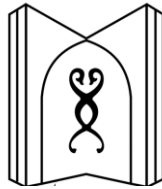


بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه علوم پزشکی تبریز - معاونت آموزشی  
مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی تبریز  
گروه آموزش پزشکی  
مرکز تحقیقات و توسعه آموزش علوم پزشکی

دوازدهمین جشنواره آموزشی شهید مطهری  
دانشگاه علوم پزشکی تبریز

**تهیه و تنظیم:**

دکتر علی تقی زاده، دکتر رضا غفاری، دکتر سوسن حسن زاده سلامی، مهندس صالح حیدریان، دکتر مرگانه بهشید  
پریسا گل عنبر، فریبا سالک رنجبرزاده، رباب فتحی

بهار ۱۳۹۸



## فهرست مندرجات

صفحه

۴	آئین نامه جشنواره آموزشی شهید مطهری .....
۱۱	دستورالعمل اجرایی .....
۱۳	فرم ارسال فعالیتهای نوآورانه آموزشی .....
۱۶	فرم داوری فرایندهای دوازدهمین جشنواره .....
۱۷	مسئولین دوازدهمین جشنواره آموزشی شهید مطهری .....
۱۷	اعضای کمیته علمی دوازدهمین جشنواره آموزشی شهید مطهری .....
۱۸	اعضای کمیته سیاستگذاری دوازدهمین جشنواره آموزشی شهید مطهری .....
۱۹	اعضای کمیته اجرایی دوازدهمین جشنواره آموزشی شهید مطهری .....
۲۰	برنامه روز برگزاری دوازدهمین جشنواره آموزشی شهید مطهری .....
۲۱	پوستر دوازدهمین جشنواره آموزشی شهید مطهری .....
۲۲	منتخبین دوازدهمین جشنواره آموزشی شهید مطهری .....
۲۹	خلاصه ای از فرایندهای برگزیده دانشگاهی دوازدهمین جشنواره در ۶ حیطة .....
۱۸۱	نتیجه ارزشیابی دوازدهمین جشنواره آموزشی شهید مطهری.....
۱۸۲	دستاوردهای دانشگاه علوم پزشکی تبریز در بیستمین همایش و دوازدهمین جشنواره کشوری آموزش پزشکی .....

## آئین نامه جشنواره آموزشی شهید مطهری

جشنواره آموزشی شهید مطهری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، با هدف معرفی و تجلیل از فرآیندهای آموزشی برتر دانشگاهی و کشوری و نیز ترویج نوآوری، ابداع و معرفی فرآیندهای جدید به منظور ارتقای آموزش عالی علوم پزشکی به صورت سالانه برگزار میگردد.

### ماده ۱: اهداف

- الف) ایجاد فضای رقابت سالم در تحولات علمی آموزشی علوم پزشکی در سطح کشور
- ب) شناسایی و معرفی فرایندهای جدید آموزشی به عنوان الگو در سطح کشوری، منطقه ای و بین المللی
- ج) ارج نهادن به زحمات فعالان عرصه آموزش عالی علوم پزشکی اعم از اعضای هیات علمی، دانشجویان و کارشناسان حوزه آموزش عالی علوم پزشکی کشور
- د) ایجاد بستر مناسب جهت نشر فعالیتهای توسعه موسسات آموزش عالی علوم پزشکی و تبادل تجربیات
- ه) تشویق تولید تجهیزات، دستگاهها و لوازم کمک آموزشی جدید

### ماده ۲: تعاریف و اختصارات

#### ۲-۱ موسسه آموزش عالی علوم پزشکی

منظور از موسسه آموزش عالی علوم پزشکی کلیه دانشگاههای علوم پزشکی و دانشکده های علوم پزشکی دارای مجوز از شورای گسترش دانشگاه های علوم پزشکی کشور میباشد.

#### ۲-۲ جشنواره آموزشی

رویدادی علمی است که در پی بررسی و ارزیابی فرآیندهای برتر معرفی شده توسط مؤسسات آموزش عالی علوم پزشکی کشور برگزار میشود و منجر به شناسایی، معرفی و قدردانی فرایندها و محصولات آموزشی برتر در دو سطح دانشگاهی و کشوری میگردد.

#### ۲-۳ فرایند آموزشی

به تمامی فعالیتهای آموزشی نوآورانه (اعم از دانشورانه و یا دانش پژوهی) گفته میشود که اعضای هیات علمی، دانشجویان یا کارشناسان آموزشی انجام میدهند تا منجر به افزایش کیفیت درونداد، فرایند یا برونداد آموزشی در یکی از حیطه های آموزش علوم پزشکی گردد.

تبصره: حیطه های جشنواره به صورت هر دو سال یک بار به پیشنهاد دبیرخانه جشنواره و تأیید معاونت آموزشی وزارت تعیین و اعلام میشود. تعریف و مصادیق حیطه های جشنواره توسط مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی تدوین و به دانشگاهها ابلاغ میشود.

#### ۲-۴ سطح نوآوری

نو بودن یک فرایند میتواند در سطح دپارتمان (گروه) آموزشی، دانشکده، دانشگاه، کشوری و یا بین المللی باشد. منظور از نوآوری در سطح کشوری الزاما به معنای اجرای فرایند به صورت ملی نیست بلکه اجرای آن برای اولین بار در کشور نیز میباشد.

## ۲-۵ معیارهای داوری

معیارهای مورد استفاده برای داوری در مورد یک فعالیت نوآورانه معیارهای گلاسیک هستند که به شرح زیر است:

- داشتن اهداف مشخص
- آماده سازی کافی
- استفاده از روشهای مناسب
- ارائه نتایج مهم
- معرفی مؤثر برنامه
- برخورد نقادانه

تبصره: با توجه به ماهیت متفاوت محصولات آموزشی نسبت به سایر حیطه ها، معیارهای متناسب برای داوری و رتبه بندی محصولات آموزشی در چارچوب کلی معیارهای گلاسیک توسط مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی تدوین و ابلاغ میگردد.

## ۲-۶ فعالیت آموزشی دانشورانه

فرایند آموزشی نوآورانه ای است که به صورت هدفمند (اهداف شفاف)، مبتنی بر شواهد موجود (آماده سازی مناسب)، روشمند (متدولوژی مشخص) و دارای نتایج مشخص باشد.

## ۲-۷ دانش پژوهی آموزشی

فرایند آموزشی نوآورانه ای است که علاوه بر دارا بودن چهار معیار اول گلاسیک، به نحو مناسبی منتشر شده و در معرض نقد دیگران قرار گرفته است.

## ۲-۸ فرایندهای برتر دانشگاهی

به فرایندهای منتخب هیأت داوران دانشگاهی اطلاق میشود که در حیطه های جشنواره که همه ساله توسط مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی وزارت اعلام میشود، حایز رتبه برتر در سطح دانشگاه گردند.

## ۲-۹ فرایندهای برتر کشوری

به فرایندهای منتخب هیأت داوران کشوری اطلاق میشود که از میان فرایندهای برتر معرفی شده توسط دانشگاهها به جشنواره کشوری، بر اساس رأی هیأت داوران جشنواره کشوری حایز رتبه برتر شدهاند.

## ۲-۱۰ وزارت

در این آیین نامه منظور از وزارت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی میباشد.

**ماده ۳:** جشنواره آموزشی شهید مطهری به صورت سالانه در دو سطح دانشگاهی و کشوری برگزار میشود.

**ماده ۴:** کلیه موسسات آموزش عالی علوم پزشکی میتوانند در جشنواره شرکت نمایند.

ماده ۵: ارکان

## ۵-۱ هیأت داوران

مرجع تصمیم گیری در مورد انتخاب فرآیندهای برتر جشنواره شهید مطهری، هیأت داوران است. هر چند هیأت داوران بر قضاوت کمیته های تخصصی خود تکیه میکند اما تصمیم گیری نهایی بر عهده هیأت داوران است.

### ۵-۱-۱-۱ ترکیب هیأت داوران جشنواره کشوری

۱. رییس مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی وزارت
۲. ۱۰ نفر از اعضای هیأت علمی صاحب نظر و خوشنام (یک نفر از هر کلان منطقه آمایشی) حداقل با رتبه دانشیاری به پیشنهاد رییس مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی و موافقت معاون آموزشی وزارت
۳. رؤسای کمیته های تخصصی جشنواره (بدون حق رأی در زمان رأی گیری حیطه مربوط به خود)
- ۵-۱-۱-۱: اعضای هیأت علمی عضو هیأت داوران برای یک دوره دو ساله انتخاب میشوند. انتخاب مجدد اعضا حداکثر برای یک دوره دو ساله دیگر بلامانع است.
- ۵-۱-۱-۲: احکام اعضای هیأت داوران توسط معاونت آموزشی وزارت صادر میشود.

### ۵-۱-۲-۱ ترکیب هیأت داوران جشنواره دانشگاهی

۱. معاون آموزشی دانشگاه
۲. مدیر مرکز مطالعات و توسعه آموزش دانشگاه
۳. ۵ تا ۷ نفر از اعضای هیأت علمی برجسته و خوشنام دانشگاه به پیشنهاد معاون آموزشی و موافقت رئیس دانشگاه
۴. رؤسای کمیته/کمیته های تخصصی جشنواره (بدون حق رأی در زمان رأی گیری حیطه مربوط به خود)
- ۵-۱-۲-۱: احکام اعضای هیأت داوران توسط معاونت آموزشی دانشگاه صادر میشود.

## ۵-۲ کمیته/کمیته های تخصصی

### جشنواره کشوری

- ۵-۲-۱-۱ کمیته های تخصصی کشوری به ازای حیطه های جشنواره، متشکل از کارشناسان و خبرگان آموزش پزشکی از میان اعضای هیأت علمی و کارشناسان آموزشی سراسر کشور تشکیل میشوند. این افراد مسؤولیت داوری تخصصی و پیشنهاد فرایندهای برتر به هیأت داوران جشنواره را بر عهده دارند.
- ۵-۲-۲-۱ اعضای کمیته های تخصصی به پیشنهاد رییس مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی و حکم معاون آموزشی وزارت برای هر دوره برگزاری جشنواره منصوب میگرددند. لازم است در انتخاب اعضای کمیته های تخصصی ضمن توجه به تبحر ایشان در زمینه آموزش علوم پزشکی و دانش پژوهی آموزشی حداکثر تنوع از دانشگاههای علوم پزشکی کشور لحاظ شود.
- ۵-۲-۳-۱ انتخاب مجدد اعضای کمیته های تخصصی بلامانع است
- ۵-۲-۴-۱ رؤسای کمیته های تخصصی به پیشنهاد رییس مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی و موافقت معاون آموزشی وزارت منصوب میشوند؛ به گونه ای که از هر یک از دانشگاههای علوم پزشکی بیش از دو نفر به عنوان رییس کمیته های تخصصی نباشند.

## جشنواره دانشگاهی

کمیته/کمیته های تخصصی با وظایف مشابه کمیته های تخصصی کشوری در دانشگاه تشکیل میگردد ولی تعداد و ترکیب اعضای کمیته/کمیته های تخصصی بر حسب شرایط دانشگاه و به پیشنهاد مدیر مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی دانشگاه و موافقت معاون آموزشی دانشگاه مشخص میشود.

### ۳-۵ دبیرخانه جشنواره

۳-۵-۱ دبیرخانه جشنواره کشوری شهید مطهری در مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی وزارت و دبیرخانه جشنواره دانشگاهی در مرکز مطالعات و توسعه آموزش دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی مستقر میباشد.  
۳-۵-۲ دبیرخانه، مسؤولیت انجام کلیه امور اداری مشتمل بر اطلاع رسانی، انجام مکاتبات و ارسال دعوتنامه ها، مدیریت فرایند داوری، برگزاری جلسات کمیته های تخصصی و هیأت داوران و در نهایت برگزاری مراسم جشنواره را بر عهده دارد.

### ۴-۵ کمیته اجرایی

#### جشنواره کشوری

برای هدایت و اجرای برنامه های جشنواره کشوری، کمیته اجرایی جشنواره متشکل از اعضای زیر تشکیل میشود تا نسبت به برنامه ریزی و اجرایی کردن امور مرتبط با برگزاری جشنواره کشوری اقدام نماید.

- معاون آموزشی وزارت (رییس جشنواره)
- رئیس مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی وزارت (دبیر علمی جشنواره)
- معاون اجرایی معاونت آموزشی
- دبیر اجرایی به انتخاب رئیس مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی وزارت
- معاونان و کارشناسان مرکز مطالعات و توسعه آموزش وزارت به انتخاب رئیس مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی وزارت

## جشنواره دانشگاهی

در دانشگاهها کمیته اجرایی با شرح وظایف مشابه و با تعدیلات مورد نیاز حسب شرایط دانشگاه تشکیل میگردد. تبصره: واگذاری بخشی از کارهای اجرایی در هر دو سطح کشوری و دانشگاهی به بخش خصوصی بلامانع است.  
**ماده ۶:** دانشگاهها مکلف هستند طی فراخوان عمومی نسبت به پذیرش فرایندهای ارزیابی شده توسط اعضای هیأت علمی یا همکاران ایشان پس از تأیید گروه مربوطه/معاون آموزشی دانشکده (حسب مورد) اقدام نمایند تا پس از طی مراحل داوری از فرایندهای برتر در جشنواره دانشگاهی تقدیر به عمل آید.

## ماده ۷: ارزیابی فرایندها

۱-۷ روند کلی داوری بر اساس مراحل زیر می باشد:

۱. غربالگری اولیه فرایندها از نظر معیارهای ورود و خروج جشنواره
  ۲. احراز تحقق معیارهای دانش پژوهی آموزشی (گلاسیک) به عنوان معیارهای حداقلی
  ۳. داوری و تعیین رتبه فرایندهای دارای معیارهای حداقلی
  ۴. بررسی فرایندهای برگزیده شده در جلسه کمیته تخصصی و ارائه پیشنهاد فرایندها به هیأت داوران
  ۵. بررسی فرایندها در هیأت داوران و تعیین فرایندهای برتر
- تبصره: در تداوم روال طی شده در دوره های پیشین جشنواره، صرفاً در یازدهمین دوره جشنواره، به فرایندهایی که واجد معیارهای چهارگانه اول گلاسیک باشند اجازه ورود به مرحله رقابتی جشنواره داده می شود. از دوره دوازدهم، صرفاً فرایندهایی وارد مرحله رقابتی جشنواره می شوند که واجد هر شش معیار باشند.
- ۲-۷ هر یک از کمیته های تخصصی به میزان دو برابر تعداد رتبه های هر حیطه، فرایندهای برتر را به هیأت داوران پیشنهاد میکند. هیأت داوران صرفاً از میان فرایندهای معرفی شده توسط کمیته تخصصی مربوط نسبت به انتخاب نهایی فرایندهای برتر اقدام میکند.
- ۳-۷ جلسات هیأت داوران و کمیته های تخصصی با حضور دوسوم اعضای دارای حق رأی رسمیت میابد و تصمیم های آن با اکثریت مطلق آرای اعضای دارای حق رأی معتبر است.
- تبصره: در هنگام رأی گیری هیأت داوران، رؤسای کمیته های تخصصی در حیطه تخصصی خود فاقد حق رأی میباشند.
- ۴-۷ جزئیات معیارها، روند داوری و ابزارهای مورد نیاز برای بررسی فرایندها و نیز مقررات مربوط به مدیریت- تعارض منافع در قالب شیوهنامه اجرایی جشنواره توسط مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین و ابلاغ میشود.

**ماده ۸:** دانشگاهها در اردیبهشت ماه هر سال مقارن با هفته آموزش ضمن برگزاری جشنواره دانشگاهی نسبت به

معرفی و تجلیل از فرآیندهای آموزشی برتر خود اقدام مینمایند. یک فرایند در هر حیطه به عنوان فرآیند برتر دانشگاهی جهت شرکت در جشنواره کشوری معرفی میگردد.

تبصره ۱: مجموعه دانشگاه آزاد اسلامی میتواند به ازای هر حیطه جشنواره حداکثر دو فرایند برتر برای شرکت در جشنواره کشوری شهید مطهری معرفی نماید.

تبصره ۲: با توجه به ماهیت کشوری فرایندهای در حال انجام در ستاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، و به منظور حفظ ظرفیت جشنواره شهید مطهری برای ارج نهادن به فرایندهای در حال انجام در دانشگاهها/دانشکده های علوم پزشکی، فرایندهای ستاد وزارت مستقل از فرایندهای دانشگاهها مورد ارزیابی و فرایندهای برتر همزمان



با جشنواره شهید مطهری مورد تقدیر قرار میگیرند. معیارها و روند داوری مشابه ارزیابی فرایندهای ارسالی از دانشگاهها خواهد بود و حداکثر تعداد جوایز در هر یک از حیطه ها یک فرایند میباشد.

**ماده ۹:** فرآیندهای برتر کشوری از میان فرایندهای برتر معرفی شده از سوی دانشگاهها و در طی فرایند ارزیابی کشوری انتخاب میشوند. این فرایندها در جشنواره کشوری که همه ساله همزمان با همایش کشوری آموزش علوم پزشکی برگزار میگردد، معرفی و از آنها تقدیر و تجلیل به عمل خواهد آمد.

### **ماده ۱۰: امتیازات فرایندهای برتر**

۱-۱۰ امتیازات فرایندهای برتر کشوری:

- امتیاز دانش پژوهی کشوری به فرایندهای برتر
- جوایز نقدی/غیرنقدی

۲-۱۰ امتیازات فرایندهای برتر دانشگاهی میتواند شامل موارد زیر باشد:

- اعطاء امتیازات آموزشی اعم از پایه تشویقی، امتیاز دانش پژوهی
- کمک هزینه شرکت در کنگره های آموزشی
- جوایز نقدی/غیرنقدی

تبصره ۱: کلیه امتیازات دانشگاهی براساس پیشنهاد معاونت آموزشی دانشگاه و تصویب مراجع مربوطه در دانشگاه خواهد بود.

تبصره ۲: وزارت و دانشگاهها میتوانند فرایندهایی را صرفا به منظور ترغیب فعالیتهای نوآورانه قابل تقدیر اعلام نماید ولی مشمول امتیازات فرایندهای برتر نخواهند بود

### **ماده ۱۱: هزینه های جشنواره**

هزینه های جشنواره کشوری از محل اعتبارات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تأمین و پرداخت خواهد شد. هزینه های مربوط به جشنواره دانشگاهی از محل اعتبارات دانشگاهها تأمین و پرداخت خواهد شد.

تبصره ۱: جذب کمک از اشخاص حقیقی و حقوقی برای برگزاری جشنواره بلامانع است.

تبصره ۲: سالانه به منظور اجرای جشنواره آموزشی شهید مطهری اعتبارات لازم در بودجه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و به طور متناظر در دانشگاهها پیش بینی میگردد.

**ماده ۱۲:** حضور نماینده و یا نمایندگان وزارت در جشنواره دانشگاهی در صورت دعوت بلامانع میباشد.

**ماده ۱۳:** دانشگاهها گزارش مکتوبی از نحوه انتخاب و اجرا جشنواره را به دبیرخانه جشنواره مستقر در مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی وزارت ارسال می نمایند.

این آیین نامه شامل ۱۳ ماده و ۱۰ تبصره از زمان ابلاغ لازم الاجرا میباشد.

### معاون محترم آموزشی دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

با سلام و احترام؛

به استحضار می‌رساند به منظور ایجاد فرصت مناسب برای تشویق و ترغیب اعضای محترم هیات علمی جهت مشارکت حداکثری برای ارسال فرایند در دوازدهمین جشنواره آموزشی شهید مطهری، بنامه ریزی شده که هم اکنون طبق آئین نامه جشنواره آموزشی شهید مطهری اقدامات اولیه برای برگزاری جشنواره که به یاری خداوند متعال همزمان با بیستمین همایش کشوری آموزش علوم پزشکی از تاریخ ۱۰ لغایت ۱۲ اردیبهشت ۱۳۹۸ در مرکز بین المللی همایش های رازی دانشگاه علوم پزشکی ایران برگزار خواهد شد، آغاز شود.

لذا خواهشمند است طبق آئین نامه جشنواره آموزشی شهید مطهری و روال سال های گذشته که برگزاری جشنواره شامل دو بخش دانشگاهی و کشوری خواهد بود، لذا خواهشمند است اقدامات لازم برای برگزاری جشنواره دانشگاهی به شرح زیر آغاز شود:

- ارسال فراخوان در اسرع وقت به واحدهای مرتبط دانشگاه
  - دریافت و طبقه بندی فرایندهای ارسالی توسط اعضای هیات علمی
  - داوری و انتخاب فعالیت های نوآورانه برتر دانشگاهی
  - بارگذاری اطلاعات فرایندهای برتر دانشگاهی تا ۳۰ آذر ماه ۱۳۹۷ به مدت دو هفته در سامانه بیستمین همایش کشوری آموزش علوم پزشکی و دوازدهمین جشنواره کشوری شهید مطهری (که آدرس آن متعاقباً اعلام خواهد شد).
  - شایان ذکر است که هر دانشگاه/دانشکده مجاز است همانند جشنواره سال گذشته فقط یک فرایند برتر را در هر یک از حیطه های شش گانه زیر که در جشنواره دانشگاهی برتر شده است، برای بررسی و رقابت به بخش جشنواره کشوری معرفی نماید.
- حیطه های شش گانه:

- تدوین و بازنگری برنامه های آموزشی
- یاددهی و یادگیری
- ارزشیابی آموزشی (دانشجو، هیات علمی و برنامه)
- مدیریت و رهبری آموزشی
- یادگیری الکترونیکی
- طراحی و تولید محصولات آموزشی

ضمناً یادآور می‌شود که طبق آیین نامه جشنواره از دوازدهمین دوره صرفاً فرایندهایی وارد مرحله رقابتی می‌شوند که واجد هر شش معیار کلاسیک باشند (تبصره ماده ۷ ارزیابی فرایندها)

درضمن هر فرایند برتر باید حاوی مجموعه همراه (به صورت فایل) باشد که کلیه اطلاعات ضروری برای داوری فراهم و ارزیابی آن تسهیل شود. جهت مزید استحضار، آیین نامه جشنواره، راهنمای حیطه ها، فرم ارسال فرایند و همچنین شیوه نامه داوری فرایند به پیوست تقدیم می‌شود.

بسمه تعالی

## فرم ارسال خلاصه فرایند دوازدهمین جشنواره آموزشی شهید مطهری - ۱۳۹۸

نام و نام خانوادگی درخواست کننده: دانشکده محل خدمت:

شماره تلفن همراه: شماره تلفن ثابت: پست الکترونیک:

عنوان فارسی:

عنوان انگلیسی:

حیطه نوآوری:

### ■ حیطه نوآوری را علامت بزنید:

تدوین و بازنگری برنامه های آموزشی

یاددهی و یادگیری

ارزشیابی آموزشی (دانشجو، هیات علمی و برنامه)

مدیریت و رهبری آموزشی

یادگیری الکترونیکی

طراحی و تولید محصولات آموزشی

نام همکاران و نوع و میزان مشارکت هر یک از ایشان در فعالیت مورد نظر را ذکر نمایید. (اولین نفر به عنوان نماینده مجربان محسوب می شود - ردیف قابل افزایش است)

نام و نام خانوادگی	سمت در این فعالیت	درجه دانشگاهی	نوع همکاری	میزان مشارکت	امضاء

محل انجام فعالیت: دانشکده گروه/رشته مقطع تحصیلی فاز بیمارستان بخش بالینی

مدت زمان اجرا: تاریخ پایان:

• هدف کلی:

• اهداف ویژه /اهداف اختصاصی:

بیان مسئله (ضرورت انجام و اهمیت اهداف انتخابی را ذکر کنید):

مرور تجربیات و شواهد خارجی (با ذکر رفرنس):

مرور تجربیات و شواهد داخلی (در این بخش سوابق اجرایی این نوآوری در دانشگاه و کشور به طور کامل ذکر و رفرنس ذکر شود):

شرح مختصری از فعالیت صورت گرفته را بنویسید (آماده سازی، چگونگی تجزیه و تحلیل موقعیت و تطبیق متدولوژی، اجرا و ارزشیابی را در این بخش بنویسید):

شیوه های تعامل با محیط که در آن فعالیت نوآورانه به محیط معرفی شده و یا مورد نقد قرار گرفته را ذکر کنید.

نتایج حاصل از این فعالیت و اینکه فعالیت ارائه شده چگونه موفق شده است به اهدافش دست یابد را بنویسید.

#### سطح نوآوری

در سطح گروه آموزشی برای اولین بار صورت گرفته است.

در سطح دانشکده برای اولین بار صورت گرفته است.

در سطح دانشگاه برای اولین بار صورت گرفته است.

در سطح کشور برای اولین بار صورت گرفته است.

## فرم داوری دوازدهمین جشنواره آموزشی شهید مطهری

ردیف	محورها	امتیازات			
		۱	۳	۵	۷
۱	اهمیت مسئله	اهمیت موضوع نامشخص است.		اهداف موضوع شفاف، واقع بینانه و بسیار یا اهمیت است.	
۲	مرور تجربیات و شواهد	ضعیف مرور نامشخص است.		مرور مستند و نظام مند	
۳	متدولوژی	روش مناسب انتخاب شده ولی اجرا بسیار ضعیف بوده است.		روش مناسب انتخاب شده و در حین اجرا انعطاف پذیری مناسب باعث ارتقاء اجراء گردیده است.	
۴	میزان اتربخشی نوآوری	دستیابی به اهداف نامشخص است.		اقتضای جدیدی برای بررسی و مطالعه بیشتر ایجاد نموده است.	
۵	استفاده از نقد و بازخورد	نقد و بازخورد نامشخص است.		نقد در سطح خارج از دانشگاه انجام شده است و بازخورد آن در برنامه موثر بوده است.	
۶	سطح نوآوری	نوآوری در سطح گروه یا دپارتمان		نوآوری جهانی	
۷	گستره رایه	ارائه و انتشار نامشخص		ارائه مناسب و انتشار بین المللی	
۸	وسعت و حجم کار	حجم کار در گروه فرایندی خود کوچک است.		حجم کار در گروه فرایندی خود بسیار بزرگ است.	
امتیاز کل:					

**مسئولین دوازدهمین جشنواره آموزشی شهید مطهری**

سمت	نام و نام خانوادگی
رئیس جشنواره	دکتر محمدحسین صومی
نائب رئیس جشنواره	دکتر علی تقی زاده
دبیر علمی جشنواره	دکتر رضا غفاری
دبیر اجرایی جشنواره	مهندس صالح حیدریان
رئیس دبیرخانه جشنواره	دکتر سوسن حسن زاده سلماسی
مسئول کمیته دانشجویی جشنواره	دکتر مژگان بهشید

**اعضای کمیته دانشگاهی دوازدهمین جشنواره آموزشی شهید مطهری**

عضو کمیته دانشگاهی	دکتر مژگان بهشید	۱.
عضو کمیته دانشگاهی	دکتر جلال حنائی	۲.
عضو کمیته دانشگاهی	دکتر مهران سیف فرشد	۳.
عضو کمیته دانشگاهی	دکتر علی فخاری	۴.
عضو کمیته دانشگاهی	دکتر علیرضا فرنام	۵.
عضو کمیته دانشگاهی	دکتر رضا غفاری	۶.

**اعضای کمیته های تخصصی و داوران دوازدهمین جشنواره آموزشی شهید مطهری**

<b>مسئولین و داوران هیطه های تخصصی شش گانه</b>		
ردیف	نام داور	سمت
	دکتر فریبرز اکبرزاده	مسئول هیطه ارزشیابی آموزشی
	دکتر شهلا دمناپی	داور هیطه ارزشیابی آموزشی
	دکتر مژگان لطفی	داور هیطه ارزشیابی آموزشی
	دکتر رامین نگاهداری	داور هیطه ارزشیابی آموزشی
	دکتر رضا بدل زاده	داور هیطه ارزشیابی آموزشی
	مهندس احمد پورعباس	مسئول هیطه مدیریت و رهبری آموزشی
	دکتر میرعلی اعتراف اسکوئی	داور هیطه مدیریت و رهبری آموزشی
	دکتر مسلم نجفی	داور هیطه مدیریت و رهبری آموزشی
	دکتر منوچهر خوشباطن	داور هیطه مدیریت و رهبری آموزشی
	دکتر سعیده غفاری فر	مسئول هیطه یاددهی و یادگیری
	دکتر مریم کاظمی شیشوان	داور هیطه یاددهی و یادگیری
	دکتر منصور غفوری فرد	داور هیطه یاددهی و یادگیری
	دکتر عبدالرضا شقاقی	مسئول هیطه طراحی و تولید محصولات آموزشی
	مهندس جعفر احمدزاده	داور هیطه طراحی و تولید محصولات آموزشی
	دکتر حسن اصلانی	داور هیطه طراحی و تولید محصولات آموزشی
	دکتر آیدین سهرابی	داور هیطه طراحی و تولید محصولات آموزشی
	دکتر رضا فردوسی بیرامی	داور هیطه طراحی و تولید محصولات آموزشی
	دکتر مهدیه عباسعلیزاد فرهنگی	داور هیطه طراحی و تولید محصولات آموزشی
	دکتر مهستی علیزاده	مسئول هیطه تدوین و بازنگری برنامه آموزشی
	دکتر رعنا کیهان منش	داور هیطه تدوین و بازنگری برنامه آموزشی
	دکتر فاطمه رنجبر	داور هیطه تدوین و بازنگری برنامه آموزشی
	دکتر فاطمه دباغی تبریز	داور هیطه تدوین و بازنگری برنامه آموزشی
	دکتر مریم کوه سلطانی	داور هیطه تدوین و بازنگری برنامه آموزشی
	مهندس علی احمدیان	مسئول هیطه آموزش الکترونیکی
	دکتر پیمان رضایی	داور هیطه آموزش الکترونیکی
	دکتر محمد هیوا عبدخدا	داور هیطه آموزش الکترونیکی

## اعضای کمیته اجرایی

دبیر کمیته اجرایی : مهندس صالح حیدریان

رئیس دبیرخانه: دکتر سوسن حسنزاده

- همکاران محترم مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی

- همکاران محترم حراست دانشگاه

- همکاران محترم روابط عمومی دانشگاه

- همکاران محترم معاونت آموزشی

- همکاران محترم امور مالی دانشگاه

- مسئولین محترم دانشکده ها، مراکز آموزشی و دفاتر توسعه

- همکاران محترم واحد اطلاع رسانی و آمار

- همکاران محترم دبیرخانه مرکزی



## اعضای کمیته سیاستگذاری

روسای محترم کلیه دانشکده های دانشگاه

سرپرست محترم معاونت توسعه مدیریت منابع دانشگاه

قائم مقام محترم رئیس دانشگاه

معاون محترم آموزشی دانشگاه

قائم مقام محترم معاون آموزشی و مدیر تحصیلات تکمیلی دانشگاه

مدیر و معاون محترم مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی

مدیر محترم روابط عمومی دانشگاه

مدیر محترم امور مالی معاونت آموزشی

مدیر محترم حراست دانشگاه

دبیر محترم علمی و مسئول محترم کمیته داوران

دبیر محترم کمیته اجرایی جشنواره

رئیس محترم دبیرخانه جشنواره



## دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز

معاونت آموزشی - مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی

### برنامه دوازدهمین جشنواره آموزشی شهید مطهری

تاریخ: روز پنجشنبه ۱۳۹۸/۰۲/۵ ساعت ۱۰ لغایت ۱۲/۳۰

مکان: سالن همایش شهید شایانمهر دانشکده پزشکی

زمان	مدت	عنوان	مجری
۱۰ تا ۱۰/۱۰	۱۰ دقیقه	تلاوت آیاتی چند از کلام .. مجید	آقای محمد زاده
۱۰/۱۰ تا ۱۰/۱۵	۵ دقیقه	سرود جمهوری اسلامی	مسئولین اجرایی
۱۰/۱۵ تا ۱۰/۲۵	۱۰ دقیقه	نماهنگ استاد شهید مطهری ۱	مسئولین اجرایی
۱۰/۲۵ تا ۱۰/۳۵	۱۰ دقیقه	خیر مقدم	دکتر علی تقی زادیه معاون آموزشی دانشگاه و نائب رئیس جشنواره
۱۰/۳۵ تا ۱۰/۴۰	۵ دقیقه	نماهنگ استاد شهید مطهری ۲	مسئولین اجرایی
۱۰/۴۰ تا ۱۰/۵۵	۱۵ دقیقه	افتتاحیه جشنواره	دکتر محمدحسین صومی ریاست دانشگاه علوم پزشکی تبریز و رئیس جشنواره
۱۰/۵۵ تا ۱۱/۰۵	۱۰ دقیقه	نماهنگ اساتید فوت شده	مسئولین اجرایی
۱۱/۰۵ تا ۱۱/۳۰	۲۵ دقیقه	سخنرانی	مقامات استانی
۱۱/۳۰ تا ۱۱/۴۵	۱۵ دقیقه	نماهنگ گزارشی از جشنواره های قبلی پذیرایی همزمان با نماهنگ جشنواره	مسئولین اجرایی
۱۱/۴۵ تا ۱۲/۳۰	۷۵ دقیقه	تجلیل از : فرآیندهای نمونه آموزشی دانشگاه (۱۱ عدد) اعضای هیات علمی بازنشسته سال ۹۷ (۱۳ نفر) گروههای نمونه دانشگاه (۱۲ گروه) بسته های تحول و نوآوری و ماموریت‌های واسپاری ویژه نمونه کلان منطقه ۲ (۵ مورد) اساتید مشاور تحصیلی نمونه (۸ نفر) دفتر توسعه برتر (۲ مورد) پایاننامه برتر کارشناسی ارشد آموزش پزشکی (۲ مورد) دانشجویان رتبه اول علوم پایه و پیش کاروری دانشگاه (۱۲ نفر) دانشجویان فعال بخش دانشجویی جشنواره (۵ نفر)	ریاست محترم دانشگاه - معاون محترم آموزشی پیش کسوتان و مقامات محترم و ....



مراسم بزرگداشت

# مفصلت معلم

تجلیل از فرآیندهای آموزشی نمونه، اساتید نمونه و

اساتید پیشکسوت

دانشگاه علوم پزشکی تبریز

با شرکت اساتید، کارکنان و دانشجویان محترم

زمان:

پنجمشنبه ۵ اردیبهشت ماه ۱۳۹۸

ساعت ۱۰ تا ۱۲/۳۰

مکان:

سالن شهید شایانمهر

دانشگاه پزشکی تبریز



## منتخبین دوازدهمین جشنواره آموزشی شهید مطهری

دوازدهمین جشنواره آموزشی شهید مطهری همزمان با هفته معلم روز شنبه ۵ اردیبهشت ماه سال ۱۳۹۸ در سالن همایش شهید شایانمهر دانشکده پزشکی با حضور مسئولین دانشگاهی، اعضای هیات علمی، دانشجویان و کارکنان برگزار و از برترین های حوزه آموزش که شامل فرآیندهای آموزشی نمونه دانشگاه، اساتید بازنشسته سال ۹۷، گروه های نمونه دانشگاه، بسته های نمونه تحول و نوآوری آموزش علوم پزشکی و ماموریت های واسپاری شده، اساتید مشاور تحصیلی نمونه، دفاتر توسعه برتر دانشگاه، پایان نامه برتر کارشناسی ارشد آموزش پزشکی، دانشجویان رتبه اول تا سوم علوم پایه و پیش کارورزی دانشگاه علوم پزشکی تبریز تجلیل بعمل آمد و همچنین با اهدای لوح تقدیر از اعضای هیات علمی دارای فعالیتهای برجسته بالینی (راه اندازی ها و پیوند اعضا) تجلیل و قدردانی شد.



خلاصه ای از فرآیندهای برگزیده  
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز  
در  
دوازدهمین جشنواره آموزشی شهید مطهری

بسمه تعالی

## فرایند اول حیطة طراحی و تولید محصولات آموزشی

### کسب رتبه سوم در جشنواره کشوری

نام و نام خانوادگی درخواست کننده: دکتر مژگان لطفی

دانشکده محل خدمت: دانشکده پرستاری و مامایی

پست الکترونیک: mojgan.lotfi@yahoo.com

### عنوان فارسی: طراحی و ساخت شبیه ساز آموزش جراحی آپاندکتومی

عنوان انگلیسی: Development of an Educational Surgical (Appendectomy) Procedure Simulator

حیطه نوآوری: طراحی و تولید محصولات آموزشی

نام همکاران و نوع و میزان مشارکت هر یک از ایشان در فعالیت مورد نظر را ذکر نمایید. (اولین نفر به عنوان

نماینده مجربان محسوب می شود - ردیف قابل افزایش است)

میزان مشارکت	نوع همکاری	درجه دانشگاهی	سمت در این فعالیت	نام و نام خانوادگی
۱۰۰	ایده (مالکیت معنوی) طراحی، نظارت بر ساخت و کاربرد در آموزش	استاد یار	مجری	دکتر مژگان لطفی
۴۰	همکاری در ساخت اجزای شبیه ساز	کارشناس ساخت اندام مصنوعی	همکار	کرم نسیمی،
۱۰	همکاری در سوار کردن بخش های شبیه ساز	کارشناس اتاق عمل	همکار	زهرا میرزایی،

### محل انجام فعالیت

گروه/رشته پرستاری داخلی جراحی و اتاق عمل مقطع تحصیلی: کارشناسی اتاق عمل فاز بیمارستان

### بخش بالینی

مدت زمان اجرا: استفاده در آموزش نیم سالهای اول ۹۲،۹۳،۹۴،۹۵،۹۶ تاریخ پایان: پایان ترم نیمسال اول ۹۷-

۹۸

• هدف کلی: طراحی و ساخت شبیه ساز آموزش جراحی آپاندکتومی

## • اهداف ویژه / اهداف اختصاصی:

- ۱- طراحی شبیه ساز آموزش جراحی آپاندکتومی
- ۲- ساخت شبیه ساز آموزش جراحی آپاندکتومی
- ۳- کاربرد شبیه ساز آموزش جراحی آپاندکتومی در آزمایشگاه تکنولوژی جراحی دانشکده پرستاری و مامایی
- ۴- تعیین تجارب دانشجویان کارشناسی اتاق عمل در استفاده از شبیه ساز آموزش جراحی آپاندکتومی

### بیان مسئله (ضرورت انجام و اهمیت اهداف انتخابی را ذکر کنید):

روش های جراحی یکی از دشوار ترین حیطه های آموزش به شمار می روند. دانشجویان جهت یادگیری آناتومی و فیزیولوژی و مدرسین برای یافتن روش هایی که بتواند یادگیری عمقی ایجاد کند تلاش می کنند. برای دست یابی به این هدف اغلب مدرسین نیاز مند به استفاده ترکیبی از چندین ابزار آموزشی هستند. در حالیکه روش های سخنرانی می تواند برای راهنمایی و معرفی اطلاعات و افزایش آگاهی مورد استفاده قرار گیرد در همان حال استفاده از مدل ها برای آموزش ارگان ها ضروری است. همچنین استفاده از پاور پوینت، نمایش تصاویر بر گرفته از اینترنت و فیلم های آموزشی بسیار کمک کننده است تا بوسیله آن دانشجویان بتوانند انجام روش ها را مشاهده نمایند. با این وجود جهت افزایش مهارت دانشجویان، انجام تمرینات عملی در آزمایشگاه قبل از کار مستقیم روی بیمار امری ضروری است. لذا یکی از ابزار های حیاتی آموزش مهارت های جراحی، مولاژ ها و مانکین های آموزشی هستند. این شبیه ساز ها به دانشجویان کمک می کنند که ضمن مشاهده آناتومی بافتها، خودشان در انجام روش جراحی مورد نظر درگیر شوند.

در حالی که حفظ کرامت انسانی بیماران به عنوان یکی از ارزش ها و اهداف مهم در رسالت دانشگاه های علوم پزشکی مطرح است، پایین بودن سطح مهارت دانشجویان قبل از شرکت در امر مراقبت و درمان مستقیم بیمار، ریسک به خطر افتادن ایمنی و سلامت بیماران را افزایش می دهد.

امروزه تحولات چشمگیر در امر روش های جراحی از یک سو و توجه ویژه به استفاده از روش های موثر در ارتقا آموزش مهارت های بالینی از جمله شبیه سازی؛ ساخت و توسعه انواع مختلف تکنولوژی های آموزشی در این زمینه را تبدیل به یک صنعت رو به رشد نموده است. به همین دلیل مولاژ ها و مانکن های مختلف با تکنولوژی و کارایی های متفاوت به بازار آمده اند. متأسفانه افزایش قیمت موارد فوق از یک سو و مسائل و مشکلات دیگر مربوط به خریداری و ترمیم این وسایل و نبود مدل های داخلی از سوی دیگر، کاربرد این وسایل را در آموزش مهارت های عملی برای دانشجویان رشته های علوم پزشکی با چالش روبرو ساخته است و لذا دانشجویان قبل از داشتن تمرینات کافی در آزمایشگاه و کسب مهارت لازم وارد فیلد های درمان می شوند.

### نیاز سنجی

به دلیل پذیرش دانشجوی اتاق عمل در مقطع کارشناسی برای اولین بار در کشور در سال ۱۳۸۷ و اهداف آموزشی این دوره (پیوست ۱۳)؛ ارتقای بخش مهارت های بالینی ( Skill Lab ) که بخشی از برنامه استرا تژیک دانشکده پرستاری و

مامایی می باشد (پیوست ۸) (پیوست ۹)، توسعه آزمایشگاه تکنولوژی جراحی را در دستور فعالیتهای دانشکده در این حیطه قرار داد (پیوست ۱۱) (پیوست ۱۲). در این راستا نتایج ارزیابی صورت گرفته در دانشکده (پیوست ۷) مدرسان بخش های آموزش مهارت های بالینی را ملزم نمود، آموزش را بگونه مدیریت نمایند که دانشجویان این رشته قبل از ورود به محیط پر استرسی چون اتاق عمل که نیازمند سرعت و دقت کافی در انجام کار و تصمیم گیری است؛ از مهارت کافی برای شرکت در تیم جراحی برخوردار باشند.

مطالعه انجام گرفته در زمینه آموزش عملی دانشجویان اتاق عمل در این دانشکده نیز نشان می دهد که داشتن تمرینات کافی در محیط های شبیه ساز شده نقش بسازی در افزایش مهارت این دانشجویان دارد (پیوست ۱۰) این در حالی است که مولاژ منطبق بر دروس تخصصی آزمایشگاهی این دانشجویان وجود ندارد. مولاژ های خارجی نیز به دلیل نوع طراحی و کارایی های که دارند عمدتاً یا برای انجام پروسیجر های پرستاری مناسب هستند و یا در سطوح تخصصی برای آموزش به دستیاران جراحی طراحی شده و قابل استفاده برای این گروه دانشجویان نمی باشند. لذا انجام این فرایند منطبق بر اسناد بالادستی ذیل صورت گرفت:

۱- نقشه جامع علمی کشور (شامل فصل ۲-۲ اهداف کلان نظام علم و فناوری کشور؛ فصل ۳ اولویت های ب در سلامت (تجهیزات پزشکی) و فصل ۴ راهبرد های کلان ۱ و ۷ (پیوست ۱۴)

۲- بسته تحول و نوآوری در آموزش علوم آموزش پزشکی (شامل اهداف بسته توسعه و ارتقای زیر ساختهای آموزش علوم پزشکی؛

بسته آینده نگری و مرجعیت علمی در آموزش پزشکی و بسته حرکت به سوی دانشگاه های نسل سوم) (پیوست ۱۵)

### مرور تجربیات و شواهد خارجی (با ذکر رفرنس):

سالیان سال است که مانکن ها و مولاژ های مختلف در سطوح مختلف ساده تا پیشرفته در کشور های توسعه یافته چون آمریکا ، کانادا و ... ساخته می شوند که روز به روز بر تکنولوژی های بکار رفته در آنها نیز افزوده و در آموزش جراحی مورد استفاده قرار می گیرند (۱). شبیه ساز های بیوبسی از پستان، جراحی آنتوم، شبیه ساز فتق، برداشتن روده، برداشت رحم، لاپاراسکوپ و ... از این دسته هستند (۲). استفاده از مولاژ آپاندکتومی اولین بار برای ارزیابی توانمندی تکنولوژیست های جراحی در تحویل نخ های بخیه و ابزار های جراحی و مشارکت آنها در عمل جراحی آپاندکتومی استفاده گردید (تصویر ۱) (۳).

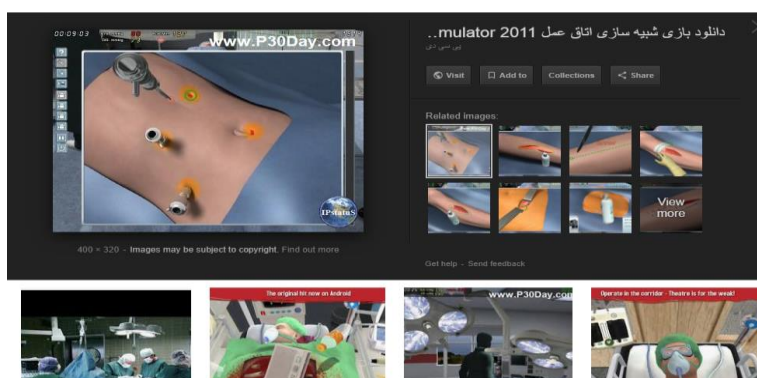


تصویر ۱: نمونه هایی از شبیه ساز های آپاندکتومی به روش باز یا لاپاراسکوپیک در خارج از کشور



Bjerrum در یک مطالعه برای ارزیابی استفاده از شبیه سازی آپاندکتومی لاپاراسکوپیک در آموزش و ارزشیابی فراگیران جراحی عمومی نشان داد استفاده از این شبیه ساز به طور قابل ملاحظه ای باعث کاهش زمان و بهبود حرکات جراحان در سه گروه مبتدی، ماهر و با تجربه می گردد. هرچند توصیه می شود که هنوز نیاز به مطالعات بیشتری در این خصوص وجود دارد(۴).

مولاژ های آپاندکتومی ساخته شده در کشور های خارجی از نظر طراحی و مواد با نمونه حاضر متفاوت می باشد. اما در عین حال مدلهایی برای آموزش آپاندکتومی به روش باز و لاپاراسکوپیک وجود دارد(۵). همچنین شبیه ساز هایی به صورت نرم افزار ها یا در قالب بازی کامپیوتری طراحی و تولید شده است.



در کشور ما مولاژ های آموزشی مورد استفاده در رشته های علوم پزشکی عمدتاً از خارج کشور وارد شده و تکنولوژی ساخت این مولاژ ها وجود ندارد. نمونه های مشابه با این مدل در کشورهای خارجی با کدهای زیر

US8968003 B2, US4288222 A, US9123261B2, WO 1993021619A1, CN1091914C با جستجو در آدرس

<https://www.google.com/?tbm=pts> قابل دسترسی است(۶).

## **مرور تجربیات و شواهد داخلی (در این بخش سوابق اجرایی این نوآوری در دانشگاه و کشور به طور کامل ذکر و رفرنس ذکر شود):**

پازارگادی و همکاران در یک مطالعه مروری در خصوص شبیه سازی نشان دادند که شبیه سازی منجر به تغییر نگرش در یادگیرنده، آمادگی یادگیرنده برای یادگیری نقشهای جدید، کمک به یادگیرندگان برای درک نقش حرفه ای، نمایش نقش های تاثیرگذار بر یادگیرندگان، افزایش انگیزه و علاقه در یادگیرنده و ایجاد فرآیندهای تفکر انتقادی در یادگیرندگان می شود (۷).

حیدرزاده در یک مطالعه تأثیر آموزش معاینه قلب و ریه مبتنی بر شبیه سازی توسط مانکن را با روش سخنرانی مقایسه نمود. این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی بود که در آن ۲۸ دانشجوی مامایی شرکت داشته و به طور تصادفی در دو گروه شبیه سازی با مانکن و سخنرانی تخصیص داده شدند. ا بزار گر دآوری داده ها شامل پرسشنامه دانش و اعتماد به نفس در ارزیابی قلب و ریه بود. اطلاعات با استفاده از شاخصهای مرکزی و پراکندگی، آزمون های تی تست و تی زوجی تجزیه تحلیل شد. یافته های این مطالعه نشان داد که شبیه سازی (استفاده از مانکن) در افزایش دانش و اعتماد به نفس در

زمینه ارزیابی قلب و ریه مؤثر است؛ بنابراین مراکز آموزشی میتوانند از این روش‌ها که گاهی نیاز به صرف وقت کمتری نیز دارد، استفاده کرده و فراگیر را در شرایط واقعی تری آموزش دهند که این خود می‌تواند بر آگاهی و توانایی انجام کار را با اطمینان بیشتر تأثیر گذار باشد (۸).

در عین حال زاغری و همکاران در مطالعه خود چالش‌های استفاده از شبیه‌سازی را شامل گران بودن تجهیزات شبیه‌سازی و نیاز به فضای فیزیکی وسیع از معایب این روش ذکر کرده‌اند. همچنین برای هر تجربه میتوان پنج تا ده دانشجو را شرکت داد و برای رسیدن به اهداف آموزشی نیاز به زمان و فضای زیادی است و کمبود فضای فیزیکی در دانشکده‌ها از موانع اجرای این روش است. آشنا نبودن اعضای هیأت علمی دانشگاه‌ها با شبیه‌سازها و نحوه کار آن، نیاز به آموزش دیدن و همچنین مقاومت در مقابل تغییر شیوه آموزشی رایج به سمت شبیه‌سازی نیز از دیگر چالش‌های فراروی استفاده از شبیه‌سازی در آموزش پرستاری ذکر شده است و بالاخره اینکه ایجاد اضطراب در استادان و دانشجویان در هنگام کار با شبیه‌سازهای انسان بیمار، به علت ترس از آسیب رساندن به آنها و نیاز به زمان زیاد برای آمادگی کافی برای ارائه جلسات، از دیگر چالش‌های استفاده از این روش محسوب میشود (۹).

با این وجود مطالعات متعدد صورت گرفته در زمینه استفاده از شبیه‌سازی در آموزش دانشجویان اتاق عمل در ایران نشان می‌دهد که استفاده از این روش آموزشی باعث افزایش دانش، مهارت و اعتماد به نفس این گروه از دانشجویان می‌گردد (۱۶-۱۵)

در این رابطه صدیقی و همکاران در مطالعه‌ای از نرم افزار شبیه ساز جراحی آپاندکتومی در آموزش دانشجویان اتاق عمل استفاده کردند که نتایج آن نشان داد رضایت دانشجویانی که با این روش آموزش دیده بودند نسبت به گروه کنترل (سخنرانی و آموزش عملی رایج) بطور معنی دار بالاتر بود (۱۴)

مطالعات میدانی در این خصوص نیز پیشنهاد میکند، باتوجه به هدینه بالای مانکن های خارجی، نارسایی در ارائه خدمات پس از فروش و هدینه اثر بخش نبودن استفاده از نمونه های خارجی برای این گروه از دانشجویان ؛ ساخت مدل های جراحی بر اساس کریولوم و طرح های درسی دانشجویان این رشته امری ضروری است (۱۰، ۱۲، ۱۱).

در این فرایند نمونه مورد نظر به گونه ای طراحی شده است که ضمن کاهش هدینه های ساخت ، بتوان از یک مولاژ در جلسات مختلف آموزش آزمایشگاهی دروس پایه و پیشنیاز ورود به فیلد جراحی و بر اساس سرفصل و طرح درسی این دانشجویان حد اکثر استفاده آموزشی کسب گردد. به عنوان مثال بر روی تنها یک مولاژ می توان تمامی مراحل قبل، حین و بعد از عمل جراحی آپاندکتومی را به شیوه شبیه سازی بسیار نزدیک به فرایند جراحی مذکور آموزش داد. در حالیکه در مولاژ های خارجی فعلی این کارایی مشاهده نمی شود. همچنین ترمیم و اصلاح آسان مولاژ توسط کاربران برای استفاده متعدد از آن امکان پذیر است. معرفی این تکنولوژی امکان ساخت انواع دیگر مولاژ های جراحی را امکان پذیر می سازد. در عین حال در داخل کشور جهت شبیه سازی فیلد های جراحی مدلهایی وجود دارند که به صورت نرم افزاری و قابل کاربرد در فضای مجازی هستند به طور مثال در این خصوص می توان به نرم افزار شبیه ساز جراحی فک و صورت هوشمند که مربوط به قسمت صورت است اشاره کرد (۱۴).

## شرح مختصری از فعالیت صورت گرفته را بنویسید (آماده سازی، چگونگی تجزیه و تحلیل موقعیت و تطبیق متدولوژی، اجرا و ارزشیابی را در این بخش بنویسید):

- ۱- مروری بر متون مربوط به شبیه سازی
- ۲- بررسی شبیه سازهای موجود در این زمینه
- ۳- بررسی آناتومی بدن در حین آپاندکتومی
- ۴- مشاهده حداقل ۳۰ مورد اعمال جراحی زنده آپاندکتومی
- ۵- تدوین مراحل جراحی آپاندکتومی ( شامل : برش پوست، زیرجلد، فاسیا، عضله ، پریتون ، آپاندیس و محل آپاندکتومی  
بستن پریتون ، عضله ، فاسیا ، زیر جلد، پوست و پانسمان محل ) پیوست ۱
- ۶- انتخاب مواد برای ساخت شبیه ساز ، طراحی اولیه ، ساخت و رفع نقص پیوست ۲
- ۷- کاربری آموزشی مراحل جراحی آپاندکتومی با استفاده از شبیه ساز در آموزش عملی دانشجویان کارشناسی اتاق عمل  
(الف) کاربرد در آزمایشگاه تکنولوژی جراحی پیوست ۳  
(ب) فیلم تهیه شده از کاربرد عملی پیوست ۴

## شیوه های تعامل با محیط که در آن فعالیت نوآورانه به محیط معرفی شده و یا مورد نقد قرار گرفته را ذکر کنید.

- ۱- ارائه یک سخنرانی با عنوان " خلاقیت در آموزش بالینی دانشجویان اتاق عمل : تجربه ی طراحی و ساخت بالشتک جراحی آپاندکتومی" در پانزدهمین همایش کشوری آموزش علوم پزشکی در تاریخ ۹-۱۱/۲/۹۳ در دانشگاه علوم پزشکی یزد  
(پیوست ۵: خلاصه مقاله- گواهی سخنرانی- گواهی پذیرش)
- ۲- ثبت اظهارنامه (پیوست ۶)

## نتایج حاصل از این فعالیت و این که فعالیت ارائه شده چگونه موفق شده است به اهداف خود دست یابد را بنویسید.

هدف کلی: طراحی و ساخت شبیه ساز آموزش جراحی آپاندکتومی  
اهداف اختصاصی:

- ۱- طراحی شبیه ساز آموزش جراحی آپاندکتومی
- ۲- ساخت شبیه ساز آموزش جراحی آپاندکتومی
- ۳- کاربرد شبیه ساز آموزش جراحی آپاندکتومی در آزمایشگاه تکنولوژی جراحی دانشکده پرستاری و مامایی
- ۴- تعیین تجارب دانشجویان کارشناسی اتاق عمل در استفاده از شبیه ساز آموزش جراحی آپاندکتومی

## دستیابی به اهداف

### برای دستیابی به هدف اختصاصی اول:

ابتدا مروری بر متون مربوط به شبیه سازی و شبیه سازهای موجود در این زمینه صورت گرفت. سپس برای درک آناتومی بدن و انجام روش جراحی در حین آپاندکتومی، علاوه بر مطالعه کتب جراحی تخصصی مربوطه حداقل ۳۰ مورد اعمال جراحی زنده آپاندکتومی برای تدوین مراحل جراحی مشاهده شد. مراحل برش شامل: پوست، زیرجلد، فاسیا، عضله، پریتوان، جدا سازی آپاندیس و مراحل بستن پریتوان، عضله، فاسیا، زیر جلد، پوست و پانسمان محل عمل تدوین شد.

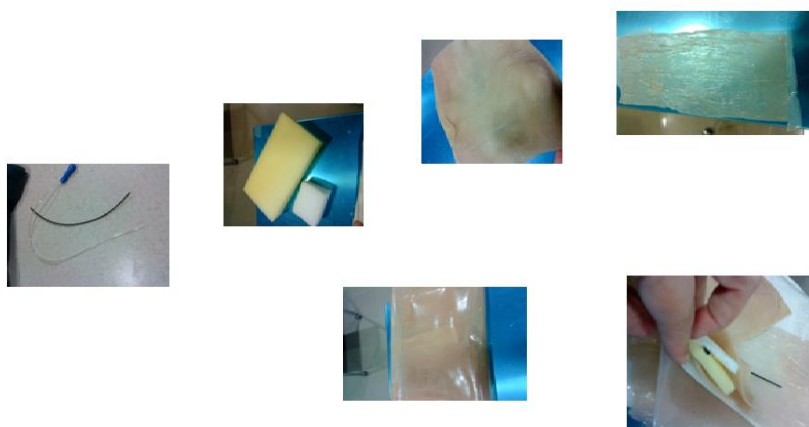
### برای دستیابی به هدف اختصاصی دوم:

مواد لازم برای ساخت شبیه ساز انتخاب شد و پس از طراحی اولیه، شبیه ساز در سه مرحله تکمیل گردید (پوست 1 و 2)

#### ۱- قالب گیری و ساخت سکوم و آپاندیس



#### ۲- ساخت لایه های شکم



### ۳- سوار کردن بخش های مجزا روی شبیه ساز



#### برای دستیابی به هدف اختصاصی سوم:

از شبیه ساز ساخته شده در نیم سالهای اول ۹۶،۹۵،۹۴،۹۳،۹۲ بعد از اتمام کلاس نظری مربوط به روش جراحی آپاندکتومی در آموزش عملی دانشجویان کارشناسی اتاق عمل در آزمایشگاه تکنولوژی جراحی استفاده گردید. پیوست ۷

#### برای دستیابی به هدف اختصاصی چهارم :

در نیم سال اول ۹۲ تدریس نظری فرایند جراحی آپاندکتومی برای دانشجویان اتاق عمل در قالب یک ساعت آموزش نظری در کلاس به شیوه سخنرانی، اسلاید و نمایش فیلم، صورت گرفت. سپس از مولاژ فوق برای آموزش عملی اجرای نقش اسکراب و سیار در جراحی آپاندکتومی در آزمایشگاه تکنولوژی جراحی استفاده شد. بعد از این جلسه از دانشجویان خواسته شده که نظرشان را در خصوص ظاهر کلی شبیه ساز، تثبیت دانش نظری در کلاس، کفایت آن برای ارتقاء مهارت عملی، و نقاط قوت و ضعف استفاده از شبیه ساز در یک برگ A4 نوشته و در جلسه بحث گروهی متمرکز که به این منظور برگزار گردید تجارب یادگیری خود را به اشتراک بگذارند.

نتایج نشان داد :

#### نقاط قوت

- بعضی از مباحث مرتبط با آپاندکتومی که علی رغم مشاهده فیلم کلاسی هنوز سوال بر انگیز بود روی مولاژ پاسخ داده شده بود
- فرایند شروع و تداوم جراحی به صورت عملی مرور و تمرین شده بود و دانشجویان نقاط ضعف خود را بیشتر متوجه شده بود
- روش آموزش بسیار متفاوت تر و جالب تر از روش های دیگر بود و به کاهش استرس و افزایش اعتماد بنفس در کار عملی کمک می کرد
- روحیه کار تیمی را تقویت می کرد

## نقاط ضعف

- در صورتی که شبیه ساز داخل مولاژ انسانی جایگذاری می شد از جذابیت بیشتری برخوردار بود
- فرصت تمرین کافی بعد از کلاس عملی وجود نداشت

## پیشنهاد

تاثیر استفاده از این شبیه ساز به صورت یک مطالعه *RCT* بر دانش، مهارت و صلاحیت دانشجویان اتاق عمل در زمینه عمل جراحی آپاندکتومی بررسی گردد

## نتیجه گیری کلی

از این مدل در آزمایشگاه تکنولوژی جراحی دانشکده پرستاری و مامایی جهت آموزش نحوه عملکرد فرد اسکراب و سیار (دستیاران جراحی در اتاق عمل) در حین عمل جراحی آپاندکتومی استفاده شده است. به این ترتیب که مدل شبیه ساز روی مولاژ ساده سوار شده و دانشجویان تکنولوژیست جراحی مراحل مختلف درپ و پرپ کردن بیمار قبل از عمل، بازکردن و بستن بافت‌های پوست، زیر جلد، فاسیا، عضله، پریتوان و برداشتن آپاندیسیت را روی مدل مشاهده و در این جراحی شبیه سازی شده اقداماتی را که باید به عنوان دستیار جراحی در حین عمل انجام دهند به صورت تیمی تمرین می کنند.

## ارزشیابی فعالیت از نظر نقاط قوت و ضعف

مولاژ شبیه ساز جراحی آپاندکتومی در ابعاد ۳۰\*۴۰ سانتی متر و وزن تقریبی نیم کیلو گرم می باشد و بنابراین حمل و نقل و سوار کردن آن روی مولاژ تنه اسان است. این مدل چند بار مصرف می باشد فقط قطعه سکوم و آپاندیس در صورت برش قابل تعویض خواهد بود که نیاز به صرف هزینه است(نقطه ضعف). این مدل به صورت دست ساز و با ظرافت زیاد و بعد از مشاوره با متخصصین جراحی و آناتومیست تهیه شده و در ساخت آن سعی گردید تا حد ممکن انطباق با ساختار آناتومیکی بدن حفظ شود. مدل مشابه در این خصوص در بازار ایران موجود نمی باشد. سایر شبیه ساز ها ی آموزش جراحی ساخت داخل به صورت نرم افزار کامپیوتری طراحی شده اند. این مدل از جنس سلیکون (آسیب به محیط زیست نمی رساند) تهیه شده و تا حد ممکن سعی شده از نظر قوام و آناتومی نزدیک به مدل انسانی تهیه شود تا شبیه سازی به بهترین نحو انجام شود. بر اساس داوری انجام شده این مدل قابلیت ورود به مرحله ساخت صنعتی و ارائه یک طرح فناورانه را دارد (پیوست ۸)

باتوجه به شرایط فعلی کشور و تمرکز بر استفاده از فناوری های داخلی، انجام این طرح می تواند با فراهم سازی فرصت جدیدی در عرصه ی تولید مولاژهای آموزشی (حیطه علوم پزشکی) زمینه ای برای ایجاد اشتغال ایجاد نماید. ساخت مولاژ های علمی و آموزشی نقش مهمی در خودکفایی و ارتقا جایگاه کشور در زمینه تولید محصولات آموزشی خواهد داشت.

**سطح نوآوری:** در سطح کشور برای اولین بار صورت گرفته است.

## فرایند دوم از حیطة طراحی و تولید محصولات آموزشی

نام و نام خانوادگی درخواست کننده: دکتر مجید خلیلی

دانشکده محل خدمت: کارگروه توسعه دانش روانپزشکی و روانشناسی

پست الکترونیک: [Khalili876@gmail.com](mailto:Khalili876@gmail.com)

**عنوان فارسی:** کتاب جامع علمی - پژوهشی "تاریخ روانپزشکی در گستره طب ایرانی"

**عنوان انگلیسی:** *History of Psychiatry in Iranian Medicine*

**حیطه نوآوری:** طراحی و تولید محصولات آموزشی

نام همکاران و نوع و میزان مشارکت هر یک از ایشان در فعالیت مورد نظر را ذکر نمایید. (اولین نفر به عنوان نماینده مجریان محسوب می شود - ردیف قابل افزایش است)

نام و نام خانوادگی	سمت در این فعالیت	درجه دانشگاهی	نوع همکاری	میزان مشارکت
دکتر مجید خلیلی	نویسنده (مسئول برنامه)	کادر دانشگاه - پژوهشگر	همکار اصلی	۴۰ درصد
دکتر غلامرضا باطنی	نویسنده	پژوهشگر	همکار اصلی	۴۰ درصد
دکتر ایوب مالک	نویسنده	استاد روانپزشکی	همکار اصلی	۱۰ درصد
دکتر علیرضا فرنام	نویسنده	استاد روانپزشکی	همکار اصلی	۱۰ درصد

**محل انجام فعالیت:** دانشگاه علوم پزشکی تبریز **دانشکده - گروه/رشته:** کارگروه توسعه دانش روانپزشکی و روانشناسی متناسب با فرهنگ کشور (کلان منطقه ۲ آمایش آموزش عالی بخش سلامت کشور) **مقطع تحصیلی:** - فاز - بیمارستان مرکز آموزشی و درمانی رازی تبریز **بخش بالینی**

**مدت زمان اجرا:** یک سال **تاریخ پایان:** ۱۳۹۶

### • هدف کلی:

با عنایت به اینکه تابحال کتاب جامعی در رابطه با موضوع "تاریخ روانپزشکی در گستره طب ایرانی" در سطح کشور نگاشته نشده بود، از طرفی همه موضوعات مربوط به تاریخچه این رشته مربوطه به چند دهه اخیر می شده و دانشجویان و علاقمندان بخصوص رزیدنت های این رشته از دورنما و سوابق اطلاعاتی این رشته از قرون کهن

اطلاع چندان مفید و مستندی نداشتند. به همین لحاظ این برنامه در یکی از جلسات کارگروه توسعه دانش روانپزشکی و روانشناسی مطرح و به اتفاق آراء با اجرای این پروژه در قالب کتاب جامع موافقت بعمل آمد و عملیات آن پس از ساعت ها تلاش مستمر و خستگی ناپذیر در قالب ۴۴۰ صفحه کتاب (پیوستی) باتمام رسیده و منتشر گردیده است. با توجه به اهمیت این موضوع، معاون محترم آموزشی وزارت متبوع نیز مقدمه ای بر این اثر نگاشته و از دست اندرکاران این پروژه (دانشگاه علوم پزشکی تبریز) تقدیر و تشکر نموده اند. همچنین با پیشنهاد کارگروه مزبور و موافقت معاونت آموزشی دانشگاه، این اثر به عنوان یکی از منابع آزمونی بخصوص برای دوره های رزیدنتی روانپزشکی و سایر رشته ها به وزارت متبوع ارسال شده است. همچنین اعضای محترم شورای تالیف و ترجمه دانشگاه نیز به لحاظ غنای محتوایی آن، از نویسندگان این اثر قدردانی نموده اند که مستندات موصوف به پیوست ارائه گردیده است.

#### • اهداف ویژه /اهداف اختصاصی:

- شناسایی و استخراج موضوعات تخصصی مربوط به روانپزشکی از لابلاي متون و اسناد معتبر کهن طب ایرانی
- ترجمه متون عربی و یا فارسی با سبک قدیم به زبان معاصر فارسی با محوریت موضوعات روانپزشکی
- آشنایی با انواع بیماری های روحی و روانی در گذشته و طبقه بندی آنها در ادوار گذشته
- آشنایی با شیوه های شناخت و تشخیص، درمان و معالجه و مراقبت از بیماران مبتلا به اختلالات رفتاری توسط اطباء طب ایرانی
- آشنایی با نحوه شکل گیری و تکامل مراکز نگهداری و درمان بیماران روانی در جهان اسلام
- آشنایی با آموزه های اخلاقی فرهنگ اسلامی و روانپزشکی و توصیه های مفید مرتبط با آن

#### بیان مسئله (ضرورت انجام و اهمیت اهداف انتخابی را ذکر کنید):

#### مرور تجربیات و شواهد خارجی (با ذکر رفرنس):

بررسی های بعمل آمده از موتورهای جستجو نشان می دهد که تعدادی کتاب با موضوع مشابه منتشر شده است. ازجمله:

- *A History of Psychiatry (EDWARD SHORTER), USA: Oxford University press.*
- *A History of clinical Psychiatry (GERMAN BERRIOS & ROY PORTER), England (London) the Atlone press.*
- *The Hisstory of Psychiatry (FRANZ G.ALEXANDER), Newyork city (USA), Harper and Row press.*
- *History of Psychiatry and Medical Psychology (Edwin R.Wallace), Newyork, Springer Science.*

#### مرور تجربیات و شواهد داخلی (در این بخش سوابق اجرایی این نوآوری در دانشگاه و کشور به طور کامل ذکر و رفرنس ذکر شود):

با عنایت به اینکه تقریباً همه کتاب های خطی دست نویس در گذشته و بخصوص طبیبی چه به زبان های عربی، فارسی کهن و یا ترکی، اولاً این آثار فاقد فهرست بوده که این فقدان فهرست، کار را برای پژوهشگران (به منظور یافتن موضوعات مورد نظر به شدت سخت نموده و پژوهشگران بایستی همه مطالب این آثار را مطالعه نموده و هر کجا کلماتی، نکاتی و یا موضوعاتی مرتبط با مطلب مورد مطالعه قابل رویت باشد، آنها را استخراج و سپس برای



مراحل ترجمه به زبان فارسی معاصر آماده و ارائه نمایند و در نهایت با موضوعات امروزی در حد امکان مورد مقایسه قرار دهند) و دوما مطالب موجود در این آثار اغلب طبقه بندی شده نبوده و عمدتاً بصورت جسته و گریخته موضوعات مختلف مولفین آن ادوار بصورت سلیقه ای و در انواع سبک ها نگاشته شده اند. علی رغم پراکندگی مطالب، در عین حال، موضوعات مهم و گاه بسیار مهمی در لابلای صفحات این آثار ارزشمند به چشم می خورند که هم نوآوری (که عرض خواهد شد) داشته و هم مشابه آن روش ها و یا ایده ها، هنوز هم در برخی روش های تشخیص یا درمان، شیوه های اطباء ایرانی گهگاهی به چشم می خورد که نکته جالب توجهی می باشد. نظر به اینکه تابحال موضوع تک تخصصی در زمینه بیماری های روانپزشکی در گذشته بسیار دور در سطح کشور منتشر نیافته بود، این اثر پژوهشی با پیشنهاد و تصویب آن در کارگروه توسعه روانپزشکی و روانشناسی مورد موافقت قرار گرفت و پس از تلاش چشمگیر تیم مربوطه، منجر به چاپ این اثر برای "اولین بار در سطح کشور" گردید که به لحاظ اهمیت موضوعی و غنای محتوایی آن، شواری تالیف و ترجمه آن در نامه مجوز انتشار این کتاب از نویسندگان آن "قدردانی" نموده اند. همچنین با توجه به اهمیت موضوعی کتاب، معاون محترم آموزشی وزارت متبوع نیز مقدمه ای بر آن نگاشته که نشان از کیفیت بالای این مجموعه می باشد. از سویی به منظور استفاده بهینه از محتوای کتاب، کارگروه فوق الذکر پیشنهاد ملحوظ نمودن این اثر به عنوان یکی از منابع آزمون رشته رزیدنتی روانپزشکی به هیات بورد تخصصی و فوق تخصصی رشته روانپزشکی وزارت متبوع نیز پیشنهاد گردیده که مکاتبات مرتبط با این موارد به پیوست تقدیم گردیده است. مهم ترین نوآوری این اثر به لحاظ شیوه های برخورد اطباء در درمان بیماران روانی بر اساس "فرهنگ بومی" خویش بوده است که یکی از ماموریت های کارگروه توسعه روانپزشکی و روانشناسی عنوان: (متناسب با فرهنگ) می باشد که این اثر در معرفی این قبیل شیوه های درمانی و مراقبتی به این موضوع بومی - فرهنگی اطلاعات سودمندی را ارائه نموده است.

### **شرح مختصری از فعالیت صورت گرفته را بنویسید (آماده سازی، چگونگی تجزیه و تحلیل موقعیت و تطبیق متدولوژی، اجرا و ارزشیابی را در این بخش بنویسید):**

آنچه در صفحات این کتاب، با نام «تاریخ روان پزشکی در طب ایرانی» رخ نمون گردیده، روایتی بس طولانی ست درباره ی تاریخ کهنسال طب در فلات گسترده ی ایران؛ از یکسو، ناگزیر است به نگرستن به آیین ها و باورهای کهن این مرز و بوم و از سوی دیگر، فروتنانه، تلاش سترگ طبیبانی را نظاره می کند که در قریب به سی قرن قبل، سخن از مدارا با ناتوانان ذهنی و روحی می گفتند و مقارن ده سده پیش، با نگارش کتاب هایی همچون «فردوس الحکمة» و «هدایة المتعلمین» و «کامل الصناعه» و «حاوی» و «قانون» و ... عالمانه و همدلانه، بخشی از دانش خود را جهت شناخت و توصیف و درمان بیماران روان پریش، مصروف می ساختند، در روزگاری که به حق عصر طلایی دانش و فرهنگ در ایران و اسلام، لقب یافته است.

در گذشته ی تاریخ، بیماران روانی، از جهات مختلف، جزء آسیب پذیرترین گروه بیماران محسوب می شدند؛ ایشان نه تنها در چنبره ی بیماری، گرفتار بودند بسا که به جهت ناشناختگی آن امراض، طرد و لعن و آزار می شدند؛ شواهد فراوانی در دست است که بیمار روانی، در بسیاری از تمدن های باستانی و حتی در قلمرو غرب مسیحی، چونان مجرمی خطرناک، در محبسی دور از آسایش و درمان، رها می شد؛ آزارها می دید و برای بیرون راندن جن و شیطان از درون روحش، شکنجه ها می شد .

تاریخ روان پزشکی، به ما یادآور می‌شود که راهی بس طولانی و صعب، از مُغاک‌ها و ویرانه‌ها پیموده شده است تا افرادِ روان پریش، به جای فرزندان و لشکریان شیطان، لقبِ «بیمار» بیابند و هموعان‌شان به جای شکنجه، به «درمان» آنها روی آورند.

نکته‌ای که نباید از نظر دور داشت، آن است که ناراحتی و ناخوشی‌های روانی، از همان زمان که انسان، درد جسمی را شناخت، با وی همراه بوده است، به دیگر سخن، اختلالِ روان پزشکی (که در متون کهن، بیشتر بصورتِ بیماریِ روحی ذکر شده است) و بیماریِ جسمی، بنا به شواهدِ گوناگون، از کهن‌ترین روزگارانِ تاریخِ تکامل، برای انسان، قابلِ حسّ و لمس بود، اما بسیار دیرتر از بیماری‌های جسمی، بشر، به ماهیتِ عوارضِ روحی پی بُرد؛ در نگاهِ مردمانِ تمدن‌های کهن، بیماریِ روانی، عارضه‌ای ناشی از خشمِ خدایان یا طبیعت بود؛ فردی که به حملاتِ صرع یا فلجِ عضلانی یا جنون مبتلا می‌شد، یا خودش، نمادی از شیطان محسوب می‌شد یا نشانه‌ای بود برای اینکه شیطان و ارواحِ خبیث در پی آزارِ مردمان هستند؛ در تمدن‌های آفریقایی، چین باستان، هندوستان، یونان باستان، آمریکای جنوبی و... برای سده‌های متمادی این تصور، پابرجا بود؛ امروزه با شواهدی که در اساطیر و باورهای فولکلوریکِ آنها دیده می‌شود، می‌توان این تلقی را به روشنی، رهگیری کرد و به عنوان بخشی از تاریخ روان پزشکی، مورد مطالعه قرار داد.

کتاب حاضر نیز در پی مطالعه‌ی «تاریخ» است و فروتنانه، هیچ ادعایی درباره‌ی علتِ یابی و تحلیل علمی و پزشکیِ بیماری‌های روانی ندارد، چراکه تحلیلِ «روان پزشکی» گامی است که پس از شناختِ تاریخ باید برداشته شود؛ «تاریخ» مددکار می‌شود تا غبار از چهره‌ی هزاره‌ها برداشته شود؛ کمک می‌کند باورهای اقوام مختلف، که چه بسا امروزه نشانی از آنها نباشد، رو نمایی شوند، و بدانیم در مسیرِ طولانیِ تمدن، از عصرِ سنگ تا سرآغازِ دورانِ جدید، انسان‌ها و تمدن‌ها، چه تلقی و برداشتی از «روان پریشی» داشتند؛ آیا آن را «بیماری» می‌دانستند تا برایش «درمان پزشکی» بجویند؟ و اگر چنین نبود، چه مقدار زمان و رویدادها باید می‌گذشت که این تلقی، شکل بگیرد و امروزه، «روان پزشکی» بخش مهمی از تخصص‌های پزشکی محسوب شود؟

«تاریخ» به ما می‌گوید «رفتار» - در مفهوم فلسفی آن - با «فردِ روان پریش» در گستره‌ی تاریخِ طب ایرانی، چگونه بوده است؟ این رفتار، در ایران پس از اسلام، چه تفاوتی با دورانِ قبل از آن دارد؟ آیا آموزه‌های اخلاقیِ اسلام و تأکید بر رفق و مدارا نسبت به مجنونین و محجورین، انگیزه‌ای نشد که نخستین بیمارستانِ عالم اسلام، در حقیقت، آسایشگاهی برای مراقبت از این قبیل افراد باشد؟ آیا آنچه بر قلم محمد بن زکریای رازی در کتاب «الحاوی» جاری می‌شود که بیمارِ گرفتارِ مالیخولیا را با دقت و حوصله و مماشات باید درمان کرد، موضوعی ساده و عادی است و اگر این دستورها و معالجات، به محک تجربه‌ی تاریخی، با معالجاتِ قرون وسطایی، سنجیده شود، می‌توان رمزِ موفقیت و پیشتازیِ طب ایرانی را نسبت به زمانه و روزگارش درک کرد؟

آنچه ما در کتاب حاضر، در پی آن هستیم، بیانِ «تاریخ روان پزشکی در طب ایرانی» است؛ در وهله‌ی اول، بر «تاریخ» تأکید می‌کنیم و به خواننده‌ی عام و خاص این اطمینان را می‌دهیم که در این کتاب از توضیح و تفسیرِ متونِ مدرسی، پرهیز داریم؛ به جای آوردنِ پیاپی اصطلاحات و مفاهیم پیچیده‌ی نوپدید - که تنها به کارِ برخی از متخصصان می‌آید - نهایت تلاش خود را به کار بُردیم تا متنی روان و بدور از پیچیدگی فراهم آوریم و طیف وسیعی از خوانندگان را برای آگاهی هرچند مختصر، با تاریخِ روان پزشکی در ایران همراه سازیم.

آنچه در این اثر مقصود نگارندگان بوده است، مطالعه و بررسیِ «تکامل در زمانیِ روان پزشکی» است و تحلیلِ پزشکیِ معالجات، و بیانِ کارآمدی یا ناکارآمدی هر یک از روش‌های درمانی را در طول تاریخِ روان پزشکی، به پژوهش‌های جزء نگر و مبتنی بر یافته‌ها و نمونه‌های میدانی و آزمایشگاهی مربوط می‌دانیم؛ در عین حال بر این

باور هستیم که در مسیر این مرور تاریخی، چه بسا بتوان ایده‌هایی برای درک بهتر ماهیت برخی از اختلافات روان پزشکی و نیز روش‌های اداره یا درمان این بیماری‌ها بدست آورد.

در وهله‌ی دیگر، اگرچه مبنای کار خود را «طب ایرانی» قرار دادیم اما چنانکه پیشتر نیز توضیح دادیم، سخن از طب ایرانی، به معنای نوعی مفهوم قوم‌گرایانه یا ملی‌گرایانه نیست؛ به کارگیری این اصطلاح، به جهت حفظ وحدت رویه‌ای است که در مجموعه‌ی مطالعات تاریخ علم در ایران و جهان، معمول و ساری است؛ همانطور که در جای‌جای کتاب حاضر، تأکید کرده‌ایم، تاریخ طب در ایران، پیوندی بسیار استوار با حوزه‌های تمدنی جهان پیرامون دارد؛ تأثیر و تأثر طب ایرانی از و بر طب دوره اسلامی، طب هندی، طب بین‌النهرین، طب یونانی و چینی متأخر و... امری مسلم و بدیهی است و بنا به ماهیت علم، جز این نیز نمی‌تواند باشد؛ با این وجود، در طب ایرانی، اختصاصاتی دیده می‌شود که آن را نسبت به آقران خود متمایز می‌سازد؛ این امر، تا بدان حد بدیهی است که حتی درون ساختار طبّی سرزمین‌های اسلامی، می‌توان ممیّزات مختلفی میان طب ایرانی و طب مصری یا طب مغرب اسلامی بیان کرد، و با وجود تعاملات گسترده‌ی تاریخی میان این مکاتب مختلف، تشخّصات و ممیّزات، پابرجا و قابل احصاست.

**شیوه‌های تعامل با محیط که در آن فعالیت نوآوران به محیط معرفی شده و یا مورد نقد قرار گرفته را ذکر کنید.**

بنظر می‌رسد با توجه به فقدان کتاب جامع در این زمینه، اکثر دانشجویان و یا رزیدنت‌های روانپزشکی اطلاعات کاملی از «تاریخ رشته خود نداشته‌اند که با توجه به اهداء این کتاب به اغلب دانشجویان (رزیدنت) روانپزشکی، رفتارهای مساعد ایشان نشان از رضایت مندی از بدیع بودن و غنای محتوایی این کتاب دارند. شایان ذکر می‌باشد که این اثر که به عنوان یکی از برنامه‌های مصوب کارگروه توسعه روانپزشکی و روانشناسی می‌باشد، به منظور استفاده بهینه‌سایرین، به همه کلان‌مناطق کشور از طریق معاونت محترم آموزشی دانشگاه ارسال گردیده تا استفاده‌های علمی لازم از آن بکار گیرند که مکاتبه مرتبط با این موضوع به پیوست می‌باشد.

