ صورت گرفت.

Results

جهت اخذ دیدگاه ذی نفعان با تعداد ۱۶ نفر مصاحبه به صورت انفرادی به عمل آمد، ۵ جلسه فوکوس گروپ با افراد با تجربه بین المللی، مسولین روابط بین الملل، متخصصین IT، مسولین بازرگانی و مسولین آموزشی گذاشته شد، یک گردهمایی برگزار شد و در قالب آن نظرات ۳۲ نفر شامل مدیران امور آموزشی و تحصیلات تکمیلی و مدیران روابط بین الملل با استفاده از تکنیک گروه اسمی و فوکوس گروپ اخذ شد. مدل بین المللی سازی برنامه های آموزشی با ۶ جزء اساسی تدوین گردید. این مدل در شکل شماره ۱ ارائه شده است. همانگونه که در شکل شماره ۱ مشاهده می نمایید این مدل شامل ۶ جز اساسی است که هر کدام دارای زیر مجموعه هایی است و ارتباط این زیر مجموعه ها نیز مشخص گردیده است. یک برنامه آموزشی بین المللی می تواند توسط کشور ایران، کشورهای دیگر و به صورت مشترک توسط ایران و کشورهای دیگر به اجرا درآید. مخاطبان برنامه آموزشی بین المللی می توانند فارسی زبانان داخل ایران، غیر فارسی زبانان داخل ایران، فارسی زبانان خارج از ایران، غیرفارسی زبانان خارج از ایران، فارسی زبانان و غیر فارسی زبانان داخل ایران و فارسی زبانان و غیر فارسی زبانان خارج از ایران باشد. در این جا باید توجه گردد که هر برنامه آموزشی که توسط کشور ایران برگزار گردد برنامه بین المللی نیست. برنامه ای که توسط کشور ایران به تنهایی برای فارسی زبانان خارج از ایران، غیرفارسی زبانان خارج از ایران و فارسی زبانان و غیر فارسی زبانان و غیر فارسی زبانان خارج از ایران برگزار می گردد برنامه آموزشی بین المللی است. همچنین برنامه هایی که به صورت مشترک با کشورهای دیگر و جهت مخاطبان فارسی زبان داخلی و خارجی، مخاطبان غیر فارسی زبان داخلی و خارجی و مخاطبان فارسی زبان و غیر فارسی زبان داخلی و خارجی برگزار می گردد دوره آموزشی بین المللی است. هر برنامه آموزشی می تواند به دو صورت کوتاه مدت و بلند مدت که شامل برنامه آموزشی عمومی و برنامه آموزشی تحصیلات تکمیلی است برگزار گردد. حیطة برنامه های آموزشی در علوم پزشکی شامل سه حیطة زیست پزشکی، بهداشتی و بالینی است. زبان یک برنامه آموزشی با توجه به اینکه زبان رسمی کشور ایران فارسی است می تواند به صورت فارسی و غیر فارسی برگزار گردد. مکان اجرای برنامه آموزشی می تواند در داخل ایران، در کشور مقصد، در کشور ثالث، به صورت مشترک در ایران و کشور مقصد و یا به صورت مجازی باشد.

Conclusion

برنامه آموزشی طرح کلی برای یک فعالیت آموزشی است. این برنامه می تواند یک دوره یک ساعته، یک روزه، یک هفته ای و یا یک ساله یا بیشتر باشد. هدف از انجام این پژوهش تبیین مدلی برای بین المللی سازی برنامه های آموزشی در حوزه علوم پزشکی برای کشور ایران بود. این مدل با

۶ جزء اصلی که هر کدام دارای زیر مجموعه هایی است تهیه گردید. با توجه به این مدل، اگر کشور ایران بخواهد به تنهایی یک برنامه آموزشی را به صورت بین المللی ارائه دهد ۲۷۰ حالت برای ارائه این برنامه آموزشی پیش روی این کشور قرار دارد. کشورهای دیگر نیز به تنهایی در ۲۷۰ حالت یک برنامه آموزشی را می توانند ارائه دهند که برای کشور ایران برنامه بین المللی محسوب شود. اگر ایران بخواهد یک برنامه آموزشی را به صورت مشترک با کشورهای دیگر ارائه نماید در ۵۴۰ حالت می تواند این برنامه آموزشی را ارائه نماید.

این مدل برای اولین بار در ایران و جهان تدوین گردیده است و می تواند راهنمایی بسیار مناسبی برای بین المللی سازی برنامه های آموزشی تمامی کشورها با کشورهای دیگر باشد. هر کشوری می تواند حالت متناسب با شرایط کشور خود را با توجه به سیاست های بالادستی برای بین المللی سازی برنامه های آموزشی خود انتخاب نماید. این مدل همچنین قابلیت استفاده در سطح دانشگاه و موسسه آموزشی را داراست.

کد: ۱۸۱۷

حیطه: مدیریت و رهبری آموزشی

تجارب اساتید پزشکی از مشکلات مرتبط با مدیریت کلاس

نویسندگان: حبیب اله رضایی، زهرا مقصودی، فریبا حقانی

Introduction

یکی از ویژگی های اساسی یک استاد خوب توانایی در مدیریت کلاس است (۱). تعاریف متعددی برای مدیریت کلاس وجود دارد (۲). طبق یک تعریف مدیریت کلاس درس شامل اقداماتی است که مدرس برای ایجاد نظم، درگیر کردن فراگیران و جلب مشارکت آن ها در فرایند یادگیری انجام می دهد (۲). یافته های پژوهشی نشان می دهد که ناتوانی مدرسان در کنترل کلاس ها موجب فشار روانی بر آن ها می شود (۳ و ۴). از جمله رسالتهای مرکز تحقیقات آموزش پزشکی، ارتقاء کیفیت یاددهی - یادگیری و در رأس آن حوزه مدیریت کلاس درس در دانشگاه می باشد. برای جلوگیری از مشکلاتی که وقت کلاس را می گیرد استاد باید از هر چیزی که در کلاس روی می دهد آگاه باشد (۵). در زمینه مشکلات موجود در کلاس درس در مقاطع قبل از دانشگاه مطالعاتی انجام شده است اما در دانشگاه های علوم پزشکی هیچ گونه مطالعه ای در داخل و خارج از کشور یافت نشد. البته در تعدادی از مطالعات به بررسی مشکلات در جنبه های مختلف پرداخته اند. مثلاً در مطالعه عابدینی و همکاران میزان و نوع استفاده از تلفن همراه را در دانشجویان بررسی کرده اند ولی دانشجویان دانشجوین دانشگاه علوم پزشکی نبودند (۶). با توجه موضوعات بالا که نشان دهنده این است که هیچ پژوهشی در زمینه مشکلات موجود در کلاس درس دانشگاههای علوم پزشکی در داخل و خارج کشور به صورت جامع یافت نشده است و با توجه به این موضوع که حاکم کردن نظم بر کلاس با توجه به عواملی مانند موضوع درس، تعداد فراگیران، پایه تحصیلی، بافت محلی و پیشینه فراگیران، متفاوت خواهد بود این پژوهش برآن است که مشکلات مربوط به مدیریت کلاس درس دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان را شناسایی کند با این امید که با شناسایی این مشکلات اقدامات لازم در جهت رفع آنها در مطالعات بعدی صورت پذیرد.

Objectives

هدف از انجام این مطالعه تبیین تجارب اساتید پزشکی از مشکلات مرتبط با مدیریت کلاس می باشد.

Study Design

این پژوهش با استفاده از روش تحلیل محتوای کیفی از نوع قراردادی انجام شده است.

:Participan

اساتید دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان جمعیت مورد مطالعه بودند.

:Sample Size

نمونه گیری در این مطالعه، به صورت مبتنی بر هدف (Purposeful sampling) انجام گردید. به این صورت که افراد شاخص که بیشترین اطلاعات را داشتند برای شرکت در پژوهش انتخاب شدند. نوع نمونه گیری هدفمند مورد استفاده در این مطالعه تکنیک نمونه گیری با حداکثر تنوع (Maximum variation of sampling) بود. بدین صورت که سعی شد از گروه علوم پایه و گروه بالینی نمونه گیری هدفمند صورت گیرد و در این بین سعی شد با توجه به اشباع داده ها از اکثر گروه ها استفاده شود. ملاک انتخاب مشارکت کنندگان داشتن سابقه تدریس ۳ سال به بالا در دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و تمایل به بازگویی تجربیات خود در زمینه مدیریت کلاس بود.

:Data Gathering Tool

در این تحقیق به منظور به دست آوردن اطلاعات غنی و عمیق از نمونه ها از مصاحبه فردی به روش نیمه ساختار یافته استفاده شد. نمونه گیری تا زمان اشباع داده ها ادامه پیدا کرد و مصاحبه ها در مصاحبه هفتم متوقف شد. علت ادامه ندادن مصاحبه با تعداد بیشتری از افراد، اشباع اطلاعاتی در مرحله جمع آوری داده ها بود و از آنجایی که نتایج مصاحبه ها بسیار به هم نزدیک بود و تقریباً اکثر مفاهیمی که در قسمت نتایج آورده شده است، توسط بیش از یک نفر بیان شده است و با توجه به اینکه مطالب جدید به مطالب دسته بندی شده قبلی اضافه نشد به نظر می رسد پاسخ های دریافتی به حد تقریباً اشباع رسیده و حجم نمونه کافی بوده است. هر یک از مصاحبه ها با سؤال باز " در مورد مشکلاتی که هنگام تدریس با آن مواجه بوده اید صحبت کنید" آغاز شد و با سؤال راهنمای " در مورد مشکلاتی که دانشجویان به وجود آورده اند بیشتر صحبت کنید" و سؤالاتی دیگری که با توجه به صحبت های انجام شده از طرف شرکت کننده مطرح می گردید ادامه می یافت. مکان انجام مصاحبه ها بر حسب تمایل مشارکت کنندگان در محلی انجام گرفت که آن ها تعیین می نمودند. زمان انجام مصاحبه ها نیمه دوم سال ۱۳۹۴ بود. مدت زمان مصاحبه ها بر حسب شرایط و تمایل مشارکت کنندگان بین ۲۵ تا ۴۰ دقیقه بود. برای اطمینان از حفظ تمام سخنان مشارکت کنندگان، با اجازه مصاحبه شونده و اخذ رضایت آگاهانه مصاحبه ها ضبط شدند. تحلیل داده ها همزمان با جمع آوری داده ها انجام شد. به این صورت که محقق بلافاصله بعد از ضبط هر جلسه مصاحبه، مصاحبه ها را کلمه به کلمه تایپ می نمود و متن هر مصاحبه را چندین بار مطالعه می کرد تا درک کلی از آنها به دست آید. مرحله بعد، کدبندی داده ها بود. منظور از کدبندی، دادن برچسب یا نام به قطعاتی از داده هاست. در این مرحله کدهای اولیه استخراج شدند که ۲۱۰ کد اولیه به دست آمد. پس از کدبندی با توجه به معنایی که از کدها حاصل می شد، درون مایه ها یا الگوهای اصلی توسط محقق استخراج شدند. در نهایت محقق با استفاده از مقایسه دائم، معنی هر درون مایه را روشن نموده و یک بار دیگر در مورد دسته بندی اطلاعات در مراحل قبل تصمیم گیری نمود. تمامی مراحل کدگذاری، تحلیل و طبقه بندی در کل جریان تحقیق ادامه داشت. برای طبقه بندی داده ها از نرم افزار MaxQdata نسخه ۱۰ استفاده گردید. روایی، دقت و استحکام پژوهش بر اساس چهار معیار قابل قبول بودن، قابلیت اطمینان، قابلیت تایید یا تایید پذیری و انتقال پذیری تعیین گردید. برای اطمینان از قابل قبول بودن داده ها، از تخصیص زمان کافی برای جمع آوری داده ها و درگیری طولانی مدت با داده ها استفاده شد. برای تأمین معیار قابلیت اطمینان، از یک ناظر خارجی با سابقه انجام پژوهش های کیفی استفاده شد که فرایند جمع آوری داده ها و تحلیل را بررسی و نتایج پژوهش را تأیید نمود. جهت برآوردن تأییدپذیری که گویای ثبات و پایایی داده ها است علاوه بر رعایت بی طرفی محققان، از نظرات تکمیلی همکاران استفاده شد تا کدها و دسته بندی ها را بررسی و مورد تأیید قرار دهند. قابلیت انتقال تحقیق با ثبت کامل و پیوسته فعالیت ها در جمع آوری و تحلیل داده ها و توصیف غنی از داده ها تأمین شد. در این پژوهش، اصول اخلاقی شامل کسب اجازه از مسئولین ذی ربط، محرمانه بودن اطلاعات و اخذ رضایت آگاهانه از مشارکت کنندگان جهت مصاحبه و ضبط مصاحبه ضمن حفظ بی نامی و رازداری رعایت شد. برخورداری از حق کناره گیری از پژوهش در هر زمان از جمله ملاحظات اخلاقی بود که رعایت گردید.

Data Analysis: تحلیل داده ها همزمان با جمع آوری داده ها به روش گرانهم انجام شد. به این صورت که محقق بلافاصله بعد از ضبط هر جلسه مصاحبه، مصاحبه ها را کلمه به کلمه تایپ می نمود و متن هر مصاحبه را چندین بار مطالعه می کرد تا درک کلی از آنها به دست آید. مرحله بعد، کدبندی داده ها بود. منظور از کدبندی، دادن برچسب یا نام به قطعاتی از داده هاست.

Results: در این مطالعه با ۷ نفر از اساتید دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان مصاحبه گردید. خصوصیات دموگرافیکی مشارکت کنندگان تحقیق از قبیل رشته تحصیلی و جنسیت در جدول (۱) نشان داده شده است. با توجه به حفظ محرمانگی اطلاعات بقیه اطلاعات مشارکت کنندگان در این جدول ارائه نشده است.

جدول ۱: خصوصیات دموگرافیک جامعه پژوهش

جنسیت	گروه
مرد	بیهوشی
مرد	ژنتیک
زن	قارچ شناسی و انگل
مرد	جراحی
زن	ایمنی شناسی
مرد	طب اورژانس
مرد	داخلی

تحلیل گفته های مشارکت کنندگان در رابطه با مشکلات مدیریت کلاس به ظهور ۳ طبقه اصلی و ۷ طبقه فرعی و ۸۳ زیرطبقه فرعی گردید. طبقات اصلی، فرعی و زیر طبقه فرعی حاصل از دیدگاه مشارکت کنندگان در رابطه با مشکلات مدیریت کلاس در جدول شماره ۲ ارائه گردیده است. طبقه اول "مشکلات آموزشی" با سه طبقه فرعی و ۲۸ زیر طبقه فرعی، طبقه دوم "مشکلات مربوط به محیط فیزیکی" با دو طبقه فرعی و ۱۸ زیر طبقه فرعی و طبقه سوم "مشکلات مرتبط با فراگیر" با دو طبقه فرعی و ۳۷ زیر طبقه استخراج گردید.

جدول ۲: طبقات اصلی و فرعی حاصل از دیدگاه های مشارکت کنندگان در رابطه با مشکلات مدیریت کلاس

طبقه اصلی	طبقه فرعی	زیر طبقه فرعی
مشکلات مربوط به سیاست گذاری آموزش		تعداد زیاد دانشجو
		یکسان نبودن سطح دانشجویان
		بی عدالتی با وجود دانشجویان بین الملل
		بی توجهی سیستم به رفتار دانشجویان
		بی توجهی سیستم به رفتار اساتید
مشکلات مربوط به برنامه درسی		فشارهای سیستم پرداخت روی اساتید
		یکی نبودن ارزش دانشجو با ارزش استاد

<p>یکی نبودن ارزش دانشجو با ارزش سیستم</p> <p>نامتناسب بودن آزمون با شغل آینده دانشجو</p> <p>تناقض هدف سیستم با هدف آزمون ها</p> <p>تناقض آزمون با کوریکولوم</p> <p>حجم زیاد مطالب</p> <p>نامتناسب بودن موضوعات جهت دانشجویان</p>		<p>مشکلات آموزشی</p>
<p>مشکلات مربوط به کمبود وقت استاد</p> <p>انگیزه نداشتن استاد</p> <p>آماده نبودن استاد جهت رویارویی با مشکلات نرم افزاری و سخت افزار</p> <p>عدم توجه استاد به دانشجویان با زبان های دیگر</p> <p>نداشتن مهارت کلامی استاد</p> <p>عدم ایجاد انگیزه در دانشجو توسط استاد</p> <p>نداشتن مهارت غیر کلامی استاد</p> <p>حرکت نکردن استاد در کلاس ها</p> <p>سرعت زیاد صحبت استاد</p> <p>نطق ضعیف استاد</p> <p>کاربردی نگفتن درس توسط استاد</p> <p>بار کاری بالای استاد</p> <p>مشارکت ندادن دانشجو توسط استاد در تیم مراقبت</p> <p>مشارکت ندادن دانشجو توسط استاد در بحث</p> <p>کمبود مهارت های مربوط به آموزش در کنار تخت بیمار</p>	<p>مشکلات مربوط به استاد</p>	

<p>نامتناسب بودن فضا با توجه به تعداد افراد</p> <p>نامناسب بودن چینش صندلی ها</p> <p>درست نبودن سیستم تهویه</p> <p>نیود تعادل دما در کلاس</p> <p>کافی نبودن ابزارها جهت کار دانشجویان</p> <p>مشکلات مرتبط با دستگاهها</p>	<p>مشکلات مشترک در محیط بالین و کلاس نظری</p>	
<p>نیود استمرار در آموزش در بالین</p> <p>غیر قابل پیشبینی بودن تدریس در کنار بالین</p> <p>سخت بودن تسهیم استاد</p> <p>سخت بودن تدریس به چند سطح و چند رشته در بالین</p> <p>وجود بیماران سخت در بالین</p> <p>متفاوت بودن نیاز آدم ها</p> <p>ثابت نبودن آدم ها در راند</p> <p>متغیر شدن شرایط بیماران</p> <p>بدموقع بودن ساعات کلاس های نظری در بالین</p> <p>تعداد کم جلسات یک استاد بالینی با دانشجو</p> <p>موقعیت پراکنده بیماران در بخش</p> <p>نیود ادراک بیمار از آموزشی بودن محیط</p>	<p>مشکلات ویژه محیط بالین</p>	<p>مشکلات مربوط به محیط فیزیکی</p>
<p>بی انگیزی دانشجو</p> <p>اهمیت ندادن به کلاس توسط دانشجو</p> <p>بی احترامی به استاد</p>	<p>مشکلات تأثیرگذار در تعامل با استاد</p>	

<p>کم علاقه گی دانشجویها به درس</p> <p>توجه نکردن به کلاس</p> <p>صحبت با کنار دستی در کلاس</p> <p>حواس پرتی دانشجو</p> <p>بی حوصلگی دانشجویها</p> <p>استفاده از موبایل سر کلاس</p> <p>خوندن درس دیگه در کلاس</p> <p>دیر آمدن دانشجو به کلاس</p> <p>عدم وقت گذاشتن دانشجو جهت مطالعه درس</p> <p>آدامس جویدن سر کلاس</p> <p>غیبت کردن در کلاس درس</p> <p>انجام ندادن تکالیف</p> <p>مزاحمت برای دیگران و منحرف کردن توجه آنها</p> <p>تمایل به دست گیری کلاس توسط دانشجو</p> <p>چرت زدن دانشجو</p> <p>وارد بحث نشدن دانشجو</p> <p>جوک گفتن سر کلاس</p> <p>پراکنده نشستن دانشجویها سر کلاس</p> <p>در ردیف های عقب نشستن دانشجویها</p> <p>از خود راضی بودن دانشجو</p>		<p>مشکلات مرتبط با فراگیر</p>
---	--	-------------------------------

<p>قصد دانشجو در جهت مچ گیری از استاد</p> <p>انجام ندادن کار تیم درمان توسط دانشجو به درستی</p> <p>مسئولیت پذیر نبودن دانشجو</p> <p>حفظ کردن مطالب توسط دانشجو</p> <p>خسته بودن دانشجو</p> <p>سرخورده بودن دانشجو</p> <p>افسردگی دانشجو</p> <p>مشکل شخصیتی دانشجو</p>		
<p>انتظار کامل العلم بودن از استاد</p> <p>توقع نادیده گرفتن تأخیر</p> <p>توقع نادیده گرفتن غیبت</p> <p>توقع نادیده گرفتن رفتار ناپسند</p> <p>توقع نمره از استاد</p> <p>توقع تدریس همه کتاب توسط استاد</p>	<p>توقعات تأثیرگذار در تعامل با استاد</p>	

:Conclusion

هدف از انجام این مطالعه تبیین تجارب اساتید پزشکی از مشکلات مرتبط با مدیریت کلاس بود. نتایج حاصل از این مطالعه در ۳ طبقه اصلی شامل مشکلات آموزشی، مشکلات مربوط به محیط فیزیکی و مشکلات مرتبط با فراگیر قرار گرفت.

اگر بخواهیم مدلی برای عوامل برهم زننده مدیریت کلاس با توجه به نتایج این مطالعه ارائه نماییم، می توان به صورت ذیل این مدل را ارائه داد. همانطور که در این مدل مشاهده می شود، مشکلات متعددی روند مناسب مدیریت کلاس را تحت تأثیر قرار می دهد. اگر بخواهید مداخله ای در زمینه بهبود مدیریت کلاس درس انجام شود باید به هر سه مولفه اصلی فراگیر، محیط فیزیکی و عوامل آموزشی توجه شود.

Keywords :

classroom managment, qualitative study, medicine

کد: ۱۷۳۴

حیطه: مدیریت و رهبری آموزشی

نقش دفتر استعدادهای درخشان در نشویق دانشجویان برای شرکت در المپیاد

نویسندگان: حکیمه حضرتی، لیلیا واحدی

Introduction :

Medical science students are intellectual powers in a community and play an important role in health development. The identification and support of talented students and the creation of opportunities for their growth are some of the most important responsibilities of educational institutions. ۱-۲ Thus, for the scientific promotion of students, the Talented Student Office (TSO) in universities of medical sciences was established under the supervision of the Education Vice Chancellor. The Regulation of the Council of Talented Students of the Ministry of Health and Medical Education was approved in the ۵۰th meeting of the Supreme Council of the Cultural Revolution in ۲۰۰۲.^۳ Finally, the Regulation of Educational and Research Facilities for Talented Students was adopted to establish special educational and research facilities for gifted and talented students and help their potential talents prosper based on Islamic, humanitarian and national values.^۴ However, the Ministry of Science, Research and Technology held the National Medical Science Olympiad in different areas from the year ۱۹۹۶.^۵ The Ministry of Health and Medical Education held Scientific Olympiads for students from ۲۰۰۹ onward; the first was held in Isfahan University of Medical Sciences, followed by Shiraz, Tehran, Tabriz and Kerman universities. The next Olympiads were held in Iran and Tehran universities. Participants were selected by screening tests for ۳ or ۴ fields (clinical reasoning in clinical sciences, scientific reasoning in basic sciences, management in health system, and innovative fields) in their own university. After succeeding in these tests, they competed at the National Olympiad.^{۶-۷} The first, second and third persons in individual exams and members of the first groups in team exams could use the facilities of the Talented Student Offices (TSO). A major concern of managers was the unfamiliarity of students with the goals and mission of TSOs and the ways these offices communicated with the talented students. These problems could be partially solved by holding the Scientific Olympiads.^۸ Therefore, the universities can discover top students and the strengths and weaknesses of TSOs through these tournaments. The National Medical Science Olympiads are a great and valuable source for studying the effectiveness of facilities on talented students. The aim of the present study was to identify the view of students who participated in the ۴th and ۵th olympiads about impact of facilities and privileges of TSOs in encouraging students to participate in the Scientific Olympiads.

Objectives :

The aim of the present study was to identify the view of students who participated in the ۴th and ۵th olympiads about impact of facilities and privileges of TSOs in encouraging students to participate in the Scientific Olympiads.

Study Design :

This study was a cross-sectional descriptive study, which was conducted in ۲۰۱۲-۲۰۱۳ in Tabriz University of Medical Sciences.

Study Setting :

This study was conducted in ۲۰۱۲-۲۰۱۳ in Tabriz University of Medical Sciences.

Participant :

All medical science students had the opportunity to participate with the exception of junior students. They could participate in a compact course held in three or four fields (clinical reasoning in clinical sciences, scientific reasoning in basic sciences, management in health system, and innovative field). The students selected fields based on their interest. After these courses, an assessment was done in each university. Then, students with the highest grades could participate in the National Olympiad. Each university was allowed to introduce three students in each field. Lack of interest in participating, voluntary withdrawal from the study and incomplete questionnaires were exclusion criteria.

Sample Size :

All participants were selected using a census method referring to the complete enumeration of students. ۱۲ Students were all participants in the ۴th and ۵th National Medical Science Olympiad in Iran. Finally, ۲۶۱ participants were enrolled

Data Gathering Tool :

a questionnaire which the validity and reliability was designed at the Education Development Center of Tabriz University by experts of the questionnaire were confirmed. The reliability was good ($\alpha=0.8$). The questionnaires were distributed randomly to participated students.

Data Analysis : This study was a cross-sectional study, which was conducted in ۲۰۱۲ - ۲۰۱۳ in Tabriz University of Medical Science. All students in medical sciences had the opportunity of participate of participate. They participated in a compact course about interested subjects in their own university. After this course, an evaluation was done in each university with questions on the fields. Those with highest grade were then allowed to participate in the National Olympiad. Each university was allowed to introduce ۳ students in each field.

In this study, a questionnaire which the validity and reliability was designed at the Education Development Center of Tabriz University by experts of the questionnaire were confirmed. The reliability was good ($\alpha=0.8$). The questionnaires were distributed randomly to participated students.

The ethical aspects were considered in this study. The aims of the study were explained in each questionnaire and it was defined in questionnaires to the students that their information would be kept secret, however, in order to be able to exclude voluntary from the study.

۲۶۱ students had responded to the questionnaires. The questionnaire including of two parts: personal information and questions. The variables of the first part had included age, gender, average, degree of education, the academic rank in screening tests, and membership in TSO and in the second part had the level of familiarity with regulations and facilities of TSO and impact of items and privileges of regulations for participating in scientific Olympiads. Data, were analyzed by using descriptive statistics (mean, standard deviation, frequency and percentage) and using statistical software SPSS. ۱۹.

Results :

Demographic characteristics of participants are summarized in Table ۱.

Of a total of ۲۶۱ students who had participated in this study, ۱۳۵ students were at under graduated professional doctor (۵۱,۶%) and ۱۲۶ were under graduated bachelor students (۴۸,۴%). Students had participated in different fields, ۱۲۰ students from Management in health system field (۴۶%), ۵۷ students from Innovative field (۲۱,۸%), ۴۸ students from Scientific reasoning in basic sciences (۱۸,۴%) and ۳۶ students from Clinical reasoning in clinical sciences (۱۳,۸%). The average of participants was ۱۷,۴۹.

The level of familiarity of participating students with regulations of TSO is shown in Figure

۳۶ percent of students reported that they have low or very low familiarity with the regulations of TSO.

Them	Sub-Them	Participants Statements
<ul style="list-style-type: none"> - Olympiad was a new idea for recognizing talented students (participant No.۱). - Increasing student's creativity (participant No.۵). - Being familiar with students from other universities and paying attention to some aspect of knowledge in medicine which was hidden (participant No.۸). 	Student	Mission
<ul style="list-style-type: none"> - Familiarity of the instructor with the modern educational methods and transfer of them to the students (participant No.۱۰). - The interaction between faculty board members from different universities (participant No.۴۳) - Considering the scholarship score of faculty members(participant No.۸۹) 	Faculty member (instructor)	

<ul style="list-style-type: none"> -Creating scientific incentives and collaboration among faculty members and students (participant No. ۶۹) -Better relationships and exchange of finding among universities (participant No. ۷۹) 	University	
<ul style="list-style-type: none"> - References were announced on time (participant No. ۵۶) -References were provided as CDs and books by the host universities and were put in access of other universities (participant No. ۲۱). 	References	
<ul style="list-style-type: none"> - The design of questions was used as accept map (participant No. ۴۵) - The security of questions was too excellent (participant No. ۸۹) 	Questions	Scientific points
<ul style="list-style-type: none"> - Some of tests were in the form of open – book. OSCE tests and case – study were used . (participant No. ۷۵) - - Tests were divided into individual and group tests (participant ۲۶). 	Tests	
<ul style="list-style-type: none"> - The site of Olympiad is active and up to date (participant No. ۲۸) - There was a proper conformity with informing schedule from the given site (participant No. ۳۷). 	Informing	
<ul style="list-style-type: none"> - Planning / scheduling was appropriate with respect to time limit and time interfere with academic programs (participant .No. ۵۰) -The different stages of Olympiad were performs appropriately (participant No . ۶۵). 	Program management	
<ul style="list-style-type: none"> - The halls for completions were selected appropriately and they were perfect.(participant No. ۶۸) - The tourism programs during Olympiad administration were good. (participant No. ۱۷) - Hospitality was moderate (participant No. ۳۰) - Suitable service was provided for students (participant No. ۳۶). 	Welfare and relational facilities	Operational points
<ul style="list-style-type: none"> - Appropriate staff are selected for Olympiad administration (participant ۵۰) - Host team act perfectly .(participantNo. ۹۱) 	Personal/ staff	

The impacton of each facility on encouraging students for participating in the National Medical Science Olympiad [in Iran](#) are shown in Table ۲.

More students believed that, Continuing education to higher levels and Recruiting as faculty academic member more than other facilities, motivated them to participate in [the National Medical Science Olympiad in Iran](#). Also taking of more educational units (Up to ۲۷ unites) had little effect.

The impact of Continuing education to higher levels is shown in Figure ۲.

:Tables

(Table ۱ . Demographic information of participants (N=۹۵

Numbers (%)	level	Variables
۶۴ (۶۷,۴)	Male	Sex
۳۱ (۳۲,۶)	Female	
۷ (۷,۴)	Subspecialist	Education
۲۲ (۲۳,۲)	Specialist	
۵۰ (۵۲,۶)	Professional doctor	
۱۶ (۱۶,۸)	MS (Master student)	
۰	Professor	Scientific degree
۲۲ (۲۳,۲)	Associate Professor	
۵۷ (۶۰)	Assistant Professor	
۱۶ (۱۶,۸)	Tutor	
۴۳,۳۱±۵,۴۱	SD (standard ±Mean division)	Age
۲,۷۸±۶,۲۴	SD±Mean	History of teaching
۵۷(۶۰)	Yes	History of participating in Olympiads

in Iran from the perspective of the faculty [Medical Science Olympiads](#) Table ۲- Points of strength of (s of Iran. (N=۹۵'members in medical sciences university

Them	Sub-Them	Participants Statements
-The questions are posed at medical student – level while other fields don't welcome them (participant .۸۳)	Student	Mission
-Students awards are at a lower level, and so are the immaterial facilities.		
-As time passes, the tests have been similar to pre- university entrance examination, and this causes extreme stress in students (participant No.۷۸).		
- For faculty members of universities low levels of privileges are considered (participant ۲۱).	Faculty member	
- Type ۲ and type ۳ universities are not included in designing and modifying of the questions (participant No.۳).	University	
Any innovative and creative projects are not observed offer examinations - which make Olympiads similar to other ordinary exams(participant No.۴۶)		

The purpose of some universities is just to obtain score but knowledge - (participant No. ۱۰)		
- References are announced just according to the comments of some instructors. (Participant No. ۸۸)	References	Scientific points
-Type of questions the designers, exam procedure and the method of evaluation are sometimes vague (participants No. ۴۴) - Some questions are repetitive and must be memorized (participant's No. ۶۰) - It is better for questions not to examine just the erotically but the real problems of the real problems of the country practically (participants No. ۶۶)	Questions	
-Some universities are not familiar with the methods of Olympiad tests.(participant No. ۴۶) - The answering time was not in infirmity with the number and type of questions(participant's .No.۷۶) - The correct answers are not revealed immediately after the examination, and they are not analyzed as well (participant No. ۶۸)	Tests	
- There was a delay in the announcement of the results in spite of the different dates which were identified and the exact time (participant No. ۲۰) - Whatever is going to happen about the Olympiad, should appear in the site openly (participant No. ۵)	Informing	Operational Points
-Questions and correct answers are not uploaded on the site after examinations (participant No. ۶۸).		
-The topics which are to be discussed in Olympiads are announced late, so it doesn't have any significant effect on the university campus (Participant No. ۵۴) -Inconsistency is seen booth in the time of test – administration and time of results announcement (participant No. ۸۵).	Program management	
-Because of time pressure, there were not suitable places for the student's rest (participant No. ۷۶). -There was not proper snack in hotels (participant No. ۳۰). -The number of participants was so great then we preferred not to take part in the exam (participant No. ۱۲).	Welfare and relational facilities	

in Iran from the perspective of the faculty [Medical Science Olympiads](#) Table ۳- Points of weakness of (members in medical science universities of Iran. (N=۹۵

Table ۴. Suggestions of participants for designing and performing effective and proper Olympiads in Iran

Solutions and suggestions	Participants Statements
....Titled of domains should be announced earlier (participant No. ۵۴) If possible, infirming the screening tests of universities will also be a good idea. In other words, at least some provinces perform one exam with the same questions and the same standards (participant No. ۱۲)	Program management
..... Using strategic programs to create creativity and innovation (participant No. ۴۶) Universities should be investigated with their own ranks and then, scored subsequently (participant No. ۷۹) Separate Olympiads must be considered for medical and paramedical students. (participant No. ۵۰)	Application of changes
.... Different universities should be used for designing questions. (participant. ۶۰)	Collaboration of other universities
- As there is not enough motivation for collaboration of students, the most and the best students do not participant in the competitions. Thus, it is suggested to consider proper rewards for top students nationally (participant No. ۱)	Providing facilities to students
... It must be calculated by the ministries as a scone for faculty members' promotion (participant No. ۸۱)	Providing facilities to faculty members
.... Colleague groups should be formed by closer universities and top universities should share in teaching students. (participant No. ۱۹) - Some universities need to send some experienced faculty members to inform other instructors form different universities about modern methods introduced by central ministries. (participant No. ۳۷)	Teaching
More budgets should be considered for type ۳ universities so that both students and faculty members become more interested in the competitions. (participant No. ۴)	Budget
-The correct answers from previously held exam should be uploaded on the given site. (participant No. ۶۸) - Sending the correction method and clarification of scoring procedures to universities before performing the competitions (participant No ۶). - Correct answers should be uploaded on the site after examination. (participant No ۴۶)	Clarification of exam procedure

(and the removal of the eventual barriers. (N=۹۵

Discussions:

The main purpose of the medical science universities is education of physicians that be able to maintain and promote public health of community. Meanwhile, rule of medical science universities is very crucial. Today, most universities do their role and duty more effective by new approaches based on creating of safe and scientific environment for competitions and also identifying gifted and talented students for more targeted investment. Holding of scientific Olympiads for students is one of the effective strategies^(۹-۱۱).

Also, Gifted and Talented Student Supporting Offices were established under the Education Vice Chancellor in the Medical Science Universities, because of promoting of the scientific level of community and educating of scientific and academic individuals. Followed by, regulation of educational and research facilities for gifted students was approved in the Ministry of Health, and Medical Education for identifying of potential talents based on Islamic, national and humanity values. It will be an effective policy, if appropriate communication was performed or goals was integrated between Olympiads and TSO. In recent years, Managers have been considered mechanisms and strategies to guide participated students in Olympiads to TSO. Therefore, the result of this study presented that participants in ۴th and ۵th scientific Olympiads have acceptable familiarity with regulations of TSO and Continuing education to higher levels was an important factor for participating in the National Medical Science Olympiad in Iran.

Also passing of more educational units (Up to ۲۷ unites) had little effect.

According to finding of the present study, about ۳۶% of participants in ۴th and ۵th scientific Olympiads reported that had low or very low familiarity with regulations of TSO, and certainly, the familiarities of students who did not participate in Olympiads should be more. However, the offices have responsibility of informing of medical science students, but authorities, associated organizations with scientific Olympiads and Medical Science Universities can help to the offices. A study of Vahedi and et al in Tabriz showed that inappropriate and poor informing were major weakness of Olympiads^(۱۲). Therefore, it is necessary to increase students' awareness about privileges and regulations of TSO due to its impact on joining and using these facilities. So, providing of introducing pamphlets of TSO and distributing those in the universities, holding of introductory tours in these offices or in the universities, improving and revising of websites of offices, and linking of TSO with Sama System could increase the knowledge of students. According to this study, Continuing education to higher levels and Recruiting as faculty academic member demonstrated encouraging factors for participating of students in the Olympiads.

In India, the Ministry of Science and Technology gave different awards such as monetary awards, scholarship in scientific courses to students succeed into the International Scientific Olympiads, because of accessing them to top level positions^(۱۳).

It seems, increasing of the number of students in the lower degree, increasing of the number of female students and increasing of public awareness have highlighted this item. Also, tendency to become faculty member for students especially in current situation (unemployment crisis among educated people) were emphasized in the students' reports.

Therefore, Gifted and Talented Student Supporting Offices and related authorities can elevate tendency of students to these offices, by highlighting these facilities and expanding of like stimulates.

The advantage of this study was the use of talented and top students which have been participated from diverse origins of Iran. This study had some limitations. Participants were limited to students of ۴th and ۵th medical scientific Olympiads. It seems, we could obtain more accurate results by reviewing comments of other students.

Finally, by raising the profile of these important issues and potentiality of qualitative studies (۱۴-۱۶), we recommend that other qualitative studies with the same topic be performed to provide a strengthened foundation for Gifted and Talented students supporting offices.

Conclusion:

According to this study, Continuing higher education and Recruiting as a faculty member were two main factors to participate in the the National Medical Science Olympiad. Therefore, Gifted and Talented Student Supporting Offices and related managers could increase tendency of students to join these offices by highlighting these facilities and expanding related stimulates, thus, these centers are able to carry efficiently out their missions. Also, due to low familiarity of some students with objectives and regulations of TSO, it is necessary to expand and develop appropriate informing mechanisms.

Keywords :

gifted and talented students - medical science -Olympiad-facilit

کد: ۱۶۵۰

حیطه: مدیریت و رهبری آموزشی

بررسی علل و شیوه های متداول تقلب در آزمون، تکالیف و پروژه ها در بین دانشجویان و ارائه راهکارهای مدیریت و کنترل آن (مطالعه موردی دانشجویان دانشکده داروسازی شیراز)

نویسندگان: نرگس هوشیار

Introduction

تقلب امتحانی پدیده‌ای عالم‌گیر است (تورپ، ۱۹۹۹) که محدود به مرز جغرافیایی یا دانشگاه و آموزشگاه خاصی نمی‌شود. برخی از صاحب‌نظران با توجه به فراوانی آن از این پدیده به عنوان اپیدمی (هاینس، ۱۹۹۶) و برخی دیگر به عنوان مشکل مزمن یاد کرده‌اند (Nakhae & Seyed Hosseini, ۲۰۰۵). پژوهش‌های متعدد در کشورهای مختلف نشان داده‌اند تقلب خاص یک دوره تحصیلی، یک دانشگاه و یک کشور نبوده و در تمامی دنیا دیده می‌شود. این عامل به عنوان یکی از عوامل تهدید کننده یادگیری فراگیران مطرح و اغلب به اندازه‌ای فراگیر است که اکثر آنها نوعی بی‌صدافتی تحصیلی را در طول دوران تحصیل خود گزارش نموده‌اند (Khamesan & Amiri, ۲۰۱۱). اگرچه در مورد میزان شیوع تقلب نمی‌توان درصد مشخصی را تعیین کرد. از سوی دیگر نرخ تقلب در سی سال گذشته به طور منظم رو به افزایش بوده و با پیشرفت فناوری‌های جدید به حدی شایع شده که می‌توان آن را معضلی همه‌گیر در مراکز آموزشی دانست.

پدیده تقلب بر نظم و انضباط دانشگاه اثر منفی وارد می سازد و در کاهش اعتبار و ارزش مدارک اعطایی آن مؤسسه دانشگاهی و علمی نقش دارد. همچنین، بر افکار فراگیران اثر سوئی دارد و اعتبار آنان را کاهش میدهد و بر رشد و سلامت آنها اثر میگذارد (Zaker Salehi, ۲۰۱۰; Run, ۱۹۸۶; Stern & Havlicek, ۲۰۰۷; Xian & Xiao-Pin, یافته‌های لیم و سی (Lim & See, ۲۰۰۱) نشان میدهند افرادی که در دوران تحصیل خود تقلب می‌کنند، همین امر را در خصوص شغل حرفه‌ای و زندگی روزمره خود نیز انجام میدهند. همچنین، تقلب از نظر روانی میتواند آثاری مانند بروز احساس ترس و حقارت و پنهان کاری را در افراد در پی داشته باشد (Bigdeli, ۲۰۰۸). به طوری که روانشناسان تقلب را بیماری روحی شخصیتی میدانند و معتقدند وقتی که درباره نادرستی رفتار تقلب به فراگیران هشدار نمیدهیم و پیامدهای منفی آن را آشکار نمیکنیم، چگونه میتوان انتظار داشت که آنها به سمت تقلب رو نیاورند (Atash Daman, ۲۰۰۹). در صورتی که فراگیر در محیط آموزشی به انجام دادن امور غیراخلاقی عادت کند، آینده شغلی وی به مسائل غیراخلاقی آلوده میشود که در نظام آموزش عالی با توجه به اینکه دانشجویان بعد از گذراندن دوران تحصیل خود وارد بازار کار می‌شوند، از اهمیت بیشتری برخوردار است. همچنین در صورتی که فراگیران دوران تحصیلی خود را با تقلب سپری کنند، دانش و معلومات آنها از سطح مطلوب و قابل قبولی برخوردار نخواهد بود و این امر به ناکارآمدی آنان منجر میشود که میتواند زیانهای جبران ناپذیری را بر پیکره جامعه وارد سازد.

پژوهش‌های زیادی در خارج از کشور جهت بررسی علل و عواقب تقلب تحصیلی انجام گرفته است، بطور مثال بیش از ۱۱۲۱ منبع در پایگاه اطلاعاتی اریک تا اوایل سال ۲۰۱۰ با کلید واژه تقلب بازیابی شده است. اما در ایران تعداد پژوهش‌های علمی پیرامون تقلب تحصیلی بسیار اندک می‌باشد. در پایگاه‌های اطلاعاتی داخلی تنها سه مقاله بازیابی شد که تعداد دو مقاله از پایان‌نامه دکتری حرفه‌ای در رشته پزشکی استخراج شده است. در واقع علی‌رغم توجه و انجام تحقیقات گوناگون در بیشتر کشورهای جهان - به ویژه کشورهای توسعه یافته - هنوز در ایران اجماع نظر جامعی راجع به اهمیت تقلب و ضرورت انجام تحقیقات علمی برای تبیین و به تبع آن اجرای سیاست‌های پیش‌گیرانه از وقوع این مهم در خوش‌بینانه‌ترین حالت در وضعیت ضعیفی قرار دارد.

لذا، با توجه به مطالعات اندکی که درباره تقلب تحصیلی در کشور ما صورت گرفته است، ضروری به نظر میرسد که تحقیقات وسیعی در خصوص این پدیده ضد ارزشی در بین دانشجویان به عمل آید تا تمهیدات لازم به منظور مقابله با آن به شیوه عملی صورت گیرد (شرفی و علی بیگی، ۱۳۹۲). با توجه به کمبود پژوهش‌ها پیرامون تقلب تحصیلی و با توجه به اینکه فراگیر شدن این مساله سبب مخدوش شدن ارزشیابی دانشجویان و وارد آمدن لطمه به ارکان تعلیم و تربیت خواهد شد، این موضوع باید بیش از گذشته مورد توجه متخصصان اخلاق علمی و علوم رفتاری قرار گیرد. همچنین بسیاری از انواع تقلب با وضع قوانین، آموزش درست و مدیریت آموزشی قابل اجتناب بوده و باعث تقویت روحیه اخلاق علمی در نظام آموزش عالی خواهد بود. با توجه به گسترش فناوری اطلاعات در نظام آموزشی، روش‌های کشف و کاهش تقلب الکترونیکی از مواردی است که از هم اکنون باید مورد توجه پژوهشگران قرار گیرد. نتایج این مطالعه می‌تواند دستاوردهایی را در سطوح مختلف برای مسئولین نظام آموزش پزشکی در خصوص چگونگی سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی سرفصل دروس و برگزاری جلسات امتحان داشته باشد.

Objectives:

۱. میزان متداول بودن روش‌های تقلب در امتحانات از نظر دانشجویان دانشکده داروسازی شیراز چگونه است؟
۲. میزان متداول بودن هر یک از عوامل مطرح شده در خصوص روش‌های تقلب در امتحانات از نظر دانشجویان دانشکده داروسازی شیراز چگونه است؟
۳. میزان متداول بودن روش‌های تقلب در تکالیف کلاسی، پروژه‌ها و پایان‌نامه‌ها از نظر دانشجویان دانشکده داروسازی شیراز چگونه است؟
۴. میزان متداول بودن هر یک از عوامل مطرح شده در خصوص روش‌های تقلب در تکالیف کلاسی، پروژه‌ها و پایان‌نامه‌ها از نظر دانشجویان دانشکده داروسازی شیراز چگونه است؟
۵. وضعیت موافقت دانشجویان با علت تقلب‌ها از نظر دانشجویان دانشکده داروسازی شیراز چگونه است؟

۶. میزان موافقت دانشجویان دانشکده داروسازی شیراز با کلیت علت تقلبها چگونه است؟
۷. میزان موافقت دانشجویان دانشکده داروسازی شیراز با هر یک از علت‌های مطرح شده برای تقلبها چگونه است؟
۸. آیا تفاوتی بین نظرات دانشجویان آقا و خانم با عوامل و گویه‌های مطرح شده در خصوص تقلب وجود دارد؟
۹. آیا تفاوتی بین نظرات دانشجویان آقا و خانم در خصوص متداول بودن روش‌های تقلب مطرح شده در امتحانات وجود دارد؟
۱۰. بررسی تفاوت آقایان و خانمها با کلیت متداول بودن روش‌های تقلب مطرح شده در امتحانات
۱۱. بررسی تفاوت نظرات آقایان و خانمها با هر یک از عوامل مطرح شده در خصوص متداول بودن روش‌های تقلب امتحانات
۱۲. آیا تفاوتی بین نظرات دانشجویان آقا و خانم در خصوص متداول بودن روش‌های تقلب مطرح شده در تکالیف کلاسی وجود دارد؟
۱۳. بررسی تفاوت آقایان و خانمها با کلیت متداول بودن روش‌های تقلب مطرح شده در تکالیف کلاسی
۱۴. بررسی تفاوت نظرات آقایان و خانمها با هر یک از عوامل مطرح شده در خصوص متداول بودن روش‌های تقلب تکالیف کلاسی
۱۵. آیا تفاوتی بین نظرات دانشجویان آقا و خانم در خصوص علت تقلبها وجود دارد؟
۱۶. بررسی تفاوت آقایان و خانمها در مورد کلیت علت تقلبها
۱۷. مقایسه نظرات آقایان و خانمها در خصوص علل تقلبها
۱۸. آیا رابطه‌ای بین معدل دانشجویان و میزان موافقت آنها با عوامل سه گانه‌ی روش‌های متداول تقلب در امتحانات، روش‌های متداول تقلب در تکالیف کلاسی و علل تقلب وجود دارد؟

:Study Design

۱. طول مدت پیگیری مطالعه و انجام مطالعه حدود سه ماه بوده است.
۲. مطالعه از نوع توصیفی مقایسه ای می باشد.

:Study Setting

- نتایج حاصل بصورت سرشماری کامل در کل جامعه می باشد

:Participan

۱. جامعه پژوهش دانشجویان دانشکده داروسازی شیراز در مقطع دکترای حرفه ای در سال تحصیلی ۹۵-۹۴ می باشد.

:Sample Size

- نمونه گیری به روش سرشماری کامل (حجم ۲۱۵ نفر)

:Data Gathering Tool

- ابزار گردآوری شامل پرسشنامه محقق ساخته جهت بررسی علل تقلب از نظر دانشجویان شامل دو بعد درونی و بیرونی (۱۱ گویه)، بررسی نظر دانشجویان در مورد میزان متداول بودن شیوه های تقلب در امتحانات (۱۵ گویه) و نیز بررسی نظر دانشجویان در مورد میزان متداول بودن رشوهای تقلب در تکالیف، پروژه ها و پایان نامه ها (۹ گویه) بوده است.

- روایی از طریق روش اعتبار محتوا بدست آمده است.

- پایایی با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه گردید.

مقدار پایایی

وضعیت پایایی	مقدار آلفای کرونباخ	متغیر
قابل قبول	۰/۸۵	روش‌های تقلب در امتحان
قابل قبول	۰/۹۱	روش‌های تقلب در تکالیف کلاسی
قابل قبول	۰/۸۲	علل تقلب
قابل قبول	۰/۹۲	کل

:Data Analysis

- آزمون‌های آماری t تک نمونه، t گروه‌های مستقل، همبستگی پیرسون، دو جمله‌ای، من ویتنی و خی دو استقلال استفاده شد.

:Results

الف: بخش اول نتایج در رابطه با بررسی میزان متداول بودن روشهای تقلب در امتحانات از نظر دانشجویان

۱. نتایج آزمون t گروه‌های تک نمونه‌ای مویید این امر است که تفاوت مشاهده شده در میانگین نمره مشاهده شده (۲/۵۰) و میانگین نظری (۳) معنادار بود ($p < 0/05$ $t_{(180)} = -9/18$) و در نتیجه نمونه مورد بررسی با متداول بودن روش‌های تقلب مطرح شده در امتحانات موافقت کمی دارد.

۲. بر اساس نتایج جدول زیر تعداد دانشجویانی که متداول بودن روش‌های نوشتن روی کف دست و ساعد، نوشتن روی اشیاء (صندلی، کاغذ و ..)، انتقال یادداشت، تعویض برگه امتحانی، گذاشتن جزوه مربوطه در محل قابل دسترس، استفاده از روش ایما و اشاره، تیبانی با ناظران جلسه امتحانی یا افرادی که به سوالات دسترسی دارند، فرستادن فرد دیگر به جای خود در جلسه امتحانی، در جریان قرار ندادن استاد به هنگام گرفتن نمره اشتباه، استفاده از عینک فتوکرومیک، استفاده از تکنولوژی‌های نوین (تلفن همراه، هنزفری، mp۳)، درج اطلاعات و فرمولهای مورد نیاز در

ماشین حساب و استفاده از آنها در جلسه امتحان را کمتر از میانگین (۳) ارزیابی کرده‌اند به صورت معناداری ($p < 0.05$) بیشتر از دانشجویانی است که متداول بودن این روش‌ها را بیشتر از میانگین (۳) ارزیابی کرده‌اند. در نتیجه این روش‌ها از نظر دانشجویان در تقلب امتحانی متداول نیستند.

۳. تعداد دانشجویانی که متداول بودن روش‌های تقلب مشاهده برگه امتحانی دیگر دانشجویان و صحبت در جلسه امتحان را بیشتر از میانگین (۳) ارزیابی کرده‌اند به صورت معناداری ($p < 0.05$) بیشتر از دانشجویانی است که متداول بودن این روش‌ها را کمتر از میانگین (۳) ارزیابی کرده‌اند. در نتیجه این روش‌ها از نظر دانشجویان در تقلب امتحانی متداول می‌باشند.

گویه	وضعیت	فراوانی	درصد	سطح معناداری
نوشتن روی کف دست و ساعد	نمره کوچکتر/مساوی ۳	۱۲۳	۰٫۶۹	۰٫۰۰۰۱
	نمره بزرگتر از ۳	۵۶	۰٫۳۱	
نوشتن روی اشیاء (صندلی، کاغذ و ..)	نمره کوچکتر/مساوی ۳	۱۳۶	۰٫۷۶	۰٫۰۰۰۱
	نمره بزرگتر از ۳	۴۲	۰٫۲۴	
مشاهده برگه امتحانی دیگر دانشجویان	نمره کوچکتر/مساوی ۳	۵۴	۰٫۳۱	۰٫۰۰۰۱
	نمره بزرگتر از ۳	۱۲۳	۰٫۶۹	
استفاده از روش گفتاری: صحبت در جلسه امتحان	نمره کوچکتر/مساوی ۳	۷۴	۰٫۴۱	۰٫۰۲۵
	نمره بزرگتر از ۳	۱۰۵	۰٫۵۹	
انتقال یادداشت (پرتاب برگه یا دست به دست کردن)	نمره کوچکتر/مساوی ۳	۱۳۷	۰٫۷۷	۰٫۰۰۰۱
	نمره بزرگتر از ۳	۴۱	۰٫۲۳	
تعویض برگه امتحانی	نمره کوچکتر/مساوی ۳	۱۶۵	۰٫۹۲	۰٫۰۰۰۱
	نمره بزرگتر از ۳	۱۴	۰٫۰۸	
گذاشتن جزوه مربوطه در محل قابل دسترس	نمره کوچکتر/مساوی ۳	۱۵۶	۰٫۸۷	۰٫۰۰۰۱
	نمره بزرگتر از ۳	۲۴	۰٫۱۳	
استفاده از روش ایما و اشاره	نمره کوچکتر/مساوی ۳	۸۶	۰٫۴۸	۰٫۷۰۸
	نمره بزرگتر از ۳	۹۲	۰٫۵۲	
دسترسی قبلی به سوالات امتحانی بدون اطلاع استاد	نمره کوچکتر/مساوی ۳	۱۴۷	۰٫۸۴	۰٫۰۰۰۱
	نمره بزرگتر از ۳	۲۹	۰٫۱۶	
تبانی با ناظران جلسه امتحانی یا افرادی که به سوالات دسترسی دارند	نمره کوچکتر/مساوی ۳	۱۶۶	۰٫۹۳	۰٫۰۰۰۱
	نمره بزرگتر از ۳	۱۲	۰٫۰۷	

فرستادن فرد دیگر به جای خود در جلسه امتحانی	نمره کوچکتر/مساوی ۳	۱۷۱	۰,۹۶	۰,۰۰۰۱
در جریان قرار ندادن استاد به هنگام گرفتن نمره اشتباه	نمره بزرگتر از ۳	۷	۰,۰۴	۰,۰۰۰۱
استفاده از عینک فتوکرومیک	نمره کوچکتر/مساوی ۳	۱۳۸	۰,۸۱	۰,۰۰۰۱
استفاده از تکنولوژی‌های نوین (تلفن همراه، هنزفری ۳، mp و)	نمره بزرگتر از ۳	۳۲	۰,۱۹	۰,۰۰۰۱
درج اطلاعات و فرمولهای مورد نیاز در ماشین حساب و استفاده از آنها در جلسه امتحان	نمره کوچکتر/مساوی ۳	۱۶۱	۰,۹۶	۰,۰۰۰۱
	نمره بزرگتر از ۳	۶	۰,۰۴	۰,۰۰۰۱
	نمره کوچکتر/مساوی ۳	۱۱۷	۰,۶۶	۰,۰۰۰۱
	نمره بزرگتر از ۳	۶۱	۰,۳۴	۰,۰۰۰۱
	نمره کوچکتر/مساوی ۳	۱۴۴	۰,۸۱	۰,۰۰۰۱
	نمره بزرگتر از ۳	۳۳	۰,۱۹	۰,۰۰۰۱

۱. براساس نتایج مشاهده شده در جدول زیر می‌توان ملاحظه کرد میانگین نمرات موافقت نمونه با متداول بودن روش‌های تقلب مطرح شده در تکالیف کلاسی از میانگین نظری (۳ در طیف ۵ نمره‌ای) بیشتر می‌باشد. نتایج آزمون t گروههای تک نمونه‌ای نیز مؤید این امر است که تفاوت مشاهده شده در میانگین نمره مشاهده شده (۳/۴۶) و میانگین نظری (۳) معنادار بود ($p < 0.05$) و در نتیجه نمونه مورد بررسی با متداول بودن روش‌های تقلب مطرح شده در تکالیف کلاسی موافقت بالایی دارد.

۲. بر اساس نتایج جدول زیر تعداد دانشجویانی که متداول بودن روش‌های گرفتن مقاله از اینترنت، گرفتن تکلیف از هم‌کلاسی‌ها و تلاش ناکافی در انجام پروژه‌های گروهی، را بیشتر از میانگین (۳) ارزیابی کرده‌اند به صورت معناداری ($p < 0.05$) بیشتر از دانشجویانی است که متداول بودن این روش‌ها را کمتر از میانگین (۳) ارزیابی کرده‌اند. در نتیجه این روش‌ها از نظر دانشجویان تقلب تکالیف کلاسی متداول هستند.

۳. تعداد دانشجویانی که متداول بودن روش‌های ارائه تکالیف مشابه به استادان دروس مختلف و جعل و تحریف پایان‌نامه را کمتر از میانگین (۳) ارزیابی کرده‌اند به صورت معناداری ($p < 0.05$) بیشتر از دانشجویانی است که متداول بودن این روش‌ها را بیشتر از میانگین (۳) ارزیابی کرده‌اند. در نتیجه این روش‌ها از نظر دانشجویان در تقلب تکالیف کلاسی متداول نمی‌باشند.

۴. در ضمن تعداد دانشجویانی که روش‌های خرید مقاله، محول کردن تکالیف به دیگر افراد، کپی کردن مطالب از اینترنت و جاهای دیگر و تدوین آن به نام خود و استفاده از مطالب دیگران بدون دادن مأخذ را کمتر از میانگین (۳) ارزیابی کرده‌اند با تعداد دانشجویانی که متداول بودن این روش‌ها را بیشتر از میانگین (۳) ارزیابی کرده‌اند تفاوت معناداری ندارد ($p > 0.05$). در نتیجه این روش‌ها از نظر دانشجویان در تقلب تکالیف کلاسی تا حدی متداول می‌باشند.

گویه	وضعیت	فراوانی	درصد	سطح معناداری	بخش سوم نتایج در رابطه
گرفتن مقاله از اینترنت	نمره کوچکتر/مساوی ۳	۵۳	۰,۳۲	۰,۰۰۰۱	
	نمره بزرگتر از ۳	۱۱۴	۰,۶۸		
خرید مقاله	نمره کوچکتر/مساوی ۳	۹۶	۰,۵۷		

با بررسی علت‌های درونی و بیرونی بروز تقلب از نظر دانشجویان					
با بررسی علت‌های درونی و بیرونی بروز تقلب از نظر دانشجویان	۰,۰۰۹	۰,۴۳	۷۳	نمره بزرگتر از ۳	
	۰,۰۰۰۱	۰,۲۳	۳۸	نمره کوچکتر/مساوی ۳	گرفتن تکلیف از همکلاسی‌ها
		۰,۷۷	۱۳۰	نمره بزرگتر از ۳	
	۰,۱۳۸	۰,۴۴	۷۲	نمره کوچکتر/مساوی ۳	محول کردن انجام تکلیف به دیگر افراد
		۰,۵۶	۹۲	نمره بزرگتر از ۳	
	۰,۰۱۲	۰,۴	۶۶	نمره کوچکتر/مساوی ۳	تلاش ناکافی در انجام دادن پروژه‌های گروهی
		۰,۶	۹۹	نمره بزرگتر از ۳	
	۰,۰۰۴	۰,۶۲	۱۰۰	نمره کوچکتر/مساوی ۳	ارائه تکالیف مشابه به استادان دروس مختلف
		۰,۳۸	۶۲	نمره بزرگتر از ۳	
	۰,۰۰۰۱	۰,۷۴	۱۱۴	نمره کوچکتر/مساوی ۳	جعل و تحریف پایان‌نامه
		۰,۲۶	۴۰	نمره بزرگتر از ۳	
	۰,۵۲۹	۰,۴۷	۷۶	نمره کوچکتر/مساوی ۳	کپی کردن مطالب از اینترنت و جاهای دیگر و تدوین آن به نام خود
		۰,۵۳	۸۵	نمره بزرگتر از ۳	
	۰,۳۴۱	۰,۴۶	۷۳	نمره کوچکتر/مساوی ۳	استفاده از مطالب دیگران بدون دادن مأخذ
		۰,۵۴	۸۶	نمره بزرگتر از ۳	

۱. براساس نتایج مشاهده شده در جدول زیر می‌توان ملاحظه کرد میانگین نمرات موافقت نمونه با علت تقلب‌های مطرح شده از میانگین نظری (۳ در طیف ۵ نمره‌ای) بیشتر می‌باشد. نتایج آزمون t گروه‌های تک نمونه‌ای نیز مؤید این امر است که تفاوت مشاهده شده در میانگین نمره مشاهده شده (۳/۳۲) و میانگین نظری (۳) معنادار بود ($p < 0.05$) ($t_{(166)} = 5.91$) و در نتیجه نمونه مورد بررسی در مجموع با علت‌های مطرح شده برای تقلب‌ها در تکالیف کلاسی توافق بالایی دارد.

۲. بر اساس نتایج جدول زیر تعداد دانشجویانی که تاثیر عدم مسئولیت پذیری (درونی)، عدم دقت کافی (درونی)، رویکرد رقابتی به پیشرفت تحصیلی (تاثیر رقابت بر بروز تقلب) (بیرونی/درونی)، استاندارد نبودن فضای فیزیکی امتحانات (بیرونی) و عدم دقت مراقبین (بیرونی) را بر تقلب‌ها کمتر از میانگین (۳) ارزیابی کرده‌اند به صورت معناداری ($p < 0.05$) بیشتر از دانشجویانی است که تاثیر این عوامل را بر تقلب دانشجویان بیشتر از میانگین (۳) ارزیابی کرده‌اند. در نتیجه این علت‌ها از نظر دانشجویان در تقلب امتحانی مؤثر نیستند.

۳. بر اساس این جدول تعداد دانشجویانی که تأثیر عدم انگیزه برای یادگیری (درونی)، فشرده بودن زمان امتحانات (بیرونی)، راحت طلبی یادگیرنده (درونی) و کمبود وقت مطالعه (بیرونی/درونی) را بر تقلب‌ها بیشتر از میانگین (۳) ارزیابی کرده‌اند به صورت معناداری ($p < 0.05$) بیشتر از دانشجویانی است که تاثیر این عوامل را بر تقلب دانشجویان کمتر از میانگین (۳) ارزیابی کرده‌اند. در نتیجه این علت‌ها از نظر دانشجویان در تقلب امتحانی مؤثر هستند.

۴. در ضمن تعداد دانشجویانی که تأثیر سخت بودن تکلیف (بیرونی) و توقع زیاد از دانشجو (بیرونی) را کمتر از میانگین (۳) ارزیابی کرده‌اند با تعداد دانشجویانی که متداول بودن تأثیر این عوامل را بیشتر از میانگین (۳) ارزیابی کرده‌اند تفاوت معناداری ندارد ($p > 0.05$). در نتیجه این روش‌ها از نظر دانشجویان این عوامل تا حدی بر تقلب دانشجویان تأثیر دارند.

