

88

دانشگاه علامه طباطبائی
ساوت آف آرش

بهار
بهار
آموزش
مطهر



چهارمین جشنواره آموزش تتهد مطهره

عنوان: کتابچه‌ی چهارمین جشنواره آموزشی شهید مطهری
ناشر: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
تیراژ: ۱۰۰۰ نسخه

تاریخ انتشار: اردیبهشت ماه ۱۳۹۰

نشانی دبیرخانه: تهران، بلوار کشاورز، نبش خیابان قدس، سازمان مرکزی دانشگاه
علوم پزشکی تهران، طبقه ۳، اتاق ۳۱۰، دبیرخانه جشنواره شهید مطهری

تلفن: ۸۱۶۳۳۳۶۸ - ۸۱۶۳۳۳۹۳ - فاکس: ۸۱۶۳۳۳۹۳

تهیه و تدوین: دکتر حسین کشاورز، دکتر محمد جلیلی، دکتر رضا شریعت محرری، آزاده اشتیاقی

طراحی و صفحه‌آرایی: رشیدرهنما

طراحی جلد: نازمریم شیخها

کمیته‌ی علمی جشنواره دانشگاهی شهید مطهری

(به ترتیب حروف الفبا)

نام و نام خانوادگی	سمت
دکتر شهرام آگاه	معاون آموزشی تخصصی و فوق تخصصی دانشکده‌ی پزشکی
دکتر امیرحسین امامی	معاون امور هیات علمی دانشکده‌ی پزشکی
دکتر سیدمحمد توانگر	مشاور معاونت آموزشی دانشگاه
دکتر علی جعفریان	مشاور ریاست دانشگاه
دکتر محمد جلیلی	مدیر مرکز مطالعات و توسعه‌ی آموزش علوم پزشکی دانشگاه
دکتر سیدجواد حاجی میراسماعیل	مشاور معاونت آموزشی دانشگاه
دکتر سیدکامران سلطانی عربشاهی	مدیر گروه آموزش پزشکی
دکتر رضا شریعت محرری	مسئول دبیرخانه‌ی جشنواره‌ها و دانش پژوهی آموزشی
دکتر حسین کشاورز	معاون آموزشی دانشگاه
دکتر آیین محمدی	مدیر واحد توانمندسازی مدرسین
دکتر عظیم میرزازاده	مشاور آموزشی ریاست دانشگاه



جشنواره
آموزشی
شهید
مطهری

پیام رئیس دانشگاه

بسمه تعالی

آموزش به عنوان یکی از مهم ترین رسالت‌های دانشگاه و بلکه بی بدیل ترین رسالت آن، نقش ویژه‌ای در پیشرفت و تعالی کشور ایفا می‌نماید. این رسالت دشوار در دانشگاه‌ها بر عهده انسان‌های فرهیخته‌ای است که در کسوت اساتید و با صرف سرمایه ارزشمند عمر، تمامی تلاش خود را برای تربیت نسل آینده متخصصان و مدیران کشور به کار می‌گیرند و از این طریق بالاترین خدمت را به انجام می‌رسانند.

هر چند آموزش در غایت خود امری است درونی که به صورت تعامل سازنده معلم و دانشجو رخ می‌نماید و ملاک‌های بیرونی همیشه در سنجش اجر و مقدار آن ناتوان و قاصرند، با این وجود نقش مسوولان دانشگاه فراهم کردن شرایطی است که در آن امکان رشد و بالندگی اعضای هیأت علمی در انجام این امر خطیر فراهم گردد و موانع پیش رو از میان برداشته شود. تحقق این امر اگرچه در حد اعلائی آن امکان پذیر نمی‌نماید اما گام برداشتن در این مسیر بسیار ارزشمند و کارساز خواهد بود. بدون شک یکی از مؤثرترین روش‌ها در این جهت، شناسایی و ارج نهادن به تلاش‌های سازمان یافته‌ای است که به منظور ایجاد تحول در فرایندهای آموزشی صورت می‌گیرد و ایجاد زمینه تبادل تجربیات و قدردانی از زحمات تلاش‌گران این عرصه در قالب جشنواره، امکان بسط و توسعه روزافزون این فعالیت‌ها در عرصه‌های دیگر دانشگاهی نیز فراهم می‌آورد.

جشنواره شهید مطهری که با زنده نگه داشتن یاد و خاطره آن معلم حقیقی طراحی و برگزار می‌شود، فضای مناسبی برای ارج گذاری به جایگاه آموزش و استاد است. اکنون با برگزاری چهارمین جشنواره آموزشی شهید مطهری در دانشگاه علوم پزشکی تهران به عنوان نماد آموزش عالی کشور، لازم می‌دانم از همه دست اندرکاران آموزش بخصوص اعضای محترم هیأت علمی دانشگاه که در این عرصه منشأ آثار ارزش مندی بوده‌اند تشکر نمایم.

امیدوارم که در سال‌های آینده با استفاده از ظرفیت‌های جدید دانشگاه شاهد برگزاری هر چه بهتر جشنواره شهید مطهری و نیز به ثمر نشستن این تلاش‌ها و تربیت دانش‌آموختگانی توانمندتر باشیم که با اتکال به ذات احدیت و رعایت اصول رفتار حرفه‌ای بالاترین سطح را در ارائه خدمات سلامت، انجام پژوهش‌های ارزشمند و تربیت نسل‌های آینده احراز نمایند.

دکتر باقر لاریجانی
رئیس دانشگاه



مقدمه‌ی معاون آموزشی دانشگاه

بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی تهران به عنوان دانشگاه مادر و نماد آموزش عالی کشور و به برکت وجود اساتید کارآموده و میرز، دانشجویان ساعی و نخبه و کارکنان توانمند و خدوم توانسته است جایگاه برجسته و بی بدیل خود را در سطوح مختلف آموزشی حفظ و در ارتقای هرچه بیشتر آن کوشا باشد. با ایجاد ظرفیت های جدید و گسترده تر شدن دانشگاه انتظار می رود حرکت رو به جلوی دانشگاه با شتاب بیشتری ادامه یابد. بدون شک راه طولانی تا رسیدن به افق های ترسیم شده و جایگاه در خور شأن باقی مانده است.

تدوین نقشه جامع علمی و برنامه آموزشی چهارساله ی دانشگاه افق روشن و امیدبخشی را که همراه با نوآوری و ایجاد ظرفیت های جدید آموزشی می باشد پیش روی دانشگاه گذاشته است و تحقق آن نیازمند همت والا و تلاش مضاعف تمامی افراد می باشد.

هرچند نقش اساتید و معلمان دانشگاه در امر آموزش منحصر به فرد و برجسته بوده و با هیچ معیار بیرونی قابل سنجش نمی باشد، اما وظیفه مسئولین تکریم و قدردانی و فراهم نمودن بستر مناسب جهت ارتقای آموزش می باشد. برگزاری جشنواره ی شهید مطهری در همین راستا و قدمی کوچک در راستای ارج گذاری به جایگاه آموزش و استاد می باشد.

ضمن آرزوی توفیق کلیه ی همکاران گرامی از تمامی دست اندرکاران برگزاری چهارمین دوره جشنواره شهید مطهری به ویژه مرکز مطالعات و توسعه ی آموزش علوم پزشکی دانشگاه سپاس گزاری نموده و سعادت و دوام همگان را از درگاه خداوند مسئلت می نمایم.



وزارت
سازمان
آموزش
پزشکی
و بهداشت

دکتر حسین کشاورز
معاون آموزشی دانشگاه

گزارش روند برگزاری چهارمین جشنواره آموزشی شهید مطهری

چهارمین جشنواره آموزشی شهید مطهری در دانشگاه علوم پزشکی تهران به لطف خداوند و با پشتیبانی مسئولین محترم دانشگاه و مشارکت اعضای محترم هیأت علمی در حالی به پایان رسید که آموزش همچنان نیازمند گام برداشتن در مسیر پیشرفت و تعالی است. برگزاری جشنواره های آموزشی گامی است در جهت نشان دادن جایگاه تعلیم و معلم. بی شک ما در ابتدای راهی طولانی برای ارتقای شأن و منزلت آموزش هستیم و در این مسیر تلاشهای ارزشمند اعضای محترم هیأت علمی دلگرم کننده و انگیزه بخش است. امید داریم که با ادامه ی این تلاش، در سالهای آتی شاهد حضور هر چه پر بار تر اعضای هیأت علمی دانشگاه در این جشنواره باشیم. آن چه در زیر آمده است خلاصه ای از روند اجرایی چهارمین دوره ی جشنواره ی آموزشی شهید مطهری در دانشگاه علوم پزشکی تهران است.

پس از فراخوان فعالیت ها و فرایندهای آموزشی در آبان ماه ۸۹ از طریق مکاتبه با معاونین محترم آموزشی و مدیران محترم دفاتر توسعه ی آموزش دانشکده ها قریب به ۱۳۰ نفر از اعضای محترم هیأت علمی از دانشکده های مختلف فرایندهای آموزشی خود را جهت شرکت در رقابت به دبیرخانه این جشنواره در مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی دانشگاه عرضه نمودند. فرایندهای ارسالی نشانگر فعالیت های گسترده و ارزشمند اعضای محترم هیأت علمی در حوزه های مختلف آموزش شامل «تدوین برنامه آموزشی»، «روش تدریس»، «روش های ارزیابی و ارزشیابی»، «مدیریت و رهبری آموزشی» و «مشاوره و راهنمایی» بود. فرایندها در قالب مشخص جشنواره ارسال شده بودند و حاوی اطلاعات مربوط به مجری/مجریان و همکاران طرح ها و نیز خلاصه ای از اقدامات صورت گرفته بودند. نتایج حاصل از این فعالیت ها نیز همراه با مستندات مربوط ارائه شده که بسیاری از این فعالیت ها حاصل همکاری و کار دسته جمعی اعضای محترم هیأت علمی بود. کمیته ی علمی جشنواره متشکل از اعضای حقیقی و حقوقی فرایندهای ارسالی را مورد نقد و بررسی قرار دادند. داوری فرایندها بر مبنای معیارهای زیر صورت گرفت: دارا بودن اهداف مشخص، کسب آمادگی کافی برای فعالیت انجام شده از جمله از طریق بررسی پیشینه اقدامات صورت گرفته در آن زمینه، استفاده از روشمندی مناسب و متناسب با نوع فعالیت مورد نظر، حصول نتایج قابل توجه، ارائه ی مؤثر فعالیت به جامعه ی آموزش پزشکی و بازبینی نقادانه عملکرد توأم با پیشنهاداتی برای بهبود در آینده. پس از بررسی فرایندهای ارسال شده توسط کمیته ی علمی جشنواره در نهایت ۲۱ فعالیت به عنوان فعالیت آموزشی در جشنواره پذیرفته شد و علیرغم دشواری انتخاب از بین فعالیت های ارزشمند ارائه شده، از این بین ۱۰ فعالیت آموزشی با توجه به معیارهای در نظر گرفته شده به عنوان فعالیت های برگزیده جشنواره انتخاب و برای رقابت در جشنواره کشوری شهید مطهری به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی فرستاده شد.

در پایان لازم می دانم از حمایت های معاونت محترم آموزشی دانشگاه، کلیه ی اعضای محترم هیأت علمی که با ارائه ی فرایندهای آموزشی خود جهت شرکت در این جشنواره به آن رونق خاصی بخشیدند و نیز از زحمات کلیه همکاران مرکز مطالعات و توسعه ی آموزش علوم پزشکی دانشگاه که برای برگزاری این جشنواره تلاش در خور تقدیری نمودند، تشکر و قدردانی نمایم.

دکتر محمدجلیلی

مدیر مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی دانشگاه



جشنواره
آموزشی
شهید
مطهری

آئین نامه ی دانشگاهی جشنواره آموزشی شهید مطهری

جشنواره ی آموزشی شهید مطهری به منظور تجلیل و تکریم اساتید عرصه ی آموزش پزشکی و برای شناسایی و معرفی فرآیندهای آموزشی مطلوب کشوری، دانشگاهی و همچنین نوآوری، ابداع و معرفی فرآیندهای جدید به منظور ارتقای آموزش پزشکی برگزار می گردد.

ماده ی ۱: اهداف فرعی:

- الف) ارج نهادن به زحمات ارزشمند اساتید معزز آموزشی کشور
- ب) شناسایی فرآیندهای مطلوب دانشگاهی
- ج) ارتقای فرآیندهای جاری آموزشی در دانشگاه ها
- د) ابداع، اصلاح فرآیندها، تجهیزات و دستگاه ها و لوازم کمک آموزشی
- ه) توجه به فرآیندهای آموزشی در حال اجرا در دانشگاه ها و موسسات آموزش عالی کشور به منظور قدردانی از آنها
- و) شناسایی و طراحی فرآیندهای جدید آموزشی و معرفی آن به عنوان الگو در سطح دانشگاه
- ز) ایجاد فضای مناسب علمی جهت حضور گسترده تر اساتید در تولید علم و دانش مورد استناد جهانی در کتب یا نشریات
- ح) ایجاد فضای رقابت سالم در تولید علم در سطح کشور
- ط) ایجاد فرصتهای جدید شغلی برای اساتید دانشگاه ها و موسسات آموزشی و کمک آموزشی
- ی) ایجاد بازار برای فرآیندهای آموزشی جهت جذب سرمایه و هدایت سرمایه گذاری در راستای تولید علم
- ک) ایجاد بازار برای ارائه و تبادل خدمات آموزشی

ماده ی ۲: تعاریف

الف) جشنواره ی آموزشی: به مجموعه اقداماتی گفته می شود که در پی بررسی و ارزیابی فرآیندهای برتر معرفی شده توسط اعضای هیات علمی دانشگاه ها و موسسات آموزش عالی کشور و یا وسایل آموزشی و کمک آموزشی تولید شده توسط بخش خصوصی و یا اشخاص حقیقی و حقوقی توسط دانشگاه ها و موسسات آموزش عالی کشور انجام می شود و منجر به



شناسایی و معرفی اساتید و فرآیندهای آموزشی مطلوب دانشگاهی و شرکت در جشنواره ی آموزشی کشوری می گردد.

ب) فرآیندهای آموزشی: به تمامی فعالیت های یادگیری و یاددهی گفته می شود که اعضای هیات علمی انجام می دهند تا موجبات افزایش کیفیت و برون داد آموزشی گردد. این فرآیندها در حیطه های گوناگون آموزشی اعم از علوم بالینی، پایه، آموزش در عرصه، روش های نوین ارزیابی و ... شناسایی و به دانشگاه ها ابلاغ می گردد.

ج) فرآیند برتر: به بهترین فرآیند آموزشی معرفی شده توسط هر یک از اعضای هیات علمی یا اشخاص حقیقی یا حقوقی گفته می شود که به تایید گروه مربوطه رسیده باشد.

د) فرآیند مطلوب دانشگاهی: به فرآیندهای برتر منتخب کمیته ی علمی دانشگاهی موضوع ماده (۶) این آئین نامه که دارای حداقل های مورد انتظار (استانداردها) جهانی باشد گفته می شود. این فرآیندها اجازه ی حضور و رقابت در سطح جشنواره ی کشوری را خواهند داشت. ه) فرآیند مطلوب کشوری: به فرآیندهای منتخب کمیته ی علمی موضوع ماده ی ۱۵ این آئین نامه که از بین فرآیندهای مطلوب دانشگاهی انتخاب می شوند، گفته می شود. این فرآیندها به عنوان الگو در سطح کشوری معرفی و ترویج خواهند شد.

و) به کلیه ی دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی و دانشکده های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی و موسسات آموزش عالی در این آئین نامه دانشگاه گفته شده که در سطح دانشگاهی جشنواره را برگزار خواهند نمود.

ماده ی ۳:

کلیه ی دانشگاه ها که در ارتباط با علوم پزشکی فعالیت می کنند، موسسات و سازمان های تولید کننده ی لوازم آموزشی و کمک آموزشی و کلیه ی اشخاص حقیقی و حقوقی که در زمینه ی علوم پزشکی فعالیت می نمایند می توانند در این جشنواره شرکت نمایند.

ماده ی ۴:

این جشنواره در سطح دانشگاهی برگزار می گردد.

ماده ی ۵:

دانشگاه ها مکلف هستند طی فراخوان عمومی نسبت به پذیرش فرآیندهای برتر اعلامی توسط اعضای هیات علمی یا همکاران نامبرده پس از تایید گروه مربوطه یا موسسات تولید کننده ی لوازم آموزشی یا کمک آموزشی اقدام نمایند.

ماده ی ۶:

فرآیندهای مطلوب در دانشگاه ها و موسسات آموزش عالی توسط کمیته ی علمی دانشگاهی متشکل اعضای ذیل از بین تمام فرآیندهای برتر معرفی شده پس از بررسی انتخاب خواهند شد.

۱. رئیس دانشگاه یا موسسه ی آموزش عالی به عنوان رئیس جشنواره



۲. معاونت آموزشی دانشگاه یا موسسه ی آموزش عالی به عنوان دبیر جشنواره
۳. مدیر مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی دانشگاه
۴. دو نفر از اعضای گروه آموزشی مربوط به فرآیند برتر معرفی شده به انتخاب رئیس ترجیحاً مدیر گروه مربوطه و یکی از اساتید با مرتبه دانشیاری و بالاتر
۵. یک نفر از دانشجویان ممتاز رشته مربوط به فرآیند برتر معرفی شده به انتخاب دبیر
۶. یک نفر از کارشناسان آموزشی EDC به انتخاب معاونت آموزشی به عنوان مسئول دبیرخانه ی جشنواره دانشگاهی
۷. یک نفر از موسسات تولید کننده ی وسایل آموزشی و کمک آموزشی در صورت طرح موضوع مربوط به آن موسسات به انتخاب مسئول استانی اتحادیه مربوطه

ماده ی ۷ :

منتخبین دانشگاهی جهت شرکت در جشنواره ی کشوری معرفی می گردند و از آنها در سطح دانشگاهی تجلیل به عمل می آید.

ماده ی ۸ :

اعطای امتیازات آموزشی، پایه ی تشویقی، امتیاز برای ارتقای عضو هیات علمی برای گروه آموزشی و دانشکده، دانشگاه، تسریع در چاپ کتابچه، فرصت مطالعاتی و شرکت در کنگره ها با هزینه ی دانشگاه و جوایز نقدی و اعتباری به منتخبین دانشگاهی به موجب آئین نامه ای خواهد بود که توسط معاونت آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تصویب و ابلاغ خواهد شد.

ماده ی ۹ :

دانشگاه ها در سه روز اول هفته ی آموزشی در اردیبهشت ماه هر سال با برگزاری جشنواره ی دانشگاهی نسبت به معرفی و تجلیل از فرآیندهای آموزشی مطلوب دانشگاهی و برتر اقدام می نمایند.

تبصره ۱ : حضور نماینده و یا نمایندگان وزارت بهداشت در جشنواره در صورت دعوت بلامانع می باشد.

تبصره ۲ : دانشگاه ها گزارش مکتوبی از نحوه ی انتخاب و اجرای جشنواره را به دبیرخانه ی جشنواره مستقر در معاونت آموزشی ارسال می نمایند.

ماده ی ۱۰ :

هزینه های مربوط به جشنواره از محل اعتبارات دانشگاه ها تامین و پرداخت خواهد شد.

تبصره ۱ : جذب کمک های مالی و گروه های تامین مالی برای برگزاری جشنواره بلامانع می باشد.

تبصره ۲ : همه ساله به منظور اجرای این جشنواره اعتبارات لازم در بودجه ی دانشگاه ها پیش بینی می گردد.



ماده‌ی ۱۱ :

معرفی فرآیند آموزشی بدون محدودیت در نوع روندها و خارج از روندهای جاری نیز مجاز بوده ولی هر شخص حقیقی بیش از دو فرآیند آموزشی را نمی تواند معرفی نماید.
تیصره ۱ : موسسات تولید کننده ی لوازم آموزشی و کمک آموزشی محدودیتی در معرفی فرآیندهای آموزشی برتر خود ندارند.

تیصره ۲ : در دو سال اول اجرای آئین نامه، دانشگاه ها مجاز می باشند فقط نسبت به بررسی و معرفی فرآیندهای دانشگاهی اقدام نمایند و پس از آن الزاماً فرآیندهای برتر معرفی شده توسط اشخاص حقیقی و حقوقی نیز پذیرش خواهند شد.

ماده‌ی ۱۲ :

هفته ی آموزش توسط وزارت بهداشت که منتهی به ۱۲ اردیبهشت ماه هر سال خواهد بود اعلام می گردد.

ماده‌ی ۱۳ :

فرآیندهای منتخب در ماده ی ۶ جهت رقابت و ارزیابی و شناسایی فرآیند مطلوب کشوری در جشنواره کشوری شرکت داده می شوند.

ماده‌ی ۱۴ :

برای هدایت و اجرای برنامه های جشنواره ی دانشگاهی کمیته ی اجرایی جشنواره متشکل از اعضای ذیل تشکیل می گردد تا نسبت به بررسی و تصویب و اجرای کارهای مرتبط با برگزاری جشنواره دانشگاهی اقدام نمایند.

۱. معاونت آموزشی به عنوان رئیس
۲. رئیس مرکز امور هیات علمی به عنوان نایب رئیس
۳. یک نفر به انتخاب معاون آموزشی به عنوان دبیر
۴. یک نفر کارشناس EDC به انتخاب رئیس مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی

ماده‌ی ۱۵ :

یک نفر به پیشنهاد معاون آموزشی و با حکم ریاست دانشگاه مسئولیت انجام امور تبلیغاتی و روابط عمومی جشنواره ی دانشگاهی را به عهده خواهد داشت. تا با نهادها و سازمان های مرتبط هماهنگی لازم را به عمل آورد.
تیصره ۱ : واگذاری بخشی از کارهای اجرایی به بخش خصوصی بلامانع است.

ماده‌ی ۱۶ :

این آئین نامه در ۱۶ ماده و ۷ تیصره تصویب و توسط معاونت محترم آموزشی ابلاغ گردید.



چهارمین
جشنواره
آموزش
تهدیه
مطهره

فرآیندهای پذیرفته شده در جشنواره

ردیف	عنوان فرآیند	حیطه	دانشکده/ بیمارستان	مجری اصلی و همکاران
۱	بازنگری و پیاده سازی متن اولیه برنامه آموزشی دوره مابینی طب بالینی توسط اعضای هیات علمی بخش های ریه دانشگاه علوم پزشکی تهران؛ طراحی درسنامه مشترک دوره مابینی طب بالینی بیماری های ریه	تدوین برنامه آموزشی	گروه آموزشی ریه/ دفتر توسعه آموزش دانشکده پزشکی	دکتر محمدرضا زاهدپور انارکی، دکتر ساسان صابر، دکتر حمیدرضا ابطحی، دکتر کاظم آملی، دکتر شیرین افهمی، دکتر مرضیه پازوکی، دکتر ام البنین پاکنژاد، دکتر غلامرضا درخشان دیلمی، دکتر عنایت صفوی، دکتر شهرام فیروزیبخش، دکتر کیوان گوهری مقدم، دکتر شکوه محامدی، دکتر عبدالحمید مقدسی، دکتر عظیم میرزازاده، دکتر طاهره ناصری پور، محمدرسینا رضایی، سارا فقیهی کاشانی، محمدجلیل توتونچیان، نیلوفر رادفر
۲	تدوین توانمندی های دانش آموختگان	مدیریت و رهبری آموزشی	دفتر توسعه آموزش دانشکده پزشکی	دکتر فریبا اصغری، دکتر علی افشاری، دکتر علی امینیان، دکتر محمد جلیلی، دکتر لعبا رهبان، دکتر نرگس صالح، دکتر علی لیاف، دکتر سارا مرتاض هجری، دکتر عظیم میرزازاده
۳	طراحی ابزار ارزیابی مقایسه ای دانشکده های دانشگاه علوم پزشکی و رتبه بندی این دانشکده ها	مدیریت و رهبری آموزشی	مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی دانشگاه	دکتر حسین کشاورز، دکتر آیین محمدی، دکتر ریتما مجتهدزاده، دکتر امیرحسین امامی
۴	طراحی و اجرای مرکز مهارت های داروخانه شهری (داروخانه مجازی)	تدوین برنامه آموزشی	داروسازی	دکتر خیرا... غلامی، دکتر محمدرضا جوادی، دکتر ملوک حاجی بابایی، دکتر رسول دیناروند، دکتر مهناز خانوی، دکتر حامد طبعی فر
۵	کارگاه دو روزه مهارت های جراحی ویژه دانشجویان پزشکی (طراحی، پیاده سازی و اجرای مستمر بیش از ۱۲۰ دوره)	روش های آموزشی	گروه آموزش جراحی	دکتر امیر کشوری، دکتر علی جعفریان، دکتر سیدمنصور رضوی، دکتر جلالی، دکتر کریمیان، دکتر طولابی، دکتر علی بخشی، دکتر امینیان، دکتر کاظمینی، دکتر دریایی، دکتر عمرانی پور، دکتر یعقوبی، دکتر دائمی، دکتر بزدانخواه، دکتر سلیمی، دکتر معینی، دکتر طالب پور، دکتر گرانبیاه، دکتر محمودزاده، دکتر سروش، دکتر شجاعی فرد، دکتر خورگامی، دکتر نصیری
۶	یک روش ایستگاهی ابداعی؛ جهت ارزشیابی یکسان کارورزان جراحی بیمارستان های مختلف دانشگاه علوم پزشکی تهران	ارزشیابی	گروه آموزش جراحی	دکتر امیرکشوری، دکتر ماهرخ دائمی، دکتر ابوالفضل شجاعی فرد



ردیف	عنوان فرآیند	حیطه	دانشکده / بیمارستان	مجری اصلی و همکاران
۷	آموزش بالینی دانشجویان عرصه مدیریت پرستاری با تلفیق آموزش preceptorship & mentorship و توانمند سازی preceptor	مشاوره و راهنمایی	مرکز آموزشی درمانی شهید هاشمی نژاد	عزت جعفر جلال، فرزانه نقیعی، طاهره رضوی، لعیا مدیری، عاطفه نصیر دیوانی، لیدا شهیدی، زهره افضلی، ندا صالحی
۸	طراحی و ارزیابی یک دوره آموزش دندانپزشکی مبتنی بر شواهد برای دانشجویان دندانپزشکی	تدوین برنامه آموزشی / ارزشیابی	دندانپزشکی	دکتر محمدرضا خامی، دکتر احمد جعفری، دکتر زهرا ششپیری، دکتر رضا یزدانی، دکتر آناهیتا مسکوچی، دکتر انسیه اخگری، دکتر مریم الیاسی
۹	برقراری نظام نظرخواهی مستمر از دانشجویان پزشکی در خصوص آموزش بالینی در بیمارستان دکتر شریعتی تهران	ارزشیابی	شریعتی	دکتر ژامک خورگامی، دکتر احمدرضا سروش، دکتر جواد میکاییلی، دکتر رضا ملک زاده
۱۰	آشنائی و آموزش مباحث آناتومیکیال و کلینیکیال پاتولوژی به طریقه تصویریری و نرم افزاری هم زمان با واحدهای عملی آناتومیکیال پاتولوژی اختصاصی جهت دانشجویان پزشکی	روش های آموزشی	پزشکی	دکتر فاطمه محبوب، دکتر علیرضا عبداللهی
۱۱	مقایسه روش های آموزشی سخنرانی رودررو و اینترنتی تعاملی و بر پایه کامپیوتر (سخنرانی، همزمان شده با اسلایدها) در میزان یادگیری دانشجویان پزشکی، یک کارآزمایی رندم شده کنترل دار و طراحی برنامه آموزشی مولتیپل میلوما برای دوره پاتوفیزیولوژی دانشجویان پزشکی به صورت فوق	روش های آموزشی	پزشکی	دکتر امیرحسین امامی، دکتر آیین محمدی، دکتر ریسا مجتهدزاده، سمانه رحمنی
۱۲	بازنگری واحد اخلاق حرفه ای در دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران	تدوین برنامه آموزشی	دندانپزشکی	دکتر عباس منزوی، دکتر لیلا صدیق پور، دکتر احمد سوداگر، دکتر فریبا اصغری، دکتر علی لیاق، دکتر سیداحمد فاطمی تبار، دکتر محمدرضا خامی، دکتر کاظم آشفته، دکتر مهدی سروش، دکتر حسین آراد، دکتر محمد صادقی آخوندی، دکتر طاهره جعفرزاده کاشی، دکتر حسن درریز

ردیف	عنوان فرآیند	حیطه	دانشکده / بیمارستان	مجری اصلی و همکاران
۱۳	طراحی و اجرای روش های جدید ارزشیابی بالینی (پوشه کار) در کارآموزی و بررسی تاثیر آن بر مهارت های تفکر انتقادی و رضایتمندی دانشجویان پرستاری	ارزشیابی	پرستاری و مامایی	معصومه لطیفی، مرضیه شبان، دکتر علیرضا نیکبخت نصرآبادی، عباس مهران، دکتر زهره پارسیکتا
۱۴	اتوماسیون جامع فرآیند برگزاری آزمون ارتقای دستیاری	روش های آموزشی	پزشکی / گروه پزشکی اجتماعی	دکتر علی پاشا میثمی، دکتر سید حسن امامی رضوی، دکتر علیرضا استقامتی، فاروق طائی
۱۵	استفاده از روش team member teaching design در آموزش پاتولوژی به رزیدنت های رشته آسیب شناسی	روش های آموزشی	پزشکی	دکتر فاطمه محبوب، دکتر علیرضا عبداللهی، دکتر میترا قریب
۱۶	طراحی و اجرای برنامه آموزش حمایت های مداوم مامایی در طی لیبر به دانشجویان مامایی	تدوین برنامه آموزشی	پرستاری و مامایی	سیده فاطمه واثق رحیم پرور، گلنار ناصحی، زهره خاکبازان، انوشیروان کاظم نژاد
۱۷	آموزش سلامت شغلی رانندگان حرفه ای	تدوین برنامه آموزشی	پزشکی / گروه طب کار	دکتر خسرو صادق نیت، دکتر غلامرضا پوربوقوب، دکتر امید امینیان، دکتر رامین مهرداد با همکاری دفتر برنامه ریزی و آموزش سازمان راهداری و حمل نقل جاده ای وزارت راه و ترابری
۱۸	استفاده از study guide (راهنمای یادگیری) در آموزش دانشجویان طب سنتی	روش های آموزشی	طب سنتی	دکتر حوریه محمدی کناری، دکتر سید منصور کشاورز
۱۹	خود ارزیابی دانشجویان دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران ورودی سال ۳۸۲۱ در رابطه با مهارت های عملی کسب شده در دوره آموزشی خود (در نیمسال دوم ۹۸-۸۸)	ارزشیابی	دندانپزشکی	دکتر احمد سوداگر، دکتر لیلا صدیق پور، دکتر احمد جعفری، دکتر محمدجواد خرازی فرد، دکتر هادی دهقانی گل
۲۰	ارائه الگوی فرآیند ارزشیابی برگزاری همایش های علمی دانشگاه ها و ارائه راهکارهای مناسب	ارزشیابی / مدیریت و رهبری	مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی دانشگاه	دربادخت مسرور، دکتر حسین سلمان زاده، دکتر حمید... بهادر، دکتر بتول امینی
۲۱	طراحی و اجرای بخش مراقبت های دارویی به عنوان الگوی عملی ارتقای آموزش داروسازی در کشور	تدوین برنامه آموزشی	داروسازی	دکتر خیرا... غلامی، دکتر محمدرضا جوادی، دکتر ملوک حاجی بابایی، دکتر مجتبی مجتهدزاده، دکتر حسین خلیلی، دکتر سیمین دشتی، دکتر تهمنه اکبرزاده، دکتر رامین ابریشمی



بازنگری و پیاده سازی متن اولیه برنامه آموزشی دوره مبنای طب بالینی توسط اعضای هیات علمی بخش‌های ریه دانشگاه علوم پزشکی تهران: طراحی درسنامه مشترک دوره مبنای طب بالینی بیماریهای ریه

۲- صاحبان فرآیند و همکاران:

دکتر محمدرضا زاهدپور انارکی - دکتر ساسان صابر - دکتر حمید رضا ابطی - دکتر کاظم آملی - دکتر ششیرین افهمی - دکتر مرضیه پازوکی - دکتر ام البنین پاک‌نژاد - دکتر غلامرضا درخشان دیلمی - دکتر عنایت صفوی - دکتر شهرام فیروزبخش - دکتر کیوان گوهری مقدم - دکتر شکوه محامدی - دکتر عبدالحمید مقدسی - دکتر عظیم میرزازاده - دکتر طاهره ناصری پور - محمد سینا رضایی - سارا فقیهی - محمد جلیل توتونچیان - نیلوفر رادفر

۳- محل اجرای فرآیند:

گروه ریه و دفتر توسعه آموزش دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

۴- نام دانشگاه:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

۵- گروه فرآیندی:

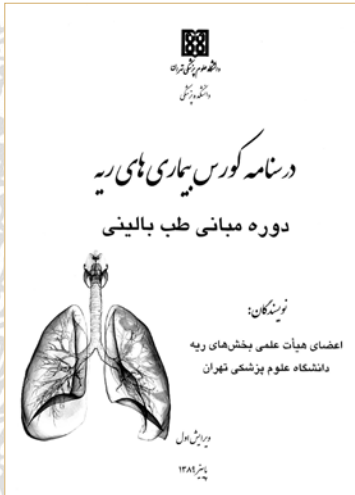
تدوین برنامه آموزشی

۶- تاریخ اجرا (مدت اجرای فرآیند):

از تاریخ ۸۸/۸/۲۳ به صورت تشکیل جلساتی تحت عنوان جلسات بین رشته‌ای بیماری‌های ریه، دانشگاه علوم پزشکی تهران تا آذر ۱۳۸۹

۷- مقدمه (هدف و اهداف اختصاصی):

در ادامه طرح بازنگری دوره فیزیوپاتولوژی دوره آموزشی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران (راه اندازی دوره مبنای طب بالینی) با رویکرد ادغام دروس پاتوفیزیولوژی، فارماکولوژی، آسیب‌شناسی اختصاصی و سمیولوژی اهداف و رئوس دوره مبنای طب بالینی تدوین گردید و این متن به مدیر گروه‌های محترم بیمارستان‌های امام خمینی، دکتر شریعتی و مدیر گروه محترم قلب و عروق دانشگاه و رؤسای بخش‌های کورس‌های داخلی (کلیه، غدد، گوارش، خون، روماتولوژی و ریه) جهت اظهار نظر و پیشنهادات لازم ارسال شد. با توجه به بررسی مجموعه نظرات دریافتی و بازنگری متن اولیه برنامه دوره مبنای طب بالینی، متن برنامه مصوب شد لذا دفتر مبنای طب بالینی موضوع پیاده سازی آن را در هر یک از کورس‌ها مورد بررسی قرار داد. اولین کورسی که در این مرحله آماده بازنگری شد کورس بیماری‌های ریه بود. اولین جلسه بین اعضای هیات علمی بخش‌های ریه بیمارستان‌های امام خمینی (ره)، دکتر شریعتی و سینا در



آبان ماه ۱۳۸۸ در دانشکده پزشکی برگزار شد با دستور کار:

یکی شدن سرفصل‌های دروس بیماری‌های کورس ریه در بیمارستان‌های امام خمینی (ره)، دکتر شریعتی و سینا

تعیین رفرنس مشترک بیماری‌های کورس ریه در بیمارستان‌های امام خمینی (ره)، دکتر شریعتی و سینا

آزمون مشترک در بیمارستان‌های امام خمینی (ره)، دکتر شریعتی و سینا

۸- روش اجرا:

در ابتدا جهت هماهنگی و تبادل نظر یک کارگاه نیم‌روزی در دانشکده پزشکی برای تمامی اعضای محترم هیات علمی بیماری‌های بخش ریه بیمارستان‌های امام خمینی (ره)، دکتر شریعتی و سینا با حضور رییس محترم دانشکده پزشکی، معاون محترم آموزش پزشکی عمومی و مدیر محترم دفتر توسعه آموزش پزشکی تشکیل شد و اطلاعات لازم در خصوص برنامه آموزشی دوره مبانی طب بالینی ارائه گردید بر اساس این برنامه لازم است اعضای هیات علمی هر گروه نسبت به تعیین اهداف دوره مربوطه و روش ارائه دروس و روش ارزیابی نهایی اقدام نمایند لذا با برگزاری جلسات متعدد دفتر توسعه آموزش پزشکی با اعضای محترم هیات علمی بیماری‌های بخش ریه ابتدا توافق گردید تمامی سرفصل‌های دروس کورس بیماری‌های ریه در هر سه بیمارستان تا حد امکان یکسان و ساعات تدریس مطالب دروس یکسان باشد. همچنین جهت گرفتن آزمون مشترک همه‌ی اعضای کمیته توافق نمودند. لهذا قرار گردید منابع مشخصی برای امتحان تعیین کنند در ابتدا این پیشنهاد مطرح گردید که چون رفرنس امتحان پره انترنی از کتاب هاریسون و سیسیل اسانشیل است رفرنس دانشجویان دوره مبانی طب بالینی هم از این دو کتاب باشد ولی بعضی از اعضا مطرح کردند که منابعی مانند کتاب هاریسون با موضوع دوره که آشنایی دانشجویان با مفاهیم و مبانی بیماری‌های ریوی می‌باشد تطابق ندارد و مطالب ارائه گردیده در منابعی مانند سیسیل اسانشیل در بسیاری از موارد کافی نبوده و نکات کاربردی مورد نیاز را ذکر نکرده است به همین منظور تصمیم گرفته شد به صورت آزمایشی در سه سرفصل "فیزیولوژی و تھویه پرفیوژن"، "اسید و باز" و "خواب" درسنامه تدوین شود در تهیه هر یک از درسنامه‌ها یکی از اعضای هیات علمی به عنوان تدوین‌کننده و یکی دیگر از اعضای هیات علمی به عنوان ویراستار آن درسنامه انتخاب شد. و ارزیابی نهایی در سه سرفصل فوق از درسنامه باشد و در دیگر سرفصل‌ها جهت هماهنگی ارزیابی نهایی در ترم حاضر در هر درس منبع هاریسون یا سیسیل اسانشیل توسط استاد مربوطه تعیین و در هر دو بیمارستان اعلام گردد و اساتید حتی المقدور در ارزیابی نهایی، از مطالب مشترک درس ارائه گردیده و منبع مزبور استفاده نمایند. این روش برای اولین بار برای دانشجویان ورودی بهمن ۸۵ که ۱۷۴ نفر بودند اجرا شد به علاوه جزوات دانشجویان ترم قبل که کورس ریه را گذرانده بودند توسط دفتر توسعه آموزش پزشکی جمع‌آوری شد و به اساتید مربوطه در هر سه بیمارستان داده شد تا جهت امکان تدوین درسنامه در دیگر سرفصل‌ها در ترم آینده مورد بررسی و بازبینی قرار گیرد. در نظرسنجی در پایان این دوره مشخص گردید ۷۶/۵٪ دانشجویان موافق می‌باشند که تمامی کورس‌های دوره مبانی طب بالینی به صورت درسنامه تدوین شود. لذا اعضای کمیته با توجه به رضایت بالای دانشجویان نسبت به تدوین درسنامه در تمامی سرفصل‌های مبانی

طب بالینی بیماری‌های ریه در ترم آینده توافق کردند. و درسنامه مزبور برای اولین بار برای دانشجویان ورودی مهر ۸۶ که ۲۰۳ نفر بودند تدوین گردید.

۹- نتایج: پیامدهای اجرای فرآیند:

تعداد کل شرکت‌کنندگان ورودی بهمن ۸۵ (۱۷۴ نفر) و مهر ۸۶ (۲۰۳ نفر) بودند مجموع پاسخ‌دهندگان به پرسشنامه در هر ورودی به ترتیب ۱۱۲ و ۱۱۷ نفر بودند در ورودی بهمن ۹۱٪ و در ورودی مهر ۶۲/۵٪ دانشجویان موافق این بودند که مطالب درسنامه آسان‌تر و کاربردی‌تر از کتاب است و باعث یادگیری بهتر مطالب شده است، همچنین مطابق نظر ۸۰/۵٪ دانشجویان ورودی بهمن، درسنامه باعث علاقه بیشتر دانشجویان به مطالعه می‌گردد. و ۷۶/۵٪ دانشجویان بهمن ۸۵ ترجیح دادند که تمام مطالب کورس‌های دیگر دوره مبنای طب بالینی به صورت درسنامه تدوین شود. همچنین در نظرسنجی دانشجویان ورودی مهر ۸۶، ۵۴٪ دانشجویان معتقد بودند که مطالب درسنامه متناسب دانشجوی دوره مبنای طب بالینی است. و ۵۰٪ مباحث ارائه گردیده در درسنامه از کیفیت عالی و مطلوب برخوردار بود در نظرسنجی ورودی مهر ۸۶، کمترین رضایت مربوط به مبحث پنومونی (۲۷٪) و بیشترین رضایت مربوط به مبحث آمبولی ریه (۸۸٪) بود. قابل توجه این است که مطابق نظرسنجی میزان مطالعه روزانه دانشجویان در طی برگزاری کلاس‌ها (حداکثر ۵ ساعت) و در فرجه امتحان (حداکثر ۱۴ ساعت) بود که با نظرسنجی‌های به عمل آمده در دوره‌های قبل تفاوت بارزی وجود نداشته است.

۱۰- سطح اثرگذاری (بخش، دانشکده، دانشگاه، کشوری، بین‌المللی):

گروه آموزشی ریه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

۱۱- نتیجه‌گیری شامل چالش‌ها و مشکلات اجرایی فرآیند:

با وجود آنکه تدوین درسنامه مشترک دوره مبنای طب بالینی بیماری‌های ریه در مراحل اولیه خود می‌باشد ارائه این درسنامه موجب رضایت‌مندی بالای دانشجویان، هماهنگی بیش‌تر در ارائه دروس و در ارزیابی‌های نهایی در این مقطع گردید. ضمناً با توجه به ارزیابی به عمل آمده از اعضای هیات علمی در جلسات، تدوین درسنامه موجب گردید مطالب ارائه گردیده توسط اساتید در کلاس‌ها کاربردی‌تر و هماهنگ‌تر با دیگر فرانسرها باشد. برخلاف نگرانی اولیه، ارائه درسنامه سبب کاهش حضور دانشجویان در کلاس و یا کاهش ساعات مطالعه آنان نگردید.

مشکلات و چالش‌های موجود:

باید توجه شود در برنامه‌های بازمبانی دوره مبنای طب بالینی بیماری‌های ریه، سه موضوع تدوین درسنامه، ارائه مشترک درسنامه واحد و انجام ارزیابی‌های نهایی مشترک در بیمارستان‌های دانشگاه به طور همزمان اجرا گردید. بعضی از چالش‌ها و مشکلات ناشی از اجرای همزمان هر سه مورد مطرح‌شده می‌باشد. اهم چالش‌ها و مشکلات عبارتند از:

مشکلات ناشی از هماهنگی هر سه فصل بین اساتید ارائه دهنده و ویراستار در دو بیمارستان

الف) عدم هماهنگی حضوری استاد ارائه دهنده و ویراستار در اغلب موارد

ب) در بسیاری از موارد استاد ویراستار پیشنهاد تغییرات کمی را ارائه داده ولی در کلاس، درس را بر اساس متن درسنامه ارائه نداده است و نظرسنجی نشان می‌دهد در دانشجویان این کلاس‌ها با توجه به عدم تطابق درسنامه نارضایتی وجود داشته است. در زمان ارزیابی نیز دانشجویان

نسبت به سوالات در این موارد اعتراض بیش‌تری داشته‌اند. لهنذا هماهنگی و نیاز به صرف وقت مناسب و بیش‌تر اعضای محترم هیات علمی خصوصاً استاد ویراستار لازم می‌باشد.