**نتایج حاصل از این فعالیت و این که فعالیت ارائه شده چگونه موفق شده است به اهداف خود دست یابد را بنویسید.**

**سطح نوآوری:** در سطح کشور برای اولین بار صورت گرفته است

- 1) de Montbrun, S. L. and H. MacRae (2012). "Simulation in surgical education." Clinics in colon and rectal surgery **25**(3): 156
- 2) Delletec-[www.delletec.com/appendectomy.htm](http://www.delletec.com/appendectomy.htm)
- 3) Appendectomy Simulator – Delletec-[www.delletec.com/appendectomy.htm](http://www.delletec.com/appendectomy.htm)
- 4) Bjerrum, F., J. Strandbygaard, S. Rosthøj, T. Grantcharov, B. Ottesen and J. L. Sorensen (2017). "Evaluation of procedural simulation as a training and assessment tool in general surgery—simulating a laparoscopic appendectomy." Journal of surgical education **74**(2): 243-250
- 5) [http://www.delletec.com/surgical\\_sims.htm](http://www.delletec.com/surgical_sims.htm)
- 6) <https://www.google.com/?tbn=pts>
- 7) Pazargadi, M. and R. Sadeghi (2011). "Simulation in nursing education." Iranian Quarterly of Education Strategies **3**(4): 161-167.
- 8) Heidarzadeh, A., T. Mirzaei and M. Forouzi (2016). "Comparing the Effects of Heart and Lung examination using simulation mannequin with lectures on midwifery students' knowledge and confidence." Journal of Nursing Education **4**(4): 81-89.
- 9) زاغری تفرشی، منصوره و همکاران شبیه سازی در پرستاری. مجله پزشکی علوم در آموزش ایرانی. ۱۳۹۱؛۱۲(۱۱).  
<http://ijme.mui.ac.ir>
- ۱۰) لطفی مژگان، زمان زاده، وحید، جبار زاده، فرانک. وضعیت دانش و مهارت دانشجویان کارشناسی پیوسته اتاق عمل به دنبال استفاده از شبیه سازی و آموزش به شیوه ایفای نقش. دومین سمینار سراسری پرستار، ماما و پژوهش. د.ع.پ گلستان. ۲۰-۲۱ ابان ۸۸
- ۱۱) لطفی مژگان، مختاری، مرضیه و اله بخشیان، عاطفه. میزان دستیابی به حداقل های یادگیری دانشجویان اتاق عمل در آزمایشگاه تکنولوژی جراحی. سومین کنگره آموزش پرستاری و مامایی. د.ع.پ ایران، تهران ۱۳۸۸.
- ۱۲) لطفی مژگان، مختاری، مرضیه تاثیر آموزش تلفیقی شبیه سازی و راهبردهای تفکر انتقادی بر تصمیم گیری بالینی دانشجویان اتاق عمل دانشکده پرستاری و مامایی تبریز در سال ۱۳۸۹. پایان نامه ارشد د.ع.پ تبریز. (کد ۲۹۵۹۱)
- ۱۳) لطفی مژگان و همکاران. خلاقیت در آموزش بالینی دانشجویان اتاق عمل: تجربه ی طراحی و ساخت بالشتک جراحی آپاندکتومی. پانزدهمین همایش آموزش علوم پزشکی. د.ع.پ یزد. اردیبهشت ۹۳.
- ۱۴) حنانی صدیقه و همکاران. تاثیر آموزش مبتنی بر شبیه سازی جراحی فیوژن ستون فقرات بر دانش و مهارت بالینی دانشجویان ترم ۸ اتاق عمل. اولین همایش پژوهشی دانشجویی اتاق عمل کشور. تهران د.ع.پ ایران ۹۷
- ۱۵) درویشی زینب، آموزش کارآموزان اتاق عمل و اعمال جراحی از طریق شبیه سازی. اولین همایش پژوهشی دانشجویی اتاق عمل کشور. تهران د.ع.پ ایران ۹۷
- ۱۶) صدیقی امین و همکاران. تاثیر استفاده از نرم افزار شبیه ساز آپاندکتومی در رضایت دانشجویان اتاق عمل. اولین همایش پژوهشی دانشجویی اتاق عمل کشور. تهران د.ع.پ ایران ۹۷

## هم رتبه با فرایند دوم حیطة طراحی و تولید محصولات آموزشی

نام و نام خانوادگی درخواست کننده: احمد اصل هاشمی دانشکده محل خدمت: دانشکده بهداشت

پست الکترونیک: aaslhashemi@yahoo.com

**عنوان فارسی: ۱- کتاب گندزداها و پاک کننده ها**

**حیطه نوآوری: طراحی و تولید محصولات آموزشی**

**نام همکاران و نوع و میزان مشارکت هر یک از ایشان در فعالیت مورد نظر را ذکر نمایید. (اولین نفر به عنوان نماینده مجریان محسوب می شود - ردیف قابل افزایش است)**

نام و نام خانوادگی	سمت در این فعالیت	درجه دانشگاهی	نوع همکاری	میزان مشارکت
احمد اصل هاشمی	نویسنده	مربی	نویسنده	۱۰۰

**محل انجام فعالیت:** دانشکده بهداشت **گروه/رشته:** بهداشت محیط/مهندسی بهداشت محیط

**مقطع تحصیلی:** کارشناسی ارشد **مدت زمان اجرا:** ۷ سال تا کنون

**هدف کلی:** تالیف کتاب های گندزداها و پاک کننده ها و چند کتاب دیگر

### **اهداف ویژه /اهداف اختصاصی:**

- افزایش سطح علمی فراگیران (دانشجویان) مقاطع مختلف کاردانی و کارشناسی پیوسته و ناپیوسته رشته های مختلف مهندسی بهداشت محیط ، حرفه ای و عمومی مبارزه با بیماری و رشته های مرتبطه
- افزایش سطح علمی توانمند سازی کارشناسان سازمان های مرتبط با سلامت مردم، علی الخصوص مراکز بهداشتی و درمانی

### **بیان مسئله (ضرورت انجام و اهمیت اهداف انتخابی را ذکر کنید):**

بررسی و تحقیقات سازمان بهداشت جهانی نشان می دهد که برنامه ریزی دقیق و پیشگیری در زمینه مسائل بهداشتی به سرعت بیماری ها را کنترل کرده و هزینه های درمانی را به شدت کاهش می دهد، به طوریکه در یک فاصله نه چندان زیاد هزینه های صرف شده در زمینه بهداشت، جبران شده و سبب ارتقای سطح فرهنگ جامعه، افزایش طول عمر و بالا رفتن استانداردهای زندگی و توسعه کیفی آن خواهد شد. از آنجایی مراکز بهداشتی - درمانی وزارت بهداشت و درمان در ارائه خدمات اولیه محسوب می

شوند که به دلیل داشتن شرایطی که همانا هدف اساسی مدیریت سیستم، کنترل عفونت های بیمارستانی و مراکز بهداشتی و درمانی با کاربرد موثر و بهینه عوامل فیزیکی، شیمیایی و... با اعمال مدیریت جامع و اصولی امکان پذیر می باشد. در این راستا، یکی از اقدامات کنترلی اپیدمی، تدوین کتاب های مختلف علمی تخصصی در این زمینه می باشد، که می توان نسبت به افزایش آگاهی کارشناسان سازمان های مختلف درگیر در مسئله پیشگیری، اقدامات لازمه را انجام داد.

**مرور تجربیات و شواهد خارجی (با ذکر رفرنس):** شواهد عینی و منابع موجود در دنیا و طرح تحقیقاتی صورت گرفته در زمینه های مورد نظر

**مرور تجربیات و شواهد داخلی (در این بخش سوابق اجرایی این نوآوری در دانشگاه و کشور به طور کامل ذکر و رفرنس ذکر شود):**

این کتاب در شورای تالیف و ترجمه دانشگاه و NPMC مورد تایید و توسط ارگان برون دانشگاهی مورد نشر قرار گرفته است

**شرح مختصری از فعالیت صورت گرفته را بنویسید (آماده سازی، چگونگی تجزیه و تحلیل موقعیت و تطبیق متدولوژی، اجرا و ارزشیابی را در این بخش بنویسید):**

از مدت ها پیش تدوین کتاب را در ذهنم بررسی می کردم و بر حسب نیاز علمی دانشجویان و کارشناسان و محیط کار و بدلیل عدم وجود منابع فارسی در این زمینه مبادرت به نوشتن این کتاب نمودم.

**شیوه های تعامل با محیط که در آن فعالیت نوآورانه به محیط معرفی شده و یا مورد نقد قرار گرفته را ذکر کنید.**

این کتاب کاملا منطبق با سرفصل های وزارتخانه بهداشت و درمان و آموزش پزشکی برای کلیه دانشجویان (بعنوان منابع درسی دانشگاهی) نوشته شده است و در راستای ارتقای سطح علمی دانش پژوهان همپوشانی گردیده است.

**نتایج حاصل از این فعالیت و این که فعالیت ارائه شده چگونه موفق شده است به اهداف خود دست یابد را بنویسید.**

این کتاب در بردارنده اطلاعات جامعی در زمینه های فوق الذکر بوده است و بعنوان رفرنس کشوری پس از بررسی در تیم های منتخب برد تخصصی بهداشت وزارت بهداشت و درمان تعیین گردیده است.

**سطح نوآوری:** در سطح دانشگاه برای اولین بار صورت گرفته است.

## فرایند اول حیطة مدیریت و رهبری آموزشی

نام و نام خانوادگی درخواست کننده: دکتر محمدباقر حسینی

دانشکده محل خدمت: دانشگاه علوم پزشکی تبریز، مرکز آموزشی درمانی الزهرا (س)

پست الکترونیک: hosseini.neo@gmail.com

**عنوان فارسی:** طراحی، اجرا و استانداردسازی برنامه آموزشی راه اندازی شبکه بانکهای شیر مادر کشور جمهوری اسلامی ایران

**عنوان انگلیسی:**

**Design, implementation and standardization of the educational program for setting up of breast milk banks in the Islamic Republic of Iran**

**حیطه نوآوری:** مدیریت و رهبری آموزشی

**نام همکاران و نوع و میزان مشارکت هر یک از ایشان در فعالیت مورد نظر را ذکر نمایید. (اولین نفر به عنوان نماینده مجربان محسوب می شود - ردیف قابل افزایش است)**

میزان مشارکت	نوع همکاری	درجه دانشگاهی	سمت در این فعالیت	نام و نام خانوادگی
۴۰٪	ارائه ایده اولیه- تشکیل جلسات هماهنگی با مسئولین - راه اندازی بانک شیر در بیمارستان الزهرا تبریز- مرور متون، نگارش گایدلاین جمع اوری داده ها ، تحلیل نتایج و تالیف گزارش نهایی	فوق تخصص نوزادان /دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تبریز	مجری و صاحب اصلی فرایند	دکتر محمد باقر حسینی
۲۰٪	همکاری در نگارش گایدلاین همکاری در راه اندازی بانک شیر	فوق تخصص نوزادان/ رئیس اداره سلامت نوزادان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	همکار طرح	دکتر محمد حیدرزاده
۱۰٪	همکاری در نگارش گایدلاین همکاری در راه اندازی بانک شیر	فوق تخصص نوزادان/ استادیار دانشگاه علوم پزشکی تبریز	همکار طرح	دکتر مجید محله
۱۵٪	مصاحبه با اهدا کنندگان ، درخواست و ارسال آزمایشات اسکرینینگ ، ثبت اطلاعات اهدا	کارشناس پرستاری	همکار طرح	شیرین خطیب

شهیدی		/کارشناس مسئول امور اجرایی بانک شیر مادران دانشگاه علوم پزشکی تبریز	کنندگان و اطلاعات شیر ها قبل و بعد از پاستوریزاسیون در سیستم کامپیوتر بانک ، تماس تلفنی با اهدا کنندگان برای کسب اجازه برای اعزام راننده ، تماس با راننده و اعزام وی به درب منازل استفاده از اتوکلاو برای ضد عفونی کردن بطری ها، همکاری در نگارش مقاله
اعظم اصغری خاتونی	همکار طرح	مسئول <i>EDO</i> مرکز الزهرا (س)	همکاری در نوشتن طرح مرور متون - طراحی پرسشنامه گردآوری داکيومنتها مشاور نگارش طرح جشنواره نگارش و تکمیل فرم جشنواره گردآوری نظرات نقدان طرح

### محل انجام فعالیت: دانشگاه علوم پزشکی تبریز گروه/رشته تخصص و فوق تخصص نوزادان

بیمارستان الزهرا (س) تبریز بخش بالینی NICU و نوزادان

تاریخ شروع تیر ماه ۱۳۹۵ تاریخ پایان ادامه دارد

- هدف کلی: طراحی، اجرا و استانداردسازی برنامه آموزشی راه اندازی شبکه بانکهای شیر مادر کشور

جمهوری اسلامی ایران

### • اهداف ویژه /اهداف اختصاصی:

- فراگیر باید هدف از ایجاد بانک شیر مادر را در یک پاراگراف شرح دهد.
- فراگیر باید محل های مناسب برای تاسیس بانک شیر را نام ببرد.
- فراگیر باید محل های تامین بودجه بانک شیر را بیان کند.
- فراگیر باید روش گرد آوری و آماده سازی شیر مادر اهدائی را به ترتیب شرح دهد.
- فراگیر باید فرایند پاستوریزه کردن و پذیرش مادران اهدا کننده شیر به بانک شیر مادر را رسم نماید.
- فراگیر باید نقش نیروهای انسانی مورد نیاز برای فعال سازی بانک شیر مادر را شرح دهد.
- فراگیر باید حداقل مواد و تجهیزات لازم برای راه اندازی بانک شیر مادر در بیمارستانهای کشور را بیان کند.
- فراگیر باید شرایط مادرانی که میتوانند داوطلب اهداء شیر باشند را کاملا توضیح دهد.
- فراگیر باید روش ذخیره سازی و درجه حرارت مناسب برای نگهداری شیر مادر در منزل و بیمارستان به تفکیک نوزاد ترم و نارس در یک جدول رسم و توضیح دهد.
- فراگیر باید شرایط نوزادانی که می توانند از شیرهای اهدائی پاستوریزه استفاده کنند را توضیح دهد.



## بیان مسئله (ضرورت انجام و اهمیت اهداف انتخابی را ذکر کنید):

طول مدت دوره آموزشی فوق تخصصی نوزادان (Perinatal And Neonatal health subspeciality) در حال حاضر دو سال می باشد. در کشور ایران سالانه بطور متوسط ۲۳ نفر دستیار فوق تخصصی نوزادان جذب می شوند و اغلب آنها بعد از فراغت از تحصیل بعنوان اساتید در دانشگاه های علوم پزشکی کشور نقش ایفا می کنند. آموزش فراگیران در جهت ارائه مراقبت های نوزادان در سطوح مختلف مراقبتی از سطح اول (پایین ترین) تا سوم یعنی تا پیشرفته ترین نوع مراقبت، توانایی در طراحی و انجام پروژه های پژوهشی و آنالیز و انتشار نتایج تحقیقات در زمینه طب نوزادان می باشد رویکرد آموزشی در جهت آموزش سلامت محور می باشد. همچنین فراگیران بایستی در طول این دوره آموزشی در مورد علم پریناتولوژی و مسائل مربوط به آن مهارت و اطلاعات کافی کسب نموده و با متخصصین این گروه همکاری نزدیک داشته باشند. در این دوره فراگیران توانایی پیگیری بیماران پس از ترخیص به صورت سریایی و پیگیری سلامت شیرخواران در سطح جامعه باشند. امروزه آموزش در مورد فواید شیر مادر و بانک های شیر مادران جزو الویت های آموزشی بسیاری از کشور ها می باشد.

دستیاران کودکان نیز گروه بزرگی از فراگیران نظام آموزش پزشکی را تشکیل می دهند. هر ساله حدود ۶۰۰ نفر دستیار کودکان در کشور وارد دانشگاه های علوم پزشکی کشور میگردند. آموزش مناسب فارغ التحصیلان این گروه در حفظ و ارتقا سلامت نوزادان و کودکان کشور نقش بسزایی دارد.

همچنین آموزش مدیران و مسئولان دانشگاههای کشور جهت راه اندازی مراکزی مشابه مراکز تازه تاسیس شده در کشور اهمیت فراوانی دارد.

تحقیقات متعدد نشان داده شیر مادر بهترین ماده برای تغذیه شیرخواران است و منافع بسیار زیادی برای سلامتی در کوتاه مدت، میان مدت و بلند مدت دارد (۱) این مسئله در نوزادان بستری و بخصوص نوزادان نارس از اهمیت بیشتری برخوردار است. سازمان جهانی بهداشت WHO به کلیه مادران توصیه می کند حداقل تا ۶ ماه به شیر خوار خود شیر بدهند و بعد از ۶ ماه نیز به شیر دهی بهمراه غذایی کمکی مناسب تا ۲ سالگی ادامه یابد، سالانه بیش از ۲۰ میلیون شیرخوار با وزن کمتر از ۲/۵ کیلوگرم بدنیا می آیند بیش از ۹۶ درصد آن در کشورهای در حال توسعه است این نوزادان LBW در ریسک بالایی از تاخیر رشد اولیه، بیماریهای عفونی، تاخیر تکامل و مرگ دوران شیرخواری و کودکی هستند. UNICEF و WHO توصیه میکنند که کلیه شیرخواران با شیر مادر بیولوژیک خود تغذیه شوند و اگر شیرخواری شیر مادر خودش در دسترس نیست از شیر انسان دیگر و ترجیحا اهدائی پاستوریزه شده در بانک های شیر مادران تغذیه شود. تحقیقات حاکی از آن است که تغذیه با شیر اهدائی از اختلال روده شدید، آنتروکولیت نکروزان و سایر عفونتها در بستری اولیه در بیمارستان می کاهد (۲). در نیمه اول قرن بیستم به دلیل تغییرات فرهنگی در کشورها شیر مصنوعی رایج گردید که مضرات آن در مقایسه با شیر مادر به اثبات رسیده است.

بنابراین در راستای سلامت کودکان و استفاده از شیر دایه، شیر اهدایی مادران دیگر که در بانک های شیر پاستوریز شده است بدلیل خواص تغذیه ای و ایمنی بخش مهم آن می تواند بهترین جایگزین نسبت به شیر مصنوعی برای شیرخوار باشد. با توجه به احتمال انتقال بیماری هایی مانند هیپاتیت B، هیپاتیت C، ویروس HIV، سیفلیس، HTLV 1,2 از طریق شیر مادر، مطمئن ترین روش استفاده از بانک شیر برای آماده سازی شیر های مادران اهدا شده می باشد.

از طرفی با تغییر در روش های زندگی و ومدرن شدن آن و گسترش شهرنشینی امکان استفاده از دایه ها برای حضور در بیمارستان ها برای تغذیه نوزادان نارس و بیمار امر تقریباً غیر ممکن یا دشواری است. لذا سازمان جهانی بهداشت (WHO) و صندوق حمایت از کودکان سازمان ملل متحد (UNICEF) در بیانیه مشترکی در سال ۱۹۸۰ اعلام نمودند اگرچه هر دلیلی امکان شیر دهی از طریق مادر بیولوژیک نوزاد وجود ندارد بهترین جایگزین شیر انسان دیگر است و امن ترین آن شیری است که در بانک های شیر مادران آماده گردیده است و تاکید کرده اند بانک های شیر مادران می بایست در دسترس قرار گیرند (۲). همچنین در بسیاری از کشور های پیشرفته با رویکرد دستکاری کمتر نوزادان نارس، آنها را از بدو تولد حتی زمانی که مشکلات تنفسی دارند با شیر مادر خودشان و یا در صورت فراهم نبودن با شیر اهدائی (پاستوریزه شده در بانک های شیر مادران) تغذیه می نمایند تا از رگ گیری های بی مورد و تخریقات وریدی بی جا پرهیز گردد. نوزادان با وزن کمتر از ۱۵۰۰ گرم نیز که نیاز به **Total Parenteral Nutrition** دارند نیز با مقادیر متنابعی از شیر مادر اهدائی از ساعات اولیه تولد تغذیه میگردند تا هر چه سریعتر نوزاد به تغذیه کامل برسد

در سال ۲۰۰۹ Health Technology Assessment (HTA) در گزارشی به ارزیابی روش های گسترش تغذیه با شیر مادر در بخش های نوزادان و NICU پرداختند. آنها نتیجه گرفتند در صورت فراهم شدن استفاده از شیر اهدائی مادران در مقایسه با شیر خشک دارای صرفه اقتصادی است (۳).

بانک های شیر مادران امروزه در جهت کاهش مرگ و میر شیرخواران بسیاری کشور ها نقش ایفا میکنند. آنها می توانند وظایف متعددی را در زمینه گسترش مصرف شیر مادربعهده بگیرند. امروزه بانک های شیر مادران جزئی از نظام سلامت کشور هائی مانند برزیل، آلمان، کشورهای منطقه اسکاندیناوی می باشند. کشور برزیل به تنهایی ۲۱۰ بانک شیر فعال دارد در اروپا ۲۱۰ بانک شیر مادر فعال و ۱۷ بانک شیر در حال راه اندازی وجود دارد (۴). بانک شیر مادر محلی است که به گرد آوری، آماده سازی و ذخیره سازی صحیح شیر های اهدائی مادران میپردازد و شیر اهدائی را جهت ارائه به شیر خوارانی غیر از فرزندان (مادران اهدا کننده) آماده و امن می سازد. هدف اصلی از ایجاد بانک های شیر مادر حمایت همه جانبه از تغذیه نوزادان و شیرخواران با شیر مادر است. آموزش مادران برای شیر دهی برای فرزند خودشان و تهیه و آماده سازی و ذخیره کردن شیرمادر اهدائی جهت استفاده نوزادان نارس یا بیماری که در بیمارستان ها بستری و از این نعمت گران بها محرومند، ارائه مشاوره شیر دهی برای مادران ای که فرزندشان بستری است یا مادرائیکه در منزل اشان بسر میبرند از دیگر اقدامات بانک های شیر می تواند باشد. با گسترش بانک های شیر مادر در سالهای آینده امکان ارائه شیر به نوزادانیکه بستری نیستند و بدلیلی از شیر مادر محروم می باشند و والدین قصد تغذیه شیرخوار خود با شیر مادران اهدائی دارند را فراهم خواهد کرد. در این راستا با حمایت دفتر سلامت خانواده و جمعیت وزارت بهداشت و اداره سلامت نوزادان وزارت تاسیس اولین بانک شیر مادر کشور به مرکز تحقیقات سلامت کودکان دانشگاه علوم پزشکی تبریز واگذار گردید تا آنها در بیمارستان الزهرا تبریز ایجاد نماید که پس از ماهها تلاش دانشگاه علوم پزشکی الزهرا (س) به این مهم دست یافت. در این راستا و در جهت نیل به سیاست راه اندازی بانک شیر مادر در بیمارستانهای دوستدار مادر (نامه شماره ۳۳۵/۳۰۰/د معونت محترم وزارت بهداشت و درمان) گایدلاینی نوشته شد تا سایر دانشگاهها نیز دستورات عمل واحدی برای اجرای این پروژه داشته باشند و تشویق شوند تا مراکز مشابهی را راه اندازی کنند.

## مرور تجربیات و شواهد خارجی (با ذکر رفرنس):

در حال حاضر در بسیاری از کشور های پیشرفته با رویکرد دستکاری کمتر نوزادان نارس، آنها را از بدو تولد حتی زمانی که مشکلات تنفسی دارند با شیر مادر خودشان و یا در صورت فراهم نبودن با شیر اهدائی (پاستوریزه شده در بانک های شیر ماردان) تغذیه می نمایند تا از رگ گیری های بی مورد و تزریقات وریدی بی جا پرهیز گردد. نوزادان با وزن کمتر از ۱۵۰۰ گرم نیز که نیاز به *Total Parenteral Nutrition* دارند نیز با مقادیر متناسبی از شیر مادر اهدائی از ساعات تولد تغذیه میگردند تا هر چه سریعتر نوزاد به تغذیه کامل برسد. امروزه بانک های شیر مادران جزئی از نظام سلامت کشور هائی مانند برزیل، آلمان، کشورهای منطقه اسکانندیناوی می باشند. کشور برزیل به تنهای ۲۱۰ بانک شیر فعال دارد. در سال ۲۰۱۱ این بانک ها ۱۶۵۰۰۰ لیتر شیر مادران را پاستوریزه نمودند ۱۶۶۰۰۰ مادر اهدا کننده شیر بودند و ۱۷۰۰۰۰ شیرخوار از این شیرهای اهدایی استفاده نموده بودند همچنین ۲ میلیون نفر مشاوره شیردهی دریافت نموده بودند. این کشور با استفاده از بانک های شیر مادر، مرگ و میر شیر خواران خود را از سال ۱۹۹۰ به میزان ۷۰ درصد کاهش داده است. در اروپا ۲۱۰ بانک شیر مادر فعال و ۱۷ بانک شیر در حال راه اندازی وجود دارد. روش های اهدا شیر مادران میتواند بعنوان یکی از عوامل موثر بر تقویت مراقبت های بخش های *NICU* و از جمله موارد حمایت از شیر مادر باشد چرا که آگاهی والدین و پرسنل را نسبت به اهمیت نقش شیر مادر بر سلامتی نوزادان را افزایش میدهد. در یک مطالعه نوزاد ترخیص شده از *NICU* های که بانک شیر داشتند تغذیه انحصاری با شیر مادر در آنها (۲۶٪) بطور قابل توجهی بیشتر از بخش های *NICU* ای (۱۶٪) است که بانک شیر ندارند (۴).

**مرور تجربیات و شواهد داخلی (در این بخش سوابق اجرایی این نوآوری در دانشگاه و کشور به طور کامل ذکر و رفرنس ذکر شود):** بانک شیر اولین بار در تبریز راه اندازی شده و گایدلاین آن نوشته شده است.

**شرح مختصری از فعالیت صورت گرفته را بنویسید (آماده سازی، چگونگی تجزیه و تحلیل موقعیت و تطبیق متدولوژی، اجرا و ارزشیابی را در این بخش بنویسید):**

با حمایت دفتر سلامت خانواده و جمعیت وزارت بهداشت و اداره سلامت نوزادان وزارت تاسیس اولین بانک شیر مادر کشور به مرکز تحقیقات سلامت کودکان دانشگاه علوم پزشکی تبریز واگذار گردید تا آنرا در بیمارستان الزهرا تبریز ایجاد نماید. در این راستا مبلغ ۱۰۰۰۰۰۰۰۰۰ ریال به از طرف اداره سلامت نوزادان به این مرکز اختصاص یافته است. اقدامات انجام شده در این زمینه به شرح ذیل می باشد:

۱. جذب منابع مالی اختصاص یافته از طرف وزارت و هدایت آن به حساب مرکز تحقیقات سلامت کودکان ( که با توجه به فرایند پیچیده اختصاص و تامین بودجه در دانشگاه این امر بسیار زمان بر بوده و به تاژگی اتمام یافته است )

۲. نوشتن طرح تحقیقاتی با عنوان: ارزیابی منافع کوتاه مدت بالینی و اقتصادی تهیه شیر مادر اهدائی پاستوریزه ( با کمک بانک

شیر مادر ) در بیمارستان الزهرا تبریز

۳. تهیه دستور العمل گرد آوری شیر مادران جهت اهدا در بیمارستان الزهرا و درجه بعد سطح شهر تبریز
  ۴. خریداری ۱۵۰ جلد کتاب "تازه های تغذیه با شیر مادر برای متخصصین کودکان و پزشکان" تهیه شده توسط انجمن ترویج تغذیه با شیر مادر و توزیع آن در بین پزشکان، اساتید و دستیاران و پرستاران و ماما های شاغل در بیمارستان الزهرا و سایر بیمارستان های استان بعنوان بستر سازی و آماده سازی پزشکان و پرستاران بعنوان حامی اصلی طرح
  ۵. اختصاص یک اتاق با هماهنگی معاونت درمان دانشگاه و مدیریت بیمارستان الزهرا در جهت راه اندازی بانک و تعیین یک پرسنل پرستاری برای فعالیت در بانک شیر
  ۶. مذاکره با یک شرکت داخلی برای واردات یک دستگاه پاستوریزه کننده شیر مادر از کشور انگلیس و قول ان شرکت برای کسب نمایندگی و حمایت های بعدی ( که متأسفانه بعد ۵ ماه مذاکره روشن شد که این امر محقق نخواهد شد )
  ۷. مذاکره با یک شرکت داخلی برای طراحی و ساخت یک دستگاه پاستوریزه کننده شیر مادر و ارائه راهنمایی های علمی به ان شرکت در جهت اعلام نیاز های حرارتی و رعایت اصول پیش گیری از عفونت در دستگاه تا کاملاً مشابه نمونه های استاندارد کار کند. بدین ترتیب بعد از حدود ۷ ماه دستگاه پاستوریزه کننده شیر مادران در کشور ساخته و تست های ارزیابی صحت عملکرد را طی کرد .
  ۸. مذاکره با مسئول آزمایشگاه بیمارستان الزهرا برای ارائه خدمات باکتریولوژی در طی پروسه پاستوریزاسیون شیر مادر که جزو لاینفک آماده سازی شیر مادر می باشد.
  ۹. خریداری ۲۳ دستگاه شیر دوش برقی برای تامین شیر دوش برای بخش *NICU* و نوزادان بیمارستان الزهرا و خرید سایر تجهیزات مورد نیاز برای بانک شیر. ( دستگاه لاکتواسکن، یخچال فریزرهای مخصوص، اتوکلا، ماشین ظرفشویی، بطری های مخصوص دستگاه پاستوریزه کننده و .... )
  ۱۰. راه اندازی اولین بانک شیر مادران در کشور در ۲۵ تیر ۹۵ با حضور نماینده یونیسف در ایران و مسئولین انجمن ترویج تغذیه با شیر مادر
  ۱۱. ارزشیابی و بررسی فواید راه اندازی بانک شیر مادر با مقایسه پیش آگهی نوزادان در دوره قبل و بعد از راه اندازی بانک شیر
- اولین بانک شیر مادران در کشور در دانشگاه علوم پزشکی تبریز و بیمارستان الزهرا تبریز از تیر ماه سال ۹۵ فعالیت خود را آغاز کرده است. دستگاه پاستوریزه کننده شیر مادران فعال در این بانک توسط یک شرکت دانش بنیان به نام پیشگامان متین شیر مادر طراحی و ساخته شده است و این بانک از زمان فعالیت خود هر روز ۴,۵ لیتر شیر اهدایی مادران را پاستوریزه و انرا در اختیار بخشهای *NICU* بیمارستان الزهرا و کودکان تبریز می گذارد. اهدا کنندگان شیر مادر به این بانک اغلب در منزل خود هستند و پس از تایید بعنوان اهدا کننده (تأیید سلامتی و منفی بودن تست های اسکرینینگ هپاتیت *B* , *C* و *HIV*) از بانک ظروف یکبار مصرف آملون بصورت رایگان دریافت و شیر دوشی به روش صحیح انجام میدهند. شیرهای دوشیده شده در یخچال منزل نگه داری و صبح روز بعد راننده ایکه وظیفه اش جمع آوری شیر از درب منازل می باشد به منازل اهدا کنندگان مراجعه و شیر را به محل بانک شیر انتقال میدهد. پس از آن شیر های اهدایی وارد فرایند استریزاسیون می گردند .
- بر اساس بررسی های انجام شده ( با مقایسه *Data Base* دو مقطع ۶ ماهه قبل و بعد از راه اندازی بانک شیر مادران بر اساس گرد آوری اطلاعات شیر خواران بستری در بخش *NICU* ) مصرف شیر مادران اهدایی پاستوریزه شده در طی سال ۹۵ تا ۹۶ فواید قابل توجه زیر را داشته است :
۱. کاهش قابل توجه مصرف شیرمصنوعی ( شیر خشک ) برای نوزادان بستری در بخش های نوزادان و مراقبت ویژه نوزادان (*NICU*) بطوریکه هزینه خرید شیر های مصنوعی برای بخش *NICU* به صفر رسیده است .

۲. کاهش مرگ و میر نوزادان پر خطر در NICU بیمارستان الزهرا تبریز از ۱۱٪ (در دوره قبل از استفاده از شیر های اهدایی پاستوریزه شده) به حدود ۷٫۵٪ در دوره بعد از راه اندازی

۳. کاهش قابل توجه در فراوانی ابتلا به انترولولیت نکروزان (NEC) در نوزادان بسیار کم وزن ( <1500 گرم ) بخش های نوزادان و NICU بیمارستان الزهرا از 10٪ (در دوره قبل از استفاده از شیر های اهدایی پاستوریزه شده) به 3٪ در دوره بعد از مصرف شیر های اهدائی مادران پاستوریزه شده

۴. کاهش فراوانی ابتلا به عفونت های بیمارستانی دیرس Late Onset Sepsis از ۷٪ (در دوره قبل از استفاده از شیر های اهدایی پاستوریزه شده به حدود ۵٪ در دوره بعد از راه اندازی و کاهش مصرف آنتی بیوتیک های وریدی مورد مصرف در این بخش ها

۵. ایجاد فضای همدلی و همکاری بین مادران اهدا کننده شیر و مادرانیکه فرزندانشان به هر دلیل دریافت کننده شیر اهدایی هستند و حس اعتماد برای دریافت شیرمادر اهدائی سالم و امن ( بدون ریسک انتقال بیماری های قابل انتقال از طریق شیر مادر ) در میان دریافت کنندگان

در راستای آشنایی با فرایندهای اجرائی بانک شیر مادران ( آشنایی با راهنمای بالینی و مدیریت بانک شیر مادران کارگاههای آموزشی جهت ۱۰ دانشگاه علوم پزشکی منتخب کشور برای راه اندازی شبکه بانک های شیر مادران کشور شامل پزشکان فوق تخصص نوزادان، فراگیران دوره فلوشیپی و تخصصی نوزادان، مترونها و کارشناسان پرستاری در تاریخهای ۸ و ۹ آذر و ۱۵ و ۱۶ آذر در مرکز آموزشی درمانی الزهرا (س) برگزار شد. پره تست پست تست قبل و بعد از آموزش انجام و نتایج آنالیز شد. علاوه از آن از شرکت کنندگان درخواست شد تا نظرات نقادانه خود را از طریق ایمیل به مجری برنامه فیدبک دهند که از این فیدبکها جهت improve دوره بعدی استفاده شد.

**شیوه های تعامل با محیط که در آن فعالیت نوآوران به محیط معرفی شده و یا مورد نقد قرار گرفته را ذکر کنید.**

الف- درج خبر راه اندازی اولین بانک شیر در ایران، تبریز در ( emba ) European Milk Bank Association به آدرس زیر:

<http://europeanmilkbanking.com/iran-opens-first-human-milkbank/>

ب- چاپ Abstract مقاله در چهارمین کنگره بین المللی (EMBA) ۵ و ۵ اکتبر ۲۰۱۷ تحت عنوان:

**Impact of Short term outcomes of establishing the first Breast Milk Bank of Iran in Alzahra Teaching Hospital**

ج- چاپ خبر راه اندازی اولین بانک شیر در ایران، تبریز در UNICEF در 15 JULY 2016 به آدرس زیر:

[https://www.unicef.org/iran/media\\_11100.html](https://www.unicef.org/iran/media_11100.html)

د- سخنرانی در چهارمین کنگره سلامت ایران ۲۴ الی ۲۶ آبان ۱۳۹۶

ه- برگزاری کارگاههای دو روزه آشنایی با فرایندهای اجرائی بانک شیر مادران ( آشنایی با راهنمای بالینی و مدیریت بانک شیر مادران کارگاههای آموزشی جهت ۱۰ دانشگاه علوم پزشکی منتخب کشور برای راه اندازی شبکه بانک های شیر مادران کشور شامل پزشکان فوق تخصص نوزادان، فراگیران دوره فلوشیپی و تخصصی نوزادان، مترونها و کارشناسان پرستاری در تاریخهای ۸ و ۹ آذر و ۱۵ و ۱۶ آذر در مرکز آموزشی درمانی الزهرا (س)

**نتایج حاصل از این فعالیت و این که فعالیت ارائه شده چگونه موفق شده است به اهداف خود دست یابد را بنویسید.**

نامه به شماره ۳۰۲/۱۲۴۷۸ از طرف مدیر کل سلامت جمعیت، خانواده و مدارس به معاونت محترم درمان دانشگاه علوم پزشکی تبریز جهت برگزاری کارگاههای آموزشی آشنایی با راهنمای بالینی و مدیریت بانک شیر مادران برای ۱۰ دانشگاه منتخب کرمانشاه، شیراز، یزد، اهواز، مشهد، تهران، ایران، زاهدان، اصفهان، کرمان

### **نتایج حاصل از راه اندازی بانک شیر مادر:**

- کاهش قابل توجه مصرف شیر مصنوعی (شیر خشک) برای نوزادان بستری (بطوریکه هزینه خرید برای این شیرها به صفر رسیده است).
- کاهش مرگ و میر نوزادان پرخطر در NICU بیمارستان الزهرا تبریز از ۱۱٪ (در دوره قبل از استفاده از شیرهای اهدایی پاستوریزه شده) به حدود ۷٫۵٪ در دوره بعد از راه اندازی
- کاهش قابل توجه در فراوانی ابتلا به انترولولیت نکروزان (NEC) در نوزادان بسیار کم وزن (> ۱۵۰۰ گرم) بخش های نوزادان و NICU بیمارستان الزهرا از ۱۰٪ (در دوره قبل از استفاده از شیرهای اهدایی پاستوریزه شده) به ۳٪ در دوره بعد از مصرف شیرهای اهدائی مادران پاستوریزه شده
- کاهش فراوانی ابتلا به عفونت های بیمارستانی دیرس Late Onset Sepsis از ۷٪ (در دوره قبل از استفاده از شیرهای اهدایی پاستوریزه شده به حدود ۵٪ در دوره بعد از راه اندازی و کاهش مصرف آنتی بیوتیک های وریدی مورد مصرف در این بخش ها
- ایجاد فضای همدلی و همکاری بین مادران اهدا کننده شیر و مادرانیکه فرزندانشان به هر دلیل دریافت کننده شیر اهدایی هستند و حس اعتماد برای دریافت شیرمادر اهدائی سالم و امن ( بدون ریسک انتقال بیماری های قابل انتقال از طریق شیر مادر ) در میان دریافت کنندگان

**نتایج آموزش بسته راه اندازی بانک های شیر مادر برای دستیاران کودکان و دستیاران فوق تخصصی نوزادان کشور:**

جهت ارزیابی طرح، پرسشنامه ای به صورت پره تست پست تست تهیه گردید (که به پیوست ارسال می شود) این پرسشنامه ها توسط تمام دستیاران تخصصی و فوق تخصصی که در کلاسهای آموزشی معرفی و آموزش گایدلاین راه اندازی بانک های شیر مادر برای دستیاران تخصصی و فوق تخصصی نوزادان برگزار شده بود تکمیل شد (۶ دستیار فوق تخصصی و ۲۶ دستیار تخصصی اطفال)

نتایج نشان داد که قبل از آموزش، فراگیران به ۲۰ درصد سوالات و پس از آموزش به ۸۵ درصد سوالات پاسخ صحیح داده بودند.

از آنجا که یکی از مهمتری اهداف اسناد بالادستی (کوریکولوم) برای دستیاران تخصص و فوق تخصص نهادینه کردن اهمیت تغذیه نوزادان بخصوص نوزادان نارس با شیر مادر است می توان امیدوار بود با آموزش گایدلاین، راه اندازی بانک شیر مادر

برای دستیاران تخصص و فوق تخصص و مسئولین ذی ربط در ۱۰ دانشگاه منتخب دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس به هدف غائی و نهائی ما که همانا به صفر رساندن مورتالیتی و موربیدیتی نوزادان است نائل شویم.

**نقدیکی از شرکت کنندگان کارگاه بصورت مکتوب از طریق ایمیل:**

اکثر شرکت کنندگان برگزاری این کارگاهها رو مفید ارزیابی کردند و قرار بر این هست که با استفاده از این گایدلاین در شهر خود بانک شیر راه اندازی کنند.

وقت بخیر سجادی هستم از بیمارستان حضرت زینب شیراز در ارتباط با سفر به تبریز و آموزشهای جناب دکتر حسینی و تیم همکارشان باید عرض کنم که بسیار کاربردی و مفید بود. قطعاً خلوص و صداقت این تیم موجب موفقیت آنها شده و تجربه آنها ما را برآن داشت که با سرعت بیشتری برای راه اندازی بانک شیر تلاش کنیم. چرا که نجات جان کودکان نارسى که به رسم امانت به ما سپرده می‌شوند. از وظایف اصلی ماست. باز هم از زحمات کلیه همکاران تشکر نموده و امیدوارم مارا هم در ادامه مسیر راهنمایی نمایند. سپاس

**سطح نوآوری:** در سطح کشور برای اولین بار صورت گرفته است.

**رفرانس:**

1. *Review of Infant Feeding: Key Features of Breast Milk and Infant Formula.*

[Camilia R. Martin](#),<sup>1</sup> [Pei-Ra Ling](#),<sup>2</sup> and [George L. Blackburn](#)<sup>2,\*</sup> *Nutrients*. 2016 May; 8(5): 279.

Published online 2016 May 11. doi: [10.3390/nu8050279](https://doi.org/10.3390/nu8050279)

2. *Donor human milk for low-birth-weight infants, e-Library of Evidence for Nutrition Actions (eLENA)* [http://www.who.int/elena/titles/donormilk\\_infants/en/](http://www.who.int/elena/titles/donormilk_infants/en/)

3. Breastfeeding promotion for infants in neonatal units: a systematic review and economic analysis

MJ Renfrew, D Craig, L Dyson, F McCormick, S Rice... - 2009 - ncbi.nlm.nih.gov

4. *Milk Banks Around the World by Anna Petherick in SPLASH! milk science update: August 2015*

## فرایند دوم حیطة مدیریت و رهبری آموزشی

نام و نام خانوادگی در خواست کننده: ماندانا رضائی میاندوآب دانشکده محل خدمت: توانبخشی

پست الکترونیکی: rezaeimant@tbzmed.ac.ir و mandana.rezae@gmail.com

عنوان فارسی: طراحی، برنامه ریزی و اجرای برنامه منتورشیپ دانشجویان سال آخر دانشکده توانبخشی دانشگاه

علوم پزشکی تبریز ۱۳۹۶-۱۳۹۷

عنوان انگلیسی:

*Designing, planning and implementing the mentorship program for senior students in Rehabilitation Faculty of Tabriz University of Medical Sciences 1396-1397*

حیطه نوآوری: مدیریت و رهبری آموزشی

نام همکاران و نوع و میزان مشارکت هر یک از ایشان در فعالیت مورد نظر را ذکر نمایید. (اولین نفر به عنوان نماینده مجریان محسوب می شود - ردیف قابل افزایش است)

نام و نام خانوادگی	سمت در فعالیت	درجه دانشگاهی	نوع همکاری	میزان مشارکت	امضاء
ماندانا رضایی (مسئول نظام استاد مشاور دانشکده توانبخشی و عضو هیات علمی)	مجری	استادیار	تهیه فرایند و اجرا (فعالیت در تمامی اجزای فرایند) صاحب فرایند	۵۰ درصد	
مریم مقدم سلیمی (مسئول منتورینگ دانشکده توانبخشی و عضو هیات علمی)	همکار اصلی	استادیار	طراحی پرسشنامه و مشارکت در تهیه فرایند	۱۰ درصد	
ناصر حوایی (عضو هیات علمی)	همکار اصلی	استادیار	جستجوی منابع و اجرا	۸ درصد	
بهرام امیرشاکری (عضو هیات علمی و سرپرست کلینیک های ویژه دانشکده توانبخشی)	همکار اصلی	استادیار	جستجوی منابع و اجرا	۸ درصد	
علی جهان (عضو هیات علمی)	همکار اصلی	استادیار	جستجوی منابع و اجرا	۵ درصد	
فاطمه جعفرلو (عضو هیات علمی)	همکار اصلی	استادیار	جستجوی منابع و اجرا	۵ درصد	
خانم فکار (عضو هیات علمی)	همکار	مربی	جستجوی منابع و اجرا	۴ درصد	



				اصلی	
	۱۰ درصد	فاز اجرایی و تهیه محتوا	دانشجوی فیزیوتراپی ورودی ۹۵ در مقطع کارشناسی	همکار اصلی	امیر حسین محمدی (مدیر مسئول بخش دانشجویی منتورینگ دانشکده توانبخشی)

**محل انجام فعالیت:** دانشکده توانبخشی **گروه/رشته:** فیزیوتراپی، کاردرمانی، گفتاردرمانی و شنوایی شناسی

**مقطع تحصیلی:** کارشناسی **فاز:** - **بخش:** دانشکده توانبخشی

**مدت زمان اجرا:** ۱ سال و ۳ ماه (دو نیمسال تحصیلی) برای دانشجویان سال آخر دو ورودی ۹۳ و ۹۴

**تاریخ پایان:** آذر ۹۷

**هدف کلی:** طراحی، برنامه‌ریزی و اجرای برنامه منتورشیپ دانشجویان سال آخر دانشکده توانبخشی دانشگاه

علوم پزشکی تبریز ۱۳۹۶-۱۳۹۷

• **اهداف ویژه/اهداف اختصاصی:**

۱. طراحی و برنامه‌ریزی برنامه منتورشیپ دانشجویان سال آخر دانشکده توانبخشی
۲. اجرا برنامه منتورشیپ دانشجویان سال آخر دانشکده توانبخشی
۳. ارتقاء توانمندی‌های ورود به بازار کار و ادامه تحصیل از طریق طراحی بسته‌های منتورینگ در دانشجویان سال آخر دانشکده توانبخشی
۴. ارتقاء برنامه منتورشیپ کلی دانشکده توانبخشی

**بیان مسئله (ضرورت انجام و اهمیت اهداف انتخابی را ذکر کنید):**

براساس نقشه علمی جامع سلامت و چشم‌انداز نظام سلامت تدوین سال ۱۳۸۸، در افق ۱۴۰۴، جمهوری اسلامی ایران کشوری است با مردمی برخوردار از سلامت و دارای عادلانه‌ترین و توسعه یافته‌ترین نظام سلامت در منطقه. به جهت دستیابی به این چشم‌انداز، تربیت نیروی انسانی کارآمد و متعهد دارای جایگاه ویژه‌ای می‌باشد و بنابراین نقش موسسات آموزش عالی مورد تاکید می‌باشد. سیستم‌های آموزشی منتورینگ در سطح دنیا در حال حاضر در جهت تربیت نیروی متعهد و کارآمد مطرح است. در کشور، منتورینگ به عنوان بخشی از سیستم آموزشی از سال‌های پیشین آغاز به فعالیت نموده است.

معادل فارسی دقیقی برای منتورینگ وجود ندارد. منتورینگ یک مفهوم باستانی و قدیمی است که به تاریخ اولیه بشر بر می‌گردد. اصطلاح منتورینگ متعلق به زمان ادیسه هومر است که در آن سرپرستی فرزند ادیسه، شاهزاده تلماکوس را به منتور که دوست مورد اعتمادش بود، سپرد. بنابراین، منتور فردی است که مسئولیت پرورش فردی دیگر را بعهده می‌گیرد. برخی برای منتور واژه‌های مرشد، راهنما و غیره را ذکر کرده‌اند که همه اینها به تنهایی نشان‌دهنده تمام صفات منتور نمی‌باشند زیرا منتور، راهنمایی قابل اعتماد، معلم، مشاور، حامی، مربی و دوست است و به بهره‌گیری از عقل و تجربیات خود، حمایت و هدایت منتهی (هدایت شونده) را بعهده می‌گیرد و در او بصیرت و خلاقیت ایجاد کرده و او را برای پذیرش مسئولیت‌های زندگی و فعالیت‌های مشخصی آماده می‌کند. بنابراین به نظر می‌رسد راهبر پرورشی، معادل فارسی مناسب‌تری است (۱). رابطه

منتورینگ که عموماً به عنوان منتورشیپ شناخته می‌شود، به فرد باتجربه این امکان را می‌دهد که فرد کم تجربه‌تر را از طریق توسعه شایستگی‌های خاصی در او هدایت و حمایت نماید. فرد باتجربه‌تر به عنوان منتور شناخته می‌شود در حالیکه فرد کم تجربه‌تر تحت عنوان منتهی یا پروتیژی نامیده می‌شود. در رابطه منتورینگ، منتور دانش و تخصص ارزشمندی را با منتهی به اشتراک می‌گذارد و او را از طریق تعاملاتی همچون بحث کردن، الگوسازی و آموزش مستقیم، هدایت و تشویق می‌کند. روابط منتورینگ اساساً مشارکتی است (۲).

منتورینگ برای اولین بار در قالب شرکت‌های خصوصی در امریکا و در سال ۱۹۷۰ به جهت حمایت از پرسنل تازه‌کار شکل گرفت. از دهه ۹۰ میلادی، منتورینگ در تخصص‌های مختلف پزشکی و بیشتر در رشته پرستاری مطرح گردید. برنامه‌های منتورینگ رسمی برای دانشجویان پزشکی در اواخر دهه ۹۰ میلادی توسعه یافت. در ادبیات علمی انگلیسی<sup>۱</sup>، منتورینگ به صورت ذیل تعریف می‌شود:

"فرایندی که در آن یک شخص با تجربه، بسیار با ملاحظه و با حس همدلی (منتور)، هدایت فرد معمولاً جوان‌تری (منتهی) را به جهت توسعه و باز آزمایی عقاید، یادگیری و رشد فردی و حرفه‌ای وی بر عهده دارد. منتور که اغلب ولی نه الزاماً در همان رشته یا سازمان مورد اشتغال منتهی کار می‌کند، از طریق توجه کردن و تبادل اطلاعات با منتهی به این هدف نایل می‌شود." میزان شیوع کاربرد منتورینگ به عنوان یک ابزار آموزشی قدرتمند در موسسات آکادمیک و علمی ۳۶ درصد برای دانشجویان پزشکی در سال سوم و چهارم گزارش شده است و اثر آن در توسعه فردی، انتخاب حرفه‌ای برای تخصص، بالندگی تحقیقاتی و موفقیت در منتهی‌ها، ۶۰ تا ۹۸ درصد گزارش شده است. این روند حمایتی و اغلب محافظتی است. بنابراین هر دو فرد دخیل در این رابطه بایستی نقش فعال داشته باشند. این رابطه ممکن است کوتاه مدت و یا ممتد باشد و نیز دارای ساختار یا بدون ساختار باشد. برخلاف مواردی از قبیل مشاوره یا مربی‌گری، رابطه منتورینگ بدون حق الزحمه است و برپایه رابطه فردی در زمینه حرفه‌ای شکل می‌گیرد. در واقع هدف از منتورینگ کمک به رشد و شکل دهی فردی و حرفه‌ای است و منتور نقش متمایزی نسبت به استاد مشاور و نیز مربی دارد. منتورینگ همچنین ارتباط مشاوران در نقش منتور در دانشکده‌های علوم پزشکی را نیز می‌تواند تقویت کند. منتور می‌تواند در سطح عالی مانند اساتید و یا در سطح دو مانند دستیار یا اینترن و یا در سطح سه که از نظر سنی با منتهی فاصله اندکی داشته و او را بهتر درک نماید مطرح شود (۳). منتور به منتهی کمک می‌کند به استرس خود غلبه کرده و بین زندگی و کار تعادل ایجاد کند. منتورینگ در ۵ فاز اهمیت پیدا می‌کند: اطلاعات در مورد انتخاب‌های حرفه‌ای، شکل‌دهی برنامه‌های حرفه‌ای، تمرکز بر اهداف حرفه‌ای، تحقق قدم‌های حرفه‌ای، و ارزیابی پیشرفت حرفه‌ای. نقش منتور در اکثر مطالعات به صورت معلم، حامی و الگو عنوان شده است (۴ و ۵). نیازهای منتهی بایستی توسط منتور شناسایی شود تا در حوزه‌های مرتبط به توسعه فرد منجر گردد (۲). در مطالعات مفهوم منتور به عنوان *Preceptor* و *Coach* نیز اشاره شده است که البته *Preceptorship* یک نقش کوتاه مدت و بالینی است که توسط یک مدیر برای یک کارورز در محیط شغلی طراحی می‌شود و هدف از آن تسهیل انتقال وی به محیط کاری است در حالیکه منتورشیپ یک پروسه طولانی مدت است و الزاماً در محیط بالینی اجرا نمی‌شود. *Coaching* رابطه‌ای کوتاه مدت است که هدف از آن، هدایت فراگیر با اهدافی خاص در دوره زمانی مشخص می‌باشد. در برخی مطالعات، طول دوره منتورینگ تا ۸ سال نیز گزارش شده است. میانگین این دوره زمانی در رشته کاردرمانی، ۳/۵۷ سال بوده است (۶). منتورینگ و مربی‌گری در حیطه‌های اهداف (اهداف در منتورینگ کلان‌تر و جامع‌تر است)، تمرکز بر حیطه‌ها (منتورینگ حیطه‌های جامع‌تری را شامل می‌شود و صرفاً محدود به گسترش مهارت‌ها بی‌خاص در کسب و کار نمی‌باشد)، کنترل (مسئولیت پذیری مشترک برای هم منتور و هم منتهی

<sup>1</sup>. English scientific literature (SCOPME)

تعریف می‌شود درحالی‌که در مربی‌گری، مسئولیت بر عهده مربی است) و مدت زمان (روابط در مربی‌گری کوتاه مدت است ولی در منتورینگ طولانی بوده و به روابط دوستانه و همیشگی منجر می‌شود) با یکدیگر متفاوت هستند. منتورینگ بنابراین مفهوم جامع‌تری است و می‌تواند شامل مربی‌گری نیز بشود (۲). موضوعات منتورینگ عبارتند از: انتخاب حرفه، روند ثبت حیطه تخصصی، پیشرفت آکادمیک، رضایت حرفه‌ای و تعادل بین کار و زندگی بوده است (۵). محققین به نقش کلیدی منتورینگ در عملکرد حرفه‌ای موفق و رضایت بخش در حوزه پزشکی اشاره کرده‌اند. از مزایای منتورینگ برای منتهی می‌توان به شکل‌دهی شخصیت، به اشتراک گذاشتن تجربیات و مشارکت اجتماعی و نیز برای منتور به رضایت، به اشتراک گذاشتن تجربیات و یادگیری با افراد کم تجربه تر و نیز برای سازمان به بهبود در آموزش و رضایت فراگیران اشاره کرد. هر چند عدم مزیت آن برای منتور، شامل تضاد منافع بین منتورینگ و نقش نظارتی در منتورینگ، ریاست طلبی در منتورها و ارائه راه حل از طرف منتور به جای قادر ساختن منتهی برای فائق آمدن بر مشکلات به شیوه خودشان می‌باشد. براین اساس تاکید می‌شود که منتورینگ یک رابطه است نه مجموعه‌ای از فعالیت‌ها و در حقیقت روندی برای رشد هر دوی منتور و منتهی است و در صورتی که به خوبی هدایت شود، دارای منافع زیادی است و می‌تواند برای تمامی فراگیران سودمند باشد (۷). البته منتورینگ هم برای منتور و هم برای منتهی سودمند است و تجربه فراگیر از دوره منتورینگی که پشت سر گذاشته است، او را در آینده برای اینکه یک منتور باشد، تشویق می‌کند (۴). روابط منتورینگ می‌تواند به صورت فردی (نفر به نفر)، همتایان و گروهی برنامه‌ریزی شود. اهداف این برنامه به صورت کوتاه مدت و طولانی مدت می‌تواند شامل ایجاد علاقه برای تخصص شغلی خاص، آموزش و همکاری در تحقیقات و مشاور حرفه‌ای و برقراری ارتباطات حرفه‌ای باشد. اثرات بلند مدت و کوتاه مدت منتورینگ شامل: بهبود در شکل‌گیری مهارت‌های اجتماعی و حرفه‌ای منتهی و افزایش تمایل برای اتخاذ یک حرفه علمی است. این برنامه‌های ساختاریافته و رسمی دارای اهمیت بسزایی در حمایت و پیشبرد حرفه‌ای پزشکان جوان داشته‌اند هرچند در حوزه مزایا و معایب این روش، بایستی مطالعات بیشتری صورت گیرد (۸). از آنجاییکه اکثر اعضای هیات علمی پرمشغله هستند و فراگیران به سختی با آنها وقت ملاقات تنظیم می‌کنند و ممکن است برخی دوره‌های خاص آکادمیک کوتاه مدت باشند و بنابراین فراگیر نتواند با استاد خود ارتباط موثری را شکل دهد، فلذا منتورها در این مورد می‌توانند نقش بسزایی در حمایت از فراگیران داشته باشند (۹). معرفی منتور و برقراری ارتباط با منتهی می‌تواند توسط اساتید مشاور دوره تنظیم شود. اساتید مشاور بایستی در سال‌های اول ورود فراگیر، وی را به منتورها معرفی کنند. فرد منتور ممکن است البته از میان هم‌رشته‌ای‌ها، اساتید دانشگاه و نیز افراد فارغ التحصیل در آن حوزه تعیین شده باشند ضروری است منابع مالی مورد نیاز برای روند منتورینگ نیز در نظر گرفته شود (۴ و ۱۰) هرچند امروزه اکثر ارتباطات از طریق ایمیل صورت می‌گیرد (۴). طراحی برنامه‌ها بصورت توأم حضوری و از طریق وبسایت، سبب طراحی بهتر برنامه‌های منتورینگ در مقایسه‌های بزرگ می‌گردد (۱۰). روش جور کردن منتور و منتهی در منتورینگ غیررسمی به صورت اتفاقی ممکن است شکل بگیرد درحالی‌که روش‌های دیگری نیز به صورت فراخوان یا از طریق آنلاین برای جور کردن وجود دارد (۱۰). مشخص نیست کدام روش، روش بهتری برای جور کردن و انطباق منتور و منتهی است.

اطلاعاتی که توسط منتور فراهم می‌شود، بایستی در طول زمان به منتهی ارائه شود و مواجه کردن منتهی با حجم وسیعی از اطلاعات، ممکن است زیان‌بار باشد. مشاهده عملکرد متقابل در این رابطه با توجه به حوزه‌های مرتبط می‌تواند نقش سودمندی در توسعه منتهی‌ها داشته باشد (۲).

تناقضاتی در مورد اینکه بهتر است منتور از بین اعضای هیات علمی و یا کارشناسان انتخاب شود، وجود دارد (۱۱).

خصوصیات یک منتور عبارتند از: در دسترس بودن به صورت منظم، عدم قضاوت، تقویت و تشویق منتهی، الگو بودن، شکل دهی ارتباطی حرفه‌ای و کمک به توسعه فردی منتهی. مشکلات پیش‌روی فراگیران در روند منتورینگ عبارتند از: کوتاه بودن برخی دوره‌های پزشکی، شناسایی منتورهای موجود، فشار زمانی و وجود منتورهایی که حل مشکلات را به منتهی می‌آموزند و به ارائه راه حل اکتفا نمی‌کنند (۴). مطالعات نشان داده‌اند مشاوره حرفه‌ای توسط منتورها به انتخاب‌های بهتر و زود هنگام تخصصی در حیطه حرفه‌ای منجر می‌شود (۴). برگزاری جلسات و دوره‌ها برای منتور رایگان است. براساس توصیه مقالات، بهتر است منتورها براساس تفکیک جنسیت انتخاب شوند زیرا یک منتور خانم بهتر می‌تواند یک منتهی خانم را برای مقابله با مسایل شغلی آینده در کنار توجه به نیازهای خانوادگی آماده سازد (۴). منتورهای داوطلب، معمولاً فراگیرانی هستند که عملکرد تحصیلی بهتری دارند و انگیزه درونی، مهمترین عامل برای موفقیت برنامه منتورینگ است. البته منتورینگ یک روند پیچیده است که دارای المان‌های فرهنگی-اجتماعی، حرفه‌ای و روانی است بنابراین، تعیین مقیاس منفردی که بتوان از طریق آن میزان موفقیت این برنامه را تخمین زد، کار مشکلی است و نیازمند مطالعات بیشتری در این حیطه است. تعیین اثر منتورینگ بر تکامل حرفه‌ای در طول زمان بسیار مهم و البته بسیار مشکل است. بنابراین ضروری است مطالعات آینده نگر جهت بررسی اثرات منتورینگ رسمی/ غیر رسمی بر پیشرفت شغلی، رضایت و موفقیت افراد در حوزه‌های پزشکی در دوره قبل و بعد از فارغ التحصیلی انجام شود. بهتر است روند منتورینگ در ساختاری مشخص از طریق موسسه پایش شود (۱۰). منتورینگ می‌تواند دانش با ارزشی را در رابطه با کوریکولوم پنهان، با توجه به اخلاق حرفه‌ای و هنری از پزشکی که در قالب متون و در کلاس درس تدریس نمی‌شود، در اختیار فراگیر قرار دهد (۱۲). در طراحی این مطالعات بهتر است هم نظر منتور و هم منتهی مورد توجه قرارگیرد زیرا ممکن است الزاماً دیدگاه‌های یکسانی از روند منتورینگ نداشته باشند و هر یک نقش متفاوتی برای منتور در نظر بگیرند و آیا داشتن نقطه نظر یکسان می‌تواند باعث حصول نتایج بهتر بشود یا نه، سئوالی است که پاسخ داده نشده است. برای رسیدن به این جواب که چرا برخی منتهی‌ها از منتورشپ بهره می‌بند و برخی نه، می‌توان در مطالعات آینده به هر دوی خصیصه‌های مورد نیاز در منتور و نیز منتهی برای ایجاد یک رابطه مثبت و موثر پرداخت (۶). در کل می‌توان گفت به عنوان یک رابطه منتورینگ اصولی می‌تواند شیوه‌ای کم هزینه و ماندگار برای ارتقاء کیفیت برنامه آموزشی باشد (۱).

بسته تحول منتورینگ

اجرای فرآیند منتورینگ فارغ التحصیلان را در راستای بسته تحول و نوآوری سلامت می‌توان به نحوه زیر در دو راستا تبیین نمود:

#### ۱. از دیدگاه تاثیر اجرای فرآیند بر اساس نیازهای جامعه و نگرش فارغ التحصیلان:

بر این اساس برگزاری جلسات منتورینگ فارغ التحصیلان را می‌توان در راستای بسته‌های توسعه و ارتقاء زیر ساخت‌های آموزش علوم پزشکی بر اساس سیاست‌های دوازده گانه برنامه آموزش عالی حوزه سلامت به شمار آورد. بر اساس سیاست ۱ بسته تحول و با هدف نهادینه سازی رویکرد آموزش پاسخگو در نظام سلامت استفاده از برنامه منتورینگ می‌تواند با اطلاع رسانی و کمک به افزایش اطلاعات دانشجویان در خصوص نحوه ورود به بازار کار و آشنایی با آیین نامه‌ها و استانداردهای ورود به حیطه کاری رشته‌های مربوطه و همچنین شناساندن کمبودها و نیازها به عنوان نمادی از آموزش مبتنی بر نیازهای جامعه به شمار رود.

بر اساس سیاست ۲ بسته تحول مبنی بر گسترش عدالت در آموزش عالی سلامت و حمایت از نخبگان و استعدادهای درخشان، منتورینگ فارغ التحصیلان با آشنا سازی دانشجو با ظرفیت‌های مراکز درمانی و بیمارستان‌های آموزش عالی و استفاده از توان و ظرفیت انجمن‌های صنفی در اجرای فرآیند می‌تواند موجب ارتقاء شیوه‌های جذب و پذیرش دانشجویان فارغ التحصیل شده و

همچنین دانشجویان نخبه و استعداد درخشان را از راهکارهای رشد و ارتقاء توانمندی‌ها از طریق کانال‌های صحیح با قوانین و آیین نامه‌های مربوطه آشنا می‌سازد.

بعلاوه اجرای این فرآیند را می‌توان منطبق بر سیاست ۹ از بسته تحول دانست که می‌تواند موجب ارتقاء منابع انسانی بخش آموزش عالی سلامت گردد. این بسته در محوریت طراحی و استقرار نظام شناسایی و ارزیابی نیازهای آموزشی مبتنی بر نیازهای جامعه و فن‌آوری‌های مرتبط با پیشگیری، تشخیص و درمان در حوزه سلامت و مرزهای دانش در حوزه سلامت می‌تواند و منجر به تهیه راهنماهای بالینی بر اساس نیازهای جامعه، فن‌آوری‌های تشخیصی و درمانی و مرزهای دانش در حوزه سلامت گردد.

در اجرای این فرآیند موارد اخلاقی، صنفی و حرفه‌ای برای دانشجویان رشته‌های مختلف مورد بررسی قرار گرفت و بر موارد قانونی که می‌تواند موجب ارتقاء دانش حرفه‌ای فارغ التحصیلان شود. این مورد نیز می‌تواند در راستای سیاست ۷ بسته تحول با محوریت نهادینه سازی اخلاق حرفه‌ای و مهارت‌های ارتباطی در ارتقاء اخلاق حرفه‌ای در آموزش عالی سلامت قرار گیرد. ۲. تاثیر اجرای فرآیند منتورینگ بر ارتقاء کیفیت آموزش عالی سلامت.

اجراء فرآیند منتورینگ فارغ التحصیلان می‌تواند با ارتقاء آموزش عالی سلامت مبتنی بر نیازهای ملی و استانداردهای بین المللی موجب ارتقاء مستمر کیفیت در عرصه آموزش عالی، ارتقای توانمندی دانشجویان علوم پزشکی در عرصه‌های علمی، مهارتی و ارتباطی شود.

✓ بر اساس بسته آینده نگاری و مرجعیت علمی در آموزش پزشکی با محوریت طراحی و استقرار نظام نوآوری در حوزه آموزش علوم پزشکی، اجرای فرآیند منتورینگ می‌تواند در راستای اهداف این محور موجب توسعه و استقرار سامانه ملی ثبت و مرور و به اشتراک گذاری نوآوری‌های آموزشی گردیده و بعلاوه موجبات استقرار نظام حمایت‌های اجرایی و علمی، از نوآوری‌های آموزشی را فراهم نماید.

✓ ضمناً بر اساس بسته آموزش پاسخگو و عدالت محور اجرای این فرآیند قادر خواهد بود با طراحی و ایجاد حساسیت و فراهم آوردن انگیزش مناسب در اساتید و دانشجویان، موجب تحقق پاسخگویی هرچه بهتر به نیازهای جامعه گردد. برنامه منتورینگ در دانشکده توانبخشی از طریق هدایت دانشجویان سال پایینی (دانشجویان ورودی ۹۶ تمامی رشته‌ها در مقطع کارشناسی) توسط دانشجویان سال بالاتر در حال حاضر به مدت یک سال و نیم در حال اجرا می‌باشد. با توجه به نبود دوره منتورینگ برای دانشجویان در حال فارغ التحصیلی دانشکده و ضرورت آشناسازی ایشان با شرایط پس از فارغ التحصیلی و ارتقاء توانمندی تصمیم‌گیری و انتخاب بین گزینه‌های موجود در دوران فارغ التحصیلی اعم از ادامه تحصیل، تاسیس کلینیک و شروع به کار، این فرآیند آموزشی با هدف طراحی، برنامه‌ریزی و اجرای برنامه منتورشیپ دانشجویان سال آخر دانشکده توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز ۱۳۹۶-۱۳۹۷ طراحی و اجرا شد.

### **مرور تجربیات و شواهد خارجی (با ذکر فرانس):**

اکثر مطالعات در حیطه منتورینگ در کشور امریکا انجام شده است. در کشورهای اروپایی به ضرورت منتورینگ در دانشجویان در شرف فارغ التحصیلی اشاره شده است (۴). هرچند اطلاعات محدودتری در کشورهای اروپایی ارائه شده است (۱۰). در مطالعه‌ای که در رشته پزشکی و در کشور امریکا انجام شد، با بررسی نظرات فراگیران در حیطه منتورینگ، ۹۰-۹۵ درصد از فراگیران به روند منتورینگ اهمیت زیادی قائل شدند و یک سوم این فراگیران، خواهان داشتن منتور بوده‌اند (۱۲). مطالعات دوره‌هایی از منتورینگ را به صورت در نظر گرفتن یک منتور برای کلاس فراگیران جدیدالورود در یک بازه زمانی ۴ ساله و گاه تا دوره فارغ التحصیلی ذکر کرده‌اند. در برخی مطالعات، این روند برای فراگیران خانم، فراگیران در اقلیت و نیز افرادی با

مشکلات مالی در نظر گرفته شده است که برای فراگیران در سال‌های پایین تر به صورت نفر به نفر توسط فراگیران سال بالاتر و برای فراگیران سال بالاتر توسط اساتید دانشگاه هدایت شده است (۴). مرور شواهد موجود در رشته پرستاری نشان دهنده سهم ۵۰ درصدی کسب تجربه بالینی در برنامه آموزشی است که در این دوران آموزش پرستار در عرصه توسط منتورهایی که از پرستاران حرفه‌ای بودند هدایت شده‌اند. این مساله جزوی از راهنمای بالینی آموزش پرستاری بوده است. در راهنمای بالینی این نسبت به صورت ۱ به ۱ ذکر شده است که در اکثر سیستم‌های آموزشی برقراری این نسبت امکان پذیر نیست. مطالعات نشان داده‌اند که اهمیت منتورینگ نقش بسزایی در به حداقل رساندن انصراف از تحصیل دانشجویان که سبب تحمیل هزینه‌های کلان بر سیستم آموزشی می‌شود، می‌شود. در حقیقت، حمایت کافی از فراگیر در عرصه جهت کسب مهارت بالینی، اشتیاق فراگیر را افزایش داده و در ابقاء حرفه‌ای گری موثر است. در اکثر کشورها، منتورها دانشجویانی هستند که دوره‌های اختصاصی برای آموزش را گذرانده‌اند ولی تعریف واحدی از منتور در اکثر نظام‌های آموزشی ارائه نشده است و در برخی موارد به عنوان سوپروایزر، *preceptor* و *facilitator* معرفی شده است. هیچ توافق جهانی برای نحوه آماده‌سازی منتورها هم وجود ندارد. سابقه مطالعات در حیطه منتورینگ در رشته پرستاری به ۲۵ سال برمی‌گردد و اولین بار در متون پرستاری در سال ۱۹۸۷ به واژه منتورینگ اشاره شده است و به صورت کلی به عنوان ارتباط طولانی مدت بین دانشجوی پرستاری و یک پرستار باتجربه با سن بالاتر تعریف شده است. بیشتر مطالعات در این حوزه در کشور انگلستان و از سال ۲۰۰۰ آغاز شده است که در تعریف ارائه شده توسط آنها یک پرستار با سابقه نقش آموزش، نظارت و نیز ارزیابی دانشجوی پرستاری را در عرصه به عهده داشته است. در این رابطه، نقش جنبه‌های عاطفی مثبت بسیار مهم قلمداد شده است. البته در برخی کشورها مثل امریکای شمالی، منتورینگ بیشتر به روابط بین افراد حرفه‌ای فارغ التحصیل اشاره می‌کند. یک مطالعه مرور سیستماتیک با هدف ارائه تعریفی از منتورینگ در رشته پرستاری، نشان داد که اهداف اصلی منتورینگ، تسهیل آموزش در عرصه و ارتقای حرفه‌ای گری (تبحر حرفه‌ای) بوده است. آموزش در عرصه به صورت آموزش پیشرفته سازمان یافته تحت نظارت منتور با برنامه مشخصی جهت دسترسی، زمان‌بندی کافی و تنظیم قرار ملاقات‌های مشخص طرح‌ریزی می‌شود. در چنین ساختاری، ارتباط سازمان یافته‌ای نیز بین مدرس دانشگاهی و منتور در نظر گرفته شده است. در این مطالعه هدف از منتورینگ انتقال فراگیر از وضعیت مشاهده‌گر به یک پرستار مستقل و مسئول قلمداد شده است که مهارت تطابق با روند پرستاری را در فراگیر ارتقاء می‌دهد. در این مقاله مروری، منتور در ارزیابی فراگیر دخیل شناخته شده است. فرایند منتورینگ توأم با احترام و اعتماد متقابل است. منتور همواره مراقب فراگیران بوده و با آنها همدلی می‌کند. این روند همکاری به صورت رابطه تنگاتنگ منتور و فراگیر در روند مراقب از بیمار در عرصه شکل می‌گیرد. در این روند، فراگیر به مطالعه بیشتر در رشته خود تشویق و حمایت می‌شود. نقش منتور در این حوزه به صورت *Role model* مطرح است تا فراگیر با نیازهای شغلی در محیط واقعی آشنا گردد. بنابراین فراگیر نحوه تعامل با بیمار را در محیطی واقعی و با در نظر داشتن جنبه‌های روحی-روانی می‌آموزد. و لذا تفکر انتقادی فراگیر از طریق منتورینگ تسهیل می‌شود. به این منظور، منتور تجربیات خود را در اختیار فراگیر قرار می‌دهد که به صورت شنیدن فعال و بحث و مشورت است. در طول منتورینگ، فراگیر در رابطه با عملکرد بالینی خود با منتور به بحث و گفتگو می‌نشیند. بنابراین مهارت‌های حل مساله و تصمیم‌گیری بالینی شکل می‌گیرد بدین طریق فراگیر نحوه عمل در شرایط سخت بالینی را می‌آموزد. همین‌طور فراگیر می‌آموزد عقاید فردی خود را مطرح کرده و به شور بگذارد. بنابراین منتورینگ روندی است که شامل جنبه‌های فردی، سازمانی و محیطی می‌شود. از این طریق می‌توان شکاف بین علوم نظری و بالینی را به حداقل رساند. طول دوره منتورینگ در مطالعات متفاوت گزارش شده است. رابطه متقابل بین منتور و منتهی بسیار حیاتی است که البته در سطوح مدیریتی مطرح می‌شود که فراگیر بتواند منابع و آموزش کافی و قرار ملاقات‌های کافی را با منتور داشته باشد.

روند ارزیابی فراگیر بایستی در قالب ساختار یافته و اداری صورت گیرد و روابط دوستانه این مساله را مخدوش نکند. رابطه دوستانه و حس همکاری، لازمه روند منتورینگ است که در برخی مطالعات اشاره شده که چنین رابطه‌ای بین منتور و منتهی شکل نگرفته است. در روند منتورینگ، بایستی مسئولیت اصلی بر عهده فراگیر گذاشته شود. نقش سیستم آموزشی در حوزه منتورینگ نیاز به مطالعات بیشتر دارد. به صورت کلی بدلیل نبود توافقی جهانی در تعریف و اصول منتورینگ، و نیز تفاوت‌های بین‌المللی در نظام‌های آموزشی، استناد دقیق به تحقیقات این حوزه ممکن نیست. یکی از مشکلات در حوزه پرستاری در اروپا که سبب تاکید بر حوزه منتورینگ شده است، کاهش تعداد فراگیران پرستاری بوده است (۱۳).

در یک مطالعه کیفی اجزای کلیدی رابطه منتورشیپ در رشته‌های علوم طبیعی، پرستاری، مهندسی و تکنولوژی که منتور استاد دانشگاه و منتهی فراگیر بوده است در ۱۱۷ جفت منتهی-منتور در امریکا بررسی شد. شرکت کنندگان با نژادهای مختلف از ۱۲ دانشگاه در ۳ منطقه امریکا (جنوب، شمال شرقی و غرب میانه) وارد مطالعه شدند. به این منظور *Focused discussion* برگزار شد و بارش افکار به صورت مکتوب و از طریق استخراج عبارات کوتاه از صدای ضبط شده برای بررسی‌های بعدی جمع-آوری گردید. روش اجرا به صورت تشکیل گروه‌های کوچک، بارش افکار به صورت عبارات کوتاه و مختصر، خوشه‌بندی عبارات، نام‌گذاری خوشه‌ها و بررسی موارد احتمالی باقیمانده بود. آیتم‌های استخراج شده به ترتیب براساس فراوانی عبارت بود از:

۱- ارتباط مسقیم و بی‌واسطه (مشتاق برای پاسخ به سئوالات)، در دسترس بودن (که این قابلیت ارتباط به صورت پست الکترونیک یا ایمیل در ساعات غیر ساعات اداری نیز مطرح است). این دو آیتم شامل بازخورد حمایتی در جهت تشویق و بدون قضاوت و نقد فراگیر است. منتورها این دسترسی را به صورت منظم و پایدار موثر دانسته‌اند. این بازخوردها از نقطه نظر منتورها بایستی هم مثبت و هم منفی باشد و در واقع، بازخورد نقادانه به صورت سازنده ارائه شود. هرچند از نظر منتهی‌ها، صرفا بازخورد مثبت موثر عنوان شد.

۲- اهداف و چالش‌ها به این صورت که اهداف و انتظارات بایستی واضح و دقیق باشد. این اهداف بایستی به صورت فردی برنامه‌ریزی شده و مساله مدیریت زمان و زمان‌بندی اهداف در آن رعایت شود. اهداف از نظر منتورها بایستی در دسترس و واقع‌نگرانه باشند. بایستی چالش‌هایی مطرح باشد تا منتهی به سمتی فراتر از محدودیت‌های خود حرکت کند و رشد بکند.

۳- شور و حرارت و تشویق که شامل تفکر نقادانه، خلاقیت و اعتماد به نفس است.

۴- مراقبت از رابطه فردی که به معنای اهمیت پیشرفت منتهی برای منتور و حفظ رابطه منتورینگ خارج از محیط دانشگاه است. این جنبه به صورت روانی مطرح است و تاکید بر اهمیت ایجاد یک رابطه طولانی مدت دارد. البته از نظر منتهی، رابطه دوستانه مهم بوده ولی نظر منتورها ایجاد رابطه متقابل بوده است و نه الزاما دوستانه.

۵- احترام و اعتماد متقابل و دوطرفه که از نظر منتهی، منتور بهتر است به منتهی اعتماد داشته و او را باور کند. بایستی منتور در نظر بگیرد که منتهی راه خود را می‌سازد و قرار نیست که نسخه دوم منتور باشد.

۶- مبادله دانش که از نظر منتهی‌ها زمانی مسیر می‌شود که دانش از علوم نظری به محیط واقعی حرفه‌ای انتقال یابد و این مساله‌ای است که در رابطه منتورینگ نقش کلیدی دارد. تبادل دانش در هر دو حیطه حرفه‌ای و تحقیقاتی مطرح می‌شود.

۷- استقلال و همکاری از طریق حس مسئولیت پذیری و دادن اختیار به منتهی حاصل می‌شود. استقلال و کارایی تیمی هر دو بایستی مورد توجه قرار گیرد. به این دلیل بایستی منتور، منتهی را یک همکار در نظر بگیرد و دید سلسله مراتبی نداشته باشد.

۸- الگو قرار گرفتن (*Role modeling*). بنابراین منتور نقش هدایتی دارد تا رییس و معلم. منتور یک الگوی اخلاقی برای ایجاد توان رهبری در منتهی است.

این فاکتور نیز جنبه روانی دارد. از مهمترین مشکلات در رابطه با منتورینگ، به نبود زمان کافی و عدم تناسب منتهی-منتور در شخصیت یا مهارت حرفه‌ای اشاره شده است.

از محدودیت‌های این مطالعه، سوگیری در انتخاب بوده است. زیرا رابطه منتورینگ در مواردی که در مطالعه شرکت نکرده‌اند مشخص نیست و صرفاً به فاکتورهای کلیدی برای رابطه موثر منتورینگ اشاره شده است و مشکلات در امر منتورینگ مشخص نیست. از طرفی زوج منتهی- منتور بررسی شده و نظرات انفرادی آنها اخذ نشده است. مساله جنسیت و نژاد نیز به صورت جداگانه بررسی نشده است (۵).

فراگیران بایستی توانایی پذیرش رشته را بدست آورده و خود را با رشته تطبیق دهند تا بتوانند مهارت‌های بالینی کافی را کسب نمایند. در مورد فراگیران نظام سلامت، محیط آموزشی صرفاً به دانشگاه محدود نمی‌شود و این گستره تا محیط بالینی واقعی ادامه دارد. در یک محیط بالینی، فرد اطلاعات نظری خود را با مهارت بالینی تطبیق می‌دهد. بنابراین طی این روند پذیرش یا طرد فراگیر از طرف کارکنان یک بخش، نقش مهمی ایفا می‌کند. در این مورد، نقش منتور و نیز کارکنان بخش حائز اهمیت است. در رشته فیزیوتراپی در رابطه با *Clinical placement*، اطلاعات محدودی وجود دارد. در رابطه با نظرات فراگیران در مورد اثر شاغلین بر یادگیری فراگیر اطلاعات کافی وجود ندارد. بنابراین مطالعه‌ای در رشته فیزیوتراپی با هدف بررسی دیدگاه‌های فراگیران در مورد قرارگیری در محیط کاری و اینکه چنین تجربیاتی چه تاثیری بر افزایش یا تقلیل یادگیری و شکل‌گیری شخصیت حرفه‌ای آنها داشته، طراحی و اجرا شد. این مطالعه کیفی در یک دوره سه ساله اجرا شد و با فراگیران مصاحبه صورت گرفت. از ۱۰۰ نفر فراخوان، ۲۶ فراگیر داوطلب شرکت در مطالعه شدند و از طریق نمونه‌گیری تصادفی از جامعه در دسترس نهایتاً ۴ مرد و ۳ زن با سن ورود به تحصیل ۱۸ تا ۳۰ سال در روز ثبت نام در این مطالعه مشارکت کردند. سپس طی مصاحبه، به صورت نقلی در مورد تجربیات فراگیران، اطلاعاتی اخذ گردید. مصاحبه‌ها در چهار حیطه حمایت همتایان، مشکلات مالی، مدیریت فردی یادگیرنده و مسایل فردی بررسی گردید. از هر فراگیر حداقل ۵ بار مصاحبه به عمل آمد. طبق نتایج، تجربه فراگیران برای قرارگیری در محیط بالینی در دو حیطه پذیرفته شدن در کار تیمی و ایجاد رابطه کاری موثر با منتور آنها متمرکز بود. نقش حمایتی منتور و محیط مورد تاکید قرار گرفت. در این رابطه نقش منتور در یادگیری بالینی فراگیر پرنسب قلمداد شد. فراگیران انتظار داشتند منتور شرایطی را فراهم کند که فراگیر جهت اجرای درست عملکرد بالینی تحت فشار قرار بگیرد و مجبور به مطالعه شود. از نظر فراگیران، این مساله نقش مهمی در یادگیری آنها ایفا می‌کرد. البته سخت‌گیری بیش از حد، اثر معکوس داشته است. در صورت وجود رابطه منتورینگ ضعیف، فراگیران نتوانستند جایگاه خوبی را در محیط بالینی برای خود متصور شوند. برعکس فراگیری که از طرف منتورها نادیده گرفته شدند، نتوانستند نسبت به محیط بالینی احساس تعلق خاطر داشته باشند. در این مطالعه به وجود تعادل بین حمایت و چالش نیز تاکید گردید. منتورها در این مطالعه از پرسنل بخش فیزیوتراپی بوده‌اند (۱۴).