سطح معناداری	درصد	فراوانی	وضعیت	گویه
۰,۰۲۸	۰,۵۹	۹۶	نمره کوچکتر/مساوی ۳	عدم مسئولیت پذیری
	۰,۴۱	۶۷	نمره بزرگتر از ۳	
۰,۰۱۲	۰,۶	۹۸	نمره کوچکتر/مساوی ۳	عدم دقت کافی
	۰,۴	۶۵	نمره بزرگتر از ۳	
۰,۲۰۷	۰,۴۵	۷۲	نمره کوچکتر/مساوی ۳	سخت بودن تکلیف
	۰,۵۵	۸۹	نمره بزرگتر از ۳	
۰,۶۹۵	۰,۴۸	۷۸	نمره کوچکتر/مساوی ۳	توقع زیاد از دانشجو
	۰,۵۲	۸۴	نمره بزرگتر از ۳	
۰,۰۰۰۱	۰,۳۱	۵۱	نمره کوچکتر/مساوی ۳	عدم انگیزه برای یادگیری
	۰,۶۹	۱۱۲	نمره بزرگتر از ۳	
۰,۰۰۰۱	۰,۳۵	۵۶	نمره کوچکتر/مساوی ۳	فشرده بودن زمان امتحانات
	۰,۶۵	۱۰۶	نمره بزرگتر از ۳	
۰,۰۰۰۱	۰,۶۷	۱۰۸	نمره کوچکتر/مساوی ۳	رویکرد رقابتی به پیشرفت تحصیلی (تأثیر رقابت بر بروز تقلب)
	۰,۳۳	۵۴	نمره بزرگتر از ۳	
۰,۰۴	۰,۴۲	۶۷	نمره کوچکتر/مساوی ۳	راحت طلبی یادگیرنده
	۰,۵۸	۹۴	نمره بزرگتر از ۳	
۰,۰۰۰۶	۰,۳۹	۶۴	نمره کوچکتر/مساوی ۳	کمبود وقت مطالعه (فاصله بین امتحانات)
	۰,۶۱	۱۰۰	نمره بزرگتر از ۳	
۰,۰۰۰۱	۰,۷۵	۱۲۳	نمره کوچکتر/مساوی ۳	استاندارد نبودن فضای فیزیکی امتحانات
	۰,۲۵	۴۰	نمره بزرگتر از ۳	
۰,۰۰۰۱	۰,۷۵	۱۲۱	نمره کوچکتر/مساوی ۳	عدم مراقبت ممتحن
	۰,۲۵	۴۰	نمره بزرگتر از ۳	

د: بخش چهارم نتایج در رابطه با مقایسه نظرات و بررسی رابطه بین معدل و دیگر مولفه‌ها

۱. بررسی تفاوت نظر آقایان و خانم‌ها در رابطه با کلیت متداول بودن روش‌های تقلب مطرح شده در امتحانات ($p > 0/05$) $t_{(163)} = -1/38$ ، متداول بودن روش‌های تقلب مطرح شده در امتحانات ($p > 0/05$)، متداول بودن روش‌های تقلب مطرح شده در تکالیف کلاسی ($p > 0/05$) $t_{(152)} = 0/60$ ، کلیت علت تقلب‌ها ($p > 0/05$) $t_{(150)} = -1/65$ و در خصوص علل تقلب ($p > 0/05$) معنا دار نبوده است.
۲. همچنین بر اساس نتایج در روش محول کردن انجام تکالیف کلاسی به دیگر افراد آقایان به صورت معناداری ($p < 0/05$) بیشتر از خانم‌ها به رایج بودن این نوع تقلب در تکالیف کلاسی اعتقاد دارند.
۳. در سایر روش‌ها تفاوت معناداری بین نظرات آقایان و خانم‌ها در خصوص متداول بودن روش‌های تقلب در تکالیف کلاسی در هیچ یک از روش‌ها وجود ندارد ($p > 0/05$) و تفاوت مشاهده شده حاصل شانس و تصادف و یا خطای نمونه گیری می‌باشد.
۴. بین معدل دانشجویان و روش‌های متداول تقلب آنها در امتحانات رابطه مثبت، بسیار ضعیف و غیر معنادار ($p > 0/05$) $0/08$ وجود دارد. به عبارت دیگر رابطه‌ای بین این دو متغیر وجود ندارد.
۵. بین معدل دانشجویان و روش‌های متداول تقلب آنها در تکالیف کلاسی رابطه منفی، بسیار ضعیف و غیر معنادار ($p > 0/05$) $-0/05$ وجود دارد. به عبارت دیگر رابطه‌ای بین این دو متغیر وجود ندارد.
۶. بین معدل دانشجویان و علل تقلب آنها رابطه مثبت، بسیار ضعیف و غیر معنادار ($p > 0/05$) $-0/02$ وجود دارد. به عبارت دیگر رابطه‌ای بین این دو متغیر وجود ندارد.

نتایج آزمون t گروه‌های مستقل برای مقایسه نظرات آقایان و خانم‌ها در خصوص کلیت متداول بودن روش‌های تقلب مطرح شده در امتحانات

متغیر	آقایان (۶۷)		خانم‌ها (۹۸)		$t_{(163)}$	سطح معناداری
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
روش تقلب امتحان	۲/۴۰	۰/۶۶	۲/۵۶	۰/۷۸	-۱/۳۸	۰/۱۷۰

نتایج آزمون خی دو استقلال برای مقایسه نظرات آقایان و خانم‌ها در خصوص متداول بودن روش‌های تقلب امتحانات

گویه	شاخص	کاملاً منسوخ		تا حدی منسوخ		نه منسوخ نه رایج		تا حدی رایج		کاملاً رایج		سطح معناداری	
		آقا	خانم	آقا	خانم	آقا	خانم	آقا	خانم	آقا	خانم		
نوشتن روی کف دست و ساعد	فراوانی	۱۵	۱۵	۲۰	۲۲	۱۵	۲۳	۱۴	۳۰	۳	۶	۳/۵۵	۰/۴۷
	درصد	۲۲/۴	۱۵/۶	۲۹/۹	۲۲/۹	۲۲/۴	۲۴/۰	۲۰/۹	۳۱/۲	۴/۵	۶/۲		
نوشتن روی اشیاء (صندلی، کاغذ و ..)	فراوانی	۱۹	۲۱	۲۰	۱۸	۱۸	۲۷	۱۰	۲۲	۰	۷	۸/۹۳	۰/۰۶
	درصد	۲۸/۴	۲۲/۱	۲۹/۹	۱۸/۹	۲۶/۹	۲۸/۴	۱۴/۹	۲۳/۲	۰	۷/۴		
مشاهده برگه امتحانی دیگر دانشجویان	فراوانی	۸	۱۰	۴	۶	۱۲	۹	۲۶	۳۲	۱۵	۴۰	۶/۹۹	۰/۱۳
	درصد	۱۲/۳	۱۰/۳	۶/۲	۶/۲	۱۸/۵	۹/۳	۴۰/۰	۳۳/۰	۲۳/۱	۴۱/۲		
استفاده از روش گفتاری: صحبت در جلسه امتحان	فراوانی	۱۱	۱۰	۷	۹	۱۴	۱۶	۲۵	۳۴	۱۰	۲۷	۴/۶۰	۰/۳۳
	درصد	۱۶/۴	۱۰/۴	۱۰/۴	۹/۴	۲۰/۹	۱۶/۷	۳۷/۳	۳۵/۴	۱۴/۹	۲۸/۱		
انتقال یادداشت (پرتاب برگه یا دست به دست کردن)	فراوانی	۱۵	۲۵	۱۵	۲۳	۲۰	۲۸	۱۳	۱۵	۴	۳	۲/۰۲	۰/۸۵
	درصد	۲۲/۴	۲۶/۳	۲۲/۴	۲۴/۲	۲۹/۵	۲۹/۹	۱۵/۸	۱۹/۴	۶/۰	۳/۲		
تعویض برگه امتحانی	فراوانی	۲۴	۵۰	۱۹	۲۷	۱۷	۱۴	۵	۵	۱	۱	۵/۱۱	۰/۲۸
	درصد	۳۶/۴	۵۱/۵	۲۸/۸	۲۷/۸	۲۵/۸	۱۴/۴	۷/۶	۵/۲	۱/۵	۱/۰		
گذاشتن جزوه مربوطه در محل قابل دسترس	فراوانی	۲۴	۳۰	۲۲	۲۷	۱۴	۲۷	۶	۱۱	۱	۲	۱/۶۷	۰/۷۹
	درصد	۳۵/۸	۳۰/۹	۳۲/۸	۲۷/۸	۲۰/۹	۲۷/۸	۹/۰	۱۱/۳	۱/۵	۲/۱		
استفاده از روش ایما و اشاره	فراوانی	۶	۹	۱۰	۱۰	۱۸	۲۳	۳۸	۲۲	۱۰	۱۷	۱/۴۵	۰/۸۴
	درصد	۹/۱	۹/۳	۱۵/۲	۱۰/۳	۲۷/۳	۲۳/۷	۳۳/۳	۳۹/۲	۱۵/۲	۱۷/۵		
دسترسی قبلی به سوالات امتحانی بدون اطلاع استاد	فراوانی	۳۳	۴۶	۱۰	۱۸	۱۶	۱۴	۵	۱۰	۳	۶	۲/۷۷	۰/۶۰
	درصد	۴۹/۳	۴۸/۹	۱۴/۹	۱۹/۱	۲۳/۹	۱۴/۹	۷/۵	۱۰/۶	۴/۵	۶/۴		
تبانی با ناظران جلسه امتحانی یا افرادی که به	فراوانی	۴۲	۵۲	۱۳	۱۷	۸	۲۰	۳	۵	۱	۲	۲/۴۹	۰/۶۵
	درصد	۶۲/۷	۵۴/۲	۱۹/۴	۱۷/۷	۱۱/۹	۲۰/۸	۴/۵	۵/۲	۱/۵	۲/۱		

گویه	شاخص	کاملاً منسوخ		تا حدی منسوخ		نه منسوخ نه رایج		تا حدی رایج		کاملاً رایج		سطح معناداری	
		آقا	خانم	آقا	خانم	آقا	خانم	آقا	خانم	آقا	خانم		
استفاده از عینک فتوکرومیک	فراوانی	۳۸	۵۴	۱۵	۱۳	۹	۲۲	۲	۱	۰	۱	۵/۱۶	۰/۲۷
	درصد	۵۹/۴	۵۹/۳	۲۳/۴	۱۴/۳	۱۴/۱	۲۴/۲	۳/۱	۱/۱	۰	۱/۱		
استفاده از تکنولوژی-های نوین(تلفن همراه، هنزفری mp۳،	فراوانی	۱۲	۲۱	۱۰	۱۳	۱۸	۳۲	۱۹	۲۲	۸	۹	۱/۶۱	۰/۸۱
	درصد	۱۷/۹	۲۱/۶	۱۴/۹	۱۳/۴	۲۶/۹	۳۳/۰	۲۸/۴	۲۲/۷	۱۱/۹	۹/۳		
درج اطلاعات و فرمولهای مورد نیاز در ماشین حساب و استفاده از آنها در جلسه امتحان	فراوانی	۲۰	۲۷	۱۹	۱۸	۱۹	۳۲	۸	۱۵	۱	۴	۳/۲۶	۰/۵۲
	درصد	۲۹/۹	۲۸/۱	۲۸/۴	۱۸/۸	۲۸/۴	۳۳/۳	۱۱/۹	۱۵/۶	۱/۵	۴/۲		
سوالات دسترسی دارند													
فرستادن فرد دیگر به جای خود در جلسه امتحانی	فراوانی	۴۱	۶۹	۱۵	۱۶	۶	۱۰	۴	۰	۱	۱	۷/۲۳	۰/۱۲
	درصد	۶۱/۲	۷۱/۹	۲۲/۴	۱۶/۷	۹/۰	۱۰/۴	۶/۰	۰	۱/۵	۱/۰		
در جریان قرار ندادن استاد به هنگام گرفتن نمره اشتباه	فراوانی	۳۰	۳۰	۱۱	۱۵	۱۵	۲۷	۵	۱۲	۴	۷	۳/۵۱	۰/۴۸
	درصد	۴۶/۲	۳۳/۰	۱۶/۹	۱۶/۵	۲۳/۱	۲۹/۷	۷/۷	۱۳/۲	۶/۲	۷/۷		

نتایج آزمون t گروههای مستقل برای مقایسه نظرات آقایان و خانمها در خصوص کلیت متداول بودن روشهای تقلب مطرح شده در تکالیف

متغیر	آقایان (۶۳)		خانم‌ها (۹۱)		t _(۱۵۲)	سطح معناداری
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
روش تقلب تکالیف	۳/۵۰	۰/۹۴	۳/۴۰	۰/۹۰	۰/۶۰	۰/۵۴۹

گروه	شاخص	کاملاً منسوخ		تا حدی منسوخ		نه منسوخ نه رایج		تا حدی رایج		کاملاً رایج		سطح معناداری	
		آقا	خانم	آقا	خانم	آقا	خانم	آقا	خانم	آقا	خانم		
گرفتن مقاله از اینترنت	فراوانی	۷	۶	۱۰	۶	۶	۱۳	۱۳	۳۵	۲۶	۳۰	۹/۱۸	۰/۰۶
	درصد	۱۱/۳	۶/۷	۱۶/۱	۶/۷	۹/۷	۱۴/۴	۲۱/۰	۳۸/۹	۴۱/۹	۳۳/۳		
خرید مقاله	فراوانی	۱۰	۱۸	۱۴	۱۱	۱۵	۲۱	۱۴	۲۰	۱۰	۱۲	۴/۱۰	۰/۳۹
	درصد	۱۵/۹	۱۹/۸	۲۲/۲	۱۲/۱	۲۳/۸	۲۳/۱	۲۲/۲	۳۱/۹	۱۵/۹	۱۳/۲		
گرفتن تکلیف از همکلاسی‌ها	فراوانی	۳	۲	۴	۵	۸	۱۱	۱۴	۲۵	۳۳	۴۸	۱/۲۱	۰/۸۸
	درصد	۴/۸	۲/۲	۶/۵	۵/۵	۱۲/۹	۱۲/۱	۲۲/۶	۲۷/۵	۵۳/۲	۵۲/۷		
محول کردن انجام تکلیف به دیگر افراد	فراوانی	۳	۸	۷	۹	۱۶	۲۳	۱۲	۳۶	۲۲	۱۳	۱۲/۹۴	۰/۰۱
	درصد	۵/۰	۹/۰	۱۱/۷	۱۰/۱	۲۶/۷	۲۵/۸	۲۰/۰	۴۰/۴	۳۶/۷	۱۴/۶		
تلاش ناکافی در انجام دادن پروژه‌های گروهی	فراوانی	۴	۵	۶	۹	۱۴	۲۰	۱۸	۳۲	۲۰	۲۲	۱/۳۱	۰/۸۶
	درصد	۶/۵	۵/۷	۹/۷	۱۰/۲	۲۲/۶	۲۲/۷	۲۹/۰	۳۶/۴	۳۲/۳	۲۵/۰		
	فراوانی	۴	۱۲	۱۴	۱۲	۱۹	۳۱	۱۳	۱۹	۱۲	۱۲	۴/۳۸	۰/۳۶

ارائه تکالیف مشابه به استادان دروس مختلف	درصد	۶/۵	۱۴	۶۲۲	۱۴	۳۰/۶	۳۶	۲۱	۲۲/۱	۱۹/۴	۱۴		
جعل و تحریف پایان نامه	فراوانی	۱۳	۲۰	۱۳	۲۲	۱۴	۲۵	۱۱	۱۱	۶	۵	۲/۲۴	۰/۶۹
	درصد	۲۲/۸	۲۴/۱	۲۲/۸	۲۶/۵	۲۴/۶	۳۰/۱	۱۹/۳	۱۳/۳	۱۰/۵	۶		
کپی کردن مطالب از اینترنت و جاهای دیگر و تدوین آن به نام خود	فراوانی	۳	۱۰	۷	۱۵	۱۲	۲۴	۲۰	۲۰	۱۹	۱۷		
	درصد	۴/۹	۱۱/۶	۱۱/۵	۱۷/۴	۱۹/۷	۲۷/۹	۳۲/۸	۲۳/۳	۳۱/۱	۱۹/۸	۶/۷۳	۰/۱۵
استفاده از مطالب دیگران بدون دادن مأخذ	فراوانی	۹	۸	۸	۱۴	۸	۲۱	۲۱	۲۱	۱۵	۲۱		
	درصد	۱۴/۸	۹/۴	۱۳/۱	۱۶/۵	۱۳/۱	۲۴/۷	۳۴/۴	۲۴/۷	۲۴/۶	۲۴/۷	۴/۷۰	۰/۳۲

نتایج آزمون خبی دو استقلال برای مقایسه نظرات آقایان و خانمها در خصوص متداول بودن روشهای تقلب تکالیف کلاسی

نتایج آزمون t گروههای مستقل برای مقایسه نظرات آقایان و خانمها در خصوص کلیت علت تقلبها

متغیر	آقایان (۶۳)				خانمها (۸۹)				t _(۱۵۰)	سطح معناداری			
	میانگین		انحراف معیار		میانگین		انحراف معیار						
علت تقلب	۳۰/۲۰		۰/۸۰		۳/۳۹		۰/۶۳		-۱/۶۵	۰/۰۹۹			
گویه	شاخص	کاملاً منسوخ		تا حدی منسوخ		نه منسوخ نه رایج		تا حدی رایج		کاملاً رایج		سطح معناداری	
		آقا	خانم	آقا	خانم	آقا	خانم	آقا	خانم	آقا	خانم		
	فراوانی	۱۰	۱۴	۱۰	۱۲	۲۱	۲۰	۱۷	۳۲	۴	۹	۳/۲۹	۰/۵۱

عدم مسئولیت پذیری	درصد	۱۶/۱	۱۶/۱	۱۶/۱	۱۳/۸	۳۳/۹	۲۳/۰	۲۷/۴	۳۶/۸	۶/۵	۱۰/۳		
عدم دقت کافی	فراوانی	۸	۹	۱۶	۱۵	۲۰	۲۲	۱۵	۳۷	۳	۴	۵/۶۰	۰/۲۳
	درصد	۱۲/۹	۱۰/۳	۲۵/۸	۱۷/۲	۳۲/۳	۲۵/۳	۲۴/۲	۴۲/۵	۴/۸	۴/۶		
سخت بودن تکلیف	فراوانی	۵	۴	۱۱	۱۵	۱۴	۱۸	۱۹	۳۵	۱۲	۱۵	۱/۷۹	۰/۷۷
	درصد	۸/۲	۴/۶	۱۸	۱۷/۲	۲۳	۲۰/۷	۳۱/۱	۴۰/۲	۱۹/۷	۱۷/۲		
توقع زیاد از دانشجو	فراوانی	۵	۳	۱۲	۱۳	۱۲	۲۷	۲۰	۲۷	۱۴	۱۶		
	درصد	۷/۹	۳/۵	۱۹	۱۵/۱	۱۹	۳۱/۴	۳۱/۷	۳۱/۴	۲۲/۲	۱۸/۶	۵/۰۳	۰/۴۰
عدم انگیزه برای یادگیری	فراوانی	۴	۳	۶	۴	۱۳	۱۶	۲۲	۴۱	۱۷	۲۴		
	درصد	۶/۵	۳/۴	۹/۷	۴/۵	۲۱	۱۸/۲	۳۵/۵	۴۶/۶	۲۷/۴	۲۷/۳	۳/۳۷	۰/۵۰
فشرده بودن زمان امتحانات	فراوانی	۵	۴	۱۰	۸	۱۵	۱۲	۱۵	۲۷	۱۷	۳۶		
	درصد	۸/۱	۴/۶	۱۶/۱	۹/۲	۲۴/۲	۱۳/۸	۲۴/۲	۳۱	۲۷/۴	۴۱/۴	۶/۹۱	۰/۱۴
رویکرد رقابتی به پیشرفت تحصیلی (تاثیر رقابت بر بروز تقلب)	فراوانی	۹	۷	۱۶	۱۸	۱۸	۳۳	۸	۲۰	۱۱	۱۰		
	درصد	۱۴/۵	۶/۹	۲۵/۸	۲۰/۷	۲۹	۳۷/۹	۱۲/۹	۲۳	۱۷/۷	۱۱/۵	۶/۳۰	۰/۱۸
راحت طلبی یادگیرنده	فراوانی	۶	۵	۸	۱۲	۱۶	۱۶	۱۶	۳۰	۱۵	۲۵		
	درصد	۱۳/۱	۱۳/۶	۲۶/۲	۱۸/۲	۲۶/۲	۱۸/۲	۲۶/۲	۳۴/۱	۲۴/۶	۲۸/۴	۲/۸۵	۰/۵۸
کمبود وقت مطالعه (فاصله بین امتحانات)	فراوانی	۶	۴	۸	۱۱	۱۶	۱۵	۲۰	۳۶	۱۲	۲۳		
	درصد	۹/۷	۴/۵	۱۲/۹	۱۲/۴	۲۵/۸	۱۶/۹	۳۲/۳	۴۰/۴	۱۹/۴	۲۵/۸	۴/۲۴	۰/۳۷
استاندارد نبودن فضای فیزیکی امتحانات	فراوانی	۱۰	۱۰	۱۸	۱۸	۱۸	۳۸	۸	۱۵	۸	۷		
	درصد	۱۶/۱	۱۱/۳	۲۹	۲۰/۵	۲۹	۴۳/۲	۱۲/۹	۱۷	۱۲/۹	۸	۴/۹۸	۰/۲۹
عدم مراقبت ممتحن	فراوانی	۱۲	۱۳	۱۷	۲۲	۱۶	۳۲	۱۱	۱۳	۶	۶		
	درصد	۱۹/۴	۱/۱	۲۷/۴	۲۵/۶	۲۵/۸	۳/۲	۱۷/۷	۱/۱	۹/۷	۷	۲/۳۵	۰/۶۷

نتایج آزمون خن دو استقلال برای مقایسه نظرات آقایان و خانمها در خصوص متداول بودن روشهای تقلب امتحانات

رابطه بین معدل دانشجویان و عوامل سه گانه تقلب

رابطه‌ها	تعداد	همبستگی	سطح معناداری
معدل با روش‌های متداول تقلب در امتحانات	۱۴۴	۰/۰۸	۰/۳۴
معدل با روش‌های متداول تقلب در تکالیف کلاسی	۱۳۴	-۰/۰۵	۰/۵۳
معدل با علل تقلب	۱۳۳	۰/۰۲	۰/۷۹

:Conclusion

در مجموع، نتایج این پژوهش نشان داد که با اینکه نمونه مورد بررسی با متداول بودن روش‌های تقلب مطرح شده در امتحانات موافقت کم، و با میزان متداول بودن روش‌های تقلب در تکالیف کلاسی و نیز علت‌های مطرح شده برای تقلب موافقت بالایی دارد. وجود تقلب به عنوان یکی از پدیده‌های غیر اخلاقی در دانشگاه‌ها غیر قابل انکار بوده و می‌بایست از سوی پژوهشگران، مدیران و استادان مورد بررسی جدی قرار گیرد.

از آنجا که تقلب با گسترش رفتارهای سوء در سطح جامعه و سیاستهای نظام آموزشی ارتباط تنگاتنگی دارد، بازنگری جدی در محتوای برنامه‌های درسی که بیشترین تأکید آن بر دروس نظری است حایز اهمیت است. با ارائه دروسی که بیشتر جنبه عملی و یادگیری دارد، شرایط ارتکاب تقلب کاهش می‌یابد. به بیانی واضح، باید به جای پرورش حافظه بر پرورش تفکر و یادگیری تأکید شود. این مسئله در سطح جامعه دانشگاهی که دانشجویان بعد از گذراندن دوره‌های دانشگاهی خود وارد بازار کار می‌شوند، خصوصاً دانشجویان رشته‌های علوم پزشکی که اغلب با جان انسان‌ها سر و کار دارند، نمود بیشتری پیدا می‌کند. بنابراین، بخشی از راهکارها برای جلوگیری از این پدیده به سیاستگذاران مربوط می‌شود که با وضع قوانین مناسب، آموزش درست و مدیریت آموزشی امکان‌پذیر است. البته، تحول در نظام ارزشیابی پیشرفت تحصیلی نیز در این مهم مؤثر است.

نتایج نشان داد که رایج‌ترین شیوه تقلب در امتحانات مشاهده برگه امتحانی دیگر دانشجویان و استفاده از روش گفتاری: صحبت در جلسه امتحان بوده و سایر روش‌ها متداول نمی‌باشند. لازم است تمهیدات لازم به منظور مدیریت درست در محل برگزاری امتحانات اتخاذ شود این تمهیدات می‌تواند به صورت شماره‌گذاری صندلی‌های جلسه امتحان، ایجاد فاصله مناسب بین صندلی‌ها، ارائه سؤال‌های تشریحی، به هم زدن ترتیب سؤال‌های امتحانی و بدون شماره کردن سؤال‌های امتحانی ارائه شود. این قبیل راهکارها می‌تواند تا حد زیادی از ارتکاب تقلب جلوگیری کند.

همچنین، در خصوص تقلب در تکالیف درسی گرفتن مقاله از اینترنت، گرفتن تکلیف از همکلاسی‌ها و تلاش ناکافی در انجام دادن پروژه‌های گروهی دارای بیشترین میزان تداول بوده‌اند. در تکالیف و پروژه‌هایی که به صورت گروهی انجام می‌شود، برای هر یک از دانشجویان وظایفی را مشخص کرد و یا برای تکالیف فرصت ارائه شفاهی پدید آورد. همچنین، می‌توان با دادن تکالیف مختلف و متنوع به هر دانشجو، از کپی کردن تکالیف از روی دست یکدیگر جلوگیری به عمل آورد.

با فرهنگ‌سازی و بیان معیارهای اخلاقی در این زمینه مانند تشویق لذت یادگیری، تأکید بر اهمیت مهارت اندوزی و اتکا به نیروی خود و همچنین، کاهش فشار رقابت و ارائه اشکال مناسب ارزیابی دانشجویان، گامی به سوی کاهش این پدیده برداشت. (شرفی و علی بیگی، ۱۳۹۲). با توجه به سرعت فزاینده تغییرات در زمینه فناوری اطلاعات و توسعه آن در دانشگاه‌های کشور، لزوم آموزش دانشجویان در ارتباط با استفاده غیرمجاز از متون الکترونیکی، آموزش استادان برای روش‌های کشف تقلب‌های الکترونیکی و ساخت ابزارهای ردیابی سوء استفاده از متون الکترونیکی، خصوصاً متون الکترونیکی به زبان فارسی، از اهمیت زیادی برخوردار بوده و باید در سطح کلان آموزش عالی در مورد آن برنامه‌ریزی شود. در ضمن، توسعه پایگاه‌های اطلاعات علمی مقالات و پایان‌نامه‌ها، به شکلی که کلیه مراکز آموزش عالی کشور را در برگیرد برای مقابله با عدم صداقت تحصیلی بسیار حائز اهمیت است.

در ارتباط با علت قلب نیز نتایج این پژوهش نشان می دهد عوامل درونی بیش از عوامل بیرونی توسط دانشجویان مورد تأکید قرار گرفته است. سه عامل عدم انگیزه برای یادگیری (درونی)، راحت طلبی یادگیرنده (درونی)، کمبود وقت مطالعه (درونی و بیرونی)، فشرده بودن زمان امتحانات (درونی و بیرونی) در رتبه های اول موارد مورد تاکید دانشجویان قرار داشته اند. در رابطه با پایین بودن انگیزه و راحت طلبی یادگیرنده می باید پژوهش های مرتبط صورت گیرد تا علل ریشه ای مشخص شود. همچنین با توجه به پر رنگ تر شدن نقش اساتید مشاور در هدایت تحصیلی دانشجویان می توان در این رابطه از کمک اساتید مشاور بهره جست. در دو مورد باقی مانده نیز که بی ارتباط با دو عامل انگیزه و راحت طلبی هستند نیز می توان رهنمودهای لازم را با استفاده از موارد ارائه شده ارائه داد.

روی هم رفته، می توان گفت پدیده قلب، بنا به اظهار نظر اهل فن، پدیده ای است که ارتباط تنگاتنگی با فرهنگ جامعه از یک سو و مدیریت و سیاست گذاری های مسئولین دانشگاهها از سوی دیگر دارد. مدیریت و برخورد جدی متولیان آموزشی دانشگاهها و مراکز آموزش عالی به این موضوع منجر میشود که علاوه بر ارتقای سطح معلومات دانشجویان و جلوگیری از اشاعه این مسأله غیراخلاقی و تبدیل آن به یک هنجار پذیرفته شده در بین آنها، از تضییع حق دانشجویانی که با مطالعه و تلاش مستمر خود نمره کسب می نمایند نیز جلوگیری شود. در این خصوص، راهکارهای سیاستی و مدیریتی چندی قابل پیشنهاد است:

در سطح کلان، مسئولین نظام آموزش عالی میتوانند از طریق معاونت تجهیز نیروی انسانی با ارائه دوره های ضمن خدمت، اعضای هیأت علمی دانشگاهها را نسبت به شیوه های قلب در آزمونها و چگونگی مدیریت و کنترل آنها آگاه کنند. در سطح خرد نیز مسئولین و معاونت های آموزشی دانشگاهها می توانند به منظور جلوگیری از پدیده قلب در آزمونها، بر حضور فعال اساتید در جلسات آزمونها تأکید ورزند و از برگزاری آزمون از سوی نمایندگان اساتید، مثل کارشناسان آموزشی یا دانشجویان مقاطع بالاتر تحصیلی، جلوگیری به عمل آورند. استاندارد نبودن سؤالات امتحانی، حفظ کردنی و فرآر بودن مطالب نیز از علت های روی آوردن دانشجویان به قلب است. مطالب غیر متناسب با رشته تحصیلی وجود دارد که باعث می شود

یاد نمی گیرند. در این رابطه پیشنهاد می شود که سیاست های کلان نظام آموزش عالی مبتنی بر جذاب و کاربردی کردن سر فصل دروس باشد و نحوه برگزاری آزمونها نیز مبتنی بر شاخصهای سنجش میزان مهارت دانشجویان باشد و نه محفوظات آنها. برخی از دانشجویان معتقدند که اگر مطالعه می کردند نمره خوبی می گرفتند، و برای اینکه حق آنها ضایع نشود و متهم به داشتن هوش پایین نشوند قلب کردن را ترجیح میدهند؛ بنابراین، اگر نمره، معیار سنجش یادگیری دانشجویان نباشد قلب کمتر میشود و دانشجویان با استفاده از اطلاعات خود به سؤالات جواب میدهند. مدیریت ضعیف اساتید در چگونگی طرح سؤالات نیز یکی از علت های اصلی قلب است. شکل برگزاری امتحانات به صورت چهار گزینه ای نیز یکی از اشکالات موجود است. با توجه به تعداد زیاد دانشجویان، گستردگی حجم امتحانات و مشکل تصحیح برگه های امتحانی از سوی اساتید، امتحانات به صورت چهار گزینه ای برگزار میشود و در نوع سؤالات چهار گزینه ای، اساتید کم کم در سالهای متمادی به سمت تکرار سؤالات در اشکال مختلف می روند؛ به طوری که موضوعات مورد سؤال کاملاً مشخص می شود. در این خصوص پیشنهاد می شود که اساتید، مدیریت و برنامه ریزی درستی در طرح سؤالات از نظر تنوع در نحوه طرح سؤال و استفاده از روشهای مختلف طرح سؤال و توزیع متناسب سؤالات در مباحث تدریس شده داشته باشند (رستمی، زرافشانی و سعدوندی، ۱۳۹۳)

:Keywords

قلب دانشجویی، قلب در امتحانات، قلب در تکالیف، پروژه ها و پایان نامه ها، علت قلب ها

کد: ۱۷۴۱

حیطه: مدیریت و رهبری آموزشی

ارائه راهکارهای آموزشی به منظور کاهش خطاهای فرآیندهای اتاق عمل با روش تحلیل حالات و اثرات خطا (FMEA) در بیمارستان نمازی شیراز

نویسندگان: مریم غلامی، زهرا کاوسی، فاطمه ستوده زاده، مژگان فردید، مرضیه خجسته فر، محبوبه حاتم، زهرا تحیتی، غلامرضا فرهادی

Introduction

نتایج اولین مطالعات انجام شده در خصوص دعوی های رسیده به ۱۲۸ سازمان بیمه آمریکا بین سال های ۱۹۷۵ تا ۱۹۷۸ میلادی نشان داده است که ۷۸٪ از حوادث منجر به پرداخت غرامت، در بیمارستان ها اتفاق افتاده که اکثر این دعاواها مربوط به رویدادهای ناگوار رخ داده در اتاق های عمل جراحی و بخش های اورژانس است. (۲) عمل جراحی یک سرویس خدماتی مهم بهداشتی و درمانی است که ۴۰٪ از هزینه های بیمارستان را به خود اختصاص می دهد (۱۲). با توجه به احتمال بالای وقوع خطا در اتاق عمل و پیامدهایی که برای بیماران دارد این پژوهش درصدد شناسایی خطاهای بالقوه در بخش اتاق عمل بیمارستان نمازی برآمده است تا بدین وسیله اثربخشی فرایندها را در بخش مربوطه افزایش دهد.

Objectives

با توجه به اینکه مطالعه کیفی است هدف اصلی مطالعه ارائه راهکارهای آموزشی به منظور کاهش خطاهای فرآیندهای اتاق عمل با روش تحلیل حالات و اثرات خطا (FMEA) در بیمارستان نمازی شیراز است.

Study Design

این پژوهش از نوع توصیفی بوده که به صورت ترکیب کمی - کیفی حالات و اثرات خطا را با متدولوژی FMEA مورد ارزیابی و تحلیل قرار داده است. روش تحلیل حالات و اثرات خطا یک روش تیم محور، سیستماتیک و آینده نگر است که جهت پیشگیری از مشکلات مربوط به فرآیند تولیدی یا خدماتی قبل از وقوع آن بکار می رود. همچنین برای ریشه یابی علل خطاهای مورد تحلیل، از مدل طبقه بندی آیندهوون (ECM) استفاده گردید. این مطالعه بر روی فرایندهای اتاق عمل بیمارستان نمازی در بازه ی زمانی مهر ۱۳۹۰ تا شهریور ۱۳۹۱ انجام شده است و اطلاعات آن به روش مصاحبه ی گروهی از طریق تشکیل جلسات تیمی FMEA جمع آوری گردید. از تکنیک های بارش افکار و الگوی طبقه بندی آیندهوون نیز در مراحل FMEA استفاده شده است. مراحل این پژوهش طبق مراحل تبیین شده ی متدولوژی FMEA از سوی کمیته اعتباربخشی سازمان های مراقبت سلامت [۱] (۱۳-۱۵) در ۶ مرحله انجام گرفت.

Study Setting

در این مطالعه در مرحله اول برای انتخاب یک بخش با ریسک بالا جلسه ای با حضور مدیر بیمارستان، رئیس بیمارستان، مترون، یک نفر دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی و سه نفر از دانشجویان کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی بیمارستان نمازی تشکیل شد، پس از بحث و بررسی توافق بر روی انتخاب اتاق عمل به عنوان بخشی با ریسک بالا صورت گرفت و نتایج بدست آمده حاصل قسمتی از جامعه است.

Participan

جامعه هدف اتاق عمل کلیه بیمارستان ها است که با توجه به گستردگی مراجعات و بخش جراحی بیمارستان نمازی این بخش انتخاب گردید.

Data Analysis

مراحل این پژوهش طبق مراحل تبیین شده ی متدولوژی FMEA از سوی کمیته اعتباربخشی سازمان های مراقبت سلامت [۱] (۱۳-۱۵)، در ۶ مرحله به صورت زیر انجام پذیرفت:

(۱) انتخاب یک بخش با ریسک بالا: در این مرحله جلسه ای با حضور مدیر بیمارستان، رئیس بیمارستان، مترون، یک نفر دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی و سه نفر از دانشجویان کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی تشکیل شد، پس از بحث و بررسی توافق بر روی انتخاب اتاق عمل به عنوان بخشی با ریسک بالا صورت گرفت.

(۲) انتخاب تیم: اعضای این تیم ۱۲ نفره شامل: مترون بیمارستان، مدیر اتاق عمل، مشاور اتاق عمل، کارشناس بیهوشی، رزیدنت و اتندینگ جراحی، رزیدنت و اتندینگ بیهوشی، سه دانشجوی کارشناسی ارشد و یک نفر دکترای مدیریت بهداشت و درمان بود. جلسات این تیم دو بار در ماه برگزار می گردید.

(۳) ترسیم نمودار فرایند: نمودار فرایند جریان بیمار از لحظه ی ورود به اتاق عمل تا انتقال وی به اتاق ریکاوری توسط تیم مربوطه رسم گردید. این نمودار کلیه ی فرایندهایی که از لحظه ورود بیمار به بخش اتاق عمل تا انتقال وی به اتاق ریکاوری صورت می گیرد را مشخص نمود. همه ی اعضای تیم در رسم این نمودار مشارکت فعال داشتند. نمودار به کمک روش مصاحبه گروهی در جلسات تیم و مصاحبه فردی در ۳ مرحله اصلاح و مورد تایید قرار گرفت و در قالب diagram flow ترسیم شد.

(۴) بارش افکار حالات بالقوه خطا و تعیین اثرات حالات خطا: در این مرحله، خطاهای بالقوه یا خطاهای ممکن الوقوع هر یک از فعالیت های فهرست شده در هر یک از فعالیت های اتاق عمل، شناسایی گردید به منظور تعیین خطاهای بالقوه برای هر فعالیت، به صورت جداگانه اعضای تیم به صورت بارش افکار، خطاهایی را که ممکن است در فرایند مربوطه رخ دهد، بیان می نمودند و به این ترتیب کلیه ی خطاهای بالقوه از طریق بارش افکار اعضای تیم مشخص گردید.

(۵) اولویت بندی حالات خطا: در این مرحله، هر یک از حالات خطای شناسایی شده بر اساس عدد اولویت ریسک (RPN) که حاصل ضرب سه شاخص شدت اثر خطا (S)، میزان احتمال وقوع خطا (O)، و قابلیت کشف خطا (D) است، اولویت بندی شدند، به این ترتیب که مبنای امتیازدهی افراد به سه شاخص مذکور، جدول تنظیم شده S، O و D است. این جدول در متدولوژی FMEA پیشنهاد شده است. با در نظر گرفتن دامنه $1000 > RPN > 100$ به واسطه ی مقیاس امتیاز دهی ۱ تا ۱۰ سه شاخص مذکور (جدول ۱ تا ۳) خطاهای با $RPN > 100$ به عنوان خطاهای با ریسک بالا وارد مرحله ی ششم شدند. RPN بالاتر از یک حالت خطا، باعث می شود که قابلیت اطمینان سیستم یا محصولات بیشتر در معرض خطر باشد. با توجه به نمرات RPN، حالت های خطا می تواند رتبه بندی شوند و سپس اقدامات مناسب ترجیحا روی حالات خطا با ریسک بالا انجام خواهد گرفت. RPNs باید مجددا پس از اصلاحات برای مشاهده اینکه آیا خطرات پائین رفته اند و همچنین برای بررسی بهره وری از اقدامات اصلاحی برای هر حالت خطا، محاسبه شود.

(۶) شناسایی علل ریشه ای حالات خطا: در این مرحله، علل ریشه ای حالات خطا با $RPN > 100$ با الگو گرفتن از مدل ECM [۲] شناسایی شدند. در این مدل علل خطاها در دو طبقه اصلی خطاهای نهفته (شامل خطاهای فنی و سازمانی) و خطاهای آشکار (خطاهای انسانی و سایر خطاها) قرار می گیرند. عناوین طبقات عبارت اند از: الف) خطاهای فنی در زیر طبقات: ۱- ساختار فیزیکی بخش. ۲- تجهیزات، سخت افزارها، نرم افزارها و... ۳- مواد لازم. ۴- خارج از محدوده ی اورژانس؛ ب) خطاهای سازمانی در زیر طبقات: ۱- سیستم اطلاع رسانی ۲- پروتکل ها و دستورالعمل ها. ۳- اولویت ها و تصمیمات مدیریت. ۴- فرهنگ سازمانی ۵- خارج از محدوده ی بخش اورژانس؛ ج) خطاهای انسانی در زیر طبقات: ۱- دانش ۲- صلاحیت ۳- همکاری یا کار تیمی ۴- ارزیابی اولیه، تشخیص، یا برداشت ۵- اجرا ۶- پایش ۷- مهارت ۸- خارج از محدوده ی اورژانس؛ د) سایر عوامل در زیر طبقات، ۱- بیمار و همراهان ۲- طبقه بندی نشده.

مدل معرفی شده از سوی JCR [۳] شامل ۷ مرحله بوده و مرحله ی هفتم آن طراحی مجدد فرایند می باشد؛ ولی به دلیل محدودیت در ادامه ی تشکیل جلسات تیم، این پژوهش تا مرحله ی ششم انجام گردید.

Results

در مرحله اول به منظور شناسایی و تحلیل خطاهای اتاق عمل بیمارستان نمازی از طریق FMEA، تمام فرایندهای اتاق عمل شامل ۵ فرآیند «پذیرش و تنظیم وقت عمل»، «اقدامات آماده سازی قبل از عمل»، «اقدامات حین عمل»، «انجام عمل جراحی» و «اقدامات پس از جراحی» انتخاب گردید. (جدول ۴) به طور کلی به ازاء تعداد ۳۶ فعالیت که در اتاق عمل فهرست گردید نمودارهای جریان ۶ فرآیند ترسیم شده و در مرحله دوم پژوهش ۲۰۴ حالات خطای بالقوه به همراه اثرات آن در مرحله سوم شناسایی و در کاربرگ نهایی FMEA فهرست گردید (جدول ۴) در مرحله چهارم، عدد اولویت ریسک یا RPN هر یک از خطاها طبق امتیاز شاخص های S، O، و D محاسبه گردید. در مطالعه حاضر $RPN < 100$ به عنوان خطاهای با ریسک بالا و غیر قابل قبول در ۵ فرآیند منتخب شناسایی شدند و وارد مرحله ششم شدند. در مرحله ی بعد، علت یا علل ریشه ای حالات خطا به کمک روش «رای گیری با استفاده از رتبه بندی» از اعضا تیم و بر اساس طبقات مدل ECM، شناسایی و در ستون علل ریشه ای کاربرگ FMEA ثبت گردید (در این مطالعه اطلاعات در ۴ جدول و یک نمودار نشان داده شده است).

Conclusion

در مطالعه حاضر به روش FMEA، فرایندهای اتاق عمل بیمارستان نمازی با روش پیشنهادی کمیته مشترک اعتبار بخشی سازمان های مراقبت سلامت (JCR) مورد بررسی قرار گرفت اما به دلیل زمان بر بودن پژوهش و محدودیت زمان اعضای تیم، این پژوهش تنها تا مرحله ششم به اجرا در آمد. در ابتدای مطالعه به منظور انتخاب بخشی با ریسک بالا، جلسه ای با حضور رییس، مدیر و معاونان بیمارستان تشکیل شد و با موافقت اعضای جلسه، اتاق عمل جهت مطالعه انتخاب گردید. در مرحله بعد فرایند جریان بیمار از لحظه ورود وی به اتاق عمل تا بهبودی در ریکاوری رسم شد. سپس خطاهای بالقوه یا ممکن الوقوع برای هر یک از فعالیت های اتاق عمل به روش بارش افکار فهرست گردید و در نهایت حالات بالقوه خطا و اثرات حالات خطا از طریق RPN که حاصل ضرب سه شاخص S، O و D است، تعیین شد و خطاهای با $RPN > 100$ وارد فاز ششم شدند. مطالعات نشان می دهد که تا کنون پژوهشهای اندکی در این زمینه در اتاق عمل انجام شده است.

یافته های این پژوهش نشان داد خطاهای اتاق عمل عمدتاً مربوط به خطاهای انسانی و مهارت است. صداقت و همکاری نیز در مطالعه ی خود بیشترین مشکلات را مرتبط با امور مهارتی پرسنل ($RPN = 192 - 567$) گزارش کردند (۱۶). در مطالعه ی حاضر بیشترین مجموع حالات خطا برای فعالیت مربوط به بیهوش نمودن بیمار توسط رزیدنت بیهوشی به کمک سرکولار با $RPN = 1795 / 23$ بود که شامل ۸ حالت خطا مانند رنگ یکسان داروها که ممکن است در موارد اورژانسی با هم اشتباه شوند ($RPN = 145 / 92$)، استفاده از ست سرم استفاده شده ($RPN = 104 / 74$)، کشیدن داروی اشتباهی ($RPN = 112 / 89$)، کشیدن دارو توسط اشخاص دیگر ($RPN = 118 / 08$)، خطا در دادن دارو در maintenance بیمار و نگهداری او ($RPN = 121 / 44$) و تزریق اشتباهی خون به بیمار ($RPN = 108 / 64$) بود. در مطالعه ی جان نثار و همکاران نیز همسو با این تحقیق خطاهای دارویی RPN بالایی داشت. بطور مثال یافته های آن ها نشان داد خطا در بررسی مشخصات بیمار یا تزریق داروی اشتباهی ($RPN = 108 / 8$)، خطا در آماده سازی بیمار برای واکنش آلرژیک ($RPN = 316 / 8$) و خطا در تجویز و دوز دارو ($RPN = 224$) همگی RPN بالاتر از ۱۰۰ دارند (۴).

کمترین مجموع حالات خطا نیز در مطالعه ی حاضر متعلق به فعالیت (نگذاشتن اکسیژن برای بیمار) با $RPN = 99 / 33$ بود که تنها شامل حالت خطای نگذاشتن اکسیژن برای بیمار بود و چون RPN این حالت کمتر از ۱۰۰ است، در تحقیق ما حالت خطای مورد نظر اولویت بالایی نداشت اما در مطالعه ی مظلوم و همکاران نبودن تجهیزات مورد نیاز زمان انتقال بیمار به بخش ($RPN = 150$) اولویت بالایی داشت (۱۷). از بین ۳۶ حالات خطای شناسایی شده در این پژوهش، بطور کلی بیشترین امتیاز مربوط به نوشتن شرح عمل کلیشه ای ($RPN = 218 / 68$) و کمترین

امتیاز مربوط به آوردن پرونده ی اشتباه ($RPN = 36/22$) بود. در مطالعه ی ابراهیمی پور و همکاران، نیز همسو با تحقیق حاضر، اجرای نادرست وظیفه در رابطه با پرونده کمترین امتیاز (۱ مورد) معادل $2/2$ درصد را داشت (۱۸).

علل ریشه ای در سه دسته آورده شده اند: ۱. خطاهای سازمانی (فرهنگ سازمانی، پروتکل ها و دستورالعمل ها، سیستم اطلاع رسانی و تصمیمات و اولویت های مدیریت) ۲. خطاهای فنی (مانند ساختار فیزیکی اتاق عمل، تجهیزات و مواد لازم) ۳. خطاهای انسانی (ارزیابی، تشخیص، دانش، مهارت، پایش، صلاحیت، اجرا و همکاری و کار تیمی). ابراهیمی پور و همکاران (۱۸) در تحقیق خود علل ریشه ای را علاوه بر دسته بندی فوق، در دسته دیگری به نام سایر خطاها جا داده اند.

در تحقیق حاضر بیشترین فراوانی علل ریشه ای مربوط به خطاهای انسانی ($56/8$ درصد)، سپس خطاهای سازمانی ($36/7$ درصد) و همچنین کمترین میزان علل ریشه ای شناسایی شده مربوط به خطاهای فنی ($5/3$ درصد) بود. ابراهیمی پور و همکاران نیز به نتایج مشابهی دست یافتند. (۱۸)

همان گونه که پیشتر ذکر گردید در این مطالعه حالات خطای با RPN بالاتر از ۱۰۰، دارای اولویت بالا محسوب شدند. در کل ۱۰۳ مورد از ۲۰۴ حالت خطای شناسایی شده در مجموع ۵ فرآیند اتاق عمل دارای RPN بالاتر از ۱۰۰ بودند که برای آن ها علل ریشه ای ذکر شد حاکی از قابلیت بالای روش $FMEA$ در شناسایی، ارزیابی، اولویت بندی و تحلیل خطاها رد فرآیندهای بخش پیچیده ای نظیر جرای و اتاق عمل است. به نظر می رسد به کارگیری منظم و مستمر روش مدیریت خطر آینده نگر همراه با تعهد مدیران و بازنگری سیاست های سازمان می تواند ضامن اثربخشی این گونه فعالیت ها باشد. به منظور کاهش خطاهای انسانی برگزاری کارگاه ها و کلاس های آموزشی مخصوص کادر اتاق عمل اثربخش خواهد بود چنانچه ماهیانه یک کارگاه در بیمارستان بدین منظور تشکیل می شود لیکن محقق با ارائه پیشنهادی کارا و مطمئن شامل اختصاص فضای مناسبی در اتاق عمل مجهز به چندین کامپیوتر به منظور آموزش الکترونیکی جراحان، دستیاران و کادر درمانی اتاق عمل متناسب به نیازسنجی به عمل آمده جهت ارتقا سطح آگاهی ایشان و کاهش خطاهای اتاق عمل پیشنهاد می گردد. با انجام این مهم هم در وقت و هم در کاهش اتلاف هزینه های بیمارستانی و افزایش کیفیت ارائه خدمات درمانی بیمارستان گام مؤثری خواهیم برداشت.

مطالعه حاضر پس از اخذ مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شیراز و معرفی نامه، همچنین هماهنگی یکی از اعضای تیم پژوهش با رییس، مدیر و معاونین بیمارستان مربوطه انجام گرفت. تکنیک $HFMEA$ ارزان و ساده است اما محدودیت هایی نیز دارد.

از آنجایی که خطاهای پزشکی بصورت دقیق در سیستم اطلاعات و آمار کشور ما ثبت نمی گردد، در این مطالعه از روش تحلیل حالات و اثرات خطا استفاده شد. شناسایی ۳۶ فعالیت و ۲۰۴ حالات خطا در ۵ فرآیند اتاق عمل نشان دهنده ی جامعیت روش $HFMEA$ در شناسایی، طبقه بندی، ارزیابی و تحلیل خطاهای نظام سلامت است. پیشنهاد می شود با اجرای تحلیل خطای آینده نگر و آموزش پرسنل اتاق عمل و مهندسی مجدد، فرایندهای اتاق عمل ممیزی شده و بهبود یابد.

:Keywords

خطاهای پزشکی، اتاق عمل، تکنیک تحلیل حالات و اثرات خطا

کد: ۱۶۷۴

حیطه: مدیریت و رهبری آموزشی

بررسی عوامل موثر بر توانمند سازی اعضای هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی گلستان

نویسندگان: زهره صفر نژاد صفر نژاد، لیلا پاداش

Introduction

مقدمه

اعضای هیات علمی به عنوان رکن اساسی و مرکز ثقل دانشگاهها، شالوده پویایی مراکز علمی محسوب میشوند و از عوامل اصلی و مهم نظام آموزشی کشور به شمار میروند و توانمندی آنها بر عملکرد آموزش عالی تأثیر مستقیم دارد (۱)

توانمند سازی نیروی انسانی در سازمانهای آموزشی، به لحاظ نقش مهمی که در توسعه و پیشرفت جامعه در ابعاد متعدد دارد، از اهمیت خاصی برخوردار است (۲).

محوری ترین تعریف برای توانمندی، واگذاری قدرت و اختیار، افزایش مشارکت، ایجاد حس مسئولیت و انگیزش است (۳). مقوله توانمندسازی و عوامل و راهکارهای مؤثر آن طی دهه های اخیر در محیط های علمی-آموزشی توجه بسیاری از صاحب نظران، محققان و کارگزاران مؤسسات آموزش عالی را به خود معطوف داشته است (۴)

هدف از توانمندسازی اساتید، آموزش مهارتها به اعضای هیات علمی با توجه به موقعیت سازمانی اساتید برای حفظ نشاط حیات کاری ایشان در حال و آینده است (۵)

از طرفی با توجه به اینکه موقعیت هر مؤسسه منحصر به فرد است بنابراین برنامه والگوی ثابتی برای توانمندسازی وجود ندارد (۶) برخی توانمندی در موقعیت های آموزشی را فرصت های مدرسان برای استقلال، انتخاب، مسؤلیت پذیری و مشارکت در تصمیمات میدانند (۴) کانگر و کانونگرا اولین کسانی بودند که توانمند سازی را از دیدگاه روانشناختی بررسی کردند و آن را افزایش کارآمدی فردی می دانستند (۷)

در مطالعه استینرت (Steinret) و همکاران تأکید شده است که راهکارها و برنامه های مناسب توانمندسازی باید بر اساس نیازهای سازمانی و فردی، توانمندسازی سازمانی را با توانمندسازی مهارتهای فردی ارتباط دهند (۸)

در بررسی ای که توسط وایت صورت گرفت، توانمند سازی کادر علمی با مشارکت در تصمیم گیری پیوند خورده است (۹). ماروف پیشنهاد می کند که "توانمند سازی مدرسان با سه عامل: بهبود موقعیت، افزایش دانش و دستیابی به تصمیم گیری همراه است." (۱۰)

فریمر می گوید: هر تلاشی که برای بهبود آموزش صورت گیرد مدرسان در مرکز آن قرار می گیرند (۱۱).

توانمند سازی به استاد احساس مالکیت اندیشه هایش را میدهد و با انگیزه بیشتری به پیدا کردن راه حل ها برای مسایل می پردازد (۱۲)

به این ترتیب برنامه‌های مؤثر توانمندسازی دوتویژگی مهم و اصلی دارند: اول آنکه یک چشم انداز کلی برای نشان دادن و بررسی نمودن همه‌ی جنبه‌های مؤثر بر موفقیت اساتیداست؛ دیگر اینکه، توجه دقیق به کلیه اقدامات لازم در فرایند توانمند سازی اساتید داشته و آنها را سازمان دهی میکنند(۱۳)

دانشگاه یکی از مهم ترین ارکان بنیادین جهت هرگونه تغییر و تحول و نوآوری است و تحقق اهداف عالی، استقلال، پیشرفت اجتماعی و اقتصادی از طریق فراگرد آموزش میسر می باشد (۱۴). در دانشگاهها کیفیت کار علمی اعم از تحقیق و تدریس بیش از هر چیز به پویایی اساتید بستگی دارد.(۱۵)

بارال (Baral) مینویسد: تدریس مؤثر از اهداف همه اساتید است از این رو در تربیت اساتید برای نکته تأکید میشود برنامه‌های آموزشی در این راستا سازماندهی میشود در این زمینه بر مباحثی چون مباحث یاددهی یادگیری، تدوین اهداف درس، سازمان دهی مواد آموزشی، شیوه‌های یاددهی- یادگیری، شیوه‌های ارزشیابی تأکید میشود (۱۶). در این میان مربیان و اساتید بالینی مسؤولیت چالش برانگیز و عمیقی از جهت انتقال هنر و علم حرفه پزشکی دارند و آماده سازی متخصصان بهداشت و درمان برای آموزش به عنوان ضرورتی برای افزایش اثربخشی دوره‌های علمی و تدریس در نظر گرفته میشود (۱۷). از طرفی به روز بودن توانایی‌های اساتید به منظور پاسخدهی مناسب به نیازهای دانشگاه یک اولویت حیاتی محسوب میشود(۱۸).

همچنین باتوجه به آیین نامه طرح دانش افزایی و توانمندسازی اعضای هیأت علمی (۱۸)، پیدا کردن بهترین روشها و راهکارها ضرورت زیادی پیدا می کند. لذا تحقیق حاضر، که یک مطالعه توصیفی- تحلیلی با هدف بررسی دیدگاه اعضای هیئت علمی در مورد راهکارهای مؤثر بر توانمندی ایشان در دانشگاه علوم پزشکی استان گلستان بوده انجام شد تا راهکارهای مناسب در این خصوص شناسایی شود. امید است نتایج حاضر بتواند، پیشنهادات کاربردی به مسئولان آموزش در خصوص شناسایی و اولویت بندی عوامل تاثیر گذار بر توانمندی اعضای هیئت علمی در راستای ارتقای عملکرد ایشان به منظور نمود هر چه بیشتر توانمند سازی و بهبود شرایط دانشگاههای علوم پزشکی ارائه نماید.

Objectives:

مقدمه و هدف: توانمند سازی منابع انسانی به معنی قدرت بخشیدن، یک اصل سازمانی و یکی از استراتژی‌های مهم مدیریت به سمت نتیجه محوری و به معنای ایجاد ظرفیت‌های لازم در کارکنان در جهت قادر سازی آنان به ارزش افزوده و ایفای نقش توأم با کارسازی و اثر بخشی با کمترین نظارت است. لذا مطالعه حاضر با هدف شناسایی عوامل تاثیر گذار بر توانمندی اعضای هیات علمی در دانشگاه علوم پزشکی گلستان انجام گردید.

Study Design:

روش بررسی

در این مطالعه توصیفی-تحلیلی، بر اساس نمونه گیری سرشماری، از تعداد ۲۶۰ نفر اعضای هیئت علمی، ۱۴۲ نفر از جامعه اعضای هیأت علمی دانشکده‌های مختلف دانشگاه علوم پزشکی گلستان پرسشنامه را در سال ۱۳۹۴ تکمیل نمودند. (لازم بذکر است به جهت دستیابی به داده‌های صحیح، در صورت امتناع عضو هیات علمی از تکمیل پرسشنامه، فرد از پرسشگری حذف میگردد).

ابزار جمع آوری اطلاعات در این تحقیق شامل پرسشنامه‌ای که بخش نخست آن مشخصات دموگرافیک و بخش دوم آن پرسشنامه ۲۷ سوالی با الگو برداری از پرسشنامه ساختارمند دانشگاه علوم پزشکی شیراز که روایی و پایایی آن سنجیده شده در مقیاس ۵ درجه لیکرت از درجه خیلی کم (یک) تا خیلی زیاد (پنج) با آلفای کرونباخ ۰.۸۵ درصداستفاده شد (۱۹) و پرسشنامه به صورت حضوری به اعضای هیئت علمی داده شد.

در این مطالعه ۹ عامل: عوامل انگیزشی، عوامل مرتبط با تسهیل ارتباطات تخصصی، مشارکت در فرآیند آموزش، تخصص گرایی، مسایل مرتبط با محیط آموزشی، آموزش حرفه ای و حل مشکل، غنای شغلی، آزادی عمل و اختیار (خود کنترلی)، تعیین اطلاعات و روز آمدی سنجیده شد.

داده ها وارد نرم افزار spss۱۶ شد. جهت توصیف داده ها از جداول فراوانی و نمودار استفاده شد و جهت تحلیل داده ها از آزمون های همبستگی پیرسون و آزمون ANOVA و t و رابطه رگرسیونی با استفاده از نرم افزار spss شد.

برای رعایت ملاحظات اخلاقی، طرح در هشتمین جلسه کمیته اخلاق مطرح و با کد ۲۵۱۸۱۶۹۳۱۰۲۱۲۶

در دانشگاه علوم پزشکی گلستان در تاریخ ۹۳/۱۰/۱ تایید گردید. همچنین رضایت اعضای هیئت علمی برای شرکت در پرسشگری کسب و اصل محرمانگی نیز رعایت گردید.

یافته ها

در این مطالعه در مجموع ۱۴۲ عضو هیئت علمی در پژوهش مشارکت داشتند از این تعداد ۵۷٪ مرد و ۴۳٪ زن بودند. از نظر وضعیت استخدامی ۳۲٪ رسمی، ۸٪ طرحی، ۴۱٪ متعهد خدمت، ۹٪ قرارداری، ۱۰٪ پیمانی و از نظر نحوه خدمت ۶۴٪ تمام وقت جغرافیایی و ۲۶٪ تمام وقت و ۱۰٪ پاره وقت بودند.

جدول شماره (۱): درصد حیطه های عوامل

عوامل موثر بر توانمند سازی اعضا هیئت علمی	خیلی زیاد (درصد)	زیاد (درصد)	متوسط (درصد)	کم (درصد)	خیلی کم (درصد)
عوامل انگیزشی	۶۷	۲۶	۷	-	-
عوامل مرتبط با تسهیل ارتباطات تخصصی	۶۰	۲۸	۱۰	۲	-
مشارکت در فرایند آموزش	۴۱	۴۵	۱۲	۲	-
تخصص گرایی	۴۱	۴۹	۵	۵	-
محیط آموزشی	۱۷	۵۲	۲۶	۵	-
آموزش حرفه ای	۵۰	۳۰	۱۹	۲	-
غنای شغلی	۴۸	۳۳	۱۵	۲	۲
آزادی عمل و اختیار	۵۵	۲۶	۱۴	۵	-
روز آمدی اطلاعات	۳۸	۲۲	۲۱	۱۹	-

جدول فوق نشان می دهد، عوامل انگیزشی با ۶۷٪ خیلی زیاد و ۲۶٪ زیاد بالاترین عامل اثرگذار بر توانمندسازی وبعد از آن تخصص گرایی با ۴۱٪ خیلی زیاد و ۴۹٪ زیاد و سپس عوامل مرتبط با تسهیل ارتباطات تخصصی با ۶۰٪ خیلی زیاد و ۲۸٪ زیاد بوده است.

جدول شماره ۲: میانگین امتیاز عوامل حیطه انگیزشی در توانمندسازی اساتید از دیدگاه اعضای هیئت علمی

پاداش به نوآوریها و خلاقیت اساتید	مطلع کردن اساتید از نتیجه فعالیتها	پرداختن به فعالیتهایی که مستلزم مهارت مختلف است	استفاده از نظرات در برنامه ریزیها	مشارکت دادن در فعالیتهای علمی آموزشی و پژوهشی	مشارکت دادن اعضا هیئت علمی در تصمیم گیریها	تشویق به بیان نظرات در فرایند تصمیم گیری آموزشی	عوامل حیطة انگیزشی
۴,۵	۴,۳	۴,۱	۴,۳	۴,۲	۴,۳	۴,۱	میانگین امتیازات

جدول فوق نشان میدهد از بین عوامل انگیزشی، عامل پاداش به نوآوریها و خلاقیت اساتید در دانشگاه، بالاترین میانگین (۴,۵) عامل توانمندسازی از دیدگاه اعضای هیئت علمی را بخود اختصاص داده است.

ضرایب همبستگی حیطة های توانمندسازی درجدول زیر داده شده است و معنی داری این ضرایب همبستگی با یک یا دو ستاره مشخص شده است.

جدول شماره ۳: ضریب همبستگی پیرسون در بررسی رابطه حیطة عوامل انگیزشی با سایر حیطة های توانمندسازی از دیدگاه تسهیل ارتباطات تخصصی

غیر عوامل انگیزشی	عوامل انگیزشی	تسهیل ارتباطات تخصصی	مشارکت در فرایند آموزش	تخصص گرایی	محیط آموزشی	آموزش حرفه ای	غناى شغلی	آزادی عمل و اختیار	روز آمدی اطلاعات
عوامل انگیزشی	۱								
تسهیل ارتباطات تخصصی	.۵۳۲**	۱							
مشارکت در فرایند آموزش	.۴۹۵**	.۳۵۷*	۱						
تخصص گرایی	.۳۰۹*	.۴۰۹**	.۵۸۲**	۱					
محیط آموزشی	.۴۰۷**	.۴۰۵**	.۳۲۰*	.۳۳۴*	۱				

			۱	.۳۸۷*	.۴۲۵**	.۴۹۶**	.۴۴۷**	.۵۲۸**	آموزش حرفه ای
		۱	.۵۷۴**	.۳۷۳*	.۶۶۹**	.۷۴۹**	.۴۱۵**	.۴۴۷**	غناى شغلى
	۱	.۳۶۶*	.۳۱۰*	.۳۷۳*	۰,۲	۰,۲۶	.۵۴۹**	.۴۳۳**	آزادى عمل و اختيار
۱	-۰,۰۲۶	.۴۰۳**	۰,۳۰۴	.۳۱۵*	۰,۱۹۷	.۳۱۴*	۰,۱۲۶	۰,۱۶	روز آمدى اطلاعات

*. Correlation is significant at the ۰,۰۵ level (۲-tailed). **. Correlation is significant at the ۰,۰۱ level (۲-tailed).