ج) ساعات و سرفصل‌های ارائه‌مبانی طب بالینی بیماری‌های ریه در بیمارستان‌ها علی‌رغم تلاش صورت‌گرفته کاملاً هماهنگ نبوده است که در دوره بعد لازم است هماهنگی صورت‌بگیرد.

۲. مشکلات ناشی از عدم وجود editor

الف) عدم وجود مقدمه و پیش‌گفتار جهت مشخص‌گردیدن اهداف درسنامه انتظارات دانشجویان از درسنامه مشخص و هماهنگ نبوده و بسیاری از آنان درسنامه را از آن جهت ناکافی می‌دانستند که تمام مطالب مورد نظر آنان را شامل نبوده است در حالیکه در نظر بسیاری از اساتید درسنامه در جهت ارائه مفاهیم کلی و اهم مطالب بوده و دانشجویان بی‌نیاز از مراجعه به منابع دیگر نمی‌نماید. یکی از عللی که در ارزیابی بهمن ۸۵ (جدول ۱) که رئوس درسنامه فقط شامل مواردی بوده که نسبت به منابع سیسیل اسانشیل و هاریسون کامل‌تر بوده است (فیزیولوژی تهویه و پرفیوژن، اسید و باز و اختلالات خواب) رضایتمندی نسبت به ارزیابی مهر ۸۶ (جدول ۲) که در همه‌ی سرفصل‌ها درسنامه ارائه‌گردیده بیش‌تر بوده است این امر می‌باشد.

ب) عدم وجود ساختار واحد درسنامه بعضی از سرفصل‌ها به صورت تفصیلی و با ذکر جزئیات ارائه‌گردیده و در بعضی دیگر فقط مفاهیم کلی و اهم مطالب ذکر‌گردیده است و نحوه نوشتاری متن درسنامه نیز هماهنگ نبوده است.

۳. مشکلات کلی تدوین درسنامه

الف) جهت تدوین هر سرفصل لازم است استاد مربوطه علاوه بر مراجعه به منابع مختلف درسی از میزان اطلاعات دانشجویان در خصوص سرفصل مربوطه ارائه‌گردیده توسط دیگر گروه‌ها مانند آسیب‌شناسی و فارماکولوژی آگاهی داشته باشد این امر نیاز به صرف وقت کافی و هماهنگی با این گروه‌ها دارد در بعضی از سرفصل‌ها عدم وجود این هماهنگی سبب اشکال در درک مطالب توسط دانشجویان گردیده بود.

ب) با وجود آنکه اکثر دانشجویان درسنامه را نسبت به منابع کتابی کاربردی‌تر و حاوی تجربیات اساتید می‌دانستند ولی از طرفی از میزان اعتبار مطالبی که به صورت مستقیم در منابع امتحانی آنان (سیسیل اسانشیل و هاریسون) نیامده است نگران بوده و از طرفی با توجه به اهمیت امتحان پره‌انترنی تمایل به تطابق درسنامه با منابع این امتحان داشتند.

پیشنهادهات:

پیشنهاد می‌شود با توجه به موفقیت قابل قبول تدوین درسنامه در دوره مبانی طب بالینی بیماری‌های ریه نسبت به تدوین درسنامه در دیگر کورس‌ها تلاش به عمل آید.

تشویق اعضای هیات علمی برای صرف توان و وقت بیش‌تر جهت بهتر شدن کیفیت درسنامه وجود editor جهت هر یک از درسنامه‌ها آشنایی دانشجویان با اهداف تدوین درسنامه به



منظور مشخص گردیدن جایگاه درسنامه و میزان انتظارات آنان از درسنامه
 . تامین نیروی انسانی و امکانات کافی جهت تایپ و صفحه‌آرایی درسنامه

جدول ۱- نتایج نظرسنجی دانشجویان ورودی بهمن ۸۵ در خصوص درسنامه

مخالف	نظری ندارم	موافق	سوال مطروحه
٪۸/۵	٪۱۱	۸۰/۵	تاثیر در مطالعه بیش‌تر دانشجویان
٪۶	٪۲	٪۹۲	یادگیری ساده‌تر مطالب از درسنامه
٪۲۰	٪۹	٪۷۱	سهولت حفظ مطالب درسنامه نسبت به کتاب
٪۱۲	٪۱۶	٪۷۸	کاربردی بودن درسنامه نسبت به کتاب
٪۱۸	٪۵	٪۷۷	ترجیح جهت استفاده از درسنامه در تمام کورس‌های دوره میانی طب بالینی
# ٪۱۲	* ٪۱۵	٪۷۳	تطابق درسنامه با نیاز دانشجویان
٪۱۲	٪۱۷	٪۷۱	نظر جامع در خصوص درسنامه

* ٪۱۵: کمتر از نیاز

٪۱۲: بیش از نیاز

جدول ۲- نتایج نظرسنجی دانشجویان ورودی مهر ۸۶ در خصوص درسنامه

مخالف	نظری ندارم	موافق	سوال مطروحه
٪۱۹	٪۱۹	٪۶۳	تاثیر در مطالعه بیش‌تر دانشجویان
٪۲۰	٪۱۸	٪۶۳	یادگیری ساده‌تر مطالب از درسنامه
٪۱۵	٪۱۳	٪۷۲	یادگیری بهتر در طول کورس ریه با درسنامه
٪۵۰	٪۲۶	٪۲۴	کاهش انگیزه حضور در کلاس به علت درسنامه
٪۳۶	٪۱۷	٪۴۸	سهولت حفظ مطالب درسنامه نسبت به کتاب
٪۲۰	٪۲۰	٪۶۰	کاربردی بودن درسنامه نسبت به کتاب
٪۲۰	٪۱۲	٪۶۸	ترجیح جهت استفاده از درسنامه در تمام کورس‌های دوره میانی طب بالینی
# ٪۸	* ٪۳۸	٪۵۵	تطابق درسنامه با نیاز دانشجویان
٪۷	٪۲۲	٪۷۱	نظر جامع در خصوص پرسشنامه درسنامه

* ٪۳۸: کمتر از نیاز

٪۸: بیش از نیاز



تدوین سند توان‌مندی‌های دانش‌آموختگان دوره پزشکی عمومی دانشگاه علوم پزشکی تهران

۲. صاحبان فرآیند و همکاران:

دکتر فریبا اصغری، دکتر علی افشاری، دکتر علی امینیان، دکتر محمد جلیلی، دکتر لعلیا رهبان، دکتر نرگس صالح، دکتر علی لباف، دکتر سارا مرتاض هجری، دکتر عظیم میرزازاده

۳. محل اجرای فرآیند:

دانشکده پزشکی، دفتر توسعه آموزش

۴. نام دانشگاه:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

تهران

۵. گروه فرآیندی:

مدیریت و رهبری آموزشی

۶. تاریخ اجرا (مدت اجرای فرآیند):

طرح تدوین توان‌مندی‌ها از سال ۱۳۸۶ آغاز گردید و در تاریخ ۸۸/۹/۲۶ نهایی شد و به عنوان سند در اختیار گروه‌های آموزشی و کمیته‌های برنامه‌ریزی دانشکده قرار گرفت.

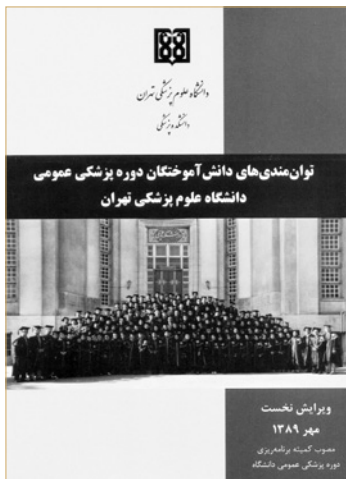
۷. مقدمه (هدف و اهداف اختصاصی):

یکی از چالش‌های اساسی در آموزش پزشکی، مشخص نبودن انتظارات و توان‌مندی‌هایی است که دانش‌آموختگان باید در پایان دوره کسب نمایند.

بر اساس یافته‌های پژوهش‌هایی که در سال‌های اخیر در دانشکده پزشکی تهران انجام شده، از جمله ارزشیابی جامع دوره پزشکی عمومی، نکته‌ای که توسط تمامی گروه‌های ذینفع (دانشجویان، اساتید، صاحب‌نظران آموزش پزشکی، مدیران و مسؤولین دانشکده و دانشگاه) مطرح شده، عبارت است از "نامشخص بودن رسالت برنامه و توان‌مندی‌هایی که دانش‌آموخته رشته پزشکی لازم است دارا باشد."

آنچه که نیاز دانشکده‌های پزشکی را پاسخ می‌گوید و می‌تواند نقصانی را که کارشناسان آموزش پزشکی به آن اشاره می‌کنند برطرف سازد، رویکرد آموزش مبتنی بر پیامد است. در این رویکرد به توان‌مندی محصول نهایی برنامه آموزشی توجه می‌شود و مهارت‌های اساسی پایه که لازم است دانش‌آموخته در پایان دوره کسب کرده باشد محور توجه قرار می‌گیرد. دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، پس از ارزشیابی جامع دوره پزشکی عمومی خود، تصمیم به بازنگری این دوره گرفته است. بر اساس سند چشم‌انداز، با درپیش گرفتن رویکرد مبتنی بر پیامد، باید تلاش شود تا تمام اجزای برنامه جدید جهت تحقق پیامدها تنظیم شوند.

هدف کلی: تدوین فهرست توان‌مندی‌هایی که انتظار می‌رود دانش‌آموخته دوره پزشکی عمومی دانشگاه علوم پزشکی تهران آنها را کسب کند.



۸. روش اجرا:

با توجه به ضرورت تغییر در دوره آموزش پزشکی عمومی که بر اساس گزارش ارزشیابی جامع مشخص گردید، دانشکده پزشکی نسبت به تدوین سند چشم‌انداز بازننگری این دوره اقدام نمود که پس از بررسی‌های فراوان کارشناسی به تصویب شورای دانشگاه رسید. در این سند دانشکده پزشکی موظف گردید تا رسالت، اهداف برنامه و توان‌مندی‌های مورد نظر برای دانش‌آموختگان دوره پزشکی عمومی دانشگاه را با توجه به رویکرد مبتنی بر پیامد تدوین کند و بر اساس این توان‌مندی‌ها، کلیه اجزای برنامه آموزشی را مورد بازننگری جدی قرار دهد.

با توجه به نقش کلیدی توان‌مندی‌های دانش‌آموختگان در بازننگری دوره پزشکی عمومی طرح تدوین این توان‌مندی‌ها از سال ۱۳۸۶ آغاز گردید. برای تدوین چارچوب کلی سند توان‌مندی‌ها، جلسات گروه متمرکز با حضور دستیاران و نیز دو جلسه گروه اسمی با شرکت بیش از ۴۵ نفر از اعضای هیأت علمی گروه‌های آموزشی علوم پایه و بالینی برگزار گردید.

پس از تدوین چارچوب کلی، مطالعه تطبیقی چارچوب‌های متعدد توان‌مندی‌های دانش‌آموختگان که توسط دانشگاه‌ها و سازمان‌های مختلف تهیه شده است، از جمله Scottish Docs اسکاتلند، Tomorrow Doctors انگلستان، Tuning Project اتحادیه اروپا، Global Minimal Essential Requirements تهیه شده توسط انستیتوی بین‌المللی آموزش پزشکی (IIME) و توان‌مندی‌های دانش‌آموختگان دانشگاه‌های براون و ایندیانا در ایالات متحده، داندی در اسکاتلند و بارسلونا در اسپانیا به انجام رسید.

در ادامه پروژه، کارگاه اولیه تدوین توان‌مندی‌ها در اسفند ماه ۸۷ برگزار و متن اولیه توان‌مندی‌ها تهیه شد. جلسات کمیته اجرایی پروژه برگزار و متن پیش‌نویسی که در کارگاه اولیه تهیه شده بود مورد بازبینی قرار گرفته و جلساتی نیز با گروه‌های کاری مربوطه، برای اصلاح متن اولیه برگزار گردید. با توجه به اهمیت موضوع مورد نظر، مسؤولان پروژه بر آن شدند تا با برگزاری کارگاه یک روزه، از مشارکت تعداد بیشتری از اساتید و صاحب‌نظران دانشگاه برای نهایی‌سازی سند مذکور استفاده کرده و زمینه‌آشنایی آنها با این موضوع را به عنوان یک سند مکتوب که منشأ، تصمیم‌گیری در آینده است، فراهم سازند. بدین ترتیب کارگاه نهایی سازی توان‌مندی‌های دانش‌آموختگان در تاریخ ۸۸/۹/۲۶ با حضور بیش از ۸۰ نفر از اعضای محترم هیأت علمی دانشکده برگزار و متن اصلاح شده تهیه شد. بر اساس مصوبه کمیته برنامه‌ریزی دوره پزشکی عمومی مقرر شد تا متن تهیه شده برای دریافت آخرین نظرات اعضای محترم هیأت علمی ارسال شود.

در فاصله بین فروردین تا مرداد ماه ۱۳۸۹ پیش‌نویس سند توان‌مندی‌های دانش‌آموختگان به همراه فرم نظر خواهی به صورت مکتوب و الکترونیک (از طریق وب‌سایت بازننگری) در اختیار تمامی اعضای محترم هیأت علمی و گروه‌های آموزشی دانشکده قرار گرفت. علاوه بر آن کمیته‌های بازننگری دوره‌های کارآموزی و کارورزی به تفصیل به بررسی سند توان‌مندی‌ها پرداخته و بخشی از سند توان‌مندی‌ها نیز در نشست مشترک کمیته‌های کارآموزی و کارورزی با مسؤولان کارآموزی و کارورزی گروه‌ها و بخش‌های آموزشی مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گرفت. همچنین متن سند در جلسه‌ای با شرکت جمعی از دانشجویان و دانش‌آموختگان سال‌های اخیر دانشگاه به بحث گذاشته شد و پیشنهادهای دانش‌آموختگان نیز دریافت گردید.

پس از دو نوبت یادآوری، کلیه نظرات واصله جمع‌بندی شد، کارگروه نهایی سازی سند مورد بررسی قرار گرفت و اصلاحات مورد نیاز در سند به عمل آمد. سرانجام متن نهایی سند در نهمین جلسه کمیته برنامه‌ریزی دوره پزشکی عمومی دانشگاه مورد بررسی و تصویب قرار گرفت

۹. نتایج: پیامدهای اجرای فرآیند:

پس از اعمال اصلاحات، متن نهایی سند در کمیته برنامه‌ریزی دوره پزشکی عمومی دانشگاه مورد تصویب قرار گرفت. توان‌مندی مورد انتظار در ۸ محور کلی و ۴۰ زیرمجموعه دسته‌بندی شدند.

این ۸ محور عبارتند از:

۱. مهارت‌های بالینی
۲. مهارت‌های برقراری ارتباط
۳. مراقبت بیمار
۴. ارتقای سلامت و پیشگیری
۵. رشد فردی
۶. تعهد حرفه‌ای، اخلاق و حقوق پزشکی
۷. تصمیم‌گیری، استدلال و حل مسأله
۸. نظام سلامت و نقش پزشک در آن

پیامدهای اجرای فرآیند: مرتبط بودن برنامه آموزشی با وظایف شغلی آینده، مشخص شدن اهداف و رسالت دانشگاه در تربیت پزشک عمومی، پذیرش و مقبولیت، وضوح و قابلیت درک، مسؤوّل نمودن فراگیرنده در مقابل یادگیری، انعطاف‌پذیری، فراهم آوردن راهنمای مناسب برای ارزیابی، مشارکت گروه‌های زیاد در برنامه‌ریزی، ابزار مناسب برای ارزشیابی و امکان تداوم برنامه، و ارتباط آن با برنامه‌های مقاطع بالاتر.

۱۰. سطح اثرگذاری (بخش، دانشکده، دانشگاه، کشوری، بین‌المللی): دانشکده‌ی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
۱۱. نتیجه‌گیری شامل چالش‌ها و مشکلات اجرایی فرآیند:

در حال حاضر دانشکده پزشکی در حال طراحی برنامه بازنگری شده بر مبنای این سند است تا بر اساس موارد سند چشم‌انداز، در سال تحصیلی ۱۳۹۰ آموزش دانشجویان پزشکی را طبق برنامه جدید آغاز کند.

چالش‌هایی که در مسیر اجرای این طرح به نظر می‌آید عبارتند از: عدم همکاری اعضای هیأت علمی گروه‌های مختلف با اجرای این سند: به نظر می‌آید که با دخیل کردن تمامی اعضای هیأت علمی و نظر خواهی از آنها، مشارکت آنها در این امر بیش از پیش باشد.

مسئله بدون حمایت مسوولین ذربط در برنامه ریزی منسجم جهت عملیاتی کردن این پروژه و تأمین هزینه مورد نیاز، اجرای آن با مشکل روبرو خواهد شد که خوشبختانه قبل از انجام طرح تمهیدات و برنامه ریزی لازم از سوی دفتر توسعه، کمیته برنامه ریزی بازنگری و هر یک از کمیته‌های بازنگری کارآموزی و کارورزی صورت پذیرفته است.

طراحی ابزار ارزیابی مقایسه‌ای دانشکده‌های دانشگاه علوم پزشکی و رتبه بندی این دانشکده‌ها

۲- صاحبان فرآیند:

دکتر حسین کشاورز، دکتر آیین محمدی، دکتر ریتما مجتهدزاده، دکتر امیرحسین امامی

۳- محل اجرای فرآیند:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی

درمانی تهران

۴- نام دانشگاه:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی

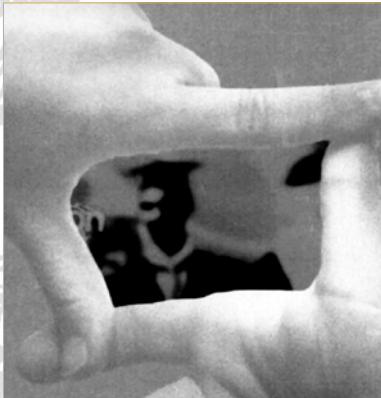
درمانی تهران

۵- گروه فرآیندی:

مدیریت و رهبری آموزش

۶- تاریخ اجرا (مدت اجرای فرآیند):

۱۳۸۸



۷- مقدمه (هدف و اهداف اختصاصی):

کیفیت در آموزش عالی مقوله ای چند بعدی است و باید تمامی عملکردها و فعالیت های آکادمیک را در بر گیرد. آموزش، برنامه های آکادمیک، تحقیقات، دانشوری، اعضای هیات علمی و دانشوری، دانشجویان و فراگیران، امکانات و تجهیزات، ارائه خدمات به جامعه و جزئیات محیط آموزشی همگی اجزای سیستم پیچیده آموزش عالی هستند که تضمین کیفیت و ارتقای کیفیت در هر کدام از آنها مستلزم ارزیابی و بررسی دقیق مجموعه های متعدد و جداگانه ای است. از طرف دیگر ابعاد بین المللی آموزش عالی مانند تبادل علم بین مراکز علمی در سطح ملی و بین المللی، ایجاد شبکه های تعاملی، تبادل استاد و دانشجو و انجام پروژه های تحقیقاتی و بین المللی که باید در کنار ارزش های فرهنگی ملی قرار گیرد، نیز قسمتی دیگری از این ابعاد را در بر می گیرد. برای معنی دار کردن این کیفیت با ابعاد گسترده ای که ذکر شد باید هم به استانداردها توجه داشت و هم بهترین عملکرد در هر حیطه را شناسایی و معرفی کرد. مشهورترین و کاربردی ترین استانداردها به طور گسترده در سیستم های اعتبار بخشی مورد استفاده قرار می گیرند. رعایت این استانداردها که هم می تواند حداقل ها را معرفی کند و هم وضعیت مطلوب را ارائه دهد در بسیاری از کشورهای جهان به عنوان پیش نیاز فعالیت های مراکز عالی منظور می شود.

از طرف دیگر شناسایی بهترین عملکردها که می تواند در هر کدام از حیطه های مورد بررسی استانداردها صورت گیرد با معرفی الگوهای موفق و برتر در بین مراکز آموزشی مورد نظر راهکارهای عملی برای بهبود وضعیت و ارتقای کیفیت در اختیار ایشان قرار می دهد.

استاندارد در آموزش پزشکی

استاندارد یک مدل، مثال و یا قانونی است که برای اندازه گیری کمیّت، وزن، ارزش، و یا کیفیت

به کار می رود و معمولاً توسط مراجع دارای صلاحیت و اختیار لازم، عرف و یا توافق عمومی تعیین می شود.

معمولاً استانداردها به یک معیار، مقیاس و یا پیمانانه مشخص اطلاق می شود که توسط سیاست گذاران و تصمیم گیران طراحی می گردد. یک استاندارد خوب باید دیدگاهی واقع بینانه را مطرح کند که مخاطبان به روشنی رعایت و یا عدم رعایت آن را تشخیص دهند.

انجمن بین المللی آموزش پزشکی، استاندارد در آموزش پزشکی را اینگونه معرفی می کند: طرح یک مدل یا فرمولی در رابطه با جنبه های مختلف آموزش پزشکی را استاندارد گویند که ارزیابی و بررسی عملکرد فارغ التحصیلان در تناسب با نیازمندی های حرفه ای ایشان - که با توافق عمومی مشخص شده - را امکان پذیر سازد و به سه گره تقسیم می شود:

۱- استانداردهای محتوی شامل، مهارت ها، دانش، نگرش و ارزش هایی باید آموخته شوند و گاهی به عنوان برنامه درسی ضروری که دانشجویان باید در زمان فارغ التحصیلی فرا گرفته باشند مطرح می شود.

۲- استانداردهای عملکردی و استانداردهای ارزیابی که میزان دستیابی به استانداردهای محتوی را مشخص می کند.

۳- استانداردهای فرآیندی که میزان دستیابی به منابع مورد نیاز در دانشکده های پزشکی را شناسایی می کند.

استانداردها می توانند به چهار گروه زیر تقسیم شوند:

۱- استانداردهای مطلق: به دانش و مهارتی اطلاق می شود که فراگیر باید برای قبولی در یک دوره آنها را دارا باشد.

۲- استاندارد نسبی: به عنوان میانگین عملکرد و یا میزان خطای معیار از میانگین مطرح می شود. مسلماً این استانداردها سال به سال تغییر خواهند کرد.

۳- استانداردهای هنجاری: این استانداردها بر مبنای وضعیت و میانگین عملکرد یک گروه خاص از دانشکده ها تعیین می شود. این گروه می توانند از بین مراکز مورد بررسی و یا خارج از آن انتخاب شوند.

۴- استانداردهای ملاکی: استانداردهای ثابتی هستند که بدون توجه به وضعیت مراکز مورد بررسی تعیین شده و می توانند در ارزیابی دوره ای بازبینی و اصلاح شود.

رتبه بندی در آموزش عالی:

به فهرستی از موسسات آموزشی که براساس ترتیبی خاص بر پایه یک و یا چند فاکتور مشخص چیده شده باشند رتبه بندی گویند.

اندازه گیری و مقایسه عملکرد، استاندارد و کیفیت مراکز آموزش عالی می تواند در شناسایی بهترین عملکردها و معرفی الگوهای عملی به کار رود. معمولاً اهداف رتبه بندی را می توان به شرح زیر خلاصه کرد:

۱- ارزیابی مراکز آموزش عالی در مقایسه با یکدیگر

۲- شناسایی و تعیین فاصله موجود بین مراکز مورد بررسی و مراکز برتر

۳- افزایش رقابت بین مراکز آموزش و ایجاد انگیزه در آنها برای بهبود وضعیت

۴- ارزیابی و شناسایی تعالی آکادمیک در مراکز مورد بررسی



۵- کمک به تعیین برترین عملکرد

۶- ایجاد انگیزه در سیاستگذاران محلی برای در اولویت قرار دادن کیفیت در آموزش عالی در برنامه ریزی ها

۷- اعمال فشار در مراکز آموزشی برای احساس عدم رضایت از وضعیت موجود و برنامه ریزی برای حرکت بسوی تعالی

۸- معرفی الگوهای عملی به مراکز آموزش عالی

رقابت یکی از خصوصیات فطری بشری است که از دیر باز در تمام مقوله های اجتماعی از جمله مراکز آموزشی وجود داشته است. رتبه بندی این رقابت را در چهارچوب مشخص و عینی تغییر شکل داده و با تاکید جنبه های مثبت، از آن برای بهبود وضعیت استفاده می کند. با نگاهی به تاریخچه رتبه بندی درمی یابیم که این روش ارزیابی سال ها در سازمان های غیر آموزشی وجود داشته و رقابت بین دانشگاه ها برای جذب دانشجو که بیشتر شامل دیدگاه های تجاری بوده، رتبه بندی را به مرزهای آموزش عالی گسترش داده است. این دیدگاه باعث شده تا بسیاری از رتبه بندی های موجود در جهان که بعضاً از شهرت خاصی نیز برخوردارند از نقطه نظر علم آموزش مردود شناخته شوند. این رتبه بندی نه تنها توانایی ارتقای کیفیت ارتقای دانشگاه ها را ندارند بلکه با ایجاد رقابت منفی و تلاش برای کسب امتیاز بیشتر، اقدامات کیفی دانشگاه ها را نیز تحت شعاع قرار می دهد. از جمله انتقاداتی که به این رتبه بندی ها می شود می توان به موارد زیر اشاره کرد:

- ۱- رتبه بندی ها در بسیاری از معیارها ارزیابی ذهنی (subjective) انجام می دهند.
 - ۲- در معیارهای ذهنی مانند سرشناسی آکادمیک دانشگاه (Academic reputation) درصد پاسخ دهی مراکز آموزشی به پرسشنامه ها بسیار پایین تر از حد قابل قبول است.
 - ۳- به دلیل ماهیت تجاری این رتبه بندی ها و عدم همکاری مراکز آموزشی، جمع آوری اطلاعات با چالش های جدی روبروست.
 - ۴- معیارهای کمی همیشه نمی توانند وضعیت کیفی آموزش را نشان دهند و اندازه گیری های کیفی نیز به دلیل هزینه بر و زمان بر بودن معمولاً مد نظر قرار نمی گیرند.
 - ۵- بیشتر این رتبه بندی ها تنها به ذکر رتبه بسنده میکنند و راه حل عملی برای ارتقا در اختیار مراکز آموزشی قرار نمی دهند.
 - ۶- به دلیل ماهیت تجاری این رتبه بندیهای معمولاً طیف محدودی از معیارها مورد بررسی قرار میگیرند.
- بدیهی است که ایرادات فوق در رتبه بندی های بین الملل به مراتب بیشتر و بارزتر از رتبه بندی های ملی است، زیرا بررسی علمی و دقیق دانشگاهها در ابعاد و تعداد بین الملل عملاً غیرممکن خواهد بود.

روش شناسی طرح های معتبر رتبه بندی در سایر کشورها نیز همانند طرح حاضر، رتبه بندی آماری با مراحل ذکر شده در قسمت روش اجرا است. در مراکز معتبر رتبه بندی در دنیا بعضاً با توجه به اهداف ویژه خود معیارهای محدود و مشخصی را بررسی می کنند. تعدادی از این طرح ها تنها از میزان شهرت مراکز آموزشی و برنامه های آموزشی ایشان نزد صاحب نظران سایر مراکز (Reputational Rankings) استفاده می کنند. اما هرگاه مجموعه ای از معیارهای مختلف

مورد بررسی قرار گرفته از روش مشابه روش طرح حاضر برای آنالیز نهایی استفاده شده است. به عنوان مثال در رتبه بندی سالانه ای که توسط U.S. News & world report انجام می شود هفت معیار (۱) میزان شهرت دانشکده (Academic reputation، ۲) میزان دانشجویانی که به تحصیل در دانشکده خود در هر سال ادامه می دهند (Retention، ۳) اعضای هیات علمی شامل تراکم کلاس، درآمد هیات علمی، نسبت رتبه های بالا و سرانه به دانشجویان، (۴) سیستم گزینش دانشجو، (۵) منابع مالی، (۶) میزان همیاری فارغ التحصیلان به عنوان شاخصی از میزان رضایت ایشان و (۷) تفاوت بین میزان فارغ التحصیلی واقعی و میزان مورد انتظار که از روی نمرات آزمون های ورودی و هزینه های تحصیلی محاسبه می شود (graduation rate performance) بررسی می شوند. ولی در نهایت محاسبه رتبه کل با استفاده از روش آماری ذکر شده در این طرح صورت می گیرد.

اگر رتبه بندی بتواند شرایط زیر را رعایت کند میتواند به عنوان وسیله ای قدرتمند برای ارتقای کیفیت در دانشگاهها به کار رود و با شناسایی نقاط قوت و ضعف مراکز آموزشی و ارائه الگوهای برتر، آنها را به طور عملی برای بهبود وضعیت و ترغیب و راهنمایی نماید.

۱- رتبه بندی باید توسط یک سیستم مرکزی با اختیارات و صلاحیت قابل قبول انجام شود.
۲- معیارها و شاخص های مورد بررسی در رتبه بندی باید به طور گسترده جنبه های مختلف آکادمیک را تحت پوشش قرار دهد.

۳- معیار و شاخص های رتبه بندی باید هم جهت و هم راستا با سیاست های کلان و نیز استانداردهای ملی باشد و با آنها منافاتی نداشته باشد.

۴- این معیارها و شاخص ها باید با توافق حداکثر تعداد صاحب نظرات از تمامی مراجع ذیصلاح تدوین شود و در نهایت مورد توافق دانشکده ها و دانشگاههای مورد بررسی قرار گیرد.

۵- جمع آوری اطلاعات باید با روندی عینی و زیر نظر خود مراکز آموزشی انجام شود .

۶- اطلاعات ارائه شده باید با روند مشخص مورد تأیید و اصلاح قرار گیرند.

۷- روش آنالیز اطلاعات و تعیین رتبه ها باید به روشنی در اختیار مراکز آموزشی قرار گیرد.

۸- معیارها و شاخص باید در مدت زمان قابل قبولی قبل از جمع آوری اطلاعات در اختیار مراکز آموزشی قرار گیرد.

۹- در ارائه گزارش نهایی باید در کنار رتبه ها، الگوهای برتر کشوری و انتظارات موجود نیز معرفی شود.

رعایت مجموع موارد فوق باعث شده تا امروزه در بسیاری از کشورهای دنیا از رتبه بندی برای ارزیابی و ارتقای کیفی مراکز آموزشی به طور گسترده استفاده کنند و در غیاب یا در کنار استانداردهای ملی بتوانند با تعیین برترین های کشور و میانگین های موجود به عنوان استانداردهای هنجاری، از نتایج رتبه بندی استفاده کنند.

در این طرح سعی داریم با طراحی ابزار مقایسه و رتبه بندی دانشکده های یک دانشگاه علوم پزشکی ضمن معرفی توانمندی های و نقاط ضعف ایشان، این دانشکده ها را برای ارتقای وضع موجود در راستای رقابتی سالم ترغیب نماییم.

هدف اصلی:

طراحی ابزار ارزیابی مقایسه ای دانشکده های دانشگاه علوم پزشکی و رتبه بندی این دانشکده ها



اهداف اختصاصی:

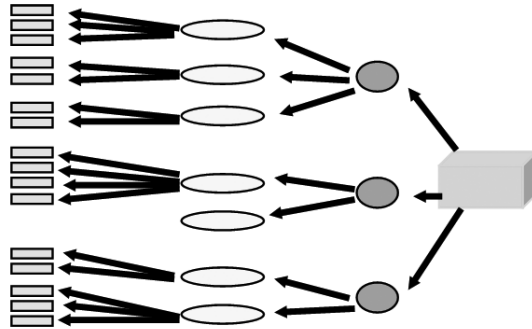
۱. طراحی مجموعه معیارهای بررسی مقایسه ای دانشکده های دانشگاه
۲. تهیه نمودار شاخه درختی مجموعه معیارهای بررسی مقایسه ای دانشکده های دانشگاه
۳. تعیین میزان وزن هر یک از معیارهای بررسی مقایسه ای دانشکده های دانشگاه
۴. طراحی دستورات الممل استخراج امتیاز هر یک از معیارهای بررسی مقایسه ای دانشکده های دانشگاه

۵. طراحی پرسشنامه های معیارهای بررسی مقایسه ای دانشکده های دانشگاه
۶. رتبه بندی دانشکده ها

هدف یا اهداف کاربردی:

- ۱- تعیین رتبه هر یک از دانشکده ها در هر یک از معیارهای مورد بررسی
 - ۲- ایجاد رقابت مثبت بین دانشکده ها برای ارتقای رتبه
- ### ۸- روش اجرا:

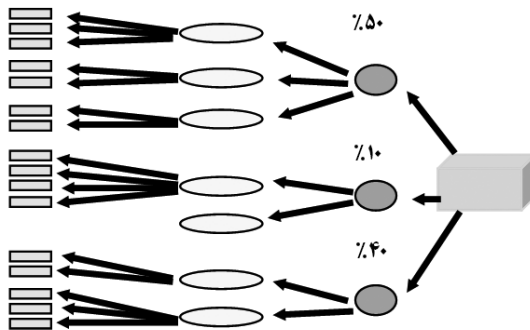
- ۱- کمیته تخصصی طراح در معاونت آموزشی دانشگاه تشکیل شد.
- ۲- ابتدا در این کمیته استانداردهای جهانی و کشوری و معیارهای رتبه بندی در طرح های کشوری رتبه بندی بررسی شد. مجموع معیارهای طرح به طور عمده از سه منبع طراحی شدند:
الف) معیارهای رتبه بندی های بین المللی
ب) معیارهای رتبه بندی های ملی که بر اساس ماموریت مشترک دانشکده ها است.
ج) معیارهای خاص بر اساس برنامه های دراز مدت دانشگاه
- ۳- مجموعه این معیارها در قالب یک نمودار شاخه درختی تنظیم شدند. شکل شماتیک زیر این نمودار را نشان می دهد.



برای تعیین معیارهای مورد بررسی در طرح ابتدا طرح های رتبه بندی بین المللی اصلی مانند THE-QS که مورد توجه مسوولین دانشگاه برای کسب رتبه در آن است بررسی شده و معیارهای اصلی آن انتخاب شدند. (این معیارها در نمودار شاخه درختی با شماره ۱ مشخص شده است). سپس طرح های رتبه بندی ملی بررسی شده و معیارهای مشترک بین دانشکده ها انتخاب

شدند (این معیارها در نمودار شاخه درختی با شماره ۲ مشخص شده است).
 در مرحله آخر معیارهای مطرح شده در کمیته تخصصی و نیز معیارهای پیشنهاد شده در
 دانشکده ها به مجموعه فوق اضافه شد (این معیارها نیز در نمودار شاخه درختی با شماره ۳
 مشخص شده است).

۴- در جلسه کمیته وزن اولیه هر معیار با روش گروه اسمی (Nominal Group Technique (NGT
 تعیین شد.



۵- مجموعه معیارها و وزن آنها با روش دلفی در اختیار مسئولین دانشکده ها قرار گرفت و
 نظرات ایشان در مورد معیارها و وزن آنها جمع آوری شد.

۶- مجموعه جدید در اختیار معاونت محترم پژوهشی قرار گرفت و نظرات این معاونت به طور
 اختصاصی در مجموعه لحاظ گردید.

۷- برای هر معیار دستورالعمل استخراج امتیاز و پرسشنامه جمع آوری اطلاعات طراحی شد.

۸- در مرحله جمع آوری اطلاعات آغاز شد. منابع جمع آوری اطلاعات عبارت بودند از:

۱. معاونت آموزشی دانشگاه ۲۳٪
۲. معاونت پژوهشی دانشگاه ۲۳٪
۳. واحد آمار و اطلاع رسانی دانشگاه ۲٪
۴. روابط بین الملل و امور دانشگاهی ۹٪
۵. مرکز مطالعات و توسعه آموزش دانشگاه ۱۴٪
۶. کمیته تحقیقات دانشجویی ۲٪
۷. دانشکده ها ۲۷٪

۹- سپس امتیاز هر دانشکده در هر معیار بر اساس دستورالعمل استخراج امتیازات محاسبه
 شد.

۱۰- آنالیز نهایی. مراحل که برای محاسبه امتیاز شاخه‌های اصلی نمودار و در نهایت تنه
 درخت انجام شد، عبارتند از:

الف) تعیین امتیاز هر یک از معیارها در آخرین شاخه نمودار: همانطور که ذکر شد، برای هر
 یک از معیارها و شاخص‌های طرح که در حقیقت آخرین سطح یا به عبارتی برگ‌های نمودار

مربوطه هستند، دستورالعمل مشخصی برای استخراج امتیاز هر مرکز طراحی شد. (ب) استاندارد کردن: از آنجا که مقیاس هر کدام از معیارها با یکدیگر متفاوتند، برای جمع‌بندی این امتیازات، ابتدا به مقیاس صفر تا صد تبدیل شد. (ج) در این مرحله امتیازات استاندارد شده در وزن آنها ضرب شد. (د) جمع‌بندی: بعد از اعمال وزن‌ها در امتیازات، نتایج حاصله در معیارهای مشابه، که از یک نقطه درخت جدا شده‌اند، با یکدیگر جمع شده امتیاز شاخه بالاتر خود را تعیین می‌کنند. این مراحل به همین ترتیب ادامه پیدا کرد تا به بالاترین شاخه‌های نمودار رسید و امتیاز آنها محاسبه شد.

(ه) محاسبه امتیاز نهایی: در نهایت امتیاز کل محاسبه شده در هر مرکز مجدداً استاندارد شده و بهترین مرکز ۱۰۰ و بقیه درصدی از امتیاز بهترین مرکز را به خود اختصاص داد. بدین ترتیب در هر معیار دانشکده‌ای که بالاترین امتیاز را کسب کرده عدد ۱۰۰ و بقیه دانشکده‌ها به نسبت امتیاز خود، عددی بین صفر تا صد را کسب کردند. بدیهی است که هر دانشکده تنها در بعضی از معیارها بالاترین امتیاز را کسب خواهد کرد. از کنار هم قرار گرفتن برترین قسمت‌های تمامی دانشکده‌ها، دانشکده‌ای فرضی با عنوان فرضی برتر تشکیل می‌شود که در کلیه معیارها و شاخص‌ها امتیاز صد را به خود اختصاص می‌دهد. امتیاز کل این دانشکده نیز عدد صد است. به کاربردن چنین دانشکده‌ای ضمن امکان پذیرکردن بعضی محاسبات آماری، نشان می‌دهد که برترین دانشکده نیز با وضعیت مطلوب فاصله زیادی دارد و می‌تواند با الگو قرار دادن سایر دانشکده‌ها، حتی با رتبه کلی پایین‌تر، قسمت‌های مختلف خود را بهبود ببخشد.

همانطور که ملاحظه می‌شود برای محاسبه رتبه نهایی نیاز به انجام صدها محاسبه می‌باشد که احتمال خطای انسانی در آن بالاست. لذا برای انجام محاسبات از یک نرم افزار استفاده شد. این نرم افزار مجموعه معیارهای مورد بررسی و وزن آنها را در قالب نمودار شاخه درختی دریافت می‌کند. همچنین امتیاز هر دانشکده در هر معیار به صورت خام در آن وارد می‌شود. نرم افزار بر اساس متد ذکر شده بالا ابتدا امتیازات را استاندارد کرده و در وزن آن ضرب می‌کند و با جمع کردن حاصل در هر نقطه نمودار شاخه درختی امتیاز شاخه بالاتر را به دست می‌آورد و این کار را تا تنه درخت ادامه می‌دهد. کلیه محاسبات این طرح با استفاده از این نرم افزار انجام شده است. لازم به ذکر است که این نرم افزار توسط مجریان این پروژه برنامه نویسی و تهیه شده است.