منتورینگ جهت تشویق فراگیران برای مشارکت در کارهای تحقیقاتی و انتخاب آینده حرفه‌ای آکادمیک نیز موثر گزارش شده است (۴). متأسفانه در اکثر مطالعات به نحوه به‌کارگیری منتورها اشاره‌ای نشده است که آیا انتخابی است یا داوطلبانه. مزایای منتورینگ برای خود منتور نیز مبهم است. *E-mentoring* توصیه نمی‌شود زیرا فاقد پیش نیازهای ارتباطات فردی و حضوری است. به پیامدهای منفی منتورینگ در مطالعات اشاره‌ای نشده است و ممکن است بحث سوگیری‌های موسسه‌ای



وجود داشته باشد و بنابراین توصیه شده است که بهتر است منتورها وابستگی سلسله مراتبی با موسسات آموزشی نداشته باشند(۴).

برخی مطالعات منتور را در ارزیابی دخیل دانسته‌اند (۵) و برخی این نقش را برای منتور قائل نشده‌اند (۶ و ۷). در یک مطالعه ۵ ساله در کشور آلمان در دانشجویان پزشکی دانشگاه لودویگ ماگزیمیلیان مونیخ، دوره منتورینگ به صورت همتایان برای فراگیران در فاز قبل-کلینیکی و ۱ به ۱ در فاز کلینیکی طراحی و اجرا شد. انتخاب منتورها به صورت سالانه صورت می‌گرفت. منتورها از بین پزشکان با تخصص‌های مختلف و به صورت داوطلبانه و از طریق فراخوان انتخاب شد. ۳۹۹ منتور (۱۲۸ خانم و ۲۷۱ آقا)، پس از فراخوان در یک سمینار ۲ روزه همراه با کارگاه شرکت داشتند و این برنامه توسط دو کارمند تمام وقت با همکاری ۴-۶ دانشجو و نیز با منابع مالی مشخص به صورت حضوری و از طریق وب هدایت می‌شد. در صورت وجود سؤال یا در صورت نیاز به راهنمایی، منتورها اطلاعات لازم را از طریق برنامه حمایتی و بسایت منتورینگ دریافت می‌کردند. منتورها و منتهی‌ها از نظر جنسیت و علایق فرهنگی و ورزشی مشابه بودند. جور شدن به صورت آنلاین انجام شد. سپس جلسات ملاقات حضوری تنظیم شد که این جلسات بیشتر به صورت مشاوره بود. هر منتور تقریباً با ۱ تا ۳ منتهی در ارتباط بود. جلسات منتورینگ به صورت شبکه‌ای از طریق وبسایت و فیسبوک و در صورت لزوم به صورت ایمیل، تلفنی و حضوری تنظیم می‌شد. در کل، ۳۴۰۳ منتهی در این مطالعه شرکت کردند که ۱۴۴۰ نفر از آنها در فاز قبل از بالین بوده و از منتورینگ ۱ به ۱ بهره‌بردار شدند. حیطه‌های مورد بحث در فاز قبل از بالین، اهداف فردی، برنامه‌ریزی حرفه‌ای و گستره تجارب بوده است. در کل، در هر سال تحصیلی، ۲۰-۳۰ درصد از فراگیران طی این ۵ سال در برنامه منتورینگ به صورت داوطلبانه شرکت کردند. بیشترین میزان مشارکت در ابتدای سال تحصیلی بوده است و اشتیاق برای شرکت در فراگیری که پشت کنکور نبوده‌اند، بیشتر بوده است. برای فراگیران در مرحله بالینی، دوره‌های منتورینگ به صورت همتایان و بصورت کنفرانس تحقیقاتی، مشاوره شغلی، آموزش مهارت‌های بالینی و اطلاعات در مورد آزمون‌های دوره‌های بعدی بوده است. از نقطه نظر منتهی‌ها، منتورها در حیطه‌های مشاوره، فراهم کردن ایده‌ها و الگو بودن فعالیت داشتند. نتایج برنامه منتورینگ از طریق پرسشنامه‌های کاغذی بررسی شد. این برنامه در افزایش انگیزه تحصیلی فراگیران موفق بوده است. از محدودیت‌های این مطالعه عدم امکان بررسی آینده نگر فراگیران و نیز عدم امکان ارائه منتورینگ ۱ به ۱ برای فراگیران در فاز بالینی و نیز عدم امکان وارد کردن تمامی فراگیران با افت تحصیلی بوده است. مشاوره‌های ارائه شده توسط منتورها نیز تخصصی نبوده است زیرا از تخصص کافی در این حیطه برخوردار نبوده‌اند (۱۰).

در مطالعه کیفی دیگری در دانشگاه اونتاریوی کانادا، رابطه گروه‌های منتورشیپ در رشته کاردرمانی بررسی شد. هدف این مطالعه بررسی تعریف مفهومی منتور از نقطه نظر فراگیران یا منتهی‌ها و نیز منتورها بود. در فاز اول، ۲۳ منتور و ۱۲۴ منتهی در یک دوره ۴ ساله از تمامی مقاطع در مطالعه شرکت کردند. در فاز دوم، ۱۴ منتهی فارغ التحصیل از همان افراد وارد مطالعه شدند. ارزیابی در انتهای نیمسال انجام شد. توضیحاتی در مورد مفهوم منتورینگ و یا *Coaching* در قالب جملاتی مشخص در قالب فرم از طریق پست الکترونیکی به منتهی‌های ارسال می‌شد و میزان توافق آنها با هر جمله در یک مقیاس ۵ نقطه‌ای لیکرت بررسی شد. در فرم دیگری نیز در مورد نقش‌های منتور (شامل معلم، حامی، راهنما، الگو و مشاور) این مقیاس تکمیل گردید. همچنین از منتهی‌های سؤال شد که آیا تمایل به ادامه رابطه منتورینگ پس از فارغ التحصیلی دارند یا نه. تمامی منتورها خانم بوده و از میان منتورهای مجرب بالینی انتخاب شدند. هر منتور، هدایت ۵-۶ فراگیر را برعهده داشت. از نظر منتهی‌ها، رابطه منتورینگ تایید شد ولی *Coaching* مورد تایید واقع نشد. آنها منتورینگ را به صورت یک رابطه مداوم و در حال پیشرفت تعریف کردند که هدف از آن، راهنمایی و هدایت است درحالیکه *Coaching* یک رابطه کوتاه مدت برای فراهم

کردن فیدبک است. نقش منتور در این مطالعه به عنوان الگو و مشاور تعریف شده است که مرتبط با خصوصیات دانش، تجربه، راهنمایی و هدایت وی می‌باشد. نتایج نشان داد ۹۲ درصد از منتی‌ها نقش مشاور، ۹۱ درصد نقش الگو، ۸۱ درصد نقش حامی، ۶۸ درصد نقش راهنما و ۵۹ درصد نقش معلم برای منتور در نظر گرفته‌اند. البته منتی‌ها بیشتر نقش معلم برای منتور قائل بوده‌اند درحالی‌که منتورها بیشتر نقش حامی و راهنما قائل بوده‌اند. بنابراین برای منتی‌های بیشتر نقش روانی مطرح بوده ولی برای منتورها بیشتر نقش حمایت تکامل در عملکرد حرفه‌ای مطرح بوده است. برخی رابطه دوستانه و اجتماعی نیز برای منتور قایل شده‌اند. بیشترین خصیصه منتور از نظر منتی‌ها با معلومات بودت و با تجربه بودن منتور بوده است و اینکه نقش هدایت و حمایت دارد. آنها کمترین خصیصه را به عنوان ارزیاب معرفی کردند. تماس‌ها پس از فارغ التحصیلی به جهت حمایت، مسائل حرفه‌ای و نیز دسترسی به منابع بوده است. ۵۳ درصد از منتی‌ها در فاز اول معتقد به ادامه ارتباط بوده‌اند و نهایتاً ۲۸ درصد از افراد فارغ التحصیل، به طرق مختلف به رابطه منتورینگ ادامه داده‌اند. روش ارتباطی از طریق تلفن و ایمیل بوده است. ادامه رابطه به محل سکونت فرد و محل فعالیت منتور بستگی داشته است. البته مشغله منتی نیز پس از فارغ التحصیلی در میزان ارتباط موثر بوده است و گاهی ارتباط صرفاً بصورت شبکه‌ای وجود داشته است. منتورها نیز بیان کردند که ارتباط آنها با برخی منتی‌ها همچنان پس از فارغ التحصیلی حفظ شده بود که در رابطه با مشاوره، حمایت و مسائل حرفه‌ای بوده است. موارد قطع ارتباط زمانی بوده است که منتی محل سکونت خود را تغییر داده و یا ارتباط با سایر درمانگرها را موثرتر دانسته است. منتورها بیشتر از منتی‌ها به ادامه رابطه پس از فارغ التحصیلی معتقد بوده‌اند. البته آنها نیز همانند منتی‌ها معتقد بوده‌اند که ادامه رابطه برای تمامی موارد مقدور نخواهد بود و نیز یکی از موارد موثر در ادامه ارتباط، روابط دوستانه بوده است. البته بیشتر این روابط دوستانه خارج از حوزه منتورینگ تعریف شده است. حین برنامه، همتایان خود را دوستان و همکاران یکدیگر دانسته و این دیدگاه پس از فارغ التحصیلی نیز وجود داشته است. براساس نتایج این مطالعه، به نظر می‌رسد مفاهیم *Coaching* نیز تا حدودی در دل مفهوم منتورینگ جای دارد هرچند این دو روند مجزا از یکدیگر هستند. از محدودیت‌های این مطالعه، کم بودن تعداد منتی‌ها در فاز دوم بوده است (۶).

## **مرور تجربیات و شواهد داخلی (در این بخش سوابق اجرایی این نوآوری در دانشگاه و کشور به طور کامل ذکر و رفرنس ذکر شود):**

دانشمندی و همکاران در سال ۱۹۹۵ به بررسی مطالعاتی که در حوزه منتورینگ اعضای هیات علمی جوان و تازه کار وجود داشته پرداخت. برنامه منتورینگ به عنوان یک پیش نیاز برای عملکرد اعضای هیات علمی در نظر گرفته شده است که به عنوان رابطه متقابل مشارکتی فعالانه، حمایتی و خلاق در نظر گرفته می‌شود. در این مطالعه، تعهد دوطرفه در این رابطه مطرح بوده است. این رابطه مستمر بوده و ممکن است طولانی مدت یا کوتاه مدت باشد. حیطه‌ها شامل مشکلات پژوهشی، تدریس و مدیریت زمان است. در مورد نقش منتی‌ها به توسعه شخصی و توسعه ارتباطی اشاره شده است. در این مطالعه، به اهمیت متعهد و فعال بودن منتی‌ها اشاره شده و اینکه منتی بایستی پذیرای نصایح منتور باشد. مسئولیت پذیری و خودارزیابی، از خصوصیات شخصی دیگر منتی‌ها در نظر گرفته شد. در توسعه ارتباطی، پایبندی به جلسات، مسئولیت‌پذیری، شنونده فعال بودن و نیز پذیرایی از بازخوردها همراه با حس احترام به دانش زمان منتورها ذکر شده است. در رابطه با خصوصیات منتورها به موارد زیر اشاره شده است: منتور فرد با تجربه‌ای است که بایستی همسو با علائق منتی عمل کند، شنونده‌ای فعال باشد، صادق و امین باشد، در دسترس باشند، توانایی شناسایی و حمایت در توسعه زمینه‌ها و مهارت‌های بالقوه منتی‌ها را داشته باشند. مهمترین نقش منتور در بررسی برنامه گزینش عنوان شده است. منتور می‌تواند نقش یک الگو را داشته باشد. منتور، یک محیط ایمن را برای بیان احساسات و اندیشه‌ها فراهم می‌کند. منتور بایستی صبور و قابل اعتماد باشد و منتی را قضاوت نکند.

سازگاری و قابلیت انطباق اصل مهمی در موفقیت آمیز بودن رابطه منتورینگ است. در مجموع، نقش مثبت منتورینگ اعضای هیات علمی جدیدالاستخدام در حیطه‌ای تدریس (توانمندی‌های آموزشی و مهارت‌های تدریس)، ارتقای سطح پژوهشی به عنوان یک اصل اساسی و ارائه خدمات و همکاری اجتماعی نظیر راهنمایی و هدایت دانشجویان، همکاری با سایر اساتید در طرح‌های پژوهشی و زمینه‌های شغلی مورد تاکید قرار گرفته است. منتورینگ همچنین منجر به ارتقاء عزت نفس، اعتماد به نفس، رضایت‌مندی و توانایی توازن میان کار و زندگی در منتهی‌ها شده است البته به محتوا و مفاد برنامه‌های منتورینگ اشاره- ای نشده است. پیشنهاد این مطالعه، طراحی منشور و دستورالعمل‌های در دانشگاه‌ها و موسسات آموزش عالی جهت بکارگیری روش منتورینگ بوده است (۱۵).

دانشمندی و همکاران در سال ۱۳۹۶، در یک مطالعه کیفی با هدف بررسی تعاملات و اقدامات بین افراد منتور (اعضای هیات علمی با تجربه) و منتهی (اعضای هیات علمی تازه‌کار) منتورینگ را به عنوان یکی از استراتژی‌های بالندگی اعضای هیات علمی عنوان کرده‌اند. منتورینگ در این مطالعه به صورت زیر تعریف شده است:

"منتورینگ فرآیندی است که در آن یک فرد (منتور) اشخاص دیگر (منتهی) را به منظور مدیریت نمودن یادگیری او ترغیب می‌نماید به طریقی که فرد در کسب دانش جدید، مهارت و توانایی و ایجاد انگیزه مستمر برای انجام اینکار، متکی به خود گردد".

منتورینگ در این مطالعه، به عنوان یک فرایند یادگیری مشارکتی به صورت فعال، حمایتی و خلاق عنوان شده است که نیاز به صرف زمان برای رابطه‌ای مستمر همراه با احساس تعهد و مسئولیت‌پذیری دوطرفه می‌باشد.

این مطالعه کیفی به صورت مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته از تعداد ۲۰ نفر از اعضای هیات علمی و بصورت کیفی طراحی و اجرا شد. اقدامات و فرایندهای اصلی منتورینگ شامل موارد زیر بود: ۱- اقدامات اولیه شامل برگزاری جلسات اولیه، عقد قرارداد و آماده و آگاه سازی منتهی از وضعیت اولیه خود، ۲- اقدامات یاددهی-یادگیری شامل مداخلات آموزشی (آموزش نحوه کلاس-داری و مهارت‌های تدریس، مشارکت دادن اعضای جدید در کلاس‌های خود و فراهم کردن بستر حضور آنها در کلاس‌های اساتید با سابقه)، پژوهشی (نگارش طرح، همایش و کنفرانس‌ها، مشارکت دادن اعضای جدید در طرح‌ها، پایان‌نامه‌ها و داوری مقالات) و ارتباطی (آشنائی با دانشگاه، قوانین و همکاران) و ۳- اقدامات بازخوردگیری (شامل ارزشیابی منتور و منتهی از یکدگیر و دانشگاه از فرایند منتورینگ). این مطالعه بر ضرورت ارزشیابی برنامه منتورینگ تاکید کرده است (۲).

حاتم و همکاران در سال ۱۳۹۵ مطالعه‌ای را با هدف تعیین عوامل مرتبط با منتورینگ کارکنان بیمارستانی و نیز تعیین مهمترین پیش بینی کننده‌های منتورینگ بیمارستانی براساس ابعاد هوش هیجانی، عدالت سازمانی، تعهد سازمانی و رضایت شغلی بیمارستانی طراحی و اجرا کردند. این مطالعه بر روی ۳۹۸ نفر شامل کلیه پرستاران، پزشکان و کارکنان بخش رادیولوژی و نیز پرسنل خدمات و اداری بیمارستان پورسینای رشت اجرا شد. در این مطالعه از پرسشنامه‌های کارکرد منتورینگ، عدالت سازمانی، هوش هیجانی، تعهد سازمان و شاخص توصیف شغلی جهت گردآوری اطلاعات استفاده شد. نتایج نشان داد بین منتورینگ و عدالت سازمانی ارتباط مستقیم و قوی وجود داشت و کمترین میزان ارتباط با مدیریت بدست آمد. سن و سابقه کاری دارای ارتباط معنی‌دار منفی با منتورینگ بود که می‌تواند نشان دهد در صورت وجود رابطه سنی نزدیک بین منتهی و منتور در سطح کارکنان، شاید منتهی نتواند به میزان کافی از منتورینگ بهره برده و از آن رضایت داشته باشد. ۵ متغیر پیش‌بینی کننده اصلی منتورینگ، عدالت توزیعی، عدالت رویه‌ای، عدالت مراوده‌ای، رضایت سرپرستی (منتور) و فاکتور هیجانی خود مدیریتی بدست آمده عبارتند، اثر بخش کارکرد منتور به بهبود عدالت سازمانی در همه ابعاد، رضایت شغلی به ویژه در حیطه سرپرست و هوش هیجانی در قلمروی خود مدیریتی مرتبط بوده است. رعایت احترام، اعتماد، حس مسئولیت-

پذیری و برقراری عدالت، نقش مهمی در پیشبرد برنامه منتورینگ دارد. اثر هوش هیجانی بر اساس اعتماد هدایت شونده‌ها (منتی‌ها) یعنی توانایی در درک و ابراز احساسات خود و دیگران و نیز کنترل هیجان‌ها و سازگار بودن در وضعیت‌های مختلف قابل توجه است. هوش هیجانی برخلاف بهره هوشی قابل ارتقاء است و در نظام‌های آموزشی نیز بهتر است مورد توجه قرار گیرد (۱۶).

حیدری و همکاران در سال ۱۳۹۴ مطالعه‌ای کیفی را با رویکرد آنالیز محتوا و با هدف تبیین راهکارهای ارتقاء طرح منتورشیپ از دیدگاه پرستاران و دانشجویان پرستاری در دانشکده پرستاری و مامایی خرم‌آباد طراحی و اجرا کردند. دانشجویان سال آخر (۱۱ نفر) و سرپرستارانی (۶ نفر) که در این طرح منتورشیپ مشارکت داشتند، وارد مطالعه شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه نیمه ساختارمند استفاده شد. عوامل استخراج شده به شرح ذیل بود:

۱- عوامل مربوط به منتور شامل ویژگی‌های شخصیتی (مانند اعتماد به نفس منتور، حمایت دانشجو، روابط دوستانه، خوش اخلاق بودن، وقت شناسی، انعطاف‌پذیری و الگو بودن) و توانمندی آموزش در بالین (مانند روش تدریس و بالین محوری). اصلی‌ترین مساله شامل دانش، صلاحیت بالینی و تجربه در منتور و توان ارتباطی و وجود اعتماد به نفس کافی در هر دوی منتور و منتی است.

۲- عوامل مربوط به پرسنل بیمارستان شامل توجه برنامه منتورشیپ (از قبیل داشتن دیدگاه منفی در بخش نسبت به دانشجو، توجه داشتن بر ضعف‌های دانشجو، عدم پذیرش دانشجو به عنوان عضوی از تیم و نداشتن تعامل مناسب بین دانشجو و پرسنل که در این موارد بایستی آشناسازی کافی پرسنل و همکاران با برنامه منتورینگ صورت گیرد)، مدل نقش بودن پرستاران (نحوه عملکرد پرستاران با بیماران در ابعاد مختلف به عنوان یک درس پنهان) که نقش خیلی مهمی بر اجتماعی شدن پرستاران دارد (توصیه به کارگیری پرسنلی در بیمارستان است که نسبت به رشته خود دید مثبت دارند) و ارتباط بین حرفه‌ای با تخصص‌های مختلف در یک حیطه خصوصاً پزشکان

۳- عوامل مدیریتی شامل نحوه ارزشیابی (ارزیابی براساس آیت‌های از پیش اعلام شده)، تقسیم کار پرستاری به شیوه موردی (درگیر کردن فراگیر در تمامی مراحل درمان بیمار و دادن استقلال کاری)، تدارک امکانات رفاهی برای دانشجویان (از قبیل اتاق استراحت، رختکن و سلف) و برنامه‌ریزی مناسب جهت اجرای کارورزی‌ها (کارورزی در شیفت‌های مختلف و نیز طولانی تر شدن طول دوره یک کارورزی). در این مورد توصیه به ارزیابی روزانه و بازخورد آن به دانشجو هر ۲-۴ هفته یکبار است. استفاده از فرم‌های استاندارد، مورد مهم بعدی است که در این راستا بایستی آموزش‌های لازم به منتور ارائه گردد. دانشجویان نیز بایستی از نحوه ارزشیابی در هر دوره اطلاع کافی کسب کنند. توصیه بعدی به تغییر دوره‌های مختلف براساس نیازهای آموزشی بوده است (۱۷).

کریمی موفقی و یزدی مقدم در سال ۱۳۹۳ مطالعه مروری را با هدف مروری بر الگومداری و منتورینگ در پرستاری و کاربرد آن در آموزش پرستاری طراحی و اجرا کردند. در این مطالعه به نقش مهم مربی تحت عنوان الگومداری یا تدریس با سرمشق شدن اشاره شده است بنابراین نمونه‌ها یعنی و عملی به دانشجو ارائه می‌شود. نقش کلیدی الگو مداری در یاددهی و یادگیری مورد تاکید قرار گرفته است و به عنوان یک ابزار آموزشی قوی برای کسب دانش، مهارت و ارزش‌های حرفه‌ای در حوزه سلامت در نظر گرفته شده است. الگومداری برپایه تقلید مشاهده از یک ارشد استوار است و به تئوری‌های اجتماعی شدن در روانشناسی برای یادگیری رفتارهای جدید و نقش‌های اجتماعی توسط افراد تاکید دارد. بدلیل اهمیت الگومداری در بالین، گفته شده ضرورت برگزاری دوره‌های آمادگی برای منتورها احساس می‌شود. در مطالعات انجام شده در ایران و در رشته پرستاری، گزارش شده که اساتید اکثراً الگوی مناسبی نبوده‌اند. الگو بودن یکی از نقش‌های ۱۲ گانه و ضروری مربی عنوان شده است. یکی از

مهمترین اجزای مفهوم الگو، داشتن صلاحیت در بالین و سرآمدی در حرفه می‌باشد. مهارت‌های بین فردی، چشم‌انداز مثبت، تعهد به سرآمدی و رشد و یکپارچگی و رهبری به عنوان ویژگی‌های فردی و شور، ارتباط بین فردی مناسب، اشتیاق برای عمل و تدریس و همواره در جستجوی بهتر شدن به عنوان اجزای کلی مفهوم الگومداری ذکر شد. در ادامه، معادل‌های فارسی جایگزین واژه منتور مورد بررسی قرار گرفته است و بهترین معادل تحت عنوان "راهبر پرورشی" ذکر شده است. فاکتورهای منابع، نیازها و توانایی‌ها در موفقیت برنامه‌های منتورینگ موثر معرفی شده است. در ادامه محقق به ذکر تفاوت‌ها و تشابه‌های منتور و الگو می‌پردازد به نحوی که، الگومداری بخشی از خصوصیات منتور است درحالی‌که یک فرد الگو، ممکن است الزاما از اینکه الگو بوده است، آگاه نباشد. تفاوت دیگر در حوزه‌های منتورینگ است. منتورینگ می‌تواند اختصاصا در حوزه آموزشی و عمدا به عنوان الگو قرار گرفتن یک منتور مطرح می‌شود درحالی‌که الگومداری می‌تواند حوزه‌های گسترده‌ای از قبیل رفتارهای اجتماعی رانیز شامل شود و الزاما پایش نمی‌شود زیرا ساختارمند و نظام‌مند نیست. بنابراین منتور بصورت فعالانه و آگاهانه به عنوان الگو عمل می‌کند درحالی‌که الگو ممکن است منفعل باشد و صرفا مورد تقلید قرار گیرد. مراحل منتورینگ به صورت الگو قرار دادن، اظهار همدلی کردن، آموزش دادن، ایجاد نظم، واکنش دادن، روحیه دادن و ارتباط با دیگران برای دریافت منابع، حمایت و اطلاعات بیشتر عنوان شده است. مدل منتورینگ در فعالیتهای آموزشی در سه فعالیت دروس نمایشی، مشاهده و بازخورد و نیز جلسات حمایتی اشاره شده است. نقش‌های مختلفی برای منتور با عنوان ارتباط دهنده/ متخصص موضوعی، مشاور، توصیه کننده، کارگزار، رازدار، حامی یا وکیل، وست، راهنمایی کننده، نقش الگو، مربی/ معام، حمایت کننده و مربی اطلاق شده است. منتور به عنوان الگو، می‌تواند یادگیری بالینی را از طریق الگومداری در دانشجویان ارتقاء دهد. رابطه منتورینگ نیز تحت عنوان یک رابطه طولانی مدت، سودمند و داوطلبانه در نظر گرفته شده است. در کل نتیجه‌گیری آنها نشان داد الگو محوری در دل منتورینگ مطرح می‌شود. نکته مهم قابل توجه دیگر در این مطالعه این است که دانشجویان ناظران دقیقی هستند که به دقت به نگرش‌ها، رفتارها و عملکردهایی که مشاهده می‌کنند، توجه داشته و آنها را تحلیل کرده و تقلید می‌کنند (۱).

میرباقر آجرپز و همکاران در سال ۱۳۹۵ یک مرور نظام‌مند در رابطه با منتورینگ در آموزش دانشجویان اتاق عمل به عنوان یک امر ضروری در آموزش بالینی ارائه دادند. در این مطالعه به اهمیت استفاده از منتورینگ در آموزش تکنیک‌ها، روش‌های ویژه جراحی و مراقبت‌های حین، قبل و بعد از جراحی اشاره شده است. کارشناسان اتاق عمل (منتور اول) و اعضای هیات علمی (منتور دوم)، به عنوان منتور در بالین معرفی شده‌اند. هرچند تناقضاتی در مورد اینکه بهتر است منتور از بین اعضای هیات علمی و یا کارشناسان انتخاب شود، وجود دارد. البته مطالعات محدودی در این زمینه وجود دارد. روند منتورینگ در اتاق عمل جهت ارتقاء شایستگی بالینی مفید معرفی شده است و خصوصیات منتور به عنوان ایجاد حس اعتماد و آرامش در دانشجو، حمایت، آموزش علمی، مدافع بودن و ایجاد انگیزه و بازخورد بیان شده است (۱۱).

محمدی و همکاران در سال ۱۳۹۳ در یک مطالعه توصیفی-مقطعی ویژگی‌های یک منتور ایده‌آل را از دیدگاه اساتید بالینی دانشگاه علوم پزشکی شیراز توسط یک پرسشنامه خود ساخته دارای روایی محتوایی و صوری مورد بررسی قرار دادند. ۹۹ نفر از اساتید بالینی وارد مطالعه شدند. از طریق این پرسشنامه، ویژگی‌های یک منتور ایده‌آل شامل مشاور، اسوه، بازخورد دهنده و ... از طریق مقیاس لیکرت ۵ نقطه‌ای و خط برش ۳، تعیین گردید. وضعیت ارتباط منتورشیپ در دانشگاه علوم پزشکی شیراز و نیز میزان آشنایی اساتید با آن نیز مورد بررسی قرار گرفت. مهمترین ویژگی‌ها به ترتیب، برانگیزاننده بودن، تسهیل کننده یادگیری (یادگیری عمیق) و اسوه بودن بود. نقش ارائه دهنده خدمات سلامت به عنوان کم اهمیت‌ترین نقش منتور عنوان شد. از نظر آنها نقش منتور در آموزش پررنگ تر از نقش در درمان است. از نظر اساتید، این رابطه بسیار مهم قلمداد شد درحالی‌که

از نظر آنها دانشگاه اهمیت چندانی به این مساله نمی‌دهد. میزان آگاهی اساتید از منتورشیپ کم بود و اساتید کمی نقش منتور برای خود قائل بوده‌اند. ارتباطی بین منتورشیپ و جنسیت و نیز درجه علمی استاد دیده نشد. از نظر اساتید بایستی آموزش‌های کافی برای دوره منتورشیپ به آنها ارائه شود. در این مطالعه مسئولیت فراهم کردن زمینه برای اجرای صحیح برنامه منتورینگ برعهده سیاست‌گذاران نظام‌های آموزشی و موسسات آموزشی عنوان شده است. برگزاری کارگاه‌های آموزشی و دوره‌های کوتاه مدت جهت آموزش منتورها مورد تاکید قرار گرفته است (۱۸).

محمد پوری و همکاران در سال ۱۳۹۶، تاثیر به‌کارگیری روش منتورشیپ با استفاده از پرستاران بالینی با تجربه را بر میزان کاهش استرس دانشجویان دانشکده پرستاری و مامایی شاهرود را مورد بررسی قرار دادند. ۵۸ نفر از دانشجویان پرستاری در سال آخر به صورت تصادفی در دو گروه کنترل (۲۸ نفر) و مداخله (۲۹) وارد مطالعه شدند. در گروه مداخله، پرستاران در بالین به ارائه مشاوره و نظارت دانشجویان می‌پرداختند. گروه شاهد طبق روش جاری دانشکده با مربی کارورزی خود مشغول به کار شدند. از پرسشنامه خود ساخته روا و پایا برای بررسی عوامل استرس‌زا استفاده شد. منتورها در یک جلسه توجیهی با اهداف بالینی تدریس آشنا می‌شدند که شامل تقسیم کار، تقسیم بیماران بین دانشجویان، حضور در رویه‌های درمانی و آماده نمودن داروها، شرکت در جلسات بحث و گفتگوی بالینی در مورد بیماران، نظارت بر فعالیت دانشجویان، ارائه گزارش فعالیت‌ها و ارزیابی توسط فرم‌های مشخص و امتحان کتبی بود. استقلال کارورز در گروه مداخله بیشتر بود. طول دوره یک هفته بوده به صورت غیر همزمان برگزار شد و ابتدا دوره گروه کنترل و سپس دوره گروه مداخله اجرا گردید. میزان استرس، قبل و بعد از مداخله سنجش شد. نتایج نشان داد میزان استرس در گروه مداخله پس از کارورزی کمتر از گروه کنترل بود. این مساله می‌تواند متاثر از ماهیت حمایتی برنامه منتورینگ باشد. حرکت به سمت استقلال می‌تواند باعث افزایش عزت نفس و خود ارزشمندی در فراگیر شود (۱۹).

نصیری و همکاران در سال ۱۳۹۶ مطالعه‌ای را با هدف تعیین تاثیر برنامه منتورشیپ بر عوامل تنش‌زا و میزان اعتماد به نفس دانشجویان پرستاری در محیط بالینی بیمارستان امام سجاد شهر رامسر طراحی و اجرا کردند. ۶۰ نفر از دانشجویان ترم دوم در واحد کارآموزی بالینی وارد مطالعه شدند و در دو گروه با منتور (گروه آزمون) و بدون منتور (گروه کنترل) قرار گرفتند. در گروه آزمون به ازای هر ۳-۴ دانشجوی ترم دوم، یک دانشجوی ترم ششم به عنوان منتور در همان بخش بالینی در نظر گرفته شد (دارای جنسیت یکسان) که تحت نظارت مربی به هدایت دانشجوی منتهی می‌پرداخت. طول دوره کارآموزی ۹ روز در نظر گرفته شد. در گروه کنترل تنها ناظر مستقیم، مربی کارآموزی بود. انتخاب منتور براساس نظر مدیر گروه و اساتید و براساس سطح علمی، اخلاق و مهارت و نیز ارزیابی‌های نظری و عملی صورت گرفت. در مجموع، ۸ منتور انتخاب گردید. منتورها سه جلسه دوره آموزشی را گذراندند و نیز جلسات توجیهی مربیان و نیز بخش مربوطه قبل از برگزاری دوره کارآموزی صورت گرفت. نسخه فارسی پرسشنامه ۱۶ سوالی عوامل تنش‌زای محیط بالینی و نیز نسخه فارسی پرسشنامه ۱۰ سوالی اعتماد به نفس قبل و بعد از پایان کارآموزی تکمیل گردید. نتایج نشان داد که میزان اعتماد به نفس دانشجویان در گروه آزمون در پایان کارآموزی بیشتر از ابتدای دوره بود. مهمترین عامل تنش‌زا در هر دو گروه، دیر رسیدن به محل کارآموزی بود. بقیه عوامل تنش‌زا به ترتیب اهمیت عبارت بود از ترس از انجام روش‌های اشتباه، استفاده از وسایلی مانند ساکشن، انجام روش‌های تزریق و رگ‌گیری، اولین تجربه بالینی، ارزشیابی توسط استاد و مورد نظارت قرار گرفتن توسط استاد. کمترین عامل تنش‌زا، صحبت کردن با خانواده بیمار بود. در هر دو گروه میزان استرس پس از کارآموزی کاهش یافت که این کاهش در گروه آزمون بیشتر از کنترل بود. برنامه منتورشیپ از طریق ایجاد یک محیط امن یادگیری، کنترل شده و حمایتی، امکان تبادل اطلاعات را بدون

ترس و استرس فراهم می‌کند، سازگاری را افزایش داده و از طریق کاهش استرس و افزایش اعتماد به نفس در ارتقاء کیفیت آموزش بالینی موثر است. این محیط امن، تمایل به یادگیری را در دانشجویان افزایش می‌دهد (۲۰).

سرداری و همکاران در سال ۱۳۹۲، تاثیر برنامه پیر منتورینگ را بر عوامل تنش‌زای محیط بالینی را در ۴۰ نفر از دانشجویان پرستاری دانشکده پرستاری آبادان را در دو گروه مورد (۱۹ نفر) و شاهد (۲۱ نفر) مورد بررسی قرار دادند. منتورها از بین دانشجویان علاقه‌مند تایید شده از نظر علمی و شخصیتی از سال‌های بالاتر انتخاب شدند و آموزش‌های لازم را دریافت کردند که در مجموع، ۴ نفر بوده و هر کدام هدایت ۳-۴ نفر منتهی را بعهده داشتند. طول دوره کارآموزی ۱۰ روز بوده و در ۳ روز اول هر هفته اجرا گردید. اطلاعات از طریق نسخه فارسی پرسشنامه عوامل تنش‌زای بالینی قبل و بعد از دوره در هر دو گروه جمع‌آوری شد. نتایج نشان‌دهنده کاهش عوامل تنش‌زا در هر دو گروه پس از دوره کارآموزی بود که در دو گروه با یکدیگر تفاوتی نداشت. عدم وجود تفاوت بین دو گروه پس از کارآموزی به تعداد دانشجویان و ویژگی‌های شخصیتی آنها در پاسخ به استرس و نیز طول دوره کارآموزی (۱۰ روزه) نسبت داده شده است. توصیه این مطالعه به اجرای منتورینگ از طریق دانشجویان ارشد بوده است (۲۱).

یعقوبیان و همکاران در سال ۱۳۸۷، تاثیر اجرای برنامه منتورشیپ بر عوامل تنش‌زای محیط‌های بالینی دانشجویان پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی ساری را مورد بررسی قرار دادند. ۷۰ نفر منتهی از میان دانشجویان ترم دوم و ۷ نفر منتور از میان دانشجویان ترم ۸ انتخاب شدند. منتهی‌ها در دو گروه مورد و شاهد (هر کدام ۳۵ نفر) قرار گرفتند. در گروه مورد، کارآموزی توسط منتور و مربی صورت گرفت و در گروه شاهد، صرفاً نقش هدایت بر عهده مربی بود. جلسات توجیهی برای منتورها و مربیان برگزار شد و عوامل تنش‌زا توسط نسخه فارسی پرسشنامه ۱۶ سوالی قبل و پس از دوره در هر دو گروه ارزیابی گردید. بیشترین عامل تنش‌زا، "ترس از انجام روش‌های اشتباه" و کمترین عامل، "سوال پرسیدن از استاد" بدست آمد. نتایج نشان‌دهنده کاهش عوامل تنش‌زا در هر دو گروه پس از برگزاری دوره بود که اختلاف بین دو گروه پس از دوره معنادار بود و گروه مورد، کاهش بیشتری را در عوامل تنش‌زا گزارش کردند. بنابراین، آموزش دانشجو محور در قالب طرح منتورشیپ و به عنوان یک روش کم‌هزینه در ارتقای عملکرد بالینی دانشجویان موثر معرفی شد. به طول دوره کارآموزی در این مطالعه اشاره نشده است (۲۲).

ضرابی و همکاران در سال ۱۳۹۶ طرح منتورینگ در دانشکده پزشکی شیراز را طراحی و سامان‌دهی نموده و برای دانشجویان پزشکی سال اول دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز ورودی‌های بهمن ۱۳۹۳ و پس از آن اجرا کردند. در این طرح از دانشجویان سال بالاتر فیزیوپات و بالینی به عنوان منتور سطح دو، اساتید الگو و مرجع به عنوان منتور سطح عالی و الگو و تعدادی از اساتید به عنوان منتور پشتیبان استفاده شد. ابتدا نیازسنجی (به صورت بارش افکار و بررسی متون) صورت گرفته و حیطه‌ها تعیین گردید و امکانات بررسی گردید. سپس سیستم طراحی، اجرا و ارزشیابی شد. منتورهای دانشجو از میان افراد دارای صلاحیت علمی، اخلاقی و علاقه‌مند و داوطلب به تعداد ۲۰ نفر (۱۰ خانم و ۱۰ آقا) انتخاب گردید. انطباق منتور و منتهی براساس جنسیت انجام شد. کارگاه‌های آموزشی در زمینه‌های یادگیری خودراهبر (مهارت‌های یادگیری)، مدل‌های منتورشیپ و مهارت‌های کارگروهی، مهارت‌های ارتباطی و حرفه‌ای‌گری برای منتورها به صورت فشرده و جامع برگزار شد. از اساتید مطرح در حیطه اخلاق، آموزش و پژوهش به عنوان اساتید الگو استفاده شد و هر ۵ منتور با یک استاد در ارتباط بودند. ۴ نفر از اساتید نیز به عنوان اساتید پشتیبان (بالینی، علوم پایه، فرهنگی-اجتماعی و روانپزشکی) وارد طرح شده و راهنمایی‌های لازم را ارائه می‌دادند. ارتباط از طریق تلفن، ایمیل و جلسات حضوری تعیین گردید. جلسات ماهانه نیز برای بررسی مشکلات احتمالی طرح تشکیل می‌شد. جهت ارزشیابی مصاحبه‌های جداگانه با منتورها و منتهی‌ها انجام شد. بازخورد این ارزشیابی‌ها به

اعضاء صورت گرفت. نتایج نشان داد معدل، سازگاری و انگیزه تحصیلی در دانشجویان منتهی بیشتر از دانشجویان دیگر بود. اکثر دانشجویان از منتورینگ رضایت داشته و خواهان ادامه این روند بودند. درصد رضایت منتور و منتهی‌ها بالای ۸۰ درصد بود. بنابراین این طرح منتورینگ در ارتقای توانمندی‌های فردی و مهارت‌های حرفه‌ای و اجتماعی موثر بوده است (۳).

## منابع

1- Karimi moonaghi H, Yazdi Moghaddam H. Role modeling and Mentor in Nursing Education. *Journal of Research in Medical Education* 2014; 6(1): 58-70.

۲- دانشمندی س، فتحی واجارگاه ک، خراساتی الف، قلیچلی ب. واکاوی اقدامات منتور و منتهی در منتورینگ اعضای

هیئت علمی جدیدالاستخدام دانشگاهها: رویکردی کیفی. *فصلنامه آموزش و توسعه منابع انسانی* ۱۳۹۶؛ ۴(۱۴): ۲۹-

۵۵.

3- Zarrabi M, Imanieh MH, Zarrabi KH, Masjedi M, Kojuri J, Amini M. Designing and Organizing Mentoring at Shiraz Medical School and Reinforcing Deep Knowledge – based Education using Mentoring. *Journal of Tebvatazkiyeh* 2017; 26(3): 228-236.

4- Frei E, Stamm M, Buddeberg-Fischer B. Mentoring programs for medical students-a review of the PubMed literature 2000-2008. *BMC Medical Education* 2010; 10(32): 1-14.

5- Eller, LS, Lev EL, Feurer A. Key components of an effective mentoring relationship: a qualitative study. *Nurse Education Today* 2014; 34: 815-820.

6- Milner T, Bossers A. Evaluation of the mentor-mentee relationship in an occupational therapy mentorship programme. *Occupational Therapy International* 2004; 11(2): 96-111.

7- Taherian K, Shekarchian M: Mentoring for doctors: do it benefits outweigh its disadvantages? *Medical Teacher* 2008; 30(4): e95-99.

8- Buddeberg-Fischer B, Herta KD. Formal mentoring programmes for medical students and doctors- a review of the Medline literature. *Medical Teacher* 2006; 28(3): 248-257.

9- Hauer KE, Taherani A, Dechet A, Aagaard EM. Medical students' perceptions of mentoring: a focus-group analysis. *Medical Teacher* 2005; 27(8): 732-734.

10- Pinilla S, Pander T, von der Borch Ph, Fischer MR, Dimitriadis K. 5 years of experience with a large-scale mentoring program for medical students. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* 2015; 32(1): 1-14.

11- Mirbagher Ajorpaz N, Zagheri Tafreshi M, Mohtashami J, Zayeri F. Mentoring in training of operating room students: a systematic review. *Journal of Nursing Education* 2016; 5(3): 47-54.

12- Rose GL, Rukstalis MR, Schuckit MA: Informal mentoring between faculty and medical students. *Academic Medicine* 2005; 80(4): 344-348.

13- Jokelainen M, Turnunen H, Tossavainen K, Jamookeah D, Coco K. A systematic review of mentoring nursing students in clinical placements. *Journal of Clinical Nursing* 2011; 20: 2854-2867.

14- Hamshire C, Wibberley Ch. Fitting in with the team: facilitative mentors in physiotherapy student placements. *Teaching and Learning Inquiry* 2017; 5(2): 80-88.



- 15- Daneshmandi S, Fathi Vajargah K, Khorasani A, Ghlichlee B. *The Application of Mentoring Method for University Faculty Members: A Review Study. Journal of Higher Education Curriculum Studies* 2017; 7(14): 77 -102.
- 16- Hatam Siahkal MahallehAR, Rezaei S, Khaksari Z, Jamshidi Moghaddam J. *The relationship between emotional intelligence, job satisfaction, and commitment on mentoring function from the perspective of Pour-sina Hospital personnel in Rasht: a case study. Journal of Hospital* 2017; 16(3): 71-83.
- 17- Heydari H, Raoufi Sh, Kamran A. *Strategies to Improve Mentorship Plan: a Qualitative Study. Iranian Journal of Medical Education* 2015; 15(22): 146-159.
- 18- Mohammadi E, Amini M, Moaddab N, Jafari MM, Farajpur A. *Faculty member's viewpoints about the characteristics of an ideal mentor, Shiraz University of Medical Sciences, 2013. At <http://mediaj.sums.ac.ir/online> ; 6(2): 20-25.*
- 19- Mohammadpoory Z, Hoseini MA, Abbasi A, Biglarian A, Khankeh H. *T effect of mentorship on stress of nursing students. Journal of Nursing Education* 2017; 6(3): 31-37.
- 20- Nasiri M, Jahanshahi M, Jannatpoor Z, Navvabi N, Shamsalinia A. *The Effect of Mentorship Program on Stressors and Self-Confidence of Nursing Students in the Clinical Settings in 2015-2016. Journal of Education Strategies in Medical Sciences* 2017; 47(11): 66-73.
- 21- Sardari Kashkooli F, Sabeti F, Mardani HA, Shayesteh Fard M. *The Effect of Peer-Mentoring Program on Nursing Students' Clinical Environment Stressors. Armaghane-danesh, Yasuj University of Original Article Medical Sciences Journal* 2013; 18(10): 836-846.

۲۲. یعقوبیان م، سال مه ف، یعقوبی ط. تاثیر اجرای برنامه *Mentoring* بر عوامل تنش‌زای محیط بالینی دانشجویان پرستاری. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران* ۱۳۸۷؛ ۱۸ (۶۶): ۴۲-۵۰.

### **شرح مختصری از فعالیت صورت گرفته را بنویسید (آماده سازی، چگونگی تجزیه و تحلیل موقعیت و تطبیق متدولوژی، اجرا و ارزشیابی را در این بخش بنویسید):**

در ابتدا مروری بر متون توسط مسئول اساتید مشاور دانشکده و مسئول منتورینگ دانشکده با توجه به نیازهای پس از فارغ التحصیلی در فارغ التحصیلان رشته‌های توانبخشی مورد بررسی قرار گرفت و نیاز به وجود برنامه منتورینگ با توجه به چالش‌های پس از فارغ التحصیلی مشخص شد. در این مورد از نظرات فارغ التحصیلان در جلسات بارش افکار، بهره گرفته شد. سپس روش‌های مختلف منتورینگ مورد بررسی قرار گرفت و از میان آنها برنامه منتورشیپ دانشجویان سال آخر به صورت ذیل طراحی گردید. لازم به ذکر است از حدود یک سال و نیم قبل، برنامه منتورشیپ در دانشکده شروع به کار کرده است و اولین گروه منتی‌ها از میان دانشجویان ورودی سال ۱۳۹۶ به بعد بوده‌اند و برای ورودی‌های قبلی برنامه اجرا نشده بود. فلذا جهت طراحی برنامه از مدل‌های ارائه شده در دانشکده پزشکی در داخل و خارج از کشور و نیز مدل ارائه شده برای رشته‌های توانبخشی در خارج از کشور ایده گرفته شد و برنامه ذیل در سه فاز طراحی گردید:

"منتورینگ دانشجویان سال آخر توسط کارشناسان فارغ التحصیل به عنوان سطح اول و اساتید دانشکده توانبخشی به عنوان سطح دوم و اساتید پشتیبان در سطح سوم"

در فاز اول، نظرات اساتید و فارغ التحصیلان بررسی گردید و ابتدا جلسات انفرادی با هر کدام از منتورها تشکیل گردید و دلایل برگزاری جلسات منتورینگ به ایشان شرح داده شد. برنامه اولیه به صورت جلسات بارش افکار دانشجویان سال آخر با حضور فارغ التحصیلان از مقاطع کارشناسی، ارشد و دکترا (که در مقطع ارشد و دکترا در حال تحصیل بودند) برنامه‌ریزی شد. جلسات خانم‌ها و آقایان با توجه به انطباق جنسیتی به صورت جداگانه تشکیل شد. منتی‌ها از دانشجویان فیزیوتراپی سال آخر (ورودی ۱۳۹۳) بودند که به صورت داوطلبانه پس از اطلاع‌رسانی در جلسات شرکت کردند. منتورها از دانشجویان و فارغ التحصیلان فیزیوتراپی در مقاطع تحصیلات تکمیلی انتخاب شدند و افرادی بودند که دارای حسن شهرت، علاقه‌مندی به رشته، صلاحیت علمی و اخلاقی در هر کدام از مقاطع کارشناسی تا دکترا بودند و همگی از دانشجویان سابق دانشکده توانبخشی در مقطع کارشناسی انتخاب شدند تا شناخت اساتید از آنها کامل باشد. تنها یک نفر از منتورهای در حال تحصیل در مقطع کارشناسی ارشد دارای پایه کارشناسی از دانشگاه علوم پزشکی تبریز نبود که بدلیل وجود شناخت قبلی، وارد طرح شد. در ادامه، جلسات منتورینگ به صورت همتایان (*Peer Mentoring*) تشکیل گردید و دانشجویان سئوالات خود را در زمینه‌های مختلف پس از فارغ التحصیلی از قبیل شروع طرح، شرایط استخدامی، ادامه تحصیل، تاسیس کلینیک، فعالیت در کلینیک‌های خصوصی یا ادامه تحصیل در رشته‌ای دیگر مطرح کردند. محتوای جلسات توسط استاد پشتیبان ضبط و مکتوب شد.

در فاز دوم، برآیند گفتگوهای ضبط شده از طریق اساتید پشتیبان (مسئول نظام استاد مشاور و مسئول منتورینگ دانشکده) بررسی و تحلیل گردید و آیتم‌هایی که شامل عمده موارد تنش‌زا از نظر دانشجویان بود، استخراج گردید. بیشترین میزان دغدغه دانشجویان که زمینه ساز اضطراب و ابهام آنها بود، شامل موارد نحوه اقدام به طرح، قوانین سازمانی و شرایط استخدامی، شرایط ادامه تحصیل، کمک هزینه‌های تحصیلی در دوران تحصیلات تکمیلی، شرایط اقدام به تاسیس کلینیک، وام‌های جاری و بیمه مسئولیت حرفه‌ای بود.

در فاز سوم، آیتم‌های استخراج شده از طریق اساتید منتخب گروه‌های مختلف فیزیوتراپی، کاردرمانی، شنوایی شناسی و گفتاردرمانی به عنوان منتورهای سطح دوم مورد بررسی قرار گرفت و در هر رشته اطلاعات و آیین‌نامه‌های مرتبط جمع‌آوری شد. سپس این موارد از طریق دانشجوی منتور به صورت کتابچه‌های هر کدام از رشته‌ها آماده‌سازی گردید. متعاقب آن، فرم‌های نظرسنجی در مورد نگرانی‌های فارغ التحصیلی و میزان اطلاع دانشجویان از قوانین مرتبط در میان هر رشته توسط دانشجوی منتور توزیع و نظرات جمع‌آوری گردید. در مرحله بعد، نتایج این نظرات تحلیل شده و اولویت‌های هر رشته به صورت جداگانه تعیین گردید. سپس هر کدام از اساتید منتور در یک جلسه توجیهی انفرادی با دلایل توجیهی اختصاصی برای برگزاری جلسات آن رشته آشنا شده و نظرات و پیشنهادات خود را مطرح نمودند. بنابراین تغییرات نهایی به کتابچه‌های توجیهی بر این اساس اعمال گردید. جلسات منتورینگ با حضور دانشجویان داوطلب سال آخر هر رشته (ورودی ۹۴) به عنوان منتی و به صورت مجزا برای هر رشته و با حضور اساتید منتور، دانشجوی منتورینگ و اساتید پشتیبان برگزار شد. در این جلسات، ابتدا اساتید پشتیبان هدف از منتورینگ را تشریح کرده و سپس اطلاعات اصلی در مورد موارد اختصاصی هر رشته توسط استاد منتور ارائه می‌شد. در ادامه، دانشجویان سئوالات خود را در زمینه‌های مختلف پس از فارغ التحصیلی می‌پرسیدند و توسط اساتید راهنمایی می‌شدند. در ابتدای جلسه، کتابچه فارغ التحصیلی در یک دی وی در قالب یه بسته حاوی خودکار، برگه برای یادداشت و فرم نظرسنجی به آنها تحویل داده شد.

نگرش دانشجویان در مورد آینده پس از فارغ التحصیلی در فاز ۱ و ۳ از طریق یک پرسشنامه خود ساخته ۱۵ سئوالی جمع‌آوری و مورد بررسی قرار گرفت. آیتم‌های پرسشنامه پس از مشورت با فارغ التحصیلان و توسط اساتید پشتیبان طراحی گردید. روایی محتوایی پرسشنامه توسط پانل خبرگان تایید گردید. آیتم‌ها عبارت بود از: ابهام در مورد آینده شغلی، احساس اضطراب

نسبت به آینده و درآمد، تمایل به ادامه تحصیل در مقاطع بالاتر یا سایر رشته‌ها (کنکور سراسری مجدد)، تصمیم در مورد شروع طرح نیروی انسانی، فعالیت در کلینیک‌های خصوصی یا دایر کردن کلینیک شخصی، آشنائی با قوانین مقررات و اخلاق حرفه‌ای، آشنائی با قوانین شروع طرح، آشنائی با قوانین دایر کردن کلینیک شخصی، آشنائی با قوانین فعالیت در سایر کلینیک‌ها، امور بیمه‌ای و مسئولیت فنی، آشنائی با قوانین و آیین‌نامه‌های ادامه تحصیل، گرفتن تصمیم مناسب و مشخص برای آینده شغلی، مهم دانستن نقش دانشگاه در آگاه‌سازی خود نسبت به آینده شغلی و میزان مشورت با اساتید و فارغ التحصیلان در این خصوص. در مورد آقایان، در مورد نگرانی در مورد نحوه شروع خدمت سربازی نیز سؤال شد. دانشجویان به سؤالات به صورت یک مقیاس لیکرت ۵ نقطه‌ای نمره می‌داد. ۱ معادل خیلی کم و ۵ معادل خیلی زیاد بود. سپس در فاز ۳ از دانشجویان در مورد اینکه چقدر از برنامه منتورشیپ، عملکرد منتور، طول دوره منتورینگ و محل برگزاری دوره رضایت داشته‌اند، نیز چقدر تمایل به ادامه روند منتورشیپ در آینده هستند و چقدر این برنامه را به سایر دانشجویان توصیه می‌کنند، سؤال شد.

### **شیوه‌های تعامل با محیط که در آن فعالیت نوآوران به محیط معرفی شده و یا مورد نقد قرار گرفته را ذکر کنید.**

برنامه منتورشیپ در دانشکده توانبخشی از سال ۱۳۹۶ و برای ورودی‌های مقاطع کارشناسی رشته‌های توانبخشی شروع به کار کرده است که این برنامه تاکنون ادامه دارد. طی جلساتی که با حضور مسئول نظام استاد مشاور دانشکده و مسئول منتورینگ برگزار گردید و با توجه به نیاز مبرم هدایت دانشجویان در شرف فارغ التحصیلی و نیز آگاه‌سازی آنها نسبت به چالش‌های پس از فارغ التحصیلی، نیاز به وجود برنامه منتورشیپ برای ورودی‌های قبل از ۱۳۹۶ احساس شد. سپس جلساتی با حضور فارغ التحصیلان رشته‌ها تشکیل گردید که آنها نیز به ضرورت وجود چنین برنامه‌ای تاکید کردند. از آنجاییکه برنامه مشابهی با توجه به نیازهای تخصصی رشته‌های توانبخشی در کشور وجود نداشت، برنامه منتورشیپ در سه فاز طبق اطلاعات فوق و براساس مدل‌های ارائه شده برای گروه‌های پزشکی و مدل‌های خارج از کشور طراحی گردید. اصول منتورشیپ در این برنامه رعایت شد و تلاش گردید از حضور افراد منتور در سطوح مختلف که علاقه‌مند به فعالیت و نیز دارای صلاحیت کافی بودند بهره گرفته شود. این برنامه در مورد ورودی ۹۳ رشته فیزیوتراپی و ورودی ۹۴ تمامی رشته‌های توانبخشی اجرا شد. میزان استقبال دانشجویان به عنوان منتهی در این برنامه بالای ۹۰ درصد بود و نتایج نشان‌دهنده رضایت آنها از برنامه بوده است. با وجود عدم تغییر اضطراب و ابهام دانشجویان، سطح آگاهی کلی دانشجویان نسبت به موارد پس از فارغ التحصیلی افزایش یافت و میزان رغبت آنها به ادامه برنامه متأثر از عملکرد مناسب منتورها بود. بدلیل رضایت از برنامه منتورشیپ و منتورها، منتهی‌ها این برنامه را به سایر دانشجویان نیز توصیه کردند. میزان رضایت کلی از برنامه منتورشیپ و منتور بالای ۸۰ درصد، میزان رضایت از طول دوره بالای ۷۰ درصد و مکان جلسات بالای ۶۰ درصد بود. میزان تمایل به ادامه برنامه بالای ۹۰ درصد بود و این برنامه را با درصد رضایت ۸۵ درصد به سایر دانشجویان توصیه کردند. این نتایج نشان از موفقیت برنامه منتورشیپ می‌باشد. این برنامه سبب افزایش معنادار سطح آگاهی دانشجویان در حیطه‌های مختلف شروع طرح نیروی انسانی، ادامه تحصیل، تاسیس کلینیک شخصی و فعالیت در کلینیک سایرین شد. دانشجویان نقش دانشگاه را در آگاه‌سازی به طور معناداری مهم تلقی کردند و مشورت بیشتری از اساتید خود دریافت نمودند.

البته در این برنامه امکان دسترسی به شبکه‌های اجتماعی و خدمات تحت وب تعریف نشده بود و به نظر می‌رسد بدلیل محدودیت زمانی منتورها و نیز منتهی‌ها در سال آخر، هدایت برنامه الکترونیک کمک شایانی در پیشبرد برنامه داشته باشد. البته هدایت‌کنندگان برنامه، برنامه‌ها را با بررسی دقیق برنامه کلاسی دانشجویان و مطابقت آنها با برنامه‌های منتورها، سطوح

مختلف برنامه‌ریزی می‌کردند. هرچند، این برنامه‌ریزی با مشکلاتی مواجه بود چون دانشجویان سال آخر در تایم صبح در مراکز کارآموزی حضور داشتند و اکثراً دعوت آنها به جلسات با توجه مشغله اساتید با چالش‌هایی مواجه می‌شد. شایان ذکر است از ۵۸ نفر کل ورودی ۹۴ دانشکده توانبخشی در مقطع کارشناسی، ۵۵ نفر در جلسات شرکت کردند، ولی بسته‌ها به دانشجویان غایب در جلسات نیز تحویل گردید.

محدودیت دیگر این برنامه، نبود منتورینگ تک به تک بود و جلسات به صورت همتایان تشکیل گردید. علت این مساله وجود مشغله اساتید منتور و نیز منتورهای فارغ التحصیل بود. فلذا بهتر است جلسات تک به تک در برنامه‌های آتی برنامه‌ریزی و اجرا گردد.

محدودیت دیگر، نبود پایش و یا ادامه برنامه پس از فارغ التحصیل شدن دانشجویان ورودی ۹۳ بود زیرا اکثر دانشجویان در محل دیگری مشغول به کار یا زندگی بودند. اکثر مطالعات نیز توقف برنامه‌های منتورینگ را به نقل مکان منتهی‌ها پس از فارغ التحصیلی نسبت می‌دهند. البته دانشجویان ورودی ۹۴ همچنان در حال تحصیل هستند و این برنامه تا زمان فارغ التحصیلی ایشان به صورت جلسات همتایان و نیز تکی برنامه‌ریزی شده است. تلاش گروه منتورینگ دانشکده توانبخشی، پیگیری روند حرفه‌ای و یا پیشبرد اهداف این دانشجویان پس از فارغ التحصیلی نیز می‌باشد و این مساله در جلسات به دانشجویان تاکید شده است.

توصیه می‌شود برنامه‌های آتی منتورشیپ حتی الامکان به صورت تک به تک با طول دوره بیشتر، با بهره‌گیری از امکانات تحت وب و به صورت جلسات بیشتری خصوصاً پس از فارغ التحصیلی و در دو سال اول ادامه یابد تا امکان موفقیت‌های شغلی منتهی افزوده شده و منتهی بهتر بتواند با اعتماد به نفس بیشتر استرس و تنش را کنترل کرده و به تعادل کافی در شغل و زندگی دست یابد.

نیز پیشنهاد می‌شود نحوه هدایت برنامه منتورشیپ به صورت طراحی مطالعات کیفی و کمی مورد بررسی قرار گرفته و از نتایج حاصل از آن در بهبود برنامه بهره گرفته شود.

**نتایج حاصل از این فعالیت و این که فعالیت ارائه شده چگونه موفق شده است به اهداف خود دست یابد را**

#### **بنویسید.**

ورودی ۹۳ کارشناسی رشته فیزیوتراپی شامل ۲۱ نفر بود که ۱۲ نفر به صورت داوطلبانه به عنوان منتهی در منتورشیپ شرکت کردند. ۵ منتور در این فاز در سطح دو شرکت کردند. در سطح ۳، دو استاد پشتیبان جلسات را هدایت کردند. با در نظر گرفتن سطح برش ۳ (کسب مقدار بزرگتر یا مساوی ۳)، به عنوان اثرمندی هر آیت، بررسی نگرش دانشجویان در فاز ۱ قبل از شروع برنامه منتورشیپ، نتایج زیر را نشان داد:

- ۱- ۷۵ درصد از دانشجویان نسبت به آینده شغلی خود ابهام داشتند.
- ۲- ۹۱/۷ درصد از دانشجویان نسبت به آینده شغلی و درآمدی احساس اضطراب می‌کردند.
- ۳- ۷۵ درصد از دانشجویان تصمیم به ادامه تحصیل در مقطع کارشناسی ارشد رشته فیزیوتراپی را داشتند.
- ۴- ۵۰ درصد از دانشجویان تصمیم به ادامه تحصیل در سایر رشته‌های علوم پزشکی یا شرکت مجدد در کنکور سراسری را داشتند.
- ۵- ۹۱/۷ درصد از دانشجویان تصمیم به فعالیت به عنوان نیروی طرحی را داشتند.
- ۶- ۷۵ درصد از دانشجویان احساس نگرانی و ابهام نسبت به روند اداری فعالیت در قالب نیروی طرحی را داشتند.
- ۷- ۷۵ درصد از دانشجویان تصمیم به دایر نمودن کلینیک شخصی داشتند.

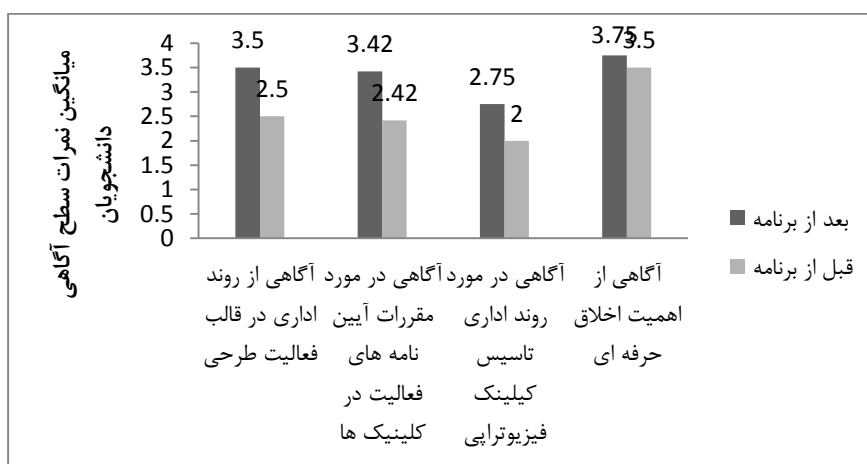
- ۸- ۵۰ درصد از دانشجویان از قوانین همکاری با سایر کلینیک‌ها، مراکز توانبخشی و قوانین بیمه‌ها آشنائی داشتند.
- ۹- ۸۳/۳ درصد از دانشجویان نسبت به روند اداری و تجهیزات مورد نیاز جهت تاسیس کلینیک فیزیوتراپی دچار ابهام و نگرانی بودند.
- ۱۰- ۶۶/۶ درصد از دانشجویان تصمیم به ادامه تحصیل تا مقطع دکترای فیزیوتراپی و فعالیت دانشگاهی داشتند.
- ۱۱- ۹۱/۷ درصد از دانشجویان تصمیم به ادامه تحصیل جهت اخذ مدرک دکترای حرفه‌ای فیزیوتراپی داشتند.
- ۱۲- ۹۱/۷ درصد از دانشجویان از اهمیت اخلاق حرفه‌ای در پیشبرد اهداف و حفظ شان رشته فیزیوتراپی آگاه بودند. پس از اتمام برنامه منتورشیپ در فاز ۱، مجدداً بررسی‌ها به عمل آمد و تاثیر برنامه با در نظر گرفتن سطح برش ۳ با توجه به نگرش دانشجویان نسبت به منتورشیپ به صورت ذیل بدست آمد:
- ۱- ۷۵ درصد از ابهام دانشجویان را نسبت به آینده شغلی خود کاست.
- ۲- ۶۶/۶ درصد از اضطراب دانشجویان نسبت به آینده شغلی و درآمد کاست.
- ۳- ۵۸/۴ درصد از دانشجویان به ادامه تحصیل در مقطع کارشناسی ارشد رشته فیزیوتراپی ترغیب شدند.
- ۴- ۴۱/۶ درصد از دانشجویان در مورد ادامه تحصیل در سایر رشته‌های علوم پزشکی یا شرکت مجدد در کنکور سراسری بازنگری کردند.
- ۵- ۷۵ درصد از دانشجویان تصمیم به فعالیت به عنوان نیروی طرحی را گرفتند.
- ۶- ۷۵ درصد از دانشجویان نسبت به روند اداری فعالیت در قالب نیروی طرحی آگاهی یافتند.
- ۷- ۸۳/۳ درصد از دانشجویان تصمیم به دایر نمودن کلینیک شخصی گرفتند.
- ۸- ۸۳/۳ درصد از دانشجویان از قوانین همکاری با سایر کلینیک‌ها، مراکز توانبخشی و قوانین بیمه‌ها آگاهی‌کسب کردند.
- ۹- ۷۵ درصد از دانشجویان نسبت به روند اداری و تجهیزات مورد نیاز جهت تاسیس کلینیک فیزیوتراپی آگاهی کسب کردند.
- ۱۰- ۶۶/۷ درصد از دانشجویان تصمیم به ادامه تحصیل تا مقطع دکترای فیزیوتراپی و فعالیت دانشگاهی گرفتند.
- ۱۱- ۷۵ درصد از دانشجویان تصمیم به ادامه تحصیل جهت اخذ مدرک دکترای حرفه‌ای فیزیوتراپی داشتند.
- ۱۲- ۹۱/۷ درصد از دانشجویان از اهمیت اخلاق حرفه‌ای در پیشبرد اهداف و حفظ شان رشته فیزیوتراپی آگاه شدند.
- بنابراین به نظر می‌رسد بیشترین اثرگذاری برنامه منتورشیپ در کسب آگاهی از قوانین اداری پس از فارغ التحصیلی در زمینه فعالیت بالینی بوده است. ضمناً به نظر می‌رسد دانشجویان با شرکت در این برنامه از طریق کاهش ابهام در مورد آینده شغلی، توانسته‌اند نگرش واقع‌گرایانه‌تری نسبت به مجموعه اقدام‌ها و تصمیمات خود پس از فارغ التحصیلی کسب کنند. میانگین نمرات تاثیر برنامه منتورشیپ در کنترل ابهام و اضطراب دانشجویان در نمودار ۱ اشاره شده است.

نمودار ۱- میانگین نمرات تاثیر برنامه منتورشیپ در کنترل ابهام و اضطراب دانشجویان در فاز ۱



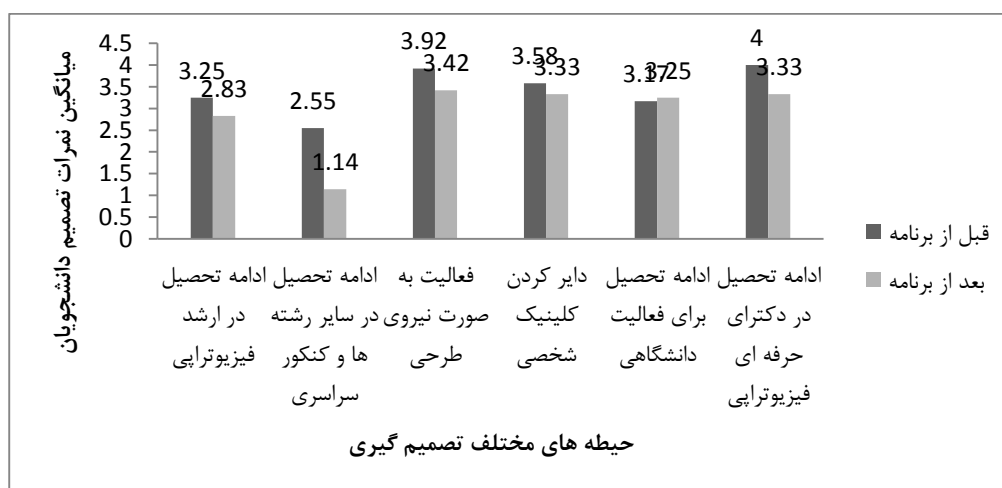
تاثیر برنامه منتورشیپ در افزایش میانگین نمرات آگاهی دانشجویان در نمودار ۲ اشاره شده است.

نمودار ۲- تاثیر برنامه منتورشیپ در افزایش میانگین نمرات سطح آگاهی دانشجویان در فاز ۱



روند تصمیم‌گیری دانشجویان قبل و بعد از اجرای برنامه منتورشیپ در نمودار ۳ ذکر شده است. براساس نمودار، تصمیم‌گیری دانشجویان در حوزه‌های مختلف تغییر کرد و مهم‌ترین یافته‌ها، کاهش تمایل دانشجویان به ادامه تحصیل در سایر رشته‌ها و شرکت مجدد در کنکور سراسری و نیز افزایش تمایل آنها به ادامه تحصیل با هدف فعالیت دانشگاهی بود. کاهش تمایل دانشجویان به ادامه تحصیل در مقطع دکترای حرفه‌ای با توجه به اجرایی نشدن این مقطع در کشور به صورت عمومی و نیاز به گذراندن این دوره در خارج از کشور، نشان‌دهنده تصمیم‌گیری معقولانه‌تر دانشجویان بوده است.

نمودار ۳- روند تصمیم‌گیری دانشجویان قبل و بعد از اجرای برنامه منتورشیپ



در دانشجویان آقای، برنامه منتورشیپ در ۵۸/۴ درصد از دانشجویان از نگرانی در مورد خدمت سربازی کاست. در فاز سوم، ۵۵ نفر از کل ورودی ۹۴ دانشکده توانبخشی در مقطع کارشناسی و به عنوان منتهی (تعداد کل ۵۸ نفر)، در برنامه منتورشیپ شرکت کردند. ۶ استاد منتور در سطح دو، ۲ استاد پشتیبان در سطح ۳ و یک دانشجوی منتور در سطح ۱ در این برنامه مشارکت کردند که در تنظیم برنامه‌ها، ۳ دانشجوی منتور دیگر نیز مشارکت کردند. منتور برای رشته گفتاردرمانی بدلیل پیچیدگی برنامه درسی، ۲ استاد در نظر گرفته شد. نتایج بررسی در فاز سوم به صورت ذیل بدست آمد:

میزان استقبال از برنامه، ۹۴/۸ درصد بود.

درصد فراوانی متغیرهای توصیفی به صورت کلی در جدول شماره ۱ ذکر شده است.

رشته			
۲۷/۳ درصد	مرد	جنسیت	
۷۲/۷ درصد	زن		
۱/۹ درصد	زیر ۱۳	معدل کل	
۳/۷ درصد	۱۳-۱۵		
۵۳/۷ درصد	۱۷-۱۵		
۴۰/۷ درصد	بالای ۱۷		
۲۹/۵ درصد	مستقیم	نحوه قبولی در کنکور سراسری	
۷۰/۵ درصد	پشت کنکور		

در رشته های مختلف فیزیوتراپی، کاردرمانی، گفتاردرمانی و شنوایی شناسی درصد فراوانی متغیرهای توصیفی مطابق جدول ۲ بدست آمد.

جدول ۲- درصد فراوانی متغیرهای توصیفی در رشته های فیزیوتراپی، کاردرمانی، گفتاردرمانی و شنوایی شناسی

رشته					
شنوایی شناسی	گفتاردرمانی	کاردرمانی	فیزیوتراپی	جنسیت	
۲۵ درصد	۲۳/۵ درصد	۳۱/۶ درصد	۲۷/۳ درصد		
۷۵ درصد	۷۶/۵ درصد	۶۸/۴ درصد	۷۲/۷ درصد	زن	
-	-	۵/۳ درصد	-	زیر ۱۳	معدل کل
-	۱۱/۸ درصد	-	-	۱۳-۱۵	
۵۰ درصد	۴۷/۱ درصد	۵۲/۶ درصد	۷۰ درصد	۱۷-۱۵	
۵۰ درصد	۴۱/۲ درصد	۴۲/۱ درصد	۳۰ درصد	بالای ۱۷	
۱۴/۳ درصد	۳۷/۵ درصد	۳۰/۸ درصد	۲۵ درصد	مستقیم	نحوه قبولی در کنکور سراسری
۸۵/۷ درصد	۶۲/۵ درصد	۶۹/۲ درصد	۷۵ درصد	پشت کنکور	

درصد فراوانی متغیرهای مربوط به دوره منتورشیپ به صورت کلی در جدول شماره ۳ ذکر شده است.

جدول شماره ۳- درصد فراوانی متغیرهای مربوط به دوره منتورشیپ به صورت کلی (۵۵ نفر)

ردیف	سئوال	خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم
۱	میزان رضایت از برنامه منتورشیپ	۲۴/۴ درصد	۶۱/۰ درصد	۹/۸ درصد	-	۴/۹ درصد
۲	میزان رضایت از عملکرد منتور	۲۵/۵ درصد	۵۵ درصد	۱۵ درصد	-	۲/۵ درصد
۳	میزان مناسب بودن طول دوره	۱۷/۱ درصد	۵۳/۷ درصد	۲۲ درصد	۴/۹ درصد	۲/۴ درصد
۴	میزان مناسب بودن مکان جلسه	۳۴/۱ درصد	۴۶/۳ درصد	۱۴/۶ درصد	۴/۹ درصد	-
۵	میزان تمایل به ادامه برنامه منتورشیپ	۶۰ درصد	۳۰ درصد	۷/۵ درصد	۲/۵ درصد	-
۶	میزان پیشنهاد شرکت در برنامه منتورشیپ به سایر دانشجویان	۵۶/۱ درصد	۲۹/۳ درصد	۱۴/۶ درصد	-	-

درصد فراوانی متغیرهای مربوط به دوره منتورشیپ در جداول شماره ۴ تا ۷ به تفکیک رشته ذکر شده است.

جدول شماره ۴- درصد فراوانی متغیرهای مربوط به دوره منتورشیپ در رشته فیزیوتراپی (۱۰ نفر)

ردیف	سئوال	خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم
۱	میزان رضایت از برنامه منتورشیپ	۱۲/۵ درصد	۸۷/۵ درصد	-	-	-
۲	میزان رضایت از عملکرد منتور	۱۲/۵ درصد	۷۵ درصد	۱۲/۵ درصد	-	-
۳	میزان مناسب بودن طول دوره	۲۵ درصد	۵۰ درصد	۲۵ درصد	-	-
۴	میزان مناسب بودن مکان جلسه	۲۵ درصد	۶۲/۵ درصد	۱۲/۵ درصد	-	-
۵	میزان تمایل به ادامه برنامه منتورشیپ	۳۷/۵ درصد	۶۲/۵ درصد	-	-	-
۶	میزان پیشنهاد شرکت در برنامه منتورشیپ به سایر دانشجویان	۳۷/۵ درصد	۵۰ درصد	۱۲/۵ درصد	-	-



جدول شماره ۵- درصد فراوانی متغیرهای مربوط به دوره منتورشیپ در رشته کاردرمانی (۲۱ نفر)

ردیف	سئوال	خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم
۱	میزان رضایت از برنامه منتورشیپ	۲۷/۳ درصد	۶۳/۶ درصد	۹/۱ درصد	-	-
۲	میزان رضایت از عملکرد منتور	۲۰ درصد	۶۰ درصد	۲۰ درصد	-	-
۳	میزان مناسب بودن طول دوره	۹/۱ درصد	۷۲/۷ درصد	۱۸/۲ درصد	-	-
۴	میزان مناسب بودن مکان جلسه	۵۴/۵ درصد	۴۵/۵ درصد	-	-	-
۵	میزان تمایل به ادامه برنامه منتورشیپ	۷۰ درصد	۳۰ درصد	-	-	-
۶	میزان پیشنهاد شرکت در برنامه منتورشیپ به سایر دانشجویان	۵۴/۵ درصد	۳۶/۴ درصد	۹/۱ درصد	-	-

جدول شماره ۶- درصد فراوانی متغیرهای مربوط به دوره منتورشیپ در رشته گفتاردرمانی (۱۷ نفر)

ردیف	سئوال	خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم
۱	میزان رضایت از برنامه منتورشیپ	۳۱/۳ درصد	۵۰ درصد	۶/۶ درصد	-	۱۲/۵ درصد
۲	میزان رضایت از عملکرد منتور	۳۷/۵ درصد	۴۳/۸ درصد	۱۲/۵ درصد	-	۶/۳ درصد
۳	میزان مناسب بودن طول دوره	۱۸/۸ درصد	۴۳/۸ درصد	۱۸/۸ درصد	۱۲/۵ درصد	۶/۳ درصد
۴	میزان مناسب بودن مکان جلسه	۲۵ درصد	۴۳/۸ درصد	۱۸/۸ درصد	۱۲/۵ درصد	-
۵	میزان تمایل به ادامه برنامه منتورشیپ	۷۵ درصد	۱۲/۵ درصد	۶/۳ درصد	-	۶/۳ درصد
۶	میزان پیشنهاد شرکت در برنامه منتورشیپ به سایر دانشجویان	۷۵ درصد	۱۲/۵ درصد	۱۲/۵ درصد	-	-

جدول شماره ۷- درصد فراوانی متغیرهای مربوط به دوره منتورشیپ در رشته شنوایی شناسی (۸ نفر)

ردیف	سئوال	خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم
۱	میزان رضایت از برنامه منتورشیپ	۱۶/۷ درصد	۵۰ درصد	۳۳/۳ درصد	-	-
۲	میزان رضایت از عملکرد منتور	۳۳/۳ درصد	۵۰ درصد	۱۶/۷ درصد	-	-
۳	میزان مناسب بودن طول دوره	۱۶/۷ درصد	۵۰ درصد	۳۳/۳ درصد	-	-
۴	میزان مناسب بودن مکان جلسه	۳۳/۳ درصد	۳۳/۳ درصد	۳۳/۳ درصد	-	-
۵	میزان تمایل به ادامه برنامه منتورشیپ	۳۳/۳ درصد	۳۳/۳ درصد	۳۳/۳ درصد	-	-
۶	میزان پیشنهاد شرکت در برنامه منتورشیپ به سایر دانشجویان	۳۳/۳ درصد	۳۳/۳ درصد	۳۳/۳ درصد	-	-

نتایج تی زوج برای مقایسه نگرش دانشجویان پس از اجرای برنامه منتورینگ به صورت کلی در جدول شماره ۸ ارائه شده است. نتایج معنادار با ستاره مشخص شده است.

جدول شماره ۸- مقایسه نگرش دانشجویان پس از اجرای برنامه منتورینگ به صورت کلی

ردیف	سؤال	قبل از برنامه	پس از برنامه	سطح معناداری
۱	میزان ابهام نسبت به آینده شغلی	۲/۹۸±۱/۱۴	۲/۷۵±۱/۰۳	۰/۲۴۳
۲	میزان اضطراب نسبت به آینده شغلی	۳/۰۷±۱/۱۸	۳/۲۲±۱/۰۵	۰/۳۳۷
۳	میزان تصمیم به ادامه تحصیل در مقطع ارشد	۲/۹۰±۱/۱۹	۳/۲۰±۱/۲۸	۰/۰۶۳
۴	میزان تصمیم شرکت مجدد در کنکور سراسری	۱/۵۰±۰/۹۳	۱/۴۰±۰/۸۷	۰/۳۷۸
۵	میزان تصمیم به فعالیت در قالب طرح نیروی انسانی	۳/۱۳±۱/۲۸	۳/۳۷±۱/۲۲	۰/۲۲۱
۶	میزان تصمیم به دایر کردن کلینیک شخصی	۴/۱۳±۰/۸۳	۴/۰۲±۰/۹۲	۰/۵۱۲
۷	میزان تصمیم به ادامه تحصیل و فعالیت دانشگاهی	۲/۹۸±۱/۳۳	۳/۱۰±۱/۱۴	۰/۴۱۸
۸	میزان آگاهی از قوانین اداری شروع طرح نیروی انسانی	۲/۱۶±۰/۹۷	۳/۳۶±۰/۹۱	* ۰/۰۰۰
۹	میزان آگاهی از قوانین تاسیس کلینیک	۲/۵۵±۰/۸۲	۳/۵۸±۰/۶۷	* ۰/۰۰۰
۱۰	میزان آگاهی از قوانین و آیین نامه‌های ادامه تحصیل	۲/۶۲±۰/۹۴	۳/۳۴±۰/۸۱	* ۰/۰۰۰
۱۱	میزان آگاهی از قوانین فعالیت در کلینیکهای توانبخشی، امور بیمه ای و مسئولیت فنی	۲/۴۸±۰/۷۲	۳/۱۵±۰/۷۴	* ۰/۰۰۰
۱۲	میزان گرفتن تصمیم مناسب و مشخصی برای آینده شغلی	۳/۱۳±۰/۸۳	۳/۳۸±۰/۸۱	۰/۱۰۵
۱۳	میزان اهمیت نقش دانشگاه در آگاه سازی دانشجویان نسبت به آینده شغلی	۲/۷۷±۱/۳۳	۳/۷۷±۰/۸۱	* ۰/۰۰۰
۱۴	میزان مشورت با اساتید در مورد آینده شغلی	۲/۹۲±۱/۰۱	۳/۴۷±۰/۸۶	* ۰/۰۰۱
۱۵	میزان مشورت با فارغ التحصیلان رشته خود در مورد آینده شغلی	۲/۷۴±۰/۹۹	۲/۹۷±۱/۰۸	۰/۱۴۱

نتایج معنادار با ستاره مشخص شده است.