آزمون پیرسون برای تعیین رابطه همبستگی بین متغیر عوامل انگیزشی و سایر متغیرها انجام شد. همانگونه که مشاهده می شود در سطح ۹۹ درصد رابطه معنی داری بین عوامل انگیزشی با عوامل مرتبط با تسهیل ارتباطات تخصصی، مشارکت در فرایند آموزش، محیط آموزشی، آموزش حرفه ای، غناى شغلى، آزادى عمل و اختيار و در سطح ۹۵ درصد رابطه معنی داری با تخصص گرایی وجود دارد.

با استفاده از جدول ANOVA، معنی دار بودن رگرسیون در سطح اطمینان ۹۹٪ مورد تایید قرار گرفت. ($\text{sig} = 0 < 0,01$)

ضریب تعیین تعدیل شده در مدل رگرسیونی $R^2 = 0,6$ که نشان میدهد ۶۰٪ تغییرات توسط مدل بیان می شود.

جهت بررسی میزان تاثیر هر یک از عوامل با توانمندسازی، به صورت برازش مدل رگرسیون مورد تحلیل قرار گرفت.

جدول شماره (۴): نتایج برآورد مدل معنادار (جدول ضرایب رگرسیون)

Sig.	t	ضریب غیراستاندارد			Model
		ضریب استاندارد شده	Std. Error	B	
.000	۳,۹۰۰	.۷۸۳	۹,۵۰۹	۳۷,۰۸۹	(Constant)
.000	۷,۹۷۳		.۳۲۷	۲,۶۰۹	عوامل انگیزشی
.000	۵,۴۷۲	.۷۱۶	۹,۴۳۷	۵۱,۶۴۲	(Constant)
.000	۶,۴۹۵				.۵۵۷
.000	۶,۳۹۲	.۷۴۴	۸,۴۲۰	۵۳,۸۱۶	(Constant)
.000	۷,۰۳۶				.۶۸۱
.000	۵,۸۶۸		۱۰,۲۵۰	۶۰,۱۵۰	(Constant)
.000	۵,۱۴۱	.۶۳۱	۱,۲۳۷	۶,۳۵۹	تخصص گرایی
.000	۷,۷۷۰		۸,۶۹۶	۶۷,۵۶۶	(Constant)
.000	۵,۲۲۶	.۶۳۷	.۷۸۴	۴,۰۹۵	محیط آموزشی
.000	۶,۹۰۸		۸,۴۴۲	۵۸,۳۱۷	(Constant)
.000	۶,۴۸۵	.۷۱۶	۱۰,۱۵	۶,۵۸۴	آموزش حرفه ای
.000	۸,۶۲۳		۶,۶۸۸	۵۷,۶۶۹	(Constant)
.000	۸,۳۲۰	.۷۹۶	.۵۴۶	۴,۵۴۰	غناى شغلی
.000	۶,۶۹۶		۱۰,۲۹۹	۶۸,۹۶۹	(Constant)
.000	۴,۲۵۵	.۵۵۸	۱,۲۲۲	۵,۲۰۰	آزادی عمل و اختیار
.000	۱۳,۲۱۶		۶,۹۱۲	۹۱,۳۴۴	(Constant)
.۰۰۳	۳,۱۴۱	.۴۴۵	.۹۲۱	۲,۸۹۲	روز آمدی اطلاعات

به همین ترتیب اگر عوامل مرتبط با تسهیل ارتباطات تخصصی، مشارکت در فرایند آموزش، تخصص گرایی، محیط آموزشی، آموزش حرفه ای، غناى شغلی، آزادی عمل و اختیار، روز آمدی اطلاعات به اندازه یک واحد تغییر نمایند توانمندسازی به ترتیب به اندازه ۳,۶٪، ۴,۸٪، ۶,۴٪، ۴,۱٪، ۶,۶٪، ۴,۵٪، ۵,۲٪، ۲,۸٪ تغییر می کند.

آزمون t مربوط به ضرایب رگرسیون نیز در جدول فوق برای متغیرها نشان داده شده است که این مقدار برای کل عوامل برابر با ۰/۰۰۰ بوده، در نتیجه در توانمندسازی اعضاء هیئت علمی موثر می باشند.

Conclusion

بحث و نتیجه گیری:

پژوهش حاضر با هدف بررسی عوامل موثر بر توانمند سازی اعضای هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی گلستان انجام گردید

نتایج پژوهش نشان داد که حیطه عوامل انگیزشی بالاترین درصد (۹۳ درصد خیلی زیاد و زیاد) و حیطه روزآمدی اطلاعات دارای کمترین درصد (۶۰ درصد خیلی زیاد و زیاد) بوده است که حیطه عوامل انگیزشی شامل تشویق به بیان نظرات در فرایند تصمیم گیری آموزشی، مشارکت دادن اعضاء هیئت علمی در تصمیم گیریها، مشارکت دادن در فعالیتهای علمی-آموزشی و پژوهشی، استفاده از نظرات در برنامه ریزیها، پرداختن به فعالیتهایی که مستلزم مهارتهای مختلف است، مطلع کردن اساتید از نتیجه فعالیتهای، پاداش به نوآوریها و خلاقیت اساتید بوده و در بین عوامل حیطه انگیزشی بالاترین میانگین مربوط به پاداش به نوآوریها و خلاقیت اساتید در دانشگاه (۴,۵) بوده است.

در مطالعه رحیمی و همکاران "دیدگاه اعضای هیات علمی در مورد راهکارهای مؤثر بر توانمندسازی ایشان" مسائل انگیزشی، یکی از مهم ترین عوامل تأثیرگذار بر توانمندی ایشان بوده که با مطالعه حاضر همسو می باشد. (۱۹)

چنین تعبیری از توانمندی و ارتباط آن با انگیزش در مطالعه عبدالهی در مورد عوامل مرتبط با توانمندسازی روانشناختی اعضای هیات علمی نیز مطرح شده بود، که با یافته های پژوهش حاضر هم سو است. (۱۵)

در مطالعه استینرت (Steinert) و همکاران که با عنوان "یک مرور نظام مند بر طراحی مداخلات ارتقای اساتید برای بهبود تدریس مؤثر در آموزش پزشکی" انجام شده، ۲۷۷۷ خلاصه اولیه، ۵۳ مقاله مروری در دوره ۲۰۰۲-۱۹۸۰ در پایگاه های داده مدلاین (Medline)، امبیس (EMBASE)، اریک (ERIC) بررسی شده است. استینرت ذکر کرده است که در تمامی گزارشات افزایش مهارت های آموزش بالینی و استفاده از تکنیکهای سمعی-بصری نشان داده شده است. (۲۰)

که با توجه به اینکه یکی از عامل های عوامل انگیزشی، پرداختن به فعالیتهایی که مستلزم مهارتهای مختلف است با مطالعه حاضر همسو می باشد.

مطالعه حکیمی که به بررسی شیوه های ارتقا سطح علمی نیروها و پژوهشگران و دستیابی به دانش روز در مؤسسات و مراکز تحقیقات و آموزش کشاورزی پرداخته است، دوره های آموزشی کوتاه مدت از نظر اعضای هیات علمی و کارشناسان جهت توانمندسازی و به روز نمودن اطلاعات و دانش آنها مناسب نبوده است این مطالعه به نا مناسبت بودن دوره های کوتاه مدت اشاره کرده و محدودیت برخورداری از فرصت های مطالعاتی در کشورهای توسعه یافته، عدم کفایت و استمرار دوره های آموزشی کوتاه مدت، عدم دسترسی به منابع و دانش علمی روز به عنوان دلایل نامناسب بودن دوره ها ذکر شده است. (۲۱) در صورتیکه در این پژوهش حیطه روزآمدی اطلاعات کمترین درصد (۶۰ درصد خیلی زیاد و زیاد) توانمندسازی را از دیدگاه اعضاء هیات علمی را به خود اختصاص داده است که یکی از دلایل عمده آن می تواند دسترسی آسان اعضاء هیات علمی به اطلاعات روز دنیا از طریق تکنولوژی ارتباطات باشد.

نتایج پژوهش نشان داد اگر عوامل مرتبط با تسهیل ارتباطات تخصصی، مشارکت در فرایند آموزش، تخصص گرایی، محیط آموزشی، آموزش حرفه ای، غنای شغلی، آزادی عمل و اختیار، روز آمدی اطلاعات به اندازه یک واحد تغییر نمایند توانمندسازی به ترتیب به اندازه ۳,۶٪، ۴,۸٪، ۶,۴٪، ۴,۱٪، ۶,۶٪، ۴,۵٪، ۵,۲٪، ۲,۸٪ تغییر می کند. بنابراین آموزش حرفه ای بالاترین (۶,۶٪) و روز آمدی اطلاعات کمترین تغییرات را در توانمندسازی اعضاء هیات علمی ایجاد خواهد کرد.

حاتمی در پژوهشی با عنوان " ارزیابی و سنجش اثربخشی آموزش های ضمن خدمت دفتر مطالعات نیروی انسانی در ارتقای عملکرد اعضای هیأت علمی و کارکنان واحدهای دانشگاهی منطقه یک دانشگاه آزاد اسلامی " نشان داد، آموزش های ضمن خدمت موجب افزایش دانش شغلی، تغییر رفتار و نگرش شغلی، افزایش دقت در کار و ارتقای کیفیت فعالیتهای آموزشی اعضای هیأت علمی میشود.(۲۲) که با مطالعه حاضر همسو می باشد.

نتایج مطالعه نانسی (Nancy) نشان می دهد که همه شرکت کنندگان در دوره های فلوشیپ مهارت های آموزشی اذعان داشتند که در زمینه توانمند یهای آموزشی دوره های فلوشیپ تأثیر مثبتی بر توانایی آنها در سخنرانی در گروه های بزرگ و کوچک، استفاده بهتر از وسایل سمعی وبصری و به کار بردن استراتژی های جدید آموزشی و افزایش توانایی آنها در طراحی و ساخت سؤالات چندگزین های، افزایش درک آنان از انواع مختلف روش های ارزیابی و فیدبک دادن داشته است. (۲۳) نتایج این مطالعات که دلالت بر مناسب بودن آموزش حرفه ای برای توانمندسازی اعضای هیأت علمی می نماید در راستای نتایج مطالعه حاضر است.

احساس ارزشمندی و این که اعضای هیأت علمی بدانند به ازاء عملکرد مفید، دانشگاه قدرشناس آنهاست به عنوان فاکتورهای مهم مؤثر بر توانمندی شناخته می شوند. بنابراین، انگیزش مؤثر به همراه احساس ارزشمندی و اثربخشی می تواند مسیر توانمندی را تسهیل نماید و مدیریت سازمان با اطلاع از باورها و طرز فکر اساتید ، زمینه ها و شرایط لازم را برای توانمند شدن آنان می تواند فراهم سازد.

قدردانی

نویسندگان این مقاله، بر خود لازم میدانند از مشارکت صمیمانه اعضای هیأت علمی که با دقت و شکیبایی در پیشبرد اهداف طرح همکاری داشته اند کمال تشکر و سپاسگزاری را به عمل آورند. کد تصویب ۹۳۰۹۰۴۱۷۶ مصوبه بیست و چهارمین جلسه پژوهشی ۱۳۹۳/۹/۴ و با موافقت نامه شماره ۳۵/۲۷۳۴۲۸ پ گ مورخ ۱۳۹۳/۱۱/۱۵.

:Keywords

توانمند سازی، اعضا هیات علمی، دانشگاه علوم پزشکی

کد: ۱۶۹۹

حیطه: مدیریت و رهبری آموزشی

ادغام اورژانس های جراحی: گامی در جهت بهبود کیفیت مدیریت و آموزش در اورژانس های آموزشی بدون متخصص طب اورژانس

نویسندگان: محمد دادگستر نیاب، وجیهه وفامهر،

:Introduction

حضور دانشجویان پزشکی در اورژانس از جنبه های مختلفی می تواند مورد توجه قرار گیرد. یکی جنبه ارائه خدماتی است که از طرف ایشان در اورژانس ارائه می گردد و دیگری جنبه های آموزشی است که این بخش از بیمارستان برای اینترنتها می بایست داشته باشد. اینکه بخشی از بار کاری اورژانس بر عهده کارورزان می باشد، امری انکار ناپذیر است. بنابراین کیفیت ارائه خدمات در این بخش و میزان رضایت بیماران متأثر از نوع

عملکرد کارورزان می باشد. به طور کلی با توجه به اهمیت خاص دپارتمان اورژانس، افزایش رضایت در این دپارتمان، اثر چشمگیری بر نگرش مردم در مورد بیمارستان و مراقبت اورژانس دارد (۲و۱). کیفیت خدمات مربوط به کارورزان تنها به توانایی علمی و عملی ایشان در برخورد با بیمار وابسته نیست بلکه بخشی از این کیفیت وابسته به مدیریت و نحوه اداره اورژانس و برنامه ای است که برای حضور کارورز در اورژانس تدارک دیده شده است. مثلاً کاهش بازده کاری کارورز و اشتباه کاری وی در مواقع خستگی امری است که با تغییر برنامه ریزی قابل پیشگیری است. از طرف دیگر انتظار عمومی جامعه و وظیفه اخلاقی، شغلی و قانونی حکم می کند که دانشجویان پزشکی پس از فارغ التحصیلی، صرفنظر از حیطه تخصصی که در آن فعالیت می کنند، در حد نیاز با موارد شایع اورژانس و نحوه برخورد اولیه با بیماران اورژانسی آشنا باشند تا بیماران اورژانسی را حداقل تا سپردن به متخصصین یاری کنند (۳).

در سالهای اخیر اکثر دانشگاه های معتبر دنیا بر بهبود کیفیت آموزش دانشجویان پزشکی در رابطه با بیماران اورژانس و چگونگی برخورد با آنها، اهتمام ورزیده اند. البته توجه به این نکته ضروری است که هدف از آموزش اورژانس، تنها آموزش موارد عملی مانند گذاشتن راه وریدی و لوله معده نمی باشد. بلکه آنچه در این میان بیش از همه حائز اهمیت است، آشنایی با دانش اورژانس و نحوه بکارگیری آن در حیطه عمل و در برخورد با بیمار اورژانسی است (۳). ماهیت بیماران اورژانس به گونه ای است که درمان سریع و نجات بخش نه تنها نیازمند مهارت بالینی است، بلکه شخصیت و خصوصیات پزشک را نیز به مبارزه می طلبد. افزایش برخورد و تماس با بیماران اورژانس و یادگیری چگونگی پاسخ دهی منظم و نظام یافته می تواند این استرس را کاهش داده و کیفیت مراقبت را افزایش دهد (۴).

عرصه های کلینیکی و محیط های آموزشی برای دانشجویان پزشکی در دانشکده های پزشکی متفاوت هستند. بنابراین برای دستیابی به حداقل مهارتهای برخورد با بیماران اورژانسی و اهداف یادگیری اصلی در این حیطه، باید فرصت های گوناگونی برای توسعه مهارتهای حرفه ای در زمینه اورژانس در اختیار دانشجویان قرار گیرد. این فرصت ها لازم است هم در طول سالهای قبل از بالینی و هم در طول سالهای بالینی در اختیار آنها قرار گیرد (۵). اگر چه همواره به دانشجویان پزشکی گفته می شود که بخش اورژانس مکانی مناسب برای یادگیری بسیاری از مهارتهاست و با اختصاص دادن اوقات فراغت خود می توانند آموزش های مهم در پزشکی اورژانس را فرا بگیرند، اما اغلب دانشجویان بی آنکه نتیجه ای کسب کنند در امور اورژانسی غوطه ور شده و به دلیل کنترل و هدایت اندکی که انجام می گیرد، آموزش و یادگیریشان بسیار اندک است (۶).

مدیریت بیماری به صورت حاد و مدیریت بیماران آسیب دیده، یکی از اجزای ضروری آموزش پزشکی است. بر اساس استانداردهای تعیین شده توسط LCME (Liaison Committee on Medical Education)، برنامه های آموزش پزشکی می بایست فرصت های آموزشی در محیط های با محتوای چند رشته ای را در اختیار دانشجویان قرار دهد (۷). فرصت های بیشماری برای آموزش دانشجویان در اورژانس وجود دارد. از آموزش در بالین بیمار گرفته تا تدریس در کلاسهای درس اورژانس. همچنین طیف وسیعی از دانش، مهارتها و پروسیجرها وجود دارد که اساتید طب اورژانس قادر به آموزش دادن آنها می باشند (۸).

دانشجویان سال ۵ و ۴ پزشکی، تجاربی از گرفتن شرح حال و معاینه فیزیکی دارند، اما آگاهی از نحوه تصمیم گیری در مراقبت های حاد و تلاشهای کلینیکی کارآمد در شرایط اورژانس ندارند (۹). در اغلب دانشکدههای پزشکی نه تنها طب اورژانس نقشی در برنامه درسی سالهای اول دوره پزشکی عمومی ندارد بلکه حتی در سالهای آموزش بالینی نیز تجارب اصلی دانشجویان در رشته ها و زیر تخصص هایی که از قدیم دسته بندی شده اند (جراحی- زنان - داخلی- اورولوژی- اطفال-...) شکل میگیرد. این رشته ها تنه اصلی برنامه درسی را در برمیگیرند و بنابراین به طور سنتی آموزش طب اورژانس حق تقدمی در برنامه ریزی آموزشی ندارد (۹). بدون شک حضور فعال گروههای آموزشی طب اورژانس در این واحد و در دست گرفتن سکان آموزش دانشجویان در دپارتمان اورژانس موجب بهبود کیفیت آموزش در این بخش خواهد شد. اساتید طب اورژانس برای کار در محیط بی نظم اورژانس ماهر شده اند و میتوانند برای آموزش دانشجویان در چنین محیطی نیز ماهر شوند (۸). اساتید طب اورژانس میتوانند به عنوان مشاور دانشجویان در بسیاری از زمینه های علم پزشکی عمل کنند. آنها دید وسیعی درباره مراقبت از بیمار و سیستم مراقبت از بیمار و همچنین تجارب زیادی در رشته های مختلف پزشکی دارند. این تجارب به آنها اجازه میدهد تا مشاور موثری برای دانشجویان پزشکی باشند (۹).

در ایران با راه اندازی رشته طب اورژانس در دانشگاههای علوم پزشکی این امکان فراهم شده است تا علاوه بر ارتقاء کیفیت و نظارت بر سیستم های خدمات اورژانس پیش بیمارستانی و بیمارستانی (۱۰)، به آموزش طب اورژانس به دانشجویان پزشکی نیز سر و سامانی داده شود. در زمان انجام مراحل اول این مطالعه، هنوز در دانشکده پزشکی اصفهان مانند بسیاری از دانشکده های پزشکی ایران، گروه طب اورژانس راه اندازی نشده بود. از طرف دیگر در نگاه اول و در بررسی های اولیه برای این مطالعه، مشکلاتی به چشم میخوردند، که تغییرات اساسی در نحوه اداره اورژانس و آموزش طب اورژانس را ضروری به نظر میسراندند. بنابراین راهکاری لازم بود تا ضمن جبران خلا نبود گروه طب اورژانس و نقص در آموزش طب اورژانس به دانشجویان پزشکی، زمینه را برای راه اندازی و استقرار گروه طب اورژانس نیز فراهم نماید.

با توجه به موارد فوق طرح ادغام اورژانسهای جراحی (جراحی عمومی - جراحی اعصاب-ارولوژی-ارتوپدی-ENT) با سرپرستی پزشک اورژانس و گروه طب اورژانس پس از استقرار این گروه، راهگشا به نظر می رسد. اهداف این طرح شامل موارد زیر می باشد:

- ۱- توجه رسمی به آموزش اینترن در اورژانس
- ۲- افزایش یادگیری Management بیماران اورژانسی توسط اینترنها
- ۳- افزایش تعداد بیماران اورژانسی که اینترنها در کل دوره اینترنی با آنها برخورد می کنند
- ۴- وجود متولی خاص و پاسخگو برای آموزش اینترن در اورژانس
- ۵- افزایش امکان برخورد عملیاتی اینترن با بیماران متنوع به عنوان یک پزشک عمومی
- ۶- افزایش تعادل در حجم کاری اینترن در بخش های مختلف ماژور و مینور
- ۷- کاهش برخی دوباره کاریها در اورژانس مانند شرح حال گیری های تشریفاتی
- ۸- افزایش کیفیت و سرعت خدمات ارائه شده به بیماران در اورژانس
- ۹- افزایش رضایت کارکنان اورژانس
- ۱۰- افزایش امکان شروع به کار گروه طب اورژانس با استقرار اینترن اورژانس در اورژانس بیمارستان الزهرا

در این مطالعه سعی گردیده است که با استفاده از رویکرد های مساله محور در نیاز سنجی، شناسایی عیوب و کاستی های مراکز آموزشی - درمانی اورژانس مبنای تعیین نیازها قرار گیرد. مشاهده ها و مصاحبه ها با افراد مختلف و بررسی اطلاعات موجود، مشکلاتی را در اورژانس های آموزشی نمایان ساختند. پس از مشخص شدن نیازها، تغییر و ارزشیابی پس از آن از مشخصات اصلی این مطالعه می باشد.

مرور متون

فدراسیون بین المللی طب اورژانس کمیته ای را شامل متخصصان و پزشکانی از سراسر دنیا تشکیل داده است تا یک برنامه درسی شامل حداقل هایی برای آموزش طب اورژانس به دانشجویان پزشکی تهیه نماید. این برنامه شامل حداقل هایی خواهد بود که تمامی مدارس پزشکی دنیا موظف خواهند بود آن را به دانشجویان خود آموزش دهند (۵). جستجو در متون علمی نشانگر این است که آموزش پزشکی اورژانس به صورت درس یا

واحدی مجزا قدمت چندان طولانی ندارد. مثلا در کشور استرالیا اولین دوره آموزش پزشکی اورژانس به صورت واحدی مجزا در سال ۱۹۹۷ اجرا گردیده است (۱۱). در سال ۲۰۰۷ تنها یک سوم مدارس پزشکی آمریکا دارای دوره های اجباری اورژانس در دوره کارآموزی بودند. البته کوریکولوم استاندارد برای این دوره ها تهیه نشده و اکثرا شامل همان شیفت های اورژانس و گاها کلاسهای سخنرانی بوده است. کمتر از نیمی از این مدارس آزمایشگاههای آموزش پروسیجرهای عملی اورژانس نیز در برنامه خود داشتند (۱۲). در مطالعه ای که در ۲۰۰۷ در کانادا انجام شده، ۱۰ دانشکده از ۱۴ دانشکده پزشکی شرکت کننده در مطالعه دارای چرخش های اورژانس اجباری در برنامه خود بودند (۱۳). در بسیاری از مطالعات، از دوره های کوتاه مدت برای آموزش دانش و مهارتهای طب اورژانس استفاده گردیده است (۱۴ تا ۱۷). بعنوان مثال در دانشگاه Witwatersrand در آفریقای جنوبی برای آموزش مراقبت های اورژانس به دانشجویان پزشکی یک بلوک درسی به نام Acute and preoperative care طراحی کرده اند (۱۸). در دانشگاه Graz استرالیا در یک دوره کوتاه مدت اولیه تمامی دانشجویان آموزش جامعی درباره درمان بیماران آسیب دیده اورژانسی، از طریق جلسات سخنرانی و تمرین دریافت میدارند. این دوره در حقیقت یک دوره هدایتی اولیه است تا پس از آن طب اورژانس را فرا بگیرند (۱۹). در مطالعه ای که در سال ۸۵ در بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص) تهران انجام گرفته است یک دوره ۱۵ روزه طب اورژانس برای دانشجویان اجرا شده است که در آن علاوه بر این که جزوه ای بر اساس برنامه های آموزشی تعیین شده از طرف وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و مطابق با منابع تخصصی طب اورژانس، در اختیار کارورزان گذاشته شده، کلاسهای تئوری و عملی نیز در این دوره برای آنها برگزار گردیده است (۱۶). در مطالعه ای که فاتحی و همکاران در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال ۸۱ انجام داده اند در یک دوره یک ماهه در دو بخش عملی و نظری اورژانسهای شایع بخصوص اورژانسهای تروما را به دانشجویان دوره بالینی آموزش داده اند (۳). در دو مطالعه دیگر در دوره های یک ماهه اورژانس، آموزش نحوه عملکرد اورژانس در بیماران سالخورده داده شده و در پایان دوره ارزیابی گردیده است (۲۰ و ۲۱). Till و همکاران نیز در مطالعه خود یک دوره ۴ هفته ای طب اورژانس که از طریق حل مشکل در گروههای کوچک، سمینار و آموزش مهارتهای عملی با آموزش و نظارت مستقیم در بخش اورژانس انجام شده است را با یک دوره ۹ هفته ای در دانشگاه دیگر که به صورت سخنرانی، تمرین بر روی Simulators و یک روز تمرین در یک حادثه شبیه سازی شده بود، مقایسه کرده است (۲۲). در ایران دانشگاههای ایران و مشهد دوره های یک یا دو ماهه ای را با عنوان اورژانس به دوره اینترنی خود اضافه نموده اند. دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی نیز در راستای اصلاحات خود در برنامه پزشکی عمومی ۸۳ دوره های اورژانس را در انتهای فاز IV برنامه خود پیش بینی کرده است. دوره اورژانس در این بخش از برنامه با هدف مهارت آموزی در زمینه اداره مشکلات بالینی بیماران اورژانس طراحی شده است. در این بخش دانشجویان در پایان دوره تحصیلی آکادمیک خود کلیه دانش و مهارت خود را برای اداره موفق بیماران اورژانس در محیط آکادمیک و تحت نظارت به کار گرفته و دانش و تجارب خود را در این زمینه توسعه می دهند (۲۳).

Objectives:

هدف اصلی:

تعیین تاثیر مداخلات انجام شده در طرح اینترن اورژانس بر کیفیت آموزش و ارائه خدمات در اورژانس جراحی بیمارستان الزهرا اصفهان

اهداف فرعی:

اهداف فاز اول:

-تبیین نظرات اعضای هیات علمی گروههای جراحی درباره نحوه آموزش اورژانسهای جراحی به اینترنها

-تبیین نظرات افراد صاحب نظر درباره میزان عملی بودن طرح اینترن اورژانس و موانع احتمالی پیش روی آن

-تبیین نظرات اعضای هیات علمی گروه طب اورژانس و کارشناسان آموزش پزشکی در مورد اهداف آموزشی اورژانسهای جراحی برای اینترنتها و منابع مورد نیاز

- تبیین نظرات اعضای هیات علمی گروه طب اورژانس و گروههای جراحی درباره عناوین مباحث برنامه آموزشی اورژانسهای جراحی و تنظیم عناوین مشخص شده با توجه به جداول اهداف آموزشی

اهداف فاز دوم:

-تبیین نظرات اساتید طب اورژانس، مسئولین اورژانس، دستیاران مسئول اینترنتها و نمایندگان اینترنتها درباره شرح وظایف اینترن در اورژانس جراحی

-تبیین نظرات اساتید مسئولین اینترنتها در گروههای مختلف جراحی و گروه طب اورژانس درباره برنامه گردش اینترنتها در اورژانس و تنظیم برنامه مذکور

-تبیین شواهد موجود به منظور تعیین میزان همپوشانی برنامه اجرا شده با برنامه تهیه شده

-تبیین نظرات اساتید و کارشناسان درباره مشکلات برنامه حین اجرا و تعیین راهکارهای مناسب

اهداف فاز سوم:

-تعیین میانگین نسبی نمره بهبود وضعیت آموزش و ارائه خدمات در برنامه جدید نسبت به برنامه قدیم

-تعیین نظرات ذی نفعان برنامه درباره مزایا و معایب طرح اینترنت اورژانس

-تعیین نظرات ذی نفعان برنامه درباره راهکارهای مختلف برای بهبود طرح اینترنت اورژانس

:Study Design

مطالعه حاضر یک مطالعه مداخله ای است که در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شده است. در واقع قسمت های مختلف مطالعه منطبق با الگوی سیپ طراحی و اجرا شده است.

فاز اول مطالعه به ارزشیابی موقعیت یا زمینه (Context evaluation) و ارزشیابی درون دادهها (Input evaluation) پرداخته است.

فاز دوم مطالعه به ارزشیابی فرایند (Process evaluation) پرداخته است.

در فاز سوم، ارزشیابی محصول یا برون داد (Product evaluation) انجام گرفته است.

:Study Setting

۳ فاز این مطالعه در بیمارستان الزهراء اصفهان و حوزه معاونت پزشکی عمومی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و در فاصله تابستان ۱۳۸۷ تا تابستان ۱۳۸۹ انجام گرفته است.

:Participan

- در فاز اول مطالعه، جمعیت مورد مطالعه اعضای هیات علمی گروههای جراحی عمومی، ارتوپدی، گوش و حلق و بینی، اورولوژی، جراحی اعصاب و کارشناسان آموزش پزشکی بوده اند. معیار انتخاب افراد، مدیران گروههای مذکور، مسئولین آموزش اینترنتی در گروههای مذکور و اساتید با سابقه فعالیت در مسائل مربوط به آموزش پزشکی بوده اند. کارشناسان آموزش پزشکی حوزه معاونت پزشکی عمومی نیز از جمله افراد انتخاب شده جهت مطالعه بوده اند.
- در فاز دوم جمعیت مورد مطالعه، اساتید طب اورژانس، مسئولین اورژانس بیمارستان الزهراء، دستیاران مسئول کارورزان در گروههای پنجگانه جراحی و نمایندگان کارورزان بوده اند. که در این مورد نمونه گیری انجام نشده است.
- در فاز سوم مطالعه کارورزان بخشهای جراحی عمومی، ارولوژی، گوش و حلق و بینی، جراحی اعصاب و ارتوپدی، همچنین دستیاران و اساتید گروه طب اورژانس و پرسنل شاغل در اورژانس جراحی بیمارستان الزهراء بوده اند. معیار انتخاب نمونه ها بر این اساس بوده است که کلیه کارورزان ۵ بخش جراحی که در زمان انجام مطالعه حداقل ۵ کشیک اینترنت اورژانس گذرانده بودند، به مطالعه وارد شدند. همچنین کلیه دستیاران و اساتید گروه طب اورژانس و پرسنل شاغل در اورژانس جراحی بیمارستان الزهراء در زمان انجام پژوهش، به مطالعه وارد شدند.

:Sample Size

روش نمونه گیری سرشماری بوده است.

:Data Gathering Tool

روش جمع آوری داده ها:

- در فاز اول مطالعه داده ها از طریق برگزاری جلسات Expert Focus Group و ثبت نظرات و توافقات در قالب صورتجلسه جمع آوری گردید.
- در فاز دوم مطالعه علاوه بر جلسات Expert Focus Group از روشهای مصاحبه حضوری و ثبت نظرات و ثبت اطلاعات مشاهده شده نیز استفاده گردید. ثبت اطلاعات حاصل از مصاحبه حضوری و مشاهدات توسط محقق انجام می گرفت.
- در فاز سوم از پرسشنامه های محقق ساخته باز پاسخ (پرسشنامه نظرسنجی از کارورزان، دستیاران، اساتید و پرسنل شاغل در اورژانس جراحی) و بسته پاسخ (پرسشنامه مقایسه طرح اینترنت اورژانس با برنامه قبلی- پرسشنامه نظرسنجی درباره اجرای طرح اینترنت اورژانس و مزایا و معایب آن - پرسشنامه نظرسنجی درباره نحوه اداره ward جراحی) استفاده گردید. پرسشنامه ها در محل اورژانس در اختیار افراد قرار گرفت و از آنها خواسته شد که پس از تکمیل، پرسشنامه را به سرپرستار تحویل دهند.

ابزار گردآوری داده ها:

در فاز اول و دوم ابزار خاصی استفاده نگردید.

در فاز سوم از پرسشنامه های محقق ساخته باز پاسخ (پرسشنامه نظرسنجی از کارورزان، دستیاران، اساتید و پرسنل شاغل در اورژانس جراحی) و بسته پاسخ (پرسشنامه مقایسه طرح اینترنت اورژانس با برنامه قبلی- پرسشنامه نظرسنجی درباره اجرای طرح اینترنت اورژانس و مزایا و معایب آن - پرسشنامه نظرسنجی درباره نحوه اداره ward جراحی) استفاده گردید.

نحوه تعیین روایی و پایایی ابزار پژوهش: روایی پرسشنامه به صورت روایی صوری و محتوا و با نظر کارشناسان و پس از انجام یک مطالعه مقدماتی تایید گردید. پایایی پرسشنامه از طریق محاسبه آلفای کرونباخ ارزیابی گردید.

Data Analysis:

این مطالعه در ۳ فاز انجام گرفته است:

فاز اول: طراحی و برنامه ریزی

الف-طراحی برنامه (Expert Focus Groups)

ب- بررسی میزان عملی بودن طرح و شناخت موانع (Expert Focus Groups)

ج-تهیه و تدوین اهداف آموزش در اورژانس و منابع لازم با همکاری اتندینگ طب اورژانس

د-تهیه عناوین مباحث و برنامه آموزشی طب اورژانس توسط اتندینگ طب اورژانس

الف: در این مرحله از طراحی و برنامه ریزی، گروههای متمرکز شامل مدیران گروه و برخی اعضای هیات علمی گروههای پنجگانه جراحی و مسئولین آموزش کارورزان در بیمارستان الزهرا و معاون پزشکی عمومی و کارشناس آموزشی از دانشکده پزشکی برگزار گردید. در این گروهها مشکلات موجود در برنامه کارورزان و کشیک های آنها و همچنین نحوه آموزش اینترنت در اورژانس و نحوه اداره و گردش کار اورژانس جراحی به بحث گذاشته شد و وضع موجود اورژانسهای جراحی و مسائل و مشکلات آن بررسی گردید. علاوه بر این طرح پیشنهادی محقق برای ادغام اورژانس های ۵ بخش جراحی و آموزش کارورزان در این جلسات مطرح گردید. در طرح اولیه محقق، قرار بر این بود که در اجرای فاز یک مطالعه، از اعضای هیات علمی طب اورژانس نیز استفاده شود. اما در زمان انجام طرح هنوز گروه طب اورژانس در بیمارستان الزهرا راه اندازی نشده بود.

طرح مورد نظر محقق اینگونه بود که در آن اینترنتهای کشیک اورژانس که از بخش های پنجگانه جراحی (جراحی عمومی، اورولوژی، گوش و حلق و بینی، جراحی اعصاب، ارتوپدی) در اورژانس حاضر می شوند، بدون توجه به نوع بیمار مراجعه کننده، به management بیمارارن مراجعه کننده با هدایت و سرپرستی مستقیم اساتید طب اورژانس و یا پزشک مسئول اورژانس می پردازند و در صورت نیاز از مشاوره گروههای مختلف استفاده می نمایند. علاوه بر آموزش بر بالین بیمار، به منظور افزایش دانش کارورزان در زمینه طب اورژانس، کلاسهای درس براساس اهدافی که برای آموزش طب اورژانس تهیه و تدوین می گردد، نیز اجرا گردد.

ب: در مرحله دوم این فاز میزان کارآمدی و عملی بودن طرح اینترن اورژانس بررسی گردید. این کار نیز از طریق تشکیل گروههای متمرکز با حضور معاون پزشکی عمومی دانشکده، مدیران گروههای پنجگانه جراحی، کارشناسان آموزشی دانشکده، کارشناسان آموزش پزشکی، مسئولین بیمارستان الزهرا و نمایندگان دانشجویان انجام گرفت. در این گروهها محدودیت ها وموانع پیش رو تعیین شد و راهکارهای مناسب برای رویارویی با آنها بررسی گردید.

ج: در مرحله سوم، اهداف آموزش در اورژانس جراحی با همکاری اساتید و کارشناسان آموزش پزشکی تهیه و تدوین گردید. برای این کار ابتدا با استفاده از مرور متون طرح درسهای تهیه شده برای دوره های طب اورژانس در سایر دانشکده های پزشکی داخل و خارج از کشور استخراج و بررسی شد. سپس به منظور بومی سازی این اهداف و تدوین آنها متناسب با شرایط موجود در اورژانسهای جراحی و سرفصل های مصوب، مورد تجدید نظر قرار گرفت.

د: در مرحله چهارم عناوین مباحث برنامه آموزشی (کلاسهای درس تئوری) طب اورژانس به منظور پوشش دادن اهداف یادگیری تعیین شده، مشخص گردید. این مرحله نیز با استفاده از جلسات گروه متمرکز با اساتید گروههای جراحی و طب اورژانس انجام شد. سپس هماهنگی های لازم برای اجرای این برنامه (تسهیلات مورد نیاز برای آموزش تئوری و عملی) انجام گرفت.

فاز دوم: اجرا

الف-توجه ذی نفعان اصلی طرح

ب- تهیه شرح وظایف دانشجویان در اورژانس

ج- تهیه برنامه کشیک های اورژانس

د- نظارت بر حسن اجرای برنامه تهیه شده

ه - بازبینی برنامه به موازات اجرای آن بر اساس مشکلات

الف: در مرحله اول از فاز دوم، ذی نفعان اصلی درگیر در این طرح توجه گردیدند. گروههای درگیر شامل مدیران گروههای پنجگانه جراحی (جراحی عمومی-جراحی اعصاب-ENT-ارولوژی-ارتوپدی)، دستیاران ۵ گروه جراحی، مدیران بیمارستان الزهرا، اساتید و پرسنل و پزشکان و اتندینگ اورژانس بیمارستان الزهرا و نمایندگان دانشجویان بودند. این کار از طرق زیر صورت پذیرفت:

- گروههای متمرکز با حضور مسئولان این طرح و مدیران گروهها و اساتید ۵ گروه جراحی به تفکیک برگزار شد. این جلسات دو هدف اصلی را دنبال نمود:

۱- بحث وتبادل نظر در زمینه جنبه های مختلف این طرح

۲- توجه افراد درباره اهداف این طرح

این جلسات در دو مرحله برگزار شد:

یکی در ابتدای فاز اجرا: در این جلسه که با حضور ریاست بیمارستان الزهرا، معاون آموزشی بیمارستان، معاون درمان بیمارستان، مدیر آموزش بیمارستان، رئیس بخش اورژانس جراحی، مسئولین کارورزی بخش های پنجگانه جراحی، معاون درمان دانشکده پزشکی و معاون پزشکی عمومی دانشکده پزشکی برگزار شد، مجددا طرح معرفی شد و درباره نحوه اجرای آن تصمیمات مقتضی اتخاذ گردید.

دیگری پس از ۵ ماه از آغاز اجرای طرح: در جلسه ای متشکل از مدیران گروههای آموزش بالینی و معاون پزشکی عمومی دانشکده پزشکی، مشکلات حین اجرای طرح مطرح و راه حل های متناسب مورد تصویب قرار گرفت.

- همچنین جلسات توجیهی با دستیاران ۵ گروه جراحی برگزار شد. این جلسات در ابتدای اجرای طرح و چندین مرتبه به فراخور نیاز حین اجرای طرح، برگزار شد و دستیاران درباره طرح ادغام اورژانسهای جراحی و وظایف و مسئولیتهای دستیار در این طرح توجیه شدند.

- چندین جلسه توجیهی با مدیران بیمارستان الزهرا و پرسنل درگیر در این طرح نیز برگزار شد. در این جلسات منابع و تسهیلات مورد نیاز برای اجرای طرح مورد بررسی مجدد گرفت و هماهنگی های لازم صورت پذیرفت.

- چندین جلسه توجیهی با نمایندگان دانشجویان برای اطلاع از نظرات دانشجویان و توجیه نمایندگان درباره اهداف و نحوه اجرای طرح برگزار گردید.

ب: در مرحله دوم از فاز دوم شرح وظایف اینترن اورژانس توسط اساتید طب اورژانس و مسئولین اورژانس و دستیاران مسئول کارورزان تهیه و تدوین شد.

ج: در مرحله سوم از فاز دوم، برنامه گردش اینترنهای در اورژانس تهیه گردید. این مرحله با همکاری اساتید طب اورژانس و اساتید مسئول کارورزی در گروههای مختلف جراحی انجام گرفت.

د: در این مرحله کلیه اینترنهایی که کشیک های اورژانس ۵ بخش جراحی خود را در اورژانس بیمارستان الزهرا می گذرانند، بر اساس برنامه تهیه شده وارد این مداخله گردیدند.

ضمن اجرای برنامه، پایش دقیق برنامه توسط مجریان طرح و با همکاری اساتید طب اورژانس انجام گرفت. این نظارت به صورت زیر انجام شد:

- مشاهده و پایش روند کار از طریق مشاهده مستقیم روند کار در اورژانس بیمارستان الزهرا در زمانهای مختلف توسط مجریان طرح

- مصاحبه حضوری با ذینفعان مختلف برنامه (پرسنل-اساتید- دستیاران- سوپر وایزر- بیماران و همراهان آنها- کارورزان- پزشکان اورژانس و اتندینگ طب اورژانس)

ه: پس از چند ماه از آغاز اجرای طرح و انجام مراحل الف و ب ارزشیابی و آماده شدن نتایج آن، مجددا جلسات بحث متمرکز با حضور معاون پزشکی عمومی، اساتید مختلف بالینی، اساتید طب اورژانس، کارشناسان آموزشی دانشکده، کارشناسان آموزش پزشکی، مسئولین بیمارستان الزهرا و نمایندگان دانشجویان برگزار و نحوه حضور کارورزان در اورژانس و نحوه اداره ward جراحی تصحیح گردید.

فاز سوم: ارزشیابی

این فاز به منظور دستیابی به شواهدی مبنی بر میزان کارآمدی این طرح و توجیه ادامه آن انجام گرفت. در واقع فاز دوم و سوم این طرح همزمان با هم آغاز شد. سوالات اساسی در این ارزشیابی به صورت زیر بودند:

جدول ۱-۳: سوالات اساسی ارزشیابی و منبع گردآوری داده ها و روشهای مورد استفاده

روش	منبع گردآوری داده ها	سوال
پرسشنامه	اینترنت ها - دستیاران - اساتید	الف- طرح اینترنت اورژانس به چه میزان مشکلات موجود را مرتفع کرده است.
پرسشنامه	اینترنت ها - دستیاران - اساتید	ب- مزایا و معایب طرح و راهکارهای موجود برای بهبود کدامند

الف) تعیین میانگین نسبی نمره بهبود

وضعیت آموزش و ارائه خدمات در برنامه جدید نسبت به برنامه قدیم:

ابزار ارزشیابی این بخش پرسشنامه ای بود که از طریق آن نظر اینترنت ها، دستیاران و اساتید گروه طب اورژانس درباره میزان بهبود مشکلات موجود در اورژانس جراحی پس از اجرای طرح ادغام اورژانسهای جراحی، سنجیده شد.

ب) تعیین فراوانی نسبی موافقان و مخالفان با مزایا و معایب طرح اینترنت اورژانس و تعیین فراوانی نسبی موافقان و مخالفان با راهکارهای مختلف برای بهبود طرح ادغام اورژانس های جراحی:

به منظور روشن تر شدن ابعاد مختلف این طرح و مزایا و معایب احتمالی آن ابتدا با استفاده از یک پرسشنامه باز پاسخ، نقطه نظرات اینترنتها، دستیاران، اساتید و پرسنل اورژانس درباره این طرح جمع آوری شد. سپس براساس این نظرات پرسشنامه ای درباره مزایا، معایب و راهکارهای مختلف برای بهبود این طرح تهیه گردید. این پرسشنامه توسط اینترنت هایی که حداقل ۵ کشیک اورژانس گذرانده بودند تکمیل شد.

روشهای تجزیه و تحلیل داده ها

برای تجزیه و تحلیل داده های مربوط به فاز سوم مطالعه (فاز ارزشیابی)، از آمار توصیفی (میانگین، انحراف از معیار، واریانس، فراوانی موافقان و کاملاً موافقان) استفاده شده است. همچنین برای مقایسه میانگین نمره پرسشنامه اینترنتها و دستیاران از T Test استفاده گردید. تفسیر داده ها توسط استفاده کنندگان اصلی نتایج طرح انجام گرفت.

ملاحظات اخلاقی

در طول اجرای طرح تلاش شد تا با پایش مستمر نحوه اجرای طرح و رفع مشکلات و موانع پیش آمده و توجیه مکرر افراد درگیر در طرح و مداخله سریع در مواقع نیاز، از تاثیرات منفی پایلوت بودن طرح کاسته شود و آموزش اینترنتهایی که به عنوان اولین گروه در این طرح شرکت می کردند، تحت الشعاع مشکلات پیش آمده تا زمان استقرار طرح قرار نگیرد.

:Results

نتایج فاز اول پژوهش

نتایج حاصل از بررسی نظرات اعضای هیات علمی گروههای جراحی درباره وضعیت موجود در اورژانس و نحوه آموزش کارورزان در اورژانس جراحی در زیر آورده شده است:

- (۱) بعلت کاهش تعداد اینترنها در کل و بالطبع کاهش اینترنهای اورژانس، اشکالاتی در گردش کار اورژانس بوجود آمده است. این مساله هم موجب نارضایتی اینترن ها و دستیاران و پرسنل اورژانس و هم موجب شکایت و نارضایتی بیماران مراجعه کننده به اورژانس گشته است.
- (۲) بازخوردهای متعددی که از طرف افراد مختلف دریافت گردیده است، از اشکال در روند کار اورژانس حکایت دارد. بدین صورت که مثلا با پذیرش یک بیمار ترومایی توسط سرویس جراحی، این سرویس پس از رسیدگی های مربوط به سرویس خود، مشاوره های متعددی با سایر سرویس ها درخواست می نماید که اغلب این مشاوره ها به تاخیر افتاده و رسیدگی به سایر جنبه های این بیمار ترومایی معطل می ماند. در میان این مشاوره ها، کارهای تکراری از شرح حال گرفتن های متعدد گرفته تا order های تکراری نیز اتفاق می افتد.
- (۳) از طرف دیگر هیچگونه تعادلی در کار اینترن اورژانس در بخش های مختلف جراحی وجود ندارد. درحالیکه در کشیک جراحی اینترن با تعداد زیادی بیمار دست و پنجه نرم می کند، در کشیک بخش های مینور از قبیل ENT و اورولوژی، اینترن کار سبکی دارد. این مسأله دو ایراد دارد. حجم بالای کار و خستگی ناشی از آن علاوه برآنکه از کیفیت کار اینترن می کاهد و گاها " باعث اشتباه کاری می شود، بر آموزش اینترن نیز تاثیر زیادی خواهد داشت چراکه در شرایط پرکار و شلوغ، اینترن فرصت یادگیری نخواهد داشت.
- (۴) یکی از مسائل مهم دیگر که درباره آموزش اینترن در اورژانس مطرح است، عدم وجود متولی خاص برای آموزش اینترن است.

نتایج حاصل از تبیین نظرات افراد صاحب نظر درباره میزان عملی بودن طرح اینترن اورژانس و موانع احتمالی پیش روی آن:

خلاصه دیدگاههای افراد صاحب نظر در زیر آورده شده است.

شواهد مبنی بر عملی بودن طرح:

- تلفیق اورژانسهای جراحی علاوه بر برقراری نظم و ارائه آموزش مناسب به کارورزان، از تعداد محدود کارورز به صورت بهینه استفاده میشود.

- از آنجا که این طرح دیدگاه استفاده ابزاری از کارورزان به عنوان فردی جهت دوباره نویسی دستورات بیمار، انتقال پرونده ها، پی گیری مشاوره ها و نوشتن خلاصه پرونده و عدم دخالت دادن وی در امر درمان بیماران را تصحیح مینماید، مطمئنا با استقبال خوبی از طرف کارورزان مواجه خواهد شد. که این امر میزان عملی بودن آن را افزایش میدهد.
- با توجه به جلب موافقت اکثریت اعضای هیات علمی گروه جراحی و مسئولین آموزشی و درمانی بیمارستان الزهرا و امکان مداخله ایشان در مدیریت موانع بوجود آمده حین اجرای طرح، احتمال اجرای موفق طرح افزایش خواهد یافت.
- موانع احتمالی پیش روی اجرای طرح
- عدم همکاری اتندینگ و دستیاران گروههای مینور جراحی
- مشکلات احتمالی در رسیدگی به امور مربوط به بخش به علت افزایش بار کاری اینترن کشیک در اورژانس
- احتمال عدم پذیرش نظرات اتندینگ طب اورژانس توسط دستیاران گروههای جراحی
- احتمال ایجاد تداخل در زمان انجام امور مربوط به اورژانس و بخش و تاخیر در انجام امور مربوطه توسط اینترن

نتایج حاصل از تبیین نظرات اعضای هیات علمی گروه طب اورژانس و کارشناسان آموزش پزشکی در مورد اهداف آموزشی اورژانسهای جراحی برای کارورزان:

اهدافی که لازم است کارورزان پس از اتمام اورژانس های ادغام یافته جراحی به آن دست یابند در سه حیطة و به صورت زیر مشخص شدند:

اهداف پیش بینی شده برای کارورزان در اورژانس ادغام شده جراحی

دانش

برای ارائه مراقبت های اولیه به بیماران مراجعه کننده به اورژانس دانش لازم را بکار گیرد.

در هر زمان دانش لازم در زمینه فوریت شرایط هر بیمار را به کار گیرد.

دانش نظری محدوده مراقبت های اولیه بیماران مراجعه کننده به اورژانس را در سطح یک پزشک عمومی بکار گیرد.

مهارت

احیای پایه را به درستی انجام دهد.

احیای پیشرفته را در سطح یک پزشک عمومی به درستی انجام دهد.

بیمار را تا زمان تعیین تکلیف و ارجاع، به طور صحیح مدیریت نماید.

بیمار با ترومای متعدد را به طور صحیح Management نماید.

اقدامات عملی ضروری برای یک پزشک عمومی را به درستی انجام دهد. این اقدامات شامل:

-تزریقات

-رگ گیری

-سونداژ

-ABG

- NG Tube

- سوچور زدن

- LP

- آتل گذاری

- شستشوی معده

- توراکوسنتز

- مراقبت زخم و پانسمان

- گرفتن EKG

-مانیتورینگ قلبی

-انتوباسیون

- شوک الکتریکی

-ماساژ قلبی

- کارگذاری راه هوایی دهانی

اقدامات مربوط به برقراری و حفظ راه هوایی را به طور صحیح انجام دهد.

نگرش

با بیمار و همراهان وی به درستی ارتباط برقرار کند و مهارتهای بین فردی لازم را بکار گیرد.

با افراد تیم اورژانس به طور موثر ارتباط برقرار کند.

در هر موقعیت بیمار و همراهان وی را به درستی و متناسب با موقعیت آموزش دهد.

نتایج حاصل از تبیین نظرات اعضای هیات علمی گروه طب اورژانس و گروههای جراحی درباره عناوین مباحث برنامه آموزشی اورژانسهای جراحی:

با توجه به اهداف تعیین شده، مقرر گردید که مهارتهای بالینی مربوط به برقراری و اداره راه هوایی مناسب، مهارتهای احیای پایه، مهارتهای احیای پیشرفته و مهارتهای مراقبت از بیمار با ترومای متعدد به صورت کلاسهای آموزشی در زمانهای مناسب توسط پزشک مسئول اورژانس و یا اساتید طب اورژانس (پس از راه اندازی گروه طب اورژانس) برگزار شود.

برنامه کلاسهای آموزشی:

-	اداره راههای هوایی
-	مهارتهای احیای پایه
-	مهارتهای احیای پیشرفته در سطح پزشک عمومی
-	مهارتهای مراقبت از بیمار با ترومای متعدد

نتایج فاز دوم پژوهش

نتایج حاصل از تبیین نظرات اساتید مسئول اینترنهای گروههای مختلف جراحی و گروه طب اورژانس درباره شرح وظایف اینترن در اورژانس:

شرح وظایف کارورزان در اورژانس ادغام یافته جراحی در بیمارستان الزهرا

- کلیه کارورزان موظف هستند قبل از ویزیت بیماران توسط اساتید طب اورژانس و یا دستیاران، از بیمار شرح حال کامل گرفته و معاینات لازم را انجام دهند و سپس بیمار را به اساتید طب اورژانس معرفی نمایند.

- کارورز موظف است پس از معرفی بیمار، کلیه تصمیمات تشخیصی و درمانی که برای بیمار اتخاذ می شود را پیگیری نموده و به طور کامل در جریان روند بیمار قرار داشته باشد.
- لازم است کارورزان جواب آزمایشات و گرافی ها و سایر اقدامات پاراکلینیک بیمار را پی گیری نموده و از نتایج آنها مطلع بوده و آن را در پرونده بیمار ثبت نماید.
- لازم است کارورزان با دستیاران سرویس هاس جراحی همکاری داشته و دستورات تشخیصی درمانی آنها را پیگیری نموده و در راندهای آموزشی آنها شرکت کنند.
- همراهی اینترن با بیمار جهت اعزام به خارج بیمارستان و یا انتقال به بخش فقط با هماهنگی اساتید طب اورژانس قابل انجام خواهد بود.
- کارورز موظف است در کلاسها یا راندهای آموزشی که در ساعات حضور وی در اورژانس برگزار میشود، با هماهنگی اساتید طب اورژانس شرکت نماید.

نتایج حاصل از تبیین نظرات اساتید مسئول اینترنها در گروههای مختلف جراحی و گروه طب اورژانس درباره برنامه گردش اینترنها در اورژانس و تنظیم برنامه مذکور:

برنامه حضور کارورزان در اورژانس ادغام یافته جراحی

- در شیفت صبح روزهای عادی برنامه اورژانس و بخش همانند قبل توسط گروه مربوطه تعیین میگردد.
- در شیفت عصر روزهای عادی، کلیه کارورزان در ساعت ۱۳ موظف به حضور در اورژانس بوده و تقسیم بندی به دو گروه ادمیت ۱ و ۲ با هماهنگی اساتید طب اورژانس انجام میشود.
- کارورزان ادمیت ۱ از ساعت ۱ تا ۴ بعداز ظهر و کارورزان ادمیت ۲ از ساعت ۴ تا ۷ بعدازظهر در اورژانس حضور خواهند داشت.
- از ساعت ۷ تا ۱۲ شب کلیه کارورزان در اورژانس حضور خواهند داشت.
- در شیفت شب کارورزان ادمیت ۱ از ساعت ۱۲ شب تا ۴ صبح و کارورزان ادمیت ۲ از ساعت ۴ صبح تا ۸ صبح در اورژانس حضور خواهند داشت.
- در روزهای تعطیل کارورزان از ساعت ۸ صبح در اورژانس حضور خواهند داشت. کارورزان ادمیت ۱ از ساعت ۸ صبح تا ۱ بعدازظهر و کارورزان ادمیت ۲ از ساعت ۱ تا ۷ بعداز ظهر در اورژانس خواهند بود. ادامه حضور ایشان در ساعات شب مانند روزهای عادی خواهد بود.

نتایج حاصل از تبیین شواهد موجود به منظور تعیین میزان همپوشانی برنامه اجرا شده با برنامه تهیه شده:

نتیجه حاصل از مانیتور برنامه توسط محقق و رئیس بخش اورژانس جراحی و سرپرستار بخش اورژانس در زیر آورده شده است.

- در طول اجرای طرح برنامه حضور کارورزان از گروههای پنجگانه جراحی در اورژانس منطبق با لیست های کشیکی که از طرف معاونت آموزشی بیمارستان تحویل رئیس بخش اورژانس جراحی گردیده بود، به طور کامل و بر اساس پیش بینی اجرا شده بودند.
 - در چند مورد طبق گزارش اتنדיنگ طب اورژانس، کارورز طب اورژانس بدون هماهنگی با مسئول اورژانس در بخش های بستری به کار گرفته شده بود که جهت پی گیری و اتخاذ راهکار مناسب برای جلوگیری از تکرار این موارد به معاونت آموزشی بیمارستان گزارش شدند.
- نتایج حاصل از تبیین نظرات اساتید و کارشناسان درباره مشکلات حین اجرا و تعیین راهکارهای مناسب:**

نتایج حاصل از اولین گروه متمرکز و مصوبات این گروه در فاز اجرای طرح به شرح زیر هستند.

- در ابتدای هر ماه گروه های اورولوژی، ارتوپدی، ENT، جراحی عمومی و جراحی اعصاب لیست کشیک اورژانس کارورزان خود را تحویل دفتر معاونت آموزشی بیمارستان دهند و دفتر معاونت آموزشی بیمارستان لیست کشیک ها را به مسئولین اورژانس تحویل نمایند.
- رئیس بخش اورژانس جراحی به عنوان مسئول پیگیری و اجرایی نمودن ادغام اورژانسهای جراحی در سطح کارورزی انتخاب شده و کلیه کارورزان تحت نظر ایشان و یا جانشین تعیین شده توسط ایشان (رزیدنت سال دوم جراحی عمومی کشیک اورژانس) انجام وظیفه خواهند نمود.
- لازم است کارورزان کشیک از ابتدای شیفت بعد از ظهر هر روز (ساعت ۱ بعداز ظهر) به اورژانس معرفی و مشغول به کار شوند. در ضمن پایان کشیک ۷ صبح روز بعد خواهد بود. برنامه اورژانس و بخش در شیفت صبح کمافی السابق توسط گروه مربوطه تعیین می گردد.
- ارزشیابی کارورز کشیک اورژانس توسط رئیس بخش اورژانس انجام شده و نمره هر کارورز در پایان هر دوره کارورزی به گروه بالینی مربوطه اعلام میشود.
- نحوه تقسیم و چیدمان کشیک کارورزی در اورژانس به عهده رئیس بخش اورژانس و یا جانشین ایشان می باشد.
- مقرر گردید از بکارگیری کارورزان اورژانس در بخشهای بستری مربوطه خودداری شود، مگر در موارد ضروری با هماهنگی مسئول اورژانس.

خلاصه نتایج حاصل از دومین گروه متمرکز ۵ ماه پس از آغاز اجرای طرح در زیر آورده شده است:

- در این جلسه در مورد مشکلات ناشی از عدم حضور کارورزان گروههای ENT، اورولوژی، ارتوپدی بحث شد و مقرر گردید نسبت به انجام کشیک شب در ابتدای هر ماه به گروه طب اورژانس و دفتر معاونت آموزش بیمارستان الزم اقدام و ارسال گردد.
- حضور این کارورزان در اورژانس الزامی بوده و معاونت آموزش بالینی موظف به پی گیری و برخورد با موارد غیبت کارورزان خواهد بود.

نتایج فاز سوم پژوهش

الف: نتایج حاصل از تعیین نظرات ذی نفعان برنامه درباره مزایا و معایب طرح اینترنت اورژانس:

نتایج حاصل از نظرسنجی از اینترنتها، دستیاران، اساتید و پرسنل اورژانس با استفاده از پرسشنامه باز پاسخ درباره مزایا و معایب طرح اینترنت اورژانس در زیر آورده شده است.

نقاط مثبت طرح در زمینه اداره اورژانس از دید اینترنتها، دستیاران، اساتید طب اورژانس و پرسنل اورژانس جراحی:

- افزایش رضایتمندی بیماران
- کاهش زمان اقامت بیماران در اورژانس
- افزایش سرعت کار رسیدگی به بیمار
- ایجاد تعادل در حجم کاری اینترنت های گروههای مختلف
- وجود متولی مشخص برای هر بیمار
- جلوگیری از دوباره و چندباره کاریها و شرح حال گیری های تشریفاتی بی مورد
- پیگیری تمام نیازهای تشخیصی و درمانی بیمار توسط یک کارورز
- از آنجا که کلیه اقدامات توسط یک سرویس انجام می شود، در اقدامات انجام شده برای بیمار انسجام وجود دارد
- ایجاد نظم مشخص در گردش امور اورژانس
- برقراری جو آرامش در اورژانس به علت کاهش بار کاری رزیدنتهای جراحی عمومی، ارتوپدی، اورولوژی،.....
- کاهش Miss management
- عدم نیاز به انجام اقدامات noninvasive و invasive , بدون اندیکاسیون و صرفا از لحاظ قانون

نقاط منفی طرح در زمینه اداره اورژانس از دید اینترنتها، دستیاران، اساتید طب اورژانس و پرسنل اورژانس جراحی:

- در هنگام اعزام بیماران به سایر مراکز به دلیل نبودن اینترنت سرویس خاص، مشکل همراهی اینترنت با بیمار وجود دارد
- کافی نبودن تعداد اینترنتها

نقاط مثبت طرح در زمینه آموزش اینترنتها از دید اینترنتها، دستیاران، اساتید طب اورژانس و پرسنل اورژانس جراحی:

- آموزش مستقیم کارورزان توسط اساتید جوان طب اورژانس
- آموزش منسجم و یکپارچه براساس برنامه ریزی
- دادن مسئولیت به کارورزان در قبال بیماران
- آموزش کاربردی و عملیاتی مباحث اورژانس
- ارتباط مستقیم کارورزان با بیمار و انجام اقداماتی همچون order نویسی و نوشتن برگه پیشرفت
- انجام پروسیجرهای اورژانسی زیر نظر اتندینگ
- برگزاری کلاسهای آموزش مباحث اورژانس توسط اتندینگ
- جلوگیری از برخوردهای نامناسب بین کارورزان و دستیاران به علت مشخص بودن شرح وظایف
- افزایش امکان انجام کار تیمی
- مواجهه با Case های مختلف
- در این طرح اینترن بیمار مربوط به خود را As A Whole می بینید و بررسی می کند و تصمیمات درمانی اتخاذ می نماید. بنابراین می تواند حضوری فعال در پیگیری بیمار داشته باشد.
- این طرح در پرورش کارورزان به عنوان یک پزشک عمومی بسیار موثر است و فرصتی در اختیار اینترن می گذارد تا در بکارگیری دانسته ها توانا تر شده و تمرین نماید.
- جلوگیری از اتلاف وقت کارورزان در بخش های مینور
- امکان تمرین ایفای نقش به عنوان یک پزشک عمومی
- عدم سردرگمی کارورز در بین دستورات دستیاران سرویسهای مختلف
- امکان تمرین ایفای نقش بر بالین بیمار واقعی
- امکان تمرین داشتن دید چند جانبه به بیمار
- ایجاد تعادل در کار اینترن ها و در نتیجه امکان استراحت بهتر و فراهم شدن شرایط یادگیری بهتر
- نداشتن Order روتین و تمرین گذاشتن Order براساس Case خاص

- استفاده از همه فرصت های حضور اینترنت در اورژانس در جهت آموزش بیشتر
- افزایش رضایت اینترنت ها و در نتیجه یادگیری بهتر

نقاط منفی طرح در زمینه آموزش اینترنتها از دید اینترنتها، دستیاران، اساتید طب اورژانس و پرسنل اورژانس جراحی:

- عدم وجود هماهنگی لازم بین گروه طب اورژانس با سایر گروهها
- عدم وجود ابزارهای مدیریتی و نظارتی گروه طب اورژانس برای کارورزان به طوری که برای نمونه با وجود اینکه کلیه کشیک های کارورزان زیر نظر اساتید طب اورژانس است، اما نمرات و حضور و غیاب کارورزان زیر نظر گروه مربوطه است. بنابراین امکان مدیریت و نظارت کامل اساتید طب اورژانس بر کارورزان گروههای جراحی عمومی - ارتوپدی - ارولوژی - ENT و جراحی اعصاب وجود ندارد.
- چون اینترنتهایی که از بخش های مینور (جراحی اعصاب، ارتوپدی، ارولوژی، ENT) در اورژانس حضور دارند باید در صورت نیاز به مشکلات بخش مربوطه نیز رسیدگی نمایند، لذا در زمان عدم حضور ایشان در اورژانس، در کار اورژانس اختلال ایجاد می شود. از طرف دیگر گاهی هیچ کس به درخواست حضور اینترنت در Ward پاسخ نداده و کار Ward مختل می ماند.
- گاهی به علت شلوغی اورژانس در انجام امور بخش اختلال ایجاد می شود.
- به علت اینکه کارورزان به طور مستقیم زیر نظر اتندینگ طب اورژانس فعالیت می نمایند. لذا حضور رزیدنت در چرخه آموزش کم رنگ شده و در واقع این بخش از آموزش آبخاری مختل می گردد.
- کاهش رویت بیماران تخصصی تر به علت کاهش روزهای درمانگاه
- تداخل ساعات کلاسهای آموزش سایر سرویس ها با ساعات کار کارورزان در اورژانس
- عدم امکان حضور منظم کارورزان در گزارش صبحگاهی
- همچنان به علت تعدد وظایف اینترنت در آماده کردن پرونده بیمار گرفته تا گرفتن ABG و پرکردن برگ درخواست گرافی و، کارورز از اقدامات و تصمیم گیریهای اولیه که برای بیمار انجام می شود، غافل می ماند.
- گاهی اینترنت های اورژانس کار بیمارانی که به طور مشخص مربوط به سرویس ارتوپدی، ارولوژی یا جراحی اعصاب باشند را انجام نمی دهند و به اینترنت مربوط به همان سرویس ارجاء می دهند.

