

بررسی کیفیت آموزش درمانگاهی از دیدگاه اساتید و دانشجویان دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۱۳۸۵

قاسمعلی خراسانی (M.D.)⁺ میترا محمودی (Ph.D.)^{**} کوروش وحیدشاهی (M.D.)^{***}
لیلا شهبازنژاد (M.D.)^{****} محمد غفاری چراتی (M.D.)^{****}

چکیده

سابقه و هدف: آموزش طب سرپایی از مهم‌ترین بخش‌های آموزش پزشکی بوده و به خاطر ارتباط عمیق آن با آینده کاری پزشک، امروزه مورد توجه ویژه قرار گرفته و مطالعات مختلفی برای بررسی کیفیت و طراحی راهکارهای ارتقاء آن صورت می‌گیرد، کشور ما در زمینه مطالعات جامع در این زمینه با نقص روبروست. هدف از انجام این مطالعه بررسی کیفیت آموزش درمانگاهی از دیدگاه اساتید و دانشجویان دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مازندران بوده است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه به روش توصیفی و مقطعی انجام گردید: جامعه مورد مطالعه دانشجویان و دستیاران رده‌های بالینی و اعضای هیأت علمی بالینی بودند که به شیوه نمونه‌گیری آسان مبتنی بر دسترس وارد مطالعه شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه‌های حاوی ۲۲ سؤال در مورد متغیرهای زمینه‌ای و آموزشی و دیدگاه پاسخ‌دهندگان در مورد شرایط محیطی، فعالیت مستقل و نظارت اساتید و آموزش خاص درمانگاهی بود. روایی پرسشنامه به شیوه تأیید روایی محتوا (content validity) توسط مشاوره با صاحب نظران و پایایی آن با آزمون مجدد ($r = 0/85$) کنترل گردید پس از جمع‌آوری اطلاعات، آنالیز در نرم افزار Spss13 با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های مجذور کا و t انجام پذیرفت.

یافته‌ها: ضریب بازگشت ۷۰ درصد بود. میانگین سنی ۳۶ استاد شرکت کننده در مطالعه $43/6 \pm 8/7$ سال و میانگین سنی ۱۴۴ دانشجوی شرکت کننده در مطالعه $25 \pm 3/6$ سال بود. دیدگاه اکثر دانشجویان (۸۸/۳ درصد) نسبت به کیفیت موجود آموزش درمانگاهی منفی بود در صورتی که دیدگاه بیش تر اساتید (۶۶/۷ درصد) به کیفیت موجود مثبت بود. دیدگاه فراگیران رده‌های پایین تر، منفی تر بود. تفاوت معنی داری بین بخش‌های مختلف در دیدگاه کلی نسبت به آموزش درمانگاهی وجود نداشت. دیدگاه اساتید و دانشجویان در مورد مناسب نبودن وضعیت فیزیکی درمانگاه همخوانی داشت، اما در مورد امکان انجام فعالیت‌های مستقل فراگیران ($p = 0/00$)، آموزش نسخه‌نویسی ($p = 0/00$) مدیریت درمانگاه ($p = 0/004$) و نظارت و اصلاح اساتید ($p = 0/00$) تفاوت نظر معنی دار وجود داشت چنانکه فراگیران تمامی موارد فوق را در حد کم و خیلی کم بیان نمودند که متفاوت با نظر اساتید بود.

استنتاج: دیدگاه کلی در مورد وضعیت موجود آموزش درمانگاهی (به ویژه دیدگاه فراگیران) منفی بوده و عوامل مهم تر منفی شدن این دیدگاه، امکان کم فعالیت مستقل، عدم نظارت فعال اساتید، عدم آموزش نسخه‌نویسی و آموزش تشخیص‌های افتراقی و فضای فیزیکی نامطلوب می‌باشد.

واژه های کلیدی: آموزش درمانگاهی، اساتید، دانشجویان، دیدگاه

این تحقیق طی شماره ۶۲-۸۵ در شورای پژوهشی دانشگاه ثبت شده و با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی مازندران انجام شده است.

* فوق تخصص جراحی ترمیمی، عضو هیأت علمی (استادیار) دانشگاه علوم پزشکی مازندران
** متخصص فارماکولوژیست، عضو هیأت علمی (دانشیار) دانشگاه علوم پزشکی مازندران
*** پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران
**** تاریخ دریافت: ۸۶/۱/۲۸ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۸۶/۲/۲۶ تاریخ تصویب: ۸۶/۴/۱۲

مقدمه

باید در هر دانشگاه با توجه به شرایط خاص آن مورد تحلیل و بررسی قرار گرفته و عملی‌ترین مداخلات جهت بهبود آن طراحی و اجرا گردد، تا دانش‌آموختگان در این زمینه مهم کاری خود در آینده از کفایت لازم برخوردار باشند. از این رو در این مطالعه وضعیت آموزش درمانگاهی در دانشگاه علوم پزشکی مازندران از دیدگاه اساتید و دانشجویان مورد بررسی قرار گرفت.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه که به صورت توصیفی مقطعی انجام شده است، جامعه مورد مطالعه شامل اساتید، دستیاران، کارورزان، و کارآموزان دانشگاه علوم پزشکی مازندران بوده که با روش نمونه‌گیری آسان مبتنی بر دسترس وارد مطالعه شدند.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه‌ای خودایفا بود که شامل ۲۷ سوال در مورد متغیرهای دموگرافیک (سن، جنس، گروه آموزشی، مقطع تحصیلی، درجه علمی اساتید) و متغیرهای آموزشی شرکت‌کنندگان در مطالعه و همچنین ویژگی‌های آموزش درمانگاهی فعلی که شامل شرایط فیزیکی، کیفیت، تعداد و تنوع بیماران، امکان دسترسی به منابع علمی، کیفیت تعداد فراگیران، فعالیت مستقل فراگیران در اخذ شرح حال، معاینات و تجویز دارو، کیفیت فعالیت آموزشی اساتید (تصحیح شرح حال و معاینه فراگیران، بحث نظام مند در تشخیص‌های افتراقی و آموزش نسخه‌نویسی) و میزان علاقه آنان به آموزش درمانگاهی بود. هر متغیر با استفاده از معیار لیکرت ۵ گزینه‌ای مورد بررسی قرار گرفت و به بهترین شرایط امتیاز ۵ و بدترین حالت امتیاز ۱ داده شد. فراوانی هر گزینه جهت بررسی وضعیت تک تک سوالات و امتیاز کلی پرسشنامه برای بررسی

امروزه آموزش پزشکی به دلیل تأمین نیروهای گرداننده نظام سلامت جامعه مورد توجه ویژه قرار گرفته و مطرح شدن نگره‌های نوین در زمینه تئوری‌های آموزشی طی سالیان اخیر موجب ایجاد رویکردهای جدید در زمینه آموزش پزشکی شده و توجه ویژه‌ای را به ارتقاء کیفیت مستمر در سیستم‌های آموزشی معطوف نموده است. بر اساس یکی از مهم‌ترین رویکردهای موجود (آموزش مبتنی بر دستاورد) هر سیستم آموزش عالی باید دانشجویان را بر اساس نیازهای آینده کاری آنان و دستاوردهای حضور دانش‌آموختگان در جامعه تربیت نماید (۱). در مورد آموزش پزشکی، آنچه در رویکرد سنتی به عنوان محیط غالب آموزش بالینی شناخته می‌شود، آموزش بیمارستانی (در بخش‌های بستری) بوده و عمده برنامه‌های آموزشی در این موقعیت برنامه‌ریزی و اجرا می‌گردد، در صورتی که آنچه در محیط کاری آینده پزشکان عمومی به طور عمده مطرح می‌باشد بیماران سرپایی درمانگاهی است که نه تنها از نظر نوع بیماری‌ها بلکه از نظر زمان کوتاه موجود برای ایجاد ارتباط مؤثر، گرفتن اطلاعات و انجام معاینه و مرور تشخیص‌های افتراقی و همچنین درمان سرپایی و نسخه‌نویسی با بخش‌های بستری دارای تفاوت اساسی بوده و در نتیجه امروزه توجه به آموزش طب سرپایی و درمانگاهی مورد توجه قرار گرفته و شواهد فراوان از نقش آن در بهینه نمودن عملکرد آینده پزشکان عمومی و بررسی مشکلات آن در دنیا وجود دارد (۲).