نتایج تی زوج برای مقایسه نگرش دانشجویان پس از اجرای برنامه منتورینگ در رشته‌های مختلف به تفکیک هر رشته پس از اجرای برنامه در جداول شماره ۹ تا ۱۲ ارائه شده است. نتایج معنادار با ستاره مشخص شده است.

جدول شماره ۹- مقایسه نگرش دانشجویان پس از اجرای برنامه منتورینگ در رشته فیزیوتراپی

ردیف	سؤال	قبل از برنامه	پس از برنامه	سطح معناداری
۱	میزان ابهام نسبت به آینده شغلی	۲/۵۰±۰/۹۳	۲/۱۳±۰/۶۴	۰/۳۵۱
۲	میزان اضطراب نسبت به آینده شغلی	۲/۳۸±۰/۹۲	۲/۷۵±۰/۷۱	۰/۱۹۷
۳	میزان تصمیم به ادامه تحصیل در مقطع ارشد	۲/۷۵±۱/۰۴	۳/۲۵±۱/۰۴	۰/۱۷۰
۴	میزان تصمیم شرکت مجدد در کنکور سراسری	۱/۲۵±۰/۷۱	۱/۱۳±۰/۳۵	۰/۶۸۵
۵	میزان تصمیم به فعالیت در قالب طرح نیروی انسانی	۲/۱۳±۱/۱۳	۲/۱۳±۰/۸۳	۱/۰۰۰
۶	میزان تصمیم به دایر کردن کلینیک شخصی	۳/۷۵±۰/۸۹	۴/۱۳±۰/۸۳	۰/۰۸۰
۷	میزان تصمیم به ادامه تحصیل و فعالیت دانشگاهی	۲/۲۵±۱/۰۴	۲/۸۸±۱/۱۳	۰/۰۹۵
۸	میزان آگاهی از قوانین اداری شروع طرح نیروی انسانی	۲/۰۰±۱/۲۰	۲/۸۸±۱/۲۵	۰/۲۴۷
۹	میزان آگاهی از قوانین تاسیس کلینیک	۲/۳۸±۰/۷۴	۳/۷۵±۰/۴۶	* ۰/۰۰۴
۱۰	میزان آگاهی از قوانین و آیین نامه‌های ادامه تحصیل	۲/۶۳±۰/۷۴	۲/۶۳±۰/۵۲	۱/۰۰۰
۱۱	میزان آگاهی از قوانین فعالیت در کلینیک‌های توانبخشی، امور بیمه ای و مسئولیت فنی	۲/۷۵±۰/۷۱	۳/۵±۰/۵۳	* ۰/۰۴۸
۱۲	میزان گرفتن تصمیم مناسب و مشخصی برای آینده شغلی	۳/۲۵±۰/۷۱	۳/۵۰±۰/۷۵	۰/۵۱۶
۱۳	میزان اهمیت نقش دانشگاه در آگاه سازی دانشجویان نسبت به آینده شغلی	۳/۳۸±۰/۷۴	۴/۰۰±۰/۵۳	* ۰/۰۴۹
۱۴	میزان مشورت با اساتید در مورد آینده شغلی	۳/۱۳±۰/۸۳	۳/۶۳±۰/۷۴	۰/۱۰۴
۱۵	میزان مشورت با فارغ التحصیلان رشته خود در مورد آینده شغلی	۲/۷۵±۰/۷۱	۳/۱۳±۰/۹۹	۰/۲۸۵

نتایج معنادار با ستاره مشخص شده است.

جدول شماره ۱۰- مقایسه نگرش دانشجویان پس از اجرای برنامه منتورینگ در رشته کاردرمانی

ردیف	سؤال	قبل از برنامه	پس از برنامه	سطح معناداری
۱	میزان ابهام نسبت به آینده شغلی	۲/۸۲±۱/۱۷	۳/۰۰±۱/۳۴	۰/۶۴۰
۲	میزان اضطراب نسبت به آینده شغلی	۲/۹۰±۱/۱۴	۳/۲۷±۱/۱۰	۰/۱۶۷
۳	میزان تصمیم به ادامه تحصیل در مقطع ارشد	۲/۲۸±۱/۰۱	۲/۸۲±۱/۳۳	۰/۷۲۴
۴	میزان تصمیم شرکت مجدد در کنکور سراسری	۱/۳۶±۰/۵۰	۱/۲۷±۰/۶۵	۰/۵۸۸
۵	میزان تصمیم به فعالیت در قالب طرح نیروی انسانی	۳/۳۰±۱/۱۶	۳/۷۰±۰/۹۵	۰/۲۶۹
۶	میزان تصمیم به دایر کردن کلینیک شخصی	۴/۱۸±۰/۷۵	۴/۱۸±۰/۷۵	۱/۰۰۰
۷	میزان تصمیم به ادامه تحصیل و فعالیت دانشگاهی	۲/۶۰±۰/۹۶	۲/۶۰±۱/۰۷	۱/۰۰۰
۸	میزان آگاهی از قوانین اداری شروع طرح نیروی انسانی	۲/۶۴±۰/۸۱	۳/۶۴±۰/۸۱	* ۰/۰۱۳
۹	میزان آگاهی از قوانین تاسیس کلینیک	۲/۹۱±۰/۷۰	۳/۹۱±۰/۳۰	* ۰/۰۰۰

۱۰	میزان آگاهی از قوانین و آیین نامه‌های ادامه تحصیل	۲/۸۲±۰/۹۸	۴/۰۰±۰/۰۰	* ۰/۰۰۳
۱۱	میزان آگاهی از قوانین فعالیت در کلینیک‌های توانبخشی، امور بیمه ای و مسئولیت فنی	۲/۵۵±۰/۶۹	۳/۴۵±۰/۵۲	* ۰/۰۱۶
۱۲	میزان گرفتن تصمیم مناسب و مشخصی برای آینده شغلی	۳/۴۵±۰/۶۹	۳/۲۷±۰/۹۰	۰/۵۰۶
۱۳	میزان اهمیت نقش دانشگاه در آگاه سازی دانشجویان نسبت به آینده شغلی	۳/۸۰±۰/۷۹	۳/۸۰±۰/۷۹	* ۰/۰۱۵
۱۴	میزان مشورت با اساتید در مورد آینده شغلی	۳/۲۰±۱/۰۳	۳/۷۰±۰/۸۲	۰/۱۷۷
۱۵	میزان مشورت با فارغ التحصیلان رشته خود در مورد آینده شغلی	۳/۳۶±۰/۸۱	۳/۶۴±۱/۰۳	۰/۳۴۱

نتایج معنادار با ستاره مشخص شده است.

جدول شماره ۱۱- مقایسه نگرش دانشجویان پس از اجرای برنامه منتورینگ در رشته گفتاردرمانی

ردیف	سؤال	قبل از برنامه	پس از برنامه	سطح معناداری
۱	میزان ابهام نسبت به آینده شغلی	۳/۱۳±۱/۱۹	۲/۷۳±۱/۰۳	۰/۳۳۴
۲	میزان اضطراب نسبت به آینده شغلی	۳/۳۳±۱/۳۵	۳/۴۰±۱/۳۰	۰/۸۴۳
۳	میزان تصمیم به ادامه تحصیل در مقطع ارشد	۳/۲۰±۱/۵۲	۳/۷۳±۱/۲۸	۰/۱۰۴
۴	میزان تصمیم شرکت مجدد در کنکور سراسری	۱/۸۷±۱/۳۰	۱/۶۰±۱/۱۸	۰/۲۱۷
۵	میزان تصمیم به فعالیت در قالب طرح نیروی انسانی	۳/۴۳±۱/۴۵	۳/۵۷±۱/۲۸	۰/۷۲۰
۶	میزان تصمیم به دایر کردن کلینیک شخصی	۴/۳۳±۰/۹۰	۳/۸۰±۱/۰۱	۰/۰۸۸
۷	میزان تصمیم به ادامه تحصیل و فعالیت دانشگاهی	۳/۷۳±۱/۴۹	۳/۶۷±۱/۱۱	۰/۷۷۴
۸	میزان آگاهی از قوانین اداری شروع طرح نیروی انسانی	۱/۹۳±۰/۸۸	۳/۲۹±۰/۸۳	* ۰/۰۰۰
۹	میزان آگاهی از قوانین تاسیس کلینیک	۲/۵۳±۰/۹۹	۳/۴۷±۰/۸۳	* ۰/۰۰۴
۱۰	میزان آگاهی از قوانین و آیین نامه‌های ادامه تحصیل	۲/۵۷±۱/۱۶	۳/۴۳±۰/۹۴	* ۰/۰۴۷
۱۱	میزان آگاهی از قوانین فعالیت در کلینیک‌های توانبخشی، امور بیمه ای و مسئولیت فنی	۲/۲۰±۰/۷۷	۲/۷۳±۰/۸۸	۰/۱۰۴
۱۲	میزان گرفتن تصمیم مناسب و مشخصی برای آینده شغلی	۲/۹۳±۰/۸۰	۳/۴۷±۰/۹۲	* ۰/۰۴۱
۱۳	میزان اهمیت نقش دانشگاه در آگاه سازی دانشجویان نسبت به آینده شغلی	۲/۶۰±۱/۷۲	۳/۷۳±۱/۰۳	* ۰/۰۰۸
۱۴	میزان مشورت با اساتید در مورد آینده شغلی	۲/۶۰±۱/۷۲	۳/۷۳±۱/۰۳	* ۰/۰۱۰
۱۵	میزان مشورت با فارغ التحصیلان رشته خود در مورد آینده شغلی	۲/۵۳±۱/۱۳	۳/۲۷±۱/۰۳	۰/۱۳۶

نتایج معنادار با ستاره مشخص شده است.

جدول شماره ۱۲- مقایسه نگرش دانشجویان پس از اجرای برنامه منتورینگ در رشته شنوایی شناسی

ردیف	سئوال	قبل از برنامه	پس از برنامه	سطح معناداری
۱	میزان ابهام نسبت به آینده شغلی	۳/۵۰±۱/۲۲	۳/۰۰±۰/۶۳	۰/۴۱۵
۲	میزان اضطراب نسبت به آینده شغلی	۳/۶۷±۰/۸۲	۳/۳۳±۰/۵۲	۰/۱۷۵
۳	میزان تصمیم به ادامه تحصیل در مقطع ارشد	۲/۶۷±۰/۸۲	۲/۵۰±۱/۲۲	۰/۶۱۱
۴	میزان تصمیم شرکت مجدد در کنکور سراسری	۱/۱۷±۰/۴۱	۱/۵۰±۰/۸۴	۰/۱۷۵
۵	میزان تصمیم به فعالیت در قالب طرح نیروی انسانی	۳/۵۰±۰/۵۵	۴/۰۰±۰/۸۹	۰/۳۶۳
۶	میزان تصمیم به دایر کردن کلینیک شخصی	۴/۰۰±۰/۶۳	۴/۱۷±۱/۱۷	۰/۶۹۵
۷	میزان تصمیم به ادامه تحصیل و فعالیت دانشگاهی	۲/۶۷±۱/۰۳	۲/۸۳±۰/۹۸	۰/۷۷۱
۸	میزان آگاهی از قوانین اداری شروع طرح نیروی انسانی	۲/۰۰±۱/۱۰	۳/۶۷±۰/۵۲	* ۰/۰۰۴
۹	میزان آگاهی از قوانین تاسیس کلینیک	۲/۱۷±۰/۴۱	۳/۰۰±۰/۶۳	* ۰/۰۰۴
۱۰	میزان آگاهی از قوانین و آیین نامه‌های ادامه تحصیل	۲/۳۳±۰/۵۲	۳/۰۰±۰/۶۳	* ۰/۰۲۵
۱۱	میزان آگاهی از قوانین فعالیت در کلینیک‌های توانبخشی، امور بیمه ای و مسئولیت فنی	۲/۶۷±۰/۵۲	۳/۱۷±۰/۴۱	۰/۰۷۶
۱۲	میزان گرفتن تصمیم مناسب و مشخصی برای آینده شغلی	۲/۸۳±۱/۱۷	۳/۱۷±۰/۴۱	۰/۴۶۵
۱۳	میزان اهمیت نقش دانشگاه در آگاه سازی دانشجویان نسبت به آینده شغلی	۲/۳۳±۱/۵۵	۳/۵۰±۰/۵۵	۰/۰۸۴
۱۴	میزان مشورت با اساتید در مورد آینده شغلی	۳/۱۷±۰/۷۵	۳/۳۳±۰/۵۲	۰/۶۹۵
۱۵	میزان مشورت با فارغ التحصیلان رشته خود در مورد آینده شغلی	۲/۰۰±۱/۱۰	۱/۶۷±۰/۸۲	۰/۵۷۶

نتایج معنادار با ستاره مشخص شده است.

نتایج تفاوت در نگرش دانشجویان بین رشته‌های مختلف قبل از اجرای برنامه منتورینگ توسط آزمون یکطرفه آنالیز واریانس در جدول شماره ۱۳ ذکر شده است.

جدول شماره ۱۳- تفاوت در نگرش دانشجویان بین رشته‌های مختلف قبل از اجرای برنامه منتورینگ

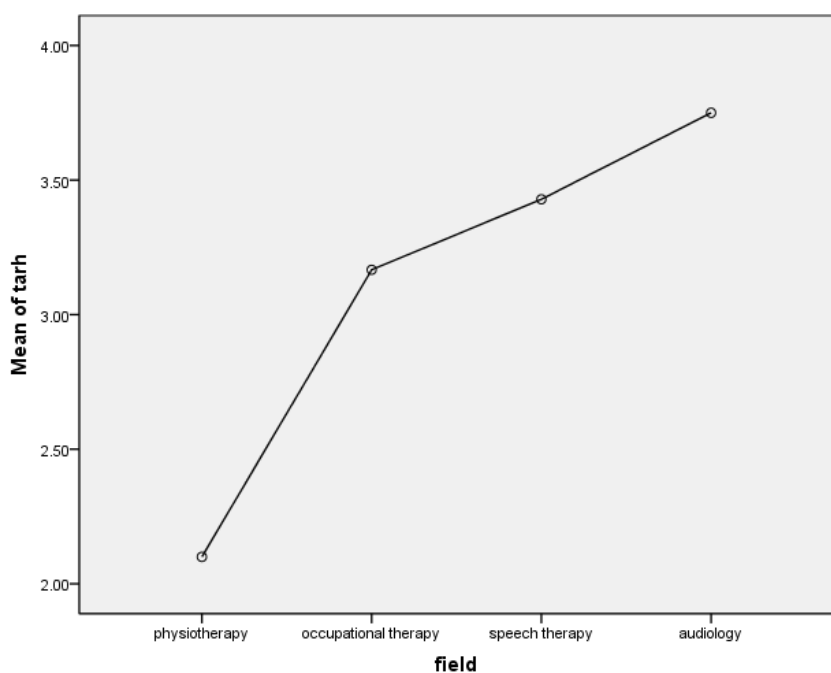
ردیف	سئوال	آماره $F$	درجه آزادی	سطح معناداری
۱	میزان ابهام نسبت به آینده شغلی	۰/۸۳۲	۳	۰/۴۸۳
۲	میزان اضطراب نسبت به آینده شغلی	۲/۶۲۱	۳	۰/۰۶۱
۳	میزان تصمیم به ادامه تحصیل در مقطع ارشد	۰/۵۱۰	۳	۰/۶۷۸
۴	میزان تصمیم شرکت مجدد در کنکور سراسری	۲/۰۴۲	۳	۰/۱۲۱
۵	میزان تصمیم به فعالیت در قالب طرح نیروی انسانی	۳/۵۶۴	۳	* ۰/۰۲۱
۶	میزان تصمیم به دایر کردن کلینیک شخصی	۱/۴۶۸	۳	۰/۲۳۵
۷	میزان تصمیم به ادامه تحصیل و فعالیت دانشگاهی	۲/۷۸۷	۳	* ۰/۰۵۱
۸	میزان آگاهی از قوانین اداری شروع طرح نیروی انسانی	۰/۳۴۴	۳	۰/۷۹۴

۰/۳۰۵	۳	۱/۲۴۰	میزان آگاهی از قوانین تاسیس کلینیک	۹
۰/۷۷۷	۳	۰/۳۶۷	میزان آگاهی از قوانین و آیین نامه‌های ادامه تحصیل	۱۰
۰/۲۹۷	۳	۱/۲۶۶	میزان آگاهی از قوانین فعالیت در کلینیکهای توانبخشی، امور بیمه ای و مسئولیت فنی	۱۱
۰/۴۷۴	۳	۰/۸۴۹	میزان گرفتن تصمیم مناسب و مشخصی برای آینده شغلی	۱۲
۰/۲۷۸	۳	۱/۳۲۲	میزان اهمیت نقش دانشگاه در آگاه سازی دانشجویان نسبت به آینده شغلی	۱۳
۰/۵۲۹	۳	۰/۷۴۸	میزان مشورت با اساتید در مورد آینده شغلی	۱۴
۰/۰۷۷	۳	۲/۴۲۷	میزان مشورت با فارغ التحصیلان رشته خود در مورد آینده شغلی	۱۵

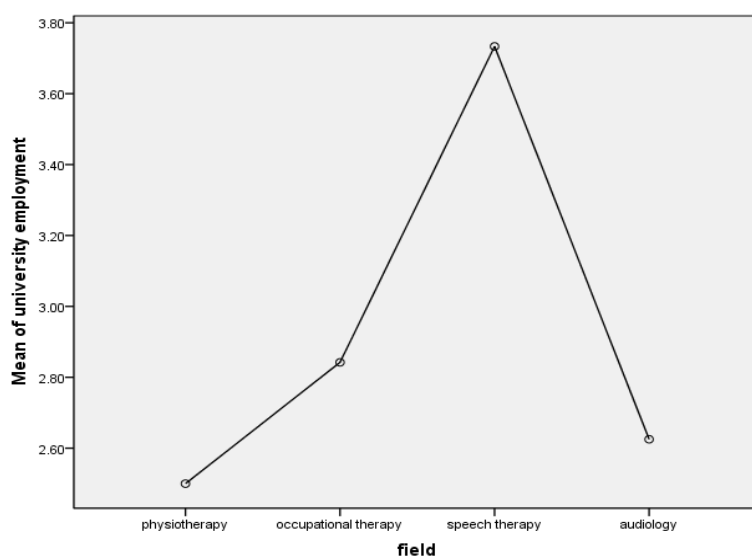
نتایج معنادار با ستاره مشخص شده است.

مقایسه دو به دویی در گروه‌ها نشان داد قبل از اجرای برنامه منتورینگ، دانشجویان رشته شنوایی و رشته گفتاردرمانی بیشتر از رشته فیزیوتراپی تمایل به گذراندن طرح نیروی انسانی بعد از فارغ التحصیلی داشتند (سطح معناداری به ترتیب ۰/۰۳۱ و ۰/۰۵۶) (نمودار شماره ۴ و ۵).

نمودار شماره ۴- تمایل به گذراندن طرح نیروی انسانی بعد از فارغ التحصیلی قبل از اجرای برنامه منتورینگ در رشته‌های مختلف



نمودار شماره ۵- تمایل به فعالیت دانشگاهی قبل از اجرای برنامه منتورینگ در رشته‌های مختلف



نتایج تفاوت در نگرش دانشجویان بین رشته‌های مختلف بعد از اجرای برنامه منتورینگ توسط آزمون یکطرفه آنالیز واریانس در جدول شماره ۱۴ ذکر شده است.

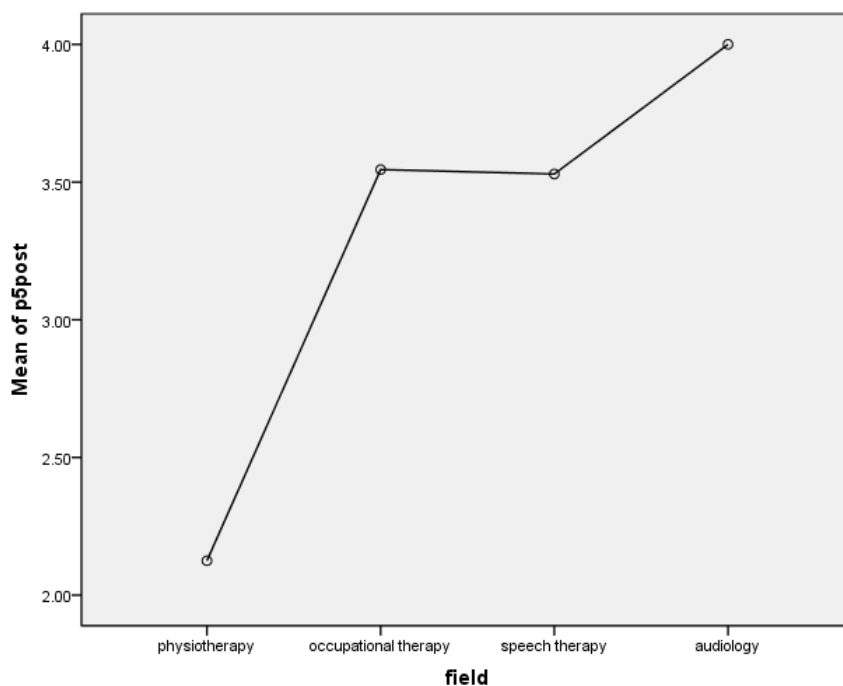
جدول شماره ۱۴- تفاوت در نگرش دانشجویان بین رشته‌های مختلف بعد از اجرای برنامه منتورینگ

ردیف	سؤال	آماره $F$	درجه آزادی	سطح معناداری
۱	میزان ابهام نسبت به آینده شغلی	۱/۳۷۹	۳	۰/۲۶۴
۲	میزان اضطراب نسبت به آینده شغلی	۰/۵۰۶	۳	۰/۶۸۱
۳	میزان تصمیم به ادامه تحصیل در مقطع ارشد	۲/۰۰۸	۳	۰/۱۲۹
۴	میزان تصمیم شرکت مجدد در کنکور سراسری	۰/۷۶۸	۳	۰/۵۱۹
۵	میزان تصمیم به فعالیت در قالب طرح نیروی انسانی	۴/۲۸۲	۳	* ۰/۰۱۱
۶	میزان تصمیم به دایر کردن کلینیک شخصی	۰/۷۶۳	۳	۰/۵۲۲
۷	میزان تصمیم به ادامه تحصیل و فعالیت دانشگاهی	۲/۶۸۱	۳	۰/۰۶۱
۸	میزان آگاهی از قوانین اداری شروع طرح نیروی انسانی	۱/۳۷۰	۳	۰/۲۶۷
۹	میزان آگاهی از قوانین تاسیس کلینیک	۲/۹۷۲	۳	* ۰/۰۴۴
۱۰	میزان آگاهی از قوانین و آیین نامه‌های ادامه تحصیل	۶/۸۵۰	۳	* ۰/۰۰۱
۱۱	میزان آگاهی از قوانین فعالیت در کلینیک‌های توانبخشی، امور بیمه ای و مسئولیت فنی	۲/۱۸۶	۳	۰/۱۰۶
۱۲	میزان گرفتن تصمیم مناسب و مشخصی برای آینده شغلی	۰/۳۲۸	۳	۰/۸۰۵
۱۳	میزان اهمیت نقش دانشگاه در آگاه سازی دانشجویان نسبت به آینده شغلی	۰/۴۱۹	۳	۰/۷۴۱
۱۴	میزان مشورت با اساتید در مورد آینده شغلی	۰/۶۲۴	۳	۰/۶۰۴
۱۵	میزان مشورت با فارغ التحصیلان رشته خود در مورد آینده شغلی	۶/۳۴۹	۳	* ۰/۰۰۱

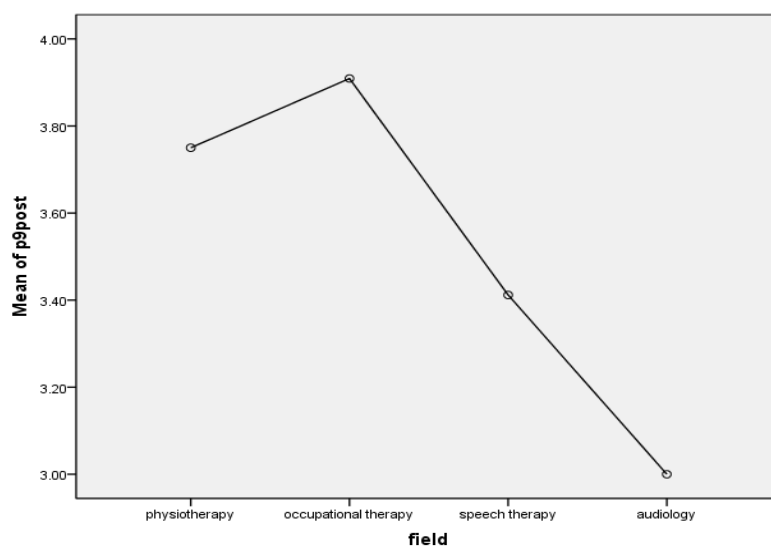
نتایج معنادار با ستاره مشخص شده است.

مقایسه دو به دویی در گروه‌ها نشان داد بعد از اجرای برنامه منتورینگ، دانشجویان رشته‌های شنوایی شناسی، گفتاردرمانی و کاردرمانی بیشتر از رشته فیزیوتراپی تمایل به گذراندن طرح نیروی انسانی بعد از فارغ التحصیلی داشتند (سطح معناداری به ترتیب ۰/۰۱۸، ۰/۰۳۰ و ۰/۰۵۰) (نمودار شماره ۶).

نمودار ۶- تمایل به گذراندن طرح نیروی انسانی بعد از فارغ التحصیلی بعد از اجرای برنامه منتورینگ در رشته‌های مختلف



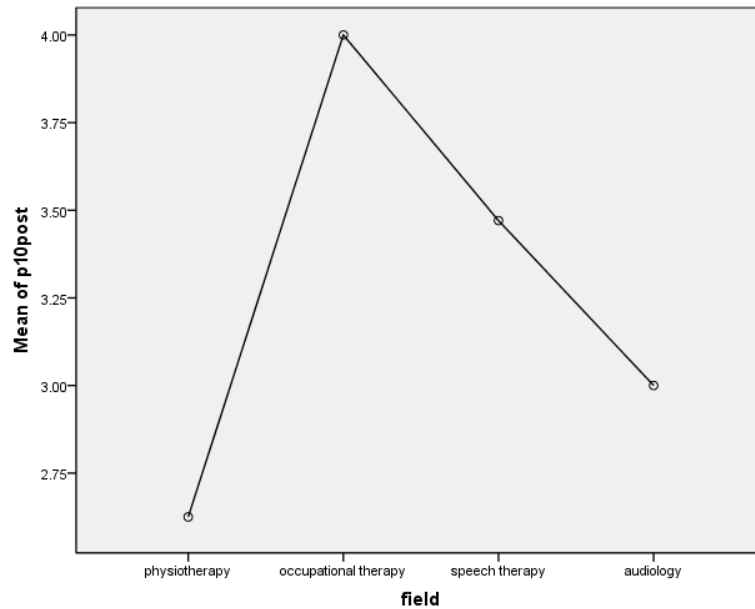
مقایسه دو به دویی در گروه‌ها نشان داد بعد از اجرای برنامه منتورینگ، دانشجویان رشته کاردرمانی بیشتر از رشته شنوایی شناسی از قوانین تاسیس کلینیک مطلع شدند (سطح معناداری ۰/۰۵۶) (نمودار شماره ۷).  
نمودار شماره ۷- میزان اطلاع از قوانین تاسیس کلینیک بعد از فارغ التحصیلی بعد از اجرای برنامه منتورینگ در رشته‌های مختلف





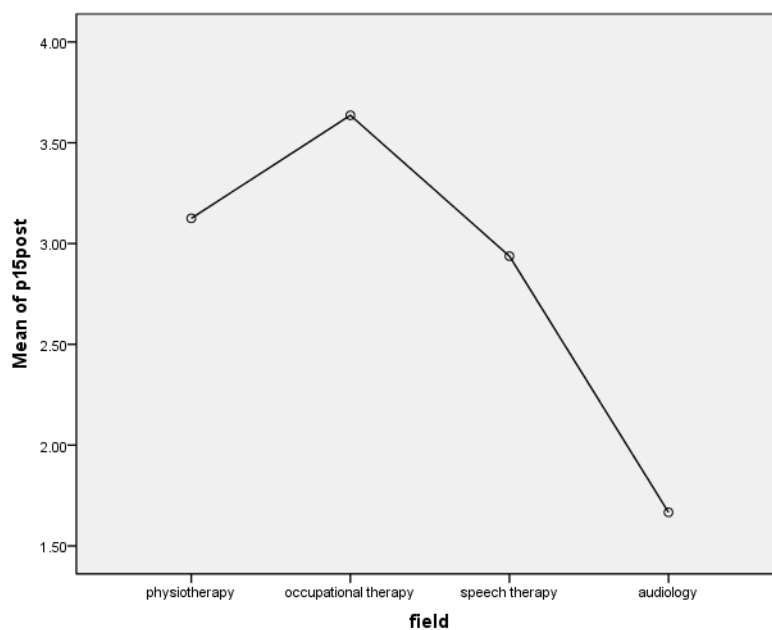
مقایسه دو به دویی در گروه‌ها نشان داد بعد از اجرای برنامه منتورینگ، دانشجویان رشته‌های کاردرمانی بیشتر از رشته‌های فیزیوتراپی و شنوایی شناسی (سطح معناداری به ترتیب ۰/۰۰۱ و ۰/۰۴۱) و نیز رشته گفتاردرمانی بیشتر از رشته شنوایی شناسی از قوانین و آیین‌نامه‌های ادامه تحصیل مطلع شدند (سطح معناداری ۰/۰۴۲) (نمودار شماره ۸).

نمودار شماره ۸- میزان اطلاع از قوانین و آیین‌نامه‌های ادامه تحصیل بعد از اجرای برنامه منتورینگ در رشته‌های مختلف



مقایسه دو به دویی در گروه‌ها نشان داد بعد از اجرای برنامه منتورینگ میزان مشورت با فارغ التحصیلان در رشته شنوایی شناسی کمتر از سایر رشته‌های فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتاردرمانی بوده است (سطح معناداری به ترتیب ۰/۰۲۸، ۰/۰۰۱ و ۰/۰۳۲) (نمودار شماره ۹).

نمودار شماره ۹- میزان مشورت با فارغ التحصیلان بعد از اجرای برنامه منتورینگ در رشته‌های مختلف



نتایج تفاوت در نگرش دانشجویان بین رشته‌های مختلف در مورد نحوه اجرای برنامه منتورینگ توسط آزمون یکطرفه آنالیز واریانس در جدول شماره ۱۵ ذکر شده است.

جدول شماره ۱۵- تفاوت در نگرش دانشجویان بین رشته‌های مختلف در مورد نحوه اجرای برنامه منتورینگ

ردیف	سؤال	آماره $F$	درجه آزادی	سطح معناداری
۱	میزان رضایت از برنامه منتورشیپ	۰/۳۵۹	۳	۰/۷۸۳
۲	میزان رضایت از عملکرد منتور	۰/۰۶۰	۳	۰/۹۸۰
۳	میزان مناسب بودن طول دوره	۰/۵۵۹	۳	۰/۶۴۵
۴	میزان مناسب بودن مکان جلسه	۱/۸۳۲	۳	۰/۱۵۸
۵	میزان تمایل به ادامه برنامه منتورشیپ	۱/۲۴۳	۳	۰/۳۰۸
۶	میزان پیشنهاد شرکت در برنامه منتورشیپ به سایر دانشجویان	۱/۲۱۹	۳	۰/۳۱

همبستگی بین متغیرها از طریق آزمون همبستگی پیرسون به تفکیک هر رشته قبل از اجرای برنامه منتورینگ به شرح ذیل بدست آمد:

#### در رشته فیزیوتراپی:

- بین اضطراب و ابهام دانشجویان ارتباط مستقیم وجود داشت ( $P=۰/۰۲۰$ ,  $r=۰/۷۱۵$ ).
- بین گرفتن تصمیم مناسب و ابهام دانشجویان ارتباط معکوس وجود داشت ( $P=۰/۰۳۱$ ,  $r=-۰/۶۷۸$ ).
- بین تصمیم به فعالیت دانشگاهی و تصمیم به کنکور ارشد دانشجویان ارتباط مستقیم وجود داشت ( $r=۰/۷۹۷$ ,  $P=۰/۰۰۶$ ).
- بین تصمیم به دایر کردن کلینیک شخصی و مشورت با فارغ التحصیلان دانشجویان ارتباط مستقیم وجود داشت ( $P=۰/۰۱۱$ ,  $r=۰/۷۵۸$ ).
- بین آشنائی با قوانین تاسیس کلینیک و آشنائی با قوانین طرح نیروی انسانی دانشجویان ارتباط مستقیم وجود داشت ( $P=۰/۰۴۸$ ,  $r=۰/۶۳۵$ ).
- بین آشنائی با قوانین ادامه تحصیل و آشنائی با قوانین طرح نیروی انسانی دانشجویان ارتباط معکوس وجود داشت ( $P=۰/۰۳۶$ ,  $r=-۰/۶۶۶$ ).
- بین آشنائی با قوانین فعالیت در سایر کلینیک‌ها و آشنائی با قوانین تاسیس کلینیک شخصی دانشجویان ارتباط مستقیم وجود داشت ( $P=۰/۰۱۲$ ,  $r=۰/۷۵۳$ ).
- بین گرفتن تصمیم مناسب و آشنائی با فعالیت در سایر کلینیک‌ها دانشجویان ارتباط مستقیم وجود داشت ( $P=۰/۰۲۲$ ,  $r=۰/۷۰۷$ ).

#### در رشته کاردرمانی:

- بین اضطراب و ابهام دانشجویان ارتباط مستقیم وجود داشت ( $P=۰/۰۰۰$ ,  $r=۰/۸۱۲$ ).
- بین آگاهی از قوانین ادامه تحصیل و ابهام دانشجویان ارتباط معکوس وجود داشت ( $P=۰/۰۱۸$ ,  $r=-۰/۵۳۷$ ).
- بین آگاهی از قوانین سایر کلینیک‌ها و ابهام دانشجویان ارتباط معکوس وجود داشت ( $P=۰/۰۲۰$ ,  $r=-۰/۵۲۷$ ).

- بین گرفتن تصمیم مناسب و ابهام دانشجویان ارتباط معکوس وجود داشت ( $P=0/002$ ,  $r=-0/668$ ).
- بین آگاهی از قوانین طرح نیروی انسانی و اضطراب دانشجویان ارتباط معکوس وجود داشت ( $P=0/016$ ,  $r=-0/543$ ).
- بین آگاهی از قوانین ادامه تحصیل و اضطراب دانشجویان ارتباط معکوس وجود داشت ( $P=0/012$ ,  $r=-0/564$ ).
- بین آگاهی از قوانین سایر کلینیک‌ها و اضطراب دانشجویان ارتباط معکوس وجود داشت ( $P=0/022$ ,  $r=-0/521$ ).
- بین گرفتن تصمیم مناسب و اضطراب دانشجویان ارتباط معکوس وجود داشت ( $P=0/001$ ,  $r=-0/681$ ).
- بین تصمیم به کنکور سراسری و تصمیم به کنکور ارشد دانشجویان ارتباط مستقیم وجود داشت ( $r=0/636$ ,  $P=0/003$ ).
- بین تصمیم به فعالیت دانشگاهی و تصمیم به کنکور ارشد دانشجویان ارتباط مستقیم وجود داشت ( $r=0/684$ ,  $P=0/011$ ).
- بین تصمیم به فعالیت دانشگاهی و تصمیم به کنکور سراسری دانشجویان ارتباط مستقیم وجود داشت ( $r=0/592$ ,  $P=0/008$ ).
- بین آشنائی با قوانین ادامه تحصیل و آشنائی با قوانین طرح نیروی انسانی دانشجویان ارتباط مستقیم وجود داشت ( $P=0/008$ ,  $r=0/586$ ).
- بین مشورت با اساتید و آشنائی با قوانین طرح نیروی انسانی دانشجویان ارتباط مستقیم وجود داشت ( $r=0/487$ ,  $P=0/034$ ).
- بین آشنائی با قوانین فعالیت در سایر کلینیک‌ها و آشنائی با قوانین تاسیس کلینیک شخصی دانشجویان ارتباط مستقیم وجود داشت ( $P=0/000$ ,  $r=0/733$ ).
- بین آشنائی با قوانین تاسیس کلینیک شخصی و آشنائی با قوانین ارشد دانشجویان ارتباط مستقیم وجود داشت ( $P=0/039$ ,  $r=0/478$ ).
- بین مشورت با فارغ التحصیلان و آشنائی با قوانین تاسیس کلینیک شخصی دانشجویان ارتباط مستقیم وجود داشت ( $P=0/041$ ,  $r=0/472$ ).
- بین گرفتن تصمیم مناسب و آشنائی با قوانین تاسیس کلینیک شخصی دانشجویان ارتباط مستقیم وجود داشت ( $P=0/028$ ,  $r=0/503$ ).
- بین آشنائی با قوانین سایر کلینیک‌ها و آشنائی با قوانین ارشد دانشجویان ارتباط مستقیم وجود داشت ( $r=0/682$ ,  $P=0/001$ ).
- بین گرفتن تصمیم مناسب و آشنائی با قوانین ادامه تحصیل دانشجویان ارتباط مستقیم وجود داشت ( $r=0/605$ ,  $P=0/006$ ).
- بین گرفتن تصمیم مناسب و آشنائی با فعالیت در سایر کلینیک‌ها دانشجویان ارتباط مستقیم وجود داشت ( $P=0/001$ ,  $r=0/676$ ).
- بین گرفتن تصمیم مناسب و مهم دانستن نقش دانشگاه در آگاه‌سازی دانشجویان ارتباط مستقیم وجود داشت ( $P=0/031$ ,  $r=0/496$ ).

### در رشته گفتاردرمانی:

- بین اضطراب و ابهام دانشجویان ارتباط مستقیم وجود داشت ( $P=0/000$ ,  $r=0/909$ ).
- بین تصمیم برای کنکور سراسری و ابهام دانشجویان ارتباط مستقیم وجود داشت ( $P=0/008$ ,  $r=0/659$ ).
- بین گرفتن تصمیم مناسب و ابهام دانشجویان ارتباط معکوس وجود داشت ( $P=0/048$ ,  $r=-0/517$ ).
- بین تصمیم برای کنکور سراسری و اضطراب دانشجویان ارتباط مستقیم وجود داشت ( $P=0/049$ ,  $r=0/517$ ).
- بین تصمیم به فعالیت دانشگاهی و تصمیم به کنکور ارشد دانشجویان ارتباط مستقیم وجود داشت ( $r=0/689$ ,  $P=0/005$ ).
- بین گرفتن تصمیم به کنکور سراسری و گرفتن تصمیم مناسب دانشجویان ارتباط معکوس وجود داشت ( $r=-0/627$ ,  $P=0/012$ ).
- بین گرفتن تصمیم به کنکور سراسری و مشورت با اساتید دانشجویان ارتباط معکوس وجود داشت ( $r=-0/533$ ,  $P=0/041$ ).
- بین گرفتن تصمیم به کنکور سراسری دانشجویان و مشورت با فارغ التحصیلان ارتباط معکوس وجود داشت ( $r=-0/521$ ,  $P=0/046$ ).
- بین آشنائی با قوانین تاسیس کلینیک شخصی و آشنائی با قوانین ارشد دانشجویان ارتباط مستقیم وجود داشت ( $r=0/747$ ,  $P=0/002$ ).
- بین مشورت با اساتید و گرفتن تصمیم مناسب دانشجویان ارتباط مستقیم وجود داشت ( $r=0/519$ ,  $P=0/047$ ).
- بین مشورت با فارغ التحصیلان و مشورت با اساتید ارتباط مستقیم وجود داشت ( $r=0/615$ ,  $P=0/015$ ).

### در رشته شنوایی شناسی:

- بین گرفتن تصمیم مناسب و ابهام دانشجویان ارتباط معکوس وجود داشت ( $r=-0/918$ ,  $P=0/001$ ).
- بین تصمیم برای کنکور سراسری و اضطراب دانشجویان ارتباط مستقیم وجود داشت ( $r=0/747$ ,  $P=0/033$ ).
- بین تصمیم به کنکور سراسری و تصمیم به ادامه تحصیل دانشجویان ارتباط مستقیم وجود داشت ( $r=0/747$ ,  $P=0/033$ ).
- بین گرفتن تصمیم به ادامه تحصیل و مشورت با اساتید ارتباط معکوس وجود داشت ( $r=-0/762$ ,  $P=0/028$ ).
- بین تصمیم به طرح نیروی انسانی دانشجویان و مشورت با اساتید ارتباط معکوس وجود داشت ( $r=-0/802$ ,  $P=0/017$ ).
- بین تصمیم به فعالیت دانشگاهی و آشنائی با قوانین طرح ارتباط مستقیم وجود داشت ( $r=0/728$ ,  $P=0/041$ ).
- بین آشنائی با قوانین سایر کلینیک‌ها و آشنائی با قوانین طرح ارتباط مستقیم وجود داشت ( $r=0/731$ ,  $P=0/039$ ).

همبستگی بین متغیرها از طریق آزمون همبستگی پیرسون به تفکیک هر رشته بعد از اجرای برنامه متورینگ به شرح ذیل بدست آمد:

### در رشته فیزیوتراپی:

- بین اضطراب و ابهام و نیز سایر متغیرها رابطه معناداری دیده نشد که می‌تواند نشان‌دهنده کاهش اضطراب و ابهام دانشجویان پس از برنامه باشد. هرچند این کاهش معنادار نبود ( $P<0/05$ ).

- در رابطه با سایر متغیرها نیز رابطه معناداری مشاهده نشد ( $P < 0/05$ ).

#### در رشته کاردرمانی:

- هم‌چنان بین اضطراب و ابهام دانشجویان ارتباط مستقیم وجود داشت ( $r = 0/675$ ,  $P = 0/023$ ). البته رابطه نسبت به قبل از منتورینگ، ضعیف‌تر بود.
- بین گرفتن تصمیم مناسب و اضطراب دانشجویان ارتباط معکوس وجود داشت ( $r = -0/683$ ,  $P = 0/021$ ).
- بین تصمیم به کنکور سراسری و تصمیم به کنکور ارشد دانشجویان ارتباط مستقیم وجود داشت ( $r = 0/646$ ,  $P = 0/032$ ).
- بین تصمیم به فعالیت دانشگاهی و تصمیم به ادامه تحصیل دانشجویان ارتباط مستقیم وجود داشت ( $r = 0/740$ ,  $P = 0/014$ ). البته این رابطه نسبت به قبل از منتورینگ، قوی‌تر بود.
- بین مهم دانستن نقش دانشگاه در آگاه‌سازی دانشجویان و تصمیم به کنکور سراسری ارتباط معکوس وجود داشت ( $r = -0/710$ ,  $P = 0/022$ ).
- بین مشورت با فارغ التحصیلان و تصمیم به دایر کردن کلینیک شخصی دانشجویان ارتباط مستقیم وجود داشت ( $r = 0/613$ ,  $P = 0/045$ ). این رابطه قبل از منتورینگ وجود نداشت.
- بین مشورت با فارغ التحصیلان و مشورت با اساتید ارتباط مستقیم وجود داشت ( $r = 0/777$ ,  $P = 0/008$ ). این رابطه قبل از منتورینگ وجود نداشت.

#### در رشته گفتاردرمانی:

- بین اضطراب و ابهام دانشجویان ارتباط مستقیم وجود داشت ( $r = 0/647$ ,  $P = 0/005$ ). البته این رابطه ضعیف‌تر از رابطه قبل از اجرای برنامه منتورینگ بود.
- بین تصمیم برای طرح نیروی انسانی و ابهام دانشجویان ارتباط مستقیم وجود داشت ( $r = 0/546$ ,  $P = 0/023$ ).
- بین تصمیم برای طرح نیروی انسانی و اضطراب دانشجویان ارتباط مستقیم وجود داشت ( $r = 0/671$ ,  $P = 0/003$ ).
- بین آگاهی از قوانین ادامه تحصیل و ابهام دانشجویان ارتباط معکوس وجود داشت ( $r = -0/544$ ,  $P = 0/024$ ).
- بین آگاهی از قوانین سایر کلینیک‌ها و ابهام دانشجویان ارتباط معکوس وجود داشت ( $r = -0/658$ ,  $P = 0/042$ ).
- بین آگاهی از قوانین سایر کلینیک‌ها و اضطراب دانشجویان ارتباط معکوس وجود داشت ( $r = -0/535$ ,  $P = 0/027$ ).
- بین مشورت با اساتید و ابهام دانشجویان ارتباط معکوس وجود داشت ( $r = -0/588$ ,  $P = 0/013$ ).
- بین تصمیم به فعالیت دانشگاهی و تصمیم به کنکور ارشد دانشجویان ارتباط مستقیم وجود داشت ( $r = 0/818$ ,  $P = 0/05$ ). البته این رابطه قوی‌تر از رابطه قبل از اجرای برنامه منتورینگ بود.
- بین تصمیم برای کنکور سراسری و آشنائی از قوانین طرح نیروی انسانی دانشجویان ارتباط معکوس وجود داشت ( $r = -0/515$ ,  $P = 0/041$ ).
- بین گرفتن تصمیم به طرح نیروی انسانی و آگاهی از قوانین سایر کلینیک‌ها دانشجویان ارتباط معکوس وجود داشت ( $r = -0/549$ ,  $P = 0/022$ ).
- بین گرفتن آشنائی با قوانین طرح نیروی انسانی و آگاهی از قوانین تاسیس کلینیک شخصی دانشجویان ارتباط مستقیم وجود داشت ( $r = 0/814$ ,  $P = 0/000$ ).

- بین گرفتن آشنائی با قوانین طرح نیروی انسانی و گرفتن تصمیم مناسب دانشجویان ارتباط مستقیم وجود داشت ( $P=0/044$ ,  $r=0/509$ ).
- بین آشنائی با قوانین تاسیس کلینیک شخصی و آشنائی با قوانین سایر کلینیک‌ها ارتباط مستقیم وجود داشت ( $P=0/014$ ,  $r=0/583$ ).
- بین آشنائی با قوانین تاسیس کلینیک شخصی و گرفتن تصمیم مناسب دانشجویان ارتباط مستقیم وجود داشت ( $P=0/022$ ,  $r=0/551$ ).
- بین آشنائی با قوانین تاسیس کلینیک شخصی و مهم دانستن نقش دانشگاه در آگاه‌سازی دانشجویان ارتباط مستقیم وجود داشت ( $P=0/036$ ,  $r=0/512$ ).
- بین آشنائی با قوانین ادامه تحصیل و آشنائی با قوانین سایر کلینیک‌ها ارتباط مستقیم وجود داشت ( $r=0/745$ ,  $P=0/001$ ).
- بین آشنائی با قوانین ادامه تحصیل و گرفتن تصمیم مناسب ارتباط مستقیم وجود داشت ( $P=0/007$ ,  $r=0/624$ ).
- بین آشنائی با قوانین ادامه تحصیل و مهم دانستن نقش دانشگاه در آگاه‌سازی دانشجویان ارتباط مستقیم وجود داشت ( $P=0/041$ ,  $r=0/484$ ).
- بین آشنائی با آشنائی با قوانین سایر کلینیک‌ها و گرفتن تصمیم مناسب ارتباط مستقیم وجود داشت ( $r=0/663$ ,  $P=0/004$ ).
- بین گرفتن تصمیم مناسب و مهم دانستن نقش دانشگاه در آگاه‌سازی دانشجویان ارتباط مستقیم وجود داشت ( $P=0/032$ ,  $r=0/522$ ).
- بین مشورت با اساتید و گرفتن تصمیم مناسب دانشجویان ارتباط مستقیم وجود داشت ( $P=0/050$ ,  $r=0/482$ ).

#### در رشته شنوایی‌شناسی:

- بین تصمیم به دایر کردن کلینیک شخصی و ابهام دانشجویان ارتباط معکوس وجود داشت ( $P=0/050$ ,  $r=-0/812$ ).
  - بین مهم دانستن نقش دانشگاه در آگاه‌سازی دانشجویان و مشورت با فارغ‌التحصیلان ارتباط مستقیم وجود داشت ( $P=0/016$ ,  $r=0/894$ ).
  - بین تصمیم به کنکور سراسری و تصمیم به فعالیت دانشگاهی دانشجویان ارتباط مستقیم وجود داشت ( $r=0/851$ ,  $P=0/032$ ).
  - بین گرفتن تصمیم به ادامه تحصیل و تصمیم به کنکور سراسری ارتباط مستقیم وجود داشت ( $r=0/876$ ,  $P=0/021$ ).
  - بین تصمیم به طرح نیروی انسانی دانشجویان و مشورت با اساتید ارتباط معکوس وجود داشت ( $r=-0/802$ ,  $P=0/017$ ).
  - بین تصمیم به فعالیت دانشگاهی و آشنائی با قوانین طرح ارتباط مستقیم وجود داشت ( $P=0/041$ ,  $r=0/728$ ).
  - بین آشنائی با قوانین سایر کلینیک‌ها و آشنائی با قوانین طرح ارتباط مستقیم وجود داشت ( $P=0/039$ ,  $r=0/731$ ).
- تحلیل رگرسیون خطی در رابطه با فاکتورهای پیش‌بینی کننده برنامه منتورشیپ در کلیه رشته‌ها، نشان داد رضایت از عملکرد منتور و طول مدت منتورینگ به عنوان فاکتورهای پیش‌بین با میزان رضایت از منتورشیپ به صورت مستقیم

مرتبط بودند ( به ترتیب  $beta = 0/391, P = 0/011$  و  $beta = 0/529, P = 0/001$ ). نیز رضایت از منتور به عنوان یک فاکتور پیش‌بین با تمایل به ادامه برنامه منتورشیپ ارتباط مستقیم داشت ( $beta = 0/418, P = 0/025$ ). رضایت از منتور و تمایل به ادامه برنامه منتورشیپ به عنوان فاکتورهای پیش‌بین همچنین با توصیه برنامه منتورشیپ به سایر دانشجویان ارتباط مستقیم داشتند ( $beta = 0/521, P = 0/009$  و  $beta = 0/819, P = 0/000$ ).  
 نتایج کلی، نشان‌دهنده رضایت بالای منتهی‌های ورودی ۹۴ از برنامه منتورشیپ، عملکرد منتور، طول دوره و مکان جلسه بوده است و تمایل بالایی به ادامه برنامه داشته و این برنامه را به سایر دانشجویان توصیه کرده‌اند. در بررسی نتایج به تفکیک رشته‌ها، ترتیب رضایت از جنبه‌های مختلف برنامه منتورینگ به صورت زیر از بیشترین به کمترین و از راست به چپ تنظیم شده است:

- ✓ رضایت از برنامه منتورشیپ: فیزیوتراپی، کاردرمانی، گفتاردرمانی، شنوایی شناسی
- ✓ رضایت از عملکرد منتور: فیزیوتراپی، گفتاردرمانی، کاردرمانی، شنوایی شناسی
- ✓ مناسب بودن طول دوره: کاردرمانی، فیزیوتراپی، شنوایی شناسی، گفتاردرمانی
- ✓ مناسب بودن مکان جلسه: کاردرمانی، فیزیوتراپی، گفتاردرمانی، شنوایی شناسی
- ✓ تمایل به ادامه برنامه منتورشیپ: فیزیوتراپی و کاردرمانی، گفتاردرمانی و شنوایی شناسی
- ✓ توصیه برنامه منتورشیپ به سایر دانشجویان: کاردرمانی، فیزیوتراپی و گفتاردرمانی، شنوایی شناسی

مجموع یافته‌ها در رشته‌های مختلف به صورت ذیل قابل تحلیل است:

○ با توجه به اینکه دانشجویان شنوایی شناسی و کاردرمانی قبل از اجرای منتورینگ تمایل بیشتری به فعالیت در قالب طرح نیروی انسانی داشتند، افزایش معنادار اطلاعات این رشته‌ها در زمینه قوانین طرح می‌تواند در برنامه‌ریزی شغلی بهتر در این دانشجویان این رشته‌ها کمک کننده باشد. البته پس از اجرای برنامه دانشجویان رشته گفتاردرمانی نیز تمایل بیشتری برای گذراندن طرح نیروی انسانی پیدا کردند که می‌تواند ناشی از افزایش اطلاعات در این زمینه باشد که این مساله با گرفتن تصمیم مناسب نیز در این دانشجویان مرتبط بوده است.

○ قبل از اجرای برنامه دانشجویان رشته گفتاردرمانی بیشترین تمایل را به فعالیت دانشگاهی داشتند. براساس بررسی همبستگی متغیرها، افزایش آگاهی از قوانین و آیین‌نامه‌های تحصیل در این رشته می‌تواند کاهش ابهام بوده باشد که نشان‌دهنده نقش مهم دانشگاه در آگاه‌سازی آنها بوده و از این طریق در گرفتن تصمیم مناسب توسط ایشان تاثیرگذار بوده است. مدل رگرسیون خطی نیز نشان داد تصمیم به ادامه تحصیل در مقطع ارشد در این رشته پیش‌بینی‌کننده فعالیت دانشگاهی است ( $beta=0/826, P=0/000$ ). البته دانشجویان رشته‌های کاردرمانی بیشتر از رشته‌های فیزیوتراپی و شنوایی شناسی و نیز رشته گفتاردرمانی بیشتر از رشته شنوایی شناسی پس از اجرای برنامه منتورینگ از قوانین و آیین‌نامه‌های ادامه تحصیل مطلع شدند. این مساله در رشته گفتاردرمانی به عنوان یک فاکتور پیش‌بین در گرفتن تصمیم مناسب دخیل بوده است ( $beta=0/624, P=0/007$ ).

○ بعد از اجرای برنامه منتورینگ، دانشجویان رشته کاردرمانی بیشتر از رشته شنوایی شناسی از قوانین تاسیس کلینیک مطلع شدند. احتمالاً علت این مساله این است که دانشجویان کاردرمانی پس از برنامه منتورینگ بیشتر از فارغ التحصیلان رشته خود کسب اطلاع کرده‌اند (مشورت با فارغ التحصیلان به عنوان فاکتور پیش‌بین در مدل رگرسیون خطی با تصمیم برای تاسیس کلینیک شخصی ارتباط مستقیم داشت:  $beta=1/310, P=0/014$ ).

در مجموع، به نظر می‌رسد برنامه‌های منتورینگ بایستی برای هر رشته به صورت اختصاصی طرح‌ریزی و اجرا شود.

بیشترین میزان ارتقای آگاهی به صورت کلی، در مورد انواع آیین‌نامه‌های شروع طرح، تاسیس کلینیک و فعالیت در سایر کلینیک‌ها بوده است. نقش پررنگ دانشگاه در آگاه‌سازی دانشجویان پس از برنامه معنادار و محرز بود. نیز دانشجویان به مشورت با اساتید رغبت بیشتری پیدا کردند. البته نحوه آگاهی‌ها و رسیدن به تصمیمی مناسب، در هر رشته متفاوت بوده است که این می‌تواند متاثر از ویژگی‌های بین فردی دانشجویان و نگرش شخصی آنها در تکمیل اطلاعات باشد. در هر رشته برنامه بدلیل برنامه‌ریزی‌های انفرادی و تحلیل‌های قبل از اجرای برنامه، کاملاً به صورت اختصاصی هدایت شد و بیشترین میزان شفاف‌سازی با توجه به ابهامات در رشته گفتاردرمانی ایجاد شد. شفاف‌سازی تصمیم‌گیری در گروه داشتن اطلاع کافی از آینده پس از فارغ‌التحصیلی است و به نظر می‌رسد این برنامه در رسیدن به اهداف تا حد زیادی موفق عمل کرده است. دانشجویان به این طریق با انتخاب‌های حرفه‌ای رو به رو و تصمیمات متعدد آشنا شده و نحوه تعامل در هر مسیر را فرا گرفته‌اند و بنابراین با توجه به ادامه برنامه، امید است بتوانند به برنامه‌ریزی دقیق‌تری پس از فارغ‌التحصیلی نایل شده و با حفظ تعادل بین کار و زندگی که هدف غایی منتورینگ است موفقیت‌های شغلی بیشتری را کسب نمایند.

**سطح نوآوری: در سطح کشور برای اولین بار صورت گرفته است.**



## رتبه اول حیطة ارزشیابی آموزشی

نام و نام خانوادگی درخواست کننده: دکتر شهلا دمنابی

دانشکده محل خدمت: مدیریت اطلاع رسانی پزشکی

پست الکترونیک: damanabish@tbzmed.ac.ir

### عنوان فارسی:

طراحی و اجرای کارپوشه (پورتفولیوی) الکترونیکی به منظور ارزشیابی کارآموزی در عرصه دانشجویان "فن آوری اطلاعات سلامت"

### عنوان انگلیسی:

Design and implementation of e-portfolio for evaluation apprenticeship of health information technology students

حیطه نوآوری: ارزشیابی آموزشی (دانشجو، هیات علمی و برنامه)

نام همکاران و نوع و میزان مشارکت هر یک از ایشان در فعالیت مورد نظر را ذکر نمایید. (اولین نفر به عنوان نماینده مجربان محسوب می شود - ردیف قابل افزایش است)

نام و نام خانوادگی	سمت در این فعالیت	درجه دانشگاهی	نوع همکاری	میزان مشارکت
دکتر شهلا دمنابی	نماینده مجربان	استادیار	معاون آموزشی گروه و مجری فرایند	۱۰۰٪
دکتر پیمان رضایی	مسئول قبلی کارآموزی	دانشیار	برنامه ریزی کارآموزی	۳۰٪
دکتر لیلا قادری	مربی کارآموزی	دکترای مدیریت اطلاعات سلامت - غیر هیات علمی	نظارت، راهنمایی و ارزیابی فعالیت کارآموزان	۵۰٪
دکتر زکبه پیری	مربی کارآموزی	دانشیار	نظارت، راهنمایی و ارزیابی فعالیت کارآموزان	۵۰٪
نسرین صادقی	مربی کارآموزی	کارشناس ارشد	نظارت، راهنمایی و ارزیابی فعالیت کارآموزان	۵۰٪

۵۰٪	نظارت ، راهنمایی و ارزیابی فعالیت کارآموزان	دانشجوی PhD مدیریت اطلاعات سلامت	مری کارآموزی	خدیجه پایدار
۳۰٪	هماهنگی ، و LMS ارائه اکانت به کارآموزان		کارشناس آموزش الکترونیک مرکز مطالعات آموزش پزشکی دانشگاه	علی احمدیان
۳۰٪	هماهنگی ، و LMS ارائه اکانت به کارآموزان		کارشناس بخش انفورماتیک دانشکده	محمد دهقانان
۳۰٪	برنامه ریزی کارآموزی	استادیار	مسئول فعلی کارآموزی	دکتر زینب محمد زاده
۵۰٪	نظارت ، راهنمایی و ارزیابی فعالیت کارآموزان	دانشجوی PhD مدیریت اطلاعات سلامت	مری کارآموزی	قاسم علیزاده

**محل انجام فعالیت:** گروه فن آوری اطلاعات سلامت **دانشکده:** مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی

**گروه/رشته:** فن آوری اطلاعات سلامت **مقطع تحصیلی:** کارشناسی **فاز**  **بیمارستان** **بخش بالینی**

**مدت زمان اجرا:** ۳ نیمسال **تاریخ پایان:** نیمسال دوم ۹۴-۹۳، نیمسال اول ۹۵-۹۴ و نیمسال اول ۹۷-۹۶

• **هدف کلی:**

طراحی و اجرای پورتفولیوی الکترونیکی به منظور ارزشیابی کارآموزی در عرصه دانشجویان "فن آوری اطلاعات سلامت"

• **اهداف ویژه /اهداف اختصاصی:**

- ۱- تعیین چارچوب ارزشیابی بر اساس اهداف آموزشی منطبق بر کوریکولوم آموزشی دوره کارآموزی در عرصه
- ۲- طراحی و ایجاد پورتفولیوی الکترونیکی منطبق بر چارچوب ارزشیابی
- ۳- آموزش استفاده از پورتفولیوی الکترونیکی به دانشجویان و مربیان
- ۴- تدوین چارچوب ارزشیابی دانشجویان با استفاده از پورتفولیوی الکترونیکی
- ۵- تعیین میزان استفاده از پورتفولیوی الکترونیکی در ارزشیابی پیشرفت تحصیلی

**بیان مسئله (ضرورت انجام و اهمیت اهداف انتخابی را ذکر کنید):**

یکی از اصلی ترین کارکردهای نظام آموزش دانشگاهی، فراهم نمودن نیروی انسانی مورد نیاز نهادها و بخش های مختلف جامعه می باشد، کارکردی که شاید امروز به اصلی ترین چالش و آسیب این نظام های آموزشی تبدیل شده است. (۱)  
دانشجویان علوم پزشکی بایستی به منظور داشتن حداکثر کارایی، بایستی دانش و مهارت لازم برای حرفه آینده خود را کسب کنند. در این خصوص کارآموزی در عرصه در دستیابی دانشجویان به توانمندی های حرفه ای نقش اساسی ایفا می نماید. (۲)  
کارآموزی در عرصه یا آموزش بالینی را می توان تسهیل کننده یادگیری در محیط دانست و هدف از آن را ایجاد تغییرات قابل

اندازه گیری در دانشجو برای انجام فعالیت در آن حرفه دانست. (۳) حال با توجه به اهمیت کارآموزی در فیلد دانشجویان، اگر این فرایند به درستی عمل نکند دانشجویان فارغ التحصیل از قابلیت ها و توانمندیهای مورد انتظار برای فعالیت موثر در محیط های کاری در آینده برخوردار نخواهند بود. (۴)

فناوری اطلاعات سلامت یکی از رشته های تحصیلی در دانشگاه های علوم پزشکی کشور میباشد که تعامل بین فناوری و داده های مراقبت بهداشتی را شامل میشود. هدف کلی این رشته عبارت است از تربیت افراد کارآمدی که بتوانند در زمینه های مدیریت بخش فناوری اطلاعات سلامت مشتمل بر جمع آوری و پردازش داده ها (سازماندهی، طبقه بندی و محاسبات آماری) و ذخیره سازی و بازیابی اطلاعات فعالیت نموده و اطلاعات مورد نیاز جهت اهداف آموزشی، پژوهشی، خدماتی و آماری و دفاع از حقوق بیمار/مراجعه کننده، موسسات و کارکنان بهداشتی و درمانی را تامین نمایند. (۵)

نتایج بررسی انجام یافته توسط صادقی و همکاران با عنوان " بررسی دیدگاه دانشجویان رشته فناوری اطلاعات سلامت نسبت به برنامه کارآموزی در عرصه در دانشگاه علوم پزشکی تبریز-تابستان ۱۳۹۳" نشان داده است که کمترین در صد رضایت (۳۰٪) مربوط به میزان توانایی در تشویق کارآموزان به خلاقیت و ایجاد انگیزه در آن ها بوده است. بخشی از یافته های این پژوهش نشان می دهد که میزان رضایت ۴۶/۷ درصد دانشجویان در خصوص استفاده از سئوالات لاگ بوک کاغذی جهت ارزشیابی، کم و خیلی کم بوده است. (۶) با توجه به نتایج تحقیق فوق، نیاز به تغییر روش ارزیابی کارآموزی در عرصه دانشجویان فن آوری اطلاعات سلامت ضروری بود، لذا اقدام به استفاده از روش های نوین در ارزشیابی این دانشجویان گردید. (نیازسنجی - ضمیمه ۱)

با ظهور رویکردهای جدید در آموزش و بهبود فن آوری های جدید در این عرصه ارزشیابی نیز دچار تحول شده است. پورتفولیو های الکترونیکی ابزاری هستند که امکان ارزشیابی کیفی در محیط های آموزش الکترونیکی را فراهم می نمایند. (۶) استفاده از پورتفولیوی الکترونیکی در دوره های آنلاین به عنوان یک ابزار سنجش خوب مورد توافق پژوهشگران مختلف می باشد. (۷-۹)

پورتفولیوی الکترونیکی به دانشجویان این امکان را می دهد که توانمندی های خود را بروز دهند. ایجاد این پورتفولیوها دانشجویان را قادر می سازد فهم بهتری در خصوص مهارت های خود داشته باشند و بتوانند در جهت کسب مهارت های ضروری برای نقش حرفه ای خود در آینده خود تلاش نمایند. (۱۰)

از سوی دیگر طراحی و راه اندازی *e-portfolio* و *e-logbook* برای دانشگاه ها، جزو اهداف بسته توسعه آموزش مجازی در علوم پزشکی بخش طراحی، راه اندازی و استقرار دانشگاه مجازی علوم پزشکی در نظر گرفته شده است. (۱۱) (اهداف بسته توسعه آموزش مجازی ضمیمه ۲)

## مرور تجربیات و شواهد خارجی (با ذکر فرانس):

### ۱- ارزیابی تکوینی و پایانی : بازخوردها و درس های بدست آمده تجربه دانشگاه بریتیش کلمبیا در خصوص بکار

گیری پورتفولیوی الکترونیکی جهت ارزشیابی دوره فوق لیسانس فن آوری یادگیری در این مقاله آورده شده است.

در این دانشگاه برای ایجاد و اجرای استراتژی ارزشیابی پورتفولیو محور کارهای زیر انجام شده است:

- تعیین محدوده توانمندی هایی که به دنبال فعالیت های یادگیری بایستی بدست آید
  - انتخاب پلت فرم مناسب از جهت معتبر بودن، شخصی سازی و نگهداری مناسب
  - آموزش مناسب و ایجاد بستری برای تعامل دانشجو با دانشجو و دانشجو با مربی
  - انتخاب مربیان مناسب از جهت جهت در گیر نمودن مداوم دانشجویان جهت تکمیل نواقص پورتفولیو
- در این مقاله همچنین با توجه به تجربه این دانشگاه تاکید شده است که پورتفولیوی الکترونیکی فقط یک مخزن دیجیتال نبوده بلکه ابزاری مهم جهت نشان دادن فرایند پیشرفت دانشجو بوده است. (۱۲)

## ۲- ارزیابی پورتفولیوی الکترونیکی از جهت یادگیری: ده سال بعد - تجربه یک دانشگاه دستاورد محور توسط توابعات

تجربه دانشگاه زاید ابوظبی در خصوص استفاده از سیستم مدیریت ارزشیابی پورتفولیوی الکترونیکی و نتایج بدست آمده در این مقاله آورده شده است. نمونه مورد بررسی ۲۱۷ دانشجوی کالج فن آوری اطلاعات این دانشگاه بوده اند. نتایج نشان داده است که دیدگاه دانشجویان نسبت به این روش مثبت بوده است. همچنین این روش باعث بالارفتن سطح یادگیری از طریق ارائه برداشت ها و بازاندیشی ها توسط دانشجو و دریافت بازخورد از طرف مربیان به منظور شناسایی نقاط قوت و ضعف جهت رسیدن به اهداف یادگیری شده است. همچنین تجربه این دانشگاه نشان داده است پورتفولیوی الکترونیکی روشی مناسبتر از سایر تست ها و آزمون ها برای سنجش دانش دانشجویان می باشد. این روش همچنین تاثیر مثبتی در جهت خود ارزیابی دانشجویان و پاسخگویی آنها جهت یادگیری خودشان داشته است. (۱۳)

## ۳- ارزیابی کارایی و اثر بخشی پورتفولیوی استفاده شده جهت ارزشیابی پایانی

نتایج استفاده از پورتفولیوی الکترونیکی جهت ارزشیابی دانشجویان در دپارتمان بازرگانی، مدیریت و حسابداری دانشگاه ساحل غربی مریلند امریکادر این مقاله آورده شده است. یافته های بررسی انجام شده در خصوص نظرات دانشجویان نشان داده است که پورتفولیوی الکترونیکی باعث ارتقای دستیابی به اهداف آموزشی (۸۸٪)، تفکر در باره آنچه که در دانشکده آموخته اند (۸۹٪) و انعکاس دانش و مهارت های بدست آمده (۹۱٪) شده است. (۱۴)

## الف- در دانشگاه های علوم پزشکی :

### ۱- بررسی تاثیر پورتفولیوی الکترونیکی بر یادگیری داروسازی

در این پژوهش شبه آزمایشی ، پورتفولیوی کاغذی و الکترونیکی برای آموزش و ارزیابی درس داروسازی مورد بررسی قرار گرفته و تاثیر پورتفولیوی الکترونیکی بر فرایند مدیریت دانش (شامل گردآوری، به اشتراک گذاری، سازماندهی و استفاده ) اندازه گیری شده است. جامعه پژوهش ۷۲ نفر از دانشجویان پرستاری، تکنسین اتاق عمل و اورژانس در دانشگاه علوم پزشکی بیرجند بوده اند.

یافته های این پژوهش نشان داده است که تفاوت آماری معنی داری بین استفاده کنندگان پورتفولیوی الکترونیکی و کاغذی در فرایند مدیریت دانش وجود داشته است. براساس نتایج این تحقیق و بازخورد دانشجویان، استفاده از این روش در آموزش داروسازی در دوره های مشابه توصیه شده است. (۱۵)

### ۲- بررسی استفاده از پورتفولیوی الکترونیکی بر یادگیری فیزیولوژی در دانشجویان پرستاری

این پژوهش به روش شبه تجربی با استفاده از پیش آزمون و پس آزمون و گروه کنترل در دانشگاه آزاد ملایر انجام شده است. جامعه آماری این پژوهش ، دانشجویان پرستاری مشغول به تحصیل در این دانشگاه در سال های ۹۳-۹۴ بوده است.

یافته پژوهش نشان داده است که یادگیری فیزیولوژی در گروه استفاده کننده از پورتفولیوی الکترونیکی بطور قابل ملاحظه ای بهتر از استفاده کنندگان از روش سنتی بوده است.

با توجه به یافته های این پژوهش و اثر بخشی پورتفولیوی الکترونیکی ، استفاده از این فن آوری الکترونیکی در آموزش علوم پزشکی توصیه شده است. (۱۶)

### ۳- سامانه ی پورتفولیوی الکترونیکی دانشجویان اتاق عمل دانشگاه علوم پزشکی قم:

دانشجوی اتاق عمل بعد از وارد کردن نام کاربری و رمز وارد این سامانه شده و پس از انتخاب دوره کارورزی مورد نظر اقدام به ثبت در نقش های مختلف اسکراب و شرح عمل، سیرکولر و سایر می نماید. این سامانه به ثبت و ارسال گزارشات این دانشجویان به استاد مورد نظر اختصاص یافته است. (۱۷)

#### ب- در سایر دانشگاه های کشور:

#### ۱- بررسی "تأثیر استفاده از کارپوشه الکترونیکی بر نگرش، انگیزه پیشرفت و پیشرفت تحصیلی دانشجویان مرکز آموزش الکترونیکی دانشگاه صنعتی خواجه نصیرالدین طوسی"

این پژوهش از نوع شبه آزمایشی بوده و جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان مرکز آموزش الکترونیکی دانشگاه خواجه نصیرالدین طوسی بوده اند که در نیمسال تحصیلی دوم ۸۹-۹۰ در رشته مهندسی کامپیوتر مشغول به تحصیل بوده اند.

یافته های این پژوهش نشان داد که پیشرفت تحصیلی، انگیزه پیشرفت و نگرش نسبت به امتحان گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه به طور معناداری افزایش یافته است. نتایج به دست آمده از این پژوهش برتری پیشرفت تحصیلی، انگیزه پیشرفت و نگرش نسبت به امتحان دانشجویانی را نشان داد که از طریق کارپوشه الکترونیکی آموزش دیده بودند. برایناساس، استفاده از کارپوشه الکترونیکی را در آموزش الکترونیکی به عنوان یکی از شیوه های نوین سنجش پیشنهاد گردید. (۱۸)

#### ۲- بررسی تأثیر به کارگیری کارپوشه الکترونیکی بر راهبردهای یادگیری خودتنظیمی دانشجویان

روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیشآزمون-پس آزمون، با گروه کنترل بوده و جامعه آماری پژوهش را کلیه دانشجویان دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبایی تشکیل داده بودند که در نیمسال دوم سال تحصیلی ۹۱-۹۲ مشغول به تحصیل بوده اند. یافته های این پژوهش نشان داد که راهبردهای یادگیری خود تنظیمی دانشجویان گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری افزایش یافته است. نتایج این پژوهش نشان داده است که کارپوشه الکترونیکی یکی از ابزارهای یاددهی، یادگیری و سنجش است که در آن یادگیرندگان به فعالیت بیشتر ترغیب شده و در نهایت به موفقیت های بیشتری در یادگیری و مهارت های مربوط به آن نایل می شوند. (۱۹)

#### ۳- بررسی تاثیر استفاده از پورتفولیوی الکترونیکی بر خلاقیت دانشجویان

این بررسی که در دانشگاه پیام نور مشکین شهر به روش نیمه تجربی و با استفاده از پیش آزمون-پس آزمون انجام شده، نشان داده است که با استفاده از پورتفولیوی الکترونیکی از نظر آماری تفاوت معنی داری در میزان خلاقیت دانشجویان دیده شده است. (۲۰)

### **شرح مختصری از فعالیت صورت گرفته را بنویسید (آماده سازی، چگونگی تجزیه و تحلیل موقعیت و تطبیق متدولوژی، اجرا و ارزشیابی را در این بخش بنویسید):**

در ابتدا با توجه به کوریکولوم آموزشی مربوطه و نتایج نیاز سنجی کارآموزی در عرصه ترم قبل، طرح پیشنهادی ساختار پورتفولیوی الکترونیکی و نحوه ارزشیابی اهداف آموزشی با استفاده از این پورتفولیو توسط مجری فرایند به گروه آموزشی فن آوری اطلاعات سلامت ارائه گردید. (کوریکولوم آموزشی- ضمیمه شماره ۳)

طرح پیشنهادی توسط اعضای گروه آموزشی پس از بحث و گفتگو نهایی گردیده و پیشنهاد استفاده از سامانه یادگیری الکترونیکی دانشگاه، جهت ایجاد بستر الکترونیکی برای پورتفولیو مورد تایید اعضای گروه آموزشی مربوطه قرار گرفت.

پس از هماهنگی های لازم با بخش یادگیری الکترونیکی دفتر توسعه و مطالعات آموزش پزشکی دانشگاه ، با هماهنگی مجری فرایند ، نماینده مربیان کارآموزی و کارشناس آموزش الکترونیک دانشگاه پورتفولیوی الکترونیکی در سامانه آموزش الکترونیکی دانشگاه طراحی گردید.

بخش های پورتفولیو مطابق با اهداف آموزش کوریکولوم آموزشی این درس و بصورت فرایند محور تدوین گردید. (تصاویر در ضمیمه ۹)

شناسه کاربری و رمز برای مربیان کارآموزی و کلیه دانشجویان توسط کارشناس آموزش الکترونیک دانشگاه صادر گردید. جلسه آشنایی با پورتفولیوی الکترونیکی و نحوه ارزشیابی بر اساس پورتفولیو برای مربیان کارآموزی و دانشجویان برگزار گردید و از آنان خواسته شد ، بطور روزانه با سامانه یادگیری دانشگاه ارتباط داشته و پس از دریافت فایل های دانشجویان ، بازخورد مناسب به آنان داده شود.

تالار گفتگو جهت پاسخگویی به سئوالات مربوط به پورتفولیوی الکترونیکی توسط مجری طرح و مربیان و دانشجویان بکار گرفته شد. تصاویر در ضمیمه ۹)

دو هفته بعد از شروع دوره کارآموزی و اجرای فرایند پورتفولیو الکترونیکی، جلسه رفع مشکلات مربوط به بارگذاری فایل ها در پورتفولیوی الکترونیکی با حضور کارشناس یادگیری الکترونیک دانشگاه برای دانشجویان گذاشته شد.

پس از اجرای پورتفولیوی الکترونیکی در طول ترم مشکلات گزارش شده از سوی دانشجویان از لحاظ فنی و محتوایی توسط نماینده مربیان و کارشناس آموزش الکترونیکی بر طرف گردید.

مشکلات فنی پیش بینی نشده برای مربیان نیز با تعامل با کارشناس آموزش الکترونیک بر طرف گردید.

مربیان از طریق سامانه یادگیری دانشگاه به تبادل اطلاعات و ارائه بازخورد به دانشجویان می پرداختند.

پس از تداوم اجرای پورتفولیوی الکترونیکی ، بازخورد دانشجویان با استفاده از چک لیست توسط مجری طرح اخذ گردید.

گزارش بازخورد دانشجویان و مربیان در نیمسال دوم ۹۴-۹۳، در ابتدای نیمسال ۹۵-۹۴ توسط مجری طرح به گروه آموزشی ارائه گردید و پیشنهادات جهت اصلاح فرایند مورد بحث و گفتگو قرار گرفت و فرایند در این نیمسال با اعمال اصلاحات تداوم یافت. از نیمسال دوم ۹۵-۹۴ به علت وقفه شش ماهه همکاری مجری (مرخصی استعلاجی) اجرای فرایند متوقف گردید.

با انتخاب مسئول جدید کارآموزی در تیر ماه ۱۳۹۷ استفاده از پورتفولیوی الکترونیکی مجددا در شورای گروه مطرح گردیده و مورد تصویب اعضای گروه قرار گرفت. این فرایند از نیمسال اول ۹۸-۹۷ با بازنگری در چارچوب پورتفولیو مجددا در حال اجرا بوده و نظرات دانشجویان در اواسط نیمسال پس از اتمام کارآموزی در مرکز اول و شروع کارآموزی در مرکز دوم با استفاده از پرسشنامه الکترونیکی از دانشجویان اخذ شده است .

## **شیوه های تعامل با محیط که در آن فعالیت نوآوران به محیط معرفی شده و یا مورد نقد قرار گرفته را ذکر کنید.**

### **○ پذیرش در کنگره ها و جشنواره ها**

مقاله ای با عنوان استفاده از پورتفولیوی الکترونیکی به عنوان ابزاری برای پیشرفت یادگیری کارآموزی در عرصه فناوری اطلاعات سلامت در روش آموزش مبتنی بر دستاورد پذیرفته شده در هشتمین همایش کشوری یادگیری الکترونیکی در آموزش پزشکی ۱۳ الی ۱۵ بهمن ۱۳۹۴ ارائه گردیده است. (ضمیمه شماره ۱۰)

همچنین در مقاله ای با عنوان "طراحی و ارزیابی برنامه جامع کارآموزی برای دانشجویان فن آوری اطلاعات سلامت" در مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی " سال ۱۳۹۶ دوره ۱۷ شماره ۳۳ نتایج بکارگیری پورتفولیوی الکترونیکی در برنامه کارآموزی مطرح گردید. (ضمیمه شماره ۱۱)

## ○ نقد خبرگان / همکاران / مشتریان یا فراگیران

در جلسه مورخ ۱۳۹۴/۷/۲۸ در دفتر مدیریت مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی با موضوع *e-portfolio* در دانشکده مدیریت اطلاع رسانی پزشکی مورد نقد و بررسی قرار گرفت. (ضمیمه شماره ۱۲)

## نتایج حاصل از این فعالیت و این که فعالیت ارائه شده چگونه موفق شده است به اهداف خود دست یابد را بنویسید.

نتایج هدف ۱: تعیین چارچوب پورتفولیوی الکترونیکی منطبق با اهداف آموزشی دوره کارآموزی در عرصه

- ۱- آشنایی با بیمارستان
- ۲- آشنایی با فرآیند پذیرش و بستری
- ۳- آشنایی فرآیند گردآوری داده
- ۴- آشنایی فرآیند سازماندهی
- ۵- آشنایی فرآیند پردازش داده
- ۶- آشنایی فرآیند بازیابی و استفاده از آن

نتایج هدف ۲: طراحی و ایجاد پورتفولیوی الکترونیکی منطبق بر چارچوب ارزشیابی

پورتفولیوی ایجاد شده از طریق سایت زیر قابل دسترسی می باشد.

<http://lms.tbzmed.ac.ir/login/index.php>

تصاویر مربوط به صفحات پورتفولیوی ایجاد شده در ضمیمه ۹ ارائه گردیده است.

نتایج هدف ۳: آموزش استفاده از پورتفولیوی الکترونیکی به دانشجویان و مربی

دانشجویان در ابتدای دوره کارآموزی با پورتفولیوی الکترونیکی و نحوه ارزشیابی بر اساس پورتفولیو آشنا شدند و تنها ۱۵٪ از دانشجویان آموزش های لازم برای ایجاد پورتفولیوی الکترونیکی را ناکافی اعلام کردند.

نتایج هدف ۴: تدوین چارچوب ارزشیابی برای سنجش میزان پیشرفت تحصیلی از دید دانشجویان و مربیان

چارچوب ارزشیابی برای سنجش میزان پیشرفت تحصیلی از دید دانشجویان در ضمیمه ۱۳ ارائه گردیده است.