۹- نتایج: پیامدهای اجرای فرآیند:

اولین محصول این طرح ابزار مقایسه و رتبه بندی دانشکده‌های دانشگاه است که خلاصه آن به صورت زیر است:



نمودار شاخه درختی معیارهای رتبه‌بندی دانشکده‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران در یک نگاه

۱- برنامه‌ها و سراسر آموزش

الف) هیات علمی و دانشجویان	هیات علمی	سراسر تعداد کل هیات علمی به دانشجو ۱-۲ سراسر اعضای هیات علمی با رتبه‌دانشیاری و استادی به دانشجو ۲ نسبت استادان به کل هیات علمی ۲ اعضای هیات علمی که از خارج برای تدریس آمده‌اند ۱ نسبت دانشجویان تکمیلی به کل دانشجویان ۱ نسبت تعداد استادان راهنمای آموزشی به کل دانشجویان ۲ نسبت دانشجویان فعال در مرکز پژوهش‌های دانشجویی به کل دانشجویان ۲
ب) برنامه‌ها		دانشجویان با تابعیت غیر ایرانی ۱ نسبت تعداد رشته‌مقاطع دایر به تعداد گروه‌های آموزشی دانشکده ۳ نسبت رشته-مقاطع تکمیلی به کل رشته‌مقاطع دایر دانشکده ۳ تعداد برنامه‌های درسی بازبینی شده به تعداد گروه‌های آموزشی ۳ تعداد برنامه‌های جدید راه‌اندازی شده به تعداد گروه‌های آموزشی ۳ تعداد برنامه‌های جدید (اولین بار در کشور) راه‌اندازی شده ۳ تعداد برنامه‌های درسی آموزشی مشترک با مراکز خارج از کشور ۱ نسبت گروه‌های مصوب به کل گروه‌های آموزشی دانشکده ۳ نسبت گروه‌های مصوب به کل گروه‌های آموزشی دانشگاه ۳ تعداد گروه‌های آموزشی تازه تأسیس شده ۳ نسبت گروه‌های آموزشی که در نقشه هیات علمی وضعیت مطلوب دارند به کل گروه‌ها ۳
ج) گروه‌های آموزشی		اینترنت (نسبت صفحات وب سایت دانشکده در اینترنت به تعداد گروه) ۲ نسبت گروه‌های آموزشی
د) کتابخانه و اینترنت	کتابخانه	تعداد کتاب‌های علمی-تخصصی کتابخانه به تعداد دانشجویان ۱ جمع بودجه خرید کتاب علمی-تخصصی به تعداد دانشجویان ۱

۲- فعالیت‌های آکادمیک

الف) طرح‌های تحقیقاتی	طرح‌های پژوهشی مصوب به تعداد اعضای هیات علمی (به جز پژوهش در آموزش) ۲ تعداد طرح‌های پژوهش در آموزش مصوب به تعداد اعضای هیات علمی ۲ طرح‌های تحقیقاتی مشترک با خارج ۱	
ب) کتاب‌ها و مقالات	کتاب	نسبت تعداد مقالات علمی-پژوهشی به تعداد اعضای هیات علمی ۲ نسبت تعداد مقالات معتبر بین‌المللی به تعداد اعضای هیات علمی ۱ تعداد مجلات ISI دانشکده به کل مجلات ISI دانشگاه ۳ نسبت هیات علمی که در کنگره خارجی مقاله ارائه کرده‌اند به کل هیات علمی ۲ نسبت تعداد کل کتاب‌های منتشر شده به تعداد اعضای هیات علمی ۲ نسبت تعداد دروس‌های منتشر شده به تعداد اعضای هیات علمی ۲
ج) اختراعات و نوآوری‌ها		تعداد اختراعات و اکتشافات ثبت شده کشوری ۳ تعداد پروژه‌هایی که به مرحله صنعتی رسیده است ۳ تعداد پروژه‌های منتخب در جشنواره‌های کشوری و بین‌المللی معتبر ۲



تعداد کنگره‌ها و سمینارهای کشوری به تعداد گروه‌های آموزشی ۲	
تعداد کنگره‌ها و سمینارهای بین‌المللی به تعداد گروه‌های آموزشی ۲	د) کنگره‌ها و همایش‌ها
تعداد کارگاه‌های برگزار شده به تعداد گروه‌های آموزشی ۲	
نسبت تعداد برنامه‌های آموزش مداوم مدون به کل گروه‌های آموزشی ۲	
نسبت گروه‌های آموزشی که ارزیابی درونی کرده‌اند به کل گروه‌ها ۳	
نسبت گروه‌های آموزشی که ارزیابی بیرونی شده‌اند به کل گروه‌ها ۳	
نسبت گروه‌هایی که طرح درس مکتوب به دانشجو ارائه می‌کنند به کل گروه‌ها ۳	ه) توسعه آموزش
نسبت اعضای هیات علمی که به فرصت مطالعاتی رفته‌اند به کل هیات علمی ۲	
نسبت اعضای هیات علمی دارای گواهینامه آموزش پزشکی به کل هیات علمی ۲	
نسبت اعضای هیات علمی که در برنامه‌های EDC و EDO مشارکت فعال دارند ۳	

۱- برنامه‌ها و سرانه‌های آموزشی

الف) هیات علمی و دانشجویان

۱- هیات علمی

(سرانه تعداد کل هیات علمی به دانشجو، سرانه اعضای هیات علمی با رتبه دانشجویی و استادی به دانشجو، نسبت استادان به کل هیات علمی، اعضای هیات علمی که از خارج برای تدریس آمده‌اند)

۲- دانشجویان

(نسبت دانشجویان تکمیلی به کل دانشجویان، نسبت تعداد استادان راهنمای آموزشی به کل دانشجویان، نسبت دانشجویان فعال در مرکز پژوهش‌های دانشجویی به کل دانشجویان، دانشجویان با تابعیت غیر ایرانی)

ب) برنامه‌ها

نسبت تعداد رشته‌مقاطع دایر به تعداد گروه‌های آموزشی دانشکده

نسبت رشته-مقاطع تکمیلی به کل رشته‌مقاطع دایر دانشکده

تعداد برنامه‌های درسی بازمبانی شده به تعداد گروه‌های آموزشی

تعداد برنامه‌های جدید راه‌اندازی شده به تعداد گروه‌های آموزشی

تعداد برنامه‌های جدید (اولین بار در کشور) راه‌اندازی شده

تعداد برنامه‌های درسی آموزشی مشترک با مراکز خارج از کشور)

ج) گروه‌های آموزشی

نسبت گروه‌های مصوب به کل گروه‌های آموزشی دانشکده

نسبت گروه‌های مصوب به کل گروه‌های آموزشی دانشگاه

تعداد گروه‌های آموزشی تازه تأسیس شده، نسبت گروه‌های آموزشی که در نقشه‌های علمی وضعیت مطلوب دارند به کل گروه‌ها

د) کتابخانه و اینترنت

۱- اینترنت

نسبت صفحات وب سایت دانشکده در اینترنت به تعداد گروه‌ها

۲- کتابخانه



تعداد کتاب های علمی-تخصصی کتابخانه به تعداد دانشجویان
جمع بودجه خرید کتاب علمی-تخصصی به تعداد دانشجویان

۲- فعالیت های آکادمیک

الف) طرح های تحقیقاتی

تعداد طرح های پژوهشی مصوب به تعداد اعضای هیات علمی (به جز پژوهش در

آموزش)

تعداد طرح های پژوهش در آموزش مصوب به تعداد اعضای هیات علمی

طرح های تحقیقاتی مشترک با خارج

ب) کتاب ها و مقالات

۱- مقالات

نسبت تعداد مقالات علمی-پژوهشی به تعداد اعضای هیات علمی

نسبت تعداد مقالات معتبر بین المللی به تعداد اعضای هیات علمی

تعداد مجلات ISI دانشکده به کل مجلات ISI دانشگاه

نسبت هیات علمی که در کنگره خارجی مقاله ارائه کرده اند به کل هیات علمی

۲- کتاب ها

نسبت تعداد کل کتاب های منتشر شده به تعداد اعضای هیات علمی

نسبت تعداد درسنامه های منتشر شده به تعداد اعضای هیات علمی

ج) اختراعات و نوآوری ها

تعداد اختراعات و اکتشافات ثبت شده کشوری

تعداد پروژه هایی که به مرحله صنعتی رسیده است

تعداد پروژه های منتخب در جشنواره های کشوری و بین المللی معتبر

تعداد کنگره ها و سمینارهای کشوری به تعداد گروه های آموزشی

د) کنگره ها و همایش ها

تعداد کنگره ها و سمینارهای بین المللی به تعداد گروه های آموزشی

تعداد کارگاه های برگزار شده به تعداد گروه های آموزشی

نسبت تعداد برنامه های آموزش مداوم مدون به کل گروه های آموزشی

نسبت گروه های آموزشی که ارزیابی درونی کرده اند به کل گروه ها

نسبت گروه های آموزشی که ارزیابی بیرونی شده اند به کل گروه ها

ه) توسعه آموزش

نسبت گروه هایی که طرح درس مکتوب به دانشجو ارائه می کنند به کل گروه ها

نسبت اعضای هیات علمی که به فرصت مطالعاتی رفته اند به کل هیات علمی

نسبت اعضای هیات علمی دارای گواهینامه آموزش پزشکی به کل هیات علمی

نسبت اعضای هیات علمی که در برنامه های EDC و EDOs مشارکت فعال دارند

لازم به ذکر است که نتایج رتبه بندی انجام شده با این ابزار بین دانشکده های دانشگاه علوم

پزشکی تهران به صورت محرمانه به هیات رئیسه دانشگاه، شورای دانشگاه و شورای آموزشی

دانشگاه ارائه شده است.



۱۰- سطح اثرگذاری (بخش، دانشکده، دانشگاه، کشوری، بین المللی):

دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور و با توجه به بررسی متون احتمالا بین المللی

۱۱- نتیجه گیری شامل چالش ها و مشکلات اجرایی فرآیند :

اندازه گیری و مقایسه ساختار، کارایی و عملکرد مراکز آموزشی با یکدیگر وسیله خوبی برای شناسایی بهترین ها در هر قسمت از سیستم آموزشی است. این مقایسه به عنوان یکی روش های کارآمد تحلیل وضعیت موجود شناخته شده و می تواند به صورت الگویی برای برنامه ریزی و تعیین اولویت برنامه ها و اهداف هر دانشگاه استفاده شود.

ارزیابی دانشگاه ها را می توان به دو روش عمده انجام داد. در ارزیابی معیاری یک سری استاندارد طراحی شده و میزان دستیابی هر دانشکده به این معیارها بررسی می شود. اما در ارزیابی هنجاری عملکرد مراکز موجود با یکدیگر مقایسه می شوند. رتبه بندی یکی از روش های ارزیابی هنجاری وضعیت مراکز آموزشی است که از سال ها پیش در کشورهای پیشرفته جهان به طور گسترده مورد استفاده قرار می گرفته است. همان طور که ذکر شد، در این روش بدون در نظر گرفتن استاندارد خاصی برای هر معیار، وضعیت موجود مراکز با یکدیگر مقایسه می شوند. بنابراین بر خلاف روش های اعتباربخشی که وضعیت استانداردها را در هر مرکز بدون توجه به سایر مراکز همتا بررسی می کنند، می تواند برای برنامه ریزی های کلان کشوری به کار رود.

در طرح حاضر سعی شده تا با بهره گیری از معیارها و شاخص های کیفی و کمی در حیطه ماموریت های مشترک دانشکده ها، پوشش مناسبی از ابعاد گوناگون خدمات آموزشی صورت گرفته، با شناسایی نقاط قوت و ضعف دانشکده ها، آنها را در جهت ارتقا، هدایت کنند.

از آنجا که هر طرح رتبه بندی آموزشی اهداف خاصی دارد و مجموعه معیارهای مورد بررسی در آن با توجه به سیستم های آموزشی همان کشور طراحی می شوند، این طرح ها قابل مقایسه نبوده و قابلیت تعمیم به سایر کشورها را ندارند. روش شناسی طرح های معتبر رتبه بندی در سایر کشورها نیز همانند طرح حاضر، رتبه بندی آماری با مراحل ذکر شده است. در مراکز معتبر رتبه بندی در دنیا بعضاً با توجه به اهداف ویژه خود معیارهای محدود و مشخصی را بررسی می کنند. اما هرگاه مجموعه ای از معیارهای مختلف مورد بررسی قرار گرفته از روش مشابه روش طرح حاضر برای آنالیز نهایی استفاده شده است.

یکی از نکات بارز این طرح، ارائه راهکار عملی برای بهبود کیفیت ارائه خدمات آموزشی در دانشکده ها است.

کسب امتیاز ۶۸/۸۸ از ۱۰۰ توسط برترین دانشکده دانشگاه لزوم تلاش مستمر برای بهبود کیفیت و بهره گیری از تجربیات و توانایی های سایر دانشکده ها را نشان می دهد. از آنجا که نتایج مقایسه مراکز مورد بررسی به تفکیک یک یک معیارها و شاخص ها ارائه شده، حتی برترین دانشکده نیز می تواند با بررسی جزئیات آن، وضعیت خود را تحلیل کرده، برای بهبود آن برنامه ریزی کند و به تبع آن وضعیت کمی و کیفی ارائه خدمات آموزشی خود را ارتقا، ببخشد.

این طرح مسلماً با توجه به گستردگی و ماهیت آن، با وجود مطالعات فراوان، حائز نقایصی است که باید با استفاده از نظرات مراکز و صاحب نظران برطرف شده و با کیفیت بالاتری اجرا شود. یکی از مسائل مطرح در این طرح اعتراض دانشکده هایی مانند پزشکی در مورد عدم بررسی فعالیت هایی چون ارائه خدمات بالینی در بیمارستان ها است. همانطور که ذکر شد در رتبه بندی

باید ماموریت های مشترک دانشکده ها را مورد بررسی قرار داد. مسلماً در هر دانشکده فعالیت های خاصی وجود دارد که علی رغم اهمیت در رتبه بندی قابل بررسی نیستند.
فهرست منابع اصلی:

۱. آیین محمدی، ریتا مجتهدزاده. سطح بندی خدمات آموزشی و آیین نامه تقسیم وظایف آموزشی در نظام آموزش علوم پزشکی کشور. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - معاونت آموزشی و امور دانشجویی، ۱۳۸۴.

۲. بانک اطلاعات و رتبه بندی دانشکده های پزشکی ایران، دکتر آیین محمدی، دکتر ریتا مجتهدزاده، معاونت آموزشی و امور دانشگاهی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ ۱۳۷۹

۳. بانک اطلاعات و رتبه بندی دانشکده های پزشکی ایران، نوبت دوم، دکتر آیین محمدی، دکتر ریتا مجتهدزاده، دکتر رامین مترجمی، معاونت آموزشی و امور دانشجویی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ ۱۳۸۲

۴. دانشکده های پزشکی ایران، رتبه بندی آموزشی و معرفی، محصول طرح سطح بندی خدمات آموزشی، دکتر آیین محمدی، دکتر ریتا مجتهدزاده، دکتر رامین مترجمی، معاونت آموزشی و امور دانشگاهی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ ۱۳۸۲

۵. دانشکده های دندانپزشکی ایران، رتبه بندی آموزشی و بانک اطلاعات، محصول طرح سطح بندی خدمات آموزشی، دکتر آیین محمدی، دکتر ریتا مجتهدزاده، دکتر رامین مترجمی، معاونت آموزشی و امور دانشجویی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ ۱۳۸۲

۶. دانشکده های داروسازی ایران، رتبه بندی آموزشی و بانک اطلاعات، محصول طرح سطح بندی خدمات آموزشی، دکتر آیین محمدی، دکتر ریتا مجتهدزاده، دکتر رامین مترجمی، معاونت آموزشی و امور دانشجویی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ ۱۳۸۲

۷. رشته پرستاری در ایران، رتبه بندی آموزشی و قسمت اول بانک اطلاعات دانشکده های پرستاری و مامایی، محصول طرح سطح بندی خدمات آموزشی، دکتر آیین محمدی، دکتر ریتا مجتهدزاده، معاونت آموزشی و امور دانشجویی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛

۱۳۸۳

۸. رشته مامایی در ایران، رتبه بندی آموزشی و قسمت دوم بانک اطلاعات دانشکده های پرستاری و مامایی، محصول طرح سطح بندی خدمات آموزشی، دکتر آیین محمدی، دکتر ریتا مجتهدزاده، معاونت آموزشی و امور دانشجویی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛

۱۳۸۳

۹. رشته علوم تغذیه در ایران، رتبه بندی آموزشی و بانک اطلاعات، محصول طرح سطح بندی خدمات آموزشی، دکتر آیین محمدی، دکتر ریتا مجتهدزاده، دکتر رامین مترجمی، معاونت آموزشی و امور دانشگاهی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ ۱۳۸۳

۱۰. رشته های کاردانی بهداشت در ایران، رتبه بندی آموزشی و بانک اطلاعات، محصول سطح بندی خدمات آموزشی، دکتر آیین محمدی، دکتر ریتا مجتهدزاده، معاونت آموزشی و امور دانشجویی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ ۱۳۸۳

۱۱. رشته های مدیریت و اطلاع رسانی در ایران، رتبه بندی آموزشی و بانک اطلاعات، محصول



طرح سطح بندی خدمات آموزشی، دکتر آیین محمدی، دکتر ریثا مجتهدزاده، معاونت آموزشی و امور دانشجویی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ ۱۳۸۴

۱۲. رشته های علوم توانبخشی در ایران، رتبه بندی آموزشی و بانک اطلاعات، محصول طرح سطح بندی خدمات آموزشی، دکتر آیین محمدی، دکتر ریثا مجتهدزاده، معاونت آموزشی و امور دانشجویی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ ۱۳۸۴

۱۳. رشته های کاردانی علوم پیراپزشکی در ایران، رتبه بندی آموزشی و بانک اطلاعات، محصول طرح سطح بندی خدمات آموزشی، دکتر آیین محمدی، دکتر ریثا مجتهدزاده، معاونت آموزشی و امور دانشجویی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ ۱۳۸۴

14. Lerner AL. A Strategic Planning Primer for Higher Education [Online]. 1999 July [cited 2006 Jan 10]; Available from: <http://www.des.calstate.edu/processmodel.html>
15. Martens DM, Mc Laughlin JA (2003). Research and Evaluation Methods in Special Education. Corwin Press, , p 165
16. Liaison Committee on Medical Education. Functions and structure of a medical school. Washington DC: LCME; 2007. Available from: <http://www.lcme.org/standard.htm>
17. World Federation for Medical Education. Basic Medical Education WFME Global Standards for Quality Improvement. WFME office: University of Copenhagen, Denmark: 2003. Available from: <http://www.wfme.org>
18. Huacuja HR, Stoneware DC, Lopez OC, Dwells JC, Villalobos JC, Montiel ID, et al. Quality Standards of Mexican Medical Education. Association Mexicana de Facultades Y Escuelas de Medicina. Retrieved on 14/12/04. Available from: <http://www.amfem.edu.mx>
19. Australian Medical Council. Assessment and Accreditation of Medical Schools: Standards and Procedures. AMC; 2002. Available from: <http://www.amc.org.au/forms/AccredGuidelines.pdf>
20. Hertz HS (2005). Education Criteria for Performance Excellence, Baldrige National Quality program. Available from: http://www.baldrige.nist.gov/Education_Criteria.htm
21. Hamilton J (1994). Establishing Standards and Measurement Methods WHO/ECFMG Conference (Geneva, Switzerland).
22. Henry R (1995). Undergraduate Programme Objectives: The basis for learning and assessing by domain, in Henry R, Byrne K., Engel C. (Eds.): Imperatives in Medical Education: The Newcastle approach, pp. 18-23.
23. Medical School Objectives Writing Group (1999) Learning Objectives for Medical Student Education - Guidelines for Medical Schools: Report I of the Medical School Objectives Project, Academic Medicine, 74 (1), p.13.
24. Ravitch D (1995). National Standards in American Education: A Citizen's Guide, The Brookings Institution (Washington D.C.).
25. Schwartz MR (1998). On Moving Towards International Standards in Health Professions Education, Changing Medical Education and Medical Practice.
26. Stobo JD, Blank LL (1998), Project Professionalism: Staying Ahead of the Wave, American Board of Internal Medicine (Philadelphia).
27. Liu NC, Cheng Y (2005) Academic Ranking of World Universities – Methodologies and Problems. Higher Education in Europe, 30 (2).
28. The OIC Ten-years Program of Action. Report of the seminar of the OIC member states on university ranking. Tehran, Iran, 29-30 April 2007.



طراحی و اجرای مرکز مهارت های داروخانه شهری (داروخانه مجازی)

۲- صاحبان فرآیند و همکاران:

دکتر خیرا... غلامی، دکتر محمدرضا جوادی، دکتر ملوک حاجی بابایی، دکتر رسول دیناروند، دکتر مهناز خانوی، دکتر حامد طبعیفر

۳- محل اجرای فرآیند:

داروخانه و مرکز اطلاعات دارویی ۱۳ آبان

۴- نام دانشگاه:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

۵- گروه فرآیندی:

تدوین برنامه آموزشی

۶- تاریخ اجرا (مدت اجرای فرآیند):

از مهرماه ۱۳۸۹

۷- مقدمه (هدف و اهداف اختصاصی):

با توجه به پیشرفت بشر در زمینه علوم پزشکی و ورود روز افزون داروها به بازار دارویی در راستای درمان بیماران، حرفه داروسازی نیز به سمت داروسازی بیمار محور پیش رفته است. امروزه دیگر داروسازان علاوه بر نسخه پیچی و ارائه داروی صحیح به بیمار، وظیفه ارائه خدمات و مراقبت های دارویی را نیز بر عهده دارند. داروساز باید توانایی برقراری ارتباط با بیمار، ارزیابی رژیم درمانی بیمار، آموزش نکات پزشکی و دارویی لازم در رابطه با مصرف دارو و بررسی تداخلات احتمالی نسخه درمانی بیمار را داشته باشد. از این جهت است که نیاز به حضور متخصصین دارویی بیش از پیش ضرورت خود را نمایان می سازد. به عنوان مثال سازمان بهداشت جهانی در گزارشی در مورد آماده سازی داروساز آینده هفت نقش مهم برای داروساز تعریف کرده است که به عنوان حداقل انتظارات معمول از داروساز باید در نظر گرفته شود.

این نقش ها عبارتند از:

۱) Care giver (۲) Decision (۳) Communicator (۴) Leader (۵) Manager (۶) Life-long learner (۷) Teacher

در راستای رسیدن به چنین اهدافی و ارتقا، سیستم آموزشی به منظور فراهم سازی بستری کاملاً عملی جهت برگزاری درس کارآموزی دانشجویان داروسازی، داروخانه و مرکز اطلاعات دارویی سپیده



آبان محلی را با عنوان مرکز مهارت های داروخانه شهری طراحی و راه اندازی نموده است.

اهداف:

- توانمندسازی و ارتقای علمی دانشجویان داروسازی جهت ایفای نقش به عنوان داروساز مؤثر در نظام سلامت
- آشنایی کارآموزان با فعالیت های اجرایی داروخانه ها
- آشنایی کارآموزان با وظایف مسئول فنی در داروخانه
- آشنایی با قوانین بیمه ها
- آشنایی با انواع نسخ و نسخه پیچی
- آشنایی با نام ها و اشکال دارویی رایج
- بهره گیری از مشارکت فعال دانشجویان در پیاده سازی و تمرین مهارت های مورد نیاز در محیط واقعی کار
- کسب توانائی دانشجو در ارائه مشاوره دارویی و آموزش نحوه مصرف دارو به بیمار
- آشنایی کارآموزان با دارو درمانی از طریق داروهای OTC
- آشنایی با نحوه کاربرد منابع چاپی و نرم افزارهای اطلاعات دارویی و اینترنت جهت استخراج اطلاعات

۸- روش اجرا:

۱. بررسی روش های ارائه دوره های کارآموزی در دانشکده های داروسازی دانشگاه های معتبر جهان
۲. نیازسنجی و بررسی نقایص روش های برگزاری کارآموزی در دوره های قبل
۳. فراهم سازی فضای فیزیکی به مساحت ۱۷۰ متر مربع جهت راه اندازی داروخانه مجازی با ۱۰ پیشخوان و ۱۰ دستگاه کامپیوتر
۴. تأمین نیازهای آموزشی (اعم از رایانه، منابع اطلاعات دارویی چاپی و الکترونیک و ...)
۵. طراحی نرم افزار کمک آموزشی با عنوان دارونامه تصویری جهت آشنایی بیشتر کارآموزان با نام ها و اشکال دارویی
۶. فراهم سازی بستر آموزش الکترونیک از طریق ایجاد شبکه و استفاده از نرم افزار Net Support School
۷. قفسه بندی فضای فیزیکی و شبیه سازی محیط داروخانه
۸. تهیه یخچال و یترینی برای نگهداری داروهای یخچالی جهت آشنایی دانشجویان با این داروها
۹. فراهم سازی اقلام دارویی (۸۸۵ عنوان داروی برند و ژنریک با تعدادی بیش از ۱۱۰۰۰ عدد)
۱۰. اختصاص هر بخش از قفسه های دارویی به یک دسته دارویی مشخص
۱۱. تألیف جزوات آموزشی متناسب با نیاز کارآموزان
۱۲. تهیه منابع اطلاعات دارویی معتبر چاپی و الکترونیک
۱۳. هماهنگی با اساتید و رزیدنت های گروه داروسازی بالینی جهت تهیه جزوات، طراحی و گردآوری نسخه های آموزشی
۱۴. تهیه تجهیزات آموزشی و کمک آموزشی از قبیل نمونه های آموزشی انواع قلم های تزریق انسولین، دستگاه تست قند خون، انواع اسپری های تنفسی (از قبیل TurboHaler و Disk Haler)، انواع

دستگاه اندازه‌گیری فشار خون و مانکن آموزشی جهت آموزش تزریقات وریدی و عضلانی.
۱۴. تهیه فیلم‌های آموزشی (از قبیل فیلم آموزشی نحوه آماده‌سازی تزریق انواع انسولین‌های موجود در بازار، فیلم آموزشی نحوه صحیح استفاده از انواع اسپری‌های تنفسی و...)
نحوه برگزاری:

این دوره آموزشی شامل ۱۰ جلسه یک و نیم ساعته آموزش تئوری و ۱۲ جلسه چهار و نیم ساعته تمرین و کار عملی می‌باشد.
در جلسات تئوری کارآموزان با مباحث کاربردی دارو درمانی با داروهای OTC در داروخانه آشنا می‌گردند.

نحوه برگزاری ۱۲ جلسه کار عملی بدین شرح می‌باشد:

- اجرای برنامه کارآموزی عملی در قالب ۶ گروه ۲۰ نفره، در ۶ روز هفته، یک گروه کارآموزی.
- ۲ جلسه اول به عنوان جلسات آموزش مقدمات کار عملی و ۱۰ جلسه باقیمانده جهت آشنایی با ۱۰ دسته دارویی از پیش تعیین شده شامل: داروهای ضددرد و ضدالتهاب، داروهای گوارشی، داروهای قلب و عروق، آنتی‌بیوتیک‌ها، داروهای هورمونی، داروهای تنفسی
- گروه بندی ۲۰ کارآموز حاضر در هر جلسه کار عملی به ۱۰ گروه ۲ نفره.
- برای هر ۲ نفر کارآموز یک پیشخوان همراه با رایانه مجهز به برنامه مورد استفاده در داروخانه جهت ثبت نسخه و قیمت زنی تدارک دیده شده است. همچنین رایانه با نرم افزارهای اطلاعات دارویی و پزشکی تجهیز گردیده اند. اینترنت با سرعت بالا، جهت دسترسی به منابع اطلاعات پزشکی و دارویی معتبر نظیر Daily.med, Med.scape, Drugs.com و... برای دانشجویان فراهم گردیده است.
- در جلسه اول، مباحث مربوط به قوانین داروخانه و نسخه پیچی، قوانین بیمه‌ها و نحوه ثبت و قیمت زنی نسخه با استفاده از برنامه کامپیوتری داروخانه به کارآموزان آموزش داده می‌شود.
- در جلسه دوم کارآموزی، کارآموز با منابع اطلاعات دارویی معتبر داروسازی چاپی و الکترونیک از قبیل:

AHFS, MARTINDALE, PDR, BNF, LEXI - COMP, UP TO DATE و سایت‌های معتبر اطلاعات دارویی موجود در اینترنت آشنا می‌گردند. در این جلسه دانشجویان نحوه استفاده از این منابع و چگونگی استخراج اطلاعاتی همچون نام برند و ژنریک یک دارو، موارد صرف دارو، نحوه مصرف دارو، عوارض جانبی و بررسی تداخلات داروهای موجود در یک نسخه را فرا می‌گیرند.
- پس از دو جلسه مقدماتی، هریک از جلسات کار عملی برای آشنایی کارآموزان با یکی از دسته‌های دارویی طبق برنامه‌ای تعیین شده اختصاص داده شده است. این جلسات شامل سه بخش می‌باشند.



در ابتدای هر جلسه دانشجوی می بایست داروهای مرتبط با دسته دارویی مربوط به آن جلسه را در قفسه های دارویی پیدا و مشاهده نموده و نام و اشکال دارویی آنها را فراگیرد. برای هر جلسه، ۱۵ نسخه که هرکدام حاوی یک یا چند نکته آموزشی مهم و کاربردی از قبیل مورد مصرف دارو، نحوه مصرف، عوارض جانبی و تداخلات مهم و... هستند توسط اساتید گروه داروسازی بالینی دانشگاه علوم پزشکی تهران تهیه و گردآوری شده است. برای هر یک از این نسخ سؤال یا سؤالاتی درباره نکات آموزشی آن نسخه طرح گردیده است. به طور مثال از دانشجوی خواسته می شود تداخل دارویی نسخه ذکر شده و نحوه برخورد با آن را پیدا نماید، و یا نکاتی را که درباره یک نسخه به بیمار آموزش دهد را ذکر نماید.

پس از آشنایی با نام و اشکال دارویی موجود در قفسه های دارویی، در بخش دوم کارآموز باید در گروه های ۲ نفره این ۱۵ نسخه دارویی را نسخه پیچی نموده، با برنامه کامپیوتری داروخانه بر اساس نوع بیمه هرنسخه ثبت و قیمت زنی نمایند. سپس به سؤالات مطرح شده در هر نسخه با توجه به آموخته ها در دانشکده داروسازی و استفاده از منابع اطلاعات دارویی چاپی و الکترونیک گردآوری شده در داروخانه آموزشی پاسخ دهد. کارآموزان، پاسخ سؤالات مطرح شده را به صورت گزارش کار عملی در پایان هر جلسه ارائه می نمایند. ثبت نسخ و بررسی صحت قیمت زنی آنها نیز تحت نظر کارشناس حاضر در داروخانه آزمایشی صورت گرفته و وی بر عملکرد کارآموزان در این زمینه نظارت دارد. در انتهای هر جلسه عملی کارآموزی در داروخانه آموزشی، بحث و بررسی درباره داروها و نسخه های هر جلسه و پاسخ سؤالات مطرح شده در نسخه ها توسط اساتید به طور مشروح ارائه می گردد.

۹- نتایج: پیامدهای اجرای فرآیند:

- آشنایی کارآموزان با نام ها و اشکال دارویی موجود در داروخانه

- آشنایی کارآموزان با وظایف مسئول فنی

- آشنایی کارآموزان با قوانین بیمه

- توانمند شدن کارآموز در استخراج اطلاعات از منابع اطلاعات دارویی

- کسب توانائی به روز نمودن اطلاعات پس از فراغت از تحصیل با فراگیری نحوه استفاده از رفرانس های دارویی و اینترنت

- استاندارد سازی آموزش مهارت های داروخانه شهری، به نحوی که دانشجویان به جای آنکه در داروخانه های مختلف سطح شهر و با سلیقه های مختلف مربیان کارآموزی آموزش ببینند همه کارآموزان در محیط آموزشی یکسان و با برنامه ای مدون منسجم آموزش ببینند.

۱۰- سطح اثرگذاری (بخش، دانشکده، دانشگاه، کشوری، بین المللی):

دانشکده داروسازی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

۱۱- چالش ها و مشکلات اجرایی:

- آماده سازی فضای آموزشی کاملاً مشابه با یک داروخانه با تعداد اقلام دارویی زیاد

- بازرسی مرتب تاریخ مصرف داروها جلوگیری از منقضی شدن داروهای موجود در قفسه های دارویی

- تهیه جزوات آموزشی برای هر جلسه

- طراحی و گردآوری نسخه های آموزشی مرتبط با هر جلسه به طوری که حاوی نکات آموزشی هدف مند باشند.



کارگاه دو روزه مهارت های جراحی ویژه دانشجویان پزشکی (طراحی، پیاده سازی و اجرای مستمر بیش از ۱۲۰ دوره)

۲- صاحبان فرآیند و همکاران:

طراحی و اجرای اولیه: آقایان دکتر امیر کشوری، دکتر علی جعفریان، دکتر سید منصور رضوی
پیاده سازی و اجرای مستمر: اساتید گروه جراحی
از بیمارستان امام خمینی: آقایان دکتر کشوری، دکتر جعفریان، دکتر جلالی، دکتر کریمیان، دکتر طولابی،
دکتر علی بخشی، دکتر امینیان، دکتر کاظمینی، دکتر دریایی، دکتر عمرانی پور
از بیمارستان سینا: دکتر یعقوبی، دکتر دائمی، دکتر یزدان خواه، دکتر سلیمی، دکتر معینی، دکتر طالب پور، دکتر گرانیپاه
از بیمارستان شریعتی: دکتر محمودزاده، دکتر سروش، دکتر شجاعی فرد، دکتر خورگامی، دکتر نصیری

۳- محل اجرای فرآیند:

مرکز آموزش مهارت‌های پزشکی / دانشکده پزشکی

۴- نام دانشگاه:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
تهران

۵- گروه فرآیندی:

روشهای آموزشی

۶- تاریخ اجرا (مدت اجرای فرآیند):

کارگاه از مهرماه ۱۳۷۹ شروع و تاکنون ادامه یافته است.

۷- مقدمه (هدف و اهداف اختصاصی):

مقدمه:

دانشجویان پزشکی در طول دوره دو ماهه کارآموزی بخش جراحی علاوه بر آشنایی با بیماری های جراحی و نحوه درمان آن ها لازم است با مهارت های عملی ساده ای آشنا شوند تا بتوانند در دوره کارورزی، آن مهارت ها را بکار برند.

برای آموزش این مهارت ها هیچ برنامه مشخص و ثابتی در بخش های جراحی وجود نداشت و بصورت سلیقه ای و موردی توسط بعضی اساتید انجام می شد و اکثر کارآموزان جراحی بدون اینکه هیچ آموزشی در این زمینه دیده باشند مجبور بودند در شروع کارورزی، این مهارت ها را انجام دهند و اکثر کارورزان بصورت سینه به سینه به همدیگر، نحوه انجام این مهارت ها را یاد می دادند.

از سال ۱۳۷۸ طراحی یک کارگاه مقدماتی جهت آموزش مهارت های جراحی به دانشجویان آغاز شد و چند دوره جهت دانشجویان بیمارستان امام خمینی برگزار شد و سپس توسط گروه جراحی،

برگزاری این کارگاه، جهت تمام دانشجویان جراحی دانشگاه علوم پزشکی تهران الزامی شد.

هدف: آموزش مهارت های جراحی مورد نیاز دانشجویانی که دوره کارآموزی جراحی خود را سپری می کنند.



اهداف اختصاصی:

۱. آشنایی با روش صحیح انجام مهارت های جراحی مورد نیاز یک پزشک عمومی
۲. تمرین مهارت های جراحی روی مولاژ

۸- روش اجرا:

در هفته های آغازین دوره جراحی، هر بیمارستان موظف است کارگاه دو روزه مهارت های جراحی را به صورت جداگانه، جهت دانشجویانی که در آن بیمارستان، دوره خود را می گذرانند، برگزار نمایند. در حال حاضر این کارگاه در مرکز آموزش مهارت های پزشکی، دانشکده پزشکی برگزار می گردد.

در هر دوره برگزاری کارگاه، در هر بیمارستان یکی از اساتید به عنوان مدیر دوره، انتخاب می شود و بعد از هماهنگی زمان کارگاه با مرکز آموزش مهارت ها، به کمک چند نفر دیگر از اساتید آن بیمارستان، کارگاه را برگزار می نماید.

کارگاه یک برنامه ثابت دو روزه دارد که با تغییرات جزئی در هر دوره انجام می شود. در هر روز در ابتدای جلسه مباحث تئوری بصورت خلاصه توسط اساتید بیان میشود و سپس دانشجویان بر اساس تعداد به گروه های ۵ تا ۷ نفره تقسیم می شوند. در هر روز ۵ یا ۶ ایستگاه کار عملی وجود دارد که تمام گروهها باید به نوبت در تمام ایستگاه ها حضور یابند و به انجام کار عملی بپردازند. در هر ایستگاه یکی از اساتید حضور دارند که دانشجویان را در انجام کار عملی راهنمایی می نمایند. در انتهای کار عملی همه اساتید و دانشجویان مجدداً در کلاس جمع می شوند و اساتید مشکلات رایج دانشجویان در انجام کار عملی مربوط به ایستگاه خود را گوشزد می کنند و دانشجویان نیز فرصت دارند تا سوالات خود را مطرح نمایند. در پایان برنامه دانشجویان فرصت دارند که مجدداً به ایستگاه های کار عملی باز گردند و به تمرین مهارت های یاد گرفته شده بپردازند.

۹- نتایج: پیامدهای اجرای فرآیند :

- ۱- آشنایی کامل دانشجویان با کارهای عملی که باید در دوره ی کارورزی انجام دهند
- ۲- آموزش و تمرین دانشجویان روی مولاژ باعث رعایت اخلاق پزشکی و احترام به بیمار شده است

۳- افزایش سطح توانمندی پزشکان فارغ التحصیل در انجام کارهای عملی

۱۰- سطح اثرگذاری (بخش، دانشکده، دانشگاه، کشوری، بین المللی):

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

۱۱- نتیجه گیری شامل چالش ها و مشکلات اجرایی فرآیند:

در حال حاضر کارگاه به صورت مستمر برای تمامی دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران و در هر سه بیمارستان برگزار می شود و مشکلات اجرایی آن به مرور برطرف شده است. این مشکلات شامل:

۱- همگام نمودن تمامی اساتید گروه جراحی جهت اجرای مداوم و مستمر کارگاه

۲- تهیه جزوه و کتاب برای بهتر شدن آموزش در کارگاه ها

۳- تهیه وسایل و مولاژهای مورد نیاز جهت اجرای بهتر کارگاه ها بوده است



یک روش ایستگاهی ابداعی؛ جهت ارزشیابی یکسان کارورزان جراحی بیمارستان های مختلف دانشگاه علوم پزشکی تهران

۲- صاحبان فرآیند و همکاران:

طراحی و اجرای اولیه: دکتر امیر کشوری

همکاران دائمی و مستمر:

در بیمارستان سینا: خانم دکتر ماهرخ دائمی

در بیمارستان شریعتی: آقای دکتر ابوالفضل شجاعی فرد

در بیمارستان امام خمینی: دکتر امیر کشوری

همکاران دوره‌ای: سایر اساتید گروه جراحی

۳- محل اجرای فرآیند:

مرکز آموزش مهارت‌های پزشکی دانشکده‌ی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی

درمانی تهران

۴- نام دانشگاه:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

۵- گروه فرآیندی:

ارزشیابی

۶- تاریخ اجرا (مدت اجرای فرآیند):

این روش از سال ۱۳۸۱ در دانشگاه شروع و تا کنون ادامه یافته است.

۷- مقدمه (هدف و اهداف اختصاصی):

در دوره‌ی هفت ساله پزشکی عمومی، دوره کارورزی، نسبت به دوره‌های قبل از آن از نوسانات آموزشی بیشتتری برخوردار می‌باشد. این نوسانات در ارزشیابی پایان دوره و نمره نهایی کارورزان بسیار زیاد است. این مشکل در گروه جراحی که بخش‌های متعددی وجود دارد، بسیار جدی بود و کارورزان برای آن‌که، نمره بهتری بگیرند، مایل بودند به بخش‌هایی بروند که بدون



ارزشیابی، نمره های خوبی به آنها می دادند. این مسئله باعث شده بود، بخش هایی که در پایان دوره از کارورزان امتحان می گرفتند، سخت گیر محسوب شوند و ترجیح می دادند، آنها هم بدون امتحان، و فقط بر اساس قضاوت نظری، نمره های آخر دوره کارورزان را اعلام نمایند. مدت ها بود که نمره کارورزان جراحی در تمام بخش ها بدون آن که امتحانی بدهند یا ۱۹ و یا ۲۰ بود و احساس می شد نیاز به یک ارزشیابی یکسان وجود دارد. از سوی دیگر ماهیت دوره کارورزی، به شکلی است که ارزشیابی کارورزان باید هم نحوه کارکرد آنها و هم میزان توان علمی آنها را بسنجد. به همین دلیل در گروه جراحی تصمیم گرفته شد، ۳/۵ (سه پنجم) نمره کارورزان در اختیار بخش مربوطه باشد تا نمره کارورز را بر اساس کارکرد او مشخص نمایند و ۲/۵ (دو پنجم) نمره در اختیار گروه باشد تا بر اساس یک آزمون مشترک، کارورز مورد سنجش علمی و عملی قرار گیرد و نمره او تعیین شود.

با توجه به تعداد زیاد کارورزان در هر دوره، امکان امتحان شفاهی نبود و امتحان کتبی نیز نمی توانست به خوبی تمام مهارت های مورد نیاز یک کارورز را بسنجد. لذا یک روش ایستگاهی خاص ابداع شد که هرچند ممکن است شباهت هایی با امتحان OSCE داشته باشد ولی ممکن است یک OSCE استاندارد نباشد.

هدف:

ارزشیابی یکسان علمی و عملی کارورزان جراحی در پایان دوره

اهداف اختصاصی:

- ۱- احیای ارزشیابی پایان دوره برای کارورزان جراحی
- ۲- سنجش تمام جنبه های مهارتی مورد نیاز یک کارورز جراحی در پایان دوره
- ۳- جهت دهی و ترغیب کارورزان برای کسب مهارت ها و فراگیری مطالبی که گروه آنها را لازم می داند

۸- روش اجرا:

در دانشگاه علوم پزشکی تهران کارورزان جراحی بین سه بیمارستان سینا، امام خمینی و شریعتی تقسیم می شوند. در بیمارستان سینا کارورزان بین سه بخش، در بیمارستان امام خمینی بین پنج بخش و در بیمارستان شریعتی در یک بخش تقسیم شده و مشغول به کار می شوند. تا چندی قبل دوره کارورزان جراحی در دانشگاه ما، سه ماه بود و در پایان سه ماه امتحان مشترک برگزار می شد ولی در حال حاضر چون دوره کارورزی جراحی دو ماهه شده است هر دو ماه برگزار می شود. این امتحان از سال ۱۳۸۰ برگزار می گردد و در چند سال اول، در تمام دوره-ها سوالات به صورت مشترک توسط مسئولین کارورزی هر سه بیمارستان طراحی و امتحان نیز با حضور هر سه نفر برگزار می شد ولی در حال حاضر هر دو ماه یکبار، یکی از بیمارستان ها مسئول طراحی سوالات و برگزاری امتحان می گردد.

روش امتحان:

این امتحان شامل ۱۱ ایستگاه به شرح زیر می باشد و کارورز موظف است در برگه امتحانی که از قبل طراحی شده و همراه خود به هر ایستگاه می برد، پاسخ ها را در محل های تعیین شده بنویسد.

۱- ایستگاه شرح حال:

در این ایستگاه توانایی کارورز در گرفتن شرح حال مورد سنجش قرار می‌گیرد. بعد از ورود به ایستگاه دانشجو با سوالی که روی میز قرار دارد مواجه می‌شود که نوشته شده «بیمار خانم یا آقای چند ساله با شکایت مراجعه کرده است. پنج سوال مهم در شرح حال او را بنویسید».

۲- ایستگاه معاینه:

در این ایستگاه نیز مشابه ایستگاه قبل، کارورز موظف است، پنج نکته مهم در معاینه بیماری که به او معرفی شده است در برگه امتحانی خود بنویسد.

۳- ایستگاه دستورات:

در این ایستگاه، کارورز از نظر میزان توانایی در نوشتن دستورات یک بیمار که مشکل جراحی دارد، مورد سنجش قرار می‌گیرد.

۴- ایستگاه طرز برخورد با بیماری:

در این ایستگاه کارورز با یک الگوریتم رو به رو می‌شود که برخورد با یک بیماری بر اساس آن الگوریتم نوشته شده و فقط بعضی قسمت های آن خالی می‌باشد که لازم است او قسمت های خالی را پر نماید.

۵- ایستگاه ارزیابی بیمار:

در این ایستگاه بعد توانایی کارورز در نوشتن progressive note سنجیده می‌شود. در این ایستگاه یک بیمار که subjective و objective آن نوشته شده معرفی می‌شود و کارورز از این نظر که تا چه حد می‌تواند برای بیمار معرفی شده یک Assessment قابل قبول بنویسد مورد ارزیابی قرار می‌گیرد.

۶- ایستگاه طرح درمان:

این ایستگاه که به ایستگاه قبلی وابسته می‌باشد به دنبال آن است که بدانند، کارورز برای بیمار ایستگاه قبل تا چه حد می‌تواند یک plan درمانی مناسب توصیه نماید.

۷- ایستگاه شناخت وسایل:

در این ایستگاه ۵ وسیله یا ابزار که انتظار می‌رود کارورز در طی دوره جراحی، در بخش یا اتاق عمل آنها را دیده و یا با آنها کار کرده است، وجود دارد و او موظف است بعد از رویت ابزار، به سوالاتی که در مورد آنها مطرح شده پاسخ دهد.

۸- ایستگاه شناخت بیماری ها:

در این ایستگاه، ۱۰ مورد اسلاید از بیماری های جراحی وجود دارد و کارورز باید تشخیص بیماری را بنویسد. در این ایستگاه ممکن است بعضی تشخیص های نادر هم وجود داشته باشد ولی اسلایدها از مجموعه اسلایدهایی انتخاب می‌شود که گروه جراحی قبلاً در اختیار تمام کارورزان گذاشته است.

۹- ایستگاه رادیوگرافی:

در این ایستگاه سه رادیوگرافی رایج در بخش های جراحی وجود دارد که کارورز باید بعد از رویت آنها تشخیص را در برگه امتحانی خود بنویسد.