در این زمینه گرچه در کشور ما مطالعات جامع و در برگیرنده جوانب مختلف آموزش سرپایی و طب درمانگاهی صورت نگرفته است اما تجربیات موجود و برخی مطالعات انجام یافته حاکی از عدم کفایت و نارسایی این حیطه مهم آموزش پزشکی می‌باشد (۳، ۴) که علل و زمینه‌های متفاوتی برای آن قابل تصور است که

از گروه‌های آموزشی ۱۳ گانه بالینی بیش‌ترین تعداد شرکت‌کننده اعم از عضو هیات علمی و دانشجو گروه داخلی (۴۱ نفر) و کم‌ترین آن مربوط به گروه عفونی (۳ نفر) بودند.

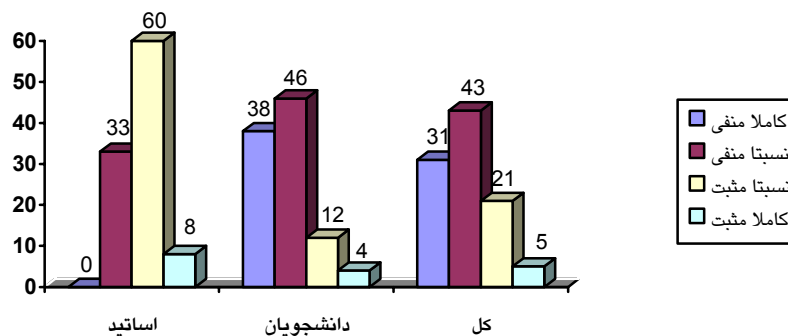
از نظر توزیع جنس، ۸۵ نفر (۶۰ درصد) از دانشجویان و ۱۲ نفر (۳۲ درصد) از اساتید زن بودند. میانگین سن اساتید $۸/۷ \pm ۴۳/۶$ سال و دانشجویان $۳/۶ \pm ۲۵$ سال بوده است. سابقه تدریس اساتید ۲ تا ۳۰ سال با میانگین $۷/۳ \pm ۱۰/۶$ سال بوده است.

نتایج بررسی دیدگاه کلی پاسخ دهندگان نسبت به وضعیت موجود آموزش درمانگاهی و همچنین دیدگاه به تفکیک استادان و دانشجویان در جدول شماره ۱ و نمودار شماره ۱ آورده شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود دیدگاه بیش‌تر پاسخ دهندگان (۷۳/۵ درصد) نسبت به وضعیت موجود آموزشی درمانگاهی کاملاً یا نسبتاً منفی بوده و بین نظر اساتید و دانشجویان اختلاف کاملاً معناداری ($p=۰/۰۰۰$) مشاهده می‌شود. درحالی‌که اکثر (۸۸ درصد) دانشجویان نسبت به وضع موجود آموزشی درمانگاهی دیدگاه کاملاً یا نسبتاً منفی داشتند بیش‌تر اساتید (۶۷ درصد) نسبت به وضع موجود آموزش درمانگاهی دیدگاه کاملاً مثبت داشتند.

همبستگی کلی متغیرها محاسبه و آنالیز شدند. نظرات شرکت‌کنندگان در مطالعه براساس مقطع تحصیلی فراگیران، گروه‌های آموزشی و به تفکیک اساتید و دانشجویان مورد مقایسه قرار گرفتند. روایی پرسشنامه با روش تأیید روایی محتوا (Content validity) توسط مشاوره با صاحب نظران و پایایی آن با روش test-retest با $r=۰/۸۵$ تأیید شد. پرسشنامه بدون نام بوده و افراد در صورت تمایل در مطالعه شرکت می‌کردند. داده‌ها وارد نرم‌افزار spss 13 شده و با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی و همچنین آزمون‌های آماری مجذور کا، t و ANOVA مورد بررسی قرار گرفت. مقادیر P کم‌تر از ۰/۰۵ معنادار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

پرسشنامه در اختیار ۵۱ عضو هیات علمی و ۲۰۵ دانشجو قرار گرفت که ۱۸۰ پرسشنامه بازگردانیده شدند (میزان بازگشت ۷۰ درصد). از ۳۶ استاد شرکت‌کننده در مطالعه ۳۴ نفر (۹۴ درصد) استادیار و ۲ نفر (۶ درصد) دانشیار بودند (۲۱ متخصص و ۱۵ فوق تخصص). از ۱۴۴ دانشجو، ۳۱ نفر (۲۱/۵ درصد) دستیار، (۳۴ درصد) ۴۹ نفر کارورز، (۴۴/۴ درصد) ۶۴ نفر کارآموز بودند.



نمودار شماره ۱: دیدگاه شرکت‌کنندگان نسبت به وضعیت موجود آموزش درمانگاهی دانشگاه علوم پزشکی مازندران ۱۳۸۵

جدول شماره ۱: دیدگاه اساتید و دانشجویان در مورد وضعیت موجود آموزش درمانگاهی در بخش های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران ، فراوانی (درصد) پاسخ ها براساس نوع گزینه