نتایج هدف ۵: تعیین اثرگذاری پورتفولیوی الکترونیکی در ارزشیابی پیشرفت دانشجویان از دید دانشجویان

جدول ۱: تعیین اثرگذاری پورتفولیوی الکترونیکی در ارزشیابی پیشرفت دانشجویان از دید دانشجویان در نیم سال دوم ۹۳-۹۴

شماره	عنوان سؤال	خیلی موافق	موافق	نظری ندارم	مخالف	خیلی مخالف
۱	تهیه پورتفولیوی الکترونیک مرا ترغیب می کند تا به آنچه که در طول مدت کارآموزی در مرکز مربوط آموخته ام ، فکر کنم.	۵٪	۲۵٪	۳۵٪	۲۵٪	۱۰٪
۲	من از تهیه پورتفولیوی الکترونیک لذت می برم.	۵٪	۱۵٪	۳۵٪	۲۵٪	۲۰٪
۳	فرایند تهیه پورتفولیوی الکترونیک مرا ترغیب می کند تا به	-	۵۰٪	۵٪	۳۵٪	۱۰٪

					اهداف آموزشی دوره کارآموزی بیاندهشم.	
۴	۱۵٪	۳۵٪	۵٪	۳۵٪	۱۰٪	فرایند تهیه پورتفولیوی الکترونیک مرا ترغیب می کند تا در باره دانش ، مهارت ها و توانایی های که کسب کرده ام بیاندهشم.
۵	۱۵٪	۳۵٪	۱۵٪	۳۰٪	۵٪	پورتفولیوی الکترونیک من می تواند نشانگر توانمندی کاری من باشد.
۶	۱۰٪	۳۵٪	۲۰٪	۲۵٪	۱۰٪	پورتفولیوی الکترونیک باعث ترغیب افراد جهت بدست آوردن مهارت های سازمانی می گردد.
۷	۱۰٪	۲۰٪	۴۵٪	۲۰٪	۵٪	پورتفولیوی الکترونیک روش خوبی برای نشان دادن توانمندی های دانشجویان می باشد.
۸	۱۰٪	۵٪	۳۵٪	۵۰٪	-	پورتفولیوی الکترونیک مرا ترغیب می کند تا منتقدانه در باره نحوه یادگیری در کارآموزی بیاندهشم.
۹	۱۵٪	۴۰٪	۲۵٪	۲۰٪	-	دست نویس های من در طی دوره کارآموزی منبع مناسبی برای تهیه پورتفولیو بوده است.
۱۰	۱۰٪	۲۵٪	۲۰٪	۴۰٪	۵٪	به نظر من پورتفولیوی الکترونیکی مزایایی برای دانشجویان داشته است.
۱۱	۱۰٪	۵۵٪	۲۵٪	۱۰٪	۱۰٪	در طی فرآیند تهیه پورتفولیو پشتیبانی لازم از من شده است.
۱۲	۱۵٪	۲۰٪	۲۵٪	۳۵٪	۵٪	مشکلی در نوشتن بخش باز اندیشی ( <i>reflective thinking</i> ) نداشته ام.

\*نتایج سؤال ۱۳ ( نظرات دانشجویان در خصوص مزایای پورتفولیوی الکترونیکی ) در ضمیمه ۱۴ آورده شده است .

جدول ۲: تعیین اثرگذاری پورتفولیوی الکترونیکی در ارزشیابی پیشرفت دانشجویان از دید دانشجویان در نیم سال اول ۱۳۹۴-۹۵

شماره	عنوان سؤال	خیلی موافق	موافق	نظری ندارم	مخالف	خیلی مخالف
۱	تهیه پورتفولیوی الکترونیک مرا ترغیب می کند تا به آنچه که در طول مدت کارآموزی در مرکز مربوط آموخته ام ، فکر کنم.	۱۵٪	۵۵٪	۱۰٪	۵٪	۱۵٪
۲	فرایند تهیه پورتفولیوی الکترونیک مرا ترغیب می کند تا به اهداف آموزشی دوره کارآموزی بیاندهشم.	-	۶۵٪	۲۰٪	۱۵٪	-
۳	فرایند تهیه پورتفولیوی الکترونیک مرا ترغیب می کند تا در باره دانش ، مهارت ها و توانایی های که کسب کرده ام بیاندهشم.	۲۰٪	۵۰٪	۲۵٪	۵٪	-
۴	پورتفولیوی الکترونیک من می تواند نشانگر توانمندی کاری من باشد.	۱۰٪	۲۵٪	۲۵٪	۳۰٪	۵٪
۵	پورتفولیوی الکترونیک می تواند ابزاری مناسب برای نشان دادن میزان پیشرفت من در رسیدن	۵٪	۶۰٪	۲۰٪	۱۵٪	۵٪



					به اهداف کارآموزی باشد.	
۶		٪۵	٪۳۰	٪۵۰	٪۱۰	پورتفولیوی الکترونیک مرا ترغیب می کند تا منتقدانه در باره نحوه یادگیری در کارآموزی بیانیدم.
۹		٪۵	٪۱۰	٪۴۰	٪۴۵	دست نویس های من در طی دوره کارآموزی منع مناسبی برای تهیه پورتفولیو بوده است.
۱۰		٪۱۵	٪۳۰	٪۴۵	٪۱۰	مشخص نمودن چارچوب اولیه برای تهیه پورتفولیوی الکترونیکی برای من مفید بوده است.
۱۱	٪۲۰	٪۱۵	٪۴۰	٪۲۰	٪۵	تالار گفتگو جهت استفاده از نظرات و تجربیات دیگران برای من مفید بوده است.
۱۲	٪۳	٪۵	٪۵۰	٪۱۰	٪۵	مشکلی در نوشتن بخش باز اندیشی ( <i>reflective thinking</i> ) نداشته ام.

پرسشنامه های تکمیل شده دانشجویان در ضمیمه ۱۶ آورده شده است.

جدول ۳: تعیین اثرگذاری پورتفولیوی الکترونیکی در ارزشیابی پیشرفت دانشجویان از دید مربیان در نیم سال دوم ۹۳-۹۴

شماره	عنوان سؤال	خیلی موافق	موافق	نظری ندارم	مخالف	خیلی مخالف
۱	پورتفولیوی الکترونیک دانشجو را به تفکر درباره آنچه در طول مدت کارآموزی در مرکز مربوط آموخته ، ترغیب می کند.	٪۱۶,۷	٪۶۶,۶	٪۱۶,۷	-	-
۲	پورتفولیوی الکترونیک به دانشجویان کمک می کند تا به اهداف آموزشی دوره کارآموزی بیانیدم.	٪۱۶,۷	٪۶۶,۶	٪۱۶,۷	-	-
۳	فرایند تهیه پورتفولیوی الکترونیک دانشجو را ترغیب می کند تا در باره دانش ، مهارت ها و توانایی های که کسب کرده بیانیدم.	٪۵۰	٪۳۳,۳	٪۱۶,۷	-	-
۴	پورتفولیوی الکترونیک می تواند نشانگر توانمندی کاری دانشجو باشد.	٪۱۳,۷	٪۵۰	٪۳۳,۷	-	-
۵	پورتفولیوی الکترونیک ابزاری مناسب برای نشان دادن میزان پیشرفت دانشجو در رسیدن به اهداف کارآموزی است.	٪۳۳,۳	٪۳۳,۷	٪۳۳,۳	-	-
۶	پورتفولیوی الکترونیک منجر به تقویت تفکر انتقادی دانشجو درباره نحوه یادگیری می شود.	٪۱۶,۷	٪۵۰	٪۱۶,۷	٪۱۶,۷	-
۷	آموزش های لازم در خصوص ایجاد پورتفولیوی الکترونیکی به مربی داده شده است.	٪۱۶,۷	٪۶۶,۷	--	٪۱۶,۷	-

۸	مشخص شدن چارچوب اولیه برای تهیه پورتفولیوی الکترونیکی برای مربی مفید بوده است	٪۵۰	٪۵۰	-	-
۹	آموزش های لازم در خصوص آموزش بازاندیشی به مربی داده شده است.	٪۱۶,۷	٪۵۰	٪۳۳,۳	-

پرسشنامه های تکمیل شده مربیان در ضمیمه ۱۷ آورده شده است.

جدول ۲: تعیین اثرگذاری پورتفولیوی الکترونیکی در ارزشیابی پیشرفت دانشجویان از دید دانشجویان در اواسط نیمسال اول ۹۸-۹۷

شماره	عنوان سؤال	خیلی موافق	موافق	نظری ندارم	مخالف	خیلی مخالف
۱	تهیه پورتفولیوی الکترونیک مرا ترغیب می کند تا به آنچه که در طول مدت کارآموزی در مرکز مربوط آموخته ام، فکر کنم.	-	٪۴۲,۸	٪۲۸,۶	٪۱۴,۳	-
۲	فرایند تهیه پورتفولیوی الکترونیک مرا ترغیب می کند تا به اهداف آموزشی دوره کارآموزی بیاندهم.	-	٪۴۲,۹	٪۴۹,۹	-	٪۱۴,۳
۳	فرایند تهیه پورتفولیوی الکترونیک مرا ترغیب می کند تا در باره دانش، مهارت ها و توانایی های که کسب کرده ام بیاندهم.	-	٪۵۷,۱	٪۲۸,۶	-	٪۱۴,۳
۴	پورتفولیوی الکترونیک من می تواند نشانگر توانمندی کاری من باشد.	-	-	٪۴۲,۸	٪۴۲,۸	٪۱۴,۳
۵	پورتفولیوی الکترونیک باعث ترغیب افراد جهت بدست آوردن مهارت های سازمانی می گردد.	-	٪۷۱,۴	٪۱۴,۳	٪۱۴,۳	-
۶	پورتفولیوی الکترونیک روش خوبی برای نشان دادن توانمندی های دانشجویان می باشد.	٪۱۴,۳	٪۱۴,۳	٪۱۴,۳	٪۲۸,۶	٪۲۸,۶
۷	پورتفولیوی الکترونیک مرا ترغیب می کند تا منتقدانه در باره دانشکده خود بیاندهم.	-	٪۵۷,۱	٪۲۸,۶	٪۱۴,۳	-
۸	به نظر من پورتفولیوی الکترونیک مزایایی برای دانشجویان داشته است.	-	٪۵۷,۱	٪۲۸,۶	٪۱۴,۳	-
۹	در طی فرایند تهیه پورتفولیوی پشتیبانی لازم از من شده است.	-	٪۲۸,۶	٪۵۷,۲	-	٪۱۴,۳
۱۰	دست نویس های دانشجویان در طی دوره کارآموزی منبع مناسبی برای تهیه پورتفولیو می باشد.	-	٪۱۴,۳	٪۲۸,۶	٪۴۲,۸	٪۱۴,۳
۱۱	مشکلی در خصوص نوشتن بخش معرفی سازمان نداشته ام.	-	٪۵۷,۱	٪۱۴,۳	٪۱۴,۳	٪۱۴,۳
۱۲	مشکلی در خصوص ترسیم فلوجارت فرایندهای کاری سازمان نداشته ام.	-	٪۲۸,۶	٪۱۴,۳	٪۴۲,۸	٪۱۴,۳
۱۳	مشکلی در خصوص انتخاب و تهیه دستاوردها برای پورتفولیوام نداشته ام.	-	-	٪۴۲,۸	٪۴۲,۸	٪۱۴,۳
۱۴	مشکلی در خصوص توضیحات مربوط به تکالیف کارآموزی نداشته ام.	-	٪۵۷,۱	٪۱۴,۳	٪۱۴,۳	٪۱۴,۳

نتایج فوق در نیمه سالتحصیلی و پس از اتمام کارآموزی در یک مرکز و شروع کارآموزی در مرکز دوم مربوط به پرسشنامه الکترونیکی است که توسط دانشجویان تکمیل شده است.

\*موارد مربوط به سؤال ۱۵ و ۱۶ در خصوص مزایا و معایب پورتفولیوی الکترونیکی در ضمیمه ۱۷ آورده شده است

**سطح نوآوری** در سطح دانشگاه برای اولین بار صورت گرفته است.

## رتبه دوم حیطه ارزشیابی آموزشی

نام و نام خانوادگی درخواست کننده: اکرم قهرمانیان  
دانشکده محل خدمت: دانشکده پرستاری و مامایی  
پست الکترونیک: ghahramaniana@gmail.com

**عنوان فارسی: طراحی و اجرای رویکرد کیفی در ارزشیابی برنامه های آموزشی: مطالعه موردی دانشکده پرستاری و مامایی تبریز**

**عنوان انگلیسی: Design and implementation a qualitative approach in educational programs evaluation: a study in nursing and midwifery faculty of Tabriz**

حیطه نوآوری: ارزشیابی آموزشی (دانشجو، هیات علمی و برنامه)

نام همکاران و نوع و میزان مشارکت هر یک از ایشان در فعالیت مورد نظر را ذکر نمایید. (اولین نفر به عنوان نماینده مجریان محسوب می شود - ردیف قابل افزایش است)

میزان مشارکت	نوع همکاری	درجه دانشگاهی	سمت در فعالیت	نام و نام خانوادگی
۴۵	مجری- طراحی، اجرا و ارزشیابی کیفی برنامه های منتخب دانشکده پرستاری و مامایی در مقاطع کارشناسی و دکتری- تدوین گزارشات ارزشیابی و تدوین استراتژیهای عملیاتی ارتقا دهنده با همکاری و مشاوره تیم پژوهش	استادیار	مجری	دکتر اکرم قهرمانیان
۱۰	طراحی مدل ارزشیابی برنامه های آموزشی- تحلیل کیفی مصاحبه ها	استاد	همکار اصلی	دکتر وحید زمان زاده
۱۶	مصاحبه کیفی- طراحی مدل ارزشیابی کیفی - پیاده سازی مصاحبه ها	استادیار	همکار اصلی	دکتر زهرا شیخ علیپور
۸	مصاحبه کیفی- تدوین جارچوب مصاحبه	استادیار	همکار اصلی	دکتر فرانک جبارزاده
۸	مصاحبه کیفی- انتخاب مشارکت کنندگان- پیاده سازی مصاحبه ها	استادیار	همکار اصلی	دکتر مینا حسین زاده
۸	طراحی برنامه آموزشی پرسپکتورشیپ و همکاری در ارزشیابی برنامه	استادیار	همکار	دکتر شهلا شهبازی
۵	همکاری در مرور متون و تهیه پروپوزال	دانشجوی	همکار	ساناز رضایی

**محل انجام فعالیت:** دانشکده پرستاری و مامایی **گروه/رشته** داخلی جراحی/ پرستاری **مقطع تحصیلی:** کارشناسی/ دکتری **فاز** بیمارستان سینای تبریز **بخش بالینی:** کلیه بخش های درگیر در برنامه پرسپتورشپ آموزش دانشجویان کارشناسی پرستاری ترم ۷

**مدت زمان اجرا:** در نیمسال های اول و دوم ۹۶-۹۷ **تاریخ پایان:** ادامه دارد

#### • اهداف کلی:

- ۱- تعیین اثربخشی برنامه های آموزشی دوره کارشناسی پرستاری بر اساس بررسی کیفی نظرات دانشجویان، مدرسین و مدیران دانشکده پرستاری و مامایی تبریز
- ۲- تعیین اثربخشی برنامه های آموزشی دوره دکترای پرستاری و مامایی بر اساس بررسی کیفی نظرات دانشجویان دانشکده پرستاری و مامایی تبریز

#### • اهداف ویژه/اهداف اختصاصی:

- ۱-۱: تعیین اثربخشی برنامه آموزشی پرسپتورشپ بر اساس بررسی کیفی نظرات دانشجویان دانشکده پرستاری و مامایی تبریز
- ۱-۲: تعیین اثربخشی برنامه آموزشی پرسپتورشپ بر اساس بررسی کیفی نظرات مدرسین و ناظرین دانشکده پرستاری و مامایی تبریز
- ۱-۳: تعیین اثربخشی برنامه آموزشی پرسپتورشپ بر اساس بررسی کیفی نظرات مدیران دانشکده پرستاری و مامایی تبریز
- ۱-۴: تعیین اثربخشی برنامه آموزشی پرسپتورشپ بر اساس بررسی کیفی نظرات مدیران بیمارستان سینای تبریز
- ۱-۵: تعیین اثربخشی فرایندهای یاددهی-یادگیری دوره کارشناسی پرستاری بر اساس بررسی کیفی نظرات دانشجویان دانشکده پرستاری و مامایی تبریز
- ۲-۱: تعیین اثربخشی برنامه های آموزشی دوره دکترای پرستاری و مامایی بر اساس بررسی کیفی نظرات دانشجویان دانشکده پرستاری و مامایی تبریز
- ۲-۲: تعیین اثربخشی برنامه های آموزشی دوره دکترای پرستاری و مامایی بر اساس بررسی کیفی نظرات دانشجویان دانشکده پرستاری و مامایی تبریز

#### **بیان مسئله (ضرورت انجام و اهمیت اهداف انتخابی را ذکر کنید):**

تدریس یک فرآیند پیچیده شامل تبادل محتوای دانش، مهارت‌های آموزشی همراه با درک ماهیت چندگانه دانشجویان و در نهایت بررسی میزان یادگیری آنان می‌باشد (۱). از آنجا که اهداف اصلی آموزش عالی، تدریس و تربیت نیروی انسانی متخصص است (۲، ۳). دانشگاه‌های علوم پزشکی برای نیل به این اهداف به طراحی و اجرای برنامه‌های مدون در جهت ارتقای سلامت جامعه گام برمی‌دارند (۴). در این راستا بالا بردن کیفیت آموزش از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (۵)، افزایش تقاضا برای آموزش عالی از یک سو و نارضایتی دانشجویان و اساتید از کیفیت آموزش از سوی دیگر از جمله دلایلی است که دانشگاه‌ها را ملزم به بهبود

کیفیت آموزش می‌نماید (۶) ، یک روش متداول در جهت ارتقای این کیفیت و بررسی اثربخشی تدریس، با الگو گرفتن از دانشگاه‌های بزرگ و موفق دنیا ارزشیابی فرایندهای یاددهی - یادگیری می‌باشد (۳، ۵).

ارزشیابی یک فرآیند نظام‌مند در جهت بررسی این فرایند و قضاوت در مورد دستاوردها و کارایی‌های آنان می‌باشد که از طریق جمع‌آوری دقیق داده‌ها، بررسی و تجزیه و تحلیل متفکرانه اطلاعات به کار می‌رود و مشخص می‌کند که چه میزان از هدف مورد نظر تحقق یافته است (۹-۷).

در این بین یکی از جنبه‌های ارزشیابی این فرایند، ارزشیابی استاد می‌باشد. یکی از اهداف ارزشیابی اساتید در مؤسسات آموزش عالی، ارائه بازخورد مناسب به آنها می‌باشد که در صورت همراهی با تجزیه و تحلیل سیستماتیک نتایج می‌تواند به بهبود کیفیت آموزش، ارتقای تدریس و یک فارغ التحصیلی موفق برای دانشجویان منجر شود (۱۰). به بیان دیگر ارزشیابی اساتید امری ضروریست که به تعیین میزان موفقیت آنان در رسیدن به اهداف آموزشی می‌پردازد. مخصوصاً آموزش در رشته‌های علوم پزشکی به دلیل مسئولیت دانش‌آموختگان در برابر جان انسانها از اهمیت و حساسیت ویژه‌ای برخوردار است (۱۱).

در فرایند ارزشیابی، بعد از تعیین هدف ارزشیابی، گام بعدی تعیین روش آن می‌باشد، روش‌های مختلفی برای ارزشیابی اساتید وجود دارد که بر حسب هدف و ملاک‌های آن می‌تواند متفاوت باشد (۱۲) ، از جمله ارزشیابی توسط مسئولان و مدیران، همکاران و کارکنان، خودارزشیابی اعضای هیئت علمی و ارزشیابی توسط دانشجویان. در این میان دانشجویان مهمترین منبع اطلاعاتی برای ارزشیابی محسوب می‌شوند (۱۳) زیرا آنان به دلیل حضور مستقیم در موقعیت آموزشی، ارتباط نزدیک‌تری نسبت به سایرین با اساتید دارند (۱۴) و تنها افرادی هستند که به طور مستقیم تحت تعلیم آنها قرار می‌گیرند (۱۵).

جمع‌آوری داده‌ها در فرآیند ارزشیابی عملکرد اساتید با استفاده از روش‌های مختلف و منابع متفاوت، می‌تواند به افزایش اعتبار داده‌ها کمک کرده و اطلاعاتی ارزشمند و قابل اعتماد برای تصمیم‌گیری‌های آتی فراهم آورد (۱۶). به منظور چنین ارزشیابی همه جانبه‌های ارزشیابی باید به صورت یک فرایند جامع انجام شود (۱۳). با توجه به اهمیت روزافزون ارزشیابی‌های دانشجویی اساتید در دو دهه اخیر و استفاده وسیع از نتایج آن در دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی، پژوهشگران همواره در تلاشند با انجام تحقیقاتی در رابطه با جنبه‌های مختلف آن، کیفیت اجرای این فرایند را ارتقا بخشند (۱۷).

بعد از تعیین اهداف و روش ارزشیابی مهمترین مسئله، انتخاب یا طراحی ابزار مناسب برای اجرای فرآیند ارزشیابی است (۱۸). امروزه معمولاً یک پرسشنامه نظرسنجی حاوی تعدادی سوال درباره فعالیت‌های آموزشی استاد در اختیار دانشجویان گذاشته می‌شود تا از این نظر استاد خود را ارزشیابی کنند (۱۹). مطالعه علی‌اصغرپور و همکاران نشان داد این نوع ارزشیابی اغلب زمانی مفید خواهد بود که پرسشنامه‌های ارزشیابی استاد توسط دانشجو، بازنگری شده و موارد حائز اهمیت در آن گنجانده شود (۲۰).

نتایج مطالعه جونگ نشان می‌دهد در ارزشیابی‌های کنونی اساتید، کیفیت برنامه درسی، ارتباط محتوای دوره با حرفه آینده دانشجو، مهارت تفکر انتقادی و چالش‌های دوره در نظر گرفته نشده است (۱۰). همینطور از نظر تعداد کثیری از اساتید با روش فعلی ارزشیابی، ارتباط زیادی بین نمره ارزشیابی و واقعیت موجود در کیفیت و شیوه تدریس مدرس وجود ندارد و این نمره گویای واقعی کیفیت فعالیتهای یاددهی استاد نیست (۶).

ابزار مورد استفاده در ارزشیابی باید ابزاری جامع و کامل باشد و بر اساس اهداف و با مد نظر قرار دادن نقش منابع اطلاعاتی قادر باشد موارد و شاخص‌های تعیین شده را به دقت مورد ارزشیابی قرار دهد و از روایی و پایایی لازم برخوردار باشد (۳). موسوی و همکاران نیاز به اصلاح و ارتقا ابزارهای ارزشیابی و فرآیندهای اجرایی آن در جهت دست یافتن به نتایج بهتر و واقعی‌تر در ارزشیابی‌ها را متذکر شده و پیشنهاد کرده‌اند که ویژگیهای فردی و مهارت‌های ارتباطی اساتید در امر آموزش در فرم ارزشیابی مورد بررسی قرار گیرد (۶). در شیوه‌های نوین آموزش با توجه به نیاز سیستم‌های مراقبتهای بهداشتی حرفه‌ای و

تخصصی برای بهره‌مندی از نیروی انسانی متخصص و صلاحیت دار، نیاز به آموزش مهارت تفکر انتقادی همراه با مهارت‌هایی حل مسئله، همکاری، و مهارت‌های بین فردی جهت مراقبت و رفع مشکلات حیاتی بیماران در سطوح مختلف سلامتی در پرستاری بالینی بسیار مورد نیاز و ضروری هستند (۱۰، ۲۱). که ارزشیابی فعالیت‌های تدریس و انتقال این چنین دانش، نگرش و مهارت‌هایی در ارزشیابی به روش فعلی در بسیاری از موارد مورد غفلت قرار می‌گیرد (۲۲).

برای رفع این نقصان در ارزشیابی که می‌تواند از طبیعت پیچیده آموزش و کاستی‌های موجود در ابزارهای ارزشیابی ناشی شود، رجعی و همکاران بهره‌گیری از دو روش تحقیق کمی و کیفی و استفاده از داده‌هایی که از منابع مختلف (دانشجو، اعضای هیئت علمی، کارشناسان و مدیران) جمع‌آوری می‌شود را برای طراحی فرایند ارزشیابی عملکرد اعضای هیئت علمی توصیه نموده‌اند (۱۶). ضعف نحوه ارزشیابی فعلی به گونه‌ای آشکار است که مهدوی و همکاران در تلاش در جهت رفع این موضوع پیشنهاد کردند که علاوه بر ارزشیابی اساتید توسط دانشجویان از روش خودارزشیابی نیز بعنوان یک روش مکمل استفاده شود (۲۳).

یکی از اهداف ارزشیابی اصلاح فرایندها و ارتقای روش‌های تدریس از طریق جمع‌آوری داده‌های دقیق و معتبر می‌باشد ولی در بسیاری از موارد اعتبار ارزشیابی به دلایل مختلف ممکن است، مخدوش گردد. مطالعه جمشیدی و همکاران نشان داد اساتید نسبت به فرایند ارزشیابی توسط دانشجویان نظر منفی دارند و بر این باورند که دانشجویان فرم‌های ارزشیابی را با بی‌دقتی و بی‌مسئولیتی پر می‌کنند (۲۴).

پیچیدگی ارزشیابی اساتید به دلیل بی‌دقتی و کم‌اعتباری روش‌های ارزشیابی است که نتیجه، ارائه اطلاعات اشتباه و غرض ورزانه است، لذا توصیه شده است برای قضاوت صحیح باید از روش‌های مختلف ارزشیابی به شکل همزمان استفاده کرد (۲۵، ۲۶). علی‌رغم مطالعات متعدد در ابعاد مختلف ارزشیابی‌های دانشجویی اساتید و برنامه‌های، تحقیقات بسیار کمی در ارتباط با روش‌های جمع‌آوری داده به روش کیفی صورت گرفته است، علاوه بر آن در حال حاضر تقریباً تنها ملاک ارزشیابی عملکرد اساتید دانشگاه‌ها پرسشنامه‌ای است که معمولاً در اواخر ترم توسط دانشجویان تکمیل می‌شود و متأسفانه در اغلب موارد فقط این ابزار و نتایج آن است که مبنای قضاوت قرار می‌گیرد (۱۶)، و با توجه به اینکه فرایند کامل و جامعی برای ارزشیابی اعضای هیئت علمی در سیستم آموزشی وجود ندارد (۲۶)، لذا بر آن شدیم مطالعه‌ای با هدف تعیین روش جدید علاوه بر روش کمی ارزشیابی دانشجویی اساتید در جهت اصلاح و ارتقای این فرایند انجام دهیم تا شاید بتوان از نتایج آن برای افزایش کیفیت آموزش و در نتیجه ارتقای سلامت جامعه استفاده کرد.

## مرور تجربیات و شواهد خارجی (با ذکر فرانس):

مروری بر مطالعات و شواهد داخلی و خارجی نشان می دهد که استفاده از روش کیفی در ارزشیابی که در مطالعات داخلی و خارجی مورد استفاده قرار گرفته، اثربخشی ارزیابی برنامه های آموزشی را ارتقا داده است که در زیر به خلاصه ای از چند مطالعه مرتبط اشاره می شود:

- Morley در سال ۲۰۰۹ مطالعه ای با هدف ارزیابی برنامه پرسپتورشیپ بر روی کاردرمانان جدید واجد شرایط در کشور انگلستان انجام داد. برنامه پرسپتورشیپ در انگلستان برای بسیاری از رشته های بالینی استفاده می شود و اخیراً برای رشته کاردرمانی هم طراحی شده است. یکی از اهداف این برنامه تسهیل انتقال فارغ التحصیلان به محیط کار می باشد. این مطالعه کیفی با هدف ارزیابی اینکه برنامه پرسپتورشیپ تا چه حدی چالش های انتقال به محیط کار را بهبود بخشیده است، انجام گرفت. داده ها با روش مصاحبه نیمه ساختاریافته با ۲۴ نفر از کاردرمانان جدید و پرسپتورهای آنان در طی یکسال جمع آوری گردید و داده ها با روش template analyse مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته ها نشان داد که برنامه پرسپتورشیپ در حمایت و توسعه متخصصین جدید موفق بوده است و با رهبری قوی، فرهنگ یادگیری و نظارت مثبت تاثیرات این برنامه بهبود یافته و بهینه می شود (۲۷).
- مطالعه دیگری توسط (Heffernan 2009) و همکاران با هدف ارزیابی برنامه پرسپتورشیپ از دیدگاه ذی نفعان این برنامه در جنوب غربی ایرلند انجام شد. این مطالعه در دو مرحله انجام گرفت. در مرحله اول از طریق برگزاری گروه های متمرکز با دانشجویان و آنالیز مستندات موجود (Documentary analysis) داده ها جمع آوری گردید. داده های جمع آوری شده از طریق thematic analysis مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. تعداد دانشجویان ۱۲ نفر بود و ۲ گروه متمرکز با آنها برگزار گردید. در مرحله دوم یافته های به دست آمده از مرحله اول به منظور ساخت پرسشنامه هم برای دانشجویان و هم برای پرسپتورها استفاده گردید. ساخت پرسشنامه بر اساس تم های اصلی بدست آمده در مرحله اول بود که شامل اهمیت خصوصیات پرسپتور، سطح دانش اختصاصی پرسپتور و مهارت های اختصاصی پرسپتور بود که بر اساس این آیتم ها سوالات طراحی شده و پاسخ دهندگان بین ۰-۴ نمره دهی نمودند. یافته ها نشان دادند که برنامه پرسپتورشیپ در تحصیلات رشته پرستاری نقش بسیار ارزشمندی دارد و همینطور بر اهمیت نقش مدیران پرستاری در انتخاب صحیح پرسپتورها و حمایت و نظارت از آنها به منظور ایجاد یک محیط بالینی آموزشی موثر تاکید دارد (۲۸).

## مرور تجربیات و شواهد داخلی (در این بخش سوابق اجرایی این نوآوری در دانشگاه و کشور به طور کامل ذکر و فرانس ذکر شود):

- جمشیدی و همکاران مطالعه ای را در سال ۱۳۹۰-۹۱ با هدف بررسی نظرات اعضای هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی همدان در مورد ارزشیابی توسط دانشجویان انجام دادند. در این مطالعه توصیفی که به روش سرشماری بر روی تمامی اعضای هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی همدان انجام شد ۹۶ نفر از اعضای هیات علمی شرکت کردند. ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه محقق ساخته در مورد فرآیند اجرای ارزشیابی اساتید بود. روایی محتوا توسط متخصصان انجام گرفته و میزان پایایی هم به روش الفای کرونباخ ۰,۷۱ محاسبه گردید. یافته ها نشان داد که ۶۸,۸٪ از اساتید معتقد بودند که ارزشیابی توسط دانشجویان در بهبود تدریس آنها موثر بوده است و ۷۹٪ معتقد بودند که ارزشیابی دانشجویان مهارت های آموزشی استاد را به خوبی نشان نمی دهد و تنها ۳۴٪ از اساتید نتیجه ارزشیابی را قابل قبول می دانستند. یافته های این مطالعه حاکی از این است که اساتید از مراحل اجرای فرآیند ارزشیابی توسط دانشجویان چندان رضایت

نداشته و نسبت به این امر دیدگاه مثبتی ندارند و معتقدند محدود نمودن ارزشیابی دانشجویان به تکمیل فرم های ارزشیابی تحت تاثیر ماهیت درس، ویژگی های شخصیتی مدرس و دانشجو و عوامل متعدد دیگر قرار می گیرد. بنا براین استفاده از سایر روش های ارزشیابی هم لازم به نظر می رسد (۲۹).

• رجبی و پاپ زن مطالعه ای با عنوان " تلفیق روش کمی و کیفی به منظور طراحی ابزاری برای ارزشیابی عملکرد اعضای هیئت علمی؛ موردی دانشکده کشاورزی دانشگاه رازی کرمانشاه" در سال ۱۳۸۹ انجام دادند. هدف کلی این مطالعه تلفیق روش کمی و کیفی به منظور طراحی " بسته ارزشیابی عملکرد اعضای هیئت علمی" بود. جامعه پژوهش را دانشجویان، اساتید، مدیران و همچنین کارشناسان دانشکده کشاورزی دانشگاه رازی کرمانشاه تشکیل می دادند. حجم نمونه دانشجویان ۲۸۰ نفر برآورد گردید و نمونه گیری با روش تصادفی ساده انجام شد. ابزار گردآوری داده های مورد نیاز از دانشجویان ابزار ۲۰ گویه ای با طیف لیکرت بود که به منظور ارزشیابی عملکرد آموزشی اعضای هیئت علمی طراحی شده بود. به منظور جمع آوری داده ها از اعضای هیئت علمی، مدیران و کارشناسان هم از روش دلفی استفاده شد و پس از بررسی نظرات دانشجویان و اساتید و کارشناسان "بسته عملکرد اعضای هیئت علمی" طراحی شد که شامل بخش های مختلف بوده و عملکرد اعضای هیئت علمی را از جهات مختلف و توسط افراد متفاوت مورد ارزشیابی قرار می دهد. این ابزار از طریق ارزشیابی مواردی از قبیل نحوه تدریس، برنامه ریزی، مدیریت کلاس، ارزشیابی، مشاوره و نحوه رفتار در کلاس به ارزشیابی عملکرد اعضای هیئت علمی می پردازد که این امر توسط دو روش انجام می شود یکی از طریق دانشجویان و دیگری از طریق بازدید توسط متخصصان امر. عملکرد پژوهشی اعضای هیئت علمی هم به ارزشیابی تولیدات علمی آنان از قبیل تالیف، ترجمه، نگارش مقالات و طرح های تحقیقاتی و حضور در کارگاه های آموزشی می پردازد که توسط خود اعضای هیئت علمی تکمیل می شود. در زمینه ویژگی های شخصی و مسئولیت های حرفه ای هم این بسته به بررسی مواردی نظیر رفتار در محیط کار و رعایت قوانین و مقررات دانشکده و گروه می پردازد که توسط مدیران گروه و همکاران و کارشناسان انجام می گیرد (۱۶).

نتیجه گیری از مرور بر متون: توجه به مرور بر متون انجام شده، نشان می دهد که روش کمی به تنهایی برای ارزشیابی اعضای هیئت علمی کافی نبوده و نیاز به استفاده از سایر روش ها به منظور افزایش اعتبار داده های بدست آمده از ارزشیابی احساس می شود. استفاده از روش کیفی، به شیوه مصاحبه یا گروه متمرکز و یا تکنیک دلفی در سایر مطالعات داخلی و خارجی در مورد ارزشیابی برنامه های مختلف از جمله برنامه پرسپکتورشیپ و همچنین ارزشیابی اساتید، استفاده شده و یافته های مفیدی هم بدست داده است. لذا با در نظر گرفتن این موضوع که غالب اساتید از نتایج ارزشیابی کمی، رضایت ندارند و با در نظر گرفتن اینکه هدف از ارزشیابی بهبود فرآیندها و اصلاح مشکلات موجود در حیطه های مختلف (استاد، برنامه آموزشی، دانشجو و...) می باشد به نظر می رسد استفاده از روشی مانند روش کیفی که ابعاد مختلف را پوشش دهد مفید و موثر باشد.

### **شرح مختصری از فعالیت صورت گرفته را بنویسید (آماده سازی، چگونگی تجزیه و تحلیل موقعیت و تطبیق متدولوژی، اجرا و ارزشیابی را در این بخش بنویسید):**

۱. فعالیتهای تیم تحقیق در راستای اهداف طرح دانش پژوهی طی مراحل زیر شروع و ادامه یافته است:
۲. تبیین ضرورت استفاده از رویکرد کیفی در ارزشیابی برنامه های آموزشی دانشگاه و سیاستگذاری معاونت آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز مبنی بر استفاده از این رویکرد ارزشیابی در گروههای کوچک
۳. صدور ابلاغ عضویت مجری طرح در کمیته ارزشیابی دانشگاه به عنوان مسئول ارزشیابی در گروههای کوچک



۴. نیازسنجی صورت گرفته در شورای آموزشی دانشکده و تعیین نیاز به ارزشیابی برنامه آموزش پرسپتورشیپ دانشجویان پرستاری ترم ۷ مربوط به نیمسال اول ۹۶-۹۷ جهت تعیین نقاط قوت و ضعف برنامه و اصلاح و تقویت برنامه
۵. صدور ابلاغ مسئول ارزیابی بیرونی برنامه پرسپتورشیپ برای مجری و همکار اصلی طرح
۶. طراحی طرح ارزشیابی کیفی برنامه پرسپتورشیپ و انجام مطالعه کیفی به روش مصاحبه کیفی نیمه ساختارمند و یک فوکوس گروپ با طراحان و گروههای درگیر در برنامه شامل: دانشجویان ترم ۷ کارشناسی پرستاری، مدیران آموزش دانشکده، مدیران پرسپتورها در بیمارستان سینا و ناظرین برنامه
۷. پیاده سازی مصاحبه ها و تحلیل آنها در کدهای معنایی، طبقه بندی کدها با مقایسه تفاوتها و شباهتهای آنها و نهایتا تنظیم گزارش نهایی با توصیف موقعیت آموزش، کاستی ها و نقاط قوت برنامه و تنظیم استراتژیهای پیشنهادی برای تقویت و اصلاح برنامه بر اساس نتایج کیفی
۸. نیازسنجی صورت گرفته در شورای آموزشی دانشکده و تعیین نیاز به ارزشیابی آموزش در گروههای دانشجویان دکترای پرستاری و مامایی جهت تعیین نقاط قوت و ضعف برنامه و اصلاح و تقویت برنامه های آموزشی آنها
۹. طراحی طرح ارزشیابی کیفی برنامه آموزشی از دید دانشجویان دکترای پرستاری و مامایی به روش مصاحبه کیفی از طریق دو فوکوس گروپ مجزا برای هر گروه، اجرای بحث گروه متمرکز، پیاده سازی و تحلیل مصاحبه با روش تحلیل محتوی، طبقه بندی کدها جهت مرتب سازی نظرات و نهایتا تنظیم گزارش نهایی جهت انعکاس به شورای آموزشی
۱۰. طراحی طرح ارزشیابی کیفی اساتید و برنامه آموزشی از دید دانشجویان پرستاری مقطع کارشناسی پرستاری طبق احساس نیاز و درخواست از سوی مدیران دانشکده به روش مصاحبه کیفی از طریق فوکوس گروپ مجزا برای سه گروه منتخب دانشجویی در ترمهای متفاوت به روش تصادفی، اجرای بحث گروه متمرکز، پیاده سازی و تحلیل مصاحبه با روش تحلیل محتوای کیفی، طبقه بندی کدها جهت کشف نقاط قوت و ضعف برنامه و مدرسین دروس تئوری، عملی و بالینی و نهایتا تنظیم گزارش نهایی جهت انعکاس به شورای آموزشی
۱۱. ارسال گزارشات ارزشیابی و انعکاس آنها به دانشگاه و تشکیل جلسات بین مدیران دانشکده و دانشگاه جهت تغییرات مورد نیاز در مدل آموزش پرسپتورشیپ دانشجویان پرستاری
۱۲. تشکیل کارگروه مدل آموزشی پرسپتورشیپ در دانشکده و تعیین استراتژیهای اصلاحی و ارتقا دهنده، تدوین ساختارهای طراحی و ارزشیابی مدل
۱۳. کمک در طراحی و اجرای برنامه های توانمندسازی پرسپتورهای بیمارستانهای شهید مدنی، سینا و الزهرای دانشگاه علوم پزشکی تبریز

### **شیوه های تعامل با محیط که در آن فعالیت نوآورانه به محیط معرفی شده و یا مورد نقد قرار گرفته را ذکر کنید.**

۱. تعامل با اعضای محترم شورای آموزشی و مدیران دانشکده از طریق شرکت در جلسات، ارسال گزارشات و تبادل نظرات در فرصتهای ممکن
۲. انعکاس گزارشات به مدیران دانشکده و دانشگاه و همکاری با آنها در برگزاری دوره های توانمندسازی برای پرسپتورها و دانشجویان
۳. همکاری با واحد EDO دانشکده در خصوص ارزشیابی کیفی اساتید دانشکده طبق درخواست مدیران دانشکده

**نتایج حاصل از این فعالیت و این که فعالیت ارائه شده چگونه موفق شده است به اهداف خود دست یابد را بنویسید.**

نتایج حاصل از این دانش پژوهی هر چند به پایان نرسیده است ولی در طی یک سال اخیر توانسته است در تشریح وضعیت موجود به مدیران دانشکده کمک نماید. در راستای تشریح وضعیت موجود و اکتشاف زوایای پنهان برنامه و رساندن صدای دانشجویان به گوش مسئولین آموزش دانشکده، فعالیتهای طرح به اصلاحات بنیادین برنامه پرستورشیپ پرستاری کمک نموده است که انشاءالله به فضل الهی می توان بعد از پایان یک دوره آموزش پرستورشیپ پس از تغییر ساختار برنامه مجدداً آن را به روش کیفی ارزشیابی کرد. گزارشات مطالعه کیفی در مقطع کارشناسی پرستاری مشخص نموده است که مشکلات عمده ای در بخش آموزش نظری و بالینی دانشجویان وجود دارد که اکثریت آنها از عملیاتی . اجرایی نشدن فرایند پرستاری و فقدان آموزش های منسجم و یکپارچه در گروههای آموزشی در رابطه با آموزش مبتنی بر مدل فرایند پرستاری ناشی می شود. در این رابطه تیم دانش پژوهی حاضر تلاشهایی را در جهت توانمندسازی دانشجویان بخصوص در مراحل ورود به امتحان پیش کارورزی و فینال شروع کرده اند.

**سطح نوآوری :** در سطح دانشگاه برای اولین بار صورت گرفته است.

1. Helterbran VR. The ideal professor: student perceptions of effective instructor practices, attitudes, and skills. *Education*. 2008;129.(۱)
2. Hamdan AR, Ghafar MN, Ting L. Teaching competency testing among Malaysian school teachers. *European Journal of Social Sciences*. 2010;12(4):610-7.
3. Berk RA. Survey of 12 strategies to measure teaching effectiveness. *International journal of teaching and learning in higher education*. 2005;17(1):48-62.
4. Boyd D, Goldhaber D, Lankford H, Wyckoff J. The effect of certification and preparation on teacher quality. *The Future of children*. 2007:45-68.
5. Mansouri M. Comparison of undergraduate students and Masters degree public university library in Tehran in a good university professor. *Iran University Medical Sciences*. ۲۰۳;۱۹۹۴ .
6. Moosavi H, Makarem A, Bonyadimanehs M. Instructors' Viewpoints about the Teacher Evaluation System and the Influencing Factors at the Faculty of Dentistry, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran. *Journal of Mashhad Dental School*. 2016;40(4):371-80.
7. Goldstein H. Using pupil performance data for judging schools and teachers: scope and limitations. *British educational research journal*. 2001;27(4):433-42.
8. Saif A. Educational measurement, assessment and evaluation. Tehran: Doran Publications. 2004;128.
9. Patton MQ. Qualitative evaluation and research methods: SAGE Publications, inc; 1990.
10. Cho JI, Hamash K, Otani K, Reimer N, Deng Y. Influential Factors of Student Evaluations of Teaching in a Nursing Program. *Teaching and Learning in Nursing*. 2018;13(2):86-94.
11. Yaghoubi M, Salimi M. Determining the Factors affecting Faculties' educational evaluation in a Military University of Medical Sciences in Tehran, Iran. *Journal of Military Medicine*. 2018;20(1):73-82.
12. Tootoonchi M, Changiz T, Alipour L, Yamani N. Faculty members' viewpoints towards teacher evaluation process in Isfahan University of Medical Science. *Iranian Journal of Medical Education*. 2006;6(1):23-31.
13. ضیایی، میری، آبادی ح، آذرکار، قدسیه س، اشبکی، et al. دیدگاه اساتید و دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی بیرجند نسبت به ارزشیابی اساتید توسط دانشجو. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند*. ۲۰۰۶;۱۳(۴):۹-۱۵.
14. Peiman N, Moghadas M, Amin Shokravi F, editors. Review criteria a professor of male and female students on university city of Mashhad. Peresented at 10th congress of medical education; 2009.
15. شکورنیا، پور ا، مظفری، بزرگی د. روند نتایج ارزشیابی اساتید دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز در یک دوره ده ساله. *مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی*. ۲۰۰۸;۷(۲):۱۶-۳۰۹.

۱۶. سمیه ر، عبدالحمید پز. تلفیق روش کمی و کیفی به منظور طراحی ابزاری برای ارزشیابی عملکرد اعضای هیات علمی، مطالعه موردی دانشکده کشاورزی دانشگاه رازی کرمانشاه.
۱۷. Birnbaum MH. A survey of faculty opinions concerning student evaluations of teaching. Retrieved on January. 2000;21:2005.
۱۸. Fink LD. Improving the evaluation of college teaching. A guide to faculty development: Practical advice, examples, and resources. 2002:46-58.
۱۹. Hake RR. Problems with student evaluations: Is assessment the remedy. Retrieved June. 2002;19:2007.
۲۰. منصوره عا، زهرا م، ناصر ب. عوامل موثر بر ارزشیابی دانشجویان از استاد: مقایسه دیدگاه اساتید با دانشجویان.
۲۱. Ab Latif R, Mohamed R, Dahlan A, Nor MZM. Concept mapping as a teaching tool on critical thinking skills and academic performance of diploma nursing students. *Education in Medicine Journal*. 2016;8.(۱)
۲۲. Raymond C, Profetto-McGrath J, Myrick F, Streen WB. An integrative review of the concealed connection: Nurse educators' critical thinking. *Journal of Nursing Education*. 20۰۶;۴۸-۵۴:(۱۱)۵۶;۱۷
۲۳. Mahdavi S, Zare S, Naeimi N. Comparison between student evaluation and faculty self-evaluation of instructional performance. *Research in Medical Education*. 2014;6(2):51-8.
۲۴. Jamshidi S, Baghaei F, Abdolsamadi H, Faradmali J, Soltanian A, Ahmadiani E. Evaluation of Academic Staffs' Viewpoint about Their Assessment by Students in Hamadan University of Medical Sciences (2011-2012). *Research in Medical Education*. 2013;5(2):39-45.
۲۵. Afonso NM, Cardozo LJ, Mascarenhas O, Aranha A, Shah C. Are anonymous evaluations a better assessment of faculty teaching performance? A comparative analysis of open and anonymous evaluation processes. *Fam Med*. 2005;37(1):43-7.
۲۶. Morrison J. ABC of learning and teaching in medicine: Evaluation. *BMJ: British Medical Journal*. 2003;326(7385):385.
۲۷. Morley M. An evaluation of a preceptorship programme for newly qualified occupational therapists. *British Journal of Occupational Therapy*. 2009;72(9):384-92.
۲۸. Heffernan C, Heffernan E, Brosnan M, Brown G. Evaluating a preceptorship programme in South West Ireland: perceptions of preceptors and undergraduate students. *Journal of nursing management*. 2009;17(5):539-49.
۲۹. جمشیدی، شکوفه، بقایی، عبدالصمدی، فردمال، سلطانیان، et al. بررسی نظرات اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی همدان در مورد ارزشیابی اساتید توسط دانشجویان در سال تحصیلی ۹۰-۹۱. پژوهش در آموزش علوم پزشکی. ۲۰۱۳;۵(۲):۳۹-۴۵.

## رتبه اول حیطة تدوین و بازنگری برنامه های آموزشی

به نام خدا

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت آموزشی

مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی

### فرم ارسال فرایند دهمین جشنواره کشوری شهید مطهری

۱۲ لغایت ۱۴ اردیبهشت ۱۳۹۷

عنوان فارسی: دوره کوتاه مدت مراقبت های تکاملی شیرخواران و کودکان

عنوان انگلیسی:

Developmental Care of Infants and Children

حیطه نوآوری: تدوین و بازنگری برنامه های آموزشی

نام همکاران، نوع و میزان مشارکت هر یک از ایشان در فعالیت مورد نظر را ذکر نمایید. (اولین نفر به

عنوان نماینده مجریان محسوب می شود - ردیف قابل افزایش است).

نام و نام خانوادگی	سمت در این فعالیت	درجه دانشگاهی	نوع همکاری
دکتر محمد برزگر	مدیر دوره	استاد	صاحب ایده فرایند - طراحی، اجرا و ارزشیابی فرایند، تهیه محتوا و اجرا
دکتر سیف اله حیدرآبادی	دبیر علمی دوره	استادیار	صاحب ایده فرایند-طراحی، اجرا و ارزشیابی فرایند
دکتر علیرضا نیک نیاز	همکار	استاد	
دکتر حسن شاهرخی	همکار	استادیار	تهیه محتوا و اجرا
نسرین براهنی	همکار	غیر هیأت علمی	تهیه محتوا و اجرا
شهرزاد نعمتی	همکار	استادیار	تهیه محتوا و اجرا
علی احمدیان	همکار	غیر هیئت علمی	همکاری در اجرا
ناهید خیابانی	همکار	غیر هیئت علمی	

## محل انجام فعالیت:

دانشگاه: علوم پزشکی تبریز دانشکده: دانشکده پزشکی - گروه کودکان

گروه/رشته: گروه کودکان مقطع تحصیلی: تخصصی کودکان

مدت زمان اجرا: ۱۲۰ روز کاری.

تاریخ شروع: اولین دوره ۱۳۹۲ دومین دوره ۱۳۹۳

و دوره اخیر از تیرماه ۱۳۹۶ تا آخر آذر ماه ۱۳۹۷ در حال اجراست

تاریخ پایان: ادامه دارد

**هدف کلی:** ارتقای دانش، نگرش، عملکرد و کسب مهارت‌های مورد نیازشان برای بهبود عملکرد کودکان و نوجوانان سالم و پیگیری گروه‌های در معرض خطر اختلالات تکاملی و انجام مداخلات لازم در کودکان مبتلا به اختلالات تکاملی

### اهداف ویژه/اهداف اختصاصی:

۱- هدف: به نقش محوری متخصص کودکان در پیشگیری از مشکلات تکاملی و رفتاری در کودکان آگاهی پیدا کند

۲- هدف: مهارت علمی و عملی کافی در مورد تکامل نرمال کودکان را کسب نماید و بتواند هنگام کار در کلینیک این مهارت دانشی و عملی را در افتراق حالات نرمال و غیر نرمال بکار ببرد.

۳- هدف: بتواند راهکارهای فرا راه *Anticipatory Guidance* مربوط به مشکلات شایع تکاملی و رفتاری هستند را ارزیابی نماید...

۴- هدف: ارزیابی و مدیریت علائم و نشانه‌های شایع تکاملی و رفتاری شیرخواران، کودکان و نوجوانان به طور صحیح انجام دهد.

۵- هدف: حالات و اختلالات شایع تکاملی و رفتاری که معمولاً نیازمند ارجاع نمیباشند شناسایی و مدیریت نماید.

۶- هدف: در مواجهه با مشکلات تکاملی و رفتاری شایع که معمولاً نیازمند اقدامات تشخیصی یا حمایت‌های درمانی از طرف سایر متخصصان یا دیسپلین‌ها میباشند، بتواند شناسایی، شروع و

ارایه خدمات اولیه و ارجاع مناسب را انجام دهد. (توانایی ایجاد ارتباط سازمان یافته با سایر مراکز و ارگان های دولتی یا غیر دولتی خدمت رسانی به کودکان دچار تاخیر تکاملی و معلولیت های حرکتی و ذهنی و رفتاری مثل سازمان بهزیستی سازمان آموزش و پرورش کودکان استثنایی .... را اخذ نماید.

**۷- هدف:** در هنگام کار با کودکانیکه با نگرانیها یا مشکلات تکاملی به او ارجاع میشوند بتوانند شایستگیها و توانمندیهای با استاندار بالایی را نشان دهد

### **بیان مساله (ضرورت انجام و اهمیت اهداف انتخابی را ذکر کنید):**

در دهه های اخیر پیشرفت های شایانی در نگهداری و درمان نوزادان پر خطر در دنیا صورت گرفته است و بخش های مراقبت از نوزادان بدحال (*NICU*) در دنیا در حال گسترش است و در کشور ما نیز در سال های اخیر توجه جدی به این امر شده است و با تشکیل کمیته مراقبت از نوزادان و مادران در کنار سایر اقدامات ، بخش های مراقبت از نوزادان بدحال در کشور گسترش یافته است ولی هنوز به خاطر نبودن برنامه پی گیری نوزادان ،ارتباط عملکردی بین *NICU* و نظام مراقبت های بهداشتی کشور ایجاد نشده است .تحول در برنامه های پی گیری نوزادان برای پایش رشد و تکامل شیرخواران در معرض خطر در کنار مراقبت های اولیه ، مکانیسمی را برای کنترل کیفیت مدیریت و تکنیک های جاری در *NICU* ها ایجاد کرده است . پایش نوزادان در معرض خطر ترخیص شده از *NICU* ، تشخیص و مداخله به موقع در آنورمالی های احتمالی و اختلالات جسمی و تکاملی را تسهیل نموده و سطوح پائین نظام مراقبت های بهداشتی را برای مراقبت بهتر از این نوزادان هدایت می کند .

بر اساس مطالعات جهانی جمعیت قابل توجهی از کودکان مبتلا به اختلالات تکاملی می باشند (۱۳%-۱۷) و در مطالعات مختلف داخل و خارج کشور روشن شده است که پیگیری نوزادان وشیرخواران پر خطر به منظور تشخیص هر چه سریعتر اختلالات تکاملی و شروع مداخله زودرس با صرف زمان و هزینه کمتر منجر به کاهش عوارض و پیشگیری از بروز یا استقرار اختلالات تکاملی و بهبود وضعیت تکاملی کودکان با اختلال تکاملی می شود و باعث کاهش شدید هزینه های مراقبتی از این کودکان در سالهای بعدی می گردد و بهره وری وموثر بودن این اعضای جامعه را ارتقاء می دهد ، از اولویتهای اقتصاد بهداشت کشور نیز می باشد. با توجه به اینکه این پیگیری و مداخله به صورت کامل ودقیق آن در حیطه تخصص طب اطفال و زیر شاخه های آن مثل اعصاب کودکان و روانپزشکی کودکان یا رشته های مختلف توانبخشی نمی گنجد و کمبود متخصصان دوره دیده در این حوزه وجود دارد، لذا ضروری به نظر می رسد که با راه اندازی این رشته برای اولین بار درکشور بتوانیم در این خصوص گامی اساسی برداریم. از طرف دیگر

سیاست کشوری دفتر سلامت کودکان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی بر ایجاد و راه اندازی مراکز جامع تکامل در تمام استانهای کشور تاکید دارد که این مراکز باید تمام کودکان شناسایی شده در غربالگری تکامل کودکان یکساله و تمام کودکان در معرض ریسک را پذیرش و مدیریت نماید. از وظایف اصلی دیگر این مراکز آموزش جامعه تحت پوشش جهت ارتقاء وضعیت تکامل کودکان آن میباشد که شامل تمامی کودکان میشود. این برنامه (ارتقاء تکامل کودکان بدون ریسک) از برنامه های مورد تاکید *WHO* , *UNICEF* میباشد و بسته خدمتی مراقبت از تکامل کودکان (*Care For Child Development*) که از انتشارات *WHO-UNICEF* میباشد جهت پاسخ به این رسالت تهیه شده است. این بسته خدمتی نیز در طی سالهای ۹۴-۹۵ در دانشگاه علوم پزشکی تبریز تهیه، ترجمه و منتشر شد و کارگاه آن نیز با حمایت و همکاری این دو نهاد و دفتر سلامت کودک و خانواده وزارت محترم بهداشت برگزار گردید.

با این وجود تا کنون برنامه آموزشی مدونی برای آموزش پزشکان معین این مراکز که آنها را در مدیریت این اختلالات توانمند سازد، در سطح کشور ارائه نگردیده است. همچنین با توجه به مفاد نامه ۳۰۰/۲۹۹۴۷ مورخه ۹۰/۱۱/۸ که به امضاء معاونین محترم بهداشت و درمان رسیده است اجرای آزمایشی نظام مراقبتی پیگیری شیرخواران پرخطر در استان آذربایجان شرقی به دانشگاه علوم پزشکی تبریز ابلاغ شده است (کپی نامه ضمیمه است). بنابر این ضرورت دارد که در تربیت نیروی تخصصی مورد نیاز این طرح دانشگاه علوم پزشکی تبریز پیش قدم شود. به این جهت دوره تکمیلی تکامل کودکان پیشنهاد می گردد. توضیح اینکه رشته تکامل کودکان در مقایسه با سایر زیر شاخه های کودکان رشته جوانتری بوده و متأسفانه در شرایط جاری آموزش دستیاری کودکان نیز بطور مطلوب آموزش داده نمیشود. فارغ التحصیلان این رشته در مقام ارائه خدمات تخصصی اغلب در شرایط پیچیده نیازمند دانش تخصصی تر و تجربه بالا توأم با بکارگیری ابزارهای ارزیابی تکامل کودکان برای ارزیابی خدمات در این حیطه مواجه هستند که این کمبود مهارت در فارغ التحصیلان سالهای پیش تر نمود بارزتری نیز دارد که به جهت عدم توانایی در پاسخ به این نیازها بالاجبار به ارجاع این کودکان به مراکز فوق تخصصی اقدام مینمایند. راه اندازی دوره های تکمیلی کوتاه مدت مهارت آموزی در زیرشاخه تکامل برای متخصصین کودکان با توجه به مشکلات جاری نظام سلامت کشور جهت حصول اهداف زیرامری ضروری به نظر میرسد:

### **مرور تجربیات و شواهد خارجی (با ذکر رفرنس):**

در کشور ترکیه برنامه آموزش کوتاه مدت ۱۶۰ ساعته توسط خانم دکتر ایلگی اترتم (فوق تخصص تکامل کودکان) برای متخصصان کودکان و فوق تخصصان مرتبط برگزار گردیده و فارغ التحصیلان بعد از اتمام دوره در بیمارستانها و بخشهای خود اقدام به تاسیس بخشهای تکامل کرده اند. هدف آنان پیگیری و



ارتقاء و غربالگری و بررسی تکامل کودکان علاوه بر پیگیری بیماری مزمن اولیه آنان میباشد. اکثر بخشها در سال ۲۰۱۰ ایجاد شده است و نتایج آن در اولین کنگره بین المللی تکامل کودکان در سال ۲۰۱۵ در شهر استانبول ارائه گردید.

در ایالت استرالیای غربی نیز بصورت نسبتا مشابهی دوره آموزشی تکامل کودکان بصورت یک دوره ۶ ماهه تمام وقت در دوره رزیدنتی کودکان وجود دارد. رزیدنتهای کودکان بعد از سال سوم ( دوره رزیدنتی ۶ ساله است ) و بعد از گذراندن آموزش های جنرال کودکان وارد این بخش میشوند و بعد از گذراندن کارگاه آشنایی (*orientation*) دو هفته ای وارد کار در درمانگاهها ی تکامل در سطح شهر شده در طی ۶ ماه روند آموزش خود را طی میکنند . مستندات و برنامه آموزشی آنان پیوست میباشد.

در خارج از کشور این دوره بصورت دوره های فلوشیپ و فوق تخصصی حداقل ۲۴ تا ۳۶ ماه می باشد که در دوره های ۲۴ ماهه حدود ۴۰٪ دوره مربوط به پژوهش و در دوره های طولانیتر مدت زمان بیشتری به امر پژوهش اختصاص داده شده است. ( مستندات پیوست می باشد)

هدف اصلی این دوره در دانشگاه های خارج از کشور ارائه خدمات آموزشی آکادمیک و پژوهشی ( بعنوان عضو هیئت علمی) توسط فارغ التحصیلان می باشد و قسمت عمده دوره ها فعالیتها پژوهشی می باشد لذا دوره طولانی پیشنهاد شده است. ولی برای پوشش هدف اصلی این دوره در دانشگاه علوم پزشکی تبریز (ایجاد توانمندی در ارائه خدمت در سطح جامعه) ۶-۴ ماه مدت دوره کفایت می کند .

### **مرور تجربیات و شواهد داخلی (در این بخش سوابق اجرائی این نوآوری در دانشگاه و کشور بطور کامل ذکر و رفرنس ذکر شود):**

در ایران دوره مشابهی برگزار نشده است و تنها دوره های برگزار شده در این حیطه توسط همین گروه بصورت بصورت دو دوره حضوری برگزار شده است .

### **شرح مختصری از فعالیت صورت گرفته را بنویسید (آماده سازی، چگونگی تجزیه و تحلیل موقعیت و تطبیق متدولوژی):**

این برنامه آموزشی در طی ۱۲۰ روز کاری برگزار شد، فراگیران در ابتدا و به مدت ۱۰ روز کاری با حضور در کارگاه آموزشی با مبانی تکامل کودکان و اختلالات شایع تکامل کودکان و نیز با ابزارهای مختلف تکاملی آشنا و نحوه کار با آنها آشنا شدند. در این کارگاه نحوه مدیریت مشکلات تشخیصی و مداخله ای و

مبانی تئوریک و عملی مداخلات تکاملی در حیطة های مختلف شامل گفتار درمانی، روان شناسی، کاردرمانی و فیزیوتراپی توسط اساتید مربوطه به آنان آموزش داده شد. ۲ روز نیز در کارگاه استفاده از سامانه الکترونیکی شرکت کردند.

بعد از اتمام کارگاه شرکت کنندگان دوره با حضور ۴ روز در هفته در مراکز جامع تکامل شهرهای مبدا خود، از مراجعین شرح حال تکاملی گرفته و برنامه تشخیصی خود را تنظیم و در تالار گفتگو بصورت برخط یا غیر برخط ارایه کردند و اساتید دوره و شرکت کنندگان نظرات خود را در مورد کیس های مطرح شده اعلام و جمع بندی کردند. این رویه بصورت مداوم در سه ماهه اول دوره ، ادامه پیدا کرد.

در طول این سه ماه، فراگیران بصورت چرخشی و بر اساس برنامه زمان بندی شده هر هفته دو روز در مرکز جامع تکامل کودکان تبریز حضور یافتند تا فیدبک های لازم را به صورت عملی دریافت نمایند و آموزش لازم در مورد تست های تشخیصی تکامل دریافت نمایند. برای شرکت کنندگان از سایر استانها یک هفته هرماه خواهد بود.

سرفصل های محتوی دوره (غیر از عناوین مربوط به کارگاه حضوری) بصورت غیر حضوری ( برخط و نابرخط ) بر اساس برنامه زمان بندی شده ارایه گردید. در طول این مدت مدرسین این دوره جهت نظارت بر نحوه ارایه خدمت فراگیران و بررسی عرصه خدمت در محل خدمت فراگیر حضور و پایش مربوطه را انجام دادند (مربی گری) این فرایند به استاندارد شدن عرصه خدمت و خود خدمت تاثیر مثبت خواهد داشت.

بعد از سه ماه طبق برنامه زمان بندی شده و بصورت چرخشی در درمانگاههای روان پزشکی و نورولوژی کودکان در دانشگاه محل فعالیت خود و زیر نظر استاد همکار دوره حضور پیدا نمودند ( اساتید همکار در مورد نحوه کار و اهداف دوره توجیه شدند ).

**اجرا و ارزشیابی را در این بخش بنویسید:** این دوره به صورت *Blended* (حضور و غیر حضور) و براساس برنامه ارائه شده در بخش تکامل بصورت گردشی در بخشهای مرتبط و با حضور فعال و مشارکت در مراقبت کودکان با اختلالات تکاملی برگزار می شود

**چگونگی ارزیابی اعضای هیئت علمی :**

✓ با نظر خواهی از فراگیران

✓ ارزیابی مهارت کسب شده توسط فراگیران (*outcome based*)

**نحوه ارزیابی دوره :**

این برنامه در پایان هر دوره توسط گروه آموزشی کودکان با مشارکت گروههای آموزشی روانپزشکی و دانشکده توانبخشی ارزیابی می گردد ( ارزیابی درونی )

**شیوه ارزیابی فراگیران :**

۱. اخذ آزمونهای عملی ( مانند : *PMP* ، *OSCE* ) مشاهده و پایش توسط مدرسین بصورت

تکوینی (در طول دوره) و تراکمی (در پایان دوره)

۲. پورت فولیو و لاگ بوک

**ارزشیابی دوره :**

این برنامه در پایان هر دوره توسط دانشگاه علوم پزشکی تبریز، معاونت آموزشی مورد ارزشیابی بیرونی قرار می گیرد.

**شیوه های تعامل با محیط که در آن فعالیت نوآورانه به محیط معرفی شده و یا مورد نقد قرار گرفته را ذکر کنید.**

۱- چندین جلسه و تبادل نظر و بازاندیشی تیم برگزار کننده دو دوره قبلی در مورد راهکارهای بهبود

وضعیت آموزش و ایجاد امکان شرکت فراگیران از استانهای دیگر در دوره ( بصورت ایجاد امکان

آموزش نیمه مجازی ) که منجر به ایجاد دوره حاضر گردید..

۲- معرفی و تصویب دوره در شورای آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز ( تابستان ۹۶ )

۳- تصویب دوره در جلسه هماهنگی و همفکری معاونین آموزشی دانشگاههای عضو کلان منطقه ۲ در تاریخ

۱۸/۹/۹۶

۴- اعلام آمادگی دانشگاه علوم پزشکی برای برگزاری پایلوت دوره در دانشگاههای عضو کلان منطقه ۲  
کشوری

۵- برگزاری جلسه هماهنگی با دانشگاههای علوم پزشکی همکار دوره در وزارت محترم بهداشت ۲۱/۹/۹۶

۶- معرفی و تصویب دوره در جلسه هیات ممتحنه اعصاب کودکان

۷- معرفی و تصویب دوره در شورای دانشگاه علوم پزشکی تبریز

۸- تایید مدیر کل محترم دفتر سلامت جمعیت خانواده و مدارس آقای دکتر سیدحامد برکاتی برای دانشگاه  
علوم پزشکی تبریز جهت اجراء

۹- اختصاص گرنت به این فعالیت نوآورانه از مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی وزارت بهداشت

### **نتایج حاصل از این فعالیت و این که فعالیت ارائه شده چگونه موفق شده است به اهداف خود دست یابد را بنویسید.**

**نحوه ارزیابی دوره :** این برنامه در پایان هر دوره توسط گروه آموزشی کودکان با مشارکت گروههای آموزشی  
روانپزشکی و دانشکده توانبخشی ارزیابی شد ( ارزیابی درونی )

برای انجام ارزیابی درونی دوره، ذینفعان مختلف دوره اعم از مسئولین برنامه ریزی و برگزاری دوره فراگیران ، مدرسین ،  
کارشناسان برنامه ریزی و اجرایی دوره، با استفاده از چک لیست های روا و پایا شده ، بستر آموزشی (Context)، درون داده  
ها (Input)، فرایند آموزشی (Process) و محصول و برون دادهای آموزشی (Product) پروژه را به صورت جداگانه  
ارزشیابی کردند. در این راستا علاوه بر کمیت و کیفیت محتوای آموزشی دوره و تناسب آن با نیازهای شغلی فراگیران ، فرایند  
و بستر اجرایی و پیامدهای بکارگیری دوره در عمل مورد ارزشیابی قرار گرفت.

ارزشیابی پیامدهای برگزاری دوره طبق سطوح مختلف هرم مدیفیه شده کرک پاتریک (Kirck Patrick) انجام شد.

در سطح اول (satisfaction)، میزان رضایت شرکت کنندگان دوره مورد ارزیابی قرار گرفت. داده های مدنظر برای این سطح  
از طریق تکمیل فرم های رضایت سنجی روا و پایا توسط شرکت کنندگان جمع آوری شد.

در سطح دوم ( Learning)، میزان یادگیری شرکت کنندگان از طریق بررسی کارنامه های یادگیری و کارپوشه های آنها مورد  
ارزشیابی قرار گرفت.

در سطح سوم ( impacts) ، به منظور اطمینان از تاثیر واقعی و عملی شرکت در دوره و به منظور بررسی میزان بکارگیری  
آموخته های شرکت کنندگان در عمل ، شرکت کنندگان موظف شدند یک فیلم از مراقبت، ویزیت و آموزش در محل کار  
خویش را طبق ضوابط اعلام شده، به تیم مدرسین تحویل دهند.

در سطح چهارم (Results)، تفاوت قابل توجه در پیامدهای درمانی، سلامتی و کیفیت زندگی در محل کار شرکت کنندگان مورد پایش قرار گرفت. بدین منظور شرکت کنندگان، در طول زمان تغییر قابل توجه در آمارهای حیطه مراقبت های تکاملی شیرخواران و کودکان را به مسئولین اجرای دوره گزارش کردند و تغییرات ایجاد شده مورد ارزشیابی قرار گرفت.

بررسی سطح پنجم (ROI (Return On Investment)، دو سال بعد از اجرای دوره و با مشارکت دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی دانشگاه علوم پزشکی تبریز به منظور بررسی میزان هزینه اثربخشی دوره و بررسی ارزش سرمایه گذاری برای تکرار دوره های مشابه انجام خواهد شد.

**۱۷- سطح نوآوری:** در سطح کشور برای اولین بار صورت گرفته است.

## نامه معاونت آموزشی دانشگاه علوم پزشکی به معاون محترم آموزشی وزارت بهداشت در مورد برگزاری دوره:

شماره: ۵/۱۱۱۱۸۷

بسمه تعالی

تاریخ: ۱۳۹۶/۰۹/۱۸

پیوست: دارد



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان، آموزش پزشکی  
دبیرخانه کلان منطقه دو آمایش آموزش عالی  
بخش سلامت کشور

جناب آقای دکتر لاریجانی

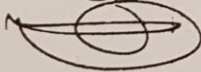
معاون محترم آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

سلام علیکم

احتراماً در راستای اجرای سیاست های محوری سند آمایش سرزمینی آموزش نظام سلامت و استفاده از پتانسیل های بومی و منطقه ای کلان مناطق آمایشی و با عنایت به اثرگذاری بسته های تحول و نوآوری در اعتلای نظام آموزش عالی سلامت جلسات هماهنگی و همفکری معاونین محترم آموزشی دانشگاه های عضو کلان منطقه دو با تشکیل جلسات کارشناسی تخصصی در کنار ماموریت های ویژه واسپاری شده بطور منظم دو هفتگی و ماهانه تشکیل گردیده و الحمدلله فعالیت های اثربخشی را در حوزه آموزش با بسیج تمام مسئولین امر آموزش در دانشکده ها، مراکز درمانی، EDO و EDC دانشگاه شاهد هستیم. یه پیوست صورتجلسه آذرماه معاونین آموزشی و مدیران مراکز EDC دانشگاه های کلان منطقه دو (تبریز - ارومیه - اردبیل - مراغه - سراب - خوی و خلخال) بحضور عالی تقدیم می گردد. ضمناً آماده استفاده از نظرات، پیشنهادات و راهنمایی های هوشمندانه حضرتعالی هستیم.

دکتر علی تقی زاده

معاون آموزشی



رونوشت:

- جناب آقای دکتر نسل سراجی جهت استحضار
- جناب آقای دکتر صومی رئیس محترم دانشگاه علوم پزشکی تبریز جهت استحضار
- معاونین محترم آموزشی دانشگاه / دانشکده های علوم پزشکی تبریز - ارومیه - اردبیل - مراغه - سراب - خوی و خلخال جهت استحضار و اقدام لازم
- جناب آقای دکتر اصلان آبادی جهت استحضار
- جناب آقای دکتر برزگر مدیر محترم مرکز EDC دانشگاه علوم پزشکی تبریز جهت استحضار و اقدام مقتضی
- جناب آقای مهندس حیدریان مدیر اجرایی کلان منطقه دو آمایش سرزمینی جهت هماهنگی های لازم
- دبیرخانه کلان منطقه دو جهت اطلاع و اقدام لازم



دانشگاه علوم پزشکی  
مراغه



دانشگاه علوم پزشکی  
اردبیل



دانشگاه علوم پزشکی  
تبریز

تبریز - خیابان گلگشت - ساختمان مرکزی شماره دو دانشگاه علوم پزشکی تبریز - طبقه همکف

شماره تماس: ۳۳۳۴۱۲۸۹ - ۰۴۱ فکس: ۳۳۳۴۰۰۰۳ - ۳۳۳۵۵۹۵۱ - ۰۴۱

وب سایت: <http://amayeshzone2.tbzmed.ac.ir>

آدرس پست الکترونیک: [amayeshzone2@tbzmed.ac.ir](mailto:amayeshzone2@tbzmed.ac.ir)

<p>۲- مصوب گردید کارگروه منطقه ای مسئولین EDC در کلان منطقه دو تشکیل گردیده و با تشکیل جلسات همفکری از پتانسیل های موجود هر دانشگاه در پیشبرد اهداف بسته های تحول و نوآوری و فرایندهای آموزشی استفاده مطلوب صورت گیرد. مسئولیت دوره اول کارگروه منطقه ای با دانشگاه علوم پزشکی تبریز خواهد بود.</p>
<p>۳- مقرر گردید برای استفاده بهینه از پتانسیل های موجود در دانشگاهها عضو کلان منطقه حتماً جلسات کارگروهی منطقه ای برای تمامی بسته ها صورت گیرد. بالاخص درخصوص بسته بین المللی سازی، آموزش پاسخگو و ارتقاء آزمونها کمیته منطقه ای بصورت کلان منطقه دو تشکیل شود و با هم افزایی درخصوص عملکردها، هماهنگی و همکاری در روند عملیاتی بسته ها صورت گیرد.</p>
<p>۴- مقرر گردید هر یک از دانشگاههای عضو کلان منطقه دو نظرات تخصصی خود را در اسرع وقت درخصوص نحوه نظارت بر آموزش عالی در بخش غیردولتی در جهت تقویت و هم آوایی علمی دانشجویان منطقه به دبیرخانه کلان منطقه دو ارسال نمایند تا پس از جمع بندی به معاونت آموزشی وزارت متبوع ارسال گردد.</p>
<p>۵- مقرر گردید هر یک از دانشگاههای عضو کلان منطقه دو لیستی از امورات واگذار شده به بخش خصوصی در بحث فرایندهای آموزشی را به دبیرخانه کلان منطقه دو ارائه نمایند و پیشنهادات دانشگاه و دانشکده مربوطه را در بسترسازی بخش خصوصی اعلام نمایند.</p>
<p>۶- موضوع برگزاری دوره کوتاه مدت تکمیلی (مراقبت های تکاملی شیرخواران و کودکان) توسط گروه کودکان دانشگاه علوم پزشکی تبریز در جلسه مطرح و مصوب گردید در بین دانشگاههای عضو کلان منطقه دو اجرا و عملیاتی گردد.</p>
<p>۷- موضوع نامه شماره ۵۰۰/۳۳۶۹/د مورخه ۹۶/۸/۱۳ درخصوص شیوه نامه شهریه های تحصیلی با مدنظر قرار دادن نظرات هر یک از دانشگاههای کلان منطقه به وزارت ارسال گردد.</p>
<p>۸- موضوع نامه ۵/د/۵۶۶۴۳۳ مورخه ۹۶/۸/۱۰ کارگروه تخصصی توسعه دانش علوم روانپزشکی و روانشناسی مبنی بر راه اندازی مرکز جامع دانش بنیان بازتوانی شغلی با رویکرد IPS در بیماران مزمن روانپزشکی مطرح و مورد تأیید قرار گرفت.</p>
<p>۹- موضوع مصوبه شماره ۰۰۸۸۰۱ مورخه ۹۵/۳/۱ درخصوص فرایندسازی کلینیک تعدیل شخصیت برای اولین بار در ایران توسط کارگروه تخصصی توسعه دانش علوم روانپزشکی و روانشناسی در دانشگاه علوم پزشکی تبریز مطرح و مقرر گردید برنامه مربوطه جهت عملیاتی سازی در سطح کشور توسط کارگروه ارائه گردد.</p>
<p>۱۰- موضوع تشکیل مرکز جامع اوتیسم در شمالغرب کشور ارائه شده توسط کارگروه توسعه دانش علوم روانپزشکی و روانشناسی در جلسه مطرح گردید و با عنایت به پیشرفت های انجام یافته مقرر گردید طرح عملیاتی این مرکز بصورت مکتوب جهت ارائه به وزارت توسط کارگروه اعلام گردد.</p>
<p>۱۱- موضوع نامه شماره ۹۶/۱۰/۱۰۵۳۲۶ مورخه ۹۶/۶/۲۶ دانشگاه علوم پزشکی ارومیه مبنی بر تدوین نقشه راه مرجعیت علمی در سه حیطه ایمنی بیمار- گیاهان دارویی و آزمایشگاه هرباریوم و حشره شناسی پزشکی در کلان منطقه دو بررسی و مورد تصویب قرار گرفت.</p>

دعوت نامه وزارت محترم بهداشت از دانشگاههای همکار جهت برگزاری دوره :



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

شماره: ۳۰۲۵/۱۵۲۴۵  
تاریخ: ۱۳۹۶/۰۹/۰۶  
پیوست دارد

معاونت بهداشت  
جناب آقای دکتر نعمتی، عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شیراز  
جناب آقای دکتر یقینی، عضو محترم هیئت علمی گروه اطفال دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان  
جناب آقای دکتر حیدر آبادی، عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز  
سرکار خانم دکتر جعفری، عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی  
سرکار خانم دکتر کاظمی، عضو محترم هیئت علمی گروه گفتار درمانی دانشکده توان بخشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان  
سرکار خانم دکتر یادگاری، عضو محترم هیئت علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی

موضوع: دعوتنامه جلسه دوره های کوتاه مدت تکامل کودکان در تاریخ ۲۱ آذر ماه ۹۶

با سلام و احترام

با توجه به نامه شماره ۵/۵۸۸۸۰ مورخ ۹۶/۶/۶ ریاست محترم دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز در خصوص اجرایی نمودن دوره کوتاه مدت مراقبت های تکاملی شیرخواران و کودکان که پیوست می باشد، بدین وسیله از جناب عالی/ سرکار عالی دعوت به عمل می آید تا در جلسه ای که به منظور بحث و تبادل نظر پیرامون اجرایی شدن پروپوزال دوره کوتاه مدت حرفه ای مراقبت های تکاملی شیرخواران و کودکان در تاریخ ۹۶/۹/۲۱ از ساعت ۱۰ لغایت ۱۳ در سالن جلسات این دفتر به آدرس: شهرک قدس- میدان صنعت - بلوار ایوانک شرق - وزارت بهداشت - بلوک A- طبقه ی ۱۰ - ورودی ۱ - سالن کنفرانس دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس برگزار می گردد حضور بهم رسانید. ضمناً پروپوزال اجرایی پیوست از طریق پست الکترونیک نیز جهت استحضار ارسال خواهد گردید.

دکتر سید حامد بر نانی

مدیرکل دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس

رونوشت:

معاون محترم آموزشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی جناب آقای دکتر سیدامیرمحسن ضیائی جهت استحضار و دستور مقتضی  
دبیرخانه م آموزشی دانشگاه ع پ و خ ب د شهید بهشتی (جناب آقای اسلامی - جناب آقای خاکپور - جناب آقای حمیدرضا فضلعلی - سرکار خانم جابری - حفیظیان)  
معاون محترم آموزشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شیراز جناب آقای دکتر محمود نجابت جهت استحضار و دستور مقتضی  
دبیرخانه م آموزشی دانشگاه ع پ و خ ب د فارس (سرکار خانم سعیدیان - جناب آقای مختاری - سرکار خانم قاسمی - جناب آقای تقی زاده کوهنجانی - سرکار خانم عبداللهی)

معاون محترم آموزشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اصفهان جناب آقای دکتر احمد موحیدیان عطار جهت استحضار و دستور مقتضی: ۱۴۶۷۶۶۴۴ شماره: ۸۱۴۵۴۲۶۴ صفحه الکترونیکی معاونت بهداشت : <http://port.health.gov.ir>  
ادرس: شهرک قدس - خیابان سیمای ایران - بین فلاحتک و زرافشان - وزارت بهداشت - درمان و آموزش پزشکی - بلوک A - طبقه ۱۵ کد پستی: ۱۴۶۷۶۶۴۴  
دبیرخانه م آموزشی دانشگاه ع پ و خ ب د اصفهان (جناب آقای عسگری - جناب آقای سعیدی)

معاون محترم آموزشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی آذربایجان شرقی (تبریز) جناب آقای دکتر سعید اصلان آبادی جهت



نامه ریاست محترم دانشگاه علوم پزشکی تبریز به معاونت بهداشتی وزارت بهداشت در مورد دوره حاضر:

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

شماره : ۵/۵۸۸۸-۰  
تاریخ : ۱۳۹۶/۰۶/۰۶  
پیوست : دارد



یه: معاونت محترم بهداشت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

موضوع: دوره مراقبت های تکاملی شیرخواران و کودکان

یا سلام و احترام

پیرو جلسه حضوری مورخه ۹۶/۵/۸ در NPMC (با حضور حضرتعالی، معاون بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تبریز، جناب آقای دکتر درستی، آقای دکتر تیک تیاژ، آقای دکتر برزگر، از اعضای هیأت علمی گروه کودکان و اینجانب) به پیوست برنامه دوره مراقبت های تکاملی شیرخواران و کودکان جهت اقدام لازم ارسال می شود. دانشگاه علوم پزشکی تبریز برای اجرای پایلوت این برنامه در کلان منطقه ۲ (آذربایجان شرقی، آذربایجان غربی، اردبیل، مراغه و...) اعلام آمادگی می نماید. خواهشمند است در صورت صلاحدید دستور فرمائید هماهنگی لازم جهت عملیاتی نمودن این برنامه با معاونتین بهداشت دانشگاه های کلان منطقه ۲ بعمل آید.