۱۰- ایستگاه مهارت:

در این ایستگاه یکی از مهارت هایی که انتظار می‌رود که کارورز در طی دوره جراحی خود به نفعات انجام داده باشد، مورد سنجش قرار می‌گیرد. کارورز موظف است آن مهارت را در حضور



یک ناظر که یکی از اساتید جراحی است انجام دهد و تمام کاروزان آن دوره توسط یک ناظر ثابت و بر اساس معیارهایی که از قبل مشخص شده، مورد سنجش قرار می گیرند.
۱۱- ایستگاه جدول:

در این ایستگاه که در اول و آخر ایستگاه ها؛ یعنی دو بار تکرار می شود، کاروز موظف است به سوالاتی جواب دهد که پاسخ آنها فقط یک کلمه است. سوالات جدول، از کلماتی انتخاب شده اند که انتظار می رود یک کاروز جراحی در طی دوره خود در بخش جراحی به گوشش خورده باشد. علت طراحی این ایستگاه به صورت جدول آن است که کاروز با سرعت بیشتری بتواند خانه های جدول را پر نماید و تا حدی از حالت خشک امتحان کتبی نیز متفاوت باشد. در ضمن حضور همزمان تعداد زیادی از امتحان شوندگان در ایستگاه می تواند از ازدحام موجود در قبل از ورود به ایستگاه های اصلی پیشگیری نماید.

البته تعدادی از این ایستگاه ها، به صورت یک امتحان کتبی نیز قابل برگزاری می باشد ولی قطعاً تمام این توانایی-های مورد سنجش، در یک امتحان کتبی قابل ارزیابی نمی باشند. به همین دلیل این شیوه امتحانی یک امتحان OSCE استاندارد نیست ولی با توجه به شرایط کاروزان جراحی بهترین شیوه ارزشیابی از این گروه می باشد.

۹- نتایج: پیامدهای اجرای فرآیند:

این روش امتحانی تا به حال بیش از ۵۰ دوره برگزار شده است. از نتایج برگزاری این امتحان، شناسایی نقطه ضعف های کاروزان در انجام مهارت های عملی و دانش جراحی می باشد و چون همه کاروزان به طور یکسان مورد سنجش قرار می گیرند، به راحتی می توان مشکلات آموزشی آنها را مشخص نمود. مثلاً در اولین دوره های برگزاری این امتحان مشخص شد که اکثر کاروزان در تشخیص عملی رادیوگرافی های شایع بخش جراحی مانند پنوموتوراکس و انسداد روده مشکل دارند که با اطلاع رسانی به اساتید، آموزش رادیوگرافی های شایع بخش جراحی، جز برنامه های آموزشی کاروزان در بخش های جراحی قرار گرفت.

۱۰- سطح اثرگذاری (بخش، دانشکده، دانشگاه، کشوری، بین المللی):
گروه آموزشی جراحی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

۱۱- نتیجه گیری شامل چالش ها و مشکلات اجرایی فرآیند:

علیرغم استمرار ۹ ساله، این امتحان هنوز مشکلات اجرایی خاصی دارد که از این جمله می توان به عدم همکاری همه جانبه اعضای گروه جراحی در برگزاری امتحان و محدودیت در برگزاری امتحان در زمان های مناسب به دلیل افزایش فعالیت های مرکز مهارت های پزشکی اشاره نمود. عملاً برگزاری امتحان بر دوش تعداد معدودی از اعضای هیات علمی است. اخیراً طی جلسه ای با مدیر گروه جراحی راهکارهای جدیدی برای برطرف کردن این مشکلات اندیشیده شده است که امید است راهگشا باشند.

نتیجه گیری:

روش ایستگاهی فوق الذکر، علاوه بر فراهم نمودن امکان ارزشیابی یکسان کاروزان جراحی در پایان دوره، منجر به هدایت آموزشی آنها به سمت فراگیری مهارت ها و مطالبی که گروه جراحی برای آنها لازم می داند شده است.

استقرار فرآیند آموزش بالینی دانشجویان عرصه مدیریت پرستاری با تلفیق آموزش Mentorship & Preceptor ship و توانمندسازی Preceptor

۲- صاحبان فرآیند و همکاران:

عزت جعفر جلال، فرزانه نقیبی، طاهره رضوی، لعلیا مدیری، سرپرستاران بخشهای دکتر رسولی، سروش، شفا و امید خانم ها عاطفه نصیر دیوانی، لیدا شهیدی، زهره افضلی، ندا صالحی

۳- محل اجرای فرآیند:

مرکز آموزشی درمانی هاشمی نژاد

۴- نام دانشگاه:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

۵- گروه فرآیندی:

مشاوره و راهنمایی

۶- تاریخ اجرا (مدت اجرای فرآیند):

نیمسال دوم ۸۹-۸۸ و نیمسال اول ۹۰-۸۹

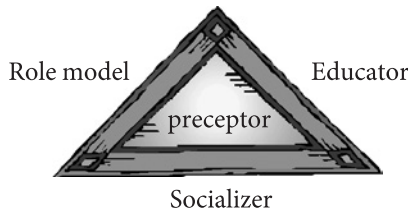
۷- مقدمه (هدف و اهداف اختصاصی):

- جهت سرپرستی دانشجویان از تلفیق دو روش آموزش بالینی Mentorship و Preceptor ship با همکاری سرپرستاران و سوپروایزران (آموزشی- بالینی) مراکز آموزشی درمانی هاشمی نژاد استفاده گردید.
- مریب مسئول یک گروه و هماهنگ کننده برنامه ها با سوپروایزران و سرپرستاران شیفت صبح و مسئولین شیفت عصر بود.
- در هر گروه جهت تمرین نقش سوپروایزر شیفت از (سوپروایزر بالینی، آموزشی و سوپروایزر کنترل عفونت بیمارستان) و از سوپروایزران عصر جهت شیفت های مربوطه استفاده گردید.



۸- روش اجرا:

- دوره کارآموزی عرصه برای دانشجویان پرستاری به منظور کسب توانمندی حرفه ای زمانی مفید و مؤثر خواهد بود که مربیان آموزشی (Mentor) با مربیان بالینی (Preceptor) به صورت هماهنگ باهم کار کنند.
 - قبل از شروع دوره کارآموزی ایجاد هماهنگی با مسئول خدمات پرستاری (مترون)
 - برگزاری جلسات بحث و گفتگو در خصوص اهداف طرح درس بالینی به منظور توجیه مربیان بالینی
 - برگزاری کارگاه آموزش بالینی و آشنا سازی و بازآموزی آموزش بالینی جهت توانمند سازی مربیان بالینی
 - تعیین محورهای اصلی مدیریت مراقبت از بیمار و مدیریت در بخش توسط مربیان آموزشی
 - تشکیل گروه کاری (سوپروایزران - سرپرستاران - اساتید و دانشجویان)
 - هدایت و راهنمایی دانشجویان در انجام وظایف براساس نیاز واقعی بیمار (محیط بالینی)
- مربیان آموزشی مسئول هدایت دانشجویان در انجام تکالیف آموزشی و دریافت گزارش از مربیان بالینی و بالاخره ارزشیابی نهایی دانشجویان را با استفاده از نظرات مسئولین هر بخش preceptor و سوپروایزران بالینی به عهده دارند.



۸- اهداف:

۱. ایجاد هماهنگی بین برنامه آموزش نظری و ارائه مراقبت های بالینی همسو با شرایط بالین
 ۲. استفاده از تجارب و مهارت های همکاران بالینی و درگیر نمودن آنان در فرآیند یاددهی-یادگیری دانشجویان.
 ۳. کاهش مدت آموزش آشنا سازی و تقلیل هزینه های آن در صورت شاغل شدن دانشجویان در آن مرکز
 ۴. استفاده بهینه از امکانات موجود و تقلیل هزینه ها
 ۵. کسب تجربه دانشجویان در شرایط واقعی کار جهت ورود به بازار کار با آمادگی و توانمندی بهتر
 ۶. استفاده از قدرت رسمی همکاران بالینی در جهت رفع مشکلات ارتباطی، رفاهی، مهارتی و... دانشجویان
- ۹- نتایج: پیامدهای اجرای فرآیند:

- تعداد ۷۰ دانشجو فرم اظهار نظر در مورد آموزش بالینی را تکمیل کردند و پیشنهادات خود را

جهت بهبود این دوره به صورت مکتوب ارائه دادند. با مربیان بالینی (سرپرستاران، سوپروایزرها) نیز مصاحبه گردید.

● فرم نظر سنجی CMS مرکز تحقیقات بیمارستان که از جنبه های مختلف رفاهی، آموزشی (دسترسی به کتابخانه، امکان پرینت مطالب علمی و...)، مناسب بودن تعداد فراگیران، نحوه برخورد پرسنل و پرستاران بود به کلیه دانشجویان داده شد پس از جمع آوری اطلاعات، نتایج به دست آمده نشان داد که اکثریت دانشجویان (۹۵٪) با توجه به حجم کاری این دوره (کارآموزی مدیریت خدمات پرستاری) رضایت خود را از آموزش بالینی اعلام نموده و اظهار داشتند که در آنان تغییر و نگرش مثبتی ایجاد شده است. اما نیاز بود دانشجویان طرح مراقبتی و ثبت و گزارش نویسی (الکترونیکی) را به طور عملی فرا گرفته و در طول دوره-های مختلف عرصه درگیری و تمرین بیشتری داشته باشند تا در دوره های کارآموزی مدیریت خدمات پرستاری و آینده شغلی خود در بخش بتوانند با توانمندی بهتر و موثرتر با استفاده از فن آوری های نوین عمل نمایند.

بهترین جنبه این دوره را (۹۹٪) درگیر شدن در شرایط واقعی کار اظهار نمودند.

پیامدهای اجرای فرآیند:

- کارآموزی شغلی زیر نظر یک مربی بالینی به دانشجویان اجازه می دهد علم و مهارتشان را بالا ببرند و آنها را قادر می سازد که مسئولیت های بزرگتری را در آینده شغلی خود عهده دار شوند.
- دانشجویان تجربیات زیادی را با بیماران مختلف و سطوح متفاوت کارکنان به دست می آورند و همچنین فرصت دارند تا با قسمت های مختلف اداری ارتباط مؤثر برقرار نمایند و خود را با موقعیت واقعی کار سازش دهند.
- اجرای برنامه کارورزی به دانشجویان کمک می کند تا تفکر انتقادی و اعتماد به نفسشان بالا رفته، احساس خستگی کمتری کنند، سطح مراقبت های پرستاری افزایش یافته، رضایت شغلی فراهم شده و ترک شغل کاهش یابد.
- ارتباط با سایر اعضا، تیم سلامت را به شکل عملی تر تجربه و تمرین می نمایند.

مزایای طرح:

- استفاده از تجارب مربیان بالینی جهت یاددهی و یادگیری بهتر دانشجویان
- همسو نمودن آموزش و درمان و کاربردی کردن مطالب فرا گرفته شده
- تمرین مهارت ها و ارتباط نزدیک با محیط واقعی کار در بالین
- درگیر شدن دانشجویان در امر یادگیری و به اجرا درآوردن برنامه های مراقبتی- درمانی بیماران
- شرکت فعال دانشجویان در راند بخش های متفاوت همراه با سوپروایزران بالینی
- تدوین برنامه های مراقبتی و تهیه گزارش نهایی ارائه تکالیف (port folio)
- تمرین نقش های جدید با استفاده از تجارب ارزنده بالین براساس مهارت های مورد نیاز (log book)

۱- سطح اثرگذاری (بخش، دانشکده، دانشگاه، کشوری، بین المللی):



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

۱۱- نتیجه گیری شامل چالش ها و مشکلات اجرایی فرآیند :

- مشغله زیاد پرستاران و فرصت اندک جهت شرکت در فرایند یاددهی- یادگیری دانشجویان شرح وظایف مدون و مشخص براساس فهرست مهارت ها (Log book) و پوشه تکالیف (portfolio)
- تنظیم برنامه آموزشی شامل محورهای اصلی درس و ارزیابی دانشجویان و بازبینی ابزار سنجش دانشجو
- وجود حمایت شغلی و اجرایی جهت همکاران بالینی و آموزشی و فراهم بودن امکانات آموزشی
- تنظیم برنامه کارگاه های آموزشی در مورد روش های آموزش بالینی و ارزشیابی دانشجو جهت آماده سازی مربیان بالینی
- تنظیم برنامه کارگاه آموزشی در مورد ارتباط موثر سازمانی با مجوز دفتر آموزش مداوم و هماهنگی دفتر پرستاری معاونت درمان
- تنظیم و اجرای کارگاه آموزش به بیمار، و جنبه های قانونی ثبت و گزارش نویسی با هماهنگی و مجوز دفتر پرستاری دانشگاه علوم پزشکی تهران
- ارتقا و اعطای پاداش به پرستاران براساس میزان مشارکت در دوره های آموزش بالینی دانشجویان
- تشویق و ترغیب پرستاران و سوپروایزرها در برنامه ریزی آموزش بالینی باشکرت دادن آنها در برنامه های آموزش مداوم دانشکده، و کنفرانس های بالینی دانشجویان
- استفاده از پرستاران بالینی در آموزش ضمن خدمت به پرستاران تازه فارغ التحصیل

Referance:

- Hallin, k & Danielson,E. Preceptor nursing students: Registered Nurses' erceptions of nursing students' preparation and study approaches in clinical education. Nurse Education Today. 2009,30:4.pp:296-302.
- Watson,R, Deary, I. J , Hoogbruin, A.L, Vermeijden, W, Rumeu, C, Benunza, M, Barbarin,B, MacDonald,J&McCready,T. Perceptions of nursing: a study involving nurses, nursing students, patients and non-nursing students. International Journal of Nursing Studies .2003, 40: 2. Pp: 133-144
- Warren,A.L&Deham,S.A.Relationships between formalized preceptor orientation and student outcomes.Teachingand learning in nursing. 2010,5:4.pp:4 -11
- Burns,c, Beauchesne, M, Ryan Krause, P,& Sawin, K. Mastering theP-receptor Role:Challenges ofClinical Teaching . Journal of Pediatric Health Care.2006, 20 :3. pp:172-182
- Freiburger, O. A tribute to clinical preceptors. Journal for Nurses in Staff Development. 2001, 17, : 6.pp: 320-327.
- Alfaro-LeFevre, R. Improving your ability to think critically. 2002. SpectrumCareer Fitness Online.
<http://nsweb.nursingspectrum.com/ce168.htm>



-Sullivan, E, j and Decker, P. Effective management in nursing . 2006.2nd edition, Wesley.co

-Ohrlin,K. & Hallberg, I. Student nurses' lived experience of preceptorship. International Journal of Nursing Studies. 2000, 3,pp: 13-23

- Finkel. A.Preceptor ship :key to success, RNAO .Practice . 2005;3(1)

Jarjoura, J. Mentorship: key part of nursing practice.2003, pp: 23

-Nursing research critique. Available at: www.csuhayward.edu/ecat/current/u-nurs.html,

- Michigan 2005-2010: Actions to Avert .. Available at: www.michigan.gov/documents/nurse1_151632_7.pdf

-preceptor workshops for preparation for the New Graduate Residency Program and Charge Nurses. Available at: www.ihatoday.org/issues/workforce/workoport.html

- Department of Health and Wellness.Nursing Service and Resource Management Plan.July 2004.by management Dimension . Available at: www.gnb.ca/.../Nursing_Service_Resource_Management_Plan-e.pdf

Cano,J. Leadership for Learning. October 2005. Available at: - www.srs-mcmaster.ca/Portals/20/pdf/cv/Winn_cv2.pdf

-clinical practice, business and leadership. Available at: www.coloradoperinatalcarecouncil.com/.../cpccexecutivecommittee.html

۱- عنوان فرآیند: طراحی و ارزیابی یک دوره آموزش دندانپزشکی مبتنی بر شواهد برای دانشجویان دندانپزشکی

۲- صاحبان فرآیند و همکاران:

دکتر محمد رضا خامی، دکتر احمد جعفری، دکتر زهرا شمشیری، دکتر رضا یزدانی، دکتر آناهیتا مسکوچی، دکتر انسیه اخگری، دکتر مریم الیاسی

۳- محل اجرای فرآیند:

دانشکده دندانپزشکی، گروه سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی

۴- نام دانشگاه:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

۵- گروه فرآیندی:

تدوین برنامه ی آموزشی / ارزشیابی

۶- تاریخ اجرا (مدت اجرای فرآیند):

۳سال

۷- مقدمه (هدف و اهداف اختصاصی):

به دلیل پیشرفت در فناوری اطلاعات و حجم انبوه مقالات چاپ شده، تجربه بالینی مبتنی بر شواهد امروزه در علوم پزشکی و دندانپزشکی مورد توجه قرار گرفته است. هدف از این تجربه، استفاده سیستماتیک و اصولی از شواهد علمی موجود در تصمیم‌گیری‌های بالینی در بیماران می‌باشد. این تجربه در دندانپزشکی به دندانپزشک کمک می‌کند تا از بهترین شواهد موجود در پیشینه‌های تحقیقاتی برای درمان بیماران استفاده نماید. براین اساس، برخی دانشکده‌های دندانپزشکی آموزش به شیوه دندانپزشکی مبتنی بر شواهد را مد نظر قرار داده‌اند. هدف از فرآیند حاضر، طراحی یک دوره آموزش دندانپزشکی مبتنی بر شواهد برای دانشجویان دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران و ارزیابی تأثیر آن بر دانش، نگرش و عملکرد self-reported دانشجویان، همچنین ارزیابی رضایتمندی دانشجویان از برگزاری دوره بوده است.



۸- روش اجرا:

با بازنگری منابع موجود مرتبط و بر اساس اصول طراحی برنامه های آموزشی یک دوره آموزش دندانپزشکی مبتنی بر شواهد در سال ۱۳۸۶ برای دانشجویان دندانپزشکی طراحی شد. در طول دو دوره برگزاری و بر اساس بازخوردهای دانشجویان اصلاحات لازم در آن انجام گرفت و در سال سوم به شکل زیر ارائه گردید:

مشخصات دوره آموزشی EBD

طرح درس دوره شامل:

۱. اهداف آموزشی

الف- کلی:

۱. آشنایی با EBD و مراحل مختلف آن
 ۲. آشنایی با نحوه انجام هر یک از مراحل EBD
 ۳. توانایی استفاده از ابزار EBD برای پاسخگویی به مسائل کلینیکی و جامعه‌نگر
- ب- اختصاصی:
۱. انتظار می‌رود که فراگیران در پایان این دوره آموزشی بتوانند:
 ۱. سه دلیل برای لزوم به روز بودن اطلاعات علمی دندانپزشکان بیان کنند.
 ۲. انواع منابع مورد استفاده برای کسب آخرین اطلاعات علمی تخصصی را نام برده و مزایا و معایب استفاده از هر کدام را بیان کنند.
 ۳. EBD را تعریف کرده و حداقل دو دلیل برای لزوم آشنایی دندانپزشکان با آن بیان کنند.
 ۴. مراحل مختلف روش EBD را نام ببرند.
 ۵. انواع مسائلی را که برای یک دندانپزشک در مطب پیش می‌آید، تقسیم بندی کنند.
 ۶. اجزا، تعریف مشکل به روش EBD را نام برده و تعریف کنند.
 ۷. با دانستن کلیات یک مساله کلینیکی، آن را در قالب تعریف مشکل به روش EBD بیان کنند.
 ۸. انواع بانک های اطلاعاتی مورد استفاده در روش EBD را نام ببرند.
 ۹. با دانستن یک مساله کلینیکی، بتوانند کلیدواژه های MeSH مرتبط را در سایت PubMed پیدا کنند.
 ۱۰. با استفاده از راهبردهای مختلف محدودسازی، نتایج جستجوی مقالات در سایت PubMed را اختصاصی تر کنند.
 ۱۱. با استفاده از روشهای صحیح جستجو، بتوانند حداقل ۵ مقاله مرتبط با یک مساله کلینیکی یا جامعه‌نگر را در سایت Pubmed پیدا کنند.
 ۱۲. انواع مختلف مطالعات و مقالات را از نظر میزان اعتبار شواهد درجه‌بندی کنند.
 ۱۳. معیارهای نقد مقالات مرور سیستماتیک و کارآزمایی بالینی را به طور کامل بیان کنند.
 ۱۴. حداقل چهار معیار برای نقد سایر مقالات ذکر کنند.
 ۱۵. با مطالعه یک مقاله، آن را نقد کنند.
 ۱۶. نتایج نقد مقالات را برای پاسخگویی به مسائل کلینیکی و جامعه‌نگر به کار ببرند.



۱۷. با استفاده از روش EBD به یک مساله کلینیکی یا جامعه‌نگر پاسخ دهند.

۲. محتوای آموزشی

- Hand out اسلایدهای مدرسین و جزوه آموزشی تهیه شده.

۳. نحوه اجرای برنامه آموزشی

- جلسات آموزشی این دوره به صورت کارگاهی و طی ۴ جلسه برگزار شد. در جلسه اول سخنرانی اولیه آشنایی با EBD، راهنمایی دانشجویان برای مطالعه منابع و انتخاب موضوع ارائه گردید و دانشجویان به گروههای ۲ یا ۳ نفره جهت انتخاب موضوع و ارائه مقالات تقسیم بندی شدند. در جلسه دوم بحث گروهی در مورد EBD و آموزش search مقالات در pubmed ارائه شد. جلسه سوم به کار گروهی search و انتخاب مقالات و آموزش نحوه نقد مقالات اختصاص یافت و نهایتاً در جلسه چهارم دانشجویان (در قالب گروههای از پیش تعیین شده) به ارائه مقالات یافته شده در ارتباط با موضوع انتخابی خود پرداختند و سپس نقد مقالات ارائه شده توسط دانشجویان بعمل آمد.

۴. امکانات مورد نیاز

علاوه بر امکانات معمولی ارائه سخنرانی (شامل وایت برد و ماژیک، رایانه متصل به اینترنت و ویدئو پروژکتور) برای مدرس، برای هر یک از چهار گروه دانشجویان نیز نیاز به یک رایانه متصل به اینترنت (به جز جلسه آخر) می‌باشد.

۵. روش ارزشیابی

در پایان نیز با ارزیابی اطلاعات دانشجویان گروه مداخله (دانش و نگرش) پس از گذراندن دوره و مقایسه با اطلاعات حاصل از گروه مقایسه و اخذ بازخورد از دانشجویان در ارتباط با روش اجرا با هدف ارزیابی دوره ارائه شده، دوره مورد بازبینی و نقد قرار می‌گیرد.

جهت ارزیابی این برنامه آموزشی در یک تحقیق مداخله‌ای شاهددار، ۴۳ دانشجوی ترم ۹ دندانپزشکی تهران (گروه مورد) و ۲۲ دانشجوی شهید بهشتی (گروه شاهد) انتخاب و دانشجویان گروه مورد در این دوره شرکت کردند و امتیازات آگاهی، نگرش و دانش - self-assessed دانشجویان دو گروه در قبل و بعد از اجرای دوره با استفاده از پرسشنامه تعیین شد. دو سوال نیز در زمینه تعیین عملکرد self-reported دانشجویان در پرسشنامه وجود داشت. پرسشنامه گروه مداخله حاوی سوالاتی در مورد رضایت مندی از برگزاری دوره نیز بود. امتیازات دانشجویان دو گروه با یک معیار ۵ قسمتی تعیین و تغییرات روی داده در امتیازات دو گروه با آزمون t-test و اثرات متغیرهای سن، جنس و گروه‌بندی بر نتایج با آنالیز رگرسیون ارزیابی شد.

قابل ذکر است شرکت کنندگان در این دوره قبلاً در هیچ دوره دندانپزشکی مبتنی بر شواهد شرکت نکرده بودند و این دوره، اولین دوره برای آنها با این موضوع و محتوا بوده است.



۹- نتایج : پیامدهای اجرای فرآیند :

دانشجویان شرکت کننده در دوره EBD، بهبودی بیشتری از نظر میانگین مجموع امتیازات آگاهی، نگرش و دانش self-assessed در مقایسه با نمونه‌های شاهد تجربه کردند (به ترتیب: $p/0.001 >$ ، $p/0.005 >$ و $p/0.001 >$). این مساله در مورد عملکرد self-reported هم صادق بود. از میان متغیرهای مختلف، فقط جنس نمونه‌ها اثر آشکاری در تغییرات امتیازات آگاهی داشت ($p=0.042$). علاوه بر این، دانشجویان دو گروه نگرش مثبتی نسبت به آموزش به شیوه EBD داشته‌اند. نتایج تحقیق نشان دهنده دستیابی به اهداف از پیش تعیین شده دوره آموزشی EBD در میان دانشجویان بوده و ارزیابی کوتاه مدت نشان داد که شرکت در دوره آموزشی توانسته بود موجب بهبود آگاهی، نگرش و عملکرد دانشجویان در ارتباط با جنبه‌های مختلف موضوع شود. براین اساس، می‌توان با در نظر گرفتن نتایج تحقیق نسبت به طراحی دوره‌های مشابه برای دانشجویان و انجام برخی اصلاحات در کوریکولوم آموزشی دندانپزشکی اقدام نمود.

۱۰- سطح اثرگذاری (بخش، دانشکده، دانشگاه، کشوری، بین المللی):

دانشکده دندان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

۱۱- نتیجه گیری شامل چالش‌ها و مشکلات اجرایی فرآیند :

تردیدی نیست برخی محدودیت‌ها نظیر کمبود زمان و امکانات مالی، اجرای روش‌های آموزشی مبتنی بر شواهد در پزشکی یا دندانپزشکی را محدود ساخته است، چیزی که در تحقیقات متعددی گزارش گردیده است (۳۵،۶). از آنجا که موضوع دندانپزشکی مبتنی بر شواهد فقط در قالب درس دندانپزشکی جامعه نگر به دانشجویان در دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران ارائه می‌گردد، دانشجویان از فرصت کافی برای آموزش‌های بیشتر در این زمینه برخوردار نیستند. لازم به یادآوری است که اجرای آموزش به روش دندانپزشکی مبتنی بر شواهد مستلزم زمان کافی و امکاناتی نظیر دستیابی به کامپیوتر و دسترسی مناسب به اینترنت بوده و همزمان اساتید مجرب و متبحری در این زمینه مورد نیاز هستند که شاید تمامی دانشکده‌های دندانپزشکی نتوانند از عهده این کار برآیند.

برقراری نظام نظرخواهی مستمر از دانشجویان پزشکی در خصوص آموزش بالینی در بیمارستان دکتر شریعتی



۲- صاحبان فرآیند و همکاران:

ژامک خورگامی، احمدرضا سروش،
جواد میکاییلی، رضا ملک‌زاده

۳- محل اجرای فرآیند:

بیمارستان دکتر شریعتی

۴- نام دانشگاه:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات

بهداشتی درمانی تهران

۵- گروه فرآیندی:

ارزشیابی

۶- تاریخ اجرا (مدت اجرای فرآیند):

فرآیند از مهرماه سال ۱۳۸۵ به طور متوالی تا بهمن ۱۳۸۹ انجام گرفته است.

۷- مقدمه (هدف و اهداف اختصاصی):

مراکز آموزشی - درمانی وابسته به دانشگاه‌ها متشکل از بخش‌های متعدد بالینی هستند که یکی از عملکردهای آنان آموزش دانشجویان پزشکی در دوره بالینی می‌باشد. تجربه نشان داده است که عملکرد بسیاری از بخش‌ها در طول زمان متغیر است و بسته به شرایط بخش تغییر می‌کند. از جمله عوامل مؤثر در آموزش دانشجویان، می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: ترکیب اعضای هیأت علمی فعال، نگرش و عملکرد مسؤؤل دانشجویان بخش، برنامه‌های موجود در بخش، پایبندی بخش به اجرای برنامه‌ها، دستیاران بخش و جدیت وظایف آموزشی آنان. در نتیجه، نه تنها عملکرد آموزشی بخش‌های گوناگون در یک بیمارستان آموزشی بسیار متفاوت است بلکه در طول ترم‌های متوالی، عملکرد هر بخش متغیر است و اهداف آموزشی هر بخش به درجات مختلفی تحقق می‌یابد.

مدیریت آموزش در چنین ساختاری با مشکل عمده‌ای مواجه می‌باشد چرا که به علت استقلال بخش‌ها، مداخله در برنامه و فرآیندهای آموزشی کمتر ممکن است. از طرف دیگر امکان ارزیابی‌های دوره‌ای به علت نیاز به منابع انسانی زیاد و مهمتر از آن، مقاومت‌های موجود در رؤسای بخش‌ها عملی نمی‌باشد. بنابراین ارائه هرگونه بازخورد به بخش‌ها در خصوص ضعف‌های آموزشی موجود با تردید و تبعات خاصی همراه خواهد بود و مدیریت بر عملکرد آموزشی این مراکز به علت وجود مقاومت در تغییر فرآیندهای آموزشی در هر بخش بالینی، با چالش‌های متعددی روبرو می‌باشد.

به دنبال مشکل فوق، حوزه ریاست بیمارستان شریعتی که یکی از اولویتهای آن، بهبود آموزش بالینی ارائه شده در بیمارستان می‌باشد به دنبال راه‌اندازی نظامی برای کسب اطلاعات از وضعیت آموزشی بخش‌ها برآمد (هدف) به گونه‌ای که نتایج آن به صورت مستند و علمی قابل ارائه باشد و همچنین نتایج آن به صورت کمی قابلیت مقایسه بین بخش‌های مختلف را در یک زمان و تغییرات عملکرد یک بخش در طول زمان را نشان دهد (اهداف اختصاصی). در این راستا نظامی برای جمع‌آوری نظرات

دانشجویان طراحی شد. از آن جا که دانشجویان پزشکی خدمت‌گیرندگان اصلی فرآیند مورد نظر هستند، به نظر می‌رسد که نظرات آنان از اهمیت به‌سزایی برخوردار باشد و تا حدود زیادی با نتایج یک ارزیابی جامع نزدیک باشد.

در این نظام نظرخواهی، نظرسنجی‌های کمی دوره‌ای از دانشجویان در هر ترم تحصیلی انجام شده و بازخورد آن به مسوولان آموزشی بخش‌ها داده می‌شود. تأثیر این مداخله بر رضایتمندی دانشجویان از کیفیت آموزش در طول زمان نیز ارزیابی شد.

۸- روش اجرا:

برای نظرسنجی از دانشجویان ۱۲ بخش مختلف بیمارستان دکتر شریعتی تهران، پرسشنامه مکتوبی با پاسخدهی بر اساس طیف لیکرت از ۱ (بسیار بد) تا ۵ (بسیار خوب) طراحی شد. این پرسش‌ها بر مبنای استانداردهای بین‌المللی آموزش پزشکی WFME طراحی شد. سؤالات در حیطه‌هایی مطرح شد که به آموزش در بخش بالینی مرتبط بودند. این حیطه‌ها عبارت بودند از: رسالت و اهداف، برنامه آموزشی، پیامد آموزشی، ارتباط با حرفه پزشکی، مشارکت دانشجویان، علوم بالینی و مهارت‌ها، علوم اجتماعی و رفتاری، حمایت دانشجویان و مشاوره، روش‌های ارزشیابی، و ارتباط بین یادگیری و ارزشیابی (جدول ۱).

جدول ۱ - حیطه‌های مرتبط در استانداردهای بین‌المللی آموزش پزشکی WFME که در پرسشنامه آورده شدند.

- رسالت و اهداف (objectives and mission)
- پیامد آموزشی (outcome educational)
- مشارکت دانشجویان در تدوین اهداف (students of participation objectives of formulation in)
- برنامه آموزشی (program educational)
- ارتباط با حرفه پزشکی (practice medical with linkage)
- علوم اجتماعی و رفتاری و اخلاق پزشکی (social and behavioral ethics medical and sciences)
- علوم بالینی و مهارت‌ها (skills and science clinical)
- منابع آموزشی (Resources Educational)
- دانشجویان (Students)
- حمایت دانشجویان و مشاوره (counse - and support student ing)
- ارزشیابی دانشجو (students of Assessment)
- روش‌های ارزشیابی (methods assessment)
- ارتباط بین یادگیری و ارزشیابی (assessment between relation learning and)

پرسشنامه از نظر روایی بررسی شد و اعتبار محتوایی آن نیز با نظر صاحبان نظران بررسی و تأیید شد. اعتبار محتوایی (content validity) با استفاده از نظر ۱۴ نفر از صاحبان نظران مورد بررسی قرار گرفت (Expert opinion) و پرسشنامه اولیه که حاوی ۱۸ سؤال بود بازبینی شد و ۵ سؤال اصلاح شد. در پایلوت اولیه، روایی پرسشنامه با استفاده از دو روش Cronbach's Alpha و Reliability Split-Half بررسی شد که مورد قبول بود. در Split-Half Reliability میزان $r = 0.912$ و $\text{Cronbach's Alpha} = 0.928$ بود. از دوره دوم اجرای نظرسنجی، با نظر شورای آموزش دانشجویی بیمارستان، دو سؤال حذف شد. جدول ۲ نمایانگر پرسش‌های نهایی می‌باشد.

جدول ۲ - سؤالات پرسشنامه

مشخص بودن برنامه زمانی و مکانی مشخص برای آموزش دانشجویان

مشخص بودن «اهداف ضروری» جهت مطالعه دانشجویان در بخش مربوطه

مشخص بودن اهداف آموزشی مهارت‌های عملی

اولویت به آموزش موارد شایع و در حیطه پزشک عمومی

آموزش با تأکید بر موارد کاربردی و متفاوت از کلاس‌های نظری دانشگاه

توجه به آموزش موارد اورژانس رشته مربوطه

توجه به نظرات دانشجویان

آموزش مهارت‌های عملی لازم

درگیر کردن دانشجو در معرفی بیمار، ارائه کنفرانس و مقاله

آموزش بالینی در بالین بیمار در بخش

آموزش بالینی در درمانگاه

اجرای منظم برنامه آموزشی دانشجویان

مشخص بودن مسوول مستقیم دانشجویان

بررسی log book ها و دادن بازخورد مناسب به دانشجو

مشخص بودن نحوه محاسبه نمره نهایی بخش

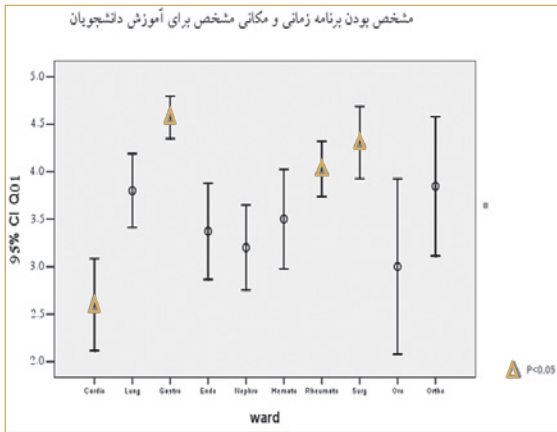
ارزیابی مناسب بر اساس آموزش‌های داده شده

نظرسنجی از مهرماه سال ۱۳۸۵ به طور متوالی انجام گرفته است. نظرسنجی از تمام دانشجویانی که در این مرکز دوره کارآموزی خود را می‌گذرانند، در پایان چرخش هر بخش بالینی انجام می‌شود. برای انجام نظرسنجی، روال اجرایی مشخصی طراحی شد به طوری که در پایان هر چرخش (rotation)، منشی آموزشی هر بخش مسوول ارائه و جمع‌آوری پرسشنامه‌های مذکور هستند. برای اجرای صحیح این امر، آموزش‌های لازم داده شده و هماهنگی و نظارت توسط کارشناسان معاونت آموزشی صورت می‌گیرد و اعضای هیأت علمی بخش‌ها در این امر مداخله‌ای ندارند.



در هر ترم تحصیلی متوسط نمرات داده شده به هر بخش و در هر پرسش، محاسبه و بخش‌هایی که به طور معنی‌داری نمرات آن‌ها از متوسط کل نمرات بالاتر یا پایین‌تر بودند به تفکیک هر پرسش مشخص می‌شوند. میانگین هر سؤال به تفکیک بخش‌ها بررسی شده و بخش‌هایی که با $P\text{ Value} < 0.05$ بالا یا پایین متوسط هستند مشخص می‌شوند. سپس با محاسبه میانگین کلی هر بخش، بخش‌هایی که به طور کلی از میانگین کل بیمارستان به طور معنی‌داری متفاوت هستند مشخص می‌شوند و به این ترتیب، بخش‌های قوی و ضعیف تعیین می‌گردند. نمونه‌هایی از گزارش‌ها در شکل‌های ۱ تا ۴ آورده شده‌اند.

شکل ۱- نمره هر بخش در هر سؤال به تفکیک بخش‌ها، بخش‌های متفاوت از میانگین به طور آماری مشخص شده‌اند.



شکل ۲- نمره هر بخش در هر سؤال و مقایسه آن با میانگین کلی. بخش‌هایی که میانگین هر سؤال برای آنان به طور معنی‌داری بالاتر یا پایین‌تر از میانگین کلی بوده است مشخص شده‌اند. میانگین کلی هر بخش و هر سؤال نیز مشخص است.

به نام خدا

نظرسنجی از دانشجویان پزشکی در خصوص وضعیت آموزش بخش‌های بالینی مرکز آموزشی-پژوهشی و درمانی دکتر شریعتی - زمستان ۸۶
(کامپیوتری، مقیاس لیکرت، ۵ امتداد، جهت آمیبارید)

پرسش	بسیار خوب	خوب	متوسط	ضعیف	بسیار ضعیف
تخصصی بودن برنامه زمانی و مکانی مشخص برای آموزش دانشجویان	3.81	3.47	2.86	3.88	3.13
تخصصی بودن تجهیزات آموزشی جهت مطالعه دانشجویان	3.53	2.04	2.86	3.41	2.97
تخصصی بودن کارکن آموزشی برای آموزش دانشجویان	3.75	3.03	2.19	3.34	2.22
آزاد بودن آموزش دانشجویان از سایر رشته‌ها	3.25	3.00	2.75	3.25	2.75
آموزش کارگاه، کارگاه آموزشی و کارگاه‌های آموزشی	3.53	3.13	2.63	3.72	3.41
نوع و کیفیت برنامه آموزشی بیمارستان	2.71	2.59	2.19	1.63	2.47
نوع و کیفیت آموزش دانشجویان	3.00	2.91	2.47	2.97	3.00
آموزش کارگاه‌های آموزشی	2.49	2.76	2.11	3.63	2.34
مدیران آموزشی در بررسی مدارک آموزشی و نگاه	2.31	3.53	2.80	3.58	1.81
آموزش کارگاه‌های آموزشی در بیمارستان	2.19	4.00	3.31	3.91	1.68
آموزش کارگاه‌های آموزشی	2.75	3.53	2.78	4.00	2.13
آموزش کارگاه‌های آموزشی	3.84	3.44	2.38	3.75	3.09
تخصصی بودن آموزش دانشجویان	4.13	4.13	2.41	4.16	3.31
آموزش کارگاه‌های آموزشی	3.77	3.25	3.52	2.59	1.90
آموزش کارگاه‌های آموزشی	3.03	3.07	2.32	2.48	2.46
آموزش کارگاه‌های آموزشی	3.19	3.29	2.59	3.97	3.19
آموزش کارگاه‌های آموزشی	3.12	3.26	2.37	3.39	2.68
تخصصی بودن آموزش دانشجویان	2.56	2.76	1.95	3.38	2.57

* به علت تعداد کم پاسخ‌دهندگان نمرات بعضی زمان از نظر آماری معنی‌دار نیست.

□ P Value < 0.05 (بیشتر از میانگین کل) معنی‌دار است. □ P Value < 0.05 (کمتر از میانگین کل) معنی‌دار است.



شکل ۳ - روند تغییر معنی‌دار هر بخش نسبت به ترم قبل

به نام خدا
نظرسنجی از دانشجویان پزشکی در خصوص وضعیت آموزش بخش‌های بالینی مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی دکتر شریعتی - تهران و ناکسان AP

مورد	قب	به	تغییر	میان	دوستان	جراسی	ارتوبدی	ارتوبدی	اصناف	معنی
۱. مشخص بودن برنامه زمانی و مکانی مشخص										
۲. مشخص بودن اهداف آموزشی، جهت مطالعه دانشجویان										
۳. مشخص بودن اهداف آموزشی مهارت‌های عملی										
۴. اولویت به آموزش موارد شایع و در حیطه پرستار عمومی										↑
۵. آموزش با تاکید بر موارد کاربردی و مناسبات از کتاب‌های نظری										↑
۶. توجه به آموزش موارد آموزشی رشته مربوطه										
۷. توجه به نظرات دانشجویان										
۸. آموزش مهارت‌های عملی لازم										
۹. درگیر کردن دانشجو در معرفی بیمار، ارائه کنفرانس و مطالعه										
۱۰. آموزش بالینی در باین بیمار در بخش										
۱۱. آموزش بالینی در درمانگاه										
۱۲. اجرای منظم برنامه آموزشی دانشجویان										
۱۳. مشخص بودن مسئول منتظم دانشجویان										
۱۴. بررسی big book ها و دکان بازخورد مناسب به دانشجو										
۱۵. مشخص بودن نحوه محاسبه نمره بالینی بخش										
۱۶. ارزیابی مناسب بر اساس آموزش‌های داده شده										
جمع										

↓ کاهش معنی دار نسبت به ترم گذشته (P Value= 0.05)
↑ افزایش معنی دار نسبت به ترم گذشته (P Value= 0.05)

شکل ۴ - جمع‌بندی نظرسنجی‌های هر ترم تحصیلی

جمع بندی نظرسنجی از دانشجویان پزشکی در خصوص وضعیت آموزش بخش‌های بالینی مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی دکتر شریعتی

موضوع	بخش‌های زیر متوسط P Value < 0.05	بخش‌های بالای متوسط P Value > 0.05
مشخص بودن برنامه زمانی و مکانی مشخص برای آموزش دانشجویان	قب	کوارش، روماتولوژی، جراحی
مشخص بودن اهداف آموزشی، جهت مطالعه دانشجویان در بخش مربوطه	قب	کوارش، ریه، روماتولوژی، جراحی
مشخص بودن اهداف آموزشی مهارت‌های عملی	قب و خون	روماتولوژی و ارتوبدی
اولویت به آموزش موارد شایع و در حیطه پرستار عمومی	قب و خون	روماتولوژی، جراحی و ارتوبدی
آموزش با تاکید بر موارد کاربردی و مناسبات از کتاب‌های نظری	قب، فلورولوژی و خون	جراحی و ارتوبدی
توجه به آموزش موارد آموزشی رشته مربوطه	قب، ریه، غده و خون	ارتوبدی
توجه به نظرات دانشجویان	قب و خون	روماتولوژی، جراحی
آموزش مهارت‌های عملی لازم	قب، ارتوبدی و خون	روماتولوژی و ارتوبدی
درگیر کردن دانشجو در معرفی بیمار، ارائه کنفرانس و مطالعه	قب، ریه و خون	کوارش، جراحی
آموزش بالینی در باین بیمار در بخش	قب، ریه و خون	کوارش، روماتولوژی، ارتوبدی
آموزش بالینی در درمانگاه	ریه و خون	روماتولوژی و ارتوبدی
مشخص بودن مسئول منتظم دانشجویان	قب و خون	ریه، روماتولوژی، جراحی
بررسی big book ها و دکان بازخورد مناسب به دانشجو	قب، غده و خون	کوارش، جراحی، ارتوبدی
مشخص بودن نحوه محاسبه نمره بالینی بخش	قب، غده، ارتوبدی و خون	کوارش، جراحی، ارتوبدی
ارزیابی مناسب بر اساس آموزش‌های داده شده	قب، ارتوبدی و خون	کوارش، ریه، روماتولوژی، جراحی و ارتوبدی
مجموع نظرات	قب و خون	کوارش، روماتولوژی، جراحی و ارتوبدی

در پایان هر ترم مدیران ارشد بیمارستان، نتایج بررسی را به رؤسای بخش‌ها و مسوولان آموزشی بخش‌ها بازخورد می‌دهند. بازخوردها هم به صورت مکتوب و هم در شورای آموزش دانشجویی مرکز با حضور مسوولان آموزشی هر بخش و رییس و معاون آموزشی بیمارستان ارائه می‌شود و در طی جلسه راهکارهای لازم جهت اصلاحات لازم در هر بخش پیشنهاد می‌گردد.