مشکلات حین اجرای طرح از دید اینترنتها، دستیاران، اساتید طب اورژانس و پرسنل اورژانس جراحی:

- باتوجه به اینکه در شروع کار اختلاف نظرهایی بین گروههای مختلف برای اجراشدن یا نشدن این طرح وجود داشت و برخی از گروهها همکاری لازم را نداشتند، از حضور اینترنت های خود در اورژانس به عنوان اینترنت اورژانس ممانعت به عمل آورده و عملاً در اجرای این طرح اختلال ایجاد می گردید.

- علت عدم همکاری برخی دستیاران گروه‌های جراحی با این طرح، اینترن‌ها مجبور بودند وظایف محوله براساس سلیقه این دستیاران را نیز انجام می‌دهند.

- در شروع اجرای طرح به علت عدم حضور دائمی مجری طرح در بیمارستان و عدم امکان نظارت دائم بر عملکرد گروه‌های مختلف در همه شیفت‌ها، مشکلاتی در اجرا وجود داشت.

ب: نتایج حاصل از نظرسنجی با استفاده از پرسشنامه بسته پاسخ خودساخته در زیر آورده شده است:

از پرسشنامه‌های تکمیل شده برای مقایسه طرح اینترن اورژانس با روند قبلی، ۵۶ پرسشنامه مورد آنالیز قرار گرفت. ۲۸ مورد (۵۳/۸٪) زن، ۲۴ مورد (۴۶/۲٪) مرد و ۴ مورد با جنسیت نامشخص بودند. ۳۰ پرسشنامه توسط اینترن‌ها، ۱۶ پرسشنامه توسط رزیدنت‌های ۵ گروه جراحی، ۶ پرسشنامه توسط اعضای شاغل در اورژانس جراحی و ۴ مورد توسط اعضای هیات علمی تکمیل گردیده بود. از پرسشنامه‌های اینترن‌ها، مواردی که حداقل ۵ کشیک اورژانس گذرانده بودند مورد بررسی قرار گرفت.

جدول ۱-۴: فراوانی اینترن‌های شرکت کننده بر اساس ماه اینترنی و رزیدنت‌های شرکت کننده بر اساس سال دستیاری

	ماه اینترنی						نامشخص	جمع
	۴	۷	۹	۱۰	۱۵	۱۸		
تعداد اینترن	۶	۲	۲	۲	۱۸	۰	۳۰	
	سال دستیاری						نامشخص	جمع
	۱	۲	۳	۴	۰	۴		
تعداد رزیدنت	۶	۲	۴	۰	۴	۰	۱۶	

جدول ۲-۴: فراوانی تعداد کشیک اورژانس گذرانده توسط اینترن‌ها و رزیدنت‌های شرکت کننده

کل	تعداد کشیک اورژانس											تعداد اینترن
	نامشخص	۴۰۰	۱۵۰	۳۵	۲۸	۱۸	۱۲	۱۰	۸	۷	۶	
۳۰	۰	۰	۰	۰	۲	۴	۲	۶	۶	۲	۸	۳۰
۱۶	۸	۲	۲	۲	۰	۰	۰	۰	۲	۰	۰	۱۶
۴۶	۸	۲	۲	۲	۲	۴	۲	۶	۸	۲	۸	۴۶

نتایج بررسی میانگین نسبی نمره بهبود وضعیت آموزش و ارائه خدمات در طرح اینترن اورژانس نسبت به برنامه قبلی در زیر آورده شده است.

جدول ۳-۴: نتایج بررسی نظرات نسبت به میزان بهبود وضعیت آموزش و ارائه خدمات در طرح اینترن اورژانس نسبت به روند قبلی

واریناس	انحراف از معیار	میانگین از ۵	درصد کاملاً موافقان (۵) و موافقان (۴)	موارد	
۱/۲۶۱	۱/۱۲۲	۲/۸۹۲	۳۹/۳	عدم حضور اینترن اورژانس در گزارش صبحگاهی به آموزش اینترن لطمه خواهد زد	۱
۱/۴۰	۱/۱۸۵	۳/۳۹۲	۶۰/۷	عدم حضور اینترن اورژانس در درمانگاه تخصصی گروه به آموزش اینترن لطمه خواهد زد.	۲
۰/۷۵۳	۰/۸۶۷	۳/۷۸۵	۶۴/۳	عدم حضور اینترن اورژانس در کلاسهای تئوری صبح بخشها به آموزش اینترن لطمه خواهد زد.	۳
۰/۷۴۳	۰/۸۶۱	۲/۶۴۲	۲۱/۴	پذیرش و همکاری اساتید و دستیاران گروهها و همکاری آنها در مورد طرح اینترن اورژانس مناسب بوده است.	۴
۱/۲۴	۱/۱۱۳	۳/۱۷۸	۵۰	تعداد اساتید طب اورژانس برای آموزش اینترنهای اورژانس کفایت میکند.	۵
۱/۱۹۹	۱/۰۹۴	۳/۴۶۴	۶۴/۳	تعداد اینترن اورژانس در هر شیفت برای انجام امور محوله مناسب است.	۶
۰/۸۶۸	۰/۹۳۱	۲/۹۲۸	۳۲/۲	تفاوت دستورات اتند اورژانس و رزیدنت مربوطه باعث سردرگمی اینترن میگردد.	۷
۱/۰۹۴	۱/۰۴۵	۳/۳۴۶	۵۰	عدم آگاهی اینترن از برخی اقدامات تخصصی بخشهای مختلف، به علت حضور اتندینگ طب اورژانس مشکلی ایجاد نمی کند(مثلا عدم آشنایی با برخی معاینات اعصاب برای اینترنهایی که بخش جراحی اعصاب را نگذرانده اند.	۸
۲/۲۷	۱/۵۰۹	۳/۳۹۲	۶۰/۷	بهتر است بیماران کاملاً تخصصی از همان ابتدا توسط پزشک اسکرین به سرویس مربوطه معرفی گردند.	۹
۱/۷۰۸	۱/۳۰۶	۴/۰۳۵	۷۱/۴	بهتر است امکان اجرای این طرح برای ادمیت داخلی نیز فراهم گردد.	۱۰
۰/۸۳۵	۰/۹۱۳	۴/۴۶۴	۸۵/۸	بهتر است در ساعات خلوت صبح اساتید طب اورژانس برای اینترنهای کلاسهای آموزشی داشته باشند.	۱۱

جدول ۴-۴:

واریناس	انحراف از معیار	میانگین از ۵	درصد موافقان با گزینه های کاملاً بهتر شده (۵) و تا حدودی بهتر شده (۴)	موارد	
۰/۸۲۸	۰/۹۰۹	۳/۷۳۰	۶۴/۳٪	توجه رسمی به آموزش اینترن در اورژانس	۱

۰/۴۸۳	۰/۶۹۵	۳/۹۲۰	٪۷۱/۴	یادگیری management بیماران اورژانس	۲
۰/۷۹۰	۰/۸۸۹	۳/۶۱۵	٪۴۶/۵	تعداد بیماران اورژانسی که اینترن در کل دوره اینترنی با آنها برخورد میکند	۳
۰/۹۹۵	۰/۹۹۷	۳/۸۴۶	٪۶۴/۳	وجود متولی خاص و پاسخگو برای آموزش اینترن در اورژانس	۴
۰/۸۱۰	۰/۸۹۹	۴/۱۱۵	٪۷۵	امکان برخورد عملیاتی اینترن با بیماران متنوع به عنوان یک پزشک عمومی	۵
۱/۶۶۵	۱/۲۹۰	۳/۵۳۸	٪۴۶/۵	وجود تعادل در حجم کاری اینترن در بخشهای مختلف ماژور و مینور	۶
۱/۳۵۷	۱/۱۶۵	۳/۷۶۹	٪۶۷/۹	میزان درجریان بودن اینترن از اقدامات انجام شده برای بیماران اورژانس	۷
۱/۵۳۴	۱/۲۳۸	۳/۷۳۰	٪۵۳/۶	جلوگیری از انجام برخی دوباره کاریها مانند شرح حال گیری های تشریفاتی	۸
۱/۵۶۱	۱/۲۴۹	۳/۵۲۰	٪۵۳/۵	میزان رضایت کلی کارکنان اورژانس اعم از اتندینگ، رزیدنتها، اینترنها، پرستاران و پرسنل	۹
۱/۰۵۷	۱/۰۲۸	۳/۹۶۱	٪۶۷/۸	کیفیت و سرعت خدمات ارائه شده به بیماران در اورژانس	۱۰

میانگین نمره پرسشنامه بررسی میزان بهبود وضعیت آموزش و ارائه خدمات در طرح اینترن اورژانس نسبت به روند قبلی

واریانس	انحراف از معیار	میانگین	ماگزیمم	مینیمم	نمره کل پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت از ۱ تا ۵
۶۸/۶۷۹	۸/۲۸۷	۳۷/۴۵۸	۴۷	۲۱	۵۰

جدول ۴-۵: مقایسه میانگین نمرات اینترنها و رزیدنتها درباره میزان بهبود وضعیت آموزش و ارائه خدمات در طرح اینترن اورژانس نسبت به روند قبلی

	میانگین	انحراف از معیار	ST. Error	Sig(T Test)
اینترن	۴۲/۷۲۷۳	۵/۸۴۰	۱/۲۴۵	۰/۰۰۰
رزیدنت	۲۹/۱۲۵۰	۶/۱۸۴	۱/۵۴۶	

ج: نتایج حاصل از تعیین نظرات ذی نفعان درباره مزایا و معایب طرح اینترن اورژانس:

نتایج پرسشنامه (با مقیاس لیکرت) مربوط به نظرسنجی درباره اجرای طرح اینترن اورژانس و مزایا و معایب آن در زیر آورده شده است.

مورد	درصد کاملاً موافقان (۵) و موافقان (۴)	میانگین از ۵	انحراف از معیار	واریانس
۱	عدم حضور اینترن اورژانس در گزارش صبحگاهی به آموزش اینترن لطمه خواهد زد	۳۹/۳	۲/۸۹۲	۱/۲۶۱
۲	عدم حضور اینترن اورژانس در درمانگاه تخصصی گروه به آموزش اینترن لطمه خواهد زد.	۶۰/۷	۳/۳۹۲	۱/۴۰
۳	عدم حضور اینترن اورژانس در کلاسهای تئوری صبح بخشها به آموزش اینترن لطمه خواهد زد.	۶۴/۳	۳/۷۸۵	۰/۷۵۳
۴	پذیرش و همکاری اساتید و دستیاران گروهها و همکاری آنها در مورد طرح اینترن اورژانس مناسب بوده است.	۲۱/۴	۲/۶۴۲	۰/۷۴۳
۵	تعداد اساتید طب اورژانس برای آموزش اینترنهای اورژانس کفایت میکند.	۵۰	۳/۱۷۸	۱/۲۴
۶	تعداد اینترن اورژانس در هر شیفت برای انجام امور محوله مناسب است.	۶۴/۳	۳/۴۶۴	۱/۱۹۹
۷	تفاوت دستورات اتند اورژانس و رزیدنت مربوطه باعث سردرگمی اینترن میگردد.	۳۲/۲	۲/۹۲۸	۰/۸۶۸
۸	عدم آگاهی اینترن از برخی اقدامات تخصصی بخشهای مختلف، به علت حضور اتندینگ طب اورژانس مشکلی ایجاد نمی کند(مثلاً عدم آشنایی با برخی معاینات اعصاب برای اینترنهایی که بخش جراحی اعصاب را نگذرانده اند.	۵۰	۳/۳۴۶	۱/۰۹۴
۹	بہتر است بیماران کاملاً تخصصی از همان ابتدا توسط پزشک اسکرین به سرویس مربوطه معرفی گردند.	۶۰/۷	۳/۳۹۲	۲/۲۷
۱۰	بہتر است امکان اجرای این طرح برای ادمیت داخلی نیز فراهم گردد.	۷۱/۴	۴/۰۳۵	۱/۷۰۸
۱۱	بہتر است در ساعات خلوت صبح اساتید طب اورژانس برای اینترنهای کلاسهای آموزشی داشته باشند.	۸۵/۸	۴/۴۶۴	۰/۸۳۵

جدول ۴-۶: نتایج پرسشنامه (با مقیاس لیکرت) مربوط به نظرسنجی درباره اجرای طرح اینترن اورژانس و مزایا و معایب آن

جدول ۴-۷: مقایسه میانگین نمرات اینترنهای و رزیدنتها از پرسشنامه مربوط به نظرسنجی درباره اجرای طرح اینترن اورژانس و مزایا و معایب آن

میانگین (نمره از ۵۵)	انحراف از معیار	ST. Error	Sig(T Test)
۳۷/۹۲۳	۳/۷۶۲	۰/۷۳۷	۰/۸۸۹
اینترن			

رزیدنت	۳۷/۷۵۰	۳/۹۲۴	۰/۹۸۱	
--------	--------	-------	-------	--

د: نتایج نظرسنجی از اینترن‌ها و رزیدنت‌ها درباره راهکارهای مختلف برای بهبود طرح اینترن اورژانس و نحوه اداره ward جراحی در زیر آورده شده است.

جدول ۸-۴: نتایج پرسشنامه نظرسنجی درباره نحوه اداره ward جراحی

موارد	درصد کاملاً موافقان (۵) و موافقان (۴)	میانگین از ۵	انحراف از معیار	واریانس
۱ بهتر است برای اداره بیماران جراحی ward، از اینترن بخش استفاده شود.	٪۲۱/۴	۲/۶۲۹	۱/۲۳۳	۱/۵۲۱
۲ بهتر است پس از ورود بیماران به ward، همان اینترن مسئول بیمار در ادمیت، مسئولیت وی را عهده دار باشد.	٪۲۱/۴	۲/۱۴۸	۱/۱۲۲	۱/۲۶۱
۳ بهتر است با تقسیم ساعات، یکی از اینترن‌های جراحی اورژانس، مسئولیت ward جراحی را عهده دار باشد.	٪۴۶/۵	۳/۳۳۳	۱/۴۰۰	۱/۹۶۲
۴ نحوه اداره ward جراحی به ترتیب کنونی مناسب است.	٪۳۵/۷	۲/۹۶۳	۱/۱۴۸	۱/۳۱۹

پیشنهادات برای ادامه طرح از دید اینترن‌ها، دستیاران، اساتید طب اورژانس و پرسنل اورژانس جراحی:

- بهتر است بیمارانی که به طور مشخص مربوط به یکی از سرویس های تخصصی جراحی هستند از ابتدا توسط پزشک اسکرین به همان سرویس معرفی شده و توسط رزیدنت آن سرویس ویزیت شوند
- اجرای این طرح برای اورژانس داخلی

Conclusion

در این طرح اینترن‌های کشیک اورژانس که از بخش های پنجگانه جراحی در اورژانس حاضر می شوند، بدون توجه به نوع بیمار مراجعه کننده، به management بیماران مراجعه کننده با هدایت و سرپرستی مستقیم اساتید طب اورژانس و یا پزشک مسئول اورژانس می پردازند و در صورت نیاز از مشاوره گروه‌های مختلف استفاده می نمایند. در این طرح بار جنرال آموزش در اورژانس بخش های ۵ گانه جراحی بیشتر شده و هدایت آن به دست یک اتند جراحی عمومی (برای دانشگاههایی که طب اورژانس ندارند) و یا یک اتند طب اورژانس سپرده می شود. علاوه بر آموزش بر بالین بیمار، به منظور افزایش دانش اینترن‌ها در زمینه طب اورژانس، کلاسهای درس براساس اهدافی که برای آموزش طب اورژانس تهیه و تدوین می گردد، برنامه ریزی و اجرا خواهد شد. بدین ترتیب نه تنها تعداد بیمارانی که اینترن در کل دوره اینترنی با آنها مواجه می شود بیشتر خواهد شد بلکه تعادل کاری اینترن‌ها نیز بیشتر شده و اینترن‌ها میتوانند با فراغت بیشتری به یادگیری و Management بیماران اورژانس بپردازند. از طرف دیگر از آنجا که اینترن از ابتدای ورود بیمار به اورژانس تا زمان خروج وی، به طور مستقیم در جریان کارهای انجام شده برای بیمار قرار دارد، یادگیری بهتر و مسئولیت پذیری بیشتری خواهد داشت. همانگونه که مشخص است در این طرح کار تیمی نیز در میان پزشکان و دانشجویان

اورژانس تقویت می گردد. از آنجا که بخشی از استرس برخورد با بیماران اورژانس مربوط به نحوه همکاری اعضای تیم اورژانس با یکدیگر است، افزایش کار تیمی قطعاً به کاهش استرس و بهبود بازده کار کمک خواهد نمود(۴). فارغ التحصیلان رشته پزشکی باید قادر باشند که با دیگر افراد حرفه ای تیم بهداشتی مثل پرستاران و پزشکان بصورت تیمی کار کنند. این آموزش بخصوص در اورژانس اتفاق می افتد (۲۸).

با افزایش نظم در کار اینترن و مشخص شدن مسئولیتها و حیطه کاری وی در کنار اساتید طب اورژانس، کیفیت و سرعت خدمات ارائه شده به بیماران اورژانس نیز افزایش پیدا کرده و موجبات رضایت بیشتر بیماران فراهم می گردد. از طرف دیگر مشخص شدن اهداف یادگیری در بخش اورژانس و سپردن مسئولیت آموزش اینترن به گروه طب اورژانس، باعث به وجود آمدن یک متولی خاص و پاسخگو برای آموزش اینترن در اورژانس میگردد. با توجه به الزام راه اندازی گروه طب اورژانس، این طرح زمینه های لازم را تا استقرار این گروه در دانشگاههای مختلف فراهم می نماید. نکته مثبت و متمایز کننده این طرح این است که بدون کاستن از دوران آموزشی اینترن ها در بخش های ۵ گانه جراحی و بدون اضافه کردن دوره ای جدا و حتی بدون حضور گروه آموزشی طب اورژانس قابل اجرا می باشد. بنابراین در اکثر دانشکده های پزشکی ایران قابل استفاده است. همچنین مزیت دیگر آن نسبت به سایر طرح ها این است که آموزش طب اورژانس را در کل دوره اینترنی مورد توجه قرار میدهد و نه در یک دوره کوتاه مدت مثلاً یک ماهه. این نوع آموزش قطعاً به یادگیری بهتری منجر خواهد شد. از طرف دیگر، این طرح علاوه بر این که به آموزش طب اورژانس سر و سامانی داده است. اداره بهتر اورژانس را نیز به دنبال داشته است.

دسترسی مشکل به اینترنهایی که تعداد کافی کشیک گذرانده باشند، تعداد کم اعضای هیأت علمی طب اورژانس و عدم همکاری رزیدنت ها برای تکمیل پرسشنامه، یا به دلیل وقت نداشتن و یا به دلیل مخالفت با طرح که باعث افزایش responder bias می شود، از جمله مشکلاتی بود که در طول کار با آن مواجه بودیم.

در فاز ارزشیابی این مطالعه تنها به ارزیابی نظرات افراد درگیر در این طرح پرداخته شده است. ما نتوانستیم به طور Objective اندازه گیری کنیم که این طرح در افزایش مهارت دانشجویان در برخورد با شرایط اورژانس تأثیر داشته است، چراکه دانشجویانی که در این طرح وارد می شدند در مقاطع مختلفی از دوره اینترنی خود بودند و پیگیری آنها و دسترسی به تک تک آنها پس از پایان دوره اینترنی و در واقع پایان کشیک های اورژانس جراحی بسیار مشکل بود.

از طرف دیگر این مطالعه محدود به یک دانشگاه بوده است. نتایج برنامه های دیگر مشابه این برنامه می تواند متاثر از فاکتورهای دیگری مثل مدیریت اورژانس، ترکیب بیماران مراجعه کننده به اورژانس، اساتید و تجارب قبلی یادگیری دانشجویان باشد.

Keywords: emergency training- emergency ward- emergency ward management

کد: ۱۶۷۹

حیطه: مدیریت و رهبری آموزشی

مقایسه دیدگاه دانشجویان پزشکی سال اول و آخر درباره رعایت منشور حقوق بیمار در بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر در سال ۱۳۹۴

نویسندگان: فرزانه عضدی، مریم موسوی، نیلوفر دونانی، پریسا میرزایی، فائزه جهان پور

Introduction

حقوق بیمار از اساسی ترین حقوقی است که باید از طرف کادر درمانی مورد توجه قرار بگیرد؛ در این میان بررسی و مقایسه دیدگاه دانشجویان پزشکی سال اول و آخر جهت آگاهی دانشجویان از نکات اخلاقی ارائه خدمات از اهمیت ویژه ای برخوردار است. با توجه به اینکه وضعیت دیدگاه دانشجویان پزشکی به میزان رعایت منشور حقوق بیمار مشخص نمی باشد، لذا این طرح با هدف مقایسه دیدگاه دانشجویان پزشکی سال اول و آخر درباره میزان رعایت منشور حقوق بیمار در دانشگاه علوم پزشکی بوشهر در سال ۱۳۹۴ انجام شد.

حقوق از احترام به افراد در یک زمینه ی اجتماعی منشاء می گیرد(۱). حقوق بیمار رعایت نیازهای جسمانی، روانی، معنوی و اجتماعی مشروع و معقول است که به صورت استانداردها و قوانین و مقررات درمانی تبلور یافته و تیم درمان مسئول و موظف به اجرا و رعایت آن می باشند (۲). منشور حقوق بیمار در ایران در سال ۱۳۸۱ تدوین و از سوی معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در زمستان سال ۱۳۸۱ ابلاغ گردیده است. مراکز بهداشتی درمانی براساس این دستورالعمل موظف بودند که مفاد منشور حقوق بیمار را در مکان مناسب و قابل رؤیت نصب نمایند (۳).

حقوق تعیین شده برای بیماران در منشورهای دنیا کم و بیش مشابه است و شامل حق برخورداری از اطلاعات، حق محرمانه بودن اطلاعات و رازداری، حق رضایت آگاهانه، حق اختیار یا استقلال رأی، حق برخورداری از آموزش سلامت، حق ابراز اعتراض و شکایت و حق اعاده جبران خسارت می باشد (۴). بیمارستان ها به عنوان یکی از مهم ترین ارکان ارایه ی خدمات سلامت، باید نهادی برای درک و احترام به حقوق بیمار، خانواده ی آنان، پزشکان و سایر مراقبت کنندگان باشند. بیمارستان ها و کلیه مراکز ارایه ی خدمات سلامت باید به جنبه های اخلاقی مراقبت واقف بوده و به آنان احترام گذارند. در سایه ی تعامل مناسب ارایه دهندگان و گیرندگان خدمات سلامت نسبت به وظایف خود و احترام به حقوق دیگران، سلامت جامعه در بالاترین سطح ممکن قابل دستیابی خواهد بود. با توجه به اینکه سلامت جسمی، روانی، معنوی و اجتماعی از مهم ترین ابعاد وجودی هر فردی بوده و تأمین آن براساس اصل ۲۹ قانون اساسی، از مهم ترین تعهدات حاکمیت در جمهوری اسلامی است (۵).

یکی از فصول مهم اصلاحات در نظام سلامت، آگاهی بیماران از حقوق خود است، تحقیقات و آمار نشان می دهد علیرغم نصب بیانیه ای با عنوان منشور حقوق بیماران در مراکز درمانی در سطح آگاهی عمومی، نسبت به سال های گذشته تفاوت قابل توجهی ایجاد نشده است. از جمله عوامل مهمی که در ایجاد آرامش خاطر بیماران بستری در بیمارستان ها مؤثر است میزان توجه و احترامی است که کارکنان بخش درمان نسبت به بیماران قائل می شوند. سهمیم کردن بیماران در تصمیم گیری و محترم شمردن حقوق آنها باعث تسریع بهبودی، کاهش دوران بستری و هزینه های درمانی خواهد شد (۶). در دهه های اخیر، متناسب با پیشرفت خیره کننده علوم خصوصاً پزشکی و پیدایش روش های روزآمد درمانی و پیشرفت فناوری های علوم پزشکی، حوزه ی تعامل و مداخلات پزشکی وسعت زیادی پیدا کرده است و این خود چالش های اخلاقی زیادی را به دنبال داشته است و بیماران به عنوان یکی از آسیب پذیرترین گروه های اجتماعی در معرض خطر قرار داشته و دارند. نظام سلامت کارآمد نیازمند

مشارکت فعالانه گیرندگان و ارائه کنندگان خدمات سلامت است. ارتباط مناسب و صادقانه، احترام به ارزش شخصی و حرفه‌ای و حساسیت نسبت به تفاوت‌های موجود، لازمه‌ی مراقبت مطلوب از بیمار است (۷).

حقوق بیمار یکی از محورهای اساسی در تعریف استانداردهای خدمات بالینی به شمار می‌رود و از طرف دیگر به دلیل توجه روزافزون جوامع بین‌المللی به حقوق بشر طی سال‌های اخیر مفهوم حقوق بیمار را بیش از پیش مورد توجه قرار گرفته است (۸). باید توجه داشت که در زمینه‌ی حمایت از حقوق بیماران، نمی‌توان مسئولیت حمایت از این حقوق را تنها بر عهده‌ی یک گروه خاص گذاشت، بلکه این کار زمانی با موفقیت بیش‌تری همراه است که افراد دیگر در مورد ضرورت اجرایی شدن هر یک از حقوق اتفاق نظر بیش‌تری داشته باشند (۹).

در این راستا به دلیل اهمیت موضوع، مطالعات زیادی پیرامون ضرورت، اجرا، میزان رعایت منشور حقوق بیماران و میزان آگاهی از این منشور در سراسر دنیا بر روی کارکنان مراکز بهداشتی درمانی، مدیران بیمارستان‌ها و بیماران بستری انجام گردیده است.

لینوکلیپی و همکاران [۱] (۲۰۰۳، ۱۹۹۵) طی دو پژوهشی که به‌طور متوالی به فاصله‌ی ۸ سال، ابتدا در کشور فنلاند و سپس به‌طور مقایسه‌ای در پنج کشور اروپایی در زمینه‌ی رعایت حقوق بیماران از دیدگاه آنان و پرستاران انجام دادند، نتایج تحقیق اول حاکی از آن بود که بیماران از حقوق خود در بیمارستان آگاهی نداشتند و در تحقیق دوم بیماران معتقد بودند که حقوقشان به قدر کافی توسط پرستاران مورد لحاظ قرار نمی‌گیرد (۱۰). یافته‌های مطالعه‌ی آبوزینا و همکاران [۲] (۲۰۱۳) در کشور مصر نشان داد که ۴۴٪ از پزشکان و ۴۸٪ از پرستاران مورد مطالعه از منشور حقوق بیمار آگاهی ندارند (۱۱). این در حالی است که در مطالعات آنی کریشنان و همکاران [۳] (۲۰۱۶) در کشور هند و مطالعه‌ی دیگر در مالزی در سال ۲۰۱۳، اکثریت بیماران مورد مطالعه در رابطه با حقوق خود آگاهی مطلوبی داشتند (۱۲).

نتایج مطالعه شیراز و همکاران در کشور پاکستان نشان داد که دانش مربوط به اخلاق پزشکی در بین دانشجویان پزشکی اینترن و دستیار جراحی در بخش جراحی بسیار ضعیف بوده است (۱۳). نتایج مطالعات مشابه در کشور ایران نیز متفاوت است: نصیریانی و همکاران در پژوهش خود ذکر نموده‌اند که از دیدگاه پرستاران میزان رعایت حقوق بیمار در بیش از نیمی از موارد در سطح متوسط بوده است (۱۴). در حالی که آگاهی از حقوق بیماران بستری و رعایت این حقوق از جانب تیم درمان منجر به افزایش کیفیت خدمات و رضایتمندی بیماران می‌شود. حجت‌الاسلامی و قدوسی (۱۳۸۹) در مطالعه‌ی خود در همدان در رابطه با نیازهای آموزشی دانشجویان رشته‌های پزشکی در مورد منشور حقوق بیمار نشان داد تنها ۱۶٪ از دانشجویان نیاز آموزشی در سطح پایین داشتند (۱۵). در تحقیق قربانی و همکاران (۱۳۹۱) ۳۵٫۵٪ از بیماران و ۱۴٫۴۵٪ از پزشکان هیچ‌گونه اطلاعی از بندهای منشور حقوق بیمار نداشته و در مقابل ۲۹٫۸٪ از بیماران و ۶۱٫۷٪ از پزشکان بطور کامل از مفاد منشور حقوق بیمار آگاهی داشتند (۱۶).

مرور مطالعات انجام شده در حوزه‌ی حقوق بیمار، نشان دهنده‌ی این است که در اکثر موارد، افراد مورد مطالعه دانش کافی پیرامون حقوق بیمار ندارند و میزان رعایت آن متوسط یا پایین گزارش شده است. در این بین پرداختن به دیدگاه دانشجویان در رابطه با رعایت حقوق بیماران، از جمله دانشجویان پزشکی که پزشکان آینده‌ی جامعه هستند، بسیار حائز اهمیت است. از طرف دیگر مقایسه دیدگاه دانشجویان سال اول و سال آخر به سبب پایش برنامه‌های آموزش پزشکی و تأثیر آن بر روی دیدگاه دانشجویان ضروری به نظر می‌رسد. لذا مطالعه‌ی حاضر با هدف تعیین و مقایسه‌ی دیدگاه دانشجویان پزشکی سال اول و آخر در باره رعایت منشور حقوق بیمار در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر در سال ۱۳۹۴ انجام گردید.

Objectives

تعیین و مقایسه‌ی دیدگاه دانشجویان پزشکی سال اول و آخر در باره رعایت منشور حقوق بیمار در بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر در سال ۱۳۹۴

:Study Design

مطالعه ی حاضر از نوع توصیفی - تحلیلی و مقطعی می باشد. جامعه ی آماری شامل کلیه ی دانشجویان پزشکی سال اول و سال آخر مشغول به تحصیل در دانشگاه علوم پزشکی بوشهر در سال ۱۳۹۴ می باشد.

:Study Setting

نمونه گیری شده است

:Participan

. جامعه ی آماری شامل کلیه ی دانشجویان پزشکی سال اول و سال آخر مشغول به تحصیل در دانشگاه علوم پزشکی بوشهر در سال ۱۳۹۴ می باشد. نمونه گیری به صورت تمام شماری می باشد. معیارهای ورود به مطالعه تحصیل در رشته ی پزشکی در دو دوره ی اینترنتی (سال آخر) و سال اول پزشکی و معیار خروج، عدم رضایت جهت شرکت در مطالعه بوده است

:Sample Size

کلیه دانشجویان سال اول و آخر به روش سرشماری

پس از اخذ مجوزهای قانونی لازم، با حضور مستقیم پژوهشگر در محیط پژوهش (بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر جهت دانشجویان سال آخر و کلاس های آموزشی جهت دانشجویان سال اول) و بیان اهداف پژوهش، دانشجویانی که تمایل داشتند با اخذ رضایت نامه آگاهانه وارد مطالعه شدند. همچنین پرسشنامه ها کاملا محرمانه و بدون ذکر نام تکمیل شدند. مدت زمان نمونه گیری ۲ ماه بطول انجامید.

:Data Gathering Tool

داده ها از طریق پرسشنامه ای روا و پایا و دو قسمتی جمع آوری گردید به گونه ای که قسمت اول شامل اطلاعات جمعیت شناختی (سن، جنس، دوره ی تحصیلی، وضعیت تأهل و سابقه ی آموزش قبلی پیرامون حقوق بیمار) و قسمت دوم شامل ۲۲ گویه در رابطه با مفاد منشور حقوق بیمار می باشد. مقیاس پاسخ گویی به پرسشنامه لیکرت ۵ گزینه ای از کاملا موافقم (۵ نمره) تا کاملا مخالفم (۱ نمره) می باشد. بگونه ای که حداقل امتیاز پاسخ گویی به پرسشنامه ۲۲ و حداکثر امتیاز ۱۱۰ می باشد. هم چنین جهت امتیازبندی دیدگاه دانشجویان در سه سطح مطلوب، نسبتا مطلوب و نامطلوب با توجه به تعداد گویه های پرسشنامه از فرمول (۱۷) زیر استفاده گردید:

$$\text{حداقل کل امتیاز پرسشنامه} - \text{حداکثر کل امتیاز پرسشنامه} = \text{فاصله نرم مقیاس}$$
$$\text{تعداد طبقات پاسخ گویی به سئوالات پرسشنامه}$$

پرسشنامه حاضر برگرفته از پژوهشی است که توسط مهرنوش عباسی و همکاران (۱۳۸۹) صورت گرفته و از منابعی همچون منشور حقوق بیمار مصوب وزارت بهداشت- درمان و آموزش پزشکی و موارد مطرح شده در منشور حقوق بیماران برگرفته از مطالعه ی پارساپور (۱۳۸۵) می باشد. بگونه ای که این مقاله ابتدا توسط اساتید و صاحب نظران به لحاظ روایی مورد ارزیابی قرار گرفت و سپس مطالعه پایلوت [۱] انجام گردید (۱۸). جهت سنجش پایایی پرسشنامه در مطالعه ی حاضر نیز از روش تعیین ضریب آلفا کرونباخ استفاده شد، بگونه ای که ضریب آلفای کرونباخ در یک نمونه ی ۳۰ تایی از دانشجویان واجد شرایط پژوهش ۰.۹۲. محاسبه گردید.

Data Analysis

اطلاعات پس از جمع آوری با استفاده از روش های آمار توصیفی و آزمون های تی تست و ضریب همبستگی پیرسون تحت نرم افزار SPSS v ۱۹ مورد تجزیه و تحلیل انجام گرفتند.

Results

در این مطالعه ۱۱۳ نفر از دانشجویان پزشکی شرکت کردند بگونه ای که ۷۴ نفر دانشجویان سال اول و ۳۹ نفر دانشجویان سال آخر بودند. میانگین سنی کل دانشجویان شرکت کننده 20.86 ± 3.11 سال بود. اکثریت دانشجویان دختر (۶۰٫۲٪) و مجرد (۸۹٪) بودند. تنها ۳٫۵٪ از دانشجویان دارای سابقه ی آموزش قبلی در رابطه با منشور حقوق بیمار بودند (جدول شماره ۱).

مطابق با یافته های مطالعه در بین دانشجویان سال اول و سال آخر اکثریت دانشجویان به ترتیب ۵۲٪ و ۸۴٪ دیدگاه نسبتاً مطلوب در رابطه با رعایت حقوق بیمار داشتند (جدول شماره ۲). همچنین در بین کل دانشجویان گویه ی شماره ۲ «ارائه خدمات تشخیصی- درمانی بدون تبعیض نژاد از نظر جنسیت، قومیت، نوع بیمه، درآمد و ...» بیش ترین نمره را گرفته است و گویه ی شماره ۲۲ «بیان خطای پیش آمده در طول ارائه خدمات به بیمار توسط فرد مرتکب خطا» کم ترین نمره را گرفته است.

نتایج نشان داد میانگین نمره کلی دانشجویان سال اول 76.36 ± 13.90 و دانشجویان سال آخر 71.63 ± 8.08 بود که این اختلاف از نظر آماری معنی دار بود. بگونه ای که ضریب همبستگی پیرسون رابطه ی معکوس و معناداری را بین دیدگاه دانشجویان و ترم تحصیلی آن ها نشان داد ($P = .02$).

همچنین آزمون T مستقل در بررسی ارتباط بین سایر متغیرهای جمعیت شناختی سن، جنس و وضعیت تأهل و دیدگاه دانشجویان ارتباط معناداری را نشان نداد (جدول شماره ۳)

جدول شماره ۱: اطلاعات جمعیت شناختی دانشجویان شرکت کننده در مطالعه

متغیر	طبقه	میانگین و انحراف معیار
سن (سال)	سال اول	18.97 ± 1.12
	سال آخر	25.09 ± 1.57
متغیر جنس	طبقه	تعداد (۱۱۳)
	دختر	۶۸
تأهل	پسر	۴۵
	متأهل	۱۰۱
ترم تحصیلی	مجرد	۱۰۱
	سال اول	۷۴
	سال آخر	۳۹
	بلی	۴
درصد فراوانی		
		۶۰٫۲٪
		۳۹٫۸٪
		۸۹٫۴٪
		۱۰٫۶٪
		۶۵٫۵٪
		۳۴٫۵٪
		۳٫۵٪

سابقه آموزش قبلی	خیر	۱۰۹	٪۹۶٫۵
------------------	-----	-----	-------

جدول شماره ۲: درصد فراوانی دیدگاه دانشجویان سال اول و آخر در رابطه با رعایت حقوق بیمار

دوره تحصیلی	مطلوب	نسبتا مطلوب	نامطلوب
سال اول	٪۳۵	٪۵۲	٪۵
سال دوم	٪۷	٪۸۴	٪۲
کل دانشجویان	میانگین	۶۹٫۹۸	۹۴٫۵۸
	درصد فراوانی	٪۶۳	٪۴

جدول شماره ۳: ارتباط بین اطلاعات جمعیت شناختی و دیدگاه دانشجویان در رابطه با رعایت حقوق بیمار

متغیر	F	r*	p-value
ترم تحصیلی	-	-.۲۱	.۰۲
جنس	۱٫۱۴	-	.۷۷
تأهل	۱٫۱۸	-	.۶۸

:Conclusion

مطابق نتایج مطالعه اکثریت دانشجویان سال اول و سال آخر پزشکی دیدگاه نسبتا مطلوبی در رابطه با رعایت حقوق بیماران در بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر دارند. هم چنین اکثریت قریب به اتفاق دانشجویان شرکت کننده در مطالعه ی حاضر (٪۹۶٫۵) هیچ آموزشی در رابطه با مفاد منشور حقوق بیمار و چگونگی رعایت آن ندیده بودند؛ لذا با توجه به این که این دانشجویان، پزشکان آینده ی جامعه در مراکز بهداشتی و درمانی هستند، باید در جهت ارتقاء دانش، آگاهی و نگرش مطلوب آنان در رابطه با مفاد منشور حقوق بیمار، ضرورت اجرا و چگونگی اجرای آن در آموزش اخلاق پزشکی گام های مؤثری برداشت. از طرف دیگر نتایج مطالع نشان داد میانگین نمره دیدگاه دانشجویان سال آخر در مقایسه با دانشجویان سال اول کاهش یافته است این در حالی است که انتظار می رود با ارتقاء ترم تحصیلی دانشجویان و حضور بیشتر بر بالین بیمار و آموزش بیش تر، دانشجویان آگاهی و دیدگاه بهتری نسبت به حقوق بیماران در مقایسه با سال های اولیه ی تحصیل خود داشته باشند. بنابراین جستجوی عوامل مؤثر بر این مسأله و شناسایی موانع موجود، می تواند بستری مناسب جهت تسهیل ارائه خدمات درمانی در چهارچوب رعایت منشور حقوق بیمار و در نتیجه بهبود کیفیت خدمات و مراقبت های درمانی و رضایت بیماران را فراهم آورد.

تقدیر و تشکر

این مقاله نتیجه ی طرح تحقیقاتی مصوب شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر به شماره ثبت دپ/۲۰/۷۱/۹۳۱۴ می باشد. بدین وسیله نویسندگان مراتب سپاس و قدردانی خود را از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، مرکز توسعه ی پژوهش های بالینی بیمارستان آموزشی شهدای خلیج فارس بوشهر و نیز تمامی دانشجویان عزیز شرکت کننده در مطالعه، ابراز می دارند.

:Keywords

حقوق بیمار، دانشجویان پزشکی، دیدگاه دانشجویان



حیطہ:

یادگیری الکترونیکی

کد: ۱۷۴۵

حیطه: یادگیری الکترونیکی

طراحی، اجرا و ارزشیابی یادگیری مبتنی بر مورد الکترونیکی در دانشجویان دندانپزشکی

نویسندگان: سارا کارانجام، فرین کیانی یزدی،

Introduction:

یکی از شیوه‌های بسیار قدیمی آموزشی، مطالعه موردی (Case Based Learning) است [۱]. آموزش و یادگیری مبتنی بر مورد، از راهبردهایی است که باعث تقویت یادگیری فعال در دانشجویان شده و آنها را برای ارائه مراقبت‌های بالینی مهیا و با موقعیت‌ها و چالش‌های موجود در جهان واقعی در محیطی امن آشنا می‌سازد [۲]. این روش ابتدا در دانشگاه هاروارد معرفی و توسط رشته‌های مختلف دانشگاهی به‌عنوان راهبرد تدریس و وسیله‌ای برای حل مسأله و تصمیم‌گیری پذیرفته شده است [۳]. روش مذکور یک شیوه آموزش و یادگیری است که حول یک مورد تهیه شده است که بدیهی‌ترین مشخصه آن، استفاده از ابزار آموزشی به‌نام "مورد" است و به‌منظور مدیریت دانشجویان و فراهم‌کردن فرصتی برای تمرین موارد واقعی در موقعیت امن و بی‌خطر، پذیرش نقش و مسؤولیت و ایجاد تصمیم‌گیری در دانشجویان، طراحی شده است. روش موردی یک شیوه پداگوژیکال (وابسته به علم آموزش) است که بر اساس یادگیری از داستان بنا شده است و به نوبه خود یک شیوه موفق و قدیمی تعلیم و تربیتی محسوب می‌شود [۴]. در واقع داستان قدیمی‌ترین و طبیعی‌ترین شکل تحریک احساس است چرا که بیان داستان می‌تواند وظایف زیادی را انجام دهد و روشی برای به اشتراک گذاردن تجربیات گوناگون باشد [۴]. روش آموزش مبتنی بر مورد، بر این فرض است: زمانی که یادگیرنده با یک مسئله (مورد) روبه‌رو می‌شود، تلاش می‌کند موردی را که در موقعیت مشابه با آن روبرو شده به‌یاد بیاورد. در صورتی که قادر به بازیابی تجربیات قبلی شود، سعی می‌کند راه‌حل‌های یادآوری شده را مرور و از آن استفاده کند. نقش معلم در این روش، شروع‌کننده، میانجی‌گری و تسهیل‌کننده فرآیند یادگیری است و دانشجویان را به سوی اهداف جلسه هدایت می‌کند [۵]. همچنین می‌تواند به‌عنوان یکی از روش‌های تدریس به‌منظور اهداف آموزشی، تسهیل یادگیری به‌منظور کار در محیط بالینی و راهبرد حل مسأله استفاده شود [۶]. شیوه موردی، یادگیرندگان را با موقعیت واقعی شغلی خود مواجه می‌کند و فرصت‌هایی را برای تجزیه و تحلیل، تصمیم‌گیری و انجام آن فراهم می‌کند. این شیوه بر اساس روش سقراطی بنا شده است و سؤالاتی را در بر می‌گیرد که یادگیرنده را به یک پاسخ و نتیجه منطقی هدایت می‌کند. فرآیند کار از طریق مورد به چهار مرحله تقسیم می‌شود: (۱) تشخیص مشکل: این مرحله شامل بررسی مورد، جمع‌آوری اطلاعات، تجزیه و تحلیل نظام‌مند شرایط و تشخیص ارتباطات علمی باشد. (۲) تجزیه و تحلیل مشکل. (۳) فراهم کردن راه‌حل‌های گوناگون و مقایسه آنها با یکدیگر. (۴) تصمیم‌گیری قطعی و حل مسئله [۷]. آموزش عالی در زمان کنونی باید پویا باشد و برنامه‌های خود را به گونه‌ای ارائه نماید که متناسب با نیازهای جامعه و دانش علمی هر رشته باشد به‌طوری که دانش‌آموختگان این رشته‌ها بتوانند در تحقق اهداف مذکور، نقش خود را به خوبی ایفا نمایند و فرصت خودآموزی و خودکفایی در امر تحصیل داشته باشند [۸]. توسعه سریع فناوری‌های اطلاعات و ارتباطات فرصت‌های جدیدی را در زمینه برنامه‌ریزی و اجرای شیوه‌های نوین آموزش ایجاد کرده است [۹]. در نظام‌های نوین آموزشی، سعی بر این است که با بهره‌گیری از شیوه‌های آموزش نوین و استفاده از رسانه‌های گوناگون فرآیند یاددهی-یادگیری با کارایی مناسب صورت پذیرد [۱۰]. کسب مهارت‌های مختلف از جمله یادگیری الکترونیکی می‌تواند برای دانشجویان، استفاده از دانش جدید را میسر سازد و دانشکده‌های پزشکی حول محور استفاده از چنین مهارت و دانشی پی‌ریزی می‌گردند. بالطبع دانش و توانایی‌هایی که در پایان یک دوره آموزش آکادمیک پزشکی عمومی یا تخصصی کسب می‌گردد، برای کار درمانی در آینده کافی نمی‌باشد [۳]. تاثیرات رشد فناوری یادگیری الکترونیکی در حوزه علوم پزشکی بسیار چشم‌گیر بوده است و بررسی ابعاد اثرات یادگیری الکترونیکی در علوم پزشکی اهمیت فراوانی دارد [۱۱]. یادگیری به‌ویژه در علوم پزشکی، کسب یک دانش و مهارت و به‌کاربردن آن در عمل است که بایستی به مدت

طولانی ادامه داشته باشد [۱۲]. یادگیری الکترونیکی را می‌توان به‌عنوان مهمترین عامل جهش علمی و فرهنگی در جهان معاصر دانست [۱۳]. از آنجا که در کنار پیشرفت روز افزون فناوری آموزش، نیازهای آموزشی نیز در حال پیشرفت است، نیازمند روش‌های جدید برای برطرف کردن نیازهای آموزشی افراد، بدون توجه به شرایط زمانی و مکانی هستیم. از طرفی با استفاده از یادگیری الکترونیکی می‌توان فاصله بین تئوری تا عمل را پر و یادگیرنده را تشویق به مشارکت و حل مسئله کرد [۱۴]. در پژوهشی که توسط ذوالفقاری با عنوان "تأثیر دو روش یادگیری الکترونیکی و سخنرانی بر یادگیری درس بهداشت مادر و کودک دانشجویان پرستاری" انجام گرفت، این نتیجه به‌دست آمد که در صورت فراهم شدن شرایط لازم و ایجاد سیستم آموزش مناسب در شبکه‌های مجازی، یادگیری الکترونیکی می‌تواند به‌عنوان راه‌کاری برای رفع نیازهای فزاینده آموزش عالی استفاده گردد [۱۵]. یکی از مزایای یادگیری الکترونیکی حضور فعال دانشجو در امر آموزش است که آموزش را از شیوه استاد محوری و جزوه نویسی به دانشجو محوری تغییر می‌دهد. از مزایای دیگر آن صرف زمان بیشتر برای آموزش هر یک از دانشجویان و امکان مرور مطالب توسط آنان می‌باشد. این روش، استفاده از اطلاعات بدون محدودیت جغرافیایی را برای افراد فراهم می‌کند، همچنین به دلیل ایجاد زمان بیشتر برای اساتید برای تحقیق و پژوهش و آموزش افراد بیشتر از نظر اقتصاد نیز مقرون به صرفه است [۱۶]. این شیوه با هدف یادگیری خود راهبری، استقلال و یادگیرنده محوری طراحی شده است. یادگیری مبتنی بر مورد، آشکارا حافظه، یادگیری و استدلال را با یکدیگر تلفیق می‌کند.

از نظر شیوه‌های ارتباطی یادگیری الکترونیکی به دو ارتباط ناهم‌خط (Asynchronous (offline)) و هم‌خط (Synchronous (online)) تقسیم می‌شود. ارتباط ناهم‌خطی است که در یک زمان اتفاق نمی‌افتد. ارتباط ناهم‌خط به دانشجویان کمک می‌کند تا متناسب با موقعیت شغلی و خانوادگی خود در هر زمان به برنامه درسی دسترسی داشته باشند. با استفاده از این امکانات دانشجویان برای شرکت در بحث‌ها، طرح سؤالات، ارائه پاسخ‌ها و انجام تکالیف زمان بیشتری برای تامل و تفکر در اختیار دارند و می‌توانند آموخته‌های خود را در موقعیت‌های واقعی به‌کار ببندند. این نوع یادگیری به یادگیرنده اجازه می‌دهد که در زمان و مکان مناسب خود به محیط یادگیری وارد شود، به محتوای آموزشی دسترسی داشته یا با افراد دیگر تعامل داشته باشد.

اما یادگیری هم‌خط به فعالیت‌هایی اطلاق می‌گردد که در یک زمان اتفاق می‌افتد. در یادگیری هم‌خط یادگیرنده با مدرس و یادگیرندگان یا با محتوا در یک زمان ارتباط برقرار می‌کند. ارتباط هم‌خط دانشجو با مدرس، دانشجویان دیگر و سایر موارد یادگیری شرایطی را برای او فراهم می‌سازد تا روحیه جمعی و تعلق به گروه را بیشتر حس کند، از بازخوردهای سریع و به موقع مدرس و همکاران بهره‌گیرد و هماهنگ با دیگران در برنامه درسی پیشرفت کند.

از دیگر مباحث این پژوهش تالار گفتمان (فروم) می‌باشد که یکی از شیوه‌های یادگیری ناهم‌خط است. بر طبق گفته Williams، تالارگفتمان به وسیله مشارکت گروهی با هدف جستجوی اطلاعات یا حل مشکلاتی که در زندگی افراد به وقوع می‌پیوندد مورد استفاده قرار می‌گیرد. بنابراین تالار گفتمان اینترنتی نماینده یک زمینه اجتماعی برای حمایت از یادگیری است. این شیوه آموزشی علاوه بر خلق اطلاعات، سبب ذخیره اطلاعات شده و باعث توسعه کاربردهای محیط آموزشی رسمی و غیررسمی می‌شود. در تالار گفتمان به اشتراک‌گذاری اطلاعات میان یادگیرندگان سبب افزایش مباحثه، تعامل و در نهایت تفکر انتقادی می‌گردد. افراد می‌توانند مفاهیم آموخته شده را باز تعریف کرده و به یکدیگر انعکاس دهند. این ارتباطات اجتماعی مجازی سبب ایجاد حس کسب دانش در یادگیرندگان می‌شود [۱۷]. بر اساس پژوهش محمد و همکاران، در خصوص مقایسه تالارهای گفتمان اینترنتی، چت کردن متنی و تعامل یادگیری هم‌خط از دید دانشجویان گزارش داده شد که دانشجویان به استفاده از تالارگفتمان اینترنتی (در مقایسه با دو روش دیگر) علاقه بیشتری از خود نشان می‌دهند [۱۸]. مطالعه Morrison و همکاران، نشان داد که استفاده از تالارگفتمان اثرات مفیدی بر شیوه آموزش خودخوان اعمال می‌کند و زمینه‌ای برای تسهیل جستجو و تبادل اطلاعات و ابزاری برای تجزیه و تحلیل داده‌های خاص آموزشی فراهم می‌آورد [۱۹]. همچنین بر پایه پژوهش Kizilcec و همکاران، محیط گفتگوهای الکترونیکی سبب ایجاد اعتماد و انسجام گروهی در یک ترم آموزشی می‌شود [۲۰].

اگر چه یادگیری کاربردی و اثربخش در آموزش پزشکی همواره مورد توجه بوده و نیز یادگیری الکترونیکی زمینه‌ای را فراهم ساخته است تا بسیاری از آرمان‌های آموزشی (مانند یادگیری در هر زمان و مکان، یادگیری مشارکتی، خود ارزیابی و خودراهبری) در بسیاری از رشته‌ها از جمله علوم پزشکی تحقق یابد اما نیاز به یادگیری الکترونیکی برای آموزش جامعه پزشکی که مخاطبان فراوان با تنوع گسترده علایق، تجارب و نیازهای آنها دارد بیشتر محسوس است [۱۲]. بنابراین نظر به نارسایی‌های سیستم فعلی و آموزش و روش‌های سنتی در آماده‌سازی حرفه‌ای دانشجویان دندانپزشکی و با توجه به نیاز مبرم این گروه به دانش روز که خود مجموعه اطلاعات بسیار وسیعی را شامل می‌شود، باید روش‌ها و شیوه‌های آموزشی دانشجو محور و خودراهبر بیشتر مورد بررسی و استفاده قرار بگیرند [۸]. با توجه به مطالب فوق در این پژوهش سعی شد تا مقایسه تأثیر روش آموزشی مبتنی بر مورد به دو شیوه حضوری و الکترونیکی نبرخط بر میزان دانش و نگرش دانشجویان دندانپزشکی دوره عمومی در زمینه بیماری‌های لثه بررسی گردد.

Objectives

- ۱) آیا سطح دانش دانشجویان دندانپزشکی در مورد درس بیماری‌های لثه به روش یادگیری الکترونیکی نبرخط (تالار گفتمان) قبل و بعد از آموزش تفاوتی دارد؟
- ۲) آیا سطح دانش دانشجویان دندانپزشکی در مورد درس بیماری‌های لثه به روش حضوری قبل و بعد از آموزش حضوری تفاوتی دارد؟
- ۳) سطح دانش دانشجویان دندانپزشکی در مورد درس بیماری‌های لثه بعد از آموزش به شیوه حضوری و الکترونیکی چه تفاوتی دارد؟
- ۴) سطح نگرش دانشجویان گروه یادگیری الکترونیکی و آموزش حضوری چه تفاوتی با هم دارند؟

Study Design

این مطالعه از نوع نیمه تجربی می‌باشد. جامعه پژوهش شامل دانشجویان رشته دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز در سال ۹۴-۱۳۹۳ می‌باشند که درس پریو عملی ۴ را می‌گذرانند و واحدهای پرودنتولوژی نظری را به‌طور کامل گذرانده بودند.

Study Setting

جامعه آماری این پژوهش شامل ۴۴ نفر از دانشجویان رشته دندانپزشکی "دانشکده دندانپزشکی شیراز" می‌باشد، که درس پریو عملی ۴ را می‌گذرانند و واحدهای پرودنتولوژی نظری را به‌طور کامل گذرانده اند و بصورت سرشماری انتخاب شدند

Participan

نمونه‌های پژوهش دانشجویانی بودند که واحدهای پرودنتولوژی نظری را به‌طور کامل گذرانده اند

Sample Size

طی یک فراخوان تعداد ۶۰ نفر از دانشجویان دانشکده دندانپزشکی در این طرح پژوهشی متقاضی گردیدند، که در انتها ۴۴ نفر شرکت نمودند.

دانشجویان به طور تصادفی، بر اساس روش تصادفی سازی بلوکی (Block Randomization) به دو گروه حضوری (۲۴ نفر) و الکترونیکی (۲۰ نفر) تقسیم شدند.

Data Gathering Tool

برای سنجش میزان دانش و آگاهی دانشجویان در دو شیوه آموزش، پرسشنامه‌ای با محتوای ۸ سؤال تشریحی تک جوابی انجام شد. لازم به ذکر است به منظور بررسی روایی محتوای سؤالات پرسشنامه دانش و آگاهی، پرسشنامه فوق توسط ۶ نفر از اساتید، از لحاظ رسایی، مفهوم و مناسبت علمی مورد بررسی قرار گرفت. سؤالات نامناسب با اجماع داوران حذف یا بر اساس نظر آنها تغییر داده شدند. در نهایت پرسشنامه‌ای شامل ۸ سؤال به دست آمد. به منظور بررسی پایایی سؤالات، پرسشنامه جمع‌آوری شده، به صورت پاسخ غلط و صحیح (صحیح = ۱، غلط = ۰) شماره‌گذاری شدند و ضریب کودر-ریچاردسون برابر با مقدار قابل قبول $KR-20 = 0.58$ محاسبه شد. این پرسشنامه به صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون در اختیار دانشجویان قرار داده شد که سؤالات پس‌آزمون مشابه پیش‌آزمون طراحی شد.

Data Analysis

در این مطالعه پژوهشگران با استفاده از دو روش یادگیری مبتنی بر مورد حضوری و الکترونیکی (تالارگفتمان) تأثیر متغیر مستقل روش آموزش را بر متغیر وابسته یادگیری بر روی نمونه‌های پژوهش بررسی کردند. پژوهش حاضر توسط کمیته اخلاق دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، با کد اخلاقی ۷۴۲۵-۹۳۷۵-CT مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. به تمامی دانشجویان شرکت‌کننده در این پژوهش در رابطه با اهداف مربوط به این مطالعه اطلاعات کافی داده شد. دانشجویان مطلع گردیدند که امکان هر گونه پرسش و بحث در مورد نحوه اجرای مطالعه از مجریان طرح وجود دارد و همچنین نتایج حاصل از این تحقیق نزد محقق کاملاً محرمانه بوده و تأثیری در نمره پایان ترم آنها ندارد. همچنین در هر زمان در صورت تمایل می‌توانند از مطالعه خارج شوند. پس از ارائه این اطلاعات به داوطلبین، فرم رضایت آگاهانه از آنان اخذ گردید. برای سنجش میزان دانش و آگاهی دانشجویان در دو شیوه آموزش، پرسشنامه‌ای با محتوای ۸ سؤال تشریحی تک جوابی انجام شد. لازم به ذکر است به منظور بررسی روایی محتوای سؤالات پرسشنامه دانش و آگاهی، پرسشنامه فوق توسط ۶ نفر از اساتید، از لحاظ رسایی، مفهوم و مناسبت علمی مورد بررسی قرار گرفت. سؤالات نامناسب با اجماع داوران حذف یا بر اساس نظر آنها تغییر داده شدند. در نهایت پرسشنامه‌ای شامل ۸ سؤال به دست آمد. به منظور بررسی پایایی سؤالات، پرسشنامه جمع‌آوری شده، به صورت پاسخ غلط و صحیح (صحیح = ۱، غلط = ۰) شماره‌گذاری شدند و ضریب کودر-ریچاردسون برابر با مقدار قابل قبول $KR-20 = 0.58$ محاسبه شد. این پرسشنامه به صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون در اختیار دانشجویان قرار داده شد که سؤالات پس‌آزمون مشابه پیش‌آزمون طراحی شد.

دانشجویان گروه حضوری به شیوه سنتی (سخنرانی کلاس درس) در تحقیق شرکت نمودند. قبل و بعد از آموزش از دانشجویان پیش‌آزمون و پس‌آزمون انجام شد. پس از گرفتن پیش‌آزمون از دانشجویان شرکت‌کننده در روش آموزش حضوری، ۸ مورد از بیماری‌های مختلف در محدوده بیماری‌های لته به صورت ارائه اسلاید و پرسش و پاسخ توسط استاد مربوطه مطرح شد. همچنین بررسی پرونده بیمار مطابق با فراگرد آموزشی طراحی شده صورت گرفت. دانشجویان با کمک استاد بیماری مطرح شده را مورد ارزیابی قرار دادند. محتوای آموزش شامل سرفصل مطالب درسی و اهداف آموزشی بخش بود به دانشجویان ارائه شد. در نهایت بلافاصله پس از آموزش آزمون برای بیان تشخیص نهایی در مورد نوع بیماری و نحوه تشخیص آن مشابه با آنچه آموزش داده شده بود در اختیار دانشجویان قرار گرفت. برای دانشجویان شرکت‌کننده در گروه یادگیری الکترونیکی مبتنی بر مورد در تالار گفتمان ابتدا ساختار فراگرد این یادگیری الکترونیکی تهیه گردید. به‌طور کلی، ساختار فراگرد بر نحوه به هم پیوستن فراگردها و عوامل متعدد، برای دستیابی به یک نتیجه معین دلالت دارد. فرآیند استفاده شده در این پژوهش به صورت یک فراگرد آموزشی برای دانشجویان دندانپزشکی می‌باشد. منظور از فراگرد تغییر به سوی هدف با استفاده از ساز و کار بازخورد می‌باشد. هر فراگرد دارای سه قسمت است: (۱) هدف؛ (۲) ساختار؛ (۳) نتیجه. فراگرد تغییر خود دارای سه مرحله است [۱]: خروج از انجماد، تغییر رفتار و تثبیت رفتار جدید [۲۱].

در این روش کل محتوای الکترونیکی درس مطابق با محتوای کلاس حضوری، مستندات مورد نیاز همچون سؤالات و صفحات مورد نظر از کتب مرجع و تصاویر مرتبط با بیماری بر روی تالار گفتگو بارگذاری شد. هیچ کلاس درس حضوری برای این دسته از دانشجویان تشکیل نگردید. همچنین دستوالعمل‌هایی برای چگونگی انجام فعالیت‌های آموزشی قبل از ورود به سیستم در اختیار دانشجویان قرار گرفت. برای هر کدام از دانشجویان نام کاربری و کلمه عبور برای دسترسی به این سیستم تهیه شد. همچنین برای هر کدام از دانشجویان یک نام کاربری مستعار (با این هدف که دانشجویان به راحتی و بدون ترس از اشتباه بودن جواب سؤالات نظرات خود را بیان کنند) در نظر گرفته شد و قبل از ورود به سیستم این اطلاعات (نام کاربری، کلمه عبور، نام مستعار و آدرس سایت) به‌طور کامل در اختیار آنان قرار داده شد.