با احترام

دکتر محمدحسین صومی

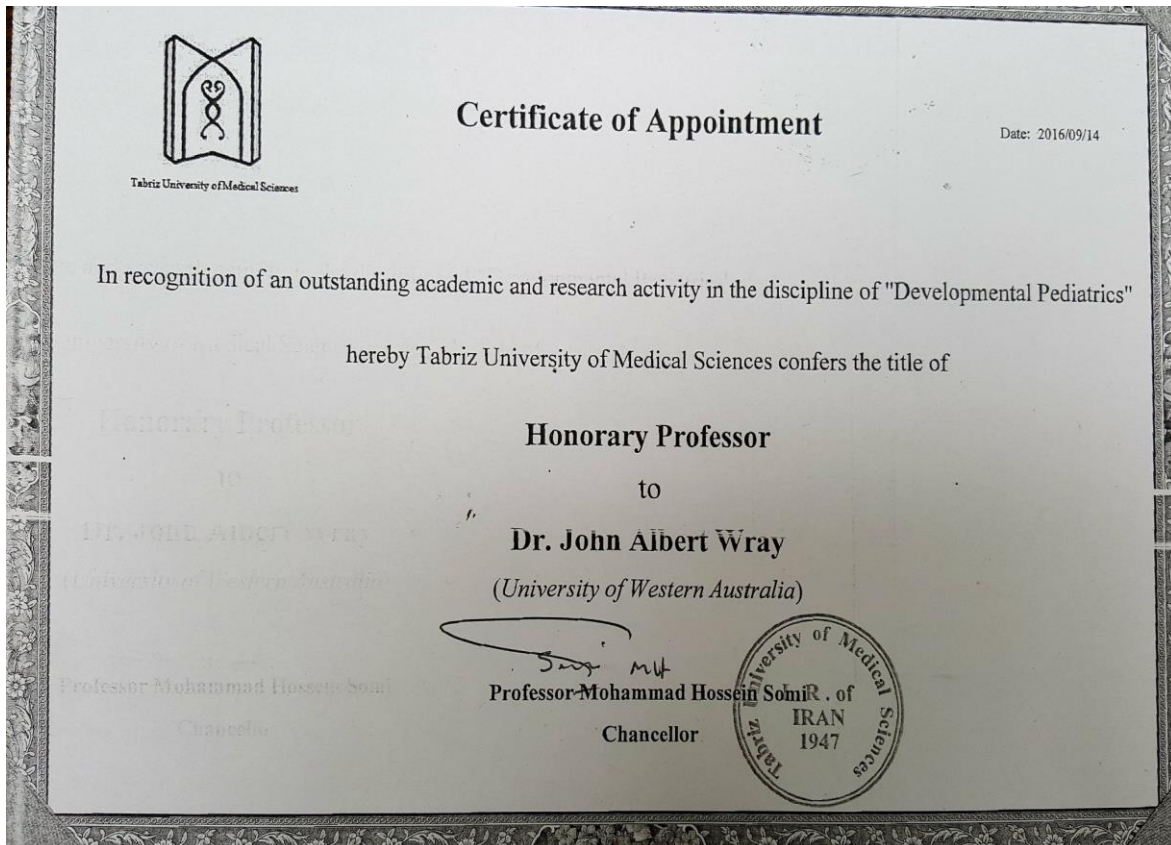
رئیس دانشگاه



Activate Windows  
Go to PC settings



گواهی استاد افتخاری دانشگاه علوم پزشکی تبریز جناب آقای دکتر John Wray



مستندات مربوط به دوره

۱- تجربه کشور ترکیه که بصورت مقاله ارایه شده است :

## Evaluation of Developmental Pediatrics Units in Turkey

Emine Bahar Bingöler Pekci<sup>1</sup>, Gulsum Atay<sup>2</sup>, Zeynep Eras<sup>3</sup>, Iclal Ayranci Sucaklı<sup>4</sup>, Derya Doğan<sup>5</sup>, Neşe Onat<sup>6</sup>, Gizem Kara Elitok<sup>7</sup>, Ilgi Ertem<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara University School of Medicine, Developmental Pediatrics Department

<sup>2</sup>Baskent University School of Medicine, Developmental Pediatrics Department

<sup>3</sup>Zekai Tahir Burak Maternity Hospital, Developmental Pediatrics Unit

<sup>4</sup>Ankara Hematology Oncology Training and Research Children's Hospital, Developmental Pediatrics Unit

<sup>5</sup>Inonu University School of Medicine, Developmental Pediatrics Department

<sup>6</sup>Sami Ulus Training and Research Children's Hospital, Developmental Pediatrics Unit

<sup>7</sup>Sisli Hamidiye Etfal Training and Research Hospital, Developmental Pediatrics Unit

**Background:** Developmental Pediatrics Units (DPU) serve as institutional cores to meet the clinical, technical, training and research skills to address early childhood development, children with developmental difficulties, found in major pediatric training centers in Turkey. DPU Model were developed for helping bridge the gap between what children in high-income countries are receiving during health care encounters and what children in low and middle-income countries receive. In 2009-2010 experienced volunteered pediatricians and child development specialists

were joined to DPUs Training Program (TP) in Ankara University Developmental Pediatrics Department to establish a DPU in their hospitals. Ministry of Health and UNICEF were the collaborators. The curriculum aimed at enabling the DPU team to conduct detailed comprehensive developmental assessments and interventions for children at risk/developmental difficulties and their families.

**Objective:** To evaluate the clinical, training, research and advocacy services in DPUs.

**Design/Methods:** A web based "Evaluation of Services in DPUs" survey was developed; answered by the DPU pediatricians.

**Results:** In seven DPUs, 8 pediatricians, 12 child development specialists provided developmental assessments to 9400 children between 0-6 years with developmental difficulties since they had been found. The most prevalent difficulties were prematurity-perinatal problems (64%) and chronic diseases (14%). Only 3 DPUs could provide disability report in their hospitals. In 3 DPUs 44 pediatric residents had their DP rotations. Services provided by the DPUs have depended on: the duration of functioning, the number/commitment of trained staff; recognition within the children's hospitals.

**Conclusions:** The DPUs were geared for being agents to establish specified goals to advance child development within the health system. Although they need governmental supports, the model and the TP were addressing early childhood/disabilities and could be proposed.

**Keywords:** developmental pediatric units, training program

۲- برنامه آموزش تکامل کودکان استرالیای غربی برای رزیدنتهای کودکان :

**Developmental Paediatrics  
Registrar Orientation Programme, 1<sup>st</sup>-12<sup>th</sup> August, 2016**

**WEEK 1**

**Monday 1<sup>st</sup> August-Friday 5<sup>th</sup> August 2016**

08.30-04.30pm **GRIFFITHS MENTAL DEVELOPMENT SCALES** Dr Brad Jongeling et al.  
Joondalup Child Development Centre

**WEEK 2**

**Monday 8<sup>th</sup> August - State CDC, Rheola Street, West Perth**

09.00-10:30am	<i>12 Rheola, Library</i>	<b>Introduction to CDS - what we do, where we fit</b>	Dr John Wray
10:30-12noon		<b>Developmental Principles</b>	Dr John Wray
12-12:30		<b>Lunch</b>	
12.30-3:30pm		<b>Developmental Clinical Skills – Assessments, Reports Supervision, Team Function Principles of Clinical Management, Matthew's Story Autism Spectrum Disorders – Concepts and Clinical identification</b>	Dr John Wray
3:30-5:00			

**Tuesday 9<sup>th</sup> August - State CDC**

9:00-12noon	<i>12 Rheola, Library</i>	<b>Other Developmental Tools</b> Questionnaires & Screening Tools WRAT 4 /Learning Disabilities, SPT, ASQ	Dr John Wray
12noon-12:30pm		<b>Lunch</b>	
12:30-1:30		<b>Other Developmental Tools (cont..)</b>	
1:30-2:30		<b>Reflection on Matthew's Story</b>	Dr John Wray, Dr Michael Watson
12:30-5:00		<b>Other Developmental Tools (cont..)</b>	Dr John Wray

**Wednesday 10<sup>th</sup> August - State CDC**

09.00-01:00pm	<i>12 Rheola, Library</i>	<b>Early Brain Development and Attachment ADHD 1: Concepts, Dx, Comorbidities ADHD 2: Assessment and Medical Management. Online Questionnaires</b>	Dr Trevor Parry Dr Trevor Parry Dr Brad Jongeling
1:00-1:30pm		<b>Lunch</b>	

**Thursday 11<sup>th</sup> August – Bentley Hospital**

09.00-04.30pm	<i>Bentley Hospital</i>	Child Development Information System (CDIS) - all day training	CDIS Team
---------------	-------------------------	---	-----------

**Friday 12<sup>th</sup> August – SCDC**

09.00-10.30am	<i>4 Rheola Audiology Assessment Room</i>	<b>Hearing Screening and Assessment</b>	Mrs Gaby Levi
11:00-12:30	<i>12 Rheola, Library</i>	<b>Universal Schedules: Lea Symbols/ Visual Screening</b>	Kerry Hug, CHN
12:30-01:00pm		<b>Lunch</b>	
01:00-02:30pm	<i>12 Rheola, Library</i>	<b>Fetal Alcohol Syndrome Disorder</b>	Dr Amanda Wilkins
02.30-03:30	<i>Own CDC Office</i>	<b>State CDC Reg – Admin Procedures Other Reg – Return to own CDC</b>	
3:00-5:00	<i>Own CDC Office</i>	<b>Reading, Case-Load Review, CDIS Planning</b>	

**TOPICS FOR FRIDAY DEVELOPMENTAL SEMINARS – FEBRUARY 2016 – JULY 2016**

ALL PROFESSIONALS WELCOME. LIQUID REFRESHMENTS, BISCUITS AND GOOD COMPANY ALL INCLUSIVE!!

**REGULAR SEMINARS:** Registrars: 1.00-4.30pm every Friday. Each session will begin at 1.00PM with CASE

## ۳- نامه معاونین محترم وزارت بهداشت در مورد اهمیت پیگیری شیرخوار پرخطر :

شماره ..... ۲۹۹۴۷/۳۰۰  
تاریخ ..... ۱۳۹۰/۱۱/۰۸  
پست ..... ۵۸۵۰۰۰۰۰

بسمه تعالی



جناب آقای دکتر یعقوبی

ریس محترم دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز

موضوع: ابلاغ اجرای آزمایشی نظام مراقبتی پیگیری شیرخواران پرخطر در استان آذربایجان شرقی

### با سلام و احترام

به استحضار می‌رساند، در راستای بهبود شاخص‌های سلامت نوزادان و کودکان کشور، اداره سلامت نوزادان دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس تدوین و اجرای آزمایشی برنامه پیگیری شیرخواران پرخطر پس از ترخیص از بخش مراقبت ویژه نوزادان را به مرکز تحقیقات سلامت کودکان آن دانشگاه واگذار نموده تا پس از اجرای اولیه در آن دانشگاه و رفع مشکلات آن، در کل کشور به مرحله اجرا درآورد.

به این وسیله اجرای برنامه تدوین شده مذکور برای اجرا به آن دانشگاه ابلاغ می‌گردد. لازم به ذکر است اجرای دقیق این برنامه از اهمیت بسیاری برخوردار بوده و اهمیت آن کمتر از تاسیس بخش مراقبت ویژه نوزادان نیست. مقتضی است در این راستا به مفاد ذکر شده در ذیل توجه شود:

۱. اجرای این برنامه نیاز به تامین حداقل یک پرستار ترخیص برای هر بخش مراقبت ویژه نوزادان و بخش مراقبت تخصصی نوزادان به صورت مشترک دارد. لازم به ذکر است که نباید از پرستار مذکور در انجام مراقبت‌های معمول نوزاد استفاده شود، مگر در شیفت‌های کاری که به صورت اضافه کاری و خارج از محدوده شیفت‌های موظفی تعریف گردد.

۲. همچنین تامین حداقل یک پرستار ویژه مستقر در درمانگاه برای پیگیری فعال نوزادان ترخیص شده از بخش مراقبت ویژه نوزادان بیمارستان الزامی است. تا زمان تامین نیروی انسانی ویژه درمانگاه پیگیری شیرخواران پرخطر، تمامی بیمارستان‌های ذینفع این برنامه می‌توانند در قالب یک تفاهم نامه، شیرخواران پرخطر خود را به مرکز پرینتال استان (بیمارستان الزهرا) جهت مراقبت پیگیری ارجاع دهند.

۳. تمامی متخصصین اطفال و پزشکان خانواده و پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان و مراقبت تخصصی نوزادان استان مرتبط با شیرخوار پرخطر باید در قالب کارگاه‌های منطقه‌ای نظام مراقبتی پیوسته اصول اولیه پیگیری تکاملی شیرخواران پرخطر را فرا گرفته و با فرآیندهای مراقبتی آن آشنا شوند.

۴. هماهنگی لازم بایستی بین معاونت‌های بهداشت و درمان دانشگاه برای اجرای مناسب و پیگیری این شیرخواران پرخطر جهت دریافت مراقبت‌های ضروری، در شبکه‌های بهداشتی تابعه صورت گیرد.

شماره ۳۰۰/۲۹۹۴۷  
تاریخ ۱۳۹۰/۱۱/۰۸  
پست ۵۰۰۰۰۰

بسمه تعالی

  
جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت و درمان امور پزشکی  
معاونت بهداشت  
معاونت درمان

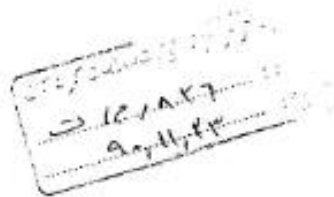
۵. معاونت پشتیبانی دانشگاه موظف است منابع انسانی مورد نیاز در این خصوص را فراهم نماید. منابع مالی مورد نیاز این طرح از محل اعتبارات اداره سلامت نوزادان تامین شده و در صورت نیاز به صورت متمم در اختیار دانشگاه قرار خواهد گرفت.

دکتر علیرضا صدیقی نیا  
معاون بهداشت

دکتر سید حسن امامی رضوی  
معاون درمان

رو نوشت:

۱. مدیر گروه محترم کودکان دانشگاه علوم پزشکی تبریز آقای دکتر نعمت بیلان
۲. ریاست محترم مرکز تحقیقات سلامت کودکان، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، آقای دکتر محمد بزرگ
۳. عضو محترم هیئت علمی گروه کودکان، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، آقای دکتر بهزاد جدیری





جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



معاونت بهداشت

شماره: 302د/18738

تاریخ: 1396/10/29

پیوست ندارد

**رئیس محترم دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی آذربایجان شرقی (تبریز)**

**جناب آقای دکتر محمدحسین صومی**

**موضوع: دوره های کوتاه مدت مراقبت های تکاملی شیرخواران و کودکان دانشگاه علوم پزشکی تبریز**

### با سلام و احترام

بازگشت به نامه شماره 5/58880 مورخ 96/6/6 در خصوص "پروپوزال اجرایی دوره آموزشی کوتاه مدت مراقبت های تکاملی شیرخواران و کودکان"، ضمن سپاسگزاری از توجه و حمایت های حضرتعالی از برنامه جامع تکامل کودکان، به استحضار می رسد پروپوزال تدوین شده توسط گروه کودکان آن دانشگاه برای ارتقای دانش، نگرش، عملکرد و کسب مهارت های مورد نیاز برای بهبود عملکرد کودکان سالم و پیگیری گروه های در معرض خطر اختلالات تکاملی و انجام مداخلات لازم در کودکان مبتلا به اختلالات تکاملی و به منظور ادغام در برنامه کشوری تکامل کودکان، توسط قطب کشوری اعصاب کودکان مورد بررسی و تایید اولیه قرار گرفت. برای جمع بندی نهایی، جلسه ای در تاریخ 96/9/21 در دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس با شرکت مدیران مراکز جامع تکامل کودکان دانشگاه های علوم پزشکی تبریز، شهید بهشتی، شیراز، اصفهان و همچنین اساتید دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی برگزار شد. در جلسه مذکور ضمن نهایی سازی پروپوزال مربوطه که به پیوست ارسال می گردد، توافقات لازم در مورد نحوه اجرای کشوری اولین سری از دوره های آموزش کوتاه مدت مراقبت های تکاملی کودکان با محوریت مرکز جامع تکامل کودکان دانشگاه علوم پزشکی تبریز بعمل آمد.

در این راستا و با توجه به نهایی سازی و تایید پروپوزال اجرایی مربوطه، خواهشمند است دستور فرمایند تا به منظور انجام مقدمات اولیه برگزاری دوره فوق الذکر، برای هماهنگی های لازم آموزشی در حوزه دانشگاه و نیز هماهنگی با این دفتر و دانشگاه های یاد شده اقدام مقتضی صورت گیرد.

رونوشت:

آدرس: شهرک قدس - خیابان سیمای ایران - بین فلامک و زرافشان - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - بلوک A - طبقه ۱۵  
کد پستی: ۱۴۶۷۶۶۴۹۶۱      شماره: ۳۹۰۴۶۶۴      مرکز بهداشت دالنگراو علوم پزشکی تبریز و خدمات بهداشتی درمانی آذربایجان شرقی  
جناب آقای دکتر عباسعلی درستی

**استاد ارجمند جناب آقای دکتر غفرانی - دبیر محترم هیئت ممتحنه اعصاب کودکان**

با سلام و آرزوی طول عمر با برکت برای حضرت تعالی

احتراما ، ، همانطور که مستحضر هستید اینجانب با مشورت و صلاحدید حضرتعالی کوریکولوم دوره کوتاه مدت تکمیلی " مراقبت های تکاملی شیرخواران و کودکان " را با کمک ارزشمند آقای دکتر حیدر آبادی فلوشیپ تکامل کودکان ، در راستای اصل پاسخگویی به نیازهای جدید آموزشی و درمانی در حیطه تکامل کودکان تدوین نمودم. خوشبختانه این کوریکولوم در دانشگاه علوم پزشکی تبریز و در دبیرخانه کلان منطقه آمایشی دو به تصویب معاونین آموزشی دانشگاه های این منطقه به تصویب رسیده است و مدیر کل محترم دفتر سلامت جمعیت خانواده و مدارس آقای دکتر سید حامد برکاتی این دوره را تائید و مورد حمایت قرار داده اند. از 97/05/06 اولین دوره با حضور شرکت کنندگان از دانشگاه های علوم پزشکی شهید بهشتی ، شیراز ، زنجان ، قزوین ، تبریز و خوی شروع شده است. خواهشمند است با نظر به مفاد نامه مورخه 97/05/14 آقای دکتر سید جلیل حسینی دبیر محترم انجمن های علمی گروه پزشکی در صورت صلاحدید نظر آن هیئت ممتحنه در مورد این دوره اعلام فرمائید.

به پیوست یک نسخه از کوریکولوم دوره و کپی نامه تائیدیه آقای دکتر برکاتی و دبیرخانه کلان منطقه آمایشی دو تقدیم می گردد.

**دکتر محمد بن زکی**  
تخصص کودکان - فوق تخصص نوزاد اعصاب کودکان  
با تشکر: دکتر محمد بن زکی دانشگاه ن ب ۳۰۱۵۰

استاد نوروپدولوژی کودکان دانشگاه علوم پزشکی تبریز و مدیر دوره

مستحضر است  
دکتر کوریکولوم  
مستحضر است  
گزارش موضوع  
۹۷/۵/۱۴  
انند  
دکتر  
۹۷/۵/۱۴



شماره: ۵/۳۱۰۷۲۰/۵

تاریخ: ۱۳۹۷/۰۹/۰۵

پیوست: ...



**جناب آقای دکتر محمد برزگر**  
**مدیر محترم مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی**  
**موضوع: اصلاحیه اختصاصی گرننت به فعالیت نوآورانه**

با سلام و احترام؛

به استحضار می‌رساند فرآیند نوآورانه جنابعالی تحت عنوان "دستورالعمل برگزاری دوره کوتاه مدت تکمیلی مراقبتهای تکاملی شیرخواران و کودکان" در جلسه کمیته دانش پژوهی دانشگاه در مورخه ۹۷/۶/۲۷ مطرح و مبلغ صد میلیون ریال گرننت آموزشی از محل گرنتهای اعلام شده مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی وزارت بهداشت - موضوع نامه شماره ۵/۷۱۰/۲۱۲ مورخه ۹۷/۴/۹ - به تیم دانش پژوهی فرآیند فوق تخصیص می‌یابد.

دکتر علی تقی زاده

معاون آموزشی

تبریز: ع. گلگشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ساختمان مرکزی شماره ۲ طبقه همکف ک.ب ۵۱۶۶۶۱۶۴۷۱  
تلفن: ۰۴۱۳۳۳۶۹۷۹۸ دور نویس ۰۴۱۳۳۳۵۵۹۵۱ وب سایت: <http://amouzesh.tbzmed.ac.ir>

## رتبه دوم حیطة تدوین و بازنگری برنامه های آموزشی

۱- عنوان فارسی:

تبیین، تصویب و پیاده سازی توانمندی های دانش آموختگان دکتری تخصصی رشته سیاستگذاری سلامت در دانشگاه علوم پزشکی تبریز

عنوان انگلیسی:

*Core competencies for Health Policy PhD Graduates: Developing, Approving and Implementing in Tabriz University of Medical Sciences*

حیطة نوآوری: تدوین و بازنگری برنامه های آموزشی

۲- نام همکاران، نوع و میزان مشارکت هر یک از ایشان در فعالیت مورد نظر را ذکر نمایید. (اولین نفر به عنوان نماینده مجریان محسوب می شود - ردیف قابل افزایش است).

میزان مشارکت	نوع همکاری	درجه دانشگاهی	سمت در این فعالیت	نام و نام خانوادگی
۶۰٪	صاحب فرآیند	دانشیار سیاست گذاری سلامت	نماینده مجریان فرآیند	دکتر لیلا دشمنگیر
۱۰٪	همکار فرآیند	کارشناس مدیریت اقتصاد درمان و آمار- معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی	همکار تخصصی و اجرایی	دکتر حکیمه مصطفوی
۹٪	همکار فرآیند	دکتری تخصصی آموزش عالی	مشاور تخصصی تدوین و ارزیابی سند	دکتر بیژن گرایلی
۸٪	همکار فرآیند	پژوهشگر ارشد دانشکده بهداشت علوم پزشکی تهران	همکار تخصصی و اجرایی	دکتر مینو علی پوری
۸٪	همکار فرآیند	دانشجوی دکتری تخصصی سیاست گذاری سلامت	همکار اجرایی	دکتر رحیم سهرابی
۵٪	همکار فرآیند	استادیار سیاست گذاری سلامت	همکار اجرایی	دکتر رحیم خداباری

### ۳- محل انجام فعالیت:

دانشگاه      دانشگاه علوم پزشکی تبریز

دانشکده      دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی

گروه/رشته      گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، رشته سیاست گذاری سلامت

مقطع تحصیلی      دکتری تخصصی

### ۴- مدت زمان اجرا:

تاریخ شروع      مهرماه ۱۳۹۵      تاریخ پایان      مهر ماه ۱۳۹۷

### ۵- هدف کلی:

تبیین، تصویب و پیاده سازی توانمندی‌های دانش آموختگان دکتری تخصصی رشته سیاستگذاری سلامت در دانشگاه علوم پزشکی تبریز از سال ۱۳۹۵

### ۶- الف: اهداف ویژه / اهداف اختصاصی

الف: تبیین توانمندی‌های دانش آموختگان دکتری تخصصی رشته سیاستگذاری سلامت

ب: تصویب توانمندی‌های دانش آموختگان دکتری تخصصی رشته سیاستگذاری سلامت در مراجع ذیصلاح در دانشگاه علوم پزشکی تبریز

ج: اجرای توانمندی‌های تصویب شده در دانشگاه علوم پزشکی تبریز به منظور تنظیم سند پشتیبان بومی و آرایه به هیات بورد تخصصی

د: پیاده سازی آموزش مبتنی بر توانمندی<sup>۲</sup> دانشجویان دکتری تخصصی رشته سیاستگذاری سلامت در دانشگاه علوم پزشکی تبریز

### ۷- ب: هدف کاربردی

هدفمندتر شدن فرآیند یاددهی- یادگیری از طریق تدوین توانمندی‌های مورد انتظار از دانش آموختگان این رشته و هدفمندتر شدن طرح دوره ها، طرح درسها و راهبردهای یاددهی و یادگیری درس های مختلف(ضمن حفظ چارچوب مصوب برنامه درسی رشته) و افزایش کیفیت تدریس و پیاده شدن آموزش مبتنی بر توانمندی از اهداف

<sup>2</sup> Competency Based Education

کاربردی این فرایند نوآورانه می باشد. نتایج حاصل از این فرایند دانش پژوهی در سایر دانشگاه های علوم پزشکی دارنده این رشته نیز می تواند مورد استفاده قرار گیرد.

## ۷-ج: هدف آرمانی

نتایج این فرایند دانش پژوهی می تواند گامی مهم در جهت بازنگری برنامه درسی رشته سیاست گذاری سلامت با تکیه بر رویکرد آموزشی صلاحیت-محور و تربیت سیاست گذاران و تصمیم گیرندگان شایسته در نظام سلامت کشور خودمان و سایر کشورهای مختلف و در نتیجه پاسخگویی بهتر به نیازهای افراد جامعه خواهد بود.

### بیان مساله (ضرورت انجام و اهمیت اهداف انتخابی را ذکر کنید):

شناسایی و تبیین توانمندی های لازم برای دانش آموختگان رشته های مختلف تحصیلی و آموزش مبتنی بر توانمندی رویکردی مناسب برای ارتقای کیفیت آموزش و تربیت افرادی توانمند در جهت پاسخگویی به نیازهای جامعه می باشد (۱). یکی از کارکردهای اصلی برنامه ریزی آموزشی تدوین برنامه آموزشی متناسب با مهارت ها و توانمندی های لازم برای رشته های مختلف دانشگاهی در جهت حصول به این مهم می باشد (۲ و ۳). این موضوع بویژه در مورد رشته های دانشگاهی میان رشته ای حائز اهمیت می باشد زیرا ماهیت ترکیبی این رشته ها باعث دشواری انتخاب واحدهای درسی ضروری از میان انبوهی از مهارت ها و تکنیک های مورد نیاز دانشجویان می گردد. هر چند برنامه درسی تدوین شده برای هر رشته پس از ارزیابی و بررسی نهایی، به طور جامع آموزش داده می شود اما تغییرات سریع در دنیای علم و فناوری و به روز نبودن برنامه، افزایش سطح آگاهی و انتظارات دانشجویان در طول زمان به مرور باعث تضعیف برنامه درسی طراحی شده و عدم تناسب میان آموزش های دریافت شده و نیازهای شغلی می گردد (۴، ۵) از این رو، فشار فزاینده برای بهبود محتوای آموزشی رشته های مختلف، باعث جلب توجه بسیاری از کشورها به سوی فرایند بهسازی و تغییر مؤلفه های مختلف نظام آموزشی و حرکت به سمت آموزش مبتنی بر توانمندی بویژه در سطح دانشگاهی و تحصیلات عالی شده است (۶، ۷).

توانمندی در واقع بیان کننده تاثیرات قانونی، اخلاقی، تنظیم کنندگی و سیاسی بر عملکرد کارکنان حرفه ای و سایر ذینفعان در هر بخش است که به صورت اصول اساسی برای یک فرد در یک دیسپلین خاص تعریف شده است. توانمندی های اساسی به منظور تعیین مجموعه ای از شاخص های قابل اندازه گیری مورد نیاز برای توقعات حداقلی برای عملکرد در آن دیسپلین و چارچوبی است برای هم راستا نمودن کلیه کارکنان و دانشجویان آن بخش در قالب توقعات مورد انتظار در ارائه خدمات همسو با استانداردهای مبتنی بر شواهد، شاخص های عملکرد و پیامدهای کیفیت.

شواهد موجود بیانگر عدم توجه شایسته به موضوع آموزش مبتنی بر توانمندی و شایستگی در کشور و لزوم توجه به این مهم می باشد (۸، ۹). یکی از راهکارها برای مرتفع نمودن وضعیت موجود، حرکت از وضعیت سنتی به نظام نوین آموزشی و بازنگری محتوا و برنامه های موجود آموزشی بر اساس اصول آموزش مبتنی بر توانمندی است (۱۰). یکی از رشته هایی که دانشگاه های علوم پزشکی کشور اقدام به جذب دانشجو برای آن نموده است رشته سیاست گذاری سلامت می باشد. این رشته یکی از رشته های میان رشته ای در مقطع دکتری می باشد که برای اولین بار در سال ۱۳۸۸ اقدام به جذب دانشجو در دانشکده بهداشت

دانشگاه علوم پزشکی تهران نمود و هم اکنون دانشگاه های علوم پزشکی تبریز، ایران و کرمان نیز اقدام به جذب دانشجو نموده اند. به دلیل بین رشته ای بودن؛ فارغ التحصیلان رشته های متنوعی از قبیل پرستاری، پزشکی، مامایی، آموزش بهداشت، مدیریت رفاه و توانبخشی، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی و سایر رشته های مدیریتی و پیراپزشکی می توانند در این رشته ادامه تحصیل دهند. همین امر باعث دشواری تصمیم گیری برای برنامه ریزان آموزشی بمنظور گنجاندن واحدهای درسی مناسب با هدف کسب شایستگی و توانمندی مورد نیاز دانش آموختگان این رشته و پاسخگویی بهتر به نیازهای جامعه شده است. باید توجه داشت شناسایی و اولویت بندی نیازهای آموزشی متناسب با توانمندی های مورد نیاز از منظر ذی نفعان سطوح مختلف، اگر به درستی طرح ریزی و انجام شود، تمهیدی مهم و اساسی در اثربخشی کارکرد آموزشی و اثربخشی برنامه آموزشی و پاسخگویی به نیازهای شغلی و به تبع آن نیازهای جامعه خواهد بود (۷). بر اساس مرور متون و مصاحبه های اولیه انجام شده، صاحب نظران بر اهمیت آموزش مبتنی بر توانمندی تاکید داشتند ولی مستندی معتبر که مبین توانمندیهای دانش آموختگان دکتری تخصصی سیاست گذاری سلامت در ایران باشد، وجود نداشت. صاحبان این فرآیند نوآورانه آموزشی نیز در بررسی های خود از بازخوردهای دانش آموختگان، دانشجویان و مدرسین این رشته، و مدیران ارشد حوزه سلامت، به این جمع بندی رسیدند که همه این ذینفعان متفق القول هستند که تبیین توانمندیهای دانش آموختگان این رشته و پیاده سازی محتوای آموزشی بر اساس آنها، ضروری بوده و منجر به پیاده سازی آموزش پاسخگو و مبتنی بر توانمندی در دانش آموختگان این رشته می شود و هم چنین فرایند یاددهی-یادگیری دانشجویان این رشته نیز ارتقا می یابد.

بر این اساس با توجه به اهمیت تصمیم های سیاستی مرتبط با حوزه سلامت و لزوم تربیت افراد توانمند و ماهر در این رشته، در این فرایند آموزشی بر آن شدیم تا پس از بررسی محتوای آموزشی و برنامه درسی رشته سیاستگذاری سلامت و رشته های مشابه در دانشگاههای سایر کشورها و همچنین مصاحبه با خبرگان نظام سلامت، اخذ بازخورد از دانش آموختگان، مدرسین و دانشجویان توانمندیهای مورد نیاز و ضروری برای دانش آموختگان این رشته را شناسایی، مدون و در مراجع ذیصلاح مصوب نموده و پس از اجرای آزمایشی آن در دانشگاه علوم پزشکی کشور به مدت دو سال و تعدیل و بازبینی توانمندی های تبیین شده و رفع نقاط ضعف و ارتقای آن بر اساس نظرات بدست آمده، از این مستند در تدوین برنامه درسی رشته سیاستگذاری سلامت در چارچوب آموزش پاسخگو و آموزش مبتنی بر صلاحیت استفاده گردد.

#### ۷- مرور تجربیات و شواهد خارجی (با ذکر رفرنس):

سابقه فعالیت مشابه آموزشی در خارج از کشور که به تبیین و سپس تصویب و اجرای توانمندی های دانش آموختگان سیاست گذاری سلامت بپردازد را پیدا نکردیم. یکی از دلایل این موضوع می تواند این باشد که در سایر کشورها این رشته در کنار سایر دیسیپلین ها مفهوم دارد و خود به تنهایی به عنوان یک رشته تحصیلی وجود ندارد. در ذیل برخی از فعالیت های مشابه در سایر کشورها شرح داده می شود.

فارست<sup>۳</sup> و همکاران به ارائه توصیف اولیه ای از توانمندی های اصلی دانش آموختگان مقطع دکترای تحقیقات نظام سلامت پرداختند. این توانمندی ها در ابتدا با مروری بر ادبیات و تحلیل متن مطالعات اعتبار بخشی سازمانی ارسال شده به شورای آموزش سلامت عمومی استخراج شدند. سپس تم های عمومی به دست آمده در مطالعات به صورت یک پیش نویس از

<sup>3</sup> Forrest

توانمندی‌ها در همایشی متشکل از اساتید و مربیان تحقیقات نظام سلامت به بحث گذاشته شد. نسخه اولیه از توانمندی‌ها در این مطالعه ارائه گردیده و ۱۴ توانمندی اصلی از اجماع و توافق خبرگان حاصل شد:

- ۱- کسب دانش تئوریک و مفهومی عمیق و گسترده از تحقیقات نظام سلامت با بکارگیری الگوهای جانشین از دیسپلین‌های مختلف بیومدیکال، اقتصاد، اپیدمیولوژی و ...
- ۲- کاربست دانش و مهارت‌های مهم مربوط به رشته مرتبط با تحقیقات نظام سلامت
- ۳- کاربست دانش ساختار، عملکرد، کیفیت، سیاست، و بافتار محیطی سلامت و خدمات سلامت به منظور تدوین راه حل‌های مشکلات سیاست‌های سلامت
- ۴- طرح پرسش‌های نوآورانه و با اهمیت تحقیقات نظام سلامت با استفاده از مرور نظام مند ادبیات، بررسی نیازهای ذی‌نفعان، و الگوها و چارچوب‌های مفهومی مرتبط
- ۵- انتخاب طرح‌های مطالعه مناسب مداخله‌ای، مشاهده‌ای، و کیفی جهت پرسش‌های اختصاصی تحقیقات نظام سلامت
- ۶- دانستن نحوه جمع‌آوری داده‌های اولیه سلامت و خدمات سلامت از طریق پیمایش، و روش‌های کیفی و ترکیبی
- ۷- دانستن نحوه تهیه و ترکیب داده‌های ثانویه از منابع دولتی و خصوصی
- ۸- استفاده از چارچوب‌های مفهومی و شاخص‌های عملیاتی به منظور تعیین تئوری‌های مطالعات برای پرسش‌های تحقیقات نظام سلامت و تعریف متغیرهایی که به شکل پایا و روایی این بنیادها را اندازه بگیرد.
- ۹- اجرای پروتکل پژوهش با رویه‌های استاندارد که تعمیم‌پذیری علوم را تضمین نماید.
- ۱۰- رعایت تعهد اخلاقی در هدایت پژوهش در مراحل طراحی، اجرا و توزیع نتایج تحقیقات نظام سلامت
- ۱۱- همکاری در قالب تیم‌های بین‌بخشی
- ۱۲- کاربست روش‌های مناسب تحلیلی جهت روشن نمودن ارتباط بین متغیرها و مشخص نمودن روابط علیتی
- ۱۳- انتشار موثر یافته‌ها و کاربست‌های یافته‌های تحقیقات به مخاطبین
- ۱۴- درک اهمیت همکاری با ذی‌نفعان مختلف (۱۱)

در ذیل محتوای توانمندی‌های اصلی رشته مدیریت و سیاست‌گذاری سلامت در گرایش‌های مختلف در برخی از دانشگاه‌های معتبر جهان آورده شده است:

### جدول ۱- توانمندی‌های تعریف شده برای رشته سیاست‌گذاری سلامت در تعدادی از دانشگاهها

نام دانشگاه	گرایش	توانمندی‌های مورد نیاز
University of Kansas (۱۲)	سیاست‌گذاری سلامت و مدیریت	<p>-دانش و آگاهی از نظام سلامت آمریکا، گسترش تاریخی آن، ساختارهای سازمانی و مکانیزم‌های تامین مالی</p> <p>-درک فرآیند و تکامل سیاست‌های سلامت در آمریکا و ارتباط آن با سیاست‌های دیگر نظام‌های سلامت دنیا</p> <p>-آشنایی با اصول اولیه اقتصاد و کاربرد آن در نظام‌های مراقبت سلامت</p> <p>-دانش کاربردی پارادایم‌های پژوهش کیفی و کمی شامل طراحی پژوهش، پیمایش‌ها، اپیدمیولوژی، و مشاهده مشارکت‌کنندگان، مصاحبه و تحلیل محتوا</p> <p>-دانش کاربردی تحلیل آماری استنباطی و توصیفی و کاربرد آن در راهبردهای پژوهش خدمات سلامت</p> <p>-توانایی تبدیل سوال پژوهش به طراحی مطالعه</p> <p>-آشنایی با بسته‌های داده بزرگ و توانایی تهیه و تحلیل آماری آنها</p> <p>-کسب تجربه و تخصص در تهیه و تدوین کوریکولوم و روش‌های تدریس در کلاس و برخط</p>

<p>-برخورداری از دانش مفهومی و تئوریک: کاربرست و یا ایجاد الگوهای مفهومی و تئوریک و نیز مهارت های مربوط به تحقیقات خدمات سلامت</p> <p>-توانایی طرح و پردازش پرسش های با اهمیت و مرتبط در تحقیقات نظام سلامت</p> <p>-طراحی مطالعات، تحلیل داده ها، الگوهای مفهومی و روش های عملیاتی، روش های گردآوری داده ها و مدیریت آنها</p> <p>-انتقال اطلاعات</p> <p>-کسب دانش بنیادین در زمینه بافتار سلامت و نظام های مراقبت سلامت، بازیگران و سازمان ها</p>	<p><b>سیاست گذاری سلامت و تحقیقات مدیریت</b></p>	<p><b>UCLA University</b> (۱۳)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- نشان دادن چگونگی تعیین، توصیف، و تحلیل یک مساله و مشکل سلامت عمومی، و پیشنهاد یک راهکار مناسب سیاستی برای آن ( قانونی، مقرراتی، سازمانی و قضایی)</li> <li>- توصیف قدم ها و مراحل فرآیند سیاست گذاری شامل تعیین مشکل، تدوین سیاست، اجرا، تحلیل، و ارزشیابی</li> <li>- مقایسه نقادانه و کاربرد تئوری های فرآیند سیاست گذاری در مطالعه مشکلات سلامت عمومی</li> <li>- تعیین بخش ها، نهادها، و ذی نفعان اصلی در گیر در فرآیند سیاست گذاری در سطح کشوری، منطقه ای و محلی</li> <li>- تحلیل نقادانه ادبیات پژوهش و تعیین شکاف ها برای بررسی و پژوهش بیشتر</li> <li>- شناخت و استفاده از روش های پژوهش مناسب برای طراحی یک مطالعه سیاست عمومی</li> <li>- ترجمه و توزیع موثر پژوهش های سیاست های سلامت عمومی، به صورت شفاهی و مکتوب به سیاست گذاران، ذی نفعان اصلی و عموم</li> <li>- تحلیل ماهیت، گستره، و تعیین کننده های مشکلات سیاست های سلامت مهم با به کار بستن چارچوب های تحلیلی از رشته های علمی اصلی، تدوین فرضیات قابل آزمون، و تعیین مداخلات مناسب بر اساس فهم از شواهد پایه موجود</li> <li>- نقد فرآیند سیاست گذاری شامل نقش محوری مقررات، قوانین، دعوی حقوقی، و حمایت طلبی؛ تفاوت بین قوانین کشوری و سیاست های محلی؛ و تاثیر تحقیقات آکادمیک در فرآیندهای تدوین سیاست و ارزیابی</li> <li>- ارزیابی سازمان و تامین مالی خدمات سلامت عمومی و خدمات پزشکی، و نقد تاثیر آنها بر دسترسی و استفاده، کیفیت مراقبت از سلامت، هزینه ها و پیامدها</li> <li>- به کارگیری روش های تجربی مناسب و دقیق و موشکافانه<sup>۴</sup> در ارزیابی سیاست های سلامت شامل استدلال و شالوده (مبهم هست این کلمه در اینجا) جامع و چند جانبه از روش ها و ابزار سلامت عمومی مانند آمار زیستی، اپیدمیولوژی و طراحی پیمایش</li> <li>- انتقال موثر یافته های علمی از طریق روش های شفاهی و نگاشتی به افراد حرفه ای و غیر حرفه ای، و نشان دادن توانایی برای تفسیر نتایج مطالعه در سایه محدودیت های آن و مطالعات قبلی</li> <li>- هدایت پژوهش با رعایت کامل بالاترین ملاحظات اخلاقی، تمامیت و یکپارچگی علمی، و تساوی اختیارات بین فردی</li> </ul>	<p><b>سلامت و سیاست گذاری عمومی</b></p>	<p><b>Johns Hopkins university</b> (۱۴)</p>
<p>-آزمودن مطالعات کلاسیک و پیشرفت های حاضر در زمینه و حوزه تحقیقات خدمات سلامت، شامل مطالعات مربوط به کیفیت خدمات، ایمنی بیمار، اثر بخشی مقایسه ای، پیامدهای بیمار محور، و اجرا -گردآوری (یکپارچه نمودن) و نقد ادبیات تئوریک و تجربی در تدوین یک تحقیق اصیل و مهم خدمات سلامت و سوال پژوهشی سیاستی با فرضیات شفاف و قابل آزمون</p> <p>-ارزیابی نقاط قوت و ضعف طرح مطالعات تجربی، نیمه تجربی، و مشاهده ای و توانایی انتخاب بهترین طرح مطالعه برای یک پرسش پژوهشی خاص</p>	<p><b>تحقیقات خدمات سلامت و سیاست گذاری</b></p>	<p><b>Johns Hopkins university</b></p>

<sup>4</sup> rigorous

<p>-تعیین، ارزیابی، و مشخص نمودن مناسب ترین منابع داده ای برای یک سوال پژوهشی مشخص -انتخاب و اجرای روش های تحلیلی مناسب از بین روش های پیشرفته اپیدمیولوژیک، آماری، اقتصادی، کیفی و پیمایشی (شامل مرور نظام مند ساختار یافته، سنتز و متا آنالیز، مدلینگ علیتی، رگرسیون لجستیک و خطی چند متغیره، مدل های خطی عمومی، مدل سازی طولی و چند سطحی، و تحلیل هزینه- اثر بخشی و هزینه - فایده برای یک سوال خاص پژوهشی</p>		
--	--	--

توسعه حرفه ای دانش مدیران بهداشت عمومی نیازمند آموزش توانمند محور به منظور ارتقای توانایی های آنها در مواجهه با تقاضاهای روز افزون و پیچیده خدمات حیاتی سلامت است. کیت رایب و همکاران به ایجاد و تدوین چارچوب توانمندی های رهبری توسط شبکه ملی گسترش رهبری سلامت پرداخته اند. پس از بررسی و مرور ادبیات و چارچوب های موجود توانمندی مبتنی بر عملکرد اعضای شبکه پیشگفت چارچوبی را با استفاده متوالی از تکالیف کار گروهی و فرآیند گروه اسمی تدوین نمودند. این چارچوب جهت تدوین و تخلیص فهرست و محتوای برنامه توانمندی؛ مقایسه برنامه ها؛ تدوین نیاز سنجی، شاخص های پایه، و استانداردهای عملکرد؛ و ارزیابی پیامدهای آموزشی مورد استفاده اعضای شبکه قرار گرفت. این چارچوب یک سند کاری بود که به طور پیاپی به منظور اطمینان از ارتباط ممتد آن با عملکرد مدیران تلخیص و ارزیابی می شد. در نهایت چهار توانمندی اصلی: توانمندی های تغییر و تحول، توانمندی های سیاسی، توانمندی های بین سازمانی، و توانمندی های تشکیل تیم در چارچوب تعیین شده مورد تایید قرار گرفت (۱۴).

انجمن دانشکده های بهداشت<sup>۵</sup> الگوی توانمندی های اصلی رشته بهداشت عمومی مقطع دکتری را در سال ۲۰۰۹ ارائه داد. بین سال های ۲۰۰۷ تا ۲۰۰۹ یک تیم خبرگان ملی متشکل از افراد دانشگاهی و اجرایی تحت هدایت کمیته آموزشی انجمن دانشکده های بهداشت هفت حیطه عملکردی متشکل از ۵۴ توانمندی را تدوین کردند. کالهن و همکارانش در مطالعه خود به مرور چالش ها و موضوعات مربوط به تفاوت ها در ارائه مقطع دکتری بهداشت عمومی؛ تحلیل فرآیند ارائه الگو و پیامدهای آن؛ موارد استفاده آینده الگو؛ و چالش های ورود و اجرایی نمودن آن در محیط های آموزشی پرداخته اند. در واقع هدف انجمن دانشکده های بهداشت با ارائه این الگو، ترغیب و برانگیختن بحث های عمومی در مورد توانمندی ها مورد نیاز فارغ التحصیلان دکتری بهداشت عمومی در شرایط چالش های جدید بهداشت عمومی قرن بیست و یکم و تعریف بهتر رشته دکتری تخصصی بهداشت عمومی بود. هفت حیطه عملکردی توانمندی ها عبارتند از حمایت طلبی، ارتباطات، آشنایی با فرهنگ عمومی جامعه، تحلیل انتقادی، رهبری، مدیریت، اخلاق حرفه ای (۱۵).

به منظور آمادگی بهتر و پاسخ گویی به هنگام در برابر بلایا، وجود برنامه مدون و یکپارچگی فعالیت های متخصصین با تجربه که در مقاطع حساس توانایی کاربست مهارت ها را داشته باشند، امری مهم است. با وجود آموزش های ارایه شده، برخی متخصصان در این زمینه ممکن است دیگر افراد مسئول دارای دانش ضروری و مهارت های مورد نیاز برای اقدامات لازم در شرایط اضطرار نباشند. بنابر این مجموعه ای از استانداردهای مختصر، دقیق، و شفاف به منظور حصول اطمینان از توانمندی نیروی کار در شرایط اضطرار لازم است تدوین شود. تدوین توانمندی ها توسط گروهی از مدیران مسوول از طیف های مختلف و هم چنین متخصصین امر از طریق سلسله ای از پیمایش ها و ملاقات های تخصصی با خبرگان صورت گرفت. در مجموع ۱۱ توانمندی اصلی شناسایی شدند:

<sup>5</sup> The Association of Schools of Public Health (ASPH)



- (شناساندن) آمادگی فردی و خانوادگی در بلایا و اورژانس های سلامت عمومی
- (شناساندن) کسب دانش ایفای نقش های مورد انتظار در برنامه های پاسخ های سازمانی و جمعی طراحی و اجرا شده در طول یک بحران و اورژانس های سلامت عمومی
- (شناساندن) داشتن آگاهی وضعیتی از خطرات سلامت بالقوه و بالفعل پیش، حین، و پس از بحران و اورژانس های سلامت عمومی
- تعامل موثر با دیگران در زمان بلایا و اورژانس های سلامت عمومی
- (شناساندن) کسب دانش روش های ایمنی فردی قابل اجرا در در زمان بلایا و اورژانس های سلامت عمومی
- (شناساندن) کسب دانش افزایش ظرفیت منابع مطابق با نقش فرد در برنامه های پاسخ در سازمان، آژانس و جامعه
- (شناساندن) کسب دانش اصول مدیریت بالینی برای کلیه جمعیت در گروه های سنی مختلف متاثر از بلایا و اورژانس های سلامت عمومی
- (شناساندن) کسب دانش اصول بهداشت عمومی و اقدامات مدیریتی برای کلیه جمعیت در گروه های سنی مختلف متاثر از بلایا و اورژانس های سلامت عمومی
- (شناساندن) کسب اصول اخلاقی به منظور حفاظت از سلامت و ایمنی کلیه جمعیت در گروه های سنی مختلف متاثر از بلایا و اورژانس های سلامت عمومی
- (شناساندن) کسب اصول قانونی به منظور حفاظت سلامت و ایمنی کلیه جمعیت در گروه های سنی مختلف متاثر از بلایا و اورژانس های سلامت عمومی
- (شناساندن) کسب دانش ملاحظات کوتاه و بلند مدت برای مرحله بازیابی و بهبود کلیه جمعیت در گروه های سنی مختلف متاثر از بلایا و اورژانس های سلامت عمومی (۱۶)

## ۸- مرور تجربیات و شواهد داخلی (در این بخش سوابق اجرائی این نوآوری در دانشگاه و کشور بطور کامل ذکر و رفرنس ذکر شود):

سابقه فعالیت مشابه آموزشی در داخل کشور با تمرکز بر تبیین توانمندی های دانش آموختگان سیاست گذاری سلامت و سپس تصویب و اجرای آن را پیدا نکردیم. تنها فعالیتی که بخشی از آن با فعالیت انجام شده توسط تیم فرایند دانش پژوهی مشابه می باشد به شرح زیر می باشد:

- در شصت و دومین جلسه شورای عالی برنامه ریزی علوم پزشکی کشور (مورخ ۱۳۹۴/۱۰/۲۰) سند توانمندی های دانش آموختگان دوره دکتری پزشکی عمومی به تصویب رسید. تیم تدوین کننده این سند از صاحب نظران حوزه پزشکی عمومی و تخصصی و متخصصان آموزش پزشکی بودند. در این سند محور توانمندیهای لازم برای یک دانش آموخته پزشکی عمومی شامل مهارت های بالینی، مهارت های برقراری ارتباط، مراقبت بیمار (تشخیص، درمان، بازتوانی)، ارتقای سلامت و پیشگیری در نظام سلامت و نقش پزشک در آن، پیشرفت فردی و فراگیری مستمر، تعهد حرفه ای، اخلاق و حقوق پزشکی و مهارت های تصمیم گیری، استدلال و حل مساله می باشد. در این سند هر یک از محورها تعریف و مصادیق مرتبط با هر یک شرح داده شده است (۱۶). لازم به ذکر می باشد دبیرخانه شورای آموزشی پزشکی عمومی در سال ۱۳۸۷ نیز به تدوین پیش نویس حداقل توانمندی های موردانتظار از پزشک عمومی دانش آموخته از دانشگاه های علوم پزشکی کشور نیز پرداخته بود (۱۷).

- اسماعیل مناقب و مصلی نژاد در سال ۹۶ به بررسی و ارزیابی توانمندی های حداقل برای اینترن ها و پزشکان خانواده در دانشگاه علوم پزشکی جهرم پرداختند. این فعالیت که در قالب مطالعه نیز منتشر شد در نهایت پیشنهاد داد که

- دانش آموختگان دکتری عمومی باید در حیطه های فن آوری اطلاعات، انجام پژوهش، ارتقای فردی و فراگیری مادام العمر نیز توانمندی های لازم را کسب کنند(۱۸).
- مطلب نژاد و همکارانش در یک مطالعه توصیفی و مقطعی به بررسی نظرات دانش آموختگان دانشکده دندانپزشکی بابل نسبت به توانمندیهای حرفه ای خود پرداختند. در این مطالعه ضمن نشام دادن ارتباط میان توانمندی های حرفه ای و جنیست پژوهشگران بر لزوم تبیین توانمندی ها و مهارت های عملی در این رشته تاکید کردند (۱۹).
  - میرکمالی و خلیلی زینب نیز ابتدا به شناسایی توانمندی های لازم برای دانش آموختگان برخی رشته های فنی و حرفه ای شاغل در شرکت ایران خودرو و سپس به ارزیابی توانمندی ها پرداختند. نتیجه مطالعه آنها استخراج توانمندی های شغلی موردنیاز در این رشته به شرح زیر بود: مهارت های ارتباطی، کارگروهی، تعهد و مسوولیت پذیری، خلاقیت، توانایی حل مساله، دانش تخصصی و مهارت های فنی و عملی(۲۰).
  - محمدزاده نصرآبادی و همکاران کسب توانمندی های شغلی دانش آموختگان آموزش های عالی علمی - کاربردی در بخش کشاورزی را در موفقیت شغلی آنها بسیار تاثیرگذار می دانند. این پژوهشگران عنوان کرده اند که امکانات و تجهیزات زیربنایی و آموزشی مراکز، شیوه آموزش استادان، روشهای تدریس واحدهای نظری و روش های تدریس واحدهای عملی، محتوای آموزشی در سطح دانش و محتوای آموزشی در سطح نگرش بایستی متناسب با توانمندی های شغلی دانش آموختگان این رشته باشد. چرا که این امر تاثیر قابل ملاحظه ای در موفقیت شغلی دانش آموختگان این رشته دارد(۲۱).
  - عبدی شهشانی و همکاران به ارزشیابی دوره ی دکتری تخصصی بهداشت باروری ایران بر اساس الگوی سیپ پرداخته اند. بر اساس این الگوی ارزشیابی(زمینه، درون داد، فرآیند و برون داد) در حیطه برون داد به توانمندی های لازم برای دانش آموختگان رشته و شاخص های مرتبط با اندازه گیری آن ها پرداخته اند(۲۲).

### منابع (قسمت بیان مساله و مرور متون):

1. Maroufi Y, Kiamanesh A, Mehrmohammadi M, Ali AM. Teaching assessment in higher education: an investigation of current approaches. *Journal of Curriculum Studies (JCS)* 2007;2(5):81-112.
2. Ghaffari R, Yazdani S, Alizadeh M, Salek Ranjbarzadeh F. Comparative Study: Curriculum of Undergraduate Medical Education in Iran and in a Selected Number of the World's Renowned Medical Schools. *Iranian Journal of Medical Education* 2012;11(7): 819-31.
3. Javadi M, Shams A, Yaghobi M. System-Integrated Education: Useful Experience In Health Management Clerkship. *Iranian Journal Of Medical Education* 2012; 11(9): 1104-11.
4. Shamizanjani M and Farzaneh Kondori N. Comparative study of PhD programs of information technology management at the world top rank universities. *Journal of Information Technology Management* 2015; 7 (3): 635-654.
5. Maleki H. *Curriculum Planning (A practical guide)*. Tehran: Payam Andisheh Publication; 2005. [In Persian]
6. Beigzadeh A, Okhovati M, Mehrolhasani M, Shokoohi M, Bazrafshan A. Challenges of the Bachelor Program of Health Services Management: A Qualitative Study. *Journal of Health Administration* 2014; 17(55): 29-42.
7. Arefi M. Evaluation of Educational Sciences curricula in Iran's higher education and provide strategies to improve it. MSc thesis. Tehran: Tarbiat Modares University; 2004. [In Persian]
8. Stark JS, Lattuca LR. Shaping the college curriculum: Academic plans in action. *The Journal of Higher Education* 1997; 68(6): 711-713.

9. Karami. M., Fattahi. H. Changing Higher Education Curriculum, Case Study: Graduate Curriculum in Educational Planning. *Journal of Higher Education Curriculum Studies* 2013; 4(7): 110-136
10. Arambewela R, Hall J. A comparative analysis of international education satisfaction using SERVQUAL. *Journal of Services Research* 2006; 6: 141.
11. Forrest CB, Martin DP, Holve E, Millman A. Health services research doctoral core competencies. *BMC Health Services Research*. 2009;9(1):107.
12. Handbook for Doctoral Students in Health Policy and Management. PhD Handbook Last Updated July 2016]
13. Wright K, Rowitz L, Merkle A, Reid WM, Robinson G, Herzog B, et al. Competency development in public health leadership. *American Journal of Public Health*. 2000;90(8):1202.
14. Calhoun JG, McElligott JE, Weist EM, Raczynski JM. Core competencies for doctoral education in public health. *American journal of public health*. 2012;102(1):22-9.
15. Walsh L, Subbarao I, Gebbie K, Schor KW, Lyznicki J, Strauss-Riggs K, et al. Core competencies for disaster medicine and public health. *Disaster medicine and public health preparedness*. 2012;6(1):44-52.
16. Designing Educational Opportunities for the Hazards Manager of the 21<sup>st</sup> Century-Workshop Report, October 22-24, 2003, Denver CO. By Deborah Thomas, University at Denver and Dennis Mileti, Natural Hazards Center, University of Colorado at Boulder. October 2003.
17. <http://med.mui.ac.ir/clinical/internal/hadeaghaltavanmandipezeshkanomoomikhordad1387.pdf>.
18. Managheb E, Mosalanejad F. Self-Assessment of Family Physicians and Interns of Jahrom University of Medical Sciences about Minimum Capabilities of General Practitioner. *Development Strategies in Medical Education*. 2017;4(1):27-39.
19. Motallebnejad M, Madani Z, Ahmadi E, Hosseini Sr. The Viewpoints of Dentists Graduated from Babol Dental School about Their Professional Capability. *Iranian Journal of Medical Education*. 2005;5(2):139-45.
20. Mirkamali SM, Bagheri Khalili Z. Evaluation of the graduates who are employed in Iran-Khodro Company in terms of job ability in some fields of technical and vocational education – from the viewpoint of the production units' managers. *Quarterly Journal of Educational Innovations*. 4(3):2005.[ In Farsi]
21. Mohammadzadeh Nasrabadi M, Pezeshki Rad G, Chizari M. An Examination of Employment Status, Employment Ability, and Job Success among Vocational and Technical Education Graduates in Agriculture Sector. *IRPHE*. 2006; 12 (1) :79-97[In Farsi].
22. AbdiShahshahani M, Ehsanpour S, Yamani N, Kohan S, Dehghani Z. The Development and Validation of an Instrument to Evaluate Reproductive Health PhD Program in Iran Based on CIPP Evaluation Model. *Iranian Journal of Medical Education*. 2014; 14 (3) :252-265. URL: <http://ijme.mui.ac.ir/article-1-3001-fa.html>. [In Farsi].

## ۱۲- شرح مختصری از فعالیت صورت گرفته را بنویسید (آماده سازی، چگونگی تجزیه و تحلیل موقعیت و تطبیق متدولوژی):

به منظور تبیین، تصویب و اجرای توانمندی های دانش آموختگان دکتری تخصصی رشته سیاست گذاری سلامت در دانشگاه علوم پزشکی تبریز مراحل زیر طی گردید:

## - مرحله اول: برنامه ریزی برای تبیین، تصویب و اجرا

در تاریخ ۱۳۹۵/۳/۱۵ موضوع در شورای گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی (قطب علمی و آموزشی مدیریت سلامت ایران) مطرح و با جمیع نظر آرا به تصویب رسید. پس از تصویب در گروه آموزشی، موضوع به شورای آموزشی دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی ارسال گردید. در شورای آموزشی مقرر گردید از مهر ماه سال ۹۵ همزمان با تبیین، تکمیل و نهایی سازی توانمندی های دانش آموختگان رشته، به منظور اعتباریابی بیشتر، به مدت دو سال نیز در گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی تبریز اجرا شود. همچنین مقرر گردید نتایج حاصل از اجرای فعالیت در طول هر ترم از طریق اخذ بازخورد از دانشجویان و اساتید و نشست بحث گروهی متمرکز با صاحب نظران دانشگاهی و خبرگان داخل و خارج دانشگاه نقد و تحلیل شود تا در نهایت به عنوان یک سند مصوب معتبر در دانشگاه علوم پزشکی تبریز و در صورت صلاحدید در سایر دانشگاه ها مورد استفاده قرار گیرد (مکاتبات صورت گرفته در انتهای همین مستند ضمیمه شده است، ضمایم شماره ۱ و ۲ و ۳).

## - مرحله دوم: مرور متون و مرور مستندات

برای انجام این مرحله ابتدا از طریق مرور متون و جستجو در پایگاه های داده ای مختلف توانمندی های لازم برای فارغ التحصیلان رشته سیاست گذاری سلامت استخراج گردید. در گام بعدی، از طریق مصاحبه با خبرگان موضوع، اسامی دانشگاه های داخل کشور و دانشگاه های خارج از کشور که دارای رشته سیاست گذاری سلامت و یا رشته های مشابه مانند سیاستگذاری عمومی، و یا سیاست گذاری با گرایش های مختلف بودند، استخراج و لیست گردید. مستندات و مطالب مرتبط از تمامی دانشگاه های مختلف کشور نیز استخراج و داده های مورد نیاز مرتبط با توانمندی ها و مهارت های دانش آموختگان رشته های مورد نظر استخراج گردید. در این مرحله وبسایت دانشگاههای مهمی همچون UCLA, KANSAS, JOHN HOPKINS نیز به طور دقیق بررسی گردید. در جدول شماره ۱ اسامی برخی از دانشگاه هایی که به تبیین توانمندی های دانش آموختگان رشته سیاست گذاری با گرایش های مختلف پرداخته اند آورده شده است.

## مرحله سوم: گردآوری داده ها به روش بحث گروهی متمرکز، مصاحبه (تلفنی، چهره به چهره و اینترنتی) و مرور مستندات

در این مرحله با دانشجویان دانشگاه هایی که دارای این رشته بودند (ایران، تهران، کرمان و تبریز) یک جلسه بحث گروهی متمرکز و بحث دور میزی برگزار و نظرات آنان اخذ گردید. دانش آموختگان سال های مختلف این رشته، بدلیل اینکه امکان حضور آنها در یک زمان و یک محل مقدور نبود، به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و به صورت تلفنی مصاحبه انجام شد. همچنین فرم های محقق ساخته مشتمل بر سوالات ساختارمند و نیمه ساختارمند مرتبط با توانمندی های مورد نیاز دانش آموختگان این رشته از طریق اینترنتی (طراحی فرم گوگل داک) و ایمیلی به مخاطبان مورد نظر ارسال و حداکثر سه بار پیگیری گردید تا نظرات خود را ارسال کنند. در ذیل نمونه هایی از این مکاتبات آورده شده است.



با اعضای محترم هیات علمی و مدرسین دانشگاه های مختلف داخلی با تخصص موضوعی در این رشته و یا رشته هایی که دارای قرابت موضوعی بودند نیز مصاحبه انجام و توانمندی های لازم برای یک دانش آموخته رشته سیاست گذاری سلامت استخراج گردید. همچنین با صاحب نظران مرتبط از سازمان های مختلف مانند وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، سازمان مدیریت و برنامه ریزی، و سازمان های بیمه سلامت که در مسند تصمیم گیری، سیاست سازی، و سیاست گذاری بودند نیز مصاحبه و نظرات آنان در ارتباط با توانمندی های لازم برای فارغ التحصیلان رشته سیاست گذاری سلامت و معیارها و شاخص های ارزشیابی استخراج گردید. لازم به ذکر می باشد که در این مرحله ۵۱ مصاحبه انجام گردید. بخشی از مصاحبه های انجام شده در جدول شماره ۲ آورده شده است:



**جدول شماره ۲: خروجی مصاحبه های انجام شده در دانشگاه های مختلف**

یافته های مصاحبه های انجام شده	محل برگزاری
<p>از جمله توانمندی های پایه برای فارغ التحصیلان تمامی رشته ها در مقطع دکتری توان پژوهش علمی و نظام مند در پایگاههای داده های داخلی و خارجی می باشد. با توجه به رشد سریع علوم پیراپزشکی و لزوم آگاهی از آخرین دستاوردها در زمینه علوم سلامت؛ برخورداری از توان جستجوی علمی و صحیح در پایگاههای علمی از اولین توانمندی های ضروری برای دانش آموختگان این رشته به شمار می آید. توان شناسایی واژه ها کلیدی، پایگاههای داده ای مناسب و توان برقراری ارتباط منطقی میان مباحث و موضوعات مرتبط با سلامت نیز دارای اهمیت ویژه ای می باشد.</p> <p>"به نظرم به دانش آموخته مقطع تحصیلات تکمیلی باید بخوبی بتونه مباحث فرعی مرتبط با موضوع مورد نظر خودش رو شناسایی کنه و با جستجوی صحیح به مطالعات مفیدی دست پیدا کنه!! خیلی وقتها دانشجوی سال آخر دکترا نمی تونه واژه های کلیدی مرتبط با تزش رو پیدا کنه و در نتیجه به بیراهه میره یعنی مطالب و مقالاتی رو پیدا می کنه که چندان مرتبط با موضوع تزش نیست و فقط باعث اتلاف وقتش میشه ..."</p>	<p>جلسه بحث گروهی در دانشگاه علوم پزشکی تبریز</p>
<p>توانمندی های آموزشی لازم است چون که این توانمندی بر یادگیری شیوه های نوین آموزش، شیوه برقراری ارتباط با دانشجویان، شیوه بکارگیری تکنیک های جدید برای آموزش اثربخش دانشجویان و نحوه جلب مشارکت آنان در مباحث کلاسی تاکید دارد. اگر در گذشته کلاس های مقطع تحصیلات تکمیلی استاد-محور بود امروزه تمرکز بر دانشجو محور بودن کلاسها و مشارکت فزاینده دانشجویان در مباحث می باشد. چنانچه یکی از مصاحبه شوندگان بیان داشت:</p> <p>"ده بیست سال پیش استادها چند تا کتاب بیشتر از دانشجوهاشون خونده بودن و می تونستن بخوبی دانشجوها رو با دانسته هاشون اقناع کنن ولی حالا اوضاع تغییر کرده، اینترنت باعث شده دانشجوها در کسری از ثانیه به اطلاعاتی دسترسی پیدا کنن که استادشون حتی اونها رو نشنیده!!"</p> <p>کلاس درس بعنوان نمونه ای بسیار کوچک از محیطی که دانش آموخته در آینده ملزم به تعامل با آن خواهد بود مکانی مناسب برای آموختن شیوه های صحیح تعامل و اثرگذاری بر اذهان مخاطبان می باشد. یکی از مصاحبه شوندگان معتقد بود:</p> <p>"بعضی از دانشجوهای ما هنوز بلد نیستن سرکلاس حرف بزنن و یک موضوع کوچک رو برای همکلاسی هاشون تشریح کنن!! حالا به نظرتون این فرد می تونه فردا یه کلاس رو اداره کنه و آموزش های لازم رو به دانشجوهایش بده!!"</p>	<p>جلسه بحث گروهی در دانشگاه علوم پزشکی تهران</p>
<p>تامین سلامت گروههای مختلف جمعیت نیازمند آگاهی از نیازهای متنوع سلامت در این گروهها و تدوین سیاستهایی متناسب و کاربردی می باشد. سیاستهایی که علاوه بر علمی بودن مبتنی بر تجربه بوده و با استفاده از منابع و امکانات موجود در جامعه براحتی عملیاتی شوند. توان ارزیابی سیاستهای موجود، تعیین نقاط قوت و ضعف آنها و تدوین</p>	<p>دانشگاه علوم پزشکی ایران</p>

<p>سیاستهای جدید و کاربردی از جمله توانمندی های ضروری برای دانش آموختگان رشته می باشد.</p> <p>"کسی که دکترای سیاستگذاری سلامت داره ولی نمی تونه یه سیاست رو تحلیل کنه و نقاط ضعف و قوتش رو تشریح کنه قطعاً در مرحله عمل هم دچار مشکل میشه و نمی تونه سیاستهای درستی رو تدوین کنه"</p>	
<p>یکی از کلیدی ترین توانمندی های لازم برای سیاستگذاران سلامت تصمیم گیری بر اساس تجربه، دانش و شواهد موجود می باشد. توان اتخاذ تصمیمات با توجه به سلیق و آراء مختلف در زمینه سلامت منجر به اجرای برنامه های اثربخش تر می گردد. بعبارت دیگر توان سیاستگذاران و دانش آموختگان رشته در توجیه مقامات مختلف سیاسی و اجتماعی و جلب توجه آنان به اهمیت تصمیم های اتخاذ شده نقشی کلیدی در تدوین و اجرای سیاستهای سلامت موفق در جامعه دارد. در همین راستا یکی از مصاحبه شوندگان بیان کرد:</p> <p>"بهرحال سیاستگذاری که نتونه به موقع تصمیم درستی بگیره صلاحیت لازم برای تدوین سیاست و مشارکت در برنامه های کلان سیاستگذاری رو نخواهد داشت. یه سیاستگذار باید در لحظه بتونه تصمیم بگیره و درست بودن تصمیمش رو به دیگران نشون بده"</p> <p>در واقع عدم اتخاذ تصمیمات صحیح و بموقع در بسیاری از موارد باعث تدوین سیاستهای نادرست و یا اجرای ناکامل آنها می شود. توان بهره گیری از دانش و اطلاعات بروز و اتخاذ تصمیمات بر اساس آنها از جمله توانمندی ضروری برای دانش آموختگان سیاستگذاری سلامت می باشد.</p>	<p>مرکز تحقیقات بهره برداری از دانش سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران</p>
<p>ماهیت بین بخشی سلامت و لزوم مشارکت سازمان ها و بخش های مختلف جامعه برای تامین سلامت عموم مردم بیانگر اهمیت مشاوره و حمایت طلبی در نظام سلامت می باشد. همچنین افزایش ارتباطات جهانی و توسعه روابط میان کشورها باعث بین المللی شدن بیش از پیش سلامت شده است بگونه ای که بسیاری از مشکلات مرتبط با سلامت تنها از طریق همکاری چندجانبه کشورهای مختلف امکانپذیر می باشد.</p> <p>"حیلی وقتها برقراری ارتباط با یه سازمان بین المللی و تشریح صحیح یه مشکل می تونه به جلب حمایت معنوی و مالی اونها منجر بشه. یا حتی در مورد موضوعات سلامت داخلی هم میشه با چانه زنی و مذاکره حمایت گروههای دینفعان رو جلب کرد."</p> <p>بنابراین دانش آموختگان سیاستگذاری سلامت برای اجرای موفقیت آمیز سیاستها و برنامه های خود در سطح ملی و بین المللی نیازمند برقراری ارتباطات گسترده با گروهها و سازمان های مختلف و بهره گیری از مشارکت مادی و معنوی آنان می باشند. برای این منظور باید بخوبی تکنیک ها و فنون مذاکره و جلب اعتماد را آموخته و در عمل آن را بکار گیرند.</p>	<p>مصاحبه با استادان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی</p>

### مرحله چهارم: تدوین اولیه توانمندی های دانش آموختگان، نقد و تحلیل

با بهره گیری از داده های بدست آمده از مراحل اول و دوم، توانمندی های دانش آموختگان رشته سیاست گذاری سلامت استخراج گردید. در مرحله بعد زیرمحورها و مصادیق توانمندی ها و شاخص های ارزیابی مرتبط با هر یک از توانمندی ها تدوین گردید. پس از تبیین محورها، زیرمحورها و شاخص های ارزشیابی جلسات متعددی با حضور دینفعان موضوع در دانشگاه های مختلف برگزار و یا به صورت ایمیلی به صاحب نظران ارسال و مستند تدوین شده مورد نقد و بررسی قرار گرفت. همچنین پیش نویس مستند تهیه شده در جلسات متعدد نیز با حضور خبرگان در مراکز آموزشی و پژوهشی متعدد و

مصاحبه با صاحب‌نظران موضوع به روش تفکر با صدای بلند، مورد بررسی و نظرات استخراج و مستند تکمیل تر گردید. پس از دریافت هر بار بازخورد محتوای بازخوردهای ارایه شده، توسط تیم دانش پژوهی به طور کامل تحلیل گردید.

### مرحله پنجم: بازنگری و نهایی سازی توانمندی های تبیین شده

در پایان هر ترم تحصیلی با بهره گیری از شاخص های تبیین شده و تکنیک های ارزیابی تعریف شده، توانمندی های کسب شده توسط دانشجویان مورد ارزیابی قرار گرفت. همچنین گزارشی از مراحل اجرایی و پیامدهای یادگیری ایجاد شده در دانشجویان و رضایت سنجی دانشجویان و نظرات اساتید مرتبط با موضوع تهیه و در شورای آموزشی گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی و جلسات قطب علمی و آموزشی مدیریت سلامت ایران ارائه گردید (ضمایم شماره ۷-۴). پس از هر بار اخذ بازخورد بازنگری لازم در محتوای مستند تهیه شده و در محتوای درسی و طرح دوره و طرح درسها انجام گرفت. در طول هر ترم تحصیلی بازخوردهای کسب شده از دانشجویان سال های مختلف مورد تحلیل و در تکمیل مستند تهیه شده مورد استفاده قرار می گرفت. نمونه ای از بازخوردهای کسب شده در هر ترم تحصیلی از دانشجویان و اساتید در جدول شماره ۳، آورده شده است.

جدول شماره ۳: بازخوردهای بدست آمده از استادان و دانشجویان در هر ترم تحصیلی	
ترم تحصیلی	بازخوردهای کسب شده
ترم اول تحصیلی	<p>"این اولین باری است که چنین چیزی را می شنوم. ...لیستی از توانمندیهایی که باید تلاش کنید که در طول دوره تحصیلی کسب کنید. برایم خیلی جالب است" (دانشجو ۲)</p> <p>"از ما خواسته شده که اگر خودمان نیز توانمندی خاصی مدنظرمان است که فکر می کنیم باید یک دانشجوی سیاست گذاری در طول دوره کسب کند که بعد از فارغ التحصیلی موفق عمل کند به اساتیدمان ارایه دهیم" (دانشجو ۱)</p> <p>" بر خودم وظیفه می دانم از همکار ارزشمند و ساعی سرکار خانم دکتر لیلا دشمنگیر که با همت خو بانی این حرکت شده اند تشکر و قدردانی کنم. قطعاً این باعث می شود که هر استادی در هنگام تهیه طرح درس و طرح دوره گوشه چشمی به توانمندی های لازم برای دانشجویان داشته باشد و در محتوای دروس خود آنها را مدنظر قرار دهد" (استاد ۴).</p>
ترم دوم تحصیلی	<p>"اگر ما از همان ابتدا بدانیم که تا پایان دوره چه توانمندی ها و مهارت هایی را باید کسب کنیم حتما تلاش می کنیم که به دنبال آنها باشیم. حتی اگر از طریق کلاس های درسی هم نتوانیم آن توانمندی ها را کسب کنیم سعی خواهیم کرد که با شرکت در کارگاه ها و یا دوره های آموزشی دیگر بتوانیم آنها را کسب کنیم". (دانشجو ۴).</p> <p>" ... خیلی خوب است. تکلیف همه مشخص می شود. تکلیف استاد هم مشخص شده و تکلیف دانشجو هم مشخص شده است. استاد دیگه می دونه که چه چیزی را باید تدریس کند که بتواند آن توانمندی لازم را به دانشجویان انتقال دهد و دانشجو هم می دونه که به دنبال چی باید باشد و چه چیزی را از استادش طلب کند...." (دانشجو ۵).</p>



<p>"اساتید روی این توانمندی ها تاکید دارند. برای دانشجویان سال های قبل و سال بالایی های ما نیز این توانمندا ارایه شده و آنها نیز بدلیل آگاهی که دارند به ما کمک می کنند که بتوانیم خودمان را در موارد ذکر شده توانمند کنیم". (دانشجو ۳)</p> <p>" خوشحال هستم این لیست توانمندی ها که به ما معرفی کردند به گونه ای اون غایت نهایی است در ابتدا برای ما تعریف شده است و همه هم استاد و هم دانشجو باید تلاش کنیم که به اون غایت برسیم" (دانشجو ۷).</p>	<p>ترم سوم تحصیلی</p>
<p>" این لیستی که الان تهیه شده و به عنوان توانمندی های دانش آموختگان رشته سیاست گذاری سلامت شناخته می شود مسیر طولانی را تهیه کرده که الان به اینجا رسیده است. خیلی چکش کاری شده است. نظرات اساتید دانشگاه های دیگه هم گرفته شده است. اگر همه اساتید چه در این دانشگاه و چه در دانشگاه های دیگر بدان توجه کنند قطعاً اثرات قابل توجهی را در آموزش و یادگیری دانشجویان خواهیم داشت" (استاد ۲).</p> <p>" این لیست توانمندی ها دیگه برای ما دانشجویان جا افتاده است. هر ترم بهش تاکید می شه و از ما خواسته می شه که هر چند وقت یکبار آنها را مرور کنیم. و سعی کنیم که مهارت ها و توانمندی های لازم را کسب کنیم. دانشجویی از دوستانم را سراغ دارم که هنوز نمی دونه که پس از فارغ التحصیلی چه تفاوتی باید با دانشجویان سایر رشته ها داشته باشه و چه مهارت ها و توانمندی هایی باید داشته باشد" (دانشجو ۶).</p>	<p>ترم چهارم تحصیلی</p>

در مرداد و شهریور سال ۹۶ با جمع آوری اطلاعات حاصل از اجرای دو ترم این مستند و تحلیل اولیه پیامدهای یادگیری دانشجویان، رضایت سنجی دانشجویان، ارزیابی کیفی توانمندیهای دانشجویانی که تحت این فرایند بودند، جلسه ای با حضور خبرگان و صاحب نظران این رشته در دانشگاه ها و مراکز مختلف تحقیقاتی مرتبط از جمله مرکز تحقیقات بهره برداری از دانش سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران و قطب علمی و آموزشی مدیریت سلامت ایران و دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران و دانشگاه علوم پزشکی کرمان با حضور صاحب نظران برگزار گردید (مستندات مرتبط با جلسات شماره ۷-۹ در انتهای همین متن در قسمت ضمایم پیوست شده است).

در این جلسات فعالیت های صورت گرفته در طول یکسال اخیر و نتایج به دست آمده گزارش گردید و لیست توانمندی های تدوین شده که در هر ترم با اخذ نظرات مختلف مورد تعدیل و بازنگری قرار گرفته بود، مورد نقد و ارزیابی قرار گرفت. نظرات و دیدگاه های صاحب نظران موضوع اخذ و مورد تحلیل قرار گرفت. برای افرادی که امکان حضور در جلسات را نداشتند، مستند تهیه شده ایمیل و نظرات آنان نیز استخراج گردید.

همچنین لیست توانمندی های تبیین شده در دو همایش ملی و استانی در اردیبهشت و مرداد سال ۱۳۹۷ نیز در قالب سخنرانی و پوستر ارایه و نظرات صاحب نظران در این جلسات اخذ و مورد تحلیل قرار گرفته و در تکمیل و بازبینی مستند تهیه شده مورد استفاده قرار گرفت (گواهی ارایه در قالب سخنرانی و پوستر، ضمایم شماره ۱۰ و ۱۱، در انتهای متن پیوست شده است).

## ملاحظات اخلاقی که در این دانش پژوهی مدنظر قرار گرفت شامل موارد زیر بودند:

- ۱- پروپوزال انجام این دانش پژوهی به تائید و تصویب کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تبریز رسید (شناسه تصویب: IR.TBZMED.REC.1397.318). (ضمیمه شماره ۱۴)
- ۲- لازم به ذکر می باشد که در بهمن سال ۱۳۹۵ پروپوزال این فرایند دانش پژوهی به مرکز تحقیقات راهبردی آموزش علوم پزشکی در تهران ارسال گردید که به دلیل طولانی بودن فرایند از آنجا باز پس گرفته شده و در آبان ماه سال ۹۶ جهت طی مراحل داوری و تصویب به دانشگاه علوم پزشکی تبریز ارسال گردید.
- ۳- این فرایند نوآورانه در گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی (قطب علمی و آموزشی مدیریت سلامت ایران) و شورای آموزشی دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی به تصویب رسید.
- ۴- قبل از ارسال پرسشنامه به مخاطبان و قبل از آغاز مصاحبه و بحث گروهی متمرکز اطلاعات لازم در خصوص موضوع و اهداف انجام این فعالیت شرح داده شد.
- ۵- بر محرمانه ماندن اطلاعات افراد شرکت کننده در این فعالیت نوآورانه تاکید و عمل شد.
- ۵- تیم دانش پژوهی مسئولیت پایش این فرایند در هر ترم را بر عهده گرفتند.

## ۱۳- اجرا و ارزشیابی را در این بخش بنویسید:

بر اساس مصوبه شورای گروه و شورای سیاست گذاری قطب علمی و آموزشی مدیریت سلامت ایران و شورای آموزشی دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، لازم گردید که مستند تهیه شده به مدت دو سال در دانشکده اجرا گردد. این فرایند تا این لحظه به مدت دو سال و نیم (پنج ترم تحصیلی) اجرا شده است.

در اواسط و پایان هر ترم تحصیلی جلسه ای با دانشجویان و اعضای هیئت علمی برگزار و نظرات آنها در خصوص محتواهای آموزشی تدریس شده کسب و توانمندی های کسب شده بر اساس روش های ارزیابی مندرج در سند مورد ارزیابی قرار گرفت (ضمایم شماره ۴-۶).

در جلسات برگزار شده بر آموزش دانشجویان و برگزاری نشست های متعدد با آنها در خصوص حصول به اهداف مستند تهیه شده تاکید و با توجه به پیامدهای مطلوبی که داشته است شامل رضایت دانشجویان از هدفمندتر شدن فرآیند یاددهی-یادگیری، آموزش پاسخگو و مبتنی بر نیاز بازارکار، افزایش رضایت اعضای هیات علمی از هدفمندتر شدن محتوا و بهبود توانمندیهای دانشجویان در ارزیابی های کیفی انجام شده، شورای آموزشی گروه و قطب علمی و آموزشی مدیریت سلامت ایران و معاونت آموزشی دانشکده تاکید بر استمرار اجرای این مستند در آموزش دانشجویان این رشته داشته اند لذا پیاده سازی این مستند-علی رغم پایان دو ساله تدوین و اجرای پایلوت- در حال حاضر نیز در گروه آموزشی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی تبریز ادامه دارد. در اردیبهشت ۹۷ مستند تهیه شده به هیات بورد تخصصی این رشته نیز ارسال و در جلسات متعدد از محتوا و روش شناسی آن دفاع گردید. در جلسه هیات بورد تخصصی رشته نیز توانمندی های تبیین شده تصویب قرار گرفت. در مورخه ۹۷/۰۴/۲۴ نیز خروجی این فعالیت نوآورانه در دانشگاه علوم پزشکی تبریز، از سوی بورد تخصصی به دبیرخانه شورای آموزش پزشکی و تخصصی ارسال شده است که در صورت تصویب به عنوان سند مصوب توانمندی های دانش آموختگان رشته سیاست گذاری سلامت در سایر دانشگاه های علوم پزشکی کشور نیز به طور رسمی می تواند مورد استفاده قرار گیرد.