| متغیر مورد بررسی | فراوانی (درصد) | فراوانی (درصد) | فراوانی (درصد) | فراوانی (درصد) | فراوانی (درصد) |
|---|------------------------|---------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------|
| مشخص بودن اهداف آموزشی درمانگاه | بلی ۱۰۸ (۵۹/۷) | خیر ۷۳ (۴۰/۳) | | | |
| امکان دسترسی به منابع علمی درمانگاه | مجله ۵ (۲/۷) | اینترنت ۱۵ (۸/۲) | کتاب مرجع ۱۵ (۸/۲) | چند منبع ۹ (۴/۹) | هیچکدام ۱۵۱ (۸۳) |
| دیدگاه در مورد تعداد کارآموزان هر درمانگاه | خیلی زیاد ۱۱ (۶/۳) | زیاد ۳۸ (۲۱/۶) | مناسب ۹۸ (۵۵/۴) | کم ۱۷ (۹/۷) | خیلی کم ۱۲ (۶/۸) |
| دیدگاه در مورد تعداد کارورزان هر درمانگاه | خیلی زیاد ۷ (۴) | زیاد ۱۹ (۱۰/۷) | مناسب ۱۰۷ (۶۰/۵) | کم ۳۳ (۱۸/۶) | خیلی کم ۱۱ (۶/۲) |
| شرایط درمانگاه (وسعت مکان، نور، صندلی، تهویه) | بسیار مناسب ۴ (۲/۲) | مناسب ۲۴ (۱۳/۲) | معمولی ۶۳ (۳۴/۵) | نا مناسب ۵۹ (۳۲/۴) | بسیار مناسب ۲۲ (۱۱/۶) |
| تعداد بیماران مراجعه کننده به درمانگاه | خیلی زیاد ۳۴ (۱۸/۷) | زیاد ۷۱ (۳۹) | متوسط ۶۶ (۳۶/۳) | کم ۱۰ (۵/۵) | خیلی کم ۱ (۵) |
| تنوع بیماران مراجعه کننده به درمانگاه | ۷ (۳/۷) | ۳۶ (۱۹/۱) | ۹۹ (۵۴/۴) | ۳۷ (۲۰/۳) | ۳ (۱/۶) |
| امکان ویزیت مستقل و اخذ شرح حال برای فراگیران | ۱۳ (۷/۳) | ۴۵ (۲۵/۳) | ۶۱ (۳۴/۳) | ۴۴ (۲۴/۷) | ۱۵ (۸/۴) |
| امکان تجویز دارو و درمان به صورت مستقل برای فراگیران | ۵ (۱/۸) | ۱۶ (۸/۹) | ۴۱ (۲۲/۸) | ۵۰ (۲۷/۸) | ۶۸ (۳۷/۸) |
| امکان پیگیری بیماران در درمانگاه برای فراگیران | ۶ (۳/۴) | ۱۶ (۸/۹) | ۴۶ (۲۵/۷) | ۶۰ (۳۳/۵) | ۵۱ (۲۸/۵) |
| امکان مشاهده استاد حین معاینه و درمان بیماران برای فراگیران | ۲۵ (۱۳/۹) | ۵۰ (۲۷/۸) | ۶۵ (۳۶/۱) | ۱۹ (۱۰/۶) | ۲۱ (۱۱/۷) |
| آموزش مدیریت درمانگاه به فراگیران | ۸ (۴/۵) | ۳۶ (۲۰/۱) | ۷۹ (۴۴/۱) | ۴۰ (۲۲/۳) | ۱۶ (۸/۶) |
| آموزش مهارت نسخه نویسی به فراگیران | ۶ (۳/۴) | ۳۳ (۱۸/۴) | ۵۲ (۲۹/۱) | ۴۶ (۲۵/۷) | ۴۲ (۲۵/۵) |
| احساس مفید بودن درمانگاه برای فراگیران | ۴ (۲/۲) | ۲۹ (۱۵/۸) | ۶۵ (۳۶/۳) | ۴۲ (۲۳/۵) | ۲۹ (۱۶/۲) |
| علاقه به آموزش درمانگاهی | ۲۳ (۱۲/۸) | ۵۱ (۲۸/۳) | ۷۳ (۴۰/۶) | ۲۳ (۱۲/۸) | ۱۰ (۵/۶) |
| مطرح شدن تشخیص افتراقی بیمارها در درمانگاه | ۱۴ (۷/۸) | ۴۹ (۲۷/۲) | ۷۴ (۴۱/۱) | ۳۲ (۱۷/۸) | ۱۱ (۶/۱) |
| نقش حضور استاد فوق تخصص در بهبود آموزش | ۳۴ (۱۹/۳) | ۶۲ (۳۵/۱) | ۲۷ (۱۴/۷) | ۳۵ (۲۵/۵) | ۱۸ (۱۰/۲) |
| پاسخ با علاقه اساتید به دانشجویان | بلی ۱۶۲ (۹۰/۵) | خیر ۱۷ (۹/۵) | | | |
| بحث ساختار یافته و منسجم اساتید در مورد موضوعات | ۱۱۴ (۶۵/۱) | ۶۱ (۳۴/۹) | | | |
| نقد و اصلاح اخذ شرح حال و روند درمانی فراگیران توسط استاد | ۱۳۵ (۷۷/۱) | ۴۰ (۲۲/۹) | | | |

منفی داشتند ($p = ۰/۰۳۵$). رابطه معناداری بین دیدگاه فراگیران در بخش های چند ماهه و یک ماهه دیده نشد؛ همچنین دیدگاه کلی اساتید نسبت به آموزش درمانگاهی با رتبه علمی، سن و جنس آنان ارتباط معناداری نداشت. ۳۵ درصد پاسخ دهندگان در مورد بخش چند ماهه و ۲۵ درصد در مورد بخش های یک ماهه دیدگاه منفی داشتند. مقایسه دیدگاه کلی پاسخ دهندگان در مورد آموزش درمانگاهی بخش های چندماهه (جدول شماره ۳) با یکدیگر نشان داد که بیشترین دیدگاه منفی به ترتیب نسبت به درمانگاه جراحی (۵۳/۸ درصد)، درمانگاه اطفال

مقایسه دیدگاه کلی رده های مختلف فراگیران نشان داد که بین دیدگاه کارآموزان، کارورزان و دستیاران نسبت به آموزش درمانگاهی تفاوت معناداری وجود دارد. در حالی که دیدگاه ۴۸ درصد کارآموزان ۴۰/۵ درصد کارورزان و تنها ۱۰/۵ درصد دستیاران نسبت به آموزش درمانگاهی کاملاً منفی بوده که این اختلاف از نظر آماری معنی دار بود ($p = ۰/۰۰۰$). بین جنس فراگیران با دیدگاه آنان نیز رابطه معنادار وجود داشت چنان که ۴۱/۶ درصد فراگیران زن و فقط ۲۸/۶ درصد فراگیران مرد نسبت به وضعیت موجود آموزش درمانگاهی دیدگاه

آموزش درمانگاهی (۵۹/۷ درصد)، کم بودن امکان تجویز دارو و درمان بیماران به صورت مستقل (۶۴/۴ درصد)، کم بودن امکان پی گیری بیماران (۶۱ درصد)، آموزش نامناسب نسخه نویسی (۶۰/۲ درصد)، شرایط نامناسب فیزیکی درمانگاه (۵۰ درصد)، کم بودن امکان ویزیت مستقل بیماران و اخذ شرح حال توسط فراگیران (۳۲/۷ درصد)، امکان کم مشاهده استاد حین معاینه و درمان بیماران (۲۲/۳ درصد).

مقایسه وضعیت متغیرهای آموزشی درمانگاهی از دیدگاه استاد با دانشجویان در جدول شماره ۲ آورده شده است؛ به جز در چند مورد: امکان دسترسی به منابع علمی، شرایط فیزیکی، تعداد بیماران مراجعه کننده و نقش حضور استاد فوق تخصص در درمانگاه در بقیه موارد (۱۵ مورد از ۲۰ مورد) بین نظرات اساتید و فراگیران تفاوت معنادار وجود داشت چنانچه با وجود آنکه تقریباً همه اساتید (بیش از ۹۴ درصد) معتقد بودند خودشان پاسخ فراگیران را با علاقه می دهند، بحث ساختار یافته می نمایند و شرح و حال فراگیران را نقد و اصلاح می کنند، اکثر فراگیران (۵۸ درصد) خلاف این نظر را ابراز نمودند ($p=0/000$). در مورد آیت های فعالیت مستقل فراگیران در درمانگاه شامل اخذ مستقل شرح حال انجام معاینه، تجویز دارو به صورت مستقل و پی گیری بیماران در حالی که اکثریت اساتید (۷۱ درصد) امکان این فعالیت ها را در درمانگاه متوسط یا زیاد گزارش نمودند،

(۳۶/۸ درصد)، درمانگاه زنان (۳۰/۴ درصد) و درمانگاه داخلی (۲۴/۳ درصد) وجود داشت که این اختلاف از نظر آماری نزدیک حد معنادار بود ($p=0/053$). بین دیدگاه کلی نسبت به درمانگاه های بخش های یک ماهه اختلاف معنی دار وجود نداشت.