پس از گرفتن پیش‌آزمون از دانشجویان شرکت‌کننده در روش یادگیری الکترونیکی ۸ مورد از یک بیماری، به همراه عکس و تاریخچه مربوط به آن بیماری برای تشخیص و درمان با فراگرد آموزشی طراحی شده به دانشجویان در فضای مجازی ارائه شد. این امر به‌منظور برقراری تعامل و به اشتراک گذاردن تجارب و نظرات افراد و بحث و گفتگو یک بیماری در تالار گفتمان در نظر گرفته شد. به دانشجویان مدت دو شبانه روز زمان داده شد تا در هر قسمت از این بازه زمانی بتوانند برای شرکت در تالار، برقراری تعامل با یکدیگر و به اشتراک گذاردن تجارب حضور یابند. در نهایت پرسشنامه‌ای برای تعیین نگرش دانشجویان پس از تدریس به شیوه الکترونیکی به آنها داده شد. برای گردآوری داده‌ها به منظور ارزیابی نگرش دانشجویان نسبت به دو شیوه آموزش حضوری و الکترونیکی از پرسشنامه چهارده سؤالی که توسط سید نقوی [۲۲] تهیه شده بود، استفاده گردید. میزان پایایی این پرسشنامه، برابر با مقدار قابل قبول $\alpha=0/92$ گزارش شد. این پرسشنامه از مقیاس لیکرت تبعیت می‌کرد. هر سؤال از ۱ که نشان دهنده "کاملاً مخالف" تا مقیاس ۵ که نشان‌دهنده "کاملاً موافق" بود، بین دانشجویان توزیع شد.

در این مطالعه از آزمون تی زوجی (Paired t test) برای مقایسه نمره قبل و بعد دانشجویان در هر گروه، از آزمون تی مستقل (Students t test) برای مقایسه تغییرات ایجاد شده در نمره و همچنین نگرش دانشجویان در دو گروه استفاده شد. در صورت انحراف از فرض نرمال بودن، از معادله‌های ناپارامتری این آزمون‌ها استفاده گردید. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ استفاده شد. سطح معناداری نیز برابر با ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. برای تحقق اهداف اخلاقی به دانشجویان اطمینان داده شد که نمره کسب شده در آزمون بررسی دانش محرمانه بوده و تأثیری در نمره پایان ترم آنها نخواهد داشت. به‌منظور مقایسه میزان تأثیر دو شیوه آموزشی، میزان تغییر در نمره هر فرد به‌صورت "نمره قبل از آموزش-نمره پس از آموزش" Δ محاسبه شد.

:Results

میانگین کلی سن شرکت‌کنندگان برابر با $(1/57 \pm 23/11)$ با محدوده ۲۲ تا ۳۲ سال بود. میانگین سنی در گروه آموزش حضوری $(2/04 \pm 23/21)$ و الکترونیکی $(0/72 \pm 23)$ تفاوت معناداری نداشتند ($p=0/546$). نسبت جنسی (درصد زنان) در هر دو گروه آموزش حضوری $(0/667)$ و الکترونیکی $(0/75)$ مشابه بود ($p=0/546$). میانگین نمره آگاهی اولیه نیز در دو گروه آموزش حضوری (میانگین = ۲، $1/13 \pm 1/83$) و گروه یادگیری الکترونیکی (میانگین = ۲، $1/63 \pm 2/15$) تفاوت معناداری نداشتند ($p=0/647$). (جدول ۱). جدول ۱: مقایسه متغیرهای دموگرافیک و نمره اولیه افراد در دو گروه آموزشی

متغیر		آموزش حضوری	یادگیری الکترونیکی	p	کل افراد
سن		$23/21 \pm 2/04$	$23 \pm 0/72$	۰/۶۶۷	$23/11 \pm 1/57$
جنس	مرد	۸ نفر ($0/33/3$)	۵ نفر ($0/25$)	۰/۵۴۶	۱۳ نفر ($0/29/5$)
	زن	۱۶ نفر ($0/66/7$)	۱۵ نفر ($0/75$)	۰/۵۴۶	۳۱ نفر ($0/70/5$)
نمره آگاهی اولیه		$1/83 \pm 1/13$	$2/15 \pm 1/63$	۰/۶۴۷	$1/98 \pm 1/37$

جدول ۲: مقایسه نمره آگاهی قبل و بعد از مداخله و مقدار تغییر آن بین گروه‌های آموزشی و دو جنس

آگاهی						
***P	**(Δ)	*P	پس از مداخله	قبل از مداخله	گروه	
۰/۲۱۶	۳ (۲/۸۳±۱/۲۰)	<۰/۰۰۱	۴/۶۷ ± ۱/۶۸	۱/۸۳±۱/۱۳	آموزش حضوری	گروه
	۳ (۳/۳۵±۱/۷۵)	<۰/۰۰۱	۵/۵ ± ۱/۱	۲/۱۵±۱/۶۳	یادگیری الکترونیکی	
۰/۸۲۲	۳ (۳/۲۳±۱/۹۲)	<۰/۰۰۱	۴/۸۵±۱/۵۱	۱/۶۱±۱/۳۲	مرد	جنس
	۳ (۳±۱/۲۹)	<۰/۰۰۱	۵/۱۲±۱/۴۹	۲/۱۳±۱/۳۸	زن	

* آزمون ویلکاکسون

**تغییر در نمره آگاهی به صورت: تفاضل نمره بعد از قبل محاسبه شده (نمره قبل - نمره بعد = Δ). مقادیر این ستون جدول، میانه (میانگین \pm انحراف معیار) هستند.

***آزمون من ویتنی

مقدار تغییر (Δ) در نمره آگاهی در گروه آموزش حضوری (میانه=۳) و یادگیری الکترونیکی (میانه=۳) تفاوت معناداری نداشت (p=۰/۲۱۶).

به طور کلی (در هر دو گروه روی هم) میزان تغییر در سطح آگاهی برای زنان (میانه=۳) و مردان (میانه=۳) تفاوت معناداری وجود نداشت (p=۰/۸۲۲). جدول ۲، نتایج مربوط به مقایسه نمره آگاهی قبل و پس از آزمون در هر گروه به طور جداگانه نیز را بر اساس آزمون رتبه‌های علامت‌دار ویلکاکسون نمایش می‌دهد. در هر دو گروه افزایش معناداری در سطح آگاهی افراد پس از استفاده از آموزش مشاهده شد (هر دو p<۰/۰۰۱). با توجه به اینکه مقدار تغییر در نمره آگاهی (Δ) بین دو گروه تفاوت معناداری نداشت، مقایسه دو جنس در کل دو گروه صورت گرفت و به طور مجزا برای هر گروهی انجام پذیرفت.

جدول ۳، نتایج مربوط به مقایسه نمره نگرش بین گروه‌های افراد شرکت‌کننده را نمایش می‌دهد. میانگین نمره نگرش افراد حاضر در شیوه حضوری (۵۵/۰۴±۸/۹۵) و الکترونیکی (۵۴/۹۵±۷/۱۸) تفاوت معناداری نداشت (p=۰/۹۷۱). همچنین در میزان نگرش زنان (۵۵/۶۸±۸/۲۹) و مردان (۵۲/۳۸±۷/۷۰) به شیوه‌های آموزشی تفاوتی ملاحظه نشد (p=۰/۳۹۸).

جدول ۳: مقایسه نمره نگرش بین گروه‌های آموزشی و دو جنس

*P	میانگین \pm انحراف معیار	گروه آموزشی	
۰/۹۷۱	۵۵/۰۴±۸/۹۵	حضور	گروه
	۵۴/۹۵±۷/۱۸	الکترونیکی	
۰/۳۹۸	۵۴/۹۵± ۷/۱۸	مرد	جنس
	۵۵/۰۴± ۸/۹۵	زن	

*آزمون t مستقل (Student's t test)

همچنین رابطه معناداری بین سن شرکت کنندگان با نمره نگرش آنها ($r=0.087, p=0.573$) و همچنین با نمره تغییر در آگاهی آنان ($r=0.551, p=0.092$) وجود نداشت.

با توجه به اینکه مقدار تغییر در نمره نگرش (Δ) بین دو گروه تفاوت معناداری نداشت، مقایسه دو جنس در کل دو گروه صورت گرفت و به طور مجزا برای هر گروهی انجام پذیرفت.

Conclusion

این پژوهش با هدف مقایسه آموزش مبتنی بر مورد به دو شیوه حضوری و الکترونیکی نابرخط (تالار گفتمان) و تأثیر آن بر میزان دانش و نگرش دانشجویان دندانپزشکی دوره عمومی دانشگاه علوم پزشکی شیراز انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد که از لحاظ آماری تفاوت معناداری بین میانگین توزیع جنسی و سنی گروه آموزش حضوری و گروه الکترونیکی وجود نداشت. پژوهش کنونی در هر دو گروه افزایش معناداری را در سطح آگاهی و دانش افراد (در هر دو گروه زنان و مردان) نشان می‌دهد. این یافته‌ها در راستای نتایج برخی دیگر از پژوهش‌هایی است که روش‌های سنتی و نوین در آموزش را با هم مقایسه کرده‌اند. بر اساس پژوهش انجام گرفته توسط Morrison و همکاران، شیوه آموزش خودخوان و آموزش مبتنی بر تالار گفتمان (در رابطه با مبحث نحوه استفاده از تالار گفتمان) با یکدیگر مقایسه گردید. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل محتوای داده‌های این پژوهش حاکی از تأثیر مفید آموزش مبتنی بر تالار گفتمان در مقایسه با شیوه آموزش خودخوان بوده است [۱۹]. پژوهشی دیگر که توسط محمد و همکاران به منظور شناسایی مناسب‌ترین گزینه برای یادگیرندگان از میان ۳ شیوه متفاوت یادگیری الکترونیکی (تالار گفتمان، چت متنی، تعامل برخط) انجام شد، بیانگر این مطلب بود که تالار گفتمان برای یادگیرندگان نسبت به ۲ روش دیگر ارجحیت دارد [۱۸]. در پژوهش Seethamraju، اثربخشی رویکرد آموزشی متشکل از بحث‌های برخط و مطالعه موردی، بررسی شد و پس از استفاده از روش تجزیه و تحلیل کمی و کیفی محقق به این نتیجه دست یافت که استفاده هم‌زمان از این دو روش، کیفیت آموزش را ارتقا می‌دهد [۲۳]. همچنین در پژوهش کنونی در هر دو گروه افزایش معناداری در سطح آگاهی و دانش افراد (برای زنان و مردان) پس از استفاده از آموزش مشاهده شد که در هر دو گروه آموزشی یکسان بود و تفاوت معناداری مشاهده نشد. نتایج حاصل از پژوهش عباس‌زاده و همکاران نیز بیانگر یکسان بودن تأثیر آموزش مبتنی بر چند رسانه‌ای و سنتی می‌باشد [۲۴]. Hugenholtz و همکاران در پژوهش خود در سال ۲۰۰۸ نشان داد که هر دو روش آموزش مبتنی بر چند رسانه‌ای و سنتی بر آگاهی افراد مؤثر بوده و تفاوت معناداری بین آنها وجود ندارد [۲۵]. در نظرسنجی به عمل آمده در مطالعه حاضر تفاوتی در میزان نگرش دانشجویان که درس پرودنتولوژی را به دو شیوه حضوری و الکترونیکی مبتنی بر مورد دریافت کرده‌اند، وجود ندارد. WOO و همکاران نیز در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که در میزان نگرش دانشجویانی که درس روش تحقیق را به دو شیوه مبتنی بر چند رسانه‌ای و حضوری گذراندند، تفاوتی وجود ندارد [۲۶]. در عین حال مطالعاتی نیز وجود دارند که برتری روش یادگیری الکترونیکی را نسبت به روش سنتی از دو جنبه دانش و نگرش نشان می‌دهند. از جمله در پژوهش صورت گرفته توسط ظریف‌صنایعی و همکاران متوسط نمره رضایت مندی در شیوه مبتنی بر چند رسانه‌ای به حد معناداری بالاتر از گروه سنتی بود [۱۴].

همچنین Waßmann و همکاران، در پژوهش خود به یادگیری الکترونیکی در محیط وب اشاره می‌کنند که این ابزار آموزشی به‌عنوان یک سایت یا یک مرکز اطلاعاتی متصل به مجموعه‌ای از کانال‌های ارتباطی عمل می‌کند. در این مطالعه، از روش ارزیابی "ترم فشرده به روش یادگیری الکترونیکی باز" استفاده شده است که متشکل از مجموعه مطالب مورد نیاز برای ارتقای کیفیت آموزش می‌باشد و با روش سنتی آموزش در دانشجویان مقایسه شده است. پس از استفاده از این ابزار تحلیلی، نتایج نشان داد که آموزش الکترونیکی در محیط وب اولین راه‌حل عملی برای ایجاد و اصلاح محیط آموزش مشارکتی است [۲۷]. در مطالعه Souk Sang نیز، شیوه یادگیری الکترونیکی مبتنی بر موبایل، به‌عنوان نوعی از سبک آموزشی "همه جا حاضر" مورد بررسی قرار گرفت. در این پژوهش این روش به‌عنوان مکملی برای آموزش سنتی یادگیرندگان مدنظر قرار

گرفت و پس از ارزیابی مشخص گردید که این سبک باعث حمایت از آموزش و نظارت بر دانشجویان، افزایش تعاملات میان دانشجویان و نهایتاً افزایش سطح یادگیری گردیده است [۱۳]. فانی و همکاران نیز در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که میزان دانش در گروه مبتنی بر چند رسانه‌ای به‌طور معناداری بیشتر از روش سنتی می‌باشد. در عین حال، طبق نتایج مطالعه این تحقیق متوسط نمره رضایت‌مندی و یادداری بین دو شیوه تفاوت معناداری نداشت [۸]. ساعدی‌نژاد و همکاران در تحقیق خود چنین نتیجه‌گیری می‌نمایند که شاید یکی از علل عدم تفاوت در رضایت‌مندی دو شیوه آموزشی استفاده ناکافی از روش خلاق آموزشی و نوپا بودن شیوه یادگیری الکترونیکی برای دانشجویان می‌باشد [۲۸]. هر چند در این پژوهش سعی بر آن شده است تا جذابیت و خلاقیت در روش یادگیری الکترونیکی به‌کار گرفته شود به نظر می‌رسد این روش نوپای آموزشی نیاز به کار و خلاقیت بیشتر دارد.

به نظر می‌رسد که یکی از دلایل عدم تفاوت در میزان یادگیری و نحوه نگرش دو گروه مورد بررسی در مطالعه حاضر، کوتاه بودن دوره آموزشی برای هر دو گروه باشد. محققین بر این باورند که اگر به جای ارائه یک جلسه آموزش سنتی و یک دوره یادگیری الکترونیکی به روش تالار گفتمان، کل درس پرپودنتولوژی یک ترم به این دو روش ارائه می‌گردید و با هم مقایسه می‌شد، هم تفاوت در میزان یادگیری دانشجویان بازرتر بود و هم اینکه شرکت‌کنندگان قادر به قضاوت بهتر و ارائه نگرش دقیق‌تری بودند. با توجه به اینکه مراکز آموزش پزشکی همواره به دنبال روش‌های آموزشی متنوع و جدید می‌باشند که در مقابل سایر روش‌های به‌کار رفته در آموزش از کارایی و اثربخشی بالاتری برخوردار باشد، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش مبتنی بر مورد به هر دو شیوه حضوری و الکترونیکی می‌تواند تأثیرات مثبتی را در افزایش یادگیری و دانش به همراه داشته باشد.

در تالار گفتمان تعامل بین یادگیرندگان بیشتر بوده و آنها در این تعاملات از مکانیزم بازخورد برای ارزیابی مستمر سطح یادگیری خود بهره می‌گیرند. همان‌طور که نتیجه این تحقیق هم نشان داده تالار گفتمان به اندازه جلسات بحث و گفتگوی رو در رو و حضوری می‌تواند اثربخش باشد. همچنین به نظر می‌رسد که در روش آموزش به شیوه تالارگفتمان، دانشجویان غیر فعال در کلاس‌های حضوری نظرات و پیشنهادات خود را راحت‌تر بیان نموده و تعاملات بیشتری با هم گروهی‌های خود دارند. ضمن اینکه در یادگیری الکترونیکی به شیوه فروم نیاز به زمان [۲۹] و هزینه کمتر برای مطالعه و یادگیری [۳۰] نسبت به روش آموزش حضوری می‌باشد. شرکت‌کنندگان در یادگیری الکترونیکی به شیوه تالار گفتمان می‌توانند زمان (در این شیوه آموزشی قابلیت استفاده مکرر از اطلاعات آموزشی در طی زمان‌های مختلف وجود دارد) و مکان یادگیری خویش به دلخواه را تعیین نمایند. در این شیوه آموزشی دانش ضمنی افراد به دانش آشکار تبدیل شده و فراگیران امکان استفاده از دانش خود را در دنیای واقعی دارند، ضمن اینکه آسیب‌های موجود در محیط کار بالینی وجود ندارد [۳۱]. در استفاده از این روش استقلال و آزادی عمل یادگیرندگان بیشتر شد و افراد به تفکر برای بروز خلاقیت و نوآوری تشویق می‌گردند [۳۰]. در نهایت نتایج این تحقیق نشان داد که میزان یادگیری دانشجویان در روش یادگیری الکترونیکی تالار گفتمان نسبت به روش آموزش حضوری یکسان بود. همچنین، میزان نگرش دانشجویان در هر دو گروه یکسان و مشابه بود. با توجه به مؤثر بودن یادگیری الکترونیکی در کاهش زمان و صرفه‌جویی در هزینه‌ها و امکانات آموزشی دانشجویان و اساتید، بهتر است این شیوه نوین به‌عنوان بخشی از آموزش در برنامه آموزشی پزشکی گنجانده گردد.

:Keywords

دانش، نگرش، آموزش، یادگیری مبتنی بر مورد، تالار گفتگو، یادگیری الکترونیکی

کد: ۱۵۰۸

حیطه: یادگیری الکترونیکی

مقایسه تاثیر آموزش مداوم الکترونیکی و حضوری بر ارتقا سطح دانش دندانپزشکان عمومی در مبحث بلیچینگ

نویسندگان: صدیقه السادات هاشمی کمانگر، زهرا زینتی، میترا ذولفقاری

Introduction

امروزه آموزش دندانپزشکی با وجود تقاضای روز افزون و افزایش تعداد دانشجویان و منابع محدود استاد با مشکل مواجه است. نگرانی که وجود دارد این است که این قبیل مشکلات ممکن است استاندارد های آموزش و در نتیجه عملکرد کلینیکی آینده را تحت الشعاع قرار دهد. (۱)

آموزش مداوم یک فعالیت ضروری برای حفظ مهارت های حرفه ایی دانش آموختگان است. حتی اگر آموزش های دانشگاهی (عمومی و تخصصی) کافی باشند نمی تواند تضمین کننده ی مهارت های کافی در طول عمر حرفه ایی پزشک باشد زیرا عمر متوسط دانش مفید به ویژه در قرن کنونی که عصر انفجار اطلاعات است بسیار کوتاه شده است. (۲-۴)

در حال حاضر آموزش دندانپزشکی یک روند مداوم و یک وظیفه ی حرفه ایی و اخلاقی است که از زمان دانش آموختگی تا پایان دوران طبابت باید ادامه داشته باشد یک دندانپزشک وظیفه دارد برای ارتقاء سطح آموزش های خود در برنامه های آموزش مداوم شرکت نماید (۵). در منابع، به ارزیابی برنامه های آموزش مداوم و پژوهش درباره آن به عنوان یک نیاز اشاره می شود. (۶، ۷)

تدریس سنتی استاد محور (instructor_ centered) در حال پیشرفت به سمت مدل فراگیر محور (centered learner) است که در آن فراگیران یادگیری خود را تحت کنترل دارند. اخیراً کوریکلوم ها به سمت competency based تغییر کرده اند که بر نتیجه یادگیری تأکید دارند نه پروسه ی آموزش که آموزش مداوم نیز از این امر مستثنی نخواهد بود. (۸)

اخیرا استفاده از کامپیوتر در آموزش دندانپزشکی افزایش یافته است. (۹) مزایای آن دسترسی، سهولت استفاده، آزادی مکان، کیفیت بالای تصاویر پزشکی و امکان تکرار تمرین ها می باشد. (۱۰)

آموزش مبتنی بر web یک ابزار مهم در پزشکی مبتنی بر شواهد است و علت آن توسعه و به روز شدن مستمر می باشد. (۱۰)

بنابراین ضروری به نظر می رسد که علاوه بر روش های آموزش چهره به چهره آلترناتیوهای مثل e-learning به عنوان جایگزین یا ابزار کمکی روش های سنتی آموزش مورد جستجو و بررسی قرار گیرند.

E-learning که با اسامی دیگری مانند Web-based learning، Online learning، Distributed learning، Computer-assisted instruction یا Internet-based learning هم نامیده می شود به معنی ارائه محتوای آموزشی از طریق اینترنت، (LAN/WAN) intra/extranet، ابزار های صوتی تصویری و... است. (۱۱، ۱۲)

براساس مطالعات کیفی e-learning در آموزش پزشکی به خوبی مورد پذیرش است. (۱۳) از زمانی که برای اولین بار e-learning در سال های ۱۹۷۰ در دندانپزشکی مورد استفاده قرار گرفت (۱۴)، کاربرد آن رو به افزایش است. بعد از سال ها بحث در مورد اینکه این روش بهتر از

سخنرانی و دیگر روش های تدریس است، محققین در حال حاضر در این مورد متفق القول اند که e-learning بویژه وقتی در ترکیب با روش های چهره به چهره باشد (blended learning)، کارایی دارد. (۱۴-۱۶)

علی رغم مطالعات صورت گرفته در زمینه آموزش، منابع در دسترس در حیطه دندانپزشکی محدودتر هستند و مطالعات بیشتر برای ارزیابی کاربرد این روش های آموزشی در دندانپزشکی مورد نیاز است. (۱۷)

برقراری تعادل بین روش های معمول و این روش ها به اهداف آموزشی، ویژگی های فراگیران، چگونگی منابع آنلاین و تجربه فرد آموزش دهنده بستگی دارد. (۱۸)

دانشگاه علوم پزشکی تهران و دانشکده مجازی به عنوان قطب علمی یادگیری الکترونیکی در علوم پزشکی کشور ایران، از جمله متولیان اصلی گسترش و اعتلای دانش یادگیری الکترونیکی و کاربرد صحیح آن در علوم پزشکی می باشد.

سایت آموزش مداوم اینترنتی دانشکده مجازی دانشگاه علوم پزشکی تهران به آدرس

<http://cme.tums.ac.ir> به عنوان سایت تعامل کشور بر اساس اصول آموزش الکترونیکی طراحی شده است. این سایت با توجه به نیازهای جامعه پزشکی و بر اساس الگوی علمی یادگیری الکترونیکی برنامه های آموزش مداوم اینترنتی تعاملی را در اختیار جامعه پزشکی قرار می دهد. (۱۹)

جنبه دیگر مطالعه حاضر بدرنگی های دندان و درمان های بلیچینگ است. با توجه به اینکه ظاهر زیبای لبخند افراد به میزان زیادی تحت تأثیر رنگ، تغییر شکل و موقعیت دندانهاست (۲۰) و اصلاح دندان های بدرنگ، بدشکل و نامرتب اغلب اعتماد به نفس، شخصیت و زندگی اجتماعی افراد را ارتقا می بخشد (۲۱)، امروزه تقاضای اصلاح بدرنگی های دندان و روشن نمودن دندان ها بسیار بالاست. با توجه به مطالب عنوان شده در بالا و نظر به محبوبیت و درآمدزایی این نوع درمانها، به نظر می رسد عدم برنامه ریزی در مورد آموزش اضافی در این زمینه، منجر به عملکرد بالینی ناقص (malpractice) دانش آموختگان و یا روی آوردن آنان به یادگیری از منابع غیر معتبر خواهد شد. یکی از راهکارهای مناسب در این امر، برنامه ریزی جهت آموزشهای مداوم متناسب با دندانپزشکان عمومی است. در حال حاضر آموزش مداوم در ایران به صورت متدوال و الکترونیکی قابل انجام است.

اطلاعی در خصوص کارایی به کارگیری سامانه های الکترونیکی از جمله سامانه آموزش مداوم دانشکده مجازی دانشگاه علوم پزشکی تهران در زمینه دندانپزشکی وجود ندارد.

Objectives:

مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان تاثیر آموزش الکترونیکی در محیط الکترونیکی آموزش مداوم اینترنتی دانشگاه علوم پزشکی تهران (<http://cme.tums.ac.ir>) بر سطح دانش و رضایتمندی دندانپزشکان عمومی در مبحث بلیچینگ دندانهای تیره تکی انجام شده است.

Study Design

مطالعه حاضر، یک مطالعه نیمه تجربی (quasi-experimental) مداخله ای با گروه کنترل با طراحی پس آزمون است که در آن پژوهشگران میزان تاثیر آموزش مبحث بلیچینگ دندانهای تیره تکی با استفاده از سامانه آموزش مداوم الکترونیکی دانشکده مجازی دانشگاه علوم پزشکی تهران

به آدرس <http://cme.tums.ac.ir> و برنامه آموزش مداوم حضوری دندانپزشکان عمومی با بررسی دانش و میزان رضایت، مورد بررسی قرار گرفت.

جامعه مورد مطالعه:

جامعه مورد مطالعه دندانپزشکان عمومی شرکت کننده در برنامه های آموزش مداوم حضوری دندانپزشکان عمومی شرکت کننده در برنامه آموزش مداوم مجازی با عنوان درمان سفید کردن دندانهای تیره تکی ارائه شده در سایت دانشگاه علوم پزشکی تهران به آدرس <http://cme.tums.ac.ir> می باشد.

Study Setting

فاز مقدماتی :

- تاییدیه کمیته اخلاق در تحقیقات پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران اخذ گردید. (IR.TUMS.VCR.REC.۱۳۹۵,۲۴۸)

- مجوز و امتیاز آموزش مداوم حضوری مبحث بلیچینگ دندانهای تیره تکی از سوی انجمن دندانپزشکان عمومی ایران اخذ گردید (کد برنامه: ۳۹۳۰۳۰۱۱)

- محتوای الکترونیکی مبحث بلیچینگ دندانهای تیره تکی در سامانه آموزش مداوم وزارت بهداشت به آدرس <http://www.ircme.ir> ثبت و امتیاز آن اخذ گردید(کد برنامه: ۵۵۱۱۲۹۵۰۲)

فاز مداخله:

محتوای آموزشی و مبنای تدوین برنامه ها (اعم از حضوری و غیر حضوری) بر اساس اهداف آموزشی کوریکولوم و طرح درس است.

الف) آموزش حضوری

در برنامه آموزش حضوری شرکت کنندگان در برنامه آموزش مداوم معمول که از طرف انجمن دندانپزشکان عمومی در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در تاریخ ۹۵/۵/۱۵ برگزار شد شرکت کردند آموزش حضوری به روش معمول آموزش مداوم و از طریق سخنرانی و ارائه case و بحث و تبادل نظر بین شرکت کنندگان و سخنران و همچنین پرسش و پاسخ در مبحث بلیچینگ دندانهای تیره تکی به مدت ۱ ساعت انجام شد و سپس post test به عمل آمد.

معیارهای ورود در این برنامه : دندانپزشکان عمومی با ثبت نام در برنامه آموزش مداوم (باز آموزشی مدون ترمیمی) در برنامه حضوری شرکت کردند. در صورتی که در پرسشنامه ذکر می کردند که سابقه شرکت در کارگاه بلیچینگ دندانهای تیره تکی را داشتند وارد مطالعه نمی شدند.

ب) آموزش غیرحضوری

در آموزش الکترونیکی یک برنامه آموزش مداوم اینترنتی در مورد مبحث بلیچینگ دندانهای تیره تکی تدوین شد و با استفاده از سامانه آموزش مداوم الکترونیکی دانشگاه علوم پزشکی تهران <http://cme.tums.ac.ir> ارائه شد. پس آزمون و فرم نظر سنجی نیز در این روش به صورت الکترونیکی انجام شد.

معیارهای ورود در این برنامه : دندانپزشکان عمومی با ثبت نام در سامانه آموزش مداوم الکترونیکی دانشگاه علوم پزشکی تهران <http://cme.tums.ac.ir/> در برنامه غیرحضورى شرکت کردند. در صورتی که در سامانه ذکر می کردند که سابقه شرکت در کارگاه بلیچینگ دندانهای تیره تکی را داشتند و یا محتوای آموزشی را از قبل مطالعه کردند وارد مطالعه نمی شدند.

نحوه طراحی آزمون و پرسشنامه

ابتدای مطالعه و پس از تدوین طرح درس، بر اساس اهداف طرح و مرور مطالعات پیشین، سوالات پس آزمون و فرم رضایتمندی طراحی شد. به منظور تعیین روایی آزمون از روایی محتوا استفاده شد بدین صورت که از ۱۰ نفر متخصص ترمیمی در مورد سوالات نظر خواهی شد و اصلاحات لازم به عمل آمد. به منظور تعیین پایایی پرسش نامه از روش دو نیمه کردن (Cronbach's alpha=۸۰٪) استفاده شد.

در تحقیق حاضر اطلاعات مورد نیاز از طریق پس آزمون و فرم رضایتمندی گرفته شده جمع آوری شده است.
:Participan

تحقیق حاضر یک مطالعه ی نیمه تجربی (quasi experimental) با طراحی پس آزمون است که در آن پژوهشگران میزان تاثیر محتوای آموزشی در محیط الکترونیکی سامانه آموزش مداوم اینترنتی جامعه پزشکی موجود در سایت دانشکده مجازی دانشگاه علوم پزشکی تهران و نیز آموزش مداوم حضوری درموضوع بلیچینگ دندانهای تیره تکی را در دندانپزشکان عمومی به تعداد ۳۵ نفر و با بررسی پیامد یادگیری و میزان رضایت، مورد بررسی قرار داده اند.

:Sample Size

با توجه به نتایج مطالعه Moazami و همکاران با استفاده از گزینه مقایسه دو میانگین تعیین حجم نمونه نرم افزار minitab با در نظر گرفتن $\alpha = 0.05$ و $\beta = 0.2$ انحراف معیار متوسط ۱۱/۵ و حداقل اختلاف معنی دار ۵/۳ حداقل حجم نمونه مورد نیاز ۳۵ نمونه برآورد گردید. (۳۳)

:Data Gathering Tool

ابتدای مطالعه و پس از تدوین طرح درس، بر اساس اهداف طرح و مرور مطالعات پیشین، سوالات پس آزمون و فرم رضایتمندی طراحی شد. به منظور تعیین روایی آزمون از روایی محتوا استفاده شد بدین صورت که از ۱۰ نفر متخصص ترمیمی در مورد سوالات نظر خواهی شد و اصلاحات لازم به عمل آمد. به منظور تعیین پایایی پرسش نامه از روش دو نیمه کردن (Cronbach's alpha=۸۰٪) استفاده شد.

در تحقیق حاضر اطلاعات مورد نیاز از طریق پس آزمون و فرم رضایتمندی گرفته شده جمع آوری شده است.

:Data Analysis

به منظور تعیین اثر نوع مداخله بر پیامد یاد گیری از آزمون Repeated measure ANOVA استفاده شد. در صورت معنی دار بودن، برای مقایسه گروه ها از Independent sample t-test و جهت مقایسه نمرات پس آزمون در هر گروه از Paired samples t-test استفاده شد.

:Results

در گروه آموزش حضوری در مجموع ۳۵ نفر شرکت کردند که از این تعداد ۱۸ نفر زن و ۱۷ نفر مرد بودند.

در گروه آموزش حضوری نیز ۳۵ نفر شرکت کردند که از این تعداد ۱۴ نفر زن و ۲۱ نفر مرد بودند.

میانگین نمرات گروه شرکت کننده در گروه مجازی ۷,۰۲ و میانگین در گروه آموزش حضوری ۶,۷۷ بود. میانگین نمرات در این دو گروه معنا دار نبود ($p=0,63$)

نظر شرکت کنندگان در مورد مرتفع شدن نیاز شغلی شان به این صورت بود که در برنامه آموزش مجازی ۳۷,۱٪ و در برنامه آموزش حضوری ۲۸,۶٪ کاملاً موافق بودند و ۵۴,۳٪ در برنامه آموزش مجازی و ۶۲,۹٪ در برنامه آموزش حضوری موافق بودند. همچنین در گروه آموزش مجازی ۰,۰٪ و در گروه آموزش حضوری ۲,۹٪ مخالف این نظر بودند، ۵,۷٪ در گروه مجازی و ۵,۷٪ در گروه حضوری در این رابطه نظری نداشتند. در گروه آموزش مجازی ۲,۹٪ و در گروه حضوری ۰,۰٪ کاملاً مخالف با این مسئله بودند در مورد این سوال یافته های دو گروه اختلاف معنی داری نداشت. ($p=0,62$)

نظر شرکت کنندگان در مورد تطابق اهداف برنامه با نیاز شغلی شان در برنامه مجازی ۲۸,۶٪ و در برنامه حضوری ۲۵,۷٪ کاملاً موافق بودند و ۶۰,۰٪ در برنامه آموزش مجازی و ۷۱,۴٪ در برنامه حضوری موافق بودند همچنین ۱۱,۴٪ در گروه مجازی و ۲,۹٪ در گروه آموزش حضوری در این رابطه نظری نداشتند. در مقایسه این سوال بین گروه یافته ها اختلاف معنی داری نداشت ($p=0,33$)

در پاسخ به این سوال که آیا محتوای برنامه اهداف آن را پوشش می دهد یا خیر، در برنامه آموزش مجازی ۲۵,۷٪ و در برنامه آموزش حضوری ۲۰,۰٪ کاملاً موافق بودند. ۵۷,۱٪ در برنامه مجازی و ۶۸,۶٪ در برنامه حضوری موافق بودند همچنین در گروه مجازی ۲,۹٪ و در گروه حضوری ۸,۶٪ مخالف این نظر بودند، در گروه مجازی و ۱۴,۳٪ در گروه حضوری ۲,۹٪ در این رابطه نظری نداشتند. در مقایسه دو گروه در مورد سوال، یافته ها اختلاف معنی داری نداشت ($p=0,23$)

نظر شرکت کنندگان در مورد به روز بودن محتوای علمی برنامه به این صورت بود که در برنامه مجازی ۲۵,۷٪ و در برنامه حضوری ۲۸,۶٪ کاملاً موافق بودند و ۵۷,۱٪ در برنامه آموزش مجازی و ۶۵,۷٪ در برنامه آموزش حضوری موافق بودند همچنین در گروه مجازی ۰,۰٪ و در گروه آموزش حضوری ۲,۹٪ مخالف این نظر بودند، ۱۷,۱٪ در گروه آموزش مجازی و ۲,۹٪ در گروه حضوری در این رابطه نظری نداشتند. در مقایسه دو گروه در مورد این سوال یافته ها اختلاف معنی داری نداشت ($p=0,18$)

نظر شرکت کنندگان در مورد منطقی بودن روند برنامه این گونه مشخص شد که در برنامه آموزش مجازی ۳۱,۴٪ و در برنامه حضوری ۳۷,۱٪ کاملاً موافق بودند و ۴۵,۷٪ در برنامه مجازی و ۵۱,۴٪ در برنامه آموزش حضوری موافق بودند همچنین در گروه مجازی ۵,۷٪ و در گروه حضوری ۵,۷٪ مخالف این نظر بودند، ۱۷,۱٪ در گروه مجازی و ۵,۷٪ در گروه حضوری در این رابطه نظری نداشتند. در مقایسه دو گروه در مورد این سوال یافته ها اختلاف معنی داری نداشت. ($p=0,51$)

نظر شرکت کنندگان در مورد این سوال که آیا نحوه ارائه مطالب این برنامه شیوا و واضح بود یا خیر به این صورت بود که در برنامه مجازی ۲۵,۷٪ و در برنامه حضوری ۳۴,۳٪ کاملاً موافق بودند و ۵۱,۴٪ در برنامه آموزش مجازی و ۶۲,۹٪ در برنامه آموزش حضوری موافق بودند همچنین در گروه مجازی ۵,۷٪ و در گروه آموزش حضوری ۰,۰٪ مخالف این نظر بودند، ۱۷,۱٪ در گروه مجازی و ۲,۹٪ در گروه حضوری در این رابطه نظری نداشتند. در مقایسه دو گروه در مورد این سوال یافته ها اختلاف معنی داری دارند. ($p=0,09$)

در پاسخ به این سوال که در صورت استفاده از فیلم یا تصویر کیفیت لازم در آنها لحاظ شده بود یا خیر، در برنامه مجازی ۱۴،۳٪ و در برنامه آموزش حضوری ۲۸،۶٪ کاملاً موافق بودند و ۴۸،۶٪ در برنامه مجازی و ۴۵،۷٪ در برنامه آموزش حضوری موافق بودند همچنین در گروه آموزش مجازی ۱۴،۳٪ و در گروه حضوری ۱۴،۳٪ مخالف این نظر بودند، ۲۲،۹٪ در گروه مجازی و ۱۱،۴٪ در گروه آموزش حضوری در این رابطه نظری نداشتند. در مقایسه دو گروه در مورد این سوال، یافته ها اختلاف معنا داری نداشت. ($p=0,38$)

نظر شرکت کنندگان در مورد این سوال که در جای مناسب در برنامه از تصاویر یا سایر ملحقات استفاده شده بود یا خیر به این صورت بود که در برنامه آموزش مجازی ۱۱،۴٪ و در برنامه آموزش حضوری ۳۷،۱٪ کاملاً موافق بودند و ۵۴،۳٪ در برنامه مجازی و ۵۴،۳٪ در برنامه آموزش مجازی بودند همچنین در گروه مجازی ۸،۶٪ و در گروه حضوری ۲،۹٪ مخالف این نظر بودند، ۲۵،۷٪ در گروه آموزش مجازی و ۵،۷٪ در گروه آموزش حضوری در این رابطه نظری نداشتند. در مقایسه دو گروه در مورد این سوال یافته ها اختلاف معنا داری نداشت. ($p=0,03$)

نظر شرکت کنندگان در مورد جذابیت موضوع و علاقه مندی آنها به این صورت مشخص شد، در برنامه مجازی ۳۴،۳٪ و در برنامه آموزش حضوری ۲۸،۶٪ کاملاً موافق بودند و ۵۷،۱٪ در برنامه مجازی و ۶۲،۹٪ در برنامه آموزش حضوری موافق بودند همچنین ۸،۶٪ در گروه آموزش مجازی و ۸،۶٪ در گروه آموزش حضوری در این رابطه نظری نداشتند. در مقایسه دو گروه در مورد این سوال یافته ها اختلاف معنا داری نداشت.

($p=0,87$)

نظر شرکت کنندگان در ارتباط با این مسئله که آیا این برنامه در مجموع توانمندی حرفه ای شما را افزایش داد یا خیر به این صورت بود: در برنامه مجازی ۲۸،۶٪ و در برنامه آموزش حضوری ۳۱،۴٪ کاملاً موافق بودند و ۶۲،۹٪ در برنامه آموزش مجازی و ۶۲،۹٪ در برنامه آموزش حضوری موافق بودند همچنین در گروه مجازی ۰،۰٪ و در گروه حضوری ۲،۹٪ مخالف این نظر بودند، ۸،۶٪ در گروه مجازی و ۲،۹٪ در گروه آموزش حضوری در این رابطه نظری نداشتند. در مقایسه دو گروه در مورد این سوال یافته ها اختلاف معنا داری نداشت. ($p=0,56$)

:Conclusion

مداخله الکترونیکی و آموزش مجازی می تواند به اندازه آموزش حضوری در آموزش های مداوم دندانپزشکی دست کم در مبحث درمان دندانهای تیره تکی موثر باشد .

پیشنهاد می شود برای بهره مندی از مزایای آموزش های مجازی نظیر صرفه جویی در وقت ، هزینه و فضاهای آموزشی و بهره جویی از اساتید مجرب و ارزشمند از این روش به عنوان روشی مکمل در کنار روش آموزش حضوری استفاده شود و کارائی آن نیز در سایر رشته های علوم پزشکی در مطالعات آینده مورد ارزیابی قرار گیرد.

Keywords :

Continuing education; E-learning; Tooth discoloration

کد: ۱۶۱۲

حیطه: یادگیری الکترونیکی

آموزش مداوم غیرحضوری متخصصین کودکان از طریق مستند سازی جلسات گزارش صبحگاهی مرکز طبی، کودکان قطب علمی کودکان ایران، و ارائه آن به متقاضیان

نویسندگان: حسین علی مددی، سیده طراوت صدراسادات، وحید ضیایی،

Introduction:

جلسات گزارش صبحگاهی مرکز طبی کودکان یکی از مهمترین بخشهای آموزش دستیاران تخصصی و دانشجویان پزشکی در مرکز طبی کودکان است که همواره در نظرسنجی های آموزشی مورد تاکید دانشجویان و دستیاران قرار گرفته است. این جلسات در هر هفته روزهای شنبه تا چهارشنبه به مدت یک ساعت برگزار می شود و در طی هر جلسه علاوه بر گزارش خلاصه ای از وضعیت بیماران بستری شده در طی یک تا دو روز گذشته (برحسب روز بعد از تعطیل یا روز عادی)، ۴ تا ۵ بیمار با انتخاب دستیاران و عضو هیات علمی گرداننده جلسه معرفی و اساتید رشته های مختلف در مورد بیماران بحث می نمایند. تاثیر این جلسات به حدی است که برخی از دستیاران و یا دانشجویان به ثبت بیماران معرفی شده و یا نکات بحث شده می پردازند. در گذشته جلسات به صورت ضبط کاست نگهداری می شد ولی به دلیل حجم بالا و محدودیت انتشار آن پس از مدتی این روش منسوخ شد و تا قبل از این طرح در پایان جلسه هیچ مستندی از بحثها برای آموزش سایرین نگهداری نمی شد و در واقع مجموع فعالیتهای دستیاران در ساعات کشیک (اعم از تجربه کسب نموده بر بالین بیمار و مطالعه انجام شده در زمینه بیمار) و همچنین بحث های اساتید در زمینه بیمار با نتیجه ای اندک برای حاضرین به پایان می رسید و قابلیت رجوع و مرور مجدد و استفاده ی دستیاران وجود نداشت.

دستیاران دانش آموخته مرکز و دستیارانی که برای دوره های تکمیلی کوتاه مدت از دانشگاههای دیگر به مرکز می آیند و همچنین اساتید بازنشسته مرکز قدر و ارزش جلسات را بخوبی درک می نمایند و از هر فرصتی برای شرکت در جلسات گزارش صبحگاهی استفاده می کنند. ایشان همواره بر امکان استفاده از این مجموعه برای افرادی که دسترسی مستقیم به جلسه گزارش صبحگاهی مرکز ندارند تاکید می نمایند. همچنین برخی از پزشکان غیردانشگاهی و دانش آموخته سنوات قبل به صورت تقریبا منظم در جلسات گزارش صبحگاهی مرکز شرکت می نمایند.

مجموعه این سوابق ما را بر آن داشت تا امکان استفاده پزشکان بیشتری را از جلسات گزارش صبحگاهی فراهم نمائیم و بدین منظور استفاده توأم از شبکه های مجازی و اینترنت در دستور کار قرار گرفت.

Objectives:

هدف کلی: استفاده پزشکان متخصص کودکان در کشور از بیماران مراجعه کننده به مرکز طبی کودکان و نظرات اساتید مرکز

اهداف ویژه /اختصاصی:

- مستند سازی بیماران مراجعه کننده و بحث مطرح شده در مورد بیماران در جلسات گزارش صبحگاهی

- مشارکت دستیاران در آموزش خود و همکاران دیگر
- امکان استفاده از Case های معرفی شده در آموزشهای دستیاران تخصصی کودکان و پزشکان عمومی
- زمینه سازی امکان گزارش بیماران در مجلات بین المللی
- آماده سازی و تهیه مطالب برای انتشار یک مجله به عنوان گزارش صبحگاهی
- امکان استفاده از مطالب علمی مرکز طبی کودکان به عنوان قطب علمی اطفال کشور برای دانش آموختگان دیگر که در مراکز و بخش های دیگر کشور مشغول خدمت هستند
- فراهم سازی بستری برای آموزش مداوم و مستمر به ویژه برای متخصصان کودکانی که امکان حضور مداوم در مراکز آموزشی را ندارند
- امکان بهره گیری از تجربیات اساتید بزرگ در مورد بیماران

:Study Design

مورد معرفی شده بیان یک تجربه موفق در امر آموزش مجازی علاقمندان و متخصصان رشته کودکان است. طی مدت پنج ماه، حضور اعضای یک کانال تلگرامی که جهت آموزش غیر حضوری ایجاد شده بود روند رو به رشدی داشت و موفق شد که با جذب بیش از ۱۸۰۰ خواننده نقش مهمی در انتقال دانش از یک محیط طراز اول آموزشی به سایرین داشته باشد.

:Study Setting

این مطالعه در کل جامعه انجام نشده است.

:Participan

کانال تلگرامی "گزارش صبحگاهی مرکز طبی کودکان" دانشگاه تهران از مردادماه سال ۱۳۹۵ با برنامه ریزی واحد آموزش مرکز طبی کودکان تشکیل و راه اندازی شد. در این کانال هر شب یکی از دستیاران ارشد کشیک به عنوان ادمین کانال تعیین شده و بیماران مناسب جهت معرفی در گزارش صبحگاهی فردا صبح را به صورت فهرست وار در یک سطر معرفی می کند. به عنوان مثال: "دختر پنج ساله با تب و درد و تورم مفاصل از ۲ روز قبل". وجود چنین فهرستی امکان فکر کردن و تمرین ذهنی برای مخاطب در مواجهه با موارد مشابه را فراهم می آورد. هر روز صبح بیماران فهرست شده در جلسه ی گزارش صبحگاهی با حضور حدود ۷۰-۸۰ نفر شامل اساتید رشته های فوق تخصصی مختلف کودکان، دستیاران فوق تخصصی، دستیاران تخصص، کارآموزان و کارورزان معرفی می شوند و از جنبه های مختلف مورد بحث و بررسی قرار می گیرند. پس از اتمام جلسه و تا حداکثر ۲۴ ساعت، یکی از دستیاران کشیک خلاصه ای از شرح حال بیمار، عکسهای مرتبط با بیمار یا پاراکلینیک آن (با حفظ ضوابط اخلاق پزشکی)، اظهارات اساتید محترم و پرسش و پاسخ ها را در کانال به اشتراک می گذارد. پس از مطرح شدن هر بیمار نکات مهم کتاب مرجع کودکان در مورد آن بیماری نیز به صورت خلاصه در کانال ارائه می شود. چنانچه مورد معرفی شده حاوی پیام آموزشی مهمی نیز باشد در یک پست جداگانه به صورت پیام آموزشی مطرح می شود.

به دلیل سبک کار و اهمیت موضوعات مطرح شده، کانال به سرعت در میان دانشجویان و علاقه مندان رشته ی کودکان محبوبیت یافته و در کمتر از دو ماه تعداد دنبال کنندگان کانال به هزار نفر رسید به طوری که به مناسبت پیوستن هزارمین نفر و به قید قرعه به ۱۰ نفر از اعضای کانال امکان استفاده ی رایگان از بیست و هشتمین همایش بین المللی کودکان اعطا شد. در حال حاضر کانال با بیش از ۱۸۰۰ عضو امکان نشر مباحث علمی در میان بسیاری از اساتید و دانشجویان رشته ی کودکان از نقاط مختلف کشور را فراهم آورده است.

در مورد مقبولیت و فواید کانال همین بس که بسیاری از دستیاران سال اول که امکان حضور منظم در جلسات گزارش صبحگاهی را نمی یابند از این رسانه به عنوان یک ابزار مهم آموزشی استفاده کرده و گاهی با نت برداری از نکات کانال استفاده های علمی فراوان می برند.

Conclusion

کانال گزارش صبحگاهی مرکز طبی کودکان توانست طی مدت کوتاهی مخاطبان خود را جذب کند و پیوستن اعضا طی این مدت همواره سیر صعودی داشته که همین امر نشان از دستیابی به اهداف کانال دارد.

دستیاران ارشد با فراهم آوردن یک بستر مناسب مجازی امکان یادگیری دستیاران سال پایین تر را فراهم میکنند بطوریکه در بخش های ویژه که گاهی به دلیل حضور بیماران نیازمند مراقبت امکان حضور دستیاران سال یک در گزارش صبحگاهی وجود ندارد مکرر دیده شده که این گروه از دستیاران با مطالعه و حتی نت برداری از کانال در جریان بیماران بستری شده و نحوه برخورد صحیح با آن بیماری قرار میگیرند.

با قرار دادن پست هایی تحت عنوان (نظراساتید) در کانال امکان ارائه و انتقال تجربیات اساتید پیشکسوت و نامی مرکز طبی کودکان به سایر متخصصین فراهم میشود. با توجه به طیف گسترده بیماران بستری شده در مرکز طبی کودکان به عنوان قطب علمی اطفال کشور و با توجه به اهتمام گردانندگان گزارش صبحگاهی این بیمارستان در معرفی هر دو گروه بیماران ساده و پیچیده امکان یک بازآموزی مستمر برای متخصصین و علاقمندان رشته کودکان فراهم می آید. جهت انتقال مطالب گردآوری شده در کانال به صورت یک مجموعه آموزشی مناسب در یک مجله آموزشی به صورت **hard copy** اقداماتی از سوی واحد آموزش مرکز طبی کودکان صورت گرفته و یک مجله از آن تا کنون تهیه شده است. (پیوست ۱) پیوستن بیش از ۱۸۰۰ نفر به این کانال خود نشان از رضایتمندی مخاطبان دارد بویژه که تبلیغ گسترده ای هم از سوی گردانندگان آن صورت نگرفته است و معرفی کانال تنها از طریق معرفی فرد به فرد و یا گسترش مطالب کانال و فراهم آمدن امکان پیوستن از طریق لینک مربوطه بوده است. از طرفی پیام های تشکری که از طریق ایمیل برای ادمین و یا از طریق تلگرام برای اعضای دفتر آموزش مرکز طبی ارسال میشود نشان از موفقیت کانال در دستیابی به اهداف خود دارد. از جمله مشکلات مطرح در مورد این کار آموزشی ، زمان بر بودن تایپ و ارسال مطالب است که با سخت کوشی دستیاران مرکز طبی به انجام میرسد. از جمله راهکارهای مورد نظر برای ارتقای کانال که در آینده به آن خواهیم رسید انتشار تشخیص نهایی و سرانجام بستری بیماران مطرح شده میباشد که نیازمند تشکیل یک گروه پیگیری کننده از دستیاران میباشد. این امر در حال حاضر در مورد حدود ۶۰ تا ۷۰ درصد بیماران مطرح شده در یک ماه انجام شده و در قالب یک ماهنامه آموزشی برای آذر ماه به صورت **hard copy** آماده شده است.

Keywords:

pediatrics ,social media ,medical education

کد: ۱۶۴۹

حیطه: یادگیری الکترونیکی

طراحی نرم افزار چندرسانه ای آموزش مهارت بخیه زدن و بررسی تاثیر به کارگیری آن (یادگیری خود راهبر) در مقایسه با روش های آموزش مبتنی بر شبیه سازی و آموزش رایج بر میزان یادگیری و رضایتمندی کارآموزان پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی قزوین

نویسندگان: علیرضا ملایی، فریده بهرامخانی، افسانه یخ فروش هازرها فراهانی نیک، لیلیا بهرامخانی.

Introduction

آموزش بالینی یکی از مهمترین اجزای برنامه درسی آموزش پزشکی بوده و نقش مهمی را در کسب صلاحیت های بالینی دانشجویان ایفاء می نماید. مهارت بخیه زدن نیز یکی از مهارت های پایه بالینی (Must learn) است که باید در دوره پزشکی و قبل از ورود به مرحله بالین به دانشجویان آموزش داده شود. گزارش شکایات واصله ناشی از این است که دانشجویان پزشکی هنوز صلاحیت های لازم در زمینه مهارت های پایه بالینی را کسب ننموده اند. لذا با توجه به ضرورت موضوع، مرکز مهارت های بالینی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، اقدام به طراحی نرم افزار چندرسانه ای آموزش مهارت بخیه زدن و بررسی مقایسه ای تاثیر سه روش آموزشی: استفاده از مالتی مدیا (یادگیری خود راهبر)، آموزش مبتنی بر شبیه سازی و آموزش رایج بر میزان یادگیری و رضایتمندی کارآموزان پزشکی، برای ایجاد آموزش عمیق و موثر این مهارت نمود.

Objectives هدف اصلی:

طراحی نرم افزار چندرسانه ای آموزش مهارت بخیه زدن و بررسی تاثیر به کارگیری آن (یادگیری خود راهبر) در مقایسه با روش های آموزش مبتنی بر شبیه سازی و آموزش رایج بر میزان یادگیری و رضایتمندی کارآموزان پزشکی در دانشگاه علوم پزشکی قزوین

Study Design

این مطالعه تجربی از نوع قبل و بعد با گروه کنترل، در سال های ۱۳۹۴ و ۱۳۹۵ انجام شد.

Study Setting

این مطالعه، بر روی کلیه دانشجویان پزشکی ورودی سال ۹۱ دانشگاه علوم پزشکی قزوین، انجام شد.

Participan

در این مطالعه ۶۰ نفر دانشجوی پزشکی که مقطع کارآموزی خود را از اسفند سال ۹۴ شروع کرده (ورودی سال ۹۱) و هیچ گونه آموزش های رسمی در زمینه مهارت بخیه زدن را دریافت نکرده بودند و نیز تمایل به همکاری در مطالعه را داشتند وارد مطالعه شدند. ۶۰ نفر دانشجوی کارآموز پزشکی به طور تصادفی (با کمک جدول اعداد تصادفی) در سه گروه ۲۰ نفری، شامل ۲۰ نفر گروه مواجهه با مالتی مدیای آموزشی، ۲۰ نفر گروه مواجهه با شبیه سازی آموزشی و ۲۰ نفر به عنوان گروه کنترل تحت آموزش های رایج (آموزش بر بالین بیمار - مشاهده مهارت) قرار گرفتند. معیار ورود به این مطالعه آموزشی تمایل خود افراد بود و با اعلام عدم رضایت، فرد می توانست از مداخله خارج شود. بر اساس نتایج آزمون های آماری آنالیز واریانس یک طرفه، سه گروه از نظر متغیرهای سن، جنس، وضعیت تاهل و معدل تحصیلی ترم قبلی همگن بودند.

:Sample Size

این مطالعه بر روی کلیه دانشجویان پزشکی ورودی سال ۹۱ دانشگاه علوم پزشکی قزوین، انجام شد ($n=60$). (روش سرشماری). دانشجویان به طور تصادفی (با کمک جدول اعداد تصادفی) در سه گروه ۲۰ نفری جهت دریافت مداخلات آموزشی قرار گرفتند.

:Data Gathering Tool

در مرحله دوم این فعالیت آموزشی، ابزارهای سنجش دانش، عملکرد و رضایت سنجی دانشجویان تدوین و از نظر شاخص های روان سنجی مورد ارزیابی واقع شد. بنابراین با مرور متون در بانک های اطلاعاتی Google Scholar, CINAHL, Ovid, Science Direct, ERIC, Pub Med مجموعه ریز مهارت هایی که برای مهارت بخیه زدن مهم است استخراج گردید. سپس پرسش نامه "آگاهی در زمینه بخیه زدن" تدوین شد. جهت سنجش میزان آگاهی و نحوه عملکرد دانشجویان در زمینه مهارت بخیه زدن، سوالات در ۸ حیطه طراحی شد که شامل شناخت انواع نخ های بخیه و کاربرد آنها - شناخت وسایل مورد نیاز جهت بخیه زدن زخم و کاربرد آنها - نحوه استفاده صحیح از وسایل جراحی جهت بخیه زدن - نحوه معاینه اعصاب و تاندون ها قبل از بخیه زدن - نحوه شستشو و ضدعفونی نمودن زخم جهت بخیه - نحوه بی حس کردن صحیح زخم جهت بخیه زدن - آشنایی با انواع تکنیک های بخیه زدن زخم و کاربرد هر یک از آنها - شناخت موارد کنتراندیکاسیون های بخیه زدن زخم و عوارض بخیه بودند. جهت روان سنجی ابزارها، برای سنجش اعتبار پرسشنامه های "سنجش میزان آگاهی در زمینه بخیه زدن"، "سنجش میزان رضایت از روش آموزشی" و چک لیست مشاهده ای سنجش عملکرد، از روش های اعتبار صوری (Face validity) و اعتبار محتوا (Content Validity) استفاده شد. بدین منظور پرسشنامه های مذکور در اختیار صاحب نظران قرار گرفت، ۷ نفر از اعضای هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین پرسشنامه های مذکور را بررسی و بر اساس نظرات آنها اصلاحات لازم صورت و مورد تایید قرار گرفت. پایایی هر یک از ابزارها به شرح ذیل بررسی شد: پایایی پرسشنامه سنجش میزان آگاهی به روش آزمون مجدد با انجام مطالعه اولیه ای با فاصله زمانی یک هفته بر روی ۲۰ نفر از دانشجویان (خارج از مطالعه) ($r=0/87$) و سازگاری درونی بر اساس ضریب آلفای کرونباخ $0/93$ تعیین گردید. در بررسی پایایی پرسشنامه سنجش میزان رضایت فراگیران از روش آموزشی مورد استفاده در فراگیری مهارت بخیه زدن، ضریب آلفای کرونباخ $0/79$ تعیین و مورد تایید قرار گرفت. جهت تعیین پایایی چک لیست مشاهده ای سنجش عملکرد دانشجویان در خصوص مهارت بخیه زدن از روش پایایی بین مشاهده گرها (interrater reliability) استفاده شد. ضریب پایایی بین دو مشاهده گر در مشاهده همزمان و ارزیابی عملکرد ۱۰ دانشجو در هنگام بخیه زدن، از نظر همبستگی ($r=0/94$) تعیین شد. ثبات درونی ابزار چک لیست نیز $0/88$ محاسبه شد. ابزار گردآوری داده ها در بخش سنجش میزان آگاهی دانشجویان در خصوص مهارت بخیه زدن، پرسشنامه ای مشتمل بر اطلاعات دموگرافیک دانشجویان (از قبیل سن، جنس، وضعیت تاهل، معدل تحصیلی ترم قبلی، سابقه شرکت در دوره یا کلاس آموزشی بخیه، بخش محل کارآموزی) و سوالات سنجش آگاهی شامل ۱۱ سوال که به صورت چند گزینه ای طراحی شده بود می باشد. در صورت پاسخ صحیح نمره ۱ و به پاسخ های غلط یا جواب نداده نمره صفر تعلق گرفت. (حداقل امتیاز=۰، حداکثر امتیاز=۱۱). در بخش بررسی میزان رضایت دانشجویان از روش آموزشی مورد استفاده در فراگیری مهارت بخیه زدن، از پرسشنامه محقق ساخته روا و پایا مشتمل بر ۸ سوال با مقیاس ۵ درجه ای لیکرت و ۲ سوال باز استفاده شد. سوالات این بخش در خصوص بررسی نظرات دانشجویان در مورد روش آموزشی مورد استفاده در فراگیری مهارت بخیه زدن از نظر میزان موفقیت شیوه آموزشی در تحکیم اطلاعات و مهارت های قبلی فراگیران، توالی مناسب و منطقی ارائه مطالب آموزشی با روش سازمان دهی شده، ایجاد انگیزه و اشتیاق درونی جهت یادگیری بهتر مهارت های بالینی، میزان رضایت از به کارگیری شیوه آموزشی مربوطه در آموزش مهارت های بالینی و ... از بسیار زیاد با نمره ۵ تا بسیار کم نمره ۱ طبقه بندی و امتیازدهی شد. (حداقل امتیاز=۸، حداکثر امتیاز=۴۰). در بخش سنجش عملکرد دانشجویان در زمینه مهارت بخیه زدن از چک لیست مشاهده ای عملکرد شامل ۱۵ عبارت که بر اساس اهمیت هر یک از عبارات، معیارهای آنها نیز در چک لیست تعیین گردیده بود، استفاده شد. (حداقل امتیاز=۰، حداکثر امتیاز=۱۰)

:Data Analysis

در این مطالعه، در مرحله اول نرم افزار چندرسانه ای آموزش مهارت بخیه زدن در مرکز مهارت های بالینی این دانشگاه طراحی و تولید گردید و با نظرخواهی از اساتید گروه جراحی (روایی محتوایی)، عملیات اصلاحی و تکمیلی آن انجام شد. در مرحله دوم ابزارهای سنجش دانش، عملکرد و رضایت سنجی دانشجویان تدوین و از نظر شاخص های روان سنجی مورد ارزیابی واقع شد. در مرحله سوم میزان دانش و عملکرد دانشجویان پزشکی با ابزار روا و پایا شده مورد ارزیابی قرار گرفت (پیش آزمون). عملکرد دانشجویان توسط یکی از اساتید بالینی (متخصص جراحی عمومی) و با استفاده از چک لیست مشاهده ای مورد ارزیابی قرار گرفت. جهت ارزیابی عملکرد دانشجویان در مهارت بخیه زدن از مولژ و پدهای آموزش بخیه در مرکز مهارت های بالینی استفاده شد. در مرحله چهارم مداخله آموزشی به شرح زیر انجام گرفت. در این مرحله مداخله آموزشی برای یک گروه ($n=20$) با استفاده از مالتی مدیا (یادگیری خود راهبر) بوده و مداخله آموزشی در گروه دوم ($n=20$) مبتنی بر شبیه سازی بود. گروه سوم به عنوان گروه کنترل تحت آموزش های رایج (آموزش بر بالین بیمار و مشاهده مهارت)، مهارت بخیه زدن را فراگرفتند. در گروه آموزشی رایج (به عنوان گروه کنترل)، کارآموزان از طریق مشاهده انجام مهارت بخیه زدن در محیط های بالینی واقعی و دریافت مطالب آموزشی به شیوه سخنرانی (طی دو جلسه ۲ ساعته) توسط اساتید بالینی در بیمارستان، آموزش های لازم در زمینه مهارت "بخیه زدن" را کسب نمودند. در گروه آموزشی مبتنی بر شبیه سازی، در مرکز مهارت های بالینی ابتدا خلاصه ای از محتوای آموزشی به صورت سخنرانی، ارائه و سپس مراحل مختلف بخیه زدن زخم و انواع تکنیک های آن بر روی مولژ بازو و پدهای موجود جهت بخیه، توسط متخصص جراحی نشان داده و توسط دانشجویان تکرار و تمرین مهارت در این محیط بالینی شبیه سازی شده صورت گرفت. این گروه نیز آموزش های مذکور را طی دو جلسه ۲ ساعته دریافت کردند. جلسات پرسش و پاسخ Debriefing نیز متعاقب دریافت آموزش های تئوری و عملی در این روش برگزار گردید. در گروه آموزشی با استفاده از مالتی مدیا، ابتدا به کارآموزان، آموزش های لازم در خصوص نحوه استفاده از نرم افزار چند رسانه ای پژوهشگر ساخته، ارائه شد. سپس دانشجویان طی دو جلسه دو ساعته (در یک روز) به محتوای آموزشی نرم افزار در سایت کامپیوتر دانشکده پزشکی دسترسی داشتند. در این نرم افزار، محتوای آموزشی به صورت فیلم های آموزشی از جمله فیلم تهیه شده در مرکز مهارت های بالینی، فایل های متنی، پاورپوینت معرفی ابزار جراحی به ویژه وسایل مورد استفاده در بخیه زدن همراه با کاربرد هر یک از آنها، ارائه می شد. متعاقب مشاهده جزئیات و محتویات آموزشی مالتی مدیا، جلسه بحث گروهی کارآموزان این گروه با حضور استاد برگزار گردید. در این جلسات دانشجویان ضمن به اشتراک گذاشتن ایده های خود و دریافت بازخورد به تامل و بازاندیشی و خود ارزیابی می پرداختند. این جلسات مشابه جلسات Debriefing شبیه سازی برگزار می گردید. در هر سه گروه، اهداف آموزشی و طرح درس مربوط به مهارت بالینی بخیه زدن به دانشجویان داده شد. همچنین در هر سه گروه، محتوای آموزشی یکسان، توسط مطالعات کتابخانه ای و استفاده از منابع علمی و کتابهای معتبر در زمینه آموزش مهارت بخیه زدن گردآوری و تدوین شده بود. دو هفته بعد از اتمام جلسات آموزشی از هر سه گروه به صورت همزمان پس آزمون همانند پیش آزمون گرفته شد. میزان رضایتمندی دانشجویان نیز از برگزاری چنین روش های آموزشی ارزیابی گردید. داده ها توسط نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و با استفاده از آمار توصیفی، آنالیز واریانس یک طرفه و آزمون t زوجی و ضریب همبستگی پیرسون در سطح معنی داری $P < 0.05$ تجزیه و تحلیل شد. از آزمون t زوجی برای مقایسه تغییرات هر گروه و از تحلیل واریانس یک راهه (ANOVA) به منظور بررسی اختلاف میانگین در سه گروه استفاده شد.