۲۲- شرح مختصری از فعالیت صورت گرفته را به انگلیسی بنویسید (آماده سازی، چگونگی تجزیه و تحلیل موقعیت و تطبیق مندولوژی، اجرا و ارزشیابی را در این بخش بنویسید):

#### **Summary of Steps:**

*This process was conducted in five phases including;*

##### **1) Planning for designing, approving and implementation**

*It was approved in Iranian Center of Excellence in Health Management and School of Management and Medical Informatics. It was also identified that the draft would apply for at least two years in the School in order to validate the developed document.*

##### **2) A critical review of literature**

*We conducted a review of the websites of renowned universities offering health policy program or related disciplines such as public policy, like Johns Hopkins University, University of Kansas, and UCLA*

##### **3) Interviews and focus group discussions**

*A total of 51 interviews were conducted. First, an in-depth face-to-face interview with 13 stakeholders – including, academics (professors in the field of health policy) and heads of organizations involved in decision making. Sampled organizations were, Ministry of Health and Medical Education (MoHME), Management and Planning Organization, and health insurance companies. Interviews were conducted by two authors, H.M and M.A.S, using semi-structured interview guide. All interviews were recorded and transcribed. Interviews lasted for about 50 minutes. In addition, three FGDs were held with group of students of health policy (6 to 11 students in each group) from the schools of medical sciences in Iran including Kerman, Iran, Tehran and Tabriz University of Medical Sciences, Iran. Separate FGDs was also conducted for professors of health policy. Moreover, both structured and semi-structured questions were e-mailed to 21 graduates and eight students of health policy. A follow-up e-mail were sent to participants on three consecutive times, to facilitate feedback. About 17 students completed and returned the questionnaire at this stage.*

##### **4) Reexamination of competencies identified in previous stages using face to face consultations and a survey**

*Identified competencies were reexamined by 11 experts from the MoHME, insurance organizations, Parliament, and Professors of health policy. Experts were selected based on their scientific work in field of health policy, and recommendation from the research team. Using the think-aloud method, relevant data were extracted for achieving study objective. Next, the list of competencies was reviewed and finalized by a panel of 10 experts. The feedbacks were given after each educational plan and were used in finalizing the list of required competencies and the evaluation techniques.*

##### **5) Preparing the final list of competences and evaluation methods**

#### **Ethical consideration**

*This study was approved by the ethics committee of Tabriz University of Medical Sciences (Approval ID: IR.TBZMED.REC.1397.318). We also obtained written consent from all participants and guaranteed them of their privacy, confidentiality and anonymity of any information they provided. Participation was voluntary. Participants were given the right to opt out from the study at any point.*

## **۲۲- شیوه های تعامل با محیط که در آن فعالیت نوآورانه به محیط معرفی شده و یا مورد نقد قرار گرفته را ذکر کنید.**

الف: برگزاری چندین جلسه حضوری در شورای آموزشی گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، شورای آموزشی دانشکده و اخذ نقدها و دیدگاههای صاحب نظران و متخصصین، دانشجویان و دانش آموختگان رشته (ضمایم شماره ۶-۴).

ب: برگزاری جلسات بحث گروهی متمرکز در مرکز تحقیقات بهره برداری از دانش سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران و قطب علمی و آموزشی مدیریت سلامت ایران و دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران و دانشکده مدیریت دانشگاه علوم پزشکی کرمان با حضور خبرگان و صاحب نظران مرتبط و معرفی مستند، پیامدهای به دست آمده از اجرای آن در طول ترم های تحصیلی مختلف از دیدگاه ذینفعان مختلف، و اخذ نظرات کارشناسی شرکت کنندگان و ویرایش مجدد محتوای سند (ضمایم شماره ۹-۷).



ج: تعامل با دانش آموختگان شاغل در بازارکار از طریق تلفنی، ایمیل و حضوری و معرفی توانمندی های تبیین شده، نتایج و پیامدهای مطلوب یادگیری دانشجویان از دیدگاه دانشجویان و اساتید و اعمال پیشنهادات و دیدگاه های دانش آموختگان.

د: ارسال مستند تهیه شده به هر یک از صاحب نظران از طریق ایمیل و یا حضوری و اخذ نظرات آنها(مستندات در بخش های قبلی آورده شده است).

ه. بحث و بررسی در خصوص خروجی فرایند دانش پژوهی در جلسات برد تخصصی، تصویب و اخذ نظرات و دیدگاه ها(ضمیمه شماره ۹)

د. ارایه مستند تهیه شده در نوزدهمین همایش کشوری آموزش علوم پزشکی(۱۰-۱۱۲ اردیبهشت ۹۷) در قالب سخنرانی کوتاه و اخذ نظرات و پیشنهادات (ضمیمه شماره ۱۰)

ی. ارایه مستند تهیه شده در همایش کشوری آموزش پزشکی پاسخگو در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تبریز (۲۴-۲۶ مرداد ۹۷) در قالب پوستر و اخذ نظرات و پیشنهادات (ضمیمه شماره ۱۱)

ن: ارسال پروپوزال فرایند دانش پژوهی به دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، طی مراحل داوری، اخذ نظرات و پیشنهادات و تصویب نهایی(ضمیمه شماره ۱۲).

ل. ثبت و ارایه به عنوان فعالیت نوآورانه در مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی وزارت بهداشت و اخذ نظرات و پیشنهادات و اخذ گزنت پژوهشی(ضمیمه شماره ۱۳).

ی: ارسال مقاله مستخرج از این فرایند نوآورانه به مجله بین المللی *American Educational Research Journal* و اخذ نظرات. در حال حاضر مقاله تحت داوری می باشد. متن کامل مقاله تحت داوری پیوست شده است.

://mail.yahoo.com/d/folders/1/messages/343497.intl=XE&lang=en-AE&partner=none&src=fp

Find messages, documents, photos or people

← Back

Archive

Move

Delete

Spam

1-Oct-2018

Dear Dr. Doshmangir:

Your manuscript entitled "Preparing Health Policy Students for Future Job Opportunities: Core competencies to be considered" has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in American Educational Research Journal.

Your manuscript ID is AERJ-18-0739.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to ScholarOne Manuscripts at <https://mc.manuscriptcentral.com/aerj> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to <https://mc.manuscriptcentral.com/aerj>.

As part of our commitment to ensuring an ethical, transparent and fair peer review process SAGE is a supporting member of ORCID, the Open Researcher and Contributor ID (<https://orcid.org/>). We encourage all authors and co-authors to use ORCID IDs during the peer review process. If you already have an ORCID ID you can link this to your account in ScholarOne just by logging in and editing your account information. If you do not already have an ORCID ID you may login to your ScholarOne account to create your unique identifier and automatically add it to your profile.

Thank you for submitting your manuscript to American Educational Research Journal.

Sincerely,  
American Educational Research Journal Editorial Office

3

## ۲۲- نتایج حاصل از این فعالیت و این که فعالیت ارائه شده چگونه موفق شده است به اهداف خود دست یابد را بنویسید.

نتایج حاصل از مصاحبه حضوری با اساتید و دانشجویان از کیفیت تدریس، فرآیند یاددهی-یادگیری و فرایند آموزش بیانگر موارد زیر می باشد:

۱: پنج محور اصلی توانمندی های شناسایی شده شامل توانمندی های پژوهشی، آموزشی، تحلیل سیاست، تصمیم سازی، استدلال (تحلیلی و ارزیابی) و سیاست گذاری و همچنین مشاوره ای، ارتباطی و حمایت طلبی بود. برای هر محور ۷ تا ۹ زیرمحور تعیین و تعریف شد و مصادیق توانمندی های مرتبط با هر یک استخراج گردید (متن کامل سند توانمندی های دانش آموختگان پیوست شده است).

۲: هدفمندتر شدن فرآیند یاددهی-یادگیری از طریق تدوین توانمندیهای مورد انتظار از دانش آموختگان این رشته و هدفمند تر شدن طرح دوره ها، طرح درسها و راهبردهای یاددهی- یادگیری درس های مختلف و افزایش کیفیت تدریس و پیاده شدن آموزش مبتنی بر توانمندی

۳: افزایش رضایت دانشجویان از اجرای این مستند که حاصل هدفمندتر شدن محتوای دوره، بهبود راهبردهای یاددهی-یادگیری و تقویت آموزش پاسخگو و مبتنی بر نیاز بازار کار می باشد.

۴: بهبود اثربخشی آموزش و یادگیری دانشجویان از دیدگاه اساتید از طریق نظر سنجی، میانگین نمرات پایان دوره، ارزیابی های کیفی اساتید در مقایسه با دانشجویان دوره های قبلی که توانمندی های استخراج شده مبنای تدوین محتوای طرح دوره و طرح درسها، و انتخاب راهبردهای یاددهی-یادگیری نبوده است.

۵: به دلیل اهمیت این مستند و نتایج بدست آمده از آن در تدوین و بازنگری برنامه درسی، صاحبان فرآیند کماکان در حال اجرای این سند در تدوین طرح دوره ها و طرح درس های ترم تحصیلی جاری و بعدی سال تحصیلی ۹۸-۹۷ هم می باشند. نتایج بدست آمده در بازنگری برنامه درسی دکتری تخصصی رشته سیاست گذاری سلامت نیز مورد استفاده قرار گرفته است.

## ۱۷- سطح نوآوری: در سطح کشور برای اولین بار صورت گرفته است.

### ضمایم:

#### ضمیمه 1:

بسمه تعالی

تاریخ : ۱۳۹۴/۰۹/۲۷  
شماره : ۵/۵/۱۰۵-۱۰۵  
پیوست : ندارد



ریاست محترم قطب علمی و آموزشی مدیریت سلامت ایران

جناب آقای دکتر جنتی

با سلام و احترام

به دلیل فقدان سند توانمندی های دانش آموختگان رشته سیاست گذاری سلامت در برنامه درسی مصوب این رشته و با عنایت به ضرورت تدوین این سند و تغییر در برنامه درسی این دانش آموختگان، اینجانب در نظر دارم به همراه تیمی از خبرگان موضوع اقدام به تدوین این سند نمایم.

دیدیهی است با توجه به رسالت و مأموریت قطب علمی و آموزشی مدیریت سلامت ایران و گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی تدوین این سند می تواند در ارتقای سطح علمی و آموزشی دانشجویان دانشکده و دانشگاه مقید باشد.

با احترام مجدد

تاریخ : ۱۳۹۵/۰۷/۱۳  
 شماره : ۵/۵/۷۲۱۵۳  
 دارد  
 پیوست :



سرکار خانم دکتر ذکیه پیری

ریاست محترم دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی

با سلام و احترام

امروزه یکی از دغدغه های اصلی نظام های آموزشی تحقق آموزش اثربخش و افزایش توانمندی های دانش آموختگان رشته های مختلف می باشد. تاکید بر یادگیری و ارتقای مهارت فراگیرا، افزایش دانش و تغییر نگرش تا رسانیدن آنان به توانمندی اجرای موفقیت آمیز و مؤثر مهارت‌هایشان یکی از موارد مهم قابل توجه در این راستا می باشد.

با عنایت به آنکه لزوم کسب اطلاع دقیق از توانمندی های تخصصی فارغ التحصیلان رشته سیاست گذاری سلامت و تعامل با نخبگان منتخب در جهت بازنگری در برنامه ها و محتوای دروس بر اساس آموزش مبتنی بر پیامد (رویکرد مبتنی بر توانمندی) و یا بهره گیری از جدیدترین شواهد با پشتوانه مطلق و یا حصول اطمینان متولیان آموزش از کسب توانمندی های ضروری و ویژگی های مطلوب برای فارغ التحصیلان توانمند نیاز می باشد. بر این اساس همگام با دانشگاه های پیشرو و در راستای اجرای استند برنامه راهبردی قطب های علوم پزشکی کشور، قطب علمی و آموزشی مدیریت سلامت ایران و گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی تصمیم به تبیین توانمندی های دانش آموختگان دکتری تخصصی رشته سیاست گذاری سلامت دارد که به پیوست صورتجلسه شورای آموزشی گروه خدمتتان ارسال می گردد.

لذا خواهشمند است مراتب اعلام آمادگی گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی را برای تبیین و اجرای توانمندی های دانش آموختگان دکتری تخصصی رشته سیاست گذاری سلامت، زیر نظر دکتر لیلا دشتگیر، دانش آموخته رشته سیاست گذاری سلامت، استادیار دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی مکاتبات لازم با معاونت آموزشی دانش گاه انجام گیرد.

دکتر شیرین نصرت نژاد  
 مدیر گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی



بسمه تعالی

تاریخ : ۹۵/۰۷/۰۳  
شماره : ۵/د/۱۰۳۷۹۱۱  
پیوست : دارد



مدیر محترم گروه آموزشی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی

سرکار خانم دکتر نصرت نژاد

با سلام و احترام

در پاسخ به مکاتبه به شماره ۵/د/۱۰۳۷۸۷۳ مورخ ۵/د/۱۳ مورخ ۹۵/۰۶/۱۳ موضوع پیش نویس سند توانمندیهای دانش آموختگان رشته دکتری تخصصی سیاستگذاری سلامت در جلسه شورای آموزشی به تاریخ ۹۵/۰۶/۲۰ مطرح شد و مشروط به اجرای ۲ سال اجرای آزمایشی از مهرماه سال تحصیلی ۹۵-۹۶ موافقت گردید. لازم است در پایان هر ترم تحصیلی نتایج بازخورد های دانشجویان و اعضای محترم هیات علمی مورد نظر به صورت گزارش تحلیلی به شورای آموزشی ارسال شود.

ضمناً گزارش تحلیلی در پایان هر ترم تحصیلی از دیدگاه دانشجویان و اساتید گروه هم تنظیم و به امضا سرپرست تیم خانم دکتر دشمنگیر به مدیر گروه ارسال شود و تاییدیه این گزارش به امضا مدیر گروه به معاونت آموزشی دانشکده ارسال شود.

زکریا  
معاون آموزشی دانشکده مدیریت / اطلاع رسانی رسمی

ضمیمه ۴:

ردیف	موضوع و دستور کار	زمان شروع و پایان		مدت	تصمیمات منتهی	تاریخ تشکیل جلسه قبلی: ۹۵/۱۱/۱۸	تاریخ تشکیل جلسه بعدی: ۹۵/۱۱/۱۶	ملاحظات
		شروع	پایان					
۱	دفاع از پروپوزال توسط دانشجوی دکتری تخصصی مدیریت خاتم پلدا موسی زاده	۱۴/۳۰	۱۵/۱۰	۴۰ دقیقه	دفاع صورت گرفت و قرار بر این شد که دانشجوی تمام موارد بیان شده توسط داوران را در پروپوزال اعمال نماید و بعد از تایید داوران به معاونت آموزشی پژوهشی ارسال گردد.			
۲	تعیین نمره های دروس سیاست گذاری امتحان جامع و تعیین اساتید داور داخلی و خارجی	۱۵/۱۰	۱۵/۲۵	۱۵ دقیقه	نمرات و داوران دروس تعیین شدند و به پیوست می باشند...			
۳	نحوه محاسبه حق التدریس واحدهای تدریسی اعضای هیات علمی دانشگاه	۱۵/۲۵	۱۵/۳۵	۱۰ دقیقه	مصوبه معاونت آموزشی دانشگاه به اطلاع اساتید رسانده شد.			
۴	سهمیه بندی پایان نامه های اساتید	۱۵/۳۵	۱۵/۴۵	۱۰ دقیقه	سهمیه بندی پایان نامه های اساتید مورد بررسی قرار گرفت و سقف پایان نامه و نحوه اجرای آن به صورت پیوست می باشد.			
۵	گزارش خانم دکتر دشمنگیر درباره ارزیابی توانمندی های دانشجویان دکتری سیاست گذاری سلامت بر اساس لیست توانمندی های تدوین شده	۱۵/۴۵	۱۶/۳۰	۴۵ دقیقه	گزارش بر اساس نظرات اساتید تکمیل تر گردد. در ابتدای هر ترم اساتید دروس مختلف بر اساس توانمندی های تعریف شده برای دانشجویان به طوری که از چارچوب مصوب وزارتی عبول نکنند محتوی دروس خود را تنظیم کنند.			

۱. دکتر شیرین نصرت نژاد سمت: عضو هیئت علمی امضاء	۲. دکتر جعفر صادق تبریزی سمت: عضو هیئت علمی امضاء	۳. دکتر علی چنتی سمت: عضو هیئت علمی امضاء	۴. دکتر علی ایمانی سمت: عضو هیئت علمی امضاء
۴. دکتر علیرضا محبوب اهری سمت: عضو هیئت علمی امضاء	۵. دکتر جلال حناهی سمت: عضو هیئت علمی امضاء	۶. دکتر فرامرزی پور اصغر سمت: عضو هیئت علمی امضاء	۸. دکتر معصومه قلیزاده سمت: عضو هیئت علمی امضاء
۷. دکتر جواد پایایی سمت: عضو هیئت علمی امضاء	۸. دکتر رحیم خدایاری سمت: عضو هیئت علمی امضاء	۹. دکتر لیلا دشمنگیر سمت: عضو هیئت علمی امضاء	۱۲. دکتر محمود پوسفی سمت: عضو هیئت علمی امضاء
۱۰. دکتر کمال قلی پور سمت: عضو هیئت علمی امضاء	۱۱. دکتر بهزاد نجفی سمت: عضو هیئت علمی امضاء		
۱۳. دکتر محمود پوسفی سمت: عضو هیئت علمی امضاء	۱۴. دکتر علی ایمانی سمت: عضو هیئت علمی امضاء		

ضمیمه ۵:

ردیف	موضوع و دستور کار	زمان شروع و پایان		مدت	تصمیمات منتهی	تاریخ تشکیل جلسه قبلی: ۹۶/۳/۱۱	تاریخ تشکیل جلسه بعدی: ۹۶/۳/۱۰	ملاحظات
		شروع	پایان					
۱	موضوع تفکیک گروه مدیریت و اقتصاد بهداشت	۸۰۰۰	۸۰۳۰	۳۰ دقیقه	موضوع مورد بررسی قرار گرفت و با توجه به موافقت گروه و دانشکده و شورای آموزشی دانشگاه قرار بر این شد که تا آخر تیر ماه متناظر موافقت شورای گسترش علوم پایه پزشکی بهنامیم و در صورت طولانی شدن فرایند در سطح دانشگاه تفکیک شویم.			
۲	ارزشیابی دروس ارائه شده نیمیال بر اساس لیست مهارت ها و توانمندی های تعیین شده	۸۰۳۰	۹۰۰۰	۷۰ دقیقه	پرو ترم های قبلی، گزارشی از وضعیت آموزشی دکتری تخصصی رشته سیاست گذاری سلامت توسط خانم دکتر دشمنگیر ارائه شد. مقرر گردید اساتید در تدوین طرح درس و برنامه درسی به توانمندیهای تعریف شده برای دانشجویان رشته توجه کنند. و تلاش شود که دانشجویان توانمندی های تعریف شده برای آنان را کسب کنند و همچنین ارزشیابی توانمندی کسب شده نیز توسط خود اساتید صورت گیرد.			
۳	ارائه پروپوزال توسط دانشجوی تخصصی مدیریت آقای مبین سخنور	۹۰۳۰	۹۰۳۰	۹۰ دقیقه	دفاع صورت گرفت و قرار بر این شد که دانشجوی تمام موارد بیان شده توسط داوران را در پروپوزال اعمال نماید و بعد از تایید داوران به معاونت آموزشی-پژوهشی ارسال گردد.			
۴	بررسی عنوان پایان نامه دانشجوی دکتری تخصصی سیاست گذاری سلامت آقای مرتضی عرب با موضوع: تدوین بسته سیاستی جهت پیشگیری از ارائه خدمات غیر ضروری و ارائه خدمات ضروری سلامت برای نظام سلامت ایران	۹۰۳۰	۹۰۳۵	۵ دقیقه	مورد تصویب قرار گرفت.			

۱. دکتر شیرین نصرت نژاد سمت: عضو هیئت علمی امضاء	۲. دکتر جعفر صادق تبریزی سمت: عضو هیئت علمی امضاء	۳. دکتر علی چنتی سمت: عضو هیئت علمی امضاء	۴. دکتر علی ایمانی سمت: عضو هیئت علمی امضاء
۵. دکتر علیرضا محبوب اهری سمت: عضو هیئت علمی امضاء	۶. دکتر جلال حناهی سمت: عضو هیئت علمی امضاء	۷. دکتر فرامرزی پور اصغر سمت: عضو هیئت علمی امضاء	۸. دکتر معصومه قلیزاده سمت: عضو هیئت علمی امضاء
۹. دکتر جواد پایایی سمت: عضو هیئت علمی امضاء	۱۰. دکتر رحیم خدایاری سمت: عضو هیئت علمی امضاء	۱۱. دکتر لیلا دشمنگیر سمت: عضو هیئت علمی امضاء	۱۲. دکتر محمود پوسفی سمت: عضو هیئت علمی امضاء
۱۳. دکتر کمال قلی پور سمت: عضو هیئت علمی امضاء	۱۴. دکتر حسین جباری سمت: عضو هیئت علمی امضاء		

ضمیمه ۶:

ملاحظات		تاریخ تشکیل جلسه بعدی ۹۷/۴/۲۳		تاریخ تشکیل جلسه قبلی ۹۷/۴/۲۲		تاریخ تشکیل جلسه ۹۷/۴/۹		ساعت شروع: ۱۴:۳۰		موضوع و دستور کار		ردیف	تصمیمات جدید
تاریخ شروع		تاریخ شروع		تصمیمات متخذه		پایان	زمان شروع						
				ترم سوم حتما کارآموزی برای دانشجویان ارشد برگزار شود و در ترم چهارم در قالب مری هدایت مداخله را بر عهده بگیرند. در ترم سوم کارآموزی ۱ و ۳ و در ترم چهارم کارآموزی ۲ و ۴ بعنوان کمک مری حضور داشته باشند.		۱۴:۴۰	۱۴:۳۰	بررسی کارآموزی و کارورزی دانشجویان ارشد			۱		
				نظر داور حداقل یک هفته بعد از دریافت اصلاحات دانشجو ارائه شود تا فرایند تصویب شود. در غیر این صورت گروه پروپوزال را برای ادامه کار به مرحله بعدی ارجاع می دهد.		۱۴:۵۰	۱۴:۴۰	تهایی کردن فرایند تصویب پروپوزال			۲		
				دکتر دشمنگیر به ارایه گزارش ارزیابی وضعیت دانشجویان بر اساس توانمندی های تعریف شده در سال های گذشته و شاخص های ارزیابی پرداخت. اساتید گروه به ارایه نظرات پرداختند. نظرات اساتید سایر دانشگاه ها نیز مطرح شد. تصمیم بر آن شد که از این پس به عنوان سند مصوب در دانشکده برای دانشجویان رشته معرفی گردد. همچنین پیشنهاد شد که به هیات بود تخصصی نیز ارسال گردد تا در صورت صلاحدید برای سایر دانشگاه ها نیز استفاده گردد.		۱۵:۰۰	۱۴:۵۰	تصمیم گیری در خصوص سند توانمندی های تدوین شده توسط سرکار خانم دکتر لیلا دشمنگیر و همکاران. جمع بندی نظرات و دیدگاه ها			۳		
				ارائه و مقرر شد اصلاحات پیشنهادی انجام گردد.		۱۵:۲۰	۱۵:۰۰	ارائه پروپوزال توسط خانم گیسو علیزاده دانشجوی دکتری تخصصی رشته سیاستگذاری سلامت			۴		

اسامی سمت و امضای اعضای حاضر در جلسه :

دکتر رحیم خدایاری:	دکتر علی جنتی :	دکتر جعفر صادق تبریزی:
مدیر گروه	عضو هیئت علمی	عضو هیئت علمی گروه
دکتر جلال حنایی:	دکتر معصومه قلزاده:	دکتر فرامرزی پوراصغر:
عضو هیئت علمی	عضو هیئت علمی	عضو هیئت علمی گروه
دکتر پروین دشمنگیر:	دکتر رعنا غلام زاده :	دکتر جواد بابائی:
عضو هیئت علمی گروه	عضو هیئت علمی	عضو هیئت علمی
دکتر کمال قاسمی:	دکتر صابر اعظمی:	
عضو هیئت علمی	عضو هیئت علمی	



مرکز تحقیقات بهره‌برداری از دانش سلامت

تاریخ: ۱۳۹۶/۱۰/۰۹  
شماره: ۴۳۷/ص/۹۶/۵۳  
پیوست: ندارد

### قطب علمی تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد



دانشگاه علوم پزشکی  
و خدمات بهداشتی درمانی تهران

#### صور تجلسه

تاریخ جلسه: ۱۳۹۶/۰۶/۲۹

جلسه با موضوع "استخراج توانمندی های دانش آموختگان رشته سیاست گذاری سلامت" در تاریخ ۹۶/۰۶/۲۹ ساعت ۱۲ در مرکز تحقیقات بهره برداری از دانش سلامت با حضور اعضای محترم مرکز برگزار گردید.

در ابتدا پس از خوشامدگویی و قدردانی از شرکت کنندگان توسط ریاست محترم مرکز، مجری پروژه سرکار خانم دکتر لیلا دشمنگیر به شرح روند اجرای پروژه و مراحل طی شده و پیش سند تهیه شده پرداختند سپس از اعضای جلسه درخواست گردید که نظرات و پیشنهادات خود را در خصوص توانمندی هایی که یک دانش آموخته سیاست گذاری سلامت باید داشته باشد، ارائه فرمایند.

با هدایت جلسه توسط مجری پروژه و ریاست محترم مرکز این جلسه به مدت دو ساعت به طول انجامید.

هر یک از اعضا به بیان دیدگاه ها و نظرات خود در خصوص توانمندی های دانش آموختگان پرداختند و بر اساس نظرات و دیدگاه های بدست آمده لیست مربوط به توانمندی های تهیه شده کامل و نهایی گردید.

دکتر سید رضا مجدزاده  
رئیس مرکز تحقیقات بهره برداری از دانش سلامت

گمبیک

تاریخ: ۱۳۹۸/۰۸/۰۷  
شماره: ۹۶۱۰۶۱۰۴/۱۳۹۸  
پوست: ۱۲۳۰

## دانشکده بهداشت

(قطب علمی آموزش علوم بهداشتی کشور)

نیم قرن دستاورد پرافتخار در بهبود نظام سلامت کشور  
پنجاهمین سالگرد تاسیس دانشکده بهداشت دانشگاه علوم  
پزشکی تهران

بسمه تعالی



### سورجلسه

**نقد و بررسی سند توانمندی های دانش آموختگان رشته سیاست گذاری سلامت و گزارش روند اقدامات یک سال گذشته و پیامد های بدست آمده**

در تاریخ ۹۶/۰۶/۰۴ ساعت ۱۲:۳۰ در دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران جلسه ای با حضور صاحبانقران موضوع از دانشگاه های مختلف برگزار گردید.


ابتدا ریاست محترم دانشکده به بیان خوشامدگویی پرداختند و سپس سرکار خانم دکتر دهنمنگیر از دانشگاه علوم پزشکی تبریز به ارائه گزارش مرتبط با سند توانمندی های دانش آموختگان رشته سیاست گذاری سلامت پرداختند. در این گزارش مراحلی که طی شده بود، نتیجه نشست و مصاحبه با صاحب نظران مختلف و بازخورد دانشجویان و دانش آموختگان رشته سیاست گذاری سلامت و برخی رشته های دیگر ارائه شد. همچنین نتیجه اجرای سند در گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی برای دانشجویان رشته سیاست گذاری سلامت و تغییر در محتوای برخی دروس و کنجاندن برخی کارگاه ها و بازخوردهای اخذ شده از دانشجویان و اساتید گزارش گردید. اعضای جلسه به ارائه نظرات و دیدگاه های خود پرداختند و بر اساس نظرات و دیدگاه های بدست آمده لیست مربوط به توانمندی های تهیه شده کامل و نهایی گردید. پیشنهاد گردید اجرا و اخذ متوالی بازخورد از ذینفعان مختلف و به ویژه دانشجویان رشته ادامه داشته باشد. این جلسه به مدت دو ساعت و نیم به طول انجامید.

دکتر رشیدیان، دکتر امیرحسین تکیان، دکتر اکبری ساری، دکتر توفیقی، دکتر عباس و توفیق منظم، دکتر آرین خصال، دکتر مینو علی پوری و دکتر لیلا دهنمنگیر از اعضای شرکت کننده در این جلسه بودند.

دکتر علی اکبری ساری  
رئیس دانشکده بهداشت

تهران صندوق پستی: ۱۶۱۵۵-۶۶۶۶      تلفن: ۰۲۱۹۳۳۳۳۳۳ (۶۰ خط)      فکس: ۰۲۱۶۶۶۶۶۶۶

شماره... ۳۳۶۱/۴/۷۰۵  
تاریخ... ۱۳۹۷/۰۳/۰۷  
پیوست دارد.....

  
جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
معاونت تحقیقات و فناوری

بِسْمِ تَعَالَى

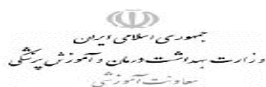
**جناب آقای دکتر حاجتی**  
**دبیر محترم دبیرخانه شورای علوم پایه پزشکی و بهداشت**

با سلام و ادب

احتراماً به پیوست یک نسخه از «سند توانمندی‌های دانش آموختگان رشته دکترای تخصصی سیاستگذاری سلامت» که توسط دانشگاه علوم پزشکی تبریز تهیه و در مورد علوم مدیریت تصویب شده است، جهت استحضار و استفاده ارسال می‌گردد. خواهشمند است در صورت صلاحدید دستور فرمائید موضوع در شورای گسترش مطرح و مورد بررسی و تصویب قرار گیرد.

**دکتر اکبری ساری**  
**دبیر هیات متعنه، ارزشیابی و برنامه ریزی**





شماره: ۵/۵۱۹/۱۴۶  
تاریخ: ۱۳۹۷/۰۲/۱۵

کواهی می شود

مقاله

**تدوین سند توانمندی‌های دانش آموختگان دکتری تخصصی رشته سیاست‌گذاری سلامت در ایران**

در نوزدهمین همایش کشوری آموزش پزشکی و یازدهمین جشنواره آموزشی شهید مطهری

تهران، ۱۰ لغایت ۱۲ اردیبهشت ماه سال ۱۳۹۷

به عنوان سخنرانی کوتاه ارائه شده است.

نویسنده مسئول: لیلا دشمنگیر

ارائه دهنده: لیلا دشمنگیر

همکاران: بیژن گراپلی، حکیمه مصطفوی، مینو علی پوری.

دکتر عظیمه میرزازاده  
دبیر علمی



**تدوین سند توانمندی‌های دانش آموختگان دکتری تخصصی رشته سیاست‌گذاری سلامت در ایران**  
بیژن گراپلی، حکیمه مصطفوی، مینو علی پوری، لیلا دشمنگیر

مقدمه: تدوین برنامه آموزش متناسب با نیازهای دانشجویان و جامعه یکی از کارکردهای اصلی برنامه‌ریزی آموزش می‌باشد. امروزه گنجاندن مواد آموزشی و مهارت‌های لازم برای رشته‌های مختلف دانشگاهی به گونه‌ای که مطمئن حصول اهداف مورد نظر برای هر رشته باشد اهمیت فراوانی یافته است و در همین راستا آموزش عالی بر صلاحیت مورد توجه جدی حیرکان برنامه‌ریزی درسی قرار گرفته است. آموزش مبتنی بر صلاحیت و توانمندی (Competency based education) یکی از رویکردهای آموزش می‌باشد که به‌ویژه در سال‌های اخیر مورد توجه قرار گرفته است. از زمان اولین دوره جذب دانشجو در مقطع دکتری تخصصی سیاست‌گذاری سلامت در ایران، سندی معبر که بین توانمندی‌های دانش‌آموختگان این رشته باشد، وجود نداشته. لذا با بر اهمیت موضوع ضرورت تدوین این سند مورد توجه و تأکید قرار گرفت.

هدف این مطالعه با هدف شناسایی توانمندی‌های دانش‌آموختگان دکتری تخصصی رشته سیاست‌گذاری سلامت و تدوین سند مرتبط با آن انجام شده است.

روش: این پژوهش یک مطالعه چند روشی است. در مرحله اول توانمندی‌های لازم برای فارغ‌التحصیلان رشته سیاست‌گذاری سلامت از طریق مرور محون و مرور وب‌سایت‌ها و بررسی مستندات دانشگاه‌های دارنده رشته سیاست‌گذاری سلامت و با رشته‌های مرتبط با سیاست‌گذاری مانند رشته حیطه‌های عمومی، سیاست‌گذاری عمومی و سیاست‌گذاری و حکمرانی استخراج گردید. در مرحله دوم از طریق مصاحبه‌های رو در رو، تلفیقی، اینترنتی و برگزاری جلسات بحث گروهی متمرکز و بحث‌های دور میز با حیرکان موضوع، دانشجویان و فارغ‌التحصیلان رشته، با اطمینان جهت‌شناسی و صائب‌نظران حوزه‌های مختلف از شورای عالی سلامت و امنیت غذایی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان بیمه سلامت و شورای سیاست‌گذاری بررسی سازمان‌ها و دانشگاه‌ها داده‌های لازم گردآوری گردید. با بهره‌گیری از داده‌های مراحل قبلی و تحلیل داده‌های به‌دست‌آمده پیش‌نویس سند توانمندی‌های دانش‌آموختگان استخراج و در اکتوبر ۹۸ نظر از صاحب‌نظران موضوع قرار گرفت. با بهره‌گیری از روش لنگر با صدای بلند، داده‌های موردنظر گردآوری و پیش‌سند تهیه شده تعریف گردید. پیش‌سند تهیه شده در پانچ حیرکان مورد بحث و بازبینی قرار گرفته و نهایتاً گردید. در هر مرحله از پژوهش داده‌ها با بهره‌گیری از روش تحلیل محتوایی (استقرایی و قیاسی) تحلیل گردید.

نتایج: پنج محور اصلی توانمندی استخراج شده شامل مهارت‌های پژوهشی، مهارت‌های تحلیلی سیاست، مهارت‌های آموزشی، مهارت‌های تصمیم‌سازی، استدلال (تحلیلی و ارزیابی) و سیاست‌گذاری و مهارت‌های مشاوره‌ای، ارتباطی و صائب‌نظری می‌باشد. برای هر محور ۷ تا ۹ زیرمجموعه تعریف گردید و معادلیک توانمندی مرتبط با هر یک استخراج گردید. به‌منظور کاربردی و قابل سنجش کردن مهارت‌های تدوین شده، ۳۷ روش و شاخص ارزشیابی مربوط به هر توانمندی نیز تعریف و تشریح گردید. بحث: تدوین سند توانمندی‌های دانش‌آموختگان این رشته، ضروری بوده و منجر به پیاده‌سازی آموزش پاسخگو مبتنی بر صلاحیت در دانش‌آموختگان این رشته می‌شود و همچنین فراهم‌آوردن یادگیری دانشجویان این رشته را هدفمندتر کرده و منجر به پیوسته یادگیری اهداف آموزش خواهد شد. سند تهیه شده می‌تواند گامی مهم در جهت بازنگری برنامه درسی رشته سیاست‌گذاری سلامت با تکیه بر رویکردهای آموزش صلاحیت محور باشد.

کلمات کلیدی: دانش‌آموختگان، سیاست‌گذاری سلامت، آموزش مبتنی بر توانمندی





## ضمیمه ۱۲:

پژوهشگران گرامی، اگر ایمیل شما از سایت Gmail می باشد توجه نمایید که ایمیل های ارسالی توسط سامانه پژوهان در پوشه Spam قرار میگیرد. لطفا آن را از مسیر زیر پوشه های Inbox و Sent با زدن گزینه More... مشاهده نمایید.

داشبورد \* همه طرح ها/پایان نامه ها \* مدیریت طرح ها / پروژهها

ارسال پیام مرتبط با رکورد   چاپ پروپوزال   ثبت کد IRCT   نظرات شورا

کد رهگیری	59805	وضعیت گردش کار: تصویب نهایی در دانشکده/مرکز
ثبت کننده طرح/پایان نامه	لیلا دشمنگیر (39384)	دانشکده/مرکز بررسی کننده طرح: دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی
عنوان طرح	استخراج و تبیین توانمندی های دانش آموختگان رشته سیاستگذاری سلامت	

چکیده طرح

پژوهشگر محترم با سلام و ادب؛ لطفا پس از تکمیل چکیده طرح و الصاق نمودن مستندات لازم از طریق کلید Browse در بخش پیوست ها، اقدام به ذخیره نمودن داده ها نموده و سپس از مسیر کارنابل شخصی / طرح ها/ به عنوان ثبت کننده/ درحال ثبت، طرح مورد نظر را انتخاب و فرم های دیگر از جمله متون پیشنهاد، اهداف اختصاصی و روش اجرا، مجری/همکاران، جدول متغیرها، ملاحظات اخلاقی، زمانبندی و مراحل اجرا، منابع علمی، هزینه پرسنلی، هزینه آزمایشات و خدمات تخصصی، هزینه وسایل و مواد درخواستی، هزینه مسافرت، هزینه کتاب، نشریات و مقالات، سایر هزینه ها و تامین بودجه از سایر منابع را تکمیل و سپس اقدام به "تایید و ارسال به کارشناس دانشکده/مرکز" نمایید. با تشکر و سپاس

عنوان طرح	استخراج و تبیین توانمندی های دانش آموختگان رشته سیاستگذاری سلامت
عنوان لاتین طرح	The explanation of capabilities of health policy PhD graduates
محل اجرا، طرح	دانشکده مددیت و اطلاع رسانی، دانشکده

خلاصه پیشنهاد طرح

- چکیده طرح
- متون پیشنهاد
- اهداف اختصاصی و روش
- مجری/همکاران
- روند اجرایی طرح
- دانشکده/مرکز مربوطه
- متن پیشنهاد پژوهشی(پروپوز)
- ملاحظات اخلاقی
- زمانبندی و مراحل اجرا
- منابع علمی
- جدول متغیرها
- ملازومات طرح/پایان نامه
- هزینه های طرح
- هزینه پرسنلی
- هزینه آزمایشات و خدمات
- هزینه وسایل و مواد درخ
- هزینه مسافرت
- هزینه کتب، نشریات و ...

## ضمیمه ۱۳:

شماره: ۵/۵/۳۰۶۷۰۳  
تاریخ: ۱۳۹۷/۰۹/۰۱  
پیوست: ...

شماره: ۵/۵/۳۰۶۷۰۳  
تاریخ: ۱۳۹۷/۰۹/۰۱  
پیوست: ...

سرکار خانم دکتر لیلا دشمنگیر  
عضو شورای علمی پژوهشی مرکز مطالعات کیفی  
موضوع: اصلاحیه اختصاصی گزینت به فعالیت نوآورانه

با سلام و احترام:

به استحضار می رساند فرآیند نوآورانه سرکارعالی تحت عنوان "طراحی، تصویب و پیاده سازی سند توانمندیهای دانش آموختگان رشته دکتری تخصصی سیاستگذاری سلامت در دانشگاه علوم پزشکی تبریز از سال ۱۳۹۵" در جلسه کمیته دانش پژوهی دانشگاه در مورخه ۹۷/۸/۳۰ مطرح و مبلغ پنجاه میلیون ریال گزینت آموزشی از محل گزینتهای اعلام شده مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی وزارت بهداشت - موضوع نامه شماره ۵/۷۱۰/۲۱۲ مورخه ۹۷/۴/۹ - به تیم دانش پژوهی فرآیند فوق تخصیص یافت.

با احترام  
محمد پرزگر



دانشگاه علوم پزشکی تبریز

## مصوبه اخلاق در پژوهش

۱۳۹۷/۴/۱۱	تاریخ تصویب:	IR.TBZMED.REC.1397.318	شناسه:
		دانشگاه علوم پزشکی تبریز	محل بررسی:
مصوب			تصمیم صادره:
<p>پروپوزال طرح، در جلسه دانشگاه علوم پزشکی تبریز مورد بررسی قرار گرفت و بر اساس مدارک ارسالی مورد تصویب کمیته‌ی اخلاق واقع گردید.</p> <p>توجه:</p> <p>۱. علیرغم تصویب مطالعه در کمیته اخلاق در پژوهش، کلیه‌ی مسؤولیت‌های حقوقی و حرفه‌ای اجرای طرح بر عهده‌ی شما و همکارانتان باقی خواهد ماند.</p> <p>۲. کلیع مستندات مطروحه در این مصوبه، بر اساس مدارک دریافت شده در تاریخ ۱۳۹۷/۴/۱۱ می‌باشد و ضروری است هرگونه تغییرات و اصلاحات اعمال شده در این مستندات، توسط متقاضی محترم طرح فوراً به کمیته اخلاق اطلاع داده شود.</p>			مصوبه کمیته اخلاق:
استخراج و تبیین توانمندی های دانش آموختگان رشته سیاست گذاری سلامت			عنوان طرح تحقیقاتی (فارسی):

ir/ProposalCertificate.php?id=16588&Print=true&NoPrintHeader=true&NoPrintFooter=true&NoPrintPageBorder=true&LetterPrint=true

ضمیمه ۱۵:

سند توانمندی های دانش آموختگان دکتری تخصصی رشته سیاست گذاری سلامت

## رتبه اول حیطة ياددهی و یادگیری

نام و نام خانوادگی درخواست کننده: دکتر مژگان لطفی دانشکده محل خدمت: دانشکده پرستاری  
مامایی تبریز

پست الکترونیک: mojgan.lotfi@yahoo.com

**عنوان فارسی:** ارتقای توانمندی دانشجویان پرستاری در بررسی، تشخیص، طراحی و ارزشیابی برنامه های مراقبت در بخش های سوختگی

**عنوان انگلیسی:**

Promotion of nursing student's empowerment in assessment, diagnosis, design and evaluation of care plans in burn wards

**حیطه نوآوری: یاددهی و یادگیری**

**نام همکاران و نوع و میزان مشارکت هر یک از ایشان در فعالیت مورد نظر را ذکر نمایید. (اولین نفر به عنوان نماینده مجریان محسوب می شود - ردیف قابل افزایش است)**

میزان مشارکت	نوع همکاری	درجه دانشگاهی	سمت در این فعالیت	نام و نام خانوادگی
100 درصد	مجری، طراحی، اجرا، ارزشیابی	عضو هیات علمی	نماینده مجریان	دکتر مژگان لطفی
50 درصد	همکاری در تدوین برنامه ارزشیابی	عضو هیات علمی	همکار	دکتر وحید زمان زاده
50 درصد	تحلیل یافته ها و نقد	عضو هیئت علمی بالینی	همکار	خورشید مبصری
20 ساعت	تدوین برنامه آموزشی فرایند پرستاری و ثبت برنامه	دانشجوی دکتری پرستاری	همکار	محمد خواجه گودری
30 درصد	مشارکت در تحلیل داده ها	عضو هیات علمی	همکار	دکتر خدایاری

20 درصد	برنامه ریزی آموزشی دانشجویان	عضو هیات علمی	همکار	دکتر رحمانی
10 درصد	مشارکت در اجرا	سرپرستار	همکار	خانم شیردل
10 درصد	مشارکت در اجرا	سرپرستار	همکار	آقای مهدوی

**محل انجام فعالیت:** بخش های سوختگی **دانشکده:** پرستاری مامایی تبریز **گروه/رشته** پرستاری  
**مقطع تحصیلی** کارشناسی **فاز** بیمارستان سینای تبریز **بخش بالینی** سوختگی

**مدت زمان اجرا:** از نیم سال دوم ۹۴-۹۳ تا نیم سال اول ۹۷-۹۶

در طول شش ترم برای دانشجویان کارشناسی پرستاری

دوره های سه روز در هفته به مدت دو هفته برای دانشجویان هر گروه

**تاریخ پایان:** نیم سال اول ۹۷-۹۶

**هدف کلی:** ارتقای توانمندی دانشجویان پرستاری در مراقبت از بیمار سوختگی با مشارکت در اجرای فرایند پرستاری

**• اهداف ویژه /اهداف اختصاصی:**

- تعیین مشارکت دانشجویان پرستاری در بررسی بیماران سوختگی
- تعیین مشارکت دانشجویان پرستاری در ارائه تشخیص های مشکلات سلامتی بیماران سوختگی
- تعیین عملکرد دانشجویان پرستاری در ارائه برنامه های مراقبت مرتبط با بیماران سوختگی
- تعیین مداخلات پرستاری انجام گرفته توسط دانشجویان پرستاری در بیماران سوختگی
- تعیین عملکرد دانشجویان پرستاری در ارزشیابی اقدامات صورت گرفته بر بیماران سوختگی

**اهداف فرعی :**

- ۱- تعیین وضعیت بسته های تائید شده توسط دانشجویان و ناظر و استاد بالینی
- ۲- تحلیل برگه های خود گزارشی دانشجویان

**بیان مسئله (ضرورت انجام و اهمیت اهداف انتخابی را ذکر کنید):**

آموزش بالینی یکی از ارکان مهم آموزش پرستاری به حساب می آید. حدود نیمی از زمان آموزش دانشکده های پرستاری صرف آموزش بالینی می شود؛ به طوری که همین آموزش بالینی، قلب آموزش حرفه پرستاری را تشکیل داده و در شکل دهی

هویت حرفه پرستاری نقش اساسی بازی می کند (۱). از طرفی به دلیل اینکه پرستاری یک کار و حرفه عمدتاً عملی است، آنچه که پرستاران و دانشجویان پرستاری در محیط بالینی فرا گرفته و انجام می دهند مهم تر از آن چیزی است که آنها در محیط کلاس نظری فرا می گیرند. فعالیت های یادگیری بالینی تجربه یادگیری زندگی واقعی و فرصت انتقال دانش به موقعیت های عملی را فراهم می کند (۲). علی رغم این موضوع مطالعات نشان داده است که وجود مشکلات متعدد از جمله ناهماهنگی بین دروس نظری و کار بالینی، مشخص نبودن اهداف آموزش بالینی، واقعی نبودن ارزشیابی ها و نیز کمبود امکانات رفاهی و آموزشی از جمله موانع دستیابی به اهداف این دوره است (۳). دستیابی کامل فارغ التحصیلان به صلاحیت های حرفه ای در واقع بازده نهایی و محصول یک سیستم آموزشی است (۴). اما متأسفانه نتایج تحقیقات نشان می دهد که حتی دانشجویان آگاه و باطلاع نیز بر بالین بیمار دچار تردید می شوند و نمی توانند مسئولیت مراقبت از بیمار را بر عهده بگیرند (۴). در واقع توانمندی های بالینی کسب شده توسط دانشجویان با وضعیت مطلوب فاصله دارد و آنان مهارت ها و توانایی های لازم را در پایان آموزش خود کسب نکرده اند (۵). برای انجام فرآیند تصمیم گیری بالینی لازم است به بررسی و شناسایی مشکل پرداخته، راه حل های موجود ارزیابی و در نهایت، بهترین گزینه انتخاب گردد؛ این فرآیند در بالین بوسیله فرآیند پرستاری انجام می شود و در واقع فرآیند پرستاری وسیله ای برای کمک به پرستار برای ایجاد تصمیم گیری مناسب بالینی و تفکر انتقادی است (۶). هرچه فرد دارای آزادی و خود مختاری بالاتری باشد، تصمیم گیری دقیق تری از خود ارائه داده و می تواند رضایت مندی بیشتری از نتیجه حاصله داشته باشد. پرستار باید با طرح سؤالات و تجزیه و تحلیل اطلاعات جنبه های مختلف را در نظر گرفته و مهم ترین روش ممکن را اتخاذ نماید (۷). نویسندگان و صاحب نظران مختلف، مراحل فرآیند پرستاری را با اشکال متفاوتی ذکر کرده اند، اما به روزترین آن ها، دیدگاه شش مرحله ای است که توسط انجمن پرستاران آمریکا معرفی شده و شامل بررسی، تشخیص پرستاری، مشخص کردن اهداف و برآیندهای مورد انتظار، برنامه ریزی، اجرا، و ارزشیابی است (۸). فرآیند پرستاری به عنوان مؤثرترین روش برنامه ریزی و اجرای مراقبت های پرستاری، موجب برقراری ارتباط مؤثر بین پرستار و بیمار، افزایش مشارکت در امر مراقبت از خود و افزایش کیفیت خدمات پرستاری می گردد (۹، ۱۰). از طرفی در هر شرایطی، قابلیت اجرایی و تطبیق دارد، سبب صرفه جویی در وقت و انرژی می شود و از بروز و یا تکرار اشتباه نیز جلوگیری می کند (۱۱). فرآیند پرستاری به منظور ارائه خدمات به تمام مددجویان از جمله افراد، خانواده ها، گروه ها یا جوامع مورد استفاده قرار می گیرد. استفاده از این فرآیند به پرستاران این امکان را می دهد که فعالیت های خود را از پزشکان و دیگر افراد گروه خدمات سلامت متمایز سازند (۸). استفاده از فرآیند پرستاری به ویژه مرحله تشخیص پرستاری این امکان را به پرستاران می دهد که از تفکر انتقادی برای قضاوت های بالینی و فعالیت های مراقبت های بالینی خود استفاده نمایند (۸). تفکر انتقادی، از مؤلفه های تصمیم گیری بالینی و معیاری برای کارآیی بالینی افراد حرفه ای و دانشجویان پرستاری و عامل مهمی در ارتقاء استقلال حرفه به شمار می رود (۱۲، ۱۳). پرستار در مورد پاسخ مددجو به مشکلات سلامتی قضاوت کرده و بر اساس آن یک برنامه مراقبتی شکل می دهد (۸). دانشجویان پرستاری از ترم دوم با مفهوم فرآیند پرستاری آشنا می شوند و در طول دوره دانشجویی آن را فرا گرفته و در محیط بالین در زمان کارآموزی و کارورزی به کار می برند. اما متأسفانه موانع و چالش های متعددی از قبیل عوامل مدیریتی (۱۴)، عوامل اجرایی و سازمانی (۱۷)، فقدان دانش و مهارت های لازم پرستاران برای اجرای فرآیند و مراحل مختلف آن از جمله تشخیص های پرستاری (۱۸)، عدم وجود سیستم ثبت مناسب، فقدان حمایت کافی نهادها، نداشتن اعتقاد به مراقبت از بیمار بر اساس فرآیند پرستاری، نداشتن زمان کافی در اجرای آن توسط پرستاران به علت کثرت بیماران، عدم حمایت از طرف مسئولان در اجرای فرآیند پرستاری و ... (۱۶، ۱۹) موجب شده است تا با وجود درک جهانی از این عنصر مهم و نظام مند پرستاری (۲۰) بستر لازم برای نهادینه کردن آن در بالین فراهم نشود (۱۵). مروری بر مطالعات انجام شده در کشور نشان می دهد که، پژوهش های انجام شده در زمینه فرآیند پرستاری عموماً در سه حیطه عوامل مؤثر بر اجرای فرآیند پرستاری (۱۷-۱۴)، موانع اجرای فرآیند پرستاری (۱۵، ۱۶، ۱۸)، به کارگیری فرآیند پرستاری در مراقبت از بیماران مبتلابه بیماری های متعدد (۱۹، ۲۰) صورت گرفته است. این مطالعات حاکی از آن است که فرآیند پرستاری در ایران عملاً اجرا نمی شود و یا به صورت ناقص انجام می گیرد (۱۸، ۱۹). همچنین مطالعات ضدونقیضی در مورد کاربرد آن با توجه به صرفه جویی در

وقت و انرژی دارند. از طرفی نیازسنجی انجام شده در دانشکده پرستاری مامایی تبریز نشان می دهد که پایین ترین نمره اغلب دانشجویانی که در امتحان اسکی پیش کارورزی حضور داشته اند مربوط به ایستگاه فرایند پرستاری می باشد. (پیوست 2)

با توجه به مطالب پیش گفت توانمند سازی دانشجویان در اجرای فرایند پرستاری می تواند شکاف های اشاره شده در مطالعات قبلی را تا حدود قابل قبولی مرتفع سازد. از طرف دیگر تاکید طرح تحول سلامت در حوزه آموزش پزشکی بر تربیت و تامین منابع انسانی کارآمد و اعتلای سلامت در جامعه می باشد. این تاکید در بسته های تحول و نوآوری آموزش علوم پزشکی منعکس شده است. به عنوان مثال تاکید بسته هایی همچون «آینده نگاری و مرجعیت علمی در آموزش پزشکی ناظر بر سیاست ۱۲: تولید و بومی سازی شواهد معتبر علمی برای ارتقای آموزش عالی سلامت (آموزش پژوهی)»، «آموزش پاسخگو و عدالت محور» و یا «حرکت به سمت دانشگاه های هزاره سوم» (۲۱) همگی تایید کننده این مطلب است که توانمند سازی منابع انسانی حوزه پرستاری می تواند گام مهمی در راستای دستیابی به اهداف این طرح باشد. بنابراین این فرایند با هدف ارتقای توانمندی دانشجویان پرستاری در اجرای فرایند پرستاری طرح ریزی و اجرا شده است. (پیوست 3)

### مرور تجربیات و شواهد خارجی (با ذکر فرانس):

در مطالعه ای که سماچو با عنوان اجرای فرایند پرستاری در بستر بالینی در سه بیمارستان دولتی در ایتویپی انجام داد، از ۳۳۸ پرونده که به طور تصادفی انتخاب شده بود، ۲۶۴ فرایند پرستاری به پرونده بیمار ضمیمه شده بود که ۱۰۷ مورد بدون تشخیص پرستاری بودند، ۱۸۵ پرستار تدوین برنامه های مراقبت پرستاری را در اولویت قرار داده بودند، ۱۷۳ پرستار مداخلات پرستاری را ثبت نکرده بودند و ۱۷۹ پرستار ارزیابی مداخلات انجام شده را انجام نداده بودند. اجرای کامل و به ترتیب فرایند پرستاری در بیمارستان اول ۴۹/۱۲ درصد، در بیمارستان دوم ۶۸/۱۸ درصد و در بیمارستان سوم ۶۹/۴۲ درصد گزارش شده بود. نویسندگان به این نتیجه رسیدند که در پرستاری حرفه ای باید ثبت اجرای فرایند پرستاری بهبود یابد. مدیران پرستاری (مترون و سرپرستاران) باید بر اجرای کلی فرایند پرستاری نظارت داشته باشند. مترون ها باید گزارش موردی فرایندهای پرستاری ثبت شده را توسط استف بخش تسهیل و تنظیم کنند. و در نهایت در بیمارستان ها فرایند پرستاری باید نهادینه شده و حمایت شود (۲۲).

مارتینز در مطالعه ای توصیفی - مشاهده ای با عنوان استانداردسازی مراقبت پرستاری در میان بیماران زندانی انجام داد. بررسی ۳۰ بیمار زندانی سوری انتخاب شده از مارس تا ژانویه ۲۰۱۱ از طریق بررسی پرونده های پزشکی بیماران و مصاحبه انجام شد. تشخیص های پرستاری و مشکلات مرتبط بر طبق تشخیص های پرستاری *NANDA* و مداخلات انجام گرفته بر طبق *NIC* و *NOC* جمع اوری شد. نتایج این مطالعه نشان داد نیازهای مراقبتی جمعیت زندانی می تواند از طریق استانداردسازی برنامه مراقبتی پرستاری بر طبق تشخیص های پرستاری *NANDA* و اجرای مداخلات پرستاری *NIC* و *NOC* پاسخ داده شود (۲۳).

مولر در مطالعه مرور سیستماتیک با عنوان ارزیابی اجرای تشخیص های پرستاری، مداخلات پرستاری و فرایندهای مورد انتظار با هدف گزارش تاثیر اجرای تشخیص های پرستاری با خلاصه سازی نتایج ۶ مطالعه انجام داد. در این مطالعه مرور سیستماتیک، دو مطالعه مرور سیستماتیک، یک مطالعه توسعه و آزمایش ابزار، دو مطالعه قبل و بعد از مداخله، و مطالعه کارآزمایی تصادفی - خوشه ای انجام شد. یافته ها نشان داد طبقه بندی بین المللی تشخیص های پرستاری *NANDA* با اکثر معیارهای طبقه بندی مبتنی بر ادبیات بین المللی تطابق داشت و نتایج نشان داد که کیفیت تشخیص های پرستاری، مداخلات و فرایندها می تواند ابزاری معتبر برای اندازه گیری کیفیت مستندات تشخیص های پرستاری، مداخلات پرستاری

مرتبط و برایندهای مورد انتظار باشند. به عنوان یک معیار پیگیری استدلال بالینی هدایت شده (GCR) در حمایت از مهارت های استدلال بالینی پرستاران موثر واقع شده بود. نتیجه مطالعه این بود اجرای دقیق طبقه بندی تشخیص های پرستاری NANDA می تواند منجر به تشخیص های دقیق پرستاری، مداخلات موثر و در نهایت برایندهای مورد انتظار بهتر بیمار شود (۲۴).

### **مرور تجربیات و شواهد داخلی (در این بخش سوابق اجرایی این نوآوری در دانشگاه و کشور به طور کامل ذکر و رفرانس ذکر شود):**

اکبری و شمسی در مطالعه ای با عنوان بررسی موانع اجرای فرایند پرستاری از دیدگاه پرستاران بخش های مراقبت ویژه، مطالعه ای توصیفی مقطعی را بر روی ۶۳ نفر از پرستاران انجام دادند. در این مطالعه که داده های آن از طریق پرسشنامه ای پژوهش گر ساخته شده بود مهم ترین موانع فردی نداشتن اطلاع کامل از مفهوم فرایند پرستاری، نداشتن اعتقاد به مراقبت از بیمار براساس فرایند پرستاری و یادگیری ناکافی در مورد اجرای فرایند به دست آمد. زمان ناکافی برای اجرای فرایند به علت کثرت بیماران، عدم حمایت از طرف مسئولان برای اجرای فرایند و واگذاری امور غیر پرستاری به پرستاران نیز از مهم ترین موانع مدیریتی بودند. آنها به این نتیجه رسیدند که بایستی نیروی انسانی پرستاری به میزان کافی به کارگیری شود، آموزشهای لازم ارائه گردد و زمینه اجرای فرایند پرستاری فراهم شود تا مراقبت های پرستاری بهبود یابند (۲۵).

ادیب حاج باقری و همکاران در مطالعه ای به بررسی تاثیر آموزش بالینی با دو روش آموزش بر مبنای فرایند پرستاری و روش سنتی بر یادگیری و رضایت دانشجویان پرستاری پرداختند. در این مطالعه نیمه تجربی که بر روی ۲۸ دانشجوی پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی کاشان انجام شد دانشجویان در دو گروه تجربی (آموزش بر مبنای فرایند پرستاری) و شاهد (روش سنتی) قرار گرفتند. نتایج نشان داد میانگین نمرات در آموزش بر مبنای فرایند پرستاری نسبت به روش سنتی افزایش بیشتری داشت و دانشجویان از این روش بیش از روش سنتی رضایت داشتند. نویسندگان به این نتیجه رسیدند که آموزش بر مبنای فرایند پرستاری یادگیری بهتر و پایداری بیشتری دارد و کاربرد این روش می تواند به فعال کردن بیشتر دانشجویان و پایدار کردن یادگیری آنها منجر شود (۲۶).

قنبری و همکاران با عنوان تاثیر آموزش فرایند پرستاری بر تفکر انتقادی دانشجویان انجام دادند. در این مطالعه نیمه تجربی که بر روی ۲۰ دانشجوی پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی رشت انجام گرفت. دانشجویان در دو مرحله به طراحی فرایند پرستاری براساس فرم بررسی وضعیت سلامت و روش آموخته شده در دروس تئوری و سپس بعد از گذراندن کارگاه فرایند پرستاری آموزش داده شده توسط مربیان پرداختند. وضعیت تفکر انتقادی دانشجویان با استفاده از پرسشنامه استاندارد مهارتهای تفکر انتقادی کالیفرنیا در پنج بعد ارزشیابی، تجزیه و تحلیل، استنباط، استدلال استقرایی و استدلال قیاسی) قبل و بعد از آموزش (روز اول و آخر کارآموزی بررسی شد. دانشجویان در تمامی ابعاد تفکر انتقادی بجز نمره تحلیل بهبود معنی دار آماری را قبل و بعد از آموزش نشان دادند و همچنین در فرایند پرستاری نیز نمره حیطة بررسی و شناخت قبل و بعد از آموزش تفاوت معنی دار آماری را نشان داد. نویسندگان نتیجه گیری کردند که آموزش فرایند پرستاری روی تفکر انتقادی و نحوه بکارگیری فرایند پرستاری در بالین تاثیرگذار بوده است (۲۷).

شرح مختصری از فعالیت صورت گرفته را بنویسید (آماده سازی، چگونگی تجزیه و تحلیل موقعیت و تطبیق متدولوژی، اجرا و ارزشیابی را در این بخش بنویسید):

اجرای فرایند  
(فرم های ثبت)

لاگ بوی بخش سوختگی\*

فرم بررسی اولیه،  
تشخیص و برنامه مراقبت  
های پرستاری  
بیمار سوختگی

فرم بررسی روزانه بیمار  
سوختگی\*

فرم مدیریت زخم و درد  
بیمار سوختگی

امتحان ورودی (تستی)





(۱) بررسی کریکولوم آموزشی و محتوای درسی آموزشی داخلی جراحی (بزرگسالان/ سالمندان ۳)  
 (۲) ارائه لاگ بوک کارآموزی داخلی- جراحی ۴ در بخش سوختگی توسط استاد به دانشجویان (پیوست 4) و فرم های ثبت

(۳) مراقبت از بیمار مبتلا به سوختگی در یک شیفت آموزشی :

3-1 ورود به بخش و مراجعه به برنامه نصب شده

8 صبح

3-2 معرفی خود به بیمار ۸:۵ - ۸:۲۰

3-3 مراجعه به کاردکس و ثبت دارو ها و دستورات پرستاری

8:30-8:20

3-4 مراجعه به بیمار

بررسی اولیه / روزانه

تعیین مشکلات یا تشخیص های پرستاری

9-8:30

3-5 همکاری در هیدروتراپی و پانسمان زخم و کنترل درد (پیوست 5)

9-10:30

3-6 استراحت و چای

نیم ساعت بعد از اتمام پانسمان روزانه

3-7 انجام دستورات دارویی و پروسیجرهای لازم (خونگیری، سوند و...)

در طول شیفت

3-8 حرکت دادن بیمار و همکاری در فعالیت های دامنه حرکتی

10:30-11

3-9 آموزش به بیمار

11-11:30

3-10 ثبت گزارش پرستاری-تحويل بیمار به پرستار مسئول- ثبت لاگ بوک

11:30-13

- 4) بررسی و تکمیل بسته آموزشی اول (بررسی وضعیت سلامت بیمار سوختگی)
- 5) بررسی و تکمیل بسته آموزشی دوم (ارزیابی علایم حیاتی و درد بیمار سوختگی)
- 6) بررسی و تکمیل بسته آموزشی سوم (ارزیابی روزانه زخم بیمار سوختگی)
- 7) تکمیل بسته آموزشی چهارم (فرایند پرستاری اجرای حرکت زود هنگام)
- 8) بررسی و تکمیل بسته آموزشی بسته آموزشی پنجم (سیر مراقبت های پرستاری بیمار سوختگی)
- 9) بررسی و تکمیل بسته آموزشی ششم (آموزش به بیمار سوختگی در مدت بستری و حین ترخیص)
- 10) بررسی و تکمیل بسته آموزشی هفتم (خود گزارشی روزانه در بخش سوختگی) (کل بسته های آموزشی پیوست شد (پیوست 6))

براساس مدل مراقبت برای بازگشت به خویشتن (۲۸) فرم های مربوط به فرایند پرستاری در بیماران سوختگی طراحی و تدوین شد. در طی برنامه کارآموزی داخلی جراحی ۴ مربوط به دانشجویان پرستاری مقطع کارشناسی ترم ۷ در بخش سوختگی زنان و مردان بیمارستان سینای تبریز از نیمسال دوم سال ۹۴-۱۳۹۳ تا نیمسال اول ۹۷-۱۳۹۶ ضمن آموزش بالینی این فرم ها در اختیار هر یک از دانشجویان قرار گرفت. براساس محتوا و اهداف برنامه آموزشی، لاگ بوک بالینی بخش مربوطه توسط استاد تدوین گردید. دانشجویان براساس محتوای لاگ بوک و تحت نظارت استاد اقدام به اجرای فرایند کردند. دانشجویان در طی شش روز برنامه کارآموزی به مراقبت از بیمار انتخاب شده پرداخته و بسته های آموزشی را تکمیل نمودند.

جهت ارزشیابی برنامه و به منظور بررسی دستیابی به اهداف لاگ بوگ و بسته های آموزشی ۳۵ دانشجو در نیمسال اول سال ۹۶-۱۳۹۵ و ۳۱ دانشجو در نیمسال دوم سال ۹۶-۱۳۹۵ به طور تصادفی انتخاب و مورد تحلیل قرار گرفت.

### **شیوه های تعامل با محیط که در آن فعالیت نوآوران به محیط معرفی شده و یا مورد نقد قرار گرفته را ذکر کنید.**

1) طرح در گروه (پیوست ۷)

2) طرح در دانشکده در قالب کنفرانس علمی (پیوست 8)

3) ارائه در ششمین کنگره کشوری سوختگی سال ۹۵ شهر مشهد (پیوست 9)

4) ارائه به عنوان طرح پایلوت استفاده از دستیار آموزشی در آموزش دانشجویان پرستاری: ارتقا فرایند های آموزش بالینی (پیوست 10)

5) ارائه در نخستین همایش جامع بین المللی علوم پزشکی، داروسازی و پرستاری که در مرحله داوری قرار دارد (پیوست ۱۱)

### **نتایج حاصل از این فعالیت و این که فعالیت ارائه شده چگونه موفق شده است به اهداف خود دست یابد را بنویسید.**

اقدامات زیر برای رسیدن به هدف اصلی (ارتقای توانمندی دانشجویان پرستاری در اجرای فرایند پرستاری (شامل بررسی بیمار، تشخیص، برنامه ریزی، اجرا و ارزشیابی مداخلات)) در بخش های سوختگی انجام گرفت:

- گروه بندی دانشجویان برای گذراندن کارآموزی بخش سوختگی
- تقسیم بندی بیماران به تعداد دانشجویان و اجرای مراقبت پرستاری توسط هر دانشجو برای بیمار انتخاب شده و سپس تکمیل بسته های آموزشی ارائه شده

- کسب تجربه دانشجویان در قالب خودگزارشی روزانه برای ارزیابی تاثیر روش انتخاب شده در روند یادگیری تعداد ۳۵ دانشجو در نیمسال اول سال ۱۳۹۵-۹۶ و ۳۱ دانشجویی در نیمسال دوم سال ۱۳۹۵-۹۶ به صورت تصادفی انتخاب شد. جدول زیر مشخصات کل دانشجویان در دو نیمسال را نشان می دهد

جدول ۱: مشخصات دانشجویان

نیمسال	زن		مرد		جمع	دانشجویان مورد مطالعه		میانگین معدل کل دانشجویان نیمسال در ترم ۶	میانگین معدل کل دانشجویان نیمسال در ترم ۷
	تعداد	درصد	تعداد	درصد		تعداد	درصد		
نیمسال اول سال ۱۳۹۵	30	54/54	25	45/45	55	35	63/63	15.98	66/17
نیمسال دوم سال ۱۳۹۵	22	80/46	25	519/53	47	31	9/65	20/16	50/17

تمام بسته های آموزشی و جزئیات این بسته ها مورد تحلیل قرار گرفت. یافته های مهم در پیوست ارائه شده است (پیوست 12). تعدادی از یافته های قابل توجه برای اثبات تاثیر این روش در توانمندسازی دانشجویان در انجام فرایند پرستاری شامل موارد زیر می باشد:

### در خصوص هدف ویژه اول

تعیین مشارکت دانشجویان پرستاری در بررسی بیماران سوختگی

در ابتدا بسته های آموزشی توسط استاد ارائه و توسط تک تک دانشجویان تکمیل گردید. براساس بسته آموزشی اول که فرم وضعیت سلامتی و تشخیص های پرستاری مرتبط با سوختگی می باشد؛ بررسی بیمار سوختگی از نظر درصد، عمق و محل سوختگی، درمان تخصصی صورت گرفته بر روی بیمار، بررسی علایم حیاتی، عملکرد پوست، تغییرات پوست و مخاط، درک از سلامتی، وضعیت تغذیه، وضعیت دفع، خواب و استراحت، وضعیت درکی - شناختی، وضعیت درک از خود/ مفهوم خود، وضعیت ارتباط - نقش، وضعیت جنسی - تولید مثل، وضعیت تحمل استرس / تطابق، وضعیت باورها/ اعتقادات/ ارزش ها صورت گرفت. در جدول زیر تعداد بیماران بررسی شده توسط دانشجویان به تفکیک نیمسال آمده است:

جدول ۲: وضعیت بررسی بیماران سوختگی توسط دانشجویان طبق فرم بررسی وضعیت سلامت و تشخیص های پرستاری در نیمسال اول و دوم

تعداد بیماران بررسی شده				بسته ی آموزشی اول (بررسی وضعیت سلامت و تشخیص های پرستاری)
نیمسال دوم		نیمسال اول		
تعداد (نفر)	فراوانی (درصد)	تعداد (نفر)	فراوانی (درصد)	
31	100	35	100	الف) مشخصات فردی- اجتماعی
31	100	35	100	درصد سوختگی
31	100	35	100	عمق سوختگی
31	100	35	100	محل سوختگی
19	3/61	20	1/57	درمان های تخصصی در طول بستری
30	8/96	34	1/97	ترمیم زخم سوختگی عملکرد پوست
31	100	35	100	مرحله التیام
30	8/96	33	3/94	حسی
28	3/90	34	1/97	حرارتی
29	5/93	34	1/97	لرزشی
29	5/93	34	1/97	تعریق
30	8/96	35	100	خارش
25	6/80	32	4/91	عدم یکپارچگی
31	100	33	3/94	درک از سلامتی
31	100	27	1/77	وضعیت تغذیه
31	100	34	1/97	وضعیت دفع
31	100	35	100	فعالیت و تحرک

30	8/96	35	100	خواب- استراحت
31	100	34	1/97	وضعیت درکی - شناختی
23	2/71	22	9/62	وضعیت درک از خود/ مفهوم خود
29	5/93	28	80	وضعیت ارتباط- نقش
18	1/58	20	1/57	وضعیت جنسی- تولید مثل
30	8/96	31	6/88	وضعیت تحمل استرس/ تطابق
14	2/45	16	7/45	وضعیت باورها/ اعتقادات/ ارزش ها

#### نتایج :

جدول بالا نشان می دهد که تمام دانشجویان در هر دو نیمسال بیمارشان را از نظر مشخصات فردی- اجتماعی، توزیع درصد و عمق سوختگی بررسی نموده اند؛ از نظر دریافت درمان تخصصی در نیمسال اول ۵۷/۱ درصد دانشجویان و در نیمسال دوم ۶۱/۳ درصد دانشجویان بیمارشان را بررسی نموده اند؛ با مقایسه نتایج دو نیمسال شاهد بهبود عملکرد دانشجویان در نیمسال دوم می باشیم.

عملکرد پوست در بیمار در دو مرحله مجزا بررسی شده است در خصوص مرحله اول (ترمیم زخم سوختگی) در نیمسال اول ۹۷/۱ درصد و در نیمسال دوم ۹۶/۸ درصد بیمارشان را بررسی کرده اند؛ در مرحله دوم (التیام) همه دانشجویان (۱۰۰٪) در هر دو نیمسال بیمارشان را بررسی کرده اند.

از نظر تغییرات پوست و مخاط می بینیم که در نیمسال اول اکثریت دانشجویان (۹۶٪/۲) در تمام ابعاد تغییرات پوست را بررسی کرده اند؛ بیشترین بررسی مربوط به خارش (۱۰۰٪) و کمترین بررسی از نظر عدم یکپارچگی (۹۱٪/۴) می باشد؛ در نیمسال دوم اکثریت دانشجویان (۹۲٪) در تمام ابعاد تغییرات پوست را بررسی کرده اند؛ بیشترین بررسی از نظر حسی و خارش (۹۶٪/۸) و کمترین بررسی از نظر عدم یکپارچگی (۸۰٪/۶) می باشد. مقایسه دو جدول نشان می دهد که عملکرد دانشجویان از نظر تعداد بیماران بررسی شده در نیمسال دوم اندکی کاهش یافته است.

در بعد درک از سلامتی/نقص آگاهی در نیمسال اول اکثریت دانشجویان (۹۴٪/۳) و در نیمسال دوم همه دانشجویان بیمار خود را بررسی کرده اند.

از نظر وضعیت تغذیه در نیمسال اول ۸ بیمار بررسی نشده اند، ولی در نیمسال دوم همه بیماران بررسی شده اند و این نشان دهنده بهبود عملکرد دانشجویان در بررسی بیمار از نظر وضعیت تغذیه در نیمسال دوم می باشد.

از نظر اختلال در وضعیت دفع در نیمسال اول یک بیمار (۲٪/۹) بررسی نشده است ولی در نیمسال دوم روی همه بیماران بررسی اختلالات دفعی صورت گرفته است

از نظر فعالیت و تحرک تمام دانشجویان (۱۰۰٪) در هر دو نیمسال بیمار خود را بررسی نموده اند.

بررسی خواب و استراحت در نیمسال اول روی تمام بیماران و در نیمسال دوم روی ۳۰ بیمار انجام شده است.

اکثریت دانشجویان (۹۷٪/۱) در نیمسال اول و همه دانشجویان در نیمسال دوم (۱۰۰٪) وضعیت درکی- شناختی بیمار خود را بررسی کرده اند و تفاوت قابل توجهی در دو نیمسال مشاهده نمی شود.

در بررسی وضعیت درک از خود/ مفهوم خود می بینیم که تعداد بیماران بدون بررسی در نیمسال اول ۱۳ نفر و در نیمسال دوم ۸ نفر می باشد. مقایسه دو نیمسال نشان دهنده بهتر شدن وضعیت دانشجویان بیماران در نیمسال دوم می باشد.

افزایش تعداد بررسی بیماران از نظر وضعیت ارتباط- نقش از ۸۰ درصد در نیمسال اول به ۹۳/۵ درصد در نیمسال دوم نشان می دهد که شاهد بهتر شدن وضعیت بررسی دانشجویان در نیمسال دوم می باشیم.

بررسی وضعیت جنسی- تولید مثلی در جدول بالا نشان می دهد که دانشجویان در نیمسال اول ۴۲/۹ درصد و در نیمسال دوم ۴۱/۹ درصد بیماران بررسی نشده اند. مقایسه دو نتیجه نشان دهنده وضعیت مشابه از نظر تعداد بیماران بررسی شده بوده و دانشجویان در بررسی این بعد ضعیف می باشند.

مشاهده نتایج جدول بالا از نظر تعداد تعداد بیماران بررسی شده توسط دانشجویان در زمینه وضعیت بررسی تحمل استرس / تطابق نشان می دهد که اکثریت دانشجویان در هر دو نیمسال بیمار خود را بررسی کرده اند.

وضعیت بررسی باورها/اعتقادات/ارزشها نشان می دهد که اکثریت دانشجویان در بررسی این مرحله مشکل داشته اند و وضعیت دانشجویان در بررسی این مرحله رشد چندانی نداشته است

در بسته آموزشی دوم یعنی ارزیابی علایم حیاتی و درد بیمار سوختگی، بررسی درد بیمار براساس خط کش درد ؛ و بررسی علایم حیاتی بیمار به صورت سه بار در شیفت کاری یعنی ساعت ۸ صبح قبل از انجام پانسمان، ۱۰ صبح بعد از انجام پانسمان، و ساعت ۱۲ قبل از تحویل بیمار به پرستار مربوطه صورت گرفت.

جدول ۳: وضعیت بررسی علایم حیاتی و درد بیمار سوختگی روز اول، دوم و سوم توسط دانشجویان در نیمسال اول و دوم

برگه ارزیابی علایم حیاتی و درد نیمسال اول							نیمسال دوم	
بیمار سوختگی								
ساعت	ساعت	۱۰	ساعت ۱۲am	ساعت ۸am	ساعت	۱۰	ساعت	۱۲am
am ۸	am						am	am ۱۲
فراوانی (درصد)								
روز اول	1/97	9/82	4/71	100	4/77	2/74		

3/62	5/64	1/87	7/45	60	3/74	روز دوم	بررسی علایم حیاتی
4/48	6/51	7/67	7/25	3/34	6/48	روز سوم	
71	8/96	100	1/37	9/82	3/94	روز اول	بررسی درد
3/62	6/80	9/83	4/31	4/51	9/62	روز دوم	
9/41	8/54	5/64	6/28	4/31	9/42	روز سوم	

### نتایج :

جدول بالا نشان می دهد که در نیمسال اول در روز اول هر قدر از ساعت ۸ صبح به سمت ساعت ۱۲ می رویم تعداد بیماران بررسی شده کمتر شده است. این روند کاهشی در روز سوم نسبت به روز قبل و در روز دوم نسبت به روز اول مشخص است.

در نیمسال دوم در روز اول ساعت ۸ صبح بررسی علایم حیاتی و درد در تمام بیماران (۱۰۰٪) انجام شده است. ولی هر قدر از ساعت ۸ صبح به سمت ساعت ۱۲ می رویم تعداد بررسی های علایم حیاتی و درد کمتر شده است. با این وجود نسبت به نیمسال اول تعداد بررسی ها در هر دو مورد در هر سه ساعت بیشتر بوده است که نشان دهنده بهبود وضعیت دانشجویان در نیمسال دوم می باشد.

در حالت کلی در نیمسال دوم عملکرد بهتری را در دانشجویان نسبت به نیمسال اول شاهد هستیم.

در بسته آموزشی سوم یعنی ارزیابی روزانه زخم بیمار سوختگی، بستر زخم از نظر رنگ و نوع بافت، علایم عفونت و التیام زخم بررسی گردید.

جدول ۴: وضعیت بررسی روزانه زخم بیمار سوختگی روز اول ، روز دوم و روز سوم توسط دانشجویان در نیمسال اول و دوم

روز	نیمسال	بستر زخم از نظر		التیام زخم
		رنگ و نوع بافت	علایم عفونت	
اول	نیمسال اول	100	7/85	1/97
	دوم	35	30	34
دوم	نیمسال اول	100	71	6/80
	دوم	31	22	25



روز دوم	نیمسال	60	3/54	1/57
اول		21	19	20
روز دوم	نیمسال	9/83	1/58	6/80
دوم		26	18	25
روز سوم	نیمسال	40	40	1/37
اول		14	14	13
روز سوم	نیمسال	2/45	2/45	6/51
دوم		14	14	16

#### نتایج:

در جدول بالا مشخص است که در نیمسال اول در روز اول تمام دانشجویان (۱۰۰٪) بستر زخم را از نظر رنگ و نوع بافت بررسی کرده اند و این مقدار در روز دوم و سوم به ترتیب کاهش یافته است.

در روز اول اکثریت دانشجویان (۸۵٪/۷) توانسته اند علایم عفونت را بررسی کنند این مقدار در روزهای دوم و سوم کاهش یافته است.

در روز اول اکثریت دانشجویان (۹۷٪/۱) توانسته اند التیام زخم را تشخیص دهند. این مقدار در روزهای دوم و سوم کاهش یافته است.

در نیمسال دوم در روز اول تمام دانشجویان (۱۰۰٪) بستر زخم را از نظر رنگ و نوع بافت بررسی کرده اند و این مقدار در روز دوم و سوم به ترتیب کاهش یافته است. ولی نسبت به نیمسال اول تعداد بیماران بررسی شده توسط دانشجویان در روزهای دوم و سوم بیشتر است.

در روز اول اکثریت دانشجویان (۷۱٪) توانسته اند علایم عفونت را بررسی کنند که این مقدار نسبت به نیمسال اول کمتر است. روزهای دوم و سوم هم این مقدار کاهش یافته است.

در روز اول اکثریت دانشجویان (۸۰٪/۶) توانسته اند التیام زخم را تشخیص دهند که این مقدار نسبت به نیمسال اول کمتر است. این مقدار در روزهای دوم و سوم کاهش یافته است. از دلایل کاهش همه این مقادیر در روزهای دوم و سوم کم کاری دانشجو و یا بررسی بیمار دیگر در روزهای دوم و بخصوص روز سوم می باشد.

در حالت کلی تغییر قابل توجهی در نیمسال دوم نسبت به نیمسال اول مشاهده نمی شود. در بسته آموزشی چهارم یعنی فرایند پرستاری اجرای برنامه حرکت زود هنگام بررسی توانایی حرکت بیمار در سه روز متوالی توسط دانشجو انجام شد.