در مورد همبستگی دیدگاه کلی با اجزاء آموزش درمانگاهی نتایج نشان داد که بیشترین همبستگی بین دیدگاه کلی به ترتیب با موارد ذیل وجود داشت: در احساس مفید بودن برای فراگیران با ضریب همبستگی ($r=0/77$)، آموزش مدیریت درمانگاه ($r=0/746$)، امکان تجویز دارو و درمان بیماران به طور مستقل برای فراگیران ($r=0/709$)، آموزش نسخه نویسی ($r=0/699$)، مطرح شدن تشخیص های افتراقی بیماری ها ($r=0/66$)، امکان پی گیری بیماران در درمانگاه ($r=0/686$)، امکان مشاهده استاد حین معاینه و درمان برای فراگیران ($r=0/63$) و امکان ویزیت مستقل و اخذ شرح حال ($r=0/591$) که تمامی این ضرایب همبستگی با ($p=0/000$) از نظر آماری معنادار بود.

نتایج بررسی دیدگاه پاسخ دهندگان در موارد مطرح در وضعیت آموزشی درمانگاهی در جدول شماره ۱ آورده شده است؛ همان گونه که مشاهده می شود نامطلوب ترین موارد از نظر کل پاسخ دهندگان (اساتید و دانشجویان) به ترتیب شامل موارد ذیل بود: عدم دسترسی به منابع علمی (۸۳ درصد)، مشخص نبودن اهداف

جدول شماره ۳: دیدگاه فراگیران در مورد وضعیت آموزش درمانگاهی به تفکیک بخش های چند ماهه، دانشگاه علوم پزشکی مازندران ۱۳۸۵

| pvalue | درصد فراگیرانی که میزان متغیر مورد بررسی را زیاد یا خیلی زیاد عنوان کردند | | | | |
|--------|---|-------|-------|------|--|
| | به تفکیک بخش های چند ماهه | | | | |
| | اطفال | جراحی | داخلی | زنان | سوالات مورد پرسش |
| ۰/۰۱۲ | ۲۰ | ۲۱/۴ | ۴۳/۹ | ۵۸/۳ | مشخص بودن اهداف آموزش درمانگاهی |
| ۰/۰۲۵ | ۲۳/۸ | ۲۵/۹ | ۴۸/۷ | ۴۳/۵ | امکان ویزیت مستقل فراگیران |
| ۰/۰۳۶ | ۵ | ۷/۷ | ۱۴/۳ | ۱۶/۷ | امکان تجویز دارو به صورت مستقل توسط فراگیران |
| ۰/۰۲۹ | ۶۱/۹ | ۱۴/۳ | ۷/۷ | ۴۲/۸ | امکان مشاهده استاد حین معاینه و درمان |
| ۰/۰۰۰ | ۲۳/۸ | ۲۹/۶ | ۷/۷ | ۲۵/۰ | آموزش مدیریت درمانگاه |
| ۰/۰۰۸ | ۸۵/۰ | ۵۰ | ۴/۶ | ۷۹/۲ | نقد و اصلاح شرح حال فراگیران |

جدول شماره ۲: دیدگاه اساتید و دانشجویان در مورد وضعیت موجود آموزش درمانگاهی در بخش های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران در سال ۱۳۸۵ به تفکیک استاد و دانشجو

| P value | دیدگاه به تفکیک استاد و دانشجو به درصد | | | | سوال مورد پرسش |
|---------|--|----------------|----------------|--------------|---|
| | خیر | بی | استاد | دانشجو | |
| ۰/۰۰۹ | ۴۰ | ۶۰ | ۶۵ | ۳۵ | مشخص بودن اهداف آموزشی درمانگاه |
| ۰/۰۰۰ | ۳ | ۹۷ | ۸۹ | ۱۱ | پاسخ با علاقه استاد به دانشجو |
| ۰/۰۰۰ | ۶ | ۹۴ | ۸۹ | ۱۱ | بحث ساختار یافته و منسجم اساتید در مورد بیماران |
| ۰/۰۰۰ | ۰ | ۱۰۰ | ۲۹ | ۷۱ | نقد و اصلاح شرح حال و روند درمانی فراگیران |
| NS | چند مرجع ۲ | هیچ کدام ۹۶ | کتاب مرجع ۰ | اینترنت ۲ | امکان دسترسی به منابع علمی در درمانگاه |
| | ۶ | ۸۰ | ۲ | ۱۰ | |
| | | زیاد/ | مناسب/ | کم/ | سوالات لیکرت |
| NS | ۹ | ۷۰ | ۲۱ | ۲۹/۵ | دیدگاه در مورد تعداد کارآموزان هر درمانگاه |
| | ۱۸ | ۵۲/۵ | ۱۳/۵ | ۱۵ | |
| ۰/۰۳۵ | ۸ | ۷۸/۵ | ۳ | ۱۳/۵ | دیدگاه در مورد تعداد کارورزان هر درمانگاه |
| | ۲۹ | ۵۶ | ۷ | ۱۵ | |
| NS | ۵۴ | ۴۳ | ۳ | ۳ | دیدگاه در مورد تعداد بیماران هر درمانگاه |
| | ۵۸/۵ | ۳۴/۵ | ۷ | ۷ | |
| | | نامناسب | معمولی | مناسب | سوالات لیکرت |
| NS | ۱۳ | ۲۲ | ۶۵ | ۴۶ | شرایط فیزیکی درمانگاه (وسعت، نور و ...) |
| | ۱۶ | ۳۸ | ۴۶ | ۴۶ | |
| ۰/۰۰۳ | ۴۶ | ۴۹ | ۵ | ۵ | تنوع بیماران مراجعه کننده |
| | ۱۸ | ۵۶ | ۲۶ | ۲۶ | |
| ۰/۰۲۶ | ۴۶ | ۴۳ | ۱۱ | ۱۱ | امکان ویزیت مستقل و اخذ شرح حال برای فراگیران |
| | ۲۹ | ۳۲ | ۳۸ | ۳۸ | |
| ۰/۰۰۰ | ۲۲ | ۳۹ | ۳۹ | ۳۹ | امکان تجویز دارو و درمان به صورت مستقل برای فراگیران |
| | ۹ | ۱۹ | ۷۲ | ۷۲ | |
| ۰/۰۰۰ | ۲۹ | ۳۷ | ۳۴ | ۳۴ | امکان پیگیری بیماران در درمانگاه برای فراگیران |
| | ۸ | ۲۳ | ۶۹ | ۶۹ | |
| ۰/۰۰۰ | ۷۸ | ۱۷ | ۵ | ۵ | امکان مشاهده استاد حین معاینه و درمان بیماران برای فراگیران |
| | ۳۳ | ۴۱ | ۲۶ | ۲۶ | |
| ۰/۰۰۴ | ۴۶ | ۴۶ | ۸ | ۸ | آموزش مدیریت درمانگاه به فراگیران |
| | ۱۹ | ۳۵ | ۳۷ | ۳۷ | |
| ۰/۰۰۰ | ۵۱/۵ | ۳۷ | ۱۱/۵ | ۱۱/۵ | آموزش مهارت نسخه نویسی به فراگیران |
| | ۱۴/۵ | ۲۷ | ۵۸/۵ | ۵۸/۵ | |
| ۰/۰۰۰ | ۶۰ | ۴۰ | ۰ | ۰ | احساس مفید بودن در درمانگاه برای فراگیران |
| | ۱۵ | ۳۵/۵ | ۴۹/۵ | ۴۹/۵ | |
| ۰/۰۰۰ | ۸۹ | ۸ | ۳ | ۳ | علاقه به آموزش درمانگاهی |
| | ۲۹ | ۴۹ | ۲۲ | ۲۲ | |
| ۰/۰۰۰ | ۸۹ | ۸ | ۳ | ۳ | مطرح شدن تشخیص افتراقی بیماری ها در درمانگاه |
| | ۲۲ | ۴۹ | ۲۸ | ۲۸ | |
| NS | ۶۵ | ۱۸ | ۱۸ | ۱۸ | نقش حضور استاد فوق تخصص در بهبود آموزش |
| | ۵۲ | ۳۰ | ۱۹ | ۱۹ | |

Fitzgibbons و همکاران (۵) توجه به آموزش درمانگاهی را در بازنگری برنامه‌های دستیاری نشان دادند. در کشور ما نیز از دو دهه قبل با انتشار مقالاتی چون مقاله عزیزی (۶) و همچنین مطالعه اکبری و همکاران (۷) توجه به اهمیت آموزش سرپایی مورد توجه قرار گرفت.