:Results

بر اساس یافته ها، میانگین امتیاز آگاهی کارآموزان درباره بخیه زخم دو هفته بعد از آموزش در هر سه گروه نسبت به مرحله قبل از آموزش به صورت معنی داری افزایش یافته بود ($p < 0.05$) در زمینه مقایسه بین گروهی در حیطه شناختی، نتایج آزمون های آماری نشان داد که سه گروه از نظر میانگین امتیاز آگاهی در مرحله بعد از آموزش تفاوت معنی داری داشتند ($p < 0.05$) آموزش از طریق نرم افزار چندرسانه ای (یادگیری خودراهبر) باعث یادگیری بیشتر دانشجویان در حیطه شناختی در زمینه بخیه زدن نسبت به دو شیوه دیگر شده است. میانگین امتیاز عملکرد

کارآموزان در مهارت بالینی بخیه زدن، دو هفته بعد از آموزش در دو گروه "مبتنی بر شبیه سازی" و "استفاده از مالتی مدیا" نسبت به مرحله قبل از آموزش به صورت معنی داری افزایش یافته بود ($p < 0.05$) و در گروه آموزش رایج این تفاوت به لحاظ آماری معنی دار نبود ($p > 0.05$). در زمینه مقایسه بین گروهی در حیطه روانی - حرکتی، نتایج آزمون های آماری نشان داد که سه گروه از نظر میانگین امتیاز عملکرد در مرحله بعد از آموزش تفاوت معنی داری داشتند ($p < 0.05$). آموزش مبتنی بر شبیه سازی باعث یادگیری بیشتر دانشجویان در حیطه روانی - حرکتی در زمینه بخیه زدن نسبت به دو شیوه دیگر شده است. متوسط نمره رضایتمندی بین هر یک از دو شیوه آموزشی "استفاده از مالتی مدیا" و "آموزش مبتنی بر شبیه سازی" با روش آموزش رایج (آموزش بر بالین بیمار با مشاهده مهارت) تفاوت معنادار آماری را نشان داد ($P < 0.05$). بر اساس نتایج طرح مذکور متوسط نمره رضایتمندی بین دو شیوه آموزشی "استفاده از مالتی مدیا" و "آموزش مبتنی بر شبیه سازی" تفاوت معناداری را نشان نداد.

جدول ۱: مقادیر میانگین و انحراف معیار نمرات آگاهی دانشجویان قبل و بعد از آموزش مهارت بخیه زدن در هر یک از سه روش آموزشی "استفاده از مالتی مدیا"، "آموزش مبتنی بر شبیه سازی"، "آموزش رایج"

مداخله آموزشی	استفاده از مالتی مدیا (یادگیری خود راهبر)	مبتنی بر شبیه سازی	آموزش رایج (آموزش بر بالین بیمار - مشاهده مهارت)
امتیاز آگاهی	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین
قبل از مداخله آموزشی	$8/3 \pm 3/1$	$1/4 \pm 0/2$	$2/3 \pm 2/1$
بعد از مداخله آموزشی	$2/10 \pm 4/2$	$2/7 \pm 1/3$	$7/5 \pm 1/3$
سطح معنی داری آماری	$P < 0.05$	$P < 0.05$	$P < 0.05$

جدول شماره ۲: مقادیر میانگین و انحراف معیار نمرات عملکرد دانشجویان قبل و بعد از آموزش مهارت بخیه زدن در هر یک از سه روش آموزشی "استفاده از مالتی مدیا"، "آموزش مبتنی بر شبیه سازی"، "آموزش رایج"

مداخله آموزشی	استفاده از مالتی مدیا (یادگیری خود راهبر)	مبتنی بر شبیه سازی	آموزش رایج (آموزش بر بالین بیمار - مشاهده مهارت)
امتیاز عملکرد بر اساس ارزشیابی استاد	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین
قبل از مداخله آموزشی	$9/2 \pm 7/1$	$1/3 \pm 6/2$	$4/3 \pm 9/1$
بعد از مداخله آموزشی	$4/6 \pm 5/3$	$1/9 \pm 2/3$	$6/4 \pm 9/2$
سطح معنی داری آماری	$P < 0.05$	$P < 0.05$	$P > 0.05$

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس یک راهه (ANOVA) برای مقایسه اختلاف میانگین در سه گروه "استفاده از مالتی مدیا"، "آموزش مبتنی بر شبیه سازی"، "آموزش رایج" به تفکیک حیطه های شناختی و روانی - حرکتی

حیطه	حیطه شناختی	حیطه روانی - حرکتی
گروه	P	P
استفاده از مالتی مدیا (یادگیری خود راهبر)	۰/۰۱۸	۰/۰۴۲
مبتنی بر شبیه سازی		
آموزش رایج (آموزش بر بالین بیمار - مشاهده مهارت)		

جدول شماره ۴: مقایسه میزان رضایتمندی دانشجویان نسبت به سه شیوه آموزشی "استفاده از مالتی مدیا"، "آموزش مبتنی بر شبیه سازی"، "آموزش رایج" در زمینه آموزش مهارت بالینی بخیه زدن

شیوه آموزشی	میزان رضایتمندی انحراف معیار \pm میانگین	سطح معنی داری آماری
استفاده از مالتی مدیا	۵/۲۹ \pm ۶/۳	P<۰/۰۵
آموزش مبتنی بر شبیه سازی	۹/۳۰ \pm ۱/۴	
آموزش رایج	۳/۱۵ \pm ۰/۵	

میزان رضایتمندی از هر یک از شیوه های آموزشی با سن و جنس و معدل تحصیلی ترم قبلی فراگیران ارتباط معنی دار نداشت ($P>۰/۰۵$). بیشترین میزان رضایتمندی در شیوه آموزشی استفاده از مالتی مدیا (یادگیری خود راهبر) به ترتیب مربوط به ایجاد انگیزه جهت یادگیری بیشتر مهارت بخیه زدن با میانگین و انحراف معیار $۳/۱ \pm ۴/۴$ (حداکثر امتیاز=۵)، استفاده مفید از وقت $۸/۱ \pm ۱/۴$ و در شیوه آموزشی مبتنی بر شبیه سازی به ترتیب مربوط به امکانات آموزشی $۹/۱ \pm ۲/۴$ و یادگیری بهتر مهارت های عملی (تحکیم مهارت های عملی فراگیران در زمینه بخیه زدن) $۲/۱ \pm ۴$ بود. در بخش سوالات باز، از دیدگاه اکثریت دانشجویان در گروه آموزشی مبتنی بر شبیه سازی (۶۰٪ دانشجویان)، دریافت بازخورد مکرر از طرف استاد به هنگام تمرین عملی، از مهمترین نقاط مثبت این شیوه آموزشی بود و در گروه مالتی مدیا اکثر فراگیران (۵۵٪)، جذابیت روش آموزشی مالتی مدیا را به عنوان نقطه مثبت استفاده از این روش در آموزش مهارت های بالینی، عنوان کردند. از دیدگاه فراگیران، عدم وجود امکان تمرین عملی در روش استفاده از مالتی مدیا، زمان ناکافی جهت آموزش های تئوری در روش مبتنی بر شبیه سازی، عدم وجود فرصت های آموزشی مناسب در آموزش مهارت های بالینی و تکنیکی از جمله بخیه زدن در بیمارستان ها در روش آموزش رایج، از مهمترین نقاط ضعف این شیوه های آموزشی بود.

Conclusion

مطابق یافته های به دست آمده اگرچه مداخلات آموزشی از طریق شبیه سازی و آموزش خودراهبر (استفاده از مالتی مدیا) هر دو سبب افزایش سطح شناختی - عملکرد فراگیران در زمینه مهارت بخیه زدن شده بود ولی استفاده از مالتی مدیا نسبت به روش شبیه سازی تاثیر بیشتری بر

مهارت های شناختی و استفاده از شبیه سازی نسبت به مالتی مدیا تاثیر بیشتر بر مهارت های روانی-حرکتی فراگیران داشته است. با توجه به میزان رضایت دانشجویان از هر دو روش مالتی مدیا و شبیه سازی، جهت یادگیری عمیقتر این مهارت و ادغام مهارت های شناختی-حرکتی استفاده از روش ادغام یافته خودراهبر و آموزش مبتنی بر شبیه سازی در آموزش این مهارت توصیه می گردد. لذا با توجه به مزایای کاربردی این شیوه های آموزشی نوین و کارآمد (استفاده از مالتی مدیا و آموزش های مبتنی بر شبیه سازی) در محیط های حرفه ای، به نظر می رسد برگزاری چنین دوره هایی به عنوان یک نیاز آموزشی در سطح دانشگاه و برای سایر دانشجویان گروه های پزشکی و پیراپزشکی مطرح است. استفاده توأم روش های خودآموز به صورت مالتی مدیا با شبیه سازی از طریق ادغام نمودن دو حیطة دانش و مهارتی دانشجویان، می تواند نقش مهمی در رفع مشکلات ناشی از کمبود صلاحیت مهارت بخیه زدن در دانشجویان گروه پزشکی داشته باشد. در حال حاضر مرکز مهارت های بالینی دانشگاه علوم پزشکی قزوین با فراهم سازی بستر مناسب آموزشی و تشویق دانشجویان به استفاده از روش های دانشجوی-محور در حال ادامه روند مذکور می باشد.

Keywords: مالتی مدیا (multimedia)، بخیه (suture)، شبیه سازی (simulation)، یادگیری (learning)، رضایتمندی (satisfaction)

کد: ۱۶۰۲

حیطه: یادگیری الکترونیکی

دوره های کوتاه مدت و پودمانی: نوآوری در مسیر دانشگاه های هزاره سوم

نویسندگان: افسانه دهناد، شعله بیگدلی، آیدین آراین خصال، سید کامران سلطانی عربشاهی، لیلا نعمتی انارکی، حامد شیرازی، زهرا نهاردانی، سمیه علیزاده.

Introduction

پیشرفت های چشم گیر فناوری اطلاعات و ارتباطات و ظرفیت های انطباق آن در فرصت های آموزشی و تغییرات سریع در نظام سلامت در طی دو دهه اخیر، به شدت آموزش پزشکی رایج را تحت تاثیر قرار داده و این در حالی است که دانش و مهارت های مورد نیاز دانشجویان دانشگاه های علوم پزشکی به سرعت تغییر می کند و فرصت کافی برای ارائه مطالب بصورت حضوری وجود ندارد. این امر سبب شده است که حرکت به سوی آموزش مجازی در مسیر دانشگاه های هزاره سوم ضروری باشد.

Objectives

مطالعه حاضر با هدف بررسی دوره های کوتاه مدت و پودمانی مجازی و ارائه مدل جهت برگزاری این دوره ها به صورت مجازی انجام شد.

Study Design

پژوهش حاضر از نوع مطالعات مروری به روش ترکیبی است. با در نظر گرفتن کلید واژه ها و معیار های ورود و خروج، دوره های کوتاه مدت پودمانی در بازه زمانی یک ساله و کمتر در حوزه سلامت، بهداشت و پزشکی دانشگاه ها و موسسات مرتبط انتخاب شدند که از بین آنها ۱۰۰ دانشگاه اول و ۲۵ سایت موسسات ارائه دهنده دوره های کوتاه مدت و پودمانی انتخاب شدند. به منظور پوشش کشورهای بیشتر دانشگاه های برتر قاره های (آسیا و اروپا) که در لیست ۱۰۰ دانشگاه برتر قرار نداشتند به لیست اضافه شد.

:Study Setting

پژوهش حاضر از نوع مطالعات مروری به روش ترکیبی است. با در نظر گرفتن کلید واژه ها و معیار های ورود و خروج ، دوره های کوتاه مدت پودمانی در بازه زمانی یک ساله و کمتر در حوزه سلامت ، بهداشت و پزشکی دانشگاهها و موسسات مرتبط انتخاب شدند که از بین آنها ۱۰۰ دانشگاه اول و ۲۵سایت موسسات ارائه دهنده دوره های کوتاه مدت و پودمانی انتخاب شدند. به منظور پوشش کشورهای بیشتر دانشگاه های برتر قاره های (آسیا و اروپا) که در لیست ۱۰۰ دانشگاه برتر قرار نداشتند به لیست اضافه شد .

:Participan

متون بازبایی شده مرتبط با موضوع

:Sample Size

۱۰۰ دانشگاه اول و ۲۵سایت موسسات ارائه دهنده دوره های کوتاه مدت و پودمانی انتخاب شدند. به منظور پوشش کشورهای بیشتر دانشگاه های برتر قاره های (آسیا و اروپا) که در لیست ۱۰۰ دانشگاه برتر قرار نداشتند به لیست اضافه شد .

:Data Gathering Tool

پس از تهیه فرم استخراج داده ها و پایان مرحله سرچ، داده های حاصل وارد اس پی اس شده ، ترجمه شده و براساس مش طبقه بندی شد و نتایج حاصل در نشست خبرگان ارائه شد.

:Results

در نشست خبرگان نتایج حاصل از تحلیل داده ها مورد بحث قرار گرفت و مدل تجویزی اولیه ارائه شد که بر اساس آن حیطة یادگیری ، شهریه ، کوریکلوم ، طول مدت ، نحوه حضور و غیاب، زبان ارائه ، ارزشیابی ، نوع گواهی ، سطح مهارت و سطح ارائه دوره مشخص شد.

:Conclusion

این پژوهش با توجه به اهداف ارائه دوره های کوتاه مدت و پودمانی مجازی یعنی آموزش مفاهیم پایه یا بالا بردن مهارت ها و پتانسیل نیروی انسانی در بازار کار، توسعه کمی و کیفی آموزش و پژوهش به منظور تحول و نوآوری در برنامه های آموزشی، افزایش سطح تخصصی جامعه علمی و صنعتی کشور با توجه آخرین پیشرفت ها، توسعه تحقیقات دانشگاهی و کاربردی در حوزه مجازی، ایجاد زمینه های لازم برای جذب و پرورش نخبگان کشور، افزایش توان علمی کشور، حرکت در راستای دانشگاه های نسل سوم و دستیابی به مرجعیت علمی در منطقه صورت گرفت و منتج به ارائه مدل تجویزی جهت نحوه راه اندازی این دوره ها به صورت مجازی شد.

:Keywords

دوره های کوتاه مدت، دوره های پودمانی، آموزش مجازی

کد: ۱۶۰۵

حیطه: یادگیری الکترونیکی

فرایند بکارگیری روش تدریس کلاس وارونه (flip classroom) جهت ارتقا دانش و رضایتمندی دانشجویان دندانپزشکی در دروس پری کلینیک بیماریهای لثه و کودکان

نویسندگان: الهام فخاری، نسیم سیفی

Introduction

یادگیری بر مبنای سخنرانی ارائه شده، از دیرباز به عنوان روش مرسوم در آموزش پزشکی مطرح بوده است. این روش مبتنی بر مدرس بوده و بر انتقال غیرفعال دانش از آموزش دهنده به فراگیرنده استوار است و تنها یادگیری سطحی فراگیرنده را از بحث مورد نظر افزایش می دهد. در واقع فراگیرنده باید آنچه را در لحظه در سخنرانی گفته می شود دریابد و امکان توقف یا بازگشت در روند سخنرانی را ندارد. لذا از معایب آن غیرفعال بودن و خستگی فراگیرنده، انتقال یکطرفه اطلاعات، طولانی بودن زمان جهت ارائه سخنرانی و سریع فراموش شدن مطالب است به گونه ای که ۸۰٪ مطالب گفته شده طی ۸ هفته فراموش خواهد شد. بر این اساس تاثیر این روش در انتقال دانش سوال برانگیز بوده و مطالعات به روش های دیگری مانند *interactive teaching*، *problem base learning* و *case study* پرداخته اند که به برتری این روش ها نسبت به نوع معمول اشاره داشته اند.

یکی از روش هایی که اخیراً در شیوه های آموزش مطرح شده است آموزش الکترونیکی است که در آن فراگیرنده نقش فعالی در آموزش داشته و موجب افزایش عمق یادگیری خواهد شد. یکی از روش ها که در بحث آموزش مجازی مطرح می شود کلاس وارونه است که ابتدا توسط دوتن از مدرسان یکی از دبیرستان های امریکا به نام های *Johnathan Bergmann* و *Aaron Sams* مطرح شد. در واقع هیچ مدل استاندارد و واحدی برای طراحی یک کلاس وارونه وجود ندارد. بطور کلی در این روش فراگیرنده ویدئوی سخنرانی را از قبل مشاهده کرده و کلاس به محلی برای رفع ابهامات و بحث در مورد محتویات سخنرانی تبدیل خواهد شد. بنابراین فرایندی که در روش مبتنی بر سخنرانی در کلاس بصورت ناقص اتفاق می افتاد در خانه به صورت کامل رخ می دهد چون ویدئو در اختیار فراگیرنده بوده و می تواند در هر زمان و مکانی به بازبینی آن بپردازد لذا کلاس به محلی برای یادگیری عمیق تر مفاهیم و بکارگیری دانش تبدیل خواهد شد. در جلسه کلاس مدرس نقش ناظر و هدایت کننده بحث را بعهده داشته و فراگیرنده از حالت غیرفعال و کسل کننده در روش سخنرانی مرسوم، به حالت فعال در می آید و مهارت خود را در جهت دریافت و انتقال مفاهیم از سایر فراگیرندگان را نیز ارتقا می بخشد. بر طبق تاکسونومی بلوم، سطوح پایین تر مهارت های یادگیری مانند شناخت و فهم مفاهیم در خارج از کلاس اتفاق افتاده و کلاس به محلی برای ارتقاء سطوح بالاتر مهارت ها مانند بکارگیری، آنالیز و سنتز دانش جدید تبدیل خواهد شد. و این برخلاف روش سخنرانی مرسوم است که سطوح پایین مهارت ها در کلاس و سطوح بالاتر آن در خارج از کلاس و بدون نظارت استاد اتفاق خواهد افتاد.

بنابراین کلاس وارونه یک تغییر دینامیک در ارائه مباحث خصوصاً پروسیجرهایی که ارائه آن ها در یک سخنرانی دشوار است، ایجاد می کند. این مسئله خصوصاً در مورد دروس دندانپزشکی که در آن بسیاری از مفاهیم بصورت سخنرانی و یا یکبار *demonstration* به فراگیران ارائه می شود، مشکل ساز خواهد بود. از طرفی مطالعاتی که به بررسی بهبود سطح مهارت های عملی در دندانپزشکی توسط روش کلاس وارونه پرداخته اند بسیار محدودند. این فرایند با توجه به بسته های تحول و نوآوری در آموزش مجازی به مقایسه دو روش یادگیری مبتنی بر سخنرانی و کلاس وارونه در دو واحد پر کلینیک بخش های دندانپزشکی کودکان و پرودنتیکس دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی گلستان پرداخته است.

Objectives:

هدف کلی : بکارگیری روش تدریس کلاس وارونه (flip classroom) جهت ارتقا دانش و رضایتمندی دانشجویان دندانپزشکی در درس پری کلینیک بیماریهای لثه و کودکان

اهداف ویژه / اختصاصی

۱- تعیین میانگین اختلاف نمرات pretest و post-test دانشجویان در روش یادگیری مبتنی بر سخنرانی در دو جلسه از درس کودکان و پریو عملی ۱

۲- تعیین میانگین اختلاف نمرات pretest و post-test دانشجویان در روش یادگیری مبتنی بر کلاس وارونه در دو جلسه از درس کودکان پریو عملی ۱

۳- تعیین میزان رضایتمندی دانشجویان از روش یادگیری مبتنی بر سخنرانی و یادگیری مبتنی بر کلاس وارونه در دو جلسه از درس کودکان و پریو عملی ۱

۴- مقایسه میانگین اختلاف نمرات pretest و post-test دانشجویان در دو روش یادگیری مبتنی بر سخنرانی و یادگیری مبتنی بر کلاس وارونه در دو جلسه از درس کودکان و پریو عملی ۱

۵- مقایسه میزان رضایتمندی دانشجویان از روش یادگیری مبتنی بر سخنرانی و یادگیری مبتنی بر کلاس وارونه در دو جلسه از درس کودکان و پریو عملی ۱

Study Design:

در این فرایند از روش مطالعه مداخله ای به صورت cross over بر روی دانشجویان ترم ۸ رشته دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی گلستان استفاده شد .

دو جلسه از دروس دندانپزشکی کودکان عملی ۱ و پریو عملی ۱ (پری کلینیک) در نیمسال دوم تحصیلی ۹۴-۹۵ و ۹۶-۹۵ به دو صورت flipped classroom ، و روش سخنرانی و demonstration ارایه شدند. قبل از شروع برای افزایش رغبت دانشجویان جلسه توجیهی برای آنها برگزار شد که هدف فرایند توضیح داده شد. ابتدا دانشجویان به صورت تصادفی (جدول اعداد تصادفی) به دو گروه تقسیم شدند. ۲ جلسه از دروس کودکان عملی ۱ و پریو عملی ۱ در این فرایند قرار گرفتند، بطوریکه یک جلسه به گروه ۱ به صورت سخنرانی و demonstration و به گروه دیگر با روش flip تدریس شد، سپس جلسه ای دیگر که از لحاظ محتوا و دشواری مشابه جلسه قبل بود به گروه ۲ به صورت سخنرانی و demonstration و به گروه ۱ به صورت flip classroom ارایه گردید. دانشجویانی که قبلا واحد مربوطه را گذرانده بوده و دانشجویان تحصیلات تکمیلی در فرایند قرار نگرفتند.

روش اجرای جلسات flip به این صورت بود که ابتدا از دانشجویان pretest گرفته شد که شامل پرسشنامه دانش و مهارت دانشجویان بود، سپس ویدیو مربوط به جلسه مورد نظر که شامل یک سخنرانی کوتاه و فیلم انجام procedure مربوط به آن بود به آنها داده شد تا قبل از جلسه مربوط به درس مشاهده نموده و اشکالات خود را یادداشت نمایند. جهت اطمینان از دیده شدن فیلم توسط دانشجویان، ارزیابی درک اولیه و بالا بردن انگیزه آنها در جلسه درس قبل از برگزاری کلاس یک پرسش و پاسخ کوتاه انجام شد. سپس یک سخنرانی کوتاه در مورد ویدیو دیده شده برای

دانشجویان انجام شد و به بحث و بررسی اشکالات آنها پرداخته شد. در قسمتهای مربوط به کار عملی، دانشجویان بعد از رفع اشکال، مراحل کار را بر روی مدل (دندانی / فرد) انجام دادند که کار آنها مشاهده و ارزیابی گردید. در پایان جلسه از دانشجویان، **post test** مشابه **pretest** بعمل آمد.

روش اجرای جلسات گروه سخنرانی و **demonstration** به این صورت بود که قبل از شروع جلسه درس، **pretest** که شامل پرسشنامه دانش و مهارت می باشد از دانشجویان گرفته شد. سپس استاد سخنرانی مربوط به درس را انجام داده و بر روی مدل (دندانی / فرد) **procedure** مربوطه را انجام داد تا دانشجویان با **observation** آموزش لازم را ببینند، سپس دانشجویان کار عملی را بر روی مدل انجام داده که توسط استاد مشاهده و ارزیابی شد. مانند گروه قبل، در پایان جلسه **post test** برگزار شد. در انتها در مصاحبه ای رضایتمندی دانشجویان از روشهای تدریس بررسی شد.

اختلاف نمرات **pretest** و **posttest** پس از جمع آوری و ثبت در نرم افزار SPSS ۱۸ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

بازنگری و ارزشیابی

با توجه به رضایتمندی دانشجویان از روش تدریس **flipped classroom** در این واحدهای عملی، این فرایند در نیمسالهای بعدی نیز تکرار گردیده است

:Study Setting

کل جامعه مورد مطالعه

:Participan

جامعه هدف تمام دانشجویانی بوده اند که واحد مربوطه را انتخاب کرده و قبلا این دروس را نگذرانده باشند.

:Sample Size

جامعه هدف تمام دانشجویانی بوده اند که واحد مربوطه را انتخاب کرده بودند.

:Data Gathering Tool

ابزار گردآوری اطلاعات از طریق سوالات **mcq** بوده که روایی و پایایی آن قبل از شروع مطالعه تایید شد.

:Data Analysis

نتایج آماری اولیه نشان داد که نمرات **post test** در هر دو گروه نسبت به **pretest** به صورت قابل توجهی بیشتر بوده است. نمرات دانشجویان در روش کلاس وارونه از گروه سخنرانی بهتر بود ولی از نظر آماری تفاوت قابل توجهی نداشت که میتواند به علت تعداد کم دانشجویان در هر گروه باشد.

طبق نتایج به دست آمده دانشجویان روش **flipped** را به روش سخنرانی ترجیح داده و از استفاده آن جهت تدریس دروس مورد نظر راضی بودند.

نتایج حاصل از این فرایند شامل:

افزایش کیفیت یادگیری دانشجویان
افزایش جذابیت کلاس و کاهش کسل کنندگی
افزایش کارایی دانشجویان در پاسخ دادن به سوالات امتحانی
افزایش ماندگاری آموخته های دانشجویان
افزایش انگیزه دانشجویان برای مطالعه ی دروس
افزایش کیفیت آموزش مهارت های عملی دانشجویان
تبدیل کلاس درس به محلی برای رفع اشکال دانشجویان

:Results

نتایج آماری اولیه نشان داد که نمرات post test در هر دو گروه نسبت به pretest به صورت قابل توجهی بیشتر بوده است. نمرات دانشجویان در روش کلاس وارونه از گروه سخنرانی بهتر بود ولی از نظر آماری تفاوت قابل توجهی نداشت که میتواند به علت تعداد کم دانشجویان در هر گروه باشد.

:Conclusion

طبق نتایج به دست آمده دانشجویان روش flipped را به روش سخنرانی ترجیح داده و از استفاده آن جهت تدریس دروس مورد نظر راضی بودند. پیشنهاد می شود این روش تدریس در سایر دروس پری کلینیک دندانپزشکی در آینده مورد استفاده قرار گیرد.

Keywords :

flip classroom, educational, dentistry

کد: ۱۰۸۱

حیطه: یادگیری الکترونیکی

ارزشیابی روش آموزشی تحت وب، درس آناتومی دانشجویان رشته پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه

نویسندگان: سیروس جلیلی، فرزاد جلیلیان.

Introduction

در سال‌های اخیر آموزش پزشکی دستخوش تغییرات بسیار زیادی شده است؛ ابداع روش‌های جدید آموزشی، بهبود و تکامل آن‌ها یکی از اهداف سازمان‌های درگیر با امر آموزش است (۴-۱)؛ از طرفی محتوای یادگیری در علوم پزشکی غالباً در برگزیده اجزای چندرسانه ای شامل متن، صدا، و تصاویر ثابت و متحرک است. همچنین با توجه به سرعت رشد دانش موجود در زمینه علوم طبیعی و تکامل فناوری‌های نوین آموزش علوم تجربی با تمام پیچیدگی‌ها، تنوع و گستردگی یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های متخصصین تعلیم و تربیت است. از جمله روش‌های آموزشی مستقل روش سخنرانی است که از بیان شفاهی برای توضیح و تفهیم مطالب استفاده می‌شود (۵). در بین دروس پزشکی، آناتومی به عنوان یکی از شاخه‌های علوم زیست‌شناسی و پزشکی، نخستین سنگ بنای علم پزشکی است که در سال‌های اخیر شاهد پیشرفت‌های شگرفی بوده است (۷۶). در الگوی سنتی تدریس آناتومی، آموزش بر پایه طرح مطالب به صورت نظری و سپس تشریح نواحی مختلف بدن می‌باشد؛ مهم‌ترین بخش تدریس آناتومی اجرای کلاس عملی به خصوص تشریح جسد می‌باشد تحقیقات نشان داده است که استفاده از پیش سازمان دهنده‌ها مطالب درسی را برای یادگیرنده معنادارتر می‌سازند و منجر به یادگیری بهتر و انگیزش آموزشی بیشتر فراگیران می‌گردد (۸ و ۹). پیش سازمان دهنده‌هایی نظیر نشان دادن اعضا قبل از تدریس تئوری ممکن است تأثیر زیادی بر میزان یادگیری دانشجویان، تسهیل یادگیری و همچنین افزایش علاقه آنان به این درس داشته باشد (۱۰).

روند تحولات جهانی با محوریت توسعه پدیده فناوری در حال گسترش (Information Technology) اطلاعات است. همزمان با تغییرات سریع فنون و مهارت‌ها و ظهور پدیده‌های نوین در فناوری اطلاعات و تأثیر آن‌ها بر شیوه‌ها و روش‌های زیستن، فرآیند آموزش نیز متحول و دگرگون شده است (۱۱). وجود شبکه‌های ارتباطی بسیار گسترده از جمله اینترنت و ابزارهای آموزشی پیشرفته، روش‌های آموزشی را دچار تغییر و تحول نموده و این امکان را فراهم ساخته است که طیف وسیعی از جویندگان علم و دانش در نقاط مختلف جهان و از فاصله‌های دور تحت پوشش شبکه آموزشی از راه دور قرار گیرند و با روش‌هایی متفاوت از روش‌های سنتی و معمول آموزش ببینند. شیوه آموزش از راه دور همپای دیگر علوم و فناوری‌ها پیشرفت کرده و هم‌اینک تا حد استفاده از انواع فناوری‌ها و محصولات رایانه، مخابرات و فناوری‌های شبکه سازی دیجیتال گسترش یافته و به شکل گیری مقولاتی از قبیل آموزش الکترونیکی و یادگیری الکترونیکی منجر شده است. این مقولات که به عنوان نمادهایی از کاربرد فناوری در آموزش است امروزه مورد توجه متخصصان آموزشی و سیستم‌های آموزشی قرار گرفته است (۱۲). روش نوین آموزشی که از آن به عنوان یادگیری الکترونیکی، مجازی یا به عبارت بهتر آموزش و یادگیری الکترونیکی یاد می‌شود، به عنوان یک نظام آموزشی نوین در دنیای امروز مطرح است و از انواع فناوری‌های پیشرفته نظیر شبکه‌های اینترنتی، پایگاه‌های اطلاعاتی و مدیریت دانش بهره می‌گیرد و در این نظام محتوای آموزشی از طریق خدمات الکترونیکی ارائه می‌شود (۱۳ و ۱۴). سبک یادگیری دانشجویان یک روش ترجیحی طبیعی، عادت، منحصراً به فرد و نسبتاً ثابت است که برای جذب، پردازش و حفظ اطلاعات مورد استفاده قرار می‌گیرد (۱۵)، و ناهماهنگی سبک تدریس و یادگیری می‌تواند باعث عدم یادگیری مناسب گردد (۱۶)؛ بنا به راین می‌بایست شیوه‌ای از تدریس را انتخاب نمود که هماهنگی مناسبی با سبک یادگیری داشته باشد. این هماهنگی آموزش و یادگیری ارتباط بسیار نزدیکی با محتوای دروس نیز خواهد داشت (۱۷). بیشتر مطالعات نشان می‌دهد که

اگر چنانچه هماهنگی مناسبی بین شیوه تدریس اساتید و نحوه یادگیری دانشجویان وجود داشته باشد انگیزه یادگیری بهبود یافته و متعاقب آن پیشرفت تحصیلی بهتر خواهد بود (۱۸).

Objectives

درس آناتومی از دروس مهم علوم پزشکی بوده که حاوی حجم وسیعی از اطلاعات که می‌بایست به ذهن سپرده شود، بنابراین کیفیت آموزش در درس آناتومی از اهمیت بسزایی برخوردار است. لذا با توجه به مطالب مذکور مطالعه حاضر با هدف ارزشیابی روش آموزشی تحت وب در تدریس آناتومی پزشکی بر میزان رضایتمندی و یادگیری دانشجویان رشته پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه طراحی شد و انتظار می‌رود که مطالعه حاضر بتواند در راستای ارتقاء کیفیت آموزش نتایج سودمندی را ارائه دهد.

Study Design

این مطالعه یک پژوهش مداخله‌ای (Interventional) از نوع نیمه تجربی (Quasi-experimental Study) می‌باشد که در میان دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه انجام گرفت. نحوه انجام مطالعه بدین شرحی بود که در ابتدا کلیه بخش‌های مختلف درس آناتومی را طبقه بندی کرده و جهت تدریس آن‌ها با نرم افزار فلش اقدام به تهیه محتوای درس مصور و سه بعدی گردید که به طور کامل هر عضو از دستگاه‌های مختلف بدن را تشریح نموده، به طوری که در زمان مطالعه قابلیت آزمون دانش فراگیری شده در هر مرحله وجود داشت و با استفاده از توانایی‌های الکترونیک برنامه، فرد قادر بود به طور مکرر آزمون‌های مقطعی در زمینه اسامی اندام‌ها و مشخصات آن‌ها را به طور خود ارزیابی مقطعی و مرحله‌ای به انجام رساند. لازم به ذکر است که کلیه اقدامات انجام شده به عنوان روش مکمل تدریس درس آناتومی بوده و علاوه بر اقدامات انجام شده فوق مدرس به روش سخنرانی و با استفاده از پاورپوینت نیز که روش قبلی تدریس بوده، فعالیت داشت.

Study Setting

این مطالعه در طول نیمسال آموزشی اول سال تحصیلی ۲۳-۹۲ در میان ۱۰۲ نفر از دانشجویان پزشکی که به صورت تصادفی به دو گروه ۵۱ نفره تقسیم بندی مداخله (که برنامه طراحی شده تحت وب برای تدریس آناتومی را دریافت نمودند) و کنترل (که برنامه روتین تدریس را دریافت نمودند) شده بودند، صورت گرفت. دانشجویان گروه مداخله با استفاده از رمز شخصی در سایت آموزش الکترونیک دانشگاه وارد شده و از شیوه آموزش الکترونیک برخوردار شدند.

Participan

ابزار گرد آوری اطلاعات: ابزار گرد آوری اطلاعات در این پژوهش استفاده از پرسشنامه های کتبی به روش خود گزارش دهی (Self-report) بود که شامل دو بخش می شد:

بخش اول: سوالات زمینه ای و دموگرافیکی: این قسمت شامل ۶ سوال بود که اطلاعات شرکت کنندگان در خصوص سن (به سال)، جنس (مرد، زن)، وضعیت تاهل (مجرد- متاهل)، میزان آشنایی با یادگیری الکترونیکی (خیلی کم، کم، متوسط، زیاد، خیلی زیاد)، سابقه آموزش بصورت یادگیری الکترونیکی (بلی، خیر)، و میزان آشنایی با مهارت‌های هفت گانه رایانه (خیلی کم، کم، متوسط، زیاد، خیلی زیاد) را مورد ارزیابی قرار می داد.

بخش دوم: سوالات مربوط به سهولت، سودمندی، نگرش و رضایت از روش تدریس: این قسمت با توجه به نمونه پرسشنامه‌های استاندارد بکار رفته شده در مطالعات دیگر تهیه شد (۲۱-۱۹)؛ روایی پرسشنامه‌ها با بهره‌گیری از پانل متخصصین مورد تأیید قرار گرفت و پایایی پرسشنامه‌ها با بهره‌گیری از آزمون آلفای کرونباخ تأیید گردید که نتایج آن در ادامه اشاره شده است.

سهولت درک شده: این قسمت شامل سه سوال بود، برای مثال «این نوع روش تدریس، فراگیری مطالب را آسانتر می‌کند» که با مقیاس ۵ گزینه‌ای از ۱ (بسیار مخالفم) تا ۵ (بسیار موافقم) اندازه‌گیری گردید. کسب نمره بالاتر نشان دهنده سهولت درک شده بیشتر در خصوص آن نوع روش آموزشی (سنتی یا مبتنی بر وب) بود و ضریب آلفا آن در مطالعه پایلوت ۰/۶۷ برآورد گردید.

:Sample Size

سهولت درک شده: این قسمت شامل سه سوال بود، برای مثال «این نوع روش تدریس، فراگیری مطالب را آسانتر می‌کند» که با مقیاس ۵ گزینه‌ای از ۱ (بسیار مخالفم) تا ۵ (بسیار موافقم) اندازه‌گیری گردید. کسب نمره بالاتر نشان دهنده سهولت درک شده بیشتر در خصوص آن نوع روش آموزشی (سنتی یا مبتنی بر وب) بود و ضریب آلفا آن در مطالعه پایلوت ۰/۶۷ برآورد گردید.

سودمندی درک شده: این قسمت شامل چهار سوال بود، برای مثال «این نوع روش تدریس می‌تواند باعث کاهش هزینه‌های آموزش شود» که با مقیاس ۵ گزینه‌ای از ۱ (بسیار مخالفم) تا ۵ (بسیار موافقم) اندازه‌گیری گردید. کسب نمره بالاتر نشان دهنده سودمندی درک شده بیشتر در خصوص آن نوع روش آموزشی (سنتی یا مبتنی بر وب) بود و ضریب آلفا آن در مطالعه پایلوت ۰/۷۴ برآورد گردید.

نگرش نسبت به روش تدریس: این قسمت شامل پنج سوال بود، برای مثال «این نوع روش تدریس می‌تواند باعث افزایش انگیزه دانشجویان در یادگیری دروس شود.» که با مقیاس ۵ گزینه‌ای از ۱ (بسیار مخالفم) تا ۵ (بسیار موافقم) اندازه‌گیری گردید. کسب نمره بالاتر نشان دهنده نگرش مطلوب تر در خصوص آن نوع روش آموزشی (سنتی یا مبتنی بر وب) بود و ضریب آلفا آن در مطالعه پایلوت ۰/۸۳ برآورد گردید.

رضایتمندی نسبت به روش تدریس: این قسمت شامل چهار سوال بود، برای مثال «این نوع روش تدریس باعث افزایش رضایتمندی از یادگیری می‌شود» که با مقیاس ۵ گزینه‌ای از ۱ (خیلی کم) تا ۵ (خیلی زیاد) اندازه‌گیری گردید. کسب نمره بالاتر نشان دهنده رضایتمندی بیشتر در خصوص آن نوع روش آموزشی (سنتی یا مبتنی بر وب) بود و ضریب آلفا آن در مطالعه پایلوت ۰/۸۰ برآورد گردید.

کلیه تجزیه و تحلیل‌ها به وسیله ورود داده‌ها به نرم افزار آماری SPSS ویرایش ۲۱ و بهره‌گیری از آزمون‌های مناسب (کای دو و تی تست) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

:Data Gathering Tool

سودمندی درک شده: این قسمت شامل چهار سوال بود، برای مثال «این نوع روش تدریس می‌تواند باعث کاهش هزینه‌های آموزش شود» که با مقیاس ۵ گزینه‌ای از ۱ (بسیار مخالفم) تا ۵ (بسیار موافقم) اندازه‌گیری گردید. کسب نمره بالاتر نشان دهنده سودمندی درک شده بیشتر در خصوص آن نوع روش آموزشی (سنتی یا مبتنی بر وب) بود و ضریب آلفا آن در مطالعه پایلوت ۰/۷۴ برآورد گردید.

نگرش نسبت به روش تدریس: این قسمت شامل پنج سوال بود، برای مثال «این نوع روش تدریس می‌تواند باعث افزایش انگیزه دانشجویان در یادگیری دروس شود.» که با مقیاس ۵ گزینه‌ای از ۱ (بسیار مخالفم) تا ۵ (بسیار موافقم) اندازه‌گیری گردید. کسب نمره بالاتر نشان دهنده نگرش مطلوب تر در خصوص آن نوع روش آموزشی (سنتی یا مبتنی بر وب) بود و ضریب آلفا آن در مطالعه پایلوت ۰/۸۳ برآورد گردید.

رضایتمندی نسبت به روش تدریس: این قسمت شامل چهار سوال بود، برای مثال «این نوع روش تدریس باعث افزایش رضایتمندی از یادگیری می‌شود» که با مقیاس ۵ گزینه ای از ۱ (خیلی کم) تا ۵ (خیلی زیاد) اندازه گیری گردید. کسب نمره بالاتر نشان دهنده رضایتمندی بیشتر در خصوص آن نوع روش آموزشی (سنتی یا مبتنی بر وب) بود و ضریب آلفا آن در مطالعه پایلوت ۰/۸۰ برآورد گردید.

:Data Analysis

کلیه تجزیه و تحلیل‌ها به وسیله ورود داده‌ها به نرم افزار آماری SPSS ویرایش ۲۱ و بهره گیری از آزمون‌های مناسب (کای دو و تی تست) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

:Results

دامنه سن شرکت کنندگان ۱۸ تا ۳۸ و میانگین آن $19/82 \pm 2/06$ سال بود. یافته‌های مربوط به متغیرهای زمینه‌ای و جمعیت شناختی در جدول یک آورده شده است. همانگونه که از نتایج پیداست ۴۰/۲ درصد از شرکت کنندگان سابقه آموزش بصورت یادگیری الکترونیکی را داشتند.

جدول (۱) بررسی وضعیت متغیرهای زمینه‌ای در بین دانشجویان مورد بررسی

متغیر	تعداد	درصد
سن	۱۹-۱۸	۴۸ / ۴۷/۱
	۲۱-۲۰	۵۰ / ۴۹
	۲۲ و بالاتر	۴ / ۳/۹
جنس	دختر	۵۸ / ۵۶/۹
	پسر	۴۴ / ۴۳/۱
وضعیت تاهل	مجرد	۹۹ / ۹۷/۱
	متاهل	۲ / ۲
	بی جواب	۱ / ۱
میزان آشنایی با یادگیری الکترونیکی	خیلی کم	۲۷ / ۲۶/۵
	کم	۲۹ / ۲۸/۴
	متوسط	۳۵ / ۳۴/۳
	زیاد	۹ / ۸/۸
میزان آشنایی با مهارت‌های هفت گانه رایانه	خیلی زیاد	۲ / ۲
	خیلی کم	۲۶ / ۲۵/۵
	کم	۲۱ / ۲۰/۶
	متوسط	۴۳ / ۴۲/۲
سابقه آموزش بصورت یادگیری الکترونیکی	زیاد	۱۰ / ۹/۸
	خیلی زیاد	۲ / ۲
	بلی	۴۱ / ۴۰/۲

۵۷/۸	۵۹	خیر	
۲	۲	بی جواب	

قبل از اجرای برنامه آموزشی گروه‌های مداخله و شاهد از نظر متغیرهای جمعیت شناختی و زمینه‌ای مورد بررسی قرار گرفته و از این لحاظ بجز در جنس تفاوت آماری معنی داری بین دو گروه مشاهده نشد که نتایج آن در جدول (۲) آورده شده است.

جدول (۲) بررسی مقایسه‌ای متغیرهای زمینه‌ای و جمعیت شناختی در بین گروه‌های شاهد و مداخله

متغیرهای مورد مطالعه	گروه مورد مطالعه		معنی داری
	مبتنی بر وب تعداد (درصد) میانگین (انحراف معیار)	سنتی تعداد (درصد) میانگین (انحراف معیار)	
سن	۱۹/۹۶ (۲/۷۴)	۱۹/۶۹ (۱/۰۱)	$\chi^2 = 0.6694$ $P = 0.505$
جنس	پسر ۳۹ (۸۸/۶٪)	۵ (۱۱/۴٪)	$\chi^2 = 46.204$
	دختر ۱۲ (۲۰/۷٪)	۴۶ (۷۹/۳٪)	$P = 0.001$
وضعیت تاهل	متاهل ۲ (۱۰۰٪)	۰ (۰٪)	$\chi^2 = 2.081$
	مجرد ۴۸ (۴۸/۵٪)	۵۱ (۵۱/۵٪)	$P = 0.149$
میزان آشنایی با یادگیری الکترونیکی	خیلی کم ۱۲ (۴۴/۴٪)	۱۵ (۵۵/۶٪)	$\chi^2 = 6.117$
	کم ۱۳ (۴۴/۸٪)	۱۶ (۵۵/۲٪)	
	متوسط ۱۷ (۴۸/۶٪)	۱۸ (۵۱/۴٪)	$P = 0.191$
	زیاد ۸ (۸۸/۹٪)	۱ (۱۱/۱٪)	
	خیلی زیاد ۱ (۵۰٪)	۱ (۵۰٪)	
میزان آشنایی با مهارت‌های هفت گانه رایانه	خیلی کم ۱۳ (۵۰٪)	۱۳ (۵۰٪)	$\chi^2 = 7.957$
	کم ۷ (۳۳/۳٪)	۱۴ (۶۶/۷٪)	
	متوسط ۲۱ (۴۸/۸٪)	۲۲ (۵۱/۲٪)	$P = 0.093$
	زیاد ۸ (۸۰٪)	۲ (۲۰٪)	
	خیلی زیاد ۲ (۱۰۰٪)	۰ (۰٪)	
بلی	۱۹ (۴۶/۳٪)	۲۲ (۵۳/۷٪)	

سابقه آموزش بصورت یادگیری الکترونیکی	خیر	۳۰ (۵۰/۸٪)	۲۹ (۴۹/۲٪)	$\chi^2 = 0.197$ $P = 0.658$
--------------------------------------	-----	------------	------------	---------------------------------

همچنین قبل از انجام مداخله آموزشی گروه های مورد بررسی از لحاظ سازه های مورد بررسی (سودمندی درک شده، سهولت درک شده، نگرش و رضایتمندی) مورد ارزیابی قرار گرفته و در این خصوص نیز تفاوت آماری معنی داری بین آنان مشاهده نشد (جدول ۳).

جدول (۳): شاخص های آماری مربوط به سازه های مورد مطالعه در دو گروه (قبل از مداخله)

معنی داری	آماره آزمون	آموزش سنتی	آموزش مبتنی بر وب	
		میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	
۰/۲۱۳	-۱/۲۵۵	۱۰/۶۵ (۲/۴۴)	۹/۹۸ (۲/۸۸)	سودمندی درک شده
۰/۲۵۲	-۱/۱۵۳	۸/۳۹ (۱/۹۸)	۷/۹۸ (۱/۶۰)	سهولت استفاده درک شده
۰/۹۸۳	-۰/۰۲۱	۱۳/۲۵ (۳/۳۲)	۱۳/۲۴ (۳/۶۸)	نگرش
۰/۹۳۳	۰/۰۸۴	۱۰/۴۴ (۲/۸۸)	۱۰/۴۹ (۳/۱۰)	رضایتمندی

اطلاعات مندرج در جدول (۴) میانگین نمرات متغیرهای سودمندی درک شده، سهولت درک شده، نگرش و رضایتمندی در خصوص نوع روش تدریس (سنتی و مبتنی بر وب) بعد از مداخله را نشان می دهد؛ همانگونه که از نتایج پیداست میانگین نمرات سازه های مورد بررسی در میان دانشجویانی که روش آموزشی مبتنی بر وب را دریافت نموده اند نسبت به گروه دیگر بیشتر بوده است.

جدول (۴): شاخص های آماری مربوط به سازه های مورد مطالعه در دو گروه (بعد از مداخله)

معنی داری	آماره آزمون	آموزش سنتی	آموزش مبتنی بر وب	
		میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	
۰/۰۰۱	۸/۳۳۱	۱۳/۰۲ (۲/۳۸)	۱۶/۸۳ (۲/۱۷)	سودمندی درک شده
۰/۰۰۱	۷/۱۳۲	۹/۵۲ (۱/۷۰)	۱۱/۹۸ (۱/۷۶)	سهولت استفاده درک شده
۰/۰۰۱	۵/۵۳۱	۱۶/۰۶ (۳/۰۹)	۱۹/۵۸ (۳/۳۱)	نگرش
۰/۰۰۱	۸/۰۲۳	۱۲/۶۴ (۲/۴۹)	۱۶/۶۲ (۲/۴۹)	رضایتمندی

Conclusion

بطور کلی نتایج مطالعه حاضر نشان داد که دانشجویان گروه مداخله که آموزش بصورت مبتنی بر وب را دریافت کرده بودند از نگرش، سودمندی درک شده، سهولت درک شده و رضایتمندی بیشتری نسبت به روش تدریس برخوردار بودند که می تواند منجر به ارتقای کیفیت یادگیری در

میان دانشجویان شود؛ لذا پیشنهاد می شود که برنامه های مدونی جهت ترغیب اساتید به ارائه دروس به روش الکترونیکی از سوی مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی دانشگاه ها برگزار شود.

:Keywords

آموزش مبتنی بر وب، آناتومی، دانشجویان پزشکی

کد: ۱۱۹۰

حیطه: یادگیری الکترونیکی

تعیین و مقایسه‌ی تأثیر دو شیوه آموزش الکترونیک و سخنرانی بر میزان آگاهی کارکنان اداری بخشهای بالینی بیمارستانهای منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران در زمینه کنترل عفونتهای بیمارستانی

نویسندگان: آذر طل، کمال اعظم، محمدرضا قانع پور، رویا صادقی، مینا سادات هاشمی پرست.

:Introduction

برنامه‌های آموزش مداوم، بخش مهمی از فرایند رشد کارکنان است که در افزایش بهره وری، کاهش خطاهای حرفه‌ای و بهبود فضای سازمانی نقش مهمی را ایفا می کنند (۱و۲). با وجود مزیت‌های فراوان آموزش مداوم در ارتقاء دانش و مهارت، عوامل متعددی دسترسی کارکنان به برنامه‌های آموزش شغلی را با چالش‌های جدی مواجه ساخته، که می‌توان به مواردی نظیر: وظایف سنگین شغلی، محدودیت زمان، کمبود نیروی جایگزین، خستگی ناشی از نوبت‌های کاری، انگیزه‌ی پایین و مشغله‌های خانوادگی اشاره نمود (۳). طی دهه‌ی گذشته، جهان شاهد توسعه‌ی سریع فن آوری اطلاعات بوده و ظهور شبکه گسترده‌ی جهانی، بر زندگی ما تأثیر گذاشته که البته کاربردهای آموزشی مهمی را نیز به دنبال داشته است (۴). از آن جا که فرایند پیچیده یادگیری را نباید صرفاً به فضای کلاس محدود نمود، لذا با بهره گیری از آموزش الکترونیک که روشی نوظهور است می توان به برخی موانع آموزش سنتی فائق آمد و دسترسی آسان و انعطاف پذیر جهت یادگیری را فراهم نمود. این شیوه، از یک سو دسترسی سریع به میزان بالایی از اطلاعات بدون داشتن محدودیت زمانی و مکانی برای فراگیران ساکن نقاط دور دست فراهم می نماید و از سوی دیگر هزینه ی رفت و آمد، اتلاف زمان و تداخل زمان آموزش با ساعات کاری کارکنان را تقلیل داده و زمینه ساز ایجاد انگیزه، یادگیری، تجربه و نوآوری شده است (۵). از دیگر مزایای آموزش الکترونیک می توان به گسترش آموزش برای همه با هزینه ی کمتر، امکان انتقال دانش در هر زمان و مکان برای مدارس، امکان پیگیری فعالیت فراگیران و وجود بازخورد تکوینی در مورد پیشرفت آنان در هر مرحله از آموزش و استفاده ی کارآمد از منابع و جلوگیری از دوباره کاری در تهیه محتوای آموزشی، تبدیل آموزش "استاد- محور" به "فراگیر- محور" اشاره نمود (۶). آموزش الکترونیک به نظام آموزشی اطلاق می گردد که در آن آموزش دهنده و فراگیر با وجود فاصله فیزیکی، به کمک وسایل و ابزارهایی که فن آوری در اختیار آنان قرار داده، با یکدیگر در ارتباط بوده و محتوای آموزشی از طریق خدمات الکترونیک ارائه می گردد (۷). با این وجود، شیوه مذکور به ویژه در کشورهای در حال توسعه مانند هر پدیده ی نوظهور با چالش ها و محدودیت هایی همراه بوده که می توان به فقدان ارتباط چهره به چهره و تعاملات انسانی و عاطفی میان مدارس و فراگیران به عنوان عمده ترین محدودیت آموزش الکترونیک اشاره نمود که در برخی موارد منجر به انزوا در فراگیران شده و اثر بخشی لازم را نیز به دنبال نداشته است. موفقیت فراگیر در آموزش به شیوه‌ی الکترونیک، تا حد زیادی به مهارت تکنیکی و فنی او در استفاده



از رایانه و شبکه وابسته بوده (۸) و برخی پژوهش‌ها به کارگیری مؤثر این فن آوری نوین را تا حد زیادی به داشتن نگرش مثبت نسبت به آن وابسته دانسته اند؛ و نتایج مطالعات اخیر، ناکامی بسیاری از پروژه های بزرگ در دستیابی به اهدافشان را تأیید می نماید (۹).

بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، میزان بروز عفونت های بیمارستانی در مناطق مختلف دنیا بین ۵ تا ۲۵ درصد بوده که این میزان در ایالات متحده حدود ۵ درصد و در منطقه مدیترانه شرقی که ایران نیز در آن قرار دارد ۱۰ تا ۱۵ درصد بیماران را درگیر می کند (۱۰). عفونت های بیمارستانی با افزایش ۷-۵ روزه ی زمان بستری، هزینه درمان را به طور چشمگیری افزایش داده و بار مالی زیادی به بیمار و سلامت عمومی جامعه تحمیل می نماید. عفونت های بیمارستانی به عفونت هایی گفته می شود که پس از پذیرش بیمار در بیمارستان (بین ۴۸ تا ۷۲ ساعت پس از بستری شدن) رخ می دهد (۹). این عفونت ها در زمان پذیرش وجود نداشته و علائم آن ممکن است در بیمارستان یا حتی پس از ترخیص در بیماران بروز نماید (۱۱). از جمله مهمترین منابع عفونت های بیمارستانی، انتقال عوامل بیماری زا از طریق کارکنان خدمات بهداشتی درمانی بوده، به طوری که شستن دست ها به تنهایی موجب کاهش ۳۰ درصدی انتقال آلودگی و عفونت از طریق کارکنان شده و خوشبختانه به آسانی قابل پیش گیری است (۱۲ و ۱۳). با توجه به اثرات زاینبار عفونت های بیمارستانی بر فرد و جامعه، لازم است به منظور کنترل عفونت ها تدابیری اندیشیده شود و از جمله روش هایی که می تواند متضمن کنترل عفونت باشد، افزایش آگاهی کارکنان مراکز بهداشتی و درمانی و به ویژه بیمارستان است (۱۴)، بنابراین به کارگیری برنامه های آموزش مداوم، به عنوان بخش مهمی از فرایند رشد کارکنان در افزایش بهره وری، کاهش خطاهای حرفه ای و بهبود فضای سازمانی می تواند راهگشا باشد و قبل از ارائه آموزش های لازم در زمینه کنترل عفونت بیمارستانی، باید در زمینه ی شیوه ی آموزشی مناسب تصمیم گیری شود (۱۵). از آنجا که اجرای برنامه های آموزشی اثربخش، عمده ترین شیوه کنترل عفونت های مذکور می باشد و موفقیت یک برنامه آموزشی بدون در نظر گرفتن دیدگاه افراد نسبت به روش آموزشی مورد استفاده امکان پذیر نیست (۱۶)، لذا مطالعه ی حاضر با هدف "تعیین و مقایسه ی تاثیر دو شیوه ی آموزش الکترونیک و سخنرانی بر میزان آگاهی کارکنان اداری بخش های بالینی بیمارستان های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران در زمینه ی کنترل عفونت های بیمارستانی و سنجش نگرش نسبت به آموزش الکترونیک انجام شده است. برنامه های آموزش مداوم، بخش مهمی از فرایند رشد کارکنان است که در افزایش بهره وری، کاهش خطاهای حرفه ای و بهبود فضای سازمانی نقش مهمی را ایفا می کنند (۱۷). با وجود مزیت های فراوان آموزش مداوم در ارتقاء دانش و مهارت، عوامل متعددی دسترسی کارکنان به برنامه های آموزش شغلی را با چالش های جدی مواجه ساخته، که می توان به مواردی نظیر: وظایف سنگین شغلی، محدودیت زمان، کمبود نیروی جایگزین، خستگی ناشی از نوبت های کاری، انگیزه ی پایین و مشغله های خانوادگی اشاره نمود (۳). طی دهه ی گذشته، جهان شاهد توسعه ی سریع فن آوری اطلاعات بوده و ظهور شبکه گسترده ی جهانی، بر زندگی ما تأثیر گذاشته که البته کاربردهای آموزشی مهمی را نیز به دنبال داشته است (۴). از آن جا که فرایند پیچیده یادگیری را نباید صرفاً به فضای کلاس محدود نمود، لذا با بهره گیری از آموزش الکترونیک که روشی نوظهور است می توان به برخی موانع آموزش سنتی فائق آمد و دسترسی آسان و انعطاف پذیر جهت یادگیری را فراهم نمود. این شیوه، از یک سو دسترسی سریع به میزان بالایی از اطلاعات بدون داشتن محدودیت زمانی و مکانی برای فراگیران ساکن نقاط دور دست فراهم می نماید و از سوی دیگر هزینه ی رفت و آمد، اتلاف زمان و تداخل زمان آموزش با ساعات کاری کارکنان را تقلیل داده و زمینه ساز ایجاد انگیزه، یادگیری، تجربه و نوآوری شده است (۵). از دیگر مزایای آموزش الکترونیک می توان به گسترش آموزش برای همه با هزینه ی کمتر، امکان انتقال دانش در هر زمان و مکان برای مدارس، امکان پیگیری فعالیت فراگیران و وجود بازخورد تکوینی در مورد پیشرفت آنان در هر مرحله از آموزش و استفاده ی کارآمد از منابع و جلوگیری از دوباره کاری در تهیه محتوای آموزشی، تبدیل آموزش "استاد- محور" به "فراگیر- محور" اشاره نمود (۶). آموزش الکترونیک به نظام آموزشی اطلاق می گردد که در آن آموزش دهنده و فراگیر با وجود فاصله فیزیکی، به کمک وسایل و ابزارهایی که فن آوری در اختیار آنان قرار داده، با یکدیگر در ارتباط بوده و محتوای آموزشی از طریق خدمات الکترونیک ارائه می گردد (۷). با این وجود، شیوه مذکور به ویژه در کشورهای در حال توسعه مانند هر پدیده ی نوظهور با چالش ها و محدودیت هایی همراه بوده که می توان به فقدان ارتباط چهره به چهره و تعاملات انسانی و عاطفی میان مدارس و فراگیران به عنوان عمده ترین محدودیت آموزش الکترونیک اشاره نمود که در برخی موارد منجر به انزوا در فراگیران شده و اثر بخشی لازم را نیز به دنبال نداشته است. موفقیت فراگیر در آموزش به شیوه ی الکترونیک، تا حد زیادی به مهارت تکنیکی و فنی او در استفاده از رایانه و شبکه وابسته بوده (۸) و برخی پژوهش ها به کارگیری مؤثر این فن آوری نوین را تا حد زیادی به داشتن نگرش مثبت نسبت به آن وابسته دانسته اند؛ و نتایج مطالعات اخیر، ناکامی بسیاری از پروژه های بزرگ در دستیابی به اهدافشان را تأیید می نماید (۹).

بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، میزان بروز عفونت‌های بیمارستانی در مناطق مختلف دنیا بین ۵ تا ۲۵ درصد بوده که این میزان در ایالات متحده حدود ۵ درصد و در منطقه مدیترانه شرقی که ایران نیز در آن قرار دارد ۱۰ تا ۱۵ درصد بیماران را درگیر می‌کند (۱۰). عفونت‌های بیمارستانی با افزایش ۷-۵ روزه‌ی زمان بستری، هزینه درمان را به طور چشمگیری افزایش داده و بار مالی زیادی به بیمار و سلامت عمومی جامعه تحمیل می‌نماید. عفونت‌های بیمارستانی به عفونت‌هایی گفته می‌شود که پس از پذیرش بیمار در بیمارستان (بین ۴۸ تا ۷۲ ساعت پس از بستری شدن) رخ می‌دهد (۹). این عفونت‌ها در زمان پذیرش وجود نداشته و علائم آن ممکن است در بیمارستان یا حتی پس از ترخیص در بیماران بروز نماید (۱۱). از جمله مهمترین منابع عفونت‌های بیمارستانی، انتقال عوامل بیماری‌زا از طریق کارکنان خدمات بهداشتی درمانی بوده، به طوری که شستن دست‌ها به تنهایی موجب کاهش ۳۰ درصدی انتقال آلودگی و عفونت از طریق کارکنان شده و خوشبختانه به آسانی قابل پیش‌گیری است (۱۲ و ۱۳). با توجه به اثرات زیانبار عفونت‌های بیمارستانی بر فرد و جامعه، لازم است به منظور کنترل عفونت‌ها تدابیری اندیشیده شود و از جمله روش‌هایی که می‌تواند متضمن کنترل عفونت باشد، افزایش آگاهی کارکنان مراکز بهداشتی و درمانی و به ویژه بیمارستان است (۱۴)، بنابراین به کارگیری برنامه‌های آموزش مداوم، به عنوان بخش مهمی از فرایند رشد کارکنان در افزایش بهره‌وری، کاهش خطاهای حرفه‌ای و بهبود فضای سازمانی می‌تواند راهگشا باشد و قبل از ارائه آموزش‌های لازم در زمینه کنترل عفونت بیمارستانی، باید در زمینه‌ی شیوه‌ی آموزشی مناسب تصمیم‌گیری شود (۱۵). از آنجا که اجرای برنامه‌های آموزشی اثربخش، عمده‌ترین شیوه کنترل عفونت‌های مذکور می‌باشد و موفقیت یک برنامه آموزشی بدون در نظر گرفتن دیدگاه افراد نسبت به روش آموزشی مورد استفاده امکان‌پذیر نیست (۱۶)، لذا مطالعه‌ی حاضر با هدف "تعیین و مقایسه‌ی تاثیر دو شیوه‌ی آموزش الکترونیک و سخنرانی بر میزان آگاهی کارکنان اداری بخش‌های بالینی بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران در زمینه‌ی کنترل عفونت‌های بیمارستانی و سنجش نگرش نسبت به آموزش الکترونیک انجام شده است.