۹- نتایج: پیامدهای اجرای فرآیند:

از مهر ۱۳۸۵ تا شهریور ۱۳۸۹، ۱۷۹۵ پرسشنامه از دانشجویان ۱۲ بخش بالینی بیمارستان

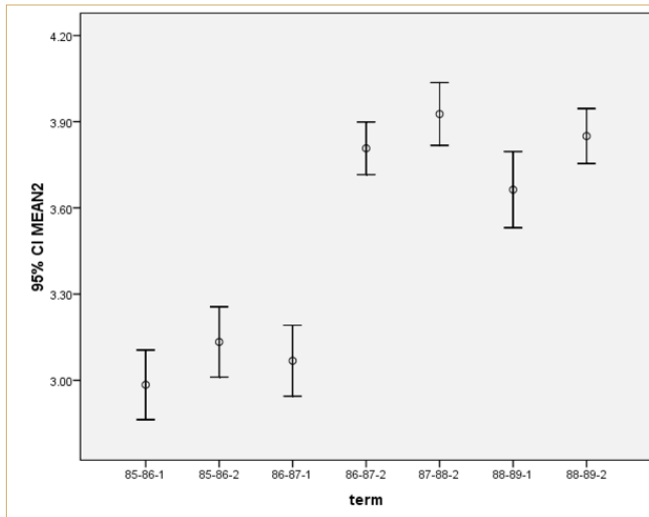


مجله
پژوهشی
پزشکی
توسعه

شریعتی جمع‌آوری شده است که میزان پاسخگویی ۹۱٪ بوده است. متوسط نمرات ارایه شده به کل بخش‌های آموزشی $1 \pm 3/5$ بود. نمرات ارائه شده به بخش‌های مختلف توسط دانشجویان، با نظر کلی مسؤولان آموزشی بیمارستان در خصوص بخش‌های بالینی منطبق بود و همچنین با نتایج نظرخواهی به روش گروه‌های متمرکز (Focus group study) همخوانی داشت. در دوره‌های ابتدایی نظرخواهی، مسؤولان بخش‌های با میانگین کمتر از متوسط، صحت این اقدام را مورد تردید قرار دادند ولی با تأکید ریاست مرکز و معاونت آموزشی بر اهمیت نظر دانشجویان به عنوان یکی از ابزارهای ارزیابی، رویکرد بخش‌ها به موضوع تغییر کرد و همگی در راستای بهبود نقاط ضعف خود برآمدند.

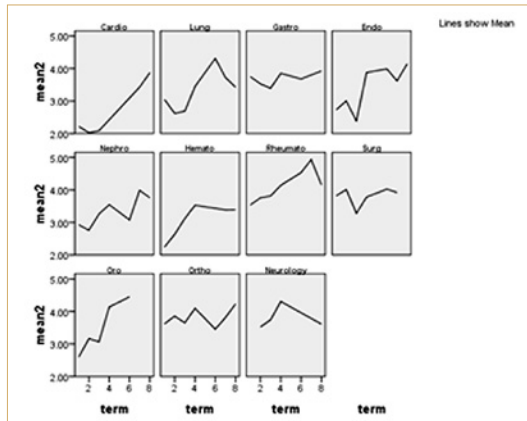
در این مدت، شاهد افزایش رضایت دانشجویان از اجزای آموزشی بودیم. میانگین نمرات در ترم‌های متوالی به ترتیب زمانی عبارت بودند از $1/05 \pm 2/98$ ، $0/96 \pm 3/13$ ، $1/03 \pm 3/07$ ، $0/86 \pm 3/81$ ، $0/92 \pm 3/92$ و $0/7 \pm 3/7$ و $3/8 \pm 0/7$ (شکل ۵) که نشان می‌دهد رضایتمندی دانشجویان در ترم‌های اخیر به نسبت ترم‌های تحصیلی قبلی به طور معنی‌داری بیشتر شده بود ($P \text{ Value} < 0.0001$). تحلیل نمرات هر پرسش به تفکیک بخش و ترم تحصیلی با آزمون‌های چند متغیره نیز نشانگر ارتقای رضایت دانشجویان در ۱۲ مورد از ۱۶ مورد بود.

شکل ۵ - نمره نظرخواهی کل دانشجویان به تفکیک ترم تحصیلی



در ابتدای طرح، واکنش بخش‌های با نمرات کمتر، بیشتر نفی کردن نتایج بود ولی در ترم سوم و چهارم روند اصلاح برنامه‌ها و فرآیندهای آموزشی مشهود بود. سیر صعودی افزایش نمرات در بخش‌های با نمرات اولیه کمتر، مشهود است (شکل ۶).

شکل ۶ - سیر نمرات نظرخواهی به تفکیک هر بخش



اقدامات اصلاحی در بخش‌ها، توسط معاونت آموزشی مورد بررسی قرار گرفت که مهمترین آن‌ها در جدول ۳ آورده شده‌اند.

جدول ۳ - اقدامات اصلاحی صورت گرفته در بخش‌ها

تدوین برنامه زمانی و مکانی مشخص برای آموزش دانشجویان

تعیین مسوول دانشجویان از افراد با انگیزه

بازنگری برنامه دوره و «اهداف» بخش‌ها

اهمیت به آموزش مهارت‌های عملی

حذف آموزش‌های نامرتب با پزشک عمومی

برقراری کشیک‌های آموزشی در اورژانس

برقراری راند آموزشی اساتید در اورژانس

کاهش موارد بی‌تفاوتی و بی‌احترامی نسبت به دانشجویان

دادن نقش فعالتر به دانشجو در بخش

افزایش و تقویت راندهای بالینی به ویژه در بخش‌های جراحی

افزایش آموزش سرپایی و ساختارمند کردن آن

اجرای منظم برنامه آموزشی دانشجویان

استفاده از log book‌ها به طور لازم و کافی همراه با بازخورد مناسب

بازنگری در روش‌های ارزیابی حین (formative) و پایان دوره (summative)



نکنته قابل ذکر این که در طول این مدت، این اقدام تنها مداخله ستاد بیمارستان در خصوص آموزش بالینی دانشجویان بوده است و نتایج حاصله را نمی‌توان به سایر اقدامات نسبت داد. نتایج اقدام فوق در کنگره بین‌المللی آموزش پزشکی سال ۱۳۸۷ کیش با حضور صاحب‌نظران و مسؤولان فدراسیون جهانی آموزش پزشکی، در قالب سخنرانی ارائه شد که مدارک آن به پیوست است.

۱۰- سطح اثرگذاری (بخش، دانشکده، دانشگاه، کشوری، بین‌المللی):

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

۱۱- نتیجه‌گیری شامل چالشها و مشکلات اجرایی فرآیند:

چالشهای پیش رو عبارت بودند از:

”مقاومت در تغییر فرآیندهای آموزشی در بخشهای بالینی“ بود که با مشکلات متعددی روبرو می‌شد.

همچنین در ابتدا، مسؤولان بخش‌های میانگین کمتر از متوسط، صحت این اقدام را مورد تردید قرار دادند ولی با تأکید ریاست مرکز و معاونت آموزشی بر اهمیت نظر دانشجویان و روش علمی طرح، مورد قبول قرار گرفت و همگی در راستای بهبود نقاط ضعف خود برآمدند. از مشکلات دیگر هماهنگی با منشی‌های آموزشی هر بخش و نیاز به پیگیری مکرر جهت پیشبرد صحیح بود.

همچنین تخصیص قسمتی از وقت یک کارشناس در سطح معاونت آموزشی بیمارستان برای هماهنگی، جمع‌آوری اطلاعات و ورود اطلاعات به بانک اطلاعاتی ضروری بود.

آنالیز اطلاعات و تهیه گزارش دوره‌ای نیز نیازمند صرف وقت لازم تخصصی بود.

به‌طور کلی، در مراکز آموزشی-درمانی، نظرسنجی کمی از دانشجویان به صورت دوره‌ای می‌تواند روش مناسبی برای ارائه بازخورد مناسب به بخش‌های مختلف بالینی باشد. نظرسنجی مبتنی بر استانداردهای بین‌المللی WFME از فراگیران، ابزار مناسبی برای خودارزیابی در مراکز آموزشی در سطح بخش‌های بالینی است و می‌تواند زمینه اصلاحات آموزشی در بخش‌های ضعیف و ارتقای بیشتر بخش‌های مطلوب را موجب شود. این روش می‌تواند در نهایت به افزایش رضایتمندی دانشجویان منجر شود و کیفیت آموزش را بهبود می‌بخشد.



آموزش مباحث آناتومیکیال و کلینیکیال پاتولوژی با استفاده از محیط چند رسانه ای هم زمان با واحدهای عملی آناتومیکیال پاتولوژی اختصاصی جهت دانشجویان پزشکی

۲- صاحبان فرآیند و همکاران:

دکتر فاطمه محبوب، دکتر علیرضا عبدالهی

۳- محل اجرای فرآیند:

دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

۴- نام دانشگاه:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

۵- گروه فرآیندی:

روشهای آموزشی

۶- تاریخ اجرا (مدت اجرای فرآیند):

از سال ۱۳۸۸ در دانشکده پزشکی جهت دانشجویان پزشکی در دروس عملی پاتولوژی اختصاصی اعمال می شود.

۷- مقدمه (هدف و اهداف اختصاصی):

هدف کلی: آشنایی و آموزش مباحث آناتومیکیال و کلینیکیال پاتولوژی به طریقه تصویری و نرم افزاری همزمان با واحدهای عملی آناتومیکیال پاتولوژی اختصاصی جهت دانشجویان پزشکی
اهداف ویژه:

۱- آشنایی کلی دانشجویان با کلینیکیال پاتولوژی.

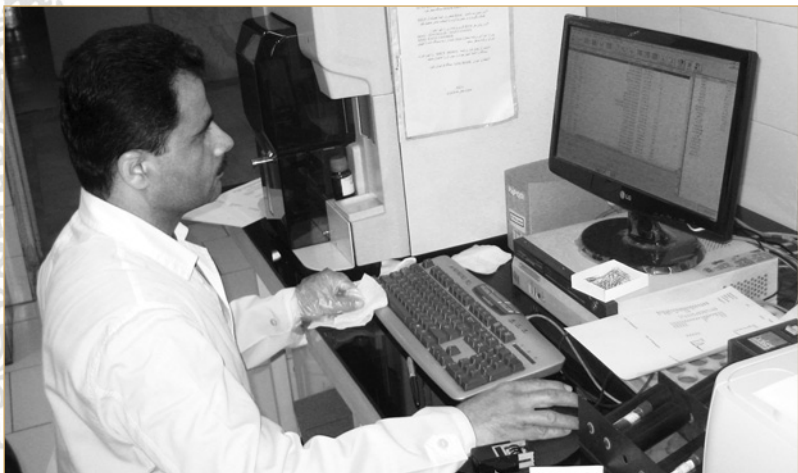
۲- آشنایی کلی دانشجویان با آناتومیکیال پاتولوژی.

۳- آشنایی دانشجویان با رشته پاتولوژی و ایجاد بینش صحیح در آنها نسبت به این رشته.

۴- آموزش همزمان پاتولوژی عملی (آناتومیکیال) با مباحث کلینیکیال پاتولوژی مرتبط به طریقه تصویری و نرم افزاری.

۵- آموزش دروس به طریقه ارائه فیلم.

۶- آموزش دروس به طریقه ارائه DVD.



۷- آشنایی دانشجویان با کاربرد و انجام آزمایش های معمول.

۸- تهیه نرم افزارهای آموزشی مباحث مربوطه.

۹- آشنائی دانشجویان با آموزش الکترونیک.

۸- روش اجرا:

این کار طی سال ۱۳۸۸-۱۳۸۷ در گروه پاتولوژی انجام گرفت.

با همکاری برخی پرسنل بیمارستان فیلمی تهیه گردید که شامل دو قسمت آناتومیال و کلینیکال بود. در قسمت آناتومیال دانشجویان با مختصری تاریخچه این علم و سپس چگونگی گردش و انجام کار در بخش آناتومیال آشنا می شوند (پذیرش نمونه -چگونگی ارسال یک نمونه صحیح- پاس دادن نمونه وکوله کردن و برش و رنگ آمیزی و...) در قسمت کلینیکال واحدهای هر آزمایشگاه (هماتولوژی- هورمون- الایزا- بیوشیمی و میکرب شناسی و...) معرفی شده است. در قسمت دوم برنامه که در دست تهیه است متناسب با هر جلسه پاتولوژی عملی مباحث کلینیکال انتخاب شده به عنوان مثال برای مبحث کلیه و مجاری ادراری=آزمایش تجزیه ادراری- خون شناسی=آزمایش شمارش سلولی- گوارش=آزمایش تجزیه مدفوع و... انتخاب شدند. سپس با استفاده از کتب رفانس متن گفتارهای لازم انتخاب و تایپ گردید (نمونه های آن آزمایش تجزیه ادراری و شمارش سلولی به پیوست تقدیم می-گردد). سپس به پرسنل مربوطه آموزشهای لازمه داده شد و بعد با هماهنگی با گروه فیلمبرداری و مهیا نمودن محیط و نور و ... لازم فیلمبرداری صورت گرفت. فیلم حاصله چندین بار بازبینی و اصلاحات لازم از نظر صدا، گفتار و متن صورت گرفت و سپس از فیلم، DVD هم تهیه شد.

پس از اتمام درس توسط پرسشنامه هایی از دانشجویان در مورد ارائه این درس نظرخواهی می شود و از بازخورد دانشجویان در بهینه کردن برنامه استفاده می کنیم.

در مطالعه ای که ما انجام دادیم، در سطح کشور جهت دانشجویان پزشکی چنین برنامه عملی وجود ندارد.

پس از تکمیل و تهیه کامل فیلم ها و DVDها، برنامه مزبور را می توان جهت دسترسی دانشجویان و حتی دستیاران پاتولوژی در صفحه مربوط به گروه پاتولوژی سایت دانشکده پزشکی قرار داد.

۹- نتایج: پیامدهای اجرای فرآیند:

پس از ارائه درس طی سال های تحصیلی قبل توسط پرسشنامه هایی که تهیه شده بود از دانشجویان و اساتید نظرخواهی شد و از نظرات ایشان در بهینه کردن درس و ارزیابی چگونگی دستیابی به اهداف استفاده شد. این برنامه مورد استقبال دانشجویان و اساتید قرار گرفته است. در امتحانات عملی پایان ترم نیز یک سوال از فیلم و تصاویر تهیه شده انتخاب می شود.

۱۰- سطح اثر گذاری: (بخش، دانشکده، دانشگاه، کشوری، بین المللی):

دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

۱۱- نتیجه گیری شامل چالش ها و مشکلات اجرایی فرآیند:

این روش در آشنائی دانشجویان پزشکی با رشته کلینیکال و آناتومیال پاتولوژی بسیار موثر بود و در آینده این دانشجو می تواند با دید و بینش بهتری انتخاب رشته نماید و یا از این علم و متخصصانش در رابطه با تخصص خودش استفاده نماید. باید این روش همه ساله مورد ارزیابی و بازنگری قرار گیرد تا با پیشرفت این شاخه از علم این متد هم بروز شود.



عنوان فرآیند:

مقایسه روشهای آموزشی سخنرانی رو در رو، اینترنتی تعاملی و بر پایه کامپیوتر (سخنرانی همزمان شده با اسلایدها) در میزان یادگیری دانشجویان پزشکی؛ یک کارآزمایی رندم شده کنترل دار، و طراحی برنامه آموزشی مولتیپل میلوما برای دوره پاتوفیزیولوژی دانشجویان پزشکی به صورت فوق

صاحبان فرآیند:

دکتر امیرحسین امامی، دکتر آیین محمدی، دکتر ریتما مجتهدزاده، سمانه رحمنی

۳- محل اجرای فرآیند:

دانشکده پزشکی

۴- نام دانشگاه:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

۵- گروه فرآیندی:

روشهای آموزشی

۶- تاریخ اجرا (مدت اجرای فرآیند):

از خردادماه ۱۳۸۹



۷- مقدمه (هدف و اهداف اختصاصی):

زمان در حال تغییر است و آموزش دانشگاهی نیز از پیشرفت و استفاده از تکنولوژی جدید مستثنی نیست.^۱ در حقیقت علی رغم محدودیت زمانی، فشار کاری زندگی امروزی در حال افزایش است، در حالی که نیاز به آموزش و یادگیری نیز روز به روز در حال پیشرفت می باشد.^{۱۴} از این رو امروزه آموزش دهندگان پزشکی برای تربیت پزشکان فردا با چالش های زیادی روبرو هستند.^۲ دانشجویان پزشکی باید توسط استادان، به متخصصان حوزه سلامت تبدیل شوند. از اینرو آنها باید توانایی استفاده از تکنولوژی اطلاعات، به خصوص اینترنت و سیستم های ارتباطی دیگر را در فعالیت های روزمره خود به دست آورند.^۳ شیوه متداول و سنتی در سیستم آموزشی موجود، شیوه سخنرانی است. در این شیوه حضوری دانشجویان نقش غیرفعال داشته و انتظار دارند تمامی مطالب از طرف استاد به صورت یکطرفه منتقل شود.^{۱۱،۴} در روش سنتی سخنرانی، دانشجویان در زمان مشخصی در کلاس حضور می یابند و نکات مورد نظر را یادداشت می نمایند. در صورتی که سطوح دانش افراد^{۱،۲} زمان لازم برای یادگیری مطلب، و نوع

یادگیری^{۱۳} و سرعت یادگیری آنان با هم بسیار متفاوت است.^۵ با توجه به علت های ذکر شده، باید آموزش توسط متدها و راه های جدید انتقال دانش، برنامه-ریزی شوند و محتواهای به روز توسط شیوه های جدید ارائه شوند.^۳ به بیانی دیگر، در مقایسه با روش های آموزشی سنتی، روش های جدید باعث انتقال سریعتر محتوای آموزشی بر پایه روش های یادگیری اختصاصی هر فرد، زبان او و نیز اختصاصات شخصیتی مربوط به هر فرد می شوند.^{۱۴}

به بیانی دیگر، با پیشرفت علم و تکنولوژی، روش های آموزشی استاد محور به سمت دانشجو محوری سوق یافته و دانشجو را به عنوان کنترل کننده محتوای یادگیری و نوع یادگیری خود در نظر می گیرند.^{۶،۳} از اینرو، استفاده از روش های آموزشی جدید، باعث ایجاد تطابق بین محتوای آموزشی و راهکارهای شخصی یادگیری هر دانشجو می شود.^{۱۷،۱۶،۱۵}

تحقیقات نشان می دهند که افراد در رویکردهای یادگیری خود با هم متفاوت هستند و به همین علت برای رسیدن به حداکثر میزان یادگیری، رویکرد واحدی برای همه وجود ندارد.^{۱۸،۱۵} به بیانی دیگر دانستن این مطلب که دانشجویان رویکردهای یادگیری متفاوتی دارند؛ به استادان کمک می کند که تدریس موثرتری داشته باشند. از اینرو، استادان باید دانشجویان با رویکردهای مختلف اعم از بصری، شنیداری و وابستگی به حرکت استاد، نوشتن و... را شناسایی نمایند.^{۲۵}

در قرن حاضر، خود دانشجویان نیز خواهان تجربیات آموزشی جدید می باشند؛ به بیانی دیگر آنها خواهان آموزش مرتبط با هر فرد هستند که بر پایه توانایی فردی، علاقه فردی و خصوصیات یادگیری هر فرد می باشند.^{۸،۷} امروزه با وجود تلاش های بسیار، هنوز شواهد قطعی در زمینه ارجحیت هیچکدام از روش ها به اثبات نرسیده است.^{۱۹،۹،۱}

از اینرو در این مطالعه سعی شده تا یک برنامه آموزشی دوره پاتوفیزیولوژی دانشجویان پزشکی به صورت اینترنتی تعاملی و نیز CD مولتی مدیا طراحی و تهیه شده و اثرات آنها با سخنرانی مقایسه شود.

خلاصه سابقه طرح و بررسی متون:

در سال ۲۰۰۰، Thomas G. Lynch و همکارانش، در رابطه با بررسی روش های آموزشی به همراه استفاده از کامپیوتر در ۱۸۰ دانشجو به این نتیجه رسیدند که این روش ها باعث افزایش دانش افراد می شود ولی هیچ ارتباط معناداری بین تمایل یادگیری دانشجویان یا نگرش آنها نسبت به کامپیوتر و عملکرد آنها در پیش آزمون، پس آزمون و همینطور پس آزمون تأخیری نیافتند.^{۱۵}

در سال ۲۰۰۱، Richard I.G.Holt و همکارانش به بررسی تاثیر روش های آموزشی بر پایه کامپیوتر در مقابل شیوه سخنرانی در ۱۸۵ دانشجوی پزشکی بالینی پرداختند و قبل و بعد از دوره از دانشجویان پیش و پس آزمون گرفته شد. از دانشجویان درخواست کردند تا در انتهای مطالعه فرمی را تکمیل نمایند. آنها به این نتیجه رسیدند که روش های بر پایه کامپیوتر، روش موثری در افزایش دانش دانشجویان است. و در عین حال افراد با نمرات پیش آزمون پایینتر، تمایل بیشتری به استفاده از روش های آموزشی بر پایه کامپیوتر و مرور بیشتر مطالب از خود نشان دادند.^{۱۹}

نتیجه مطالعه Elizabeth S.Pilcher در سال ۲۰۰۱، مبنی بر بررسی نظر ۵۳ دانشجوی سال



اول دندانپزشکی، در رابطه با واحدهای ارائه شده اینترنتی، حاکی از رضایت ۹۶٪ دانشجویان بود و در حدود ۵۴٪ از دانشجویان پیشنهاد تلفیق این روش به عنوان روش تکمیلی برای سخنرانی را مطرح نمودند.^{۲۰}

در سال ۲۰۰۲، Hammoud و همکارانش به این نتیجه رسیدند که شیوه های بر پایه کامپیوتر باعث سوق بیشتر دانشجویان پزشکی به خودخوانی و خود ارزیابی می شود.^{۲۱}

در سال ۲۰۰۲، Marc Broudo و همکارانش تحقیق در رابطه با یادگیری بر پایه اینترنت در دانشجویان پزشکی و دندانپزشکی را مطرح کردند. آنها به یافته هایی از جمله: حداکثر استفاده از زمان، تعامل کامپیوتری بیشتر دانشجویان با دانشجو و همینطور دانشجویان با استاد از طریق Email و سوق بیشتر به سمت خودخوانی و خود ارزیابی هفته ای و دریافت سریع فیدبک دست یافتند.^{۲۲}

David Gread Healy همکارانش در سال ۲۰۰۵، در بررسی میزان تسهیل عملکرد دانشجویان از طریق یادگیری الکترونیکی، به این نتیجه رسیدند که، میزان ساعات استفاده از کامپیوتر به طور معناداری با میزان پیشرفت تحصیلی دانشجویان ارتباط داشت. همینطور این شیوه آموزشی به طور معناداری باعث ایجاد انگیزه بیشتر برای دانشجویان سطوح پایین نیز گردید.^{۲۳}

در سال ۲۰۰۶، Liloyd J. Forman تحقیقی را در زمینه بررسی نگرش ۲۴۶ دانشجوی پزشکی با گرایش استثنوای سال ۱ تا ۴ به شیوه های استفاده از کامپیوتر انجام دادند. یک پرسشنامه ۲۷ سؤالی مبنی بر ارزیابی سطح مهارت دانشجویان در استفاده از کامپیوتر، استفاده آنها از کامپیوتر به عنوان وسیله آموزشی، نگرش آنها راجع به نقش کامپیوتر در آموزش پزشکی، به دانشجویان داده شد. آنها به این نتیجه رسیدند که اکثریت دانشجویان (۷۷٪) با استفاده از شنیدن و دیدن و یا خواندن موارد درسی جدید پرینت شده از کامپیوتر، یادگیری بسیار بیشتری خواهند داشت. (زیرا دانشجویان مهارت های استفاده از کامپیوتر خود را در حد متوسط برآورد کردند).^{۲۴}

هدف اصلی طرح:

طراحی و تهیه مقایسه اثر سه روش سخنرانی ساده، تعاملی برخط و بر پایه کامپیوتر (سخنرانی هم زمان شده با اسلاید)، بر میزان یادگیری در دانشجویان پزشکی.

اهداف فرعی طرح:

- طراحی و تهیه متریال آموزشی درس مولتیپل میلومای دوره پاتوفیزیولوژی دانشجویان پزشکی با سه روش سخنرانی، اینترنتی تعاملی و CD مولتی مدیا
- بررسی اثر سه روش آموزشی سخنرانی، تعاملی برخط و بر پایه کامپیوتر بر میزان یادگیری دانشجویان پزشکی.
- مقایسه میزان تاثیر روش های فوق بر میزان یادگیری دانشجویان پزشکی بعد از Adjust شدن با دانش قبل از آموزش (پیش آزمون)
- بررسی میزان رضایت دانشجویان از روش های آموزشی تعاملی برخط، بر پایه کامپیوتر و سخنرانی.

هدف کاربردی طرح:

توصیه به دانشکده پزشکی و گروه‌های آموزشی برای به کارگیری و توسعه روش‌های تدریس مناسب.

۸- روش اجرا:

۱- ابتدا با مصاحبه با مدرس با سابقه بالینی، موضوعی که دارای مشخصات زیر باشد انتخاب شد:
الف- صرفاً تئوری بوده و جنبه عملی نداشته باشد.

ب- جزو کوریکولوم آموزشی دانشجویان پزشکی باشد.

ج- در واحد‌ها یا مقاطع قبلی به طور مفصل تدریس نشده باشد.

با بررسی انجام شده مبحث مولتیپل میلوما از دروس کورس پاتوفیزیولوژی خون انتخاب شد.

۲- تهیه روش‌ها: ابتدا مدرس درس با مشاوره متخصص آموزش اهداف درس را مشخص کرد و سپس بر اساس روش‌های زیر محتوای لازم را آماده ساخت:

الف- روش سخنرانی: از استاد مورد نظر درخواست شد که مبحث مورد نظر را به شیوه سنتی سخنرانی به همراه ارائه اسلاید آموزش دهد.

ب- روش بر پایه کامپیوتر: ویدئو کلیپ استاد مربوطه در هنگام ارائه سخنرانی همان مبحث ضبط شده و با اسلایدهای وی همزمان شد و به صورت بسته آموزشی (CD) در اختیار دانشجویان قرار داده شد.

ج- روش تعاملی برخط: محتوای آموزشی تعامل توسط استاد مربوطه و با مشاوره متخصص یادگیری الکترونیکی تهیه شده و توسط واحد آموزش الکترونیکی دانشگاه به محتوای الکترونیکی برخط تبدیل شد. این برنامه در سایت آموزش مداوم اینترنتی تعاملی دانشگاه بارگذاری شد.

۳- از کلیه دانشجویان یک هفته پیش از مداخله پیش‌آزمون به عمل آمد و میزان دانش ایشان در مبحث مورد نظر سنجیده شد. دانشجویان به صورت تصادفی سه گروه تقسیم شده و در زمان مشابه به هر کدام یکی از روش‌ها ارائه شد. سپس با پس‌آزمون میزان یادگیری بررسی گردید. میزان رضایت دانشجویان در هر روش نیز با پرسشنامه بررسی شد.
نمونه گیری:

دانشجویان پزشکی از روی فهرست و به صورت رندوم با استفاده از جدول اعداد تصادفی به ۳ گروه تقسیم می‌شوند.

اجرا:

پیش‌آزمون برای سنجش اطلاعات کلی دانشجویان از بحث مورد نظر و اطمینان از سطح معلومات یکسان نمونه‌ها برگزار شد. بعد از گروه بندی دانشجویان گروه سخنرانی، به کلاس درس رفته و مبحث از طریق شیوه سخنرانی توسط استاد مورد نظر ارائه شد. گروه اینترنتی تعاملی به مرکز کامپیوتر دانشکده رفته و تحت نظارت، مطالب آموزشی تهیه شده بصورت Online را از سایت CME مطالعه کردند. گروه بر پایه کامپیوتر نیز به اتاق کامپیوتر رفته و تحت نظارت از بسته آموزشی خود استفاده کردند.

بعد از پایان دوره‌های فوق، پس از آزمون‌های حاوی سوالات چهار جوابی تستی از نوع بهترین گزینه، با هدف مقایسه آموخته‌های هر گروه و میزان اثر بخشی هر روش برگزار شد. همچنین میزان



رضایت ایشان از هر روش با استفاده از پرسشنامه روا و پایا بررسی شد. روش محاسبه حجم نمونه و تعداد آن: در صورتی که قدرت مطالعه را ۸۰ درصد در نظر بگیریم و با لحاظ کردن اشتباه مورد قبول ۵ درصد و انحراف معیار ۴، برای شناسایی اختلافی در حد ۴ نمره بر اساس فرمول زیر در هر گروه حدود ۱۸ نمونه مورد نیاز است: به منظور اطمینان از قدرت مطالعه در هر گروه ۳۰ نمونه وارد شدند. ملاحظات اخلاقی:

- به کلیه دانشجویان در مورد جزئیات و اهداف طرح اطلاع رسانی شد.
- دانشجویان به طور داوطلبانه در طرح شرکت کردند.
- مبحث تئوری مورد نظر جزء کوریکولوم درسی ایشان بود.
- امکان پرسیدن سوال و رفع اشکال برای دانشجویان بعد از اجرای تحقیق فراهم شد.
- بعد از پایان مطالعه CD و برنامه تعاملی در اختیار همه دانشجویان قرار گرفت.

۹- نتایج: پیامدهای اجرای فرآیند:

خلاصه نتایج: میزان رضایت دانشجویان به میزان قابل توجهی در روش تعاملی اینترنتی بالاتر بود ($p=05/0$). بین نمرات پیش آزمون دانشجویان در گروه های مختلف تفاوت معنی داری وجود نداشت. افزایش قابل ملاحظه ای در نمرات پیش آزمون و پس آزمون در همه گروهها مشاهده شد ($p=000/0$). نمرات پس آزمون برای روش سخنرانی، مبتنی بر کامپیوتر و اینترنتی به ترتیب ۱۳/۵، ۱۳/۷ و ۱۴/۳ بود. میزان تفاوت نمرات پس آزمون با استفاده از تست آماری ANCOVA و قرار دادن نمرات پیش آزمون به عنوان covariate بررسی شد. نمرات پیشرفت تحصیلی در روش تعاملی اینترنتی به طور قابل ملاحظه ای بالاتر از دو گروه دیگر بود ($P=026/0$).

نتایج کامل:

● تحلیل عاملی پرسشنامه
برقراری پیش فرض لازم برای انجام تحلیل عاملی
اندازه کایسیر- مایر- الکین (KMO) برابر ۰/۸۴ بود که بر این اساس، حجم نمونه مطالعه حاضر، جهت انجام تحلیل عاملی کفایت می کند.
بر اساس نتایج آزمون بارتلت، پیش فرض کرویت (Sphericity) برقرار بوده و فرض ماتریس همانی (Identity Matrix) رد شد ($P<005/0$, Chi Square=587/91)
با وارد نمودن ۱۶ عدد متغییر موجود در پرسشنامه به تحلیل عاملی، ۴ عامل دارای مقدار ویژه بالاتر از ۱ بودند که توانستند ۷۱/۴۷٪ از واریانس کل را بیان کنند.

● بررسی پایایی پرسشنامه

پایایی کلی پرسشنامه و بخش های Perceived usefulness و Self regulation به ترتیب با آلفای ۰/۸۹، ۰/۹۰ و ۰/۹۰٪ در حد بالایی قرار داشت. در حالی که پایایی دو بخش Service quality و Academic performance با آلفای ۰/۵۳ و ۰/۵۸٪ در حد متوسطی قرار داشت.

● نتایج مرحله پیش از مداخله آموزشی

نتایج آزمون تحلیل واریانس یک طرفه (One way ANOVA) نشان داد که بین سه گروه آموزشی (بر پایه کامپیوتر، سخنرانی و آموزش اینترنتی)، در شروع مطالعه از لحاظ سطح

آگاهی در مورد مولتیپل میلوما (نمره کل پرسشنامه)، از لحاظ آمار در سطح معنی داری ۰/۰۵ تفاوت معنی داری وجود نداشت. ($P=0/397$)

● نتایج مرحله بعد از مداخله آموزشی

الف- آزمون لوین با P value برابر با ۰/۳۹۵ نشان داد که شرط همگنی واریانس سه گروه مورد بررسی برقرار است.

ب- نتایج آزمون تحلیل واریانس یک طرفه نشان داد که بین سه گروه آموزشی (سخنرانی، اینترنتی و کامپیوتری) از لحاظ نمره کل پرسشنامه (سطح آگاهی در مورد مولتیپل میلوما)، بعد از انجام مداخله آموزشی، از لحاظ آماری تفاوت معنی داری وجود داشت ($P=0.023$).

ج- آزمون (Post Hoc) شفه نشان داد که میانگین سطح آگاهی آزمودنی ها در دو روش سخنرانی و اینترنتی از لحاظ آماری دارای تفاوت معنی دار بود. ($P = 0/020$) و بین دو گروه کامپیوتری و سخنرانی و بین گروه کامپیوتری و اینترنت از لحاظ میانگین سطح آگاهی تفاوت معنی داری وجود نداشت.

● نتایج مقایسه میانگین سطح آگاهی در هر گروه آزمایشی قبل و بعد از مداخله

الف- در کل افراد تحت مطالعه (مجموع ۳ گروه آموزشی)

بر اساس نتایج آزمون مقایسه میانگین در دو گروه غیر مستقل (Pair t test)، افزایش ۹/۶۴ واحدی نمره بعد از آموزش نسبت به قبل از آن، از لحاظ آماری معنی دار است ($P<0.005$).

نتیجه کلی Pair t test: آزمون مقایسه میانگین در دو گروه غیر مستقل نشان داد که در همه گروه های آموزشی و در کل افراد مورد مطالعه افزایش معنی داری در میانگین نمره افراد بعد از آموزش ایجاد شد ($P<0.005$) که نشانگر تاثیرگذاری معنی دار هر سه روش آموزشی می باشد.

نتایج مربوط به میزان رضایت از روش های آموزشی

آزمون تحلیل واریانس یک طرفه (One way ANOVA) نشان داد که حداقل بین دو گروه از سه گروه آموزشی از نظر میزان رضایت مندی افراد تحت مطالعه تفاوت معنی دار آماری وجود دارد ($P<0.005$).

پس آزمون (Post Hoc) شفه نشان داد که تنها دو گروه اینترنتی و کامپیوتری از نظر میانگین رضایت مندی دارای تفاوت معنی دار بودند ($P<0.005$). و بین سایر گروه ها این تفاوت از لحاظ آماری معنی دار نبود.

مقایسه میانگین نمرات عامل های مختلف پرسشنامه

Perceived usefulness, Self regulation, Service quality, Academic performance) بر اساس نتایج آزمون تک متغیره بین میانگین نمره کل افراد (صرف نظر از گروه آموزشی که در آن قرار دارند) در بخش Perceived usefulness, Self regulation با P مقدار کمتر ۰/۰۰۵ و در بخش های Service quality, Academic performance و MNtotal به ترتیب با P مقدار برابر ۰/۰۰۴، ۰/۰۲۸، ۰/۰۰۵ و تفاوت معنی داری وجود داشت.

۱۰- سطح اثرگذاری (بخش، دانشکده، دانشگاه، کشوری، بین المللی):

کشوری و با توجه به بررسی متون احتمالا بین المللی



۱۱- نتیجه گیری شامل چالش ها و مشکلات اجرایی فرآیند :

این مطالعه نشان داد که استفاده از روش اینترنتی تعاملی می تواند در صورت طراحی صحیح اثری بهتر از روش سخنرانی تعاملی (با پرسش و پاسخ) داشته باشد. موارد زیر در نتیجه گیری حائز اهمیت است:

۱- سخنرانی توسط یکی از بهترین سخنرانان مورد علاقه دانشجویان در دانشکده پزشکی صورت گرفت. در صورتی که سخنرانان دیگری درس را ارائه می دادند ممکن بود تاثیر آموزش اینترنتی بهتر باشد.

۲- در زمان ارائه درس به روش اینترنتی تعاملی در دو زمان سرور ارائه کننده درس قطع شد که موجب ایجاد وقفه در روند یادگیری و اعتراض دانشجویان شد. با این وجود رضایت دانشجویان در این روش بهتر بود.

۳- دانشجویان در روش سخنرانی بعد از پایان کلاس دیگر دسترسی به منبع آموزشی خود ندارند ولی در روش دیگر می توانند روند یادگیری را در منزل نیز ادامه دهند.

۴- تهیه مواد آموزشی اینترنتی تعاملی و مشکل بوده و هزینه بر است. این روش نیاز به تجربه بالای استاد، وجود متخصص یادگیری الکترونیکی و استفاده از نرم افزار LMS دارد که در همه جا موجود نیستند. ولی کاربری از نتایج آن می تواند مکررا استفاده شود. با توجه به موارد فوق به نظر می رسد که سرمایه گذاری دانشکده پزشکی برای ارائه روشهای نوین یادگیری با ارزش و قابل توجه است.

فهرست منابع اصلی:

- 1-Jose A Pereira, Eulogio Pleguezuelos, Alex Mery, Antoni Molina-Ros, M Carmen Molina-Toma 's & Carlos Masdeu. Effectiveness of using blended learning strategies for teaching and learning human anatomy. Medical Education 2007;41:189-195
- 2-Jorge G. Ruiz, MD, Michael J. Mintzer, MD, and Rosanne M. Leipzig, MD, PhD. The Impact of E-Learning in Medical Education. Acad Med.2006; 81:207-212.
- 3-Zlatan Masic,ahmed Novo, Izat Masic, Mensura Kudumovic,Almir Džananovic,selim Toromanovic. Distance learning as modern method of medical education. Medical informatics.2005 Turkey.
- 4-Barry Brownstein, University of Baltimore, Deborah Brownstein, Educational Consultant, Daniel A. Gerlowski, University of Baltimore, Web-Based vs. Face-To-Face MBA Classes: A Comparative Assessment Study. Journal of College Teaching & Learning – November 2008 Volume 5, Number 11.
- 5-Scott Cardall, Edward Krupat, PhD, and Michael Ulrich. Live Lecture Versus Video-Recorded Lecture: Are Students Voting With Their Feet? Acad Med. 2008; 83:1174-1178.
- 6-Leung WC. Competency based medical training: review. BMJ. 2002;325:693-96.
- 7- Viviane Bernardoa, , Monica Parente Ramosa, Helio Plaplerb,Luiz Francisco Poli de Figueiredob, Helena B. Naderc,Meide Silva Ançãoa, Carl P. von Dietrichd, Daniel Sigulema. Web-based learning in undergraduate medical education: development and assessment of an online course on experimental surgery; International Journal of Medical Informatics (2004) 73, 731-742.
- 8- J.A. Garrison, J.K. Kochi, Web-based distance continuing education: a



new way of thinking for students and instructors, Bull. Med. Libr. Assoc. 88 (3) (2000) 211–217.

9- Rizzolo LJ, Aden M, Stewart WB. Correlation of Web usage and exam performance in a human anatomy and development course. Clin Anat 2002;15 (5):351–5.

10- Khalil MK, Lamar CH, Johnson TE. Using computer-based interactive imagery strategies for designing instructional anatomy programs. Clin Anat 2005;18 (1):68–76.

11- Bezjian, Vicken A. (2005) Consumer Expectations of Quality in Master of Business Administration Programs: A Comparison Between Face-to-Face Learning and Web-Delivered Distance Learning in Schools of Business. D.B.A. dissertation, Alliant International University, San Diego, United States -- California. Retrieved September 29, 2008, from Dissertations & Theses: Full Text database. (PublicationNo. AAT 3173422).

12- Johnson RE. The mixed class: Motivation and measurement. J Econ Educ. 1971;6:82–92.

13- Murphy RJ, Gray SA, Straja SR, Bogert MC. Student learning preferences and teaching implications. J Dent Educ. 2004;68:859–866.

14- E. Anne Nelson, EdD. E-learning A Practical Solution for Training and Tracking in Patient-care Settings. 2003; Nurs Admin Q Vol. 27, No. 1, pp. 29–32

15- Thomas G. Lynch, M.D.a,* , David J. Steele, Ph.D.b, Jodi E. Johnson Palensky, M.S.c,

Naomi L. Lacy, Ph.D.b, Sean W. Duffya. Learning preferences, computer attitudes, and test performance with computer-aided instruction. Manuscript received October 19, 2000; revised manuscript November 22, 2000.

16- Gros B, Spector JM. Evaluating automated instructional design systems: a complex problem. Educ Technol 1994;34:37– 46.

17- Gill BJ, Dick W, Reiser RA, Zahner JE. A new model for evaluating instructional software. Educ Technol 1992;32:39–48.

18- Paul S, Bojanczyk M, Lanphear JH. Learning preferences of medical students. Med Educ 1994;28:180–6.

19- Richard I. G. Holt, Pawel Miklaszewicz, Iain C. Cranston, David Russell-Jones, P. John Rees, Peter H. So»nksen. Computer assisted learning is an effective way of teaching endocrinology. Clinical Endocrinology (2001) 55, 537±542

20- Elizabeth S. Pilcher. Students' evaluation of online course materials in Fixed Prosthodontics: a case study; Eur J Dent Educ 2001; 5: 53–59.

21- MAYA M. HAMMOUD, MD, AND MEL L. BARCLAY, MD, UNIVERSITY OF MICHIGAN MEDICAL SCHOOL. Development of a Web-based Question Database for Students' Self-Assessment. ACADEMIC MEDICINE, VOL.77, NO.9 / SEPTEMBER 2002.

22- MARC BROUDO, MA, AND CHARLENE WALSH, ACADEMIC MEDICINE, VOL.77, NO.9/SEPTEMBER 2002

23- David Gerard Healy, Fergal J Fleming, David Gilhooley, Patrick Felle, Alfred Edward Wood, Thomas Gorey, Enda W McDermott, John M Fitzpatrick, Niall J O'Higgins and Arnold DK Hill. BMC Medical Education 2005, 5:23.

24- Lloyd J. Forman, PhD†, Sherry C. Pomerantz, PhD. Computer-Assisted Instruction:

A Survey on the Attitudes of Osteopathic Medical Students. JAOA . Vol 106 . No 9 . September 2006 . 571

25- Learning Styles, TA Consultants (tac@ucdavis.edu).