در اغلب مطالعات خارجی مانند مطالعه Delva و همکاران در دانشگاه Queen کانادا (۸) و برخی مطالعات دیگر و همچنین در مطالعات داخلی مانند مطالعه علیزاده و همکاران در شیراز، شایگاه و همکاران در اصفهان، پیوندی و همکاران در سمنان (۴-۲)، همانند این مطالعه موارد مطرح آموزش درمانگاهی در چند گروه شامل: اهداف آموزشی، محیط و شرایط فیزیکی و امکانات و فعالیت‌های مستقل و نظارت اساتید و آموزش‌های ویژه درمانگاهی (نسخه نویسی و مدیریت) مورد بررسی قرار گرفت. گرچه در برخی مطالعات مانند مطالعه محتشم امیری و همکاران در رشت (۹) و مطالعه اکبری و همکاران در اصفهان (۱۰) تنها ضرورت کلی آموزش بالینی مورد تأکید قرار گرفت.

در این مطالعه دیدگاه کلی نسبت به وضع موجود آموزش درمانگاهی مثبت نبود که این دیدگاه منفی توسط تقریباً تمامی فراگیران (علی‌رغم علاقه اغلب آنان به طب سرپایی) و یک سوم از اساتید بیان گردید. این نتیجه‌ها با نتایج مطالعه علیزاده و همکاران در شیراز که در آن اکثر (۸۹ درصد) فراگیران سیستم موجود آموزش درمانگاهی را جوابگوی نیازهای آینده پزشکان عمومی نمی‌دانستند و مطالعه پیوندی و همکاران در سمنان و همچنین امینی و همکاران در تبریز که نشان دادند بیش‌تر از نیمی از دانشجویان و کم‌تر از نیمی از اساتید آموزش درمانگاهی را ناکارآمد دانستند، مطابقت داشت ولی با نتایج مطالعه شایگاه و همکاران در اصفهان که در آن بیش از نیمی از فراگیران از آموزش درمانگاهی رضایت داشتند، متفاوت بود (۴-۲ و ۱۰).

اکثر فراگیران (۶۰ درصد) این امکان را کم یا خیلی کم عنوان کردند. همچنین در مورد آموزش مهارت‌های ویژه طب سرپایی شامل نسخه‌نویسی و مدیریت درمانگاه نیز در حالی که تقریباً بیش‌تر اساتید (۹۰ درصد) میزان انجام آنرا در درمانگاه متوسط یا زیاد ذکر نمودند؛ نزدیک به نیمی از فراگیران (۴۶/۲ درصد) میزان آن را کم یا خیلی کم عنوان کردند ($p=0/000$). مقایسه دیدگاه پاسخ‌دهندگان در مورد آیت‌های آموزش درمانگاهی بین بخش‌های چند ماهه و یک ماهه نشان داد که از نظر فراگیران در درمانگاه بخش‌های چندماهه امکان ویزیت مستقل و امکان مشاهده استاد حین معاینه و درمان بیش‌تر است ($p=0/006$). در حالی که در درمانگاه بخش‌های یک ماهه تعداد بیماران و امکان بحث ساختار یافته بیش‌تر است. در مورد سایر موارد اختلاف معنادار وجود نداشت، همچنین دیدگاه اساتید در زمینه موارد آموزشی درمانگاهی بین بخش‌های چند ماهه و یک ماهه اختلاف معناداری را نشان نداد.

مقایسه موارد مطرح در آموزش درمانگاهی بین بخش‌های چند ماهه با یکدیگر از نظر فراگیران در جدول شماره ۳ نشان داده است. مشاهده می‌شود که از نظر فراگیران درمانگاه زنان از نظر مشخص بودن اهداف آموزش، امکان تجویز دارو به صورت مستقل بهتر از سایر درمانگاه‌ها است. در صورتی که درمانگاه داخلی از نظر امکان ویزیت مستقل، درمانگاه جراحی از نظر آموزش مدیریت و درمانگاه اطفال از نظر امکان مشاهده استاد و نقد و اصلاح شرح حال از بقیه بهتر بود.

بحث

اهمیت عملکرد و جایگاه ویژه طب سرپایی و آموزش درمانگاهی در آموزش پزشکی طی سالیان اخیر و به ویژه در اواخر دهه قبل با انتشار مقالات و شواهد فراوانی مورد توجه ویژه قرار گرفت؛ چنان که

بیماران در درمانگاه می‌باشد که به نظر می‌رسد باید برنامه‌ریزی لازم جهت اختصاص وقت و فرصت به رده‌های مختلف فراگیران صورت گیرد.

مطالعه ما تفاوت معنی‌داری را در دیدگاه کلی پاسخ دهندگان نسبت به کیفیت آموزش درمانگاهی در بخش‌های چند ماهه (داخلی، اطفال، زنان و جراحی) با بخش‌های یک ماهه (چشم، پوست و...) و بین بخش‌های هرگروه با هم نشان نداد که مؤید وجود نقص عمومی در بازده آموزشی درمانگاه‌ها بوده و لزوم طراحی و اجرای یک برنامه همه جانبه را اثبات می‌نماید.

برای ارتقاء کیفیت آموزش و در نتیجه بهبود دیدگاه منفی اغلب فراگیران و برخی از اساتید نسبت به بازده آموزش درمانگاه باید اجزای تشکیل دهنده کیفیت آموزش را مد نظر قرار دهیم. در این زمینه مطالعه ما همگرایی نظرات اساتید و فراگیران را در مورد عوامل محیطی درمانگاه شامل فضای فیزیکی و تجهیزات، تعداد و تنوع بیماران و تفاوت معنی‌دار نظرات آنها را در مورد فعالیت مستقل فراگیران و فعالیت آموزشی اساتید و آموزش‌های ویژه درمانگاهی را نشان داد.

در مورد فضای فیزیکی درمانگاه اغلب اساتید و فراگیران آنرا نامناسب دانستند که با توجه به شواهد متعدد و بررسی اهمیت این موضوع در آموزش درمانگاهی و تأثیری که در رضایتمندی آموزش فراگیران دارد، لزوم اتخاذ تدابیر لازم جهت رفع این مشکل احساس می‌شود که البته در مقایسه با سایر جنبه‌های اصلاح آموزش درمانگاهی هزینه بری بیش‌تری دارد اما باید به طور جدی در برنامه‌های آتی عمرانی دانشگاه دیده شود.