Objectives:

تعیین و مقایسه‌ی تاثیر دو شیوه‌ی آموزش الکترونیک و سخنرانی بر میزان آگاهی کارکنان اداری بخش‌های بالینی بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران در زمینه‌ی کنترل عفونت‌های بیمارستانی و سنجش نگرش نسبت به آموزش الکترونیک

Study Design:

پژوهش حاضر، یک مطالعه‌ی نیمه تجربی، دو گروهی پیش‌آزمون و پس‌آزمون می‌باشد که در سال ۱۳۹۳ انجام شده است. جامعه پژوهش شامل ۹۸ نفر از کارکنان اداری (منشی) بخش‌های بالینی بیمارستان‌های منتخب وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران بودند که از طریق سوپروایزر آموزشی بیمارستان‌ها جهت شرکت در برنامه‌های بازآموزی کنترل عفونت‌های بیمارستانی به انجمن پرستاری ایران معرفی شده بودند. حجم نمونه بر مبنای مطالعه مقدماتی و محاسبه میانگین و انحراف معیار نمره آگاهی و با لحاظ ریزش احتمالی نمونه‌ها، در سطح اطمینان ۹۵ درصد محاسبه شد. دسترسی و توانایی کار با رایانه، اینترنت و عدم سابقه حضور در دوره‌های بازآموزی کنترل عفونت‌های بیمارستانی، از جمله معیارهای ورود به پژوهش در این مطالعه بود. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه محقق ساخته مشتمل بر سه بخش بوده است.

بخش اول شامل: مشخصات فردی فراگیران نظیر: سن، سطح تحصیلات، تأهل، نحوه دسترسی به رایانه، میزان توانمندی کار با رایانه، بخش دوم مشتمل بر ۱۵ سوال چهارگزینه‌ای است که از طریق آن آگاهی مشارکت‌کنندگان در زمینه ابعاد مختلف عفونت‌های بیمارستانی مورد ارزیابی قرار گرفت. جهت امتیازدهی پرسشنامه سنجش آگاهی، برای پاسخ‌های صحیح نمره یک و برای پاسخ‌های نادرست و موارد بدون پاسخ نمره صفر در نظر گرفته شد و مجموع نمره‌های کسب شده‌ی فراگیران بین صفر تا ۱۵ متغیر بود. در بخش سوم پرسشنامه، نگرش کارکنان نسبت به آموزش الکترونیک با ۲۰ جمله کوتاه و با مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) بررسی شد. روایی پرسشنامه، با روش اعتبار محتوایی کیفی تعیین گردید، برای این منظور، پرسشنامه در اختیار ۱۰ نفر از اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران قرار گرفت و دیدگاه‌های اصلاحی آنان لحاظ شد و به منظور تعیین پایایی، پرسشنامه توسط ۲۰ نفر از کارکنان غیر بالینی با معیارهای مشابه تکمیل و ضریب آلفای کرونباخ $\alpha=0/75$ محاسبه گردید.

پس از آشنایی فراگیران با مراحل انجام پژوهش و اخذ رضایت آگاهانه، شرکت کنندگان به صورت تصادفی به دو گروه آموزش به شیوه سنتی و الکترونیک وارد شده و از طریق تکمیل پرسشنامه، مورد پیش آزمون قرار گرفتند. در گروه اول از شیوه آموزش سنتی و حضور در کلاس درس (سخنرانی) و در گروه دوم از شیوه آموزش الکترونیک (ارسال بسته آموزشی از طریق پست الکترونیکی) استفاده شد. محتوای آموزش ارائه شده به هر دو گروه یکسان و شامل شناخت عفونت های بیمارستانی، علل و عوامل ایجاد کننده ی آن، روش های انتقال عفونت و پیشگیری از آن، عوامل مستعد کننده ی ابتلا به این عفونت ها، احتیاط های استاندارد و راهکارهای مقابله با آن بود. محتوای آموزشی مذکور بر اساس مرور گسترده متون علمی و تحقیقات جدید در این زمینه توسط تیم پژوهش تدوین شده و جهت بررسی، در اختیار متخصصان و کارشناسان کنترل عفونت های بیمارستانی قرار گرفت. اجرای برنامه ی آموزشی به این صورت بود که شرکت کنندگان در گروه اول (آموزش به روش سخنرانی) محتوای آموزشی را به صورت چهره به چهره در کلاس درس طی دو جلسه دریافت می کردند. حین آموزش بر حسب نیاز پرسش و پاسخ بین محقق و فراگیران صورت می گرفت. در گروه دوم (آموزش به روش الکترونیک)، بسته ی آموزشی از طریق پست الکترونیک و طی دو مرحله در اختیار آنان قرار گرفت. به منظور برقراری تعامل با محقق، امکان استفاده از پست الکترونیکی و تماس تلفنی برای پاسخگویی به سوالات و مشکلات احتمالی فراگیران در گروه دوم فراهم گردید. جهت ارزیابی میزان آگاهی فراگیران، ۳ هفته پس از مداخله ی آموزشی، تمامی مشارکت کنندگان در پژوهش، به طور مجدد پرسش نامه ها را به صورت حضوری تکمیل نمودند. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، پس از جمع آوری پرسشنامه های پس آزمون، برای گروه آموزش الکترونیک کلاس هایی برگزار گردید و لوح فشرده حاوی محتوای آموزشی نیز در اختیار گروه آموزش به روش سخنرانی قرار گرفت. لازم به ذکر است که پرسشنامه ی ارائه شده قبل و بعد از آموزش در دو گروه آموزش به شیوه ی سخنرانی و الکترونیک، یکسان بوده است. به منظور امتیاز دهی پرسشنامه سنجش آگاهی، برای پاسخ های صحیح نمره یک و برای پاسخ های نادرست و موارد بدون پاسخ نمره صفر در نظر گرفته شد و مجموع نمره های کسب شده فراگیران بین صفر تا ۱۵ متغیر بود. برای محاسبه نمره نگرش نسبت به روش آموزش الکترونیک نیز از مقیاس ۵ درجه ای لیکرت استفاده شد. داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-۱۸ تحلیل شد. آزمون های آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار و توزیع فراوانی) مورد استفاده قرار گرفت. استفاده از آزمون های آمار تحلیلی نیز به این ترتیب بود که برای مقایسه میانگین نمره آگاهی فراگیران، قبل و بعد از آموزش در گروه آموزش به روش سنتی از آزمون تی زوجی و در گروه الکترونیک از آزمون ویلکاکسون استفاده شد. میانگین نمره آگاهی بین دو گروه نیز از طریق آزمون تی مستقل مقایسه شد. همچنین برای مقایسه ی میانگین نمره های نگرش قبل و بعد از مداخله در دو گروه، از آزمون تی زوجی استفاده شد. همواره $p < 0.05$ به عنوان سطح معناداری مدنظر بوده است.

Study Setting

پژوهش حاضر، یک مطالعه ی نیمه تجربی، دو گروهی پیش آزمون و پس آزمون می باشد که در سال ۱۳۹۳ انجام شده است. جامعه پژوهش شامل ۹۸ نفر از کارکنان اداری (منشی) بخش های بالینی بیمارستان های منتخب وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران بودند که از طریق سوپروایزر آموزشی بیمارستان ها جهت شرکت در برنامه های بازآموزی کنترل عفونت های بیمارستانی به انجمن پرستاری ایران معرفی شده بودند. حجم نمونه بر مبنای مطالعه مقدماتی و محاسبه میانگین و انحراف معیار نمره آگاهی و با لحاظ ریزش احتمالی نمونه ها، در سطح اطمینان ۹۵ درصد محاسبه شد. دسترسی و توانایی کار با رایانه، اینترنت و عدم سابقه حضور در دوره های بازآموزی کنترل عفونت های بیمارستانی، از جمله معیارهای ورود به پژوهش در این مطالعه بود. ابزار گردآوری داده ها، پرسشنامه محقق ساخته مشتمل بر سه بخش بوده است.

بخش اول شامل: مشخصات فردی فراگیران نظیر: سن، سطح تحصیلات، تأهل، نحوه دسترسی به رایانه، میزان توانمندی کار با رایانه، بخش دوم مشتمل بر ۱۵ سوال چهارگزینه ای است که از طریق آن آگاهی مشارکت کنندگان در زمینه ابعاد مختلف عفونت های بیمارستانی مورد ارزیابی قرار گرفت. جهت امتیازدهی پرسشنامه سنجش آگاهی، برای پاسخ های صحیح نمره یک و برای پاسخ های نادرست و موارد بدون پاسخ نمره صفر در نظر گرفته شد و مجموع نمره های کسب شده ی فراگیران بین صفر تا ۱۵ متغیر بود. در بخش سوم پرسشنامه، نگرش کارکنان نسبت به آموزش الکترونیک با ۲۰ جمله کوتاه و با مقیاس لیکرت ۵ درجه ای (کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) بررسی شد. روایی پرسشنامه، با روش اعتبار محتوای کیفی تعیین گردید، برای این منظور، پرسشنامه در اختیار ۱۰ نفر از اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران قرار گرفت و دیدگاه

های اصلاحی آنان لحاظ شد و به منظور تعیین پایایی، پرسشنامه توسط ۲۰ نفر از کارکنان غیر بالینی با معیارهای مشابه تکمیل و ضریب آلفای کرونباخ $\alpha=0/75$ محاسبه گردید.

پس از آشنایی فراگیران با مراحل انجام پژوهش و اخذ رضایت آگاهانه، شرکت کنندگان به صورت تصادفی به دو گروه آموزش به شیوه سنتی و الکترونیک وارد شده و از طریق تکمیل پرسشنامه، مورد پیش آزمون قرار گرفتند. در گروه اول از شیوه آموزش سنتی و حضور در کلاس درس (سخنرانی) و در گروه دوم از شیوه آموزش الکترونیک (ارسال بسته آموزشی از طریق پست الکترونیکی) استفاده شد. محتوای آموزش ارائه شده به هر دو گروه یکسان و شامل شناخت عفونت های بیمارستانی، علل و عوامل ایجاد کننده ی آن، روش های انتقال عفونت و پیشگیری از آن، عوامل مستعد کننده ی ابتلا به این عفونت ها، احتیاط های استاندارد و راهکارهای مقابله با آن بود. محتوای آموزشی مذکور بر اساس مرور گسترده متون علمی و تحقیقات جدید در این زمینه توسط تیم پژوهش تدوین شده و جهت بررسی، در اختیار متخصصان و کارشناسان کنترل عفونت های بیمارستانی قرار گرفت. اجرای برنامه ی آموزشی به این صورت بود که شرکت کنندگان در گروه اول (آموزش به روش سخنرانی) محتوای آموزشی را به صورت چهره به چهره در کلاس درس طی دو جلسه دریافت می کردند. حین آموزش بر حسب نیاز پرسش و پاسخ بین محقق و فراگیران صورت می گرفت. در گروه دوم (آموزش به روش الکترونیک)، بسته ی آموزشی از طریق پست الکترونیک و طی دو مرحله در اختیار آنان قرار گرفت. به منظور برقراری تعامل با محقق، امکان استفاده از پست الکترونیکی و تماس تلفنی برای پاسخگویی به سوالات و مشکلات احتمالی فراگیران در گروه دوم فراهم گردید. جهت ارزیابی میزان آگاهی فراگیران، ۳ هفته پس از مداخله ی آموزشی، تمامی مشارکت کنندگان در پژوهش، به طور مجدد پرسش نامه ها را به صورت حضوری تکمیل نمودند. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، پس از جمع آوری پرسشنامه های پس آزمون، برای گروه آموزش الکترونیک کلاس هایی برگزار گردید و لوح فشرده حاوی محتوای آموزشی نیز در اختیار گروه آموزش به روش سخنرانی قرار گرفت. لازم به ذکر است که پرسشنامه ی ارائه شده قبل و بعد از آموزش در دو گروه آموزش به شیوه ی سخنرانی و الکترونیک، یکسان بوده است. به منظور امتیاز دهی پرسشنامه سنجش آگاهی، برای پاسخ های صحیح نمره یک و برای پاسخ های نادرست و موارد بدون پاسخ نمره صفر در نظر گرفته شد و مجموع نمره های کسب شده فراگیران بین صفر تا ۱۵ متغیر بود. برای محاسبه نمره نگرش نسبت به روش آموزش الکترونیک نیز از مقیاس ۵ درجه ای لیکرت استفاده شد. داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-۱۸ تحلیل شد. آزمون های آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار و توزیع فراوانی) مورد استفاده قرار گرفت. استفاده از آزمون های آمار تحلیلی نیز به این ترتیب بود که برای مقایسه میانگین نمره آگاهی فراگیران، قبل و بعد از آموزش در گروه آموزش به روش سنتی از آزمون تی زوجی و در گروه الکترونیک از آزمون ویلکاکسون استفاده شد. میانگین نمره آگاهی بین دو گروه نیز از طریق آزمون تی مستقل مقایسه شد. همچنین برای مقایسه ی میانگین نمره های نگرش قبل و بعد از مداخله در دو گروه، از آزمون تی زوجی استفاده شد. همواره $p < 0/05$ به عنوان سطح معناداری مدنظر بوده است.

Participant

جامعه پژوهش شامل ۹۸ نفر از کارکنان اداری (منشی) بخش های بالینی بیمارستان های منتخب وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران بودند که از طریق سوپروایزر آموزشی بیمارستان ها جهت شرکت در برنامه های بازآموزی کنترل عفونت های بیمارستانی به انجمن پرستاری ایران معرفی شده بودند

Sample Size

حجم نمونه ۹۸ نفر بر مبنای مطالعه مقدماتی و محاسبه میانگین و انحراف معیار نمره آگاهی و با لحاظ ریزش احتمالی نمونه ها، در سطح اطمینان ۹۵ درصد محاسبه شد.

Data Gathering Tool

ابزار گردآوری داده ها، پرسشنامه محقق ساخته مشتمل بر سه بخش بوده است.

بخش اول شامل: مشخصات فردی فراگیران نظیر: سن، سطح تحصیلات، تأهل، نحوه دسترسی به رایانه، میزان توانمندی کار با رایانه، بخش دوم مشتمل بر ۱۵ سوال چهارگزینه ای است که از طریق آن آگاهی مشارکت کنندگان در زمینه ابعاد مختلف عفونت های بیمارستانی مورد ارزیابی

قرار گرفت. جهت امتیازدهی پرسشنامه سنجش آگاهی، برای پاسخ های صحیح نمره یک و برای پاسخ های نادرست و موارد بدون پاسخ نمره صفر در نظر گرفته شد و مجموع نمره های کسب شده ی فراگیران بین صفر تا ۱۵ متغیر بود. در بخش سوم پرسشنامه، نگرش کارکنان نسبت به آموزش الکترونیک با ۲۰ جمله کوتاه و با مقیاس لیکرت ۵ درجه ای (کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) بررسی شد. روایی پرسشنامه، با روش اعتبار محتوای کیفی تعیین گردید، برای این منظور، پرسشنامه در اختیار ۱۰ نفر از اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران قرار گرفت و دیدگاه های اصلاحی آنان لحاظ شد و به منظور تعیین پایایی، پرسشنامه توسط ۲۰ نفر از کارکنان غیر بالینی با معیارهای مشابه تکمیل و ضریب آلفای کرونباخ $\alpha=0/75$ محاسبه گردید.

Data Analysis

پس از آشنایی فراگیران با مراحل انجام پژوهش و اخذ رضایت آگاهانه، شرکت کنندگان به صورت تصادفی به دو گروه آموزش به شیوه سنتی و الکترونیک وارد شده و از طریق تکمیل پرسشنامه، مورد پیش آزمون قرار گرفتند. در گروه اول از شیوه آموزش سنتی و حضور در کلاس درس (سخنرانی) و در گروه دوم از شیوه آموزش الکترونیک (ارسال بسته آموزشی از طریق پست الکترونیکی) استفاده شد. محتوای آموزش ارائه شده به هر دو گروه یکسان و شامل شناخت عفونت های بیمارستانی، علل و عوامل ایجاد کننده ی آن، روش های انتقال عفونت و پیشگیری از آن، عوامل مستعد کننده ی ابتلا به این عفونت ها، احتیاط های استاندارد و راهکارهای مقابله با آن بود. محتوای آموزشی مذکور بر اساس مرور گسترده متون علمی و تحقیقات جدید در این زمینه توسط تیم پژوهش تدوین شده و جهت بررسی، در اختیار متخصصان و کارشناسان کنترل عفونت های بیمارستانی قرار گرفت. اجرای برنامه ی آموزشی به این صورت بود که شرکت کنندگان در گروه اول (آموزش به روش سخنرانی) محتوای آموزشی را به صورت چهره به چهره در کلاس درس طی دو جلسه دریافت می کردند. حین آموزش بر حسب نیاز پرسش و پاسخ بین محقق و فراگیران صورت می گرفت. در گروه دوم (آموزش به روش الکترونیک)، بسته ی آموزشی از طریق پست الکترونیک و طی دو مرحله در اختیار آنان قرار گرفت. به منظور برقراری تعامل با محقق، امکان استفاده از پست الکترونیکی و تماس تلفنی برای پاسخگویی به سوالات و مشکلات احتمالی فراگیران در گروه دوم فراهم گردید. جهت ارزیابی میزان آگاهی فراگیران، ۳ هفته پس از مداخله ی آموزشی، تمامی مشارکت کنندگان در پژوهش، به طور مجدد پرسش نامه ها را به صورت حضوری تکمیل نمودند. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، پس از جمع آوری پرسشنامه های پس آزمون، برای گروه آموزش الکترونیک کلاس هایی برگزار گردید و لوح فشرده حاوی محتوای آموزشی نیز در اختیار گروه آموزش به روش سخنرانی قرار گرفت. لازم به ذکر است که پرسشنامه ی ارائه شده قبل و بعد از آموزش در دو گروه آموزش به شیوه ی سخنرانی و الکترونیک، یکسان بوده است. به منظور امتیازدهی پرسشنامه سنجش آگاهی، برای پاسخ های صحیح نمره یک و برای پاسخ های نادرست و موارد بدون پاسخ نمره صفر در نظر گرفته شد و مجموع نمره های کسب شده فراگیران بین صفر تا ۱۵ متغیر بود. برای محاسبه نمره نگرش نسبت به روش آموزش الکترونیک نیز از مقیاس ۵ درجه ای لیکرت استفاده شد. داده ها با استفاده از نرم افزار آماري SPSS-۱۸ تحلیل شد. آزمون های آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار و توزیع فراوانی) مورد استفاده قرار گرفت. استفاده از آزمون های آمار تحلیلی نیز به این ترتیب بود که برای مقایسه میانگین نمره آگاهی فراگیران، قبل و بعد از آموزش در گروه آموزش به روش سنتی از آزمون تی زوجی و در گروه الکترونیک از آزمون ویلکاکسون استفاده شد. میانگین نمره آگاهی بین دو گروه نیز از طریق آزمون تی مستقل مقایسه شد. همچنین برای مقایسه ی میانگین نمره های نگرش قبل و بعد از مداخله در دو گروه، از آزمون تی زوجی استفاده شد. همواره $p > 0/05$ به عنوان سطح معناداری مدنظر بوده است

Results

در مطالعه ی حاضر، ۹۸ نفر از کارکنان اداری بخش های بالینی در دو گروه آموزش به شیوه ی سخنرانی و آموزش به شیوه ی الکترونیک قرار گرفتند.

گزارش مشخصات فردی مشارکت کنندگان به تفکیک گروه آموزشی در جدول ۱ ارائه شده است. از نظر میزان دسترسی به رایانه در دو گروه، ۲۰/۴ درصد از طریق کامپیوتر شخصی، ۴۶/۹ درصد در منزل، ۱۱/۲ درصد در محل کار و ۲۱/۴ درصد در مراکز رایانه و اینترنت در سطح شهر (کافی نت) به رایانه دسترسی داشتند بین میانگین نمره های آگاهی قبل از آموزش در بین دو گروه اختلاف آماری معنی داری یافت نشد ($p=0/06$). نتایج

آزمون تی زوجی و ویلکاکسون نشان داد که میانگین نمره های قبل و بعد از آموزش، در داخل هر یک از گروه های آموزش سخنرانی ($p=0/01$) و الکترونیکی ($p=0/01$) به طور معناداری افزایش یافته است که بیانگر تاثیر مثبت هر دو روش در ارتقای سطح آگاهی مشارکت کنندگان در زمینه کنترل عفونت های بیمارستانی می باشد. اختلاف میانگین نمرات آگاهی دو گروه بعد از آموزش معنی دار بود ($p=0/02$).

نتایج آزمون تی زوجی نشان داد که بین میانگین نمره نگرش قبل و بعد از مداخله آموزشی در گروه الکترونیک اختلاف آماری معنی داری وجود دارد ($p=0/04$) (جدول ۲).

Conclusion

یافته های پژوهش حاضر حاکی از تأثیر مثبت هر دو روش الکترونیک و سخنرانی در زمینه آموزش کنترل عفونت های بیمارستانی است، به طوری که میزان آگاهی فراگیران در زمینه کنترل عفونت های بیمارستانی در هر دو گروه آموزشی پس از شرکت در دوره مذکور، به طور معناداری افزایش یافته است، لذا تلفیق دو شیوه آموزشی مذکور در برنامه های بازآموزی کارکنان توصیه می گردد. هم چنین تحقق مواردی نظیر: فرهنگ سازی، ترویج روش های نوین آموزشی، تأمین زیر ساخت های ضروری و فراهم ساختن فرصت آشنایی و کار با سیستم های یادگیری الکترونیک، در استفاده مناسب و مؤثر از این شیوه آموزشی نوظهور پیشنهاد می گردد.

Keywords

آموزش الکترونیک، عفونت های بیمارستانی، آگاهی

کد: ۱۱۵۳

حیطه: یادگیری الکترونیکی

تعیین ارجحیت و تفاوت سبکهای یادگیری دانشجویان در آموزش الکترونیکی و آموزش سنتی

نویسندگان: ریتا رضایی، رامین روانگرد، شکوفه نیک سرشت،

Introduction

مقدمه: استفاده از فناوری اطلاعات و ارتباطات در آموزش، فرصت های بسیاری برای استفاده از شیوه های جدید یادگیری و روش های موثر آموزش را فراهم آورده است. توجه به سبک های یادگیری می تواند تجربیات فراگیران را تغییر دهد. به عبارت دیگر، اگر در فرایند یادگیری و تدریس بتوان سبک های شناختی افراد را در نظر گرفت و فرایند یادگیری را با آن تطبیق داد، فرد موفقیت بیشتری تجربه نموده و از یادگیری خود احساس رضایت بیشتر و در نتیجه، احساس اعتماد به نفس بیشتری خواهد کرد. با توجه به اهمیت شناخت سبک های یادگیری دانشجویان، هدف اصلی این مطالعه، تعیین سبک های یادگیری دانشجویان و تاثیر آنها روی پیشرفت تحصیلی دانشجویان با توجه به شیوه تدریس می باشد

Objectives

با توجه به اهمیت شناخت سبک های یادگیری دانشجویان، هدف اصلی این مطالعه، تعیین سبک های یادگیری دانشجویان و تاثیر آنها روی پیشرفت تحصیلی دانشجویان با توجه به شیوه تدریس می باشد .

Study Design

روش کار : ۸۰ نفر از دانشجویان کارشناسی ارشد در یکی از دروس عمومی در دانشگاه علوم پزشکی شیراز به صورت سرشماری در دو گروه قرار داده شدند و یک گروه به شیوه حضوری (۴۰ نفر) و گروه دیگر به شیوه الکترونیکی (۴۰ نفر) مورد آموزش قرار گرفتند . ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه سبک یادگیری کلب (Kolb) بود. داده های جمع آوری شده به وسیله نرم افزار SPSS ۱۶,۰ و آزمون آماری Independent T-Test تحلیل شدند. سطح معنی داری نیز ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

Study Setting

روش کار : ۸۰ نفر از دانشجویان کارشناسی ارشد در یکی از دروس عمومی در دانشگاه علوم پزشکی شیراز به صورت سرشماری در دو گروه قرار داده شدند و یک گروه به شیوه حضوری (۴۰ نفر) و گروه دیگر به شیوه الکترونیکی (۴۰ نفر) مورد آموزش قرار گرفتند . ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه سبک یادگیری کلب (Kolb) بود. داده های جمع آوری شده به وسیله نرم افزار SPSS ۱۶,۰ و آزمون آماری Independent T-Test تحلیل شدند. سطح معنی داری نیز ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

Participan

روش کار : ۸۰ نفر از دانشجویان کارشناسی ارشد در یکی از دروس عمومی در دانشگاه علوم پزشکی شیراز به صورت سرشماری در دو گروه قرار داده شدند و یک گروه به شیوه حضوری (۴۰ نفر) و گروه دیگر به شیوه الکترونیکی (۴۰ نفر) مورد آموزش قرار گرفتند . ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه سبک یادگیری کلب (Kolb) بود. داده های جمع آوری شده به وسیله نرم افزار SPSS ۱۶,۰ و آزمون آماری Independent T-Test تحلیل شدند. سطح معنی داری نیز ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

Sample Size

روش کار : ۸۰ نفر از دانشجویان کارشناسی ارشد در یکی از دروس عمومی در دانشگاه علوم پزشکی شیراز به صورت سرشماری در دو گروه قرار داده شدند و یک گروه به شیوه حضوری (۴۰ نفر) و گروه دیگر به شیوه الکترونیکی (۴۰ نفر) مورد آموزش قرار گرفتند . ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه سبک یادگیری کلب (Kolb) بود. داده های جمع آوری شده به وسیله نرم افزار SPSS ۱۶,۰ و آزمون آماری Independent T-Test تحلیل شدند. سطح معنی داری نیز ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

Data Gathering Tool

روش کار : ۸۰ نفر از دانشجویان کارشناسی ارشد در یکی از دروس عمومی در دانشگاه علوم پزشکی شیراز به صورت سرشماری در دو گروه قرار داده شدند و یک گروه به شیوه حضوری (۴۰ نفر) و گروه دیگر به شیوه الکترونیکی (۴۰ نفر) مورد آموزش قرار گرفتند . ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه سبک یادگیری کلب (Kolb) بود. داده های جمع آوری شده به وسیله نرم افزار SPSS ۱۶,۰ و آزمون آماری Independent T-Test تحلیل شدند. سطح معنی داری نیز ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

Data Analysis

روش کار : ۸۰ نفر از دانشجویان کارشناسی ارشد در یکی از دروس عمومی در دانشگاه علوم پزشکی شیراز به صورت سرشماری در دو گروه قرار داده شدند و یک گروه به شیوه حضوری (۴۰ نفر) و گروه دیگر به شیوه الکترونیکی (۴۰ نفر) مورد آموزش قرار گرفتند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه سبک یادگیری کلب (Kolb) بود. داده های جمع آوری شده به وسیله نرم افزار SPSS ۱۶,۰ و آزمون آماری Independent T-Test تحلیل شدند. سطح معنی داری نیز ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

Results

نتایج : بیشترین سبک یادگیری در دانشجویان گروه آموزش حضوری، مربوط به سبک یادگیری جذب کننده (۵۰ درصد) و در گروه آموزش الکترونیکی، مربوط به سبک یادگیری همگرا (۳۰ درصد) بود. همچنین پیشرفت تحصیلی در گروه آموزش الکترونیکی بیشتر از گروه آموزش حضوری بود. در گروه آموزش حضوری، عملکرد دانشجویان در سبک های مختلف با هم متفاوت بود و دانشجویان دارای سبک یادگیری انطباق یابنده، بیشترین پیشرفت تحصیلی را داشتند، ولی در گروه آموزش الکترونیکی، عملکرد دانشجویان در سبک های مختلف با هم تفاوت معنی داری نداشت (P-value = ۰/۷۶).

Conclusion

نتیجه گیری : یافته های پژوهش نشان داد که اگر چه هر روش آموزش و هر سبک یادگیری نقاط قوت خود را دارد، ولی جنبه های ضعیف فرایند یادگیری، اگر مورد توجه قرار نگیرد، ممکن است ضعیف بمانند. همچنین، مدرسین در دانشگاه ها باید از روش های متنوع در تدریس استفاده نمایند تا فرصت تجارب یادگیری برای همه دانشجویان فراهم شود. از سوی دیگر، مدرسان باید شیوه آموزش خود را متناسب با دانشجویان خویش انتخاب کنند به طوری که آنها بتوانند به بالاترین بازدهی آموزشی دست پیدا کنند.

Keywords

واژه های کلیدی : یادگیری، آموزش حضوری، آموزش الکترونیکی، سبک های یادگیری، مدل کلب

کد: ۱۱۹۹

حیطه: یادگیری الکترونیکی

نوآوری در آموزش پزشکی: طراحی و ساخت نقشه مفهومی تصویری هوشمند بر اساس مدل Visual Concept Explorer (VCE) در یادگیری الگوریتم غربالگری و درمان شایع ترین سرطان زنان

نویسندگان: تهیمینه فرج خدا،

Introduction

نقشه های مفهومی هوشمند، پویا و جذاب هستند و ارتباط کاملی بین معانی، نقشه و محتوای زیربنایی آن وجود دارد. Concept Visual Explorer (VCE) یک مدل مناسب دیداری به منظور ارتقاء یادگیری محسوب می شود که می تواند تمام حیطه آموزشی مربوطه را به صورت

جامع از طریق یادگیری بهتر الگوریتم پوشش دهد و مدت یادداری را نیز افزایش دهد. استفاده از الگوریتم های هوشمند به صورت نرم افزاری، منجر به افزایش رضایتمندی دانشجویان و احساس لذت بیشتر در یادگیری و نیز افزایش سرعت یادگیری می شود. یکی از کاربردهای مهم نقشه های هوشمند مفهومی در یادگیری مراقبت و درمان بیماری ها از جمله سرطان پستان توسط دانشجویان است.

:Objectives

این مطالعه با هدف طراحی و ساخت نقشه مفهومی تصویری هوشمند بر اساس مدل Visual Concept Explorer (VCE) در یادگیری الگوریتم غربالگری و درمان شایع ترین سرطان زنان طراحی و اجرا گردید.

:Study Design

مقاله ساخت نرم افزار است

روش اجرا: نرم افزار بر مبنای نقشه مفهومی تصویری هوشمند بر اساس استانداردهای مدل یادگیری Visual Concept Explorer (VCE) در سال ۱۳۹۵ در دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی طراحی گردید. طراحی نرم افزار در محیط Flash Player به روش Multi Media با کد نویسی بر اساس پیشنهادات مورد تقاضای نویسندگان مقاله انجام شد. این نرم افزار قابلیت نصب بر موبایل با خروجی اندروید و آی او اس، تبلت و یا دیسک فشرده با خروجی ویندوز را دارد. به منظور هوشمند نمودن الگوریتم با قابلیت هایی نظیر استفاده از سیستم های دیداری در طراحی به عنوان مثال استفاده از رنگ ها در سه رنگ سبز، زرد و قرمز بر اساس نظام فوریت ها در تریاژ برای تعیین اولویت ها و فوریت اقدامات تشخیصی طراحی و ساخته شد. همچنین فایل های صوتی مناسب با هر باکس الگوریتم نیز تهیه گردید.

:Study Setting

مقاله ساخت نرم افزار است

:Participan

مقاله ساخت نرم افزار است

:Sample Size

مقاله ساخت نرم افزار است

:Data Gathering Tool

مقاله نرم افزار است

:Data Analysis

مقاله نرم افزار است

Results

یافته ها: این نرم افزار در دو منوی آموزشی برای تدریس اساتید و ارزشیابی هم برای اساتید و هم دانشجویان (برای سنجش میزان یادگیری در قالب امتحان) طراحی گردید. در منوی ارزشیابی قابلیت درگ و دراپ تصاویر برای پر کردن خانه های الگوریتم در محیط نرم افزاری پیش بینی شد. دانشجو به ازاء هر خانه پر شده توسط وی در صورت انتخاب گزینه درست نمره گرفته و در ازاء انتخاب غلط از وی یک نمره کم می شود، لذا قابلیت بازخورد دادن آنی سبب یادگیری سریع تر دانشجو به دلیل پی بردن به خطا می گردد. این نرم افزار به دلیل خلاصه نمودن و جمع بندی مفهومی تعداد زیادی از صفحات کتاب در یک الگوریتم یک صفحه ای سبب تسریع و جذابیت یادگیری و نیز افزایش طول مدت یاد داری می گردد. امکان استفاده از طریق کامپیوتر و لپ تاب و نیز برداشتن عکس الگوریتم و استفاده از آن توسط گوشی تلفن همراه از دیگر مزایاییست که از حمل سنگین کتاب جلوگیری کرده و در هر زمان که دانشجو مایل به یادگیری باشد در دسترس وی قرار دارد.

Conclusion

نتیجه گیری: در راستای ارائه راهکارهایی که بتواند به یادگیری بهتر مطالب آموزشی توسط دانشجویان کمک نماید، نرم افزار نقشه مفهومی تصویری هوشمند بر اساس مدل (Visual Concept Explorer (VCE می تواند در یادگیری غربالگری و درمان شایع ترین سرطان زنان در طیف وسیعی از دانشجویان نظیر دستیاران زنان، دستیاران جراحی و طب اورژانس، دستیاران رادیولوژی، دانشجویان پزشکی، آموزش بهداشت و مامایی مورد استفاده قرار گیرد.

کلمات کلیدی: یادگیری، نرم افزار، الگوریتم، سرطان، پستان

کد: ۱۲۵۷

حیطه: یادگیری الکترونیکی

طراحی و پیاده سازی اپلیکیشن موبایل مراقبت از نوزاد نارس

نویسندگان: فریما راجی، پریسا محقق، هایده حیدری، محمود راوری، زهرا جوانمردی، راهله طغیانی، زهرا اسکندری، خدیجه دهقانی، الهه راستکار مهربانی، حمید رضا لرنژاد، مرضیه بخشنده، نسرین رشیدی جزنی، رضا هاشمی مقدم، زهرا مطلق، عباس حبیب الهی، محمد حیدر زاده

Introduction

پنج تا هشت درصد نوزادانی که در ایران متولد می شوند، بعد از تولد در بیمارستان بستری می شوند، سه تا پنج درصد نوزادان به قدری وضعشان وخیم است که حتما باید در بخش آی سی یو نوزادان (NICU) بستری شوند. شایعترین علت این بستری ها نیز نارس بودن نوزاد و تولد زود هنگام است.

سالانه بیش از یک میلیون و ۵۰۰ هزار نوزاد در کشور متولد می شود، حدود ۱۲۰ هزار تن از این نوزادان نارس به دنیا می آیند. با تولد یک نوزاد نارس فقط یک نفر دچار مشکل نمی شود، بلکه یک خانواده به هم می ریزد، همچنین پدر و مادر این نوزادان که عمدتاً جوانان بین ۲۰ تا ۲۷ سال هستند و هنوز تجربه کافی ندارند و تازه زندگی مشترک را شروع کرده اند، با تولد نوزاد نارس به شدت دچار مشکلات روانی و حتی معنوی می

شوند. یکی از مواردی که کمک میکند مشکلات روحی قابل کنترل و حل باشد اطلاع از شرایط جدیدی است که خانواده ها با تولد نوزاد نارس در آن قرار می گیرند. قرار می گیرند. نوزادان نرسی که در مراحل متفاوت بارداری متولد می شوند، وضعیت جسمی و سلامتی و به طبع تکاملی متفاوتی نسبت به یکدیگر دارند. همه ی نوزادان نارس کوچک هستند و نیاز به مراقبت پزشکی پیچیده دارند و ممکن است که با مشکلات جدی هم در بخش NICU و هم سپس در خانه متوجه شوند. یک نوزاد که ۳ تا ۴ ماه زودتر از موعد عادی متولد شده است با مشکلات متفاوتی نسبت به نوزادی که ۱ تا ۲ ماه زودتر از موعد متولد شده، مواجه خواهد بود.

. مدارک و شواهد نشان میدهد که راه حل های بهداشتی بر پایه موبایل می توانند به بهبود کارایی، کاهش هزینه های تولید و بهبود ظرفیت سیستم های بهداشتی و ارائه خدمات با کیفیت کمک کند. m.health که از اجزا سلامت الکترونیک می باشد می تواند برای طیف گسترده ای از اهداف استفاده شود، از جمله در موارد: آموزش، ارائه خدمت، تغییر رفتار، جمع آوری داده ها و اطلاعات در سیستم ها، مدیریت تامین، پشتیبانی و نظارت بر عملکرد کارکنان بهداشتی، انجام مبادلات مالی و بهبود ارتباطات کاربرد دارد. سازمان بهداشت جهانی، علاوه بر سیستم بهداشتی سنتی، استفاده از روشهای نوینی نظیر IT و تکنولوژی موبایل (M health) را همزمان در سطح جامعه و در مواردی همانند: مراقبت های پیش از تولد، مراقبت از نوزاد، رشد و تکامل کودک و سایر مراقبتها، تاکید می کند.

سیستم موبایل مراقبت از نوزاد نارس بستر آموزشی مناسبی است برای آموزش والدین نوزاد نارس حاوی مطالب آموزشی مورد نیاز والدین است، همچنین ابزارهایی جهت ارزیابی و بهبود تنش مادر و ابزار ارزیابی عملکرد بخش مراقبت از نوزاد نارس در آن اعریف شده است که به عنوان سیستم اطلاعاتی برای مدیران قابل استفاده می باشد.

Background: Being born Premature is the biggest global factor of mortality in young children, all around the world

Preterm birth, which occurs before full ۳۷ weeks of pregnancy, leads to requirement of complex medical care and maybe a longer hospital stay in all premature babies. Parents of premature babies often go through many s life' emotional ups and downs in the early weeks and months of their baby

In this work, We developed a mobile application(app) named NONAHAL (premature baby) for helping parents to meet their preemies requirements

:Objectives

هدف تولید ابزار آموزشی با کاربری آسان و در حین حال علمی وبا توجه به متدلوژی های روز دنیای الکترونیک و بر بستر موبایل برای والدین نوزادان نارس می باشد.

:Objectives

s knowledge about the fact and attendance of parents in 'The aim of this study was to increase the family evolution stages of their premature babies as well as creating an atmosphere for interlocation between parent

:Study Design

جهت اجرای پروژه از ترکیب دو متدولوژی زیر استفاده شده است

SSADM & SCRUM

چرخه ترکیبی توسعه اپلیکیشن موبایل نوزاد نارس	مراحل ساخت یافته
تعریف پروژه (سناریو)	ندارد
مطالعه امکان سنجی بر اساس نیاز های کاربران	مرحله ۰، امکان سنجی
و بر اساس سیاست های مدیریتی (SCRUM)	مرحله ۱، شناخت سیستم کنونی
تحلیل سیستم موجود (فرایند آموزشی والدین نوزاد نارس)	مرحله ۲، ایتیم ها و امکانات جهت ارتقا سیستم کنونی
طراحی فیزیکی سیستم موجود	مرحله ۳، تعریف ایتیم های ممکن برای سیستم مطلوب
بررسی ایتیم های سیستم مطلوب (SCRUM)	مرحله ۴، انتخاب فنی سیستم مطلوب
تک تک ایتیم ها بر اساس متدولوژی اسکرام بررسی گردید	مرحله ۵، طراحی های منطقی
طراحی فیزیکی سیستم مطلوب	مرحله ۶، طراحی های فیزیکی
(ارایه مدل فنی سیستم نرم افزاری)	
برنامه نویسی و توسعه (SCRUM)	ندارد
یکپارچه سازی سیستم و تست آن (SCRUM)	ندارد
تست کاربری سیستم، نصب پایلوت (SCRUM)	ندارد
نصب نهایی سیستم	ندارد
ارزیابی سیستم	ندارد
نگهداری و پشتیبانی	ندارد

Materials/Patients and Methods: Development of NONAHAL is including of ۸ phases and the application is developed by agile developing methodology.

By using scrum technique in Analyze and Design phase, at the end of each process and after specifying the workflow, user interface experience design is accomplished with psychological viewpoints in color and shape aspects and these aspects are specially implemented for each part separately..

:Study Setting

در حین فاز امکان سنجی مطالعه موردی بر اساس یافته های اینترنت انجام گردید . همچنین سیستم های مشابه موجود مورد ارزیابی قرار گرفت.

بعد از فاز نیاز سنجی و در حین فاز تحلیل اپلیکیشن به کمک برگزاری جلسات حضوری با کارشناسان و مدیران اداره سلامت نوزادان و به بررسی تک تک ایتیم های اپلیکیشن پرداخته شد و نهایتاً ایتیم های منوطی جلسات انتخاب گردید. بدین ترتیب انتخاب نهایی و مشخص شدن عملکرد هر یک از ایتیم های برنامه از طریق جلسات و همچنین به کمک متدولوژی اسکرام تحلیل و طراحی شده است.

Materials/Patients and Methods: Development of NONAHAL is including of ۸ phases and the application is developed by agile developing methodology.

By using scrum technique in Analyze and Design phase, at the end of each process and after specifying the workflow, user interface experience design is accomplished with psychological viewpoints in color and shape aspects and these aspects are specially implemented for each part separately..

Participan :

Sample Size :

روش اجرای بصورت زیر می باشد:

۱۱ فاز اصلی متدولوژی ساخت یافته اجرا شده است و در فاز طراحی فیزیکی سیستم مطلوب (ارایه مدل فنی سیستم نرم افزاری) که ایتیم های منو مشخص شد، برای هر ایتیم منو به کمک متدولوژی اسکرام فرایند و عملکرد هر ایتیم مشخص شد.

فاز های اجرایی:

۱. فاز های اصلی متدولوژی ساخت یافته توسط تیم اجرایی پیاده سازی شد،

۲. بعد از تعیین اجزا اپلیکیشن توسط تیم اجرایی ، تیم طراحی و تحلیل توسط متدولوژی اسکرام فرایند ها را پیاده سازی کردند

۳. همچنین تیم برنامه نویس توسط متدولوژی اسکرام فرایند ها اجرا کردن قرار دادند.

۴. در مرحله بعد محتوی های آموزشی اپلیکیشن توسط تیم تهیه محتوی جمع اوری و باز نویسی گردید.

۵. در مرحله پایانی که مرحله تست است. تیم تست و ارزیابی توسط متدولوژی اسکرام تک تک فرایند ها را مورد ارزیابی قرارداد.

تیم اجرایی شامل:

- دکتر محمد حیدر زاده (فوق تخصص نوزادان)
- زهرا مطلق (کارشناس ارشد نرم افزار/تحلیلگر سیستم)
- نسرين رشید زاده (کارشناس مامایی)
- دکتر عباس حبیب الهی (فوق تخصص نوزادان)
- مرضیه بخشنده (کارشناس ارشد مامایی)
- دکتر محمد اسماعیل مطلق (متخصص کودکان)
- دکتر حمیدرضا لر نژاد (متخصص کودکان)

تیم تهیه محتوی شامل:

- راهله طغیانی (کارشناس ارشد مامایی)
- زهرا جوانمردی (کارشناس ارشد مامایی)
- سلام خدیجه دهقانی (کارشناس پرستاری)
- دکتر راوری (متخصص اطفال)
- دکتر محمد حیدر زاده (فوق تخصص نوزادان)
- زهرا مطلق (کارشناس ارشد نرم افزار/تحلیلگر سیستم)
- زهرا اسکندری (کارشناس ارشد پرستاری)
- الهه راستکار مهربانی (کارشناس ارشد پرستاری)
- هاید حیدری (کارشناس ارشد پرستاری)
- دکتر پریسا محقق (متخصص نوزادان)
- دکتر فریما راجی (متخصص پزشکی اجتماعی)
- دکتر حمیدرضا لر نژاد (متخصص کودکان)

تیم طراحی و تحلیل ، تولید UI/UX

- رضا هاشمی (طراح و گرافیکست اپلیکیشن موبایل)
- زهرا مطلق (کارشناس ارشد نرم افزار/تحلیلگر سیستم)
- دکتر محمد حیدر زاده (فوق تخصص نوزادان)

تیم برنامه نویسی:

- تیم برنامه نویسی شرکت سیب سبز پیشرو سلامت (۵ نفر)

تیم تست و ارزیابی:

- دکتر محمد حیدر زاده (فوق تخصص نوزادان)
- نسرين رشید زاده (کارشناس ارشد مامایی)

- عباس حبیب‌اللهی (فوق تخصص نوزادان)
- مرضیه بخشنده (کارشناس ارشد مامایی)
- سلام خدیجه دهقانی (کارشناس پرستاری)
- رضا هاشمی (طراح و گرافیست اپلیکیشن موبایل)
- زهرا مطلق (کارشناس ارشد نرم افزار/تحلیلگر سیستم)
- والدین نوزادان نارس (گروه ۶۰ نفری)

Data Gathering Tool

جهت طراحی و تولید اپلیکیشن از متدولوژی‌های طراحی و توسعه SCRUM& SSADM استفاده شد.

در فاز تحلیل و امکان‌سنجی به کمک مطالعات مروری و مطالعه میدانی سیستم‌های مشابه مورد ارزیابی قرار گرفت. در ایران سیستم مشابهی وجود ندارد و در کشور‌های دیگر هم اپلیکیشن مرافبت از نوزاد نارس در مرحله بستری در بخش نوزادان وجود دارد اما نرم‌افزارهای آموزشی جهت آموزش و مراقبت از نوزاد نارس پس از ترخیص بر اساس سیستم‌های mhealth وجود ندارد.

در مراحل تحلیل و ارزیابی توسط مصاحبه و جلسات اطلاعات جمع‌آوری و فرایندها مورد تحلیل قرار گرفت.

فازهای اجرایی طراحی و تحلیل اپلیکیشن و فازهای تحلیل و امکان‌سنجی فرایندهای مورد نیاز برای نوزاد نارس بصورت ترکیبی از دو متدولوژی اسکرام و ساختیافته اجرا شد.

Data Analysis

بعد از فاز تحلیل و طراحی ایتهم‌ها مشخص گردید و پس از آن فاز برنامه‌نویسی به مدت ۵ ماه انجام شد.

بعد از فاز برنامه‌نویسی اپلیکیشن به مدت ۴ ماه بصورت پایلوت ایلود شد و به وسیله دو گروه با شمولیات زیر بررسی و مورد ارزیابی قرار گرفت:

گروه اول شامل متخصصین نوزادان، ماماها، پرستاران بخش مراقبت ویژه نوزادان، کارشناسان و متخصصان اداره سلامت نوزادان

گروه دوم شامل تعدادی از مادران نوزادان نارس (تقریباً حدود ۶۰ نفر)

در این بازه توسط گروه‌های زکر شده اپلیکیشن مورد ارزیابی و تست قرار گرفت و بعد از این فاز مجدد توسعه متدولوژی اسکرام تمامی فرایندهای بازنگری شد و تغییراتی اعمال گردید. سپس فرایندهای نهایی و اجزای نهایی سیستم مجدد در فاز توسعه پیاده‌سازی شد.

Results

نیازهای کلی آموزشی بدست آمده بعد از فازهای تحلیل و امکان‌سنجی به شرح زیر می‌باشد:

- آموزش براساس منابع مورد تایید و به زبان ساده برای والدین

- مطالب سرگرمی و جذاب جهت تغییر روحیه والدین در بخش مراقبت ویژه
 - ارزیابی تنش مادر و تعاریف و مطالب آموزشی تنش نوزاد و مادر و مطالب آموزشی در زمینه تنش مادر نوزاد
 - به اشتراک گذاشتن تجارب مادران
 - مطالعه داستان ها و تجارب والدین دیگر
 - آشنایی با بخش مراقبت ویژه
 - پنل مشاوره و پرسش و پاسخ
 - ارزیابی عملکرد بخش مراقبت از نوزاد نارس بیمارستان ها
 - انتقادات و پیشنهادات از بخش و عملکرد کادر درمانی
- بعد از فاز توسعه نهایی سیستم ، فرایند های اپلیکیشن مشخص گردید و ابزار ها و ایتم های آموزشی اپلیکیشن پیاده سازی شد که نهایتا اپلیکیشن با مشخصات شامل منو زیر پیاده سازی و جهت استفاده کاربران آپلود گردید.

از جمله مزایا کاربردی اپلیکیشن نوزاد نارس برای والدین:

- پاسخگویی بهتر به جامعه هدف(والدین نوزاد نارس)
- ارتقاء سطح دانش جامعه هدف(والدین نوزاد نارس)
- پیشگیری از بیماریها و عوامل خطر در زمان پیش از تولد و در زمان رشد و تکامل کودک(والدین نوزاد نارس)
- هزینه کمتر برای سیستم بهداشت و درمان(والدین نوزاد نارس)
- هزینه کمتر برای خانواده ها(والدین نوزاد نارس)
- ارتباط برقرار کردن کارکنان خدماتی بهداشتی با جامعه هدف(والدین نوزاد نارس)
- دسترسی به خدمات مرتبط به سلامت در هر زمان و هر مکان(والدین نوزاد نارس)
- امکان پیگیری مادر و کودک در تمامی مراحل رشد و تکامل(والدین نوزاد نارس)

Results: The app contains all the prematurity information. Application has also the following features: Week by week Development, allowing parents to share events, thoughts and milestones by other parents, Evaluation of stress in parents, Evaluation of the NICU department in each hospital.

:Conclusion

دربحث مراقبت از نوزادان خصوصا نوزاد نارس در سراسر کشور شاهد تغییر و تحول جدی هستیم، تلاش های زیادی که برای کاهش مرگ نوزاد انجام گرفته است. در حالی که مراقبتهای پس از تولد، اهداف متعددی را در راستای سلامت مادران و نوزادان تامین می کند. مراقبت صحیح از نوزاد نقش قابل توجهی بر سلامت ذهنی، جسمی و روانی فرد در بزرگسالی، همچنین سلامت روحی و روانی والدین نوزاد دارد. در طی روزهای اول پس از تولد باید تحت مراقبت خانواده بوده و پیدایش هرگونه تغییر در وضعیت وی پیگیری شود. بنابراین وجود سیستم های آموزشی برای پدران و مادران جوان، در موارد واکسیناسیون، شیردهی، زردی، مراقبتهای عمومی نظیر حمام کردن، پوشک کردن، بازی با نوزاد، مراقبت از بندناف و مراقبت در هنگام بیماری، ضرورت دارد.

با توجه به اینکه تکنولوژی های بر پایه موبایل یکی از تکنولوژیهای نوین است، که به سرعت در حال توسعه می باشد و در عین حال فناوری کم هزینه ای محسوب میشود. این تکنولوژی فرصت های جدیدی را برای دسترسی به اطلاعات مرتبط به سلامت در مناطق محروم و جمعیت به حاشیه رانده شده فراهم می کند.

بر این اساس با توجه به طرح ذکر شده سیستم موبایل مراقبت از نوزاد نارس با این حال که، هرگز نمی تواند جایگزین مراقبتهای فیزیکی شود اما، در تمامی موارد ذکر شده، (آموزشی نوزاد، مراقبت از والدین و همراهی والدین خصوصا در بحث جلوگیری از تنش مادر) در کنار خانواده ها در مسیر تکامل نوزاد نارس در کنار جذابیت و کاربری آسان، کمک رسان خواهد بود.

لینک ها جهت دانلود اپلیکیشن نوزاد نارس:

<http://cafebazaar.ir/app/?id=ir.co.ssps.nonahal&ref=share>

<https://appsto.re/us/lH-Scb.i>

Conclusion: With respect to the fact that the application is developed for preemie's parents who are in a touchy period of time, the design process is custom, joyful, attractive and soothing in all stages

Keywords :

Keywords: Mobile healthcare, Agile methodology, UI/UX Design, Elearning ,Premature baby

کد: ۱۳۶۲

حیطه: یادگیری الکترونیکی

امکان سنجی کاربست نظام یادگیری الکترونیکی در بین دانشجویان پیراپزشکی

نویسندگان: حامد زمانی منش، ایرج سنجرى پیرایواتلو،

Introduction

در دهه های اخیر، فناوری اطلاعات و ارتباطات به عنوان ابزاری قدرتمند در پاسخ به چالش های آموزشی مورد استفاده قرار گرفته است و با فراهم کردن امکان دستیابی به پایگاه های اطلاعاتی در هر زمان و مکانی افق های تازه ای را در دنیای آموزشی ایجاد کرده است [۱]. این پدیده بر روی آموزش تاثیر گذاشته و به گسترش وسیع فرصت های یادگیری، دسترسی به منابع آموزشی و تسهیل فرایند تربیت کمک نموده است [۲]. این تحولات رفته رفته به دلیل تأثیرگذاری عمیق، به محیط های دانشگاهی وارد شده و با سرعت و کیفیت قابل ملاحظه ای این محیط ها را متأثر ساخته است. دانشگاه ها تنها با استفاده از نظام آموزش حضوری نمی توانند پاسخگوی نیازهای علمی کشور باشند از این رو در کنار آموزش حضوری، ضرورت استفاده از فناوری های مبتنی بر رایانه [۱]، یادگیری مبتنی بر وب [۲]، دانشگاه مجازی [۳]، یادگیری الکترونیکی [۴] و ... برای افزایش ظرفیت دانشجویان، کاهش هزینه ها، بالا بردن کیفیت آموزشی و ... لازم است. یادگیری الکترونیکی در بسیاری از کشورهای جهان، راه حل مناسب برای بر طرف ساختن مشکلات موجود بر سر راه آموزش سنتی شناخته شده است [۳]. از دهه ۱۹۶۰ تعاریف گوناگونی برای یادگیری الکترونیکی به وجود آمده اما در یک تعریف کلی یادگیری الکترونیکی استفاده از فناوری شبکه (برای مثال اینترنت) به منظور طراحی، تحویل درس و اجرای در محیط آموزشی به منظور تحقق و استمرار یادگیری است [۴]. فناوری در یادگیری الکترونیکی بر خلاف آموزش از راه دور نه به عنوان پل ارتباطی، بلکه به عنوان عامل اصلی انتقال دانش و مهارت وارد فرایند آموزش می شود به عبارت روشن تر یادگیری الکترونیکی لزوماً به معنی استفاده از منابع دیجیتالی و فناوری های مربوط به آن برای سهولت بخشیدن به فرایند تدریس نیست بلکه به دست دادن تجربه یادگیری شخصی و جدیدی است تا یادگیرنده بتواند با گام های آهسته، به توانمندی های بالقوه خود پی ببرد و آنها را فعلیت بخشد [۵]. با بررسی ادبیات یادگیری الکترونیکی به دفعات می بینیم که یادگیری الکترونیکی صرفاً یک فعالیتی انفرادی قلمداد می شود حال آنکه یادگیری الکترونیکی را می توان فراتر از مطالعه فردی تلقی کرد و به صورت گروهی در نظر گرفت همچنان که رامیزوفسکی در جدول شماره یک یادگیری الکترونیکی را در قالب فعالیتی انفرادی و هم فعالیتی با همکاری گروهی بیان می کند [۶]. مهمترین عامل برای توسعه یافتگی و پیشرفت اقتصادی کشورها، قدرت اطلاعاتی است و موثرترین راه در این زمینه آموزش الکترونیکی است تا با تدوین برنامه های آموزشی مناسب به ایجاد جامعه یادگیرنده [۱] به عنوان زیربنای جامعه آگاه اقدام کرد [۵]. بر اساس برخی از گزارش ها در طی چند سال اخیر یادگیری الکترونیکی تبدیل به صنعتی رو به رشد شده است به طوری که در سال ۲۰۰۰ تنها در ایالات متحده شرکت ها ۱/۲ میلیارد دلار صرف یادگیری الکترونیکی کرده اند [۷]. در بازار جهانی رشد صنعت یادگیری الکترونیکی نزدیک به ۲/۳ میلیارد دلار بوده و پیش بینی می شود تا سال ۲۰۱۵ نزدیک به ۷۰ میلیارد دلار برسد [۸]. در ایران اولین دوره های رسمی یادگیری الکترونیکی توسط دانشگاه شهید بهشتی و قم به سمت این سیاست روی آوردند [۹]. در دهه های گذشته علاقه زیادی در الدین طوسی، علم و صنعت، اصفهان و دانشگاه شهید بهشتی و قم به سمت این سیاست روی آوردند [۹]. در دهه های گذشته علاقه زیادی در استفاده از رایانه برای تسهیل آموزش مشارکتی در میان متخصصان پزشکی برای پیشرفت حرفه ای وجود داشته است [۱۰]. در حقیقت آموزش پزشکی مداوم (CME) [۲] از طریق اینترنت در سال های گذشته بسیار رشد یافته است [۱۱]. به اعتقاد هاردن [۳] (۲۰۰۵) به اندازه پژوهش و اکتشافات جدید در علوم دارویی و پزشکی آموزش پزشکی مداوم از طریق اینترنت برای پزشکان حیاتی است [۱۲]. در زمینه فواید به کارگیری یادگیری الکترونیکی موارد زیادی گفته شده که مهمترین آنها در ذیل بیان شده است:

- از لحاظ زمان و محدودیت های ارائه انعطاف پذیر است [۱۳].
- به یادگیرنده اجازه می دهد که با سرعت یادگیری خود کار کند [۱۴].
- از نقاط مختلف جغرافیایی امکان آموزش وجود دارد [۱۵].
- امکان دسترسی به دانش در ۲۴ ساعت شبانه روز وجود دارد [۱۶].
- امکان انتقال اطلاعات به مخاطبان زیادی وجود دارد [۱۷].

فتحتی واجارگاه و نصیری (۱۳۸۴) در پژوهشی در زمینه امکان سنجی کاربست نظام آموزشی مجازی به این نتیجه رسیدند که برای آمادگی در این زمینه باید مهارت کار با اینترنت، داشتن زیر ساخت های فناوری، تسلط کارکنان به زبان انگلیسی و آشنایی مدیران ارشد نسبت به توانمندی های ICT وجود داشته باشد [۱۸]. ماجد (۱۳۸۵) در پژوهشی با عنوان «محک زدن الزامات برقراری آموزش الکترونیکی» به این نتیجه رسیدند که دانشجویان و اساتید آمادگی قابل توجهی برای برقراری آموزش الکترونیکی دارند [۱۹]. یعقوبی و همکاران (۱۳۸۷) در پژوهشی با عنوان «ویژگی های مطلوب دانشجویان و اعضای هیات علمی در یادگیری الکترونیکی» به این نتیجه رسیدند که از دیدگاه دانشجویان ویژگی های اعتماد به نفس و مسئولیت پذیری، مشارکت و خلاقیت، مهارت در فناوری اطلاعات و عوامل انگیزشی از اولویت بیشتری برخوردارند و از دیدگاه اعضای هیات علمی ویژگی های مدیریت و تشویق، تعامل مجازی، پشتیبانی از دانشجویان، تعهد الکترونیکی، تامین محیط تعاملی و نگرش مثبت به یادگیری الکترونیکی از اولویت بیشتری برخوردارند [۲۰]. کمالیان و فاضل (۱۳۸۸) در پژوهشی با عنوان «بررسی پیش نیازها و امکان سنجی اجرای نظام یادگیری الکترونیکی» به این نتیجه رسیدند که دانشجویان دانشگاه سیستان و بلوچستان برای شرکت در یادگیری الکترونیکی آمادگی نسبی دارند [۸]. مصدق (۱۳۸۸) در پژوهشی با عنوان «امکان سنجی برگزاری یادگیری الکترونیکی در شرکت گاز استان یزد» به این نتیجه رسیدند که کارکنان شرکت گاز از لحاظ میزان آمادگی رایانه ای، آمادگی فرهنگی، آمادگی محیطی، آمادگی مالی، کادر فنی و زیر ساختی نسبتاً مطلوب در حالی که از لحاظ کادر متخصصین لازم برای مدیریت سیستم یادگیری در شرایط نامطلوبی قرار داشته اند [۲۱]. میلادی و ملک محمدی (۱۳۸۹) در پژوهشی با عنوان «امکان سنجی کاربرد یادگیری الکترونیکی در آموزش عالی» به این نتیجه رسیدند که چهار عامل زیرساختی، فنی، آموزشی و پشتیبانی زیربنای متغیرهای مرتبط با امکان سنجی کاربرد یادگیری الکترونیکی است [۲۲].

Objectives:

با توجه به این شرایط هدف اصلی این پژوهش امکان سنجی کاربست نظام یادگیری الکترونیکی در بین دانشجویان پیراپزشکی دانشگاه شهید بهشتی انتخاب شد و برای این منظور سوالات ذیل طراحی گردید:

- ۱- میزان آمادگی دانشجویان دانشکده پیراپزشکی دانشگاه شهید بهشتی برای شرکت در نظام یادگیری الکترونیکی به چه میزان است؟
- ۲- آیا در خصوص میزان آمادگی دانشجویان برای شرکت در نظام یادگیری الکترونیکی بر حسب متغیرهای تعدیل کننده جنسیت و دوره تحصیلی تفاوت معنادار وجود دارد؟

Study Design:

پژوهش حاضر از جمله پژوهش های توصیفی-پیمایشی است.

:Study Setting

جامعه آماری، کلیه دانشجویان پیراپزشکی دانشگاه شهید بهشتی در سال تحصیلی بوده که با استفاده از جدول کرجسی و مورگان ۲۳۵ نفر به عنوان نمونه پژوهش از طریق روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب گردید.

:Participan

جامعه آماری، کلیه دانشجویان پیراپزشکی دانشگاه شهید بهشتی در سال تحصیلی بوده که با استفاده از جدول کرجسی و مورگان ۲۳۵ نفر به عنوان نمونه پژوهش از طریق روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب گردید.

:Sample Size

با استفاده از جدول کرجسی و مورگان ۲۳۵ نفر به عنوان نمونه پژوهش از طریق روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب گردید.

:Data Gathering Tool

ابزار پژوهش، پرسشنامه استاندارد شده واتکینز و همکاران است [۸] و شامل ۲۶ سوال در شش بعد (دسترسی به تکنولوژی، ارتباطات پیوسته، انگیزش، یادگیری از طریق رسانه ها، گفتگوی گروهی اینترنتی و موفقیت در یادگیری الکترونیکی) است. از آنجا که محیط اجرای پرسشنامه عوض شده و از طرفی دیگر به زبان فارسی ترجمه شده، لازم دانستیم که ما نیز روایی و پایایی آن را محاسبه کنیم. بدین منظور روایی صوری و محتوایی مورد تایید پنج نفر از متخصصان دانشگاهی قرار گرفت و پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳۰ به دست آمد. طیف مورد استفاده برای پاسخ گویی، طیف پنج ارزشی لیکرت از خیلی زیاد تا خیلی کم بوده است که نشان دهنده میزان موافقت پاسخ دهندگان با ابعاد مورد نظر بود.

:Data Analysis

تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی «میانگین و انحراف استاندارد» و آمار استنباطی «t تک نمونه ای، t مستقل و تحلیل واریانس یک راه» صورت گرفته است.

:Results

از ۲۳۵ پرسشنامه تکمیل شده ۶۱/۴ درصد دانشجویان زن و ۳۸/۶ درصد از دانشجویان مرد بودند. ۶۵/۹ درصد از دانشجویان کارشناسی، ۱۶/۹ درصد از دانشجویان کارشناسی ارشد و ۷/۵ درصد از دانشجویان دکترا پرسشنامه را تکمیل نمودند.