دانشگاه
کالیفرنیا
دیسویس
کالیفرنیا

۱- عنوان فرآیند:

بازنگری واحد اخلاق حرفه ای در دانشکده دندان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

۲- صاحبان فرآیند و همکاران:

دکتر عباس منزوی، دکتر احمد سوداگر، دکتر فریبا اصغری، دکتر علی لباف، دکتر سعید احمد فاطمی تبار، دکتر محمد رضا خامی، دکتر کاظم آشفته بزدی، دکتر مهدی سروش، دکتر حسین آراد، دکتر محمد صادق آخوندی، دکتر طاهره جعفرزاده کاشی، دکتر حسن درریز

۳- محل اجرای فرآیند:

دانشکده دندانپزشکی، دفتر توسعه آموزش دندانپزشکی

۴- نام دانشگاه:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

۵- گروه فرآیندی:

تدوین برنامه ی آموزشی

۶- تاریخ اجرا (مدت اجرای فرآیند):

این فرآیند برای اولین بار در نیمسال اول سال تحصیلی ۸۸-۸۹ و برای بار دوم در نیمسال اول ۸۹-۹۰ اجرا گردید.

۷- مقدمه (هدف و اهداف اختصاصی):

آموزش اخلاق حرفه ای به عنوان یکی از مباحث چالش زا در کوریکولوم های دندانپزشکی دنیا مطرح می باشد. یکی از دلایل این مساله اهداف آموزشی این دوره می باشد که با تعهد حرفه ای و نگرش فراگیر نسبت به رویکرد مناسب در درمان و برخورد با نیازهای بیمار ارتباط دارد. نتایج نظرسنجی از فراگیران و دانش آموختگان این رشته نیز موکد بر ناکافی بودن واحد در پاسخ گویی به نیازهای حرفه ای آنان می باشد. هر



چند قوانین آموزشی فعلی تغییرات گسترده در برنامه آموزشی دوره دندانپزشکی را مجاز نمی سازد، اما با تاکید ریاست دانشگاه و با کمک مرکز تحقیقات اخلاق دانشگاه هدف از بازنگری واحد اخلاق حرفه ای دندانپزشکی طراحی دوره به گونه ای بود که دوره دارای طرح درس مشخص با اهداف آموزشی مشخص و مرتبط مبنی بر اصول علمی و رویکرد case based و کاربردی باشد.

۸- روش اجرا:

ابتدا اعضای کمیته درس اخلاق متشکل از هیات علمی علاقه مند و صاحب نظر از طرف معاون

آموزشی دانشکده شکل گرفت. طی دو جلسه کارگاهی جایگاه فعلی اخلاق حرفه ای در دانشگاه و دانشکده پزشکی معرفی شد. آنگاه وضعیت اخلاق دندانپزشکی در سایر دانشگاه مورد بحث قرار گرفت. به علاوه متدولوژی تدوین کوریکولوم مطابق با مدل Harden معرفی شد. در فاز نیازسنجی از نتایج پروژه انجام شده کمیته بازنگری کوریکولوم در مورد پرونده-های نظام پزشکی، ارزشیابی دانشجویان از واحد قبلی، نظر اساتید صاحب نظر در کمیته درس اخلاق استفاده شد. اهداف و توانمندی های مورد انتظار با اجماع صاحب نظران کمیته درس اخلاق تعیین گردید. محتوای دوره با استفاده از منابع داخلی و خارجی جمع آوری و با استفاده از نظر صاحب نظران و با توجه به اهداف دوره الویت بندی و برای یک واحد درسی نهایی گردید. سپس هر یک از اساتید مسئولیت تکمیل طرح درس یک جلسه از ۱۷ جلسه را با توجه به منابع داخلی و خارجی به عهده گرفت. به منظور هماهنگی بیشتر و اجتناب از همپوشانی طرح درس ها با یک نفر هماهنگ کننده تا حد امکان نهایی شدند. دوره برای اولین بار در ۸۸-۸۹-۱ اجرا و فرم ارزشیابی دوره بعد از اتمام دوره توسط فراگیران تکمیل و مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

۹- نتایج: پیامدهای اجرای فرآیند:

تجزیه و تحلیل فرم های ارزشیابی دوره حاکی از رضایت مندی فراگیران از برنامه آموزشی بود. از نقاط قوت کاربردی بودن مباحث، استفاده از مدرسین مختلف و ایجاد حساسیت ذهن در برابر موضوعات اخلاقی مطرح شده در بخش-های بالینی ذکر شده بود. کوتاه بودن زمان بحث، دیر ارائه شدن واحد در مقطع تحصیلی به عنوان نقاط ضعف مطرح شده بود. نظر مدرسین این دوره حاکی از آموزشی بودن مطالب برای اکثر مدرسین و نیاز ارائه مطالب ارائه شده در دوره برای هیات علمی بود. پیشنهادات اساتید مدرس نیز به جهت بهبود دوره مورد بررسی قرار گرفت.

۱۰- سطح اثرگذاری (بخش، دانشکده، دانشگاه، کشوری، بین المللی):

دانشکده های دندانپزشکی دانشگاه های علوم پزشکی کشور

۱۱- نتیجه گیری شامل چالش ها و مشکلات اجرایی فرآیند:

بازنگری واحد اخلاق حرفه ای در دانشکده دندانپزشکی در ارتقای دانش فراگیران و اکثریت هیات علمی مدرس موفق بوده است. این تجربه موفق نشان می دهد که تغییرات آموزشی موثر در چهارچوب کوریکولوم فعلی بدون ایجاد رفرم های بزرگ امکان پذیر می باشد. به علت محدودیت زمانی امکان برگزاری جلسات مداوم در طی برگزاری دوره وجود نداشت. و بازخوردهای مدرسین و دانشجویان تنها از طریق هماهنگ کننده دوره صورت می گرفت. این مساله در دوره آتی مورد تاکید بیشتر قرار خواهد گرفت. همچنین استفاده بیشتر از روش های دانشجو محور باعث کارایی بیشتر این دوره می شود. از بزرگترین مشکلات دانشجویان عدم وجود مراجع منسجم داخلی در زمینه موضوعات دندانپزشکی بود. که باید مورد اهتمام قرار گیرد.

۱- عنوان فرآیند:

طراحی و اجرای روش جدید ارزشیابی بالینی (پوشه کار) در کارآموزی و بررسی تاثیر آن بر مهارت‌های تفکر انتقادی و رضایتمندی دانشجویان پرستاری

۲- صاحبان فرآیند و همکاران:

معصومه لطیفی، مرضیه شبان، دکتر علیرضا نیکبخت نصرآبادی، عباس مهران همکاران: دکتر زهره پارسا یکتا

۳- محل اجرای فرآیند:

دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران

۴- نام دانشگاه:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

۵- گروه فرآیندی:

ارزشیابی

۶- تاریخ اجرا (مدت اجرای فرآیند):

سال اجرا ۱۳۸۷ و مدت اجرای آن یک نیمسال می باشد.

۷- مقدمه (هدف و اهداف اختصاصی):

ارزشیابی بالینی همانند تهیه تصاویر از لحظه های متعدد عملکرد بالینی فرد است تا همه آنچه که اتفاق افتاده است را نشان دهد. هر چه تعداد تصاویر تهیه شده بیشتر باشد، درک بیشتری از موضوع مورد ارزشیابی وجود دارد. یکی از راه هایی که در آن، تعدادی تصویر لحظه ای از یادگیری بالینی دانشجویان فراهم می گردد و نگرشی کلی نسبت به تجربیات یادگیری فرد ایجاد می کند، استفاده از پورت فولیوهاست. با اینکه بحث های نظری فراوانی در زمینه تاثیر پورت فولیوها و کاربرد آن در ارزشیابی یادگیری، صلاحیت ها و عملکرد پرستاری وجود دارد، پژوهش های تجربی بسیار کمی در این مورد صورت گرفته است و به اعتقاد کافی (۲۰۰۵) نتایج متناقض این مطالعات بیانگر نیاز به پژوهش های بیشتر در زمینه کاربرد روش پورت فولیو در ارزشیابی دانشجویان پرستاری است.

از سویی دیگر، انتقال دانش و مهارت ها از محیط کلاس به محیط بالین و به کارگیری آن در حل مشکلات بیماران، نیازمند به کارگیری مهارت های تفکر انتقادی و قضاوت بالینی است و معلمان پرستاری نیز بر توسعه این مهارت ها در پرستاران تأکید دارند. اتحادیه ملی پرستاری و سازمان دانشگاهی پرستاری آمریکا از سال ۱۹۸۶ رشد و توسعه مهارت های تفکر انتقادی را به عنوان یک جز، ضروری ارزشیابی دانشجویان کارشناسی قرار داده است. این در حالی است که، پژوهش های انجام شده در کشور ما



نشان دهنده سطح تفکر انتقادی ضعیف در دانشجویان پرستاری و پرستاران است. لذا، در صدد انجام پژوهشی با هدف مقایسه تاثیر ارزشیابی بالینی به دو روش پوشه کار و متداول بر میزان مهارت های تفکر انتقادی دانشجویان پرستاری برآمدیم و از آنجا که رضایت دانشجویان همچنان به عنوان یک شاخص مهم کیفی در یادگیری و تدریس مطرح است و یادگیری نیز ارتباط قوی با رضایت آنها از دوره آموزشی دارد و نیز در نظر سنجی انجام شده در دانشکده های پرستاری تهران مشخص شده که ۶۲٪ دانشجویان معتقد بودند شرایط و موارد ارزشیابی بالینی برای تمام دانشجویان یکسان و رضایت بخش نبوده است، تصمیم گرفتیم تا رضایت مندی دانشجویان را نیز از بکارگیری این روش ارزشیابی بالینی جدید با روش متداول در دانشکده مقایسه نماییم.

۸- روش اجرا:

این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی می باشد. نمونه های این پژوهش شامل کلیه دانشجویان ترم پنجم کارشناسی پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (۴۶ نفر) بودند که کارآموزی بالینی قلب از واحد داخلی جراحی ۳ را می گذراندند و به روش سرشماری انتخاب شدند. دانشجویان در زیر گروه های ۷ و ۸ نفری تقسیم شدند و هر زیر گروه به مدت ۴ هفته جهت گذراندن دوره کارآموزی در شیفت های صبح و عصر در بخش قلب حضور یافتند. هیچ یک از واحدها دانشجوی انتقالی، میهمان یا مشروطی نبودند و در صورت عدم تمایل به مشارکت در پژوهش و یا داشتن غیبت بیش از حد مجاز، از نمونه ها خارج می شدند. برای کاهش تاثیرپذیری دانشجویان از یکدیگر گروه های مورد مطالعه، زیر گروه های اول از هر دو دوره روزانه و شبانه (صبح و بعدازظهر) که برنامه کارآموزی آنها در ۴ هفته اول تنظیم شده بود جهت اعمال روش ارزشیابی متداول انتخاب شدند. زیرگروه های دوم از هر دو دوره که برنامه کارآموزی آنها در ۴ هفته دوم تنظیم شده بود در گروه مداخله دوم قرار گرفتند و روش ارزشیابی پورت فولیو برای آنها اجرا گردید. زیرگروه های سوم نیز که برنامه کارآموزی آنها در ۴ هفته آخر ترم تنظیم شده بود به دو گروه تقسیم شده و به انتخاب قرعه برای یک گروه روش ارزشیابی متداول و گروه دیگر روش ارزشیابی پورت فولیو ارائه گردید. محیط پژوهش بخش قلب مردان بیمارستان امام خمینی (ره) بود که عرصه کارآموزی دانشجویان بود و علاوه بر دسترس بودن، نزدیکی به دانشکده و امکان استفاده همزمان از امکانات دانشکده پرستاری و مامایی (کتابخانه و اینترنت)، دارای امکانات فیزیکی مناسب مانند کلاس و وسایل کمک آموزشی از قبیل کامپیوتر (برای ایجاد امکان ارائه مطالب به شکل CD و فلاپی) بود.

ابزارهای زیر استفاده شد: ۱. پرسشنامه ثبت اطلاعات دموگرافیک و برخی متغیرهای مرتبط ۲. فرم ارزشیابی بالینی متداول در دانشکده جهت ارزشیابی بالینی گروه متداول (شامل ۲۱ مورد در دو بخش معیارهای عمومی و اختصاصی است و در مجموع ۱۰۰ نمره دارد). ۳. پرسشنامه آزمون مهارت های تفکر انتقادی واتسون-گللیزر (فرم الف)، که در ۵ حیطه ۱۶ سوالی شامل: استنباط، تشخیص پیش فرض ها، استنتاج، توانایی تعبیر و تفسیر و ارزشیابی دلایل تظلم شده است. ۴. فهرست واریس مربوط به ارزشیابی پورت فولیو (شامل سه فرم A) ۲۵ معیار مربوط به محتوای مطالب پورت فولیو، B) ۱۵ معیار مربوط به ساختار پورت فولیو، C) ۱۰ معیار در زمینه مهارت بالینی دانشجو در عرصه کارآموزی، که بعد از مطالعه متون توسط محقق و براساس اهداف یادگیری، اهداف پوشه کار و مدارکی که باید ضمیمه می شد تهیه گردید. ۵. پرسشنامه رضایت مندی دانشجویان از روش ارزشیابی بالینی، شامل ۱۰ سوال با امتیازات لیکرت سه گزینه ای.

اعتبار (روایی) پرسشنامه ها با روش اعتبار محتوی تایید شد. پایایی ابزار نیز در پژوهش های متعددی تایید شده است. هر گروه از دانشجویان در روز اول و آخر کارآموزی خود پرسشنامه مشخصات دموگرافیک و همچنین پرسشنامه آزمون مهارت های تفکر انتقادی واتسون- گلیزر را در مدت زمان ۶۰ دقیقه پاسخ دادند. همچنین در روز آخر کارآموزی پرسشنامه مربوط به سنجش میزان رضایت مندی دانشجویان از روش ارزشیابی را در مدت ۱۰ دقیقه تکمیل نمودند. شرایط تکمیل پرسشنامه برای تمامی گروه ها یکسان بود و کلیه دانشجویان در یک ساعت معین (شیفت صبح ساعت ۱۰ و شیفت بعدازظهر ۱۵:۰۰)، در داخل کلاس آموزشی بخش قلب، در حضور پژوهشگر اقدام به تکمیل پرسشنامه ها نمودند.

در هر دو گروه پژوهشگر به عنوان مربی کارآموزی، مسئولیت آموزش دانشجویان را به عهده گرفت و اهداف یادگیری کارآموزی بالینی قلب را براساس اهداف تعیین شده از سوی دانشکده تعیین نمود. در هر دو گروه، در روز اول پس از انجام پیش آزمون و قرائت اهداف یادگیری و شرح وظایف تعیین شده از سوی دانشکده، توضیحاتی در زمینه نحوه تقسیم وظایف و تکالیف دانشجویان ارائه شد. در پایان کارآموزی ارزشیابی گروه متداول توسط مربی و براساس چک لیست ارزشیابی بالینی متداول در دانشکده صورت گرفت. پس از اینکه دانشجویان با امضای این فرم رضایت خود را از نمره ارزشیابی اعلام نمودند، پس آزمون مهارت های تفکر انتقادی از آنها به عمل آمد.

در گروه پورت فولیو، طرح درسی مشتمل بر اهداف کلی و ویژه کارآموزی قلب، اهداف روش پورت فولیو، تکالیف دانشجویان، محتوی و ساختار مورد انتظار پورت فولیو، جدول زمانبندی ارائه تکالیف و نحوه ارزشیابی نهایی پورت فولیوها و جدول زمانبندی حضور دانشجویان در مراکز تشخیصی و همراه با آن، پوشه ای حاوی برگه های سفید (به عنوان پوشه کار) و یک خودکار در اختیار دانشجویان قرار گرفت. پس از ارائه توضیحات در زمینه تقسیم وظایف در بخش، انجام مراقبت ها از بیماران و ارائه گزارش های شفاهی و کتبی، جزئیات روش پورت فولیو و نحوه تنظیم آن برای واحدهای مورد پژوهش ارائه گردید. از دانشجویان خواسته شد تا موضوعی را انتخاب و سپس بهترین شواهد موجود برای تایید مراقبت های پرستاری خود را جستجو نمایند و پوشه کاری از این تلاش ها ارائه دهند. پوشه کار دانشجویان شامل صفحه عنوان، مقدمه، فهرست محتوی، تاریخ قرارگیری هر مطلب، عنوان، هدف از قرار دادن هر بخش در پوشه و علت مهم بودن و با ارزش بودن آن، ارزشیابی از خود در زمینه هر هدف و ایده انعکاسی، ارزشیابی از خود و پیشنهادات در پایان هر بخش، فهرست منابع، کلیه پیش نویسها و اصلاحات انجام شده توسط مربی بود. پورت فولیوی نهایی باید تا دو روز قبل از پایان کارآموزی تحویل داده می شد تا بعد از انجام مطالعه دقیق توسط مربی، نمره نهایی دانشجویان براساس چک لیست ارزشیابی پورت فولیو تعیین گردد.

جهت رعایت اصول اخلاقی، بعد از تکمیل پرسشنامه های مربوط به پژوهش، ارزشیابی دانشجویان گروه پورت فولیو مجدداً با استفاده از چک لیست ارزشیابی متداول در دانشکده انجام شد و به عنوان نمره واقعی واحد کارآموزی آنان در اختیار مسئول امور بالینی دانشکده قرار گرفت تا اجرای این پژوهش تأثیری در نمره کارنامه آنان نداشته باشد. همچنین بعد از پایان پژوهش، از تلاش و همکاری دانشجویان قدردانی گردید.

۹- نتایج: پیامدهای اجرای فرآیند:

در این پژوهش ۴۶ دانشجوی پرستاری شرکت داشتند که دو نفر از آنان به دلیل عدم تمایل به تکمیل

پرستشنامه ها و یک نفر به دلیل میهمان بودن از نمونه های پژوهش حذف شدند. همچنین در گروه پورت فولیو دانشجویانی که نمره ارزشیابی پورت فولیوی آنها کمتر از ۱۲ بود از نمونه های پژوهش حذف شدند (۲ نفر) به این مفهوم که پورت فولیوی افرادی که نمره کمتر از ۱۲ کسب کرده بودند ناقص محسوب گردید. در نهایت تعداد کل افرادی که ارزشیابی آنها به روش متداول انجام شد ۲۱ نفر و گروه پورت فولیو ۲۰ نفر بودند. میانگین سنی دانشجویان گروه متداول $1/36 \pm 21/5$ و گروه پورت فولیو $21/14 \pm 0/91$ و اکثریت آنان زن (متداول ۹۰٪ و پورت فولیو ۹۰٪) و مجرد (متداول ۸۰٪ و پورت فولیو ۹۰٪) بودند. اکثریت دانشجویان در گروه متداول (۶۰٪)، از دوره روزانه بودند، درحالیکه اکثریت دانشجویان در گروه پورت فولیو (۵۷/۱٪) از دوره شبانه بودند. میانگین معدل ترم گذشته دانشجویان گروه متداول $1/12 \pm 16/3$ و گروه پورت فولیو $1/09 \pm 16/72$ بود. اکثریت دانشجویان با روش ارزشیابی پورت فولیو، آشنایی نداشته (گروه متداول ۸۵٪ و پورت فولیو ۱۰۰٪) و دوره مهارت های زندگی را نگذرانده بودند (گروه متداول ۸۵٪ و پورت فولیو ۹۵/۲٪). آزمون های آماری نشان داد واحدهای پژوهش در دو گروه مورد مطالعه، از لحاظ مشخصات فردی: سن، جنس، وضعیت تاهل، دوره، آشنایی با روش ارزشیابی پورت فولیو، گذراندن دوره مهارت های زندگی و معدل ترم گذشته، همسان بودند.

آزمون آماری من ویتنی تایید کرد که قبل از انجام مداخله، گروه های مورد پژوهش از لحاظ نمره هر یک از ابعاد آزمون مهارت های تفکر انتقادی واتسون - گلیزر و نمره کل آزمون، تفاوت معنی دار آماری نداشته و همگن بوده اند (استنباط: $P = 0/645$ ، تشخیص پیش فرض ها: $p = 0/076$ ، استنتاج: $p = 0/989$ ، تعبیر و تفسیر: $p = 0/169$ ، ارزشیابی دلایل: $p = 0/519$ و کل آزمون: $p = 0/239$). همچنین اکثر نمونه ها در گروه متداول و پورت فولیو (به ترتیب ۹۵٪ و ۹۰٪) نمره کل کمتر از ۵۴ داشته و از نظر مهارت های تفکر انتقادی ضعیف بودند.

بعد از اجرای برنامه مداخله، در گروه پورت فولیو میانگین نمره آزمون مهارت های تفکر انتقادی در چهار بعد: استنباط، تشخیص پیش فرض ها، استنتاج و ارزشیابی دلایل، نسبت به قبل از مداخله، افزایش داشت، اما معنی دار بودن این تفاوت تایید نشد. (استنباط: $p = 0/752$ ، تشخیص پیش فرض ها: $p = 0/137$ ، استنتاج: $p = 0/129$ ، ارزشیابی دلایل: $p = 0/65$ ، در بعد تعبیر و تفسیر نیز کاهش بسیار جزئی وجود داشت که معنی دار نبود ($p = 0/418$). در نمره کل آزمون نیز، علیرغم افزایش میانگین نمره بعد از مداخله به میزان ۱/۷۶ نمره، تفاوت نمرات دانشجویان معنی دار نبود ($P = 0/303$). این در حالی است که در گروه متداول، علیرغم اینکه میانگین نمره در هر پنج بعد و نمره کل آزمون نسبت به قبل از مداخله، افزایش داشت، اما آزمون آماری ویلکاکسون تنها در دو بعد تشخیص پیش فرض ها ($p = 0/002$)، و ارزشیابی دلایل ($p = 0/015$)، و نمره کل آزمون مهارت های تفکر انتقادی ($p = 0/005$)، نشان دهنده تفاوت معنی دار آماری بین نمرات دانشجویان بود و نمرات سایر ابعاد استنباط ($p = 0/776$)، استنتاج ($p = 0/672$) و تعبیر و تفسیر ($p = 0/487$) تغییر معنی داری نسبت به قبل از مداخله نداشت.

همچنین آزمون آماری من ویتنی نشان داد بعد از مداخله بین نمرات مهارت های تفکر انتقادی دانشجویان دو گروه در هیچ یک از ابعاد آزمون و نیز در کل نمره آزمون، تفاوت معنی دار آماری وجود نداشت (استنباط: $p = 0/854$ ، تشخیص پیش فرض ها: $p = 0/780$ ، استنتاج: $p = 0/23$ ، تعبیر و تفسیر: $p = 0/801$ ، ارزشیابی دلایل: $p = 0/457$ و نمره کل آزمون: $p = 0/628$).



یافته ها در زمینه رضایت مندی دانشجویان از روش ارزشیابی نشان داد که، تنها در مورد منصفانه بودن روش ارزشیابی، به نفع گروه متداول، تفاوت معنی دار آماری وجود داشت ($P=0/017$)، در سه مورد: همسو بودن موضوعات موجود در روش و فرم ارزشیابی با اهداف کارآموزی بالینی ($P=0/040$)، ایجاد علاقه و انگیزه برای مشارکت دانشجویان در یادگیری ($P=0/005$) و ایجاد انگیزه برای استفاده از کتاب ها و سایر منابع علمی ($P=0/010$)، رضایتمندی دانشجویان در گروه پورت فولیو به میزان قابل توجهی بیشتر بود. در سایر سوالات تفاوت آماری معنی داری مشاهده نشد. از طرفی مجموع نمره رضایتمندی دانشجویان از روش ارزشیابی در دو گروه تفاوت معنی دار آماری نداشت. بین متغیرهای سن، جنس، وضعیت تاهل، دوره (روزانه و شبانه بودن)، معدل ترم گذشته و متغیرهای وابسته پژوهش ارتباط معنی دار آماری دیده نشد. بین میزان رضایتمندی دانشجویان از روش ارزشیابی بالینی و نمرات ارزشیابی آنان در کارآموزی قلب در گروه پورت فولیو ارتباط معنی دار آماری وجود داشت (ضریب همبستگی اسپیرمن $P=0/045$ و $T=0/441$)، اما وجود این ارتباط در گروه متداول تایید نشد (ضریب همبستگی اسپیرمن $P=0/666$ و $T=0/013$).

۱۰- سطح اثرگذاری (بخش، دانشکده، دانشگاه، کشوری، بین المللی):

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

۱۱- نتیجه گیری شامل چالش ها و مشکلات اجرایی فرآیند:

علیرغم افزایش نمرات تفکر انتقادی دانشجویان بعد از مداخله در گروه پورت فولیو و متداول نسبت به قبل از مداخله، روش ارزشیابی پورت فولیو نتوانست بیشتر از روش متداول باعث ارتقا، مهارت های تفکر انتقادی گردد. این در حالی است که ارتقا، مهارت های تفکر انتقادی یکی از مزایای روش پورت فولیو است که در برخی منابع به آن اشاره شده است. علت این تفاوت را می توان تعداد کم نمونه ها در پژوهش حاضر دانست. اما، رضایت بیشتر در برخی زمینه ها در روش پورت فولیو، می تواند نشان دهنده استقبال دانشجویان از شیوه های نوین و فعال یادگیری و ارزشیابی، یادگیری بهتر مراقبتها در بالین و رضایت از ارائه مراقبت به بیماران باشد. استفاده از این روش و سایر روش های دانشجو محور، کمک می کند تا با بکارگیری روش های آموزشی فعال، دانشجویان با موضوعات آموزشی بیشتر درگیر شوند و زمینه خودآموزی برای آنان فراهم گردد.

یکی از نقاط قوت این پژوهش این بود که اولین پژوهش در زمینه روش پورت فولیو و تاثیر آن بر تفکر انتقادی و رضایتمندی دانشجویان به روش اجرا شده بود و در هیچ یک از بانکهای اطلاعاتی معتبر داخل و خارج کشور مقاله مشابه یافت نگردید. همچنین روش پورت فولیو برای کارآموزی دانشجویان کارشناسی پرستاری برای اولین بار اجرا گردید. طراحی پورت فولیو به گونه ای بود که تمامی اهداف کارآموزی پوشش داده شود. با این حال تقسیم دانشجویان به گروههای مورد و شاهد، همگن سازی گروهها از نظر روزانه و شبانه، تعداد زیاد دانشجویان در گروههای مورد مطالعه بویژه در گروه پورت فولیو و جلب مشارکت دانشجویان برای انجام تکالیف در این گروه، از مهمترین مشکلات اجرایی این پژوهش بود. حجم تکالیف فراوان برای ارزشیابی یک دوره کوتاه مدت کارآموزی یکی از مشکلات این پژوهش بود که برای اطمینان از دستیابی به تمامی اهداف کارآموزی ضرورت داشت بنابراین توصیه می گردد روش پورت فولیو برای ارزشیابی دوره های طولانی تر مورد استفاده قرار گیرد.

برای ارزشیابی دوره های طولانی تر مورد استفاده قرار گیرد.

۱- عنوان فرآیند:

اتوماسیون جامع فرآیند برگزاری آزمون ارتقای دستیاری

۲- صاحبان فرآیند و همکاران:

دکتر علی پاشا میثمی، دکتر سیدحسین امامی رضوی، دکتر علیرضا استقامتی، فاروق طائی

۳- محل اجرای فرآیند:

دانشکده پزشکی

۴- نام دانشگاه:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

۵- گروه فرآیندی:

روشهای آموزشی

۶- تاریخ اجرا (مدت اجرای فرآیند):

۱۲ ماه

۷- مقدمه (هدف و

اهداف اختصاصی):

آزمون ارتقای دستیاری

هر ساله به منظور ارزیابی

دانش دستیاران برگزار

می شود از سال ۱۳۸۵

برگزاری این آزمون از

سوی وزارت بهداشت

درمان و آموزش پزشکی

به دانشگاه های علوم

پزشکی واگذار گردیده

است. در ابتدای این واگذاری دشواری های برگزاری چنین آزمون متمرکزی در سطح دانشکده پزشکی با توجه به کثرت دستیاران و تعدد رشته های تخصصی و ضرورت حفظ کیفیت برگزاری آزمون، مطرح شد با توجه به اهمیت و حساسیت موضوع قرار شد تا انجام آزمون بر مبنای تکنولوژی اطلاعات و استفاده از امکانات موجود در همه جوانب در دانشکده پی گیری شود. در این طرح هدف اتوماسیون کلیه مراحل برگزاری آزمون از طراحی سوالات آزمون ثبت نام، تصحیح ارزشیابی نتایج و ارائه گزارشات رد یا قبول بر اساس محورهای نظام ارزشیابی سوالات وزارت بهداشت و ارائه بازخورد به طراحان سوالات و دستیاران شرکت کننده بوده است.

۸- روش اجرا:

ابتدا فرآیند آزمون به طور کامل مورد بررسی و بازبینی قرار گرفت و بخش های مختلف برگزاری آزمون به عنوان فرآیندهای جزئی از فرآیند اصلی تعریف و تشریح شدند. سه بخش در برگزاری آزمون در این مرحله تعیین گردید:

۱- ثبت نام داوطلبان



۲- صدور کارت ورود به جلسه آزمون، تعیین چیدمان تصادفی استقرار داوطلبان، چاپ پاسخنامه اختصاصی داوطلبان

۳- طراحی سوالات آزمون و تدوین دفترچه سوالات

۴- تصحیح آزمون و ارائه گزارشات

۵- ارزیابی کیفی سؤالات آزمون و ارائه بازخورد های فردی و گروهی اعضا، هیأت علمی و گروه های آموزشی

۱- به منظور ثبت نام داوطلبان یک سامانه اینترنتی به آدرس dastyari.tums.ac.ir

طراحی گردید که داوطلبان با مراجعه به این آدرس و با در نظر گرفتن کلیه ملاحظات امنیتی، کلیه اطلاعات لازم برای ثبت نام را وارد نموده و عکس خود را نیز بارگذاری کرده و ثبت نام خود را در محدوده زمانی مشخص که تعیین شده بود انجام می دادند.

۲- به منظور طراحی سوالات آزمون و دفترچه سوالات، سامانه ای بر پایه ی وب

طراحی گردید که در روز طراحی آزمون در اختیار ۳۰ ایستگاه کاری تایپ قرار گرفت و همکاران از طریق این سامانه با رعایت تمام ملاحظات امنیتی اقدام به طراحی سوالات خود به صورت منفرد

و گروه همرا با ملزومات

مورد نیاز جهت درج

نمودار، شکل، فرمول،

جدول و دیگر گزینه ها

نمودند. در نهایت بخش

طراحی دفترچه سوالات

و چاپ هم به صورت

online و هم به صورت

remote به منظور راه

اندازی چندین ایستگاه

کاری چاپ پیش دفترچه



آزمون و دفترچه نهایی شده گروه های بیست و چندگانه آزمون ارتقای دستیاری طراحی گردید.

۳- به منظور چاپ کارت ورود به جلسه آزمون بر پایه اطلاعات ثبت نام افراد، نرم افزار

دیگری طراحی شد که به صورت خودکار با تخصیص تصادفی شماره صندلی داوطلبان به تفکیک

جنسیت و رشته اقدام به چاپ کارت ورود به جلسه آزمون اقدام به ایجاد و چاپ کارت آزمون نماید.

علاوه بر این به همین ترتیب چاپ پاسخ نامه آزمون و روی جلد دفترچه آزمون برای هر داوطلب

نیز توسط نرم افزارهای جداگانه انجام شد تا ارتباط این موارد بر اساس شماره صندلی داوطلب و

شماره دستیاری جهت بازیابی اطلاعات تصحیح آزمون در تمامی موارد لحاظ شده باشد.

۴- سامانه مستقلی به منظور تصحیح پاسخ نامه ها طراحی شد که با سه رویکرد

شامل کلیدهای مستقل خوانده شده، کلید و پاسخ نامه ها با هم و کلید وارد شده در سامانه

طراحی سوالات امکان تصحیح را فراهم می آورد. این نرم افزار امکان درج سوالات چند جوابی

و تصحیح کلیدهای آزمون های رشته های مختلف را داشته و گزارش تغییرات کلید و تحلیل

سوالات طراح نیز در انتها ارائه می نماید. ساختار این گزارشات به صورت مشخص بر اساس



سازمان اسناد و کتابخانه ملی
جمهوری اسلامی ایران

ساختار پیشنهادی وزارت متبوع طراحی گردیده ولی در نرم افزار قابلیت تغییر معیارهای تصحیح و محاسبه شاخص ها نیز در نظر گرفته شده است.

۹- نتایج: پیامدهای اجرای فرآیند:

این سامانه سه سال پیاپی در سه دوره آزمون ارتقای دستیاری سال های ۱۳۸۶، ۱۳۸۷، ۱۳۸۸ مورد استفاده قرار گرفت و در سال جاری نیز علاوه بر آزمون ارتقا، در برگزاری آزمون گواهینامه تخصصی که دانشگاه علوم پزشکی تهران در آن از سوی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به عنوان دانشگاه معین ۶ دانشگاه تعیین شده است مورد استفاده قرار خواهد گرفت و به بهترین وجه در برگزاری با کیفیت آزمون موثر بوده و خواهد بود. از اینرو سیاست کلی دانشگاه آن است که با توجه به موفقیت نرم افزار در سال های آتی نیز از این سامانه در آزمون های ارتقا، و گواهینامه ی دستیاری استفاده شود. دقت، سهولت، کیفیت، مدیریت به هنگام و امنیت در این رویکرد نکته قابل توجه مورد تاکید کلیه همکاران استفاده کننده از سامانه بوده است.

۱۰- سطح اثر گذاری: (بخش، دانشکده، دانشگاه، کشوری، بین المللی):

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

۱۱- نتیجه گیری شامل چالش ها و مشکلات اجرایی فرآیند:

با توجه به همکاری و حمایت بسیار خوب مسئولین دانشکده پزشکی در زمان طراحی برنامه که از مجریان طرح نیز بوده اند و حمایت های صمیمانه دیگر معاونین آموزش تخصصی و فوق تخصصی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال های اجرای برنامه در برگزاری آزمون ارتقا، دستیاری (جناب آقای دکتر توانگر و جناب آقای دکتر امینی) در مرحله اجرا و طراحی محدودیت خاصی وجود نداشته است. لکن با توجه به اجرای یک برنامه جدید مشکلاتی در استفاده کاربران به ویژه دستیاران در مراحل ثبت نام وجود داشته است. این محدودیت با افزایش مدت زمان ثبت نام و ایجاد امکان ثبت نام با هر آدرس الکترونیک و نه صرفاً استفاده از آدرس الکترونیک دانشگاه مرتفع گشته است. مشارکت همکاران واحد آمار و اطلاع رسانی دانشکده پزشکی به ویژه جناب آقای مهندس عمرانی در این مهم شایان تقدیر است. حجم زیاد فعالیت و تعداد زیاد داوطلبین و محدودیت در دستگاه های مارک خون نیز منجر به فشار کاری مضاعف شده اما منجر به مشکل خاصی در زمان بهینه اجرای فعالیت ها نشده است. در خصوص ارزیابی آزمون ورود اطلاعات ارزیابی سؤالات توسط ناظران گروه های محترم بالینی در مواردی با تأخیر و یا ناقص صورت می گرفت. این محدودیت با ایجاد امکان ورود اطلاعات به طور مستقیم در برنامه مرتفع گردید.

این سامانه قابلیت به کارگیری در اجرای کلیه آزمون های متمرکز را دارد و معرفی سامانه به معاونت محترم آموزشی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی انجام شده و امید است با توجه مسئولین امر بهره برداری کامل از این سامانه و در همه ظرفیت های آن میسر شود.



۱- عنوان فرآیند

استفاده از روش **Team Member Teaching Design** در آموزش پاتولوژی کلینیکیال به رزیدنت‌های رشته آسیب شناسی

۲- صاحبان فرآیند و همکاران:

دکتر فاطمه محبوب

همکاران:

دکتر علیرضا عبداللهی

دکتر میترا قریب

۳- محل اجرای فرآیند:

مجتمع بیمارستانی امام خمینی، بیمارستان ولیعصر، آزمایشگاه بالینی

۴- نام دانشگاه:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

۵- گروه فرآیندی:

روشهای آموزشی

۶- تاریخ اجرا (مدت اجرای فرآیند):

شروع از بهار ۱۳۸۹ که تاکنون ادامه دارد.

۷- مقدمه (هدف و اهداف اختصاصی):

مقدمه

آموزش پاتولوژی در ایران از دو بخش پاتولوژی آناتومیکیال و کلینیکیال هرکدام به مدت دو سال تشکیل شده است. متولی آموزش بخش آناتومیکیال به طور اختصاصی منحصر به اساتید رشته پاتولوژی است ولی در حیطه کلینیکیال بخش های دیگری نیز مانند گروه های میکروبیولوژی، بیوشیمی نیز دست اندرکاران هستند. این گروه ها بیشتر در آموزش دانشجویان رشته های مرتبط درگیر هستند و نقش فعالی در آموزش رزیدنت های پاتولوژی ندارند. اساتید پاتولوژی نیز بیشترین اهتمام خود را به آموزش در زمینه آناتومیکیال معطوف نموده و کمتر در آموزش بخش کلینیکیال وارد می شوند. به این خاطر آموزش رزیدنت های پاتولوژی در بخش کلینیکیال



دچار چالش‌های جدی است. البته این معضل در کشورهای دیگر نیز وجود دارند که در فرانس یک به آن اشاره شده است.

مهمترین اشکال تدریس در این رشته، گسترده بودن و وجود دیسپلین‌های مختلف در آن است که مسلط شدن به تمام حیطه‌ها را دشوار می‌سازد که شاید یکی از دلایل عدم روی آوری اساتید به این رشته نیز باشد.

در این گزارش، ما به معرفی روش آموزش تیمی در این رشته پرداخته ایم که به نظر ما می‌تواند تدریس را این حیطه تسهیل نماید. روش Team Member Teaching Design که جزو روش‌های تدریس در گروه‌های کوچک با مشارکت همه اعضا، حاضر در گروه است یکی از روش‌های موفق در تدریس مواردی است که قابل بخشش به اجزاء مختلف می‌باشد (مانند رشته کلینیکال پاتولوژی). این روش که از بهار سال ۸۹ در بخش آزمایشگاه ولیعصر به کار گرفته شده است، از نظر رزیدنت‌ها روش موفق‌تری در تدریس بوده است که در مدارک پیوست نیز به آن اشاره نموده‌اند.

۸- روش اجرا:

در این روش، در ابتدای صبح، افراد در دیسپلین‌های مختلف (ابتدای هرماه، دیسپلین فرد مشخص می‌شود) به انجام کاری بر مبنای کوریکولوم گمارده می‌شوند. راهنمایی‌های لازم در این زمینه توسط استاد به رزیدنت داده می‌شود و وی وارد حیطه کاری خود می‌شود. در زمان انجام کار فوق، از کمک تکنیسین‌ها در محیط، رزیدنت‌های سال بالاتر و نیز استاد استفاده می‌نماید. پس از آن رزیدنت‌ها وارد کلاس درس شده و کار انجام شده را با مقدمه‌ای کوتاه و ذکر جزئیات و نیز طرح سوال در این رابطه روی تخته و یا روی دیوارها (به علت کمبود جا) یادداشت می‌نمایند. در بازه زمانی یک ساعته هر گروه به توضیح فعالیت آن روز خود پرداخته و در این بین استاد نقش هدایت جلسات و راهنمایی‌های ضروری را برعهده دارد. به این ترتیب تمام دیسپلین‌ها کار خود را به عنوان مدرس ارائه می‌نمایند. ایفای نقش مدرس توسط رزیدنت، به گفته خود آنها باعث می‌شود که مسایل را جدی‌تر و عمیق‌تر یاد بگیرند. با اینکه هر رزیدنت، به مدت حدود دو سال در بخش کلینیکال حضور دارد (البته معمولاً به صورت منقطع است)، اما در طول یک ماه تنها به این بخش خاص می‌پردازد که این کار ممکن است باعث فراموشی بخش‌های دیگر شود ولی با این روش، در هر روز به نحوی فعالیت‌های انجام شده در تمام دیسپلین‌ها برای او دوره می‌شوند.

به طور خلاصه، ما این روش را برای آموزش پاتولوژی کلینیکال به رزیدنت‌های پاتولوژی روشی موفق ارزیابی می‌نماییم که هم از نظر رزیدنت‌ها مقبولیت داشته و هم از دغدغه‌های اساتید در تدریس در این وادی می‌کاهد.

لازم به ذکر است که مدل این روش، طبق درخواست بعضی از همکاران برای آزمایشگاه‌های بیمارستان شریعتی و نیز شیراز ارسال گردیده است.

۹- نتایج: پیامدهای اجرای فرآیند:

این روش که از بهار سال ۸۹ در بخش آزمایشگاه ولیعصر به کار گرفته شده است، از نظر رزیدنت‌ها روش موفق‌تری در تدریس بوده است که در مدارک پیوست نیز به آن اشاره نموده‌اند. رزیدنت‌ها این روش را به نوعی ابتکاری دانسته و بخصوص نسبت به دو ویژگی آن یعنی



استفاده از رزیدنت به عنوان معلم (Residents as Teachers) و نیز دوره مکرر دروس در یک روز و طی یک ماه به خوبی یاد کرده اند. لازم به ذکر است که در پایان هر ماه، تیمی که بهترین ارائه و تدریس را داشته است (پیوستگی مطالب، روش ارائه، حفظ نظم، مطرح کردن سوالات و غیره...) در قرعه کشی انتخاب و در برنامه تفریحی آخر فصل این تیم مهمان سایرین می شود (تا کنون چندین برنامه مانند رفتن به پارک جمشیدیه و کوهستان درکه و یا خوردن آش در میدان انقلاب برای تشویق گروه ها انجام شده است که این برنامه ها نیز با استقبال رزیدنت ها روبرو شده و باعث دلگرمی بیشتر در کار برای ماه های بعد می شود.

۱۰- سطح اثرگذاری (بخش، دانشکده، دانشگاه، کشوری، بین المللی):

دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

۱۱- نتیجه گیری شامل چالش ها و مشکلات اجرایی فرآیند:

به طور خلاصه روش یادگیری و یاددهی تیمی در آموزش کلینیکال پاتولوژی با توجه به گسترده بودن حوزه آن و قابل تقسیم بودن به اجزاء، مختلف روش کارآمدی است. مشکلات فرآیند بیشتر مربوط به نبودن امکانات مالی برای فراهم سازی مواد و لوازم مربوط به آموزش است.