جدول ۵: وضعیت بررسی توانایی حرکت بیمار توسط دانشجویان در نیمسال اول و دوم

بررسی و تشخیص توانایی حرکت بیمار				
نیمسال اول		نیمسال دوم		
فراوانی (درصد)	تعداد (نفر)	فراوانی (درصد)	تعداد (نفر)	
1/97	34	100	31	روز اول
7/85	30	100	31	روز دوم
9/62	22	2/74	23	روز سوم

نتایج:

همانطور که در جدول بالا مشخص است در نیمسال اول بررسی و تشخیص توانایی حرکت بیمار از ۹۷/۱ درصد در روز اول به ۸۵/۷ درصد در روز دوم و ۶۲/۹ درصد در روز سوم کاهش یافته است.

در نیمسال دوم بررسی و تشخیص توانایی حرکت بیمار از ۱۰۰ درصد در روز اول و دوم به ۷۴/۲٪ در روز سوم کاهش یافته است. تعداد بررسی ها نسبت به نیمسال اول بیشتر است.

مقادیر کم بررسی ها در روز سوم در هر دو نیمسال، بیشتر به علت کم کاری دانشجو و بررسی یک بیمار دیگر در روز سوم می باشد.

**در خصوص هدف ویژه دوم:** تعیین مشارکت دانشجویان پرستاری در ارائه تشخیص های مشکلات سلامتی بیماران سوختگی

طبق بسته آموزشی اول که بسته وضعیت سلامتی و تشخیص های پرستاری مرتبط با سوختگی می باشد؛

جدول ۶: وضعیت بررسی تشخیص های پرستاری عملکرد پوست توسط دانشجویان

نیمسال اول		نیمسال دوم		
فراوانی (درصد)	تعداد (نفر)	فراوانی (درصد)	تعداد (نفر)	
6/88	31	4/77	24	خطر عفونت

خطراختلال عملکرد عصبی -	1/17	6	5/6	2
عروقی				
اختلال در تمامیت بافتی:	1/17	6	9/83	26
پوستی				
تنظیم غیر موثر حرارت	9/22	8	2/3	1
در معرض خطر آسیب	6/48	17	29	9
جمع بررسی شده ها	1/97	34	8/96	30
عدم بررسی	9/2	1	2/3	1
جمع	100	35	100	31

همانطور که در جدول فوق مشخص است بیشترین تشخیص پرستاری در نیمسال اول و دوم خطر عفونت می باشد. همچنین کمترین تشخیص پرستاری مطرح شده در نیمسال اول مربوط به خطراختلال عملکرد عصبی-عروقی و اختلال در تمامیت بافتی/ پوستی (۱۷/۱) و در نیمسال دوم تنظیم غیر موثر حرارت (۳/۲) می باشد. همچنین یک دانشجوی در هر دو نیمسال بیمار خود را از نظر مطرح بودن تشخیص های پرستاری بررسی ننموده است. مشاهده جدول فوق نشان دهنده عملکرد مشابه دانشجویان در هر دو نیمسال می باشد

جدول ۷: وضعیت ثبت تشخیص های پرستاری در زمینه درک از سلامتی، تغذیه و دفع توسط دانشجویان در نیمسال اول و دوم

تشخیص های پرستاری		نیمسال اول		نیمسال دوم	
		تعداد (نفر)	فراوانی (درصد)	تعداد (نفر)	فراوانی (درصد)
درک از سلامتی/نقص آگاهی		18	4/51	26	9/83
وضعیت تغذیه	تغذیه کمتر از نیاز بدن	9	7/25	15	4/48
	تهوع	2	7/5	2	5/6
اختلال در	اسهال	0	0	1	2/3
وضعیت دفع:	یبوست	11	4/31	9	29

در بعد درک از سلامتی در نیمسال اول از نظر دانشجویان برای ۵۱/۴ درصد بیماران و در نیمسال دوم برای ۸۳/۹ درصد بیماران نقص آگاهی مطرح بوده است.

از نظر وضعیت تغذیه در نیمسال اول ۲۵/۷ درصد بیماران تشخیص پرستاری تغذیه کمتر از نیاز بدن و ۵/۷ درصد بیماران تشخیص پرستاری تهوع را داشته اند؛ و در نیمسال دوم دانشجویان برای ۴۸/۴ درصد بیماران تشخیص پرستاری تغذیه کمتر از نیاز بدن و برای ۶/۵ درصد بیماران تشخیص پرستاری تهوع مطرح کرده اند؛ کمترین تشخیص پرستاری مطرح در هر دو نیمسال تهوع می باشد.

از نظر اختلال در وضعیت دفع در نیمسال اول تشخیص اسهال برای هیچ بیماری مطرح نبوده است. در نیمسال دوم نیز فقط یک بیمار مشکل اسهال را ذکر کرده است.

می توان نتیجه گرفت که دانشجویان از نظر تشخیص گذاری پرستاری در سه بعد ذکر شده در جدول بالا مشکلی ندارند.

جدول ۸: وضعیت ثبت تشخیص های پرستاری در زمینه فعالیت و تحرک توسط دانشجویان در نیمسال اول و دوم

نیمسال دوم		نیمسال اول		تشخیص های پرستاری مطرح شده
تعداد (نفر)	فراوانی (درصد)	تعداد (نفر)	فراوانی (درصد)	
1	2/3	1	9/2	الگوی تنفس غیر موثر
5	1/16	14	40	عدم تحمل فعالیت
7	6/22	12	3/34	خستگی
16	6/51	10	6/28	اختلال در عملکرد فیزیکی
0	0	0	0	اختلال در حرکت با ویلچر
1	2/3	7	20	اختلال در توانایی جابجایی
7	6/22	14	40	اختلال در راه رفتن
10	3/32	8	9/22	اختلال در عملکرد اندام ها
8	8/25	6	1/17	ناتوانی در مراقبت از خود
7	6/22	10	6/28	ناتوانی در عملکرد مستقل

## نتایج:

جدول بالا نشان می دهد که بیشترین تشخیص در نیمسال اول مربوط به خستگی (۳۴٪/۳) و در نیمسال دوم مربوط به اختلال در عملکرد فیزیکی (۵۱٪/۶) می باشد. همچنین کمترین تشخیص در هر دو نیمسال مربوط به اختلال در حرکت با ویلچر (۰٪) می باشد. دانشجویان در تشخیص گذاری مشکلات فعالیتی و تحرک بیمار مشکلی ندارند.

جدول ۹: وضعیت ثبت تشخیص های پرستاری در زمینه خواب و استراحت توسط دانشجویان در نیمسال اول و دوم

نیمسال اول		نیمسال دوم		
تشخیص های پرستاری	فراوانی (درصد)	تعداد (نفر)	فراوانی (درصد)	تعداد (نفر)
اختلال در الگوی خواب	2/57	20	58	18
اختلال در آسایش	40	14	2/32	10
بدون تشخیص	4/31	11	6/22	7

## نتایج:

جدول بالا نشان می دهد که بیشترین تشخیص در بررسی وضعیت خواب و استراحت در هر دو نیمسال مربوط به اختلال در الگوی خواب می باشد. ۳۱٪/۴ درصد بیماران در نیمسال اول و ۲۲٪/۶ درصد بیماران در نیمسال دوم مشکلی در الگوی خواب ندارند.

جدول ۱۰: وضعیت ثبت تشخیص های پرستاری در زمینه وضعیت درکی - شناختی توسط دانشجویان در نیمسال اول و دوم

نیمسال اول		نیمسال دوم		
تشخیص های پرستاری	فراوانی (درصد)	تعداد (نفر)	فراوانی (درصد)	تعداد (نفر)
نقص آگاهی مطرح شده	3/14	5	4/48	15
اختلال در راحتی جسمی	40	14	7/38	12
درد حاد	4/31	11	7/38	12
درد مزمن	9/22	8	4/19	6
افزایش حرارت	7/5	2	7/9	3
کاهش حرارت	7/5	2	5/6	2
تنظیم غیر موثر حرارت	9/2	1	0	0

## نتایج:

جدول بالا نشان می دهد که بیشترین تشخیص پرستاری مطرح از نظر دانشجویان در بررسی وضعیت درکی- شناختی در نیمسال اول مربوط به اختلال در راحتی جسمی (۴۰٪) و در نیمسال دوم مربوط به نقص آگاهی (۴۸٪/۴) می باشد. همچنین در نیمسال اول و دوم کمترین تشخیص پرستاری مربوط به تنظیم غیر موثر حرارت (۰٪) می باشد. تفاوت قابل توجهی در دو نیمسال مشاهده نمی شود.

جدول ۱۱: وضعیت ثبت تشخیص های پرستاری در زمینه درک از خود/مفهوم خود توسط دانشجویان در نیمسال اول و دوم

تشخیص های پرستاری	نیمسال اول		نیمسال دوم	
	تعداد (نفر)	فراوانی (درصد)	تعداد (نفر)	فراوانی (درصد)
احساس تنهایی	8	9/22	8	8/28
اختلال در هویت شخصی	5	3/14	5	1/16
بدون تشخیص	10	6/28	11	5/35

## نتایج:

جدول بالا نشان می دهد که بیشترین تشخیص پرستاری در نیمسال اول و دوم مربوط به احساس تنهایی می باشد. تعداد بیماران بدون تشخیص پرستاری در نیمسال اول ۱۰ نفر و در نیمسال دوم ۱۱ نفر می باشد. بررسی جدول بالا نشان دهنده وضعیت قابل قبول دانشجویان در تشخیص گذاری وضعیت درک از خود/ مفهوم خود در بیماران در هر دو نیمسال می باشد.

جدول ۱۲: وضعیت ثبت تشخیص های پرستاری در زمینه ارتباط- نقش توسط دانشجویان در نیمسال اول و دوم

تشخیص های پرستاری	نیمسال اول		نیمسال دوم	
	تعداد (نفر)	فراوانی (درصد)	تعداد (نفر)	فراوانی (درصد)
اختلال در تغذیه نوزاد	0	0	0	2/3
اختلال در نقش مراقبت از خانواده	20	7	6	4/19
اختلال در نقش والدی	1/17	6	12	7/38
اختلال در برقراری ارتباط با دیگران	7/5	2	3	7/9
انزوای اجتماعی	9/2	1	1	2/3
ناتوانی در بازگشت به کار	4/11	4	3	7/9
ناتوانی در بازگشت به ادامه تحصیل	7/5	2	6	4/19
جمع	100	35	31	100

نتایج: در جدول بالا مشخص است که بیشترین تشخیص پرستاری در هر دو نیمسال مربوط به اختلال در نقش والدی می باشد. کمترین تشخیص پرستاری در نیمسال اول مربوط به اختلال در تغذیه نوزاد (۰٪) و در نیمسال دوم مربوط به اختلال در تغذیه نوزاد و انزوای اجتماعی (۳٪/۲) می باشد.

جدول ۱۳: وضعیت ثبت تشخیص های پرستاری در زمینه جنسی- تولیدمثلی توسط دانشجویان در نیمسال اول و دوم

نیمسال دوم		نیمسال اول		تشخیص های پرستاری
تعداد (نفر)	فراوانی (درصد)	تعداد	درصد فراوانی	
3	7/9	5	3/14	اختلال در عملکرد جنسی
0	0	1	9/2	اختلال در هویت جنسی
15	4/48	14	40	بدون تشخیص

بررسی وضعیت جنسی- تولید مثلی در جدول بالا نشان می دهد که در نیمسال اول بیشترین تشخیص پرستاری مطرح اختلال در عملکرد جنسی (۱۴٪/۳) و در نیمسال دوم نیز اختلال در عملکرد جنسی (۹٪/۷) می باشد. نتایج نشان دهنده وضعیت نامساعد دانشجویان در بررسی این بعد می باشند. از دلایل آن می توان به کم تجربگی دانشجویان در بررسی بیمار از نظر مشکلات جنسی در طول دوران تحصیل و کم اهمیت جلوه دار شدن بررسی این بعد در بالین می باشد.

جدول ۱۴: وضعیت ثبت تشخیص های پرستاری در زمینه تحمل استرس / تطابق توسط دانشجویان در نیمسال اول و دوم

نیمسال دوم		نیمسال اول		تشخیص های پرستاری
تعداد (نفر)	فراوانی (درصد)	تعداد (نفر)	فراوانی (درصد)	
2	5/6	1	9/2	ناسازگاری در تطابق خانوادگی
8	8/25	13	1/37	ترس
8	8/25	13	1/37	اندوه
5	1/16	12	3/34	احساس ضعف و ناتوانی
1	2/3	3	6/8	ناتوانی در مقابله فردی
16	6/51	20	1/57	استرس
1	2/3	0	0	پاسخ های بعد از حادثه
1	2/3	2	7/5	سندروم بعد از حادثه
0	0	1	9/2	سندروم استرس جابجایی
19	3/61	13	1/37	اضطراب
0	0	2	7/5	تطابق غیر موثر
0	0	2	7/5	تطابق اجتماعی غیر موثر
1	2/3	3	6/8	نارسایی در پیشرفت
0	0	0	0	سوگ

نتایج: جدول بالا نشان می دهد که بیشترین تشخیص پرستاری مطرح در نیمسال اول استرس (۵۷٪/۱) و در نیمسال دوم اضطراب (۶۱٪/۳) می باشد. کمترین تشخیص پرستاری مطرح در نیمسال اول مربوط به پاسخ های بعد از حادثه و سوگ بدون تشخیص پرستاری و در نیمسال دوم تطابق غیر موثر، تطابق اجتماعی غیر موثر و سوگ نیز بدون تشخیص پرستاری می باشد. مقایسه دو جدول نشان می دهد که اکثریت دانشجویان در تشخیص گذاری تحمل استرس / تطابق مشکلی ندارند.

جدول ۱۵: وضعیت ثبت تشخیص های پرستاری در زمینه باورها/اعتقادات/ارزشها توسط دانشجویان در نیمسال اول و دوم

نیمسال اول		نیمسال دوم		تشخیص های پرستاری
درصد فراوانی	تعداد	فراوانی (درصد)	تعداد (نفر)	
4/31	11	29	9	آمادگی برای امیدواری
3/14	5	6/22	7	آمادگی برای رفاه معنوی
3/14	5	6/22	7	آمادگی برای تصمیم گیری
9/2	1	2/3	1	تعارض در تصمیم گیری
7/5	2	0	0	دیسترس اخلاقی
9/2	1	5/6	2	عدم پذیرش
9/2	1	2/3	1	اختلال در شعائر مذهبی
0	0	0	0	دیسترس معنوی

نتایج:

طبق جدول بالا بیشترین تشخیص پرستاری مطرح در نیمسال اول و دوم آمادگی برای امیدواری می باشد. و کمترین تشخیص پرستاری مطرح در نیمسال اول دیسترس معنوی (۰٪) و در نیمسال دوم نیز دیسترس اخلاقی و دیسترس معنوی (۰٪) می باشد. هم چنین اکثریت دانشجویان در بررسی این مرحله مشکل داشته اند. همچنین مشاهده جدول فوق نشان می دهد که بیشترین و کمترین تشخیص پرستاری مطرح در دو نیمسال تقریباً مشابه بوده ولی وضعیت دانشجویان در بررسی این مرحله رشد چندانی نداشته است.

جدول ۱۶: وضعیت بررسی تشخیص های پرستاری پیامد های سوختگی دانشجویان در نیمسال اول و دوم

نیمسال اول		نیمسال دوم		تشخیص های پرستاری
فراوانی (درصد)	تعداد (نفر)	فراوانی (درصد)	تعداد (نفر)	
9/82	29	6/80	25	گسیختگی جسمی
7/25	9	6/51	16	گسیختگی ذهنی
1/17	6	8/25	8	گسیختگی اجتماعی
7/5	2	0	0	گسیختگی در تعالی
7/85	30	100	31	جمع بررسی شده ها
3/14	5	0	0	عدم بررسی
100	35	100	31	جمع



همانطور که در جدول فوق می بینیم در هر دو نیمسال بیشترین تشخیص پرستاری پیامد سوختگی از نظر دانشجویان گسیختگی جسمی و کمترین تشخیص پرستاری گسیختگی در تعالی می باشد. همچنین اکثریت دانشجویان (۸۵٪/۷) در نیمسال اول و همه دانشجویان در نیمسال دوم توانسته اند این قسمت را بررسی کنند. بررسی جدول بالا نشان می دهد که بیشترین و کمترین تشخیص پرستاری مطرح در دو نیمسال مشابه می باشد. از نظر تعداد بیماران بررسی شده نیمسال دوم بهتر می باشد. ولی در هر دو نیمسال به نظر می رسد دانشجویان در بررسی تمام ابعاد به غیر از بعد جسمی بیمار ضعیف عمل کرده اند.

در خصوص اهداف ویژه سوم تا پنجم

هدف ۳- تعیین عملکرد دانشجویان پرستاری در ارائه برنامه های مراقبت مرتبط با بیماران سوختگی

هدف ۴- تعیین مداخلات پرستاری انجام گرفته توسط دانشجویان پرستاری در بیماران سوختگی

هدف ۵- تعیین عملکرد دانشجویان پرستاری در ارزشیابی اقدامات صورت گرفته بر بیماران سوختگی

جدول ۱۷: وضعیت تکمیل بسته پنجم (برگ سیر مراقبت های پرستاری) و بسته سوم (برگ ارزیابی روزانه زخم بیمار سوختگی) توسط دانشجویان در نیمسال اول

و دوم

		برگ سیر مراقبت پرستاری بیمار سوختگی				برگ ارزیابی روزانه زخم بیمار سوختگی					
		ارزشیابی مداخلات		اهداف مراقبت		پروتکل مراقبت		گزارش پرستاری		جمع	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
نیمسال اول		34	1/97	27	1/77	32	4/91	31	6/88	31	6/88
نیمسال دوم		31	100	31	100	31	100	31	100	31	100

مشاهده جدول فوق و مقایسه دو نیمسال نشان می دهد که تمام دانشجویان در نیمسال دوم در برگ سیر مراقبت های پرستاری برنامه مراقبت و ارزشیابی مداخلات را انجام داده اند. همچنین در برگ ارزیابی روزانه زخم بیمار سوختگی اهداف مراقبت، پروتکل مراقبت، و گزارش پرستاری را پر کرده اند. و وضعیت بهتری را نسبت به نیمسال اول شاهد بوده ایم.

جدول ۱۸: وضعیت اجرای مداخلات و ارزیابی درد بیمار سوختگی روز اول، دوم و سوم در بسته آموزشی دوم (ارزیابی علایم حیاتی و درد بیمار سوختگی) توسط دانشجویان در نیمسال اول و دوم

		ساعت ۱۲am			ساعت ۱۰am			ساعت ۸am		
		مداخلات دارویی	مداخلات غیردارویی	ارزیابی	مداخلات دارویی	مداخلات غیردارویی	ارزیابی	مداخلات دارویی	مداخلات غیردارویی	
روز اول	نیمسال اول	60	9/82	6/8	3/74	9/62	4/11	6/48	7/45	0
	نیمسال دوم	21	29	3	26	22	4	17	16	0
	نیمسال اول	60	100	6/22	6/80	71	6/22	9/83	71	9/12
	نیمسال دوم	21	31	7	25	22	7	26	22	4
روز دوم	نیمسال اول	4/51	6/48	7/5	6/68	9/42	7/5	4/31	4/31	9/2
	نیمسال دوم	18	17	2	24	15	2	11	11	1
	نیمسال اول	4/77	6/22	1/16	9/83	4/19	1/16	3/62	8/54	7/9
	نیمسال دوم	24	7	5	26	6	5	19	17	3
روز سوم	نیمسال اول	3/34	3/34	0	9/22	7/25	9/2	9/22	1/17	0
	نیمسال دوم	12	12	0	8	9	1	8	6	0
	نیمسال اول	3/62	7/37	1/16	9/41	5/35	4/19	7/37	5/35	7/9
	نیمسال دوم	19	12	5	13	11	6	12	11	3

جدول بالا نشان می دهد که در هر دو نیمسال در روز اول هر قدر از ساعت ۸ صبح به سمت ساعت ۱۲ می رویم تعداد مداخلات دارویی و غیر دارویی انجام شده و ارزیابی مداخلات کمتر شده است. با این وجود در نیمسال دوم نسبت به نیمسال اول تعداد مداخلات دارویی و غیر دارویی و ارزیابی انجام شده از بیمار در هر سه ساعت بیشتر بوده است که نشان دهنده بهبود وضعیت دانشجویان در نیمسال دوم می باشد. همچنین در دو نیمسال کمترین میزان مربوط به ارزیابی درد بیمار بعد از دریافت مداخلات دارویی و غیر دارویی می باشد. این موضوع نشان می دهد که ارزیابی درد بیمار بعد از انجام مداخلات تسکینی برای دانشجویان از اهمیت کمتری برخوردار است. مقدار کم مداخلات غیر دارویی را نیز می توان اینگونه توجیه نمود که دانشجویان پرستاری از روشهای غیر دارویی تسکین دهنده درد آگاهی کمتری دارند.

این روند کاهشی در روز سوم نسبت به روز قبل و در روز دوم نسبت به روز اول مشخص است. علاوه بر دلایل توجیهی بالا این نکته هم قابل توجه است که برخی دانشجویان در روز دوم و سوم کل این برگه را برای بیمار دیگری پر کرده بودند. همچنین مقدار کم مداخلات دارویی و غیر دارویی شاید به این دلیل بوده است که بیمار روند بهبودی را داشته است.

در حالت کلی در نیمسال دوم وضعیت بهتر دانشجویان را نسبت به نیمسال اول شاهد هستیم.

جدول ۱۹: وضعیت اجرای مداخلات و ثبت و ارزیابی مربوط به بسته چهارم (برگه فرایند پرستاری اجرای برنامه حرکت زودهنگام) توسط دانشجویان در نیمسال اول و دوم

	نیمسال اول				نیمسال دوم			
	اجرای مداخلات برای حرکت بیمار		ثبت و ارزیابی		اجرای مداخلات برای حرکت بیمار		ثبت و ارزیابی	
	فراوانی (درصد)	تعداد (نفر)	فراوانی (درصد)	تعداد (نفر)	فراوانی (درصد)	تعداد (نفر)	فراوانی (درصد)	تعداد (نفر)
روز اول	3/94	33	4/91	32	9/83	26	9/83	26
روز دوم	7/85	30	9/82	29	9/83	26	9/83	26
روز سوم	1/57	20	3/54	19	3/61	19	3/61	19

همانطور که در جدول بالا مشخص است در نیمسال اول اجرای مداخلات برای حرکت بیمار از ۹۴/۳ درصد در روز اول به ۸۵/۷ درصد در روز دوم و ۵۷/۱ درصد در روز سوم کاهش پیدا کرده است. ثبت و ارزیابی از ۹۱/۴ درصد در روز اول به ۸۲/۹ درصد در روز دوم و ۵۴/۳ درصد در روز سوم کاهش پیدا کرده است. در نیمسال دوم اجرای مداخلات برای حرکت بیمار و ثبت و ارزیابی از ۸۳/۹٪ در روز اول و روز دوم به ۶۱/۳٪ در روز سوم کاهش پیدا کرده است. همه این مقادیر نسبت به نیمسال اول بیشتر است. در حالت کلی دانشجویان به ارزیابی فرایند پرستاری اهمیت کمتری قایل هستند. مقادیر کم همه موارد در هر دو نیمسال در روز سوم، بیشتر به علت کم کاری دانشجو و بررسی یک بیمار دیگر در روز سوم می باشد.

جدول ۲۰: وضعیت بررسی بسته ۶ (برگ آموزش به بیمار سوختگی در مدت بستری و حین ترخیص) توسط دانشجویان در نیمسال اول

	ساعت و تاریخ آموزش		روش آموزش		مهرو امضا آموزش دهنده		اثرانگشت و امضا آموزش گیرنده		ارزشیابی آموزش
	فراوانی (درصد)	تعداد (نفر)	فراوانی (درصد)	تعداد (نفر)	فراوانی (درصد)	تعداد (نفر)	فراوانی (درصد)	تعداد (نفر)	
آگاهی از چگونگی تاثیر سوختگی بر عملکرد اندامها	۸۰	۶/۸۰	۸۰	۱/۷۷	۴/۷۷	۱/۷۷	۶/۸۰	۷/۶۵	۱/۷۷
آگاهی از چگونگی تاثیر سوختگی بر ساختارهای بدن	۱/۷۷	۷/۶۷	۱/۷۷	۷/۶۷	۳/۷۴	۷۱	۶۰	۱/۵۸	۱/۵۸
آگاهی از فرایند بهبودی و بازگشت به شرایط قبل از سوختگی	۴/۹۱	۶/۸۰	۶/۸۸	۶/۸۰	۷/۸۵	۶/۸۰	۳/۷۴	۳/۵۴	۷۱
آگاهی از مشکلات و عوارض احتمالی بعد از ترخیص	۳/۹۴	۱/۸۷	۴/۹۱	۹/۸۳	۶/۸۸	۹/۸۳	۴/۷۱	۳/۹۴	۶/۸۰
نحوه مصرف داروها در منزل	۳/۹۴	۶/۸۰	۴/۹۱	۶/۸۰	۶/۸۸	۶/۸۰	۴/۷۱	۳/۹۴	۷۱
چگونگی رعایت رژیم غذایی	۳/۹۴	۳/۹۰	۳/۹۴	۳/۹۰	۶/۸۸	۳/۹۰	۳/۷۴	۴/۵۱	۴/۷۷
تحرك جسمی و فعالیت	۴/۹۱	۳/۹۰	۴/۹۱	۵/۹۳	۶/۸۸	۳/۹۰	۳/۷۴	۲/۷۴	۲/۷۴
مراقبت از زخم	۳/۹۴	۹/۸۳	۶/۸۸	۶/۸۰	۷/۸۵	۶/۸۰	۴/۷۱	۴/۵۱	۲/۷۴

8/54	9/42	8/54	60	5/64	3/74	3/61	6/68	3/61	7/65	ارتباطات با دیگران و حضور در جمع
5/64	7/45	8/54	9/62	71	1/77	7/67	4/71	7/67	3/74	محدودیت‌های حرکتی و جسمی
3/61	1/37	8/54	3/54	5/64	7/65	5/64	60	7/67	60	مکان و زمان مراجعه برای پیگیری بعد از ترخیص

در ارائه آموزش های زمان ترخیص برگ آموزش به بیمار سوختگی در مدت بستری و حین ترخیص تکمیل و پمفلت های آموزشی مرتبط به بیماران ارائه گردید (پیوست 13).

جدول بالا نشان می دهد که در نیمسال اول آگاهی از مشکلات و عوارض احتمالی، نحوه مصرف داروها در منزل، مراقبت از زخم بیشترین آموزش و مکان و زمان مراجعه برای پیگیری بعد از ترخیص کمترین آموزش را به خود اختصاص داده است. هم چنین در نیمسال دوم بیشترین آموزش در مورد چگونگی رعایت رژیم غذایی و تحرک جسمی و فعالیت و کمترین آموزش در مورد ارتباط با دیگران و حضور در جمع می باشد. هم چنین ارزشیابی آموزش در حالت کلی برای دانشجویان از اهمیت کمتری برخوردار است، مشخص است که آموزش به بیمار سوختگی در مدت بستری و حین ترخیص در نیمسال اول نسبت به نیمسال دوم بیشتر انجام شده است.

### در خصوص دستیابی به هدف فرعی اول

۱- تعیین وضعیت بسته های تأیید شده توسط دانشجویان و ناظر و استاد بالینی در انتهای هر بسته آموزشی می بایست به امضای دانشجو و تأیید دستیار بالینی و استاد بالینی می رسید در جدول زیر تعداد بسته های تأیید شده توسط هر کدام مشخص است:

جدول ۲۱: بررسی فرم ها از نظر امضای دانشجو، دستیار بالینی و استاد بالینی در نیمسال اول

نام دانشجو		نام دستیار بالینی		نام استاد بالینی		تعداد (نفر)	فراوانی (درصد)	تعداد (نفر)	فراوانی (درصد)
تعداد (نفر)	فراوانی (درصد)	تعداد (نفر)	فراوانی (درصد)	تعداد (نفر)	فراوانی (درصد)				
33	3/94	31	۸۸/۶	12	3/34	33	3/94	12	3/34
بررسی بسته اول (وضعیت سلامت و تشخیص‌های پرستاری)									
34	1/97	34	1/97	10	6/28	34	1/97	10	6/28
بسته دوم (ارزیابی علایم حیاتی و درد بیمار سوختگی)									
34	1/97	34	1/97	10	6/28	34	1/97	10	6/28
بسته سوم (برگه ارزیابی روزانه زخم بیمار سوختگی)									
33	3/94	29	9/82	8	9/22	33	3/94	8	9/22
بسته چهارم (فرایند پرستاری اجرای برنامه حرکت زود هنگام)									
34	1/97	34	1/97	10	6/28	34	1/97	10	6/28
بسته پنجم (سیر مراقبت‌های پرستاری بیمار سوختگی)									
35	100	32	4/91	9	7/25	35	100	9	7/25
بسته ششم (آموزش به بیمار سوختگی در مدت بستری و حین ترخیص)									

در همه فرم ها به طور میانگین اکثریت دانشجویان (۹۶٪/۶۵) نام و امضای خود را وارد کرده اند. این میزان در خصوص دستیار بالینی ۹۲/۴ درصد و در خصوص استاد بالینی ۲۸/۱۱ درصد می باشد.

جدول ۲۲: بررسی فرم ها از نظر امضای دانشجو، دستیار بالینی و استاد در نیمسال دوم

نام استاد بالینی		نام دستیار بالینی		نام دانشجو		
تعداد (نفر)	فراوانی (درصد)	تعداد (نفر)	فراوانی (درصد)	تعداد (نفر)	فراوانی (درصد)	
7	6/22	31	100	30	8/96	بررسی وضعیت سلامت و تشخیص های پرستاری
7	6/22	31	100	31	100	برگه سیر مراقبتهای پرستاری بیمار سوختگی
7	6/22	31	100	31	100	برگه ارزیابی علایم حیاتی و درد بیمار سوختگی
7	6/22	31	100	31	100	برگه ارزیابی روزانه زخم بیمار سوختگی
7	6/22	31	100	31	100	برگ آموزش به بیمار سوختگی در مدت بستری و حین ترخیص
7	6/22	30	8/96	30	8/96	برگه فرایند پرستاری اجرای برنامه حرکت زودهنگام

در همه فرم ها تقریبا همه دانشجویان و دستیار بالینی نام و امضای خود را وارد کرده اند. اکثرا نام و امضای دستیار بالینی نیز در همه فرم ها وجود دارد. این میزان در خصوص استاد بالینی ۲۲/۶ درصد می باشد.

مقایسه دو نیمسال در خصوص دانشجویان و دستیار بالینی نشان دهنده بهبود عملکرد ولی در خصوص استاد بالینی نشان دهنده کاهش عملکرد می باشد.

### در خصوص دستیابی به هدف فرعی دوم:

تحلیل بسته هفتم (برگه های خودگزارشی دانشجویان): نتایج به دست آمده از تحلیل بسته های آموزشی ذکر شده در بالا نشان دهنده توانمند شدن دانشجویان در اجرای فرایند پرستاری به تفکیک هر مرحله می باشد. در این مطالعه علاوه بر نتایج فوق برگه های خودگزارشی دانشجویان نیز تم بندی و تحلیل شد. در این برگه دانشجویان تجربیات شخصی خود را در طی شش روز کارآموزی ثبت کرده اند و در انتها به تایید استاد بالینی یا دستیار بالینی رسیده است:

جدول ۲۳: وضعیت بررسی برگ خودگزارشی روزانه توسط دانشجو در نیمسال اول

خودگزارشی	تائید استاد	خودگزارشی	تائید استاد	خودگزارشی	تائید استاد	خودگزارشی	تائید استاد	خودگزارشی	تائید استاد	خودگزارشی	تائید استاد
روز ۱	روز ۱	روز ۲	روز ۲	روز ۳	روز ۳	روز ۴	روز ۴	روز ۵	روز ۵	روز ۶	روز ۶
6/48	9/22	4/51	7/25	4/51	20	1/37	1/17	7/25	4/11	20	4/11
فراوانی(د)											
رصد)											
تعداد	8	18	9	18	7	13	6	9	4	7	4
(نفر)											

جدول ۲۴: وضعیت بررسی برگ خودگزارشی روزانه توسط دانشجو در نیمسال دوم

خودگزارشی	تائید استاد	خودگزارشی	تائید استاد	خودگزارشی	تائید استاد	خودگزارشی	تائید استاد	خودگزارشی	تائید استاد	خودگزارشی	تائید استاد
روز ۱	روز ۱	روز ۲	روز ۲	روز ۳	روز ۳	روز ۴	روز ۴	روز ۵	روز ۵	روز ۶	روز ۶
1/87	8/54	1/87	8/54	4/77	8/54	7/67	8/54	3/61	8/54	1/58	6/51
فراوانی(د)											
رصد)											
تعداد	17	27	17	24	17	21	17	19	17	18	16
(نفر)											

اولا که مقایسه دو جدول نشان می دهد که به طور میانگین خودگزارشی دانشجویان در نیمسال دوم (۷۳٪/۱۱) نسبت به نیمسال اول (۳۹٪) افزایش قابل توجهی داشته است. برای تحلیل نتایج از روش تحلیل محتوی قراردادی ( Analysis Conventional Content ) استفاده گردید. دوما نتایج نشان داد که خودگزارشی دانشجویان در زمینه یادگیری مربوط به بررسی وضعیت زخم، وضعیت التیام، عفونت، تعیین درصد سوختگی، بررسی مشکلات روانی (PTSD)، تعیین نیازهای بیمار، اختلال در تصویر ذهنی صورت گرفته است. در زمینه تشخیص پرستاری اطلاعات کمی به دست آمده به تفصیل آمده است. در اجرای مداخلات پرستاری (اجرا) براساس تحلیل خودگزارشی دانشجویان کاربرد پمادها، پانسمان، بانداژ، دبریدمان مکانیکی، تجویز صحیح دارو، نگزارش نویسی، شستن زخم(هیدروتراپی)، ارتباط درمانی، مدیریت تاول ها، کشت از زخم، توزین بیمار، انجام آزمایشات، مایع درمانی، مراقبت بعد از عمل، خونگیری، بخور درمانی توسط دانشجویان انجام گرفته است. در حیطه آموزشی در زمینه های تغذیه، عوارض دارویی، آموزش حین ترخیص، تحرک و فعالیت و ROM، کنترل استرس آموزش به بیمار صورت گرفته است. در حیطه برنامه ریزی؛ مدیریت تجهیزات، مراقبت از بیمار یخ زدگی، مراقبت از محل گرفت و دنور، اجرای برنامه حرکتی بیمار، آماده سازی بیمار برای عمل، کنترل خارش، کنترل ادم، کنترل درد به روش دارویی و غیر دارویی، ایزولاسیون بیمار، کاهش استرس بیمار، کنترل عفونت (ضدعفونی کردن حمام)، مراقبت از چشم و شستشوی چشم، مراقبت از گوش(سوختگی گوش)، مراقبت از سوختگی صورت و دست ها انجام شده است. چک کردن کاردکس، گزارش نویسی، تکمیل پرونده ترخیص در زمینه ثبت پرستاری صورت گرفته است. سایر موارد مثل مدیریت زمان، بازدید از بخش های مرتبط با سوختگی(BICU, OR) جز موارد تحلیل شده می باشد (پیوست 14)

### نتیجه گیری نهایی:

مقایسه نتایج حاصل از تحلیل بسته های آموزشی نشان داد که در حالت کلی در نیمسال دوم شاهد پیشرفت قابل توجه دانشجویان در تعداد بیماران بررسی شده، تشخیص گذاری صحیح، اجرای مداخلات مناسب و ارزشیابی مداخلات انجام شده در

مقایسه با نیمسال اول بوده ایم. بیشتر بودن نمرات کارآموزی بخش سوختگی در نیمسال دوم نسبت به نیمسال اول، تحلیل برگه های خودگزارشی، و نتایج ذکر شده در بالا همگی گواه این مطلب هستند. پس می توان گفت به هدف نهایی یعنی ارتقای توانمندی دانشجویان پرستاری در بررسی، تشخیص، طراحی و ارزشیابی برنامه های مراقبت در بخش های سوختگی رسیده ایم. با وجود این توانمند کردن دانشجویان در بررسی بیمار از لحاظ مشکلات جنسی، مشکلات درک از خود/ مفهوم خود، بررسی باورها/ اعتقادات/ ارزشهای بیمار، بررسی و تشخیص گذاری از لحاظ گسیختگی ذهنی، گسیختگی اجتماعی و گسیختگی در تعالی، اهمیت آموزش های زمان ترخیص و پاسخ به سوالات روانی بیمار در زمان ترخیص، ارائه مداخلات غیر دارویی برای تسکین درد بیمار تلاش استاد کارآموزی برای آموزش و توانمند کردن بیشتر دانشجویان را بیش از پیش می طلبد. و مهمتر از همه این موارد دانشجویان در ارزیابی مداخلات انجام شده عملکرد چندان قابل قبولی نداشته اند و از آنجا که ارزیابی میزان دستیابی به اهداف از پیش تعیین شده و مروری بر فرایند پرستاری انجام شده می باشد بسیار مهم تلقی می شود. پس باید راهکارهایی ارائه شود تا دانشجویان به بررسی مشکلات بیمار در همه ابعاد جسمی، روحی، روانی، عاطفی، اجتماعی، آموزشی و فرهنگی بپردازند و به اهمیت ارزیابی مداخلات پرستاری فایق شوند.

## نقاط ضعف و قوت

از نقاط قوت این فرایند می توان به موارد زیر اشاره نمود:

- خلاقیت و نوآوری در طراحی بسته های آموزشی براساس مدل "مراقبت برای بازگشت به خویشتن"
- فراهم کردن فرصت تصمیم گیری صحیح و اصولی در ارائه مراقبت پرستاری با کیفیت بالا
- جذابیت، تازه گی و متفاوت بودن این روش نسبت به سایر روش های آموزشی که تا کنون دانشجویان با آن برخورد داشته اند.
- فرصتی برای ایجاد تفکر انتقادی و تحلیل گرایانه در دانشجو
- فرصت ارائه تجربیات شخصی در زمینه یادگیری مسائل درسی و اخلاقی و به یاد سپاری بهتر تجربیات به دلیل مستند کردن آنها در برگه ی خودگزارشی
- در نهایت ارتقاء سطح سلامت بیمار و بهبود بیمار در مقایسه با روش های سنتی مراقبت از بیمار و توانمندی بیشتر دانشجویان در مهارتهای علمی و عملی
- از نقاط ضعف این فرایند می توان به موارد زیر اشاره نمود:
- عدم پیگیری بیمار بعد از ترخیص
- بررسی ناکافی بیماران در برخی جنبه ها مانند جنسی، اجتماعی، روانی، تعالی و مداخلات پرستاری ناکافی و نامناسب برای حل تشخیص های پرستاری مطرح در موارد مذکور
- ارزشیابی ناکافی مداخلات پرستاری اجرا شده

**سطح نوآوری** : در سطح دانشگاه برای اولین بار صورت گرفته است. در عین حال اطلاعاتی در این خصوص که آیا فرایند پرستاری با این وسعت و تکرار و شیوه در سایر بخش های آموزشی پرستاری سوختگی کشور صورت گرفته است یا خیر در دسترس نمی باشد.

References:

- ۱- ملاهادی محسن. اهمیت آموزش بالینی در پرستاری. مجله راهبردهای آموزش در علوم پزشکی. ۱۳۸۸؛ ۲(۴): ۱۵۳-۵۹
- 2- Kathleen B, Gaberson MH. Clinical teaching strategies in nursing. 2nd ed. New York: Springer Co; 2007
- ۳- عابدینی صدیقه، عابدینی سمیره، آقا ملائی تیمور، جمعه زاده علی، کامجو آریتا. مشکلات آموزش بالینی از دیدگاه دانشجویان پرستاری و مامایی. مجله پزشکی هرمزگان. ۱۳۸۷؛ ۱۲(۴): ۵۳-۲۴۹.
- 4- Parsa Yekta Z, Ramezani Badr F, Khatooni A. Nursing students' concerns about their clinical competencies and level of attachment to them. *Nurs Res* 2007; 1(3): 7-14. (Persian)
- 5- Aein F, Alhani F, Anoosheh M. The experiences of nursing students, instructors and hospital administrators of nursing clerkship. *Iran J of Med Educ* 2009; 9(3): 191-9.
- 6- Ebadi M, Azarmi S, Farsi Z, Pishgoei A. Critical thinking and decision making in nursing process. *Journal of School Islamic Republic of Iran Army nurse*. 2010;12(1):30-3.
- 7- Potter P, Griffin A. *Fundamental of Nursing*. 7th ed Mosby Elsevier. 2009:220-5.
- 8- Craven R, Hirnle C. *Fundamental of nursing: human health and function: human health and function*. 6th ed Lippincott Williams & Wilkins. 2009:126-87.
- 9- Khademalhosseini M. *Clinical guide to nursing process*. 1st ed Tehran: Boshra publications. 1997:3-8. [Persian].
- 10- Mullre- Staub M LM, Needman IV, Achterberg T. Nursing diagnosis, intervention & outcomes- application and impac on nursing practice: systematic review. *Journal Advanced Nursing*. 2006;56(5):514-31.
- 11- Elahi N. *Applying Nursing Process in Clinical Setting*. 1st edition Ahwaz: University publications. 1997:4.
- 12- Profetto-McGrath J, Smith K, Hugo K, Patel A, Dussault B. Nurse educators' critical thinking dispositions and research utilization. *Nurse Education in Practice*. 2009;9:199-208.
- 13- Distler J. Critical thinking and clinical competence: Results of the implementation of student-centered teaching strategies in an advanced practice nurse curriculum. *Nurse Education in Practice*. 2007;7:53-9.
- 14- Shoorideh FA, Ashktorab T. Factors Influencing Implementation of Nursing Process by Nurses: A Qualitative Study. *Knowledge & Health*. 2011;6(3):16-23.
- 15- Ghafouri Fard M, Haririan H, Aghajanloo A, Akbari M, Shirvani Y. Obstacles of Nursing Process Application from Perspective of the Nursing Instructor and Nursing Students in Zanjan Faculty of Nursing and Midwifery. *Journal of Medical Education Development*. 2012;5(8):69-77.
- 16- Akbari M, Shamsi A. A Survey on Nursing Process Barriers from the nurses' view of Intensive Care Units Iranian *Journal of Critical Care Nursing*. 2011;3(4):181-6.
- 17- Matbouei M ME, Zargarzadeh M. Assessment of barriers for recording nursing diagnoses by nurses and proposing a solution. *Journal of Shahid Beheshti School of Nursing & Midwifery*. 2013;24(84):27-33.
- 18- McKenna H AS, Keeney S. Barriers to evidence based practice in primary care: A review of literature. *International Journal of Nursing studies*. 2004;41(4):369.
- 19- Zamanzadeh V, Valizadeh L, Jabbarzadeh-Tabrizi F, Behshid M, Lotfi M. Challenges associated with the implementation of the nursing process: A systematic review. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2015;20(4):411-19.
- 20- Habermann M, Leana R. *The nursing process: a global concept*. Elsevier: Churchill. 2005:1-60.



۲۱- معاونت آموزشی وزارت بهداشت. بسته های تحول و نوآوری در آموزش پزشکی. وزارت بهداشت،

درمان و آموزش پزشکی. تهران. ۱۳۹۴

22- Semachew, Ayele. *Implementation of nursing process in clinical settings: The case of three governmental hospitals in Ethiopia, 2017. BMC Research Notes. 2018; 11. 10.1186/s13104-018-3275-z.*

23- Martínez-Delgado MM . *Standardisation of nursing care amongst patients in prison. Rev Esp Sanid Penit. 2014;16(1):11-9. doi: 10.4321/S1575-06202014000100003.*

24- Müller-Staub M1. *Evaluation of the implementation of nursing diagnoses, interventions, and outcomes. Int J Nurs Terminol Classif. 2009;Jan-Mar;20(1):9-15. doi: 10.1111/j.1744-618X.2008.01108.x.*

25- Akbari M, Shamsi A. *A Survey on Nursing Process Barriers from the nurses' view of Intensive Care Units Iranian Journal of Critical Care Nursing. 2011;3(4):181-6.*

26- Adib-Hajbaghery M, MirBagher N, Heidari S. *Clinical Nursing Education Based on Nursing Process and Group Discussion. Iranian Journal of Medical Education. 2011;11(7).*

27- Ghanbari A, Monfared A, Hoseinzade T, Moaddab F, Sedighi A. *The impact of the nursing process education on critical thinking of nursing students. Rme. 2017; 9(2): 25-33*

۲۸- لطفی مژگان. فرآیند بازگشت بیماران مبتلا به سوختگی به جامعه و طراحی یک مدل. پایان نامه برای

دریافت درجه دکترای تخصصی پرستاری. دانشکده پرستاری مامایی تبریز. دانشگاه علوم پزشکی تبریز.

۱۳۹۳

## رتبه دوم حیطة ياددهی و یادگیری

نام و نام خانوادگی درخواست کننده: مهستی علیزاده  
پست الکترونیک: alizadm@yahoo.com  
دانشکده محل خدمت: پزشکی

عنوان فارسی: آموزش نیازسنجی و تحلیل مشکل سلامت با مشارکت جامعه در دوره کارورزی پزشکی اجتماعی

عنوان انگلیسی: Teaching Community based Participatory research to Interns in Community medicine internship course

حیطه نوآوری: یاددهی و یادگیری

نام همکاران و نوع و میزان مشارکت هر یک از ایشان در فعالیت مورد نظر را ذکر نمایید. (اولین نفر به عنوان نماینده مجریان محسوب می شود - ردیف قابل افزایش است)

نام و نام خانوادگی	سمت در این فعالیت	درجه دانشگاهی	نوع همکاری
مهستی علیزاده	مجری	استاد	طراحی . اجرا و ارزشیابی
مریم السادات کاظمی شیشوان	همکار	استادیار	ارزشیابی
مهرانگیز قاسمیه	همکار	کارشناس آموزشی	اجرا
جواهر یاری	همکار	کارشناس آموزشی	اجرا
زهرا حسین زاده	همکار	کارشناس آموزشی	اجرا

محل انجام فعالیت: دانشکده پزشکی گروه/رشته پزشکی اجتماعی و خانواده

مقطع تحصیلی: کارورزان پزشکی عمومی

مدت زمان اجرا: دو سال تاریخ پایان: مهرماه ۹۵ تا آذرماه ۹۷ (همچنان ادامه دارد)

### • هدف کلی:

ایجاد مهارت تعریف مشکل، اولویت بندی و تدوین برنامه عملیاتی با مشارکت جامعه در کارورزان پزشکی اجتماعی

## • اهداف ویژه / اهداف اختصاصی:

- در پایان دوره یک ماهه کارورزی پزشکی اجتماعی با اجرای این طرح، انتظار می رود کارورزان بتوانند:
- مشکلات سلامت یک منطقه روستایی را با مشارکت مردم و ذینفعان با استفاده از روشهای عینی و بارش افکار لیست کنند
- مشکلات سلامت یک منطقه روستایی را با مشارکت مردم و ذینفعان با استفاده از شیوه های علمی، اولویت بندی کنند
- مشکل سلامت اولویت دار را با مشارکت مردم و ذینفعان با استفاده از نمودار درختی و ایشیکاوا تحلیل کنند
- راه حل های رفع مشکل سلامت منطقه را با مشارکت مردم و ذینفعان اولویت بندی نمایند
- برنامه عملیاتی حل مشکل را با مشارکت مردم و ذینفعان تهیه کنند

## بیان مسئله (ضرورت انجام و اهمیت اهداف انتخابی را ذکر کنید):

### ضرورت انجام:

یکی از اهداف و برنامه های اصلی سند تحول آموزش در دانشگاهها، آموزش پاسخگو است. آموزش پاسخگو به معنی برنامه ریزی و اجرا و ارزیابی آموزش ها بر اساس نیازهای سلامت جامعه است که وجه تمایز آن با آموزش مبتنی بر جامعه، مشارکت جامعه و مردم در فرآیندهای آموزشی است.

دانشجویان پزشکی در طول دوره ۷ ساله خود بجز حضور ۲ ماهه در بخش پزشکی اجتماعی، برخورد دیگری در جامعه ندارند. در این دو ماه نیز بیشتر در مراکز بهداشتی و خانه های بهداشت حضور دارند و به مراجعین ارائه خدمت در سطح مراقبتهای اولیه سلامت میدهند.

حضور در جامعه، جلب مشارکت مردم در حل مشکلات، آشنایی با مشکلات و تعیین گره های اجتماعی و محیطی سلامت، از ملزومات یادگیری دانشجوی پزشکی است.

در مورد ضرورت انجام این طرح همچنین باید به اسناد بالادستی که راهگشای پیشنهاد این طرح و نشان دهنده ضرورت آن هستند اشاره شود:

- سند تحول آموزش با تکیه بر آموزش پاسخگو و مسئولیت پذیری اجتماعی آموزش دانشگاهها
- سند اجتماعی شدن دانشگاهها که توسط معاونت اجتماعی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی پیشنهاد شده و در آن تمام معاونت های دانشگاه باید مسئولیت های اجتماعی خود را تعریف و راهکارهای اجرایی آن را مشخص نمایند. معاونت آموزشی در این راستا پاسخگویی اجتماعی و گسترش آموزش در عرصه جامعه و مشارکت مردمی و همکاری های بین بخشی در آموزش را در برنامه خود دارد

- سند توانمندی دانش آموختگان پزشکی عمومی که در آن بعنوان یکی از محورهای اصلی توانمندی آمده که پزشک باید بتواند به عنوان عضوی از تیم سلامت راهبردهای مناسب ارتقای سلامت را انتخاب و به کار برد. در همین راستا به توانمندی پزشک در یافتن مشکلات سلامت، تحلیل آنها و یافتن راه حل های عملی برای آن اشاره شده است

با توجه به اهمیت اسناد بالادستی فوق، یادگیری روشهای مربوط به تحلیل و حل مشکل سلامت از ضروریات آموزشی دانشجوی پزشکی می باشد. به همین منظور برآن شدیم که در گروه پزشکی اجتماعی و خانواده، با استفاده از شیوه های آموزش در عرصه و آموزش با مردم و برای مردم، مهارت های فوق را در کارورزان پزشکی ایجاد کنیم

## - مرور تجربیات و شواهد خارجی (با ذکر رفرنس):

### ۱- دانشگاه راجستر امریکا:

آموزش مداخلات اجتماع محور بیشتر در قالب طب پیگیری در سال چهارم پزشکی در قالب یک دوره ۴ هفته ای تحت عنوان: Community Health Improvement Clerkship(CHIC) انجام می گیرد که به شکل یک دوره الکتیو به دانشجویان پزشکی ارائه می شود.

هدف از این دوره کسب مهارت دانشجویان در مداخلات مبتنی بر جامعه در راستای حل یک مشکل سلامت است. در این دوره دانشجویان پزشکی مهارت های زیر را کسب می کنند: ارزیابی سلامت، حمایت طلبی، policy change، ارزشیابی برنامه، سازماندهی و جلب مشارکت جامعه. در اجرای این برنامه ابتدا دانشجویان یک دوره ۳ روزه didactic می گذرانند و سپس پروه ها را تدوین می کنند و یا در ادامه پروژه های دانشجویی قبلی کار می کنند. این پروژه ها به آنها می آموزد که چگونه رویکردهای در سطح جامعه بر سلامت در مقیاس وسیع می تواند اثرگذار باشد.

در این تجربه مداخلات بیشتر مربوط به پیشگیری از بیماریها در سطح جامعه بودند، مانند افزایش فعالیت فیزیکی، کاهش مصرف سیگار در بین جوانان، چاقی کودکان، دیابت و سوانح، پروژه های انجام شده توسط دانشجویان بصورت طولی تعریف شده بودند و گروههای دانشجویی پی در پی آنها را دنبال می کردند. یعنی یک گروه تا مرحله ای پیش می رفتند و گروه بعدی آن را ادامه می دادند. پروژه ها بصورت فردی و یا دو نفره ارائه می شدند و بیشتر مربوط به آموزش سلامت بودند. اساتید گروه پزشکی اجتماعی نظارت مستقیم بر اجرای پروژه ها داشتند(۱)

### ۲- دانشگاه میسوری امریکا

در این تجربه، دانشجویان سال اول و دوم پزشکی پس از آموزش های didactic، وارد برنامه مداخلات سلامت جامعه می شدند.

پروژه های مشارکت جامعه، سازمان های دولتی و غیر دولتی NGO ها را نیز در بر می گرفت. تجربه همکاری بین بخشی نیز برای دانشجویان ایجاد می شد.

اما محققین در این تجربه ، بیشتر بر روی موضوع های سلامت خانواده و تغذیه تاکید داشتند و تمرکز بیشتر بر آموزش سلامت و افزایش سواد سلامت جامعه هدف بود. جلساتی با ذینفعان در خصوص نیازهای آموزشی برگزار می شد . انجام این پروژه ها جزو برنامه های اجباری دانشجویان نبود ، بلکه داوطلبی و انتخابی بود. آنچه بیش از همه بعنوان اهداف این طرح مدنظر بود، تاثیر انجام پروژه ها بر دانش و تجربه و دیدگاه دانشجویان در مورد مداخلات مبتنی بر جامعه بود. (۲)

### ۳- دانشگاه استنفورد امریکا

در این دانشگاه نیز دانشجویان پزشکی در سال اول پروژه های مبتنی بر جامعه اجرا می کنند. پس از آموزش تئوری ، دانشجویان پروژه هایی در زمینه آموزش سلامت در جامعه، خدمات سلامت با اهداف حمایت طلبی و پیشنهادی سیاست گذاری انجام می دهند.

پروژه ها بر اساس نیاز جامعه و علاقه دانشجویان تعیین می شوند. بیشتر موضوع ها در حول و حوش پیشگیری از بیماری ها و ارتقای سلامت هستند در هر پروژه باید **Community capacity building**، حمایت طلبی و تغییر در خدمات سلامت مد نظر قرار گیرد.

پروژه ها شامل نیازسنجی ، برنامه ریزی ، اجرا و ارزشیابی بودند. در این تجربه نیز مشارکت مستقیم جامعه و گروههای مردمی کمتر است.(۳)

### ۴- دانشکده پزشکی ژنو- سوئیس

در این دانشگاه نیز دانشجویان پزشکی سال سوم یک ماه در قالب گروههای کوچک، ابعاد مختلف سلامت از جمله بیوسایکوسوسیال و اقتصادی را در یک جامعه بررسی و ارزیابی می کنند. آنها طی مصاحبه با مراجعین به مراکز سلامت و افراد خانواده آنها و پرسنل بهداشتی درمانی و سیاستگذاران و NGO ها مشکلات و ابعاد مختلف آن را بدست می آورند. در آخر ماه هر گروه موضوع پروژه خود را ارائه می دهند. موضوع های این تجربه نیز بیشتر جنبه های مختلف پیشگیری شامل غربالگری، واکسیناسیون، سلامت سالمندان بودند. (۴)

1. McIntosh S. Block R.C. Kaspak G. Pearson T.A. Training Students in Community Health: A Novel Required Fourth-Year Clerkship at the University of Rochester. Acad Med. 2008 April ; 83(4): 357-364. doi:10.1097/ACM.0b013e3181668410.
2. Milford et al. Out of the classroom and into the community: medical students consolidate learning about health literacy through collaboration with Head StartBMC Medical Education (2016) 16:121
3. Chamberlain L.et al. Integrating Collaborative Population Health Projects into a Medical Student Curriculum at Stanford. Academic Medicine, Vol. 83, No. 4 / April 2008
4. Mattig T.et al. Training medical students in health promotion: twenty years of experience at the Faculty of Medicine of the University of Geneva. Health Promot Perspect. 2017;7(4):245-249. doi: 10.15171/hpp.2017.42.

## مرور تجربیات و شواهد داخلی (در این بخش سوابق اجرایی این نوآوری در دانشگاه و کشور به طور کامل ذکر و رفرانس ذکر شود):

مقاله یا مستند چاپ شده ای در مورد تلفیق مداخلات اجتماع محور در آموزش دانشجویان پزشکی بر اساس جستجوی نویسندگان این فرآیند یافت نشد. در بررسی وب سایت های گروههای آموزشی پزشکی اجتماعی در سطح کشور تنها در برنامه ماهانه کارورزی دانشگاه علوم پزشکی ایران یک جلسه ارائه برنامه عملیاتی ثبت شده بود و توضیح بیشتری نیز داده نشده بود. در دانشگاه علوم پزشکی شیراز نیز بر اساس طرح درس های سایت گروه، پروژه های دانشجویان در راستای ارتقای فرآیند بر اساس ابزار FOCUS PDCA می باشد.

## شرح مختصری از فعالیت صورت گرفته را بنویسید (آماده سازی، چگونگی تجزیه و تحلیل موقعیت و تطبیق متدولوژی، اجرا و ارزشیابی را در این بخش بنویسید):

### - آماده سازی:

کارورزی پزشکی اجتماعی یک دوره یک ماهه است که در آن مهارت های مدیریت و رهبری نظام سلامت، پایش خدمات سلامت، مدیریت بیمار در سطح مراقبت های اولیه و تحلیل مشکلات سلامت آموزش داده می شود.

این طرح بیش از ۱۰ سال است که به صورت کارگاهی در گروه پزشکی اجتماعی تدریس می شد. در عرض ۴ سال اخیر از سال ۱۳۹۴ تا کنون، تاکید بیشتر بر اجرای آن در عرصه توسط کارورزان شده است

به منظور آماده سازی کارورزان، یک کارگاه چهار ساعته در گروه پزشکی تشکیل می شود که در آن ابتدا کلیات موضوع توضیح داده می شود. شیوه تدریس در این کارگاه به صورت زیر است.

از آنجاییکه ذهنیت کارورزان پزشکی بیشتر حول مسائلی پزشکی و درمانی است، طرح درس این کارگاه طوری طراحی شده که مراحل مختلف مشکل یابی، تحلیل مشکل و حل مشکل بهداشتی در جامعه با مراحل رویکرد بالینی به بیمار همسان سازی شده است.

مراحل رویکرد حل مشکل بهداشتی	مراحل رویکرد بالینی به بیمار
تشکیل شورای سلامت شامل نمایندگان مردم، کانون سلامت، مدیر مدرسه، شورای روستا، نماینده جهاد، روحانی روستا و کارکنان مرکز سلامت (هریک از اعضا به مثابه یکی از اعضای بدن) و بارش افکار (subjective) بررسی آمارها، پرونده ها، ذیح حیاتی، سامانه سیب و حضور در محیط روستا (Objective) تهیه <i>problem list</i> و اولویت بندی بر اساس معیارهای مشخص	شرح حال و معاینه (شامل یافتن مشکلات به روش <i>Subjective and Objective</i> ) و تهیه <i>problem list</i>
تحلیل مشکل با استفاده از <i>fishbone</i> یا <i>tree diagram</i> . در این مرحله علل مختلف مشکل طبقه بندی و مشخص می شوند. این مرحله نیز با استفاده از بارش افکار و بررسی مستندات و شاید انجام یک پژوهش موردی انجام گیرد	تشخیص افتراقی (یعنی به دنبال علت بیماری بودن با بررسی علل مختلف آن و رسیدن به علت اصلی) <i>Differential diagnosis</i>

اولویت بندی علل بر اساس معیارهایی مانند، قابلیت مداخله، هزینه اثربخشی، تاثیر بر پیامد، اهمیت و ضرورت. که بعد از اولویت بندی یک علت بعنوان علت مشکل بدست میاید.	تشخیص <i>diagnosis</i>
تهیه برنامه عملیاتی که مانند دستور درمانی مشخص می کند که چه مداخله ای توسط چه کسی در چه زمانی و به چه شکل باید انجام شود	درمان و دستورات درمانی <i>Treatment plan</i>
پایش و ارزشیابی ( پایش در حین انجام مداخله شامل پایش فعالیت ها و تهیه شاخص برای آنها و ارزشیابی در هر مرحله از برونداد یا پیامد)	<i>Follow up</i>

پس از ارائه توضیحات فوق ، کاربرگ هایی به کارورزان داده می شود و به گروههای ۴-۵ نفره تقسیم می شوند. سپس موضوعی که کارورزان می توانند *stakeholder* آن باشند انتخاب میشود( مثلا مشکلات آموزشی دوران کارورزی) و مراحل فوق از بارش افکار و مراحل تهیه لیست مشکلات و اولویت بندی و تحلیل مشکل و تهیه *fishbone* و جدول برنامه عملیاتی در کار گروهی تمرین می شود. در پایان فرم ها و برگه هایی که کارورزان در پورتفولیوی خود در عرصه باید تکمیل کنند به آنها توضیح داده می شود. در این جلسه آماده سازی، کارورزان با نحوه کار بطور سمبولیک با مثالهای مربوط به حیطه کاری خودشان آشنا می شوند.

### چگونگی تجزیه و تحلیل موقعیت و تطبیق متدولوژی و اجرا:

متدولوژی مورد استفاده، آموزش در عرصه و آموزش در جامعه است. همان گونه که در مرور تجربیات خارجی آورده شده است. حضور دانشجویان در عرصه های جامعه و آموزش در عرصه ، یکی از روشهای یاددهی یادگیری است که در گروههای پزشکی اجتماعی و خانواده به آن پرداخته می شود. این شیوه آموزش، ترکیبی از آموزش تئوری و کارگاهی و حضور در جامعه با حضور کارشناسان و اساتید جهت آشناسازی دانشجویان با محیط جامعه و سپس انجام پروژه در راستای اهداف تعیین شده با همکاری کارکنان سیستم بهداشتی، سایر سازمان ها و مردم میباشد.

متدولوژی این مطالعه بر همین اساس تطبیق داده شد. ابتدا کارگاه آماده سازی تشکیل شد. سپس کارورزان به گروههای ۳-۴ نفره تقسیم شدند و عرصه آموزشی آنها( روستا) مشخص شد. ابتدا با حضور کارشناس آموزشی یا اتند بخش در روستای مورد نظر حضور می یابند و با پزشک و کارکنان بهداشتی، اعضای کانون سلامت آشنا می شوند. سپس با کمک پزشک مرکز اعضای کانون سلامت و هیئت امنای سلامت را شناسایی و جلسه ای با آنها برگزار می کنند. در این جلسه مشکلات سلامت بررسی می شوند و لیست مشکلات سلامت روستا تهیه می شود.

پس از این جلسه کارورزان به مدت دو روز پرونده ها ، مستندات و آمار موجود را به منظور یافتن مشکلات سلامت بررسی می کنند و لیست کامل شده ای از مشکلات سلامت منطقه تهیه می کنند.

پس از تهیه لیست مشکلات ، جلسه ای با اعضای فوق تشکیل می شود. در این جلسه با مشارکت نمایندگان مردم و سایر ذینفعان مشکلات اولویت بندی می شوند و مشکل اولویت دار تحلیل می شود.

تاکید گروه پزشکی اجتماعی بر این است که جلسات مذکور توسط کارورزان هدایت شود. در برخی موارد پزشک مرکز یا بهورز یا کارشناس آموزش سلامت نیز در هدایت جلسه همکاری می کنند.

پس از تعیین علت اولویت دار با ترسیم *fish bone* و اولویت بندی علل و مداخلات، مداخله اولویت دار تعیین می شود و با همراهی اعضای مذکور ، جدول برنامه عملیاتی تهیه می گردد.

از آنجاییکه فرصت کافی برای اجرای مداخلات وجود ندارد، لذا آنچه از کارورزان مورد انتظار است تا همین حد می باشد

این روند در هر شش ماه یکبار در روستاهای منتخب توسط گروههای کارورزی انجام می شود و چون تعداد روستاهای تحت پوشش برنامه آموزشی گروه قابل توجه می باشد، تمام گروهها می توانند این مراحل را یک بار طی کنند.

## - ارزشیابی:

ارزشیابی این فرآیند بر اساس میزان نیل به اهداف تعیین شده انجام می شود. هرماه در پایان دوره کارورزی، پورتفولیوی کارورزان مورد بررسی کارشناسان و اساتید قرار می گیرد و به آنان در مورد فعالیت هایشان فیدبک داده می شود.

ارزشیابی این فرآیند که بخشی از پورتفولیوی کارورزان می باشد به شرح زیر است :

- ۱- حضور کارشناسان آموزشی در جلسات برگزار شده توسط کارورزان و ارزیابی آنها بر اساس معیارهای زیر:
  - مشارکت دادن نمایندگان مردمی در بحث
  - توضیح در مورد مفهوم سلامت و مشکلات سلامت و تعیین گره های آن
  - اجرای صحیح بارش افکار
  - توضیح و اجرای صحیح اولویت بندی
  - اداره جلسه
- ۲- مطالعه گزارش پروژه توسط مجری طرح و تخصیص نمره به آن
- ۳- ارائه پروژه در یک جلسه توسط گروههای منتخب و بیان تجربیات و بازاندیشی در مورد اجرای پروژه

میانگین نمره گروههای اینترنتی که طی دو سال اخیر در این طرح شرکت کرده بودند ۱۷ از ۲۰ بود و ۷۸ درصد اینترنت ها در نظر سنجی های انجام شده، این برنامه آموزشی را مفید و آموزنده دانستند و جزو برنامه هایی بود که بیشترین رضایت را از آن داشتند.

در گزارش های ارائه شده، تمام گروه ها، تیم سلامت را با حضور پزشک و بهورز و کارشناسان و نمایندگان مردمی تشکیل دادند. گروه هایی که نمایندگان مردمی را دخیل نکرده بودند، د طول دوره قبل از اتمام پروژه فیدبک دریافت کردند.

لیست مشکلات با استفاده از بارش افکار توسط تمام گروهها تعیین شد. برخی از گروه ها علاوه بر بارش افکار به بررسی داده های سلامت روستا از روی ذیح حیاتی و آمارهای سامانه پرداختند که نمره بیشتری گرفتند

اولویت بندی مشکلات با استفاده از روش امتیاز دهی بر اساس معیار های از پیش تعیین شده انجام شد و بر اساس دادههای موجود و نظر اعضای تیم بود.

در تمام گروه ها نمودار *Fishbone* تهیه شد که برخی گروه ها بسط بیشتری به نمودار داده بودند و ابعاد بیشتری را برای علل مشکل بررسی کرده بودند .

در نهایت مداخله اولویت دار توسط تمام گروه ها با استفاده از روش اولویت بندی تهیه شد.



تمام گروهها جدول برنامه عملیاتی را تکمیل کردند ولی شاخص های ارزشیابی برنامه و پایش آن بطور ناقص در بیشتر گروهها پیشنهاد شده بود که به نظر می رسد باید این قسمت در کارگاههای آموزشی بیش از بقیه بحث شود.

اهداف این طرح به قرار زیر بود:

- مشکلات سلامت یک منطقه روستایی را با مشارکت مردم و ذینفعان با استفاده از روشهای عینی و بارش افکار لیست کنند
- مشکلات سلامت یک منطقه روستایی را با مشارکت مردم و ذینفعان با استفاده از شیوه های علمی، اولویت بندی کنند
- مشکل سلامت اولویت دار را با مشارکت مردم و ذینفعان با استفاده از نمودار درختی و ایشیکاوا تحلیل کنند
- راه حل های رفع مشکل سلامت منطقه را با مشارکت مردم و ذینفعان اولویت بندی نمایند
- برنامه عملیاتی حل مشکل را با مشارکت مردم و ذینفعان تهیه کنند

بر اساس ارزشیابی انجام شده و نمونه گزارش های پیوستی، ملاحظه می گردد که طی حدود ۲ سال از اجرای طرح، اهداف فوق حاصل شده است و این برنامه بعنوان یکی از مباحث اصلی آموزش اینترنتی در گروه آموزش داده می شود.

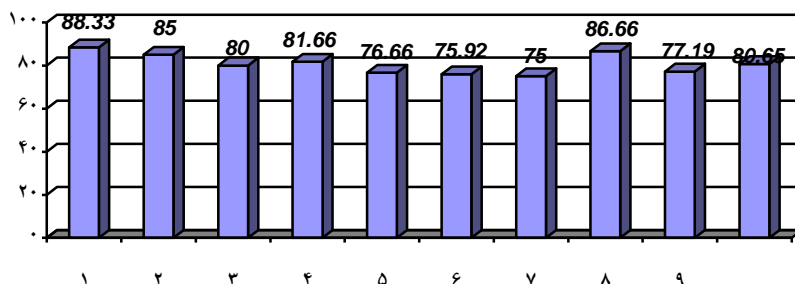
**شیوه های تعامل با محیط که در آن فعالیت نوآوران به محیط معرفی شده و یا مورد نقد قرار گرفته را ذکر کنید.**

- قرار دادن فرم های طراحی و اجرای پروژه ها در سایت گروه برای آشنایی سایر گروهها و دانشگاهها
- بازدید اعضای هیئت علمی گروه پزشکی اجتماعی زنجان، سمنان، ارومیه و اردبیل و زابل از برنامه
- ارسال خلاصه مقاله گزارش طرح به AMEA ۲۰۱۹

**نتایج حاصل از این فعالیت و این که فعالیت ارائه شده چگونه موفق شده است به اهداف خود دست یابد را بنویسید.**

**سطح نوآوری:** در سطح کشور برای اولین بار صورت گرفته است. ( همکاری با کانون های سلامت و هیئت امنای سلامت )

## نتیجه ارزشیابی برگزاری دوازدهمین جشنواره آموزشی شهید مطهری



- ۱- مکان برگزاری جشنواره
- ۲- زمان اختصاص یافته برای برگزاری جشنواره
- ۳- نحوه اجرای برنامه جشنواره
- ۴- اطلاع رسانی جشنواره
- ۵- محتوای برنامه های ارائه شده
- ۶- نحوه داوری و انتخاب فرآیندهای برتر
- ۷- نوع تقدیر و جوایز جشنواره
- ۸- نحوه همکاری و برخورد مجریان جشنواره
- ۹- کیفیت پذیرایی جشنواره

### نقاط قوت:

- ۱- هماهنگی خوب و حرفه ای طراحی شده بودند.
- ۲- محتوای سخنرانیهای ریاست و معاون آموزشی دانشگاه بسیار خوب بود.
- ۳- تقدیر و تشکر از زحمات تمام همکاران
- ۴- جشنواره در حد شایسته و خوب بود.

### نقاط ضعف:

- ۱- داوری فرآیندها بایاس داشت
- ۲- مدت زمان سخنرانی ها طولانی بود

### پیشنهادات:

- ۱- در صورت امکان فرآیندهای برتر در حین جشنواره توسط مجریان ارائه گردد تا سایر اساتید در جریان موضوع قرار گیرند.

میانگین نهایی ارزشیابی دوازدهمین جشنواره آموزشی شهید مطهری  $80/65 \pm 12/48$  بدست آمد که در حد عالی می باشد.

## تصاویری از غرفه کلان منطقه آمایشی دو در همایش کشوری

بازدید وزیر بهداشت از غرفه



برگزاری مسابقه



## نگاه کوتاهی بر جشنواره آموزشی شهید مطهری (بخش دانشجویی)

ناصر طالبی - رابط دانشجویی دوازدهمین جشنواره آموزشی شهید مطهری

- بیستمین همایش کشوری آموزش پزشکی
- دوازدهمین جشنواره آموزش شهید مطهری
- اولین جشنواره ایده های نوآورانه
- آماده سازی محصولات غرفه در کلان منطقه ۲ و تشکیلات جلسات کاری برای آن

شروع فعالیت ها: از ابتدای اسفند ۹۷

شروع روند تبلیغات برای همایش ایده های نوآورانه تهران در فضای مجازی

۱. ارائه اطلاعیه ای در رابطه با جذب اعضای دانشجویی برای تشکیل تیم های پژوهشی و آموزشی
۲. شرکت در وبینار دکتر میرزازاده (ریاست EDC های وزارت بهداشت) و ارائه توضیحاتی در رابطه با نحوه نگارش ایده
۳. ارائه اطلاعیه هایی در رابطه با نحوه ثبت نام در همایش و ارائه ایده برای همایش
۴. تشکیل اولین جلسه بخش دانشجویی برای همایش ایده های نوآورانه
۵. تشکیل دومین جلسه برای همایش ایده های نوآورانه با حضور تعدادی (۱۴ نفر) از دانشجویان رشته های مختلف دانشگاه علوم پزشکی تبریز
۶. تشکیل سومین جلسه همایش ایده های نوآورانه با هدف کمک به نگارش ایده های آماده دانشجویان (۳۴ نفر)
۷. ارائه فایل راهنمای جامع نگارش ایده های نوآورانه در شبکه های اجتماعی برای دانشجویان علاقه مند
۸. تشکیل چهارمین جلسه دانشجویی جشنواره در دانشگاه علوم پزشکی تبریز با حضور علاقه مندان و دانشجویان بعد از تمدید یک روز مهلت همایش
۹. ارائه اطلاعیه ای مبنی بر جذب دانشجویان علاقه مند در جشنواره آموزشی شهید مطهری و جمع آوری فعالیت های آموزشی دانشجویان در راستای تشکیل غرفه کلان منطقه ۲ در بیستمین آموزش آموزش پزشکی تهران در ابتدای سال ۹۸

۱۰. تشکیل تیم و هسته ی اصلی دانشجویان علاقه مند برای جمع آوری آثار و اطلاع رسانی های مربوط به جشنواره آموزش شهید مطهری در تبریز (از هر دانشکده ۲ نماینده اصلی)
۱۱. تشکیل گروه هایی در شبکه های اجتماعی با تمام اعضای داوطلب دانشجو
۱۲. تشکیل اولین جلسه حضوری بعد از عید دانشجویان داوطلب از دانشکده های مختلف برای ارائه طرحی در زمینه جمع آوری آثار در EDC ( دبیرخانه دائمی جشنواره )
۱۳. ارائه صورت جلسه و طرح برنامه اولین جلسه در شبکه های اجتماعی برای نمایندگان دانشکده های مختلف
۱۴. پیگیری و دریافت نظرات و پیشنهادات دانشجویان داوطلب نسبت به برنامه پیش روی بخش دانشجویی در جمع آوری آثار و نحوه اطلاع رسانی
۱۵. تشکیل دومین جلسه گروه دانشجویی با بیان موضوعاتی چون
- a. چه اثری مورد نیاز است؟
- b. شناخت استعداد های دانشجویان و استفاده از آن در راستای اولویت های جشنواره و غرفه
۱۶. تشکیل دومین جلسه گروه دانشجویی با مسئولین جشنواره آموزشی شهید مطهری و مسئولین ذیربط غرفه کلان منطقه ۲ در محل دبیرخانه دائمی جشنواره
۱۷. استفاده از ظرفیت های فرهنگی و هنری موجود در امور فرهنگی دانشگاه علوم پزشکی تبریز و دعوت از دانشجویان مسئول در بخش نشریات
۱۸. ایجاد یک مسیر ارتباطی بین مسئولین اصلی غرفه با دانشجویان جهت تسهیل در روند ارتباط بین دانشجویان با دبیرخانه دائمی جشنواره
۱۹. طراحی پوسترهایی در قالب فراخوان جمع آوری آثار دانشجویان
۲۰. برگزاری جلسه با دبیر کمیته علمی در خصوص جشنواره آموزشی شهید مطهری و دبیرخانه دائمی آموزش پاسخگو
۲۱. برگزاری جلسه با دبیر کمیته علمی در خصوص طراحی اپلیکیشن و نشریه
۲۲. تعامل با امور فرهنگی دانشگاه و استفاده از امکانات آنها برای برگزاری بهتر جشنواره در استفاده از آثار دانشجویی آنها در غرفه

## **تشکیل اولین جلسه بخش دانشجویی برای همایش ایده های نوآورانه**

اولین جلسه هسته ی اصلی دانشجویی همایش در تبریز با حضور جمعی از دانشجویان رشته های علوم پزشکی تشکیل شد.

در این جلسه مسئول دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی تبریز در همایش کشوری ایده های نوآورانه به شرح وظایف دانشجویان در قبال سیستم آموزش پزشکی کشور و تبیین برنامه ها و رخدادهای همایش پیش رو پرداخت و دانشجویان را با ساختار و چارچوب های همایش آشنا کرد.

وی در ارائه مراحل نگارش ایده را بیان کرد و قسمت های مختلف آن را توضیح داد و فایل اصلی گایدلاین های نمایشی آشنایی با برخی مشکلات آموزشی و اطمینان دادن از صحت و درستی کاری که در حال انجام است از دیگر موارد مطرح شده در جلسه بود.

در پایان جلسه به سوالات و ابهامات دانشجویان در خصوص همایش و جشنواره پاسخ داده شد.

**تشکیل دومین جلسه برای همایش ایده های نوآورانه با حضور تعدادی از دانشجویان رشته های مختلف دانشگاه علوم پزشکی تبریز و مراغه در این جلسه که با حضور دانشجویانی از تمام رشته های دانشگاه علوم پزشکی تبریز و مراغه در دانشکده علوم توانبخشی دانشگاه برگزار شد.** دانشجویان به بیان و توصیف ایده های خود پرداختند.

همچنین در این جلسه توضیحاتی درباره همایش آموزش پزشکی و جشنواره ایده های نوآورانه داده شد و تا با پایان جلسه ایده های دانشجویان مورد نقد و بررسی قرار گرفت.

## **تشکیل سومین جلسه همایش ایده های نوآورانه با هدف کمک به نگارش ایده های آماده دانشجویان**

در این جلسه که با حضور دانشجویان صاحب ایده دانشگاه علوم پزشکی تبریز در دانشکده توانبخشی برگزار شد، مشکلات دانشجویان در نوشتن ایده های خود مورد بررسی قرار گرفت و راهنمایی های لازم برای رفع آن مشکلات به آنها داده شد.

## تشکیل چهارمین جلسه دانشجویی جشنواره در دانشگاه علوم پزشکی تبریز با حضور علاقمندان و دانشجویان بعد از تمدید یک روزه مهلت همایش

بعد از تمدید یک روزه مهلت همایش، جلسه ای با حضور دانشجویان شرکت کننده در جشنواره آینده های نوآورانه برگزار شد و طی آن آخرین تغییرات لازم در ایده های دانشجویی انجام شد.

## تشکیل اولین جلسه حضوری دانشجویان داوطلب از دانشکده های مختلف برای ارائه طرحی در زمینه جمع آوری آثار

در این جلسه که در محل دبیرخانه دائمی جشنواره واقع در مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی برگزار شد موارد زیر مطرح گردید:

۱- در گام نخست به نمایندگان هر دانشکده تاکید شد که اطلاع رسانی دقیق و دعوت به همکاری در گروه های دانشجویی و اعضای ذیربط دانشکده را انجام دهند و افراد مناسبی را در جهت مشارکت هرچه بیشترشان برای ایده پردازی در جشنواره شهید مطهری تبریز در سال های آتی و نیز غرفه تهران آگاهی دهند و به سرانجام برسانند.

۲- طراحی ایده های بکر آموزش پزشکی تا ۲ اردیبهشت و شرکت در کارگاه های جشنواره آموزشی شهید مطهری جهت یادگیری نحوه قالب بندی و پردازش ایده ها

۳- تهیه مطالب ذکر شده در حیطه آموزش پزشکی و مسائل و مشکلات پیرامون آن در راستای محورهای همایش در قالب پوستر، طرح های گرافیکی و ... جهت ارائه در غرفه کلان منطقه ۲ در همایش تهران

۴- استخراج مطالب به روز حیطه آموزش پزشکی از منابع معتبر دنیا جهت استفاده کاربردی در طراحی غرفه و نیز مطالبی که بتوان آنها را ترجمه کرد با عضو این مرتبط با آموزش پزشکی

۵- طراحی تم متناسب برای غرفه و تجدید قالب پوسترها در صورت داشتن مهارت لازم



## تشکیل دومین جلسه گروه دانشجویی با موضوع آثار مورد نیاز و شناخت استعداد های دانشجویان و استفاده از آن در راستای اولویت های جشنواره و غرفه

در این جلسه که با حضور تعدادی از دانشجویان در دانشکده توانبخشی برگزار شد، مقرر شد که از هر دانشکده به یک الی دو نفر ابلاغ داده شود که این افراد باید دانشجویان را برای کارگاههایی که در ۴ و ۵ اردیبهشت برگزار می شود ثبت نام کنند. این کارگاه ها به دو منظور برگزار می شود:

۱- برای غرفه ای که در تهران برپا می شود اثر ارائه کنند

۲- برای همایش سال آینده ایده ارائه دهند.

از دیگر وظایف این دانشجویان تبلیغ حضوری و مجازی برای ارائه اثر می باشد که در تبلیغ مجازی، استفاده درست و بهینه از فضای شبکه های مجازی بسیار مفید است که از اقدامات لازم میتوان به موارد زیر اشاره کرد:

الف) طراحی و ساخت اپلیکیشن

ب) طراحی دوزبانه برای بین المللی دیده شدن غرفه کلان منطقه ۲

ج) تولید و طراحی روزنامه دیواری

د) ساخت مولاژ

ه) اخلاق در آموزش پزشکی و تاثیر محیط بر آموزش

و) بومی سازی آموزش

تشکیل سومین جلسه گروه دانشجویی و دومین جلسه گروه اجرایی با مسئولین اجرایی جشنواره آموزشی شهید مطهری تهران و مسئولین ذیربط غرفه کلان منطقه ۲ در محل دبیرخانه دائمی جشنواره

در جلسه ای که امروز در سالن کنفرانس مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی دانشگاه برگزار شد، از نسخه آزمایشی اپلیکیشن که برای جشنواره آماده شده است رونمایی شد.

همچنین مقرر شد که از طریق نمایندگان سایر بخشهای کلان منطقه ۲، آثار دانشجویان در اپلیکیشن رونمایی و بارگذاری شود (تیزرها نیز مقرر شد بارگذاری شوند).