در زمینه تعداد و تنوع بیماران و در نتیجه زمان اختصاص یافته به هر بیمار نه تنها شواهد متعددی در مورد اهمیت آن در دست می‌باشد بلکه زمان‌های صرف شده برای انواع فعالیت‌های آموزشی در یک درمانگاه نیز اندازه‌گیری شده است چنانچه Usatine و همکاران

در مطالعات خارجی در کشورهای پیشرفته در اغلب موارد رضایت نسبی از آموزش درمانگاهی به خصوص در سالیان اخیر وجود داشته است (۱۱). این شواهد نشان‌دهنده عدم توجه کافی به آموزش درمانگاهی در سطح کشور و عدم وجود یک برنامه منسجم در مورد بهبود آموزش درمانگاهی در مقایسه با کشورهای پیشرفته می‌باشد که به نظر می‌رسد خود دانشگاه‌ها باید در این زمینه حرکت ارتقاء کیفیت را آغاز نموده و در انتظار شروع اقدام از مراکز دیگر نباشند.

در مورد تفاوت کاملاً معنی‌دار دیدگاه فراگیران و اساتید در زمینه کیفیت وضعیت موجود آموزش درمانگاهی نتایج مطالعه حاضر مشابه مطالعه Lubetkin و همکاران در اوهایو بود که در آنها اساتید کیفیت آموزش درمانگاهی را بهتر از فراگیران می‌دانستند اما مطالعه Prislis و همکاران در جان هاپکینز مشابه بودن نظرات اساتید و دانشجویان را نشان داد (۱۲، ۱۳)، به هر حال آن‌چه که در این مورد باید مد نظر قرار گیرد، اصل مهم محوریت فراگیر در برنامه‌ریزی آموزش است. چنان‌که Clark و همکاران در تگزاس اهمیت برخورد مبتنی بر فراگیر (learner centered) را در آموزش طب سرپائی نشان دادند (۱۴) در نتیجه با توجه به این مطلب، دیدگاه منفی فراگیران در مطالعه حاضر باید مورد توجه قرار گرفته و علل و عوامل تأثیرگذار در این دیدگاه منفی تجزیه و تحلیل گردد.

در مورد مقایسه دیدگاه سطوح مختلف فراگیران، مطالعه حاضر دیدگاه منفی‌تر را در رده‌های پایین‌تر (Junior) نشان داد، چنان‌چه کارآموزان منفی‌ترین و دستیاران مثبت‌ترین دیدگاه را نسبت به کیفیت آموزش درمانگاهی داشتند که این تفاوت دیدگاه با مطالعه Schultz و همکاران در دانشگاه Queens همخوان بوده (۱۵) و احتمالاً مربوط به سطح کم‌تر درگیری و مشارکت فراگیران Junior در فرآیندهای تشخیصی و درمانی

نشان دادند: با حضور دانشجویان، استاد ۱۲/۴ دقیقه وقت بیشتر صرف بیمار می نماید (۱۶). در مطالعه حاضر اغلب اساتید و دانشجویان تعداد بیماران را به ویژه در بخش های یک ماهه زیاد دانستند که نتیجه بدیهی آن کم شدن زمان اختصاص یافته به فعالیت آموزشی در مورد هر بیمار است، به نظر می رسد این موضوع مربوط به تحمیل بار درمانی به درمانگاه های آموزشی به ویژه در بخش های یک ماهه بوده و برای رفع باید آن استراتژی مشخص و عملی انتخاب بیمار (Case selection) و متناسب نمودن بار درمانگاه آموزشی، طراحی و اجرا گردد، که این امر در رشته های دارای دستیار، توسط ایشان و در رشته های یک ماهه بدون دستیار، با جدا کردن درمانگاه های آموزشی از درمانی امکان پذیر می گردد. در این زمینه Simon و همکاران در دانشگاه هاروارد نشان دادند با اجرای یک Case selection در درمانگاه های آموزشی بازده آموزش به طور کاملاً معناداری افزایش می یابد (۱۷). در مورد تنوع بیماران نیز اصل مهمی که باید مورد نظر برنامه ریزان قرار گیرد توجهی است که به تنوع بیماران در درمانگاه های ارجاعی دانشگاهی با الگوی موجود در محیط کار آینده پزشکان عمومی معطوف گشته و شواهد متعددی مانند مطالعه Albritton و همکاران در دانشگاه جرجیا در مورد لزوم نزدیک نمودن محیط آموزش درمانگاهی به محیط جامعه ارائه شده است (۱۸) که در نتیجه آن برنامه های مشخصی برای وسیع نمودن حیطه بیماران درمانگاه آموزشی به همه اقشار جامعه طراحی و اجرا شده است و شواهد متعددی از موفقیت این برنامه ها نیز ارائه گردیده است. از مطالعات داخلی پیوندی و همکاران در سمنان موافقت برخی اساتید و فراگیران را با چنین برنامه ای نشان دادند (۴).

در این مطالعه تفاوت عمده دیدگاه اساتید و دانشجویان در مورد آیت های آموزش درمانگاه بوده است.

در مورد مشخص بودن اهداف آموزشی درمانگاهی، گرچه شواهد متعددی مانند مطالعه Nierenberg و همکاران اهمیت آن را نشان داده (۱۹) اما در مطالعه حاضر علیرغم آنکه از نظر اغلب اساتید اهداف آموزشی مشخص بود اما این اهداف برای فراگیران مشخص نبود که به نظر می رسد با تعیین اهداف و عناوین مشخص برای حیطه آموزش سرپائی در هر بخش و مکتوب نمودن و قرار دادن آن در دسترس فراگیران در غالب Log book این مهم انجام گردد.

گروه مهمی از موارد مطرح در مطالعه حاضر بیشترین همبستگی را با دیدگاه کلی فراگیران نسبت به وضعیت آموزش درمانگاهی داشت که شامل امکان فعالیت مستقل فراگیران در زمینه شرح حال، معاینه و طراحی تشخیص و نسخه نویسی بود که علی رغم این اهمیت، فراگیران میزان آن را کم یا خیلی کم می دانستند که با توجه به اهمیت اثبات شده آن در بازدهی آموزشی و طب سرپائی باید به ویژه در مورد بخش های اطفال و جراحی اهمیت آن برای اساتید مشخص و زمان لازم برای آن اختصاص داده شود. بدیهی است فعالیت مستقل فراگیران تنها در صورت نظارت و نقد سازنده عملکرد آنان توسط اساتید متمر ثمر خواهد بود که در این زمینه نیز میزان قابل توجهی از فراگیران فقدان آن را بیان نمودند که توجه به شواهد موجود مانند مطالعه Masood و همکاران نه تنها اهمیت آن را از دیدگاه فراگیران و اساتید نشان می دهد در انگلستان (۲۰) بلکه مطالعاتی مانند Roth و همکاران در زمینه سوتا، تأثیر برگزاری یک دوره آموزشی نظارت فعال برای اساتید در بازده آموزشی درمانگاه (۲۱) را اثبات نماید.

از نظر فراگیران در مطالعه حاضر آموزش مهارت مهم نسخه نویسی که از کلیدی ترین اهداف آموزش درمانگاهی می باشد، ناکافی بوده و این یافته علی رغم آن است که امروزه اهمیت آموزش نسخه نویسی در طب

آموزشی مهارت‌های ویژه طب سرپائی به فراگیران بود که شواهد و مطالعات متعددی در مورد بررسی علل و اتخاذ راهکارهای لازم برای تقویت بهبود عملکرد آموزش اساتید در طب سرپائی موجود می‌باشد که یکی از عمده‌ترین زمینه‌ها در آن بررسی و مداخله در دانش و نگرش اساتید نسبت به آموزش درمانگاهی می‌باشد.