۱- عنوان فرآیند:

طراحی و اجرای برنامه آموزش حمایت های مداوم مامایی در طی لیبر به دانشجویان مامایی

۲- صاحبان فرآیند و همکاران:

سیده فاطمه واثق رحیم پرور، گلنار ناصحی، زهره خاکبازان، انوشیروان کاظم نژاد

۳- محل اجرای فرآیند:

دانشکده پرستاری و مامایی

۴- نام دانشگاه:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

۵- گروه فرآیندی:

تدوین برنامه ی آموزشی

۶- تاریخ اجرا (مدت اجرای فرآیند):

از اسفند ۱۳۸۷: طراحی فرایند (۲ ماه) + طراحی روش و محتوای آموزشی (۲ ماه) + تعیین اعتبار و اعتماد علمی پرسشنامه ها و برنامه ریزی جهت اجرای برنامه (۲ ماه) + اجرای برنامه آموزشی (۴ ماه) + آنالیز و جمع بندی (۱ ماه) = در مجموع ۱۱ ماه

۷- مقدمه (هدف و اهداف اختصاصی):

هدف اصلی: تعیین تاثیر برنامه آموزش حمایت های مداوم مامایی در طی لیبر به دانشجویان مامایی بر رفتار حمایتی آنها و رضایت مندی مادران
اهداف فرعی:

۱- مقایسه میزان بکارگیری رفتارهای حمایتی در

طی لیبر توسط دانشجویان مامایی در دو گروه آموزش دیده و آموزش ندیده

۲- مقایسه میزان رضایتمندی مادران از رفتارهای حمایتی اجرا شده در طی لیبر توسط دانشجویان مامایی در دو گروه آموزش دیده و آموزش ندیده

بسیاری از مادران کشور در طی لیبر به دلیل عدم برخورداری از حمایت های مناسب، گرفتار ترس و متعاقب آن عدم پیشرفت زایمان می شوند و در نهایت به دلیل عدم پیشرفت برای انجام سزارین راهی اتاق عمل می گردند. از بین روش های غیردارویی کنترل درد زایمان، حضور مداوم ماما بر بالین زائو و اجرای حمایت های مداوم مامایی در طی لیبر جهت توانمندسازی زائو در کنترل درد زایمان بسیار با اهمیت است. یکی از جوه مشخصه یک ماما، انجام مراقبت دائم از مادر در



تمام مدت لیبر و زایمان می باشد. لذا آموزش ماماها از اهمیت خاصی برخوردار است. در این راستا ضرورت ارتقا، معلومات، نگرش و کفایت حرفه ای ماماها نسبت به بکارگیری روش های حمایتی در طی لیبر و کاهش درد زایمان با اهمیت تلقی می شود. باید دانشجویان مامایی را در کسب دانش و مهارت هایی که آنها را در انجام مسئولیت هایشان یاری می کند حمایت نمود. در حال حاضر منبع اصلی برای آموزش واحد بارداری و زایمان دانشجویان مامایی کشور، کتاب «بارداری و زایمان ویلیامز» است. هدف اصلی این کتاب متخصصین زنان و زایمان می باشند. اما از آنجاییکه تاکنون رفرنس معتبری برای آموزش دانشجویان مامایی ترجمه نشده است، متأسفانه کتاب ویلیامز در سراسر کشور به عنوان رفرنس اصلی در دست دانشجویان مامایی می باشد. این کتاب بیشتر به مباحث مبتلا به متخصصین زنان پرداخته و بکارگیری حمایت های مداوم مامایی طی لیبر در آن بسیار کم رنگ می باشد. پژوهشگر (سیده فاطمه واثق رحیم پرور) و همکاران وی با ترجمه کتاب مامایی وارنی و انجام این پژوهش امیدوار هستند که این کتاب بتواند جانشینی مناسب برای کتاب ویلیامز باشد. لازم به ذکر است که آموزش حمایت های مامایی در این پژوهش بر اساس کتاب مامایی وارنی برنامه ریزی شده است. این مطالعه با هدف ارتقا، توانمندی دانشجویان مامایی در طی لیبر در ارتباط با حمایت های مداوم مامایی در ۴ حیطه (فیزیکی، عاطفی، اطلاعاتی و حفظ حریم خصوصی) و رفتارهای حمایتی آنها و رضایت مندی مادران در جهت انجام بهینه زایمان طبیعی انجام گرفته است.

۸- روش اجرا:

به منظور اجرای برنامه، ابتدا مجوز و معرفی نامه های لازم از مسئولین دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران کسب گردید. سپس پژوهشگر با مراجعه به مدیر گروه مامایی دانشکده پرستاری - مامایی برنامه کارورزی دانشجویان سال آخر و ما قبل آخر را دریافت کرد. سپس با توجه به تعداد نمونه های پژوهش (۷۰ نفر) دانشجویان به دو گروه ۳۵ نفره مداخله و کنترل تقسیم نمود. به طوریکه دانشجویان سال آخر و ما قبل آخر به شیوه نمونه گیری سهمیه ای به دو گروه تقسیم شدند و در هر گروه به تعداد مساوی از دانشجویان سال آخر و ما قبل آخر قرار گرفتند. گروه های کارآموزی دانشجویان ۴ نفره می باشد. تقسیم بندی به گونه ای بود که در هر گروه کارآموزی فقط دانشجویان گروه کنترل یا مداخله قرار می گرفتند.

نمونه های پژوهش (۷۰ نفر) از بین دانشجویان ترم ۸، ۶ یا ۵ به طور دسترس انتخاب شدند. در این مرحله پرسشنامه مشخصات دموگرافیک به همراه پرسشنامه استاندارد «حمایت طی لیبر» (Labor Support Questionnaire (LSQ)) توسط دانشجویان هر دو گروه تکمیل گردید. امتیازی که دانشجویان از این پرسشنامه کسب می کردند، میزان بکارگیری حمایت های مداوم مامایی در طی لیبر توسط آنها را قبل از مداخله نشان می داد. سپس برای گروه مداخله (۳۵ نفر)، کلاس آموزشی یک روزه به مدت ۵ ساعت به شیوه سخنرانی و پرسش و پاسخ همراه با نمایش فیلم و اسلاید با تاکید بر ارتقا، توانمندی دانشجویان مامایی در طی لیبر در ارتباط با حمایت های مداوم مامایی در جهت انجام بهینه زایمان طبیعی برگزار شد. محتوای کلاس آموزشی عبارت بود از:

۱ - حمایت های فیزیکی در حین لیبر شامل: اهمیت حمایت های مداوم مامایی، تشویق به

راه رفتن و تغییر پوزیشن زانو، حضور مداوم ماما در کنار زانو و بر طرف کردن نیازهای فیزیکی وی، ماساژ پشت، شکم و پای زانو

۲- حمایت های عاطفی و روحی شامل: تشویق زانو به ادامه همکاری در لیبر، برقراری تماس چشمی با زانو و صحبت کردن آرام با زانو جهت پرت کردن حواس وی، آموزش تکنیک های تنفسی همزمان با ریلکسیشن، ایستادن در کنار وی و پاسخ به خواسته های زانو

۳- چگونگی دادن اطلاعات به زانو درباره نحوه پیشرفت لیبر و صحبت کردن با زانو زمانی که اعتمادش را از دست می دهد

۴- برقراری امنیت و حیطه طرفداری از تصمیمات زانو در طی لیبر از طریق حذف فاکتورهای استرس زای محیط، اقداماتی مثل از بین بردن عوامل نفرت زای محیط در حد لزوم و مناسب، ایجاد احساس امنیت با کنترل مرتب زانو و پاسخ صریح و واضح به سوالات زانو
کلیه مباحث آموزشی، بر اساس کتاب «مامایی وارنی» بوده است. این کتاب توسط پژوهشگر (سیده فاطمه واثق رحیم پرور) و همکاران وی به فارسی ترجمه شده است و از منابع معتبر درس بارداری و زایمان دانشجویان مامایی دنیا می باشد.

به طوریکه دانشجویان گروه مداخله با تعریف حمایت های مداوم مامایی، انواع این حمایت ها و روش بکارگیری آنها آشنا شدند. در پایان این کلاس یک کتابچه آموزشی تحت عنوان «حمایت های مداوم مامایی در طی لیبر» که در بر گیرنده مطالب کلاس آموزشی می شد به دانشجویان گروه مداخله ارائه گردید. بعد از برگزاری کلاس آموزشی دانشجویان گروه مداخله در حین کارآموزی نیز آموزش می دیدند.

کلیه دانشجویان هر دو گروه بعد از انجام زایمان پرسشنامه LSQ را مجدداً تکمیل نمودند. البته جهت عدم تبادل اطلاعات بین دو گروه مداخله و کنترل، در طی ۲ ماه اول شروع ترم دانشجویان گروه کنترل پس از انجام زایمان پرسشنامه را مجدداً تکمیل کردند. سپس برنامه آموزشی حمایت های مامایی برای گروه مداخله اجرا گردید و در نهایت این گروه نیز پس از انجام زایمان پرسشنامه LSQ را تکمیل کردند. در واقع امتیاز کسب شده از این پرسشنامه، میزان بکارگیری حمایت های مامایی پس از آموزش را نشان می داد. همچنین در طی ۱ تا ۲ ساعت پس از زایمان، مادرانی که این دانشجویان زایمانشان را انجام داده بودند، پرسشنامه رضایت مندی را پر کردند، به این ترتیب رضایت مندی مادران از اجرای حمایت های مداوم مامایی توسط دانشجویان مورد ارزیابی قرار می گرفت.

۹- نتایج: پیامدهای اجرای فرآیند:

دانشجویان مامایی و مادران دو گروه از نظر مشخصات دموگرافیک همگن بودند. میانگین امتیاز LSQ قبل از مداخله در گروه کنترل ($14/10 \pm 63/82$) و در گروه مداخله ($9/44 \pm 70/84$) و پس از مداخله در گروه کنترل ($19/40 \pm 59/54$) و در گروه مداخله ($18/74 \pm 90/78$) بود و دو گروه قبل از مداخله همگن ($P=0/097$) بودند. اما پس از مداخله میانگین امتیاز LSQ به طور معناداری در گروه آموزش دیده بیشتر بود ($P=0/000$). همچنین تفاوت میانگین اختلاف امتیاز در گروه مداخله در حیطه فیزیکی، عاطفی، اطلاعاتی قبل و پس از آموزش تفاوت معنی داری نسبت به گروه کنترل داشت ($P=0/000$) اما در حیطه طرفداری از تصمیم زانو تفاوت معنی داری در دو گروه وجود نداشت ($P=0/061$).



بیشترین در صد مادرانی که فقط از حمایت‌های روتین در طی لیبر برخوردار بودند ($P=0.74/3$) دارای میزان رضایت مندی متوسط ($83-42$) بودند. در حالیکه بیشترین درصد مادرانی که از حمایت‌های مداوم مامایی در طی لیبر برخوردار بودند ($71/9$) میزان رضایت مندی خوب ($126-84$) داشتند. همچنین یافته‌ها نشان داد مادرانی که زایمان آنها توسط دانشجویان آموزش دیده انجام شده بود اظهار داشتند که حمایت‌های مامایی بیشتری برایشان انجام شده است ($P=0/000$) و رضایت مندی آنان نیز بیشتر از مادرانی بود که حمایت‌های روتین در طی لیبر برایشان انجام شده بود ($P=0/000$).

۱۰- سطح اثرگذاری (بخش، دانشکده، دانشگاه، کشوری، بین‌المللی):

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

۱۱- نتیجه‌گیری شامل چالش‌ها و مشکلات اجرایی فرآیند:

نتایج این فرایند مبین نقش مثبت آموزش حمایت‌های مداوم مامایی در توانمندی و ارتقای عملکرد دانشجویان مامایی در بخش‌های زایمان در مورد بکارگیری حمایت‌های مداوم مامایی و افزایش میزان رضایت مندی مادران بوده است.

عدم وجود امکانات کافی و مناسب در زایشگاه یکی از مشکلاتی بود که مانع اجرای برخی از حمایت‌های مداوم مامایی می‌گردید. به طور مثال عدم امکان حضور همراه در طی لیبر یکی از موانع اساسی بود. همچنین مخالفت بعضی از پرسنل زایشگاه با انجام این حمایت‌ها به دلیل عدم آگاهی آنها نیز یکی دیگر از مشکلات بود.



۱- عنوان فرآیند:

آموزش سلامت شغلی رانندگان حرفه‌ای

۲- صاحبان فرآیند و همکاران:

دکتر خسرو صادق نیت حقیقی، دکتر غلامرضا پوریعقوب، دکتر امید امینیان، دکتر رامین مهرداد. با همکاری دفتر برنامه‌ریزی و آموزش سازمان راهداری و حمل و نقل جاده‌ای وزارت راه و ترابری

۳- محل اجرای فرآیند:

دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور

۴- نام دانشگاه:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

۵- گروه فرآیندی:

تدوین برنامه‌ی آموزشی

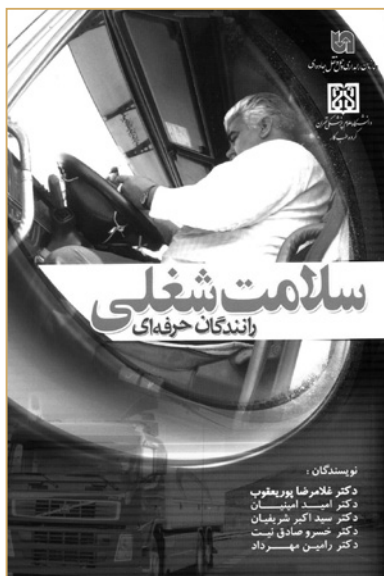
۶- تاریخ اجرا (مدت اجرای فرآیند):

از سال ۱۳۸۶ شروع شده و در حال حاضر نیز ادامه دارد.

۷- مقدمه (هدف و اهداف اختصاصی):

تصادفات ترافیکی در دنیا سالانه موجب قریب به یک میلیون و دویست هزار مورد مرگ و ۲۰ الی ۵۰ میلیون جراحت یا ناتوانی می‌گردد. تخمین زده می‌شود تا سال ۲۰۲۰ میزان مرگ و میر ناشی از حوادث ترافیکی ۶۵٪ افزایش یابد و این افزایش در کشورهای کم درآمد و با درآمد پایین حدود ۸۰٪ خواهد بود. در حالی که بر اساس این تخمین این میزان در کشورهای توسعه یافته و با درآمد بالا کاهش خواهد داشت.

بر اساس همین اطلاعات به صورت میانگین حدود ۲-۱٪ درآمد ناخالص ملی کشورها بواسطه حوادث ترافیکی هزینه می‌گردد. لازم بذکر است این برآورد عمدتاً شامل هزینه‌های مستقیم حوادث بوده و هزینه‌های غیر مستقیم حوادث را که بار زیادی بر اقتصاد هر کشور تحمیل می‌کند در بر نمی‌گیرد.



بر اساس اظهارات مقامات رسمی هر سال افزون بر دو درصد در آمد ناخالص ملی ما به سبب بروز تصادفات رانندگی هدر می‌رود. در برآوردی که از هزینه‌های حوادث ترافیکی توسط مراجع مختلف در کشور به عمل می‌آید، هزینه‌های تخریب وسایط نقلیه، بار، مرگ و میر،



سازمان
مختص
آموزش
و
تحقیق
در
حوزه
سلامت
شغلی

و هزینه های درمان افراد بیشتر مد نظر قرار می گیرند، که به تعبیری همان جز، هزینه های مستقیم این حوادث می باشند. ولی هزینه های غیر مستقیم مثل هزینه های هنگفت تامین پتانسیل های توان پاسخگویی پلیس، سیستم درمانی و سایر پتانسیل های لازم کشور به حوادث، از دست رفتن فرصت های بسیار از کشور بدلیل بالا بودن میزان حوادث جاده ای و نا امنی نسبی آنها، درد و رنج ناشی از جراحات ناشی از حوادث و عوارض اجتماعی و اقتصادی ناشی از مرگ و میر و ناتوانی افرادی که عمدتاً تامین کننده نیازهای مادی خانواده محسوب می شوند براحتمی قابل محاسبه نیست ولی حتماً به عنوان هزینه های تصادفات ترافیکی بر پیکره اجتماع سنگینی می کند.

بر اساس آمارهای رسمی یا غیر رسمی ارائه شده توسط مراجع معتبر میزان مرگ و میر ناشی از تصادفات جاده ای کشور قریب به ۳۰ هزار نفر و تعداد مجروحین در حدود ۲۵۰ هزار نفر در سال می باشد. میزان عمر از دست رفته بواسطه این مرگ و میر سالانه حدود یک میلیون و سیصد هزار سال می باشد. با توجه به اینکه سهم عامل انسانی در تلفات و حوادث جاده ای حدود ۸۰ درصد می باشد و ۹۰ درصد حمل و نقل کشور از طریق جاده انجام می شود، اهمیت سلامت رانندگان حرفه ای با جمعیتی بیش از نیم میلیون نفر بر کسی پوشیده نیست.

در این گونه حوادث غالباً افراد جوان و میانسال که کشور سال ها برای تربیت آنان هزینه کرده و هر کدام سرپرستی خانواده ای را بر عهده دارند از دست می روند. با توجه به تعداد بالای این حوادث این مشکل را می توان یک معضل ملی محسوب نمود. لذا حفظ و ارتقاء سلامت رانندگان می تواند نقش ارزنده ای در کنترل و کاهش این معضل داشته باشد. اشتغال به شغل رانندگی، بعلت مواجهه با عوامل آسیب رسان مختلف می تواند موجب بروز برخی بیماری ها و ناتوانی ها در رانندگان گردد، که توجه به این عوامل و کاهش صدمات ناشی از آن نیز می تواند هم در کاهش بروز حوادث و همچنین حفظ سلامت رانندگان و افزایش کارایی و بهره وری آنان موثر باشد.

در همین راستا توجه به بیماریهای عمومی غیر شغلی که می تواند در کیفیت رانندگی تاثیرگذار بوده و احتمال بروز حادثه را افزایش دهد نیز یکی از راهکارهای کنترلی موثر است.

یکی از راه های اساسی کاهش اثر این مخاطرات افزایش آگاهی رانندگان می باشد، که تاکنون به آن به طور ویژه توجه نشده است. به همین منظور با بررسی تجارب کشورهای موفق و توسعه یافته خصوصاً در امر حفظ و ارتقاء سلامت شغلی رانندگان حرفه ای و بهره گیری از منابع علمی معتبر و آخرین یافته ها و روش های آکادمیک و براساس نیازهای موجود نسبت به طراحی و اجرای دوره های فشرده آموزش سلامت شغلی رانندگان حرفه ای اقدام گردید. این دوره ها با محوریت شناخت عوامل آسیب رسان در شغل رانندگی، شناخت عوارض آن بر روی سلامت فرد و راه های پیشگیری از این عوارض و همچنین آگاهی در مورد بیماریهای غیر شغلی موثر در عملکرد راننده طراحی گردید.

این دوره با توجه به نیازهای موجود در هرکدام از فصول زیر با اهداف ذکر شده طراحی گردیده است:

الف- کلیات عوامل زیان آور در شغل رانندگی

اهداف مورد انتظار:

- آموزش گیرنده عوامل زیان آور در شغل رانندگی را بشناسد.



- آموزش گیرنده از عوارض این عوامل آگاه باشد.
- آموزش گیرنده اصول پیشگیری از عوارض این عوامل را بداند.
- ب- بیماری های اسکلتی عضلانی و کمردرد
 - اهداف مورد انتظار:
 - آموزش گیرنده علل کمردرد در شغل رانندگی را بشناسد.
 - آموزش گیرنده خصوصیات یک صندلی خوب برای راننده را بداند.
 - آموزش گیرنده روش صحیح نشستن پشت فرمان را بداند.
 - آموزش گیرنده تنظیم صحیح صندلی را بلد باشد.
 - آموزش گیرنده نرمشهای تقویت کننده عضلات ستون فقرات را یاد بگیرد.
 - آموزش گیرنده روش صحیح بلند کردن اجسام سنگین را بداند.
- ج- رانندگی و بیماری های شایع عمومی
 - اهداف مورد انتظار:
 - آموزش گیرنده علائم اصلی بیماری قند را بشناسد.
 - آموزش گیرنده از اهمیت کنترل مناسب قند خون آگاه باشد
 - آموزش گیرنده عوارض عدم درمان بیماری قند را بداند
 - آموزش گیرنده عوارض عدم درمان فشار خون بالا را بداند
 - آموزش گیرنده از اهمیت کنترل مناسب فشار خون آگاه باشد
 - آموزش گیرنده عوامل موثر در ایجاد بیماری های قلبی را بشناسد
 - آموزش گیرنده عوامل قابل کنترل بیماری های قلبی را بشناسد
 - آموزش گیرنده از اهمیت کنترل تشنج آگاه باشد
- د- استرس شغلی در رانندگان
 - اهداف مورد انتظار:
 - آموزش گیرنده عوامل ایجاد کننده استرس در رانندگان را بشناسد
 - آموزش گیرنده از عوارض جسمانی استرس آگاه باشد
 - آموزش گیرنده از نقش استرس در بروز حوادث جاده‌ای آگاه باشد
 - آموزش گیرنده راه های برخورد با استرس را فرا بگیرد
- ه- سلامت تغذیه و بیماریهای واگیر
 - اهداف مورد انتظار:
 - آموزش گیرنده راه های انتقال بیماری های واگیر و گوارشی شایع را بشناسد.
 - آموزش گیرنده راه های پیشگیری و درمان اولیه اسهال را بشناسد.
 - آموزش گیرنده ویژگی های آب آشامیدنی سالم را بداند.
 - آموزش گیرنده نکات مهم در بهداشت مواد غذایی را بشناسد.
 - آموزش گیرنده نحوه سرایت بیماری ایدز را بداند
 - آموزش گیرنده عوارض و خطرات بیماری ایدز را بداند
 - آموزش گیرنده روش های پیشگیری از بیماری ایدز را بشناسد
- و- خواب و رانندگی

اهداف مورد انتظار:

- آموزش گیرنده از اهمیت اجتناب از رانندگی حین خواب‌آلودگی آگاه باشد
- آموزش گیرنده علائم خواب‌آلودگی را بشناسد
- آموزش گیرنده راه‌های مقابله با خواب‌آلودگی را یاد بگیرد
- آموزش گیرنده نشانه‌های ابتلا به اختلالات خواب را بشناسد
- آموزش گیرنده از اهمیت درمان اختلالات خواب آگاه باشد
- ز- مصرف داروها و مواد اعتیاد آور

اهداف مورد انتظار:

- آموزش گیرنده اصول کلی مصرف دارو در شغل رانندگی را بداند
- آموزش گیرنده از عوارض خطرناک مصرف داروها در رانندگی آگاه باشد
- آموزش گیرنده از اهمیت اجتناب از مصرف داروهای خواب‌آور مطلع باشد
- آموزش گیرنده داروهای مهم ممنوع مصرف هنگام رانندگی را بشناسد
- آموزش گیرنده از عوارض مصرف مواد اعتیاد آور آگاه باشد
- آموزش گیرنده اهمیت اجتناب از مصرف مواد اعتیاد آور را بداند

۸- روش اجرا:

با توجه به وجود نیاز به دوره آموزش سلامت شغلی برای رانندگان حرفه‌ای مذکور در بخش پیشین، در راستای تدوین، شروع و استقرار دوره مراحل زیر توسط صاحبان دوره طی شد:

الف: مقدمات

- ۱- برگزاری جلسات متعدد و مذاکره با مسئولین و متولیان حمل و نقل جاده ای در وزارت راه و ترابری و جلب همکاری آنان جهت برگزاری دوره
- ۲- تدوین تفاهمنامه همکاری بین دانشگاه و وزارت راه و ترابری
- ۳- هماهنگی جهت تبادل تفاهمنامه بین مسئولین دانشگاه و وزارت راه و ترابری و امضای آن توسط مسئولین

ب: تدوین محتوی دوره

با توجه به جنبه‌های اجرایی دوره برای تهیه محتوی یک دوره ۶ ساعته در قالب سخنرانی و پرسش و پاسخ مراحل زیر طی گردید:

- ۱- بررسی تجربیات دیگر کشورهایی که در این زمینه عملکرد موفق داشته اند.
- ۲- مطالعه Risk factor های تهدید کننده سلامت رانندگان حرفه‌ای و عوامل موثر بر تصادفات جاده‌ای و نقش آموزش در کاهش آنها
- ۳- تعیین سرفصل‌ها و تدوین محتوای آموزشی با توجه به نیازسنجی انجام شده در میان رانندگان کشور

۴- تهیه power point آموزشی جهت استفاده مدرسین دوره جهت آموزش کلیه سرفصل‌های آموزشی

۵- تهیه محتوی پمفلت‌های آموزشی با توجه به اهم مباحث مطروحه در برنامه آموزشی



۶- تالیف و تدوین کتاب ویژه دوره جهت توزیع بین آموزش گیرندگان در سطح کشور

ج: اخذ تاییدهای مربوطه

۱- اخذ تایید دوره و مراحل اجرایی از مسئولین وزارت راه و ترابری (دفتر برنامه ریزی و آموزش)

۲- ارائه و تصویب دوره در شورای آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تهران

د: تهیه فرم های اجرایی دوره

۱- طراحی فرم ثبت نام شرکت کنندگان در دوره

۲- طراحی فرم حضور و غیاب

۳- طراحی فرم ارزشیابی دوره توسط آموزش گیرندگان

۴- طراحی فرم گزارش دهی به دبیرخانه دوره در دانشگاه و وزارت راه و ترابری

۵- طراحی فرم گواهی گذراندن دوره برای شرکت کنندگان

ه: اجرای پایلوت دوره

استان تهران به عنوان استان پایلوت انتخاب شده و اولین دوره به صورت پایلوت در استان تهران توسط صاحبان دوره (اعضای هیات علمی گروه طب کار دانشگاه علوم پزشکی تهران) در دی ماه سال ۸۶ اجرا گردید.

مرحله اجرای پایلوت دوره در استان تهران ادامه پیدا کرده و در این مرحله که تا پایان سال ۱۳۸۶ طول کشید (حدود ۳ ماه) تقریباً ۱۰۰۰ نفر راننده حرفه ای در این دوره ها شرکت کردند.

در اجرای این مرحله کلیه فرم های تهیه شده برای اجرای دوره از جمله فرم ارزشیابی دوره توسط آموزش گیرندگان، ۶ پمفلت آموزشی و کتاب چاپ شده ویژه دوره بین شرکت کنندگان توزیع شده و برای تمامی شرکت کنندگان گواهی شرکت در دوره صادر گردید.

و: مراحل استقرار و گسترش دوره در سطح کشور:

پس از اجرای موفق دوره در استان تهران و استقبال بی نظیر آموزش گیرندگان (براساس نتایج حاصل از ارزشیابی دوره) و مسئولین آموزش وزارت راه و ترابری اقدامات لازم به شرح زیر جهت گسترش دوره در سطح کشور صورت پذیرفت:

۱- تدوین آیین نامه و دستورالعمل اجرایی دوره توسط صاحبان دوره و تصویب آن

در وزارت راه و ترابری

۲- طراحی و تدوین نرم افزار ثبت، گزارش دهی و صدور گواهی دوره جهت استفاده

در سطح کشور

۳- انتخاب مدرسین از بین متخصصین طب کار سراسر کشور

۴- تدوین برنامه آموزشی برای مدرسین انتخاب شده

۵- اجرای کارگاه «روش آموزش» برای مدرسین در چندین مرحله

۶- اجرای کارگاه آموزشی برای پرسنل اجرایی دوره در سطح کشور جهت استفاده از



نرم افزار

- ۷- شروع دوره در سطح کشور توسط مدرسان آموزش دیده تحت نظر دبیرخانه آموزش رانندگان مستقر در دانشگاه علوم پزشکی تهران
- ۸- نظارت مستمر بر محتوا و شکل اجرای دوره در سطح کشور توسط صاحبان دوره بر اساس آیین نامه و دستورالعمل اجرایی ابلاغ شده

ز: معرفی دوره

- ۱- معرفی دوره به مسئولین متولیان و دست‌اندرکاران حمل و نقل جاده‌ای کشور در همایش سراسری راهبران در بهار ۱۳۸۷ همراه با اجرای نمادین دو دوره آموزش سلامت شغلی رانندگان حرفه‌ای در سالن‌های جنبی همایش
- ۲- اختصاص یک روز از همایش سه روزه طب‌کار (یکم تا سوم اسفند سال ۱۳۸۸) به سلامت شغلی رانندگان حرفه‌ای و تقدیر از مدرسان برتر دوره در طی همایش
- ۳- پوشش رسانی‌های مناسب مراحل مختلف اجرای دوره من جمله عقد تفاهمنامه بین دانشگاه و وزارت راه و ترابری، افتتاح دوره و
- ۹- ارزیابی نتایج و بررسی نقاط ضعف و قوت فرایند:
الف- نقاط قوت پروژه:

۱. وجود برنامه مدون و مصوب برای اجرای دوره
۲. وسعت گستره اثربخشی (۶۰۰/۱۰۰۰ راننده حرفه ای)
۳. جایگاه ویژه پروژه در سطح پیشگیری (سطح اول پیشگیری)
۴. پوشش کلیه مباحث ضروری مرتبط با سلامت شغلی رانندگان حرفه ای
۵. ایجاد ارتباط بین بخشی (ارتباط دانشگاه با صنعت)
۶. جلب همکاری و سازماندهی متخصصین طب کار سطح کشور
۷. ایجاد نگرش مثبت بر نقش آموزش جهت ارتقاء سطح سلامت جامعه
۸. نظام ثبت و جمع آوری اطلاعات کلاسهای آموزشی
۹. ایجاد زمینه‌های پژوهشی کاربردی و گسترده
۱۰. وجود کمیته علمی مشترک بین دانشگاه و وزارت راه و ترابری

ب- نقاط ضعف پروژه:

۱. وابستگی اجرای کامل و با کیفیت دوره به تصمیم‌گیری سایر سازمانها
۲. عدم وجود فرهنگ توجه به نقش آموزش در ارتقاء سلامت
۳. فقدان قوانین حمایتی از فعالیت‌های آموزشی در سطح وسیع
۴. عدم دسترسی به مدرسین مناسب در برخی از استانهای محروم

ج- فرصت‌ها:

۱. استقبال مافوق انتظار فراگیران (رانندگان) از مطالب ارائه شده در کلاس
۲. وجود انگیزش مناسب جهت حمایت از اجرای دوره به منظور کاهش تصادفات و

حوادث جاده ای

۳. حمایت دانشگاه از فعالیت‌های آموزشی خارج سازمانی



د- تهدیدها:

۱. احتمال قطع حمایت سازمانهای ذی ربط به دلیل عدم ثبات مدیریت ها
۲. کاهش استقبال فراگیران بدلیل مشکلات و معضلات شغلی
۳. کاهش انگیزه مدرسین جهت ادامه همکاری و حفظ کیفیت آموزشی

۹- نتایج و پیامدهای اجرای فرآیند:

الف- اجرای موفق دوره برای بیش از ۳۳/۰۰۰ راننده‌ی حرفه‌ای در سطح کشور طی دو سال اول طرح

ب- الزام قانونی گذراندن دوره برای کلیه رانندگان حرفه‌ای مشغول خدمت در سراسر کشور از طرف وزارت راه و ترابری در اوایل سال دوم اجرای دوره

ج- قراردادن اخذ گواهینامه گذراندن موفق این دوره به عنوان یکی از شروط ورود به حرفه‌ی رانندگی توسط وزارت راه در اواخر سال دوم اجرای دوره

د- جلب همکاری اصناف و کانون های رانندگان حرفه‌ای کشور

ه- فراهم آوردن زمینه های همکاری دانشگاه و حوزه‌ی گسترده صنعت حمل و نقل جاده ای

و- نهادینه کردن نقش آموزش در ارتقاء و پیشگیری از حوادث جاده‌ای

ز- جلب توجه بالاترین سطوح علمی تخصصی کشور به جوانب مختلف ارتقاء سطح سلامت و ایمنی محروم‌ترین و پرمخاطره ترین مشاغل کشور

ح- اعلام رضایت بیش از نود درصد فراگیرندگان براساس ارزشیابی درونی دوره

ط- اثربخشی بالای دوره براساس ارزشیابی بیرونی انجام شده توسط دفتر برنامه‌ریزی و آموزش وزارت راه و ترابری

۱۰- سطح اثرگذاری (بخش، دانشکده، دانشگاه، کشوری، بین‌المللی):

دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور

۱۱- نتیجه‌گیری شامل چالش‌ها و مشکلات اجرایی فرآیند:

الف- هماهنگ نمودن کلیه متخصصین طب‌کار سراسر کشور جهت اجرای یکسان دوره با کیفیت مطلوب

ب- جلب رضایت و همکاری متولیان صنوف رانندگان حرفه‌ای کل کشور

ج- تدوین آیین‌نامه‌های اجرایی و نظارت بر حسن اجرای آن

د- جلب رضایت رانندگان جهت حضور منظم در کلاس ها



۱- عنوان فرآیند:

استفاده از study guide (راهنمای یادگیری) در آموزش دانشجویان طب سنتی

۲- صاحبان فرآیند و همکاران:

دکتر حوریه محمدی کناری، دکتر سیدمنصور کشاورز

۳- محل اجرای فرآیند:

دانشکده طب سنتی

۴- نام دانشگاه:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

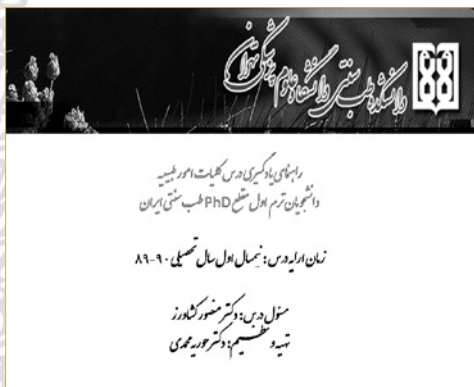
۵- گروه فرآیندی:

روش های آموزشی

۶- تاریخ اجرا (مدت اجرای فرآیند):

مرحله پایلوت این طرح در نیمسال دوم سال تحصیلی ۸۸-۸۹ اجرا و مرحله نهایی آن از نیمسال اول سال تحصیلی ۸۹-۹۰ به بعد لازم الاجرا می باشد.

۷-مقدمه (هدف و اهداف اختصاصی):



راهنمای یادگیری نقش مهمی در تسهیل یادگیری فراگیران دارد و همانند معلمی عمل می کند که به طور شبانه روزی کنار دانشجو بوده، به او می گوید که در هر مرحله از مطالعه چه کاری را باید انجام دهد. شرح محتویات راهنمای یادگیری بستگی به اهداف آن دارد و می تواند شامل مروری بر دوره، نتایج مورد انتظار یادگیری، پیش نیازها، جدول زمانی، فرصت ها و راهبردهای

یادگیری، محل یادگیری، اطلاعات مربوط به ارزیابی، چگونگی تماس با اساتید باشد. راهنما را می توان به گونه ای طراحی نمود که موجب تشویق دانشجویان برای تعامل بیشتر با موضوع از طریق سوال و جواب گردد؛ در عین حال فعالیت های دانشجویان را پایش کرده و با تمرینات خودارزیابی، حصول اهداف از پیش تعیین شده را تضمین نماید. راهنما می تواند به صورت یک پوشه کار یا ثبت اطلاعات دانشجویان نیز طراحی گردد. علاوه بر این می تواند در برگزیده نوشته های برداشته شده از سایر منابع یا بخشی از یک مقاله یا کتب و یا اطلاعات جدید در موضوعی خاص باشد. در صورتی که راهنمای یادگیری به درستی آماده شده باشد، می تواند در فرآیند آموزشی به عنوان ابزار مدیریتی تلقی گردد که هم معلم و هم دانشجو را نسبت به مسئولیتهای تعیین شده برای یادگیری ترغیب می نماید.

۸- روش اجرا:

در مرحله مطالعه پایلوت این طرح، جزوه ای شامل تعریف، ضرورت وجود راهنمای یادگیری، اهداف و شیوه های نگارش آن تهیه و برای اساتید درس کلیات و امور طبیعی ارسال شد و از آنها خواسته شد بر این اساس، راهنمای یادگیری مبحث مربوط به خود از این درس را آماده نمایند. پس از جمع آوری مطالب تهیه شده توسط اساتید و یکپارچه سازی آنها، راهنمای یادگیری به همراه راهنمای انواع سبکهای مطالعه و اصول یادگیری در بالغین در شروع ترم (اولین جلسه این درس) در اختیار دانشجویان ترم یک طب سنتی قرار گرفت و در پایان ترم، فرم نظرسنجی به دانشجویان مذکور داده شد تا نظرات آنها در مورد قسمتهای مختلف این راهنما ارزیابی گردد. اطلاعات بدست آمده با نرم افزار excel تجزیه و تحلیل شد که نتایج آن در ادامه خواهد آمد. در مرحله بعد با توجه به نتایج حاصله و میزان رضایت دانشجویان از ارائه راهنمای یادگیری، طرح مذکور در شورای آموزشی مشترک دانشکده های طب سنتی دانشگاه های سراسر کشور مطرح و در آنجا تصویب شد که کلیه دروس دانشجویان این رشته همراه با راهنمای یادگیری ارائه گردد.

۹- نتایج: پیامدهای اجرای فرآیند:

در نظرسنجی مرحله پایلوت این طرح، ۹۲/۶٪ از دانشجویان تأثیر دانستن اهداف هر درس و پیش نیازهای ارائه شده برای درک بهتر مفاهیم درسی را زیاد و بسیار زیاد ارزیابی نمودند. ۶۴٪ تأثیر ارائه راهنمای یادگیری برای آشنایی با اساتید و شیوه های تدریس آنان را زیاد و ۶۴٪ تأثیر خود ارزیابی موجود در راهنما را بسیار زیاد دانسته اند و ۶۸/۶٪ ارائه راهنمای یادگیری در ابتدای هر درس را ضروری شمردند. ۱۶/۶٪ دانشجویان دانستن اصول یادگیری در بالغین را برای آموزش مفید و بقیه (۸۳/۴٪) متوسط ارزیابی کردند. ۶۸٪ نیز راهنمای یادگیری ارائه شده در درس کلیات و امور طبیعی را خوب ارزیابی نمودند.

۱۰- سطح اثرگذاری (بخش، دانشکده، دانشگاه، کشوری، بین المللی):

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

۱۱- نتیجه گیری شامل چالش ها و مشکلات اجرایی فرآیند:

مهمترین مشکل پیشرو مشغله زیاد اساتید بوده است که در همه رشته ها و دانشکده ها دیده می شود ولی در دانشکده طب سنتی با توجه به کمبود شدید اعضای هیئت علمی این رشته بیشتر مشهود است و این باعث می شود که اساتید فرصت کمتری برای تهیه راهنمای یادگیری بگذارند.

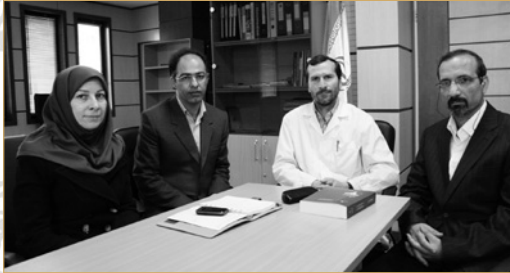
مسئله بعدی عدم آشنایی اعضای هیئت علمی با راهنمای یادگیری است که در بیشتر موارد با طرح درس و طرح دوره اشتباه می شود.

۱- عنوان فرآیند:

خود ارزیابی دانشجویان دندانپزشکی دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران ورودی سال ۱۳۸۳ در رابطه با مهارت های عملی کسب شده در دوره آموزشی خود (در نیمسال دوم ۸۹-۱۳۸۸)

۲- صاحبان فرآیند و همکاران:

دکتر احمد سوداگر، دکتر لیلا صدیق پور، دکتر احمد جعفری، دکتر محمد جواد خرازی فرد،



دکتر هادی قهرمانی گل

۳- محل اجرای فرآیند:

دانشکده دندانپزشکی

۴- نام دانشگاه:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات

بهداشتی درمانی تهران

۵- گروه فرآیندی:

ارزشیابی

۶- تاریخ اجرا (مدت اجرای فرآیند):

۶ ماه

۷- مقدمه (هدف و اهداف اختصاصی):

هدف از تحقیق حاضر، ارزیابی میزان مهارت های عملی دانشجویان دندانپزشکی دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران ورودی سال ۱۳۸۳ از دیدگاه خودشان در نیمسال دوم سال تحصیلی ۸۹-۱۳۸۸ و مقایسه آن با سند توانمندی های پایه دندانپزشک عمومی بود.

۸- روش اجرا:

در این مطالعه توصیفی مقطعی، ۵۵ نفر از دانشجویان دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران ورودی سال ۱۳۸۳ به روش سرشماری انتخاب و با استفاده از یک پرسشنامه روا و پایا ارزیابی شدند. دیدگاه دانشجویان درباره میزان مهارت های عملی خویش براساس سرفصل های مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با استفاده از یک معیار ۵ گزینه ای لیکرت تعیین و امتیازاتی از ۱ تا ۵ به این پاسخ ها (خیلی کم، کم، متوسط، زیاد، خیلی زیاد) اختصاص یافت. میانگین امتیازات دانشجویان در هر یک از مهارت ها، بخش ها و مجموع بخش ها تعیین و داده ها با روش آمار توصیفی گزارش گردید. همچنین، اثر متغیرهای مختلف (مانند سن و جنس و سهمیه و...) بر امتیاز کل مهارت عملی دانشجویان با آنالیز رگرسیون مورد قضاوت آماری قرار گرفت. به علاوه امتیاز هر توانمندی با سند توانمندی های پایه حاصل از تحقیق های کمیته بازنگری کشوری کوریکولوم دندانپزشکی عمومی مقایسه گردید.

۹- نتایج: پیامدهای اجرای فرآیند:

بخش پرتوز متحرک با میانگین اختلاف ۲/۵۴ نسبت به امتیاز کمیته بازنگری کوریکولوم بیشترین امتیاز را در یادگیری مهارت های مورد انتظار به دانشجویان را دارا بود. همچنین،

بخش‌های رادیولوژی، پریمیونتولوژی، دندانپزشکی کودکان، اندودنتیکس، جامعه‌نگر، ارتودنسی، ترمیمی، تشخیص، جراحی، پروتز ثابت و پاتولوژی در رتبه‌های بعدی قرار گرفتند (به ترتیب با اختلاف ۲/۸، ۲/۸۶، ۳/۰۹، ۳/۶۷، ۴/۱۱، ۴/۲۲، ۴/۳۵، ۴/۴، ۴/۶، ۵/۰۵، ۵/۳۴). از میان متغیرهای مختلف، فقط نوع سهمیه کنکور توانسته بود به صورت معنی‌داری در میزان امتیازات کل دانشجویان مؤثر باشد ($p < 0.007$). به طوری که بیشترین امتیازات مهارتی در میان دانشجویان منطقه ۱ و دانشجویان مناطق ۲، ۳ و شاهد و ایثارگر به ترتیب در رتبه‌های بعدی قرار گرفتند (به ترتیب: ۱۳۶/۵۲، ۱۲۹/۸۷، ۱۲۲/۸ و ۱۱۰/۷۵). در بخش ترمیمی، بیشترین مهارت‌ها در تراش و ترمیم حفرات کلاس I آمالگام (میانگین ۴/۳۴) و کمترین مهارت در ترمیم حفرات وسیع آمالگام همراه با پین (میانگین ۲/۶)؛ در بخش پریمیونتولوژی، در انجام پروفیلاکسی و برساز (میانگین ۴/۲۵) و درمان‌های اورژانس پریمیونتال (میانگین ۲/۴۵)؛ در بخش ارتودنسی، در قالب‌گیری برای درمان‌های ارتودنسی (میانگین ۴/۱۴) و درمان مال‌اکلوژن کلاس I (کرودینک ساده و serial extraction, space supervision) (میانگین ۲/۵۴)؛ در بخش جراحی، در خارج کردن دندان‌های تک ریشه قدامی فک بالا و پایین (میانگین ۴/۵۲) و انجام CPR مقدماتی (میانگین ۱/۷۸)؛ در بخش اندودنتیکس، در انجام درمان ریشه دندان‌های تک ریشه (میانگین ۴/۲۵) و استفاده از ابزار نوین در درمان ریشه (میانگین ۱/۸۳)؛ در بخش پروتزهای متحرک، در قالب‌گیری اولیه (میانگین ۴/۱۴) و انجام ری بیس (میانگین ۱/۹۶)؛ در بخش پروتزهای ثابت، در انتقال روابط فکی به آرتیکولاتور (میانگین ۳/۴۷) و ساخت الگوی بیست و کور ریختگی غیر مستقیم (میانگین ۲/۴۷)؛ در بخش دندانپزشکی کودکان، در کشیدن دندان‌های شیری (میانگین ۴/۱۴) و تشخیص، طرح درمان و ترمیم شکستگی دندان‌های قدامی در اثر تروما (میانگین ۲/۷۰)؛ در بخش رادیولوژی، در انجام انواع رادیوگرافی‌های پری اپیکال (میانگین ۴/۱۲) و انجام رادیوگرافی داخل دهانی دیجیتالی (میانگین ۱/۸۵)؛ در بخش بیماری‌های دهان، در انجام معاینات داخل دهانی (میانگین ۳/۹۲) و درخواست و تفسیر تست‌های آزمایشگاهی (میانگین ۲/۴۱)؛ در بخش آسیب‌شناسی، در نحوه استفاده و تنظیم میکروسکوپ (میانگین ۳/۶) و تشخیص تغییرات هیستوپاتولوژیک ضایعات شبه تومورال حفره دهان (میانگین ۲/۴۱)؛ و در بخش دندانپزشکی اجتماعی نیز بیشترین مهارت‌ها در نحوه ارتباط با بیماران (میانگین ۳/۶۱) و کمترین مهارت‌ها در آمادگی برای کار در بخش دولتی از جهت آشنایی با ساختار و قوانین (میانگین ۲/۶) دیده شد.