سوال اول پژوهش عبارت بود از اینکه میزان آمادگی دانشجویان دانشکده پیراپزشکی دانشگاه شهید بهشتی برای شرکت در نظام یادگیری الکترونیکی به چه میزان است؟ نتایج پژوهش حکایت از آن داشت که از نظر پاسخ دهندگان در بعد دسترسی به تکنولوژی «نرم افزارهای مود نیاز را در دسترس دارم» با میانگین (۲/۶۰) و انحراف معیار (۰/۹۵۹) مهمترین گویه بود با این حال نتایج آزمون t تک نمونه ای در این بعد بیانگر آن بود که میانگین نمونه در وضعیت پایینی نسبت به میانگین جامعه قرار دارد که با توجه به این شرایط می توان گفت که میزان آمادگی دانشجویان

دانشکده پیراپزشکی دانشگاه شهید بهشتی برای شرکت در نظام یادگیری الکترونیکی در بعد دسترسی به تکنولوژی در وضعیت پایینی قرار دارد. با این حال در ابعاد دیگر به این گونه نبوده و به این شرح است که از نظر پاسخ دهندگان در بعد ارتباطات پیوسته؛ «توانایی استفاده از ابزارهای مختلف را دارم» با میانگین (۴/۲۲) و انحراف معیار (۰/۹۲۶) مهمترین گویه بود، در بعد انگیزش؛ «هنگام عدم حضور استاد به صورت پیوسته می توانم انگیزه خود را حفظ کنم» با میانگین (۳/۸۱) و انحراف معیار (۰/۸۹۲) مهمترین گویه بود، در بعد یادگیری از طریق رسانه ها؛ «توانایی نکته برداری در طی مشاهده یک ویدئو رایانه ای را دارم» با میانگین (۳/۸۳) و انحراف معیار (۰/۸۷۱) مهمترین گویه بود، در بعد گفتگوی گروهی اینترنتی سوال «توانایی گفتگو با دیگران از طریق اینترنت و با استفاده از ابزارهایی مانند مسنجر را دارم» با میانگین (۴/۰۰) و انحراف معیار (۰/۹۲۲) مهمترین گویه بود و در بعد موفقیت در یادگیری الکترونیکی؛ «پشتیبانی فنی و مدیریتی فوری در موفقیت من در یادگیری الکترونیکی اهمیت دارد» با میانگین (۳/۹۵) و انحراف معیار (۰/۷۶۵) مهمترین گویه از نظر پاسخ دهندگان بود همچنین نتایج t تک نمونه ای بیانگر آن است که میانگین نمونه این ابعاد در وضعیت بالایی نسبت به میانگین جامعه قرار دارد بنابراین می توان ادعان داشت که میزان آمادگی دانشجویان دانشکده پیراپزشکی دانشگاه شهید بهشتی برای شرکت در نظام یادگیری الکترونیکی در ابعاد ارتباطات پیوسته، انگیزش، یادگیری از طریق رسانه ها، گفتگوی گروهی اینترنتی و موفقیت در یادگیری الکترونیکی در سطح بالایی قرار دارد (جدول شماره ۲).

سوال دوم پژوهش عبارت بود از اینکه آیا در خصوص میزان آمادگی دانشجویان برای شرکت در نظام یادگیری الکترونیکی بر حسب متغیرهای تعدیل کننده جنسیت و دوره تحصیلی تفاوت معنادار وجود دارد؟ بدین منظور برای بررسی دیدگاه های دانشجویان پیراپزشکی در خصوص امکان سنجی کاربست نظام یادگیری الکترونیکی براساس متغیر تعدیل کننده جنسیت از آزمون t مستقل استفاده گردید که t محاسبه شده در سطح ۰/۰۵ بیانگر عدم وجود تفاوت معنادار بین دیدگاه های دانشجویان بود بدین معنا که دانشجویان مرد و زن اختلاف نظری درباره آمادگی برای شرکت در نظام یادگیری الکترونیکی ندارند (جدول شماره ۳) نتایج آزمون تحلیل واریانس یک راهه برای متغیر دوره تحصیلی نشان دهنده این بود که مقدار F به دست آمده ۱/۰۶ بوده که این مقدار در سطح ۰/۰۵ معنادار نیستند بنابراین می توان نتیجه گیری گرفت که بین نظرات دانشجویان بر اساس متغیر دوره تحصیلی در خصوص آمادگی برای شرکت در نظام یادگیری الکترونیکی تفاوت معناداری وجود ندارد (جدول شماره ۴).

Conclusion

یافته های این پژوهش نشان داد که در بعد دسترسی به تکنولوژی، دانشجویان در وضعیت پایینی قرار دارند که باید در این زمینه تمهیداتی صورت گیرد تا دانشجویان دسترسی بیشتری به کامپیوتر، اینترنت، نرم افزارهای آموزشی و سخت افزارها داشته باشند. در واقع اتصال دانشگاه به اینترنت پرسرعت، ارائه مشوق های مالی برای خرید رایانه، آموزش دانشجویان، کارکنان و اساتید در زمینه فناوری اطلاعات و ارتباطات بسیار مهم است [۲۳] و اگر این تجهیزات در اختیار دانشجویان قرار گیرد می تواند در کاربست بهتر نظام یادگیری الکترونیکی امیدوار بود پس دانشگاه ها باید در زمینه به روز کردن تکنولوژی و فناوری های نوین پیش قدم باشند تا دانشجویان بتوانند از این فرصتی که فراهم شده به نحو احسن استفاده کنند. در بعد ارتباطات پیوسته، دانشجویان دارای مهارت های پایه کار با کامپیوتر، مهارت های پایه جستجوی اینترنتی، توانایی ارسال ایمیل، توانایی مدیریت زمان، توانایی استفاده از ابزارهای مختلف و توانایی طرح سوال به صورت نوشتاری را در سطح قابل قبولی بودند. در بعد انگیزش، دانشجویان توانایی حفظ انگیزه خود در زمان عدم حضور استاد، اتمام کارها در زمان اختلالات شبکه و توانایی اتمام کارها حتی با وجود عوامل مغل موجود در خانه را در سطح قابل قبولی داشتند. در بعد یادگیری از طریق رسانه ها، دانشجویان توانایی برقراری ارتباط بین محتوای الکترونیکی، توانایی نکته برداری طی مشاهده ویدئویی و توانایی درک محتوای درسی ویدئویی را در سطح قابل قبولی داشتند. در بعد گفتگوی گروهی اینترنتی، دانشجویان دارای توانایی انجام گفتگوی همزمان با تایپ کردن، گفتگو با دیگران از طریق اینترنت و توانایی صرف زمان بیشتر جهت آماده سازی جواب یک سوال را در سطح قابل قبولی داشتند. در بعد موفقیت در یادگیری الکترونیکی، دانشجویان معتقد بودند که تماس منظم با استاد، پشتیبانی فنی و مدیریتی فوری، تجربیات قبلی در زمینه فناوری ها، مشارکت مداوم در دروس بر خط و استفاده فوری از مواد درسی در یادگیری الکترونیکی اهمیت دارد. یافته های این پژوهش نشان می دهد که در ابعاد ارتباطات پیوسته؛ انگیزش؛ یادگیری از طریق رسانه ها؛ گفتگوی گروهی اینترنتی

و موفقیت در یادگیری الکترونیکی دانشجویان دارای وضعیت قابل قبولی می باشند و هم راستا با یافته های [۸، ۱۹ و ۲۱] است که بیان می کنند آمادگی قابل توجه ای برای برقراری آموزش الکترونیکی در سازمان های مورد تحقیق وجود دارد.

Keywords:

امکان سنجی، فناوری اطلاعات و ارتباطات، یادگیری الکترونیکی.

کد: ۱۳۲۱

حیطه: یادگیری الکترونیکی

مرور همگنان ابزاری برای توانمندسازی اعضا هیات علمی برای تدریس در سیستم یادگیری ترکیبی (حضور و مجازی)

نویسندگان: ریتا مجتهدزاده، میترا قریب، میترا ذوالفقاری، آیین محمدی، سانا احمدیان.

Introduction:

یادگیری الکترونیکی به عنوان پدیده ای نو در آموزش، روز به روز گسترش بیشتری می یابد و با توسعه سیستم های یادگیری ترکیبی (حضور و مجازی) و پیچیده شدن اجزاء این سیستم ها، کیفیت آموزش مجازی در حال ارتقاء بوده و توقع ذینفعان از این رویکرد آموزشی افزایش یافته است. در این رابطه دانشکده مجازی دانشگاه علوم پزشکی تهران اقدام به برنامه ریزی جهت توانمندسازی اعضا هیات علمی و ارتقاء کیفیت رشته های مجازی نمود. از آنجا که یکی از رویکردهای مورد استفاده در توانمند سازی دوره های مجازی، مرور همگنان است، دانشکده مجازی بر آن شد تا با اتخاذ این رویکرد، آموزش مجازی را ارتقاء داده و به مدرسین کمک کند تا با همیاری با یکدیگر باعث بهبود یادگیری دانشجو گردند .

Objectives:

۱- تعیین نحوه طراحی و اجرای برنامه مرور همگنان متناسب با سیستم یادگیری ترکیبی دانشکده مجازی

۲- تعیین حیطه های مورد نیاز توانمندسازی اعضا هیات علمی در دروس مجازی دانشکده مجازی

Study Design:

پژوهش حاضر، پژوهشی نظری و توسعه‌ای و راهبرد آن کیفی است. پژوهش از نیمسال اول سال تحصیلی ۱۳۹۲ شروع شده است. برای رسیدن به اهداف تحقیق از برگزاری جلسات گروه متمرکز (focus group) با شرکت متخصصان آموزش پزشکی و یادگیری الکترونیکی و همچنین تحلیل محتوای جلسات مرور همگنان استفاده شد و تم های مهم برای توانمندسازی و ارتقاء کیفیت تدریس استخراج و پیگیری گردید.

:Study Setting

نتایج مطرح شده در این خلاصه مقاله شامل کل جامعه در بخش کیفی طرح است. ارزیابی های کمی نیز در این خصوص انجام شده که در این خلاصه به دلیل طولانی شدن مقاله ذکر نشده است.

:Participan

جامعه هدف مشتمل بر کلیه اعضای هیات علمی کلیه های رشته های دایر در دانشکده شامل کارشناسی ارشد آموزش پزشکی، کارشناسی ارشد نظارت بر امور دارو، دکترای تخصصی (PhD) و کارشناسی ارشد کتابداری و اطلاع رسانی پزشکی، برنامه ریزی یادگیری الکترونیکی (رشته اختصاصی دانشکده مجازی) و کارشناسی ارشد تکنولوژی آموزشی در علوم پزشکی شامل ۳۷ نفر و کلیه جلسات مرور همگنان برگزار شده شامل ۳۴ جلسه (از نیمسال اول سال تحصیلی ۱۳۹۲ تا کنون) بود.

:Sample Size

از آنجا که در این پژوهش از رویکرد کمی نیز استفاده شده بود و کلیه اعضای هیات علمی به صورت سرشماری وارد مطالعه شده بودند در جمع آوری داده های کیفی نیز عملاً نمونه گیری انجام نشد و جامعه و نمونه یکسان بودند.

:Data Gathering Tool

جهت جمع آوری داده های کیفی از صورتجلسات تفصیلی تهیه شده استفاده شد. جلسات مرور همگنان با جزئیات ثبت و صورتجلسه گردید. همچنین جهت تکمیل داده ها بر اساس یافته های بدست آمده از مصاحبه های غیر رسمی و یادداشت های مشاهده کنندگان نیز استفاده گردید. در این رابطه با توجه به کیفی بودن این مطالعه چهار معیار مقبولیت، قابلیت تأیید، قابلیت اعتماد و انتقال لحاظ شد.

:Data Analysis

بعد از بررسی جامع متون و مقالات با تمرکز بر نظام های یادگیری الکترونیکی و برگزاری جلسات گروه متمرکز (focus group) با شرکت متخصصان آموزش پزشکی و یادگیری الکترونیکی، برنامه مرور همگنان و فیدبک برنامه طراحی شد. برنامه مرور همگنان از نیمسال اول سال تحصیلی ۱۳۹۲ در پایان نیمه اول ترم هر نیمسال در رشته های دایر دانشکده تا کنون به مدت ۸ نیمسال (در مجموع ۳۴ جلسه) اجرا شده و صورت جلسات آن به صورت تفصیلی تهیه گردید. صورتجلسات تفصیلی در پایان هر جلسه برای هر رشته آموزشی تهیه شده و مورد تحلیل محتوا قرار گرفته و تم های مهم برای توانمندسازی و ارتقاء کیفیت تدریس استخراج و پیگیری گردید.

:Results

مدل نهایی برنامه مرور همگنان و فیدبک شامل سه مرحله قبل از مشاهده، مشاهده سامانه آموزشی و بعد از مشاهده طراحی و در رشته های دایر دانشکده برگزار گردید. صورتجلسات تفصیلی در پایان هر جلسه برای هر رشته آموزشی تهیه شده و مورد تحلیل محتوا قرار گرفته و پنج تم مهم برای ارتقاء کیفیت تدریس در کلیه رشته ها استخراج گردید. این تمها شامل لزوم غنی سازی محتوای الکترونیکی، لزوم ارتقای تعامل و ارائه فیدبکهای مناسب، اجرای زمانبندی مناسب در طول ترم، ارائه حجم متناسب محتوا و فعالیتها با واحد درسی، کیفیت و کمیت بلوک های حضوری

بود. علاوه بر موارد فوق، در هر رشته نیز تم های اختصاصی به طور مثال "تشکیل کلاس مجازی" مشخص شده و مورد پیگیری قرار گرفته و در صورت لزوم کارگاه های توانمند سازی متناسب برگزار گردید.

Conclusion

فیدبک های ارائه شده در جلسه مرور همگنان با توجه به زمان برگزاری جلسه در نیمه ترم که مقداری از فعالیت های آموزشی انجام شده و در عین حال فرصت لازم برای تغییر نیز وجود داشت، برای ارتقاء آموزش مجازی مورد استفاده قرار گرفت. این برنامه همچنین موقعیتی برای یادگیری اساتید ایجاد نمود تا از طریق مشاهده پانل سایر همتایان، با ایده هایی نوین برای ارائه درس، آشنا شوند. با توجه به مستمر بودن جلسات، میزان پایبندی اساتید به تغییرات پیشنهادی هر نیمسال در نیمسال بعدی که درس ارائه می شد بر اساس صورتجلسه قبلی و تمهای استخراج شده مدنظر قرار گرفته و اصلاحات انجام شده در دروس مجازی مورد پایش قرار گرفت. بدین ترتیب این برنامه توانست با مد نظر قرار دادن حیطه های استخراج شده برنامه ریزی متناسبی با نیازهای واقعی داشته باشد.

Keywords :

Faculty, Distance education, Peer review همگنان آموزش از دور، مرور همگنان

کد: ۱۲۶۱

حیطه: یادگیری الکترونیکی

مقایسه ی میزان ماندگاری آموزش اخلاق حرفه ای در دو روش بحث گروهی و نرم افزار چند رسانه ای

نویسندگان: آرش خلیلی، فائزه جهان پور، شهناز پولادی، مرضیه سیف

Introduction

ایجاد یادگیری مؤثر، عمیق و کارآمد و نیز حفظ، افزایش انگیزه و مهمتر از همه ماندگاری اطلاعات در ذهن دانشجویان همواره از مشکلات مربیان بوده که در این رابطه یکی از بهترین راه حلها برای حل این مشکل بهره گیری از روش های آموزشی می باشد که باعث ماندگاری بیشتر اطلاعات در ذهن دانشجو شود(۱). در برنامه های آموزشی، دو الگوی کلی تدریس نمود یافته است. الگوی اول، استاد محور که در آن با هدف شکل دادن رفتار، بر اساس یک الگوی از پیش تعیین شده، استاد نقطه اتکای فراگیر است. در این الگو فراگیران مطلب را می آموزند و زود هم فراموش می کنند. الگوی دوم که به فراگیر، نیازها و توانایی های او توجه خاص دارد، دانشجو محور نامیده می شود(۲). آموزش به شیوه چند رسانه ای در دهه های اخیر رشد فزاینده ای در آموزش ایجاد کرده و باعث شده که آموزش چند رسانه ای در جوامع صنعتی با کمک انقلاب الکترونیکی به پیشرفتهای شگرفی دست یابد(۳). نرم افزار چند رسانه ای، نرم افزاری است که باید سه ویژگی داشته باشد. متن، تصویر و صدا. البته بعضی ها تعامل را نیز در این دسته می گنجانند که به آن نرم افزار چند رسانه ای تعاملی می گویند. در بسته آموزشی چند رسانه ای، از تمام قابلیت ها برای تولید یک نرم افزار آموزشی استفاده شده و در فضایی جذاب و متنوع در این گونه نرم افزارها، سعی می شود مفاهیم آموزشی به صورت تعاملی به فراگیران آموخته شود(۳). از سوی دیگر، تدریس به روش مباحثه، یکی از روشهای آموزشی دانشجو محور است که با استفاده از این

شیوه، فراگیران در فعالیتهای آموزشی فعالانه شرکت کرده و مسئولیت یادگیری را به عهده می گیرند و به آنها فرصت داده می شود تا نظرات، عقاید و تجربیات خود را با دیگران به میان بگذارند. با این وجود، تعداد معدودی از اساتید با چگونگی این روش آشنا هستند و از آن استفاده می کنند. اغلب اعضای آموزشی در مقابل تغییر در نحوه آموزش مقاومت می کنند(۵). یکی از بزرگترین مشکلات آموزش در اکثر روشها ماندگاری اطلاعات آموزش داده شده است. می توان با استفاده از تصاویر، فیلمها و حتی توصیف یک بیمار، میزان ماندگاری اطلاعات را در ذهن افزایش داد(۶). افزایش میزان ماندگاری اطلاعات با برخی از روشها قابل افزایش است اما میزان این افزایش در روشهای مختلف متفاوت است. روش یادگیری بر اساس حل مشکل یکی از روشهایی فوق الذکر است که می تواند باعث ماندگاری بالای اطلاعات آموزش داده در ذهن شود(۷). از سایر روشهایی که میزان ماندگاری بالایی در آموزشهای ارائه شده دارند می توان به روش آموزش چند رسانه ای، بحث گروهی و سخنرانی اشاره کرد(۸).

از آنجایی که میزان ماندگاری اطلاعات در روش چند رسانه در مطالعه محمدی باغ ملایی و همکاران بالا ذکر شد(مقایسه سخنرانی و چند رسانه ای) و نیز بالا بودن این میزان در روشهای دانشجو محور مانند بحث گروهی (مطالعه موسایی فرد)، مطالعه حاضر با هدف، مقایسه ی میزان ماندگاری آموزش اخلاق حرفه ای در دو روش بحث گروهی و نرم افزار چند رسانه ای انجام شد.

Objectives:

مقایسه ی میزان ماندگاری آموزش اخلاق حرفه ای در دو روش بحث گروهی و نرم افزار چند رسانه ای

Study Design

این مطالعه از نوع نیمه تجربی دو گروهی قبل و بعد است. جامعه پژوهش شامل دانشجویان پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر است که حداقل ۶ ترم به تحصیل اشتغال و در زمان انجام پژوهش از چهار ترم سابقه فعالیت در بالین بصورت کارآموزی برخوردار باشند. معیارهای ورود به مطالعه شامل تمایل دانشجویان به شرکت در مطالعه و دانشجوی پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بوشهر در ترم ۶ یا ۸ بودن و معیارهای خروج از مطالعه شامل میهمان بودن در این دانشکده به مدت کمتر از ۲ ترم بود.

Study Setting

جامعه پژوهش شامل دانشجویان پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر است که حداقل ۶ ترم به تحصیل اشتغال و در زمان انجام پژوهش از چهار ترم سابقه فعالیت در بالین بصورت کارآموزی برخوردار باشند.

Participan

در جلسه اول برای گروه بحث گروهی ابتدا سؤالات در اختیار این گروه قرار گرفته و پس از تکمیل و جمع آوری پرسشنامه ها، دانشجویان به ۵ گروه ۶ نفره تقسیم و برای هر گروه یک نماینده به انتخاب اعضاء گروه انتخاب شد. سپس محتوای مورد نظر (عین سؤالات پرسشنامه) در یک محیط آرام به صورت تک تک برای همه گروهها قرائت می شد و نماینده گروهها پس از بحث و تبادل نظر در خصوص موضوع مطرح شده در گروه، جواب نهایی گروه خود را اعلام می نمودند و سپس بحث در خصوص جواب هر گروه شروع می شد و پژوهشگر جوابها را به سمت جواب درست هدایت می نمود و در نهایت جواب درست را در اختیار گروهها قرار می داد. پس از بحث و بررسی تک تک محتوای پرسشنامه، پس آزمون از گروه انجام شد. پیش آزمون انجام و سپس پس آزمون دوم برای سنجش ماندگاری اطلاعات آموزش داده شده انجام شد. ۲ جلسه بحث گروهی حدود ۴ ساعت به طول انجامید. پس آزمون ماندگاری از این گروه یک ماه بعد انجام شد. پس از اتمام دو جلسه لازم برای گروه بحث گروهی، در جلسه ای دیگر برای گروه چند رسانه ای، ابتدا پیش آزمون انجام و پس از جمع آوری پرسشنامه ها، محتوای چند رسانه ای تهیه شده برای این گروه در

فضایی کاملاً آرام به مدت ۴۵ دقیقه پخش شد و محقق در هنگام پخش و بعد از پخش هیچ گونه توضیحی برای این گروه نداد و پس از اتمام پخش چند رسانه ای، برای این گروه نیز مانند گروه بحث گروهی پس از یک ماه پس از آزمون ماندگاری انجام شد.

:Sample Size

تعداد نمونه مورد نیاز با توجه به فرمول زیر ۳۰ نفر در هر گروه در نظر گرفته شد

$$Z=1,96 \quad d=0,1$$

$$P=0,10 \quad q=0,8$$

$$n=z^2pq/d^2$$

$$n=(1,96)^2*(0,10)*(0,8)/(0,1)^2=0,307/0,01=30$$

:Data Gathering Tool

ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه دو قسمتی (۵ سؤال) اطلاعات فردی و قسمت دوم حاوی ۲۱ گویه با طرح دو پاسخی بلی و خیر که میزان آگاهی به وسیله آن سنجیده می‌شد (پاسخ صحیح نمره یک و پاسخ اشتباه نمره صفر می‌گرفت). برای روایی ابزار، پس از تهیه ۲۱ گویه از منابع مختلف اخلاق پرستاری توسط پژوهشگر به همراه پانل علمی (استاد راهنما و استاد مشاور علمی، استاد مشاور آمار)، پرسشنامه جهت تعیین نسبت روایی محتوا و ایندکس روایی محتوا در اختیار ۱۰ نفر از اعضاء محترم هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی بوشهر قرار داده شد و بعد از جمع آوری، مقادیر نسبت روایی محتوا به مقدار ۷۳/۰ و ایندکس روایی محتوا ۹۰/۰ محاسبه شد. نمره برای نسبت روایی محتوا بالاتر از ۶۲/۰ و برای ایندکس روایی محتوا بالاتر از ۷۹/۰ مناسب تشخیص داده می‌شود (شولتز و ویتنی، ۲۰۰۵). جهت تعیین پایایی ابزار، ثبات درونی و پایایی بیرونی محاسبه گردید. در این راستا برای سنجش سازگاری درونی از روش کودر ریچاردسون استفاده گردید که مقدار آن ۶۵/۰ بدست آمد و همچنین برای سنجش تکرارپذیری ضریب همبستگی پیرسون محاسبه گردید (۷۳/۰) که نتایج حاکی از وجود ارتباط معنادار آماری بود.

:Data Analysis

اطلاعات جمع آوری شده در این مطالعه با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۰ تجزیه و تحلیل و از آمار توصیفی و تحلیلی استفاده شد. آمار توصیفی در این مطالعه با استفاده از جداول توزیع فراوانی و درصد، حداقل و حداکثر، میانگین و انحراف معیار به منظور توصیف شرکت کنندگان در پژوهش انجام شد. جهت مقایسه میانگین در دو گروه مستقل از آزمون تی، برای مقایسه میانگین قبل و بعد از مداخله در هر گروه از آزمون تی زوج و برای مقایسه میانگین در بیش از دو گروه مستقل از آزمون آنوا استفاده شد. تمام موارد اخلاقی لازم در خصوص انجام پژوهش در مطالعه رعایت شد.

:Results

نمره پیش آزمون در روش بحث گروهی ۱۱,۰۴ و در روش چند رسانه ای ۱۰,۹۸ بدست آمد که بین دو پیش آزمون از لحاظ آماری، تفاوت معنادار مشاهده نشد ($p=0/983$). نمره ماندگاری آگاهی دانشجویان از مبحث اخلاق در حرفه پرستاری در گروه چند رسانه ای به نسبت گروه بحث گروهی بیشتر بود اما از لحاظ آماری تفاوت معنی داری در این زمینه مشاهده نشد ($p=0/590$). بین نمرات میانگین آگاهی دانشجویان پرستاری از مبحث اخلاق حرفه ای در مرحله پیش آزمون و ماندگاری در گروه بحث گروهی تفاوت معنی داری مشاهده نشد ($p=0/702$). بین میانگین نمرات آگاهی

دانشجویان پرستاری از مبحث اخلاق حرفه ای در مرحله پیش آزمون گروه چند رسانه ای و ماندگاری چند رسانه ای تفاوت معنی دار آماری وجود نداشت (P=1). تفاوت ماندگاری آموزش اخلاق حرفه ای قبل و بعد از آموزش در دو روش بحث گروهی و چند رسانه ای در جدول شماره ۱ آورده شده است.

جدول ۱: تفاوت ماندگاری آموزش اخلاق حرفه ای قبل و بعد از آموزش در دو روش بحث گروهی و چند رسانه ای

مقایسه ماندگاری		یافته های کل پژوهش
ماندگاری چند رسانه ای	ماندگاری بحث گروهی	
۳۶/۱۱	۳۸/۱۰	نمره
۵۹/۱	۲	انحراف معیار
۵۹۰/۰		سطح معنی داری

Conclusion

نتایج این پژوهش روشن می سازد که آموزش به روش چند رسانه ای میزان ماندگاری بالاتری از اطلاعات را نسبت به روش بحث گروهی داشته که این مطلب تأیید کننده این موضوع است که مربیان آموزشی می توانند از این روش به عنوان یکی از روشهای فعال ماندگاری اطلاعات در جهت آموزش دانشجویان استفاده کنند. از آنجا که روش چندرسانه ای می تواند این انعطاف پذیری را داشته باشد که با برنامه زندگی فرد تطابق یابد، زمان کمتری را برای آموزش نیاز داشته و فرد می تواند به صورت جدای از سایر افراد و نیز عدم نیاز به حضور در مکان خاص برای آموزش از این روش استفاده کند، سبب افزایش انگیزه و علاقه فرد به یادگیری از طریق این روش می شود. بنابراین استفاده آموزش به شیوه چند رسانه ای می تواند به عنوان یک راه حل مناسب در جهت افزایش ماندگاری اطلاعات در ذهن باشد که خود مستلزم آماده سازی و برنامه ریزی مناسب جهت بکارگیری این روش است. مهارت برقراری ارتباط و اجتماعی شدن در گروههای علوم پزشکی به خصوص پرستاری، بسیار با اهمیت و با ارزش است که با روش بحث گروهی قابل تحقق است. دانشجویان در روش بحث گروهی از یک طرف ناگزیر به اعمال دقت در دریافت روشن نظرهای سایر اعضاء و از سوی دیگر، موظف به ارائه پاسخ منطقی و مستدل به منظور پذیرش یا رد نظرهای آنان هستند و هر دوی اینها مستلزم رعایت چارچوبهای ویژه برای برقراری یک ارتباط منطقی و اصولی بین تمام اعضاء گروه است. بنابراین یادگیری مهارت زندگی از جمله مهارت همکاری و تعامل با دیگران از طریق بحث گروهی بهتر صورت میگیرد.

Keywords

اخلاق ، بحث گروهی، چند رسانه ای، ماندگاری

کد: ۱۴۰۲

حیطه: یادگیری الکترونیکی

طراحی نرم افزار ابزار اتاق عمل با رویکرد کاربرد در جراحی: گامی در جهت ارتقای یادگیری

نویسندگان: مهدی حبیب زاده، اکرم گازرانی،

Introduction

آموزش فرایند پیچیده ای است، به خصوص برای رشته‌های علوم پزشکی که دانش آموختگان آن برای ایالین بیمار آمادهمیشوند. با وجود اینکه بیش از دوهزار سال قبل تا به امروز زمینه‌های یاددهی و یادگیری در مقایسه با سایر مقوله‌ها تغییرات بسیار کمی داشته اما امروزه به کمک فناوری اطلاعات پیشرفت‌های زیادی داشته است. آموزش مجازی مهم‌ترین کاربرد فناوری اطلاعات است که در قالب نظام‌های مختلف مثل یادگیری رایانه محور، یادگیری شبکه محور و آموزش تحت شبکه ارائه می‌شود.

آموزش فرایند پیچیده ای است، به خصوص برای رشته‌های علوم پزشکی که دانش آموختگان آن برای ایالین بیمار آمادهمیشوند. با وجود اینکه بیش از دوهزار سال قبل تا به امروز زمینه‌های یاددهی و یادگیری در مقایسه با سایر مقوله‌ها تغییرات بسیار کمی داشته اما امروزه به کمک فناوری اطلاعات پیشرفت‌های زیادی داشته است. آموزش مجازی مهم‌ترین کاربرد فناوری اطلاعات است که در قالب نظام‌های مختلف مثل یادگیری رایانه محور، یادگیری شبکه محور و آموزش تحت شبکه ارائه می‌شود.

از مزایای آموزش مجازی می‌توان به امکان دسترسی دانشجو به مطالب در هر زمانی، کاهش هزینه رفت و آمد و دسترسی بیشتر منابع متعدد و مختلف اشاره نمود. بیشتر مطالعات حمایت‌کننده کاربرد یادگیری هستند که اگر چنانچه نحوه یادگیری دانشجویان با شیوه تدریس اساتید جور باشد، انگیزه یادگیری تقویت شده و پیشرفت تحصیلی بهتر خواهد بود. البته یادگیری به عوامل متعدد دیگری از جمله رفتارهای دانشجو، انگیزه یادگیری، محتوای برنامه درسی، محیط و منابع فیزیکی نیز بستگی دارد. ولی پژوهش‌گران نشان داده‌اند که تدریس اثر بخش در پیشرفت تحصیلی و یادگیری دانشجو از سایر عوامل مهم‌تر بوده است.

شواهد موجود حاکی از آن است که آموزش به کمک کامپیوتر در توسعه آموزش پزشکی نقش به‌سزایی دارد.

به این منظور جهت بالا بردن سطح کیفی یادگیری دانشجویان، بر آن شدیم تا با جمع‌آوری ست‌های متنوع از ست‌های جراحی به این جامعه پزشکی کمکی شایان بنماییم. شیوه استفاده از بسته آموزشی مورد نظر به صورتی است که فرد با کلیک بر روی ست مورد نظر لیست وسایل مورد نیاز همان عمل را مشاهده می‌کند و با کلیک بر روی وسیله مورد نظر، نام و شکل وسیله نمایان می‌شود و فرد علاوه بر اینکه وسایل ست جراحی را می‌شناسد.

آشنایی با وسایل وست‌های اعمال جراحی در تسهیل فرایند یادگیری پرسنل اتاق عمل دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی مورد بررسی قرار گرفته است.

:Objectives

تعیین تاثیر طراحی نرم افزار ابزار اتاق عمل با رویکرد کاربرد در یادگیری دانشجویان

تعیین تاثیر طراحی نرم افزار ابزار اتاق عمل با رویکرد کاربرد در رضایت مندی دانشجویان

:Study Design

مطالعه نیمه تجربی، بوده که سال ۱۳۹۲

:Study Setting

در دانشجویان اتاق عمل دانشگاه علوم پزشکی و بیمارستان های بجنورد انجام شد

:Participan

دانشجویان رشته اتاق عمل که دارای شرایط ورود به پژوهش بوده که ترم ۳ به بالا بوده و تمایل ورود به پژوهش را داشته باشند که از این میان ۵۰ دانشجو انتخاب شدند.

:Sample Size

تمام دانشجویان اتاق عمل مشغول به تحصیل در کارآموزی ترم تحصیلی سال ۹۲

:Data Gathering Tool

در ابتدای امر با جستجو در منابع اینترنتی مرتبط با دروس تجهیزات اتاق عمل و همچنین با تحقیقات از اساتید مجرب دروس تجهیزات اتاق عمل در سطح دانشگاه های استان خراسان شمالی و با نظر سنجی از دانشجویان اتاق عمل دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی خراسان شمالی به این نتیجه پی برده شد که تدریس، یادگیری و به خاطر سپردن مبحث تجهیزات اتاق عمل برای اکثریت اساتید، دانشجویان و پرسنل یک چالش بزرگ محسوب می شود لذا بر آن شدیم تا با استفاده از کتب های تجهیزات اتاق عمل موجود، منابع آموزشی که از فرانس های معتبر تهیه شده، عکس های متنوع آموزشی و همچنین معرفی سایت ها مختلف مربوط به تجهیزات اتاق عمل نرم افزاری جامع و کامل جهت آسان سازی و رفع مشکلات نام برده دانشجویان، پرسنل و اساتید اتاق عمل دانشگاه ها طراحی گردد. این نرم افزار آموزشی در نیمسال اول تحصیلی ۹۲ برای کلیه دانشجویان قبل از ورود به اتاق عمل مورد استفاده قرار گرفت. پس از اجرای این فرآیند پرسشنامه ای با هدف بررسی و نظر سنجی دانشجویان در ارتباط با تاثیر نرم افزار بر آشنایی دانشجویان اتاق عمل با انواع وسایل مورد نیاز در جراحی، شکل، دیدگاه، نام صحیح، وسایل جراحی قالب متناسب، ساده و قابل درک، راحت و آسان نرم افزار و وسایلی که در پیشبرد عمل موثراند، توزیع شد. نمره گذاری پرسشنامه لیکرت به این صورت بود که دانشجویان به سوالات نمره ۰ تا ۴ امتیاز داده و همیشه نمره (۴) و هرگز نمره (۰) بود. بعد از جمع آوری اطلاعات نتایج نظر سنجی دانشجویان و پرسنل از این فرآیند با استفاده از نرم افزار spss گزارش گردید.

Data Analysis

نرم افزار آموزشی آشنایی با وسایل وست های اعمال جراحی پس از مورد تأیید قرار گرفتن از منظر جامع بودن مطالب و تطابق با سر فصل دروس آموزشی اتاق عمل مورد تأیید اساتید گروه اتاق عمل دانشگاه قرار گرفت و در نیمسال اول تحصیلی ۹۲ برای کلیه پرسنل اجرا گردید. پس از اجرای این فرآیند پرسشنامه ی روا و پایای جهت بررسی و نظر سنجی دانشجویان در ارتباط با میزان تاثیر نرم افزار بر تسهیل روند یادگیری در اختیار آنان قرار گرفت که تاثیر نرم افزار بر آشنایی پرسنل اتاق عمل با انواع وسایل مورد نیاز در جراحی، شکل، کاربرد، نام صحیح وسایل جراحی بررسی شد.

Results

نتایج نشان داد اکثریت دانشجویان ۵۶,۷ درصد نرم افزار طراحی شده بر میزان آشنایی با انواع وسایل مورد نیاز در جراحی ، ۵۶,۷ درصد ، آشنایی دانشجویان با شکل وسایل جراحی، ۷۳,۰ درصد آشنایی دانشجویان نسبت به کاربرد وسایل جراحی ونحوه استفاده آنها در اتاق عمل، ۳۳,۳ درصد آمادگی دانشجویان برای ورود به اتاق عمل با کارایی بیشتر، ۵۰,۰ درصد آشنایی با نام صحیح وسایل جراحی، ۶۰,۰ درصد ، آشنایی دانشجویان با قالب متناسب نرم افزار، ۵۳,۳ درصد امکان استفاده ساده و قابل درک از نرم افزار برای دانشجویان در بیشتر مواقع، ۵۰,۰ درصد امکان استفاده راحت و آسان از نرم افزار برای دانشجویان را در بیشتر مواقع گزارش کردند.

Conclusion

این نرم افزار جهت تدریس و بکارگیری اساتید دانشگاه ها می تواند روند یادگیری و آموزش را برای پرسنل درمباحث مربوط به تجهیزات اتاق عمل بهبود ببخشد و می تواند یادگیری را برای پرسنل جذاب تر کند.

Keywords

نرم افزار- برنامه های آموزشی- وسایل جراحی- دانشجویان اتاق عمل- وسایل کمک آموزشی

کد: ۱۴۲۱

حیطه: یادگیری الکترونیکی

آموزش الکترونیک چگونه ارائه خدمت در بیمارستان را تغییر می دهد: نوآوری ، افزایش کیفیت و کاهش هزینه

نویسندگان: علی عالمی، سعید عرفان پور، موسی سجادی، سیدفرزان میرچراغی، فاطمه والی راد، عبدالجواد خواجوی، رضا اسماعیلی، سیدفرزین میرچراغی،

Introduction

آموزش الکترونیک [۱] در سال های اخیر به یک فرایند اصلی در آموزش پزشکی و ارائه خدمات درمانی تبدیل شده است. هرچند آموزش الکترونیک برای افراد مختلف تداعی کننده مفاهیم مختلف است، اما مفهوم اصلی آن به چگونگی استفاده از فناوری ها و بویژه فناوری اطلاعات در حیطه

آموزش می پردازد(۱، ۲). راه های مختلفی برای بهره گیری از فناوری اطلاعات در آموزش پزشکی وجود دارد. آموزش مبتنی بر مشکل الکترونیکی(۲)، شبیه سازی(۳)، واقعیت مجازی(۴)، وب کنفرانس ها، آموزش از راه دور(۵)، ارزیابی الکترونیکی(۶)، یادگیری آنلاین، کارپوشه و کاربرگ های الکترونیکی، محتوای الکترونیک و یادگیری مبتنی بر موبایل از مهمترین اشکال بکاربری آموزش الکترونیک در آموزش پزشکی است(۲). استفاده از آموزش الکترونیک در ارائه خدمات درمانی نیز در اشکال متعددی مانند تله مدیسین و تله رادیولوژی تجلی پیدا کرده است(۴). هرچند فهرست راههای بکارگیری آموزش الکترونیک در ارائه خدمات آموزشی-درمانی طولانی و رو به تزاید است اما بهره گیری از آنها به معنای یک فرایند علیتی و مهندسی شده برای رسیدن به پیامدهای مورد انتظار نیست، بلکه نیازمند خلاقیت و تطابق با ساخت محیط در حال تغییر است. بر این اساس در این مقاله به گزارش خلاقیت و نوآوری دانشگاه علوم پزشکی گناباد در استفاده از آموزش الکترونیک در پاسخ به این سوال که چگونه می توان از آموزش الکترونیک برای تغییر فرایند های آموزشی-درمانی بیمارستان ها در راستای افزایش کیفیت خدمات (رضایتمندی بیماران، ارتقا سطح دانش پزشکان، ادغام ارائه خدمات و جلوگیری از چندپارگی ارائه خدمات به بیماران و کاهش هزینه ها) استفاده کرد، پرداخته شده است. این مطالعه با الهام گرفتن از بسته آموزش مجازی طرح تحول و نوآوری آموزش پزشکی انجام گرفت.

Objectives:

در این مقاله به گزارش خلاقیت و نوآوری دانشگاه علوم پزشکی گناباد در استفاده از آموزش الکترونیک در پاسخ به این سوال که چگونه می توان از آموزش الکترونیک برای تغییر فرایند های آموزشی-درمانی بیمارستان ها در راستای افزایش کیفیت خدمات (رضایتمندی بیماران، ارتقا سطح دانش پزشکان، ادغام ارائه خدمات و جلوگیری از چندپارگی ارائه خدمات به بیماران و کاهش هزینه ها) استفاده کرد، پرداخته شده است.

Study Design

در اجرای پژوهش حاضر از روش اقدام پژوهی مشارکتی استفاده شده است. اقدام پژوهی(۱) فرایندی پویا، چرخشی و مشارکتی است که در پی شناسایی و اقدام به حل مشکل می باشد و مقبولیت فزاینده ای در مراقبت های سلامت کسب کرده است(۵) و بعنوان یک رویکرد متدلوژیک قادر به تسهیل تغییرات و ارتقا ارائه خدمات در نظام سلامت است(۶). چارچوب نظری اقدام پژوهی شامل ۴ مرحله شناسایی مشکل، برنامه ریزی، اجرا و ارزشیابی است. مرحله نخست شامل شناسایی مشکلات است. در اکثر مطالعات از ترکیبی از روش های مختلف شامل: مصاحبه با مدیران، تشکیل گروه های متمرکز با کارکنان و مصاحبه بدون ساختار یا نیمه ساختار یافته با کارکنان در این مرحله استفاده شده است. گام دوم برنامه ریزی است. در طول این مرحله، مشکلات مشخص شده در مرحله قبل مورد بررسی بیشتر قرار گرفته و شرکت کنندگان راه حل های ممکن برای پاسخ به آنها را مورد بررسی قرار می دهند. بارش افکار(طوفان فکری) از مهمترین روش های به کار گرفته شده در این مرحله است. مرحله اجرا به شدت به مراحل قبلی وابسته است و می تواند بازه های زمانی متفاوتی را (چند ماه تا چند سال) شامل شود. مرحله نهایی ارزشیابی است. با توجه به اینکه اقدام پژوهی یک روش کیفی است ارزشیابی آن نیز در بیشتر موارد به وسیله تکنیک هایی همانند: مشاهدات، یادداشت ها، تشکیل گروه های متمرکز، پرسشنامه ها و مصاحبه ها انجام می گیرد(۶).

Data Gathering Tool

در مطالعه حاضر نیز چهار مرحله فوق بعنوان چارچوب مفهومی استفاده شد. مرحله اول شامل مصاحبه و تشکیل گروه های متمرکز با مدیران دانشگاه و مدیران بیمارستان جهت شناخت مسایل و مشکلات موجود در فرایند ارائه خدمات آموزشی-درمانی بود. در مرحله دوم راه حل های مشکلات شناسایی شده مبتنی بر زیر ساخت آموزش مجازی و الکترونیک مورد جستجو قرار گرفت. بارش افکار و مرور متون مهمترین ابزار این مرحله بود. مرحله اجرا نیز ۷ ماه از دی ماه ۹۴ تا تیر ۹۵ طول کشید. خرید تجهیزات مورد نیاز، تغییر فضاهای فیزیکی و آموزش کارکنان از

مهمترین فعالیت های این مرحله بود. برای ارزشیابی نیز رویکرد ترکیبی کیفی و کمی شامل مصاحبه با دانشجویان، اساتید و مدیران بیمارستان و تکمیل چک لیست استفاده شد.

Results

در این قسمت به گزارش یافته های پژوهش به تفکیک مراحل اجرای پژوهش پرداخته شده است.

مرحله نخست (شناخت مشکلات): کمبود اعضای هیات علمی متخصص، چند پارگی ارائه خدمات درمانگاهی، کمبود موارد محیطی بیماران جهت آموزش دانشجویان پزشکی، فاصله جغرافیایی طولانی مراکز بهداشتی درمانی روستایی با درمانگاه تخصصی بیمارستان و مشکلات ارجاع بیماران سرپایی مهمترین مشکلات شناسایی شده در این مرحله بودند.

مرحله دوم (برنامه ریزی): در این مرحله راه حل های پیشنهادی برای اجرای مشکلات مبتنی بر زیر ساخت آموزش الکترونیک مورد بررسی قرار گرفت. شناسایی اساتید نخبه داخل و خارج کشور که امکان استفاده از خدمات آموزشی-درمانی آنها بصورت از راه دور امکان پذیر باشد و عقد تفاهم نامه با آنها و سایر مراکز علمی معتبر، برنامه خرید تجهیزات و زیرساخت های آموزش الکترونیک (نرم افزار وب کنفرانس Adobe connect دوربین های دیجیتال و ...)، نصب تجهیزات و آماده ساخت فضای فیزیکی، برنامه آموزش کارکنان و پزشکان، اخذ موافقت نامه ها و مجوز های قوانین آموزشی از مهمترین برنامه هایی بود که قبل مرحله اجرا طرح ریزی شدند.

مرحله سوم (اجرا): ادغام آموزش الکترونیک در فرایند ارائه خدمات آموزشی-درمانی بیمارستان باعث اجرای چهار نوآوری اصلی گردید که نتایج آن ها به تفکیک به شرح زیر می باشد:

۱. **کلینیک مجازی [۱]:** با تجهیز کلینیک پزشکی داخلی بیمارستان ۲۲ بهمن گناباد و مرکز سلامت جامعه شهری-روستایی کاخک به تجهیزات وب کنفرانس و تله مدیسن شامل: لب تاپ، دوربین های دیجیتال، افتالمسکوپ و سایر تجهیزات تشخیصی پزشکی دیجیتال که امکان انتقال نشان ها و علایم بیماران مانند صدای قلب بیمار را میسر ساخت، LCD میکروفون و آموزش پزشکان عمومی مرکز سلامت جامعه، بهره برداری از کلینیک مجازی واقع در درمانگاه تخصصی بیمارستان ۲۲ بهمن گناباد آغاز شد (تصویر شماره ۱). بیماران مراجعه کننده به مرکز سلامت جامعه چنانچه نیاز به مشاوره متخصص داشتند از طریق ارتباط صوتی و تصویری با کلینیک مجازی از مشاوره متخصص استفاده می کردند. پزشک عمومی مرکز سلامت جامعه نیز مشورت لازم برای ادامه درمان بیماران را از متخصص دریافت می کرد. دانشجویان استاژ و کاروزی پزشکی نیز در کلینیک مجازی حضور داشته و از نزدیک با بیماران در ارتباط بوده و به آنها مشاوره می دادند. دسترسی بیماران مناطق کمتر برخوردار و دورافتاده به خدمات تخصصی بیمارستانهای آموزشی، دسترسی بیماران ناتوان، آسیب پذیر و پرخطر (همانند زنان باردار) مناطق کمتر برخوردار به خدمات تخصصی بیمارستانهای آموزشی، پرهیز از « ویزیت دوگانه » یا « چندگانه » بیماران توسط پزشک عمومی و متخصص یا متخصصین مراکز تخصصی بیمارستانهای آموزشی، پیوستگی و تداوم خدمات مراقبت بهداشتی اولیه و خدمات درمانی تخصصی درمانگاهی و بیمارستانهای آموزشی و امکان بازخورد آنی علمی و مراقبتی از سوی پزشکان متخصص به پزشکان عمومی مراکز سلامت جامعه و بهداشتی - درمانی روستایی یا شهری از مهمترین نتایج راه اندازی این کلینیک مجازی بود. از دیگر نتایج طرح کلینیک مجازی می توان به روز ماندن اطلاعات علمی پزشکان عمومی مراکز و سایر ارایه کنندگان مراقبت بهداشتی اولیه، حضور دانشجویان و کارورزان پزشکی عمومی در کلینیک مجازی بیمارستانهای آموزشی و آشنایی با دغدغه ها و عرصه های واقعی پزشکان عمومی و بیماران مراکز سلامت جامعه و مراکز بهداشتی درمانی روستایی یا شهری و افزایش تعداد و تنوع بیماران بیمارستان های آموزشی، کاهش میزان ارجاعات غیر ضروری، افزایش رضایت مندی بیماران، کاهش هزینه های پرداختی مردم و افزایش مطابقت و تناسب آموزش علوم پزشکی با زمینه های کاری آینده دانش آموختگان اشاره نمود.

۲. **گزارش صبحگاهی آنلاین [۲]:** برای اولین بار در کشور، با استفاده از سامانه وبینار دانشگاه علوم پزشکی گناباد، امکان تبادل نظر علمی و به اشتراک گذاری تجربیات بین اساتید دانشگاه علوم پزشکی گناباد و اساتید ایرانی مقیم خارج از کشور، در قالب جلسه گزارش صبحگاهی [۲] برقرار گردید (تصویر شماره ۲) و با استفاده از موقعیت ایجاد شده و ضمن رعایت موازین اخلاقی، رعایت نکات امنیتی حوزه فناوری اطلاعات و هماهنگ سازی برنامه‌های جاری آموزشی دانشگاه با روش‌های مبتکرانه و خلاقانه، نظرات علمی و کاربردی در خصوص مدیریت درمان بیماران ارایه شد. در این جلسات که با حضور اساتید گروه داخلی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گناباد و دانشجویان پزشکی در سالن دکتر حاجیه بیمارستان ۲۲ بهمن گناباد برگزار شد، ارتباط آنلاین و همزمان با متخصص و استاد ایرانی مقیم خارج از کشور از دانشگاه مریلند از طریق سامانه وبینار برقرار شد که در آن نظرات علمی و کاربردی در خصوص مدیریت درمان بیماران ارائه گردید.

۳. **برگزاری کلاس‌های درس دانشگاه بصورت آموزش از راه دور با بهره‌گیری از اساتید منتخب و توانمند علمی داخل و خارج از کشور:** با تصویب هیأت رئیسه دانشگاه و شورای آموزشی دانشکده پزشکی ارائه دروس توسط اساتید منتخب داخل و خارج کشور انجام شد (تصویر شماره ۳). دروسی که برای ارایه آن در دانشگاه عضو هیات علمی متخصص وجود نداشت در اولویت قرار گرفت. بیشتر کلاس آموز از راه دور برای دانشجویان رشته پزشکی عمومی و علوم آزمایشگاهی انجام شد. استفاده از خدمات اساتید نخبه مراکز علمی معتبر داخل کشور (بیمارستان های مسیح دانشوری، بیمارستان امام حسین (ع)، بیمارستان لقمان، دانشگاه علوم پزشکی کرمان)، افزایش کیفیت آموزش و رضایتمندی دانشجویان رشته پزشکی عمومی و کاهش هزینه های آموزش پزشکی (کاهش نیاز به اساتید مدعو به صورت حضوری) از دیگر نتایج اجرای این طرح بود ارائه دروس به این شیوه، حدود ۳۰۰ میلیون ریال صرفه جویی اقتصادی برای دانشگاه در پی داشت. رضایتمندی دانشجویان نیز ۷۰ درصد بود.

۴. **کلینیک مشترک [۴] مجازی دیابت و چشم پزشکی:** در این کلینیک، بیماران دیابتی دچار عوارض چشمی در زمان مشخص و به صورت توأمان توسط متخصص داخلی عضو هیئت علمی و نیز متخصص چشم پزشکی عضو هیئت علمی حاضر در کلینیک دیابت، ویزیت گردیده و تصاویر مربوط به چشم بیمار نیز به واسطه استفاده از تجهیزاتی همچون ویدئوافتالموسکوپ در بستر سامانه وبینار آموزش مجازی دانشگاه علوم پزشکی گناباد، به صورت آنلاین، به اشتراک گذاشته شده و پس از بحث و تبادل نظر در خصوص وضعیت فعلی بالینی بیمار، با همفکری متخصصین دو رشته تخصصی، برنامه‌های درمانی بیمار مشخص شدند.

۵. **برگزاری آزمون OSCE مهارت های بالینی طب داخلی با استفاده از فناوری واقعیت مجازی (Virtual Reality):** با استفاده از تجهیزات سخت افزاری و نرم افزاری مربوط به فناوری واقعیت مجازی « Virtual Reality » سناریوی بالینی، شرح حال و بخشی از معاینات بالینی یک جلسه ویزیت انجام شده بین پزشک و بیمار، ضبط شد و سپس، صداهای غیر طبیعی (برای مثال صدای غیر طبیعی ویزینگ ریه) بر روی تصاویر ضبط شده، میکس گردید. سپس تصاویر به فرمت نهایی خود پردازش گردید و در روز امتحان، در زمان حضور کارورزان در قرنطینه، تصاویر مربوطه بر روی گوشی های تلفن همراه دارای ژيروسکوپ، ذخیره شده و در ادامه بر روی هدست مخصوص واقعیت مجازی « Virtual Reality » نصب گردید و کارورزان در زمان تعیین شده و مجاز، سناریو مذکور را با استفاده از هدست و هدفون ملاحظه و صداهای غیر طبیعی ریه را به صورت همزمان سمع نمودند و پس از اتمام ملاحظه، تشخیص های افتراقی، تشخیص محتمل، نحوه ی برخورد تشخیصی و درمان پیشنهادی خود را در برگه ی پاسخنامه، درج نمودند. وضعیت مشابهی برای سنجش مهارت های معاینه ی دانشجویان دوره ی استاژری در نظر گرفته شد که در طی آن، فرآیند معاینه ی ریه، توسط پزشک بر روی بیمار، انجام شد و توسط فناوری واقعیت مجازی « Virtual Reality » ثبت و ضبط گردید و دانشجویان با استفاده از هدست واقعیت مجازی « Virtual Reality » و هدفون، معاینه ی انجام شده را ملاحظه نمودند و در پایان از آن ها درخواست گردید که حداقل ۳ اشتباه رخ داده در فرآیند معاینه را ذکر نمایند که دانشجویان ایرادات ملاحظه شده در جریان معاینه ی ریه را در برگه ی پاسخنامه، وارد نمودند. پس از اجرای طرح، بلافاصله، پرسشنامه ی مرتبط با آزمون در خصوص نظر و نگرش دانشجویان نسبت به آزمون، مقایسه ی آن با آزمون OSCE رایج و نقاط قوت و ضعف آن، به دانشجویان و کارورزان ارایه شد که یافته ها کمی و کیفی حاکی از رضایت دانشجویان از این نوآوری بود.

Conclusion

مطالعه حاضر به روش اقدام پژوهی با هدف ادغام آموزش مجازی و زیرساخت های ارتباط الکترونیک در فرایند ارائه خدمات آموزشی و درمانی بیمارستانی انجام شد.

پزشکی از راه دور پدیده ای تقریباً نوظهور در علم پزشکی است که برآمده از تلفیق موثر فناوری اطلاعات و ارتباطات با علوم پزشکی بوده و پتانسیل زیادی در رویارویی با چالش های برنامه های آموزشی بخش سلامت و همچنین ارائه خدمات بهداشتی درمانی به مناطق روستایی و دورافتاده دارد که می تواند طیف وسیعی از فعالیت های ساده مثل تبادل نظر تلفنی دو متخصص بهداشتی در مورد مشکلات پزشکی یک بیمار تا انتقال الکترونیکی سوابق پزشکی و بالینی و آزمایشهای تشخیصی مانند E.C.G، تصاویر رادیولوژی و ویدئو کنفرانس های تعاملی آن لاین را در برگیرد (۷). در این مطالعه کلینیک مجازی شکل گیری فصل جدیدی در آموزش پزشکی عمومی با تکیه بر آموزش مجازی درمانگاهی، مبتنی بر بیماران مراکز سلامت جامعه و مراکز بهداشتی - درمانی روستایی است که باعث ایجاد ارتباط و تعامل سازنده بین معاونت های بهداشتی، درمان، آموزش و پژوهش دانشگاه های علوم پزشکی و ایجاد بستر مناسب برای ارائه خدمات جامعه محور و مبتنی بر سلامت ساکنین مناطق کمتر برخوردار و شکل گیری ارتباط و تعامل قوی و سازنده بین طب بالینی و پزشکی اجتماعی و افزایش مدت تماس دانشجویان و کارورزان پزشکی عمومی با جامعه هدف می گردد. رحمان و همکاران در مطالعه ای در ایرلند به بررسی روندهای معمول مراقبت و پیگیری دیابت و نقش بالقوه فناوری ها و روش های جدید در بهینه کردن این روندها پرداختند. در این مطالعه کلینیک مجازی به عنوان یک سیستم یکپارچه ثبت مراقبت های بهداشتی معرفی گردیده که در آن داده های بیماران دیابتی تجزیه و تحلیل شده و این بیماران براساس دستورالعمل های بالینی مورد توافق مورد نظارت مستمر قرار می گیرند (۸).

آموزش از راه دور و برگزاری کلاس ها با بهره گیری از اساتید منتخب و توانمند علمی داخلی و خارج از کشور نیز یکی دیگر از فرصت های بهره گیری از آموزش مجازی در کنار آموزش های رایج در این مطالعه بود. نتایج مطالعه ای که در یکی از بیمارستان های آموزشی کشور برزیل بوسیله پیریا و همکاران با هدف به اشتراک گذاری تجربیات پزشکی از راه دور (telemedicine) در قالب ۱۰۰ ویدئو کنفرانس بین ۵ کشور مختلف در قاره آمریکا در طی یکسال انجام شد نشان داد که این روش باعث افزایش علاقمندی دانشجویان گردیده و به اجرا و دنبال کردن موافقت نامه هایی که مورد پذیرش جهانی هستند در آن مرکز درمانی کمک کرده موجب ترغیب اساتید به پژوهش در زمینه پزشکی از راه دور و بروز نگر داشتند اطلاعاتشان در زمینه تخصصیشان شده و مسیر دسترسی به مراکز علمی داخلی و خارجی را کوتاه و فراهم نموده است. در نهایت این نزدیکی و دسترسی مجازی موجب بهبود روند آموزش و کسب مهارت ها و تجربیات بین المللی توسط دانشجویان مقاطع مختلف آن مرکز درمانی گردیده است (۹).

واقعیت مجازی فناوری نوظهوری است که می تواند در زمینه های گوناگون و به ویژه در علوم پزشکی، در حوزه های آموزش، تمرین و تشخیص به کار گرفته شود (۱۰).

شبیه سازی با استفاده از ابزار مجازی سازی می تواند روش های آموزشی و تمرینی مقرون به صرفه ای را در دسترس قرار دهد که در واقعیت هزینه های سنگینی خواهند داشت. به عنوان مثال، در زمینه پزشکی، استفاده از شبیه سازی این امکان را فراهم می کند که دانشجویان با بالابردن مهارت های خود از پرداختن به بیماران واقعی که ممکن است به علت نداشتن مهارت و تمرین کافی زندگی آنها را به خطر اندازند اجتناب کنند (۱۱).

مطالعه ای که لی و همکاران در سال ۲۰۱۳ با هدف مقایسه اثر آموزشی روش شبیه سازی شده ۳ بعدی با روش استفاده از مانکن انجام دادند (۱۲) نشان داد که دو گروه در آزمون صلاحیت بالینی (OSCE) دارای نتایجی مشابه به هم بوده اند اما روش شبیه سازی شده ۳ بعدی نسبت به روش استفاده از مانکن مقرون به صرفه تر، راحت تر و نیازمند به فضا و زمان کمتری بوده است.

همچنین هانگ و همکاران در مطالعه ای با عنوان « ارزیابی شبیه سازی واقعیت مجازی در آزمون OSCE دندانپزشکی »، به مقایسه ی «سیمولاتورهای سنتی» و «واقعیت مجازی» در آزمون های دندانپزشکی پرداختند. در این مطالعه که بر روی دانشجویان سال ۴ رشته ی دندانپزشکی انجام شد، ۱۰ نفر از دانشجویان از سیمولاتورهای معمول و ۱۰ نفر دیگر از دانشجویان از سیمولاتورهای واقعیت مجازی بهره بردند و هر دو گروه موظف به تعبیه ی تاج سرامیکی بر روی دندان شدند. نتایج مطالعه نشان داد که در مقایسه ی بین دو گروه، گروه تحت آزمون با سیمولاتورهای واقعیت مجازی، نسبت به گروه تحت آزمون با سیمولاتورهای معمول، نیاز به وقت کمتری برای توجیه توسط اساتید داشتند. همچنین گروه تحت آزمون شبیه ساز واقعیت مجازی، در مهارت های مربوط به دیواره تاج دندان، نمرات رضایت بخش و قابل قبول بیشتری نسبت به گروه تحت آزمون شبیه ساز معمول داشتند، اما نمره مربوط به آماده سازی حاشیه ها، در دو گروه تحت مطالعه، تفاوت چندانی نداشتند. در مجموع، محققین اعلام نمودند که نتایج آزمون در گروه تحت آزمون با سیمولاتورهای واقعیت مجازی، بهتر از گروه تحت آزمون با سیمولاتورهای معمول بود (۱۳).

آغاز به کار کلینیک مشترک مجازی دیابت و چشم پزشکی، ضمن بهبود مراقبت از بیماران دیابتی، کاهش سردرگمی بیماران در مراجعه به درمانگاه های متعدد، کاهش هزینه ها و ایجاد یکپارچگی در برنامه های درمانی آنها، اثرات بسیار مفیدی در ارتقاء آموزش و پژوهش دانشجویان پزشکی و سایر رشته های علوم پزشکی داشته و ضمن بهبود کیفیت آموزش دانشجویان، فصل جدیدی را در حوزه های آموزش مجازی و آموزش عدالت محور و پاسخگو، گشود. افزایش کیفیت درمان، آموزش چند حیطه ای دانشجویان پزشکی، استمرار آموزش دانشجویان در چرخش های بالینی مختلف و تولید محتوای آموزش الکترونیک از دیگر دستاوردها و نتایج کلینیک مشترک است.

با استفاده از گزارش صبحگاهی آنلاین، امکان استفاده از دانش و تجربه اساتید برجسته کشوری و بین المللی با حداقل هزینه فراهم آمده و با بهره برداری از این فرآیند، امکان بازگرداندن سرمایه های علمی متخصصان ایرانی خارج از کشور به داخل دانشگاه ها و بیمارستان های کشور فراهم شد.

آموزش الکترونیک ابزاری برای رسیدن به اهداف در آموزش پزشکی است. استفاده از این روش آموزشی فرصت های آموزشی بیشتری در اختیار دانشجویان قرار داده و بطور همزمان باعث افزایش تاثیر و بهره وری اساتید خواهد گردید (۱۴). هر چند برخی از مطالعات نشان داده اند که تفاوت معنی داری بین آموزش سنتی و آموزش الکترونیک در فراگیری دانش و مهارت و همچنین رضایتمندی دانشجویانی که از این دو روش استفاده می کردند وجود ندارد (۱۵) با این حال مطالعات متعدد نشان داده اند که آموزش الکترونیک می تواند باعث تشویق هر چه بیشتر دانشجویان در یادگیری شود (۱۶). همچنین آموزش الکترونیکی می تواند نقش مهمی در حمایت از فرایندهای آموزشی در بیمارستان ها و دیگر موسسات ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی داشته باشد (۱۷). هر چند این پتانسیل آموزشی نیازمند سطح معینی از آمادگی سازمانی در منابع انسانی و زیر ساخت ها است که در کشورهای با درآمد کم و متوسط همیشه مهیا نمی باشد (۱۴). توجه به این نکته ضروری است که اکثر برنامه های آموزش الکترونیک در علوم پزشکی، تخصص خاصی را هدف قرار داده و تعداد بسیار کمی از آنها برای تمامی رشته های پزشکی قابل استفاده می باشند. علاوه بر این، آموزش الکترونیک در بعضی از زمینه ها دارای محدودیت های خاصی است. به عنوان مثال، معاینه های جسمی یا فیزیکی در بالین نمی تواند در یک محیط آموزشی الکترونیکی آموزش داده شود، در نتیجه آموزش الکترونیک باید به عنوان مکمل آموزش سنتی پزشکی در نظر گرفته شود و جایگزین آن نمی باشد (۱۸).

:Keywords

آموزش پزشکی، آموزش الکترونیک، آموزش مجازی، آموزش از راه دور، مدیریت بیمارستان



همایش نهمین همایش کشوری علوم پزشکی و شبه آموزش حسواره

برگزار کننده: معاونت آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

محور همایش: تحول و نوآوری در آموزش علوم پزشکی، مباحث نظری و اقدامات عملی
18th National Medical Education Congress
meduc.behdasht.gov.ir

۷ لغایت ۹ اردیبهشت ۱۳۹۶ | سالن همایش های رازی دانشگاه علوم پزشکی ایران