در زمینه اهمیت دانش اساتید در مورد روش‌های آموزش درمانگاه نه تنها امروزه تأثیر آن در بهبود بازده آموزش درمانگاهی بدیهی شده، بلکه پیشنهاداتی مانند دوره فلوشیپ آموزش درمانگاهی (مطالعه Wilkerson و همکاران (۳۰)) و یا امتداد آموزش اساتید در این زمینه در کل سال یا طراحی برنامه ملی برای آن ارائه شده است. در مورد عوامل موثر بر نگرش و انگیزش اساتید برخی مطالعات داخلی کمبود انگیزش اساتید را از مهم‌ترین موانع ارتقاء کیفیت آموزش درمانگاهی می‌دانند، اما این که برای حل این مشکل چه باید کرد مطالعات مختلف، شواهد گوناگون شامل توجه به مسائل اقتصادی مطالعه (Borbano و همکاران (۳۱)) ارزشیابی منظم و مکرر از عملکرد آموزش اساتید در درمانگاهها و لحاظ آن در ارتقاء اساتید (مطالعه scott و همکاران در کلمبیا (۳۲)) و همچنین استفاده از مدرسين علاقه مند و توانمند بدون عضویت در هیأت علمی (Fulkerson و همکاران در Yale (۳۳)) پیشنهاد شده است در این زمینه شواهد داخلی مانند مطالعه ماهوری و همکاران و همچنین و مطالعه مغیثی و همکاران در شیراز مقاومت اساتید را در این مورد نشان دادند (۳۴ و ۳۵). در این زمینه به نظر می‌رسد برای بهبود عملکرد اساتید باید از آموزش و اهرم‌های تشویقی و بازخواست استفاده گردد که نسبت به فضا و امکانات، نه تنها اقتصادی تر بلکه ارجح، مهم تر و قابل دسترس تر است. شواهد مدرن نشانگر توجه برنامه‌ریزان به کاربرد آزمون ویژه در آموزش درمانگاهی، گنجاندن نگرش مبتنی بر شواهد (۳۶)،

سرپایی بدیهی است و شواهد جدید در کشورهای پیشرفته مانند مطالعه Kim و همکاران علاوه بر آموزش نسخه‌نویسی، بر آموزش مهارت قانع کردن بیمار در استفاده از داروهای تجویز شده در طب سرپائی تأکید دارد (۲۲). در این زمینه در برخی مطالعات مانند مطالعه Stebbins و همکاران استفاده از یک فارماسیست در درمانگاه آموزشی پیشنهاد شده است (۲۳). در کشور ما با توجه به شواهد متعدد مبنی بر عملکرد نادرست پزشکان در تجویز دارو و نسخه‌نویسی (۲۴، ۲۵)، ضرورت اهمیت دادن به آموزش نسخه‌نویسی از طریق ایجاد امکان نوشتن نسخه و سپس تصحیح آن در درمانگاه روشن می‌گردد.

اثر ارتباط پزشک با بیمار در درمانگاه در مطالعه Kalet و همکاران در دانشگاه نیویورک در بازده آموزش و درمان طب سرپائی نشان داده شده است (۲۶) و شواهدی نیز از گنجاندن آموزش ارتباط با بیمار و مدیریت درمانگاه در طب سرپائی در مطالعه Sievers و Wolf ارائه شده است (۲۷) اما به نظر می‌رسد این جنبه مهم در آموزش درمانگاهی چندان مورد توجه و همچنین ساختارمند نبوده و بیش تر به طور سلیقه‌ای و براساس تجربه انجام می‌گردد در صورتی که آن‌طور که زالی و همکاران نشان دادند بیش از نیمی از علل نارضایتی بیماران مربوط به برخورد پزشک بوده است (۲۸). یافته‌های مطالعه ما جز در مورد دیدگاه کلی منفی تر فراگیران زن، اختلاف معنی‌داری در مورد موارد مطرح کیفیت آموزش درمانگاهی بر حسب جنس را نشان نداد که مشابه نتایج مطالعه Carney و همکاران (۲۹) بوده است که احتمالاً مربوط به توقع آموزشی بالاتر یا سطح تحمل کم تر در این گروه می‌باشد.

به هر حال اصلی‌ترین چالش از نظر فراگیران بر اساس مطالعه حاضر نقش اساتید در ایجاد فضا برای فعالیت مستقل فراگیران همراه با نظارت فعال اساتید و

- ۲- توجه ویژه به آموزش برخورد تشخیص مناسب و نسخه نویسی در طب سرپایی.
- ۳- توجه به ایجاد امکان فعالیت مستقل فراگیران در درمانگاه همراه با نظارت اساتید.
- ۴- توجه به بهبود فضای فیزیکی، و گسترش منابع علمی در درمانگاه.

سپاسگزاری

محققان از همکاری اساتید گرامی و دانشجویان عزیزی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند قدردانی می‌نمایند.

اختصاص سهم منطقی از آموزش مداوم به طب سرپایی می‌باشد (۳۷) که در آینده باید مدنظر قرار گیرد.

در مجموع مطالعه ما دیدگاه منفی اغلب فراگیران علی‌رغم علاقه به طب سرپایی نسبت به کیفیت موجود آموزش درمانگاهی در مقابل دیدگاه نسبتاً مثبت اغلب اساتید در این مورد و همچنین نظر فراگیران در مورد عدم کفایت آموزشی نسخه‌نویسی و مدیریت درمانگاهی و کم بودن امکان فعالیت مستقل آنها را در درمانگاه نشان داد.

پیشنهادها:

- ۱- توجه بیش‌تر به آموزش طب سرپایی توسط اساتید و ارائه روش‌های نوین آموزش به آنها.

فهرست منابع

- ۴- پیوندی ع، نظری ع، مداح ش. مطالعه نظرات اعضاء هیات علمی شاغل و دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سمنان در خصوص آموزش طب سرپایی. کتابچه خلاصه مقالات یازدهمین همایش بین‌المللی جغرافیایی و اولین همایش طب سرپایی ایران، دانشگاه علوم پزشکی شیراز: ۸۴.
- 5-Fitzgibbons JP, Bordley DR, Berkowitz LR, Miller BW, Henderson MC. Redesigning residency education in internal medicine: a position paper from the Association of Program Directors in Internal Medicine. *Ann Intern Med.* 2006; 144(12): 920-6.
- ۶- عزیزی ف. آموزش پزشکی پیشرفت‌ها و تنگناها. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی* ۱۳۶۷؛ ۱۲(۲۱): ۳-۱۴
- ۷- اکبری م. مکان مناسب برای آموزش دانشجویان پزشکی. *مجله دانشکده پزشکی* ۱۳۷۹؛ ۴: ۲۴-۲۶
- ۱- علیزاده م، صادقی حسن آبادی ع، طباطبایی ح ر، شریفی ب. نظر خواهی از پزشکان عمومی شاغل در مراکز بهداشتی- درمانی شهر شیراز درباره آموزش طب سرپایی. کتابچه خلاصه مقالات همایش طب سرپایی یازدهمین همایش بین‌المللی جغرافیایی دانشگاه علوم پزشکی شیراز و اولین همایش طب سرپایی ایران: ۱۱۶.
- ۳- شایگاه ب، احمدی ع. نظرسنجی دانشجویان پزشکی در رابطه با کفایت برنامه‌های آموزش سرپایی جامعه‌نگر در مرکز بهداشتی درمانی و آموزش شهید نواب صفوی اصفهان در سال ۱۳۷۵. کتابچه خلاصه مقالات یازدهمین همایش بین‌المللی جغرافیایی و اولین همایش طب سرپایی ایران، دانشگاه علوم پزشکی شیراز: ۳۷