۱۰- سطح اثر گذاری (بخش، دانشکده، دانشگاه، کشوری، بین المللی):

دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

۱۱- نتیجه گیری شامل چالش‌ها و مشکلات اجرایی فرایند:

به نظر می‌رسد علیرغم برخورداری دانشجویان از برخی مهارت‌های عملی مناسب در بخش‌های مختلف، با در نظر گرفتن امتیازات کمیته بازنگري کوریکولوم آموزشی، سیستم فعلی آموزش دندانپزشکی نتوانسته است نیازهای آموزشی آنان را در حد تعیین شده تأمین نماید. براین اساس، لازم است با در نظر گرفتن نقاط ضعف و قوت گروه‌های آموزشی مختلف، تمهیداتی برای علت‌یابی و رفع این مشکلات اندیشیده شود.



۱- عنوان فرآیند:

ارائه الگوی فرآیند ارزشیابی برگزاری همایش های علمی دانشگاه ها و ارائه راهکارهای مناسب

۲- صاحبان فرآیند و همکاران:

دریادخت مسرور رودسری، دکتر حسین سلمانزاده، دکتر حمیدا...بهادر، دکتر بتول امینی

۳- محل اجرای فرآیند:

مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی دانشگاه

۴- نام دانشگاه:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

۵- گروه فرآیندی:

ارزشیابی/ مدیریت و رهبری

۶- تاریخ اجرا (مدت اجرای فرآیند):

ابتدای آبان ۱۳۸۸ لغایت اواسط شهریورماه ۱۳۸۹

۷- مقدمه (هدف و اهداف اختصاصی):

امروزه برگزاری همایش های علمی سالیانه آموزش پزشکی از جایگاه و اهمیت خاصی در فعالیت های حوزه آموزشی کشور برخوردار است. برگزاری بیش از ده همایش و استقبال قابل توجه مسئولین، اساتید و کارشناسان دانشگاه علوم پزشکی، ضرورت تمرکز بیشتر برای نحوه فرآیندی برگزاری و برنامه ریزی جهت افزایش کیفیت آن را از ابتدا مورد تاکید قرار می دهد. از آنجائی که وظیفه عامل ارزشیابی این است که به دقیقترین و معقولترین نتیجه گیری ها و قضاوت های ممکن درباره ارزش فعالیت های آموزشی دست بزند، پایه اصلی این کار باید انواع شواهدی باشد که به نحوی نظام دار جمع آوری و تحلیل شده اند، اما این کافی نیست بلکه باید هدف های اجتماعی و آموزشی وسیع تری نیز مورد توجه قرار گیرند. لذا با توجه به این که انجام یک برنامه به منظور برآوردن نیاز آموزشی خاص ممکن است آغاز شده باشد، ضرورت دارد که مشخص شود یک فعالیت تا چه حد این نیاز را برآورده است. از جمله فعالیت های آموزشی،



برگزاری همایش ها و کنگره های آموزشی است که در اکثر مراکز علمی و دانشگاهی برگزار می شود که هدف از آن انتقال دانش و اطلاعات تازه و جدید، تبادل اطلاعات بین مخاطبین و شرکت کننده ها و ارتقای دانش و کیفیت انجام فعالیت های آموزشی در مراکز علمی می باشد بدین منظور جهت تعیین میزان حصول به اهداف های برنامه به عنوان بخشی از این فرآیند و یک ارزشیابی جامع و قضاوت درباره فرآیند اجرای درست بسیار ضرورت دارد.

هدف کلی

تعیین فرآیند ارزشیابی برگزاری همایش علمی کشوری آموزش پزشکی و ارائه راهکارهای مناسب

اهداف اختصاصی

۱. تعیین هدف از برگزاری همایش علمی کشوری آموزش پزشکی
۲. جمع آوری نظرات و دیدگاه های شرکت کنندگان از همایش علمی
۳. بررسی نتایج همایش علمی برگزار شده
۴. ارائه راهکارهای مناسب و اثربخش به منظور اجرای بهتر همایش های بعدی
۵. ارائه نقشه اجرایی و الگوی فرآیند ارزشیابی همایش های علمی اختصاصی بودن فرآیند

پس از تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در پی آن راه اندازی دانشگاه های علوم پزشکی در سراسر کشور، برگزاری همایش های آموزش پزشکی از سال ۱۳۷۳ با هدف آشنا کردن هر چه بیشتر متخصصان علوم پزشکی با مباحث تخصصی در این حوزه، بحث و تبادل نظر در زمینه مسائل آموزش پزشکی و انتقال دانش و تجربه آغاز گردید. مروری گذرا بر همایش های انجام شده بیانگر ضرورت تحولی همه جانبه در ابعاد مختلف آموزش پزشکی و عوامل تأثیرگذار بر آن چون مدیریت آموزش، استاد، دانشجو، محیط آموزشی، منابع آموزشی، روش های آموزشی، ارزشیابی، پژوهش و ارتقای کیفیت آموزش پزشکی می باشد که در همایش های مختلف مورد بحث و بررسی قرار گرفته است.

۸- روش اجرا:

محورهای بخش اصلی همایش

- مدل های رهبری در آموزش علوم پزشکی
- نقش ها و مهارت های رهبران در آموزش پزشکی
- سلامت نقش رهبری آموزشی در نظام توسعه
- پاسخ گویی در آموزش علوم پزشکی
- بهره وری آموزشی در علوم پزشکی
- آینده نگاری و آینده پژوهی در علوم پزشکی
- رهبری در محیط آموزش علوم پزشکی

محورهای بخش دانشجویی

- دانشجوی آینده
- دانشجوی پاسخگو
- یادگیری مادام العمر



● دانشجو و تعالی آموزشی

قابلیت اندازه گیری و تقویم زمانی

با توجه به ماهیت فعالیت هایی که از قبل، در طول برگزاری و پس از اتمام همایش انجام می گرفت. تعداد ۱۵ فرم تهیه و برنامه عملیاتی با تعیین زمان بندی اجرایی آن تدوین گردید. فرم های ۱ تا ۱۲ در روزهای برگزاری همایش توسط شرکت کنندگان تکمیل و فرم شماره ۱۳ در روز پایانی همایش به صورت مصاحبه حضوری توسط ارزیابان از شرکت کنندگان پرسیده و تکمیل گردید. فرم های ۱۴ و ۱۵ یک ماه پس از پایان همایش برای مسئولین ارسال و توسط آنان تکمیل و به دبیرخانه همایش ارسال شد. اطلاعات جمع آوری شده با استفاده از سیستم های نرم افزار آنالیز و نتایج آن اعلام گردید.

متناسب بودن و واقع بینانه بودن فرآیند

امروزه برگزاری همایش علمی سالبانه آموزش پزشکی از جایگاه و اهمیت خاصی در فعالیت های حوزه آموزشی کشور برخوردار است. برگزاری بیش از ده همایش و استقبال قابل توجه مسئولین، اساتید و کارشناسان دانشگاه های علوم پزشکی، توجه به فرآیند برگزاری و برنامه ریزی جهت افزایش کیفیت آن از ابتدا مورد تأیید قرار می دهد. ارتقای فرآیند اجرایی این همایش، مستلزم بررسی مستمر و دقیق چگونگی برنامه ریزی محتوی یکی از مهم ترین و اثر بخش ترین اقداماتی که موجب اصلاح و بهبود برگزاری چنین همایش هایی می شود، ارزشیابی کلی از فرایند اجرای همایش های آموزش پزشکی و پی بردن به نکات ضعف و قوت آن خواهد بود. بدین منظور با هدف بررسی و تحلیل اجرای یازدهمین همایش آموزش پزشکی، طراحی و فرآیند ارزشیابی، تهیه ابزارها، فرم ها و شیوه های جمع آوری اطلاعات، تحلیل و ارائه گزارش نهایی، به عنوان ارزشیابی یازدهمین همایش آموزش پزشکی چند ماه قبل از برگزاری همایش در قالب یک پژوهش علمی آغاز گردید.

آماده سازی فرآیند

نیازسنجی و استفاده از تجربیات و مستندات موجود

این پژوهش یک مطالعه روش شناسی است و به نوعی METHOD REPORT است که هدف آن طراحی شیوه و تهیه ابزار ارزشیابی یک همایش علمی با بهره گیری از رویکرد ارزشیابی مبتنی بر مدیریت و با کمک مدل سیپی طراحی و اجرا شده است. ابتدا مطالعه ای از منابع مختلف کتابخانه ای، الکترونیکی درخصوص نحوه طراحی و تدوین فرم های ارزشیابی انجام شد. از آنجائی که اجرای همایش های علمی موجب پویای مراکز آموزشی و تبادل اطلاعات و تازه ها در اعضای محترم هیات علمی، دانشجویان و دانش پژوهان می گردد، بررسی نقاط قوت و قابل بهبود مربوط به کنگره ها و همایش های علمی بسیار لازم و ضروری است، بدین منظور نیاز به انجام ارزشیابی فرآیند همایش های علمی بسیار در گروه فرآیندی احساس شد و از همان ابتدای کار جهت بهینه نمودن و بهره برداری بهتر از همایش مراحل اجرای ارزشیابی برنامه ریزی و پی گیری و سپس اجرا گردید. فرآیندهای علمی و اجرایی در برگزاری همایش های آموزش پزشکی مطالعه و نیازسنجی خاص براساس الگو استانداردهای پایش و ارزشیابی توسط شاخص های بررسی ساختاری، فرآیندی، پوششی و اثر بخشی در خصوص ارزشیابی

یک همایش جهت کشف بخش های دارای مشکل در اجرای برنامه انجام گردید. در یک دوره ۳ ماهه جلسات فشرده با اعضای هیات علمی و صاحب نظران در خصوص چارچوب کلی ابزار ارزشیابی انجام شد، همانطور که می دانیم لازمه ارزشیابی درست عملکردها و وزن دادن به آنها، داشتن شاخص هایی است که از قبل طراحی شده باشد بدین منظور ابتدا دو حیطه پایش و حیطه ارزشیابی مشخص گردید:

ساختار روش مند فرآیند

جهت ارزشیابی همایش آموزش پزشکی از پرسشنامه ساخته شده توسط گروه فرآیندی که اعتبار و اعتماد آن توسط اعضای محترم هیات علمی مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی تأیید شده بود استفاده گردید پرسشنامه مشتمل بر ۱۸ سوال در خصوص ارزشیابی و اعلام نظرات افراد شرکت کننده در همایش کشوری آموزش پزشکی بود که به مقیاس لیکرت از کاملاً مناسب ۵ و کاملاً نامناسب ۱ دسته بندی گردید که حداقل نمره ۱۸ و حداکثر آن ۹۰ بود که پرسشنامه ها به طور محرمانه به افراد ارزیابی کننده و نسبت به نحوه ارائه مطالب آموزشی و شرکت کنندگان در مورد ارزشیابی کلی از کارگاه ها، پائل ها و ... انجام شد. قبل از انجام ارزشیابی نهایی به ۱۰ نفر از افراد فرم های ارزشیابی به عنوان پایلوت داده شد و پایایی آن مورد سنجش قرار گرفت. که سپس این ۱۰ نمونه از تعداد کل نمونه ها کسر شد. همچنین در پایان برگه پرسشنامه با استفاده از مقیاس عدد از ۰ تا ۲۰ از شرکت کنندگان و واحدهای مورد پژوهش خواسته شد. به همایش کشوری بین این اعداد نمره ای را اختصاص دهند. (که اگر عدد (۲۰) بالاترین سطح از همایش و عدد (۰) همایش فاقد اعتبار باشد) که میانگین نمرات عدد ۱۷ بود.

- همچنین سوالات باز در مورد نظرات افراد در خصوص نقاط قوت و نقاط قابل بهبود به طور کتبی پرسیده شد.

متدولوژی، پایلوت، ارزیابی، استقرار

حیطه پایش شامل بررسی های ساختاری انجام فرآیند و حیطه ارزشیابی شامل بررسی های نتایج و اثر بخشی فرآیند مورد بررسی قرار گرفت. حیطه پایش بیشتر به کمیت برگزاری ها و انجام برنامه ها طبق بررسی مستندات اشاره داشت در حالی که، حیطه ارزشیابی بیشتر بر کیفیت انجام برنامه ها تأکید داشته است. مستندات منبع برای محاسبه شاخص-ها، مجموعه ای از فرم ها، چک لیست ها و مصاحبه ها بودند که پس از انجام بحث های گروهی متمرکز و در دست داشتن ملاک ها و انتخاب شاخص ها، در نهایت برای سطوح کلی شاخص های حیطه های زیر تعیین شد.

۱۰ حیطه کلی برای تهیه ابزار انتخاب گردید، سپس برای هر حیطه وزن دهی انجام و پس از تشکیل جلسات متعدد، معیارهای نمره دهی در هر زیر شاخه تعیین شد.

اهداف و برنامه ها	کمیته های علمی و اجرایی	اطلاع رسانی در سایت همایش	انتشارات و تبلیغات	محتوای علمی برنامه ها	برنامه ها و فعالیتهای دانشجویی	ثبت نام و پذیرش مراجعین	زمان مکان و خدمات پشتیبانی	نظرات شرکت کنندگان	دستاوردهای علمی و دانشگاهی
-------------------	-------------------------	---------------------------	--------------------	-----------------------	--------------------------------	-------------------------	----------------------------	--------------------	----------------------------

حیطه ها و فرمهای اولیه مجدداً توسط صاحب نظران در کمیته علمی به بحث گذاشته شد و مجدداً وزن دهی انجام گردید. فرمهای ارزشیابی یک همایش علمی بر حسب مستندسازی



فعالیت‌های علمی، اجرایی و برنامه‌های فوق برنامه در آن همایش طراحی شد تا نتایج حاصله بتواند نقاط ضعف و قوت همایش جهت ارتقای کیفی همایش‌های بعد را مشخص نماید. همچنین شاخصها عمدتاً به بررسی برنامه‌ها، اطلاع‌رسانی، امکانات و تجهیزات، محیط و حیطه‌ها و فرم‌های اولیه مجدداً توسط صاحب‌نظران در کمیته علمی به بحث گذاشته شد و مجدداً وزن دهی انجام گردید. فرم‌های ارزشیابی یک همایش علمی بر حسب مستندسازی فعالیت‌های علمی، اجرایی و برنامه‌های فوق برنامه در آن همایش طراحی شد تا نتایج حاصله بتواند نقاط ضعف و قوت همایش جهت ارتقای کیفی همایش‌های بعد را مشخص نماید. همچنین شاخص‌ها عمدتاً به بررسی برنامه‌ها، اطلاع‌رسانی، امکانات و تجهیزات، محیط فیزیکی محل برگزاری، نیروی انسانی، سخنرانان، محتوای علمی، تنوع برنامه‌های علمی، پذیرایی، چگونگی اجرای برنامه‌ها، برون‌دادها و اثربخشی همایش در ابعاد دانش، مهارت و نگرش شرکت‌کنندگان در این فرآیند ارزشیابی متمرکز بوده است.

۹- نتایج: پیامدهای اجرای فرآیند:

- حضور سخنرانان و صاحب‌نظران کلیدی جدید و پرهیز از حضور افراد همیشگی
- تقدیر مناسب از برترین‌ها
- نوآوری‌ها در یازدهمین همایش آموزش پزشکی
- تشکیل جلسات صبحانه کاری
- استفاده از شیوه‌های جدید و ارزشیابی هدفمند همایش
- ارائه پایان‌نامه‌های دانشجویی
- ارائه پوستر به صورت مطلوب‌تر نسبت به شیوه‌های سنتی
- موارد مثبت در همایش یازدهم

کمیته علمی با بررسی نظرات شرکت‌کنندگان مهمترین موارد مثبت این همایش را به شرح زیر می‌داند. این موارد می‌تواند در همایش‌های بعدی و در تصمیمات کمیته علمی کشوری آموزش پزشکی مورد توجه قرار گیرد.

۱. جلب مشارکت دانشگاه‌ها و دعوت از صاحب‌نظران و متخصصین
۲. ارائه برخی نوآوری‌ها در برنامه‌های همایش
۳. دعوت از مهمانان خارجی، ارائه سخنرانی و حضور در نشست‌های تخصصی
۴. توجه به موضع رهبری و مدیریت آموزشی
۵. حضور پررنگ‌تر مسئولین در برنامه‌های مختلف در روزهای همایش
۶. برگزاری کارگاه‌های دانشجویی و جلب همکاری دانشجویان در اجرای برنامه‌ها
۷. تنوع برنامه‌های علمی در همایش
۸. فراهم نمودن زمانی برای ملاقات و صمیمیت بیشتر میان دانشگاه‌ها
۹. ایجاد فرصتی مناسب برای آشنایی و یادگیری مطالب جدید
۱۰. تقدیر مناسب از برترین‌ها
۱۱. ارزشیابی‌های انجام شده همزمان با برگزاری برنامه‌ها
۱۲. مکان و پذیرایی مطلوب



نمره از ۵	ارائه نظرات			تعداد فرم پر شده	عنوان	ردیف
	کمتر از حد انتظار	متوسط (۳۰۷۵-۲۰۲۵)	خوب و مناسب (۵-۳۰۷۵)			
۴۰۱۲			×	۱۳۷	انتخاب موضوع و مطالب ارائه شده	۱
۳۰۳۴		×		۱۳۷	فرآیند اطلاع رسانی همایش	۲
۳۰۵۵		×		۱۳۷	انتشارات و تبلیغات همایش	۳
۳۰۱۵		×		۱۱۳	فرآیند ثبت نام و پذیرش حضوری	۴
۳۰۵۵		×		۱۱۳	فرآیند ثبت نام مجازی پیش از برگزاری همایش	۵
۳۰۹۰			×	۱۱۳	مکان برگزاری همایش	۶
۳۰۶۱		×		۱۱۳	ارزشیابی خدمات پشتیبانی همایش	۷
۳۰۵۲		×		۱۱۳	ارزشیابی مدیریت همایش	۸

نامناسب	متوسط	مناسب	موضوع
٪۱۰۵	٪۳۲۰۳	٪۶۶۰۱	تناسب محتوای انتشارات با اهداف همایش
٪۰۰۷	٪۴۴	٪۵۵۰۲	تناسب کیفیت انتشارات با جایگاه همایش
٪۳۰۱	٪۴۶۰۵	٪۵۰۰۴	تناسب کیفیت انتشارات با هزینه های آن
٪۳۰۱	٪۵۷۰۱	٪۳۹۰۸	مناسب بودن فرآیند توزیع و دسترسی به انتشارات و تبلیغات همایش
٪۱۰۱	٪۳۸۰۹	٪۶۰	هم خوانی میزان بودجه تخصیصی برای انتشارات و تبلیغات با جایگاه همایش
٪۱۰۳	٪۴۲۰۷	٪۵۶	تراز درآمد ناشی از فروش انتشارات (محصولات همایش) برای تأمین بخشی از هزینه‌های آن



برخورد نقادانه با فرآیند

نقاط ضعف از دید شرکت کنندگان

۱. عدم توزیع مناسب شرکت کنندگان در برنامه های همایش و در نتیجه ازدحام در برخی برنامه ها و عدم حضور شرکت کنندگان در برخی دیگر از برنامه ها
۲. عدم مطرح شدن دستاوردهای همایش
۳. واضح و شفاف نبودن کتابچه های راهنما و سردرگمی شرکت کنندگان
۴. عدم وجود تابلوهای راهنما در سالن های اصلی
۵. ارائه نامناسب برخی از پوسترها
۶. عدم استقبال شرکت کنندگان از ارائه پوسترها
۷. مکان نامناسب برای ارائه پوسترها (سروصدا، امکانات نامناسب کامپیوتری و ...)
۸. بی نظمی در ارائه و صدور کارت برای حضور شرکت کنندگان
۹. مشخص نبودن افراد مسئول و پاسخگو در مواقع لازم
۱۰. به موقع شروع نشدن برنامه ها و به دنبال آن بی نظمی های ایجاد شده

فرصت ها و تهدیدات

به نظر می رسد با توجه به نتایج حاصله و موارد مثبت و منفی همایش از دیدگاه شرکت کنندگان و مسئولین مراکز توسعه و کمیته علمی، مجموعه اقدامات انجام شده که در نوع خود شایسته قدردانی است توانسته باشد.

- محورهای بخش اصلی همایش را به خوبی و بدرستی پوشش داده و برای هر یک از محورها راهکارهای اجرایی مناسب ارائه داده باشد. و یا به عبارت دیگر:
- در پاسخگویی به انتظارات مسئولین کشوری در موارد زیر:

ارائه مدل و الگوهای مناسب

ارائه راهکار مناسب جهت ارتقای سطح آموزش در دانشگاه های علوم پزشکی کشور
ارزیابی دقیق از چالش های آموزش پزشکی
ارائه پیام مشخص و قابل اجرا برای رهبران و مدیران آموزش کشور

موفق عمل کرده باشد.

این موضوع نه به دلیل بی توجهی، برنامه ریزی نامناسب و یا زحمات ناکافی برنامه ریزان و مجریان برگزاری همایش است. بلکه به دلیل فقدان یک برنامه دقیق و مدون و نداشتن نقشه راه برای حداقل یک دوره ۵ ساله است که انتظارات واقعی از همایش های سالیانه در آن ترسیم شده باشد. بی شک این موضوع با توجه به حضور کوتاه مدت مدیران در مسئولیت ها که منجر به تصمیمات فردی و سلیقه ای می گردد. همایش های سالیانه آموزش پزشکی نیز همچون موجی تحت تاثیر این فرآیند قرار می گیرد. به بیان ساده تر فعالیت های هر چند فشرده یک دانشگاه ظرف مدت چند ماه، قادر به تأمین انتظارات و دستیابی به اهداف مشخص شده نخواهد بود. نتیجتاً اثر بخشی و تغییر قابل ملاحظه ای پس از برگزاری همایش ها در دانشگاه ها مشاهده نمی گردد.

۱۰- سطح اثرگذاری (بخش، دانشکده، دانشگاه، کشوری، بین المللی):

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران



۱۱- نتیجه گیری شامل چالش ها و مشکلات اجرایی فرآیند:

مهمترین فرصت ها در همایش یازدهم از دیدگاه مسئولین
جلب مشارکت همه دانشگاه ها در برگزاری برنامه های مختلف
حضور مسئولین وزارتی در روزهای مختلف همایش
انتخاب موضوع رهبری در آموزش پزشکی به عنوان محور اصلی همایش
دعوت از مهمانان خارجی
برگزاری پانل های علمی با همکاری سایر دانشگاه ها
تقدیر مناسب از برترین ها
مکان و پذیرایی مناسب
تنوع برنامه ها و حضور صاحب نظران و متخصصین
هماهنگی خوب در برپایی غرفه ها و نمایشگاه های جنبی همایش
وجود برخی نوآوری ها نسبت به همایش های قبلی
ایجاد فرصت جهت بازدید از برج میلاد
ارزشیابی مستمر و همزمان از فعالیت های مختلف در همایش
حضور فعال و استقبال از برگزاری کارگاه های آموزشی
جلب همکاری و حضور فعال دانشجویان در ارائه برنامه های مختلف
همزمانی برگزاری جشنواره شهید مطهری با همایش آموزش پزشکی



۱- عنوان فرآیند:

طراحی و اجرای بخش مراقبت های دارویی به عنوان الگوی عملی ارتقای آموزش داروسازی در کشور

۲- صاحبان فرآیند و همکاران:

دکتر خیرا... غلامی، دکتر محمدرضا جوادی، دکتر ملوک حاجی بابایی، دکتر مجتبی مجتهدزاده، دکتر حسین خلیلی، دکتر سیمین دشتی، دکتر تهمینه اکبرزاده، دکتر رامین ابریشمی

۳- محل اجرای فرآیند:

داروخانه و مرکز اطلاعات دارویی

۱۳ آبان

۴- نام دانشگاه:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات

بهداشتی درمانی تهران

۵- گروه فرآیندی:

تدوین برنامه ی آموزشی

۶- تاریخ اجرا (مدت اجرای فرآیند):

از آبان ۱۳۸۷

۷- مقدمه (هدف و اهداف اختصاصی):

ارتقای سلامت به مفهوم توانمند سازی مردم در شناخت عوامل تأثیرگذار بر سلامت فردی - اجتماعی و تصمیم-گیری صحیح در انتخاب رفتارهای بهداشتی است. بهبود و سامان دهی عوامل اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی موجود در هر کشور و فعالیت سازمان های غیر دولتی مربوط زمینه ساز تأمین و ارتقا، سلامت محسوب می شود. ارائه صحیح و کامل خدمات بهداشتی و درمانی با کیفیت مطلوب به تمام اقشار جامعه، اقدام موثری است که نقش بسزایی در ارتقا، سلامت جوامع دارد.

در جوامع کنونی به موازات تخصصی شدن حرف پزشکی، درمان ها و داروهای مورد استفاده در درمان نیز تخصصی تر شده و تغییرات در سیستم های دارو درمانی به عنوان یکی از مهم ترین روش های درمانی، از ضرورت-های ملموس شرایط درمانی جامعه تلقی می شود. به این منظور جامعه بین المللی داروسازی نیز در سال های اخیر شاهد تحولات بنیادی در ارائه خدمات بوده است. الگوی عملی تغییر نام داروخانه بیمارستان به بخش مراقبت های دارویی، حکایت از تغییر ماهیتی در ارائه خدمات حرفه ای داروسازی است. در راستای دستیابی به خدمات مناسب دارویی، فدراسیون ها و انجمن های معتبر داروسازی در سراسر دنیا اقدام به تدوین دستورالعمل-ها و اصول استاندارد با هدف کیفیت خدمات رسانی مناسب دارویی نموده اند. در این میان تغییرات اساسی در بسترهای آموزشی نیروی انسانی جهت ارتقا، خدمات نقش برجسته ای به خود می گیرد و تعلیم دانشجویان در بخش های مراقبت های دارویی، جهت آشنایی با خدمات داروسازی بیمارستانی، همکاری نزدیک و مستقیم با پزشکان و پرستاران و هم چنین برقراری ارتباط با بیمار بستری بسیار پر اهمیت ارائه شده است.

در کشور ما نیز در سال های اخیر خدمات مناسب دارویی (GPP) کم و بیش مورد توجه قرار



انجمن داروسازان
کشور ایران

گرفته است. با وجود اینکه پیاده سازی این مهم مستلزم آموزش نیروی انسانی دانشجو بوده و فقدان نیروی داروساز در بخش-های بیمارستان، همّت جمعی از اساتید داروسازی بالینی و حضور داروسازان بیمارستانی در بخش های مختلف بیمارستان، بستر جدید و مناسبی را برای آموزش دانشجویان در این زمینه ایجاد کرده است. بخش مراقبت های دارویی علاوه بر اجرای وظایف محول شده در ارائه خدمات دارویی به کادر درمانی و بیماران، قابلیت آموزش دانشجویان داروسازی را در زیرواحدهای خود شامل اتاق تمیز (Clean room)، مرکز اطلاعات دارو و سموم (DPIC)، مرکز ثبت عوارض ناخواسته دارویی (ADR) و مشاوره دارو درمانی را دارا می باشد. این فعالیت ها علاوه بر پیشبرد هدف اصلی خدمات دارویی مناسب یعنی ارتقاء سلامت، بهبود فرصت های شغلی دانشجویان داروسازی را در عرصه فعالیت های بیمارستانی باعث می شود.

اهداف کلی

- ۱- آماده سازی بسترهای لازم جهت آموزش عملی دانشجویان داروسازی
- ۲- تأمین و تدارک دارو و تجهیزات پزشکی مورد نیاز بیماران بستری
- ۳- آشنایی با انواع پژوهشهای کاربردی جهت ارتقاء خدمات دارویی
- ۴- برقراری ارتباطات حرفه ای با بیماران و کادر درمان
- ۵- اجرای خدمات تخصصی دارو درمانی در مرکز درمانی
- ۶- تغییر در نگرش کادر درمان نسبت به ارائه خدمات درمانی توسط داروسازان

اهداف اختصاصی

- ۱- آموزش دانشجویان دوره عمومی و تخصصی داروسازی
- ۲- آموزش کادر درمان بیمارستان شامل پزشکان و پرستاران
- ۳- آموزش ساخت و ترکیب استریل داروهای تزریقی وریدی
- ۴- آموزش تهیه استریل محلول های تغذیه وریدی
- ۵- آموزش تهیه استریل محلول های شیمی درمانی
- ۶- برگزاری کارگاه های آموزشی
- ۷- تهیه پمفلت و جزوات آموزشی
- ۸- نگارش و چاپ منظم خبرنامه های دارویی
- ۹- اجرای مطالعات (Drug Utilization Evaluation) (DUE)
- ۱۰- اجرای مطالعات (Knowledge, Attitude, Practice) (KAP)
- ۱۱- اجرای مطالعات تجربی (Clinical Trial)
- ۱۲- تأمین و تدارک تجهیزات پزشکی مورد نیاز مرکز درمانی
- ۱۳- تأمین و تدارک دارو و ذخیره دارویی متناسب با سطح مصرف مرکز درمانی
- ۱۴- آشنایی با اصول ارتباطات حرفه ای با سایر اعضای کادر درمان
- ۱۵- همکاری مستمر در طراحی و اجرای سیستم هماهنگ اطلاعات بیمارستانی (HIS)
- ۱۶- اصلاح و عملی سازی قوانین بیمه ای بیمارستان در مورد توزیع دارو
- ۱۷- توزیع داروهای مخدر و مستند سازی قانونی
- ۱۸- ایجاد مرکز اطلاع رسانی دارویی و کنترل مسمومیت (DPIC) در مرکز درمانی



- ۱۹- طراحی و اجرای نرم افزار کمک آموزشی دارونامه تصویری
- ۲۰- طراحی نرم افزار محاسبات لازم جهت فرمولاسیون محلولهای تغذیه تام وریدی (TPN)
- ۲۱- ایجاد و برگزاری جلسات کمیته دارو و درمان مرکز درمانی
- ۲۲- تدوین و نگارش دارونامه (Hospital formulary) بیمارستان
- ۲۳- کشف و پیشگیری از اشتباهات دارویی
- ۲۴- ایجاد مرکز ثبت و گزارش دهی عوارض جانبی داروها (ADR)
- ۲۵- گزارش عوارض جانبی داروها از طریق کارت زرد
- ۲۶- اجرای مشاوره های دارویی
- ۲۷- طراحی و پیاده سازی اتاق تمیز (Clean room)
- ۲۸- آماده سازی محلول های تغذیه وریدی به روش آسپتیک در اتاق تمیز

۸- روش اجرا:

- ۱- مرور منابع اطلاعاتی جهت دستیابی به معیارهای استاندارد ارتقا، آموزش داروسازی
- ۲- بررسی مراکز درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران به منظور تعیین مراکز منتخب
- ۳- مذاکره با مراکز منتخب جهت پیاده سازی بخش مراقبتهای دارویی
- ۴- تخصیص فضای فیزیکی مناسب
- ۵- بهینه سازی فیزیکی فضا با توجه به نوع خدمات
- ۶- انتخاب نرم افزار HIS
- ۷- راه اندازی مرکز اطلاع رسانی دارویی
- ۸- تهیه منابع اطلاعات دارویی شامل رفرانسههای چاپی و الکترونیک داروسازی
- ۹- راه اندازی اتاق تمیز
- ۱۰- مشارکت در کمیته های مرتبط
- ۱۱- انجام پژوهشهای کاربردی جهت بهینه سازی نحوه توزیع دارو
- ۱۲- آموزش و استخدام پرسنل مورد نیاز
- ۱۳- تهیه منابع اطلاعات دارویی اختصاصی (فرمولاری) جهت هریک از مراکز درمانی
- ۹- نتایج: پیامدهای اجرای فرآیند:

پس از بررسی بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی تهران، در بیمارستانهای دکتر شریعتی، مرکز طبیبی اطفال، امام خمینی، سینا، آرش و رازی بخش مراقبتهای دارویی طراحی و راه اندازی گردید. جهت راه اندازی بخش مراقبتهای دارویی در این بیمارستانها، استانداردهای لازم جهت تاسیس و به کارگیری چنین مراکزی از منابع ASHP و ACCP استخراج گردید. جهت بهره برداری از این مراکز حدود ۷۰ نفر داروساز و تکنسین دارویی آموزش داده شده اند که هم اکنون مشغول به کار در این مراکز می باشند. اقدامات انجام شده در هر یک از این مراکز به شرح زیر می باشد:

- ۱- آماده سازی فرمولاری بخش ارتوپدی بیمارستان شریعتی
- ۲- استقرار واحدهای فارماکوویژیلانس در بخش ها
- ۳- طراحی فرمولاری بیمارستان در هریک از این مراکز



- ۴- استقرار واحد اطلاع رسانی دارویی (DPIC) در هر یک از مراکز مذکور
- ۵- ارائه مشاوره های درمانی در هریک از مراکز مذکور
- ۶- تهیه استانداردهای نحوه توزیع دارودر هریک از مراکز مذکور
- ۷- اجرای مشاوره های TPN توسط متخصصان داروسازی بالینی
- ۸- عملیاتی شدن اتاق تمیز باکلاس ۱۰۰۰ به مساحت ۱۲ متر مربع با تجهیزات لازم از جمله دستگاه LAP، پمپ انتقال محلولهای حجیم و... برای اولین بار در ایران (بیمارستان شریعی)
- ۹- ساخت واحد های TPN به روش اسپتیک در اتاق تمیز برای اولین بار در ایران (بیمارستان شریعی)
- ۱۰- طراحی و اجرای مطالعات:
۱. بررسی عوارض جانبی داروهای آتراکوریوم و سیس آتراکوریوم (توصیفی)
۲. بررسی ایمنی داروهای سائیتوتوکسیک در بیمارستان (توصیفی)
۳. بررسی انتظارات کادر درمان از مرکز DIPC بیمارستان (توصیفی)
۴. بررسی الگوی مصرف داروی آلبومین در بیمارستان (DUR)
۵. بررسی الگوی مصرف داروی آمفوتریسین (DUR)
۶. بررسی الگوی مصرف داروی ونکومایسین (DUR)
۷. بررسی الگوی مصرف داروی تامی فلو (DUR)
۸. بررسی اثرات ضد تهوع و استفراغ گرانیسترون در تهوع بعد از جراحی (Clinical Trial)
۹. بررسی اثرات ضد تهوع و استفراغ گرانیسترون در تهوع دوران بارداری (Clinical Trial)
۱۰. بررسی اثرات انعقادی داروی فیبرینوژن (Clinical Trial)
۱۱. بررسی دانش و نگرش و عملکرد پرستاران در زمینه فارماکویزیلانس (KAP)
۱۲. بررسی دانش و نگرش و عملکرد پرستاران در زمینه مدیریت درد (KAP)
۱۳. بررسی دانش و نگرش و عملکرد داروسازان در زمینه داروهای تقلبی (Counterfeit drug) (KAP)
۱۴. بررسی دانش و نگرش و عملکرد داروسازان در زمینه خدمات دارویی مناسب (GPP) (KAP)
۱۵. بررسی دانش و نگرش و عملکرد داروسازان در زمینه مدیریت وزن (KAP)
۱۶. بررسی دانش و نگرش بیماران MS در رابطه با مصرف داروهای (MS) (KAP)
- ۱۱- اخذ پذیرش مقالات متعدد در زمینه داروسازی در ژورنالهای معتبر داخلی و خارجی
- ۱۰- سطح اثر گذاری:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

۱۱- نتیجه گیری شامل چالش ها و مشکلات اجرایی فرآیند:

آشنائی با بخش مراقبت های دارویی داروخانه های بیمارستانی دانشگاه علوم پزشکی تهران یکی از مهمترین عوامل در تعیین کیفیت و کمیت خدمات درمانی ارائه شده در بیمارستانها، نحوه و کیفیت ارائه خدمات دارویی می باشد. به گونه ای که در بسیاری از اوقات فقدان یک یا چند قلم از اقلام دارویی حیاتی و یا بروز یک اشتباه در مصرف دارو در بیمارستان، ارزش سایر



خدمات ارائه شده را در دیدگاه بیماران زیر سوال می برد. تداخلات دارو - دارو، دارو - غذا، نحوه صحیح نگهداری، توزیع و استفاده از داروها، مدیریت صحیح منابع انسانی و مالی در تامین و تدارک دارو و ملزومات مصرفی، آموزش و بکارگیری نیروی انسانی مجرب، نظام مستندسازی و بویژه ارتباطات صحیح و کنترل شده بخشهای مختلف بیمارستان با بخش مراقبت های دارویی همگی از عوامل بسیار مؤثر در کیفیت و کمیت خدمات دارویی ارائه شده به بیمارستان می باشند که در این بخش دانشجویان داروسازی با اصول کلی آن آشنا میگرددند.

مراقبت های دارویی طی دهه گذشته به عنوان «مسئولیت تدارک دارو درمانی با هدف دستیابی به بازدهی معینی که بهبود دهنده کیفیت زندگی بیماران باشد» و همچنین «روندی که طی آن داروساز با بیمار و کادر درمانی بیمارستان در طراحی، اجرا و پایش کردن یک پلان درمانی که سبب ایجاد بازده درمانی مشخصی می شود، همکاری می کند» مطرح شده است. مراقبت های دارویی آنچنان که باید، در بیمارستان ها توسعه نیافته است. در واقع تنها در تعداد اندکی از بیمارستان های کشور، مراکز مراقبت های دارویی شروع به فعالیت نموده اند که یکی از آنها بخش مراقبت های دارویی بیمارستان دکتر شریعتی می باشد.

بخش مراقبت های دارویی بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی تهران شامل داروخانه، انباردارویی، انبار تجهیزات و ملزومات مصرفی پزشکی، بخش ساخت داروهای ترکیبی، اطاق تمییز جهت ترکیب و تهیه محلول-های تزریقی، بخش بایگانی اسناد مالی داروخانه بوده و زیرنظر ریاست این بخش با همکاری نیروهای مربوطه که شامل مسئول فنی داروخانه، داروسازان بیمارستانی، داروسازان بالینی، تکنسین های دارویی، انباردار، حسابدار و مسئول تدارکات می باشند اداره می شود. از جمله وظایف این بخش عبارت است از خرید، ذخیره، کنترل کیفی و کمی، توزیع و نظارت بر مصرف داروها؛ آموزش و مشاوره های علمی مربوط به داروها، ملزومات و تجهیزات مصرفی پزشکی با رعایت استانداردها، دستورالعمل ها و ضوابط مراجع نظارتی و با هماهنگی و همکاری با مسئولین سایر بخش های بیمارستان.

آشنائی با واحد اطلاع رسانی داروئی بخش مراقبتهای دارویی

امروزه با گسترش تولید داروها و سموم جدید، نیاز به آگاهی و دسترسی به اطلاعات مربوط به این عناوین به منظور ارتقا، توانمندی های گروه پزشکی در همه ابعاد به ویژه در بخش های بهداشت و درمان ضروری به نظر می رسد. ارائه خدمات اطلاعات دارویی می تواند با ارتقا، دارو درمانی، به مراقبت های بهتر از بیمار کمک کند. فعالیت داروسازان کمک موثری در این زمینه است و بر این اساس، مراکز اطلاع رسانی دارویی از ضروریات سیستم سلامت محسوب می شوند. هدف اصلی از راه اندازی این مراکز پاسخگویی به سوالات دارویی افراد حرفه ای کادر درمان در داخل بیمارستان (موارد مصرف داروها، تداخلات دارویی، عوارض جانبی داروها، ناسازگاری های داروهای تزریقی، پارامترهای فارماکوکینتیک داروها، تنظیم دوز داروها در نارسایی های کلیوی و کبدی، اطلاعات مربوط به داروهای جدید، موجود بودن دارو در بازار دارویی، معرفی داروی جایگزین، شناسایی دارو و ...) می باشد. غالب مراکز اطلاعات دارویی دنیا در مراکز بهداشتی دانشگاهی، بیمارستانها، دانشکده های داروسازی و دیگر سازمان های وابسته تاسیس می شوند. آمار و گزارشات این مراکز در سراسر دنیا در تصمیم گیری ها و سیاست گذاری های بهداشتی، درمانی و آموزشی مورد استفاده قرار می گیرد. از آنجا که

بسیاری از گزارشات و اطلاعات به دست آمده توسط این مراکز قابل استفاده در همان کشور است، راه اندازی اینگونه مراکز در هر کشوری برای جمع آوری آمار، ارقام و اطلاعات منطقه ای و کشوری ضروری می باشد. برهمین اساس راه اندازی مراکز DIC در هر بیمارستانی علاوه بر ارائه خدمات اطلاعات دارویی به کادر درمانی، می تواند با ارتقا، دارو درمانی، به مراقبت های بهتر از بیمار کمک کند. فعالیت داروسازان کمک موثری در این زمینه است و بر این اساس، امروزه مراکز اطلاع رسانی دارویی از ضروریات سیستم سلامت محسوب می شوند. منظور از اطلاعات دارویی (Drug Information)، اطلاعات صحیح و سنجیده و همراه با رفرانس مناسب در رابطه با دارو و مسائل مربوط به دارو می باشد.

آشنائی با واحد اتاق تمیز بخش مراقبت های دارویی

ترکیب فرآورده های استریل در کشورهای پیشرفته سالهاست که به صورت استاندارد و در اتاق تمیز و تحت شرایط آسپتیک انجام می گیرد به طوریکه در ایالات متحده آمریکا به صورت یک ضرورت قانونی درآمده است و در فارماکوپه این کشور فصلی (فصل ۷۹۷) به ترکیب فرآورده های استریل اختصاص یافته است. بنابراین با توجه به پیشرفت خدمات داروسازی بیمارستانی در جهان در زمینه تهیه و توزیع صحیح داروها و ترکیبات دارویی برای بیماران بستری، در کشور ما نیز بکارگیری استانداردهای روز دنیا جهت کاهش عوارض تجویز محلولهای وریدی ضرورت داشت و بنابراین مجموعه داروخانه های بیمارستانی دانشگاه علوم پزشکی تهران بر آن شد تا با اختصاص فضایی از داروخانه جهت ساخت اتاق تمیز (clean room)، آغازگر این راه باشد.

در حال حاضر اتاق تمیز در حال ارائه خدمات ساخت استریل محلولهای تغذیه تام وریدی (TPN) و آموزش عملی فرآیند ترکیب استریل به دانشجویان داروسازی می باشد.