- 8-Delva MD, Schultz KW, Kirby JR, Godwin M. Ambulatory teaching: Do approaches to learning predict the site and preceptor characteristics valued by clerks and residents in the ambulatory setting. *BMC med edu* 2005; 5: 35
- ۹-محتشم امیری ز، داوودی ع، نقش پور پ. نگرش پزشکان عمومی مراکز بهداشتی درمانی استان گیلان درمورد آموزش طب سرپایی در سال ۱۳۸۱. مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل؛ ویژه نامه مقالات آموزش پزشکی ۱۳۸۲؛ ۲: ۷۹-۸۳.
- ۱۰-امینی ا، علیزاده م، فرزانه ف. بررسی وضعیت آموزش طب سرپایی از دیدگاه کارورزان در مراکز آموزشی درمانی تبریز. مجله آموزش در علوم پزشکی ۱۳۸۱؛ ۷: ۱۹-۲۱.
- 11-Wolpaw TM, Wolpaw DR, Papp KK. SNAPPS: a learner-centered model for outpatient education. *Acad Med.* 2003; 78(9): 893-8.
- 12-Lubetkin EI, Krackov SK, Storey-Johnson. The use of questionnaires to assess achievement of course goals in medical students' longitudinal community-based clinical experiences. *Acad Med.* 1999; 74: 1316-9.
- 13-Prislin MD, Fitzpatrick C, Giglio M, Lie D, Radecki S. Initial experience with a multi-station objective structured teaching skills evaluation. *Acad Med.* 1998; 73(10): 1116-8.
- 14-Clark DL, Melillo A, Wallace D, Pierrel S, Buck DS. A multidisciplinary, learner-centered, student-run clinic for the homeless. *Fam Med.* 2003; 35(6): 394-7.
- 15-Schultz KW, Kirby J, Delva D, Godwin M, Verma S, Birtwhistle R, Knapper C, Seguin R. Medical Students' and Residents' preferred site characteristics and preceptor behaviors for learning in the ambulatory setting: a cross-sectional survey. *BMC Med Educ.* 2004; 4: 12.
- 16-Usatine RP, Tremoulet PT, Irby D. Time-efficient preceptors in ambulatory care settings. *Acad Med.* 2000; 75(6): 639-42.
- 17-Simon SR, Davis D, Peters AS, Skeff KM, Fletcher RH. How do precepting physicians select patients for teaching medical students in the ambulatory primary care setting? *J Gen Intern Med.* 2003; 18(9): 730-5.
- 18-Albritton TA, Wagner PJ. Linking cultural competency and community service: a partnership between students, faculty, and the community. *Acad Med.* 2002; 77(7): 738-9.
- 19-Nierenberg DW, Eliassen MS, McAllister SB, Reid BP, Pipas CF, Young WW, Ogrinc GS. A web-based system for students to document their experiences within six core competency domains during all clinical clerkships. *Acad Med.* 2007; 82(1): 51-73.
- 20-Masood J, Wood D, Callearly J, Wiseman O, Lane T, Barua JM. The need for supervised training in urology outpatients: A case for restructuring. *BJU Int.* 2006; 98(6): 1144-5.

- 21-Roth CS, Fagan MJ, Griffith JM, Nelson D, Zhao Y. Evaluation of a worksheet to structure teaching and learning outpatient internal medicine. *Med Teach*. 2003; 25(3): 296-301.
- 22-Kim N, Talwalkar J, Holmboe E. Challenges in ambulatory resident education: medication knowledge in disadvantaged patients. *Conn Med*. 2006; 70(9): 549-57.
- 23-Stebbins MR, Kaufman DJ, Lipton HL. The PRICE clinic for low-income elderly: a managed care model for implementing pharmacist-directed services. *J Manag Care Pharm*. 2005; 11(4): 333-41.
- ۲۴- دهقانزاده غ، صادقی حسن آبادی ع، البرزی ع. بررسی نسخ پزشکان عمومی. کتابچه خلاصه مقالات یازدهمین همایش بین‌المللی جغرافیایی و اولین همایش طب سرپایی ایران، دانشگاه علوم پزشکی شیراز: ۱۷۰.
- ۲۵- اسدی پویا ع، بررسی میزان آگاهی اینترنت‌های دانشگاه علوم پزشکی شیراز از روش صحیح درمان سرماخوردگی به عنوان شایع‌ترین بیماری سرپایی سال ۱۳۷۷. کتابچه خلاصه مقالات یازدهمین همایش بین‌المللی جغرافیایی و اولین همایش طب سرپایی ایران، دانشگاه علوم پزشکی شیراز: ۱۴۶.
- 26-Kalet A, Pugnaire MP, Cole-Kelly K, Janicik R, Ferrara E, Schwartz MD, Lipkin M Jr, Lazare A. Teaching communication in clinical clerkships: models from the macy initiative in health communications. *Acad Med*. 2004; 79(6): 511-20.
- 27-Sievers B, Wolf S. Achieving clinical nurse specialist competencies and outcomes through interdisciplinary education. *Clin Nurse Spec*. 2006; 20(2): 75-80.
- ۲۸- زالی م ر، مهدوی م ص، نوبخت حقیقی ع، نوروزی آ، اکبری قمصری ا. بررسی علل رضایت و نارضایتی بیمار از پزشک. کتابچه خلاصه مقالات یازدهمین همایش بین‌المللی جغرافیایی و اولین همایش طب سرپایی ایران، دانشگاه علوم پزشکی شیراز: ۱۰۵.
- 29-Carney PA, Dietrich AJ, Eliassen S, Pipas C, Donahue D. Differences in ambulatory teaching and learning by gender match of preceptors and students. *Fam Med*. 2000; 32(9): 618-23.
- 30-Wilkerson L, Uijtdehaage S, Relan A. Increasing the pool of educational leaders for UCLA. *Acad Med*. 2006; 81(11): 954-8.
- 31-Berbano EP, Browning R, Pangaro L, Jackson JL. The impact of the Stanford Faculty Development Program on ambulatory teaching behavior. *J Gen Intern Med*. 2006; 21(5): 430-4.
- 32-Scott I, Sazegar P. Why community physicians teach students (or not): barriers and opportunities for preceptor recruitment. *Med Teach*. 2006; 28(6): 563-5.
- 33-Fulkerson PK, Wang-Cheng R. Community-based faculty: motivation and rewards. *Fam Med*. 1997; 29: 105-7.

۳۴- ماهوری خ، صادقی حسن آبادی ع، کریمی ع، طباطبایی ح ر. بررسی اعضاء هیات علمی بالینی دانشگاه علوم پزشکی شیراز نسبت به مشارکت پزشکان بخش خصوصی در امر آموزش طب سرپایی به دانشجویان پزشکی. کتابچه خلاصه مقالات یازدهمین همایش بین‌المللی جغرافیایی و اولین همایش طب سرپایی ایران، دانشگاه علوم پزشکی شیراز: ۲۰۹.

۳۵- مغانی ع، صادقی حسن آبادی ع، جولایی ح، طباطبایی ح ر. ارزیابی دیدگاه متخصصین غیر دانشگاهی برای مشارکت در آموزش سرپایی دانشجویان پزشکی شیراز. کتابچه خلاصه مقالات یازدهمین همایش بین‌المللی جغرافیایی و اولین همایش طب سرپایی ایران، دانشگاه علوم پزشکی شیراز: ۲۵.

36-Huang W. Ambulatory teaching and evidence based medicine: Applying classroom Knowledge to clinical practice. *Fam Med.* 2005; 37(2): 87-89.

37-Davis D, Thomson O'Brien, Freemantle N, Wolf FM, Mazmanian P, Taylor-Vaisey A. Impact of formal continuing medical education: Do conferences, workshops, rounds and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes. *JAMA.* 1999; 282(9): 867-874.